

رحم جایگزین: نگاهی بر جنبه‌های مختلف و چالش‌های آن

حمید یوسفی (M.D.)^۱، شهربانو قهاری (Ph.D.)^۲

۱- روان پزشک، کارشناس سازمان پزشکی قانونی استان تهران، تهران، ایران

۲- دکترای روان شناسی بالینی، کارشناس بیمارستان شهید زارع ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران، مازندران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: رحم جایگزین یکی از روش‌های درمان ناباروری در زنانی است که به علل مادرزادی یا طبی، فاقد رحم مناسب برای باروری و حمل جنین هستند. این روش پس از چندین دهه کاربرد در سایر کشورها، در جامعه ما نیز مطرح شده و مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به ویژگی‌های این روش درمانی، چالش‌های اخلاقی، حقوقی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی چندی در زمینه این عمل بروز می‌کند که علاوه بر ایجاد نگرانی برای عموم افراد، ممکن است باعث ایجاد مقاومت در مسئولین و سیاست‌گذاران بخش درمانی گردد. هدف اصلی بررسی حاضر فراهم ساختن شناختی نسبتاً جامع و مفید درباره جنبه‌های مختلف عمل رحم جایگزین در درمان ناباروری و چالش‌های گوناگون آن است تا از بروز مشکلات احتمالی در جامعه پیشگیری شود.

روش بررسی: بررسی حاضر از طریق مرور مقالات، بررسیها و قوانین کشورهای مختلف درباره درمان ناباروری با رحم جایگزین، به طرح مسئله و ارزیابی ابعاد مختلف آن می‌پردازد.

نتایج: با پیشرفت روش‌های درمان ناباروری، کسانی که سابقاً توانایی داشتن فرزند را نداشتند، امروزه امکان این امر را یافته‌اند. از میان این گروه افراد، زنانی که به دلیل بیماری‌های مادرزادی یا در نتیجه اعمال جراحی، فاقد رحمی که توانایی حفظ و زایمان نوزاد را داشته باشد، بوده‌اند می‌توانند از رحم جایگزین برای حمل جنینی که از لقاح تخمک خود و اسپرم همسرشان به وجود آمده، استفاده بکنند. به این ترتیب، زنان دیگری نقش حمل جنین این مادران را قبول می‌کنند. مشخص است که با جدا شدن نقش‌های حمل و زایمان و مادری نوزاد، امکان بروز مسائل و مشکلات متعددی از جنبه‌های حقوقی، اخلاقی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی پیش می‌آید. از نظر حقوقی امکان ادعا نسبت به نوزاد توسط مادران جایگزین مطرح است. از نظر اخلاقی، سلامتی جسمی مادر جایگزین، حقوق و رضایت همسر و فرزندان او و خطرات احتمالی باید در نظر گرفته شود. امکان عوارض روان‌شناختی برای این مادران و خانواده‌های ایشان نباید نادیده گرفته شود. عوارض جامعه‌شناختی و امکان سودجویی از افراد نیازمند و پدید آمدن تجارتی جدید، خطری است که مخالفت گروه‌های بسیاری را برانگیخته است. قوانین و گروه‌های تخصصی در کشورهای مختلف برای بررسی و پیشگیری از مسائل احتمالی در استفاده از رحم جایگزین مورد توجه قرار گرفته‌اند. بررسیها نشان می‌دهد که غالب موارد درمان ناباروری با روش رحم جایگزین بدون عوارض روان‌شناختی و حقوقی خاصی برای نوزاد، والدین اصلی و جایگزین بوده‌اند؛ هر چند که نگرانی‌های جامعه شناختی و احتمال آن که افراد با انگیزه‌های اقتصادی مورد سوء استفاده قرار گیرند، نیازمند توجه است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد تصویب قوانین و تشکیل کمیته‌های خاص برای بررسی موارد درمان ناباروری با روش رحم جایگزین از بروز عوارض و عواقب احتمالی پیشگیری کند.

کلید واژگان: ناباروری، رحم جایگزین، ابعاد اخلاقی، حقوقی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، مشاوره.

مسئول مکاتبه: حمید یوسفی (M.D.)، سازمان پزشکی قانونی استان تهران، خیابان بهشت، سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: yusefiamid@yahoo.com

زمینه و هدف

جالب است بدانیم اولین مورد رحم جایگزین به تاریخ پیامبران و حضرت ابراهیم بر می‌گردد. بنا به روایت قرآن کریم و نیز عهد قدیم از کتاب مقدس، زمانی که ساره، همسر حضرت ابراهیم نمی‌تواند فرزندی برای وی بیاورد، به ابراهیم گفته می‌شود به ازدواج با هاجر اقدام کند تا بتواند از این طریق صاحب فرزند شود. به این صورت، حضرت ابراهیم در سن نود سالگی فرزندی می‌یابد که اسماعیل (در کتاب مقدس، اسحاق) نامیده می‌شود (۱) و همانطور که در بخش تعریف اصطلاحات آمده، این نوع از جایگزینی، نوع طبیعی یا ناقص نامیده می‌شود. به نظر می‌رسد در سالیان طولانی شیوه یاد شده، روش شایعی برای کسب اولاد و ادامه نسل به شمار می‌رفته است. لازم به تاکید است که در شیوه درمان ناباروری از طریق طبیعی یا ناقص رحم جایگزین، در صورت لقاح طبیعی اسپرم والد ژنتیک با تخمک مادر جایگزین، ازدواج این دو به خاطر موازین شرعی و عرفی ضروری خواهد بود؛ اما امروزه و در شیوه درمانی نوین، این لقاح به صورت آزمایشگاهی (IVF)^۱ انجام می‌شود.

تعریف اصطلاحات

اصطلاح مادر جایگزین^۲ یا جایگزین^۳ به زنی گفته می‌شود که تخم بارور شده‌ای را از یک زوج می‌پذیرد و آن را حمل نموده، نوزادی را به دنیا می‌آورد. جایگزینی مستقیم^۴، طبیعی^۵، یا ناقص^۶ زمانی است که مادر جایگزین توسط اسپرم شوهر زوج متعهد^۷ (به فرزند خواهی) بارور و حامل جنین می‌شود. در این نوع از جایگزینی، نوزاد به دنیا آمده از جهت ژنتیک با مادر

جایگزین (که مادر میزبان^۸ نیز نامیده می‌شود) نسبت دارد. وقتی اسپرم و تخمک از زوج متعهد گرفته شده و به روش باروری آزمایشگاهی، سلول تخم حاصل و جنین‌های حاصل به مادر جایگزین منتقل شود، به نام جایگزینی بارداری^۹، آزمایشگاهی^{۱۰} یا کامل^{۱۱} خوانده می‌شود. روشن است که نوزاد متولد شده از نوع جایگزینی کامل، هیچ ارتباط ژنتیکی با مادر جایگزین ندارد و کاملاً به زوج متعهد منسوب است (۱).

زوج متعهد در صورت دست یافتن به فرزند، والدین ژنتیک^{۱۲} آن فرزند محسوب خواهند شد. مادر ژنتیک^{۱۳}، دهنده تخمک برای تولید سلول تخم بارور است. مادر طبیعی^{۱۴}، حامل و به دنیا آورنده سلول تخم بارور می‌باشد (۱).

هر دو نوع روش درمان ناقص و کامل رحم جایگزین ممکن است با انگیزه‌های تجاری یا مالی^{۱۵} صورت بگیرد؛ یعنی مادر میزبان در قبال حمل و زایمان نوزاد، پول و امکانات مادی دریافت کند؛ یا ممکن است انجام این عمل از سوی میزبان تنها با انگیزه‌های خیرخواهانه یا انسان دوستانه^{۱۶} صورت گیرد (۱).

موارد کاربرد رحم جایگزین

مورد مشخص برای استفاده از رحم جایگزین زمانی است که زنی قادر به حمل جنین بارور شده نیست. این امر ممکن است به خاطر فقدان مادرزادی رحم باشد یا رحم به خاطر بدخیمیها یا خونریزی شدید، تحت عمل جراحی، برداشته شده باشد. در این صورت، تخمدان‌های شخص، فعال و قادر به تولید تخمک‌های سالم است، در نتیجه فرد کاندیدای خوبی برای درمان ناباروری از طریق رحم جایگزین خواهد بود. کاربرد

8- Host mother

9- Gestational surrogacy

10- IVF surrogacy

11- Full surrogacy

12- Genetic parents

13- Genetic mother

14- Natural mother

15- Commercial

16- Altruistic

1- In vitro Fertilization

2- Surrogate mother

3- Surrogate

4- Straight surrogacy (appropriate)

5- Natural surrogacy (appropriate)

6- Partial surrogacy

7- Commissioning couple

- خطرات و مشکلات احتمالی طبی و روان شناختی رحم جایگزین
- خطرات احتمالی کوتاه و درازمدت روان شناختی برای فرزند آینده
- عوارض بروز احتمالی زایمان چند قلو
- میزان درگیری مادر جایگزین در شرایط و رشد فرزند آینده
- احتمال آن که فرزند به دنیا آمده دچار نقص و ضایعه مادرزادی باشد

- این مسئله که مصرف سیگار یا مواد توسط مادر جایگزین برای نوزاد خطر آفرین خواهد بود
- این احتمال که مادر جایگزین ممکن است پس از زایمان نوزاد را نزد خود نگه دارد
- شرایط قانونی و مشکلات حقوقی احتمالی و در نتیجه ضرورت یاری گرفتن از وکلا و حقوق دانان مجرب
- سؤال قابل توجهی که مطرح است در مورد امکان شیردهی مادر ژنتیک (اها کننده تخمک) به فرزند آینده می‌باشد. در یک بررسی، بیش از نیمی از مادران قادر به این کار بوده‌اند؛ هرچند نیاز به تغذیه با شیر کمکی نیز بوده است (۱). این کار به تشکیل پیوند روانی میان مادر ژنتیک و فرزند آینده کمک شایانی خواهد کرد.

۲) موضوعات مورد بحث با مادر جایگزین:

- تمامی مراحل و عوارض درمان با IVF
- عوارض بروز احتمالی زایمان چند قلو
- احتمال مخالفت خانواده و آشنایان با انجام این عمل
- خطرات طبی بارداری و و احتمال انجام عمل جراحی سزارین
- عوارض احتمالی و احساس گناه ناشی از قطع ناگهانی بارداری
- عوارض احتمالی و تاثیرات این فرایند بر فرزندان خود وی
- امکان بروز حالات سوگ و فقدان پس از تحویل فرزند به زوج متعهد

دیگر این روش که کمتر قطعی است، در مورد زنانی است که از سقط‌های مکرر رنج برده‌اند. همینطور موارد IVF ناموفق هم می‌توانند در این گروه قرار بگیرند. به علاوه، برخی بیماری‌های طبی چون نارسایی شدید قلبی یا کلیوی نیز که امکان بارداری و زایمان بی‌خطر را از زنان می‌گیرند، می‌توانند سبب روی آوردن به رحم جایگزین شوند (البته با در نظر گرفتن آنکه امید به زندگی بیمار چنان باشد که وی بتواند از فرزند آینده مراقبت کند).

زمینه‌های تاریخی

اولین مورد گزارش شده نوزاد حاصل درمان با رحم جایگزین از ایالات متحده بوده است (۲). به طور کلی بیشترین موارد درمان با رحم جایگزین، از نوع ناقص یا کامل، در آمریکا رخ می‌دهد؛ جایی که امکان انجام اعمال با روشهای تجاری نیز وجود دارد.

مشاوره

در انگلستان، فراهم ساختن شرایط مشاوره برای تمام افراد درگیر درمان با رحم جایگزین الزامی است (۱). مهم است برای مادر جایگزین و همسر او درمورد فرزندان شان و تاثیرات احتمالی کوتاه مدت و دراز مدت عمل یادشده صحبت شود.

در مشاوره به این مباحث پرداخته می‌شود:

۱) موضوعات مورد بحث با زوج متعهد (برای فرزند خواهی):

- همه روش‌های دیگر برای درمان ناباروری و نیز ناتوانی جهت داشتن فرزند در آینده
- امکان فرزند خواندگی به جای درمان با رحم جایگزین
- اهمیت و فایده مشاوره‌های دقیق و جدی
- اهمیت یافتن مادر مناسب
- دشواری‌های احتمالی این نوع درمان
- کلیه هزینه‌های درمانی (از شروع تصمیم به درمان با رحم جایگزین تا پس از زایمان فرزند آینده)

در ضمن از نظر بازتاب‌های محیطی، این خطر که مادران جایگزین مورد تحقیر و برخورد نامناسب دوستان یا اطرافیان قرار گیرند وجود دارد که خود این مسئله از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی مادران جایگزین به شمار می‌آید (۵).

در دو مطالعه، محققان پس از پیگیری مادران جایگزین مشاهده کردند که کل این روند تجربه خوبی بوده و احساسات خوشایندی از تلاش انسانی و نوع دوستی همراه داشته است، حتی اگر مسئله دارای جنبه مالی بوده است (۵، ۶).

در مطالعه دیگری سلامت روانی و سازگاری با نقش والدینی در پی درمان با استفاده از رحم جایگزین نسبت به گروه شاهد در والدین با باروری طبیعی بالاتر بود (۷). این مطالعه به‌طور مشخصی پیش‌داوری‌های منفی در مورد درمان با رحم جایگزین را زیر سوال می‌برد. همین مطالعه در ادامه و پیگیری دو ساله موارد درمان رحم جایگزین، یافته‌های اولیه را تأیید کرده، هیچ نقص روانی-اجتماعی یا شناختی در کودکان حاصل را مشخص ننمود (۸).

در سال ۲۰۰۳ مطالعه‌ای درباره انگیزه‌ها و انتظارات مادران جایگزین انجام گرفت (۹). در این مطالعه، بیشترین انگیزه، تمایل کمک به زوجی اعلام شد که قادر به دارا بودن فرزند از طریق دیگری نبودند. گروهی نیز تجربه بارداری را بسیار جذاب گزارش کردند یا می‌خواستند به یک دوست یا فامیل کمک کرده باشند.

عموماً تصور می‌شود مسئله جدایی از نوزاد و تحویل آن به زوج متعهد، برای مادران جایگزین، تجربه دردناکی خواهد بود. مطالعه فوق عکس این مسئله را نشان داد. برخلاف این تصورات، هیچ یک از مادران جایگزین با تحویل نوزاد به زوج متعهد، ناراحتی و مشکل خاصی را ذکر نکردند. گروه اندکی از مادران جایگزین که برای مدت کوتاهی از نظر روانی بهم ریخته بودند که همگی با گذشت زمان بهبود یافتند. در عین

احتمال آن که فرزند به دنیا آمده دچار نقص و ضایعه مادرزادی باشد

بهتر است با هردو زوج درگیر در این روش درمانی (زوج متعهد و زوج مادر جایگزین) جلسات مشترک مشاوره‌ای برگزار شود و به ویژه چگونگی بیان و توضیح این فرآیند به فرزند آینده و فرزندان خود مادر جایگزین مورد بحث قرار گیرد (۱).

بحث

لازم است همه طرف‌های درگیر آگاه باشند که مطالعات کافی و درازمدت اندکی درباره نتایج و اثرات احتمالی بارداری با روش جایگزین بر روی فرزند، زوج متعهد و مادر جایگزین و خانواده وی موجود است. احتمال آنکه مادران جایگزین پیوندی عاطفی^۱ با کودک آینده پیش از تولد تشکیل دهند و موجب بروز دشواری‌هایی در تحویل کودک به زوج متعهد گردد وجود دارد. از سوی دیگر، این تفکر که کودک به ایشان تعلق ندارد، ممکن است باعث ایجاد فاصله و جدایی روانی^۲ میان ایشان و کودک گردد که خود این می‌تواند برای سلامتی مادر جایگزین و کودک آینده خطرناک باشد (۳). همچنین، خطر افسردگی‌های پس از تولد^۳ یا احساس خشم و گناه ممکن است سلامت روانی این مادران را تهدید کند. خوشبختانه، مطالعات صورت گرفته، بروز این مسائل را قابل توجه ذکر نکرده‌اند.

بنا به توصیه سازمان نظام پزشکی انگلستان، مادران جایگزین، در صورت داشتن فرزند، لازم است قبل از انجام این عمل، با ایشان درباره آن صحبت کنند؛ چرا که عدم حضور کودک در محیط خانواده می‌تواند باعث بروز تعارض‌هایی در آنها گردد (۴). به علاوه، حمایت همسران این مادران در سراسر روند عمل رحم جایگزین از ضرورت فراوان برخوردار است.

1- Bond
2- Detachment
3- Post-natal depression

با وجود مطالعات اطمینان بخش موجود، پی‌گیری‌های طولانی مدت مادران جایگزین، زوج‌های متعهد و به ویژه فرزندان، ضروری است.

براساس مطالعه انجام گرفته در کلینیک‌های مجاز برای انجام درمان رحم جایگزین شایع‌ترین مشکلات گزارش شده عبارت بود از:

- یک مورد از عدم تحویل فوری نوزاد پس از تولد به زوج متعهد گزارش شد که بدون دخالت قانونی و مدتی بعد از عمل، این تحویل و تحول انجام گرفت.

- یک مورد از زوج‌های متعهد پیش از شروع فرآیند درمان از هم جدا شدند.

- یک مورد گزارش ناخوشایند روزنامه‌ای باعث شهرت منفی ماجرا شده بود.

- تعدادی از زوجها پس از انجام مشاوره‌های اولیه، از درمان انصراف دادند (به نظر می‌رسد این مسئله جنبه مثبت مشاوره را می‌رساند تا افراد با آگاهی کامل به سراغ این درمان بیایند).

غالب کلینیک‌های مورد بررسی، این بازخورد را ارائه کردند که انجام کنترل بیشتر به ویژه در مورد درمان رحم جایگزین نوع طبیعی ضروری است و تنها مراکز مجاز باید به این عمل بپردازند (۱۲).

مسائل حقوقی و قانونی در کشورهای مختلف

بیشتر مشکلاتی که این عمل در ایالات متحده به دنبال داشته است، به نوع طبیعی رحم جایگزین ارتباط داشته است. اولین مورد گزارش شده معروف به Baby M case است (۱۳). در این مورد، نظر دادگاه بر این امر واقع شد که والدین ژنتیک برای نگهداری نوزاد، بر مادر به دنیا آورنده نوزاد، اولویت دارند. مورد دیگر در کالیفرنیا به نام Johnson vs. Calvert معروف است که طی آن، دادگاه حضانت کودک را به والدین ژنتیک داد (۱۴). البته ایالت‌های مختلف آمریکا، از نظر موجود بودن و چگونگی قوانین مربوط به رحم جایگزین با یکدیگر متفاوتند. تا سال ۲۰۰۰، ۲۳ ایالت آمریکا دارای

حال هیچ یک از زنان از نظر بالینی، اختلال اضطرابی و افسردگی قابل توجهی را به دنبال زایمان بروز ندادند.

در مطالعه Kleinpeter، درباره تجربه و شرایط ۲۶ زوجی که قصد بچه‌دار شدن از طریق رحم جایگزین داشته‌اند، بیشتر افراد تجربه کسب فرزند از این طریق را مثبت ارزیابی کردند و هیچ یک دچار معضلات و مشکلات روانی و حقوقی خاصی نشدند (۱۰).

در یک مطالعه، ۴۲ زوج با کودک یک ساله حاصل درمان از طریق رحم جایگزین، مورد بررسی قرار گرفتند. درباره انگیزه‌ها، مسائل مربوط به مادر جایگزین و مشکلات پس از زایمان اطلاعات جمع آوری شد. یافته‌ها نشان داد زوجها پس از دوره طولانی درمان ناباروری، به عنوان تنها امکان درمانی، به روش رحم جایگزین روی آورده‌اند. ارزیابی گذشته‌نگر، سطح اضطراب زوجها را پایین نشان داد و ارتباط با مادر جایگزین به طور کلی مناسب گزارش شد. پس از زایمان نیز در غالب موارد ارتباط خوبی میان والدین متعهد و مادر میزبان وجود داشته و ادامه یافته است (۱۱).

عوارض احتمالی همراه با درمان ناباروری با رحم جایگزین

رسانه‌های غربی، مسائل و مشکلات ناشی از درمان با رحم جایگزین را موضوع گزارش‌های جنجالی خود قرار داده‌اند. اما بیشتر این مشکلات، عموماً ناشی از جایگزینی طبیعی و بدون مشاوره پزشکان، روان‌شناسان و حقوق دانان بوده است.

مسئله‌ای که از اهمیت فراوان برای زوج متعهد برخوردار است، احتمال آن است که مادر میزبان بخواهد فرزند را برای خودش نگهدارد. این مشکل در عمل رخ داده ولی به ویژه در مورد درمان جایگزینی نوع کامل بسیار نادر بوده است. همچنین ممکن است والدین آینده از احتمال به دنیا آمدن فرزندی که دچار نقص مادرزادی باشد، دچار هراس گردند. این مسئله باید در جلسات مشاوره به طور شفاف بحث شود؛ لذا

و پرداخت پول، آسیب جدی می‌بیند (۱۸). این گروه، رفتارها و انگیزه‌های تجاری در درمان رحم جایگزین را با برده‌داری و تن فروشی مقایسه کرده‌اند (۱۹،۲۰).

رحم جایگزین به مانند اهدای عضو

برای بررسی جنبه‌های اخلاقی و اجتماعی درمان با رحم جایگزین، مقایسه این درمان با اهدای عضو کمک کننده است. متأسفانه مطالعات زیادی درباره بازار اهدای عضو در ایران وجود ندارد؛ اما ارزیابی سطحی و عمومی حاکی از جذب گروه‌های فقیر و فرودست جامعه به بازار اهدای عضو است. مخالفان نیز از تشبیه این دو مقوله به نتیجه‌گیری‌های خود مبنی بر غیر انسانی و سودجویانه بودن روش درمان رحم جایگزین رسیده‌اند (۱۹).

چالش‌های جامعه ایرانی و رحم جایگزین

ایران در گذری تاریخی از سنت به مدرنیته است. در واقع همزمانی پدیده‌های قدیمی و جدید که گاه جنبه طنزآمیز یافته است، باعث پیچیدگی و دشواری‌های خاصی در اجرای روش‌های تازه درمانی از جمله درمان با رحم جایگزین می‌شود. در حالیکه در کشورهای چون انگلستان، هرگونه جنبه مالی درمان رحم جایگزین ممنوع است، ضوابط قانونی انجام این عمل در کشور ما به طور شفاف مشخص نشده است. در فقدان مطالعات کافی در باره موارد درمان ناباروری که به شیوه رحم جایگزین در سطح جامعه، صورت می‌گیرد نمی‌توان به طور دقیق به آسیب شناسی مسئله پرداخت؛ اما مشابهنی که میان اهدای عضو و عمل یاد شده وجود دارد این نگرانی را دامن می‌زند که انگیزه‌های مالی و تجاری موجب روی آوردن افراد به سوی عمل رحم جایگزین (در نقش مادر جایگزین) گردد.

نتیجه‌گیری

خوشبختانه تاکنون درمان با رحم جایگزین از بررسیها

قوانین رحم جایگزین بوده‌اند (۱۵).

در انگلستان و استرالیا تنها شیوه قانونی درمان رحم جایگزین، نوع انسان دوستانه آن است و روش تجاری مجاز نیست. در انگلیس، گروه‌های داوطلبی هستند که به زوجها در یافتن مادران جایگزین یاری می‌رسانند (۱). در کانادا، تا پیش از مارس ۲۰۰۴ وضعیت درمان با رحم جایگزین از نظر حقوقی نامشخص بود. در این تاریخ، قانون روش‌های کمک باروری^۱ چهارچوب حقوقی مسئله را تعریف کرد. براساس این قانون تمام موارد زیر جرم محسوب می‌شود:

پرداخت هرگونه وجه یا پیشنهاد آن به یک زن برای درمان رحم جایگزین، پرداخت هرگونه وجه یا پیشنهاد آن برای انجام خدمات این عمل، آگهی کردن برای این کار یا فراهم ساختن شرایط آن و کمک دادن یا مشاوره کردن با هر شخص زیر ۲۱ سال جهت عمل رحم جایگزین. همچنین، جبران خسارات و هزینه‌های احتمالی وارده بر مادر جایگزین، نیازمند نظارت و اجازه قانونی است.

مسائل اخلاقی

از آغاز درمان رحم جایگزین، چالش اساسی در برابر این درمان، جنبه‌های فرهنگی و اخلاقی ماجرا بوده است. اینکه شخص سومی به این شیوه یعنی حمل جنین دو انسان دیگر، در فرایند تولد نوزادی همکاری کند، شائبه‌ها و حساسیت‌های بسیاری را برانگیخته است. در فرهنگ سرمایه محور ایالات متحده که در برخی از ایالات آن، نوع تجاری درمان مجاز است، تاکید بر اخلاق لیبرالی و آزادی فرد در انتخاب شیوه زندگی و رفتار، باعث شده است که انگیزه‌های مالی و اقتصادی اشخاص درگیر محترم شمرده شود (۱۶،۱۷). از سوی دیگر، مخالفان روابط مالی و انگیزه‌های تجاری، معتقدند جنبه‌های اخلاقی ارتباط میان والدین و فرزندان، چه برای زوج متعهد و چه مادر میزبان، با قراردادهای مالی

1- The Assisted Human Reproduction Act

به مراحل پیش از انتخاب افراد و انجام مشاوره‌های لازم با اشخاص داوطلب است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله حاضر لازم می‌بینند از همکاری جناب آقای دکتر بهزاد قربانی در پیشنهاد موضوع و راهنمایی‌های مفید در این زمینه سپاسگزاری کنند.

و ارزیابی‌های مختلف در کشورهای دیگر، سربلند بیرون آمده است و راهی نوین برای زوج‌های ناباروری بوده که از طریق سایر روشها، قادر به داشتن فرزند نشده‌اند. اما ضروری است برای پیشگیری از تبعات اجتماعی و جذب افراد فرودست به این درمان، راهکارها و قوانین مشخصی در مجلس و مراجع قانونی کشور ما مورد توافق قرار گیرند. پیش زمینه این امر، توجه دقیق

References

- 1- Brinsden PR. Gestational surrogacy. Hum Reprod Update. 2003;9:483-91.
- 2- Utian WH, Goldfarb JM, Kiwi R, Sheean LA, Auld H, Lisbona H. Preliminary experience with in vitro fertilization surrogate gestational pregnancy. Fertil Steril. 1989;52:633-8.
- 3- Ragoné H. Surrogate Motherhood: Conception in the heart. Westview Press, Oxford, UK. 1994.
- 4- British Medical Association Changing conceptions of motherhood. The practice of surrogacy in Britain. British Medical Association, London, UK. 1996.
- 5- Blyth E. I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something interesting with my live': Interviews with surrogate mothers in Britain. J Reprod Infert Psychol. 1994;189-98.
- 6- Fischer S, Gillman I. Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. Psychiatry. 1991;54: 13-20.
- 7- Golombok S, Murray C, Jadva V, MacCallum F, Lycett E. Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. Dev Psychol. 2004;40(3):400-11.
- 8- Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadva V. Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(2):213-22.
- 9- Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Hum Reprod. 2003;18(10):2196-204.
- 10- Kleinpeter CB. Surrogacy: the parents' story. Psychol Reprod. 2002;91:201-1.
- 11- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. Hum Reprod. 2003;18(6):1334-42.
- 12- Balen AH, Hayden CA. British Fertility Society survey of all licensed clinics that perform surrogacy in the UK: Hum Fertil (Camb). 1998;1(1):6-9.
- 13- Rothenberg KH, Baby M. The Surrogacy Contract, and the health care professional: Unanswered Questions. Law Med Health Care. 1998;16(1-2):113-20.
- 14- Oxman BR. Maternal-fetal relationships and nongenetic Surrogates Jurimetrics. 1993;33(3):387-425.
- 15- Andrews LB, Elster N. Regulating reproductive technologies. J Leg Med. 2000;21(1):35-65.
- 16- McLachlan HV, Swales JK. Babies, child bearers and commodification: Anderson, Brazier et al, and the political economy of commercial surrogate motherhood. Health Care Anal. 2000;8(1):1-18.
- 17- Shalev C. Birth power: the case for surrogacy. New Haven (CT): Yale University Press. 1989.
- 18- Campbell AV. Surrogacy, rights and duties: a partial commentary. Health Care Anal. 2000;8:35-40.
- 19- Ber R. Ethical issues in gestational surrogacy. Theor Med Bioeth. 2000;21:153-69.
- 20- Anderson ES. Why commercial surrogate motherhood unethically commodifies women and children: reply to McLachlan and Swales. Health Care Anal. 2000;8:19-26.