

مشاوره و ارزیابی در جایگزینی رحمی

زهرا بهجتی اردکانی (B.Sc.)^۱، محمد مهدی آخوندی (Ph.D.)^۲، فرهاد یغمایی (M.D.)^۳، علیرضا میلانی فر (M.D., L.L.B.)^۴

۱- مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا، پژوهشکده فن آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فن آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: جایگزینی رحم، روشی است که طی آن، بانوی صاحب رحم، جنین فرد دیگری را در رحم خود حمل می‌کند و پس از طی دوران بارداری و زایمان، بر مبنای قراردادی از پیش منعقد شده، نوزاد حاصل را به زوج صاحب گامت تحویل می‌دهد. زنی که جنین زن دیگری را طی دوران بارداری حمل می‌نماید، «رحم جایگزین» یا «بانوی صاحب رحم» نامیده می‌شود و زوج ناباروری که بر اساس قرارداد منعقد شده، پس از تولد نوزاد سرپرستی او را به عهده می‌گیرند، «والدین نوزاد» تلقی می‌گردند. تشخیص مصداق زوج‌های متقاضی استفاده از رحم جایگزین، نیازمند بررسی کامل وضعیت تولید مثلی زوج نابارور و بانوی صاحب رحم از سوی متخصصان و تنظیم برنامه درمانی آنهاست. اطمینان از سلامت جسمی و روانی طرفین و آگاهی دقیق آنها از روش درمانی تعیین شده و توجه به ابعاد شرعی، قانونی، فرهنگی و اجتماعی این اقدام، ضروری به نظر می‌رسد. شناخت انگیزه‌های رحم جایگزین می‌تواند زوج را در تصمیم‌گیری جهت گزینش فرد مناسب هدایت نماید. مطالعات نشان می‌دهد انتخاب رحم جایگزین آشنا نظیر بستگان، دوستان یا نزدیکان، زمینه کاهش یا رفع مشکلات ناشی از عمل جایگزینی رحمی را فراهم می‌نماید. در بررسی سلامت جایگزینی رحمی، اطمینان از سلامت عمومی از دیدگاه متخصصان داخلی، صحت وضعیت تولید مثلی از منظر متخصصان زنان، عدم ابتلای وی به بیماری‌های عفونی از دیدگاه متخصصان عفونی و داشتن سلامت روانی از دید متخصصان روان‌شناسی / روان‌پزشکی از اهمیت خاصی برخوردار است. در ضمن، عدم اعتیاد، شاغل نبودن، داشتن سابقه حداقل یک فرزند سالم و سن کمتر از ۳۵ سال دارای اهمیت بسزایی است. علاوه بر ارزیابی معمول سلامت، بررسی‌های بیشتر از وضعیت سلامت جسمی، ریسک فاکتورهای بارداری و به خصوص آمادگی روحی طرفین لازم است. مشاوره و آماده سازی طرفین دخیل در درمان با روش رحم جایگزین، قبل از هر گونه اقدام درمانی، نقش بسزایی در موفقیت درمان ایفا می‌نماید؛ چنان که تداوم نظارت و مشاورات حین درمان و بعد از آن نیز ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری: آشنایی با مشکلات به کارگیری این روش درمانی و محذوریات‌های پزشکی، فرهنگی، اجتماعی و قانونی آن حایز اهمیت است. تعهدات مندرج در قرارداد فی‌مابین، از نکات مهم در موفقیت و صحت مشاورات صورت پذیرفته است. وجود قوانین و مقررات در بکارگیری روش رحم جایگزین، زمینه جلوگیری از مشکلات و عواقب ناشی از موارد پیش‌بینی نشده را فراهم می‌نماید.

کلید واژگان: رحم جایگزین، لقاح خارج از رحم، والدین قراردادی، زوج نابارور، مشاوره پزشکی، مشاوره روانی، محدودیت‌های قانونی- فرهنگی.

مسئول مکاتبه: محمد مهدی آخوندی (Ph.D.)، گروه جنین‌شناسی، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فن آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران.

پست الکترونیک: akhondi@avicenna.ac.ir

زمینه و هدف

جایگزینی رحمی^۱، روشی است که به وسیله آن، بانوی صاحب رحم، جنینی را به جای زوج نابارور در رحم خود حمل می‌کند و متعهد می‌گردد که پس از طی دوران بارداری و زایمان، براساس قرارداد منعقد شده‌ای، نوزاد را به زوج نابارور متقاضی تحویل دهد (۱). انتخاب بانوی صاحب رحم، بررسی پزشکی و روان‌شناختی وی و والدین آتی از چنان اهمیتی برخوردار است (۲) که زمانی نسبتاً طولانی به آن اختصاص می‌یابد. پس از تأیید ضرورت انجام این روش درمانی جهت یک زوج نابارور، از آنها درخواست می‌گردد که رحم جایگزین مناسبی را معرفی نمایند.

در فرایند جایگزینی رحمی، شکل‌گیری جنین بر اساس منشأ تخمک، به دو روش عمده صورت می‌پذیرد: (۱) روش جایگزینی نسبی^۲ (۳) که با ارتباط بیولوژیکی/ ژنتیکی فرزندان با بانوی صاحب رحم همراه است و (۲) روش جایگزینی کامل^۳ (۴) که با حذف هرگونه ارتباط بیولوژیکی/ ژنتیکی کودک با بانوی صاحب رحم همراه است. هر یک از این روشها پیامدهای متفاوتی در پی خواهد داشت و در نظر گرفتن تمامی جوانب و رعایت دستورالعمل‌های لازم در این زمینه ضرورت دارد.

در این مقاله، ابعاد مختلف روش جایگزینی رحم، از جمله وضعیت زوج نابارور متقاضی درمان، وضعیت بانوی صاحب رحم، مشاوره‌های متنوع لازم، اهمیت رضایت آگاهانه طرفین و مشکلات روانی، اجتماعی، حقوقی و اخلاقی این فرایند درمانی بررسی می‌شود.

استفاده از رحم جایگزین یا مادر جانشین به زمان‌های بسیار دور و به عهد عتیق بر می‌گردد. قدیمی‌ترین متونی که در آن از مادر جایگزین یاد شده کتاب مقدس و آسمانی انجیل است: سارا به علت ناباروری،

به همسرش حضرت ابراهیم (ع) پیشنهاد کرد که این مشکل را از طریق کنیزش هاجر حل کند (۵).

تا قبل از ابداع روش‌های نوین کمک باروری (ART) جایگزینی رحمی به روش جایگزینی نسبی و به طور غیر رسمی در کشورهای مختلف مطرح بوده است. در سال ۱۹۷۷ اولین قرارداد رحم جایگزین تدوین شد (۶). طبق این قرارداد، ضمن توافق انجام شده میان زوج نابارور و بانوی صاحب رحم، نطفه همسر زوج نابارور پس از شستشو و آماده‌سازی، به رحم بانوی صاحب رحم تلقیح می‌شود و نوزاد حاصل پس از تولد به زوجین نابارور مسترد می‌گردد.

تحول ناشی از تولد اولین نوزاد آزمایشگاهی (۷) در سال ۱۹۷۸ موجب شد که اولین مورد روش جایگزینی کامل با استفاده از تخمک و اسپرم زوج نابارور، در سال ۱۹۸۵ میلادی صورت پذیرد (۷). در این روش، جنین حاصل از لقاح به رحم بانوی صاحب رحم که هیچگونه ارتباط بیولوژیکی/ ژنتیکی با جنین ندارد منتقل می‌گردد (۸). گزارشها نشان می‌دهند که در سال ۱۹۸۶ حداقل ۵۰۰ نوزاد با استفاده از این روشها متولد شدند. به رغم محدودیت‌های حقوقی و اخلاقی مربوط به استفاده از این روشها، حدود ۶۰۰۰ تولد حاصل از جایگزینی رحمی تا سال ۱۹۹۷ گزارش شد که در این میان تنها ۵۰۰ تولد متعلق به استفاده از روش‌های پیشرفته لقاح خارج رحمی در جایگزینی رحمی بوده است (۹).

به کارگیری فن‌آوری لقاح خارج رحمی در جایگزینی رحمی، به ارائه تعاریف متعددی از جایگزینی رحمی منجر شده است. از منظر برخی از محققان، کلمه جایگزینی مفهوم دقیق هدف از چگونگی جایگزینی رحمی را انعکاس می‌دهد. در حالی‌که از دیدگاه برخی دیگر، باید مفهوم مادری مستفاد از این کلمه حذف گردد چرا که رحم جایگزین، موقعیتی جهت تقویت مفهوم مادری نیست. با مطرح شدن

1- Surrogacy

2- Partial surrogacy

3- Full surrogacy

تخمندانها، آزمایش بیماری‌های مسری عفونی و جنسی مانند هیپاتیت B، C و ایدز، هرپس، سایتومگالوویروس و توکسوپلاسموز از اهمیت خاصی برخوردار است. از آنجا که توجه به احتمال ابتلای زوج نابارور به ایدز به جهت سلامت بانوی صاحب رحم و فرزند حاصل ضروری است، توصیه می‌شود که اسپرم یا جنین حاصل از گامت زوج نابارور منجمد گردد و پس از شش ماه زوج نابارور مجدداً از نظر ابتلای به ایدز HIV مورد بررسی قرار گیرند. سپس، در صورت منفی بودن نتایج آزمایشها، اسپرم یا جنین منجمد شده به رحم جایگزین منتقل می‌گردد (۱۱).

ب) مشاوره روانی: ارزیابی سلامت روان زوج نابارور متقاضی رحم جایگزین، اهمیت بسزایی دارد. در این ارتباط تلاش بر آن است که سلامت روانی زوج نابارور و پایداری زناشویی مورد ارزیابی قرار گیرد. همدلی، سازگاری و انعطاف‌پذیری این زوج، زمینه موفقیت فرآیند درمان جایگزینی رحمی را تضمین می‌کند و در مقابل ناسازگاری، مداخلات یا کنترل‌های بیش از حد، نگرانی روند درمان را افزایش می‌دهد. وجود اختلالات شخصیتی، نظیر افسردگی شدید و اسکیزوفرنی، عقب‌افتادگی ذهنی، وسواس، جامعه‌ستیزی و اعتیاد به مصرف مشروبات الکلی از جمله مواردی هستند که مانع از درج نام زوجها در فهرست متقاضیان درمان می‌شوند. جهت‌گیری مشاوره‌ها به گونه‌ای است که زوج نابارور در حین بررسی، آموزش‌های لازم جهت سازگاری با فرآیند درمان جایگزینی رحمی را فرا می‌گیرند. در طول این مدت زوج باید از طرح مواردی که باعث اختلال در روند درمان می‌گردد اجتناب ورزند و برای روبه‌رو شدن با مشکلات احتمالی حین درمان و طی دوران بارداری بانوی صاحب رحم، آمادگی لازم را کسب کنند و بهترین راه‌حلها را انتخاب نمایند (۱۲).

فن‌آوری لقاح خارج رحمی در حوزه جایگزینی رحمی، عناوین مختلف دیگری برای این روش مطرح شد که حامل بارداری^۱، جانشینی میزبان^۲ و جایگزینی لقاح خارج از رحم^۳ از جمله این مواردند (۵). اصطلاحات مختلفی نیز برای زوج‌های نابارور صاحب گامت در نظر گرفته شد که از آن جمله می‌توان به والدین بالقوه^۴، والدین نامزد^۵ و والدین قراردادی^۶ اشاره کرد (۹). در این ارتباط، بکارگیری واژه سنتی والدین فرزندپذیر (پدر خوانده، مادرخوانده) در جایگزینی رحمی به روش نسبی نیز مناسب ارزیابی نشده است، زیرا ابتدایی‌ترین تفاوت والدین فرزندپذیر با فرزند حاصل از رحم جایگزین آن است که این فرزند از لحاظ ژنتیکی حداقل به یکی از والدین مرتبط است، اما به افرادی که از جنین اهدایی استفاده می‌کنند می‌توان اصطلاح والدین فرزندپذیر را اطلاق کرد. دقیق‌ترین عنوان جهت زنی که بارداری را با جنین حاصل از زوج نابارور به روش IVF/ICSI و طی قرارداد منعقد شده‌ای دنبال می‌نماید واژه جایگزین^۷ است (۵).

روش بررسی

بررسی زوج نابارور

الف) مشاوره پزشکی: زوج‌های نابارور متقاضی رحم جایگزین پیش از استفاده از این روش باید از جوانب مختلف مورد بررسی قرار گیرند و اقدامات تشخیصی لازم در تأیید سلامت دستگاه تولید مثل زن و مرد به عمل آید. بررسی‌های لاپاروسکوپی و هیستروسکوپی در صورت لزوم، ارزیابی سلامت عملکرد تخمدانها و بیضه‌ها با انجام آزمایش‌های هورمونی، آنالیز اسپرم و بررسی فعالیت مناسب اسپرماتوژنز، سونوگرافی

- 1- Gestational carrier
- 2- Host surrogacy
- 3- IVF surrogacy
- 4- Prospective parents
- 5- Intended parents
- 6- Contracting parents
- 7- Surrogate

بررسی بانوی صاحب رحم

الف) بررسی پزشکی: بانوی صاحب رحم باید از منظر وضعیت تولید مثلی و نظم عادات ماهیانه و سلامت رحم با هیستروسالپینگوگرافی ارزیابی گردد و در صورت داشتن سابقه قبلی مشکلات باروری، توصیه می‌گردد که از ورود او به فرایند درمانی جلوگیری شود. به علاوه، متخصصان داخلی باید سلامت وی را از نظر ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای بررسی نمایند. متخصصان عفونی نیز باید از عدم ابتلای بانوی صاحب رحم و همسر وی به بیماری‌های عفونی نظیر آنچه در مورد زوج نابارور متقاضی جایگزینی رحمی مطرح شد، اطمینان حاصل نمایند. سابقه داشتن فرزند، سن زیر ۳۵ سال و داشتن همسر در انتخاب بانوی صاحب رحم ارجحیت دارد (۱۳).

ب) بررسی روانی: ارزیابی سلامت روان بانوی صاحب رحم از اهمیت خاصی برخوردار است. ارزیابی شخصیتی فرد، انگیزه وی از حضور در فرایند درمان، اطمینان از آگاهی وی از روند درمان و مشکلات احتمالی حین درمان، سابقه ابتلا به اختلالات روانی، اختلال در خوردن، داروهای مصرفی و عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، از مواردی هستند که در بررسی سلامت روان باید مورد توجه قرار گیرند. متخصصان سلامت روان معتقدند که در جایگزینی رحمی، ارزیابی سلامت روان محدود به بانوی صاحب رحم نشده بلکه همسر و فرزند/فرزندان وی نیز باید مورد ارزیابی قرار گیرند. در این خصوص توجه به انجام آزمون‌های استاندارد نظیر آزمون MMPI2^۱ به همراه اجرای آزمون فرافکن جهت حذف شخصیت‌های روان آسیب و آزمون رورشاخ^۲ که اطلاعات بسیار مفیدی را جهت ارزیابی ارائه می‌دهد، توصیه می‌گردد.

انگیزه کسب درآمد در داوطلبان رحم جایگزین از مواردی است که زمینه بروز مشکلات متعدد و غیرقابل جبرانی را در روند درمان به همراه خواهد داشت. بالعکس، انگیزه ایثار، فداکاری، ازخود گذشتگی، همدردی برای رفع مشکل زوج نابارور و همیاری در جلوگیری از تلاشی یک خانواده، از مصادیق مهم در موفقیت شکل‌گیری مناسب درمان جایگزین رحمی، توسط بانوی صاحب رحم است. اگر داوطلب رحم جایگزین از بستگان و آشنایان زوج نابارور باشد، اطمینان متخصصین بهداشت روان را از جنبه‌های فوق مضاعف می‌کند. آگاهی عموم مردم در ضرورت کمک به زوج‌های نابارور نیز باعث تقویت انگیزه‌های نوع دوستانه خواهد شد (۱۴).

نقش مراکز درمان ناباروری

پس از تأیید سلامت زوجین نابارور متقاضی درمان و بانوی صاحب رحم، اطلاعات جامعی درباره چگونگی روند درمان، خصوصاً درباره چگونگی لقاح خارج رحمی به طرفین عرضه می‌گردد. با توجه به اینکه پس از دریافت تخمک و اسپرم زوج نابارور، جنین‌های حاصل به رحم بانوی صاحب رحم انتقال می‌یابد، هم زمانی سیکل زوج نابارور و بانوی صاحب رحم ضروری است. تجویز میزان مشخصی از داروهای محرک تخمدان هم زمان با کنترل رشد فولیکولها از طریق سونوگرافی و آزمایش استروژن در زمان‌های مناسب جهت اخذ تخمک، لازم است. در این فرایند و در زمان مناسب، تخمک از زوج نابارور دریافت و در شرایط آزمایشگاهی با اسپرم همسر وی لقاح یافته، تعدادی از جنین‌های حاصل به رحم بانوی صاحب رحم انتقال می‌یابند (۱۵).

معمولاً در لقاح خارج رحمی، به منظور افزایش امکان باروری، بیش از یک جنین به رحم منتقل می‌گردد؛ لذا بانوی صاحب رحم باید از امکان مواجهه با بارداری چندقلویی اطلاع یابد. درصد احتمال شکل‌گیری نقایص

1- Minnesota Multiphasic Personality Inventory

2- Rorschach

رفتارهای پرخاشگرانه، مسافرت و هرگونه اقدامی که موجب نگرانی زوج صاحب گامت بشود. توجه دقیق به تعهدات فی مابین در تحویل نوزاد به صاحبان گامت پس از زایمان و پرداخت تعهدات طرف مقابل در اجرای قرارداد ضروری است. نظارت مرکز درمان ناباروری بر صحت قرارداد منعقد، پذیرش مرکز درمان به عنوان داور بی طرف در حل مشکلات احتمالی و رعایت زمانبندی ارزیابی های سلامت جنین و بانوی صاحب رحم در طول دوران بارداری نیز باید در این قرارداد مورد توجه قرار گیرد (۱۸).

بحث

مشکلات جایگزینی رحمی

ایران با تأخیری ده ساله از ابداع روش های لقاح خارج رحمی در دنیا، اقدامات درمان ناباروری را آغاز نمود ولی در حال حاضر با فراهم آوردن امکان کیفی و کمی این اقدامات درمانی، شاهد تحقق تمامی این توانمندیها در کشور هستیم. محدودیت های مختلف پزشکی، اعتقادی، فرهنگی و قانونی در بکارگیری فن آوری لقاح خارج رحمی در باروری شخص ثالث که جایگزینی رحمی نیز از آن جمله است، موجب شده است که این روندهای درمانی به کندی پیش روند یا با فراهم نبودن زمینه انجام آن، متوقف گردند. در زیر به برخی از این موارد اشاره می شود:

الف) محدودیت های پزشکی: ۱- ضرورت بررسی سلامت زوج نابارور متقاضی و بانوی صاحب رحم جایگزین توسط متخصصان مختلف و لزوم مشاوره کامل برای طرفین قبل، حین و پس از درمان، نیاز به اختصاص درمانگاهی خاص جهت مدیریت خدمات بارداری شخص ثالث را ایجاب می نماید.

۲- فراهم آوردن امکان حضور متخصصان مرتبط در بررسی سلامت زوج نابارور و بانوی صاحب رحم جایگزین و انجام مشاوره های لازم با متخصصان

ژنتیکی در بارداری های خارج رحمی، بیش از بارداری های طبیعی نیست. در صورت نقص ژنتیکی جنین، آمادگی بانوی صاحب رحم و زوج نابارور در مواجهه با این مشکل احتمالی لازم است (۱۶).

هدف از مشاوره با طرفین دخیل در روند درمان جایگزینی رحمی، آماده سازی هر دو گروه برای در نظر گرفتن جوانب و مشکلات کوتاه مدت و دراز مدت است. طی مشاوره، مسائل اخلاقی، پزشکی، قانونی و روانی- اجتماعی این روش، خطرات احتمالی و منافع آن برای زوج نابارور، بانوی صاحب رحم و در صورت متأهل بودن بانوی صاحب رحم، برای همسر وی تبیین می شود. تمرکز اصلی در مشاوره بر مبنای حفظ منافع فرزند و طرفین دخیل در درمان جایگزینی رحمی و جلوگیری از تصمیم ناآگاهانه با درک صحیح از مشکلات و عوارض احتمالی است. آگاهی زوج نابارور و بانوی صاحب رحم از روند درمان و تبعات و پیامدهای حین و پس از درمان از نکات مهمی است که باید در مشاوره به آن توجه شود (۱۷).

مراکز درمان ناباروری، پس از آگاه ساختن طرفین از روند درمان، جهت تدوین انتظارات زوج نابارور و بانوی صاحب رحم، جلسات مشترکی را فراهم می کنند و پیش نویس قرارداد فی مابین را تنظیم می نماید. از جمله موضوعاتی که در این قرارداد باید مطرح گردند عبارتند از: چگونگی پرداخت هزینه های مورد توافق، آمادگی بانوی صاحب رحم برای انتقال جنین و بارداری، مراقبت کامل وی از جنین مذکور در طول مدت بارداری و زایمان، امکان بارداری چندقلویی، لزوم کاهش احتمالی جنین، نقص احتمالی جنین، سقط درمانی، سقط غیر عمد، چگونگی ارزیابی روند رشد جنین در طول دوران بارداری، استراحت، تغذیه مناسب، عدم مصرف داروهای غیرمجاز، انجام ندادن حرکات سنگین، انجام محتاطانه کارهای روزمره، توجه به اصول بهداشتی، عدم استعمال سیگار، الکل و مواد مخدر، عدم بروز

تلقی می‌کنند و با موضع‌گیری در مقابل آن موجبات توقف کلی جایگزینی رحمی را در برخی از کشورها فراهم آوردند (۲۱). اما استفاده از این فن‌آوری در چارچوب ضرورت‌های درمانی، در بسیاری از جوامع قابل پذیرش است و نه تنها محذوریت اخلاقی و شرعی ندارد، بلکه اقدامی نوع دوستانه و ایثارگرانه تلقی می‌گردد. بنابراین نقش رسانه‌های ارتباط جمعی در شناخت موضوع و آگاه‌سازی عموم در این اقدام خیرخواهانه ضروری به‌نظر می‌رسد.

ج) *محدودیت‌های قانونی*: طبیعتاً توسعه و بکارگیری روش جایگزینی رحمی در درمان ناباروری، مسائل قانونی متنوعی را به‌دنبال خواهد داشت که به لزوم تدوین قوانینی در این زمینه منجر می‌گردد.

در برخی از کشورها نظیر انگلیس و آمریکا، به رغم وجود قوانینی مدون، هنوز دربارهٔ مسائلی نظیر مسئولیت سرپرستی کودک، حقوق والدین و انگیزه طرفین در انجام این روش درمانی، از نظر اخلاقی و قانونی اختلاف نظر وجود دارد. آمریکا از پیشگامان وضع قانون در جایگزینی رحمی است که با وجود وضع قوانین مدون از سال ۱۹۸۳، همواره با اختلاف نظرهایی دربارهٔ صدور یا عدم صدور جواز مواجه گشته است. در این ارتباط، عده‌ای ضمن تجویز این اقدام درمانی، طرفین مرتبط با این قرارداد را منتفع می‌دانند و منع جایگزینی رحمی را موجب محدودیت جهت رفع نیاز زوج‌های نابارور متقاضی و بانوی صاحب رحم می‌دانند. عده‌ای نیز خطرات بکارگیری این روشها را بیشتر از منافع آن می‌دانند و در مورد عواطف ایجاد شده بین کودک و بانوی صاحب رحم و رضایت آگاهانهٔ بانوی صاحب رحم تردید دارند (۲۲).

تقریباً در نیمی از ایالات متحده آمریکا قوانین مدونی جهت جایگزینی رحمی وجود دارد، به خصوص در ایالت کلمبیا، که معتقد به عقد قراردادی رسمی و قانونی است و هر گونه توافق شفاهی یا کتبی خارج از مجاری

ناباروری، زنان و زایمان، اورولوژیست، عفونی، داخلی، ژنتیک روانپزشکی / روان‌شناسی و پزشکی اجتماعی در کلینیک مرتبط با درمان‌های جایگزینی ضروری است.

۳- مشاورهٔ کامل در بررسی، تشخیص و درمان رحم جایگزین موجب زمان‌بر شدن مراحل در این اقدام درمانی می‌گردد. بنابراین فراهم آوردن امکان‌آشنایی و آگاهی زوج نابارور و بانوی صاحب رحم در این خصوص ضروری است.

۴- مشاوره‌ها و ارزیابی سلامت در فرآیند جایگزینی رحمی موجب می‌شود که درصد قابل توجهی از زوج‌های نابارور متقاضی و داوطلبان رحم جایگزین حذف یا منصرف شوند. دقت در انجام این روند موجب هزینه بر شدن اقدامات بالا می‌گردد.

۵- پابندی به این روند درمانی موجب تحمیل هزینه‌های قابل توجهی به زوج متقاضی درمان جایگزینی رحمی می‌گردد. از آنجا که معمولاً غالب متقاضیان توانایی جبران هزینه‌ها را ندارند، یا از روند درمان منصرف می‌شوند یا با از دست دادن اندوخته‌های خود تداوم درمان را می‌پذیرند که در این صورت به نظر می‌رسد با ورود بیمه‌های تکمیلی به ارائه این خدمات، زمینه استفاده متقاضیان نیازمند به این اقدام درمانی تسهیل خواهد شد.

ب) *محدودیت‌های فرهنگی (روانی-اجتماعی)*: همزمان با فراهم آمدن امکان روش‌های نوین لقاح خارج رحمی و باروری شخص ثالث/ جایگزینی رحمی، متأسفانه، زمینه سوء استفاده از این فن‌آوری در موارد غیر پزشکی در برخی از جوامع شکل گرفت (۱۹). گرایش به داشتن فرزندی از آن خود، بدون تجربه بارداری موجب شکل‌گیری گسترده فعالیت واسطه‌ها در ایجاد این بازارهای نوپدید گشت و بدین طریق اصطلاح غلط «اجاره رحم» مطرح شد (۲۰). اخلاقیون و متشرعین برخی از کشورها این نگرش و اقدام را سوء استفاده از شأن و کرامت انسانی و ترویج برده‌داری و استثمار زن

خارج رحمی با روش جایگزینی رحمی قانونی و مجاز شده است ولی در بعضی از استان‌های این کشور، ضوابط متفاوتی حاکم است (۲۵). در کشور ایران، در حال حاضر، ضوابط قانونی مدونی وجود ندارد و اگرچه بر مبنای نظر فقهای عظام، محدودیتی در انجام آن مقرر نگشته است، امید است که در آینده‌ای نزدیک محدودیت‌های قانونی اجرای این اقدام درمانی مرتفع و شرایط مناسبی برای اجرای آن مهیا گردد.

تشکر و قدردانی

از همکاران محترم کلینیک اهدا مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا و گروه محترم حقوق و اخلاق زیستی پژوهشکده ابن‌سینا که در جمع‌آوری و تکمیل مباحث همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

قانونی را در هر یک از اشکال جایگزینی رحمی، ممنوع و سرپیچی از آن قوانین را موجب مجازات کیفری می‌دانند.

در برخی از کشورهای اروپایی نظیر انگلیس، بلژیک، هلند و فنلاند، روش جایگزینی مجاز شمرده می‌شود (۲۳). در انگلیس، این عمل بر مبنای انگیزه نوع دوستانه بانوی صاحب رحم، قانونی تلقی می‌شود و انجام آن، محدود به مراکز مجاز درمان ناباروری می‌شود. رعایت قانون جنین‌شناسی و باروری انسانی (HEFA)^۱ با لحاظ نمودن آگاهی کامل علمی و قانونی طرفین دخیل به ابعاد روش درمانی جایگزینی رحمی الزامی است و هزینه‌ای برای متقاضیان در بر ندارد (۲۴). در استرالیا نیز مانند انگلیس، جایگزینی رحمی بر مبنای نوع دوستی مجاز شمرده می‌شود. در کانادا از سال ۲۰۰۴ لقاح

References

- 1- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadv V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples Hum Reprod. 2003;18(6):1334-42.
- 2- Ciccarelli JC, Beckman LJ. Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. J Soc Issues. 2005;61(1):21-43.
- 3- Sullivan L. Surrogacy: the case for a conventional approach. Med Law. 1991;10(4):401-15.
- 4- Golombok S, Murray C, Jadv V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. Hum Reprod. 2006;21(7):1918-24.
- 5- Brinsden PR. Gestational surrogacy. Textbook of Assisted Reproductive Techniques. Taylor & Francis, an imprint of the Taylor & Francis Group: USA, 2004;p: 855-66.
- 6- Abbas J, Model human reproduction technologies and surrogacy act. Iowa Law Rev. 1987;72(4):943-1013.
- 7- Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. Lancet. 1978;2 (8085):366.
- 8- Delaisi de Parseval G. To FIV or not to FIV: Will gestational surrogacy be an indication for assisted reproductive techniques? Gynecol Obstet Fertil. 2006; 34(9):720-6.
- 9- Synescu K. Personal conversation. Los Angeles, CA. 18 November 1997.
- 10- van den Akker OB. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. Hum Reprod Update. 2007;13(1):53-62. Review.
- 11- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. European Society of Human Reproduction and Embryology. Guidelines for counselling in infertility: outline version. Hum Reprod. 2001;16(6): 1301-4.
- 12- American Society for Reproductive Medicine. Psychological assessment of gamete donors and recipients. Fertil Steril. 2004;82 Suppl 1:S18-9.
- 13- Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. JAMA. 1991;265(14): 1868-71.

1- Human Embryology and Fertility ACT

- 14- Reilly DR. Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ*. 2007;176(4): 483-5. Review.
- 15- Raziel A, Schachter M, Strassburger D, Komarovsky D, Ron-El R, Friedler S. Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme. *Reprod Biomed Online*. 2005;11(2):254-8.
- 16- Sullivan L. Surrogacy: the case for a conventional approach. *Med Law*. 1991;10(4):401-15.
- 17- Ciccarella JC, Beckman LJ. Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. *J Soc Issues*. 2005;61(1):21-43.
- 18- MacPhee D, Forest K. Surrogacy: programme comparisons and policy implications. *Int J Law Fam*. 1990;4(3):308-17. No abstract available.
- 19- Drabiak K, Wegner C, Fredland V, Helft PR. Ethics, law, and commercial surrogacy: a call for uniformity. *J Law Med Ethics*. 2007;35(2):300-9.
- 20- Galbraith M, McLachlan HV, Swales JK. Commercial agencies and surrogate motherhood: a transaction cost approach. *Health Care Anal*. 2005;13(1):11-31.
- 21- Wilkinson S. The exploitation argument against commercial surrogacy. *Bioethics*. 2003;17(2):169-87.
- 22- Braude P, Muhammed S. Assisted conception and the law in the United Kingdom. *BMJ*. 2003;327(7421): 978-81. Review.
- 23- Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*. 2003;9(5):483-91. Review.
- 24- Human Fertilisation and Embryology Authority, Eighth Annual Report & Accounts. First published 1999, ISBN 0 11 322290 4, Printed in the United Kingdom for The Stationery Office.
- 25- Jones HW Jr. Commentary on ACOG Committee Opinion Number 88, November 1990-"Ethical issues in surrogate motherhood". *Womens Health Issues*. 1991;1(3):13.