



چالش‌های فراروی حق بر سلامت مادران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با تکیه بر سقط جنین درمانی

فاطمه احدی

استادیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران (نویسنده مسئول)

Fateme.ahadi1394@gmail.com

سولماز شمسی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

Shamssolmaz039@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: به لحاظ فقهی، سقط جنین عملی حرام محسوب می‌شود اما مواردی هست که چاره‌ای جز سقط درمانی نیست. زمانی که بارداری و زایمان دشوار تهدیدی برای حیات مادر قلمداد شود یا ناهنجاری جنینی و نقص اندام ملاحظه گردد و به تایید پزشک معتمد برسد، می‌توان از سقط درمانی برای پرهیز از عواقب ناگوار زایمان غیر طبیعی و تولد نوزادان ناقص بهره جست. چنین رویکردی شاید مغایر با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بنظر آید اما نگاهی به ماده ۵۶ این قانون نشان می‌دهد قانون‌گذار تلاش کرده از طریق جایگزینی رویکرد قضایی به جای رویکرد پزشکی، موارد سقط درمانی را کاهش دهد. در تزامن میان دو حکم نجات جان مادر و ناروایی سقط جنین، ترجیح عمل به حکم کم ضررتر و عقلانی‌تر منوط عمل به عرف و قوانین جامعه سالم و مدنی است.

روش تحقیق: در این مقاله براساس روش تحقیق توصیفی و تحلیلی، به بررسی نظرات فقها و حقوقدانان در جواز یا رد سقط درمانی می‌پردازیم.

یافته‌ها: باوجود هدف مطلوب قانون‌گذار، نگارندگان بر این باورند که سقط درمانی بیش از آن که موضوعی قضایی باشد، موضوعی پزشکی است و هرگونه تغییر در این حوزه باید با دقت و مشاوره با متخصصان حوزه سلامت پزشکی انجام پذیرد. از این رو پیشنهاد می‌شود ضمن احترام به نظر قانونگذار، ضوابط و مقررات ممنوعیت سقط درمانی بازنگری شده و نقش پزشکی قانونی در صدور مجوز سقط درمانی پررنگ‌تر شود.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق بیانگر آن است که در رویکرد قضایی، یعنی در ساختار رسیدگی به جرم سقط جنین می‌توان تشدید تدابیر کیفری را مشاهده کرد. قانون و نفس موضوع سقط درمانی گاه بر مبنای مصلحت سنجی قانونگذار است و با شرایط و ماهیت واقعی سقط درمانی همخوانی ندارد.

واژه‌های کلیدی: جنین، سلامت جنین، ارتقای سلامت جنین، سقط درمانی، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.



مقدمه

حمایت از خانواده و جوانی جمعیت قانون بحث برانگیزی بود که با همه فراز و فرودهای خود سرانجام تبدیل به قانون شد و حالا متولیان حوزه جمعیت و خانواده چشم انتظار اجرای آن هستند؛ اما از همان ابتدا مواد مربوط به مسئله غربالگری و سقط درمانی، در این قانون متوجه اما و اگرهای بسیاری بود و سرانجام این قانون در حالی تبدیل به قانون شد که علی‌رغم در نظر گرفتن مشوق‌های اقتصادی، شغلی و اجتماعی برای سوق دادن زوجین به فرزندآوری، وجود مواد قانونی همچون اختیاری بودن غربالگری، ثبت اطلاعات مادران باردار در سامانه‌ای ویژه، عدم الزام پزشکان به تجویز غربالگری و عدم پیگرد در صورت معلولیت نوزاد، شروط سخت سقط جنین و غیره به نظر می‌رسد همچنان ابهاماتش باقی است (اترک، ۱۳۸۷: ۳۶).

دوره جنینی به دلیل ماهیت متفاوت تشکیل اندام‌ها، دوره رشد و تکامل و رسیده شدن و آمادگی برای تولد از اهمیت خاصی برخوردار است. جنین انسان از بدو تشکیل تا زمان تولد دارای حق حیات و حق سلامت است. در سال‌های اخیر، توجه به حقوق جنین از اهمیت خاصی برخوردار شده است. عدم توجه به حقوق مدنی جنین، گاه منجر به بروز رفتارهای غیر قانونی می‌شود، از جمله سقط‌های غیرقانونی که یکی از مهم‌ترین آن‌ها است.

تغییر شیوه زندگی اجتماعی در دنیا و ایران منجر به تغییر نگرش زوجین برای حفظ و نگهداری جنین شده است. همچنین شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی موجود در ایران و برخی از کشورهای دیگر، بستر مناسب برای الویت خواست و نظر والدین بر ترجیح زمان تولد جنین شده است. نبود قانون، چالش بزرگی را در این صورت ایجاد کرده است (فاضل لنکرانی، ۱۳۹۶: ۵۴۸). از طرف دیگر، وجود قوانین سخت‌گیرانه برای سقط و موقوف نمودن سقط به علل پزشکی، یکی دیگر از عواملی است که زمینه را برای سقط‌های غیر قانونی در دنیا و ایران فراهم کرده است. براساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۰ تا ۱۵ همه بارداری‌ها به سقط منجر می‌شود، اما سقط‌های ناایمن همواره با مرگی حدود ۱۰۰ هزار تا ۲۰۰ هزار زن در دنیا همراه است. این موضوع در ایران طی ۱۰ سال گذشته، روندی صعودی به خود گرفته است و مشخص شده است تنها ۲/۴ درصد از دعاوی حقوقی در دادگاه‌های تهران به سقط‌های غیرقانونی ارتباط دارد. به طور کلی این قانون سعی در حمایت از جوانان در آستانه ازدواج یا زوجین جوان، زوجین نابارور و پیشگیری از ناباروری، حمایت از مادران برای دوران بارداری، زایمان و شیردهی، بهبود کیفیت زایمان طبیعی و ارائه تسهیلات برای آن، حمایت از خانواده‌های دارای سه فرزند و بیشتر، حمایت‌های مالی برای تولد چند قلوها، حمایت از مادران شاغل و طلبه و دانشجوی و حتی غیر شاغل دارد و در این راستا تسهیلاتی در حوزه اقتصادی و اجتماعی به خانواده ارائه و اقداماتی را هم در حوزه آموزش و فرهنگسازی دنبال می‌کند (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۹۰: ۴۳).

به طور کلی این قانون سعی در حمایت از جوانان در آستانه ازدواج یا زوجین جوان، زوجین نابارور و پیشگیری از ناباروری، حمایت از مادران برای دوران بارداری، زایمان و شیردهی، بهبود کیفیت زایمان طبیعی و ارائه تسهیلات برای آن، حمایت از خانواده‌های دارای سه فرزند و بیشتر، حمایت‌های مالی برای تولد چند قلوها، حمایت از مادران شاغل و طلبه و دانشجوی و حتی غیر شاغل دارد و در این راستا تسهیلاتی در حوزه اقتصادی و اجتماعی به خانواده ارائه و اقداماتی را هم در حوزه آموزش و فرهنگسازی دنبال می‌کند (جمشیدی، ۱۳۹۷: ۲۳۶).

روش تحقیق

در این مقاله، از روش تحقیق توصیفی و تحلیلی و برپایه روش فیش برداری و مطالعات کتابخانه‌ای برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات استفاده شده است.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که سیاست تقنینی و کیفری اغلب کشورها در خصوص جنین و نقض حقوق مربوط به وی یکسان



نیست. نگاهی به وضعیت سقط درمانی در جهان و ایران نشان از افزایش میزان سقط جنین دارد. علی‌رغم وجود قوانین سنتی و آداب و رسوم قومیتی و فرهنگی، هنوز در بسیاری از نقاط دنیا، با ممنوعیت سقط جنین مواجه هستیم اما با افزایش آمار جمعیت کره زمین و تغییر در سیاست‌های کلان دولتها نسبت به جمعیت سرزمینی خود، رشد و توسعه حقوق بشر و نیز آگاهی‌های عمومی مردم، سقط درمانی بیش از آن که تحت تاثیر سنت‌های پیشین قرار گیرد، بر مبنای مصالح خانوادگی و نظام تنظیم جمعیت قرار دارد و می‌توان شاهد تغییرات نسبی در نگرش به حقوق جنین و سقط درمانی شد. از این رو، در برخی کشورها نگرش قانونگذار به سوی سقط درمانی بیش از جوامع دینی و فرهنگی سنتی است.

مباحث نظری

قبل از ورود به مباحث نظری مربوط به جنین، حقوق جنینی، سقط درمانی و یا ممنوعیت یا جواز آن، ابتدا لازم است با مفهوم سقط درمانی آشنا شد.

مفهوم فقهی سقط درمانی

موارد تعریف سقط جنین در مدارک فقهی بسیار نادر است. اغلب فقها در ورود به بحث دیه جنین به ذکر حالات مختلف آن در بطن مادر و میزان دیه هریک می‌پردازند. در مورد معنی جنین در کتاب شرح و ترجمه تبصره علامه آمده است: «جنین از اجنان که معنی آن مستور بودن است، مأخوذ است (مستور در رحم). همچنین شهید ثانی در شرح لمعه در باب شرح و توضیح کلمه جنین می‌فرماید: «و هو الحمل فی بطن امه و سمی به لاستتاره فیه من الاجتنان و هوالستر فهو بمعنی المفعول؛ یعنی جنین همان حمل است در بطن مادرش و به خاطر استتار آن در شکم مادر به این نام خوانده می‌شود» (فاضل لنکرانی، ۱۳۹۶: ۵۴۹).

در متون فقهی اسلام با استفاده از آیات قرآنی و روایات وارده مانند آیات ۵ سوره حج، ۱۴ سوره مؤمنون، ۶۷ سوره غافر، ۳۸ سوره قیامت و غیره، با تقسیم دوران جنینی به دوره قبل از ولوج روح و دوره پس از ولوج، نظریات فقهی مختلفی ابراز شده است و آنچه قدر مشترک فقها اسلامی است مجازات‌های دوران قبل از دمیدن روح است که دیه آن در شرع مقرر شده که عین آن در قانون مجازات اسلامی ذکر شده است (قیاسی، حبیبی، ۱۳۹۴: ۱۰۰).

مفهوم کیفری سقط جنین

با نگرش به مواد قوانین مجازات اسلامی مصوب ۱۳۶۱ و ۱۳۷۰ و ۱۳۹۲ تعریف مشخص از سقط جنین یا سقط حمل ملاحظه نمی‌شود و قانون‌گذار به پیروی از منابع فقهی که منشأ تدوین این قوانین است، مستقیماً به ذکر مقدار دیه انواع حالات سقط جنین پرداخته است. جعفر لنگرودی در توضیح عبارت سقط جنین می‌نویسد: «سقط جنین جرمی است که نتیجه آن بیرون انداختن جنین از رحم باشد و فاعل جرم (اعم از مادر یا پدر یا ثالث) قصد این نتیجه را داشته باشد، خواه وسایلی به کار برده باشد خواه نه. مورد صدق جنین آن است که جنین عادتاً بعد از سقط قابل ادامه زندگی نباشد» (جمشیدی، ۱۳۹۷: ۲۳۵).

در مواردی که سقط را قانون تجویز کند، جرم سقط صدق نمی‌کند. هرگاه جنین قبل از موعد طبیعی به علت داخلی (بدون تحقق جرمی) ساقط شود را هم در عرف عام سقط جنین می‌نامند، ولی این سقط دارای آثار حقوقی (اعم از مدنی یا کیفری) نیست و معنی سقط در اینجا لازم است نه متعدی. اما تعریف جامع و مانع این است: اخراج عمدی قبل از موعد جنین یا حمل به نحوی که زنده یا قابل زیستن نباشد یا منقطع ساختن دوران طبیعی بارداری (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۹۰: ۴۸).

به هر حال در مقایسه دو تعریف پزشکی و حقوقی سقط جنین، اختلاف در عمد یا غیرعمدی بودن است به نحوی که سقط جنین از نظر حقوقی دارای عنصری عمدی است، در حالی که در علم پزشکی عدم شرطیت عنصر عمد وجود دارد (قیاسی، حبیبی، ۱۳۹۴: ۱۰۲).



مادر باردار است. حق سلامت جنین در ایران، محدود به سلامت جسمی جنین و نداشتن بیماری‌های منافات با حیات تعریف شده است. بنابراین در صورتی که جنین زیر ۱۹ هفته بوده و بیماری جنین قطعاً محرز شده باشد، قانون‌گذار مجوز سقط درمانی را صادر می‌کند (فاضل لنکرانی، ۱۳۹۶: ۵۴۳)

در این خصوص بایستی توجه کرد که طبق نظریه بارکر که بیان می‌کند سلامت محیط رحم مادر از مهم‌ترین عوامل مؤثر برای سلامت جنین تا سال‌ها پس از تولد وی است، اهمیت به موارد تهدیدکننده سلامت رحمی نقش مهمی را ایفا می‌کند. برای مثال، مادری که باردار بوده و از داروهای روان‌گردان استفاده می‌کند، سلامت رحم و جنین را دچار تهدید کرده است که همان‌گونه که اشاره شد، قوانین کیفری در این خصوص در ایران وجود ندارد. حق حیات و سلامت جنین در قوانین بین‌الملل نیز با چالش‌های جدی مواجه است. تنها در ایالت کارولینای جنوبی آمریکا سوء مصرف موادمخدر توسط مادر باردار به دلیل تحمیل آسیب‌های جسمی و روحی ایجادکننده بر روی جنین جرم محسوب شده و مادر به دلیل کودک‌آزاری مورد تعقیب قرار خواهد گرفت.

بحث سلامت روانی و حمایت عاطفی خانواده‌ها و احترام به مادر و جنین از مطالب دیگریست که کمتر مورد توجه بوده است. زمانی که مادران باردار برای رفع عوارض جسمی در اینترنت راه‌های مختلف را مورد تجسس قرار می‌دهند با مطالب زیادی در این خصوص مواجه می‌شوند مواردی مانند سوزش سردل و معده و حالت تهوع، کمردرد، درد لگن، بی‌خوابی، از دست دادن اشتها، خستگی مفرط و ورم پا که به میزان فراوانی به چشم می‌خورد، اما توجه به شرایط روحی مادر با تکیه بر احترام و تکریم مادر و جنین موضوع جدیدی است. روزهای پایانی دوران بارداری که در زبان آلمانی به نام «Zwischen» و در فارسی عنوان «عالم بالا، عالم بی مثال، عالم برزخ، بین ۲ دنیا» تعبیر می‌شود، بسیار لازم و حیاتی است. واقعیت امر این است که روزهای آخر بارداری زمان مکان و حال و هوای متمایز و خاص خودش را دارد که باید به آن احترام گذاشته شود. مادر باردار بین دو نقش متفاوت زنانه و مادرانه قرار دارد. تکریم مادر و جنین در این دوران علاوه بر حفظ سلامت روانی مادر، سلامت روان جنین را نیز در پی دارد، زیرا براساس میثاق بین‌المللی و قوانین بین‌المللی حقوق کودک، حمایت از حق ذاتی هر کودک از بقا و سلامت ضروری بوده و رعایت سلامت در ابعاد مختلف آن از اهمیت خاصی برخوردار است. در این خصوص منشور حقوق شهروندی در ایران نیز به حق حیات و سلامت کودک اشاره مستقیم دارد. از الزامات تحقق این حقوق، ایجاد بستر مناسب برای مادر باردار نیز جهت حق سلامت و بقای جنین لازم می‌باشد (فاضل لنکرانی، ۱۳۹۶: ۵۴۱)

ب: حق بنیادین جنین در امر زایمان

یکی از مهم‌ترین حقوق جنین، در نظر داشتن او به‌عنوان یک انسان دارای شأن و منزلت و کرامت است. در نظر داشتن جنین به‌عنوان یک انسان (پس از هفته ۲۴ که قابلیت حیات در خارج از رحم را داراست) و توجه به حقوق وی در اصل ۲۰ قانون اساسی کشور نیز به‌خوبی مشخص شده است که همه انسان‌ها مورد حمایت قانون قرار گرفته و از همه حقوق انسانی به‌طور یکسان بهره می‌برند. یکی از مهم‌ترین حقوق جنین توجه به شأن و کرامت او در امر زایمان است. بنابراین، طریق سیر طبیعی زایمان در زمان مقرر و عدم مداخله در آن به‌عنوان یکی از مهم‌ترین حقوق بنیادین جنین و حفظ کرامت وی محسوب می‌شود و عدول از آن تنها در صورت ضرورت‌های پزشکی امکان‌پذیر است. فرایند طبیعی تولد و طی نمودن روند تکامل توسط جنین در آخرین روزهای بارداری نیز از حقوق بنیادین جنینی محسوب می‌شود که هرگونه اقدام غیرضروری پزشکی، به بروز عوارض نامطلوب برای جنین منجر می‌شود و آسیب‌های جبران‌ناپذیری برایش ایجاد خواهد کرد (شکور، ۱۳۹۲: ۲۹).

عدول از این مسئله، با اعمال جراحی سزارین نابهنگام در تاریخ‌های موردنظر مادر می‌تواند یک مصداق عینی از ضایع نمودن حقوق بنیادین جنین و عدم توجه به شأن و منزلت و کرامت جنین محسوب شود. مواردی مانند احتمال آسیب‌های جسمی و روحی جنین، زمینه برای ایجاد فساد در نظام سلامت، ترجیح خواست والدین بر سلامت جنین و ایجاد ازدحام در بیمارستان و کاهش احتمال تمرکز بر سلامت مراجعه‌کنندگان از مهم‌ترین عوارض پیش‌آمده محسوب می‌شوند که هرکدام از موارد پیش‌گفته می‌تواند



از مصادیق واقعی جرم محسوب شود، زیرا در این صورت پزشک وظایف قانونی و حرفه‌ای خود را در قبال خواست و تمایلات پدر و مادر جنین نادیده گرفته و به نوعی اسیر خواسته‌های آن‌ها می‌شود. بنابراین جرم بودن این قضیه بر اساس قوانین کشوری محرز است. (سزارین نابهنگام) در خصوص انجام سزارین‌های نابهنگام که از مصادیق ار بین بردن و ضایع نمودن حقوق بنیادین جنین است، طی جست‌وجوی انجام شده در کلیه سایت‌های تحقیقاتی، این مورد تنها به برخی از کشورهای در حال توسعه به‌ویژه در آسیا (ایران، تایوان) محدود بوده و به نظر می‌رسد در دیگر جوامع مورد توجه نیست. مطالعه مروری نظام‌مند انجام شده در سال ۲۰۲۰ نشان داد از ۱۷ دلیل اصلی برای سزارین‌های انتخابی براساس خواست مادر، انجام سزارین بر اساس تاریخ موردنظر، دلیل ۱۶ محسوب شده که در کشور تایوان و ایران به این نوع سزارین اشاره شده است. انجام سزارین‌های انتخابی در اغلب کشورها به‌ویژه کشورهای آسیایی مطلوب نظر، پزشکان، والدین و مراقبین سلامت است، اما انجام این شیوه به دلایل پیش‌گفته حقوق بنیادین جنین را دچار آسیب می‌کند. این در حالی است که سزارین‌های نابهنگام و یا انتخابی در کشورهای اروپایی مطلوب‌نظر عده بسیار کمی از زنان بوده و اغلب محدود به مادرانی است که تجربه نامطلوبی از زایمان قبلی خود داشتند (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۹۰: ۱۹).

سزارین‌های تقویمی علاوه بر نادیده گرفتن حق جنین از سلامت جسمی (اختلال در روند تکامل مغزی جنین در روزهای آخر بارداری) اثرات منفی را بر سلامت وی خواهد داشت، زیرا فرایند تکامل جنین با سزارین‌های تقویمی در تعارض است. بنابراین انجام تولدهای تقویمی براساس قوانین مدنی مغایر با اخلاق حرفه‌ای پزشکی است و علاوه بر قصور پزشک، والدین نیز در این مسئله دخیل هستند (قیاسی، حبیبی، ۱۳۹۴: ۱۰۵).

ج: حق تشخیص و کرامت

جنین انسان براساس قوانین ملی، دارای تشخیص و کرامت انسانی است و از همان ابتدای تکوین حق برخورداری از کلیه حقوق انسانی شامل حال وی می‌شود. اگر چه جنین در رحم مادر فاقد مسئولیت است، اما کلیه حقوق مادی و معنوی جاری، شامل وی نیز می‌شود. حقوق مادی مانند ارث، نفقه، وصیت، ارث و وقف از مهم‌ترین آن‌ها است. همچنین حقوق معنوی مانند حق برخورداری از سلامت جسم و روان، حق برخورداری از خانواده سالم غیره است که به‌طور مفصل در قسمت‌های قبل به آن‌ها اشاره شد (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۹۰: ۲۲).

اغلب ریشه کرامت جنین بیشتر در نظریات سکولار و دینی وجود دارد. کرامت جنین در دیدگاه سکولار بیشتر به ژنوم هوموساپینس بودن آن ارتباط دارد، اما به هر حال وجود انسان به دلیل انسان بودنش دارای ارزش بوده و از همان ابتدای تکوین بایستی مورد احترام قرار بگیرد کرامت جنین و تشخیص وی از اهمیت خاصی برخوردار است، به‌گونه‌ای که عدم رعایت کرامت و شأن جنین به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مصادیق خشونت علیه جنین تعریف شده است (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۹۰: همان).

طیف خشونت‌های حین لیبر و زایمان در دنیا بسیار وسیع بوده و به عواملی مانند جمله پزشکی شدن زایمان، فرهنگ جامعه و اطلاعات افراد بستگی دارد. برای مثال انجام سزارین‌های تقویمی و انجام اپی زیاتومی‌ها در کشورهای با پزشکی شدن زایمان که اغلب شامل کشورهای در حال توسعه است، رواج بالاتری داشته است. این در حالی است که این‌گونه اعمال در کشورهای توسعه‌یافته با حداقل پزشکی شدن زایمان همراه بوده و می‌تواند به‌عنوان خشونت‌های حین لیبر و زایمان تلقی گردد. بالا بودن میزان اپی زیاتومی روتین در ایران (حدود ۹۸ درصد از زنان اول‌زا اپی زیاتومی می‌شوند)، عدم آزادی مادر باردار در حرکت در زمان لیبر، عدم آزادی مادر در انتخاب پوزیشن زایمان همه مواردی بوده است که در ایران به‌عنوان خشونت حین لیبر و زایمان برای مادر در نظر گرفته شده است، درحالی‌که اعداد یادشده در کشورهای توسعه‌یافته زیر ۲۵ درصد است. براساس طبقه‌بندی هیل که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است، اپی زیاتومی‌های روتین، مداخلات فراوان در امر زایمان، انجام اقدامات مامایی و پزشکی بدون کسب رضایت و اجازه مادر باردار، به کار گرفتن خشونت‌های کلامی، مداخلات غیرضروری برای جنین همگی از مصادیق واقعی



خشونت علیه مادر و جنین محسوب می‌شود و کرامت مادر و جنین را دچار آسیب می‌کند. به کار گرفتن «جنین شما از بین خواهد رفت اگر...» از مهم‌ترین خشونت‌های کلامی است که می‌تواند شأن و کرامت و تشخیص جنین و مادر را دچار آسیب کند. یکی از مهم‌ترین دلایل تفاوت در میزان خشونت‌های حین لیبر و زایمان در ایران با دیگر کشورهای توسعه‌یافته به رعایت کدهای اخلاق در بالین مربوط می‌شود. کدهای اخلاق در زمان لیبر و زایمان در ایران، قدمتی بیش از ۱ دهه را دارد، اما به دلیل آگاهی متوسط رو به پایین ماماها، پزشکان متخصص و کارکنان اغلب این کدها رعایت نمی‌شود.

موارد تجویز سقط جنین

اگرچه در اغلب نظام‌های حقوقی اقدام به سقط جنین عملی ممنوع شده می‌شود، لکن با در نظر گرفتن مبانی نظری که قوانین هر کشور از آن‌ها نشأت می‌گیرد و ضرورت‌های اجتماعی موجود به موجب مقررات، مواردی نیز در نظر گرفته می‌شود که در صورت وجود شرایط خاص، عمل سقط جنین توسط پزشک مجاز است. در چنین حالاتی انجام عمل سقط جنین توسط پزشک بایستی با تشریفات خاص صورت گیرد (فاضل لنکرانی، ۱۳۹۶: ۵۴۵).

الف: موارد تجویز سقط جنین توسط پزشک در قوانین

طبق مصوبه مجلس شورای اسلامی، سقط جنین بر اساس ماده واحده زیر جایز است: «سقط‌درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که پس از ولادت به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد، قبل از ولوج (دمیده شدن) روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز است و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود (موحدی و گلزار اصفهانی، ۱۳۹۰: ۲۲). بنابراین بر اساس این قانون، سقط جنین در موارد غیر از آنچه در این قانون آمده طبق قانون مجازات اسلامی جرم است و خلاف شرع محسوب می‌شود (جمشیدی، ۱۳۹۷: ۲۳۷).

ب: وضعیت سقط جنین در جهان

سقط جنین در سطح جهان رو به افزایش است که به دلایلی همچون تنظیم خانواده، مخفی کردن روابط جنسی ممنوع یا نامشروع قبل از ازدواج رسمی و قانونی، گریز از بارداری ناخواسته، هتک ناموس به عنف و غیره واقع می‌شود. طبق آمار جهانی، سالانه ۱۲۱ میلیون بارداری ناخواسته در دنیا پیش می‌آید که از این بین ۷۳ میلیون نفر تصمیم می‌گیرند مادر نشوند و اقدام به سقط جنین خود می‌کنند. طبق این آمار، سالانه در جهان حدود ۵۸۵ هزار زن به دلیل عوارض حاملگی جان خود را از دست می‌دهند که ۲۰ درصد آن به دلیل سقط‌های غیرقانونی است. در قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم سقط جنین در اکثر کشورهای دنیا مطرود و غیرقانونی بود. در نخستین سال‌های دهه ۱۹۵۰، آزادسازی سقط جنین در بسیاری از کشورهای اروپایی مورد توجه قرار گرفت و سپس در طول دو دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در تمامی کشورهای پیشرفته مجاز کردن سقط جنین شروع شد. در حال حاضر در چند کشور اروپایی از جمله فنلاند، سوئیس، پرتغال و اسپانیا شرایط خاصی از جمله شرایط بد اقتصادی خانواده و ناتوانی در تأمین هزینه‌های یک عضو جدید، سن کم یا زیاد زن برای بارداری، وضعیت مجرد زن و تعداد زیاد فرزندان برای سقط جنین در نظر گرفته شده است. در میان کشورهای اروپایی تنها در ایرلند سقط جنین به هر شکل و تحت هر شرایطی ممنوع بود که در سال ۲۰۱۸ قانون سقط جنین در ایرلند تغییر کرد. (چینی چیان و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۲۰)

در سال ۱۹۹۹ میلادی سازمان ملل متحد در یک پژوهش جهانی کشورهای مختلف جهان را از لحاظ تجویز سقط جنین و دلایل آن مورد بررسی قرار داد. دلایلی که برای سقط جنین مورد توجه قرار گرفتند، عبارت بودند از: ۱. حفظ جان مادر، ۲. حفظ سلامت جسمانی زن، ۳. حفظ سلامت روانی زن، ۴. وضعیت جنین‌های ناشی از تجاوز به عنف و زنا با محارم، ۵. ناقص بودن جنین، ۶. دلایل اقتصادی و اجتماعی و ۷. خواست خود زن. مطابق این تحقیق از میان ۱۹۳ کشور جهان، ۱۸۹ کشور سقط جنین را برای



حفظ جان مادر مجاز کرده‌اند. سقط جنین به دلیل حفظ سلامت جسمانی زن و معالجه او در ۱۲۲ کشور قانونی و در ۷۱ کشور غیرقانونی است. سقط جنین برای حفظ سلامت روانی زن در ۱۲۰ کشور جایز و در ۷۳ کشور غیرقانونی است. مجاز کردن سقط جنین مطابق ارزیابی‌های به‌عمل‌آمده موجب شده است مرگ‌های ناشی از سقط جنین غیرقانونی حداقل ۲۵ درصد کاهش یابند. (نصرتی و همکاران، ۱۴۰۰: ۹۹)

در بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ به طور متوسط سالیانه ۷/۵۵ میلیون سقط در جهان به وقوع پیوسته که از این تعداد ۱/۲۵ میلیون سقط غیرایمن بوده که ۹۷ درصد آن (۳/۲۴ میلیون) در کشورهای در حال توسعه بوده است. قابل ذکر است حداقل ۸ درصد علل مرگ‌ومیر مادر در جهان، سقط غیرایمن است. در سال ۲۰۱۴ هزینه درمان عوارض سقط غیرایمن در کشورهای در حال توسعه ۲۳۲ میلیون دلار بود. آمار سالیانه سقط جنین در میان کشورهای توسعه‌یافته در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۴ و ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ از ۱۲ میلیون سقط به ۷ میلیون سقط کاهش یافته است، در حالی که در کشورهای در حال توسعه در همان بازه زمانی از ۳۸ میلیون سقط به ۴۹ میلیون سقط افزایش پیدا کرده است. در بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ سالیانه تقریباً ۱۲۱ میلیون حاملگی ناخواسته در جهان به وقوع پیوسته که ۶۱ درصد آن‌ها منتج به سقط شده است. این بدان معناست که سالیانه ۷۳ میلیون سقط جنین در دنیا صورت پذیرفته است. در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، ۹۳ درصد بارداری‌ها در کشورهای با درآمد پایین، ۶۶ درصد بارداری‌ها در کشورهای با درآمد متوسط و ۳۴ درصد بارداری‌ها در کشورهای با درآمد بالا ناخواسته بوده است که از این تعداد حاملگی ناخواسته در کشورهای با درآمد پایین ۴۰ درصد، در کشورهای با درآمد متوسط ۶۶ درصد و در کشورهای با درآمد بالا ۴۳ درصد منتج به سقط شده است. (حریری و شکرپیگی، ۱۴۰۱: ۱۰۳)

آمار دقیقی از سقط جنین در ایران در دسترس نیست و بر اساس تحقیقات صورت‌گرفته آمار سقط غیر قانونی سالیانه حدود ۲۹۰ هزار است. بیشترین محدوده سنی سقط بین ۱۵ تا ۲۴ سال بوده است، گرچه در تحقیقی دیگر که در منطقه MENA صورت گرفته است جمهوری اسلامی ایران بیشترین میزان سقط جنین غیرایمن را در این منطقه در بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ با رقمی بیش از ۱۰۰۰ سقط در روز به خود اختصاص داده است. در مطالعه‌ای در تهران گزارش شد که سالیانه ۱۱۵۰۰ سقط در زنان متأهل به وقوع می‌پیوندد. (حریری و شکرپیگی، ۱۴۰۱: ۱۰۵)

آمارهای سقط جنین در ایران پیچیده‌اند. دلیل آن هم پیچیدگی شرایط قانونی سقط جنین در ایران است که باعث شده است بخش قابل توجهی از سقط جنین‌ها به صورت غیرقانونی و زیرزمینی انجام شود. محمدمهدی آخوندی، رئیس انجمن جنین‌شناسی ایران چندی پیش در مصاحبه‌ای آمار سقط جنین در ایران را روزانه بیش از ۱۰۰۰ مورد دانست. پس از سال ۱۳۸۴ که قوانین مربوط به سقط درمانی تصویب شده، طبق گزارش‌های پزشکی قانونی، در سال ۸۵ سه هزار مورد سقط قانونی انجام شده است که این آمار ۱۰ سال بعد، یعنی در سال ۹۵ به حدود ۱۰ هزار مورد رسیده است. در سال ۹۶، این آمار به ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار مورد در سال رسید و این همان آماری است که میانگین سقط روزانه ۱۰۰۰ جنین بر اساس آن محاسبه شده است. جالب توجه اینجاست که بر اساس آمار، تنها ۱ درصد این میزان، یعنی روزانه ۱۰ مورد از ۱۰۰۰ مورد سقط جنین قانونی محسوب می‌شود. این در حالی است که با توجه به روند افزایشی سقط جنین در طول ۱۳ سال گذشته، طبیعتاً این آمار غیردقیق احتمال افزایش را هم به خود می‌بیند. دیروز سازمان پزشکی قانونی کشور در خبری اعلام کرد: در چهار ماهه نخست سال جاری ۳۹۸۶ متقاضی سقط جنین درمانی به مراکز پزشکی قانونی مراجعه کردند که از این تعداد ۲۹۷۸ نفر واجد شرایط بودند و برایشان مجوز صادر شد اما ۸۰۲ نفر فاقد شرایط لازم برای دریافت این مجوز بودند. همچنین از کل مراجعین ۲۰۶ نفر نیز بعد از اولین مراجعه پرونده خود را تا قبل از ۱۹ هفتگی پیگیری نکردند. بر اساس این گزارش، تعداد مجوزهای صادر شده در چهار ماهه امسال نسبت به مدت مشابه سال قبل رشد ۱/۴ داشت، تعداد مجوزهای سقط جنین صادر شده در چهار ماهه اول سال قبل ۲۹۳۸ مورد بود. در این مدت استان‌های تهران با ۶۳۶، خراسان رضوی با ۴۱۶ و خوزستان با ۳۴۲ نفر بیشترین آمار مراجعین سقط جنین درمانی را داشتند. (نصرتی و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۰۱)



پیچیدگی ماجرای سقط جنین تنها به آمارهای غیرشفاف آن خلاصه نمی‌شود. سقط جنین به کلی فرآیندی پیچیده از دلیل تا نتایج و آثار آن دارد. به عنوان مثال در شرایطی که انتظار می‌رود فرهنگ استفاده از وسایل پیشگیری برای جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته بیشتر شده باشد، آمار افزایشی سقط جنین عجیب به نظر می‌رسد. عواملی مثل بلوغ زودرس و کاهش سن روابط جنسی به ویژه در مورد سقط‌های غیرقانونی موثر شمرده می‌شوند. این روزها در کشورهایی که حق گسترده‌تری بیش از دلایل پزشکی برای سقط جنین قائل هستند، شرایط خاصی مثل درخواست مادر بدون در نظر گرفتن هیچ دلیل خاص، شرایط اقتصادی و اجتماعی، شکل‌گیری جنین به دلیل وقوع تجاوز و حفظ سلامت - و نه فقط حفظ جان - مادر از نظر هم جسمی و هم روانی را هم لحاظ کرده‌اند که نشان می‌دهد ابعاد ماجرا گاه فراتر از دلایل پزشکی دانسته شده است. در عین حال عجیب است که طبق برخی پژوهش‌های جهانی، یکی از دلایل شایع سقط جنین چه به صورت قانونی - در کشورهایی که اجازه می‌دهند - و چه به صورت غیرقانونی، سقط جنین جنسیتی (مطلوب نبودن جنسیت جنین برای پدر و مادر) بوده است که در ایران هم مواردی از آن شنیده می‌شود. از جنبه آثار و عوارض، به ویژه در مورد مادران، تبعات فراوانی وجود دارد که به ویژه در شرایط سقط غیرقانونی خطرناک‌تر هم هستند. داروهای تقلبی یا تاریخ مصرف گذشته، انجام عمل کورتاژ در اتاق‌های عمل غیراستاندارد، غیربهداشتی و توسط افراد غیرمتخصص، مراقبت‌های ضعیف پس از سقط، سقط نیمه‌کاره و... تنها بخشی از ماجراست که ممکن است عوارضی از بروز عفونت تا حتی مرگ را برای مادر رقم بزنند. این فارغ از آثار روحی و روانی چنین عملی به حساب می‌آید. یک روی دیگر ماجرا، گردش مالی هنگفت سقط غیرقانونی، از داروهای غیرمجاز تا کلینیک‌های زیرزمینی است. در نهایت باید به فرآیند گرفتن مجوز سقط قانونی هم اشاره کرد که به ویژه این کار را در شهرستان‌ها و شهرهای کوچک‌تر دشوارتر می‌کند و باعث می‌شود با از دست رفتن زمان مجاز برای سقط قانونی، در نهایت حتی متقاضیان سقط‌های قانونی هم به سقط غیرقانونی روی آورند. در حال حاضر تشخیص سلامتی جنین بین هفته سیزدهم تا شانزدهم انجام می‌شود که این یعنی از زمان امکان تشخیص تا زمانی که امکان قانونی سقط وجود دارد (یعنی ۱۹ هفتگی) تنها سه هفته زمان وجود دارد. ماجرای که باعث شده است به دلیل جمع بودن شرایط در تهران، آمار پایتخت از نظر سقط جنین به طور جالب توجهی از دیگر نقاط کشور بیشتر باشد. چنان‌که انوشیروانی محسنی بندی هم چند روز پیش در واکنش به این آمار گفته است: «تهران یک کلانشهر است و به لحاظ درمانی با توجه به دارا بودن متخصصین کارآزموده و گسترده به عنوان مقصدی برای بیماران در سایر استان‌ها قلمداد می‌شود به شکلی که بیماران برای طی سیر درمان خود به تهران اعزام می‌شوند. شاید در این مورد با توجه به این که این کار غیر قانونی است و نباید انجام شود و در شهرهای کوچک پزشکان و مردم نیز یکدیگر را می‌شناسند این بیماران برای انجام این کار به تهران می‌آیند، لذا این گونه افزایش آمار در این حوزه در تهران ایجاد شده و در حقیقت این افراد از جاهای دیگر به تهران می‌آیند». (حریری و شکرپیگی، ۱۴۰۱: ۱۰۴)

قوانین سقط درمانی

موضوع سقط جنین نه فقط از نگاه اسلام که در نگاه غالب ادیان آسمانی بر خلاف شرع دانسته شده است. با این حال امروزه گاه مصلحتی بالاتر از جمله حفظ حیات مادر یا ارتقای کیفی نسل بشر باعث شده است که از نظر قانونی با آن موافقت شود. در اسلام اعتقاد بر این است که سقط جنین تنها تا پیش از ۴ ماهگی که روح در جنین حلول می‌کند، ممکن است. نخستین مستند قانونی پس از انقلاب اسلامی در این باره، بخشنامه شماره ۱/۴۱۷۶ مورخ ۱۱ آذر سال ۱۳۸۲ سازمان پزشکی قانونی کشور است که در ماده یک مقرر می‌دارد: «در صورتی که ادامه بارداری مادر به مرگ جنین یا مادر منجر شود، درخواست صدور مجوز سقط درمانی (تنها در ادارات کل پزشکی قانونی استان‌ها) مورد پذیرش قرار می‌گیرد البته در صورت دستور مقام قضایی یا درخواست زوجین یا معرفی‌نامه پزشک معالج قبل از ولوج روح (چهارماهگی)». این بخشنامه در ادامه، به تفصیل موارد علمی و شرایطی که پزشکان قانونی می‌توانند مجوز سقط بدهند، برشمرده است. اما این تنها مستند قانونی در این زمینه نیست، بلکه مجلس شورای اسلامی نیز در تاریخ ۱۰ خرداد سال ۱۳۸۴، ماده واحده سقط درمانی را تصویب کرد. در این ماده واحده آمده است: «سقط درمانی با

تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تایید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن موجب حرج مادر است یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز است 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.

در سوی دیگر ماجرا، قانونگذار در ماده ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲، اگرچه برای سقط جنین حتی پس از دمیده شدن روح در آن، قصاص را در نظر نگرفته اما دیه و مجازات تعزیری را پیش‌بینی و مقرر کرده است. همچنین دیه جنین دارای روح در ماه‌های حرام مانند انسان زاده شده و حتی بالغ فرض شده است. در فصل هفتم قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ به طور جزئی و دقیق دیه مقرر سقط جنین در هر مرحله از تکامل آورده شده است. قانونگذار حتی برای سقط جنین در صورت وقوع حادثه نسبت به مادر به عنوان گونه‌ای از سقط‌های خود به خودی هم دیه تعیین کرده است. ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی هم به مسئولیت کیفری مادر درباره سقط جنین غیرقانونی پرداخته است. البته ماده ۷۱۸ یک تبصره نیز دارد و در جایی که جنین برای سلامت مادر خطرآفرین باشد، حکم دیه را برداشته است. در کتاب پنجم از قانون مجازات اسلامی تحت عنوان تعزیرات مصوب سال ۱۳۷۵ نیز جرم‌انگاری‌ها و مجازات‌هایی برای سقط جنین پیش‌بینی شده است. مواد ۶۲۲ تا ۶۲۴ این قانون به این مباحث اشاره دارد که مجازات‌هایی همچون حبس و دیه برای عاملان تعیین شده است. باید اشاره کرد که در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای اصلاح در این قوانین از جمله قانونی شدن سقط جنین بالای چهارماه در شرایط وقوع خطر برای مادر با استناد به برخی آرای مراجع تقلید مقانون شده است. (عباسی، رضوانی و قاسمی پور، ۱۳۹۴: ۱۱۳)

الف: مسئله غربالگری در قانون جوانی جمعیت

مطابق با ماده ۵۳ قانون جوانی جمعیت، آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین و با تشخیص پزشک متخصص مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین یا خطر جانی برای مادر یا جنین و یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌شود، مشروط به آن که احتمال ضرر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری حسب مورد ذکر شده از احتمال یا محتمل ضرر نسبت به جنین و مادر نباشد و هم‌چنین والدین یا پزشک احتمال عقلایی سقط در اثر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری را ندهند. هم‌چنین جهت استاندارد سازی، نظارت، پایش و ارزشیابی، ارائه دهنده خدمات موظف است با رعایت اصول محرمانگی اطلاعات مادر، پزشک، سایر ارائه دهنده‌گان خدمات، مستندات و دلایل تجویز یا اقدام را طی کلیه مراحل در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه (ماده ۵۴ این قانون) ثبت و بارگذاری کند و مشخصات دقیق آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویر برداری و تاریخ و نتایج اقدامات باید در پرونده یا سامانه مذکور ثبت شود. مطابق با ماده ۵۴ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مکلف است طی شش ماه از لازم الاجرا شدن این قانون ضمن استقرار سامانه جامع نسبت به ثبت اطلاعات کلیه مراجعین باروری، بارداری، سقط و دلایل آن و زایمان و نحوه آن در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی و آزمایشگاه‌ها و مراکز درمان ناباروری و مراکز تصویر برداری پزشکی اعم از دولتی و غیر دولتی با رعایت اصول محرمانگی اقدام کند. هم‌چنین طبق ماده ۵۶ سقط جنین امری ممنوع و از جرایم دارای جنبه عمومی است و مطابق با مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون مستوجب مجازات، دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی خواهد شد اما چنان‌چه با ارائه مدارک پزشکی از جمله رضایت مادر، وجود مشقت شدید غیر قابل تحمل بارداری برای مادر، وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیر قابل درمان، فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر، فقدان نشانه‌ها و امارات و لوج روح، کمتر از چهار ماه بودن سن جنین قاضی عضو در کمیسیون سقط قانونی می‌تواند مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روز صادر نماید (مقدسی، روستایی، ۱۴۰۰: ۲۹۰).



ب: اصلاح مواد غربالگری و سقط جنین در قانون جوانی جمعیت

درست است که سقط جنین یک عمل فیزیولوژیک است اما نکته‌ای که پشت این مسئله است اراده انسان‌ها برای انجام این کار است. این که فردی در حین بارداری تصمیم می‌گیرد فرزند نداشته باشد باید از جنبه‌های مختلف بررسی شود تا مشخص شود که این فرد به معنای واقعی می‌خواهد بچه دار نشود یا به دلایلی از جمله محیط اجتماعی، شغلی و غیره. در جوامعی که دسترسی به اقلام کنترل بارداری صد در صد پوشش را داشته باشند طبعاً به شدت سقط جنین در موارد فرزند ناخواسته کمتر می‌شود و در نهایت به سقط جنین منجر نمی‌شود و افراد آن تعداد فرزندی را که می‌خواهند دارند و بعد از آن با اقلام کنترل پیشگیری از بارداری تعداد فرزندان را کنترل می‌کنند.

مسئله سندروم داون یکی از مباحثی بود که در قانون جوانی جمعیت مقانون شد؛ طبق بحث‌های ما در حوزه پزشکی به طور متوسط در هر هزار تولد بسته به مناطق مختلف امکان دارد که یک تولد سندروم داون متولد شود برای این منظور قوانین ما به این شکل مقانون شده که پزشک ناظر در زمان درمان بیماری اگر کنترل لازم را نداشته باشد و فرزندی مبتلا به سندروم داون مبتلا شود آن پزشک پاسخگو و مقصر است. (اکرمی، پروین و رزمجو، ۱۴۰۰: ۵۰۸)

طبیعتاً زمانی که این مسئله رخ می‌دهد هر پزشکی این طور تصور می‌کند که در صورت بروز هر اتفاقی باید پاسخگو باشد و بدین ترتیب تمام راه‌های شناخت بیماری‌های مختلف را برای بیمار انجام می‌دهد که مجبور به پاسخگویی نباشد. اهمیت مسئله غربالگری در این خصوص رخ داد؛ هنگامی که زنان در مسیر غربالگری قرار می‌گیرند از هر هزار تولد ۲۳۰ مورد به سقط جنین منجر می‌شود و جنین در غربالگری صدمه می‌دید به لحاظ دقیق‌تر برای پیشگیری از یک مورد سندروم داون این تعداد از فرزندان از دست می‌رفتند. غربالگری از این منظر مورد توجه قرار گرفت که ما برای پیشگیری از به دنیا آمدن یک تولد سندروم داون سقط این تعداد جنین مواجهه می‌شدیم. غربالگری برای مثال در خانم‌های ۳۵ تا ۴۰ سال و بالاتر از آن و برای خانم‌های دارای شرایط ویژه بارداری است در ایران اما غربالگری برای همه سنین انجام می‌شد که در هیچ جای دنیا این توصیه وجود ندارد. تنها زمانی که هر پزشک و متخصص زنان برای محکم کاری این توصیه را داشت که غربالگری انجام شود. قانون جوان جمعیت و تعالی خانواده غربالگری را از این حیث اصلاح کرد نه متوقف اما اصلاح مسئله غربالگری به دلیل فراهم کردن بار مالی بسیار بالا برای افرادی که در این حوزه کار می‌کردند از سوی پزشکان و متخصصان با مخالفت‌هایی همراه بود و به همین خاطر مخالفت از این نظر شروع شد. در واقع آمارهایی که در مورد سقط جنین اتفاق می‌افتد آماری است که به لحاظ حقوقی و قانونی اتفاق می‌افتد که سالانه توسط وزارت بهداشت و درمان اعلام می‌شود و مواردی است که پزشک دستور می‌دهد که جنین به لحاظ اختلالات کلی ژنتیکی و حیاتی قادر به ادامه حیات طبیعی نخواهد بود اما آنچه که در واقعیت است سقط جنین بیرون از دایره حقوقی و قانونی هم اتفاق می‌افتد و به همین خاطر است که قوه قضائیه و وزارت بهداشت به این مسئله ورود کردند البته در گذشته کسی به دنبال این مسئله نبود.

متأسفانه در این خصوص آمار رسمی وجود ندارد چراکه سقط جنین یک امر غیرقانونی و خلاف است و چه پزشک و ماما و چه خود فرد هردو مرتکب جرم شده اند اما آمارهای غیر رسمی سقط جنین از بین ۲۳۰ هزار تا ۷۰۰ هزار سقط در سال برآورد شده است، در واقع این آمار به لحاظ اجتماعی بیرون از کنترل حقوقی و قانونی است و فرد اصطلاحاً به دلیل مشکلاتی که ذکر شد اقدام به سقط جنین می‌کند متأسفانه در این خصوص آمار رسمی وجود ندارد چراکه سقط جنین یک امر غیرقانونی و خلاف است و چه پزشک و ماما و چه خود فرد هردو مرتکب جرم شده‌اند اما آمارهای غیر رسمی سقط جنین از بین ۲۳۰ هزار تا ۷۰۰ هزار سقط در سال برآورد شده است، در واقع این آمار به لحاظ اجتماعی بیرون از کنترل حقوقی و قانونی است و فرد اصطلاحاً به دلیل مشکلاتی که ذکر شد اقدام به سقط جنین می‌کند. متأسفانه امروزه سقط محدود به مواردی که جنین دارای نواقصی باشد نیست بلکه از طریق بازار، رسانه‌ها و شبکه‌های مجازی داروها و روش‌های متفاوتی برای این کار توصیه می‌شود تا هر کسی به خود اجازه انجام چنین کاری را بدهد.

قانون جوانی جمعیت برای آن دسته از افرادی که می‌خواهند فرزند سالم داشته باشند و نیت شأن این است که فرزند را که دارند حفظ کنند شرایطی را فراهم کرده است تا بنا بر اختیارات خود از مسئله غربالگری صرف نظر کنند و البته بیان می‌کند که غربالگری مقانون شده نه تنها از سندروم داون جلوگیری نمی‌کند بلکه خودش یک عامل کشنده است. (بابایی، مظفری، ۱۳۹۶: ۸۲)

سقط جنین و سلامت مادران

در برخی موارد بارداری قبل از ۲۲ هفتگی خاتمه پیدا می‌کند و جنین سقط می‌شود. گاهی جنین خود به خود و بر اثر عوامل گوناگون ژنتیکی یا محیطی سقط می‌شود. لکه بینی، خونریزی و درد شکمی در دوران بارداری مهمترین علائم تهدید به سقط یا سقط جنین هستند؛ بنابراین زن بارداری که در دوران بارداری خود دچار لکه بینی، خونریزی یا درد شکمی می‌شود، باید به نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت یا مرکز درمانی مراجعه کند. در برخی موارد، سقط به دلایل پزشکی مرتبط با سلامت مادر یا معلولیت شدید جنین و با تایید پزشکی قانونی اتفاق می‌افتد. گاهی نیز جنین به طور عمدی سقط می‌شود و در واقع سقط جنایی (غیرقانونی) اتفاق می‌افتد که از نظر شرعی حرام و ممنوع است. سقط عمدی به سلامت جسمی و روانی مادر آسیب جدی می‌رساند. هم‌چنین باید توجه شود رحم، اندام بسیار آسیب‌پذیری است و هر گونه دست کاری در آن به شکل دارویی اعم از گیاهی یا شیمیایی یا فیزیکی مانند وارد کردن ضربات بیرونی و درونی به منظور سقط جنین ممکن است منجر به عوارض جدی و حتی مرگ مادر شود. بستری در بیمارستان، خونریزی‌های خطرناک، عفونت، از دست دادن رحم ناشی از خونریزی، عفونت یا پارگی و ناباروری از مهم‌ترین عوارض جسمی سقط عمدی جنین هستند. ریسک سرطان سینه نیز در افرادی که سابقه سقط القایی داشته‌اند ۵۰ درصد بیش از سایر زنان است. افت کیفیت زندگی و روابط زناشویی و جنسی در زنان با تجربه سقط عمدی، اختلالات خواب، رویاهای حاوی مضامین مربوط به زنده بودن فرزند، رویاهای تکراری اضطراب‌زا، هجوم ذهنی خاطرات سقط، اختلالات عصبی، بستری روانپزشکی در سه ماه اول پس از سقط جنین، احساس ترس، ناراحتی، سردرگمی، اضطراب، اختلالات خلقی از جمله افسردگی و احتمال بالاتر سوء مصرف مواد، انواع اختلالات اضطرابی و فوبیها و احساس مشارکت در گناه و شرمساری برخی از عوارض روانشناسی سقط عمدی است. (بابایی، مظفری، ۱۳۹۶: ۸۵)

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

بارداری و زایمان یک رویداد طبیعی و روان‌شناختی است. توجه به موجودیت ۲ انسان با تکیه بر تمام حقوق انسانی مادر و جنین این رویداد طبیعی را با آرامش بیشتر همراه می‌سازد. تحولات سال‌های اخیر در حوزه علوم پزشکی در دنیا و ازجمله در ایران، تغییر در امر پزشکی شدن زایمان از مداخلات زیاد به مداخلات کم و توجه به خوشایندسازی زایمان مهم‌ترین عامل برای ترویج زایمان فیزیولوژیک و ترغیب زنان به امر فرزندآوری است. بدیهی است مهم‌ترین امر در تحقق افزایش جمعیت توجه به کیفیت زندگی مادر و جنین، رفع دغدغه‌های آن‌ها و احترام به شأن و منزلت مادر و جنین است. با افزایش سطح سواد مردم و میزان آگاهی آن‌ها از حقوق خود، انتظارات مردم از کادر سلامت و درمان به‌ویژه در حیطه زنان و مامایی بیشتر شده است. تغییرات اجتماعی جمعیتی که به‌طور خواسته یا ناخواسته در ایران به وجود آمده است و شرایطی مانند کوچک شدن بعد خانواده را ایجاد کرده است، می‌تواند منشأ یک تحول بنیادین در امر توجه به سلامت روان جنین در کنار سلامت جسم شود. برای تحقق حقوق جنین و احترام به شأن و منزلت وی در کنار تکریم مادر به نظر می‌رسد راهکارهای زیر ضروری است:

۱. آموزش ماماها و پزشکان متخصص زنان و زایمان درخصوص حقوق جنین و رعایت کدهای اخلاق جنین و مادر در طول بارداری و بخصوص حین لیبر و زایمان؛
۲. الزام کارگاه‌های آموزشی حقوق جنین و مادر در برنامه‌های آموزش مداوم ماماها و پزشکان متخصص؛
۳. توجه به حقوق کامل جنین (حقوق جسمی و روانی) و قرار دادن قیود آن به‌طور تخصصی در قانون جوان‌گرایی جمعیت؛



۴. استفاده از رویکردهای نوین مراقبتی در امر بارداری و زایمان مانند رویکرد انسان‌شناختی و کل‌نگر به‌جای رویکرد پدرسالارانه؛
۵. ایجاد واحدهای درسی حقوق جنین و حقوق مادر در تمام ابعاد آن در برنامه آموزشی مامایی و پزشکی.

منابع

۱. اترک، حسین (۱۳۸۷)، «دلایل فلسفی موافقان و مخالفان سقط جنین (سقط جنین در فلسفه اخلاق)»، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، شماره سوم.
۲. اکرمی، سید محمد؛ پروین، خیراله؛ رزمجو، محدثه (۱۴۰۰)، «بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی در طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده»، مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۵، شماره ۵۶.
۳. بابایی، زینب؛ مظفری، خدیجه (۱۳۹۶)، «تهدید سلامت زنان و خانواده بر اثر اجرای ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده»، دومین کنگره بین‌المللی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، تهران، دانشگاه الزهرا، فروردین ماه.
۴. چینی چیان، مریم؛ هلاکویی نائینی، کورش؛ رفایی شیرپاک، خسرو (۱۳۸۶)، «مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران»، فصلنامه پایش، سال ۶، شماره ۳، تابستان.
۵. جمشیدی، فاطمه (۱۳۹۷)، «بررسی و نقد دیدگاه پیتیر سینگر درباره اخلاقی بودن سقط جنین»، دوفصلنامه علمی-پژوهشی تاملات فلسفی، شماره چهل و یکم.
۶. حریری، مهدی؛ شکر بیگی، علیرضا (۱۴۰۱)، «بررسی فرایند سقط جنین در حقوق ایران و فقه‌های امامیه با شمای در حقوق بین‌الملل»، فصلنامه قرآن و طب، دوره ۷، شماره ۲، تابستان.
۷. شکور، مهسا (۱۳۹۲)، «ابعاد اخلاقی سقط جنین در آموزش پزشکی»، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، شماره ۵.
۸. عباسی، محمود؛ رضوانی، سودابه؛ قاسمی پور، سعیده (۱۳۹۴)، «شرایط تحقق سقط درمانی در پرتو مطالعه تطبیقی»، مجله پزشکی قانونی ایران، دوره ۲۱، شماره ۲، تابستان.
۹. فاضل لنگرانی، محمد (۱۳۸۳)، «جامع المسائل»، قم، انتشارات امیر، چاپ یازدهم.
۱۰. ----- (۱۳۹۶)، «احکام پزشکان و بیماران»، قم، مرکز فقهی ائمه اطهار (ع)، چاپ اول.
۱۱. قیاسی، جلال الدین و حبیبی، سیده زهرا (۱۳۹۴)، «قاعده نزاحم در سقط جنین درمانی»، فصلنامه پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی، شماره چهل و یکم.
۱۲. مقدسی، محمد؛ روستایی، مهرانگیز (۱۴۰۰)، «افزایش جمعیت از رهگذر مداخلات کیفری: نگاهی به فرایند تصویب و چالش‌های اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، فصلنامه آموزه‌های حقوق کیفری، دوره ۱۸، شماره ۲۲، اسفند.
۱۳. موحدی، محمدجواد و گلزار اصفهانی، مژگان (۱۳۹۰)، «بررسی سقط جنین از دو دیدگاه وظیفه‌گرایانه و غایت‌گرایانه»، فصلنامه علمی تخصصی اخلاق، شماره اول.
۱۴. نجفی، محمدحسن (۱۳۶۲)، «جواهرالکلام فی شرح شرایع الاسلام»، بیروت، دار إحياء التراث العربی، چاپ هفتم.
۱۵. نصرتی، زهرا؛ کریمی، فاطمه الزهرا؛ عافیت، ملیحی؛ امامی مقدم، زهرا (۱۴۰۰)، «مروری بر ابعاد مختلف سقط جنین در اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، دوره ۲۴، شماره ۷۷، بهار.

