

**MfJ****Medical Fiqh Journal**

2024; 16(46): e6



Jurisprudential Feasibility of Abortion for a Fetus with Patau's syndrome (Trisomy 13) *After* Ensoulment

Khosro Momeni^{1*}, Fatemeh Monazzami²

1. Assistant professor, Department of Law, Faculty of Law, University of Semnan, Semnan, Iran.

2. Assistant professor, Department of Islamic Law, Faculty of Theology, Alzahra University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: With advancements in medical science enabling the diagnosis of fetal diseases in the womb, contemporary jurists have accepted therapeutic abortion in specific cases *before* ensoulment. However, in cases involving serious and exceptional exigencies, such as a fetus diagnosed with conditions like Trisomy 13 (Patau syndrome), the acceptance of fatwas conditional upon ensoulment faces significant doubt. This research seeks to answer the question: Does the permissibility or impermissibility of therapeutic abortion for a fetus with Trisomy 13 retain relevance *after* ensoulment?"

Materials and Methods: This descriptive-analytical study tries to investigate and analyze the permissibility of aborting fetuses diagnosed with *Trisomy 13* (Patau syndrome) *after* ensoulment by referring to jurisprudential and narrational sources.

Conclusion: After reviewing the existing foundational principles relevant to the research subject, it appears that the nature of the fetus differs from that of a child. When proving harm or undue hardship—which justifies the permissibility of abortion—it makes no difference whether the fetus is in the early months (before ensoulment) or *after* it. However, what is critical is confirming the fetus's affliction through evidence that establishes strong suspicion or near-certainty.

Keywords: Abortion, Patau's syndrome, Trisomy 13, Ensoulment

Corresponding Author: Khosro Momeni; **Email:** Kh.momeni@semnan.ac.ir

Received: November 3, 2024; **Accepted:** January 15, 2025; **Published Online:** March 17, 2025

Please cite this article as:

Momeni Kh., Monazzami F. Jurisprudential Feasibility of Abortion for a Fetus with Patau's syndrome (Trisomy 13) *After* Ensoulment. *Med Fiqh Journal*. 2024; 16(46): e6.



مجله فقه پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و شش، ۱۴۰۳



امکان سنجی فقهی سقط جنین مبتلا به سندروم پاتو (تریزومی ۱۳) «پس» از ولوج روح

خسرو مؤمنی^{۱*}، فاطمه منظمی^۲

۱. استادیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. استادیار گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سقط درمانی به علت وجود بیماری در جنین، مسئله‌ای است که با پیشرفت علم پزشکی و امکان تشخیص بیماری‌های جنین در رحم مادر ممکن شده است. از این رو، سقط جنین درمانی در موارد خاص، پیش از ولوج روح از دیدگاه فقهای معاصر پذیرفته شده است و از سوی دیگر، در مواردی که اضطراب‌های جدی و خاصی مانند ابتلای جنین به بیماری‌هایی مانند تریزومی ۱۳ وجود دارد، پذیرش این فتوا که مقید به ولوج روح است، با تردیدهای جدی مواجه می‌شود. بر همین اساس، پژوهش پیش رو در پی پاسخ به این پرسش است که، آیا جواز یا عدم جواز سقط درمانی در جنین مبتلا به تریزومی ۱۳ ولوج روح موضوعیت دارد؟

مواد و روش‌ها: این پژوهش با استفاده از روش توصیفی - تحلیلی، و رجوع به منابع فقهی و روایی به بررسی و تحلیل فتوای یادشده درباره سقط جنین‌های مبتلا به «تریزومی سیزده» (سندروم پاتو) «پس» از ولوج روح در آن پرداخته است.

نتیجه‌گیری: پس از بررسی مبانی موجود در خصوص موضوع پژوهش، به نظر می‌رسد ماهیت جنین با طفل متفاوت بوده و در زمان اثبات ضرر یا حرج که مجوز سقط جنین است تفاوتی ندارد که جنین در ماه‌های اولیه و پیش از ولوج روح باشد یا پس از آن؛ اما آنچه مهم است اثبات ابتلای جنین به وسیله ادله‌ای است که موجب ظن قوی یا متآخم به علم باشد.

واژگان کلیدی: سقط جنین، سندروم پاتو، تریزومی سیزده، ولوج روح، جنین، روح

نویسنده مسئول: خسرو مؤمنی؛ پست الکترونیک: Kh.momeni@semnan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۱۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۲۷

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Momeni Kh., Monazzami F. Jurisprudential Feasibility of Abortion for a Fetus with Patau's syndrome (Trisomy 13) After Ensoulment. *Med Fiqh Journal*. 2024; 16(46): e6.

مقدمه

سقط جنین مسئله‌ای است که از دیرباز مورد ابتلای جوامع بوده است. دربارهٔ جواز و عدم جواز آن نیز براساس نوع جهان‌بینی اندیشه‌ورزان، دو دیدگاه کلی وجود دارد: در یک نگاه که بیشتر «طبیعت‌گرایانه» می‌نماید سقط جنین، حتی به‌صورت آگاهانه و عمدی، جایز است (۱). در برابر، و مبتنی بر نگاهی «دین‌محور»، جواز مطلق سقط جنین به شدت با مخالفت مواجه شده است و تنها در صورت‌های خاص سقط جنین را در موارد بسیار نادری چون: تزاخم با حیات مادر و نیز ناقص‌الخلقه بودن جنین، آن هم صرفاً «پیش» از ولوج روح در آن جایز شمرده‌اند (۳۹).

پژوهش حاضر صرفاً ناظر بر، سقط جنین مبتلا به «تریزومی ۱۳» (سندروم پاتو) «پس» از ولوج روح در آن است. اهمیت بررسی جنین‌های مبتلا به سندروم پاتو پس از تولد، به دلیل مشکلات فراوانی از جمله، ناهنجاری‌های جسمی و روانی جدی از جمله اختلالات عصبی، نقص ساختاری صورت مانند: کوچک بودن غیر طبیعی سر، قرارگیری گوش پایین‌تر از حالت طبیعی، ناهنجاری‌های خارجی گوش و کاهش شنوایی، کوچکی غیرطبیعی تمام ابعاد یک چشم یا هر دو چشم، فقدان کامل چشم یا تکامل ناقص آن، سوراخ یا شکاف در عنبیه چشم و ... است. از این رو این پرسش مطرح می‌گردد آیا در جواز یا عدم جواز سقط جنین در تریزومی ۱۳ ولوج روح موضوعیت دارد؟ آیا ماهیت جنین پس از ولوج روح به طفل تغییر می‌کند؟ حکم ثانوی اثبات شده به‌وسیلهٔ مبانی موجود تنها محدود به پیش از ولوج روح است یا شامل پس از آن نیز می‌شود؟

پیشینهٔ پژوهش‌های انجام‌شده در مورد سقط جنین بسیار است؛ به‌عنوان مثال مقاله «سقط درمانی؛ تأملات فقهی و سیاست‌گذاری تقنینی»، نوشته ستوده و مقیمی حاجی، مجله مطالعات زنان، سال ۱۳۹۹، تنها به بحث قانونی آن پرداخته و از برداشت‌های فقهی در همین راستا بهره برده است؛ اما به پس از ولوج روح اشاره‌ای ننموده است. همچنین مقاله «تحلیل کاربردی قاعده فقهی اضطرار در مسئله جواز سقط جنین»، نوشته امامی و همکاران، نشریه قرآن و طب، سال

۱۳۹۷ نیز به بررسی امکان تجویز سقط درمانی براساس قاعده اضطرار پرداخته است. مقاله «سقط جنین در صورت به خطر افتادن جان مادر و جنین»، نوشته اسماعیلی، نشریه فقه پزشکی، سال ۱۳۹۴، نیز اساساً به سقط درمانی جنین ناقص اشاره‌ای ندارد و تزاخم بین جان مادر و جنین را مورد بررسی قرار داده است. مقاله «واکاوی مبانی فقهی حکم سقط درمانی بعد از ولوج روح»، نوشته مسجدرائی و همکاران، نشریه مطالعات فقه و مبانی اسلامی، سال ۱۴۰۱، به مسئله سقط جنین پس از ولوج روح پرداخته و فقط به بررسی تزاخم جان مادر و جنین اشاره نموده است. بر این اساس، وجه تمایز این پژوهش با سایر پژوهش‌ها، در اختصاص آن به جنین‌های مبتلا به «سندروم پاتو» از یک‌سو، و تمرکز بر حکم فقهی سقط این قبیل جنین‌ها «پس» از ولوج روح از دیگر سو است که از جمله مصادیقی است که تاکنون پژوهش مستقلی درخصوص آن انجام نشده و نیازمند تأملی جدی است.

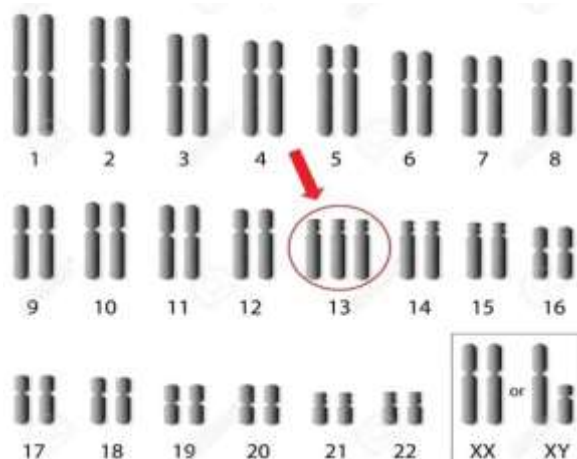
مواد و روش‌ها

این پژوهش براساس روش توصیفی - تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای، حکم شرعی سقط جنین مبتلا به سندروم «پاتو» را مورد واکاوی قرار می‌دهد. بدین‌منظور، پژوهش حاضر در سه بخش سامان داده شده است: در ابتدا به بیان مفاهیم اصلی ناظر به شناخت ماهیت موضوع پژوهش و عوارض آن پرداخته خواهد شد. سپس، «حکم» (ولی و ثانوی) سقط جنین و ادلهٔ آن مورد واکاوی و تحلیل قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها

براساس تأملات صورت‌پذیرفته، به نظر می‌رسد در ماهیت جنین از لحاظ فقهی پیش و پس از ولوج روح تفاوتی وجود ندارد و بر همین اساس می‌توان نتیجه گرفته در هر موردی که تجویز قانونی سقط پیش از ولوج روح امکان داشته باشد پس از آن نیز امکان‌پذیر است. همین‌طور از لحاظ پزشکی سقط جنین تا زمانی صورت می‌گیرد که جنین امکان زندگی خارج از رحم را نداشته باشد و معمولاً از ۵ ماهگی عدول نمی‌کند.

کروموزوم‌های بدن جنین به وجود می‌آید (شکل شماره یک) و به همین دلیل از آن با عنوان تریزومی ۱۳ نیز تعبیر می‌شود (۷-۸). بروز سندرم پاتو تقریباً یک در هر ۱۲۰۰۰ تولد زنده بوده و متوسط سن بقای کودکان مبتلا به این سندرم ۲-۵ روز است. شایع‌ترین علت مرگ در مبتلایان به این سندروم، عوارض قلبی و ریوی است که براساس آمار منتشر شده در سال ۲۰۰۷، ۴۰٪ و ۷۰٪ درصد تا یک‌سالگی جان خود را از دست می‌دهند (۸). طی گزارشی نیز که در سال ۲۰۲۲ م منتشر شده است میانگین بقا در این قبیل بیماران زنده متولدشده حدود ۷ تا ۱۰ روز بوده و ۹۰٪ آن‌ها کمتر از یک‌سال زندگی کرده‌اند. بر این اساس، بقای این بیماران تا بزرگسالی را بسیار نادر دانسته‌اند (۹).



شکل ۱: تعداد کروموزوم‌ها در سندروم پاتو

چماقی بودن پاشنه پا، نقایص مربوط به پوست سر مانند: نبود پوست در قسمتی از جمجمه، فقدان چشم و ناهنجاری‌های در چشم، نقایص کلیوی و بیماری‌های قلبی شامل: نقص دیواره بین بطنی، نقص تیغه بین دهلیزی، نقص دیواره بین دهلیزی و بطن راست دو خروجی، عقب‌ماندگی شدید ذهنی و تشنج (۹).

همچنین، در برخی از تحقیقات وجود ۱۷ نوع سرطان بدخیم شامل هشت نوع تومور جنینی، سه نوع سرطان خون، دو نوع تومور سلول‌زایی بدخیم، یک نوع تومور بدخیم مغزی مشاهده شده و تومورهای خوش‌خیم عمدتاً، در نوزادان مبتلا به پاتو گزارش شده است (۷). شکل ۲ تنها مواردی از علائم و شکل ظاهری نوزاد مبتلا به سندروم پاتو است.

این مقاله نیز بحث امکان‌سنجی پس از ولوج روح را تا همین زمان دنبال خواهد کرد.

۱. مفهوم‌شناسی

با عنایت به اینکه موضوع این پژوهش در حوزه «فقه مضاف» و یک موضوع «میان‌رشته‌ای» محسوب شده و اشراف خواننده به ابعاد گوناگون آن نیازمند اطلاع از مفاهیم تخصصی مرتبط با آن است؛ لذا در این بخش از پژوهش به تبیین آن مفاهیم پرداخته خواهد شد.

۱-۱. سندروم پاتو (تریزومی ۱۳): سندروم پاتو یک اختلال ژنتیکی است که توسط دکتر کلاوس پاتو در سال ۱۹۶۰ میلادی گزارش شد. این سندروم به دلیل وجود یک نسخه اضافی از کروموزوم در جفت سیزدهم از ۲۶ جفت

این سندروم باعث بروز ناهنجاری‌های جسمی و روانی جدی و شدیدی در نوزاد می‌شود. از جمله این ناهنجاری‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: اختلالات عصبی، نقص ساختاری صورت مانند: پیشانی شیب‌دار، کوچک بودن غیر طبیعی سر، حالتی از قرارگیری گوش که پایین‌تر از حالت طبیعی است، دگرشکلی‌های گوش و کاهش شنوایی، کوچک بودن غیرطبیعی تمام ابعاد یک چشم یا هر دوی آن‌ها، فقدان کامل چشم یا تکامل ناقص آن، سوراخ یا شکاف در عنبیه چشم، کاهش فاصله دو چشم، دگرشکلی بینی، شکاف لب / لب‌شکری، کوچک بودن فک پایین، ناهنجاری‌های اسکلتی اندام‌ها، وجود انگشتانی بیش از تعداد طبیعی در دستان یا پاها یا هر دو، کاهش انعطاف و کشش عضلات اسکلتی، گهواره‌ای یا



شکل ۲: موارد ظاهری کودک مبتلا به سندروم پاتو

بارداری استفاده می‌شود؛ اما حساسیت این روش نسبت به سندروم داوون بیشتر از سندروم پاتو است. از این رو نباید به‌عنوان تشخیص نهایی برای موارد مثبت استفاده شود (۱۱). این دو روش از روش‌های غیرتهاجمی، معروف‌ترین روش‌ها برای تشخیص تریزومی ۱۳ یا سندروم پاتو هستند که همان‌گونه که بیان شد مهم‌ترین حُسن آن‌ها کمترین یا حتی عدم آسیب‌رسانی به جنین است؛ اما اشکال مهم آن‌ها عدم حساسیت بالا و تشخیص غیر دقیق آن‌هاست. به همین دلیل از این روش‌ها تنها می‌توان برای تشخیص اولیه این بیماری‌ها استفاده کرد.

دوم) روش تهاجمی: روش‌های تهاجمی تشخیص بیماری پیش از تولد، از جمله روش‌هایی است که از درصد دقت بالایی برخوردار هستند؛ اما ممکن است برای جنین ایجاد خطر کند. از این رو، این‌گونه آزمایش‌ها تنها برای افراد مشکوک و دارای آزمایش‌های غیرتهاجمی مثبت توصیه می‌شود.

مهم‌ترین و متداول‌ترین روش تهاجمی برای تشخیص سندروم پاتو، روش «آمینوسنتز» است. در این روش، که در اتاق عمل جراحی‌های کوچک سرپایی و در فضایی کاملاً استریل با کنترل سونوگرافی انجام می‌شود، یک سرنگ از فضای پایینی شکم مادر به داخل حفره رحم برده شده و به‌وسیله آن مقدار

امروزه با پیشرفت‌های به عمل آمده در دانش «ژنتیک مولکولی» تا حدود زیادی امکان تشخیص پیش از تولد تمامی بیماری‌های ژنتیکی که ژن بیماری‌زا در آن‌ها شناسایی شده، فراهم آمده است. سندروم پاتو نیز به‌عنوان یک بیماری ژنتیکی در جنین با دو روش موسوم به تهاجمی و غیرتهاجمی شناخته می‌شود که هریک از آن‌ها دارای مزایا و معایب خاص خود است. در ادامه به تعریف اجمالی هر روش و درصد دقت آن در تشخیص بیماری پرداخته خواهد شد.

یکم) روش غیرتهاجمی: به‌طور کلی به کمک روش‌های غیرتهاجمی همچون اولتراسونوگرافی (سونوگرافی سه یا چهاربعدی)، بررسی سلول‌ها جنینی، بررسی خون مادر، DNA و ... بسیاری از موارد مشکوک تشخیص داده می‌شوند. مهم‌ترین ویژگی روش غیرتهاجمی آن است که احتمال وارد آمدن آسیب / ضرر به جنین در این روش بسیار پایین است؛ اما برای تشخیص سندروم پاتو اطمینان‌بخشی بالایی ندارد.

در روش غیرتهاجمی دیگری با استفاده از نمونه‌گیری خون مادر، DNA جنین بررسی می‌شود. به این ترتیب که با استفاده از سلول‌های جنینی که از طریق پرزهای جفت، وارد گردش خون مادر شده‌اند برای تشخیص ناهنجاری‌ها، از جمله تریزومی استفاده می‌شود (۱۰). این روش عمدتاً در سه‌ماهه نخست

کاری طول می‌کشد تا وضعیت کروموزومی جنین مشخص گردد. ولی نیازمند تأیید نهایی از طریق کاریوتایپ است. در صورت بارداری پیشرفته (هفته ۱۸) نبودن فرصت انتظار برای دریافت تأیید نهایی آمینوسنتز (هفته ۳)، انجام آزمایش MLPA (Multiplex Ligation-Dependent Probe Amplification) یا تکثیر پروب وابسته به الحاق چندتایی برای تأیید و انجام سقط پیش از ولوج روح نیاز است (۱۱). در نتیجه پروسه عادی معمولاً، ۲ تا ۳ هفته از زمان تحویل نمونه مایع آمنیوتیک برای آزمایش به طول می‌انجامد.

کمی از مایع آمنیوتیک موجود در اطراف جنین کشیده می‌شود و جهت بررسی اختلالات کروموزومی به آزمایشگاه ژنتیک ارسال می‌گردد. در آزمایشگاه سلول‌های جنینی موجود در مایع آمنیوتیک که از همان ترکیب ژنتیکی جنین برخوردارند به روش‌های مختلف از جمله فول کاریوتایپ معمولی، فول کاریوتایپ با رزولوشن بالا، Array CGH و ...، بررسی شده و اختلالات ژنتیکی جنین تشخیص داده می‌شود. بهترین زمان انجام این آزمایش بین هفته‌های ۲۰-۱۵ بارداری است. با انجام آزمایش سریع حدود یک تا دو روز



شکل ۳: روش آمینوسنتز

است. همچنین ممکن است در نوزادان مختلف زمان این آزمایش بین هفته ۲۰-۱۵ مشخص شود. از این رو ممکن است اساساً اگر والدین به موقع نیز برای تشخیص و انجام آزمایش‌ها اقدام کنند، پس از ولوج روح به نتیجه‌ای با درصد اطمینان بالایی دست پیدا کنند.

۱-۲. **ولوج روح:** در کتاب‌های لغت به‌طور گسترده درباره معنای کلمه «روح» و مشتقات دیگر مربوط به آن سخن به میان آمده است؛ اما معنایی که در فقه از آن اراده شده و ترکیب (ولوج روح) بر پایه آن شکل گرفته است، واقع‌ای است که سبب زندگی و حیات در موجودات می‌شود که معنایی همسو با معانی وارد شده در کتب لغت دارد. در کتب لغت در تعریف «روح» آمده است: «و اما الرّوح فیهی ما به الحیاه» (۱۵)؛ «إنّ المراد بالرّوح، الذی یقوم به الجسد و تکون به الحیاه» (۱۶).

مهم‌ترین عیب این روش آن است که در آن حدود ۵ درصد خطر سقط جنین به دلیل عفونت‌های ناشی از انجام آزمایش، برخورد سرنگ با جنین و ... وجود دارد.

بررسی روش‌های تشخیصی این بیماری از حوصله و تخصص این پژوهش خارج است؛ اما آنچه در این نوشتار حائز اهمیت است، سبب شده که به بررسی موارد تشخیص و ویژگی‌های آن در این مقاله پرداخته شود آن است که، همان‌گونه که بیان شد روش‌های غیرتهاجمی که در ماه‌های ابتدایی می‌توانند معلولیت جنین ناشی از سندروم پاتو را تشخیص دهند به اندازه کافی دقیق نبوده و طبق پژوهش‌های صورت‌گرفته تنها می‌توان از آن‌ها برای تشخیص ابتدایی استفاده کرد و مطمئن‌ترین و کم‌خطرترین روش شناسایی شده تاکنون روش تهاجمی آمینوسنتز است که برای انجام این روش از هفته ۱۵ به بعد می‌توان اقدام کرد و همچنین دارای روند طولانی‌تری

۲-۱-۲. «ادله»ی حکم اولی سقط جنین: ادله‌ای که برای حکم اولیه سقط جنین بیان شده است عبارتند از: یکم) ادله عام: این دسته از دلایل مورد استناد درباره حرمت سقط جنین، دلایلی بیشتر قرآنی است که به صورت مستقیم به سقط جنین اشاره ندارد؛ اما می‌توان از آن‌ها حرمت سقط جنین را استنباط کرد، به عنوان مثال در قرآن کریم آیاتی وجود دارد که بر حرمت «قتل نفس» به طور عام دلالت می‌کنند. از آن جمله، «منطوق» آیه ۳۲ سوره مائده و «مفهوم» آیه ۶۸ فرقان است. قائلین به عدم جواز سقط جنین معتقدند اگرچه جنین، «نفس کامل» محسوب نمی‌شود؛ اما چون درجه‌ای از نفس را داراست (۲۵)؛ لذا می‌تواند مشمول این آیات باشد.

علاوه بر این، آیات دیگری نیز وجود دارند که به کشتن اولاد از بیم فقر اشاره دارند (أنعام/۱۵۱). از آنجا که واژه «اولاد» مذکور در این آیات، در معنای عام آن اختصاص به فرزندان متولدشده نداشته و جنین‌های موجود در رحم مادران را نیز دربر می‌گیرد؛ لذا این قبیل آیات نیز مستند عدم جواز سقط جنین قرار گرفته‌اند (۴-۳).

دوم) ادله خاص: قائلین به حرمت سقط جنین برای اثبات مدعای خویش، علاوه بر عمومات پیش‌گفته، مستندات ارائه نموده‌اند که به طور خاص درباره سقط جنین وارد شده‌اند که در ذیل به ذکر و توضیح آن‌ها می‌پردازیم: مهم‌ترین دلایلی که در آن‌ها به طور خاص به حرمت سقط جنین اشاره شده است، «روایات» هستند. از جمله این روایات موارد زیر است:

یکم) اسحاق بن عمار گوید: به امام موسی کاظم (ع) عرض کردم: زنی شوهردار بیم آن دارد که باردار باشد و دارویی می‌نوشد و آنچه در رحمش هست می‌اندازد. امام (ع) فرمود: نه این کار را نکنند، عرض کردم: این هنوز نطفه است؟ فرمود: آری سرآغاز و ابتدائی که خلق می‌شود نطفه است (۲۶).

در این روایت امام به نحو عام زن را از این کار بازداشته و بدین ترتیب، این نگرش را که حکم سقط جنین در ابتدای تشکیل نطفه با ماه‌های پایانی بارداری متفاوت است از بین می‌برند.

قرآن کریم، در پنج آیه به صراحت و به‌طور کلی و در مورد مطلق انسان بدون اشاره خاص به جنین از نفخ روح سخن به میان آورده است، و به‌طور خاص در مورد جنین در آیه ۱۴ سوره مؤمنون که مراحل مختلف آفرینش جنین از نطفه، علقه، مضغه، عظام و لحم ذکر و در پایان افزوده شده است که پس از آن در او آفرینشی متفاوت پدید می‌آوردیم «ثم أنشأناه خلقاً آخر»، بنابر روایت امام باقر (ع) در مورد ولوج روح است (۱۷). برخی از فقها به استناد روایات، زمان ولوج روح در جنین انسان را پس از پایان چهارماهگی می‌دانند (۲۰-۱۸) در این میان، برخی از فقها در قولی نادر ولوج روح را در شش‌ماهگی ذکر کرده‌اند (۲۲-۲۱).

۲. حکم سقط جنین

موضوعات فقهی در حالت‌های «عادی» و «اضطراری» دارای احکام گوناگونی است که از آن‌ها به احکام «اولی» و «ثانوی» تعبیر می‌شود. در این پژوهش نیز هریک از این احکام و ادله آن‌ها درباره موضوع «سقط جنین» به صورت جداگانه واکاوی می‌شود.

۲-۱-۲. حکم «اولی» در سقط جنین و «ادله»ی آن: بررسی ادله حکم اولی سقط جنین در راستای پاسخ به این پرسش است که در این ادله ولوج روح دارای اهمیت مضاعفی است یا خیر. از این روی بررسی اجمالی آن‌ها لازم به نظر می‌رسد.

۲-۱-۱. حکم «اولی» در سقط جنین: حکم اولی در مسائل مختلف، حکم «اصلی» آن مسئله است که فارغ از عروض عناوین ثانوی و در صورت وجود شرایط برای آن مسئله بیان شده است. از نظر مشهور فقها سقط جنین به حکم اولی مطلقاً «حرام» است. اعم از اینکه پیش از ولوج روح باشد یا پس از آن (۲۴-۲۳). همچنین، اعم از اینکه با رضایت زوجین باشد یا بدون آن، بالمباشره باشد یا با واسطه. پس، با وجود آنکه رشد و تکامل طفل در اولین ساعات تشکیل جنین تا زمان تولد به صورت تدریجی بوده و قرآن کریم نام‌های متفاوتی برای این مراحل مشخص کرده است، فقها حکم دوران جنینی (به معنای طفلی که هنوز متولد نشده و در خارج از رحم مادر زندگی نیافته) را به‌طور کلی دارای یک حکم اولیه دانسته و مراحل رشد جنین را در حکم آن دخیل نمی‌دانند.

دوم) عمار ساباطی می‌گوید به امام صادق (ع) عرض کردم: مردی را سه شاهد شهادت دادند که او با فلان زن زنا کرده، و چهارمی گفت: نمی‌دانم با چه کسی زنا می‌کرد یعنی زن را نشناختم. فرمود: او نه تازیانه می‌خورد و نه رجم می‌شود (چنانچه محصن بود). و پرسیدند: زن شوهرداری در اثر زنا باردار شد. فرمود او را بازدارند تا فارغ شود و بزاید و فرزندش را شیر دهد، سپس او را رجم کنند (۲۷).

هرچند در بحث حدود ذکر شده است که تأخیر در اجرای حد جایز نیست (۲۶)، براساس این روایت، حفظ جنین، حتی اگر در اثر از زنا باشد به اندازه‌ای مهم دانسته شده است که سبب وجوب تأخیر در اجرای حد می‌گردد.

۲-۲. حکم «ثانوی» سقط جنین در جنین مبتلا به

سندروم پاتو: در مباحث گذشته حکم اولیة سقط جنین بیان شد؛ اما باید دید در جنین مبتلا به سندروم پاتو نیز به حکم عام تمسک شده یا دارای حکمی از احکام ثانویه و متفاوت با حکم اولی است. در این راستا مبانی وجود حکم ثانوی در جواز سقط جنین مبتلا به سندروم پاتو بررسی می‌شود.

۲-۲-۱. حکم «ثانوی» سقط جنین: با وجود حرمت سقط جنین به‌عنوان حکمی اولی، گاه به دلیل وجود شرایطی سقط جنین در قالب حکم ثانوی جایز دانسته شده است (۴۱)؛ اما سقط جنین در همین شرایط نیز تنها «پیش» از ولوج روح جایز شمرده شده و تنها استثنایی که برای آن پذیرفته شده است، تعارض حفظ جنین با حیات مادر است که در این صورت، «پس» از ولوج روح در جنین نیز در برخی مقالات سقط آن را جایز دانسته‌اند (۶). بر این اساس، پس از ولوج روح در جنین، دیگر سقط آن به‌هیچ‌عنوان ثانوی دیگری جایز دانسته نشده است، حتی اگر شدیدترین بیماری‌ها در آن تشخیص داده شود.

یکم) قاعده «لاضرر»: قاعده «لاضرر» یکی از مشهورترین قواعد فقهی است که در همه ابواب فقه از عبادات تا معاملات به آن استدلال می‌شود (۲۸) و تمام اقسام زیان اعم از «مادی» و «معنوی» را نیز دربر می‌گیرد.

در موضوع مورد بحث مقاله حاضر نیز بدیهی است تولد فرزندی که دارای معلولیت‌هایی با شدت سندروم پاتو است، ضررهای هنگفت «مادی» (جهت نگهداری، درمان، جراحی‌های متعدد و متنوع و ...) و «معنوی» (فشارهای سنگین و طاققت‌فرسای روحی و روانی ناشی از تولد و نگهداری و مشاهده رنج‌های غیر قابل توصیف نوزاد مبتلا به این بیماری) برای والدین و سایر فرزندان خانواده را به همراه می‌آورد. گفتنی است، هزینه‌های «مادی» ناشی از تولد نوزاد مبتلا به این بیماری، محدود به «خانواده»ی آن کودک نشده و با عنایت به حمایت‌های مادی «دولت» در قالب «بیمه»های درمانی، بخش زیادی از هزینه‌های مادی ناشی از تولد نوزاد مبتلا به این بیماری به بیت‌المال مسلمین نیز تحمیل می‌شود و لذا ضرر ناشی از تولد چنین نوزادی، علاوه بر خانواده آن نوزاد، به عموم افراد جامعه نیز سرایت می‌کند.

همچنین، در موضوع مورد بحث نیز بدیهی است تولد فرزندی که دارای معلولیت‌هایی با شدت سندروم پاتو است می‌تواند برای مادر و سایر اطرافیان ایجاد ضرر کند. ازجمله این ضررها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

بارداری دارای پروسه‌ای سخت بوده که در این دوران بدن مادر نیز به شدت دچار تغییر و سختی خواهد شد ازجمله این تغییرات فیزیولوژیک که شامل تغییرات رفتاری (مغزی)، قلبی عروقی (قلب و رگ‌های خونی)، هماتولوژیک (خونی)، متابولیک، کلیوی (کلیه)، تنفس (تنفس) و وضعیت بدن است. افزایش قند خون، تنفس و برون‌ده قلبی، همه تغییرات پیش‌بینی شده‌ای هستند که به بدن زن باردار اجازه می‌دهند شرایط مناسب رشد و تکامل جنین را فراهم کند؛ اما همان‌گونه که در توضیحات پزشکی بیان شد ۹۰ درصد این کودکان حتی تا یک‌سالگی نیز زنده نمی‌مانند؛ در این صورت آیا جایز است مادر ضرر ناشی از حمل و تولد چنین فرزندی را متحمل شود؟

ضررهای وارده تنها محدود به دوران بارداری نیست و به دنیا آمدن نوزاد دارای سندروم پاتو نیز دارای مشکلات مختلفی

از جمله آسیب روحی والدین و فرزندان به خصوص مادر است که پس از تحمل دوران بارداری با نقص شدید فرزند خود مواجه می‌شود و باید درد و رنج فرزند ناشی از سندروم پاتو در چند صباحی که زنده است را نیز تحمل کند؛ چرا که بسیاری از این کودکان به دلیل نقص همان‌طور که توضیح داده شد، حتی قادر به شیر خوردن یا برطرف کردن نیازهای اولیه خود نیز نیستند و برای چنین نیازهایی باید پس از تولد چندین عمل بر روی آن‌ها صورت گیرد و از سویی این عمل‌ها و نگهداری خاص دارای هزینه‌های بسیاری است که همه قادر به پرداخت و تأمین آن‌ها نیستند. این شرایط بیان شده مقدار کمی از ضرری است که به والدین پس از تولد این فرزند منتقل می‌شود.

فرزندان دیگری که در این خانواده هستند نیز از باب ضررهای معنوی و روحی که به خانواده وارد می‌شود مستثنی نبوده و حتی می‌توان گفت آسیب‌پذیرتر نیز هستند و آسیب‌های واردشده، می‌تواند تأثیر سوء در بزرگسالی و روان آن‌ها وارد کند.

بنابر موارد بیان شده و اثبات این موضوع که حکم ضرری در اسلام جعل نشده است. عدم امکان سقط در جنین مبتلا به سندروم پاتو باعث ایجاد ضرر می‌شود. در نتیجه چنین حکم ضرری در اسلام وجود ندارد. بر این اساس اگرچه در حالت عادی و حکم اولیه سقط جنین از دیدگاه فقهی عملی حرام و از دیدگاه اخلاقی ناپسند است؛ اما در صورتی که باعث ایجاد صدمات و ضرر شود سقط جایز خواهد بود و در این مورد تفاوتی بین قبل از ولوج روح و پس از آن نیست؛ چراکه ماهیت جنین در احکام فقهی چه پیش از ولوج و پس از آن تغییر نمی‌کند و ضرر پس از ولوج روح نیز موجود است.

ممکن است در پذیرش این قاعده در موضوع حاضر این‌گونه اشکال شود که، قاعده لاضرر در جایی که دفع ضرر از خود موجب ورود ضرر به دیگری می‌شود جایز نیست. در جواب می‌توان بیان نمود که براساس قاعده لاضرر وارد کردن ضرر به دیگری برای دفع ضرر از خود جایز نیست و دفع ضرر از دیگری به موجب ضرر به خود نیز واجب نیست؛ زیرا جواز در

اولی و وجوب در حکم دوم حکم ضرری است. همچنین قول مشهور فقها مبنی بر عدم جواز اسناد دیواری که خوف فرو ریختن آن می‌رود به شاخه نخل همسایه راه، فرع بر مورد اول؛ و جواز ضرر زدن به دیگری به هنگام اکراه یا تقیه راه، فرع بر مورد دوم می‌توان به‌شمار آورد، به این معنا که اگر ظالمی امر کند به کسی ضرر وارد کن، یا تهدید کند که اگر ضرر وارد نکنی فلان کار را می‌کنم، بر شخص جایز است برای دفع ضرری که ظالم وعده آن را داده، به آن کس ضرر وارد کند، و واجب نیست به خاطر دفع ضرر از دیگری، متحمل ضرر شود (۴۰). بر این اساس، اگر ضرر متوجه شخص شود، به این معنی که مقتضی ضرر موجود باشد، دفع مقتضی ضرر، به‌واسطه ضرر زدن به دیگری جایز نیست و در صورت دوم، اگر این ضرر را تحمل کند و به دیگری ضرر وارد نکند، ضرر را از او به سمت خودش متوجه کرده، لکن شارع چنین کاری را بر او واجب نکرده است؛ و این امتنان بر امت قبیحی ندارد (۲۸).

صورت‌های مسئله در سقط جنین تریزومی در این مورد را می‌توان این‌گونه فرض کرد:

- در سقط جنین دارای تریزومی ۱۳ از یک‌سو می‌توان آن را از مورد اول دانست به این صورت که دفع ضرر از مادر به موجب ضرر به جنین تریزومی جایز نیست.

- دفع ضرر از جنین به موجب ضرر به مادر واجب نیست. بر این اساس می‌توان گفت در سقط جنین به موجب تریزومی می‌توان به قاعده لاضرر تمسک کرد.

سؤالی که پس از بیان مطالب فوق به ذهن می‌آید این است که آیا سقط در مورد نوزاد تریزومی با وجود معلولیت شدید و احتمال کم زنده ماندن نوزاد راه، می‌توان ضرر به جنین دانست؟ باید گفت که موارد بیان شده ضرری است که از لحاظ جسمی شامل مادر می‌شود؛ اما ضرر در این مسئله نه تنها ضرر جسمی بلکه ضرر معنوی نیز برای مادر و همچنین سایر اعضای خانواده به‌وجود خواهد آورد. مهم‌ترین دلیل اثبات ضرر معنوی به‌وسیله قاعده لاضرر را می‌توان همان روایت سمره بن جندب دانست؛ چرا که در این روایت ضرر مادی به فرد وارد نشده بلکه ضرر معنوی ورود بیش از حد و بدون

چنین حکمی اصلاً وجود ندارد. همین‌طور در حرج وارد شده تفاوتی بین قبل از زمان ولوج روح و پس از آن نیز نیست. مؤید این مطلب، هزینه‌های مادی براساس گزارش مسئولین بهزیستی است: طبق گزارشات وارد شده، اختلال طیف اوتیسم از جمله اختلالات پرهزینه است که نیاز به خدمات تخصصی مستمر اعم از روان‌شناسی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و غیره داشته و به همین دلیل مخارج این خانواده‌ها بسیار بالاتر و نیازهایشان بسیار وسیع‌تر از خانواده‌های دارای کودکان با سایر معلولیت‌ها است. براساس گزارش‌های بهزیستی تشخیص این اختلال در سنین اولیه زندگی اهمیت دارد و مداخلات تأثیر بیشتری خواهند داشت، این کودکان دارای اختلال، دارای نوعی ناهماهنگی حسی هستند که خود را در عملکردهای مختلفی مانند وضعیت رفتن و بوییدن، چشیدن و به دهان بردن و خوابیدن نشان می‌دهد؛ لذا به محرکات حسی معمول پاسخ‌های غیرطبیعی مانند پاسخ‌های اجتنابی و واکنش‌های بیش از حد و یا کمتر از حد نشان می‌دهند و اختلال و مشکلاتی در زمینه عواطف، مهارت‌های حرکتی به‌خصوص حرکات ظریف دست‌ها، فعالیت‌های روزمره زندگی و بازی، یادگیری زبان و گفتار طبیعی و مشکلاتی در زمینه تقلید از دیگران در این کودکان دیده می‌شود؛ لذا می‌توان گفت که این کودکان دارای طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی و پزشکی هستند. براساس بررسی‌های انجام شده احتمال وجود عاملی ژنتیکی (چه به‌صورت ژنی یا کروموزومی) که باعث ایجاد اختلال در سیستم عصبی - رشدی می‌شود را در بروز این اختلال مؤثر دانسته‌اند؛ هرچند عوامل دیگری نظیر عوامل بیوشیمیایی، عوامل جنینی، ناهنجاری‌های مغزی نیز مطرح هستند و نقش و شدت اثر آن‌ها در بروز اختلال در دست بررسی و تحقیق است (۴۲). گزارش بیان شده مربوط به مبتلایان موارد تریزومی ۲۱ است؛ که خفیف‌ترین نوع تریزومی است؛ اما در تریزومی ۱۳ به دلیل شکاف کام و مشکلات گوارش نوزاد حتی قادر به شیر خوردن و ارتزاق بدون انجام عمل‌های گوناگون نیست. به این معنا که برای

اجازه موجب ضرر روحی شده است که به مقتضای این ضرر روانی، پیامبر (ص) دستور قطع درخت را دادند. از این رو می‌توان گفت قاعده لاضرر نیز در جواز سقط جنین مبتلا به سندروم پاتو وجود دارد و بر مادر واجب نیست ضرر ناشی از این حمل را با ضرر به خود قبل یا بعد از ولوج روح تحمل کند و عدم جواز سقط جنین مبتلا به سندروم پاتو یقیناً حکمی «ضرری» محسوب شده و پذیرش آن به‌عنوان حکمی از احکام دین مبین و مترقی اسلام با قواعد عقلی همچون قاعده «لاضرر» در تعارض آشکار است. دوم قاعده «عسر و حرج»: «عسر» به معنای دشواری و نقیض «یسر» است (۲۹-۳۱). «حرج» نیز به معنای ضیق و تنگنا ذکر شده است (۳۱). در اصطلاح فقهی گفته شده حرج، مطلق سختی و مشقت نیست بلکه مشقتی است که برحسب عادت قابل تحمل نیست (۳۲-۳۳). بدیهی است طبق تعریفی که در فقه امامیه در مورد عسر و حرج بیان شده است هر سختی و مشکلی موجب ایجاد حق سقط برای مادر نمی‌شود بلکه باید حرج و سختی به حدی باشد که قابل تحمل نباشد. در بحث سقط نوزاد دارای سندروم پاتو یا تریزومی ۱۳ حرج در چند جهت جریان دارد از جمله حرج مادر در تولد و نگهداری از این طفل و علاوه بر آن هزینه‌های مادی نگهداری کودک که از سوی دیگر خانواده را در مضیقه قرار می‌دهد. براساس این قاعده انجام حکم موردی که حرج وجود دارد اصلاً جعل نشده است بلکه وجود این حکم مادر و اطرافیان را در عسر و حرج (مشقت نوعاً غیر قابل تحمل) قرار می‌دهد. بدیهی است حرج معنوی به سادگی از طریق این قاعده قابل اثبات است؛ چراکه سختی و تنگنا اساساً مفهومی غیرمادی و معنوی است. از این رو هر حکمی که برای فرد موجب عسر و حرج شود برداشته می‌شود. در بحث لاضرر اشکالی مطرح و پاسخ داده شد که شخص برای رفع ضرر از خود حق ضرر رساندن به دیگری را ندارد، در قاعده عسر و حرج اشکال بیان شده هم قابل طرح نیست؛ چراکه قاعده لا حرج مشخصاً حکم حرجی وارد شده را برمی‌دارد و گویی

افزایش میزان دیه جنین «پس» از ولوج روح در آن نیز نمی‌تواند دلیلی بر تفاوت ماهوی جنین، «پس» از ولوج روح نسبت به «پیش» از این رویداد باشد؛ زیرا میزان دیه جنین، «پیش» از ولوج روح نیز در مراحل گوناگون حیاتش متفاوت است. در نتیجه، اگر امکان استناد به این دو قاعده نسبت به بازه زمانی «پیش» از ولوج روح در جنین پذیرفته شود، لاجرم می‌بایست نسبت به بازه زمانی «پس» از ولوج روح در آن نیز پذیرفته شود. تنها اشکالی که برای جریان این دو قاعده برای اثبات جواز سقط جنین «پس» از ولوج روح در آن ممکن است مطرح شود این است که این دو قاعده از قواعد «امتنانی» بوده و صرفاً در مواردی جاری می‌شوند که مستلزم ضرر / حرج دیگری از قبیل «قتل نفس» نشوند؛ اما با عنایت به تفاوت‌های متعدد و متنوعی که میان احکام سلب حیات از جنین، «پس» از ولوج روح در آن و سلب حیات از انسان تولد یافته برشمردیم این اشکال قابل دفع است. به سخن دیگر، هر چند آن‌گونه که توضیح داده شد عنوان «انسان» از همان زمان انعقاد نطفه بر جنین نیز قابل اطلاق است. لکن، این مقدار هرگز کافی نیست برای آنکه سلب حیات از جنین را مانند سلب حیات از انسان تولد یافته، مشمول عنوان «قتل نفس» دانسته و با این دستاویز، بدون اینکه نص صریحی درباره موضوع مورد بحث داشته باشیم، برخی احکام مربوط به سلب حیات از انسان تولد یافته مانند عدم امکان تمسک به قواعد لاضرر و لاجرح برای تجویز آن، را شامل این موضوع نیز بدانیم.

۳. ماهیت جنین پس و پیش از ولوج روح در احکام

فقهی

یکی از مطالب مهمی که نشانگر موضوعیت ولوج روح در حکم سقط درمانی است، «یکسان‌انگاری حکم سلب حیات از جنین جنینی با سلب حیات از انسان تولد یافته» است. قائلین به این دیدگاه معتقدند مبتنی بر آیه چهاردهم از سوره مبارکه «مؤمنون»، جنین «پس» از ولوج روح در آن، خلقت دیگری می‌یابد که سبب می‌شود نسبت به دوران «پیش» از ولوج روح در آن، معنون به عنوان متفاوتی به نام «انسان» گردد. از همین روست که در روایات نیز برای سقط جنین «پس» از ولوج روح

آنکه حتی نوزاد به مدت یک‌سال هم زنده بماند نیازمند عمل و مداوا در زمینه‌های گوارش، قلبی و ... است که بسیار پرهزینه و برای نوزاد نیز سخت خواهد بود. همچنین به دلیل زمان کم حیات گزارشات زیادی از هزینه‌های دقیق آن‌ها یافت نشد.

از این رو، قاعده «لاخرج» نیز که وجود / جعل هر حکم حرجی در اسلام را نفی می‌کند، اقتضا دارد که بپذیریم سقط جنین مبتلا به سندروم پاتو در هر مرحله از حیات جنینی (هر چند «پس» از ولوج روح) جایز است.

سوم) عام الشمول بودن قواعد «لاضرر» و «لاخرج»: همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، از جمله دلایلی که برای اثبات جواز سقط جنین «پیش» از ولوج روح بدان استناد شده است، قواعد «لاضرر» و «لاخرج» است. به عقیده نگارندگان، محدود کردن شمول این قواعد برای اثبات جواز سقط جنین به «پیش» از ولوج روح، ادعایی بی‌محمیل است؛ زیرا از یک‌سو چنانچه ضرری / حرجی بودن حکمی اثبات شد، مبتنی بر این قواعد باید قائل به عدمش شد و در این راستا محدودیتی برای اجرای قواعد یاد شده وجود ندارد.

از سوی دیگر، با عنایت به ادله مشروح در بند «الف»، چون موضوع «جنین» با موضوع «انسان متولد شده» متفاوت است؛ لذا نمی‌توان «ولوج روح» را مانعی برای جریان این دو قاعده درباره جواز سقط جنین «پس» از ولوج روح دانست. به‌ویژه که از هیچ‌یک از ادله مخالفین سقط جنین «پس» از ولوج روح، استنباط نمی‌شود که «پس» از ولوج روح در جنین، حتی در صورت عروض عناوین ثانوی (همچون ابتلای جنین به اختلال ژنتیکی مورد بحث)، سقط آن «مطلقاً» ممنوع / حرام است. بلکه، آنچه از آن ادله برداشت می‌شود، صرفاً حرمت سقط جنین پس از ولوج روح «در شرایط طبیعی/عادی» است. به سخن دیگر، به عقیده نگارندگان، که مستند به مویداتی از کتاب و سنت است، هر چند ولوج روح در جنین سبب تکامل آن می‌شود، لکن، این بدان معنا نیست که به آن، «عنوانی» تازه (غیر از عنوان «جنین») می‌بخشد تا تفاوت احکامش نسبت به زمان «پیش» از ولوج روح در آن قابل توجیه باشد.

را داده است. آنچه در اینجا حائز اهمیت است آن است که قانون‌گذار تنها پیش از ولوج روح اجازه سقط را بیان کرده است؛ اما باید دید آیا برای اثبات یک حکم ثانوی با شک می‌توان تصمیم گرفت یا ظن قوی برای اثبات آن لازم است؛ چراکه همان‌گونه که در روش تشخیص این بیماری بیان شد روش‌های غیرتهاجمی نمی‌تواند به اندازه‌ای اطمینان‌بخش باشد تا بتوان براساس آن‌ها تصمیم به سقط گرفت و تنها می‌تواند برای پزشک اثبات شک به معلولیت طفل شود و روش‌های تهاجمی که مهم‌ترین آن‌ها برای تشخیص روش آمینوسنتز است که بهترین زمان برای استفاده از این روش هفته ۲۰-۱۵ بارداری است که پاسخ‌دهی آن ۳-۲ هفته به طول می‌انجامد. از این رو اگر این آزمایش‌ها روند طبیعی خود را طی کند پس از زمانی که برای ولوج روح تعیین شده یعنی ۴ ماهگی ظن قوی به وجود این بیماری انجام می‌شود. در غیر این صورت با توجه به گزارشات علمی باید این آزمایش به نحوی دیگر و با سرعت (۱۰) انجام شود که ممکن است پاسخ آن به این اندازه دقیق نباشد. یا در صورت دیگر اگر در موردی انجام آزمایش به مشکل برخوردده و نیاز به بررسی‌های بیشتر باشد مطمئناً پاسخ آزمایشی که ایجاد ظن قوی برای پزشک در این مورد می‌کند بعد از زمان ولوج روح است. یا به هر دلیل دیگری اعم از عدم تشخیص یا زمانی که والدین برای تصمیم‌گیری احتیاج دارند ممکن است تا زمان ولوج روح به طول بینجامد. با وجود چنین شرایطی باید دید آیا ولوج روح در سقط جنین موضوعیت دارد یا خیر.

جنین در طول زمان نه ماه که در شکم مادر است، جنین خوانده شده و در اصطلاح فقهی و نیز پزشکی با کودک متولدشده دارای یک ماهیت نیست. مؤید این مطلب احکامی نظیر ارث‌بری جنین و مجازات کسی است که عمداً موجب سقط جنین می‌شود که با کودک متفاوت بوده و در مطالب قبل ذکر گردید. چنانچه طفل با جنین پس از ولوج روح دارای ماهیت فقهی و حقوقی یکسانی بود باید در احکام نیز یکسان می‌بودند؛ اما به تفصیل بیان شد که این چنین نیست. این مطلب،

در آن، از تعبیر «قتل نفس» استفاده شده است. همچنین، براساس روایات، سقط جنین «پس» از ولوج روح در آن، مستوجب «دیة کامل» بوده و این امر، مؤید دیگری بر همانندی حکم سلب حیات از جنین «پس» از ولوج روح و انسان تولد یافته است. در حالی که، این انگاره به دلایل ذیل قابل خدشه است:

یکم) تفاوت «مجازات» سقط جنین با «مجازات» قتل انسان زنده: مجازات سقط عمدی جنین صرفاً «پرداخت دیه و تعزیر» است، حتی اگر به وسیله شخصی غیر از والدین آن جنین انجام شود. در حالی که مجازات کشتن عمدی طفلی که به دنیا آمده است «قصاص» است، حتی اگر قاتل، «مادر» آن طفل باشد (۲۰، ۳۴-۳۳).

دوم) تفاوت در احکام «ارث» جنین و انسانی که زنده متولد شده است: در فقه امامیه شرط ارث‌بری حمل، آن است که طفل زنده به دنیا بیاید و نشانه‌های حیات مانند حرکت پس از تولد را داشته باشد، هرچند بعد از آن از دنیا برود (۲۰، ۳۷-۳۵).

آنگاه، اگر در «زنده متولد شدن» جنین تردید حاصل شود، بنابر «عدم» گذاشته و حکم به «عدم وراثت» می‌شود. علت این حکم آن است که جنین و طفل، دو «موضوع» متفاوت محسوب شده‌اند؛ زیرا اگر غیر از این بود در این وضعیت با جاری کردن «استصحاب» می‌بایست بنابر بقای حیات جنین گذاشته شده و حکم به وراثت او می‌شد. همچنین که اگر در بقای حیات یک انسان میت، در مقطع زمانی معینی شک کنیم با جاری کردن استصحاب، حکم به بقای حیات او نموده و آثار حیاتیاتش را می‌پذیریم. به سخن دیگر، عدم اجرای تفاوت میان دو «موضوع»، تفاوت در «حکم» آن دو را اقتضا نموده است.

حکم اولیه سقط جنین در مورد جنینی با شرایط عادی است؛ اما جنین مبتلا به سندروم پاتو دارای شرایط خاص جسمی است که می‌تواند باعث ضرر و حرج به مادر از نظر جسمی، روحی، و خانواده به خصوص فرزندان شود. از این رو قانون‌گذار نیز در ذیل ۵۱ مورد بیماری اعلام شده از سوی که رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور، اجازه سقط جنین در این مورد

خود، مؤید این است که جنین در طول نه ماه چه پس از ولوج روح و چه قبل از آن با انسان متولدشده متفاوت است.

از سوی دیگر در اکثر روایات، حرمت سقط جنین این حکم اولی بدون توجه به موضوعیت داشتن ولوج روح بیان شده و در حکم اولیه بیان شده هیچ تفاوتی بین پیش از ولوج روح و پس از آن بیان نشده است. بلکه امام (ع) از زمان تشکیل نطفه سقط جنین را حرام شمرده است. بنابر توضیحات بیان شده و پاسخ به اشکال در مورد قاعده لاضرر در این مورد، این قواعد توانایی برداشتن حکم ضرری و حرجی را حتی پس از ولوج روح داشته و این قواعد محدودیتی در این مورد نخواهد داشت. به‌خصوص در مورد این بیماری که مشخص شد دوره تشخیص آن با روش‌هایی که ایجاد ظن قوی کند ممکن است تا ولوج روح به طول بینجامد. از سوی دیگر بیان شد سقط جنین دارای معنای اصطلاحی مشخصی در فقه امامیه نیست. از این رو باید به معنای بیان شده آن در پزشکی رجوع کرد. بر این اساس تنها زمانی که جنین قادر به زندگی در بیرون از رحم نباشد به آن سقط جنین می‌گویند و پس از ولوج روح در ۴ ماهگی تنها به مدت دو ماه جنین از چنین حالتی برخوردار است. از این رو والدین نیز تا این زمان می‌توانند در مورد سقط تصمیم بگیرند و جواز سقط منوط به زمان پیش از ولوج روح نیست.

نتایج

۱. اگرچه تغییراتی در جنین به هنگام ولوج روح صورت می‌پذیرد؛ اما چه پیش از ولوج روح و چه پس از آن، ماهیت «جنین» به «طفل» تغییر پیدا نمی‌کند. با عنایت به مشکلات جسمی و ذهنی فراوان، متنوع، صعب‌العلاج و حتی لاعلاجی که جنین‌های مبتلا به تریزومی سیزده (سندروم پاتو) داشته و بقای حیات آنان پس از تولد مستلزم هزینه‌های بسیار سرسام‌آور و کاملاً نامعقول برای خانواده آنان است؛ لذا موضوع «ضرر»های مادی و معنوی جدی برای والدین طفلی که با این کیفیت متولد می‌شود و نیز برای سایر اعضای خانواده (احیاناً برادر و خواهر وی) کاملاً محرز است. همچنان‌که به همین دلایل، موضوع «حرج»

سنگین و طاقت‌فرسای والدین چنین طفلی و سایر اعضای خانواده‌اش که ناشی از مشکلات یاد شده است، غیر قابل انکار می‌نماید. بر این اساس، شمول قواعد فقهی مشهور «لاضرر» و «لاحرج» بر موضوع پژوهش حاضر، مسلم بوده و امتنانی بودن این دو قاعده نیز مانع تمسک به آن دو برای اثبات جواز سقط جنین جنین‌هایی «پس» از ولوج روح در آن نیست؛ زیرا همان‌گونه که بیان گردید، سقط جنین (حتی «پس» از ولوج روح در آن) مصداق موضوع «قتل نفس» (به معنای «عنوانی» که مراد شارع مقدس از سلب حیات از انسان تولد یافته است) محسوب نمی‌شود. به‌ویژه که به عقیده نگارندگان، ولوج روح در جنین، سبب تغییر «ماهوی» در احکام فقهی در جنین و تبدیل آن به موضوعی جدید نمی‌شود. در نتیجه، وقتی سقط جنین مبتلا به سندروم پاتو «پیش» از ولوج روح در آن به استناد این قواعد پذیرفته می‌شود، پذیرش امکان استناد به این قواعد برای اثبات جواز سقط جنین جنینی «پس» از ولوج روح در آن نیز وجاهت می‌یابد.

۲. با توجه به مطالب بیان‌شده سقط در جنین مبتلا به تریزومی ۱۳ جایز است.

۳. هرچند از منظر فقهای عظام، سقط جنین «پس» از ولوج روح در آن حرام دانسته شده است. لکن، با بررسی مستندات آنان درمی‌یابیم که این نتیجه، حاصل فرضیه «یکسان‌انگاری» موضوع «جنین» با موضوع «انسان تولد یافته» است! آنگاه با اثبات بطلان این انگاره از طریق اثبات تمایزات متعدد میان احکام این دو موضوع به شرح مذکور در متن پژوهش، یکسان‌انگاری «حکم» سلب حیات از آن دو نیز محکوم به بطلان است.

۴. با عنایت به مطالب مذکور در بندهای پیشین، سقط جنین مبتلا به اختلال ژنتیکی موسوم به سندروم «پاتو» (تریزومی سیزده) در هر مرحله از حیات جنینی (ولو «پس» از ولوج روح در آن) از منظر فقهی بلامانع به نظر می‌رسد.

References

***Holy Quran

1. Mohammadi, Q. "Jurisprudential Approach to the Criteria of Prescription and Selection in Reducing Embryo". *Scientific-Research Journal of Medical Figh*. 2017(1395). 6(21-20):101-120. [In Persian]
2. The Office of the Supreme Leader. Available from: <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=27849>
3. Sotoudeh H & Moghimi Haji A. "A review of the law of medical abortion in the light of the rule of denial of embarrassment". *Women's Strategic Studies Journal*. 2019(1397). 97. [In Persian]
4. Imāmī Qishlāq M, Ra'īsī R & Hūssaynīyih A. Tahlīl Kārburdī Qā'idih Fiqhī Idtīrār Dar Mas'alih Jawāz Siqt Janīn. Np. 2019(1397). 224-228. [In Persian]
5. Esmaili H. (2015), "Investigating abortion in case of endangering the life of the mother and the fetus". *Medical Fig*. 2015(1393). 7(23-22): 75. [In Persian]
6. Masjedsaraie H, Nazari A & Abdollahpour A. "Analysis of jurisprudential principles of medical abortion after the onset of the soul". *Journal of Studies in Islamic Law & Jurisprudence*. 2022(1400). 14(26): 285-322. [In Persian]
7. Satgé D, Nishi M, Sirvent N, Vekemans M, Chenard M, Barnes A. A tumor profile in Patau syndrome (trisomy 13). 1st ed. 2017. 173: No.2089. [In English]
8. Nanjiani MD, Ashgar Hossain MD, Nahla Mahgoub MD. "Patau Syndrome". *The Journal of Neurosychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007. 201. [In English]
9. Grant M Williams & Robert Brady. Patau Syndrome. Treasure Island: StatPearls Publishing. 2023. 20-25. [In English]
10. Farhoud D & Purkelhar H. "Prenatal diagnosis methods". *Journal of Laboratory and Diagnosis*. 2018(1396). 11 (44): 30. [In Persian]
11. Taylor-Phillips S, Freeman K, Geppert J, Agbebiyi A, Uthman OA, Madan. J, et al. "Accuracy of non-invasive prenatal testing using cell-free DNA for detection of Down, Edwards and Patau syndromes: a systematic review and meta-analysis". *BMJ Open*. 2016. 6(1). [In English]
12. Dihkhudā, 'AA. Lughatnāmih Dihkhudā. 1st ed. Tehran: University of Tehran. 2013(1391). 4: 1420. [In Persian]
13. Ibn Manzūr, M. Lisān al- 'Arab. Beirut: Dār Šādir. 1993(1414). 13: 175-7:317. [In Arabic].
14. Ja'farī Langirūdī, MJ. Tirmīnuluzhī Hūqūq. Tehran: Ganj Dānish. 2004(1382). 201. [In persian]
15. Askarī, H. al-Furūq al-Lughawīyyat. Egypt: Dār al- 'Ilm wa Thiqāfat. 1991(1412). 521. [In Arabic]
16. Ibn Athīr, M. (1978). al-Nihāyat fī Gharīb al-Ḥadīth wa al-Āthār. Qum: Ismā'īlīyān. 1978(1399). 2:271. [In Arabic]
17. Majlisī, M. Bahār al-Anwār. Beirut: Dār al-Ta'āruf lil-Maṭbū'āt. 2000(1421). 10:425. [In Arabic].
18. Muḥaqqiq Karakī, 'A. Jāmi' al-Maqāsid Fī Sharḥ al- Qawā'id. Qum: Āl al-Bayt. 1993(1414). 1: 406. [In Arabic]
19. Najafī, MB. Jawāhir al-Kalām. Beirut: Dār al-Ihyā' al-Turāth al- 'Arabī. 1983(1363). 5: 345. [In Arabic]
20. Shahīd Thānī, Z. Masālik al-Afhām 'Ilā Tanqīḥ Sharḥī' al-Islām. Qum: al-Ma'arif al-Islāmīyyat. 1992(1412). 1: 83. [In Arabic]
21. Mufīd, M. al-Muqni'. Qum: Dāwarī. Nd. 539. [In Arabic]
22. Ibn Barrāj, AH. al-Muhadhdhab. Qum: al-Nashr al-Islāmī. 1985(1406). 2: 341. [In Arabic]
23. Majlisī, AD. al-Muttaqīn fī Sharḥ Man Lā Yaḥḍuruh al-Faqīh. Qum: Kūshānbūr. 1985(1406). 1: 257. [In Arabic]
24. Sabziwārī, SA. Muhadhdhab al-Aḥkām Fī Bayān Ḥalāl Wa al-Ḥarām. Qum: Dār al-Tafsīr. Nd. 25:254. [In Arabic]
25. Ruhi A. (2009). "Fetal health right from the perspective of ethics". *Medical Fig*. 2009(1387). 87. [In persian]
26. Ḥurr 'Āmilī, M. Wasā'il al-Shī'at. Qum: Āl al-Bayt. 1987 (1409). 29: 336. [In Arabic]
27. Ibn Bābawayh, 'A. Man Lā Yaḥḍuruh al-Faqīh. Qum: Jimā'at Mudarrisīn Ḥuzat 'Ilmīyyat Qum. 1992(1413). 4:39. [In Arabic]
28. Makārim Shīrāzī, N. al-Qawā'id al-Fiqhīyyat. Qum: 'Alī Ibn Abī Ṭālib. 2010 (1431). 1:29. [In Arabic]
29. Qurayshī, 'AA. (1993). Qāmūs Qur'ān. Tehran: Dār al-Kitāb al-Islāmīyyat. 349. [In Arabic]
30. Rāghib Iṣfahānī, H. al-Mufradāt. Np. Nizār Muṣṭafā il-Bāz. Nd. 566. [In Arabic]

31. Ṭurayḥī, F. *Majma' al-Baḥrayn*. Tehran: Maktabat al-Murtaḍawīyyat. 1995(1416). 1:484. [In Arabic]
32. Siyfi, AD. *Mabānī al-Fiqh al-Fa'āl fī al-Qawā'id al-Fiqhīyyat al-Asāsīyyat*. Qum: Nahr Islāmī. 2004(1424). 4:98. [In Arabic]
33. Mughnīyih, M. *'Ilm al-Uṣūl*. Beirut: Dār al-'Ilm lil-Malā'in. 1975(1353). 6:316 [In Arabic]
34. Ṭabāṭabā'i Ḥā'irī, S'A. *Rīyāḍ al-Masā'il*. Qum: Āl al-Bayt. 1993(1415). 16: 250. [In Arabic]
35. Ḥillī, J. *Sharā'i' al-Islām fī Masā'il al-Ḥalāl wa al-Ḥarām*. Qum: Ismā'īlīyān. 1987(1408). [In Arabic]
36. Murwārīd, 'A. 1989(1410). *Yanābī' al-Fiqhīyyat*, Beirut: Dār al-Iḥyā al-Turāth. 22:209. [In Arabic]
37. Khomeini, SR. *Tahrīr al-Wasīlat*. Tehran: Nashr Wa Tanzīm Āthār Imām Khomeini. 2000(1420). 2:354. [In Arabic]
38. Hajian Foroshani Z & Hamidi MR. "Feasibility of the Prescription (Authorization) of Abortion for Fetal Anomalies by the Rule of Impediment from the Perspective of Imāmīyyah Jurisprudence". *Teachings of Civil Jurisprudence*. 2023(1401). 14(26): 135. [In Persian]
39. Nikzad A & Jursaraei, SG. "A Study of Abortion from a Jurisprudential Perspective". *Islam and Health*. 2014(1392). 1(1): 29-37. [In Persian]
40. Anṣārī, M. *Rasā'il al-Fiqhīyyat*. Np: Npn. Nd. 1:22. [In Arabic]
41. https://rc.majlis.ir/fa/law/print_version/97756
42. ISNA News. 2019. No.97011905143