

فقه و سلامت

دوفصلنامه علمی مطالعات فقه و سلامت
سال اول، شماره اول (بهار و تابستان ۱۴۰۴)



هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا
- سید حسن آل مجدد شیرازی (استاد درس خارج حوزه علمیه قم)
- محمد علی قاسمی (دکتر، استاد سطوح عالی)
- محمد حسن قاسمی (دکتر، استاد سطوح عالی)
- سید علی قاضی عسکر (تولیت آستان عبدالعظیم حسنی)
- محمدجواد فاضل لنکرانی (استاد درس خارج)
- محمد قائینی (استاد درس خارج)
- مصطفی محامی (استاد سطوح عالی و نماینده ولی فقیه در استان سیستان)
- ابوالقاسم مقیمی حاجی (استاد سطوح عالی)
- غلامرضا مصباحی مقدم (عضو مجمع تشخیص مصلحت)
- سید طاها مرقاتی خوئی (دانشیار دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران)
- سیدمحمد نجفی یزدی (استاد درس خارج)
- محمد حسن ربانی بیرجندی (استاد درس خارج)

نمایه شده در پایگاه‌های:

Magiran (بانک اطلاعات نشریات کشور)

Noormags (پایگاه مجلات تخصصی نور)

نشانی: قم، میدان معلم، مرکز فقهی ائمه اطهار

معاونت پژوهش، دفتر فصلنامه فقه مطالعات فقه و سلامت

تلفن: ۰۲۵ - ۳۷۷۴۹۴۹۴

دورنگار: ۰۲۵ - ۳۷۷۳۰۵۸۸

سامانه فصلنامه: www.mags.markafeqhi.com

پست الکترونیکی: mags@markazfeqhi.com

قیمت: ۱۰۰۰۰۰۰ ریال

صاحب امتیاز:

مرکز فقهی ائمه اطهار

مدیر مسئول:

آیت الله محمدجواد فاضل لنکرانی

سر دبیر:

محمدعلی قاسمی

دبیر تحریریه:

حامد میرزاخان

دبیر اجرایی:

عمار نصر اللهی

ویراستار:

محمد شیرینکار موحد

مترجم انگلیسی:

میثم حسنی

مترجم عربی:

حامد میرزاخان

طراح:

حمیدرضا پورحسین

صفحه آرا:

صفرعلی اخلاقی

The Application of Prospective Hardship (*Ḥaraj Istiqbālī*) in Abortion Based on Prenatal Screening Diagnosis

Mohammad Ali Ghasemi¹

Abstract

Undoubtedly, the primary rule in Islamic law is the prohibition of abortion; however, under certain exceptional circumstances, juristic reasoning allows for its permissibility. One of the legal maxims invoked in such discussions is the principle of negation of hardship (qā'idat naḥī al-ḥaraj). With the remarkable advances in modern medical science, congenital disorders in fetuses can now be detected with a high degree of reliability through prenatal screening tests, enabling the prediction of possible diseases and abnormalities.

The central question of this study is whether, based on such diagnostic certainty and considering the severe difficulties parents may face in raising children with serious congenital disabilities, it is permissible-by invoking prospective hardship- to terminate the pregnancy before the ensoulment (naḥk al-rūḥ) occurs. Assuming that these screening tests yield scientific certainty and that the evidences related to lā ḥaraj (negation of hardship) have absolute applicability, this paper employs a descriptive - analytical method and a library-based approach to examine the issue. The findings indicate that when prenatal screening provides reliable knowledge or confidence regarding future unbearable hardship for the parents, the evidences of naḥī al-ḥaraj lift the prohibition of abortion and allow termination before ensoulment. Nevertheless, not every case of Down syndrome necessarily results in a "hardship-based" life for the parents; thus, each case must be evaluated individually according to its specific conditions and factors.

Keywords: Prospective Hardship (*Ḥaraj Istiqbālī*), Abortion, Fetal Screening, Therapeutic Abortion, Down Syndrome.

1. PhD student, Quran and Politics, Al-Mustafa Al-Alamiyah University, Director of the Medical Jurisprudence Department, Imams' Jurisprudence Center, Qom. *ghasemimohammad110@gmail.com*

کاربست حرج استقبالی در سقط جنین مبتنی بر تشخیص غربالگری

محمد علی قاسمی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴ / ۲ / ۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴ / ۴ / ۲۸

چکیده

بی تردید قانون اولیه اسلام، حرمت سقط جنین است؛ اما در پاره‌ای موارد به دلایل فقهی، حکم به جواز سقط جنین می‌شود. یکی از قواعدی که در این زمینه مورد استناد قرار می‌گیرد قاعده نفی حرج است. از سوی دیگر با توجه به پیشرفت شگرف دانش پزشکی، امروزه تشخیص بیمارهای مادرزادی در جنین با آزمایش‌های غربالگری قابل اطمینان، تعیین درصد بیماری و مشکلات جنین، امری ممکن است. پرسش اصلی پژوهش این است که با امکان چنین آزمایشاتی و با توجه به مشکلات فراوان فرزندان ناقص‌الخلقه در آینده، آیا با استناد به حرجی که در آینده زندگی والدین این کودکان رخ می‌دهد، می‌توان مستند به این‌گونه حرجی، قبل از دمیده شدن روح در جنین اقدام به سقط آن کرد؛ فرض بر این است که این آزمایش‌ها علم آور است و ادله لاحرج نیز اطلاق دارد. برای اثبات این فرضیه و پاسخ به پرسش پژوهش، در گردآوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای و در تبیین از روش توصیفی و تحلیلی استفاده شده است و این نتیجه به دست آمد: در صورتی که آزمایش‌های غربالگری علم آور یا اطمینان‌بخش باشند و زندگی حرجی سال‌های بعد را برای والدین اثبات نماید، ادله نفی حرج، حرمت سقط جنین را برداشته و قبل از دمیده شدن روح در جنین مجوزی برای سقط خواهند بود. البته هر سندرم داون، الزاماً سبب حرجی شدن زندگی آینده والدین نخواهد بود و باید هر مورد را به‌حسب شرایط و مؤلفه‌های خودش در نظر گرفت.

واژگان کلیدی: حرج استقبالی، سقط جنین، غربالگری جنین، سقط درمانی، سندرم داون.

۱. دانش‌آموخته دکتری، رشته قرآن و سیاست، جامعه المصطفی العالمیه، مدیر گروه فقه پزشکی، مرکز فقهی ائمه اطهار (عج)، قم. ghasemimohammad110@gmail.com

مقدمه

بی‌تردید جان انسان بزرگ‌ترین موهبتی است که خداوند متعال به آدمی عنایت می‌کند، از این رو در دین اسلام همانند سایر ادیان الهی، جان همه انسان‌ها محترم شمرده شده و کشتن یک انسان بی‌گناه را در زمره گناهان بزرگ مورد نهی قرار داده تا آنجا که قتل یک انسان را به مانند کشتن همه مردم جامعه به شمار آورده است. (مائده: ۳۲؛ بقره: ۹۳؛ اسراء: ۳۳) از سوی دیگر، سقط‌جنین به عناوین مختلف مانند: سقط درمانی، احتمال نقصان خلقت و بیماری در جنین، مسائل اقتصادی و خانوادگی، بزهکاری و مسائلی از این دست، به یکی از مهم‌ترین موضوعات جوامع بشری امروز شده است، همچنین رشد منفی جمعیت نیز بر اهمیت این مسئله افزوده است. چرا که در سال‌های اخیر سقط‌جنین یکی از مؤلفه‌های رشد منفی جمعیت به شمار می‌آید، به گونه‌ای که برخی مطالعات جمعیتی حکایت از آن دارد که در کشور ایران، روزانه بیش از ۱۰۰۰ سقط‌جنین انجام می‌شود، این آمار، در سال چیزی حدود ۴۰۰ هزار سقط‌جنین را ثبت کرده است. (صادقی، ۱۳۷۹، ص ۷۶)

با توجه به نکات یاد شده و مسئله غربالگری جنین در دو مرحله اساسی، مسائل فقهی فراوانی را پیش‌روی فقیهان و دانشوران عرصه فقه نهاده است. غربالگری جنین مجموعه تست‌ها و آزمایشاتی است که به منظور بررسی سلامت جنین و تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی - سندروم داون - صورت می‌گیرد.

با توجه به دستور العمل وزارت بهداشت، درمان و سلامت، تست غربالگری سندرم داون باید به همه زنان باردار پیشنهاد شود. (بکناشیان، ۱۳۹۶، ص ۲۴) این امر در صورتی که بدون توجه به مسائل ویژه فقهی آن صورت گیرد تبدیل به معضلی شده است که امروزه گریبان‌گیر جوامع بشری از جمله جامعه اسلامی ما شده است. مسئله این پژوهش، این است که تنها با توجه به یکی از ادله فقهی - حرج حاصل از فرزندان معلول - به بررسی غربالگری و پیامدهای آن بپردازد. پاسخ ابتدایی و فرضیه پژوهش این است که با بررسی دقیق موضوع شناسی غربالگری و

مراحل آن و تطبیق و شمول لاجرح نسبت به حرج استقبالی و آینده زندگی والدین که از زیاده‌روی و کم‌کاری در بکارگیری اطلاعات حاصل از غربالگری صورت می‌گیرد، می‌توان با استفاده از احکام فقهی این مسئله را حل کرد؛ زیرا عدم اطلاع والدین از مراحل تکمیلی غربالگری و ترس از معلولیت فرزند، باعث افزایش سقط جنین در کشور شده است و از سوی دیگر بی‌توجهی به احکام فقهی و مجوزهای شریعت، در پاره‌ای موارد سبب تولد فرزند معلول و گرفتاری والدین و صرف هزینه‌های فراوان می‌شود.

با توجه به بررسی صورت گرفته، نسبت به پیشینه تحقیق باید گفت اگر چه برخی مقالات کم‌وبیش به بررسی غربالگری و سقط‌های ناشی از آن پرداخته‌اند؛ ولی در هیچ یک از پژوهش‌های صورت گرفته، موضوع شناسی فقهی غربالگری انجام نگرفته است و به نقش حرج استقبالی در این مسئله توجه کافی نشده است؛ بنابراین، نخست باید مراحل غربالگری را با توجه به مسئله حرج استقبالی بازشناخت و سپس با تحقیق و شناخت حرج استقبالی و شمول آن نسبت به مراحل مختلف غربالگری، تکلیف والدین و کادر درمانی را با روش توصیفی - تحلیلی و اجتهادی مشخص کرد؛ در مقاله پیش‌رو، نخست به تبیین غربالگری و ماهیت حرج استقبالی می‌پردازیم و سپس ارتباط این دو را با توجه به مراحل غربالگری به تفصیل بیان می‌کنیم.

۱. چپستی غربالگری جنین

واژه «غربالگری»^۱ از «غربله» انجام کار با غربال را گویند. (فراهیدی، ۱۴۱۰ق، ج ۴، ص ۶۷) غربال همان وسیله الک کردن است که در عربی به آن «منخل» گفته می‌شود. (حمیری، ۱۴۲۰ق، ج ۸، ص ۴۹۳۴) غربال مردم به معنای جداسازی خوب از بد آنهاست. همان‌سان که به وسیله غربال، طعام خوب از بد جدا می‌شود. (زمخشری، بی‌تا، ج ۲، ص ۴۳۵) ابن اثیر نیز معنای غربال را جداکردن پاکیزه و خوب را از بد می‌داند. (ابن

اثیر، بی تا، ج ۳، ص ۳۵۲؛ ابن منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۱، ص ۴۹۱) در فرهنگ فارسی معین این گونه معنا شده است: «الک کردن، بیختن، تفحص و جستجوی بسیار کردن، کنجکاوی کردن»؛ (معین، ۱۳۸۶ش، ج ۲، ص ۱۱۱۴) با اضافه کردن پسوند «گری» به واژه «غربال» حاصل مصدر ساخته می شود، به عبارتی غربال مصدر با تبدیل به حاصل مصدر می شود، حاصل آن که به هر نوع جداکردن خوب، بد، پست و نیکو غربال-گری گفته می شود.

در اصطلاح پزشکی، غربالگری راهبردی است که در یک جمعیت به کار می رود تا یک بیماری را در افرادی که فاقد نشانه ها و علائم هستند شناسایی کند، به عبارتی روشن تر مقصود از غربالگری شناسایی زودرس بیماری در یک جامعه است، تا به این ترتیب با فراهم شدن امکان مداخله و مدیریت پیش هنگام، میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری کاهش یابد، توجه به این نکته لازم است که غربالگری تنها در مواردی بیماری های خاص و مهم انجام شود که درمان پذیرند و گزینه های مناسب و متناسبی برای مواجهه با موارد مثبت غربالگری در دسترس است. (جمعی از نویسندگان، ۱۳۸۷ش. ج ۲، ص ۹۱۵) حاصل آن که غربالگری در این پژوهش به معنای این است که آزمایش ها و تست هایی در رابطه به جنین داخل رحم زنان باردار، صورت گیرد تا به شناسایی زودرس بیماری ها بیانجامد، خواه قابل درمان باشند و خواه قابلیت درمان نداشته باشند و تنها از راه سقط بتوان از تحقق فرزندان معلول جلوگیری کرد.

۲. مراحل غربالگری

در راستای جلوگیری از نقصان های مادرزادی، دو دسته آزمایش های زمانی در سه ماه نخست و سه ماه دوم انجام می شود، تا به روش های مختلف از وجود فرزند معلول و عقب افتاده یا بیمار جلوگیری شود، به عبارت روشن تر دو نوع آزمایش: آزمایش های غربالگری و آزمایش های تشخیصی انجام می شود؛ آزمایش های غربالگری خطر (احتمال) اینکه جنین دارای سندروم داون باشد را تخمین می زنند؛

اما آزمایش‌های تشخیصی به طور قطعی مشخص می‌کنند که آیا جنین واقعاً دارای سندروم داون است یا خیر، بنابراین، باید دو مرحله غربالگری را بررسی کرد.

۱-۲. غربالگری سه ماه اول

غربالگری در مرحله نخست، به سه ماه نخست بارداری اختصاص دارد، این آزمایش، ترکیبی از سه آزمایش است که مقادیر مواد مختلفی را در خون اندازه‌گیری می‌کند (آلفا فیتوپروتئین، گنادوتروپین جفتی انسان و استریول غیرکونژوگه) و به همراه سن مادر، خطر داشتن فرزند مبتلا به سندروم داون را تخمین می‌زند. آزمایش‌های غربالگری معمولاً در هفته‌های ۱۵ تا ۲۰ بارداری انجام می‌شوند.

غربالگری‌ها معمولاً همراه با یک سونوگرافی دقیق انجام می‌شوند. سونوگرافی می‌تواند برخی از صفات فیزیکی یا توسعه‌ای را که در محاسبه خطر سندروم داون مفید هستند، نشان دهد اگرچه این آزمایش‌ها به تنهایی برای تشخیص سندروم داون کافی نیستند. باید توجه کنیم که آزمایش‌های غربالگری ارزش محدودی دارند و در برخی از زنانی که این آزمایش‌ها را انجام می‌دهند، نتیجه به صورت مثبت کاذب یا منفی کاذب درمی‌آید. آزمایش سه‌گانه دارای نرخ ۵ تا ۸ درصد مثبت کاذب و ۳۵ تا ۴۰ درصد منفی کاذب است و در حدود ۶۰ تا ۶۵ درصد از تمام موارد سندروم داون را تشخیص می‌دهد.

در مرحله نخست مشاوره با خانم باردار صورت می‌گیرد تا احتمال ابتلای جنین به سندرم بررسی شود، اختلالات کروموزومی، سن مادر، سابقه فامیلی، خانوادگی و یا سابقه زایمان قبلی نوزاد مبتلا به سندرم داون بررسی می‌شود، تا نتایج این مرحله از غربال‌گیر میزان خطر را نشان دهد؛ اگر نتیجه غربالگری نشان‌دهنده خطر پایین باشد، نیاز به انجام روش‌های تشخیصی تهاجمی نیست، زیرا احتمال وقوع سندرم داون کم است؛ ولی چنانچه نتیجه غربالگری نشان‌دهنده خطر بالا و مثبت باشد، از آنجا که نتیجه مثبت به معنای ابتلا جنین به سندرم داون نیست، برای تشخیص قطعی نیاز به انجام روش‌های تهاجمی شامل CVS - (نمونه‌برداری از پرزهای بافت کوریون جفت) و آمینو سنتز (نمونه‌گیری از مایع آمنیوتیک) است.

اگر والدین بعد از مشاوره، متقاضی انجام غربالگری باشند، غربالگری سه ماه اول، تست‌های ترکیبی «گنادوتروپین جفتی انسان»؛ آزمایش «پروتئین پلاسمای مرتبط با بارداری A» و «سونوگرافی NT» انجام می‌شود. چنانچه نتیجه غربالگری سه ماهه اول، پرخطر باشد مادر در اسرع وقت برای اقدامات و آزمایشات بعدی معرفی می‌شود. اگر نتیجه غربالگری، کم خطر باشد، احتمال وقوع ناهنجاری‌های مورد بررسی، کم است و درخواست غربالگری سه ماه دوم لازم نیست. (همان و ر.ک: سایت: آزمایش‌های غربالگری و تشخیص نقص‌های مادرزادی | مادرشو (madarsho.com)؛ تاریخ مراجعه: ۱۴۰۰/۱۰/۱۶).

حاصل آن که از آنجایی که نتایج و احتمالات این مرحله از غربالگری، علم آور و یقینی نیست، بر این اساس به صرف احتمال وجود سندرم نمی‌توان اقدام به سقط کرد، بلکه برای اطمینان بیشتر باید آزمایش‌های مرحله بعد را انجام داد.

۲-۲. غربالگری سه ماه دوم

از مجموع نتایج به دست آمده در مرحله قبل، از سونوگرافی nt و آزمایش خون مادر همراه با سن مادر، یک ریسک عددی به دست می‌آید که تصمیم برای برداشتن قدم بعدی را آسان‌تر می‌کند و این امکان را به وجود می‌آورد که قبل از دمیده شدن روح در جنین، نسبت به بیماری‌های احتمالی از جمله سندرم داون آگاه شد و تصمیم به انجام آزمایش‌های تهاجمی گرفت.

آزمایش‌های تهاجمی به آزمایش‌هایی گفته می‌شود که باید برای انجام آنها نمونه‌ای را به صورت فیزیکی از بدن انسان جدا کرد که دارای زیان و خطر است، مثل: گرفتن خون از بندناف، مایع آمنیون، پرزهای جفتی یا پیوبسی، (بافت برداری یا همان نمونه برداری) پوست و احشا (کریمی‌نژاد، ۱۳۹۰ش، ص ۲۵۶).

آزمایش‌های تشخیصی تهاجمی، به آزمایش‌هایی اطلاق می‌شود که ممکن است باعث آسیب رساندن به جنین شود؛ از این رو لازم است در انجام آنها با احتیاط صورت گیرد، برای تشخیص قطعی نقص‌های مادرزادی از این آزمایش‌ها

استفاده می‌شود و علت اصلی انجام آزمایش‌های تهاجمی دقت بالای این آزمایش‌ها می‌باشد؛ رویه‌های موجود برای تشخیص پیش از تولد سندروم داون عبارت‌اند از: نمونه‌گیری از پرزهای کوریون (CVS)، آمینوسنتز و نمونه‌گیری از خون بند ناف (PUBS). این رویه‌ها در تشخیص سندروم داون ۹۸ تا ۹۹ درصد دقیق هستند.

الف) نمونه‌برداری از پرزهای جفتی یا CVS

در این عمل از پرزهای جفتی نمونه‌برداری می‌شود، این پرزها در آینده جفت را می‌سازد؛ جنین و جفت هر دو از تخمک لقاح یافته به وجود می‌آیند، در نتیجه سلول‌های جنین و جفت مشخصات ژنتیکی یکسانی دارند، پس با برداشت نمونه از پرز جفتی می‌توان به مشکلات ژنتیکی جنین پی برد. (نمونه‌گیری از جفت - CVS آزمایشگاه تخصصی پزشکی جردن) (jordanmedlab.com)

نمونه‌برداری از پرزهای جفتی بین هفته‌های ۱۱ تا ۱۳ بارداری انجام می‌شود. در این آزمایش، پزشک با وارد کردن یک سوزن به داخل شکم یا وارد کردن یک لوله باریک به درون واژن، نمونه کوچکی از جفت برمی‌دارد و با بررسی نمونه، سندرم داون یا دیگر عارضه‌های ژنتیکی را تشخیص می‌دهد. (سایت، غربالگری، final salamat janin، پی دی اف ۱۶/۱۰/۱۴۰۰)

مزیت عمده نمونه‌برداری پرزهای کوریونی (CVS) این است که امکان تشخیص را در سه‌ماهه اول حاملگی فراهم می‌کند، اگر چه دارای این نقطه‌ضعف نیز است که حتی ماهرترین افراد در نمونه‌برداری با یک تا دو درصد خطر سقط مواجه هستند. همچنین شواهدی وجود دارد که این تکنیک اگر قبل از هفته‌های ۹ تا ۱۰ حاملگی انجام شود، موجب ناهنجاری‌های اندامی (دست و پا) در رویان می‌شود، به همین دلیل قبل از هفته ۱۱ حاملگی انجام نمی‌گردد. (امری، اصول ژنتیک پزشکی، ترجمه و گردآوری، لیلا یوسفیان، حسن وحید نژاد. ص ۴۹۹) دقت این آزمایش برای تشخیص ناهنجاری‌های کروموزومی ۹۸ درصد است. (اینترنت، تفاوت بین آمینوسنتز و CVS در غربالگری... آزمایشگاه اریترون، ۱۶/۱۰/۱۴۰۰)

ب) آمنیوستنز

آمنیوستنز از روش‌های تشخیصی تهاجمی به شمار می‌آید که در طی آن مقدار کمی از مایع آمنیوتیک از کیسه اطراف جنین برداشته می‌شود، نمونه‌گیری تحت هدایت سونوگرافی و از طریق یک سوزن نازک که از روی شکم وارد رحم می‌شود. با توجه به اینکه در ایران اجازه ختم بارداری بعد از هفته ۱۸ توسط پزشکی قانونی صادر نمی‌شود، بنابراین، آزمایش یاد شده باید قبل از هفته ۱۶ صورت پذیرد. این آزمایش امکان تشخیص قطعی ناهنجاری‌ها را دارد، تنها ملاک برای ختم بارداری محسوب می‌شود. (ایترنت، سایت، غربالگری، final salamat janin پی‌دی‌اف ۱۴۰۰/۱۰/۱۵) این آزمایش حداکثر خطایی که ممکن است داشته باشد یک درصد خواهد بود. (امری، اصول ژنتیک پزشکی. ترجمه و گردآوری، لیلا یوسفیان، حسن وحید نژاد. ص ۴۹۷).

ج) نمونه‌گیری از خون بند ناف (PUBS)

کوردوستنز که گاهی نمونه‌گیری خون بندناف از طریق پوست (PUBS) نیز نامیده می‌شود، آزمایش تخصصی است که نمونه خون جنین را برای تشخیص ناهنجاری‌های جنینی بررسی می‌کند. تست کوردوستنز به ندرت انجام می‌شود، زیرا خطر سقط در آن نسبت به سایر روش‌های تشخیصی مانند آمنیوستنز و نمونه‌گیری از پرزهای کوریونی (CVS) بیشتر است.

پزشک با راهنمایی سونوگرافی، سوزنی نازک و توخالی را از طریق دیواره شکم وارد رحم می‌کند، مقدار کمی خون از رگ بند ناف به داخل سرنگ کشیده می‌شود، سپس سوزن خارج می‌شود، گاهی اوقات برای کنترل درد در طول عمل داروی بیهوشی تجویز می‌شود، اما معمولاً نیازی به آن نیست، نمونه خون در آزمایشگاه تجزیه و تحلیل می‌شود و نتیجه آزمایش معمولاً ظرف چند روز آماده خواهد شد.

(قاسمی، ۱۴۰۲، ص ۷۶-۷۷)

(د) روش PGD (قبل از انتقال جنین به رحم)

«روش (PGD) به فرایندی اطلاق می‌شود که اطلاعات ژنتیکی جنین قبل از اینکه به رحم مادر منتقل گردد، کسب می‌شود تا اختلالات کروموزومی و ژنتیکی جنین شناسایی شود، با این هدف که از تولد نوزادان مبتلا به امراض ارثی وابسته به کروموزوم (x) و کودکان ناقص‌الخلقه پیشگیری شود، اما استفاده از این روش در صورتی امکان‌پذیر است که با باروری‌های آزمایشگاهی قرین باشد، در این روش ابتدا به وسیله استعمال داروهای محرک تخم‌گذاری توسط زن، تخمک‌هایی به وجود می‌آید سپس توسط سونوگرافی تخمک‌ها از تخمدان زن خارج می‌شوند و آنگاه با اسپرم مرد تلقیح شده و رویان‌های متعددی به وجود می‌آید، اما تخمک‌ها ۱۶ الی ۱۸ ساعت پس از لقاح، مجدداً مورد نظارت قرار می‌گیرند، سپس تخمک‌هایی که حاوی دو پیش هسته هستند، کشت می‌شوند و بعد از ۷۲ ساعت، از هر جنین به وجود آمده که در مرحله ۶ تا ۸ سلولی است یک تا دو سلول بیوپسی می‌شود، به عبارت دیگر در این تکنیک از جنین تکه‌برداری شده و پس از انجام آزمایش‌ها، جنینی که دارای کروموزوم سالم و نرمال و عاری از هرگونه اختلالات ژنتیکی است به رحم زن انتقال داده می‌شود، از این روش برای تعیین جنسیت انسان هم استفاده می‌شود، ترویج استفاده از این روش موجب کاهش عیوب مادرزادی، کاهش سقط انتخابی جنین و افزایش باروری‌های منتج به تولد می‌شود.» (ر.ک: قربانی، ۱۳۹۶ش، ص ۷۱-۷۶).

رایج‌ترین موارد استفاده از این روش برای تشخیص بیماری‌هایی مانند تک ژنی، فیبروز کیستی، دیستروفی میوتونیک، بیماری هانتینگتون، بتا تالاسمی، آتروفی عضلانی - نخاعی و سندرم x شکننده است. اما بزرگ‌ترین گروه ارجاع داده شده به PGD ناهنجاری‌های کروموزومی و به طور خاص جابه‌جایی‌های دوطرفه و روبرتسونی است. آنالیز ژنتیکی در این موارد با استفاده از تکنولوژی fish انجام می‌گیرد. (امری اصول، ترن پنی، پیتز دی، ۱۳۹۶، ص ۵۱۱)

۳. بیماری‌های مادرزادی (منگولیسم)

سندرم داون^۱ یا دی. اس. عارضه‌ای ژنتیکی است که موجب کندی رشد کودک شده و معمولاً به عقب ماندگی ذهنی منجر می‌شود، این سندرم به نام جان لانگدان داون^۲ نامگذاری شده است که پزشکی انگلیسی و اولین شخصی بود که در سال ۱۸۸۷، علائم این عارضه را تشریح کرد. (ر.ک: سندرم داون یا تریزومی (onlineword.ir)؛ مراجعه شده در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱۷)

سندرم داون یا تریزومی ۲۱ یک بیماری ژنتیکی مادرزادی است که با غربالگری در دوره جنینی می‌توان آن را شناسایی کرد؛ از این رو شناخت این بیماری در تشخیص و صدق عنوان حرج حاصل از نگهداری بچه‌های دارای این بیماری کمک می‌کند، بی‌تردید سطح و درجات بیماری نیز می‌تواند در حکم فقهی آن تأثیرگذار باشد، از این رو به اختصار به بررسی و شناخت این بیماری و ویژگی‌های آن می‌پردازیم.

۳-۱. تعریف بیماری سندروم

سندروم به معنای گروهی از ویژگی‌های قابل تشخیص است که همراه هم اتفاق می‌افتند. سندروم مادرزادی، سندرومی است که از زمان تولد وجود دارد و چیزی نیست که فرد بعداً دچار آن شود، چشم‌انداز این بیماری نسبت به زمانی که این سندرم برای نخستین بار تشریح شد، تغییر کرده است. امروزه بسیاری از کودکان دارای سندروم داون زندگی سالم و رضایت‌بخشی دارند و به طور موفقیت‌آمیزی در زندگی خانوادگی و اجتماعی مشارکت می‌کنند. (<https://www.zoomit.ir/health-medical/>)، سندروم داون شایع‌ترین اختلال کروموزومی اتوزومال در انسان است شیوع آن یک در ۸۰۰ تولد زنده است و بیش از نیمی از تریزومی ۲۱ منجر به سقط خودبخودی می‌شود. (جمعی از نویسندگان، ۱۳۸۲ش، ج ۱، ص ۱۷۷)

1. Down Syndrome.

2. John Langdon Down.

۲-۳. انواع سندروم داون

این روزها هر نوزاد متولد شده با سندروم داون دارای یک آزمایش خونی کروموزومی برای تأیید تشخیص است. اساساً سه نوع سندروم داون وجود دارد:

سندروم داون تریزومی ۲۱

این معمول‌ترین فرم سندروم داون است که حدود ۹۵ درصد کل موارد این سندروم را شامل می‌شود. این وضعیت زمانی اتفاق می‌افتد که یکی از والدین به‌جای یک کروموزوم، طی عدم تفرق صحیح کروموزومی هنگام تقسیم، دو کروموزوم شماره ۲۱ به اسپرم یا تخمک خود می‌دهد. این امر موجب می‌شود که فرزند حاصل در هر سلول خود دارای یک کروموزوم اضافی ۲۱ باشد. (ال یاسین، رضائی و غضنفری ۱۳۸۷ ص ۳۹-۴۸)

سندروم موزائیسم^۱

موزائیسم زمانی رخ می‌دهد که عدم تفرق صحیح کروموزوم شماره ۲۱ در یکی از تقسیم‌های سلولی اولیه پس از لقاح (باروری) اتفاق می‌افتد؛ در چنین وضعیتی، مخلوطی از هر دو نوع سلول وجود خواهد داشت که برخی دارای ۴۶ کروموزوم و برخی حاوی ۴۷ کروموزوم هستند، سلول‌های ۴۷ کروموزومی، حاوی یک کروموزوم اضافه شماره ۲۱ هستند، به علت الگوی موزائیکی سلول‌ها از اصطلاح موزائیسم استفاده می‌شود، موزائیسم وضعیتی نادر است که تنها دو درصد از تمام موارد سندروم داون را شامل می‌شود، افراد دارای سندروم داون موزائیسم نسبت به افرادی که سندروم داون آن‌ها ناشی از عدم تفرق صحیح کروموزومی هنگام تقسیم یا جابه‌جایی است، ممکن است کمتر تحت تأثیر ویژگی‌های فیزیکی و ذهنی سندروم داون قرار گیرند. (البته این موضوع بیشتر بستگی به نسبت سلول‌های درگیر دارد)

سندروم جابه‌جایی کروموزومی^۱

جابه‌جایی کروموزومی ۳ تا ۴ درصد از کل موارد سندروم داون را شامل می‌شود، در جابه‌جایی، بخشی از کروموزوم ۲۱ در جریان تقسیم سلولی می‌شکند و به کروموزوم دیگری متصل می‌شود. درحالی‌که تعداد کلی کروموزوم‌ها در سلول‌ها همان ۴۶ باقی می‌ماند، وجود بخش اضافی از کروموزوم ۲۱ موجب بروز ویژگی‌های سندروم داون می‌شود، همانند عدم تفرق صحیح کروموزومی، جابه‌جایی نیز قبل از لقاح یا در زمان لقاح رخ می‌دهد.

۳-۳. مشکلات سلامتی مرتبط با سندروم داون

همه کودکان ممکن است در معرض بیماری‌ها باشند؛ اما مشکل‌های کودکان دارای سندرم داون بیشتر از دیگر کودکان است. عفونت‌های مجرای تنفسی فوقانی، در این کودکان بیشتر اتفاق می‌افتد. تجمع مایع در گوش‌ها و انحراف چشم نیز در میان این کودکان رواج بیشتری دارد، کودک دچار سندروم داون دارای مشکلات مکیدن یا برگرداندن غذا شود. اگرچه مهارت‌های خوردن و آشامیدن توسعه پیدا می‌کند؛ ولی این وضعیت می‌تواند همچنان مشکل‌ساز باشد.

مشکلات سلامتی شدید

شرایطی که در ادامه آمده است، ممکن است هر نوزاد یا کودکی را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ اما احتمال شیوع آن در کودکان دارای سندروم داون بیشتر است. انسداد دستگاه گوارشی برخی از کودکان مبتلا به سندرم داون، کم‌کاری غده تیروئید (هیپوتیروئیدی)، ناپایداری مهره‌های گردن (ناپایداری آتلانتواکسیال) در برخی از این کودکان، نقایص قلبی، زوال حافظه در این افراد احتمال بیشتری دارد.

1. Translocation

۳-۴. طبقه‌بندی عقب‌ماندگی مادرزادی

انجمن AAMR عقب‌ماندگان ذهنی را به چهار گروه تقسیم کرده است که هر گروه وابسته به شدت و ضعف ناتوانی ذهنی، دارای مشکلات متفاوتی خواهند بود، این مشکلات می‌تواند صدق عنوان خرج را در زندگی والدین تحقق بخشد.

الف) عقب‌ماندگی شدید

برخی از کودکان عقب‌مانده - یک یا دو درصد - دارای عقب‌ماندگی شدیدند فعالیت‌های ذهنی بسیار پایین و از جهت ظاهری غیرطبیعی هستند و قادر به کنترل ادرارشان نیستند و در بیشتر موارد به بیماری‌های صرع فلج مغزی مبتلایند. در این‌گونه افراد، احتمالاً می‌توانند به کمترین خودیاری دست یابند و همواره نیازمند کمک دیگران خواهند بود. (محمدی قراسویی، عریف کودکان عقب‌مانده ذهنی سایت پژوهش، پژوهشکده باقرالعلوم ۱۳۹۸/۰۴/۱۱)

ب) عقب‌ماندگی متوسط

کودکانی که می‌توانند مهارت‌های اجتماعی و شغلی را بیاموزند و از نظر تحصیل از کلاس دوم بالاتر نمی‌روند، در صورتی که تحت فشارهای اجتماعی و اقتصادی قرار گیرند، باید از آن‌ها سرپرستی به عمل آید؛ بهره‌هوشی این افراد ۴۰ تا ۵۰ می‌باشد.

ج) عقب‌ماندگی خفیف

میزان هوش آنها بین ۵۰ تا ۷۰ می‌باشد. از نظر عقلی، ادراک و مهارت‌های عملی از کودکان ۷ تا ۱۱ ساله تجاوز نمی‌کند؛ قادر به استدلال نیستند و قدرت ابتکار، ابداع و انتقاد ندارند. آموزش در اینها کند صورت می‌گیرد. ولی در امور حرفه‌ای و عملی، مهارت‌هایی نشان می‌دهند. این گروه ۸۵ درصد کل جمعیت عقب‌مانده‌ها را تشکیل می‌دهند. در صورتی که در شرایط خوب تربیتی و راهنمایی تحصیلی در مدارس استثنایی رشد نمایند و از نظر عاطفی، هیجانی و ناسازگاری‌های اجتماعی، دچار مشکل نشوند و شرایط زندگی آنها آرام و مناسب باشد؛ می‌توانند در تولید ثروت سهیم باشند و برای خانواده خود مفید واقع شوند. این افراد بخاطر اینکه به تنهایی

قادر به انجام دادن مسئولیت‌های گوناگون نیستند، نیازمند راهنمایی و نظارت کارفرما، روان پزشکان و مددکاران اجتماعی می‌باشند. (ر.ک: میلانی فر، ۱۳۹۷ش، ص ۳۷- ۴۲) بنابراین، این گونه افراد مشکلی ندارند و می‌توانند زندگی نسبتاً مشخص و آرامی داشته باشند. به طور کلی می‌توان گفت این گروه استعداد یادگیری درخصوص تحصیل تا حد پایه، فراگیری انطباق، سازگاری اجتماعی و مهارت‌های حرفه‌ای به میزانی که بتواند در بزرگسالی از نظر امرار معاش خودکفا گردند را دارند. (عابدی‌زاده، ۱۳۶۵ش، شماره ۳۰، ص ۲۸-۳۰)

البته باید مشکلات روحی و معنوی افراد عقب‌مانده و خانواده‌های آنان را نیز موردتوجه قرار داد، ۷۷ درصد مادران کودکان اظهار داشته‌اند چنانچه احتمال می‌دادند که کودکشان ممکن است مبتلا باشد، هرگز حاضر به حاملگی نبوده‌اند و در ۸۲ درصد موارد حاضر به سقط وی در دوران حاملگی بوده‌اند. والدین این افراد در ۱۰ درصد موارد اظهار داشتند که وجود این فرزند در خانواده باعث کشمکش خانوادگی گردیده و در ۶۴ درصد موارد وی را اصلاً باعث اختلاف در خانواده ندانسته و در بقیه موارد در حد اندکی اختلاف داشته‌اند. (همتی و همکاران، ۱۳۸۴ش، ص ۲۵-۲۶) از مجموع طبقه‌بندی‌های ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که والدین طبقه خفیف و متوسط و گروه آموزش‌پذیر به طور معمول گرفتار خرج نمی‌شوند؛ ولی در کودکان دارای عقب‌ماندگی شدید و مبتلا به بیماری‌های مختلف و بهره‌هوشی پایین، زندگی والدین دچار خرج شدید می‌شود.

۴. خرج استقبالی

قاعده «لاخرج» از مهم‌ترین و پرکاربردترین قواعدی است که فقیهان در استنباط احکام از آن بهره می‌برند؛ چرا که در همه ابواب فقهی مورد استناد قرار می‌گیرد؛ بلکه بر مباحث اصولی - دلالت صیغه امر بر مره یا تکرار - یا برخی مباحث کلامی نیز کاربرد دارد و افزون بر اینکه قاعده نفی خرج، خود مستند قواعدی مانند: قاعده میسور، قاعده طهارت، قاعده لاضرر، قاعده الضرورات تبیح المحذورات، و قاعده

اماریت سوق مسلمین (مراغی، ۱۴۱۷ ق، ج ۱، ص ۲۹۷) قرار می‌گیرد. (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۵ ش، ص ۲۲) علاوه بر اینکه از دیرزمان توسط فقیهان مورد استناد قرار گرفته است (صدوق، ۱۴۱۵ ق، ص ۳۹؛ شیخ مفید، ۱۴۱۰ ق، ص ۶۹) امروزه به صورت مستقل در «القواعد الفقیهه» مرحوم بجنوردی و القواعد الفقیهه آیت الله العظمی محمد فاضل لنکرانی و با عنوان «سلسله درس‌های قواعد فقیهه، لاحرج» توسط آیت الله محمدجواد فاضل لنکرانی بررسی شده است. این قاعده برگرفته از آیات و روایات به ویژه آیه مبارکه: «وَمَا جَعَلْ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ» (حج: ۷۸) است. درباره این قاعده موضوعات و محورهای مختلفی مورد بحث قرار گرفته است ولی برای روشن ساختن کاربست قاعده در زمینه سقط جنین با توجه به غربالگری پیشرفته، باید دو نکته اساسی مورد بحث قرار گیرد:

۱-۴. شمول قاعده نسبت به محرمات

در راستای اثبات شمول قاعده نفی حرج نسبت به محرمات، به دو دلیل عمده استناد می‌شود:

الف. اطلاق ادله نفی حرج

معنای ادله نفی حرج، مانند آیه شریفه «وَمَا جَعَلْ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ» (حج: ۷۸) این است که در شریعت، مجعول حرجی وجود ندارد، بدین معنا که شارع مقدس حکم حرجی ندارد و دین حرجی مطابق فطرت نخواهد بود و خداوند متعال شریعت و دین حرجی توسط انبیا و فرستادگان خویش نفرستاده است. شاهد آن عبارت روایات: «إِنَّ الْخَوَارِجَ ضَيِّقُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ بِجَهَالَتِهِمْ، إِنَّ الدِّينَ أَوْسَعُ مِنْ ذَلِكَ؛ هَمَانَا خَوَارِجَ بِهَ خَاطِرِ جَهْلٍ وَ نَادَانِي بِرِ خَوِيشْتَنِ سَخْتِ گَرَفْتَنَد، چَرا کِه دین وسیع و فراخ‌تر از این است» (حر عاملی، بی‌تا، ج ۳، ص ۴۹۱)؛ براین اساس اگر خداوند متعال حرامی را که انجام آن به صورت غیرمنتظره‌ای دارای حرج و دشواری است بر ندارد و اجازه ارتکاب آن را ندهد، گفته می‌شود این چنین دینی دارای سهولت و آسان‌سازی نیست.

ب) تمسک اهل بیت علیهم السلام و فقیهان به «نهی حرج» در محرمات

وجه دوم برای شمول نفی حرج نسبت به محرمات، استناد ائمه علیهم السلام به دلیل نفی حرج در محرمات است، به عنوان نمونه در محرمات احرام آمده است: یکی از محرمات احرام، «کندن مو» است. از امام علیه السلام سؤال می‌کند: اگر در حال احرام که مشغول وضو گرفتن است، مقداری از موی محاسن و صورت مکلف جدا شود، تکلیف چیست؟ فرموده‌اند: «لیس بشیء» و بعد برای استناد حکم خویش به دلیل نفی حرج استدلال کردند؛ (بروجردی، ۱۴۲۲ق، ج ۱۳، ص ۳۰۴) گرچه مدلول مطابقی روایت نفی کفاره از این شخص است؛ ولی به دلالت التزامی دلالت بر نفی حرمت نیز دارد؛ زیرا بین نفی کفاره و نفی حرمت ملازمه دارند؛ بنابراین، معنای روایت این است که حرمت کننده شدن مو از بدن و کفاره آن به جهت نفی حرج برداشته شده- اند. هم چنین روایاتی که دلالت دارند که درمان با شراب اشکالی ندارد. (همان، ج ۲۹، ص ۲۳۷) مرحوم آیت الله فاضل در ذیل این روایت می‌نویسد، استدلال به این روایت در برداشتن حرمت، اختصاصی به وضو و غسل ندارد. (فاضل لنکرانی، ۱۴۱۸ق، ج ۴، ص ۱۷۰) سید عاملی صاحب مدارک (عاملی، ۱۴۱۰ق، ج ۷، ص ۳۵۱)، مرحوم صاحب جواهر (نجفی، بی تا، ج ۱۸، ص ۳۵۱) محقق خوانساری (خوانساری، ۱۴۰۵ق، ج ۳، ص ۴۰۸) و آیت الله خوئی (خوئی، ۱۴۱۸ق، ج ۲۸، ص ۴۶۵) نیز بر همین نظرند که حرمت ازاله مو از بدن به دلیل حرج برداشته شده است.

از دیگر مواردی که فقیهان برای برداشتن حرمت به ادله نفی حرج تمسک کرده- اند، در زمین تدهین - مالیدن روغن به بدن - برای شخص در حال احرام است، بی تردید یکی از محرمات احرام مالیدن روغن به بدن در این حال است، اما در مواردی که محرم به جهت درد شدید ناچار از استعمال روغن باشد و عدم استعمال برای وی مستلزم عسرو حرج باشد این کار جایز شمرده شده است علامه حلی بر این نظر است، اولین دلیلی که دلالت بر جواز تدهین در صورت ضرورت می‌کند، ادله نفی عسرو حرج است. (علامه حلی، ۱۴۱۴ق، ج ۷، ص ۳۲۳)

مرحوم نراقی در بحث مداوای درد با شراب با استناد به ادله نفی عسرو حرج آن

را مجاز می‌شمارد (نراقی، ۱۴۱ق، ج ۱۵، ص ۳۴) براین اساس وی معتقد است: به مقتضای ادله لاحرج اگر شخص نسبت به خوردن و آشامیدن حرام اضطرار یا ترک آن موجب حرج شود، می‌تواند حرام را مرتکب شود. (ر.ک: همان، ص ۳۲) مرحوم میرزای آشتیانی بر این نظر است که بدون هیچ اشکالی محرمات نیز مشمول قاعده نفی حرج‌اند: «هنا كلام بالنسبة الى المحرمات، لا من حيث شمولها، فانه مما لا اشكال فيه» (آشتیانی، ۱۴۲۵ق، ص ۲۴۱) به هر رو از نظر تحقیق دلیلی بر عدم جریان نفی حرج در محرمات وجود ندارد، البته مناقشات و اشکالاتی در این حوزه مطرح‌اند که از موضوع این مقاله خارج‌اند. حاصل آن که سقط جنین به خودی‌خود و قاعده اولیه حرام است خواه قبل از دمیده شدن روح یا بعد از آن باشد، اما در صورتی که زندگی برای مادر با چنین فرزندى ناقص حرجی است ادله قبل از دمیدن روح را شامل شده و حکم به جواز سقط می‌شود.

۲-۴. تحلیل لاحرج بر سقط جنین در حرج استقبالی

همان‌سان که گذشت با آزمایش‌های غربالگری مرحله دوم و اطمینان از بیماری جنین، ممکن است دو حالت اتفاق بیفتد، نخست اینکه بیماری آن‌قدر شدید یا مشکل نباشد که در زندگی آینده والدین حرج و دشواری شدید ایجاد نماید، در این صورت حرمت سقط، حکمی روشن است؛ ولی ممکن است آزمایش‌های نمایشگر بیماری یا سندرم بسیار شدید باشد و این اطمینان برای والدین حاصل شود که در صورت داشتن چنین فرزندى در آینده نزدیک گرفتار زندگی همراه با حرج خواهند شد، پرسش این است در این صورت آیا سقط جنین قبل از دمیده شدن روح در آن جایز است؟

۱-۲-۴. دیدگاه موافقان سقط جنین با حرج استقبالی

فقیهان و دانشوران متعددی را می‌توان یافت که قائل به شمول ادله لاحرج نسبت به حرج استقبالی هستند و در موضوع مقاله نیز قائل به جواز سقط جنین ناقص‌الخلقه در صورت اطمینان از ایجاد حرج در آینده هستند.

الف) دیدگاه مقام معظم رهبری

درباره بعضی از زوج‌هایی که مبتلا به بیماری‌های خونی و دارای ژن معیوب بوده، در نتیجه ناقل بیماری به فرزندان خود هستند از مقام معظم رهبری سؤال شده و احتمال بسیار زیاد داده شده که این فرزندان مبتلا به بیماری‌های شدید باشند و چنین کودکانی از بدو تولد تا پایان عمر، دائماً در وضع مشقت باری به سر خواهند برد. مثلاً بیماران هموفیلی همواره ممکن است با کوچک‌ترین ضربه‌ای دچار خونریزی شدید منجر به فوت و فلج شوند. حال آیا با توجه به اینکه تشخیص این بیماری در هفته‌های اول بارداری ممکن است، آیا سقط جنین در چنین مواردی جایز است؟ ایشان در جواب فرموده‌اند: اگر تشخیص بیماری جنین یقینی است و داشتن و نگه‌داشتن چنین فرزندی موجب حرج است، در این صورت جایز است قبل از دمیده شدن روح، جنین را اسقاط کنند؛ ولی بنا بر احتیاط، دیه آن باید پرداخت شود. (خامنه‌ای، ۱۴۲۴ق، ج ۲، ص ۳۱) سه نکته در این بیان وجود دارد؛ نخست: اینکه تشخیص بیماری و حرجی شدن زندگی در آینده باید یقینی باشد. دوم: اینکه با تحقق شرط نخست، سقط جنین تنها در مرحله قبل از دمیدن روح جایز است. سوم: اینکه جواز اسقاط جنین سبب برداشته شدن احکام وضعی مثل پرداخت دیه نمی‌شود و بنا بر احتیاط کسی که سقط جنین توسط وی رخ می‌دهد، باید دیه را بپردازد.

ب) دیدگاه آیت‌الله سیستانی

مسئله برای آیت‌الله سیستانی این‌گونه طرح شده است: چنانچه با تشخیص پزشکان و تست‌های پیشرفته غربالگری، این نتیجه به‌دست آمده است که جنین، ناقص‌الخلقه متولد خواهد شد؛ اگر چه ادامه بارداری برای مادر حرجی نیست؛ ولی می‌داند پس از تولد نوزادی ناقص‌الخلقه، زندگی فرزند، مادر و پدرش دچار حرج و مشقت شدید می‌شود، آیا اکنون قبل از دمیده شدن روح در جنین، سقط آن جایز است؟ ایشان در پاسخ نوشته‌اند: در فرض مذکور، سقط جایز است. (ر.ک: قاسمی، ۱۴۰۲ش، ص ۲۱۲) در فرض مسئله به‌روشنی حرج استقبالی فرزند، مادر و پدر مطرح شده است و ایشان از بین بردن منشأ حرج را در صورتی که روح در آن دمیده نشده، جایز شمرده‌اند.

ج) دیدگاه آیت‌الله مکارم شیرازی

آیت‌الله مکارم شیرازی در خصوص سقط جنین ناقص الخلقه می‌فرمایند: اگر خوف نقص در اعضا جنین باشد، یا علم حاصل شود که جنین نقص در اعضا خواهد داشت، مثل نداشتن شنوایی، بینایی یا اینکه از دو دست و پا شل خواهد بود و این امتحانی برای جنین و پدر و مادرش در طول عمر است. در صورتی که روح در آن دمیده نشده و هنوز به صورت انسان کامل درنیامده است، جواز سقط در این هنگام بعید نیست. زیرا امکان انصراف ادله حرمت سقط از مثل این مورد وجود دارد و این به خاطر ترحم بر جنین نمی‌باشد. بلکه به خاطر حرج شدیدی است که برای والدین و اجتماع به وجود می‌آید... این قول به جواز به تحقق علم یا گمان نزدیک به علم (ظَنُّ مُتَّأَخَمٌ بِهِ عِلْمٌ) که اطمینان‌آور باشد منوط است و آلا صرف احتمال مجوزی برای سقط نخواهد بود. (مکارم شیرازی، ۱۴۲۲ق، ص ۲۹۳ و ۲۹۴)

در سخن فوق، نخست استناد شده است که ادله حرمت سقط جنین از این گونه موردی انصراف دارد و شامل این مورد نمی‌شود، در ادامه بیان می‌کند که حرج شدید برای والدین، اجتماع و گرفتاری سخت فردی پدر، مادر و جامعه سبب می‌شود در مرحله قبل از دمیدن روح سقط جایز باشد، البته این نکته را مورد تأکید قرار می‌دهد که این نکته که جنین در آینده دارای بیماری‌های حرج‌آور است باید به صورت علم یا دست‌کم اطمینان نزدیک به علم باشد و صرف احتمال مجوز چنین عملی نخواهد بود.

د) دیدگاه آیت‌الله سید کاظم حائری

از ایشان سؤال شده است: آیا سقط جنینی که روح در او دمیده نشده است و پزشکان ابتلای جنین را به نقص عضوی که منجر به عقب‌ماندگی ذهنی و یا تعویق آن یا کوری یا نقص در اعضا را مشخص کرده باشند، جایز است؟ ایشان در پاسخ نوشته‌اند: «بعد از ولوج روح سقط جایز نیست. اما قبل از ولوج روح بعید نیست جواز سقط آن در صورتی که تحمل فرزند این چنینی موجب مشقت برای پدر و مادر

او شود.» (حائری، ۱۳۸۲ش، ص ۲۳۰) روشن است که منظور نظر حرج استقبالی است چرا که اگر حرج فعلی مادر در وضع حمل مورد نظر بود، نیازی به ذکر پدر نبود. در نتیجه در نظر ایشان نیز حرج استقبالی والدین در داشتن فرزندی ناقص‌الخلقه مجوز سقط جنین خواهد بود.

ه) دیدگاه آیت‌الله آصف محسنی

آیت‌الله آصف محسنی در بحث از مجوزات اسقاط جنین شش مورد را بر می‌شمارد. (آصف محسنی، بی‌تا، ص ۷۲) در عنوان پنجم می‌نویسد: «و اما المورد الخامس فانّ فرض انّ المرض او العاهه يسبب بعد الولادة حرجاً شديداً للوالدين لا مانع من اجهاضه قبل تعلق الروح به؛ اگر مرض جنین بعد از تولد باعث مشقت شدید برای والدین خواهد شد، مانعی از سقط آن قبل از ولوج روح نخواهد شد.» (همان، ص ۷۶)

۳-۴. تحلیل دلیل لاحرج نسبت به سقط جنین ناقص‌الخلقه موجب حرج در زندگی آینده والدین

ادله نفی حرج مانند: «وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ». (حج: ۷۸) فرقی میان حرج حاصل زود هنگام و دیر هنگام نمی‌گذارند و هر دو را شامل می‌شوند البته باید توجه داشت که نسبت سببی و علیّ عرفی میان منشأ حرج و خود حرج باید روشن باشد، به این معنا که اگر حرج در آینده‌ای بسیار دور ایجاد شود از دیدگاه عرف منتسب به این منشأ نباشد در این صورت ادله لاحرج شامل نشده و بر اساس آن نمی‌توان اقدامی صورت داد.

افزون بر اینکه اطمینان به تحقق حرج در زندگی والدین نیز باید در مرحله قطع یا اطمینان نزدیک به قطع باشد و صرف احتمال نمی‌تواند مجوز سقط باشد، هم چنین بیماری تشخیص داده شده است. مثلاً سندرم باید در سطحی باشد که عرفاً داشتن چنین فرزندی برای این والدین حرجی به شمار آید. در نتیجه سندرم ضعیف یا بیماری‌های خفیف دیگر مجوز سقط نخواهند بود.

نتیجه گیری

بر اساس آنچه در این تحقیق بیان شد، غربالگری جنین در سه ماه نخست، علم آور نیست و نمی توان بر اساس آن اقدام به سقط جنین حتی قبل از دمیده شدن روح کرد، اما غربالگری مرحله دوم باعث علم و اطمینان از وضعیت نقصان های جنین می گردد، در این صورت نیز چنانچه بیماری جنین در حدی است که هیچ حرج و مشکلی نمی آفریند سقط وی حرام و موجب دیه است؛ ولی چنانچه بیماری و یا سندرم وی در حدی شدید است که هم اکنون برای مادر نگهداری این گونه حملی باعث حرج شدید است، سقط آن قبل از دمیده شدن روح جایز است و چنانچه نقصان خلقت جنین به گونه ای است که هم اکنون برای مادر و پدر مشکلی ایجاد نمی شود؛ ولی بعد از تولد، نگهداری چنین فرزندی برای والدین حرجی است بر اساس شرایط ویژه سقط چنین جنینی جایز خواهد بود:

۱- سقط قبل از دمیده شدن روح باشد؛ چراکه ادله نفی حرج صورت دمیده شدن روح در جنین را شامل نمی شود، زیرا حرج بر والدین یا مادر نمی تواند سبب جواز قتل و کشتن جنین گردد.

۲- وجود چنین فرزندی حرج شدیدی برای والدین به همراه داشته باشد، زیرا نگهداری و مراقبت از فرزند با برخی مراتب بیماری و سندرم خفیف حرج شدید به شمار نمی آید.

۳- تشخیص بیماری جنین قطعی و یا گمان نزدیک به علمی که اطمینان آور است باشد، زیرا فرض احتمال نمی تواند مجوزی برای سقط جنین حتی قبل از دمیده شدن روح باشد.

سه شرط پیش گفته به هم مرتبط اند. یکی از شرایط سقط جنین ناقص الخلقه، قطعی بودن تشخیص بیماری و ناهنجاری در جنین عنوان گردیده است و حتماً باید قبل از دمیدن روح باشد، زیرا بعد از ولوج روح اقدامی در این خصوص مجاز نیست و از طرفی هم این بیماری باعث حرج غیرقابل تحمل برای والدین گردد، می شود استنباط کرد که بین این سه شرط ملازمه وجود دارد، زیرا صرف قطعی بودن

بیماری، بدون تعیین میزان تأثیر آن در حرج، برای تصمیم‌گیری کفایت نمی‌کند؛ اگر گفته شود تعیین حرج با عرف است، سؤال این است که آیا عرف عوام‌الناس ملاک است، باید گفت تشخیص حرج برای آنها بعد از تولد میسر است که مخالف با شرط اول است که حتماً باید قبل از دمیدن روح باشد، تا فایده‌ای بر آن مترتب گردد. حاصل، اینکه برای تصمیم‌گیری درباره سقط‌جنین باید میزان تأثیر بیماری در حرج مشخص گردد، و آن هم باید قبل از دمیدن روح و توسط عرف جامعه پزشکان باشد تا بشود تصمیم‌نهایی را اتخاذ کرد.

منابع

قرآن کریم

۱. ابن اثیر، مبارک بن محمد، (بی تا)، النهایة فی غریب الحدیث و الاثر، قم: مؤسسه انتشاراتی اسماعیلیان.
۲. ابن منظور، ابوالفضل جمال الدین محمد بن مکرم، (۱۴۱۴ق)، لسان العرب، بیروت: دارالفکر للطباعة و النشر.
۳. ابوالقاسم محمود بن عمر زمخشری؛ (بی تا)، الفائق فی غریب الحدیث؛ لبنان: دارالمعرفة.
۴. آشتیانی، میرزا محمدحسن، (۱۴۲۵ق)، الرسائل التسع، قم: المؤتمر العلامة الآشتیانی.
۵. آصف محسنی، محمد، (بی تا)، الفقه و المسائل الطبية، قم: مؤلف.
۶. ال یاسین، سید احمد، رضایی، شیدا، غضنفری، محمد، (۱۳۸۷)، نشریه ژنتیک نوین، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی.
۷. بروجردی، حسین، (۱۴۲۲ق)، جامع احادیث الشیعه، کتاب الحج ابواب ما عجب اجتنابه، قم: مهر.
۸. بکتاشیان، مجتبی و همکاران، (۱۳۹۶)، «بررسی آزمایش های غربالگری پیش از تولد مادران باردار و مقایسه آن با کاریوتیپ جنین» زنان و مامائی و نازائی ایران، ۲۰د، ش ۱۱.
۹. ترنپنی، پیترو دی، (۱۳۹۶ش)، اصول ژنتیک پزشکی امری، ترجمه و گردآوری، لیلا یوسفیان، حسن وحید نژاد، تهران: انتشارات ابن سینا.
۱۰. جمعی از نویسندگان، (۱۳۸۲ش)، کلیدهای تشخیصی و درمانی طب کودکان، گرگان: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی گرگان.
۱۱. جمعی از نویسندگان، (۱۳۸۷ش)، دانشنامه زیست فناوری و ژنتیک، تهران: با همکاری بنیاد دانشنامه بزرگ و پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری.
۱۲. حائری، سید کاظم حسینی، (۱۳۸۲ش)، الفتاوی المنتخبة (مجموعة اجابات فی فقه العبادات و المعاملات)، قم: دارالتفسیر.
۱۳. حر عاملی، محمد بن حسن، (بی تا)، وسائل الشیعه، قم: مؤسسه آل البيت علیه السلام.
۱۴. حسن عابدی زاده، (۱۳۶۵ش)، عقب افتادگی ذهنی (تعریف، طبقه بندی و هدف های آموزشی) رشد معلم، شماره ۳۰.
۱۵. حلی؛ حسن بن یوسف؛ (۱۴۱۴ق)، تذکرة الفقهاء؛ قم: مؤسسه آل البيت علیه السلام.
۱۶. حمیری، نشوان بن سعید، (۱۴۲۰ق)، شمس العلوم و دواء کلام العرب من الکولوم؛ بیروت: دارالفکر المعاصر.
۱۷. خوانساری، سید احمد، (۱۴۰۵ق)، جامع المدارک فی شرح مختصر النافع، قم: مؤسسه اسماعیلیان.

۱۸. خوئی، ابوالقاسم، (۱۴۱۸ق)، موسوعة الامام الخوئی، شرح العروة الوثقی، قم: مؤسسة إحياء آثار الامام الخوئی.
۱۹. شیخ صدوق، علی بن محمد بن بابویه صدوق، (۱۴۱۵ق)، المقنع، قم: انتشارات الهادی.
۲۰. شیخ مفید، محمد بن محمد بن نعمان، (۱۴۱۰ق)، الاختصاص، قم: جامعة المدرسين.
۲۱. صادقی، مجید؛ صادقی، حمید؛ حسن پور، محمد، (۱۳۹۷)، «بررسی فقهی حقوقی سقط جنین در رسیدن به سیاست افزایش جمعیت».
۲۲. عاملی، سید محمد، (۱۴۱۰ق)، مدارک الاحکام فی شرح شرایع الاسلام، مشهد: مؤسسه آل البيت لاحیاء التراث.
۲۳. فاضل لنکرانی، محمد، (۱۴۱۸ق)، تفصیل الشریعة فی شرح تحریر الوسيلة، کتاب الحج، بیروت: دارالتعارف للمطبوعات.
۲۴. قربانی، فتح الله؛ ابراهیمی، ابراهیم، (۱۳۶۹ش)، بررسی فقهی و پزشکی تعیین جنسیت جنین توسط تکنیک (PGD)، نشریه طب و تزکیه، دوره ۲۶، شماره ۲.
۲۵. فراهیدی، خلیل بن احمد، (۱۴۱۰ هـ)، کتاب العین، چاپ دوم، قم: نشر هجرت.
۲۶. قاسمی، محمدعلی، (۱۴۰۲ش)، واکاوی فقهی غربالگری، قم: مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام.
۲۷. کریمی نژاد، محمدحسن، (۱۳۹۰ش)، مقایسه هماهنگی روش های غربالگری با یافته های سیتوژنتیک، ژنتیک در هزاره سوم، سال هفتم، شماره چهارم.
۲۸. محمدی قراسویی، سمانه، (۱۳۹۸ش)، تعریف کودکان عقب مانده ذهنی سایت پژوه، پژوهشکده باقرالعلوم.
۲۹. معین، محمد، ۱۳۸۶ش، فرهنگ فارسی معین، تهران: زرین.
۳۰. مکارم شیرازی، ناصر، (۱۴۲۲ق)، بحوث فقهیه هامة، قم: مدرسه الامام علی بن ابی طالب علیه السلام.
۳۱. میلانی فر، بهروز، (۱۳۹۷ش)، روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، تهران: نشر قومس.
۳۲. نجفی، محمدحسن، (بی تا)، جواهر الکلام فی شرح شرائع الاسلام، بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۳۳. نراقی، احمد، (۱۴۱۸ق)، مستند الشیعة فی احکام الشریعة، مشهد: مؤسسه آل البيت علیه السلام لاحیاء التراث.
۳۴. همتی، ساحل؛ اسدی، عباسعلی؛ میر سپاسی، زهرا، (۱۳۸۴ش)، بار خانوادگی و مشکلات مبتلایان به سندرم داون، فصلنامه توانبخشی، سال ششم، شماره ۳، پیاپی ۱۷، پاییز.