

Fetal Reduction and Its Civil Liability

*Leyla Daliri¹, Mahmoud Abbasi², Seyed Tahah Merghati³
Ebrahim Taghizadeh⁴*

Abstract

Fetal reduction, as one of the most valuable achievements of mankind, is a new phenomenon and there are legal gaps in regard to difference aspects of it. Therefore, it is not clear if fetal reduction is permissible. This Article tries to answer whether fetal reduction entails civil responsibility from sharia and the law's standpoint. According to the data gathered, parents of a fetus and physicians could be the ones who bear responsibility. Parents of a fetus or embryo assume most parts of the responsibility since they decide to conduct fetal reduction which could affect fetal life and health. As for physicians, they are responsible in the event of non-compliance with regulations and technical standards, committing medical errors at any stage including diagnosis or treatment during or after fetal reduction, and failure in obtaining consent and the acquittal of the patient or its legal guardian.

Keywords

Multiple Pregnancy, Fetal Stem Cells, Fetal Reduction, Civil Liability

Please cite this article as: Daliri L, Abbasi M, Merghati ST, Taghizadeh E. Fetal Reduction and Its Civil Liability. *Iran J Med Law* 2016; 9(35): 81-108.

1. MA, Department of Law, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. PhD, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (Corresponding author)
Email: Dr.Abbasi@sbmu.ac.ir

3. PhD, Department of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

4. PhD, Department of Law, Payame Noor University, Mashhad, Iran.

کاهش جنین و مسؤولیت مدنی ناشی از آن

لیلا دلیری^۱، محمود عباسی^۲، سیدطه مرقاتی^۳، ابراهیم تقی‌زاده^۴

چکیده

کاهش جنین به عنوان یکی از دستاوردهای بشری و از جمله علوم مستحدثه به شمار می‌آید و حدود و ثغور اختیار افراد در اقدام به آن، با توجه به خلأهای قانونی موجود در این خصوص هنوز مشخص نشده است. این مقاله در تلاش است به این سؤال پاسخ دهد که اساساً اقدام به کاهش جنین، مسؤولیت‌های مدنی از منظر شرعی و قانونی به دنبال خواهد داشت یا خیر؟ در پژوهش حاضر با استنباط‌های به عمل آمده از قوانین موجود در خصوص مقولات تا حدودی مشابه با کاهش جنین، مسؤولیت مدنی را در دو قالب مسؤولیت مدنی والدین و پزشک مورد بررسی قرار داده است. البته در این میان، بیشترین مسؤولیت، متوجه والدین جنین یا جنین‌های کاهش یافته خواهد بود، زیرا با توجه به مسؤولیت والدین در حفظ حیات و سلامت جنین، چنانچه آنان به کاهش جنین یا جنین‌ها رضایت دهند در قبال چنین تصمیمی دارای مسؤولیت مدنی خواهند بود، اما در مقابل، پزشک نیز در صورت ارتکاب خطای پزشکی در هر مرحله اعم از مرحله تشخیص، معالجه، حین عمل کاهش جنین و بعد از عمل و عدم اخذ رضایت و برائت از بیمار یا اولیای قانونی وی، دارای مسؤولیت مدنی خواهد بود.

واژگان کلیدی

بارداری‌های چندقلویی، جنین، کاهش جنین، مسؤولیت مدنی

۱. دانشجوی دکتری حقوق خصوصی، عضو هیأت علمی، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: Dr.Abbasi@sbmu.ac.ir

۳. استادیار دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۴. استادیار دانشگاه پیام نور، مشهد، ایران.

مقدمه

مسئولیت مدنی به عنوان اصطلاحی حقوقی، در معنای عام، مبین هرگونه تعهدی است که قانون بر عهده شخص قرار داده تا زیان وارده به دیگری را جبران کند (۱). به عبارت دیگر، مسئولیت مدنی، مسئولیت شخص در مقام جبران خسارتی است که خود یا کسی که تحت مراقبت یا اداره وی اوست یا اشیای تحت حفاظت وی به دیگری وارد می‌آورد. همچنین به مسئولیت شخص در اثر تخلف از اجرای تعهدات ناشی از قرارداد نیز اطلاق می‌گردد (۲). بر این اساس، هرگاه شخصی ناگزیر به جبران خسارت دیگری باشد، گویند در برابر او «مسئولیت مدنی» دارد (۳).

این در حالی است که در معنای خاص از «مسئولیت مدنی»، فرد زمانی مسئول تلقی می‌شود که ملزم باشد آثار و نتایج ضرر وارد به دیگری را جبران نماید. بدیهی است که ملاک تشخیص ورود ضرر و یا نارو بودن یا نبودن آن بر عهده ضوابط قانونی، عرف و اخلاق می‌باشد (۴). بر این اساس، مسئولیت مدنی، با توجه به این که جزء وقایع حقوقی است، حتی در جایی که شخصی عمداً به دیگری ضرر می‌زند یا از اجرای قرارداد خودداری می‌کند، قصدش ایجاد مسئولیت برای خود نیست، بلکه مسئولیت را قانون بر وی تحمیل می‌کند (۵)، پس، مسئولیت مدنی هنگامی محقق می‌شود که شخص بدون مجوز قانونی خسارتی به دیگران وارد نماید (۶). این در حالی است که امروزه، با توجه به پیشرفت علم و تکنولوژی در زمینه پزشکی، شیوه‌های درمانی نوینی رواج یافته است که سابق بر این عینیتی نداشته و بدین خاطر حکم شرعی و فقهی خاصی مرتبط با آن وجود ندارد که مبنای تدوین و تصویب قوانین در این باره گردد.

از جمله این شیوه‌های نوین درمانی، کاهش جنین می‌باشد که به عنوان تکنیکی شناخته شده، به کمک شیوه‌های مرسوم کمک باروری، از جمله تحریک تخمک‌گذاری (IUI: Intra Uterine Insemination؛ IVF: In Vitro Fertilization؛ ZIFT: Zygote Intra Fallopian Transfer؛ GIFT: Gamete Intra Fallopian Transfer) شتافته تا با کاهش عوارض ناشی از این شیوه‌های درمانی، موفقیت درمان ناباروری را چندین برابر و قابل اعتماد نماید.

اقدام به چنین اعمال پزشکی و درمانی که بر مبنای ضرورت، والدین و جامعه پزشکان متخصص درمان ناباروری را ملزم به اتخاذ تصمیم و اجرای آن می‌نماید، این چالش فقهی و

حقوقی را مطرح می‌نماید که اساساً تصمیم و اعطای مجوز از جانب والدین به منظور کاهش جنین و نیز اقدام بدان از سوی پزشک، مسؤولیت مدنی به دنبال خواهد داشت یا خیر؟ بر این اساس، با توجه به اهمیت و ضرورت مقوله کاهش جنین به واسطه گسترش روزافزون خدمات درمان ناباروری در کشور و به تبع آن افزایش موارد رجوع به این شیوه به دنبال استفاده از برخی روش‌های معمول کمک باروری و نیز با توجه به لزوم آگاهی از حقوق، تکالیف و مسؤولیت‌های محتمل مرتبط با آن، در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا موضوع کاهش جنین و مسؤولیت مدنی ناشی از آن، مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد.

کاهش جنین: مفهوم و انواع

کاهش جنین در لغت، معادل فارسی اصطلاح (Fetal Reduction) به معنای کاهش و تقلیل جنین می‌باشد که مبین آن است، پزشک متخصص به منظور حفظ سلامت جنین و مادر و همچنین حذف جنین‌های ناقص، از تعداد جنین‌های به وجودآمده بر اثر داروهای محرک تخمدان که موجب آزاد شدن تخمک‌های تعداد بالا می‌شود یا انتقال جنین‌های متعدد جهت بیشتر شدن شانس باروری وی، یک یا تعدادی را سقط نماید (۷).

اما نکته شایان ذکر آن است که، کاهش جنین، از این منظر سقط به حساب نمی‌آید و اصطلاح کاهش بر آن اطلاق می‌گردد که در راستای آن کاهش انتخابی جنین، حذف یک و یا تعداد بیشتری جنین در بارداری چندقلویی (بیش از ۲) در سه ماهه اول بارداری یا اوایل ماه چهارم صورت می‌گیرد تا با این اقدام، با هدف تداوم بارداری و نه خاتمه آن، شانس زنده ماندن جنین یا جنین‌های باقیمانده و کاهش از بین رفتن و مردن جنین‌های جایگزین شده را فراهم آورد و شانس تولد نوزاد حاصل از این بارداری را به دنبال داشته باشد (۸).

از آنجا که اقدام به کاهش جنین اساساً به دو منظور صورت می‌پذیرد، می‌توان گفت که به طور کلی دو نوع کاهش جنین وجود دارد که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم.

۱- کاهش جنین در بارداری‌های چندقلویی

این روش در بارداری‌های چندقلویی که اکثراً بیشتر از دوقلو می‌باشند، انجام می‌شود (۷). اصولاً حاملگی چندقلویی همیشه به عنوان یک مشکل پزشکی مطرح بوده است. مخصوصاً در دهه‌های اخیر، با افزایش استفاده از داروهای محرک تخمک‌گذاری و همچنین به کارگیری

روش‌های متنوع درمانی لقاح خارج رحمی، به خصوص IVF و ICSI که برای زوج‌های نابارور به کار گرفته می‌شود، خطر ایجاد بارداری‌های چندقلویی، افزایش یافته است (۹).

آنچه از نظر علمی مهم و کاملاً پذیرفته شده است، آن است که بارداری‌های چندقلویی خطرانی را برای مادر و جنین به همراه دارد که شامل نارسی نوزاد و افزایش مرگ و میر جنین و نوزاد، تهوع و استفراغ‌های شدید دوران بارداری (۱۰)، ناهنجاری‌های جنینی، انتروکولیت نکروزان، فلج مغزی، اختلال رشد داخل رحمی، پلی هیدرآمنیوس، اولیگوهایدرآمنیوس، کم‌خونی مادر، افزایش دیابت، افزایش فشار خون و پره اکلامپسی در مادر، خونریزی قبل، هنگام و بعد از زایمان، دیستوشی و سزارین عارضه‌دار، گوشه‌گیری، افسردگی، خلوت‌گزینی و دوری‌جویی از اجتماع، احساس کسالت و گاه بچه‌آزاری و همچنین هزینه‌های گزاف دوران بستری قبل و یا هنگام زایمان و هزینه نگهداری و بستری نمودن نوزادان نارس و نگهداری متعاقب نوزاد و به طور کلی مشکلات مالی و اقتصادی و نیز مشکلات روحی، روانی و اجتماعی است. بر این اساس، بارداری چندقلویی به عنوان عارضه روش‌های IVF و ICSI مطرح می‌باشد.

با توجه به عوارض بارداری چندقلویی، روش کاهش جنین می‌تواند، روشی کارآمد برای درمان باشد و همچنین باعث شود که روش‌های ART، با ضریب اطمینان بیشتری صورت گیرد و والدین نیز با مشکلات کم‌تری مواجه شوند، زیرا استفاده از روش‌های کاهش جنین، میزان نارسایی نوزاد، اختلال رشد داخل رحمی، بیماری و مرگ و میر نوزاد و نیاز به NICU و مخارج بیمارستانی نگهداری نوزادان را کاهش می‌دهد (۱۱).

۲- کاهش جنین انتخابی

این نوع از کاهش جنین، که معمولاً بین هفته‌های ۲۴-۱۵ بارداری صورت می‌گیرد، در مواردی انجام می‌شود که یک یا چند جنین دارای نقص یا ناهنجاری هستند. در چنین مواقعی، جنین به صورت انتخابی حذف می‌گردد و آن موارد شامل ناهنجاری‌های کروموزومی، اختلالات آنزیمی، بزرگی بطن‌های مغزی، پلی هیدرآمنیوس همراه با آنانسفالی و عقب‌افتادگی ذهنی شدید مادر که باعث انتقال آن به جنین شود و همچنین عدم رشد یک جنین و رشد جنین دیگر با پلی هیدرآمنیوس می‌باشد. در مواردی ممکن است هر دو جنین ناهنجر باشند که در این صورت باید ختم بارداری برای هر دو جنین انجام شود و اگر یکی ناهنجر بود باید مشخص شود که هر دو جنین دارای یک جفت یا جفت‌های مجزا هستند. در صورتی که دی کوریونیک

بودند از تزریق KCI استفاده می‌شود، ولی اگر منوکوریونیک بودند، به علت ارتباط خونی که از طریق جفت به وجود می‌آید، تزریق پتاسیم به داخل قلب جنین، باعث مرگ جنین دیگر تا ۱۲ ساعت بعد از تزریق می‌شود، لذا استفاده از این روش منتفی است (۱۲).

رویکرد سایر کشورها به مقوله کاهش جنین

به طور کلی کشورها در زمینه قانونگذاری در باب کاهش جنین به سه دسته تقسیم می‌شوند: ۱- کشورهایی که هیچ قانونی در رابطه با کاهش جنین نداشته و چنین عملی در نظام حقوق آن‌ها پیش‌بینی نشده است؛ ۲- کشورهایی که مستقیماً در رابطه با کاهش جنین، قانونی وضع کرده‌اند، اما با وضع قانون در مورد IVF و پیش‌بینی پزشکی و کاهش هزینه‌های درمانی در مورد IVF، کادر درمانی با محدودیت انتقال تعداد جنین به رحم مادر روبرو است تا عملاً IVF منجر به پدیده چندقلویی نشود و کاهش جنین ضرورت پیدا نکند؛ ۳- دسته سوم کشورهایی هستند که علاوه بر وضع قانون در مورد محدودیت تعداد انتقال جنین در IVF، کاهش جنین را پیش‌بینی کرده‌اند (۱۳). در ذیل به رویکرد کشورهای مختلف در این خصوص خواهیم پرداخت:

۱- کاهش جنین در کشورهای انگلوساکسون

۱-۱- انگلستان: انگلیس از جمله این کشورها می‌باشد که علاوه بر وضع قانون در مورد محدودیت تعداد انتقال جنین در IVF، کاهش جنین را پیش‌بینی کرده‌اند. در حقوق انگلیس ۳ قانون مرتبط با کاهش جنین وجود دارد که عبارتند از: لقاح مصنوعی و رویان‌شناسی مصوب ۱۹۹۰ با اصلاحیه سال ۲۰۰۸ (Human Fertilization and Embryology Act)، جرائم علیه شخص مصوب سال ۱۹۲۹ (Offences Against the Person Act) و سقط جنین مصوب سال ۱۹۶۷ (Abortion Act).

به موجب قانون لقاح مصنوعی و رویان‌شناسی، «یک مرکز تخصصی با اختیارات گسترده به منظور اعلام یا لغو امتیاز مراکز درمانی IVF و نظارت مستمر بر فعالیت‌های این‌گونه مراکز و تنظیم رویه‌های عملی فعالیت‌های آن‌ها و فراهم‌سازی زمینه ارائه خدمات مشاوره‌ای برای بیماران متقاضی پیش‌بینی شد» (۱۳). بر اساس ماده ۳ قانون مذکور، مراکز درمانی حق ندارند بیشتر از یک جنین به رحم مادر منتقل کنند، مگر با شرایط خاص و اخذ مجوز از سازمانی که طبق این قانون صلاحیت صدور چنین مجوزی را دارد. بند ۵ ماده ۳۷ (HFEA) نیز به کاهش

جنین اشاره و مقرر کرده در صورتی کاهش جنین قانونی تلقی می‌شود که از سازمان مذکور مجوز اخذ شده باشد. همچنین این ماده به اصلاح ماده ۱ قانون سقط جنین مصوب سال ۱۹۶۷ پرداخته است.

بر اساس قانون حمایت از حیات طفل مصوب سال ۱۹۲۹ نیز، هرگاه شخصی به قصد از بین بردن حیات طفلی که قادر به زنده متولدشدن است هر نوع عمل ارادی بر روی زن حامله انجام بدهد، در صورت سقط جنین، عمل او بر اساس قانون مذکور جرم شناخته می‌شود، لیکن اگر ثابت شود که عمل انجام‌شده برای حفظ حیات مادر ضروری بوده و با این هدف انجام پذیرفته، جرم تلقی نخواهد شد. همچنین بر اساس مقررات قانون ۱۹۶۷، شرایطی برای جواز و صحت عمل مذکور در نظر گرفته شده است (۱۴)، به طوری که بر اساس قوانین این کشور، از بین بردن جنین به واسطه معاذیر نجات جان مادر، حفظ سلامت جسمی و روانی او، موارد نقص جنین و همچنین دلایل اقتصادی - اجتماعی، مشروط بر این که در ۲۴ هفته (شش ماهه) اول بارداری صورت پذیرد، مجاز و قانونی خواهد بود (۱۵). بر این مبنا می‌توان گفت، در کشور انگلستان کاهش جنین، طبق شرایط خاص، قانونی تلقی می‌شود.

۲-۱- آمریکا: در ایالات متحده، پیش از سال ۱۹۷۳ مسأله از بین بردن جنین و نقض حق حیات برای وی صورت می‌پذیرفت، اما این امر تحت نظر قانون اساسی قرار نمی‌گرفت و هر ایالت قانون خود را داشت. نخستین محدودیت‌های قانونی، در دهه ۱۸۲۰ اعمال، و نقض حق حیات برای جنین بعد از ماه چهارم بارداری ممنوع اعلام شد و تا سال ۱۹۰۰ در اکثر ایالات قوانینی علیه سقط و از بین بردن جنین تصویب گردید (۱۶).

تصمیم دیوان عالی در مورد پرونده «رو» علیه «وید» در سال ۱۹۷۳ مهم‌ترین تصمیم مؤثر در ارتباط با نقض حق حیات جنین در ایالات متحده آمریکا تلقی می‌شود، زیرا به دنبال آن از بین بردن جنین با در نظر گرفتن محدودیت‌های زمانی، در تمامی ایالت‌ها قانونی شد. در این پرونده بیان شده که حق بر زندگی شخصی و حریم خصوصی شامل جنین نیز می‌شود، اما این حق غیر مشروط و مطلق نیست، بلکه مصالح و منافع هر ایالت باید در مقررات لحاظ شود (۱۷). برای مثال، در ایالات متعددی انجام مشاوره پیش از سقط یا کاهش جنین، شرط شده است و حدوداً در نیمی از ایالات بایستی حداقل ۲۴ ساعت پیش از انجام این اقدام، به زن فرصت داده شود. اغلب ایالات، نقض حق حیات برای جنین (از قبیل سقط جنین یا کاهش جنین) پس از

یک دوره خاص را بر اساس شاخص‌هایی چون قابلیت زیستن جنین ممنوع می‌دانند. این دوره زمانی قابلیت زیست‌یافتن نیز در ایالات متفاوت است. سخت‌ترین محدودیت، ۲۰ هفته است که در ایالات نبرسکا و کارولینای شمالی اعمال می‌شود. برخی دیگر چون فلوریدا، نوادا و نیویورک، از بین‌بردن جنین در رحم مادر را به پایین‌تر از ۲۴ هفته محدود نموده‌اند (۱۸).

۲- کاهش جنین در کشورهای اروپایی

۲-۱- بلژیک: بلژیک از جمله کشورهای است که مستقیماً در رابطه با کاهش جنین، قانونی وضع نکرده، اما با وضع قانون در مورد IVF و پیش‌بینی پزشکی و کاهش هزینه‌های درمانی در مورد IVF، در این باره محدودیت قائل شده است، به طوری که کادر درمانی با محدودیت انتقال تعداد جنین به رحم مادر روبرو است تا استفاده از شیوه‌های درمانی ناباروری منجر به پدیده چندقلویی نشود و کاهش جنین ضرورت پیدا نکند. بر این اساس، در بسیاری از مراکز انتقال جنین، فقط یک جنین منتقل و در ۷۰٪ موارد از روش Single Embryo Transfer (SET) استفاده می‌شود و قسمت عمده هزینه‌ها توسط نظام بهداشتی حاکم پوشش داده می‌شود. از سوی دیگر شرایط کلی آزمایشگاه‌های پیشرفته موجود، امکان انتقال یک جنین با کیفیت را مهیا کرده‌اند (۱۳).

۲-۲- ایتالیا: در ایتالیا، نقض حق حیات برای جنین (تحت هر عنوان، سقط یا کاهش) صرف تقاضا و به دلایل مختلفی در سه ماهه ابتدایی بارداری امری جایز است. بر اساس قانون ۱۹۸۷، پایان‌دادن به حیات جنین ممکن است پس از سه ماهه اول بارداری و تحت شرایط ذیل انجام گیرد:

- حاملگی یا وضع حمل، تهدیدی برای زندگی مادر به حساب آید.
 - هنگامی که بر مبنای دوره‌های آسیب‌شناسی، تهدید شدید وضعیت سلامت جسمی و روحی مادر و همچنین مواردی از نقص خلقتی و یا غیر طبیعی بودن جنین، تشخیص داده شده است.
 لازم به ذکر است، در صورتی که شخص باردار کم‌تر از ۱۸ سال داشته باشد، برای از بین بردن جنین، به تأیید والدین و یا قیم او نیاز است. البته چنانچه پزشک تشخیص دهد به واسطه وجود تهدید جدی برای سلامت مادر، خاتمه‌دادن به بارداری فرد زیر ۱۸ سال ضرورت دارد، باید وجود شرایط موجهه برای خاتمه‌دادن به حیات جنین، بدون طلب رضایت از والدین یا قیم و بدون درخواست از رییس دادگاه بخش را گواهی نماید. در مواردی که از بین‌بردن جنین پس

از ۹۰ روز صورت می‌پذیرد، بدون توجه به رضایت والدین یا قیم، شرایط مشخص شده در قانون (از جمله احراز نقص جنین یا تهدید برای سلامت مادر) اعمال می‌شود (۱۶).

۳-۲- فرانسه: بر اساس ماده ۱۲-۱۶۲ L. از قانون بهداشت عمومی، نقض حق حیات برای جنین در هر مرحله از آبستنی می‌تواند انجام گیرد، در صورتی که دو پزشک پس از بررسی و مذاکره، گواهی دهند که ادامه بارداری به طور جدی سلامت زن را به مخاطره می‌اندازد یا این که یک احتمال قوی وجود دارد مبنی بر این که طفل متولد نشده، در حال رنج‌بردن از یک بیماری جدی یا وضعیتی است که در زمان تشخیص آن، غیر قابل درمان تلقی می‌گردد. بر این اساس می‌توان گفت، کاهش جنین طبق شرایط مقرر در قانون این کشور، امری جایز و قابل انجام می‌باشد (۱۹).

در سال ۲۰۰۱ فرانسه قانونی را تصویب نمود که بر اساس آن از بین‌بردن جنین، بدون محدودیت تا ۱۴ هفته از بارداری قابل انجام می‌باشد. قانون جدید، شرط رضایت والدین را نیز حذف نمود تا اشخاص صغیر که دارای آمادگی و سلامت باشند بتوانند، تنها با حضور یک فرد بزرگسال و بر مبنای تصمیم خودشان، اقدام به از بین‌بردن جنین (سقط یا کاهش جنین) نمایند.

۳- کاهش جنین در کشورهای آسیایی

۳-۱- چین: در چین، علاوه بر دسترسی همگانی به طرق جلوگیری از حاملگی، سقط جنین و کاهش جنین به عنوان راهی جهت حفظ جمعیت در راستای متابعت از سیاست تک فرزندی، به عنوان یک خدمت عمومی توسط دولت عرضه می‌گردد (۲۰). در حالی که سیاست کنترل جمعیت در چین روز به روز بیشتر با انتقاد روبرو می‌شود، تازه‌ترین آمار وزارت بهداشت چین از نزدیک به ۳۳۰ میلیون مورد از بین‌بردن جنین در فاصله زمانی ۱۹۹۲ تا ۲۰۱۰ میلادی حکایت دارد (۲۱).

اما استثنایی که برای تجویز کلی سقط یا کاهش جنین در چین وجود دارد، از بین‌بردن جنین آن هم به دلایل جنسیتی است، زیرا یکی از عوامل کلیدی در عدم تعادل نسبت جنسیت در چین می‌باشد. در سال ۲۰۰۵ دولت طرحی عملی مشتمل بر سیاست‌های راهبردی ده‌گانه با هدف متعادل‌سازی نسبت جنسیتی، پیش از سال ۲۰۱۰، آغاز نمود. بر اساس این طرح، سقط جنین یا کاهش جنین جنسیتی، تخلف محسوب می‌گردد. علی‌رغم این راهکارها، سقط

جنین و کاهش جنین جنسیتی، کماکان مورد عمل قرار می‌گیرد، زیرا از یکسو تنظیم آن توسط دولت امر ساده‌ای نیست و از سوی دیگر اصرار بر ترجیح نوزاد پسر کماکان باقی است (۲۲).

۲-۳- ترکیه: طبق بخش‌های ۴ و ۵ قانون شماره ۲۸۲۷ مصوب سال ۱۹۸۳ در رابطه با برنامه‌ریزی جمعیت، زمینه‌ها و محدوده نقض حق حیات جنین در ترکیه را می‌توان به شرح ذیل بیان نمود:

- تا ده هفتگی امکان از بین‌بردن جنین به صورت آزاد و بر مبنای درخواست وجود دارد.
- پس از انقضای ده هفته، در صورت احراز شرایط زیر امکان‌پذیر خواهد بود.
- در صورتی که بارداری خطری را برای حیات زن فراهم آورده یا خواهد آورد.
- در صورت صدمه دیدن و نقص جنین یا کودکی که متولد خواهد شد.

شایان ذکر است، مقررات و شرایطی نیز قبل از اجرا می‌بایست رعایت گردد، از جمله این‌که زنان متأهل به رضایت همسر خود نیازمند می‌باشند، رضایت والدین، سرپرست یا دادگاه‌های صالح در ارتباط با صغار یا افراد ناتوان ذهنی لازم است. شروط دوگانه فوق در صورت به مخاطره افتادن حیات یا عضو حیاتی فرد، بدون اقدام فوری، ممکن است نادیده انگاشته شوند. تأییدیه مکتوب دال بر یافته‌های موضوعی دو متخصص (یک نفر متخصص زنان و زایمان یا مامایی و دیگری در زمینه تخصص مرتبط) در مورد به خطر افتادن حیات مادر یا زمانی که نقایص جنینی وجود دارد، لازم است (۲۳).

۳-۳- عربستان: در عربستان سعودی، کاهش جنین اقدامی غیر قانونی و غیر مجاز است که صرفاً در شرایط خاص و آن هم بر حسب ضرورت مجاز می‌باشد، بدین صورت که در این کشور، آیین‌نامه مربوط به اعمال حرف پزشکی، صادره توسط دستور شماره ۵ پادشاهی و بر مبنای فتوای شماره ۱۴۰ (۱۴۰۷/۶/۲۰) نقض حق حیات جنین تنها در زمانی مجاز است که بارداری حیات مادر را به خطر اندازد، مشروط بر این‌که جنین تصمیمی توسط یک کمیته مخصوص پزشکی و با توجه به این‌که سن بارداری زیر چهار ماه باشد، اتخاذ شود. با این وجود حتی اگر حاملگی از چهار ماه نیز گذشته باشد، کمیته پزشکی کماکان می‌تواند تصمیم بر خاتمه بارداری جهت نجات جان مادر گیرد (۲۴).

۴- کاهش جنین در آفریقا (کشور آفریقای جنوبی)

در آفریقای جنوبی، هر زنی با هر سنی می‌تواند با یک درخواست ساده تحت عمل قرار گیرد بدون نیاز به ارائه هیچ دلیلی، مشروط بر این که کم‌تر از ۱۳ هفته از حاملگی سپری شده باشد، اگر زن بین هفته‌های سیزدهم و بیستم بارداری باشد، در صورت وجود شرایط ذیل می‌تواند اقدام به نقض حیات جنین و از بین بردن وی نماید: سلامت جسمی یا روحی او در معرض خطر باشد، کودک دچار ناهنجاری‌های قابل توجه جسمی و روحی گردد، حاملگی به واسطه زنا یا خویشاکن رخ داده باشد، حاملگی به واسطه تجاوز پدید آمده باشد، وضعیت اقتصادی یا اجتماعی او دلیل کافی برای خاتمه‌دادن به بارداری باشد. البته شایان ذکر است، اگر بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد، تنها در صورتی که جان خود یا جنینش در خطر باشد یا در صورت وجود نقایص تولدی جدی، امکان نقض حق حیات جنین وجود دارد (۲۵).

مسئولیت‌های مدنی ناشی از کاهش جنین

۱- مسئولیت مدنی پزشک در کاهش جنین

مسئولیت مدنی پزشک یکی از اقسام مسئولیت پزشکی است که در اصطلاح، منظور تعهد و الزام پزشک به جبران خسارت ناشی از خطا یا ضرری است که در نتیجه اقدامات پزشکی به دیگری وارد کرده است. مقصود از اقدامات پزشکی، کلیه اقداماتی است که پزشک در مراحل مختلف معالجه بیمار اعم از مرحله معاینه، مرحله تشخیص و مرحله درمان به عمل می‌آورد و به این ترتیب این تعریف کلیه خطاهای ارتكابی پزشک و ضررهایی که منتسب به آن بوده است در مراحل قبل از عمل، در طول عمل و بعد از عمل جراحی و خطاهای ناشی از بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی پزشک را شامل می‌شود. بر این اساس، اقدامات پزشک می‌بایست در چارچوب قوانین و مقررات جاری و دربرگیرنده شرایط مقرر قانونی باشد تا پزشک مبرا از مسئولیت شناخته شود (۲۵).

در رابطه با شرایط تحقق مسئولیت مدنی پزشک، در قانون دیات ۱۳۶۱ و به دنبال آن در قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۷۰ چند ماده به این موضوع اختصاص یافت و در عمل برای این امر به مواد قانون مجازات اسلامی استناد می‌شود، به طوری که می‌توان گفت، در خصوص مسئولیت مدنی پزشکان در این قانون دو متن قانونی مهم وجود دارد؛ مواد ۶۰، ۳۱۹ و ۳۲۲

قانون مجازات اسلامی. ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی در هر حال پزشک را از لحاظ مسؤولیت مدنی ضامن دانسته، مسؤولیت طبیب را در برابر بیمار مسؤولیتی محض معرفی می‌کند، در حالی که مواد ۳۲۲ و ۶۰ قانون مجازات اسلامی به پزشک اجازه می‌دهند تا با اخذ برائت از بیمار از هرگونه ضمانی میرا شود.

در قانون مجازات اسلامی پیشین ظاهراً مسؤولیت محض یا بدون تقصیر پزشک، به پیروی از قول گروهی از فقهای امامیه پذیرفته شده که قابل انتقاد می‌نماید، هرچند که قاعده یادشده با پذیرش شرط برائت از ضامن (شرط عدم مسؤولیت) تعدیل شده است، البته تحصیل برائت از ضامن، پزشک را به طور کامل از مسؤولیت معاف نمی‌کند، زیرا در این فرض نیز با اثبات تقصیر، مسؤول و مکلف به جبران خسارت خواهد بود.

در حقوق کنونی ایران، قانون جدید مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ از قاعده پیشین عدول کرده و مبنای تقصیر را در مسؤولیت پزشک پذیرفته است، لیکن به نظر می‌رسد که مبنای مسؤولیت در این قانون تقصیر مفروض است، نه تقصیر اثبات شده، بدین معنی که قانون پزشک را مسؤول فرض می‌کند، مگر این که عدم تقصیر او به اثبات برسد. تحصیل برائت از ضامن نیز در قانون جدید پیش‌بینی شده است که فایده آن جابجایی بار دلیل است (۲۶).

اما در خصوص کاهش جنین، با عنایت به اصول کلی حقوقی و قانون جدید مجازات اسلامی، می‌توان چهار شرط جهت عدم مسؤولیت مدنی پزشک بیان نمود که فقدان هر یک، مؤثر بر مسؤولیت مدنی وی خواهند بود. در ادامه این شروط را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۱-۱- مشروعیت عمل جراحی یا طبی: اولین و مهم‌ترین بحثی که در مسؤولیت مدنی

ناشی از کاهش جنین مطرح است موضوع مشروعیت یا عدم مشروعیت آن می‌باشد (۲۵)، زیرا اگر کاهش جنین در اصل عملی نامشروع باشد، موجبات مسؤولیت مدنی پزشک را فراهم خواهد نمود. بر این اساس، چنانچه پزشک یا کادر درمانی اقدام به عمل جراحی یا طبی کنند که مشروعیت ندارد، از اولین شرط زوال مسؤولیت تخطی کرده‌اند و حتی اگر دیگر شروط را رعایت کنند، باز هم در صورت ورود ضرر به بیمار در اثر اقدام پزشک، برای وی مسؤولیت مدنی وجود خواهد داشت.

بند ج ماده ۱۵۸ قانون جدید مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲) مقرر می‌دارد: «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 شود...» قابل مجازات نیست و بنابراین مسؤولیتی بر پزشک بار نمی‌شود، هرچند این ماده در مقام بیان معافیت از جرم و مجازات می‌باشد، لیکن نمی‌توان انکار کرد که مشروعیت از جمله شروط اساسی معافیت از مسؤولیت مدنی در اعمال پزشکی است و از بدیهیات است که اگر عمل جراحی نامشروع باشد و در اثر آن ضرری به بیمار وارد آید، پزشک دارای مسؤولیت (اعم از مدنی و کیفری) می‌باشد (۲۷).
به طور کلی، آنچه اعمال پزشکی را مشروعیت می‌بخشد، وجود دو گونه ادله موجه است که وجود آن‌ها در مشروعیت‌بخشیدن به اقدامی پزشکی ضروری می‌باشد. این ادله عبارتند از: ادله پزشکی و ادله فقهی.

۱-۱-۱- ادله پزشکی: همان‌گونه که پیش از این بیان شد، دو نوع کاهش جنین با اندیکاسیون‌های مربوط به خود وجود دارد (کاهش جنین در بارداری‌های چندقلویی و کاهش جنین انتخابی). در کاهش جنین نوع اول، در بیشتر مواقع به دلیل آنکه تداوم بارداری و حمل تمامی جنین‌ها برای مادر خطرآفرین می‌باشد، کاهش جنین به عنوان راهکاری اجتناب‌ناپذیر، صورت می‌پذیرد، البته گاهی اوقات وجود جنین‌های متعدد در رحم مادر که در عمل تداوم حیات تمامی آن‌ها منجر به از بین رفتن حیات همگی آنان می‌باشد نیز دلیل انجام کاهش جنین به روش اول بوده است.

اما در کاهش جنین نوع دوم، به دلیل بروز نقص در جنین، لازم است که جنین یا تعدادی از آن‌ها به صورت انتخابی حذف شود. با توجه به علل پزشکی مطرح شده، اقدام به کاهش جنین، به واسطه حفظ جان مادر و جنین یا جنین‌ها، عملی مشروع قلمداد می‌گردد و پزشک در صورت ارتکاب به آن از هر مسؤولیت مدنی مبرا می‌باشد، اما چنانچه هیچ ضرورت پزشکی در جهت حفظ سلامتی یا جان مادر و جنین‌ها وجود ندارد و مادر یا والدین، به دور از هرگونه عنوان ثانوی، صرفاً به جهت عدم تمایل به داشتن فرزند چندقلو، اقدام به کاهش جنین نموده‌اند، ارتکاب به آن خالی از مسائل حقوقی و شرعی نبوده و بی‌شک، فاقد مشروعیت نیز می‌باشد.

۱-۱-۲- ادله فقهی: کاهش جنین از جمله اعمال پزشکی است که بر مبنای زمان انجام آن، از منظر فقهی مشروع یا نامشروع قلمداد می‌گردد، به طوری که اگر در مرحله قبل از ولوج روح، شرایط به نحو اضطرار باشد و ناچار به کاهش جنین در جهت حفظ جان یا سلامتی مادر و جنین‌هایش وجود داشته باشد، می‌توان اقدام به کاهش جنین نمود و این عمل مشروع تلقی

می‌گردد و پزشک معالج مبرا از مسؤولیت می‌باشد، لیکن در مرحله بعد از ولوج روح (به مانند سقط جنین) به هیچ عنوان جایز نمی‌باشد و تنها در صورتی که جان مادر در معرض خطر جدی باشد و شرایط به نحوی باشد که اگر جنین‌ها کاهش نبینند، هم مادر و هم جنین‌هایش جانشان را از دست می‌دهند، می‌توان اقدام به کاهش جنین کرد که البته در این موارد، این نکته مهم مد نظر است که دیه جنین یا جنین‌هایی که کاهش می‌یابند، در هر مرحله‌ای از رشد که باشند، طبق مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ می‌باید پرداخت شود. بنابراین اگر در شرایطی که دلیل موجه فقهی و پزشکی در جهت مشروعیت کاهش جنین نداشته باشیم، اقدام پزشک به چنین عملی به دلیل عدم مشروعیت، برای وی ضمان‌آور خواهد بود (۲۷).

۲-۱- رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی: منظور از رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی آن است که پزشک معالج با به کار بستن حداکثر توان علمی و عملی خود، در چارچوب موازین شناخته‌شده پزشکی و قواعد نظری و علمی حاکم بر موضوع به دور از تقصیر و خطا، به معالجه و درمان بیمار بپردازد به گونه‌ای که عمل او مغایرتی با استانداردهای شناخته‌شده پزشکی نداشته باشد (۲۷). پس عدم رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی شامل بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی می‌شود که این‌ها همه مشمول عنوان تقصیر و خطا می‌باشند (۲۵). حال آنکه، خطای پزشکی در روند کاهش جنین، در سه مرحله ممکن است رخ دهد: مرحله تشخیص، معالجه و عمل جراحی. در هر یک از مراحل مطروحه، پزشک ممکن است مرتکب تقصیر گردیده و در پی آن متحمل مسؤولیت مدنی شود.

در مرحله تشخیص، پزشک معالج ملزم می‌باشد بر اساس موازین علمی، فنی و پیشرفت‌های پزشکی رایج و در صورت لزوم انجام آزمایش‌های مربوطه، به طور صحیح تشخیص دهد که آیا ادامه بارداری چندقلویی برای سلامت مادر، جان مادر و یا حیات جنین‌ها مخاطره‌آمیز است یا خیر. در صورتی که مخاطره‌آمیز باشد، لیکن وی موفق به چنین تشخیصی نگردد (۲۸) یا اگر در نتیجه تشخیص اشتباه، مادر و یا جنین‌ها فوت نمایند و یا دچار عواقب جبران‌ناپذیری گردند، پزشک معالج بر اساس مواد ۴۹۵ و ۷۱۷ قانون مجازات اسلامی، ملزم به جبران خسارت و ادای دیه می‌باشد. همچنین در کاهش جنین انتخابی نیز اگر تشخیص پزشک صحیح نباشد، مشکل‌ساز

خواهد بود. به عنوان مثال در صورت وجود ناهنجاری در دوقلوها، باید به درستی تشخیص داده شود که هر دو جنین دچار ناهنجاری بوده و ختم بارداری برای هر دو انجام شود.

در مرحله معالجه در کاهش جنین، اگر پزشک اصول مسلم پزشکی را رعایت نکند و در انتخاب روش و شیوه معالجه از نظریه اساتید فن طب و علم روز پزشکی تبعیت ننماید و بدین واسطه دچار خطا گردد، مسؤولیت مدنی برای وی محرز است. خطایی که پزشک در عمل کاهش جنین ممکن است مرتکب شود شامل مواردی چون تزریق نامناسب پتاسیم به جنین و تزریق اشتباهی دارو به مادر که ممکن است منجر به حساسیت یا انقباضات یا خونریزی شدید از طریق جریان خون جفت شود، می‌شود.

لازم به ذکر است، هر یک از انواع کاهش جنین، دارای روش‌های خاص خود بوده، به طوری که کاهش جنین بارداری‌های چندقلویی به روش‌های دیلاتاسیون سرویکس و ساکشن، واژن یا شکم (با استفاده از سونوگرافی)، قابل اجرا می‌باشد. از میان روش‌های مذکور، شیوه اول (دیلاتاسیون سرویکس و ساکشن)، بر مبنای علوم روز پزشکی، امروزه دیگر منسوخ شده است، زیرا پزشکان دریافتند این شیوه احتمال عفونت و از دست‌دادن تمام جنین‌ها را افزایش می‌دهد. بر این اساس، اگر پزشکی این شیوه را در معالجه کاهش جنین به کار برد، دچار خطا و تقصیر شده و مسؤولیت مدنی وی محرز است.

در شیوه دوم (از طریق واژن)، انجام سونوگرافی ضروری است، زیرا جنین‌هایی که می‌باید کاهش یابند را مورد شناسایی قرار می‌دهد. در این روش معمولاً جنین‌هایی برای کاهش انتخاب می‌شوند که Crown-Rump Length (CRL) و ساک کوچک‌تری داشته و به میزان بیشتری در دسترس باشند. از همه مهم‌تر این‌که، معمولاً در این شیوه، جنین‌هایی که بالای سرویکس و در دسترس هستند، جهت حذف انتخاب می‌شوند، اما با توجه به این‌که نسج باقیمانده میزان درصد عفونت و احتمال سقط را به علت تماس با ترشحات داخل سرویکس بالا می‌برد، لذا بهترین جنین‌ها برای حذف، جنین‌هایی هستند که نزدیک به سرویکس نیستند. بر این اساس، در این شیوه اگر پزشک سونوگرافی را به درستی انجام نداده و در تشخیص جنین‌ها دچار اشتباه گردد، امکان و احتمال آسیب‌رساندن به مادر در مرحله بعدی که مرحله اقدام به کاهش است، بسیار بالا می‌رود.

و اما در روش سوم (از طریق شکم) که آن هم نیاز به انجام سونوگرافی دقیق دارد، از آنجا که این روش کاهش، پس از هفته یازدهم بارداری توصیه می‌گردد، اقدام به کاهش جنین از طریق این روش، آن هم زود هنگام که ناشی از تشخیص نادرست پزشکی می‌باشد هم برای مادر و هم برای سایر جنین‌ها به دلیل عمر کم‌شان، خطرناک می‌باشد. در کاهش جنین انتخابی نیز در صورت معالجه نادرست امکان خطرات و صدمات جبران‌ناپذیری وجود دارد، به طوری که برای مثال، اگر تشخیص پزشک مبنی بر وجود ناهنجاری در یکی از جنین‌ها باشد، به منظور معالجه صحیح، پزشک باید در گام نخست تشخیص دهد که آیا هر دو جنین دارای یک جفت هستند یا خیر، زیرا در صورتی که «دی کوریونیک» باشند لازم است از تزریق KCI جهت کاهش جنین استفاده شود، ولی اگر «منوکوریونیک» بودند، به علت ارتباط خونی که از طریق جفت به وجود می‌آید، تزریق پتاسیم به داخل قلب جنین، باعث مرگ جنین دیگر تا ۱۲ ساعت بعد از تزریق می‌گردد که این ناشی از خطای پزشکی در مرحله تشخیص می‌باشد و مسؤولیت مدنی وی را در پی خواهد داشت.

البته در این میان نقش پزشکی که اقدام به تجویز داروی محرک تخمدان (از آنجا که در تجویز داروی محرک تخمدان باید وزن و سن بیمار به دقت مد نظر قرار گیرد، ممکن است پزشک در محاسبات خود دقت ننماید و داروی بیشتری تجویز نماید، لذا مسؤولیت کلیه خسارات وارده بر عهده وی می‌باشد) و همچنین پزشکی که اقدام به انتقال تعدادی جنین به رحم مادر از طریق IVF می‌کند که عامل اصلی شکل‌گیری چندقلویی مصنوعی و پیدایش ضرورت کاهش جنین می‌گردد را نباید فراموش کرد. به علاوه باید این مهم را مد نظر قرار داد که این قبیل پزشکان نیز در شرایطی می‌توانند مسؤولیت مدنی داشته باشند، زیرا پزشک بایستی برای جلوگیری از چندقلویی شدن بارداری، تخمدان‌های فرد را با سونوگرافی مورد بررسی قرار داده و در صورت تشکیل فولیکول‌های متعدد که خطر چندقلویی شدن را افزایش می‌دهد، فرد را از تلاش برای باردارشدن منع کند، لیکن اگر بدون توجه به چنین معیارهایی اقدام به تجویز بی‌رویه داروهای محرک تخمدان کند و از این بابت ضرری متوجه مادر یا والدین شود مسؤولیت مدنی چنین پزشکی قطعاً قابل طرح خواهد بود (۱۱).

چنانچه در معالجه کاهش جنین، پزشک اصول مسلم پزشکی و عرف معمول یا پروتکل‌های مربوطه در این خصوص را رعایت کند و در انتخاب روش و شیوه معالجه از نظریه اساتید فن

طب و علم روز پزشکی تبعیت نماید، اما در نهایت به موفقیتی نایل نگردد عدم توفیق او خطا محسوب نمی‌گردد، بلکه نقص در علوم پزشکی است که به حد کمال نرسیده است (۲۹). در این مواقع پزشک مسؤولیت مدنی ندارد.

و در آخرین مرحله، مرحله اقدام به کاهش جنین (مرحله عمل)، از زمانی که کار متخصصین کاهش جنین (متخصص درمان ناباروری، جنین‌شناسی و...) شروع می‌شود، از آنجا که پزشک ملزم به انجام عمل جراحی مطابق با اصول علمی و بر مبنای تبحر کافی است، هرگونه خطا از سوی پزشک که ناشی از عدم تبحر وی باشد، پزشک را مسؤول قرار خواهد داد. برای مثال، از جمله خطاهایی که ممکن است در طول عمل کاهش جنین صورت گیرد و برای پزشک ضمان آفرین باشد، استفاده از سوزن‌های بسیار بلندی است که جهت انجام این عمل وارد شکم مادر و سپس وارد رحم وی می‌شود. این سوزن‌ها اگر صحیح انتخاب نگردند، می‌توانند در مسیر خود باعث صدمات جانبی بر احشای دیگر مادر شده و یا حتی به سایر جنین‌ها آسیب زده و باعث سقط آن‌ها شوند.

شایان ذکر است پس از عمل کاهش جنین نیز پزشک باید کنترل پزشکی داشته باشد و مطمئن شود که بیمار دچار عوارض خاص و حادی نگردیده است. اگر بیمار، نیاز به چنین مراقبت و کنترل‌هایی داشته باشد و پزشک مدام به او سرکشی ننموده و در نتیجه صدمات و خطرانی وی را تهدید نماید، از موجبات مسؤولیت مدنی پزشک خواهد بود (۳۰).

۳-۱- اخذ رضایت از بیمار یا اولیای قانونی وی: رضایت، نقش مؤثری در مسؤولیت

مدنی پزشک دارد، زیرا رضایت از جمله ارکان زوال مسؤولیت مدنی پزشک می‌باشد و در صورت وجود سایر شرایط، مسؤولیتی بر پزشک بار نمی‌شود (۲۷). قانونگذار، به صراحت، در بند ج ماده ۱۵۸ قانون جدید مجازات اسلامی، اخذ رضایت از بیمار و یا اولیای قانونی وی را در اعمال جراحی و طبی الزامی دانسته است (۳۱).

بر این اساس، لازم است مراکز درمانی نسبت به دریافت رضایت از بیمار یا ولی قانونی وی دقت نظر داشته باشند. شایان ذکر است، هرچند اذن بیمار یا اولیا یا سرپرستان و یا نمایندگان قانونی او به اعمال جراح یا پزشک مشروعیت می‌بخشد، لیکن این رضایتی که در راستای عمل کاهش جنین گرفته می‌شود باید دارای ویژگی‌هایی نیز باشد که عبارتند از:

اهلیت بیمار در اعلام رضایت: بیمار در زمان اعلام رضایت بایستی دارای اهلیت (اهلیت استیفا) باشد (۳۲). قانونگذار در ماده ۲۱۱ قانون مدنی، در مورد اهلیت طرفین معامله آورده است: برای این که متعاملین اهل محسوب شوند باید بالغ و عاقل و رشید باشند. بنابراین «رضایت شخص» مورد نظر قانونگذار در بند ج ماده ۱۵۸ قانون جدید مجازات اسلامی، شخصی است که واجد اهلیت رضا، یعنی بلوغ و عقل و رشد باشد. در غیر این صورت رضایت «اولیاء سرپرستان و یا نمایندگان قانونی آنها» مطرح می‌شود (۳۱).

آگاهانه بودن رضایت: آگاهانه بودن از ویژگی‌های اساسی رضایت می‌باشد البته واضح است اگر رضایت از روی تردید و دو دلی باشد، باز هم از تأثیر آن کاسته نمی‌شود. انگیزه‌های مالی مانند فروختن کلیه و... و فشارهای روانی و اجتماعی نیز رضایت را بی‌اثر نخواهند کرد.

آزادانه بودن رضایت: بدین معنا که بیمار با میل و اراده و طیب خاطر، داوطلبانه به دور از اکراه، اجبار و فریب و نیرنگ، قصد خود را نسبت به اعمال جراحی و طبی اعلام نماید. رضایتی که تحت تأثیر اکراه، اجبار و فریب از بیمار اخذ شود، فاقد ارزش بوده و از عداد رضایت‌نامه‌های قانونی خارج است.

بنابراین رضایت باید سه ویژگی مذکور در فوق را داشته باشد تا بتواند منشأ آثار حقوقی شود. البته ذکر این نکته ضروری است که اذن بیمار منحصراً موجب اباحه فعل طبیب در معالجه و درمان می‌گردد و از آن جهت که اذن و رضایت بیمار متوجه نتیجه حاصله نبوده و فقط اذن در معالجه است که مشروط و مقید به سلامت بیمار و عدم قتل اوست، مانع ثبوت ضمان و مسؤولیت مدنی نسبت به نتیجه ناخواسته و ضرری که ناشی از درمان است، نمی‌گردد (۳۳).

۴-۱- اخذ برائت از بیمار یا اولیای قانونی وی: اخذ برائت از بیمار یا اولیای قانونی وی

از دیگر شروط مؤثر بر مسؤولیت مدنی پزشک می‌باشد، هر چند امروزه عملاً در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، برائت و رضایت توأم با هم در یک ورقه A4 تحت عنوان رضایت‌نامه گرفته می‌شود. در مراکز درمانی ناباروری، رضایت و برائت فقط در روش‌های درمان ناباروری از زوجین اخذ می‌شود و در خصوص کاهش جنین رضایت‌نامه اخذ نمی‌گردد، لیکن این دو از لحاظ ماهیت با هم تفاوت داشته و یکسان نیستند، زیرا رضایت از جمله ارکان زوال مسؤولیت مدنی پزشک می‌باشد و در صورت وجود سایر شرایط، مسؤولیتی بر پزشک بار نمی‌شود.

اما، برائت بر اساس ماده ۴۹۵ قانون جدید مجازات اسلامی، موجب زوال مسؤولیت مدنی نیست، بلکه عنصری مؤثر در باب اثبات آن می‌باشد (۲۶)، زیرا قانونگذار در ماده ۴۹۵ ابراء ذمه طبیب را پیش از شروع درمان مقرر کرده و در این باره روشن نکرده است که اگر قرار است پزشک از باب احسان به درمان بیمار مشغول شود و مرتکب تقصیری هم نشود چه نیازی به اخذ برائت دارد؟ با این همه، اگر جراح یا پزشک پیش از درمان از بیمار برائت‌نامه اخذ کرده باشد و عمل جراحی یا طبی بر اثر قصور و یا تقصیر پزشک به مرگ بیمار و یا نقص اعضای او بیانجامد، باید همواره ثابت شود که تلف جان یا نقص عضو مستند به اعمال جراحی یا طبی بوده است و گرنه جراح یا پزشک ضامن نخواهد بود (۳۴).

بر این اساس، در کاهش جنین، اگر پزشک برائت اخذ کرده باشد و ضرری به مادر و جنین‌های وی وارد آید، پزشک مسؤولیتی ندارد، مگر این که مادر یا مدعی ضرر، تقصیر پزشک را اثبات کند، ولی اگر پزشک برائت اخذ نکرده باشد، اماره تقصیر پزشک مفروض است و برای رهاشدن از مسؤولیت، پزشک باید عدم تقصیر خود را اثبات کند. به عبارتی این شرط از لحاظ اثباتی در مسؤولیت پزشک تأثیر دارد و نه از لحاظ ثبوتی. همچنین در صورتی که کاهش جنین را در حالاتی همچون در خطر بودن جان مادر در اثر چندقلویی ناشی از استفاده از شیوه‌های درمان ناباروری، قبل از چهار ماهگی را مشترک با قانون سقط درمانی بدانیم و قائل بدان شویم که در این موارد همان قانون سقط درمانی حاکم است (۳۵)، پزشک مبرا از مسؤولیت خواهد بود.

۲- مسؤولیت مدنی والدین در کاهش جنین

به طور کلی، در حقوق اسلام و به تبع آن، نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران، جنین از آغاز مرحله شکل‌گیری دارای وضعیت «انتولوژیک» است که وی را به صورت یک انسان، متمایز می‌کند (۳۶). بر این اساس، برای جنین از همان مراحل اولیه رشد، حقوقی به رسمیت شناخته شده است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، حق حیات می‌باشد، زیرا حیات بشری از زمان تشکیل نطفه آغاز می‌شود و نطفه بارور شده، از هنگام لقاح یک «انسان» محسوب می‌گردد و جنین این حق را دارد که تا زمان تولد زنده بماند.

اساساً حیات جنین بر دو مرحله، یعنی مرحله قبل از دمیده‌شدن روح و مرحله بعد از دمیده‌شدن روح استوار است (۳۷)، هرچند برخی از بین‌بردن جنین انسان و نقض حق حیات

وی را حتی اگر روح دمیده نشده باشد حرام و قتل نفس عنوان نموده‌اند، اما نظر غالب آن است که از بین بردن جنین حقی، بعد از دمیده شدن روح، قتل نفس محسوب می‌گردد. آنچه مسلم است آن است که آسیب‌رساندن به حیات جنین قبل از دمید شدن روح نیز حرام است. دلیل این حرمت نیز روایات اسلامی و قوانین موضوعه‌ای می‌باشد که بر وجوب پرداخت دیه دلالت دارند، به طوری که در مواد ۶۲۲ تا ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ از بین بردن حق حیات در جنین، به واسطه سقط جنین، جرم تلقی شده است و تنها در صورتی که این اقدام برای حفظ حیات مادر لازم باشد، نقض این حق اولیه و اساسی جنین مجاز تلقی شده است.

بنابراین هیچ کس حتی پدر و مادر جنین مجاز به سلب حیات از جنین نمی‌باشند. بر همین اساس، در حقوق اسلام، نقض حق حیات در جنین، حرام و نامشروع قلمداد گشته و مرتکبین به آن، در قبال اعمال خود ضامن بوده و متحمل مسؤلیت خواهند گشت، اما این نکته شایان ذکر است که با وجود ممنوعیت نقض حیات جنین، در شرایطی خاص، استثنائاتی نیز بر آن در قانون و فقه به چشم می‌خورد، بدین صورت که زمانی از بین بردن حیات جنین مباح است که پزشک متخصص مطمئن باشد بدون این اقدام، جان مادر در خطر خواهد افتاد یا در صورتی که حیات جنین با حیات مادر در تعارض باشد، حفظ حیات مادر اولویت دارد و در این صورت با تشخیص مراجع صالح، از طریق سقط یا کاهش جنین، به حیات جنین یا جنین‌ها خاتمه داده خواهد شد، بدون آنکه فعل انجام‌شده جرم محسوب گردد.

اما از دیگر حقوق جنین، حفظ سلامت وی می‌باشد. اهمیت موضوع حفظ سلامت جنین یا به تعبیری دیگر، حق سلامت جنین، تا حدی است که قانونگذار اقدام به تصویب مقرراتی با هدف ممنوع‌ساختن و جرم‌شناختن هرگونه رفتاری نموده که منجر به بروز صدمات و جراحات در اعضا و جوارح جنین می‌شود. بدیهی است که اقدامات علیه جنین ممکن است که منجر به سقط جنین یا مرگ در رحم و یا اتلاف آن نشود، بلکه صدماتی به جنین وارد آورد که باعث نقض وی گردد (۳۶). البته شایان ذکر است، ایراد صدمه و آسیب به جنین همیشه ناظر به اعمال فیزیکی و مستقیم روی مادر و جنین نیست، بلکه گاهی رفتارهای غیر فیزیکی و غیر مادی اعم از فعل و ترک فعل می‌تواند همان نتیجه‌اثر را به جنین را دربر داشته باشد. رفتارهایی که گاه ناشی از کردار مادر (مستقیم) و گاه ناشی از کردار پدر، پزشک و یا سایر اشخاص نسبت به مادر (غیر مستقیم) است (۳۸).

در خصوص رفتارهای مادر در دوران بارداری و تأثیرات آن لازم به ذکر است، مادر و فرزندش در رحم چنان نزدیک به هم قرار گرفته‌اند که شاید هیچ دو موجودی در جهان این‌گونه با هم اتصال ساختاری نداشته باشند. این قرابت نه تنها قرابتی بیولوژیک و جسمانی، بلکه احساسی و روانشناختی نیز هست. بدیهی است که کودک تولدنیافته‌ای که نه ماه از مهم‌ترین زمان رشد و تکامل خود را در بطن مادر می‌گذراند، در لحظه‌های زندگی جنینی‌اش که سرآغاز و نقطه عطفی برای موجودیت و شخصیت انسانی یافتن اوست، متکی به وجود مادر است. این وابستگی که لازمه رشد و آمادگی برای زندگی در خارج از رحم مادر است هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روحی در روند تکاملی جنین مؤثر است، بدین ترتیب که جنین در تمام طول نه ماه زندگی خود در بطن مادر به واسطه موادی که از طریق خون مادر پس از تصفیه در جفت به او می‌رسد، تغذیه و رشد می‌کند، از سویی دیگر تحت تأثیر حرکات و احساسات عاطفی و روانی مادر نیز قرار دارد (۳۹).

بر این اساس، مادر باردار باید از هرگونه رفتاری که برای جنین عامل خطر محسوب می‌شود و به او ضرر می‌رساند، پرهیز کند و در نقطه مقابل می‌بایست تمام شرایط لازم جهت حفظ و سلامتی جنین را فراهم سازد. این تعهد و وظیفه مادر نه تنها تعهدی شرعی، بلکه وظیفه‌ای اخلاقی و انسانی نیز محسوب می‌شود. بر این مبنا، لازم است مادران باردار در صورت امکان چندین بار به پزشک متخصص مراجعه و به دستورات غذایی و بهداشتی او عمل نموده و داروهایی را که پزشک برای جنین مضر تشخیص می‌دهد، مصرف ننمایند. بر این اساس، عدم استفاده از مواد مخدر، مشروبات الکلی و پرهیز از رفتارهای نامطلوب به مادر توصیه می‌گردد، زیرا رعایت موارد فوق می‌تواند اثر مستقیم بر سلامت جنین داشته باشد.

و اما از «پدر» جنین نیز می‌توان به عنوان عامل ضرررساننده دیگری نام برد که به طرق مختلف با تأثیرگذاری منفی در ساختار جسمی و روحی جنین در بروز برخی ناهنجاری‌های جنینی نقش مؤثری ایفا می‌کند. به عنوان مثال، اگر هنگام تولید مثل و قبل از آمیزش، نطفه پدر بر اثر میگساری ضعیف شده و مسموم شده باشد، ممکن است موجب به وجود آمدن جنین ناقص و علیل شود (۴۰). در واقع می‌توان گفت که نطفه مرد همان اندازه آسیب‌پذیر است که جنین در رحم مادر و توجه به این واقعیت است که می‌تواند پدران را در مقابل نقایص مادرزادی فرزندان‌شان مسؤول سازد (۳۶). همچنین اعتیاد به هر نوع مواد مخدر و یا مشروبات الکلی در

مردان می‌تواند باعث ایجاد شکاف در کروموزوم‌ها، معیوب‌شدن اسپرم و در نتیجه پدیدآمدن ناهنجاری‌هایی در جنین از جمله عقب‌ماندگی ذهنی و یا حتی مرگ آن‌ها شود.

همچنین مبتلاشدن زنان باردار به بیماری‌های مقاربتی از طریق سرایت عفونت به هنگام رابطه جنسی می‌تواند جنین آن‌ها را دچار عفونت کند و زمینه مساعدی برای بروز برخی بیماری‌ها و ناهنجاری‌ها را فراهم سازد (۴۱). افزون بر این، بسیاری از ناهنجاری‌های مربوط به عیوب ساختاری کروموزوم‌ها که بر اثر مصرف یا استنشاق مواد شیمیایی و آلوده شدن به برخی از ویروس‌ها و... حاصل می‌شود، ممکن است از هر دو والد به جنین منتقل گردد (۳۶).

بر این اساس، به جهت اهمیت موضوع سلامت جنین، همواره این نکته مورد تأکید قرار می‌گیرد که پدر و مادر جنین قبل از اقدام به بچه‌دارشدن می‌باید مطمئن شوند که به هیچ‌گونه بیماری واگیردار و مسری مبتلا نیستند، چه بسا ممکن است به دلیل عدم آگاهی و سهل‌انگاری آنان، بیماری به جنین نیز سرایت کند و در نهایت فرزندى معلول و ناتوان متولد شود.

اما در خصوص کاهش جنین، با توجه به مسؤول بودن والدین در حفظ حیات و سلامت جنین، چنانچه آنان به انجام کاهش جنین رضایت دهند و بدین واسطه پزشک اقدام به کاهش جنین یا جنین‌هایی نماید، هر دو در قبال تصمیمی که اتخاذ نموده‌اند و در نتیجه در راستای چنین تصمیمی، جنین یا جنین‌هایشان را از حق حیات محروم نمودند، دارای ضمان بوده و مسؤولیت مدنی بر آن‌ها بار می‌گردد. در این مورد فرقی نمی‌کند کاهش جنین از نوع انتخابی یا بارداری چندقلویی بوده است، زیرا آنچه مسلم است آن است که بر مبنای مفهوم و مصداق مسؤولیت مدنی، شخص یا اشخاص، موظف به ترمیم و جبران خسارتی می‌باشند که به دیگری وارد آورده‌اند، مگر در مواردی که اضرار به غیر به حکم قانون باشد. از آنجا که در هیچ یک از قوانین حقوق موضوعه جمهوری اسلامی ایران، کاهش جنین فعلاً قانونی و مجاز اعلام نگردیده، بر این اساس، در هر دو گونه کاهش جنین (انتخابی و بارداری چندقلویی) والدین مسؤول و ملزم به جبران خسارات وارده بر حیات جنین شناخته می‌شوند و حتی استدلال ضرورت انجام کاهش جنین یا عدم ضرورت آن نیز والدین را بری از مسؤولیت مدنی نمی‌نماید.

همچنین چنانچه به دنبال بارداری چندقلویی مادر، کاهش جنین به جهت تداوم حیات برخی از جنین‌ها ضرورت پیدا نماید، به طوری که در صورت عدم کاهش جنین، علاوه بر جان برخی جنین‌ها، سلامت جنین‌های دیگر در خطر باشد، اما والدین تمایل به پایان دوران بارداری

تمامی جنین‌ها داشته و رضایت به کاهش جنین ندهند و در نتیجه تعدادی از جنین‌ها از دست رفته و برخی از آن‌ها با وجود زنده به دنیا آمدن از حق سلامت محروم باشند، مسؤلیت مدنی برای والدین، در خصوص کاهش جنین، مطرح می‌باشد، اما گاه صرفاً مادر و گاه صرفاً پدر، در جریان کاهش جنین مسؤلیت مدنی پیدا خواهند نمود که بدین شرح قابل طرح می‌باشد.

۱-۲- مسؤلیت مدنی مادر: هرگاه مادر جنین‌ها، بدون کسب رضایت و نظر مثبت پدر جنین در این خصوص، خود تصمیم به کاهش جنین گرفته و بر این مبنا عمل نماید، صرفاً مادر در قبال جنین یا جنین‌هایی که کاهش داده است مسؤلیت مدنی خواهد داشت. از سوی دیگر، در بارداری چندقلویی که خطراتی برای جنین‌ها به دنبال دارد و معمولاً ضرورت کاهش جنین مطرح می‌گردد، چنانچه در اثر عدم رضایت مادر، و به تبع آن عدم اقدام جهت کاهش جنین به منظور حفظ جان تعدادی از جنین‌ها، ضرری به جنین‌ها وارد آید و یا جنینی در اثر چندقلویی ناقص‌الخلقه به دنیا آید، مسؤلیت مدنی مادر می‌تواند مطرح شود، زیرا مادر مسؤل حفظ حیات و سلامت تمامی جنین‌هایی که باردار است می‌باشد.

همچنین اگر مادری با علم به اثرات زیان‌بار برخی داروها بر روی جنین، اقدام به مصرف آن‌ها نموده تا بدین وسیله مقدمات کاهش جنین (وجود اختلالات و ناهنجاری‌های جنینی) را فراهم آورد، اگر کاهش صورت پذیرد، به واسطه نقض حق حیات جنین ضامن تلقی گشته و در صورتی که صدمات و ناهنجاری‌هایی که در جنین ایجاد نموده از اندیکاسیون‌های کاهش جنین قلمداد نگشته و در نتیجه عمل کاهش صورت نگیرد و بارداری وی منجر به تولد فرزندی با معلولیت‌ها یا بیماری‌های مادرزادی گردد، به واسطه نقض حق سلامت جنین و کوتاهی در محافظت از سلامت جنینی که در شکم داشته، مسؤلیت مدنی پیدا خواهد کرد.

۲-۲- مسؤلیت مدنی پدر: هرگاه پدر، داروها یا ادویه‌ای که می‌داند برای مادر باردار و جنینی که در شکم دارد مضر است به خورد وی دهد که در نتیجه آن حیات مادر و جنین در معرض خطر قرار گیرد و چه بسا حیات آن‌ها با هم در تعارض قرار گرفته و در نهایت ناگزیر به کاهش جنین و نقض حق حیات وی به منظور تداوم حیات مادر و رفع خطر جانی از وی گردد، مسؤلیت مدنی پدر احراز می‌شود، زیرا در اصل وی سبب تعارض دو حق و اولویت‌دادن یا فداکردن یک حق نسبت به دیگری شده است: ۱- حق مادر در از بین بردن جنین برای حفظ و ادامه حیات خود؛ ۲- حق جنین برای زنده ماندن و زنده متولد شدن. لازم به ذکر است در این خصوص

اگر پدر صرفاً اقدام به مباشرت در عمل نموده، بدین معنی که هزینه تهیه داروها یا ادویه مضر را برای همسرش فراهم نموده باشد، باز هم از مسؤولیت مدنی مبرا نمی‌گردد و همچنان مسؤولیت متوجه وی است.

از سوی دیگر، اگر پدر به واسطه ضرب یا اذیت و آزار زن حامله، موجب ایجاد صدمات جسمانی یا اختلالات و ناهنجاری در جنین، تعدادی از جنین‌ها و یا تمامی آنان گردد که این ناهنجاری‌ها زمینه‌ساز یا ضرورت‌بخش اقدام جهت کاهش جنین باشد، در قبال جنین یا جنین‌هایش دارای مسؤولیت مدنی خواهد بود.

نتیجه‌گیری

کاهش جنین به عنوان یکی از دستاوردهای بشری در علوم زیست‌پزشکی و درمان ناباروری، امروزه پس از حدود دو دهه از رواج و اقدام بدان در کشور ایران، با توجه به وجود برخی چالش‌ها و مشخص‌نشده صریح و شفاف برخی ابعاد حقوقی و پزشکی آن، از جمله مباحث بحث‌برانگیز در عرصه علم حقوق و پزشکی بوده است.

مشخص‌نبودن حدود و چارچوب اختیار افراد بشری در اقدام به کاهش جنین، به طوری که تداخل و تعارضی با اختیار و اراده پروردگار نداشته باشد، با توجه به خلأهای قانونی موجود در این خصوص که برآمده از عدم وجود نص صریح و ضمنی در منابع اسلامی که سرچشمه قوانین جامعه اسلامی می‌باشند، عمده‌ترین چالش در رابطه با کاهش جنین به شمار می‌آید. بر این اساس، همواره ذهن و وجدان بیدار پزشکان و والدین جنین‌های کاهش‌یافته با این سؤال درگیر بوده است که اساساً اقدام به کاهش جنین مسؤولیت‌هایی مدنی از منظر شرعی و قانونی به دنبال خواهد داشت یا خیر؟ و در صورت مثبت‌بودن این پاسخ شرایط حاکم بر آن چگونه خواهد بود؟ پژوهش حاضر که حاصل تلاش‌های به عمل آمده در این راستا بوده است، با توجه به استنباط‌های به عمل آمده از قوانین موجود در خصوص مقولات مشابه با کاهش جنین از سویی و مراجعه به استفتائات صورت‌گرفته از مراجع تقلید و نظرات غالب فقها در این باره از سویی دیگر، مسؤولیت‌هایی مدنی را مطرح نظر قرار داده است. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است، مسؤولیت مدنی که در اصطلاح، به معنای تعهد و الزام شخص به جبران خسارت ناشی از خطا یا ضرری می‌باشد که در نتیجه اقدامات خویش به دیگری وارد کرده است، در خصوص کاهش جنین از دو منظر

قابل طرح خواهد بود؛ مسؤولیت مدنی پزشک و مسؤولیت مدنی والدین. بررسی مسؤولیت‌های مدنی ناشی از کاهش جنین حاکی از آن است که:

- پزشک در صورت عدم رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی، ارتکاب خطای پزشکی و عدم تشخیص مخاطره‌آمیز بودن بارداری چندقلویی برای سلامت مادر، جان وی یا حیات جنین‌ها، تشخیص نادرست جنین معیوب در کاهش جنین انتخابی، عدم انتخاب روش درمانی صحیح (انتخاب روش با ریسک بالا)، اثبات تقصیر وی در صدمات و خسارات وارده بر بیمار در حین عمل کاهش جنین، کوتاهی در مراقبت و کنترل بیمار پس از کاهش جنین و عدم اخذ رضایت و برائت از بیمار یا اولیای قانونی وی، مسؤولیت مدنی خواهد داشت.

- انتخاب کاهش جنین و رضایت به آن بدون ضرورت و نیز عدم اقدام به کاهش جنین در صورت ضرورت و لزوم انجام آن به جهت حفظ حیات و سلامت مادر یا جنین‌ها، والدین (هر دو با هم) را دارای مسؤولیت مدنی می‌نماید.

- پدر و مادر هر دو به یک اندازه واجد مسؤولیت مدنی در خصوص کاهش جنین می‌باشند.
- پدر در صورت خوراندن دارو یا ادویه‌ای به مادر که در نتیجه آن ضرورت کاهش جنین ایجاد گردد، مباشرت در کاهش جنین با فراهم‌نمودن هزینه‌های آن یا تهیه ادویه یا دارویی خاص بدین منظور و نیز، ایراد ضرب یا آزار و اذیت زن باردار که سبب صدمات جسمانی یا اختلالات در جنین یا جنین‌ها گردد که در نتیجه آن اقدام به کاهش جنین ضرورت پیدا نماید، ضمان مسؤولیت مدنی برای وی قابل تعریف می‌باشد.

- در مقابل مادر، در صورتی که تصمیم به کاهش جنین بدون کسب رضایت و مشورت با پدر جنین‌ها نموده، یا به سبب مصرف آگاهانه داروهایی آسیب‌رسان به جنین‌ها و در نتیجه به خطر انداختن سلامت یا حق حیات حمل خود، لزوم کاهش جنین را سبب گردد، واجد چنین مسؤولیتی می‌گردد.

بر این اساس می‌توان گفت، مسؤولیت مدنی ناشی از کاهش جنین، در کل ۱۵ مورد است که از این میان ۷ مورد برای پزشکان و ۸ مورد دیگر برای والدین قابل تصور است. این موضوع گویای آن است که بیشترین مسؤولیت مدنی ناشی از کاهش جنین متوجه والدین خواهد بود. در مقابل، به نسبت کم‌تری، شرایط ضمان مسؤولیت مدنی برای پزشکان قابل ترسیم است.

References

1. Ameri H. The Responsibility Incumbent on the Carriage of Dangerous Goods Transport (Road Transportation, Rail, Marine & Aerial). MA Dissertation. Damghan Iran: Islamic Azad University; 2008. p. 141. [Persian]
2. Jafari Langroodi M. Terminology of Law. 2nd ed. Tehran: Ibn Sina; 1985. p. 173-174. [Persian]
3. Taghizadeh E, Hashemi A. Civil Liability (Responsibility Supervision). Tehran: Payame Noor University; 2012. p. 3-4. [Persian]
4. Lurasa M. Civil Liability. Tehran: The Institute of Comparative and Law Studies; 1996. [Persian]
5. Bahrami H. Civil Liability (Civil Rights). Tehran: Mizan; 2009. p. 9-10. [Persian]
6. Mahmoodi M. Causal Relationship between the Harmful Act and the Loss of Civil Liability. MA Dissertion. Tehran Iran: Islamic Azad University; 1990. p. 174. [Persian]
7. Gurley M. Gale Encyclopedia of Medicine. 3rd ed. Detroit: Gale Research; 2002. p. 276-277.
8. Missmer H, Jain T, Hornstein M. Trends in Embryo-Transfer Practice and in Outcomes of the Use of Assisted Reproductive Technology in the United States. N Engl J Med 2004; 350(16): 1639-1645.
9. Gleicher N, Oleske D, Tur-Kaspa I, Vidali A, Karande V. Reducing the Risk of High-Order Multiple Pregnancy After Ovarian Stimulation with Gonadotropins. N Engl J Med 2000; 343(1): 2-7.
10. Schieve LA, Peterson HB, Meikle SF, Jeng G, Danel I, Burnett NM, et al. Live-Birth Rates and Multiple-Birth Risk Using in Vitro Fertilization. JAMA 1999; 282(19): 1832-1838.
11. Ahmadi A, Akhoundi M, Ardakani M. The Reduction of Pregnancy the Fetus in Multiple Pregnancies. Journal of Fertility and Infertility 2005; 6(4): 102-111. [Persian]
12. Berkowitz R. Ethical Issues Involving Multifetal Pregnancies. Mount Sinai J Med 1998; 2(2): 22-34.
13. Jafarzadeh M. Modern Human Reproductive Techniques in Jurisprudence & Law. Tehran: Samt; 2010. p. 23-24. [Persian]

14. Entezari A. A Comparative Study, Abortion and Its Legal Effects. Tehran: Publishing Institute at Binet; 2005. p. 168-169. [Persian]
15. Pregnant Pause. Outbreak Notice: Summary of Abortion Laws around the World. Available at: <http://www.pregnantpause.org/lex/world02.htm>. Updated April 15, 2002. Accessed September 11, 2014.
16. Abbasi M. Comparative Study on Abortion. Tehran: Hogoghi Publisng; 2014. p. 138. [Persian]
17. Leading Source for Pros & Cons of Controversial Issues. Abortion: Legal Issues. Available at: <http://www.procon.org/>. Updated November 11, 2013. Accessed August 11, 2014.
18. Findlaw. Abortion Laws. Available at: <http://family.findlaw.com/reproductive-rights/abortion-laws.html>. Updated June 11, 2013. Accessed July 7, 2014.
19. Women on Waves. Abortion Law in France. Available at: <https://www.womenonwaves.org/en/page/4775/abortion-law-france>. Updated June 15, 2009. Accessed August 11, 2014.
20. Fisher M. Why China's one-Child Policy Still Leads to Forced Abortions, and Always Will. Available at: <https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2013/11/15/why-chinas-one-child-policy-still-leads-to-forced-abortions-and-always-will/>. Updated November 15, 2013. Accessed July 11, 2014.
21. Jalsevac J. 330 million abortions since 1971 in China; 1500 per hour. Available at: <https://www.lifesitenews.com/news/330-million-abortions-since-1971-in-china-government-stats>. Updated March 18, 2013. Accessed July 15, 2014.
22. Chu J. Prenatal Sex Determination and Sex-Selective Abortion in Rural Central China. Population and Development Review 2001; 27(2): 259-281.
23. Spielberg LA, Adams LV. Africa: a Practical Guide for Global Health Workers. Lebanon: UPNE; 2011. p. 119.
24. UNESDOC. Ethics and Law in Biomedicine and Genetics: an Overview of National Regulations in the Arab States. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002152/215207E.pdf>. Updated November 12, 2013. Accessed July 7, 2014.
25. Abbasi M. Medical Responsibility. 2nd ed. Hoghoghi Press; 2010. p. 24-172. [Persian]

26. Safaie S. Basis of Civil Liability of Physicians with a Glance at the New Bill for Islamic Penal Code. *Judicial Law Views Quarterly* 2012; 17(58): 141-156. [Persian]
27. Amiri A. Civil Liability Arising from the Reduction in Embryo in the Iranian Legal System. MA Dissertation. Tehran Iran: Islamic Azad University; 2013. p. 174. [Persian]
28. Mohaghegh Damad M. Medical Jurisprudence. 2nd ed. Legal Press; 2012. p. 243. [Persian]
29. Shojapourian S. Civil Liability Arising from Occupational Medical Error. Tehran: Gity; 1994. p. 164. [Persian]
30. Mobarak A, Qays M. Medical Rights and Responsibilities in the Rituals of Islam. Legal Press; 1998. p. 67-69. [Persian]
31. Abbasi M. Satisfaction to Treatment. 6th ed. Legal Press; 2004. p. 201. [Persian]
32. Saket M. Personality and Capacity of the Civil Rights. 3rd ed. Tehran: Jungle; 2007. p. 69. [Persian]
33. Abbasi M, Mashaekhi B. Law, Ethics and Medicine: Studies in Medical Law. Tehran: Paya; 1998. p. 43. [Persian]
34. Ghasemzadeh M. Principles of Civil Liability. Tehran: Dadgostar; 2008. p. 309. [Persian]
35. Emami A. The Relationship between the Law of Abortion and Embryo Reduction. Tehran: Royan Institute; 2012. p. 23. [Persian]
36. Rohi A. The Right to Health of the Fetus from the Perspective of Ethics, Law and Medical Law. *Iran J of Med Figh* 2011; 23(5): 154-239. [Persian]
37. Holy Quran. Soreh Momenon: Ayah 14-12. Available at: <http://quran.com/4>. Accessed February 1, 2015.
38. Aghaenia H. Specific criminal law, crimes against persons. Tehran: Mizan; 2012. p. 354. [Persian]
39. Hemmati I. Abortion in Figh. *Khabar News*, 11 July 2011. p. 11. [Persian]
40. Pence GE. Classic Cases in Medical Ethics. 4th ed. New York: Medical Ethics Research and Studies Center; 1994. p. 24.
41. Motyyan M, Kian L. The Scientific Education of the Fetus and the Baby of a Fertilization until One Year. Tehran: Ramin; 1999. p. 272. [Persian]