



Jurisprudential-Legal Challenges of Therapeutic Abortion in the Light of the Family Protection Law and the Youth of the Population¹

Elahe Taherbakht² Maryam Sadat Mohaghegh Damad³

Doi:

10.30497/flj.2023.244347.1900



Abstract

Abortion has always been discussed throughout history due to its moral, jurisprudential and legal aspects. One of the problems and dilemmas caused by abortion is the decreasing of the young population in countries with a middle-aged pyramid like Iran. So, in order to prevent it, in 1400, the law "Supporting the Family and the Youth of the Population" was approved; However, its implementation - especially in the issue of abortion treatment - has faced many challenges and by applying many restrictions in the field of fetal health and its abortion, has violated the purpose of increasing the rate of healthy and productive population. The purpose of this article is to examine the jurisprudential and legal challenges of therapeutic abortion in the light of the Family and Youth Protection Law and to try to provide efficient solutions to solve the challenges of this field. The collecting data is based on documentary- library materials and the research has been done by descriptive-analytical method. The investigations show that the application of severe restrictions in the field of fetal health and abortion treatment will have no result other than endangering the lives of mothers and increasing the number of criminal abortions and provides the grounds for abuse by the offenders and their profit seeking. Also, due to the different bases and opinions of jurists and lawyers regarding abortion and the time of soul rebirth and the lack of determining a single and specific time for soul rebirth in different sciences of jurisprudence, law and medicine, it is not possible to leave the issuing of permission or disallowance of therapeutic abortion to the judges. And it should be done with the cooperation of jurists, lawyers and doctors regarding the criteria for fetal abnormalities to make a correct decision.

Keywords: criminal abortion, legal abortion, indications for abortion, genetic diseases, fetal abnormalities.

١. The current article is extracted from a master's thesis in Family Law titled "*Therapeutic Abortion of the Fetus in Iranian Statutory Laws with an Approach to the Family Protection and Youth Population Law*" from Imam Sadegh University (AS).

٢. PhD student in Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law, Farabi College, University of Tehran, Qom, Iran. e.taherbakht@ut.ac.ir

٣. (corresponding author) Assistant Professor, Department of Law, Imam Sadegh University (AS), Tehran, Iran. m.mohaghegh@isu.ac.ir

چالش‌های فقهی - حقوقی سقط‌درمانی در پرتو قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۳

الهه طاهربخت^۲

مریم السادات محقق داماد*^۳

DOI: 10.30497/flj.2023.244347.1900

چکیده

سقط جنین در طول تاریخ به علت داشتن ابعاد اخلاقی، فقهی و حقوقی، همواره مورد بحث بوده است. یکی از معضلات ناشی از سقط جنین، کاهش یافتن جمعیت جوان در کشورهای دارای هرم سنی میان سال مانند ایران است که برای پیشگیری از آن، در سال ۱۴۰۰، قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» تصویب شد؛ ولی اجرای این قانون خصوصاً در مسئله سقط‌درمانی با چالش‌های متعددی مواجه شد و به دنبال اعمال محدودیت‌های فراوان در حوزه سلامت جنین و سقط آن، در زمینه افزایش جمعیت سالم و موکد نقض غرض کرد. هدف از نگارش این مقاله، بررسی چالش‌های فقهی و حقوقی سقط‌درمانی در پرتو قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، و تلاش برای به دست دادن راهکارهای مفید به منظور رفع چالش‌های این حوزه بوده است. مطالب با استفاده از روش اسنادی - کتابخانه‌ای گردآوری شده‌اند و تحقیق از نوع توصیفی - تحلیلی است. بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد اعمال محدودیت‌های شدید در حوزه سلامت جنین و سقط‌درمانی، نتیجه‌ای جز به خطر انداختن جان مادران و افزایش آمار سقط جنین جنایی ندارد و زمینه را برای سوء استفاده متخلفان از قانون و سودجویی آنان فراهم می‌کند؛ همچنین با توجه به مبانی و نظرات مختلف فقها و حقوق دانان درباره سقط جنین و زمان ولوج روح و تعیین نشدن زمان واحد و مشخص برای ولوج روح در علوم مختلف فقه، حقوق و طب، امکان واگذاری اختیار صدور جواز یا جایزندانستن سقط‌درمانی به قضات وجود ندارد و باید با همکاری توأمان فقها، حقوق دانان و اطبا در خصوص تعیین ملاک‌های ولوج روح، تصمیم‌های صحیح اتخاذ شود.

کلید واژه‌ها: سقط جنین جنایی، سقط‌درمانی قانونی، اندیکاسیون‌های سقط‌درمانی، بیماری‌های ژنتیکی، ولوج روح.

۱. مقاله حاضر، مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق خانواده با عنوان سقط‌درمانی جنین در قوانین موضوعه ایران با رویکردی به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، از دانشگاه امام صادق (ع) است.

۲. دانشجوی دکتری فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده‌گان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران.

e.taherbakht@ut.ac.ir

m.mohaghegh@isu.ac.ir

۳. (نویسنده مسئول) استادیار گروه حقوق دانشگاه امام صادق (ع)، تهران، ایران.

مقدمه

یکی از مشکلات جوامع بشری در تمام اعصار، بارداری‌های توأم با ریسک زیاد و نقصان ژنتیکی و ناهنجاری‌های مادرزادی جنین بوده است. این مسئله به‌خصوص در دهه اخیر، به‌دنبال پیشرفت فناوری، افزایش روزافزون بیماری‌های سخت در اثر ازدواج‌های فامیلی، تغذیه ناسالم و استفاده از مواد غذایی تراریخته، امواج و... اهمیت فراوان یافته است. با توجه به اینکه یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها در هر جامعه، داشتن جمعیت جوان و سالم است و مقام معظم رهبری و متخصصان همواره بر رشد جمعیت سالم و بالنده تأکید کرده‌اند، دولت، مجلس و تمام مردم باید گام‌هایی مؤثر و هدفمند در این مسیر بردارند. یکی از اساسی‌ترین گام‌ها در این راستا تصویب قوانین منطبق با پیشرفت‌های روز، کارآمد و مناسب برای جامعه کنونی ایران است. با وجود آنکه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با هدف افزایش جمعیت نگاشته شده، در برخی مواد، کاملاً نقض‌غرض کرده و با اعمال محدودیت‌های شدید برای انجام‌دادن آزمایش‌های غربالگری و سقط‌درمانی، عملاً در مسیر کاهش سلامت جمعیت، کم‌شدن باروری، افزایش جرم، ایجاد هراس برای مادران و... گام نهاده است. به‌نظر می‌رسد با عنایت به نام انتخاب‌شده برای این مصوبه مجلس، لازم است شاخص کیفی جمعیت (جوانی)، بیشتر از زادوولد صرف مورد توجه قرار گیرد تا هم شاهد افزایش یافتن جمعیتی سالم و جوان باشیم و هم جرایمی از قبیل سقط غیرقانونی جنین کاهش یابند؛ لذا بررسی سقط‌درمانی از نظر این مصوبه خاص، هدف اصلی تحقیق پیش‌روی است و با توجه به این هدف، چالش‌های حقوقی سقط‌درمانی در نظام حقوقی ایران با عنایت به مواد ۵۶، ۶۱ و ۷۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، و ذکر انتقادهای وارد بر هر ماده تبیین و تحلیل خواهد شد.

مفهوم‌شناسی اصطلاحات

- سقط جنین جنایی

واژه «جنین» از ریشه «ج ن ن» گرفته شده و در لغت به معنای هر چیز پوشیده شده و مستور است؛ به همین سبب، فرزند انسان تا وقتی در شکم مادر قرار دارد، جنین نامیده می شود (عمید، ۱۳۶۳، «جنین»؛ معین، ۱۳۸۶، «جنین»؛ ابن منظور، ۱۴۱۰ق، ص. ۹۳؛ راغب اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص. ۲۰۴). در اصطلاح فقهی، جنین مترادف با حمل است (حلی، ۱۴۱۴ق، ص. ۳۲۶). شهید ثانی درباره این واژه گفته: «جنین همان حمل در شکم مادر است که به خاطر استتار و پوشیده بودن آن در شکم مادر به این نام خوانده می شود» (الجبعی العاملی، بی تا، ص. ۲۸۸). در اصطلاح حقوقی و لسان عرفی نیز جنین عبارت است از بچه‌ای که در رحم مادر قرار دارد تا زمانی که متولد شود (جعفری لنگرودی، ۱۳۸۱، ص. ۱۵۷۹). در بند «ب» از ماده ۱ آیین نامه اجرایی قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور، در تعریف جنین آمده است: «نطفه حاصل از تلقیح خارج از رحمی زوج‌های قانونی و شرعی که از مرحله باروری، حداقل پنج روز گذشته باشد».

واژه «سقط» در لغت به معنای کشته، افتاده و بچه نارس یا مرده‌ای است که قبل از فرارسیدن زمان ولادت، از شکم مادر خارج شود (دهخدا، ۱۳۷۳، «سقط»). سقط جنین در اصطلاح فقهی عبارت است از افتادن جنین از درون رحم زن پیش از اتمام دوره جنینی (حلی، ۱۴۱۲ق، ص. ۱۷۶؛ نجفی، ۱۴۰۴ق، ص. ۱۱۰) و یا اقدام مادر یا غیر او به خروج غیرطبیعی حمل قبل از موعد طبیعی وضع حمل؛ به نحوی که حمل خارج شده از بطن مادر، مرده یا فاقد قابلیت زیستن باشد (میلانی و باقری، ۱۳۹۴، ص. ۳). سقط جنین جنایی در اصطلاح حقوق دانان عبارت است از «ارتکاب هرگونه عمل مجرمانه‌ای که منجر به توقف حیات جنینی و یا سلب حیات از جنین و اخراج قبل از موعد طبیعی آن گردد»؛ البته اقسام دیگری از سقط، شامل سقط‌درمانی و سقط غیرارادی یا ناخواسته نیز در زمره موارد سقط جنین قرار دارند (عباسی، ۱۳۹۴، ص. ۱۸).

- سقط‌درمانی قانونی

سقط‌درمانی عبارت است از ختم حاملگی به منظور حفظ سلامتی مادر یا به علت ابتلای جنین به برخی بیماری‌ها قبل از زمانی که جنین، قابلیت حیات داشته باشد با کسب اجازه از مقامات قانونی و با توجه به گزارش پزشکی قانونی که در وضعیت بیمارستانی و با استفاده از روش کورتاژ به دست پزشک متخصص انجام می شود (کاهانی و خداپنده، ۱۳۸۸، ص. ۲۴۱).

سقط‌درمانی در حالت کلی، عملی اجباری است که به منظور حفظ جان یا سلامتی مادر، جلوگیری از تولد نوزاد مبتلا به ناهنجاری‌های ژنتیکی شدید یا دیگر ناهنجاری‌های مادرزادی، و یا کاهش دادن تعداد جنین‌ها (کاهش حاملگی چندقلویی) در مواردی صورت می‌گیرد که تعدد جنین‌ها زیست‌پذیری یا قابلیت باززیستی جنین انسانی را تهدید می‌کند (ساعد، ۱۳۹۶، ص. ۱۷۸).

قانون سقط‌درمانی، مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰ بدین شرح است:

ماده واحده: «سقط‌درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن، موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد، قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن، مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.»

- اندیکاسیون‌های سقط‌درمانی

در علم پزشکی، به دلیل قابل قبول برای استفاده از برخی آزمایش‌ها، داروها، اعمال طبی یا جراحی‌ها اندیکاسیون اطلاق می‌گردد. در ایران، پزشکی قانونی در ۵۱ مورد از بیماری‌های جدی مادر و نیز اختلالات و ناهنجاری‌های جنین، رویه قانونی تعیین و توسط شورای ملی نظام پزشکی اعلام گردید (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۴۱). در حال حاضر، در ایران، اندیکاسیون‌های مادری سقط‌درمانی که از سوی پزشکی قانونی تعیین شده است، ختم حاملگی برای حفظ جان یا سلامت مادر و نیز ختم حاملگی در مواردی را شامل می‌شود که نوزاد قابلیت حیات ندارد یا به صورت ناقص‌الخلقه به دنیا می‌آید (زمانی، ۱۳۸۵، ص. ۱۲۵؛ زرگریان و کاکاوند، ۱۴۰۰، ص. ۲۳۱)؛ به عبارت دیگر، هر وضعیتی که در آن، سلامتی مادر در معرض خطر باشد و تداوم بارداری، خطر را تشدید کند، جزو اندیکاسیون‌های سقط‌درمانی قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه در مواردی یک وضعیت خاص برای خانمی، خطرآفرین است؛ اما برای فرد دیگر، ریسک قابل توجهی ندارد؛ بنابراین نمی‌توان تمام اندیکاسیون‌های سقط‌درمانی را

(جز برخی موارد خاص و معدود) لیست کرد؛ بلکه باید در هر وضعیت، بسته به مورد عمل کرد (توفیقی، موسوی پور و بارونی، ۱۳۸۰، ص. ۲۱).

در حال حاضر، اندیکاسیون‌های جنینی سقط‌درمانی، شامل وضعیت آناتومیکی مغایر با حیات و ناهنجاری‌های مهم مادرزادی است که در نتیجه آن‌ها معمولاً مادر ظرف مدتی کوتاه پس از زایمان، کودک خود را ازدست می‌دهد؛ علاوه بر آن، برخی ناهنجاری‌های جنین، سبب مرگ فوری جنین نمی‌شوند؛ اما زندگی را برای او، مادر و اطرافیان و نیز جامعه دشوار و تحمل‌ناپذیر می‌کنند (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۴۵).

- بیماری‌های ژنتیکی

واژه «بیمار» در لغت عبارت است از ناتوان، مریض و رنجور (معین، ۱۳۸۶، «بیمار») و واژه «ژنتیک» در لغت به معنای ارثی، موروثی و علم وراثت است (معین، ۱۳۸۶، «ژنتیک»). در بیماری‌های ژنتیکی با وراثت مغلوب، معمولاً فرزند بیمار، حاصل ازدواج یک زوج است که هر دو ظاهراً سالم‌اند. این زوج، علائم بالینی خاصی ندارند یا علائم بالینی‌شان بسیار خفیف است و در کل، سالم هستند؛ اما دارای خطر بالقوه به دنیا آوردن نوزادی با بیماری‌های وخیم‌اند که از جمله آن‌ها اختلالات متابولیسمی، تالاسمی، دیستروفی عضلانی دوشن و هموفیلی را می‌توان نام برد (فرزادی‌نیا، حسینی برشنه و دارابی، ۱۴۰۰، ص. ۹۲).

بیماری‌های ژنتیکی از علل اصلی ایجاد مشکلات بهداشتی و حتی اقتصادی در جامعه به‌شمار می‌آیند. در حال حاضر، تقریباً ده درصد از جمعیت جهان به انواع معلولیت‌ها مبتلا هستند و بیش از پنجاه درصد معلولیت‌ها ناشی از عوامل ژنتیکی است. امروزه با پیشرفت‌های چشمگیر در علم پزشکی در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌ها و نیز افزایش دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی، به‌میزان زیادی از بروز و شیوع بسیاری از بیماری‌ها کاسته شده است؛ ولی به‌علت فقدان درمان مؤثر برای بیماری‌های ژنتیکی و نیز کشف علل ژنتیکی بسیاری از بیماری‌ها معلولیت ناشی از بیماری‌های ژنتیکی، بیش‌از پیش خودنمایی می‌کند (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۴ و ۵).

- ناهنجاری‌های جنینی

واژه «ناهنجاری» در لغت به معنای کج‌روی، بی‌کرداری، انحراف از راستی، بی‌قاعدگی و بی‌تناسبی است (دهخدا، ۱۳۷۳، «ناهنجاری»). ناهنجاری جنینی (مادرزادی) به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن، یک نقص ساختمانی پیش از متولدشدن نوزاد در او وجود داشته باشد. این ناهنجاری بر دو نوع ژنتیکی و غیرژنتیکی تقسیم می‌شود. ناهنجاری‌های جنینی ژنتیکی به صورت غیرارثی (درزمینه ناهنجاری‌های کروموزومی) یا ارثی (اتوزوم وابسته به جنس) به وجود می‌آیند و ناهنجاری‌های جنینی غیرژنتیکی تحت تأثیر عوامل تراژون در دوران جنینی ایجاد می‌شوند (رضایی و سنایی مهر، ۱۳۹۲، ص. ۲)؛ به عبارت دیگر، ناهنجاری جنینی عبارت است از تغییراتی که در رحم مادر، تحت تأثیر بعضی عوامل در جنین ایجاد می‌شود؛ به نحوی که از تکامل فیزیکی او جلوگیری یا روند آن را مختل می‌کند (طلعتی، ۱۳۸۳، ص. ۳۰۰).

شایع‌ترین ناهنجاری جنینی مشاهده‌شده در مطالعات، ناهنجاری‌های دستگاه عصبی مرکزی است که با توجه به اثرپذیری بدن درطول عمر و قابل ترمیم نبودن دستگاه عصبی مرکزی، آموزش و اطلاع‌رسانی و آگاهی در کل جامعه، در پیشگیری از بروز ناهنجاری‌ها بسیار مؤثر خواهد بود. تشخیص بموقع ناهنجاری‌های جنینی، گامی عظیم در پیشگیری از متولدشدن نوزادان ناقص است که به دنبال پیشرفت علم و بهبود تصویربرداری، همراه با پیگیری ناهنجاری‌های خاص مبتنی بر تاریخچه ژنتیکی والدین، درک بهتری برای توصیه به ختم بارداری ایجاد می‌کند؛ علاوه بر آن، در حال حاضر، غربالگری پیش از زایمان به‌میزانی چشمگیر گسترش و ارتقا یافته و بخشی از مراقبت‌های معمول در دوران قبل از تولد است (بدیعیان موسوی، حجازی، صادقی‌پور، فتوت و حسینی، ۱۳۹۷، ص. ۱۲).

- ولوج روح

واژه «ولوج» از ریشه «ول ج» و در زبان عربی به معنای فرورفتن و واردشدن چیزی در چیز دیگر است (بندرریگی، ۱۳۹۴، ص. ۲۴۵). این واژه در زبان فارسی به معنای داخل شدن به کار می‌رود (معین، ۱۳۸۶، «ولوج»). ولوج روح در اصطلاح فقها یعنی دمیده شدن روح در وجود جنین که در باب دیه جنین به آن پرداخته شده است (ساریخانی، محمدی درح و اسلامی‌نیا،

۱۳۹۹، ص. ۱۳۰). روح و حیات انسانی، پدیده‌ای فوق‌طبیعی است؛ به نحوی که نفخ و ولوج آن در جسم، واقعیتی متفاوت با دیگر مراحل رشد جسمی انسان محسوب می‌شود. ولوج روح انسانی در دوران جنینی و قبل از تولد، در زمانی بعد از تمامیت خلقت ظاهری بدن و شکل گرفتن اعضا و جوارح اتفاق می‌افتد (رضوانی مفرد و نوراحمدی، ۱۴۰۱، ص. ۱۴۳).

۱. بررسی حقوقی سقط‌درمانی در نظام حقوقی ایران

در کشور ما پس از تصویب قانون سقط‌درمانی در مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴، برخورد با سقط‌های درمانی به طور اساسی متحول شد. به صورتی که این مقوله جای خود را بین پزشکان و دیگر دست‌اندرکاران به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی، بیش از پیش باز کرد. با گذشت زمان و همگام با آشکارشدن آثار مثبت این قانون انقلابی (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۳)، برخی تنگناهای قانونی برای کادر درمانی و پزشکان در این حوزه ظاهر شد (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۴).

خوشبختانه، با وجود فقه پویای اسلامی و وسعت دید قانون‌گذاران، و طی همکاری تنگاتنگ بین این گروه و پزشکان دست‌اندرکار، بر شمول این قانون افزوده شد و عمل سقط در تمام موارد تهدیدکننده جان مادر و نیز ناهنجاری‌های شدید جنین که با حیاتش منافات داشت یا نیازمند خدمات درمانی و بهداشتی وسیعی بود که به خرج مادر می‌انجامید، مجاز تلقی شد؛ لذا با افزایش آگاهی پزشکان و جامعه در زمینه موارد مجاز سقط‌درمانی و محدوده زمانی مناسب برای انجام دادن آن، علاوه بر بهره‌بردن از سقط‌های ایمن با حداقل آسیب به سلامتی مادر، شاهد کاهش جرایم مرتبط و هزینه‌های انجام آن بودیم (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۳، ص. ۴).

در مواد متعددی از قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به بحث سقط جنین پرداخته که سقط‌درمانی را با چالش‌های متعددی مواجه نموده است.

۱-۱. ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

در این ماده به ممنوعیت سقط جنین و موارد جواز آن پرداخته و گفته شده است:

«سقط جنین، ممنوع بوده و از جرایم دارای جنبه عمومی می‌باشد و مطابق مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است.

مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید. کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها مکلف‌اند درخواست‌های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون، مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد.

قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل، مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر می‌نماید:

الف) در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر، منحصر در سقط جنین بوده و سن جنین، کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و آمارات ولوج روح در جنین نباشد،

ب) در مواردی که اگر جنین سقط نشود، مادر و جنین، هردو فوت می‌کنند و راه نجات مادر، منحصر در اسقاط جنین است،

ج) چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود:

- رضایت مادر

- وجود حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) برای مادر

- وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیر قابل درمان در مواردی که حرج، مربوط

به بیماری یا نقص در جنین است

- فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر

- فقدان نشانه‌ها و آمارات ولوج روح

- کمتر از چهار ماه بودن سن جنین.

تبصره ۱. رأی صادره ظرف یک هفته، قابل اعتراض در شعبه یا شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر به ریاست قاضی یا قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضاییه در این امر می‌باشد و دادگاه مذکور حداکثر باید ظرف یک هفته، تصمیم خود را اعلام کند.

تبصره ۲. بیمارستان‌های مورد تأیید پزشکی قانونی موظف‌اند در موارد مجاز سقط، منحصرأ پس از دستور قاضی و احراز عدم آمارات و نشانه‌های ولوج روح، سقط جنین را اجرا کنند و اطلاعات مربوط را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده ۵۴ این قانون ثبت و بارگذاری نمایند.

تبصره ۳. سازمان پزشکی قانونی، اطلاعات مربوط به کلیه مراحل درخواست سقط تا نتیجه آن، اعم از دلایل درخواست‌دهنده، اعضای کمیسیون، صدور یا عدم صدور مجوز و دلیل صدور مجوز را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده ۵۴ این قانون ثبت و بارگذاری می‌کند و اطلاعات آن را هر سال در اختیار مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار می‌دهد.

تبصره ۴. چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش، خارج از مراحل این ماده، وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به سقط جنین نمایند، علاوه بر مجازات مقرر در ماده ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم: تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده)، پروانه فعالیت ایشان ابطال می‌شود. تحقق این جرم، نیازمند تکرار نیست».

اجرائی شدن این ماده، چالش‌هایی را به دنبال خواهد داشت که در ادامه، بدان می‌پردازیم:

۱-۱-۱. جرم اتکاری سقط جنین در قانون غیر جزایی

در بدو ماده به ممنوعیت سقط جنین اشاره شده است که پیشتر در قانون مجازات اسلامی نیز بدان تصریح شده بود و لزومی برای تکرار این موضوع و مواد مربوط به مجازات آن وجود نداشت. اضافه می‌کنیم که بیان مجازات جرم در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که در مقام بیان مجازات سقط جنین نیست، چندان درست به نظر نمی‌رسد.

۱-۱-۲. سیاست تشدید قانون‌گذار و تعیین مجازات ابطال پروانه پزشکی به عنوان کیفر اجباری سقط غیر قانونی

در این ماده، سیاست تشدید قانون‌گذار در توسعه مجازات‌های تکمیلی تجلی یافته و براساس این ماده، ابطال پروانه پزشکی به جمع ضمانت‌اجراهای موجود اضافه شده است. پیش از این نیز دادگاه می‌توانست در قالب ماده ۲۳ قانون مجازات اسلامی، ابطال پروانه و منع از اشتغال را در قالب کیفری تکمیلی (تتمیمی) برای پزشکی که بدون مجوز به سقط جنین اقدام می‌کرد، تعیین کند؛ با این حال، اضافه شدن ذکر ابطال پروانه پزشکی موجب شده است این کیفر از حالت اختیاری به حالت اجباری تبدیل شود (مقدسی و روستایی، ۱۴۰۰، ص. ۲۹۴).

۱-۳. محدودیت در ارائه درخواست سقط‌درمانی

قانون‌گذار امکان درخواست سقط‌درمانی را به سه مورد محدود کرده است؛ حال آنکه بهتر بود صرفاً امکان انجام شدن این عمل را محدود به مواردی می‌دانست؛ نه امکان درخواست آن را؛ چون ممکن است مادر به دلایل متعددی از قبیل وجود سابقه بیماری ژنتیکی در خویشاوندان، بارداری ناشی از زنا یا تجاوز به عنف یا وطی به شبهه، وجود احتمالی ناهنجاری جنینی و... چنین درخواستی داشته باشد که در این صورت، عرضه درخواست ازسوی مادر، لزوماً به معنای موافقت با درخواست وی نخواهد بود؛ بلکه کارشناسان و پزشکان متخصص در پزشکی قانونی، وضعیت مادر و جنین، و دلایل درخواست سقط ازسوی مادر را بررسی و سپس با درخواست او موافقت یا مخالفت می‌کنند؛ ولی این مسئله که قانون‌گذار درخواست‌دادن را منوط به وجود داشتن موارد قطعی دانسته، محل بحث و نقد است؛ زیرا این محدودیت، اقدام به سقط‌های جنایی و غیرقانونی را در پی دارد که نه تنها هدف از تصویب این قانون را تحقق نخواهد بخشید؛ بلکه به سبب افزایش دادن آمار سقط‌های جنایی نقض غرض خواهد کرد و به سقط غیرقانونی و غیربهداشتی جنین‌های سالمی منجر خواهد شد که مادران، بیماری یا معلولیت آن‌ها را محتمل می‌دانسته‌اند.

۱-۴. زمان بر بودن فرایند رسیدگی قضایی و امکان فوت وقت سقط‌درمانی

تا پیش از تصویب این قانون، تنها فرایند قانونی‌ای که به رسیدگی قضایی نیازی نداشت، سقط‌درمانی بود که به جهت حساسیت‌های ویژه در خصوص سن جنین، و وضعیت جنین و مادر، بدون حکم قاضی انجام می‌شد؛ زیرا در صورت کامل شدن چهار ماه و ورود به ماه پنجم، به هیچ

عنوان برای سقط، مجوز صادر نمی‌شود و طی کردن فرایند زمان‌بر قضایی می‌تواند امکان سقط‌درمانی را از مادری که آخرین روزهای ماه چهارم از بارداری‌اش را طی می‌کند، سلب کند. مطابق این ماده، صدور جواز سقط‌درمانی به طی کردن فرایند قضایی، منوط شده و به لزوم حضور یک قاضی در کمیسیون سقط‌درمانی و صدور رأی ازسوی وی تصریح شده است؛ درحالی که پیش‌از این، چنین ضرورتی وجود نداشت و درصورت وصول درخواست سقط‌درمانی، کمیسیون ویژه جهت حفظ فرصت برای انجام‌دادن سقط‌درمانی، حتی در نیمه‌شب به‌شکل اورژانسی تشکیل می‌شد. با این لزوم، در بسیاری از موارد، فرصت سقط حتی در مواردی که جان مادر در معرض خطر جدی باشد، از دست خواهد رفت.

۱-۱-۵. عدم امکان تشکیل کمیسیون سقط‌درمانی در تمام مراکز پزشکی قانونی

کمیسیون سقط‌درمانی مذکور در ماده، عملاً قابل تشکیل نیست و این امکان وجود ندارد که در تمام استان‌ها و مراکز پزشکی قانونی به‌صورت مستمر، یک قاضی و یک متخصص پزشکی قانونی حضور داشته باشند؛ مثلاً تعداد متخصصان پزشکی قانونی جهت حضور در این کمیسیون، بسیار کمتر از حد موردنیاز است؛ درحالی که امکان دارد مادری در ایام منتهی به چهارماهگی به پزشکی قانونی مراجعه کند که با توجه به نزدیک‌بودن زمان ولوج روح باید سریعاً تعیین تکلیف شود.

۱-۱-۶. تعارض بندهای «الف» و «ب» ماده ۵۶

محور سقط‌درمانی در بندهای «الف» و «ب» از ماده مذکور، گزاره «خطر جانی مادر» است. ظرفیت اقدام به سقط با محوریت خطر جانی مادر در بند «الف» به دو شرط «کمتر بودن سن جنین از چهار ماه» و «عدم ولوج روح در جنین» متوقف شده است؛ درحالی که دو شرط مذکور در بند «ب» قابل مشاهده نیست. مذاقه در تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی هم با محور قرار دادن «خطر جانی مادر»، سقط‌درمانی را جایز دانسته و آن را به دو شرط پیش‌گفته متوقف نکرده است. محور سقط در هر سه تقنین مذکور، گزاره «خطر جانی مادر» است؛ اما تبعیت از دو شرط مذکور، تنها در بند «الف» ضرورت دارد که بستر لازم برای تعارض سه تقنین مذکور و نسخ یکدیگر را فراهم می‌کند (زرگریان، ۱۴۰۱، ص. ۵۴).

۷-۱-۱. مبهم بودن عبارت اظهارات ولی

دیگر نکته مهم در متن ماده ۵۶، ذکر لزوم اخذ اظهارات ولی است؛ اما در خصوص مفاد اظهارات توضیح داده نشده است. آیا اظهارات مندرج در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به معنای رضایت است؟ اگر مراد قانون‌گذار، رضایت ولی بوده، چرا از لفظ «اظهارات» استفاده کرده؛ در حالی که رضایت مادر را یکی از شروط لازم برای انجام‌شدن سقط دانسته است؟

۸-۱-۱. ابهام در مفهوم حرج و ضوابط آن

قانون‌گذار در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیز همانند قانون سقط‌درمانی، تعریفی درباره حرج و ضابطه آن ارائه ننموده است که این مسئله موجب بروز تشتت آرا در میان حقوق‌دانان و قضات می‌شود؛ بنابراین، قانون‌گذار باید در قالب دستورالعمل جداگانه یا اصلاحیه برخی مواد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ضمن برطرف‌کردن دیگر ایرادها، شخصی بودن حرج و لزوم تشخیص آن برای هر مادر را به صورت جداگانه تبیین و ابهام موجود در امکان جبران و جایگزینی حرج برای مادر را رفع کند؛ کما اینکه در سخنان فقها و مراجع عظام، شاهد توجه به وضعیت مادر و پدر هستیم؛ همچنین در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به حرج پدر هیچ اشاره‌ای نشده و این نقیصه در قانون اخیرالتصویب، قابل توجه است.

۱-۹-۱. عدم امکان تشخیص ولوج روح و آمارات آن

مهم‌ترین نگرانی در خصوص سقط جنین قبل از چهارماهگی، وجود شائبه قتل نفس است. با تکیه بر آیات و روایات و نیز عبارات نقل شده از فقهای بزرگ می‌توان گفت سقط جنین قبل از ولوج روح، قتل نفس محسوب نمی‌شود؛ البته ممکن است ترویج این عمل، عوارض اجتماعی و سیاسی نامطلوبی را در پی داشته باشد که در صورت بروز این عوارض می‌توان با استفاده از احکام ثانویه از آن‌ها جلوگیری کرد؛ ولی در صورت ضرورت یافتن حفظ جان مادر با استفاده از احکام اولیه، سقط جنین قبل از چهارماهگی، قابل تحریم نیست (بهجتی اردکانی، آخوندی، صادقی و صدری اردکانی، ۱۳۸۴، ص. ۳۱۴).

در شروط لازم برای سقط‌درمانی در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، فقدان آمارات و نشانه‌های ولوج روح درج شده است که خالی از اشکال نیست و معایبی از قبیل امکان‌نداشتن تشخیص ولوج روح و مشخص نبودن نشانه‌های ولوج روح به صورت قطعی در منابع فقهی، روایی، پزشکی و... وجود دارد که لازم است در این حوزه، از سوی مجلس شورای اسلامی، رفع ابهام صورت گیرد.

۱-۱-۱۰. سکوت درباره سقط جنین ناشی از زنا یا به عنف

یکی از دیگر مواردی که در این ماده، همانند ماده واحد سقط‌درمانی، مغفول واقع شده، جواز سقط‌درمانی در صورت تحقق یافتن زنا یا به عنف است. در چنین مواردی بدان سبب که به مادر تجاوز جنسی شده، ادامه دادن بارداری برای وی توأم با ضرر عرضی است؛ به نحوی که او همواره در مظان اتهام خواهد بود؛ همچنین فرزند حاصل از این رابطه در صورت سقط‌نشدن، از سوی مادر و خانواده طرد خواهد شد و وضعیتی نامناسب خواهد داشت؛ از این روی باید با کمک فقه پویای شیعه و نیز با استناد به قاعده «لا ضرر» و «لا حرج»، تدبیری برای سقط جنین جنینی اندیشیده شود. با توجه به اینکه در ماده واحد سقط‌درمانی هم به این مورد اشاره نشده بود و ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در مقام بیان شرایط صدور جواز سقط جنین است، لازم بود به این مورد نیز اشاره شده و رفع ابهام صورت می‌گرفت.

۱-۱-۱۱. عدم امکان احراز آمارات و نشانه‌های ولوج روح

فقه‌های اسلامی به این سؤال که نشانه دمیده شدن روح در جنین چیست، به شکل‌های مختلفی پاسخ داده‌اند. برای مشخص کردن نشانه‌های ولوج روح در جنین باید مراحل حاملگی را بررسی کنیم. به طور کلی، این دوران به دو مرحله تقسیم می‌شود: نخست، دوران حیات جنینی که از زمان انعقاد نطفه تا پیش از حلول روح است؛ دوم، دوران حیات زیستی که از لحظه حلول روح در جنین شروع می‌شود و تا زمان وضع حمل ادامه می‌یابد. طبق نظر فقهای شیعه، تکون انسان از هنگام استقرار نطفه در رحم مادر آغاز می‌شود و از زمان بسته شدن نطفه و استقرار آن در رحم، احکام مختلفی بر آن بار می‌شود (صادقی، صادقی و حسن‌پور، ۱۳۹۷، ص. ۷۷). سقط در هریک از این دو مرحله، قابل تحقق است؛ با این تفاوت که دیه جنین در دوران زیستی او

با دیه انسان کامل، مساوی است (اسدی، ۱۳۹۶، ص. ۴۳۳). بر این اساس، در ادامه، مقوله حیات جنین و زمان ولوج روح را از دو منظر پزشکی و دین بررسی می‌کنیم:

الف) حیات جنین و ولوج روح از دیدگاه پزشکی:

زندگی جنین در پی تکثیر، تمایز و تکامل یک سلول بارور شده آغاز می‌شود. زمانی که اسپرم (گامت نر) و تخمک (گامت ماده) به یکدیگر می‌پیوندند، لقاح صورت می‌گیرد و سلول تخم (زیگوت) به وجود می‌آید. حدود سی ساعت پس از باروری، فرایند تقسیم سلولی آغاز می‌شود. سه تا چهار روز بعد از بارور شدن، بلاستولای تازه تشکیل شده وارد رحم می‌شود و به مدت سه تا چهار روز دیگر در آنجا شناور می‌ماند تا لایه داخلی آن که بلاستوسیت نامیده می‌شود، طی فرایندی به نام لانه‌گزینی، چسبیدن به لایه داخلی رحم را آغاز کند (رایس، ۱۳۹۸، ص. ۶۱؛ Sadler, 2019, p. 71).

بلاستوسیت ظرف چهارده روز اول پس از لقاح در دیوار رحم لانه می‌گزیند. از پایان هفته دوم، دوره رویانی آغاز می‌شود و رویان از لایه سلولی مدوری به وجود می‌آید که حول مرکز بلاستوسیت قرار گرفته است (رایس، ۱۳۹۸، ص. ۶۳؛ Sadler, 2019, p. 75).

در پایان دوماهگی، نخستین ساختارهای استخوانی، اندام‌ها و انگشتان مجزایی که وجه تمایز شکل انسانی هستند، در جنین به وجود می‌آیند؛ همچنین عروق خونی اصلی تشکیل می‌شوند و شکل‌گیری اندام‌های داخلی پیشرفت می‌کند. در پایان سه‌ماهه اول، جنین حدود سه اینچ طول دارد، اکثر اندام‌های عمده او به وجود آمده‌اند، سرش بزرگ شده، صورت او کاملاً شکل گرفته و ضربان قلبش توسط گوشی پزشکی، قابل شنیدن است (رایس، ۱۳۹۸، ص. ۶۳).

در پایان ماه چهارم یا پنجم، معمولاً مادر حرکات جنین را احساس می‌کند. پوست جنین از کرک‌های ظریفی پوشیده شده است که معمولاً قبل از تولد می‌ریزند. در پایان ماه پنجم، جنین حدود یک پوند وزن و دوازده اینچ طول دارد، می‌خوابد، بیدار می‌شود، می‌مکد و جای خود را تغییر می‌دهد. در پایان ماه ششم، چشم‌ها، پلک‌ها و مژه‌ها شکل می‌گیرند و چشمان جنین به نور حساس‌اند. او می‌تواند صداهای رحم را بشنود و به ارتعاش‌ها و تحریک‌های صوتی

پاسخ دهد. طی سه ماه سوم، سر و بدن جنین به صورتی متناسب تر درمی آید و لایه‌های چربی زیر پوست او تشکیل می‌شوند. در پایان ماه هشتم، جنین حدود پنج پوند وزن و هجده اینچ طول دارد. در پایان ماه نهم، ناخن‌ها در انتهای انگشتان دست و پای او می‌رویند و پوستش صاف تر می‌شود. در این هنگام، طفل، آماده متولد شدن است (رایس، ۱۳۹۸، ص. ۶۳).

در پی بررسی و تتبع در منابع پزشکی درمی‌یابیم که در این علم، مرحله‌ای به نام ولوج روح در فرایند شکل‌گیری جنین تعریف نشده است و با وجود پیشرفت علم طب، در حال حاضر، امکان تشخیص دادن ولوج روح براساس آمارات و نشانه‌های پزشکی وجود ندارد.

ب) حیات جنین و ولوج روح از دیدگاه دین:

در قرآن کریم، در آیات دوازدهم تا چهاردهم از سوره مبارکه مؤمنون، مراحل مختلف زندگی جنین بدین صورت توضیح داده شده است: «همانا آدمی را از گِلِ خالص آفریدیم* سپس او را نطفه گردانیده و در قرارگاه مطمئن و استوار قرار دادیم* آن‌گاه نطفه را به علقه تبدیل کردیم و علقه را مضغه گردانیدیم و پس از آن، مضغه را به صورت استخوان‌هایی درآوردیم و بر استخوان‌ها گوشت پوشانیدیم و پس از آن، خلقت دیگری ایجاد کردیم. آفرین بر خدایی که بهترین آفرینندگان است^۱».

براساس آموزه‌های دینی، حیات عبارت است از دمیده شدن روح در پیکر. اصطلاح «دمیدن» از آیات قرآنی‌ای برگرفته شده که در آن‌ها خداوند متعال در توضیح خلقت انسان و اعطای روح به او از واژه «نفخ» استفاده کرده است (محقق داماد، ۱۳۹۱، ص. ۲۱۰). خداوند در آیه ۲۹ از سوره مبارکه حجر می‌فرماید: «پس هرگاه معتدل و استوارش ساختم و او را به اتمام رساندم و از روح خود در وی دمیدم، پس در برابرش به سجده افتید^۲».

۱. وَ لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سَلَالَةٍ مِنْ طِينٍ* ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ* ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً

فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَّوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ*

۲. فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَ نَفَخْتَ فِيهِ مِنْ رُوْحِي فَقَعْوَا لَهُ سَاجِدِينَ

درخصوص نشانه‌های حیات انسانی و زمان ولوج روح در جنین، احادیث متفاوتی نقل شده است. در ادامه، این نشانه‌ها را در احادیث و روایات بررسی خواهیم کرد:

الف) نشانه‌های تکوینی:

دسته‌ای از احادیث، دمیده‌شدن روح در انسان را، بعد از تحقق یک مرحله تکوینی در بدن جنین می‌دانند (محقق داماد، ۱۳۹۱، ص. ۲۱۲). در منابع روایی، سه نشانه تکوینی برای ولوج روح در جنین ذکر شده است. مطابق برخی روایات، حلول روح پس از رویدن گوشت در جنین رخ می‌دهد^۱. براساس برخی از روایات، پس از کامل‌شدن بدن جنین، روح در او ولوج خواهد کرد^۲ و مطابق دسته‌ای دیگر، دمیده‌شدن روح در جنین، زمانی تحقق می‌پذیرد که جنین سیمای انسانی پیدا کرده باشد^۳.

ب) نشانه‌های زمانی:

در برخی از احادیث به جای نام‌بردن از مراحل جنینی به ذکر زمان اکتفا و سه زمان برای ولوج روح ذکر شده است: در بعضی روایات، زمان اعطای روح به جنین را، پایان چهارماهگی بیان

۱. عن أمير المؤمنين (ع) قال: «جعل دية الجنين مائة دينار و جعل مبي الرجل إلى أن يكون جنيناً خمسة أجزاء فإذا كان جنيناً قبل أن تلج الروح مائة دينار و ذلك أن الله عز و جل خلق الإنسان من سلاله و هي النطفة فهذا جزء ثم علقه فهو جزنان ثم مضغه فهو ثلاثة أجزاء ثم عظمه فهو أربعة أجزاء ثم يكسى لحماً فحينئذ تم جنيناً فكمالت له خمسة أجزاء مائة دينار و المائة دينار خمسة أجزاء فجعل للنطفة خمس المائة عشرين ديناراً و للعلقه خمس المائة أربعين ديناراً و للمضغه ثلاثة أحماس المائة ستين ديناراً و للعظم أربعة أحماس المائة ثمانين ديناراً فإذا كسى اللحم كانت له مائة دينار كاملة فإذا نشأ فيه خلق آخر و هو الروح فهو حينئذ نفس فيه ألف دينار دية كاملة إن كان ذكراً و إن كان أنثى فخمس مائة دينار» (كليني، ۱۴۰۷ق، ج. ۷، ص. ۳۴۲).

۲. عن أبي عبد الله (ع) قال: «دية الجنين خمسة أجزاء خمس للنطفة عشرون ديناراً و للعلقه خمسان أربعون ديناراً و للمضغه ثلاثة أحماس ستون ديناراً و للعظم أربعة أحماس ثمانون ديناراً فإذا تم الجنين كانت له مائة دينار فإذا أنشئ فيه الروح فديته ألف دينار أو عشرة آلاف درهم إن أن ذكراً و إن كان أنثى فخمس مائة دينار و إن قُتلت المرأة و هي حبلی فلم يدرأ ذكراً كان و لدها أو أنثى. فدية الولد نصفان: نصف دية الذكر و نصف دية الأنثى و ديتها كاملة» (كليني، ۱۴۰۷ق، ج. ۷، ص. ۳۴۳).

۳. امیرالمؤمنین علی (ع): «اگر جنایت بر زن باردار درحالی باشد که جنین صورت گرفته؛ ولی در او روح دمیده نشده باشد، دیه او صد دينار و اگر در او روح دمیده شده باشد، دیه‌اش هزار دينار است» (محقق داماد، ۱۳۹۱، ص. ۲۱۴).

کرده اند^۱ و در بعضی دیگر با ذکر سه دورهٔ چهل روزه برای تکوین بُعد مادی انسان، زمان ولوج روح را پس از اتمام این سه دوره ذکر نموده اند.^۲ در یک روایت نیز زمان اعطای روح به جنین، پایان پنج ماهگی دانسته شده است.^۳

ج) نشانه‌های فیزیکی:

در برخی روایات برای ولوج روح در جنین، علائمی بدنی نظیر گریستن جنین (پس از تولد)^۴، حرکت کردن جنین^۵، و باز شدن چشم و گوش^۶ ذکر شده است.

با توجه به اینکه روایت واحدی دربارهٔ زمان ولوج روح وجود ندارد، فقها در تعیین معیار زمانی برای مراحل رشد جنین قبل از ولوج روح، اختلاف نظر دارند. از نظر برخی در شرع، تحدید

۱. أبالحسن الرضا (ع) يقول: «قال أبو جعفر (ع): إن النطفة تكون في الرحم أربعين يوماً ثم تصير علقة أربعين يوماً ثم تصير مضعاً أربعين يوماً فإذا كمل أربعه أشهر بعث الله ملكين خلائقین فيقولان: يا رب ما تحلق ذكراً أو أنثى فيؤمران فيقولان: يا رب شقيماً أو سعيداً فيؤمران فيقولان: يا رب ما أجله و ما رزقه و كل شئ من حاله و عدد من ذلك أشياء و يكتبان الميثاق بين عينيه فإذا كمل الله له الأجل بعث الله ملكاً فزجره زجره فيخرج و قد نسى الميثاق فقال الحسن بن الجهم: فقلت له أ فيجوز أن يدعو الله فيحول الأثني ذكراً و الذكر أنثى فقال: إن الله يفعل ما يشاء» (كليني، ۱۴۰۷ق، ج. ۶، ص. ۱۳).

۲. عن أبي جعفر (ع) قال: «إن الله عز و جل إذا أراد أن يخلق النطفة التي مما أخذ عليها الميثاق في صلب آدم أو ما يبدو له فيه و يجعلها في الرحم حرك الرجل للجماع و أوحى إلى الرحم أن افتح بابك حتى يلج فيك خلقي و قضائي النافذ و قدرى فتفتح الرحم بانها فتصل النطفة إلى الرحم فتردك فيه أربعين يوماً ثم تصير علقة أربعين يوماً ثم تصير مضعاً أربعين يوماً ثم تصير لحماً تجي فيه عروق مشبكته ثم يبعث الله ملكين خلائقین يخلقان في الأرحام ما يشاء الله فيفتنجان في بطن المرأة من قم المرأة فيصبلان إلى الرحم و فيها الروح القديمة المنقولة في أصلاب الرجال و أرحام النساء فيفتنجان فيها روح الحياة و البقاء و يشقان له السمع و البصر و جميع الجوارح و جميع ما في البطن بإذن الله ثم يوحى الله إلى الملكين كتباً عليه قضائي و قدرى و نافذ أمرى و اشترط لي البداء فيما تكتبان» (كليني، ۱۴۰۷ق، ج. ۶، ص. ۱۳-۱۴).

۳. عن يونس الشيباني عن أبي عبد الله (ع) قال: «يا أباثيبيل إذا مضت الخمسة أشهر فقد صارت فيها الحياة و قد استوجب الدية» (طوسي، ۱۴۰۷ق، ج. ۱۰، ص. ۲۸۴).

۴. عن أبي عبد الله (ع): «في النطفة عشرون ديناراً و في العلقة أربعون ديناراً و في المضعه ستون ديناراً و في العظم ثمانون ديناراً فإذا كسب اللحم فمائة دينار ثم هي مائة دينار حتى يستهل». قال: «فإذا استهل فالدية كاملة» (طوسي، ۱۴۰۷ق، ج. ۱۰، ص. ۲۸۱).

۵. عن أبي عبد الله (ع) قال في المنفوس: «إذا تحرك و رث إنه رثما كان أحرس» (كليني، ۱۴۰۷ق، ج. ۷، ص. ۱۵۵).

۶. عن أبي جعفر (ع) قال: «إن الله عز و جل إذا أراد أن يخلق النطفة التي مما أخذ عليها الميثاق في صلب آدم أو ما يبدو له فيه... ثم يبعث الله ملكين خلائقین يخلقان في الأرحام ما يشاء الله... فيفتنجان فيها روح الحياة و البقاء و يشقان له السمع و البصر و جميع الجوارح و جميع ما في البطن بإذن الله» (كليني، ۱۴۰۷ق، ج. ۶، ص. ۱۳-۱۴).

زمانی برای مراحل رشد جنین قرار داده نشده و ملاک، تحقق عناوین هر مرحله در خارج است (حکیم طباطبایی، ۱۴۱۵ق، ج. ۲، ص. ۳۸۷). برخی مانند شیخ مفید و ابن‌براج با محاسبهٔ چهل روز برای هریک از مراحل نطفه، علقه، مضغه و عظام، و بیست روز برای لحم، به ۱۸۰ روز (شش‌ماهگی جنین) رسیده و این هنگام را زمان ولوج روح دانسته‌اند (مفید، ۱۴۱۰ق، ص. ۵۳۹؛ ابن‌براج طرابلسی، ۱۴۰۶ق، ج. ۲، ص. ۳۴۰؛ حلی الهذلی، ۱۴۰۵ق، ص. ۶۰۲). ابن‌ادریس طول هریک از این مراحل را بیست روز دانسته و بر این اساس، زمان ولوج روح ۱۲۰ روز است (ابن‌ادریس حلی، ۱۴۱۰ق، ج. ۳، ص. ۴۱۶). آیت‌الله خوبی با استناد به روایات موثق حسن بن جهم و دو صحیحۀ زراره، برای هریک از مراحل رشد نطفه، علقه و مضغه، چهل روز تعیین کرده که پایان چهارماهگی است. ایشان همچون علامه مجلسی، این قول را به مشهور فقها نسبت داده و بیشتر اخبار را دالّ بر آن دانسته است (وحید خراسانی، ۱۴۲۸ق، ج. ۳، ص. ۴۰۶؛ مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج. ۵۸، ص. ۱۹). با وجود آن که مشهور فقیهان، مراحل رشد جنین را تحدید زمانی نکرده‌اند؛ اما جمعی از فقیهان معاصر، همین فتوا را برگزیده‌اند (حکیم طباطبایی، ۱۴۱۵ق، ج. ۲، ص. ۳۸۷؛ موسوی سبزواری، ۱۴۱۳ق، ج. ۲۹، ص. ۳۱۱).

از منظر برخی دیگر همچون صاحب‌مدارک و صاحب‌جوهر، چهارماهگی جنین با ولوج روح ملازمه‌ای ندارد؛ بلکه مظنهٔ زمان ولوج است؛ به همین علت، ممکن است ولوج روح اندکی قبل یا بعد از چهارماهگی تحقق یابد (موسوی‌العاملی، ۱۴۱۰ق، ج. ۲، ص. ۷۶؛ نجفی، ۱۴۰۴ق، ج. ۴، ص. ۱۱۲). علامه مجلسی نیز میان ولوج روح و چهارماهگی، هیچ تلازمی قائل نشده است (مجلسی، ۱۴۱۰ق، ج. ۷۹، ص. ۱۱؛ رضوانی مفرد و نوراحمدی، ۱۴۰۱، ص. ۱۳۴-۱۳۵).

شکی نیست که ملاک تحقق حیات، برخورداری از روح است که در قرآن کریم از آن به «انشاء به خلقی دیگر» یاد شده است. با توجه به روایات منقول از ائمهٔ معصومین (ع)، دمیده‌شدن روح پس از اتمام مرحلهٔ پوشانده‌شدن استخوان‌ها با گوشت تحقق می‌یابد. به‌دنبال شکل‌گیری ساختمان بدنی جنین، صورت انسانی در وی آشکار می‌شود که در روایات هم به

این مسئله اشاره شده است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که در پی کامل شدن جنین و شکل انسانی گرفتن آن در پایان ماه چهارم بارداری، جسم این قابلیت را به دست می‌آورد که روح به آن تعلق گیرد؛ البته به نظر می‌رسد فاصله‌ی زمانی میان کامل شدن جنین و اعطای روح به آن وجود دارد و سخن مشهور فقها مبنی بر دمیده شدن روح در جنین، در پایان ماه چهارم بارداری، فاقد وجهت روایی و فقهی است (محقق داماد، ۱۳۹۱، ص. ۲۱۹).

بیشتر روایاتی که در تأیید ولوج روح در چهارماهگی جنین در دست داریم، یا با معضل قطع سلسله روایان مواجه‌اند، یا از اهل سنت نقل شده‌اند و یا از حیث دلالت، وافی به مقصود نیستند؛ همچنین روایتی که به استفتای مکتوب از امام صادق (ع) اشاره می‌کند، از نظر علامه مجلسی، ضعیف است (آذین، ۱۴۰۰، ص. ۱۹۳-۱۹۴). از مجموع روایات میتوان چنین نتیجه گرفت که اعطای روح در طول یک ماه و از پایان ماه چهارم تا پایان ماه پنجم بارداری صورت می‌گیرد؛ ولیکن زمان دقیق آن را تنها خداوند باری تعالی می‌داند و برای ما انسان‌ها قابل تشخیص نیست (محقق داماد، ۱۳۹۱، ص. ۲۲۰).

با توجه به آیات و روایات مذکور نتیجه می‌گیریم که در منابع روایی و فقهی، اماره‌ای دقیق جهت ولوج روح درج نشده و بسیاری از حرکات جنین پیش از چهارماهگی او از نوع حرکات خودبه‌خودی است؛ نه به علت نفخ روح در وجود او. به نظر می‌رسد از طریق استفتا از مراجع عظام، جمع بین نظرات فقهای متقدم و متأخر، و استمداد از پزشکان می‌توانیم زمان یقینی ولوج روح را دریابیم؛ لذا کسب اطلاع درباره ولوج روح و شناسایی امارات در حال حاضر، امری یقینی برای قاضی نیست؛ زیرا در این موضوع، میان فقهای عظام، اتفاق نظر وجود ندارد و چنانچه اتخاذ تصمیم در خصوص ولوج یا عدم ولوج روح و ظهور امارات و نشانه‌های ولوج روح در جنین به قضات سپرده شود، ممکن است هریک از آنان اماره‌ای را برای ولوج روح در نظر بگیرند و براساس آن به جواز یا عدم جواز سقط جنین حکم بدهند که نتیجه‌ای جز تشتت آرا نخواهد داشت.

در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که به‌منظور افزایش جمعیت تدوین شده است، برای تحقق این هدف، شیوه‌ها و راه‌هایی وجود دارد که در زمینه محدودیت غربالگری سلامت جنین و سقط‌درمانی، حاصلی جز خسران و تباهی نخواهد داشت؛ زیرا محدودیت شدید غربالگری و سقط‌درمانی که موضوع مواد ۵۳ و ۵۶ این قانون است، سلامت روحی و جسمی خانواده و جامعه را دستخوش تحولات غیرمنطقی و آسیب‌های جدید خواهد کرد (اکرمی، خیرالله و رزمجو، ۱۴۰۰).

۲. ماده ۶۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، علاوه بر ماده ۵۶، در ماده ۶۱ نیز به مبحث سقط جنین پرداخته شده است. مطابق ماده ۶۱ این قانون: «ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین به قصد نتیجه یا علم به تحقق آن، به گونه‌ای که موجب ورود خسارت عمده به تمامیت جسمانی جنین‌ها یا مادران در حد وسیع گردد، مشمول حکم ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ می‌گردد».

در ماده ۲۸۶ از قانون مجازات اسلامی به موضوع افساد فی الارض پرداخته شده و قانون‌گذار چنین بیان کرده است:

« هرکس به‌طور گسترده، مرتکب جنایت علیه تمامیت جسمانی افراد، جرایم علیه امنیت داخلی یا خارجی کشور، نشر اکاذیب، اختلال در نظام اقتصادی کشور، احراق و تخریب، پخش مواد سمی و میکروبی و خطرناک یا دایرکردن مراکز فساد و فحشا یا معاونت در آن‌ها گردد؛ به گونه‌ای که موجب اختلال شدید در نظم عمومی کشور، ناامنی یا ورود خسارت عمده به تمامیت جسمانی افراد یا اموال عمومی و خصوصی، یا سبب اشاعه فساد یا فحشا در حد وسیع گردد، مفسد فی الارض محسوب و به اعدام محکوم می‌گردد».

در ماده ۶۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در ادامه سیاست دنبال‌شده در ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی، ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین به قصد نتیجه یا علم به تحقق آن، به گونه‌ای که موجب ورود خسارت عمده به تمامیت جسمانی جنین‌ها یا مادران در حد وسیع شود، مصداق افساد فی الارض به‌شمار آمده و مرتکب آن، مشمول مجازات

شدید اعدام دانسته شده است. افزودن یک مصداق به مصادیق پرشمار افساد فی الارض و بالتبع، تعیین مجازات اعدام برای آن درحالی صورت گرفته که براساس بند «ج» از ماده ۱۱۳ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه، بر «بازنگری در مصادیق عناوین مجازات‌های سالب حیات با توجه به تغییر شرایط» تأکید شده است. این بند بیانگر آن است که درطول برنامه پنج‌ساله ششم توسعه، کاهش مصادیق مجازات‌های سالب حیات باید در سرلوحه فرایند قانون‌گذاری قرار گیرد. با توجه به اینکه تغییر و کاهش مصادیق مجازات‌های سالب حیات در جرایمی از نوع قصاص و حدود به‌سختی ممکن است، امکان مانور و اقدام، صرفاً در مجازات‌های تعزیری وجود دارد؛ باوجود آن، ماده ۶۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مانند ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی، با حدی‌انگاری جرایم تعزیری، خلاف مبانی جرم‌انگاری جرایم حدی و نیز قواعد فقهی و اصول مسلم حقوق کیفری عمل کرده و موجب شده برای عملی که مجازات آن، صرفاً حبس تعزیری و دیه است، مجازات شدید اعدام حدی درنظر گرفته شود که اصلاً مطلوب نیست (مقدسی و روستایی، ۱۴۰۰، ص. ۲۹۴).

۳. ماده ۷۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

مقنن در این ماده اینطور بیان کرده است:

« به موجب این قانون، قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶ با اصلاحات و الحاقات بعدی آن و ماده واحده قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰ و محدودیت‌های مربوط به تعداد فرزند در بند (۴) ماده (۶۸) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۸۶) قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳ نسخ می‌گردد. »

قانون سقط‌درمانی، ماحصل تلاش‌های فراوان و طولانی مدت جامعه پزشکی و نمایندگان مجلس شورای اسلامی است که درطول سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۹ بدون بروز هیچ مشکلی در حال اجرا بوده و نیازی به نسخ آن نیست تا به‌واسطه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مفاد آن نسخ شود؛ به عبارت دیگر، اجرای این قانون، مشکل خاصی را ایجاد نکرده است تا بدان سبب، نسخ آن و تصویب شیوه‌ای جدید ضرورت یابد؛ همچنین عدم اجرای این قانون، مشکلی را حل نخواهد کرد تا به‌واسطه قانون دیگری، این قانون را نسخ کنیم. از سوی

دیگر، این قانون، مبتنی بر فتاوی مراجع عظام تقلید و مخصوصاً مقام معظم رهبری است و نمی‌توان آن را مشتمل بر اشکال فقهی دانست؛ زیرا این ماده واحده از سوی فقهای شورای نگهبان نیز تأیید شده است.

یافته‌های پژوهش

به نظر می‌رسد حل برخی مشکلات کنونی درگرو تبیین ابعاد فقهی موضوع برای متخصصان حوزه پزشکی و مجریان قانون است. مبنای صدور فتاوی درخصوص جواز سقط جنین و به تبع آن، تصویب قانون سقط‌درمانی، حکم ثانویه مبتنی بر صدق عنوان «حرج» است. با توجه به شناسایی ابهامات و چالش‌های متعدد درطول سالیان اجرای ماده واحده سقط‌درمانی، شایسته است قانون به نحوی مناسب اصلاح و حکم مصادیق و فروض مختلف به صورت مقتضی مشخص شود؛ درحالی که قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیز مانند ماده واحده سقط‌درمانی، درخصوص موارد متعددی از قبیل بارداری‌های ناشی از تجاوز به عنف، زنا و وطی به شبهه سکوت کرده و تکلیف مادران مبتلا به بیماری‌های روحی و روانی را نیز مشخص نکرده است. با توجه به اینکه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ماده واحده سقط‌درمانی را نسخ و فرایند صدور مجوز سقط‌درمانی را دشوار کرده است، تلاش برای رفع خلأهای قانونی موجود در ماده واحده سقط‌درمانی و نیز قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می‌تواند اقدامی مؤثر برای کاهش آمار سقط‌های زیرزمینی باشد.

پیشنهادها

الف) پس از بررسی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، اشکالاتی در این قانون از حیث شکلی و ماهوی بیان شد که زمینه ناکارآمدی قانون را فراهم می‌کند؛ همچنین با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، ایجاد محدودیت در انجام دادن اعمال پزشکی به صورت قانونی و از جمله سقط جنین به افزایش آمار غیرقانونی و مجرمانه سقط جنین منجر خواهد شد و زمینه را برای سوءاستفاده خاطیان و مجرمان فراهم خواهد کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود کارگروهی متشکل از فقها، حقوق‌دانان، متخصصان زنان و زایمان، و متخصصان ژنتیک قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده را بازنگری کنند و اقدامات لازم را برای رفع اشکالات آن انجام

دهند.

ب) جهت کاهش آمار سقط جنین جنایی، لازم است آگاهی عامه مردم و مخصوصاً مادران باردار از طریق فرهنگ‌سازی در قالب برگزاری جلسات آموزشی، کارگاه‌ها یا همایش‌ها افزایش یابد تا در پی ارتقای سطح آگاهی افراد، هم به سلامت مادران باردار کمک شایانی شود و هم از مشکلات قضایی کاسته شود.

ج) با توجه به اینکه بعد از چهارماهگی، مطلقاً مجوز سقط‌درمانی صادر نمی‌شود، لازم است کادر بهداشت و درمان و به‌ویژه متخصصان زنان و زایمان در مواردی که احتمال بیماری در مادر یا نقص ژنتیکی در جنین وجود دارد، اطلاع‌رسانی‌ای دقیق و به‌موقع جهت صورت‌گرفتن اقدامات درمانی بعدی انجام دهند تا در صورت احراز بیماری مادر یا نقص جنین، مهلت مقرر جهت انجام سقط‌درمانی تمام نشود.

د) یکی از قیود مذکور در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت برای صدور مجوز سقط‌درمانی، «احراز حرج مادر» است؛ ولیکن حرج پدر به‌عنوان ولی طفل، مغفول واقع شده است؛ درحالی‌که در موارد ناهنجاری جنین، پس از تولد، حرج پدر، کمتر از حرج مادر نیست و علاوه بر وظیفه نگهداری از فرزند ناهنجار، مسئولیت تأمین هزینه‌های درمان و مراقبت از وی نیز برعهده پدر خواهد بود؛ لذا باید حرج پدر همانند حرج مادر، مورد عنایت قانون‌گذار قرار گیرد.

ه) در پی تبع در آثار فقها و حقوق‌دانان چنین یافتیم که زمان ولوج روح در جنین، مشخص نیست و طبق تحقیقات صورت‌گرفته، بشر در حال حاضر نمی‌تواند این زمان را تعیین کند؛ لذا محدودکردن سقط‌درمانی به احراز عدم ولوج روح، امری غیرعقلایی است که در عمل احراز آن مقدور نمی‌باشد و واگذاری احراز این مسئله به قضات، نتیجه‌ای جز تشتت آرا و امکان صدور مجوز اشتباه جهت سقط‌درمانی نخواهد داشت.

ی) از جمله مشکلات قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، محدودکردن عمل غربالگری به دلیل درصد خطای این آزمایش‌ها و نیز امکان سقط جنین در اثر بی‌احتیاطی یا عدم مهارت پزشک انجام‌دهنده این عمل است. با توجه به نقش تعیین‌کننده این‌گونه آزمایش‌ها در آینده طفل

و خانواده او، لازم است متولیان امر بهداشت و درمان، اقدام به آموزش متخصصانی بدین منظور کنند و با استفاده از فناوری روز، نسبت به کاهش درصد خطای این آزمایش‌ها اقدام نمایند.

منابع

قرآن کریم.

- آذین، سید محمد (۱۴۰۰). شخصیت جنین. تهران: بنیاد حقوقی میزان.
- ابن‌ادریس حلی، ابو جعفر (۱۴۱۰ق). *السرائر الحاوی لتحریر الفتاوی*. قم: اسلامی.
- ابن‌براج طرابلسی، عبدالعزیز (۱۴۰۶ق). *المهذب*. قم: اسلامی.
- ابن‌منظور، محمد بن مکرم (۱۴۱۰ق). *لسان‌العرب*. بیروت: دار‌الصادر.
- احمدی، فاطمه (۱۳۹۶). *حقوق مدنی جنین*. تهران: خرسندی.
- اسدی، لیلا سادات (۱۳۹۶). *حقوق کیفری خانواده*. تهران: میزان.
- اکرمی، سید محمد؛ باستانی، امیر؛ و اوسطی، زهرا (۱۳۸۹). «پرهیز از خطای انسانی در سقط‌درمانی: چقدر باید مراقب باشیم؟». *اخلاق و تاریخ پزشکی ایران*، ۳(۴)، ۲۷-۳۶.
- اکرمی، سید محمد؛ خیرالله، پروین؛ و رزمجو، محدثه (۱۴۰۰). «بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط‌درمانی در طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده». *مجله حقوق پزشکی*، ۱۵(۵۶)، ۱-۱۱. بدیعیان موسوی، نازیلا؛ حجازی، سید آریا؛ صادقی‌پور، فاطمه؛ فتوت، اکرم؛ و حسینی، مرضیه (۱۳۹۷). «بررسی اندیکاسیون‌های جنینی در ۵۴۸ مورد گواهی سقط‌درمانی صادرشده در پزشکی قانونی خراسان رضوی». *مجله زنان، مامایی و نازایی*، ۲۱(۵)، ۶-۱۳.
- بندرریگی، محمد (۱۳۹۴). *فرهنگ المعجم الوسیط*. تهران: اسلامی.
- بهجتی اردکانی، زهره؛ آخوندی، محمد مهدی؛ صادقی، محمدرضا؛ و صدری اردکانی، هومن (۱۳۸۴). «ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران». *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۶(۴)، ۲۹۹-۳۲۰.
- بیگزاده، صفر (۱۳۹۱). *اهدای جنین به زوجین*. تهران: کلک صبا.
- تارا، فاطمه؛ و معین درباری، سمیه (۱۳۹۶). *عوارض زودرس و دیررس آمنیوستنز*. مشهد: مینوفر.
- توفیقی، حسن؛ موسوی‌پور، فریبا؛ و بارونی، شعله (۱۳۸۰). «بررسی مراجعین درخواست مجوز سقط‌درمانی به مرکز پزشکی قانونی از خرداد ۷۸ تا پایان اردیبهشت ۷۹». *نشریه پزشکی قانونی ایران*، ۷(۲۲)، ۲۱-۲۷.
- الجبعی‌العاملی، زین‌الدین (بی‌تا). *الروضه البهیة فی شرح اللمعة الدمشقیة*. بیروت: دار‌العلم.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۸۱). *مبسوط در ترمینولوژی حقوق*. تهران: گنج دانش.

جمعی از نویسندگان (۱۳۹۳). سقط‌درمانی و کاهش جنین از منظر پزشکی، فقهی، حقوقی و اخلاقی. تهران: سمت.

حکیم طباطبایی، سید محمدسعید (۱۴۱۵ق). *منهاج الصالحین*. بیروت: دار الصفوة.
حلی، جعفر بن حسن (۱۴۱۲ق). *شرایع الإسلام: کتاب الديات*. بیروت: دار الزهراء.
حلی الهذلی، یحیی بن سعید (۱۴۰۵ق). *الجامع للشرایع*. قم: منشورات سیدالشهداء (ع). دهخدا، علی اکبر (۱۳۷۳).
لغتنامه. تهران: دانشگاه تهران.

راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۴۱۲ق). *مفردات ألفاظ القرآن*. بیروت: دار القلم.
رایس، فیلیپ (۱۳۹۸). *رشد انسان* (مهشید فروغان، مترجم). تهران: ارجمند.
رضایی، حبیب؛ و سنایی مهر، مجیب (۱۳۹۲). «فرا تحلیل جامع رابطه ازدواج فامیلی با ناهنجاری‌های جسمی و ذهنی نوزادان ایرانی (۱۳۸۰-۱۳۹۰)». *فصلنامه مرکز مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۱۲(۲۰)، ۱۶۷-۱۷۶.

رضوانی مفرد، احمد؛ و نوراحمدی، انسیه (۱۴۰۱). «واکاوی زمان ولوج روح در جنین با تأکید بر آیات قرآن کریم». *فصلنامه مطالعات قرآنی*، ۱۳(۵۲)، ۱۲۹-۱۴۶.

زرگریان، طه (۱۴۰۱). «بازخوانی قوانین سقط‌درمانی برپایه گزاره «خطر جانی مادر» از رفع تعارض تا نفی نسخ: پیشنهاد اصلاح بند «الف» ماده ۵۶ حمایت از خانواده». *فصلنامه پزشکی قانونی ایران*، ۲۸(۱)، ۵۴-۵۵.

زرگریان، طه؛ و کاکاوند، ایمان (۱۴۰۰). «سقط‌درمانی: جستاری انتقادی درباره انحصار رضایت مادر در رفع مطلق ضمان سقط (نقد و پیشنهاد اصلاح اثر حقوقی اذن پدر در ماده واحده سقط‌درمانی)». *فصلنامه علمی- پژوهشی فقه*، ۲۸(۴)، ۲۲۶-۲۴۹.

زمانی، رسول (۱۳۸۵). *سقط جنین در نگاه حقوق اسلامی*. تهران: تاریخ.
ساریخانی، عادل؛ محمدی درح، حسین؛ و اسلامی‌نیا، قاسم (۱۳۹۹). «بررسی تطبیقی زمان ولوج روح در اسلام و سایر ادیان». *پژوهش تطبیقی حقوق اسلام و غرب*، ۱(۷)، ۱۱۹-۱۴۰.

ساعده، محمدجعفر (۱۳۹۶). *دانشنامه حقوق اخلاق زیستی*. تهران: مجد.
شریف‌نیا، محمدحسن؛ احمدنژاد، معصومه؛ روغنجی رودسری، عباس؛ و الهی چورونی، فریدون (۱۳۹۸). *بررسی جنین و سقط جنین در فقه و نظام حقوقی کامن‌لا*. ششمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران. صابر، اشرف؛ طباطبایی‌چهر، محبوبه؛ حنطوش‌زاده، صدیقه؛ و یونسی، سارنگ (۱۳۹۹). *روش‌های غربالگری ناهنجاری‌های شایع جنینی*. تهران: حیدری.

- صادقی، سید مجید؛ صادقی، سید وحید؛ و حسن‌پور، محمد (۱۳۹۷). «بررسی فقهی - حقوقی مجازات سقط جنین در رسیدن به سیاست افزایش جمعیت». *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۶(۱۱)، ۷۵-۹۵.
- طلعتی، محمدهادی (۱۳۸۳). *رشد جمعیت، تنظیم خانواده و سقط جنین*. قم: بوستان کتاب.
- طوسی، محمد بن حسن (۱۴۰۷ق). *تهذیب الأحکام*. تهران: دار الکتب الإسلامية.
- عباسی، محمود (۱۳۹۴). *مطالعه تطبیقی سقط جنین*. تهران: حقوقی.
- عباسی، محمود؛ احمدی، احمد؛ و فکور، حسن (۱۳۹۱). «مبانی سقط‌درمانی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی». *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۲۰(۶)، ۱۱۵-۱۴۰.
- علیزاده مهاجر، مهدی؛ ویسانی، یوسف؛ و بختیاری، امین (۱۳۹۹). «عوامل خطر مادری و جنینی صدور مجوز سقط‌درمانی در مراجعین پزشکی قانونی استان ایلام: یک مطالعه تطبیقی». *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۱(۱۰)، ۷۱۷-۷۲۴.
- عمید، حسن (۱۳۶۳). *فرهنگ فارسی عمید*. تهران: امیرکبیر.
- فرزادی‌نیا، پرویز؛ حسینی برشته، علی؛ و دارابی، ناهید (۱۴۰۰). *غربالگری و تشخیص در بیماری‌های ژنتیکی*. تهران: آناتپ.
- کاهانی، علیرضا؛ و خدابنده، فریده (۱۳۸۸). *نکته‌های کلیدی در پزشکی قانونی*. تهران: جنگل.
- کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷ق). *الکافی*. تهران: دار الکتب الإسلامية.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳-۱۴۱۰ق). *بحار الأنوار الجامعة لدرر أخبار الأئمة الأطهار (ع)*. بیروت: دار إحياء التراث العربی.
- محقق داماد، سید مصطفی (۱۳۹۱). *فقه پزشکی*. تهران: حقوقی.
- معین، محمد (۱۳۸۶). *فرهنگ فارسی معین (یک‌جلدی)*. تهران: معین.
- مفید، محمد بن نعمان (۱۴۱۰ق). *المقنعه*. قم: انتشارات وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- مقدسی، محمدباقر؛ و روستایی، مهرانگیز (۱۴۰۰). «افزایش جمعیت از رهگذر مداخلات کیفری: نگاهی به فرایند تصویب و چالش‌های اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت». *آموزه‌های حقوق کیفری*، ۱۸(۲۲)، ۲۸۵-۳۱۲.
- موسوی سبزواری، سید عبدالاعلی (۱۴۱۳ق). *مهذب الأحکام فی بیان الحلال و الحرام*. مؤسسه المنار.
- موسوی‌العاملی، السید محمد (۱۴۱۰ق). *مدارک الأحکام فی شرح شرائع الإسلام*. بیروت: آل‌البيت (ع).
- میلائی، علیرضا؛ و باقری، نفیسه (۱۳۹۴). «سقط جنین ناشی از زنا یا به عنف و اکراه». *فصلنامه مطالعات علوم اجتماعی*، ۱(۱)، ۱-۹.
- نجفی، محمدحسن (۱۴۰۴ق). *جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام*. بیروت: دار إحياء التراث العربی.

- نعمت‌اللهی ماهانی، سید نورالدین؛ یاری، ابوالفضل؛ باباسالاری، میلاد؛ میری، زهرا؛ و حق‌پناه، طاهره (۱۳۹۸).
روش‌های غربالگری و تشخیص بیماری‌های پیش‌از تولد. کرمان: احمدی‌پور.
- وحید خراسانی، حسین (۱۴۲۸ق). *منهاج الصالحین*. قم: مدرسه امام باقر (ع).
- Sadler, T. W. (2019). *Longmans Medical Embryology*. China: Wolters Kluwer.