



بررسی مسئولیت مدنی پزشک در تشخیص «حرج» در سقط درمانی

مرتضی طبیبی جبلی^۱

عباس نیازی^۲

نیکتا نیازی^۳

نیلوفر نظری^۴

۱- استادیار گروه حقوق دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول) Tabibi890@gmail.com

۲- قاضی دادگستری، دانشجوی دکترای حقوق خصوصی دانشگاه اصفهان abasniazi@ut.ac.ir

۳- دانشجوی پزشکی عمومی دکترای حرفه ای، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد.

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

چکیده

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

روش بررسی: در این مقاله با تکیه بر روش توصیفی-تحلیلی، به روش اسنادی و کتابخانه‌ای است. و در روند این مقاله سعی شده از نمونه های علمی گزارش شده معتبر و متن قانون و کتب و مقالات مختلف فقهی و حقوقی و پزشکی بهره بجوییم.

یافته‌ها: با مطالعاتی که صورت پذیرفت این نتیجه حاصل شد که تعهد پزشک اصولاً تعهد به‌وسیله است و ضامن وصول به نتیجه نیست و با توجه به پیشرفت دانش پزشکی و امکاناتی که این علم برای پزشک مهیا ساخته تعهد او سنجیده می‌شود و نمی‌توان حکم کلی تعهد به‌وسیله یا تعهد به نتیجه را در این مورد بیان نمود. و عدم حصول نتیجه، اماره تقصیر وی نیست بلکه برای مسئول دانستن پزشک باید تقصیر وی اثبات شود.

نتیجه گیری: منظور از حرج مادر حرجی است که پس از زایمان و در جهت نگهداری طفل عقب افتاده یا معلول برای مادر تحمیل می‌گردد، به نحوی که عرفاً تحمل آن وضعیت موجب مشقت برای وی شود. و تشخیص حرج مادر با شرایط خاص آن بر پایه عرف پزشکی است. بنابراین به بهانه فقر اقتصادی و یا ایجاد جنین به دلیل زنا و حتی تجاوز به عنف نمی‌توان مانع ادامه حیات جنین شد.

کلید واژگان: سقط درمانی، تشخیص پزشک، حرج، تقصیر، تعهد به‌وسیله.

مقدمه

در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط‌جنین، آیین‌نامه‌ای با ۵۱ مورد اندیکاسیون قطعی مادری و جنینی برای سقط‌جنین درمانی پیشنهاد کرد (۱) و در ۲۲/۰۷/۱۳۸۲ بخشنامه قضایی از سوی رئیس قوه قضائیه به تصویب رسید^{۱۳۴} و از سوی پزشکی قانونی برای پذیرش درخواست^{۱۳۵} و صدور مجوز سقط‌جنین اعلام شد.^{۱۳۶} که در این

^{۱۳۴} به پیوست نگاه کنید.

^{۱۳۵} بخشنامه شماره ۱/۴۱۷۶ مورخ ۸۲/۹/۱۱ سازمان پزشکی قانونی کشور. (تارگه وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی



بخشنامه اجازه والدین برای سقط مورد نیاز بود. پیش از آن نیز با توجه به آیین‌نامه انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸/۳/۳ کمیسیون‌های مشترک دادگستری و بهداری مجلسین اگر پزشک تشخیص می‌داد سقط‌جنین برای سلامت جان مادر لازم است پس از مشاوره و تصویب دو نفر پزشک دیگر، اقدام به سقط می‌نمود (ماده ۱۷) که این امر از نظر شورای نگهبان با توجه به استفساریه ای (۲) از حضرت امام خمینی (ره)، قبل از ولوج روح، پذیرفته شده بود.^{۱۳۷} (نظریه شورای نگهبان، ۶۳/۸/۸، روزنامه رسمی شماره ۹۱۱۵۵۷) و در سال ۱۳۸۴ قانون سقط درمانی^{۱۳۸} از مجلس گذشت که هراس مسئولیت ناشی از سقط‌جنین^{۱۳۹} را در صورت وجود شرایط مقرر و اجرای تشریفات آن از مادر و پزشکان کاست. این ماده واحده اشعار می‌دارد: «سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.»^{۱۴۰} واضح است که قانون‌گذار در ضمن ایجاد حقی به نفع والدین، مانند سایر حقوق، ضمانت اجرایی برای کادر درمان در نظر دارد و مادر و یا پدر و یا دادستان خواهند توانست پزشکی که مرتکب تقصیر منجر به خسارت، را تحت تعقیب قرار داده، و از وی مطالبه خسارت کنند. در واقع ماده واحده^{۱۴۱} سال ۱۳۸۴ - اگر نگوئیم تحصیل حاصل بود- عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن جنین را به مجوز قبلی افزود و تنها رضایت مادر، به جای والدین را نیاز این عمل دانست. (برخی به تفاوت اخیر توجه نکرده‌اند. نگاه کنید به: ۱۰ و ۱۱).

حرج عبارت است از کلفت و مشقت مادر، به نحوی که تحمل رنج ناشی از عقب‌ماندگی یا ناقص‌الخلقه بودن جنین، برای او عادتاً قابل تحمل نباشد؛ اینجاست که به استناد قاعده «لا حرج» حکم اولیه حرمت سقط جنین برداشته می‌شود. (۱) و چنانچه بقای جنین، مستلزم نقص عضو یا بیماری تحمل‌ناپذیر برای مادر باشد و زنده نگه‌داشتن جنین خارج از رحم میسر نباشد، با استناد به اینکه عسر و حرج شدید برای مادر به وجود آمده، جنین را قبل از حلول روح می‌توان سقط کرد. (۱) مطابق قانون، سقط جنین «سالم» بدون بیماری مادر مجاز نیست، حتی اگر حاملگی و تولد موجب عسر و حرج مادر شود. بنابراین به بهانه فقر اقتصادی و یا ایجاد جنین به دلیل زنا و حتی تجاوز به عنف نمی‌توان مانع ادامه حیات جنین شد؛ اگرچه که در آن روح دمیده نشده باشد و مادر از تولد آن در عسر و حرج شدید قرار گیرد. (۲۲)

سقط جنین در موردی که نجات جان مادر ضرورت دارد یا معلولیتی در جنین وجود دارد، با تفاوت در دامنه‌ی آن، مورد اتفاق کشورهای مسلمان است (۱۲). بنابراین قانون‌گذار با تصویب قانون سقط درمانی تصمیم به ایجاد حقی برای

<http://www.behdasht.gov.ir/?siteid=1&pageid=3176>

^{۱۳۶} البته در سال ۱۳۷۶ با فتوای مقام معظم رهبری جهت تالاسمی ماژور اجازه سقط جنین صادر شد. (۳) تا پیش از این بین فقهای شیعه در مورد جنین معلول قبل از چهار ماهگی کسی جواز سقط نداده بود. (۴؛ ۵) و این جواز را از باب اضطرار (۶) یا عسر و حرج (۷) یا تراحم می‌دانند. (۸)

^{۱۳۷} «در موردی که به تشخیص دکتر حمل برای مادر ضرر دارد و ادامه حمل ممکن است منجر به مرگ مادر شود، چنانچه اشکالی در تشخیص دکتر نباشد و تحقیق کامل هم در این جهت شده باشد، سقط جنین قبل از دمیده شدن روح مانعی ندارد.»

^{۱۳۸} منظور از اصطلاح «سقط درمانی» در قانون و در پزشکی شیوه‌ای از درمان نیست. در واقع سقط، کسی را درمان نمی‌کند و اگر جنین عقب‌افتاده یا ناقص‌الخلقه باشد از تولدش جلوگیری می‌کند و یا از خطر جانی که برای مادر وجود دارد پیشگیری می‌کند. بنابراین بهتر است به جای اصطلاح «سقط درمانی» از عبارت «سقط پزشکی» استفاده شود. (۴۰ و ۴۲)

^{۱۳۹} «جنین افکندن» در لغت نامه دهخدا ذیل واژه جنین آمده است. در عربی سقط حمل «اجهاض» و «املاص» و «اسلاب» گفته می‌شود. (۱۴)

^{۱۴۰} به مواد ۶۲۲ الی ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی مراجعه شود.

^{۱۴۱} برگزاری سمینار «بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران» در هفتم و هشتم اسفند ماه سال ۱۳۸۱، در کرمانشاه زمینه تصویب قانون اخیر را فراهم آورد (۱۵).



مادر جنین معلول داشته است تا وی با وجود شرایط قانونی بتواند بدان دست یابد و نباید این قانون دستاویزی برای سوء استفاده برخی از پزشکان و عدم توجه قضات به این پرونده‌ها گردد (۲۲). طبق ذیل همین ماده واحد متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد. زیرا مطابق مشهور در فقه شیعه پزشک مسئول زیان وارده بر بیمار است هر چند تقصیر نکرده باشد مگر اینکه قبل از معالجه اخذ برائت کرده باشد.^{۱۴۲} (۱۷؛۱۶). البته در صورت اثبات تقصیر، شرط برائت از ضمان، پزشک را از مسئولیت معاف نمی‌کند و فقط بار اثبات را جا به جا می‌نماید، بدین معنی که اگر برائت از ضمان اخذ نشده باشد، بار اثبات عدم تقصیر بر دوش پزشک و در صورت اخذ برائت بار اثبات تقصیر بر عهده زیان‌دیده است و در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ مسئولیت پزشک مبتنی بر تقصیر است؛ ولی نه تقصیر اثبات‌شده، بلکه تقصیر مفروض که خلاف آن قابل اثبات است (۱۸). با اذن قانون‌گذار و تخصیص مقررات عام، ماده واحد جایگزین اذن پدر و برائت نامه شده است (۱۹) و همان‌گونه که گفته شد اثر این برائت قانونی در اضرار عمدی یا ارتکاب هرگونه تقصیر و بی‌مبالاتی از بین می‌رود و اخلاق چنین رفتاری را تحمل نمی‌کند (۲۱؛۲۰). در ادامه مواردی که ممکن است باعث مسئولیت مدنی پزشک در تشخیص حرج شود، بررسی می‌گردد.

۱- خطا در تعیین مصداق‌های قانونی مجاز سقط جنین

مراد از عسر و حرج مادر به‌واقع مبهم است، لذا استفاده از عبارت عسر و حرج دست پزشکان و قضات را در اعمال سلیقه‌های شخصی باز خواهد گذاشت (۲۲) در نظریه اداره کل حقوقی قوه قضاییه آمده منظور از حرج مادر حرجی است که پس از زایمان و در جهت نگهداری طفل عقب افتاده یا معلول برای مادر تحمیل می‌گردد، به نحوی که متعارفاً تحمل آن وضعیت موجب مشقت برای وی شود. و تشخیص حرج مادر با شرایط خاص آن بر پایه عرف پزشکی است، صورت می‌گیرد و باید شرایط جنین و شرایط اجتماعی و... را برای تشخیص حرج مادر در نظر بگیرد. (نظریه شماره ۴۴۷۷/۷ مورخه ۱۳۸۷/۷/۲۱)

سعی و کوشش پزشک برای معالجه‌ی بیمار با تشخیص شروع می‌شود. وفق ماده واحد مذکور، سقط جنین بنا به دلیل عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن جنین یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد ممکن است، آن‌هم در فرضی که جنین کمتر از ۴ ماه سن داشته باشد. بیشترین نگرانی اخلاقی برای کادر درمان در بررسی‌های انجام‌شده، تشخیص‌های قبل از تولد و ختم بارداری است، که بیشترین درصد آن را سقط درمانی با جنین‌های ناهنجار تشکیل می‌دهد (۲۳).

در گذشته، قبل از تولد، امکان پی بردن به ناهنجاری‌ها وجود نداشت و بعد از تولد، واقعیت هویدا می‌گردید و معمولاً نوزادان ناقص‌الخلقه به دلیل فقدان امکانات بهداشتی و درمانی فوت می‌کردند؛ ولی امروزه در دوران بارداری، بسیاری از ناهنجاری‌ها و نواقص و بیماری‌های جنینی قابل تشخیص است و می‌توان از تولد چنین موجوداتی جلوگیری و به جنین، مادر و اجتماع خدمت نمود (۱۴). پس پیش از هر چیز، انجام سقط جنین متوقف بر تشخیص بیماری است. بنابراین پزشک معالج، مسئول تشخیص‌ها و نظرات پزشکی خود خواهد بود.

تعهد پزشک اصولاً تنها تعهد به‌وسیله^{۱۴۳} است (۲۴) یعنی ایشان متعهد است در حد امکانات و توان خود، کوشش در انجام کار و به‌کارگیری اطلاعات علمی نماید و ضامن وصول به نتیجه نیست بلکه ملتزم می‌گردد تا وسیله رسیدن به

^{۱۴۲} برای دیدن تفاوت اذن، رضایت و برائت ن. ک: پوراسماعیلی علیرضا، بررسی مفاهیم اذن، رضایت و برائت و تأثیر آنها در مسئولیت پزشک، مطالعات فقه و حقوق اسلامی، سال ۲ شماره ۲ تابستان ۱۳۸۹ صفحات ۵۳ تا ۷۰.

^{۱۴۳} obligation means



نتیجه را فراهم کند. (۲۵؛ ۲۶) و عدم حصول نتیجه، اماره تقصیر وی نیست بلکه باید تقصیر پزشک اثبات شود (۲۷). البته نمی‌توان حکم کلی تعهد به وسیله یا تعهد به نتیجه را در این مورد بیان نمود. اگر پزشک در مسئله تشخیص کوتاهی نماید مسئول خطا خواهد بود (۲۸). و درست آن است که تعهد پزشک در تشخیص بیماری جنین یا عدم خطر ادامه بارداری برای مادر، حسب مورد و با توجه به پیشرفت دانش پزشکی و امکاناتی که این علم برای پزشک مهیا ساخته سنجیده شود (۲۹؛ ۳۰). این رفتار می‌بایست با رفتار پزشکی محتاط و متعارف در همان حرفه سنجیده شود و عدم انجام تعهدات خاصی که حرفه‌ی پزشکی بر پزشک واجب کرده است خطای حرفه‌ای یا تقصیر^{۱۴۴} می‌باشد که یکی از ارکان عمومی مسؤولیت مدنی است. البته مفهوم پزشک محتاط همگام با تغییرات اجتماعی و پیشرفت دانش و گذر زمان متغیر است (۲۸، ۳۱). اشتباه در تشخیص پزشک متعارف نیز ممکن است رخ بدهد پس برای مسئول دانستن وی اشتباه کافی نیست و هرگونه شکست و عدم موفقیت یا حادثه در هنگام معالجه ضرورتاً خطای پزشکی به حساب نمی‌آید زیرا عمل پزشکی فی‌نفسه و به حکم طبیعت خود، از خطر جدا نیست (۳۲). بلکه ارتکاب تقصیر برای مسئول شناختن او ضروری است و ماهرترین پزشکان ممکن است به علت مشابهت علائم بیماری‌ها دچار اشتباه شوند دلیل این امر ضعف بشر به‌طور عمومی است از همین روی قاعده کلی از اولین روز قضاوت در امور پزشکی این بوده که پزشک به اندازه پیشرفت علم، تعهد خود را انجام دهد (۲۸).

۲- خطا در تشخیص منجر به سقط غیر ضروری

تا زمانی که علم فقه و طب در کنار هم به طرح و حل و فصل مسائل نپردازد، گاه و بی‌گاه جامعه در حل مسائل فقهی مرتبط با آن‌ها، به‌خصوص در مورد مسائل جدید، به راه خطا خواهد رفت. (۳۳) تقصیر پزشک ممکن است به لحاظ عملی یا علمی باشد (۳۴) (مفهوم مخالف تبصره ماده ۴۹۵ ق.م.ا. ۱۳۹۲). مثلاً در نمونه گزارش شده‌ای با انجام دو بار سونوگرافی با وجود تشخیص غیر قطعی اتخاذ تصمیم شده و پزشکی قانونی مجوز سقط درمانی را صادر کرده است. (۳۵) حال امکان دارد مادر و یا پدر جنین یا حتی دادستان در صورت آگاهی به جهت عدم قطعیت تشخیص و انجام سقط جنینی که ممکن است سالم بوده شاکی شوند. در این امر جهت مطالبه‌ی خسارت، شاکی باید علاوه بر اثبات تقصیر پزشک در تشخیص ناصحیح معلولیت جنین، ثابت نماید که هنگام مراجعه به خوانده، جنین قبل از چهارماهگی بوده و تشخیص نادرست پزشک مانع به دنیا آمدن فرزند خانواده شده است. برای جنین سقط شده پیش از چهارماهگی به اتفاق آراء، فقها قائل به قصاص نیستند ولی باید دیه آن پرداخت شود. (۳۶؛ ۳۷؛ ۳۸).

۳- عدم تشخیص نقص یا معلولیت جنین

متأسفانه قانون‌گذار در زمینه تصویب قوانینی که در ارتباط با تکنیک‌های نوین زیست پزشکی است، نتوانسته است، انطباقی بین دیدگاه فقها و مسائل روز ایجاد کند. (۱) ممکن است تقصیر در تشخیص، مربوط به عدم شناسایی نوزاد معلول یا ناقص‌الخلقه باشد و تولد جنین نوزادی، پس از مراجعه به پزشک، باعث مسئولیت اوست.^{۱۴۵} زیرا پزشک با قبول قرارداد، خود را در مقابل والدین متعهد به اجرای تعهداتی کرده است که با عدم اجرای این تعهدات، مسئول خواهد بود (۲۲)

^{۱۴۴} تبصره ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲: تقصیر اعم از بی احتیاطی و بی مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آنها، حسب مورد، از مصادیق بی احتیاطی یا بی مبالاتی محسوب می‌شود.

^{۱۴۵} گاهی جنین جنینهای، بعد از تولد، قابلیت حیات دارند؛ و گاه جنین قابلیت حیات ندارد و بلافاصله یا پس از مدتی خواهد مرد. مانند آنسفالی



عوامل ژنتیکی، اختلالات متابولیکی و خطرات زمان زایمان از مهم‌ترین علل معلولیت ذهنی^{۱۴۶} در کودکان است که با انجام دادن غربالگری^{۱۴۷} و مشاوره‌های ژنتیک در سه ماهه اول بارداری می‌توان از تولد این کودکان پیشگیری کرد (۱). غربالگری با روش‌های مختلفی انجام می‌شود که برخی از آن‌ها در سه ماه اول^{۱۴۸} و برخی در سه ماه دوم^{۱۴۹} قابل انجام است.^{۱۵۰} (۳۹؛ ۴۰). در کشور ما به جهت سقط درمانی می‌بایست از روش‌های دسته اول استفاده نمود. برای تشخیص برخی نارسایی‌های قلبی جنین، از اکوکاردیوگرافی جنین^{۱۵۱} به دو طریق اقدام می‌شود (۴۱) و برای کشف ناهنجاری‌های کروموزومی استفاده از روش آمنیوسنتز^{۱۵۲} توصیه می‌شود (۴۲).

اگر فرزندی که معلول است به دنیا بیاید در یک نگاه معتدل ضرر به والدین است. چرا که این امر در بردارنده هزینه‌های عاطفی و مادی برای والدین است. البته با این پرسش مواجهیم که بیماری یا نقصان فرزند، یا ناشی از اختلالات دوران بارداری است یا اساساً ریشه ژنتیک دارد و به‌رحال منسوب به پزشک نیست. به‌بیان‌دیگر، این پزشک نیست که فرزند را بیمار ساخته؛ او تنها از متولد شدن چنین فرزندی جلوگیری نکرده است. بنابراین او «سبب» بیماری نبوده و تنها جلوی تأثیر سبب را نگرفته است. در پاسخ به این ابهام باید گفت مسئولیت پزشک، به دلیل بیماری فرزند نیست تا ناچار از احراز رابطه سببیت میان این بیماری و رفتار پزشک باشیم. مسئولیت پزشک، به علت «تولد» فرزند بیمار است نه به واسطه بیماری او در این خصوص، رابطه سببیت محرز و فعل پزشک «سبب» است (۴۳). البته مولود این تشخیص نمی‌تواند به دلیل متولد شدن از پزشک جبران خسارت بخواهد زیرا حیات موهبتی الهی است.

سؤال دیگر این است که تولد و زندگی شخص معلول یا ناقص‌الخلقه را نمی‌شود زیان دانست. پس چه زبانی را از پزشک مطالبه کنیم؟ پاسخ این مسئله، جبران زیان‌های «ناشی از» زندگی است (۴۴) همان‌گونه که در خصوص مرگ هم چنین است؛ خسارت ناشی از مرگ بهای مرگ نیست، بلکه برای جبران زیان‌هایی است که از مرگ ناشی می‌شود (۴۵) پس هرگاه در نتیجه تقصیر پزشکی، فرزندی معلول متولد شود، والدین مستحق مطالبه خسارت از پزشک خاطی هستند (۱).

۴- خطا در تشخیص موجب صدمه به مادر

ممکن است تقصیر در تشخیص موجب صدمه به سلامتی مادر یا حتی فوت وی شود. در خصوص اندیکاسیون‌های مادری سقط جنین، علل قلبی عروقی در صدر اندیکاسیون‌ها گزارش شده است (۴۶). مثلاً علل شایع افزایش فشار ریوی در خانم‌های جوان در سنین بارداری شانت‌های داخل قلبی یا آئورتوپولمونری ناشی از بیماری‌های مادرزادی قلبی است که خطر مرگ همراه با حاملگی ۳۰ تا ۵۰ درصد است. بنابراین سقط درمانی توصیه می‌شود. (۴۷). پزشک در صورت عدم تشخیص بیماری مادر که با تهدید جانی وی توأم است مسبب صدمه به وی یا حتی قتل اوست که اولیا دم مادر می‌توانند با توجه به خطایی بودن فعل پزشک از او دیه مطالبه نمایند.

^{۱۴۶} مانند سندروم داون (ترزومی ۲۱) و یاترزومی های ۱۸ یا ۱۳

^{۱۴۷} Screening

^{۱۴۸} مانند: Combined test

^{۱۴۹} مانند: Quadruple marker test

^{۱۵۰} مثلاً در خصوص بیماری بتا تالاسمی ماژور در سه ماه اول از روش CVS استفاده می‌شود. بهترین زمان برای این روش ۱۰ تا ۱۲ هفتگی است. (۴۷) برخی پیشنهاد کرده اند انجمن تالاسمی طی لایحه‌ای از طریق دولت حذف تایید سه متخصص را که از شروط سقط جنین است بخواهد و فقط مجوز صدور سقط جنین ماژور پس از تایید آزمایش ژنتیک توسط پزشک قانونی صادر شود (رییس پزشکی قانونی استان مازندران، باسنا، ۲۴-۷-۹۳).

^{۱۵۱} Early Fetal Echocardiography

^{۱۵۲} Amniocentesis



نتیجه

سقط درمانی راهکاری است که قانون‌گذار برای پیشگیری از بروز مشکلات آتی برای مادر، جنین و یا اجتماع آن را مجاز شناخته است. از آنجاکه قانون سقط درمانی و آیین‌نامه‌ی آن با در نظر گرفتن مبانی شرع مقدس و علوم روز پزشکی تهیه و تنظیم گردیده، ضروری است پزشکان و مقامات مجاز در صدور مجوز این عمل، اصول اخلاقی و حقوقی را با دقت ویژه‌ای مراعات نمایند. علی‌رغم تصویب ماده‌واحد در خصوص جواز سقط‌جنین پیش از چهارماهگی، همچنان مسئولیت پزشک در صورت تقصیر در عدم تشخیص بیماری جنین یا مادر پابرجاست و در صورت اثبات تقصیر با تولد جنین معلول یا ناقص‌الخلقه یا ایراد صدمه به مادر، مسئولیت پزشک در برابر والدین باقی است. همچنین اگر جنین سالمی با تشخیص ناصحیح سقط شود، پزشک در قبال والدین مسئول خواهد بود. تعهد پزشک اصولاً تعهد به‌وسیله است و ضامن وصول به نتیجه نیست و با توجه به پیشرفت دانش پزشکی و امکاناتی که این علم برای پزشک مهیا ساخته تعهد او سنجیده می‌شود و نمی‌توان حکم کلی تعهد به‌وسیله یا تعهد به نتیجه را در این مورد بیان نمود. و عدم حصول نتیجه، اماره تقصیر وی نیست بلکه برای مسئول دانستن پزشک باید تقصیر وی اثبات شود.

پیوست

بخش‌نامه شرایط پذیرش درخواست‌ها و صدور مجوز سقط جنین مصوب ۱۳۸۲/۷/۲۲ رئیس قوه قضائیه

- ۱- درخواست صدور مجوز سقط درمانی (تنها در ادارات کل پزشکی قانونی استان‌ها) در صورت دستور مقام قضائی یا درخواست زوجین با معرفی‌نامه پزشک معالج قبل از ولوج روح (چهارماهگی) مورد پذیرش قرار می‌گیرد.
 - ۲- معرفی‌نامه پزشک می‌باید شامل عکس بیمار (ممه‌ور به مهر پزشک معالج)، مشخصات شناسنامه‌ای جهت احراز هویت، تشخیص بیماری، روش تشخیص (علائم، نشان‌ها و آزمایشات پاراکلینیک) بوده و به پیوست آن تصویر شناسنامه و مدارک احراز هویت زوجین و نیز نتایج آزمایشات پاراکلینیک (دارای عکس بیمار ممه‌ور به مهر و مشخصات شناسنامه‌ای) ارائه گردد.
 - ۳- در مورد اندیکاسیونهای جنینی انجام حداقل دو نوبت سونوگرافی و در مورد اندیکاسیونهای مادری حداقل یک نوبت سونوگرافی برای تعیین سن حاملگی و ارائه آن به پیوست معرفی‌نامه پزشک الزامی است.
 - ۴- ارائه حداقل دو مشاوره تخصصی در تأیید تشخیص بیماری به پیوست معرفی‌نامه پزشک الزامی است.
 - ۵- در موارد خارج از فهرست اندیکاسیونها اعلام شده، ارائه حداقل سه مشاوره تخصصی مبنی بر ناهنجاری‌های منجر به مرگ جنین یا خطر مرگ مادر الزامی است.
- خواهشمند است دستور فرمایید مراتب به نحو مقتضی به مراکز تابعه و جامعه پزشکی اعلام گردد. موارد جدید مجوز سقط جنین متعاقباً اعلام خواهد شد. اندیکاسیونهای سقط جنین در بیماریها و ناهنجاریهای جنینی که به مرگ جنین داخل رحم (مرده‌زایی) یا مرگ نوزاد بلافاصله بعد از تولد جنین منجر می‌شوند

اندیکاسیونهای سقط جنین در بیماریهای مادر

قلب:

- ۱- هر بیماری دریچه‌ای که به نارسائی قلبی منجر به FUNCTIONAL CLASS ۳ و ۴ رسیده باشد و غیرقابل برگشت به ۲ باشد.
- ۲- هر نوع مسائل حاد قلبی غیر از کرونر که به F.CLASS ۳ و ۴ رسیده باشد از قبیل میوکاردیت و پریکاردیت.



- ۳- سابقه بیماری کاردیومیوپاتی دیلاته در حاملگی‌های قبلی .
- ۴- سندرم مارفان در صورتی که قطر آئورت صعودی بیش از ۵ سانتی‌متر باشد.
- ۵- آیزن منگر.

گوارش:

- ۱- کبد چرب حاملگی.
- ۲- واریس مری GRADE سه.
- ۳- سابقه خونریزی از واریس مری بدنبال PORTAL HYPERTENSION
- ۴- هپاتیت اتوایمیون غیرقابل کنترل.

نفرولوژی:

- ۱- نارسایی کلیه
- ۲- فشار خون غیرقابل کنترل با داروهای مجاز در دوران حاملگی

ریه:

هر بیماری ریوی اعم از آمفیزم، فیبروز، کیفواسکولیوز و BRONCHIECTASIS بشرط ایجاد PUL. HYPERTENSION حتی از نوع MILD

هماتولوژی:

HYPER COAGULABILITY که تجویز هپارین منجر به تشدید بیماری دیگری گردد که جان مادر را تهدید می‌کند.

عفونی:

ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری AIDS شده باشد.

روماتولوژی:

- ۱- لوپوس فعال غیرقابل کنترل بادرگیری یک ارگان ماژور.
- ۲- واسکولیتها زمانی که ارگانهای ماژور درگیر باشند.

جراحی اعصاب:

تمامی توده‌های فضاگیر CNS باتوجه به نوع و محل آن که شروع درمان در جنین و عدم شروع درمان در مادر باعث خطر جانی گردد.

پوست:

دیمفیکوس ولگاریس، پسوریازیس شدید و ژنرالیزه و ملانوم نوع پیشرفته که باعث خطر جدی جانی برای مادر شود.

نورولوژی:

- ۱- اپی‌لپسی‌هایی که علیرغم درمان چند دارویی مقاوم به درمان باشد.
- ۲- M.S هایی که بیمار DISABLE شده باشد.
- ۳- میاستنی گراو در مراحل پیشرفته به شرط اینکه خطر جدی جانی برای مادر داشته باشد.
- ۴- انواعی از بیماریهای موتورنون مثل ALS که با حاملگی تشدید یابد و برای مادر خطر جدی جانی داشته باشد.

اندیکاسیونهای سقط جنین در بیماریها و ناهنجاریهای جنینی



که به مرگ جنین داخل رحم (مرده‌زایی) یا مرگ نوزاد بلافاصله بعد از تولد جنین منجر می‌شوند.

جراحی و ارتوپدی:

- ۱- استئوژنیزس ایمپرکتای مادرزادی.
- ۲- دیسپلازی استخوانی - غضروفی کشنده یا استیپل اپی فیزیال.
- ۳- بیماری استئوپتروزیس انفانتیل (فرم بدخیم).

نفرولوژی و ارولوژی:

- ۱- آژنزی دوطرفه کلیه.
- ۲- کلیه پلی سیستیک نوع مغلوب.
- ۳- دیسپلازی مولتی سیستیک کلیه‌ها.
- ۴- سندرم پوتر.
- ۵- سندرم نفروتیک مادرزادی به شرط ایجاد هیدروپس.
- ۶- اختلال کروموزومی که موجب ضایعات پیشرفته و به ویژه گرفتاری مغز و کلیه گردد (مانند سندرم واکترل).
- ۷- هیدرونفروز شدید دوطرفه کلیه‌ها.

هماتولوژی:

- ۱- آلفا تالاسمی (به شکل هیدروپس فتالیس).
- ۲- اختلال ترومبوتیک مثل کمبود پروتئین C (هموزیگوت) و فاکتور ۵ لیدن (هموزیگوت).

نوزادان:

- ۱- تریزومی ۱۳.
- ۲- تریزومی ۱۸.
- ۳- تریزومی ۱۶/۸/۳.
- ۴- آنانسفالی.
- ۵- هیدروپس فتالیس با هر مکانیسم.
- ۶- سندرم فریاد گربه.
- ۷- هولوپروز نسفالی.
- ۸- سیرنگومیلیا.
- ۹- کرانیوشیسیس.
- ۱۰- مننگوانسفالوسل، مننگوهیدروانسفالوسل.
- ۱۱- دیسپلازی تاناتوفوریک یا کوتولگی کشنده نوزادی.
- ۱۲- سیکلوبیا همراه با هولوپروز نسفالی.
- ۱۳- ایکتیوزیس گراویس مادرزادی.
- ۱۴- شیزنسفالی.
- ۱۵- اگزانسفالی.



منابع:

۱. عباسی ، محمود و دیگران ۱۳۹۱ مبانی سقط درمانی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم، بهار.
۲. مهرپور، حسین (۱۳۷۱) مجموعه نظریه شورای نگهبان در سه جلد، ج ۳، ۲۲۸.
۳. خامنه‌ای ، سید علی (۱۳۸۸)، جوبه الاستفتائات، چاپ پانزدهم ، تهران ، انتشارات بین المللی الهدی. ۳۰۱
۴. عربیان، اصغر ۱۳۸۹، تئوری دفاع مشروع در سقط جنین ، پژوهش نامه فقه و حقوق اسلامی ، بهار و تابستان ، سال سوم ، شماره ۵. ۱۳۱.
۵. سالار زایی، امیر حمزه و مریم داودی، ۱۳۸۶ بررسی فقهی و حقوقی اسقاط جنین ، فقه و تاریخ تمدن، پاییز ، شماره ۱۳ .
۶. مسجدسرایبی حمید و حسین قربانیان ، ۱۳۹۳ نگرشی بر علل رافع مسؤ لیت مدنی پزشک ، مطالعات فقه و حقوق اسلامی، سال ششم، شماره ۱۰.
۷. امامی ، اسد اله، ۱۳۹۱ رابطه قانون سقط درمانی و کاهش جنین، مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری ، موسسه رویان .
۸. کریمی ، عباس و عباس رحیمی پور ۱۳۹۱، ضرورت قانون گذاری در سقط جنین، مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری ، موسسه رویان .
۹. خمینی، سید روح الله موسوی، (۱۴۲۴ ه ق) توضیح المسائل (محشای امام خمینی)، جلد ۲، قم ، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، هشتم، ج ۹۱۳/۲
۱۰. فریدونی، مهرا و دیگران ، ۱۳۸۹، حدود مسؤ لیت جزایی پزشک در عمل جراحی و درمان طبی بیمار، پزشکی قانونی، تابستان ، شماره ۵۸، . ۱۴۵.
۱۱. رستمی ، سحر و دیگران ۱۳۹۰، بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان، فصلنامه تاریخ پزشکی سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان.
۱۲. قربانی، زهرا و شهلا باقری ، ۱۳۸۸، بررسی تطبیقی سقط جنین در ایران و جهان، فصلنامه بانوان شیعه، شماره ۲۲ زمستان .
۱۳. افشارقوچانی، ۱۳۱، ۱۳۹۰.
۱۴. طبیبی جبلی، مرتضی ۱۳۸۲ بررسی و نقد نظریه جواز سقط جنین از منظر فقهای امامیه ، نامه مفید ، مرداد و شهریور ، شماره ۳، ۷۶.
۱۵. بهجتی اردکانی، زهره و دیگران، ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران، فصلنامه باروری و ناباروری، پاییز ۱۳۸۴.
۱۶. کاظمی، محمود، ۱۳۸۹ تحقیقی پیرامون سیر اندیشه ضمان طبیب در فقه امامیه، فصلنامه حقوق دانشکده حقوق دانشگاه تهران، دوره چهارم، شماره ۱ .
۱۷. کریمی ، نسرين، ۱۳۸۶ تاثیر شرط برائت در رفع مسؤ لیت از پزشک، فصلنامه حقوق دانشکده حقوق دانشگاه تهران، سال سی و هفتم، ، شماره ۱.



۱۸. صفایی، سید حسین ۱۳۹۱، مبانی مسئولیت مدنی پزشک با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات اسلامی، دیدگاه‌های حقوق قضایی، دوره ۱۷، شماره ۵۸، تابستان.
۱۹. بادینی، حسن، ۱۳۹۱، ادیه و مسئولیت مدنی ناشی از سقط درمانی، مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، پانل حقوقی.
۲۰. کاتوزیان، ناصر (۱۳۸۶)، الزام‌های خارج از قرارداد، ضمان قهری، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ هشتم، دوره تک‌جلدی.
۲۱. باریکلو، علیرضا، (۱۳۸۵)، مسئولیت مدنی، تهران، نشر میزان، ۲۴۹.
۲۲. ایزانلو، محسن و افشار قوچانی، زهره - (۱۳۹۰)، «مسئولیت ناشی از صدمه به حق عقیم سازی و سقط جنین معلول»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال پنجم، شماره هجدهم
23. Garel M, Gosme-Sequaret S, Kaminski M. (2002) *Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives*. Prenat Diagn.; 22(9): 811-17.
۲۴. صفایی، سید حسین ۱۳۹۱، مبانی مسئولیت مدنی پزشک با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات اسلامی، دیدگاه‌های حقوق قضایی، دوره ۱۷، شماره ۵۸، تابستان.
۲۵. جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۸۴)، ترمینولوژی حقوق، چاپ پانزدهم، تهران، انتشارات گنج دانش، ج ۲، ۹۷۶.
۲۶. عوده عبدالقادر، بررسی تطبیقی حقوق جزای اسلامی، ۱۹۴۹، ۵۲۰.
۲۷. ره پیک، حسن (۱۳۸۷) حقوق مسئولیت مدنی و جبران‌ها، انتشارات خرسندی.
۲۸. شجاع پوریان، سیاوش (۱۳۷۳)، مسئولیت ناشی از خطای شغلی پزشک (زیر نظر دکتر ناصر کاتوزیان)، انتشارات فردوسی، ۱۵۵.
۲۹. خشنودی، رضا، ۱۳۹۳ تحول در مبانی مسوولیت پزشکی در حقوق فرانسه، مجله پزشکی قانونی، دوره ۱۹، شماره ۴ و ۱، زمستان ۹۲ و بهار ۹۳.
30. Pellegrino Mary Ellen. (1999) *The Protection of Prenatal Life: Tort Claims of Wrongful Birth or Wrongful Life and Equal Protection under Pennsylvania's Constitution*, 72 Temp. L. Rev. 715
۳۱. بادینی، حسن، (۱۳۸۴)، فلسفه مسئولیت مدنی، تهران، شرکت سهامی انتشار
۳۲. مرادزاده، حسن و حدیثه سالار کریمی، مسئولیت مدنی مجموعه درمانی در آیین آراء مراجع قضایی با نگاهی به کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره بیست و هشتم، بهار ۱۳۹۳
۳۳. سقط درمانی در فقه و حقوق»، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، سال تحصیلی ۹۰-۸۹
۳۴. شریفی، علی، ۱۳۹۰ مبانی مسئولیت پزشک در فقه امامیه، پژوهش‌نامه فقهی، سال دوم، شماره سوم، بهار اکرمی و همکاران، ۲۸، ۱۳۸۹.
۳۵. قبله‌ای خوبی، خلیل ۱۳۷۷، بررسی احکام فقهی و حقوقی اسقاط جنین، دیدگاه‌های حقوق قضایی، شماره ۹،
۳۶. خامنه‌ای، سید علی (۱۳۸۸)، *اجوبه الاستفتائات*، چاپ پانزدهم، تهران، انتشارات بین المللی الهدی، ۳۰۱.



۳۷. جاویدی ، مجتبی ۱۳۸۴، (سقط جنین) بررسی تطبیقی در حقوق ایران حقوق انگلیس و فرانسه فتاوی فقهی، گواه، شماره ۲ و ۳.
۳۸. شهشهان، زهرا، اعظمی نهال، ۱۳۹۲/ ارزش تشخیصی *Combined test* در غربالگری سندروم داون و ترزومی ۱۸ در هفته های ۱۴ الی ۹ حاملگی، مجله دانشکده علوم پزشکی اصفهان، سال سی و یکم، شماره ۲۳۱ خرداد.
۳۹. قادی پاشا، مسعود و زهرا امینیان، ۱۳۸۶، بررسی مجوزهای سقط جنین صادر شده در اداره کل پزشکی قانونی استان کرمان در سال ۱۳۸۴ و مقایسه اجمالی با سالهای قبل، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره چهاردهم، شماره ۲.
۴۰. طباطبایی سید محمد صادق، عباس نیازی، نیکتا نیازی، نیلوفر نظری مسئولیت مدنی پزشک و داروساز در سقط پزشکی، فصلنامه حقوق پزشکی سال نهم، شماره سی و چهارم، پاییز ۱۳۹۴
۴۱. بهجتی ، فرخنده و همکاران، تشخیص پیش از تولد اختلالات کروموزومی آمنیوسنتز: گزارش ۲۶۱ مورد، مجله ژنتیک در هزاره سوم، سال ششم، شماره ۴ ، زمستان ۱۳۸۷.
۴۲. ایزانلو، محسن و صادق شریعت نسب ، ۱۳۹۱ مسئولیت پزشک در قبال سقط درمانی ، مجموعه مقالات دومین کنگره اخلاق و حقوق باروری، پانل حقوقی .
۴۳. ژوردن ، پاتریس (۱۳۸۶)، تحلیل رویه قضایی در زمینه مسئولیت مدنی، ترجمه مجید ادیب، تهران، نشر میزان. ۸۶.
۴۴. افشار قوچانی ، زهره و محسن ایزانلو، (۱۳۹۳) مطالعه تطبیقی امکان مطالبه زیان ناشی از تولد و زندگی و ارکان مسئولیت در آن، نشریه مطالعات حقوق تطبیقی ، دوره ۵، شماره ۱ بهار و تابستان ۲۶.
۴۵. بزمی ، شبمن و دیگران ۱۳۸۷، مقایسه موارد مجوز سقط درمانی در سازمان پزشکی قانونی تهران قبل و بعد از قانون مجوز سقط قانونی ایران، مجله بیماریهای کودکان ایران، زمستان ، دوره ۱۸، شماره ۴
۴۶. امری مله ، پرویز و مزده کامور، ۱۳۹۳ بی حسی داخل نخاعی با بوپیواکایین دوز کم برای سقط درمانی در یک بیمار مبتلا به سندرم آیزن منگر: گزارش مورد، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ، دوره چهاردهم، شماره دوم، تابستان.
۴۷. محدث اردبیلی، سید مجتبی، ۱۳۸۱/ اختلالات کروموزومی و روش های تشخیص و پیگیری آن، سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، اسفند .