



سقط جنین و پیامدهای سلامت روان: تحلیل فقهی - اخلاقی با رویکرد علوم پزشکی

مهدی مومنی: دکترای تصوف و عرفان اسلامی دانشگاه ادیان و مذاهب اسلامی. (* نویسنده مسئول) Dr.momeni135@yahoo.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

سقط جنین، سلامت روان، فقه امامیه، اخلاق پزشکی.

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۲/۱۰

تاریخ چاپ: ۹۸/۰۹/۰۹

زمینه و هدف: سقط جنین، افزون بر ابعاد فقهی و حقوقی، می‌تواند با پیامدهای روان‌شناختی برای زن، خانواده و حتی تیم درمان همراه باشد؛ از این‌رو هدف این مطالعه تحلیل فقهی- اخلاقی با رویکرد علوم پزشکی سقط جنین و پیامدهای سلامت روان آن بود.

روش کار: این مقاله با روش توصیفی- تحلیلی و رویکرد میان‌رشته‌ای می‌کوشد نسبت میان حکم فقهی سقط جنین در فقه امامیه، ارزیابی اخلاقی کنش سقط، و پیامدهای سلامت روان (مانند افسردگی، اضطراب، سوگ، احساس گناه و PTSD) را با اتکا به ادبیات علوم پزشکی تبیین کند.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که پیامدهای روانی سقط، تابعی از عوامل زمینه‌ای (خواسته/ناخواسته بودن، فشار اجتماعی، باور دینی، حمایت خانوادگی، شرایط پزشکی، سابقه اختلال روانی) است؛ از این‌رو، یک سیاست یا توصیه بالینی یکسان برای همه موارد کارآمد نیست.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، پیشنهاد می‌شود در کنار تبیین حکم فقهی و ضوابط قانونی، «مداخله حمایتی روانی- معنوی» و پروتکل مشاوره پیش/پس از سقط در مراکز درمانی طراحی و اجرا گردد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Momeni M. Abortion and Mental Health Consequences: A Jurisprudential-Ethical Analysis from a Medical Sciences Perspective. Razi J Med Sci. 2019;26(10): 117-124.

* انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Original Article

Abortion and Mental Health Consequences: A Jurisprudential–Ethical Analysis from a Medical Sciences Perspective

Mehdi Momeni : Ph.D. in Islamic Mysticism and Esotericism, University of Religions and Denominations. (* Corresponding author) Dr.momeni135@yahoo.com

Abstract

Background: In addition to its jurisprudential and legal dimensions, abortion may be associated with psychological consequences for women, families, and even healthcare professionals. Therefore, the present study aimed to provide a jurisprudential–ethical analysis of abortion and its mental health consequences from a medical sciences perspective.

Methods: This study was conducted using a descriptive–analytical method and an interdisciplinary approach. It sought to elucidate the relationship between the jurisprudential ruling on abortion in Imami (Ja'fari) jurisprudence, the ethical evaluation of abortion as a human act, and its mental health consequences- including depression, anxiety, grief, guilt, and post-traumatic stress disorder (PTSD)- drawing upon the existing literature in medical and health sciences.

Results: The findings indicate that the psychological outcomes of abortion are influenced by multiple contextual factors, including whether the pregnancy was intended or unintended, social pressures, religious beliefs, family support, medical circumstances, and a prior history of mental health disorders. Consequently, a uniform clinical policy or recommendation cannot adequately address all cases.

Conclusion: Overall, it is recommended that, alongside clarification of religious rulings and legal regulations, psychological–spiritual supportive interventions and structured pre- and post-abortion counseling protocols be developed and implemented within healthcare settings.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Keywords

Abortion,
Mental Health, Imami
Jurisprudence,
Medical Ethics .

Received: 03/03/2019

Published: 30/11/2019

Cite this article as:

Momeni M. Abortion and Mental Health Consequences: A Jurisprudential–Ethical Analysis from a Medical Sciences Perspective. Razi J Med Sci. 2019;26(10): 117-124.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

سقط جنین، در تجربه زیسته بسیاری از زنان، صرفاً یک «رویداد پزشکی» نیست؛ بلکه واقعه‌ای است که می‌تواند لایه‌های عاطفی، اخلاقی، معنوی و اجتماعی را فعال کند. از منظر علوم پزشکی، بخشی از پیامدهای سقط جنین در حیطه سلامت روان قابل مطالعه است؛ از جمله: واکنش سوگ، افسردگی، اضطراب، احساس گناه، شرم، و نشانه‌های استرس پس از سانحه. از منظر فقه و اخلاق اسلامی نیز سقط جنین در نسبت با حرمت جان، مسئولیت انسانی، و مرزهای شرعی معنا می‌یابد و در منظومه معرفتی اسلام، از سان موجودی صرفاً زنده نیست؛ بلکه دارای شأن الهی، غایت اخلاقی و قابلیت سیر از مرتبه حیوانی به مرتبه تقرب الهی است (۱). از این‌رو، مسائل مربوط به حیات انسانی، تنها در قلمرو فقه احکام باقی نمی‌مانند، بلکه به حیطه اخلاق، تربیت و سلوک نیز راه می‌یابند. سقط جنین از جمله موضوعاتی است که در نگاه نخست، مسئله‌ای صرفاً پزشکی یا فقهی به نظر می‌رسد، اما با تأمل در لایه‌های عمیق‌تر آن روشن می‌شود که این پدیده، با مفاهیمی چون حرمت حیات، مسئولیت اخلاقی، و جبران مافات نیز نسبت مستقیم دارد. بنابراین تبیین جامع این پدیده نیازمند گفت‌وگوی میان‌رشته‌ای میان فقه، اخلاق و علوم پزشکی است. در فقه امامیه، جنایت بر جنین در ابواب دیات به تفصیل طرح شده و برای مراحل گوناگون تکوین او احکام متفاوتی بیان گردیده است (۲، ۳). در بحث علوم پزشکی آسیب‌های سقط جنین در دو حوزه سلامت جسم و سلامت روان مطرح می‌شود و در متون اخلاقی و روایی از آنجا که، گناه نه صرفاً تخلف از یک فرمان، بلکه عاملی است که تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم در مواجهه اخلاقی و سلوکی انسان دارد (۴). بررسی سقط جنین صرفاً از منظر حکم فقهی یا حقوقی، برای فهم کامل این پدیده کافی نیست؛ زیرا تجربه سقط، به‌ویژه در جوامعی که باورهای دینی و هنجارهای اخلاقی در تصمیم‌گیری فردی نقش پررنگی دارند، اغلب با پیامدهای روانی، تعارض‌های ارزشی، و نیازهای حمایتی پیچیده همراه است. از یک‌سو، فقه امامیه درباره اصل حرمت سقط و استثناهای ناظر به اضطراب یا حفظ جان مادر، چارچوبی نسبتاً روشن در اختیار می‌گذارد (۲، ۳)؛ اما از سوی دیگر، نظام سلامت

در عمل با افرادی مواجه است که ممکن است پس از سقط یا فقدان بارداری، با احساس گناه، سوگ، اضطراب یا افسردگی روبه‌رو شوند. از این‌رو، پژوهشی که بتواند میان مبانی فقهی- اخلاقی و شواهد معتبر علوم پزشکی پیوند برقرار کند، از حیث نظری و کاربردی ضروری است. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر آشکار می‌شود که بدانیم مطالعه طولی مشهور Turnaway نشان داده است که سقط القایی به‌خودی‌خود علت مستقیم و عمومی اختلالات روانی نیست، بلکه زمینه‌هایی مانند سابقه مشکلات روانی، فشار اجتماعی، نبود حمایت، و اجبار در تصمیم‌گیری، در بروز آسیب روانی سهم مهمی دارند (۵). بنابراین، ضرورت این پژوهش در آن است که از داوری‌های مطلق و غیرمستند (چه در جهت بزرگ‌نمایی حتمی آسیب روانی، و چه در جهت انکار کامل آن) فاصله بگیرد و تصویری دقیق‌تر، انسانی‌تر و مبتنی بر شواهد ارائه دهد. از جهت بالینی نیز این پژوهش اهمیت زیادی دارد. در عمل، بسیاری از مداخلات درمانی در حوزه سقط جنین، به جنبه‌های جسمانی محدود می‌شوند؛ حال آن‌که برخی بیماران، به‌ویژه در شرایطی مانند سقط درمانی، سقط ناخواسته، یا فقدان بارداری، به حمایت‌های روان‌شناختی و معنوی نیز نیاز دارند. از این‌رو، این پژوهش می‌تواند برای طراحی الگوی مشاوره پیش از تصمیم، پیگیری سلامت روان پس از سقط، و آموزش کادر درمان در مواجهه همدلانه و غیرقضاوت‌گرانه، مبنای علمی فراهم کند.

ضرورت این تحقیق از منظر اخلاق اسلامی نیز روشن است. در بسیاری از موارد، رنج روانی پس از سقط تنها ناشی از فقدان یا پایان بارداری نیست، بلکه از تعارض میان کنش فرد و نظام ارزشی او شکل می‌گیرد. در چنین وضعی، اگر تبیین فقهی و اخلاقی مسئله روشن، دقیق و متناسب با واقعیت‌های بالینی نباشد، ممکن است فرد دچار احساس گناه فرساینده، شرم مزمن، یا نوعی انزوای معنوی شود. به همین دلیل، پژوهش حاضر می‌تواند به روشن‌تر شدن مرز میان ندامت اخلاقی سازنده و احساس گناه آسیب‌زا کمک کند و زمینه‌ای برای ارائه حمایت معنوی غیرتحمیلی در کنار مداخله روان‌شناختی فراهم سازد. این نکته به‌ویژه در جوامع مذهبی اهمیت دارد، جایی که تفسیرهای نادقیق یا افراطی از مسئله سقط می‌تواند خود به عاملی برای

تشدید رنج روانی بدل شود (۶،۷). لذا این مطالعه می‌کوشد تا به بررسی سقط جنین و پیامدهای سلامت روان: تحلیل فقهی- اخلاقی با رویکرد علوم پزشکی بپردازد.

روش کار

این پژوهش با روش توصیفی- تحلیلی و با رویکردی میان‌رشته‌ای انجام شده است. هدف آن بررسی مسئله سقط جنین از دو منظر مکمل است: نخست، دیدگاه فقه و اخلاق اسلامی؛ و دوم، یافته‌های معتبر علوم پزشکی درباره پیامدهای سلامت روان. در این مطالعه، داده‌ها به صورت کتابخانه‌ای و اسنادی گردآوری شده‌اند. به این معنا که پژوهش بر پایه بررسی و تحلیل منابع مکتوب انجام شده و شامل کار میدانی یا مطالعه تجربی بر روی افراد نیست. در بخش فقهی و اخلاقی، از منابع اصلی و دست اول و برخی متون معتبر اخلاق اسلامی استفاده شد تا مبانی مربوط به حرمت سقط، موارد اضطرار، و دلالت‌های اخلاقی آن روشن شود. در بخش پزشکی نیز، از منابع علمی معتبر شامل گزارش‌ها و راهنماهای بین‌المللی و نیز مقالات پژوهشی مربوط به سلامت روان پس از سقط یا فقدان بارداری استفاده شده است. معیار انتخاب این منابع، اعتبار علمی، ارتباط مستقیم با موضوع، و قابلیت استناد دقیق بوده است. پس از گردآوری منابع، مطالب در سه گام تحلیل شده‌اند: نخست، مبانی فقهی و اخلاقی سقط استخراج و دسته‌بندی شده است؛ دوم، یافته‌های پزشکی درباره پیامدهای روانی سقط بررسی شده است؛ و در نهایت، این دو حوزه در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند تا امکان ارائه تحلیلی جامع‌تر و واقع‌بینانه‌تر فراهم شود. در مجموع، این پژوهش می‌کوشد با پیوند دادن داده‌های فقهی، اخلاقی و پزشکی، تصویری دقیق‌تر از مسئله سقط جنین و پیامدهای سلامت روان آن ارائه دهد.

یافته‌ها

سقط جنین در فقه امامیه: از حکم کلی تا تشخیص موقعیت‌های استثنایی
در منابع فقه امامیه، اصل اولیه در باب سقط جنین،

حرمت است؛ اما این حرمت در مقام تحلیل، مطلق و بدون تفصیل باقی نمی‌ماند. فقها در بررسی این موضوع، به مراحل مختلف تکوین جنین، تفاوت پیش و پس از ولوج روح، و نیز شرایط اضطرار توجه کرده‌اند. این تفکیک نشان می‌دهد که فقه، مسئله سقط را نه به صورت یک حکم بسیط، بلکه به مثابه موضوعی مرکب و وابسته به شرایط می‌فهمد (۲). اهمیت این نکته در بحث حاضر آن است که هرچه فقه در تشخیص موقعیت‌ها دقیق‌تر عمل می‌کند، امکان تحلیل واقع‌بینانه‌تر پیامدهای اخلاقی و روانی نیز افزایش می‌یابد. برای مثال، سقطی که در نتیجه تصمیمی صرفاً انتخابی و بدون ضرورت رخ داده است، از منظر هنجاری با موردی که در آن بقای جان مادر در معرض تهدید جدی قرار دارد، یکسان نیست. این تفاوت در حکم، به‌طور طبیعی در تجربه درونی فرد نیز بازتاب می‌یابد. زنی که در شرایط اضطرار پزشکی تن به ختم بارداری داده است، اگرچه ممکن است دچار اندوه، فقدان یا احساس سوگ شود، اما جنس این رنج با رنج کسی که سقط را در فضایی آمیخته با تردید اخلاقی، فشار اجتماعی یا تعارض درونی تجربه کرده، متفاوت است. بنابراین، یکی از نتایج مهم چارچوب فقهی این است که درک دقیق حکم، خود می‌تواند در کاهش یا افزایش فشار روانی پس از سقط مؤثر باشد. از سوی دیگر، متون فقهی تنها به بیان حرمت بسنده نمی‌کنند، بلکه از ضمان، دیه و مسئولیت نیز سخن می‌گویند. همین امر نشان می‌دهد که سقط جنین در سنت فقهی، امری صرفاً شخصی یا خصوصی تلقی نمی‌شود، بلکه درون شبکه‌ای از مسئولیت‌های شرعی و اجتماعی معنا می‌یابد (۳). این سطح از مسئولیت‌مندی، اگر بدون تبیین اخلاقی و حمایتی به فرد منتقل شود، می‌تواند به شکل‌گیری احساس گناه شدید یا خودسرزنش‌گری افراطی بینجامد. از این‌رو، فهم فقهی در کنار بازدارندگی شرعی، می‌تواند با نوعی ملاحظه اخلاقی همراه شود تا از تبدیل حکم به فشار روانی و از فروکاستن اخلاق به سرزنش جلوگیری کند.

اخلاق اسلامی و مسئله «رنج اخلاقی» پس از

سقط

از منظر اخلاقی، سقط جنین تنها یک تصمیم تک بعدی صرف نیست، بلکه رخدادی چند بعدی است که اغلب در بستر تعارض ارزش‌ها شکل می‌گیرد. در بسیاری از موارد، زن باردار خود را میان چند الزام متعارض می‌بیند: حفظ جنین، سلامت جسمی یا روانی خود، فشارهای خانوادگی، شرایط اقتصادی، باورهای غلط فرهنگی یا توصیه‌های پزشکی و... همین تعارض‌ها می‌تواند منشأ نوعی رنج درونی شود که صرفاً با مفاهیم بالینی مانند افسردگی یا اضطراب توضیح داده نمی‌شود. در پژوهش‌های اخلاق، این وضعیت را می‌توان نزدیک به مفهوم رنج اخلاقی یا آسیب اخلاقی دانست؛ وضعیتی که در آن فرد احساس می‌کند تصمیم یا رخداد پیش‌آمده با نظام ارزشی او در تعارض قرار گرفته است. در سنت اخلاق اسلامی، ارزیابی فعل انسانی تنها بر اساس ظاهر عمل انجام نمی‌شود، بلکه نیت و انگیزه فاعل در ارزش‌گذاری اخلاقی نقش بنیادی دارد (۸). همچنین، اختیار شرط اساسی انتساب اخلاقی است و در موارد اکراه و اضطرار، تکلیف و مؤاخذه دگرگون می‌شود (۹). افزون بر این، پشیمانی و بازگشت اخلاقی در داوری نسبت به کنش اهمیت دارد (۱۰). در اخلاق اسلامی امامیه نیز، امکان جبران و تدارک (استدراک) در اصلاح پیامدهای اخلاقی فعل مورد تأکید است؛ چنان‌که امام علی (ع) «تدارک مافات» را در شمار نشانه‌های خردمندی می‌شمارد (۱۱). این نگاه بسیار مهم است؛ زیرا نشان می‌دهد که اخلاق اسلامی ظرفیت آن را دارد که به‌جای تولید فضای صرفاً سرزنش‌گر، به فهم پیچیدگی موقعیت انسانی کمک کند. در نتیجه، اگر زن پس از سقط دچار احساس گناه، ندامت یا آشفتگی درونی شود، پاسخ اخلاقی مناسب لزوماً تشدید سرزنش نیست، بلکه می‌تواند مبتنی بر تبیین درست موقعیت، بازخوانی حدود مسئولیت، و گشودن راه‌هایی برای بازسازی معنوی باشد. در واقع، یکی از کاستی‌های رایج در مواجهه با سقط در برخی بافت‌های فرهنگی آن است که تجربه روانی زنان یا به‌کلی پزشکی‌سازی می‌شود یا به‌طور کامل اخلاقی‌سازی افراطی. در حالت نخست، رنج فرد تنها در قالب نشانه‌های بالینی فهم

می‌شود و از معنای اخلاقی آن غفلت می‌شود؛ در حالت دوم، هرگونه رنج روانی به‌مثابه پیامد گناه یا ضعف ایمان تفسیر می‌شود. هیچ‌یک از این دو رویکرد کافی نیست. چارچوب این پژوهش بر آن است که رنج پس از سقط می‌تواند هم‌زمان روان‌شناختی و اخلاقی باشد و تنها زمانی می‌توان مداخله مؤثر انجام داد که هر دو وجه آن دیده شود.

شواهد پزشکی: سقط به‌مثابه علت مستقیم یا رخدادی در بستر عوامل زمینه‌ای؟

پژوهش‌های پزشکی، به‌ویژه در روان‌پزشکی و سلامت عمومی، تصویر پیچیده‌تری از رابطه سقط و سلامت روان ارائه می‌دهد. برخلاف برخی ادعاهای مطلق‌انگارانه، مجموعه شواهد نشان نمی‌دهد که سقط به‌خودی‌خود و به‌صورت عام علت مستقیم و همگانی اختلالات روانی باشد؛ بلکه نتایج مطالعات به‌شدت به طراحی پژوهش، کنترل متغیرهای مخدوش‌گر، و زمینه‌های پیش از بارداری زنان وابسته است (۱۲، ۱۳). مطالعه فرگو سون (Fergusson) و همکاران (۲۰۰۶) اگرچه از همبستگی‌هایی میان سقط القایی و برخی پیامدهای روانی گزارش می‌دهد، اما خود نویسنده‌گان پس از مطالعه نقدهایی داشته‌اند که تبیین این رابطه بدون توجه دقیق به عوامل پیش از بارداری (مانند وضعیت سلامت روان قبل از بارداری، تجارب نامطلوب زندگی، و ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی) می‌تواند به استنباط‌های علی نادرست منجر شود (۱۴، ۱۵). به‌همین ترتیب، استینبرگ (Steinberg) و فینر (Finer) (۲۰۱۱) با به‌کارگیری رویکرد «عوامل خطر مشترک» نشان دادند که بخشی از ارتباط مشاهده‌شده میان سابقه سقط و مشکلات سلامت روان، با لحاظ کردن زمینه‌های پیشین زندگی و سلامت روان قابل تبیین است (۱۶). برآیند این یافته‌ها آن است که در بسیاری موارد، آنچه پس از سقط مشاهده می‌شود، احتمالاً محصول مستقیم «رویداد سقط» نیست، بلکه نتیجه درهم‌تنیدگی مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی است (۱۲، ۱۳). این نتیجه برای مقاله حاضر از آن جهت اهمیت دارد که کمک می‌کند از دو خطای رایج پرهیز

داشته، مسئولیت او تا کجاست، و چگونه می‌تواند تجربه خود را از نظر معنوی و روانی بازسازی کند، احتمال سازگاری روانی بیشتر خواهد شد.

بازسازی نسبت میان حکم، اخلاق و درمان

بر اساس آنچه گذشت، می‌توان گفت یکی از دستاوردهای اصلی این پژوهش، بازسازی نسبت میان سه حوزه‌ای است که معمولاً جدا از هم دیده می‌شوند: فقه، اخلاق و پزشکی. فقه، حدود و ثغور فعل را مشخص می‌کند و میان حالت عادی و حالت اضطرار تفاوت می‌گذارد. اخلاق، تجربه درونی فرد و معنای کنش او را تبیین می‌کند و راه را برای فهم پشیمانی، ندامت، ترمیم و آشتی درونی می‌گشاید. پزشکی نیز با تکیه بر شواهد، مشخص می‌کند که چه کسانی در معرض خطر بیشتر قرار دارند و چه نوع حمایت روانی و اجتماعی می‌تواند به کاهش آسیب کمک کند. اگر این سه حوزه از یکدیگر جدا شوند، نتیجه ناقص خواهد بود. فقه بدون اخلاق ممکن است به زبان تکلیف و ضمان محدود شود و نتواند با رنج واقعی فرد ارتباط برقرار کند. اخلاق بدون فقه ممکن است به نسبی‌گرایی یا ابهام در داوری برسد. پزشکی بدون توجه به زمینه ارزشی نیز ممکن است بسیاری از لایه‌های پنهان رنج بیمار را نبیند و به جریان و سیر اخروی انسان آسیب‌های جبران‌ناپذیر وارد سازد. از این‌رو، تحلیل حاضر بر نوعی الگوی تلفیقی تأکید می‌کند که در آن، مداخله بالینی و مشاوره‌ای باید هم از نظر علمی معتبر باشد و هم از نظر فرهنگی و دینی، برای بیمار قابل‌پذیرش (شکل ۱).



شکل ۱- تلاقی فقه، اخلاق و شواهد بالینی

شود: نخست، ادعای اینکه سقط همواره و در همه حال به فروپاشی روانی می‌انجامد؛ و دوم، تصور اینکه چون رابطه علی مستقیم و همگانی ثابت نشده است، پس هیچ مسئله روانی اخلاقی مهمی وجود ندارد.

چرا در جوامع مذهبی، تحلیل صرفاً پزشکی کافی نیست؟

یکی از نکات کلیدی این پژوهش آن است که در جوامع مذهبی، «معنای» سقط به اندازه خود رخداد اهمیت دارد. علوم پزشکی به‌درستی می‌کوشد رابطه میان سقط و اختلالات روانی را از طریق روش‌های تجربی و کنترل متغیرها تبیین کند. اما حتی دقیق‌ترین مطالعات کمی نیز نمی‌توانند به‌تنهایی توضیح دهند که چرا دو زن با شرایط پزشکی نسبتاً مشابه، تجربه‌های روانی متفاوتی از سقط دارند. پاسخ این تفاوت را باید در نظام معنایی، باورهای دینی، و تفسیر اخلاقی فرد از رخداد جست‌وجو کرد. در بافت‌های مذهبی، سقط ممکن است نه فقط به‌عنوان یک مداخله پزشکی، بلکه به‌عنوان تصمیمی در نسبت با حیات، امانت الهی، مسئولیت مادری و حدود شرعی فهم شود. بنابراین، حتی در مواردی که سقط از نظر پزشکی مجاز یا لازم بوده است، ممکن است فرد همچنان در سطح عاطفی و اخلاقی احساس اندوه یا تعارض داشته باشد. این احساس لزوماً نشانه آسیب‌شناسی روانی نیست، بلکه می‌تواند بخشی از فرایند طبیعی سوگ یا بازسازی معنای شخصی باشد. با این حال، اگر نظام درمانی نسبت به این بعد معنایی بی‌اعتنا باشد، احتمال مزمن شدن آشفتگی یا تبدیل آن به خودسرزنش‌گری پایدار افزایش می‌یابد. از این منظر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بی‌توجهی به اخلاق در مراقبت‌های مرتبط با سقط، خود می‌تواند عاملی برای تشدید رنج روانی باشد. هنگامی که زن تنها میان دو قطب «حرمت فقهی» و «ضرورت پزشکی» رها می‌شود و هیچ فضای میانجی برای فهم وضعیت خاص او وجود ندارد، نه فقه به‌درستی فهم می‌شود و نه پزشکی به‌درستی کارکرد حمایتی خود را ایفا می‌کند. در مقابل، اگر مشاوره‌ای شکل گیرد که به فرد توضیح دهد در چه وضعیتی قرار

دلالت‌های کاربردی برای مشاوره و مراقبت

گسترش بحث تلفیقی میان فقه، اخلاق و علوم پزشکی تنها جنبه نظری ندارد، بلکه برای عمل بالینی و سیاست‌گذاری سلامت نیز پیامدهایی خواهد داشت. نخست آنکه در مشاوره پیش و پس از سقط، لازم است میان انواع سقط تمایز گذاشته شود: سقط درمانی، سقط ناشی از اضطرار، و سقط انتخابی، هر یک زمینه‌های متفاوتی از نظر تجربه اخلاقی و روانی دارند. در این میان آنچه مشخص است از لحاظ فقهی، اخلاقی و حتی انسانی سقط خود خواسته و بدون دلیل و از روی ترس‌های واهی به شدت نپسندیده و آسیب‌آمیز است. دوم آنکه ارزیابی سلامت روان باید فراتر از چک‌لیست‌های بالینی، شامل سنجش احساس گناه، تعارض ارزشی، کیفیت حمایت اجتماعی و نوع تفسیر دینی فرد از رخداد باشد. سوم آنکه در جوامع مذهبی، حضور مشاوران آشنا با مبانی فقهی- اخلاقی می‌تواند از شدت خود سرزنش‌گری و برداشته‌های نادرست دینی کاسته و فرد را با زوایای حقیقی احکام و موارد اخلاقی آشنا کند. به بیان دیگر، مراقبت مطلوب در این حوزه آن نیست که به زن گفته شود «هیچ اتفاقی نیفتاده» یا برعکس «شما مرتکب خطای جبران‌ناپذیر شده‌اید». رویکرد درست آن است که با توجه به شرایط واقعی، جایگاه فقهی و اخلاقی رخداد برای او روشن شود، احساساتش به رسمیت شناخته شود، و در صورت نیاز، حمایت روان‌شناختی و معنوی در اختیار او قرار گیرد. این نوع مواجهه، هم با شواهد پزشکی سازگارتر است و هم با ملاحظات اخلاق اسلامی.

نتیجه‌گیری

در مجموع، بحث حاضر نشان می‌دهد که سقط جنین در چارچوب یک پژوهش علمی- پژوهشی میان‌رشته‌ای باید به‌عنوان پدیده‌ای فهم شود که نه صرفاً با زبان حرمت و اباحه قابل توضیح است و نه فقط با زبان اختلال و درمان. آنچه این رخداد را از بسیاری مسائل پزشکی دیگر متمایز می‌کند، بار اخلاقی و معنایی آن است. همین بار اخلاقی است که در بسیاری از موارد، نحوه تجربه روانی فرد را شکل می‌دهد. از منظر فقهی،

تفاوت میان حالات گوناگون سقط باید جدی گرفته شود؛ از منظر اخلاقی، باید امکان فهم تعارض، ندامت و ترمیم فراهم گردد؛ و از منظر پزشکی، باید از نگاه‌های ساده‌انگارانه درباره رابطه مستقیم و قطعی میان سقط و بیماری روانی پرهیز شود. بر این اساس، تحلیل نهایی این پژوهش آن است که پیامدهای سلامت روان سقط، در بافتارهای دینی، بیش از آنکه محصول یک رابطه مکانیکی و تک‌علتی باشد، حاصل برهم‌کنش شرایط بالینی، زمینه‌های فردی، و معنای فقهی- اخلاقی رخداد است. این نتیجه، مبنای مهمی برای طراحی الگوهای مشاوره، حمایت و مداخله‌ای فراهم می‌کند که هم از نظر علمی معتبر باشند و هم از نظر فرهنگی و ارزشی، با زیست‌جهان بیمار سازگار.

References

1. The Holy Qur'an.
2. Khomeini R. *Tahrīr al-Wasīlah*. Qom: Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini's Works; n.d.
3. Al-Najafī MH. *Jawāhīr al-Kalām fī Sharḥ Sharā'ī al-Islām*. Beirut: Dār Iḥyā' al-Turāth al-'Arabī; 1983.
4. Fayḍ al-Kāshānī MM. *Al-Maḥajjat al-Bayḍā' fī Tahdhīb al-Iḥyā'*. Qom: Daftar-e Intishārāt-e Islāmī; 1996.
5. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: a prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(2):169–178.
6. Litz BT, Stein N, Delaney E, Lebowitz L, Nash WP, Silva C, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):695–706.
7. Puchalski C, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole-person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(10):1094–1096.
8. Al-Bukhārī Mī. *Ṣaḥīḥ al-Bukhārī*. Beirut: Dār al-Fikr; 1981.
9. Al-Ḥurr al-'Āmilī MH. *Wasā'il al-Shī'a ilā Taḥṣīl Masā'il al-Sharī'a*. Beirut: Dār Iḥyā' al-Turāth al-'Arabī; n.d.
10. Ibn Mājāh al-Qazwīnī M ibn Y. *Sunan Ibn Mājāh*. Fes: Dār Iḥyā' al-Kutub al-'Arabiyyah; n.d.
11. Al-Tamīmī al-Āmidī AWM. *Ghurur al-Ḥikam wa Durar al-Kalim*. Qom: Bustān-i Kitāb; 1987.
12. American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.

Washington (DC): American Psychological Association; 2008.

13. National Collaborating Centre for Mental Health. Induced abortion and mental health: a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London: Academy of Medical Royal Colleges; 2011.

14. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(1):16–24.

15. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009;64(9):863–890.

16. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med*. 2011;72(1):72–82.