

## وضعیت سقط القایی در ایران:

### حقوق باروری و چالش‌های سقط القایی ایمن در ایران

رقیه نوری‌زاده

#### چکیده

بارداری ناخواسته یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشت عمومی در جهان است که نگرانی و فشار زیادی را برای مادر، همسر و در صورتی که بارداری ادامه پیدا کند، احتمالاً برای فرزند به همراه خواهد داشت. در ایران، میزان باروری بدون برنامه ۳۴ درصد کل بارداری‌ها را تشکیل می‌دهد که در این میان، ۱۶ درصد ناخواسته و ۱۸ درصد بی‌موقع و نابهنگام گزارش شده است. در مورد سقط عمدی و غیرایمن در ایران آمار دقیقی در دسترس نیست اما بر اساس تخمین، سالیانه حدود ۷۳۰۰۰ سقط القایی در بین زنان متاهل رخ می‌دهد. امروزه از سقط غیرایمن به‌عنوان معضل سلامت زنان، موضوع اصلی سلامت عمومی و موضوع حقوق زنان نام برده می‌شود، لذا پیشگیری از سقط‌های غیرایمن و عوارض آن از اولویت‌های تحقیقاتی و اجرایی قلمداد می‌شود. این مقاله مروری براساس مطالعه کتابخانه‌ای، دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده گردآوری و تألیف شده است. هدف از این نوشتار، بررسی موضوع سقط القایی جنین در ایران و چالش‌های موجود می‌باشد تا از یک سو، ضمن آشنا ساختن صاحب‌نظران و قانون‌گذاران با وضعیت موجود در ایران، زمینه تغییر نگرش فراهم گردد و از سوی دیگر، زمینه رفع معضلات و پیشگیری از روند افزایش میزان سقط‌های ناسالم با ارایه راهکارهایی در موارد ممکن فراهم گردد. از آنجا که نمی‌توان بدون توجه به باورهای بنیادین و ارزشی یک جامعه در خصوص یک مسأله حکم راند، نمی‌توان بدون توجه به اقتضائات ناشی از واقعیات زندگی فردی و جمعی در دنیای کنونی نیز تصمیمات صحیح اتخاذ نمود. لذا فتاوی علمای دینی و مجوزهای شرعی سقط در زمینه‌های عسر و حرج در محدوده زمانی قبل از ولوج روح، لزوم بازنگری منطقی و

انعطاف‌پذیر قوانین مربوطه را به گونه‌ای که پاسخگوی نیازهای به روز جامعه باشد، ایجاب می‌کند.

### واژگان کلیدی

سقط؛ بارداری ناخواسته؛ سلامت زنان.

## وضعیت سقط القایی در ایران

### حقوق باروری و چالش‌های سقط القایی ایمن در ایران

بارداری ناخواسته یکی از مهمترین مسایل بهداشت عمومی در جهان است که نگرانی و فشار زیادی را برای مادر، همسر و در صورتی که بارداری ادامه پیدا کند، احتمالاً برای فرزند به همراه خواهد داشت. «براساس آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ از هر ۲۱۰ میلیون مورد بارداری که همه ساله در دنیا به وقوع می‌پیوندد، حدود ۸۰ میلیون بارداری (حدود ۴۰ درصد) بدون برنامه می‌باشد و تقریباً ۴۲ میلیون به القا سقط منجر می‌گردد. از این تعداد، ۲۰ میلیون آن به صورت غیرقانونی انجام می‌شود که اکثراً در شرایط غیربهداشتی یا توسط افراد آموزش ندیده صورت می‌گیرد. سقط غیرایمن سالیانه موجب ۶۵۰۰۰-۷۰۰۰۰ تعداد مرگ زنان در جهان می‌گردد. یک چهارم زنانی که سقط غیرایمن را تجربه می‌کنند (بیش از ۵ میلیون زن در سال) با عوارض جدی منجر به مرگ و مراقبت‌های نیازمند بستری در بیمارستان مواجه می‌شوند. در واقع سقط ناسالم، علت ۱۳ درصد مرگ مادران در جهان و ۲۰ درصد بار ناتوانی ناشی از بارداری و زایمان می‌باشد» (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷).

در ایران، میزان بارداری بدون برنامه<sup>۱</sup> ۳۴ درصد کل بارداری‌ها را تشکیل می‌دهد که در این میان، ۱۶ درصد ناخواسته<sup>۲</sup> و ۱۸ درصد بی‌موقع و نابهنگام<sup>۳</sup> گزارش شده است (مرکز آمار ایران، ۲۰۰۰). در مورد سقط عمدی و غیرایمن در ایران، آمار دقیقی در دسترس نیست (ملک افضلی، ۱۳۷۵، صص ۷-۲) اما بر اساس تخمین، سالیانه حدود ۷۳۰۰۰ سقط القایی در بین زنان متاهل رخ می‌دهد (عرفانی، ۲۰۰۷) که اکثر آنها غیرقانونی و غیرایمن است. در واقع، که اطلاعات بیمارستانی

فوق، تنها نوک کوه یخ شناوری را که بیرون از سطح آب است، نشان می‌دهد. «لذا مراکز غیرقانونی و زیرزمینی متعددی در کنار اقدامات شخصی مادران در انجام سقط با وسایل نامطمئن، منجر به بروز عوارض و مرگ و میر ناشی از سقط می‌گردند» (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵، صص ۲۶۵-۲۶۳). نکته مهم این است که به دلیل مضموم بودن سقط غیرقانونی، متولیان آن همواره در برنامه‌های خدمات بهداشتی-درمانی ایران غایب بوده، حال آنکه عوارض آن غیرقابل انکار می‌باشد.

«کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه<sup>۴</sup> در قاهره در سال ۱۹۹۴، از سقط جنین ناسالم و غیربهداشتی به‌عنوان اصلی‌ترین عامل مرگ و میر مادران یاد کرد و بنابراین بهداشت باروری را در زمره حقوق بشر قلمداد کرد. ۱۸۰ کشور شرکت‌کننده در این کنفرانس، هدف خود را دسترسی همگانی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ میلادی اعلام کردند» (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۴). فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده<sup>۵</sup> ترویج ۱۲ مورد را به‌عنوان حقوق بهداشت باروری در سطح بین‌المللی در دستور کار خود قرار داده است که حق حیات مهم‌ترین آنهاست «یعنی زندگی هیچ زنی نباید به‌واسطه بارداری، زایمان یا موارد مرتبط با باروری در معرض خطر قرار گیرد» (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴، صص ۴۶۴-۴۵۷). حال آنکه در ایران علیرغم غیرقانونی بودن، آمار و ارقام سقط عمدی بالا و این اقدام عمدتاً به‌صورت غیرایمن انجام می‌شود. «به‌عبارتی مادران، حیات و سلامت خود را به‌دنبال بارداری ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده به دلیل سقط عمدی از دست می‌دهند و در این مسیر، سلامت خانواده و جامعه نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴، صص ۴۶۴-۴۵۷). شعار زیر، تلاش فدراسیون تنظیم خانواده برای کاهش مرگ مادران به دلیل سقط القایی را نشان می‌دهد: سقط جنین را نادر، سالم و قانونی کنیم<sup>۶</sup> (فدراسیون تنظیم خانواده، ۲۰۰۴)

امروزه از سقط غیرایمن به‌عنوان معضل سلامت زنان، موضوع اصلی سلامت عمومی و موضوع حقوق زنان نام برده می‌شود (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵، صص ۲۶۵-۲۶۳). لذا پیشگیری از سقط‌های غیرایمن و عوارض آن از اولویت‌های تحقیقاتی و اجرایی قلمداد می‌شود (وارینر، ۲۰۰۶).

علیرغم این واقعیت، «سقط جنین بیش از آنچه موضوعی طبی و مرتبط با سلامت مادر و جنین باشد به حیطه علوم و مباحث نظری راه یافته است و در این مسیر، وجود عینی مادر و سلامت او کم‌رنگ و حتی گاهی به محاق گرائیده است. بیشتر مباحث در مورد شخصیت، نفس، روح انسانی جنین و در نهایت، دفاع از حقوق جنین است و مادر به دلیل نداشتن جایگاه و حق اظهارنظر، مفری جز دانش غیرعلمی و خطرناک خود نمی‌یابد. اگرچه دفاع از حقوق جنین و موجودی که قدرت دفاع ندارد، نمودی از عدالت است، نیاز به بازنگری قوانین در خصوص با مسایل مربوط به حقوق و سلامت مادر به‌وضوح به چشم می‌خورد» (شمشیری میلانی، ۱۳۸۵).

#### الف) روش‌های سقط القایی در ایران

سقط، انحراف و کجروی جدید اجتماعی نیست بلکه رویه و عملی است که در طول تاریخ با جوامع بشری همراه بوده است (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱، صص ۱۸-۱۹) و براساس شواهد تاریخی از حدود ۵ هزار سال پیش انجام می‌شده است (گلنگ، ۱۹۷۴).

«در ایران روش‌های متداول سقط جنین استفاده از داروها و سموم، خشونت‌های جسمی و دستکاری ناحیه‌ای از بدن با مواد شیمیایی بوده است. از مواد شیمیایی رایج که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گرفت، می‌توان به پرمنگنات پتاسیم اشاره

نمود که به شکل قرص در داخل سرویکس و واژن قرار می‌گرفت و سبب زخم، خونریزی و نکروز در ناحیه سرویکس، واژن و فورنیکس گردیده، در نهایت به علت خونریزی واژینال ظواهر تهدید به سقط را تقلید می‌نمود، اگرچه در صورت جذب، عوارض کشنده‌ای مانند نارسایی کلیه را نیز دربر داشت» (کاظمیان، ۱۳۸۴، صص ۴۵۶-۴۵۰). از روش‌های رایج سقط‌های غیرقانونی که امروزه در کشورمان مورد استفاده قرار می‌گیرد، به استفاده از ترکیبات پروستاگلاندین خوراکی یا واژینال، سوندگذاری به منظور باز شدن دهانه رحم و ایجاد خونریزی، سوراخ کردن کیسه آمنیون و شروع آبریزش که اندیکاسیون ختم بارداری می‌باشد و گاهی به انجام کورتاژ و ساکشن کورتاژ در مراکز غیرقانونی، با اخذ مبالغ هنگفت و تحت شرایط غیراستاندارد و غیربهداشتی می‌توان اشاره نمود. به‌طور کلی روش‌های مورد استفاده به منظور انجام سقط در گذشته و حال، به‌طور چشمگیری وابسته به محدودیت‌های فرهنگی، اعتقادی و قومی بوده و افزایش محدودیت‌ها در جوامع مختلف موجب استفاده از روش‌های فردی و ناسالم سقط توسط خود فرد و یا افراد غیرماهر گردیده است، هر چند شیوه‌های سقط با پیشرفت علم و تکنولوژی تا حدودی تغییر نموده است» (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱، صص ۱۸-۱۹).

### ب) تاریخچه و مجوزهای سقط در ایران

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

درخواست والدین، سقط هم به صورت بهداشتی و هم غیربهداشتی انجام شده است. پس از انقلاب اسلامی ایران، قوانین سقط با تمهیدات خاصی مواجه شد. در قانون مجازات اسلامی تعزیرات مصوب ۱۳۶۲ به صراحت در ماده ۹۱، مجازات قصاص برای مرتکبین سقط بعد از ولوج روح در نظر گرفته شد» (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱). اما پس از تصویب قانون مجازات اسلامی در سال ۱۳۷۵، این صراحت از قوانین رخت بریست و تجویز یا توصیه به مصرف داروها، وسایل و یا اقدام به سقط جنین به‌عنوان جرم تلقی شده و مجازات کیفری را دربر می‌گرفت. از اواخر دهه هفتاد در ایران، فرهنگ، دیدگاه‌ها و باورهای جامعه نسبت به سقط تغییر کرد و نیاز به سقط از لحاظ درمانی مطرح شد. کارشناسان پزشکی قانونی موضوع را با علمای دینی مطرح نمودند و در سال ۷۶ برای اولین بار، رهبر معظم انقلاب، طی فتوایی در صورت وجود مشکلات و بیماری‌های خاص در جنین، سقط القایی را قبل از ولوج روح مجاز دانستند و تعدادی از علمای دیگر نیز فتواهای مشابه آن را صادر کردند.

کمیته کشوری سقط جنین درمانی در سال ۸۱ در سازمان پزشکی قانونی ایران تشکیل شد. ۱۴ کمیته فرعی در زیرمجموعه این کمیته، مسایل و مشکلات سقط جنین درمانی را از لحاظ علوم پزشکی، فقهی و حقوقی بررسی و جمع‌بندی کردند. «پزشکی قانونی، دستورالعملی براساس فهرست ۵۱ بیماری ابلاغ کرد که براساس آن، مجوز سقط صادر می‌شود. نتیجه بررسی‌های کمیته کشوری سقط جنین درمانی در سال ۸۲ به ریاست قوه قضاییه ارایه شد. در مورخه ۱۳۸۴/۳/۳۰ مجلس هفتم، سقط درمانی را با تشخیص قطعی سه پزشک و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به مرگ جنین داخل رحم (مرده‌زایی) و یا مرگ نوزاد بلافاصله پس از تولد منجر شده باشد به طوری که، قابل پیشگیری نباشد و همچنین مواردی

که پس از ولادت به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی وی توأم باشد قبل از ولوج روح (چهارماهگی) با رضایت زن مجاز شمرد.

در مورد اندیکاسیون‌های جنینی (۲۹ مورد) انجام حداقل دو نوبت سونوگرافی و در مورد اندیکاسیون‌های مادری (۲۲ مورد) حداقل یک نوبت سونوگرافی برای تعیین سن بارداری به همراه حداقل دو مشاوره تخصصی در تأیید تشخیص بیماری الزامی است» (صدر، ۱۳۸۲).

### ج) ابعاد مختلف سقط جنین

«سقط جنین همواره تحت‌الشعاع عوامل متعددی نظیر شرع، عرف، سنت، قانون و اخلاق بوده و از عوامل روانی اجتماعی و زیستی تأثیر می‌پذیرد. سقط القایی غیرایمن علاوه بر خطرات جسمی و حتی مرگ می‌تواند تأثیر بنیادی بر جنبه‌های زندگی زنان داشته باشد. سقط جنین نه تنها معضل بهداشتی است، بلکه به عنوان معضلی اجتماعی در همه جوامع تلقی می‌گردد» (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱، صص ۱۸-۱۹).

### د) ابعاد روانشناختی، اجتماعی و معنوی

«در بررسی ابعاد موضوع، از یکسو پیامدهای روانشناختی ناشی از نگهداری فرزندان ناخواسته، فرزندان معلول و ناقص‌الخلقه و فرزندان حاصل از تجاوز جنسی و از سوی دیگر اندوه ناشی از سقط عمدی که منجر به افسردگی، گوشه‌گیری، عذاب وجدان و احساس گناه در زنان می‌گردد، به راحتی سلامت روانی، اجتماعی و معنوی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما زنی که از طریق تجاوز به عنف



باردار شده است، شرایط سخت‌تر و دشوارتری را پیش روی دارد. این محدودیت‌ها منجر به عدم توجه به فرزند، طرد فرزند، تربیت نامناسب و ناموفق می‌گردد که به سلامت خانواده و جامعه نیز آسیب وارد می‌نماید» (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱، صص ۱۸-۱۹).

#### ه) ابعاد اخلاقی

«یکی از راه‌های مواجهه با مسأله سقط عمدی جنین، ارزیابی آن از منظر اخلاق است. بررسی این موضوع، یکی از دشوارترین مسایل اخلاقی است و هنوز به گونه‌ای قطعی از نظر اخلاقی فیصله نیافته است. سوای فارغ از مسایل قانونی یا فقهی، آیا از نظر اخلاق می‌توان سقط جنین را موجه شمرد؟ درباره این عمل، چهار رویکرد اخلاقی عمده وجود دارد: نخست، رویکرد محافظه‌کارانه<sup>۷</sup> است که سقط جنین را به مثابه قتل نفس می‌داند و به این دلیل، آنرا غیراخلاقی می‌داند» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف، صص ۳۴۲-۳۲۱). مدافعان این رویکرد چنین استدلال می‌کنند: مقدمه اول - جنین انسان، انسانی است بی‌گناه. مقدمه دوم - کشتن انسان بی‌گناه، خطا است. نتیجه: پس کشتن جنین انسانی، خطا است (سینگر، ۱۹۸۶، ص ۱۷۰). این استدلال، بنیاد نگرش آیین کاتولیک به مسایل زیستی و داوری اخلاقی در باب آنها به‌شمار می‌رود (اسلامی، ۱۳۸۴ ب، ص ۶۸).

البته مدافعان این دیدگاه، سقط جنین را در موردی که جان مادر به شدت به خطر افتاده باشد و راهی برای نجات او جز این اقدام نباشد، مجاز می‌دارند. «اما به‌نظر نمی‌رسد این استثناء چندان توجیهی داشته باشد زیرا اگر جان جنین و مادر همسنگ و هم‌عرض باشند، هیچ ترجیحی در انتخاب مادر یا جنین مجاز نیست، مگر آنکه گفته شود جنین انسانی است بالقوه و مادر شخصیتی است بالفعل. از این

رو، کسانی بوده‌اند که با توجه به حق حیات کامل جنین، هرگونه اقدامی برای نجات جان مادر را که منجر به سقط جنین شود، غیراخلاقی شمرده‌اند» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف). در حال حاضر، «با اینکه انجام سقط برای حفظ جان مادر تقریباً مورد توافق عمومی است، چهار کشور واتیکان، شیلی، السالوادور و جزیره مالت آن را نپذیرفته‌اند» (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱، صص ۱۸-۱۹).

«دوم، رویکرد آزادی‌خواهانه (لیبرال)<sup>۱</sup> است که با تأکید بر آزادی زن و حق انتخاب او، سقط جنین را مسئله‌ای شخصی و در حوزه اختیارات مادر می‌شمارد» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف). «از دیدگاه وارن (۱۹۹۷)، در وهله نخست، انسان متعلق به رده خاصی از موجودات است که آن را از دیگر موجودات جدا می‌سازد و این بیولوژیک انسان است اما در وهله دوم، انسان متعلق به جامعه اخلاقی است. آنجا که گفته می‌شود جنین انسان، انسان است یعنی آنکه این جنین به رده بیولوژیکی خاصی تعلق دارد. بدین ترتیب، این جنین از جنین‌های دیگر موجودات متمایز می‌شود اما هنگامی که گفته می‌شود، کشتن انسان خطا است، مقصود کشتن عضوی از اعضای جامعه اخلاقی است. از نظر وی، پل زدن از اول به دوم امکان‌پذیر نیست، لذا مخالفان سقط جنین در استدلال خود این دو مفهوم را با یکدیگر خلط کرده‌اند و آنها را از هم متمایز نساخته‌اند. از نظر او، اعضای جامعه اخلاقی دارای پنج ویژگی هوشیاری، استدلال، فعالیت خودانگیخته (مستقل از موجود یا عنصری بیرونی)، قدرت ارتباطی و آگاهی به خود می‌باشند و این خصوصیات شخص را از جنین متمایز می‌سازند. لذا با توجه به اینکه پاره‌ای از این ویژگی‌ها تا هنگام تولد نیز پدیدار نمی‌شوند، نمی‌توان جنین را به دوم انسان دانست و در نتیجه سقط آن مجاز است» (وارن، ۱۹۹۷، صص ۱۴۲-۱۳۱). اشکال این تحلیل آن است که با معیارهای مذکور، طفل کشی نیز مجاز خواهد بود زیرا

نوزادان و حتی کودکان خردسال نیز از غالب این خصوصیات برخوردار نیستند» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف).

«سوم رویکرد اعتدالی<sup>۹</sup> است که با توجه به رشد جنین تا مرحله‌ای خاص از رشد جنین، سقط آن را انتخابی شخصی و پس از آن، چنین عملی را غیراخلاقی می‌داند. اما آیا چنین تشخیصی امکان‌پذیر است؟ با کدام معیار می‌توان گفت تا این مرحله جنین، انسان نیست و از این مرحله به بعد انسان است؟ در واقع، این دیدگاه می‌کوشد به کمک دستاوردهای علوم زیستی، جنین را در پاره‌ای مراحل چون انسان به‌شمار آورد و در مراحلی چون جماد. کوشش‌ها در این زمینه هنوز راه به جایی نبرده است» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف). «بنا به اظهار نونان (Noonan)، بنیادی‌ترین پرسش مربوط به تفکر در باب سقط جنین در طول تاریخ تعیین و تعریف انسانیت یک موجود است. او بعد از برشمردن معیارهای متعدد در تفکیک جنین از انسان به این نتیجه می‌رسد که هیچ‌کدام از این عوامل قطعی نبوده و در آخر، تنها معیار انسان بودن را داشتن کدهای ژنتیکی انسان تلقی می‌کند» (نونان، ۱۹۹۷، ص ۱۱۷). که به نوعی به بازتاب معنی بیان شده توسط وارن است. با اینکه در مورد نتیجه‌گیری وی توافقی حاصل نشده، این نکته را خاطر نشان می‌سازد که به سادگی نمی‌توان درباره مراحل جنینی مختلف به صرف پاره‌ای تفاوت‌های بیولوژیک، احکام مختلف اخلاقی صادر کرد (اسلامی، ۱۳۸۴ الف).

«چهارم، رویکرد فمینیستی<sup>۱۰</sup> است که گاهی برخی افراد آن را با رویکرد آزادی‌خواهانه معادل می‌دانند اما در واقع متفاوت از یکدیگراند. با اینکه ممکن است نتایج فمینیستی درباره سقط با نتایج دیدگاه لیبرال یکسان باشد، در هیچ یک از سه دیدگاه قبلی، سخن از موقعیت انسانی و اخلاقی مادر در میان نیست به استثناء مواردی که از بیماری مادر و امکان یا عدم امکان ادامه بارداری بحث

می‌شود. فمینیست‌ها معتقدند که مادر به حاشیه رانده شده و جنین در محور مباحث قرار گرفته است. آنان به اینکه فضای خالی به نام رحم جای موجودی مستقل به نام مادر را گرفته و نقش مادر در بارداری عملاً تا حد ظرف جنینی فرو کاسته شده، معترض بوده و برای جنین ارزشی تبعی و درجه دوم قایل‌اند. از این دیدگاه، تصمیم‌گیرنده نهایی مادر است و هرگاه او خواست می‌تواند جنین را سقط کند و هرگاه خواستار ادامه بارداری شد، هیچ‌کس نمی‌تواند مانع تصمیم وی گردد. بنابراین نمی‌توان قاعده‌ای مطلق درباره سقط جنین ارایه نمود و آن را اخلاقی یا غیراخلاقی دانست» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف). در اشکالات وارده به این رویکرد می‌توان گفت اخلاق هنگامی نضج می‌یابد که بتوان از قواعد عام و کلی سخن گفت. اگر قرار باشد درباره سقط جنین، هر مادری به تنهایی و به طور مستقل تصمیم بگیرد و هیچ اصل و راهنمای عملی وجود نداشته، در این صورت دیگر اخلاق معنی خود را از دست می‌دهد (وارنوک، ۱۳۷۹).

هیچ‌یک از چهار رویکرد فوق، تحلیل رضایت‌بخشی از سقط جنین در همه موارد ارایه نمی‌دهند و نمی‌توان به استناد هیچ‌یک از این دیدگاه‌ها، حکم کلی و قطعی در مورد اخلاقی یا غیراخلاقی بودن آن صادر نمود. هر یک از این دیدگاه‌ها در پاسخگویی به موارد خاص به بن‌بست‌هایی می‌رسند که ناتوانی آنها را نشان می‌دهد.

«مسئله دیگر این است که آیا سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف از لحاظ اخلاقی نکوهیدنی است؟ در ایران ما جنینی که تا قبل از تولد به عنوان انسان بی‌گناه از آن دفاع می‌شود و سقط آن گناهی بزرگ و عملی از لحاظ اخلاقی دفاع‌ناپذیر و از لحاظ قانونی، قابل کیفر به‌شمار می‌رود، به محض اثبات تشکیل آن از طریق تجاوز به عنف، انگ «نطفه حرام» یا «حرام‌زاده» بر آن الصاق و از

حقوق مدنی و اجتماعی محروم می‌شود. این تنگناها و دشواری‌ها محصول هنجارهای جامعه است. اگر قوانین ایران به گونه‌ای دیگر انشاء می‌شد و هنجارهای اجتماعی به چنین زن و کودکی به جای مجرم به مثابه قربانی می‌نگریست و حقوق آنان را پاس می‌داشت، چه بسا سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف را می‌توان نادرست شمرد و آن را از لحاظ اخلاقی محکوم کرد. اما در شرایط کنونی انتظار می‌رود اگر جامعه به بزه‌دیدگان تجاوز به عنف با تصویب قوانین حمایتی کمک نمی‌کند دست کم، از لحاظ قانونی آنان را در سقط جنین خود معذور دارد، نه اینکه هیچ‌گونه مفری برای آنان باقی نگذارد. حال این سؤال اخلاقی مطرح می‌شود که آیا می‌توان جان جنین را فدای آبرو، حیثیت و حق مادر نمود؟ با توجه به محرومیت‌های مدنی و تحقیر اجتماعی چنین کودکانی بعد از تولد در ایران - علاوه بر مشکلات مادر - به نظر می‌رسد سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف در صورتی که مادر خواستار آن باشد، از لحاظ اخلاقی غیرقابل نکوهش باشد. دلایل رایج شده در این مورد عبارتند از: ۱- دفاع از خود ۲- حق شخص بر جسم ۳- اصل عدالت ۴- مسئولیت جامعه» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف).

### و) ابعاد فقهی سقط

از نظر فقهی باید دید که آیا قبل از دمیده شدن روح، مفهوم نفس محترمه به جنین نسبت داده می‌شود تا در صورت جواز احکام سقط، آن را قتل نفس بنامیم؟ از باب فقهی، در سقط جنین بعد از ۴ ماهگی (جنین دارای روح و حیات انسانی) میان شیعه و سنی اختلافی مشاهده نمی‌گردد و هر دو گروه، جنین را انسان تلقی نموده‌اند و انجام سقط عمدی را قتل نفس می‌دانند (آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱). اما در مورد سقط جنین قبل از ۴ ماهگی (جنین فاقد روح)، در میان فقهای اهل

سنت، اختلاف نظر به هر یک از مراحل مختلف شکل‌گیری جنین: نطفه، علقه (خون بسته) و مضغه (گوشت جویده) برمی‌گردد و آرای پنج‌گانه جواز مطلق، سقط نطفه، سقط مشروط، حرمت مطلق (حرام) و کراهت (مکروه) را صادر می‌نمایند (اسلامی، ۱۳۸۴ الف).

«در میان فقهای شیعه در باب حرمت سقط جنین حتی از زمان تشکیل نطفه اختلاف نظری نیست. از نظر آنان رشد جنین دارای یک پیوستار است و نمی‌توان مرحله‌ای را از مرحله دیگر جدا کرد و سقط را تا جایی مجاز و پس از آن حرام دانست. البته همه فقها با توجه به رشد جنین و مرحله‌ای که در آن به سر می‌برد، دیه‌ای متناسب با آن در نظر می‌گیرند که البته از جنبه حقوقی سقط جنین می‌باشد اما از لحاظ تکلیف میان آنها تفاوتی در حرمت سقط جنین در هر مرحله‌ای که باشد، نیست. تنها جایی که مادر شرعاً مجاز به سقط جنین می‌باشد، مورد خطر جانی برای مادر است و در این میان، مراحل جنینی نقشی بازی نمی‌کند. در واقع، در مباحث فقهی مسأله سقط به‌طور سربسته بیان شده است و تنها دو صورت دارد: یا ادامه حمل، جان مادر را به‌خطر نمی‌اندازد که در این صورت سقط حرام است و یا آنکه برای مادر خطرناک است که در آن صورت مجاز خواهد بود» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف). «نظر آیت‌الله شهید بهشتی از نظریه رایج فقهی بسیار فراتر می‌رود. دکتر بهشتی تلاش می‌کند تا توضیح دهد طبق مبانی فقهی، جنین پیش از چهار ماهگی موجود انسانی نیست، لذا سقط جنین در چنین حالتی قتل نفس نیست و اگر میان زن و مرد توافق حاصل شد، حرمت ندارد. مهم‌ترین دلیل ایشان در این زمینه روایاتی است که در بخش دیات آمده و جنین را پیش از نفخه روح، انسان تلقی نمی‌کند و دیه کامل برای آن قایل نیست. ایشان خود را در این میدان تنها نمی‌انگارد و به آرای کسانی چون محقق حلی در شرایع‌الاسلام و نجفی در

جواهرالکلام استشهداد و گاه استناد می‌کند. با وجود این، یادآور می‌شود که مطالبش فتوا نیست و این بحث‌ها جنبه راهبرد عملی ندارد و می‌افزاید که باید در مورد این مسئله بیش از این مطالعه و بررسی کرد تا بتوانیم وضع خودمان را در برابر این ادله مشخص کنیم و از یاد نبریم که گرایش به احتیاط مسئله‌ای است و بحث علمی و تحقیق، مسئله دیگری است» (بهشتی، ۱۳۷۹، ص ۵۳).

بنابراین، مسایل فقهی در رابطه با متقاضیان سقط در کشورهای مسلمان و به‌خصوص ایران به‌عنوان مانع و بازدارنده اجتماعی عمل می‌کند. امروزه به‌عسر و حرج مادر و والدین نیز به‌عنوان مجوزی برای سقط القایی پرداخته می‌شود. به‌عنوان مثال «آیت‌الله صانعی به استناد قاعده لاجرح و رفع احکام حرجی، سقط عمدی را قبل از چهار ماهگی (۱۸ هفتگی) علاوه بر خطر جانی برای مادر و نقص عضو جدی جنین، در جایی که ادامه بارداری موجب عسر و حرج جدی والدین می‌شود، جایز دانستند.»<sup>۱۱</sup>

در اینجا این سؤال فقهی مطرح می‌گردد که آیا می‌توان علاوه بر عسر و حرج مادر، حرج اجتماعی ناشی از تولد برخی اطفال در شرایط خاص را مبنای قانونی جواز سقط قرار داد؟ در مباحث فقهی وضعیت زنی که ناخواسته مورد تجاوز به عنف قرار می‌گیرد، به روشنی مشخص نشده است، در حالی که هیچ اراده‌ای در پیدایش جنین نداشته و ادامه بارداری منجر به تباهی زندگی روانی و اجتماعی او و فرزندش در جامعه‌ای که چشم‌انداز روشنی از آینده برای هیچ‌کدام از آنها قابل تصور نیست، می‌گردد. سؤالی که اینجا مطرح می‌شود این است که آیا تنها با در نظر گرفتن شاخص حیات جسمی، می‌توان حکم به سلامت چنین مادری داد؟ سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸، سلامت را چنین تعریف کرد: «در رفاه کامل جسمی، روحی، اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و معلولیت.» «از طرفی

با رجوع به اصول کلی شریعت مانند سمحه و سهله بودن آن یا رفع حرج در دین و قاعده متضرر نشدن مادر به سبب فرزندش در آیه ۲۳۳ سوره بقره «لا تضار والده بولدها» و قواعد حاکمه دیگر مانند آیه ۱۶۴ سوره انعام «و لا تزر وازره وزر اخری»، هیچ کس بار گناه دیگری را بر دوش نمی کشد. به نظر می رسد که در این مورد خاص، صدور حکم مناسب تری ممکن باشد. در غیر این صورت، مادر ناگزیر است بار گناه ناکرده خود و فرزندش را به دوش کشد که متناقض با فرمان الهی بوده و در واقع نادیده گرفتن حکم روشن وجدان است» (اسلامی، ۱۳۸۴ الف). اخیراً دارالافتاء مصر با صدور فتوایی، سقط جنین را برای زنانی که بر اثر تجاوز جنسی باردار شده اند، به شرط آنکه بیش از چهار ماه از مدت بارداری آنان نگذشته باشد، مجاز شمرد.

در استفتائات فقها «در مورد خانمی که تحت هتک ناموس یا تجاوز به عنف قرار گرفته و باردار شده است و با علم اینکه ادامه بارداری و زایمان و حضور این طفل نامشروع در جامعه هم از لحاظ روحی روانی و اجتماعی و مشکلات خانوادگی از جمله طلاق برای آن خانم و همچنین مشکلاتی که ممکن است برای جامعه و بار مالی که برای بیت المال پیش بیاید و فسادهای دیگری که ناشی از تولد این طفل نامشروع و حضور او در جامعه می شود آیا جایز است قبل از حلول روح در بدن جنین نسبت به سقط آن اقدام کرد؟ چنین آمده است:

آیت الله صانعی: اگر زنی از زنا آبستن شود، جایز نیست بچه اش را سقط کند؛ لیکن اگر قبل از چهارماهگی برای جلوگیری از تضييع آبرو و حیثیت سقط کند، نمی توان گفت حرام است؛ بلکه به جهت رفع حرج و مشکل تضييع آبرو، مخصوصاً با فرض توبه، جایز است.



آیت‌الله سید صادق شیرازی: در چنین فرضی با کل خصوصیات مذکوره جایز است.

آیت‌الله سید محمد صادق روحانی: با خصوصیاتی که نوشته‌اید جایز است. آیت‌الله سیستانی: اگر حفظ آن برای مادر ضرر و مشقت داشته باشد، مانعی ندارد.

آیت‌الله موسوی اردبیلی: در فرض تجاوز به عنف اگر ماندن جنین مذکور که قبل از دمیدن روح برای زوجه موجب عسر و حرج باشد سقطش برای زن اشکال ندارد ولی دیه دارد.

آیت‌الله شاهرودی: جایز نیست مگر برای حفظ جان مادر که در این صورت باید دیه پرداخت گردد.<sup>۱۲</sup>

### ز) ابعاد حقوقی و قانونی

حقوق تولید مثل دربرگیرنده بعضی از اجزای حقوق بشر است. این حقوق بر به رسمیت شناختن حق اساسی تصمیم‌گیری آزادانه و مسؤولانه همه زوجها در مورد تعداد، فاصله‌گذاری و زمان به دنیا آوردن طفل و نیز داشتن اطلاعات و ابزاری که بتواند این گونه عمل نماید و نیز حق دسترسی به بالاترین سطح استاندارد بهداشت تولید مثل و بهداشت جنسی استوار است. این حقوق، تصمیمات درباره تولید مثل را مطابق با اسناد حقوق بشر عاری از هرگونه تبعیض، فشار و خشونت دربر می‌گیرد.

راسخ (۱۳۸۲) می‌دارد: «در سقط‌القایی جنین، طرف‌های درگیر به دلیل باوری که دارند به موافقت یا مخالفت با پایان دادن به زندگی جنین برمی‌خیزند. برخی از حقوق‌دانان، نظر خود را بر روی حیات جنین متمرکز

ساخته و از این رو به دلیل تقدس حیات انسانی بر این باورند که نمی‌توان جنین را از زندگی محروم ساخت. لازم نیست زندگی انسان کیفیت خاصی داشته باشد تا برای آن اهمیت قایل شویم. طرفداران نظریه تقدس حیات دو نتیجه از این سخن یا ادعا می‌گیرند. اول، ارزش حیات برتر از همه ارزش‌ها است و هیچ ارزشی نمی‌تواند جایگزین آن شود. دوم، حیات همه انسان‌ها ارزشمند است و هیچ حیات انسانی بر حیات انسانی دیگر، از جمله حیات مادر بر زندگی جنین، برتری ندارد. به این معنی که نباید حتی سازگارترین، امیدوارترین و متکامل‌ترین موجودات را بر گیاهی‌ترین، بدبخت‌ترین یا ناقص‌ترین آنها ترجیح داد. سؤال این گروه این است که آیا ما مجاز به خاتمه «حیات مقدس» جنین هستیم و جواب آنها آشکارا منفی است. نظریه تقدس حیات، قدیمی‌ترین و شاید جدی‌ترین دیدگاه در میان نظریه‌های سقط جنین می‌باشد که به‌ویژه بسیاری از گروه‌های دینی و جناح‌های محافظه‌کار سیاسی مطرح و از آن حمایت می‌کنند. از دیدگاه طرفداران نظریه تقدس حیات، حیات انسانی به محض تشکیل جنین آغاز می‌شود. ممکن است ایراد شود که جنین تقریباً هیچ یک از توانایی‌های انسان معمولی، به‌ویژه توانایی‌های شناختی را ندارد. طرفداران نظریه حیات در پاسخ می‌گویند شخص در حال اغما نیز دقیقاً در موقعیتی مشابه قرار دارد. شخص مزبور تقریباً همه حافظه و دانش خود را از دست می‌دهد و توان سخن گفتن یا شرکت در یک گفتگوی عقلانی را ندارد. اما از آنجا که فرد در حال اغما به دلیل دارا بودن بالقوه ذاتی و طبیعی برای انجام اعمال عقلانی، انسان به‌شمار می‌آید، بنابراین جنین نیز که در موقعیت و شرایطی دقیقاً یکسان قرار دارد، باید انسان محسوب گردیده و کشتن آن ممنوع باشد. بر این اساس آنچه به لحاظ اخلاقی مهم است، شخص (انسانی) بودن است نه کارکردهایی که یک موجود دارد. طرفداران نظریه تقدس حیات در مورد

بارداری‌های ناخواسته، مانند بارداری ناشی از تجاوز به عنف، چه پاسخ و راه حلی ارایه می‌کنند؟ بنابر پایه یک تفسیر از این نظریه، در این موارد لازم است تا زمان وضع حمل به این گونه افراد کمک شود. پس از آن در صورتی که آنان نخواهند نوزاد را نزد خود نگهدارند، می‌توانند به سادگی وی را برای فرزندخواندگی توسط دیگران رها کنند. به علاوه، این فرصتی خوب برای فرد و جامعه است تا به اقدام خیرخواهانه و کمک به هم‌نوع بپردازد. در حقیقت، موارد مذکور زمینه اخلاقی زیستن و انجام عمل خیر را برای دیگران فراهم می‌آورد. از طرفی، تفسیر دیگری از این نظریه در برخی موارد مانند بارداری ناشی از تجاوز به عنف، استثنائاً سقط جنین را جایز می‌دانند. یکی به این دلیل که از دید دینی تجاوز به عنف از مصادیق گناهان بزرگ، نقض قوانین الهی و توهین به قدرت خالق خداوندی است و به این دلیل می‌توان حکم به جواز از بین بردن نطفه حاصل از تجاوز داد. دلیل دیگر اینکه تجاوز به عنف و بارداری حاصل از آن، موجب نابودی سرمایه وجودی بزه‌دیده می‌گردد و از این رو، می‌توان استثنائاً سقط جنین را در این مورد روا دانست. بدین ترتیب، چند مورد انتقاد به ادعاهای نظریه تقدس حیات وارد شده است زیرا در این صورت مدعیان این نظر باید بسیاری از اعمال و امور مباح و مجاز را ممنوع بدانند. با این وصف، آنان نباید چیدن گل یا کشتن حیوان را مجاز بدانند. به نظر نمی‌رسد ایشان بخواهند چنین ادعای عبثی نمایند. حال اگر در پاسخ گفته شود که چیدن گل یا کشتن حیوان دلیل دارد، برای مثال رفع گرسنگی یا مداوای بیماری، در مقابل طرفداران سقط جنین می‌تواند جواب دهند که سقط جنین نیز دلیل دارد، برای نمونه جلوگیری از ازدیاد بی‌رویه جمعیت یا دوری از زندگی ناخواسته و رنج‌آور» (راسخ، ۱۳۸۲).

«در بحث حقوقی سقط، برخی دیگر به زندگی و سرنوشت مادر توجه نموده و بنابراین به دلیل ارزش دانستن استقلال رأی و آزادی اراده انسان‌ها به‌طور کلی و مادر به‌طور خاص معتقدند نمی‌توان آزادی اراده و تصمیم مستقل مادر را محدود ساخت. سؤال این گروه از نظریه‌پردازان این است که آیا می‌توان نگهداری جنین را برخلاف میل و اراده مادر بر او تحمیل کرد و پاسخ آنان به روشنی منفی است. در عین توجه به ملاحظات اخلاقی و انسانی، محور اصلی و عمده موضع لیبرال به جواز سقط و آزادی اراده ریشه در تصمیم به نگهداری یا سقط جنین دارد. به علاوه، نکته مهمی که در این موضع‌گیری بیان شده این است که مسأله سقط جنین باید از حوزه درست که حوزه حقوق و عدالت است و به حکومت تعلق دارد خارج و در قلمرو حوزه خوب که حوزه اخلاق و ایدئولوژی است و به جوامع مدنی تعلق دارد، قرار گیرد. این بدین معنی نیست که حکومت از جواز یا ممنوعیت سقط جنین دفاع کند، بلکه باید اتخاذ در این خصوص را به افراد و جوامع مدنی واگذار و از نفس تصمیم هر چه باشد، حمایت نماید. حق کنترل بدن، بخش اساسی حق آزادی انسان را تشکیل می‌دهد. از این رو، با پذیرفتن سقط جنین براساس تصمیم مادر، به حریم خصوصی او احترام گذاشته و برای وی حق تعیین سرنوشت در موارد مربوط به ازدواج، بارداری، عقیم نمودن اختیاری و خاتمه دادن به زندگی جنین، قایل شده‌ایم. نمی‌توان به صرف اعتقاد به خطا بودن نظر و تصمیم مادر، او را مجبور به انجام عملی برخلاف میل و اراده او نمود. نظریه آزادی اراده بر این فرض استوار است که جنین، شخص نیست و بر اصالت تصمیم مستقل مادر تأکید دارد. اما اگر بتوان نشان داد که جنین از مرحله‌ای خاص به بعد به شخص تبدیل می‌شود دیگر جای تردید نیست که تصمیم به سقط جنین، جان دیگری را در خطر قرار می‌دهد و نمی‌توان از آن به نحو مطلق دفاع کرد. به دیگر

سخن، حق فرد به استقلال شخصی آن قدر قوی نیست که حذف دیگری را موجه سازد» (راسخ، ۱۳۸۲).

«در این میان، پاره‌ای دیگر توجه خود را به ارزش جنین و میزان سرمایه‌گذاری انسانی، اجتماعی و اقتصادی در آن معطوف می‌کنند. از این دیدگاه، وقتی سقط جنین را بد می‌دانیم نه به این دلیل است که معتقدیم جنین حق حیات دارد بلکه به این دلیل که با سقط جنین، یک وجود ذاتاً با ارزش را از بین می‌بریم. سؤال این گروه در مورد مطلوبیت نسبی جنین است و در نتیجه پاسخ آنان همیشه مثبت یا منفی نیست. سؤال اصلی این است که آیا حیات جنین از ارزش ذاتی برخوردار است یا خیر و اینکه از چه زمانی جنین دارای منافع می‌شود تا بر اساس حقوق جنین، از آنها حمایت نماییم. ارزش ذاتی را می‌توان به ارزش افزایشی و ارزش وجودی تقسیم نمود. وجود انسانی از یک ارزش ذاتی وجودی (و نه افزایشی) برخوردار است. اگر یک موجود انسانی وجود داشته باشد، ارزش ذاتی دارد ولی اگر وجود نداشته باشد به دنبال ایجاد و افزایش حیات انسانی نیستیم. افزون بر این، انسان، ارزش ژنتیکی دارد. ارزش ژنتیکی یعنی ارزش داشتن با توجه نظریه سرمایه‌گذاری که در انسان، یا در هر مسئله با ارزش ژنتیکی دیگر مقارن شده است. دورکین (Dworkin)، مهم‌ترین مدعی نظریه ارزش سرمایه، ارزش ذاتی را قابل مقایسه و هم‌سنجی می‌داند مثل ارزش مقایسه‌ای مادر و جنین. اگرچه جنین از ارزش ذاتی برخوردار است، در مقایسه مزبور، به دلیل حجم بیشتر ارزش سرمایه‌ای طبیعت یا خدا و انسان یا فرهنگ در حیات مادر، جنین کنار گذاشته می‌شود.

بر این اساس، معیار تصمیم‌گیری در این‌گونه موارد بسته به این است که یک حیات انسانی خاص به‌طور منفرد یا در مقایسه با حیات‌های دیگر، در چه مرحله از زندگی به لحاظ میزان سرمایه‌گذاری طبیعت و انسان قرار دارد و در چه مرحله‌ای

برای تلف شدن میزان سرمایه‌گذاری ترکیبی یاد شده باید متأسف بود و تا حد امکان از آن جلوگیری نمود. گرچه این نظریه، در مقایسه با نظریه‌های پیشین، تحلیلی‌تر و پیچیده‌تر می‌باشد، همه جا بر مفهوم انسان بنا شده است. دورکین در مقایسه دو مسئله ذاتاً باارزش، برای نمونه مقایسه میان زندگی جنین یا مادر، زندگی انسان - یا انسان بالقوه - را ترجیح می‌دهد. بنابراین اگر با دقت بنگریم، متوجه می‌شویم که وی در نهایت، ملاک را ارزش ذاتی انسان می‌داند نه ارزش ذاتی هر وجودی. در هیچ جای این نظریه نیامده که انسان به‌عنوان یک مفهوم اخلاقی که صاحب حق و تکلیف است، کیست و با چه معیاری یک موجود و هویت، انسان (شخص) محسوب می‌شود» (راسخ، ۱۳۸۲).

«در نهایت، بسیاری دیگر از نظریه‌پردازان، مسئله را به بحث از مفهوم شخص یا هویت ناطق مرتبط می‌سازند. منظور از شخص یک مفهوم ارزشی است و هویتی است که دارای حق و تکلیف است. نطق در این ادعا شامل شعور و اراده انسان می‌باشد. پس از بروز قوه نطق، جنین یک شخص می‌باشد که نمی‌توان به حقوق اساسی او تجاوز نمود.

از دید این گروه گرفتن جان یک شخص ممنوع است و از این رو جواز یا عدم جواز سقط جنین به این بسته است که آیا جنین را شخص می‌دانیم یا خیر. این ادعا بلافاصله سؤالاتی دیگر را در اذهان این نظریه‌پردازان تداعی می‌کند: معیار یا معیارهای شخص دانستن یک موجود چیست؟ آیا جنین را در همه مراحل تکاملی یا در برخی از آن مراحل می‌توان شخص دانست؟ یکی از مشکل‌ترین وظایف طرفداران این نظریه تعیین زمان پدیدار شدن قوه نطق در موجود انسانی است. در بسیاری از تحقیقات به زمانی نزدیک به سن چهارده هفتگی جنین اشاره شده است که تا حدودی دانشمندان علوم تجربی براساس زمان قطعی شکل‌گیری پایه اصلی

ذهن و معتقدان دینی براساس آموزه‌های متون دینی، آن را پذیرفته‌اند. یکی از نتایج منطقی استدلال فوق‌الذکر این است: در مرحله‌ای که هنوز جنین، شخص به‌شمار نمی‌آید، مادر به‌عنوان یک هویت صاحب حق و تکلیف (یعنی یک شخص) کاملاً آزاد است، البته با عطف توجه به حقوق دیگران از قبیل پدر تا براساس صلاحدید خود، تصمیم بگیرد. چالشی که نظریه هویت با آن مواجه است عبارتست از اینکه چرا یک ویژگی خاص را ملاک شخص بودن قرار داده‌اند. به علاوه، تعیین زمان وجود و بروز آن ویژگی بسیار مشکل و در بسیاری موارد تقریباً غیرممکن است. پیداست که گروه آخر با مسایلی بس پیچیده روبرو می‌باشند» (راسخ، ۱۳۸۲).

## نتیجه

اگر بپذیریم حقوق بشر منتج از نیازهای اوست، باید بپذیریم اقبال جهانی از سقط جنین نیز بخشی از نیازهای اوست. «یکی از اهداف عالیه حقوق و قانون اعم از حقوقی که منشاء آسمانی و وحی دارد یا حقوقی که در راستای نیازمندی‌های اجتماعی به صورت عرفی توسط ارگان‌های قانونگذار وضع می‌شوند، حفظ آزادی‌های مشروع و اساسی افراد است. کتب آسمانی و پیامبران عظام نیز مقوله آزادی بشر و خلق شدن وی به نحو آزاد را با تاکید و صراحت خاصی بیان داشته‌اند. مسؤلیت سنگین اجتماعی والدین در تربیت فرزند و تامین نیازمندی‌های مالی وی ایجاب می‌نماید که والدین بتوانند آزادانه در خصوص زمان تولد فرزند خود تصمیم‌گیری نمایند. منع والدین به طور کلی و مادر به طور خاص از سقط جنین ناخواسته، تحمیل وظایف سنگین بر والدین است که در آینده بر سرنوشت طفل نیز مؤثر خواهد بود. از طرفی این تحمیل با مبانی و اصول کلی حقوق در تعارض است. دولت و اجتماع نباید از پیش‌بینی آینده اسف بار فرزندان بعد از طلاق و یا اطفال بی‌سرپرست و کشیده شدن این اطفال معصوم به فقر و فساد به آسانی غافل بمانند. با توجه به اینکه در ایران ما حقوق و اخلاق با فقه گره خورده است، به نظر می‌رسد با استناد به نظام حقوق الهی که تبدیل حکم و جوب در مواردی خاص به منظور نفی عسر و حرج مقدور است مانند احکام وضو و روزه در سفر و بیماری (با عنایت به اینکه در حکم اولیه حرمت سقط جنین - مفروق از دمیده شدن یا عدم دمیده شدن روح - شکی نیست) بتوان احکام حقوقی مناسب در این زمینه صادر کرد. از طرفی، در آیه ۷۸ از سوره مبارکه حج به صراحت، قاعده نفی حرج بیان شده است: «و ما جعل علیکم فی الدین من حرج» که براساس آن هر حکم اولیه که اجرای آن موجب عسرت و حرج باشد صرفاً در آن



مورد به خصوص، با یک حکم ثانویه تبدیل می‌شود. کلام رسول مکرم اسلام - لاضرر و لا ضرر فی الاسلام - نیز قاعده دیگری است که به اعتقاد جمعی از فقهای عظام با استناد به آن می‌توان حکم موضوعی را که اجرای آن موجب عسرت و ضرر است، در مورد خاص تبدیل نمود. حال این سؤال مطرح می‌گردد که آیا حرمت سقط جنین در مواردی که بارداری ناخواسته بوده و موجب عسرت شدید مادر، زوجین و بروز مشکلات عدیده فردی و اجتماعی گردد، به جواز و اباحه تبدیل نمی‌گردد؟» (حسینی، ۱۳۸۴، صص ۴۰۹-۳۹۸).

«به نظر می‌رسد علاوه بر حرمت سقط عمدی در احکام اسلامی که مسیر قوانین و سیاست‌گذاری‌های کشورمان را به سوی خود سوق داده است، عوامل دیگری از قبیل نگرش همراه با سوءظن به موضوع سقط عمدی و هراس از این مسأله که با قانونی شدن آن، فسق و فجور در جامعه افزایش یابد، در نادیده انگاشتن خطرات تهدیدکننده سلامت مادران در جریان اقدام به سقط‌های غیرقانونی دخیل بوده است، حال آنکه در شرایط غیرقانونی بودن سقط نیز فسق و فجور در جوامع اتفاق می‌افتد.» (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴) و «مدارک مؤکداً نشان می‌دهند که بیشتر زنانی که موافق انجام سقط جنین‌اند و یا مبادرت به سقط جنین می‌کنند، بانوانی دارای همسر و فرزند می‌باشند» (موسوی و دیگران، ۱۳۸۱ و شمشیری میلانی، ۱۳۸۱). تجارب نشان داده است که قوانین و سیاست‌های سرکوب‌کننده سقط عمدی جنین، عمدتاً دچار شکست می‌شوند و غالباً در کاهش رخداد سقط‌های ناسالم و بی‌عدالتی‌های اجتماعی تأثیری ندارند (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴). واقعیت این است که هیچ‌کدام از روش‌های پیشگیری از بارداری صددرصد مؤثر نیستند و علیرغم تمام احتیاطات لازم ممکن است بارداری ناخواسته پیش آید، در این صورت صرف‌نظر از وضعیت قانونی، عده‌ای از زنان اقدام به سقط بارداری ناخواسته می‌نمایند. در این میان،

مرگ و میر ناشی از سقط‌های عمدی، عمدتاً در کشورهایی است که انجام سقط، هنجارشکنی و غیرقانونی بوده، لذا کیفیت زندگی خانواده‌ها به‌طور اجتناب‌ناپذیری از سقط‌القایی تأثیر می‌پذیرد.

«برآوردهای غیرمستقیم نشان می‌دهد هر زن ایرانی در طول دوره باروری خود به‌طور متوسط در حدود ۱/۰۷۱ مورد سقط‌عمدی را تجربه می‌کند و این میزان در مناطق شهری و در استان‌های با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر، بیشتر است» (آقایاری و مهریار، ۱۳۸۶). از آنجا که نمی‌توان بدون توجه به باورهای بنیادین و ارزشی یک جامعه در خصوص یک مسأله حکم راند، درست به همان اندازه نمی‌توان بدون توجه به اقتضائات ناشی از واقعیات زندگی فردی و جمعی در دنیای کنونی تصمیمات صحیح اتخاذ نمود. مصداق چنین وضعیتی در احکام حقوقی فعلی ایران، نیازهای برآورد نشده در زمینه سقط‌ایمن است که لزوم بازنگری منطقی و انعطاف‌پذیر قوانین مربوطه را به‌گونه‌ای که پاسخگوی نیازهای به‌روز جامعه باشد، ایجاب می‌کند.

### پیشنهادات و راهکارها

۱- با توجه به بافت مذهبی ایران، به تمرکز بر پیشگیری اولیه توصیه می‌شود. در این راستا، تسهیل دسترسی به خدمات تنظیم خانواده و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده با عدم محدودیت در ارایه وسایل پیشگیری از بارداری به مددجویان، بدون توجه به داشتن پرونده بهداشتی و مجرد یا متأهل بودن آنان (که هنوز جز نیازهای برآورد نشده تنظیم خانواده در ایران می‌باشند) برای پیشگیری از بارداری ناخواسته توصیه می‌شود. همچنین معرفی فراگیر خط تلفن ۱۴۹ به خانواده‌ها که برای مشاوره و آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشت

باروری، به‌ویژه تنظیم خانواده و آموزش نحوه پیشگیری اضطراری در موارد شکست روش‌های پیشگیری راه‌اندازی و اختصاص یافته است. و هدف آن، تقویت برنامه‌های موجود مشاوره‌ای در خصوص تنظیم خانواده و افزایش دسترسی مددجویان به خدمات مورد نیاز به‌صورت ۲۴ ساعته و نیز در ایام تعطیل می‌باشد، توصیه می‌گردد. در مورد کلان‌شهرها در نظر گرفتن چند خط تلفن برای دسترسی آسان مددجویان پیشنهاد می‌گردد.

۲- تغییر نگرش و بازنگری در سیاست‌های موجود در مورد سقط جنین با تأکید بر «سلامت مادران به‌عنوان شاخص توسعه اجتماعی» توصیه می‌گردد. به‌نظر می‌رسد فتاوی جدید علمای دینی و مجوزهای شرعی سقط در زمینه‌های عسر و حرج در محدوده زمانی قبل از ولوج روح بتوانند راهگشای بازنگری قوانین توسط مراجع قضایی و حمایت قانونگذاران برای کاهش و حتی اجتناب از سقط‌های غیرایمن گردند. لازم به یادآوری است «حق دسترسی به خدمات و بلکه بالاترین کیفیت خدمات یکی از ۱۲ حقوق باروری مطرح شده در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره (۱۹۹۴) می‌باشد که طی آن هیچ مانعی برای ارائه خدمات به متقاضیان نباید وجود داشته باشد و برای همه اقشار جامعه (از جمله جوانان) باید خدمات بهداشت باروری در دسترس باشد» (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۴). بنابراین انتظار نامعقولی نیست اگر از سیاستگذاران و متولیان بهداشت و درمان ایران درخواست شود هرگونه موانع قانونی در مورد استفاده مادر از امکانات سقط سالم را (در صورت اصرار و توافق زوجین بر آن و کارساز نبودن مشاوره‌های انجام گرفته در این زمینه) از میان بردارند. واقعیت این است که اگر زوجینی که خواستار سقط جنین از طریق قانونی‌اند، پاسخ نیاز خود را از راه قانونی و سالم به‌دست نیاورند، چاره دیگری بجز اقدام

به سقط غیرقانونی و به احتمال زیاد ناسالم همراه با صرف هزینه‌های گزاف نخواهند داشت.

۳- تغییر قوانین حقوقی کشور در مورد با سقط القایی در موارد تجاوز به عنف توصیه می‌گردد تا به علت برخوردار نبودن از حقوق مدنی و اجتماعی کودکان بی‌گناه حاصل از تجاوز به عنف، زنان بزه‌دیده، این بار بزه‌دیده سقط غیرایمن نگردند. اقدام و حمایت جدی دولت در این مورد، با سوق دادن این افراد به سوی نظام خدمات بهداشتی-درمانی کشور، علاوه بر کاهش مرگ و میر و عوارض سقط غیرایمن، منجر به انجام مشاوره‌های بیماری‌های مقاربتی و اقدامات پیشگیری سریع یا درمان به‌موقع می‌گردد که اقدامی مفید بوده و از تحمیل بار عواقب این بیماری‌ها بر دوش جامعه می‌کاهد. مطمئناً پیش‌نیاز چنین تحولی، فتاوی‌ روشنی علمای دین برای رفع کلی‌نگری و ابهام در مورد حکم شرعی سقط در موارد تجاوز به عنف می‌باشد.

## پی‌نوشت‌ها

- 1- unintended.
- 2- unwanted.
- 3- mistimed.
- 4- ICPD.
- 5- International Planned Parenthood Federation (IPPF).
- 6- Make abortion rare, safe and legal.
- 7- Conservative approach.
- 8- Liberal approach.
- 9- Moderate approach.
- 10- Feministic approach.

۱۱- برای آگاهی بیشتر بنگرید به:

<http://www.saanei.org>

۱۲- برای آگاهی بیشتر بنگرید به: وبلاگ تخصصی سقط جنین، استفتانات فقها در مورد سقط جنین در تجاوز جنسی، قابل دسترس از سایت ذیل:

<http://www.Abortion.blogfa.com>

## فهرست منابع

## الف) منابع فارسی

- آخوندی، محمد مهدی و بهجتی اردکانی، زهره. (۱۳۸۱). ضرورت بررسی ریشه‌ای ابعاد متنوع سقط جنین در ایران. در: *ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران*. تهران: پژوهشکده ابن سینا.
- آقایاری هیر توکل و مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۸۶). برآورد غیرمستقیم میزان سقط جنین عمدی کل با استفاده از مدل تعیین کننده‌های بلافصل باروری در ایران به تفکیک استان‌ها، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. جلد ۲، شماره ۳، ۹۱-۶۱.
- اسلامی، سید حسن. (۱۳۸۴الف). رهیافت‌های اخلاقی به سقط جنین: یک بررسی موردی. *ویژه‌نامه سقط جنین، فصلنامه باروری و ناباروری*. شماره ۴، ۳۴۲-۳۲۱.
- اسلامی سید حسن. (۱۳۸۴ب). شبیه‌سازی در آیین کاتولیک، *هفت آسمان*. شماره ۲۷، ۸۰-۶۵.
- بهشتی سید محمدحسین. (۱۳۷۹). *بهداشت و تنظیم خانواده*. تهران: بقیه.
- حسینی، سید هادی. (۱۳۸۴). تحولات قانون سقط جنین استرالیا در آینه روند جهانی با مروری کوتاه بر قوانین ایران و مبانی حقوقی آزادی قانونمند آن. *فصلنامه باروری و ناباروری*. شماره ۴، ۴۰۹-۳۹۸.
- راسخ، محمد. (۱۳۸۲). *جدال حیات: بررسی اجمالی تئوری‌های سقط جنین*. *فصلنامه باروری و ناباروری*. شماره ۳، ۳۰-۲۷.
- سازمان ملل متحد. *صندوق جمعیت ملل متحد*. (۱۹۹۴). *گزارش کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه*. قاهره. مؤلف.
- شمشیری میلانی، حوریه. (۱۳۸۵). سقط جنین عمدی. *مجله پژوهش در پزشکی*. دوره ۳۰، شماره ۴، ۲۶۵-۲۶۳.
- شمشیری میلانی، حوریه. (۱۳۸۴). سقط جنین، حق حیات مادر: بررسی سقط جنین از منظر طب. *فصلنامه باروری و ناباروری*. ۴۵۷-۴۶۴.

شمشیری میلانی حوریه. (۱۳۸۱). سلامت، ابعاد سلامت و جایگاه سقط جنین در ارتباط با آن. در: خلاصه مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران. تهران: پژوهشکده ابن سینا. صدر، شهاب‌الدین. (۱۳۸۲). اندیکاسیون‌های سقط جنین، بخشنامه شماره ۱۰/۰۰۳۹۳۸ مورخه ۱۳۸۲/۷/۲۷، تهران: سازمان پزشکی قانونی کل کشور. کاظمیان، محمد. (۱۳۸۴). روش‌های متداول در انجام سقط جنینی و علل مرگ و میر ناشی از آن. فصلنامه باروری و ناباروری. شماره ۴، ۴۵۶-۴۵۰. ملک افضل، حسین. (۱۳۷۵). برآورد سقط جنین حاصل از حاملگی‌های ناخواسته. مجله بهداشت خانواده. سال نخست، شماره دوم، ۲-۷. موسوی، سید محسن؛ صادق‌زاده، معصومه و استادزاده، نیره. (۱۳۸۱). سیمای اپیدمیولوژیک سقط در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر قم. در: خلاصه مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران. تهران: پژوهشکده ابن سینا.

## (ب) منابع لاتین

- Glenc, F. (1974). Induced abortion—a historical outline. *Polski Tygodnik Lekarski*, 29 (45), 1957-1958.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2004). Making abortion rare, safe, legal, technical knowledge and support. Retrived on February 20, 2004, from <http://ippf.org>.
- Iranian Statistical Center. (2000). Estimation of fertility Level and pattern in Iran: Using the own-children method. Tehran: Author.
- Noonan, J. (1997). An almost absolute value in history. In: White, J. (Ed.). *Contemporary moral problems*. New York: West Publishing Company.
- Singer, P. (1986). *Practical ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Warren, M.A. (1997). On the moral and legal status of abortion. In: White, J.,(Ed.). *Contemporary moral problems*. New York: West Publishing Company.
- Warriner, I. k., & Shah, I. H. (2006). Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action, Germany: Gutmarcher Institute.
- World Health Organization (WHO) (2007). Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5<sup>th</sup> ed. New york: Author.

## یادداشت شناسه مؤلف

رقیه نوری‌زاده؛ دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

نشانی الکترونیکی: [mourizadeh@gmail.com](mailto:mourizadeh@gmail.com)

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۸/۷/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۱۶