

بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان

سحر رستمی

فاطمه عبدی^۱

محبوبه احمدی

ابوعلی وداده‌پیر

چکیده

روزانه ۹۱۰۰۰۰ مورد حاملگی در دنیا اتفاق می‌افتد که یک‌چهارم از این حاملگی‌ها ناخواسته می‌باشند و ۱۵۰۰۰۰ مورد از طریق سقط خاتمه می‌یابند که ۵۰۰ مورد به مرگ مادر منجر می‌گردد. سقط غیرایمن از عواقب خطرناک حاملگی ناخواسته بوده و یکی از علل مهم مرگ و میر مادران می‌باشد. مسأله جواز سقط جنین و قانونی‌سازی آن، از جمله مسائلی است که تحت تأثیر مسائل شرعی، حقوقی و سیاسی هر کشور، در هر دوره از زمان حکم خاص خود را داشته است، اگرچه در اسلام و اکثر ادیان سقط جنین منع شده است، ولی مشکلات ناشی از ممنوعیت مطلق آن، باعث شده که اغلب کشورها با نگرشی واقع‌بینانه، سقط جنین قانونمند را در شرایطی مانند نجات جان مادر، وقوع تجاوز یا زنای با محارم، نقایص جنینی، و شرایط خاص اقتصادی – اجتماعی اجازه دهند. به منظور جلوگیری از عواقب سقط غیر قانونی و حمایت هرچه بیشتر از حقوق زنان، لازم است تحقیقات بیشتری جهت وضع یا تعدیل قوانین با نگرشی نو به مسأله سقط جنین انجام شود. بدین منظور مطالعه حاضر به بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان پرداخته است. نتایج حاکی از آن است که در کشورهای جهان رویه‌های متفاوتی برای جواز سقط جنین برگزیده شده است و گرایش نهایی کشورهای اسلامی بر این است که علیرغم مخالفت در فقه سنتی، سقط جنین را در مواردی مجاز بشمارند.

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی شهید

Email: Abdi@sbmu.ac.ir

بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

بنابراین بهتر است در کشور ایران نیز در خصوص این موارد قانونگذاری دقیق صورت گیرد.

واژگان کلیدی

سقط جنین، حقوق زنان، قوانین سقط، حقوق تطبیقی

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین مشکلاتی که امروزه کشورهای در حال توسعه با آن روبرو هستند، رشد بی‌رویه جمعیت می‌باشد که در واقع تهدیدی جدی برای جامعه جهانی و اساسی‌ترین مانع توسعه اقتصادی - اجتماعی کشورها محسوب می‌شود. (حسینی و همکاران، ۲۰۱۲ م.) هر ساله حدود ۹۰ میلیون نفر به جمعیت جهان افزوده می‌شود، لذا پیش‌بینی می‌گردد که جمعیت جهان در حوالی سال ۲۰۲۰ به هشت میلیارد برسد. (لوکاس، ۱۳۸۴ ش.) روزانه ۹۱۰۰۰۰ مورد حاملگی در دنیا ایجاد می‌شود که یک‌چهارم از این حاملگی‌ها ناخواسته می‌باشند و ۱۵۰۰۰۰ مورد این‌ها از طریق سقط قانونی یا غیر قانونی خاتمه می‌یابند که ۵۰۰ مورد آن‌ها به مرگ منجر می‌گردد. (فتحی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۱ م.) به عبارتی سالانه ۸۰ میلیون زن در جهان حاملگی ناخواسته دارند که ۴۵ میلیون آن‌ها به سقط ختم می‌شود. سالانه عوارض وابسته به حاملگی، بیش از نیم میلیون زن را در جهان می‌کشد و باعث بروز ناتوانی در ۱۲۰ میلیون زن می‌شود. (بلیفیلد، ۲۰۰۹ م.) حاملگی ناخواسته در تمامی نژادها و در هر وضعیت اجتماعی - اقتصادی اتفاق می‌افتد. حاملگی ناخواسته به خصوص در کشورهای که از قانون منع سقط تبعیت می‌کنند، در موارد زیادی سقط‌های غیر قانونی و عفونی را به دنبال دارد که یکی از علل مهم مرگ و میر مادران می‌باشد. (امیری، ۱۳۸۸ ش.) در سایر موارد که حاملگی ناخواسته تداوم می‌یابد، عواقب جسمانی، روانی و اجتماعی بسیاری را برای خانواده‌ها به همراه می‌آورد. سقط جنین از دشوارترین مسائل اخلاقی است که از تاریخ آن بیش از ۲۰۰۰ سال می‌گذرد. در حال حاضر بیش از دوسوم مردم جهان در مناطقی به سر می‌برند که به صرف تقاضای زن یا در صورت تهدید جان او، امکان درخواست سقط قانونی در آنجا وجود دارد. (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) مسأله

سقط جنین، از جمله مسائلی است که تحت تأثیر مسائل شرعی، حقوقی و سیاسی در هر برهه از زمان حکم خاص خود را داشته است. (موحدی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) به طور مثال در کشور رومانی مسئولان سیاسی به دلیل وضعیت بسیار نامطلوب کمی تعداد مولید، از سال ۱۹۶۷ میلادی سقط جنین را به طور عملی ممنوع کردند. (ظفرقندی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) مسئولان امور مذهبی نیز همیشه از شدیدترین مخالفان سقط جنین بوده‌اند و این مسأله تقریباً شامل تمام ادیان می‌شود. (شهبازی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.) بر اساس آمار سال ۱۹۵۵، هر ساله تقریباً ۲۵ میلیون سقط جنین قانونی و ۲۰ میلیون سقط جنین غیر قانونی در دنیا واقع می‌شود که این رقم به این معناست که به ازای هر ۱۰۰۰ زن واقع در سنین باروری، ۳۵ نفر سقط جنین کرده‌اند. در بین کشورهایی که سقط جنین را مجاز شمرده‌اند، بالاترین میزان در ویتنام و پایین‌ترین میزان در بلژیک و هلند گزارش شده است. (حسینی مقدم، ۱۳۸۷ ش.) انواع سقط جنین عبارتند از:

۱- سقط جنین خود به خودی، به معنای خروج جنین یا رویان از رحم قبل از هفته ۲۰ حاملگی یا جنین با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم و بدون کاربرد عوامل طبی یا مکانیکی برای تخلیه رحم می‌باشد؛

۲- سقط القایی، به معنای خاتمه دادن به حاملگی با روش‌های طبی یا جراحی قبل از کسب قابلیت حیات توسط جنین است. سقط درمانی از انواع سقط القایی است که به منظور محافظت از سلامت مادر به دلیل بیماری وی، یا به دلیل نقایص جنین انجام می‌شود. (کانینگهام و همکاران، ۲۰۱۰ م.) با توجه به این که در سقط درمانی جرم و جنایتی تحقق ندارد و برای حفظ جان مادر چنین تصمیمی گرفته و اجرا می‌گردد، مجازاتی نیز برای آن مطرح نیست. (حسینی مقدم، ۱۳۸۷ ش.) در حال حاضر شایع‌ترین اندیکاسیون برای سقط درمانی، در تمام دنیا جلوگیری از به

دنیا آمدن جنین‌های مبتلا به اختلالات شدید آناتومیک، متابولیک یا عقلانی می‌باشد. (کانینگهام و همکاران، ۲۰۱۰ م.) میزان بالای مرگ و میر مادران باردار به علت سقط جنین غیر ایمن (سقط‌هایی که توسط افراد غیر ماهر، یا در وضعیت مخاطره‌آمیز یا هر دو صورت گیرند)، خصوصا در کشورهای فقیرتر، از نگرانی‌هایی بود که در کنفرانس جمعیت و توسعه سال ۱۹۹۴ سازمان ملل متحد در قاهره مورد ارزیابی قرار گرفت. (حسینی، ۱۳۸۴ ش.) مطالعات نشان داده است که عوارض سقط‌های غیر قانونی از علل شایع بستری نمودن زنان جوان در کشورهای در حال توسعه است. (قادی‌پاشا و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) این عوارض شامل سپتی سمی، خونریزی شدید، پارگی رحم، جراحی دستگاه تناسلی، آمبولی و هیستریکتومی می‌باشد. به طور کلی سقط جنین موضوعی است که مباحثه و تبادل نظر پیرامون آن پزشکان را از رسیدن به توافق مناسب و رضایت بخش به کلی ناامید می‌کند (جلیلی و همکاران، ۱۳۸۵ ش.) و علت عدم توجه دقیق غالب اسناد بین‌المللی حقوق بشر به این مسأله بسیار مهم، در حقیقت ریشه در همین تعارضات دارد. (مهرگان، ۱۳۸۴ ش.) در حالی که تصمیم‌گیری در این خصوص از مباحث مهم اخلاق پزشکی می‌باشد. تحقیق حاضر بر آن است ضمن مرور قوانین سقط جنین در کشورهای مختلف جهان، تغییر موضع و انعطاف منطقی بعضی کشورها در خصوص این پدیده اجتماعی را بررسی کند و با اشاره کوتاه به برخی مبانی فقهی و اجتماعی، ضرورت جواز سقط جنین قانونمند را تقویت نماید.

روش

این مقاله جهت بررسی مقایسه قوانین سقط جنین در کشورهای جهان انجام شد. جهت جستجوی مقالات از پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed ، Google ،

Scopus و Iranmedex and SID طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ استفاده گردید. واژگان کلیدی مورد استفاده شامل سقط جنین، قوانین سقط و کشورهای جهان بود.

الف - پیشینه تاریخی

در امپراطوری ایران، انجام سقط جنین مجازات سنگین و سختی را در پی داشت، با این حال، در میان یونانیان و رومیان سقط جنین بدون هیچ محدودیت اخلاقی انجام می‌شد. یونانیان باستان سقط جنین را برای کنترل جمعیت به کار می‌بردند. افلاطون مدافع این دیدگاه بود که زنان بالای چهل سال باید مجبور به سقط جنین شوند. در قوانین روم باستان نیز آمده است: «نوزادی که در شکم مادرش است، شخص محسوب نمی‌شود.» از این حیث سقط جنین و حتی نوزادکشی جایز بود. سورانس افسوسی، که اغلب به عنوان بزرگ‌ترین پزشک بیماری‌های زنان عصر باستان تلقی می‌شود، عموماً مخالف شیوه‌های آزاد سقط جنین در امپراتوری روم بوده است. در سوگندنامه بقراط آمده است: من هرگز به خواست کسی که داروی مرگ‌آوری طلب کند، وقعی نخواهم نهاد، و نه هرگز اشاره و پیشنهاد در این زمینه خواهم کرد. همچنین هیچ‌گاه داروی سقط جنینی به زنی نخواهم داد. با این حال غالب پزشکان معاصر بقراط با او مخالف بوده‌اند. (ملا یوسفی، ۱۳۸۸ ش.) در آموزه‌های سنت کهن زرتشتی نیز سقط جنین مردود و ناروا به شمار می‌آمد. (آقایی، ۱۳۸۴ ش.) تا قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، سقط جنین در اکثر کشورهای دنیا مطرود و غیر قانونی بود. در نخستین سال‌های دهه ۱۹۵۰، آزادسازی سقط جنین در بسیاری از کشورهای اروپایی مورد توجه قرار گرفت (کوزه‌گر، ۱۳۸۶ ش.) و در نهایت در سال ۱۹۷۳ دادگاه عالی آمریکا در

پرونده‌ای تحت عنوان «Roe v. Wade»، سقط جنین را در سه ماهه اول بارداری مجاز اعلام کرد. در این دادگاه اعلام شد که جنین از حیث قانونی انسان قلمداد نمی‌شود، هرچند که عرف آن را انسان در نظر بگیرد. (ملایوسفی، ۱۳۸۸ ش.)

ب - قوانین سقط جنین در کشورهای آسیایی

از آنجا که ۴۲ کشور از ۴۷ کشور در قاره آسیا مسلمان‌نشین هستند، ابتدا به بررسی اجمالی سقط جنین از منظر اسلام می‌پردازیم. قوانین اسلامی در کشورهای مسلمان‌نشین این منطقه به حل مسائل مورد اختلافی چون سقط جنین کمک شایانی می‌کند. (یاری و همکاران، ۲۰۱۱ م.) بر اساس دیدگاه‌های اسلامی، سقط جنین شرعاً حرام بوده و در قانون برای کسانی که به انجام این عمل مبادرت می‌ورزند، هم مادر و هم پزشک، مجازات سنگینی وضع شده است. (موحدی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) قرآن به عنوان مهم‌ترین منبع و اساس قوانین اسلام، عبارت سقط جنین را به وضوح بکار نبرده است، اما برای حق حیات اهمیت و تقدس وافر قائل می‌شود. (یاری و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) از دیدگاه قرآن نابودی حق حیات به ناحق برابر است با نابودی همه جامعه، به طوری که در آیه ۳۲ سوره مائده می‌فرماید: هر کس نفسی را بدون حق قصاص یا بی آنکه فساد و فتنه‌ای در روی زمین بکند به قتل برساند مثل آن باشد که همه مردم را کشته است. (قرآن مجید) مذهب شیعه سقط را پس از لانه‌گزینی تخمک لقاح یافته حرام کرده است، اما علمای اهل سنت نظرات گوناگونی در این مورد مطرح کردند. (هدایت و همکاران، ۲۰۰۶ ش.)

از دیدگاه فقه جنین به طور کلی دو مرحله دارد:

۱- مرحله قبل از دمیده شدن روح که قبل از ۴ ماهگی مادر باردار است. زمان ولوج روح در بدن جنین، ابتدای به وجود آمدن نفس حیوانی است. در قرآن از این

مرتبه تحت عنوان «ثم أنشأناه خلقا آخر» یاد شده است. بنابراین گرچه تا قبل از ولوج روح به جنین، انسان کامل و بالفعل تحقق نیافته، اما انسان بالقوه هست، لذا لازم است حرمت آن حفظ شود؛

۲- مرحله پس از ولوج روح. در این مرحله جنین حقوقی مانند انسان کامل دارد. (حسینی مقدم، ۱۳۸۷ ش؛ محسنی، ۱۳۸۴ ش؛ نمازی‌فر و همکاران، ۱۳۹۰ ش).

۱- دیدگاه فقه شیعه نسبت به سقط جنین

اکثر فقها مراحل تکامل خلقت جنین را به سه قسم کلی تقسیم کرده‌اند. اگر فردی جنین را در هر یک از این مراحل از بین ببرد، معصیت کرده و بایستی دیه پردازد. این مراحل عبارتند از:

۱- قبل از کامل شدن خلقت به شکل انسان: نطفه که دیه سقط آن ۲٪ دیه یک فرد کامل است. علقه (خون بسته شده) که دیه سقط آن ۴٪ دیه یک فرد کامل است. مضغه (شکل گیری گوشت) که دیه سقط آن ۶٪ دیه یک فرد کامل است. شکل گیری استخوان که دیه سقط آن ۸٪ دیه یک فرد کامل است؛

۲- بعد از اتمام خلقت به صورت انسان و قبل از ولوج روح: دیه سقط جنین در این مرحله ۱۰٪ دیه یک فرد کامل است؛

۳- بعد از ولوج روح: که دیه سقط آن به اندازه دیه یک فرد کامل است. (محسنی، ۱۳۸۴ ش).

۲- دیدگاه فقهی اهل سنت نسبت به سقط جنین

اهل سنت کمتر به مراتب مختلف جنین در تعیین دیه سقط آن اشاره کرده‌اند. مالکیه و شافعیه برای جنینی که به همراه مادرش کشته شود، دیه‌ای

جداگانه قائل نشده‌اند و به صرف دیه مادر بسنده کرده‌اند، لذا یکی از شرایط تعلق دیه به جنین سقط شده این است که مادرش در اثر ضربه‌ای که جنین سقط شده، سالم بماند. مالکی‌ها، اولین مرحله تعلق دیه را علقه، دانسته‌اند برخلاف شافعی و حنبلی که دیه را برای علقه نفی کرده و از مضغه، قائل به دیه شده‌اند. در هر حال هر دو مذهب به حرمت سقط جنین پس از ۴ ماه توافق دارند. (هدایت و همکاران، ۲۰۰۶م.)

انواع مجازات سقط جنین در اسلام عبارتند از:

الف - قصاص: مجازات ابتدایی قتل عمدی در حقوق جزای اسلام، قصاص نفس است؛ (شمس و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

ب - دیه: در قانون مجازات اسلامی در ماده ۱۵ آمده است: دیه مالی است که از طرف شارع برای جنایت تعیین شده است. همچنین در ماده ۲۹۴ عنوان شده است دیه مالی است که به سبب جنایت بر نفس یا عضو به مجنی‌علیه یا به اولیای دم او داده می‌شود؛

ج - تعزیر: در فقه تأدیب یا عقوبتی است که نوع و مقدار آن در شرع معین نشده و به نظر حاکم واگذار شده است (محمدی، ۱۳۸۶ ش.) که نوع مجازات با توجه به اراده و قصد جنایت کار و همچنین میزان تکامل جنین متفاوت است، اگرچه در اسلام و قریب به اتفاق ادیان الهی سقط جنین منع شده است، عواقب و مشکلات ناشی از ممنوعیت مطلق سقط جنین باعث شد که کشورهای زیادی با نگرش واقع‌بینانه، سقط جنین قانونمند را در شرایط خاصی اجازه دهند. با استناد به بررسی جامع سازمان بهداشت جهانی 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. (بهجتی اردکانی و همکاران، ۱۳۸۴ ش.) در مقابل، تعدادی از کشورها من جمله ایران، هنوز قوانین مربوط به سقط جنین خود را مورد بازنگری واقع‌بینانه قرار نداده‌اند. (حسینی، ۱۳۸۴ ش.) در ادامه به بررسی قوانین سقط جنین در کشورهای مختلف قاره آسیا می‌پردازیم.

۳- دیدگاه کشورهای مختلف آسیایی نسبت به سقط جنین

۳-۱- ایران

در ایران ۳۸/۵ درصد از حاملگی‌ها توسط زن، شوهر یا هر دو، ناخواسته می‌باشند. شیوع حاملگی ناخواسته در نواحی مختلف ایران متفاوت است به طوری که حدود ۱۶٪ از حاملگی‌های ناخواسته در ایران نیز منجر به سقط می‌شوند (عبدی، ۱۳۹۱ ش.) قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۵ در قوانین ایران سقط جنین برای حفظ جان مادر یا سلامت جسمی و روحی او یا در موارد تشخیص نقایص جنینی، در شرایط بهداشتی و توسط پزشکان کارآزموده 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. (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) در قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰ به پیروی از فقه اسلامی، در بند ۶ ماده ۴۸۷ آمده است: دیه جنین که روح در آن پیدا شده است، اگر پسر باشد، کامل و اگر دختر باشد، نصف دیه کامل و اگر مشتبّه باشد، سه ربع دیه کامل خواهد بود. (حسینی مقدم، ۱۳۸۷ ش.) 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 (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) در سال ۱۳۷۶، مقام معظم رهبری اجازه سقط جنین مبتلا به تالاسمی ماژور را قبل از ولوج روح صادر نمودند. (قادی‌پاشا و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط جنین در سازمان پزشکی قانونی کشور به تعیین اندیکاسیون‌های سقط درمانی پرداخت و آیین‌نامه‌ای با ۴۹ مورد اندیکاسیون قطعی پیشنهاد نمود. سرانجام در سال ۱۳۸۴، به دلیل نیازهای موجود و لزوم انجام سقط در برخی موارد و با عنایت به موازین اسلامی و رعایت اصول اخلاقی قانون سقط درمانی شامل ۵۱ اندیکاسیون به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و با تأیید شورای نگهبان این روند تکمیل گردید. (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹ ش؛ بزمی و همکاران، ۱۳۸۷ ش؛ آبروش، ۱۳۹۰ ش.) در قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ چند شرط برای قانونی تلقی کردن این عمل ضروری شناخته شده است، از جمله این که جنین باید قبل از چهار ماهگی باشد و خطر به صورت قطعی تهدیدکننده جان مادر یا موجب عقب افتادگی و ناقص‌الخلقه‌بودن جنین گردد و این امر توسط سه پزشک متخصص و پزشکی قانونی تأیید گردد، همچنین رضایت کتبی مادر و پدر الزامی است. (اکرمی و همکاران، ۱۳۸۹ ش؛ یاری و همکاران، ۲۰۱۱ م؛ هدایت و همکاران، ۲۰۰۶ م؛ ظفرقندی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) در مطالعات معدودی که در زمینه علل درخواست سقط درمانی در کشور ما انجام پذیرفته است، شایع‌ترین علت مادری، بیماری قلبی و شایع‌ترین علت جنینی بتا تالاسمی ذکر شده است. (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ توفیقی و همکاران، ۲۰۰۱ م.) همچنین به موجب مفاد قانون مجازات اسلامی، احکام مربوط به سقط جنین در قانون تعزیرات مصوب ۱۳۷۵ شمسی در موارد ۶۲۲ تا ۶۲۴ مقرر شده است. ماده ۶۲۲ مقرر می‌دارد: هر کس عالماً عامداً به واسطه ضرب یا اذیت و آزار زن حامله، موجب سقط جنین وی شود علاوه بر

پرداخت دیه یا قصاص، حسب مورد به حبس از یک تا سه سال محکوم خواهد شد. طبق ماده ۶۲۳، هر کس به واسطه دادن ادویه یا ماده دیگر موجب سقط جنین زن گردد به شش ماه تا یک سال حبس محکوم می‌شود و اگر عامدا زن حامله‌ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگر نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از سه ماه تا شش ماه محکوم خواهد شد مگر این که ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر است و در هر مورد دیه مطابق مقررات داده می‌شود و بر اساس ماده ۶۲۴، اگر طیب یا ماما یا داروفروش و اشخاصی که به عنوان طبابت یا مامایی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می‌کنند، وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه، مطابق مقررات مربوط صورت خواهد پذیرفت. در میان یهودیان ایران نیز سقط جنین بعد از گذشتن ۴۰ روز از پیدایش نطفه نکوهش می‌شود، ولی به هنگام زایمان، جان مادر بر جان جنین ارجحیت دارد. آمارها نشان می‌دهند که با وجود تصویب و اعمال قانون مزبور، در بارداری ناخواسته یا ناشی از اعمال نامشروع یا تجاوز به عنف و همچنین در موارد دیگری که به دلیل مشکلات اجتماعی و اقتصادی روی می‌دهد و قانونگذار آن‌ها را پیش‌بینی نکرده است و اجازه سقط درمانی را نمی‌دهد، زنان خود به سقط‌های ناسالم و غیر بهداشتی دست می‌زنند که نهایتاً جان بسیاری از آنان را خواهد گرفت. (آبروش، ۱۳۹۰ ش.)

درسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای جهان

۲-۳- استرالیا

قوانین جزایی برخی ایالات استرالیا به صورت مطلق سقط جنین را غیر قانونی اعلام کرده است. هنوز بر اساس قانون جزای سال ۱۹۰۰ سقط جنین در

ایالت مرکزی استرالیا جرم محسوب می‌شود و مرتکب آن ممکن است به ۱۰ سال زندان محکوم شود. قانون مجازات ایالت استرلیای غربی، حبس ابد را برای از بین بردن جنین کاملی که در حال تولد می‌باشد، در نظر گرفته است. با این وجود حتی در ایالاتی که سقط جنین در آن‌ها جرم محسوب می‌شود، بر اساس قوانین بهداشتی به منظور نجات جان مادر و با تصویب کمیسیون‌های پزشکی سقط جنین انجام‌پذیر است. در جایی که مادران متقاضی سقط جنین در یک ایالت با محدودیت مواجه می‌شوند به نزدیک‌ترین ایالت همجوار مسافرت می‌نمایند که البته این سفرهای تحمیلی و مخارج متحملۀ تأمل‌برانگیز می‌باشد. (حسینی، ۱۳۸۴ ش).

۳-۳- هند

سالانه ۶ میلیون سقط در هند انجام می‌گیرد که تنها ۱ میلیون آن‌ها سقط قانونی است. قانون سقط درمانی قبل از ۲۰ هفته حاملگی و در صورتی که ادامه حاملگی حیات مادر باردار را به مخاطره اندازد یا آسیب جدی به سلامتی جسمی او وارد کند یا احتمال ناهنجاری جنینی وجود داشته باشد یا حاملگی در نتیجه شکست روش‌های جلوگیری صورت گرفته باشد، مجاز می‌باشد. همچنین رضایت مکتوب قیم زنان کمتر از ۱۸ سال الزامی است. این نوع ختم حاملگی فقط توسط پزشک متخصص باید صورت گیرد. برای ختم حاملگی در سه ماهه دوم، نظر دو پزشک متخصص برای تشخیص معتبر بودن علت انجام سقط الزامی است. قوانین این کشور بیان می‌کند هرکس تعدا الزامات قیدشده در قانون را برآورده نکند، تا هزار روپیه، جریمه مادی خواهد شد و مجازات شخص یا پزشک غیر متخصص که اقدام به سقط نماید، ۲ تا ۷ سال زندان خواهد بود. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م).

۴-۳- اندونزی

گرچه سقط جنین در این کشور غیر قانونی است، بر اساس آمار پژوهشگران، سالانه ۲ میلیون زن در این کشور اقدام به سقط جنین می‌کنند (حدود ۷۰٪ سقط‌های جنوب شرقی آسیا). در طول زمان، به علت اجبار به ازدواج دیرهنگام، محدودیت تعداد فرزندان به ۲ فرزند، گرایش به داشتن خانواده کوچک و رشد آمار حاملگی‌های ناخواسته در میان زنان ازدواج نکرده، تقاضا برای خدمات سقط افزایش یافته است و مطالعات نشان می‌دهند سالانه ۱۷٪ تولدها در این کشور، ناخواسته می‌باشند. بر طبق ماده ۳۴۸ قانون جزای اندونزی که در سال ۱۹۱۸ به تصویب رسیده است، هر شخصی که اقدام به سقط نماید به پنج و نیم سال زندان محکوم خواهد شد. در این قانون ذکر شده است اگر زنی تعدا اقدام به سقط القایی جنین نماید، تا ۴ سال زندان محکوم خواهد شد. در ضمن جواز پزشکان، ماماها و داروسازان در صورت اقدام به سقط باطل خواهد شد. در سال ۱۹۹۲، قانون سلامت سقط را در موارد اورژانسی و به منظور نجات جان مادر یا جنین مجاز اعلام کرد. در ماه سپتامبر سال ۲۰۰۹، انجمن نمایندگان سلامت اندونزی به قانونی کردن سقط زیر ۶ هفته در موارد تجاوز به عنف و تعدادی از اورژانس‌های پزشکی رأی دادند. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

۵-۳- مالزی

در مالزی، خدمات انجام سقط قانونی در سه ماهه اول و دوم بارداری (قبل از ۲۲ هفته) در دسترس می‌باشد، اما همگان نسبت به مقررات به وضوح آگاهی ندارند. در نتیجه دستیابی به خدمات سقط و روش‌های جلوگیری از بارداری با مشکل روبرو است. مقررات مربوط به سقط، در ماده ۳۱۲ تا ۳۱۴ قانون جزای مالزی ذکر شده است. قبل از سال ۱۹۸۹، بند اصلی ماده ۳۱۲ قانون، اقدام به سقط

جنین را (مگر برای نجات جان مادر) جرم می‌دانست. در آوریل ۱۹۸۹ بند ۳۱۲ قانون سقط درمانی اصلاح شد. طبق قانون اصلاح‌شده، هر پزشک متخصصی که معتقد باشد ادامه بارداری برای جان مادر یا سلامت روحی و جسمی او مخاطره‌آمیز است، اجازه دارد سقط را به صورت قانونی انجام دهد. (مهندور و همکاران، ۲۰۱۱ م.) ماده ۳۱۳ برای مواردی که از مادر رضایت گرفته شده باشد و ماده ۳۱۴ برای مواردی که سقط جنین به مرگ مادر انجامد، مجازات جدی در نظر گرفته است، اگر سقط بدون کسب رضایت از مادر انجام شود، در صورتی که مادر حرکات جنین را احساس می‌کرده (معمولاً ۱۶ هفته بارداری)، برای مادر و پزشک جریمه نقدی و تا ۷ سال زندان در نظر گرفته می‌شود و اگر حرکات جنین را احساس نمی‌کرده است، برای مادر و پزشک جریمه نقدی و تا ۳ سال زندان در نظر گرفته می‌شود. در صورت فوت مادر، پزشک به ۱۰ سال زندان محکوم خواهد شد. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

۶-۳- پاکستان

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲ تا ۱۲ درصد مرگ‌های مادری در پاکستان مربوط به عوارض سقط می‌باشد. در پاکستان سقط جنین غیر قانونی است. ۸۶٪ جمعیت پاکستان مسلمان و اهل تسنن هستند و دین اسلام ختم بارداری را فقط تحت شرایط خاص مجاز می‌داند. قانون پاکستان، سقط را در صورت نواقص جنینی مجاز نمی‌داند و فقط در صورتی که ادامه بارداری برای حیات مادر مخاطره‌آمیز باشد، مجاز است (تقدم حیات مادر به حیات جنین). در این کشور تا سال ۱۹۹۰، قانون مجازات عمومی سال ۱۸۶۰ دوره استعماری بریتانیا اجرا می‌شد. در سال ۱۹۹۱، این قانون طبق قوانین اسلام اصلاح شد. طبق قانون جدید، جرم

سقط جنین بر اساس سن حاملگی مادر دسته‌بندی شده است: سقط قبل و بعد از تشکیل ارگان‌های جنین، فقط به منظور نجات جان مادر یا انجام برخی مداخلات درمانی برای او مجاز است. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

۷-۳- فیلیپین

میزان سقط القایی در فیلیپین بین ۱۵۵۰۰۰ تا ۷۵۰۰۰۰ سقط در سال متغیر است. طبق قانون اصلاح‌شده در سال ۱۹۷۲، سقط جنین روشی غیر قابل قبول برای تنظیم خانواده است. سقط در این کشور از نظر قانونی ممنوع است. در دسامبر ۱۹۳۰، قانون مجازات عمومی دوره استعماری اسپانیا اصلاح شد. طبق قانون جدید، حفاظت از جان مادر و جنین باید در مرتبه مساوی از اهمیت قرار گیرند. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

۸-۳- سری لانکا و نیپال

میران سقط در سری لانکا ۱۵۰۰۰۰ تا ۱۷۵۰۰۰ مورد در سال می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی گزارش می‌کند که ۶/۵ درصد از این موارد سقط القایی هستند. مطابق ماده ۳۰۳ قانون مجازات عمومی، هر شخصی که به طور ارادی اقدام به سقط کند (مگر جهت حفظ سلامت مادر)، به حداکثر ۳ سال زندان یا پرداخت جریمه محکوم خواهد شد. اگر مادر حرکات جنین را احساس کند، مجازات این عمل برای پزشک یا مادر، تا حداکثر ۷ سال زندان و پرداخت جریمه می‌باشد. در موارد بارداری ناشی از زنا یا محارم و تجاوز به عنف، سقط غیر قانونی است. اگر سقط بدون کسب رضایت از مادر انجام گیرد یا منجر به مرگ مادر گردد، مجازات عامل سقط تا ۲۰ سال زندان و پرداخت جریمه خواهد بود. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م.) در نیپال نیز در سال ۲۰۰۲ قانون این کشور برای تأمین سلامت مادر سقط جنین

را مجاز اعلام کرده است. (دالوی و همکاران، ۲۰۱۱ م.) بر این اساس، سقط جنین قبل از ۱۲ هفته انجام می‌پذیرد. بر اساس قانون پیشین سقط به طور کلی ممنوع بود. (سمندری و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

۹-۳- تایلد

در سال ۲۰۰۵، انجمن پزشکان قانون حاکم بر رفتار پزشکان را در زمینه سقط جنین اصلاح کرد. بر اساس قانون جدید، سقط قانونی برای نجات جان مادر، حفظ سلامت جسمی وی و در موارد تجاوز به عنف و نقایص جنینی و در صورتی که حاملگی سبب آسیب روانی مادر باشد، می‌تواند در مراکز بهداشتی عمومی یا خصوصی صورت گیرد. (مرکز حقوق باروری، ۲۰۰۷ م.)

۱۰-۳- عربستان و امارات متحده

در امارات متحده سقط جنین مبتنی بر قوانین محدودکننده اسلام است که سقط را به جز در موارد نابودی جان مادر ممنوع کرده است. (احمدنژاد و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) بر اساس قانون کشور عربستان نیز سقط جنین تنها برای نجات جان مادر و در صورت اثبات این که ادامه بارداری خطرات بزرگی بر سلامتی روحی و جسمی مادر داشته باشد و تنها در چهارماه نخست بارداری مجاز است و در صورتی که حاملگی حاصل تجاوز به عنف یا زنا یا محارم باشد یا نقایص جنینی وجود داشته باشد، مجاز نیست. همچنین رضایت زن و شوهر (یا قیم او) الزامی است. اظهار می‌شود در سال ۲۰۰۶ تنها ۵ نفر مقیم عربستان سقط قانونی انجام داده‌اند و هر ۵ نفر آن‌ها در کشورهای دیگر سقط را انجام داده‌اند. با توجه به این قوانین محدودکننده، در این کشور هر ساله تعداد زیادی سقط غیر قانونی انجام می‌گیرد. (والکر، ۲۰۰۹ م.)

ج - قوانین سقط جنین در کشورهای آفریقایی

قبل از سال ۱۹۹۷، در آفریقای جنوبی، سقط قانونی تنها در صورت مخاطره شدید حاملگی برای مادر و جنین، تجاوز به عنف و زنا با محارم و با تأیید دو پزشک صورت می گرفت. با تغییر قانون، شرایط سخت اجتماعی و اقتصادی نیز به این موارد اضافه شد. (بنسون و همکاران، ۲۰۱۱ م.) امروزه در آفریقای جنوبی زنانی که ناخواسته باردار می شوند می توانند جنین خود را به شکل قانونی سقط کنند. (قربانی و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) بر اساس قانون، تا ۱۲ هفته اول بارداری، افراد مجاز برای مراجعه، پزشکان، ماماها و پرستاران می باشند، در حالی که پس از ۱۲ هفته فقط پزشک مجاز به انجام سقط است. (بنسون و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

۱- کنیا

در کنیا سقط القایی نسبتاً شایع است و زنان جوان مجرد شهری دسترسی کمی به امکانات کنترل بارداری دارند. (چینی چیان و همکاران، ۱۳۸۶ ش.) در سال ۲۰۱۲، قانونی تصویب شد که در صورت نیاز، در شرایط اورژانسی و با تأیید یک پزشک متخصص، مجوز سقط صادر شود. (موسسه گاتمچر، ۲۰۱۲ م.)

۲- زامبیا

قوانین زامبیا از جمله لیبرال ترین قوانین بین کشورهای قاره آفریقا است، اگرچه برای صدور مجوز به موافقت سه پزشک متخصص نیاز است، (بنسون و همکاران، ۲۰۱۱ م.) در این کشور در صورت وجود نقایص جنینی، حفظ سلامتی مادر و نجات جان او مجوز سقط داده می شود.

۳- اتیوپی

در این کشور برای نجات جان مادر، حفظ سلامتی او، تجاوز به عنف، زنای با محارم و اختلافات جنینی و همچنین در صورتی که مادر نابالغ یا ناتوان جسمی و روحی باشد، به او مجوز سقط داده می‌شود. (مرکز حقوق باروری، ۲۰۰۷ م.)

د- قوانین سقط جنین در کشورهای آمریکایی

سقط جنین از جنجالی‌ترین موضوعاتی بوده که از نیمه دوم قرن بیستم تا کنون 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 ۱۹۷۳ در پی اعلام دادگاه عالی ایالات متحده سقط جنین در هر ۵۰ ایالت آمریکا قانونی اعلام شد. کلیسای کاتولیک همواره مخالفت خود را با قانونی کردن سقط جنین ابراز کرده است. (موسوی و همکاران، ۱۹۷۳ م.) در ۴۷ ایالتی که اطلاعات خود را به مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها گزارش کردند. در سال ۲۰۰۵ نسبت به سال ۱۹۹۰، سقط جنین ۲۲٪ کاهش داشته است که شاید مربوط به حذف بیمه از خدمات سقط یا قوانین محدودکننده مربوط به والدین باشد. (نیو، ۲۰۱۱ م.) همچنین در ۳۹ ایالت آمریکا الزامیست که سقط توسط پزشک دارای پروانه پزشکی انجام شود. (موسسه گاتمپر، ۲۰۱۲ م.)

سحر رستمی، فاطمه عبدی، محبوبه احمدی، ابوعلی ودادپور

۱- کانادا

دولت کانادا بارها اعلام کرده است که تصمیمی برای وضع قانون در برابر سقط ندارد. این کشور، تنها کشور دموکرات صنعتی جهان است که هیچ محدودیتی برای سقط ندارد. بیش از ۹۰٪ سقط‌ها در کانادا قبل از ۱۲ هفته و ۹۸٪

آن‌ها قبل از ۱۶ هفته انجام می‌گیرد و یکی از کم‌ترین آمار مرگ مادری و عوارض ناشی از سقط از آن این کشور است. این آمار نشان می‌دهد که برای کنترل و کاهش میزان سقط در این کشور، احتیاجی به قوانین محدودکننده نیست. (آرتور، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۹ م.)

۲- مکزیک

در آوریل سال ۲۰۰۷ سقط را در ۱۲ هفته نخست بارداری قانونی اعلام شد. همچنین مجازات عاملین سقط‌های پس از ۱۲ هفته را کاهش داد مکزیک نظامی فدرال دارد که هر ایالت آن قوانین مربوط به خود را دارد. در هر ۳۲ ایالت مکزیک، سقط در صورتی که حاملگی نتیجه تجاوز به عنف باشد مجاز است. (وان و همکاران، ۲۰۰۷ م.)

۳- کلمبیا

از سال ۲۰۰۶ به بعد سقط جنین برای حفظ سلامتی جسمی و روانی مادر و در موارد تجاوز به عنف، زنا با محارم و نواقص جنینی شدید مجاز می‌باشد. بر اساس قوانین قبلی، سقط بدون ذکر آشکارای دلایل و استثنائات غیر قانونی بود. (مرکز حقوق باروری، ۲۰۰۷ م.)

۴- برزیل

بر اساس قانون مجازات عمومی که در سال ۱۹۴۰ بنا نهاده شد، در صورتی که هیچ راهی برای نجات جان مادر وجود نداشته باشد یا در صورت تجاوز به عنف، اگر سقط توسط پزشک انجام گیرد، مجازاتی برای آن در نظر گرفته نمی‌شود. موارد دیگر در قانون برزیل غیر قانونی است و مجازاتی معادل یک تا

۱۰ سال زندان برای مادر و پزشک در نظر گرفته می‌شود. علیرغم قوانین سخت‌گیرانه، در سال ۲۰۰۵، ۱/۰۵۲/۲۴۲ سقط غیر قانونی در این کشور انجام شده است. (دوارته و همکاران، ۲۰۱۰ م.)

هـ قوانین سقط جنین در کشورهای اروپایی

۱- ایتالیا

قانون کیفری سال ۱۹۳۱ مجازات سنگینی از جمله ۲ تا ۵ سال زندان، برای کسی که اقدام به سقط کند یا همکاری در سقط داشته باشد، و یک تا ۴ سال زندان برای زنانی که خود اقدام به سقط جنین می‌کردند در نظر می‌گرفت. علیرغم سخت‌گیری‌های شدید، در سال‌های اول دهه ۷۰، روزی ۱۰ سقط غیر قانونی در ایتالیا انجام می‌شد. تا سال ۱۹۷۰ تحت هر شرایطی سقط به عنوان جرم و عملی ضد نژادی در نظر گرفته می‌شد. در سال ۱۹۷۸ سقط در سه ماهه اول بارداری و تنها در صورتی که سلامت جسمی و روحی مادر در خطر باشد، قانونی اعلام شد و از آن زمان به بعد، خدمات سقط به صورت رایگان ارائه می‌شود. از سال ۱۹۸۱ تاکنون حتی زنان زیر ۱۸ سال نیز، در صورت اجازه دادگاه می‌توانند جنین خود را به صورت قانونی سقط کنند. (آلبانیز، ۲۰۰۴ م.)

۲- آلمان

طی جنگ جهانی دوم، انجام‌دهندگان سقط و ارائه‌دهندگان خدمات سقط در آلمان اعدام می‌شدند. پس از اتمام جنگ، آلمان غربی یکی از سخت‌گیرانه‌ترین قوانین سقط را در اروپای آن زمان داشت و سقط فقط در سه ماهه اول و تحت مشاوره اجباری قانونی بود، ولی در آلمان شرقی در صورت درخواست، سقط در سه ماهه اول آزاد بود. با اتحاد آلمان شرقی و غربی، مجلس قانونگذاری آلمان در

سال ۱۹۹۲ قوانین لیبرال آلمان شرقی را عوض کرد و تقریباً قوانین محدودکننده آلمان غربی را ادامه داد. امروزه سقط بدون محدودیت از نظر علت و تنها در ۱۴ هفته نخست بارداری در آلمان مجاز می‌باشد. (آلبانیز، ۲۰۰۴ م.)

۳- ایرلند

به علت تسلط کلیسای کاتولیک روم بر قانونگذاری ایرلند، در این کشور سقط جنین به هر شکل و تحت هر شرایطی ممنوع می‌باشد. (رایت، ۲۰۰۵ م.) این کشور از مخالفان سقط است که بر حق حیات جنین تأکید می‌کنند و هرگونه سقط جنین را به مثابه قتل نفس می‌دانند. (ایزانلو و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) به اعتقاد کلیسای کاتولیک روم، جنین از لحظه انعقاد نطفه انسانی کامل است و حق حیات دارد، (واثق رحیم‌پرور و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) ولی در عوض زنان ایرلندی می‌توانند برای سقط جنین به انگلستان بروند. (آلبانیز، ۲۰۰۴ م.) بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت بریتانیا، به طور میانگین روزانه ۱۲ زن ایرلندی برای دستیابی به خدمات سقط به انگلستان سفر می‌کنند، (بوددو، ۲۰۱۱ م.) البته در صورتی که وجود خطر جدی برای حیات مادر محقق شود (برای مثال احتمال خودکشی مادر باردار در صورت ادامه بارداری وجود داشته باشد)، به او اجازه سقط جنین داده می‌شود. (فدراسیون بین‌المللی، ۲۰۰۹ م.)

۴- پرتغال

بر اساس قوانین تصویب‌شده در سال ۱۹۴۸، زنان برای حفظ سلامت روحی و جسمی خود تا ۱۲ هفته اول بارداری، در صورت وقوع تجاوز یا جرایم جنسی تا ۱۶ هفته اول، در صورت وجود نقایص جنینی تا ۲۴ هفته اول و برای حفظ حیات

مادر، بدون محدودیت از نظر سن حاملگی اجازه سقط جنین را دارند. طبق قانون جدید وضع شده در سال ۲۰۰۷، تا ۱۰ هفته اول بارداری بدون محدودیت علت، در صورت درخواست مادر، سقط قانونی شمرده می شود. (فدراسیون بین المللی، ۲۰۰۹ م.)

۵- فرانسه

در این کشور در سال ۲۰۰۱، سن حاملگی مجاز برای سقط جنین در صورت عسر و حرج مادر، از ۱۲ هفته به ۱۴ هفته تمدید شد و در صورت احتمال وجود بیماری غیر قابل درمان جنین یا خطر جدی علیه سلامتی مادر سقط جنین بدون محدودیت مجاز می باشد. (مرکز حقوق باروری، ۲۰۰۷ م.)

۶- اسپانیا

سه چهارم جمعیت اسپانیا مسیحی و کاتولیک هستند و در عین حال در قبال غیر قانونی بودن سقط جنین با موضع اسقف کاتولیک مخالف می باشند. (روزونلب و همکاران، ۲۰۰۹ م.) در این کشور محدودیت های سقط قانونی از این قرارند: در صورت وقوع تجاوز به عنف تا قبل از ۱۲ هفته، در صورت وجود نقایص جسمی و روانی در جنین تا قبل از ۲۲ هفته و در صورتی که ادامه حاملگی برای سلامت روانی و جسمی زن مخاطره آمیز باشد، بدون محدودیت سن حاملگی، مجوز سقط جنین قانونی داده می شود. علیرغم سخت گیری های شدید کلیسای کاتولیک، طبق مطالعه ای که مؤسسه Guttmacher در اسپانیا انجام داده، از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۷ میلادی سقط انتخابی از ۵/۵۲ به ۱۱/۴۹ سقط در هر ۱۰۰۰ زن افزایش یافته است و این به معنای ۱۰۸٪ رشد در آمار سقط انتخابی این کشور است. (دوناس و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

۷- انگلستان

در انگلستان بر اساس قانون ۱۹۶۷، سقط جنین به منظور انجام برخی مداخلات درمانی الزامی برای نجات جان مادر و پیشگیری از صدمات جدی بر سلامت روحی و جسمی مادر، برای حفظ سلامت فیزیکی و روانی فرزندان خانواده و همچنین در صورت وجود خطر اساسی برای جنین، مجاز است. به موجب اصلاحاتی که در سال ۱۹۹۰ بر این قانون وارد شد، این شرایط در صورتی به صدور مجوز سقط می‌انجامد که سن جنین متجاوز از ۲۴ هفته نباشد. در انگلستان حزب دموکرات لیبرال و کارگر اصولاً احزاب حامی حق انتخاب برای مادر هستند. (جعفرزاده، ۱۳۸۲ ش.)

نتیجه‌گیری

سقط جنین از جمله مسایل فراگیر در جوامع بشری است که نه تنها نیازمند بررسی‌های همه‌جانبه از لحاظ پزشکی و بهداشتی است، بلکه معلول علت‌های بیشماری است که در حیطه‌های مختلف فقهی، حقوقی و اجتماعی قابل بررسی است. (آبروش، ۱۳۹۰ ش.) دانشمندان غرب برای فردیت جنین معیارهای متفاوتی چون لقاح، تشکیل جفت، فعالیت امواج مغزی و پایداری جنین مطرح کرده‌اند. حفظ حرمت جنین و جلوگیری از سقط‌های بی‌مورد از یک‌سو و ویژگی‌های انسان نداشتن جنین از سوی دیگر دانشمندان را به این آرای بسیار متفاوت کشانده است. این مشکل در اسلام به وجود نیامده، چراکه فقه غنی آن از ابتدا راه ایجاد این مشکل را مسدود کرده است. مقایسه بین جواب فقها و حکمت متعالیه بر هماهنگی این مکتب با فقه شیعه، صحه می‌گذارد. برخلاف دانشمندان غرب که برای پاسخ به فردبودن جنین دست به دامن فلسفه یا علوم دیگر شده‌اند و این علوم آن‌ها نیز از بیان جواب متقن معذور بوده است. در بند ۲ ماده ۱۴ پروتکل آفریقایی آمده است که کشورهای عضو باید تمام اقدامات مناسب را در حمایت از حقوق باروری و دسترسی به سقط قانونی در موارد خشونت، تجاوز به عنف و جایی که سلامتی مادر و نیز حیات مادر یا جنین در معرض قرار دارد انجام دهند. همچنین به موجب ماده ۷ (حق رهایی از شکنجه و مجازات‌های غیر انسانی و ماده ۱۷ (حق حریم خصوصی) میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، عدم دسترسی زنان به سقط جنین در هنگام تجاوز به عنف نقض بالقوه ممنوعیت شکنجه و مجازات‌های ظالمانه و نیز حق حریم خصوصی است. (عارف، ۱۳۸۹ ش.) در نتیجه همچنان که در کشورهای مختلف جهان رویه‌های متفاوتی برای جواز سقط برگزیده شده است لازم است بررسی‌های بیشتر جهت وضع یا تعدیل قوانین با

نگرشی نو به مسأله سقط جنین انجام شود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و در نظر گرفتن عواقب ناشی از ممنوعیت سقط جنین، لازم است با نگرشی واقع‌بینانه، سقط جنین قانونمند در شرایط خاصی مانند:

- ۱- نجات جان مادر؛
- ۲- حفظ سلامتی جسمی و روحی مادر؛
- ۳- وقوع تجاوز یا زنا با محارم؛
- ۵- نقایص جنینی؛
- ۶- شرایط خاص اقتصادی - اجتماعی؛
- ۷- درخواست والدین، مجاز شمرده شود.

پیشنهاد

در کشور اسلامی ایران لازم است متخصصان رشته‌های فقه و حقوق و زنان، تصمیمات معینی در رابطه با قوانین مربوط به سقط جنین اتخاذ کرده و قانون جامع‌تری را به تصویب برسانند تا استفاده از شرایط غیر ایمن به منظور انجام سقط غیر قانونی که سبب صدمه به مادر و تهدید حیات وی می‌شوند به حداقل رسانده شود.

فهرست منابع

منابع فارسی:

لوکاس، دیوید. میر، پاول. (۱۳۸۴ ش.). *درآمدی بر مطالعات جمعیت*. ترجمه حسین محمودیان. تهران: موسسه انتشارات و چاپ.

امیری، محمد. کسائیان، امیر. (۱۳۸۸ ش.). بررسی آگاهی و نگرش ارائه‌دهندگان خدمات تنظیم خانواده در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری. *فصلنامه دانش و تندرستی*. دوره چهارم، شماره اول، صص ۹-۲۴.

اکرمی، محمد. باستانی، امیر. اوسطی، زهرا. (۱۳۸۹ ش.). پرهیز از خطای پزشکی در سقط درمانی؛ چقدر باید مراقب باشیم؟. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. شماره چهارم، دوره سوم، صص ۲۷-۳۶.

موحدی، محمدجواد. گلزار اصفهانی، مژگان. (۱۳۸۹ ش.). بررسی سقط جنین بر اساس نظریه اثر دوگانه. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. شماره دوم، دوره سوم، صص ۳۶-۴۴.

ظفرقندی، نفیسه. کلوتی، مریم. زارع‌نژاد، ندا. (۱۳۸۹). رویکردهای موجود درباره سقط القایی. *دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی، دانشگاه شاهد*. سال هفدهم، شماره هشتاد و هشتم، صص ۸۴-۶۷.

شهبازی، شیرین. فتحی‌زاده، ناهید. طالقانی، فریبا. (۱۳۸۶ ش.). فرایند تصمیم‌گیری برای سقط غیر قانونی. *فصلنامه باروری و نابابوری*. صص ۶۵-۳۵۲.

حسینی مقدم، سیدعسکری. (۱۳۸۷ ش.). مسؤولیت کیفری سقط جنین. *فصلنامه علمی - پژوهشی علوم انسانی*. سال سوم، شماره اول، صص ۵۸-۱۲۹.

کانینگهم، لونو. بلوم، هوث. روس، اسپانگ. (۱۳۸۹ ش.). بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه بهرام قاضی جهانی. جلد اول، ویراست بیست و سوم، تهران: گلبان.

حسینی، سیدهادی. (۱۳۸۴ ش.). تحولات قانون سقط جنین استرالیا در آینه روند جهانی، مروری کوتاه بر قوانین ایران و مبانی حقوقی آزادی قانونمند آن. *فصلنامه باروری و نابابوری*. صص ۴۰۹-۳۸۸.

قادی‌پاشا، مسعود. بشردوست، نصرالله. قدوسی، آرش. صمدی راد، بهرام. نیکیان، یدالله. روح‌پرور، ریحانه. (۱۳۹۰ ش.). بررسی میزان آگاهی متخصصین زنان و زایمان و ماماهاى شهر یزد از

قوانین و مقررات سقط درمانی (قانونی) و سقط جنایی (عمدی). مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دوره نوزدهم، شماره دوم، صص ۷-۱۴۱.

جلیلی، زهرا. روحانی، علی اکبر. محمدعلیزاده، محمد. جعفری، صدیقه. شریفی، مهدیه. (۱۳۸۵ ش.). نظرات متخصصان زنان و زایمان و پزشکان عمومی شهر کرمان در مورد سقط جنین (قانونی). فصلنامه پایش. سال پنجم، شماره سوم، صص ۷۵-۱۶۹.

مهرگان، امیرحسین. (۱۳۸۴ ش.). سقط جنین و حقوق بشر در آئینه حقوق بین الملل. فصلنامه باروری و نابابوری. صص ۴۰-۴۱۰.

ملایوسفی، مجید. (۱۳۸۸ ش.). بررسی و نقد دیدگاه جودیت جارویس تامسون در دفاع از سقط جنین. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه قم. سال یازدهم، شماره دوم، صص ۷۸-۱۵۶.

آقایی، سیدمجتبی. (۱۳۸۴ ش.). سقط جنین و دین زرتشتی. فصلنامه باروری و نابابوری. صص ۴۹-۳۶۱. کوزه گر، م. (۱۳۸۶ ش.). چکیده پزشکی قانونی. تهران: غافر.

محسنی، آصف. (۱۳۸۴ ش.). سقط جنین در فقه اسلامی. فصلنامه باروری و نابابوری. سال چهارم، شماره ششم، صص ۷-۳۹۰.

قرآن کریم. ترجمه الهی قمشهای. قم: نگین.

شمس، محمدابراهیم. کلاتتری، حمیدرضا. (۱۳۹۰ ش.). اثر عدم توافق اولیای دم بر قصاص قاتل. نشریه علمی - پژوهشی فقه و حقوق اسلامی. سال اول، شماره دوم، صص ۹۹-۱۲۹.

محمدی، حمید. (۱۳۸۶ ش.). بررسی ماهیت مجازات تعزیری و بازدارنده، اشتراک یا افتراق؟. نشریه حقوق عدالت آرا. شماره ششم و هفتم، صص ۸۳-۱۵۴.

بهجتی اردکانی، زهره. آخوندی، محمدمهدی. صادقی، محمدرضا. صدری اردکانی، هومن. (۱۳۸۴ ش.). ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران. فصلنامه باروری و نابابوری. سال ششم، شماره بیست و چهارم، صص ۳۲۰-۲۹۹.

عبدی، فاطمه. فتحی زاده، ناهید. صوابی، میترا. علامه، زهرا. (۱۳۹۱ ش.). عوامل مؤثر بر رضایتمندی از روش های پیشگیری از بارداری DMPA، سیکلوفم و LD: یک مطالعه توصیفی در مراکز

بهداشتی درمانی ایران. مجله دانشکده پزشکی /صفهان. سال سیام، شماره ضدونودوهفتم، صص ۹۹۲-۱۰۰۱.

بزمی، شبنم. بهنوش، بهنام. کیانی، مهرزاد. بزمی، الهام. (۱۳۸۷ ش.). مقایسه موارد مجوز سقط در سازمان پزشکی قانونی تهران قبل و بعد از قانون مجوز سقط قانونی. مجله بیماری‌های کودکان / ایران. سال چهارم، شماره هجدهم، صص ۲۲-۳۱۵.

آبروش، هیرو. (۱۳۹۰ ش.). سقط جنین در بارداری ناشی از جرایم جنسی در پرتو قانون سقط درمانی. فصلنامه حقوق پزشکی. سال پنجم، شماره هفدهم، صص ۷۲-۱۴۴.

سیدالشهدایی، فریبا. زند و کیلی، فرناز. یوسفی‌نژاد، حمید. یوسفی، ژیلا. غریبی، فردین. (۱۳۹۰ ش.). بررسی علل درخواست سقط درمانی در مراجعین سازمان پزشکی قانونی شهر سمنان در سال‌های ۱۳۸۲-۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره شانزدهم، صص ۸۳-۷۶.

توفیقی، حسن. موسوی‌پور، فریبا. بارونی، شعله. (۱۳۸۰ ش.). بررسی مراجعین درخواست مجوز سقط درمانی به مرکز پزشکی قانونی از خرداد ۸۷ تا پایان اردیبهشت ۷۹. مجله علمی پزشکی قانونی. شماره بیست‌ودوم، صص ۷-۲۱.

سلیمانی، حسین. (۱۳۸۴ ش.). سقط جنین در یهودیت. فصلنامه باروری و ناباروری سال چهارم، شماره ششم، صص ۸-۳۶۲.

احمدنژاد، سمیه. احمدنژاد، الهام. فیاض جهانی، فرشید. جعفری، گلاره. کوهکن طالب‌خان، زهرا. قربانی‌پور، مستوره. نبی‌زاده، رعنا. (۱۳۹۰ ش.). مروری بر قوانین سقط جنین و بهداشت باروری در منطقه مسلمان‌نشین خاورمیانه. فصلنامه حقوق پزشکی. سال پنجم، شماره شانزدهم، صص ۷۸-۱۶۱.

قربانی، زهرا. باقری، شهلا. (۱۳۸۸ ش.). بررسی تطبیقی وضعیت سقط جنین در ایران و جهان. نشریه بانوان شیعه. شماره بیست‌ودوم، صص ۷-۴۴.

چینی‌چیان، مریم. هلاکوئی نائینی، کورش. رفایی شیرپاک، خسرو. (۱۳۸۶ ش.). مطالعه کیفی دلایل انجام سقط عمدی در ایران. فصلنامه پایش. سال ششم، شماره چهارم، صص ۳۲-۲۱۹.

موسوی، محمدعلی. عمیدیان، هاجر. نوروزی، یاسر. صفری، یاسر. (۱۳۹۰ ش.). سیر تاریخی و روند حقوقی سقط جنین در آمریکا و نقش جنبش‌های زنان در فرایند تصمیم‌گیری سیاسی آن. زن: حقوق و خانواده (تحقیقات زنان). سال پنجم، شماره دوم، صص ۹۶-۱۲۳.

ایزائلو، محسن. افشار قوچانی، زهره. (۱۳۹۰ ش.). مسؤولیت ناشی از صدمه به حق عقیم‌سازی و سقط جنین معلول. فصلنامه حقوق پزشکی. سال پنجم، شماره هجدهم، صص ۷۵-۹۶.

وائق رحیم‌پرور، سیده‌فاطمه. نوغانی، فاطمه. مهران، عباس. (۱۳۸۸ ش.). ضرورت آموزش مسائل شرعی سقط جنین به دانشجویان مامایی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. دوره دوم، شماره سوم، ۷۱-۹.

جعفرزاده، میرقاسم. (۱۳۸۲ ش.). سقط جنین در حقوق انگلیس: فرایند قانونی‌شدن، وضعیت موجود و چشم‌اندازها. مجله تحقیقاتی حقوقی. شماره سی‌وهشتم، صص ۱۰۹-۶۴.

عارف، محدثه. (۱۳۸۹ ش.). بررسی تطبیقی سقط جنین در نظام بین‌المللی حقوق بشر و حقوق ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بشر. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.

منابع انگلیسی:

Hosseini, H. Abdi, F. (2012). Experiences of vasectomy: A phenomenological study. *North American Journal of Medical Sciences*. 4 (12): 619-23.

Fathizadeh, N. Abdi, F. Savabi, M. (2011). A Comparative Study on Satisfaction from Hormonal Contraceptives: Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), Cyclofem and LD. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 16 (4): 304-8.

Belifield, T. (2009). Principles of Contraceptive use: Choice, acceptability and acces. *Best Practice and Research clinical obstetrics and Gynecology*. 23: 177-85.

Yari, KH. Kazemi, E. Yarani, R. Tajehmiri, A. (2010). Islamic Bioethics for Fetus Abortion in Iran. *American Journal of Scientific Research*. 18: 118-21.

Hedayat, KM. Reza, M. Shooshtarizade, P. (2006). Therapeutic Abortion in Islam: Contemporary Views of Muslim Shiite scholars and effect of Recent Iranian Legislation. *J Med Ethics*. 32 (11): 652-7.

- Dalvie, S. Barua, A. Apte, H. (2011). A Study of Knowledge, Attitudes and Understanding of Legal Professionals about Safe Abortion as a Women's Right In India. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnership)*.
- Dalvie, S. Barua, A. Widyantoro, N. Silviane, I. (2011). A study of knowledge, attitudes and understanding of legal professionals about safe abortion as a women's right in indonesia. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnership)*.
- Mohd Noor, NA. Aripin, MA. Jusoff, K. (2010). The detrimental crime of abortion: a comparative study between Malaysia law and common law. *Journal of Law and Conflict Resolution*. 2 (3): 46-52.
- Dalvie, S. Barua, A. Choong, S. Chin, O. Ramasami, S. (2011). A study of knowledge, attitudes and understanding of legal professionals about safe abortion as a women's right in Malaysia. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnership)*.
- Dalvie, S. Barua, A. Azmat, K. Mustafa, H. (2011). A study of knowledge, attitudes and understanding of legal professionals about safe abortion as a women's right in Pakistan. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnership)*. 1-13.
- Dalvie, S. Barua, A. Luczon, C. Tadiar, F. (2011). A study of knowledge, attitudes and understanding of legal professionals about safe abortion as a women's right in philipin. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnership)*.
- Dalvie, S. Barua, A. De, S. (2011). A study of knowledge, attitudes and understanding of legal professionals about safe abortion as a women's right in Sri Lanka. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnershi)*.
- Dalvie, S. Barua, A. Dhungel, D. Shrestha, P. (2011). A study of knowledge, attitudes and understanding of legal professionals about safe abortion as a women's right in Nepal. *ASAP (Asia Safe Abortion Partnership)*.
- Samandari, G. Wolf, M. Basnett, I. Hayman, A. (2012). Implementation of Legal Abortion in Nepal: a model for rapid scale-up of high quality care. *Reproductive Health*. 9: 7.
- Center For Reproductive Rights. (2007). *Abortion Worldwide: Twelve Years of Reform*.

Walker, L. (2009). *The Right to Health in Saudi Arabia, 'Right to health in the Middle East' project, Laws School, University of Aberdeen.*

Benson, J. Samandari, GH. Andersen, K. (2011). Reduction in Abortion – Related Mortality Following Policy Reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh. *Reproductive Health*. 8: 39.

Guttmacher, I. (2012). *Abortion and Unintended Pregnancy in Kenya*. 2.

Guttmacher, I. (2012). *Facts on abortion in Africa*.

New, MJ. (2011). Analyzing the Effect of Anti-Abortion U.S. State Legislation in the Post-Casey Era. *State Politics and Policy Quarterly*. 11 (1): 28-47.

Guttmacher, I. (2012). *State Policies in Brief, An Overview of Abortion Laws*.

Arthur, J. (2006). Abortion Law and Policy: Comparisons between the U.S and Canada. *Abortion Rights Coalition of Canada*.

Arthur, J. (2009). The Case for Repealing Anti-Abortion Laws. *Abortion Rights Coalition of Canada*.

Van Dijk, MG. Lara, D. García, SG. (2007). Opinions of decision-makers on the liberalization of abortion laws in Mexico. *Salud Publica Mex*. 49 (6): 394-400.

Duarte, GA. Osis, MJ. Faúndes, A. Sousa, MH. (2010). Brazilian abortion law: the opinion of judges and prosecutors. *Rev Saude Publica*. 44 (3): 406-20.

Albanese, P. (2004). Abortion and Reproductive Rights Under Nationalist Regimes in Twentieth Century Europe. *Albanese: Reproductive Rights in Europe*. 8-33.

Wright, R. (2005). The Silencing of Women: The Irish Abortion Laws and Religion. *Journal of International Women's Studies*. 6 (3): 64-70.

Boddu, R. (2011). A Review of Abortion in Ireland. *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal*. 4 (1): 78-81.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2009). Abortion Legislation in Europe.

Russonelb, BS. (2009). Spaniard's View on Abortion, Analysis of Nationwide Public Opinion Survey in Spain. *Research and Communications*.

Duenas, JL. Lete, I. Bermejo, R. Arbat, A. Pérez-Campos, E. Martínez-Salmeán, J. (2011). Trends in the Use of Contraceptive Methods and Voluntary Interruption of Pregnancy in the Spanish Population during 1997-2007. *Contraception Journal*. 83 (1): 82-7.

یادداشت شناسه مؤلفان

سحر رستمی: کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فاطمه عبدی: دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: Abdi@sbmu.ac.ir

محبوبه احمدی: مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

ابوعلی ودادهیر: استادیار، گروه مردم شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۳