

تأثیر ناهنجاری‌های ژنتیکی در حکم سقط جنین در فقه امامیه

فاطمه پیری امیرحاجیلو*^۱، علی تولایی^۲، محمد حسن شیخها^۳

۱. دانشجوی دکتری فقه و جزاء، دانشگاه خوارزمی تهران

۲. استادیار دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یزد

۳. استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی شهید صدوقی یزد

(تاریخ دریافت: ۹۴/۱/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۳)

چکیده

جنین انسان، موجود محترمی است که از بین بردن آن به حکم اولی و با استناد به ادله اربعه جایز نخواهد بود. در این پژوهش که با روش تحلیلی - توصیفی صورت گرفته است، این مسئله بررسی می‌شود که آیا با تحقق حالت‌هایی چون وجود ناهنجاری‌های ژنتیکی در جنین به گونه‌ای که از منظر پزشکی، امکان حیات او وجود نداشته باشد و خطر جانی هم مادر را تهدید کند، سقط جنین جایز خواهد بود؟ نتیجه‌ای که از پژوهش حاصل شد این است که سقط جنین قبل از دمیده شدن روح با توجه به فتوای اکثر فقها و قانون سقط درمانی جایز است؛ اما پس از دمیده شدن روح، تنها در صورتی که امکان حیات جنین بعد از وضع حمل وجود داشته باشد و خطر جانی نیز مادر را تهدید نکرده باشد، می‌توان قائل به عدم جواز سقط شد. ولی در بقیه موارد بر پایه قواعد فقهی مانند: نفی ضرر، نفی عسر و حرج، تراحم و رعایت اهم و مهم و نیز استناد به حیات غیرمستقر، به‌عنوان حکم ثانوی، می‌توان سقط جنین را جایز دانست.

واژگان کلیدی

اختلال‌های ژنتیکی، جواز سقط، حرمت سقط، سقط جنین، فقه امامیه.

مقدمه

اولین و مهم‌ترین حقی که خداوند برای انسان در نظر گرفته، حق حیات است و از بین بردن جنین انسانی از همان زمان امشاج نطفه به حکم اولیه جایز و روا نیست؛ چرا که مالک حقیقی، خداوند است و در مقابل خداوند هیچ‌کس نسبت به حیات خود یا دیگری حق ندارد، تنها اوست که زنده می‌کند و می‌میراند (نجم: ۴۴)؛ نفس، نزد خداوند دارای احترام شدید است و جز به حق نمی‌توان جان کسی را گرفت (اسراء: ۳۳).

اما گاهی جنین داخل رحم مادر، تحت تأثیر برخی عوامل دچار ناهنجاری‌هایی می‌شود که تکامل فیزیکی او را مختل می‌کند. این ناهنجاری‌ها علل متعددی دارند که از مهم‌ترین علت‌های آن نقص‌های کروموزومی و ژنتیکی است. در پاره‌ای از این اختلال‌ها، همانند جنین‌های آنانسفالی و آژنزی دو طرف کلیه، جنین قابلیت حیات ندارد و بلافاصله یا مدتی بعد از تولد می‌میرد. اما در قسم دیگر از اختلال‌ها مانند تالاسمی ماژور، جنین بعد از تولد قابلیت حیات دارد، ولی انسان سالم و کاملی به‌شمار نمی‌آید.

حال با توجه به اینکه برخی از ناهنجاری‌های جنینی سبب مرگ او بعد از تولد می‌شوند و برخی دیگر موجب مرگ یکباره او نمی‌شوند، ولی زندگی را برای او و خانواده، دشوار و تحمل‌ناپذیر می‌کنند. این سؤال پیش می‌آید که آیا جنین‌های دچار اختلال‌های ژنتیکی باید به دنیا بیایند یا اینکه می‌توان در همان مراحل جنینی به حیات آنها خاتمه داد؟ آیا صرفاً ولوج روح مانع استناد به دلایلی چون تقدم اهم بر مهم در موارد تراحم یا قاعده نفی حرج و نفی ضرر خواهد شد؟

حکم اولیه سقط جنین

سقط جنین از محرّمات قطعی در شریعت اسلام است که ادله اربعه از کتاب، سنت، اجماع و عقل بر آن دلالت می‌کند.

۱. قرآن کریم: آیاتی مانند: «وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ» (انعام: ۱۵۱) که دلالت می‌کنند بر حرمت قتل نفس محترمه، بعید نیست که شامل سقط جنین هم بشوند؛ زیرا سقط جنینی که روح در آن دمیده شده، عرفاً و شرعاً قتل نفس بر آن اطلاق می‌شود (انصاری شیرازی، ۱۴۲۹، ج ۱: ۱۳۵) و اگر به جنین، قبل از دمیده شدن روح هم، نفس اطلاق شود، خداوند کشتن به ناحق و عمدی وی را حرام کرده است. البته فقها در اطلاق کلمه نفس بر جنین اختلاف نظر دارند. برخی آیه را فقط شامل جنین تام‌الخلقه می‌دانند که روح در آن دمیده شده است. اما برخی دیگر ادعا دارند که جنین از ابتدای تشکیل نطفه نفس بالقوه است و بعد از چهل روز اعضایی چون سر و دست دارد و قبل از چهارماهگی حرکت می‌کند. در نتیجه بعید نیست که آیه کریمه شامل مرحله قبل از ولوج روح نیز بشود (نوذری فردوسی، ۱۳۸۴: ۵۲).

۲. سنت: روایات زیادی که به حد استفاضه بلکه تواتر معنوی می‌رسند، بر حرمت سقط جنین دلالت دارند (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۸۶) مانند روایت اسحاق بن عمار که به امام موسی کاظم علیه السلام عرض کرد: زنی از حامله شدن می‌ترسد و دارویی می‌نوشد تا آنچه در شکم دارد، بیندازد. آیا جنین کاری جایز است؟ امام فرمودند: خیر. راوی گفت: آنچه سقط شده تنها نطفه است (هنوز جنین کامل نشده). امام فرمودند: اول آفرینش نطفه است (حر عاملی، ۱۴۰۹، ج ۲۹: ۲۶).

ظاهر نهی در این روایت بر حرمت و عدم جواز سقط جنین دلالت می‌کند (انصاری شیرازی، ۱۴۲۹، ج ۱: ۱۳۵ و ۱۳۶). همچنین روایاتی که به پرداختن دیه در مراحل مختلف جنینی حکم می‌کنند، به دلالت التزامی بر حرمت سقط جنین دلالت دارند (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۸۶).

۳. اجماع: علمای اسلام بر وجوب دیه (که جبران‌کننده خسارت به سبب جنایت عمدی بر غیر است) اجماع دارند. شیخ طوسی در کتاب خلاف گفته است دیه جنین کامل

هنگامی که روح در آن دمیده نشده باشد، صد دینار است و دلیل ما اجماع فرقه است (طوسی، ۱۴۰۷، ج ۵: ۲۹۱؛ نک: مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۸۶) همان طور که گفته شد وجوب دیه بر حرمت دلالت دارد.

۴. عقل: مسلماً سقط کردن موجودی که قادر به دفاع از خود نیست، نوعی ظلم است و عقل بر حرمت ظلم حکم می‌کند (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۸۶).

۵. اصول عملیه: اگر به هر دلیلی، ما از طریق قرآن، سنت، اجماع و عقل نتوانیم حکم حرمت سقط جنین را به اثبات برسانیم، ناگزیر باید سراغ اصول عملیه برویم. طبق اصول عملیه در آنچه به جان انسان مربوط می‌شود، همواره اصل احتیاط را جاری می‌کنیم و در موارد مشکوک، از حدی که یقین به جایز بودن داریم، فراتر نمی‌رویم. بدیهی است که با توجه به اختلاف‌هایی که درباره سقط، میان فقها وجود دارد، باید آن را جزو موارد مشکوک دانست و راه احتیاط در پیش گرفت (حاجی علی، ۱۳۸۳: ۷۰ و ۷۱).

از آنچه ذکر شد، به دست می‌آید که سقط جنین با عنوان اولیه حرام است و هیچ شکی هم در آن نیست و اینکه در بعضی مواضع به جواز آن حکم داده شده، به دلیل عارض شدن عناوین ثانویه بر آن است.

حکم سقط جنین دارای ناهنجاری‌های ژنتیکی

به تغییراتی که داخل رحم مادر، تحت تأثیر برخی عوامل در جنین ایجاد می‌شود و به نحوی از تکامل فیزیکی او جلوگیری یا آن را مختل می‌کند، ناهنجاری‌های جنینی گفته می‌شود. این ناهنجاری‌ها علل متعددی دارند که از مهم‌ترین علت‌های آن نقص‌های کروموزومی و ژنتیکی است (طلعتی، ۱۳۸۳: ۲۷۴).

به‌طور کلی می‌توان ناهنجاری‌های ژنتیکی جنین را به دو دسته تقسیم کرد:

۱. اختلال‌هایی که جنین با وجود آن اختلال‌ها بعد از تولد قابلیت حیات ندارد و

بلافاصله یا پس از مدتی می‌میرد. از این دسته‌اند:

الف) جنین‌های آنانسفالی: این مورد در زمره شایع‌ترین ناهنجاری‌های جنینی و نقص آشکار لوله عصبی قبل از تولد است که در آن قسمت بزرگی از مغز، جمجمه، پوست سر، استخوان پیشانی و گاهی ساقه مغز و منچه به‌طور مادرزادی وجود ندارد، ولی استخوان‌های صورت و قاعده جمجمه تقریباً به‌طور طبیعی تشکیل می‌شوند. زندگی خارج از رحمی برای جنین‌های آنانسفالی غیرممکن است، به‌طوری که چند ساعت پس از تولد می‌میرند (پینگ پانگ، ۲۰۰۷: ۷۸؛ حنطوش‌زاده و احمدی شیروانی، ۱۳۸۰: ۱۳؛ عیسی‌پور و همکاران، ۱۳۸۴: ۴۳۸).

ب) آرنزی دو طرف کلیه: آرنزی یک ناهنجاری تکاملی و عبارت از نبود مادرزادی یک یا هر دو کلیه است که نوع دوطرفه آن با حیات جنین منافات دارد (پولسن، ۲۰۰۶: ۱۶۰؛ هاروود، ۲۰۱۰: ۷).

ج) انواع تریزومی‌ها: مانند تریزومی ۱۳ یا سندرم پاتو که یک ناهنجاری مادرزادی ناشی از وجود یک کروموزوم ۱۳ اضافی است که با افزایش مرگ داخل رحمی همراه است. تریزومی ۱۸ که در نتیجه وجود یک نسخه اضافی از کروموزوم ۱۸ ایجاد می‌شود، ناهنجاری بسیار کشنده‌ای در جنین محسوب می‌شود (برور، ۲۰۰۲: ۱؛ حنطوش‌زاده و احمدی شیروانی، ۱۳۸۰: ۲۷۰ و ۲۷۳).

بیشتر ناهنجاری‌های جنینی که در قانون سقط درمانی ذکر شده است، به همین نحو هستند یا به مرگ جنین داخل رحم (مرد زایی) یا مرگ نوزاد بلافاصله بعد از تولد منجر می‌شوند. حتی برخی از این اختلال‌های جنینی برای جان مادر هم خطرناک هستند.

۲. اختلال‌هایی که جنین با وجود آنها بعد از تولد قابلیت حیات دارد. مانند تالاسمی ماژور که یک بیماری ژنتیکی است که با علائم و نشانه‌های کم‌خونی مزمن و شدید مشخص می‌شود (گلانلو، ۲۰۰۵: ۱۳۰۹؛ حسینی و همکاران، ۱۳۸۶: ۵۱). در این بیماری جنین بعد از تولد قابلیت حیات دارد، ولی انسان کامل و سالمی نیست و هزینه درمان و

نگهداری آن مشقات زیادی برای خانواده دارد و برای دولت نیز هزینه‌های سنگینی به‌بار می‌آورد (اشرفی، ۱۳۶۷: ۱۴۶؛ جهانیان، ۱۳۸۰: ۱۲۰).

امروزه در برخی کشورها اقدام به سقط جنین را در این‌گونه ناهنجاری‌ها و اختلال‌های ژنتیکی، به دلایل مختلف خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و حتی اخلاقی (تحت عنوان رحم و دلسوزی بر جنین) اجازه می‌دهند. اما این مسئله که از جمله مسائل نوپیدای فقه به‌شمار می‌آید، دیدگاه‌های فقهی متفاوتی را به خود معطوف کرده است. از آنجایی که در متون فقهی با استفاده از آیات قرآنی و روایات، فقها دوران جنینی را به دو دوره قبل و بعد از دمیده شدن روح تقسیم کرده‌اند، دو بحث مطرح می‌شود:

۱. سقط جنین دارای اختلال ژنتیکی قبل از دمیده شدن روح

در این صورت که جنین ناقص الخلقه و دارای ناهنجاری ژنتیکی است و هنوز روح در آن دمیده نشده است، قانونگذار ایران در قانون سقط درمانی و اکثر مراجع، قائل به جواز سقط هستند؛ زیرا در صورتی که برای انسان علم حاصل شود که جنین نقص عضو و اختلال ژنتیکی دارد و هنوز روح در آن دمیده نشده و به‌صورت انسان کامل در نیامده است، بعید نیست که سقط جنین جایز باشد؛ زیرا امکان ادعای اینکه ادله حرمت سقط منصرف از این موارد باشد، وجود دارد و آن موردی است که سقط جنین فقط به دلیل دلسوزی و شفقت نسبت به جنین نیست، بلکه به لحاظ حرج شدیدی است که بر خانواده وی و بلکه اجتماع وارد می‌شود. البته قول به جواز مشروط به تحقق علم یا ظن متاخم به علم است که موجب اطمینان می‌شود، وگرنه به مجرد احتمال، سقط جنین جایز نیست (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۹۴).

۲. سقط جنین دارای اختلال ژنتیکی بعد از دمیده شدن روح

هنگامی که با علم قطعی یا ظن موجب اطمینان، بعد از دمیده شدن روح، بدانیم که جنین دارای اختلال ژنتیکی است و ناقص متولد خواهد شد، چند حالت اتفاق می‌افتد:

الف) جنین دارای اختلال ژنتیکی، قابلیت حیات ندارد

در این حالت بعد از ولوج روح، امکان حیات جنین از نظر پزشکی وجود ندارد، به گونه‌ای که یا مرده به دنیا می‌آید یا در فاصله بسیار اندک بعد از تولد فوت می‌کند. جواز سقط جنین جنینی بعد از دمیده شدن روح را می‌توان بر پایه مبانی فقهی مانند «حیات غیرمستقر» به اثبات رساند. در تعریف حیات غیرمستقر آمده است: قرار گرفتن فرد در وضعیتی که به دلیل صدمات جسمانی وارده بر او و شرایط بدنی، امکان زنده ماندن وی وجود ندارد و مرگ وی در فاصله اندکی قطعی خواهد بود (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸).

برای تشخیص حیات مستقر از حیات غیرمستقر فقها در کتاب‌های فقهی چهار معیار را ذکر کرده‌اند که عبارتند از:

الف) مدت زمان قابلیت بقا: برخی از فقهای امامیه قابلیت بقا را از نشانه‌های قطعی حیات دانسته‌اند (خویی، ۱۴۲۲، ج ۲: ۵۱۳). ولی مدت زمان استمرار این قابلیت مورد اختلاف است. برخی زنده ماندن حداقل یک روز یا دو روز را حاکی از وجود حیات قطعی می‌دانند (طوسی، ۱۳۸۷، ج ۷: ۲۰۳؛ ابن ادریس، ۱۴۱۰، ج ۳: ۹۶؛ علامه حلی، بی‌تا، ج ۲: ۱۵۶) ولی برخی دیگر زنده ماندن بیش از نیمی از روز را در احراز حیات مستقر کافی دانسته‌اند و کمتر از آن وضعیت کسی است که در حال مرگ است (سرخسی، ۱۴۰۶، ج ۱۲: ۵).

ب) وضعیت جسمی: برخی از فقها برای تشخیص حیات مستقر از حیات غیرمستقر به وجود برخی حالت‌های جسمانی توجه داشته‌اند و معیار زمان را برای تشخیص بی‌اعتبار می‌دانند. این حالت‌ها را می‌توان در چند عنوان خلاصه کرد: درک و شعور و حرکت اختیاری (خویی، ۱۴۲۲، ج ۲: ۱۹؛ نک: نظری توکلی، ۱۳۸۲: ۹۲)، حرکت قوی همراه با نیرومندی (صاحب جواهر، ۱۴۰۴، ج ۳۶: ۱۴۳؛ طوسی، ۱۳۸۷، ج ۱: ۳۹۰)، حرکت و خروج خون (شهید اول، ۱۴۱۷، ج ۲: ۴۱۴) و حرکت یا خروج خون (فاضل هندی، ۱۴۱۶، ج ۹: ۲۳۰).

ج) زمان و وضعیت جسمانی: گروهی از فقها ضمن توجه به زمان، در تشخیص حیات مستقر وضعیت جسمانی را هم معتبر دانسته‌اند. شیخ طوسی در باب میراث حمل، عطسه کردن طفل، نوشیدن شیر یا زنده ماندن دو یا سه روز را حاکی از حیات مستقر وی می‌داند (طوسی، ۱۳۸۷، ج ۴: ۱۲۴؛ صادقی، ۱۳۷۴: ۲۹). صاحب جواهر می‌گوید: حرکت قوی دلالت می‌کند بر امکان بقا در دو یا سه روز آینده (صاحب جواهر، ۱۴۰۴، ج ۳۶: ۱۴۳؛ نک. صادقی، ۱۳۷۴: ۲۹).

د) تشخیص عرف: هر یک از معیارهای فوق از جهات مختلف مورد اعتراض برخی از فقهای اسلامی واقع شده است؛ چرا که برخی از مصداق‌های عرفی حیات غیرمستقر، با معیارهای مذکور منطبق نیست و با نتایج حاصل از اِعمال هر یک از این نظریات مغایر است، به‌همین دلیل فقهای مزبور بر این عقیده‌اند که فهم عرفی، میزان و ملاک تعیین حیات مستقر از حیات غیرمستقر است (حسینی عاملی، بی‌تا، ج ۸: ۴۶) و ممکن است اختلاف نظریات در ارائه معیار تشخیص حیات غیرمستقر نیز متأثر از اختلاف زمان‌ها در فهم عرفی آنان باشد و شاید بتوان توسعه مفهوم حیات غیرمستقر به برخی شرایط خاص را نیز، ناشی از تأثیرپذیری این آرا از عرف قلمداد کرد (صادقی، ۱۳۷۴: ۳۰).

البته برخی از محققان معتقدند که مراجعه به عرف، ملاکی برای تشخیص حیات نیست؛ زیرا مردم با کمی اطلاع و عدم مبالاتی که در امورات عادی زندگی خود دارند، نمی‌توانند ملاک و میزانی برای تشخیص مرگ و زندگی باشند (نظری توکلی، ۱۳۸۲: ۹۴) اما باید توجه داشت که مراد از عرف در اینجا عرف خاص یعنی تفاهم عرفی جامعه پزشکی است نه عرف عام (عامه مردم). در بحث شناخت حیات غیرمستقر جنین دارای اختلال ژنتیکی، جامعه پزشکی بر مبنای آزمایش‌های دقیق اظهار می‌کنند که جنین دچار چنین ناهنجاری، قابلیت زنده ماندن را ندارد و طی چند ساعت یا چند روز بعد از تولد قطعاً خواهد مرد.

ب) جنین دارای اختلال ژنتیکی همراه با خطر جانی برای مادر

حالت دوم بعد از ولوج روح، ادامه بارداری برای حیات مادر خطرناک است، به گونه‌ای که هم جنین دارای اختلال ژنتیکی است و هم برای مادر خطر جانی وجود دارد. در اینجا باز می‌توان دو صورت را فرض کرد:

۱. جنین دارای اختلال ژنتیکی، قابلیت زنده ماندن را ندارد و ادامه بارداری برای جان مادر خطرناک است که علاوه بر معیار قبل (حیات غیرمستقر) می‌توان برای جواز سقط، دلایل دیگری نیز ذکر کرد.

قاعده «لا حرج»: ننگ داشتن جنینی علاوه بر خطرات و بیماری‌های جسمی، مادر را دستخوش بیماری‌های جدی روحی و روانی می‌کند؛ زیرا در مواردی که مرگ جنین دارای چنین اختلال‌هایی قطعی است و به تأیید پزشکان رسیده، مادری که چنین باری را با خود حمل می‌کند، دچار آسیب‌های روانی فراوانی می‌شود و تصور اینکه زنی جنینی را در خود بپرورد که بدون شک خواهد مرد یا اگر زنده بماند با سختی‌های زیادی دست به گریبان خواهد بود، برای هر مادری تحمل‌ناپذیر است و آنجا که بر مادر فشار روانی زیادی وارد آید و زندگی را به کام او تلخ کند، بدون تردید شرع مقدس نیز به چنین سختی‌هایی راضی نیست (حاجی علی، ۱۳۸۳: ۸۲).

بنابراین اگر به دلیل حمل و به دنیا آوردن کودکی که زنده نخواهد ماند یا ناقص‌الخلقه خواهد بود، سلامت جسمی، روحی و روانی مادر به خطر بیفتد، می‌توان سقط را بر اساس قاعده «لا حرج» جایز دانست و به مادر اجازه سقط جنین را داد. در غیر این صورت، عدم جواز سقط جنین در چنین مواردی، گاهی به بروز سقط‌های غیرقانونی و غیر بهداشتی منجر می‌شود که علاوه بر افزایش مرگ و میر مادران و خطرات بلندمدت این گونه سقط‌ها مثل حاملگی‌های خارج از رحمی، سوراخ شدن و پارگی رحم و ناباروری ثانویه، هزینه‌های زیادی را بر جامعه و بهداشت عمومی تحمیل می‌کند (بهبختی و همکاران، ۱۳۸۴: ۳۰۷).

قاعده «لاضرر»: در مواردی که بقای جنین ضرر جانی شایان توجهی برای مادر در بر داشته باشد و سلامت مادر را به گونه‌ای تهدید کند که تحمل آن از نظر عقل و برای نوع مردم ممکن نباشد، قاعده «لاضرر» همانند قاعده «لاخرج» حکم جواز را محقق می‌کند که بر حکم اولیه حرمت سقط غلبه دارد (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۹۴).

در مورد قاعده «لاضرر» و «لاخرج» ایراد گرفته شده است که چون این دو قاعده امتنانی هستند و از باب منت بر بندگان جعل شده‌اند، در حق تمامی افراد اجرا می‌شوند و نمی‌توان آن را به نفع یکی (مادر) و ضرر دیگری (جنین) اعمال کرد؛ چرا که ترجیح بلا مرجح است (محسنی، ۱۴۲۴، ج ۱: ۶۵). لذا این دو قاعده به دلیل اینکه در هر دو طرف اجرا می‌شوند با یکدیگر تعارض پیدا می‌کنند و ساقط می‌شوند. پس ما باید به احکام اولیه (که حرمت سقط است) مراجعه کنیم.

در جواب باید گفت که برخی از فقها در هنگام تعارض احکام ثانویه قائل به جمع عرفی هستند، به این معنا که عرف، احکام ثانویه مانند «لاضرر» و «لاخرج» را فعلی و احکام اولیه را اقتضایی می‌داند و زمانی که دو حکم ثانویه با هم برخورد کنند، چون هر دو فعلی هستند، در مقام ثبوت هم احتمال تراحم و هم احتمال تعارض وجود دارد. اما در مقام اثبات غالباً برخورد دو دلیل ثانوی از باب تراحم است و چون هر دو دارای مقتضی و ملاک هستند، تعارض منتفی است (آخوند خراسانی، ۱۴۰۹: ۳۸۳).

بنابراین در اینجا بین وجوب حفظ جان مادر و حرمت سقط، در مقام اثبات، تراحم وجود دارد نه تعارض؛ چرا که امکان عمل به هر دو، در مقام امتثال وجود ندارد. یعنی رعایت حرمت سقط، مستلزم در خطر انداختن جان مادر و حفظ جان مادر، مستلزم نفی حرمت سقط است (حاجی‌علی، ۱۳۸۳: ۷۵ و ۷۶) لذا باید دید کدام یک اهمیت بیشتری دارد تا در اولویت قرار گیرد و ترجیح داده شود. در مبحث بعدی توضیح خواهیم داد که مسلماً حفظ سلامتی مادر از اهمیت و اولویت بیشتری برخوردار است.

۲. جنین دارای اختلال، قابلیت زنده ماندن را دارد و ادامه بارداری هم برای جان مادر خطرناک است. در این حالت می‌توان با توجه به مبانی فقهی زیر، قائل به جواز سقط شد.

الف) قاعده «اهم و مهم»: بعد از دمیده شدن روح، اگر مادر بداند که ادامه بارداری به مرگ او می‌انجامد، بین وجوب حفظ جان مادر و حرمت کشتن جنین تزاخم رخ می‌دهد و در باب تزاخم تنها مرجح مطمئن «قانون اهم و مهم» است و در اینجا می‌توان برای جان مادر اهمیت بیشتری قائل شد؛ زیرا مادر انسان بالفعل و سالم است، اما جنین دارای اختلال ژنتیکی هرچند قابلیت حیات را دارد، انسان بالقوه و ناقص است. اگر مادر بمیرد، جنین در شکم وی خواهد مرد، چرا که حیات او به حیات مادر وابسته است. اما با اسقاط جنین مادر زنده می‌ماند (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۹۵). همچنین ثبوت قصاص در جنایت بر مادر و ثبوت دیه در جنایت بر جنین، خود دلیل اهمیت جان مادر و رجحان حفظ جان مادر است (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲: ۲۹۴؛ نوذری فردوسی، ۱۳۸۴: ۵۹ و ۶۰). علاوه بر این اگر به‌طور یقینی ندانیم نجات جان مادر از اهمیت بیشتری برخوردار است، حداقل می‌توان ادعا کرد که احتمالاً نجات وی از نجات جان جنین مهم‌تر است و همین که اهم بودن یکی از دو حکم به‌صورت محتمل نیز درک‌شدنی باشد کافی است؛ زیرا در باب تزاخم همان‌طور که اهم بودن یقینی مرجح است، اهم بودن احتمالی هم مرجح شمرده می‌شود (جزایری و عشایری منفرد، ۱۳۹۰: ۲۹ و ۳۰).

برخی در باب تزاخم، مادر را مخیر به سقط جنین می‌دانند؛ زیرا دوران امر بین محذورین بوده و مادر مخیر است یکی را برگزیند (شیخ انصاری، ۱۴۱۹، ج ۱: ۱۰۹؛ نک. عباسی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۲۵).

البته شاید بتوان گفت که در این حالت تزاخمی وجود ندارد و مادر با دو تکلیف روبه‌رو نیست که بخواهیم قانون «اهم و مهم» را جاری کنیم، بلکه مادر با یک تکلیف روبه‌رو خواهد بود و آن حفظ جان خود است؛ زیرا ادله وجوب نجات جان دیگران (حتی فرزند) اطلاقشان در حدی نیست که بتوانند «نجات جان دیگران از طریق فدا کردن جان

خود» را نیز شامل شوند. بنابراین در جایی که مادر می‌داند برای زنده ماندن جنینش باید خودش بمیرد، درباره حفظ جان جنین تکلیفی ندارد و باید جان خودش را نجات دهد (جزایری و عشایری منفرد، ۱۳۹۰: ۲۱ و ۲۲). در اینجا می‌توان گفت مادر برای انجام دادن یک واجب (حفظ جان خود) از یک مقدمه حرام (کشتن جنین) استفاده کرده است که بین مقدمه حرام و ذی‌المقدمه که واجب محسوب می‌شود، تراحم صورت گرفته است (همان: ۲۲) و در این صورت مادر باید به قاعده «اهم و مهم» یا اصل تخییر رجوع کند.

ب) دفاع مشروع: همچنین این مسئله را می‌توان از مصادیق باب دفاع مشروع تلقی کرد و مادر همان‌گونه که اگر ترس از هجوم شخصی داشته باشد، حق دفاع از خود را دارد، در این مورد نیز می‌تواند با سقط جنین، از نفس خود دفاع کند؛ زیرا فرقی بین هجوم عامل خارجی و داخلی نیست (خرازی، بی‌تا، ج ۲۲: ۳۶). در اینجا جنین مانند دشمن داخلی است که جان مادر را نشانه گرفته است و مادر می‌تواند برای حفظ جان خود جنین را حتی پس از دمیده شدن روح از بین ببرد (حاجی علی، ۱۳۸۳: ۸۰).

برخی اشکال گرفته‌اند که جنین هیچ‌گونه حرکت ارادی از خود ندارد. بنابراین هجوم تحقق نیافته است، لذا مسئله دفاع از نفس هم مطرح نمی‌شود (خرازی، بی‌تا، ج ۲۲: ۳۶). اما در جواب باید گفت: در جایی که مسئله کشتن توسط غیر پیش می‌آید، به تحقق اراده غیر نیازی نیست تا در صورت تحقق اراده، دفاع از نفس جایز باشد، مانند جایی که شخص دیوانه یا مستی به انسان حمله می‌کند و قصد کشتن او را دارد (طلعتی، ۱۳۸۳: ۳۱۹).

ج) جنین دارای اختلال ژنتیکی و عدم خطر جانی برای مادر

در حالت سوم امکان حیات جنین بعد از وضع حمل وجود دارد، خطر جانی نیز مادر را تهدید نمی‌کند، اما چون جنین دارای اختلال ژنتیکی است، نگهداری و نگرانی از آینده و هزینه‌های درمان موجب ورود آسیب مادی و روحی به مادر می‌شود؛ علاوه بر آن از نظر

اجتماعی هم نگهداری جنین اطفالی با مشقت همراه است. در این حالت، بعد از ولوج روح به هیچ‌وجه امکان سقط نخواهد بود و جواز سقط در جنین موردی با منطبق قرآن سازگار نیست؛ زیرا قرآن کریم می‌فرماید: «وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ» (اسراء: ۳۱). با این توضیح که فقر موضوعیت ندارد و از باب غالب در آن زمان ذکر شده است؛ زیرا اعراب در سرزمینی زندگی می‌کردند که بسیار دچار قحطی می‌شد و به‌همین دلیل تا نشانه‌های قحطی را می‌دیدند، اولین کاری که می‌کردند به اصطلاح برای حفظ آبرو، عزت و احترام خود، فرزندان خویش را می‌کشتند (طباطبایی، ۱۳۹۲، ج ۳: ۸۴). طبق این آیه حتی هزینه‌های نگهداری این فرزندان بر والدین واجب است؛ چون اگر نفقه آنها واجب نبود، والدین از ترس فقر آنها را به قتل نمی‌رساندند (طوسی، ۱۳۸۷، ج ۶: ۳۰؛ فخرالمحققین، ۱۳۸۷، ج ۳: ۲۸۲؛ راوندی، ۱۴۰۵، ج ۲: ۳۶).

نتیجه‌گیری

نخستین حقی که در قرآن کریم برای انسان مطرح شده، حق حیات است. نابودی حق حیات یک نفر به ناحق، برابر با نابودی همه افراد جامعه محسوب می‌شود و سقط جنین انسانی که خداوند از زمان امشاج نطفه برای آن حرمت قائل شده، به عنوان حکم اولی، قبل و بعد از دمیده شدن روح، حرام است. اما با وجود این، در صورت رخ دادن حالت‌های استثنایی از قبیل حفظ جان مادر، بر اساس ادله ای چون قاعده «نفی ضرر» و «نفی عسر و حرج» در شریعت، به عنوان حکم ثانوی، سقط جنین پیش از دمیده شدن روح جایز خواهد بود. اما پس از ولوج روح، چند حالت اتفاق می‌افتد:

الف) بعد از ولوج روح، امکان حیات جنین از نظر پزشکی وجود ندارد، به‌گونه‌ای که یا مرده به دنیا می‌آید یا در فاصله بسیار اندک بعد از تولد فوت می‌کند: در این حالت جنین، به اصطلاح فقهی دارای «حیات غیرمستقر» بوده و در حکم مرده است و از نظر عرفی، قتل جنین یا نابودسازی او صدق نمی‌کند.

ب) بعد از ولوج روح، ادامه بارداری برای حیات مادر خطرناک است، به گونه‌ای که هم جنین دارای اختلال ژنتیکی است و هم خطر جانی برای مادر وجود دارد: بر اساس قاعده عقلائی «تقدم اهم بر مهم» در موارد تراحم، «قاعده لاجرح» و «دفاع مشروع» حفظ حیات مادر مقدم است.

ج) امکان حیات جنین بعد از وضع حمل وجود دارد، خطر جانی نیز مادر را تهدید نمی‌کند، اما به دلیل اینکه جنین دارای اختلال‌های ژنتیکی است، نگهداری و نگرانی از آینده و هزینه‌های درمان سبب مشکلات اقتصادی و اجتماعی برای والدین می‌شود. در این حالت، با توجه به آیه شریفه: «وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ» بعد از ولوج روح به هیچ وجه سقط جنین جایز نخواهد بود.

منابع

۱. اشرفی، منصور (۱۳۶۷). اخلاق پزشکی، چ اول، تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز.
۲. انصاری، شیخ مرتضی (۱۴۱۹). فرائد الاصول، چ اول، ج ۱، قم، مجمع الفکر اسلامی.
۳. انصاری شیرازی، قدرت‌الله و پژوهشگران مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام (۱۴۲۹). موسوعه احکام الأطفال و أدلتها، چ اول، ج ۱، قم، مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام.
۴. آخوند خراسانی، محمد کاظم (۱۴۰۹). کفایة الاصول، چ اول، قم، مؤسسه آل‌البیت علیهم السلام لاحیاء التراث.
۵. بهجتی اردکانی، زهرا و همکاران (۱۳۸۴). «ضرورت بررسی سقط جنین در ایران، فصلنامه باروری و ناباروری»: ۲۹۹-۳۲۰.
۶. جزایری، حمید و محمد عشایری منفرد (۱۳۹۰). «قلمرو مصلحت و عدالت در تراحم احکام و حقوق زنان»، فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، سال چهارم، شماره ۵۴: ۷-۵۸.
۷. جهانیان، منیره (۱۳۸۰). ولوج روح و سقط جنین، چ اول، مشهد، مجموعه مقالات دومین سمینار دیدگاه‌های اسلام در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
۸. حاجی‌علی، فریبا (۱۳۸۳). «سقط درمانی و آسیب شناسی اجتماعی آن»، مجله مطالعات زنان، سال دوم، شماره ۶: ۶۱-۹۷.
۹. حاجی‌علی، فریبا (۱۳۸۳). «سقط جنین، حرمت یا جواز»، مقالات و بررسی‌ها، دفتر ۷۶: ۵۵-۸۱.
۱۰. حر عاملی، محمدبن حسن (۱۴۰۹). وسائل‌الشیعة، چ اول، ج ۲۹، قم، مؤسسه آل‌البیت علیهم السلام.

۱۱. حسینی عاملی، سید جواد بن محمد (بی تا). *مفتاح الكرامة فی شرح قواعد العلامة* (ط- التقديمه)، چ اول، ج ۸، بیروت، دار إحياء التراث العربی.
۱۲. حسینی، حمزه و همکاران (۱۳۸۶). «بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی مبتلایان به تالاسمی ماژور ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی ساری در بین سال‌های ۸۴-۱۳۸۲ در گروه شاهد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره هفدهم، شماره ۵۹: ۵۱-۶۰.
۱۳. حلی، ابن ادریس (۱۴۱۰). *السرائرالحاوی لتحریر الفتاوی*، چ دوم، ج ۳، قم، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۱۴. حنطوش‌زاده، صدیقه و مرجان احمد شیروانی (۱۳۸۰)، *تشخیص و اداره حاملگی‌ها همراه با اختلالات جنینی*، چ اول، تهران، انتشارات برای فردا، ج ۱.
۱۵. خرازی، محسن (بی تا)، *تحدید النسل و التعقیم*، چ اول، ج ۲۲، قم، *مجله فقه اهل بیت علیهم السلام* (فارسی)، مؤسسه دائره المعارف فقه اسلامی بر مذهب اهل بیت علیهم السلام.
۱۶. خوبی، سید ابوالقاسم (۱۴۲۲). *مبانی تکملة المنهاج*، چ اول، ج ۲، قم، مؤسسه إحياء آثار الإمام الخوئی (ره).
۱۷. راوندی، قطب‌الدین (۱۴۰۵). *فقه القرآن (للاوندی)*، چ دوم، ج ۲، قم، انتشارات کتابخانه آیت‌الله مرعشی نجفی - رحمه الله.
۱۸. رحمتی، محمد و همکاران (۱۳۹۰). «مطالعه مرگ مغزی از منظر فقه و حقوق جزا»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره چهارم، شماره ۲: ۲۳-۳۳.
۱۹. سرخسی، محمد (۱۴۰۶). *المبسوط*، ج ۱۲، بیروت، دارالمعرفه.
۲۰. شهید اول، محمد بن مکی (۱۴۱۷). *الدروس الشرعیة فی فقه الإمامیه*، چ دوم، ج ۲، قم، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۲۱. صاحب الجواهر، محمد حسن (۱۴۰۴). *جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام*، چ هفتم، ج ۳۶، بیروت، دار إحياء التراث العربی.

۲۲. صادقی، محمد هادی (۱۳۷۴). «حیات غیرمستقر»، مجله علمی «پزشکی قانونی»، دوره دوم، شماره پنجم: ۲۷-۳۱.
۲۳. طباطبائی، سید محمد حسین (۱۳۹۲). *المیزان فی تفسیر القرآن*، چ دوم، ج ۱۳، لبنان، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
۲۴. طلعتی، محمد هادی (۱۳۸۳). *رشد جمعیت، تنظیم خانواده و سقط جنین*، چ اول، قم، بوستان کتاب قم.
۲۵. طوسی، محمد بن حسن (۱۳۸۷). *المبسوط فی فقه الإمامیه*، چ سوم، ج ۷، تهران، المكتبة المرتضویة لإحياء الآثار الجعفریة.
۲۶. طوسی، محمد بن حسن (۱۴۰۷). *تهذیب الأحکام*، چ چهارم، ج ۵، تهران، دارالکتب الإسلامیه.
۲۷. عباسی، محمود و همکاران (۱۳۹۱). «مبانی سقط درمائی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم: ۱۱۵ - ۱۴۰.
۲۸. علامه حلی، حسن بن یوسف (بی تا). *تحریر الأحکام الشرعیة علی مذهب الإمامیه (ط-القدیمه)*، چ اول، ج ۲، مشهد، مؤسسه آل‌البیت علیهم السلام.
۲۹. عیسی پور، مسعود و همکاران (۱۳۸۴). «شیوع آنانسفالی و آناتومی‌های همراه آن تبریز ۸۲-۱۳۷۶»، مجله دانشکده پزشکی، دوره ۶۳، شماره ۶: ۴۳۸-۴۴۲.
۳۰. فاضل هندی، محمد بن حسن (۱۴۱۶). *کشف اللثام و الإبهام عن قواعد الأحکام*، چ اول، ج ۹، قم، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۳۱. فخرالمحققین، محمد (۱۳۸۷). *إيضاح الفوائد فی شرح مشکلات القواعد*، چ اول، ج ۳، قم، مؤسسه اسماعیلیان.
۳۲. محسنی، محمد آصف (۱۴۲۴). *الفقه و مسائل طبیة*، چ اول، ج ۱، قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.

۳۳. مکارم شیرازی، ناصر (۱۴۲۲). *بحوث فقهیه هامه (لمکارم)*، چ اول، قم، انتشارات مدرسه الإمام علی بن ابی طالب علیه السلام.
۳۴. نظری توکلی، سعید (۱۳۸۲). «مقایسه مرگ مغزی با حیات غیرمستقر»، مقالات و بررسی‌ها، دفتر ۷۳: ۸۷-۱۰۵.
۳۵. نوذری فردوسی، محمد (۱۳۸۴). «سقط جنین در حقوق اسلامی و فمینیسم»، کتاب زنان، سال هفتم، شماره ۲۸: ۴۳-۸۲.
36. Brewer C M, Holloway S H, Stone D H, Carothers A D, FitzPatrick D R(2002). *Survival in trisomy 13 and trisomy 18 cases ascertained from population based registers*, Med Genet, 39 (54): 1-3.
37. Galanello R (2005). *Combined therapy with deferiprone and desferrioxamine in thalassemia major*, haematologica, 90(10): 1309 – 1314.
38. Harewood L, Liu M, Keeling J, Howatson A, Whiteford M, Branney P, Evans M, Fantes J, FitzPatrick D (2010). *Bilateral Renal Agenesis/Hypoplasia/Dysplasia (BRAHD) Postmortem Analysis of 45 Cases with Breakpoint Mapping of Two De Novo Translocations*, PLoS ONE, 5: 1-11.
39. Ping Pang Y (2007). *Pesticides and Anencephaly*, Environmental Health Perspectives, 115 (2): 76-79.
40. Poulsen K, Gerard M, Spaulding K, Geissler K, Anderson K(2006). *Bilateral renal agenesis in an alpaca cria*, Can Vet, 47: 159-161.