چالش‌های فقهی و حقوقی در سقط «جنین ناشی از روابط نامشروع» «با نگاهی به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت 1400»

دکتر سید سجاد کاظمی[1*]، مهدی رضایی[2]

چکیده:

سقط «جنین ناشی از روابط نامشروع» یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های فقهی و حقوقی در حوزه پزشکی، حقوق و اخلاق بوده که تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب 1400، ابهامات و محدودیت‌های جدیدی را درباره آن به همراه آورده است. این موضوع، به‌ویژه در حوزه مسئولیت پزشکان و حمایت از قربانیان، کمتر مورد بررسی عمیق قرار گرفته است. هدف از این پژوهش، بررسی چالش‌های فقهی و حقوقی حاکم بر سقط‌جنین حاصل از روابط نامشروع، شناسایی خلأهای قانونی موجود و ارائه راهکارهای حقوقی در راستای بازنگری در قوانین است. این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی با هدف کاربردی بوده که به روش کتابخانه‌ای انجام گردیده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که قانون‌گذار تفاوتی بین جنین مشروع و نامشروع قائل نشده و مسئولیت پزشک در صورت جایز بودن سقط، در هر دو حالت مبتنی بر تقصیر است؛ اما اگر سقط در غیر از موارد محدود قانونی انجام گیرد در هر صورت پزشک مرتکب جرم شده و مسئولیت دارد. این در حالی است که برخی فقهای معاصر با استناد به قواعد «لاحرج» و «لاضرر»، جواز سقط در این موارد مخصوصاً در موضوع تجاوز جنسی و زنای با محارم را محتمل دانسته‌اند. بازنگری در قوانین موجود، تصریح جواز حکم سقط‌جنین ناشی از تجاوز و زنای با محارم، ارائه راهکارهایی مانند ساده‌سازی تشریفات قانونی سقط، ایجاد کمیسیون‌های تخصصی و حمایت قضایی از قربانیان، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای رفع ابهامات حقوقی، کاهش چالش‌های فقهی و حمایت از قربانیان است.

***واژه‌های کلیدی:* سقط‌جنین، روابط نامشروع، سقط درمانی، پزشک**

زمینه و هدف

سقط‌جنین ناشی از روابط نامشروع در حوزه پزشکی یکی از بحث‌برانگیزترین موضوعات از منظر فقهی، حقوقی و اخلاقی است که جوامع مختلف، بر اساس مبانی دینی و معیارهای اجتماعی خود، رویکردهای متفاوتی نسبت به آن

[1] دانشیار گروه حقوق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

[2] دانشجوی دکتری رشته حقوق کیفری و جرم شناسی، جامعه المصطفی العالمیه، قم، ایران

نویسندهٔ پاسخگو: دکتر سید سجاد کاظمی

تلفن: 0813-2247078

E-mail: sskazemi92@malayeru.ac.ir

تاریخ وصول: 1405/02/10

تاریخ پذیرش: 1405/05/19

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

کاظمی س. س، رضایی م. چالش‌های فقهی و حقوقی در سقط «جنین ناشی از روابط نامشروع» «با نگاهی به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت 1400» نشـریه جراحـی ایران. دوره 34، شماره 3، پاییز 1405، 98-111. doi: 10.22034/ijs.2026.743630

اتخاذ کرده‌اند. در نظام حقوقی ایران که بر پایه فقه اسلامی استوار است، سقط‌جنین اصولاً عملی حرام و مجرمانه تلقی می‌شود، اما قانون‌گذار با توجه به ضرورت‌های پزشکی، اجتماعی و فقهی – مانند قواعد «لاحرج» و «لاضرر» – در شرایط خاصی جواز آن را پذیرفته است.[1] با تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال 1400، ابهامات و چالش‌های جدیدی در زمینه سقط‌جنین ناشی از روابط نامشروع، به‌ویژه تجاوز جنسی و زنای با محارم، مطرح شده که نیازمند بررسی دقیق‌تر از منظر فقهی و حقوقی است.[2] یکی از حساس‌ترین ابعاد این موضوع، چالش‌های فقهی و حقوقی مسئولیت پزشکان در مواجهه با چنین مواردی است، جایی که پزشکان با معضلات اخلاقی، حقوقی و حرفه‌ای روبه‌رو می‌شوند. از یک‌سو، اصول اخلاق پزشکی و سوگندنامه حرفه‌ای آنان را از کمک به سقط‌جنین منع می‌کند، از سوی دیگر، شرایط خاص قربانیان تجاوز جنسی، زنای با محارم یا حاملگی‌های ناخواسته – که اغلب با فشارهای روحی، اجتماعی و ژنتیکی همراه است – وضعیت دشواری ایجاد می‌کند که ممکن است نیاز به دخالت پزشکی بر اساس قواعد فقهی داشته باشد.[3] بررسی سیاست کیفری قانون اخیر نشان می‌دهد که قانون‌گذار رویکردی تشدیدکننده در مجازات سقط‌جنین جنایی اتخاذ کرده، اما در موارد روابط نامشروع، ابهامات فقهی و حقوقی جدی وجود دارد که می‌تواند به سقط‌های غیرقانونی و ناایمن منجر شود.[4] علی‌رغم تحقیقات متعدد در حوزه سقط‌جنین و مسئولیت پزشکی، خلأ پژوهشی قابل‌توجهی در زمینه چالش‌های فقهی و حقوقی سقط‌جنین حاصل از روابط نامشروع مشاهده می‌شود. مطالعات پیشین عمدتاً به بررسی کلی احکام فقهی و حقوقی سقط پرداخته‌اند، اما تحلیل جامع از ابعاد فقهی (مانند نظرات فقهای معاصر در جواز سقط بر اساس حرج) و حقوقی (مانند مسئولیت مبتنی بر تقصیر پزشکان) در این موارد خاص کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، چالش‌های عملی پزشکان در مواجهه با این موقعیت‌ها، خلأهای قانونی موجود و ضرورت ارائه راهکارهای حقوقی برای حمایت از قربانیان، نیازمند بررسی دقیق‌تری است.[5] بررسی شرایط سقط‌جنین از منظر فقه، حقوق کیفری و پزشکی در پرتو سلامت مادر و قواعد فقهی نشان می‌دهد که ابهامات قانونی جدی در حوزه روابط نامشروع وجود دارد که می‌تواند به نقض حقوق قربانیان و افزایش ریسک‌های اجتماعی بیانجامد.[6] یکی از مهم‌ترین تحولات قانونی در این زمینه، تغییر رویکرد قانون‌گذار در قانون مجازات اسلامی مصوب 1392 است که مسئولیت مبتنی بر تقصیر را برای پزشکان پذیرفته، اما تأثیرات آن بر موارد روابط نامشروع – مانند عدم تمایز بین جنین مشروع و نامشروع – نیازمند تحلیل دقیق‌تر است.[7] مقایسه تطبیقی تحولات نظام حقوقی ایران با سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که رویکردهای متفاوتی در مواجهه با چالش‌های فقهی و حقوقی روابط نامشروع وجود دارد که می‌تواند الهام‌بخش برای بازنگری قوانین داخلی باشد.[8]

هدف اصلی این پژوهش، بررسی جامع چالش‌های فقهی - حقوقی سقط‌جنین ناشی از روابط نامشروع در نظام حقوقی ایران، با تأکید بر ضرورت بازنگری در قوانین و ارائه راهکارهای حقوقی است. این مطالعه در پی پاسخگویی به این سؤال اساسی است که چارچوب فقهی و حقوقی حاکم بر مسئولیت پزشکان در این موارد چیست، آیا قانون‌گذار تفاوتی بین جنین مشروع و نامشروع قائل شده و چگونه می‌توان خلأهای موجود را با راهکارهایی مانند تصریح احکام فقهی در قوانین، ساده‌سازی تشریفات و حمایت قضایی از قربانیان رفع کرد؟ همچنین، این پژوهش به دنبال شناسایی خلأهای قانونی موجود – مانند عدم صراحت در موارد تجاوز و محارم – و ارائه راهکارهای عملی برای بهبود وضعیت حقوقی پزشکان، قربانیان و جامعه است. برای دستیابی به این هدف، پژوهش حاضر به بررسی دیدگاه‌های فقهای معاصر، قوانین موضوعه ایران، تحلیل مبانی مسئولیت پزشکی و پیشنهاد اصلاح در قوانین موجود خواهد پرداخت.

1. پیشینه پژوهش

مطالعات انجام‌شده در زمینه سقط‌جنین و مسئولیت پزشک را می‌توان در چند دسته موضوعی طبقه‌بندی کرد:

1-1. مطالعات فقهی - حقوقی سقط درمانی

طاهربخت و محقق داماد (1402) در پژوهشی با عنوان «چالش‌های فقهی - حقوقی سقط درمانی در پرتو قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» به بررسی تعارضات میان قانون سقط درمانی مصوب 1384 و قانون جدید پرداخته‌اند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که قانون جوانی جمعیت با حذف مفهوم «حرج»، محدودیت‌های جدی بر سقط درمانی تحمیل کرده است. نایب‌زاده و اشرف (1402) نیز در مقاله‌ای تحت عنوان «بررسی فقهی - حقوقی سقط‌جنین در نظام حقوقی ایران و خلأهای قانونی آن» به شناسایی ابهامات قانونی موجود پرداخته و پیشنهاداتی برای رفع این خلأها ارائه کرده‌اند. شریعتی‌نسب (1401) در پژوهش «سقط‌جنین به دلیل حرج مادر در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» به تحلیل مبانی فقهی قاعده لاحرج و کاربرد آن در سقط درمانی پرداخته است.

2-1. مطالعات سیاست کیفری و جرم‌انگاری

برغی و راستی (1402) در مقاله «واکاوی سیاست کیفری قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت راجع به سقط‌جنین جنایی» رویکرد تشدیدکننده قانون‌گذار در تعیین مجازات سقط‌جنین را مورد نقد قرار داده‌اند. بیگی (1401) نیز در پژوهش «امکان‌سنجی جرم‌انگاری سقط‌جنین آزمایشگاهی در حقوق کیفری ایران» به بررسی ابعاد نوین جرم‌انگاری در فناوری‌های کمک‌باروری پرداخته است. آقایی‌نیا (1397) و گلدوزیان (1396) در کتب حقوق کیفری اختصاصی خود، مباحث جامعی درباره جرایم علیه تمامیت جسمانی از جمله سقط‌جنین ارائه کرده‌اند.

3-1 مطالعات پزشکی و بهداشتی

اکرمی و همکاران (1400) در مقاله «بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی در طرح جوانی جمعیت» تأثیر محدودیت‌های جدید بر فرآیند غربالگری را تحلیل کرده‌اند. مقدسیان و همکاران (1402) در پژوهش «شرایط سقط‌جنین از منظر پزشکی، فقه و حقوق کیفری در پرتو سلامت مادر» با رویکردی میان‌رشته‌ای به بررسی تعامل این سه حوزه پرداخته‌اند. روحانی (1395) نیز در کتاب «احکام پزشکی» دیدگاه‌های فقهی مربوط به مسائل پزشکی از جمله سقط‌جنین را تبیین کرده است.

میلانلویی و عرب‌اسدی (1404) در پژوهش «تحولات نظام حقوقی ایالات متحده امریکا و ایران در زمینه سقط‌جنین» به مقایسه رویکردهای دو نظام حقوقی پرداخته‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو کشور در سال‌های اخیر به سمت محدودسازی بیشتر سقط‌جنین حرکت کرده‌اند، هرچند مبانی و زمینه‌های این تحول متفاوت است.

همچنین در حوزه مسئولیت مدنی و کیفری پزشکان پس از تصویب قانون 1400، پژوهش‌های نوینی انجام شده است؛ برای نمونه، شیرمحمدی و همکاران (1400) در پژوهشی به بررسی جرم‌انگاری سقط جنین با تأکید بر قانون جوانی جمعیت پرداخته‌اند. همچنین فیروزپور بندپی (1402) در مطالعه‌ای تخصصی نشان داده است که چگونه می‌توان با استناد به قواعد فقهی لاضرر و لاحرج، چالش‌های سقط جنین ناشی از تجاوز را از منظر حقوقی مرتفع ساخت. از منظر مسئولیت پزشک در این موارد خاص نیز کاظمی و روستایی (1398) مبانی فقهی و حقوقی اباحه مداخله پزشک در سقط جنین حاصل از رابطه نامشروع را تشریح نموده‌اند.

4-1. مطالعات مسئولیت مدنی پزشکان

اصلانی (1394) در مقاله «مفهوم و جایگاه تقصیر در مسئولیت مدنی قهری و قراردادی» مبانی نظری مسئولیت مبتنی بر تقصیر را تحلیل کرده است. صفایی (1396) در دو اثر «مبانی مسئولیت مدنی پزشک» و «ضمان طبیب» به بررسی جامع مسئولیت پزشکان پرداخته است. عباسی (1396) نیز در کتاب «مسئولیت پزشکی» ابعاد مختلف این موضوع را از منظر حقوق ایران بررسی کرده است. کارتوزیان (1397) در کتاب «مسئولیت مدنی» مباحث بنیادین این حوزه را تبیین نموده و الهی‌منش (1396) در «حقوق کیفری و تخلفات پزشکی» به بررسی تخصصی مسئولیت کیفری پزشکان پرداخته است.

با وجود مطالعات متعدد در حوزه سقط‌جنین، خلأ پژوهشی قابل‌توجهی در زمینه مسئولیت پزشکان در سقط‌جنین حاصل از روابط نامشروع مشاهده می‌شود. مطالعات پیشین عمدتاً به بررسی کلی احکام فقهی و حقوقی پرداخته‌اند، اما تحلیل تخصصی از چالش‌های عملی پزشکان در مواجهه با این موارد خاص کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر درصدد پر کردن این خلأ است.

2. روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث ماهیت و روش، توصیفی - تحلیلی است. در این نوع پژوهش، علاوه بر توصیف عینی، واقعی و منظم خصوصیات موضوع مورد بررسی و بیان اطلاعات موجود در خصوص آن، تحلیل عمیق اطلاعات به منظور کشف حقیقت و ارائه راهکارهای پیشنهادی صورت می‌گیرد. شیوه گردآوری اطلاعات در این پژوهش، کتابخانه‌ای است که از طریق مراجعه به اسناد و مدارک مکتوب شامل کتب حقوقی و فقهی، مقالات علمی-پژوهشی، پایان‌نامه‌ها، فصلنامه‌های تخصصی، قوانین و مقررات موضوعه و آرای فقهای معاصر انجام پذیرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها، فیش‌برداری بوده که طی آن، مطالب مرتبط از منابع مختلف استخراج، ثبت و طبقه‌بندی گردیده است. در فرآیند تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، ابتدا مطالب گردآوری‌شده موردبررسی و طبقه‌بندی موضوعی قرار گرفته، سپس با تحلیل محتوایی و مقایسه دیدگاه‌های مختلف فقهی و حقوقی، یافته‌های پژوهش استخراج شده است. از آنجا که موضوع پژوهش در تقاطع حوزه‌های مختلف فقه، حقوق کیفری و اخلاق اجتماعی قرار دارد، تلاش شده است با رویکردی میان‌رشته‌ای و با بهره‌گیری از منابع متنوع فقهی اعم از فتاوای مراجع معاصر، متون قانونی شامل قانون مجازات اسلامی، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و نیز ادبیات علمی موجود در مقالات و کتب تخصصی، تحلیلی جامع از ابعاد مختلف موضوع ارائه گردد.

بحث

3. چالش‌های «سقط درمانی» در نظام حقوقی ایران

سقط درمانی در ایران از نظر قانون‌گذاری دوره‌های متفاوتی را پست سر نهاده است. به صورت اختصاصی، در مقررات بعد از انقلاب دو قانون مهم در حوزه سقط درمانی قابل ذکر است. قانون سقط درمانی مصوب 1384 و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب 1400. در این قسمت در بادی امر مهم‌ترین قوانین پیرامون سقط درمانی و تفاوت‌های آن‌ها به بحث گذارده شده و در ادامه به موضوع سقط‌جنین حاصل از روابط نامشروع پرداخته خواهد شد.

3-1. سقط درمانی؛ از قانون سقط درمانی تا قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

تحولات قانون‌گذاری در حوزه سقط درمانی در ایران مسیر پرفراز و نشیبی را طی کرده است؛ تا پیش از تصویب ماده‌واحده سقط درمانی در سال 1384، نظام حقوقی ایران با رویکردی محافظه‌کارانه، سقط‌جنین را در هر شرایطی به‌استثنای موارد بسیار محدود، ممنوع اعلام می‌کرد. قانون مجازات عمومی مصوب 1304 در مواد 181 تا 183، سقط‌جنین را جرم‌انگاری کرده و برای آن مجازات‌های حبس پیش‌بینی نموده بود.[4] ماده‌واحده قانون سقط درمانی مصوب 1384 نقطه عطفی در این مسیر محسوب می‌شود. این ماده‌واحده مقرر داشت: «سقط درمانی 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 مسئولیت متوجه پزشک مباشر نخواهد بود».

این قانون دو نوآوری مهم را معرفی می‌کرد: نخست، پذیرش مفهوم «حرج» به‌عنوان مبنای مشروعیت سقط‌جنین. دوم، واگذاری تشخیص حرج به خود مادر.[2] با وجود این پیشرفت، ماده‌واحده سقط درمانی محدودیت‌های قابل‌توجهی داشت. اولاً، این قانون تنها به دو دسته موارد محدود بود: ناقص‌الخلقه بودن جنین و تهدید جان مادر. ثانیاً، شرط «قبل از ولوج روح» که معادل چهار ماهگی تلقی می‌شد، امکان تشخیص برخی ناهنجاری‌های جدی که معمولاً پس از این مهلت کشف می‌شوند را سلب می‌کرد.[6] ثالثاً، الزام به تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی، فرآیند طولانی و پیچیده‌ای را ایجاد کرده بود که در عمل با مشکلات جدی روبرو بود.

تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال 1400، تحولی دیگر در این حوزه ایجاد کرد. این قانون با هدف افزایش جمعیت و ترویج فرزندآوری، محدودیت‌های جدیدی را بر سقط درمانی تحمیل نمود. ماده 56 این قانون در این رابطه تصریح می‌داشت؛ « سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی می باشد و مطابق مواد (716) تا (720) 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 مکلفند درخواست های 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 ــ 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 نشانه ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد، ب ــ در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است، ج ــ چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود: ــ رضایت مادر ــ وجود حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر ــ وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است ــ فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر ــ فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح ــ کمتر از چهار ماه بودن سن جنین».

این تغییر رویکرد و تأکید بر «خطر جانی» تحول مهمی محسوب می‌شود.[5] قانون جوانی جمعیت همچنین تکالیف جدیدی را بر پزشکان تحمیل کرد؛ بر اساس این قانون، پزشکان موظف شدند قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی مربوط به سلامت جنین، والدین را از عواقب احتمالی آگاه سازند و در صورت مشاهده ناهنجاری، گزینه‌های درمانی را نیز ارائه دهند. این الزامات جدید در عمل موجب افزایش بار اداری و حقوقی بر پزشکان شده و در برخی موارد، آن‌ها را از انجام تشخیص‌های لازم منصرف می‌سازد.[3] تعارض بین ماده‌واحده سقط درمانی و قانون جوانی جمعیت، ابهامات حقوقی قابل‌توجهی را ایجاد کرده است. در حالی که ماده‌واحده به «حرج مادر» اشاره دارد، قانون جدید «خطر جانی» را عمدتا معتبر می‌شمارد. این تضاد در عمل موجب شده که پزشکان و قضات در تفسیر موارد مجاز سقط درمانی با چالش روبرو شوند.[1] حقوقدانان معتقدند که قانون جوانی جمعیت به‌عنوان قانون جدیدتر، ناسخ ماده واحده است و باید تفسیر محدودتری از موارد مجاز سقط درمانی به عمل آید.[5] در مقابل، گروهی دیگر استدلال می‌کنند که ماده‌واحده به‌عنوان قانون خاص در حوزه سقط درمانی، همچنان حاکم است و قانون جوانی جمعیت صرفاً سیاست‌های کلی در حوزه جمعیت را تعیین می‌کند.[8] اگرچه دیدگاه اخیر صحیح نبوده و قانون جوانی جمعیت طی ماده 73 به نحو صریح ماده واحده سال 1384 را نسخ کرده است، اما این ابهام حقوقی در عمل موجب می‌شود که بسیاری از پزشکان از ترس مواجهه با پیگرد قانونی، از انجام سقط درمانی حتی در موارد قانونی خودداری کنند.

تحولات قانون‌گذاری در حوزه سقط‌جنین در ایران، به‌ویژه در موارد ناشی از روابط نامشروع، مسیر پیچیده‌ای را طی کرده است. تا پیش از تصویب ماده‌واحده سقط درمانی در سال 1384، نظام حقوقی ایران سقط‌جنین را عمدتاً ممنوع می‌دانست، مگر در موارد محدود.[4] ماده‌واحده سقط درمانی مصوب 1384 دو نوآوری کلیدی را معرفی کرد: پذیرش مفهوم «حرج» به‌عنوان مبنای جواز سقط و واگذاری تشخیص حرج به مادر. با این حال، این قانون محدودیت‌هایی مانند تمرکز بر ناقص‌الخلقه بودن جنین یا تهدید جان مادر و مهلت چهارماهه (قبل از ولوج روح) داشت که در موارد روابط نامشروع – مانند فشارهای روحی ناشی از تجاوز – ناکافی است.

تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال 1400، محدودیت‌های بیشتری ایجاد کرد و مفهوم «حرج» را محدود نمود و عموماً «خطر جانی» یا نقص شدید جنین را مجاز دانست. این رویکرد تشدیدکننده، تکالیف جدیدی بر پزشکان تحمیل کرد، مانند آگاه‌سازی والدین از عواقب و گزینه‌های درمانی که در عمل بار حقوقی را افزایش می‌دهد. تعارض بین ماده‌واحده و قانون جدید ابهاماتی ایجاد کرده است: اگرچه مبنای فعلی نظام حقوقی ایران، صرفاً محدودیت‌های مقرر در قانون 1400 است، اما ابهامات موجود در موارد روابط نامشروع شدیدتر است، زیرا پزشکان از ترس پیگرد قانونی از دخالت خودداری می‌کنند که می‌تواند به سقط‌های ناایمن منجر شود. از زاویه فقهی، این تحولات با قواعد «لاحرج» و «لاضرر» ناسازگار است و نیاز به بازنگری دارد تا حمایت از قربانیان تقویت شود.

از آنجا که مبنای نظام حقوقی ایران فقه اسلامی است، درک دو قاعده بنیادین فقهی برای درک جواز سقط در موارد خاص ضروری است: اول، قاعده لاضرر (لا ضَرَرَ وَ لا ضِرارَ فی الاسلام) بیان می‌دارد که در اسلام هیچ حکمی نباید موجب ضرر به خود یا دیگران شود. در تفسیر پزشکی - حقوقی، اگر ادامه بارداری (مثلاً در موارد بارداری ناشی از تجاوز یا محارم) موجب آسیب‌های جبران‌ناپذیر جسمی یا روانی (نظیر افسردگی اساسی یا خطر خودکشی) به مادر شود، ادامه آن مصداق «ضرر» بوده و شرعاً و قانوناً نباید تحمیل گردد.[23]

دوم، قاعده لاحرج (نفی حرج): حرج به معنای «سختی و تنگنا به حدی که معمولاً قابل تحمل نیست» می‌باشد. این قاعده بیان می‌کند که دین مقدس اسلام، افراد را در شرایط اضطرار و فشارهای طاقت‌فرسا رها نمی‌کند. فشارهای روانی، انگ اجتماعی شدید و ترومای ناشی از بارداری ناخواسته (در تجاوز یا محارم)، مصداق بارز «عسر و حرج» است که مجوزی فقهی برای سقط جنین پیش از ولوج روح محسوب می‌شود.[24]

3-2. سقط «جنین حاصل از روابط نامشروع» در نظام حقوقی ایران

یکی از چالش‌برانگیزترین مسائل فقهی و حقوقی در حوزه سقط‌جنین، وضعیت جنین‌های ناشی از روابط نامشروع است. این موضوع شامل بارداری‌های ناشی از زنای به عنف (تجاوز جنسی)، زنای با محارم و حتی زنای به تراضی می‌شود که هنوز در نظام حقوقی ایران به‌طور شفاف تعریف نشده است. قانون مجازات اسلامی مصوب 1392 در مواد 622 تا 624، اگرچه احکام عام سقط‌جنین را بیان می‌کند، اما تفکیکی بین جنین مشروع و نامشروع قائل نشده و مسئولیت پزشکان را مبتنی بر تقصیر می‌داند.[4] این عدم تمایز چالش حقوقی ایجاد می‌کند؛ زیرا پزشکان در موارد روابط نامشروع با معضلات اخلاقی روبرو هستند: از یک‌سو، اصول پزشکی آن‌ها را از سقط منع می‌کند و از سوی دیگر، فشارهای روحی مادر (مانند حرج شدید) ممکن است جواز فقهی ایجاد کند.

از منظر فقهی، برخی مراجع تقلید در سال‌های اخیر نظرات نوینی ابراز کرده‌اند که نشان‌دهنده تکامل فقه در پاسخ به مسائل اجتماعی است. آیت‌الله سیستانی معتقد است: «انداختن حمل پس از انعقاد نطفه جایز نیست، مگر این‌که باقی ماندن حمل برای مادر ضرر جانی داشته باشد، یا مستلزم مشقت شدیدی باشد که معمولاً تحمل نمی‌شود. هرچند این مشقت بعد از زایمان و به جهت نگهداری و سرپرستی او باشد که در این صورت قبل از دمیدن روح و جان گرفتن جنین اسقاط آن جایز است». این نظر «مشقت شدید» را فراتر از خطر جانی تعریف می‌کند و شامل فشارهای روحی، اجتماعی و حتی نگهداری کودک نامشروع می‌شود. آیت‌الله خامنه‌ای نیز در استفتایی درباره بارداری ناشی از تجاوز جنسی اظهار داشته‌اند: «حاملگی در اثر تجاوز جنسی قطعاً فشار روحی زیادی به مادر تحمیل می‌کند، به‌طوری که هم در دوران حمل و هم بعد از تولد کودک نامشروع، مادر دچار عسر و حرج شدید می‌شود. لذا بعید نیست در این مورد بتوان قائل به جواز سقط‌جنین شد». این فتاوی بر اساس قواعد «لاحرج» (عدم حرج) و «لاضرر» (عدم ضرر) استوار است و تفاوت نظرات فقها را نشان می‌دهد، برخی مانند مرحوم فاضل لنکرانی جواز سقط را در مراحل اولیه (قبل از ولوج روح) محتمل می‌دانند، در حالی که دیگران محدودیت بیشتری قائل‌اند.[9] با این حال، قانون‌گذار ایرانی این نظرات فقهی را در قوانین مدون منعکس نکرده لذا خلأ قانونی همچنان وجود دارد و می‌تواند به نقض اصول شرعی منجر شود.

در عمل، زنان قربانی تجاوز جنسی که باردار شده‌اند، با خلأ قانونی جدی روبرو هستند. قانون مجازات اسلامی در تبصره 2 ماده 224 و بند ت ماده 114، مجازات‌های شدیدی برای مرتکبان زنای به عنف پیش‌بینی کرده، اما برای قربانیان باردار هیچ راه‌حل قانونی ارائه نمی‌دهد.[10] این خلأ پیامدهای جدی دارد: اولاً، بسیاری از قربانیان به سقط‌های غیرقانونی و ناایمن روی می‌آورند که جان و سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد و می‌تواند به مرگ مادر یا عوارض دائمی منجر شود. ثانیاً، کودکان متولدشده از این روابط با مشکلات حقوقی (مانند عدم صدور شناسنامه) و اجتماعی (محرومیت از حمایت‌های دولتی) روبرو می‌شوند که حقوق کودک را نقض می‌کند. ثالثاً، مادران با انگ اجتماعی شدید مواجه می‌شوند که می‌تواند به افسردگی، انزوا یا حتی خودکشی بیانجامد. علاوه بر تجاوز به عنف، مسئله زنای با محارم چالش خاصی ایجاد می‌کند: جنین در این موارد علاوه بر آسیب روحی به مادر، احتمال بالایی برای ابتلا به اختلالات ژنتیکی (مانند سندرم‌های ارثی) دارد که با اصول فقهی «لاضرر» همخوانی ندارد، اما متأسفانه همان‌گونه که بیان شد قانون‌گذار در چنین مواردی فاقد حکم یا شرایط اختصاصی است.

از زاویه حقوقی، برخی حقوقدانان پیشنهاد کرده‌اند که با تنقیح مناط از قانون سقط درمانی و قوانین دیگر (مانند قانون مرگ مغزی و پیوند اعضا)، سقط‌جنین ناشی از تجاوز را مشروع دانست.[11] استدلال این گروه بر این است که اگر سقط برای حفظ جان مادر یا ناقص‌الخلقه بودن جنین مجاز است، در موارد روابط نامشروع – که حرج روحی شدید ایجاد می‌کند – نیز باید جاری باشد. این رویکرد می‌تواند مانند بارداری‌های ناشی از زنای به تراضی (که کمتر شدید اما همچنان چالش‌برانگیز است) را پوشش دهد، اما نیاز به بازنگری قوانین وجود دارد تا ابهامات رفع شود. البته مسلم است که استناد به قانون «مرگ مغزی و پیوند اعضا» به دلیل افتراق حوزه‌ای که با موضوع سقط جنین دارد صحیح نبوده و امکان اخذ وحدت ملاک و تنقیح مناط گرفتن نیز درباره آن وجود ندارد.

برای مقابله با این چالش‌ها، بازنگری در قوانین موجود ضروری است. اولاً، تصریح حکم سقط‌جنین ناشی از تجاوز و محارم در قانون مجازات اسلامی و قانون جوانی جمعیت، با استناد به قواعد فقهی «لاحرج» و «لاضرر» و فتاوای معاصر، می‌تواند ابهامات را رفع کند. مثلاً، تعریف «حرج شدید» به‌عنوان مبنای جواز سقط و گسترش مهلت به بیش از چهار ماه بر اساس نظرات فقهی متفاوت (مانند شیخ صدوق که پنج ماه را ذکر کرده است). ثانیاً، ایجاد کمیسیون‌های تخصصی استانی برای بررسی سریع درخواست‌ها (ظرف دو هفته) و کاهش تعداد پزشکان متخصص موردنیاز از سه به دو، دسترسی را تسهیل می‌کند. ثالثاً، استفاده از فناوری‌های نوین مانند تله‌مدیسین برای بررسی از راه دور، به ویژه در مناطق روستایی، می‌تواند نابرابری جغرافیایی را کاهش دهد. پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین) به معنای استفاده از فناوری‌های ارتباطی (رایانه، فیلم، تلفن) توسط متخصص پزشکی برای تشخیص و درمان بیماران در مکان‌های دور است.

شواهد موجود نشان می‌دهد که سقط جنین با کمک پزشکی از راه دور در مقایسه با مراقبت در کلینیک، برای زنان بی‌خطر، مؤثر و قابل‌قبول است.[12] علاوه بر این، حمایت قضایی از قربانیان ضروری است: صدور مجوزهای فوری برای سقط در موارد تجاوز (با اثبات جرم از طریق پزشکی قانونی)، ارائه خدمات روانشناختی رایگان و صدور شناسنامه برای کودکان (در صورت تولد) بدون انگ اجتماعی. این راهکارها نه تنها چالش‌های فقهی (همخوانی با شرع) و حقوقی (مسئولیت پزشکان) را رفع می‌کنند، بلکه پیامدها یا آثاراجتماعی مانند کاهش سقط‌های غیرقانونی و تقویت حقوق زنان را به همراه دارند. در نهایت، مطالعات تطبیقی با کشورهای اسلامی (مانند ترکیه یا مالزی) می‌تواند الگوهایی برای اصلاح ارائه دهد.

در قوانین ترکیه، سقط جنین تا پایان هفته دهم بارداری به درخواست زن باردار مجاز است. با این حال، در عمل محدودیت‌هایی مانند نیاز به اجازه شوهر برای زنان متأهل وجود دارد و پس از هفته دهم، فقط سقط‌های اضطراری به دلایل پزشکی مجاز است. همچنین در قوانین کشور مالزی تصریحی به جواز سقط جنین ناشی از تجاوز جنسی نشده است، لیکن با توجه به معیارهای تعیینی موجود از سوی قانون‌گذار این کشور، می‌توان قائل به جواز شد. شورای ملی فتوا در سال 2002 فتوایی صادر کرد که سقط جنین را تا 120 روزگی بارداری در مواردی که جان مادر در خطر است، بارداری در اثر تجاوز جنسی بوده یا جنین در معرض خطر است، مجاز می‌داند.[11]

3-2-1. چالش‌های مرتبط با سقط‌جنین ناقص‌الخلقه در روابط نامشروع

سقـط درمانی در مـوارد ناقص‌الخلقه بودن جنین، یکی از مـوارد پذیرفته‌شده در ماده‌واحده قانون سقط درمانی و قانون اخیـرالتصویب است، اما در روابط نامشروع – به‌ویژه محارم – چالش‌های بیشتـری ایجـاد می‌کند. تعـریف دقیـق «ناقص‌الخلقه» و «عقب‌ماندگی ذهنی» نامشخص است و موجب تفاسیـر متفـاوت می‌شود. در محارم، احتمال اختلالات ژنتیکی بالا است که با قاعـده «لاضرر» جـواز سقط را تقویت می‌کند، اما مهلت چهارماهه با تشخیص دیرهنگام (پس از هفته 20) ناسازگار است.[13] تعارض بین حق حیات جنین و خودمختاری مادر نیز برجسته است.[14] به‌ویژه وقتی حرج مادر شامل فشارهای اجتماعی باشد. فرآیند مجوز طویل (نظر سه پزشک و پزشکی قانونی) دسترسی را محدود می‌کند.[14] بهترین راهکار در این خصوص ادغام این موارد در قوانین روابط نامشروع با اولویت حرج ژنتیکی و روحی است.

3-2-2. محدودیت‌های تشریفاتی در سقط ناشی از روابط نامشروع

یکی از چالش‌های عملی سقط در مقررات حاضر، پیچیدگی تشریفات اداری است که در موارد روابط نامشروع (مانند قربانیان تجاوز) دسترسی را سلب می‌کند. الزام به تشخیص سه پزشک و تأیید پزشکی قانونی زمان‌بر است و در مناطق روستایی نابرابری ایجاد می‌کند مفهوم «تشخیص قطعی» ابهام دارد و پزشکان را محتاط می‌کند؛ مهلت چهارماهه و تأخیرها خطرات را افزایش می‌دهد. شرط «رضایت زن» مثبت است اما تحت‌فشار خانواده می‌تواند مشکل‌ساز شود.

از نظر عملی بهترین راهکار در این زمینه کاهش پزشکان به دو نفر، ایجاد کمیسیون‌های استانی، تعیین مهلت دوهفته‌ای برای مجوز و استفاده از تله‌مدیسین برای دسترسی بهتر است. همچنین، تدابیر برای استقلال رضایت زن و حمایت قضایی از قربانیان (مانند مجوزهای فوری). این تعادل بین حمایت از جنین و مادر، چالش‌ها را رفع می‌کند و به نظام کارآمدتری منجر می‌شود.[7] از زاویه فقهی، این راهکارها با اصول شرعی همخوانی دارند و می‌توانند سقط‌های ناایمن را کاهش دهند.

3-2-3. سقط درمانی جنین ناقص‌الخلقه

سقط درمانی در موارد ناقص‌الخلقه بودن جنین، یکی از موارد صریح پذیرفته‌شده در ماده‌واحده سقط درمانی و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت است. با این حال، اجرای این مقرره با چالش‌های متعددی روبرو بوده است. اولین چالش، تعریف دقیق «ناقص‌الخلقه» و «عقب‌افتادگی ذهنی» است. قانون‌گذار معیار مشخصی برای تشخیص شدت این ناهنجاری‌ها ارائه نداده و این امر موجب تفاسیر متفاوت در عمل شده است.[6] برخی ناهنجاری‌های جنینی مانند سندرم داون، نقص لوله عصبی و بیماری‌های ژنتیکی شدید، با وجود تأثیر قابل‌توجه بر کیفیت زندگی، لزوماً منجر به مرگ قطعی نمی‌شوند. در این موارد، تشخیص «حرج مادر» نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. سؤال اساسی این است که آیا مادر حق دارد صرفاً بر اساس تشخیص اینکه تولد فرزند ناقص‌الخلقه برای او حرج دارد، درخواست سقط‌جنین کند، یا باید معیارهای پزشکی مشخصی نیز رعایت شود؟

پزشکان متخصص زنان و زایمان معتقدند که بسیاری از ناهنجاری‌های جدی جنینی تنها پس از هفته بیستم بارداری قابل تشخیص دقیق هستند. این در حالی است که بند ج ماده 56 قانون جوانی جمعیت، مهلت را به «قبل از ولوج روح» یعنی چهار ماه (حدود 17-18 هفته) محدود کرده است. این محدودیت زمانی با واقعیات علم پزشکی همخوانی ندارد و موجب شده که بسیاری از موارد قابل سقط از شمول قانون خارج شوند.[13] برای حل این مشکل، برخی فقها معتقدند که مهلت چهار ماه برای ولوج روح، یک اجتهاد قابل بازنگری است. شیخ صدوق در کتاب من لایحضره الفقیه، زمان عروج روح را پنج ماه ذکر کرده است که متجاوز از بیست هفتگی خواهد بود. این تفاوت نظر فقهی می‌تواند زمینه‌ای برای بازنگری در مقررات قانونی فراهم آورد.[15] چالش دیگر در این حوزه، تعارض بین حق حیات جنین و حق خودمختاری مادر است. از منظر حقوق بشری، زنان باید حق تصمیم‌گیری درباره بدن و زندگی خود را داشته باشند. با این حال، نظام حقوقی ایران، با تأکید بر اصول اسلامی، به حق حیات جنین اهمیت ویژه‌ای می‌دهد. یافتن تعادل بین این دو حق، یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظری در این حوزه است. ماده 716 قانون مجازات اسلامی مصوب 1392، دیه سقط‌جنین را در مراحل مختلف تعیین کرده است. بر اساس این ماده، دیه جنینی که روح در آن پیدا شده، اگر پسر باشد دیه کامل و اگر دختر باشد نصف دیه کامل است. این تفکیک

جنسیتی در دیه، خود چالش دیگری را در بحث برابری جنسیتی ایجاد می‌کند که البته خارج از حوزه این بحث است. در عمل، فرآیند دریافت مجوز سقط درمانی برای جنین ناقص‌الخلقه بسیار طولانی و پرهزینه است. خانواده‌ها باید نظر سه پزشک متخصص را اخذ کرده، سپس به پزشکی قانونی مراجعه کنند تا تأیید نهایی صادر شود. این فرآیند معمولاً چندین هفته طول می‌کشد و در این مدت، سن جنین افزایش می‌یابد که هم از لحاظ پزشکی خطرات سقط را افزایش می‌دهد و هم احتمال تجاوز از مهلت قانونی چهار ماه را بالا می‌برد.

4-3. محدودیت حداکثری در تشریفات سقط درمانی

یکی از مهم‌ترین چالش‌های عملی در اجرای سقط درمانی، پیچیدگی تشریفات اداری و الزامات قانونی است. الزام به تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید نهایی پزشکی قانونی، فرآیندی زمان‌بر و پرهزینه را ایجاد کرده که در بسیاری از موارد، عملاً امکان استفاده از حق قانونی سقط درمانی را سلب می‌کند. در سیستم بهداشتی ایران، دسترسی به پزشکان متخصص در تمام مناطق یکسان نیست. در بسیاری از شهرهای کوچک و مناطق روستایی، دسترسی به سه پزشک متخصص مستقل که بتوانند نظر قطعی در مورد وضعیت جنین بدهند، بسیار دشوار است. این محدودیت جغرافیایی، موجب نابرابری در دسترسی به خدمات سقط درمانی می‌شود.[16] علاوه بر این، مفهوم «تشخیص قطعی» خود با ابهام همراه است. در پزشکی، بسیاری از تشخیص‌ها بر اساس احتمالات و شواهد بالینی انجام می‌شود و رسیدن به قطعیت مطلق همیشه ممکن نیست. این ابهام در عمل موجب می‌شود که پزشکان از صدور نظر قطعی خودداری کنند و ترجیح دهند تا با عبارات احتیاطی‌تری نظر خود را بیان کنند. چنین نظراتی معمولاً مورد پذیرش پزشکی قانونی قرار نمی‌گیرد و درخواست سقط رد می‌شود. نقش پزشکی قانونی در این فرآیند نیز با چالش‌هایی روبرو است. پزشکی قانونی به‌عنوان مرجع نهایی تأیید، باید صحت نظرات سه پزشک متخصص را بررسی کند. با این حال، پزشکی قانونی معمولاً خود بررسی بالینی مستقلی انجام نمی‌دهد و صرفاً بر اساس مدارک ارسالی تصمیم می‌گیرد. این روش می‌تواند منجر به رد درخواست‌های مشروع صرفاً به دلیل نواقص اداری در مدارک شود.[17] زمان نیز عامل حیاتی در این فرآیند است. همان‌طور که اشاره شد، مهلت قانونی سقط درمانی چهار ماه است، اما فرآیند دریافت مجوز معمولاً چندین هفته طول می‌کشد. در بسیاری از موارد، زمانی که مجوز نهایی صادر می‌شود، سن جنین به مرز چهار ماه نزدیک شده یا حتی از آن تجاوز کرده است. این تأخیر هم خطرات پزشکی سقط را افزایش می‌دهد و هم ممکن است موجب شود که فرد از حق قانونی خود محروم بماند. برای مقابله با این چالش‌ها، برخی پیشنهادات اصلاحی مطرح شده است. اول، کاهش تعداد پزشکان متخصص مورد نیاز از سه به دو نفر که می‌تواند دسترسی را تسهیل کند. دوم، ایجاد کمیسیون‌های تخصصی سقط درمانی در مراکز استانی که بتوانند به صورت متمرکز درخواست‌ها را بررسی و تصمیم‌گیری کنند. سوم، تعیین مهلت قانونی حداکثری برای صدور مجوز (مثلاً ظرف دو هفته) تا از تأخیرهای غیرضروری جلوگیری شود.[18] همچنین، استفاده از فناوری‌های نوین مانند تله‌مدیسین می‌تواند دسترسی را بهبود بخشد. پزشکان متخصص می‌توانند از طریق ویدئوکنفرانس، سونوگرافی‌ها و آزمایش‌های جنین را بررسی کرده و نظر خود را اعلام کنند، بدون آنکه نیاز به حضور فیزیکی در یک مکان باشد.[12] یکی دیگر از محدودیت‌های مهم، شرط «رضایت زن» است که در ماده‌واحده ذکر شده است. اگرچه این شرط در نگاه نخست مثبت به نظر می‌رسد، اما در عمل می‌تواند محدودیت‌هایی ایجاد کند. در برخی موارد، زنان تحت فشار خانواده یا همسر قرار می‌گیرند تا رضایت به سقط ندهند یا برعکس، به سقط رضایت دهند. قانون‌گذار باید تدابیری برای اطمینان از آزادی و استقلال تصمیم زن در این زمینه اتخاذ کند.

در نهایت، باید به این نکته اشاره کرد که ساده‌سازی تشریفات نباید به معنای کاهش استانداردهای پزشکی و حقوقی باشد. هدف، ایجاد تعادل بین حمایت از حقوق مادر و جنین، رعایت اصول پزشکی و تسهیل دسترسی به خدمات قانونی است. این تعادل نیازمند همکاری تنگاتنگ بین قانون‌گذار، جامعه پزشکی و نهادهای قضایی است تا نظامی کارآمد و منصفانه ایجاد شود که پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه باشد.[7]

4. راهکارهایی برای رفع مسئولیت پزشک در سقط‌جنین نامشروع

در قسمت‌های قبلی رویکرد قانونگذار کیفری ایران در باب سقط‌جنین نامشروع بیان شد و مشخص گردید که پزشک در صورت مداخله در امر سقط‌جنین (مباشرت، تسبیب یا معاونت)، مسئول و مستحق کیفر خواهد بود؛ اما حتی در مقررات کیفری فعلی هم با استناد به برخی مواد قانونی (ماده 152 و تبصره ماده 718 قاون مجازات اسلامی و ماده 623 بخش تعزیرات قانون مجازات اسلامی که موانعی را برای مسئولیت کیفری پزشکان منظور داشته است) می توان گفت حکم مداخله پزشک در سقط‌جنین حاصل از رابطه نامشروع در مواردی اباحه بوده و مسئولیتی را نیز برای اقدام کننده به دنبال نخواهد داشت.

4-1. تزاحم جان مادر و جنین نامشروع

«سقط‌جنین به خاطر حفظ حیات مادر»، عبارتی است که فراوان در منابع فقهی و حقوقی بکار رفته است. در میان فقهای متقدم و متاخر، سقط‌جنین در راستای حفظ جان مادر را در دو مرحله قبل و بعد از حلول روح مورد بررسی قرار داده‌اند؛ در مرحله قبل از حلول روح، تقریباً تمام فقها، با وجود تفاوت‌هایی در بیان، رأی به جواز سقط‌جنین در صورت تزاحم با جان مادر داده‌اند، اما درباره بعد از ولوج روح جنین، نظر مشهور مبنی بر عدم جواز سقط‌جنین و عدم ترجیح جان مادر یا جنین است.[19] اگرچه در میان فقهای متأخر نظرات بعضاً متفاوتی نیز قابل مشاهده است اما به طور کلی موضع فقه کیفری دراین باره، حرمت سقط‌جنین است، مگر اینکه جان هر دو در خطر باشد که در این صورت می‌توان با سقط‌جنین جان مادر را نجات داد. در عین حال حتی در فرض خطر برای جنین و مادر در صورت عدم اقدام، برخی فقها قائل به عدم جواز سقط بوده و عقیده دارند که باید امر حادث را به قضای الهی سپرد.[20]

همانگونه که قبلا نیز گفته شد مجوز سقط برابر قانون سقط درمانی صرفاً به قبل از حلول روح اختصاص دارد و این قانون برای بعد از حلول روح حکم خاصی را منظور نداشته است؛ اما قانونگذار در قانون مجازات اسلامی طی دو ماده با استفاده از عبارات و واژگانی مبهم، به نظر رویکرد متفاوتی را در مقایسه با قانون سقط درمانی منظور داشته است. ماده 623 ق.م.ا تعزیرات در این باره تصریح می‌دارد؛ «هرکس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری موجب سقط‌جنین زن گردد به شش ماه تا یک سال حبس محکوم می شود و اگر عالماً عامداً زن حامله‌ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از سه تا شش ماه محکوم خواهد شد، مگر این که ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر باشد و در هر مورد حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط داده خواهد شد». به علاوه تبصره ماده 718 ق.م.ا گامی فراتر گذاشته و مقرر می‌دارد؛ «هرگاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی دارد به منظور حفظ نفس مادر سقط شود، دیه ثابت نمی‌شود».

همانگونه که از مواد فوق پیداست قانونگذار اگرچه در ماده 623 کسی که اقدام به سقط‌جنین در راستای حفظ مادر را نموده از مجازات تعزیری (حبس) معاف داشته، اما در تبصره ماده 718 در بیان آخرین اراده خود، حتی درباره چنین فردی حکم به پرداخت دیه را نیز منتفی ساخته است. همچنین در این دو مقرره هیچ صحبتی از مراحل تکامل جنین و همچنین ولوج یا عدم ولوج روح نیز نشده و به نظر می رسد مطلق اقدام به سقط‌جنین، در هر مرحله‌ای که باشد، به منظور حفظ حیات مادر مصون از مسئولیت و مجازات خواهد بود (برای ملاحظه نظر مخالف ن.ک به؛ عباسی و همکاران، 1392، 110). اگرچه ممکن است این تفسیر از مواد قانونی فوق مخالف برخی فتاوی فقهی باشد، اما با توجه به صراحت قانون و همچنین لزوم تفسیر به نفع متهم که از آثار اصل برائت می‌باشد این نظر مرجح است. به علاوه گفتنی است در شرایط فعلی تقریباً هیچ کشوری در دنیا وجود ندارد که در صورت خطر جانی برای مادر، اسقاط جنین را نپذیرد.[21] مبنای عدم مسئولیت اقدام کننده در ماده 623 و تبصره ماده 718 ق.م.ا را باید در اصل ضرورت جست؛ در واقع قانونگذار ارتکاب سقط به منظور حفظ حیات مادر را در قلمرو موارد اباحه (موانع مسئولیت کیفری عینی) و به عنوان یکی از مصادیق اصل ضرورت (الضرورات تبیح المحظورات) ماده 152 قانون مجازات اسلامی) مورد پذیرش قرار داده است. هرچند برخی مبنای پذیرش حفظ جان مادر در این قبیل موارد را دفاع مشروع دانسته‌اند.[22]

بنابراین و با عنایت به دو مقرره مندرج در قانون مجازات اسلامی، اگر پزشک مداخله‌کننده در سقط‌جنین نامشروع بتواند اثبات نماید که این کار را در راستای حفظ جان مادر انجام داده است از مسئولیت و مجازات مبرا خواهد بود. بدیهی است حفظ جان مادر قابل تفسیر بوده و حتی شامل

مواردی که مادری ممکن است در صورت عدم سقط‌جنین نامشروعش دست به خودکشی بزند نیز خواهد بود. «دستورالعمل اجرایی قانون سقط‌جنین درمانی» مصوب 1384 در بند 6 قسمت الف خود «بیماری مادر» را اینگونه تعریف کرده است؛ «بیماری مادر عبارت است از وضعیت بالینی و پزشکی مادر که تداوم بارداری در آن تهدید جانی برای وی تلقی گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تایید متخصصین ذیربط است». همانگونه که از تعریف ارائه شده نیز پیداست این بیماری می‌تواند جسمی یا روحی و روانی باشد. به عبارت بهتر بیماری دربردارنده تهدید جانی برای مادر ممکن است به دلیل ناتوانی وی در ادامه بارداری از نظر فیزیولوژی و جسمانی بوده یا اینکه در اثر فشارهای روانی وارده به وی (از جمله افسردگی شدید) به خاطر ارتباط جنسی ناخواسته و حاملگی ناشی از آن باشد (برای ملاحظه نظری که «بیماری» را قابل تسری به بیماری های روانی نیز می داند ن.ک به عباسی و همکاران، 1394، 111). به عنوان مثال اگر با نظر روانپزشک متخصص احراز گردد که حاملگی ناشی از تجاوز به عنف یا زنای با محارم چنان فشار و ناراحتی در مادر ایجاد کرده که در آن ممکن است وی اقدام به خودکشی نماید به نظر برای معافیت پزشک کفایت خواهد کرد. در این رابطه تفاوتی هم میان ولوج روح یا عدم ولوج آن در جنین حاصل از رابطه نامشروع نخواهد بود.

2-4. جنین نامشروع ناقص الخلقه

ماده‌واحده قانون سقط درمانی مصوب 1384 یکی از موارد مجاز سقط را «بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن موجب حرج مادر است» می‌دانست. در قانون جوانی جمعیت نیز بند ج ماده 56 یکی از موارد مجاز سقط جنین را « وجود قطعی های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است » می‌داند. طبعاً این موضوع درباره جنین حاصل از رابطه نامشروع نیز صدق می‌نماید؛ یعنی اگر با تشخیص قطعی کمیسیون ویژه احراز گردد که جنین حاصل از تجاوز به عنف یا زنا، عقب افتاده یا ناقص الخلقه بوده به نحوی که در آینده و با تولد موجبات حرج مادر را فراهم خواهد آورد، قبل از ولوج روح با رضایت مادر می‌توان آن را سقط نمود. در این صورت مداخله پزشک مسئولیت و مجازاتی را برای وی به همراه نخواهد آورد؛ اما اگر از حدود شرایط ذکر شده در این مقرره تجاوز شده، به نحوی که یا بیماری جنین جزو موارد احصاء شده نبوده (برای ملاحظه لیست موارد مجاز سقط درمانی (اندیکاسیون‌های جنینی) ن.ک به؛ بدیعیان موسوی، نازیلا و همکاران (1397)، بررسی اندیکاسیون‌های جنینی در 548 مورد گواهی سقط درمانی صادر شده در پزشکی قانونی خراسان رضوی، مجله زنان، مامایی و نازایی، دوره 21، شماره 5، ص 6-13)، یا اقدام به سقط بعد از ولوج روح انجام شده باشد، مسلما پزشک اقدام کننده ولو اینکه با رضایت مادر نیز اقدام به سقط کرده باشد، مسئولیت کیفری خواهد داشت.

اطلاق این معافیت در خصوص سقط‌جنین ناشی از رابطه نامشروع، با دستورالعمل رئیس قوه قضاییه در سال 1402 با عنوان «دستورالعمل اجرایی ماده 56 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» مقید شده است؛ زیرا همانگونه که پیشتر ملاحظه شد معرفی نامه کمیسیون برای درخواست صدور مجوز سقط درمانی باید شامل مشخصات شناسنامه‌ای جهت احراز هویت بوده و به پیوست آن تصویر شناسنامه و مدارک احراز هویت زوجین ارائه گردد. در حالیکه در موارد بارداری‌های خارج از ازدواج، اساساً ارائه مدارک برای احراز هویت زوجین معنا ندارد و این امر می‌تواند به دلیل فقدان شرایط شکلی، معافیت پزشک سقط کننده جنین ناقص الخلقه را مخدوش کند؛ بنابراین در مقام جمع میان ماده 56 قانون جوانی جمعیت و دستورالعمل مذکور باید این شرط شکلی خاص را تنها منصرف به جنین ناقص الخلقه حاصل از ازدواج دانست.

نتیجه گیری و پیشنهاد

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در نظام حقوقی ایران، سقط‌جنین ناشی از روابط نامشروع به ویژه موارد تجاوز جنسی و زنای با محارم با چالش‌های فقهی و حقوقی جدی روبرو است. بر اساس قانون مجازات اسلامی و موازین فقهی، سقط‌جنین قبل از دمیدن روح اصولاً جرم تلقی می‌شود، اما در صورت وجود شرایط عسر و حرج شدید (مانند فشارهای روحی و اجتماعی ناشی از روابط نامشروع) و با تشخیص نوعی، جواز آن محتمل است. این یافته با نتایج پژوهش طاهربخت و محقق داماد (1402) همسو است که بر نقش محوری مفهوم «حرج» در مشروعیت سقط تأکید کرده‌اند، اما در موارد روابط نامشروع، این مفهوم می‌تواند گسترده‌تر تفسیر شود تا شامل آسیب‌های روانی قربانیان شود از منظر فقهی، بررسی نظرات معاصر نشان می‌دهد که قواعد «لاحرج» و «لاضرر» می‌تواند مبنایی برای جواز سقط

در این موارد فراهم کند، هرچند تفاوت نظرات فقها (مانند تأکید سیستانی بر «مشقت شدید» فراتر از خطر جانی و محتمل دانستن جواز توسط خامنه‌ای در موارد تجاوز) ظرافت‌های مهمی ایجاد می‌کند که قانون‌گذار هنوز به آن نپرداخته است. این عدم انعکاس فقهی در قوانین، پیامد جدی دارد: افزایش سقط‌های غیرقانونی و ناایمن که جان قربانیان را تهدید می‌کند و حقوق بشر را نقض می‌نماید. با توجه به تبصره 1 ماده 495 قانون مجازات اسلامی 1392، در خصوص مسئولیت پزشک در سقط‌جنین حاصل از روابط نامشروع، نتایج نشان داد که در صورت عدم تقصیر پزشک در علم و عمل، ضمانی متوجه وی نخواهد بود، حتی بدون اخذ برائت. این امر پذیرش مبنای تقصیر در قانون جدید را تأیید می‌کند، اما در عمل، پزشکان با چالش‌های حرفه‌ای روبرو هستند، زیرا عدم تمایز قانونی بین جنین مشروع و نامشروع، آن‌ها را در موقعیت‌های پیچیده قرار می‌دهد. مقایسه این یافته با مطالعه برغی و راستی (1402) که رویکرد تشدیدکننده قانون‌گذار را نقد کرده‌اند، تعارض بین سیاست کیفری سخت‌گیرانه و واقعیت‌های عملی جامعه پزشکی را برجسته می‌کند — مثلاً، پزشکان ممکن است از ترس پیگرد، از کمک به قربانیان تجاوز خودداری کنند که پیامد اجتماعی آن افزایش آسیب‌های روانی و اجتماعی است. یکی از مهم‌ترین یافته‌ها، عدم تفکیک قانونی بین جنین مشروع و نامشروع از منظر مسئولیت پزشکی است: بر اساس ماده 624 قانون مجازات اسلامی، پزشکان مباشر سقط یا فراهم‌کننده وسایل آن، به حبس 2 تا 5 سال و پرداخت دیه محکوم می‌شوند.

این یافته با نتایج نایب‌زاده و اشرف (1402) که به خلأهای قانونی اشاره کرده‌اند، مطابقت دارد، اما در موضوع روابط نامشروع، این خلأ شدیدتر است، زیرا موارد خاص مانند زنای به تراضی (که حرج کمتری دارد، اما همچنان چالش‌برانگیز است) را پوشش نمی‌دهد. در مقایسه با مطالعه میلانلویی و عرب‌اسدی (1404) که تحولات نظام حقوقی ایران و ایالات متحده را بررسی کرده‌اند، نتایج حاضر نشان داد که هر دو نظام به سمت محدودسازی حرکت کرده‌اند، اما مبانی متفاوت است: در ایران فقهی (با پتانسیل انعطاف‌پذیری از طریق قواعد شرعی) و در آمریکا سیاسی - اجتماعی. این مقایسه ملاحظات مهمی ارائه می‌دهد:

الگوگیری از رویکردهای فقهی کشورهای اسلامی مانند ترکیه (که سقط در موارد تجاوز را مجاز می‌داند) می‌تواند برای بازنگری قوانین ایرانی مفید باشد. از منظر فقهی، تمسک به قواعد «لاحرج» و «لاضرر» و فتاوای معاصر، جواز سقط در تجاوز و محارم را ممکن می‌سازد، اما عدم منعکس شدن این نظرات در قوانین، خلأیی ایجاد کرده که پیامد آن، محرومیت قربانیان از حمایت حقوقی و افزایش انگ اجتماعی است. مثلاً، در موارد محارم، اختلالات ژنتیکی جنین ظرافت اضافی ایجاد می‌کند که با «لاضرر» همخوانی دارد، اما قانون ساکت است. این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله کمبود منابع تخصصی در خصوص چالش‌های فقهی روابط نامشروع، عدم انتشار کافی رویه قضایی و نوظهور بودن قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که تفاسیر محدودی از آن وجود دارد. همچنین، تعارض بین ماده‌واحده سقط درمانی (1384) و قانون جوانی جمعیت (1400) ابهاماتی در تفسیر موارد مجاز ایجاد کرده است که در روابط نامشروع به دلیل حذف مفهوم «حرج» شدیدتر است.

نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی عملی برای پزشکان در مواجهه با موارد پیچیده باشد و مبنایی برای اصلاح قوانین فراهم کند. پیشنهاد می‌شود قانون‌گذار با بازنگری در مقررات مانند تصریح جواز سقط در تجاوز و محارم بر اساس فقه معاصر، ساده‌سازی تشریفات (کاهش پزشکان به دو نفر و استفاده از پزشکی از راه دور) و ایجاد کمیسیون‌های استانی برای بررسی سریع چالش‌ها را رفع کند. این راهکارها پیامد مثبتی دارند: کاهش سقط‌های ناایمن، حمایت قضایی از قربانیان و همخوانی بیشتر قوانین با اصول فقهی. در مجموع، پژوهش حاضر نشان داد که چالش‌های فقهی و حقوقی سقط‌جنین ناشی از روابط نامشروع در نظام حقوقی ایران عمیق است: مسئولیت پزشک در صورت احراز تقصیر، همانند موارد مشروع مستوجب کیفر است و قانون‌گذار تفاوتی قائل نشده، اما این عدم تمایز ابهاماتی ایجاد می‌کند که به ضرر قربانیان است.

با این حال، در شرایط خاص مانند ناقص‌الخلقه بودن جنین (به ویژه در محارم با ریسک ژنتیکی)، تهدید جانی مادر، یا حرج شدید (مانند فشارهای روحی ناشی از تجاوز)، با رعایت تشریفات قانونی (تشخیص دو پزشک متخصص، تأیید پزشکی قانونی، رضایت مادر و گسترش مهلت بر اساس نظرات فقهی)، سقط مجاز و پزشک فاقد مسئولیت خواهد بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، رویه قضایی محاکم در موارد روابط نامشروع به صورت تجربی بررسی شود و مطالعات تطبیقی گسترده‌تری با کشورهای اسلامی (مانند مالزی یا ترکیه) انجام گیرد تا الگوهای مناسب برای قانون‌گذاری مانند ادغام فتاوای معاصر در قوانین و ارائه حمایت‌های روانشناختی شناسایی گردد. این رویکرد ملاحظات مرتبط مانند تعادل بین حق حیات جنین و حقوق مادر را پوشش می‌دهد و به نظام حقوقی کارآمدتری منجر می‌شود.

تشکر و قـــدردانی

از کلیهٔ کســـانی که پژوهشگران را یاری کـــرده‌اند قـــدردانی می گردد.

References:

1. Nayebzadeh, & Ashraf. (2023). A jurisprudential-legal study of abortion in the Iranian legal system and its legal gaps. Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law, 16(2), 163-179.
2. Taherbakht, Mohaghegh Damad, & Maryam Al-Sadat (2023). Jurisprudential-legal challenges of therapeutic abortion in the light of the law on the protection of the family and youth of the population. Jurisprudence and family law.
3. Shariati, Nasab (2022). Abortion due to maternal distress, in the law on the protection of the family and youth of the population. Research on deviations and social issues, 4(2), 127-155.
4. Barghi, Mohammad Mehdi, & Rasti (2023). An analysis of the criminal policy of the law on the protection of the family and youth of the population approved in 1400 regarding criminal abortion and related crimes. Scientific Research Journal of Medical Law, 17(58), 311-324.
5. Akrami Seyed Mohammad, Parvin Khairallah & Razmjoo Mohaddeseh. (2021). Legal study of fetal health screening and therapeutic abortion in the Youth Population and Family Support Project.
6. Moghaddasian, Delara, Shojaei & Saini (2023). Conditions of abortion from the perspective of medicine, jurisprudence and criminal law in the light of maternal health. Comparative Criminal Jurisprudence, 9(3), 102-111.
7. Aslani, Hamid Reza (2015). The concept and position of fault in compulsory and contractual civil liability, Specialized Journal of Theology and Law, Vol. 15-14, pp. 52-51.
8. Milanloui, Shaghayegh & Arab Asadi (2025). Developments in the legal systems of the United States of America and Iran in the field of abortion. Comparative Law Research Journal, 9(2), 141-167.
9. Katouzian, Naser (2018). Civil Liability, Vol. 1, Tehran, 11th Edition, Tehran University Press, p. 48.
10. Beigi, & Jamal (2022). Feasibility of Criminalizing In vitro Abortion in Iranian Criminal Law. Jurisprudence and Penal Law Teachings, 1(1), 21-36.
11. Elahimanesh, Mohammad Reza (2017). Criminal Law and Medical Malpractice, Tehran, Majd Publishing, p. 22.
12. Golduzian, Iraj (2017). Specialized Criminal Law, Volume 1, Issue 12, Tehran, p. 163.
13. Hosseini, Ali. (2017). Methods of Patient Treatment, Savalan Publishing, Tehran, p. 17.
14. Abbasi, Mahmoud (2017). Medical Liability, Part 2, Legal Publications, p. 23.
15. Rouhani, Mohammad. (2016). Medical Laws, Tehran, Ferdows Publication, p. 77
16. Safaei, Hossein (2017). Physician's Guarantee, Tehran, Jame'e-Nagar Publication, p. 154.
17. Michel, Lorraine (2016). Civil Liability, translated by Mohammad, Ashtari, Part 2, Tehran. Dadgostar Publications, p. 24.
18. Shirazi, Mohammad Ali (2017). Fundamentals of Civil Liability, Physicians, Farda Publications, Tehran, Part 3, p. 89.
19. Ismaili, Hossein (2015), The study of abortion in case of endangering the lives of mothers and fetuses, Quarterly Journal of Medical Jurisprudence, seventh year, No. 22 and 22, Spring and Summer, pp. 106-75-75.
20. Khomeini, Ruhollah (1372), Clarification of Issues, Tehran, Publishing Organization of the Ministry of Culture and Islamic Guidance.
21. Mostafa Groom Researcher (2005), Research on Abortion and Its Effects, Journal of Medical Ethics, No. 5, pp. 156-170.
22. Nemati, Zahra: Omani Samani, Reza (2012), Elimination of the four-month restriction in medical abortion law: compliance of the law with medical ethics, bi-monthly journal of medical ethics and history, Medical Ethics and History Research Center of University of Medical Sciences and Health Services, 2 31, pp. 22-39.
23. Zand, Bahram; and Almasi, Ali (2023). Jurisprudential and legal analysis of the civil liability of physicians in therapeutic abortion after the approval of the Family and Youth Protection Law. Medical Law Quarterly, 17(62), 45-68.
24. Ghasemi, Javad; Shams Natri, Mahmoud; and Rezaei, Mehdi. (2022). Iran's criminal policy towards abortion with emphasis on the 1400 Youth Protection Law and the challenges of the criminal liability of physicians. Journal of Comparative Law Studies, 25(3), 112-135.