



Women's Reproductive Rights in Iranian Regulations and International Documents

Sara Rostami¹ 

1. Department of Law and Social Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Considering the improvement of the quality of the services provided, reproductive rights and women's health in Iran are of great help to this segment of the society. And on the other hand, this right is part of human rights and countries recognize it. So that all individuals and couples have the right to decide on the number of children and the spacing between them and the purpose of this research is the reproductive right in the Iranian and international health system and the achievements.

Method: The research is descriptive-analytical and prepared and organized using library documents.

Ethical Considerations: Honesty and trustworthiness have been observed in all stages of writing the present research, while respecting the originality of the texts.

Results: The findings indicate that according to the services provided in the health and fertility treatment department that there are still gaps.

Conclusion: By raising the level of health in other levels of the society, Government action and support, we will provide the possibility of fertility for couples and it is not an unreasonable expectation if the policy makers and health care trustees of Iran are asked to remove any legal obstacles regarding the mother's use of safe abortion facilities.

Keywords: Reproductive Rights; Women's Health; Iran; International Documents

Corresponding Author: Sara Rostami; **Email:** Dr.Rostami@pnu.ac.ir

Received: April 09, 2023; **Accepted:** November 16, 2023; **Published Online:** December 31, 2023

Please cite this article as:

Rostami S. Women's Reproductive Rights in Iranian Regulations and International Documents. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e51.



مجله حقوق پزشکی

دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۲

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



حقوق باروری زنان در مقررات ایران و اسناد بین‌المللی

سارا رستمی^۱

۱. گروه حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حقوق باروری و سلامت زنان در ایران با توجه به ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده کمک شایانی به این قشر از جامعه می‌نماید و از طرفی این حق، جزئی از حقوق بشر و کشورها می‌باشد و آن را به رسمیت می‌شناسند، به گونه‌ای که همه افراد و زوجین این حق را دارند که درباره تعداد مولید و فاصله‌گذاری بین آن‌ها تصمیم بگیرند و هدف این پژوهش حق باروری در نظام سلامت ایران و بین‌الملل و دستاوردهای به دست‌آمده می‌باشد.

روش: پژوهش به صورت توصیفی - تحلیلی و با استفاده از اسناد کتابخانه‌ای تهیه و تنظیم شده است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها حکایت از آن دارد که با توجه به خدمات ارائه‌شده در بخش سلامت و درمان باروری هنوز به نتیجه مطلوب دست نیافته‌ایم و امید است با درایت و تسهیل قانون برای این قشر از زنان در جهت رفع آن سعی و تلاش شود.

نتیجه‌گیری: با بالابردن سطح بهداشت در سایر سطوح جامعه، اقدام و حمایت دولت، امکان باروری را برای زوجین فراهم آوریم و انتظار نامعقولی نیست اگر از سیاستگذاران و متولیان بهداشت و درمان ایران درخواست شود هرگونه موانع قانونی و حقوقی در مورد استفاده مادر از امکانات سقط سالم را از میان بردارند.

واژگان کلیدی: حقوق باروری؛ سلامت زنان؛ ایران؛ اسناد بین‌المللی

نویسنده مسئول: سارا رستمی؛ پست الکترونیک: Dr.Rostami@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۵؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Rostami S. Women's Reproductive Rights in Iranian Regulations and International Documents. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e51.

مقدمه

حق زیستن یک حق اساسی بشر به شمار می‌آید که نه تنها به مفهوم محافظت در برابر اعدام خودسرانه حکومت است، بلکه بدین معنی نیز است که دولت‌ها وظیفه دارند شرایط لازم را برای زیست و بقا مهیا سازند. حقوق بشر جنبه جهانی داشته و بایستی بدون هیچ‌گونه تبعیضی از هر نوع از جمله تبعیض به خاطر جنسیت به کار گرفته شوند. حقوق انسانی در مورد زنان شامل حق برخورداری از خدماتی می‌شود که بارداری و زایمان ایمن را برای آن‌ها تضمین می‌کند. از شروع دهه ۱۹۴۰ میلادی مرگ و میر مادران در کشورهای پیشرفته به طور فزاینده‌ای کاهش پیدا کرده است، اما همین مطلب در مورد کشورهای در حال توسعه مصداق پیدا نمی‌کند تا دوام مرگ و میر بالای مادران، بیانگر بی‌توجهی به اساسی‌ترین حقوق انسانی زنان در این کشورها است. عواقب این بی‌توجهی در درجه اول متوجه فقرا، محرومان و مستضعفان است.

برای بیش از نیم میلیون از زنان، مرگ آخرین قسمت از داستان طولانی درد و رنج می‌باشد. علاوه بر این، میلیون‌ها زن دیگر دچار آسیب‌دیدگی و معلولیت می‌شوند که در بسیاری از این حالات تا پایان عمر باقی می‌ماند. تأثیرات این رنج و محنت، اغلب از مرزهای فیزیکی پا فراتر گذارده و بر توانایی زنان برای قبول مسئولیت‌های اجتماعی و اقتصادی و سهم‌شدن در رشد و تکامل جوامع خویش تأثیر منفی می‌گذارد. مرگ و میر مادران برای تک‌تک زنان، برای خانواده‌ها و برای جوامع آنان یک تراژدی است. میزان بالای مرگ و میر مادران تنها یک مشکل مختص به زنان نیست (۱). پایین‌بودن سطح بهداشت و سلامت مادران که بی‌شک به دنبال خود پایین‌بودن سطح بهداشت و سلامت نوزادان و کودکان را دارد، همگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان ستون‌های اصلی خانواده، آموزگاران اول و اصلی کودکان، تأمین‌کنندگان بهداشت و سلامت و مراقبت‌کنندگان از جوانان و سالمندان می‌باشند و به همان ترتیب زنان به عنوان کشاورز و تاجر نان‌آور خانواده هستند. جامعه‌ای که از مساعدت‌های زنان محروم باشد، دچار رکود اقتصادی، اجتماعی، فقر

فرهنگی و محدودیت در قابلیت‌های رشد و توسعه خواهد گشت. در سال ۱۹۸۷^۱ اولین کنفرانس بین‌المللی ایمنی مادران در کشور ناپرویی برگزار شد. هدف از برگزاری این همایش کاهش میزان مرگ و میر مادران به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۰۰ نسبت به میزان سال ۱۹۹۰ بود. این هدف بعدها توسط حکومت‌های ملی و دیگر کنفرانس‌های بین‌المللی ذیل دنبال گردید:

۱- کنفرانس سران جهان در مورد کودکان در شهر نیویورک در سال ۱۹۹۰ بود^۲؛ ۲- کنفرانس بین‌المللی در مورد جمعیت و توسعه در شهر قاهره در سال ۱۹۹۴^۳؛ ۳- کنفرانس چهارم جهانی در مورد زنان در شهر پکن در سال ۱۹۹۵^۴.

اکنون محدودیت‌های موجود در اجرای برنامه‌های و تأمین عناصر خاص برای مراقبت از زنان افزایش یافته است در اکتبر سال ۱۹۹۷ به مناسبت دهمین سالگرد ابتکار ایمنی مادران، همایشی برگزار که تجربیات خوبی مبادله شد و بعد از آن نیز در سال ۲۰۱۰ و بعد ۲۰۲۲ همایش‌های دیگری جهت بهبود مراقبت از زنان در دوران باروری برگزار شد که راه روشنی می‌باشد. در ایران نیز در سال ۱۴۰۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۷/۲۴ شامل ۷۲ ماده مصوب شد که تمهیدات زیربنایی در این زمینه بنا نهاده شده است و تمامی سازمان‌ها و مراکز فرهنگی، دانشگاهی و... را مکلف به کمک و تسهیل در این امر دانسته است، در تبصره ماده ۱۵ آمده است که مادران باردار را نمی‌توانند تعدیل نمایند و نیز در بند ۲ ماده ۱۷ نسبت به نوبت کاری شب برای مادران باردار را اختیاری و نیز در بند ۳ آن دورکاری را الزامی دانسته است. این پژوهش با رویکردی نوین تلاش دارد که با قوانین حمایتی، دولت بتواند موانع را برطرف و تسهیل نمایند. سؤال این است که تا چه اندازه کشور ایران و جامعه جهانی در حیطه روش‌های جدید و مراقبتی و درمانی در زمینه باروری توانسته‌اند مفید باشند؟ فرضیه باروری در ایران و حقوق بشر برای زنان در سنین باروری و تشخیص درمان از جنبه‌های متعددی قابل بحث و تبادل نظر می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌ها حکایت از آن دارد که با توجه به خدمات ارائه‌شده در بخش سلامت و درمان باروری هنوز خلأهای وجود دارد که امید است با درایت و تسهیل قانون برای این قشر از زنان در جهت رفع آن سعی و تلاش شود.

بحث

در ابتدا به مقوله سلامت باروری در ایران و یک بخش کوچکی نظر اسلام آورده شده و سپس به حقوق بین‌الملل پرداخته شده است و چالش‌های بارداری و قوانین مربوطه مورد مطالعه قرار گرفته است.

۱. ارائه خدمات در حیطه سلامت باروری در ایران: در حیطه سلامت، باروری نیز که یکی از مجموعه‌های گسترده ارائه خدمات سلامت را تشکیل می‌دهد. علیرغم گسترش ساختار سلامت ملی، ارائه این خدمات در میان بسیاری از کشورهای در حال توسعه ضعیف باقی مانده است (۲). با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در فناوری پزشکی و ارائه خدمات، سلامت هنوز هم روزانه حداقل ۱۶۰۰ زن در اثر مسائل مربوط به بارداری و زایمان که شایع‌ترین علت مرگ و ناتوانی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله را تشکیل می‌دهد، می‌میرند که در سال رقمی بالغ بر ۵۸۵۰۰۰ نفر می‌شود. همچنین میزان بارداری ناخواسته حدود ۷۵ میلیون در سال برآورد شده است. میزان سقط‌های نایمن در سراسر دنیا هر ساله حدود ۲۰ میلیون است که

سبب ایجاد مرگ ۸۰۰۰۰ مادر و صدها مورد ناتوانی آنان می‌گردد. فقدان دستیابی به خدمات مراقبتی از دیگر دلایل مرگ مادران ذکر شده است که بر اساس آمارهای منتشره هر سال حدود دو میلیون کودک مادر خود را از دست می‌دهند که این خدمات به راحتی برای افراد توانمند در دسترس است (۳). بنابراین قدرت تأمین نیازهای سلامت مددجو، مراقبت صحیح و پیشگیری از آسیب‌ها را داشته باشد. در صورتی ارائه خدمات سلامت باروری با کیفیت همراه است که با رضایتمندی مددجو، افزایش بهره‌وری و سودمندی خدمات و ارتقای پیامدهای نهایی سلامت همراه باشد (۲، ۴). ارتقای کیفیت خدمات بخشی از فرآیند اصلاحات بخش سلامت در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود، اما اغلب به کیفیت خدمات سلامت باروری توجه کافی نمی‌شود. ارتقای کیفیت خدمات می‌تواند یک ابراز هزینه اثربخش برای دستیابی به هدف نهایی سلامت باروری و جنسی باشد. اگر مددجویان به خوبی مورد احترام و تکریم قرار نگیرند و مراقبت و خدمات با کیفیت و سطح بالا را دریافت نکنند، ممکن است از خدمات موجود استفاده نکرده یا پیامدهای نامناسب دیگری را از جمله عدم درمان کامل و یا حتی مرگ را تجربه نمایند (۳). وضع قوانین و توسعه آن در ارتقا و حفاظت از سلامت باروری و جنسی می‌تواند به جای اینکه یک مانع دستیابی به این خدمات تلقی شود به عنوان یک تسهیل‌کننده مورد استفاده قرار گیرد. اصول قانونی می‌تواند راهنمایی برای بهبود وضعیت مادران و باروری باشد. در ذیل به برخی از شاخص‌های باروری در ایران اشاره خواهیم نمود.

۲. مراقبت از سلامت مادر و جلوگیری از مرگ و میر مادران: امروزه مشارکت زنان در فعالیتهای مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حاکی از حضور آنان در فرآیند توسعه است. این نیروی مولد یک‌سوم نیروی کار دنیا را تشکیل می‌دهد و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آنان و کاهش مرگ و میر آنان نوعی سرمایه‌گذاری در جامعه محسوب می‌شود. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، عوارض بارداری و زایمان از علل اصلی مرگ، بیماری و معلولیت زنان در سنین باروری

ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده (۹۹-۲۰) می‌باشد. از سوی دیگر با بررسی نمودار روند نسبت مرگ و میر مادران باردار در ۲۰ سال اخیر از سال ۲۰۱۰-۱۹۹۰، می‌توان گفت که این نسبت سیر نزولی داشته، به طوری که در سال ۱۹۹۰ نسبت مذکور از ۱۲۰ به ۲۱ مورد مرگ مادر باردار به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۰ رسیده است (۶).

به عبارت دیگر با اجرای برنامه‌های مبتنی بر سلامت مادران و انجام اقدامات مراقبتی و پوشش بسیار مطلوب مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نتیجه برخورداری از راه‌های ارتباطی مناسب، ایران در این مدت توانسته است به موفقیت چشم‌گیری در زمینه کاهش این شاخص مهم و حیاتی دست یابد (۸۲/۵ درصد). این پیشرفت و موفقیت حاصل تلاش و پشتکار سازمان‌ها و کارکنان مرتبط با امر سلامت مادران باردار و سایر سازمان‌ها بوده و امید است با روند رو به رشد و بهبود استانداردهای کشوری بیش از پیش به اهداف توسعه هزاره در زمینه کاهش مرگ و میر مادران باردار دست یابیم. تعریف مرگ مادر در ایران، مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه‌شده طی آن، اما نه به علت حادثه و تصادف می‌باشد (۶).

بر اساس نظام ثبت موارد مرگ مادران باردار و به منظور پیشگیری از کم‌شماری موارد مرگ مادر، کلیه مرگ‌های مادران در دوران بارداری و پس از زایمان، توسط کارکنان در سطوح محیطی در اسرع وقت (در ۲۴ ساعت اول پس از وقوع) به ستاد دانشگاه گزارش شده و موارد مورد بررسی قرار می‌گیرند. تمام موارد بر اساس دستورالعمل کشوری نظام مراقبت مرگ مادر در کمیته‌های فنی و دانشگاهی بررسی شده، نتیجه به وزارت متبوع اعلام و در کمیته کشوری مجدداً مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتیجه بررسی‌های انجام‌گرفته در کمیته کشوری و بر اساس تعریف مرگ مادر مورد تأیید وزارت متبوع، به دانشگاه مبدأ اعلام می‌گردد. شاخص مرگ مادران در کل کشور در سال ۱۳۹۱، ۱۹/۵ مورد مرگ مادر به ازای

است. مرگ و ناتوانی مادران در بقای کودک، خانواده و توسعه جامعه نقش به‌سزایی داشته و با مرگ مادر، خانواده عضو اصلی خود را برای مدیریت و مراقبت کودکان از دست می‌دهد و احتمال مرگ کودک تا پنج سالگی، دو تا سه برابر بیشتر شده و سرانجام بقا و آموزش فرزندان نامعلوم می‌شود (۱).

با انجام اقدامات پیشگیرانه، شاهد کاهش میزان مرگ و میر مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در سراسر جهان هستیم. در سال ۲۰۱۰، روزانه ۸۰۰ نفر از زنان باردار جان خود را بر اثر مشکلات و عوارض دوران بارداری (حین بارداری، حین زایمان و بعد از زایمان) در سراسر جهان از دست داده‌اند که این رقم در سال به ۲۸۷۰۰۰ نفر می‌رسد، این در حالیست که با اقدامات ساده و تأمین امکانات و تجهیزات اولیه می‌توان از بروز چنین مرگ‌هایی پیشگیری کرد. آمارها نشان می‌دهد که در سراسر جهان، حجم مرگ مادران در مناطق روستایی و فقیرنشین، بیشتر از مناطق شهری و مرفه می‌باشد (۵).

۹۹ درصد مرگ و میر مادران در سراسر جهان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که از این بین میزان مرگ و میر در زنان با سنین پایین بیشتر از زنان در سنین بالا است. به طور کلی از میان ۸۰۰ مورد مرگ و میر مادران (روزانه)، بیشتر آن‌ها به علت خونریزی شدید بعد از زایمان، فشار خون بالا، مسمومیت حاملگی و سقط ناایمن جان خود را از دست دادند.

امروزه شاخص مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان (MMR)، یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشان‌دهنده توسعه کشورها است. بی‌تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد، شبکه راه‌های روستایی، دسترسی به فوریت‌های پزشکی، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه‌های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و... می‌باشد (۵).

بر اساس اهداف توسعه هزاره، کشورهای جهان متعهد شدند که از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ میزان مرگ و میر مادران خود را ۷۵ درصد کاهش دهند. طبق گزارش سال ۲۰۱۲ سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰، ایران در بین کشورهای جهان و همچنین در منطقه مدیترانه شرقی یکی از کشورهایی است که دارای کمترین نسبت مرگ و میر مادران باردار به

۲/۸۶ درصد برآورد کردند (۱۲). طبق برنامه سیمای جمعیت و سلامت در ایران، هر دو زوج با حدود یک‌چهارم بارداری‌ها مخالفاند و با در نظر گرفتن موالید سالانه حدود یک میلیون و دویست هزار نوزاد و با فرض شیوع ۲ درصد سقط عمدی جنین، عدد مطلق سقط عمدی و عوارض آن، لزوم رسیدگی فوری به این مسأله مشخص می‌گردد (۱۰). هرچند بر اساس قوانین قضایی ایران، سقط القایی مگر در شرایط محدود برای حفظ جان مادر و یا در زمانی که جنین مبتلا به بیماری‌های کروموزومی شده باشد (در سه ماهه اول بارداری) مجاز است، اگر فردی از عهده هزینه هنگفت این عمل برآید، سقط القایی ایمن در بیمارستان‌های خصوصی، به راحتی و تحت شرایط مطلوب پزشکی برای او امکان‌پذیر است. موارد بسیار بحث‌انگیز در مقوله سقط جنین، موارد بارداری در اثر تجاوز به عنف می‌باشد. در الجزایر، مصر، ایران و عربستان سعودی فتوایی در مورد مجازبودن سقط بعد از تجاوز به عنف صادر شده است. از مهم‌ترین فتوهای صادرشده در جهان اسلام در این زمینه فتوای سیدمحمد تنتاوی از دانشمندان اهل تسنن و مدرس دانشگاه الازهر در سال ۱۹۹۵ می‌باشد مبنی بر اینکه سقط در موارد تجاوز به زن ازدواج نکرده، مجاز می‌باشد (۱۱). در ایران آیت‌ا... یوسف صانعی در موارد نامشروع‌بودن جنین، حتی پس از ۴ ماهگی نیز به این دلیل که حرمت سقط تنها شامل فرزندان مشروع است، سقط ناشی از تجاوز به عنف را مجاز دانستند (۱۳)، اما این فتاوی زمانی کاربرد دارند که تبدیل به قانون شوند. بنابراین با توجه به اینکه برخی از علمای شیعه و سنی نظر متفاوتی در مقوله حمل ناشی از تجاوز به عنف داشته و با اتمام به این نکته، نتیجه حمل ناشی از زنا برای مادر و خود جنین و جامعه بسیار مخرب است، به نظر می‌رسد قانونگذاران ایران در این مورد بتوانند تجدید نظر کنند.

۵. سلامت زنان و حقوق بشر بین‌الملل: مرگ و میر یک زن در دوران بارداری نه‌تنها یک مسأله بهداشتی است، بلکه از آن مهم‌تر بیانگر بی‌عدالتی اجتماعی نیز می‌باشد. از بسیاری از موارد بیانیه حقوق بشر که در حال حاضر مورد تأیید قانون اساسی، معاهده‌های بین‌المللی و منطقه‌ای در مورد حقوق بشر

۱۰۰ هزار تولد زنده و در استان آذر بایجان غربی ۱۷/۴ مورد مرگ مادر به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده می‌باشد.

۳. جلوگیری از بارداری: یکی از حقوق مسلم مردان و زنان کنترل بعد خانوار و تعداد فرزندان بنا به مقتضیات اقتصادی، احساسی، بهداشتی و اجتماعی می‌باشد. در سراسر دوران تاریخ به دلایل سیاسی، مذهبی، اخلاقی و اجتماعی زمان‌هایی وجود داشته که دسترسی به آموزش‌ها و خدمات پیشگیری از بارداری مشکل بوده است. این ممنوعیت بیشترین تأثیر منفی خود را بر زنان جوان بی‌بضاعت می‌گذارد (۷). با وجود مصرف گسترده روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن در ایران (۵۶ درصد)، میزان بارداری‌های ناخواسته بسیار زیاد است. تحلیل اطلاعات سرشماری جمعیت و سلامت ایران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۳۵ درصد از زنان متأهل باردار، بارداری خود را ناخواسته می‌دانند. دوسوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند، در حال استفاده از یک روش جلوگیری از بارداری نیز بوده‌اند و این مشکل آشکارا به این معنی است که مشاوره مراکز بهداشتی - درمانی به قدر کافی مؤثر نبوده است (۸). در مورد نحوه برگزاری و محتوای جلسات مشاوره قبل از ازدواج در کشور هنوز استانداردی تعریف نشده است (۹). در برخی از مناطق که تعداد متقاضیان کلاس‌های مشاوره زیاد می‌باشد، این کلاس‌ها به صورت گروهی و فقط برای زنانی که به تازگی زندگی مشترکشان را شروع کرده‌اند، تشکیل می‌گردد. در صورتی که در مناطقی که داوطلبان ازدواج کم باشند، کلاس‌ها به صورت اختصاصی برای زوجین برگزار می‌گردد. تاکنون هیچ مطالعه علمی برای اثبات برتری یک روش به روشی دیگر در ایران انجام نشده است.

۴. سقط جنین از دیدگاه فقهای اسلام: در ایران آمار دقیقی از موارد سقط جنین القایی وجود ندارد، در محاسبات آماری به رقم سالیانه هشتاد هزار سقط عمدی اشاره شده است (۱۰). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که هر روز بیش از ۱۰۰۰ سقط غیر ایمن در ایران انجام می‌شود (۱۱). در پژوهشی که زارع و همکاران (۱۳۸۳ ش.) در مورد ۵۵۰ نفر از زنان در سنین باروری انجام دادند، شیوع سقط عمدی

جنسیت، وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی یا اقتصادی باید وسایل لازم جهت آموزش و بهداشت زنان را تأمین کند. بعضی از این سیاست‌های تبعیض‌آمیز عبارتند از: نیاز به کسب اجازه شوهر برای انجام بعضی از اقدامات بهداشتی و به همین ترتیب در مورد دختران حاکمیت والدین تأثیری افتراقی بر آنها دارد و بعضی از قوانین که انجام بعضی از درمان‌های پزشکی مختص به زنان را جرم می‌داند. دولت‌هایی که نتوانند قوانین مربوط به حفظ مؤثر منافع زنان و یا اختصاص منابع بهداشتی مناسب برای بارداری و زایمان ایمن را به طور کارآمد اجرا کنند، از وظایف خود قصور ورزیده‌اند (۱۴).

اقداماتی که دولت‌ها برای ارتقای میزان بارداری ایمن باید انجام دهند را در سه گروه زیر می‌توان قرار داد:

۱- تغییر قوانین که مانع دستیابی زنان به بالاترین سطح بهداشت و تغذیه و کسب اطلاعات لازم در مورد باروری می‌باشند و نیز قوانینی که زن را ملزم به کسب اجازه شوهر یا یکی از افراد خانواده برای بهره‌جستن از خدمات بهداشتی خاص می‌کند.

۲- اجرای قوانین که حقوق زنان را از نظر تغذیه و بهداشت خوب و حفظ منافع بهداشتی، تضمین می‌کند از این‌گونه قوانین می‌توان به قوانین مربوط به منع ازدواج کودکان، تجاوز و سوءاستفاده جنسی نام برد. همه باید نهایت سعی و تلاش خود را در امر اجرای قوانینی به کار گیرند که سبب تشویق زنان در رعایت زمان مناسب در بارداری و زایمان از نظر بهداشت و سلامت می‌شوند.

۳- احترام به حقوق بشر؛ برای افزایش میزان بارداری و زایمان ایمن برای مادران، در قوانین و سیاست‌های ملی باید به حقوق بشر احترام گذارد.

۶. چالش‌های بارداری

۶-۱. مفهوم مرگ و میر مادر: فوت زن در دوران بارداری یا در ۴۲ روز اول پس از زایمان، بدون در نظر گرفتن مکان یا مدت بارداری، مرگ زایمان نام دارد. مسائل ناشی از بارداری یا شدت یافته توسط بارداری و یا مدیریت بارداری می‌تواند علت این مرگ و میر باشد. مرگ زایمان به دو گروه مستقیم و

است، در جهت تأمین سلامت و بهداشت زنان باردار می‌توان بهره‌جست. اساس و بنیان بسیاری از این معاهده‌ها و پیمان‌ها را بیانیه حقوق بشر سال ۱۹۴۸ تشکیل می‌دهد: ۱- از این میان می‌توان به معاهده لغو هرگونه تبعیض نسبت به زنان؛ ۲- معاهده حقوق مسلم کودکان؛ ۳- معاهده اروپایی احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی؛ ۴- معاهده امریکایی حقوق بشر؛ ۵- بیانیه آفریقا در مورد حقوق بشر و مردم اشاره نمود (۱۳). باید بیان کرد که دولت‌ها موظفند برای زنان خدمات بهداشتی و دیگر لوازم ضروری برای ایجاد خانواده و لذت‌بردن از زندگی خانوادگی را فراهم کنند.

مواردی از حقوق بشر را که به تأمین سلامت بهداشت زنان باردار مربوط باشند را در سه گروه زیر می‌توان قرار داد.

۵-۱. حقوق مربوط به زندگی، آزادی و ایمنی فرد: بر این اساس دولت‌ها موظف هستند تا هم وسایل بهداشت و سلامت مادر در دوران بارداری و زایمان را تأمین کنند و هم حق تعیین زمان و تعداد دفعات بارداری و زایمان را برای زنان تضمین کنند. بنابراین دولت‌ها باید عوامل اقتصادی، حقوقی، اجتماعی و بهداشتی که زنان را از این حقوق محروم می‌سازند را شناسایی کنند. بنابراین جامعه‌ای که از مساعدت به زنان محروم باشد، به رکود اقتصادی، اجتماعی، فقر فرهنگی و محدودیت در قابلیت‌های رشد و توسعه دچار خواهد شد (۱۳).

۵-۲. حقوق مربوط به ایجاد خانواده و زندگی خانوادگی:

از قبیل افزایش میزان آموزش و اطلاعات در مورد بهداشت و سلامت که دولت را موظف می‌سازند با ایجاد بانک‌های اطلاعاتی بهداشت فرد را از نظر جنسی و توانایی در باروری تضمین کند. با رعایت بهداشت اولیه، بدون در نظر گرفتن رشد اقتصادی دولت، بی‌خطر بودن بارداری برای زن تضمین خواهد شد. در کانون حقوق مربوط به زن، حق برخورداری از اطلاعات کافی در مورد بهداشت باروری قرار دارد که شامل مسائلی چون طرح‌ریزی خانوادگی، سقط جنین و آموزش جنسی می‌شود (۱۴).

۵-۳. حقوق مربوط به مساوات و محرومیت‌زدایی: دولت برای تأمین این حقوق، بدون در نظر گرفتن مسائلی چون

نقض حق جنین نیز به شمار می‌رود، زیرا خشونت جسمی و جنسی با کم‌وزنی نوزاد ارتباط معنی‌دار نشان داده و کم‌وزنی عامل ۷۰ درصد درصد از مرگ و میر نوزادان به خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۱۶). خشونت علیه زنان یکی از شایع‌ترین نوع تجاوز به حقوق انسانی بوده و در عین حال معضل وسیع بهداشتی نیز می‌باشد که نیازمند توجه سریع دولت مردان و قانونگذاران است. خشونت خانگی تأثیرات مخربی بر رفاه، میزان باروری و قدرت حمایت زنان از اطفالشان دارد (۱۷). تأکید بر حذف کامل این معضل بزرگ، عنصری کلیدی در راه احیای حقوق باروری و جنسی می‌باشد.

۷. ابعاد مختلف سقط جنین: سقط جنین همواره تحت الشعاع عوامل متعددی نظیر شرع، عرف، سنت، قانون و اخلاق بوده و از عوامل روانی اجتماعی و زیستی تأثیر می‌پذیرد. سقط القایی غیر ایمن علاوه بر خطرات جسمی و حتی مرگ می‌تواند تأثیر بنیادی بر جنبه‌های زندگی زنان داشته باشد. سقط جنین نه تنها معضل بهداشتی است، بلکه به عنوان معضلی اجتماعی در همه جوامع تلقی می‌گردد (۱۳).

۷-۱. ابعاد حقوقی و قانونی: حقوق تولید مثل دربرگیرنده بعضی از اجزای حقوق بشر است. این حقوق بر به رسمیت شناختن حق اساسی تصمیم‌گیری آزادانه و مسؤولانه همه زوجها در مورد تعداد، فاصله‌گذاری و زمان به دنیا آوردن طفل و نیز داشتن اطلاعات و ابزاری که بتواند این‌گونه عمل نماید و نیز حق دسترسی به بالاترین سطح استاندارد بهداشت تولید مثل و بهداشت جنسی استوار است. این حقوق، تصمیمات درباره تولید مثل را مطابق با اسناد حقوق بشر عاری از هرگونه تبعیض، فشار و خشونت دربر می‌گیرد.

راسخ می‌گوید: «در سقط القایی جنین، طرف‌های درگیر به دلیل باروری که دارند به موافقت یا مخالفت با پایان‌دادن به زندگی جنین برمی‌خیزند» (۱۸). برخی از حقوق‌دانان، نظر خود را بر روی حیات جنین متمرکز ساخته و از این رو به دلیل تقدس حیات انسانی بر این باورند که نمی‌توان جنین را از زندگی محروم ساخت. لازم نیست زندگی انسان کیفیت خاصی داشته باشد تا برای آن اهمیت قائل شویم. طرفداران

غیر مستقیم تقسیم می‌شود: در گروه اول علت‌های مرگ عبارتند از عوارض ناشی از زایمان، مکان زایمان و عوارض دوران پس از بارداری، این‌ها خود نیز از پنج علت سرچشمه می‌گیرند: خونریزی (که معمولاً پس از زایمان رخ می‌دهد)، عفونت و تشنج، به علت نارسایی فشار خون بالا، زایمان‌های سخت و عوارض ناشی از سقط جنین غیر ایمن، علاوه بر این هرگونه تداخل عمل، تخلیه، درمان غلط و هرگونه اتفاق ناشی از این مسائل می‌تواند این عوارض را به دنبال داشته باشند.

بیماری‌هایی که زن از پیش به آن‌ها مبتلا بوده و یا بیماری‌هایی که زن در دوران بارداری به آن مبتلا شده است (اما بدون این که بارداری علت مستقیم آن باشد)، اما تأثیرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری آن‌ها را تشدید کرده است. باعث مرگ‌های دسته دوم، یعنی غیر مستقیم هستند. برای مثال می‌توان به بیماری‌های عفونی چون مالاریا، کم‌خونی، ایدز، اچ‌آی‌وی بیماری‌های عروقی - قلبی اشاره کرد.

۶-۲. خشونت خانگی علیه زنان باردار: در خشونت علیه زنان، مردان به دلیل جنسیت زنان، نسبت به آنان اعمال خشونت کرده و حقوقشان را نقض می‌کنند. چنانچه این رفتار بین زن و شوهر باشد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود، هرچند مسأله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده‌ای در همه کشورهای جهان دارد، به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا اعلام تعداد اندکی از این موارد، آمار دقیقی از آن در دست نداریم. شیوع خشونت خانگی در جامعه ایرانی تقریباً بالا می‌باشد. در تحقیقی که ملک افضلی و همکاران (۱۳۸۳ ش.) در مورد ۸۱۵ زن متأهل در اصفهان انجام دادند، شیوع خشونت روانی کلامی از ۳۴ تا ۶۲ درصد و شیوع خشونت جنسی ۵۳ درصد گزارش گردید (۱۵). یکی از مخرب‌ترین انواع خشونت، خشونت علیه زنان باردار می‌باشد. مطالعات مختلف در ایران میزان مواجهه با خشونت‌های جسمی در زنان باردار را بین ۱۱ تا ۴۷ درصد گزارش کرده‌اند. در سایر مطالعات انجام‌گرفته میزان مواجهه زنان باردار با خشونت ۱۴ درصد گزارش شده است. خشونت علیه زنان باردار ۵ الی ۱۰ درصد و خشونت جنسی ۷ درصد که نقض حق زن به عنوان انسان است، بلکه

نظریه تقدس حیات دو نتیجه از این سخن یا ادعا می‌گیرند: اول، ارزش حیات برتر از همه ارزش‌ها است و هیچ ارزشی نمی‌تواند جایگزین آن شود؛ دوم، حیات همه انسان‌ها ارزشمند است و هیچ حیات انسانی بر حیات انسانی دیگر، از جمله حیات مادر بر زندگی جنین، برتری ندارد.

به این معنی که نباید حتی سازگارترین، امیدوارترین و متکامل‌ترین موجودات را بر گیاهی‌ترین، بدبخت‌ترین یا ناقص‌ترین آن‌ها ترجیح داد. سؤال این گروه این چنین می‌باشد و جواب آن‌ها آشکارا «حیات مقدس» است که آیا ما مجاز به خاتمه منفی است. نظریه تقدس حیات، قدیمی‌ترین و شاید جدی‌ترین دیدگاه در میان نظریه‌های سقط جنین می‌باشد که به ویژه بسیاری از گروه‌های دینی و جناح‌های محافظه‌کار سیاسی مطرح و از آن حمایت می‌کنند. از دیدگاه طرفداران نظریه تقدس حیات، حیات انسانی به محض تشکیل جنین آغاز می‌شود. ممکن است ایراد شود که جنین تقریباً هیچ یک از توانایی‌های انسان معمولی، به ویژه توانایی‌های شناختی را ندارد. طرفداران نظریه حیات در پاسخ می‌گویند شخص در حال اغما نیز دقیقاً در موقعیتی مشابه قرار دارد. شخص مزبور تقریباً همه حافظه و دانش خود را از دست می‌دهد و توان سخن گفتن یا شرکت در یک گفتگوی عقلانی را ندارد، اما از آنجا که فرد در حال اغما به دلیل دارابودن توان بالقوه ذاتی و طبیعی برای انجام اعمال عقلانی، انسان به شمار می‌آید. بنابراین جنین نیز که در موقعیت و شرایطی دقیقاً یکسان قرار دارد، باید انسان محسوب گردیده و کشتن آن ممنوع باشد (۱۹). بر این اساس آنچه به لحاظ اخلاقی مهم است، شخص (انسانی) بودن است نه کارکردهایی که یک موجود دارد. طرفداران نظریه تقدس حیات در مورد بارداری‌های ناخواسته، مانند بارداری ناشی از تجاوز به عنف، چه پاسخ و راه حلی ارائه می‌کنند؟ بنا بر پایه یک تفسیر از این نظریه، در این موارد لازم است تا زمان وضع حمل به این‌گونه افراد کمک شود. پس از آن در صورتی که آنان نخواهند نوزاد را نزد خود نگهدارند، می‌توانند به سادگی وی را برای فرزندخواندگی توسط دیگران رها کنند. به علاوه، این فرصتی خوب برای فرد و جامعه است تا به اقدام خیرخواهانه و کمک به هم‌نوع بپردازد. در حقیقت،

موارد مذکور زمینه اخلاقی زیستن و انجام عمل خیر را برای دیگران فراهم می‌آورد. از طرفی، تفسیر دیگری از این نظریه در برخی موارد مانند بارداری ناشی از تجاوز به عنف، استثنائاً سقط جنین را جایز می‌داند. یکی به این دلیل که از دید دینی تجاوز به عنف از مصادیق گناهان بزرگ، نقض قوانین الهی و توهین به قدرت خالق خداوندی است و به این دلیل می‌توان حکم به جواز از بین‌بردن نطفه حاصل از تجاوز داد. دلیل دیگر اینکه تجاوز به عنف و بارداری حاصل از آن، موجب نابودی سرمایه وجودی بزه‌دیده می‌گردد و از این رو، می‌توان استثنائاً سقط جنین را در این مورد روا دانست، بدین ترتیب چند مورد انتقاد به ادعاهای نظریه تقدس حیات وارد شده است، زیرا در این صورت مدعیان این نظر باید بسیاری از اعمال و امور مباح و مجاز را ممنوع بدانند. با این وصف، آنان نباید چیدن گل یا کشتن حیوان را مجاز بدانند. به نظر نمی‌رسد ایشان بخواهند چنین ادعای عبثی نمایند. حال اگر در پاسخ گفته شود که چیدن گل یا کشتن حیوان دلیل دارد، برای مثال رفع گرسنگی یا مداوای بیماری، در مقابل طرفداران سقط جنین می‌توانند جواب دهند که سقط جنین نیز دلیل دارد، برای نمونه جلوگیری از ازدیاد بی‌رویه جمعیت یا دوری از زندگی ناخواسته و رنج‌آور که تاب تحمل آن مقدور نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

تغییر نگرش و بازنگری در سیاست‌های موجود در مورد سقط جنین با تأکید توصیه می‌گردد. به نظر «سلامت مادران به عنوان شاخص توسعه اجتماعی» می‌باشد. فتاوی جدید فقها در خصوص مجوزهای شرعی سقط در زمینه‌های عسر و حرج در محدوده زمانی قبل از ولوج روح بتوانند راهگشای بازنگری قوانین توسط مراجع قضایی و حمایت قانونگذاران برای کاهش و حتی اجتناب از حق دسترسی به خدمات و سقط‌های غیر ایمن گردند. لازم به یادآوری است بالاترین کیفیت خدمات یکی از ۱۲ حقوق باروری مطرح‌شده در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره (۱۹۹۴ م.) می‌باشد که طی آن هیچ مانعی برای ارائه خدمات به متقاضیان نباید وجود داشته

پی‌نوشت

- 1- The first international maternal safety conference was held in Nairobi in 1987.
- 2- The world leaders' conference on children was in New York City in 1990.
- 3- International Conference on Population and Development in Cairo in 1994.
- 4- Fourth World Conference on Women in Beijing in 1995.

باشد و برای همه اقشار جامعه (از جمله جوانان) باید خدمات بهداشت باروری در دسترس باشد. بنابراین انتظار نامعقولی نیست اگر از سیاستگذاران و متولیان بهداشت و درمان ایران درخواست شود هرگونه موانع قانونی در مورد استفاده مادر از امکانات سقط سالم را (در صورت اصرار و توافق زوجین بر آن و کارسازنبودن مشاوره‌های انجام‌گرفته در این زمینه) از میان بردارند.

تغییر قوانین حقوقی کشور در مورد سقط القایی در موارد تجاوز به عنف توصیه می‌گردد تا به علت برخورداری نبودن از حقوق مدنی و اجتماعی کودکان بی‌گناه حاصل از تجاوز به عنف، زنان بزه‌دیده، این بار بزه‌دیده سقط غیر ایمن نگردند. اقدام و حمایت جدی دولت در این مورد، با سوق‌دادن این افراد به سوی نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور، علاوه بر کاهش مرگ و میر و عوارض سقط غیر ایمن، منجر به انجام مشاوره‌های بیماری‌های مقاربتی و اقدامات پیشگیری سریع یا درمان به موقع می‌گردد که اقدامی مفید بوده و از تحمیل بار عواقب این بیماری‌ها بر دوش جامعه می‌کاهد.

مشارکت نویسندگان

سارا رستمی تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

References

1. Mousavi SM, Sadeghzadeh M, Ostadzadeh N. Epidemiological picture of abortion in women referring to medical centers in Qom city. Summary of the articles of the seminar on the comprehensive study of the dimensions of abortion in Iran. Tehran: Ibn Sina Research School; 2002. p.59-98. [Persian]
2. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. New York: Author; 2007.
3. United Nations Population Fund. Report of the International Conference on Population and Development in Cairo. New York: United Nations Publication; 2004.
4. Rathert C, May D, Williams E. Beyond service quality: The mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. *Health Care Management Review*. 2011; 36(4): 359-368.
5. Iranian Statistical Center. Estimation of fertility Level and pattern in Iran: Using the own-children method. Tehran: Author; 2000. [Persian]
6. Hosseini SH. Evolution of Australia's abortion law in the mirror of the global trend with a brief overview of Iran's laws and the legal foundations of its legal freedom. *Fertility and Infertility Quarterly*. 2005; 6(4): 398-409. [Persian]
7. Dickens BM, Cook RJ. Ethical and Legal Issues in Reproductive Health, Reproductive health and public health ethics. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007; 14(99): 75-79.
8. Simbar M, Ahmadi M, Ahmadi G, Alavi Majd H. Quality assessment in family planning services in urban health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Payesh Journal*. 2007; 6(2): 145-155. [Persian]
9. Aghdak P, Majlisi F, Zeraati H, Eftekhari Ardebily H. Reproductive health and educational needs among pre-marriage couples. *Payesh*. 2009; 8(4): 379-385. [Persian]
10. Shamschiri Milani H. Mother's Rights to Life, a Medical Approach to Abortion. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6(4): 457-464. [Persian]
11. Hessini L. Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters*. 2007; 15(29): 75-84.
12. Zare N, Dasouri P. Estimating the Proportion of Illegal Abortion in 15-49 Year-Old Women by Randomized Response Technique). *Medical Journal Tabriz University of Medical Sciences*. 2004; 26(1): 36-39. [Persian]
13. Eslami SH. Ethical Approaches to Abortion; A Case Study. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6(4): 321-342. [Persian]
14. Pour Bakhsh SM. Analysis of logical criteria for codification of patients' rights charter. *MLJ*. 2009; 3(9): 35-62. [Persian]
15. Malek Afzali H, Mahdizadeh M, Zamani AR, Farajzadegan Z. Surveying Domestic Violence Against Women in Isfahan in 2003. *Medical Sciences Journal*. 2005; 14(2): 63-67. [Persian]
16. Arefi M. Domestic Violence against Women in Urmia City. *Women's Studies Quarterly*. 2003; 1(2): 101-120. [Persian]
17. Garcia-Moreno C, Stockl H. Protection of sexual and reproductive health rights: Addressing violence against women. *Int J Gynecol Obstet*. 2009; 106(2): 144-147.
18. Rasekh M. Overview of abortion theories. *Legal Research Quarterly*. 2003; 6(38): 165-207. [Persian]
19. Warriner IK, Shah IH. Preventing unsafe abortion and its consequences Priorities for research and action. Germany: Gutmarcher Institute; 2009.