

MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



مقاله پژوهشی

امکان سنجی تدوین قانون در رابطه با کاهش جنین (با رویکرد فقهی و حقوقی)

مریم السادات محقق داماد^{۱*}، رکسانا بوعدار^۲

۱. دکتری حقوق خصوصی، استادیار، پردیس خواهران، دانشگاه امام صادق (ع)، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد حقوق خانواده، پردیس خواهران، دانشگاه امام صادق (ع)، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مشکلات دانش پزشکی در حوزه ناباروری که به امری رایج تبدیل شده، پدیده چندقلوژی و تولد نوزادان معیوب است. پزشکان در کلینیک‌های ناباروری تلاش می‌کنند تا از طریق کاهش جنین، این مشکل را تا حدود زیادی تقلیل دهند و به سطح قابل‌قبولی برسانند. از این رو با توجه به اهمیت و ضرورت مقوله کاهش جنین، هدف اصلی این پژوهش بررسی آثار ناشی از این پدیده و لزوم آگاهی از آن‌ها است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانت‌داری رعایت شده است.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی-تحلیلی و با رویکردی فقهی-حقوقی است. جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات حقوقی و فقهی صورت گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که کاهش جنین، در صورتی که تعداد جنین‌های منتقل شده به رحم مادر بیش از یکی باشد، گرچه در بعضی از موارد دارای توجیه اخلاقی، فقهی و قانونی است، آثار منفی انکارناپذیری بر مادر، جنین و جامعه دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از آن است که اتخاذ رویکردی متناسب با تحولات پزشکی در حوزه درمان ناباروری، در راستای تعیین ضوابط قانونی و پزشکی از جمله محدودیت انتقال بیش از یک جنین به رحم مادر توسط پزشکان، برای جلوگیری از اقدام به کاهش جنین و آثار منفی آن، امری ضروری و نیازمند قانون‌گذاری است.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷

واژگان کلیدی:

جنین

کاهش جنین

آثار فقهی کاهش جنین

آثار اجتماعی کاهش جنین

* نویسنده مسؤل:

مریم السادات محقق داماد

آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه

امام صادق، پردیس خواهران.

کد پستی: ۱۹۸۱۶-۳۴۱۱۳

تلفن: ۲۱-۲۲۰۹۴۹۰۱

پست الکترونیک:

m.mohaghegh@isu.ac.ir

۱. مقدمه

به‌طور کلی کاهش جنین به دو دلیل اصلی صورت می‌گیرد: نخست؛ کاهش جنین در مواردی که یک یا چند جنین دارای اختلال کروموزومی، ساختاری، مولکولی، ژنتیکی و زیست‌شیمیایی‌اند (۱) و دوم؛ کاهش جنین در موارد چندقلویی برای پیشگیری از عوارض جنینی و مادری. اقدام و دخالت در مورد کاهش جنین در هر دو مورد مذکور ممکن است به عوارض و خطرات متعددی برای مادر و جنین منجر گردد.

میان چندقلویی طبیعی و چندقلویی مصنوعی می‌توان تمایز قائل شد: «چندقلویی طبیعی نتیجه تعدد تخمک‌های بارور شده یا جهش در تقسیم سلول‌های رویان است و پزشک یا بیمار نقشی در پدید آمدن آن ندارند. اما چندقلویی مصنوعی با اذن بیمار برای درمان ناباروری و در اثر اقدام پزشک در بهره‌گیری از داروهای تحریک‌کننده تخمدان یا انتقال تخمک‌های بارور شده متعدد به رحم در فرآیند لقاح مصنوعی پدید می‌آید» (۲). با مفروض دانستن جواز قانونی و شرعی سقط جنین در صورت تهدید جان مادر، می‌توان در دو محور اصلی به بررسی مسئله پرداخت: ۱- تعارض حفظ جان مادر با بقای یک یا چند جنین نامعین ۲- تعارض بقای جنین‌ها با یکدیگر. با عنایت به اهمیت و شیوع پدیده کاهش جنین هم‌زمان با پیشرفت‌های دانش پزشکی در حوزه کاهش مشکلات ناباروری و در عین حال پیدایش آثار سوء ناشی از کاهش جنین بر مادر و جامعه، بررسی این موضوع واجد نوآوری‌هایی است و پرداختن به آن گامی در جهت حمایت از حق حیات کودکان تلقی می‌گردد.

به لحاظ اهمیت مقوله کاهش جنین، در تحقیقات داخلی پژوهش‌های متعددی در این زمینه وجود دارد که به یافته‌های برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. سید مهدی احمدی، محمد مهدی آخوندی و زهره بهجتی اردکانی (۱۳۸۴) در پژوهشی که به دنبال تبیین روش‌های کاهش جنین انتخابی بودند به این نتیجه دست یافتند که اگرچه کاهش انتخابی جنین برحسب ضرورت از نظر اخلاقی و شرعی پذیرفته شده است،

ولی قبل از هر اقدامی ارائه مشاوره درمان ناباروری ضروری است. پژوهش قاسم محمدی (۱۳۹۳) در خصوص ملاک تجویز و انتخاب در کاهش جنین بیانگر آن است که تشخیص جنین مورد حذف امری تخصصی و پزشکی است و تنها بر مبنای ملاک‌هایی چون وجود عیب، مخاطره، اهمیت و سهولت کاهش و در صورت فقدان همه موارد، انتخاب تصادفی تجویز نماید. همچنین محمد راسخ، فاطمه دومانلو و سهیلا انصاری-پور (۱۳۹۷) در پژوهشی که به دنبال ارزیابی اخلاقی کاهش جنین بودند به این نتیجه دست یافتند که داوری اخلاقی درباره کاهش جنین، بسیار به هدف آن، یعنی حفظ بارداری، حذف جنین دچار ناهنجاری یا صرفاً کاستن از تعداد جنین‌ها بستگی دارد. لیکن در هیچ‌یک از این پژوهش‌ها به‌طور اختصاصی به آثار این پدیده و ضرورت قانون‌گذاری در خصوص آن پرداخته نشده است. در این پژوهش با استفاده از روش توصیفی-تحلیلی و با کمک منابع کتابخانه‌ای، نخست اطلاعات توصیفی مرتبط با مقوله کاهش جنین و انواع روش‌های آن آنالیز شده است تا تصویری روشن از مسئله به دست آید و سپس با تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده و با رویکردی فقهی-حقوقی تلاش شده است تا چالش‌ها، آثار و نتایج موجود پیرامون این موضوع تحلیل و ارزیابی شوند و در نهایت نیز به نتیجه‌گیری از این مباحث پرداخته شده است.

۲. تبیین مفاهیم سقط جنین و کاهش جنین و تمایز

آن‌ها

در لغت، سقط جنین به «بچه انداختن پیش از زمان و ناتمام بودن آن» (۳) اطلاق می‌شود. برخی باتوجه به مواد قانون مجازات اسلامی سقط جنین را بدین نحو تعریف نموده‌اند: «سقط جنین عبارت است از اخراج مصنوعی حمل قبل از موعد طبیعی آن، به نحوی که زنده یا قابل زیستن نباشد» (۴). از دیدگاه علم پزشکی نیز متخصصان در پزشکی قانونی تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند. مجمع بهداشت جهانی سقط جنین را این‌گونه تعریف می‌نماید: «قطع خودبه‌خودی یا عمدی حاملگی از اولین روز قاعدگی تا هفته

سرویکس و در دسترس‌اند، جهت حذف انتخاب می‌شوند. ولی باتوجه به اینکه نسج باقی‌مانده، میزان درصد عفونت و شانس سقط را به‌علت تماس با ترشحات داخل سرویکس بالا می‌برد، بهترین جنین‌ها برای حذف جنین‌هایی‌اند که به سرویکس نزدیک نیستند.

کاهش جنین با عبور سوزن در قسمت قدام رحم و ورود به داخل قفسه صدری جنین‌ها انجام می‌گیرد. میزان تزریق براساس سن جنین بین ۰/۵ تا ۲ میلی‌لیتر است. بعد از تزریق و با گذشت یک تا دو و حداکثر پنج دقیقه انتظار جهت اطمینان از توقف قلب جنین، این اقدام برای جنین‌های دیگر تکرار می‌شود. پس از کاهش جنین‌ها به بیمار استراحت نسبی داده می‌شود و معمولاً از داروهای توکولیتیک و پروژسترون و آنتی‌بیوتیک برای چند روز استفاده می‌گردد. بعد از دو الی سه روز مجدداً بیمار سونوگرافی می‌شود و از موفقیت عمل کاهش جنین و ایست قلبی در جنین‌های حذف‌شده اطمینان حاصل می‌گردد. در صورتی که قلب جنین یا جنین‌ها دوباره به کار افتاده باشد، باید مجدداً اقدام به کاهش آن‌ها نمود (۱۱).

۲-۳. کاهش جنین از طریق شکم (transabdominal)

به کمک سونوگرافی (روش ترانس ابدومینال)

در این روش که معمولاً پس از هفته یازدهم بارداری توصیه می‌شود، بعد از بیهوشی عمومی بیمار، به کمک سونوگرافی، وضعیت و موقعیت جنین‌ها مشخص می‌شود و سپس همراه با راهنما و به کمک خط پانکچر، کلروپتاسیم ۱۰٪ براساس سن، با سوزن سونولوسنت شماره ۲۲ به قفسه سینه جنین تزریق (۱۲) و پس از چند دقیقه قلب جنین متوقف می‌شود. بعد از توقف قلب اولین جنین، برای کاهش جنین‌های دیگر نیز از همان سوزن استفاده می‌شود. میزان درصد سقط و از دست رفتن جنین‌ها از طریق واژینال نسبت به ابدومینال کمتر و در حدود ۱۰-۲٪ گزارش شده است. ولی گزارش‌های دیگر میزان درصد سقط کمتر از این طریق را به‌علت خطر کمتر عفونت دانسته‌اند (۱۳). این روش راحت‌ترین روش

بیستم» (۵). به لحاظ پزشکی نیز سقط جنین به چهار نوع سقط جنین عادی (خودبه‌خودی)، سقط جنین ضربه‌ای، سقط جنین درمانی (قانونی) و سقط جنین جنایی یا عمدی تقسیم می‌گردد (۶).

کاهش جنین نیز در لغت، معادل فارسی اصطلاح Fetal Reduction و به‌معنای کاهش و تقلیل جنین است (۷). این اصطلاح مبین آن است که «پزشک متخصص به‌منظور حفظ سلامت جنین و مادر و همچنین حذف جنین‌های ناقص، از تعداد جنین‌های به‌وجودآمده بر اثر داروهای محرک تخمدان که موجب آزاد شدن تخمک‌هایی با تعداد بالا می‌شود یا انتقال جنین‌های متعدد جهت بیشتر شدن شانس باروری وی، یک یا تعدادی را سقط نماید» (۸). اما نکته شایان ذکر آن است که اقدام مزبور، در این رویکرد سقط به حساب نمی‌آید بلکه اصطلاح کاهش بر آن اطلاق می‌گردد. فقهای اسلامی نیز تعریفی در آثار خود از کاهش جنین به عمل نیاورده‌اند و فقط به مراحل مختلف حمل و ذکر مجازات آن بسنده کرده‌اند؛ به عبارت دیگر به مجازات تدریجی براساس نوع حمل از نظر تکامل بسنده نموده‌اند و شاید به همین دلیل باشد که در قانون مجازات اسلامی نیز تعریفی از آن به عمل نیامده است. مقوله کاهش جنین هرچند برای درمان ناباروری است و ممکن است هدف و روش به‌کاررفته در آن متفاوت با سقط جنین باشد، اما گاهی از مصادیق سقط جنین به شمار می‌آید. به عبارت دیگر برخی کاهش و سقط جنین را در تعریف و روش، یکسان و تنها در نیت و هدف متفاوت می‌دانند (۹، ۱۰).

۳. روش‌های کاهش جنین

۱-۳. کاهش جنین از طریق واژن (transabdominal) با

استفاده از سونوگرافی (روش ترانس واژینال)

در این روش با کمک و راهنمایی سونوگرافی و با به‌کارگیری سوزن سونولوسنت شماره ۲۲ و با استفاده از خط پانکچر، جنین‌ها مشخص می‌گردند و معمولاً جنین‌هایی برای کاهش انتخاب می‌شوند که ساک کوچک‌تری داشته و به میزان بیشتری در دسترس باشند. معمولاً جنین‌هایی که بالای

می‌کند. غالب پزشکان مسلمان مانند ابن‌سینا، زکریای رازی، ابن‌عباس و ابن‌بیطار این کار را تنها در موارد محدودی مانند به خطر افتادن جان مادر بر اثر بارداری، جایز می‌دانند (۱۱). دیدگاه کلی فقه شیعه، عدم جواز یا حرمت سقط جنین در هریک از مراحل تطور و تحول جنین است. در ادامه ادله‌ای در خصوص عدم جواز، از منابع فقهی مستفاد می‌گردد.

۴-۲. ادله مثبت عدم جواز و حرمت کاهش جنین در

فقه شیعه

دلایلی از قبیل عقل، اجماع و نیز روایات مختلفی بعد از کتاب الله، در خصوص این امر در فقه شیعه بیان شده است که به آن‌ها اشاره می‌شود:

الف) در دلیل عقل می‌توان گفت که از قبیح‌ترین ظلم‌ها، ظلم به کسی است که قادر به دفاع از خود نیست و حذف یا کشتن جنین نیز از همین قسم محسوب می‌شود.

ب) در مورد دلیل اجماع هم هرچند در مقدار دیه بین علمای شیعه و سنی اختلاف است، ولی در اصل لزوم دیه بر اسقاط جنین اجماع است. از آنجاکه دیه برای جبران خسارت است و خسارت وارد کردن بر مسلمان حرام است، در نتیجه دیه ملازم با حرمت است (۲۲).

ج) روایات مربوط به این امر دو دسته‌اند. یک دسته روایات دیات است. از بیان مقادیر دیه حمل در مراحل مختلف آن و نسبت دادن عنوان قاتل به کسی که اقدام به سقط جنین می‌کند و محرومیت وی از دیه حمل، مسئله حرمت به روشنی دریافت می‌شود و جای تردیدی در آن باقی نمی‌ماند. دسته دیگر روایاتی است که از آن‌ها عدم جواز نابودسازی جنین تشکیل شده در بارداری طبیعی یا ناشی از تلقیح مصنوعی را می‌توان به دست آورد. در ادامه به این دسته از روایات اشاره می‌گردد:

۱) موثقه اسحاق بن‌عمار: در این روایت که در آثار فقها ذکر شده است (۲۳)، از امام پرسش می‌شود که آیا زنی که خوف باردار شدن دارد، می‌تواند برای از بین بردن آنچه در شکم خود دارد، از دارو استفاده کند؟ امام^(ع) این عمل را تجویز

کاهش جنین است. در کاهش جنین، هرچه تعداد جنین‌های کاهش‌یافته افزایش یابد، خطر سقط و زایمان زودرس زیادتر خواهد بود. همچنین کاهش جنین در سنین بالای بارداری خطر اختلالات انعقادی را افزایش می‌دهد (۱۴).

برای جلوگیری از عوارض جنینی و مادری از قبیل فشارخون بالا، دیابت، بیماری‌های قلبی مادر و عقب‌ماندگی ذهنی شدید و... این اقدامات باید تحت بیهوشی عمومی انجام گیرد (۱۵)، (۱۶).

۴. آثار فقهی کاهش جنین

۴-۱. حکم تکلیفی کاهش جنین

در مورد سقط جنین، نگرش‌ها و قانون‌های متفاوتی در کشورهای مختلف وجود دارد. در بعضی از کشورها این مسئله کاملاً آزاد است. در مقابل بعضی دیگر از کشورها مطلقاً (جز در مواردی بسیار محدود) آن را منع می‌کنند. در میان این دو دسته، کشورهایی هم وجود دارند که از آزادی نسبی سقط جنین حمایت می‌کنند. این کشورها، قوانین مربوط به این عمل را با توجه به انگیزه‌های اجتماعی، پزشکی یا بهداشتی تنظیم نموده‌اند. گروهی دیگر نیز تسلط زن بر جان و تن خود را همانند تسلط بر اموال خود می‌دانند و از این باب زن را آزاد و مختار در ادامه حیات جنین به شمار می‌آورند. این در حالی است که به عقیده آنان جنین ابداً از هیچ حق قانونی‌ای برخوردار نیست (۱۷-۲۰). برای مثال، مجلس قانون‌گذاری فرانسه در تاریخ سی می سال ۲۰۰۱، قانون جدیدی را تصویب کرد که به موجب آن، مدت زمانی که مادر می‌تواند درخواست سقط جنین کند، از ده هفته به دوازده هفته افزایش یافت و اگر کسی مانعی در دسترسی به سقط جنین برای مادر فراهم کند، مجرم شناخته می‌شود و به مجازات مقرر محکوم می‌گردد (۲۱). مذاهب توحیدی حفظ و حمایت از جنین را همانند جان همه انسان‌ها امری لازم می‌شمارند. در مذهب یهود، سقط جنین ممنوع ولی سقط درمانی مجاز است. مذهب مسیح نیز با این کار مخالف است و آن را منع می‌کند. دین مقدس اسلام نیز به شدت با سقط جنین مخالفت

نمی‌کند. سائل می‌گوید: «به امام گفتیم: آن نطفه است؟» و امام پاسخ می‌دهد:

«اولین چیزی که خلق می‌شود نطفه است». ^(۴) نهی امام در این روایت بیانگر حرمت تکلیفی است. در روایت مزبور اگر زن باردار بوده و از ادامه حمل می‌ترسیده است، حکم آن واضح است و آن اینکه نباید آن را ساقط کند، ولی اگر شک داشته که باردار شده است یا نه، کار مشکل‌تر می‌شود، زیرا نهی امام ^(۴) بیانگر آن است که هنگام شک هم نباید اقدام به سقط کرد بلکه باید جنین را نگه داشت. اگر حکم امام ^(۴) نبود، اصل برائت جاری می‌شد، ولی ایشان در این فرض هم حکم به عدم کرده است و این نشان می‌دهد مسئله اسقاط جنین تا چه اندازه مهم است که حتی در صورت شک در انعقاد نطفه هم نباید اقدام به سقط کرد (۲۴). استناد به این روایت در مورد عدم جواز کاهش جنین از آن جهت است که در کاهش انتخابی جنین، انعقاد نطفه و تشکیل جنین امری مسلم و غیرقابل تردید است.

۲) صحیحۀ رفاعه بن موسی النحاس (۲۵-۲۹): در این روایت راوی به امام صادق ^(ع) عرض می‌کند: «کنیز را می‌خرم و گاهی به سبب فاسد شدن خون یا وجود نوعی باد در داخل رحم، حیض نمی‌شود. پس برای این امر دارو می‌خورد و از همان روز حیض می‌شود. با آنکه نمی‌دانم آیا بند آمدن خون نشانه بارداری اوست یا چیزی دیگر، آیا این کار جایز است؟» ^۲

امام ^(ع) با دو نهی «لا تفعل» و «فلا تسقها» در صدر و ذیل روایت و نیز دیگر قرائین موجود، اسقاط نطفه‌ای را که آغاز پیدایش و تکون انسانی است، حرام می‌داند. پس کاهش انتخابی جنینی که در هر مرحله از تطور خویش است، به هر

انگیزه‌ای جز حفظ جان مادر، به طریق اولی حرام است. از طرفی وقتی راوی، مورد سؤال را با مورد عزل منی مقایسه می‌کند، امام میان آن دو تفاوت می‌گذارد. البته این بیان امام شاید این ابهام را ایجاد کند که جواز کاهش جنین در صورتی که انعقاد نطفه خارج از رحم صورت گیرد، با مشکلی مواجه نیست. لیکن تردیدی وجود ندارد که مراد امام از نطفه خارج رحم، با عنایت به تصریح ایشان، نطفه‌ای است که قابلیت تبدیل به علقه و سپس مضغه و الی آخر را ندارد، نه نطفه‌ای که به این منظور ایجاد می‌شود. زیرا در غیر این صورت تفاوتی بین نطفه خارج رحم و داخل رحم وجود ندارد.

۳) دسته‌ای از اخبار و روایاتی که بر وجوب تأخیر سنگسار زن زناکار باردار تا هنگام وضع حکم دلالت می‌کنند و همچنین روایاتی که می‌گویند چنانچه مادر فرزند خود را سقط نماید، قاتل بوده و باید دیه بپردازد و خودش نیز از آن دیه ارث نمی‌برد، مؤید عدم جواز کاهش و سقط جنین است.

این سؤال هم ممکن است پیش بیاید که آیا مسائلی از قبیل خطرهای جانی و ناهنجاری‌های جنینی می‌تواند حکم اولی کاهش جنین اضافی را تغییر دهد؟ در پاسخ به این پرسش، دو بحث کاهش جنین به منظور نجات جان و سلامت مادر یا جنین انتخابی و نیز کاهش جنین در بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنینی مطرح می‌شود:

در بررسی مورد نخست و در فرضی که جنین اضافی سلامت مادر را در معرض خطر قرار دهد، بنا به قاعده لاضرر (۲۶)، رفع حرج (۲۷)، اهم و مهم (۲۷)، و اضطرار (۲۸)، حکم اولیۀ حرمت مرتفع می‌شود و به دلیل اهمیت وجوب حفظ نفس نسبت به حرمت اسقاط، حفظ جان مادر که انسانی دارای روح و نفس محترمه است، اولویت دارد و می‌توان برای رفع خطر جانی از او، به کاهش جنینی که دارای نفس محترمه در حال تکوین است، اقدام نمود. به عبارت دیگر در فرض وجود تعارض بین حفظ جان مادر و استمرار چندقلویی مصنوعی، تعارض واقع شده نتیجه تصمیم والدین بوده است که می‌تواند نوعی مسئولیت و خروج از موقعیت دفاع یا اضطرار را برای مادر و حتی پدر به دنبال داشته باشد (۲۹).

۱. متن معتبره اسحاق: «قلت لابی الحسن (علیه السلام): المرأة تخاف الحبل فتشرب الدواء فتلقى ما فی بطنها. قل: (لا) قفلت: انما هو نطفه. فقال: ان اول ما یخلق نطفه».

۲. قلت لابی عبدالله (ع): اشتری الجاریه فریما احتبس طمئها من فساد دم او ریج فی رحم فتسقی دواء لذلك فتطمث من یومها، افیجوز لی ذلک و انا لا ادری من حبل هو او غیره. فقال لی: لا تفعل ذلک قفلت له انه انما ارتفع طمئها منها شهرا و لو كان ذلک من حبل انما كان نطفه کنطفه الرجل الذی یعزل. فقال لی: ان النطفه اذا وقعت فی الرحم تصر الی غلقه، ثم الی مضغه ثم الی ماشاء الله و ان النطفه اذا وقعت فی غیر الرحم لم یخلق منها شیء فلا تسقها دواء اذا ارتفع طمئها شهرا و جاز وقتها الذی کانت تطمئ فیه.

اما برای امر مزبور در بعضی موارد به مجازات قائل نشده بود، اما به علت فشار افکار عمومی هیچ‌گاه اجرایی نگشت. پس از انقلاب اسلامی باتوجه به حساسیت زیاد جایگزینی احکام اسلامی به جای مقررات قبلی، قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات مصوب ۱۳۷۵، شرایط تحقق سقط جنین و میزان مجازات مرتکبین را باتوجه به قوانین قبلی مرتبط با موضوع سقط جنین تعدیل کرد. لیکن قانون‌گذار سقط جنین را تعریف نکرد و بر سبک و سیاق منابع فقهی، تنها به ذکر موضوع سقط جنین و مجازات‌های آن اکتفا نمود.

۶. ضرورت قانون‌گذاری در رابطه با کاهش جنین

قانون‌گذاری در رابطه با کاهش جنین، از دو جهت حتی نسبت به سقط درمانی هم از ضرورت بیشتری برخوردار است. نخست آنکه در کاهش جنین، مقدمات آن در اختیار پزشکان منتقل‌کننده است و آن‌ها با علم به اینکه انتقال بیش از دو جنین احتمال رشد و درنهایت حذف برخی از جنین‌ها را دربر دارد، اقدام به این کار می‌نمایند. اما در سقط درمانی اراده مادر یا پزشک در به وجود آمدن شرایط اضطراری، تأثیری ندارد.

دومین مسئله که نمایانگر ضرورت بیشتر قانون‌گذاری در خصوص روش کاهش جنین نسبت به بحث سقط درمانی است، مربوط به نحوه انتخاب جنینی است که باید حذف شود. توضیح آنکه در سقط درمانی قانون‌گذار با ملاک عمل قرار دادن قاعده عسر و حرج در مواردی که جنین عقب‌افتاده یا ناقص‌الخلقه باشد و قاعده تراحم در مواردی که ادامه بارداری، حیات مادر را تهدید نماید، تکلیف را تا حدودی روشن نموده است. این درحالی است که در کاهش جنین، پزشک اغلب با شرایطی مواجه می‌شود که جنین‌ها در شرایط یکسانی نسبت به یکدیگر قرار دارند و ارجح دانستن یکی بر دیگری جای تأمل دارد (۳۳). کاهش جنین دربرگیرنده مسائل مختلفی در حوزه جامعه و سلامت مادر است و اینکه این عمل با رضایت خود والدین انجام می‌گیرد، مسلماً دلیلی کافی و

اما باتوجه به ادله شرعی پدید آمدن موقعیت به‌موجب تصمیم فرد، زمانی وی از حال اضطرار یا دفاع خارج می‌شود که سوء اختیار به شمار آید، حال آنکه در چنین مسئله‌ای فرض سوء اختیار ناممکن می‌نماید. در خطر سلامتی مادر نیز در صورتی که امکان تأخیر معالجه وجود نداشته باشد، به دلایل اخیرالذکر کاهش جنین جایز است (۲۷).

در فرضی که تعارض میان حفظ جان دو جنینی باشد که با اراده و تصمیم والدین و پزشک ایجاد شده‌اند و هر دو دارای نفس محترمه در حال تکوین‌اند، بعید است که بتوان با دلایل فوق حکم اولی را تغییر داد. در تعارض بقای جنین‌ها با یکدیگر نیز باتوجه به برابری موقعیت جنین‌ها نسبت به هم، تقدم یکی بر دیگری ترجیح بلامرجح است که در چنین مواردی توقف، ملاک عمل خواهد بود (۳۰).

در مورد کاهش جنین به دلیل ناهنجاری‌های جنینی باید گفت که غالب فقها در این مورد چه قبل از چهارماهگی و چه پس از آن، رأی به عدم جواز داده‌اند و دلایل حرج، ضرر، اضطرار و مانند آن‌ها را در توجیه این امر مردود دانسته‌اند (۲۷، ۳۱). فتاوی برخی از فقهای شیعه، امروزه بر همین وجه استوار است (۳۱). البته سقط جنین ناقص‌الخلقه پیش از دمیده شدن روح، به دلیل حرج شدیدی که بر خانواده و اجتماع وارد می‌شود، مشروط به اینکه علم یا ظن نزدیک به علم (به‌طوری‌که اطمینان‌آور باشد) در مورد آن حاصل شود، جایز دانسته شده است (۴، ۲۷، ۳۲).

۵. آثار کیفی کاهش جنین

قوانین و سیاست‌های اجرایی مربوط به سقط جنین، محصول تأثیر متقابل و پیچیده اوضاع اجتماعی، اقتصادی، دینی و فرهنگی کشورهای مختلف است. با آنکه در برخی کشورها، سقط جنین آزاد است و قانوناً نیز جرم محسوب نمی‌شود، این عمل از دیدگاه جرم‌شناسی عملی ناهنجار و به لحاظ اجتماعی انحراف شمرده می‌شود. اولین قانون در این زمینه در جمهوری اسلامی ایران پس از دوران مشروطه به تصویب رسید که در آن با استفاده از نظریه آزادی نسبی سقط جنین، این قانون

چهار ماه) و با رضایت زن باشد، باز هم می‌توان گفت که مفاد قانون رعایت شده است؟ یا این ماده تنها ناظر بر سقط درمانی در بارداری طبیعی است؟

نظریه‌های پیشگیری از جرم، پیشگیری را بر سه قسم اولیه، ثانویه و ثالثیه می‌دانند. در ایران پیشگیری از وقوع جرم به موجب بند ۱۵۶ الی ۲۱۵ قانون اساسی، بر عهده قوه قضائیه است. در مواردی که قوانین جرم‌زا باشند و نیز توجیه جرم‌انگاری آن‌ها، فلسفه جرم‌انگاری در حقوق کیفری را دربر نگیرد، نسبت به شناسایی این قوانین و علل ناکارآمدی آن‌ها اقدام می‌شود. از این رو قوه قضائیه پیشگیری حقوقی و قضایی را به‌عنوان یکی از مصادیق پیشگیری ثالثیه به رسمیت شناخته است (۳۴).

باتوجه به آنکه کاهش جنین نوعی سقط جنین به حساب می‌آید، در اینجا به جرم سقط جنین که یکی از انواع آن کاهش انتخابی جنین است، پرداخته می‌شود. سقط جنین می‌تواند به یکی از سه شکل خودبه‌خودی، درمانی (۳۵) و جنایی اتفاق بیفتد. هرچند در قوانین موضوعه، از سقط جنین جنایی (مجرمانه) تعریفی ارائه نشده است، اما می‌توان آن را چنین تعریف کرد: «خارج کردن جنین از رحم مادر با علم و عمد و بدون داشتن مجوز قانونی، به‌نحوی که جنین نتواند به حیات خود ادامه دهد» (۱۰، ۳۶). از آنجاکه کاهش جنین در بارداری‌های چندقلویی، با اراده پزشک و صاحبان جنین صورت می‌گیرد، می‌توان آن را ذیل سقط جنین جنایی به حساب آورد. این نوع سقط جنین در نظام حقوقی ایران جرم شناخته می‌شود و دارای مجازات است. قانون‌گذار در قانون مجازات اسلامی، باب دوازدهم، هفت ماده را به سقط جنین اختصاص داده است. در مواد ۶۲۴، ۶۲۳، ۶۲۲ و ۴۸۹ قانون مجازات اسلامی در مورد سقط جنین عمدی و مباشرت در سقط جنین، همچنین در مواد ۷۱۸، ۷۱۶، ۷۱۵ و ۷۱۴ به جرایم ناشی از تخلفات رانندگی اشاره شده است. همچنین، براساس قانون سقط درمانی مصوب ۸۴/۳/۱۰، در بعضی موارد سقط جنین مجاز شمرده شده است. در ماده ۶۲۴ این‌گونه آمده است: «اگر طبیب یا ماما یا داروفروش و اشخاصی که

وافی برای کاهش جنین در بارداری‌های چندقلویی ناشی از تلقیح مصنوعی نخواهد بود.

در حال حاضر باتوجه به عدم وجود قانون در خصوص کاهش انتخابی جنین، برای تفسیر قواعد مربوط به آن باید به قانون سقط درمانی پرداخت. قانون سقط درمانی در بعضی موارد سقط جنین را جایز دانسته است.

در ماده واحد قانون سقط درمانی، مصوب ۱۳۸۴/۳/۲۵ مجلس شورای اسلامی، برای انجام سقط‌های مشمول قانون، شرایطی در نظر گرفته شده است. این شرایط عبارتند از تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیمار بودن جنین یا مادر. بنابراین، رسیدگی رسمی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی، شرایط جواز سقط به شمار می‌روند.

اما پرسش اینجاست که ضمانت اجرای این رسمیت در رسیدگی چیست و اگر شخصی بدون طی این مراحل مبادرت به سقط نماید، باید منتظر چه عواقبی باشد؟ آیا در اینجا با جرمی محض مواجهیم یا جرمی نیازمند عنصر روانی؟ اگر این جرم نیازمند عنصر روانی است، چه معاذیری می‌تواند مرتکب را از ضمانت اجرای آن برهاند؟ هدف و فلسفه وضع مجازات برای تخلف از مقررات این قانون، با کدام‌یک از این تحلیل‌ها سازگار است و پیامدهای اجتماعی کدام‌یک را توجیه می‌کند؟ پس از اینکه ماده واحد قانون سقط درمانی برای جواز سقط، نظر قطعی سه پزشک و تأیید پزشکی قانونی را لازم می‌شمارد، در پایان اعلام می‌کند که متخلفین از اجرای مفاد این قانون، به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد. اما آیا منظور از مفاد این قانون، رعایت موارد ماهوی و تشریفات سقط درمانی در بارداری طبیعی است یا بارداری مصنوعی را نیز دربر می‌گیرد؟ به بیان دیگر، اگر یکی از جنین‌های به‌وجود آمده با استفاده از روش‌های کمک‌باروری، در شرایطی سقط شود که عقب‌افتاده و ناقص‌الخلقه باشد و این مسئله برای مادر عسر و حرج بیافریند، یا در شرایطی باشد که ادامه بارداری برای مادر خطر جانی در پی داشته باشد و عمل سقط قبل از ولوج روح

ملاحظات پزشکی می‌تواند کمتر یا بیشتر از چهار ماه باشد. درستی این فهم از قانون را با ادله روح تکامل‌یافته جنین و ابعاد شرعی و سابقه فقهی می‌توان اثبات کرد.

بدیهی است که مسئله کاهش جنین یکی از معضلات مهم اجتماعی در عصر حاضر است. به لحاظ شرعی و قانونی سقط جنین تا قبل از چهارماهگی به شرط حفظ جان مادر جایز شمرده می‌شود. بر این اساس بعضی از نویسندگان حقوق، نظر به دلایل پزشکی، به مشروعیت کاهش جنین باور دارند (۳۹).

اما مسئله چالش‌برانگیز این است که آیا این سخن در بارداری مصنوعی و تزریق ارادی بیش از یک جنین به رحم نیز صادق است؟ اگر فرض شود که بارداری مصنوعی نوعی درمان برای ناباروری باشد، آیا کاهش جنین در این حالت نیز می‌تواند با تبیین مذکور توجیه گردد یا صرفاً در برخی موارد و در شرایطی خاص جواز این امر صادر شده است؟

باورهای مردمی و فرهنگ جامعه، نقش اصلی را در گرایش به کاهش جنین بدون مجوز بازی می‌کنند. با این حال، رویکرد قانون و موضعی که برمی‌گزیند نیز در این زمینه بی‌تأثیر نیست. موضع قانون می‌تواند در عمل اثر تشویقی یا تحذیری داشته باشد. باز گذاشتن دست افراد در اقدام به کاهش جنین و سپس اثبات موجه بودن آن، احتمالاً اثراتی تشویقی بر سقط‌های خودسرانه خواهد داشت. درحالی که محدود ساختن آن به مجوزهای پیشینی و اثبات‌ناپذیری پسینی آن، احتمالاً به احتیاط و درنگ بیشتری در مبادرت به این عمل انجامد. نتیجه اخیر، به هدف قانون‌گذار در محدود کردن کاهش جنین به موارد مصرح در قانون و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها، نزدیک‌تر است؛ بدین جهت به قانون‌گذاری در این موضوع نیاز جدی داریم.

کاهش جنین می‌تواند قوام و استحکام جامعه را بر هم بزند (۴۰)؛ به عبارت دیگر این عمل با اخلاق مشترک جامعه در تعارض است و پیامدهای نقض این قاعده اخلاقی اثرات سوء جبران‌ناپذیری بر پیکره جامعه وارد می‌کند، از این رو با توصیف آن به عنوان یک عمل مجرمانه، می‌توان با کراهت و آسیبی که از آن ناشی می‌شود، مقابله کرد. البته نباید از نظر

به‌عنوان طبابت یا مامایی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می‌کنند، وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا به اسقاط جنین مباشرت نمایند، به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات صورت خواهد پذیرفت. در این ماده شغل مرتکبین سقط جنین به‌عنوان عامل مشدده مجازات محسوب شده و علاوه بر آن، هم مباشرت و هم معاونت این افراد، رفتاری قابل مجازات تلقی شده است (۳۷).

قانون‌گذار در ماده ۶۲۳ این‌گونه مقرر داشته است: «هرکس به واسطه دادن ادویه یا وسایلی دیگر، موجب سقط جنین زنی گردد، به شش ماه تا یک سال حبس محکوم می‌شود و اگر عالم و عامداً زن حامله‌ای را مجبور به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد، به حبس از یک تا هشت ماه محکوم خواهد شد، مگر اینکه ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر بوده است. اما در هر مورد، مطابق

مقررات مربوط، حکم به پرداخت دیه داده خواهد شد». برخی از حقوق‌دانان معتقدند که باتوجه به نظر شورای نگهبان مورخ ۱۳۶۱ و همچنین استفتائات انجام شده از فقها، اجازه به سقط در ذیل این ماده، منوط به قبل از ولوج روح است (۳۸). در مقابل، گروهی نیز بر این باورند که این ماده اطلاق دارد و پیش و پس از ولوج روح را شامل می‌شود (۳۹).

با توجه به قانون سقط درمانی، در مقام تبیین و توجیه این ماده می‌توان گفت قانون مزبور مربوط به حالتی است که از همان ابتدا نقصان و بیماری جنین یا مادر مشخص باشد، که در این حالت قبل از چهارماهگی می‌توان اقدام به سقط کرد. اما اگر پس از چهارماهگی، مادر بیمار شد و معلوم گردید که ادامه بارداری، موجب مرگ وی یا جنین‌های دیگر می‌شود، نمی‌توان به اطلاق ماده ۱۲۸ عمل کرد و جنین را سقط نمود. در این باره می‌توان گفت تفاوتی بین بارداری طبیعی و بارداری‌های چندقلویی ناشی از تلقیح مصنوعی وجود ندارد. البته زمان تجویز سقط درمانی در بارداری طبیعی و بارداری‌های چندقلویی ناشی از تلقیح مصنوعی، باتوجه به

۷. نتیجه گیری

از مطالب فوق نتایج ذیل حاصل می‌گردد:

۱- هنگامی که پزشکان و زوجین نابارور جهت درمان ناباروری اقدام می‌کنند و در همین راستا به دلایل مختلف از جمله حفظ موقعیت حرفه‌ای پزشکان، ناتوانی در تأمین مخارج تکرار درمان و دلایل دیگر، جنین‌های متعددی به درون رحم مادر منتقل می‌کنند تا بدین وسیله احتمال شکست درمان را کاهش دهند و سپس برای حفظ جان جنین دیگر یا جان مادر به کاهش جنین‌های اضافی روی می‌آورند، عمل مذکور فاقد توجیه اخلاقی و قانونی است و مصداقی از سقط جنین به شمار می‌آید. علی‌رغم شرایط ویژه حاکم بر بیمار و پزشک، زوج نابارور نباید اجازه دهند که شرایط موجود موجب زیر پا گذاشتن حدود اخلاقی، پزشکی و اجتماعی گردد؛ در غیر این صورت خود نیز عملی غیرقانونی و مخالف نظم اجتماعی انجام داده اند.

۲- مشخص نبودن حدود و اختیارات افراد بشر در اقدام به باروری مصنوعی، باتوجه به خلأهای قانونی موجود در این خصوص، اصلی‌ترین چالش در رابطه با کاهش جنین به شمار می‌آید. زیرا اولاً کاهش انتخابی جنین نوعی سقط جنین محسوب می‌شود؛ منظور از جنین، نطفه منعقدشده است، خواه طبیعی و خواه به‌واسطه تلقیح مصنوعی؛ ثانیاً سقط جنین جرم است و قانون‌گذار باید کاهش درمانی را استثنائی بر جرم سقط جنین قرار دهد. بنابراین باید به‌گونه‌ای قانون‌گذاری شود که از یک سو باعث سوءاستفاده نگردد و پزشکان نتوانند بدون هیچ ضابطه و منع قانونی‌ای اقدام به انتقال جنین‌های متعدد به رحم مادر نمایند و از سوی دیگر با ممانعت از کوتاه‌نگری، از اتخاذ تدابیر سرسختانه جلوگیری شود. البته باید متذکر شد که کاهش جنین در مواردی که ضرر جانی مادر مسلم باشد، در صورتی که به تأیید پزشکان برسد، با استناد به ادله تجویز سقط، امری موجه خواهد بود.

دور داشت که جرم‌انگاری این مورد باید در شرایط و موارد خاص و با در نظر گرفتن ضرورت‌های پزشکی صورت بگیرد. برای نمونه، در مواردی که والدین پس از چندین سال مثلاً ده سال درمان ناباروری و تحمل هزینه‌های هنگفت، اکنون به باروری دست یافته‌اند و تنها راه نجات جنین، کاهش جنین‌های دیگر است، محکوم کردن آن‌ها امری غیرممکن به نظر می‌آید (۳۵، ۴۱). براساس اصل چهلم قانون اساسی ایران، هیچ‌کس نمی‌تواند حقوقی را که به او اعطا شده است، برخلاف هدف اصلی آن به کار برد و در پناه اجرای حق، آسایش عمومی را بر هم زند. زیرا هدف اصلی، همواره ایجاد آسایش و نظم عمومی است.

بدیهی است که عدم توجه به آسیب‌های اجتماعی ناشی از عمل کاهش جنین در قوانین و اسناد بالادستی^۱ می‌تواند پیامدهایی منفی نیز به دنبال داشته باشد که کمترین آن، عدم لحاظ نظام سلامتی و ارزش‌های اجتماعی است.

بررسی قوانین و اسناد بالادستی نشان می‌دهد که بر موضوع فرزندآوری سالم تأکید و جامعه ایرانی به‌عنوان جامعه‌ای برخوردار از سلامت توصیف شده است. این مسئله کاهش جنین را که به نوعی فرزندآوری سالم را به مخاطره می‌اندازد، دارای اهمیتی دوچندان می‌کند. زیرا یکی از راهبردها در راستای حفظ و ارتقای سلامت باروری، کاهش سقط غیرقانونی و غیرشرعی است. در سیاست‌های کلی خانواده ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری نیز بر ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقای سلامت همه‌جانبه، به‌ویژه سلامت باروری، تأکید شده است. لیکن در هیچ یک از این قوانین و اسناد به ضوابط فرزندآوری سالم ناشی از تلقیح مصنوعی اشاره‌ای نشده است. شاید این موضوع بیانگر آن باشد که هنوز سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به تبعات منفی این موضوع واقف نیستند.

۱. منظور از اسناد بالادستی، تمام اسناد ملی‌ای است که از سال ۱۳۵۷ تاکنون منتشر شده و در دسترس عموم مردم قرار گرفته‌اند. اما در هر حوزه‌ای نیز به فراخور وظایف و مسئولیت‌ها، اسنادی تدوین شده که در زمره اسناد بالادستی تخصصی به شمار می‌رود. به‌عنوان مثال، سند تحول بنیادین از جمله اسناد بالادستی حوزه آموزش و پرورش و قانون کار جمهوری اسلامی ایران در حوزه اشتغال است و از مصادیق اسناد بالادستی این حوزه‌ها به شمار می‌رود.

و نتیجه به‌سختی می‌توان به صرف اقدام به درمان و تعدد احتمالی، پزشک را مباشر عمل تعدد مصنوعی و بیمار را معاون در این عمل تلقی نمود. افزون بر آن نباید از نظر دور داشت که ابتدا باید این نحوه عمل تلقیح مصنوعی به‌موجب قانون غیرمجاز و جرم دانسته شود تا معاونت در آن هم مستوجب تعقیب باشد. البته در صورت اقدام به کاهش جنین اضافی در این حالت، مسئولیت پزشک و بیمار امری مسلم است. گونه دوم اینکه پزشک با انتقال تخمک‌های بارور شده متعدد به رحم، در فرآیند تعدد مصنوعی دخالت نماید. در این حالت برخلاف حالت نخست، تعدد ایجاد شده خواست و اراده پزشک است. زیرا پزشک عامدانه و با علم، اقدام به تلقیح بیش از یک تخمک به رحم می‌کند که نتیجه آن جنین‌های متعدد است و به موازات آن برای نیل به درمان موفق، اقدام به از بین بردن جنین‌های اضافی می‌نماید. در این حالت پزشک مرتکب عملی حرام شده و مستوجب تعزیر و پرداخت دیه است. در این راستا باتوجه به مطالب مذکور، پیشنهاد می‌گردد ماده زیر به قانون سقط درمانی اضافه گردد تا به قدر امکان از عمل کاهش جنین پیشگیری شود:

«انتقال بیش از یک تخمک بارور شده به رحم جهت درمان ناباروری توسط پزشکان حتی در صورت رضایت بیمار، ممنوع است. لذا در صورتی که پزشک اقدام به انتقال تخمک‌های بارور شده متعدد به رحم نماید، باید با التزام به تمامی مقررات و ضوابط پزشکی سعی در حفظ حیات تمامی جنین‌ها نماید. در غیر این صورت عمل پزشک مستوجب تعزیر و پرداخت دیه است.»

۸. تقدیر و تشکر

نویسندگان از کلیه عزیزانی که در راه گردآوری و تهیه پژوهش حاضر به ما یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

۹. سهم نویسندگان

مریم‌السادات محقق داماد: راهنمایی، مشاوره و نظارت و اصلاح مقاله. رکسانا: نگارش و تالیف مقاله.

۳- از لحاظ حقوقی تنها قانونی که در حقوق ایران به‌طور عام در مورد سقط درمانی تأسیس شده است، ماده واحد مصوب دهم خرداد سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی است. گرچه در حال حاضر قانون سقط درمانی تا حدودی می‌تواند حدود و ثغور اقدام کاهش جنین را تعیین نماید، اما ملاحظه می‌شود که تأسیس این ماده واحد و نیز برقراری مجازات برای متخلفان در قانون مجازات اسلامی هرگز برای نیل به ایجاد نظم عمومی و هنجارسازی چنین موضوع بااهمیتی کافی و وافی نخواهد بود و به تدوین و تصویب قانونی جامع و فراگیر نیاز است.

۴- در بحث‌های پیشین به آثار فقهی، کیفری و اجتماعی کاهش جنین و همچنین آثار جسمی و روانی این پدیده بر مادر اشاره شد و دانستیم که امروزه این امر در کشورمان با انگیزه‌های متعددی صورت می‌گیرد. در این میان، تلاش برای بحث‌های کارشناسانه در این باره و سعی در ایجاد فضایی مناسب برای طرح قوانین مورد نیاز که از دقت لازم نیز برخوردار باشند (از جمله تلاش‌های صاحب‌نظران و کارشناسان حقوق پزشکی) ضروری است. مسلماً این امر باید براساس احکام شریعت اسلامی و دیدگاه‌های خاص فقهی خود در قوانین منعکس گردد. به هر حال تاکنون در قوانین ایران جز درباره سقط جنین برای نجات جان مادر یا نهایتاً تهدید سلامت جانی مادر، سخنی به میان نیامده است.

۵- در خصوص اقدام پزشکان به درمان ناباروری و تعدد مصنوعی جنین‌ها باید بین دو گونه تعدد مصنوعی قائل به تمییز شد. گونه نخست اینکه پزشک با اذن بیمار و با بهره‌گیری از داروهای متحرک، اقدام به تلقیح مصنوعی می‌نماید که در این صورت ممکن است محصول این تلقیح جنین‌های متعددی باشد که پزشک در پدید آمدن آن‌ها (به‌نحو متعدد) دخالتی ندارد و تعدد حاصل شده خواست پزشک و بیمار نیست. در این حالت اگرچه تلقیح مصنوعی است و تمسک به ادله‌ای از قبیل قاعده لاضرر، لاجرح و غیره که در خصوص تعدد طبیعی قابلیت اجرا دارند، در بادی امر ناممکن به نظر می‌رسد، لیکن به دلیل فقدان سوء نیت در عمل

۱۰. تضاد منافع

پژوهش حاضر تضاد منافع ندارد.

References:

1. Tadin I, Roje D, Banovic I, Karelavic D, Mimica M. Fetal Reduction in Multifetal Pregnancy: Ethical Dilemmas. *Yonsei medical journal*. 2002;43(2):252-258.
2. Mohammadi G. Jurisprudential approach to the criteria of prescription and selection in reducing embryo. *SBMU*. 2014;21(6):101-120. [Persian].
3. Dehkhoda A. *Dehkhoda Dictionary*. Tehran: University of Tehran Publications; 1993. [Persian].
4. Pad A. *Proprietary Criminal law*. Tehran: Jangal; 1995.
5. Godarzii F. *Forensic Medicine*. Tehran: Anashtin Publication; 1998.
6. Talatii M. *Population Growth Family Planning and Abortion Jurisprudential and Legal Basis and Views*. Qom: Bookstore Institute; 2004.
7. Gurley M. *What Is a Selective Reduction?* London: The Gale Encyclopedia of Medicine. 3 ed;2002.
8. Gupta S, Feinberg J, Fox N, Klauser C, Rebarber A. Adverse Pregnancy Outcomes in Twin Pregnancies Reduction to Singleton Pregnancies and Ongoing Twin Pregnancies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2015;212(1):416-417.
9. Daar JF. Selective reduction of multiple pregnancy: lifeboat ethics in the womb. *Uc Davis L REV*. 1991;25(4):773-843.
10. Penning G. *Philosophical Considerations Regarding Assisted Reproductive Technologies*. New York: The Parthenon Publishing Group; 2004.
11. Ahmadi S, behjati-Ardakani Z. Fetal Reduction in Multiple Pregnancy. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005;4(6):441-449. [Persian].
12. Parsa M, Karimi S. Development of legal examples of medical abortion: the solution to prevent the occurrence of abortion crime. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion Article by professors*; 2012. [Persian].
13. Rahimipoor A. *Juridical and Legal Analysis of Selective Fetal Reduction*. Tehran: Islamic Azad University; 2014. [Persian].
14. Makhseed M, Al-Sharhan M, Egbase P, Al-Essa M, Grudzinskas J. Maternal and perinatal outcomes of multiple pregnancy following IVF-ET. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1998;61(2):155-163.
15. Varma TR. Ultrasound evidence of early pregnancy failure in patients with multiple conceptions. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1979;86(4):290-292.
16. Jauniaux E, Elkazen N, Leroy F, Wilkin P, Rodesch F, Hustin J. Clinical and morphologic aspects of the vanishing twin phenomenon. *Obstetrics and gynecology*. 1988;72(4):577-581.
17. Ghafari B, Towhidi J, Shirvani Z. Responsibility or Failure of Doctorse to Reduse Embryose from the Prespective. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion*; 2012. p. 110-112. [Persian].
18. Asgharnia M. The theory of Maternal and Fetal Life in Abortion Treatment Licenses. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion*; 2012. p. 122-135. [Persian].
19. Jalili N. Physician Commitment to Patient with Abortion Treatment Approach. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion*; 2012. p. 80-95. [Persian].
20. Rasekh M. *The Fight for Life: An Overview of Abortion Theories in Abortion*. Tehran: Samt Publication; 2009. [Persian].
21. *The patients guide to ivf clinics*. London: human fertilisation and embryology authority; 1999.
22. Makarem-shirazi N. *New Issues in Medicine*. Tehran: Beit jurisprudence; 1999. [Persian].
23. Hor-ameli M. *Vasaeel al-shiea*. Qom: All beit Institute; 1980. [Persian].
24. Qomi M. *The Jurist is not Present in*. Qom: Teacher Society Publications. [Persian].
25. Coleyni M. *Al-kafi*. Tehran: Publications by books Al-Islamiyah; 1984. [Persian].
26. Khoei S. *Fundamentals of completion of al_menhaj*, Qom: imam al_khoii revival institute; 1997 [Persian].
27. Saneie U. *Medical Questions*. Qom: Meysam-tamar Publication; 1998. [Persian].
28. Kharazi S. *Generation Deletion and Sterilization*. *Beit Jurisprudence Magazine* Peac be upon you. 1995; 22(15):79. [Persian].

29. Nojavan D. Emergancy Rule Position in Jurisprudential Investigation of Infertility Treatment. *Journal of Medical Jurisprudence*. 2012;2(8):59-80. [Persian].
30. Mohammadi G. The Criterion for Reduction in Embryo Selection. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion*; 2012. p. 29-30. [Persian].
31. Khoei S. How to Succeed in Answering Question by researcher tabrizi. Qom: Selected Publication Office; 1998. [Persian].
32. Mozafar M. principles of muzaffar, one of the abortion treatment law approved, Qom: school of islamic declaration; 2012.
33. Rahimipoor A, Karimi A. The Need for Legislation to Reduce Fetus. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion*; 2012. p. 30-45. [Persian].
34. Parsa M, Karimi M. Development of Legal Abortion Therapies; Strategies for Preventing Abortion Crime. *Second Congress of Ethics and Reproductive Rights-Abortion Therapy and Fetal Abortion*; 2012. p. 80-95. [Persian].
35. Hekmatnia M. Women's Individual Rights and Responsibilities. Tehran: Institute for Islamic Culture and Thought; 2011. [Persian].
36. Arjmand-danesh J. Terminology of Islamic Penal Law. Tehran: Bahnami Publication; 2010. [Persian].
37. Mirmohamad Sadeghi H. Proprietary Criminal Law Crimes against Individuals. Tehran: Mizan; 2012. [Persian].
38. Mehrpor H. Theory the Guardian Council. Tehran: Kihan Publication; 1992. [Persian].
39. Ghorbani F, Ebrahimi E. Verdict on Embryo Reduction and Removal in Multi – tribal Fertility from the Persoective of Medical Jurisprudence. *Studies in Islamic Jurisprudence and the Principles of Law*. 2016;10(9):27-46. [Persian].
40. Mohaghegh-damad M. Research on Abortion and Its Complications. *Medical Ethics Research and Research Center*. Tehran: SBMU Journals; 1994. [Persian].
41. Mohajerin R. Forced Birth or Optional Death (investigating the consequences of abortion and abortion from abortion). *JLAP*. 2008; 6(10):141-156. [Persian].



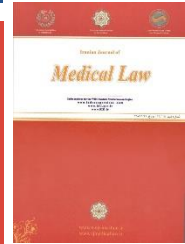
The Iranian Association
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e5.

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



ORIGINAL ARTICLE

Feasibility study of drafting a law regarding the reduction of embryos (with a jurisprudential and legal approach)

Maryam UISadat Mohaghegh Damad^{1*} , Roxana Boazar²

1. Ph.D in Assistant Professor, Women's Campus, Imam Sadiq University, Tehran, Iran.

2. Master of Family Law, Women's Campus, Imam Sadiq University, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Received: 1 June 2020

Accepted: 12 April 2021

Published online: 27 April 2021

Keywords:

Embryo

Fetal Reduction

Jurisprudential effects of fetal reduction

Social effects of fetal reduction

ABSTRACT

Background and Aim: One of the problems of medical knowledge in the field of infertility that has become common is the phenomenon of multiple births and birth defects. Doctors in infertility clinics try to reduce the problem to an acceptable level by reducing the number of fetuses. Therefore, considering the importance and necessity of fetal reduction, the main purpose of this study is to investigate the effects of this phenomenon and the need to be aware of them.

Ethical considerations: In all stages of writing the present study, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed.

Materials and Methods: This research is of theoretical type. The research method is descriptive-analytical and with a jurisprudential-legal approach. Information was collected in a library by referring to documents, books and legal and jurisprudential articles.

Results: The results of this study show that fetal reduction, if the number of embryos transferred to the mother's uterus is more than one, although in some cases has a moral, jurisprudential and legal justification, has undeniable negative effects on mother, fetus and society.

Conclusion: The results indicate that the adoption of an approach commensurate with medical developments in the field of infertility treatment, in order to determine the legal and medical criteria, including the restriction of transfer of more than one fetus to the mother's uterus by physicians, to prevent fetal reduction and its negative effects, is a necessary and requires legislation.

* Corresponding Author:

Maryam UISadat Mohaghegh Damad

Address: Women's Campus, Imam Sadiq University, Tehran, Iran.

Postal Box: 19816-34113

Telephone: 21-22094901

Email: m.mohaghegh@isu.ac.ir

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Mohaghegh Damad MS, Boazar R. Feasibility study of drafting a law regarding the reduction of embryos (with a jurisprudential and legal approach). *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e5.