

تعیین جنسیت به دلیل غیر پزشکی

محمدعلی صدیقی گیلانی^{۱*}

۱. استاد، بخش ارولوژی بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

استناد به این مدخل:

صدیقی گیلانی محمدعلی. تعیین جنسیت به دلیل غیر پزشکی. دایره المعارف اخلاق پزشکی اسلامی، نسخه ۱: ۱۴۰۲: ۱-۲۴.



مقدمه

در گذشته والدین می‌توانستند تعیین کنند که چه زمانی صاحب فرزند شوند یا فواصل مابین فرزندانشان چه مدت باشد و چند فرزند داشته باشند. امروزه پیشرفت در زمینه‌ی تولید مثل این امکان را به زوجین می‌دهد که قبل از بارداری، جنسیت فرزند آتی خود را نیز تعیین کنند. این تکنولوژی‌ها سبب پیدایش بحث‌های گوناگون در زمینه‌های اخلاقی، حقوق و مسائل اجتماعی شده است. تعارضاتی را که مابین آزادی و حقوق فردی با اصول اخلاقی و حقوق اجتماع وجود دارد، چگونه باید حل کرد؟ قانونگذار تا کجا می‌تواند برای تأمین منافع احتمالی اجتماع و پاسداری از ارزش‌های اخلاقی در جامعه، آزادی افراد جامعه را تحدید کند؟ در ذیل تلاش می‌کنیم به این‌گونه سؤالات پاسخ دهیم.

از گذشته، فرمانروایان برای جانشینی تاج و تخت خود، کشاورزان به دلیل نیاز به نیروی کار و وارث زمین و حامی خانواده در دوران کهولت، دامداران و شکارچیان به سبب صعوبت کارشان و احتیاج به قوای بدنی بیشتر و خانواده، قوم و قبیله جهت دفاع از موجودیت و قلمروی خود، خواهان مردان جنگجو و فرزندان پسر بوده‌اند.

در جوامع کهن، به دلیل اهمیت قدرت بدنی و بیشتر بودن آن در جنس مذکر، رجحانی برای مردان به وجود آمده بود که با توانمندی بیشتر آن‌ها در جنگ و دفاع و فعالیت‌های اقتصادی سخت مثل کشاورزی و دامداری و شکار همسو بوده است. شاید به این دلیل یا دلایل دیگر، در جوامع باستانی، داشتن پسر یک مزیت بود. در جوامع افراطی، نه‌تنها داشتن پسر مزیت محسوب می‌شد، بلکه داشتن دختر، مایه‌ی سرشکستگی بود. نمونه‌ی آشنای آن، زنده‌به‌گور کردن دختران در میان اعراب جاهلی است؛ اما دخترکشی مختص اعراب جاهلی نبوده و در میان اسکیموها، ماوری‌های^۱ نیوزلند، توداهای^۲ هند و شاید در دیگر فرهنگ‌ها نیز این پدیده وجود داشته است. در دوره‌ی توکوگاوا^۳ در ژاپن، تعداد مردان^۴ برابر زنان گزارش شده که ریشه‌ی آن احتمالاً در همین فرهنگ رایج بوده است (۱). یک ضرب‌المثل قدیمی چینی می‌گوید: هجده دختر فرشته‌صفت، معادل یک پسر قوزی نیست (۲).

گروهی معتقدند، وجود ساختار پدرسالارانه در جوامع و تأثیر این ساختار در مذاهب، یکی از دلایل ترجیح پسران است؛ به‌عنوان مثال، در فرهنگ مردم گره، اگر پسری نباشد که سبب‌ساز تداوم خانواده شود، روح پدر پس از مرگ در آرامش نخواهد بود. بر اساس تعلیمات کنفوسیوس نیز، زن خوب آن است که در کودکی از پدر و در جوانی از شوهر اطاعت کند و در دوران بیوگی نیز مراقبت از پسر را بر عهده بگیرد. بنا بر باور عموم



1. The Māori
2. Toda
3. Tokugawa (1600 to 1868 C.E.)

این‌گونه تعلیمات در تمامی ادیان وجود دارد (۳).

ارجحیت پسر در میان هندوها، ریشه‌ای عمیق در باورهای مذهبی دارد. هندوان برای پسردارشدن، هدایای گران‌بها به معابد نثار می‌کردند. در قوانین هندوها، دختر ارث نمی‌برد و باید جهیزیه‌ای سنگین داشته باشد؛ همچنین، او بعد از ازدواج، به خانواده‌ی شوهر ملحق می‌شود (۴).

تمایل به داشتن پسر سبب شد، گذشتگان بر اساس دانش و فرهنگ خود، دستورالعمل‌هایی برای تعیین جنسیت فرزند آتی تدوین کنند. در ادامه می‌کوشیم تا این موارد را از منظر پزشکی، مذهبی، اجتماعی و حقوقی عصر حاضر بررسی کنیم. مصریان قدیم، از دوهزار سال قبل از میلاد مسیح، به نقش بیضه در تولید مثل و اخته‌کردن که منجر به ناباروری و کاهش میل جنسی می‌شود، پی برده بودند. آنان معتقد بودند که زنان سبزه‌رو پسرزا هستند. در تلمود ذکر شده است که برای پسردارشدن، تخت‌خواب ازدواج باید در جهت شمالی جنوبی قرار گیرد و در زمان نزدیکی، زن زودتر از مرد ارضا شود (۵). یونانیان باستان معتقد بودند، اسپرم‌های حاصل از بیضه‌ی راست منجر به تولد فرزند پسر و اسپرم‌های حاصل از بیضه‌ی چپ منجر به تولد فرزند دختر می‌شود؛ بنابراین، توصیه می‌کردند مرد در زمان نزدیکی در سمت راست همسرش قرار گیرد؛ همچنین، ارسطو درباره‌ی تغذیه‌ی مادر برای پسرشدن جنین توصیه‌هایی دارد (۵).

در فرانسه‌ی قرن هجدهم، برای پسردارشدن (به‌عنوان وارث املاک و فرمانروایی آن‌ها) به نَجَباً توصیه می‌شده تا مرد بیضه‌ی سمت چپش را ببندد یا خارج کند؛ زیرا اسپرم‌های مردزا از بیضه‌ی راست می‌آیند (۶). در قرون وسطی نیز، در در آلمان برای پسردار شدن توصیه می‌شده تا مرد یک چکش در زیر تخت‌خواب قرار دهد و در هلند برای آنکه بچه دختر شود، می‌گفتند یک قیچی زیر تخت‌خواب قرار دهد. در چین هم فرمولی برای تعیین جنسیت تدوین کرده بودند که شامل تاریخ تولد مادر، حاملگی به روز و ماه قمری، تاریخ حاملگی و سن مادر به سال قمری در زمان حاملگی بود. در جزایر پاسفیک می‌گفتند، اگر زنان رژیم غذایی خاصی را مصرف کنند و قبل از نزدیکی بیضه‌ی راست همسرشان را فشار دهند و نیز در شب عروسی، لباس مردانه بپوشند، فرزندشان پسر می‌شود. آمریکایی‌ها نیز معتقد بودند، اگر مرد در هنگام نزدیکی شلوارش را در سمت راست تخت‌خواب قرار دهد، بچه پسر و اگر در سمت چپ آویزان کند، بچه دختر می‌شود (۷). در جوامع اسلامی، اگرچه جنسیت و نژاد مبنای برتری افراد نیست، دعاهایی برای پسر یا دخترشدن جنین توصیه شده است.

تعیین جنسیت در روزگار ما

دنیای جدید نیز از مشابه توصیه‌های پیش‌گفته مصون نمانده است. در سال ۱۹۶۰، دکتر شتلز^۱ سرعت

1. Shettles



متفاوت اسپرم‌های حاوی کروموزوم X و Y ، میزان زنده‌مانی آن‌ها و زمان نزدیکی را به‌عنوان عواملی برای تعیین جنسیت نوزاد معرفی کرد (۸). بر اساس تحقیقات او، اسپرم‌های حاوی کروموزوم Y که به جنین مذکر منجر می‌شوند، دارای سری کوچک‌تر و گرد هستند و به محیط قلیایی تمایل دارند و در آن محیط سریع‌تر حرکت می‌کنند؛ درحالی‌که اسپرم‌های حاوی کروموزوم X سری بزرگ‌تر و بیضوی دارند و به محیط اسیدی متمایل هستند. با توجه به اینکه دستگاه تناسلی زنان، دو سه روز مانده به تخمک‌گذاری، قلیایی‌تر است، نزدیکی در این روزها، منجر به شکل‌گیری جنین مذکر و قبل و بعد از این روزها، منجر به شکل‌گیری جنین مؤنث می‌شود؛ همچنین، برای تعیین جنسیت، به نشستن زن در لگن آب حاوی سرکه برای اسیدی‌شدن یا جوش شیرین برای قلیایی‌شدن، نحوه‌ی مجامعت، مدت‌زمان جلوگیری، اندازه‌گیری درجه حرارت بدن و مانند آن‌ها توصیه‌هایی شده است.

علی‌رغم اینکه حدود بیست سال قبل، مقاله‌ای در یکی از معتبرترین مجلات پزشکی دنیا^۱ نشان داد، نزدیکی بر اساس زمان تخمک‌گذاری، تأثیری در جنسیت نوزاد ندارد و سایر توصیه‌های ایشان نیز هیچ‌کدام ثابت نشده است، این دستورالعمل‌ها همچنان توصیه می‌شود (۹). اخیراً نیز، کرمانی و همکاران (۲۰۱۸) در مقاله‌ای مروری نشان دادند، توصیه‌های غذایی به مادر برای تعیین جنسیت اثبات نشده است (۱۰).

انتخاب جنسیت در دوران معاصر

در سال‌های اخیر، پیشرفت علم و تکنولوژی در زمینه‌ی تولید مثل و تعیین جنسیت جنین، چشمگیر بوده و این افق‌های جدید، سبب بروز بحث‌های نوین اخلاقی، حقوقی، اجتماعی و اقتصادی شده است. امروزه می‌توان جنسیت فرزند آتی را در سه مرحله تعیین کرد: قبل از لقاح^۲، قبل از لانه‌گزینی^۳، قبل از تولد^۴ (۱۱).

روش تعیین جنسیت قبل از لقاح

با توجه به تفاوت‌های گوناگونی که بین اسپرم حاوی کروموزوم X یا Y وجود دارد، تلاش شده این اسپرم‌ها را از هم جدا و با استفاده از آن‌ها، جنسیت جنین را تعیین کنند. در سال ۱۹۸۲ گروهی از محققان اعلام کردند، با توجه به بزرگ‌تر بودن کروموزوم X از کروموزوم Y احتمالاً محتوی DNA اسپرم‌های حاوی X بیشتر از اسپرم‌های حاوی Y است. محققان در سال ۱۹۸۷، موفق به جداسازی این دو کروموزوم در حیوانات مختلف و تعیین جنسیت جنین آنان شدند؛ علاوه‌براین، سلامت آن‌ها را در نسل‌های این حیوانات نیز پیگیری و گزارش کردند. با توجه به مفیدتر بودن حیوانات ماده در دنیای حیوانات، این مسأله از نظر اقتصادی

1. New England Journal of Medicine
2. Preconception
3. Preimplantation
4. Prenatal



بسیار حائز اهمیت است. در سال ۱۹۹۳، این جداسازی برای انسان هم صورت گرفت (۱۲). لوینسون^۱ (۱۹۹۵) با استفاده از این روش^۲، اولین حاملگی و زایمان را برای جلوگیری از بیماری هیدروسفالی که وابسته به کروموزوم X است، گزارش کرد (۱۳ و ۱۴). با این روش می‌توان اسپرم‌های حاوی X را با خلوص ۸۷/۹٪ و اسپرم‌های حاوی Y را با خلوص ۷۳/۴٪ جدا کرد. با استفاده از این اسپرم‌های خالص‌شده، در ۹۲٪ موارد جنین‌های دختر و در ۸۱/۵٪ موارد جنین‌های پسر متولد شده‌اند (۱۵).

تعیین جنسیت قبل از لانه‌گزینی^۳

در جنین حاصل از لقاح خارج رحمی، قبل از انتقال آن‌ها به رحم می‌توان از یک جنین شش تا ده سلولی، یک یا دو سلول را برداشت و آن‌ها را از نظر ژنتیکی بررسی کرد. با این روش، می‌توان جنین سالم را از جنین مبتلا به بیماری‌های تک‌ژنی یا کروموزومی جدا و جنین سالم را به رحم منتقل کرد و مانع از انتقال بیماری به نسل بعد شد. در این روش تعیین جنسیت جنین ۱۰۰٪ است (۱۶ و ۱۷).

روش تعیین جنسیت قبل از تولد

این روش چند نوع است. یکی از روش‌ها که از گذشته مرسوم بوده و از روش‌های تهاجمی‌ست، با نمونه‌برداری از کوریونیک ویلوس^۴ یا آمینوسنتز صورت می‌گیرد و حدود ۰/۵ درصد خطر سقط دارد. راه دیگر، سونوگرافی‌ست که روشی غیرتهاجمی‌ست؛ ولی قبل از هفته‌ی سیزدهم، برای تعیین جنسیت قابل استناد نیست؛ البته اخیراً روشی غیرتهاجمی^۵ ابداع شده است که پس از گرفتن پلاسمای خون از مادر و بررسی قطعات آزادشده‌ی DNA جنین، بر اساس وجود این قطعات کروموزومی، جنسیت جنین را قبل از تولد و به روشی غیرتهاجمی تعیین می‌کند. این روش بسته به سن حاملگی، از حساسیت بسیاری برخوردار است (۱۸).

تعیین جنسیت به دلیل پزشکی و غیرپزشکی

انسان حدود سی‌هزار ژن دارد که فعل و انفعالات بدن او را تنظیم می‌کنند. این ژن‌ها بر روی ۲۳ جفت کروموزوم قرار دارند؛ از این ۲۳ جفت کروموزوم، ۲۲ جفت آن کروموزوم‌های غیرجنسی و یک جفت آن کروموزوم‌های جنسی هستند. این یک جفت کروموزوم جنسی، مسئول تعیین جنسیت فرد هستند. تمامی سلول‌های بدن، به‌جز اسپرم و تخمک، این ۲۳ جفت کروموزوم را دارند. این سلول‌ها که اصطلاحاً گامت

1. Levinson

2. Micro Sort

3. PGD (Pre Implantation genetic diagnosis)

4. Chorion Villus

5. NIPT (Non Invasive Prenatal Testing)



نامیده می‌شوند، به جای ۲۳ جفت کروموزوم، ۲۳ کروموزوم دارند که یکی از آن‌ها کروموزوم جنسی است. وقتی لقاح صورت می‌گیرد، سلول لقاح‌یافته حاوی ۲۳ جفت کروموزوم می‌شود. کروموزوم‌های جنسی یا X هستند یا Y. در خانم‌ها، تمامی تخمک‌ها حاوی یک کروموزوم X است؛ ولی اسپرم آقایان یا حاوی کروموزوم X است یا حاوی کروموزوم Y. اگر اسپرم حاوی کروموزوم Y با تخمک لقاح انجام دهد، جنین حاصله XY یا مذکر می‌شود و اگر اسپرم حاوی X با تخمک لقاح یابد، جنین مؤنث یا XX خواهد شد.

تعدادی از بیماری‌های انسان، به سبب اختلال در کروموزوم‌های جنسی است. به این دسته بیماری‌ها، امراض وابسته به جنس می‌گویند. اگر زن معیوب روی کروموزوم X باشد، به این بیماری‌ها می‌گویند وابسته به X که می‌تواند غالب یا مغلوب باشد. تاکنون تعداد ۲۷۵ بیماری یا سندرم وابسته به کروموزوم X را شناسایی کرده‌اند (۱۹)؛ مثل بیماری هموفیلی که زن معیوب روی کروموزوم X قرار دارد. در آقایان چون فقط یک کروموزوم X وجود دارد، فرد به بیماری مبتلا می‌شود؛ ولی در خانم‌ها چون دو کروموزوم X وجود دارد، کروموزوم X دوم، عیب ژن هموفیلی (هموفیلی A و B) را جبران می‌کند؛ لذا خانم‌ها به بیماری مبتلا نمی‌شوند، ولی ناقل بیماری هستند. یا آقای که کروموزوم Y او ایراد دارد و قسمتی از این کروموزوم، به نام AZF حذف شده است، آقای ناباروری که پسرهایش نابارور می‌شوند، ولی دخترهایش سالم هستند. در تعیین جنسیت به دلیل پزشکی، می‌توان جنسیت جنین را تعیین کرد و فقط جنین‌های سالم را انتقال داد؛ برای نمونه، انتقال جنین‌های مؤنث در مثال اول، منجر به داشتن فرزندان سالم یا ناقل خواهد شد. یا اگر جنین‌های مؤنث آقای مبتلا به حذف AZF را شناسایی کنیم و انتقال دهیم، زوجین فرزند سالمی خواهند داشت. این نوع تعیین جنسیت که برای جلوگیری از ایجاد فرزندان بیمار است، تقریباً در تمامی جوامع و کشورهای دنیا پذیرفته شده است؛ البته بعضی از متخصصان اخلاق پزشکی به این کار ایرادهایی دارند و برخی کشورها نیز این کار را ممنوع کرده‌اند که منظور بحث ما در این مقاله نیست. تعیین جنسیت به دلیل غیرپزشکی که موضوع بحث این مقاله است، دو حالت دارد: حالت اول برای تنظیم خانواده و ایجاد تعادل در آن است؛ بدین معنا که خانواده‌ای یک یا چند فرزند از یک جنس دارند و متقاضی یک یا چند فرزند از جنس دیگری هستند تا از هر دو جنس فرزند داشته باشند؛ به این حالت Family Balancing گویند. حالت دوم، خانواده‌ای است که می‌خواهند فقط یک فرزند، آن هم از جنسی خاص داشته باشند یا فرزند اولشان از جنسی خاص باشد. این دو حالت، از نظر متخصصان اخلاق پزشکی، جامعه‌شناسان، جمعیت‌شناسان، افکار عمومی جامعه و سیاست‌گذاران محل بحث و گفت‌وگوی فراوان است (۲۰). آنچه از دید صاحب‌نظران اخلاق اهمیت دارد، رواج افکار تبعیض‌آمیز بر اساس جنسیت، نگاه تحقیرآمیز به جنس مؤنث و نگرانی از شکسته شدن ارزش‌های اخلاقی در جامعه و خانواده و مشخص نبودن انتهای این مسیر است؛ ولی از منظر



حقوقی، بین آزادی‌های فردی و حق انتخاب افراد با مصالح جامعه و حفظ حقوق فرزند تعارض به وجود آمده است.

دلایل ترجیح جنسیتی

برای ترجیح جنسیتی در تمامی جوامع، نمی‌توان دلایلی یکسان ذکر کرد و این دلایل در جوامع گوناگون، بر اساس فرهنگ، مذهب، میزان پیشرفت اقتصادی، معیارهای جامعه، نقش مرد و زن در جامعه، رفاه اجتماعی و مسائل سیاسی متفاوت است. در جوامع پدرسالار، اگرچه دختران در کارهای خانه و نگهداری از بچه‌های کوچک به خانواده کمک می‌کنند و در سنین بالاتر، از نظر حمایت‌های روحی از والدین، نسبت به پسران نقشی پررنگ‌تر دارند، از آنجاکه ادامه‌ی هویت خانواده با فرزندان ذکور است و از نظر اقتصادی پسران به خانواده کمک می‌کنند؛ بنابراین، شاید یکی از علل ترجیح جنسیت، نوع نقش اجتماعی مرد و زن در این جوامع باشد. در جوامع مدرن غربی که فرزندان نقش‌های پیش‌گفته را ندارند یا بسیار کم‌رنگ‌تر است، والدین باید وقت و هزینه‌ی زیادی برای فرزندان صرف کنند؛ از این‌رو، تفاوت در نقش اجتماعی زن و مرد، به شدت جوامع سنتی نیست یا خانواده در دوران کهولت و بازنشستگی، به دلیل وجود بیمه و امکانات، از نظر اقتصادی کمتر به فرزندان متکی هستند. ترجیح جنسیتی نیز، به شدت جوامع سنتی نیست. بنا بر نتایج مطالعه‌ی هنک و کُهلر^۱ (۲۰۰۲) اکثر مطالعات ترجیح جنسیت، مربوط به جوامعی خاص است و شاید نتوان آن را به کل کشورها تعمیم داد (۲۱).

بر اساس گزارش مؤسسه‌ی جمعیت سازمان ملل^۲، انتخاب جنسیت به دلایل زیر است:

- ساختار اجتماعی و سنت‌ها (در ساختار پدرسالاری؛ اجرای مراسم مذهبی بعد از فوت پدر خانواده، به عهده‌ی پسرهاست)؛
- پایین‌تر بودن موقعیت دخترها در ساختار خانواده؛
- توان بیشتر پسرها برای حمایت اقتصادی از والدین در دوران کهولت آنان؛
- کوچک‌شدن خانواده‌ها و تمایل آنان به جورشدن جنسیت فرزندانشان با بچه‌ی کمتر؛
- فراهم‌شدن امکانات پزشکی برای این کار.

امروزه، با پیشرفت دانش پزشکی، می‌توان با درصد بالایی از قطعیت، جنسیت جنین را در مراحل مختلف تعیین کرد و این امر، سبب بروز نظرات و دیدگاه‌های مختلف در میان محققان علم پزشکی، اخلاق زیستی، جمعیت‌شناسی، حتی افکار عمومی و سیاست‌گذاران شده است. به‌طور خلاصه نظرات را می‌توان به سه دسته

1. Hank and Kohler
2. UN Population Foundation



تقسیم کرد:

- برخی با تعیین جنسیت جنین، در هر شرایطی حتی برای تشخیص بیماری مخالف هستند؛
- عده‌ای تعیین جنسیت را حق طبیعی زوجین می‌دانند و با هر شکل آن موافق‌اند؛
- در میان این دو نظر، طیفی از عقاید وجود دارد که تحت شرایطی خاص، موافق یا مخالف هستند که در ادامه به بخشی از این نظرات اشاره می‌شود. نکته‌ی مهم این است که بدانیم در تعیین جنسیت، چه به دلیل پزشکی و چه غیرپزشکی، با سه نفر سروکار داریم: زن و شوهر و بچه. سؤال این است که این کار به ضرر زن، شوهر یا بچه‌ی آتی است یا به نفع آنان؟ آیا این کار رواج ظلم^۱ و تبعیض^۲ و سوگیری^۳ در سطح جامعه و کشور و دنیاست؟

دلایل موافق و مخالف با تعیین جنسیت

اکنون، پس از برشمردن دلایل اصلی مخالفان تعیین جنسیت، هرکدام از دلایل، از دیدگاه مخالفان و موافقان، به‌طور مختصر توضیح داده می‌شود.

برابری حق زندگی برای جنین‌های مؤنث و مذکر

- ایجاد تبعیض جنسیتی و افزایش فشار بر یک جنس، به‌عنوان جنس دوم (۲۲)؛
- برهم‌خوردن تعادل جنسی و جمعیتی جامعه (۲۳)؛
- افزایش فشار عاطفی بر کودک انتخاب‌شده (۲۲)؛
- تعادل خانواده (۲۴)
- قرارگرفتن فرد تحت درمان غیرضروری؛
- احتمال خطرناک بودن این روش‌ها؛
- اختصاص منابع محدود به کاری غیرضروری؛
- امکان شکست درمان و نتیجه‌ندادن آن؛
- ملاحظات شرعی.

برابری حق زندگی

مخالفان می‌گویند: دختر و پسر برای زندگی دارای حق برابر هستند؛ ازاین‌رو، نباید برای انتخاب و انتقال و دادن حق زندگی به آن‌ها، بین جنین‌های مؤنث و مذکر تبعیض قائل شد. موافقان نیز به محترم‌بودن انسان



1. Injustice
2. Discrimination
3. Bias

فارغ از جنسیت و نژاد باور دارند؛ اما بر این عقیده‌اند که آیا جنین را هم باید به‌مثابه یک انسان تکریم کرد؟ اکثر مردم این طرز تلقی را که جنین باید به مثابه انسان تلقی شود و رفتاری یکسان با آن داشت، نمی‌پذیرند. از نظر اسلام و یهودیت و در برخی مکاتب و قوانین، جنین قبل از لانه‌گزینی، انسان محسوب نمی‌شود؛ بنابراین، تفاوت بین جنین‌های مذکر و مؤنث برای انتقال، تبعیض بین انسان‌ها نیست.

تبعیض جنسیتی

از اصلی‌ترین دلایل مخالفان انتخاب جنسیت، تبعیض جنسیتی^۱ است. آن‌ها معتقدند این کار، تفکر تبعیض جنسیتی را که در تمامی جوامع کم‌وبیش وجود دارد، گسترده‌تر خواهد کرد. آسیب‌های اجتماعی ناشی از این تفکر در حدی است که قانونگذار برای حفظ سلامت جامعه می‌تواند حق و آزادی تولید مثل را محدود و از انجام‌دادن تعیین جنسیت ممانعت کند. او با این کار از ارزشی مهم‌تر، یعنی تساوی جنسیتی و ریشه‌کردن تبعیض جنسیتی دفاع می‌کند. همه‌ی کشورها باید برای جلوگیری از این کار بکوشند (۲۲).

نگاهی به تعریف این تفکر، به ارزیابی بهتر نظر منتقدان و موافقان تعیین جنسیت یاری می‌رساند. Sexism در لغت، به معنی تبعیض و تفاوت بر اساس جنسیت فرد است، به‌ویژه تبعیض علیه زنان. این ایده یا تصور را که یک جنس از جنس دیگر برتر است یا یک جنس را ذاتاً نسبت به جنس دیگر برتر دانستن Sexism گویند و معادل با Racism به معنای تبعیض نژادی است. این اصطلاح از موج دوم جریان فمینیستی در سال ۱۹۶۰، در دنیا رواج یافته است. در تفکر تبعیض جنسیتی، دامنه‌ی فعالیت‌های افراد نه بر اساس توانمندی آن‌ها، بلکه با توجه به جنسیت آن‌ها تعریف می‌شود. این مفهوم برای افزایش آگاهی جوامع از تبعیض‌های ناروا علیه زنان تدوین شد و گسترش یافت؛ ولی در اوایل قرن بیست‌ویکم، مفهوم آن گسترده‌تر شد و تبعیض علیه مردان و پسران و هم‌جنس‌گرایان را نیز شامل شد (۲۵).

طرفداران نظریه تساوی جنسیتی معتقدند، فرزندان پسر و دختر از ارزش و توانایی‌های یکسان برخوردارند و نقش اجتماعی افراد نباید بر اساس جنسیت آن‌ها تعریف شود. وقتی گفته می‌شود یک جنس برای انجام‌دادن کارهای اجتماعی نسبت به جنس دیگر برتری دارد یا آن کارها را بهتر انجام می‌دهد، این تبعیض جنسیتی است. آنان تفاوت‌های ژنتیکی را طبیعی تلقی می‌کنند؛ مثل اینکه خانم‌ها حامله می‌شوند و آقایان نه؛ این تبعیض جنسیتی نیست؛ ولی اینکه برخی کارهای اجتماعی مثل سربازی مردانه و بعضی کارها مثل بچه‌داری زنانه است، تبعیض جنسیتی محسوب می‌شود. این ذهنیت که ما بچه‌ای می‌خواهیم که در آینده فلان کاره شود که کاری مردانه است، تبعیض جنسیتی به شمار می‌رود؛ در واقع چون والدین تفکر تبعیض

1. Sexism



جنسیتی دارند، به دنبال تعیین جنس فرزندان خود می‌روند و هزینه و زحمت زیادی را تحمل می‌کنند تا به ذهنیت خود عینیت بدهند. والدین قبل از اینکه درباره‌ی توانمندی جنسی و روحی فرزند خود اطلاعی کسب کنند، فقط می‌خواهند فرزندی با جنس دلخواهشان را داشته باشند؛ در صورتی که ممکن است فرزند آن‌ها از جنسی باشد که دلخواه آن‌ها نیست، ولی بسیار توانمند باشد.

طرفداران تعیین جنسیت معتقدند، تبعیض جنسیتی محصول فرهنگ جامعه است و تغییر آن به تغییر فرهنگ نیاز دارد. در شرایط فرهنگی کنونی، وقتی زوجی به دنبال بچه‌ای از جنس خاص هستند، تعیین نکردن جنسیت فرزند، فرهنگ آن‌ها را تغییر نمی‌دهد و فشار روانی‌شان را کم نمی‌کند؛ در نتیجه منجر به تولد کودکان متعدد می‌شود؛ زیرا والدین ممکن است برای رسیدن به آرزویشان، چندین بار بچه‌دار شوند تا صاحب فرزندی با جنس دلخواهشان شوند. تعیین جنسیت تبعیض جنسیتی نیست؛ انجام دادن آن سبب گسترش این فرهنگ نمی‌شود؛ بلکه از رشد جمعیت جلوگیری و به تعادل خانواده کمک می‌کند.

تعادل و تنظیم خانواده

در مفهوم تعادل خانواده^۱، بین دو جنس تبعیض و تفاوت قائل نمی‌شویم و یک جنس را برتر از جنس دیگر نمی‌دانیم. خانواده‌ها می‌خواهند از هر دو جنس بچه داشته باشند؛ بنابراین، اگر ما این موقعیت را برای خانواده فراهم نکنیم، آنان باید آن قدر بچه‌دار شوند تا بالاخره جنس فرزندانشان جور شود و این خود سبب افزایش جمعیت می‌شود. در نپال اگر جنسیت بچه مطابق خواست والدین باشد، استفاده از روش‌های پیشگیری و فاصله‌ی بین بچه‌ها بیشتر خواهد شد که به سلامت مادر و کودکان کمک می‌کند. در غیر این صورت، یا تمایل به داشتن فرزند بعدی برای رسیدن به جنسیت مطلوب زیاد می‌شود یا والدین باید از خواست خود بگذرند. تغییر این تفکر، به کار فرهنگی نیاز دارد. در برخی جوامع، جنین بعدی را اگر جنسش مطابق دلخواه نباشد، سقط می‌کنند؛ از این رو، آمار سقط در برخی کشورها چشمگیر است (۲۶).

در تعادل خانواده، یک جنس از قبل وجود دارد و والدین خواهان جنس دیگر هستند؛ نه اینکه جنسی را بر جنس دیگر ترجیح می‌دهند. اگر خانواده‌ای پسر داشته باشند و دختر بخواهند، این تبعیض نیست؛ ولی برعکس آن تبعیض است (۲۷). در ایراد به مطالب پیش گفته، مخالفان بیان می‌کنند که معنی دقیق تعادل و تنظیم خانواده معلوم نیست. آیا بدین معناست که والدین خواهان فرزندی با جنس مخالف، بعد از چند بچه از یک جنس هستند؟ یا می‌خواهند اولین فرزند آن‌ها از جنسی خاص باشد؟ چه کسی مسئول مشخص کردن این تعریف است؟ اگر خانواده‌ی متعادل و دارای هر دو جنس فرزند، ارزشمند است، پس آیا خانواده‌های نامتعادل معیوب هستند؟ (۲۴). ظاهراً شدت این تفکر و تلاش برای خانواده‌ی متعادل در میان کشورها و



اقوام گوناگون، متفاوت است. بنا بر نتایج مطالعه‌ای در انگلیس، افرادی که فرهنگ آسیایی یا هندی دارند، به دلیل اجتماعی می‌خواهند که فرزندشان پسر باشد؛ درحالی‌که برای اروپایی‌ها عکس این قضیه صادق است (۲۸)؛ همچنین، مطالعه‌ای دیگر در آلمان نشان می‌دهد، خانواده‌ها خواهان یک بچه هستند و جنسیت بچه برای آن‌ها مهم نیست یا متقاضی تعادل جنسیت در خانواده هستند (۲۱).

مطالعات در کشورهای اروپایی نشان می‌دهد، در فرانسه و لهستان ترجیحی برای جنسیت بچه وجود ندارد. در اتریش، بلژیک، مجارستان، ایتالیا، لیتوانی، اسلوانی، اسپانیا و سوئیس، داشتن فرزند از هر دو جنس مهم است؛ اما در چک دختر ارجحیت دارد. در آمریکا، جوربودن جنس بچه‌ها مهم است (۲۹)؛ اما تمایل به داشتن پسر، در هند و آسیای شرقی و بخش‌هایی از خاورمیانه زیاد است؛ این مطلب به فرهنگ، ارزش‌های اجتماعی و نقش زن و مرد در جامعه بازمی‌گردد. در کشورهای شمال و شمال غرب اروپا که فرهنگ ژرمنی و انگلوساکسون حاکم و برابری زن و مرد زیاد است، این تمایل نیز کمتر وجود دارد. در ایران، تمایل به داشتن پسر در بین اقوام مختلف، متفاوت است و جوربودن فرزندان به شرط وجود راهی ساده و مطمئن، متقاضی بیشتری دارد. مطالعات جدید نشان می‌دهد، فرهنگ ترجیح بچه از یک جنس خاص، از حالت تقاضای اجتماعی خارج شده و بیشتر شکل فردی به خود گرفته است؛ حتی در کشورهای درحال توسعه نیز، این حالت کم‌رنگ شده و دلایل اقتصادی این مسأله جای خود را به دلایل احساسی داده است (۳۰).

برهم خوردن نظم و نسبت جمعیت

مخالفان معتقدند که استفاده‌ی وسیع از این روش‌ها منجر به «برهم خوردن نسبت جمعیت»^۱ می‌شود. جالب است بدانیم، با وجود برابری تعداد اسپرم‌های حاوی X و Y که ظاهراً تعیین‌کننده‌ی جنسیت نوزاد هستند، به‌طور طبیعی و بدون هیچ‌گونه دخالتی، احتمال پسرشدن از دخترشدن بیشتر است. این مقوله با نام Sex Ration یا «نسبت جنسیتی» در مباحث جمعیت‌شناسی مطلبی مبرهن است؛ پس، نوزاد به احتمال ۵۱/۲٪ پسر و به احتمال ۴۸/۸٪ دختر می‌شود؛ یعنی به‌ازای هر صد دختر، ۱۰۵ پسر متولد می‌شوند (۳۱)؛ اما چون در تمامی دوران زندگی، مرگ جنس مذکر بیشتر بوده، به‌تدریج تعداد خانم‌ها بیشتر شده است؛ مثلاً در آمریکا و کانادا و انگلیس، در ۵۵ سالگی، تعداد خانم‌ها از آقایان بیشتر و امید به زندگی خانم‌ها بیشتر است. در روسیه و ارمنستان و اوکراین، فاصله‌ی بین تعداد خانم‌ها با آقایان خیلی زیاد است. در جزایر کارائیب، به‌ازای هر صد زن، ۸۴.۵ مرد وجود دارد؛ ولی احتمالاً این ارقام در کشورهای عرب‌نشین حاشیه‌ی خلیج فارس معکوس است. اینکه استفاده از تعیین جنسیت، نسبت جنسی جمعیت را به هم می‌زند، مشخص نیست. خانواده‌ها در غرب، بیشتر به دنبال تعادل خانواده هستند. نتایج یک بررسی در آمریکا و کانادا و



انگلیس نشان می‌دهد، در این کشورها شاید تمایل به دختر کمی بیشتر هم باشد (۲۸). در بخش‌هایی از دنیا که پسرها از جایگاه و ارزش بیشتری برخوردارند، این نگرانی ممکن است جدی باشد؛ مثلاً در چین، تعداد زنان حدوداً پنجاه میلیون کمتر از مردان است. این تفاوت، در هند حدود ۳۷ میلیون و در کل جهان حدود صد میلیون است (۳۱)؛ البته این کمبود فقط به خاطر انتخاب جنسیت نیست، بلکه عواملی دیگر مثل سیاست‌های جمعیتی کشورها، تغذیه نامناسب، دسترسی کمتر به بهداشت و درمان و سایر عوامل محیطی هم در آن دخالت دارند. مراقبت نکردن از فرزندان دختر نیز گاهی آنقدر شدید است که منجر به مرگ زودهنگام دختران^۱ می‌شود (۲۹).

در هند به دلایل اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی، تمایل به پسر خیلی زیاد است. خانم‌هایی که آخرین فرزندشان پسر است، شاید از بارداری مجدد جلوگیری کنند؛ ولی اگر دختر باشد، خیر. این مسأله به قدری شایع است که سبب شده نسبت جنسیتی به هم بخورد. سقط جنین‌های مؤنث رایج و میزان مرگ و میر دختران بیشتر از پسرهاست؛ همچنین، تبعیض در تمامی مراحل زندگی دختران دیده می‌شود؛ از این رو، دولت هند انجام دادن سونوگرافی را برای تعیین جنسیت جنین ممنوع اعلام کرده است؛ زیرا در نهایت منجر به سقط جنین می‌شود (۳۲).

در چین بعد از انقلاب، در سال ۱۹۴۹، بحث افزایش جمعیت در دستور کار دولت قرار گرفت و با اختصاص دادن یارانه به بچه، از سقط فرزند، عقیم کردن یا استفاده از وسایل پیشگیری، جلوگیری کرد که منجر به افزایش جمعیت شد. به دلیل افزایش جمعیت در سال ۱۹۵۳، وسایل پیشگیری و سقط، با شرایطی خاص، آزاد و در سال ۱۹۵۷، قانون آزادی سقط جنین تصویب شد. در فرهنگ چین، زندگی بعد از تولد آغاز می‌شود؛ بنابراین، سقط جنین عملی غیراخلاقی تلقی نمی‌شود. در فرهنگ چین، داشتن و خواستن پسر ریشه‌ی تاریخی دارد و نداشتن پسر، نوعی ناباروری محسوب می‌شود؛ حتی بارداری‌ها و ازدواج‌های متعدد نیز برای پسردار شدن مرسوم بود (۳۳). بعد از اینکه جمعیت در دهه‌ی ۱۹۶۰، به اوج خود رسید، تک‌فرزندی در سال ۱۹۷۹ مصوب شد. این مصوبه سقط جنین، انتخاب جنسیت و برهم خوردن تعادل جنسیتی را به همراه آورد و در نهایت موجب شد، به ازای هر صد دختر، ۱۲۰ پسر در کشور متولد شوند؛ به طوری که، در برهه‌ای، دولت چین برای رفع کمبود زن برای مردان جوان خواهان ازدواج، مجبور به واردات تعدادی خانم از ویتنام شد. شعار مراقبت از دختران در سال ۲۰۰۵، برای حفظ تعادل جمعیت در دستور کار دولت قرار گرفت (۳۴). در کره‌ی جنوبی نیز، در دهه‌ی ۱۹۸۰، به دلیل برهم خوردن تعادل جمعیتی، قانون منع تعیین جنسیت جنین تصویب شد؛ ولی امروزه شرایط در این کشور مناسب است.



با اینکه دسترسی به این تکنولوژی‌ها، سبب برهم خوردن توازن جنسیتی در هند و چین شده است، باید در نظر گرفت که منع دسترسی می‌تواند سبب سقط جنین‌های مؤنث یا بی‌توجهی به کودک مؤنث شود؛ بنابراین، باید سیستم ارزشی این جوامع تغییر کند. آیا به کاربرد این تکنولوژی‌ها، مانع از اصلاح سیستم ارزشی آن جوامع می‌شود یا آن را به تأخیر می‌اندازد؟ باید در نظر داشت حتی در دوران معاصر که نرخ باروری در اغلب نقاط دنیا کاهش یافته، هنوز تقاضا برای داشتن فرزند پسر، عاملی مهم در بارداری محسوب می‌شود.

آزادی تولید مثل

مهم‌ترین دلیل موافقان تعیین جنسیت، آزادی در تولید مثل^۱ است. آنان معتقدند، برای محدود کردن آزادی تولید مثل یک فرد، باید دلایلی بسیار قوی وجود داشته باشد تا سیاست‌گذاران بتوانند اصل مهم آزادی فردی را محدود کنند. اگر مشکلات و خطرات اجتماعی بالقوه‌ی این محدودسازی، از معایب محدود نکردن کمتر باشد، چنین کاری آسیب به آزادی‌های فردی است. میزان آسیب انتخاب جنسیت به حدی نیست که مجبور به محدود کردن این آزادی باشیم. در گروهی از والدین، داشتن فرزند منوط به تعیین جنس اوست و اگر ما این حق را از آنان بگیریم، آن‌ها را از داشتن فرزند محروم کرده‌ایم؛ همچنین، این کار از سقط جنین یا بی‌توجهی به دختران در حدی که منجر به مرگومیر آنان شود، بهتر است (۳۵ و ۳۶).

تبعیض بین کودک انتخابی و بقیه فرزندان

مخالفان معتقدند، والدین به فرزند انتخابی بیش از سایر فرزندان رسیدگی می‌کنند و این رسیدگی مضاعف، باعث افزایش فشار عاطفی بر کودک انتخاب‌شده می‌شود. اگر هم کودک از انتخاب خود آگاه شود، دچار وسواس فکری می‌گردد. قبل از ورود به بحث آسیب روحی به کودکان در نتیجه‌ی انتخاب جنسیت، نگاهی به تعاریف زیر به تبیین بهتر مطالب یاری می‌رساند.

جنسیت

جنسیت، مجموعه‌ی ویژگی‌ها و خصوصیات است که سبب تفکیک زن و مرد از یکدیگر می‌شود. این ویژگی‌ها به سه بخش تقسیم می‌شوند: اول، تفاوت‌های جسمی که در صورت نبود اختلال و بیماری، واضح هستند؛ دوم، نقش‌هایی که زن و مرد در جامعه ایفا می‌کنند یا جامعه می‌پسندد که آنان چنین نقش‌هایی را ایفا کنند؛ البته این نقش‌ها در جوامع گوناگون متفاوت هستند. آیا مامایی، بچه‌داری، خله‌داری، کار در مهدکودک و... کارهایی زنانه و مشاغلی چون: آهنگری، سربازی، کارگری معدن و ساختمان کارهایی مردانه

1. Procreative Autonomy



به شمار می‌روند؟ عده‌ای سؤال می‌کنند که آیا این تفکیک‌ها بر اساس ساختار جامعه است یا واقعاً در بیولوژی این افراد ریشه دارد؟ سوم، هویت جنسی^۱ که عبارت است از حسی که فرد از جنسیت خود دارد. این حس معمولاً بر اساس بیولوژی فرد است و هسته‌ی آن در سه‌سالگی شکل می‌گیرد؛ ولی از زمان تولد، فرد را بر اساس صفات جسمی او می‌شناسند. گاهی بین بیولوژی فرد و آنچه فرد از خود درک می‌کند، تفاوت وجود دارد.

مخالفان تعیین جنسیت معتقدند، کودکان مؤنث و مذکر، هر دو محترم‌اند و توانمندی و نقش اجتماعی آن‌ها، ربطی به جنسیتشان ندارد. اگر پدر و مادری جنسیت فرزند خود را تعیین کنند، می‌کوشند کودک خود را بر اساس جنسیت مورد نظر خود پرورش دهند. این کودک آزادی و رفاه روحی کافی نخواهد داشت تا بعدها هویت جنسی خود را برخلاف بیولوژی خود تعیین کند؛ مثلاً اگر والدین دختر بخواهند و با تعیین جنسیت، فرزند آن‌ها دختر شود، می‌کوشند او را دختر بار بیاورند و از اینکه دخترشان اعمال و رفتار پسرانه داشته باشد، ممانعت می‌کنند؛ درحالی‌که این دختر ممکن است در آینده بخواهد نقش جنسی^۲ و هویت جنسی مردانه داشته باشد و به قول ویلکینسون^۳ این عقیده اشتباهی است که فکر کنیم Gender معادل و مترادف جنسیت بیولوژیکی Sex افراد است.

موافقان و مخالفان انتخاب جنسیت، با اینکه تفکیک جنسیت، نقش جنسی و هویت جنسی را تأیید می‌کنند، در زمینه‌ی فشار و آسیب روحی این کار به کودک اختلاف نظر دارند؛ مخالفان بر این باورند، میزان آسیب به حدی است که باید این کار متوقف شود؛ ولی موافقان معتقدند، دیدگاه مخالفان اثبات نشده و بیشتر نظری است و این آسیب و فشار در حدی نیست که ما آزادی افراد را به خاطر آن محدود کنیم (۳۷ و ۳۸).

احتمال خطرناک بودن این روش‌ها

بنا بر نظر مخالفان، تولید مثل، به صورت طبیعی و در داخل خانواده که یکی از ارکان اصلی جوامع بشری است، رخ می‌دهد و در صنعتی کردن این کار باید احتیاط کرد. کاربرد این روش‌های تولید مثل، ممکن است برای کودک مضر باشد؛ اما در مواقع ضروری، مثل ناباروری، محسنات این روش‌ها بر معایب آن‌ها می‌چربد (۲۵). در مقابل، کمیته‌ی اخلاق انجمن تولید مثل آمریکا، اگرچه از تعیین جنسیت حمایت نمی‌کند، اعلام کرده که مشکل بتوان گفت، فرزندان حاصل از این روش‌ها دچار آسیب می‌شوند و بچه اگر جنسیت دلخواه والدین را داشته باشد بیشتر در کانون مهر و توجه قرار می‌گیرد. آنان معتقدند بی‌خطری هیچ‌کدام از

1. Gender Identity
2. Gender Role
3. Wilkinson



روش‌های ART به اثبات نرسیده است (۳۹)؛ لذا زوجین باید با بهره‌گیری از مشاوره‌ی خوب، از احتمالات و خطرهای کاری که می‌کنند خوب آگاه شوند. این دقت، هم باید در انتخاب جنسیت و هم در سایر تکنولوژی‌های تولید مثل صورت گیرد.

اختصاص دادن منابع محدود به کاری غیر ضروری

ناباروری مشکلی بهداشتی‌درمانی است؛ لذا شایسته است منابع مالی و انسانی به آن اختصاص یابد؛ ولی انتخاب جنسیت این چنین نیست و مثل جراحی زیبایی و پلاستیک، باید فکر کرد که آیا مناسب است منابع و تخصص‌های ما در این زمینه مصرف شوند؟ (۴۰). در کشوری که هزینه‌های بهداشت و درمان، رایگان است و از منابع عمومی پرداخت می‌شود، این بحث جدی است و مردم و مالیات‌دهندگان باید نظر دهند که آیا بیمه‌ها حمایت کنند یا منابع مالی از جیب بیمار باشد؛ ولی در کشوری که خود مردم، تمام یا بخشی از هزینه را می‌پردازند، این استدلال کم‌رنگ است و به جامعه لطمه نمی‌زند؛ مثل آزادی بیمار در جراحی‌های زیبایی و درمان‌های مشابه غیر ضروری که وظیفه‌ی ما ارائه‌ی مشاوره‌ی کامل و کافی به بیمار و دادن حق انتخاب به او و احترام به آزادی و انتخاب اوست؛ ولی باید درباره‌ی منابع انسانی فکر شود. سیستم بهداشتی‌درمانی هر کشور، بر اساس ضوابط خود باید برای تمامی مواردی که ضرورت پزشکی ندارد، ولی برای فرد متقاضی ارزش و ضرورت تلقی می‌شود، تصمیم بگیرد.

ضرورت داشتن فرزند دوم

در روش تعادل خانواده، ضرورت داشتن فرزند دوم و جنس او سؤال‌برانگیز است و ممکن است داشتن فرزند دوم ضرورت نباشد. اینکه می‌گویند ضرورت فرزند دوم به اثبات نرسیده است، اگر بدون انتخاب جنسیت باشد چه؟ چرا بدون تعیین جنسیت انجام بشود، ولی با تعیین جنسیت نه؟ در صورتی که تعادل نسبی فرزندان در خانواده، سبب تعادل روانی خانواده می‌شود. نرخ تولید مثل در اکثر کشورهای جهان کاهش یافته است و خانواده‌ها کوچک شده‌اند. چه کسی جز والدین، می‌توانند ضرورت داشتن بچه‌ی دوم را مشخص کنند؟

قرار گرفتن فرد، تحت درمان غیر ضروری داروی بیهوشی

اینکه فرد نباید تحت درمان بیهوده قرار گیرد، شیوه‌ی پدرسالاری پزشکی است و با آزادی بیمار تضاد دارد و اگر فردی با آگاهی کامل از مشکلات و خطرات و میزان موفقیت این کار، آن را انتخاب کند، باید به آزادی انتخاب او احترام گذاشت.



دوراندیشی^۱

بنا بر نظر مخالفان، اگر از همان ابتدا جلوی این کار گرفته نشود، معلوم نیست عاقبت آن چه خواهد شد. امروز جنسیت بچه را طلب می‌کنند و فردا رنگ چشم او را و در نهایت، به بچه‌ی سفارشی^۲ منجر می‌شود؛ از این‌رو، برای جلوگیری از تفکر «اصلاح نژاد»^۳ انسان (که می‌گوید چه کسی شایسته است پدر و مادر شود)، باید تعیین جنسیت را متوقف کرد؛ اما موافقان معتقدند معلوم نیست تعیین جنسیت تا چه اندازه مربوط به تفکر اصلاح نژاد باشد؛ پس، به دلیل ترس از رشد این تفکر نمی‌شود جلوی آزادی افراد را گرفت.

امکان شکست درمان و نتیجه‌ندادن آن

اگر انتخاب جنسیت انجام شود، ولی درست از آب درنیاید، کودک غیرجنس مطلوب از نظر روحی آسیب می‌بیند؛ زیرا که مطابق خواست والدین نیست؛ البته، استدلال عکس آن هم صحیح است؛ یعنی اگر مادر به‌طور طبیعی حامله شود و فرزند، جنسیت مطلوب والدین نباشد یا او را سقط می‌کند یا مجدداً حامله می‌شود؛ در نتیجه، به این بچه رسیدگی کافی نخواهد کرد؛ پس بهتر است جنس بچه، موافق دلخواه خانواده باشد تا هم بچه و هم خانواده آسیب نبینند.

تعیین جنسیت از منظر ادیان ابراهیمی

یهودیت و تولید مثل

در فقه و مذهب یهودیت اصل بر این است که اگر پیروان از امری نهی شده باشند، آن کار ممنوع است؛ در غیر این صورت مجاز تلقی می‌شود. مسائل جدید را علمای این دین بررسی و پس از مطابقت‌دادن با دستورالعمل‌های مذهبی، حرام یا حلال بودن آن‌ها را اعلام می‌کنند. خداوند در آیه‌ای از تورات به حضرت آدم دستور می‌دهد که تولید مثل کنید و تکثیر شوید؛ در تلمود نیز آمده است، کسی که بچه ندارد، در واقع زنده نیست. اگرچه در بین علمای یهود بر سر تعداد بچه بحث و اختلاف‌نظر وجود دارد، برای حفظ نژاد توصیه می‌کنند، هر خانواده‌ی یهودی هم دختر و هم پسر داشته باشد؛ همان‌گونه که بشریت از آدم و حوا به وجود آمده‌اند؛ بر همین اساس، عزب‌بودن و مجرد در میان یهودیان تقبیح شده است. یهودیت دو شاخه‌ی اصلی دارد و هر دو شاخه متفق‌القول هستند که داشتن حداقل یک پسر برای هر زوج یهودی الزامی است.

دیدگاه یهودیت درباره‌ی روش‌های نوین درمان ناباروری به قرار زیر است:

- تزریق اسپرم مرد به داخل رحم همسرش بلامانع است؛ منتها دو شرط برای آن قائل شده‌اند.



1. Slippery Sloper
2. Designed Baby
3. Eugenic

- ناباروری زوجین طی پنج تا ده سال از زندگی مشترکشان اثبات شده باشد و متخصصان پزشکی بر این روش تأکید داشته باشند.

مرد حتی‌الامکان از استمناء خوداری کند. استفاده از روش‌های تعیین جنسیت جنین، قبل از لقاح هم منعی ندارد. لقاح خارج از رحم^۱ به شرطی که از اسپرم و تخمک زن و شوهر باشد، بلامانع است. دورریختن اضافی اسپرم‌ها، مشمول دستورالعمل نهی و ممنوعیت از هدر دادن نطفه نمی‌شود.

اگر بعد از لقاح خارج از رحم، تعیین جنسیت جنین انجام شود، تکلیف جنین‌های اضافه و دورریختن جنین‌های با جنسیت غیردلخواه چه می‌شود؟ بر اساس نظر علمای یهود، نطفه‌ی منعقدشده تا چهل‌روزگی فقط مایعی است که هنوز جنین نشده است و بعد از چهل‌روزگی حکم جنین انسانی را دارد؛ ولی جنین تا قبل از تولد، انسان محسوب نمی‌شود. در یهودیت، سقط جنین جز در مواقع خاص، جایز نیست؛ ولی چون جنین انسان محسوب نمی‌شود، دورریختن جنین در آزمایشگاه نیز منعی ندارد و تعیین جنسیت جنین برای موارد پزشکی پذیرفته‌شده است؛ علاوه‌براین، چون هر مرد یهودی باید حداقل یک پسر و یک دختر داشته باشد، تحت شرایطی خاص، اجازه‌ی تعیین جنسیت به دلیل غیرپزشکی در قوانین اسرائیل آمده است. از سال ۲۰۰۵، وزارت بهداشت اسرائیل دستورالعمل‌هایی برای تعیین جنسیت جنین تدوین کرده که بیشتر بر اساس دین یهود است و با قوانین کشورهای غربی تفاوت دارد. در این دستورالعمل، قاعده را بر ممنوعیت تعیین جنسیت جنین برای موارد غیرپزشکی قرار داده‌اند؛ مگر در موارد خاص و با گرفتن مجوز کتبی از کمیته‌ای هفت‌نفره که بدین‌منظور تشکیل شده است. زن و شوهر شرعی یا قانونی، زن و مردی که ازدواج سفید کرده‌اند یا زنان مجرد می‌توانند درخواست خود را برای تصمیم‌گیری به کمیته تسلیم کنند و اگر پنج شرط مدنظر کمیته را داشته باشند، با آن‌ها موافقت می‌شود؛ در صورت مخالفت کمیته، آنان می‌توانند به تصمیم کمیته اعتراض کنند (۴۱).

کلیسای کاتولیک و تولید مثل

از دیدگاه کاتولیک‌ها، مسائل اخلاقی مربوط به روابط زناشویی و تولید مثل، در دو اصل حرمت و کرامت انسانی و قوانین طبیعی ریشه دارد. مراد از قوانین طبیعی، رابطه‌ی ذات انسان با طبیعت و ماوراءالطبیعه است؛ اینکه خداوند از خلقت انسان و تکامل او چه مقصودی دارد. نکته‌ی مهم دیگر در بررسی‌های نظریه‌های اخلاقی کاتولیک‌ها، توجه به این امر است که رابطه‌ی جنسی فقط مابین یک زن و مرد ازدواج‌کرده، پذیرفته است؛ همچنین از نگاه کاتولیک‌ها، جنین از همان روز انعقاد نطفه، انسان تلقی می‌شود.

در شصت سال گذشته، کلیسا مداخلات پزشکی در روابط زناشویی را با آموزه‌های کلیسا هماهنگ

1. IVF



ندانسته است؛ مثلاً موضع کلیسا در قبال روش‌های پیشگیری، کاملاً واضح است و هرگونه تلاش یا روشی را که به‌عمد، منجر به توقف تولید مثل در یک رابطه‌ی زناشویی شود، رد می‌کند. حیطه‌ی دیگر، روش‌های کمک‌باروری برای زوجین نابارور است؛ در بررسی مربوط به این درمان‌ها، حفظ رابطه‌ی زناشویی، وابستگی و دلبستگی زوجین، نظام تولید مثل و حفظ کرامت و حقوق بچه‌ی حاصله و ملاحظات اخلاقی نکاتی بسیار مهم هستند. اگرچه کلیسا درباره‌ی تزریق اسپرم مرد به داخل رحم همسرش، رسماً موضع‌گیری نکرده، مقامات بلندپایه و مسئول در این باره اظهار داشته‌اند که اهدا ممنوع است و تکنیک‌های کمک‌باروری اگر بخواهند جایگزین رابطه‌ی زناشویی شوند، مقبول نیستند؛ ولی درمان‌های طبی و جراحی‌هایی که به مجامعت و باروری کمک می‌کنند، مجاز هستند. گروهی نیز این‌گونه کارها را دخالت در خلقت و خواست خداوند تلقی کرده و آن را روشی غیرطبیعی دانسته و از این منظر با آن مخالف هستند.

از دیدگاه کلیسای کاتولیک، تولید مثل صرفاً از طریق رابطه‌ی زناشویی بین زن و شوهر شرعی، پذیرفته‌شده است و هرگونه مداخله در این حیطه، به هر دلیل و شکلی پذیرفتنی نیست. لقاح خارج از رحم نیز، به دلیل دور ریخته‌شدن جنین‌های اضافی در آن، روش مجاز تلقی نمی‌شود (۵۴۲و۵).

دیدگاه اسلام درباره‌ی روش‌های کمک‌باروری و تعیین جنسیت

به گواه برخی آیات و روایات، اسلام ازدواج و تشکیل خانواده را مقدس دانسته و بارها بر آن تأکید کرده است. حدیث معروف «النکاحُ سنتی فمن رغب عن سنتی فلیس منی» از پیامبر اکرم (ص) نشانگر این اهمیت است؛ علاوه‌براین، مسلمانان به تکثیر نسل و ازدیاد جمعیت نیز تشویق شده‌اند. نظریه‌های علما و فقهای امامیه درباره‌ی ناباروری و درمان‌های مربوط به آن، گاهی با نظریه‌های علما و فقهای اهل سنت یکسان و گاهی متفاوت است که به بخشی از آن در ادامه اشاره می‌شود.

نکته‌ی مهم و مؤکد همه‌ی فقهای اسلامی در تمام فرایند درمان و روش‌های گوناگون آن که باید مدنظر باشد، پوشش اندام تناسلی «عورت» حتی بر همجنسان «مماثل» است. نظر به اندام تناسلی نامحرم و لمس آن حرام است؛ مگر در چند مورد استثنایی مانند مواقع ضرورت، اضطرار و...؛ البته با رعایت مراتب، نظیر اینکه در درمان زن تا پزشک زن است، نوبت به مرد نمی‌رسد یا هنگامی که امکان مشاهده در آینه هست مشاهده چشمی ممنوع است.

با عنایت به مطالب فشرده‌ی پیش‌گفته، ناباروری چه بیماری تلقی شود، چه نشود (اینکه ناباروری بیماری است یا نه، بین پزشکان نیز بحث است؛ ولی اخیراً سازمان بهداشت جهانی آن را بیماری قلمداد کرده است)، اگر موجب عسر و حرج یا تضعیف بنیاد خانواده و ایجاد مشکلات روحی و روانی زوجین گردد، از نظر بسیاری از فقهای شیعه «ضرورت یا اضطرار» به حساب می‌آید و درمان آن مجاز می‌شود. علمای اهل سنت، از حدود



۱۹۸۰ میلادی، بر حلال بودن برخی روش‌های گوناگون کمک‌باروری در قالب ازدواج فتوی داده‌اند. امروزه این روش‌ها در کشورهای اسلامی به کار می‌رود. از نظر علمای اهل سنت، انواع اهدا از قبیل اهداء اسپرم، تخمک یا جنین و حتی رحم اجاره‌ای بین غیرزوجین پذیرفتنی نیست. مجمع فقه اسلامی در مکه، در سال ۱۹۸۴، در مواقعی که مردی دو همسر دارد، انتقال جنین حاصله از اسپرم و تخمک زن و شوهر شرعی و انتقال آن را به رحم همسر دیگر آن مرد، مجاز اعلام کردند؛ ولی سال بعد آن را لغو نمودند؛ بنابراین، در بسیاری از کشورهای عربی یا کشورهایی که اغلب مردم آن، اهل سنت هستند، اهداء اسپرم، تخمک، جنین و همچنین رحم جایگزین ممنوع است.

از نظر برخی علمای اهل سنت، تعیین جنسیت جنین برای جلوگیری از بیماری مجاز، ولی به علت غیرپزشکی مسکوت یا غیرمجاز است (۴۳ و ۴۴). نظر اکثریت فقهای شیعه، درباره‌ی درمان ناباروری، در مواردی با علمای اهل سنت متفاوت است. آنچه در شرع از آن نهی شده، زنا، استمناء، کشف عورت و... است. تزریق اسپرم به درون تخمک، آن هم در بیرون رحم، از نظر اغلب فقها به شرط آنکه بین صاحبان اسپرم و تخمک و رحم بیگانگی نباشد، زنا و حرام تلقی نمی‌شود؛ این موضوع، درباره‌ی انتقال جنین به داخل رحم نیز صدق می‌کند؛ بنابراین، تزریق اسپرم مرد به درون رحم همسرش مجاز است.

قریب به اتفاق علمای شیعه، تزریق اسپرم مرد غریبه به داخل رحم زن اجنبی را مجاز نمی‌دانند. تزریق اسپرم مرد به داخل تخمک همسرش و تشکیل جنین از اسپرم مرد و تخمک همسرش در محیط آزمایشگاه و انتقال آن به رحم همسرش را بسیاری مجاز می‌دانند. تعدادی از فقهای شیعه، اهداء تخمک از زن بیگانه و ترکیب آن با اسپرم مرد غریبه در محیط آزمایشگاه و انتقال جنین حاصله را به رحم همسر صاحب اسپرم، مجاز می‌دانند. بحث اینکه مادر کیست و نحوه‌ی ارث بردن و حریمیت چگونه است، از مسائل اختلاف‌برانگیز است. از نظر اکثر فقها، تزریق اسپرم مرد غریبه به داخل تخمک زن غریبه در محیط آزمایشگاه به منظور تولید مثل، با انتقال جنین حاصله به داخل رحم زن صاحب تخمک یا رحم جایگزین، ممنوع است و فقط اندکی از فقیهان، آن را مجاز می‌دانند. در مواردی که بین صاحب اسپرم و صاحب تخمک، حریمیت نسبی باشد، مثل برادر و خواهر، مسأله در بین فقهای شیعه اختلاف‌برانگیز است. از نظر بعضی فقها، چون بچه‌دار شدن سبب عسر و حرج نمی‌شود و مقدمات این روش‌ها متضمن امور حرام است، پس این روش‌ها نیز جایز نیستند؛ اما دسته‌ای از مراجع معتقدند اگر نداشتن فرزند، زوجین را از نظر روحی و روانی تحت فشار قرار دهد یا منجر به جدایی آن‌ها از یکدیگر شود، عسر و حرج محسوب می‌شود و درمان جایز است؛ البته همه‌ی روش‌ها، منوط به مترتب‌نشدن حرامی دیگر در فرایند درمان است؛ بنابراین، مراکز درمانی باید امکاناتی را فراهم کنند تا زوجین و کادر درمانی ضوابط شرعی را رعایت نموده و به کار حرام مبادرت نورزند.



تعیین جنسیت به علت پزشکی یا غیرپزشکی نیز، با رعایت شرایط پیش گفته از نظر بسیاری از فقها اشکالی ندارد؛ آن دسته از علما که ناباروری را سبب عسر و حرج ندانسته و روش‌های درمانی را چون متضمن مقدمات حرام است، جایز نمی‌دانند، با تعیین جنسیت در آزمایشگاه مخالف نیستند. دورریختن جنین‌های اضافی شکل گرفته در محیط آزمایشگاه، محل ایراد فقهی قرار نگرفته است. اینکه جنین از چه زمانی به‌عنوان انسان تلقی می‌شود نیز، محل بحث و اختلاف است. اسلام به انسان و حفظ کرامت و حرمت او نگاهی ویژه دارد و از همان ابتدا نیز برای جنین حرمت قائل است؛ ولی ولوج روح را ملاک انسان به‌حساب آمدن اعلام کرده است. اغلب فقها، چهارماهگی را زمان ولوج روح دانسته‌اند؛ لذا اگر میزان دیه در سقط جنین را ملاک قرار دهیم، میزان دیه را قبل از چهار ماه، بسته به سن جنین متفاوت دانسته و آن را به شش مرحله تقسیم کرده‌اند که مرحله‌ی ششم بعد از چهارماهگی و معادل یک فرد بالغ است؛ اما برخی از علمای اهل سنت، این دوره را به سه مرحله‌ی چهل‌روزه تقسیم کرده‌اند.

بحث ملاحظات شرعی، از نکات مهم در جوامع اسلامی است. حفظ خانواده و تولید مثل در اسلام، بسیار اهمیت دارد. ناباروری از دیدگاه گروهی از علما، به‌عنوان یکی از مصادیق عسر و حرج شناخته شده و از این منظر، اقدام به درمان آن، مُجاز تلقی می‌شود؛ اما ضرورت بچه‌ی دوم و تعیین جنسیت او محل بحث است. اگر این نیاز در حدی باشد که برآورده‌نشدن آن، به ارکان خانواده لطمه بزند، انجام آن بلامانع است؛ در غیر این صورت، با توجه به مقدمات آن (لمس و نظر به عورت)، انجام آن محل بحث است (۴۵).

تعیین جنسیت در نظام حقوقی کشورها

سازمان بهداشت جهانی با تعیین جنسیت مخالف است و اعتقاد دارد این کار ملاحظات جدی اخلاقی و حقوقی و اجتماعی دارد و سبب تشدید تبعیض جنسیتی خواهد شد. استرالیا در سال ۲۰۰۴، این کار را ممنوع اعلام کرد؛ ولی در مقدمه‌ی اعلامیه‌ی خود اذعان کرده که این کار از نظر اخلاقی بحث‌برانگیز است. پنج کشور اتریش، نیوزلند، کره‌ی جنوبی، سوئیس و ویتنام تعیین جنسیت را چه برای کارهای پزشکی و چه برای کارهای غیرپزشکی ممنوع اعلام کرده‌اند. جالب است که دو کشور کره‌ی جنوبی و ویتنام از کشورهایی هستند که تمایل به داشتن پسر در آن‌ها زیاد بوده است. سی کشور زیر، انجام‌دادن این کار را به دلیل پزشکی مجاز، ولی به دلیل غیرپزشکی ممنوع اعلام کرده‌اند: اسپانیا، استرالیا، استونی، آلمان، انگلیس، ایتالیا، ایسلند، بلژیک، بلغارستان، بوسنی و هرزگوین، پرتغال، ترکیه، چک، چین، دانمارک، روسیه، سنت‌مارینو، سنگاپور، فرانسه، فنلاند، قبرس، کانادا، کرواسی، لاتویا، لیتوانی، مجارستان، نروژ، هلند، هند و یونان (۴۶).

در ایران نرخ تولید مثل کاهش یافته است و تعدادی از خانواده‌ها متقاضی تعیین جنسیت برای تعادل فرزندان هستند. قانونی برای تعیین جنسیت جنین وجود ندارد و قانون در این زمینه ساکت است؛ بنابراین،



تدوین قانون در این باره ضرورت دارد. مراکز ناباروری این سکوت را به منزله‌ی تأیید می‌گیرند و تعیین جنسیت به دلیل غیرپزشکی را مجاز تلقی می‌کنند. مراکز بسته به نگاه و امکانات خود ممکن است تعیین جنسیت انجام ندهند یا تحت شرایطی خاص یا بدون قید و شرط، برای هر زوج متقاضی این کار را انجام دهند. ضابطه‌ی برخی مراکز نیز چنین است که برای زوجین نابارور که تحت درمان لقاح خارج از رحم قرار می‌گیرند، برای بچه‌ی دوم و برای زوج‌های بارور اگر دو بچه از یک جنس داشته باشند و بچه‌ی سوم بخواهند، تعیین جنسیت می‌کنند. نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان داده که اگرچه تمایل به داشتن پسر بیشتر است، این تمایل خیلی شدید نیست و خانواده‌ها بیشتر به دنبال تعادل در خانواده هستند (۴۷). ریشه‌ی این طرز فکر، شاید در آموزه‌های دینی باشد که پسر را نعمت و دختر را رحمت می‌داند.

در مجموع، محققان بر اساس باورهای خود درباره‌ی تعیین جنسیت، نظراتی متفاوت دارند و کشورها بر طبق شرایط حقوقی، اجتماعی، اقتصادی، باورها و اعتقادات مذهبی و افکار عمومی مردم خود قوانینی در این زمینه تدوین کرده‌اند که گاه یکسان و در مواردی متفاوت است؛ گاهی نیز مردم این قوانین را رعایت نمی‌کنند.

تشکر و قدردانی

با تشکر از راهنمایی‌های ارزنده‌ی حجج الاسلام سیدعلی موسوی کریمی، دکتر محمد رضا رضایا معلم و دفاتر مراجع تقلید حضرت آیت‌الله العظمی وحید خراسانی و حضرت آیت‌الله العظمی سیستانی.



منابع

1. Owen DJ. Sex Selection: Regulating Technology Enabling the Predetermination of a Child's Gender. *Harvard Journal of Law & Technology*. 1992; 6(1): 1-62.
2. Iva Rinc'i c, Muzur A, Sodeke S O. Sex Selection, Gender Selection, and Sexism. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813764-2.00006-4> (accessed on: 2022)
3. Lopez-Claros A , Nakhjavani B. EQUALITY FOR WOMEN = PROSPERITY FOR ALL The Disastrous Global Crisis of Gender Inequality. New York: St. Martin's Press; 2018.
4. Ebenstein AY. Fertility Choices and Sex Selection in Asia: Analysis and Policy (February 2007). <https://ssrn.com/abstract=965551> (accessed on: 2022).
5. Schenker J G. Gender Selection: Cultural and Religious Perspectives. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* September. 2002; 19(9): 400-10
6. Zarutskie PW, Muller CH, Magone M, Soules MR. The clinical relevance of sex selection techniques. *Fertility and Sterility*. 1989; 52(6).
Remaley R E, "The Original Sexist Sin": Regulating Preconception Sex Selection Technology, 10 *Health Matrix* 249 (2000) Available at :<https://scholarly commons. law.case. edu/health matrix/ vol 10/iss 2/7>
7. Shettles L B. David M R. How to Choose the Sex of Your Baby: Fully revised and updated (Rev Upd ed.). New York: Broadway; 2006.
8. Wilcox A J, Clarice RW, Donna D. Baird, Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation: Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby. *N Engl J Med*. 1995; 333:1517-21
9. Kermani MP, Nematy M. Maternal Nutrition and the Child's Sex: A Review. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2018, 6(4): 394-9
10. Dondorp W, De Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, et al. ESHRE Task Force on ethics and Law 20: sex selection for non-medical reasons. *Hum Reprod*. 2013; 28: 1448-54.
11. Johnson LA, Welch GR, Keyvanfar K, Dorfmann A, Fugger EF, Schulman JD. Gender preselection in humans? Flow cytometric separation of X and Y spermatozoa for the prevention of X linked diseases. *Hum Reprod*. 1993; 8: 1733-9.
12. Fugger EF, Black SH, Keyvanfar K, Schulman JD. Births of normal daughters after MicroSort sperm separation and intrauterine insemination, in-vitro fertilization, or intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod*. 1998; 30: 2367-70.
13. Levinson G, Keyvanfar K, Wu JC, Fugger EF, Fields RA, Harton GL, et al. DNA based X-enriched sperm separation as an adjunct to preimplantation genetic testing for the prevention of X-linked disease. *Hum Reprod*. 1995; 10: 979-82.
14. Karabinus DS. Flow cytometric sorting of human sperm: MicroSort clinical trial update, *Theriogenology*. 2009; 71: 74-9. <https://doi.org/10.1016/j.theriogenology.2008.09.013> (accessed on: 2022).
15. Steinbock B. Preimplantation genetic diagnosis and embryo selection. In Burley J and Harris J (eds): *A Companion to Genethics*. Oxford: Blackwell, Malden. pp 147-57.
16. Handyside AH, Kontogianni EH, Hardy K, Winston RML. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification. *Nature*. 1990; 344: 768-70.



17. Swanson A, Sehnert A J, Bhatt S. Non-invasive Prenatal Testing: Technologies, Clinical Assays and Implementation Strategies for Women's Healthcare Practitioners. *Curr Genet Med Rep.* 2013; 1:113–21
18. Wilhelm M, Dahl E, Alexander H, Brähler E, Stöbel-Richter Y. Ethical attitudes of German specialists in reproductive medicine and legal regulation of preimplantation sex selection in Germany. *PLoS One.* 2013; 8(2): e56390.
19. Robertson J. Preconception Gender Selection. *Am J Bioethics.* 2001; 1: 1-9.
20. Hank K, Kohler H P. Gender Preferences for Children Revisited: New Evidence from Germany. 2002.
https://www.demogr.mpg.de/en/publications_databases_6118/publications_1904/mpidr_working_papers/gender_preferences_for_children_revisited_new_evidence_from_germany_1208/ (accessed on: 2022)
21. Berkowitz JM, Snyder J . Racism and sexism in medically assisted conception. *Bioethics.* 1998; 12: 25–44
22. Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Sex selection and preimplantation genetic diagnosis. *Fertil. Steril.* 1999; 72(4):595–598.
23. Wilkinson S. Sexism, Sex Selection and Family Balancing. *Medical Law Review.* 2008; 16(3): 369–89.
24. Mcmillan J. Encyclopedia of Bioethics 2004 The Gale Group Inc. SEX SELECTION. <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202814002.pdf> (accessed on: 2022)
25. Rai P, Paudel IS. Effect of gender preference on fertility: cross-sectional study among women of Tharu community from rural area of eastern region of Nepal. *Reproductive Health.* 2014, 11:15.
26. Liu P, Rose A. Social aspects of 800 couples coming forward for gender selection of their children. *Hum Reprod.* 1995; 10: 968–71.
27. Liu P, Rose G.A. Ethics of sex selection for family balancing: Sex selection: the right way forward. *Hum Reprod.* 1996; 11: 2343–6.
28. Dadwani RS, Koringa H T, Kartha G P. Gender preference and its impact on families: a cross sectional study. *Int J Community Med Public Health.* 2019; 6(6): 2538-43
29. Palloni G. Childhood health and the wantedness of male and female children. *Journal of Development Economics.* 2017; 126(C): 19-32.
30. Sen G. Gender biased sex selection: Key issues for action. Briefing paper for WHO; 2009.
31. Myers C. Sex Selective Abortion in India. *Global Tides.* 2012; 3: Article 3.
32. Sudbeck K. The Effects of China's One-Child Policy: The Significance for Chinese Women. *Nebraska Anthropologist;* 2012; 179: 1-19.
33. Nie JB. Non-medical sex-selective abortion in China: ethical and public policy issues in the context of 40 million missing females. *British Medical Bulletin.* 2011; 98(1): 7–20,
34. Sureau, G. Gender selection: a crime against humanity or the exercise of a fundamental right?. *Hum Reprod.* 1999; 14, 867–8.
35. Simpson JL, Carson SA. The reproductive option of sex selection. *Hum Reprod.* 1999; 14: 870–2.
36. Savulescu J. Sex selection: the case for. *Med J Aust.* 1999; 171: 373-5.
37. Harris J. Sex selection and regulated hatred. *J Med Ethics.* 2005; 31:291–4



38. Benagiano G, Bianchi P. Sex preselection: an aid to couples or What ethical problems does it present?. Hum Reprod. 1999; 14: 868–70.
39. Dresser R. Cosmetic Reproductive Services and Professional Integrity. American Journal of Bioethics. 2001, 1(1): 11–2.
40. Leiter G. What Israeli policy can teach us about elective sex selection. Isr J Health Policy Res. 2014; 3: 42.
41. Rivet EL. Catholic Moral Teaching and the Conceive Conception Kit Infertility Treatment Method. The Linacre Quarterly. 2010; 77(1): .
42. Serour GI. Islamic perspectives in human reproduction. Reprod Biomed Online. 2008; 17 (Suppl.): 34–8.
43. Kooli C. Review of assisted reproduction techniques, laws, and regulations in Muslim countries. Middle East Fertility Society Journal . 2020; 24: Article 8 .
44. Dezhkam L, Dezhkam H, Dezhkam I. Sex selection from Islamic point of view. Iranian Journal of Reproductive Medicine. 2014; 12(4): 289–90.
45. Darnovsky M. Countries with laws or policies on sex selection; 2009. http://geneticsandsociety.org/downloads/200904_sex_selection_memo.pdf (accessed on: 2022)
46. Ahmadi SF, Shirzad M , Kamali K , Ranjbar F, Behjati-Ardakani Z, Akhondi MM. Attitudes about Sex Selection and Sex Preference in Iranian Couples Referred for Sex Selection Technology. Reprod Infertil. 2015; 16(1): 36–42.
47. <https://www.un.org/Department> of Economic and Social Affairs, World Population Prospects 2019 (accessed on: 2022)

