

بررسی ضرورت های سقط جنین در حقوق ایران

فرخ هدایی، کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم شناسی و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی

چکیده

ضرورت های سقط یا به عبارتی سقط درمانی یکی از موضوعاتی است که از نقطه نظر پزشکی، حقوقی، سیاسی و مذهبی و اجتماعی حائز اهمیت می باشد. در این خصوص به نکات مهمی اشاره شده؛ از جمله این که در چه مواقعی سقط درمانی جایز است و تشخیص آن با چه مقامی است.

در این نوشته کوشش شده ضمن تعریف سقط درمانی، دیدگاه ایران را از نقطه نظر بین المللی بررسی نماییم. هم چنین به بررسی انواع سقط درمانی که از مسائل جالب توجه است و به نظر می رسد از ابداعات این مقاله باشد و تاکنون در هیچ منبعی رؤیت نشده، پرداخته ایم و در نهایت شرایط و نحوه ی رسیدگی و مسئولیت های کیفری آن بررسی ده است.

کلید واژه ها: سقط درمانی، سقط انتخابی و اورژانسی، اندیکاسیون های جنینی و مادری، رسیدگی و تشخیص آثار حاکم بر توجیه ضرورت ها.

مقدمه

منظور از سقط درمانی آن است که چه مواقعی سقط جنین ضرورت پیدا می کند. در ادامه ی مقاله خواهیم گفت گاهی ممکن است به خاطر اندیکاسیون های سقط در بیماری ها و ناهنجاری های جنینی و گاه در بیماری های مادرزادی، این عمل صورت گیرد؛ چون داشتن و نگه داشتن آن موجب حرج است. جایگاه این موضوع در قسمت مربوط به حقوق جزای اختصاصی (جرایم علیه اشخاص) می باشد. از لحاظ اهمیت همین بس که در میان همه ی جوامع از زمان های اولیه تاکنون مطرح بوده و علل گوناگونی داشته، لکن در جامعه، بسته به شرایط زمانی و مکانی و طرز تفکر افراد آن، نتایج متفاوتی را به همراه داشته، به طوری که در هر برهه از زمان، شرایط خاصی برای آن مقرر نموده اند. با ظهور مذاهب توحیدی نیز نسبت به این موضوع حساسیت خاصی را نشان داده شد و این امر اهمیت موضوع را برای ما ترسیم می نماید.

ما در این نوشته، سقط درمانی را کالبد شکافی کرده ایم و انواع آن را به صورتی ساده و قابل فهم توضیح و موارد و مصادیقی که تاکنون از طرف پزشکی قانونی مجاز اعلام گردیده، ذکر کرده ایم. بدیهی است ممکن است موارد دیگری هم طبق نظریه ی کمیته سقط جنین سازمان پزشکی قانونی کشور جزء موارد مجاز اعلام شود. یکی از خصوصیات این مقاله آن است که با توجه به دستورالعمل جدید سازمان پزشکی قانونی و مواد قانونی، نوشته شده و آثار حاکم بر توجیه ضرورت ها هم در این خصوص مورد ارزیابی قرار گرفته است.

تعریف و دیدگاه ایران راجع به ضرورت های سقط جنین

ضرورت های سقط جنین، عبارتند از اخراج عمدی به خاطر حفظ حیات مادر، یا سقط جنین عمدی مجاز مقید به قیود و مشروط به رعایت شرایطی معین با انجام اعمال خاص و استفاده از وسایل خاص؛ وضعیت مجاز که در واقع عارضه ای است که از عوامل فلسفی، حقوقی، سیاسی، جنگ و صلح، اقتصادی و اجتماعی، تاریخی، سنتی، مذهبی، نظریات و فرضیات روانی و درمانی و یا از عوامل دیگر ناشی می شود. بدین جهت عمل سقط جنین عمدی بر حسب زمان و مکان مجاز یا غیر مجاز می گردد.

راجع به ضرورت های سقط جنین سه تئوری مطرح شده است:

یکی تئوری آزادی مطلق سقط جنین، دیگری تئوری ممنوعیت مطلق سقط جنین و بالآخره تئوری آزادی نسبی سقط جنین. حقوق ایران نیز بیشتر متمایل به نظریه ی آزادی نسبی سقط جنین است.

این تئوری (آزادی نسبی سقط جنین) بیشترین طرفدار را در میان کشورهای مختلف جهان به خود اختصاص داده است. البته این امر حاصل سال ها بحث و بررسی و درگیری های تئوریک است که گاه بحران های اجتماعی و سیاسی شدیدی را در جوامع ایجاد کرده و حتی گاهی تا سقوط دولت ها نیز پیش رفته است.

مبانی و تحولات این تئوری عبارتند از:

۱- عدم تأثیر قوانین و سقط ارزشی آن ها

۲- سقط جنین در شرایط غیر بهداشتی

۳- حفظ سلامتی و جان مادر که مبنایی عقلانی دارد و موارد خاصی را در بر می گیرد.

۴- اضطراب (اخلاقی، اقتصادی، اجتماعی). زنی که از تجاوز به عنف محارم یا غیر آن حملی برداشته چاره ای ندارد جز این که خود را از شر این ننگ رها سازد و یا خودکشی کند. گاه وضع اقتصادی خانواده به خصوص هنگامی که مادر، بار تأمین هزینه را به دوش می کشد و تعداد فرزندان خانواده زیاد است و مادر چاره ای جز کار مداوم ندارد. در نهایت اضطراب کار خود را می کند.^(۱)

۵- ناهنجاری های جنینی مثلاً در کشورهای اسکانندیناوی (مطابق با آخرین اصلاحات به عمل آمده) هم چنین سقط به دلایل پزشکی از جمله سستی و ضعف مادر باردار، اصلاح نژادی خاص، خطر سرایت بیماری های وراثتی مثل جنون، اختلالات روحی و امراض جسمی جدی و یا مواردی که انگیزه های شرافتی ایجاب کند سقط جنین مجاز شمرده می شود.^(۲)

نظریاتی مبنی بر اصلاح نژاد از طریق سقط جنین، در کشورهای مثل آلمان بیشتر به چشم می خورد. به موجب این اعتقاد در مواردی که بهبود تولید مثل و جلوگیری از آن ایجاب کند، این عمل با اجازه ی رسمی مراجع صالح مجاز شمرده می شود.^(۳)

در مورد ایران در مباحث بعدی مفصلاً راجع به آن توضیح داده خواهد شد.

انواع ضرورت های سقط جنین و منابع قانونی

این ضرورت ها به دو نوع قابل تقسیم اند: یکی سقط اورژانسی و دیگری سقط انتخابی.

سقط اورژانسی خود دارای علت های گوناگون است که معمولترین آن ها عبارتند از: ۱) سقط خود به خودی^(۴) و غیر قابل اجتناب، سقط فراموش شده^(۵) و یا سقط لوله ای^(۶) که به دلیل نارسایی ها و اختلالات درونی مادر به وجود می آید. ۲) ناشی از اعمال جراحی غیر قانونی یا بروز تصادفات رانندگی و غیره ... ۳) سقط هایی که مربوط به عوارض سقط جنینی می باشد.

سقط انتخابی یا سقط پیشنهادی پزشکی، به درخواست زن یا توصیه ی پزشک وی انجام می گیرد و اکثر سقط های درمانی در این گروه قرار می گیرند که البته محتاج سپری کردن یک سری تشریفات است. این نوع سقط نیز علل گوناگونی دارد که گاهی ممکن است مربوط به مادر باشد و گاهی مربوط به جنین که طبق دستورالعمل جدید پزشکی قانونی موارد آن مشخص و معین شده است و در مباحث بعدی به آن خواهیم پرداخت.

در حقوق ایران سابقاً ماده (۱۸۳) قانون مجازات عمومی مصوب سال ۱۳۰۴ به این موضوع پرداخته بود. آیین نامه ی این قانون، به موجب آیین نامه ی پزشکی سال ۴۸ به تصویب رسید. در اصلاح قانون مجازات عمومی در سال ۱۳۵۲ در بند «ب» ماده (۴۲)، ماده (۱۸۳) را عیناً تکرار شد و نهایتاً در سال ۵۵ آیین نامه ی اجرایی بند "۳" ماده (۴۲) پذیرفته شد.

با پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی و الزام مراجع بر عمل نکردن به قوانین خلاف شرع باعث شد که شورای نگهبان مواد (۱۸۰) و (۱۸۳) قانون مجازات عمومی را خلاف شرع تشخیص دهد، هم چنین این شورا در سال ۱۳۶۳ در خصوص آیین نامه ی انتظامی پزشکی مصوب سال ۴۸، نظریه ای صادر کرد مبنی بر این که: «قسمتی که دلالت بر جواز سقط جنین برای سلامت مادر دارد به طور اطلاق شرعی نیست و چون سقط جنین برای سلامت مادر صور مختلف دارد باید موارد آن مشخص شود؛ مثلاً در موردی که قبل از دمیدن روح در جنین تعیین و یا خوف عقلانی حاصل شود به تلف شدن مادر و توقف حفظ نفس او بر سقط جنین که در این حال هنوز روح در او دمیده نشده است، جایز است و در مورد پس از دمیدن روح، اگر امر دائر باشد بین حفظ یکی از آن ها به این صورت که اگر اقدامی نشود یا مادر جان به سلامت می برد یا جنین، سقط جنین برای جان مادر جایز نیست و سایر موارد نیز باید مشخص شود که مطابق موضوع تعیین گردد.» لذا ماده (۱۷) آیین نامه بایستی با توجه به نظر شورای نگهبان تفسیر و اعمال شود، در سال ۱۳۷۰ قانون گذار با حذف کلمه ی ضرورت در بند "۲" ماده (۵۹) و جایگزین کردن کلمه مشروع تحولی دیگر ایجاد کرد.

پس از پیروزی انقلاب در سال ۷۵ قانون گذار در ماده (۶۲۳) ق.م.ا قانون گذار به این مورد پرداخته است. اخیراً نیز از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور اندیکاسیون های مادری و جنینی (مواردی که ادامه بارداری به مرگ جنین یا مرگ مادر منجر می شود) اعلام شده است. به گزارش روابط عمومی سازمان پزشکی قانونی کشور برای سازماندهی موضوع سقط جنین و رفع پاره ای از مشکلات موجود و ضابطه مند کردن و افزایش دقت صدور مجوز سقط جنین در مراکز پزشکی قانونی و هم چنین صیانت از مبانی شرعی و حفظ حقوق مردم و با در نظر گرفتن دیدگاه های فقهی، حقوقی و پزشکی موارد، موارد مجاز سقط جنین که با حضور متخصصان رشته های پزشکی قانونی، جراحی، ارتوپدی، نفرولوژی، ارولوژی، هماتولوژی، اطفال و نوزادان، قلب و عروق، گوارش، ریه، عفونی، روماتولوژی، جراحی اعصاب، پوست، نورولوژی و زنان در کمیته ی سقط جنین سازمان پزشکی قانونی، تعیین و به تصویب رییس قوه ی قضاییه رسید و همراه با دستورالعمل نحوه ی پذیرش درخواست های صدور مجوز سقط جنین، به تمامی رؤسای مراکز پزشکی قانونی سراسر کشور ابلاغ شده.

شرایط اخذ مجوز برای سقط درمانی

برای انجام سقط درمانی شرایطی وجود دارد که می توان به موارد زیر اشاره کرد:

در مورد سقط انتخابی بایستی عامل سقط پزشک یا جراح باشد و در مورد سقط اورژانسی هر کسی می تواند این کار را انجام دهد ولی احتمالاً مشکل اثباتی خواهد داشت.

خطر باید طوری باشد که جز با عمل سقط نتوان آن را مرتفع ساخت. هم در سقط انتخابی و هم اورژانسی بایستی جان و سلامتی مادر جداً در معرض خطر و تهدید قرار گرفته باشد؛ این خطر محققاً در اثر آبستنی باشد و قطع آن مطمئناً دفع خطر باشد.

رضایت کتبی جهت سقط انتخابی به درخواست زن و شوهر لازم است اما در سقط اورژانسی اخذ رضایت جهت انجام جراحی طبق بند "۲" ماده (۵۹) ق.م.ا رضایت بیمار و اولیای و سرپرستان قانونی وی لازم است که البته به طور نسبی پذیرفته شده؛ لذا در موارد سقط اورژانسی نیز رضایت لازم نیست.

در سقط انتخابی زن حامله می تواند به یکی از بیمارستان های درمانی تخصصی زنان و مامایی مجهز مراجعه کند ولی در سقط اورژانسی حتی ممکن است در درمانگاه های هم عمل سقط انجام شود. سن حاملگی در سقط انتخابی و اورژانسی باید قبل از ولوج روح باشد.

طبق دستورالعمل جدید موارد اعلام شده شامل بیماری هایی است که در آن ادامه ی بارداری، خطر مرگ مادر را به همراه دارد یا منجر به ناهنجاری های جنینی می شود که به مرگ جنین داخل رحم (مرده زایی) و یا مرگ نوزاد بلافاصله پس از تولد می انجامد و قابل پیش گیری نیز نیست. البته بررسی سایر بیماری ها و ارتباطشان با سقط درمانی هم چنان در کمیته ی سقط جنین سازمان پزشکی قانونی کشور ادامه دارد.

اندیکاسیون های سقط جنین در بیماری ها و ناهنجاری های جنینی که به مرگ جنین داخل رحم (مرده زایی) یا مرگ نوزاد بلافاصله بعد از تولد جنین منجر می شوند عبارتند از: (استیوژنزیس ایمپرکتا مادرزایی)، (دیسپلازی استخوانی - غضروفی کشنده یا استیپل اپی فیزیال) - (بیماری استیوپتیروزیس انفانتیل «فرم بدخیم») - (آژنزی دو طرفه ی کلیه) - (کلیه ی پلی سیتیک نوع مغلوب) - (دیسپلازی مولتی سیتیک کلیه ها) - (سندرم پوتی، پوتوسندرم نفروتیک مادرزادی به شرط ایجاد هیدروپس) - (اختلال کروموزومی که موجب ضایعات پیشرفته و به ویژه گرفتاری مغز و کلیه شود «سندرم و اکتزل») - (هیدرونفروز شدید دو طرفه ی کلیه ها) - (آلفا تالاسمی به شکل هیدروپس فیتالیس) - (اختلال ترومبوتیک مثل کمبود پروتئین C «هموزیگوت» و فاکتور ۵ لیدن «هموزیگوت» - (ترویزومی ۱۳) - (ترویزومی ۱۸) - (ترویزومی ۱۶/۸/۳) - (آنسفال) (هیدروپس فتالیس با هر مکانیسم)، (سندرم فریاد گربه) - (هولوپروزنسفال) - (سیرنگومیلیا) - (کرانیوشی سیس) - (منگوانسفالوسل) - (مننگوهیدروانسفالوسل) - (دیسپلازی تاناتوفوریک یا کوتولگی کشنده ی نوزادی) - (سیکلوپیا همراه با هولوپروزنسفال) - (ایکتیوزیس گراویس مادرزادی) - (شیزنسفال) و اگزانسفال).

اندیکاسیون های سقط جنین در بیماری های مادر عبارتند از :

۱- هر بیماری درجه ای که به نارسایی قلبی منجر به Functional Class ۴ و ۳ رسیده باشد و غیر قابل برگشت به ۲ باشد.

۲- هر نوع مسایل حاد قلبی غیر از کرونر که به Functional Class ۴ و ۳ رسیده باشد؛ از قبیل میوکاردیک و پریکاردیک.

۳- سابقه ی بیماری کاردیوماپویتی دیلاته در حاملگی های قبلی

۴- سندرم مادفان در صورتی که قطر آئورت صعودی بیش از ۵ سانتی متر باشد.

۵- سندرم ایزن منگر

۶- کبد چرب حاملی

۷- واریس مری

۸- سابقه ی خونریزی از واریس مری به دنبال افزایش خون پورت

۹- هیپاتیت اتوایمون غیر قابل کنترل

۱۰- نارسایی کلیه

۱۱- فشار خون غیر قابل کنترل با داروهای مجاز در دوران حاملگی

۱۲- هر بیماری ریوی اعم از آمفیزم، فیبروز، کایفواسکولیوز و بروزنشکتازی منتشر به شرط ایجاد افزایش فشار خون ریوی حتی از نوع خفیف

۱۳- توانایی انعقادی افزون یافته که تجویز هپارین منجر به تشدید بیماری دیگری شود که جان مادر را تهدید می کند.

۱۴- ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری ALDS شده باشد.

۱۵- لوپوس فعال غیر قابل کنترل با درگیری یک ارگان ماژور

۱۶- واسکولیت ها زمانی که ارگان های ماژور درگیر باشند.

۱۷- تمامی توده های فضاگیر CNS با توجه به نوع و محل آن که شروع درمان در جنین و عدم شروع درمان در مادر باعث خطر جانی گردد.

۱۸- پمفیگوس و لگاریس پسوریازیس شدید و ژنرالیزه و ملانوم نوع پیشرفته که باعث خطر جدی جانی برای مادر شود.

۱۹- موارد اپی لپسی که علیرغم درمان چند دارویی مقاوم به درمان باشد.

۲۰- موارد MS (Multiesclelyosis) که باعث ناتوانی بیمار شده باشد.

۲۱- انواعی از بیماری های موتورنورون (Motorneuron) مثل ALS که با حاملگی تشدید یافته و برای مادر خطر جدی جانی داشته باشد.

۲۲- میاستنی گراو در مراحل پیشرفته به شرط این که خطر جدی برای مادر داشته باشد.

لازم به ذکر است که پیش از این جنین مبتلا به تلاسمی ماژور و آنانسفال طبق نظر مقاوم رهبری، چون داشتن و نگه داشتن جنین فرزندی موجب حرج است قبل از دمیده شدن روح جایز اعلام شده بود؛ البته بنا به احتیاط باید دیه آن پرداخت گردد.

برخی از پزشکان در این زمینه معتقدند که می بایست دو مورد دیگر هم به موارد اندیکاسیون های مادری اضافه شود؛ یکی جنین حاصل از تجاوز جنسی، چون این سقط از نظر روحی - روانی واجد اثر درمان بوده و به نظر می رسد با کاربرد درمانی قابل انجام باشد و دیگری سندرم مارفان در صورتی که قطر آئورت زن بیمار ۴۹ تا ۴۸ میلیمتر باشد. بدیهی است این موارد و موارد دیگر هم ممکن است بعداً در کمیته ی سقط جنین سازمان پزشکی قانونی مطرح و جزء این موارد ذکر شوند.

در این جا لازم می بینم، به مواردی که مادری به سرطان مبتلا شده بود ولی حاضر نشده بود کودکش را از بین ببرند و مورد تقدیس ژان پل دوم قرار گرفت، اشاره کنم. در سال ۱۹۶۱ میلادی پزشکان به خانم ملا که آن زمان ۳۹ ساله بود توصیه کردند که چهارمین فرزندش را سقط کند تا بتواند غده ی سرطانی را از رحم او در آورند ولی مخالفت کرد و غده ی سرطانی به همراه نوزاد رشد کرد و یک هفته پس از تولدش در سال ۱۹۶۲ مادر در گذشت. در مراسم تقدیس علاوه بر همسر خانم ملا، چهار فرزند او از جمله جیانا آنوتلا که در حال حاضر ۴۱ ساله است و مادرش به خاطر نجات او جاننش را از دست داد، حضور داشتند.

دولت انگلیس در دستورالعملی از پزشکان خواسته تا اطلاعات مربوط به سقط جنین دختران زیر ۱۶ سال را در صورت تمایل آنان از پدر و مادر دختران پنهان نگهدارند.

مجازات تخلف از مقررات

برابر ماده (۳) قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴: «هرکس بدون داشتن پروانه رسمی پزشکی، داروسازی و دندان پزشکی به فنون مزبور اشتغال ورزد و یا بدون اخذ پروانه از وزرات بهداشت اقدام به تأسیس یکی از مؤسسات پزشکی مصرح در ماده (۱) نماید یا پروانه ی خود را به دیگری واگذار نموده و یا پروانه ی دیگری را مورد استفاده قرار دهد، بلافاصله محل کار او از طرف وزرات بهداشت تعطیل و به حبس جنحه ای از ۶ ماه تا ۲ سال و پرداخت غرامت از ۵ هزار ریال تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. اگر پزشک و یا سایر متصدیان امور پزشکی که به اقتضای حرفه ی خویش می توانسته اند کمک بیشتری به مصدوم بنمایند و هم چنین کلیه ی مراکز درمانی که بر طبق قانون موظف به پذیرش بیماران مشمول فوریت های پزشکی هستند، از این وظیفه تخطی نموده و از کمک و مساعدت خودداری ورزند، با رعایت سایر شرایط قانونی به مجازات های مقرر در ماده واحده مصوب سال ۱۳۵۴ محکوم خواهند شد.» و به موجب ماده (۲) آیین نامه ی اجرایی آن مصوب سال ۶۴: «فوریت های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنان چه اقدام فوری به عمل نیاید، باعث خطرات جانی، نقص عضو و ... خواهد بود.» و هم چنین طبق ماده (۲) همان آیین نامه یکی از فوریت های پزشکی زایمان است.

از طرفی اگر پزشک یا جراح بدون اخذ رضایت اقدام به عمل جراحی و یا معالجه ی بیمار نماید، عمل وی جرم بوده و مسلماً مسئولیت جزایی به دنبال خواهد داشت؛ بنابراین می توان چنین ادعا کرد که بر اساس بعضی از متون جزایی موجود و هم چنین اهمیت رضایت در صحت اعمال حقوقی و نیز نظرات فقهای امامیه که عدم رضایت بیماران را از مبانی ضمان طبیب دانسته اند- عدم اخذ رضایت از بیمار و یا اولیای قانونی او می تواند به عنوان مبنایی در کنار سایر مبانی مسئولیت جزایی پزشکان قلمداد شود. هم چنان که برخی از حقوق دانان نیز عمل جراحی بدون رضایت را غیر قانونی خوانده و در صورت وقوع مرگ جراح را در حکم قاتل بدون سبق تصمیم دانسته اند.^(۷)

طبق ماده (۱۹۴) قانون دیات سابق و ماده (۴۸۷) ق.م.ا لاحق برای سقط جنین در هر یک از مراحل حیات جنینی دیه ی معینی را ذکر شده است ولی قانون در مورد سقط جنینی که بعد از ولوج روح به خاطر حفظ حیات مادر انجام می شود ساکت است. طبق استفتاء حضرت امام (ره) در این باره می توان گفت: «اگر بعد از ولوج روح امر دائر باشد. بین فقط احدهما ترجیحی نیست و مورد قرعه هم نیست و اگر علم به تلف شدن هر دو است و امکان حفظ احدهما مورد قرعه است.»

کیفیت درخواست و آیین رسیدگی

رسیدگی به درخواست سقط انتخابی طبق دستورالعمل جدید سازمان پزشکی قانونی کشور تنها در ادارات کل پزشکی قانونی مراکز استان ها با دستور مقاوم قضایی- که معمولاً معاونت محترم دادگستری است- انجامی می شود و گاهی هم به درخواست زوجین است که مستقیماً به پزشک متخصص زنان و مامایی مراجعه می کنند. پزشک پس از طی آزمایشاتی از زوجه ی حامله، اگر احتیاج به سقط درمانی را ضروری تشخیص داد توصیه نامه یا معرفی نامه ای به او می دهد. طبق دستورالعمل جدید معرفی نامه پزشک باید شامل عکس بیمار، مشخصات شناسنامه ای برای احراز هویت،

تشخیص بیماری و روش تشخیص آن بوده و به همراه پیوست آن تصویر شناسنامه برای احراز هویت زوجین و نیز نتایج آزمایش های پاراکلینیک ارائه شود. هم چنین در مورد اندیکاسیون های جنینی، انجام حداقل ۲ نوبت سونوگرافی و در مورد اندیکاسیون های مادری حداقل ۱ نوبت سونوگرافی برای تعیین سن حاملگی، به همراه حداقل ۲ مشاوره ی تخصصی در تأیید تشخیص بیماری الزامی است.

در سقط اورژانسی برابر ماده (۶۲۳) ق.م.ا هر کسی (اعم از پزشک و غیر آن) می تواند بدون اتلاف وقت، اقدام لازم را برای حفظ جان مادر انجام بدهد، ولی بایستی این اقدام را ثابت کند. هم چنین در موارد سقط غیر قابل اجتناب یا سقط ناکامل و حالت های مشابه که جان مادر در معرض خطر فوری قرار دارد اما پدر جنین رضایت نمی دهد، یا به وی دسترسی نیست، با تشکیل کمیسیون پزشکی، بدون اخذ نظر دادگاه هم می توان اقدام فوری و لازم را برای حفظ جان مادر انجام داد. در چنین مواردی پزشک باید شرح حالی کامل از زن حامله تهیه کند و کلیه ی نکات مثبت جهت انجام سقط در پرونده ی بالینی بیمار قید گردد تا در صورت بروز عوارض ثانوی مسؤول نباشد. هم چنین ذکر علل اورژانسی بودن مورد و به طور کلی تشکیل پرونده ی کامل بیمارستانی از جمله گرفتن رضایت نامه و برائت نامه در چنین مواردی بایستی به دقت مورد توجه قرار گیرد.

آثار حاکم بر توجیه ضرورت های سقط جنین

یکی از شرایط سقط انتخابی آن است که باید درخواست سقط به وسیله زوج و زوجه بوده و هر دو نفر به این امر رضایت داده باشند. لذا انجام سقط هیچ گونه مسئولیتی برای پزشک در بر ندارد حتی برخی از قضات معتقدند در این گونه موارد دیه ای هم نیست و طبق مواد (۶۰) و (۳۲۲) ق.م.ا چنان چه طبیب قبل از شروع درمان برائت حاصل نموده باشد، ضامن خسارات جانی، مالی و نقص عضو نیست مگر مرتکب تقصیر شده باشد که از بحث ما خارج است. در حالتی که جنین تالاسمی ماژور یا آنفسال باشد بر طبق استفتاء مقام رهبری قبل از حلول روح می توان جنین را سقط کرد ولی بنا به احتیاط دیه ی آن پرداخت می شود که به نظر می رسد این احتیاط، مستحب است؛ هر چند بعضی از قضات عقیده دارند در این حالت نیز دیه ای اخذ نمی شود. در سقط اورژانسی اگر بیمار در حالتی بود که بتواند رضایت خویش را اعلام نماید، در این حالت اخذ رضایت قبل از معالجه لازم است و مانند سقط انتخابی عمل می شود اما اگر بیمار در حالتی باشد که نتواند رضایت خویش را برای انجام معالجه اعلام نماید و معالجه ضروری باشد، نیازی به اخذ گاهی توسط پزشک است و گاهی توسط افراد غیر متخصص. شکی نیست که مصلحت خود بیمار خروج از قواعد عمومی را ایجاب می کند و پزشک و افراد متخصص می توانند از اخذ رضایت بیمار صرف نظر کنند. به طور کلی حالت ضرورت آن ها را از مسئولیت معاف می نماید. در این گونه موارد طبق مواد مختلف ق.م.ا خصوصاً ماده (۵۵) مسئولیت جزایی پزشک و افراد غیر متخصص منتفی است اما حلیت عمل در این گونه موارد مرتکب را از تبعات زیان آور آن معاف نخواهد داشت؛ زیرا دیه و ضمان مالی مستثنی است. اما در این جا نیز بعضی از قضات معتقدند که وقتی دستگاه قضایی پزشک و افراد متخصص را تحت تعقیب قرار می دهد و به آن ها راجع به پرداخت دیه تفهیم اتهام می شود. ولی اگر آن ها طبق احکام کلی بتوانند ثابت کنند که اقداماتشان برای حفظ حیات مادر بوده، این دفاع از آن ها پذیرفته می شود و آن ها دیه ای هم گرفته نمی شود.

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد اعمال صحیح روش‌های جلوگیری از حاملگی در موارد درمانی که زن قادر به پرورش و به دنیا آوردن فرزند سالمی در بطن خود نیست و هم چنین در مواردی که به هر علت ممکن زن و شوهر مایل به داشتن اولاد نیستند، می‌تواند از بروز عواقب بعدی ناشی از تشکیل جنین ناخواسته در رحم مادر - که اغلب در بسیاری از موارد منجر به بروز یکی از حالات سه‌گانه سقط جنین خواهد شد - جلوگیری نماید. به عبارتی پیش‌گیری قبل از درمان است، در صورتی که سقط جنین اتفاق بیفتد مادر از پیامدهای آن در هر یک از حالات در امان نخواهد بود. استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی دارای محدودیت‌های است ولی ممنوعیت ندارد. البته استفاده از این روش‌ها باید تنها در قالب روابط زناشویی صورت گیرد تا بدین وسیله از شیوه‌ی ارتباطات نامشروع و مردود و سهولت اتخاذ چنین روابطی در سطح جامعه که معمولاً افکار عمومی آن را تقبیح می‌کند، جلوگیری به عمل آید.

پی‌نوشت:

(۱) اشرفی، دکتر منصور، تحت عنوان کنفرانس سقط جنین و دیدگاه‌های اخلاقی در مورد سقط جنین، مجله‌ی مکتب اسلام، شماره‌ی ۸۰، سال سیزدهم، ۲۴ شهریور ۵۱.

W.Friend mann, Lawina changing society, ... p ۱۶۸(۲)

(۳) سیحون، علی‌اکبر، سقط جنین از نظر جزایی، رساله‌ی پایان تحصیلات تکمیلی دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی و اقتصادی دانشگاه تهران ۱۳۳۱. ص ۷۸.

Spontaneous (۴)

Missedlabortion (۵)

Tubalabortion (۶)

(۷) روحانی، فؤاد، مجموعه‌ی حقوقی، س دوم، ش ۴۷، ص ۲۸

منابع

(۱) اشرفی، دکتر منصور، «کنفرانس جنین و دیدگاه‌های اخلاقی آن»، مجله‌ی مکتب اسلام، شماره ۸۰، سال سیزدهم، ۲۴ شهریور ۵۱.

(۲) روحانی، فؤاد، مجموعه‌ی حقوقی، س دوم، شماره ۴۷.

(۳) سیحون، علی‌اکبر، سقط جنین از نظر جزایی، رساله‌ی پایان تحصیلات تکمیلی دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی و اقتصادی دانشگاه تهران.

W.Friend mann, Lawina changing society,... p ۱۶۸ (۴)