

پرهیز از خطای پزشکی در سقط درمانی؛ چقدر باید مراقب باشیم؟

سید محمد اکرمی*، امیر باستانی^۲، زهرا اوسطی^۳

گزارش موردی

چکیده

سقط درمانی به ختم حاملگی قبل از قابلیت حیات جنین، برای حفظ سلامت مادر یا به دلیل بیماری‌های جنینی اطلاق می‌شود. قانون‌گذار ایرانی پس از طرح نظرات فقهی و حقوقی پیرامون جواز سقط جنین قبل از ولوج روح به علت بیماری‌های خاص، سرانجام در سال ۱۳۸۴ سقط درمانی را قانونی شناخت.

جهت نقد و بررسی صدور مجوز سقط جنین در مقاله‌ی حاضر، کتب و مقالات فارسی و انگلیسی مرتبط با استفاده از کلمات کلیدی سقط جنین، سقط درمانی و خطای پزشکی بررسی شدند.

در این مقاله پس از پرداختن به تعاریف مربوط به سقط جنین، سقط درمانی و جواز یا حرمت سقط جنین قبل از ولوج روح به موردی اشاره می‌شود که در یکی از مراکز پزشکی قانونی با وجود تشخیص غیر قطعی اختلال کروموزومی جنین در هفته‌ی شانزدهم بارداری مجوز سقط صادر شده است. ابعاد گوناگون این موضوع از حیث رخداد خطای پزشکی بررسی شده است.

سقط درمانی راهکاری است که قانون‌گذار برای پیشگیری از بروز مشکلات آتی برای مادر، جنین و یا اجتماع آن را مجاز شناخته است. از آنجا که 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.

واژگان کلیدی: سقط جنین، سقط درمانی، خطای پزشکی، اختلال ژنتیکی

^۱ دانشیار گروه ژنتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه تهران (پردیس قم)

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی - دانشگاه پیام نور مرکز تهران

* نشانی: تهران، خ پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه ژنتیک. تلفاکس: ۸۸۹۵۳۰۰۵. Email: akramism@tums.ac.ir

مقدمه

سقط جنین از دشوارترین مسائل اخلاقی است (۱) و از تاریخ آن بیش از دو هزار سال می‌گذرد (۲). در این دوران تمام تمدن‌های بشری و ادیان و مذاهب مختلف نسبت به آن موضع‌گیری کرده‌اند. به طوری که زمانی کاملاً تحریم و منع شده و گاهی به طور محدود با شرایطی و در مواردی بدون محدودیت صورت گرفته است. امروزه نیز سیاست‌ها و قوانین مربوط به سقط جنین دارای تنوع و تفاوت‌های قابل توجهی است. در حال حاضر بیش از دو سوم مردم جهان در مناطقی به سر می‌برند که امکان درخواست سقط قانونی در آنجا وجود دارد (۳). بر اساس آمار اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در ایران سالانه ۸۰ هزار سقط (۲۰۰ مورد در روز) صورت می‌پذیرد که بسیاری از آن‌ها غیر قانونی و غیر بهداشتی هستند (۴).

از لحاظ قوانین ایران تنها مورد مجاز سقط جنین، «سقط درمانی» است. قانون‌گذار ایران از میان چهار نظر پیرامون جواز یا حرمت سقط جنین تنها یک مورد را قانونی شناخته است. «جواز سقط قبل از ولوج روح با شرایط خاص و حرمت سقط جنین پس از ولوج روح به صورت مطلق» (۵). پذیرش این نظر آشکارا در قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ نمود یافت. قانون‌گذار چند شرط را برای قانونی تلقی کردن این عمل ضروری شناخته است. از جمله این‌که: جنین باید قبل از چهارماهگی باشد و خطر به صورت قطعی تهدید کننده‌ی جان مادر باشد یا موجب عقب‌افتادگی و ناقص‌الخلقه بودن جنین گردد و این امر توسط سه پزشک تأیید شود.

شرح یک مورد مجوز سقط جنین

در یکی از مراکز پزشکی قانونی مجوز سقط جنینی صادر می‌شود که متأسفانه به علت سهل‌انگاری یا ترس از خطرات احتمالی آتی، یک شرط بسیار مهم از شرایط سقط درمانی در مورد وی تحقق نیافته بود.

مادری در هفته‌ی پانزدهم بارداری خود برای تشخیص

سلامت جنین، سونوگرافی انجام می‌دهد. در طی سونوگرافی، پزشکان متوجه وجود احتمالی بیماری تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ جنین می‌شوند و مادر را جهت انجام مراحل سقط جنین به پزشکی قانونی راهنمایی می‌کنند.

گزارش سونوگرافی اول: ... تصویر ساختمان مولتی کیستی در خلف کالوارיום و گردن به ابعاد تقریبی ۳ cm × ۱/۵ مشهود است که حاوی کانون‌های اکوفری و اکوژن بوده، سیستمیک هیگروما و در مرحله‌ی بعد افزایش شدید ضخامت چین نوکال (Nuchal Fold) را مطرح نموده که هر دو ضایعه منطبق بر آنومالی‌های قابل توجه جنینی هستند.

گزارش سونوگرافی پزشک دیگر: ... افزایش ضخامت نوکال ترانس لوسنسی (NT¹) به ضخامت تقریبی ۱۹ mm مشهود که یافته اخیر با آنومالی‌های کرموزومی از جمله تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ و outcome غیرطبیعی بارداری همراه است.

هر چند در خصوص انجام تست غربالگری سه گانه، اطلاعاتی در اختیار نیست، اما با انجام دوبار سونوگرافی نسبت به انجام سقط درمانی تصمیم‌گیری شده است.

سازمان پزشکی قانونی نیز با وجود تشخیص غیر قطعی بیماری جنین مجوز سقط جنین را صادر می‌کند (تصویر این مجوز نزد نویسندگان است).

پیش از نقد و بررسی این اقدام از جهت تشخیص غیر قطعی اختلال ژنتیکی تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ به بیان تعریف جنین، سقط جنین و تحولات قانون ایران و بررسی حکم حرمت یا جواز سقط جنین پرداخته خواهد شد.

تعاریف

پیش از ورود به ماهیت مباحث قابل ارائه در خصوص مسأله‌ی خطای پزشکی در سقط جنین با وجود تشخیص غیر قطعی اختلال ژنتیکی، ضروری است معانی برخی عبارات و مفاهیم مرتبط با این موضوع که از نظر ما می‌تواند برای

¹ Nuchal translucency

پیشبرد مقاله مفید بوده و حداقلی از تفاهم را به وجود آورد، مورد بررسی قرار گیرد.

تعریف جنین: تقریباً تمامی متون راجع به مسائل پزشکی در این باره موافقت که «جنین انسان، از نظر ژنتیکی انسان محسوب می‌شود و یک واحد زنده مجزاست که از نظر ارگانیک منفرد بوده و دارای توان قائم به ذات خود برای منظم نمودن مکانیسم رشد، تکثیر سلولی و تمایز از سایر موجودات پیرامونی است و به‌طور طبیعی می‌تواند مبدل به یک انسان بالغ گردد» (۶).

از نظر حقوقدانان اسلامی، با توجه به متون فقهی، حیات جنینی دارای دو دوره متمایز از یکدیگر است (آیات ۱۲ تا ۱۴ سوره مؤمنون). قانون‌گذار نیز به تبع کتب فقهی، جنین را دارای دو مرحله رشد و تکامل می‌داند: دوره اول: از زمان استقرار نطفه در رحم زن آغاز و تا ولوج روح در جنین ادامه می‌یابد. دوره دوم: این مرحله از آغاز ولوج روح در جنین شروع و تا زمان تولد ادامه می‌یابد (۹-۷) در تمییز و تفکیک این دو مرحله از یکدیگر نظرات مختلفی ابراز شده است، برخی طول مدت دوره اول را بیش از ۳ ماه و گروهی تا بیش از ۴ ماه و حدود ۵ ماه گرفته‌اند (۱۰). بعضی دیگر به استناد روایات وارده، شرایط تکوین جنین را وقتی دانسته‌اند که گوش و چشم جنین می‌شکند و اعضاء آن می‌روید (۱۱).
قانون‌گذار ایران در تاریخ ۸۴/۳/۳۱ با تصویب قانون سقط درمانی ملاک تشخیص زمان ولوج روح را بالصراحه چهارماه از زمان استقرار نطفه در رحم زن قرار داده است. در واقع، قانون‌گذار از میان نظرات مختلف فقهی - حقوقی، پیرامون زمان ولوج روح، چهارماهگی را معتبر شناخته است.

تعریف سقط جنین

۱- تعریف حقوقی سقط جنین: با توجه به مطالب عنوان شده در فقه و حقوق، بهترین تعریف یافت شده در میان تعاریف حقوقی از سقط جنین عبارت است از: «اخراج یا خروج جنین از مادر مشروط بر این که زنده نباشد و یا اگر آثاری از حیات دارد

قابلیت زیست (ادامه حیات) را نداشته باشد» (۱۲).

۲- تعریف پزشکی سقط جنین: منظور از سقط، دفع محصولات حاملگی قبل از هفته‌ی ۲۰ بارداری با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم است (۱۳).

انواع سقط جنین: از نظر پزشکی و حقوقی، سقط با توجه به اهداف آن به انواعی قابل تقسیم است:

الف) سقط خودبه‌خودی: ختم بارداری بدون هر گونه تدبیر و اقدامی برای خاتمه آن؛

ب) سقط اختیاری: ختم بارداری با انجام مداخله‌ای در آن؛

پ) سقط فراموش شده: باقی ماندن محتویات فاقد حیات بارداری برای روزها یا حتی هفته‌ها در داخل رحم (۱۴) و
ت) سقط درمانی که به ختم بارداری، قبل از این‌که جنین توانایی ادامه‌ی حیات در خارج از بدن مادر را داشته باشد، به منظور محافظت از سلامت مادر، به دلیل بیماری یا نقایص جنین اطلاق می‌گردد (۴).

اندیکاسیون‌های سقط درمانی شامل این موارد است:

- ۱- ختم حاملگی برای حفظ جان مادر؛
- ۲- ختم حاملگی برای حفظ سلامت روحی و جسمی مادر؛
- ۳- ختم حاملگی در مواردی که حاملگی منجر به تولد نوزاد ناقص‌الخلقه یا ناهنجاری‌های مغایر با حیات می‌گردد؛
- ۴- ختم حاملگی در مواردی که نوزاد قابلیت حیات ندارد؛
- ۵- سقط انتخابی در موارد چند قلبی (۱۵).

تحولات قانونی ایران در حیطه‌ی مسأله‌ی سقط جنین

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۵ در قوانین ایران، سقط جنین برای حفظ جان مادر یا سلامت جسمی و روحی مادر یا در موارد تشخیص نقایص جنینی در شرایط بهداشتی، توسط پزشکان کارآزموده، مجاز و قانونی بوده است. لکن در حوزه‌های دیگر نظیر تجاوز جنسی، دلایل

اقتصادی- اجتماعی و درخواست والدین؛ سقط هم به صورت بهداشتی و غیر بهداشتی صورت می‌پذیرفته است. در آن زمان افراد متمول و توانگر در شهرهای بزرگ با پرداخت هزینه‌های گزاف در توسل به سقط‌های بهداشتی پیش قدم بودند و افراد فقیر و تنگدست در شهرها و روستاها به سقط‌های غیر بهداشتی مبادرت می‌ورزیدند. پس از انقلاب اسلامی ایران قوانین سقط با تمهیدات خاصی مواجه شد (۱۶). بدین معنی که پس از سال ۱۳۵۷ قوانین سقط جنین لغو و مقررات قانون مجازات اسلامی دیات (۱۳۶۱)، تعزیرات (۱۳۶۲) جایگزین آن گردید و در نهایت قانون مجازات اسلامی (۱۳۷۰) جانشین قوانین پیشین گردید.

با تصویب قانون مجازات اسلامی (۱۳۷۰) سقط جنین قبل از ولوج روح برای حفظ جان مادر جایز دانسته شد (۱۷). در اصلاح نگاه جامعه این قانون کمک کننده بود، لیکن در خصوص ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جنینی نکته‌ای نداشت. در سال ۱۳۷۶ مشکلات شدید روانی، اجتماعی و اقتصادی برای نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور و خانواده‌های آن‌ها در قالب استفتائی به مقام معظم رهبری منعکس گردید و ایشان اجازه سقط جنین مبتلا به تالاسمی ماژور قبل از ولوج روح را صادر نمودند (۱۸). این موضوع به نقطه عطفی در نگرش نسبت به سقط درمانی تبدیل گردید. کمیته‌ی کشوری سقط جنین در معاونت پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۱ به تعیین اندیکاسیون‌های سقط درمانی پرداخت و در گام اول آیین‌نامه‌ای با ۴۹ مورد اندیکاسیون قطعی را پیشنهاد نمود. این موارد در جنین شامل بیماری‌هایی است که سبب مرگ داخل رحمی یا مرگ بلافاصله بعد از تولد و یا با فاصله‌ای کوتاه می‌گردند.

سرانجام در سال ۱۳۸۴ قانون سقط درمانی به تصویب مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۴/۳/۱۰) رسید و با تأیید شورای نگهبان (۱۳۸۴/۳/۲۵) این روند تکمیل گردید.

حرمت یا جواز سقط جنین

نظرات پیرامون مسأله‌ی سقط جنین را می‌توان به‌طور کلی

به چند دسته تقسیم‌بندی کرد: الف) حرمت سقط به‌طور مطلق (قبل و بعد از ولوج روح و در همه شرایط)؛ ب) حرمت سقط بعد از ولوج روح به‌طور مطلق و جواز سقط قبل از ولوج روح به‌طور مطلق؛ ج) حرمت سقط بعد از ولوج روح به‌طور مطلق و جواز سقط قبل از ولوج روح در شرایط خاص؛ د) جواز سقط قبل و بعد از ولوج روح در شرایط خاص (۵).

از آن جا که قانون‌گذار ایران در قانون سقط درمانی حکم به جواز سقط جنین قبل از ولوج روح تحت شرایط خاصی داده و در دیگر مواد قانونی حکمی مبنی بر جواز سقط پس از ولوج روح بیان نکرده و از عموماً سایر مواد قانونی و قواعد اسلامی برداشت می‌شود که سقط جنین پس از ولوج روح جرم است و ادله‌ی قتل نفس در این خصوص نیز قابل تسری است. می‌توان گفت سقط جنین پس از ولوج روح قتل عمد است. اما قبل از دمیده شدن روح، سقط جنین، به دلیل این‌که دارای حیات نباتی است و انسان بالفعل نیست، قتل نفس محسوب نمی‌شود (۲۰، ۱۹).

لذا این گونه برداشت می‌شود که: «قانون‌گذار ایران در حال حاضر تنها سقط جنینی را مشروع و مجاز می‌شناسد که قبل از ولوج روح باشد منوط به تحقق شرایطی خاص. از طرف دیگر مطلقاً سقط جنین پس از ولوج روح غیرقانونی است و مسؤولیت کیفری و حقوقی بر مرتکبان مترتب خواهد بود».

بدین ترتیب ما نیز تنها به شرح و توضیح قسم سوم از موارد ذکر شده می‌پردازیم.

«حرمت سقط بعد از ولوج روح به‌طور مطلق و جواز سقط قبل از ولوج روح در شرایط خاص»:

اکثر فقهای امامیه بر چنین باوری بوده‌اند. بنابر نظر مشهور، سقط جنین بعد از نفخ روح، مطلقاً جایز نیست و قبل از نفخ روح، تنها به استناد دلیلی جدی، سقط جنین مجاز دانسته شده است. استدلال قائلان به دو بخش تقسیم می‌شود:

۱- حرمت سقط جنین بعد از ولوج روح به‌طور مطلق.

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 مسؤولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود» (۲۲).

متعاقب تصویب قانون سقط درمانی، آیین‌نامه‌ی اجرایی این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پزشکی قانونی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران رسید. در این آیین‌نامه لیستی از بیماری‌های مربوط به جنین (۲۹ مورد) و مادر (۲۲ مورد) تهیه گردید. در واقع این موارد عسر و حرج‌های مجاز شناخته شده می‌باشند. در مجموع، سقط درمانی در حال حاضر به شرط تحقق چند شرط مجاز است:

- ۱- وجود جنین در چهارماهگی (قبل از ولوج روح)؛ ۲-
- وجود بیماری قطعی برای مادر یا جنین مطابق لیست تعیین شده؛ ۳- رضایت مادر؛ ۴- تأیید سه پزشک متخصص بر وجود قطعی بیماری و ۵- تأیید سازمان پزشکی قانونی.

بحث

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد در یک مرکز پزشکی قانونی به علت سهل‌انگاری یا ترس از خطرات احتمالی آتی، با وجود محتمل بودن خطر اختلال ژنتیکی تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ در مورد جنین مجوز سقط صادر شده است. در ادامه ابعاد مختلف اخلاقی، حقوقی، ژنتیکی و اجتماعی این موضوع از حیث خطای پزشکی مورد نقد و بررسی قرار گرفته است.

خطای پزشکی

طبقه‌بندی انواع خطاهای پزشکی

تقسیم‌بندی خطاهای پزشکی مبتنی بر رویکردهایی است که جهت رفع عیوب اتخاذ می‌گردد. در یک تقسیم‌بندی خطاها به دو دسته‌ی فعال (active) و پنهان (latent) تقسیم می‌گردند. خطای فعال خطایی است که در نتیجه‌ی تقابل میان انسان با نظام سلامت پدید می‌آید. در این موقعیت، خطا به دنبال تعاملات متقابل کارکنان با نظام است که هر جا این

ادله‌ی این بخش با استناد به عمومات کتاب، سنت، عقل، اجماع و اصل احتیاط در نفوس و دماء به دست آمده است. قدر متیقن از قتل نفس که در آیات از آن نهی شده است، جایی است که ولوج روح در جنین رخ داده باشد. حکم حرمت در این مرحله اطلاق دارد.

۲- جواز سقط جنین قبل از ولوج روح در شرایط خاص:
الف) اثبات حرمت سقط قبل از ولوج روح: از فحوای کلام فقهای امامیه استنباط می‌شود که جنین، از ابتدای انعقاد نطفه، یک انسان ولی ناقص است و قبل از نفخ روح، یک گیاه یا یک لاشه محسوب نمی‌شود. لذا از آن‌جا که قتل یک موجود جاندار نیز شرعاً مباح نیست و بدون مجوز شرعی نمی‌توان به کشتن موجودات زنده دست زد، حکم به حرمت هم‌چنان باقی است و مجازات دیه را در مقادیر مختلف در پی خواهد داشت (۲۱).

ب) اثبات جواز سقط قبل از ولوج روح در شرایط خاص:
آن چه در مورد اطلاق ادله‌ی حرمت سقط در قول اول بدان اشاره شد در صورتی قابل قبول است که دلیل خاصی مبنی بر جواز سقط وجود نداشته باشد، اما در صورت فرض چنین ادله‌ای می‌توان از دلیل خاص تبعیت نمود. به عبارت دیگر، حکم حرمت مطلق، تنها یک حکم اولیه است اما با عروض عناوین ثانویه و در شرایط خاص، قابل تغییر بوده و با پیدا کردن عنوان جدیدی برای موضوع سقط، می‌توان در مواردی، قائل به حلیت آن شد. این موارد عبارتند از: حفظ جان مادر، حفظ سلامتی روحی مادر، ناهنجاری‌های جنینی (۲۱). بدین ترتیب جواز سقط جنین، حکم ثانویه‌ای خواهد بود که از باب حکومت ادله آن بر حکم اولیه (مطلق حرمت سقط)، تقدم یافته و شرعاً تحقق پیدا می‌کند.

از آن‌جا که خواستگاه قوانین در کشور ایران فقه امامیه است، قانون‌گذار در سال ۱۳۸۴ با توجه به ادله‌ی بیان شده از میان ۴ نظر مطرح شده سومین نظر را که پیرامون آن توضیحاتی بیان شد پذیرفت:

«ماده واحده- سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک

تشخیصی به صورت خلاصه بیان می‌شود و سپس انواع خطاهای اتفاق افتاده در پرونده‌ی حاضر بیان خواهند شد.

خطاهای تشخیصی:

- ۱- تأخیر در تشخیص؛
- ۲- ناتوانی در اجرای آزمون‌های تشخیصی مورد نیاز؛
- ۳- کاربرد روش‌های تشخیصی یا درمانی قدیمی از کارافتاده؛
- ۴- ناتوانی در اقدام بر اساس نتایج به دست آمده از بررسی‌ها یا پایش‌های بالینی (۲۶).

در پرونده‌ی موضوع بحث، پزشکان قادر به تشخیص قطعی وجود اختلال ژنتیکی بر اثر استفاده از روش‌های قدیمی نبوده‌اند. هم‌چنین خطای نوع چهارم نیز در اقدام آن‌ها به وقوع پیوسته است، زیرا قادر نبوده‌اند با استفاده از نتایج به دست آمده تحلیل صحیحی از بررسی‌های بالینی انجام دهند.

نقد تصمیم‌گیری پزشک

آثار سوء تجویز انجام سقط جنین توسط پزشکان و مرکز پزشکی قانونی می‌تواند به مادر، جنین، مشاوران ژنتیکی خانواده و از همه مهم‌تر اعتماد و اطمینان مردم به این سازمان خدشه وارد سازد. ما در ادامه هر یک از این موارد را به صورت جداگانه بررسی خواهیم کرد.

خدشه به رضایت آگاهانه‌ی مادر

همان‌طور که در بخش سقط درمانی توضیح داده شد، رضایت مادر جهت انجام سقط درمانی شرط اساسی است. رضایت از مباحثی است که از نظر اخلاقی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که بر اصل اتونومی (autonomy) و احترام به افراد که یکی از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی می‌باشد استوار است (۲۷). در این نوع از رضایت، فرد در زمان بارداری در قالب رضایت‌نامه‌ای موافقت خود را جهت انجام سقط اعلام می‌دارد. پیداست که این نوع رضایت باید به صورت آگاهانه باشد. رضایت آگاهانه، رضایتی است که پزشک پس از گوشزد کردن آگاهی‌های لازم درباره‌ی نوع درمان و عواقب ناشی از آن می‌گیرد و در صورتی که پزشک،

تعاملات به‌خوبی تعریف نشده باشند و راهکارهایی برای رفع عیوب نظام طراحی نگردیده باشد، منجر به آشکار شدن نقایص سیستم می‌شود که به صورت خطاهای انسانی آشکار به منصه‌ی ظهور می‌رسند. از این خطاها معمولاً به عنوان خطای انسانی نام برده می‌شود (۲۳). اما خطاهای پنهان آن دسته از خطاهاست که پیامدهای تأخیری و دیررس اشکالات در طراحی تکنیکال، برنامه‌ریزی و یا تصمیمات سازمانی و فرهنگ سازمانی هستند. اما حوادث بسیار ناگوار و تصادفات وقتی وقوع می‌پیوندد که این دو نوع خطا با یکدیگر گره بخورند. یعنی شرایط مخفی و پنهان نظام، با یک خطای فعال انسانی توأم گردد (۲۴). یک مثال ساده از این دسته‌بندی آن که در سقوط یک هواپیما، احتمالاً خطای آشکار، توسط خلبان به وقوع پیوسته اما خطای پنهان، ایرادات نظام کنترل و مدیریت خطوط هوایی بوده که هواپیما را به مسیری غیر قابل کنترل هدایت کرده است (۲۵).

در پرونده‌ی مذکور این تقسیم‌بندی این‌گونه خواهد بود: خطای سه متخصص در تشخیص اختلال کروموزومی به صورت غیر قطعی، خطای پنهان بوده و خطای پزشکی قانونی مبنی بر تجویز انجام سقط جنین در هفته‌ی ۱۶ بارداری با وجود تشخیص غیر قطعی، خطای آشکار بوده و اجتماع این دو سبب مرگ جنین گردیده است.

تشخیص قطعی با آمنیوستز یا نمونه‌برداری پرزهای جنینی (CVS¹) و کاریوتایپ انجام می‌شود. در صورت محدود بودن زمان بررسی، حداقل بایستی پس از سقط درمانی کاریوتایپ را انجام داد تا تکلیف فرزندان بعدی خانواده مشخص باشد، چرا که سونوگرافی برای یافتن NT فقط یک تست غربالگری جنین است. براساس اظهار خانواده پس از سقط، تست تشخیصی خاصی روی جنین انجام نشده است. در دسته‌بندی دیگری که مبنای آن ارائه‌ی خدمات در نظام سلامت است، خطاها به سه گروه تشخیصی، درمانی و پیشگیری تقسیم‌بندی شده‌اند. در ادامه انواع خطاهای

¹ Corion villus sampling

النفس التي حرم الله الا بالحق^۱» و «و من يقتل مؤمناً فجزائه جهنم^۲».

در قسم دوم (جنین فاقد روح) دانشمندان اهل سنت، نظریات گوناگونی دارند. قالب ایشان، انجام آن را جایز می‌دانند (۳۴). از منظر فقهای امامیه، جنین موجودی محترم و سقط آن، به جز مواردی که به عنوان ثانوی، سقط آن مجاز شناخته شده است، در هر مرحله‌ای که باشد، به استناد کتاب، سنت، عقل و اجماع، حرام و نامشروع است؛ زیرا شیعه امامیه، به نوع زندگی بشر، آن چنان اهمیت داده که از همه‌ی مرزهایی که فقهای مذاهب اسلامی در آنجا توقف کرده‌اند، گذشته است. شیعه امامیه برای نطفه‌ی انسان، عوض مالی (ارش) معین کرده و سپس در تعیین این عوض مالی، بر حسب مراحل رشد و نمو در رحم زن، مرحله به مرحله پیش رفته است (۳۵).

خداشه به اعتماد عمومی مردم

از آنجا که بیماران برای تأمین سلامتی خود به پزشک اعتماد می‌کنند و خود را به دست وی می‌سپارند، پزشک در قبال این اعتماد مسؤول است تا اقدامات اخلاقی و قانونی را در خصوص آن‌ها انجام دهد. در واقع، در قبال اعتمادی که عموم مردم و بیماران به‌طور خاص به سازمان پزشکی قانونی دارند، پزشکان اخلاقاً ملزمند که در جهت حفظ این اعتماد از طریق رعایت قانون و صداقت در بیان اطلاعات حداکثر تلاش خود را بنمایند.

خداشه به تصمیم‌گیری مشاوران ژنتیکی

همان‌طور که در توضیح عملکرد همکاران بیان شد، این سازمان بر اساس تشخیص غیر قطعی سه پزشک متخصص مبنی بر وجود اختلال ژنتیکی تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ در جنین، مجوز سقط را صادر کرده است. پس از انجام سقط، خانواده‌ی مورد نظر برای تشخیص و پیش‌بینی وجود این اختلال در موارد بارداری آتی، به مشاور ژنتیک مراجعه

آگاهی‌های لازم را ندهد و به درمان بیمار بپردازد، رضایت اخذ شده، ناآگاهانه است (۲۸، ۲۹).

مطلب دیگر این‌که به لحاظ اخلاقی همان‌طور که بیماران محق به دریافت اطلاعات قبل از انجام یک اقدام درمانی یا تشخیصی هستند، مسلماً حق دارند که از نتایج آن اقدام هم مطلع شوند (۳۰). وقوع خطا ضرورتاً کوتاهی و رفتار غیر اخلاقی محسوب نمی‌شود، اما عدم اظهار آن می‌تواند این گونه باشد، چرا که پنهان کردن اطلاعات از بیمار و کوتاهی در اظهار خطا به بیمار نوعی فریب‌کاری محسوب می‌شود و باعث کاهش اعتماد جامعه به پزشکان می‌گردد (۳۱). لذا پزشکان موظف بوده‌اند غیر قطعی بودن بیماری را به مادر اطلاع دهند.

تعدی به شخصیت جنین

از منظر علم حقوق، هر انسان زنده دارای شخصیت (legal person) است و شخصیت عبارت است از شایستگی شخص برای دارا شدن حق و تکلیف و در حقوق اسلامی هر انسان زنده‌ای از شخصیت برخوردار است و حمل نیز از شخصیت برخوردار است، مشروط به آن‌که زنده به دنیا آید (۳۲).

بنابراین، می‌توان گفت «موفقیت عمل لقاح، به‌طور طبیعی به معنای شروع حیات در یک فرد جدید است» (۳۳) و اقدام پزشکان به سقط جنین در هر یک از مراحل جنینی هرچند قبل از ولوج روح، تعدی آشکار به شخصیت جنین است.

خداشه به حیات جنین

همان‌طور که پیش‌تر توضیح آن بیان گردید، جنین بر دو قسم است. جنینی که حیات انسانی یافته و دارای روح شده است و جنینی که فاقد روح است. ظاهراً در حرمت سقط جنین در فرض اول بین شیعه و سنی اختلاف نظری وجود ندارد. این چنین جنینی، انسان و دارای نفس است. بنابراین، تمام آیات و احادیثی که قتل انسان و نفس را حرام می‌داند، این مورد را هم شامل می‌شود. از جمله: آیات شریفه «لا تقتلوا

^۱ قرآن کریم، سوره‌ی اسراء، آیه‌ی ۳۳

^۲ قرآن کریم، سوره‌ی نساء، آیه‌ی ۹۳

می‌کنند. پس از مطالعه‌ی محتویات پرونده‌ی پزشکی به علت تشخیص غیر قطعی اختلال و از بین رفتن جنین امکان ارائه‌ی مشاوره‌ی صحیح در این باره برای آن‌ها فراهم نشد. پرسش این است که آیا بدین ترتیب خانواده می‌تواند امیدی به داشتن فرزندی سالم در آینده داشته باشد؟ یا همواره باید با این موضوع به صورت پرسشی مبهم مواجه شود؟

همان‌گونه که بیان گردید، در پی وقوع خطای آشکار، پنهان و تشخیصی پزشکان و سازمان پزشکی قانونی در شناخت قطعی اختلال ژنتیکی، مجوز سقط جنین در ۱۶ هفتگی صادر گردید و این موضوع از لحاظ اخلاقی و حقوقی تعدی به رضایت آگاهانه‌ی مادر محسوب می‌گردد. زیرا به وی در مورد وجود قطعی اختلال هیچ توضیحی داده نشده بود. به علاوه، مشاور ژنتیکی بدون انجام آزمایش‌های دقیق، امکان بررسی وقوع مجدد این اختلال یا اختلالات وابسته را در آینده نخواهند داشت. این موضوع ممکن است سبب بی‌اعتمادی عموم مردم به پزشکان گردد.

نتیجه‌گیری

خطاهای پزشکی موضوع جدیدی نیست و به تازگی هم پیدا نشده؛ اما ضروری است رویکردهای نظام سلامت به سمت شناخت ساز و کارهای منتج به خطاهای پزشکی به منظور کاهش خطا تا حد امکان، معطوف شود. در کشور ما، تاکنون بررسی‌های گسترده و مدونی جهت بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی انجام نشده؛ این در حالی است که این موضوع، نیازمند بررسی‌های دقیق است تا بتوان اقدامات آتی را با برنامه‌ریزی مناسب در این حیطه به اجرا درآورد.

از دیدگاه نویسندگان مقاله، لازم است بررسی‌های گسترده‌ای در کشور ما، جهت تدوین سازوکارهای کشف مکانیسم خطا، به منظور شناسایی نقاط ضعف نظام ارائه خدمات سلامت انجام گیرد؛ تا با این کار ضمن ارتقای نظام سلامت، از وقوع عوارض احتمالی مشابه برای بیماران، پیشگیری گردد.

همواره باید این نکته را به یاد داشت که خطاهای پزشکی،

امری اجتناب‌ناپذیر و در عین حال، بسیار شایع در نظام سلامت است. وقوع این پدیده‌ها، به جای آن‌که مسؤولان نظام سلامت را به تنبیه افراد به ظاهر خطاکار وادار کند، باید آن‌ها را به فکر طراحی و سپس ارتقای مکانیسمی بیندازد که همراه با یافتن علل سیستماتیک وقوع خطا است. بیش‌ترین فایده بعد از وقوع هر خطای پزشکی، وقتی عاید نظام سلامت می‌گردد که برنامه‌ای مدون و سازوکاری سیستماتیک جهت بررسی و آنالیز نحوه وقوع خطاهای پزشکی وجود داشته باشد.

همان‌طور که بیان گردید سقط درمانی تحت شرایط خاصی مجاز است. چنانچه شرایط مزبور به صورت کامل تحقق یابد نه تنها سقط جنین مضر نیست بلکه فواید بسیاری را بر جای خواهد گذاشت. اما چنانچه خارج از ضوابط مربوطه، سقط مجاز شناخته شود صرف‌نظر از مسؤولیت کیفری و حقوقی مرتکبان، نقض آشکار اصول اخلاقی و حقوقی خواهد بود. در پرونده‌ی موصوف آشکارا خطای پزشکی رخ داده است که تشخیص اختلال ژنتیکی تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ به صورت غیر قطعی بود. خطای دیگر که در نتیجه‌ی خطای پیشین به وقوع پیوست، این‌که پس از سقط، آزمایش‌های لازم جهت تشخیص قطعی بیماری انجام نشد. لذا مشاور ژنتیک قادر نیست هیچ راهنمایی مؤثری به خانواده‌ی مزبور ارائه دهد. دقت پزشکان و مشاوران ژنتیک به این مورد و موارد مشابه (۳۶، ۳۷) ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است تا هر چه کم‌تر شاهد خطای پزشکی باشیم.

منابع

- Williams Obstetrics: Study Guide, 22nd ed. McGraw Hill; 2005, p. 240.
- ۱۵- زمانی ر. سقط جنین در نگاه حقوق اسلامی. تهران: نشر تاریخ؛ ۱۳۸۵، ص ۱۲۵.
- 16- Obermeyer CM. Reproductive choice in Islam: gender and state in Iran and Tunisia. *Stud Fam Plann* 1994; 25(1): 41-51.
- ۱۷- منصور ج. قانون مجازات اسلامی (حدود- قصاص- دیات- تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده). تهران: نشر دیدار؛ ۱۳۸۳، ص ۱۳۰.
- ۱۸- توفیقی ح، موسوی ف، بارونی ش. بررسی مراجعین درخواست مجوز سقط درمانی به مرکز پزشکی قانونی تهران از خرداد ۱۳۷۸ تا پایان اردیبهشت ۱۳۷۹. مجله علمی پزشکی قانونی ایران ۱۳۸۰؛ دوره ۷ (شماره ۲۲): ۷-۲۱.
- ۱۹- خوئی ا. مبانی تکمله المنهاج. قم: انتشارات علمیه؛ ۱۳۷۸، جلد دوم، ص ۴۰۹.
- ۲۰- حسینی بهشتی م. بهداشت و تنظیم خانواده، چاپ اول. تهران: انتشارات بقعه؛ ۱۳۷۹، ص ۷۰.
- ۲۱- مکارم شیرازی ن. بحوث فقیهه مهمه. قم: حوزه علمیه؛ ۱۳۸۷، ص ۲۸۶.
- ۲۲- بدون نام. روزنامه رسمی کشور. قانون سقط درمانی. ۱۳۸۴، شماره: ۱۷۵۷۳.
- 23- Morray JP, Geiduschek JM, Caplan RA, Posner KL, Gild WM, Cheney FW. A comparison of pediatric and adult anesthesia closed malpractice claim. *Anesthesiology* 1993; 78(3): 461-7.
- 24- Einarson TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 1993; 27(7): 832-40.
- 25- Waters TM, Studdert DM, Brennan TA, et al. Impact of the National Practitioner Data Bank on resolution of malpractice claims. *Inquiry* 2003; 40(3): 283-94.
- 26- Clement R, Rodat O. Post-Perruche: what responsibilities for professionals? *Med Law* 2006; 25(1): 31-43.
- 27- Spital A. The shortage of organs for transplantation. Where do we go from here? *New Eng J Med* 1991; 325(17): 1147-50.
- ۱- مسعد هلالی س. اجهاض جنین الاغتصاب فی ضوء احکام الشریعه الاسلامیه درسه فقیهیه مقارنه. مجله الشریعه. ۱۴۲۱ه. ق؛ شماره ۴۱.
- ۲- حبنکه ع. الاجهاض: آثاره و احکامه. البحوث الفقیهیه المعاصره. ۱۴۱۱ه. ق؛ شماره ۷.
- 3- Anonymous. Abortion Law. http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_law. (accessed in March 2010).
- ۴- بهجتی اردکانی ز، آخوندی م م، صادقی م ر، دری اردکانی ه. ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران. فصلنامه باروری و ناباروری. ۱۳۸۴؛ دوره ۶ (شماره ۴): ۲۹۹-۳۲۰.
- ۵- حاجعلی ف. سقط جنین حرمت یا جواز. مقالات و بررسی‌ها. ۱۳۸۳؛ دوره ۷۶ (شماره ۳): ۸۲-۵۵.
- 6- Wallace R. *International Human Rights: Text and Materials*. London: Sweet and Maxwell; 1997, p. 154.
- ۷- شیخ طوسی م. الخلاف، چاپ اول. قم: مؤسسه النشر الاسلامی؛ ۱۴۱۷ه. ق، ص ۲۹۵.
- ۸- محقق حلی. شرایع الاسلام فی مسائل الحلال و الحرام، چاپ دوم. تهران: انتشارات استقلال؛ ۱۴۰۹ه. ق، جلد چهارم، ص ۱۰۴۵.
- ۹- شهید اول. اللمعه الدمشقیه، چاپ اول. قم: دار الفکر؛ ۱۴۱۱ه. ق، ص ۲۶۷.
- ۱۰- نجفی م. جواهر الکلام. قم: دارالکتب الاسلامیه؛ ۱۳۶۳، جلد ۴۲، ص ۳۶۵-۶.
- ۱۱- الجبعلی العاملی ز. تحریر الروضه فی الشرح اللمعه الدمشقیه. قم: چاپ سنگی مکتبه بصیرتی؛ جلد دوم، ص ۵۰۷.
- ۱۲- آقایی نیا ح. جرایم علیه اشخاص، جنایات. تهران: نشر میزان؛ ۱۳۸۴، ص ۲۵۳.
- 13- Cunningham FG, Williams JW. *Williams Obstetrics*, 20th ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997, p. 686-979.
- 14- Cox SM, Werner CL, Cunningham FG.

۳۴- قماشى س. اسقاط عمدى جنین از دیدگاه فقه اهل

سنت. فصلنامه باروری و ناباروری. ۱۳۸۴؛ دوره ۶

(شماره ۴): ۳۷۵-۳۸۹.

۳۵- ادريس ا. عوض، ديه. چاپ دوم. ترجمه‌ی فیض ع.

تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی؛

۱۳۷۷، ص ۱۸۵.

۳۶- اکرمی م. توجه ویژه به مشاوره ژنتیک حین بارداری

در سندرم‌های سرطان خانوادگی. فصلنامه باروری و

ناباروری ۱۳۸۴؛ دوره ۶ (شماره ۵): ۴-۵۶۳.

۳۷- اکرمی م، باستانی ا. چالش اخلاقی با پزشکی قانونی

ژنتیک. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری ۱۳۸۷؛

دوره ۳ (شماره ۱و۲): ۶۰-۵۱.

1243-6.

۲۸- عباسی م. مجموعه مقالات حقوق پزشکی. تهران:

موسسه فرهنگی انتشاراتی حیان؛ ۱۳۷۶، ص ۷-۴۵.

29- Montgomery J. Health Care Law. New York: Oxford University Press; 2009.

30- Hebert PC. Patients must be told of unintended injuries during treatment. BMJ 1999; 318(7200): 1762.

31- Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000; 320(7237): 774-7.

۳۲- ساکت م. شخصیت و اهلیت در حقوق مدنی. چاپ

دوم. مشهد: گوتنبرگ؛ ۱۳۷۶، ص ۴۹.

33- Yanagimachi R. Mammalian fertilization. In: Knobil E, Neill JD. The Physiology of Reproduction. New York: Raven Press; 1988, p. 135.