

Review Article

Various Aspects of Abortion and Related Policies in the World

Azita Fathnezhad Kazemi^{1*}, Nasibe Sharifi², Somayyeh Khazaeian³, Ali Ramazankhani⁴

1. MSc of Midwifery, Department of Midwifery, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: afnkazemi@gmail.com

2. PhD Student of Reproductive Health, Student Research Committee, Shahid beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc of Midwifery, Pregnancy Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

4. Professor, Public Health School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 24 Apr 2016 Accepted: 13 Mar 2017

Abstract

Background and Aim: One of the challenges for women's reproductive health is unsafe abortions resulting from unwanted pregnancies. The aim of this study was to explore various aspects of abortion and related health policies in the world.

Materials and Methods: In this review, observational studies published in Persian and English were searched in Google Scholar, PubMed, Iranmedex, SID databases and WHO website using the keywords "Abortion" and "policy" or "politic", in the time limit of 2010-2015. After the initial assessment, abstracts of articles were studied, and duplicates and irrelevant articles were removed. Finally, the full text of 20 articles in Persian and 38 articles in English were analyzed.

Ethical Considerations: Honesty in the literature analysis, reporting and citation were considered.

Findings: Abortion has been prohibited in various religions except in special cases. But social changes and socio-economic participation of women lead to their incompatibility in the theoretical and practical aspects and women apply to induced abortion without regard to the rules. Legal aspects of abortion has been included threatening the mother's life, rape and fetal abnormalities, but obstacles such as lack of information, third party permissions, elimination of insurance coverage, lack of access to providers or their beliefs has limited access to the safe abortion. Despite restrictive policies, developments occurring around the world have been caused increasing requests for unsafe abortion and therefore associated maternal mortality and morbidity rates in the different continents and countries.

Conclusion: Regarding social changes, policies must be based on understanding the social determinants of health. Facilitating consultation and lawful grounds for abortion, and access vulnerable groups to reproductive health services is recommended.

Keywords: Abortion; Health Policy; Reproductive Health

Please cite this article as: Fathnezhad Kazemi A, Sharifi N, Khazaeian S, Ramazankhani A. Various aspects of abortion and related policies in the world. *Med Ethics J* 2017; 11(39): 75-89.

ابعاد مختلف سقط جنین و سیاست‌های مرتبط با آن در جهان

آزیتا فتح‌نژاد کاظمی^{۱*}، نسیمه شریفی^۲، سمیه خزائیان^۳، علی رمضان‌خانی^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: afnkazemi@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۴. استاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۵/۲/۵ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از چالش‌های سلامت باروری زنان سقط‌های غیر ایمن، ناشی از حاملگی‌های ناخواسته است. هدف از این مطالعه بررسی ابعاد مختلف سقط جنین و سیاست‌های سلامت مرتبط با آن در جهان است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Google Scholar، Iranmedex، SID و سایت سازمان جهانی بهداشت با واژگان کلیدی «Abortion»، «Policy» یا «Politic» در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ انجام گرفت. پس از بررسی اولیه، مطالعه خلاصه مقالات و حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط، در مجموع ۲۰ مقاله فارسی و ۳۸ مقاله انگلیسی دارای متن کامل وارد مطالعه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی: صداقت و امانت‌داری در تحلیل متون، گزارش نتایج و استناددهی رعایت گردید.

یافته‌ها: سقط جنین در ادیان مختلف به جز در موارد خاص منع شده است، اما تحولات اجتماعی و مشارکت زنان در عرصه اجتماعی - اقتصادی منجر به ناسازگاری جنبه‌های نظری و عملی شده و زنان بدون توجه به قوانین، اقدام به سقط می‌کنند. زمینه‌های قانونی سقط شامل تهدید حیات مادر، تجاوز جنسی و اختلالات جنینی بوده است، اما موانعی مانند نداشتن اطلاعات، مجوز شخص ثالث، حذف پوشش بیمه‌ای، عدم دسترسی به ارائه‌دهندگان خدمات و یا اعتقادات آن‌ها، دسترسی به سقط ایمن را محدود می‌سازد. علی‌رغم اتخاذ سیاست‌های محدودکننده، تحولات رخ داده در سراسر جهان سبب گردیده است که درخواست برای سقط و میزان عوارض و مرگ مادری مرتبط با آن در قاره‌ها و کشورهای مختلف افزایش یابد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تحولات اجتماعی، سیاستگذاری‌ها می‌بایست مبتنی بر فهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت باشد. ایجاد تسهیلات انجام مشاوره‌ای و زمینه‌های مناسب برای سقط قانونی، و دسترسی اقشار آسیب‌پذیر به خدمات سلامت باروری توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: سقط جنین؛ سیاست سلامت؛ سلامت باروری

مقدمه

رمز زندگی سالم در حفظ رفتارهای درست و تغییر عادات‌های نادرست، نهفته است. بزرگ‌ترین خطرهایی که سلامت را تهدید می‌کنند، ناشی از رفتارهای پرخطر هستند. یکی از علل مرگ و میر زنان در طول بارداری، دستکاری‌های عمدی به منظور سقط جنین بوده که تابلوی وحشتناکی از یک سناریو است که زنان قربانیان صف اول آن بوده (۱) و از دشوارترین مسائل اخلاقی به حساب می‌آید (۴-۲)، اگرچه سقط جنین، در نگاه اول موضوعی طبی است (۵)، مسأله جواز سقط جنین و قانونی‌سازی آن، تحت تأثیر مسائل مختلف می‌باشد (۶-۷). مسائل اعتقادی، قانون، عرف و اخلاق و عوامل اجتماعی موضوع سقط جنین را به نوعی تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند، حتی در مواردی که مادر یا جنین دچار بیماری است، تصمیم‌گیری برای حفظ سلامت مادر و جنین منوط به اخذ نظریات ابعاد دیگر است. به نظر می‌رسد که سلامت مادر چه با ادامه بارداری و چه با قطع بارداری، کمتر مورد علاقه باشد (۶-۵)، اما به عنوان یک معضل اجتماعی و تهدیدکننده سلامت جامعه جای تأمل است که فرض شود موضوعی با این ابعاد متنوع در تولید و تصدی رشته‌ای خاص قرار گیرد (۸). از آنجایی که دولت‌ها از طریق سیاستگذاری‌های عمومی مسؤولیت ویژه‌ای برای ایجاد شرایط بنیادین برای یک زندگی سالم و تسهیل انتخاب‌های مناسب، برای شهروندان دارد (۹)، بایستی ارزش‌ها و منافع عمومی جامعه و علایق آن‌ها را در نظر قرار دهد (۱۰). از آنجایی که دستیابی به سلامت و توسعه، بدون توجه به سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی در ابعاد گوناگون سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت ممکن نیست، اهمیت سیاست‌ها و تصمیمات دولتی دوچندان می‌گردد (۱۱). مطابق با کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، هر گونه تعامل جنسی باید از هر گونه اجبار و خشونت آزاد بوده و هر حاملگی می‌بایستی برنامه‌ریزی شده باشد (۱۲) و به کارگیری سقط جنین به عنوان یک روش تنظیم خانواده مردود است (۹، ۱۳). تأکید برنامه عملیاتی این کنفرانس بر اهمیت پیشگیری و ارائه خدمات سقط ایمن در موارد قانونی است (۱۲، ۱۴)، اگرچه کشورهای مختلف بر اساس آداب و

رسوم و باورهای فرهنگی خود سیاست‌های مرتبط با سقط جنین را اتخاذ می‌کنند (۱۵)، اما پس از کنفرانس جمعیت و توسعه، اکثر کشورها سعی در تغییر سیاست‌ها و قوانین مربوط به سقط و ایجاد برنامه‌هایی برای ایجاد خدمات سقط ایمن داشته‌اند (۱۲، ۱۴، ۱۶). در این زمینه، فدراسیون برنامه‌ریزی بین‌المللی پدران و مادران (International Planned Parenthood Federation)، کشورها را موظف می‌نماید که راهبردهای مناسبی را برای کاهش شیوع سقط‌های غیر ایمن و دستیابی به حقوق و خدمات قانونی برای زوجین و به ویژه زنان در کسب کنترل کافی بر بارداری خویش فراهم نمایند (۱۷). تحقیق حاضر بر آن است تا ضمن مرور ابعاد مختلف و قوانین سقط جنین، تغییرات و سیاست‌های قانونی مرتبط با آن را در سطح جهان بررسی نماید.

مواد و روش‌ها

در مطالعه مروری حاضر، معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از کلیه مطالعات مشاهده‌ای منتشرشده فارسی و انگلیسی زبان و گزارشات WHO که مرتبط با موضوع بودند. جستجوی جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Google Scholar، Iranmedex، SID و سایت WHO با استفاده از واژگان کلیدی «Policy or Politic» و «Abortion» در بازه زمانی ۲۰۱۵-۲۰۱۰ صورت گرفت. پس از بررسی اولیه، مطالعه خلاصه مقالات و حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط، در مجموع ۲۰ مقاله فارسی و ۳۸ مقاله انگلیسی دارای متن کامل وارد مطالعه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی

صداقت و امانت‌داری در تحلیل، گزارش متون و استناددهی رعایت گردید.

یافته‌ها

۱- تعاریف

سقط جنین به ختم بارداری قبل از این‌که جنین توانایی زندگی در خارج از رحم مادر را یافته باشد، اطلاق می‌گردد

(۱۸). معمولاً این زمان را قبل از هفته بیستم بارداری و یا وزن جنینی کمتر از پانصد گرم ذکر می‌کنند. سقط جنین انواع مختلفی دارد: در سقط خود به خود، به دلایل جنینی یا مادری، محصول بارداری، بدون کاربرد عوامل طبی یا مکانیکی، محکوم به خروج خود به خود از رحم مادر است (۱۲، ۱۸). در حالت دوم، در فرآیند بارداری مشکلی وجود ندارد، ولی به دلایلی، حاملگی به صورت ارادی خاتمه داده می‌شود. این نوع سقط جنین را عمدی یا القایی می‌نامند (۲۱-۱۹) که خود به دو نوع سقط قانونی و غیر قانونی تقسیم می‌شود (۱۹). در بیشتر موارد، سقط قانونی به دلیل بیماری و به منظور محافظت از سلامت مادر و یا به دلیل نقایص جنینی انجام می‌شود (۱۸). با توجه به این‌که در سقط قانونی، جرم و جنایتی رخ نمی‌دهد، مجازاتی نیز برای آن مطرح نیست (۲۲)، اما به سقط‌های القایی که مغایر با قوانین باشند، جنایی یا غیر قانونی گفته می‌شود (۱۹، ۲۱، ۲۳) که اغلب به صورت سقط‌های غیر ایمن صورت می‌گیرد. از نظر سازمان بهداشت جهانی، سقط‌هایی که توسط افراد غیر ماهر، یا در وضعیت مخاطره‌آمیز صورت گیرند به عنوان سقط غیر ایمن در نظر گرفته می‌شوند (۲۵-۲۴). در حال حاضر، سقط جنین در تمام جوامع، بدون توجه به مشکلات قانونی صورت می‌پذیرد (۹، ۲۶) و در کشورهای در حال توسعه، به عنوان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۲۸-۲۷).

۲- پیشینه

Devereu George در سال ۱۹۵۵، با استناد به تاریخ در بررسی سقط جنین در ۳۵۰ جامعه بسیار قدیمی، اظهار داشت که در تمام جوامع بشری از همان زمان‌های اولیه، سقط جنین از جمله مشکلاتی بوده که همیشه با بشر همراه بوده است (۹). در زمان‌های گذشته تلفات ناشی از سقط غیر ایمن بسیار بوده است، اما با پیشرفت علم پزشکی، مرگ و میر ناشی از سقط غیر ایمن کاهش یافته است (۱۲). بنا به گزارشات، الگوهای انجام سقط، در سراسر جهان مشابه و یکسان ذکر گردیده است و زنان در مواجهه با حاملگی‌های ناخواسته، بدون توجه به اعتقادات و ممنوعیت‌های قانونی، با پذیرفتن خطرات احتمالی آن جهت سقط اقدام می‌نموده‌اند (۹)، به عنوان مثال

زنان آفریقایی با فروکردن شاخه درختان و یا ریشه گیاهان در دهانه رحم توسط ماما‌های محلی و یا درمانگران سنتی، امید به انقباض القایی عضلات رحم دارشته و اقدام به سقط می‌نموده‌اند. زنان دست از جان‌شسته زامبیایی نیز با خوردن مواد شوینده و یا بنزین و یا مصرف بیش از حد داروهای نظیر آسپرین و کلروکین به انقباض شدید عضلات رحم کمک نموده و اقدام به سقط می‌نمایند (۹، ۲۹). در برخی مناطق پزشکان سنتی، با ضربه‌زدن به قسمت پایین شکم مادر اقدام به انجام سقط می‌کنند که می‌تواند منجر به پارگی رحم و مرگ زن شود (۱۶).

در ایران نیز مهم‌ترین روش‌های متداول سقط جنین استفاده از داروها و سموم، خشونت‌های جسمانی و دستکاری ناحیه‌ای با مواد شیمیایی است (۹). در صورتی که بر اساس سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، بهترین مراقبت برای حفظ سلامتی زنان، باید بر مبنای شواهد بالینی صورت گیرد. از این رو، در سال ۲۰۰۳ دستورالعمل تکنیکی و سیاسی مربوط به سقط را برای سیستم بهداشتی، با خطاب به سیاستگذاران، مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات تدوین و در سال ۲۰۱۳ آن را، به روزرسانی نموده است (۱۶).

۲-۱- آمارها و پیامدهای ناشی از سقط غیر ایمن:

پیامد سقط غیر ایمن، وابسته به تسهیلات محل انجام سقط، مهارت‌های ارائه‌دهنده خدمت، روش به کاررفته برای انجام سقط، وضعیت سلامتی و سن بارداری می‌باشد (۱۶). عوارض سقط‌های غیر قانونی از علل شایع بستری، زنان جوان در کشورهای در حال توسعه است (۲۰). طبق گزارش WHO، سالانه ۲۲ میلیون سقط غیر ایمن در جهان اتفاق می‌افتد که ۹۸٪ آن مربوط به کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۱۲)، (۱۶). در ضمن ۴۷ هزار مورد از مرگ و میر مادران مرتبط با عوارض سقط غیر ایمن بوده و ۵ میلیون زن از ناتوانی‌های ناشی از عوارض سقط غیر ایمن رنج می‌برند (۱۷-۱۶). عوارض ناشی از سقط غیر ایمن شامل خونریزی، عفونت و آسیب به رحم، دهانه رحم، واژن و ارگان‌های شکمی بوده است (۱۶)، ۳۰٪ که در ۳۰-۲۰ درصد از موارد منجر به عفونت دستگاه تناسلی می‌شود (۱۶). اغلب این عوارض به دنبال روش‌های

ذخیره نمایند. بخش عمده‌ای از این ذخیره را می‌توان برای رفع نیازهایی مانند ارائه خدمات با کیفیت، استانداردسازی خدمات و دستورالعمل‌ها و آموزش ارائه‌دهندگان خدمات به کار برد (۱۲).

۳- نظریه‌ها و دیدگاه ادیان مختلف در ارتباط با سقط جنین

۳-۱- نظریه‌های موجود در خصوص سقط جنین: در

این خصوص سه نظریه در رابطه با سقط جنین شامل نظریه آزادی مطلق، نظریه ممنوعیت مطلق و نظریه آزادی نسبی سقط جنین وجود دارد که مورد اخیر بیشترین طرفدار را در میان کشورهای مختلف جهان دارد. حقوق ایران نیز بیشتر متمایل به نظریه آزادی نسبی سقط جنین است. مبانی و تحولات نظریه آزادی نسبی سقط جنین شامل عدم تأثیر قوانین و انجام سقط جنین در شرایط غیر ایمن، حفظ سلامتی و جان مادر، اضطراب اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی، ناهنجاری‌های جنینی و سقط به دلایل پزشکی، خطر سرایت بیماری‌های وراثتی مثل جنون - اختلالات روحی و امراض جسمی است، مثلاً زنی که از تجاوز به عنف باردار شود، با توسل به خودکشی سعی می‌کند که خود را از شر این ننگ رها سازد (۳۳-۳۲).

۳-۲- دیدگاه ادیان:

۳-۲-۱- دین یهود: در تورات به سقط جنین عمدی اشاره‌ای

نشده است و تنها مورد اشاره‌شده، سقط‌شدن جنین یک زن در جریان نزاع است. در اینجا ضارب باید برای اسقاط جنین غرامت مالی بپردازد و در یکی از ترجمه‌های قدیم آن اشاره شده است که اگر جنین شکل کامل خود را یافته باشد، برای ساقط‌کننده آن مجازات مرگ در نظر گرفته شود، اما در تلمود (دومین کتاب یهود) اگرچه سقط جنین عمدی ممنوع دانسته شده است، اما برای ساقط‌کننده مجازات قصاص تجویز نشده است و در مواردی اسقاط جنین روا شمرده شده است. از مباحث بحث‌برانگیز در حقوق یهود درباره جواز سقط جنین، موردی است که زن از زنا باردار شده باشد که بر اساس نظر علمای یهود تنها در مواردی که زن شوهردار از این طریق حامله شود، مجاز به سقط جنین می‌باشد (۳۴).

مخفی و غیر قانونی رخ می‌دهند. باید به خاطر داشت که ننگ و ترس از مجازات مانع از گزارشات قابل اعتماد شده و دستیابی به تعداد مرگ و میر مشکل‌تر می‌شود (۱۶، ۳۰). همچنین باعث محروم‌شدن زنان از دستیابی به مراقبت‌های بعد از سقط می‌شود، زیرا آن‌ها، به علت ترس از سوء استفاده، بدرفتاری و تلافی حقوقی یا عدم وجود بودجه کافی از دریافت مراقبت‌های بعد از سقط، امتناع می‌ورزند (۳۱). عوارض و مرگ مادری ناشی از سقط القایی در زنان آفریقایی، بیشتر از سایر کشورهای در حال توسعه می‌باشد. به طوری که ۶۲٪ از مرگ ناشی از سقط غیر ایمن، در این منطقه صورت می‌گیرد. میزان مرگ ناشی از سقط غیر ایمن، ۴۶۰ مورد به ازای هر صد هزار در آفریقا، ۵۲۰ در صحرای آفریقا، ۳۰ مورد در آمریکای لاتین و ۱۶۰ مورد به ازای هر صد هزار در آسیا می‌باشد، اما در صورتی که این عمل، توسط افراد ماهر با استفاده از تکنیک‌ها و داروهای مناسب و تحت شرایط بهداشتی انجام شود، یک فرایند ایمن بوده و عوارض آن کاهش می‌یابد. به عنوان مثال در آمریکا، میزان مرگ ۰/۷ در هر ۱۰۰ هزار سقط قانونی است، حتی سقط قانونی در اواخر سه ماهه دوم میزان مرگ پایین‌تری نسبت به موارد سقط غیر ایمن دارد (۱۶). گزارشات حاکی از آن است که معالجه عوارض ناشی از سقط در کشورهای فقیر، هزینه زیادی را بر سیستم سلامت وارد می‌کند به طوری که متوسط هزینه برای هر مورد، در آفریقا ۱۱۴ دلار و در آمریکای لاتین ۱۳۰ دلار بوده است. هزینه‌های اقتصادی سقط غیر ایمن برای نظام سلامت کشور، بیشتر از هزینه‌های مستقیم ارائه خدمات پس از سقط است. در یک مطالعه هزینه سالانه ناشی از معالجه عوارض سقط غیر ایمن در مراقبت‌های اولیه ۲۳ میلیون دلار تخمین زده شده است. در صحرای آفریقا افراد مجبور هستند ۶ میلیارد دلار برای معالجه ناباروری و ۲۰۰ میلیون دلار در هر سال برای درمان سایر عوارض ناشی از سقط غیر ایمن از جیب خود پرداخت کنند. به علاوه هزینه عوارض مزمن بعدی ۹۳۰ میلیون دلار در هر سال تخمین زده شده است. در مکزیک قبل از قانونی شدن سقط، هزینه‌های ناشی از آن ۲/۶ میلیون دلار بوده که با دسترسی به سقط ایمن توانسته‌اند سالانه ۱/۷ میلیون دلار

۲-۳- دین مسیحیت: در انجیل چهارگانه، هیچ ذکری از سقط جنین به میان نیامده است، اما دانشمندان مسیحی به این مسأله توجه بسیار داشته‌اند. به اعتقاد کلیسای کاتولیک روم، جنین از همان لحظه انعقاد نطفه، یک انسان کامل است و مانند سایر انسان‌ها حق حیات دارد. بنابراین کلیسا هر گونه اقدام مستقیم به سقط را نکوهش کرده است، اگرچه برخی دانشمندان دمیده‌شدن روح را ملاک جواز سقط جنین دانسته‌اند، کلیسای کاتولیک این دیدگاه را رد کرده است و سقط را ناروا دانسته، ساقط‌کننده باید به مجازات برسد و همه جنین‌های سقط‌شده باید مانند انسان‌های بالغ غسل تعمید داده شوند. از آنجا که کلیسا قدرت رسمی برای اجرای این احکام ندارد، وظیفه دفاع از حقوق جنین را بر عهده حکومت نهاده است و فقط در موارد خطر مرگ مادر، در مواردی سقط را موجه دانسته‌اند (۳۵).

۳-۲-۳- دین زرتشت: در آیین گات‌ها، هیچ گونه تصریحی دال بر مسائل شرعی از قبیل روایی و ناروایی سقط جنین وجود ندارد، اما در آموزه‌های زرتشت، بر اساس سفارش به اصل خردورزی در تمام امور، می‌توان عمل سقط جنین را در شرایط خاصی روا دانست. به عبارت دیگر از منظر دین زرتشت هرگاه دانش زمانه، انجام کاری را ایجاب کند باید به آن پرداخت و شایسته نیست تا در چنین مواردی به بهانه پایبندی بر سنت‌های ناخردمندانه از انجام امور ابا کرد (۳۶).

۴-۲-۳- دین اسلام: با توجه به اصل لاضرر و لاضرار در اسلام، چنین استدلال می‌شود که سقط جنین تنها در صورتی که ادامه حاملگی حیات مادر را به خطر بیندازد و به طریقه دیگر نجات مادر ممکن نباشد، جایز می‌باشد (۳۷). مذهب شیعه سقط را پس از لانه‌گزینی تخمک لقاح یافته حرام کرده است، اما علمای اهل سنت نظرات گوناگونی در این مورد مطرح کرده‌اند (۳۸-۳۹). در کل، تمامی ادیان نسبت به ازدواج و ازدیاد نسل، وحدت نظر داشته و سقط جنین را به جز در موارد خاص مجاز نمی‌دانند (۳۷).

۳-۳- نقش فرهنگ در سقط جنین: فرهنگ، تعیین کننده اصلی سعادت و شقاوت، شیوه زندگی و کیفیت روابط انسانی در یک جامعه است. فرهنگ دارای دو جنبه نظری و

عملی است. جنبه نظری مجموعه باورها و اندیشه‌هایی است که جنبه آرمانی دارند و در اذهان مردم جریان دارند. فرهنگ عملی رویه‌هایی است که افراد یک جامعه در عمل بدان پایبند هستند و در چارچوب آن اعمال خود را سامان می‌بخشند. فرهنگ عملی و نظری هرچند با هم مرتبط هستند، اما اکثراً دو مقوله متمایزند. یکی از مواردی که این دو با هم، همخوانی ندارند، مسأله سقط جنین در موارد حاملگی ناخواسته است. تغییرات و مشکلات اجتماعی و اقتصادی ممکن است تضادی را بین فرهنگ عملی و نظری مردم نمایان سازد، زیرا مسأله کنترل جمعیت از یکسو و امکان مشارکت زنان در امور اجتماعی موجب گشته تا برخورد با حاملگی ناخواسته به گونه‌ای غیر از فرهنگ نظری باشد (۴۰).

۴- زمینه‌های قانونی سقط جنین و موانع دسترسی به آن

۴-۱- زمینه‌های قانونی سقط جنین از نظر WHO:

۱-۴-۱- زمانی که تهدیدی برای زندگی و سلامتی زن وجود دارد: تقریباً تمام کشورها، جهت حفظ و نجات جان مادر مجوز سقط جنین می‌دهند. در این خصوص برخی از کشورها فهرستی از عوامل تهدیدکننده زندگی از نظر پزشکی را تهیه نموده‌اند. همچنین برخی شرایط اجتماعی مانند مسائل ناموسی به عنوان تهدیدکننده زندگی در نظر گرفته می‌شوند، زیرا در برخی جوامع، حاملگی قبل از ازدواج ممکن است، منجر به خشونت و کشته‌شدن زن باردار شود (۱۶). برای حفظ سلامت جسمی مادر، مانند مواقعی که بارداری باعث تشدید بیماری روانی، درد، رنج روحی و یا در موارد اجبار جنسی و اختلال شدید جنین نیز، بایستی ارزیابی خطر صورت گیرد. در بسیاری از کشورها، جنبه‌های سلامتی را قانون مشخص نمی‌کند، بلکه صرفاً بیان می‌کند که برای جلوگیری از خطر آسیب به سلامت زن باردار سقط جنین مجاز است (۴۱). از آنجا که همه کشورهای عضو WHO سلامتی را به عنوان «حالت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و تنها نبود بیماری یا ناتوانی» قبول دارند (۴۲-۴۱)، این شرح از سلامت اجازه می‌دهد که به طور ضمنی سقط جنین برای حفظ از سلامت زنان صورت گیرد (۱۶).

۲-۱-۴- زمانی که حاملگی در اثر تجاوز جنسی باشد: حفاظت زنان از اقدامات بی‌رحمانه، غیر انسانی و تحقیرآمیز مستلزم آن است، زنانی که در اثر نتیجه اجبار و یا تجاوز جنسی، باردار می‌شوند دسترسی قانونی به خدمات سقط جنین ایمن داشته باشند (۱۶، ۴۳). حدود ۵۰٪ از کشورها در موارد تجاوز به عنف یا بارداری در موارد زنا با محارم، مجوز سقط جنین صادر می‌کنند (۴۲، ۴۴). در برخی کشورها، پیگیری مراجع قانونی و گزارش پزشکی قانونی برای تجاوز جنسی و یا تحقیقات پلیس، به منظور بررسی این‌که مقاربت غیر ارادی یا استثمار بوده است، جهت انجام سقط اعمال می‌شود. به دلیل وجود چنین موانعی، تأخیر در دسترسی به خدمات به وجود می‌آید. در بسیاری از موارد، زنانی که قربانی تجاوز جنسی هستند، از ترس مواجهه با انگ پلیس و دیگران، از دسترسی به سقط جنین قانونی محروم شده و به خدمات غیر ایمن متوسل می‌شوند. برای جلوگیری از این موانع بایستی ملزومات اداری به حداقل برسد و پروتکل‌های شفاف، توسط قانون تدوین شود (۱۶).

۳-۱-۴- زمانی که اختلال جنینی وجود دارد: در برخی کشورها فهرستی از انواع اختلالات و مواردی که با زندگی مستقل مغایرت دارند، تدوین شده است (۱۶، ۴۴)، البته در بعضی از مناطق، ایجاد چنین لیستی، منجر به محدودیت دسترسی به خدمات و مانعی برای دسترسی زنان به سقط ایمن می‌باشد. در صورتی که در برخی از کشورها، حفظ سلامت و دلایل اجتماعی مانند پریشانی زن باردار ناشی از تشخیص اختلال جنین کفایت می‌کند (۱۶، ۴۵).

۴-۱-۴- دلایل اقتصادی و اجتماعی: در چنین مواردی در زمینه‌های قانونی چنین تفسیر می‌شود که آیا ادامه حاملگی، بر شرایط و دستیابی به سلامت مادر تأثیر دارد یا نه، مانند بارداری در مواقع عدم ازدواج و یا ناتوانی در مراقبت از کودک توسط مادر (۱۶).

۵-۱-۴- درخواست مادر: در اکثر کشورها اجازه سقط جنین براساس درخواست زن باردار با محدودیت زمانی مواجه است (۱۶، ۴۴). نزدیک به یک‌سوم از اعضای کشورهای عضو سازمان ملل در صورت درخواست زن حامله مجوز سقط صادر

می‌کنند (۴۴). از نظر قانونی این زنان دارای چندین شرایط از زمینه‌های بیان‌شده در بالا هستند که باعث مشروعیت قانونی سقط می‌شود.

۲-۴- موانع قانونی، حقوقی و اداری دسترسی به سقط

ایمن در زمینه حقوق بشر: وجود و یا عدم وجود زمینه‌های قانونی و دامنه تفسیر آن‌ها، یک بعد از اثرات قانونی و سیاسی هستند که دسترسی زنان به سقط ایمن را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳۱). در زیر نمونه‌هایی از این موانع مورد بحث قرار گرفته‌اند.

۱-۲-۴- موانع دسترسی به اطلاعات: دسترسی به اطلاعات نقطه کلیدی در سقط ایمن است. وجود قوانین کیفری و ننگ ناشی از سقط باعث ترس زنان از درخواست اطلاعات از ارائه دهندگان خدمت در مورد خدمات قانونی می‌شود، به طوری که زنان ترجیح می‌دهند تا خدمات را از منابع غیر معتبر جستجو کنند. از طرفی بعضی از ارائه‌دهندگان خدمات (مراقبتی، انتظامی و قضایی)، درباره موارد قانونی سقط چنین آگاهی کافی ندارند (۱۶).

۲-۲-۴- مجوز شخص ثالث (Third-Party Authorization):

نیاز به مجوز شخص ثالث از یک متخصص پزشکی و یا کمیته بیمارستانی، دادگاه، پدر و مادر یا قیم یا شریک زندگی زن، نوعی نقض حق حریم خصوصی زنان و مانعی برای جستجوی زنان از خدمات سقط ایمن به شمار می‌آید (۱۶). مجوز شخص ثالث، نپایستی مانعی برای دسترسی به خدمات سقط جنین باشد، اما در افراد زیر سن قانونی، با در نظر گرفتن ظرفیت تکامل باید سیاست مناسب اتخاذ شود و تعامل پدر و مادر از طریق آموزش و ارائه اطلاعات افزایش یابد (۱۶، ۴۴).

۳-۲-۴- محدودیت ارائه داروهای اساسی و روش‌های موجود

برای سقط جنین: هنوز بسیاری از کشورها، داروهای مورد استفاده در سقط را در فهرست داروهای اساسی قرار نداده‌اند و به علت وجود محدودیت‌های قانونی پخش این داروها، مانع دسترسی به سقط ایمن می‌شود.

۴-۲-۴- محدودیت از نظر وجود ارائه‌دهندگان خدمات و

تسهیلاتی که می‌توانند خدمات ایمن ارائه دهند: محدودیت ارائه‌دهندگان (شامل فقط ژنیکولوژیست‌ها) یا تسهیلات (فقط

شامل سطح سوم خدمات) که به طور قانونی مجاز به ارائه خدمات هستند، دسترسی به خدمات را کاهش می‌دهد (۴۲، ۴۶).

۵-۲-۴- نیاز به دوره انتظار اجباری: وجود دوره زمانی اجباری توسط قانون و مقررات می‌تواند باعث تأخیر در مراقبت و دسترسی به خدمات و تصمیم‌گیری شود، اما باید در نظر گرفت که زمان انتظار از نظر پزشکی مورد نیاز نیست و بایستی خدمات به طور سریع در اختیار زنان قرار بگیرد (۱۶).

۶-۲-۴- سانسور کردن و خودداری از ارائه اطلاعات: سانسور و خودداری از دادن اطلاعات در مورد خدمات سقط جنین می‌تواند منجر به عدم دسترسی یا تأخیر در دریافت خدمات و افزایش خطرات بهداشتی برای زنان گردد. ارائه اطلاعات، بایستی کامل، صحیح و قابل فهم باشد. یک زن باید به صورت کامل اطلاعات را همراه با احترام و حفظ حریم خصوصی دریافت نموده و در صورت نیاز مورد مشاوره قرار گیرد (۱۶).

۷-۲-۴- حذف پوشش بیمه‌ای خدمات سقط جنین و عدم کاهش هزینه‌های خدمات برای زنان و نوجوانان فقیر.

۸-۲-۴- مسائل اعتقادی: برخی از ارائه‌دهندگان خدمات بر پایه وجدان، از ارائه خدمات و ارجاع زنان به سایر ارائه‌کنندگان خدمت سر باز می‌زنند که این عمل می‌تواند باعث تأخیر مراقبت در موارد مورد نیاز شود. قانون بین‌المللی حقوق بشر تصریح می‌کند که ابراز اعتقادات فردی ممکن است محدودیت‌هایی را برای حفاظت از حقوق اساسی دیگران ایجاد نماید (۱۶، ۴۷).

۳-۴- تأثیر قوانین و سیاست‌های محدودیت سقط جنین:

۱-۳-۴- افزایش میزان سقط غیر ایمن: ارتباط مستقیمی بین محدودیت قانونی و سقط غیر ایمن وجود دارد. متوسط میزان سقط غیر ایمن در کشورهایی با سیاست محدودیت سقط ۴ برابر بیش از سایر کشورها می‌باشد. این میزان به گزارش WHO در کشورهایی با محدودیت و عدم محدودیت سقط به ترتیب ۲۶/۹ در ۱۰۰۰ در مقابل ۷/۸ در ۱۰۰ زن می‌باشد (۱۶، ۱۲).

۲-۳-۴- افزایش میزان مرگ و میر مادران: ارتباط مثبتی بین سیاست محدودیت سقط با میزان مرگ و میر مادران

وجود دارد. متوسط مرگ مادر در کشورهای با محدودیت قوانین ۳ برابر بیشتر از کشورهای بدون محدودیت است (۲۳۳ در برابر ۷۷ مورد مرگ مادر). مطالعات نشان داده‌اند که قوانین و مقررات دسترسی به سقط ایمن، شیوع سقط را افزایش نداده، ولی منجر به کاهش سقط غیر ایمن می‌شود. موضوع مهم دیگر این است که در کشورهایی با محدودیت‌های شدید سقط جنین، دسترسی نابرابر به سقط ایمن به وجود می‌آید، به طوری که سقط‌های ایمن توسط افراد ثروتمند به کار گرفته می‌شود و این در حالی است که فقرا محروم از دسترسی به امکانات بوده و متوسل به ارائه‌دهندگان غیر آموزش دیده می‌شوند (۱۲، ۱۶، ۲۵).

۳-۳-۴- افزایش میزان باروری و حاملگی‌های ناخواسته: میزان باروری به طور معنی‌داری در کشورهایی که سیاست‌های محدودیت سقط دارند، بالاتر است (۳/۲۲ در برابر ۱/۹۷ کودک به ازای هر زن). همچنین متوسط میزان تولد در نوجوانان با سیاست‌های محدودیت سقط ۳ برابر بیشتر از کشورهایی با سیاست‌های آزادی سقط بوده است (۶۹ تولد در مقابل ۲۴ تولد در ۱۰۰۰ زن ۱۵-۱۹ ساله) (۱۲).

۵- تحولات قانونی سقط جنین در جوامع مختلف از ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۳

بررسی‌ها نشان می‌دهد که از سال ۱۹۹۶ به بعد صدور مجوز جهت سقط درمانی، تقریباً در تمام زمینه‌های قانونی به جز حفظ جان مادر که در ۹۷٪ موارد صورت می‌گیرد، افزایش یافته است. طبق گزارش WHO حدود دوسوم کشورها در موارد به خطراتادن سلامت جسمی و روانی مادر، یک‌دوم کشورها در موارد حاملگی ناشی از تجاوز جنسی و ناهنجاری‌های جنین و تنها در یک‌سوم کشورها در موارد وجود دلایل اقتصادی و اجتماعی و یا درخواست زنان اجازه سقط داده می‌شود. با وجود افزایش زمینه‌های قانونی از ۱۹۹۶، محدودیت سیاست‌های سقط جنین در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای توسعه‌یافته، ۴ برابر می‌باشد. بر اساس گزارش WHO در ۲۰۱۳، در بین دولت‌های پیشرفته و در حال توسعه به ترتیب ۸۲ و ۲۰ درصد، در موارد وجود مسائل اقتصادی و اجتماعی، ۷۱ و ۱۶ درصد، در صورت درخواست

آفریقا									
۱۹۹۶	۵۳	۲۵	۱۶	۱۳	۱۱	۴	۲	۰	۵۳
۲۰۰۵	۵۳	۳۱	۲۹	۱۷	۱۶	۴	۳	۰	۵۳
۲۰۱۳	۵۳	۳۳	۳۰	۲۰	۲۱	۴	۳	۰	۵۳
آمریکا									
۱۹۹۶	۳۳	۱۹	۱۳	۱۲	۸	۶	۴	۲	۳۵
۲۰۰۵	۳۳	۱۹	۲۰	۱۵	۷	۷	۴	۲	۳۵
۲۰۱۳	۳۱	۲۱	۲۰	۱۶	۱۲	۹	۶	۴	۳۵
اروپا									
۱۹۹۶	۴۰	۳۷	۳۶	۳۴	۳۵	۳۲	۲۶	۳	۴۳
۲۰۰۵	۴۱	۳۷	۳۷	۳۵	۳۶	۳۳	۲۹	۲	۴۳
۲۰۱۳	۴۲	۳۸	۳۸	۳۷	۳۸	۳۶	۳۲	۲	۴۴
آسیا									
۱۹۹۶	۴۶	۳۰	۲۶	۲۲	۲۴	۱۷	۱۵	۰	۴۶
۲۰۰۵	۴۶	۳۱	۲۸	۲۳	۲۴	۱۹	۱۷	۰	۴۶
۲۰۱۳	۴۸	۳۲	۳۰	۲۵	۲۸	۱۹	۱۷	۰	۴۸

مادر مجوز سقط وجود داشته است (۱۲). به دست‌آوردن اطلاعات صحیح در مورد نسبت سقط القایی مخصوصاً در کشورهایی که سیاست‌های محدودیت سقط دارند، بسیار مشکل است، زیرا سقط جنین بیشتر به صورت غیر قانونی و در بخش خصوصی انجام می‌گردد. بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۳، ۵۶ کشور (۲۰ آفریقایی، ۱۲ آسیایی و ۱۲ آمریکای لاتین ...) زمینه‌های قانونی سقط جنین را افزایش داده‌اند. در طول این مدت ۸ کشور (۳ کشور لاتین و کارائیب، ۲ کشور آفریقایی، ۲ کشور آسیایی و ۱ کشور اقیانوسیه) زمینه‌های قانونی برای اجازه به سقط را کاهش داده‌اند. همچنین در سال ۲۰۱۳ فقط ۴۸ کشور از ۱۴۸ کشور در حال توسعه در ۵ زمینه سقط یا بیشتر، اجازه سقط داده‌اند. تغییرات قانونی در جوامع و قاره‌های مختلف در جدول ۱ قابل مشاهده است (۱۲، ۴۴).

۶- قوانین و وضعیت سقط جنین در قاره‌ها و کشورهای مختلف

۶-۱- قوانین سقط و وضعیت موجود در منطقه اروپا:

بر اساس گزارش WHO اکثر کشورهای اروپایی در تمامی زمینه‌ها مجوز سقط قانونی دارند، به جز کشورهای ایرلند و آندورا که تنها در مورد حفظ جان مادر و کشور انگلستان که تنها در موارد حفظ جان مادر، درخواست مادر و تجاوز جنسی اجازه سقط داده می‌شود. کشور مالت تنها کشور اروپایی است که در هیچ زمینه‌ای مجوز سقط داده نمی‌شود. میزان سقط در منطقه اروپا بین ۱/۴ تا ۲۵/۵ در هزار زن سنین باروری متغیر است که کم‌ترین آن مربوط به اتریش و بیشترین آن در کشور استونیا می‌باشد. همچنین اکثر کشورها به جز موناکو و آندورا، به طور مستقیم از خدمات تنظیم خانواده حمایت می‌کنند (۴۸).

در کشورهای اروپایی دریافت مجوز سقط جنین شرایط خاصی را می‌طلبد، به طوری که در کشور فرانسه ۱۲ هفته بارداری، پرتغال ۱۰ هفتگی، در ایتالیا ۹۰ روزگی، در کشور سوئد ۱۸ هفته، در هلند ۲۲ هفته و فنلاند تا ۲۴ هفته پس از تشکیل جنین، آخرین مهلتی است که می‌توان سقط جنین را اعمال کرد. تمامی کشورهای ذکرشده به انضمام بلژیک و

جدول ۱: تغییرات قانونی در جوامع مختلف از ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۳

بر اساس گزارش WHO (۱۲)

سال	حفظ جان مادر	حفظ سلامت جسمی مادر	حفظ سلامت روانی مادر	در موارد تجاوز	ناهنجاری‌های جنینی	دلایل اجتماعی و اقتصادی	درخواست مادر	بدون اجازه	تعداد کل کشورها
جهان									
۱۹۹۶	۱۸۷	۱۲۰	۹۹	۸۳	۸۰	۶۰	۴۷	۵	۱۹۲
۲۰۰۵	۱۸۹	۱۲۷	۱۲۳	۹۳	۸۵	۶۵	۵۴	۴	۱۹۳
۲۰۱۳	۱۹۰	۱۳۲	۱۲۶	۱۰۲	۱۰۲	۷۰	۵۹	۶	۱۹۶
در کشورهای توسعه‌یافته									
۱۹۹۶	۴۵	۴۲	۴۱	۳۹	۳۹	۳۶	۲۸	۳	۴۸
۲۰۰۵	۴۶	۴۲	۴۱	۴۰	۴۰	۳۷	۳۲	۲	۴۸
۲۰۱۳	۴۷	۴۳	۴۲	۴۲	۴۲	۴۰	۳۵	۲	۴۹
کشورهای در حال توسعه									
۱۹۹۶	۱۴۲	۷۸	۵۸	۴۴	۴۱	۲۴	۱۹	۲	۱۴۴
۲۰۰۵	۱۴۳	۸۵	۸۲	۵۳	۴۵	۲۸	۲۲	۲	۱۴۵
۲۰۱۳	۱۴۳	۸۹	۸۴	۶۰	۶۰	۳۰	۲۴	۴	۱۴۷
کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته									
۱۹۹۶	۴۹	۱۸	۱۱	۵	۵	۳	۱	۰	۴۹
۲۰۰۵	۴۹	۲۴	۲۱	۱۰	۱۰	۴	۳	۰	۴۹
۲۰۱۳	۴۸	۲۴	۲۲	۱۳	۱۴	۳	۲	۰	۴۸

جدول ۲: اطلاعات مربوط به کشورهای قاره آمریکا

کشورهای	میزان	میزان سقط	
		مرگ و میر	به ازای هزار زن
سال	مادران	به ازای هزار زن	گزارش
۲۰۰۵	۲۵	۰/۵	۲۰۰۵
که در هیچ	۸۱	-	-
موردی جواز	۱۵۰	۱۲/۶	۲۰۰۵
سقط	دومینیک	-	-
نمی‌دهند	نیکاراگوئه	۹۵	-
کشورهای	کوبا	۷۳	۲۸/۹
که در تمام	مکزیک	۵۰	<۰/۵
موارد مجوز	آمریکا	۲۱	۱۹/۶
سقط دارند	کانادا	۱۲	۱۳/۷

سقط جنین از جنجالی‌ترین موضوعاتی بوده که از نیمه دوم قرن بیستم تاکنون در ایالات متحده آمریکا مطرح شده است و شاید بتوان اهمیت اجتماعی آن را با مسأله آزادی سیاه‌پوستان و لغو برده‌داری در قرن نوزدهم مقایسه کرد. در سال ۲۰۱۳ در پی اعلام دادگاه عالی ایالات متحده، سقط جنین در ۵۰ ایالت آمریکا قانونی اعلام شد. با این وجود کلیسای کاتولیک همواره مخالفت خود را با قانونی کردن سقط جنین ابراز کرده است (۵۳). در سال ۲۰۰۵، طبق گزارش مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در ۴۷ ایالت، میزان سقط جنین ۲۲٪ نسبت به قبل کاهش داشته است که احتمالاً مربوط به حذف بیمه برای خدمات سقط باشد (۵۴). همچنین در اکثر ایالات آمریکا انجام سقط توسط پزشک دارای پروانه پزشکی الزامی است (۵۵).

۳-۶- وضعیت موجود در منطقه آفریقا: میزان سالانه سقط القایی در آفریقا بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸، از ۵/۶ به ۶/۴ میلیون افزایش یافته است و اغلب آن (۲/۵ میلیون) در شرق آفریقا و کم‌ترین میزان آن در جنوب آفریقا اتفاق افتاده است. از ۶/۴ میلیون سقط القایی، تنها ۳٪ آن ایمن بوده است (۵۶). در اوگاندا، ۲۳٪ از زنان برای انجام سقط جنین به پزشکان سنتی مراجعه می‌کنند که بسیاری از آن‌ها از تکنیک‌های غیر بهداشتی و غیر ایمن استفاده می‌کنند. در کشور بورکینافاسو،

انگلستان به استثنای ایرلند، حتی پس از گذشت مدت زمان مشخص‌شده، در صورت به خطر افتادن سلامت و جان مادر و حتی بروز اختلالات جسمی در جنین، عمل سقط را بلامانع و ضروری می‌دانند. در کشورهایی مانند فرانسه و آلمان بر اساس قانون، فرآیند سقط جنین تنها در بیمارستان‌های دولتی یا کلینیک‌هایی که مجوز دارند، انجام می‌گیرد. کشور اتریش جز معدود کشورهایی است که به قوانین فوق پایبند نبوده و سقط جنین را در هر مکانی و نه فقط توسط پزشکان زنان و زایمان و ماماها اعمال می‌کند. در فرانسه مشاوره قبل از انجام سقط برای افراد زیر ۱۴ سال اجباری است و در آلمان فرصتی ۳ روزه بعد از انجام مشاوره به مادر داده می‌شود، اما در کشور انگلیس دوره انتظار وجود ندارد، مگر خود بیمار درخواست نماید که این دوره نیز نبایستی بیش از ۲ هفته طول بکشد. طبق قوانین فرانسه اگر پزشکی از انجام سقط سر باز زند، بایستی بیمار را به پزشک دیگری ارجاع دهد. در کشورهای اتریش، جمهوری چک، دانمارک، فرانسه، یونان، ایتالیا، نروژ، پرتغال، سوئد در مورد دختران مجردی که به دلیل تجاوز جنسی باردار شده‌اند، رضایت والدین لازم است (۵۰-۴۹). در این بین در ایرلند به عنوان یک کشور اروپایی که در آن محدودیت سقط وجود دارد، مهاجرت زنان ایرلندی به انگلستان جهت انجام سقط چشمگیر است. بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت بریتانیا، به طور میانگین روزانه ۱۲ و سالانه ۷ هزار زن ایرلندی برای دستیابی به خدمات سقط به انگلستان سفر می‌کنند (۵۲-۵۱)، اما با تحت فشار قراردادن دادگاه حقوق بشر اروپا در ۲۰۱۴، قانون مجوز سقط در صورت وجود خطر جدی برای حیات مادر در این کشور تصویب شد (۴۹).

۲-۶- وضعیت موجود در منطقه آمریکا: در بین کشورهای

این منطقه، در جمهوری دومینیک، السالوادور، نیکاراگوئه و شیلی در هیچ زمینه‌ای جواز سقط داده نمی‌شود. برعکس کشورهای کوبا، مکزیک، کانادا و آمریکا در تمام زمینه‌ها اجازه سقط دارند. میزان سقط با کم‌ترین میزان در مکزیک، ۰/۵ و بیشترین میزان ۲۸/۹ به ازای هر هزار زن در کوبا ثبت شده است. میزان مرگ و میر مادران بین ۱۲-۳۵۰ متغیر بوده است که به ترتیب مربوط به کانادا و هائیتی می‌باشد (جدول ۲) (۱۲).

شواهد حاکی از آن است که در ۴۲٪ از موارد، ارائه‌دهندگان غیر ماهر مبادرت به انجام سقط می‌کنند و در ۲۳٪ توسط خود فرد انجام می‌شود. در نیجریه تفاوت‌های بسیاری در میزان دسترسی به خدمات سقط جنین وجود دارد. برای مثال، یک بررسی ملی در سال ۲۰۰۲ نشان داد که تقریباً ۶ نفر از هر ۱۰ زن ثروتمند در مقابل ۳ نفر از هر ۱۰ زن فقیر به خدمات سقط ایمن دسترسی داشته‌اند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳، در این منطقه تمام کشورها به جز سودان در موارد حفظ جان مادر و کشورهای آفریقای جنوبی و تونس در تمام زمینه‌ها مجوز سقط دارند. میزان سقط در تونس و آفریقای جنوبی به ترتیب ۵/۵ و ۵/۷ در هزار بوده است. در این منطقه بیشترین میزان مرگ و میر مادران مربوط به کشور چاد، ۱۱۰۰ مورد به ازای صد هزار تولد زنده و کم‌ترین آن مربوط به تونس، ۵۶ مورد به ازای صد هزار تولد زنده می‌باشد. در این منطقه اکثر کشورها به جز لیبی از حمایت‌های مستقیم و غیر مستقیم برنامه‌های تنظیم خانواده برخوردارند (۴۹).

۴-۶ وضعیت موجود در آسیا: اکثر کشورهای این

منطقه مسلمان‌نشین بوده و بر اساس دیدگاه اسلامی سقط جنین شرعاً حرام است (۶)، اما از آنجایی که در دو کشور هند و چین، سقط در تمام زمینه‌ها قانونی است، بیشتر زنان در این منطقه در این دو کشور با قوانین سقط آزاد زندگی می‌کنند. به طور تخمینی، تعداد سالانه سقط در آسیا، بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸، از ۲۵/۹ میلیون به ۲۷/۳ میلیون افزایش یافته است که اکثر این سقط‌ها مربوط به جنوب مرکزی آسیا (۱۰/۵ میلیون) و شرق آسیا (۱۰/۲ میلیون)، یعنی هند و چین بوده است. میزان سالانه سقط در این منطقه در مدت مشابه تقریباً بدون تغییر مانده است؛ ۲۹ به ۲۸ مورد سقط به ازای هر هزار زن ۱۵-۴۴ ساله و بیشترین میزان آن (۳۶ مورد در هر هزار زن) مربوط به جنوب شرقی و کم‌ترین آن (۲۶ مورد در هر هزار زن) مربوط به غرب و مرکز آسیا می‌باشد، اما بیشترین میزان سقط ایمن مربوط به کشور چین می‌باشد (۵۷). با استناد به بررسی جامع WHO در سال ۱۹۹۹، در حال حاضر بسیاری از کشورهای اسلامی نظیر بحرین، عراق،

اردن، لبنان، کویت، عمان، قطر، عربستان سعودی، سوریه، ترکیه، امارات متحده عربی، یمن، مالزی و پاکستان زمینه‌های جواز سقط جنین را بر اساس ضرورت فراهم نموده‌اند. در مقابل، تعدادی از کشورها هنوز قوانین مربوط به سقط جنین خود را مورد بازنگری قرار نداده‌اند (۸). در سال ۲۰۱۳ کشورهایی مانند سنگاپور، ویتنام، چین، کره، قزاقستان، ارمنستان، آذربایجان و بحرین در تمام موارد و کشورهای لبنان، یمن، فیلیپین، ایران، سریلانکا و عراق تنها در مورد حفظ جان مادر مجوز سقط دارند. کم‌ترین میزان سقط در قطر، ۱/۱ و بیشترین میزان آن در قزاقستان، ۲۷/۴ مورد در هر هزار زن سنین باروری گزارش شده است. میزان مرگ و میر مادران در این منطقه بین ۳ تا ۴۷۰ مورد به ازای صد هزار تولد زنده می‌باشد که به ترتیب مربوط به سنگاپور و جمهوری خلق لائوس می‌باشد. بنا به تخمین WHO در سال ۲۰۰۸، ۱۲٪ (۱۷۰۰۰) مرگ و میر مادران در آسیا ناشی از سقط غیر ایمن بوده است (۴۹). در ایران نیز به عنوان یک کشور آسیایی، آمار دقیقی از موارد سقط جنین وجود ندارد. طبق گزارشات، به رقم سالیانه حدود هشتاد هزار سقط اشاره شده است (۵۸). قبل از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۵ سقط جنین برای حفظ جان مادر یا سلامت جسمی و روحی او یا در موارد تشخیص نقایص جنینی، در شرایط بهداشتی و توسط پزشکان کار آزموده مجاز و قانونی بوده است، اما در حوزه‌های دیگر نظیر تجاوز جنسی، دلایل اقتصادی - اجتماعی و درخواست والدین، سقط به صورت بهداشتی و غیر بهداشتی انجام می‌شده است. پس از سال ۱۳۵۷ قوانین سقط جنین لغو و مقررات قانون مجازات اسلامی جانشین قوانین پیشین گردید (۹). سقط جنین در ایران از نظر قانونی و شرعی محدود به شرایط خاصی است، اما علی‌رغم این محدودیت‌ها و حتی بر خلاف اعتقاد به نامقبول بودن این عمل در شرایط عادی، در حال حاضر بسیاری از افرادی که به دلایلی مایل به ادامه بارداری نیستند با توسل به روش‌های غیر ایمن اقدام به سقط جنین می‌کنند که در مواردی با عدم موفقیت و یا حتی بروز عوارض جدی برای مادر و جنین همراه است. برخورد با این مسأله صرفاً با اعمال روش‌های قهری امکان‌پذیر به نظر نمی‌رسد

آسیب‌پذیر از جمله نوجوانان و بازماندگان تجاوز جنسی و مسائل مرتبط با آن‌ها مد نظر قرار دهد.

و لازم است که علاوه بر تمهیدات حقوقی، فقهی، و پزشکی، به ابعاد اجتماعی و فرهنگی این مسأله نیز توجه شود (۵۹). قانونگذار ایران، از میان چهار نظر پیرامون جواز یا حرمت سقط جنین، تنها یک مورد را قانونی شناخته است: جواز سقط قبل از ولوج روح با شرایط خاص و حرمت آن پس از ولوج روح به صورت مطلق (۹).

نتیجه‌گیری

وجود طیف گسترده یک رفتار و بقای آن در میان مردم دلیل کارکرد آن رفتار و عدم کارکرد ساختارهای مرتبط به آن است. با وجود باورهایی که در مورد سقط جنین وجود دارد، این رفتار نه تنها محدود نشده، بلکه به صورتی غیر ایمن رایج گردیده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که سیاست‌های محدودیت شدید در دسترسی به خدمات مرتبط با سقط جنین، نه تنها در جلوگیری از این اقدام موفق نبوده، بلکه باعث افزایش سقط‌های غیر ایمن توسط افراد غیر ماهر و حتی منجر به مهاجرت زنان به کشورهای دیگر برای این اقدام گردیده است. آمار دقیقی از میزان سقط جنین، حتی در کشورهایی با سیاست‌های آزادانه وجود ندارد. از این رو نیاز به تحقیقات بیشتر برای کسب اطلاعات کامل در مورد جوانب مختلف سقط جنین می‌باشد. همچنین اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه در این زمینه می‌تواند کمک‌کننده باشد، به طوری که با استفاده از اقدامات اولیه مانند افزایش سواد سلامت در جوامع، استقرار برنامه‌های حمایت از گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر، افزایش تسهیلات مشاوره‌ای مناسب برای افزایش آگاهی زنان درباره فاصله‌گذاری بین تولدها، آموزش جنسی جوانان و زوجین، تسهیل فرآیند ازدواج، برنامه‌های آموزشی در مورد عوارض ناشی از سقط، افزایش نظارت بر امور مطب‌ها و دفاتر کار و آموزش مراقبین سلامت درباره زمینه‌های سقط قانونی و شرایط سقط ایمن و دسترسی به خدمات آن و مراقبت‌های بعد از سقط جنین، از سقط جنین و پیامدهای نامطلوب آن پیشگیری نمود.

به طور کلی می‌توان گفت سیاست‌های اتخاذ شده بایستی تمام جوانب و تحولات اجتماعی را با رویکرد حمایت از زنان

References

- Shamshiri H. Health, health and status of abortion in relation to it. The eighth conference of Reproduction and Infertility comprehensive review of abortion in Iran; 2004. p.105. [Persian]
- Hoseini H. Abortion legal evolution in Australia in the mirror global trends, a brief overview of the rules and principles in Iran and its constitutional rights to freedom. *J Reprod Infertil* 2004; 6(4): 388-409. [Persian]
- Movahedi J, Golzar E. Study of Abortion based on the theory of double effect. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(2): 26-44. [Persian]
- Rakhshai F, Zarei F. Health in all policies approach. *J Health Care* 2013; 9(2): 111-113. [Persian]
- Shamshiri Milani H. Check the mother's right to life from the perspective of medical abortion abortion. *J Reprod Infertil* 2004; 6(4): 457-464. [Persian]
- Rostami S, Abdi F, Ahmadi M, Vadahir A. A Comparative study of abortion laws in different countries of the world. *Med History J* 2013; 3(5): 79-111. [Persian]
- Patton EW, Hall KS, Dalton VK. How does religious affiliation affect women's attitudes toward reproductive health policy? Implications for the Affordable Care Act. *Contraception* 2015; 91(6): 513-519.
- Behjati Ardakani Z, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri-Ardekani H. The necessity of a comprehensive study on abortion in Iran. *J Reprod Infertil* 2005; 6(4): 299-320. [Persian]
- World Health Organization. Second international conference on health promotion. Adelaide, South Australia; 1998. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>.
- Ahmadi B, Fazadi F, Mohammadian M. Policy and administrative challenges and strategies to improve women's health: A qualitative approach, according to experts. *Payesh* 2011; 11(1): 127-137. [Persian]
- United Nations Population Fund. Abortion Policies and Reproductive Health around the World. Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2014. Available at: <http://www.un.org/en/development/desa/.../policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth>.
- World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva; 2000. Available at: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
- Roudi-Fahimi F. Women's reproductive health in the Middle East and North Africa. DC: Population Reference Bureau Washington; 2003.
- World Health Organization. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. 1997. p.1-75. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63689/1/WHO_RHT_97.20.
- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2th ed. 2012. p.1-132. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en.
- International Planned Parenthood Federation. Abortion 2015. Available at: <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/abortion>.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams Obstetrics, Abortion. 24th ed. USA: McGraw-Hill; 2014. p.500-573.
- Keshavarzi F, Khashai M, Alikhani M, Abbasi N. An epidemiologic study of legal abortion in hospital in Kermanshah Moatazedi since 1375-1380. Reproduction and Infertility Annex, conference abstracts comprehensive study of abortion in Iran, Avicenna Research Institute; 2002. p.91. [Persian]
- Gadipasha M, Bashardoost N, Godsi A, SamadiRad B, Nikiani A, Rohparvar R. Evaluate awareness of Obstetricians and Gynecologists and midwives in Yazd terms of therapeutic abortion legal and illegal abortion (deliberate). *J Shahid Sadoughi Med Sci* 2011; 19(2): 141. [Persian]
- Shamshiri Milani H. Induced abortion. *Research in Medicin* 2006; 30(4): 263-265.
- Hoseini Mogaddam SA. Criminal liability for abortion. *Theological Convictions* 2002; 3(12): 129-158. [Persian]
- Gadipasha A, Aminian Z. The study of abortion licences being issued by legal medicine office of kerman in 2005 and a short comparison with last years issued licences. *J Kerman Med Sci* 2007; 14(2): 147-152. [Persian]
- World Health Organization. Facts on induced abortion worldwide. Geneva; 2012. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012pdf.
- World Health Organization. Unsafe abortion incidence and mortality: global and regional levels in 2008 and trends during 1990-2008. Geneva; 2012. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.

25. Nojomi H. Report of a patient. Fertility and infertility Abstract seminar comprehensive study of abortion in Iran Avicenna Research Institute. Tehran: Avicenna Institute; 2002. p.36. [Persian]
26. Nikpour B, Majlessi F, Tol A, Eshraghi N. Assessment of Induced Abortions and its Effective Factors in Comparison with Spontaneous Abortions among Women Refer to Hospitals in South of Tehran. *Family Health J* 2013; 1(3):14-20. [Persian]
27. Nikzad A, Jorsaraei G. Studying the abortion from religious jurisprudence perspective. *Islam Health J* 2014; 1(1): 29-37. [Persian]
28. Wilcox AJ, Horney LF. Accuracy of spontaneous abortion recall. *Am J Epidemiol* 1984; 120(5): 727-733.
29. Jalili Z, Rohani A, Mohammad Alizade M, Jafari S, Sharifi M. Comments obstetricians and gynecologists and general practitioners in Kerman abortion legal. *J Payesh* 2001; 5(3):165-175. [Persian]
30. Boyle EH, Kim M, Longhofer W. Abortion Liberalization in World Society, 1960-2009. *Am J Socio* 2015; 121(3): 882-913.
31. Saraei H, Roshan P. Social factors influencing the attitudes of women towards abortion. *Women Develop Politic* 2012; 12(2): 5-23. [Persian]
32. Rashidi T. Legal abortion in Iran; 2012. Available at: [Http://www.tebyan.net/newindex.aspx?pid=232823](http://www.tebyan.net/newindex.aspx?pid=232823). [Persian]
33. Soleimani H. Abortion in Judaism. *J Reprod Infertil* 2005; 6(4): 362-368. [Persian]
34. Soleimani H. Abortion in Christianity. *J Reprod Infertil* 2005; 6(4): 343-348. [Persian]
35. Agaei M. Abortion and Zoroaster Religion. *J Reprod Infertil* 2002;6(4): 349-361 [Persian]
36. Khaziei S. Islam and abortion. J Reprod Infertil, abstracts seminar comprehensive study of abortion in Iran. Tehran: Avicenna Institute; 2002. p.74. [Persian]
37. Zafargandi N, Malakoti M, ZareNezhad N. Approaches about Induced abortion. *Daneshvar* 2010; 17(88): 84-91. [Persian]
38. Alamri YA. Islam and abortion. *J Islam Med Assoc* 2011; 43(1): 39-40.
39. Veisi F, Zanganeh M. The Causes of Illegal Abortions and Their Methods in Outpatient Clinics of Kermanshah University of Medical Sciences. *Sci J Forensic Med* 2012; 18(1): 47-52. [Persian]
40. World Health Organization. Constitution of the world health organization. New York: Chronicle of the World Health Organization; 1947.
41. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization; 2003.
42. Committee of Health Reaserch. General Comment No. 28: Equality of rights between men and women (article 3). Geneva: United Nations; 2000.
43. United Nations Population Fund. World Abortion Policies Department of Economic and Social Affairs Population Division. New York: United Nations; 2011.
44. Cook RJ, Ngwena C. Women's access to health care: the legal framework. *Int J Obstet Gynecol* 2006; 94(3): 216-225.
45. Paul M, Danielsson KG, Essen B, Allvin MK. The importance of considering the evidence in the MTP 2014 Amendment debate in India-unsubstantiated arguments should not impede improved access to safe abortion. *Glob Health Action* 2015; 8: 27512.
46. Schwelb E. Entry into Force of the International Covenants on Human Rights and the Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights. *Am J Int Law* 1976; 70(30): 511-519.
47. Finer L, Fine JB. Abortion law around the world: progress and pushback. *Am J Public Health* 2013; 103(4): 585-589.
48. Acosta L. Abortion Legislation in Europe. The Law Library of Congress; 2015.
49. Levels M, Sluiter R, Need A. A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. *Health Policy* 2014; 118(1): 95-104.
50. Albanese P. Abortion & reproductive rights under nationalist regimes in twentieth century Europe. Toronto: Pristine Publications; 2004.
51. Rohini B. A Review of Abortion in Ireland. *RSCI Student Med J* 2011; 4(1): 78-81.
52. Mosavi M, Amidian H, Noroozi Y, Safari Y. Historical and legal procedure of abortion in America and the role of women in political decision-making process. *Women Rights J* 2011; 5(2): 96-123. [Persian]
53. New MJ. Analyzing the effect of anti-abortion US state legislation in the post-Casey era. *State Politic Policy* 2011; 11(1): 28-47.
54. Guttmacher Institute. An Overview of Abortion Laws. 2012. Available at:

<https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/overview-abortion-laws>.

55. Guttmacher Institute. Facts on Abortion in Africa. New York: Guttmacher Institute; 2012. Available at: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Africa.pdf.

56 Guttmacher Institute. Facts on Abortion in Asia. New York: Guttmacher Institute; 2012. Contract No.: 9816. Available at: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-asia.pdf.

57. Khosravi M. The prevalence of abortion and mortality in motazedi hospital in Kermanshah. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2004; 9(3): 25.

58. Akrami M, Bastani A, Osati Z. Avoid medical errors in medical abortion, how much should be careful? *Iran J Med Ethics Hist Med* 2001; 4(3): 27-33. [Persian]