



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Analyzing the Liability "with a Criminal Approach" of Pregnant Women's Addiction in the Consequences of Fetal Developmental Defects

Shaghayegh Amerian^{1*}, Amir Hamzeh Salarzaee¹, Zahra Heidari²

1. Department of Jurisprudence, Faculty of Theology and Islamic Studies, University of Sistan and Bluchestan, Zahedan, Iran.

2. Department of Anatomical Sciences, Department of Histology and Embryology, University of Medical Sciences Zahedan, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: In the legal perspective, addiction is viewed as a criminological perspective, which includes responsibility and punishment. On the other hand, addiction is considered as a disease in the medical perspective, the way to deal with it is emphasized in treatment and containment. However, the use of drugs during pregnancy is a gap that the legislator has remained silent about, while addiction puts not only the pregnant mother, but also the developing fetus at risk and can have devastating and long-term effects have time for the fetus. The purpose of the discussion is to assess the responsibility of the real mother and the contract mother towards the use of drugs during pregnancy, relying on the data of medical science based on the consequences of the developmental defects of the fetus.

Method: The present research evaluates the responsibility (with a criminal approach) of drug-addicted pregnant women with a descriptive-analytical method and using library studies.

Ethical Considerations: This research has been carried out in compliance with ethical and trustworthy principles.

Results: The first sentence of drug addiction of pregnant women is presented under the title of quasi-crime, which is filed by the legal guardian and the prosecutor as the public prosecutor. The secondary judgment of addiction of pregnant women with the opinion of necessity, under examples such as population control policy, expedient application, criterion measurement of the principle of harm and moralistic approach, appears in the majority of crimes.

Conclusion: Drug use during pregnancy can cause definite or potential harm to the fetus.

Keywords: Fetus; Pregnant Woman; Crime; Quasi-Crime; Drug Addiction

Corresponding Author: Shaghayegh Amerian; **Email:** shaghayegh.Amerian1647@gmail.com

Received: April 08, 2024; **Accepted:** July 25, 2024; **Published Online:** June 12, 2025

Please cite this article as:

Amerian SH, Salarzaee AH, Heidari Z. Analyzing the Liability "with a Criminal Approach" of Pregnant Women's Addiction in the Consequences of Fetal Developmental Defects. Medical Law Journal. 2024; 18: e46.



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مجله حقوق پزشکی

دوره هجدهم، ۱۴۰۳

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

ایستادگی اخلاق و حقوق سلامت

تحلیل مسئولیت «با رویکرد کیفری» اعتیاد بانوان باردار در پیامدهای نقایص تکاملی جنین

شقایق عامریان^{۱*} ID، امیرحمزه سالارزائی^۱، زهرا حیدری^۲

۱. گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

۲. گروه علوم تشریحی، بافت و جنین شناسی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد در نگرش حقوقی به عنوان دیدگاهی جرم‌شناسانه نگریسته می‌شود که مسئولیت و مجازات از لوازم آن است. در مقابل، اعتیاد در نگرش پزشکی به عنوان بیماری تلقی شده که راه مقابله با آن در درمان و مهار مورد تأکید قرار می‌گیرد. با این وجود مصرف مواد مخدر در دوران بارداری، خلأیی است که قانونگذار نسبت به آن مسکوت مانده است، در حالی که اعتیاد نه تنها مادر باردار، بلکه جنین در حال رشد را نیز در معرض خطر قرار داده و می‌تواند عوارض مخرب و طولانی مدت برای جنین داشته باشد. هدف از طرح بحث این می‌باشد که مسئولیت سنجی مادر حقیقی و مادر قراردادی نسبت به مصرف مواد مخدر در دوران بارداری با تکیه بر داده‌های علم پزشکی مبتنی بر پیامدهای نقایص تکاملی جنین، مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش: پژوهش حاضر با روش توصیفی - تحلیلی و بهره‌گیری از مطالعات کتابخانه‌ای، مسئولیت (با رویکرد کیفری) بانوان باردار معتاد را مورد سنجش قرار می‌دهد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با رعایت اصول اخلاقی و امانتداری انجام پذیرفته است.

یافته‌ها: حکم اولی اعتیاد بانوان باردار ذیل عنوان شبه جرم مطرح می‌گردد که طرح دعوا نسبت به آن از سوی ولی قهری و دادستان به عنوان مدعی العموم مطرح می‌گردد. حکم ثانوی اعتیاد بانوان باردار با نظر داشت اقتضای ضرورت، ذیل مصادیقی نظیر سیاست کنترل جمعیت، کاربست مصلحت‌گرایانه، معیارسنجی اصل ضرر و رویکرد اخلاق‌گرایی، در غالب جرم نمایان می‌گردد.

نتیجه‌گیری: مصرف مواد مخدر در دوران بارداری، موجب آسیب قطعی یا آسیب احتمالی بر جنین می‌شود.

واژگان کلیدی: جنین؛ بانوی باردار؛ جرم؛ شبه جرم؛ اعتیاد به مواد مخدر

نویسنده مسئول: شقایق عامریان؛ پست الکترونیک: shaghayegh.Amerian1647@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Amerian SH, Salarzaee AH, Heidari Z. Analyzing the Liability "with a Criminal Approach" of Pregnant Women's Addiction in the Consequences of Fetal Developmental Defects. Medical Law Journal. 2024; 18: e46.

مقدمه

دوران بارداری یکی از مراحل بسیار مهم در زندگی زنان است که مواجهه با هر رویدادی در این دوران، می‌تواند تهدیدی بر سلامت مادر و جنین تلقی گردد. از جمله مسائلی که یک زن باردار با آن رو به رو می‌شود، سوءمصرف مواد مخدر است. اختلالات مصرف مواد مخدر در دوران بارداری، هم یک نگرانی بهداشت عمومی در حوزه جسم و روان و هم یک معضل اجتماعی است که آثار آن در عرصه خانوادگی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی نمایان می‌گردد. با این وجود مسأله اعتیاد در دوران بارداری در حقوق سایر کشورها، علاوه بر بررسی جنبه‌های پزشکی، مورد جرم‌انگاری قانونی نیز قرار گرفته است، اما حقوق ایران صرفاً اعتیاد را به طور کلی در زمره عناوین مجرمانه قرار داده، ولی نسبت به اعتیاد بانوان باردار مسکوت است. آنچه در اذهان عمومی به عنوان بعد حقوقی این مسأله شکل گرفته، برخورد قهرآمیز با فرد معتاد است، اما آنچه مسلم است، این می‌باشد که مجازات کیفری در این دوران حساس، ما را از هدف خود که صیانت از مادر و جنین است، دور کرده و با عدالت کیفری نیز ناسازگار خواهد بود. بر این اساس از آنجا که زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل داده و عهده‌دار تأمین مراقبت تمام جامعه هستند، لازم است خلأ قانونی در راستای جرم‌انگاری و شیوه مقابله بانوان باردار معتاد، مورد ارزیابی قرار گیرد. ضرورت این مطالعه در بحث کنترل کمی و کیفی جمعیت که یکی از دغدغه‌های کلان در کشور ما است نیز نمایان می‌گردد، زیرا پرداختن به این مسأله از مرگ و میرها با اسباب متعدد جلوگیری می‌نماید، لذا در این زمینه هرچه پژوهش بیشتری صورت گیرد، تأثیر مستقیم نسبت به مسأله بهداشت، درمان و سلامت بانوان باردار و جنین خواهد داشت. اهمیت واکاوی اعتیاد در دوران بارداری نسبت به مادر قراردادی (قرآن کریم برای اشاره به مفهوم مادری از دو واژه «أم» و «والده» استفاده کرده است و این ممکن است اشاره به این نکته داشته باشد که والده کسی است که متولد می‌کند، بنابراین بعضاً گاهی بانوی باردار مادر حقیقی نیست، ولی در هر حال او کسی است که جنین از او متولد می‌شود. به همین دلیل گاهی نسبت مادر با جنین،

حقیقی و گاه قراردادی است. مادر حقیقی مادری است که با انعقاد عقد نکاح به زوجیت مردی درآمده و حاصل این ازدواج رسمی، شرعی و قانونی، فرزندی می‌شود که فرزند طبیعی نام دارد. در حقیقت این فرزند از یک پدر و مادر است و منسوب به آن‌ها می‌باشد و بین آن‌ها رابطه خونی وجود دارد. مادر قراردادی مادری است که در حین توافقی می‌پذیرد با روش کمکی تولید مثل و استفاده از اسپرم و تخمک والدین حکمی یا اشخاص ثالث که در آزمایشگاه به جنین تبدیل شده، باردار شود. این در حالی است که رابطه او با جنین ژنتیکی نبوده و تنها وظیفه حمل جنین تا زمان تولد و تحویل به والدین حکمی یا متقاضی را دارد (دوچندان خواهد بود، زیرا انگیزه تضمین سلامت مادر جایگزین، مهم‌تر از جنینی است که به طور قراردادی در رحمش قرار گرفته است. به این ترتیب، بررسی نوع مسئولیت و شیوه جبران خسارت در مادر معتاد قراردادی در مقایسه با مادر معتاد حقیقی، متفاوت خواهد بود که در این نوشتار مورد توجه قرار می‌گیرد. نوشتار حاضر که به روش توصیفی - تحلیلی به نگارش درآمده، درصدد است مسئولیت‌سنجی اعتیاد بانوان باردار و دیدگاه علم پزشکی در این خصوص را مورد مذاقه قرار دهد. با جستجوهای مفصل تحت این عنوان، پژوهشی حقوقی یافت نشد. ناگفته نماند که آثاری از مکتوبات نظیر «پیامدهای مادری و جنینی ناشی از سوءمصرف مواد مخدر، سیگار و داروی غیر ایمن در دوران بارداری» نوشته فاطمه رمضان‌زاده و همکاران، «بررسی ارتباط میان سوءمصرف مواد در زنان باردار و عوارض حاملگی در مراکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی در سال ۱۳۸۸» نوشته سوسن عزیز محمدی و همکاران و «سرانجام مادری، جنینی و نوزادی خانم‌های حامله معتاد به مواد مخدر» نوشته جمیله شریفیان و همکاران، به رشته تحریر درآمده، اما تنها به بررسی مسأله در جنبه پزشکی پرداخته‌اند. وجه تمایز پژوهش ما با سایرین در این می‌باشد که با مطالعه تطبیقی در عرصه حقوقی - پزشکی، اعتیاد بانوان باردار مورد جرم‌انگاری قرار گرفته و آثار و پیامدهای ناشی از مصرف مواد بر جنین مورد ارزیابی واقع می‌شود. بنابراین سؤال اصلی نوشتار این می‌باشد که مسئولیت (با رویکرد کیفری) مصرف مواد مخدر در دوران

تنهایی بیماری تلقی نمود، اما از آنجا که بر دستگاه عصبی مرکزی شخص تأثیرگذار است، به عنوان بیماری در نظر گرفته می‌شود. این بیماری منجر به اختلال در مغز می‌گردد که نتیجه آن بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روانی است. بنابراین کسی که درگیر این اختلال عصبی باشد، معتاد نام دارد (۱). در بررسی‌های دیگر، معتاد به کسی گفته می‌شود که به طور مکرر از مواد استفاده کرده و این امر منجر به وابستگی بدنی یا روانی شخص به آن ماده مخدر شده است. به دیگر بیان، وابستگی فرد به هر چیز سمی، ماده طبیعی یا ترکیبی که برای بدن ضرورتی نداشته باشد، به طوری که ترک آن به آسانی قابل تحمل نباشد، اعتیاد اطلاق می‌گردد (۲). واژه وابستگی بدین معنا است که شخص در اثر تکرار استعمال، از لذتی بهره‌مند می‌شود که در دفعات بعد به میزان مصرف خود می‌افزاید، به این ترتیب بدن او به آن ماده میل و وابستگی پیدا می‌کند (۳).

۲. اثرات مصرف مواد مخدر بر جنین از منظر پزشکی: محققان گزارش کردند که مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد مخدر در بین افراد باردار و پس از زایمان بین سال‌های ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰، ۸۱ درصد افزایش یافته است. در سال ۲۰۲۲، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها داده‌هایی را منتشر کردند که نشان می‌داد مرگ‌های مرتبط با اختلالات مصرف مواد، ۲۳ درصد از مرگ و میرها در دوران بارداری یا در سال بعد از آن را تشکیل می‌دهند (۴). در این قسمت از نوشتار آثار مصرف مواد مخدر توسط بانوان باردار بر جنین، به تفکیک مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۲. کوکائین: مطالعات حاکی است کوکائین به راحتی از جفت و سد خونی مغزی عبور می‌کند و می‌تواند اثرات تراتوژنیک بر روی جنین در حال رشد داشته باشد. پیامدها و اثرات منفی از قرارگرفتن نوزاد در معرض کوکائین می‌تواند ناشی از پاتوفیزیولوژی باشد. کوکائین مستقیماً بازجذب مونوآمین‌های متعدد را در محل اتصال پیش‌سیناپسی مهار می‌کند و منجر به افزایش غلظت DA، HT5، NE در شکاف سیناپسی می‌شود. همچنین قرارگرفتن نوزادان در معرض

بارداری، با ملاحظه قانون ایران و علم پزشکی چیست؟ به حکم اولی اعتیاد بانوان باردار در غالب شبه‌جرم و به حکم ثانوی در زمره جرم تلقی می‌گردد. یک گزاره حقوقی - پزشکی که در مورد بانوان باردار وجود دارد، باید در دو بخش مهم یعنی موضوع شناسی پزشکی و محمول شناسی حقوقی، مورد بررسی قرار گیرد که پژوهش حاضر مطابق با این گزاره چینش شده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

پژوهش پیش رو به روش توصیفی - تحلیلی به نگارش درآمده و شیوه جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای انجام شده است.

یافته‌ها

مطالعات پزشکی حاکی است مصرف مواد مخدر در دوران بارداری موجب نقص تکاملی یا مرگ و میر جنینی می‌شود. حکم اولی در خصوص اعتیاد بانوان باردار، با طرح دعوا از جانب ولی قهری و دادستان می‌باشد که تحت عنوان شبه‌جرم مطرح می‌گردد. حکم ثانوی اعتیاد بانوان باردار، ذیل مصادیقی نظیر، نرخ کنترل جمعیت، مصالح جامعه، اصل ضرر و اخلاق‌گرایی، می‌تواند تحت عنوان جرم مطرح گردد. جبران خسارت در خصوص مادر حقیقی، به نحو سلب حضانت فرزند بعد از تولد و در راستای مادر قراردادی، به نحو سلب حقوق از جانب ولی حقیقی طفل، نمایان می‌گردد.

بحث

۱. مفهوم‌شناسی اعتیاد به مواد مخدر: اعتیاد حالتی است که در آن شخص به علت مصرف مواد، به ضعف اراده در کنترل اعمال خود مبتلا می‌شود. ضعف اراده را نمی‌توان به

کوکائین به اثرات غیر مستقیم انقباض عروق و سطوح بالاتر فعال سازی در سیستم کاتکولامی - نرژیک نسبت داده شده است (۵). یافته‌های دیگر تأییدکننده این نتایج می‌باشند که در آن‌ها نشان داد نوزادان متولدشده از زنانی که در دوران بارداری کوکائین مصرف می‌کنند، با کمبود در زمینه‌هایی مانند عملکرد شناختی، پردازش اطلاعات، توجه به وظایف، میکروسفالی که نشان‌دهنده ضریب هوشی پایین‌تر است و حتی سکتة مغزی، مواجه می‌شوند (۶). داده‌های بعدی نشان می‌دهد که ماه دوم بارداری ممکن است حساس‌ترین دوره برای اعمال اثر کوکائین بر جنین باشد (۷)، چراکه کاهش هوش و اختلال در توجه و تنظیم احساسات، زبان و عملکردهای اجرایی (۸) و مشکلات عاطفی و رفتاری (۴) در کودکانی که قبل از تولد در معرض کوکائین قرار گرفته‌اند را گزارش می‌کنند (۹). بر اساس گزارشی زنانی که در دوران بارداری خود از کوکائین استفاده می‌کنند، ۲۵ درصد بیشتر شانس زایمان زودرس دارند. نوزادانی که در اواخر بارداری در معرض کوکائین قرار می‌گیرند، ممکن است وابسته به کوکائین به دنیا بیایند و از علائم ترک مانند لرزش، بی‌خوابی، اسپاسم عضلانی و مشکلات تغذیه رنج ببرند (۱۰).

به طور خلاصه، استفاده مادر از کوکائین با نقایص قلبی، مشکلات تنفسی، ناهنجاری‌های تناسلی، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد همراه است (۱۱). نقص درازمدت نیز شامل نقص توجه و ناتوانی‌های یادگیری نوزادان است. این کودکان ممکن است در چند روز اول زندگی خود دچار سندرم ترک مواد مخدر شوند که علائم آن در تحریک‌پذیری، کم‌خوابی، گریه بلند، اسهال، تعریق، تشنج، تغذیه ضعیف نمایان می‌گردد (۱۲). ناگفته نماند که برخی مطالعات در راستای مصرف کوکائین در دوران بارداری، تأثیر معناداری بر جنین را گزارش نکردند (۱۳). نهایتاً در برخی از این مطالعات خاطر نشان کردند، گرچه شواهدی وجود دارد که قرار گرفتن در معرض کوکائین قبل از تولد، ممکن است به مشکلات و نواقصی که از دوران نوجوانی شروع می‌شود، کمک کند (۱۴).

۲-۲. مت آمفتامین: تعداد زنان باردار مصرف‌کننده مت آمفتامین بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۶ سه برابر شد و با این واقعیت که زنانی که مت آمفتامین مصرف می‌کنند، به طور مکرر از تنباکو، الکل و سایر مواد مخدر نیز استفاده می‌کنند، مسأله پیچیده‌ای شده است (۱۵).

متخصصان یافته‌های خود را در مورد اثرات طولانی‌مدت مت آمفتامین در رحم چنین خلاصه کرده‌اند: کودکانی که قبل از تولد در معرض مت آمفتامین‌ها قرار گرفتند، در سال‌های اولیه زندگی خود با مشکلات مهمی مانند فقر شدید یا تغییر مراقب قبل از سن سه سالگی مواجه بودند که با مسائل کنترل رفتاری و عاطفی مرتبط است (۱۶). اولین اثر بلندمدت سوءاستفاده از مت آمفتامین، اعتیادی است که با تغییرات شیمیایی و مولکولی در مغز همراه است. انتشار انتقال‌دهنده‌های عصبی از جمله دوپامین، نوراپی نفرین و سروتونین از محل‌های ذخیره‌سازی تاوی به سینتوپلاسم به دنبال مصرف مت آمفتامین منتشر می‌شود (۱۷). در یکی از مطالعه‌های تصویربرداری پرتوی مغناطیسی MRI روی کودکان ۳ تا ۶ ساله، کودکان در معرض مت آمفتامین در مقیاس‌های هماهنگی حرکتی دبداری، توجه، حافظه کلامی و حافظه فضایی بلندمدت امتیاز کمتری را کسب کردند (۱۸). شایع‌ترین اثرات ذکرشده در نوزادان نشان می‌دهد که استفاده از مت آمفتامین با محدودیت رشد، کاهش وزن، طول و دور سر مرتبط است (۱۹). مطالعه دیگری زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد را گزارش کرده است (۲۰). قرارگرفتن در معرض مت آمفتامین، افزایش فیبرهای دوپامینرژیک در قشر جلوی مغز، جسم مخطط و NAS (سندرم محدودیت یا پرهیز نوزادی= Neonatal Abstinence Syndrome) را تشریح کرد (۲۱). یک مطالعه موجود نشان می‌دهد که مصرف‌کنندگان باردار مت آمفتامین با تولدهای نارس، افزایش قابل توجه خطر نقص‌های مادرزادی، ناهنجاری‌های قلبی عروقی و ناهنجاری‌های اسکلتی عضلانی در نوزادهایشان مواجه هستند (۲۲). مطالعه بر روی کودکان سه تا شانزده ساله که در معرض مت آمفتامین در دوران جنینی بودند، حاکی است

که آن‌ها با اختلال بینایی - حرکتی، مشکلات روانی - اجتماعی و نیز پیشرفت تحصیلی یا نمرات شناختی ضعیف‌تری نسبت به همسالان مواجه هستند (۲۳). در سن هفت و نیم سالگی، برخی از کودکان رفتارهای پرخطرانه‌تر و قانون‌شکنی از خود نشان دادند (۲۴). یک مطالعه در این راستا نشان داد که قرارگرفتن در معرض مت‌آمفتامین در بارداری با استرس پرهیز بیشتر، استرس فیزیولوژیکی و استرس سیستم عصبی مرکزی در فرزندان مرتبط است (۲۵). ممکن است مت‌آمفتامین با اختلال رشد داخل رحمی مرتبط باشد. زایمان زودرس، ناهنجاری‌های رشد عصبی نوزادی و کودکی، می‌تواند از آثار استفاده از آن در بارداری باشد (۲۶). مطالعات گسترده نشان می‌دهد که قرارگرفتن در معرض مت‌آمفتامین در افراد بالغ می‌تواند منجر به حساسیت رفتاری شود و اغلب به دلیل اتصال کم مت‌آمفتامین به پروتئین پلاسما، بر کبد تأثیر می‌گذارد (۲۷). به بیان بهتر، مصرف مداوم مواد مخدر پاسخ محرک حرکتی به این داروها را افزایش می‌دهد. این پدیده حساسیت رفتاری نامیده می‌شود و شامل واکنش رفتاری افزایش یافته و رفتار کلیشه‌ای است که منجر به افزایش حساسیت به داروی دیگر (پدیده‌ای به نام حساسیت متقابل)، می‌شود (۲۸).

۲-۳. مواد افیونی: مواد افیونی شامل مورفین، کدئین، ویکودین، دمرول، اکسی کدون، هروئین و متادون، به دو شکل قانونی و غیر قانونی وجود دارد. یک مطالعه ملی نشان داد که به طور متوسط ۲۱/۶ درصد از افراد در دوران بارداری از مواد افیونی استفاده می‌کردند (۲۹). در مطالعه دیگری گزارش شد که ۵/۹ درصد از زنان باردار بین سنین ۱۵ و ۴۴ سال مصرف‌کننده مواد افیونی هستند (۳۰). متادون و بوپرنورفین از عوامل اصلی اعتیاد در بین افراد هستند (۳۱). این مواد منجر به ابتلای نوزاد به سندروم ترک نوزادی (سندروم پرهیز نوزادی، وضعیتی است که سیستم اتونوم و سیستم عصبی مرکزی در بدن کودک یا مادر، منجر به تشنج، اسهال آزاردهنده، تحریک و استفراغ، می‌گردد. هنگامی که کودکان با سندروم پرهیز نوزادی متولد می‌شوند، در معرض خطر رشد

هستند که در هنگام تولد نیز، وزن آن‌ها اغلب کم است) می‌شوند (۳۲-۳۳). مطالعات نشان داده است تعداد کودکانی که با سندرم پرهیز نوزادی متولد می‌شوند، بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴ بیش از ۵۰۰ درصد افزایش یافته است (۳۴). برخی از مطالعات بالینی افزایش شیوع نقایص قلبی و اختلال تنظیم خودکار، خونریزی‌های مغزی و ناهنجاری‌های تنفسی (۳۵)، در کودکانی که قبل از تولد در معرض مواد افیونی قرار گرفته‌اند را گزارش کرده‌اند (۳۶). نوزادان در معرض مواد افیونی، اغلب دارای وزن کم هنگام تولد و دور سر کوچک هستند (۳۷). مطابق با گزارش‌ها بچه‌های حاصل از مادران مصرف‌کننده کراک، سرهای کوچکی داشتند و مستعد وقوع لرزش عضلانی بد بودند (۳۸). مصرف مواد افیونی در دوران بارداری علاوه بر افزایش خطر ابتلا به اوردوز در مادر، می‌تواند باعث محدودیت رشد جنین، جداشدن جفت، زایمان زودرس و حتی گاهی اوقات مرگ جنین شود (۳۹). مصرف این مواد با اختلالات حرکتی - شناختی در سنین دبستان مرتبط می‌باشد (۴۰). با این حال بیشتر مواد افیونی به استثنای کدئین، خطر ناهنجاری مادرزادی را افزایش نمی‌دهند (۴۱).

۲-۴. هروئین: گزارشات حاکی است زنان باردار در مناطق شهری بیشتر احتمال دارد از هروئین استفاده کنند، زیرا به راحتی در دسترس و مقرون به صرفه است، در حالی که زنان باردار در مناطق روستایی بیشتر از کانابینوئیدها استفاده می‌کنند (۴۲). مصرف هروئین در دوران بارداری احتمال تولد زودرس، وزن کم هنگام تولد، مشکلات تنفسی، قند خون پایین (هیپوگلیسمی)، خونریزی داخل مغزی (خونریزی داخل جمجمه‌ای) و مرگ نوزاد را افزایش می‌دهد. نوزادان همچنین ممکن است معتاد به هروئین متولد شوند و از علائم ترک رنج ببرند. علائم ترک شامل تحریک‌پذیری، تشنج، اسهال، تب، اختلالات خواب و سفتی مفاصل است. مادرانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، بیشتر در معرض ابتلا به HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی= Human Immunodeficiency Virus) هستند که می‌تواند به فرزندان متولد نشده آن‌ها منتقل شود (۱۰)، به علاوه مصرف هروئین باعث گرفتگی بینی، تغییر رنگ

پوست، تعریق زیاد، گریه زیاد، تب و رفلکس مکیدن در نوزادان شود (۴۳).

۲-۵. ماری جوانا: در یک مطالعه ۳/۷ درصد (۴۴) و در مطالعه دیگری ۳۸/۹ درصد زنان باردار از ماری جوانا استفاده می‌کنند (۴۵). با بررسی‌های به عمل آمده، قرارگرفتن در معرض ماری جوانا در رحم با محدودیت رشد جنین (۴۶)، وزن کم هنگام تولد یا تولد زودرس ارتباطی ندارد (۴۷)، اما این مطالعه با مطالعات در سطح گسترده‌تر مطابقت ندارد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد زنانی که در هفته بیستم بارداری به مصرف ماری جوانا ادامه می‌دهند، پنج برابر بیشتر از زنانی که این کار را نمی‌کنند، زایمان زودرس دارند (۲۶). قرارگرفتن در معرض ماری جوانا قبل از تولد بر اختلالات خواب (۴۸) تنظیم توجه، توانایی‌های ادراکی - بصری و رفتار مخرب، از جمله رفتار بزهکارانه تأثیرگذار است (۴). کودکان ۳ ساله در معرض خطر بالاتر ضعف رشد شناختی، از جمله کاهش حافظه کوتاه‌مدت، مهارت‌های کلامی و بینایی بودند (۴۹). نقص‌هایی در حل مسئله، حافظه و توجه تا سن ۱۶ سالگی (۴۶)، کمبودهایی در وظایف یادگیری در اوایل نوجوانی از پیامدهای ماری جوانا محسوب می‌شود (۵۰). شاید قابل توجه‌ترین گزارش این باشد که حتی در اوایل ۲۰ سالگی، افراد در معرض نقص در این حوزه‌ها قرار می‌گیرند (۵۱). این ممکن است به این دلیل باشد که کشیدن ماری جوانا پنج برابر سیگارکشیدن، مونوکسیدکربن تولید می‌کند (۱۶).

۲-۶. الکل: طیفی از اختلالات ناشی از FAS (سندروم جنینی الکل = Fetal Alcohol Syndrome) و اختلالات FASD (اختلالات طیف جنینی الکل = Fetal Alcohol Spectrum Disorders) به نوشیدن الکل در دوران بارداری اشاره دارد. سندرم‌هایی که زیر چتر FASD قرار می‌گیرند، شامل نقص‌های شناختی، تأخیر رشد، نقص حافظه، مهارت‌های حرکتی ضعیف، ناهنجاری‌های صورت و مشکلات رفتاری (۵۲)، مشکلاتی در سیستم عصبی مرکزی (۶)، مشکلات بینایی و شنوایی، مشکلات قلبی، کلیوی یا استخوانی

(۸) و قدرت قضاوت و استدلال ضعیف است (۸). مهم‌ترین نتیجه سندرم الکل جنینی، اثرات مورفوژنیک بر رشد اندام و صورت و کاهش وزن مغز هنگام تولد است (۵۳). مطالعات تصویربرداری حجم ماده خاکستری را در شکنج سینگولیسمت چپ، شکنج میان پیشانی دوطرفه، شکنج گیجگاهی میانی راست و هسته دمی راست پس از مواجهه کم تا متوسط نشان می‌دهد (۵۴). شواهد کنونی حاکی است که الکل بسیاری از اثرات مخرب خود را با اعمال خاص بر روی مولکول‌هایی که فرآیندهای رشدی کلی را تنظیم می‌کنند، به جای می‌گذارد (۵۵). علائمی که نوزاد از سندرم پرهیز نوزادی رنج می‌برد، گریه بیش از حد، تحریک‌پذیری، مشکل خواب، مکیدن بیش از حد، تغذیه ضعیف، افزایش وزن آهسته، اسهال، استفراغ، تب، پوست لکه‌دار، تعریق، تنفس سریع، گرفتگی بینی، عطسه، رفلکس‌های بیش‌فعال، افزایش تون عضلانی، لرزش و تشنج می‌باشد (۸). با این وجود تا ۱۰ درصد از زنانی که در دوران بارداری از مشروبات الکلی مصرف می‌کنند، فرزندان به دنیا می‌آورند که این سندرم‌ها را نشان می‌دهند (۵۶). تلفیقی از سه مطالعه نشان داد، مادرانی که در دوران بارداری خود از الکل استفاده می‌کردند، ۹ برابر بیشتر از افراد غیر مصرف‌کننده، نوزادان کم‌وزن به دنیا می‌آوردند (۵۷). یک بررسی سیستماتیک شواهدی را نشان داد که مصرف الکل توسط پدر در دوران لقاح یا در دوران بارداری بر سلامت مادر و سلامت نوزاد تأثیر دارد. تأثیر مصرف الکل توسط پدر مستقیماً از طریق کیفیت پایین اسپرم و سقط خود به خود رخ داد (۵۸).

۲-۷. سیگار: به گفته مرکز کنترل بیماری، مادرانی که در اوایل بارداری سیگار می‌کشند، احتمال بیشتری دارد که نوزادانی را به دنیا بیاورند که دارای چندین نقص قلبی مختلف از جمله نقایص سپتوم هستند که اساساً سوراخی در دیواره بین اتاقک چپ و راست قلب است (۶). سیگارکشیدن مادر منجر به تغییر الگوی رشد در جنین، مثل تغییر شکل سر، بازوهای بلند، پاهای کوتاه و کاهش رشد قابل توجه نسبت به استخوان ساق و استخوان ران می‌شود (۵۹). مطالعات

مورفولوژیکی نشان داده است که سیگار کشیدن در دوران بارداری، می‌تواند ویژگی‌های پرزهای جفتی را تغییر دهد و موجب افزایش حجم جفت شود (۶۰). دود سیگار جریان خون رحم و عملکرد طبیعی جفت و رشد جنین را تا ۳۸ درصد کاهش می‌دهد (۶۱). با تجمع دو مطالعه احتمال تولد نوزادان کم‌وزن در میان مادران باردار که در دوران بارداری سیگار می‌کشیدند، ۴/۴ برابر بیشتر از غیر سیگاری‌ها بود (۵۷). به علاوه سیگار کشیدن در بارداری با عوارض و مرگ و میر پری ناتال قابل توجهی همراه است. این بیماری با جداسدن جفت، پارگی زودرس پرده‌ها، جفت پریویا و زایمان زودرس همراه است (۶۲). نقایص مادرزادی دهان و لب برای نوزادان در حال رشد از دیگر عوامل مصرف سیگار در بارداری است (۴). قرار گرفتن در معرض تنباکو در دوران بارداری بر هوش، توجه، زبان، پیشرفت تحصیلی، عملکرد عاطفی، تنظیم رفتار و مصرف مواد مخدر خود کودک در آینده، اثرگذار است (۴). مطالعه‌ای روی کودکان ۳ ساله‌ای که در دوران بارداری در معرض تنباکو قرار گرفتند، نشان داد که افزایش رفتار مخالف از جمله پرخاشگری، سرپیچی و بزهکاری، با قرار گرفتن در معرض تنباکو در سه ماهه سوم بارداری مرتبط است (۶۳). کودکانی که در معرض تنباکو قرار داشتند، با نازک شدن قشر اوربیتو فرونتال مواجه بودند. همچنین قرار گرفتن در معرض تنباکو قبل از تولد، در ترکیب با یک پلی مورفسم ژنتیکی منجر به افزایش احتمال مصرف سیگار و مواد مخدر می‌شود (۶۴).

۳. نظریه پردازی حقوقی بر اعتیاد بانوان باردار: تنسی
اولین ایالتی بود که در سال ۲۰۱۴، استفاده از مواد غیر قانونی توسط زن باردار را به صراحت جرم‌انگاری کرد (۶۵). با این حال، قانون ایران در مبحث اعتیاد تنها به جرم‌انگاری در خصوص استعمال، حمل، صادرات یا واردات، خرید، نگهداری، تولید، توزیع و قاچاق مواد مخدر به طور کلی پرداخته، اما در راستای اعتیاد و مصرف مواد مخدر در دوران بارداری از سوی بانوان، مسکوت مانده است. این خلأ قانونی منجر شد تا این

مسئله با رویکرد مسئولیت و مجازات بانوان باردار معتاد، مورد بررسی قرار گیرد.

۳-۱. فرایند حکم اولی در پرتو شبه جرم: حکم اولی در
خصوص بانویی که در زمان بارداری از مواد مخدر استفاده می‌کند، در غالب شبه جرم مطرح می‌گردد. شبه جرم به عمل نامشروعی گفته می‌شود که در نتیجه بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی محقق می‌گردد. به دیگر بیان، هرگاه مرتکب نسبت به مجنی‌علیه قصد رفتاری را داشته، لکن قصد جنایت واقع شده یا نظیر آن را نداشته باشد و از مواردی که مشمول تعریف جنایات عمدی می‌گردد، نباشد (۶۶). به این ترتیب از آنجایی که اصولاً هیچ مادر بالغ و عاقلی با سوءنیت به جنین خود ایراد وارد نمی‌سازد، نمی‌توان مصرف مواد مخدر از سوی او را تحت عنوان جرم تلقی نمود. به علاوه اعتیاد مسئله‌ای است که مادر قبل از باردار شدن به آن مبتلا بوده، بنابراین عارضه‌ای نیست که در دوران بارداری به وجود آمده باشد، تا ادعا کنیم مادر صرفاً قصد صدمه به جنین را داشته است. این مسئله در خصوص مادر جانشین نمود بیشتری خواهد داشت، زیرا در صورتی که مصرف مواد مخدر از جانب مادر قراردادی با قصد مجرمانه بر جنین همراه باشد، با بازخوردهایی از سوی والدین حقیقی طفل مواجه خواهد شد. مطابق با ماده ۱۰ قانون مدنی، قراردادهای خصوصی نسبت به کسانی که آن را منعقد نموده‌اند در صورتی که مخالف صریح قانون نباشد، نافذ است، در نتیجه مادر قراردادی نسبت به سلامت جنین و حفظ حیات او متعهد گردیده و قصد مجرمانه بر جنین با تعهدی که در قرارداد با والدین حقیقی متقبل شده، ناسازگار است. اعتیاد بانوان باردار را می‌توان از مصادیق تقصیر که از زیرمجموعه‌های شبه جرم است، قلمداد نمود. قانون مدنی در ماده ۹۵۳ تقصیر را اعم از «تفریط و تعدی» تعریف می‌نماید. این قانون در ماده ۹۵۱ توضیح می‌دهد که تعدی، تجاوز نمودن از حدود اذن یا متعارف نسبت به مال یا حق دیگری است و در ماده ۹۵۲ تصریح می‌نماید که تفریط، ترک عملی است که به موجب قرارداد یا متعارف، برای حفظ مال غیر لازم است. تبصره ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی نیز تقصیر را اعم از بی‌احتیاطی،

بی‌مبالائی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی، معرفی می‌نماید، در نتیجه اگر جنین در جهت بی‌احتیاطی مادر باردار مورد آسیب قرار گیرد، مسئولیت حقوقی وارد میدان خواهد شد. ماده یک قانون مسئولیت مدنی که صدمه به جان، سلامت، حیثیت، آزادی و شهرت را عامل ضمان معرفی می‌کند، مؤید بر این ادعاست. بنابراین چنانچه بانوی باردار با تعدی یا تفریط نسبت به مصرف مواد مخدر، موجب آسیب به تندرستی جنین شود، مسئول شناخته می‌شود، اما نکته حائز اهمیت این می‌باشد که جنین توانایی ستاندن حق خود را ندارد، پس طرح دعوا علیه او و مسئولیت و مجازات مادری که حق او را سلب نموده، نیازمند شاکی است که در این بخش از نوشتار مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

۳-۱-۱. طرح دعوا توسط ولی قهری: پرواضح است که ولایت فرزند در وهله اول با پدر و سپس با جد پدری است. امام خمینی (ره) در این باره می‌فرماید: ولایت، تصرف در مال طفل و اعمال نظر در مصالح و شئون وی، برای پدر و جد پدری است و در غیاب این دو، قیم و وصی عهده‌دار این مسئولیت هستند و در صورتی که هیچ کدام نباشند، حاکم شرع دارای این مسئولیت خواهد بود (۶۷). ماده ۱۱۸۰ قانون مدنی نیز، مقرر می‌دارد: طفل صغیر تحت ولایت قهری پدر و جد پدری خود می‌باشد و همچنین است طفل غیر رشید و مجنون، در صورتی که عدم رشد یا جنون او متصل به صغر باشد. از این رو، در صورتی که مادر در دوران بارداری به مصرف مواد مخدر بپردازد و سلامت جنین را با آسیب مواجه سازد، ولی قهری می‌تواند در جهت حفظ مصالح فرزند، علیه مادر طرح دعوا کند. حال ممکن است کسی ایراد وارد سازد مبنی بر اینکه در سخن امام خمینی (ره) و ماده قانونی مذکور، از واژه طفل استفاده شده و شامل جنین در رحم مادر نخواهد شد تا شکایت پدر تحت ولایتی که بر جنین دارد، ممکن و قابل پیگیری باشد. در پاسخ به این ادعا بیان می‌داریم که اولاً حکمت جعل ولایت برای پدر و جد پدری، جلب منافع و دفع ضرر از فرزند است و این هدف شامل جنین نیز، خواهد شد (۶۸)؛ ثانیاً این مسأله مورد اختلاف مسلمانان نبوده و

برخی بر اثبات آن، ادعای اجماع کرده‌اند (۶۹)؛ ثالثاً در آیه از قرآن نظیر «وَلَا تَقْرَبُوا مَالَ الْيَتِيمِ إِلَّا بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ» (۷۰)، خداوند فرمان می‌دهد به مال یتیم نزدیک نشوید، مگر به صورتی که بهتر از آن نباشد. در تفسیر این آیه بیان کرده‌اند، مقصود خداوند از از نزدیک‌نشدن به مال یتیم، عدم تصرف و ذکر آن به این دلیل می‌باشد که او توانایی دفاع از خویش و مال خود را ندارد (۷۱). قطعاً با تنقیح مناط، می‌توان این حکم را به موضوع حاضر تسری داد. با این بیان که جنین در مقایسه با یتیم بسیار ناتوان‌تر است، زیرا مادر با اعتیاد خود در بارداری، سلامت فرزند را تحت‌الشعاع قرار داده، لذا او توان دفاع از حقی که ذیل حق سلامت تعریف می‌شود را ندارد. بنابراین دخالت ولی نسبت به فرزند در شکم مادر، اولی‌تر از یتیم است، چراکه مصلحت در قبال او ضروری‌تر می‌باشد؛ رابعاً اصل اولی اقتضا دارد هیچ کس حق دخالت در اموال دیگری را ندارد، مگر آنکه یقین برخلاف اصل پیدا شود و یقین زمانی پیدا می‌شود که دخالت با رعایت مصلحت صورت گیرد (۷۲). قطعاً دخالت پدری که قصدش دفاع از جنینی است که در شرایط اعتیاد مادر قرار دارد، بر وجه مصلحت می‌باشد. لازم به ذکر است، سلطه بر مال، سلطه بر جان را نیز شامل می‌شود، زیرا سلطه بر نفس و جان، به حسب رتبه مقدم بر سلطه مال است (۷۳). بنابراین سلطه و تصرف پدر نسبت به حفظ جان و سلامت جنین با رعایت مصلحت، قابل تطبیق به ادله تصرف در امور مالی فرزند است.

نکته حائز اهمیت این می‌باشد که پس از پذیرش طرح دعوا از جانب ولی قهری نسبت به اعتیاد مادر باردار (مادر حقیقی)، جبران خسارت به چه نحو نمایان می‌گردد. به نظر نویسندگان مقاله، یکی از راه‌های محکوم‌نمودن مادر حقیقی، سلب حضانت از او پس از متولدشدن طفل می‌باشد. حضانت یکی از مباحث مهم در تربیت و رشد جسمی - روحی کودکان تلقی می‌گردد. از آنجا که طفل در مراحل اولیه زندگی خود بیشتر به مراقبت، احساسات و عواطف مادر نیازمند است، حضانت در سال‌های اولیه به او واگذار شده است (۷۴). ماده ۱۱۶۹ قانون مدنی که حضانت را تا سن هفت سالگی طفل با مادر و از هفت سالگی تا رسیدن به سن بلوغ، به عهده پدر می‌داند، مؤید بر

این ادعاست. فقها یکی از مصادیقی که موجب سلب حضانت از فرزند می‌شود را بیماری عنوان کرده‌اند (۷۵) و مطابق آنچه در فقرات قبل گفته شد، اعتیاد یک نوع بیماری است. در این راستا با عنایت به ماده ۱۱۷۲ قانون مدنی، نگهداری و تربیت اطفال به عهده شخصی است که شرایطی از جمله سلامت جسمی، روحی و صلاحیت اخلاقی را دارا باشد و قطعاً مادر معتاد فاقد شرایط مذکور است. به علاوه یکی از مصادیق عدم مواظبت و انحطاط اخلاقی که مورد اشاره ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی می‌باشد، اعتیاد زبان‌آور به مواد مخدر است. برخی حقوقدانان در راستای این ماده اعلام داشته‌اند که اعتیاد مورد اشاره قانونگذار نه تنها حق حضانت را از والدین حقیقی سلب می‌کند که منجر به سلب حضانت از فرزند خوانده نیز می‌شود (۷۶). عده‌ای دیگر بیان داشته‌اند که هرگونه اعتیادی را نباید موجب سلب حضانت تلقی نمود، زیرا ماده مذکور از قید اعتیاد زبان‌آور استفاده کرده است (۷۷)، لذا دادگاه موظف است حدود و میزان اعتیاد والدین را مورد بررسی قرار دهد (۷۸). با عنایت به مواد مذکور، اعتیاد به مواد مخدر، از جمله مواردی است که قانون موجب سلب حضانت می‌داند و ولی قهری می‌تواند حضانت کودک در سال‌های اولیه را از مادر حقیقی سلب نمایند، زیرا پرورش یافتن کودک در دامن مادر معتاد، با آسیب بیشتری نسبت به سلامت او همراه است.

اما اینکه ولی قهری به چه نحو می‌تواند شکایت خود را علیه اعتیاد مادر جانشین مطرح کنند، محل تأمل است. در کنگره تحقیقات پزشکی بیان شده که مادر قراردادی متعهد است تمام مراقبت‌های متعارف از جنین را اعمال نماید و یکی از فقراتی که به عنوان مراقبت متعارف مورد اشاره قرار گرفته، خودداری از مصرف مواد مخدر در دوران بارداری می‌باشد (۷۹). در این فقره به صراحت اعتیاد مادر جانشین، خارج از محدوده تعهدی است که آن را امضا نموده است، بنابراین در نقض قرارداد توسط او تردیدی نیست، اما نکته بسیار مهم این است که مسئولیت مادر قراردادی در جبران خسارت نسبت به طرح دعوا از جانب پدر و جد پدری، به چه صورت خواهد بود. در این راستا ماده ۲۲۱ قانون مدنی اعلام می‌دارد: اگر کسی

تعهد به اقدام امری را بکند یا تعهد نماید که از انجام امری خودداری کند، در صورت تخلف مسئول خسارت طرف مقابل است. با عنایت به این ماده، عمد یا شبه‌عمد در مسئولیت فرد متخلف هیچ‌گونه تأثیری نخواهد داشت (۸۰). بدیهی است با نقض قرارداد توسط مادر جانشین، نمی‌توان قائل به فسخ قرارداد، یعنی انتقال جنین از رحم او به محل دیگری شد. به نظر می‌رسد سلب حقوق از جانب ولی قهری نسبت به متخلف، بهترین راه برای جبران خسارت باشد.

۳-۱-۲. طرح دعوا توسط مدعی‌العموم: در صورتی که ولی قهری جنین خودش نیز مانند مادر باردار به اعتیاد دچار باشند، دادستان می‌تواند به عنوان مدعی‌العموم طرح دعوا کند. مطابق با ماده ۱۱۸۴ قانون مدنی، هرگاه ولی قهری طفل مرتکب اقداماتی شود که موجب ضرر مولی علیه گردد، دادگاه ولی مذکور را عزل و برای اداره امور طفل، فرد صالحی را به عنوان قیم تعیین می‌نماید. رعایت این شرط از مواد ۷۹، ۸۰، ۸۱ و ۸۳، قانون امور حسبی نیز قابل استنباط است (۷۷). به علاوه اصل ۱۵۶ قانون اساسی که قوه قضائیه را مسئول احیای حقوق عامه معرفی می‌نماید و موادی از قانون نظیر، ماده ۲۹۰ و ۲۹۳ قانون آیین دادرسی کیفری که حفظ حقوق عمومی را دلیلی بر تشکیل دادرهای عمومی و انقلاب و همچنین دادرهای نظامی می‌داند، مؤیدی بر این ادعا است. بنابراین دادستان در جایگاه مدعی‌العموم، وظیفه احیای حقوق عامه در جهت صیانت از حقوق مردم و جامعه را عهده‌دار است. مطابق با این گفته، حق‌های بسیاری در زمره حقوق عمومی قرار دارد و حمایت از حق سلامت فرزند که در محیطی ناامن قرار دارد، از جمله این حقوق محسوب می‌گردد.

اما اینکه دادستان در مقام اجرا به چه نحو می‌تواند مادر حقیقی و مادر جایگزین معتاد را به مسئولیت و جبران خسارات ملزم نماید، محل نظر و تأمل است. به نظر نویسندگان این مقاله، مدعی‌العموم می‌تواند زن را در کمپ‌های درمانی تحت مراقبت قرار دهد. با این بیان که از نظر جامعه پزشکی اعتیاد یا اختلال مصرف مواد، یک موضوع بهداشت عمومی یا یک اختلال روانی قابل درمان با اجزای ژنتیکی است که باید

توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شود، نه یک موضوع جنایی. سازمان بهداشت با رویکردهای تنبیهی برای رسیدگی به موضوع حاملگی و مصرف مواد مخدر مخالف است، زیرا برای سلامت مادر و جنین خطرناک می‌باشد. شواهد روشنی وجود دارد مبنی بر اینکه زندانی‌شدن برای اختلال مصرف مواد در دوران بارداری به عنوان عوامل بازدارنده رفتاری بی‌اثر بوده و برای سلامتی فرد باردار و نوزادش مضر است (۸۱). به علاوه پیگرد قانونی باعث ترس زنان باردار از دسترسی به بهداشت و درمان می‌شود، خدماتی که زنان باردار و پس از زایمان و نوزادانشان را در معرض افزایش خطر آسیب قرار می‌دهد (۸۲). بنابراین از آنجا که اعتیاد به مواد مخدر فرآیند یک بیماری است، با وجود تلاش‌های توان‌بخشی مجدد و نظارت مداوم، حمایت‌کردن و استفاده از چهارچوب بیماری برای راهنمایی، اغلب اوقات عود رخ می‌دهد (۳۰). هدف از این مهم، محافظت از جنین در برابر محیط‌های ناامن و مادران بسیار آسیب‌دیده و ناپایدار برای ارائه مراقبت مناسب و بازپروری والدین و اتحاد مجدد آن‌ها با فرزندان‌شان است (۳۸). در نتیجه بهترین راهکار قانونی در این مسأله، گماشتن مادر در آژانس‌های مراقبتی دوران بارداری است، تا به این وسیله آسیب‌های متوجه جنین و مادر به حداقل برسد.

۲-۳. تبیین حکم ثانوی در غالب جرم: مطابق با ماده ۲ قانون مجازات اسلامی، جرم هرگونه رفتار اعم از فعل یا ترک فعل است که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد. این در حالی است که قانون، اعتیاد را به طور کلی در مواد ۱ و ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر اصلاحی ۱۳۸۹ جرم تلقی نموده، اما برای مصرف مواد مخدر در دوران بارداری از سوی مادر حقیقی و قراردادی، هیچ‌گونه مجازاتی در نظر نگرفته است.

شایان ذکر است ماده ۳۵ قانون مذکور بیان می‌دارد: هر کس اطفال و نوجوانان کمتر از هجده سال شمسی و افراد محجور عقلی را به هر نحو به مصرف و یا به ارتکاب هر یک از جرائم موضوع این قانون وادار کند و یا دیگری را به هر طریق مجبور به مصرف مواد مخدر یا روان‌گردان نماید و یا مواد مذکور را

جبراً به وی تزریق و یا از طریق دیگری وارد بدن وی نماید، به یک و نیم برابر حداکثر مجازات قانونی همان جرم و در مورد حبس ابد به اعدام و مصادره اموال ناشی از ارتکاب این جرم محکوم می‌شود. از این ماده می‌توان استفاده کرد که مصرف مواد مخدر از سوی مادر، مصداقی از تزریق و واردنمودن مواد به بدن جنین است، پس می‌توان این عمل را به مجازات محکوم نمود. با این حال، مصادیقی وجود دارد که با عنایت به آن‌ها می‌توان اعتیاد بانوان باردار را در جایی که ضرورت اقتضا کند، به حکم ثانوی جرم محسوب نمود که در این قسمت از نوشتار به ذکر آن‌ها می‌پردازیم.

۱-۲-۳. سیاست کنترل جمعیت: بارداری نه‌فقط یک پدیده شخصی که پدیده‌ای اجتماعی است و روند تغییر در جمعیت می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر جامعه، منابع و سازمان‌ها داشته باشد. بر این اساس کاهش جمعیت می‌تواند جنبه حکومتی پیدا کند که در این صورت به دید یک برنامه به آن نگریسته می‌شود و به عنوان یکی از سیاست‌های دولت به مرحله اجرا درمی‌آید. جمعیت جوان در کشور یک فرصتی است که منافع، مصالح و زیرساخت‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را تضمین می‌نماید (۸۳). نرخ باروری در ایران طی سال ۱۳۷۵ از ۶/۲ درصد به حدود ۲/۱ درصد کاهش یافته است. این آمارگیری در سال ۱۳۹۵ به ۱/۸ درصد محاسبه شده است (۸۴). معاون وزارت بهداشت اعلام کرد که رشد جمعیت در سال‌های کنونی به ۱/۴ درصد کاهش یافته است (۸۵). مطابق با گزارشی با روند فعلی، نرخ رشد جمعیت کشور ایران در ۱۲ سال آینده به کمتر از ۱ درصد خواهد رسید (۸۶). سازمان ملل زاد و ولد در ایران طی سال‌های ۱۴۱۰ شمسی به بعد را به رشد جمعیتی منفی، پیش‌بینی کرده است (۸۷). در موضوع حاضر، مسأله کاهش جمعیت بی‌ارتباط با اعتیاد بانوان باردار نیست. با این توضیح که احکام ثانوی بیش از جنبه فردی، به بعد اجتماعی و حکومتی اشاره دارد، زیرا حاکم اسلامی می‌تواند با عنایت به این احکام بسیاری از مشکلات جامعه، از جمله کاهش جمعیت را رفع نماید. از طرفی اعتیاد، سلامت مادر و جنین را با آسیب رو به رو می‌سازد و ممکن

است محیط آلوده رحم مادر، موجب سقط یا نقص مادرزادی فرزند گردد که به کاهش جمعیت یاری می‌رساند. بنابراین پیگیری دادستان نسبت به اعتیاد بانوان باردار، با این نگاه که این مسأله با نرخ کنترل جمعیت رابطه تنگاتنگی دارد، می‌تواند ذیل حکم ثانوی از عناوین مجرمانه محسوب شود. ورود مدعی‌العموم به مسأله اعتیاد مادران باردار را می‌توان از برنامه چهارمین کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره مورخ ۱۹۹۴ کشف نمود، زیرا مصونیت زندگی و حفاظت از کودکان از زمان لقاح را از عناصر اصلی حقوق باروری تلقی نموده است (۸۸). حقوق باروری در سال ۱۹۶۸ در جریان کنفرانس بین‌المللی حقوق بشر سازمان ملل متحد به عنوان زیرمجموعه‌ای از حقوق بشر توسعه یافت. کشورهای اسلامی از جمله ایران، موضوعات بیان‌شده در این برنامه را ضمن مطابقت با شریعت اسلام پذیرفته‌اند (۸۹). مطابق با این برنامه که از مصادیق حقوق بشر می‌باشد، فقراتی مانند حفاظت از کودک از زمان لقاح و مصونیت زندگی، با مسأله اعتیاد مادر ناسازگار است. بنابراین دادستان به عنوان مدعی‌العموم می‌تواند طرح دعوا علیه بانوان باردار معتاد را ذیل نظریه کاهش جمعیت در کشور، به عنوان جرم در نظر گیرد.

۲-۲-۳. کاربست مصلحت‌گرایانه: در رویکرد دینی احکام تابع مصالح و مفساد واقعی هستند (۹۰). بنابراین پشتوانه تمامی قوانینی که وضع می‌شوند، اصل مصلحت است و مصلحت مبنا و معیار جرم‌انگاری است (۹۱). توجه به اصل مصلحت در خصوص مصائبی که در نظام‌های حقوقی بروز پیدا می‌کند و همچنین تغییراتی که در جامعه انسانی رخ می‌دهد، امری ضروری تلقی می‌گردد که از منظر تأکید بر اهداف غایی مطرح می‌شود (۹۲). تأکید اصل ۱۱۲ قانون اساسی به اصل مصلحت، مؤیدی بر این ادعا است. با این بیان که اگر مجلس با تمسک بر این اصل، ضرورتی را تشخیص دهد یا مطابق با بند ۸ اصل ۱۱۰ قانون اساسی، رهبری معضلی را مطرح نماید که به سادگی قابل حل نیست، مرجع رسیدگی‌کننده مجمع تشخیص مصلحت نظام جمهوری اسلامی خواهد بود. بر این اساس، از آنجا که یکی از آثار اصلی مصلحت، جرم‌انگاری

است، می‌توان مصادیقی که مبتنی بر این اصل هستند را در حیطه جرم مورد شناسایی قرار داد. یکی از این مصادیق می‌تواند اعتیاد بانوان باردار باشد، زیرا این مسأله از چالش‌هایی است که در عرصه حقوقی به عنوان فرآیندی ناسازگار با حقوق بشر و در بعد اجتماعی به عنوان یک معضل مطرح می‌شود. گاهی مصالح جامعه ایجاب می‌کند، دوران بارداری به دور از مصرف مواد مخدر توسط مادر سپری شود، زیرا این امر ممکن است در درازمدت به یک رویه عادی مبدل شود که مادران هرگز آن را به دیده یک آسیب فردی و اجتماعی ننگرند. به این ترتیب از آنجا که ضرورت‌های جامعه به عنوان یکی از مصادیق احکام ثانوی می‌باشد، اصل مصلحت می‌تواند به اقتضای همان امر ضروری در نظر گرفته شود. بنابراین به حکم ثانوی، جرم‌انگاری مصلحت‌گرایانه اعتیاد بانوان باردار، می‌تواند موجبات تقلیل آسیب‌های فردی و تبعاً آسیب‌های اجتماعی را فراهم آورد.

۳-۲-۳. معیار سنجی اصل ضرر: مطابق با این دیدگاه، بانوان باردار معتاد موجب ضرر به جنین می‌شوند و این دلیل موجهی است تا این رفتار را جرم تلقی نموده و برای آن مجازات تعیین گردد. در حقیقت ممکن نیست در مصرف مواد مخدر از طرف کسی، بزه‌دیده‌ای وجود نداشته باشد (۹۳). نکته مهم این می‌باشد که مادر معتاد علاوه بر اینکه خودش یک بزه‌دیده است و مستقیماً متحمل ضرر شده، در درجه بعد جنین او نیز به عنوان بزه‌دیده دیگری، مورد ضرر و زیان قرار گرفته است. آیه‌ای از قرآن «وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَى» حاکی این مطلب است که هیچ انسانی را نمی‌توان به گناهی که دیگری مرتکب شده، مجازات کرد (۹۴). بنابراین با توجه به استنتاج عقلی، جنین نباید در قبال اعتیاد مادر متحمل ضرر شود، زیرا جرم از طرف مادر باردار محقق شده و ضرر و مجازات نیز باید برای او تدارک دیده شود. از بعد دیگری، خسارت اعم از خسارات مادی، معنوی، جسمانی و منافع تفویض شده می‌باشد که قسم سوم، یعنی خسارت جسمانی شامل مادران باردار معتاد نسبت به فرزندشان می‌شود (۹۵). این رویکرد بانوان باردار، علاوه بر آثار مخرب بر فرد معتاد،

تأثیرات منفی بسیاری به جنین و نتیجتاً افراد خانواده و جامعه خواهد داشت. نگاه قانونگذار در این مسأله نیز بسیار قابل توجه است. ماده ۳۰ قانون مدنی بیان می‌دارد: هر مالکی نسبت به مایملک خود حق هرگونه تصرف و انتفاعی را دارد، مگر مواردی که قانون استثنا کرده باشد. عمده‌ترین منع قانونی که اطلاق ماده مزبور را مقید می‌کند، اصل ۴۰ قانون اساسی است که مقرر می‌دارد: هیچ کس نمی‌تواند اعمال حق خویش را وسیله اضرار به غیر یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد. بنابراین بانوان باردار نمی‌توانند مصرف مواد مخدر را ذیل حق خود نسبت به هرگونه تصرف در اعضای بدن خود توجیه کنند، زیرا استیفا این حق منوط به ایراد ضرر به جنین می‌باشد (۹۶).

۳-۲-۴. رویکرد اخلاق‌گرایی: میان حقوق و اخلاق تأثیر و تاثرات متقابلی حاکم است، به طوری که رعایت اخلاق موجب اصلاح شخص می‌شود که این رویکرد فرد را برای تشکیل یک جامعه خالی از ظلم، بی‌عدالتی و بی‌نظمی تربیت می‌کند. این دقیقاً همان غایتی است که علم حقوق آن را دنبال می‌کند (۹۷). با نگاهی به قانون، این نکته نمایان می‌گردد که هرگونه اقدامات علیه حق حیات انسان‌ها و مصونیت از تعدی و تعرض، در زمره مهم‌ترین جرم‌ها قرار دارد و قانون سنگین‌ترین مجازات را برای آن‌ها در نظر گرفته است. در واقع معیار حمایت قانونگذار در مسأله حفظ حیات و دوری از تعرض نسبت به حقوق افراد، لزوم برپایی ارزش‌های اخلاقی در جامعه است (۹۸). شارع مقدس نیز از این رو تعرض به جان اشخاص را به عنوان گناه کبیره معرفی می‌نماید که این گناه، در حقیقت رفتاری خلاف اخلاق حسنه است. بر این اساس، قانونگذار با اقتباس از فقه امامیه عملی را که گناه محسوب شود، مورد جرم‌انگاری قرار داده، زیرا آن رفتار با مسأله حمایت از ارزش‌های اخلاقی جامعه ناسازگار می‌باشد (۹۹).

در موضوع حاضر از این رهیافت که اعتیاد بانوان باردار، با ارزش‌های اخلاقی مخالف بوده، می‌تواند به حکم ثانوی مورد جرم‌انگاری قرار گیرد. با این بیان که قانون و اخلاق یک هدف مشترک را دنبال می‌کنند و آن صیانت از حیات و سلامت

انسان‌ها است که تبعاً این موضوع نقش به سزایی در تحقق عدالت اجتماعی خواهد داشت. حق حیات و حق سلامت جنین به عنوان اساسی‌ترین حقوق افراد، مورد تأکید قانونگذار قرار گرفته است. ماده ۶ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، ماده ۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۳۳ و ۵۴۹ قانون آیین دادرسی کیفری، حق حیات را به عنوان یکی از حقوق ذاتی انسان‌ها مورد حمایت قانونگذار قرار می‌دهند (۱۰۰). به علاوه حمایت از حق سلامت جنین به عنوان یکی از افراد جامعه، مورد اشاره ماده ۲۰ قانون اساسی، بند ۴۹-۳۶-۳۵ منشور حقوق و مسئولیت زنان و بند ۷ و ۹ برنامه دوم اسناد توسعه‌ای قرار گرفته است (۱۰۱). بنابراین مصرف مواد مخدر در دوران بارداری، سلامت و حیات جنین را با آسیب رو به رو می‌سازد و از آنجا که مبنای جرم‌انگاری توسط قانونگذار ریشه در اصول اخلاقی دارد، اعتیاد بانوان باردار منجر به طیف وسیعی از رذائل اخلاقی در جامعه خواهد شد. این موضوع در مادر قراردادی با محکومیت بیشتری نمایان می‌گردد، زیرا بارداری مادر جانشین بر اساس یک تعهد شکل گرفته که اساس آن، صیانت از حق حیات و سلامت جنین می‌باشد که این تعهد، هم از نوع مسئولیت قانونی و هم یک مسئولیت اخلاقی است (۱۰۲).

نتیجه‌گیری

۱- مصرف مواد مخدر، از جمله کوکائین، مت‌آمفتامین، مواد افیونی، الکل، سیگار، هروئین و ماری‌جوانا، در دوران بارداری سلامت جنین را با آسیب رو به رو می‌سازد. مطالعات پزشکی حاکی است آسیب مغزی، اختلال در توجه و تنظیم احساسات، کاهش هوش، مشکلات رفتاری، مشکلات قلبی، محدودیت رشد، دور سر کوچک، ناهنجاری‌های صورت، وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس، اختلالات خواب و سندروم پرهیز نوزادی، از مهم‌ترین عوارض مصرف مواد مخدر توسط بانوان باردار گزارش شده است.

۲- حکم اولی در راستای اعتیاد بانوان باردار، ذیل عنوان شبه‌جرم مطرح می‌گردد. مجازات مادر باردار معتاد در نظریه

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

شبه‌جرم، متکی به طرح دعوا از سوی ولی قهری مستفاد از ماده ۱۱۸۰ ق.م و دادستان به عنوان مدعی‌العموم مستفاد از ماده ۱۱۸۴ ق.م، مواد ۷۹، ۸۰، ۸۱ و ۸۳ ق.ا.ج، اصل ۱۵۶ ق.ا و مواد ۲۹۰ و ۲۹۳ آ.د.ک می‌باشد. جبران خسارت نسبت به طرح دعوی ولی قهری در خصوص مادر حقیقی، سلب حضانت طفل پس از تولد و در خصوص مادر قراردادی، سلب حقوق ذیل قرارداد منعقدشده از سوی ولی قهری است. از آنجا که پیگرد قانونی علیه بانوی باردار، سلامت مادر و جنین را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، دادستان می‌تواند مادر را به مراقبت در کمپ‌های درمانی ملزم نماید.

۳- اعتیاد بانوان باردار در جایی که ضرورت اقتضا کند، به حکم ثانوی جرم تلقی می‌گردد. نرخ کنترل جمعیت یکی از این مصادیق است، زیرا مصرف مواد مخدر در دوران بارداری موجب نقص یا مرگ و میر جنین می‌شود و این موضوع تأثیر به‌سزایی در کاهش جمعیت خواهد داشت.

۴- با عنایت به اصل ۱۱۲ قانون اساسی که توجه به اصل مصلحت را معیاری در جهت جرم‌انگاری اعلام می‌نماید، اعتیاد بانوان باردار را می‌توان جرم تلقی نمود.

۵- اصل ۴۰ ق.ا ضرر به غیر را مقیدی بر ماده ۳۰ ق.م نسبت به حق هرگونه تصرف مالک در مایملک خود، بیان می‌نماید. از آنجا که اعتیاد بانوان باردار مصداقی از اضرار به جنین تلقی می‌شود، به حکم ثانوی در غالب جرم تبیین می‌گردد.

۶- قانون و اخلاق هدفی با عنوان صیانت از حیات و سلامت انسان‌ها را دنبال می‌کنند که تأثیر آن در عدالت اجتماعی نمایان می‌گردد. از آنجا که مبانی حقوقی ریشه در اخلاق دارد، اعتیاد بانوان باردار به عنوان یک رذیله اخلاقی می‌تواند مبنای جرم‌انگاری قرار بگیرد.

مشارکت نویسندگان

شقایق عامریان: نگارش مقاله، جمع‌آوری مطالب، تحلیل داده‌ها.
امیرحمزه سالارزائی: نظارت بر مقاله.
زهره حیدری: جمع‌آوری منابع پزشکی، نظارت بر مقاله.

References

1. Miller PM. Principles of addiction, comprehensive addictive behaviors and disorders. Cambridge, Massachusetts: Academic Press; 2013. Vol.1 p.23.
2. Keynia M. Social Factors of Divorce. Qom: Quds Press; 1994. p.153. [Persian]
3. Najafi Abrandabadi AH, Hashem Begi H. Encyclopedia of Criminology. 2nd ed. Tehran: Ganj-e Danesh Publications; 2013. p.138. [Persian]
4. Samaritan Health Services. How Do Drugs Affect a Baby's Development During Pregnancy?. 2020.
5. Mayes LC. Neurobiology of prenatal cocaine exposure effect on developing monoamine systems. *Infant Mental Hlth J*. 1994; 15(2): 121-133.
6. Fulghum Bruce D. Drug Use and Pregnancy. Medically Reviewed by Bhandari S. 2021.
7. Stanwood GD, Washington RA, Levitt P. Identification of a sensitive period of prenatal cocaine exposure that alters the development of the anterior cingulate cortex. *Cereb Cortex*. 2001; 11(5): 430-440.
8. Stein S. Drug Abuse in Pregnancy and Effects on the Newborn. American addiction centers, Laguna treatment hospital, Updated: Aug 25, 2022. Available at: <https://www.lagunatreatment.com/support-for-women/newborn-health-effect/>.
9. Dow-Edwards D, Iijima M, Stephenson S, Jackson A, Weedon J. The effects of prenatal cocaine, post-weaning housing and sex on conditioned place preference in adolescent rats. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014; 231(8): 1543-1555.
10. Using Illegal Drugs during Pregnancy. American pregnancy association. No Date. Available at: <https://www.americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness/illegal-drugs-during-pregnancy>.
11. Rayburn WF. Maternal and Fetal Effects from Substance Use. *Clin Perinatol*. 2007; 34(4): 559-571.
12. Kuczkowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2007; 19(6): 578-585.
13. Betancourt LM, Yang W, Brodsky NL, Gallagher PR, Malmud EK, Giannetta JM, et al. Adolescents with and without Gestational Cocaine Exposure: Longitudinal Analysis of Inhibitory Control, Memory and Receptive Language. *Neurotoxicol Teratol*. 2011; 33(1): 36-46.
14. Ackerman JP, Riggins T, Black MM. A Review of the Effects of Prenatal Cocaine Exposure among School-Aged Children. *Pediatrics*. 2010; 125(3): 554-565.
15. Grotta SH-D, LaGasse LL, Arria AM, Derauf C, Grant P, Smith LM, et al. Patterns of Methamphetamine Use During Pregnancy: Results from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) Study. *Matern Child Health J*. 2010; 14(4): 519-527.
16. Bureau of Justice Assistance (BJA). Comprehensive Opioid, Stimulant, and Substance Abuse Program (COSSAP). Substance Use and Pregnancy-Part 1: Current State Policies on Mandatory Reporting and Implementing Plans of Safe Care to Support Pregnant Persons With Substance Use Disorders. 2023. p.1-7.
17. Heidari Z, Mahmoudzadeh Sagheb HR, Shakiba M, Charkhat Gorgich EA. Stereological Analysis of the Brain in Methamphetamine Abusers Compared to the Controls. *Int J High Risk Behav Addict*. 2017; 6(4): 1-7.
18. Chang L, Smith LM, LoPresti C, Yonekura ML, Kuo J, Walot I, et al. Smaller subcortical volumes and cognitive deficits in children with prenatal methamphetamine exposure. *Psychiatry Res*. 2004; 132(2): 95-106.
19. Nguyen D, Smith LM, Lagasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, et al. Intrauterine growth of infants exposed to prenatal methamphetamine: Results from the infant development, environment and lifestyle study. *J Pediatr*. 2010; 157(2): 337-339.
20. Ladhani NNN, Shah PS, Murphy KE. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: A systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205(3): 219. e1-7.
21. Thompson BL, Levitt P, Stanwood GD. Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10(4): 303-312.
22. McElhatton PR, Bateman DN, Evans C, Pughe KR, Thomas SH. Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *Lancet*. 1999; 354(9188): 1441-1442.
23. Little BB, Snell LM, Gilstrap LC. Methamphetamine abuse during pregnancy: Outcome and fetal effects. *Obstet Gynecol*. 1988; 72(4): 541-544.
24. Eze N, Smith LM, LaGrasse LL, Derauf C, Newman E, Arria A, et al. School-Aged Outcomes Following Prenatal Methamphetamine Exposure: 7.5-Year Follow-Up from the Infant Development,

- Environment and Lifestyle Study. *J Pediatr*. 2016; 170: 34-38.
25. Lagasse LL, Woudes T, Newman E, Smith LM, Shah RZ, Derauf C, et al. Prenatal Methamphetamine Exposure and Neonatal Neurobehavioral Outcome in the USA and New Zealand. *Neurotoxicol Teratol*. 2011; 33(1): 166-175.
 26. Maternity Guidelines Group. SUBSTANCE ABUSE in pregnancy. Women's health service christchurch women's hospital. 2023. Available at: <https://www.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://edu.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/maternity-care-guidelines/Documents/GLM0067-Substance-Abuse-in-Pregnancy.pdf>.
 27. Kraemer T, Maurer HH. Toxicokinetics of Amphetamines: Metabolism and Toxicokinetic Data of Designer Drugs, Amphetamine, Methamphetamine and Their N-Alkyl Derivatives. *Ther Drug Monit*. 2002; 24(2): 277-289.
 28. Clifford PS, Hart N, Thompson J, Buckman S, Wellman PJ, Bratton GR, et al. (2009). Prenatal lead Exposure Enhances Methamphetamine Sensitization in Ratsq. *Pharmacol. Pharmacol Biochem Behav*. 2009; 93(2): 165-169.
 29. Desai RJ, Hernandez-Diaz S, Bateman BT, Huybrechts KF. Increase in Prescription Opioid Use During Pregnancy Among Medicaid-enrolled women. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(5): 997-1002.
 30. An official position statement of the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Criminalization of Pregnant Women with Substance Use Disorders. *Clinical Practice*. 2015; 19(1): 93-95.
 31. DeCristofaro JD, LaGamma EF. Prenatal exposure to opiates. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*. 1995; 1(3): 177-182.
 32. Shahramian I, Mahmoudzadeh Sagheb HR, Heidari Z. Volumetry of brain of rat following methadone and buprenorphine administration. *International Journal of Pharmacology*. 2006; 2(2): 253-255.
 33. Johnson B. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatric Nursing*. 2017; 43(4): 206-207.
 34. The Center for Child Health Policy. Available at: <https://www.routeifty.com/health-human-services/2019/12/pregnant-women-drug-use/161701/2019>.
 35. Bauer RN, Southard EP, Kummerow AM. Heroin abuse: Nurses confronting a growing trend. *Medsurg Nursing*. 2017; 26(4): 231-235.
 36. Paul JA, Logan BA, Krishnan R, Heller NA, Morrison DG, Pritham UA, et al. Development of auditory event-related potentials in infants prenatally exposed to methadone. *Dev Psychobiol*. 2014; 56(5): 1119-1128.
 37. Binder T, Vavrinkova B. Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department. *Neuro Endocrinol Lett*. 2008; 29(1): 80-86.
 38. Lollar C. Criminalizing Pregnancy. Maurer School of Law: Indiana University. *Indiana Law Journal*. 2017; 92(3): 947-1005.
 39. NIDA. Pregnant People with Substance Use Disorders Need Treatment, Not Criminalization. 2003. Available at: <https://www.nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2023/02/pregnant-people-substance-use-disorders-need-treatment-not-criminalization>.
 40. Hunt RW, Tzioumi D, Collins E, Jeffery HE. Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiate in-utero. *Early Hum Dev*. 2008; 84(1): 29-35.
 41. Fried PA, Watkinson B, Dillon RF, Dulberg CS. Neonatal neurological status in a low-risk population after prenatal exposure to cigarettes, marijuana, and alcohol. *J Dev Behav Pediatr*. 1987; 8(6): 318-326.
 42. Coppinger CA. Collaborative care in a rural setting for a pregnant woman with heroin addiction. *Women's Health*. 2017; 5(1): 28-31.
 43. Tunrner E. Drug Use during Pregnancy: The Impact of Maternal Drug Addiction on Infants. Texas: Abilene Christian University; 2018. p.11.
 44. Beyerstein L. Bad Medicine in Tennessee for Pregnant and Drug-Addicted Women. *Al-Jazeera America*. 2014. Available at: <http://www.america.aljazeera.com/articles/2014/9/30/tennessee-new-lawsb1391.html>.
 45. Day C, Nassirimanesh B, Shakeshaft A, Dolan K. Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a General Practice in Iran. *Harm Reduct*. 2006; 3: 2.
 46. Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal Tobacco, Marijuana, Stimulant and Opiate Exposure: Outcomes and Practice implications. *Addict Sci Clin Pract*. 2011; 6(1): 57-70.
 47. Van Gelder MMHJ, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld N, et al. Characteristics

- of Pregnant Illicit Drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in population-based study. *Drug Alcohol Depend.* 2010; 109(1-3): 243-247.
48. Scher MS, Richardson GA, Coble PA, Day NL, Stoffer DS. The effects of prenatal alcohol and marijuana exposure: Disturbances in neonatal sleep cycling and arousal. *Pediatr Res.* 1988; 24(1): 101-105.
49. Day NL, Richardson GA, Goldschmidt L, Robles N, Taylor PM, Stoffer DS, et al. Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three. *Neurotoxicol Teratol.* 1994; 16(2): 169-175.
50. Silva L, Zhao N, Popp S, Dow-Edwards D. Prenatal tetrahydrocannabinol (THC) alters cognitive function and amphetamine response from weaning to adulthood in the rat. *Neurotoxicol Teratol.* 2012; 34(1): 63-71.
51. Fried PA, Watkinson B (2000). Visuo-perceptual functioning differs in 9- to 12-year olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicol Teratol.* 2000; 22(1): 11-20.
52. Lossie AC, Muir WM, Lo CL, Timm F, Liu Y, Gray W, et al. Implications of Genomic Signatures in the Differential Vulnerability to Fetal Alcohol Exposure in c57bl/6 and dba/2 mice. *Front Genet.* 2014; 5: 173.
53. Behnke M, Smith VC. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics.* 2013; 131(3): e1009-24.
54. Eckstrand KL, Ding Z, Dodge NC, Cowan RL, Jacobson JL, Jacobson SW, et al. Persistent dose-dependent changes in brain structure in young adults with low-to-moderate alcohol exposure in utero. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012; 36(11): 1892-1902.
55. Jacobson JL, Jacobson SW. Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. *Alcohol Res Health.* 1999; 23(1): 25-30.
56. Maier SE, West JR. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 168-174.
57. Bayih WA, Belay DM, Ayalew MY, Tassew MA, Chanie ES, Feleke DG, et al. The effect of substance use during pregnancy on neonatal outcomes in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon.* 2021; 7(4): e06740.
58. Woulides MS. Parental alcohol, cannabis, methamphetamine and opioid use during pregnancy, A Better Start National Science Challenge. Auckland: University of Auckland, Department of Psychological Medicine; 2019. p.125.
59. Heidari Z, Mahmoudzadeh Sagheb HR, Sheibak N. Quantitative changes of extravillous trophoblast cells in heavy smoker mothers compared with healthy controls. *Reprod Fertil Dev.* 2018; 30(2): 409-414.
60. Heidari Z, Mahmoudzadeh Sagheb HR, Sheibak N. Placenta structural changes in heavy smoking mothers: a stereological aspect. *Curr Med Res Opin.* 2018; 34(11): 1893-1897.
61. Behnke B, Smith VC. Prenatal Substance Abuse: Short and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *Pediatrics.* 2013; 131(3): e1009-24.
62. Prince MK, Daley SF, Ayers D. Substance Use in Pregnancy. *StatPearls [Internet]*. 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542330/>.
63. Cornelius MD, De Genna NM, Leech SL, Willford JA, Goldschmidt L, Day NL. Effects of prenatal cigarette smoke exposure on neurobehavioral, outcomes in 10-year-old children of adolescent mothers. *Neurotoxicol Teratol.* 2011; 33(1): 137-144.
64. Agrawal A, Scherrer JF, Grant JD, Sartor CE, Pergadia ML, Duncan AE, et al. The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. *Prev Med.* 2010; 50(1-2): 13-18.
65. Jeltsen M. Please, Stop Locking Up Pregnant Women for Using Drugs. No Place: *Huffington Post*; 2016. Available at: <https://www.perma.cc/TH9L-9JMB>.
66. Katouzian N. Legal Acts. Tehran: Publishing Company; 2008. p.187. [Persian]
67. Mousavi Khomeini SR. Tahrir al-Wasilah. Tehran: Imam Khomeini Editing and Publishing Institute; 1989. Vol.2 p.1312. [Persian]
68. Khoei SA. Mesbah al-Faqih. Qom: Faqahat Publications; 2013. Vol.5 p.21. [Arabic]
69. Hosseini Amoli SJ. Misbah al-Karamah. Qom: Islamic Publications Office affiliated with Qom Seminary Teachers Society; 2013. Vol.16 p.90 [Persian]
70. The Holy Quran. An'am: 152.
71. Tabarsi F. Majma al-Bayan. Qom: Nasser Khosrow Publications; 2005. Vol.4 p.193. [Persian]
72. Shahidi F. 1375, Hedayah al-Talib to Asrar al-Makasab. Qom: Dar al-Ketab Publications; 1996. Vol.3 p.238. [Persian]

73. Montazeri HA. The Fiqh Foundations of Islamic Government. Translated by Salavati M. Tehran: Saraei Publications; 1990. Vol.2 p.156. [Persian]
74. Sadouq A. Man la Yahdrah al-Faqih. Tehran: Dar al-Kotob al-Islamiya; 1989. Vol.2 p.158. [Arabic]
75. Jabaei Ameli Z. Masalak al-Afham. Qom: Institute of Islamic Studies; 1995. p.46. [Arabic]
76. Mohaghegh Damad SM. Jurisprudential review of family law. Tehran: Humanities Publishing Center; 2013. p.54. [Persian]
77. Emami SH. Civil Rights. Tehran: Amir-e Kabir Publications; 1989. Vol.5 p.25. [Persian]
78. Katuzian N. Family Law. Tehran: Publishing Company; 1996. Vol.2. [Persian]
79. Royan Research Institute, UNESCO National Commission in Iran, Medical Ethics and Law Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Iranian Medical Law Scientific Association. Abstract of the articles of the annual congress on reproductive ethics and rights: Challenges and solutions of surrogacy. Tehran: Royan Research Institute Conference Hall; 2012. [Persian]
80. Yazdani AR. Civil rights in the realm of civil responsibility. Tehran: Adebistan Publishing House; 2000. p.112. [Persian]
81. AGOG Committee Opinion No.473. Substance abuse reporting and pregnancy: The role of the obstetrician-gynecologist. Obstet Gynecol. 2011; 117(1): 200-201.
82. Confronting Pregnancy Criminalization. A Practical Guide for Healthcare Providers, Lawyers, Medical Examiners, Child Welfare Workers, and Policymakers. Pregnancy Justice. 2022; 1-77.
83. Taheri M, Pejhan A, Mahmoudi MJ, Golshani AR. A comparative study of population policies of the Islamic Republic of Iran with a number of countries of the United Nations. Political and International Research. 2021; 13(46): 58-80. [Persian]
84. Fertility Rate Status in Iran. Comprehensive Report. Tehran: National Health Research Institute of the Islamic Republic of Iran; 2018. p.15. [Persian]
85. Emami Razavi H. Fars Report, Deputy Health Minister of the Ministry of Health. 2008. Available at: <https://www.farnews.com/printable.php?>. [Persian]
86. Alizadeh M. Information base of Ministry of Labor and Social Affairs, Karnews, prediction of Alizadeh, labor market expert. 2008. Available at: <https://www.karnews.ir/newsphp?item.872.16>. [Persian]
87. Mohammadi M, Rastegarkhaled A. Cultural changes, and reduce fertility in Iran (Based on second analyze of data of Iranian's survey values and attitudes). Journal of Applied Sociology. 2015; 26(2): 159-180. [Persian]
88. Freedman LP, Isaacs SL. Human rights and reproductive choice. Studies in Family Planning. 1993; 24(1): 18-30.
89. Knudsen L. Reproductive rights in a global context. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press; 2006. p.1.
90. Motahari M. Introduction to Islamic Sciences: Principles of Jurisprudence and Jurisprudence. Tehran: Sadra Publications; 1996. p.38. [Persian]
91. Saeedi H, Falsafizadeh Haghighi A, Vahedi Novdehi SS, Khordebinan M. The place of expediency in punishing economic criminals in Iranian criminal policy and jurisprudence on political sociology. Political Sociology Research. 2023; 5(11): 5244-5261.
92. Opwis F. Maslaha in Contemporary Islamic Legal Theory. Islamic Law and Society. 2005; 12(2): 182-223.
93. Tavajohi A. The application of criminological findings in the process of combating addiction. Tehran: International Scientific-Applicative Conference on Different Political Aspects of Crime against Drugs; 2000. [Persian]
94. Hosseini Hamedani SMH. Anwar Derakhshan. Tehran: Lotfi Bookstore; 1983. Vol.8 p.422. [Persian]
95. Ashuri M. Criminal Procedure Code. Tehran: Samt Publications; 2005. Vol.2 p.259 [Persian]
96. Lotfi A. Rules of Civil Jurisprudence. Tehran: Samt Publications; 2006. p.47. [Persian]
97. Foroughi MA. The Path of Wisdom in Europe. Tehran: Alborz Publishing House; 1996. p.360. [Persian]
98. Sadeghi MH. Crimes against individuals. Tehran: Mizan Publishing House; 1989. p.57. [Persian]
99. Moore M. Placing Blame. Oxford: Oxford University Press; 2017. p.27.
100. Fathi Najafi T, Najafi Fathi MR, Dashti S, Farnoush E. Comparative Study of the Fetal Rights in National and International Laws: A Narrative Review Paper. Journal of Preventive Medicine. 2023; 9(3): 292-301. [Persian]

101. Ghorbannia N. A critique on the Charter of Rights and Responsibilities of Women in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Comparative Law*. 2005; 8(49): 113-128. [Persian]
102. Tabatabaei SMH. *Social Relations in Islam*. Tehran: Jahan Ara Publications; No Date. p.17. [Persian]