

نشریه علمی فقه، حقوق و علوم جزا
مقاله پژوهشی، سال نهم، شماره ۳۶، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۹۴ تا ۱۱۳
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۵

مبانی فقهی حقوقی پیشگیری از فرزندآوری ناسالم

نرگس ابوالمعصومی^۱ کارشناسی ارشد، حقوق خانواده، دانشکده حقوق، دانشگاه مفید قم، قم، ایران.

چکیده

تتبع در تبصره ۲۳ قانون حمایت مصوب ۹۱ این نتیجه را را به دست می‌دهد که چنانچه بیماری خطرناک زوجین بنا به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منجر به خسارت جنین گردد مراقبت و نظارت شامل منع تولید نسل نیز می‌باشد حال آنکه قانون گذار در رابطه با فرزندآوری ناسالم تا پیش از چهارماهگی و ولوج روح در جنین سکوت کرده است، این رفتار قانون گذار به همین جا ختم نمی‌شود و می‌توان به مواد ۵۳ و ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ اشاره دیگری نمود که در آن غربالگری‌ها با درخواست والدین و یا ظن قوی پزشک قابل انجام است، نتیجه آن که در عمل به معنای حذف غربالگری و به طور خاص تر برای خانواده‌هایی که از اطلاعات و علوم روز پزشکی بی بهره هستند می‌باشد و به تعبیری می‌توان ادعا کرد مواد فوق‌الذکر، قانون سقط درمانی سال ۱۳۸۴ را نسخ نموده است، نظام حقوقی ایران منطبق بر احکام و نظامات فقه امامیه باشد و این مطلب از اصل چهارم قانون اساسی قابل برداشت است، در زمینه (بررسی فقهی حکم اجباری در باب فرزندآوری و یا پیشگیری در مراحل پیش از بارداری موجود نیست به همین سبب در پژوهش حاضر به شیوه توصیفی - تحلیلی برآنیم که به این پرسش پاسخ دهیم که از دیدگاه فقهی و حقوقی جلوگیری فرزندآوری ناسالم چگونه امکان پذیر می‌باشد. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد سقط جنین بعد از دمیدن روح به طور مطلق رد شده و صرفاً جلوگیری از تولد فرزند پیش از حلول روح آن هم در مواردی که عمدتاً بر جلوگیری از ورود حرج و بیماری جایز شمرده می‌گردد.

واژگان کلیدی: فرزندآوری سالم، پیشگیری، فرزند ناسالم، سلامت جنین، غربالگری.

^۱ نویسنده مسئول: nargea.abm@gmail.com

مقدمه

مقوله فرزند آوری یکی از نتایج اصلی تشکیل خانواده است که در قرآن و روایات نیز مورد اهمیت و توجه واقع شده است. فرزندان امانت‌هایی از جانب خدا هستند و پدر و مادر باید فرزندان را از جمیع خطرات حفظ کنند. این حق کودک است که سالم متولد شود و سالم زندگی کند و خانواده‌ای سالم داشته باشد و در پرتو سلامت جسمانی از روح و روان سالم هم بهره مند باشد. بحثی که در خصوص فرزندآوری باید مورد نظر واقع گردد بحث سلامت است که این سلامتی شامل سلامت جسمانی؛ روانی؛ ذهنی؛ جنسی؛ اخلاقی و غیره می‌شود. پیشرفت‌های علمی امروزه نقش مهمی در پیشگیری از فرزندآوری ناسالم ایفا می‌کنند. در ایران سابقه‌ی قانونگذاری در خصوص پیشگیری از فرزندآوری ناسالم به پیش از انقلاب اسلامی بر می‌گردد اما بعد از انقلاب به این مقوله توجه بیشتری شده است اما به مسئله‌ی عدم صلاحیت اخلاقی والدین و معضلات شدید اقتصادی و مشکلات پیچیده‌ی اجتماعی آنها و امثالهم توجه خاصی نگردیده است. باید گفت پیشگیری از فرزندآوری در نظام حقوقی کشور ما یک حالت فرعی و استثنائی است و محور اصلی فرزندآوری می‌باشد. نمی‌توان به بهانه‌ی این که قانون‌گذار به فرزندآوری و تولیدمثل اهمیت داده است فرزندان را با مشکلات فراوان از حیث جسمانی روانی؛ خانوادگی؛ اجتماعی وارد جامعه کرد، زیرا تبعات وجود افرادی با مشکلات مذکور نه تنها به جامعه کمک نمی‌کند و باعث ارتقاء سطح سلامت جامعه نمی‌گردد، بلکه مشکل آفرینی و هزینه آفرینی نیز می‌کند. در این راستا بحث فرزندآوری ناسالم و تدابیری که در این حوزه صورت گرفته است، به اندازه‌ی کافی مورد توجه قانون‌گذار نبوده است و مقنن با رویکرد کلی در قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱ به این امر اشاره کرده است. جلوگیری از فرزندآوری ناسالم در حیطه مباحث چالشی در حقوق قرار گرفته است. با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی که تا کنون به آن دست یافته ایم، تشخیص ناهنجاری‌ها و بیماری‌های خطرناک افراد را پیش از مرحله‌ی تولد امکان پذیر کرده است. قانون‌گذارها در قبال امراض شدید روانی، اعتیاد، فساد اخلاقی، کارتن خواب بودن والدین، بی‌خانمانی، فراری بودن و امثالهم توجه شایانی نداشته است و این دسته افراد هیچ منع و محدودیتی در قبال فرزندآوری خود پیدا نمی‌کنند و جلوگیری از فرزندآوری ناسالم تنها محدود به زوج‌هایی شده است که یکی از آنها یا هردو بیماری‌های خاصی دارا باشند. قانون‌گذارها در مرحله بعد از انعقاد نطفه تا پیش از ولوج روح در مقابل فرزندآوری ناسالم واکنش شایسته‌ای نشان نداده است، از طرفی خسارات ناشی از تولد فرزندان ناسالم هم متوجه جامعه است و هم خود افراد و هم خانواده‌ی آنها. با این وصف در گام نخست به بررسی این مهم پرداخته می‌شود که فرزندآوری ناسالم می‌تواند موجب نظامات فقه امامیه دچار ممنوعیت شود یا خیر؟ که در پاسخ با نگاه به ادله اربعه حکم این مسئله را تعیین می‌نماییم و وضعیت قانونی فرزندآوری ناسالم در سیستم حقوقی کشورمان را مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

۱- مفهوم فرزندآوری (حق استیلا)

فرزندآوری در معنای لغوی به عنوان زاد ولد کردن، مثل خود پدید آوردن و تولیدمثل بیان می‌گردد. فرزندآوری حق ثابت زوجینی بیان شده که می‌تواند آزادانه در مورد زمان تولد و حتی سن فرزندان خود تصمیم بگیرند با این حال هر حق در مقام اجرا دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، در این راستا حق فرزندآوری زوجین نباید به سلامت کودک و منافع کودک و جامعه خلال وارد کند. می‌توان گفت در این جا قاعده‌ی لا ضرر زوجین را در اجرایی ساختن حق، محدود می‌سازد. استیلا در لغت به معنای خواستن اولاد، نزدیکی با کنیز به منظور بچه دار شدن از او به کار رفته است. (موسوی، ۱۳۶۷: ۲/۲۴۲)

۱-۱- فرزند آوری سالم

مطابق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی منتشر کرده است، سالم بون فقط سلامت جسم نیست بلکه عدم وجود هر گونه مشکل روانی ذهنی اقتصادی و اجتماعی برای هر فرد می‌باشد. فرزندآوری سالم در متعادل ساختن جمعیت مورد توجه است زیرا تاثیر به سزایی در آمار فوت مادران و نوزادان، کاهش میزان بیماری‌های ژنتیکی در نوزادان، پایین آمدن آمار سقط جنین‌های عمدی، پایین آمدن تعداد افراد معلول داشته و زمینه ساز سیر صعودی سلامت افراد خانواده می‌باشد که بسیار هم مورد توجه وزارت بهداشت هست.

براساس بیانیه کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴، باروری سالم به مفهوم رفاه جسمانی و روحانی و اجتماعی در تمامی مواردی که به سیستم باروری ارتباط پیدا می‌کند بیان می‌گردد. سلامت فرزندان اهمیت بالایی دارد زیرا اگر فرزند سلامت مقبول را در تمامی ابعاد زندگی نداشته باشد علاوه بر ضرر رساندن به خود فرد و خانواده، جامعه نیز بی نصیب از ضررها نخواهد بود و برای جامعه نیز هزینه‌هایی در بر خواهد داشت پس زوجین نباید بدون در نظر گرفتن مصلحت فرد و جامعه موجب تولد فرزندان نابه هنجار جسمی، ذهنی شوند. (جان قربان و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶)

این سلامتی فقط به سلامت روح و جسم و ذهن جنین خلاصه نمی‌شود. کودکی که در خانواده‌ای متولد می‌شود از همان دوران باروری باید تحت مراقبت‌های خاص خود باشد. در دوران جنینی سلامت جنین وابستگی شدیدی به سلامت مادر دارد. زیرا مادر منبع تغذیه جنین است. در این خصوص به تغذیه مادر، سلامت روحی و جسمی مادر، پیشگیری مادر از بیماری و در صورت ابتلا درمان آن توجه ویژه‌ای شده است.

فرزند در تمامی مراحل زندگی خود حق داشتن سلامت جسمی و مهم تر از آن سلامت روحی را دارد که بخش ویژه‌ای از این سلامتی جسمانی و ذهنی به پدر و مادر مربوط می‌شود. در دین اسلام به این نکته اهمیت ویژه‌ای داده شده است. زن و مرد هنگام ازدواج به صفات جسمی و روحی یکدیگر دقت داشته باشند و با اقوام نزدیک تا حد امکان نکاح نکنند و در ازدواج، افرادی را که ایمان کافی و سلامتی دارند انتخاب کنند تا این ویژگی‌ها در نسل‌های بعدی نیز ظاهر گردد.

فرزندآوری سالم به قدری در اسلام حائز اهمیت است که سفارش شده مادر در دوران باروری از غذایی که حرام است یا حتی احتمال حرام بودن آن را می‌دهد استفاده نکند. پیامبر بزرگوار اسلام فرمودند که مرد محبت بیشتری به همسر خود و جنین در شکم او کند، زیرا این عمل باعث می‌شود قدمی در راه سلامتی کودک خود بردارد.^۱

در خصوص فرزندآوری سالم بیان ماده ۲۴ پیمان نامه حقوق کودک نیز خالی از فایده نیست که اشاره دارد خانواده‌ها و حتی دولت‌ها مکلف هستند که حداکثر امکانات بهداشتی و درمانی و سطح زندگی مناسب را برای کودک فراهم سازند.

۱-۲- فرزندآوری ناسالم

منظور از فرزندآوری ناسالم در این پژوهش این است که فرزند دچار مشکلات جسمی یا روحی شدیدی می‌شود که ادامه زندگی در حال حاضر یا آینده برای او و خانواده اش سخت باشد. برای مثال فرزندی که معلولیت حرکتی شدید دارند و یا کودکانی که احتمال ابتلا به بیماری‌های خاص مثل تالاسمی، هموفیلی، MS و امثال آنها را دارا هستند. (یزدیان و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۷۱) سلامت جامعه، به ویژه سلامت نسل آینده، از اهمیت بالایی برخوردار است. تشخیص ناهنجاری‌ها و اختلالات در مراحل اولیه بارداری، پیشرفت قابل توجهی در علم پزشکی است. با این وجود، سلامت فرزندان تنها به سلامت جسمی و ذهنی آنها محدود نمی‌شود، بلکه محیط خانواده نیز نقش مهمی در سلامت کلی کودک دارد. والدین ناسالم، اعم از مشکلات روانی، اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، یا رفتارهای غیراخلاقی، قادر به مراقبت و تربیت صحیح فرزند خود نیستند. این امر می‌تواند منجر به آسیب‌های جدی به کودک شود، از جمله سوءاستفاده، اعتیاد، و مشکلات اجتماعی. خانواده‌هایی که حقوق اولیه کودکان را نادیده می‌گیرند، مانند خانواده‌هایی که از کودکان خود برای تکدی‌گری یا کارهای غیرقانونی استفاده می‌کنند، نه تنها سلامت کودک را به خطر می‌اندازند، بلکه با اصول اعلامیه حقوق بشر نیز در تضاد هستند. تضمین سلامت و رفاه کودکان، از جمله تغذیه مناسب، مراقبت‌های پزشکی، و محیط امن و سالم، وظیفه‌ای است که بر عهده والدین و جامعه است.

۲- مستندات فقهی جلوگیری از فرزندآوری ناسالم

اصلی‌ترین منابع در بررسی فقهی فرزندآوری، آیات، روایات و سخنان فقها در زمینه پیشگیری از بارداری است. بچه دار نشدن مستلزم پیشگیری از بارداری است و پیشگیری از بارداری مسائلی به دنبال دارد. ازدواج هسته اول تشکیل خانواده است که در نظر اسلام بسیار مقدس می‌باشد و یکی از کارکردهای آن تولید مثل و فرزندآوری است. گرچه در آموزه‌های دینی دیدگاه مثبتی به فرزندآوری وجود دارد و داشتن اولاد مورد توجه و اهمیت مورد قرار گرفته است، اما جلوگیری از انعقاد نطفه مانع شرعی ندارد مگر موجب خسارت گردد. حال به بررسی این سؤال می‌پردازیم که آیا

^۱. حق الولد علی والده ان یستغره امه: از حقوق فرزند بر پدر آن است که مادرش را احترام و آرام کند.

امکان منع فرزندآوری ناسالم توسط فقه وجود دارد یا خیر؟ در این مبحث دو حالت پیش از انعقاد نطفه و بعد از انعقاد نطفه مورد بحث قرار می‌دهیم.

۲-۱- پیشگیری از فرزندآوری ناسالم پیش از انعقاد نطفه

ممانعت از فرزندآوری، روش‌های موقت و یا همیشگی برای جلوگیری از بارداری می‌باشد. برخی از آیات^۱ ۱۱۹ سوره نساء کمک می‌گیرند و بیان می‌دارند روش‌های دائمی جلوگیری مثل عقیم سازی مردان یا زنان، نوعی تغییر در خلقت انسان محسوب می‌شود و عملی حرام است. ولی بعضی به روایتی^۲ استناد می‌کنند و در توضیح می‌گویند درست است اسلام تکثیر تعداد فرزندان را توصیه کرده و افراد را به این عمل تشویق می‌کند اما نمی‌توان از جنبه‌ی کیفی فرزندآوری غافل شد و باید تعداد فرزند همراه با بعد کیفی باشد. حال دلایل و مستندات فقهی را در این خصوص بررسی خواهیم کرد.

۲-۱-۲- نظرات فقهای معاصر

در این مبحث نظرات فتاوی مختلف را بررسی می‌کنیم. البته در این خصوص (پیشگیری از فرزندآوری ناسالم پیش از انعقاد نطفه) نظرات فقها مبتنی بر رضایت است که آیا مرد رضایت به پیشگیری دارد یا خیر و یا زن راضی به عدم بارداری است یا نه. از طرفی مسئله بارداری ناخواسته یا بارداری‌هایی که طرفین سلامتی جسمانی، اخلاقی و روانی ندارند و به تبع آن‌ها انتقال این موارد به فرزندان می‌تواند فشارهای مالی، ذهنی و تربیتی زیادی به فرزندان وارد سازد. حال به بیان نظرات و توضیح حالات مختلف در بحث پیشگیری از حاملگی می‌پردازیم.

۲-۱-۲-۱- موافقان پیشگیری از فرزندآوری ناسالم (پیش از انعقاد نطفه)

در این جا باید بیان کنیم که با توجه به قاعده‌ی تسلیط، می‌توانیم بیان داریم که زن نسبت به رحم خودش حق سلطه دارد و می‌تواند مانع فرزندآوری شود؟ و آیا زوجه حقی بر جلوگیری از بارداری دارد؟

طبق آیات و روایات متعددی که وجود دارد، زوجه بر رحم خودش حق سلطه دارد زیرا اینکه انسان بر اعضای بدن خودش تصرف داشته باشد به استدلال‌های عقلی و شرعی نزدیک تر است. یکی از قواعد فقهی که در این مسئله کمک کننده است قاعده‌ی الناس مسلطون علی اموالهم و انفسهم است. در تفسیر این قاعده باید بیان کنیم لفظ (انفس) به صورت مطلق و بدون قید و

۱. وَلَاضْلَمْتَهُمْ وَلَآمَنَيْنَهُمْ وَلَآمَرْتَهُمْ فَلْيُبَيِّنَنَّ أَذَانَ الْأَنْعَامِ وَلَآمَرْتَهُمْ فَلْيَغْيِرْنَ خَلْقَ اللَّهِ وَمَنْ يَتَّخِذِ الشَّيْطَانَ وَلِيًّا مِنْ دُونِ اللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خُسْرًا مُبِينًا.

و آنان را سخت گمراه و دچار آرزوهای دور و دراز خواهیم کرد، و وادارشان می‌کنم تا گوش‌های دامها را شکاف دهند، و وادارشان می‌کنم تا آفریده خدا را دگرگون سازند.» و[الی] هر کس به جای خدا، شیطان را دوست [خدا] گیرد، قطعاً دستخوش زیان آشکاری شده است.

۲. انظر فی ای نصاب تغع ولدک فان العرق دساس، نگاه کن فرزندت را در کدام رحم قرار می‌دهی چرا که ریشه تاثیر گذار است.

شرط بیان شده و شامل تمامی اعضای بدن می‌باشد. اما در خصوص عزل به معنای پیشگیری از بارداری در خصوص زوجه اکثر فقها حکم به عدم جواز داده‌اند و منافی تمکین زن دانسته‌اند. (زارع و برقی، ۱۳۹۹: ۳۱)

در میان فقها، اجماع نظر بر این است که عزل (جلوگیری از باروری) توسط مرد، مجاز است. حتی اگر زن مخالف باشد، این عمل مکروه محسوب می‌شود، نه حرام. روایات شیعه نیز عزل را به عنوان روشی برای تنظیم خانواده تأیید کرده‌اند. در یکی از احادیث، جابر نقل می‌کند که در زمان رسول الله (ص)، زمانی که قرآن نازل می‌شد، عزل مرسوم بود. این روایت نشان می‌دهد که عزل با اصول شرع مقدس مغایرتی ندارد، زیرا اگر چنین بود، قرآن یا پیامبر (ص) آن را نهی می‌کردند. به خصوص در مورد نکاح منقطع، عزل به عنوان اصل پذیرفته شده است، زیرا هدف اصلی این نوع نکاح، فرزندآوری نیست.

۲-۱-۲-۱-۲-۱-۲ حضرت آیت الله خامنه‌ای

۱- از مقام معظم رهبری سوال شده است که جلوگیری از حاملگی برای زنی که شرایط به دنیا آوردن فرزند ناقص یا فرزندی دارای مشکلات ارثی جسمی و روحی جایز است؟ در پاسخ فرمودند اگر با هدف عقلایی باشد و شوهر اذن داشته باشد اشکال ندارد. توضیح این استناد باید بیان شود زوجین حق دارند هر زمان که بخواهند بچه دار شوند یا اصلاً فرزندی به دنیا نیاورند. (خرازی، ۱۴۲۰ق: ۲۸۰)

۲- آیا زن سالمی که حاملگی برایش خطر یا ضرری ندارد می‌تواند از طرق مختلف از حاملگی جلوگیری کند؟ در پاسخ بیان می‌شود جلوگیری از حاملگی قبل از انعقاد نطفه اشکالی ندارد و اگر پیشگیری از طرق دیگر مثل خوردن قرص و امثالهم باشد و شوهر راضی باشد منعی ندارد.^۱

۳- در یکی از فتاوی در خصوص پیشگیری از حاملگی فرموده‌اند: جلوگیری از بارداری به خودی خود از طریق عزل و با رضایت زوجین هیچ اشکالی ندارد.

۴- سوال شده جایز است زن بدون اذن شوهرش از بارداری جلوگیری کند؟ در پاسخ بیان کرده‌اند رضایت زوجه شرط نیست اما رضایت مرد شرط است لذا محل اشکال است.^۲

۵- آیا جلوگیری از حاملگی در زوجه‌ای که از خطر حاملگی خوف دارد جایز است؟ در پاسخ فرمودند در فرض مذکور پیشگیری از حاملگی مجاز است.

۲-۱-۲-۲-۱-۲ آیت الله مکارم شیرازی

۱- در استفتائی از آیت الله مکارم شیرازی آمده است که: با توجه به هزینه‌های گزافی که تولد نوزادان دارای مشکلات ژنتیکی برای جامعه دارد، آیا بارداری و تولد نوزادی که بنابر تشخیص پزشک بدون انجام آزمایش‌های خاص بارداری، احتمال ابتلا در آن‌ها بسیار زیاد است جایز است؟

^۱. وبگاه پاسخگویی به سوالات دینی، سوال ۱۲۵۷، برگرفته از استفتائات آیت الله خامنه‌ای.

^۲. استفتائات رهبری در مورد جلوگیری از بارداری، سوال ۱۲۵۹، پایگاه اطلاع رسانی تابناک.

پاسخ دادند: انجام آزمایش‌های پیش از حاملگی برای پیشگیری از چنین صفات ناسالمی احتیاط است.

۲- باتوجه به پیشرفت علمی، امکان بارداری بیماران ژنتیکی که بنابر احتمال قطعی فرزندان متولد شده از آن‌ها نیز صفات ناسالم ژنتیکی دارند جایز است؟ احتیاط این است که از این کار خودداری شود و از حاملگی پیشگیری گردد. (مکارم شیرازی، ۱۳۹۲: ۳۰۱)

با توجه به استفتائات آقای مکارم شیرازی، لازم به توضیح است که احتیاط در مواقعی که فرزندآوری ناسالم است شرط عقلی و شرعی است و باید از تولیدمثلی که صفات شدید ناسالمی دارد، جلوگیری شود.

۳- آیا می‌توان کودکانی که عقب ماندگی ذهنی دارند را عقیم نمود؟ اگر حذف ضرری برایش نداشته باشد مجاز است.

۲-۱-۲-۳- آیت الله صانعی

در استفتائی از آیت الله صانعی آمده است: در مورد بانوانی که زمینه مساعد برای فرزندآوری با نقص‌های مادرزادی دارند و بارداری‌های قبل این موضوع را اثبات کرده است، آیا پیشگیری برای جلوگیری از فرزندآوری ناسالم جایز است؟ در پاسخ فرموده‌اند جایز است، مگر شوهر رضایت ندهد اما اگر بدلیل وجود عسر و حرج شوهر مستنکف شناخته شود نیازی به جلب رضایت او نیست. (صانعی، ۱۳۸۱: ۷۹)

۲-۱-۲-۴- آیت الله صافی گلپایگانی

آیت الله صافی، جلوگیری از حاملگی پیش از انعقاد را مجاز می‌داند ولی جلوگیری به منظور عقیم سازی کامل را جایز نمی‌داند و اجازه شوهر را در پیشگیری موقت احتیاط می‌داند. (صافی گلپایگانی، ۱۳۸۵: ۵۴/۲)

۲-۱-۲-۵- آیت الله فاضل لنکرانی

آیت الله لنکرانی استفاده از وسیله پیشگیری کننده از حاملگی که در اصطلاح IUD گفته می‌شود و جلوگیری از فرزندآوری از طریق عزل را جایز می‌داند و شرط را فقط رضایت یا توافق زوجین تلقی می‌کنند. (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۳: ۴۵۹/۱)

۲-۲-۱-۲- مخالفان پیشگیری از فرزندآوری ناسالم (پیش از انعقاد نطفه)

بعضی از فقها مثل شیخ طوسی و شیخ مفید برای پیشگیری از فرزندآوری حرمت قائل هستند و استناد می‌کنند به روایاتی که عزل را به عنوان قتل پنهانی فرزند می‌دانند و به روایتی از امام صادق^۱ استناد می‌کنند. (شیخ طوسی، ۱۳۸۵: ۳۵۹/۴ و شیخ مفید، ۱۴۱۳ق: ۵۱۶) اما باید گفت این قبیل روایات برای حکم دادن به حرام بودن عزل و پیشگیری از حاملگی پیش از انعقاد، قابل

^۱. الوأد الخفی ان یجامع الرجل المرأة فاذا أحس الماء نزع عنه فأنزله فیما سواها، فلا تفعلوا ذلک، فقد نهی رسول الله (علیه السلام) ان یعزل عن الحرة الا باذنها و عن الامة الا باذن سیدها

استناد نیستند و از نظر سند روایتی قابل استناد نبوده و ضعیف هستند و نمی‌توان به حرام بودن حکم کرد، در نهایت می‌توان از حکم کراهت استفاده کرد. بعضی‌ها بیان کرده‌اند برای عزل دیه قرار گرفته، پس عملی حرام است که دیه واجب شده است و به روایتی از حضرت علی (ع) استناد می‌کنند.^۱ که باید در پاسخ گفت، این روایت از حضرت علی (ع)، عزل و پیشگیری اختیاری را در نظر ندارد و همبستگی بین واجب گشتن دیه و حرام بودن عزل نیست. (نجفی، ۱۲۹۹: ۱۱۳/۲۹) فقط می‌توان بیان داشت پیشگیری از بارداری و فرزندآوری باید هدف شارع منافات دارد زیرا هدف شارع تولید مثل و فرزندآوری است و ممکن است از این جهت کراهت بیان شود. فقهای که جواز را حکم نموده‌اند بسیار بیشتر از فقهای هستند که برای پیشگیری حکم به حرمت می‌کنند. حال چند مورد از نمونه استفتائات در مورد کراهت در مورد کراهت پیشگیری از بارداری را بیان می‌کنیم:

۲-۱-۲-۱-۱-۱-۱ امام خمینی

۱- آیا پیشگیری دائمی و از بین بردن امکان حاملگی به طور همیشه جایز است؟ پاسخ دادند: جایز نمی‌باشد. در توضیح این مورد باید بیان شود که حتی اگر امکان انتقال بیماری و ناهنجاری به فرزند قطعی باشد باز هم نمی‌توان به طور دائم از حاملگی پیشگیری کرد و در دین ما با توجه به نظرات فقها معاصر، فقط جلوگیری از فرزندآوری نا سالم به صورت مقطعی اشکالی ندارد و حکم جلوگیری از فرزندآوری نا سالم، به صورت کلی و دائم جایز نمی‌باشد.

۲- بنابر دلایلی مثل فقر، مشکلات اجتماعی، تعداد زیاد اولاد و ... می‌توان حاملگی را بطور کامل قطع نمود؟ خیر، موارد این چنینی مجوزی برای سقط نیست.

۳- بستن لوله‌های رحمی در زنان جایز است؟ خیر جایز نیست. (موسوی خمینی، ۱۳۹۲: ۴۳۰/۸) که در این جا در صدد بیان این نکته هستیم که جلوگیری همیشگی برای عدم فرزندآوری ناسالم جایز نبوده و از نظر شرعی امکان پذیر نیست.

۴- آیا قطع حاملگی در خانم‌هایی که زمینه برای فرزنددانی ناقص یا دارای بیماری‌های جسمی یا ارثی یا روانی دارند و در زایمان‌های قبل چنین بوده، مجاز است؟ خیر مجاز نمی‌باشد.

۵- جلوگیری از حمل به وسیله داروها و قرص‌ها و ... چه حکمی دارد؟ اگر موجب قطع نسل نشود مانعی ندارد. در این استفتاء عدم پیشگیری به طور دائم شرط جواز است.^۲

۲-۲-۲-۱-۲-۲ آیت الله صانعی

عزل یعنی خارج کردن منی زمانی که همسر دائمی رضایت ندارد و این مسئله کراهت دارد چون معاشرت خیر و خوب بر مرد واجب است و اگر این عمل، ناشایست نزد مردم شمرده شود حرام بیان می‌گردد.

^۱. قضی امیرالمؤمنین (علیه السلام) فی الرجل یفزع عن عرسه فیعزل عنها الماء و لم یرد، ذلک بنصف خمس المأة

عشرة داننیر

^۲. استفتائات امام خمینی، پرتال امام خمینی، سوال ۹۷۶۵

غالب فقهای معاصر برخلاف فقهای متقدم، پیشگیری از فرزندآوری ناسالم را پذیرفته و آن را جایز می‌دانند اما عقیم سازی را ضرر رساندن به نفس می‌دانند و از نظر شرعی حرام اعلام نموده‌اند. از طرف دیگر، پیشگیری‌ای که موجب نگاه یا لمس نامحرم شود نیز حرام اعلام گشته مگر مواردی که ضرورت داد.

۲-۲- ممانعت از فرزندآوری ناسالم، بعد از انعقاد نطفه

در این مبحث به بررسی فقهی حکم در مورد ممانعت از فرزندآوری ناسالم پس از انعقاد نطفه یعنی در مرحله جنینی می‌پردازیم و به نظرات فقها در این زمینه اشاره خواهیم کرد.

۲-۲-۱- دیدگاه فقهای معاصر

اولین قاعده، قاعده‌ی لاضرر است، در توضیح باید بیان داشت که اگر بقای فرزند در رحم، سلامت زن را طوری به خطر اندازد که تحمل آن مقدور نباشد، برای نجات مادر می‌تواند از فرزندآوری بعد از انعقاد، جلوگیری کرد البته این جواز در زمانی است که روح دمیده نشده است اما اگر روح ولوج یافته و شرایط فوق مفروض باشد ترجیحی بین زن و فرزند درون رحم وجود ندارد. دومین قاعده که در این جا بیان می‌کنیم قاعده لاجرح ایت که به این معناست که هر تکلیفی که باعث سختی و حرج بر فرد بشود در دین ما وجود نخواهد داشت براساس این قاعده اگر باقی ماندن فرزند در رحم زن باعث سختی شدید شود و یا جان زن به خطر بیفتد، در حالی که ممانعت از فرزندآوری حرمت دارد اما در این حال که مشقت به حد اعلی خود رسیده به جواز تبدیل می‌شود.

سومین قاعده در این خصوص قاعده‌ی اضطرار است، که شرایط غیرقابل تحمل است که فرد در آن قرار گرفته است. بعضی از فقهای معاصر برای اینکه حرمت ممانعت از فرزندآوری را به جواز تبدیل کنند به این اصل تکیه کرده‌اند و بیان داشته‌اند در حالتی که هم جان زن و هم جان فرزند درون رحم در خطر است، بنابر اضطرار فقط جان یک نفر قابل نجات دادن است. (مسجدسرای و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۰۲)

۲-۲-۱- آیت الله سیستانی

۱- آیت الله سیستانی در مسئله ۲۸۶۸ رساله خود بیان نموده‌اند که از بین بردن فرزند پس از انعقاد نطفه جایز نمی‌باشد اما اگر تداوم بارداری باعث ضرر جانی به مادر شود در این حالت قبل از دمیده شدن روح ممانعت از فرزندآوری جایز است ولی بعد از دمیدن روح جواز ندارد. (سیستانی، ۱۳۹۳: ۳۳)

۲- در فتوایی در آیت الله سیستانی بیان شده است اگر باقی ماندن جنین برای زن خطر جدی ندارد حق ممانعت از تولد وی را ندارد و جواز فقط در صورت زحمت شدید و طاقت فرسا است.^۱

^۱. سید علی حسینی سیستانی، پایگاه اطلاع رسانی دفتر مرجع تقلید سیستانی، پرسش و پاسخ در مورد سقط جنین.

- ۳- در فتوایی دیگر از مرجع تقلید فوق بیان شده که اگر از این لحاظ که جنین ناقص است یا بعد از تولد به دلیل وجود صفات ناسالم فقط مدت اندکی می‌زیستد، مجوز ممانعت از تولد او نیست.^۱
- ۴- در پاسخ مسئله‌ای که بدین صورت بود، که مادری مبتلا به ایدز است می‌تواند فرزند خود را از بین ببرد؟ فرمودند این عمل جایز نیست اما اگر حاملگی برای مادر سخت باشد یا باعث ضرر شود قبل از ولوج روح جایز است ولی بعد از آن خیر^۲
- ۵- آیا می‌توان جنین ناقصی را که صفات ناسالم او با علم پزشکی ثابت شده است را اسقاط نمود؟ در پاسخ فرمودند جایز نمی‌باشد و فقط در صورتی جواز دارد که یا حمل برای زن خطرناک باشد و یا حرج مهمی حاصل شود که قابل تحمل نیست و آن هم قبل از ولوج روح، ولی دیه پابرجاست.^۳
- ۲-۱-۲-۲- استفتائات آیت الله خامنه‌ای^۴**

- ۱- آیت الله خامنه‌ای در پاسخ به سوالی بر مبنای اینکه پزشک بعد از معاینه زن بیان داشته که حاملگی و تداوم مدت آن برای زن خطر جانی دارد و اگر ادامه یابد جنین ناقص الخلقه می‌شود. بیان داشته‌اند که ناقص بودن جنین و مشکل جسمانی دلیلی برای سقط نیست حتی قبل از دمیده شدن روح در او، اگر تهدید حیات مادر بر اثر حاملگی صحیح باشد در این جا قبل از ولوج روح، ممانعت از فرزندآوری اشکال ندارد.
- ۲- زوج‌هایی که صفات و ژن‌های ناسالم دارند و منتقل کننده به فرزند خود هستند که نتیجه‌ی آن این است فرزندان زندگی مشقت بار و سختی خواهند داشت (مثل بیماری هموفیلی) سقط جایز است؟ در پاسخ فرمودند اگر انتقال بیماری به فرزند قطعی است و داشتن این فرزند موجب حرج می‌باشد قبل از ولوج روح امکان سقط است و دیه نیز تادیه گردد.
- ۳- سقط جنین در صورتی که منجر به خطرآفرینی برای مادر باشد چه حکمی دارد؟ در پاسخ فرمودند ممانعت از فرزندآوری در حالتی که نطفه منعقد شده در هیچ حالتی جایز نیست مگر تداوم مدت حاملگی برای حیات مادر ایجاد مشکل کند که قبل از ولوج روح ممانعت مشکلی ندارد ولی بعد از ولوج روح، اگر حاملگی حیات مادر را خطرناک یا غیر ممکن سازد و نجات دادن فرزند اصلاً ممکن نبوده ولی با ممانعت از به دنیا آمدن فرزند، مادر نجات یابد ممکن است.

۲-۱-۲-۳- آیت الله خمینی^۵

^۱. همان

^۲. همان

^۳. همان

^۴. سید علی خامنه‌ای، مجموعه استفتائات رهبری در خصوص سقط جنین، پرسش و پاسخ، تابناک، سوال ۱۲۶۲-۱۲۶۵-

- ۱- در شرایطی که امکان وجود نقص و صفات ناسالم جسمی به صورت اکتسابی از مادر و پدر وجود دارد، می‌توان حمل را از بین برد؟ در پاسخ فرموده‌اند سقط و از بین بردن فرزند جایز نیست و فرقی ندارد که صفات مذکور ثابت شود یا خیر
 - ۲- در پاسخ به سوال خانمی مبنی بر اینکه ادامه مدت حاملگی باعث فلج شدن او می‌گردد بیان داشته‌اند اگر خطر جانی برای زن امکان دارد، قبل از ولوج روح، از بین بردن فرزند جایز است.
 - ۳- در صورت تشخیص ناسالم بودن فرزند در رحم، حتی در فرضی که اگر مادر از فرزندآوری بعد از انعقاد نطفه ممانعت کند و مجدد باردار شود که احتمال سالم بودن فرزند بسیار زیاد است، حکم داده‌اند که در چنین فرضی هم ممانعت از تولد فرزند جایز نمی‌باشد.
- هنگامی که جنین ناهنجاری داشته باشد حتی اگر خطری برای مادر نداشته باشد با استناد به قاعده لاجرح و لاضرر جلوگیری از فرزندآوری ناسالم روا دانسته می‌شود. گاهی فرزند بعد از تولد امکان و توان زیست ندارد و پس از مدتی فوت می‌کند مثل کودکی که دارای دو سر است یا ناهنجاری قلبی یا کلیوی حاد دارد و در این حالت پزشکان بیان می‌دارند که به محض تشخیص قطعی بیماری، ناهنجاری ضرورتی ندارد که مادر باردار فرزندی باشد که پیش یا پس از زایش بی‌گمان خواهد مرد و چه بسا مشکلات روحی و عاطفی شدیدی بر مادر پدید آید.
- گاهی فرزند پس از تولد توان زیست دارد ولی ناهنجاری‌هایی مثل اختلال در بینایی، شنوایی و یا فلج بودن دارد و با این که زنده است ولی انسان کاملی نخواهد بود و هیچگونه درک انسانی ندارد که هزینه نگهداری و مراقبت از چنین افرادی بسیار هنگفت است در این ناهنجاری از دیدگاه پزشکان کشورهای دنیا منعی برای جلوگیری از تولد وجود ندارد اما از دیدگاه فقها پس از حلول روح به هیچ عنوان روا نیست تا حیات فرزند را از او دریغ کنیم.
- از برآیند مباحث فقهی که بیان گردید به این نتیجه می‌رسیم که آنگاه که مرگ فرزند پیش از تولد یا بعد تولد قطعی باشد و سلامت مادر نیز به خطر افتد و یا حرج فراوان ایجاد کند به طوری که تحمل آن بسیار سخت و یا غیرممکن باشد باید جلوگیری از فرزند ناسالم روا دانسته شود، در حالتی که مرگ فرزند قطعی نیست و مرگ او احتمالی است ولی حیات او با دشواری بسیار امکان پذیر است اگر بعد از تولد روح در فرزند باشد امکان پذیر نمی‌باشد. البته یقین در مواردی که گفته شد مثل قطعیت ناهنجاری، ناقص بودن اعضای بدن فرزند، مرگ مادر و... باید گواهی کارشناسان صورت گیرد تا موجب اطمینان گردد. در حالتی که بعد از حلول روح در فرزند ادامه بارداری برای مادر خطرناک بوده و فرزند نیز دارای اختلالات و ناهنجاری‌هایی نیز می‌باشد بر اساس دفاع مشروع و قاعده‌ی لاجرح حفظ حیات مادر تقدم می‌گردد.

^۵. روح الله موسوی خمینی، مجموعه استفتائات امام خمینی در خصوص سقط جنین، سوال‌های ۱۹، ۲۰، ۳۱، ۳۲،

۳- مستندات حقوقی

در این مبحث به قوانین مختلف از جمله قانون مدنی، قانون مجازات اسلامی، قانون جوانی جمعیت، قانون حمایت خانواده و سایر مقررات از جمله قانون سقط درمانی، می‌پردازیم و بعد سیاست‌های کلی را بیان می‌کنیم و به طور کلی جایگاه حقوقی فرزندآوری ناسالم در نظام حقوقی ایران بررسی می‌گردد.

۳-۱- منابع تقنینی

در این گفتار قوانین، مقررات، مصوبات از سوی مراجع ذی صلاح وضع و اجرا شده است به منظور جلوگیری از فرزندآوری ناسالم بررسی می‌شود. در نقطه شروع به بررسی و تحلیل قانون مدنی می‌پردازیم و بعد از آن به قانون حمایت خانواده، قانون جوانی جمعیت و قانون مجازات اسلامی نیز خواهیم پرداخت.

۳-۱-۱- قانون مدنی

در قانون مدنی ماده‌ی خاصی در این خصوص بیان نشده است و می‌توانیم از نهاد شرط بهره‌گیریم. البته نهاد شرط مبتنی بر این است که اولاً فرزندآوری حق باشد، ثانیاً با مقتضای ذات عقد نکاح منافات نداشته باشد.

حال بررسی می‌کنیم فرزندآوری حق است یا حکم؟

الف) حکم بودن یا حق بودن فرزندآوری:

در این خصوص بیان می‌شود امکان فرزندآوری به صورت شرط نتیجه وجود ندارد و با هیچ اراده‌ای از بین نمی‌رود و بیان می‌دارند فرزندآوری منشا گرفته از جان انسان است و به صرف انشاء قابل اسقاط و از بین بردن نیست و چیزی که این گونه باشد حکم است و در قوانین مربوط خانواده اصل بر امری بودن مقررات می‌باشد

از طرفی بیان دیگری در این خصوص داریم که اسقاط حق یک امر اعتباری است و می‌تواند به وسیله‌ی شخصی که صاحب حق است از بین برود و محدود شود پس با تاثیری که اراده بر این تصمیم‌گیری دارد، می‌توان فرزندآوری را حق دانست. با بررسی دقیق مقررات مربوط به حوزه‌ی خانواده در قانون مدنی، به نظر می‌آید که مقوله‌ی فرزندآوری یک حق تلقی گردد زیرا توافق کردن یا محدود کردن این حق هیچ منافاتی با مصالح عمومی و نظم عمومی ندارد. از این رو مطابق مواد ۹۵۹ و ۹۷۵ قانون مدنی، توافق در این مورد اشکالی ندارد.

ب) مقتضای ذات عقد نکاح بودن یا نبودن فرزندآوری

اینکه فرزندآوری مقتضای ذات عقد نکاح باشد یا نه، بسیار مهم است چون اگر پاسخ مثبت باشد الزام نمودن طرف مقابل به فرزندآوری نیاز به نهاد شرط نیست و شرط عدم و جلوگیری از فرزندآوری از شروط خلاف مقتضای ذات تلقی شده و طبق ماده ۲۳۳ قانون مدنی باطل و مبطل خواهد بود. قوانین کشور مابرگرفته از فقه امامیه است لذا در این خصوص اکثر فقهای امامیه بیان

داشته‌اند که وطنی مقتضای ذات نیست و به تبع آن فرزندآوری نیز مقتضای ذات عقد نبوده و شرط خلاف آن باطل کننده عقد نیست. (رحیم و صادقی، ۱۳۹۷: ۴۶۷)

ج) مقتضای اطلاق عقد نکاح بودن یا نبودن فرزندآوری

فرزندآوری مقتضای اطلاق در عقد ازدواج دائم است و در صورتی که این عقد به صورت مطلق منعقد شود، اقتضای تولیدمثل دارد. پس حق فرزندآوری هم به زن اختصاص دارد و هم به مرد و بدون توافق طرفینی، جایز نیست که فرزندآوری را کنار زده و جلوگیری از بارداری را انتخاب کنند.

با توجه به موارد گفته شده، در خصوص پیشگیری از فرزندآوری ناسالم، باید گفت مطابق قانون مدنی، همانطور که گفتیم ماده‌ی صریحی برای بیان این مطلب نداریم، در خصوص استفاده از نهاد شرط، اولاً فرزندآوری حق است و در خصوص محور دیگری که در نهاد شرط موثر است باید گفت فرزندآوری مقتضای اطلاق عقد می‌باشد. لذا اگر والدین، مشکل جسمی و روانی و ذهنی دارند و یا درگیر مواردی مثل اعتیاد، عدم داشتن شغل و هستند و یا تکدی‌گری می‌کنند، کارتن خواب هستند و مواردی از این قبیل باید گفت مطابق قانون مدنی پیشگیری از فرزندآوری ناسالم برای مدت محدود اشکالی ندارد اما شرط عنوان عدم فرزندآوری به طور کلی، حتی در حالتی که زن و مرد دارای ناهنجاری هستند که به طور قطع به فرزند منتقل می‌گردد، امکان ندارد. در قانون مدنی از بین بردن حق به طور کلی شرطی است باطل که قابلیت اجرایی ندارد. اما در نکاح منقطع می‌توانیم بگوییم که فرزندآوری مقتضای اطلاق نیست و از طرفی طرفین در خصوص فرزندآوری یا عدم فرزندآوری حق دارند و مهم‌تر آن که فرزندآوری و تولید مثل از اهداف این ازدواج نیست لذا شرط عدم فرزندآوری در این خصوص اشکالی ندارد.

۳-۱-۲- قانون حمایت خانواده

قانون حمایت خانواده برای اولین بار موضوعی را مطرح کرد که با شرایط جامعه بشری مطابقت زیادی داشت که تحت عنوان پیشگیری از فرزندآوری ناسالم، ظل پیشرفت علم پزشکی و تقویت اندیشه جلوگیری از وارد شدن هزینه‌های سنگین به جامعه، خانواده و فرزندان که بدو تولد دچار دردهای شدید جسمی می‌شوند مورد توجه قرار گرفته است. امروزه با پیشرفت علم طب می‌توان از تولد نوزادانی که دارای معلولیت‌های شدید هستند جلوگیری نمود که این موضوع در ماده‌ی ۱۲۳ قانون مذکور مطرح گردیده است.

^۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف یک ماه از تاریخ لازم‌الاجراء شدن این قانون بیماری‌هایی را که باید طرفین پیش از ازدواج علیه آن‌ها واکسینه شوند و نیز بیماری‌های واگیردار و خطرناک برای زوجین و فرزندان ناشی از ازدواج را معین و اعلام کنند دفتر رسمی ازدواج باید پیش از ثبت نکاح گواهی صادر شده از سوی پزشکان و مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دال بر عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم ابتلاء به بیماری‌های موضوع این ماده یا واکسینه شدن طرفین نسبت به بیماری‌های مذکور را از آنان مطالبه و بایگانی کنند. تبصره - چنانچه گواهی صادر شده بر وجود اعتیاد یا بیماری دلالت کند، ثبت نکاح در صورت اطلاع طرفین بلا مانع است. در مورد بیماری‌های مسری و خطرناک که نام آنها به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

الف) اصل قانون حمایت خانواده:

ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده، بیان کرده است در شرایطی که بیماری زوجین قابل انتقال به جنین باشد و باعث خسارت به جنین شود، مراقبت و حمایت باید منتهی به منع فرزندآوری گردد. این ماده دو بخش برای تحلیل دارد. یکی از جهت حمایت قانون از سلامت فرزندی که هنوز به دنیا نیامده و دیگری یکی از ایرادات وارد بر ماده است این که ثبت نکاح زن را در حالتی که طرف مقابل معتاد است یا بیمار می‌باشد با وجود اطلاع، بلامانع می‌داند. از بعد حمایتی باید گفت هر انسان بیمار بخش زیادی از زمان و توان خود را باید صرف درمان کند و برای اشتغال در هر شغلی مناسب نمی‌باشد و در مقابل افراد سالم، انتفاع کمتری دارند. از طرفی هزینه‌های قابل توجهی برای درمان پرداخت می‌کنند. بیماری‌های قابل انتقالی که در این ماده بدان اشاره شده است با مسئله سلامت تداوم نسل مرتبط است.

طبق ماده ۲۳، ممانعت از نکاح افراد معتاد و یا افراد بیمار که بیماری آن‌ها قابل انتقال و خطرآفرین است در واقع مغایر حقوق انسانی است و مراقبت‌های بهداشت عمومی توجیه مناسبی برای جلوگیری از نکاح این افراد نیست. این ماده آزمایش‌های قبل از عقد از سمت مرد و زن را برای فرزندآوری آن‌ها و سلامت فرزندان آن‌ها مهم می‌داند و ناظر به همین مسئله است و صرفاً ماده‌ای جهت پیشگیری از فرزندآوری ناسالم هست ولی فقط قبل از نکاح را پوشش می‌دهد. (غدیری و نیک‌کار، ۱۳۹۷: ۱۱۳)

ایرادی که به این ماده وارد است این است که قانون گذار با رضایت به ازدواج‌هایی که طرفین دارای بیماری‌های شدید اعم از روحی و روانی و ذهنی هستند و یا معتاد هستند و یا از مشکلات پیچیده اجتماعی و اقتصادی و رنج می‌برند باعث ایجاد فرزندان با ناهنجاری از ابعاد متفاوت خواهند شد. یکی از اقدامات موثری که قانون گذار در خصوص ماده ۲۳ باید در نظر می‌گرفت ارتقاء سطح دانش افراد بود، که منظور، آگاهی بخشی به زوجین پرخطر در شرف فرزندآوری و یا زن و مردی که در شرف نکاح هستند می‌باشد.

یکی از مواردی که قابل توجه است، ماده ۱۱۳۰ قانون مدنی است که مصادیق عسر و حرج را برشمرده که در آنها، فرد معتاد و فردی که صلاحیت اخلاقی ندارد و وابسته به مشروبات الکلی است بیان شده و در بند دیگری بیماری مسری زوج را مختل کننده زندگی باشد را تصریح کرده است که بهتر است مجوز چنین ازدواج‌هایی از ابتدا داده نشود و یا چنین ازدواج‌هایی منوط به از بین بردن صفت ناسالم مثل اعتیاد شود. هر چند متأسفانه منع افراد از ازدواج امری قبیح بوده و اجازه‌ی پیشگیری از چنین ازدواج‌هایی و در ادامه، پیشگیری از فرزندآوری چنین زوجین پرخطری داده نمی‌شود.

تعیین و اعلام می‌شود، طرفین جهت مراقبت و نظارت به مراکز تعیین شده معرفی می‌شوند. در مواردی که بیماری خطرناک زوجین به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منجر به خسارت به جنین باشد، مراقبت و نظارت باید شامل منع تولید نسل نیز باشد.

در این ماده قانونی ضمانت اجرا پیش بینی نشده و زمانی که ضمانت اجرا پیش بینی نمی‌شود قدرت پیشگیری و بازدارندگی به شدت کاهش پیدا می‌کند.

ب) آیین نامه اجرایی قانون حمایت خانواده

برای اجرایی شدن قانون حمایت خانواده، آیین نامه‌ای برای آن به تصویب رسید که در رابطه با پیشگیری از فرزندآوری ناسالم (منع تولید مثل) ماده‌ی ۷ بیان شده است.

در آیین نامه اجرایی پیشگیری موثر مورد تاکید است و این پیشگیری برای فرزندآوری یا بطور دائم و همیشگی است و یا موقت مثل خوردن قرص، استفاده از وسایل جلوگیری و... در پیشگیری موقت به هر حال احتمال فرزندآوری وجود دارد، پیشگیری دائم که به وسیله عمل‌های جراحی مبنی بر عقیم شدن است در دین ما حرام است. لذا این ماده از این جهت دچار ابهام می‌باشد.

در خصوص وجود ناهنجاری روانی و ذهنی و یا صفات ناسالم دیگر که ذکر شد (مثل بی خانمانی و تکدی گری) بنابر ماده‌ی ۷ آیین نامه امکان پیشگیری از فرزندآوری ناسالم تعریف نگردیده است. در این ماده به موارد حصری اشاره شده که توسط وزارت بهداشت اعلام می‌گردد و علت این کار تغییر بیماری‌هاست. لذا صحیح تر این است که قانون گذار اقدامات پیشگیری موثر را تصریح نماید و از ماده ابهام زدایی کند.

۳-۱-۳- قانون حمایت خانواده و جوانی جمعیت

با گذر زمان و بالا رفتن سن ازدواج و به تبع آن افزایش میانگین سن مردمان کشور، ایران کشوری قلمداد شد که چند سال آینده با معضل پیری مواجه می‌شود از این رو مسئولان درصدد تشویق و ترغیب جوانان برای ازدواج و فرزندآوری درآمدند. دولت مردان شعار فرزند کمتر زندگی بهتر را به فرزند بیشتر زندگی شادتر تغییر دادند و فقط به شعار بسنده نکردند و اقداماتی مثل افزایش پاداش‌ها برای کارکنانی که مزدوج می‌شوند و یا مساعدت بیشتر با خانم‌های باردار و امثالهم از جمله‌ی این اقدامات است. این مسئله باعث شده تا مسئولان بدون لحاظ کردن سلامتی فرزندان متولد شده از حیث سلامت روحی و روانی و جسمانی و همچنین سلامت خانواده‌های آن‌ها از ابعاد مختلف جسمی و خانوادگی و اخلاقی و... فقط به افزایش کمی جمعیت فکر کنند و کیفیت جمعیت را در نظر نگیرند. نقدهای زیادی به این وارد شده است و حتی بعضی‌ها آن را قانون جمعیت آفرین خطاب کرده اند.

در این قانون غربالگری به شدت محدود شده است در صورتی که باید شرایط و امکاناتی صورت می‌گرفت تا زوجین پر ریسک حتماً مورد غربالگری قرار گیرند. از طرفی امتیازات متفاوت و زیادی برای کارمندان در نظر گرفته شده است مثل بیشتر شدن زمان استفاده از منازل سازمانی و یا کاهش سن برای بازنشستگی و غیره

از طرفی در این طرح، عرضه رایگان و یا یارانه‌ای اقلام جلوگیری از حاملگی ممنوع گشته و این مسئله باعث افزایش فرزند ناخواسته به خصوص در نواحی حاشیه شهر و یا خارج از شهر می‌شود. افزایش یارانه نقدی برای خانواده‌های سه فرزند به بالا و امثال این امتیازات نقد باعث می‌شود

خانواده‌هایی که مشکلات اجتماعی پیچیده دارند و یا از نظر اجتماعی پایین بوده و شغل‌های نامناسب مثل تکدی‌گری، جیب‌بری و... داند تمایل بیشتری به فرزندآوری داشته باشند. ممنوعیت توزیع وسایل جلوگیری باعث افزایش بیماری‌های جنسی شده و این بیماری‌ها اگر مسری باشند در صورت فرزندآوری به فرزند منتقل خواهد شد که متأسفانه این مسئله اصلاً مدنظر قرار نگرفته است. برای اینکه جمعیت کشوری جوان باشد و کارآمد باید امکاناتی فراهم شود تا از فرزندآوری ناسالم تا حد امکان جلوگیری شود نه فقط افزایش جمعیت بدون در نظر گرفتن سلامت مدنظر باشد.

در حالت کلی این قانون از زمان انعقاد نطفه تا تولد طفل حمایت و توجه دارد و بعد از آن حمایتی بیان نشده است.

با توجه به نکاتی که گفته شد، قانون جوانی جمعیت، قانونی مشکل آفرین تلقی می‌شود و با عنوان پژوهش‌ها که پیشگیری از فرزندآوری ناسالم است مغایرت دارد.

در این پژوهش ما به دنبال راهی برای کاهش جمعیت ناسالم، از طریق علم پزشکی و آزمایش‌های مختلف هستیم تا بتوانیم ضرر وارد به جامعه و خانواده و رنجی که افراد ناسالم جسمی و روحی متحمل می‌شوند را کاهش دهیم. از طرفی به دنبال راهی برای این هستیم که پیشگیری از فرزندآوری در خانواده‌های ناسالم از ابعاد مختلف مورد حمایت دولت قرار بگیرد و از این طریق برای حفظ و ارتقاء آینده فرزند قدمی برداریم ولی قانون جوانی جمعیت با وجود محدودیت‌ها در خصوص آزمایش‌ها و روش‌های جلوگیری و محدودسازی سقط جنین و همچنین تشویق‌هایی که به نظر منطقی نمی‌رسند، با هدف این پژوهش کاملاً مغایر می‌باشد.

لذا باید در مواد ۵۳ و ۵۶ قانون جوانی جمعیت و حمایت خانواده حتماً بازنگری صورت گیرد زیرا مقوله فرزندآوری امری زودگذر نیست و اگر دولت به چنین طرحی برای آینده کشور اصرار دارد لازم است جمعی با حضور افرادی با تخصص‌های اجتماعی، ژنتیکی، پزشکی، روانپزشکی و... تشکیل دهد تا بتواند طرحی پویا و به دور از تبعات زیاد نگارش کند.

قانون سقط درمانی در سال ۱۳۸۴ تصویب شد تا با مجوز شخص مقام معظم رهبری به قانون تبدیل شد تا از متولد شدن فرزندان معلول و دارای مشکلات حرکتی شدید و یا ناقص جلوگیری شود و از بین بردن جنین را به علت حرج مادر و یا تهدید جان او پیش از ولوج روح مجاز بیان می‌داشت اما این قانون در ماده‌ی ۵۶ شرایط را بسیار پیچیده تعیین نموده است و همین مورد قطعاً باعث افزایش از بین بردن‌های فرزندان ناقص به صورت مخفیانه و غیرمجاز می‌شود.

الف) بررسی ماده‌ی ۵۳ قانون حمایت از و جوانی جمعیت

غربالگری در دوره‌های مختلف بارداری و با روش‌های متفاوت صورت می‌گیرد و بنابر نتایج حاصله در صورتی که مادر در گروه‌های پرخطر قرار بگیرد توصیه می‌گردد تا وضعیت ژنتیکی فرزند نیز بررسی گردد. در تبصره اول ماده‌ی ۵۳ این قانون هرگونه توصیه به زنان حامله مبنی بر تشخیص ناهنجاری فرزند مجاز نیست و فقط در قالب تبصره سوم این ماده جواز داده شده است، در صورتی که با توجه به علم نوین، در مبحث غربالگری حق سلامتی مطرح می‌شد که از مهمترین حقوق

انسان است. لذا انتخاب آگاهانه یک بعد مهم در خصوص غربالگری است زیرا هدف از غربالگری شناخت ناهنجاری‌های جنین در حاملگی و کاهش تشکیک در تصمیم‌گیری است. در توجیه این منع، بیان می‌کنند که آزمایش غربالگری سقط جنین‌های بسیاری را به همرا داشته است و خسارات بسیاری در حوزه جمعیت وارد کرده است. در ادامه بیان می‌کند به جای اینکه افراد ناسالم و معلول حذف شوند بهتر است مشکلات اجتماعی و زیستن آن‌ها حل شود. در این ماده اصول اخلاقی پزشکی که یکی از موارد آن توصیه به غربالگری بود (جهت تولد فرزند سالم) خلاف قانون تعبیر شده است. در خصوص این ماده بیان شده که هدف اصلی تامین سلامت مادر و فرزند است برای این که با اعمال و آزمایش‌های تهاجمی جان مادر و فرزند به خطر نیفتد. مضاف بر اینکه عدم انجام غربالگری از بسیاری از هزینه‌های اضافی جلوگیری می‌کند.

ب) نقدهای وارده بر ماده‌ی ۵۳ قانون جوانی جمعیت.

در جامعه‌ی امروز، سن ازدواج و فرزندآوری در میان جوانان رو به افزایش است، و به دنبال آن نگرانی‌هایی در مورد سلامت فرزندان به وجود آمده است. غربالگری جنین، روشی است که به والدین اطمینان می‌دهد فرزندشان از نظر سلامت در وضعیت مناسبی قرار دارد. با این حال، ماده ۵۳ و قوانین مرتبط با آن، نگرانی‌هایی را در مورد افزایش تولد فرزندان ناسالم ایجاد کرده است. آزمایش‌های غربالگری، به ویژه آزمایش آمنیوسنتز، ابزارهایی قدرتمند برای تشخیص بیماری‌های ژنتیکی مانند سندرم داون و سایر اختلالات هستند. این آزمایش‌ها به والدین و پزشکان کمک می‌کنند تا در مورد سلامت جنین و تصمیم‌گیری‌های آتی آگاهی پیدا کنند. یکی از انتقادهای مطرح شده، نیاز به درخواست هر دو والد برای انجام غربالگری است. این امر می‌تواند برای مادرانی که در معرض خطر هستند، محدودیت ایجاد کند. همچنین، برخی استدلال می‌کنند که غربالگری باید اختیاری باشد و تنها برای اطلاع‌رسانی به والدین استفاده شود، نه به عنوان مبنایی برای سقط جنین. با توجه به اهمیت سلامت فرزندان و نگرانی‌های موجود، پیشنهاد می‌شود که قانون غربالگری مورد بازبینی قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که این روش به بهترین نحو برای حمایت از سلامت خانواده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۳-۱-۴ قانون سقط درمانی

قانون سقط درمانی، قانونی است که به منظور پیشگیری از تولد فرزندان با شرایط ناسالم و کاهش آسیب‌های مرتبط، مجوزی برای ممانعت از فرزندآوری در موارد خاص ارائه می‌دهد. این قانون در سال ۱۳۸۴ با تصویب ماده‌ی واحده سقط درمانی، گامی مهم در این زمینه برداشت. بر اساس این قانون، سقط جنین در شرایطی خاص مجاز است: جنین معلول باشد، صفت ناسالم جنین موجب سختی و مشقت مادر شود، قبل از دمیده شدن روح جنین باشد، تشخیص سه پزشک و تایید پزشک قانونی وجود داشته باشد، و رضایت زن نیز اخذ شود. این قانون به دنبال کاهش آسیب‌های ناشی از تولد فرزندان ناسالم است. با این حال، قانون سقط درمانی دارای برخی ابهامات و محدودیت‌ها است. به عنوان مثال، صراحتاً به بیماری‌های روانی یا عقلی مادر اشاره نشده است، و

مشخص نیست که آیا این موارد نیز مجوزی برای سقط درمانی هستند یا خیر. همچنین، قانون به طور واضح بیان نمی‌کند که آیا مشکلات اقتصادی، اجتماعی، یا اخلاقی می‌توانند دلایلی برای سقط درمانی باشند. در مورد مصادیق عسر و حرج ذکر شده در قانون، تفسیر دقیق آن دشوار است. اگرچه ممکن است شامل هزینه‌های مالی، فشارهای روانی، و مشکلات خانوادگی مرتبط با تولد فرزندان ناسالم باشد، اما تعیین مصادیق دقیق آن می‌توانست مفید باشد. در مجموع، قانون سقط درمانی به عنوان ابزاری برای محافظت از سلامت مادر و فرزند در نظر گرفته شده است، اما اصلاحاتی در تعیین مصادیق عسر و حرج و شفاف‌سازی شرایط می‌تواند به بهبود آن کمک کند. (قوچانی، ۱۳۹۳: ۱۲۸)

قانون سقط جنین، با وجود برخی جنبه‌های مثبت، دارای مشکلاتی است که نیازمند توجه است. یکی از نکات مثبت این قانون، عدم نیاز به رضایت پدر برای سقط جنین است، اما در عین حال، محدودیت‌های زمانی آن می‌تواند منجر به مشکلاتی شود. این قانون، سقط جنین را تا چهار ماهگی مجاز می‌داند، اما برخی بیماری‌های جنین ممکن است بعد از این دوره زمانی مشخص شوند. به عنوان مثال، عدم تشکیل مغز، ممکن است بعد از چهار ماهگی تشخیص داده شود، و در این صورت، طبق قانون، مجوزی برای سقط جنین وجود نخواهد داشت. این مسئله، چالشی جدی برای خانواده‌هایی است که با بیماری‌های جنین مواجه هستند. علاوه بر این، هزینه‌های تشخیص بیماری‌های جنین، مانند سونوگرافی و آزمایش‌های مختلف، می‌تواند برای خانواده‌های کم‌درآمد دشوار باشد. در نتیجه، این خانواده‌ها ممکن است از وضعیت سلامت جنین خود آگاه نباشند و در نهایت، با تولد کودکی ناسالم مواجه شوند. لذا، قانون فعلی به طور کامل به تمام ابعاد و پیچیدگی‌های این موضوع توجه نکرده است.

۳-۱-۵- مصوبه اجباری شدن آزمایش ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج

مقرره‌ی مربوط به آزمایش اجباری ناقلین تالاسمی قبل از نکاح از قوانینی است که برای جلوگیری از فرزندآوری ناسالم نگارش شده است. تالاسمی یکی از عمده‌ترین بیماری‌های ژنتیکی موجود است. که علائم بارز آن کاهش یا فقدان یکی از واحدهای هموگلوبین خون است که منجر به اختلال در خون‌سازی و کم‌خونی شدید می‌شود. (صادقیان شاهی، ۱۳۸۱: ۱۰۸)

قانون گذار با در نظر گرفتن هزینه درمان و تاکید بر این که افراد دارای این بیماری کامل نخواهند بود با اجباری کردن این آزمایش خواستار جلوگیری از فرزندآوری ناسالم شده است. البته در مرحله‌ی قبل از انعقاد نطفه .

در صورت وجود بیماری‌های ژنتیکی که خطر و تهدید جانی برای مادر ندارند، در این حالت بعد از دمیده شدن روح به هیچ عنوان جوازی برای از بین بردن نداریم زیرا با قرآن مطابقت ندارد هر چند که آسیب‌های شدید مادی و روانی و نگرانی بابت نگهداری از فرزند و آینده وی وجود دارد.

در بعضی از بیماری‌های ژنتیکی حتی بعد از دمیده شدن روح، امکان زنده ماندن وجود ندارد یعنی یا قبل از تولد می‌میرد و مرده متولد می‌شود و یا در فاصله‌ی بسیار کمی بعد از تولد مرگ در

انتظار اوست در این حالت فرزند در حکم فردی فوت شده است و از نظر عرف پزشکی، قتل یا جلوگیری از حق حیات مصداق پیدا نمی‌کند. (پیری و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۱۴)

در خصوص بیماری‌های ژنتیکی که همراه با تهدید جانی برای مادر است یا فرزند به واسطه اختلالی که دارد قابلیت زنده ماندن پیدا نمی‌کند و هم تهدید جانی وجود دارد که در این جا جوازی برای از بین بردن و پیشگیری از تولد فرزند وجود دارد که برگرفته از قواعد فقهی مثل لاضرر است و سلامتی مادر در اولویت و اهمیت بیشتری قرار دارد.

حتی اگر فرزند قابلیت زنده ماندن پیدا کند ولی دارای اختلال بوده و ادامه حیات او باعث تهدید جانی مادر باشد باز هم مطابق قواعد (اهم و مهم) و (لاضرر) مجاز به از بین بردن جنین قبل از تولد هستیم.

۳-۱-۶- الزام تزریق واکسن کزاز برای بانوان قبل ازدواج

با بررسی مقرراتی که در کشور حاکم است، یکی دیگر از قوانینی که فرزندآوری ناسالم جلوگیری می‌کند قانون الزام تزریق واکسن کزاز قبل از ازدواج است. با توجه به تاریخ تصویب و اجرایی ساختن این قانون می‌توان فهمید که قانون گذاران جمهوری اسلامی نسبت به آثار و پیامدهای تولد فرزندان ناسالم که مبتلا به بیماری شدید و سخت بودند توجه نشان داده اند.

کزاز بیماری عفونی است که عضلات تنفسی را درگیر کرده و منجر به مرگ می‌گردد.

قانون گذاران با توجه به احتمال سرایت بیماری از مادر به فرزند و بالا بودن احتمال نمود پیدا کردن صفات ناسالم در فرزند واکسن را الزامی اعلام نموده‌اند.

نتیجه گیری

با بررسی موضوعات مختلف که در این پژوهش به آن‌ها پرداختیم، در خصوص مقوله‌ی فرزندآوری ناسالم و پیشگیری از آن قانون گذار آن گونه که شایسته است توجهی ننموده است. از نظر حقوقی مقررهای که بتوان مطابق آن زن و مرد را از فرزندآوری ناسالم به طور کامل منع نمود وجود ندارد و بیشتر اقدامات قانون گذار در مرحله‌ی پیش از نکاح است و برای بعد از آن تدبیر موثری اندیشه نشده است خصوصاً الان که جوانی جمعیت مطرح شده است و بسیاری از توجهات به مسئله فرزندآوری ناسالم کمرنگ شده است. در زمینه‌ی فقهی نیز جلوگیری از فرزندآوری ناسالم محدود به پیش از انعقاد نطفه و یا بعد از انعقاد و قبل از ولوج روح در شرایط بیماری شدید و یا عسر و حرج مادر بیان گردیده است و بعد از ولوج روح هرچند فرزند ناسالم باشد و بیماری او شدید باشد اجازه‌ی از بین بردن طفل داده نخواهد شد. در مسئله‌ی کودک آزاری که توسط خانواده‌ها صورت می‌گیرد که می‌تواند مصادیق مختلفی از حیث جنسی- روحی- اقتصادی اجتماعی و فرهنگی داشته باشد، اقدامات موثری از سوی قانون گذار دیده نمی‌شود و بسیاری از خانواده‌های ناسالم هیچ منع یا محدودیتی در خصوص فرزندآوری ندارند و از فرزندان برای اعمال ناسالم و یا شوم خود بهره می‌گیرند. جامعه باید از هزینه‌های سنگین که ناشی از تولد فرزندان ناسالم است تا حد امکان دوری کند. با توجه به تمام مطالب باید از عان داشت که نظام پیشگیری از فرزندآوری

ناسالم در ایران دارای کاستی‌ها و نارسایی‌های فراوان از ابعاد مختلف است لذا باید حتماً بازنگری در بعضی قوانین جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ صورت گیرد.

پیشنهادهای

۱) تدوین مقرره‌ای مبنی بر محدودسازی فرزندآوری در خانواده‌هایی که صلاحیت تربیت و نگهداری از فرزند را ندارند زیرا والدینی که شرایط فرزندآوری ندارند و در شرف فرزندآوری هستند قطعاً قادر به احقاق حقوق اولیه فرزند خود نبوده و شاید بازنگری در خصوص پیامدهای این مسئله بتوان از مصادیق عسر و حرج در موارد مشکلات بسیار شدید استفاده کرد.

۲) اصلاح و بازنگری در مواد ۵۳ و ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب (۱۴۰۰) زیرا بازنگری با درخواست والدین یا ظن قوی پزشک است که در واقع عملاً به معنای حذف غربالگری برای خانواده‌های است که اطلاعات کافی و به روز پزشکی ندارند و نوعی نابرابری در اجتماع ایجاد می‌گردد. در ماده‌ی ۵۶ این قانون اجازه سقط به بیماری‌های غیر قابل درمان داده شده است و بیماری‌های صلب‌العلاج که بسیار پر درسر و پرهزینه هستند حذف شده است، از طرفی اجازه‌ی سقط به قاضی سپرده شده است که فاصله‌ی تشخیص ناهنجاری تا مجوز سقط، باعث از دست رفتن زمان می‌شود.

۳) آموزش‌های لازم جهت بالا بردن سطح دانش، پیش از حاملگی و فرزندآوری نیاز جامعه فعلی ماست. آشنایی با بیماری‌های مقاربتی قابل انتقال به فرزند و بالا بردن سطح دانش در خصوص بیماری‌های ژنتیکی در ضروری‌ترین بخش‌های آموزشی باید قرار گیرد.

۴) پیش بینی ضمانت اجراء در خصوص ماده‌ی ۲۳ قانون حمایت خانواده برای موثر واقع شدن بیشتر این ماده زیرا قانونی که ضمانت اجرا نداشته باشد کارایی بالایی نخواهد داشت.

۵) اصلاح ماده‌ی ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت زیرا عدم استفاده از وسایل پیشگیری کننده و تشویق به عدم استفاده از آنها بیماری جنسی را به شدت افزایش می‌دهد و بسیار خطرآفرین است. بسیاری از بیماری‌ها مثل ایدز و یا HPV از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند. همچنین این ماده احتمال تولد فرزندان نامشروع و فرزندان ناسالم را افزایش می‌دهد.

۶) ماده ۵۲ حمایت از خانواده و جوانی جمعیت اصلاح گردد و در خانواده‌هایی که صلاحیت فرزندآوری ندارند و یا فرزند آنها دچار نواقص شدید و یا در خانواده‌هایی که معضلات شدید و عمقی در حوزه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی؛ اقتصادی دارند و ظن قوی ایجاد می‌شود که فرزند نیز مورد بهره کشی‌های مختلف قرار گیرد و از وجود فرزند درآمد زایی صورت بگیرد؛ بهتر است از راه‌های پیشگیری از فرزندآوری دائم مثل بستن لوله‌های رحمی زنان استفاده گردد تا شاهد آسیب‌های شدید و غیر قابل جبران به فرزندان متولد شده از این قشر نباشیم.

منابع

- (۱) پیری، فاطمه و علی تولایی و محمد حسن شخیها (۱۳۹۴) تأثیر ناهنجاری‌های ژنتیکی در حکم سقط جنین در فقه امامیه، پژوهش‌های فقهی، شماره ۱.
- (۲) جان قربان، رکسانا و همکاران (۱۳۹۳) مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری، حنسی در اسناد بین المللی حقوق بشر، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، شماره ۱۰.
- (۳) حسینی سیستانی، سید علی (۱۳۹۳)، توضیح المسائل با تجدید نظر و اضافات، قم: دارالمجتبی.
- (۴) رحیمی، حبیب الله و محمدجواد صادقی (۱۳۹۷) ماهیت حقوقی فرزندآوری و آثار اشتراط و عدم اشتراط آن ضمن عقد نکاح، شماره ۵۶.
- (۵) زارع، مریم و برقی، مریم (۱۳۹۹) واکاوی حق استیلا در زوجه با استناد به ادله بر اعضای بدن، نشریه مطالعات اسلامی زنان و خانواده، شماره ۱۳.
- (۶) صادق‌یان شاهی، محمدرضا (۱۳۸۱) بیماران تالاسمی ماژور و بررسی تاثیر یک فعالیت هوازی زیر بیشینه بر میزان تغییرات آهن فریتین و غیره، مجله حرکت، شماره ۱۱.
- (۷) صانعی، یوسف (۱۳۸۱) استفتائات پزشکی و احکام ویژه بانوان، قم: انتشارات میثم تمار.
- (۸) علی صافی گلپایگانی، علی (۱۳۸۵) جامع الاحکام، ج ۲، قم: دفتر تنظیم و نشر آثار حضرت آیت الله العظمی حاج شیخ علی صافی گلپایگانی.
- (۹) غدیری، ماهرو، نیک کار، طیبه (۱۳۹۷) گواهی سلامت پیش از ازدواج از منظر اسناد بین المللی حقوق بشر با تاکید بر کودک، فصلنامه خانواده پژوهی، سال ۱۴، شماره ۱.
- (۱۰) قوچانی، زهره (۱۳۹۳) نقد و بررسی ماده واحده قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، فصلنامه علمی ترویجی فقه و حقوق خانواده، شماره ۶۰.
- (۱۱) محمد بن حسن بن علی بن حسن شیخ طوسی (۱۳۸۸) الخلاف، ج ۴، چ ۵، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- (۱۲) محمد بن محمد بن نعمان (شیخ مفید) (۱۴۱۳ق) المقنعه، قم: کنگره جهانی هزاره شیخ مفید - رحمه الله علیه.
- (۱۳) محمد حسن نجفی (۱۲۹۹) جواهرالکلام، ج ۲۹، دارالکتب اسلامیه.
- (۱۴) محمد فاضل لنکرانی، (۱۳۸۳) جامع المسائل، ج ۱، چ ۱۱، قم: انتشارات امیر.
- (۱۵) مسجدسرائی، حمید و اعظم نظری و اکرم عبدالله پور (۱۴۰۱) واکاوی مبانی فقهی حکم سقط جنین درمانی بعد از ولوج روح، مطالبات فقه و حقوق اسلامی، شماره ۱۴.
- (۱۶) مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۹۲) رساله توضیح المسائل با اضافات فراوان و استفتائات جدید، ج ۳، قم: انتشارات قدس.
- (۱۷) موسوی خمینی، روح الله (۱۳۶۷)، تحریر الوسیله، ج ۲، قم: دارالعلم.
- (۱۸) یزدیان، قدسی و همکاران (۱۳۸۷) مطالعه تطبیقی مدیریت سلامت بیماران خاص ایران، مجله پژوهش دانشکده پزشکی، شماره ۴.