

گونه‌شناسی عسر و حرج در باب سقط جنین و راهکارهای حمایتی از مادران باردار دارای

عسر و حرج

مریم سادات قبله^۱

حسن اسلام پور^۲

چکیده

پدیده سقط جنین و مجوزهای آن در شرایط متعددی که بر جنین و مادر عارض می‌شود، همواره از مسائل چالش‌برانگیز در جوامع ارزشی و اسلامی است. پژوهش حاضر، با استناد به قاعده نفی عسر و حرج به عنوان یکی از قواعد ثانویه فقهی، درصدد تبیین مصادیقی از عسر و حرج است که مجوز سقط جنین شرعی و قانونی را فراهم می‌کند. مقاله به روش توصیفی-تحلیلی نگاشته شده است و منابع آن شامل علوم فقهی، پزشکی و حوزه سلامت است. نتایج پژوهش آن است که در صورت به خطر افتادن جان مادر یا نقص جدی جنین که موجب عسر و حرج شخصی، فعلی یا استقبالی شود، قبل از دمیدن روح در کالبد جنین، سقط بلامانع است؛ ولی بعد از ولوج روح، در صورت خطر قطعی مرگ برای مادر، جایز و در غیر آن صورت، سقط جایز نیست. مقاله با رویکرد «جلب رأفت و حمایت» از بانوان باردار است که به دلایل گوناگون، دچار مصائبی در دوران بارداری خود هستند، اما مجوز سقط جنین ندارند.

واژگان کلیدی: عسر و حرج، جنین، سقط جنین، راهکارهای ترکیبی، حمایت.

^۱. طلبه سطح ۴ رشته تفسیر تطبیقی موسسه آموزش عالی امام حسین (علیه السلام) یزد (نویسنده

مسئول): gheblehmaryam1397@gmail.com

^۲. استادیار دانشگاه شهید محلاتی قم؛ eslampur88@gmail.com

مقدمه

از جمله کاربردهای قاعده نفی عسر و حرج، جریان آن در مسائل فقهی خانواده است. به عنوان نمونه این قاعده در سقط جنین، به عنوان یک قاعده ثانویه از رفع برخی احکام شرعی برای برخی از مکلفان، در شرایط خاص، پرده برمی دارد؛ اما برخی عوامل، موجب ایجاد چالش در تطبیق این قاعده بر مصادیقش شده است. مقصود از حرج در این قاعده، حرج فعلی شخصی و اعم از حرج جسمی و روحی است و معیار تشخیص آن عُرف و لحاظ وضعیت فردی و اجتماعی مکلف است. (سجادی امین، ۱۳۹۵: ۴۵)

برخی مادران به دلیل وجود مصادیقی از عسر و حرج، به توصیه پزشک متعهد متخصص، اقدام به سقط می کنند اما برخی از روی ناآگاهی و با مشتبه شدن عسر و حرج حقیقی شرعی که مجوز سقط جنین است، اقدام به سقط جنین نموده که این خود موجب تبعات سوئی است. در بررسی این گونه حوادث، عدم حمایت کافی از مادران باردار و فقدان قوانین و راهکارهای حمایتی در این زمینه، محسوس است. از این رو پژوهش حاضر در ضمن توجه به قاعده لاجرح و شناسایی عسر و حرج مجوز سقط جنین، در صدد پاسخ به این سؤال است که راهکارهای جلب حمایت از مادران باردار دارای عسر و حرج که راهکار قانونی برای سقط ندارند چیست؟

اهمیت بحث، در شناخت دقیق عسر و حرجی است که دارای مجوز شرعی سقط است و نیز در پیشگیری از کشتار جنین های بی گناهی است که سالیانه به دلایل گوناگون، سقط می شوند؛ همچنین در پی جلب حمایتی همه جانبه از زنان باردار است که در سطح جامعه در مظلومیت تمام، دوران بارداری خود را می گذرانند و با رنج فراوان دست و پنجه نرم می کنند.

ضرورت بحث در راستای افزایش آمار تکان دهنده ای از سقط جنین های غیرقانونی و تبعات آن بر جامعه زنان و خانواده ها، آشکار می شود. طبق مطالعه متاآنالیز موسی زاده و همکاران، شیوع بارداری ناخواسته در ایران، ۳۰/۶ درصد گزارش شده است. متأسفانه، امروزه بیست درصد از بارداری های ناخواسته با سقط القایی خاتمه می یابد و یک چهارم این سقطها منجر به عوارض شدید و حتی مرگ مادر می شود. بیم آن می رود که با نبود آگاهی جامعه زنان از موارد عسر و حرج مجوز سقط شرعی، نه تنها افرادی ناخواسته مرتکب گناه کبیره قتل جنین شوند، بلکه با

فقدان قوانین حمایتی از بانوان باردار، در سطوح مختلف جامعه، عوارض متعدد ناشی از سقط القایی، بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل شود.

درباره تبیین نمونه‌های عسر و حرج شرعی و شرایط تحقق سقط‌درمانی، مقالات و منابع فراوانی در اختیار است. برخی مقالات و کتب، سقط‌جنین را از منظر فقهی، اجتماعی و طبی بررسی کرده‌اند. درصدی از مقالات، به‌منظور پیشگیری از سقط‌های القایی به رشته تحریر درآمده‌اند و مقالاتی نیز به عوارض جسمی و روحی سقط‌های القایی پرداخته‌اند. در بین منابع فقهی و اصولی، مطالب مبنایی و مباحث ژرفی بیان شده است. مقالات پراکنده‌ای نیز به برخی از جنبه‌های عسر و حرج بانوان باردار پرداخته‌اند؛ اما بنا به‌تتبع نگارندگان، تاکنون اثر علمی مستقلی به‌بازشناسی نمونه‌های عسر و حرج مجوز سقط شرعی از موارد مشابه، در کنار ارائه راهکارهای حمایتی از مادرانی که مشمول قانون فوق نمی‌شوند، نپرداخته است؛ البته تعدادی پژوهش انجام شده که هرکدام به برخی از متغیرهای فوق پرداخته‌اند که حاصل جمع آن‌ها نیز، همه ابعاد مدنظر در این پژوهش را به‌دست نمی‌دهند. روش پژوهش، توصیفی-تحلیلی است. تکیه اصلی بحث بر تبیین قاعده عسر و حرج و جریان آن در مسئله سقط جنین از مصادیق فقه خانواده است. دستاوردهای این پژوهش، از نوع کاربردی است؛ زیرا نتایج حاصل از آن به عینیت‌های بیرونی زندگی افراد و جوامع، اشاره دارد. ابزار تحقیق در این پژوهش، اسناد مکتوب و نرم‌افزارهای رایانه‌ای است.

مفهوم‌شناسی

-جنین

جنین در لغت به‌معنای هرچیز پوشیده و مستور(فیروزآبادی، بی‌تا: ذیل ماده جن) و در اصطلاح، به‌بچه‌ای که در رحم مادر پنهان است، اطلاق می‌شود. مبدأ آن انعقاد نطفه و انتهای آن، لحظه قبل از ولادت طفل است.

-جنین ناقص

جنینی است که دارای ناهنجاری خلقی است. برخی از این ناهنجاری‌ها، موجب عسر و حرج نوزاد پس از تولد خواهد بود؛ به‌گونه‌ای که ممکن است پس از طی دوره‌ای زندگی نباتی بمیرد؛ اما برخی از نواقص جنین، پس از تولد قابل درمان است و برخی نیز در داخل رحم به‌واسطه

دستگاه های پیشرفته، قابل مداوا است. مواردی چون وراثت، تغذیه نامناسب مادر یا پدر و عوامل خارجی همچون تشعشعات مضر را از علل نقص جنین برشمرده اند. (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴۶-۱۴۴).

-سقط جنین

هرچند در کتب فقهی، بیشتر به بیان احکام و جوب دیه سقط جنین پرداخته شده است و تعریفی در این مورد وجود ندارد (امام خمینی، ج ۲: ۲۱۶)، اما از نظر حقوقی، سقط جنین یعنی بیرون آوردن جنین از رحم قبل از موعد زایمان و به صورت غیرطبیعی که ممکن است توسط مادر یا غیر او انجام شود و حمل خارج شده، زنده نباشد یا توانایی زنده ماندن نداشته باشد. (نوری، ۱۳۷۹: ۴۷) در علم پزشکی نیز، سقط جنین یعنی اخراج عمدی، مصنوعی یا خودبه خودی حمل، پیش از موعد زایمان طبیعی. (زارع، ۱۳۸۱: ۱۷)

-سقط جنین القایی

سقط جنین القایی، سقطی است که با هدف پایان دادن عمدی بارداری و خارج کردن جنین با هر وسیله ای انجام شود؛ خواه این عمل توسط مادر باشد یا غیر او. (آقایی نیا، ۱۳۹۲: ۳۲۵)

-سقط جنین طبی

گاهی به دلیل ابتلای مادر یا جنین به بیماری مهلک یا رنج آور و با تشخیص پزشک متعهد، ادامه بارداری به صلاح نیست. در این صورت، سقط درمانی یا سقط طبی انجام می شود. (آقایی نیا، ۱۳۹۲: ۳۵۲)

- عسر

از نظر لغوی، متضاد «یسر» و به معنای «تنگی و دشواری». (سیاح، ۱۳۷۳، ج ۲: ۱۰۴۹) «صعب، تنگ، دشوار و مشکل». (محقق داماد، ۱۳۸۵: ۸۰) و «تنگدستی، فقر و تهی دستی» (معین، ۱۳۷۹، ج ۲: ۲۳۰۰) است. در قرآن کریم نیز همین معنا به کار رفته است: «سَيَجْعَلُ اللَّهُ بَعْدَ عُسْرٍ يُسْرًا» (طلاق: ۷) تفاوت عسر و حرج در میزان شدت آن است. حرج، شدیدتر از عسر است و نسبت میان آن دو، عموم و خصوص مطلق است. (نراقی، ۱۳۷۵: ۶۲)

- حرج

در لغت به معنای «ضیق، تنگنا، گناه و حرام» است. در اصل به معنای اجتماع و انبوه چیزی است که موجب تصور ضیق و تنگی میان آن اشیاء شود. (راغب، بی تا، ج: ۱، ۱۱۲) قرآن کریم احکام حرجی را وضع نکرده است: «وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ» (حج: ۷۸) پژوهش حاضر مصرانه می‌کوشد تا در جهت جلب حمایت از مادران بارداری که با عسر و حرج بارداری مواجه هستند، ولی مجوز شرعی حقیقی برای سقط ندارند، راهکاری بیابد و تلاش مضاعفی است در راستای معرفت‌افزایی عمومی، برای پیشگیری از سقط جنین‌هایی که در اثر فقدان آگاهی یا مغفول‌گذاشتن حرمت سقط‌القایی، صورت می‌گیرد.

اجرای قاعده «لا حرج» در زمینه اسقاط جنین ناقص

قاعده «لا حرج» یا همان قاعده «نهی عسر و حرج»، به معنای سقوط تکلیف شاقّ تحمل‌ناپذیر برای مکلف است. مراد از نهی حرج، نهی ضیق و تنگی است و براساس آن قانونگذار نه احکام حرجی وضع می‌کند و نه بر آن صحه می‌گذارد. درباره اندازه مشقّتی که رافع تکلیف است، نظر صاحب‌جواهر این است که ملاک، عسر و حرجی است که شدید و معمولاً تحمل‌ناپذیر باشد؛ زیرا اگر سختی تکلیف به اندازه‌ای باشد که انجام آن نامقدور باشد، به آن «تکلیف مالایطاق» گفته می‌شود. (نراقی، ۱۳۷۵: ۶۲)

برای اثبات مبانی ادله این قاعده، به ادله اربعه استناد شده است؛ از آیات قرآن معمولاً به آیاتی چون: «لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا إَصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ وَاعْفُ عَنَّا وَاعْفِرْ لَنَا وَارْحَمْنَا أَنْتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ» (بقره: ۲۸۶) و از میان روایات، عموماً به نه روایت که از اعتبار سندی برخوردارند، استناد شده است. خصوصاً آن دسته از روایاتی که معصومان (علیهم‌السلام) به خاطر عارض شدن عسر و حرج و با استناد به آیات قرآن به رفع احکام اولیه و جعل احکام ثانویه اقدام نموده‌اند. مانند صحیح‌ه عبدالاعلی مولی آل سام که به دلیل جراحتی در انگشتان خود از حکم وضویش از امام صادق (علیه السلام) سؤال می‌کند و امام با ارجاع تمام موارد مشابه به آیه «ما جعل علیکم فی الدین من حرج...» او را ارشاد می‌کنند.

برخی از بزرگان مانند نراقی (۱۴۱۷ق: ۱۷۴)، آشتیانی (۱۴۲۵ق: ۲۲۹) و حسینی مراغی (۱۴۱۷ق، ج ۱: ۲۸۶) به اجماع و عقل به عنوان دو دلیل دیگر قاعده نفی عسر و حرج استناد جسته‌اند که پذیرفتنی نیست و از ذکر آن‌ها خودداری می‌شود. (سجادی امین، ۱۳۹۶: ۴۲-۳۸)

بحث عسر و حرج شرعی در خصوص جنین، با مباحث فقهی عمیقی عجین شده است. بدیهی است که سقط جنین به دلیل مقام و منزلت والای انسان نزد پروردگار (حجر: ۲۹، بقره: ۳۲، مؤمنون: ۲۴ و اسراء: ۷۰) و وجوب دیه سقط به اتفاق تمام علماء فریقین و نیز ممنوع بودن اخذ دیه توسط مادری که مباشر در اسقاط جنین خود است، فی نفسه حرام است (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۲-۱۵۱) و اصل ۲۲ قانون اساسی نیز به حق حیات جنین تصریح کرده است و طبق ماده ۷۱۶ قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲، اسقاط جنین بدون دلیل موجه شرعی و قانونی، در هر مرحله از بارداری، بدین شرح مستوجب پرداخت دیه به وراثت قانونی است:

دیه نطفه، علقه، مضغه و عظام به ترتیب، دوصدم، چهارصدم، شش صدم و هشت صدم از دیه کامل است. دیه جنینی که شکل ظاهری انسانی دارد؛ پیش از ولوج روح، یکدهم دیه کامل است و جنینی که روح در آن دمیده شده، در صورتی که پسر باشد، دیه آن کامل و در صورتی که دختر باشد، نصف دیه کامل و اگر جنین مشتبّه باشد، دارای سه چهارم دیه کامل انسان است. (عباسی، ۱۳۹۷: ۴) اما در صورت اثبات قطعی یا ظن غالب به وجود جنین بیمار با عسر و حرج استقبالی یا وجود جنین بیماری که -به تشخیص پزشکان متعهد و متخصص و با استفاده از تکنیک‌های پیشرفته روز- مرگ او در بطن مادر یا پس از تولد قطعی است، می‌توان با شرایطی به اسقاط او اقدام نمود. دو شاخص اصلی بحث در این زمینه عبارتند از: مرز انسان شدن و عبور از زندگی نباتی توسط جنین (ولوج روح) و دیگری شرایط عسر و حرجی که قاعده لاجرح مشیر به آن است.

سقط جنین دارای اختلال ژنتیکی قبل از ولوج روح

جنین پیش از ولوج روح، دارای حیات نباتی است و این همان حیاتی است که علم برای نطفه و جنین اثبات کرده است. در این مرحله هرچند استعداد بالقوه برای انسان شدن را دارد، اما انسان نیست و شامل قواعد فقهی حرمت قتل نفس محترمه نمی‌شود و چنانچه سخن صاحب‌جواهر

مبنی بر اجماعی بودن عدم وجوب کفاره قبل از تعلق روح را به جواز عزل در فقه اسلامی ضمیمه کنیم، پذیرش مطلب سهل خواهد بود؛ اما پس از تعلق روح، حیات انسانی پیدا می‌کند. (حاجیعلی، ۱۳۸۳: ۱۲) این مهم با توجه به تفاوت واژه‌های «خلق» و «انشاء» در مراحل تکوین انسان در کلام الهی اثبات می‌شود. ولوج روح که مقارن با حرکت کردن جنین است، بعد از گذشت حدوداً چهار ماه اثبات می‌شود. (نیکزاد، ۱۳۹۳: ۲) مؤید این مطلب، روایتی از پیامبر اکرم (صلی الله و علیه و آله و سلم) است که مدت زمان هر کدام از مراحل نطفه، علقه و مضغه بودن جنین را چهل روز ذکر کرده است. (کلینی، ۱۹۹۴: ۱۳)

البته با توجه به فتاوی فقهای عظام و به عنوان اصل کلی، به دلیل اطلاق ادله شرعی مبنی بر وجوب حفظ نفس و احترام به حیات انسانی، صرف ایجاد شک در هر نقص عضوی از جنین، نمی‌تواند مجوز شرعی برای اسقاط آن باشد؛ خواه قبل از ولوج روح یا بعد از آن. اما گاهی به دلیل بیماری‌هایی خاص، جنین توان زنده ماندن در بدن مادر را ندارد یا به مدد پیشرفت‌های علمی مشخص می‌شود که ناقص الخلقه خواهد بود؛ در این رابطه، با دو رهیافت از نظر فقهاء عظام مواجه هستیم:

رهیافت جواز سقط

این دسته از فقهاء معلولیت یا نقص جنین را در صورتی که موجب حرج بر خانواده شود، بنابر قاعده نفی عسر و حرج، موجب رفع حرمت سقط جنین و جواز شرعی اسقاط جنین پیش از دمیده شدن روح می‌دانند. آن‌ها با همین استشهاد معتقدند اگر ملاک «حرج» در بین باشد، در بیماری‌هایی نظیر ایدز، اسقاط جنین پیش از ولوج روح - مشروط به حصول حرج و علم به ابتلای جنین - جایز است. (موسوی مقدم، محمد و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶۱)

در همین زمینه آیات عظام خامنه‌ای و سیستانی، در صورتی که تشخیص بیماری در جنین قطعی و نگهداری چنین فرزندی موجب حرج باشد، به جواز سقط جنین قبل از دمیده شدن روح حکم داده‌اند. (خامنه‌ای، ۱۳۸۰، ج ۲: ۶۴-۶۳؛ محمودی، ۱۳۸۳، ج ۱: ۱۹۴)

رهیافت عدم جواز سقط

این دسته از فقهاء جنین را در حکم انسان معلول بزرگسال می‌دانند و به دلیل وجوب دیه سقط و وجوب حفظ نفس، قاعده «لا حرج» را مخصص اطلاق ادله حرمت نمی‌دانند. آنان معتقدند ادله نفی حرج، مواردی را که بالتبع حرجی را متوجه انسان می‌کنند، شامل نمی‌شود؛ زیرا هر دو قاعده نفی حرج و ضرر امتنانی است و متوجه ساختن ضرر یا حرج به غیر، خلاف امتنان است؛ همانگونه که سالخورده‌گی والدین و حرج نگهداری از آنان مجوز قتل آنان نیست؛ از سویی معتقدند اینگونه مصائب در زندگی انسان اگر توأم با صبر و رضا باشد، موجب تقرب به خداوند و علو درجات خواهد شد. (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۸)

از آیات عظام بهجت، تبریزی و امام خمینی درباره سقط جنین ناقص الخلقه که بعد از تولد سبب عسر و حرج برای نوزاد، خانواده و جامعه می‌شود، سؤال شد و ایشان فرمودند: جایز نیست. شایان ذکر است که بعدها امام خمینی از این نظریه عدول کرده و سقط‌درمانی را در مورد جنین هموفیلی که مصداق عسر و حرج برای والدینش باشد. (قبل از دمیده شدن روح) پذیرفته‌اند. آیت‌الله مکارم شیرازی نیز به دلیل آنکه پیش‌بینی‌های پزشکی جنبه قطعی ندارند، سقط را جایز نمی‌دانند. (همان، ۱۵۸-۱۵۷)

براساس قانون سقط‌درمانی مصوب ۱۳۸۴ سقط‌طبی، باید حتماً با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص، تأیید پزشک قانونی، اطمینان از وجود عقب‌افتادگی یا نقص جدی در خلقت جنین، وجود حرج برای مادر یا تهدید جانی او و نیز کسب رضایت از مادر باشد و تا چهارماهگی، یعنی قبل از ولوج روح انجام شود. (گودرزی، ۱۳۹۲: ۲۷۴)

بیماری‌هایی که در نظام پزشکی به آن‌ها مجوز سقط تعلق گرفته است، اغلب منشأ ژنتیکی دارند. برخی از آن‌ها عبارت‌اند از:

۱) میکروسفالی

نوعی نقص ساختاری است که در آن محیط سر جنین (جمجمه) نسبت به سایر جنین‌ها یا نوزادان هم سن و هم جنس و هم نژاد کمتر از حد انتظار است.

(M. DeSilva & etc, ۲۰۱۷: ۶۴۷۲)

(۲) هیدروسفالی

وجود آب اضافی در حفرات مغزی و کاهش رشد مغز.

(M. Koleva & O. De Jesus, ۲۰۲۱)

(۳) پیرتونیم

تشکیل نشدن دیواره بیرونی شکم و بیرون ماندن احشاء.

(S. Magdy Abdelmohsena, M. Abdelkader) Osman, ۲۰۱۷)

(۴) اسپینایفید

تشکیل نشدن سطح خارجی ستون فقرات که موجب بیرون زدگی نخاع شده و در صورت تولد، موجب فلج شدن طفل می شود.

(Andrew J. Copp & etc, ۲۰۱۶)

(۵) تریزومی ۱۳

ناتوانی شدید ذهنی که اغلب همراه با آنومالی های فیزیکی در بسیاری از بخش های بدن است؛ مانند شکاف لب بالا و نداشتن کام بالا، نقایص قلبی، وجود چشم های توسعه نیافته یا بسیار ریز همراه با توان ماهیچه ای ضعیف.

(M A. Noriega, a Siddik, ۲۰۲۱)

(۶) تریزومی ۱۸

رشد کم درون رحمی، کوچک و غیرطبیعی بودن سر، فک و چانه، مشت گره کرده با انگشت های همپوشان، اغلب همراه با نقایص قلبی و همراه با ناتوانی شدید مغزی.

(A. Cereda, J. Carey, ۲۰۱۲:۲)

(۷) سندروم دان

وجود مشکلات یادگیری و تأخیر رشد، ناهنجاری های فک و صورت، ناهنجاری های قلبی عروقی و خطر ابتلای بیشتر به انواعی از بیماری ها نظیر آلزایمر، لوسمی و عفونت ها.

(F. Akhtar, S A. Bokhari, ۲۰۲۱)

(۸) هموفیلی ماژور

خونریزی های طولانی پس از خراش های کوچک و ایجاد خونریزی های دردناک داخل مفصلی که در نهایت، تجمع خون در مفاصل ممکن است باعث خشک شدن مفصل شده و کودک را به طور کامل فلج کند.

(M. Franchini, P. Mannuccio, ۲۰۱۲:۱)

۹) تالاسمی ماژور

زردی شدید پوست و سفیدی چشم‌ها، بزرگ شدن و نارسایی تدریجی قلب و طحال و کبد، که ممکن است موجب مرگ نوزاد شود. همچنین، بد شکلی جمجمه و ضخیم شدن استخوان‌های صورت از علائم دیگر تالاسمی ماژور است که گاهی همراه با عقب ماندگی جسمی و ذهنی است.

۱۰) سرخچه

ابتلای مادر به سرخچه در سه ماه اول بارداری، سبب سرخچه مادرزاد که یک عارضه کشنده است، می شود و ناهنجاری‌هایی از قبیل عقب افتادگی ذهنی، کوری، کری، بیماری‌های قلبی، خونی و مغزی نوزاد را به همراه دارد.

۱۱) توکسو پلاسماوز

یک بیماری انگلی- عفونی است که توسط گربه‌ها به عنوان میزبان واسط (در چرخه زندگی انگل) ایجاد می شود. در این نمونه، نوزاد آلوده شده، سندرم‌های مشخصی همچون هیدروسفالی، میکروسفالی، کوریورتنیت، کلسیفیکیشن مغزی، اختلالاتی روانی، حرکتی و تشنج را نشان می دهد و گاهی عوارض احشایی و عضلانی بروز می کند.

سقط جنین دارای اختلال ژنتیکی بعد از ولوج روح

در مواقع اضطراری، بعد از ولوج روح نیز می توان اقدام به سقط درمانی کرد. توضیح مطلب آنکه: اگر بعد از ولوج روح با علم یا ظن غالب، ناقص بودن جنین اثبات شود، معمولاً در یکی از حالت‌های زیر خواهد بود:

۱) جنین در وضعیتی است که به لحاظ شرایط جسمی، توان حیات ندارد و مرده به دنیا خواهد آمد یا پس از تولد به زودی خواهد مرد، که در این حالت، با استناد به قاعده «حیات غیرمستقر» سقط جایز است. برای تشخیص حیات غیرمستقر، فقها چهار معیار عنوان کرده اند که تشخیص عرف پزشکان متخصص یکی از آن موارد است. (پیری امیرحاجیلو، ۱۳۹۴: ۷ تا ۸)

۲) جنین بعد از ولوج روح، هم دارای اختلال ژنتیکی جدی است و هم ادامه بارداری برای مادر خطر جانی دارد. در این مواقع علاوه بر حیات غیرمستقر، قاعده لاجرح و لا ضرر نیز در مجوز

سقط مدخلیت دارند؛ با این توضیح که طبق قاعده «لا حرج» نگهداشتن چنین جنینی علاوه بر خطرهای جسمی، مادر را دچار بیماری روحی می‌کند؛ زیرا با تأیید پزشکان از مرگ جنین خود اطمینان دارد و بدون تردید شرع مقدس به چنین سختی رضایت نمی‌دهد و طبق قاعده «لا ضرر» در مواردی که بقای جنین، ضرر جانی قابل اعتنایی برای مادر داشته باشد، به گونه‌ای که از نظر عقل و نوع مردم تحمل آن ناممکن باشد، سقط جایز خواهد بود زیرا این دو قاعده بر حکم اولیه حرمت، حکومت دارند.

البته نقدی نیز وارد است با این مضمون که دو قاعده فوق امتنانی هستند و نمی‌توان آن را به نفع مادر و علیه جنین اعمال کرد؛ وگرنه ترجیح بلا مرجح پیش خواهد آمد. در پاسخ می‌گوییم برخی فقهاء مانند آخوند خراسانی، هنگام تعارض احکام ثانویه، قائل به جمع عرفی می‌شوند. عرف، احکام اولیه را اقتضایی و احکام ثانویه (مانند: قواعد لا حرج و لا ضرر) را فعلی می‌داند و هنگام برخورد دو حکم ثانوی، در مقام ثبوت هم احتمال تعارض هست و هم تزاحم؛ اما در مقام اثبات غالباً متزاحم و چون هر دو، ملاک و مقتضی دارند، تعارض متفی است. بنابراین اینجا بین وجوب حفظ جان مادر و حرمت سقط، در مقام اثبات به علت عدم امکان امتثال هر دو، تزاحم وجود دارد؛ از این جهت حفظ جان مادر که اهم است، بر حفظ حیات جنین ترجیح داده می‌شود. (همان: ۲۲۰-۲۱۷)

۳) جنین بعد از ولوج روح، با وجود اختلال ژنتیکی، توانایی زنده ماندن دارد؛ ولی ادامه بارداری برای جان مادر خطرناک است. در این نمونه‌ها، به قواعد اهم و مهم و دفاع مشروع برای سقط جنین استناد می‌شود. با این توضیح که طبق قانون اهم و مهم جان مادر اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا او انسان سالم و بالفعل است و جنین، انسان بالقوه و بیمار و اگر مادر بمیرد، جنین نیز در بطن او خواهد مرد چون حیاتش به حیات مادر وابسته است؛ پس با سقط جنین لااقل جان مادر حفظ می‌شود. از طرفی در جنایت بر مادر، قصاص و در جنایت بر جنین، دیه اثبات شده است و این خود اهمیت جان مادر و رجحان حفظ جان او را می‌رساند. (مکارم شیرازی، ۱۳۷۸: ۲۹۵)

برخی نیز گفته‌اند: حتی اگر به طور یقینی نتوانیم اهم و مهم را از هم باز شناسیم، حداقل می‌توان ادعا کرد که احتمالاً جان مادر مهم‌تر است و همان‌طور که در باب تراحم اهم بودن یقینی مرجح است، اهم بودن احتمالی هم مرجح است. (جزایری و عشایری منفرد، ۱۳۹۰: ۳۰-۲۹)

طبق قانون دفاع مشروع، مادر در برابر جنین به عنوان دشمن داخلی، با سقط جنین از خود دفاع کرده و جان خود را نجات می‌دهد. در مورد اینکه جنین قصد و نیت سوئی ندارد و نباید دشمن تصور شود گفته‌اند، همانگونه که انسان در برابر مست یا مجنون که اراده سوء ندارد از خود دفاع می‌کند، جنین نیز هرچند بدون اراده اما سبب به خطر افتادن جان مادر شده است؛ پس این می‌تواند یکی از مصادیق دفاع مشروط باشد. (پیری امیرحاجیلو، ۱۳۹۴: ۲۲۲)

در مجموع می‌توان گفت: با استمداد از قواعد فقهی نفی عسر و حرج، اضطرار، لاضرر، لاجرح، اهم و مهم و دفاع مشروع، در نمونه‌هایی که بر مبنای آزمایشات پیشرفته به‌طور قطع وجود اختلالی در جنین اثبات شود و آن اختلال موجب یقین به حیات غیرمستقر یا خطر جانی برای مادر شود، مجوز سقط جنین قبل از ولوج روح صادر می‌شود؛ اما مواردی چون نگرانی والدین، عسر و حرج در نگهداری از جنین ناقص‌الخلقه‌ای که جوارح او طبیعی نیست و هزینه‌های درمان او در آینده، یا مزاحمت بصری برای اعضای جامعه، هیچ‌کدام مجوز سقط نیست و نمی‌توان حتی به دلیل شفقت بر جنین، او را سقط کرد. مرتکبین این عمل، اعم از فاعل و مباشرین، نه‌تنها مرتکب فعل حرام شده‌اند، بلکه به‌موجب قانون اساسی، مجرم و موظف به پرداخت دیه و تحمل محکومیت کیفری هستند.

اجرای قاعده «لا حرج» در زمینه اسقاط جنین به دلیل مشکلات مادر

عسر و حرج مادران باردار، همیشه از نوع بیماری نیست. نمونه‌هایی مانند: اعتیاد، فقر، مهاجرت، اشتغال به کار یا تحصیل، اقتدار مردان در خانواده، تجاوز، فشارهای خانواده در مواردی چون: زنا و تجاوز به عنف، تنظیم خانواده، بی‌مسئولیتی زوج، نبود امنیت اجتماعی، ازدواج اجباری، بی‌سرپرستی و رهاشدگی، ترس از فتنه و آبروریزی، بارداری ناخواسته و...، بخشی از مشکلات بانوان باردار است که متأسفانه گاهی با بیماری عجین شده و قرین دوران بارداری آن‌ها می‌شود و دورانی را که قرار است یکی از لذت‌بخش‌ترین دوران حیات او باشد، به دورانی تلخ و جانکاه

مبدل می‌کند. این مسئله با توجه به تأثیر حالات روحی روانی مادر از طریق ترشح هورمون در جفت و انتقال آن بر جنین (روحی، ۱۳۸۹: ۱۹) اهمیت دوچندان می‌یابد. عسر و حرج در بانوان باردار را می‌توان در دو دسته بیماری‌های مادر و مسائل اجتماعی او جای داد:

عسر و حرج ناشی از بیماری مادر

گاهی بانوان با وجود بیماری اقدام به بارداری می‌کنند یا دچار بارداری ناخواسته می‌شوند؛ گاهی نیز در حین بارداری مبتلابه بیماری می‌شوند؛ گاهی نیز نفس حمل برای او خطر جانی داشته و متحمل ضررهای تحمل‌ناپذیری چون سکنه، کوری و فلج می‌شود. بسته به نوع بیماری، در هر مرحله از حیات جنین (قبل از ولوج روح یا پس از آن) مادر مجبور به استفاده از داروهای گوناگون، دیالیز، عمل جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی و نمونه‌های مشابه می‌شود؛ حال آنکه در بسیاری از موارد جنین تحت تأثیر اعمال تداوی، ممکن است ناقص‌الخلقه شده یا از دنیا برود. گاهی نیز برای حفظ جان مادر باید حمل را از بین برد.

مطالب فوق همان دغدغه‌ای بود که پس از انقلاب اسلامی، شورای نگهبان را بر آن داشت تا طی نامه‌ای (مورخ ۱۳۶۱/۷/۲۵) درخواست اظهار نظر در خصوص انطباق ماده ۱۷ آیین‌نامه انتظامی پزشکی با حکم شرعی نماید که نتیجه طرح این مسئله، بحث‌هایی را بدین شرح از سوی فقهاء و حقوقدانان مسلمان در پی داشت:

۱. رهیافت عدم جواز سقط جنین برای حفظ جان مادر

استناد فقهی این حقوقدانان، ترجیح بلامرجه در سقط جنین برای حفظ مادر بود. زیرا هر دو نفس، محترم بوده و حفظ هر دو واجب است و ترجیحی بر هم ندارند.

۲. رهیافت جواز سقط جنین برای حفظ جان مادر

استناد فقهی این حقوقدانان عبارت‌اند از: از سویی عندالتعارض، اهم بر مهم ترجیح داده می‌شود و عدم تداوی و فدا کردن مادر، تضمینی برای حفظ جان جنین نیست؛ چون حیات جنین به سلامتی و حیات مادر وابسته است. از سویی حفظ جان مادر ترجیح بلامرجه نیست؛ چون برخلاف جنین، حیات مادر نزد خانواده و جامعه عزیز بوده،

با او الفت داشته و به او نیازمندند و دیگر اینکه در صورت عدم تداوی هر دو در خطر مرگ هستند؛ حال آنکه می توان با درمان کردن مادر، او را نجات داد؛ پس نباید مقدر را فدای معذور نمود. (مظفری، ۱۳۷۸: ۲۶-۲۸)

براساس نظر اکثر فقهاء از جمله امام خمینی و مقام معظم رهبری، در صورتی که با تشخیص پزشکی، ادامه بارداری برای مادر خطیر باشد، سقط جایز است. (روحانی و نوقانی، ۱۹۹۸: ۱۰۳ تا ۱۰۹) گاهی به دلیل فوریت های پزشکی، حتی بعد از ولوج روح هم سقط جنین تجویز شده است. به نظر مراجع عظام، زمانی که پزشکان متدین متخصص بگویند ادامه حمل، به طور قطع موجب مرگ مادر خواهد شد، سقط جایز است. (اسماعیلی، ۱۳۹۴: ۱۹-۲۰)

عسر و حرج ناشی از مسائل اجتماعی

چنان که گفته شد، گاهی شرایط اجتماعی و خانوادگی، کدح و رنج هایی را به بانوی باردار تحمیل می کنند. در اکثر این مواقع، رنج های جسمی و روحی توأمان هستند. فقر، محکومیت، اعتیاد و تجاوز، از بارزترین این نمونه ها هستند که به دلایل فقهی، عقلی و قانونی، مجوزی برای سقط صادر نمی شود. از این رو برخی بانوان با داشتن شرایط فوق، اقدام به سقط القایی می کنند و با استفاده از ادویه و اشربه گوناگون یا قرص ها و آمپول هایی که متأسفانه به راحتی قابل تهیه است، در مطب هایی مخفی و توسط ماما هایی غیرمتخصص و در شرایطی کاملاً غیرایمن، خود را از شر جنین به ظاهر مزاحم، راحت می کنند. این اقدام علاوه بر آنکه فعل حرام بوده و مرتکب آن مستوجب پرداخت دیه و انجام توبه است، عملی غیرقانونی محسوب می شود. ازسویی، سقط جنایی (القایی)، برای مادر آسیب های جسمی و روحی فراوان و گاهی جبران ناپذیر و حتی مرگ را به همراه دارد. (نوری زاده، ۱۳۸۸: ۵)

عسر و حرج زنان باردار معتاد به مواد مخدر

آسیب شناسی زنان باردار معتاد از دو جهت قابل بررسی است: بخشی مربوط به مادر و بخشی مربوط به جنین. مادر معتاد، مجموعه ای از مشکلات جسمی، روحی، اجتماعی، اقتصادی و حقوقی را بر دوش می کشد. سقط خودبه خودی، نامنظم شدن ضربان قلب، تشنج، آب آوردن ریه، اضطراب، اعتماد به نفس پایین، افسردگی، کمبود مهارت های تطابقی و اقدام به خودکشی، عملکرد ضعیف

اجتماعی، گرایش به طلاق، احساس تنهایی، مواجهه با خشونت‌های فراوان به دلیل زندگی با مردان معتاد، ضعف اقتصادی، افتادن در دام فحشاء و گرفتاری گاه‌بگاه در دستگاه‌های قانونی، نمونه‌هایی از آن موارد است.

اعتیاد موجب تأثیرات سوئی بر جنین نیز می‌شود که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: احتمال کاهش رشد داخل رحمی IUGR، تولد زودرس، سندرم محرومیت از موادمخدر، افزایش شیوع دیسترس جنین که موجب نقص در رشد شناختی و مشکلات رفتاری این فرزندان می‌شود، آئمی، دیسترس تنفسی، سپتیمی، هیپوکلسمی، هیپوگلیسمی، پنومونی مادرزادی، عفونت ادراری، اسیدوز متابولیک، عفونت چشمی با نایسریا گونوره یا کلامیدیا تراکوماتیس و تومورهای شکمی. (شایگان، ۱۳۹۰: ۳-۵، مباحثان در عمل سقط با توجه به مواد قانونی ۷۱۶ تا ۷۱۸ و ۶۲۲ تا ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی در حمایت از حق حیات طفل در دوران جنینی، مجرم شمرده شده و مستوجب پرداخت دیه و حبس هستند. اما به دلیل عدم اشاره به منشأ بارداری در این قوانین، برخی بر این باورند که در صورتی احکام قانونی فوق پذیرفتنی است، که جنین حاصل از یک رابطه قانونی باشد؛ اما در صورتی که جنین، حاصل یک عمل غیرقانونی نسبت به زن باشد، پذیرش مطلق این احکام، تأمل‌برانگیز است. در این حال میان حق زن قربانی (نسبت به بدن خود و اراده پاک کردن آثار جرم از جسم و روح خویش) و حق حیات جنین، تزاخم ایجاد می‌شود. بدیهی است که فرزند نامشروع و فرزند حاصل از تجاوز، تفاوت دارند. در نمونه اول، رضایت زن و مرد مرتکب فعل حرام، زمینه پذیرش تبعات کار آن‌ها است؛ نهایت اینکه این فرزند نامشروع، از حق توارث و ادای شهادت و منصب قضاوت - که شرط طهارت مولد دارند- محروم است. (طباطبایی، ۱۳۷۴: ۴۷۱)؛ اما در نمونه دوم، تحمیل تبعات جرم علیه زن قربانی که خود راضی به ارتباط نبوده، واقعاً جای تأمل دارد.

هرچند مطابق با بند(ت) ماده ۲۲۴ قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲، مرتکب، به کیفر اعدام محکوم شده و قربانی تجاوز، طبق ماده ۴۰ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، مستحق حمایت‌های قانونی است؛ اما با ذکر این مهم که مادر با لطمه روحی ناشی از تجاوز، طبعاً از جنین متنفر است، آیا می‌توان زنی را که خود بزه‌دیده و مورد حمایت کیفری است، مجبور به تحمل

بارداری کرد؟ از نظر فقهی نیز هرچند با توجه به آیات ۳۱ اسراء و ۱۵۱ انعام، صحیحۀ ابو عبید از ابو جعفر، موثقه اسحاق بن عمار و مرسله شیخ مفید از امام علی (علیه السلام) قتل فرزندان از نظر شرعی جایز نیست؛ ولی در هیچ‌کدام از این منابع، اشاره‌ای به منشأ حمل، نشده است.

درباره جواز یا عدم جواز سقط جنین حاصل از تجاوز به عنف، دلایلی ارائه شده است. ادله موافقان عبارت‌اند از: قواعد لاجرح، لاضرر، دفاع مشروع و نیز بیان برخی از حقوق زنان با رویکرد فمینیستی. در مقابل نقدهایی بر این استدلال‌ها وارد شده است. از جمله فقدان معیار دقیقی برای اثبات دقیق حرج در مصادیق مد نظر و استناد به ماده ۱۵۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، فقدان شرایط دفاع مشروع در مورد تجاوز به عنف و عدم تناسب میان حمله و دفاع و تذکر این مطلب که با محکوم کردن متجاوز و اعمال کیفر قانونی، همچنین تقویت نهادهای اجتماعی و سپردن طفل به مراکز چگون‌بهبیستی، می‌توان بار مسئولیت آن را از دوش مادر برداشت و موجبات تشفی خاطر قربانی را فراهم آورد. دیدگاه‌های افراطی فمینیستی هم از نظر فقهی پذیرفته شده نیست و طبق تعهدات بین‌المللی، با رعایت حقوق کودک نیز سازگاری ندارد. (کنوانسیون ۲ و بند نهم و چهاردهم از اصل سوم قانون اساسی و قانون اجازه الحاق ایران به میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، مصوب ۱۳۵۴)

بنابراین، ضمن پذیرش لزوم حمایت و پشتیبانی از قربانیان تجاوز به عنف، نباید آثار سوء عمل فردی متجاوز را بر جنین تحمیل کرد؛ لکن در جهت رفع عسر و حرج ایجاد شده برای قربانی، باید دستگاه حقوقی، علاوه بر تسریع در فرآیند دادرسی، جهت جبران خسارات قربانی، معاضدت‌های قضایی لازم را فراهم کند و در جهت کاهش حرج نگهداری از نوزاد نیز، با پذیرش کودک در سازمان‌هایی مانند بهزیستی، به مادر کمک کنند تا هرچه سریع‌تر به‌روال عادی زندگی خویش بازگردد. (عباسی کلیمانی، ۱۳۹۷: ۵ تا ۱۲)

عسر و حرج زنان باردار محکوم به جرایم کیفری

طبعاً بانوی باردار در شرایطی مانند حبس و بازجویی دچار سختی‌های مضاعفی است. در حقوق کیفری ایران، بنا به ملاحظات که ریشه در قواعد فقهی و شرعی دارد، قانون‌گذار در مرحله بازجویی و اجرای مجازات، میان زنان و مردان قائل به تبعیض مثبت شده است. (مؤذن زادگان و

تدین، ۱۳۹۳: ۲) زنان باردار طبق عهدنامه‌های حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۰ قانون، باید در طول مدت بارداری و مدت معقولی پس از زایمان تحت محافظت ویژه قرار گیرند. همچنین، طبق ماده ۱۲، پاراگراف ۱ از عهدنامه بین‌المللی که بر اساس عدم تبعیض علیه بانوان تصویب شده است، دولت‌های عضو باید به زنان باردار این اطمینان را بدهند که تغذیه، مسکن و خدمات رایگان را در رابطه با بارداری، حبس و مدتی بعد از زایمان، به آن‌ها ارائه می‌کنند.

همچنین شورای اروپا پیشنهادی را مورخ ۳۰ ژوئن ۲۰۰۰ در خصوص مادران و اطفال در زندان می‌پذیرد مبنی بر موارد هشت‌گانه‌ای که اولاً: بازداشت زنان باردار، به‌عنوان آخرین راهکار برای زنانی که مرتکب جرائم سنگین شده‌اند، اعمال شود و از سویی: پرسنل زندان، آموزش‌هایی در رابطه با رفتار و مراقبت از مادران باردار ببینند. معیارهای امنیتی درباره آنان کاهش یابد تا دچار اضطراب نشوند. مکانی آرام و مناسب برای شیردادن به نوزاد در اختیار زندانی قرار داده شود و رژیم غذایی مناسب او رعایت شود؛ حتی برای جداکردن طفل از مادر، تدابیر مناسبی اندیشیده شود. (فرقدان، ۱۳۸۸: ۱ تا ۳)

عسر و حرج زنان باردار فقیر

هرچند، به نظر می‌رسد فقر و نگرانی از تأمین هزینه‌های طفل، همواره یکی از دلایل سقط جنین در جهان است؛ اما مجوزی برای سقط نیست. منطق شرع مقدس نمی‌پذیرد که مانند زمان جاهلیت، والدین فرزندان خویش را به‌دلیل کمبود غذا یا نگرانی از نبود قدرت بر اداره معیشت او، از بین ببرند.

در حالت کلی مزاحمت جنین با حیات مادر خارج از دو حالت نیست. حالت اول اینکه وجود جنین هیچ مشکلی برای حیات مادر ایجاد نمی‌کند؛ لکن مادر بیمار است و مجبور است دارویی مصرف کند که به‌سلامتی جنین آسیب می‌زند و صرف‌نظرکردن از دارو، موجب مرگ یا نقص عضو مادر می‌شود. حالت دوم آنکه بارداری موجب مرگ مادر خواهد شد. آنچه از مجموع مباحث به دست آمد، نشان می‌دهد که در حالت اول سقط جنین عارضی است و در حالت دوم، طبق قاعده دفاع مشروع، مجوز سقط جنین صادر می‌شود. (نیکزاد، ۱۳۹۳: ۵)؛ اما در سایر نمونه‌های عسر و حرج، تجویز شرعی برای سقط صادر نشده است؛ بلکه شایسته آن است که با

اندیشیدن تدابیری صحیح و کارآمد و طراحی فعالیت‌های راهبردی ترکیبی، برای جلب حمایت همه‌جانبه از سلامت مادران باردار، در جهت پیشگیری، اصلاح و درمان مصادیق عسر و حرج نسبت به آنان، تلاش شود.

راهکارهای حمایتی از مادران باردار دارای عسر و حرج

رویکرد مقاله حاضر ارائه پیشنهادها و راهکارهایی ترکیبی در جهت جلب حمایت از بانوان باردار مبتلا به عسر و حرج است. با توجه به مصادیق پیش‌گفته از انواع عسر و حرج بارداری، موضوعی که ذهن نگارندگان را به خود معطوف داشته، امدادسانی به زنانی است که با وجود رنج بارداری و بیماری، به دلیل محرومیت‌ها و موانع قانونی، خانوادگی و اجتماعی، مجبور به سقط جنایی می‌شوند یا در اوج مظلومیت و بی‌پناهی فرزند خود را بدنیا می‌آورند و در هر دو صورت، دچار آسیب‌های روحی و گاه جسمی جبران‌ناپذیری می‌شوند. راهکارهای حمایتی فوق را می‌توان در دو بازه زمانی بارداری و پس از زایمان ارائه نمود:

راهکارهای حمایتی در دوران بارداری

بهبود کیفیت خدمات بارداری یکی از مؤلفه‌های ایجاد عدالت در بهداشت و سلامت است که برنامه‌ریزی و تشکیل گروه‌های حمایتی مراقبت از مادران جامعه هدف را می‌طلبد. به نظر می‌رسد اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌های جمعی و تلاش همه‌جانبه و منسجم به عنوان رویکردهای مؤثر برای کمک به مادران بارداری که به دلیل مشکلات اجتماعی قادر به افزایش کیفیت زندگی خود در دوران بارداری نیستند، اقدامی مطلوب باشد. از دیگر راهکارها، ارائه پیشنهادهایی است که نقش محوری در تغییر تدریجی نگرش‌ها و باورهای مضر دارد. به عنوان مثال می‌توان از هماهنگی با رسانه‌های محلی و طراحی کارگاه‌های آموزشی مختلف برای ارتقاء سطح آگاهی مردم در مورد حقوق مادران باردار که موجب بسیج امکانات جامعه در جهت نیل به این اهداف شود، نام برد.

با توجه به عوارض ناشی از سقط‌های القایی و طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی مبنی بر اینکه یک‌هشتم مرگ ناشی از حاملگی در جهان به علت عوارض این سقط‌ها و عدم آگاهی برخی از کادر درمان از قوانین و مقررات سقط است (قادی پاشا و دیگران، ۱۳۹۰: ۷)، توصیه می‌شود با تدابیری چون تربیت میانجیان دانشی و انجام تحقیقات مشترک حوزه و دانشگاه، میزان آگاهی

متخصصان زنان و ماماها را نسبت به موارد مجاز سقط‌درمانی و مجازات سقط‌القایی افزایش داد، تا به این شیوه به سلامت جامعه زنان باردار کمک کرده و مانع آسیب‌های جسمی و روحی به آنان شد. از طرفی چون بسیاری از موارد سقط‌القایی مربوط به بارداری‌های ناخواسته است، می‌توان طی ارائه مشاوره به زوجین به آن‌ها کمک شود تا با یک تصمیم مشترک، برای بارداری اقدام کنند. همچنین با توجه به این مهم که احتمال دکولمان (جدا شدن زودهنگام جفت و خونریزی دوران بارداری که علت مرگ برخی مادران باردار و جنین آن‌ها است) در زنان معتاد ۲/۶ برابر بیش از زنان دیگر است، پیشنهاد می‌شود با شناسایی زنان معتاد سنین باروری، برای ترک اعتیاد آنان، درمان یا جایگزینی با مواد مخدر دارای عوارض کمتر اقدام شود. (سالاری و همکاران ۱۳۸۶: ۱۱)

تدوین برنامه‌ریزی عملیاتی در قالب طراحی پیام‌های آموزشی برای گروه‌های هدف، تشکیل کمپین‌های مردم‌نهاد، برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار نیازمند، صدور کارت سوء تغذیه و شارژ کردن ماهانه آن، از دیگر راهکارهای ترکیبی در جهت جلب حمایت از مادران بارداری است که در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی هستند. (پورعلی و اصغری، ۱۳۹۳: ۷۴-۷۵) همچنین لازم است با آموزش بهبود ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان مادرانی که قربانی تجاوز و خشونت هستند یا به دلایلی رها شده و بی‌سرپرست هستند، به عنوان یک روش مؤثر در کاهش ترس و اضطراب آنان تلاش نمود.

راهکارهای حمایتی پس از زایمان

مراقبت‌های دوران پس از زایمان نیز مانند دوران بارداری قابل اعتنا و خطیر است. صاحب‌نظران معتقدند، شش هفته پس از زایمان که دوره نقاهت (نفاس) نامیده می‌شود، خصوصاً شش ساعت اولیه پس از زایمان که مهم‌ترین زمان برای مراقبت‌های بالینی از مادر است، باید مراقبت از او توسط کارکنان بهداشتی انجام شود. در این زمان کنترل میزان خونریزی و علائم حیاتی، حائز اهمیت فراوانی است. همچنین علائمی چون تب و لرز، درد و ورم، بی‌اختیاری دفع یا یبوست، خونریزی غیرمعارف و عفونت بخیه‌ها از نمونه‌هایی است که باید حتماً توسط پزشک یا ماما تحت درمان قرار بگیرد. تغذیه سرشار از کالری، ویتامین و پروتئین برای جبران ضعف حاصل از بارداری و زایمان، کمک به روند شیردهی و پیشگیری از ماستیت و در ادامه، برنامه مناسبی برای

درمان اندوه پس از زایمان و در نهایت تنظیم خانواده از دیگر مراقبت‌هایی است که برای مادر پس از زایمان اعمال می‌شود. (رایلی، ۱۳۹۲: ۳۶)

بانوی باردار فقیری که قربانی تجاوز، اعتیاد و غیره بوده و غالباً با عدم حمایت مالی و روانی از ناحیه خانواده و اجتماع روبرو است، قطعاً نیاز به استعانت و امداد ویژه دارد و دین اسلام که مدعی اعاده هویت و حقوق او بوده و همواره الگویی متعالی برای این ریحانه الهی ارائه داده است، در این مسیر پیشگام است. از این رو بجاست که ایران اسلامی در جهت حمایت حقیقی از گروه مادران باردار آسیب‌پذیر جامعه که بیشتر در معرض ابتلا به بیماری و مرگ هستند، اقدام جدی نماید و با توجه به غیرقانونی و غیرشرعی بودن سقط القایی، با تدوین برنامه‌های عملیاتی و مداخله‌ای مانند انجام مشاوره‌های مناسب، تدوین فرم‌های پیگیری مادران در معرض خطر در سطح جامعه و زندان‌ها و نیز ثبت اطلاعات مراقبت از بانوان و نوزادان در بیمارستان‌ها جهت پایش به موقع حمایت‌ها، گامی مؤثر بردارد.

البته اقدام‌های شایسته برخی نهادها را نمی‌توان نادیده انگاشت؛ مانند تفاهم‌نامه مسئولان مؤسسه بنیاد خیریه علوی و دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت که در اقدامی حکیمانه برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار و شیرده مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند را بر اساس شاخص‌های مربوطه انجام می‌دهند. (اله‌پور و اصغری، ۱۳۹۳: ۳)

در مجموع به نظر می‌رسد با توجه به وجود همبستگی معناداری که میان ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و راهکارهای تنظیم هیجان از یک سو و افزایش توانمندی و تاب‌آوری اشخاص وجود دارد، راهکارهای راهبردی ترکیبی برای جلب حمایت همه‌جانبه از مادران باردار دارای عسر و حرج، اهمیت بسزایی داشته و تلاش‌های مضاعفی را می‌طلبد.

نتیجه‌گیری

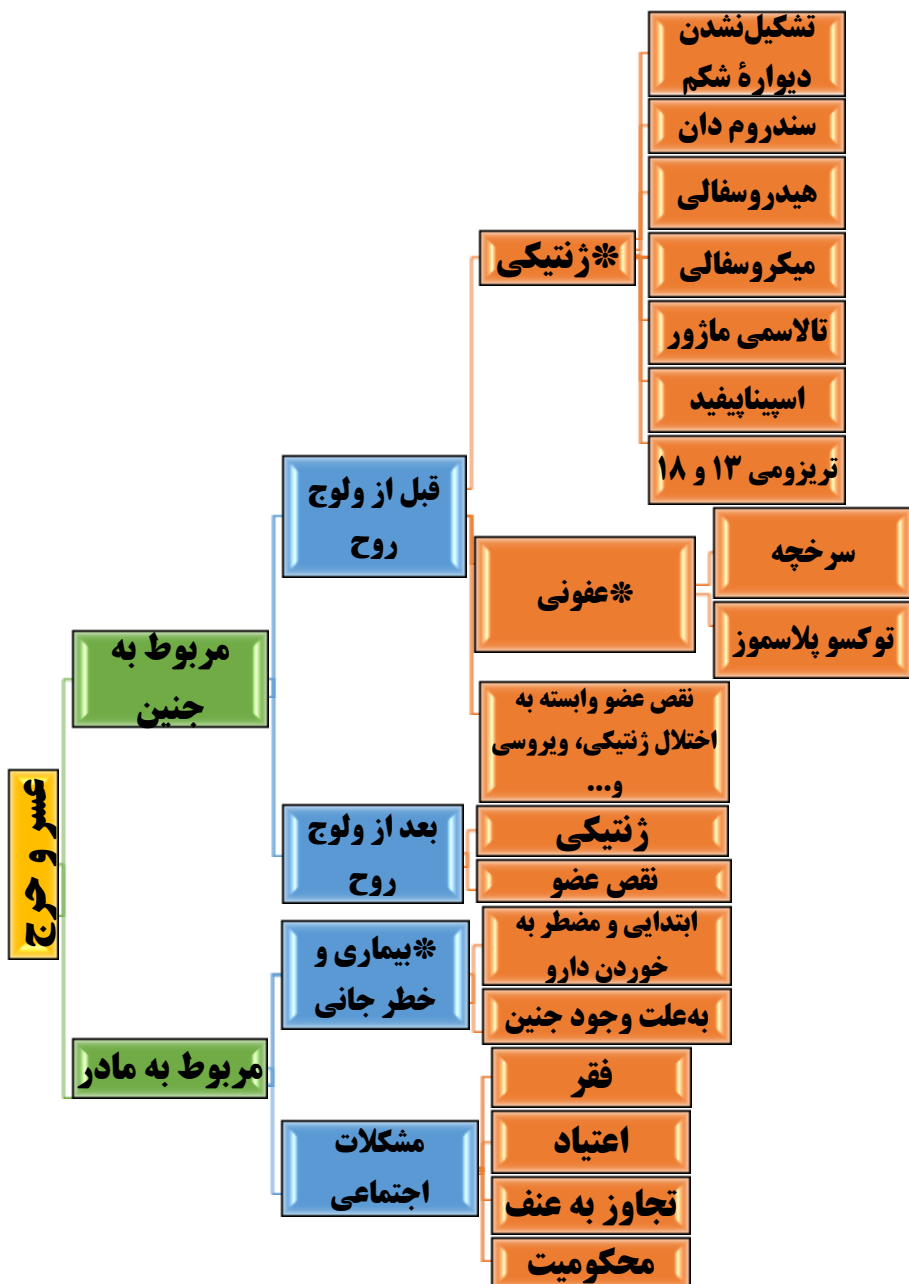
قاعده نفی عسر و حرج، یکی از قواعد فقهی است که جریان آن در مسائل فقه خانواده مانند طلاق، حضانت، قوامیت زوج و سقط جنین مشهود است. به عنوان نمونه این قاعده در سقط جنین، به عنوان یک قاعده ثانویه موجب رفع برخی احکام شرعی برای مکلف، در شرایط خاص می‌شود. برخی عوامل، موجب چالش در تطبیق این قاعده بر مصادیقش شده است. به عبارتی

وجود درجاتی از عسر و حرج در دوران بارداری، توهم عسر و حرج شرعی مجوز سقط را در برخی نمونه‌های مشابه ایجاد می‌کند. تحقیق حاضر به بررسی انواع عسر و حرج مربوط به مادر و جنین پرداخته و در نهایت با استناد به ادله عقلی اصولی و فقهی، نظر قانون اسلامی را که براساس شرع مقدس تدوین شده است، بیان می‌دارد.

هرچند به دلیل اطلاق ادله شرعی مبنی بر وجوب حفظ نفس، صرف ایجاد شک در هر نقص عضوی در جنین، نمی‌تواند مجوز شرعی برای اسقاط آن باشد؛ اما گاهی به دلیل بیماری‌هایی خاص، جنین توان زنده ماندن در بدن مادر را ندارد یا به مدد پیشرفت‌های علمی مشخص می‌شود که ناقص‌الخلقه خواهد بود. در این صورت می‌توان قبل از ولوج روح اقدام به اسقاط جنین نمود. بعد از ولوج روح نیز در صورتی که با علم یا ظن غالب اثبات شود که جنین دچار اختلالات ژنتیکی و بیماری‌هایی است که حیات غیرمستقر برای او اثبات شود یا جان مادر را به خطر اندازد، با استناد به قواعد لاجرح، لاضرر، دفاع مشروع و اهم و مهم، با سقط جنین، جان مادر حفظ می‌شود. از سویی اگر مادر، خود بیمار و مضطر به تداوی است و این تهدیدی برای جان جنین است، طبق قاعده اهم و مهم و لاجرح، اعمال تداوی حتی با فرض تلف شدن جنین بلاشکال است.

رویکرد این مقاله ارائه پیشنهادها و راهکارهایی ترکیبی در جهت جلب حمایت از بانوان باردار مبتلابه عسر و حرج است. برخی از راهکارها عبارت‌اند از: هماهنگی با رسانه‌های محلی و طراحی کارگاه‌های آموزشی مختلف برای ارتقاء سطح آگاهی مردم در مورد حقوق مادران باردار، تربیت میانجیان دانشی در جهت افزایش میزان آگاهی متخصصان زنان و ماماها، انجام تحقیقات مشترک حوزه و دانشگاه، شناسایی زودهنگام مادران در معرض خطر، انجام مشاوره مناسب جهت بارداری، شناسایی زنان معتاد سنین باروری و تدابیری برای ترک اعتیاد، درمان یا جایگزینی با مواد مخدر دارای عوارض کمتر، طراحی پیام‌های آموزشی برای گروه‌های هدف، تشکیل کمپین‌های مردم‌نهاد، شبکه‌سازی، برنامه حمایت تغذیه‌ای زنان باردار نیازمند، صدور کارت سوء تغذیه و شارژ ماهانه آن.

در نمودار زیر، نمونه‌های عسر و حرجی که دارای مجوز سقط هستند، با علامت ستاره مشخص شده‌اند:



:Anemia

اختلال خونی شایعی است که در آن گلبول‌های قرمز یا هموگلوبین کافی در خون وجود ندارد.
(AIolascon, etc, ۲۰۱۳:۱)

:Acute respiratory distress syndrome (ARDS)

زمانی به وجود می‌آید که مایعات در کیسه‌های هوایی ریز و الاستیک (آلئول) در ریه‌ها جمع می‌شوند. این مایعات محبوس شده در داخل شش‌ها باعث می‌شوند تا دیگر هوای کافی وارد شش‌ها نشده و در نتیجه اکسیژن کمتری به جریان خون وارد شود.

(S Yadav, etc, ۲۰۲۱)

:Septicemia

مسمومیت خونی در اثر ورود عفونت باکتریایی به خون از طریق ریه‌ها، پوست و....
(C. Madhur Sharma, etc, ۲۰۱۳:۱)

:Hypocalcemia

پوکی استخوان (D. Vuralli, ۲۰۱۹:۱)

:Pneumonia

یکی از عفونت‌های رایج ریه است که در اثر باکتری، ویروس یا قارچ ایجاد می‌شود.
(P A. Davies, W. Aherne, ۱۹۶۲:۱)

:Urinary infection

عفونت ادراری، سبب تحریک پوشش مثانه، پیشابراه، حالب و کلیه‌ها می‌شود و این تحریک همانند تحریک بینی یا حلق در طی سرماخوردگی است. تب، ناآرامی و غذا نخوردن از عوارض آن است.
(E. Stonebrook, ۲۰۱۹:۲)

:Metabolic Acidosis

کلیه‌ها نمی‌توانند اسید کافی دفع کنند یا بیش از اندازه قلیا دفع می‌کنند. این عارضه منجر به اختلالات و مشکلات زیادی می‌شود و حتی می‌تواند مرگبار باشد.
(E. Stonebrook, ۲۰۱۹:۲)

کلامیدیا تراکوماتیس، گستره بزرگی از بیماری‌ها را ایجاد می‌کند. در زنان موجب التهاب رحم، التهاب لگن و حاملگی نابجا می‌شود. این باکتری، موجب تراخم یا پنومونی در نوزادان می‌شود که یکی از مهم‌ترین عوامل نابینایی در کشورهای در حال توسعه است. (Allaire, etc, ۱۹۹۵:۱)

:Neisseria gonorrhoeae

عامل ایجادکننده سوزاک (M Romoren, etc, ۲۰۰۴:۱)

فهرست منابع

* قرآن کریم

۱. آخوند خراسانی، محمد کاظم بن حسین، (بی تا)، **کفایه الاصول**، تهران: نشر خاتم .
۲. آقای نی، حسین، (۱۳۹۲)، **حقوق کیفری اختصاصی**، جرایم علیه اشخاص، تهران: انتشارات میزان.
۳. خامنه ای، علی، (۱۳۸۰ش)، **اجوبه الاستفتاءات**، تهران: انتشارات بین الملل.
۴. راغب اصفهانی، حسین بن محمد، (بی تا)، **المفردات**، مصحح: داوودی، صفوان عدنان، بیروت: دارالشامیه.
۵. رایلی، لورا، (۱۳۹۲)، **بارداری هفته به هفته**، ویرایش اول، بی جا: انتشارات اسماء.
۶. روحانی.م، نوقانی.ف، (۱۹۹۸)، **احکام پزشکی**، ج ۶، بی جا: انتشارات مؤسسه فرهنگی تیمورزاده.
۷. زارع، غلامعلی، (۱۳۸۱)، **جزوه پزشکی قانونی و مقررات پزشکی**، تهران: پزشکی قانونی.
۸. سیاح، احمد، (۳۱۳۱)، **ترجمه فرهنگ بزرگ جامع نوین (المنجد)**، تهران: انتشارات اسلام، چاپ ۱۶.
۹. طباطبایی حکیم، محمد سعید، (۱۴۱۰)، **فتاوی طیبیه**، بیروت: دارالهلل.
۱۰. طباطبایی، محمد حسین، (۱۳۹۲)، **المیزان فی تفسیر القرآن**، ج ۱۳، لبنان: مؤسسه الاعلمی للمطبوعات، چاپ ۲.
۱۱. -----، (۱۳۷۴) ، **المیزان فی تفسیر القرآن**، ج ۱۸، قم: دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، چاپ ۵.
۱۲. فیروزآبادی، محمد بن یعقوب، (بی تا)، **قاموس اللغة**، بیروت: دارالفکر.
۱۳. کرم نی، مژگان، (۱۳۹۵)، **حاملگی پرخطر**، بی جا: انتشارات صارم.

۱۴. گودرزی، فرامرز، (۱۳۹۲)، پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته حقوق، تهران: انتشارات سمت.
۱۵. محقق داماد، مصطفی، (۱۳۸۵)، قواعد فقه، تهران: انتشارات سمت، چاپ ۸.
۱۶. محمودی، محسن، (۱۳۸۳ش)، مسائل جدید از دیدگاه علما، تهران: یاران.
۱۷. مشایخی، قدرت‌الله، (۱۳۸۷)، قاعده‌های فقهی، تهران: انتشارات سمت، چاپ ۳.
۱۸. معین، محمد، (۱۳۷۹)، فرهنگ فارسی، تهران: انتشارات امیرکبیر، چاپ ۱۵.
۱۹. مکارم شیرازی، ناصر، (۱۳۷۸)، بحوث فقهیه هائمه، قم: انتشارات مدرسه علمیه امام‌علی(علیه‌السلام).
۲۰. -----، (۱۳۸۱)، استفتاءات، ج اول، قم: مدرسه امام علی‌بن‌ابی‌طالب(علیه‌السلام).
۲۱. موسوی الخمینی، روح‌الله، (۲۰۰۲)، تحریر الوسیله، ویرایش نهم، ج ۲، بی‌جا: انتشارات مؤسسه دارالعلم.
۲۲. نراقی، احمدبن محمد، (۱۳۷۵)، عوائد الأیام، محقق: مرکز الأبحاث و الدراسات الإسلامیة، قم: دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.

نشریات

۱. اسماعیلی، حسین، (۱۳۹۴)، «بررسی سقط جنین در صورت به‌خطرافتادن جان مادر و جنین»، فصلنامه فقه پزشکی، سال هفتم، ش ۲۲ و ۲۳.
۲. اله‌پور، فتح‌الله؛ اصغری، آرزو، (۱۳۹۳)، «برنامه حمایت تغذیه‌ای از مادران باردار و شیرده نیازمند»، فصلنامه بهورز، سال بیست و پنجم، شماره ۹۰.
۳. پیری امیر حاجیلو، فاطمه و همکاران، (۱۳۹۴)، «تأثیر ناهنجاری‌های ژنتیکی در حکم سقط جنین در فقه امامیه»، پژوهش‌های فقهی، دوره ۱۱، ش ۱.
۴. حاجیلو، فریبا، (۱۳۸۳)، «سقط جنین؛ حرمت یا جواز»، مقالات و بررسی‌ها، دفتر ۷۶.

۵. جزایری، حمید و عشایری منفرد، محمد، (۱۳۹۰)، «قلمرو مصلحت و عدالت در تزامم احکام و حقوق زنان»، فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، شماره ۵۴.
۶. روحی، علی، (۱۳۸۹)، «حق سلامت جنین از منظر اخلاق، فقه و حقوق پزشکی»، مجله فقه پزشکی، ش ۵ و ۶.
۷. سالاری، زهره و همکاران، (۱۳۸۶)، «بررسی ارتباط بین اعتیاد به مواد مخدر و دکولمان جفت»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره چهاردهم، شماره ۱.
۸. سجادی امین، مهدی، (۱۳۹۶)، «تبیین مبانی فقهی مؤثر در تطبیق قاعده نفی عسر و حرج بر مسائل فقهی خانواده»، مطالعات جنسیت و خانواده، شماره دوم.
۹. شایگان، اسحاق، (۱۳۹۰)، «تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان»، پلیس زن، ش ۱۴.
۱۰. صدر، سیدشهاب‌الدین و دیگران، (۱۳۸۵)، «بررسی مجوزهای سقط جنین صادرشده» توسط سازمان پزشکی قانونی کشور طی یکسال از تاریخ ۱۳۸۲/۱۰/۱ لغایت ۱۳۸۳/۹/۳۰، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۱.
۱۱. عباسی کلیمانی، عاطفه، (۱۳۹۷)، «سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف»، دو فصلنامه علمی ترویجی فقه و حقوق خانواده، ش ۶۸.
۱۲. فرقدان، علی اصغر، (۱۳۸۸)، «راهنما برای مدیران زندان‌ها و سیاست‌گذاران در خصوص زن و محکومیت زندان»، اصلاح و تربیت، ش ۸۹.
۱۳. قادی‌پاشا، مسعود و همکاران، (۱۳۸۸)، «بررسی آگاهی متخصصین زنان و زایمان و ماماهاى شهر کرمان در خصوص قوانین و مقررات سقط جنین در سال ۱۳۸۷»، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۵، شماره ۳.
۱۴. مظفری، احمد، (۱۳۷۸)، «بررسی جرم سقط جنین در حقوق ایران»، نشریه دادرسی، شماره ۱۵.

۱۵. موسوی مقدم، محمد و همکاران، (۱۳۹۳)، «نگرشی فقهی بر سقط جنین ناقص از دیدگاه مذاهب پنج گانه»، نشریه پژوهش های فقهی، دوره دهم، شماره ۱.
۱۶. مؤذن زادگان، حسنعلی و تدین، عباس، (۱۳۹۳)، «زن در آیین دادرسی کیفری ایران و فرانسه»، فصلنامه حقوق کیفری، دوره ۲، ش ۶.
۱۷. نوری، رضا، (۱۳۷۹)، «جرم سقط جنین»، مجله حقوق قضایی دادگستری، ش ۵.
۱۸. نوری زاده، رقیه، (۱۳۸۸)، «وضعیت سقط القایی در ایران»، نشریه بهداشت و حقوق، ش ۱۱.
۱۹. نیکزاد، عباس، (۱۳۹۳)، «بررسی سقط جنین از دیدگاه فقهی»، دانشگاه علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت، دوره اول، ش ۱.

منابع لاتین

۱. DeSilva, Malini, etc, (۲۰۱۷), "Congenital microcephaly: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of safety data after maternal immunization", Elsevier Sponsored Documents, ۶۴۷۲-۶۴۸۲.
۲. Miroslava Koleva; Orlando De Jesus, (۲۰۲۱), "Hydrocephalus", StatPearls [Internet].
۳. Sarah Magdy Abdelmohsena, Mohamed Abdelkader Osman, (۲۰۱۷), "Idiopathic neonatal pneumoperitoneum, a case report", Int J Surg Case Rep: ۲۵۰-۲۵۳.
۴. Andrew J. Copp, etc, (۲۰۱۶), "Spina Bifida", Europe PMC Author Manuscripts.
۵. Marco A. Noriega; Abu Bakar Siddik., (۲۰۲۱), "Trisomy ۱۳", StatPearls [Internet].
۶. Anna Cereda, John C Carey, (۲۰۱۲), "The trisomy ۱۸ syndrome", Orphanet Journal of Rare Diseases: ۸۱.
۷. Faisal Akhtar, Syed Rizwan A. Bokhari, (۲۰۲۱), "Down Syndrome", StatPearls [Internet].

۸. Massimo Franchini, Pier Mannuccio Mannucci, (۲۰۱۲), “Past, present and future of hemophilia: a narrative review”, i Orphanet Journal of Rare Diseases: ۲۴-۳۲.
۹. Hamza Bajwa, Hajira Basit, (۲۰۲۱), “Thalassemia”, StatPearls [Internet].
۱۰. Samarth Shukla, Nizar F. Maraqa, (۲۰۲۱), “Congenital Rubella”, StatPearls [Internet].
۱۱. Archana S. Kota, Nadeem Shabbir, (۲۰۲۰), “Congenital Toxoplasmosis”, StatPearls [Internet].
۱۲. Achille Iolascon, etc, (۲۰۱۳), “Congenital dyserythropoietic anemias: molecular insights and diagnostic approach”, Blood: ۲۱۶۲-۲۱۶۶.
۱۳. Sudeep Yadav, Brian Lee, Ranjith Kamity, (۲۰۲۱), “Neonatal Respiratory Distress Syndrome”, StatPearls [Internet].
۱۴. Chandra Madhur Sharma, etc, (۲۰۲۱), ““Neonatal Sepsis”: Bacteria & their Susceptibility Pattern towards Antibiotics in Neonatal Intensive Care Unit”, J Clin Diagn Res: ۲۵۱۱-۲۵۱۳.
۱۵. Dogus Vuralli, (۲۰۱۹), “Clinical Approach to Hypocalcemia in Newborn Period and Infancy: Who Should Be Treated?” Int J Pediatr.
۱۶. Pamela A. Davies, W. Aherne, (۱۹۶۲), “Congenital Pneumonia”, Arch Dis Child: ۵۹۸-۶۰۲.
۱۷. Emily Stonebrook, etc, (۲۰۱۹), “Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract: A Clinical Review”, Author manuscript: ۲۲۳-۲۳۵.
۱۸. Alex Allaire, etc, (۱۹۹۵), “Chlamydia trachomatis: Management in Pregnancy”, Infect Dis Obstet Gynecol: ۸۲-۸۸.
۱۹. M Romoren, etc, (۲۰۰۴), “Chlamydia and gonorrhoea in pregnancy: effectiveness of diagnosis and treatment in Botswana”, Sex Transm Infect: ۳۹۵-۴۰۰.