

شرایط قانونی اهداءکنندگان و دریافت‌کنندگان جنین در حقوق ایران

نجات فیض‌الهی*

چکیده

تصویب قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور در تابستان سال ۱۳۸۲، امکان باروری و چشیدن لذت داشتن فرزند را به آن دسته از زوجین نابارور نوید می‌داد که تا قبل از تصویب این قانون، به دلیل موانع شرعی و یا فقدان راه‌حل‌های قانونی از داشتن فرزندی به نام خود محروم بودند. با وجود این، بررسی قانون مذکور حاکی از آن است که علی‌رغم تصویب و اجرای آن، کلیه زوجین نابارور امکان استفاده از شرایط قانون مذکور به منظور بهره‌مندی از جنین‌های اهدایی دیگران را ندارند.

شرایط مقرر در مواد یک و دو قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور و آیین‌نامه اجرایی آن، محدودیت‌های فراوانی را برای یک دسته از زوجین نابارور و حتی اهداءکنندگان جنین در پیش رو گذاشته است. برای هر یک از زوج‌های اهداءکننده و زوج‌های دریافت‌کننده، شرایطی در قانون مذکور و آیین‌نامه آن پیش‌بینی شده است که در صورت فقدان هر یک از شرایط مورد نظر، امکان استفاده از مزایای قانون یادشده منتفی خواهد شد. یک دسته از شرایط قانونی اهداء و دریافت جنین همانند وجود علقه زوجیت بین زوجین و عدم اعتیاد آنان بین هر دو زوج اهداءکننده و دریافت‌کننده جنین مشترک است. اما برخی از شرایط دیگر هستند که یا صرفاً به زوجین اهداءکننده جنین اختصاص دارند و یا اینکه مخصوص زوج‌های دریافت‌کننده جنین می‌باشند.

* دانش‌آموخته دکتری حقوق خصوصی.

بررسی شرایط مشترک و شرایط اختصاصی هر یک از دو زوج اهداءکننده و دریافت‌کننده جنین و مقایسه شرایط مقرر در قانون ایران با قوانین برخی از کشورهای خارجی حاکی از آن است که لزوم وجود بسیاری از این شرایط غیرقابل انکار می‌باشد. با وجود این، برخی از شرایط پیش‌بینی‌شده در قانون ایران با واقعیات جامعه ایرانی و اهداف واضعان قانون منطبق نمی‌باشد و در عین حال ضرورت دارد که شرایط دیگری نیز پیش‌بینی و وضع شود تا طرق سوء استفاده‌های احتمالی در اجرای قانون را مسدود نماید.

واژگان کلیدی

اهدای جنین، زوجین اهداءکننده، زوجین دریافت‌کننده، بیماری صعب‌العلاج، ضریب هوشی، اهلیت قانونی، تابعیت ایران.

مقدمه

قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور اقدام به وضع شرایط و مقررات بسیاری نموده که به جهت ابهام زیاد و نارسایی‌های فوق‌العاده موجود در آن قابل توجه است. الفاظ و عبارت مندرج در تمامی پنج ماده مذکور معادل یکی از مواد قانون ۵۰ ماده‌ای ۱۹۹۰ انگلیس نمی‌باشد و به این جهت بدیهی است که توجه به تمام جوانب قضیه و پیش‌بینی کلیه شرایط و آثار و احکام اهداء و دریافت جنین در این قانون بسیار مختصر امکان‌پذیر نبوده است. با وجود این هر یک از شرایط مقرر در این قانون دارای ابعاد گسترده‌ای است که نیازمند بررسی دقیق می‌باشد. مقایسه با قوانین برخی از کشورهای دیگر هم مزایا و معایب قانون ایران را روشن و ما را در اصلاح نواقص قانونی خود یاری خواهد نمود.

یکی از مسائل مبهم و قابل بررسی در قانون ایران، شرایط اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین می‌باشد. زوجین دریافت‌کننده جنین باید دارای شرایطی باشند که در ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور پیش‌بینی شده است. علاوه بر لزوم داشتن رابطه زوجیت بین اهداء کنندگان که در ماده یک قانون به آن تصریح شده است، اهداء کنندگان جنین همچنین باید دارای شرایطی باشند که در ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون قید شده است. اگر چه شایسته بود که شرایط اهداء کنندگان جنین نیز نه در یک آیین‌نامه فاقد ضمانت اجرا بلکه در خود قانون پیش‌بینی می‌شد، ولی به هر حال شرایط مندرج در آیین‌نامه نیز به قصد رعایت مصلحت کودک حاصل و اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین و در نهایت رعایت منافع و مصالح عموم جامعه پیش‌بینی و تصویب شده است که باید به آن‌ها توجه شده و زوایای مختلف آن بررسی و روشن شود.

به هر حال برخی از شرایط پیش‌بینی شده در قانون و آیین‌نامه اجرایی آن بین زوجین اهداء کننده و زوجین دریافت‌کننده مشترک است و برخی دیگر از این شرایط هم صرفاً به

زوجین اهداء کننده یا زوجین دریافت کننده جنین اختصاص دارد. در این نوشته به بررسی هر یک از این شرایط در خلال سه گفتار آتی خواهیم پرداخت.

گفتار اول: شرایط مشترک اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین

مطابق ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین، دادگاه در صورت احراز شرایط مقرر در این ماده، مجوز دریافت جنین را صادر خواهد کرد. شرایط مقرر در ماده ۲ به دریافت کنندگان جنین اختصاص دارند. در ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون نیز شرایط زوج‌های اهداء کننده جنین وضع گردیده است. با توجه به دو ماده مذکور در قانون و آیین‌نامه و همچنین ماده یک قانون و آیین‌نامه مشخص می‌شود که برخی از شرایط قانونی لازم برای اهدای جنین بین اهداء کنندگان و دریافت کنندگان مشترک است و هر دو زوج باید حایز شرایط مذکور باشند. این شرایط را شرایط مشترک اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین نامیده و به بررسی هر یک از آنها می‌پردازیم:

الف) وجود رابطه زوجیت: مطابق ماده یک قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، جنین‌های اهدایی باید از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی حاصل و با موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم متقاضی منتقل شود. ماده ۲ همین قانون از تقاضای مشترک زن و شوهر صحبت کرده و در تمام بندهای شش‌گانه همین ماده لفظ «زوجین» به کار رفته است. در مواد ۳ و ۴ همین قانون نیز عبارت «زوجین اهداء کننده جنین» و «زوجین متقاضی» به کار رفته است. آیین‌نامه اجرایی قانون نیز علاوه بر به کار بردن الفاظ «زوج‌های قانونی و شرعی» و «زوج‌های واجد شرایط مقرر» در ماده یک، در مواد ۲ و ۴ آیین‌نامه صراحتاً قید نموده که زوج‌های اهداء کننده جنین و زوج‌های متقاضی جنین باید دارای شرایطی باشند که یکی از آن شرایط عبارت از «علقه و رابطه زوجیت قانونی و شرعی» می‌باشد.

با توجه به مستندات فوق الذکر تردیدی وجود ندارد که یکی از شرایط اهداء کنندگان جنین وجود علقه و رابطه زوجیت قانونی و شرعی بین زوجین اهداء کننده جنین می‌باشد. در زوجین دریافت کننده نیز وجود همین شرایط ضرورت دارد و بدون احراز چنین شرایطی امکان انتقال جنین از منظر قانون و آیین‌نامه وجود ندارد. اما اینکه این شرط در هر یک از زوجین اهداء کننده و دریافت کننده در چه زمانی باید احراز شود قابل توجه است. بنابراین زمان احراز این شرط را در هر یک از زوج اهداء کننده و دریافت کننده بررسی کرده و سپس به دو نکته دیگر نیز اشاره خواهیم کرد.

۱. زمان احراز شرط زوجیت اهداء کنندگان: احراز شرط زوجیت در زوجین اهداء کننده در زمان تحقق عمل اهداء ضرورت دارد. در صورتی که جنین اهدایی بدون انتقال به بانک جنین به فوریت به رحم متقاضی منتقل شود، در همان زمان اهداء و انتقال، احراز رابطه زوجیت زن و شوهر اهداء کننده ضروری است. اگر جنین اهدایی به بانک جنین منتقل شود و بعداً به زوجین متقاضی و یا حتی خود اهداء کنندگان منتقل شود، احراز رابطه زوجیت در زمان انتقال جنین به رحم متقاضی ضرورت نخواهد داشت بلکه احراز این علقه یا رابطه در زمان اهدای جنین و به عبارت دیگر در زمان دریافت اسپرم و تخمک از اهداء کنندگان کافی خواهد بود و بقای زوجیت اهداء کنندگان در زمان انتقال جنین به رحم متقاضی ضرورت ندارد. زیرا قانون، وجود رابطه زوجیت را در اهداء کنندگان به منظور ممانعت از اختلاط انساب و منع شرعی خلط اسپرم و تخمک اشخاص فاقد رابطه زوجیت از نظر برخی از فقها، در زمان تحقق عمل اهداء و مخلوط کردن سلول‌های جنسی آنها ضروری دانسته است و دوام علقه زوجیت آنها در زمان انتقال با این منظور ضرورتی ندارد. به عبارت دیگر از آنجا که در زمان تحقق لقاح بین سلول‌های جنسی اهداء کنندگان رابطه زوجیت بین آنها برقرار است فلذا ایراد شرعی فقها مبنی بر حرمت لقاح سلول‌های جنسی افراد بیگانه مرتفع شده است و بعد از تشکیل جنین،

دوام زوجیت اهداء کنندگان ضروری به نظر نمی‌رسد. قسمت اخیر ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون نیز مؤید همین نظر است که مقرر می‌دارد: «... مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری مکلفند قبل از دریافت جنین از اهداء کنندگان، وجود شرایط مذکور در این ماده را احراز نمایند.»

۲. زمان احراز شرط زوجیت دریافت کنندگان: ملاحظه شد که قانون نحوه اهدای جنین و آیین‌نامه اجرایی آن، احراز علقه و رابطه زوجیت قانونی و شرعی را در زوجین متقاضی جنین نیز ضروری دانسته است. آنچه از ظاهر قانون و آیین‌نامه به نظر می‌رسد این است که وجود این علقه باید در زمان اهداء و دریافت جنین احراز شود. با توجه به اینکه از یک طرف مدت مشخصی در قانون و آیین‌نامه آن جهت احراز این رابطه معین نشده است و از طرف دیگر، قانون و آیین‌نامه نیز از عبارت «زوج‌های متقاضی جنین اهدایی» بحث نموده است، شاید به نظر برسد که احراز رابطه زوجیت در زمان تقاضای دریافت جنین نیز کافی باشد. رویه مراکز درمان ناباروری تخصصی نیز آن است که رضایت و موافقت کتبی و قطعی زوجین نابارور و متقاضی جنین را قبل از آغاز عملیات دریافت و انتقال جنین احراز و ثبت می‌نمایند.

با وجود آنچه که گفته شد عملیات پزشکی اهداء و دریافت جنین و یا انتقال جنین اهدایی از بانک جنین به رحم متقاضی به‌طور متوسط و معمول ۳-۲ ماه و در برخی اوقات مدت بیشتری طول می‌کشد.^۱ در خلال این مدت نسبتاً طولانی ممکن است رابطه زوجیت

۱. دکتر محمد حسین شهبازی و همکاران: «تأثیر انحلال نکاح در مرحله نهایی دریافت گامت یا جنین»، مقاله ارائه‌شده به دومین سمینار کشوری اهدای گامت و جنین، ۱۰ و ۱۱ اسفند ۱۳۸۴، دانشگاه تهران. چکیده مقاله در ضمیمه شماره پنجم فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری ویژه زمستان ۱۳۸۴ به چاپ رسیده است.

زوجین متقاضی جنین به یکی از طرق انحلال نکاح همانند فوت یکی از طرفین یا طلاق، منحل شده و از بین برود. در این وضعیت تکلیف چیست؟ آیا مجوزی برای انتقال جنین وجود دارد یا اینکه مراکز درمانی از انتقال جنین ممنوع هستند؟

آنچه از لحن قانون و آیین‌نامه اجرایی آن و همچنین مذاکرات تدوین‌کنندگان آیین‌نامه بر می‌آید آن است که وجود علقه زوجیت در اهداء کنندگان در زمان اهداء و در دریافت کنندگان جنین در زمان دریافت جنین ضرورت دارد و بنابراین در صورتی که رابطه زوجیت متقاضیان جنین در زمان تقاضای آنها وفق مدارک تقدیمی احراز شده باشد، در زمان انتقال جنین نیز باید بقای این رابطه احراز شود. علت این مسأله آن است که نوزاد حاصل از دریافت جنین در صورت فوت شوهر متقاضی، حمایت‌های قانونی و خانوادگی لازم را از دست می‌دهد و تولد چنین کودکانی ممکن است منجر به اختلافات خانوادگی متعددی گردد که زندگی آتی کودکان حاصل از جنین دریافتی را به مخاطره انداخته و حتی اصل حیات آنها را در معرض خطر قرار دهد. بنابراین برای ممانعت از چنین خطراتی به نظر می‌رسد که احراز بقاء و دوام رابطه زوجیت زوجین متقاضی جنین در زمان انتقال جنین نیز ضرورت دارد و حتی حضور شوهر زوج متقاضی جنین در هنگام انتقال جنین به رحم متقاضی نیز ضروری است و عمل انتقال جنین تحت هیچ شرایطی حتی وجود قوه قاهره نباید بدون حضور زوج و احراز دوام و بقای علقه زوجیت متقاضیان جنین صورت پذیرد.

فلسفه تدوین و تصویب مقررات اهدای جنین در کشور ما، دریافت جنین توسط زوجین ناباروری است که در زمان دریافت جنین هنوز علقه زوجیت آنها پا بر جا باشد و

۲. دکتر محمدحسین شهبازی و همکاران: منبع پیشین.

یکی از نگرانی‌های بزرگ برخی فقها و مخالفین اهدای جنین نیز مسأله دریافت جنین توسط زنان بدون شوهر بود که به این جهت در قانون و آیین‌نامه آن به شرط وجود علقه زوجیت دریافت کنندگان تصریح شده است و به این منظور نیز باید چنین رابطه‌ای در زمان انتقال جنین احراز شود.

بدیهی است که مسأله احراز بقای زوجیت در زمانی مطرح است که زن صاحب رحم و متقاضی، حضور داشته و وفق مدارک تقدیمی قبلی یا حاضر متقاضی دریافت جنین باشد و الا در صورت فوت زوجه متقاضی و عدم حضور نامبرده به هر علت ممکن، موضوع به علت عدم امکان انتقال جنین، عقیم خواهد ماند و حضور زوج نیز به تنهایی مشکلی ایجاد نخواهد کرد. با وجود این تطبیق هویت متقاضیان و اهداء کنندگان و دریافت کنندگان با اسناد و مدارک مربوط به آنها در زمان اهداء و تقاضا و دریافت جنین به منظور جلوگیری از هر گونه تقلب، از تکالیف مراکز درمان ناباروری است و این مراکز باید دقت لازم را در این خصوص به عمل آورند. با وجود این به نظر برخی از حقوق دانان چون در عده طلاق رجعی، رابطه زوجیت زوجین باقی می‌ماند، لذا انتقال جنین در مدت عده رجعی نه تنها مانعی ندارد بلکه تقاضای مشترک زوجین در آن زمان می‌تواند دلیل رجوع نیز باشد.^۳

۳. شرعی و قانونی بودن رابطه زوجیت: قانون نحوه اهدای جنین در ماده یک خود عبارت «زوج‌های قانونی و شرعی» را به کار برده است. آیین‌نامه اجرایی قانون نیز ضمن استعمال عین همین عبارت در ماده یک، در ماده دو نیز احراز «علقه و رابطه زوجیت قانونی و شرعی» را در زوج‌های اهداء کننده و متقاضی جنین ضروری دانسته است. استعمال

۳. صادقی مقدم، دکتر محمدحسن: «مبانی فقهی و بایسته‌های قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، ص ۱۵۲.

زوجیت قانونی و زوجیت شرعی در کنار همدیگر این ابهام را به وجود آورده است که آیا زوجیت شرعی مترادف زوجیت قانونی است یا اینکه دو اصطلاح معانی متفاوتی دارند و اصولاً چرا مقنن در کنار زوجیت قانونی، زوجیت شرعی را نیز به کار برده است؟

برخی از حقوق دانان به این سؤال چنین پاسخ داده‌اند: «در شرع حلیت استمتاع علاوه بر نکاح به ملکیت اماء (کنیزداری) نیز ایجاد می‌گردد که در حال حاضر موضوعاً منتفی است و معلوم نیست چرا مقنن در کنار عنوان زوجیت قانونی که هر دو نوع دائمی و موقت را در بر می‌گیرد به زوجیت شرعی که چیزی جز مالکیت نمی‌باشد، اشاره نموده است.»^۴

مستنبط از نظر این دسته از حقوق دانان آن است که عنوان زوجیت شرعی همان ملکیت از طریق کنیزداری می‌باشد و چون در حال حاضر نظام برده‌داری و کنیزداری منتفی شده است، بنابراین مقنن در به کار بردن عبارت زوجیت شرعی مرتکب عمل لغوی است. زیرا در جهان امروز و در نظام حقوقی فعلی ایران که کتاب نکاح قانون مدنی نیز بر آرای مشهور فقهای امامیه استوار است، زوجیت قانونی همان زوجیت شرعی است و آنچه در صدر اسلام به عنوان زوجیت شرعی به کار رفته در حال حاضر وجود ندارد.

با وجود این به نظر می‌رسد که مقنن در تدوین و تصویب قانون و همچنین تدوین کنندگان آیین‌نامه در تهیه و تصویب آن در این قسمت مرتکب عمل لغوی نشده‌اند و به کار بردن زوجیت شرعی در کنار زوجیت قانونی عامداً و عالماً و به این منظور صورت گرفته که رابطه زوجیت اهداء کنندگان جنین و دریافت کنندگان آن هم از نظر قانون و هم از نظر شرع صحیح و مورد تأیید باشد. زیرا درست است که در غالب موارد به جهت انطباق مقررات ازدواج در حقوق ایران با مقررات شرعی، این دو عبارت برهم منطبق

۴. صفار، دکتر محمدجواد: «قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور در بوتۀ نقد و تحلیل»، مجله تحقیقات حقوقی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، شماره ۳۹، بهار و تابستان ۱۳۸۳، ص ۲۲۹.

می‌باشند و ازدواج قانونی در عین حال ازدواج شرعی نیز می‌باشد، لیکن موارد متعددی وجود دارد که این دو عبارت باهم انطباق ندارند.

در برخی موارد با وجود رعایت مقررات شرعی و تحقق و احراز رابطه زوجیت شرعی، ازدواج و علقه زوجیت شرعی صورت گرفته مورد تأیید قانون‌گذار نمی‌باشد مثل ازدواج کارکنان وزارت امور خارجه با اتباع بیگانه با رعایت موازین شرعی که اگر چه از نظر شرع با رعایت تناسب دینی طرفین صحیح است لیکن قانون ماده واحده منع ازدواج کارکنان وزارت امور خارجه با اتباع بیگانه مصوب ۱۳۴۵ به لحاظ رعایت برخی مصالح سیاسی چنین ازدواجی را ممنوع اعلام نموده است. ماده ۱۰۶۱ قانون مدنی نیز به‌طور ضمنی به غیرقانونی بودن این گونه ازدواج‌ها اشاره دارد. همچنین مطابق ماده ۱۰۶۰ قانون مدنی «ازدواج زن ایرانی با تبعه خارجه در مواردی هم که مانع قانونی ندارد، موکول به اجازه مخصوص از طرف دولت است.» در اجرای همین ماده، آیین‌نامه زناشویی بانوان ایرانی با تبعه بیگانه در تاریخ ۱۳ آذرماه ۱۳۲۹ به تصویب هیأت دولت رسید و ازدواج زنان ایرانی با اتباع خارجه را موکول به احراز شرایط خاص و صدور پروانه زناشویی از طرف وزارت کشور نمود.

از طرف دیگر ممکن است ازدواج صورت گرفته بین متقاضیان جنین یا اهداءکنندگان آن، ازدواج قانونی باشد لیکن زوجیت شرعی آن‌ها در دادگاه احراز نشود. مثل موردی که زن و شوهر خارجی وفق مقررات قانون دولت متبوع خود در کشور خودشان ازدواج نموده و سپس به تابعیت ایران داخل شوند. در چنین شرایطی دادگاه و مراکز درمان ناباروری مطابق قانون اجازه رعایت احوال شخصیه ایرانیان غیرشیعه در

۵. کاتوزیان، دکتر ناصر، حقوق خانواده، ج یک، شماره ۷۵.

محاکم مصوب دهم مرداد ماه ۱۳۱۲ باید جهت احراز صحت نکاح به مقررات شرعی مذهبی که شوهر پیرو آن است مراجعه کنند و ممکن است مذهب شوهر، چنین ازدواجی را غیرشرعی اعلام نماید و به این جهت با وجود احراز علقه زوجیت قانونی، زوجیت شرعی آن‌ها احراز نشود. ازدواج مرد با همسر دوم با وجود داشتن همسر و بدون رعایت ضوابط و مقررات مواد ۱۶ و ۱۷ قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۵۳ و همچنین رسمی نبودن ازدواج و عدم ثبت نکاح دایم توسط زوجین نیز همین حکم را دارد و یک ازدواج شرعی اما غیرقانونی تلقی می‌شود.

۴. لزوم رسمی بودن رابطه زوجیت: اگر چه قانون نحوه اهدای جنین و آیین‌نامه اجرایی آن به صراحت به رسمی بودن ازدواج زوجین اهداءکننده و زوجین دریافت‌کننده جنین اشاره نکرده است، لیکن با توجه به اینکه هم در قانون و هم در آیین‌نامه به زوجیت قانونی اشاره شده است و در حقوق کنونی ایران به لحاظ الزامی بودن ثبت نکاح و طلاق وفق ماده یک قانون اصلاح قانون ازدواج مصوب ۱۳۱۶ یکی از شرایط قانونی بودن زوجیت، ثبت آن به صورت رسمی در دفاتر ثبت ازدواج می‌باشد و حتی در ماده ۶۴۵ قانون مجازات اسلامی برای عدم ثبت ازدواج ضمانت اجرای کیفری (حبس تعزیری تا یکسال) مقرر شده است، فلذا به نظر می‌رسد که مراد از نکاح و زوجیت مورد نظر قانون‌گذار، زوجیت رسمی و ثبت شده می‌باشد. بنابراین در صورتی که ازدواج متقاضیان یا اهداءکنندگان به صورت رسمی ثبت نشده باشد مراکز تخصصی درمان ناباروری باید از پذیرش اهداء یا تقاضای دریافت جنین خودداری نمایند. در غیر این صورت با پذیرش ازدواج غیررسمی یا ثبت‌نشده موجبات تقلب به قانون فراهم آمده و زمینه سوء استفاده و دریافت جنین توسط زنان مجرد یا مطلقه و ... نیز فراهم می‌شود.

نکته دیگری که یادآوری آن در این مبحث مفید به نظر می‌رسد این است که نکاح صورت گرفته اعم از نکاح دایم و موقت می‌باشد. زیرا اطلاق الفاظ نکاح و زوجیت به کار

رفته در قانون و آیین‌نامه اجرایی آن شامل نکاح دائم و موقت هر دو می‌باشد و دلیلی که حاکی از انصراف لفظ زوجیت به نکاح دائم در قانون یا آیین‌نامه باشد، وجود ندارد. با وجود این پذیرش زوجیت موقت نیز همچنانکه ذکر گردید، در صورتی است که زوجیت موقت نیز به‌طور رسمی ثبت شده باشد. بنابراین هم دادگاه در صدور مجوز و هم مراکز درمان ناباروری در انتقال جنین باید وجود رابطه زوجیت را از طریق اسناد رسمی ازدواج احراز نمایند و از پذیرش اسناد و مدارک مشعر بر تحقق ازدواج بدون ثبت آن خودداری نمایند.

با وجود این به اعتقاد برخی از حقوق‌دانان با توجه به ضرورت ثبات و دوام رابطه زوجیت که در سایه آن حقوق مادی و معنوی فرزند حاصل از انتقال جنین در دامان زوجین گیرنده باید مورد حمایت قرار گیرد، نکاح مذکور باید دائم باشد.

۵. لزوم وجود رابطه زوجیت در حقوق خارجی: در حقوق بسیاری از

کشورها که روش‌های ساده‌تر و کم‌هزینه‌تر باروری‌های کمکی همانند اهدای اسپرم را مجاز شناخته‌اند، رابطه زوجیت در اهداءکنندگان ضرورتی ندارد. به عنوان نمونه در ایالات متحده آمریکا، اکثر اهداءکنندگان اسپرم را جوانان مجرد و غالباً دانشجویان تشکیل می‌دهند. اما دریافت کنندگان جنین یا اسپرم یا تخمک در اکثریت قریب به اتفاق کشورهای دارای این فناوری‌ها، باید رابطه زوجیت داشته باشند که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

۵.۱. **اطریش:** در اطریش مطابق ماده ۲ قانون تولید مثل پزشکی مصوب ۱۹۹۲، استفاده از اهدای اسپرم یا تخمک یا جنین فقط زمانی مجاز است که متقاضی متأهل یا در حکم آن (دارای رابطه زناشویی مورد تأیید قانون) بوده و ثابت شده باشد که امکان

۶. صادقی مقدم، دکتر محمدحسن، منبع پیشین، ص ۱۵۲.

7. The Reproductive Medicine Law.

باروری طبیعی با استفاده از آمیزش جنسی با همسر مقدور نیست. در ماده ۳ قانون موصوف هم مقرر شده که فقط استفاده از اسپرم و تخمک افرادی که باهم رابطه زوجیت دارند و یا در حکم زن و شوهر هستند به منظور اهداء مجاز است مگر اینکه اسپرم شوهر زوج اهداء کننده توان باروری نداشته باشد که در این صورت می‌توان با استفاده از اسپرم شخص ثالث اقدام نمود اما تخمک فقط در مورد زنانی قابل استفاده است که تخمک از همان زن استحصال شده است.^۸

ملاحظه می‌شود که در حقوق اطریش داشتن رابطه زوجیت در دریافت‌کنندگان جنین ضروری است و افراد مجرد امکان دریافت گامت یا جنین را نخواهند داشت. در افراد اهداءکننده نیز رابطه زوجیت شرط است اما امکان اینکه اسپرم یا تخمک اهداءکنندگان با گامت همسر شخص دیگری ترکیب شده وجود دارد و مانند حقوق ایران نیست که امکان لقاح و تولید جنین فقط با استفاده از سلول‌های جنسی زن و شوهر قانونی و شرعی امکان‌پذیر باشد. علت برقراری شرط تأهل به‌ویژه در دریافت‌کنندگان جنین آن است که در صورت دریافت گامت یا جنین توسط زنان مجرد (اعم از بیوه و مطلقه و ...) ایجاد مشکل اخلاقی در زنان دریافت‌کننده از نظر روانی بسیار محتمل است.^۹ زیرا این اقدام در نهایت ممکن است به عدم رغبت به ازدواج در دریافت‌کنندگان منجر شده و نظم عمومی روابط خانوادگی را خدشه‌دار سازد.

۲. ۵. انگلیس: در حقوق انگلیس مطابق ماده ۱۳ قانون ۱۹۹۰ این کشور، کلینیک‌ها و مؤسساتی که در درمان و انتقال جنین مجاز به فعالیت هستند، مکلف هستند در خصوص

8. Christopher Barratt & Yvon Englert: Gamet Donation: Current ethics in the European Union; Oxford University press, 1998 (UK), p 105.

9. JK Mason; RA McCall Smith: Law and Medical Ethics, Fourth edition, 1994, Butterworths, London, p 54.

آسایش و رفاه طفلی که احتمالاً در نتیجه اقدام آن‌ها متولد می‌شود، پیش‌بینی لازم را به عمل آورده و حتی تکالیف پدر او را نیز مشخص و پیش‌بینی کند و احتمال اضرار به حقوق دیگر اطفال خانواده‌های اهداء کننده و دریافت کننده در صورت تولد طفل مورد نظر را نیز ملحوظ نظر قرار دهند. مرکز اصلی سیاست‌گذاری اهدای گامت و جنین موضوع ماده ۵ قانون این کشور، از ماده ۱۳ لزوم وجود رابطه زوجیت در دریافت کنندگان را احراز نموده است. مراکز درمانی و رویه قضایی این کشور نیز از عبارات ماده ۱۳ به‌ویژه از لزوم آسایش و رفاه کودک حاصل و رفع نیازهای مادی و معنوی او و از جمله نیاز او به پدر، لزوم وجود رابطه زوجیت در دریافت کنندگان را استنباط و استخراج نموده است. با وجود این در افراد اهداء کننده این شرط ضرورت ندارد.^{۱۰}

۳. ۵. آمریکا: در ایالات متحده آمریکا در خصوص رابطه زوجیت و لزوم وجود آن برای استفاده از روش‌های اهدای جنین، برخی از دادگاه‌ها حق استفاده از این روش‌ها را یک حق مبتنی بر قانون اساسی و برابری مردم در مقابل قانون دانسته‌اند و ممنوعیت زنان مجرد در استفاده از این روش‌ها را مغایر برابری مردم و حق اساسی آن‌ها دانسته‌اند. اما بسیاری از دادگاه‌ها و حقوق‌دانان این اعتقاد را رد کرده‌اند و استفاده افراد مجرد از این روش‌ها را مغایر نظم عمومی جامعه و حقوق طفل حاصل دانسته‌اند. به این جهت در اکثر ایالات آمریکا، فقط مرد و زن دارای رابطه زوجیت قانونی حق استفاده از روش‌های اهدای گامت و اهدای جنین را دارند.^{۱۱} اما در قضیه Eisenstadt v. Baird دادگاه به جهت همان حقوق اساسی و برابری مردم و بدون توجه به وضعیت حقوقی خاص آن‌ها اعم از مجرد و

10. Gillian Douglas: Assisted Reproduction and the welfare of the child, 2 nd edition, 1993, p 53.

۱۱. برای نمونه رجوع کنید به قضیه Smith v. Hartigan در مجله حقوقی دانشگاه هاروارد، شماره ۹۸، ص ۶۶۹.

متأهل، استفاده از روش‌های باروری مصنوعی را حق برابر همه مردم و حتی افراد مجرد دانست.^{۱۲} با وجود این دیوان عالی فدرال آمریکا در یک رأی اساسی و مهم دادگاه‌های این کشور را به این جهت هدایت کرد که جهت استفاده از روش‌های نوین تولید مثل کمکی و فرزنددار شدن باید یک رابطه خانوادگی و فامیلی مشروع وجود داشته باشد و این رابطه فقط از طریق ازدواج حاصل می‌شود و در این خصوص باید به منافع عمومی و نظم عمومی جامعه و منافع دولت بیشتر توجه شود و اخلاق عمومی و نتایج منفی ناشی از جواز اهدای جنین توسط مجردین یا به مجردین و تهدیدهای مبانی سنتی خانواده را نیز باید مد نظر قرار داد و از طرف دیگر سلامتی طفل حاصل و رعایت بهداشت و سلامتی خود اهداء کنندگان و دریافت کنندگان نیز در ممنوعیت اهدای افراد مجرد توجیه کننده^{۱۴} است.

به این ترتیب، امروزه شاید فقط حدود ۱۰ درصد پزشکان متمایل به تأیید استفاده از باروری مصنوعی در زنان مجرد باشند. قوانین ایالتی بسیاری از ایالات آمریکا نیز استفاده از این روش‌ها را برای زنان مجرد منع کرده‌اند. بیش از ۳۰ ایالت در آمریکا دارای قوانین داخلی در خصوص روش‌های باروری آزمایشگاهی هستند که همه آنها زنان مجرد را از استفاده از این روش‌ها به طرق مختلف منع کرده‌اند.^{۱۵} در بین کشورهای مورد مطالعه فقط قانون دانمارک که در سال ۱۹۹۷ اصلاح شده است به زنان مجرد نیز امکان استفاده از جنین یا گامت اهدایی را به منظور باروری می‌دهد.^{۱۶}

12. Elizabetht Donney: "Reproductive technology and the procreation rights of the unmarried"; Harward Law Review, vol 98, p 676.

13. Legitimate Family relationship.

14. Ibid; pp 678-683.

15. Ibid; pp 610-11.

16. Christopher Barratt: op. cit; p 99.

ب) عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج: مطابق ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور (بند ب ماده ۲) یکی از شرایط لازم که احراز آن‌ها قبل از دریافت جنین از اهداء کنندگان ضرورت دارد، سلامت متعارف جسمی و روانی زوج‌های اهداء کننده جنین می‌باشد. علاوه بر این مطابق بند «ت» همین ماده «مبتلا نبودن به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر ایدز، هپاتیت و ...» نیز از دیگر شرایط اهداء کنندگان می‌باشد که باید قبل از دریافت جنین این شرط نیز توسط مراکز مجاز درمان ناباروری احراز شود.

وفق ماده ۴ آیین‌نامه نیز «زوج‌های متقاضی جنین اهدایی باید واجد شرایط مقرر در ماده (۲) قانون باشند» طبق بند د ماده ۲ قانون، زوجین دریافت کننده هیچکدام نباید به بیماری‌های صعب‌العلاج مبتلا باشند. دارا بودن سلامت متعارف جسمی و روانی از نظر عرف و از این جهت که قانون نیز متناسب با فهم عرف وضع می‌شود و الفاظ آن نیز محمول بر معانی عرفیه می‌شود، مفهوم عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نیز می‌باشد. زیرا شخصی که دارای سلامتی جسمی و روانی است در حقیقت به بیماری‌های صعب‌العلاج مبتلا نمی‌باشد و عرف چه عرف عامه مردم و چه عرف خاص پزشکان یا حقوق دانان هیچ‌گاه به شخصی که به‌طور مثال به بیماری ایدز یا هپاتیت یا سرطان مبتلاست، شخص سالم جسمی و روحی اطلاق نمی‌کند. به این جهت به نظر می‌رسد که اختصاص دادن بند ت ماده ۲ تحت عنوان عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج بعد از بند ب آن تحت عنوان دارا بودن سلامت متعارف جسمی و روانی زاید و برخلاف اصول قانون‌نویسی باشد.

با وجود این به نظر می‌رسد که اختصاص یک بند جداگانه به شرط عدم ابتلای زوجین اهداء کننده و اهداء گیرنده به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر ایدز و هپاتیت به جهت اهمیت خاص قضیه و خطرات احتمالی انتقال بیماری به جنین و طفل آینده و حتی زن صاحب رحم می‌باشد که مقنن و تدوین کنندگان آیین‌نامه را وادار نموده با وجود شرط

دارا بودن سلامت متعارف جسمی و روانی در اهداء کنندگان، عدم ابتلای آنان به بیماری‌های خطرناک را نیز مجدداً مورد تأکید قرار دهد.

متأسفانه بیماری‌های صعب‌العلاج در هیچ منبع فقهی و حقوقی و پزشکی تعریف نشده و مورد بحث قرار نگرفته است. می‌توان گفت که «بیماری صعب‌العلاج بنا به تعریف، به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که بنا به اصل و ماهیت آن، بیمار دوره‌ای از ناخوشی و عدم توان را در حداقل چهار ماه تجربه کند ولی علاج پذیر باشد ولو با صرف وقت و هزینه بالا؛ و بیماری لاعلاج عموماً به بیماری‌ای گفته می‌شود که علاج پذیر نبوده و علم کنونی قادر به اداره درمانی و شفای کامل آن نباشد...»^{۱۷}

با توجه به تعریف مذکور به نظر می‌رسد که منظور مقنن از شرط عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج، ابتلای آنان در زمان اهداء و دریافت جنین است و سوابق قبلی افراد درگیر اهدای جنین نمی‌تواند مؤثر باشد مگر اینکه بیماری آنان خفته بوده و احتمال بروز مجدد آن بیشتر باشد. علاوه بر این، مفهوم بیماری‌های لاعلاج نیز در متن قانون خوابیده است. زیرا وقتی بیماری صعب‌العلاج مانع دخالت در اهداء یا دریافت جنین می‌باشد، بیماری‌های لاعلاج به طریق اولی این ممنوعیت را موجب می‌شود. بنابراین مراد مقنن از بیماری‌های صعب‌العلاج شامل بیماری‌های لاعلاج نیز می‌باشد.

نکته دیگری که باید به آن توجه شود این است که آیین‌نامه، عدم ابتلاء به بیماری‌های صعب‌العلاج را به‌طور مطلق قید نموده و دو بیماری ایدز و هپاتیت را به‌عنوان تمثیل ذکر نموده است.^{۱۸} حال این سؤال مطرح می‌شود که آیا کلیه بیماری‌های

۱۷. امام هادی، دکتر محمدعلی، «بیماری صعب‌العلاج و لاعلاج و مسائل پزشکی و قانونی مربوط»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری، چاپ اول، ص ۵۴.

۱۸. بند ۲ ماده ۲ مقرر می‌دارد: «متلا نبودن به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر ایدز، هپاتیت و ...».

صعب‌العلاج مانع اهداء و دریافت جنین می‌شود؟ در بادی امر با توجه به اطلاق بیماری‌های صعب‌العلاج و آوردن دو بیماری ایدز و هپاتیت به عنوان نمونه و گذاشتن علامت چند نقطه بعد از آن‌ها چنین به نظر می‌رسد که هر گونه بیماری صعب‌العلاج نظیر سرطان، دیابت شدید، قطع نخاع و امثال آن‌ها که درمان آن‌ها بسیار مشکل و یا غیرممکن است نیز مانع اهداء و دریافت جنین می‌شود. با وجود این، از نوع بیماری‌های قید شده در ماده ۲ نظیر ایدز و هپاتیت، چنین به نظر می‌رسد که منظور از بیماری‌های صعب‌العلاج مانع اهداء و دریافت جنین، آن دسته از بیماری‌هایی است که با بیماری‌های مقرر در ماده ۲ هم سنخ بوده و ساری باشد و با اهدای جنین امکان انتقال آن‌ها به جنین و یا حتی زن پذیرنده جنین وجود داشته باشد. زیرا فلسفه عدم ابتلاء به بیماری‌های صعب‌العلاج، ممانعت از انتقال بیماری‌ها از اهداء کنندگان و گیرندگان به جنین و فرزند آینده می‌باشد. بیماری‌هایی نظیر سرطان یا دیابت شدید دو مرد اهداء کننده و گیرنده و یا زن صاحب تخمک جنین خطرانی را به دنبال ندارد و به این جهت نباید مانع اهدای جنین شود. برخی از این گونه بیماری‌ها حتی در زن صاحب رحم نیز خطر جدی برای جنین ایجاد نمی‌کند.

مواد ۲ و ۴ آیین‌نامه به صراحت و به‌طور مطلق زوج‌های اهداء کننده و زوج‌های متقاضی جنین را مشمول شرط عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج قرار داده است. از این مواد چنین بر می‌آید که هر دو زن صاحب تخمک و صاحب رحم و شوهر آن‌ها هیچ کدام نباید به بیماری صعب‌العلاج مبتلا باشند. از نقطه نظر علم پزشکی ابتلاء به بیماری‌های ایدز و هپاتیت در جریان بیماری و به علت مصرف داروهای مختلف در مسیر درمان بیماری ممکن است اختلالاتی در باروری بیماران ایجاد کند.^{۱۹}

۱۹. دکتر لیلا چمنی تبریزی و دکتر علیرضا میلانی‌فر: «محدودیت‌های استفاده از گامت و جنین اهدایی در مبتلایان به HIV و هپاتیت»، مقاله ارائه‌شده به دومین سمینار کشوری اهدای گامت و جنین در ۱۰ و ۱۱



از طرف دیگر مبتلایان به ایدز و هیپاتیت به دلیل اجتناب از احتمال خطر انتقال بیماری ممکن است به استفاده از گامت و جنین اهدایی دیگران تمایل داشته باشند. برای جلوگیری از انتقال چنین بیماری‌هایی به همسر و جنین یا فرزند آینده، پزشکان استفاده از روش‌های ART و از جمله دریافت جنین اهدایی را به عنوان یک راه‌حل برای مبتلایان به بیماری‌های مذکور و همسر آنان توصیه می‌کنند. در چنین شرایطی آیا هیچ یک از چهار فرد درگیر در مسأله انتقال (زوجین اهداءکننده و زوجین دریافت‌کننده جنین) نباید به بیماری‌های موصوف مبتلا شوند؟ اگر چه آیین‌نامه اطلاق دارد و به این سؤال پاسخ مثبت می‌دهد، لیکن از نقطه نظر پزشکی ابتلای شوهر زن صاحب رحم به بیماری‌های صعب‌العلاج هیچ خطری برای جنین و زن نداشته و ندارد. به‌علاوه بیماری‌هایی نظیر ایدز و هیپاتیت، غالباً سیر مزمنی داشته و اصولاً به مدت ۱۰ الی ۲۰ سال به صورت خفته و بدون علامت می‌باشند و طول عمر مبتلایان به این بیماری‌ها از مبتلایان به بیماری‌های مزمنی همانند دیابت، فشارخون بیماری‌های کلیوی و ... بیشتر است. بنابراین در این گونه موارد به ویژه اگر فقط شوهر به بیماری مبتلا باشد و همسر نامبرده سالم اما نابارور باشد، با توجه به اینکه هیچ کدام از بیماری‌های صعب‌العلاج در طی زندگی عادی خانوادگی از جمله راه‌های انتقال بیماری محسوب نمی‌شوند، فلذا درمان ناباروری با استفاده از روش‌های ART و از جمله دریافت گامت یا جنین از نظر پزشکی بلامانع است.^{۲۰}

انتقال بیماری‌های صعب‌العلاج حتی بیماری‌های قابل انتقال، از طریق ژن و یا از طریق رحم مادر نیز قطعی نبوده و ناچیز است. «در مورد ابتلاء مادر به بیماری میزان انتقال عفونت

اسفند ۱۳۸۴، دانشکده حقوق دانشگاه تهران، چکیده مقاله در ضمیمه شماره پنجم فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن‌سینا، زمستان ۱۳۸۴ (ص ۲۵) به چاپ رسیده است.
۲۰. منع پیشین.

از مادر به جنین در مورد HIV در حدود ۲۵٪ الی ۳۵٪ است که با درمان‌های مناسب به ۲٪ کاهش می‌یابد. در مورد هپاتیت B در مادران HBeAg⁺ حدود ۹۵٪-۸۵٪ و در مادران HBeAg⁻ حدود ۳۲٪ است که با درمان‌های به موقع و مناسب تا ۹۵٪ می‌توان ابتلاء جنین را کاهش داد. در هپاتیت C مادر میزان ابتلاء صفر الی ۸٪ می‌باشد که اقدام پیشگیرانه خاصی نیز برای آن در نظر گرفته نشده است.^{۲۱}

بنابراین از نقطه نظر علم پزشکی ابتلاء هر یک از چهار فرد درگیر در جریان اهداء و دریافت جنین برای ممانعت از اهدای جنین کافی نیست. زیرا ابتلای شوهر زوج گیرنده جنین تأثیری در سلامتی جنین ندارد و قابل انتقال به جنین نمی‌باشد. ابتلای زوجین اهداءکننده نیز در جریان شستشو و آماده‌سازی اسپرم و تخمک اهدایی و رفع مواد زاید و بیماری‌زای آن اصولاً قابل رفع می‌باشد.

با وجود این اطلاق آیین‌نامه در قید عدم ابتلای زوج‌های اهداءکننده و زوج‌های متقاضی جنین به بیماری‌های صعب‌العلاج قابل توجه است. زیرا نه تنها ابتلاء به بیماری‌های صعب‌العلاج بلکه سایر فاکتورهای سلامت اهداکنندگان و گیرندگان در حصول موفقیت آمیز نتیجه انتقال جنین و سلامت جنین و فرزند آینده بسیار مهم است و در حقیقت ارزیابی سلامت اشخاص اهداءکننده و گیرنده جنین بسیار مهم‌تر از خود روش‌های ART می‌باشد و حتی بررسی بیماری‌های جسمی و روانی در شخص اهداءکننده و گیرنده جنین و تاریخچه باروری اهداءکننده و گیرنده بسیار مهم است و شاید به این جهت است که آیین‌نامه نیز در بند ب ماده ۲ سلامت متعارف جسمی و روانی اهداءکنندگان را ضروری دانسته است. لذا با توجه به اینکه جنین اهدایی از سلول‌های جنسی و اجزای ژنتیکی اهداء

۲۱. منع پیشین.

کنندگان نشأت گرفته و در رحم زن پذیرنده نیز رشد و نمو می‌یابد، سلامتی هر کدام از این سه فرد و عدم ابتلای آنها به بیماری‌های صعب‌العلاج تأثیر بسیاری بر موفقیت انتقال جنین و سلامتی جنین خواهد داشت. حتی ابتلای شوهر زوج متقاضی جنین به بیماری‌های صعب‌العلاج ممکن است موجب انتقال بیماری به همسر نامبرده که حامل جنین خواهد بود، شده و بیماری از طریق مادر به جنین نیز منتقل شود. مضافاً اینکه در صورت عدم انتقال و یا در مورد بیماری‌های صعب‌العلاج غیرقابل انتقال نیز فوت هر یک از زن و شوهر و زوج متقاضی جنین ممکن است زندگی آینده جنین را مختل نموده و همه تلاش‌ها و هزینه‌های پزشکی و مالی و جانی به تولد فرزندی منجر شود که در دوران نوزادی یا کودکی و یا حتی قبل از تولد یکی از والدین خود را از دست داده باشد.

با توجه به اینکه نسب فرزندی که در نتیجه اهدای جنین به دنیا می‌آید در حقوق ما هنوز کاملاً روشن نبوده و فتاوای فقهای عظام نیز تا حدودی متشت می‌باشد، فلذا فوت زوج اهداء کننده جنین نیز ممکن است موجب بروز برخی مشکلات در آینده بشود. بنابراین علی‌رغم اینکه از نظر پزشکی ابتلای برخی از افراد زوج‌های اهداء کننده و متقاضی جنین در انتقال بیماری به جنین تأثیری ندارد، با این وجود اطلاق آیین‌نامه اجرایی قانون در برقراری شرط عدم ابتلای هر یک از زوجین اهداء کننده و متقاضی جنین به بیماری‌های صعب‌العلاج و دارا بودن سلامت جسمی و روانی همه آنها قابل توجه است.

ج) عدم اعتیاد: بند «ه» ماده ۲ قانون و بند «پ» ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون به شرط عدم اعتیاد زوجین اهداء کننده و دریافت کننده جنین تصریح نموده است. توجه قانون‌گذار به عدم اعتیاد زوجین اهداء کننده و گیرنده جنین به منظور تضمین سلامتی جنین و طفل حاصل می‌باشد. زیرا از نظر علمی ثابت شده است که اعتیاد و مصرف مواد مخدر در تمام سلول‌های بدن و از جمله در سلول‌های جنسی انسان نیز تأثیرگذار است و به این جهت صاحبان جنین باید از اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان مبرا باشند. حفظ سلامت

جنین در دوران بارداری و توجه به تربیت نوزاد در خانواده گیرنده جنین نیز قابل توجه است و سلامتی و تربیت صحیح فرزند در خانواده‌های مبتلا به مواد مخدر قابل تضمین نیست.^{۲۲}

علاوه بر رعایت سلامت جنین اهدایی و توجه به تربیت صحیح فرزند، شاید یکی از دلایل وضع این مقرره، اعمال نوعی مجازات محرومیت از این حق اجتماعی برای اشخاص معتاد بوده باشد. به هر حال اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان در صورتی مانع از اهدای جنین می‌شود که اعتیاد شخص طبق آزمایشات پزشکی به عمل آمده ثابت شده باشد. رویه دادگاه‌ها در عمل در این قبیل موارد، استعلام از کارشناسان پزشکی قانونی است و پزشکان و کارشناسان پزشکی قانونی نیز بعد از انجام تست‌ها و آزمایشات لازم که از ادرار یا خون شخص به عمل می‌آید، مثبت یا منفی بودن اعتیاد را اعلام می‌نمایند. البته اخیراً امکان تشخیص اعتیاد و مصرف مواد مخدر و الکل با استفاده از آب دهان یا بینی افراد نیز امکان‌پذیر شده است. بنابراین شهادت شهود یا داوری عرف و اظهار نظر مردم با توجه به یک یا چند بار مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و یا اظهار نظر از روی حرکات و قیافه ظاهری افراد برای ثبوت اعتیاد کافی نیستند و داوری عرف خاص پزشکان در این خصوص تعیین‌کننده خواهد بود.

مطابق تبصره ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون نحوه اهدای جنین، احراز شرایط لازم در اهداءکنندگان از تکالیف مراکز مجاز درمان ناباروری است. در حالی که احراز شرایط دریافت کنندگان جنین مطابق ماده ۲ قانون از تکالیف دادگاه است. بنابراین در صورتی که دادگاه عدم اعتیاد دریافت‌کنندگان جنین را احراز و اجازه دریافت جنین به آنان بدهد،

۲۲. صادقی مقدم، دکتر محمدحسن، منبع پیشین، ص ۱۵۵.

مراکز درمانی حق ورود و بررسی شرط عدم اعتیاد دریافت‌کنندگان جنین را نخواهند داشت اما شرایط اهداءکنندگان در هر حال باید توسط مراکز درمانی احراز شود. نکته دیگر اینکه قانون در مورد دریافت‌کنندگان جنین، عدم اعتیاد به مواد مخدر را شرط نموده است در حالی که در مورد اهداءکنندگان، نداشتن اعتیاد به مواد روان‌گردان نیز علاوه بر مواد اعتیادآور در آیین‌نامه ضروری شناخته شده است. اختلاف الفاظ و عبارات قانون و آیین‌نامه با یکدیگر، ناشی از عدم توجه تدوین‌کنندگان آیین‌نامه به اصول قانون‌نویسی نبوده است بلکه در توجیه اقدام تدوین‌کنندگان آیین‌نامه می‌توان گفت که مواد روان‌گردان غیر از مواد اعتیادآور می‌باشد. زیرا، گرچه مواد مخدر و مواد روان‌گردان در قانون نحوه اهدای جنین و آیین‌نامه اجرایی آن تعریف نشده اما با مراجعه به قوانین و مقررات مربوط به مواد مخدر ملاحظه می‌شود که مواد مخدر با مواد روان‌گردان متفاوت است. مطابق تبصره ماده یک قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۱۳۶۷/۸/۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام اصلاحی ۱۳۷۶/۸/۱۷ «منظور از مواد مخدر در این قانون، کلیه موادی است که در تصویب‌نامه راجع به فهرست مواد مخدر مصوب ۱۳۳۸ و اصلاحات بعدی آن احصاء یا توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مخدر شناخته و اعلام می‌گردد.»

منظور از تصویب‌نامه مقرر در تبصره فوق، مصوبه مورخه ۱۳۳۸/۵/۲ هیأت وزیران تحت عنوان «فهرست مواد مخدر» می‌باشد. مطابق ماده یک این مصوبه، مواد مخدر به دو دسته تقسیم می‌شوند: **دسته اول** شامل مواد افیونی و حشیش و مشابهن آن می‌باشد و **دسته دوم** نیز سایر ادویه مخدره را در بر می‌گیرد. مطابق ماده ۳ این تصویب‌نامه مواد مخدر مذکور در این فهرست به هر نام و به شکل هر داروی اختصاصی که ساخته یا عرضه شود باز همان داروی مخدر اصلی شناخته می‌شود. دسته اول مواد مخدر مطابق ماده ۵ این مصوبه شامل تریاک، سوخته تریاک، شیره مطبوخ (که از حل کردن تریاک یا سوخته آن

در آب و جوشاندن آن به دست می‌آید)، تفاله (که پس از صاف کردن شیرۀ مطبوخ باقی می‌ماند)، استحصالات جالینوسی تریاک، عصارۀ تریاک، بنگ (سرشاخه‌های خشک شده گلدار یا به میوه نشسته شاهدانه)، بنگاب (مخلوط بنگ با آب یا مایع دیگر)، چرس (شامل حشیش و اسرار)^{۲۳}، استحصالات جالینوسی شاهدانه و همچنین برگ کوکا و استحصالات جالینوسی آن می‌باشد.

دسته دوم مواد مخدر نیز مطابق ماده ۶ تصویب‌نامه هیأت وزیران شامل دو گروه می‌باشد. یک گروه از آن‌ها چه به شکل خام و چه به شکل املاح و استحصالات آن‌ها در هر حال از نظر قانون در یک ردیف قرار می‌گیرند همانند مرفین و املاح آن و استحصالات به دست آمده از تریاک که دارای بیش از ۲۰ درصد مرفین باشند و همچنین دی‌استیل مرفین (شامل هروئین و مواد دیگر)، کوکائین، تبائین و املاح آن‌ها، ئیدرومرفون و ... گروه دوم نیز عبارت از آن دسته از مواد است که فقط شکل خام و املاح آن مخدر شناخته شده است و استحصالات آن مشمول قانون نبوده و مخدر شناخته نمی‌شود. این مواد عبارتند از: کدئین، دیوئین (اتیل مرفین)، فوکلودین، استیلی دی‌ئیدروکدئین، دی‌ئیدروکدئین و پروبوکسی فن که چهار محصول اخیر نام محصولات داروئی اختصاصی است.

۱. مواد روان‌گردان (پسیکوتروپ): مواد روان‌گردان شامل آن دسته از مواد یا داروهاست که موجبات تغییر روحی و روانی در انسان را فراهم ساخته و ممکن است اثر درمانی نیز داشته باشند. این دسته از مواد در فهرست‌های چهارگانه ضمیمه قانون مربوط به مواد روان‌گردان (پسیکوتروپ) مصوب ۱۳۵۴/۲/۸ احصاء شده‌اند. مطابق ماده یک قانون مذکور «مواد روان‌گردان به موادی گفته می‌شود که در فهرست‌های چهارگانه ضمیمه این قانون

۲۳. اسرار ماده تحصیل شده از سرشاخه‌های گلدار یا به میوه نشسته شاهدانه می‌باشد.

مندرج است. وزارت بهداشتی در صورت توصیه کمیسیون مواد مخدر سازمان ملل می‌تواند در فهرست‌های چهارگانه مذکور با تصویب هیأت وزیران تجدید نظر نموده و مراتب را وسیله روزنامه رسمی کشور و جراید کثیرالانتشار اعلام نماید. این تغییرات پس از انقضای پانزده روز از تاریخ انتشار لازم‌الرعايه خواهد بود.»

مواد احصاء شده در فهرست‌های چهارگانه همانند دی‌آی تی^{۲۴}، ال‌اس‌دی^{۲۵} و مسکالین^{۲۶} در فهرست شماره یک، آمفتامین^{۲۷} و فن‌مترازین^{۲۸} در فهرست شماره دو، آموباربی‌تال^{۲۹} و سکوباربی‌تال^{۳۰} در فهرست شماره سه و همجنین آمفپرامون^{۳۱} و متاکالون^{۳۲} در فهرست شماره چهار این قانون اکثراً از جمله اقلام دارویی محسوب می‌شوند که با مجوز وزارت بهداشت تهیه و توسط برخی داروخانه‌ها و مراکز درمانی خاص در اختیار بیماران قرار می‌گیرند.

به هر حال مقنن علی‌رغم اینکه در خصوص بیماری‌های صعب‌العلاج، نمونه‌هایی همانند ایدز و هپاتیت را در آیین‌نامه اجرایی قانون نحوه اهدای جنین پیش‌بینی و به آن تصریح نموده است، در خصوص مواد اعتیادآور و روان‌گردان هیچ نمونه‌ای ارائه نکرده و به صورت مطلق اعتیاد به هر نوع مواد اعتیادآور و روان‌گردان را مانع اهدای جنین دانسته

24. D.E.T.

25. L.S.D.

26. Mescaline.

27. Amphetamine.

28. Phenmetrazine.

29. Amobarbital.

30. Secobarbital.

31. Amfepramone.

32. Methaqualone.

است و در این وضعیت برای شناسایی این مواد چاره‌ای جز مراجعه به قوانین و مقررات مخصوص مواد مذکور که اشاره شد، وجود ندارد. با وجود این هر گونه اعتیاد به مواد دخانی همانند سیگار و قلیان را نباید مانع اهدای جنین تلقی کرد بلکه اعتیاد به آن دسته از مواد که در قوانین و مقررات مربوط به مواد مخدر و روان‌گردان احصاء و فهرست شده‌اند، مانع از اهداء و دریافت جنین محسوب خواهند شد.

در ماده ۳ قانون حمایت از کودکان بدون سرپرست مصوب ۱۳۵۳ یکی از شرایط زوجین متقاضی سرپرستی طفل بدون سرپرست، عدم اعتیاد به الکل یا مواد افیونی قید شده است. با توجه به تأثیر بسیار سوء مادی و معنوی و اخلاقی اعتیاد به مشروبات الکلی بر جنین و سلامتی او و همچنین سلامت و تربیت صحیح فرزند حاصل از اهدای جنین، شایسته بود که قانون‌گذار نظام جمهوری اسلامی نیز به این مسأله توجه می‌داشت و پیشنهاد برخی از اندیشمندان دلسوز در خصوص پیش‌بینی شرط عدم اعتیاد به مصرف الکل را ملحوظ نظر قرار می‌داد همچنان که در قوانین برخی از کشورهای غیرمسلمان هم به این مسأله توجه شده است. در قانون تولید مثل پزشکی ۱۹۸۸ اطریش و فرمان ۲۳ ژوئن ۱۹۸۸ صدر اعظم این کشور که مبنای قانون مذکور است، اهداءکننده سلول جنسی علاوه بر عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل، باید غیرسیگاری باشد و مصرف سیگار حتی به میزان کم نیز مانع دریافت گامت از اهداکنندگان خواهد شد.^{۳۳}

(د) رضایت و موافقت زوجین: ماده یک قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، انتقال جنین اهدایی را منوط به أخذ موافقت کتبی زوجین صاحب جنین نموده است. ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی قانون نیز مقرر داشته که «اهدای جنین باید با موافقت و

33. Christopher Barratt: op.cit p 103.

رضایت کتبی زوج‌های اهداء کننده در مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، با احراز هویت آنان و به صورت کاملاً محرمانه انجام گیرد.» با توجه به اطلاق قانون و آیین‌نامه اجرایی آن، ضرورتی به شناسایی هویت اشخاص متقاضی جنین توسط اهداء کنندگان وجود ندارد. زوجین صاحب جنین ممکن است متقاضیان جنین را بشناسند و حتی ممکن است اهداء کنندگان و متقاضیان جنین با همدیگر رابطه خویشاوندی نیز داشته باشند. با وجود این ضرورتی به شناسایی هویت پذیرندگان توسط اهداء کنندگان وجود ندارد و در غالب موارد اهداء کنندگان بدون توجه به متقاضیان جنین، جنین مورد اهداء را به بانک‌های جنین مستقر در برخی مراکز درمان ناباروری اهداء می‌کنند.

لزوم اخذ رضایت زوجین اهداء کننده از این جهت است که بنابر عبارت ماده یک قانون، آنان «صاحب جنین» هستند. به کار بردن عبارت زوجین صاحب جنین برای اهداء کنندگان در ماده یک آیین‌نامه، نظریه مالکیت اهداء کنندگان بر جنین و سلول‌های جنسی را تقویت می‌کند. با وجود این، حتی در صورت عدم پذیرش نظریه مالکیت، باز هم بنابر نظریه حق اختصاص اهداء کنندگان نسبت به محصول حاصل از جسم و جان آنان، کافی است تا رضایت و موافقت آنان بر انتقال حق موصوف یا سلب آن از آنان اخذ شود. بنابراین «ضرورت رضایت و موافقت کتبی زوجین صاحب جنین برای انتقال جنین به رحم زنان شوهردار نابارور از باب حقی است که نسبت به جنین تشکیل شده از نطفه آنها دارند»^{۳۴} و اهمیت رضایت آنان تا حدی است که قانون‌گذار، رضایت شفاهی آنها را کافی ندانسته و به اخذ موافقت کتبی آنها تصریح نموده است. بنابراین ضرورت دارد که به چند نکته در این خصوص اشاره کنیم که به شرح ذیل به آنها می‌پردازیم.

۳۴. صادقی مقدم، دکتر محمدحسن، منبع پیشین، ص ۱۴۹.

۱. **تشریفات اعلام رضایت:** ماده یک قانون نحوه اهدای جنین، موافقت و رضایت کتبی اهداء کنندگان را ضروری دانسته است. بنابراین صرف اعلام رضایت و موافقت به صورت شفاهی کافی نیست. کتبی بودن اعلام موافقت به منظور مستند بودن آن و اثبات سهل و آسان آن در صورت لزوم در آینده و به‌ویژه در صورت فوت یا حجر اهداء کننده می‌باشد.

علاوه بر کتبی بودن رضایت و موافقت اهداء کنندگان، در ماده ۳ آیین‌نامه مقرر شده که اعلام رضایت اهداء کنندگان باید با احراز هویت آنان در مراکز درمانی انجام گیرد. بدیهی است که اعلام موافقت یا رضایت کتبی زوجین ضرورتی به کتابت آن توسط خود اهداء کنندگان ندارد و برخی از مراکز درمان ناباروری فرم‌های چاپی برای این منظور تهیه کرده‌اند که ممانعتی با مقررات ندارد. اما نکته قابل بحث این است آیا اهداء کنندگان، رضایت‌نامه کتبی انتقال یا اهداء را باید امضاء کنند یا اینکه اثر انگشت آن‌ها ضرورت دارد؟

قانون نحوه اهدای جنین و آیین‌نامه اجرایی آن، پاسخ سؤال مذکور را مسکوت گذاشته است. با وجود این در حقوق ایران، در هر مورد که به نظر مقنن امضاء یا اثر انگشت به تنهایی یا باهم ضرورت داشته باشد، مقنن به آن تصریح نموده است. همانند صدور چک که مطابق ماده ۳۱۱ قانون تجارت، صدور آن با امضای صادرکننده قابل تحقق است و اثر انگشت صادرکننده کافی به نظر نمی‌رسد. اما در مواردی که چنین تصریحی در قوانین و مقررات وجود ندارد، امضای هر شخصی نیز همان آثار و نتایج اثر انگشت او را دارد. عرف جامعه و رویه قضایی ایران نیز این مسأله را پذیرفته است که امضاء، معادل اثر انگشت می‌باشد. مؤسسات پزشکی و درمان ناباروری نیز معمولاً به أخذ امضای اهداء کنندگان اکتفاء می‌کنند.

۳۵. دکتر معرفت غفاری: «روش‌های پیشرفته در درمان نازایی»؛ مجموعه مقالات روش‌های نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق (جمعی از نویسندگان)، چاپ دوم، انتشارات سازمان سمت و پژوهشکده ابن‌سینا، ۱۳۸۲، ص ۱۶.

با وجود این به منظور اثبات سهل و آسان و جلوگیری از هر گونه سوء استفاده‌های احتمالی و ادعاهای بعدی در خصوص جعل امضاء و ... بهتر آن است که از اثر انگشت اهداء کنندگان استفاده شود تا از انکار بعدی آن توسط اهداء کنندگان نیز جلوگیری شود.

۲. رضایت و موافقت دریافت کنندگان جنین: علاوه بر رضایت و موافقت

اهداء کنندگان، رضایت دریافت کنندگان جنین نیز برای انتقال جنین ضروری است. در صورتی که قائل به صحت معامله جنین باشیم باید رضایت و موافقت اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین را دارای ماهیت انشایی بدانیم و صرف اذن و اعلام رضای آنان بدون قصد انشاء کافی نخواهد بود. اما در صورت عدم قبول معامله جنین و یا فقدان قصد انشاء در اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین، رضایت آنان را باید صرفاً دارای ماهیت اذنی و اعلامی و به عبارت دقیق‌تر صرف رضا بدانیم. به نظر می‌رسد که با توجه به آثار حقوقی فوق‌العاده مهم اهداء و دریافت جنین، رضایت هر زوج را باید دارای ماهیت انشایی بدانیم.

با وجود این در مورد زوجین دریافت کننده جنین، اخذ رضایت آنان به جهت بیمار بودن و انجام اقدامات پزشکی بر روی آنان نیز دارای اهمیت است. لزوم رضایت بیمار برای اعمال درمان و دخل و تصرف در جسم یا روان او از دیرباز مورد توجه فقها، حقوق‌دانان و پزشکان بوده است. علت اخذ رضایت از بیمار برای درمان او حتی در صورتی که این درمان به مصلحت او نیز باشد به جهت استقلال و آزادی انسان می‌باشد که ایجاب می‌کند دیگران و حتی پزشکان بدون رضایت او به صورت قیم مآبانه نسبت به درمان او بدون جلب موافقت نامبرده اقدام ننموده و استقلال او را خدشه‌دار ننمایند.

اگر چه رضایت بیمار ممکن است به‌طور صریح یا ضمنی ابراز شده باشد و هر دو نوع این رضایت نیز برای درمان او اصولاً کافی است لیکن رضایت قلبی و درونی بیمار بدون ابراز و کشف آن در عالم خارج برای اعمال درمان بر روی او کفایت نمی‌کند و اخلاق پزشکی حکم می‌کند که هیچ پزشکی بدون رضایت صریح یا ضمنی یک بیمار به

درمان او اقدام نکند. البته اصل بر لزوم رضایت صریح^{۳۶} بیمار می‌باشد مگر در موارد فوریت و اضطرار^{۳۷} که امکان اخذ رضایت صریح از بیمار وجود ندارد و یا اینکه اخذ رضایت صریح بیمار موجب تعویق درمان و خطر آفرین باشد. در مورد درمان‌های ART هیچ کدام از روش‌های درمان ناباروری شامل IUI، GIFT، ZIFT و IVF در برگیرنده اضطرار و فوریت نیستند و بنابراین در همه موارد درمان ART باید رضایت صریح بیمار اخذ گردد و رضایت ضمنی او کفایت نمی‌کند.^{۳۸}

زمانی که حتی رضایت ضمنی بیمار که از اعمال و رفتار یا اقوال غیر صریح او استنباط می‌شود برای درمان‌های ART کافی به نظر نمی‌رسد، رضایت قلبی که اصولاً در عالم خارج قابل استنباط نیست، به طریق اولی برای درمان ART کافی نیست و استدلال به اینکه این نوع بیماران به لحاظ برخی ملاحظات اخلاقی و عرف جامعه ممکن است به اظهار صریح و ضمنی برای درمان متمایل نباشند و در صورت اقدام به درمان حتماً رضایت قلبی و درونی دارند نیز کافی نیست. از ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور نیز رضایت صریح هر دو زوج گیرنده جنین استنباط می‌شود. زیرا مطابق این ماده تقاضای دریافت جنین باید به صورت مشترک از طرف زن و شوهر تقدیم دادگاه شود. با توجه به اینکه هر دو زوج در درخواست از دادگاه موافقت و رضایت خود را اعلام می‌کنند، فلذا ابراز رضایت و موافقت صریح هر دو زوج از درخواست آنان استنباط می‌شود و نیازی به اعلام موافقت و رضایت جداگانه نیست. از طرف دیگر معمولاً در عمل رجوع به دادگاه زمانی اتفاق می‌افتد که زوجین از باروری‌های طبیعی ناامید شده و توسط پزشکان به دریافت جنین و لزوم اخذ مجوز از دادگاه راهنمایی می‌شوند و رجوع به دادگاه نیز

36. Expressed consent.

37. Emergency.

۳۸. سیدفاطمی (قاری)، دکتر سیدمحمد، «رضایت مکنون»، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، شماره ۴، پاییز ۷۹، ص ۳۵.

هنگامی است که هر دو زوج به آن رضایت داده و درخواست تقدیمی به دادگاه را نیز امضا نمایند.

نکته قابل تأمل در رضایت زوجین گیرنده جنین آن است که معمولاً درمان بر روی زن صاحب رحم صورت می‌گیرد و در این صورت چه لزومی برای اخذ رضایت شوهر وجود دارد؟ پاسخ این است که اولاً شوهر نیز در حقیقت بیمار است و یا نیمی از یک زوج بیمار و ناتوان از باروری را تشکیل می‌دهد و ثانیاً دریافت جنین به قصد داشتن فرزند برای هر دوی آنهاست و هر دو زن و شوهر دریافت کننده جنین در صدد داشتن فرزند مشترک می‌باشند و ثالثاً ممکن است همان اهداءکنندگان جنین، دریافت کننده نیز باشند. مثلاً اسپرم شوهر را با تخمک زن دیگر همان شخص تلقیح نموده و پس از تحقق لقاح بین سلول‌های جنسی، جنین تشکیل یافته را به رحم زن پذیرنده که او نیز همسر همان زوج است، منتقل نمایند. بنابراین ملاحظه می‌شود که برای دریافت جنین با توجه به درگیری هر دو زوج دریافت کننده با قضیه و با فرزند احتمالی حاصل از آن، موافقت و رضایت هر دوی آنها ضرورت دارد. اداره حقوقی قوه قضائیه نیز در پاسخ به این سؤال که «اگر یکی از زوجین با دریافت جنین موافقت نداشت، آیا دیگری به تنهایی می‌تواند طرف خود را به قبول آن ملزم نماید؟»، طی نظریه مشورتی شماره ۷/۷۱۶۴-۱۳۸۳/۹/۲۸-۲۸ چنین نظر داده است:

«مطابق ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۲/۴/۲۹ مجلس شورای اسلامی تقاضای دریافت جنین اهدایی باید به صورت مشترک از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه در صورت احراز شرایط مقرر در ذیل ماده مذکور و مواد بعدی آن قانون مجوز دریافت جنین را صادر می‌کند؛ اما از مدلول استعلام چنین مستفاد می‌گردد که زوج به تنهایی مبادرت به تقدیم دادخواست نموده و زوج موافقتی با آن ندارد؛ زیرا زوج به طرفیت زوج و مدعی‌العموم مبادرت به تقدیم دادخواست نموده است. بنابه مراتب در مانحن فیه صدور حکم دایر به اجازه انتقال جنین فاقد وجهت شرعی و قانونی می‌باشد.»

صرف نظر از اشکال نظریه اداره حقوقی در به کار بردن عبارات «تقدیم دادخواست» و «صدور حکم» که با توجه به نحوه درخواست متقاضیان و کیفیت اتخاذ تصمیم دادگاه صحیح به نظر نمی‌رسند، به هر حال نظریه مذکور نیز مؤید لزوم موافقت و رضایت هر دو زوج در تقاضای دریافت جنین می‌باشد و بنابراین ملاحظه می‌شود که به یکی از نگرانی‌های مخالفان ART پاسخ داده شده است. زیرا یکی از علل مخالفت مخالفان اهدای گامت و جنین آن است که این گونه اعمال با فلسفه تشریح ازدواج و توالد و تولید مثل از طریق طبیعی مغایرت دارد و ممکن است برخی زنان را به آن سوق دهد که بدون داشتن شوهر و بدون ازدواج و مقید شدن به قیود آن در صدد بچه‌دار شدن باشند. در حالی که اولاً درخواست جنین مستلزم ازدواج و داشتن علقه زوجیت شرعی و قانونی بین زن و شوهر می‌باشد و ثانیاً رضایت و موافقت هر دو زوج نیز برای دریافت جنین ضرورت دارد.

۳. رضایت و موافقت زوجین در حقوق خارجی؛ در قوانین و رویه قضایی اکثریت قریب به اتفاق کشورهای دارای تکنولوژی انتقال جنین، موافقت و رضایت صاحبان گامت و زوجین صاحب جنین جهت انتقال گامت یا جنین آنان به دیگران ضروری شناخته است. در حقوق **فرانسه** بدون رضایت دریافت‌کننده جنین امکان انتقال جنین وجود ندارد. رضایت و ابراز اراده اهداءکنندگان جنین و گامت نیز ضرورت دارد و حتی در مورد اهدای گامت در صورت ازدواج و متأهل بودن اهداءکننده، رضایت همسر او نیز شرط است و این رضایت باید کتبی باشد. اما رضایت و اراده ابراز شده توسط اهداءکننده قابل فسخ است. مطابق ماده ۸ قانون تولید مثل کمکی ۲۴ ژانویه ۱۹۹۲

۳۹. صفایی، دکتر سیدحسین، «نارسایی‌های قانون ایران درباره اهدای گامت و جنین با توجه به حقوق تطبیقی»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری، (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، انتشارات سمت و پژوهشکده ابن‌سینا، ص ۱۷۲.

دانمارک نیز که در تابستان ۱۹۹۷ اصلاح شده است، رضایت کتبی و آزادانه کلیه اشخاص درگیر در قضیه اهدای جنین اعم از اهداء کنندگان و دریافت کنندگان باید اخذ شود. همچنین در قانون حمایت از جنین **آلمان** مصوب ۱۳ دسامبر ۱۹۹۰ رضایت و موافقت صاحبان گامت و جنین و دریافت کنندگان باید اخذ و ضمیمه پرونده پزشکی شود و تخلف از این مقرره هم ضمانت اجرای کیفری شدیدی دارد و هرگونه باروری اسپرم یا تخمک بدون رضایت صاحبان آنها یا تزریق اسپرم یا انتقال زیگوت یا جنین به رحم زن بدون رضایت او یا استفاده از اسپرم یک نفر بعد از فوت او با علم به این مسأله تا سه سال حبس می‌تواند داشته باشد.^{۴۰}

در حقوق **آمریکا** نیز یکی از شرایط و ویژگی‌های اهداء کنندگان رضایت آنهاست. در قوانین ایالتی بسیاری از ایالات نیز رضایت همسر زن دریافت‌کننده جنین ضرورت دارد. برای دریافت رضایت اهداءکننده گامت یا جنین باید مشاوره پزشکی لازم قبل از اهداء از طرف نامبرده توسط پزشکان یا مرکز درمان ناباروری در مورد عوارض و آثار حقوقی و جسمی و روانی اهداء به نامبرده ارائه شود. انجمن طب باروری آمریکا (ASRM)^{۴۱} دستورالعملی را در سال ۲۰۰۲ در خصوص تعیین برخی از شرایط اهداء کنندگان گامت منتشر نمود و در خصوص جلب رضایت و ارائه اطلاعات لازم به او مقرر نمود که داشتن رضایت عالمانه از انجام فرایند درمان و در حدود امکان و متعارف آشنایی با چگونگی انجام و عوارض احتمالی اهدای گامت، انجام آزمایشات لازم پزشکی و تأیید سلامت عمومی و متعارف اهداءکننده و عدم ابتلاء به بیماری‌های عفونی مقاربتی و بررسی کامل روان‌شناختی و تأیید سلامت روحی و روانی اهداءکننده از شرایط لازم برای اهدای جنین می‌باشد.

40. Christopher Barratt: op.cit p 121.

41. American Society For Reproductive Medicine.

احراز این شرایط در حقیقت از وظایف مراکز درمانی و پزشکان درگیر درمان می‌باشد. انجام آزمایش‌ها و مشاوره‌های روانی لازم در حقیقت برای احراز اطلاع و آگاهی اهداء کننده از تمام آثار و عوارض ناشی از اهداء اعم از آثار حقوقی و غیر آن می‌باشد. در صورت عدم ارائه این مشاوره‌ها ممکن است اهدای جنین در آینده مشکلاتی را برای دریافت کننده یا طفل حاصل ایجاد کند.^{۴۲}

در حقوق **استرالیا** رضایت کتبی و صریح اهداء کننده به موجب ماده ۵۳ قانون سال ۱۹۹۵ ایالات ویکتوریا ضرورت دارد و رضایت مبهم و ضمنی و مکنون و یا شفاهی اهداء کنندگان کافی نیست. در مقررات قانون ایالات ویکتوریا رضایت اهداء کنندگان در صورت جدایی زوجین تحت شرایطی قابل عدول است و کیفیت استفاده از گامت یا جنین اهدایی نیز به شرایط موافقت و رضایت اهداء کننده بستگی دارد. در حقوق **انگلیس** نیز مطابق قانون سال ۱۹۹۰ این کشور، اهداء کنندگان جنین باید رضایت صریح و کتبی خود را اعلام نمایند. پاراگراف سوم قانون جنین شناسی و باروری انسانی انگلیس، ذخیره و انتقال جنین و اسپرم هر شخص را مستلزم اعطای رضایت کتبی آن شخص دانسته است و به این جهت نیز مؤسسه اعطاء کننده مجوز^{۴۳} دریافت و انتقال جنین یا تلقیح اسپرم، بارها انتقال اسپرم یا جنین اشخاص فاقد اراده همانند بیماران روانی و اشخاص متوفی را غیرقانونی و غیرمجاز اعلام نموده است مگر اینکه تحت شرایط خاصی از بانک جنین دریافت شود که در این صورت نیز جواز عمل به جهت رضایت اعطاء شده در زمان دریافت سلول جنسی

۴۲. یآوری دکتر ندا، و متوسلی، دکتر الهه رازداری در اهدای گامت، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، انتشارات سمت و پژوهشکده ابن سینا، ص ۴۰۸.

43. Authority.

می‌باشد. در قضیه دینا علیه مرکز یا مؤسسه مربوط در سال ۱۹۹۶ و به دنبال رأی منفی مرکز جهت انتقال اسپرم شخص متوفی به رحم دینا، شخص اخیر نسبت به عدم صدور مجوز تلقیح یا انتقال، اعتراض نموده و رسیدگی به موضوع را از دادگاه درخواست کرد. مبنای اعتراض دینا بر آن استوار بود که مطابق ماده ۲ قانون جنین‌شناسی و باروری انسانی ۱۹۹۰ انگلیس، امکان صدور اسپرم و محصولات تولید مثل انسانی به تبعیت از قانون اتحادیه اروپا وجود دارد و حتی در قید حیات نبودن مالک اسپرم و عدم اخذ رضایت او جهت انتقال اسپرم او هم مانع از انتقال جنین حاصل از اسپرم نامبرده نمی‌تواند باشد. زیرا طبق مواد ۵۹ و ۶۰ اتحادیه اروپا (EC) ^{۴۴} صدور هر گونه محصولات تولید مثل انسانی از یک کشور عضو اتحادیه به کشور دیگر عضو نه تنها جایز بلکه لازم است و در این مورد نیز مرکز به جای رأی عدم امکان استفاده باید اجازه صدور و استفاده از آن در دیگر کشور عضو اتحادیه را صادر می‌کرد و آزادی اشخاص جهت استفاده از خدمات پزشکی در هر یک از کشورهای عضو ایجاب می‌کند که اگر آن شخص در انگلستان نتواند به جهتی از یک سرویس پزشکی یا بهداشتی استفاده کند، باید بتواند در یک کشور دیگر از آن ^{۴۵} بهره‌مند شود.

دادگاه عالی عدالت انگلستان ^{۴۶} در ۱۷ اکتبر ۱۹۹۶ در پاسخ به ادعای دینا مقرر نمود که آنچه در خصوص لزوم اخذ رضایت کتبی اهداءکننده ضرورت دارد از یک قانون داخلی و ملی انگلستان نشأت می‌گیرد که مربوط به نظم عمومی ملی انگلیس است و

44. European Community.

45. Tamara K. Hervey: The European Union and Regulation of Human Reproduction; Oxford Journal of Legal Studies, Vol 18, 1998, pp 207-209.

46. The High Court Justice.

قوانین فراملی همانند قانون اتحادیه اروپا توان نقض قوانین ملی مربوط به نظم عمومی ملی انگلیس را ندارند و به این جهت دعوی دیانا را مردود اعلام کرد.^{۴۷}

دیانا از حکم صادره به دادگاه تجدید نظر^{۴۷} پژوهش خواست و دادگاه تجدید نظر با با نقض رأی بدوی، مرکز اعطای مجوز را محکوم به ارائه سرویس باروری حتی از اسپرم شوهر متوفی خواهان نمود و مقرر کرد که حق بهره‌مندی از خدمات پزشکی برای هر فرد اروپایی در هر یک از کشورهای عضو و از جمله انگلستان پذیرفته شده است و درخواست دیانا نیز یک سرویس پزشکی است و دلیلی که موضوع را خارج از محدوده مواد ۵۹ و ۶۰ قانون اتحادیه اروپا و یا انگلستان را خارج از شمول آن قانون در این مورد نماید، وجود ندارد و مقررات اتحادیه اروپا نیز بر قوانین و مقررات داخلی انگلستان حکومت دارند. فلذا حقوق دیانا در استفاده از اسپرم شوهر متوفی خود باید محترم شمرده شود اگر چه رضایت کتبی متوفی نیز ضمیمه پرونده پزشکی نباشد.^{۴۸}

گفتار دوم: شرط اختصاصی اهداءکنندگان جنین (ضریب هوشی مناسب)

در مورد اهداءکنندگان در ابتدا باید به این نکته توجه شود که اگر چه اهدای جنین غالباً توسط اشخاص بارور به اشخاص نابارور صورت می‌گیرد اما در عمل همیشه جنین نیست و اهداءکنندگان را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد:

۱. گروه اول شامل زوج‌هایی است که خودشان بارور بوده و تولید مثل طبیعی دارند اما به منظور تولید جنین و اهدای آن به دیگران تحت درمان‌های IVF قرار می‌گیرند تا سلول‌های جنسی آنان جمع‌آوری و أخذ و پس از آماده‌سازی برای لقاح و انتقال به زوج‌های نابارور مورد استفاده قرار گیرد.

47. The Court of Appeal.

48. Ibid; p 209.

۲. گروه دوم شامل زوج‌هایی است که نابارور بوده و تحت درمان IVF هستند و پس از حاملگی با استفاده از جنین دیگران و اطمینان از صاحب فرزند شدن، جنین‌های اضافی تشکیل شده را که به آنان اهداء شده بوده و به صورت منجمد برای استفاده آنها در درمان‌های بعدی در نیتروژن مایع نگهداری و یا در بانک جنین نگهداری می‌شده است، به زوج‌های نازا و متقاضی جنین یا مراکز درمانی مسترد می‌کنند.^{۴۹}

۳. گروه سوم نیز شامل آن دسته از زوجین است که نابارور بوده و پس از درمان از طریق سلول‌های جنسی خود آنان، جنین‌های اضافی تولیدی از سلول جنسی آنها به مراکز درمانی تخصصی اهداء می‌شود.

اهداء کنندگان گروه‌های اول و سوم مشمول قانون نحوه اهدای جنین و آیین‌نامه اجرایی آن هستند اما مشمول قانون و آیین‌نامه بر گروه دوم محل تردید است و با توجه به الفاظ و عبارات به کار رفته در قانون و آیین‌نامه همانند عبارت «زوجین صاحب جنین» در ماده یک قانون و شرایط لازم برای اهداء کنندگان در ماده ۲ آیین‌نامه همانند سلامت متعارف جسمی و روانی و ضریب هوشی مناسب و عدم اعتیاد و عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج قابل انتقال، به نظر می‌رسد که اهداء کنندگان گروه دوم که جنین مسترد شده آنان از سلول‌های جنسی خودشان تشکیل نیافته است مشمول مقررات قانونی قانون‌گذار ایران نیستند و اهدای این گروه از نظر قانون‌گذار ایران با شرایط قانونی انطباق ندارد مگر اینکه آنها را نماینده زوجین صاحب جنین اصلی تلقی و یا به صحت معامله تملیک جنین معتقد باشیم.

49. Andrews L. B and A. S. Jaeger: "Legal aspects of Infertility"; in Infertility: A Comprehensive Text, 2nd ed, Appleton & Lange, 1997, p 808.

نکته دیگر اینکه شرایط لازم برای اهداء کنندگان بسیار مهم‌تر از شرایط دریافت کنندگان است. در حقوق بیشتر کشورهای جهان شرط اصلی دریافت کنندگان جنین عبارت از ناباروری زوجین و استعداد دریافت و نگهداری جنین توسط زوجه دریافت کننده می‌باشد. اما در مورد اهداء کنندگان شرایط بسیار مهم و قابل توجهی را ضروری شناخته‌اند. انجمن طب باروری آمریکا دستورالعملی را در سال ۲۰۰۲ تنظیم و منتشر کرد که در آن شرایط بسیار مهم و اساسی برای اهداء کنندگان گامت در نظر گرفته شده است. از جمله این شرایط می‌توان داشتن رضایت آگاهانه و عالمانه از فرایند درمان، داشتن سلامت کامل جسمی و روانی، نداشتن بیماری‌های مقاربتی، نداشتن مشکلات ژنتیکی و دارا بودن سلامت روانی پس از بررسی‌های کامل پزشکی و روانی را نام برد.^{۵۰}

علاوه بر شرایط مشترک اهداء کنندگان و دریافت کنندگان که قبلاً بحث گردید در حقوق برخی از کشورها شرایط و محدودیت‌های دیگری نیز برای اهداء کنندگان مقرر شده است. در حقوق اسپانیا مطابق قانون ۱۹۸۸ این کشور، اهداء کنندگان اعم از زن یا مرد باید حداقل ۱۸ سال داشته باشند و در عین حال هر اهداء کننده فقط حداکثر می‌تواند تا ۶ بار اهداء کند و اهدای گامت یا اهدای جنین برای تولد بیش از شش بچه به هیچ وجه جایز نیست. در حقوق هلند نیز مطابق فرمان ۲۳ ژوئن ۱۹۸۸ صدراعظم این کشور، اهداء کنندگان علاوه بر سلامت جسمی و روحی و فقدان بیماری‌های مقاربتی و ویروسی یک شرط اساسی دارند و آن این است که هیچ یک از اهداء کنندگان نباید سیگاری باشند.^{۵۱}

۵۰. یاور، دکتر ندا و متوسلی، دکتر الهه، منبع پیشین، ص ۴۰۸.

51. Christopher Barratt: op. cit pp 100-105.

یکی دیگر از شرایط اهداء کنندگان در حقوق بسیاری از کشورها، قصد تبرع و به عبارت دیگر نداشتن انگیزه‌های مالی اهداء کنندگان می‌باشد. اگر چه اهدای جنین هیچ نوع نفع درمانی برای اهداء کنندگان ندارد لیکن منافع غیر درمانی اعم از مالی یا معنوی ممکن است برای اهداء کنندگان در پی داشته باشد. منفعت غیرمالی عبارت از تأمین حس نوع دوستی و کمک به هم‌نوع می‌باشد و در مواردی که اهداء کنندگان از دوستان یا خویشاوندان دریافت کنندگان می‌باشند، هدف اصلی از اهدای جنین همین منفعت غیرمالی است. اما نفع مالی اهداء کنندگان همان پاداش مالی است که در مقابل اهدای جنین از دریافت کنندگان آن به اهداء کنندگان می‌رسد. اگر چه بیشتر قوانین موضوعه در زمینه اهدای گامت و جنین به رایگان بودن اهداء اشاره کرده‌اند،^{۵۲} لیکن دریافت وجه در مقابل اهدای جنین در عمل بسیار رایج است. در یک تحقیق به عمل آمده در کشور آمریکا، عده‌ای از اهداء کنندگان، پاداش مالی را انگیزه اهداء اعلام نموده‌اند و حتی عده‌ای از آنان اظهار نموده‌اند که اگر جبران مالی صورت نمی‌گرفت حاضر به اهداء نبودند.^{۵۳}

با وجود این نوع رابطه موجود بین اهداء کنندگان و دریافت کنندگان انگیزه اهداء کنندگان را مشخص می‌کند. در مواردی که اهداء کنندگان و دریافت کنندگان روابطی همانند خویشاوندی و دوستی با همدیگر دارند انگیزه اهداء کنندگان معمولاً غیرمالی و نوع دوستی و انسان دوستانه می‌باشد اما در موارد اهدای بی‌نام یا ناشناخته، انگیزه مالی بیشتر موجب اهداء می‌شود. اما علی‌رغم آنچه که گفته شد، مقررات قانونی در انگیزه اهداء کنندگان بی‌تأثیر نیست. به عنوان نمونه در آمریکا که بنابر اصل آزادی

۵۲. متأسفانه قانون ایران در این زمینه ساکت است و فقط در آیین‌نامه فاقد ضمانت اجرای آن در ماده یک به رایگان بودن اهداء اشاره شده است.

۵۳. یآوری، دکتر ندا، و متوسلی، دکتر الهه، منبع پیشین، ص ۴۰۷.

قراردادها و حاکمیت اراده دریافت پاداش در قبال اهدای جنین پذیرفته شده است، انگیزه اصلی اهداء کنندگان معمولاً دریافت پاداش و مابه‌ازای مالی است در حالی که در اروپا به جهت ممنوعیت قانونی برای دریافت مابه‌ازای مالی در بیشتر کشورها، معمولاً اهداف نوع دوستانه انگیزه اصلی اهداء کنندگان می‌باشد.^{۵۴} به هر حال با توجه به قوانین بیشتر کشورها و ماده یک آیین‌نامه اجرایی قانون ایران، یکی از شرایط اهداء کنندگان را می‌توان فقدان انگیزه‌های مالی اهداء کنندگان نام برد. با وجود این آیین‌نامه اجرایی قانون ایران به یک شرط اساسی اهداء کنندگان تصریح نموده که به بررسی آنان می‌پردازیم.

در حقوق ایران علاوه بر شرایط مشترک اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین، تنها شرط اختصاصی زوجین اهداء کننده مطابق بند «ب» ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون عبارت از سلامت متعارف جسمی و روانی و ضریب هوشی مناسب اهداء کنندگان می‌باشد. مراد از سلامت متعارف جسمی و روانی آن است که زوجین اهداء کننده جنین از دیدگاه عرف عام مردم و عرف خاص پزشکان، افراد متعارفی باشند و این سلامتی متعارف هم شامل روح و هم شامل جسم و تن آنان می‌شود. متعارف بودن به مفهوم پذیرش سلامتی جسمی و روحی متعارف اهداء کنندگان می‌باشد نه سلامت کامل اهداء کنندگان از نگاه عرف خاص پزشکان؛ چون در جامعه پیچیده و پر از گرفتاری‌های امروز، هر فرد به ظاهر سالم و متعارف نیز ممکن است درصدی از بیماری‌های روانی همانند افسردگی را به همراه داشته باشد و بدیهی است که منظور مقنن ممانعت از اهدای جنین توسط این‌گونه افراد نیست.

نکته‌ای که باید به آن توجه داشت تصریح مقنن به داشتن ضریب هوشی متناسب در زوجین اهداء کننده می‌باشد. اگر چه در بادی امر قید این شرط با توجه به تصریح قانون به

۵۴. منبع پیشین، ص ۴۰۷.

داشتن سلامت روانی متعارف، زاید به نظر می‌رسد، لیکن با کمی تأمل روشن است که مراد از داشتن سلامت روانی عدم ابتلاء به بیماری‌های روانی همانند هیستری و افسردگی و جنون و ... می‌باشد. اما ضریب هوشی مناسب به معنای داشتن بهره هوشی متوسط افراد جامعه می‌باشد که طبق نظر روان‌پزشکان این بهره هوشی متوسط در افراد عادی و نرمال بین ۹۰ تا ۱۱۰ می‌باشد و آن‌هایی که بهره یا ضریب هوشی کمتر از ۹۰ داشته باشند، ضریب هوشی آنان مناسب و متعارف نبوده و از نگاه روان‌پزشکان در ردیف افراد استثنایی جای می‌گیرند. البته دارابودن ضریب هوشی مناسب اهداءکننده به مفهوم پایین نبودن بهره هوشی نامبرده از حد متوسط و متعارف افراد جامعه می‌باشد و گرنه ضریب هوشی بالاتر از حد متعارف و مناسب، نه تنها مانع اهدای جنین نیست بلکه برای اهداءکنندگان یک امتیاز مثبت تلقی می‌شود.

نکته دیگر اینکه آزمایش روانی هر دو زوج اهداءکننده جنین برای احراز ضریب هوشی متناسب ضروری است و احراز این شرط در یکی از زوجین کافی نیست. با این حال، رویه عملی بیشتر مراکز درمان تخصصی در این خصوص ناقص است. به این معنا که یا به احراز این موضوع در یکی از زوجین بسنده می‌کنند و یا اینکه به این نکته اصلاً توجه نمی‌کنند. ضرورت این شرط در زوجین اهداءکننده جنین نیز روشن است. زیرا به تجربه و از نظر علمی نیز ثابت شده است که افرادی که از نظر بهره هوشی پایین‌تر از حد نرمال جامعه هستند معمولاً فرزندان آن‌ها نیز از ضریب هوشی مناسب بی‌بهره‌اند و مقنن نمی‌خواهد دریافت کنندگان جنین در آینده و پس از آن همه رنج و مشقت و صرف وقت و هزینه‌های بسیار بالا، با فرزند کم‌هوش و کودن مواجه شوند. جامعه نیز از وجود چنین افرادی که در آینده در معرض بیکاری و ولگردی و جرم و جنایت دیگران هستند، نگران است. زیرا نداشتن ضریب هوشی مناسب یک بیماری نیست که درمان بشود بلکه یک حالت روانی تغییرناپذیر است که منشأ آن خصوصیات ژنتیکی افراد است و محیط و طبیعت نیز تأثیری در بالا بردن آن ندارد.

گفتار سوم: شرایط اختصاصی دریافت کنندگان جنین

با توجه به قوانین مختلف کشورها، یک سری از شرایط لازم برای اهداء و انتقال جنین، به دریافت کنندگان آن اختصاص دارد. تعداد و انواع این شرایط به سیاست و طرز تفکر کشورها بستگی دارد. در حقوق ایران با توجه به قانون نحوه اهدای جنین و آیین‌نامه اجرایی آن چهار شرط اختصاصی برای دریافت کنندگان جنین پیش‌بینی شده است. این شرایط را مختصراً بررسی می‌کنیم:

الف) عدم امکان باروری و استعداد دریافت جنین: ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور چنین مقرر داشته است: «تقاضای دریافت جنین اهدایی باید مشترکاً از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه در صورت احراز شرایط ذیل مجوز دریافت جنین را صادر می‌کند:

الف- زوجین بنابه گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه‌دار شدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد...».

با توجه به بند الف ماده ۲ شرط اساسی دریافت جنین، تشخیص قطعی ناباروری زوجین دریافت‌کننده می‌باشد و در این خصوص لازم نیست که زوج و زوجه دریافت‌کننده هر دو نابارور باشند بلکه مطابق ماده یک قانون، ناباروری هر یک از آن‌ها به تنهایی نیز کافی است. بند الف ماده ۲ از گواهی معتبر پزشکی صحبت می‌کند و در ماده یک نیز مقرر شده که ناباروری زوجین باید پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی به اثبات رسیده باشد. مراد از گواهی معتبر و ثبوت ناباروری آن است که مرجع احراز‌کننده این شرایط یعنی دادگاه، از صحت گواهی ارائه شده از طرف پزشکان مبنی بر ناباروری زوجین، اطمینان حاصل نماید. بنابراین هر گونه گواهی پزشکی ارائه شده به دادگاه کافی نخواهد بود بلکه دادگاه گواهی پزشکی را در صورتی معتبر تلقی می‌کند که توسط پزشکی قانونی یا پزشک مورد اعتماد دادگاه صادر و یا تأیید شده باشد. در عمل رویه دادگاه‌های خانواده این است که زوجین را با مدارک ارائه‌شده به پزشکی قانونی معرفی

می‌نمایند و عدم باروری آنان را با گواهی صادره از طرف پزشکان قانونی احراز می‌نمایند. در این صورت است که ناباروری زوجین به ثبوت می‌رسد. نکته دیگر این است که با توجه به ماده یک قانون، ناباروری زوجین باید بعد از ازدواج ثابت شود و قید ثبوت ناباروری بعد از ازدواج در ماده یک از این جهت است که افراد مجرد یا فاقد رابطه زوجیت امکان دریافت جنین را نداشته باشند. قید این شرط به منظور حفظ کیان خانواده و ارائه پاسخ به آن دسته از مخالفان اهدای گامت و اهدای جنین است که اهدای گامت و اهدای جنین را با اغراض شارع مقدس در تشریح ازدواج مغایر می‌دانند.

شرط اساسی دیگر در بند «الف» ماده ۲ قانون، استعداد دریافت و نگهداری جنین توسط زوجه دریافت‌کننده می‌باشد. مراد از این شرط آن است که زوجه دریافت‌کننده جنین، بدون اینکه هیچ‌گونه خطر جسمی و روانی متوجه او شود، قادر به دریافت جنین اهدایی و نگهداری آن در رحم تا تولد باشد. بنابراین در صورتی که طبق تشخیص پزشک معتبر و مورد وثوق، زوجه از نظر جسمی یا روانی توان دریافت یا نگهداری جنین را نداشته باشد دادگاه از صدور مجوز خودداری خواهد کرد، مثل موردی که زوجه متقاضی فاقد رحم باشد. در عمل مشاهده شده که برخی از دادگاه‌ها صرفاً به گواهی ناباروری دریافت‌کنندگان جنین اکتفا می‌کنند در حالی که ضرورت دارد دادگاه استعداد زوجه برای دریافت و نگهداری جنین را نیز استعلام و پس از اطمینان از وجود این شرط اقدام به صدور مجوز نماید. مؤسسات ناباروری و پزشکان دخیل در این امر نیز در صورتی که حتی با وجود مجوز دادگاه به دریافت جنین، توان و استعداد زوجه را جهت دریافت و نگهداری جنین احراز نکنند، باید از انتقال جنین خودداری نمایند و اصولاً

۵۵. صفار، دکتر محمدجواد، منبع پیشین؛ صص ۲۳۱ و ۲۳۰.

دادگاه باید گواهی مؤسسات و مراکز درمان تخصصی درمان ناباروری مبنی بر سلامت جسمی و روانی متقاضیان جنین را نیز دریافت و ضمیمه پرونده نماید. مطابق بند «پ» ماده ۶ آیین‌نامه اجرایی قانون نیز یکی از تکالیف مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، صدور گواهی و معرفی‌نامه لازم مبنی بر تأیید سلامت جسمی و روانی متقاضیان دریافت جنین طبق مقررات قانون و آیین‌نامه آن می‌باشد.

ب) صلاحیت اخلاقی: صلاحیت اخلاقی زوجین متقاضی جنین از آن جهت اهمیت دارد که در صورت تولد طفل مورد نظر، آن‌ها در حکم والدین طفل حاصل محسوب شده و تکالیف پدر و مادر قانونی را انجام خواهند. قانون‌گذار در این مورد پیش‌بینی لازم را به عمل آورده و به جای اینکه در آینده و بعد از تولد طفل و ورود ضرر به نامبرده نسبت به سلب صلاحیت متقاضیان جنین در آن زمان همانند قیم و وصی و ولی فاقد صلاحیت اخلاقی اقدام نماید، از همین حالا و قبل از دریافت جنین، از پذیرش جنین توسط افراد فاقد صلاحیت ممانعت به عمل آورده است.

قانون‌گذار در بند «ب» ماده ۲ قانون به شرط صلاحیت اخلاقی زوجین تصریح نموده است اما معلوم نیست که مراد از صلاحیت اخلاقی زوجین چیست و احراز آن به چه طریق صورت خواهد گرفت. آیا دادگاه باید سوابق کیفری متقاضیان را استعلام و بررسی نماید یا اینکه صلاحیت آنان توسط تحقیقات محلی یا اقامه شهود و یا طریق دیگری احراز خواهد شد؟ انتظار می‌رفت که آیین‌نامه اجرایی قانون این ابهام را رفع نماید اما همانند بسیاری از ابهامات دیگر، آیین‌نامه این خلأ را مرتفع نکرده و فقط در ماده ۴ آیین‌نامه اقدام لغو و بیهوده‌ای انجام داده و مقرر داشته که متقاضیان جنین باید شرایط مقرر در ماده ۲ قانون را داشته باشند در حالی که همین مطلب را خود ماده ۲ قانون نیز تصریح کرده است و نیازی به تکرار آن در آیین‌نامه وجود نداشت.

ابهامات موجود در قانون و آیین‌نامه اجرایی موجب شده است که در عمل دادگاه‌های خانواده رویه‌های متفاوتی اتخاذ نمایند. برخی از دادگاه‌ها همانند پرونده‌های

راجع به درخواست رشد مجبورین اقدام نموده و رأساً با مصاحبه ظاهری در دادگاه و با لحاظ اصل برائت از هر گونه خلاف و بی‌صلاحیتی و اصل صحت اعمال و اقوال مؤمنین، صلاحیت اخلاقی زوجین را احراز می‌کنند. برخی دیگر اقدام به تحقیقات محلی می‌نمایند و یا از متقاضیان، درخواست اقامه شهود برای تأیید صلاحیت اخلاقی آن‌ها را می‌نمایند. برخی دیگر از دادگاه‌ها نیز با استعلام سوابق کیفری متقاضیان و اطمینان از نداشتن سابقه کیفری آن‌ها، این صلاحیت را در آنان محرز می‌دانند.

به عملکرد هیچ‌کدام از رویه‌ها و دادگاه‌ها نباید ایراد گرفت زیرا قانون و آیین‌نامه، طریق آن را ارائه نکرده‌اند. با وجود این به نظر می‌رسد که هیچ‌کدام از طرق موصوف برای نیل به مقصود به تنهایی کافی نیست و بهتر است دادگاه علاوه بر استعلام سوابق کیفری متقاضیان، نسبت به انجام تحقیق محلی برای احراز صلاحیت متقاضیان نیز اقدام و در صورت اقامه شهود از طرف متقاضیان، گواهی آنان را نیز استماع نماید. با وجود این به نظر می‌رسد که استعلام سوابق کیفری و فقدان چنین سوابقی از طرق بسیار مؤثر برای احراز صلاحیت اخلاقی زوجین باشد و شاید به همین جهت است که قانون حمایت از کودکان بدون سرپرست مصوب ۱۳۵۳ به شرح ماده ۳ آن قانون، علاوه بر داشتن صلاحیت اخلاقی زوجین متقاضی سرپرستی کودک، فقدان محکومیت کیفری مؤثر به علت ارتکاب جرایم عمدی را نیز در آنان ضروری دانسته است.

ج) اهلیت قانونی: مطابق بند ج ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین، یکی از شرایط زوجین دریافت‌کننده جنین این است که هیچ‌یک از زوجین مجبور نباشند. قانون مذکور و آیین‌نامه اجرایی آن واژه مجبور را تعریف نکرده است و بنابراین برای احراز منظور مقنن از عدم حجر متقاضیان جنین باید به قانون مدنی مراجعه شود. قانون مدنی در ماده ۱۲۰۷ سه نوع از اشخاص را مجبور دانسته که عبارتند از: ۱- صغار ۲- اشخاص غیررشید

۳- مجانین. مفهوم این اشخاص و وضعیت اعمال حقوقی آنان نیز در مواد ۱۲۰۸ به بعد و مواد ۲۱۰ تا ۲۱۳ قانون مدنی مشخص شده است.^{۵۶}

در اینکه اشخاص صغیر و نابالغ و همچنین اشخاص دیوانه یا مجنون که برای اداره خود آن‌ها اشخاص دیگری لازم است، نباید اقدام به دریافت جنین نمایند و درخواست دریافت جنین توسط آنان باید ممنوع باشد تردیدی وجود ندارد. به‌علاوه یکی از شرایط اصلی دریافت جنین توسط دریافت‌کنندگان، لزوم وجود رابطه زوجیت بین آنان می‌باشد در حالی که افراد نابالغ مطابق مواد ۱۰۴۱ و ۱۰۶۴ قانون مدنی اصولاً نمی‌توانند ازدواج کرده و رابطه زوجیت داشته باشند. لیکن با توجه به تبصره ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی و سوابق فقهی آن امکان ازدواج افراد نابالغ نیز تحت شرایطی با رعایت ضوابط شرعی امکان‌پذیر است^{۵۷} و شاید به این جهت است که مقنن علی‌رغم وجود شرط زوجیت، شرط بلوغ را نیز مجدداً یادآوری نموده است.

علی‌رغم قابل توجه بودن منع قانونی دریافت جنین توسط صغار و مجانین، ممنوعیت دریافت جنین توسط افراد غیررشید و به اصطلاح سفیه قابل تأمل است. ماده ۱۲۰۸ قانون مدنی غیررشید را کسی دانسته است که تصرفات او در اموال و حقوق مالی خود عقلایی نباشد و در حقیقت غیررشید یا سفیه عقل معاش ندارد و به این جهت نیز دخالت او صرفاً^{۵۸} در امور مالی خود نافذ نیست و در امور غیرمالی می‌تواند مستقلاً اقدام نماید.

۵۶. برای مطالعه بیشتر رجوع کنید به: دکتر ناصر کاتوزیان: قواعد عمومی قراردادها، ج ۲، شماره ۲۹۰ به بعد.

۵۷. محقق داماد، دکتر سیدمصطفی، حقوق خانواده، چاپ چهارم، نشر علوم اسلامی، ۱۳۷۲، ص ۱۷۵.

۵۸. کاتوزیان، دکتر ناصر، قواعد عمومی قراردادها؛ ج ۲، ش ۳۰۷+ دکتر سیدحسن امامی: حقوق مدنی؛ جلد ۴، ص ۱۵۳.

حال سؤال این است که آیا دریافت جنین یک مسأله یا معامله مالی یا دخالت در اموال و امور مالی است که غیررشد نیز از آن ممنوع گردیده است و یا اینکه علت حکم قانون‌گذار مسأله دیگری بوده است؟ اگر علت ممنوعیت غیررشد از دریافت جنین، مالی بودن دریافت جنین باشد، در این صورت دریافت جنین توسط غیررشد با دخالت نماینده قانونی او اعم از ولی یا قیم باید صحیح و نافذ باشد. در حالی که اطلاق ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین و توجه به سوابق تدوین و تصویب آن تاب این تفسیر را ندارد و غیررشد حتی با دخالت نماینده قانونی خود نیز حق دریافت جنین را نخواهد داشت. از طرف دیگر در ماده یک آیین‌نامه اجرایی قانون، اهدای جنین، واگذاری داوطلبانه و رایگان جنین تعریف شده است و بنابراین دست کم از نظر مقررات قانونی، برای دریافت جنین مالی تأدیه نمی‌شود و صرف دریافت جنین نیز اصولاً معامله مالی نیست که غیررشد از آن ممنوع باشد و اگر چه دریافت جنین نیز همانند عقد نکاح ممکن است دارای آثار مالی باشد اما همچنان که داشتن آثار مالی در نکاح مانع از نکاح غیررشد نیست در دریافت جنین نیز باید چنین باشد.

با وجود این، اطلاق عبارت مقنن در ممنوعیت دریافت جنین توسط محجورین و از جمله اشخاص غیررشد، نه به خاطر ناتوانی حقوقی اشخاص غیررشد در دریافت جنین، بلکه به منظور حمایت از حقوق فرزندی است که احتمالاً در نتیجه اهدای جنین متولد خواهد شد. زیرا، اشخاصی که عقل معاش نداشته و یا امور مالی یا غیر مالی آنان توسط نمایندگان قانونی آنها اداره می‌شود و شخصاً توان اداره امور خود را ندارند، در صیانت و حمایت از شخص دیگری که احتمالاً تحت ولایت یا حضانت آنان قرار خواهد گرفت، به طریق اولی ناتوان خواهند بود و به هیچ وجه چنین اشخاصی نمی‌توانند پدر یا مادر شایسته‌ای برای فرزندان خود باشند. اما علی‌رغم این نکته؛ اگر ناباروری را یک بیماری و اهداء و دریافت جنین را عبارت از یک درمان تلقی نماییم، در این صورت تبعیض بین

بیماران محجور و غیرمحجور و درمان بیماران دارای اهلیت و عدم درمان اشخاص محجور فاقد محمل شرعی و اخلاقی خواهد بود.

نکته دیگری که در پایان این بحث باید به آن اشاره شود این است که جا داشت مقنن شرط اهلیت را در مورد اهداء کنندگان جنین نیز پیش‌بینی و مقرر می‌نمود. زیرا با توجه به ابهام در روابط حقوقی و نسبی اهداء کنندگان و طفل حاصل و نظر اکثر فقهای شیعه مبنی بر وجود رابطه نسبی بین اهداء کنندگان و طفل حاصل، آثار و پیامدهای متعددی از اهدای جنین ناشی می‌شود که تصمیم‌گیری در خصوص منشأ آنها نیازمند تعقل و درایت لازم می‌باشد و به این جهت شایسته است که مقنن در مورد اهداء کنندگان نیز شرط اهلیت را پیش‌بینی و در شرایط اهداء کنندگان جنین وضع نماید. از شرط رضایت و موافقت اهداء کنندگان نیز که در ماده یک قانون و ماده ۳ آیین‌نامه آن پیش‌بینی شده، به راحتی نمی‌توان لزوم اهلیت آنان را در شرایط فعلی استنتاج و استنباط نمود و ضرورت دارد که مقنن همانند اهلیت دریافت کنندگان جنین، این شرط را در اهداء کنندگان نیز به صراحت پیش‌بینی نماید.

د) تابعیت ایرانی: مطابق بند «و» ماده ۲ قانون نحوه اهدای جنین به زوجین ناباور، زوجین متقاضی دریافت جنین بایستی تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند. بنابراین اشخاصی که تابعیت ایرانی ندارند و به عبارت ساده‌تر ایرانی محسوب نمی‌شوند حق دریافت جنین در ایران را ندارند اگر چه جنین اهدایی نیز متعلق به اتباع غیرایرانی باشد. برای تشخیص تابعیت ایرانی زوجین متقاضی جنین باید به مقررات قانون مدنی مراجعه کرد. اشخاصی که تبعه ایران محسوب می‌شوند همانند کلیه ساکنین ایران که تابعیت خارجی آنها مسلم نیست (بند ۱ ماده ۹۷۶ قانون مدنی) یا کسانی که پدر آنها ایرانی است (بند ۲ ماده ۹۷۶) در ماده ۹۷۶ قانون مدنی و مواد بعدی آن مشخص شده است.

مطابق بند ۷ ماده ۹۷۶ قانون مدنی، هر تبعه خارجی هم که تابعیت ایران را تحصیل کرده باشد، او نیز از جمله اتباع ایران محسوب می‌شود. این نوع تابعیت را که شخص به‌طور ثانویه به‌دست می‌آورد، تابعیت اکتسابی می‌نامند و تابعیتی را که هر شخصی از هنگام تولد به‌دست آورده است، تابعیت اصلی نامیده می‌شود. ممکن است یک شخص همزمان تابعیت پیش از یک کشور را داشته باشد که به این نوع تابعیت، تابعیت مضاعف اطلاق می‌شود. تابعیت مضاعف حتی ممکن است بیش از دو تابعیت نیز باشد و در چنین مواردی، حتی اگر یکی از دو یا چند تابعیت شخص متقاضی جنین، ایرانی باشد برای دریافت جنین کافی است. زیرا، با وجود تابعیت ایرانی متقاضیان جنین مطابق قانون ایران، تابعیت خارجی آنان از نظر مقررات ایران فاقد اعتبار است و از طرف دیگر در احراز تابعیت ایرانی یک شخص باید به مقررات ایران و از جمله ماده ۹۷۶ قانون مدنی توجه شود نه مقررات کشورهای خارجی که یک شخص تبعه ایران را آنان نیز تابع خود می‌دانند.

سوالی که مطرح می‌شود این است که آیا زن و شوهر متقاضی جنین هر دو باید تابعیت ایران را داشته باشند یا اینکه تابعیت ایرانی یکی از آنان نیز برای دریافت جنین کافی است؟ در پاسخ باید گفت که مقررات قانون و از جمله ماده ۲ و شرایط مقرر در آن برای هر دو زوج متقاضی جنین وضع شده است نه یکی از آنان؛ و از طرف دیگر بند «و» ماده ۲ نیز صراحتاً از واژه «زوجین» استفاده کرده است و بنابراین زوج و زوجه متقاضی جنین هر دو باید دارای تابعیت ایرانی باشند. به هر حال احراز شرط تابعیت نیز همانند سایر شروط لازم در متقاضیان جنین از تکالیف دادگاه صادرکننده مجوز دریافت جنین می‌باشد. در عمل دادگاه‌ها این شرط را با ملاحظه و دریافت رونوشت مصدق شناسنامه ایرانی زوجین احراز می‌کنند و یکی از مستندات و اوراق پرونده دادگاه را رونوشت شناسنامه زوجین تشکیل می‌دهد.

۵۹. الماسی، دکتر نجادعلی تعارض قوانین، چاپ دوم، ۱۳۷۰، مرکز نشر دانشگاهی، ص ۱۶۰.

ناباروری به عنوان یک بیماری شناخته شده است و متقاضیان دریافت جنین نیز در حقیقت به عنوان آخرین راه‌حل درمان بیماری خود به مراکز درمان تخصصی ناباروری مراجعه و درصدد دریافت جنین برمی‌آیند و این مراکز نیز اعم از اینکه دولتی یا خصوصی یا وابسته به مؤسسات و نهادهای عمومی باشند، هزینه‌های درمانی را کاملاً از متقاضیان دریافت می‌کنند و نهادهای تامین اجتماعی و بیمه‌ای نیز از اعطای تسهیلات بیمه‌ای به این نوع بیماران خودداری می‌کنند. با این حال معلوم نیست که مقنن چرا و با چه انگیزه‌ای اقدام به ارائه این راه‌حل درمان برای ایرانیان و عدم ارائه آن برای غیر ایرانیان نموده است و علت انحصار این نوع درمان در جمهوری اسلامی ایران صرفاً برای ایرانیان معلوم نیست.

تفکر انحصاری موصوف با موازین حقوقی جمهوری اسلامی ایران و اصول بشردوستانه شرع انور اسلام مغایرت دارد. این نوع نگرش به مسائل درمانی، به طرز فکر استکباری برخی از دولت‌های غربی نزدیک است که از انتقال تکنولوژی به خصوص یافته‌های درمانی و داروهای جدید و درمان‌کننده برخی بیماری‌های صعب‌العلاج به کشورهای دیگر ممانعت به عمل می‌آورند. بنابراین انتظار این است که جمهوری اسلامی ایران به عنوان پرچم‌دار علمی کشورهای اسلامی از این گونه تفکرات انحصاری خودداری نموده و نسبت به اصلاح این شرط از ماده ۲ قانون اقدام نماید. زیرا دریافت جنین در حقیقت نوعی بهره‌برداری از حق تمتع است و فراهم نمودن آن نیز نوعی درمان و خدمت پزشکی محسوب می‌شود. در عین حال، ارائه این خدمت درمانی در عمل به اتباع کشورهای دیگر نیز در برخی از مراکز تخصصی درمان ناباروری همانند مؤسسه رویان وجود دارد.

با وجود این به اعتقاد برخی از حقوق‌دانان، این شرط به منظور کنترل نسل و جلوگیری از اختلاط نسب وضع شده و باعث می‌شود که در انتقال جنین در یک خانواده ایرانی، نوزاد نیز ایرانی تلقی گردد و عدم تصریح به این شرط در خصوص اهداءکنندگان

در قانون نیز یک غفلت است که باید برطرف شود و همانند دریافت کنندگان جنین،
اهداء کنندگان نیز باید تابعیت ایرانی داشته باشند.^{۶۰}

۶۰. صادقی مقدم دکتر محمد حسن، منع پیشین، ص ۱۵۶.

نتیجه‌گیری

اگر چه قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور دارای ابهاماتی است که از تازگی موضوع قانون و مخالفت‌های شدید بسیاری از فقها با تکنیک‌های نوین باروری و از جمله اهدای جنین نشأت گرفته است، لیکن اجرای مقررات این قانون در کوتاه مدت، نویدبخش آینده‌ای درخشان برای آن می‌باشد. زیرا، شناسایی نقاط ضعف قانونی و رفع آن در آینده و تلاش بسیاری از اندیشمندان فقهی، حقوقی و پزشکی در این خصوص، زمینه رفع نواقص را فراهم آورده است.

در خصوص نقاط قوت و ضعف شرایط اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین نیز باید بررسی‌های کارشناسانه دقیق صورت گرفته و آسیب‌های احتمالی ناشی از سکوت یا ابهام قانون مرتفع گردد. مقاله ارائه‌شده بر همین اندیشه استوار است و از جمله نتایج حاصل از آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. وجود رابطه و علقه زوجیت میان زوجین اهداء کننده و زوجین دریافت کننده ضروری است اما این رابطه باید رسمی بوده و از پذیرش روابط زوجیت غیررسمی اجتناب گردد. مراد از رسمی بودن این علقه نیز ثبت آن در دفاتر اسناد رسمی است و مؤسسات درمانی و مراکز باروری پزشکی نیز باید از بقای علقه زوجیت اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین در زمان انتقال جنین اطمینان حاصل نمایند.

۲. برای اجتناب از انتقال هر نوع بیماری و همچنین به منظور حمایت از فرزندی که احتمالاً در نتیجه اهدای جنین متولد خواهد شد، سلامت جسمی و روانی زوجین اهداء کننده و زوجین دریافت کننده جنین و عدم ابتلای آن به بیماری‌های لاعلاج و صعب‌العلاج ضرورت دارد. علاوه بر این مصالح طفل حاصل از جنین اهدایی ایجاب می‌کند که اهداء کنندگان و دریافت کنندگان جنین عاری از هر نوع اعتیاد و آلودگی به الکل و مواد مخدر و مواد روان گردان و حتی سیگار باشند.

۳. با توجه به اینکه انتقال جنین نوعی درمان بیماری ناباروری محسوب می‌شود فلذا تفکیک بین بیماران ریشه و غیرریشه و همچنین درمان بیماران دارای تابعیت ایرانی و عدم پذیرش بیماران دارای تابعیت خارجی قابل انتقاد به نظر می‌رسد و انتظار این است کشور اسلامی ایران از تفکرات انحصاری برخی کشورهای استکباری به دور بوده و بدون تمایز بین ایرانیان و غیرایرانیان نسبت به ارائه سرویس‌های پزشکی به کلیه بیماران اقدام نماید.

فهرست منابع

۱. الماسی، دکتر نجادعلی؛ تعارض قوانین، چاپ دوم، ۱۳۷۰، مرکز نشر دانشگاهی.
۲. امام هادی، دکتر محمدعلی، «بیماری صعب‌العلاج و لاعلاج و مسائل پزشکی و قانونی مربوط»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، انتشارات سمت و پژوهشکده ابن‌سینا.
۳. چمنی تبریزی، دکتر لیلا و میلانی‌فر، دکتر علیرضا، «محدودیت‌های استفاده از گامت و جنین اهدایی در مبتلایان به HIV و هپاتیت»، مقاله ارائه‌شده به دومین سمینار کشوری اهدای گامت و جنین، ۱۰ و ۱۱ اسفند ۱۳۸۴، دانشگاه تهران.
۴. سید فاطمی (قاری)، دکتر سیدمحمد، «رضایت مکنون»؛ فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، شماره ۴، پاییز ۷۹.
۵. شهبازی، دکتر محمدحسین، و همکاران: «تأثیر انحلال نکاح در مرحله نهایی دریافت گامت یا جنین»، مقاله ارائه‌شده به دومین سمینار کشوری اهدای گامت و جنین، ۱۰ و ۱۱ اسفند ۱۳۸۴، دانشگاه تهران.
۶. صادقی مقدم، دکتر محمدحسن، «مبانی فقهی و بایسته‌های قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، انتشارات سمت و پژوهشکده ابن‌سینا.
۷. صفار، دکتر محمدجواد، «قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور در بوطه نقد و تحلیل»، مجله تحقیقات حقوقی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، شماره ۳۹، بهار و تابستان ۱۳۸۳.
۸. صفایی، دکتر سیدحسین، «نارسایی‌های قانون ایران درباره اهدای گامت و جنین با توجه به حقوق تطبیقی»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، انتشارات سازمان سمت و پژوهشکده ابن‌سینا.

۹. غفاری، دکتر معرفت، «روش‌های پیشرفته در درمان نازایی»، مجموعه مقالات روش‌های نوین تولید مثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق (جمعی از نویسندگان)، چاپ دوم، ۱۳۸۲، انتشارات سازمان سمت و پژوهشکده ابن‌سینا.

۱۰. کاتوزیان، دکتر ناصر، حقوق خانواده، ج یک، چاپ پنجم، ۱۳۷۸، شرکت سهامی انتشار.

۱۱. کاتوزیان، دکتر ناصر، قواعد عمومی قراردادها (دوره پنج جلدی)، چاپ سوم، ۱۳۷۱، شرکت انتشار.

۱۲. محقق داماد، دکتر سیدمصطفی، حقوق خانواده، چاپ چهارم، ۱۳۷۲، نشر علوم اسلامی.

۱۳. یاور، دکتر ندا، متوسلی، دکتر الهه، «رازداری در اهدای گامت»، مجموعه مقالات اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری (جمعی از نویسندگان)، چاپ اول، ۱۳۸۴، انتشارات سمت و پژوهشکده ابن‌سینا.

14. Andrews L. B and A. S. Jaeger: "Legal aspects of Infertility" in Infertility: A Comprehensive Text, 2nd ed, Appleton & Lange, 1997.

15. Christopher Brratt & Yvon Englert: Gamete donation: Current ethics in the European Union; Oxford University Press, 1998 (UK).

16. Elizabet donney: "Reproductive technology and the Procreation rights of the unmarried"; Hrvard Law Review, Vol 98.

17. Gillian Douglas: Assisted reproduction and the welfare of the child, 2 nd ed. 1993.

18. J K Mason; R A McCall Smith: Law and Medical Ethics, Fourth edition, 1994, Butterworths, London.

19. John Harris: Clones, Genes and Immortality, First ed, 1998, Oxford university press.
20. Lessor R: "All in the family: Social processes in ovarian egg donation between sisters"; Social Health illness 1993: 15.
21. Tamara K. Hervey: "The European union and regulation of human reproduction"; Oxford Journal of legal Studies, Vol 18, 1998.