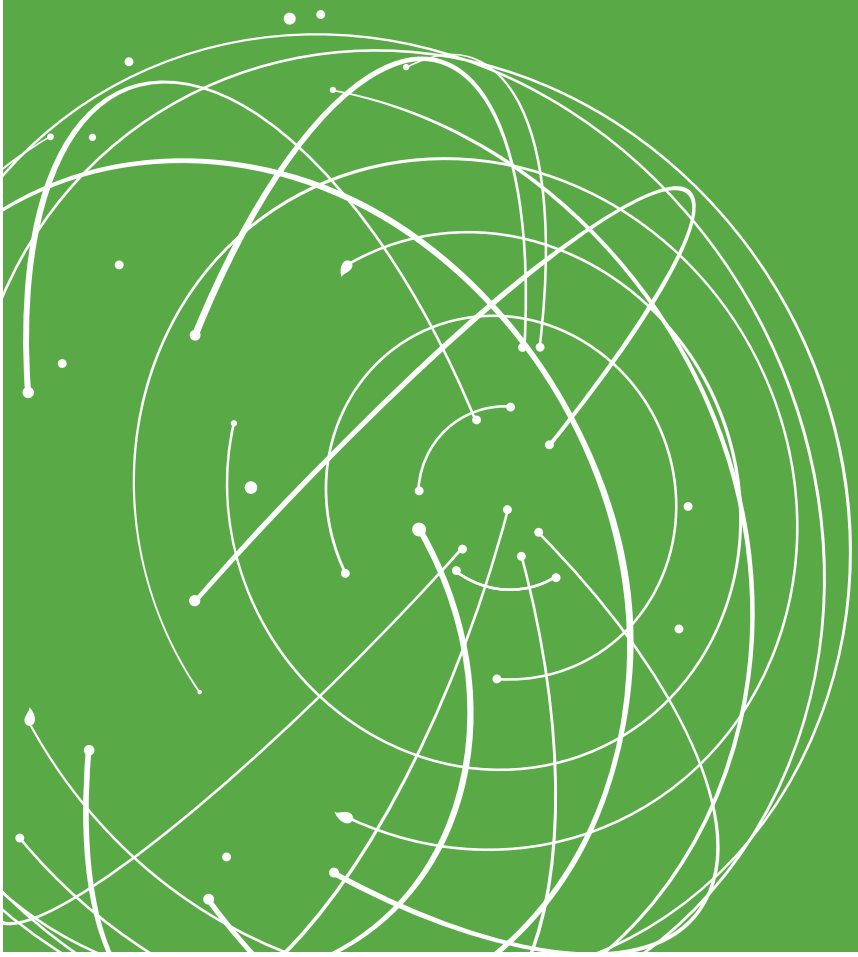
مؤسسة قطر
Qatar Foundation
WISH
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

نوفمبر ٢٠٢٠

# الأخلاق الإسلامية وعلاج العقم

## الكفاح من أجل الحمل: نهج إسلامي

محمد غالي
مها العاكوم
علياء عبدالهادي
عائشة يوسف



صحتنا في عالم واحد

المرجع المقترح لهذا التقرير: محمد غالي، مهى العاكوم، عليا عبد الهادي، عائشة يوسف يوسف: النضال للحمل: منظور الاسلام
الدوحة – قطر: مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية ٢٠٢٠
رقم ال ISBN: 978-1-913991-09-8

# الأخلاق الإسلامية وعلاج العقم: الكفاح من أجل الحمل: نهج إسلامي

شبكة الأنظمة الصحية الرائدة ٢٠٢٠

# المحتويات


3 تمهيد

5 الملخص التنفيذي

5 القسم الأول: نظرة تاريخية على تقنيات الإخصاب المساعد في قطر ومنطقة الخليج

20 القسم الثاني: الرؤية الأخلاقية الإسلامية

30 القسم الثالث: توصيات بشأن السياسات

32 شكر وتقدير

33 المراجع




# تمهيد

تمثل تقنيات الإخصاب المساعد نموذجًا مثاليًا لإثبات أهمية التقنيات الطبية الحيوية في الحياة الواقعية. وفي ظل ما تشهده هذه التقنيات من نمو وتنوع، يحاول الكثيرون ممن يرادهم حلم الإنجاب الموازنة بين رغبتهم في أن يكون لديهم ذرية وعدم ارتكاب ما يخالف منظومة القيم الأساسية التي تضفي على حياتهم مغزى ومعنى. وينطبق هذا الأمر على الأفراد المسلمين والمجتمعات الإسلامية.

وقبيل إنشاء عيادات الخصوبة في العالم الإسلامي في ثمانينيات القرن العشرين، انخرط علماء الشريعة ومعهم علماء الطب الحيوي في نقاشات أخلاقية متعددة التخصصات حول تقنيات الإخصاب المساعد. وفي هذا الصدد، ينظم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» قمة جديدة عام ٢٠٢٠ في إطار اهتمامه المتواصل بالعلاقة التفاعلية بين العلوم الطبية الحيوية والأخلاق الإسلامية، بالتعاون مع مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق لبحث عدد من المسائل الأخلاقية المثيرة التي ترتبت على تقنيات الإخصاب المساعد.

ونأمل أن تقدم هذه الدراسة لطائفة واسعة من الجماهير، وبخاصة أخصائيي الرعاية الصحية وصانعي السياسات، دليلاً علميًا عمليًا حافلاً بالمعلومات يتيح لهم تصورًا أفضل للعلاقة بين تقنيات الإخصاب المساعد والمنظومة الأخلاقية في سياق التراث الإسلامي. والهدف من هذا مساعدتهم في تقديم خدمات تراعي الحساسيات الثقافية وتلبي الاحتياجات الدينية الأخلاقية للأفراد والمجتمعات الإسلامية.

**الدكتور محمد غالي**
أستاذ الأخلاق الطبية في الإسلام بمركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق، جامعة حمد بن خليفة

**الدكتورة علياء عبد الهادي**
رئيس مركز الإخصاب المساعد، واستشاري أول بمركز أبحاث صحة المرأة، مؤسسة حمد الطبية

# ملخص تنفيذي

عادت تقنيات الإخصاب المساعد بالفائدة على العديد من الأزواج في شتى أنحاء العالم. وعكف علماء الطب الحيوي على دراسة عدد من الإشكالات العلمية والطبية لتحسين سلامة التقنيات الجديدة وفعاليتها. وفي الوقت ذاته تصدى علماء الأخلاق لمجموعة من المعضلات والقضايا الأخلاقية ذات الصلة لضمان عدم اضطرار المستفيدين من هذه التقنيات إلى الإخلال بمنظومة القيم أو المبادئ التي يؤمنون بها.

وكما هو الحال في باقي بقاع المعمورة، فقد أفادت العديد من البلدان العربية والإسلامية من الثورة التي شهدتها تقنيات الإخصاب المساعد. وبالتوازي مع هذه التطورات، تعاون علماء الشريعة مع علماء الطب الحيوي لبحث عدد من القضايا الأخلاقية من منظور إسلامي. وقد أسفر هذا التكامل بين التخصصات عن خطاب ديني أخلاقي ثري حول تقنيات الإخصاب المساعد.

تستهدف هذه الدراسة أخصائيي الرعاية الصحية العاملين في مجال تقنيات الإخصاب الطبي المساعد، وخاصة في العالم الإسلامي، أو من لديهم مرضى من ذوي الأصول المسلمة. ويصل التقرير إلى نتيجة مفادها أن القضايا التي أثارتها تقنيات الإخصاب المساعد قد أسفرت عن اختلاف في الآراء عبر المنظومة الأخلاقية الإسلامية، لكن هذا لم يمنع وجود اتفاق على عدد من القضايا الرئيسية.

ونأمل أن تعود هذه الدراسة بالفائدة على أخصائيي الرعاية الصحية ومرضاهم من خلال مساعدة المشرّعين وصانعي السياسات في مجال الرعاية الصحية في سد الفجوة في التشريعات الحالية ووضع إطار عمل تنظيمي يتماشى مع النسيج الأخلاقي الديني للمجتمعات الإسلامية.

ويتناول القسم الأول من التقرير إطلالة تاريخية على تقنيات الإخصاب المساعد في قطر ومنطقة الخليج، في حين يركز القسم الثاني على الرؤية الأخلاقية الإسلامية، ويحدد الإطار الأخلاقي العام للإنجاب في التراث الإسلامي ومدى توافق هذه التقنيات مع المنظومة الأخلاقية. أما القسم الثالث فيقدم أبرز التوصيات والنتائج.

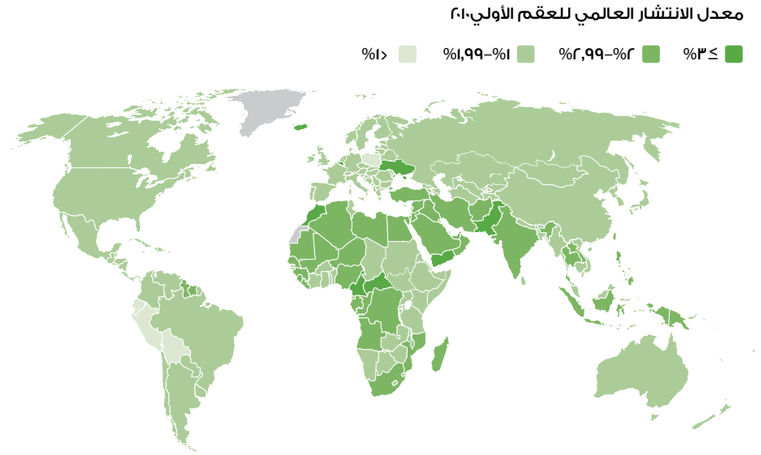


# القسم الأول: نظرة تاريخية على تقنيات الإخصاب المساعد في قطر ومنطقة الخليج

العقم هو عجز الزوجين عن الإنجاب بعد عام من المحاولة إذا كانت الأنثى أقل من ٣٥ عامًا أو بعد ستة أشهر من المحاولة إذا كانت أكبر عمرًا [١،٢]. ودائمًا ما يُنظر إلى العقم على أنه وصمة اجتماعية، ويصحب هذا شعور بالعزلة تتجلى بشكل واضح في موقف الزوجة[٣]. وثبت أن العقم له آثاره السلبية على الصحة النفسية للمتأثرين به، فضلاً عن الآثار المترتبة على العلاقة بين الزوجين [٤،٥،٦].

والعقم الأولي وفق منظمة الصحة العالمية هو مصطلح يُستخدم للتعبير عن حالة عدم حصول الحمل على الإطلاق، بينما العقم الثانوي هو العجز عن الإنجاب مؤخرًا بعد حدوث الحمل من قبل[٧]. ويُصاب ١٠ إلى ١٥٪ من الأزواج حول العالم بالعقم [٨،٩]. وكشفت دراسة نُشرت سنة ٢٠١٠ عن تعرض ٢٪ من نساء العالم، ممن تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و٤٤ عامًا للعقم الأولي، في حين بلغت النسبة ١٫٥٪ في حالة العقم الثانوي[١]. ومع ذلك تتنوع هذه المعدلات بصورة كبيرة بحسب اختلاف المنطقة والدولة، ويصعب المقارنة بينها لاعتبارات تتعلق باختلاف مفهوم العقم والتفاوت في أفراد الدراسة، إذ من الممكن أن ينشأ التفاوت بسبب الفئة العمرية أو وضع العلاقة الزوجية أو وحدات القياس المستخدمة[١١]. وتعاني بعض المناطق من ارتفاع شديد في العقم الأولي وانحسار العقم الثانوي، مثل منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وخاصة المغرب واليمن؛ بينما ترتفع معدلات العقم الثانوي في بعض المناطق الأخرى مثل أوروبا الوسطى والشرقية، وآسيا الوسطى [١٢]. وفي قطر على وجه التحديد، وصل معدل انتشار العقم الأولي إلى ٢٫١٪ بينما بلغت نسبة العقم الثانوي ٣٫٢٪. [١٣]

**الشكل رقم (١): معدل الانتشار العالمي للعقم الأولي والثانوي، ٢٠١٠**




المصدر: [٤](2012) Mascarenhas et al.

## عوامل الخطورة

هناك عدد من العوامل المرتبطة بخطر الإصابة بالعقم، وأشهرها العمر. وتتراجع خصوبة المرأة بشكل تدريجي في منتصف الثلاثينيات من العمر [١٥]. كما أن العمر يزيد من فرص ظهور أعراض مرضية في الأعضاء التناسلية، وقد يترتب على ذلك الإصابة بالعقم، ومن هذه الأمراض: الالتهاب العضلي وأمراض قناة فالوب. كذلك فإن العمر المتقدم يصحبه زيادة كبيرة في معدلات اختلال الصيغة الصبغية للجنين، وزيادة فرص الإجهاض [١٦]. وبالمثل تتراجع خصوبة الرجل مع التقدم في العمر وإن لم يكن التأثير المتوقع كبيرًا قبل سن الأربعين [١٧].



وهناك عوامل خطورة أخرى ترجع لأسباب جينية أو أمراض معدية أو اختيار أسلوب الحياة. ومن الناحية السريرية يمكن أن يكون السبب في العقم تشوهات في الأجهزة التناسلية الذكرية أو الأنثوية، لأحد الزوجين أو لهما معًا. ومن الممكن أن يكون سبب العقم عند المرأة متلازمة تكيس المبايض أو فشل المبيض المبكر أو اضطرابات هرمونية، أو نتيجة انتباذ بطانة الرحم أو تشوهات في الرحم أو انسداد قناة فالوب، أو أي من المضاعفات الطبية الأخرى مثل اضطرابات الغدة الدرقية والسكري [١٨،١٩]. أما أسباب العقم عند الرجال فتعود إلى اختلالات هرمونية وتشوهات في الحيوانات المنوية. كما أن التعرض لمخاطر بيئية والاختيارات المتعلقة بأسلوب الحياة لها دور كبير في هذا الصدد.

وتكون النساء المدخنات أكثر عرضة لحالات الإجهاض وحدوث الحمل خارج الرحم. كما أن الرجال الذين يتعاطون المشروبات الكحولية أو يدخنون أو يجمعون بين الأمرين يتعرضون لانخفاض عدد الحيوانات المنوية. وتزداد فرص الإصابة بالعقم نتيجة زيادة وزن الجسم، أو إصابة سابقة بأحد الأمراض المنقولة عن طريق الجنس أو لدى النساء اللاتي يتعرضن لاضطرابات في العادة الشهرية [٢٠]. ومع ذلك تبقى نسبة ٣٠ إلى ٤٠٪ من حالات العقم غير معروفة الأسباب. ويتأكد هذا التشخيص حين تتحقق المعايير الواردة في تعريف العقم، رغم دراسة جميع الأسباب واستبعادها [٢١].

### دراسات الحالة ١: مضاعفات ناجمة عن جروح الولادة القيصرية

سيدة تبلغ من العمر ٤٤ عامًا ولديها خمسة أطفال وخضعت لعملية الولادة القيصرية أربع مرات. وجاء الحمل الخامس نتيجة تلقيح صناعي خارج الرحم نجم عنه خمس بويضات ملقحة، تم غرس اثنتين منها في الرحم وتجميد ثلاث بويضات للاستفادة منها مستقبلاً.

حملت المرأة ووضعت مولودها بعد عملية قيصرية، وكانت الولادة معقدة حدث فيها نزيف داخلي حاد، وترتب عليها التصاقات كثيفة في البطن نتيجة تعدد الولادات القيصرية، ما عرّض حياتها لخطر شديد. وبعد قضاء عدة أيام في العناية المركزة طُلب منها عدم الإنجاب مستقبلاً. ورغم هذا فقد زارت المركز بعد هذه الواقعة بسنوات لاستخدام البويضات الملقحة المجمدة. وهذه الحالة تثير تساؤلات حول مدى وجود ضرورة طبية تبرر رفض تقديم العلاج بتقنية الإخصاب الطبي المساعد، خاصةً إذا كانت هناك مخاطر من شأنها تهديد الحياة.

## التقييم الطبي لأسباب العقم

**عند الإناث:** يتضمن التقييم والتشخيص الطبي للعقم عند النساء اختبار فحص مخزون المبيض بالموجات فوق الصوتية لتحديد كمية البويضات الموجودة القابلة للإباضة، واختبار الدم لتحديد الهرمون المضاد لمولر (وهو مؤشر يُستخدم في قياس مخزون المبيض) والهرمون المنشط للحويصلات. وهناك فحوصات دم أخرى لازمة للكشف عن أي اختلال في هرمونات معينة مثل الهرمون المنبه للغدة الدرقية والبرولاكتين.

وهناك وسائل أخرى تُستخدم للكشف عن أي تشوهات في الرحم أو عوامل العقم البوقي، منها التصوير التشخيصي مثل فحص الحوض بالموجات فوق الصوتية، وتصوير الرحم بالصبغة (أو ما يُعرف بفحص الصبغة لاشتماله على أشعة خاصة تستخدم الصبغة لرؤية الرحم وقناة فالوب)، علاوة على الإجراءات التنظيرية مثل منظار البطن، وتنظير الرحم.

**عند الذكور:** يعتمد تقييم العقم عند الرجال بشكل أساسي على تحليل السائل المنوي. وفي حال الحصول على نتائج غير طبيعية، يتوجب تكرار الفحص بعد عدة أشهر للتأكد من وجود الخلل.

**الجدول رقم (١): تقييم العقم الأساسي**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **للإناث** | | | |
| التاريخ | | | |
| التقييم الجسدي | | | |
| تقييم ما قبل الحمل | | | |
| تقييم إضافي لمعرفة مسببات العقم | نقص مخزون المبيض | • | الهرمون المضاد لمولر أو الهرمون المنشط للحويصلات علاوة على الاستراديول<br>• التصوير بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل لتحديد كمية البويضات القابلة للإباضة |
| | خلل في وظيفة المبيض | • | اختبار وظائف المبيض (قياس مستوى هرمون البروجسترون في الدم) |
| | عامل العقم البوقي | • | تصوير الرحم بالصبغة<br>• تصوير الرحم وكشف قنوات فالوب بواسطه جهاز الموجات فوق الصوتية |
| | عامل الرحم | • | التصوير بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل<br>• تصوير الرحم المائي<br>• تنظير الرحم<br>• تصوير الرحم بالصبغة |
| **للذكور** | | | |
| التاريخ | | | |
| تحليل السائل المنوي | | | |

المصدر: الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء (٢٠١٩) [٢٢].



## الخيارات العلاجية

يُقصد بالإخصاب المساعد استخدام التقنية الطبية لتحسين الخصوبة عبر تدخلات علاجية دوائية أو جراحية أو تعديل في أسلوب الحياة. وفي حالة نقص مخزون المبيض، ووجود عقم لا يتضح سببه أو عدم حدوث الحمل بعد التدخل الطبي، يتم اللجوء لأساليب أخرى لضمان حدوث الحمل، يُطلق عليها تقنيات الإخصاب المساعد.

**تقنيات الإخصاب المساعد:** تشمل تقنيات الإخصاب المساعد العديدَ من العلاجات السريرية والإجراءات المختبرية التي تتعامل مع البويضات أو الحيوانات المنوية أو المبيض أو أنسجة الخصية أو الأجنة في أنابيب الاختبار. وهدف تقنية الإخصاب المساعد حدوث الحمل في الحال أو حتى في المستقبل. ومن أبرز نماذج هذه التقنيات التلقيح الصناعي خارج الرحم، والفحص الجيني للأجنة قبل زرع النطفة، وتجميد الأجنة، وتجميد البويضات، والتبرع بالبويضة أو بالحيوانات المنوية أو بالبويضات الملقحة [٢٣].

**التلقيح الصناعي خارج الرحم:** يتضمن التلقيح الصناعي خارج الرحم تلقيح بويضة الأنثى بالحيوان المنوي خارج الجسم، في أنبوب اختبار. ويتم استثارة المبيض وسحب البويضات ثم إخصابها في المختبر، فينتج عن ذلك بويضة أو بويضات مخصبة (أجنة) يمكن تجميدها وحفظها للاستفادة منها في المستقبل. ويتم اختيار البويضات المخصبة المناسبة ليعاد غرسها في التجويف الرحمي للمرأة. وقبل عملية زرع النطفة، يمكن إخضاع هذه الأجنة للفحص الوراثي. ويحدث الحمل حين تستقر هذه البويضات المخصبة في بطانة الرحم. وعادة ما تستغرق هذه الخطوات فترة أسبوعين هي دورة التلقيح الصناعي. ويحتاج العديد من الأزواج إلى أكثر من محاولة لحدوث حمل ناجح. وحتى بعد الخضوع لعدة علاجات، قد لا يحدث الحمل [٢٤].

## معايير أهلية الاستفادة من التلقيح الصناعي في قطر

هناك معايير معينة لتحديد مدى إمكانية التحويل إلى مركز الإخصاب الطبي المساعد، وهو أمر متاح للمواطنين والمقيمين في قطر منذ سنوات عدة. ومع ذلك كان من الصعب في الماضي تطبيق قواعد الأهلية على المواطنين القطريين بسبب معتقدات ثقافية راسخة لا تسمح بوضع حد أقصى لعدد الأطفال الذين يمكن للمرأة إنجابهم في أي عمر من الأعمار. وهذا أمر شائع بين القطريين نظرًا لقلة عدد المواطنين حتى أصبحوا أقلية في قطر مقارنة بالجنسيات الأخرى. وترتب على هذا زيادة في الطلب على التلقيح الصناعي خارج الرحم.

ورغم التطورات التي شهدتها المرافق الخاصة بمركز الإخصاب المساعد، إلا أن هناك دومًا حالات عقم لا تحرز نجاحًا في عملية الإخصاب الصناعي. وتشمل هذه الحالات سيدات تجاوزن سن الأربعين أو رجالاً يعانون من انعدام الحيوانات المنوية في السائل المنوي. ومن الحالات الأخرى التي تواجه صعوبة بالغة في علاجها من الناحية السريرية وتقل فرص النجاح بشكل كبير فيها السيدات اللاتي يعانين من عوامل مناعية أو الحالات التي تعاني من اضطرابات كبيرة في الدم، تعوق نمو الأوعية الدموية في المشيمة. وتوفر الحكومة فرص العلاج بالخارج لمثل هذه الحالات على ثلاث دورات علاجية. ويمكن الحصول على التمويل اللازم للعلاج في الخارج، فهو خيار متاح أمام هذه الفئة من القطريين.

على الصعيد المحلي في قطر، يتفق جميع مقدمي الخدمات العامة على ضرورة وجود معايير محددة تؤهل الشخص للحصول على هذه الخدمة، شبيهة بالمعايير والضوابط الدولية. وفي هذا الصدد، تكون الأولوية لمن تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٤٥ سنة، وللأزواج الذين لم يسبق لهم الإنجاب، ويحاولون منذ أمد بعيد. ومن بين المعايير السريرية ألا يزيد مؤشر كتلة الجسم عن ٣٥ وألا يصل عدد العمليات القيصرية إلى أربع. ومن الضروري للراغبين في العلاج تقديم مستند يثبت الحصول على الجنسية القطرية أو الإقامة.

## دراسات الحالة ٢: أجداد مفعمون بالأمل

شابة صغيرة أنجبت طفلها الأول بتقنية التلقيح الصناعي خارج الرحم، جاءت إلى مركز الإخصاب المساعد بصحبة والدتها التي تحدثت مع الطبيب نيابة عن ابنتها. وثبت أن الفتاة وزوجها من ذوي الإعاقة الإدراكية. وتولى الجدّان رعاية الطفل الأول، ويتوقان إلى حفيد آخر.

ومثل هذه الحالات تثير تساؤلات حول مصلحة الأطفال المحتملين وتعزيز سلامتهم ورفاههم، ومدى وجود ضرورة تستدعي اللجوء لتقنية الإخصاب المساعد.

## تجميد الأجنة أو الخلايا التناسلية (الجاميتات)

تعتمد مدة الحياة الإنجابية عند المرأة على عدد البويضات التي ولدت بها، ولذا فهي محدودة [٢٥]. وهناك بعض الظروف الطبية والوراثية التي تؤدي إلى تسارع وتيرة انخفاض عدد البويضات، وتتسبب في حالة صحية تُعرف باسم «قصور المبيض المبكر»، أو انقطاع الطمث المبكر، إذ يحدث قبل سن الخامسة والثلاثين. وتؤثر بعض الظروف الطبية على النساء في مقتبل العمر أو في سن الطفولة أو المراهقة وتتسبب في فقدان أنسجة المبيض أو قصور المبيض المبكر، ومن هذه الحالات:

١. السيدات اللاتي يخضعن لعلاج كيماوي أو علاج إشعاعي للحوض، إذ من الممكن أن يتعرض المبيض للضرر.

٢. السيدات اللاتي يضطررن لإزالة المبيض جراحيًا بسبب ورم خبيث في منطقة الحوض أو لمنع حدوث هذا المرض الخبيث في المستقبل (كما في الحالات الحاملة للطفرات الوراثية BRCA).

٣. الإصابة بمرض وراثي أو جيني مثل متلازمة الكروموسوم X الهش أو متلازمة تيرنر.

وبفضل تجميد أو تبريد الأنسجة التناسلية، مثل البويضات، يمكن للأفراد المحتمل تعرضهم لفقدان مبكر للقدرة على الإنجاب أن يحظوا بفرصة الحصول على طفل بيولوجي في المستقبل. ومن بين أساليب الإخصاب الصناعي تجميد البويضات البشرية ليتسنى استخدامها في وقت لاحق، فيما يعرف باسم «تجميد البويضات الناضجة». وهناك نماذج أخرى من بينها تجميد أنسجة المبيض، وتجميد البويضات المخصبة أو الحيوانات المنوية [٢٦،٢٧،٢٨]. وعلاوة على المؤشرات الطبية، اتجهت جمعيات الخصوبة الدولية مؤخرًا إلى دعم تجميد البويضات المنظم للنساء اللاتي يرغبن في الحفاظ على الخيارات الإنجابية مستقبلاً.



## دراسات الحالة ٣: مريض السرطان

مريضة تبلغ من العمر ٣٩ عامًا ولديها طفل واحد، وثبتت إصابتها بسرطان الثدي. وقد فكرت في إمكانية تجميد بويضاتها قبل الخضوع للعلاج الكيماوي، في ظل وجود زوجها خارج البلاد. ورُفض طلبها لأنه يشترط وجود زوجها لتوقيع نموذج الموافقة.

بناء على المعلومات الواردة في هذه الدراسة، نرى أن من حق المرأة تجميد بويضاتها حتى وإن لم يحضر زوجها، إذ إن موافقة الزوج ضرورية في حال تجميد البويضات الملقحة لا الجاميتات. ولذا نرى أنه يمكن للمرأة غير المتزوجة الحصول على هذه الخدمة إذا كانت هناك أسباب منطقية تبرر هذا الأمر وفق ما تراه لجنة الأخلاقيات.

## زراعة الأعضاء التناسلية

يمكن للنساء اللاتي يعانين من العقم لأسباب تتعلق بالرحم إجراء عملية زراعة الرحم. وتصيب هذه الحالة نسبة تتراوح بين ١ و٥٪ من السيدات ويمكن أن تنشأ عن تشوهات في الأعضاء التناسلية تؤثر في نمو الرحم (مثل متلازمة ماير – روكيتانسكي – كوستر – هاوزر)، أو نتيجة وجود رحم غير مكتمل النمو أو غير وظيفي وُلدت به الأنثى، أو نتيجة التعرض لإصابة أو مضاعفات الولادة أو في حال إزالة الرحم جراحيًا لأسباب طبية مثل السرطان [٢٩].

ولا تزال زراعة الرحم، حتى وقتنا هذا تجريبية. وقد شهد العالم أول مولود من رحم مزروع في السويد سنة ٢٠١٤. ومنذ ذلك الحين أجريت ٣٠ عملية لزراعة الرحم حول العالم، نجم عنها أحد عشر مولودًا. ومع ذلك، استلزمت جميع هذه الحالات إجراء تلقيح صناعي خارج الرحم. وفيما يخص العضو المستخدم أثناء زراعة الرحم، فيمكن الحصول عليه من متبرع حي أو ميت، ولا تخلو الحالتان من بعض المصاعب والإيجابيات [٣٠].

أما عن تجميد أنسجة المبيض، فتُستخدم بشكل أساسي في الحفاظ على الخصوبة لدى الفتيات والنساء اللاتي يتلقين علاجات مضرّة بالمبيض (مثل الاستئصال الجراحي أو العلاج الكيماوي أو العلاج الإشعاعي). وإذا ترتب على هذا انقطاع الطمث لدى المرأة فيمكن إعادة زراعة أنسجة المبيض المجمدة لاستعادة وظيفة المبيضين، واستعادة الخصوبة. ولا يشيع أسلوب زراعة المبيض من متبرع في علاجات الخصوبة، إذ يُفضّل استخدام تقنية التبرع بالبويضات نظرًا لأنها أكثر سهولة.

**الفحص الجيني قبل زرع النطفة واختيار جنس الجنين:** عادة ما يتم إجراء الفحص الجيني قبل زرع النطفة في عملية التلقيح الصناعي خارج الرحم، قبل نقل البويضات المخصبة. ويتضمن هذا الإجراء فحص خلايا مأخوذة من البويضات المخصبة (الأجنة) لاكتشاف عدد من الأمراض الوراثية واضطرابات الكروموسومات المعروفة. ويشمل الفحص الجيني قبل زرع النطفة مجموعة من التحاليل الوراثية لتقييم وضع البويضات المخصبة قبل غرسها في الرحم. وهناك أنواع مختلفة من هذا الفحص الجيني، منها: أحادي الجين يستهدف اضطرابات جين محدد، وفحوصات لكشف أي خلل في الصيغة الصبغية (بمعنى وجود مشكلة في عدد الكروموسومات الموجودة في الخلية) وذلك لكل الكروموسومات (الجسدية والجنسية). وهناك فحص وراثي لإعادة الترتيب البنيوي يستهدف الأجنة المعرضة لخطر اكتساب أو فقد كروموسومات نتيجة شذوذ في التركيب الوراثي عند أحد

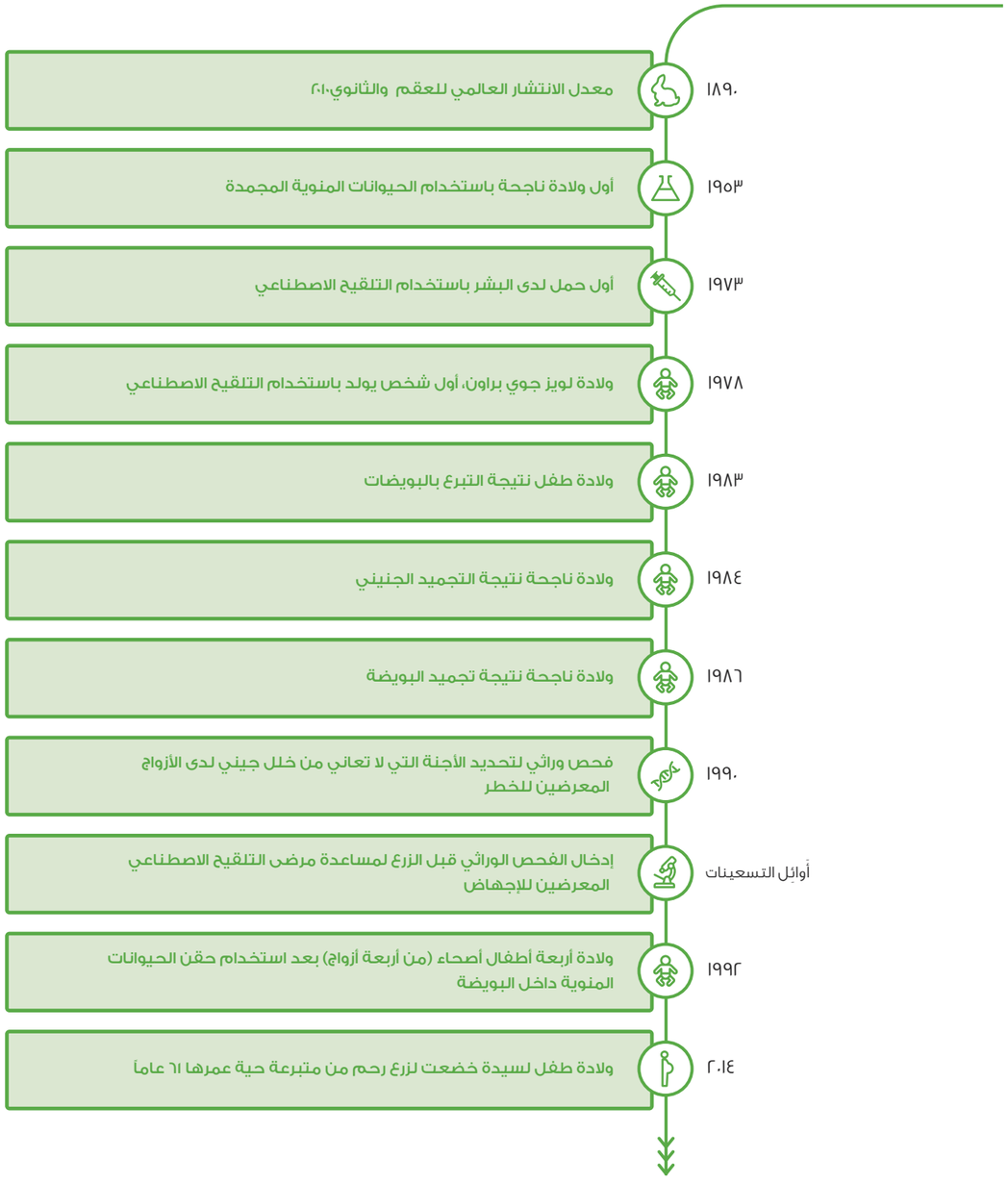
الأبوين. ويعد الفحص الجيني قبل زرع النطفة أداة مفيدة للحالات التي يحمل فيها الزوجان أو أحدهما خللاً جينيًا موروثًا. واستنادًا إلى النمط الوراثي للمرض، يمكن أن يقلل هذا الفحص من فرصة إصابة الطفل بهذا الخلل الوراثي. ومع ذلك، فكما هو حال أي فحص، يمكن حدوث خطأ في النتائج الإيجابية أو السلبية [٣١]. كذلك هناك احتمال ضئيل في أن تتضرر البويضة المخصبة (الجنين) أثناء إجراء الفحص.

## الإنجاب المساعد في قطر والمنطقة: نظرة تاريخية

يرجع تاريخ تقنيات الإخصاب المساعد إلى بدايات التسعينيات في القرن التاسع عشر حين أعلن البروفيسور والتر هيب (جامعة كامبريدج) عن أول حالة لزراعة الأجنة في الأرانب [٣٢]. وشهد العالم أول حالة حمل لجنين بشري بأسلوب التلقيح الصناعي خارج الرحم، سنة ١٩٧٣ على يد البروفيسور كارل وود وجون ليتون في ميلبورن بأستراليا، لكن للأسف مات هذا الجنين في أقل من أسبوع [٣٣].



**لشكل رقم (٢): معالم في علاج الخصوبة**




المصدر: مركز باسيفيك للخصوبة (٢٠١٥) [٣٤]

كان العالم على موعد في سنة ١٩٧٨ [٣٥] مع ميلاد لويز براون، أول طفلة يتم إنجابها بطريقة التلقيح الصناعي خارج الرحم في مدينة مانشستر بالمملكة المتحدة. ومنذ هذا الحين انتشرت تقنية التلقيح الصناعي خارج الرحم وغيرها من التقنيات ذات الصلة، وزاد الإقبال على خدمات الإخصاب الطبي المساعد في البلدان المتقدمة بنسبة ٥ إلى ١٠٪ سنويًا [٣٦، ٣٧]. وعلى الصعيد العالمي بلغ عدد الأطفال الذين تم إنجابهم باستخدام تقنيات الإخصاب المساعد ٣.٤ مليون طفل بحلول سنة ٢٠٠٩.

## استخدام تقنيات الإخصاب المساعد في قطر والمنطقة

شهد العالم العربي منذ ثمانينات القرن العشرين ثورة تقنية هائلة في مجال الإنجاب أسفرت عن تأسيس مجموعة من أقوى مراكز التلقيح الصناعي في العالم [٣٨]. وفي سنة ١٩٨٦ كانت المملكة العربية السعودية ومصر والأردن أولى الدول العربية التي تتبنى العلاج بطريقة التلقيح الصناعي خارج الرحم. وكان مولد أول طفل مصري بالتلقيح الصناعي في سنة ١٩٨٧، وبحلول منتصف التسعينات، كان العالم العربي على موعد مع فترة ازدهار للتلقيح الصناعي وأطفال الأنابيب [٣٩]. وما إن اقتربت سنة ١٩٩٥ حتى دخل التلقيح الصناعي خارج الرحم جميع المدن العربية الكبرى، مثل بيروت ودمشق.

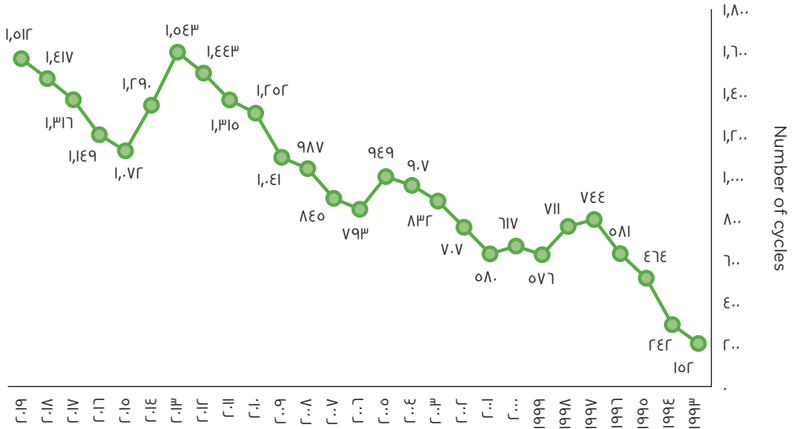
وفي الوقت الحالي تتصدر بعض بلدان الشرق الأوسط غير العربية المشهد في مجال الطب الإنجابي على مستوى الإقليم. ولدى تركيا ما يزيد على ١١٠ من عيادات التلقيح الصناعي خارج الرحم، في حين يبلغ عدد هذه العيادات في إيران أكثر من ٧٠ عيادة [٤٠،٤١]. وتعد إيران الدولة الوحيدة في منطقة الشرق الأوسط التي تسمح بالإخصاب المساعد الذي يشترك فيه طرف ثالث غير الزوجين [٤٢،٤٣].

وعلى مستوى دول مجلس التعاون الخليجي، كانت المملكة العربية السعودية أول دولة تتبنى تقنية التلقيح الصناعي خارج الرحم سنة ١٩٨٦، وجاءت بعدها دولة الإمارات العربية المتحدة سنة ١٩٩١ [٤٤]، ثم دولة قطر التي أنشأت أول مركز للتلقيح الصناعي في ٦ أبريل ١٩٩٣. وتأسس هذا المركز في مؤسسة حمد الطبية، التي تعد أكبر منشأة حكومية للرعاية الصحية في البلاد. واجتذبت وحدة الإخصاب الصناعي تلك كبار العلماء من شتى بقاع العالم بهدف إحراز معدلات نجاح تضاهي المراكز العالمية. وقبل إنشاء هذه الوحدة، أرسلت الحكومة جميع الأزواج الذين يعانون من ضعف الخصوبة والراغبين في العلاج بالتلقيح الصناعي للخارج، وهو الأمر الذي نجم عنه عبء اقتصادي كبير على الحكومة، فضلاً عن حالة التوتر الوجداني التي تعرض لها المرضى [٤٥]. وفي بداية الأمر كانت علاجات العقم متاحة أمام المواطنين القطريين والمقيمين مجانًا. ثم شهدت هذه الخدمات توسعًا، ولم يفرض المركز رسومًا مقابلها إلا في سنة ١٩٩٦، وكان المقابل زهيدًا لقاء جزء من تكلفة العلاج للمواطنين القطريين في صورة رسوم مدعمة [٤٦]. وظلت تكلفة التلقيح الصناعي خارج الرحم في مركز الإخصاب المساعد بمؤسسة حمد الطبية كما هو حتى تاريخه (٨٠٠٠ ريال قطري أو ما يعادل ٢٢٠٠ دولار أمريكي للمرة الأولى)، وهي تكلفة منخفضة جدًا مقارنة بالتكاليف العالمية. وعلى الصعيد المحلي، تمثل هذه التكلفة رسومًا ضئيلة إذا قورنت بتكلفة التلقيح الصناعي في المراكز الخاصة في دولة قطر، والتي تبدأ من ٢٥ ألف ريال قطري (أي ما يعادل ٦٨٧٠ دولارًا أمريكيًا)، ويمكن أن تصل إلى ٥٠ ألف ريال على حسب الجهة المقدمة للخدمة.



شهدت قطر ولادة أول طفل أنابيب بطريقة التلقيح الصناعي في ديسمبر ١٩٩٣، عقب إنشاء وحدة الإخصاب المساعد. وفي هذه السنة وحدها كانت هناك ١٥٢ محاولة علاجية أسفرت عن ١٤ حالة حمل وست حالات ولادة وتسعة مواليد [٤٧]. وواصلت وحدة الإخصاب المساعد نموها وتقديم خدمات متميزة بالتوازي مع أحدث التطورات العلمية والتقنية. ويجري المركز حاليًا أكثر من ١٥٠٠ دورة علاجية سنويًا لعلاج العقم لدى النساء والرجال، وبلغ معدل النجاح أكثر من ٥٠٪ لدى النساء ممن تقل أعمارهن عن الخامسة والثلاثين.

**الشكل رقم (٣): دورات تقنيات الإخصاب المساعد من سنة ١٩٩٣ حتى سنة ٢٠١٩ في قطر**




المصدر: قاعدة بيانات وحدة الإخصاب المساعد بمؤسسة حمد الطبية

في إطار مواكبة التطورات العالمية في هذا المجال، قدم مركز الإخصاب المساعد بمؤسسة حمد الطبية الفحص الجيني قبل زرع النطفة مجانًا لجميع المواطنين القطريين سنة ٢٠١٤. ونجم عن هذا تقليل تكلفة العلاج للمصابين بمرض وراثي الذين لم يكن لديهم خيار في الماضي سوى السفر للخارج للعلاج. وضمت قائمة الخدمات التي يقدمها المركز خدمة حديثة من خلال إطلاق برنامج للمحافظة على الخصوبة الذي يتيح للذكور والإناث ممن ثبتت إصابتهم بالسرطان حديثًا تجميد الحيوانات المنوية أو البويضات أو الأجنة قبل الخضوع للعلاج الكيماوي. ورغم أن عينات الأجنة التي تستلزم الفحص يتم إرسالها في الوقت الحالي لمختبرات وراثية معتمدة دوليًا إلا أن مركز الإخصاب المساعد بصدد إنشاء مختبر الوراثة الجزيئي الخاص به ليخدم قطاعًا أوسع من السكان يحتاج إلى هذه الخدمة.

وفي سنة ٢٠١٦ في أعقاب انتشار إجراءات اختيار جنس المولود، شُكّلت لجنة من علماء الشريعة لبحث هذه المسألة ورأت ضرورة أن يوفر مركز الإخصاب المساعد هذه الخدمة على أن تقتصر على الحالات التي تستوجبها أسباب طبية.

# اعتبارات أخلاقية

## مخاوف أخلاقية عالمية

رغم ما أحرزه علاج العقم وتقنيات الإخصاب المساعد من تطورات سريعة على مر السنين، إلا أنها أثارت مجموعة واسعة من المخاوف الأخلاقية، نظرًا لطبيعة الثقافة والسياق. وتركزت بعض هذه الإشكالات حول مخاطر العلاج، ومنها المخاطر المرتبطة بحدوث حمل متعدد، واللجوء إلى عمليات الإجهاض الانتقائي [٤٨،٤٩،٥٠]. ومن بين الاعتبارات الأخلاقية الأخرى العلاقةُ التي تربط بين الأطراف، ومفهوم الزواج والأسرة. وفي هذا الصدد تثار أسئلة حول الآراء المختلفة في مدى وجود معضلة أخلاقية في إنجاب أطفال لأسرة لا تتوافر فيها المقومات التقليدية للأسرة، خاصة حين لا يكون الزوجان والدين بيولوجيين، ولا تكون الولادة طبيعية دون تدخل.

## الحمل المتعدد

إن غرس عدد من البويضات المخصبة أثناء عملية التلقيح الصناعي خارج الرحم تزيد من فرص حدوث حمل متعدد [٥١]. ويرتبط هذا بزيادة التكاليف الاجتماعية وارتفاع المخاطر الصحية التي يمكن أن تتعرض لها الأم والرضيع. وقد ثبت أن غرس بويضة واحدة مخصبة يقلل بشكل أساسي من المخاطر الصحية المرتبطة بالحمل المتعدد [٥٢]. وأسفر هذا عن سنّ تشريعات وضوابط في عدد من البلدان تحدّ من عدد البويضات المخصبة التي يمكن الإفادة منها في كل دورة من دورات التلقيح الصناعي، في محاولة لوضع حد لهذه الممارسة.

## الفحص الجيني قبل زرع النطفة

رغم أن الفحص والتشخيص الوراثي قبل زرع النطفة يسمح بتحديد خصائص التكوين الوراثي للأجنة قبل غرسها في الرحم إلا أن هذه التقنية لم تُستخدم بعد بشكل كامل؛ ومع ذلك من المحتمل أن يتم تطبيقها على نطاق واسع في المستقبل. وثمة مخاوف أخلاقية ترتبط بهذا الفحص الجيني تتمثل في إمكانية استغلال هذا الفحص للتحكم في جنس الجنين، وهو أمر محل جدل وخلاف بيد أنه موجود بشكل كبير في الوقت الحالي [٥٣،٥٤].

ومن الممكن أن يحقق هذا الإجراء فوائد صحية مثل تفادي الاضطرابات المرتبطة بجنس المولود، بيد أن التوسع في عملية التحكم في جنس الجنين بناء على اختيار الوالدين، هو أمر غير مستحسن من الناحية الأخلاقية وقد يترتب عليه خلل في التوازن بين الجنسين في البلدان التي تفضل جنسًا على آخر [٥٥]. ولا زلنا لا نعرف سوى القليل حتى يومنا هذا عن تأثير هذه المخاوف الأخلاقية في تعاطي الناس مع تلك التقنيات والعوامل التي تفسر هذا التباين في مواقف الجماهير منها.

## الآثار المالية وافتقار العدالة في التوزيع

يعد الجانب المالي لعلاج العقم من بين أسباب المخاوف الأخلاقية، خاصة فيما يتعلق بغياب تكافؤ الفرص في الحصول على الرعاية. وقد نجم عن ارتفاع تكلفة هذه العلاجات في معظم بلدان العالم اقتصار الاستفادة منها على الأسر ذات الدخل المرتفع [٥٦]. وتتنوع الإعانات الحكومية الخاصة بالتلقيح



الصناعي خارج الرحم/تقنيات الإخصاب المساعد بشكل كبير عبر الدول. ففي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال لا توجد إعانات حكومية لسد نفقات العلاج بالتلقيح الصناعي رغم وجود لوائح تأمينية تنظيمية لتقنيات الإخصاب الصناعي في عدد من الولايات [٥٧]. وفي الكثير من الحالات تكون هناك قوائم انتظار طويلة للحصول على العلاج بالتلقيح الصناعي عبر البرامج الحكومية، ما يسفر عن لجوء الأزواج إلى تحمل نفقات العلاج في مراكز الخصوبة الخاصة التي تكون باهظة التكلفة [٥٨]. وفي المملكة المتحدة مثلا يتم تمويل ٢٥٪ فقط من دورات التلقيح الصناعي عبر هيئة الخدمات الصحية الوطنية [٥٩].

## الحفاظ على الخصوبة

حظيت تقنيات تجميد الحيوانات المنوية والبويضات المخصبة بدراسة وافية وباتت ممارسة واقعية. واستنادًا إلى الأدلة الحالية فلم تعد الإجراءات الحديثة لتجميد البويضات عملية تجريبية. ورغم توافر هذه التقنية في عدد من البلدان في الوقت الحالي، إلا أنها تظل مقصورة بوجه عام على من يطيق تكلفتها، الأمر الذي يترتب عليه العديد من الاعتبارات الأخلاقية والاجتماعية.

## التبرع بالخلايا التناسلية

يعد استخدام الخلايا التناسلية (الجاميتات) لمتبرع، سواء كان التبرع بالحيوانات المنوية أو البويضات، أمرًا شائعًا في مجال تقنيات الإخصاب المساعد في العالم الغربي. وقد بدأ التبرع بالحيوانات المنوية خلال القرن التاسع عشر، لكن التبرع بالبويضات تأخر حتى منتصف الثمانينات من القرن العشرين [٦٠]. وبخلاف التبرع بالحيوانات المنوية فإن السيدات اللاتي يتبرعن بالبويضات يتعرضن لمخاطر طبية كبيرة، إذ يستلزم الأمر الخضوع لعملية تنشيط المبيض لإفراز البويضات على غرار بروتوكولات التلقيح الصناعي خارج الرحم. وتتضمن هذه المخاطر متلازمة فرط تحفيز المبيض، وغيرها من المخاطر الجراحية ذات الصلة. ولا بد أن يشتمل نموذج الموافقة المستنيرة على خيارات استشارية تراعي المخاطر الوجدانية ومزايا التبرع [٦١]. ومن الضروري أن يكون التبرع بمحض إرادة النساء وكامل رغبتهن دون أي إكراه أو ضغوط [٦٢]. كذلك من غير الأخلاقي الاتجار في الجاميتات البشرية، وهو حجة قوية استند إليها من ينادي بعدم دفع مقابل مادي للمتبرعات بالبويضات، وهو إجراء تنظّمه الحكومات الفدرالية بموجب قوانين تتفاوت من بلد لآخر [٦٣].

كذلك من بين الإشكالات الأخلاقية والقانونية الحفاظ على سرية هوية المتبرع. وهناك علاقة دقيقة بين حقوق المتبرع والمتلقي والذرية [٦٤]. ولا شك أن السماح للمتبرع بالجاميتات أو ذريته أو هما معًا بالإفصاح عن الهوية يمكن أن يكون له مزايا طبية متعددة من بينها مشاركة التاريخ الطبي في حالة الطوارئ. كما ينادي أنصار هذا الأمر بمراعاة حقوق المتبرعين وذريتهم في بناء العلاقات الاجتماعية وتطويرها إن أرادوا ذلك.

## التبرع بالبويضات المخصبة

عادة ما يكون هناك فائض في البويضات المخصبة لا تتم الاستفادة منه، وبخاصة البويضات المجمدة خلال دورات التلقيح الصناعي خارج الرحم، وينتهي بها الحال إلى التخزين لأجل غير مسمى. وفي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها بلغ عدد البويضات المخصبة المجمدة قرابة ٤٠٠ ألف، وسوف يُترك الكثير منها بلا استخدام. وهناك إشكالات أخلاقية تتعلق بمصير البويضات الملقحة الفائضة،

وتوجد العديد من القوانين المختلفة في عدد من البلدان تبيّن سبل التعامل مع هذه البويضات. وقد نوقشت أربع استراتيجيات في هذا الصدد: إما إذابة البويضات والتخلص منها، أو التبرع بها لأغراض بحثية، أو تخزينها لأجل غير مسمى، أو التبرع بها لأزواج آخرين[٦٥] . وقد حظي الاستخدام الأخلاقي للبويضات الملقحة المجمدة في أغراض بحثية تتعلق بالخلايا الجذعية على اهتمام خاص، وبات محل جدل محموم على الصعيد الدولي[٦٦،٦٧].

## دراسات الحالة ٤: البحث عن متبرع مناسب

طلب زوجان إجراء الفحص الجيني قبل غرس البويضات الملقحة، وأرادا اختيار بويضة متوافقة مع الخصائص الوراثية (النمط الوراثي) لابنهم الذي يعاني من مرض نخاع العظم ويحتاج إلى زراعة نخاع من متبرع مناسب. كما عرض أحد أفراد الأسرة وزوجته الخضوع لهذا العلاج أملاً في إنجاب طفل يتطابق وراثيًا مع الطفل المريض.

وتثير هذه الحالة مجموعة من التساؤلات الأخلاقية، منها عدد المرات العلاجية المسموح بها للوصول إلى البويضة الملقحة المرجوة؛ ماذا يحدث للأجنة السليمة غير المطابقة الناجمة عن هذه العلاجات؟ هل من الأخلاقي التخلص من البويضات الملقحة لأنها لا تحقق الهدف الذي ينشده الزوجان؟

### تأجير الأرحام والحامل البديلة

الأم البديلة هي المرأة التي توافق على الحمل باستخدام بويضاتها وحيوان منوي لزوج أخرى. ويصبح الزوجان والدي الطفل بعد مولده. أما الحامل البديلة فهي المرأة التي تقبل بحمل جنين لزوجين خضعا لعملية تلقيح صناعي خارج الرحم، ثم تتنازل عن الطفل لهذين الزوجين بعد الميلاد. وتتعرض المرأة في الحالتين لمخاطر طبية ووجدانية تتعلق بالحمل والولادة. ولذا من الضروري الحصول على نموذج الموافقة المستنيرة للمضي قدمًا في هذه الإجراءات، علاوة على استشارات مكثفة تبيّن المخاطر والمزايا المتعلقة بهذا الأمر[٦٨].

وكما هو الحال في التبرع بالجاميتات، هناك مخاوف أخلاقية تتعلق بإمكانية الاستفادة التجارية من هذه الخدمة. وقد أظهرت الأرقام التي سُجلت في الولايات المتحدة الأمريكية منذ عام ٢٠٠٨ أن متوسط المقابل المادي لهذا النوع من الحمل البديل بلغ ٢٠ ألف دولار أمريكي، في حين أن الخدمة ذاتها في الهند تكون مقابل ٤ آلاف دولار أمريكي[٦٩]. وتتنوع اللوائح من بلد لآخر وتختلف باختلاف المناطق. ولذا فإن الإشكالات المتعلقة بحقوق الأفراد وجنسية الأبناء، والاتجار، والاستغلال تظل مثار قلق كبير ولم يُتوصل لحل لها بعد على الصعيد العالمي[٧٠].



## دراسات الحالة ٥: تأجير رحم الأخت

سيدة تبلغ من العمر ٣٥ سنة ومصابة بالتهاب الكلية الذئبي وسبق لها الحمل مرتين بنجاح. ومع ذلك، هناك تدهور في وظائف الكلى، ولذا لا يناسبها الحمل مرة أخرى، فرغبت هي وزوجها في تجربة التلقيح الصناعي على أن تحل أختها محلها في الحمل. وكلا السيدتين مسلمتان وترغبان في معرفة القواعد الأخلاقية والأحكام الشرعية في هذا الأمر.

# القسم الثاني: الرؤية الأخلاقية الإسلامية

نود التأكيد في بداية هذا القسم على أن الرؤى الواردة فيه استندت إلى مشاورات متعددة التخصصات استضافتها مؤسسات إسلامية متعددة المذاهب. وتنوعت الخلفيات العرقية والعلمية والمذهبية للمشاركين في هذه النقاشات، فكان منهم علماء الشريعة، وعلماء العلوم الطبية الحيوية. وحضرها علماء السنّة والشيعة، وحاز عمل هذه المؤسسات على اهتمام علماء الفريقين على حد سواء [٧١، ٧٢]. ومع ذلك فإن القرارات أو الفتاوى الصادرة عن هذه المؤسسات تعبّر عادة عن الرؤية الإسلامية السنّية لأن علماء الشيعة المشاركين في النقاشات يمثلون الأقلية دومًا. ورغم أن العديد من الآراء والاجتهادات الواردة في هذه الدراسة مدعومة من جانب علماء السنّة والشيعة إلا أن الموقف الذي يتبناه جمهور علماء الشيعة قد يختلف تمامًا. وللاطلاع على رأي الشيعة في تقنيات الإخصاب المساعد، يمكن الاطلاع على المراجع التالية: إنهورن (٢٠١٢) [٧٣] ، شيرين نايف (٢٠١٥) [٧٤] وعباسي شوازي (٢٠٠٨) [٧٥].

## الخلفية الدينية

بيّن القرآن الكريم (سورة الأنبياء: ٨٩–٩٠)[i] أن القدرة على إنجاب الذكور والإناث هي هبة من الله تعالى. وربطت الآية بين العقم لدى بعض الناس وبين قدرة الله الذي له ملكوت السموات والأرض، بما فيه الإنسان.

وإلى جانب هذه الأسس الدينية، فإن الإنجاب ليس عملية تلقائية غير مقيدة تحدث اعتباطًا كلما أراد الزوجان. والإسلام كسائر النظم الأخلاقية الأخرى له منظومته الأخلاقية التي تنظم الاستفادة من قدرة المرء على الإنجاب أو تسعى لاستعادة الخصوبة إذا أصيب الإنسان بالعقم. وهناك خبر مشهور يُروى عن السيدة عائشة [ii]، زوج النبي، تتحدث فيه عن طرق إنجاب الأولاد في الجاهلية عبر أربعة أنواع من العلاقات أو الزواج، وأن طريقة واحدة هي التي أقرّها الإسلام واعتبرها زواجًا شرعيًا صحيحًا. وتجدر الإشارة إلى أن الهدف من العلاقة بين الرجل والمرأة في أحد الأنواع الثلاثة المرفوضة هو إنجاب ولد نجيب فكانت المرأة تستبضع من رجل غير زوجها، يُعرف بقوته البدنية وقوة شخصيته، لكي يرث الطفل هذه الخصائص منه [٧٦]. ورغم أهمية إنجاب ولد بهذه المواصفات، إلا أن الإسلام عاب على من يلجأون إلى هذه الطريقة لأنها تتنافى مع المنظومة الأخلاقية.

في ضوء ما تقدم، يتناول هذا الجزء أهم الإشكالات الأخلاقية التي ترتبت على تقنيات الإخصاب المساعد من منظور القيم الأخلاقية الإسلامية. وحتى يتسنى تحليل القضايا بصورة منهجية ينقسم هذا الجزء إلى مبحثين: الأول المنظومة الأخلاقية للإنجاب قبل ظهور تقنيات الإخصاب المساعد، والثاني يتناول المنظومة الأخلاقية بعد ظهور هذه التقنيات[iii].

i يقول الله تعالى «لِلَّهِ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضِ يَخْلُقُ مَا يَشَاء يَهَبُ لِمَنْ يَشَاء إِنَاثًا وَيَهَبُ لِمَن يَشَاء الذُّكُورَ. أَوْ يُزَوِّجُهُمْ ذُكْرَانًا وَإِنَاثًا وَيَجْعَلُ مَن يَشَاء عَقِيمًا إِنَّهُ عَلِيمٌ قَدِيرٌ» (الشورى: ٤٩–٥٠).

ii توفيت سنة ٥٨ هـ/٦٧٨ ميلادي



# المنظومة الأخلاقية للإنجاب قبل ظهور تقنيات الإخصاب المساعد

قبل ظهور تقنيات الإخصاب المساعد كان هناك عدد من المحددات التي نظّمت عملية الإنجاب في التراث الإسلامي. ولهذه المحددات منطلقاتها المنطقية التي سعت إلى إيجاد شبكة متسقة ومنظومة علاقات متوافقة مع الشريعة ترتبط بالحقوق والواجبات المقررة لمختلف الأطراف المعنية، وبخاصة الآباء وأطفالهم والشبكات الاجتماعية والأسرية الواسعة. وتحظى هذه المحددات بدور حاسم في الحكم على شرعية تقنية الإخصاب المساعد من منظور إسلامي.

وقبل ظهور هذه التقنيات قامت المنظومة الأخلاقية للإنجاب على ثلاثة مرتكزات رئيسية: الزواج؛ والارتباط الوراثي/البيولوجي؛ والعلاقة الجنسية [iv].

**أولاً: الزواج**

حين يبرم زوجان عقدَ نكاح شرعي، فإن الأبناء الذين يولدون من هذا النكاح يُنسبون بشكل تلقائي للزوج الذي يصير أبًا وللزوجة التي تصبح أمًا إلا إذا ظهر سبب قوي يستدعي خلاف ذلك[٧٧] . واستُخدم لفظ الفراش في الأدبيات الإسلامية للإشارة إلى هذه العلاقة الزوجية، ويُراد بالفراش في اللغة ما يُبسط ويكون صالحًا للنَّوم أو للتَّمدُّد والتَّقلُّب عليه[٧٨] . ويمكن أن يُطلق هذا اللفظ ويُراد به الزوج أو الزوجة أو فراش الزوجية [٧].

وفي هذا الإطار استُخدم لفظ الفراش أساسًا ظاهريًا لإثبات نسب الطفل وما يرتبط بذلك من شبكة قرابة، وإثبات الحقوق والواجبات المترتبة على ذلك. وإذا تطرق شك إلى وقوع الزوجة في علاقة جنسية مع رجل آخر غير زوجها وحملت المرأة، فإن الطفل يُنسب إلى الزوج لأنه وُلد على فراش الزوجية. ومستند هذا الأمر حديث مشهور روي عن النبي صلى الله عليه وسلم جاء فيه: «الولد للفراش وللعاهر الحجر». ويُراد بهذا الحديث أن المرأة لو زنت، فإن زوجها يظل صاحب الحق في الأبوّة، في حين لو زنى الرجل، فلا حق له، وليس له إلا الحجر (أي لا شيء له) أو في تفسير آخر فإن المراد الرجم حتى الموت (وهو عقوبة الزاني المحصن). وارتكاب المرأة جريمة الزنا ليس دليلاً حاسمًا أن صاحب الحمل هو الزاني لا الزوج، حتى وإن وجد شبه بين الطفل وهذا الزاني[٧٩] .

ويرى الفقهاء القدامى أن يقين الزوجية لا يزول بالشك. ومع ذلك لو كان الزوج على يقين بأن الطفل ليس ولده ولا يريد الاعتراف به، فيمكنه حينئذ أن يلجأ إلى اللعان. فإذا وقع اللعان يحكم القاضي بفسخ النكاح ويُنسب الطفل لأمه، وإلا يبقى الحال على ما هو عليه، فلا يثبت القذف في حق الزوج ولا الزنا في حق الزوجة وحملها من غير زوجها[٨٠] .

iii لبيان أهم الاختلافات من الناحية الأخلاقية التي ترتبت على التركيز على العلاج الطبي للإنجاب والعقم، نستخدم لفظ إنجاب في الحديث عن الفترة التي سبقت ظهور تقنيات الإخصاب المساعد، وكلمة «إخصاب» في الحديث عن الفترة التي تلت ظهور هذه التقنيات.

iv للاطلاع على نقاشات موسعة لهذه القضايا وما يتعلق بها انظر: الموسوعة الفقهية، ١٩٨٣–٢٠٠٦.

### ثانيًا: الارتباط الوراثي/البيولوجي

كان الفقهاء القدامى على علم بالدور البيولوجي للزوج (الأب المحتمل) والزوجة (الأم المحتملة) الذي يشكّل التكوين الجسدي للطفل[٨١] . وقد ورد لفظ «الماءان» في الأحاديث النبوية يُراد بهما كما بيّنت الدراسات المعاصرة [٨٢،٨٣] منيِ الرجل وبويضة المرأة[٧ⅴ]. وفضلاً عن الزواج فمن الجلي أن الارتباط الوراثي/البيولوجي كان عاملاً حاسمًا لإثبات العلاقة بين الطفل المحتمل والزوجين.

وكان دور الارتباط الجيني/البيولوجي في إثبات الأمومة واضحًا. ففضلاً عن ماء المرأة أو البويضة، فإن الرحم له دور كبير في عملية الإنجاب، فهو محل الحمل والولادة. وفي زمن الفقهاء الأوائل كان من العسير تصور الفصل بين العنصرين البيولوجيين للمرأة (البويضة والرحم). وبالتالي كان الحمل والولادة دليلاً حاسمًا على ارتباط الطفل من الناحية البيولوجية/الوراثية بالمرأة التي ولدته. ولذا اتفق الفقهاء على أن المرأة التي تلد طفلاً تصير أمه بصورة تلقائية، سواء ولد الطفل على فراش الزوجية أو لا[٨٤] .

وبالنسبة لإثبات الأبوّة، فإن الفراش كان العامل الأكثر أهمية وحسمًا مقارنة بغيره من العوامل الأخرى ومن بينها الارتباط البيولوجي. ومع ذلك فإن الفراش لم يكن أساسًا كافيًا لإثبات الأبوّة إذا وُجد دليل حاسم على أن الزوج ليس صاحب الحمل (على سبيل المثال، حين يكون الزوج صغير السن لا يمكنه الإنجاب بعد، أو عاش بعيدًا جدًا عن زوجته فلا يُتصور حدوث جماع بينه وبينه زوجته، وغير ذلك). ولذا فإن الأبوّة المستندة إلى فراش الزوجية تنتفي بسبب عدم تحقق الارتباط البيولوجي [٨٥،٨٦].

واعتمد الفقهاء القدامى في بعض الأحيان على الارتباط البيولوجي كأساس لإثبات الأبوة في غياب فراش الزوجية كما في حالة وطء الشبهة. ورأى الفقهاء أنه لو وطئ أحدهم امرأة بطريق الخطأ ظنًا أنها زوجته، فعندها يُنسب إليه الطفل ويصير أبًا له [٨٧،٨٨].

### ثالثًا: العلاقة الجنسية (الجماع)

رأى الفقهاء القدامى أن الجماع هو الوسيلة الطبيعية البديهية لامتزاج ماء الزوجين وينشأ عن ذلك في نهاية المطاف التكوين الجسدي للطفل المحتمل. ومع ذلك فإن الدراسات الموجودة تبين لنا أن بعض الفقهاء لم يستبعدوا إمكانية الإنجاب بطريق استدخال المني إلى فرج المرأة. وفي المقابل ذهب عدد من الفقهاء ومعهم بعض الأطباء إلى أن هذا الأمر لا يعدو كونه افتراضًا لا يمكن تحققه في الواقع. في حين ذهب فقهاء آخرون إلى إمكانية الإنجاب بطريق استدخال المني وبحثوا الحكم الشرعي له في ضوء المنظومة الأخلاقية الإسلامية، وقالوا إن استدخال المني جائز للضرورة إذا تعذّر الإنجاب بطريق طبيعي، واشترط البعض ألا يكون خروج المني بوسيلة محرّمة بأن يكون في وطء محرم أو باستمناء [vii] عند من قال بحرمته [٨٩،٩٠].

**v** في سياق النقاشات التاريخية، شمل هذا اللفظ العلاقة القائمة على الرقّ. لكن هذه الدراسة تقتصر على استخدام الفراش بمعنى الزوجية.

**vi** أفرد الإمام مسلم بن الحجاج (ت. ٢٦١هـ/٨٧٥م) في صحيحه بابًا لهذه المسألة ترجم له بباب صفات مني الرجل والمرأة وأن الولد مخلوق من مائهما».



ثمة أمر آخر يرتبط بمسألة الجماع، ويتضح هذا الارتباط بوجه خاص عندما يبحث الفقهاء المعاصرون إمكانية زراعة الأعضاء التناسلية. وفي سياق فهمهم لفضيلة العفة اتفق الفقهاء القدامى على أن الجماع لا بد أن يقتصر على العلاقة الزوجية وأن العلاقة الجنسية خارج إطار الزوجية (الزنا) كبيرة من الكبائر في الإسلام. والأعضاء التناسلية أداة أساسية في الجماع، ونظرًا لما يصحب هذه العلاقة من اتصال حميم، وخصوصية أُطلق على الأعضاء التناسلية لفظ العورة المغلّظة. واستخدم الفقهاء هذا الاصطلام للإشارة إلى أجزاء الجسم التي يتوجب سترها، ولا يُسمح لغير الزوج بلمسها أو النظر إليها إلا إذا اقتضت الضرورة ذلك لفحص طبي تأذن به الجهات المعنية[٩١].

## المنظومة الأخلاقية للإخصاب بعد ظهور تقنيات الإخصاب المساعد

في إطار التصدي للإشكالات المعقدة متعددة الأبعاد التي نجمت عن استخدام تقنيات الإخصاب المساعد، اضطر علماء المسلمين إلى الاستعانة بعلماء العلوم الطبية الحيوية والتعاون معهم بشكل رسمي للوصول إلى تصور صحيح لبعض النواحي العلمية والطبية لهذه التقنيات المساعدة.

وكما اتضح من دراسات سابقة لمؤتمر ويش، فإن التكامل بين الفقهاء والأطباء تحقق عبر الاجتهاد الجماعي، هذا الاجتهاد الذي اتخذ شكلاً مؤسسيًا في ثمانينات القرن العشرين عبر المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في الكويت، والمجمع الفقهي الإسلامي، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي بالمملكة العربية السعودية [٩٢،٩٣].

وفي حقبة الثمانينات عقدت هذه المؤسسات الثلاث سلسلةً من المشاورات المكثفة التي شارك فيها علماء الشريعة والأطباء، ناقشوا فيها التقنيات الحديثة آنذاك ضمن تناولهم لموضوع التلقيح الصناعي وأطفال الأنابيب. وفي العقد الأخير من القرن العشرين والعقدين التاليين في مطلع القرن الحادي والعشرين جددت هذه المؤسسات النظر في قضايا محددة تدخل ضمن تقنيات الإخصاب المساعد، بمنهج تشاوري متعدد التخصصات. وكان من بين القضايا التي بحثتها هذه المؤسسات زراعة الأعضاء التناسلية، والفحص الجيني قبل زرع النطفة، واختيار جنس الجنين. ويقدم الجدول رقم (٢) نظرة عامة حول أبرز الندوات التي عقدتها تلك المؤسسات.

**vii** اختلف الفقهاء حول حكم الاستمناء، فذهب الجمهور إلى القول بالتحريم، في حين رأى البعض (وخاصة من الحنفية) أنه مكروه.

**الجدول رقم (٢): نقاشات متعددة التخصصات حول تقنيات الإخصاب المساعد (١٩٨٢-٢٠١٣)**

| الرقم | الندوة | المكان | التاريخ | الجهة المنظمة |
|---|---|---|---|---|
| **تقنيات الإخصاب المساعد - تقييم عام وموافقة مشروطة** | | | | |
| ١ | الدورة الخامسة | مكة | ٣-١١ فبراير ١٩٨٢ | المجمع الفقهي الإسلامي |
| ٢ | الإنجاب في ضوء الإسلام | الكويت | ٢٤ مايو ١٩٨٣ | المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية |
| ٣ | الدورة السابعة | مكة، المملكة العربية السعودية | ١٥-٢٠ يناير ١٩٨٤ | المجمع الفقهي الإسلامي |
| ٤ | الدورة الثامنة | مكة، المملكة العربية السعودية | ١٨-٢٩ يناير ١٩٨٥ | المجمع الفقهي الإسلامي |
| ٥ | الدورة الثانية | | ٢٢-٢٨ ديسمبر ١٩٨٥ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي |
| ٦ | الدورة الثالثة | جدة، المملكة العربية السعودية | ١١-١٦ أكتوبر ١٩٨٦ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي |
| ٧ | الدورة الثانية عشرة | مكة، المملكة العربية السعودية | ١٠-١٧ فبراير ١٩٩٠ | المجمع الفقهي الإسلامي |
| **صور خاصة من تقنيات الإخصاب المساعد** | | | | |
| ٨ | الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية | الكويت | ١٨-٢١ أكتوبر ١٩٨٧ | المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية |
| ٩ | رؤية إسلامية لزراعة بعض الأعضاء البشرية) | الكويت | ٢٣ أكتوبر ١٩٨٩ | المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية |
| ١٠ | الدورة السادسة (زراعة الأعضاء التناسلية) | جدة، المملكة العربية السعودية | ١٤-٢٠ مارس ١٩٩٠ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي |
| | الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري والعلاج الجيني: رؤية إسلامية | الكويت | ١٣-١٥ أكتوبر ١٩٩٨ | المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية |
| ١١ | الدورة الحادية عشرة (اختيار جنس الجنين) | المنامة، البحرين | ١٤-١٩ نوفمبر ١٩٩٨ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي |
| ١٢ | الدورة الثامنة عشرة (اختيار جنس الجنين) | مكة، المملكة العربية السعودية | ٨ - ١٢ أبريل ٢٠٠٦ | المجمع الفقهي الإسلامي |
| ١٣ | الدورة التاسعة عشرة (الفحص الجيني) | مكة، المملكة العربية السعودية | ٣-٨ نوفمبر ٢٠٠٧ | المجمع الفقهي الإسلامي |
| ١٤ | الدورة العشرون (الفحص الجيني) | وهران، الجزائر | ١٣-١٨ سبتمبر ٢٠١٢ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي |
| ١٥ | ندوة متخصصة (الفحص الجيني) | جدة، المملكة العربية السعودية | ٢٣-٢٥ فبراير ٢٠١٣ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية |
| ١٦ | الدورة الواحدة والعشرون (الفحص الجيني) | الرياض، المملكة العربية السعودية | ١٨-٢٢ نوفمبر ٢٠١٣ | مجمع الفقه الإسلامي الدولي |



## ١. تقنيات الإخصاب المساعد: تقييم عام وموافقة مشروطة

أظهرت النقاشات المكثفة التي جمعت بين عدة تخصصات وشهدتها أروقة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمجمع الفقهي الإسلامي، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي، تباينَ المواقف حيال تقنيات الإخصاب المساعد. ومع ذلك لم يقل أحدهم إن هذه التقنيات تجعل من المنظومة الأخلاقية للإخصاب أمرًا لا اعتبار له أو تجاوزها الزمن لأنها تُستخدم لغرض نبيل هو علاج العقم. وكان هناك إجماع على ضرورة دراسة هذه التقنيات للوقوف على مدى توافقها مع المنظومة الأخلاقية المستقرة في التراث الإسلامي.

وفي المباحثات الأولى ذهب عدد قليل من علماء الشريعة إلى أن هذه التقنيات بطبيعتها لا تتوافق مع منظومة القيم الأساسية في الإسلام، وخلصوا من ذلك إلى ضرورة حظر استخدامها. على سبيل المثال، قالوا إن عملية الإخصاب الطبيعية التي تتم عبر الجماع سوف تتحول لإخصاب يخضع لسلطة الطب عبر التلقيح الصناعي الذي يجريه طبيب لا تربطه أي علاقة بالزوجين. وأعرب أنصار هذا الاتجاه عن مخاوفهم من الآثار السلبية المحتملة لتقنيات الإخصاب المساعد على كرامة الطفل المحتمل. فقد ينظر المجتمع إلى هذا الطفل على أنه نتاج تصنيع في أنبوب اختبار، وقد تثار الشكوك حول نسبه لاحتمال وقوع خلط في الجامعات في عيادات الخصوبة [٩٤،٩٥،٩٦]. ومع ذلك، فإن هذا الموقف شهد تراجعًا هائلاً بمرور الوقت.

يرى جمهور الفقهاء والأطباء ضرورة التعامل مع تقنيات الإخصاب المساعد على أنها وسيلة طبية لعلاج العقم، ما يجعلها مباحة من الناحية الأخلاقية أو حتى مستحبّة. واستند القائلون بهذا الرأي إلى درجة من التوافق مع المنظومة الأخلاقية للإنجاب قبل ظهور هذه التقنيات. وأقر الفقهاء والأطباء بأنه لا يمكن استخدام تقنيات الإخصاب المساعد دون إفراغ عملية الإخصاب من العنصر الجنسي وبالتالي التخلص من دور الجماع. وقد جسد مفهوم استدخال المني قديمًا أساسًا كافيًا استند إليه من قالوا بأن الإخصاب اللاجنسي ليس غريبًا على التراث الإسلامي. وأن هذه الوسيلة اللاجنسية في إنجاب الأطفال كانت مقبولة لدى عدد من علماء المسلمين طالما أخفقت الوسيلة الجنسية الطبيعية. لهذا استخدم العلماء مصطلحات من قبيل الضرورة القصوى خاصة في حالة الإخصاب الصناعي في المختبر وكذا داخل الرحم [٩٧،٩٨]. كما اتفقوا أيضًا على أن استخدام تقنيات الإخصاب المساعد في علاج العقم لا تجوز إلا بشروط محددة، لضمان ألا تؤثر هذه التقنيات في الزواج ولا الارتباط البيولوجي/الوراثي [viii].

ورأى الفريق الذي شدد على الزواج وأهميته في المنظومة الأخلاقية للإخصاب أن علماء المسلمين على مر التاريخ قد أجمعوا على عدم السماح لرجل وامرأة لا يجمعهما عقد نكاح بالجماع أو الإنجاب. واتفقوا على أن تقنيات الإخصاب المساعد لا يجوز استخدامها إلا لرجل وامرأة يربطهما عقد نكاح شرعي، ونصّوا على ضوابط واشتراطات صارمة يجب التقيد بها للتأكد من عدم اختلاط الجاميتات والبويضات الملقحة مع أشخاص آخرين. وهذا الشرط هو الذي أدى إلى القول بعدم جواز تأجير الأرحام لأن المرأة في هذه الحالة تحمل من غير زوجها. وللإبقاء على عنصر الارتباط البيولوجي/الوراثي، فإن أصحاب ها القول رأوا عدم جواز استخدام هذه التقنيات لعلاج العقم عند الزوجين بالاستعانة بعنصر مأخوذ من طرف ثالث (مثل البويضة أو الحيوان المنوي أو البويضة الملقحة) [٩٩،١٠٠،١٠١].

**viii** ذهب القائلون بالموافقة المشروطة إلى ضرورة تلبية عدد من الشروط لا تقتصر على المنظومة الأخلاقية للإخصاب. والهدف من هذه الشروط الإضافية تنظيم عملية التداوي برمتها خاصة في التعامل مع الجنس الآخر. ولأن استخدام تقنيات الإخصاب المساعد تستلزم كشف عورة المرأة فقد اشترطوا ألا يكون الطبيب المعالج ذكرًا إلا إذا تعذّر وجود الطبيبة، وعندها لا بد أن تكون المرأة بصحبة زوجها أو سيدة أخرى.

**إشكالية تعدد الزوجات**

رغم الجهود المبذولة لتحقيق الانسجام قدر الإمكان في المنظومة الأخلاقية المعدلة للإخصاب بعد ظهور تقنيات الإخصاب المساعد، إلا أنها هناك قضايا شائكة تبقى محل إشكال. ومن هذه الحالات تأجير الأرحام في ضوء تعدد الزوجات. وقد بحث المجمع الفقهي الإسلامي هذه المسألة في عامي ١٩٨٤ و١٩٨٥. وأجاز المجمع سنة ١٩٨٤ تلقيح بويضة زوجة بمني زوجها ووضع البويضة الملقحة في رحم الزوجة الأخرى إذا تطوعت لحملها. ونظرًا لوجود بعض التحفظات والاعتراضات حول الارتباط البيولوجي/الوراثي بين الطفل المحتمل والزوجة الثانية، قرر المجمع إعادة بحث المسألة في دورته اللاحقة سنة ١٩٨٥ [ix]. ورأى المعترضون على قرار المجمع سنة ١٩٨٤ أنه من الممكن نظريًا ألا يترتب على غرس البويضة الملقحة في رحم الزوجة الثانية حمل، كما أن هذه الزوجة قد تحمل من معاشرة الزوج لها، مما يترتب عليه خلط الأنساب. وفي النهاية قرر المجمع سحب قرار الجواز الذي سبق أن أصدره سنة ١٩٨٤ وذهب إلى القول بتحريم كل صور استئجار الأرحام، حتى وإن كانت المرأة زوجة ثانية لنفس الشخص. وجاء قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي سنة ١٩٨٦ ومن بعده قرار المجمع الفقهي الإسلامي في عام ١٩٩٠ ليؤكد هذا التحريم، وصار هذا هو الرأي المعتبر عند هذه المؤسسات [١٠٢،١٠٣].

ورغم أن مسألة الأمومة البيولوجية المتنازع عليها يمكن الفصل فيها باختبار الحمض النووي، إلا أن مؤلفي هذه الدراسة يؤيدون القول بتحريم تأجير الأرحام حتى في حال تعدد الزوجات وذلك لأسباب أخرى. فعلى سبيل المثال، ينبغي النظر لتعدد الزوجات على أنه زيجات منفصلة ترتبط فيه كل زوجة بزوجها عبر عقد نكاح خاص بها يبقى منفصلاً عن عقد الزوجة الأخرى. كذلك فإن الزوجة الثانية التي تتطوع بحمل البويضة المخصبة في رحمها تكون في هذه الحالة طرفًا ثالثًا في عملية الإخصاب، إذ لا دخل لها بعقد نكاح الزوجة الأولى. وكذلك لا يمكن اختزال المفهوم القرآني للأمومة في الدور البيولوجي الذي يمثله ٢٣ زوجًا من الكروموسومات عبر بويضة المرأة. وهناك عدد من الآيات القرآنية التي تبيّن أن الأمومة الكاملة لا تتحقق بمعزل عن الحمل والولادة (انظر سورة البقرة، الآية ٢٣٣، وسورة لقمان، الآية ١٤، وسورة الأحقاف، الآية ١٥). وقد اتخذ العلماء من قوله تعالى «إن أمهاتهم إلا اللائي ولدنهم» (المجادلة: ٢) دليلاً قاطعًا على أن الأمومة إنما تثبت بالحمل [١٠٤].

## ٢. صور خاصة من تقنيات الإخصاب المساعد

**تجميد البويضات الملقحة/الجاميتات**

اتفق المشاركون في الندوة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية سنة ١٩٨٧ وسنة ١٩٨٩، وكذلك في دورة انعقاد مجمع الفقه الإسلامي الدولي سنة ١٩٩٠، على ضرورة توخي الحذر في إجراء عمليات الإخصاب الطبي المساعد لتجنب أي فائض في البويضات الملقحة قد لا يُستخدم لاحقًا. وكان مثار القلق الرئيسي إمكانية استفادة امرأة أجنبية غير الزوجة صاحبة البويضات من هذه البويضات الزائدة. وكان الحل الأمثل الذي توصلت إليه المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية هو تفادي وجود فائض في البويضات الملقحة، وهو الأمر الذي أوجبه مجمع الفقه الإسلامي الدولي فيما بعد. وطالب المجمع العلماء بإيجاد آلية لحفظ أو تخزين البويضات قبل التلقيح، ودون الإضرار

ix اعترض الفقيه السوري علي الطنطاوي (ت. ١٩٩٩) على هذا القرار، وأبدى تحفظه عليه، ويمكن الاطلاع على هذا التحفظ فيما كتبه أحمد الجندي (١٩٨٣).



بإمكانية الاستفادة منها في المستقبل [١٠٥،١٠٦،١٠٧]. ويمكن القول إن هذه المؤسسات تجيز، بل توصي، بتجميد الجاميتات (وخاصة البويضات)، وإن لم تنص على ذلك صراحةً، لتجنب إشكالية التخلص من البويضات الزائدة في التلقيح الصناعي. ووفقًا لهذا الرأي فإن التخلص من الجاميتات الفائضة هو أقل إشكالاً من الناحية الأخلاقية مقارنة بالتخلص من البويضات الملقحة الزائدة.

واستنادًا إلى هذه النقاشات، فإن مؤلفي هذه الدراسة يرون أن تجميد البويضات أو الحيوانات المنوية بشكل منفصل بلا تلقيح ينبغي أن يكون الخيار الأول في عملية التجميد طالما أن تجميد الجاميتات المنفصلة يكفي في علاج العقم. وهناك أصوات في حقل الأخلاق الطبية الإسلامية المعاصر لا ترى فرقًا بين تجميد الجاميتات لأسباب طبية أو اجتماعية [١٠٨]. فهذا التجميد جائز في حق المرضى الذين يخضعون لعلاج يسبب العقم (مثل العلاج الكيماوي) وفي حق النساء اللاتي يرغبن في الحفاظ على الخيارات الإنجابية مستقبلاً. وإذا تعذر هذا الخيار الأول أو لم يكن كافيًا لسبب من الأسباب، فإن الخيار الثاني هو تجميد البويضة الملقحة للزوجين. وفي سياق القرارات الصادرة عن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ومجمع الفقه الإسلامي الدولي بشأن الفائض من البويضات الملقحة، توصي الدراسة الحالية بالحد من عدد هذه البويضات الملقحة لتقليل فرص الفائض منها الذي لا يحتاجه الزوجان [x].

والسبب المنطقي في إعطاء الأولوية لخيار التجميد يعود إلى الوضع الأخلاقي للجاميتات التي تأتي في مرتبة أدنى من البويضات الملقحة، وذلك لأن البويضة أو الحيوان المنوي لا يمكن أن يتطور بشكل مستقل ليصبح بويضة مخصبة دون امتزاج بينهما أثناء عملية التلقيح. وعلاوة على ذلك، فإن الحصول على الموافقة المستنيرة يكون أكثر سهولة في حالة الجاميتات نظرًا لاقتصار الموافقة على شخص واحد. أما في حال البويضات الملقحة فلا بد من موافقة الزوجين، وقد ينشأ الخلاف حول مصير البويضات المجمدة.

**زراعة الأعضاء التناسلية**

صدر قرار حاسم عن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (سنة ١٩٨٩) ومجمع الفقه الإسلامي الدولي (١٩٩٠) بمنع زراعة الغدد التناسلية (الخصية أو المبيض) المسؤولة عن إفراز الجاميتات والهرمونات الجنسية. فزراعة هذه الخلايا التناسلية يتنافى مع المنظومة الأخلاقية للإنجاب، خاصة فيما يتعلق بالارتباط البيولوجي/الوراثي. على سبيل المثال، عند زراعة الخصية فإن الطفل لا يكون مرتبطًا من الناحية البيولوجية أو الوراثية بهذا الشخص، وإنما بالشخص المتبرع بالخصية، وكذلك الحال في زراعة المبيض [١٠٩،١١٠].

وركزت النقاشات التي تناولت الأعضاء التناسلية على الرحم والمهبل والقضيب. ومن حيث المبدأ فإن هذه الأعضاء الثلاثة لا تثير أي مخاوف بشأن الارتباط البيولوجي/الوراثي لأنها لا تحتوي على

x رأى البعض ضرورة منع تجميد البويضات الملقحة بشكل قاطع طالما أن هناك قبول لفكرة تجنب حدوث فائض من البويضات الملقحة (انظر: عبد العزيز الشويرخ، ٢٠٠٧). ومع ذلك نرى أن القرار الذي صدر عن المنظمة والمجمع لا يدعم هذا الارتباط المفترض. وعبارة «زائد عن الحاجة» التي وردت في الفتاوى الصادرة عن هذه المؤسسات تبين أن البويضات الملقحة (الأجنة) التي لا تُستخدم للإنجاب إما أنها تموت بشكل طبيعي أو يتم التخلص منها أو تُستخدم لأغراض بحثية. ورأى بعض المشاركين في هذه المناقشات أن هذه الخيارات الثلاثة تنطوي على إشكالية أخلاقية. ومع ذلك، فإن تجميد البويضات ليستفيد منها الزوجان لاحقًا في إنجاب الأطفال، لا تستلزم بالضرورة إن أجريت بشكل صحيح وجود فائض من البويضات الملقحة.

المادة الوراثية التي يمكن نقلها إلى الطفل المرتقب. ومع ذلك استقر الرأي الأخلاقي على التمييز بين الرحم، وبين المهبل والقضيب. ورغم عدم ورود نص صريح على ذلك في القرارات الصادرة عن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ومجمع الفقه الإسلامي الدولي[xi]، إلا أن زراعة الرحم تجوز بالشروط المطلوبة لزراعة أي أعضاء بشرية أخرى. أما زراعة المهبل أو القضيب فهناك منع صريح لها[xii] إلا في حالات استثنائية محدودة[xii] . ويتعلق هذا المنع بالجماع والمعاشرة في المنظومة الأخلاقية للإنجاب، خاصة في مسألة العورة المغلّظة. وحجتهم، في ذلك أنه لا يجوز لمس هذه العورة المغلظة ولا النظر إليها إلا للزوج، وبالتالي لا يمكن زرعها في جسد شخص آخر لتيسير عملية المعاشرة[112،113].

## الفحص الجيني قبل زرع النطفة واختيار جنس الجنين

يتضح من المناقشات التي شهدتها ندوات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية والمجمع الفقهي الإسلامي أن استخدام الفحص الجيني قبل زرع النطفة للتحكم في جنس المولود هو مكمن الإشكال الأكبر، بينما تخف ملامح هذا الإشكال بعض الشيء عند استخدام هذه التقنية للتنبؤ بحالات وراثية معينة قد يعاني منها الطفل، ووجود احتمال في أن تكون هذه الحالات المرضية الوراثية مرتبطة بجنس محدد. ومن الممكن استخدام هذا الفحص الجيني لعلاج العقم عند من يطمحون للإنجاب، وهو أقل الصور إثارةً للجدل.

وقد بحثت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية قضية اختيار جنس الجنين سنة ١٩٨٣ ورأت أنه لا يجوز اللجوء لهذا الأمر على الصعيد الوطني. وتباينت آراء المشاركين في مدى جواز هذا الأمر إذا تم على صعيد فردي[114] . وفي عام ٢٠٠٧ صدر قرار من المجمع الفقهي الإسلامي يحرّم استخدام تقنيات الإخصاب الصناعي لاختيار جنس الجنين مطلقًا[xiii]. وشدّد المجمع على أن الأصل في المسلم التسليم بقضاء الله وقدره، والرضا بما يرزقه الله من ولد، ذكراً كان أو أنثى، ويحمد الله تعالى على ذلك، فالخيرة فيما يختاره الباري، وأن القرآن ذمّ فعل أهل الجاهلية لعدم التسليم والرضا بالمولود إذا كان أنثى [115] (سورة النحل: ٥٨–٥٩)[xiv]. ويدعم مؤلفو هذه الدراسة القول بتحريم اللجوء إلى تقنيات الإخصاب المساعد، ومنها الفحص الجيني قبل زرع النطفة، لاختيار جنس محدد للجنين. وفي ضوء السياق الاجتماعي والثقافي السائد في العالم العربي والإسلامي، وفي العديد من بلدان العالم، فإن فتح المجال أمام هذا النوع من الممارسات سوف يترتب عليه خطر التقليل من تداعيات السلوكيات الجنسية والتمييز على أساس النوع، وجعلها مستساغة تحت ستار التقنيات الحديثة.

**xi** أشارت البيانات الصادرة عن المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ومجمع الفقه الإسلامي الدولي إلى قرار المجمع بشأن زراعة الأعضاء الذي صدر عن الدورة الرابعة التي عقدت بتاريخ ٦–١١ فبراير ١٩٨٨. وتركزت الشروط حول احترام كرامة المتبرع والمتلقي، ودراسة المخاطر والمزايا المترتبة على هذه العملية دراسة واعية.

**xii** رأى العالم الشيعي، محمد علي التسخيري، الذي شارك في المناقشات التي جرت سنة ١٩٨٨، أن زراعة الغدد أو الأعضاء التناسلية، ومنها القضيب والمهبل، لا تنطوي على أي إشكالات أخلاقية. فما إن تتم زراعة العضو حتى يصير ملكًا للمتبرع إليه ويصبح جزءًا من جسده. واتفق مع هذا الرأي العالم السنّي عبد الله محمد عبد الله في حديثه عن زراعة الغدد التناسلية.



وفي إطار دراسة قضية الهندسة الوراثية وعلم الجينوم (١٩٩٠–٢٠١٣)[xv] بحثت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والمجمع الفقهي الإسلامي، ومجمع الفقه الإسلامي الدولي، مسألة استخدام الفحص الجيني قبل زرع النطفة لفحص طفل الأنابيب لاكتشاف أي أمراض وراثية. وقد انتهى الأمر إلى صدور قرار سنة ٢٠١٣ يجيز إجراء الفحص الجيني وفق الشروط الاحترازية المقررة للاستفادة من تقنيات الإخصاب المساعد، وذلك لضمان عدم اختلاط البويضات الملقحة لعدة أشخاص[116] . وقد نص قرار المجمع الفقهي الإسلامي سنة ٢٠٠٧ على أنه لا يجوز أي تدخل طبي لاختيار جنس الجنين، إلا في حال الضرورة العلاجية في الأمراض الوراثية، التي تصيب الذكور دون الإناث، أو بالعكس، فيجوز حينئذٍ التدخل، بالضوابط الشرعية المقررة[117] . ونرى أن التعقيدات وأوجه الغموض المتأصلة في الفحص الجيني قبل زرع النطفة لم تلق عناية كافية في قرارات هذه المؤسسات، ومثال ذلك تباين أعراض الأمراض المتوقعة، وعدم القدرة على علاجها، وتطرق الاحتمال إلى نتائج الفحص، وغير ذلك. ولدراسة هذه التعقيدات دراسةً وافية، نوصي باتباع منهج يتناول كل حالة على حدة على يد لجنة أخلاقية متعددة التخصصات لتحديد أفضل الممارسات.

رغم عدم ورود ذكر صريح في النقاشات المؤسسية، فإن استخدام الفحص الجيني قبل زرع النطفة لعلاج العقم عند الزوجين يبدو الأقل إثارة للجدل بين الأغراض المختلفة لاستخدام هذه التقنية. ويُحتمل أن المشاركين في هذه النقاشات لم يتصوروا إمكانية استخدام الفحص الجيني لهذا الغرض. وقد اعترض بعضهم على استخدامه لاختيار جنس الجنين أو للوقاية من أمراض وراثية، وحجتهم، في ذلك أن القول بجواز اللجوء لتقنيات الإخصاب المساعد مقصور على علاج العقم، ولا ينسحب على أي من هذين الغرضين[118] . ويمكن أن نخلص من هذا كله إلى أنه لو تسنى لنا الاستفادة من الفحص الجيني قبل زرع النطفة لتحقيق نتائج إيجابية، كأن يتم تقليل الحاجة إلى تكرار محاولات التلقيح الصناعي مثلاً[119] ، فعندئذٍ ينبغي السماح به بالضوابط الشرعية المقررة بوجه عام لاستخدام تقنيات الإخصاب المساعد.

**xiii** تجدر الإشارة إلى أن قرار المجمع الفقهي الإسلامي أجاز اختيار جنس الجنين بالطرق الطبيعية؛ كالنظام الغذائي، والغسول الكيميائي، وتوقيت الجماع بتحري وقت الإباضة؛ لكونها أسبابًا مباحة لا محذور فيها. (انظر: المجمع الفقهي الإسلامي، ٢٠١٠). ومراعاة لنطاق الدراسة وحجمها لم نذكر النقاشات التفصيلية لكيفية التمييز بين الطرق الطبيعية وغيرها في هذا الصدد.

**xiv** قال تعالى: ﴿وَإِذَا بُشِّرَ أَحَدُهُمْ بِالْأُنْثَى ظَلَّ وَجْهُهُ مُسْوَدّاً وَهُوَ كَظِيمٌ * يَتَوَارَى مِنَ الْقَوْمِ مِنْ سُوءِ مَا بُشِّرَ بِهِ أَيُمْسِكُهُ عَلَى هُونٍ أَمْ يَدُسُّهُ فِي التُّرَابِ أَلَا سَاءَ مَا يَحْكُمُونَ﴾.

**xv** يمكن الوقوف على إطلالة تاريخية على هذه النقاشات المؤسسية عند: محمد غالي (٢٠٠٦) ص ٣٢–٣٣. ولمزيد من النقاشات التفصيلية، انظر، غالي (٢٠١٩).

# القسم الثالث: توصيات بشأن السياسات

توضح هذه الدراسة بشكل عام أن الإشكالات التي نجمت عن تقنيات الإخصاب المساعد أدت إلى اختلاف في الآراء عبر المنظومة الأخلاقية الإسلامية. وقد منح هذا الاختلاف أخصائيي الرعاية الصحية ومرضاهم، وصناع السياسات حرية أكبر في وضع السياسات التنظيمية وصياغة اللوائح والقوانين. ونلخص في هذا القسم، فهمنا للأدلة ثم نقدم أبرز التوصيات والنتائج.

١. **ليس هناك إشكال في استخدام تقنيات الإخصاب المساعد لعلاج العقم في رأي جمهور العلماء**

لا يرى جمهور العلماء بأسًا في استخدام تقنيات الإخصاب المساعد لعلاج العقم، فلا ينطوي هذا على إشكالات دينية أو فقهية مستعصية. ويمكن تنظيم الاستفادة من هذه التقنيات عبر عدد من الشروط والاحتياطات لضمان عدم إخلالها بأي من القواعد الأخلاقية.

٢. **لا بد أن تقتصر الاستفادة من تقنيات الإخصاب المساعد في إنجاب الأطفال على المتزوجين دون غيرهم**

من الضروري تنظيم العلاقات الجنسية بين الذكر والأنثى وعملية الإنجاب عبر الزواج؛ وبناءً على ذلك، يقتصر التلقيح الصناعي لجاميتات الزوج وزرع البويضة المخصبة في رحم المرأة على المتزوجين بعقد نكاح شرعي.

٣. **الإخصاب الذي يشترك فيه طرف ثالث سوى الزوجين غير جائز**

لا يجوز استخدام تقنيات الإخصاب المساعد لعلاج العقم عند الزوجين إذا كانت البويضات أو الحيوانات المنوية مأخوذة أو متُبرع بها من طرف ثالث. فهذا الإخصاب الذي يشارك فيه طرف ثالث أو بمساعدة متبرع يتعارض مع المنظومة الأخلاقية للإخصاب في الإسلام.

٤. **جميع صور تأجير الأرحام محرمة**

ويسري هذا على الصورة التي تحمل فيه صاحبة الرحم البديل البويضةَ الملقحة لزوجين، سواء كانت هذه البويضة منها أو من الزوجة. وفي ضوء ما ذهب إليه جمهور العلماء، نرى ضرورة حظر تأجير الأرحام في حال تعدد الزوجات، بأن تكون صاحبة الرحم البديل زوجةً ثانية للرجل ذاته.

٥. **لا إشكال في تجميد البويضات من الناحية الأخلاقية، ولا بأس في تجميد البويضات الملقحة للزوجين على أن يكون هذا هو الخيار الثاني.**

في حالة الضرورة الطبية (كأن يكون الشخص مريض سرطان يتلقى علاجًا كيماويًا قد يسبب العقم) يكون لدى المرضى الخيار في تجميد الجاميتات، حتى وإن لم يكن هناك زواج في الوقت الحالي، على ألا تُستخدم هذه البويضات المجمدة في الإنجاب إلا بعد الزواج. وفي ضوء بعض الآراء التي شهدها حقل الأخلاق الطبية الإسلامية، نوصي بعدم التوسع في جواز تجميد الجاميتات إلا لأسباب اجتماعية مقبولة من الناحية الأخلاقية. وفيما يخص الأزواج، فإن تجميد البويضات الملقحة جائز من حيث المبدأ على ألا يُلجأ إليه إلا إذا لم تكن هناك فرصة في تجميد الجاميتات المنفصلة أو كان تجميد البويضات الملقحة هو الأسلوب الأنسب لعلاج العقم.



٦. **زراعة الرحم جائزة**

تجوز زراعة الأعضاء لغرض العلاج الطبي طالما أجريت بصورة أخلاقية (بأن تُراعى مثلاً الكرامة الإنسانية للمتبرع والمتبرع إليه، والحصول على نموذج الموافقة المستنيرة، وعدم الاتجار بجسم الإنسان، وغير ذلك). وهناك إجماع تقريبًا على إمكانية علاج العقم بزرع رحم امرأة في جسم امرأة أخرى.

٧. **لا يجوز علاج العقم بزرع المبيض أو الخصية أو القضيب أو المهبل**

من الضروري منع زراعة المبيض أو الخصية، والسبب في ذلك أنهما يحتفظان بالمادة الوراثية للمتبرع التي تنتقل إلى الأبناء في المستقبل. ولا شك أن زراعة هذه الأعضاء يضرّ بمفهوم الأبوّة في الإسلام، وهو مفهوم استقر على مرّ الزمان. أما السبب في حظر زراعة القضيب أو المهبل فيعود إلى القواعد الأخلاقية للعفّة في الإسلام، إذ يحرُم النظر إلى العورة المغلّظة لشخص أجنبي أو لمسها، وخاصة في سياق المعاشرة الجنسية.

٨. **ضرورة تقييد جميع صور الاستخدام الجائز لتقنيات الإخصاب المساعد بمبدأ الضرورة الطبية**

لا ينبغي اللجوء إلى تقنيات الإخصاب المساعد في علاج العقم إلا إذا لم تفلح التدخلات الطبية الأخرى الأقل تعقيدًا. ويتعين على المستشفيات وعيادات الخصوبة وضع بروتوكولات ولوائح خاصة وسياسات لتحديد الأولويات تبعًا لذلك. ولذا لا ينبغي استخدام هذه التقنيات لأغراض خارجة عن نطاق الضرورة الطبية، مثل اختيار جنس المولود. ولا بد من تنظيم لعملية تحديد عدد البويضات التي يجري تلقيحها وعدد البويضات التي تُزرع في رحم الزوجة دون أن يستتبع ذلك وجود فائض في البويضات الملقحة أو وقوع حمل متعدد. وعلاوة على ذلك، ينبغي تقديم خدمات الإخصاب الطبي المساعد للمتزوجين ممن هم في حاجة ماسّة إليها، وألا يقتصر ذلك على من يمكنهم تحمل نفقات العلاج الباهظة. ولا بد من وجود ضوابط مؤسسية وطنية لتحديد انقضاء الضرورة الطبية، على سبيل المثال بعد الوصول إلى عدد معين من الدورات العلاجية أو إنجاب عدد معين من الأطفال، ونحو ذلك.

٩. **من الضروري وضع لوائح تنظيمية وطنية موحدة أو قوانين مقننة أو كليهما معًا**

في إطار السعي إلى الحد من حالة الفوضى والارتباك التي يشتكي منها العديد من أخصائيي الرعاية الصحية، نوصي بوضع لوائح تنظيمية وطنية أو سياسات أو قوانين لتوحيد الممارسات الخاصة بتقنيات الإخصاب المساعد. ويمكن لقطر وغيرها من البلدان ذات الأغلبية المسلمة، التي لا تزال تعاني من فجوة كبيرة في هذا المجال، إنشاء لجان متعددة التخصصات تضم خبراء في تخصصات عدة للإفادة من التنوع الموجود في الخطاب الإسلامي حول تقنيات الإخصاب الصناعي.

# شكر وتقدير

أعدّ هذا البحث:

- محمد غالي، مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق، كلية الدراسات الإسلامية، جامعة حمد بن خليفة
- مها العكوم، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»
- علياء عبد الهادي، مركز الإخصاب الطبي المساعد، مؤسسة حمد الطبية
- عائشة يوسف، سدرة للطب

ويعود الفضل في إتمام هذه الدراسة إلى عدد من الأشخاص الذين أسهموا برؤى فريدة، وفي مقدمتهم أعضاء مؤتمر ويش. فهذا هو المنتدى البحثي الثالث على التوالي الذي خصصه ويش لبحث القضايا الطبية الحيوية من منظور الأخلاق الإسلامية. ونود أن نعرب عن خالص تقديرنا لمؤسسة ويش ورئيس مجلس الإدارة التنفيذي لها، البروفيسور اللورد دارزي، لما أبدوه من ثقة ودعم متواصل.

وكان للعديد من الزملاء في ويش دور محوري خلف الستار. وللأسف لا يتسع المقام لذكر جميع الأسماء. ونود في هذا الصدد أن نعرب عن خالص الشكر والتقدير للسيدة سلطانة أفضل، الرئيس التنفيذي لمؤتمر ويش، والسيدة ديدي تومبسون، الشريك البحثي بمؤتمر ويش، لما قدموه من وقت وجهد في قراءة المسودات الأولى من هذه الدراسة وإبداء تعليقات ومقترحات نافعة لتحسين صورتها النهائية.

وخلال مسيرة العمل في هذا المشروع، استعنّا بخبرة العديد من العلماء والمتخصصين في الدراسات الإسلامية والعلوم الطبية، وقدموا جميعًا رؤى فريدة وملاحظات دقيقة، نشكرهم عليها بأسمى العبارات.

كما نود أن نعرب عن شكرنا للزملاء في مؤسسة حمد الطبية، وفي مقدمتهم الدكتور محمد شحاتة، مؤسس وحدة الإخصاب الطبي المساعد، والذي استفاد الفريق البحثي من خبرته في تناول تاريخ هذه الوحدة وتطورها إلى أن وصلت إلى الصورة التي عليها اليوم. وفي الختام، وكما حدث في منتديات ويش السابقة، فإن الزملاء في مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق قدموا لنا العون الكبير في عملنا في هذا المنتدى البحثي.



# المراجع

1. Cross, C. *Why can't I get pregnant?* Johns Hopkins Medicine. www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/why-cant-i-get-pregnant [accessed 11 October 2020].
2. Mélodie V, Christine W. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*. 2018; 62, P2–10.
3. Ergin RN, et al. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018; 15(1), P46–49.
4. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 117(2), P 126–131.
5. Shindel AW, et al. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *Journal of Urology*. 2008; 179(3), P1056–1059.
6. Monga M, et al. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004; 63(1), P126–130.
7. Tabong PT-N, Adongo PB. Infertility and childlessness: A qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 72(13).
8. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2015; 103(6), E44–50.
9. Blaževičiene A, Jakušovaite I, Vaškelyte A. Attitudes of fertile and infertile woman towards new reproductive technologies: A case study of Lithuania. *Reproductive Health*. 2014; 11(1), P1–7.
10. Mascarenhas MN, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*. 2012; 9(12), P1–12.
11. Datta J, et al., Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*. 2016; 31(9), P2108–2118.
12. Sun H, et al. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: Results from a global burden of disease study, 2017. *Aging*. 2019; 11(23), P10952–10991.
13. Mascarenhas MN, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*. 2012; 9(12), P1–12.
14. Mascarenhas MN, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*. 2012; 9(12), P1–12.

15. Mascarenhas MN, et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*. 2012; 9(12), P1–12.

16. Committee on Gynecologic Practice and The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Female age-related fertility decline: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2014; 101(3), P633–634.

17. Harris ID, et al. Fertility and the aging male. *Reviews in Urology*. 2011; 13(4), E184–190.

18. Committee on Gynecologic Practice and The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Female age-related fertility decline: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2014; 101(3), P633–634.

19. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evidence-based treatments for couples with unexplained infertility: A guideline. *Fertility and Sterility*. 2020; 113(2), P305–322.

20. Cleveland Clinic. *Infertility: Risk factors*. my.clevelandclinic.org/health/articles/16063-infertility-risk-factors [accessed 11 October 2020].

21. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evidence-based treatments for couples with unexplained infertility: A guideline. *Fertility and Sterility*. 2020; 113(2), P305–322.

22. American College of Obstetricians and Gynecologists. Infertility Workup for the Women's Health Specialist, ACOG Committee Opinion Number 781. *Obstetrics and Gynecology*. 2019; 133(6).

23. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, Practice Committee of the Society of Reproductive Biologists and Technologists. Minimum standards for practices offering assisted reproductive technologies: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2020; 113(3), P536–541.

24. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Comparison of pregnancy rates for poor responders using IVF with mild ovarian stimulation versus conventional IVF: A guideline. *Fertility and Sterility*. 2018; 109(6), P993–999.

25. Committee on Gynecologic Practice. Oocyte cryopreservation. *Journal of the American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2016; 584, P12–13.

26. Committee on Gynecologic Practice. Oocyte cryopreservation. *Journal of the American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2016; 584, P12–13.

27. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2019; 112(6), P1022–1033.

28. Chen L, et al. Reproductive and hormonal considerations in women at increased risk for hereditary gynecologic cancers: Society of Gynecologic Oncology and American Society for Reproductive Medicine evidence-based review. *Fertility and Sterility*. 2019; 112(6), P1034–1042.





29. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. American Society for Reproductive Medicine position statement on uterus transplantation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2018; 110(4), P605–610.

30. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. American Society for Reproductive Medicine position statement on uterus transplantation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2018; 110(4), P605–610.

31. Committee on Gynecologic Practice. Preimplantation Genetic Testing. *Journal of the American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2020; 135(3), P133–137.

32. Kamel RM. Assisted reproductive technology after the birth of Louise Brown. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2013; 14(3), P96–109.

33. De Kretzer D, et al. Transfer of a human zygote. *The Lancet*. 1973; 302(7831), P728–729.

34. Pacific Fertility Center. *Firsts in fertility – a historical timeline, 2015*. www.pacificfertilitycenter.com/blog/firsts-fertility-historical-timeline [accessed 23 October 2020].

35. Kamel RM. Assisted reproductive technology after the birth of Louise Brown. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2013; 14(3), P96–109.

36. Chambers GM, et al. The economic impact of assisted reproductive technology: A review of selected developed countries. *Fertility and Sterility*. 2009; 91(6), P2281–2294.

37. Jones Jr HW, et al. International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: Preface. *Fertility and Sterility*. 2011; 95(2), P491.

38. Inhorn MC, Patrizio P, Serour GI. Third-party reproductive assistance around the Mediterranean: Comparing Sunni Egypt, Catholic Italy and multisectarian Lebanon. *Reproductive BioMedicine Online*. 2010; 21(7), P848–853.

39. Inhorn MC. *Local Babies, Global Science: Gender, religion, and in vitro fertilization in Egypt*. New York: Routledge; 2012.

40. Gürtin ZB, Ahuja KK, Golombok S. Egg-sharing, consent and exploitation: Examining donors' and recipients' circumstances and retrospective reflections. *Reproductive BioMedicine Online*. 2012; 24(7), P698–708.

41. Tappan R. *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia*. New York: Berghahn Books; 2012.

42. Abbasi-Shavazi MJ, et al. The "Iranian ART Revolution": Infertility, assisted reproductive technology, and third-party donation in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Middle East Women's Studies*. 2008; 4(2), P1–28.

43. Inhorn MC, Tremayne S. *Islam and Assisted Reproductive Technologies*. New York: Berghahn Books; 2012.

44. Inhorn MC. Privacy, privatization, and the politics of patronage: Ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization. *Social Science and Medicine*. 2004; 59(10), P2095–2108.

45. Burjaq H, Al-Bader M, Shahata M. The assisted conception unit in Hamad Medical Corporation: An overview, achievements, and future directions. *Journal of Pregnancy and Newborncare*. 2020; 3(1), P1–4.

46. Shahata M. Personal communication on establishment of ACU in Qatar. 2020.

47. Burjaq H, Al-Bader M, Shahata M. The assisted conception unit in Hamad Medical Corporation: An overview, achievements, and future directions. *Journal of Pregnancy and Newborncare*. 2020; 3(1), P1–4.

48. Mitchell AA. Infertility treatment — more risks and challenges. *The New England Journal of Medicine*. 2002; 346(10), P769–770.

49. Parens E, Knowles LP. Reprogenetics and public policy: Reflections and recommendations. *The Hastings Center Report*. 2007; 33(4).

50. Rebar RW, DeCherney AH. Assisted reproductive technology in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 2004; 350(16), P1603—1604.

51. Ledger WL, et al. Fertility and assisted reproduction: The costs to the NHS of multiple births after IVF treatment in the UK. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 113(1), P21–25.

52. McLernon DJ, et al. Clinical effectiveness of elective single versus double embryo transfer: Meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *BMJ*. 2010; 341, C6945.

53. Sharp RR, et al., Moral attitudes and beliefs among couples pursuing PGD for sex selection. *Reproductive Biomedicine Online*. 2010; 21(7), P838–847.

54. Ehrich K, et al. Choosing embryos: Ethical complexity and relational autonomy in staff accounts of PGD. *Sociology of Health and Illness*. 2007; 29(7), P1091–1106.

55. Brezina PR, Zhao Y. The ethical, legal, and social issues impacted by modern assisted reproductive technologies. *Obstetrics and Gynecology International*. 2012; 2012, ID686253.

56. Jain T, Hornstein MD. Disparities in access to infertility services in a state with mandated insurance coverage. *Fertility and Sterility*. 2005; 84(1), P221–223.

57. Mladovsky P, Sorenson C. Public Financing of IVF: A Review of Policy Rationales. *Health Care Analysis*. 2010; 18(2), P113–128.

58. World Health Organization. Infections, pregnancies, and infertility: Perspectives on prevention. *Fertility and Sterility*. 1987; 47(6), P964–968.

59. Ledger WL, et al. Fertility and assisted reproduction: The costs to the NHS of multiple births after IVF treatment in the UK. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 113(1), P21–25.

60. Murphy TF. Ethics and the prohibition of donor gametes in fertility medicine. *Reproductive Biomedicine Online*. 2009; 18, P60–67.

61. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Interests, obligations, and rights of the donor in gamete donation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2009; 91(1), P22–27.





62. Levens ED, DeCherney AH. Human oocyte research: The ethics of donation and donor protection. *JAMA*. 2008; 300(18), P2174–2176.

63. Levine AD. The oversight and practice of oocyte donation in the United States, United Kingdom and Canada. *HEC Forum*. 2011; 23(1), P15–30.

64. Sauer J. Competing interests and gamete donation: The case for anonymity. *Seton Hall Law Review*. 2009; 39, P919–954.

65. Paul MS, et al. Relinquishing frozen embryos for conception by infertile couples. *Families, Systems, and Health*. 2010; 28(3), P258–273.

66. Bjuresten K, Hovatta O. Donation of embryos for stem cell research—how many couples consent? Short communication. *Human Reproduction*. 2003; 18(6), P1353–1355.

67. Baylis F. For love or money? The saga of Korean women who provided eggs for embryonic stem cell research. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2009; 30(5), P385.

68. James S, et al. Avoiding legal pitfalls in surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedicine Online*. 2010; 21(7), P862–867.

69. James S, et al. Avoiding legal pitfalls in surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedicine Online*. 2010; 21(7), P862–867.

70. Damelio J, Sorensen K. Enhancing autonomy in paid surrogacy. *Bioethics*. 2008; 22(5), P269–277.

71. Quradāghī, ʿA al-. *Fiqh al-qaḍāyā al-ṭibbiyya al-muʿāṣira: Dirāsa ṭibbiyya fiqhiyya muqārana muzawwada bi qarārāt al-majāmiʿ al-fiqhiyya wa al-nadawāt Al-ʿilmiyya*. Beirut: Dār al-Bashāʾir al-Islāmiyya; 2006.

72. Muḥsinī, M al-. *Al-Fiqh wa masāʾil ṭibbyya*. Qom: Qom Mu'assasat Bustān Kitāb Qum; 2003.

73. Inhorn M. *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia perspectives*. New York: Berghahn Books; 2012.

74. Naef S. The Iranian Embryo Donation Law and surrogacy regulations: The intersection of religion, law and ethics. *Die Welt des Islams*. 2015; 348–377.

75. Abbasi-Shavazi M, et al. The "Iranian ART Revolution": Infertility, assisted reproductive technology, and third-party donation in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Middle East Women's Studies*. 2008; P1–28.

76. Asqalānī, Ibn Ḥ al-. *Fatḥ al-Bārī*. Beirut: Dār al-Maʿrifa; 1960.

77. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

78. Fayyūmī, A al-. *Al-Miṣbāḥ al-munīr fī gharīb al-sharḥ al-kabīr*. Beirut: Al-Maktaba al-'Ilmiyya; 1976.

79. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

80. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

81. Qudāma, Ibn. *Al-Mughnī*. Cairo: Maktabat al-Qāhira; 1986.

82. Ibn al-Ḥajjāj, M. *Ṣaḥīḥ Muslim*. Beirut: Dār Iḥyāʾ al-Turāth al-ʿArabī; 2003.

83. Lashīn, M. *Fatḥ al-Munʿim sharḥ Ṣaḥīḥ Muslim*. Cairo: Dār al-Shurūq; 2002.

84. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

85. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

86. Qudāma, Ibn. *Al-Mughnī*. Cairo: Maktabat al-Qāhira; 1986.

87. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

88. Ḥamad, Ḥ al-. *Sharḥ zād al-mustaqniʿ*. www.shamela.ws [accessed 11 October 2020].

89. Qudāma, Ibn. *Al-Mughnī*. Cairo: Maktabat al-Qāhira; 1986.

90. Anṣārī, Z al-. *Al-Ghurrar al-bahiyya fī sharḥ al-bahja al-wardiyya*. Cairo: Al-Maṭbaʿa al-Maymaniyya; 1897.

91. Various Muslim scholars (1983–2006). *Al-Mawsūʿa al-fiqhiyya*. Kuwait: Wizārat al-Awqāf wa al-Shuʾūn al-Islāmiyya.

92. Ghaly M. *Genomics in the Gulf Region and Islamic Ethics*. Doha: World Innovation Summit for Health (WISH); 2016.

93. Ghaly M. *Palliative Care and Islamic Ethics: Exploring key issues and best practice*. Doha: World Innovation Summit for Health; 2018.

94. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1986–1987.

95. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1986–1987.

96. Marḥaba, I. *Al-Bunūk al-ṭibiyya al-bashariyya wa aḥkāmuhā al-fiqhiyya*. Riyadh: Dār Ibn al-Jawzī; 2008.

97. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1986–1987.

98. Marḥaba, I. *Al-Bunūk al-ṭibiyya al-bashariyya wa aḥkāmuhā al-fiqhiyya*. Riyadh: Dār Ibn al-Jawzī; 2008.

99. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1986–1987.

100. Marḥaba, I. *Al-Bunūk al-ṭibiyya al-bashariyya wa aḥkāmuhā al-fiqhiyya*. Riyadh: Dār Ibn al-Jawzī; 2008.

101. Jundī, A al-. *Al-Injāb fī ḍawʾal-Islām*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1983.

102. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1986–1987.

103. Shabana A. Foundations of the Consensus against Surrogacy Arrangements in Islamic Law. *Islamic Law and Society*. 2015; P82–113.

104. Jundī, A al-. *Al-Injāb fī ḍawʾal-Islām*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1983.

105. Madhkūr, K al-, et al. *Al-ruʾya al-Islāmiyya li baʿḍ al-mumārasāt al-ṭibbiyya*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1995.

106. Jundī, A al-. *Al-Injāb fī ḍawʾal-Islām*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1994.

107. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1990.

108. Ali Al-Bar, M, Hassan C-P. *Contemporary Bioethics: Islamic Perspective*. London: Springer; 2015

109. Jundī, A al-. *Al-Injāb fī ḍawʾal-Islām*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1994.

110. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1990.

111. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1988.

112. Jundī, A al-. *Al-Injāb fī ḍawʾal-Islām*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1994.

113. Al-Majmaʿ. *Majallat Majmaʿ al-Fiqh al-Islāmī al-dawlī*. Jeddah: International Islamic Fiqh Academy; 1990.

114. Jundī, A al-. *Al-Injāb fī ḍawʾal-Islām*. Kuwait: Islamic Organization for Medical Sciences; 1983.

115. Al-Majmaʿ al-Fiqhī al-Islāmī. *Qarārāt al-Majmaʿ al-Fiqhī al-Islāmī bi Makka al-Mukarrama fī dawrātih al-ʿishrīn*. Mecca: Islamic Fiqh Academy; 2010.

116. Baʿdānī, M al-. *Tabwīb qarārāt majmaʿayy al-fiqh (al-dawlī wa al-rābiṭa) ilā al-dawra al-thānya wa al-ʿishrīn*. 2016.

117. Al-Majmaʿ al-Fiqhī al-Islāmī. *Qarārāt al-Majmaʿ al-Fiqhī al-Islāmī bi Makka al-Mukarrama fī dawrātih al-ʿishrīn*. Mecca: Islamic Fiqh Academy; 2010.

118. Shuwayrikh, ʿA al-ʿA al-. *Aḥkām al-handasa al-wirāthiyya*. Riyadh: Kunūz Ishbīliya li al-nashr wa al-Tawzīʿ; 2007.

119. Parikh FR, et al. Preimplantation genetic testing: Its evolution, where are we today? *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2018; 306–314.

# شركاء أبحاث «ويش»

يعرب "ويش" عن امتنانه للدعم الذي قدمته وزارة الصحة العامة

ISBN 978-1-9139910-9-8

www.wish.org.qa