



موضوع شناسی فقهی روش های تلقیح مصنوعی و جنین های به وجود آمده با روش های تلفیقی

محمد حسن قاسمی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

چکیده

امروزه یکی از برترین روش های رایج در درمان ناباروری، «تلقیح مصنوعی» است که به روش های مختلفی انجام می شود. به دلیل نوپدید بودن این روش ها، نیاز است تا با تحلیل و ارزیابی دقیق شان و از رهگذر شناخت کامل موضوع، در این مسائل نوظهور راه برای استنباط احکام شرعی از سوی فقیهان هموار گردد. در این پژوهش که با روش کتابخانه ای و به صورت توصیفی - تحلیلی انجام شده، روش های تلقیح مصنوعی به دو گروه داخل رحم و خارج از رحم تقسیم می شود و در هر قسمت مهم ترین انواع آن از جمله روش های (IVF، گیفت GIFT، زیفت ZIFT و روش های تلفیقی تخمک و اسپرم) مورد بررسی قرار می گیرند. تعیین موضوعات نوپدید در هر روش و در ارتباط با احکام شرعی و نیز ارائه موضوعاتی که می تواند ملاک حرمت یا حلیت قرار گیرد؛ از جمله تلقیح و بارداری زن با روش های جدید و بدون اذن شوهر، انتقال اسپرم و جنین، انتخاب جنسیت، احکام وضعی نسب (مادری و پدیری) و نیز خرید و فروش تخمک، جنین و اسپرم نیز از دستاوردهای این پژوهش به شمار می آید. نتیجه این تحقیق نشان می دهد که شناخت دقیق موضوعات در درمان ناباروری با روش های جدید به ایجاد احکام جدید با ابعاد گوناگون منجر خواهد شد.

کلیدواژه ها: موضوع شناسی، روش های تلقیح مصنوعی، درمان ناباروری، جنین تلفیقی، نسب.

۱. استادیار گروه فقه و اصول، دانشگاه علوم اسلامی رضوی، مشهد، ایران، ghasemi.mh@razavi.ac.ir

مقدمه

از دیرباز مشکل ناباروری به روش طبیعی، یکی از مسائل مهم و مورد ابتلا در جوامع بشری بوده است؛ ناامیدی از باروری به روش طبیعی، دانشوران این عرصه را برآن داشت تا به سمت کشف و به‌کارگیری روش‌های درمانی نوین روی آورند. امروزه نتایج این فرایند، توانسته راه‌های مختلفی پیش پای زوجین نابارور قرار دهد. نکته قابل تأمل آنکه، تنوع روش‌های درمان ناباروری و تلقیح پزشکی، پرسش‌های فراوان فقهی را مطرح ساخته و فقیهان را برآن داشته تا در این‌گونه موضوعات و برای پاسخ‌گویی به سؤالات یادشده، به استنباط احکام شریعت بپردازند.

پیچیدگی موضوع باروری‌های پزشکی، سبب شده، که دانشوران این حوزه نتوانند به صورت دقیق به پاسخ پرسش‌های فقهی بپردازند و حکم روشن آنها را بیان نمایند؛ در حالی که یکی از وظایف روشن فقیهان تعیین وظیفه مکلفان در زمینه‌های مورد ابتلاست. فقیهان در مسیر ارائه حکم شرع مقدس و برای معرفت آن، به شناخت دقیق موضوع هر حکم نیازمندند. این نوشتار بر آن است تا با مطالعه دقیق منابع تخصصی، به موضوع‌شناسی فقهی تلقیح مصنوعی پرداخته، زوایای مختلف موضوع را که در حکم فقهی مؤثرند، به روشنی بیان کنند. در این پژوهش، تمرکز اصلی بر موضوع‌شناسی فقهی و در راستای استنباط احکام تکلیفی (جواز و حرمت) است و کمتر به بررسی احکام وضعی (مانند نسب، محرمیت و عده) پرداخته می‌شود.

از آنجایی که درمان ناباروری و استفاده از روش‌های نوین باروری، از سنخ موضوعات دانش پزشکی است، پس بیشترین منابع در این حوزه منابع پزشکی خواهد بود. بنابراین هدف روشن ساختن زوایای مختلف تلقیح مصنوعی است تا بتوان گلوگاه‌های تأثیر شناخت موضوع بر حکم را عیان کند؛ چرا که امروزه، افزون بر استفاده از اسپرم مرد و تخمک زن و تلفیق آنها در خارج از رحم، کشف مشکلات اسپرم و تخمک، پزشکان و محققان را برآن داشته است تا با تلفیق نطفه شخصی با نطفه مرد دیگری و یا استفاده از اجزای تخمک زن دیگری برای تکامل تخمک بهره جویند، که هر یک از این‌گونه‌ها، موضوع نوینی را برای حکمی مستقل ارائه می‌دهد.

نوآوری این پژوهش بر ۳ پایه مهم استوار است: نخست اینکه شناخت برخی روش‌های عملیاتی در تلقیح مصنوعی می‌تواند تغییردهنده حکم فقهی باشد، نکته دیگر که از اهمیت بیشتری برخوردار است، اینکه موضوع‌شناسی دقیق و باریک بینانه، موضوع ساز برای احکام فقهی خواهد بود؛ بدین معنا که در این‌گونه موضوع‌شناسی، مسائل جدید فقهی بسیاری طرح می‌شود که قبلاً تصویری نسبت به آن وجود نداشت و در پایان می‌توان گفت، بررسی و تحلیل جامع و نظام‌مند موضوع، از دیگر نوآوری‌های این پژوهش به‌شمار می‌آید.

سابقه پژوهشی این موضوع (مسئله تلقیح مصنوعی از منظر فقه) در کتاب‌های مختلفی مانند وسائل الانجاب الصناعية و نیز وسائل المنع من الانجاب (تألیف محمدرضا سیستانی) و همچنین باروری پزشکی (اثر معلم‌نیا) تألیف شده‌اند که کتاب اخیر در راستای تبیین حکم، به صورت مقدمه‌ای به مبحث موضوع‌شناسی پرداخته است. افزون بر این، در مقالاتی همچون «تلقیح مصنوعی از منظر فقه و حقوق» نوشته ساجده العبد الخانی و سید علی موسوی، «تبیین و بررسی تلقیح مصنوعی از دیدگاه فقه و حقوق» نوشته علی قنبریان و مهشاد یعقوبی، «تأملی بر حق فرزند آوری در پرتو احکام تکلیفی و وضعی در تلقیح مصنوعی» اثر احمد حبیب نژاد و مصطفی بخرد، موضوع تلقیح مصنوعی مطرح شده است. این پژوهش‌ها (به رغم ارزشمندی) با رویکرد حکم محوری یا کاربرد حقوقی نگاشته شد و به جهت موضوع‌شناسی (به معنای تبیین شقوق حکم مبتنی بر موضوعات نوپیدا) فاقد چنین رویکردی است. از این رو، پژوهش حاضر با موضوع‌شناسی (فقهی) از منظر دانش پزشکی (روش‌های تلقیح مصنوعی) و چگونگی تأثیر آن در احکام فقهی است که با روش کتابخانه‌ای و نگاه اجتهادی - استنباطی به مطالب، نخست به تعریف واژگان مربوط به بحث پرداخته، سپس روش‌های تلقیح مصنوعی را با توجه به مهم‌ترین انواع آن به صورت گسترده و دقیق مورد بررسی و تحلیل قرار می‌دهیم و در پایان با توجه به شناخت دقیق موضوعات مطرح در حوزه تلقیح مصنوعی، تأثیر آن را در گزاره‌های فقهی به تصویر خواهیم کشید.

ادبیات پژوهش

مجموعه مفاهیمی مانند تلقیح مصنوعی، سلول‌های جنسی (اسپرم و تخمک)، گامت، نازایی، ناباروری، جنین و نسب، منظومه مفهومی پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند که شناخت دقیق هر یک می‌تواند به فهم دقیق‌تر موضوع‌شناسی در این موضوع کمک نماید.

- **تلقیح مصنوعی:** «تلقیح» در لغت از ریشه «لَقَحَ» متعدی و به معنای آبستن کردن است؛ ثلاثی مجرد آن «لَقَحَ» لازم و به معنای آبستن شدن جنس مؤنث معنا شده است (شرتونی، ۱۴۰۳ق، ج ۲، ص ۱۱۵۳؛ دهخدا، ۱۳۷۳ش، ج ۴، ص ۶۰۸۲؛ ج ۱۲، ص ۱۷۴۱۶؛ ج ۱۱، ص ۱۶۹۲۳)؛ واژه «لقاح» به معنای مایع و آب زینه است (ابن منظور، ۱۴۱۶ق، ج ۱۲، ص ۳۰۷ و ۵۷۹) این ماده درباره باروری ابرها (حجر، ۱۵) گیاهان و حیوانات (لویس معلوف، ۱۳۷۸ش، ص ۷۲۸) به کار می‌رود و اگرچه اصل آن برای شتر است؛ ولی درباره زنان نیز استعمال شده است و به هر حال این واژه بدون هیچ قیدی در معنای «آبستن ساختن» به کار می‌رود (ابن منظور، ۱۴۱۶ق، ج ۱۲، ص ۳۰۷ و ۵۷۹).

در اصطلاح پزشکی، تلقیح مصنوعی شامل انواع مختلف روش‌هایی است که اسپرم بعد از آماده‌سازی در اندام تناسلی زن قرار داده می‌شود؛ اندام‌هایی چون: داخل سرویکس (گردن رحم) و یا درون صفاق (حفره شکم) و یا داخل خود رحم (داخل فولیکول و پروفوزیون اسپرم به لوله فالوپ) (برک و دیگران، ۱۳۷۵ ش، ج ۲، ص ۸۶۳).

- **گامت:** در نگاه پزشکی، نام سلول جنسی رسیده و آماده تلقیح نر یا ماده را گامت (gamete) می‌گویند؛ سلول جنسی نر اسپرم (sperm) و سلول جنسی ماده تخمک (ovule. egg) نام دارد (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۶ ش، ص ۱۸۴)؛ در نوشته‌های حقوقی و منابع فقهی به جای واژه سلول نر «نطفه مرد» و به جای واژه سلول ماده «نطفه زن» به کار برده می‌شود (امامی، بی تا، ج ۵، ص ۱۵۵؛ خمینی، ۱۳۹۲ ش، ج ۲، ص ۶۲۱).

- **تخمک:** سلول تخمک یا اووم (به انگلیسی: Ovum یا Egg cell) سلولی است که پس از ترکیب با اسپرم (Fertilization) هسته نخستین جنین، سلول تخم، زیگوت Zygote را تشکیل می‌دهد. تخمک یا اوول، سلول‌های تولید مثل زن است که معمولاً هر ماه، یکی از آنها آزاد شده، به لوله‌های رحمی منتقل و آماده باروری با اسپرم می‌شود (سادلر، ۱۳۷۰ ش، ص ۳۹). تخمک با اجزایی که دارد موضوع احکام شرعی مختلفی از قبیل «نجاست و پاکی»، جواز اهدای تخمک، جواز تلفیق تخمک با تخمک دیگری، خرید و فروش آن، جواز یا عدم جواز ذخیره‌سازی آن، حکم اعراض از آن، سبب سازی اجزای آن برای نسب» قرار می‌گیرد.

- **اسپرم:** سلول تولید مثل مرد را گویند که موجب باروری تخمک می‌شود؛ هر اسپرم از چهار بخش سر اسپرم (حاوی موارد ژنتیکی یا کروموزوم‌ها)، تنه یا قطعه میانی (تولیدکننده انرژی لازم برای حرکت)، دم بلند و باریک (برای پیش راندن و تحریک) و قطعه انتهایی بدنه اسپرم را داراست (ستوده، ۱۳۹۹ ش، ص ۱۹). از منظر پزشکی تولید اسپرم در انزال مردان، شامل فرایندی تحت عنوان اسپرماتوز، انتقال، ذخیره‌سازی اسپرم و انتقال اسپرم بالغ برای مخلوط شدن با ترشحات پروستات و وزیکول‌های سمینال در فرایند انزال است (روکس، ۱۳۸۴ ش، ص ۱۷).

اسپرم، به تنهایی موضوع برخی احکام فقهی مانند «نجاست»، جواز یا عدم جواز خرید و فروش آن، به کار بردن آن در کرم‌ها و لوازم آرایشی، مالیت و ملکیت آن، ذخیره‌سازی در بانک اسپرم، سبب سازی اجزای آن برای نسب، استحاله یا عدم استحاله آن در فرایند تبدیل یا تجزیه شدن به اجزای یاد شده و...» قرار گرفته است که فقیهان و دانشوران حوزه صدور حکم به بررسی آن خواهند پرداخت.

- **نازایی و ناباروری:** «نازایی و ناباروری» از دیگر عناوین منظومه مفهومی تلقیح مصنوعی اند که معمولاً پس از یک سال باهم بودن زوجین و داشتن ارتباط زناشویی فعال، اگر حاملگی رخ ندهد، از این تعبیر برای بیان عدم توانایی در حاملگی استفاده می‌شود (ر.ک: حسینی و رضازاده، ۱۴۰۰ش، ص ۶؛ کی و دیگران، ۱۳۷۵ش، ص ۹). بنابر گزارش برخی مسئولان وزارت بهداشت (بر اساس تحقیق صورت گرفته در سال ۱۳۹۸ش) شیوع ناباروری کلی در زوج‌های ایرانی ۲۰٫۳ درصد است؛ یعنی حدود ۳ میلیون و ۲۶۰ هزار زوج نابارور در کشور وجود دارد که این آمار، بالاتر از میانگین جهانی است (خبرگزاری تسنیم، مورخه ۱۴۰۲/۱۱/۰۲).

- **جنین:** در لغت به معنای پوشاندن چیزی از حواس است؛ از آن رو به فرزندی که در شکم مادر، پوشیده و پنهان است، جنین گفته می‌شود (جوهری، ۱۳۶۸ش، ریشه جن). در علوم زیستی و جنین‌شناسی به موجود حاصل از لقاح (رویوان) از سه تا هشت هفتگی و پس از هشت هفتگی تا زمان تولد «جنین» می‌گویند (ر.ک: سلطانی نسب، ۱۳۵۶ش، ج ۱، ص ۶)؛ جنین در اصطلاح دانش فقه و حقوق، مترادف با «حَمْل» است و بیان دیگری برای معنای بچه در رحم مادر از ابتدای بارداری تا تولد است (ر.ک: علامه حلی، ۱۴۱۴ق، ج ۱، ص ۳۲۶). بر پایه کاربردی دیگر در متون فقهی، واژه جنین بر حمل زمانی اطلاق می‌شود که پس از مدتی خلقت انسانی یابد (طوسی، ۱۴۱۷ق، ج ۵، ص ۲۹).

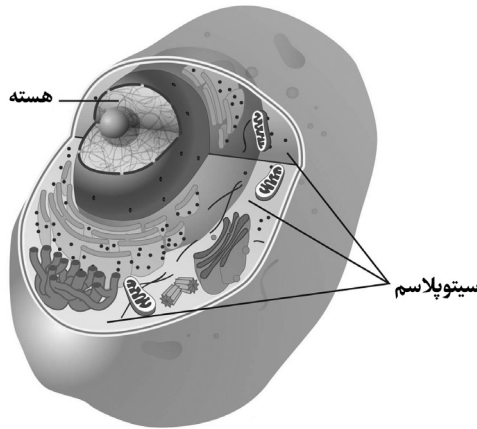
شناخت جنین و معنای آن می‌تواند موضوع احکام فقهی فراوانی مانند جواز یا عدم جواز ذخیره‌سازی جنین در بانک جنین، انتخاب جنسیت جنین، چگونگی شکل‌گیری جنس جنین، حق انتخاب جنسیت (با پدر مادر یا متخصص جنین شناس باشد)، انتقال جنین، کاهش جنین در لقاح چندقلویی، حکم سقط آن در مراحل مختلف، دیه سقط در مراحل جنین، حقوق جنین، نفقه حامل، مسئولیت و مخارج آن و... قرار گیرد.

موضوع‌شناسی اجزای تلقیح مصنوعی

پیش از این در ادبیات پژوهش، مفهوم‌شناسی یا منظومه مفهومی پژوهش بر مبنای اصطلاحات کلی بحث تبیین شد، ولی شناخت برخی واژگان به صورت موضوع‌شناسانه (یعنی همراه با شناسایی ماهیت آنها) تأثیر فراوانی در تبیین احکام فقهی خواهد گذاشت که در ادامه به مهم‌ترین آنها می‌پردازیم.

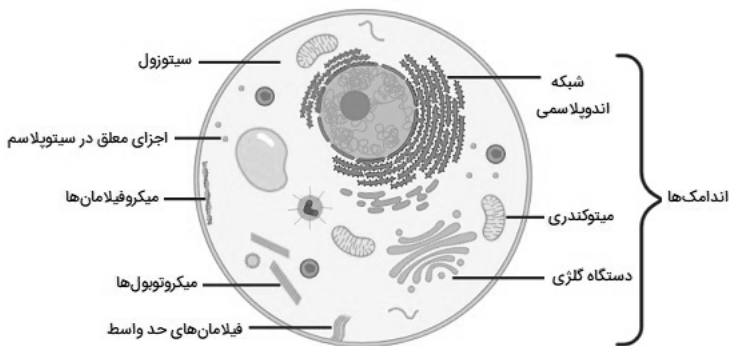
سلول‌های جنسی

تحلیل دقیق اجزای تشکیل دهنده سلول و سلول جنسی (اسپرم و تخمک) در شناخت موضوع و جنبه‌های مختلف احکام تکلیفی و وضعی اثری غیرقابل انکار دارد؛ از این رو در ادامه به بررسی آنها خواهیم پرداخت.



تصویر شماره ۱

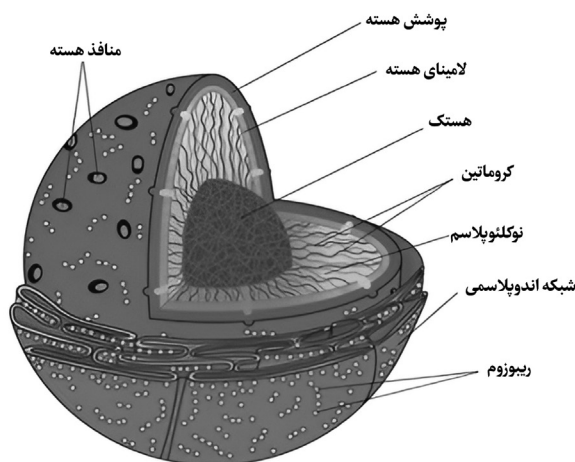
سیتوپلاسم: بخش داخلی سلول و محصور شده توسط غشا را گویند که در سلول‌های یوکاریوتی حاوی اندامک‌های مختلفی است، اجزای اصلی سیتوپلاسم عبارتند از: ۱. سیتوزول (یک ماده ژل مانند) ۲. اندامک‌ها (ساختارهای فرعی داخل سلول) را گویند ۳. اجزا (مولکول‌ها) ی مختلف شناور در درون سیتوپلاسم (مجدد، شریعت زاده، ۱۴۰۱ش، ص ۷۵).



تصویر شماره ۲

شناخت اجزای فوق به‌ویژه میتوکندری از اهمیت ویژه برخوردار است، زیرا امروزه روش درمانی «انتقال میتوکندریایی» از روش‌های مرسوم درمان ناباروری است که بیش از پیش مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیماری‌های میتوکندریایی به دلیل ناهمگونی در عملکرد میتوکندری مادر رخ می‌دهد؛ زیرا ژن‌های این قسمت به‌طور مستقیم از طریق مادر و توسط سیتوپلاسم موجود در تخمک بارور نشده، به فرزندان منتقل می‌شود؛ پس تنها مادر در به‌ارث رسیدن آن نقش دارد. میتوکندری عهده‌دار تغذیه و انرژی سلول است و اختلال در آن سبب بیماری قلبی، کبدی، عصبی، ناشنوایی و نابینایی می‌شود؛ از این رو باید از تخمک زن سالمی گرفته شود و جایگزین گردد (ملکی و دیگران، ۱۳۹۹ ش، ص ۳۳۳). در تکنیک انتقال هسته، تخمک از مادر که حامل جهش‌های ژنوم میتوکندریایی است، جدا شده، و به تخمک بدون هسته انتقال داده می‌شود و تخمک جدید دارای ژنوم میتوکندریایی سالم خواهد بود (<https://www.pezeshkyemrooz.com/news/Medicine>).

روش مذکور پرسش‌های فقهی زیادی را به دنبال دارد «آیا انتقال میتوکندری، سبب ایجاد رابطه نسبی می‌گردد؟» و «آیا بر این زن عنوان مادر دوم صدق می‌کند؟»، «هسته سلولی و میتوکندری چه سهمی در نسب دارند؟» و «آیا اطلاق جنین چند والدی بر این موارد، عبارتی صحیح است؟». کروموزوم‌ها: هسته اندامکی جایگاه کروموزوم‌های هر سلول است؛ کروموزوم‌ها از DNA تشکیل شده‌اند که اطلاعات وراثتی و دستورالعمل‌هایی برای رشد و نمو و تولید مثل سلولی در خود دارند. به شکل رشته‌هایی از DNA و هیستون‌ها (مولکول‌های پروتئینی) هستند. هنگامی که یک سلول در حال تقسیم نیست، کروموزوم‌ها در ساختارهای درهم پیچیده‌ای به نام کروماتین سازماندهی می‌شوند (جکسون، ۱۳۷۷ ش، ص ۱۵-۱۶).

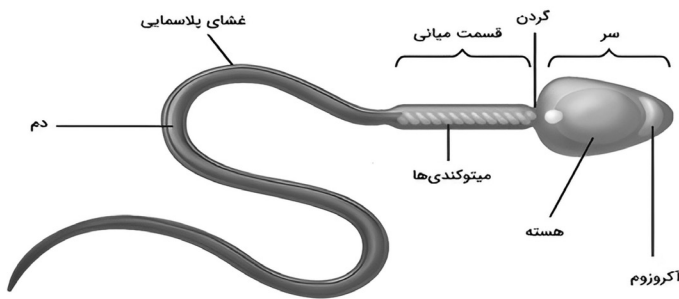


تصویر شماره ۳

در تصویر بالا با ساختار هسته، یکی از مهم‌ترین اجزای سلول و بخش‌های مختلف آن آشنا می‌شویم (ر.ک: جمعی از نویسندگان، ۱۳۸۷ش، ج ۲، ص ۹۷۹-۹۸۱). کاربست فقهی شناخت موضوعی «کروموزوم»‌ها با مباحثی چون «ملاک تعیین جنسیت، زن یا مرد بودن، حق انتخاب افراد، امکان وجود شخصی با غیر از کروموزوم XX یا XY و...» مرتبط است؛ و نیز پرسش‌هایی از این قبیل: مثلاً «آیا مشکلات جنسیتی افراد مانند «خنثای مشکل» از اختلال در کروموزوم‌ها و رشد جنین و مباحث هورمونی آن منشأ گرفته است؟».

اجزای اسپرم

اسپرم در واقع یک سلول است و مانند تمام یاخته‌های دیگر، دارای اندامک‌هایی است که بر اساس عملکردشان، در بخش‌های متفاوت شناخته می‌شوند؛ با توجه به شکل پایین، سلول اسپرم پستانداران را می‌توان به ۴ قسمت «سر، قسمت میانی، گردن و دم اسپرم» تقسیم‌بندی کرد که هر یک ویژگی‌های عملکردی خاص خود را دارند.

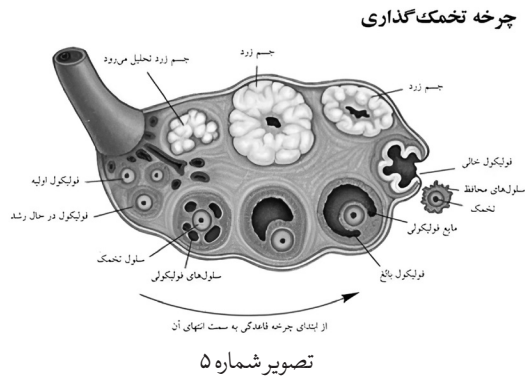


تصویر شماره ۴

اسپرم از بخش‌های مختلفی چون: سر اسپرم، قسمت میانی اسپرم و گردن اسپرم (یا قطعه اتصال اسپرم) تشکیل شده است که قسمت میانی آن دارای ۱۰ تا ۱۴ مارپیچ میتوکندری است، میتوکندری رشته محوری را در سیتوپلاسم احاطه کرده است (ر.ک: رخشان و دیگران، ۱۳۹۴ش، ص ۳۰)؛ شناخت قسمت‌های مختلف اسپرم از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ ولی از آنجایی که هنوز تلفیق اسپرم شخصی با شخص دیگر اتفاق نیفتاده، تنها در حد یک تئوری باقی مانده است. پس اگر زمانی چنین کاری صورت بگیرد؛ یعنی در تلقیح مصنوعی بخشی از اسپرم مردی، استفاده شود و بخش دیگری نیز از مایع منی مرد دیگری گرفته شود، افزون بر این تطبیق یا عدم تطبیق عناوینی مانند نطفه و اسپرم در شناخت مراحل جنین و مباحث دیه نیز کاربرد فقهی دارد.

شناخت فرایند تخمک‌زایی

فرایند تخمک‌زایی به چند مرحله متمایز از یکدیگر تقسیم می‌شود؛ سیر این مراحل با توجه به تصویر شماره ۵ و در قالب چرخه‌ای از آغاز به پایان به خوبی روشن است.



با توجه به تصویر شماره ۵، فرایند تخمک‌گذاری (Ovulation) به صورت خلاصه شامل چند مرحله است. که در حدود ۱۲ تا ۲۴ ساعت طول می‌کشد. هر ماه، با شروع قاعدگی، هورمون‌های FSH (هورمون محرک فولیکول) و LH (هورمون لوتئینه‌کننده) از غده هیپوفیز ترشح می‌شوند؛ این هورمون‌ها باعث رشد چند فولیکول در تخمدان می‌شوند؛ اما معمولاً یک فولیکول (به نام فولیکول غالب) به بلوغ کامل می‌رسد. فولیکول در حال رشد، استروژن ترشح می‌کند که موجب ضخیم‌تر شدن دیواره رحم (آندومتر) می‌شود. با افزایش ناگهانی LH، فولیکول ترکیده و تخمک بالغ آزاد می‌شود (مرحله اوولاسیون)، معمولاً این اتفاق ۱۴ روز قبل از پیروی بعدی رخ می‌دهد. تخمک آزاد شده سپس توسط لوله‌های فالوپ جذب می‌شود و در صورت لقاح با اسپرم، بارور می‌شود و در غیر این صورت (عدم باروری تخمک)، تخمک از بین می‌رود. فولیکول پاره شده پس از تخمک‌گذاری به جسم زرد تبدیل می‌شود که پروژسترون ترشح می‌کند تا در صورت بارداری، از رحم حمایت کند.

موقعیت فقهی تلقیح مصنوعی

در روایات اسلامی سابقه‌ای درباره تلقیح مصنوعی و باروری پزشکی به معنای امروزی وجود ندارد و در فقه نیز به جز عصر حاضر، پیشینه‌ای از این موضوع در دسترس نیست. در آیات و روایات و ابواب فقهی، به ادخال منی و باروری غیرمتداول و غیرمشموع یا مبانی آن اشاراتی شده است، ولی از مصادیق امروزی آن، هیچ نامی به میان نیامده است. البته با بیان اصول و کلیات، علل و حکمت، مفسد و مصالح و ادله و روایات موضوعات مرتبط با «تولید

مثل به روش غیرمعارف» احکام انواع روش های تلقیح مصنوعی را می توان استنباط کرد. چنانچه در ابوابی فقهی همچون «باب اکتساب به اعیان نجس» به جهت فروش منی برای تلقیح (انصاری، ۱۴۲۹ق، ج ۱، ص ۹۸؛ خوئی، مصباح الفقاهه، ج ۱، ص ۵۷) و نیز «باب حد مساحقه» که در آن روایاتی از اهل بیت علیهم السلام آمده، از این موضوعات سخن به میان آمده است (نجفی، بی تا، ج ۴۱، ص ۳۹۶)؛ همچنین در «باب نکاح و لعان» در زمینه احکام تکلیفی با باروری های پزشکی مطالب مرتبطی یافت می شود.

موضوع شناسی فقهی روش های تلقیح مصنوعی

اگر روش های درمانی و دارویی در درمان ناباروری، پاسخ مطلوب ندهند، از روش های پیشرفته و نوین در باروری استفاده می شود که شناخت هر کدام از آنها می تواند به موضوعات فقهی نیازمند استنباط دقیق تر کمک شایانی کند؛ این روش ها به دو بخش عمده «داخل رحم» و «خارج از رحم» تقسیم می شوند.

۱. روش داخل رحم (IUI)

در روش IUI از دستگاه سونوگرافی (اولتراسوند) برای تعیین اندازه فولیکول های در حال رشد حاوی تخمک استفاده می شود. پس از رشد کامل فولیکول ها و رسیدن تخمک ها به مراحل بلوغی مناسب، هورمون HCG نیز برای تحریک فولیکول ها و آزاد شدن تخمک ها استفاده می شود (حسینی و رضازاده، ۱۴۰۰ش، ص ۱۹؛ کی و دیگران، ۱۳۷۵ش، ص ۲۳۳-۲۳۷)، همچنین نمونه ای از (مایع منی برای جدا سازی اسپرم های نرمل و متحرک از آن) در آزمایشگاه شستشو داده می شود. پس از آماده سازی و کیفیت بخشی اسپرم در آزمایشگاه، مایع منی توسط یک کاتتر (لوله ظریف قابل ارتجاع) به طور مستقیم از طریق واژن (دهانه رحم) به درون رحم تزریق می شود؛ در طول این فرآیند تعداد سلول های اسپرم که در رحم قرار می گیرند به مقدار بیشینه خود رسیده، به این ترتیب احتمال بارداری افزایش می یابد. در آمیزش طبیعی حدود ۱۰ درصد از کل اسپرم های انزالی از واژن به گردن رحم می رسند و با عمل IUI تعداد بیشتری از اسپرم های با کیفیت مناسب به داخل رحم راه می یابند (کی و دیگران، ۱۳۷۵ش، ص ۷۲۲ و ۷۳۵).

در مرحله نخست ارتباط روش IUI با فقه و احکام شرعی بدین جهت است که این شیوه مستلزم دیدن و لمس کردن بدن و دستگاه تناسلی زن خواهد بود؛ بنابراین حکم به جواز نگاه و لمس، مستلزم تحقق عناوین ثانویه «حرج و اضطراب» است. در مرحله بعد، این روش مستلزم دریافت اسپرم شوهر است که روش اخذ آن نیز دارای احکام فقهی مرتبط با همین موضوع است (ر.ک: قاسمی، ۱۳۷۹ش، ج ۱، ص ۱۰۵-۱۷۴) و در مرحله آخر افزون بر این ممکن است به دلیل مشکلات همسر مانند کم بودن تعداد اسپرم، اشکالات حرکتی و کم تحرکی اسپرم، وجود

اسپرم‌های غیرطبیعی، افزایش تعداد سلول‌های التهابی اسپرم و نیز به جهت اختلالات ژنتیکی و یا شیمی درمانی و پرتودرمانی و... اسپرم مناسبی برای روش IUI وجود نداشته باشد؛ در نتیجه نیاز به اهدای اسپرم مناسب توسط افراد و اشخاص دیگر است. در این موارد از مردی بیگانه اسپرم گرفته می‌شود و در آزمایشگاه به روش خاص شسته شده، سپس این اسپرم‌های شسته شده از طریق واژن و با استفاده از یک لوله پلاستیکی باریک به نام «کاتتر» به داخل رحم زن تزریق می‌شود. بر این اساس، نخستین مسئله فقهی مورد مواجهه، جواز یا عدم جواز تکلیفی چنین عملی است و فقیهان در این موضوع به دو دسته تقسیم می‌شوند: گروه نخست شامل عموم فقیهانی است که چنین عملی را حرام می‌دانند (ر.ک: قاسمی، ۱۳۹۵ ش، ج ۱، ص ۱۰۵-۱۷۹) و گروه دوم نظر برخی فقیهان است که این روش را فی نفسه جایز می‌شمارند؛ البته این گروه برآنند که چنین شیوه‌ای می‌بایست به جهت نسب، ارث و ایجاد محرمیت رهسپار بررسی‌های فقهی جدید شود. به طور کلی در تکوین کودک، وجود سه رکن «اسپرم، تخمک و رحم» ضرورت دارد که فقدان یا عدم کارکرد درست هر کدام، فرآیند بارداری را با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین راهکار درمانی جهت رفع موانع باروری در این ارکان به ترتیب عبارت است از: اهدای اسپرم، اهدای تخمک و رحم جایگزین (مهدوی‌کنی، ۱۳۹۴ ش، ص ۱۰۱-۱۳۲)؛ از این رو در عملیات تلقیح داخل رحمی IUI نیاز به اهدا و تزریق اسپرم یا تخمک مناسب لقاح می‌باشد. پس چنانچه اشاره شد در این نوع از فرآیند تلقیح داخل رحمی، ممکن است از دو نوع اهداء کمک گرفته شود.

۲. درمان ناباروری با روش خارج از رحم

روش‌های لقاح مصنوعی خارج از رحمی متعدد و گاه پیچیده و پرهزینه‌ای وجود دارد که موضوع احکام فقهی مختلفی قرار می‌گیرند.

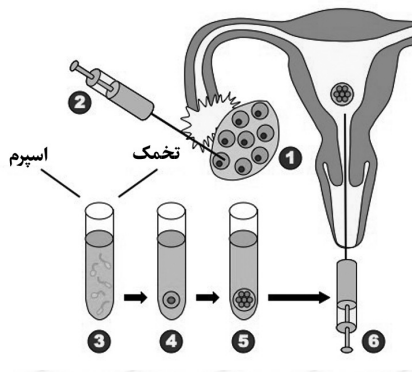
- روش آی وی اف (IVF)

روش IVF، با سابقه‌ترین شکل از روش‌های کمک باروری (ART) است که پس از تحریک تخمدان‌ها و تخمک‌گذاری، تخمک‌ها و اسپرم دریافت شده، در خارج از رحم لقاح انجام می‌شود و پس از تشکیل جنین در محیط آزمایشگاه، جنین به داخل رحم انتقال می‌یابد. معمولاً در مواردی که شرایط رسیدن اسپرم به تخمک در رحم فراهم نیست، مانند انسداد لوله‌های رحمی، چسبندگی لگنی و یا تعداد کم اسپرم و تحرک پایین آنها، برای لقاح از این روش استفاده می‌شود. همچنین در مواردی که سایر درمان‌های ساده‌تر از قبیل تحریک تخمک‌گذاری و یا عمل IUI (تلقیح داخل رحمی) ناموفق باشد، زوجین کاندیدای عمل IVF

1. Assisted Reproductive Technology.

می‌شوند. در طول یک سیکل IVF، تخمک‌های بالغ از تخمدان‌ها برداشته شده، در محیط آزمایشگاهی و در مجاورت با اسپرم شوهر قرار داده می‌شوند تا باروری تخمک و عمل لقاح انجام بگیرد؛ سپس تخم بارور شده در شرایط مناسب کشت شده، پس از انجام تقسیمات جنینی در رحم مادر قرار داده می‌شود. برحسب مراحل تکاملی جنین و شرایط رحم مادر، جنین در روز دوم یا سوم و یا در روزهای پنجم یا ششم پس از تخمک‌گیری، به رحم منتقل می‌گردد (ر.ک: حسینی و رضازاده، ۱۴۰۰ش، ص ۷۸۵).

- مراحل روش IVF



تصویر شماره ۶

به‌طور کلی مراحل انجام عمل IVF را می‌توان به ۵ مرحله تقسیم کرد که در تصویر شماره ۶ این مراحل نشان داده شده است؛ در ادامه عناوین این مراحل و چگونگی ارتباطشان با دانش فقه را ارزیابی می‌کنیم:

مرحله اول: تحریک تخمدان و بررسی رشد فولیکول‌ها

در این مرحله با انجام سونوگرافی، سنجش هورمونی و همچنین هورمون درمانی، تخمدان‌ها برای رشد چندین تخمک مناسب تحریک می‌شوند. معمولاً با تجویز داروهای محرک تخمک‌گذاری تعداد زیادی فولیکول حاوی تخمک در تخمدان‌ها رشد می‌کنند. به‌طور طبیعی در هر دوره قاعدگی زنان تعدادی از فولیکول‌های تخمدان شروع به رشد کرده؛ ولی در مسیر رشد فقط یکی از فولیکول‌ها به مرحله بلوغ کامل می‌رسد که در مرحله تخمک‌گذاری از تخمدان رها می‌شود و بقیه تخمک‌ها در این مسیر تحلیل یافته و از بین می‌روند. در روش IVF با مصرف داروهای تجویز شده جهت باروری، معمولاً تعداد بیشتری از فولیکول‌های تخمدان رشد یافته، به بلوغ نهایی می‌رسند،

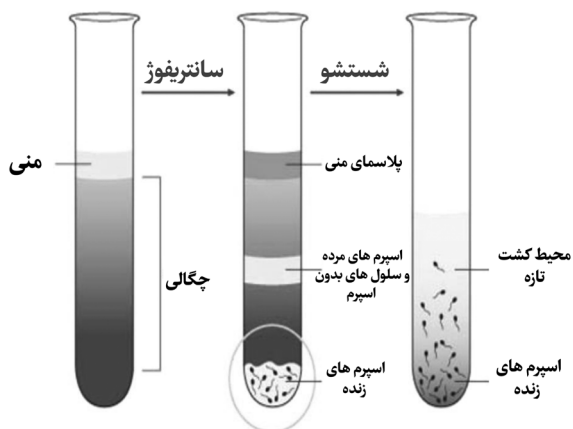
در نتیجه شرایط مناسب فراهم شده و جمع‌آوری تعداد تخمک بیشتری امکان پذیر می‌شود (ر.ک: مهدوی کنی و دیگران، ۱۳۹۴ش، ص ۱۰۱-۱۳۲). بی‌تردید این عمل به جهت فقهی جایز است و برای هیچ یک از احکام تحریمی مصداقی ندارد؛ چراکه مصرف چنین داروهایی به طور معمول زیان قابل توجهی ندارند.

مرحله دوم: جمع‌آوری تخمک‌ها (عمل پانکچر یا تخمک‌کشی)

پس از هورمون درمانی، یعنی تحریک مناسب تخمدان‌ها و تزریق داروی محرک تخمک‌گذاری (HCG)، زمان مناسب برای استخراج تخمک‌ها می‌رسد و در طی عمل گرفتن تخمک (عمل پانکچر) از طریق واژن (مهبل) و با کمک سونوگرافی واژینال (حدود ۳۶ تا ۳۸ ساعت پس از تزریق) تخمک‌ها استخراج می‌شوند. در این روش با تحریک تخمک‌گذاری، به طور معمول تخمدان‌ها به اندازه یک پرتقال بزرگ شده و در نزدیکی دیواره واژن قرار می‌گیرند؛ این فرآیند کمک می‌کند تا پزشک با استفاده از بیهوشی موضعی یا عمومی، از طریق دیواره واژن، تخمک‌ها (محتوای فولیکول‌ها) را از تخمدان جمع‌آوری کند.

در این روش از نظر فقهی، نگاه کردن به شرم‌گاه زن توسط متخصص و نیز در معرض نظر قرار دادن این قسمت از بدن و اجازه به انجام این کار محل پرسش است که این مسئله در موارد غیرضروری حرام است. در صورت ضرورت نیز باید به حداقل ممکن از این شرایط اکتفا کرد، چراکه به صراحت در قرآن کریم به مؤمنان فرمان داده شده است که باید از نگاه به شرم‌گاه و عورت دیگران چشم‌پوشند (نور، ۳۰ و ۳۱).

مرحله سوم: تهیه و آماده‌سازی اسپرم

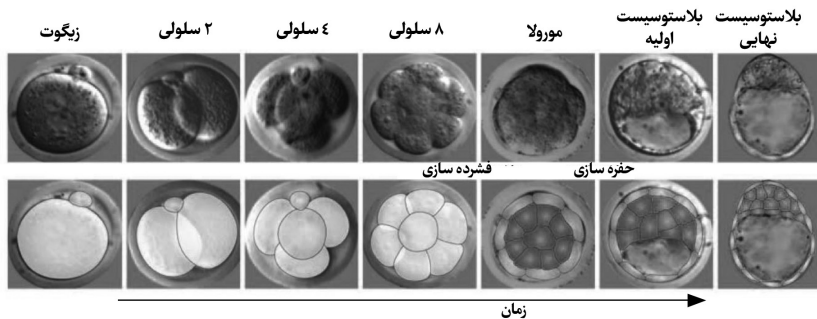


تصویر شماره ۷

در این مرحله معمولاً در همان روز جمع‌آوری تخمک‌ها، معمولاً مایع منی شوهر نیز درخواست می‌شود که پس از تهیه، شستشو و آماده‌سازی، اسپرم‌های سالم، با کیفیت، بسیار فعال و دارای تحرک از مایع منی جدا می‌شوند. از آنجایی که برخی از مردان توانایی طبیعی و لازم برای تخلیه اسپرم کافی را ندارند، با استفاده از روش‌های خاصی (توسط سوزن) مقدار اسپرم مورد نظر را از داخل بیضه مرد تخلیه می‌کنند.

در مرحله سوم نیز مسائل مختلف و فراوان فقهی قابل مطرح کردن است که متأسفانه بسیاری از آنها مغفول مانده و رعایت نمی‌شود؛ از جمله: «روش‌های تهیه اسپرم توسط شخص دیگر از جهت فقهی چه حکمی دارد؟»، «آیا نگاه کردن متخصص به بیضه‌ها در مرحله تهیه اسپرم جایز است؟» پرسش دیگر: «در صورت ضرورت به این امر در چه مرحله‌ای مجوز این عمل داده می‌شود؟» به عنوان پیشنهاد «آیا برای تهیه اسپرم همسر مرد می‌تواند کمک کند؟»، «آیا شستشوی اسپرم‌ها جایز است؟» و «در این مرحله انتخاب کروموزم x یا y را اختیار چه کسی است؟ مادر و پدر به عنوان ولی و یا متخصص از آن‌رو که به او سپرده شده است؟، یعنی کدام اولویت دارند، مادر و پدر به عنوان ولی و یا متخصص»، «آیا تلفیق اسپرم و تخمک در خارج از رحم به ویژه زمانی که اسپرم از آن شوهر زن نباشد، جایز است؟»، «به صورت کلی آیا تقویت و دست‌کاری سلول‌ها به جهت فقهی عملی جایز است؟» و در نهایت «آیا راهکارهای فقهی مناسب، برای حل برخی مسائل در این حوزه وجود دارد؟» همه این مسائل در موضوع‌شناسی فقهی این مرحله جای می‌گیرد که فقیهان بر اساس مبانی اجتهادی خویش به پاسخ آن اقدام کرده‌اند و یا باید به صورت استفتاء از ایشان پرسش شود.

مرحله چهارم: لقاح و رشد جنین در محیط آزمایشگاه



تصویر شماره ۸

در این مرحله، اسپرم شوهر در کنار تخمک همسر در ظرفی قرار می‌گیرد؛ معمولاً به‌ازای هر تخمک (اووسیت) تعداد ۱۵۰,۰۰۰ اسپرم مورد استفاده قرار می‌گیرد و در صورتی که علت ناباروری از سوی مرد باشد، به‌ازای هر تخمک از ۵۰۰,۰۰۰ اسپرم استفاده می‌کنند.

اگر اسپرم سالم و فعال مرد کافی باشد، اسپرم‌ها و تخمک‌ها در طول شب و در مجاورت یکدیگر در محیط‌های کشت جنین یا همان دستگاه انکوباتور CO₂ (که شرایطی شبیه رحم مادر فراهم می‌کند) قرار می‌گیرند. دمای محیط کشت جنینی ۳۷ درجه سانتی‌گراد است تا در محیط مشابه لقاح طبیعی، اسپرم خودش به تخمک وارد شده، آن را بارور کند. حدود ۱۲ تا ۱۸ ساعت پس از انجام لقاح، نتیجه بررسی می‌شود تا از باروری و وضعیت مناسب آن اطمینان حاصل شود.

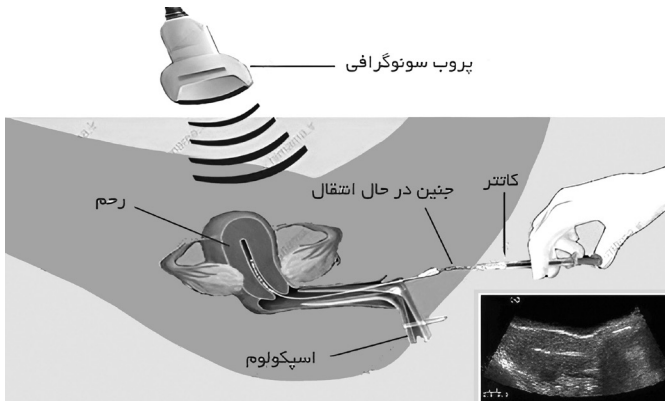
در صورتی که اسپرم مرد ضعیف باشد و یا با مشکلی همراه شده باشد، متخصصین با روش میکرواینجکشن (ICSI) اسپرم‌های سالم را با سوزن‌های بسیار ریز و با کمک میکروسکوپ به درون تخمک تزریق می‌کنند.

صبح روز بعد در صورت موفقیت در باروری سلول‌های جنسی (لقاح) برای مدت ۲۴ ساعت دیگر، جنین‌ها داخل انکوباتور قرار می‌گیرند تا در تقسیم سلولی، به مرحله ۴ تا ۸ سلول برسند و آماده انتقال به رحم مادر شوند. اگر تخمک‌ها با موفقیت بارور شده باشند، به‌طور طبیعی رشد می‌کنند و پس از ۲ تا ۳ روز که به شکل منسجم و توپی از سلول‌ها در آمدند، جنین (امبریو) به رحم مادر منتقل می‌شود. چگونگی تشکیل جنین و تعداد و کیفیت آنها، به تعداد و کیفیت تخمک‌ها و اسپرم‌ها بستگی دارد. در صورتی که جنین‌های با کیفیت بیشتری تشکیل شده باشند، آنهایی را که باقی مانده‌اند و منتقل نشده‌اند، می‌توان به‌روش فریز کردن (منجمد کردن) ذخیره کرد تا در صورت عدم موفقیت این مرحله از روش IVF، در دوره‌های بعدی به‌کار برده شود.

مرحله چهارم نیز دارای موضوع‌شناسی خاص و احکام فقهی بسیاری خواهد بود: مثلاً اینکه «آیا فریز کردن جنین‌های اضافی جایز است؟» و «اختیار این جنین‌های فریز شده با چه کسی است؟»، «آیا خرید و فروش جنین‌های فریز شده، جایز است؟»، «آیا از بین بردن جنین‌های معیوب و یا جنین‌های سالم اضافی جایز است؟»، «انتقال جنین به رحم مستلزم لمس و نظر است، چگونه چنین لمس و نظری جایز شمرده می‌شود؟»، «اگر اسپرم استفاده شده از همسر زن نباشد، انتقال آن به رحم زن اجنبی چه حکمی دارد؟»، «مسائل محرم و نامحرمی در این موضوع چه حکمی خواهد داشت؟»، «آیا صاحب اسپرم و صاحب تخمک می‌توانند از جنین‌های اضافی اعراض نمایند؟»، «در این صورت مسائلی مانند نفقه و حقوقی مانند ارث و

حق آگاهی و شناخت پدر و مادر اصلی چگونه خواهد بود؟» و در نهایت «استفاده از تخمک زن دیگر در این لقاح‌ها، چه مسائل فقهی در پی خواهد داشت؟».

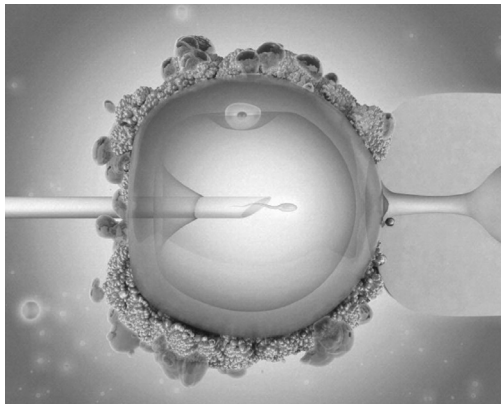
مرحله پنجم: انتقال جنین به داخل رحم



تصویر شماره ۹

این مرحله از فرآیند IVF، روش پیچیده‌ای نیست و به بیهوشی نیاز ندارد. در این مرحله، دو تا سه روز بعد از باروری تخمک‌ها (مرحله امبریو)، جنین‌های مناسب برای انتقال به رحم انتخاب می‌شوند. معمولاً اگر سن مادر کمتر از ۴۰ سال باشد، دو یا سه جنین منتقل می‌شود؛ ولی اگر سن مادر از ۴۰ سال بیشتر باشد، حداکثر سه جنین قابل استفاده خواهد بود؛ البته در موارد استفاده از تخمک‌های اهدایی که متعلق به یک زن دیگر است (و آن زن کمتر از ۴۰ سال سن دارد)، در این حالت حداکثر دو جنین منتقل می‌شود.

-روش میکرواینجکشن یا تزریق اسپرم داخل تخمک (ICSI)



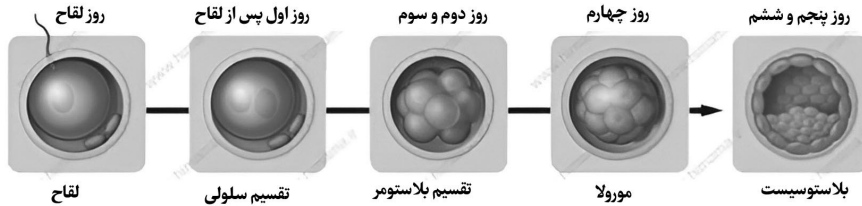
تصویر شماره ۱۰

میکرواینجکشن تکنیکی است که با استفاده از روش‌های پیشرفته، اسپرمی را به طور مستقیم داخل تخمک تزریق می‌کنند و برای مدت زمان معینی در دستگاه انکوباتور کشت می‌کنند، تا به دنبال آن لقاح، تقسیم سلولی و تشکیل جنین صورت بگیرد. این روش با تزریق اسپرم درون سیتوپلاسم بر این نکته تأکید دارد که تا وقتی اسپرم وجود دارد، حتی به تعداد بسیار کم، باروری امکان‌پذیر است. به طور کلی این روش در مواردی استفاده می‌شود که اسپرم مرد از نظر تعداد، تحرک و یا شکل، کیفیت لازم را نداشته باشد و یا اینکه فرد چندین مورد عمل IVF غیرموفق انجام داده، به نتیجه نرسیده باشد. البته این فرآیند بدان معنی نیست که روش میکرواینجکشن تضمینی برای بارداری ایجاد می‌کند؛ اما این روش می‌تواند شروع فرآیند پیچیده باروری را آسان‌تر کند.

مراحل میکرواینجکشن

مراحل این روش کاملاً مشابه با مراحل روش IVF است؛ اما به جای بارور شدن تخمک در ظرف آزمایشگاهی، متخصص جنین‌شناس اسپرم‌های متحرک با شکل نرمال را از نمونه مایع منی استخراج کرده و به طور مستقیم در هر تخمک یک اسپرم تزریق می‌کند؛ یعنی مراحل تحریک تخمدان، جمع‌آوری تخمک و تهیه اسپرم صورت می‌گیرد و فقط در مرحله چهارم برخلاف روش IVF که اسپرم شوهر در کنار تخمک خانم در ظرفی کنار هم ریخته می‌شود تا اسپرم خودش و به طور طبیعی وارد تخمک شده، آن را بارور کند. در روش میکرواینجکشن، اسپرم به داخل تخمک تزریق شده و در پی آن لقاح انجام می‌گیرد، در این روش جنین‌شناس با استفاده از میکروسکوپی با بزرگنمایی بالا، قادر به تمایز اسپرم‌های طبیعی از غیرطبیعی بوده که پس از بی‌حرکت کردن اسپرم، با استفاده از سوزنی بسیار نازک آن را به داخل تخمک تزریق می‌کند و به دنبال آن مراحل لقاح، تقسیم سلولی و تشکیل جنین صورت می‌گیرد. برای بارور کردن تخمک با این روش، نیازی به استفاده از تعداد زیادی اسپرم نیست و برای هر تخمک، فقط یک اسپرم تزریق می‌گردد. پس از تشکیل جنین، انتقال جنین به داخل رحم و سایر مراحل مانند روش IVF انجام می‌گیرد؛ در نتیجه همه مسائل فقهی مطرح در آن فرض، در صورت اخیر نیز مطرح خواهد شد.

انجام ICSI در یک سیکل IVF احتمال وقوع بارداری را افزایش می‌دهد؛ اما پس از رخ دادن بارداری، در میزان درصد این روش و موفقیت بارداری هیچ تفاوتی بین این دو روش وجود ندارد.



تصویر شماره ۱۱

در عمل میکرواینجکشن نیز مانند IVF برای افزایش درصد موفقیت چندین تخمک لقاح می‌یابد. پس تعداد جنین‌های تشکیل یافته زیاد است؛ اما تعداد جنین‌های انتقالی به شرایطی چون «سن مادر، کیفیت جنین‌ها، تعداد دفعات قبلی درمان باروری و وضعیت رحم مادر» بستگی دارد. در این روش بارزاییت زوجین، معمولاً تعدادی از جنین‌های تشکیل یافته و دارای کیفیت مناسب منجمد و نگهداری می‌شوند تا در صورت نیاز برای بارداری‌های بعدی از آنها استفاده شود (<http://www.himama.ir/index.php/intracytoplasmic-sperm-injection.html>).

میکرواینجکشن در درمان ناباروری‌هایی کاربرد دارد که:

۱. تعداد اسپرم‌های مرد بسیار کم باشد.
۲. مرد به مشکلات ناشی از اسپرم همچون: شکل غیرطبیعی یا کم تحرکی اسپرم دچار باشد.
۳. تلاش‌های پیشین برای انجام لقاح خارج از رحم، منجر به شکست شده باشد و یا زوجین به نرخ پایین باروری دچار باشند.
۴. مراجعین از مردانی با سابقهٔ واکتومی باشند که به برداشت اسپرم از بیضه‌ها یا اپیدیدیم (محل بلوغ اسپرم) نیاز داشته باشند.
۵. تعداد اسپرم‌ها در مایع منی، به صفر رسیده باشد، ولی در بافت بیضه اسپرم وجود داشته باشد (عارضهٔ آزو اسپرمی غیرانسدادی).
۶. در انجام انزال مشکل وجود دارد، مانند افرادی که به آسیب طناب نخاعی، دیابت و دیگر اختلالات نخاعی - غددی دچارند

(www.himama.ir/index.php/intracytoplasmic-sperm-injection.html).

مهم‌ترین مسئلهٔ فقهی در این روش، برداشت تخمک از یک زن و تلفیق آن با اسپرم مردی اجنبی و انتقال آن به رحم زن دیگری (غیر از مادر اصلی)، باید و نبایدهای فقهی و مسائل

موضوع شناسانه در این روش است. همچنین مسئله مهم دیگری که بسیار اهمیت دارد؛ مسئله عده در روش های مختلف لقاح مصنوعی است، یعنی اگر طلاق بین زن و مرد تحقق یابد، عده آن چگونه خواهد بود؟ در صورت حاملگی، زمان عده، چگونه خواهد بود؟ و در نهایت آیا قول به جواز یا عدم جواز انتقال اسپرم یا جنین، در مسئله عده تأثیرگذار است یا خیر؟.

روش کیفیت GIFT

از دیگر روش های جدید و خارج از رحم روش GIFT است؛ این روش معمولاً در موارد استفاده از رحم های جایگزین کاربرد دارد و البته تا مرحله جمع آوری تخمک ها و تهیه و آماده سازی اسپرم مشابه IVF است؛ اما پس از این مرحله مقدار مناسب اسپرم و تخمک به وسیله روش لاپاراسکوپي مستقیماً در داخل لوله های رحمی (که در حالت طبیعی محل لقاح است) قرار داده می شود؛ برای انجام این روش نیاز به لوله رحم سالم می باشد.

در بیشتر مراکز درمان ناباروری، روش های ZIFT و GIFT از راه لاپاروسکوپي انجام می شود، اما برخی پزشکان برای کاهش هزینه ها، این دو روش را از طریق واژینال انجام می دهند. با پیشرفت تکنیک های آزمایشگاهی و به علت مخارج تحمیلی اضافی بر بیماران در سال های اخیر، استفاده از این دو روش در رحم جایگزین کمتر توصیه می شود. البته زوج هایی که به دلایل ناشناخته نابارورند و یا ناباروری شان با عللی چون: اختلالات دستگاه ایمنی، مشکلات دهانه رحمی، آندومتریوز مختصر رحم و... همراه است، گاهی این روش ها برای درمان به کار می رود (ر.ک: کی و دیگران، ۱۳۷۵ش، ص ۷۳۳).

کاربرد روش GIFT مستلزم انتخاب رحم جایگزین است و به همین دلیل موضوع احکام فقهی فراوانی قرار می گیرد: «رابطه و نسبت رحم جایگزین با این جنین چگونه خواهد بود؟»، «بر اساس مبانی مختلف، مادر اصلی چه کسی خواهد بود؟»، «آیا انتقال جنین لقاح یافته از اسپرم مرد اجنبی (غیر از همسر) به رحم زن جایز است؟»، «مسائل قرارداد میان رحم جایگزین و خواهان این عمل چگونه است و ماهیتاً در زمره چه عقدی قرار می گیرد؟»، «نفقه صاحب رحم در زمان حمل به عهده چه کسی است (به ویژه زمانی که زن شوهر داشته باشد)؟» و در نهایت «رابطه شوهر صاحب رحم با این مسئله چگونه است؟».

روش زیفت ZIFT

انتقال سلول تخم به درون لوله‌های رحمی ZIFT یکی از دیگر روش‌های کمک باروری است که ترکیبی است از IVF و GIFT؛ در این روش تخمک‌ها جمع‌آوری می‌شود و در آزمایشگاه لقاح صورت می‌گیرد؛ یعنی جنین‌ها (در مرحله زیگوت) تشکیل می‌شوند و در مرحله انتقال پس از انتخاب جنین‌ها در مرحله تک سلولی، بسته به کیفیت جنین‌ها، شرایط رحم و سن خانم، تعداد مناسبی از آنها (تا ۴ جنین) بنا به صلاح دید پزشک، از طریق لاپاراسکوپی در لوله‌های رحم (فالوپ) قرار داده می‌شود (ر.ک: حسینی و رضازاده، ۱۴۰۰ش، ص ۲۵)؛ به‌طور عمده این روش در مواردی استفاده می‌شود که انتقال جنین از دهانه رحم و مسیر واژینال مشکل باشد و یا اصلاً ممکن نباشد.

تفاوت روش ZIFT با GIFT در این است که در روش زیفت جنین‌های لقاح یافته در آزمایشگاه به لوله‌های رحمی انتقال داده می‌شوند، در صورتی که در روش گیفت مخلوط تخمک و اسپرم به‌طور مستقیم به لوله‌ها منتقل می‌شوند.

به عبارت دیگر در روش GIFT تخمک‌ها در آزمایشگاه با اسپرم مرد ترکیب و بلافاصله از طریق یک برش کوچک در شکم زن، به لوله‌های رحم منتقل می‌شوند؛ در نتیجه عمل لقاح در داخل بدن خود زن انجام می‌گیرد و رویان به‌طور طبیعی کاشته می‌شود. لکن در روش ZIFT تخمک‌های زن در آزمایشگاه با اسپرم مرد مخلوط شده است و پزشک منتظر می‌ماند تا لقاح اتفاق بیفتد و سپس رویان از طریق یک برش کوچک در شکم به لوله‌های رحم انتقال داده می‌شود (<https://madarsho.com/article/gettingpregnant-infertility-treatment>).

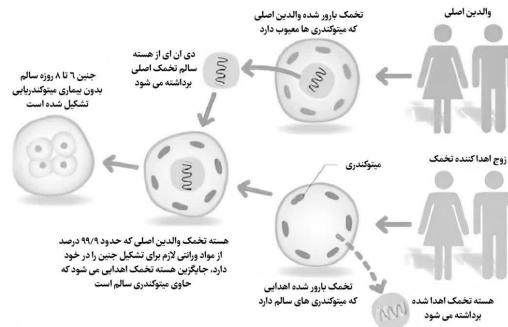
در روش‌های درمان ناباروری نوین مثل میکرواینجکشن برخلاف روش GIFT و ZIFT تخمک و اسپرم‌هایی با بهترین کیفیت انتخاب و در محیط آزمایشگاهی با تزریق اسپرم به داخل تخمک از روند تشکیل جنین اطمینان حاصل می‌شود

(<https://madarsho.com/article/gettingpregnant-infertility-treatment>).

موضوع‌شناسی فقهی جنین‌های تلفیقی

در این روش تخمک مادر آماده لقاح، دچار نقص ژنتیک است. اگر نقص ژنتیک به میتوکندری‌های تخمک مربوط باشد (که در بسیاری موارد این‌گونه است و بیماری‌های قلبی و کبدی، عصبی و عضلانی زیادی را ایجاد می‌کند) راه حلی به نام «ترمیم تخمک» این

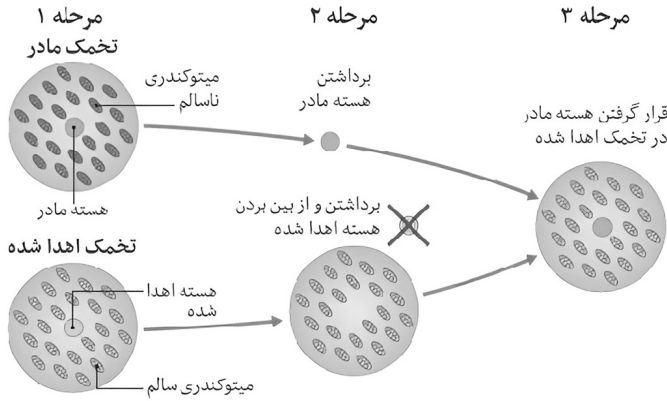
مشکل را حل کرده است؛ به این معنا که ابتدا تخمکی از یک اهداکننده سالم گرفته می‌شود و هسته آن را با هسته تخمک مادر (که حاوی مواد ژنتیک مادر اصلی است) جایگزین می‌کنند و سپس تخمک جدید را با اسپرم پدر لقاح می‌دهند و یا اینکه هسته تخمک بارور شده را جایگزین هسته تخمک اهدایی می‌کنند (تصویر شماره ۱۲). یعنی نوعی سلول تخم درست می‌شود که بیش از ۹۹ درصد ژن‌هایش از آن پدر و مادر اصلی است و کمتر از ۱/۰ درصد از ژن‌ها را از تخمک اهدایی دریافت کرده است؛ یعنی در برابر ده‌ها هزار ژن پدر مادر اصلی، فقط ۳۷ ژن اهدا می‌شود! به عبارتی، این فرزند تقریباً تمام ژن‌هایی که برای تعیین رنگ چشم و ظاهر و رفتار کودک لازم است، از پدر و مادر خودش دریافت می‌کند و فقط ژن‌هایی را که برای ساخته شدن میتوکندری‌های سالم (انرژی بخش سلول‌ها) لازم است، از شخص سوم اهداکننده دریافت کرده است. این تکنیک که برای اولین بار، در انگلستان مجوز گرفت و نوزاد پسر ۵ ماهه حاصل از آن، زنده و سالم، هم‌اکنون مشغول زندگی کردن است (ر.ک: <https://www.mehrnews.com/amp/5776426>).



تصویر شماره ۱۲

از صدها سال قبل دست‌کاری ژنتیک به شیوه‌های مختلف در حال اجراست؛ از پیوند زدن گیاهان تا همسرگزینی‌های از راه دور! (یعنی ازدواج‌های غیر حضوری و همراه با مهاجرت) همه این موارد به نوعی دست‌کاری ژنتیک به حساب می‌آیند، اما امروزه دست‌کاری‌های ژنتیک، سریع‌تر، صریح‌تر و کارآمدتر شده، و هدفمندتر عمل می‌کنند (جام جم آنلاین با تغییراتی در مطالب؛ <https://sinapress.ir/news/2520>) (خبرگزاری علم و فرهنگ سینا، تاریخ مراجعه ۸ شهریور ۱۴۰۱).

روش اول: روش انتقال میتوکندری



تصویر شماره ۱۳

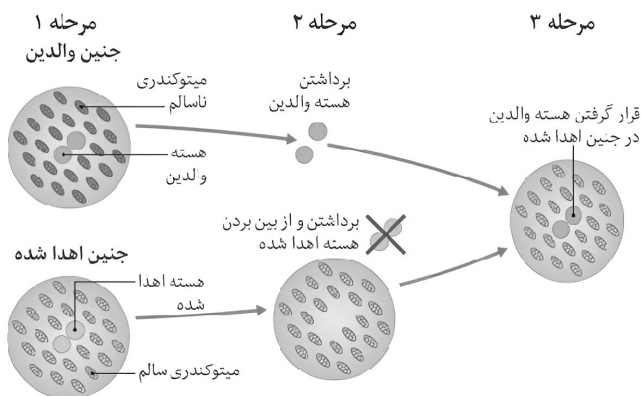
چنانچه در بیان این روش پیش تر گفتیم، این روش که به «انتقال میتوکندری» نیز معروف است، برای درمان یک نقص ژنتیکی انجام می‌گیرد که می‌تواند میتوکندری (باتری سلول) را دچار نقص کند. بیشتر ماده ژنتیکی سلول در هسته آن قرار دارد، اما ژن‌های میتوکندری در خود میتوکندری قرار دارند و ژن‌هایی که ساخت میتوکندری را کنترل می‌کنند فقط از طرف مادر به ارث می‌رسند و وجود این نقص بیماری‌های قلبی، کبدی، عصبی و عضلانی را سبب می‌شوند.

در انتقال میتوکندری که در واقع نوع خاصی از لقاح آزمایشگاهی IVF است، هسته تخمک اهداکننده زن بیرون آورده و به جای آن مواد ژنتیکی مادر واقعی قرار داده می‌شود. این مرحله را می‌توان قبل و یا بعد از لقاح (ترکیب تخمک با اسپرم پدر) انجام داد؛ به این ترتیب سلول اصلاح‌شده، حاوی ژن‌های مادر و نیز میتوکندری زنی دیگر است؛ سپس تخم لقاح یافته در رحم مادر کاشته می‌شود. در انتقال میتوکندری، بیش از ۹۹ درصد ژن‌های مادر کودک منتقل می‌شود و مقدار ماده ژنتیکی که از فرد اهداکننده وارد تخمک مادر می‌شود، بسیار اندک است؛ یعنی ۳۷ ژن که فقط یک دهم درصد از کل ماده ژنتیکی است. ژن‌های مورد نظر فقط در تولید انرژی نقش دارند و ۲۳ هزار ژنی که در ظاهر، رفتار و خصلت‌های دیگر نقش دارند، فقط از مادر واقعی به ارث می‌رسند.

شناخت انواع جنین‌های تلفیقی، موضوع احکام فقهی بسیاری است، از جمله: «آیا دستکاری ژن‌های مادر به جهت فقهی جایز است؟» و اگر جایز است «اختیار این کار با چه کسی است؟»، «تلفیق ژن‌ها چه تأثیری در بحث نسب دارد؟»، «در این موارد مادر اصلی

چه کسی است؟»، «ملاک مادر اصلی بودن چه چیزی است؟» و «در انتخاب میتوکندری چه شرایطی باید رعایت شود؟» با وجود این مقدار از انتقال خصلت‌های ژنتیکی «آیا تعبیر «مادر دوم» صدق می‌کند؟».

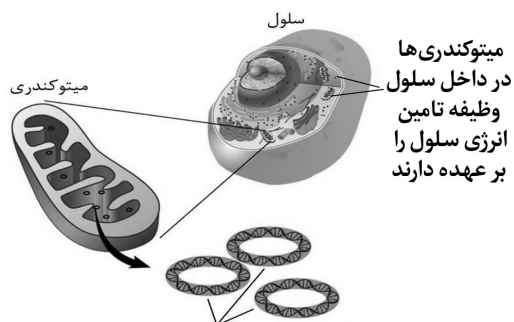
روش دوم: بارور کردن هر دو تخمک



تصویر شماره ۱۴

چنانچه گفتیم این روش برای اولین بار در کشور انگلستان انجام شده، که در این روش تخمک مادر به علاوه تخمک یک اهداکننده زن با اسپرم پدر بارور می‌شود و پیش از آغاز تقسیم سلولی تخم هسته تخمک اهداکننده بیرون آورده شده و هسته تخمک مادر جایگزین می‌شود.

اما از آنجای که زن و شوهری که برای اولین بار با این روش درمان می‌شدند، مسلمان و تبعه کشور اردن بودند، نمی‌توانستند از بین رفتن سلول لقاح یافته را بپذیرند؛ بنابراین دکتر جان ژانگ از روشی دیگر استفاده کرد، هسته تخمک مادر را به جای هسته تخمک اهداکننده گذاشت و سپس آن را با اسپرم پدر بارور کرد، او این کار را برای پنج تخمک مادر انجام داد، که فقط یکی از آنها توانست به طور طبیعی رشد کرده، تقسیم شود و نتیجه آن یک پسر شد (<https://sinapress.ir/news/2520>).



میتوکندری حاوی دی ان ای مخصوص به خود هستند که گاهی می تواند معیوب باشد

تصویر شماره ۱۵

امروزه با وجود چنین دست‌کاری‌های ژنتیکی روش جدیدی ابداع شده که تولد نوزادی با ماده ژنتیک دریافتی از سه نفر، به جای ماده ژنتیک دریافتی از دو نفر حاصل آن است؛ که در موضوع نسب پرسش‌های نوپدید می‌طرح شده است؛ پرسش‌هایی چون: «مادر اصلی در این‌گونه موارد تلقیح، چه کسی است؟»، «شخص دوم که برخی ویژگی‌های وی به جنین منتقل شده است، در این فرآیند چه نقشی دارد؟»، «آیا از تعبیر مادر جایگزین» می‌توان استفاده کرد؟» و «این فرد آیا با جنین محرم است؟» و در نهایت با توجه به مبحث مادر رضاعی «آیا می‌توان این جنین را با در نظر گرفتن اولویت، محرم این فرد دوم و یا سوم دانست؟».

جدول شماره ۱: حالت‌های مختلف لقاح مصنوعی با فرض اسپرم شوهر

| شماره | اسپرم | تخمک | رحم |
|-------|-------|----------------|----------------|
| ۱ | شوهر | زن | زن اجنبی متأهل |
| ۲ | شوهر | زن | زن اجنبی مجرد |
| ۳ | شوهر | زن | زن محرم شوهر |
| ۴ | شوهر | زن اجنبی متأهل | زن |
| ۵ | شوهر | زن اجنبی مجرد | زن |
| ۶ | شوهر | زن مجهول | زن |
| ۷ | شوهر | زن محرم شوهر | زن |

در جدول شماره ۱ (خانه‌های شماره ۱ و ۲) این مسائل فقهی قابل طرح است: «آیا ورود اسپرم اجنبی به رحم اجنبیه جایز است؟»، «اگر زن صاحب رحم متأهل باشد، آیا اجازه از شوهر او

مدخلیت دارد؟» و اگر مجرد است «آیا اجازه از پدر یا جد لازم می‌آید؟» در هر دو صورت «بحث از نسب و محرمیت این افراد چگونه حلّ و فصل می‌شود؟»؛ در ۵ فرض بعدی همین جدول، از آنجایی که گیرنده اسپرم و تخمک همسر مرد صاحب اسپرم است، مشکلات فقهی کمتری به میان خواهد آمد؛ در موضوع «انتقال تخمک زن اجنبیه به زن دیگر» نیز مسائل محرمیت و چند مادری مطرح می‌شود.

جدول شماره ۲: حالت‌های مختلف با فرض اسپرم از مرد اجنبی

| شماره | اسپرم | تخمک | رحم |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ۱ | مرد اجنبی متأهل | زن خواهان تلقیح | زن خواهان تلقیح |
| ۲ | مرد اجنبی متأهل | زن خواهان تلقیح | زن اجنبی |
| ۳ | مرد اجنبی متأهل | زن خواهان تلقیح | زن اجنبی متأهل |
| ۴ | مرد اجنبی متأهل | زن خواهان تلقیح | زن اجنبی مجرد |
| ۵ | مرد اجنبی متأهل | زن خواهان تلقیح | زن محرم با شوهر |
| ۶ | مرد اجنبی متأهل | زن اجنبی مجرد | زن خواهان تلقیح |
| ۷ | مرد اجنبی متأهل | زن اجنبی مجرد | زن سوم متأهل |
| ۸ | مرد اجنبی متأهل | زن اجنبی مجرد | زن سوم مجرد |
| ۹ | مرد اجنبی متأهل | زن اجنبی مجرد | زن سوم متأهل |
| ۱۰ | مرد اجنبی متأهل | زن اجنبی مجرد | زن سوم مجرد |
| ۱۱ | مرد اجنبی متأهل | زن مجهول | زن خواهان تلقیح |
| ۱۲ | مرد اجنبی متأهل | زن مجهول | زن سوم متأهل |
| ۱۳ | مرد اجنبی متأهل | زن مجهول | زن سوم مجرد |

در فروض جدول شماره ۲ بدان جهت که اسپرم از مرد اجنبی است و زن خواهان تلقیح و زن صاحب رحم، تغییر می‌کنند؛ مسائل فقهی مختلفی قابل مطرح شدن است، از جمله: «حکم تلفیق اسپرم مرد اجنبی با تخمک خانم مجرد، انتقال آن به رحم سابق، اختیارات و اجازه‌های لازم در این نوع لقاح مصنوعی، انتقال آن به رحم زن شوهردار و حقوق شوهر در این حوزه، مباحث عدّه زنان گیرنده جنین و اسپرم و چند مادری در فروض مختلف و...»

نتیجه‌گیری

تلقیح مصنوعی با دو روش اصلی داخل رحم و خارج از رحم صورت می‌گیرد. روش داخل رحمی (IUI) انواع مختلفی را شامل می‌شود؛ نوع نخست آن با اهدای اسپرم بوده، اسپرم اهدایی بر اساس شرایط ویژه به رحم زن منتقل می‌شود مهم‌ترین مسئله فقهی این روش، جواز یا عدم جواز تکلیفی انتقال اسپرم اجنبی به رحم زن اجنبیه است و در صورت جواز، مسائل فقهی متعدد دیگری را نیز شامل می‌شود، از جمله: «آیا نسب وابسته به لقاح حلال است و یا در این مورد تفاوتی میان لقاح حلال و حرام وجود ندارد؟» موضوع فقهی دیگر چگونگی پدر بودن و ملاک‌های مربوط به آن است؟» و در صورت لقاح با اسپرم اجنبی «آیا اجازه گرفتن از شوهر زن صاحب رحم، لازم است یا خیر؟ و دیگر اینکه «آیا زن می‌بایست از شوهر خویش عده نگهدارد یا خیر؟».

در نوع دوم از لقاح داخل رحمی (IUI): لقاح با تخمک اهدایی انجام می‌گیرد، در این روش پزشک تخمک را از زن اهدا کننده خارج کرده، در روش درون رحمی آن را به رحم زن هدیه‌گیرنده، منتقل می‌کند و بعد از انتقال اسپرم شوهر در درون رحم لقاح انجام می‌شود؛ افزون بر مسائل مرتبط با شرایط حرام این نوع عمل، مسئله فقهی این است که «آیا لقاح تخمک زن اجنبیه با اسپرم مرد نامحرم در درون رحم همسر وی جایز است؟».

روش دوم تلقیح مصنوعی یا تلقیح خارج از رحم، دارای روش‌ها و پیچیدگی‌های بیشتری است که مهم‌ترین آنها عبارت است از:

- روش IVF: با سابقه‌ترین شکل از روش‌های کمک باروری (ART) این روش است که پس از تحریک تخمدان‌ها و تخمک‌گذاری، لقاح تخمک‌ها و اسپرم‌های دریافتی در خارج از رحم انجام شده و پس از تشکیل جنین در محیط آزمایشگاه، جنین به داخل رحم منتقل می‌شود. موضوعاتی از قبیل تهیه و آماده‌سازی اسپرم و تخمک در محیط آزمایشگاهی، انتخاب اسپرم و تخمک، از بین بردن برخی از جنین‌های اضافی و انتقال مناسب‌ترین‌ها به رحم، همه و همه جزو مسائلی است که فقیهان و دانشوران حوزه فقه پزشکی، باید به استنباط احکام آنها بپردازند.

- میکرواینجکشن یا تزریق اسپرم به داخل تخمک (ICSI) روشی است که در بیشتر مراحل با IVF مشترک است؛ اما متخصصان جنین‌شناسی اسپرم‌های متحرک با شکل نرمال را از نمونه مایع منی استخراج کرده، به‌طور مستقیم در هر تخمک یک اسپرم تزریق می‌کنند؛ در مرحله پایانی اسپرم به داخل تخمک تزریق شده و در پی آن لقاح به انجام می‌رسد.

- روش‌های GIFT و ZIFT: در روش GIFT تخمک‌ها در آزمایشگاه با اسپرم مرد ترکیب و بلافاصله پس از آن از طریق یک برش کوچک در شکم مادر، به لوله‌های رحم منتقل می‌شوند. در نتیجه عمل لقاح در داخل بدن خود زن اتفاق می‌افتد و رویان به طور طبیعی کاشته می‌شود. اما در روش ZIFT تخمک‌های زن در آزمایشگاه با اسپرم مرد مخلوط می‌شود، با این تفاوت که پزشک منتظر می‌ماند تا لقاح در همان محیط آزمایشگاه اتفاق بیفتد و سپس رویان از طریق یک برش کوچک در شکم مادر، به لوله‌های رحم او منتقل می‌شود. در مجموع این روش‌ها عناوین متعدد فقهی به دست می‌آید که با توجه به نوپدید بودنشان در دانش پزشکی، دست یازیدن به احکام شرعی آنها نیازمند ارزیابی و تحلیل دقیق و باریک‌بینی فقیهان و عالمان دینی است؛ از جمله این موضوعات: منجمد کردن (فریز کردن) اسپرم یا تخمک؛ خرید و فروش اسپرم، تخمک و یا جنین، اعراض از این موارد، از بین بردن جنین‌های اضافی یا معیوب در رحم یا محیط آزمایشگاهی، انتخاب جنسیت، مسئله محرم و نامحرمی در مسائل انتقال، مسئله چند مادری و تلفیق تخمک‌ها، موضوع نفقه، ارث و حق شناخت پدر و مادر و ... که همگی از مصادیق این مسائل مهم به شمار می‌روند.

فهرست منابع

قرآن کریم

۱. ابن منظور، (۱۴۱۴ق)، لسان العرب، بیروت: دار الفکر للطباعة و النشر و التوزیع، دار صادر.
۲. امامی، سید حسن، (بی تا)، حقوق مدنی، تهران: انتشارات اسلامیة.
۳. انصاری قدرت الله و جمعی از نویسندگان، (۱۴۲۹ق)، موسوعة احکام الاطفال و ادلتها، قم: مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام.
۴. جام جم آنلاین با تغییراتی در مطالب و <https://sinapress.ir/news/2520> (خبرگزاری علم و فرهنگ سینا)، تاریخ مراجعه ۸ شهریور ۱۴۰۱.
۵. جکسون، جان اف، (۱۳۷۷ش)، شما و ژنتیک، ترجمه: محمد حسین صنعتی، علیرضا موجودی، سکینه عباسی، تهران: انتشارات مرکز ملی تحقیقات مهندسی ژنتیک و تکنولوژی ریستی.
۶. جمعی از نویسندگان، (۱۳۸۷ش)، دانشنامه زیست فناوری و ژنتیک، تهران: بنیاد دانشنامه بزرگ فارسی.
۷. جمعی از نویسندگان، (۱۳۹۴ش)، اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۸. جوهری، اسماعیل بن حماد، (۱۳۶۸ق)، الصحاح: تاج اللغة و صحاح العربیة، بیروت: چاپ احمد عبدالغفور عطار.
۹. حسینی محمد حسین، رضازاده، محمد رضا، (۱۴۰۰ش)، ناباروری در مردان و زنان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۰. خمینی، سیدروح الله، (۱۳۹۲ش)، تحریر الوسیله، قم: مرکز نشر آثار حضرت امام خمینی علیه السلام.
۱۱. خوئی، ابو القاسم، (۱۴۱۷ق)، مصباح الفقاهه، مقرر: محمد علی توحیدی، قم: انصاریان.
۱۲. راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۳۳۲ش)، المفردات فی غریب القرآن، تهران: چاپ محمد سید گیلانی.
۱۳. رخشان، محمد، شیرازی، صابرنیا، رضا، کریم، لیلی، (۱۳۹۴ش)، جنین شناسی مور انسان در حال تکوین با رویکرد بالینی، تهران: انتشارات اندیشه رفیع.
۱۴. رضانیامعلم، محمدرضا، (۱۳۸۳ش)، باروری پزشکی، قم: بوستان کتاب.
۱۵. رضانیامعلم، رضا، (۱۳۸۲ش)، «نظریه‌ها، قوانین و مبانی مشروعیت باروری‌های پزشکی»، مجله رهنمون، شماره دوم.

۱۶. سادلر، توماس، (۱۳۷۹ش)، رویان شناسی پزشکی لانگمن، ترجمه: مسلم بهادری و عباس شکور، تهران: ابن سینا.
۱۷. ستوده، حمید، (۱۳۹۶ش)، موضوع شناسی روش های نوین باروری انسان، قم: مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام.
۱۸. سلطانی نسب، رضا، (۱۳۵۶ش)، جنین شناسی انسان: بررسی تکامل طبیعی و غیرطبیعی انسان، تهران: دانشگاه ملی.
۱۹. سیستانی، محمد رضا، (۱۴۲۸ق)، وسائل الانجاب الصناعية، بیروت: دار المورخ العربی.
۲۰. _____، (۱۴۲۵ق)، وسائل المنع من الانجاب، بیروت: دار المورخ العربی.
۲۱. شرتونی، سعید الخوری لبنانی، (۱۴۰۳ق)، اقرب الموارد، قم: انتشارات کتابخانه آیه الله مرعشی نجفی.
۲۲. صاحب بن عباد، (۱۴۱۴ق)، المحيط فی اللغة، بیروت: عالم الكتاب.
۲۳. صفایی، سید حسین، امامی، اسدالله، (۱۳۷۸ش)، مختصر حقوق خانواده، تهران: نشر دادگستر.
۲۴. طوسی، محمد بن حسن، (۱۴۱۷ق)، کتاب الخلاف، قم: مؤسسه النشر الاسلامی.
۲۵. علامه حلی، حسن بن یوسف، (۱۴۱۴ق)، تذکره الفقهاء، قم: آل البيت علیهم السلام.
۲۶. فاضل لنکرانی محمد، (۱۳۸۰ش)، الاحکام الواضحة، چاپ چهارم، قم: مرکز فقه ائمه اطهار علیهم السلام.
۲۷. فراهیدی، خلیل بن احمد، (۱۴۰۵ق)، کتاب العین، قم: انتشارات هجرت.
۲۸. فیروزآبادی، محمد بن یعقوب، (۱۴۱۲ق)، القاموس المحيط، بیروت: دارالفکر للطباعة و النشر و التوزیع، دار صادر.
۲۹. فیومی، احمد بن محمد مقری، (بی تا)، مصباح المنیر، قم: منشورات دار الرضی.
۳۰. لویس معلوف، (۱۳۸۷ش)، المنجد فی اللغة و الاعلام، چاپ چهارم، قم: بلاغت.
۳۱. کیل بروکس، (۱۳۸۴ش)، روش های نوین کمک باروری، ترجمه: سهیلا عرفانی و دیگران، تهران: پژوهشکده ابن سینا.
۳۲. مجد، احمد، شریعت زاده، محمد علی، (۱۴۰۱ش)، زیست شناسی سلولی و مولکولی، تهران: انتشارات آبیژ.
۳۳. محمد سلام مدکور، (۱۹۶۹م)، الجنین و الاحکام المتعلقة به فی الفقه الاسلامی، قاهره: بی نا.

۳۴. مرتضوی، سید محسن، (۱۳۹۵ش)، *تلقیح مصنوعی در آینه فقه*، قم: بوستان کتاب.
۳۵. ملکی، مرضیه، رضوان طلب، محمدرضا، تقی پور، (۱۳۹۹ش)، «بررسی نسب کودکان ناشی از روش انتقال متوکندری»، *فصلنامه فقه و حقوق اسلامی*، سال ۱۲، شماره ۲۳.
۳۶. مهدوی کنی و دیگران، (۱۳۹۴ش)، «بررسی فقهی حقوقی حق توارث فرزندان متولد از اهدای جنین»، *فصلنامه فقه پزشکی*، سال هفتم، شماره ۲۴ و ۲۵، ص ۱۰۱-۱۳۲.





تشخيص الموضوع الفقهي للتلقيح الصناعي والأجنة الناتجة عن الأساليب التلقيحية

محمد حسن قاسمي

ملخص البحث

يعدّ «التلقيح الصناعي» اليوم من أفضل الأساليب المتبعة في علاج العقم ويتم بطرق مختلفة، وبسبب حداثة هذه الطرق، يتطلّب الأمر تحليلها وتقييمها بدقة والتمهيد لاستنباط الأحكام الشرعية في هذه المسائل المستحدثة من خلال معرفة الفقهاء الشاملة للموضوع. هذا البحث ومن خلال منهجه الوصفي التحليلي بطريقة مكتبية، يصنّف أساليب التلقيح الصناعي إلى فئتين: داخل الرحم وخارجه، ويدرس في كلّ فئة أهم أنواعها من قبيل: أساليب (IVF، غيفت GIFT، زيفت ZIFT والأساليب التلقيحية للبويضة والمني). ومن أهم إنجازات هذا البحث تحديد الموضوعات الحديثة في كلّ أسلوب والمرتبطة بالأحكام الشرعية، وكذا عرض الموضوعات التي من شأنها أن تكون ملاكاً للحرمة أو الحلية، كتلقيح المرأة وحملها بالأساليب الحديثة من دون إذن الزوج، ونقل الحيوانات المنوية والجنين، واختيار جنس الجنين، والأحكام الوضعية للنسب (الأمومة والأبوة) وكذا بيع البويضة والجنين والمني وشرائها. تعكس نتائج البحث أنّ المعرفة الدقيقة للموضوعات تؤدي إلى وضع أحكام جديدة بأبعاد مختلفة في مجال علاج العقم بأساليبه الحديثة.

الألفاظ المفتاحية: تشخيص الموضوع، التلقيح الصناعي، علاج العقم، الجنين الملقح، طريقة GIFT، طريقة ZIFT، النسب.

١. أستاذ مساعد في قسم الفقه وأسس القانون بجامعة العلوم الإسلامية الرضوية، مشهد، إيران، ghasemi.mh@razavi.ac.ir.

Jurisprudential Subject-Matter Study of Artificial Insemination Methods and Embryos Resulting from Combined Techniques

Mohammad-Hasan Qasemi¹

Abstract

Artificial insemination is currently one of the most widely used methods in infertility treatment, carried out through various techniques. Due to the novel nature of these methods, it is necessary for jurists to thoroughly understand and analyze these emerging issues in order to facilitate the derivation of relevant Islamic legal rulings. In this descriptive-analytical and library-based study, artificial insemination methods are divided into two categories: intrauterine and extrauterine. In each category, the most significant methods are examined, including IVF (In Vitro Fertilization), GIFT (Gamete Intra-Fallopian Transfer), ZIFT (Zygote Intra-Fallopian Transfer), and combined ovum-sperm techniques. This study identifies new jurisprudential issues arising from each method and examines their connection to Islamic legal rulings. Among these are cases that may influence rulings of permissibility or prohibition—such as insemination and pregnancy without the husband's consent, the transfer of sperm and embryos, gender selection, legal implications for lineage (nasab) including both maternal and paternal attribution, and the buying and selling of ova, embryos, and sperm. The findings suggest that a precise understanding of these emerging issues in infertility treatment can lead to the formulation of new Islamic legal rulings with wide-ranging implications.

Keywords: Subject-matter study, artificial insemination, infertility treatment, combined embryo, GIFT, ZIFT, lineage (nasab).

فقه و حقوق

1. Assistant Professor, Department of Fiqh and Foundations of Islamic Law, Razavi University of Islamic Sciences, Mashhad, Iran. Email: ghasemi.mh@razavi.ac.ir.