

## مسئولیت مدنی پزشک و داروساز در سقط پزشکی

سیدمحمدصادق طباطبایی<sup>۱</sup>

عباس نیازی<sup>۲</sup>

نیکتا نیازی<sup>۳</sup>

نیلوفر نظری<sup>۴</sup>

### چکیده

در خصوص سقط جنین ماده واحده‌ای در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۱۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید که بیانگر اذن قانونگذار به سقط جنین پیش از چهارماهگی با حصول شرایط و انجام تشریفات بود، اما علیرغم این مصوبه مسئولیت پزشک و داروساز همچنان در برخی موارد وجود دارد. این مسئولیت ناشی از تقصیر در تشخیص، عدم رعایت تشریفات قانونی، عدم اطلاع‌رسانی، اطلاع‌رسانی ناقص و مبهم، انتخاب روش نامناسب و سرانجام عملکرد نامناسب در مورد سقط است.

همچنین ماده واحده مزبور موضوع سقط جنین پس از چهارماهگی را - در صورت حصول شرایط مجاز برای سقط پیش از چهارماهگی - بیان نکرده است. در این مقاله ابتدا موارد مسئولیت پزشک و داروساز در سقط پیش از چهارماهگی در فرض جواز قانونی حاصل از ماده واحده مورد مطالعه و بررسی قرار خواهد گرفت و در ادامه از

۱- عضو هیأت علمی گروه حقوق، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: [tabatabaei@ase.ui.ac.ir](mailto:tabatabaei@ase.ui.ac.ir)

۲- دانشجوی دکترای حقوق خصوصی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشجوی پزشکی عمومی دکترای حرفه‌ای، پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.

۴- دانشجوی دکترای عمومی داروسازی پردیس بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۳/۲۵

مسئولیت یا عدم مسئولیت پزشک در سقط پس از چهارماهگی با وجود شرایط مقرر در ماده واحده مذکور سخن خواهد رفت.

### واژگان کلیدی

سقط درمانی، مسئولیت مدنی، پزشک، داروساز، جنین

## مقدمه

مسئولیت پزشک از دیرباز مورد توجه ادیان (محمدی همدانی، ۱۳۸۷ ش. ص ۳۴) و حقوق<sup>۱</sup> بوده است. پزشک به مثابه یک چاقوی دو دم می‌تواند با نیشتری دردی عمیق را از جانی بزدايد یا جراحی تا حد مرگ بر انسان نهد. در سال ۱۳۸۴ ماده واحده‌ای از مجلس گذشت که هراس مسئولیت ناشی از سقط جنین<sup>۲</sup> را در صورت وجود شرایط مقرر و اجرای تشریفات آن از مادر و پزشکان کاست.

هدف از این تقنین اگر حذف مجازات سقط جنین بوده باشد<sup>۳</sup>، بحثی از مسئولیت پزشک خاطی در نتیجه عدم حصول سقط جنین یا خطای در انجام آن، به استناد قانون سقط‌درمانی مطرح نخواهد بود، اما اگر مقصود قانونگذار ایجاد حقی به نفع والدین باشد، مانند سایر حقوق، ضمانت اجرایی دارد و مادر و یا پدر و یا دادستان خواهند توانست پزشک خاطی را تحت تعقیب قرار داده و از وی مطالبه خسارت کنند. همچنین اگر قانونگذار تنها درصدد حذف مجازات در فرض سقط جنین معلول بود، نیازی به تصویب قانون جدید وجود نداشت و از طریق اصلاح قانون مجازات اسلامی و حذف مجازات مندرج در مواد مربوط، به این هدف دست می‌یافت. بنابراین به نظر نمی‌رسد که مقصود قانونگذار صرفاً رفع مسئولیت از پزشک باشد (ایزانلو و همکاران، ۱۳۹۰ ش. ص ۸۲؛ افشار قوچانی، ۱۳۹۳ ش. ص ۱۲۴). مؤید این مطلب آن‌که اولاً در اصلاحات سال ۱۳۹۲ قانون مجازات اسلامی (ماده ۷۲۸) علیرغم این‌که مواد ۶۲۵ تا ۶۲۹ نسخ شده، مواد مربوط به مسئولیت پزشک و داروفروش در سقط جنین (مواد ۶۲۲ تا ۶۲۴) نسخ نشده است؛ ثانیاً در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط جنین، آیین‌نامه‌ای با ۵۱ مورد اندیکاسیون قطعی مادری و جنینی برای سقط جنین درمانی پیشنهاد کرد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش. ص ۱۲۶) و در سال ۱۳۸۲ شرایطی از سوی پزشکی قانونی برای پذیرش

درخواست<sup>۴</sup> و صدور مجوز سقط جنین اعلام شد<sup>۵</sup> که اجازه والدین برای سقط مورد نیاز بود. پیش از آن نیز با توجه به آیین‌نامه انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸/۳/۳ کمیسیون‌های مشترک دادگستری و بهداری مجلسین اگر پزشک تشخیص می‌داد سقط جنین برای سلامت جان مادر لازم است پس از مشاوره و تصویب دو نفر پزشک دیگر، اقدام به سقط می‌نمود (ماده ۱۷) که این امر از نظر شورای نگهبان با توجه به استفساریه‌ای (مهرپور، ج ۳، ص ۲۲۸) از حضرت امام خمینی (ره)، قبل از ولوج روح پذیرفته شده بود<sup>۶</sup> (نظریه شورای نگهبان، ۶۳/۸/۸، روزنامه رسمی شماره ۱۱۵۵۷؛ امام خمینی، ۱۴۲۴ ق، ج ۲، ص ۹۱۳).

در واقع ماده واحده<sup>۷</sup> سال ۱۳۸۴ - اگر نگویم تحصیل حاصل بود - عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن جنین را به مجوز قبلی افزود و تنها رضایت مادر، به جای والدین را نیاز این عمل دانست<sup>۸</sup> (رستمی و همکاران، ۱۳۸۲ ش، ص ۸۹).

سقط جنین در موردی که نجات جان مادر ضرورت دارد یا معلولیتی در جنین وجود دارد، با تفاوت در دامنه آن، مورد اتفاق کشورهای مسلمان است (قربانی و همکاران، ۱۳۸۸ ش، ص ۱۳). بنابراین قانونگذار با تصویب قانون سقط‌درمانی تصمیم به ایجاد حقی برای مادر جنین معلول داشته است تا وی با وجود شرایط قانونی بتواند بدان دست یابد و نباید این قانون دستاویزی برای سوء استفاده برخی از پزشکان و عدم توجه قضات به این پرونده‌ها گردد (افشار قوچانی، ۱۳۹۰ ش، ص ۱۳۱). طبق ذیل همین ماده واحده متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد، زیرا مطابق مشهور در فقه شیعه پزشک مسؤول زیان وارده بر بیمار است، هرچند تقصیر نکرده باشد مگر این‌که قبل از معالجه اخذ براءت کرده باشد<sup>۹</sup> (کازمی، ۱۳۸۹ ش، ص ۲۷۸؛ کریمی، ۱۳۸۶ ش، ص ۶۰). شرط براءت از ضمان، نیز پزشک را از مسؤولیت

در صورت اثبات تقصیر معاف نمی‌کند و فقط بار اثبات را جابجا می‌نماید، بدین معنی که اگر براءت از ضمان اخذ نشده باشد، بار اثبات عدم تقصیر بر دوش پزشک و در صورت اخذ براءت بار اثبات تقصیر بر عهده زیان‌دیده است و در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ مسؤولیت پزشک مبتنی بر تقصیر است، ولی نه تقصیر اثبات‌شده، بلکه تقصیر مفروض که خلاف آن قابل اثبات است (صفایی، ۱۳۹۱ ش.، ص ۱۴۹). با اذن قانونگذار و تخصیص مقررات عام، ماده واحده جایگزین اذن پدر و براءت نامه شده است (بادینی، ۱۳۹۱ ش.، ص ۲) و همان‌گونه که گفته شد اثر این براءت قانونی در اضرار عمدی یا ارتکاب هرگونه تقصیر و بی‌مبالاتی از بین می‌رود و اخلاق چنین رفتاری را تحمل نمی‌کند (کاتوزیان، ۱۳۸۶ ش.، ص ۳۸۳؛ باریکلو، ۱۳۸۵ ش.، ص ۲۴۹).

در اصطلاح حقوقی، معنای عام<sup>۱۰</sup> «مسؤولیت مدنی» عبارت است از هرگونه تعهدی که قانون بر عهده شخص قرار می‌دهد اعم از این‌که مسؤولیت ناشی از یک قرارداد یا غیر قرارداد باشد و مسؤولیت مدنی پزشک نسبت به ضررهای وارده به بیمارانش در این معنای مسؤولیت مدنی (بادینی، ۱۳۸۴ ش.، ص ۱۳۸) منظور این مقاله است.

یکی از کارکردهای مسؤولیت مدنی بازدارندگی از ایجاد ضرر است که در خصوص خطای شغلی پزشک<sup>۱۱</sup> مورد انتقاد واقع شده، زیرا این مسؤولیت باعث بازدارندگی از انجام این حرفه خواهد شد (Landes & Posner, 1987, 11)، اما عدم پذیرش این دعوا به معنی اجازه ارتکاب تقصیر بدون ایجاد مسؤولیت است (Barrett, 1972, 38). پزشک در مراحل مختلف و به گونه‌های متفاوت، ممکن است مرتکب تقصیری شود که مانع انجام درست سقط‌درمانی و استفاده شایسته والدین از حق قانونی آن‌ها گردد.

در چنین شرایطی، برای مسؤول شمردن پزشک یا داروساز، باید ارکان عمومی مسؤولیت مدنی مجموعه درمانی که در ایران سه عنصر است<sup>۱۲</sup> یعنی: الف - بروز خطای پزشکی و درمانی؛ ب - ورود خسارت به بیمار؛ ج - احراز رابطه سببیت میان خطای وارده و بروز خسارت را احراز کرد (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۲ ش، ص ۱۸۴؛ مرادزاده و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ص ۵۲). تقصیر پزشک خود می‌تواند به سه بخش تقسیم شود: ۱- خطا در تشخیص بیماری؛ ۲- تقصیر در اجرای درمان؛ ۳- قصور در اطلاع‌رسانی. داروساز نیز ممکن است مسؤول باشد و ارتکاب تقصیر از سوی او در بخش‌های دوم و سوم متصور است، چه آن‌که داروساز حق تشخیص بیماری و تجویز دارو ندارد.<sup>۱۳</sup> بنابراین در مرحله تشخیص نقشی نخواهد داشت. در ادامه این موارد بیشتر شرح داده خواهد شد.

در خصوص اصطلاح «سقط‌درمانی»<sup>۱۴</sup> نکته شایان ذکر این است که نباید آن را گونه‌ای از درمان بدانیم، زیرا مثلاً وقتی صحبت از آب‌درمانی می‌شود نوعی از درمان منظور است که با استفاده از آب انجام می‌شود، ولی در سقط‌درمانی ما از سقط جنین به عنوان درمان استفاده نمی‌کنیم. پس منظور از این اصطلاح در قانون و در پزشکی شیوه‌ای از درمان نیست. در واقع سقط، کسی را درمان نمی‌کند و اگر جنین عقب‌افتاده یا ناقص‌الخلقه باشد از تولدش جلوگیری می‌کند و یا از خطر جانی که برای مادر وجود دارد پیشگیری می‌کند (شریعتی‌نسب، ۱۳۹۱ ش). پس عبارت «سقط‌درمانی» جهت تقابل با «سقط جنینی» در پزشکی قانونی بکار گرفته شده است (جاویدی، ۱۳۸۴ ش، ص ۱۶؛ عباسی، ۱۳۸۳ ش، ص ۷۰). بنابراین بهتر است به جای اصطلاح «سقط‌درمانی» از عبارت «سقط پزشکی» استفاده شود.

## الف - مسؤولیت پزشک در سقط پیش از چهارماهگی

## ۱- خطا در تشخیص

سعی و کوشش پزشک برای معالجه بیمار با تشخیص شروع می‌شود. وفق ماده واحده مذکور، سقط جنین بنا به دلیل عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن جنین یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد ممکن است، آن هم در فرضی که جنین کم‌تر از چهارماه سن داشته باشد. در بررسی‌های انجام‌شده بیشترین نگرانی اخلاقی برای کادر درمان، تشخیص‌های قبل از تولد و ختم بارداری است که بیشترین درصد آن را سقط پزشکی با جنین‌های ناهنجار تشکیل می‌دهد (Garel, 2002, 13).

در گذشته، قبل از تولد، امکان پی‌بردن به ناهنجاری‌ها وجود نداشت و بعد از تولد، واقعیت هویدا می‌گردید و معمولاً نوزادان ناقص‌الخلقه به دلیل فقدان امکانات بهداشتی و درمانی فوت می‌کردند، ولی امروزه در دوران بارداری، بسیاری از ناهنجاری‌ها و نواقص و بیماری‌های جنینی قابل تشخیص است و می‌توان از تولد چنین موجوداتی جلوگیری و به جنین، مادر و اجتماع خدمت نمود (طبیعی، ۱۳۸۲ ش، ص ۹۲). پس پیش از هر چیز، انجام سقط جنین متوقف بر تشخیص بیماری است. بنابراین پزشک معالج، مسؤول تشخیص‌ها و نظرات پزشکی خود خواهد بود.

تعهد پزشک اصولاً تنها تعهد به وسیله<sup>۱۵</sup> است (صفایی، ۱۳۹۱ ش، ص ۱۴۲)، یعنی ایشان متعهد است در حد امکانات و توان خود، کوشش در انجام کار و بکارگیری اطلاعات علمی نماید و ضامن وصول به نتیجه نیست، بلکه ملتزم می‌گردد تا وسیله رسیدن به نتیجه را فراهم کند (جعفری لنگرودی، ۱۳۸۴ ش، ج ۲،

ص ۹۷۶؛ عوده، ۱۹۴۹ م، ص ۵۲) و عدم حصول نتیجه، اماره تقصیر وی نیست، بلکه باید تقصیر پزشک اثبات شود (ره پیک، ۱۳۸۷ ش، ص ۶۹).

اگر پزشک در مسأله تشخیص کوتاهی نماید مسؤول خطا خواهد بود (شجاع‌پوریان، ۱۳۷۳ ش، ص ۱۵۵) درست آن است که تعهد پزشک در تشخیص بیماری جنین یا عدم خطر ادامه بارداری برای مادر، حسب مورد و با توجه به پیشرفت دانش پزشکی و امکاناتی که این علم برای پزشک مهیا ساخته سنجیده شود (خشنودی، ۱۳۹۲ ش، ص ۴۱۸؛ Pellegrino, 1999, 720) و نمی‌توان حکم کلی تعهد به وسیله یا تعهد به نتیجه را در این مورد بیان نمود.

این رفتار می‌بایست با رفتار پزشکی محتاط و متعارف در همان حرفه سنجیده شود و عدم انجام تعهدات خاصی که حرفه پزشکی بر پزشک واجب کرده است. خطای حرفه‌ای یا تقصیر<sup>۱۶</sup> می‌باشد که یکی از ارکان عمومی مسؤولیت مدنی است. البته مفهوم پزشک محتاط همگام با تغییرات اجتماعی و پیشرفت دانش و گذر زمان متغیر است (بادینی، ۱۳۸۴ ش، ص ۱۹۵؛ شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹ ش، ص ۱۵۹).

اشتباه در تشخیص پزشک متعارف نیز ممکن است رخ بدهد پس برای مسؤول دانستن وی اشتباه کافی نیست و هرگونه شکست و عدم موفقیت یا حادثه در هنگام معالجه ضرورتاً خطای پزشکی به حساب نمی‌آید، زیرا عمل پزشکی فی‌نفسه و به حکم طبیعت خود، از خطر جدا نیست (مرادزاده و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ص ۵۴)، بلکه ارتکاب تقصیر برای مسؤول شناختن او ضروری است و ماهرترین پزشکان ممکن است به علت مشابهت علائم بیماری‌ها دچار اشتباه شوند دلیل این امر ضعف بشر به طور عمومی است از همین روی قاعده کلی از اولین روز قضاوت در امور پزشکی این بوده که پزشک به اندازه پیشرفت علم، تعهد خود را انجام دهد (الجوهری، ۱۹۵۱ م، ص ۳۳۹؛ به نقل از شجاع‌پوریان، ۱۳۷۳ ش، ص ۱۶۲).



**۲- تشخیص نادرست منجر به سقط غیر ضروری**

تقصیر پزشک ممکن است به لحاظ عملی یا علمی باشد (شریفی، ۱۳۹۰ ش. ص ۶۳؛ مفهوم مخالف تبصره ماده ۴۹۵ ق.م.ا، ۱۳۹۲ ش.)، مثلاً در نمونه گزارش شده‌ای با انجام دوبار سونوگرافی با وجود تشخیص غیر قطعی اتخاذ تصمیم شده و پزشکی قانونی مجوز سقط‌درمانی را صادر کرده است (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹ ش. ص ۲۸)، حال امکان دارد مادر و یا پدر جنین یا حتی دادستان در صورت آگاهی به جهت عدم قطعیت تشخیص و انجام سقط جنینی که ممکن است سالم بوده شاکی شوند. در این امر جهت مطالبه خسارت، شاکی باید علاوه بر اثبات تقصیر پزشک در تشخیص ناصحیح معلولیت جنین، ثابت نماید که هنگام مراجعه به خوانده، جنین قبل از چهارماهگی بوده و تشخیص نادرست پزشک مانع به دنیا آمدن فرزند خانواده شده است. برای جنین سقط‌شده پیش از چهارماهگی به اتفاق آراء، فقها قائل به قصاص نیستند، ولی باید دیه آن پرداخت شود (قبله‌ای، ۱۳۷۷ ش. ص ۱۴؛ خامنه‌ای، ۱۳۸۸ ش. ص ۶۳؛ جاویدی، ۱۳۸۳ ش. ص ۱۸).

**۳- عدم تشخیص نقص یا معلولیت جنین**

ممکن است تقصیر در تشخیص، مربوط به عدم شناسایی نوزاد معلول یا ناقص‌الخلقه باشد و تولد چنین نوزادی، پس از مراجعه به پزشک، باعث مسؤولیت اوست<sup>۱۷</sup>، زیرا پزشک با قبول قرارداد، خود را در مقابل والدین متعهد به اجرای تعهداتی کرده است که با عدم اجرای این تعهدات، مسؤول خواهد بود (ایزنلو و همکاران، ۱۳۹۱ ش. ص ۹۱).

عوامل ژنتیکی، اختلالات متابولیکی و خطرات زمان زایمان از مهم‌ترین علل معلولیت ذهنی<sup>۱۸</sup> در کودکان است که با انجام‌دادن غربالگری<sup>۱۹</sup> و مشاوره‌های ژنتیک در سه‌ماهه اول بارداری می‌توان از تولد این کودکان پیشگیری کرد (عباسی

و همکاران، ۱۳۹۱ ش.، ص ۱۳۴). غربالگری با روش‌های مختلفی انجام می‌شود که برخی از آن‌ها در سه‌ماه اول<sup>۲۰</sup> و برخی در سه‌ماه دوم<sup>۲۱</sup> قابل انجام است<sup>۲۲</sup> (شهشهان و همکاران، ۱۳۹۲ ش.، ص ۲؛ قادی‌پاشا و همکاران، ۱۳۸۶ ش.، ص ۴۲). در کشور ما به جهت سقط پزشکی می‌بایست از روش‌های دسته اول استفاده نمود. برای تشخیص برخی نارسایی‌های قلبی جنین، از اکوکاردیوگرافی جنین<sup>۲۳</sup> به دو طریق اقدام می‌شود (شیروانی، ۱۳۸۵ ش.، ص ۳۳) و برای کشف ناهنجاری‌های کروموزومی استفاده از روش آمنیوسنتز<sup>۲۴</sup> توصیه می‌شود (بهجتی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.، ص ۱۴۹).

اگر فرزندی که معلول است به دنیا بیاید در یک نگاه معتدل ضرر به والدین است، چراکه این امر دربردارنده هزینه‌های عاطفی و مادی برای والدین است. البته با این پرسش مواجهیم که بیماری یا نقصان فرزند، یا ناشی از اختلالات دوران بارداری است یا اساساً ریشه ژنتیک دارد و به هر حال منسوب به پزشک نیست. به بیان دیگر، این پزشک نیست که فرزند را بیمار ساخته، او تنها از متولدشدن چنین فرزندی جلوگیری نکرده است. بنابراین او «سبب» بیماری نبوده و تنها جلوی تأثیر سبب را نگرفته است. در پاسخ به این ابهام باید گفت مسؤولیت پزشک، به دلیل بیماری فرزند نیست تا ناچار از احراز رابطه سببیت میان این بیماری و رفتار پزشک باشیم. مسؤولیت پزشک، به علت «تولد» فرزند بیمار است نه به واسطه بیماری او در این خصوص، رابطه سببیت محرز و فعل پزشک «سبب» است (ایزانلو و همکاران، ۱۳۹۱ ش.، ص ۲).

البته مولود این تشخیص نمی‌تواند به دلیل متولدشدن از پزشک جبران خسارت بخواهد، زیرا حیات موهبتی الهی است.

سؤال دیگر این است که تولد و زندگی شخص معلول یا ناقص‌الخلقه را نمی‌شود زیان دانست. پس چه زیانی را از پزشک مطالبه کنیم؟ پاسخ این مسأله،

جبران زیان‌های «ناشی از» زندگی است (ژوردن، ۱۳۸۶ ش، ص ۸۶) همان‌گونه که در خصوص مرگ همچنین است؛ خسارت ناشی از مرگ بهای مرگ نیست، بلکه برای جبران زیان‌هایی است که از مرگ ناشی می‌شود (افشار قوچانی و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ص ۲۶). پس هرگاه در نتیجه تقصیر پزشکی، فرزندی معلول متولد شود، والدین مستحق مطالبه خسارت از پزشک خاطی هستند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش، ص ۱۳۴).

#### ۴- تشخیص موجب صدمه به مادر

ممکن است تقصیر در تشخیص موجب صدمه به سلامتی مادر یا حتی فوت وی شود. در خصوص اندیکاسیون‌های مادری سقط جنین، علل قلبی عروقی در صدر اندیکاسیون‌ها گزارش شده است (بزمی و همکاران، ۱۳۸۷ ش، ص ۳۱۵)، مثلاً علل شایع افزایش فشار ریوی در خانم‌های جوان در سنین بارداری شانت‌های داخل قلبی یا آئورتوپولمونری ناشی از بیماری‌های مادرزادی قلبی است که خطر مرگ همراه با حاملگی ۳۰ تا ۵۰ درصد است. بنابراین سقط‌درمانی توصیه می‌شود (امری مله و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ص ۲۰۴). پزشک در صورت عدم تشخیص بیماری مادر که با تهدید جانی وی توأم است مسبب صدمه به وی یا حتی قتل اوست که اولیا دم مادر می‌توانند با توجه به خطایی بودن فعل پزشک از او دیه مطالبه نمایند.

#### ۵- تقصیر در هنگام انجام عمل درمانی

در مورد آزمایش‌های پزشکی و معالجات و اعمال جراحی ساده و اعمال جراحی زیبایی، گفته شده می‌توان همان‌گونه که رویه قضایی فرانسه تعهد پزشک را تعهد به نتیجه<sup>۲۵</sup> تلقی کرده در حقوق ایران نیز این دسته از تعهدات پزشکان را، تعهد به نتیجه در نظر گرفت و اثبات تقصیر را لازم ندانست و صرف عدم حصول نتیجه و تحقق ضرر را برای مسؤولیت کافی شمرد (Teree, 1999, 463)؛

صفایی، ۱۳۹۱ ش.، ص ۱۴۷؛ طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.، ص ۱۸۰). در تعهد به نتیجه متعهد ملزم به رسیدن به نتیجه معین می‌باشد و در صورت عدم حصول نتیجه اثبات بی‌تقصیری کفایت نمی‌کند مگر این‌که دخالت یک عامل خارجی مانند قوه قاهره در عدم تحقق نتیجه ثابت گردد (تفرشی و همکاران، ۱۳۸۸ ش.، ص ۱۳)، مثلاً در جایی که ثابت شود علت ضرر امری خارج از توان پزشکان بوده است، این امر برای ایشان در حکم قوه قاهره خواهد بود (کاتوزیان، ۱۳۸۶ ش.، ص ۳۸۰).

پزشک در حین عملیات درمانی<sup>۲۶</sup> خود اگر باعث زیان جسمی یا نقص عضو بیمار شود در صورت تقصیر ضامن خواهد بود، حتی اگر معالجه بیمار با اجازه وی یا ولی بیمار باشد (صالحی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۱۵۰). بنابراین نقض اصول و قواعد موضوعی و متعارف هر عمل جراحی خطای شغلی پزشک است (جعفری لنگرودی، ۱۳۸۴ ش.، ص ۶۴۲) و علاوه بر دریافت خسارت با توجه به مفهوم مخالف ماده ۱۸۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲<sup>۲۷</sup> که عدم رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی را جرم می‌انگارد قابل مجازات نیز می‌باشد.

در خصوص داروساز این تقصیر مربوط می‌شود به مواردی که وی می‌بایست دستورالعمل استفاده از داروی مورد تجویز را به بیمار (در اینجا مادر) تفهیم و تعلیم می‌نمود، اما این اقدام را یا اصلاً انجام نداده یا در مقایسه با یک داروساز متعارف دچار تقصیر در انجام این وظیفه شده است و چنانچه داروی مورد تجویز پزشک برای بیمار از نوع داروهای ترکیبی و ساخت داروساز باشد وی در این مرحله دچار تقصیر شود (صالحی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۱۳۶) یا در صورت لزوم جایگزینی اقلام در نسخ تجویزی بدون مشاوره با پزشک معالج اگر اقدام نماید مسؤول است. همچنین مشاوره با بیمار در حین ارائه نسخه از قبیل بررسی صحت دوزاژ تجویزی و عوارض جانبی داروها، تداخلات دارویی و بیماری زمینه‌ای، یا شرایط خاصی

مانند بارداری، شیردهی گیرنده دارو که در صورت عدم رعایت این موارد مسؤول خواهد بود (مواد ۲۵ و ۲۶ آیین نامه داروخانه‌ها<sup>۲۸</sup>).

گاهی اشتباه در عمل درمانی، اشتباه در انتخاب روش است. بنابراین از آنجا که اطلاع‌رسانی و انتخاب روش در سقط پزشکی رابطه تنگاتنگی دارند در ادامه بدان خواهیم پرداخت.

### ۶- تقصیر در اطلاع‌رسانی و انتخاب روش سقط

پزشک باید بیمار را از وضعیت بیماری و خطرات و اثرات جانبی و احتمالی که ممکن است از عمل جراحی یا درمان ناشی شود مطلع سازد (مسجدسرای و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ص ۱۷۸). تعهد پزشک به آگاهی زوجین، دو رکن خواهد داشت: اولاً بیان بیماری اساسی جنین (عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن)؛ ثانیاً بیان به موقع و در زمان شایسته. طبیعی است که مقصرشمردن پزشک، منوط بر امکان نوعی تشخیص بیماری و نیز وجود فرصت کافی برای اطلاع آن است.

اطلاع‌رسانی باید در سه زمینه آتی باشد: الف - روش درمانی: که در سقط پزشکی عمل جراحی یا استفاده از دارو است؛ ب - انتخاب مکان و زمان درمان: که در این مورد، مکان کلینیک یا بیمارستان خواهد بود و زمان تا چهارماهگی جنین می باشد؛ ج - کادر درمانی که متخصص باشند (بادینی، ۱۳۹۱ ش). مسؤولیت عدم دادن اطلاعات، ناشی از تسبیب در ورود ضرر است و می‌بایست در آن تقصیر اثبات شود (کاتوزیان، ۱۳۸۶ ش، ص ۶۵۶).

به طور کلی روش‌های انجام سقط، به جراحی (پزشکی) و دارویی یا ترکیبی از هر دو تقسیم می‌شود (علامه و همکاران، ۱۳۸۳ ش، ص ۲). روش‌های جراحی (خارج‌کردن رحم و جنین از داخل شکم مادر) شامل دیلاتاسیون و تخلیه ساکشن کورتاژ لاپاراتومی، هیستروتومی و هیستریکتومی می‌باشد و دیگر روش اعم از دارویی یا

تزریقی است (ذوالفقاری و همکاران، ۱۳۸۱ ش.، ص ۲۰؛ ربیعی و همکاران، ۱۳۸۸ ش.، ص ۳۴).

در روش سقط دارویی که در آن حسب مورد با تزریق دارو یا خوردن قرص یا استفاده از شیاف و ژل صورت می‌گیرد، از داروهای گروه پروستاگلاندین‌ها (معمولاً در جنین بالای شش هفته)<sup>۲۹</sup> و آنالوگ‌های آن مثل میزوپروستول<sup>۳۰</sup> و میفه پریتون (معمولاً در جنین زیر شش هفته) استفاده می‌شود (ویسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.، ص ۴۹؛ نصیری‌منش، ۱۳۸۱ ش.، ص ۳۰). همچنین از اکسی‌توسیک (مثل آمپول اکسی‌توسین و ارگونوبین) استفاده می‌شود.

هر کدام از این روش‌ها دارای معایب و عوارض و مزایایی است که بیان آن‌ها از موضوع بحث ما خارج است، اما باید از سوی پزشک با توجه به بیمار و بیماری، تجویز گردد و به اطلاع مادر رسانده شود و داروساز باید راهنمایی دارویی جهت استفاده از دارو را به اطلاع مادر برساند و همان‌طور که گفته شد در صورت لزوم جایگزینی اقلام در نسخ تجویزی، پس از مشاوره با پزشک معالج باید اقدام کند.<sup>۳۱</sup> (بند ۳ و ۵ ماده ۲۵ آیین‌نامه داروخانه‌ها) در غیر این صورت دست به تجویز خودسرانه زده است که برای داروساز مسؤولیت‌آور خواهد بود. تکلیف دادن اطلاعات در خصوص داروفروش از قاعده ثابتی پیروی نمی‌کند و در هر مورد بایستی به داوری عرف گردن نهاد. برای مثال درباره دارویی که به طور معمول در دسترس همگان نیست و جز با تجویز پزشک فروخته نمی‌شود، گفته شده است ضرورتی ندارد که فروشنده همه نتایج خوب و بد آن را به خریدار گوشزد کند و کافی است هشدار دهد که دارو تنها با تجویز پزشک به مصرف برسد. همچنین مسؤولیتی متوجه داروفروش در صورت خوردن یکباره پانزده قرص از یک نوع

نخواهد بود چون کسی این اقدام را متعارف نمی‌داند و بدون دستور پزشک این اقدام را نمی‌کند (کاتوزیان، ۱۳۸۶ ش.، ص ۸۶).

پزشک نیز ممکن است با تجویز بیش از حد دارو و صدور نسخه بدون توجه به اصول علمی و شرایط بیمار مرتکب تقصیر شود که موجب مسؤولیت اوست<sup>۳۲</sup> یا آن‌که پزشک در انتخاب نوع سقط بین سقط طبی و جراحی دچار تقصیر شود که مکلف به جبران خسارات ناشی از صدمات وارده به مادر است.

در فرانسه تعهد به اطلاع‌رسانی تعهد به نتیجه است (Hocquet, 2006؛ العوجی، ۱۹۹۶ م.، ج ۲، ص ۴۷) و این رویکرد در حقوق ما خالی از قوت نیست، زیرا پزشک مکلف است اقدامات پزشکی را دقیق، جدی و منطبق با آخرین اطلاعات و داده‌های علمی انجام دهد (خشنودی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۴۱۹).

برخی از بیماری‌ها ممکن است در آینده نزدیک درمان شود و با ژن‌درمانی<sup>۳۳</sup> و... در بیمار بهبودی حاصل شود در این خصوص نیز پزشک نباید از قافله دانش روز غافل باشد و به والدین این امکان که امید به بهبودی جنین پس از تولد چقدر خواهد بود را نیز گوشزد کند تا شاید ایشان تصمیم بر ادامه بارداری داشته و از سقط دست بشویند.<sup>۳۴</sup>

اطلاع‌رسانی یک تعهد مثبت است و بنابراین بار اثبات ارائه اطلاعات برعهده پزشک قرار دارد و اگر مادر مدعی است که این اطلاعات غلط یا نادرست بوده است، باید نادرست بودن اطلاعات را ثابت کند (ژوردن و همکاران، ۱۳۸۶ ش.، ص ۲۰۲). رویه قضایی با در نظر گرفتن عرف مسلم پزشکی و اخلاق حرفه‌ای تعهداتی نظیر تعهد به اطلاع‌رسانی را می‌سنجد (خشنودی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۴۱۳).

اشکالی که به ذهن خطور می‌کند قاطع نبودن رابطه سببیت در ضررهای ناشی از عدم یا کمبود آگاهی است. می‌دانیم که ماده واحده سقط‌درمانی را

مشروط به اجازه مادر ساخته است. پس به فرض که پزشک یا داروساز به وظیفه خویش در دادن آگاهی عمل می‌کرد، معلوم نیست که آیا مادر اقدام به سقط فرزند بیمار خویش می‌کرد یا خیر؟ این اشکال را نیز می‌توان پاسخ گفت: اولاً در پاره‌ای فروع، تصمیم قاطع والدین به سقط، واضح است. مانند جایی که مادر این قصد را آشکارا به پزشک اعلام کرده، یا اساساً برای تشخیص بیماری احتمالی جنین به او مراجعه کرده است. ثانیاً حتی اگر فرض کنیم مادر پس از آگاهی از خطر، ممکن بود از سقط جنین امتناع کند، باز هم پزشک مسؤول خواهد بود، زیرا با قصور خویش، فرصت تصمیم‌گیری را از والدین گرفته و از دست رفتن این فرصت، خود ضرر است (ایزانلو و همکاران، ۱۳۹۱ ش.، ص ۲). در ثالث اگر قائل به این شویم که سقط‌درمانی تکلیف مادر است، این امر نه تنها جواز حکمی دارد، بلکه حکم تکلیفی است (روشن، ۱۳۹۱ ش.، ص ۱) و مادر باید با آگاهی سقط جنین می‌کرد.

البته نظر مخالفی نیز هست که سقط جنین را حق (رخصت) مادر می‌داند نه تکلیف او (عزیمت) (سیمایی صراف، ۱۳۹۱ ش.، ص ۲؛ افشار قوچانی و همکاران، ۱۳۹۳ ش.، ص ۳۱). بعضی در دفاع از سقط جنین معلول حتی پس از ولوج روح بیان داشته‌اند جنین نابهنجار تنها در حکم یک گیاه یا حیوان خواهد بود (موسوی رکنی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۸۸). موضوع سقط، تعارض اجرای حق حیات جنین، با حق جامعه است و حیات جنین نابهنجار موجب ایراد ضرر به جامعه می‌شود و علاوه بر تحمیل هزینه‌های گزاف بر دولت، موجب ازدیاد کسانی می‌گردد که حامل ژن معیوب می‌باشند (موسوی رکنی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۱۰۲) و سقط جنین ناقص‌الخلقه را حتی<sup>۳۵</sup> برای خود جنین می‌دانند که باید از استیلای والدینش درآمده و به دست پزشک متخصص سپرده شود (موسوی رکنی، ۱۳۹۳ ش.، ص ۱۰۴). این نظر چندان موجه نیست، چراکه نباید والدین را از فرصت داشتن فرزند، ولو معلول، به اجبار



محروم نمود و ناهنجاری عقلی یا جسمی را سبب محرومیت از داشتن حق حیات (حتی حیات نباتی) دانست و این امر را تکلیف پزشک یا مادر تلقی نمود، هرچند که آیه ۲۳۳ سوره مبارکه بقره «لاتضار والدة بولدها و لامولود له بولده» را برخی بدین گونه ترجمه کرده‌اند که فرزند نباید اسباب ضرر به والدین شود (قرائتی، بی‌تا، ص ۳۶۵)، اما اگر والده و مولودله نایب فاعل باشند، معنای آیه چنین است که پدر نباید به خاطر فرزندی که همسر او در شکم دارد، به او زیان برساند و زن نیز به خاطر حمل خویش نباید از مباشرت با شوهر امتناع نماید و موجب ضرر او گردد (مکارم شیرازی، ۱۳۶۷ ش، ج ۲، ص ۱۳۳؛ الطوسی، بی‌تا، ج ۲، ص ۲۵۷؛ نقیبه، ۱۳۸۳ ش).

## ب - مسؤولیت پزشک در سقط پس از چهارماهگی

### ۱- تشخیص خطر پس از چهارماهگی جنین و مسؤولیت پزشک

اگر سن جنین از چهارماهگی تجاوز کند و بیماری جنین و یا بیماری مادر تشخیص داده شود یا امکان تشخیص یابد و یا بیماری بر جنین یا مادر در این دوران عارض گردد، با استناد به متن صریح ماده واحده گفته شده در این صورت صدور حکم به جواز سقط ممکن نیست و مسؤولیت مدنی در پی دارد (بادینی، ۱۳۹۱ ش، ص ۱) و بنابر اصول اولیه باید حکم به حرمت سقط داد. پذیرش این رویکرد به حرج مادر و گاه فوت وی منجر می‌گردد و در برخی موارد حتی امکان حفظ حیات جنین نیز وجود نخواهد داشت (آقای‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱ ش، ص ۱۶)، اما بعضی دیگر معتقدند با تمسک به اصول و قواعد فقهی مانند اضطرار و در مقام قیاس بین دو مرحله، نمی‌توان ولوج روح را فارق دانست و باید با رعایت مساوات بین دو مرحله جنین عنوان داشت که بعد از ولوج روح نیز می‌توان به ادله خاص و عناوین ثانویه مثل مثل عسر و حرج و لاضرر استناد کرد (حاجی‌علی، ۱۳۸۳ ش، ص ۷۴).

## ۲- خطر جانی برای مادر یا جنین

در فقه مسأله سقط جنین بعد از پیدایش روح در جهت نجات جان مادر یا جنین دو فرض متصور است:

یکی اگر جنین سقط نشود حمل و حامل هر دو تلف می‌شوند در این فرض بدون تردید اسقاط جنین جایز، بلکه واجب است (قبله‌ای، ۱۳۷۹ ش، ص ۱۲). دیگری امر دایر می‌شود بین نجات یکی از آن‌ها یعنی یا باید حمل سقط شود و مادر نجات یابد و یا حمل زنده بماند و مادر بمیرد به عبارت دیگر می‌توان یکی را نجات داد که در خود این فرض نیز دو نظر وجود دارد: اول در این فرض عده‌ای گفته‌اند مادر می‌تواند حمل خود را سقط کند و خود را از مرگ نجات دهد، اما باید دیه حمل را که دیه کامل است به سایر ورثه حمل بدهد این فرض از مصادیق باب تزاحم یا ادله دیگر است و رأی پزشک در این خصوص تعیین‌کننده است، مادام که به خطای آنان اطمینان حاصل نشده است مسؤول نیستند و گرنه بر مباشر دیه حمل واجب می‌شود (محقق خویی به نقل از قبله‌ای، ۱۳۷۹ ش، ص ۱۳). برخی معتقدند که مادر برای دفاع از جان خویش می‌تواند جنین را که قصد کشتن او را دارد از بین ببرد و آن را از مصادیق دفاع مشروع شمرده‌اند و فرقی بین این‌که هجوم از ناحیه عامل خارجی باشد یا از ناحیه عامل داخلی نیست (حسینی شیرازی، ۱۴۰۹ ق، ج ۲۹، ص ۱۸). گروهی نیز بر اساس بنای عقلا، مادر را مخیر بین حفظ جان خود و یا حفظ جنین می‌دانند (خرازی، ۱۴۲۰ ق، ص ۶۷).

عده‌ای نیز عقیده دارند که بنابر قاعده‌ای اضطرار حرمت سقط جنین رفع می‌شود و برای این نظر خود به ادله زیر استناد کرده‌اند: آنجا که خداوند می‌فرماید *لَا تَنْفِرْ فِي مَقَامِكَ مَغْلَبًا* فان الله غفور رحيم؛ آن‌ها که در حال گرسنگی دستشان به غذای دیگری نرسد و متمایل به گناه نباشند، مانعی

ندارد که از گوشت‌های ممنوع بخورند و خداوند آمرزنده و مهربان است» (مائده: ۳) و نیز حدیث نبوی که می‌فرماید «رفع عن امتی... و ما اضطروا الیه...» از امت من چیزی که به آن اضطرار پیدا کند، برداشته شده است» (سالرزایی و همکاران، ۱۳۸۶ ش، ص ۱۳).

دوم آنان که قائل به عدم جواز سقط جنین پس از ولوج روح شده‌اند و معتقدند که جنین دارای روح، نفس محترمه است و با انسان دیگری که دارای نفس محترمه است، تفاوتی ندارد. بنابراین برای حفظ یکی از آن دو، کشتن دیگری جایز نیست و برای این گفته خود به این روایت استناد کرده‌اند که معصوم (ع) می‌فرماید «انما جعلت التقیه لیحقن بها الدم، فإذا بلغت التقیه الدم فلا تقیه...»<sup>۳۶</sup> (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق، ج ۱۶، ص ۲۳۴).

صاحب جواهر در موردی که امر دایر بین حفظ جان مادر یا جنین باشد می‌گوید: «واجب است آن دو را رها کرده و منتظر قضا و قدر الهی شد، زیرا خداوند به مصالح بندگان آگاه است» (نجفی، ج ۴، ص ۳۷۸). امام خمینی (ره) در عبارتی شبیه به این فرموده‌اند «اگر هر دو زنده باشند و برای زنده ماندن مادر و جنین خوفی باشد باید انتظار کشید تا قضای الهی واقع شود» (امام خمینی، ۱۴۲۵ ق، ج ۱، ص ۱۵۹).

### ۲- جنین ناقص الخلقه یا معلول بعد از چهارماهگی

در خصوص ناقص الخلقه یا معلول بودن جنین و تشخیص آن بعد از چهارماهگی فقهای امامیه سقط جنین را هر چند حرج شدیدی بر پدر و مادر وارد شود حرام دانسته‌اند، زیرا انسان زنده بر آن اطلاق می‌شود و همان‌طور که کشتن انسان ناقص الخلقه پس از ولادت جایز نیست قبل از ولادت و پس از ولوج روح و صدق انسان کامل بر آن نیز جایز نیست، زیرا ادله حرمت قتل جنین عمومیت دارد و

جنین سالم و ناقص‌الخلقه را پس از نفخ روح شامل می‌شود. گروهی از فقهای شیعی قائل هستند به جواز سقط جنین ناقص‌الخلقه پس از ولوج روح بنا بر قاعده نفی حرج و «الضرورات تبيح المحظورات» و نیز میان حرمت سقط جنین و فرزندى که زنده به دنیا می‌آید تفاوت قائل‌اند (مکارم شیرازی، ۱۴۱۹ ق، صص ۷۳-۶۳). بنابراین «انداختن حَمْل پس از انعقاد نطفه و پس از دمیده‌شدن روح در نطفه، مطلقاً جایز نیست» (امام خمینی، ۱۴۲۴ ق، ج ۲، ص ۹۰۱).

### نتیجه‌گیری

علیرغم تصویب ماده واحده‌ای در خصوص جواز سقط جنین پیش از چهارماهگی در صورت وجود شرایطی خاص، همچنان مسؤولیت پزشک در صورت تقصیر در عدم تشخیص بیماری جنین یا مادر پابرجاست و با تولد جنین معلول یا ناقص‌الخلقه یا ایراد صدمه به مادر، در صورت اثبات تقصیر، پزشک در برابر والدین مسؤول خواهد بود. همچنین اگر جنین سالمی با تشخیص ناصحیح سقط شود و یا در مورد بیماری مادر یا جنین یا هر دو اطلاع‌رسانی مناسب صورت نگیرد، پزشک یا داروساز در قبال والدین مسؤول خواهند بود. افزون بر این پس از تشخیص درست، انجام عمل درمانی همراه با تقصیر از سوی پزشک یا داروساز برای ایشان مسؤولیت‌آفرین است. بنابراین در انتخاب روش سقط، پزشک باید با در نظر گرفتن وضعیت جسمی مادر و جنین تصمیم‌گیری کند و داروساز موظف به کنترل دوز تجویزی و تداخل‌های دارویی است و سقط جنین به نظر حق مادر است.

در خصوص جواز یا حرمت سقط جنین پس از چهارماهگی، در صورت اطلاع از بیماری جنین که همراه با خطر جانی برای مادر باشد یا در صورت معلولیت جنین، به دلیل سکوت ماده واحده و با استظهار از اصل حرمت سقط، این امر

مجوزی ندارد و در صورت انجام سقط، با مباشرین اعم پزشک یا داروفروش مطابق قانون مجازات اسلامی برخورد خواهد شد.

پیشنهاد می‌شود در خصوص سقط جنین پس از چهارماهگی در صورتی که ادامه بارداری با خطر جانی مادر همراه باشد و یا در صورت کشف معلولیت یا نقص خلقت در جنین و به طور کلی در صورت وجود شرایط مقرر در ماده واحده، از سوی قانونگذار اظهار نظر صریحی صورت بگیرد.

#### پی‌نوشت‌ها

۱. مثلاً در قانون‌نامه حمورابی مسؤولیت پزشک بیان شده است (جعفری تبار، ۱۳۷۷ ش.، ص ۵۷).
۲. «جنین‌افکندن» در لغت‌نامه دهخدا ذیل واژه جنین آمده است. در عربی سقط حمل «اجهاض» و «املاص» و «اسلاب» گفته می‌شود (طیبی، ۱۳۸۲ ش.، ص ۷۶).
۳. ماده ۶۲۴ قانون تعزیرات اسلامی ۱۳۷۵: اگر طیب ... یا داروفروش و اشخاصی که به عنوان طبابت ... یا داروفروشی اقدام می‌کنند وسایل سقط جنین فراهم سازند و یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط صورت خواهد پذیرفت.
۴. بخشنامه شماره ۱/۴۱۷۶ مورخ ۸۲/۹/۱۱ سازمان پزشکی قانونی کشور (تارگه وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی <http://www.behdasht.gov.ir/?siteid=1&pageid=3176>).
۵. البته در سال ۱۳۷۶ با فتوای مقام معظم رهبری جهت تالاسمی ماژور اجازه سقط جنین صادر شد (نگاه کنید به: خامنه‌ای، ۱۳۸۸ ش.، ص ۳۰۱) تا پیش از این بین فقهای شیعه در مورد جنین معلول قبل از چهارماهگی کسی جواز سقط نداده بود (عربیان، ۱۳۸۹ ش.، ص ۱۳۱؛ سالارزایی و داودی، ۱۳۸۶ ش.، ص ۵۶ به بعد) و این جواز را از باب اضطرار (مسجدسرای و قربانیان، ۱۳۹۳ ش.، ص ۱۸۳) یا عسر و حرج (امامی، ۱۳۹۱ ش.، ص ۱) یا تراحم می‌دانند (کریمی و رحیمی‌پور، ۱۳۹۱ ش.، ص ۲).
۶. «در موردی که به تشخیص دکتر حمل برای مادر ضرر دارد و ادامه حمل ممکن است منجر به مرگ مادر شود، چنانچه اشکالی در تشخیص دکتر نباشد و تحقیق کامل هم در این جهت شده باشد، سقط جنین قبل از دمیده‌شدن روح مانعی ندارد».

۷. برگزاری سمینار «بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران» در هفتم و هشتم اسفندماه سال ۱۳۸۱، در کرمانشاه زمینه تصویب قانون اخیر را فراهم آورد (بهجتی اردکانی و دیگران، ۱۳۸۴ ش، ص ۳۱۲).
۸. برخی به تفاوت اخیر التفات نکرده‌اند. نگاه کنید به: فریدونی و همکاران، ۱۳۸۹ ش، ص ۱۴۵).
۹. برای دیدن تفاوت اذن، رضایت و برائت ن.ک: پوراسماعیلی علیرضا، بررسی مفاهیم اذن، رضایت و برائت و تأثیر آن‌ها در مسؤولیت پزشک، مطالعات فقه و حقوق اسلامی، ۱۳۸۹ ش، سال دوم، شماره دوم، صص ۷۰-۵۳.
۱۰. معنای خاص مسؤولیت مدنی تنها مسؤولیت ناشی از الزامات غیر قراردادی است. (النقیب، ۱۹۸۴ م؛ ص ۱۵؛ بهرامی احمدی، ۱۳۹۱ ش، ص ۷۵) مسؤولیت غیر قراردادی ناشی از زبانی است که شخصی به دیگری وارد می‌آورد (وحدتی شبیری، ۱۳۸۸ ش، ص ۱۷۰).

#### 11. Medical malpractice

۱۲. بر طبق قواعد حقوقی آمریکا، برای اقامه دعوی مسؤولیت مدنی ناشی از خطاهای پزشکی، باید ۴ عنصر ثابت شود. به عبارتی، بیمار موظف است ثابت کند: ۱- کادر درمانی، متعهد به یک وظیفه قانونی، مبتنی بر فراهم کردن اقدامات درمانی مناسب بوده است؛ ۲- آن وظیفه قانونی از سوی کادر درمانی نقض شده است؛ ۳- نقض این وظیفه، علت بروز آسیب و صدمات وارده به بیمار بوده است؛ ۴- تحقق زیان (Yale New Haven Medical Center, 1997, 135).

۱۳. به غیر از موارد (Over-the-counter) OTC medicines, Non-prescription drugs

#### 14. Therapeutic abortion

#### 15. Obligation means

۱۶. تبصره ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲: تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن‌ها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود.
۱۷. گاهی چنین جنین‌هایی، بعد از تولد، قابلیت حیات دارند و گاه جنین قابلیت حیات ندارد و بلافاصله یا پس از مدتی خواهد مرد، مانند آنسفالی.
۱۸. مانند سندروم داون (ترزومی ۲۱) و یا ترزومی‌های ۱۸ یا ۱۳.

#### 19. Screening

۲۰. مانند: Combined test

۲۱. مانند: Quadruple marker test

۲۲. مثلاً در خصوص بیماری بتا تالاسمی ماژور در سه‌ماه اول از روش CVS استفاده می‌شود. بهترین زمان برای این روش ۱۰ تا ۱۲ هفتگی است (محدث اردبیلی، ۱۳۸۱ ش، ص ۱۱) برخی پیشنهاد

کرده‌اند انجمن تالاسمی طی لایحه‌ای از طریق دولت حذف تأیید سه متخصص را که از شروط سقط جنین است بخواهد و فقط مجوز صدور سقط جنین مازور پس از تأیید آزمایش ژنتیک توسط پزشک قانونی صادر شود (رییس پزشکی قانونی استان مازندران، ایسنا، ۱۳۹۳/۷/۲۴).

### 23. Early Fetal Echocardiography

### 24. Amniocentesis

### 25. Obligation to achieve a certain result

۲۶. امروزه ممکن است پزشک از راه دور اقدام به عمل درمان نماید. به این نوع از درمان Telemedicine می‌گویند.

۲۷. ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: «... رفتاری که در قانون جرم محسوب می‌شود در موارد زیر قابل مجازات نیست: ... ج - هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود...».

۲۸. بخشنامه شماره: ۲۳۱۱/د- معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورخه ۱۳۸۹/۳/۳۰.

۲۹. در گروه پروستوگلانیدین‌ها، داروهایی وجود دارد که هر کدام علاوه بر اثر سقط جنین با مکانیسم انقباض رحمی و مشابه‌سازی زایمان، موارد مصرف متفاوتی برای خود پیدا کرده‌اند از جمله استفاده در گلوکوم و... از این رو پخش و اجازه توزیع این داروها در بازار دارویی به داروخانه‌های خاص و شناخته شده‌ای سپرده می‌شود که مسؤول فنی یا قائم‌مقام داروخانه موظف است مطابق تجویز پزشک عمل کرده و از تجویز خودسر داروهای مشابه خودداری کند.

### 30. Misoprostol

۳۱. بند ۷ ماده ۲۵: ساخت و ارائه داروهای ترکیبی طبق ضوابط با توجه به اصول علمی... و بند ۳ از ماده ۲۶ کنترل نسخ و تطبیق داروهای تجویز شده با سن و جنس بیمار [از وظایف مسؤول فنی داروخانه می‌باشد]، بند ۷ از همان ماده بررسی ابهام داروهای تجویزی در نسخه و در صورت لزوم جایگزینی پس از مشاوره با پزشک معالج (آیین‌نامه داروخانه‌ها).

۳۲. برای نمونه بنگرید به: مرادزاده و سالارکریمی، ۱۳۹۳ ش، ص ۵۴.

### 33. See more in: Mauro Giacca, *Gene Therapy*, Springer-Verlag Italia 2010.

۳۴. بنابر دیدگاه حق بودن سقط‌درمانی، نه تکلیف.

۳۵. به نظر می‌رسد نویسندگان میان مفهوم «حق» و «تکلیف» تفکیکی قائل نشده‌اند.

۳۶. همانا تقیه قرار داده شده است برای آن‌که جان انسان به واسطه‌ی آن حفظ شود. پس هرگاه تقیه موجب کشته‌شدن دیگری شود، تقیه نیست.

## فهرست منابع

## الف: فارسی

- افشار قوچانی، زهره. (۱۳۹۳ ش.). نقد و بررسی ماده واحده قانون سقط‌درمانی مصوب ۱۳۸۴. فقه و حقوق خانواده. دوره نوزدهم، شماره شصتم.
- افشار قوچانی، زهره. ایزانلو، محسن. (۱۳۹۳ ش.). مطالعه تطبیقی امکان مطالبه زیان ناشی از تولد و زندگی و ارکان مسؤلیت در آن. نشریه مطالعات حقوق تطبیقی. دوره پنجم، شماره اول، بهار و تابستان.
- امامی، اسداله. (۱۳۹۱ ش.). رابطه قانون سقط‌درمانی و کاهش جنین. مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، مؤسسه رویان.
- امری مله، پرویز. کامور، مژده. (۱۳۹۳ ش.). بی‌حسی داخل نخاعی با بویوکااین دوز کم برای سقط‌درمانی در یک بیمار مبتلا به سندرم آیزن منگر: گزارش مورد. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره چهاردهم، شماره دوم، تابستان.
- ایزانلو، محسن. افشار قوچانی، زهره. (۱۳۹۰ ش.). مسؤلیت ناشی از صدمه به حق عقیم‌سازی و سقط جنین معلول. فصلنامه حقوق پزشکی. سال پنجم، شماره هجدهم، پاییز.
- ایزانلو، محسن. شریعت‌نسب، صادق. (۱۳۹۱ ش.). مسؤلیت پزشک در قبال سقط‌درمانی. مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، پانل حقوقی.
- آقایی‌نیا، حسین. میرشمس شهشهانی، مانده. (۱۳۹۱ ش.). تحولات مقررات سقط‌درمانی در ایران و بررسی نارسای‌های ماده واحده. مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری.
- بادینی، حسن. (۱۳۸۴ ش.). فلسفه مسؤلیت مدنی. تهران: شرکت سهامی انتشار.
- بادینی، حسن. (۱۳۹۱ ش.). دیه و مسؤلیت مدنی ناشی از سقط‌درمانی. مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، پانل حقوقی.
- باریکلو، علیرضا. (۱۳۸۵ ش.). مسؤلیت مدنی. تهران: نشر میزان.



بزمی، شبتم. دیگران. (۱۳۸۷ ش.). مقایسه موارد مجوز سقط‌درمانی در سازمان پزشکی قانونی تهران قبل و بعد از قانون مجوز سقط قانونی ایران. مجله بیماری‌های کودکان ایران. دوره هجدهم، شماره چهارم، زمستان.

بهجتی، فرخنده. همکاران. (۱۳۸۷ ش.). تشخیص پیش از تولد اختلالات کروموزومی آمنیوسنتز: گزارش ۲۶۱ مورد. مجله ژنتیک در هزاره سوم، سال ششم، شماره چهارم، زمستان.

بهجتی اردکانی، زهره. دیگران. (۱۳۸۴ ش.). ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران. فصلنامه باروری و ناباروری. پاییز.

بهرامی احمدی، حمید. (۱۳۹۱ ش.). ضمان قهری مسؤولیت مدنی. چاپ اول، تهران: نشر دانشگاه امام صادق (ع).

تفرشی، محمدعیسی. مرتضوی، عبدالحمید. (۱۳۸۸ ش.). مطالعه تطبیقی تعهد به وسیله و به نتیجه در فقه حقوق فرانسه و ایران. پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی. بابل، تابستان.

جاویدی، مجتبی. (۱۳۸۴ ش.). سقط جنین بررسی تطبیقی در حقوق ایران حقوق انگلیس و فرانسه فتاوی فقهی. گواه. شماره دوم و سوم.

جعفری لنگرودی، محمدجعفر. (۱۳۸۴ ش.). ترمینولوژی حقوق. چاپ پانزدهم، تهران: انتشارات گنج دانش.

جعفری لنگرودی، محمدجعفر. (۱۳۸۶ ش.). دایره‌المعارف عمومی حقوقی، الفارق. جلد دوم، تهران: انتشارات گنج دانش.

الجوهری، محمدفائق. (۱۹۵۱ م.). مسولیه الطبیب فی قانون العقوبات. دارالجوهری للطبع و النشر.

حاجیعلی، فریبا. (۱۳۸۳ ش.). سقط جنین: حرمت یا جواز. مقالات و بررسی‌ها، دفتر ۷۶، پاییز و زمستان.

حر عاملی، محمد بن حسن. (۱۴۰۹ ق.). وسائل‌الشیعه. ۳۰ جلدی، جلد ۱۶، قم: مؤسسه آل‌البیت علیهم‌السلام.

حسینی شیرازی، محمد. (۱۴۰۹ ق.). الفقه. بیروت: دارالعلوم.

- حسینی‌نژاد، حسینقلی. (۱۳۷۰ ش.). *مسئولیت مدنی*. چاپ دوم، تهران: جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی.
- خامنه‌ای، سیدعلی. (۱۳۸۸ ش.). *اجوبه الاستفناات*. چاپ پانزدهم، تهران: انتشارات بین‌المللی الهدی.
- خرازی، محسن. (۱۴۲۰ ق.). *تهدید نسل و تعقیم*. مجله *فقه اهل بیت*. شماره پانزدهم، قسم دوم.
- خشنودی، رضا. (۱۳۹۳ ش.). *تحول در مبانی مسئولیت پزشکی در حقوق فرانسه*. مجله *پزشکی قانونی*. دوره نوزدهم، شماره اول و چهارم، زمستان ۹۲ و بهار ۹۳.
- خمینی، سیدروح‌الله. (۱۴۲۴ ق.). *توضیح‌المسائل (محتشای امام خمینی)*. جلد ۲، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- خمینی، سیدروح‌الله. (۱۴۲۵ ق.). *تحریرالوسیله*. ترجمه علی اسلامی. جلد ۴، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- دهخدا، علی‌اکبر. (بی‌تا). *لغت‌نامه*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، لوح فشرده، روایت دوم.
- ذوالفقاری، فاطمه. همکاران. (۱۳۸۱ ش.). *بررسی اهمیت سقط‌درمانی و تکنیک‌های سقط‌درمانی*. سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، اسفند.
- ریبعی، صغری. سعیدپناه، مریم. (۱۳۸۸ ش.). *مقایسه تأثیر دو روش تزریق پروستاگلاندین به داخل مایع آمنیوتیک همراه با تزریق اکسی‌توسین و القای افزایشی زایمان (رایزینگ اینداکشن) در ختم حاملگی در سه‌ماهه دوم*. مجله *دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. دوره نوزدهم، شماره شصت و نهم، فروردین و اردیبهشت.
- رستمی، سحر. دیگران. (۱۳۹۰ ش.). *بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان*. فصلنامه *تاریخ پزشکی*. سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان.
- ره‌پیک، حسن. (۱۳۸۷ ش.). *حقوق مسئولیت مدنی و جبران‌ها*. انتشارات خرسندی.
- ژوردن، پاتریس. (۱۳۸۶ ش.). *تحلیل رویه قضایی در زمینه مسئولیت مدنی*. ترجمه مجید ادیب. تهران: نشر میزان.

- سالارزایی، امیرحمزه. داودی، مریم. (۱۳۸۶ ش.). بررسی فقهی و حقوقی اسقاط جنین. فقه و تاریخ تمدن. پاییز، شماره سیزدهم.
- سیمایی صراف، حسین. (۱۳۹۱ ش.). سقط جنین در پرتو عسر و حرج. مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، مؤسسه رویان.
- شجاع پوریان، سیاوش. (۱۳۷۳ ش.). مسؤلیت ناشی از خطای شغلی پزشک (زیر نظر دکتر ناصر کاتوزیان). انتشارات فردوسی.
- شجاع پوریان، سیاوش. (۱۳۸۹ ش.). جایگاه تقصیر در مسؤلیت و براءت پزشک. پژوهش حقوق و سیاست. سال دوازدهم، شماره بیست و هشتم، بهار.
- شریعتی نسب، صادق. (۱۳۹۱ ش.). سخنرانی دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری.
- شریفی، علی. (۱۳۹۰ ش.). مبانی مسؤلیت پزشک در فقه امامیه. پژوهش نامه فقهی. سال دوم، شماره سوم، بهار.
- شهشهان، زهرا. اعظمی، نهال. (۱۳۹۲ ش.). ارزش تشخیصی Combined test در غربالگری سندروم داون و ترزومی ۱۸ در هفته‌های ۹ الی ۱۴ حاملگی. مجله دانشکده علوم پزشکی اصفهان. سال سی و یکم، شماره دویست و سی و یکم، خرداد.
- شیروانی، غلام حسین. (۱۳۸۵ ش.). اکوکاردیوگرافی جنین. نشریه پزشکی تأمین اجتماعی. سال پنجم، مرداد و شهریور، صص ۴۳-۳۱.
- صالحی، حمیدرضا. (۱۳۹۳ ش.). بیمه مسؤلیت مدنی مشاغل پزشکی؛ چالش‌ها، ضرورت‌ها و فرصت‌ها. حقوق پزشکی. شماره بیست و نهم، تابستان، صص ۶۶-۱۳۱.
- صفایی، سیدحسین. (۱۳۹۱ ش.). مبانی مسؤلیت مدنی پزشک با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات اسلامی. دیدگاه‌های حقوق قضایی. دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، تابستان.
- طباطبایی، سیدمحمدصادق. شنیور، قادر. (۱۳۹۲ ش.). گونه‌شناسی تعهد و مسؤلیت پزشک در جراحی زیبایی و ترمیمی. فصلنامه فقه پزشکی. سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان.

طیبی جلی، مرتضی. (۱۳۸۲ ش.). بررسی و نقد نظریه جواز سقط جنین از منظر فقهای امامیه. نامه مفید. مرداد و شهریور، شماره سوم.

طوسی، محمد بن حسن. (بی تا). التبیان فی تفسیر القرآن. بیروت: دار احیاء التراث العربی.

عباسی، محمود. (۱۳۸۳ ش.). حقوق پزشکی، مجموعه مقالات. چاپ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.

عباسی، محمود. دیگران. (۱۳۹۱ ش.). مبانی سقط‌درمانی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی. فصلنامه حقوق پزشکی. سال ششم، شماره بیستم، بهار.

عربیان، اصغر. (۱۳۸۹ ش.). تئوری دفاع مشروع در سقط جنین. پژوهش‌نامه فقه و حقوق اسلامی. سال سوم، شماره پنجم، بهار و تابستان.

علامه، سیده‌زهره. نقشینه، الهام. (۱۳۸۳ ش.). مقایسه تأثیر شیاف واژینال و تزریق وریدی پروستا گلاندین E2 در سقط‌های فراموش‌شده در سه‌ماهه اول بارداری. مجله زنان مامایی و نازایی ایران. دوره هفتم، شماره دوم، پاییز و زمستان.

العوجی، مصطفی. (۱۹۹۶ م.). القانون المدني. الجزء الثاني، بیروت: مؤسسه بحسون للنشر و التوزیع.

فریدونی، مهران. دیگران. (۱۳۸۹ ش.). حدود مسؤلیت جزایی پزشک در عمل جراحی و درمان طبی بیمار. پزشکی قانونی. شماره پنجاه و هشتم، تابستان.

قادی پاشا، مسعود. امینیان، زهرا. (۱۳۸۶ ش.). بررسی مجوزهای سقط جنین صادرشده در اداره کل پزشکی قانونی استان کرمان در سال ۱۳۸۴ و مقایسه اجمالی با سال‌های قبل. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. دوره چهاردهم، شماره دوم.

قبله‌ای خویی، خلیل. (۱۳۷۷ ش.). بررسی احکام فقهی و حقوقی اسقاط جنین. دیدگاه‌های حقوق قضایی. شماره نهم.

قرائتی، محسن. (بی تا). تفسیر نور، سوره بقره. مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن.

قربانی، زهرا. باقری، شهلا. (۱۳۸۸ ش.). بررسی تطبیقی سقط جنین در ایران و جهان. فصلنامه بانوان شیعه. شماره بیست و دوم، زمستان.

کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۶ ش.). الزام‌های خارج از قرارداد، ضمان قهری. چاپ هشتم، دوره تک‌جلدی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

کاظمی، محمود. (۱۳۸۹ ش.). تحقیقی پیرامون سیر اندیشه ضمان طبیب در فقه امامیه. فصلنامه حقوق دانشکده حقوق دانشگاه تهران. دوره چهل، شماره اول.

کریمی، عباس. رحیمی‌پور، عباس. (۱۳۹۱ ش.). ضرورت قانونگذاری در سقط جنین. مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، مؤسسه رویان.

کریمی، نسرین. (۱۳۸۶ ش.). تأثیر شرط برائت در رفع مسؤلیت از پزشک. فصلنامه حقوق دانشکده حقوق دانشگاه تهران. سال سی و هفتم، شماره اول.

محدث اردبیلی، سیدمجتبی. (۱۳۸۱ ش.). اختلالات کروموزومی و روش‌های تشخیص و پیگیری آن. سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، اسفند.

محمدی همدانی، اصغر. (۱۳۸۷ ش.). ده رساله فقهی حقوقی در موضوعات نوپیدا (مستحدث). انتشارات جنگل جاودانه.

مرادزاده، حسن. سالارکریمی، حدیثه. (۱۳۹۳ ش.). مسؤلیت مدنی مجموعه درمانی در آیین آرای مراجع قضایی با نگاهی به کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی. فصلنامه حقوق پزشکی. سال هشتم، شماره بیست و هشتم، بهار.

مسجدسرای حمید. قربانیان، حسین. (۱۳۹۳ ش.). نگرشی بر علل رافع مسؤلیت مدنی پزشک. مطالعات فقه و حقوق اسلامی. سال ششم، شماره دهم.

مکارم شیرازی، ناصر. (۱۴۱۹ ق.). مسائل مستحدثه فی طب. مجله فقه اهل بیت. شماره ۱۰، قسمت دوم.

مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۶۷ ش.). تفسیر نمونه. تهران: دارالکتب الاسلامیه.

موسوی رکنی، فاطمه‌السادات. موسوی رکنی، سیدمحمدهادی. (۱۳۹۳ ش.). حق حیات جنین نابهنجار از منظر اخلاق انسانی و منافع عمومی. سال هشتم، شماره سی و یکم، زمستان.

مهرپور، حسین. (۱۳۷۱ ش.). مجموعه نظریه شورای نگهبان. در سه جلد.

نصیری‌منش، ماندانا. (۱۳۸۱ ش.). روش‌های طبی سقط. سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، اسفند.

النقیب، عاطف. (۱۹۸۴ م.). النظرية العامة للمسئولية الناشئة عن الفعل الشخصي. الجزاير: ديوان المطبوعات الجامعية.

نقیبی. (۱۳۸۳ ش.). نظریه جبران خسارت به حقوق معنوی کودک (قسمت دوم). ندای صادق. دانشگاه امام صادق واحد خواهران، سال نهم، شماره سی و سوم، بهار.

وحدتی شبیری، سیدحسن. (۱۳۸۸ ش.). مبنای مسؤولیت مدنی یا ضمان ناشی از تخلف از اجرای تعهد. مطالعات اسلامی. شماره هشتاد و دوم.

ویسی، فیروزه. زنگنه، مریم. (۱۳۹۱ ش.). علل سقط غیر قانونی و انواع روش‌های آن در مراجعین به کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. مجله علمی پزشکی قانونی. دوره هجدهم، شماره اول، بهار.

ب: لاتین

Barrett, Joyce E. (1972). *Damages for Wrongful Birth*. 21 CLEV. ST.R.

Garel, M. Gosme-Sequaret, S. Kaminski, M. (2002). Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenat Diagn.* 22 (9): 811-7.

Pellegrino, Mary Ellen. (1999). *The Protection of Prenatal Life: Tort Claims of Wrongful Birth or Wrongful Life and Equal Protection under Pennsylvania's Constitution*. 72 Temp. L. Rev. 715.

Sophie Hocquet-Berg, Bruno PY. (2006). *La responsabilité du médecin*. Edition Heures de France.

Teree, F. Simler, Ph. Et Lequette, Y. (1999). *droit civil, les obligations*. 71ere ed. Dalloz.

William, M. Landes and Richard. (1987). *The Economic Structure of Tort Law*. Harvard University Press, USA.

Yale New Haven Medical Center. (1997). *Issues in Risk Management*.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

سیدمحمدصادق طباطبایی: عضو هیأت علمی گروه حقوق، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده  
مسئول)

نشانی الکترونیکی: [tabatabaei@ase.ui.ac.ir](mailto:tabatabaei@ase.ui.ac.ir)

عباس نیازی: دانشجوی دکترای حقوق خصوصی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

نیکتا نیازی: دانشجوی پزشکی عمومی دکترای حرفه‌ای، پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد،  
مشهد، ایران.

نیلوفر نظری: دانشجوی دکترای عمومی داروسازی پردیس بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
تهران، ایران.

**Civil liability of doctors and pharmacists in medical abortion***Seyed Mohammad Sadegh Tabatabaai**Abbas Niazi**Nikta Niazi**Niloofar Nazari***Abstract**

The single article of abortion on 10/03/1384 Parliament to pass legislation that permitted abortion and conditions, and ceremonial. But in spite of this Act is the responsibility of doctors and pharmacists continue to face. The liability resulting from negligence or lack of due process in determining whether the information or inform the selection of inappropriate or unsuitable for abortion. After four months in a single article of the embryo by abortion and conditions of a single article, which has been mentioned in this article and try to find a sentence that describes medical abortion to the doctor's responsibility.

**Keywords**

Therapeutic Abortion, Civil Liability, Doctors, Pharmacists, The Embryo