

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش کارشناسی  
اداره قوانین و مقررات

بررسی و نقد طرح

«جوانی جمعیت و حمایت از خانواده»

(بررسی مواد مؤثر طرح بر حوزه عملکرد سازمان پزشکی قانونی)

«مطالب بیان شده در گزارش‌ها و انتشارات پژوهشگاه و مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضاییه، نتیجه‌ی تحقیقات پژوهشگران و بیان‌کننده‌ی دیدگاه‌های مؤلفان آن‌هاست و لزوماً موضع رسمی قوه قضاییه جمهوری اسلامی ایران یا نظرات پژوهشگاه نیست، مگر آنکه به آن، تصریح شده باشد.»



وب سایت: [www.jri.ac.ir](http://www.jri.ac.ir) کدپستی: ۱۹۸۳۸۴۶۵۱۴ تلفکس: ۰۲۱-۲۲۰۹۲۰۶۱

پژوهشگاه قوه قضاییه آدرس: بزرگراه چمران - بزرگراه یادگار امام - بعد از خروجی اوین درکه - پژوهشگاه قوه قضاییه

**عنوان:** بررسی و نقد «طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» (بررسی مواد مؤثر طرح بر حوزه عملکرد سازمان پزشکی قانونی)

**مؤلف:** بشیر عیسی‌زاده، رضا بکشلو

**ناظر علمی:** دکتر مرتضی حاجی‌علی‌خمسه

**مدعوین جلسات کارشناسی:** حجت‌الاسلام رسول مزروعی (مدیر گروه قصاص مرکز تحقیقات فقهی قوه قضاییه)، دکتر سیدحامد برکاتی (مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت)، دکتر سهیلا جعفری (متخصص و نماینده سازمان پزشکی قانونی کشور)، دکتر اشرف سماوات (رییس اداره ژنتیک وزارت بهداشت)، دکتر طاهره لباف (پزشک متخصص زنان و زایمان)، دکتر صدیقه آیتی (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)، دکتر سیدمحمد اکرمی (رئیس انجمن علمی ژنتیک پزشکی ایران)، دکتر زهرا علامه (پزشک متخصص زنان و زایمان)، دکتر عاطفه سمایی (پزشک متخصص زنان و زایمان)، دکتر نیما صالحی‌مهر (پزشک متخصص زنان و زایمان)، دکتر کتابیون حیدری، (پزشک متخصص زنان و زایمان)، دکتر رامک حیدری (مدیرعامل انجمن حمایت از مبتلایان به دیستروفی)

**صفحه آرای:** مریم کاظمینی

**ناشر:** پژوهشگاه قوه قضاییه

**تیراژ و نوبت چاپ:** ۱۳۰ نسخه - خرداد ۱۴۰۰

## فهرست مطالب

- ۵.....چکیده (خلاصه مدیریتی).....
- ۷.....مقدمه.....
- ۹.....معرفی اجمالی طرح و پیشینه آن.....
- ۱۱.....ضرورت بررسی موضوع در پژوهشگاه قوه قضاییه.....
- ۱۳.....بررسی ماده (۵۶) طرح (نسخ قانون سقط درمانی).....
- ۱۴.....بررسی اجمالی سابقه فقهی و قانونی مجوز سقط درمانی.....
- ۱۶.....ادله مخالفین نسخ قانون سقط درمانی.....
- ۱۷.....ادله موافقین نسخ قانون سقط درمانی.....
- ۱۸.....راهکار صحیح مواجهه با موضوع سقط درمانی.....
- ۲۱.....غربالگری ناهنجاری های جنینی.....
- ۲۳.....ادله موافقین غربالگری.....
- ۲۴.....ادله مخالفین غربالگری.....
- ۲۷.....راهکار صحیح مواجهه با فرآیندهای غربالگری.....
- ۳۱.....نتیجه گیری.....
- ۳۲.....پیوست ها.....
- ۳۲.....پیوست شماره ۱: سیاست های کلی «جمعیت».....
- ۳۴.....پیوست شماره ۲: سیاست های کلی «خانواده».....
- پیوست شماره ۳: گزیده های از فرمایشات اخیر مقام معظم رهبری درباره
- ۳۷.....مسأله جمعیت.....
- ۳۸.....پیوست شماره ۴: مواد مرتبط از مصوبه مجلس.....
- پیوست شماره ۵: فتوای مقام معظم رهبری در خصوص آزمایش های
- ۴۰.....تکمیلی.....
- ۴۱.....پیوست شماره ۶: فتوای مقام معظم رهبری در خصوص جواز سقط جنین.....
- ۴۳.....پیوست شماره ۷: فتوای مقام معظم رهبری در خصوص عدم جواز سقط جنین.....

- پیوست شماره ۸: طرح سقط درمانی ..... ۴۴
- پیوست شماره ۹: نظر شورای نگهبان در خصوص طرح سقط درمانی ..... ۴۵
- پیوست شماره ۱۰: قانون سقط درمانی ..... ۴۶

## چکیده (خلاصه مدیریتی)

لزوم اصلاح رویکرد سیاستی در خصوص مسأله «جمعیت» مورد اجماع جامعه نخبگانی و یکی از مطالبات اصلی جامعه علمی کشور پس از عبور از دهه ۷۰ است. منفی شدن رشد جمعیت در سال‌های پایانی دهه ۹۰، لزوم انجام اقداماتی عاجل، جهت اصلاح برخی هنجارهای نظام حقوقی کشور در سطوح مختلف را بیش از پیش جلوه‌گر ساخت. مجلس شورای اسلامی در دوره‌های مختلف، علی‌رغم بررسی و تصویب طرح‌های مختلف، نتوانسته است قانونی جامع در راستای تحقق مطالبات مذکور در سیاست‌های کلی «جمعیت» و «خانواده» ارائه نماید. از این رو، طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» در کمیسیون ویژه به همین نام (مبتنی بر اصل ۸۵ قانون اساسی) به تصویب رسیده است و هم‌اکنون در شورای نگهبان در حال بررسی است. این گزارش، متکفل بررسی مواد (۵۳) و (۵۶) این طرح است که مفاد آن به صورت مستقیم بر کیفیت عملکرد سازمان پزشکی قانونی به عنوان یکی از سازمانهای تابعه قوه قضائیه مؤثر است. ماده (۵۶) طرح ضمن تأسیس یک شورا جهت تصویب دستورالعمل جدید سقط درمانی، قانون سقط درمانی مصوب سال ۱۳۸۴ را نسخ صریح می‌نماید. نتایج بررسی‌های این پژوهش، نشان می‌دهد علی‌رغم لزوم اصلاح این قانون، شیوه پیش‌بینی شده مغایر اصول ۸۵ و ۱۳۸ قانون اساسی است. همچنین ماده (۵۳) این طرح نیز بر لزوم اصلاح فرآیندهای غربالگری ناهنجاری‌های جنینی اشعار دارد که به نظر امری ضروری است. چنانکه می‌توان ادعا نمود برخی اشکالات کنونی این فرآیندها مورد اجماع متخصصین موضوع است. در خصوص ضرورت وجود این فرآیندها نیز ضمن تأکید بر لزوم در دسترس بودن آن برای والدینی که تمایل به انجام غربالگری دارند، به نظر می‌رسد تعمیم این فرآیندها به عنوان برنامه عمومی کشوری، غیرضروری است.



## مقدمه

مسأله جمعیت یکی از مهمترین مسائل سیاست‌گذاری در کشور است که در طول سالیان متمادی، محل توجه فعالان و دغدغه‌مندان حوزه‌های گوناگون بوده است و ابعاد مختلف فقهی، قانونی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، پزشکی و امثال آن دارد. سیاست‌های جمعیتی در دوره‌های زمانی مختلف، با رویکردهای متفاوتی دنبال شده‌اند، چنانکه پیش از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی و در سال ۱۳۴۶ به دلیل مهار تدریجی مرگ و میر، سیاست‌های کاهش تنظیم و اجرا شده‌اند و پس از انقلاب نیز در سال ۱۳۶۸ به دلیل نیاز به فرصت برای ترمیم بعد از جنگ، سیاست‌های کاهش رهیویی شده‌اند.

در سال‌های اخیر میزان باروری و رشد جمعیت به طور محسوسی کاهش یافته است، چنانکه در حال حاضر نرخ جانمایی جمعیت به زیر ۲ رسیده که به معنای منفی شدن نرخ رشد جمعیت است. بسیاری از متخصصین این حوزه، بحران جمعیتی را دهشتناک‌تر و سهمگین‌تر از شیوع و همه‌گیری ویروس کرونا می‌دانند و آثار زیان‌بار و شدید فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی آن را غیر قابل مهار توصیف می‌نمایند. همچنین بر اساس گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، جمعیت کشور از سال ۱۳۹۰ به دوره میان‌سالی وارد شده است و ایران دیگر کشور جوان محسوب نمی‌شود. در وضعیت کنونی، می‌توان گفت بحران جمعیت که سالهاست آغاز شده، همچنان استمرار دارد.

بر همین اساس، مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ براساس بند «۱» اصل ۱۱۰ قانون اساسی و پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام، سیاست‌های کلی «جمعیت» (پیوست شماره ۱) را ابلاغ فرمودند. در متن ابلاغیه ایشان خطاب به رؤسای قوای سه‌گانه و سایر دستگاه‌های اجرایی و نظارتی کشور تصریح شده است که این سیاست‌ها با عنایت به اهمیت مقوله جمعیت در اقتدار ملی و با توجه به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور به عنوان یک فرصت و امتیاز و در جهت جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته ابلاغ گردیده است. این سیاست‌ها در ۱۴ بند، احکام متعدد و مختلفی را بیان نموده‌اند

که حوزه‌های مختلف تقنینی، اجرایی و نظارتی کشور را شامل می‌شود. مستند به بند یک این سیاست‌ها<sup>۱</sup> می‌توان «ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت» را مهم‌ترین مطالبه سیاست‌های کلی «جمعیت» دانست.

پس از آن، در کنار تأکیدات ویژه معظم‌له در خصوص لزوم توجه به مسأله بحران جمعیت، دو سال بعد و در سال ۱۳۹۵ نیز ایشان با ابلاغ سیاست‌های کلی «خانواده» (پیوست شماره ۲) بر لزوم رهجویی سیاست‌های جدید جمعیتی تأکید فرمودند. این سیاست‌ها مجدداً و در مقام بازتبیین اصل ۱۰ قانون اساسی، لزوم محور قرار گرفتن خانواده در برنامه‌ها، سیاست‌ها و قوانین را یادآور شده و «افزایش فرزندآوری در جهت بر خورداری از جامعه جوان، سالم، پویا و بالنده» را مطالبه نمود. نظری اجمالی بر فرمایشات مقام معظم رهبری در سال‌های اخیر نشان از اهمیت این موضوع در منظومه فکری ایشان دارد، چنانکه یکی از موضوعات پرتکرار در منویات ایشان، لزوم تسریع در اصلاح فرآیندهای فرهنگی، اجتماعی و قانونی کشور در راستای حل معضل جمعیتی است. (برای نمونه ر.ک. پیوست شماره ۳)

مع‌الأسف، علی‌رغم تأکیدات مکرر نهاد سیاستگذار کشور، تا پیش از مصوبه کنونی مجلس شورای اسلامی، قانون جامعی در خصوص حل معضل جمعیت کشور به تصویب نرسیده است و حتی برخی قوانین مغایر با این سیاست‌ها همچنان در نظام حقوقی ایران جاری و از حیات قانونی برخوردار هستند. از این رو تصویب قانونی جامع در راستای تقنین مطالبات نهاد سیاستگذار ضروری است و اقدام قانونگذار در تصویب طرح مورد نظر گامی رو به جلو و مؤثر در این حوزه به نظر می‌رسد.

۱. بند ۱: «ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی»



## معرفی اجمالی طرح و پیشینه آن

در همین راستا و پیش از ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت لایحه‌ای با عنوان «اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده» اعلام وصول و پس از دو مرحله رفت و برگشت میان شورای نگهبان و مجلس شورای اسلامی، در تاریخ ۱۳۹۲/۳/۲۹ به تأیید شورای نگهبان رسیده است. این طرح در صدد لغو محدودیت‌هایی بوده است که در قانون تنظیم خانواده و سایر قوانین در راستای سیاست‌های کاهش جمعیت مقرر گردیده بودند.

سپس، مجلس شورای اسلامی در دوره نهم به تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۴ طرحی را با عنوان «افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کشور» اعلام وصول نمود و پس از بحث و بررسی در تاریخ ۱۳۹۳/۵/۲۱ در ۵ ماده به تصویب رساند ولی این طرح از سوی شورای نگهبان واجد اشکالاتی دانسته شد. در ادامه، مجلس شورای اسلامی، در تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲۰ برخی اشکالات را اصلاح و مجدداً جهت تأیید به شورای نگهبان ارسال نمود که در این مرحله نیز شورای نگهبان اشکالات سابق را همچنان پابرجا تشخیص داد و عملاً این طرح تبدیل به قانون نشد. مجلس دهم نیز با انجام اصلاحاتی در مفاد طرح قبلی، مجدداً این طرح را در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۴ اعلام وصول و در تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱۴ تصویب نمود که این بار نیز این طرح به تأیید شورای نگهبان نرسید. مراجعه اجمالی به نظرات این شورا مؤید این است که عمده ایراد شورا به این طرح، عدم توجه به سیاست‌های کلی «جمعیت» ابلاغی مقام معظم رهبری است. چنانکه در متن نظر این شورا در تاریخ ۱۳۹۳/۶/۱ آمده است:

«از آنجا که این مصوبه در بخش‌های مختلف از جمله افزایش باروری منطبق با سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری<sup>مدظله‌العالی</sup> نمی‌باشد لذا شایسته است با توجه به سیاست‌های کلی مصوبه جامعی تهیه و مورد تصویب قرار گیرد.»<sup>۱</sup>

---

۱. این رویکرد در نظریه مورخه ۱۳۹۳/۸/۵ شورای نگهبان مجدداً مورد تأکید قرار گرفته است: «در خاتمه به نظریه این شورا در خصوص توجه به سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری مدظله‌العالی عنایتی نگردیده، بنابراین لازم است در این خصوص اقدام مناسب صورت پذیرد.» در

پس از آن، طرح دیگری با عنوان «طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده» در مجلس نهم اعلام وصول شد که در این دوره از مجلس مورد بررسی قرار نگرفت. بر اساس درخواست جمعی از نمایندگان محترم مجلس در دوره دهم، این طرح مجدداً در دستور کار مجلس قرار گرفت. مع ذلک این طرح هیچ‌گاه به تصویب مجلس شورای اسلامی نرسید و مجلس دهم نیز بدون تصویب طرحی در راستای حمایت از خانواده و تسهیل فرزندآوری به کار خود پایان داد.

مجلس شورای اسلامی در دوره یازدهم و در آخرین اقدام خود تا زمان نگارش این سطور، در راستای تقنین مطالبات سیاست‌های کلی «جمعیت» طرح جدیدی را با عنوان طرح «جمعیت و تعالی خانواده» در تاریخ ۱۳۹۹/۳/۱۱ اعلام وصول نمود که پس از مدتی این طرح با تغییر نام و با عنوان «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» در تاریخ ۱۳۹۹/۹/۲ در دستور کار قرار گرفت. در این میان، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، طی گزارشی با توجه به سابقه بررسی طرح در دو مجلس نهم و دهم و به سرانجام نرسیدن آنها، ضرورت تصویب طرح در راستای رفع نیازهای مردم، مطالبات عمومی و حقوق عامه و با توجه به امکان وقوع بحرانهای اقتصادی و اجتماعی ناشی از تأخیر ورود قانونگذار به این مسأله، پیشنهاد استفاده از ظرفیت اصل ۸۵ قانون اساسی را مطرح نمود و البته نظر به لزوم مشارکت حداکثری برخی کمیسیون‌ها، بررسی و تصویب طرح در کمیسیونی مشترک و با تعیین سقف زمانی یک ماهه را مطلوب دانست و مزیت‌هایی همچون تسهیل و تسریع در تصویب، شناسایی مشکلات اجرایی طرح در زمان اجرای آزمایشی و مرتفع نمودن آن در زمان دائمی شدن قانون، امکان بررسی تخصصی‌تر مواد طرح و غیره را برای استفاده از این ظرفیت برشمرد.

---

نهایت، شورای نگهبان در آخرین نظریه ابرازی در خصوص این قانون، بار دیگر بر لزوم **انطباق** مفاد قانون بر سیاست‌های کلی «جمعیت» تصریح نموده است: «علی‌رغم اینکه قسمت اخیر ایراد این شورا در خصوص انطباق مصوبه با سیاست‌های کلی جمعیت رفع نشده است، حذف مواد ۱ و ۳ موضوع بندهای ۱ و ۳ ایراد قبلی این شورا، اشکال مزبور را تقویت نموده لازم است در موارد مذکور اقدام مقتضی معمول گردد.» ضمناً این موضوع در نظرات استدلالی منتشرشده از سوی شورای نگهبان تبیین شده است و با توجه به مجموع این نکات، این طرح از دستور کار مجلس شورای اسلامی خارج شده است.

این موضوع، روز دوشنبه ۱۳۹۹/۸/۱۲ در دستور کار نمایندگان مجلس قرار گرفت و نمایندگان محترم، موافقت خود را با بررسی این طرح مبتنی بر اصل ۸۵ قانون اساسی اعلام و مقرر نمودند این طرح در کمیسیون مشترکی برگرفته از کمیسیون‌های فرهنگی، بهداشت و درمان، اجتماعی، برنامه بودجه و محاسبات، اقتصادی، کشاورزی آب و منابع طبیعی، عمران، امنیت ملی و سیاست خارجی بررسی شود. بنابراین، طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» در کمیسیون مشترکی به همین نام بررسی و در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۷ تصویب شد و در نهایت در تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۶ اجرای آزمایشی آن برای مدت ۷ سال در صحن علنی مجلس مصوب گردید.

### ضرورت بررسی موضوع در پژوهشگاه قوه قضاییه

این طرح ابعاد گسترده فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و قضایی داشته که هر کدام در جای خود درخور بررسی خواهند بود. بخش اعظمی از این طرح، مربوط به سیاست‌های حمایتی و تشویقی جهت تسهیل ازدواج و فرزندآوری و کاهش ترس و نگرانی‌های ناشی از بارداری و مشکلات احتمالی پس از آن است که محل بررسی نوشتار حاضر نبوده است. در برخی مواد این طرح (پیوست شماره ۴) احکامی در خصوص دو موضوع غربالگری‌های ناهنجاری‌های جنینی و نسخ قانون سقط درمانی مصوب سال ۱۳۸۴ (پیوست شماره ۱۰) وجود دارد که این احکام در ارتباط وثیقی با حوزه عملکرد سازمان پزشکی قانونی به عنوان یکی از سازمان‌های تابعه قوه قضاییه است.

در حال حاضر پزشکان حوزه زنان و زایمان، در هفته‌های یازدهم الی سیزدهم بارداری اقدام به ارجاع مادران باردار به فرآیند غربالگری ناهنجاری‌های جنینی می‌نمایند و در صورتی که نتایج این آزمایش‌ها حاکی از احتمال تولد فرزند ناقص‌الخلقه یا ابتلاء به یکی از بیماری‌های ژنتیکی باشد، مادر به آزمایش‌های تکمیلی جهت تشخیص این ناهنجاری ارجاع می‌شود. سپس در صورت تأیید ناهنجاری ژنتیکی در جنین، با رعایت ملاحظات قانون سقط درمانی و دستورالعمل اجرایی سقط درمانی (مصوب سال ۱۳۸۷) مجوز سقط جنین صادر می‌شود. در این

میان، علی‌رغم وجود متون قانونی مذکور، سازمان پزشکی قانونی همچنان در تشخیص مصادیق جهت صدور جواز سقط، ابهامات و مشکلاتی دارد و مفاد این طرح نیز می‌تواند بر کیفیت عملکرد این سازمان تأثیر بسزایی داشته باشد.

## بررسی ماده (۵۶) طرح (نسخ قانون سقط درمانی)

ماده (۵۶) طرح، در صدد است تا با نسخ قانون سقط درمانی، دستورالعمل جدیدی را جایگزین آن نماید. این ماده، سازمان پزشکی قانون را مکلف نموده است تا ظرف مدت حداکثر سه ماه، یک دستورالعمل اجرایی برای مسأله سقط درمانی تصویب نماید و به این منظور، شورایی مرکب از ریاست سازمان پزشکی قانونی، سه مجتهد متجزی در فقه مسائل پزشکی، سه نفر متخصص مرتبط، یک نفر متخصص پزشکی قانونی، یک قاضی دیوان عالی کشور، یک نفر عضو کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی تأسیس نموده است. مصوبات این شورا الزاماً باید با تأیید دو فقیه حاضر در جلسه باشد و در غیر این صورت مصوب تلقی نخواهد شد. پس از تصویب دستورالعمل جدید، قانون سقط درمانی مصوب سال ۱۳۸۴، منسوخ می‌گردد.

همچنین این ماده، ۵ تبصره نیز دارد که در آنها احکام مختلفی وضع شده است. از جمله اینکه:

- این شورا مکلف شده است تا مسائل مستحدثه این حوزه را شناسایی و مبادرت به صدور دستورالعمل نماید.
- بازنگری دستورالعمل‌ها و رویه‌ها در حوزه باروری، سقط و ناباروری به صورت سالانه بر عهده این شورا است.
- تبصره «۳» این ماده، مراکز پزشکی قانونی را ملزم نموده است تا کمیسیون سقط قانونی متشکل از یک قاضی ویژه، یک متخصص متعهد و یک متخصص پزشکی قانونی را تشکیل و موارد مشمول را به این کمیسیون جهت صدور مجوز سقط درمانی ارجاع دهد. رأی این کمیسیون قطعی است و همچنین کمیسیون موظف است با امعان نظر به اصل عدم جواز سقط در موارد تردید مبادرت به صدور رأی بنماید.
- وزارت بهداشت مکلف شده است تا دستورالعمل‌های پیرامون این موضوع را به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ نماید.
- بیمارستان‌ها نیز مکلف شده‌اند تا عملیات سقط را صرفاً پس از عدم احراز امارات و نشانه‌های ولوج روح، انجام دهند.

## بررسی اجمالی سابقه فقهی و قانونی مجوز سقط درمانی

با توجه به ابتناء نظام تقنینی جمهوری اسلامی بر موازین شرعی و نظر به حرمت سقط جنین در آراء و فتاوی فقیهان امامیه، تا سال‌ها محمل قانونی جهت سقط جنین در نظام جمهوری اسلامی، وجود نداشت. در این میان، صدور فتاوی مشابهی از سوی مقام معظم رهبری (پیوست شماره ۶) زمینه‌ساز جریان بحث پیرامون این موضوع گردید. در این فتاوی آمده است:

- «اگر نگهداری طفل معلول، عقب‌مانده و ناقص‌الخلقه برای والدین دارای زحمت و مشقت بیش از متعارف باشد، به مقداری که در عسر و حرج واقع می‌شود، اسقاط جنین پیش از دمیده شدن روح در او مانع ندارد.»
  - «اگر تشخیص بیماری در جنین قطعی است و داشتن و نگهداشتن چنین فرزندی موجب حرج می‌باشد، در این صورت جایز است قبل از دمیده شدن روح، جنین را اسقاط کنند ولی بنا بر احتیاط، دیه آن باید پرداخت شود.»
- همانطور که در متن هر دو فتوا تصریح شده است، این فتوا مستند به حکم ثانویه رفع حرج صادر شده است. در میان فتاوی مختلف صادره از سوی مقام معظم رهبری (برای مشاهده سایر فتاوی ر.ک. پیوست شماره ۷) بر حرمت سقط جنین به عنوان حکم اولیه مکرراً تصریح شده است؛ به عنوان نمونه در یکی از این فتاوی چنین آمده است:
- «از بین بردن نطفه بعد از استقرار آن در رحم و همچنین سقط جنین در هیچ یک از مراحل بعدی جایز نیست.»

پس از صدور این فتاوی و در سال ۱۳۸۱، طرح سقطِ درمانی (پیوست شماره ۸) در مجلس ششم اعلام وصول و در مجلس هفتم به تاریخ ۱۳۸۴/۱/۲۳ تصویب گردید. این طرح از سوی شورای نگهبان در مرحله اول واجد ایرادات شرعی و نیز ایراد اصل ۸۵ قانون اساسی شناخته شد. (پیوست شماره ۹) سپس مجلس شورای اسلامی مبادرت به اصلاح و تصویب این طرح در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۱۰ نمود. از همان ابتدای تصویب این قانون، موافقین و مخالفین بسیاری، در این خصوص سخن رانده‌اند، چنانکه در اثنای بررسی این طرح در صحن مجلس شورای اسلامی نیز

مباحثه‌ای میان دو گروه از نمایندگان محترم شکل گرفته است.

باید توجه داشت که اختلاف نظرها در خصوص این قانون، ریشه در رویکردهای متفاوت طرفین موضوع دارد. غالب مخالفین، قانون را با سنجه تعالیم دینی ارزیابی نموده و آن را واجد اشکالاتی می‌دانند و اغلب موافقین نیز از زاویه علم پزشکی، احتمال بروز مشکلات خانوادگی و اجتماعی و امثال آن، مسأله را تحلیل می‌نمایند. برای نمونه، به دو بخش کوتاه از سخنان نمایندگان موافق و مخالف این طرح اشاره می‌شود:

«دکتر پیرمؤذن: ... به لحاظ اینکه اصولاً وقتی در طرح چه سقط درمانی، چه استفاده از ابزارهای کنترل جمعیت و حاملگی است، همیشه بین علم و مذهب یک اختلافی بوده و مشکل ایجاد کرده. در صورتی که در کشور ما، هم از حیث اعتقادی و هم از حیث علمی مصوبه‌ای که داشتیم، مجلس و مصوبه مجلس نشان داد که منطق ما در کنار علم ماست و اعتقاد و باورهای مذهبی ما، هم‌راستی با داده‌های علمی و یافته‌های علمی است. این افتخار نصیب مجلس هفتم است و من مجدداً تشکر می‌کنم از طرح سقط درمانی و این نشریه‌ای هم که به عنوان *Abortion Unsafe* یا سقط غیرقانونی و غیرعلمی در سازمان بهداشت جهانی هفته گذشته چاپ و پخش شد، افتخار نصیب کشور جمهوری اسلامی ایران هم بود که مدافع حقوق دفاع از مادر و کودک بود که این در تاریخ ثبت شد ...»

«حجت‌الاسلام و المسلمین عباسعلی اختری: ... من از آقای دکتر پیرمؤذن تعجب می‌کنم که این‌همه تعریف و تمجید از اینکه تصویب چنین چیزی یک برگ زرین است و اینها. این، شایسته چنین طرح‌هایی نیست. عنایت بفرمایید که سقط جنین در آنجایی که موجب عسر و حرج برای مادر بعد از ولادت باشد، این را گفتیم اشکال دارد، شورای نگهبان هم گفته اشکال دارد. کمیسیون بهداشت و درمان این مورد را اصلاح و حذف کرده. اما یک مورد دیگری که هست، آنجایی که جنین با وضعی که دارد موجب عسر و حرج برای مادر در حال بارداری باشد. نمایندگان توجه دارند، بارداری خودش همراه یک مقداری عسر و حرج و سختی است. اما بعد بیاییم بگوییم اگر جنینی ناقص‌الخلقه بود و بعد از تولد هم دارای بیماری غیرقابل علاج است، الان اگر برای مادر عسر و حرج ایجاد کند می‌شود این را سقط کرد، این ابهام دارد. چه مقدار عسر و حرج و سختی بیش از مقدار عسر و حرجی که

برای هر بانوی بارداری خواهد بود، اگر پیش بیاید می‌شود این جنین را سقط کرد. این ابهام دارد، این قابل امضاء نیست ...»

در نهایت، این طرح پس از تصویب اصلاحاتی در صحن مجلس هفتم، در شورای نگهبان نیز مغایر موازین شرع و قانون اساسی شناخته نشد و تبدیل به قانون گردید. ذیلاً تلاش می‌شود به اهم ادله موافقین و مخالفین اصلاح و نسخ قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، فهرست‌وار اشاره شود.

### ادله مخالفین نسخ قانون سقط درمانی

پس از مطرح شدن این ماده در کمیسیون ویژه بررسی طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» و متعاقب تصویب آن، برخی از متخصصین این موضوع، انتقاداتی را نسبت به این ماده مطرح نمودند که اهم ادله این گروه را می‌توان چنین بیان نمود:

- قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ در حال حاضر بدون مشکل در حال اجرا بوده و نیازی به اصلاح یا نسخ آن نیست. به بیان دیگر، اجرای این قانون مشکل خاصی را ایجاد ننموده است تا بنا بر نسخ آن و تصویب شیوه جدیدی باشد.
- این قانون، مبتنی بر فتاوی موجود از مراجع عظام تقلید خصوصاً مقام معظم رهبری است و نمی‌توان اشکال فقهی را بر آن وارد دانست و به تأیید فقهای شورای نگهبان نیز رسیده است.
- از سوی دیگر، این قانون ماحصل تلاش‌های فراوان و طولانی مدت جامعه پزشکی و نمایندگان مجلس شورای اسلامی است. همچنین متن این قانون در راستای احترام به تجارب چندین ساله مجربان این حوزه است و لذا نمی‌توان به سادگی این موارد را نادیده گرفت.
- مهلت سه ماهه مذکور در ماده (۵۶)، جهت تدوین دستورالعمل اجرایی سقط که جایگزین قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ خواهد شد بسیار کم و عملاً غیر قابل تحقق است. چنانکه در بسیاری از موارد جزئی و تخصصی موضوع، شاید چندین جلسه کارشناسی لازم باشد تا ابعاد مختلف موضوع روشن بشود.



- کمیسیون سقط درمانی مذکور در تبصره «۳» ماده (۵۶) در مقام عمل قابل تشکیل نیست. اینکه در تمامی استان‌ها و مراکز پزشکی قانونی، به صورت مستمر یک قاضی و یک متخصص پزشکی قانونی حضور داشته باشند، ممکن به نظر نمی‌رسد. برای مثال تعداد متخصصین پزشکی قانونی، جهت حضور در این کمیسیون، بسیار کمتر از میزان مورد نیاز است. این، در حالی است که امکان دارد مادری در ایام منتهی به ۴ ماهگی، به پزشکی قانونی مراجعه نماید که با توجه به نزدیک بودن زمان ولوج روح، باید سریعاً تعیین تکلیف شود.

### ادله موافقین نسخ قانون سقط درمانی

در مقابل، گروهی دیگر از کارشناسان، با ادله مختلف که غالباً ریشه در آموزه‌های دینی دارد و البته ضمن اشاره به مشکلات و ابهاماتی که در حال حاضر گریبان‌گیر جامعه پزشکی و نظام حقوقی کشور است، قائل به لزوم نسخ و اصلاح قانون فعلی هستند که ذیلاً به اهم ادله ایشان اشاره می‌شود:

- با توجه به فتاوی‌های فقهای عظام، در خصوص مصادیق ایجاد عسر و حرج و احتیاط فراوان آنان در صدور جواز سقط جنین و با توجه به حکم شارع مبنی بر استقرار دیه، باید گفت جنین دارای حرمت است و از این رو، در تشخیص مصادیق جواز سقط باید اصل را بر عدم امکان سقط گذاشت.
- اغلب فقهای عظام، تنها در فرضی که ناهنجاری جنینی برای مادر خطر جانی داشته باشد، مجوز سقط داده‌اند که ظاهراً مبنای آن، تعارض میان جان مادر و جان جنین است.
- بر اساس فتاوی‌های موجود، (از جمله فتاوی‌های مقام معظم رهبری) در فرضی که ناهنجاری جنین تنها برای خود طفل موجب عسر و حرج شود، امکان صدور مجوز سقط وجود ندارد. بلکه صرفاً حرج والدین در صورت اثبات می‌تواند مبنی بر برخی از فتاوی، مجوز سقط باشد.
- جواز سقط در موارد ابتلاء طفل به سندرم داون به دلیل عسر و حرج در میان فقهای اختلافی است. برخی از فقهاء آن را مصداق عسر و حرج جهت

- سقط جنین ندانسته و لذا مجوز سقط هم نداده‌اند.
- لازم است به مجموعه احکام فقهی پیرامون این موضوع به مثابه یک کل واحد توجه شود تا ابعاد مختلف موضوع روشن شود. برای نمونه فقه‌های عظام، سقط جنین را حتی در فرضی که جنین متعاقب تجاوز به عنف ایجاد شده باشد، (که طبعاً زن هیچ رضایتی بر رابطه جنسی نداشته است) جایز نمی‌دانند. این سنخ از فتاوی، اثبات می‌کنند که لازم است مسائل این حوزه با توجه به اصل احتیاط محل توجه باشند.
  - در جنین نشانه‌هایی از وجود مرتبه انسانیت مشاهده می‌شود. لذا جنین، دارای حرمت بوده و نمی‌توان بدون علت (حتی قبل از ولوج روح) آن را اسقاط نمود و از همین روست که سقط بدون دلیل شرعی می‌تواند مشمول عنوان «قتل» مذکور در آیات<sup>۱</sup> و روایات باشد.
  - باید به این نکته توجه داشت که در صورت بروز خطا در آزمایش‌های تشخیصی (که ظاهراً بدون خطا نیستند) ممکن است جنین سالم، اسقاط شود که این موضوع ظلم بزرگ در حق جنین، خانواده او، جامعه دینی و حتی جامعه بشری است.
  - در حال حاضر، علی‌رغم تصویب قانون سقط درمانی و دستورالعمل اجرایی آن، هنوز وضعیت برخی مصادیق ناهنجاری‌ها مشخص نبوده و در صدور حکم سقط اختلاف وجود دارد که طبعاً لازم است قانون برای این موارد تعیین تکلیف نماید.

### راهکار صحیح مواجهه با موضوع سقط درمانی

به نظر می‌رسد حل برخی مشکلات کنونی در گرو تبیین ابعاد فقهی موضوع برای متخصصین حوزه پزشکی و البته مجریان قانون است. همانطور که پیش‌تر اشاره شد مبنای صدور برخی از فتاوی در خصوص جواز سقط جنین و به تبع آن

---

۱. برای نمونه « مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا » (آیه ۳۲ سوره مائده)

تصویب قانون سقط درمانی، حکم ثانویه مبتنی بر صدق عنوان «حرج» است. پس اولاً باید توجه داشت حکم اولیه در این خصوص، حرمت سقط جنین به صورت کلی است. ثانیاً نباید از الزامات ناظر بر احکام ثانویه همچون شخصی بودن ضابطه تعیین مصادیق عسر و حرج غافل شد و ثالثاً حرجی می‌تواند رافع حکم حرمت سقط جنین باشد که متوجه والدین باشد و نه حرجی که متوجه خود طفل باشد. (که این موضوع هم در فتاوی و هم در قانون سقط درمانی، محل اشاره قرار گرفته است). لذا، با امعان نظر به این موارد به نظر می‌رسد قانون سقط درمانی مجمل است و نمی‌تواند ابعاد مختلف موضوع را روشن نماید.

در اینجا، ممکن است گفته شود دستورالعمل اجرایی این قانون که در سال ۱۳۸۷ به تصویب رسیده است، مشکل را تا حدودی حل کرده است. اما چنانکه در سطور پیش رو اثبات خواهد شد، این دستورالعمل از وجاهت تام قانونی برخوردار نبوده و لذا نمی‌تواند رافع اشکال پیش گفته باشد.

در متن اولین مصوبه مجلس شورای اسلامی در خصوص طرح سقط درمانی در تاریخ ۱۳۸۴/۱/۲۴ چنین آمده است: «آئین‌نامه اجرائی این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پزشکی قانونی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.» این عبارت از سوی شورای نگهبان در نظریه مورخ ۱۳۸۴/۲/۱۴ واجد ایراد اصل ۸۵ قانون اساسی شناخته شده است. در متن نظریه این شورا آمده است: «نظر به این که مستفاد از ماده واحده این است که **مصادیق و موارد جواز سقط خصوصاً در مواردی که بیماری مادر با تهدید جانی مادر توأم است و نیز ضوابط اجرایی آن** به آیین‌نامه محول می‌شود، مغایر اصل ۸۵ قانون اساسی شناخته شد.» در نهایت، این جمله در مصوبه بعدی مجلس شورای اسلامی حذف و توسط شورای نگهبان تأیید شد. به عبارت دیگر، در قانون فعلی این عبارت وجود ندارد و با توجه به نظریه شورای نگهبان که بیانگر تأیید قانون بدون ارجاع به آئین‌نامه اجرایی است، می‌توان گفت صدور دستورالعمل اجرایی این قانون در سال ۱۳۸۷ از سوی سازمان پزشکی قانونی، فاقد وجاهت قانونی و مغایر اصل ۸۵ قانون اساسی است و لذا قابل ابطال در دیوان عدالت اداری به نظر

می‌رسد. پس تا اینجا می‌توان گفت که اصلاح قانون به نحو تفصیلی و تعیین تکلیف حکم مصادیق مختلف، سازوکارها و مانند اینها امری ضروری است. حال، باید دید که آیا ماده (۵۶) طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» توانسته است که مصالح پیش‌گفته را تأمین نماید؟ به نظر چنین نیست. این ماده، تعیین ضوابط سقط درمانی را واگذار به دستورالعملی کرده است که توسط شورای مذکور در این ماده تهیه و تصویب می‌شود. این، در حالی است که در حال حاضر کلیات این موضوع در سطح قانون، تعیین تکلیف شده و حتی واگذاری جزئیات آن به آئین‌نامه (یا هر عنوان دیگر مادون قانون) از سوی شورای نگهبان مغایر اصل ۸۵ دانسته شده است. لذا می‌توان گفت واگذاری تصویب ضوابط این موضوع به هر نهادی غیر از مجلس شورای اسلامی مغایر اصل ۸۵ قانون اساسی<sup>۱</sup> است. مضاف بر اینکه با توجه به واگذاری تصویب جزئیات اجرایی آن به شورای مذکور در ماده یاد شده، مغایر اصل ۱۳۸ قانون اساسی<sup>۲</sup> نیز می‌باشد. چرا که بر اساس اصل مزبور، تنها تنها وزرا یا هیأت وزیران و تحت شرایطی، کمیسیون‌های متشکل از چند وزیر صلاحیت وضع آئین‌نامه دارند.

لذا، علی‌رغم تأکید بر لزوم تکمیل و اصلاح قانون سقط درمانی، به نظر می‌رسد متن کنونی ماده (۵۶) نمی‌تواند تأمین‌کننده مصالح پیش‌گفته باشد و لازم است مجلس شورای اسلامی، در طرحی مجزا به صورت تخصصی این موضوع را بررسی و

---

۱. اصل ۸۵ قانون اساسی: «... مجلس نمی‌تواند اختیار قانونگذاری را به شخص یا هیأتی واگذار کند ولی در موارد ضروری می‌تواند اختیار وضع بعضی از قوانین را با رعایت اصل هفتاد و دوم به کمیسیون‌های داخلی خود تفویض کند...»

۲. اصل ۱۳۸ قانون اساسی: «علاوه بر مواردی که هیئت وزیران یا وزیری مأمور تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی قوانین می‌شود، هیئت وزیران حق دارد برای انجام وظایف اداری و تأمین اجرای قوانین و تنظیم سازمان‌های اداری به وضع تصویب‌نامه و آیین‌نامه بپردازد. هر یک از وزیران نیز در حدود وظایف خویش و مصوبات هیئت وزیران حق وضع آیین‌نامه و صدور بخشنامه را دارد ولی مفاد این مقررات نباید با متن و روح قوانین مخالف باشد. دولت می‌تواند تصویب برخی از امور مربوط به وظایف خود را به کمیسیون‌های متشکل از چند وزیر واگذار نماید. مصوبات این کمیسیون‌ها در محدوده قوانین پس از تأیید رئیس‌جمهور لازم‌الاجرا است. تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های دولت و مصوبات کمیسیون‌های مذکور در این اصل، ضمن ابلاغ برای اجرا به اطلاع رئیس مجلس شورای اسلامی می‌رسد تا در صورتی که آنها را بر خلاف قوانین بباید با ذکر دلیل برای تجدید نظر به هیئت وزیران بفرستد.»

قانون جدیدی را تصویب نماید. البته اصلاح این ماده در بستر طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» با اشکال قانونی همراه نخواهد بود، لکن با توجه به اهمیت مفاد سایر مواد این طرح و البته مطول بودن زمان اصلاح قانون سقط درمانی، اصلاح این ماده در طرح کنونی قابل توصیه نیست.

## غربالگری ناهنجاری‌های جنینی

یکی دیگر از موضوعات مهم این طرح، اصلاح فرآیندهای غربالگری ناهنجاری‌های جنینی است. بر اساس دستورالعمل کشوری «برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین سندرم داون و تریزومی‌های ۱۳ و ۱۸»، (ویرایش دوم - بازنگری ۱۳۹۹) بیماری‌های کروموزومی با میزان بروز ۵ در هزار تولد زنده، از مهم‌ترین مؤلفه‌های تعیین‌کننده سلامت کودکان و توسعه جمعیت سالم هستند. سندرم داون در رأس بیماری‌های کروموزومی قرار دارد. بر اساس نرخ تولد فعلی در کشور سالیانه حدود ۳۰۰۰ مورد سندرم داون در بین متولدین زنده مورد انتظار است. از این رو، برای شناسایی زود هنگام (قبل از ولوج روح) و تشخیص مصادیق عسر و حرج والدین جهت صدور مجوز سقط، فرآیند غربالگری صورت می‌پذیرد. البته باید توجه داشت که این فرآیند تنها برای شناسایی جنین‌های مبتلا به سندرم داون، سندرم ادوارد و سندرم پاتو بوده و نتیجه منفی این آزمایش‌ها به معنای عدم وجود ناهنجاری دیگری در جنین نیست. غربالگری، فرآیندی است که طی آن با انجام آزمایش‌هایی که معمولاً در هفته یازدهم الی سیزدهم بارداری صورت می‌گیرد، احتمال ابتلای جنین به معلولیت ذهنی یا جسمی مشخص می‌شود. در صورت مثبت بودن آزمایش و قرار داشتن مادر در گروه پرخطر، پزشک متخصص، مادر را جهت انجام آزمایش‌های پیشرفته ارجاع خواهد داد. این آزمایش‌ها (اعم از آمنیوسنتز و NIPT) با درصد خطای پایین می‌توانند تا حد زیادی وضعیت ابتلاء و یا عدم ابتلاء جنین به بیماری‌های ژنتیکی را تعیین نمایند تا در صورت ابتلاء جنین به این بیماری‌ها، پس از ارجاع به سازمان پزشکی قانونی و تأیید سه پزشک متخصص، مجوز سقط درمانی جنین در فرض حرج مادر، صادر شود.

در این میان، برخی از متخصصین مبتنی بر برخی پژوهش‌های صورت گرفته پیرامون موضوع غربالگری، آسیب‌های متعددی را متوجه فرآیند کنونی غربالگری می‌دانند و بر این اساس، حذف این فرآیند را در مقام مقایسه با وضعیت کنونی، تصمیم مطلوب‌تری می‌دانند. در مقابل، برخی دیگر نیز با خدشه در یافته‌های علمی این پژوهش‌ها، نظر بر ادامه حیات فرآیندهای غربالگری دارند.

در زمان برگزاری جلسات کارشناسی این موضوع در اداره قوانین و مقررات پژوهشگاه قوه قضاییه، ماده (۵۳) طرح صراحت بر حذف برنامه‌های غربالگری داشت:

«ماده ۵۳: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون، ضمن حذف برنامه غربالگری ناهنجاری‌های جنینی از بخش سلامت، کلیه «دستورالعمل‌های داخلی» مرتبط با بارداری و سلامت زنان که ممکن است عوارضی برای مادر یا جنین ایجاد کند و یا این که کادر درمانی یا مادر را به سقط جنین توصیه یا راهنمایی کند، مورد بازنگری قرار داده و پس از تایید ستاد عالی جمعیت و خانواده به اجرا درآورد.»

اما در نهایت این ماده اصلاح شد و به شکل زیر به تصویب رسید:

«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون، کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که ممکن است عوارضی برای آنها ایجاد کند و یا این که کادر بهداشتی - درمانی یا مادر را به سقط جنین توصیه یا راهنمایی کند، به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده و پس از تایید ستاد عالی جمعیت و خانواده به اجرا درآورد:

۱. استانداردسازی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش موثر و قانونمند آنها،

پایش و ارزشیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوز خدمت آنها

۲. اصلاح روش‌های این مداخلات و به استاندارد رساندن مقادیر مثبت و منفی

کاذب با رعایت شاخص‌های به روز استانداردهای علمی و تعیین مسئولیت

عاملین خدمت

۳. تعیین آیین‌نامه تصدیق آزمایشگاه و مراکز تصویربرداری عامل غربالگری با

رعایت شاخص‌های بند یک و دو با تبیین نحوه پاسخگویی آنها»

همچنین این ماده ۳ تبصره دارد که ضوابطی را در خصوص ارجاع مادران به فرآیند غربالگری تعیین نموده است. لازم به ذکر است علی‌رغم اصلاح این ماده در مصوبه نهایی مجلس شورای اسلامی، در این گزارش تلاش شده تمامی نکات مربوط به این موضوع ذکر شود تا در فرض بازگشت مصوبه از شورای نگهبان و لزوم اعمال اصلاحات، این نکات بتوانند رهنمای کیفیت اصلاح این ماده باشند.

### ادله موافقین غربالگری

پس از تصویب ماده (۵۳) در کمیسیون ویژه بررسی طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» به شکل اولیه که بر لزوم حذف برنامه‌های غربالگری تصریح داشت، مباحثه‌ای میان دو گروه از موافقین و مخالفین این ماده شکل گرفت. در این بند تلاش می‌شود به اهم ادله موافقین غربالگری اشاره شود:

- در حال حاضر، حضور در فرآیندهای غربالگری هیچ‌گونه الزام و اجبار قانونی ندارد و این فرآیند تنها با توصیه پزشک صورت می‌پذیرد. به این معنا که پزشک، اطلاعات لازم را در اختیار مادر قرار خواهد داد و مادر خود تصمیم خواهد گرفت که در این فرآیند شرکت نماید یا خیر.
- شرایط زندگی برای والدین و فرزندان مبتلا به سندرم داون و سایر بیماری‌های ژنتیکی، بسیار دشوار و قرین با مشقت‌های فراوانی است که می‌تواند در مقام عمل، والدین را دچار عسر و حرج نماید. بنابراین باید تمام مادران تحت این فرآیند قرار بگیرند تا از تولد این کودکان جلوگیری شود.
- با توجه به اینکه با انجام آزمایش‌های تکمیلی غربالگری، می‌توان با قطعیت وجود سندرم داون در جنین را تشخیص داد، احتمال بروز خطا و از دست رفتن جنین سالم منتفی است.
- در صورت حذف فرآیند غربالگری، با افزایش تولد فرزندان مبتلا به سندرم داون مواجه خواهیم بود. باید توجه داشت این کودکان از بدو تولد به مراقبت و نگهداری ویژه احتیاج دارند. این، در حالی است که تمهیدات قابل قبولی برای نگهداری و مراقبت از این کودکان وجود ندارد.
- عدم امکان ارجاع مادران به فرآیند غربالگری، توسط اعضای کادر بهداشتی،

باعث می‌شود جامعه روستایی کشور (که صرفاً خدمات خود را از مراکز خانه بهداشت دریافت می‌کنند) دچار سردرگمی شده و عملاً این بخش نادیده گرفته شده است. خصوصاً اینکه در این قشر از جامعه، ازدواج فامیلی عمومیت دارد و می‌تواند منجر به گسترش معلولیت و بیماری‌های ژنتیکی شود.

- ماده (۵۳) طرح پیش از اصلاح، از عبارت «حذف برنامه غربالگری ناهنجاریهای جنینی از بخش سلامت و کلیه دستورالعمل‌های مرتبط با بارداری» بهره برده بود. از این عبارت ممکن است برنامه‌های غربالگری ساختاری نیز برداشت شود، در حالی که ظاهراً مراد مقنن، حذف برنامه غربالگری سندرم داون بوده است.
- در دستورالعمل جدید صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشکلات اجرایی اصلاح شده و نیاز به تصویب قانون در این موضوع احساس نمی‌شود.
- این گروه از متخصصین در پاسخ به این اشکال که عدم ارجاع مادر به فرآیند غربالگری از سوی پزشک، منجر به مسئولیت قانونی وی می‌شود چنین نظر دارند: در صورتی که پزشک در چارچوب دستورالعمل اعلامی وزارت بهداشت عمل نماید و از آن تخطی نکند مورد تعقیب قرار نخواهد گرفت و در صورتی که فرآیند غربالگری و دستورالعمل‌های مربوطه حذف گردند، هیچ چارچوبی برای تشخیص مسئولیت پزشک وجود نخواهد داشت و این امر، موجب ایجاد هرج و مرج خواهد گردید.
- در خصوص هزینه‌های نسبتاً زیاد فرآیندهای غربالگری و آزمایش‌های تکمیلی، وزارت بهداشت با شورای عالی بیمه پیرامون تحت پوشش قرار گرفتن مذاکراتی را انجام داده است تا این مشکل مرتفع گردد.

### ادله مخالفین غربالگری

در مقابل، گروهی دیگر از متخصصین، مستدل به موارد ذیل، قائل به نامطلوب بودن فرآیندهای غربالگری هستند:

- اگر چه در ظاهر، فرآیند غربالگری الزام و اجبار قانونی ندارد ولی با توجه به



دستورالعمل‌های غربالگری و توصیه‌های اکید پزشکان، این فرآیند الزامی نانوشته را به همراه خود دارد. این الزام، به حدی است که اگر والدین تمایل به انجام فرآیند نداشته باشند، پس از چند مرتبه تذکر نسبت به تبعات احتمالی عدم حضور در فرآیند غربالگری، باید رضایت‌نامه‌ای مبنی بر پذیرش تبعات عدم انجام غربالگری را امضاء نمایند که این موضوع به خودی خود، فشار روانی سنگینی را به همراه خواهد داشت و خانواده‌ها برای دوری از این فشار، عملاً به انجام غربالگری رضایت می‌دهند. بر اساس نظر این دسته از متخصصین، مادر باید در دوران بارداری با سه گزینه حضور در فرآیند غربالگری، انجام تست‌های تشخیصی و عدم استفاده از این فرآیندها مواجه باشد تا خود دست به انتخاب بزند. اما در مقام عمل، گزینه سوم برای مادر وجود ندارد.

- انجام فرآیند غربالگری در راستای حذف جنینی است که مبتلا به یک ناهنجاری است. در حالی که جنین، حرمت دارد و صرف ناهنجاری جواز شرعی برای سقط آن نیست. تنها در یک فرض، برخی از فقها جواز سقط داده‌اند که آن هم تحقق حرج والدین است. انجام این فرآیند برای کشف این موارد، چندان موجه نیست.
- مبتنی بر فتوای مقام معظم رهبری (پیوست شماره ۵) برخی آزمایش‌های تکمیلی مانند آمنیوسنتز مشروع نیست. از این رو، فائده عقلایی بر انجام غربالگری (که بدون مراجعه به آزمایش‌های تکمیلی، قابل اعتناء نیست) مترتب نیست.
- در حال حاضر، برنامه‌های غربالگری در «شبکه بهداشت» اجرا می‌شود. ذات شبکه بهداشت منجر به تعمیم فرآیندهای شبکه به همه اقشار جامعه است. چنانکه، مواردی مانند واکسیناسیون عمومی و امثال آن که اجرای آن در سطح گسترده، مورد توجه نظام سلامت کشور بوده است، در این شبکه دنبال شده است. حال آنکه فرآیندهای غربالگری ناهنجاری‌های جنینی چنین ماهیتی ندارد و نهادینه کردن آن در شبکه‌های بهداشت چندان موجه به نظر نمی‌رسد.

- احتمال تولد کودکان دارای سندرم داون در همه مادران به یک میزان نیست. لذا شاید نیاز نباشد همه مادران با شرایط متفاوت به غربالگری ارجاع شوند. مضاف بر اینکه فارغ از هزینه‌های اقتصادی، هزینه اجتماعی و روانی سنگینی نیز در وضعیت کنونی به جامعه تحمیل می‌شود. به نظر می‌رسد ارجاع مادرانی که احتمال بروز آسیب در آنها بالاست و در گروه پرخطر دسته‌بندی می‌شوند، کفایت می‌کند.
- در صورتی که پزشک متخصص، مادر را واجد شرایط جهت ارجاع به فرآیند غربالگری نداند، یا پس از ارائه توضیحات لازم، والدین اقدام به انجام فرآیند غربالگری ننمایند، در صورت تولد فرزند مبتلا به سندرم داون همچنان امکان شکایت و ایجاد مسئولیت کیفری برای پزشک وجود دارد و قریب به اتفاق پزشکان این حوزه، جهت اجتناب از ابتلا به فرایندهای پیچیده قضایی و تضمین عدم مسئولیت خود، همه بیماران را بدون هرگونه توضیحی - و عملاً به صورت اجباری - مکلف به انجام تست غربالگری می‌کنند.
- نتایج آزمایش‌های ناهنجاری در فرآیند غربالگری دارای قطعیت نبوده و احتمالی است. این در حالی است که پاسخ‌های مثبت این تست که هنوز قطعی نبوده و نیازمند انجام آزمایش‌های تکمیلی است، باعث ایجاد نگرانی و اضطراب در مادران خواهد شد که حتی بر فرض عدم بروز برخی آسیب‌ها - نظیر گرایش به سمت سقط جنین که در در بند بعدی توضیح داده خواهد شد - خود، به عنوان یک آسیب جدی تلقی می‌گردد؛ چرا که طبعاً مادران در ایام بارداری نیاز به آرامش دارند.
- آزمایش‌های غربالگری دارای درصد خطا و به اصطلاح دارای نتیجه مثبت کاذب هستند، به این معنا که ممکن است جنین سالم را اشتباهاً دارای سندرم داون تشخیص دهند. چنانکه، بر اساس برخی از گزارش‌های علمی در جامعه آماری ۱۵۰۰ نفره، نتیجه آزمایش ۹۹ نفر مثبت اعلام شده و پس از انجام آزمایش‌های تکمیلی، مشخص شد که فقط یک نفر از این مادران، دارای فرزند مبتلا به ناهنجاری ژنتیکی است! آنچه در عمل اتفاق می‌افتد، آن است که در نتیجه فشار روانی بسیار زیاد این دوره - یعنی از زمان مثبت اعلام شدن تست غربالگری تا مشخص شدن نتایج آزمایش‌های تکمیلی - به دلایل مختلف، مادر

به سمت سقط جنین سالم سوق داده می‌شود.

- بر اساس نتایج پژوهش‌های علمی، احتمال بروز سندرم داون در مادران زیر ۳۵ سال، ۱ در ۱۵۰۰ است. در کشور ما، ۸۰ درصد از مادران باردار، کمتر از ۳۵ سال دارند. این، یعنی در بیشتر از ۸۰ درصد موارد، ۱۵۰۰ مادر در فرآیند غربالگری شرکت می‌کنند تا یک کودک مبتلا به سندرم داون کشف شود. این موضوع، منجر به هدر رفتن ذخایر ارزی کشور می‌شود، زیرا تست‌های تشخیصی کشف سندروم داون، اکثراً به وسیله کیت‌های تشخیصی خارجی انجام می‌شود و طبعاً این موضوع منجر به خروج ارز از کشور است.
- بعضی از مراحل تکمیلی این فرآیندها، منجر به خروج نمونه بیولوژیکی زنان سالم ایرانی به خارج از کشور می‌شود. چنانکه، در سال‌های گذشته ده‌ها هزار نمونه خون مادران سالم باردار جهت تعیین DNA مادر و جنین با مجوز وزارت بهداشت از کشور خارج شده است. این موضوع می‌تواند آسیب‌هایی را در حوزه نشر این اطلاعات استراتژیک به همراه داشته باشد.
- آزمایش‌های اولیه و ثانویه غربالگری تحت پوشش بیمه‌های پایه و تکمیلی نیستند و پرداخت هزینه‌های بالای این آزمایش‌ها از عهده بسیاری از خانواده‌ها خارج است. این موضوع به خودی خود می‌تواند عاملی جهت افزایش تمایل خانواده‌ها به سقط جنین (و حتی سقط غیرقانونی) باشد.

### راهکار صحیح مواجهه با فرآیندهای غربالگری

با توجه به مجموع نکات پیش‌گفته، به نظر می‌رسد اگرچه فرآیند غربالگری ناهنجاری‌های جنینی در کشورمان از الزام قانونی برخوردار نیست، لکن با توجه به دستورالعمل‌های غربالگری، توصیه‌های اکید پزشکان و البته فضای فرهنگی موجود در کشور مبنی بر اعتماد کامل مادران به توصیه‌های پزشک در وضعیت کنونی می‌توان نوعی الزام نانوشته را مشاهده نمود.<sup>۱</sup> برخی از فعالیت‌های رایج مانند لزوم

۱. این الزام نانوشته به حدی است که در دستورالعمل‌های جدید وزارت بهداشت، تأکید و ترویج اختیاری بودن غربالگری سندرم داون به عنوان یکی از راهبردهای اصلاحی معرفی شده است که خود نشان‌دهنده نوعی اجبار عملی در فضای کنونی کشور می‌باشد.

ارائه رضایتنامه جهت عدم حضور در فرآیند غربالگری نیز بر این الزام نانوشته دامن زده است. لذا می‌توان گفت در عمل بسیاری از مادران بدون آگاهی لازم نسبت به خصائص و آثار فرآیند غربالگری، اختیاری بودن آن و امثال اینها وارد آن می‌شوند. از طرفی، با توجه اینکه تعداد نتایج مثبت کاذب این فرآیندها در حال حاضر زیاد است، فارغ از تألمات روحی شدیدی که بر زوجین و وابستگان آنها در این دوره تحمیل می‌شود، ممکن است برخی از والدین به دلایل مختلف به سمت سقط غیرقانونی بروند و در این فرض عملاً تعداد زیادی از جنین‌های سالم سقط شوند. به عبارت دیگر، ممکن است فضای روانی پس از اعلام نتیجه فرآیند غربالگری، سقط جنین را گزینه آسان‌تر و در دسترس نشان دهد. این دلایل عبارتند از:

- هزینه نسبتاً زیاد آزمایش‌های تکمیلی
- کاستی آگاهی والدین در خصوص خطای نتایج آزمایش‌های غربالگری
- عدم موافقت کامل یکی از والدین نسبت به تولد فرزند جدید
- واهمه و اضطراب ناشی از احتمال تولد فرزند کم‌توان
- و ....

در خصوص حرمت آزمایش‌های تکمیلی (مانند آمنیوسنتز) مبتنی بر فتوای مقام معظم رهبری، احراز خوف عقلایی، شرط تحقق حرمت مذکور در فتواست. به عبارت دیگر در صورتی که میزان عوارض این آزمایش‌ها، خوف عقلایی را محقق ننماید، حرمت فرآیند آمنیوسنتز نیز منتفی است. در خصوص میزان عوارض این آزمایش‌ها، نظرات متخصصین این حوزه بسیار متهافت است و نگارندگان این سطور نیز به پژوهش بومی قابل استنادی دست نیافتند و از این رو، نمی‌توان با قطعیت نسبت به حرمت و یا عدم حرمت این فرآیند اظهار نظر نمود.

از طرفی، بر اساس آراء و نظرات فقیهان امامیه از جمله مقام معظم رهبری، به نظر می‌رسد هیچ ترجیحی بر سقط جنین ناهنجار وجود ندارد، بلکه برخی موارد بسیار استثنائی، صرفاً مجوزی برای سقط محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، تحقق حرج والدین، صرفاً رافع حکم حرمت سقط جنین است، نه آنکه سقط جنین در این فرض امر مرجحی باشد؛ بنابراین با امعان نظر به مجموع احکام شرعی می‌توان گفت سقط جنین در هیچ فرضی راجح نیست.

در عین حال، برخی دغدغه‌های متخصصین موضوع نسبت به عدم افزایش کودکان مبتلا به بیماری‌های ژنتیکی (خصوصاً در افشار کمتر برخوردار جامعه) نیز در جای خود قابل تأمل است. به نظر می‌رسد مسأله عمده در حال حاضر، اشکالات فرآیندهای فعلی غربالگری است که در جای‌جای دستورالعمل جدید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آن تصریح شده است. در این دستورالعمل<sup>۱</sup> صراحتاً به برخی اشکالات کنونی این فرآیند اشاره شده است؛ چنانچه در بخشی از این دستورالعمل، چنین آمده است:

«در نظر نگرفتن مسائل مهمی چون آموزش و مشاوره صحیح به ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت، استانداردهای فرآیندها (شامل تعیین استانداردها و چگونگی نظارت بر اجرای آنها)، نظام جمع‌آوری داده‌های مربوط به غربالگری، تعیین ضوابط ارتباط بین سطوح مختلف نظام سلامت و ...، غربالگری سندرم داون را به طور جدی دچار اشکالات اساسی نموده است. به علاوه دو مرحله‌ای بودن غربالگری و مشکلات مربوط به آن (مشکلات مربوط به استاندارد سازی، طولانی شدن زمان تعیین تکلیف تا سه ماهه دوم بارداری و نقطه برش غیرمقرون به صرفه و ...) روند غربالگری را با مشکلات بیشتری مواجه می‌سازد.»

در بخش دیگری از این دستورالعمل صراحتاً تأکید شده است: «ادامه روند فعلی با افزایش تعداد محاسبات اشتباه ریسک و افزایش هزینه‌های مرتبط بدون نتایج مطلوب باعث صدمه به برنامه‌های غربالگری و اعتماد مردم به نظام سلامت و افزایش از دست رفتن جنین‌های سالم خواهد شد.»

در نتیجه به نظر می‌رسد اصلاح جدی و اساسی فرآیند غربالگری، گام اساسی در این حوزه محسوب می‌شود. این اصلاحات می‌تواند مواردی مانند آگاهی‌بخشی عمومی، افزایش اطلاعات مادران نسبت به نتایج غربالگری، حمایت شرکت‌های بیمه از خانواده‌ها و خصوصاً تفکیک میان مادران با احتمال ابتلاء بیشتر (High Risk) را شامل شود. در خصوص ضرورت وجود این فرآیندها نیز به نظر می‌رسد در دسترس بودن این برنامه‌ها برای والدینی که تمایل به حضور در این فرآیندها دارند، امری

۱. دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین سندرم داون و

قابل قبول است. معذک، تصمیم این فرآیندها به نحوی که نوعی برنامه عمومی تلقی شود، خلاف ترجیحات شرعی و غیرضروری به نظر می‌رسد. لذا اگر ادغام این فرآیندها در شبکه بهداشت کشور به معنای عمومی‌سازی غربالگری باشد، مطلوب نبوده و حذف این برنامه‌ها از شبکه بهداشت کشور تصمیم منطقی‌تری به نظر می‌رسد.

در خصوص ماده (۵۳) مصوبه مجلس نیز باید توجه داشت فارغ از برخی اشکالاتی که از منظر شرع و قانون اساسی ممکن است بر این ماده وارد باشد، انجام برخی اصلاحات مبتنی بر موازین حقوقی می‌تواند کارآمدی این ماده را افزایش دهد. برای نمونه به نظر می‌رسد در نظر گرفتن زمان سه ماهه برای اصلاح «کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که ممکن است عوارضی برای آنها ایجاد کند...»، چندان متناسب نیست و زمان بیشتری برای تحقق مطالبه این ماده نیاز باشد. همچنین در خصوص تبصره «۱» این ماده نیز باید توجه داشت منتفی دانستن مسئولیت پزشک در فرض عدم ارجاع مادر به فرآیند غربالگری و البته اصل دانستن مسئولیت وی، در فرض ارجاع مادر به غربالگری، ناشی از رویکرد کنونی جامعه پزشکان کشور و به نوعی عکس‌العمل مقنن نسبت به فضای فرهنگی این حوزه و در راستای اصلاح آن است. لکن شاید بهتر باشد این تبصره مبتنی بر موازین حقوقی، به شیوه‌ای نگاشته شود تا ملاک نهایی، دستورالعمل‌های مربوط به این حوزه باشد بدون آنکه هیچ یک از دو فرض مسئولیت یا عدم مسئولیت پزشک به عنوان اصل تعیین گردد. البته این رویکرد، زمانی صحیح خواهد بود که دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رویکرد مد نظر قانونگذار اصلاح شود.

## نتیجه گیری

تصویب طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» می‌تواند به عنوان یکی از گام‌های مثبت و مؤثر مجلس یازدهم شناخته شود. فارغ از برخی اشکالاتی که در این طرح وجود دارد، حرکت به سمت تقنین مطالبات سیاست‌های کلی نظام، در یک طرح نسبتاً جامع با رویکرد واحد، حرکتی رو به جلو و قابل تقدیر است. این گزارش، صرفاً متکفل بررسی مواد (۵۳) و (۵۶) این طرح بود که به صورت مستقیم با سازمان پزشکی قانونی به عنوان یکی از سازمانهای تابعه قوه قضاییه مرتبط است. با توجه به مجموعه نکاتی که در متن گزارش ذکر شده است، به نظر می‌رسد ماده (۵۶) طرح در خصوص اصلاح قانون سقط درمانی مصوب سال ۱۳۸۴، رویکرد صحیحی را دنبال نموده است، لکن سازوکار پیشنهادی این ماده، مغایر اصول ۸۵ و ۱۳۸ قانون اساسی به نظر می‌رسد. لذا در نهایت و به عنوان پیشنهاد ایجابی، ضمن تأکید بر لزوم اصلاح قانون سقط درمانی، با توجه به اهمیت مفاد سایر مواد این طرح و البته مطول بودن زمان اصلاح قانون سقط درمانی، اصلاح این قانون در طرحی مجزا پیشنهاد گردید.

همچنین نظر به اشکالات کنونی در فرآیندهای غربالگری ناهنجاری‌های جنینی، لازم است اقداماتی عاجل جهت اصلاح هر چه سریع‌تر این فرآیندها در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. روزآمد ساختن این فرآیندها از طریقی مانند آموزش‌های عمومی و اختصاصی، تفکیک میان مادران با میزان احتمال متفاوت ابتلاء فرزندان به بیماری‌های ژنتیکی در ارجاع به غربالگری و امثال آن اقدام جدی در این حوزه محسوب می‌شود. در خصوص ضرورت وجود فرآیندهای غربالگری نیز اصل در دسترس بودن آن برای والدینی که تمایل به حضور در این فرآیندها دارند، قابل قبول است؛ لکن تعمیم آن به عنوان یک برنامه عمومی کشوری (ادغام آن در شبکه‌های بهداشت کشور) غیرضروری به نظر می‌رسد.

## پیوست‌ها

### پیوست شماره ۱: سیاست‌های کلی «جمعیت»

بسم الله الرحمن الرحيم

با عنایت به اهمیت مقوله جمعیت در اقتدار ملی؛ و با توجه به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور به عنوان یک فرصت و امتیاز؛ و در جهت جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته، سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغ می‌گردد. با در نظر داشتن نقش ایجابی عامل جمعیت در پیشرفت کشور، لازم است برنامه‌ریزی‌های جامع برای رشد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور متناسب با سیاست‌های جمعیتی انجام گیرد. همچنین ضروری است با هماهنگی و تقسیم کار بین ارکان نظام و دستگاه‌های ذیربط در این زمینه، اقدامات لازم با دقت، سرعت و قوت صورت گیرد و نتایج رصد مستمر اجرای سیاست‌ها گزارش شود.

سیدعلی خامنه‌ای

۳۰/اردیبهشت/۱۳۹۳

۱. ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.
۲. رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوج‌های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه‌های زندگی و تربیت نسل صالح و کارآمد.
۳. اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط.
۴. تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزند پروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی - ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری.



۵. ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی-ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی.
۶. ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، بویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها.
۷. فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی سازوکار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب.
۸. توانمندسازی جمعیت در سن کار با فرهنگ‌سازی و اصلاح، تقویت و سازگار کردن نظامات تربیتی و آموزش‌های عمومی، کارآفرینی، فنی - حرفه‌ای و تخصصی با نیازهای جامعه و استعدادها و علایق آنان در جهت ایجاد اشتغال مؤثر و مولد.
۹. باز توزیع فضایی و جغرافیایی جمعیت، متناسب با ظرفیت زیستی با تأکید بر تأمین آب با هدف توزیع متعادل و کاهش فشار جمعیتی.
۱۰. حفظ و جذب جمعیت در روستاها و مناطق مرزی و کم‌تراکم و ایجاد مراکز جدید جمعیتی بویژه در جزایر و سواحل خلیج فارس و دریای عمان از طریق توسعه شبکه‌های زیربنایی، حمایت و تشویق سرمایه‌گذاری و ایجاد فضای کسب و کار با درآمد کافی.
۱۱. مدیریت مهاجرت به داخل و خارج هماهنگ با سیاست‌های کلی جمعیت با تدوین و اجرای سازوکارهای مناسب.
۱۲. تشویق ایرانیان خارج از کشور برای حضور و سرمایه‌گذاری، و بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و توانایی‌های آنان.
۱۳. تقویت مؤلفه‌های هویت‌بخش ملی (ایرانی، اسلامی، انقلابی) و ارتقاء وفاق و هم‌گرایی اجتماعی در پهنه سرزمینی بویژه در میان مرزنشینان؛ و ایرانیان خارج از کشور.
۱۴. رصد مستمر سیاست‌های جمعیتی در ابعاد کمی و کیفی با ایجاد سازوکار مناسب و تدوین شاخص‌های بومی توسعه انسانی و انجام پژوهش‌های جمعیتی و توسعه انسانی.

## پیوست شماره ۲: سیاست‌های کلی «خانواده»

خانواده واحد بنیادی و سنگ بنای جامعه اسلامی و کانون رشد و تعالی انسان و پشتوانه سلامت و بالندگی و اقتدار و اعتدالی معنوی کشور و نظام است و سمت‌وسوی حرکت نظام باید معطوف باشد به:

۱. ایجاد جامعه‌ای خانواده‌محور و تقویت و تحکیم خانواده و کارکردهای اصلی آن بر پایه الگوی اسلامی خانواده به‌عنوان مرکز نشو و نما و تربیت اسلامی فرزند و کانون آرامش‌بخش.
۲. محور قرار گرفتن خانواده در قوانین و مقررات، برنامه‌ها، سیاست‌های اجرایی و تمام نظامات آموزشی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به‌ویژه نظام مسکن و شهرسازی.
۳. برجسته کردن کارکردهای ارتباط خانواده و مسجد برای حفظ و ارتقاء هویت اسلامی و ملی و صیانت از خانواده و جامعه.
۴. ایجاد نهضت فراگیر ملی برای ترویج و تسهیل ازدواج موفق و آسان برای همه دختران و پسران و افراد در سنین مناسب ازدواج و تشکیل خانواده و نفی تجرد در جامعه با وضع سیاست‌های اجرایی و قوانین و مقررات تشویقی و حمایتی و فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری به تشکیل خانواده متعالی بر اساس سنت الهی.
۵. تحکیم خانواده و ارتقاء سرمایه اجتماعی آن بر پایه رضایت و انصاف، خدمت و احترام و مودت و رحمت با تأکید بر:
  - ۵.۱. به‌کارگیری یکپارچه ظرفیت‌های آموزشی، تربیتی و رسانه‌ای کشور در جهت تحکیم بنیان خانواده و روابط خانوادگی.
  - ۵.۲. فرهنگ‌سازی و تقویت تعاملات اخلاقی.
  - ۵.۳. مقابله مؤثر با جنگ نرم دشمنان برای فروپاشی و انحراف روابط خانوادگی و رفع موانع و زدودن آسیب‌ها و چالش‌های تحکیم خانواده.
  - ۵.۴. ممنوعیت نشر برنامه‌های مخل ارزش‌های خانواده.
  - ۵.۵. ایجاد فرصت برای حضور مفید و مؤثر اعضای خانواده در کنار یکدیگر و

- استفاده مؤثر خانواده از اوقات فراغت به صورت جمعی.
۶. ارائه و ترسیم الگوی اسلامی خانواده و تقویت و ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی با:
- ترویج ارزش‌های متعالی و سنت‌های پسندیده در ازدواج و خانواده.
  - پررنگ کردن ارزش‌های اخلاقی و زدودن پیرایه‌های باطل از آن.
  - مبارزه با اشرافیت و تجمل‌گرایی و مظاهر فرهنگ غرب.
  - اصلاح رفتار گروه‌های مرجع و برجسته‌سازی رفتارهای شایسته آنها و جلوگیری از شکل‌گیری گروه‌های مرجع ناسالم.
۷. بازنگری، اصلاح و تکمیل نظام حقوقی و رویه‌های قضایی در حوزه خانواده متناسب با نیازها و مقتضیات جدید و حل و فصل دعاوی در مراحل اولیه توسط حکمیت و تأمین عدالت و امنیت در تمامی مراحل انتظامی، دادرسی و اجرای احکام در دعاوی خانواده با هدف تثبیت و تحکیم خانواده.
۸. ایجاد فضای سالم و رعایت روابط اسلامی زن و مرد در جامعه.
۹. ارتقاء معیشت و اقتصاد خانواده‌ها با توانمندسازی آنان برای کاهش دغدغه‌های آینده آنها درباره اشتغال، ازدواج و مسکن.
۱۰. ساماندهی نظام مشاوره‌ای و آموزش قبل، حین و پس از تشکیل خانواده و تسهیل دسترسی به آن بر اساس مبانی اسلامی - ایرانی در جهت استحکام خانواده.
۱۱. تقویت و تشویق خانواده در جهت جلب مشارکت خانواده برای پیشبرد اهداف و برنامه‌های کشور در همه عرصه‌های فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و دفاعی.
۱۲. حمایت از عزت و کرامت همسری، نقش مادری و خانه‌داری زنان و نقش پدری و اقتصادی مردان و مسؤولیت تربیتی و معنوی زنان و مردان و توانمندسازی اعضای خانواده در مسؤولیت‌پذیری، تعاملات خانوادگی و ایفاء نقش و رسالت خود.
۱۳. پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و عوامل تزلزل نهاد خانواده به‌ویژه موضوع طلاق و جبران آسیب‌های ناشی از آن با شناسایی مستمر عوامل طلاق و فروپاشی خانواده و فرهنگ‌سازی کراهت طلاق.

۱۴. حمایت حقوقی، اقتصادی و فرهنگی از خانواده‌های با سرپرستی زنان و تشویق و تسهیل ازدواج آنان.
۱۵. اتخاذ روش‌های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت مراقبت‌های جسمی و روحی و عاطفی از آنان.
۱۶. ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقاء سلامت همه‌جانبه خانواده‌ها به‌ویژه سلامت باروری و افزایش فرزندآوری در جهت برخورداری از جامعه جوان، سالم، پویا و بالنده.

### پیوست شماره ۳: گزیده‌ای از فرمایشات اخیر مقام معظم رهبری درباره مسئله جمعیت

«در مقوله‌ی مسائل اجتماعی و غیره... مسئله فرزندآوری و مسئله نسل بسیار مهم است؛ این موضوعی است که بنده بارها در این چند سال اخیر تکیه کرده‌ام و تأکید کرده‌ام، [ولی] متأسفانه حالا که انسان نتایج را نگاه می‌کند، معلوم می‌شود که خیلی این تأکیدها تأثیر زیادی نداشته. این‌ها احتیاج دارد به قانون، احتیاج دارد به دنبال‌گیری جدی دستگاه‌های اجرائی و بایستی بجد مسئله فرزندآوری را مهم دانست و از پیری جمعیت ترسید. حالا خارجی‌ها را کار نداریم؛ دشمن، دشمن است؛ اما بعضی کج‌سلیقگی‌ها را متأسفانه آدم در داخل مشاهده می‌کند - یک جایی خواندم - که می‌گویند «آقا! پیری جمعیت اشکالی ندارد!» چطور اشکالی ندارد؟ یکی از پرفایده‌ترین ثروت‌های یک کشور، جمعیت جوان در یک کشور است که ما بحمدالله از اوایل انقلاب تا امروز برخوردار بوده‌ایم و اگر بنا باشد بعداً برخوردار نباشیم، یقیناً عقب خواهیم ماند.» (بیانات در ارتباط تصویری با نمایندگان یازدهمین دوره مجلس شورای اسلامی ۱۳۹۹/۴/۲۲)

«... امروز حفظ جمعیت جوان کشور یکی از ابزارهای قوت است؛ اینکه بنده زیاد روی موالید تکیه می‌کنم، به خاطر این است. کشور ما امروز کشور جوانی است؛ اگر چنانچه موالید در این کشور به قدر لازم و به قدر کافی تولید نشوند - که الان به قدر کافی نیست - چند صباح دیگر، چند سال دیگر نسل جوان در کشور کمیاب خواهد شد. آن وقت کشوری که در آن جوان کم است، پیشرفتش [هم] کم است. یکی از ابزارهای قدرت حفظ اکثریت جوان در جامعه است.»

(سخنرانی نروزی خطاب به ملت ایران ۱۳۹۹/۱/۳)

### پیوست شماره ۴: مواد مرتبط از مصوبه مجلس

**ماده ۵۳-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون، کلیه «دستورالعمل‌های صادره» مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که ممکن است عوارضی برای آن‌ها ایجاد کند و یا این که کادر بهداشتی - درمانی یا مادر را به سقط جنین توصیه یا راهنمایی کند، به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده و پس از تایید ستاد عالی جمعیت و خانواده به اجرا درآورد:

۱. استانداردسازی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش مؤثر و قانونمند آنها، پایش و ارزشیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوز خدمت آنها
  ۲. اصلاح روش‌های این مداخلات و به استاندارد رساندن مقادیر مثبت و منفی کاذب با رعایت شاخص‌های به روز استانداردهای علمی و تعیین مسئولیت عاملین خدمت
  ۳. تعیین آیین‌نامه تصدیق آزمایشگاه و مراکز تصویربرداری عامل غربالگری با رعایت شاخص‌های بند یک و دو با تبیین نحوه پاسخگویی آنها
- تبصره ۱- عدم ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری جنینی توسط پزشک یا اعضای کادر بهداشتی و درمانی تخلف نبوده و نباید منجر به محاکمه و یا پیگیری آنها گردد و در صورت ارجاع مادر باردار به غربالگری که منجر به حدوث سقط یا سایر عوارض گردد، پزشک صرفاً در صورتی که در چارچوب دستورالعمل مورد تأیید ستاد عالی جمعیت و خانواده عمل کرده باشد، مرتکب تخلفی نشده است.
- تبصره ۲- از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین مجاز نبوده و صرفاً در قالب تبصره ۳ این ماده مجاز است.
- تبصره ۳- جهت استانداردسازی، نظارت، پایش و ارزشیابی در مواردی که به درخواست والدین و با تجویز پزشک متخصص آزمایش تشخیص ناهنجاری جنین تجویز گردد، باید اطلاعات مادر، پزشک، مستندات، دلایل تجویز یا اقدام را در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و سامانه ماده ۵۴ این قانون درج و بارگذاری نماید.

**ماده ۵۶-** سازمان پزشکی قانونی مکلف است حداکثر سه ماه پس از ابلاغ این قانون، دستورالعمل اجرایی سقط را در شورایی مرکب از رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور به عنوان رییس شورا، سه فقیه مجتهد متجزی در فقه پزشکی به تعیین رئیس قوه قضاییه، سه نفر متخصص مرتبط با معرفی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یک نفر متخصص پزشکی قانونی با معرفی ریاست سازمان پزشکی قانونی و یک نفر قاضی دیوان عالی کشور به پیشنهاد رئیس قوه قضاییه و یک نفر نماینده عضو کمیسیون بهداشت مجلس به عنوان ناظر، تدوین و تصویب نماید. مصوبات با اکثریت آراء و مشروط به رأی موافق حداقل دو فقیه، لازم الاجراء بوده و پس از آن قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۲۵ نسخ می‌گردد.

تبصره ۱- شورای مذکور در این ماده مکلف است مسائل مستحدثه در زمینه باروری و پیشگیری و درمان ناباروری را نیز مورد بررسی قرار داده و دستورالعمل فقهی آن را به شیوه این ماده تعیین نماید.

تبصره ۲- کلیه دستورالعمل‌ها و رویه‌ها در حوزه باروری، سقط و ناباروری در این شورا به صورت سالیانه به شیوه این ماده مورد بازنگری قرار می‌گیرد.

تبصره ۳- کلیه مراکز پزشکی قانونی مکلفند بر اساس دستورالعمل ابلاغی، موارد مشمول را به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون که مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی می‌باشد، با رعایت اصل (عدم جواز سقط در موارد تردید) براساس دستورالعمل فقهی مربوط، با اکثریت آراء مشروط به اینکه قاضی عضو کمیسیون موافق آن باشد، اقدام به صدور رأی می‌نماید. این رأی قطعی است.

تبصره ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مؤلف است دستورالعمل‌های اجرایی این ماده را به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ نماید.

تبصره ۵- بیمارستان‌های مورد تأیید پزشکی قانونی موظفند در موارد مجاز سقط منحصرأً پس از احراز عدم امارات و نشانه‌های ولوج روح، سقط جنین را اجرا کنند.

## پیوست شماره ۵: فتوای مقام معظم رهبری در خصوص آزمایش‌های تکمیلی

پایگاه اطلاع رسانی دفتر مقام معظم رهبری



📄?🌐

شماره استفتاء: YggYprry

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

موضوع: احکام پزشکی

وضعیت: پاسخ داده شده

در دوران بارداری برای تشخیص بعضی بیماریهای مادرزادی جنین که اجازه سقط قانونی دارند، آزمایش آمنیوسنتز (نمونه گیری از مایع دور جنین با ورود سوزن به شکم مادر) انجام می شود. پس از این آزمایش نیم تا یک درصد ممکن است کیسه آب جنین پاره شده و جنین سقط شود. در حالیکه احتمال سلامت جنین بسیار بیشتر از بیمار بودن اوست. الف) آیا با شرایط فوق و اطلاع از احتمال سقط عارضی حین تشخیص، انجام این آزمایش توسط پزشک جایز است؟ ب) آیا مادر اجازه دارد تن به آزمایشی دهد که ممکن است منجر به سقط جنین او شود؟

سلام علیکم و رحمة الله و برکاته

در فرض سؤال اگر مادر یا دیگران با انجام عمل یاد شده خوف عقلایی سقط بدهند(هر چند با درصد احتمال بسیار کم) ، جایز نیست.

موفق و مؤید باشید



### پیوست شماره ۶: فتوای مقام معظم رهبری در خصوص جواز سقط جنین

سؤال ۱۲۶۵. بعضی از زوجها، مبتلا به بیماری‌های خونی بوده و دارای ژن معیوب می‌باشند و در نتیجه ناقل بیماری به فرزندان خود هستند و احتمال این که این فرزندان مبتلا به بیماری‌های شدید باشند، بسیار زیاد است 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 ضربه ای دچار خونریزی شدید منجر به فوت و فلج شوند. حال آیا با توجه به این که تشخیص این بیماری در هفته‌های اول بارداری ممکن است آیا سقط جنین در چنین مواردی جایز است؟

جواب: اگر تشخیص بیماری در جنین قطعی است و داشتن و نگهداشتن چنین فرزندی موجب حرج می‌باشد، در این صورت جایز است قبل از دمیده شدن روح، جنین را اسقاط کنند ولی بنا بر احتیاط، دیه آن باید پرداخت شود.<sup>۱</sup>



## پیوست شماره ۷: فتوای مقام معظم رهبری در خصوص عدم جواز سقط جنین<sup>۱</sup>

سؤال ۱۲۶۴. آیا از بین بردن نطفه منعقد شده‌ای که در رحم مستقر شده، قبل رسیدن به مرحله علقه که تقریباً چهل روز طول می‌کشد، جایز است؟ و اصولاً در کدام یک از مراحل ذیل سقط جنین حرام است:

۱. نطفه استقرار یافته در رحم

۲. علقه

۳. مضغه

۴. عظام (قبل از دمیدن روح)

جواب: از بین بردن نطفه بعد از استقرار آن در رحم و همچنین سقط جنین در هیچ یک از مراحل بعدی جایز نیست.

سؤال ۱۲۶۶. سقط جنین فی نفسه چه حکمی دارد؟ و در صورتی که ادامه بارداری برای زندگی مادر خطر داشته باشد، حکم آن چیست؟

جواب: سقط جنین شرعاً حرام است و در هیچ حالتی جایز نیست مگر آن که استمرار حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد که در این صورت سقط جنین قبل از ولوج روح، اشکال ندارد، ولی بعد از دمیدن روح جایز نیست حتی اگر ادامه حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد مگر آن که استمرار بارداری، حیات مادر و جنین هر دو را تهدید کند و نجات زندگی طفل به هیچ وجه ممکن نباشد ولی نجات زندگی مادر به تنهایی با سقط جنین امکان داشته باشد.

سؤال ۱۲۶۷. زنی جنین هفت ماهه خود را که ناشی از زنا بوده بنا به درخواست پدرش سقط کرده است، آیا دیه بر او واجب است؟ و بر فرض ثبوت دیه، پرداخت آن بر عهده مادر است یا پدر او؟ و در حال حاضر به نظر شما مقدار آن چه قدر است؟

جواب: سقط جنین حرام است هر چند بر اثر زنا باشد و درخواست پدر باعث جواز آن نمی‌شود و در صورتی که مادر مباشر در سقط جنین باشد دیه بر عهده مادر است اما در مقدار دیه جنین در فرض سؤال تردید وجود دارد و احوط این است که مصالحه شود و این دیه در حکم ارث کسی است که وارث ندارد.

### پیوست شماره ۸: طرح سقط درمانی

ماده واحده- سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که پس از ولادت موجب حرج والدین یا طفل می‌شود قبل از ولوج روح (چهار ماهگی) با رضایت زن و شوهر و گواهی محکمه صالحه است و مجازات و مسؤولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود.

آئین‌نامه اجرایی این قانون، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پزشکی قانونی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازاتهای مقرر در قانون خواهند شد.

## پیوست شماره ۹: نظر شورای نگهبان در خصوص طرح سقط درمانی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی

عطف به نامه شماره ۲/۴۸۴۲۷ مورخ ۱۳۸۴/۱/۲۴ و پیرو نامه شماره

۱۳۸۴/۱/۳۱ مورخ ۸۴/۳۰/۱۱۵۳۹

«طرح سقط درمانی» مصوب جلسه مورخ بیست و سوم فروردین ماه یکهزار و سیصد و هشتاد و چهار مجلس شورای اسلامی در جلسات متعدد شورای نگهبان مطرح شد که نظر شورا به شرح زیر اعلام می‌گردد:

۱. سقط جنین در مواردی که پس از ولادت به علت عقب‌ماندگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج والدین شود، خلاف موازین شرع شناخته شد.
۲. با توجه به این‌که عنوان حرج، حکم تکلیفی را که موجب پیش آمدن حرج بر شخص مکلف شود، رفع و نفی می‌کند، بنابراین در صورتی که حرجی بر والدین پیش نیاید و حرج صرفاً متوجه طفل بعد از تولدش شود، به خاطر این‌که تکلیف حرمت اسقاط متوجه طفل نیست، از این جهت رفع تکلیف والدین خلاف موازین شرع است.
۳. نظر به این‌که مستفاد از ماده واحده این است که مصادیق و موارد جواز سقط خصوصاً در مواردی که بیماری مادر با تهدید جانی مادر توأم است و نیز ضوابط اجرایی آن به آیین‌نامه محول می‌شود، مغایر اصل ۸۵ قانون اساسی شناخته شد.

### پیوست شماره ۱۰: قانون سقط درمانی

ماده واحده - سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسؤولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود.

متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی روز سه شنبه مورخ دهم خرداد ماه یک‌هزار و سیصد و هشتاد و چهار مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید.