

تکنیکهای نوین تولید مثل کمکی انسان: ضرورتها، دستاوردها و لزوم دخالت قانونگذار

میر قاسم جعفرزاده (Ph.D.)

مدیر گروه حقوق بیوتکنولوژی ناباروری و اخلاق پزشکی، پژوهشکده ابن سینا و استادیار دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

نوشته حاضر کوششی در جهت توجیه لزوم تحقیق همه جانبه و گسترده و نمایش ضرورت دخالت مراجع قانونگذار می باشد. در پرتو یک مطالعه تطبیقی نشان داده شد که آنچه در ادبیات تحقیق و نظریه پردازیهای کشور ما مورد توجه قرار گرفته بخش ناچیزی از انبوه مسائل و پرسشهای ناشی از استعمال روشهای باروری کمکی در تولید مثل انسان است. همچنین روشن گردید که اندک تحقیقات و نظریه پردازیها گر چه به لحاظ تحقیقی گامی قابل توجه به سمت گشایش فضای جدید جهت مطالعه و پژوهش در حوزه حقوق، فقه و اخلاق است، اما در عمل نه تنها راهشگا نیست بلکه چه بسا منجر به سردرگمی، صدور آراء متعارض و حتی سوء استفاده از این فناوری میشود. ضمناً نشان داده شد که طرح پیشنهادی به منظور قانونگذاری، تنها بخش بسیار ناچیزی از مطالبات جامعه پزشکان و بیماران و واقعتهای موجود را در نظر گرفته و لازم است با دید جامع نگر تنظیم شود. به این منظور با الهام از تجارب قانونگذار در کشور انگلیس و استرالیا کوشش شد تا پرسشها و مسائل متنوع حوزه مزبور به تصویر کشیده و آنگاه ضرورت نگرش فراگیر و جامع به همه مسائل پیشنهاد گردید. به منظور تعیین چارچوبهای کلی قانونگذاری اصول راهنما برای تدوین مقررات جامع به شرح ذیل پیشنهاد می گردد:

- ۱- اولویت رعایت مصلحت و منافع کودک حاصل از این روشها
- ۲- حمایت و حفاظت از حق حیات کودک و زوجهای نابارور
- ۳- ملاحظه منافع خانواده
- ۴- حمایت از حق طبیعی و علاقه زوجهای نابارور به داشتن کودک

کل واژگان: ضرورت مطالعه و تحقیق چند سویه، ضرورت تدوین مقررات جدید، جامع نگری در مقام تدوین قانون جدید، ابهام و خلاء در حقوق موضوعه، رعایت اصول راهنما و حاکم در مقام تدوین قانون جدید.

آدرس مکاتبه: اوین، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار، پژوهشکده ابن سینا، ص- پ ۱۷۷-۱۹۸۳۵، تهران، ایران

پست الکترونیک: M_Jafarzadeh@yahoo.com

مقدمه

فراوان است ولی با الهام از تجارب قانونگذاری برخی کشورهای پیشرو می توان آنها را در چند دسته کلی جای داد.

هر چند گاهی دانش بشری روزنه هایی فراسوی انسانهای جستجوگر گشوده و آنرا به گشایش گره های کور امیدوار می سازد. تکنیک های نوین تولید مثل کمکی انسان و اخیراً مهندسی ژنتیک در این زمینه از تکاپو و پژوهش در خور ستایشی برخوردار می باشند. در پرتو تحقیقات و پژوهش در شاخه های مختلف پزشکی، برخی امور ناممکن هم اکنون میسر و روزنه های امیدوار فراسوی جامعه بشری گشوده شده است. یکی از این ناممکن ها باروری زوجهایی است که تا دو دهه قبل آرزوی بیش نبوده است. اما هم اکنون دانش پزشکی و تکنولوژی مدرن تولید مثل کمکی انسان، به یمن کوشش محققان این رشته ها قادر به تحقق این آرزو گشته و زوجهای نابارور می توانند فرزندی از آن خود داشته باشند. گر چه بکارگیری این تکنیکها در عرصه پزشکی و ژنتیک موجبات گشایش و سهولت فراوان امور گشسته و پیشرفتهای خیره کننده ای در این حوزه ها به دنبال داشته است، ولی در عرصه های مختلفی چون: باورهای مذهبی، اخلاقی، جامعه شناسی، روانشناختی، فقه و حقوق موجب بروز پرسشها و بعضاً گره هایی شده است که پاسخ به آنها و گشایش گره های مذکور نیازمند مطالعات همه جانبه و تحقیقاتی گسترده است. نوشته حاضر کوششی در جهت طرح پرسشها، نمایش ضرورتها، گزارش دستاوردها و توجیه لزوم تحقیق چند سویه و گسترده و ضرورت دخالت مراجع قانونگذار می باشد. در این راستا به منظور شناسایی ضرورتها و تعیین حوزه دخالت مراجع قانونگذار از تجارب مجامع قانونگذار پاره ای کشورهای پیشرو در این عرصه ها بهره خواهیم گرفت.

۱- پرسشها و ضرورتها

بکارگیری روشهای معمول در درمان زوجهای نابارور پرسشهای فراوانی در حوزه فقه، حقوق و اخلاق برمی انگیزد. اگر چه پرسشها و مسائل مزبور متنوع و

۱/۱- مفاهیم و تعاریف

نخستین گام در تدوین مقررات و تنظیم فعالیتهای این حوزه ارائه تعریف قانونی شفاف از عناوین و موضوعاتی است که در استعمال روشهای نوین باروری کمکی بکار می روند. موضوعاتی چون نطفه (gamete) اسپرم (sperm)، تخمک (egg)، زایگوت (zygote)، رویان و جنین (embryo, fetus)، انتخاب دلخواه جنس کودک (sex selection) و مشابه سازی (cloning)، از جمله موضوعاتی است که باید بدقت توسط قانونگذار تعریف شود. قانونگذار انگلیسی در ماده ۱، قانون سال ۱۹۹۰ یعنی Human Fertilization and Embryology و قانونگذار استرالیایی در ماده ۳، قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا یعنی Infertility Treatment Act با اصلاحات سال ۱۹۹۸ به صورتی واضح این ترمها را تعریف نموده است.^۱

همچنین شایسته است مفهوم، شرایط و طرق ذخیره سازی و نگهداری (storage و preservation) و مطالعه و تحقیق (research) پیرامون اسپرم، تخمک، زایگوت، رویان و جنین و مدت زمان مجاز نگهداری، دقیقاً روشن شود. آنطور که قانونگذار انگلیسی در ماده ۲، قانون سال ۱۹۹۰ و قانونگذار استرالیایی در ماده ۳، قانون سال ۱۹۹۵ به عمل آورده است.

همچنین لازم است مفهوم و انواع استفاده از رحم جانشین (surrogacy) همانند سایر کشورها (قانون سال ۱۹۸۵ انگلیس تحت عنوان Surrogacy Arrangement، ماده ۳، قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا، قانون ۱۹۸۸ Surrogate Parenthood ایالت Queensland، قانون

۱- این قوانین بزودی در یک مجموعه ای مستقل توسط پژوهشکده ابن سینا منتشر خواهد شد.

فقهی و حقوقی و مراجع تقلید در مقام پاسخ به استفتائات، دیدگاههای خویش را ابراز داشته اند. ولی یک نگاه اجمالی به این ادبیات تحقیق و اظهار نظرها حاکی از اختلاف نظر فاحش است.^۱

در این خصوص پرسشهای متعددی مطرح است: نخست اینکه تحت چه شرایطی یک پزشک یا مرکز درمانی مجاز به استفاده از اسپرم، تخمک و زایگوت یا جنین اهدایی می باشد؟ اهداء کنندگان باید دارای چه شرایطی باشند؟ (مواد ۱۲ و ۱۸ و ۲۰ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا) انتقال گامت افراد مرده به رحم خواه قبل از ترکیب یا پس از ترکیب و لقاح با گامت دیگری به منظور تولید مثل چه وضعیتی دارد؟ (ماده ۴۳ همان قانون) انتقال گامت تولیدی کودکان قبل از بلوغ و سن رشد چه وضعیتی دارد؟ (ماده ۴۲ همان قانون) استفاده از گامت، زایگوت و جنین متعلق به غیر مسلمان برای مسلمان و برعکس چگونه است؟ آیا انتقال گامت یا جنین حاصل از گامت موجودات غیر انسانی به انسان رواست؟ (بند ۲ ماده ۳ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس) اختلاط گامت، زایگوت و جنین چند انسان با یکدیگر و یا زایگوت و جنین حاصل از چند انسان با هدف تولید فرزند چه وضعیتی دارد؟ (ماده ۴۶ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا) آیا اختلاط گامت تولیدی حیوان با گامت تولیدی انسان و یا زایگوت و جنین تولیدی حیوان با انسان جایز است؟ وارد ساختن ژن یک حیوان به گامت یا زایگوت و جنین تولیدی انسان چطور؟ (ماده ۴۵ همان قانون) واردات و صادرات گامت، زایگوت و جنین چه وضعیتی دارد؟ (ماده ۵۶ همان قانون) آیا پرداخت و دریافت وجه در ازاء اهداء گامت و زایگوت و جنین

۱- جهت تفصیل رک به: « روشهای نوین باروری کمکی از دیدگاه فقه و حقوق»، تهیه و جمع آوری زیر نظر دکتر جعفرزاده، میرقاسم، انتشارات پژوهشکده ابن سینا و سمت، سال ۱۳۸۰؛ دکتر جعفرزاده، میرقاسم، « وضعیت شرعی بکارگیری روشهای نوین باروری کمکی در تولید مثل انسانی»، فصلنامه باروری و ناباروری، شماره اول، ص ۵۵-۷۵ سال ۱۳۷۹.

۱۹۹۳، Tasmanian Surrogacy Contract ایالت، قانون سال ۱۹۹۴، Substitute Parent Agreement ایالت Australian Capital Territory با اصطلاحات سال ۱۹۹۸ و ماده ۱۰ (الف) قانون Family Relation سال ۱۹۷۵ (استرالیا) بدقت مشخص گردد.

۱/۲ - اعمال ممنوع و مجاز

الف- استفاده از روشهای باروری کمکی: هم اینک پزشکان و مراکز درمان ناباروری روشهای متعددی برای درمان ناباروری بکار می گیرند. رایجترین آنها JUI، IVF، ICSI، ZIFT و می باشد. به لحاظ پزشکی هر یک از روشهای مزبور بدلائل و ضرورتهای خاصی استفاده می گردد. بر این اساس شایسته است بدقت موارد استفاده هر یک از این روشها و انتقال از یک روش به روش دیگر روشن شود. قانونگذار انگلیسی در ماده ۱۳، قانون سال ۱۹۹۰ و قانونگذار استرالیایی هم در مواد ۶ تا ۸ و ۱۰ تا ۱۲ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا به تفصیل شروط توسل به روشهای مزبور برای درمان بیماران نابارور را مشخص ساخته است.

ب- استفاده از گامت، زایگوت و رویان با هدف تولید مثل: بسیاری از بیماران با استفاده از گامت مأخوذ از خودشان قابل درمان می باشند. ولی باروری پاره ای از زوجها تنها با استفاده از اسپرم غیر (در صورت ناباروری شوهر) و یا تخمک غیر (در صورت ناباروری همسر) و یا زایگوت یا رویان متعلق به غیر می باشد. بر این اساس، شایسته است موارد جواز و شرایط استفاده از آن بدقت معین شود. قانونگذار انگلیسی در قانون سال ۱۹۹۰ و قانونگذار استرالیایی در قانون سال ۱۹۹۵ و قانون ۱۹۸۵، Artificial Conception با اصلاحات سال ۲۰۰۰ موارد مجاز و ممنوع را به طور صریح مشخص نموده است. در حقوق ایران، اگر چه قانونگذار وضعیت را روشن ننموده، ولی نویسندگان

ج- **انتخاب جنس کودک دلخواه:** انتخاب جنس کودک دلخواه به کمک روشهای مدرن درمان ناباروری نیز پرسشهای چندی را مطرح می سازد از جمله اینکه: آیا اساساً انتخاب جنس کودک دلخواه جایز است یا خیر؟ در صورت جواز تحت چه شرایطی و کدام نوع آن و در چه مرحله ای جایز می باشد؟^۱ (ماده ۵۰ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا و بند ۳ از پیوست دوم قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس) در حقوق استرالیا انتخاب جنس علی الاصول ممنوع می باشد مگر در صورت ضرورت برای کودک (بند ۲ ماده ۵۰ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا) و در حقوق انگلیس هم در صورتی که عمل مزبور ضروری (necessary) و یا مطلوب (desireable) باشد بلامانع است.^۲

د- **تحقیق پیرامون گامت، زایگوت و رویان:** در مراکز درمان ناباروری گامتها، زایگوت و جنین با هدفهای مختلف مورد مطالعه و تحقیق قرار میگیرند. بازتابهای اخلاقی این مطالعات مختلف است و همین امر ابهاماتی را برمی انگیزد که باید به نحو شفاف موضع گیری شود. از جمله اینکه آیا استفاده از گامت انسانی برای اهداف تحقیقاتی مجاز است یا خیر؟ در صورت جواز چه نوع تحقیقات و تحت چه شرایطی باید تجویز گردد؟ (مواد ۳۲ تا ۳۶ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا) تولید جنین از گامت با هدف تحقیقاتی چه وضعیتی دارد؟ اختلاط گامت انسانی با حیوان به منظور تحقیق چگونه است؟ اصلاح و درمان ژنتیکی گامتها و جنینها در مقام تحقیق چگونه است؟ (ماده ۳۹ همان قانون)

رواست یاخیر؟ در صورت جواز، تحت چه عنوان قابل پرداخت یا دریافت است؟ (ماده ۵۷ همان قانون) احداث بانک اسپرم و نگهداری اسپرم افراد پس از فوت یا قبل از ناباروری در اثر عوامل مختلف چه وضعیتی دارد؟ ذخیره زایگوت و جنین چگونه؟ برای چه مدت و تحت چه شرایطی نگهداری اسپرم و زایگوت و جنین رواست؟ (مواد ۵۱ تا ۵۵ همان قانون و بند ۴ ماده ۳ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس) از بین بردن این موجودات چه وضعیتی دارد؟ تحت چه شرایطی می توان آنها را از بین برد؟ (ماده ۵۳ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا) چه تعداد زایگوت یا رویان در هر سیکل درمان باروری قابل انتقال است؟ حداقل و حداکثر قانونی چه تعداد می باشد؟ در صورت لانه گزینی چندین جنین آیا تقلیل آن جایز است؟ تحت چه شرایطی و تا چه مدت زمانی این عمل ممکن است؟ (قانون سقط جنین سال ۱۹۶۷ با اصطلاحات ۱۹۹۰ انگلیس) آیا انتقال اووسیت برگرفته از فتوس (Fetus) رواست؟ (ماده ۴۲ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا) آیا انتقال گامت، زایگوت یا جنین با هدف باروری، مشروط به شوهر داشتن زن است یا زن مجرد هم مجاز به دریافت آن به منظور تولید فرزند می باشد؟ آیا انتقال گامتها، زایگوتها و جنینهای موضوع تحقیق به رحم با هدف تولید مثل جایز است؟ (ماده ۴ همان قانون) آیا انتقال زایگوت یا رویان خارج شده از بدن مجدداً قابل استفاده برای تولید مثل می باشد؟ (ماده ۴۲ همان قانون) انتقال آزمایشی زایگوت و یا جنین به بدن مرد و یا حیوان چه وضعیتی دارد؟ انتقال آزمایشی تخمک پارثنوژنتیک (Parthenogenetic oocyte) و یا پارثنوژن (Parthenogene oocyte) به بدن یک شخص و یا حیوان چه وضعیتی دارد؟ (ماده ۴۸ همان قانون) تولید جنین و زایگوت در خارج از بدن تحت چه شرایطی جایز است؟ (ماده ۴۹ همان قانون و بند یک ماده ۳ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس)

۱- در این مورد رک :

HFEA, Sex Selection, Public Consultation Document, 1993.

۲- همان، ص ۲.

۱/۳- نقش و جایگاه رضایت

لزوم و نحوه تحصیل رضایت از افراد تحت درمان، صاحبان گامت، زایگوت و جنین جهت درمان و تحقیق پرسشهای متعددی را موجب میشود که باید پاسخ روشن به آنها داد. از جمله اینکه آیا در صورت تمایل همسر به استفاده از گامت، زایگوت و یا جنین بیگانه تحصیل رضایت شوهر لازم است؟ در صورت درخواست شوهر، رضایت همسر چطور؟ (مواد ۹ و ۱۳ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا)^۱

چه نوع رابطه حقوقی فیما بین گامت، زایگوت و جنین و تولید کنندگان آنها وجود دارد: آیا اموال آنها محسوب می شوند یا همانند دیگر اعضاء و اجزاء بدن تحت تصرف آنان می باشد و یا اساساً در حکم انسان بالقوه بوده و تابع احکام انسان بالقوه می باشد؟^۲ بر این اساس، آیا تحصیل رضایت صاحبان گامت و جنین ضروری است؟ (ماده ۲ همان قانون) در صورت جدایی این زوجین، رضای تحصیلی تحت چه شرایطی نافذ خواهد بود؟ (بند ۲ از ماده ۱۳ همان قانون) آیا به هنگام تحصیل رضایت نوع استفاده از گامتها و جنینها مثلاً تولید مثل و یا تحقیق باید روش شود؟ آیا تحصیل رضایت برای تشکیل زایگوت یا جنین از گامت اهدایی لازم است؟ (ماده ۲۷ همان قانون) تحصیل رضایت شریک و همسر اهداء کننده چطور؟ (مواد ۱۳ و ۲۸ همان قانون) در صورتیکه اهداء کننده هنگام اهداء مجرد ولی قبل از استفاده موضوع رضایت، اهداء کننده با کسی ازدواج نماید و همسر ایشان با اهداء مخالفت نماید چه باید کرد؟ (بند یک از ماده ۵ همان قانون) اعتراض مزبور چگونه باید اعلام شود؟ آیا رضایت اعطایی قابل استرداد است؟ تحت چه شرایط و تا چه زمانی قابل

استرداد می باشد؟ (بند ۲ از ماده ۱۵ و ماده ۳۷ همان قانون) تحصیل چه نوع رضایتی کتبی یا شفاهی، صریح یا ضمنی و یا حتی مکتون ضروری و کافی است؟^۳ رضایت تحصیلی تا چه مدت قابل استمرار است؟ در حقوق انگلیس به موجب پیوست سوم قانون سال ۱۹۹۰ رضایت باید صریح و کتبی باشد. در حقوق استرالیا نیز به موجب مواد ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۹، ۳۵ و قسمت د از بند یک از ماده ۵۳ قانون سال ۱۹۹۵ و ماده ۱۰ آیین نامه درمان ناباروری سال ۱۹۹۷ ایالت ویکتوریا هم رضایت در کلیه موارد فوق باید کتبی و صریح باشد. همچنین در حقوق استرالیا مدت استمرار رضایت اعطایی در برخی موارد ۵ سال و در برخی دیگر ۱۰ سال می باشد (ماده ۳۸ همان قانون).

۱/۴- مشاوره و راهنمایی

درمانهای پیشنهادی مراکز درمانی پیچیده و بازتابهای جسمی، روحی و اجتماعی فراوان دارد. بنابراین بیماران نیازمند آگاهی نسبت به پیامدهای مزبور می باشند. بر این اساس، چه نوع آگاهی و اطلاعاتی باید توسط پزشک و مرکز درمانی در اختیار زوجین نابارور قرارگیرد؟ هنگام شروع به درمان و استفاده از گامت و جنین غیر چه نوع آگاهی باید در اختیار آنان قرار داده شود؟ (ماده ۱۰ قانون سال ۱۹۹۵ و ماده ۵ آیین نامه درمان ناباروری سال ۱۹۹۷ ایالت ویکتوریا) ارائه اطلاعات به اهداء کنندگان چطور؟ (ماده ۱۷ قانون سال ۱۹۹۵) راجع به اهداء کنندگان گامت، زایگوت و جنین ارائه چه میزان اطلاعات و تحت چه شرایطی به استفاده کنندگان ضروری است؟ (مواد ۷۱، ۷۴، ۷۵ همان قانون) چه میزان اطلاعات راجع به استفاده کنندگان را می توان به اهداء کنندگان ارائه داد؟

۱- جهت تفصیل رک: HFEA, Code of Practice, 1993, 24-27

۲- جهت تفصیل رک: دکتر جعفرزاده، میرقاسم، «تحلیل فقهی - حقوقی رابطه فیما بین گامت، زایگوت و جنین و تولید کنندگان آنها» بولتن تولید مثل و نازایی پژوهشکده ابن سینا، شماره های ۲۱-۲۴.

۳- در خصوص انواع رضایت رک: دکتر سید فاطمی (قاری)، سید محمد، «رضایت مکتون» فصلنامه باروری و ناباروری، پاییز ۱۳۷۹، شماره ۴، ص ۳۳-۳۷.

برای این مقاصد نیز دقیقاً مشخص شود (مواد ۸۵ تا ۹۲ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا).

۱/۶- وضعیت حقوقی اطفال حاصل از این روشها

هدف مهم تکنیکهای رایج باروری کمکی تولید فرزند است. بنابراین تعیین سرنوشت ایشان مهمترین مسئله در این گونه مباحث است. اکثر قانونگذاران و قضات محاکم نیز همیشگی تعیین وضعیت کودکان و تأمین منافع آنان است. به همین جهت در قوانین موضوعه کشورهای پیشرو قانونگذار صریحاً وضعیت حقوقی آنان را مشخص و مسئول اداره امور کودک حاصل از این روشها را معین می سازند. نخستین پرسش در این خصوص مشروعیت نسب و تعیین پدر و مادر قانونی است. در صورتیکه کودک محصول اسپرم و تخمک زن و شوهر باشد مشکلی وجود ندارد، اما اگر کودک محصول اسپرم بیگانه، تخمک زنی دیگر و زایگوت و جنین حاصل از گامت دیگری باشد چگونه پدر و مادر قانونی را باید تعیین نمود؟ از این گذشته، مسئولیت کودک مزبور با کدام است: صاحبان نطفه، در حالیکه آنان فقط اسپرم، تخمک، زایگوت و جنین اهداء کردند و هیچ انگیزه ای برای فرزند دار شدن نداشتند، یا دریافت کنندگان نطفه و جنین؟ رابطه شرعی آنان با این افراد چگونه است؟ آیا با هم رابطه محرمیت دارند یا خیر؟ چه نوع رابطه محرمیتی فیمابین آنان متصور است؟ این پرسشها گرچه در ادبیات تحقیق کشور ما با تفصیل قابل ملاحظه ای مورد بحث حقوقدانان و نویسندگان فقهی قرار گرفته ولی این اظهار نظرها حاکی از اختلاف نظر فاحش است.^۲

۲- جهت تفصیل رک: روشهای نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق، همان. شایسته ذکر است که در حقوق انگلیس و استرالیا قانونگذار صریحاً و بدقت در هر مورد وضعیت حقوقی کودک و رابطه ایشان با افراد متفاوت را معین کرده است (مواد ۲۸ تا ۳۱ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس و قانون Artificial Conception سال ۲۰۰۰ ایالت Australian Capital Territory).

(ماده ۷۲، ۷۳ همان قانون) آیا ارائه مشاوره به زوجین نابارور هم ضروری است؟ میزان و نحوه ارائه مشاوره چگونه باید باشد؟ (ماده ۱۱ قانون سال ۱۹۹۵ و ماده ۶ آئین نامه فوق الذکر) ارائه مشاوره به اهداء کنندگان چطور؟ (ماده ۱۶ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا ارائه مشاوره به اهداء کنندگان قبل از اعلام رضایت را ضروری می داند.) چه نهادی مسئول ارائه مشاوره و تعیین استانداردهای لازم است؟ (مواد ۲۵ و ۲۶ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس).

۱/۵- بایگانی اطلاعات ، دسترسی به اطلاعات و لزوم محرمانه بودن آنها

اعمال روشهای درمانی مزبور، متضمن جمع آوری اطلاعات شخصی و خانوادگی فراوان و متنوعی از افراد تحت درمان، اهداء کنندگان گامت، زایگوت، جنین و کودکان حاصل از این روشها است. بایگانی این اطلاعات مهم و دسترسی به آنها باید محرمانه و با اطلاع و رضایت صاحبان اصلی اطلاعات باشد. شایسته است الزامات کافی برای پزشکان و مراکز درمانی جهت دسترسی هر یک از این افراد به اطلاعات راجع به دیگری پیش بینی و دسترسی به این اطلاعات توسط دیگران ممنوع و در صورت تخلف ضمانت اجرای مناسب مقرر گردد. در حقوق انگلیس^۱ و استرالیا قانونگذار این مسائل را مورد توجه قرار داده و به تفصیل مقررات لازم و شروط بهره برداری از آن را مشخص ساخته است (قسمت هفتم از مواد ۶۲ تا ۹۲ قانون سال ۱۹۹۵ و ماده ۱۳ آئین نامه درمان ناباروری ایالت ویکتوریا، ماده ۲۰ قانون Artificial Conception Amendment سال ۲۰۰۰ و مواد ۳۱ تا ۳۵ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس).

همچنین از آنجا که دسترسی به این اطلاعات توسط گروههای تحقیق و دیگر مراکز درمانی برای ادامه تحقیق مهم می باشد، شایسته است دسترسی به این اطلاعات

۱- جهت تفصیل رک: H.F.E.A. Code of Practice ,1993,42-44

نیازمندان و یا بنگاههای تبلیغاتی و خبری چه وضعیتی دارد؟^۵

۱/۷- نظارت و ضمانت اجراها

یک نگاه اجمالی به قوانین موضوعه برخی کشورها حاکی از ضرورت و اهمیت بخش نظارت و ضمانت اجرای عدم رعایت مقررات موضوعه است. در حقوق انگلیس به موجب قانون سال ۱۹۹۰ اصل نظارت و کیفیت اعمال آن در مواد ۵ تا ۲۷ مورد توجه قانونگذار قرار گرفته است. به موجب همین قانون یک مرجع تخصصی مستقل با اختیارات گسترده به منظور اعمال نظارت مستمر بر فعالیتهای اینگونه مراکز و تنظیم رویه های عملی فعالیتهای آنها و فراهم سازی زمینه ارائه خدمات مشاوره ای برای بیماران متقاضی پیش بینی شده است. همین مرجع به تناوب هر چند سال مقررات لازم الاجرا جهت کنترل و نظارت بر مراکز درمان ناباروری را مشخص و جهت اطلاع عموم تحت عنوان "Code of Practice" منتشر می سازد. در حقوق استرالیا هم همانند حقوق انگلستان، قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا در قسمت هشتم و نهم طی مواد ۹۳ تا ۹۷ شروط تاسیس مرکز درمانی و فعالیت مجاز پزشکان در خارج از مراکز مورد تأیید و طی مواد ۹۸ تا ۱۰۲ شروط اعطاء مجوز به مراکز درمانی و پزشکان برای تحقیق پیرامون گامت، زایگوت، جنین و اعمال روشهای درمانی فوق الذکر و طی مواد ۱۰۳ و ۱۰۴ شروط راه اندازی مرکز مشاوره و طی مواد ۱۰۵ تا ۱۲۲ تاسیس، اختیارات و وظایف مرجع نظارتی را پیش بینی نموده است. در این قوانین شرایط تاسیس و نحوه اداره و درمان بیماران و شرایط پرسنل اداره کننده آنها به دقت مشخص شده است. به موجب همین قوانین حتی مرجع تصمیم گیری درباره اعتراض به تصمیمات این مرجع، ناظر هم پیش بینی و شرایط و موارد پژوهش و اعتراض به

۱/۶- وضعیت حقوقی توافقات ناظر بر استفاده از

رحم جانشین یا Surrogacy

استفاده از رحم جانشین به منظور تولد فرزند صرف نظر از پرسشهای مربوط به استفاده از گامت یا جنین دیگری، پرسشها و مسائل متعدد دیگری را موجب می شود که قانونگذاران^۱ و محاکم^۲ آنرا مورد توجه قرار داده اند. از جمله اینکه آیا توافقات و قراردادهای مزبور محکوم به صحتند یا بطلان؟ در حقوق انگلیس قانونگذار نسبت به این پرسش سکوت ولی در قوانین برخی از ایالات استرالیا قانونگذار آنرا باطل اعلام داشت!^۳ بر فرض صحت و نفوذ، آیا توافقات مزبور در محاکم به عنوان منبع حقوق و تعهدات قابل استناد می باشند (در حقوق انگلیس قانونگذار سال ۱۹۸۵ آنرا غیر قابل استناد اعلام نمود)؟ اگر شروط مندرج در این توافقات و قراردادهای توسط یکی از متعاقدین نقض شود آیا می توان از دادگاه اجبار پیمان شکن را درخواست نمود؟ آیا بابت نقض مفاد و شروط این نحوه توافقات و قراردادهای خسارت قابل مطالبه می باشد یا خیر؟ چه نوع خسارتی قابل مطالبه و چگونه این گونه خسارات قابل تقویم و محاسبه می باشند؟ آیا دریافت وجه در اداء تعهدات ناشی از این توافقات مجاز است یا خیر؟ در صورت جواز تحت چه عنوانی^۴ تبلیغ مادر جانشین یا تبلیغ با هدف پیدا کردن مادر جانشین مناسب توسط

۱- به پاره ای از این قوانین در بخش مفاهیم و تعاریف اشاره شده است.

۲- پاره ای از این آراء به شرح ذیل می باشند:

A v C [1985] FLR 445 and 543 (in the Court of Appeal), Re C (A Minor) (Wardship: Surrogacy) [1985] FLR 846, Re P (Minors) (Wardship: Surrogacy) [1987] 2 FLR 421, Re an Adoption Application (Surrogacy) [1987] Fam 81, Re W (Minors) (Surrogacy), [1991] 1 FLR 385.

۳- ماده ۶۱ قانون سال ۱۹۹۵ ویکتوریا.

۴- ماده ۵۹ قانون سال ۱۹۹۵ ویکتوریا.

۵- ماده ۶۰، همان

زوجهای نابارور اشتغال دارند. با ورود این دانش به میهن و آشنایی زوجهای نابارور، پرسشهای حقوقی هم بتدریج در حاشیه این گونه در مانها ظهور یافت. متخصصین فعال در امر درمان کمکی و زوجهای متقاضی درمان با روشهای نوین با طرح پرسشهای فقهی - حقوقی از مجامع فقهی - حقوقی مربوطه خواستار ارائه پاسخ و راه حل مناسب برای وضعیت جدید حاصل از بکارگیری روشهای نوین باروری کمکی شده اند. فقیهان و حقوقدانان هر یک بر اساس پرسشهای واصله دیدگاههای فقهی و حقوقی خویش را گاهی به اختصار و گاهی با تفصیل بیشتر عرضه نموده اند.^۱

در حاشیه فعالیتهای پراکنده جامعه بیماران، پزشکان حقوقدانان و نویسندگان فقهی، پژوهشکده ابن سینا با تاسیس گروه حقوق بیوتکنولوژی ناباروری و اخلاق پزشکی، پایه های پژوهش و تحقیق گسترده و جامعی را در عرصه حقوق پزشکی و بیوتکنولوژی ناباروری طراحی و در همان گام نخست تهیه طرحی جامع در خصوص تدوین مقررات ناظر بر فعالیتهای درمان ناباروری را در دستور کار خویش قرار داد. برای نیل به این هدف، در کنار طرحهای پژوهشی- آموزشی، گروه مزبور به منظور توسعه و تعمیق فعالیتهای پژوهشی هدفدار در بدو امر نخستین سمپوزیوم « مسائل فقهی و حقوقی اهداء و انتقال جنین» را در بهمن ماه سال ۷۷ با حضور جمع وسیعی از فقیهان، حقوقدانان و متخصصان فعال در امر باروری کمکی برگزار نمود. محصول این گردهمایی فراگیر، شناسایی خلاءها و ابهامات حقوقی- قانونی و ضرورت دخالت قانونگذار و رفع آنها و تدوین مقررات جامع و شفاف بوده است. بدنبال همین ایده، گروه مذکور با دعوت از برخی فقیهان و حقوقدانان و صاحب نظران پزشکی اقدام به برگزاری نشستهای

تصمیم و تجدید نظر در مفاد تصمیم اتخاذی دقیقاً پیش بینی شده است (مواد ۱۴۹ تا ۱۵۰ قانون سال ۱۹۹۵ ایالت ویکتوریا). قوانین فوق الذکر همچنین ضمانت اجراهای مناسبی چون زندان، جریمه، ابطال یا تعلیق مجوز درمانگاه یا پروانه کار پیش بینی و به مرجع ناظر اختیارات وسیع در جهت کنترل اعمال و فعالیتهای پزشکان و مراکز درمانی و اعمال مجازاتهای مناسب در صورت عدم رعایت مقررات موضوعه اعطاء نموده است. در حقوق ما متأسفانه ابهامات زیادی از این جهت وجود دارد. گرچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طی چند سال اخیر حداقل استانداردها را برای تاسیس مرکز و شروع به کار پزشکان پیش بینی نموده است، ولی پرسشهای بسیاری به لحاظ حقوقی بدون پاسخ است. به عنوان مثال، تحت چه شرایطی یک مرکز درمانی و یا پزشک متخصص در خارج مرکز درمانی، مجاز به استفاده از گامت یا جنین غیر برای تولید مثل یا تحقیق می باشد؟ چه مرجعی امر نظارت بر این اشخاص و مراکز و فعالیتهای درمانی و تحقیقی آنها را باید بر عهده داشته باشد؟ اگر چه ممکن است رویه عملی فیما بین پزشکان و مراکز درمانی شکل گیرد و آنان را ملزم به رعایت آن سازد، ولی در صورت عدم رعایت چه ضمانت اجرایی برای نقض این رویه ها وجود دارد؟ اگر بیماران از این امر متضرر شوند چه ضمانت اجرایی در این خصوص وجود دارد؟ (مواد ۴ و ۴۴ قانون سال ۱۹۹۰ انگلیس)

۲- ضرورت مداخله مراجع قانونگذار

۲/۱- پیشینه تاریخی

حدود یک دهه پیش کاروان دانش نوین درمان کمکی تولید مثل نخستین خیمه خویش را در میهن ما برافراشت و بتدریج به تعداد آن در تهران و دیگر شهرستانها افزوده می شود به نحوی که هم اکنون حدود بیش از بیست مرکز در این امر کم و بیش فعال و به درمان

۱- جهت تفصیل این دیدگاهها رک: « روشهای نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه »، همان.

مانند سایر موارد طبیعی موجب تبعات مندرج در قانون مجازات اسلامی خواهد بود.

تبصره - چون زوجه نسبت به فرزند حاصله از این طریق در حکم مادر طبیعی است فرزند، نسبت به زوج ربیبه است و زوج مکلف است بر اساس سند قطعی غیر قابل فسخ بخشی از داری خود را به عنوان..... بنام وی صلح نماید.

ماده ۴- مرجع احراز و کسب مدارک و صدور گواهی مندرج در این قانون، محاکم خانواده محل سکونت زوجین می باشند.

ماده ۵- چگونگی اجراء و شرایط لازم برای حفظ حقوق شرعی و قانونی مشمولین این قانون بر اساس آیین نامه ای خواهد بود که با همکاری وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دادگستری تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

۲/۲- ارزیابی، انتظارات و چشم اندازها

یک نگاه اجمالی به ادبیات تحقیق موجود و اظهار نظرها و دیدگاههای فقهی و حقوقی نشان میدهد که در این تحقیقات و نظریه پردازیها تنها بخش ناچیزی از حوزه گسترده و پرسشهای متنوع مطرح در این ارتباط مورد توجه قرار گرفته و انبوهی از این مسائل و پرسشها که در بالا به اختصار اشاره شد یا به ابهام و یا اصلاً مورد توجه قرار نگرفته اند. اندک مسائل و پرسشهایی هم که مورد توجه صاحب نظران محافل فقهی و حقوقی قرار گرفته بدلیل اختلاف نظر جدی فیما بین آنان در عمل نه تنها راهگشا نیست بلکه چه بسا ممکن است منجر به سردرگمی و بعضاً مورد سوء استفاده قرار گیرد. در بخش طرح پرسشها نشان داده شد که علیرغم وجود ادبیات تحقیق قابل ملاحظه در رابطه با وضعیت شرعی بکارگیری روشهای نوین درمان کمکی کماکان موارد جواز و عدم جواز کاملاً روشن نیست. برخی همه روشهای درمان کمکی را منع و برخی دیگر همه را تجویز و گروهی هم برخی را مجاز

محدودتر نمود. نتیجه این نشستها و جمع آوری دیدگاههای فقهی- حقوقی تهیه گزارش چند صفحه ای حاوی ابهامات و خلاءهای قانونی و پیشنهاداتی بر اساس دیدگاههای فقهی- حقوقی صاحب نظران بود که برای اداره قوانین مجلس شورای اسلامی ارسال شد. در نهایت با همکاری اداره قوانین مجلس و پشتکار دو تن از متخصصان فعال در امر باروری کمکی که یکی از آنها نماینده وقت مجلس شورای اسلامی بود و پژوهشگر این سینا به صورت طرحی تحت عنوان « انتقال جنین به زوجین نابارور» شامل ۵ ماده و یک تبصره به شرح ذیل، تهیه و آماده تقدیم به کمیسیونهای مربوطه مجلس شد:

« طرح انتقال جنین به زوجین نابارور »

ماده ۱- از تاریخ تصویب این قانون کلیه مراکز تخصصی پزشکی باروری بیولوژی مجاز خواهند بود با رعایت شرایط مندرج در ذیل نسبت به انتقال جنین های حاصله از تلقیح مصنوعی زوجهای شرعی پس از احراز رسمی اعراض نامبردگان از جنین های متعلقه، به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری زوجین به اثبات رسیده اقدام نمایند.

ماده ۲- زوجهای متقاضی انتقال جنین مکلفند تقاضا نامه کتبی مشترک خود را تقدیم نمایند تا پس از احراز شرایط ذیل اقدام به صدور مجوز گردد:

الف- عدم امکان بچه دار شدن بنا به گواهی معتبر پزشکی.

ب- ایرانی الاصل باشند.

ج- محجور نباشند.

د- عدم اشتها به فساد و هر گونه اعتیاد.

ماده ۳- با توجه به اعراض صاحبان جنین، صرف قبول زوجین متقاضی نسبت به انتقال جنین علاوه بر اینکه موجب حکمی بودن قبول حضانت قانونی است، در حکم انعقاد قرارداد مبنی بر پرداخت نفقه و تامین نیازهای مادی و معنوی طفل حاصله می باشد که تخطی از آنها

جنین متعلق به غیر به کمک تکنیک IVF به همان اندازه برای پاره ای زوجین مهم است که استفاده از اسپرم و تخمک غیر به وسیله سایر تکنیکها برای برخی دیگر از زوجها مهم می باشد استفاده از رحم جانشین نیز برای پاره ای از زوجها تنها راه و چاره برای بچه دار شدن است. برای این دسته از زوجها استفاده از این راه حل به همان اندازه مهم است که برای دیگر زوجها استفاده از جنین اهدایی. همچنین انبوه مسائل فرعی دیگر که در طرح پیشنهادی مغفول مانده است نباید دست کم گرفته شود. از همه مهمتر امر تحقیق پیرامون اسپرم، تخمک و جنین با اهداف تحقیق و درمان هم باید جدی تلقی و رژیم حقوقی حاکم بر این گونه فعالیتها به وضوح مشخص گردد. همچنین لازم است نقش و جایگاه رضایت بیماران و اهداء کنندگان با پیش بینی مقررات روشن، تعیین و پزشکان و مراکز درمانی ملزم به تحصیل رضای واقعی و سالم این افراد در استفاده از روشهای درمانی و بهره برداری از اجزاء ژنتیکی بشوند. ارائه اطلاعات لازم و مناسب به بیماران و اهداء کنندگان و همچنین ارائه خدمات مشاوره ای از مسائل مهم اعمال روشهای نوین درمان کمکی در مراکز درمانی است. بیماران مزبور بیش از سایر بیماران نیازمند حمایت روحی و روانی می باشند. شایسته است با تاسیس مراکز مشاوره متشکل از یک تیم تخصصی شامل: روانپزشک، روانشناس، جامعه شناس، حقوقدان، متخصص مسائل مذهبی و مددکار اجتماعی امر مشاوره و راهنمایی این گروه از بیماران و خانواده های آنان را بویژه هنگام درمان بر عهده گرفته تا از ضایعات روحی و پیامدهای روانی حتی الامکان جلوگیری و امر درمان تسهیل و تسریع گردد.

پیش بینی رژیم حقوقی و قانونی مناسب برای بایگانی اطلاعات تحصیلی، نحوه دسترسی به آنها و راز داری از جمله مسائل مهم در امر درمان ناباروری است. لذا لازم است با وضع دستورالعملها و مقررات شفاف، پزشکان و

بعضی دیگر را ممنوع اعلام می دارند. صرف نظر از جواز یا عدم جواز استعمال روشهای درمان کمکی، رژیم حقوقی حاکم بر روابط طفل حاصل با افراد درگیر هم دقیقاً روشن نبوده و دیدگاههای متفاوتی پیرامون آن ابراز شده است: گروهی طفل مزبور را در برخی موارد فاقد نسب شرعی و قانونی و برخی دیگر با پذیرش مشروعیت نسب، در تعیین پدر و مادر شرعی و قانونی و تنظیم روابط کودک با افراد درگیر دیدگاههای مختلف ابراز داشته اند. با نبود حکم قانونی روشن و فرض اختلافات فقهی صاحب نظران معلوم نیست در صورت تقلید از مراجع مختلف چگونه مسأله فیما بین پزشکان از یک طرف و زوجین اهداء کننده و دریافت کننده اسپرم، تخمک، زایگوت و رویان قابل حل و فصل خواهد بود. بعلاوه وضعیت حقوقی کودک هم ممکن است اسفبار باشد چه آنکه اگر زن و شوهر و اهداء کنندگان پیرو دیدگاه مراجع متعدد باشند، در فرض اختلاف طفل از آن چه کسی بوده و کدامیک مسئول نگهداری و حفاظت و تربیت او خواهد بود؟ و در صورت نزاع فیما بین این افراد فتوای چه کسی مبنای حل و فصل دعوی می باشد؟ طرح پیشنهادی فوق گر چه گامی به سوی حل پاره ای از مشکلات فوق و ارائه پاسخ روشن به برخی از پرسشهای مطرح می باشد، ولی بسیاری از مسائل و پرسشها در این طرح بدایلی مورد توجه قرار نگرفته است در حالیکه مسائل و پرسشهای فوق الذکر در فعالیتهای درمانی پزشکان و مراکز درمان ناباروری با هم کاملاً مرتبط بوده و توجه به همه آنها و ارائه راه حل مناسب لازمه فعالیت هماهنگ و کارآمد این مراکز است. غفلت از برخی و طرح پاره ای دیگر نه تنها در عمل دشواریهای را بدنبال خواهد داشت، بلکه فعالیتهای درمانی و تحقیقی این مراکز را هم تحت الشعاع قرار خواهد داد. به نظر ما نه اهمیت مسائل موضوع طرح پیشنهادی بیشتر از دیگر مسائل و پرسشهاست و نه ضرورت آنها بیشتر از دیگر مسائل می باشد. استفاده از

و شایسته، جامعه متخصصان ناباروری راه درازی در پیش دارند. بر همگان بویژه جامعه بیماران، پزشکان و حقوقدانان و فقیهان است که با طرح مسائل مزبور و ارائه راه حل‌های شایسته قانونگذار و مراجع تصمیم گیر را در تدوین این رژیم حقوقی و قانونی جامع و کارآمد یاری دهند.

نتیجه گیری

تجارب قانونگذاری کشورهای پیشرو نشان میدهد که درمان ناباروری از طریق روشهای تولید مثل کمکی امری مهم، پیچیده و دارای بازتابهای متعدد است. تاریخچه قانونگذاری در این کشورها همچنین نشان میدهد که قوانین موضوعه در این حوزه محصول مطالعات گسترده چند سویه است. به عنوان مثال در حقوق انگلیس پس از ظهور و رواج استعمال روشهای باروری کمکی و بروز مسائل ناشی از آنها و موضع گیری های متفاوت از سوی محافل دینی، اخلاقی و حقوقی و قضایی، در جولای سال ۱۹۸۲ کمیته ای متشکل از متخصصین و کارشناسان حوزه های متعدد علوم انسانی و پزشکی به سرپرستی خانم ماری وارناک باهدف ارزیابی مسائل و نظام حقوقی موجود و ارائه پیشنهادهای لازم به منظور تدوین قانون جامع و مناسب تشکیل شد. کمیته مزبور پس از دو سال مطالعه و تحقیق و بررسی دیدگاههای صاحب نظران، پیشنهادهای خویش را در سال ۱۹۸۴ منتشر ساخت. متعاقباً قضات و حقوقدانان و دیگر صاحب نظران مقالات متعددی پیرامون آن نوشته و محاکم هم فرصت یافته تا در برخی موارد به اظهار نظر قضایی بپردازند. محصول این اظهار نظر ها تدوین لایحه قانونی در سال ۱۹۸۷ توسط وزارت بهداشت و تامین اجتماعی و تقدیم آن به مجلس عوام انگلیس بود. بدنبال گفتگوهای طولانی و پس از چند سال اظهار نظر و مباحثات داغ پیرامون آثار و پیامدهای اجتماعی، اخلاقی لایحه مزبور سرانجام مجلس عوام

مراکز درمانی موظف به حفظ این اطلاعات شده و به آسانی در اختیار دیگران قرار ندهند. افشاء هر یک از این اطلاعات ممکن است بنیان خانواده ای را متزلزل و پیامدهای نامطلوب روحی و روانی را موجب شود.

نظارت بر احداث و تاسیس مراکز درمانی و فعالیتهای درمانی و پژوهشی پزشکان و مراکز، بخش مهمتر درمان کمکی است. اگر چه جامعه پزشکان از اقشار فرهیخته هر جامعه اند، اما در همه جوامع حتی پیشرفته ترین جامعه امروزی، امر نظارت جدی تلقی شده است. در نوشته حاضر نشان داده شد که قانونگذار استرالیایی و انگلیسی با اهتمام زیادی امر نظارت را مورد توجه قرار داده و برای تسهیل نظارت مرجع تخصصی ویژه ای را پیش بینی نموده است. شایسته است مراجع تصمیم گیری با تدوین مقررات جامع و مناسب هم ضوابط و مقررات تاسیس و راه اندازی مراکز درمانی و هم نظارت دقیق بر فعالیتهای آنها را مورد توجه قرار داده و با پیش بینی یک مرکز تخصصی بی طرف فعالیتهای تحقیقی و درمانی این پزشکان و مراکز درمانی را تحت نظارت قرار داده تا هم موجبات رضایت و اطمینان خاطر بیماران را افزایش و هم سطح استاندارد ارائه خدمات درمانی و تحقیقی این مراکز را ارتقاء دهند. ضمانت اجرائی مناسب بخش مهم هر رژیم حقوقی است. قانونگریز در همه اقشار وجود دارد. به دلایل مختلف اشخاص مقررات را نادیده و نقض کرده و موجبات زیان و ضرر به افراد می شوند. بیماران نابارور آسیب پذیرترین گروه بیماران بویژه در جوامع سنتی نظیر جامعه ایرانی می باشند. صرف پیش بینی مقررات حمایتی کافی نیست. باید با وضع ضمانت اجرائی مناسب هم ضریب اطمینان بیماران مراجعه کننده به این مراکز را افزایش داد و هم دقت و مراقبت این مراکز را تضمین نمود.

بنابراین طرح پیشنهادی مزبور باید گام بسیار ابتدائی تلقی شود. برای تدوین یک رژیم حقوقی جامع و مناسب

۲- حیات و سلامت انسان به هنگام اعمال روشها: حیات بزرگترین و ارزشمندترین گوهر انسانی است. تمام فعالیتهای درمانی و تحقیقی باید در جهت تضمین و تامین سلامت و حیات بیماران نابارور باشد.

۳- منافع و مصالح خانواده: خانواده نهادی مقدس است. در همه مکاتب و مذاهب و نظامهای حقوقی به خانواده با دیده تقدس نگاه می شود. قانونگذار در تدوین مقررات و تجویز و تحریم باید حفظ بنیان و سلامت این نهاد مهم اجتماعی را مد نظر قرار دهد.

۴- زوجهای نابارور باید مورد عنایت و توجه قرار گیرند: فرزند داشتن یک نیاز عمیق انسانی است. تاریخ حیات انسان گواه بر این حقیقت انسانی است. در قصه پرشور و سوز سارا و ابراهیم(ع) این حس عمیق انسانی به زیبایی در قرآن به تصویر کشیده شده است. لذا نمی توان این حقیقت را نادیده گرفته و به آسانی از گروه عظیمی از انسانهایی گذشت که در حسرت فرزند داشتن می سوزند. منابع طبیعی هم برای تامین این نیاز و احساس عمیق کافی نیست. روشهای درمان کمکی در خدمت این گروه از زوجها می باشد. فلذا در تدوین مقررات و منع و جواز باید حق طبیعی این گروه از زوجها را در نظر داشت. امید است با لحاظ این اهداف و سیاستهای کلان حمایتی مقررات جامع و فراگیر و شفاف جهت حمایت از بیماران، جامعه پزشکان و توسعه و تعمیق فعالیتهای درمانی و تحقیقی در این حوزه فراهم و در اختیار همگان قرار گیرد.

انگلیس در اواخر سال ۱۹۹۰ قانون نسبتاً جامع با حدود ۵۰ ماده طولانی و مفصل تصویب و ضمن آن تدوین مقررات عملی حاکم بر فعالیت پزشکان و مراکز درمانی تحت عنوان Code of practice توسط مرجع تخصصی مورد نظر را پیش بینی نمود. بنابراین با وجود ضرورت تدوین مقررات جامع و مناسب، باید از شتاب زدگی پرهیز نمود. همچنین طرح و برجسته سازی برخی مسائل و غفلت از دیگر مسائل و پرسشها هم غیر قابل توجیه است. درمانهای ناباروری، محصول کاربرد روشهای مزبور در پرتو استمرار و تعمیق تحقیقات در این حوزه ها است. هم باید همه روشهای درمانی را مورد توجه قرار داد و هم تحقیقات پیرامون این روشها. فعالیت شفاف پزشکان و مراکز درمانی و حمایت مناسب از بیماران لازمه جامع نگری است. آنچه در این نگاه مهم است، شناسایی سیاستها و اهداف کلی حاکم بر آن است. نویسندگان بر این عقیده است که سیاستگذاران و مراجع تصمیم گیر در تدوین مقررات و دستورالعمل لازم باید اصول زیر را به عنوان اصول حاکم و راهنما در نظر داشته باشند:

۱- مصلحت و منافع کودک حاصل از این روشها: تولید مثل و ایجاد فرزند نه سرگرمی و تفنن است و نه ارضاء خواهشهای نفسانی و حتی علمی و تحقیقی. کودک یک انسان است. همه امور باید در خدمت این انسان و در جهت حمایت از او باشد.

References

A. English law

- 1- Human fertilization and embryology act 1990
- 2- Human fertilization and embryology authority, code of practice 1993.
- 3- Human fertilization and embryology authority, draft treatment centre: questions to ask consultation: annex b, 1995.
- 4- Human fertilization and embryology authority, Sex selection, public consultation document 1993.

- 5- Human fertilization and embryology authority, donated ovarian tissue in embryo research and assisted conception report, July 1994.
- 6- Surrogacy arrangement act 1985.
- 7- Family law reform act 1987.
- 8- Abortion act 1967 amended in 1990.

B- Australian law

- 1- Infertility treatment act 1995 as amended in 1998.

- 2- Infertility treatment (amendment) act 1997.
- 3- Infertility treatment regulations 1997.
- 4- Family law act 1975.
- 5- Surrogate parenthood act 1988.
- 6- Substitute parent agreement act 1994.
- 7- Surrogacy contract act 1993.
- 8- Artificial conception act 1985.
- 9- Artificial conception amendment act 2000.

Archive of SID