ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین در ایران

زهره بهجتی‌اردکانی(B.Sc.)[1]، محمدمهدی آخوندی(Ph.D.)[2]، محمدرضا صادقی(Ph.D.)[2]، هومن صدری‌اردکانی (M.D.)[3].

۱- کارشناس پزشکی اجتماعی، گروه حقوق بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن‌سینا، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه غدد تولید مثل و جنین‌شناسی، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن‌سینا، تهران، ایران.

۳- مربی، گروه عفونت‌های تولید مثل، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن‌سینا، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: سالیانه زندگی و سلامت میلیونها انسان به علت پایان بخشیدن به حاملگی‌های ناخواسته در معرض خطر جدی قرار می‌گیرد. وقوع میزان چشمگیر سقط‌های القایی و غیربهداشتی در سراسر جهان و به ویژه در جوامع در حال توسعه و منجر شدن بسیاری از این سقطها به مرگ و میر مادران در سنین باروری، برجای گذاردن صدها هزار ناتوانی جسمی و جنسی، گزارش بالاترین آمار و ارقام سقط‌های غیرایمن از جوامع در حال توسعه به ویژه جوامعی با منع و محدودیت قانونی بیشتر، از مشکلات عمده سلامت باروری زنان است که ضرورت بررسی جامع ابعاد مختلف سقط جنین را در جوامع مختلف و از جمله ایران (سالیانه با حداقل ۸۰/۰۰۰ سقط) آشکار می‌سازد. هدف از این مطالعه آشنائی با معضل سقط جنین در جامعه است که ممنوعیت‌های موجود شرعی، قانونی و فرهنگی موجب افزایش میزان سقط جنین به صورت سقط‌های القایی و غیربهداشتی گردیده است. بررسی علل این افزایش و به دنبال آن آگاه‌سازی جامعه نسبت به ابعاد متنوع معضلات سقط‌های غیربهداشتی از اهداف این تحقیق است، تا از یکسو با آشناسازی صاحبنظران و قانونگذاران با وضعیت موجود کشور و جهان، زمینه تغییر نگرش فراهم گردد و از سوی دیگر زمینه رفع معضلات و جلوگیری از روند افزایش میزان سقط‌های غیربهداشتی، با بکارگیری آموزش‌های لازم و قانونمند کردن سقط در موارد ممکن فراهم گردد.

روش مطالعه: این پژوهش با بهره‌گیری از روش مطالعه اسنادی و کتابخانه‌ای تدوین گردیده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به جوانی جمعیت ایران، تغییر نگرش زنان در مورد بعد خانواده، تأخیر در ازدواج، نبود والدین در اوقات زیادی از روز در خانواده، تأثیر محدودیت‌های قانونی بر روند شکل‌گیری سقط غیربهداشتی، به خطر انداختن سلامت روانی- اجتماعی جسمی و جنسی زنان و مردان و افزایش هزینه‌های درمانی و تأثیر آن بر بودجه بهداشتی، نیازمند تغییراتی در سیاست‌های قانونی با بهره‌گیری از مفهوم سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی می‌باشد تا شاهد کاهش چشمگیر سقط‌های غیربهداشتی باشیم. به نظر می‌رسد امکان دستیابی به راهکارهای قانونی با لحاظ نمودن ابعاد جامع سقط جنین و با بهره‌گیری از عدم اجماع فقهی در مورد «زمان ولوج روح» و با تکیه بر قانون مستند و توانمند اسلامی «لاحرج»، تجویز سقط جنین در مواردی خاص میسر خواهد بود.

کلید واژگان: سقط جنین، سقط جنین غیربهداشتی، سقط جنین القایی، حاملگی‌های ناخواسته، محدودیت‌های قانونی، عوارض سقط جنین، مرگ و میر ناشی از سقط جنین.

مسئول مکاتبه: زهره بهجتی اردکانی، گروه حقوق بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی، پژوهشکده ابن‌سینا، تهران، ایران.

پست الکترونیک: zbehjati@avesina.ac.ir

Downloaded from http://www.jri.ir

مقدمه

در قرن بیستم سرعت رشد و آگاهی بشر در زمینه‌های مختلف دانش و فعالیت علمی چندین برابر گردیده است. تحول و رشد سریع تکنولوژی به همراه گسترش سیستم‌های اطلاع‌رسانی از عوامل مؤثر در سرعت بخشیدن به افزایش آگاهی‌های علمی و دستیابی به مسائل جدید است و این تحولات و پیشرفت علوم و تکنولوژی، زمینه جدایی رشته‌ها و تخصص‌های مختلف از یکدیگر را فراهم نموده است. قطعاً در حال حاضر یک فرد نمی‌تواند در تمامی زمینه‌های تخصصی رشته‌ای خاص، ادعای خبرگی نماید و حتی زمینه‌های تخصصی هر رشته نیز به رشته‌های فوق تخصصی تقسیم گردیده‌اند. این تقسیم بندی‌ها برای دستیابی به دانش فنی هر علم خاص ضروری است و مقدمات گسترش بیش از حد را در بسیاری از رشته‌های مختلف فراهم کرده است. در این ارتباط بررسی موضوعات بین رشته‌ای نیازمند تعامل و مساعی رشته‌های مختلف علوم با هم است؛ به ویژه تعامل بین رشته‌های مختلف علوم زیستی و انسانی، مساعی تخصص‌های مختلف را در شناخت موضوعاتی جدید و دستیابی به راه‌حل‌های مناسب در عرصه این فعالیت را می‌طلبد. سقط جنین از جمله موضوعاتی است که نیازمند مشارکت تخصص‌های مختلف پزشکی و بهداشتی از یکسو و صاحبنظران مذهبی، اخلاقی، جامعه‌شناختی، روانشناختی و حقوق از سوی دیگر است تا در پرتو تعاملی چند سویه، موضوع از ابعاد و زوایای مختلف مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد و قطعاً جای تأمل و تردید است که فرض شود موضوعی با این ابعاد متنوع در تولیت و تصدی رشته‌ای خاص قرار گیرد و آن رشته فصل الخطاب تمام منازعات و گفتگوها باشد.

سالیانه زندگی و سلامت میلیونها انسان در سراسر جهان به علت پایان بخشیدن به حاملگی‌های ناخواسته در معرض خطر جدی قرار دارد. وقوع میزان چشمگیر سقط‌های القایی و غیر بهداشتی در سراسر جهان و بویژه در جوامع در حال توسعه و منجر شدن بسیاری از این سقط‌ها به مرگ و میر مادران در سنین باروری، برجای گذاردن صدها هزار ناتوانی جسمی و جنسی، تحمل درد و رنج ناشی از عوارض سقط‌های غیربهداشتی، گزارش بالاترین آمار و ارقام سقط‌های غیرایمن از جوامع در حال توسعه بویژه جوامعی با منع و محدودیت‌های قانونی بیشتر، از مشکلات عمده سلامت باروری زنان به حساب می‌آید و بدین ترتیب ضرورت بررسی جامع ابعاد مختلف سقط جنین را در جوامع مختلف و از جمله ایران آشکار می‌سازد.

براساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی در ایران، سالیانه ۸۰ هزار سقط (۲۰۰ مورد در روز) صورت می‌پذیرد که بیشتر آنها غیرقانونی و غیربهداشتی می‌باشند (۱). هر چند هیچگونه گزارش دقیقی از سقط‌های غیربهداشتی و میزان مرگ و میر ناشی از آن موجود نمی‌باشد ولی شواهد و قرائن و آمارهای غیر مستند، گزارشات بالایی از سقط‌های غیربهداشتی و متعاقب آن مرگ و میر مادران و بیماری‌های ناشی از سقط‌های غیرایمن را به خود اختصاص می‌دهد. وجود جمعیت جوان در ایران، که بیش از ۵۰٪ جمعیت زیر ۲۵ سال را تشکیل می‌دهد(۲)، تغییر و تمایل نگرش زنان جوان در داشتن خانواده با بعد کوچک، تأخیر در ازدواج به دلیل مشکلات مربوط به اشتغال و مسکن، همراه با گذار از جامعه سنتی به جامعه مدرن و با لحاظ جلو افتادن تحولات بلوغ و نیز بالا رفتن متوسط سن استقلال شغلی و ازدواج، نبود هر دو والدین در خانواده، تأثیر رسانه‌های جهانی (ماهواره و اینترنت)، مسأله غریزه جنسی که مانند سایر غرایز انسان تعطیل بردار نیست و افزایش فعالیت جنسی خارج از ازدواج در دورانی نسبتاً طولانی و متعاقب آن خطرات حاملگی‌های ناخواسته و گزارشاتی مستند مبنی بر افزایش رفتارهای پر خطر

Downloaded from http://www.jri.ir

جنسی در بین جوانان و داشتن تماس جنسی قبل از ازدواج، مسائل پر تنش و متزلزلی را ایجاد کرده است که بررسی مسأله سقط جنین و سقط‌های غیربهداشتی و جنایی را ضروری می‌سازد.

ابعاد مختلف سقط جنین:

سقط جنین همواره تحت الشعاع عوامل متعددی نظیر شرع، عرف، سنت، قانون و اخلاق می‌باشد و از عوامل روانی و اجتماعی و زیستی زیادی نیز تأثیر می‌پذیرد.

سقط جنین نه تنها معضلی بهداشتی است و با بر جای گذاردن عوارض زیاد، هزینه‌های گزافی را نیز بر جامعه تحمیل می‌کند، بلکه به عنوان معضلی اجتماعی در تمامی جوامع تلقی می‌گردد؛ به طوریکه در نهایت سلامت خانواده و جامعه را با مشکل مواجه می‌نماید. تعداد زیاد اولاد، جنسیت، اختلافات خانوادگی، حاملگی‌های مکرر و ناخواسته، ارتباطات جنسی نامشروع، عدم آموزش و آگاهی دقیق از روش‌های کنترل بارداری و جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته به همراه محدودیت‌های فوق‌الاشاره، زمینه مساعدی را جهت انجام سقط‌های غیربهداشتی فراهم می‌نماید و در این ارتباط متأسفانه گاهی سقط جنین به عنوان روشی جهت کنترل بارداری و تنظیم خانواده نیز به کار گرفته شده است. کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD)[1] در سال ۱۹۹٤ در مصر (قاهره) سقط‌های غیربهداشتی را به عنوان یکی از معضلات سلامت عمومی مطرح نمود و بکارگیری سقط جنین را به عنوان یک روش تنظیم خانواده مردود اعلام کرد و توصیه نمود که جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته می‌باید به عنوان اولین اولویت مطرح شوند و با آموزش لازم، نیاز به انجام سقط‌های القایی در این موارد از بین رود(۳). اگرچه محدودیت‌های قانونی و شرعی می‌تواند نقش به سزایی در تصمیم‌گیری افراد نسبت به انجام و یا عدم انجام امور ایفا نماید ولی در مواقع اضطرار معمولاً تصمیم‌گیریها از حیطه کنترل فرد خارج می‌شوند؛ به طوریکه فرد علیرغم همه موانع به دفع جنین به هر وسیله و شکل ممکن متوسل می‌گردد.

هرچند سقط جنین عوارض جسمی و حتی مرگ را به همراه دارد و گاه عوارض ناشی از درمان و حساسیت‌های دارویی سلامت زن را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد اما به نظر می‌رسد عوارض ناشی از سقط جنین تأثیر بنیادی‌تری بر زندگی زنان داشته باشد. در بررسی موضوع سقط جنین، پیامدهای روانشناختی ناشی از نگهداری فرزندهای ناخواسته، فرزندهای معلول و ناقص‌الخلقه و فرزندهای حاصل از تجاوز جنسی نیز باید مورد توجه قرار گیرد. حتی اگر حاملگی از طریق مشروع صورت گرفته و زن جنین را سقط نماید باز هم اندوه ناشی از این عمل او را به افسردگی، گوشه‌گیری و عذاب وجدان دچار می‌کند. اما زنی که از طریق تجاوز به عنف باردار شده است، شرایط سخت‌تر و دشوارتری را پیش روی دارد. این محدودیتها منجر به عدم توجه به فرزند، طرد فرزند، تربیت نامناسب و ناموفق و یا لزوم انجام هزینه‌های گزاف برای نگهداری فرزند معلول می‌گردد که به سلامت خانواده و جامعه آسیب وارد می‌نماید.

از نظر اخلاقی نیز باید به بررسی این موضوع پرداخت که آیا می‌توان مفهوم شخص یا انسان را به جنین قبل از ولوج روح اطلاق نمود تا محروم ساختن او از زندگی را خطا تلقی نمود؟ اما اگر در این وادی پا نهادیم و عدم انعطاف آن را پذیرفتیم، دیگر نخواهیم توانست هیچیک از مصادیق سقط جنین را حتی «حفظ جان مادر» که تقریباً توافق عمومی (جز ٤ کشور واتیکان، شیلی، السالوادر و جزیره مالت) (٤ و٥) بر آن قرار دارد، بپذیریم و یا از روش‌های کنترل بارداری پس از شکل‌گیری جنین نظیرIUD استفاده نمائیم و یا بر استقلال رای و آزادی اراده انسان‌ها به طور کلی و مادر به طور اخص، تکیه نماییم.

از نظر فقهی نیز باید دید که آیا قبل از دمیده شدن روح،

1- International Conference on Population and Development

Downloaded from http://www.jri.ir

مفهوم نفس محترمه به جنین نسبت داده می‌شود، تا در صورت جواز احکام سقط جنین آن را قتل نفس بنامیم؟ و از سوی دیگر با توجه به دامنه و گستره توانمند قانون لاحرج، آیا نمی‌توان علاوه بر عسر و حرج مادر، حرج اجتماعی ناشی از تولد برخی اطفال در شرایط خاص را مبنای قانونی جواز سقط قرار داد؟ و حتی در مواردی مسولین دولتی را موظف ساخت تا امکانات مورد نیاز بهداشتی و مناسب را در اجرا و حمایت آن فراهم نمایند.

نگاهی اجمالی به سابقه تاریخی سقط جنین

الف- روشها و متدهای سقط القایی:

سقط، انحراف و کجروی جدید اجتماعی نیست بلکه رویه و عملی است که در طول تاریخ با جوامع بشری همراه بوده است. در سال ۱۹۵۵ George Devereux، مردم‌شناس، با استناد به تاریخ در بررسی و مطالعه سقط جنین در ۳۵۰ جامعه بسیار قدیمی و ابتدایی بدون کتابت و صنعت، اظهار داشت که در تمام جوامع بشری از همان زمان‌های اولیه، سقط جنین از جمله مشکلاتی بوده که همیشه بشر را همراهی نموده است (٦). به علاوه الگوهای انجام سقط نیز با تکیه بر گزارشات مستند تاریخی، در سراسر جهان مشابه و یکسان ذکر گردیده‌اند و معمولاً زنان در مواجهه با حاملگی‌های ناخواسته، بدون توجه به اعتقادات و ممنوعیت‌های قانونی، حتی با پذیرفتن خطرات احتمالی آن جهت سقط اقدام می‌نموده‌اند (۷).

در جوامع قبیله‌ای باستان، سقط عمدتاً با استفاده از گیاهان و علف‌های زهرآگین، ابزار نوک تیز و یا فشارهای شدید به ناحیه شکم صورت می‌گرفته تا به خونریزی منجر گردد. تکنیک‌های سقط جنین در متون قدیمی پزشکی به خوبی شناخته شده‌اند (۷). چینیها و مصریان باستان با به کارگیری روشها و دستورالعمل‌هایی خاص خود، اقدام به سقط جنین می‌نموده‌اند. یونانیها و رومیها نیز سقط جنین را جهت کنترل جمعیت و حفظ جمعیتی پایدار در جامعه به کار می‌گرفته‌اند. مثلاً در شهر قدیمی پمپئی (Pompeii) در نزدیکی ایتالیا و شهر هرکولانوم (Herculaneum)، ابزارهای قدیمی به کار گرفته شده در این جوامع، بسیار مشابه و نزدیک به ابزارهای جراحی مدرن امروزی بوده‌اند (۷). رومیان و مصریان نیز با گذاردن فتیله‌های آغشته به انواع سموم در مهبل و جذب آن به گردش خون مبادرت به سقط جنین می‌نموده‌اند.

اندیشمندان بزرگی نظیر سقراط (۳)، افلاطون و ارسطو (۷) با آشنایی و آگاهی کامل از عوارض مختلف سقط‌های القایی به آسیب‌های ناشی از سقط در سلامت جسمی و روحی زنان پرداخته‌اند. همچنین بقراط، حکیم یونانی، با توصیه به انجام ورزش‌های سنگین و سخت جهت دستیابی به سقط از مخالفین سقط غیرایمن به سبب وارد آمدن صدمات و آسیب‌های جدی بر سلامت زنان نام برده می‌شود (۷).

در حال حاضر نیز سقط جنین در تمام جوامع جهان بدون توجه به مشکلات قانونی صورت می‌پذیرد (۸). الگوهای بکارگیری در سقط‌های غیر بهداشتی و غیرقانونی بسیار مشابه و بر حسب فرهنگ‌های مختلف تا حدودی متفاوت گزارش می‌گردند. 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 دارند تا سقط صورت پذیرد. زنان دست از جان شسته زامبیایی نیز با خوردن مواد شوینده و یا بنزین و یا مصرف بیش از حد داروهایی نظیر آسپرین و کلروکین به انقباض شدید عضلات رحم کمک نموده و اقدام به سقط می‌نمایند (٤). در مناطق روستایی اندونزی و تایلند، فشارهای شدید به ناحیه شکم از جمله روش‌های مورد استفاده است؛ درحالیکه در آمریکای لاتین استفاده از لوله، دشنه، یا شمشیر، میله‌های بافتنی، مواد سوزآور، چای و

Downloaded from http://www.jri.ir

داروهای گیاهی از جمله روش‌های رایج سقط گزارش می‌شود (٤). در ایران نیز مهمترین روش‌های متداول سقط‌جنین استفاده از داروها و سموم، خشونت‌های جسمانی و دستکاری ناحیه‌ای با مواد شیمیایی است. همچنین استفاده از مواد شیمیایی در گردن یا داخل رحم مانند سدیم یکی از روش‌هایی است که باعث سوختگی و خونریزی شدید شده و بندرت بر سقط تأثیر داشته و حتی ممکن است که به علت جذب آن در بدن باعث مرگ مادر شود. همچنین داروهای مورد استفاده از قبیل، اکسی‌توکسین و ترکیبات پروستاگلاندین از جمله موارد دارویی‌اند که مصرف آنها انقباض عضلات رحمی را در پی‌داشته و موجب سقط می‌گردد (۹). همچنین به عنوان مثال می‌توان به موردی اشاره نمود که به دنبال تجاوز و بارداری زن، بستگان بیمار با بریدن شکم زن باردار بوسیله چاقو، اقدام به خارج نمودن جنین نموده و سپس شکم را با نخ قالی بافی دوخته‌اند (۱۰).

به طور کلی روش‌های مورد استفاده در انجام سقط در جوامع و فرهنگ‌های مختلف، در گذشته و حال بستگی عمده‌ای به محدودیت‌های فرهنگی، اعتقادی و قومی دارد و افزایش محدودیت‌ها در جوامع مختلف موجب استفاده از روش‌های فردی و غیربهداشتی سقط توسط خود فرد و یا افراد غیر ماهر و متخصص گردیده است، هرچند شیوه‌های سقط با پیشرفت علم و تکنولوژی تا حدودی تغییر نموده است.

ب- نظر ادیان مختلف نسبت به سقط:

هر چند در تمامی ادیان الهی، به فرزندآوری و باروری سفارش گردیده و اتفاق نظری در این رابطه وجود دارد ولی در رابطه با سقط اجماع نظر دیده نمی‌شود.

در دین زرتشت، (آشوزرتشت) اصل بر خردورزی در تمام امور است و هیچگونه تصریحی دال بر مسایل شرعی از قبیل روایی یا ناروایی سقط جنین وارد نگردیده است ولی در دین اوستای نو (تلفیق باورهای کهن با آموزه‌های آشوزرتشت)، عمل سقط جنین به تمام معنی مردود و ناروا و کشتنی آگاهانه محسوب گردیده است (۱۱). در دین یهود، در تورات اشاره‌ای به سقط عمدی جنین نگردیده ولی در «تلمود» دومین کتاب شریعت یهود گرچه از ممنوعیت سقط جنین سخن به میان آمده است ولی قتل عمد محسوب نگردیده است و در مباحث حقوقی آن، سقط جنین جهت حفظ جان مادر مجاز شمرده شده است (۱۲ و۱۳) اما استفاده از ابزار و دارو جهت سقط گناه محسوب گردیده است (۱۳). سقط از نظر مسیحیان صدر مسیح محکوم شناخته شده و دیدگاه آنها در ختم حاملگی مبنی بر قبل از دارای روح شدن جنین است (١٤). در کلیسای کاتولیک، جنین از همان لحظه انعقاد نطفه، انسان کامل محسوب می‌گردد و همانند سایر انسانها حق حیات دارد. از این رو هر گونه اقدام جهت سقط جنین، مورد نکوهش و گناه شمرده شده است. گرچه برخی از اندیشمندان، دمیده شدن روح را ملاک جواز یا عدم جواز سقط جنین می‌دانستند اما کلیسای کاتولیک در قرن نوزدهم رسماً این دیدگاه را رد کرد و اعلام نمود جنین در هر مرحله‌ای که باشد سقط آن نارواست و ساقط کننده جنین به مجازات شرعی محکوم می‌شود. تاکید کلیسای کاتولیک بر انسان بودن جنین از همان نخستین لحظه حاملگی از این حکم روشن می‌شود که همه جنین‌های سقط شده باید مانند انسان‌های بالغ غسل تعمید داده شوند (۱۳و۱۵). در میان کیش پروتستان به ویژه در انگلیس سقط جنین قانونی بوده است (۱۳). در جوامع اسلامی سقط همیشه مذموم و مورد نکوهش بوده و مجازات قانونی بر آن مترتب بوده است و مساله سقط جنین از همان عصر پیامبر (ص) و ائمه (ع) مطرح بوده و روایات زیادی در این زمینه از شیعه و سنی در دست است. از ابتدای اسلام فقهای فریقین به طرح مساله سقط جنین از دید حقوقی پرداخته‌اند. در عروة الوثقی، در تحریرالوسیله که رساله عملیه است بابی تحت عنوان «دیه الجنین»

Downloaded from http://www.jri.ir

مطرح است اما از دید حرمت ذاتی و گناه بودن، مساله فقهی نو و بکر است (۱۶). در میان فقهای اهل سنت، اختلاف نظر به هر یک از مراحل مختلف شکل‌گیری جنین، نطفه، علقه و مضغه برمی‌گردد. از نظر حنفیه، سقط جنین قبل از دمیدن روح انسان در آن، (قبل از ۱۲۰ روزگی) جایز است و حکم دیه تا قبل از دمیدن روح بر آن مشمول نمی‌شود. از نظر مالکیه سقط در هر مرحله‌ای باشد حرام است. از نظر شافعیه سقط جنین پس از استقرار جنین حرام است. امام محمد غزالی اصل را بر ممنوعیت سقط جنین دانسته و مرحلهٔ حیات و ولوج روح را از همان مرحله ورود اسپرم به رحم و لقاح با تخمک دانسته و سقط را پس از لقاح در هر مرحله‌ای حرام دانسته است (۱۷ و ۱۸). هر چند عده‌ای از جمله ابواسحاق مروذی و بشر املسی با استناد به نظر ابوحنیفه سقط را در هر مرحله نطفه و علقه با عذر شرعی جایز دانسته‌اند. از نظر حنابله نیز سقط جنین پس از چهل روز جایز نمی‌باشد (۱۸). اختلاف نظر دانشمندان و علمای دینی در ارتباط با سقط جنین به مراحل مختلف شکل‌گیری جنین، جنین دارای روح و حیات انسانی و جنین فاقد روح برمی‌گردد. در قسم اول (جنین دارای روح و حیات انسانی) میان شیعه و سنی اختلافی مشاهده نمی‌گردد و هر دو جنین را انسان تلقی نموده‌اند و با انجام سقط شائبه قتل نفس مطرح می‌شود اما در مورد قسم دوم (جنین فاقد روح) اجماع نظری در میان علما و دانشمندان اسلامی وجود ندارد و جمعی از اهل سنت آن را جایز دانسته اما شیعیان آنرا حرام می‌دانند. هر چند در این فرض استثنائاتی وارد است.

ج- تحولات قانونی سقط جنین در جوامع مختلف:

تحولات تاریخی، فرهنگی و قانونی سقط جنین در جوامع مختلف با فراز و نشیب‌های قابل توجهی روبرو بوده است در برخی جوامع پس از قرنها ایستادگی در برابر قانونی شدن سقط جنین و آگاهی از غیر موثر بودن تشدید مجازات‌های کیفری، نهایتاً در جهت قانونی ساختن سقط گام برداشته‌اند و برخی جوامع دیگر همچنان بر ممنوعیت احکام سقط جنین پافشاری می‌نمایند. در نظام حقوقی فرانسه، در ابتدا سقط جنین جرم و برای آن بیست سال زندان پیش بینی شده بود و مبارزه با این پدیده اجتماعی مبتنی بر سیاست‌های کیفری سرکوبگرانه شدید متاثر از گرایش‌های شدید مذهبی، شرایط و ضرورت‌های اجتماعی بود. به تدریج، با آگاهی از غیرموثر بودن تشدید مجازات سقط جنین و گسترش قلمرو جرم انگاریها، در صدد تجدیدنظر در سیاست‌های جنایی خویش با آن بزهکاری برآمدند و پذیرای اصلاحاتی در قانون سقط جنین شدند و جهت‌گیری جدیدی را در مجاز نمودن مصادیقی از سقط و کمرنگ کردن جنبه‌های کیفری مبارزه با این پدیده مورد توجه قرار دادند و در جهت قانونی ساختن آن گام برداشتند (۱۹). در قوانین عمومی سایر کشورهای غربی و بویژه در انگلیس (۱۸۰۳- ۱۳۰۷ میلادی) سقط قبل از اینکه جنین دارای روح و حیات انسانی گردد، حتی به عنوان انحراف اخلاقی در جامعه تلقی نمی‌گردید (۲۰) و مجازاتی نیز بر آن مترتب نبود و یا بسیار نادر بود (۲۱). پس از دمیده شدن روح در جنین نیز اگر سقطی صورت می‌پذیرفت معمولاً کژرفتاری و تخلف و سرپیچی از قانون محسوب می‌گردید (۷) و تا قرن ۱۹ این وضعیت ادامه داشت (۲۲). از نیمه دوم قرن ۱۹ به بعد، طی جنگ جهانی دوم تقریباً محدودیت‌های قانونی بر سقط جنین به طور گسترده در تعدادی از مناطق اجرا گردید. در سال ۱۹۵۰ قانون آزادسازی سقط در تعداد چشمگیری از کشورهای شرقی و اروپای مرکزی به اجرا درآمد. در طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ این قوانین در تعدادی مناطق در حال توسعه نیز اجرا گردید. تعداد اندکی از جوامع در حال توسعه (هند و چین) در آن زمان نسبت به محدودیت سقط جنین سستی نشان داده و به آن توجهی نمی‌کردند (۲۳). عواملی که به آزادسازی قانونی

Downloaded from http://www.jri.ir

سقط کمک می‌کرد، تغییر نگرش به روابط جنسی و تولید مثل، کمرنگ شدن اعتقادات دینی در مردم (۲٤) به همراه عواملی نظیر تاثیر تراتوژنیک استفاده از تالیدومید و یا ابتلای فراگیر به سرخجه در زمان بارداری در بعضی کشورها و بکارگیری سیاست‌های جمعیتی در مورد افزایش و یا کاهش رشد جمعیت در کشورها، زمینه آگاهی مردم را نسبت به سقط‌های قانونی فراهم آورد و سقط‌های غیرقانونی که نهایتاً تعداد زیادی از زنان را در معرض آسیب و مرگ قرار می‌دادند خطری جدی برای سلامت عموم مطرح شد (۲۵) و جهت گیری به سمت قانونی ساختن سقط را ترغیب نمود. طرفداران آزادی سقط، بیشتر به طرفداری حقوق اقشار کم درآمد که به خدمات بهداشتی دسترسی نداشته و با تاکید بر «حق کنترل باروری در زنان» با کند شدن آهنگ قانونی سقط مخالفت ورزیده و در جهت آزادسازی قوانین سقط قدم برداشتند. هرچند علیرغم این تلاشها محدودیت‌های قانونی نیز در بعضی کشورها افزایش یافت (۲۵).

میزان آزادسازی سقط از کشوری به کشور دیگر متفاوت است و قوانین سقط بر طبق الزامات پزشکی یا براساس موقعیت‌هایی که سقط تحت آن شرایط می‌تواند صورت پذیرد دسته‌بندی می‌گردد. چه در جوامعی با منع قانونی و چه در جوامعی با محدودیت‌های قانونی سقط، به مواردی که زندگی و جان مادر در خطر است توجه شده است. برخی، ارتقاء سلامت مادر را که سلامت جامعه را به دنبال دارد زمینه درخواست سقط قانونی برشمرده و بر این اساس مواردی از قبیل مشکلات اقتصادی، اجتماعی، روحی و روانی مادر، خانواده و جامعه را، زمینه ساز درخواست قانونی سقط تلقی نموده‌اند.

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 با نگرش‌هایی متفاوت به مصادیق ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، زمینه جواز سقط جنین را بر اساس ضرورت فراهم نموده‌اند. علیرغم قبول جواز سقط جنین در حوزه نجات جان مادر، از سوی همه کشورهای نامبرده، برخی کشورها (اردن، عربستان سعودی، پاکستان) در گستره وسیعتری از مصادیق سقط های قانونی گام نهاده و علاوه بر حفظ جان مادر، سلامت روحی و جسمی او را در نظر داشته‌اند. برخی(کویت و قطر) نیز افزون بر موارد فوق، نقائص جنینی را زمینه درخواست سقط قانونی تلقی نموده‌اند و کشورهایی همچون بحرین و ترکیه با پذیرش گستره قانونی در همه مصادیق ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در جهت قانونی ساختن سقط، برای ارتقاء سلامت مادران و جامعه و در مسیر کاهش عوارض ناشی از سقط‌های غیربهداشتی و مرگ و میر مادران گام نهاده‌اند (۵).

د- تاثیر سیاستها و محدودیت‌های قانونی:

سازمان بهداشتی جهانی (WHO)، دلایل اصلی سقط‌های القایی را عمدتاً براساس حفظ جان مادر، حفظ سلامت جسمی مادر یا جنین، حفظ سلامت روحی مادر، در موارد تجاوز جنسی، نقایص جنینی، دلایل اقتصادی – اجتماعی و همچنین درخواست والدین عنوان نموده است. کشورهای مختلف براساس فرهنگ، آداب و رسوم، باورها و اعتقادات مذهبی خود، قوانین متفاوتی را در ارتباط با موارد فوق وضع نموده‌اند. لذا سیاست‌های ملی و قانونگذاری در ارتباط با سقط جنین بسیار گسترده است. در ۹۸٪ از کشورهای جهان، انجام سقط در مواقع تهدید حیات مادر پذیرفته شده است. در ٦۲٪ از این کشورها حفظ سلامت جسمی مادر اساس سقط قانونی تلقی گردیده است (۲٦). هرچند دامنهٔ تعریف تهدید حیات مادر خود دامنهٔ بسیار گسترده‌ای دارد و تعیین شرایط در این موارد

Downloaded from http://www.jri.ir

گـاهی خـود عـاملی در جهـت سـوق بـه سـقط‌هـای غیربهداشتی است.

کسب اطلاعات مربـوط بـه سـقط‌هـای غیربهداشـتی در جوامعی که محدودیت قانونی وجود دارد، کـار سـاده‌ای نیـست. شـواهد و اسـناد نـشان مـی‌دهـد کـه افـزایش محدودیت‌های قانونی، افزایش سقط‌های غیربهداشتی را به دنبال داشته و متعاقباً موجب افزایش میـزان مـرگ و میرهای ناشی از سقط می‌گردد. برای مثال در آفریقا از هر یکصدهزار سقط، ٦٨٠ مورد منجر به مرگ می‌شـود. در حالیکه این میزان در کشورهای توسعه یافته کمتر از یک مورد (۰/۷) در هر یکصدهزار سـقط گـزارش شـده است (۳۰).

در رومـانی نیـز در سـال ۱۹٦٦، بـا افـزایش فـشارها و محـدودیت‌هـای قـانونی در مـورد سـقط، بـه طـور چشمگیری میزان مرگ و میر ناشی از آن افزایش یافت به طوریکه (قبل از افـزایش محـدودیت‌هـای قـانونی) در سال ۱۹٦٥، به ازاء هر یکصد هزار تولد زنده، ۲۰ مـورد مرگ ناشی از سقط گـزارش مـی‌شـد، ولـی بـا افـزایش محدودیت‌های قـانونی بـه ۱۰۰ مـورد در سـال ۱۹۷٤ و ۱۵۰ مورد در سال ۱۹۸۳ افزایش یافت (۲۷). با بـازبینی و تغییری اندک در کاهش محدودیت‌هـای قـانونی سـقط در سـال ۱۹۸۹، میـزان قابـل تـوجهی از مـرگ و میـر مادران در سال ۱۹۹۰ کاسته شد و به حـدود ٦۰ مـورد مرگ درهر یکصد هزار تولد زنده رسید (۲۸).

بـرخلاف عقیـده عمـوم، تـصویب قـانون سـقط ایمـن ضرورتاً افزایش میزان سقط القایی و عمدی را به دنبال نخواهد داشت. هرچند مطالعات اندکی ایـن شـائبه را در اذهان جامعه ایجاد نموده است. بعنوان مثال در هلند، بـا وجـود عـدم محـدودیت‌هـای قـانونی در سـقط جنـین و دسترسی راحـت بـه روش‌هـای پیـشگیری از بـارداری جهت عموم مردم و با خدمت‌رسانی آزاد و مجانی جهت سقط جنین و عـوارض پـس از آن، کمتـرین نـرخ سـقط (۵/۵ سقط برای هر یک هزار زن در سن بارداری) را در دنیا داشته است (۲۹).

سقط القایی در جهان

آمارهای جهانی نشان دهنده آن است که سالیانه حـدود ۲۱۰ میلیون بارداری در سراسر جهان شکل می‌گیرد که ۲۲٪ از این موارد (٤٦ میلیون) به دلایل مختلف متوسل به سقط جنین می‌گردنـد. بـه عبـارت دیگـر آمـار سـقط القایی ۳۵ مورد به ازای هر یکهزار زن در سن بـارداری اعلام گردیده است. گزارش‌ها حاکی از آن است که ٤٤٪ (حدود ۲۰ میلیون) از سـقط‌هـای مـذکور را سـقط‌هـای غیربهداشتی تشکیل می‌دهند (۳۰)، بدین معنی کـه سـقط توسط افرادی صورت می‌پذیرد که از مهارت لازم جهت انجام آن برخوردار نبوده و یا اینکه انجام سـقط بـدون توجه بـه حـداقل اسـتانداردهای لازم پزشـکی صـورت مـی‌گیـرد (۳۱). در نتیجـه تعـداد زیـادی از سـقط‌هـای غیربهداشتی (بیش از ۵ میلیـون زن) تجربـه دردنـاک و رنج‌آور همراهی با بیماری های مزمن و نقایص جـسمی دائمی نظیر حاملگی‌های خـارج رحمـی، چـسبندگی‌هـای داخل لگن و رحم، ناباروری را متحمـل مـی‌گردنـد (۳۲). در مواردی که اقدام بـه سـقط منجـر بـه خـتم حـاملگی نشود عواقب دردناک و پایداری نظیر دارا شدن فرزندان عقب مانده ذهنی، نوزادان کم وزن در زمان تولد، صرع، میکروسـفالی و ... تجربـه خواهنـد شـد کـه جامعـه و خانواده را درگیر و متأثر خواهند ساخت (۳۳).

الف- مـرگ و میـر ناشـی از سـقط‌هـای غیـر بهداشـتی و غیرقانونی:

سـقط‌هـای غیربهداشـتی معـضلی جهـانی اسـت کـه گریبان‌گیر جوامـع بـشری و بـالاخص جوامـع در حـال توسعه اسـت. روزانـه ۵۵هـزار سـقط غیربهداشـتی در جهان گزارش می‌گردد کـه ۹۵٪ آنهـا در کـشورهای در حال توسعه گزارش گردیـده اسـت (۲۹). از ایـن میـزان بیش از ۲۰۰ مورد در هر روز به کام مرگ فرو می‌روند (۳٤). به عبـارتی دیگـر بـه ازاء هـر ۷ تولـد، یـک سـقط

Downloaded from http://www.jri.ir

غیربهداشتی صورت می‌گیرد (۳٤) و مرگ و میرهای ناشی از سقط‌های غیربهداشتی میزان قابل توجهی از کل مرگ و میر مادران (۱۳٪) را شامل می‌گردد (۳٤). هرچند دستیابی به این آمار و ارقام کار ساده‌ای نیست ولی براساس آمار WHO از هر ۸ مورد مرگ و میر مادری یک مورد ناشی از سقط‌های غیربهداشتی است. در برخی مناطق جهان این میزان تا ۲۵٪ و یا حتی بیشتر گزارش گردیده است (۳۵).

ترس و واهمه بسیاری از زنان از دریافت خدمات درمانی، متعاقب بروز عوارض پس از سقط غیربهداشتی جنین، به طور چشمگیری موجب افزایش مرگ و میر مادران در بعضی جوامع گردیده است (۳٦). افزون بر این، افزایش محدودیت‌های قانونی سقط جنین به طور چشمگیری بر افزایش سقط‌های غیربهداشتی و مرگ و میرهای مادری ناشی از این سقط‌ها به ویژه در کشورهای در حال توسعه تأثیر گذاشته است، به طوریکه از هر ۲۵۰ مورد سقط غیربهداشتی در جوامع در حال توسعه یک مورد مرگ مادر در سنین باروری (٤٤-۱۵ سال) گزارش می‌گردد. حال آنکه این میزان در جوامع پیشرفته بسیار کمتر و از هر ۳۷۰۰ مورد سقط یک مورد به مرگ منجر می‌گردد (۳۷).

در بسیاری از کشورها، نسبت زیادی از مرگ و میر مادران به دلیل عوارض ناشی از سقط‌های غیرقانونی و غیربهداشتی است - اتیوپی ٥٤٪، آرژانتین ۳۵٪، شیلی ۳٦٪، زیمبابوه ۲۸٪ (۳۸)- که نیازمند بازنگری و ارائه قوانین سقط و افزایش مراقبت‌های بهداشتی جهت برخورد با عوارض پس از سقط از سوی کارکنان بهداشتی است. قابل توجه است که بدانیم بالاترین میزان آمار مرگ و میر ناشی از سقط‌های غیربهداشتی در سال‌های اخیر (۲۰۰۰-۱۹۹۵) در سراسر جهان، به جنوب مرکزی آسیا تعلق دارد که ایران نیز در این منطقه واقع شده است و در واقع نیمی از سقط‌های غیربهداشتی در منطقه آسیا اتفاق افتاده است اگرچه $\frac{۱}{۳}$ آنها تنها در جنوب مرکزی آسیا صورت پذیرفته‌اند. به علاوه تخمین زده می‌شود که مرگ‌های ناشی از سقط غیربهداشتی در جنوب مرکزی آسیا بالا بوده و ۲۹هزار مرگ را در هر سال شامل می‌گردد (۳۹).

ب- گسترش عوارض ناشی از سقط‌های غیربهداشتی و تأثیر آن بر هزینه بهداشت عمومی:

سقط‌های خودبه خودی بندرت منجر به مرگ شده و عوارض ناشی از آن نیز کمتر نیازمند مراقبت‌های بهداشتی (حداکثر ۱ الی ۳ روز) است (٤۰). معهذا در برخی کشورها مرگ و میر ناشی از سقط، علت اصلی مرگ مادران گزارش شده و آمار تعداد افراد بستری ناشی از عوارض سقط‌های غیربهداشتی نیز بالا گزارش می‌گردد. آنچه بیش از همه، عمل سقط را برای زنان خطرناک می‌سازد سقط‌های غیربهداشتی است که علاوه بر افزایش مرگ و میر مادران، هزینه زیادی (۵ برابر بیشتر) را بر جامعه و بهداشت عمومی تحمیل می‌سازد (٤۰). در برخی مطالعات بیمارستانی ۸۰٪ و یا حتی بیشتر موارد بستری جهت سقط مربوط به سقط‌های القایی و عمدی است و درصد کمی را سقط‌های خودبه خودی تشکیل می‌دهد (٤٤-٤۱). لذا مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز برای سقط‌های خودبه خودی بسیار کمتر است. حال آنکه ۱۰ الی ۵۰٪ از عوارض ناشی از سقط‌های غیربهداشتی نیازمند مراقبت‌های خاص بهداشتی می‌باشند (٤۲و ۵۲ و ۵۳). بیشترین عوارض سقط‌های القایی و غیربهداشتی شامل سقط‌های ناقص، عفونت، خونریزی شدید، پارگی و صدمات بافت‌های داخل لگنی شامل سوراخ شدن و یا پارگی رحم می‌باشد (۳٤). خطرات بلند مدت اینگونه سقط‌ها، شامل حاملگی خارج رحمی، التهابات مزمن، عفونت‌های لگنی، اختلات کلیوی و ناباروری ثانویه است. (٤٦) درمان‌های مربوط به سقط‌های القایی و غیربهداشتی غالباً با طیف وسیعی از عوارض همراه بوده و نهایتاً در اکثر موارد موجب بستری شدن در بیمارستان و صرف هزینه‌های متنوع

Downloaded from http://www.jri.ir

درمـان و مـصرف داروهـای گونـاگون و صـرف وقـت پرسـنل بیمارسـتانی مـی‌شـود. فـراهم نمـودن اینگونـه مراقبت‌ها بودجه زیـادی را بـه خـود اختـصاص داده و داروهایی که می‌تواند در درمان‌های دیگر پزشکی مورد استفاده قرار گیرد در این رابطه به کار بـرده مـی‌شـود (۳٤). در برخـی کـشورهای در حـال توسـعه تـا ۵۰٪ بودجه بیمارسـتانی صـرف درمـان عـوارض ناشـی از سـقط‌هـای غیربهداشـتی مـی‌گـردد (٤۷ و ٤۸). تحقیـق اخیـری کـه در تانزانیـا صـورت گرفـت ۳٤ الـی ۵۷٪ پذیرش بخش بیمارستان دارالسلام را ناشی از عوارض سقط‌های غیربهداشتی گزارش نمود که به طور متوسط بـرای درمـان هـر زن ۷/۵ دلار هزینـه در برداشـت؛ در حالیکه بودجه بهداشت ملی جهت مراقبت‌هـای بهداشـتی تنها یک دلار برای هر فرد در نظر گرفته شده بـود (٤۹). عـلاوه بـر ایـن پیامـدهای روحـی و روانـی ناشـی از سقط‌های غیربهداشتی و تأثیر آن بر خـانواده، ضـربات سهمگین‌تر و گسترده‌تـری را بـر جامعـه و منـابع ملـی وارد خواهـد آورد بـه طوریکـه سـهم عمـده بودجـه بهداشـتی در جوامـع در حـال توسـعه صـرف آمـوزش پیامدها و عوارض سقط‌های غیربهداشتی می‌گردد.

ج- سـقط القـایی و غیربهداشـتی معـضل عمـده سـنین باروری و دوران نوجوانی:

سقط‌های غیربهداشتی معضل اساسی بهداشت عمـومی در سنین باروری و به ویژه در دوران جوانی ذکر شده است. زنان جوان به دلیل دسترسی کمتر به اطلاعـات و آموزش‌های لازم در زمینه تنظـیم خـانواده و تـأخیر در دریافت کمک‌های بهداشتی و اقدام آنها به خـتم حـاملگی در دوره‌های بالاتر نسبت به دیگر سنین (سه ماهه دوم) بیشتر دچار عوارض ناشی از سـقط‌هـای غیربهداشـتی می‌شوند و بدین صورت مـرگ و میـر مـادری در آنهـا افـزایش مـی‌یابـد. در بـسیاری از کـشورهای در حـال توسعه، زنانی که به خاطر عوارض ناشی از سقط جنین بستری می‌شـوند، عمـدتاً نوجـوان و جـوان هـستند. در آفریقا، ۲۰٪ افراد بستری شده به دلیل عـوارض سـقط، کمتر از ۲۰ سال سن دارند (۵۰). در ایران در مطالعـه‌ای گذشته‌نگـر پرونـده ٤۷ فـرد مراجعـه کننـده بـه یکـی از بیمارستان‌هـای شـیراز بـه دلیـل سـقط غیربهداشـتی و غیرقـانونی در سـال‌هـای ۱۳۷۵ الـی ۱۳۸۱، نـشان داد میزان بـالای سـقط غیربهداشـتی در سـنین پـایین و در دوران جوانی (٧٤ درصد در زیر ۳۰ سالگی) می‌باشد که ۱۷٪ سقط‌های غیربهداشتی از سوی زنان جوان زیر ۲۰ سال صورت پذیرفتـه و ٦/۵ درصـد از ایـن سـقطها بـا متوسط سنی ۲۱ سال منجر به مرگ گردیده است (۵۱). گزارشـات موجـود از میـزان بـالای موالیـد در میـان دختـران نوجـوان (حـدود ۱۵ میلیـون) (۹)، تـأخیر در تصمیم‌گیری نوجوانان در اقدام به سـقط در دو یـا سـه ماهۀ اول حـاملگی، تـأثیر نگرشـها و مـداخلات فرهنگـی اجتماعی– مذهبی خانواده در هدایت نوجوانان به انجـام سقط‌های غیربهداشتی، محدودیت‌های قانونی و نگرانـی از داشتن فرزندی ناخواسته، از موارد بسیار خطرناک و جدی در سلامت جسمی و روحـی نوجوانـان محـسوب مـی‌شـوند کـه مـی‌تواننـد بـه مـشکلات جـدی‌تـر طبـی، ناباروری و یا حتی مرگ ختم شوند. حتـی در جـوامعی که انجام سقط آزاد است برای نوجوانان محدودیت‌هـای بیشتری در نظر گرفته شده اسـت. بـه طـور مثـال نیـاز نوجوانان در برخورداری از مراقبت‌های دوران بارداری و یا خدمات پس از سقط منوط به کسب رضایت والدین در انجـام سـقط‌هـای قـانونی موجـب گردیـده کـه از پی‌گیرهای مناسب فرآینـد پزشـکی منـصرف گردیـده و آنرا رها سازند و به سقط غیر بهداشتی و غیـر قـانونی متوسل گردند(۹). در ایران شـرایط بـسیار دشـوارتر و سخت‌تر است. از نظـر عرفـی، سـنتی، اسـلام و جامعـه ایرانی با تأکید به پایبندی به اصول اخلاقـی و اعتقـادات مـــذهبی، تـــشویق و ترغیـــب بـــه تـــشکیل خـــانواده و ازدواج‌های زودهنگام و دائمی به عنوان ارزشی اسلامی تأکیـد شـده و روابـط جنـسی را در چهـارچوب روابـط

Downloaded from http://www.jri.ir

زناشویی و ازدواج جایز شمرده و بارداری در میان نوجوانان و دختران جوان و خارج از حیطهٔ ازدواج مورد نکوهش قرارگرفته است. بر این اساس اطلاعات مستندی در ارتباط با سقط و حاملگی دختران نوجوان موجود نمی‌باشد. ولی آنچه مسلم است جوانان ایران نیز از سایر جوانان جهان مستثنی نبوده و در معرض رفتارهای جنسی پرخطر و داشتن تماس‌های جنسی قبل از ازدواج قرار دارند و این در حالی است که به علت محدودیت‌های عرفی موجود، آموزش‌های مربوط به رفتارهای پرخطر جنسی نیز بسیار کمرنگ شده و یا به فراموشی سپرده شده است.

سقط‌های القایی در ایران

سقط جنین در اکثر جوامع، یکی از مسائل مهم و بحث‌برانگیز محافل علمی، اجتماعی و فرهنگی است، ولی مع‌الوصف در ایران کمتر پیرامون آن بحث شده است و به تحقیق می‌توان گفت که گفتگوها همانند خود موضوع معمولاً مخفیانه و به دور از دید عموم انجام می‌گیرد. امکان دستیابی به آمار و ارقام در ارتباط با سقط جنین نیز به جهت دارا بودن الزامات اخلاقی و قانونی در مخفی و محرمانه نگاهداشتن آنها، بسیار اندک، غیر قابل اعتماد و اجتناب‌ناپذیر است. گزارشات غیر واقعی از سقط‌های القایی و غیربهداشتی در تمامی جوامع بشری، به جهت گریز از پاسخ صریح و صحیح زنان در انجام سقط القایی، همگانی است. مطالعات اندکی اعلام نموده‌اند که توانسته‌اند به دریافت پاسخ های واقعی در این رابطه دست یابند و به ثبت ۲۵ الی ۷۵ درصد سقط‌های غیربهداشتی از مجموع سقط‌های انجام گرفته توسط پاسخگویان نائل گردند (۵۶-۵۴ و ۳۶). در یک مطالعه پی‌گیرانه[1] در سال ۱۹۷۹ از ۱۱۸ زن بستری در مکزیک جهت سقط، نشان داده شد که ۷۷٪ از افراد بستری در بیمارستان، در مراجعات و بررسی‌های بعدی اعلام نمودند که سقط‌های القایی و عمدی داشته‌اند (۵۷). لذا دستیابی به اطلاعات، کاری مشکل و دشوار است، به ویژه در کشوری چون ایران، سقط جنین با داشتن منع قانونی و جرم انگاری، توام با نگاهی تابوگونه از سوی اجتماع، مشکل مضاعفی را ترسیم می‌نماید. آمار رسمی در این مورد بسیار اندک و دور از واقعیت می‌باشند، ولی مشاهدات، حاکی از حقیقتی است که در جامعه اتفاق می‌افتد. بر اساس تحقیق انجام شده در سال ۱۳۷۵ در ایران، حدود ۱۶٪ حاملگی‌های ناخواسته منجر به سقط می‌شوند (۵۸) و در بررسی دیگری جهت دستیابی به میزان شیوع سقط در یکی از بزرگترین بیمارستان‌های آموزشی- درمانی زنان و زایمان در کرمانشاه طی دهه ۷۰ با مطالعهٔ ۲۰۵۲۵۰ پرونده بستری در بیمارستان، ۶۵ مورد سقط به ازای هر هزار بیمار بستری اعلام گردید (۵۹). براساس آمار تخمینی ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سالیانه ۸۰ هزار سقط (بیش از ۲۰۰ مورد در هر روز) در ایران انجام می‌پذیرد. هرچند هیچ گونه گزارش دقیقی از میزان مرگ و میر مادران و بیماری‌های ناشی از سقط‌های غیربهداشتی در دست نیست ولی شواهد و قرائن و آمارهای غیرمستند از میزان بالای مرگ و میر مادران و بیماری‌های ناشی از سقط‌های غیربهداشتی خبر می‌دهند چنانچه گزارش مستند دیگری از همین بیمارستان کرمانشاه در دهه ۷۰، علت ۹ درصد مرگ و میر مادران را عوارض ناشی از سقط جنین اعلام نموده است (۵۹). همچنین در طی سال‌های ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۱، در همین استان حدود ۲۳٪ علت مرگ مادران به علت سقط‌های عمدی ثبت گزارش شده است (۶۰).

الف- حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین در ایران:

در بررسی که اخیراً انجام گرفته، میزان حاملگی بدون برنامه‌ریزی و تصمیم قبلی در ایران، ۳۵ درصد برآورد گردیده است که از این میزان ۱۶ درصد به حاملگی

1- Fallow-up

Downloaded from http://www.jri.ir

ناخواسته اختصاص داشته است. این میزان در میان زنان روستایی غیرشاغل با تحصیلات کمتر و فرزندان بیشتر، در مقایسه با زنان شهری تحصیلکرده شاغل دارای فرزند، بالاتر اعلام شده است. همچنین رابطه خطی مثبتی بین سن زن و حاملگی ناخواسته ذکر گردیده، به طوریکه در گروه‌های مختلف سنی ۲۴-۱۵، ۳۴-۲۵ و ۴۹-۳۵ به ترتیب میزان حاملگی ناخواسته با توجه به وقوع حاملگی‌های خواسته در سنین جوانی، از ۲۶ درصد به ۴۰ درصد و ۶۵ درصد افزایش یافته است (۶۱). در یک بررسی[1] در سال‌های اخیر (۱۳۷۹) بیش از ۲۰ در صد زایمان‌ها برای پدر و مادرها ناخواسته گزارش گردید و از این میان بیش از ۵۰ درصد زایمان‌هایی که از نظر سن مادر و از نظر تعداد بارداری، پرخطر محسوب می‌شوند ناخواسته تلقی گردیدند (۶۲).

علت اساسی سقط‌های گزارش شده، حاملگی‌های ناخواسته ذکر گردیده است. به طوریکه، عدم استفاده از روش‌های کنترل بارداری، ضعف روش‌های مورد استفاده در کنترل بارداری، عدم مشارکت فعال مردان در کنترل بارداری، ضعف توانایی زن در مشارکت برای کنترل بارداری خود در برابر مرد (رضایت شوهر)، سن پایین، تعداد زیاد اولاد، علاقه به حفظ فاصله سنی در بین کودکان و احتمالاً جنسیت فرزند، اختلافات خانوادگی و روابط ناپایدار در خانواده، عدم رضایت یکی از زوجین در برقراری ارتباط جنسی منجر به بارداری[2]، ترک همسر، دلایل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حاملگی‌های مکرر و ناخواسته، ارتباط جنسی نامشروع و یا زنای با محارم، ناهنجاری‌های اساسی جنینی، مشکلات روحی- روانی مادر از جمله دلایل شیوع سقط‌های القایی درحاملگی‌های ناخواسته ذکر می‌گردد. میزان بالای حاملگی‌های ناخواسته در ایران (بین ۴۰۰ الی ۵۰۰ هزار عدد در سال) و همچنین اطلاعات بدست آمده از طرح DHS در سال ۱۳۷۹ با بیان آنکه در مناطق شهری کشور ۲۴/۷ درصد حاملگیها ناخواسته‌اند (۶۳)، نگرانی مضاعفی را جهت انجام سقط‌های غیربهداشتی و غیرقانونی فراهم می‌سازد که خود می‌تواند یکی از دلایل عمده افزایش مرگ و میر مادران محسوب گردد.

ب- تحولات قانونی سقط جنین در ایران:

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۵ در قوانین حقوقی ایران، سقط جنین برای حفظ جان مادر و یا سلامت جسمی و روحی مادر و یا در موارد تشخیص نقایص جنینی در شرایط بهداشتی، توسط پزشکان کارآزموده، مجاز و قانونی بوده است. لکن در حوزه‌های دیگر نظیر تجاوز جنسی، دلایل اقتصادی – اجتماعی و درخواست والدین، سقط هم به صورت بهداشتی و یا غیربهداشتی صورت می‌پذیرفته است. در آن زمان افراد متمول و توانگر در شهرهای بزرگ با پرداخت هزینه‌های گزاف در توسل به سقط‌های بهداشتی پیشقدم بودند (۶۴) و افراد فقیر و تنگدست در شهرها و روستاها به سقط‌های غیربهداشتی مبادرت می‌ورزیدند که افزایش عوارض و عفونت‌های ناشی از سقط‌های غیربهداشتی گواه بر این ماجرا است. پس از انقلاب اسلامی ایران قوانین سقط با تمهیدات خاصی مواجه شد (۶۵). بدین معنی که پس از سال ۱۳۵۷ قوانین سقط جنین لغو و مقررات قانون مجازات اسلامی دیات در سال ۱۳۶۱ و قانون مجازات اسلامی تعزیرات مصوب ۱۳۶۲ جایگزین آن گردید و در نهایت قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ که شامل مواد عمومی و حدود و قصاص و دیات است جانشین قوانین سال ۱۳۶۱ گردید (۶۶).

از سوی دیگر پس از سال ۱۳۵۷ قوانین عقیم‌سازی از طرف دولت ممنوع و از اعتبار قانونی خارج شد و متعاقب آن مراکز تنظیم خانواده تعطیل گردیدند و استفاده از اکثر روش‌های کنترل بارداری ممنوع اعلام

1- Iran Demographic and Health Survey, DHS-2000 DHS
2-Sexual Assault

Downloaded from http://www.jri.ir

شد. از سوی دیگر ازدواج‌های زود هنگام و ازدیاد نسل به عنوان ارزشی ملی، مذهبی و قومی معرفی و ترویج گردید (٦٧). طی جنگ هشت ساله ایران و عراق، همچنان افزایش موالید توسط دولت و علمای دینی تشویق و به عنوان ارزشی اسلامی مطرح گردید. پس از جنگ هشت ساله، با افزایش میزان بالای جمعیت، و شروع خودنمایی مشکلات اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، انفجار جمعیت به عنوان مانعی اساسی در رابطه با سازماندهی اقتصادی و عدالت اجتماعی مطرح شد (٦٨). احساس ضرورت بازنگری و تغییری جدید در سیاست‌های موجود، موقعیت مناسبی را جهت تجدیدنظر در زمینه کنترل جمعیت و افزایش سن ازدواج فراهم نمود. در نتیجه مسئولین دولتی در کنار علمای دینی به ارائه و حمایت از مجوزهای قانونی و شرعی لازم برای کنترل جمعیت و افزایش سن ازدواج پرداختند و دولت به طور رسمی از مراکز تنظیم خانواده حمایت نمود و بدین وسیله قدمی بزرگ در جهت اجرای جامع برنامه‌های تنظیم خانواده برداشته شد. استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری، آزاد شد و در دسترس عموم قرار گرفت و عقیم‌سازی نیز ترویج گردید. همچنین اقدامات لازم جهت تغییر سن قانونی ازدواج انجام شد و علیرغم تأکید و ترویج ازدواجهای دائم و زود هنگام به عنوان ارزشی اجتماعی و اسلامی، قوانین حقوق مدنی به تصویب افزایش سن قانونی ازدواج نسبت به گذشته (به ١٥ سال در دختران و به ١٨ سال و در پسران) (٦٩) کمک نمود. هرچند این تغییرات پس از مباحث جدی مطرح شده میان دو نهاد مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان و عدم توافق بر آن به مجمع تشخیص مصلحت نظام ارجاع و مورد تصویب قرار گرفت و از سویی دیگر میانگین سن ازدواج در ایران تحت تأثیر عوامل و مشکلات اقتصادی اجتماعی دیگر نظیر مسکن، اشتغال و بالا رفتن سطح تحصیل برای هر دو جنس به طور چشمگیری افزایش یافت و در شهر و روستا به ترتیب در زنان و مردان از ١٩/٨ و ٢٣/٦ در سال ١٣٥٥ به ٢٢/٤ و ٢٥/٤ در سال ١٣٧٥ (٦٩) و ٢٤/٣ و ٢٦/٤ در سال ١٣٨١رسید (٦٢). از سوی دیگر تشویق و ترغیب جوانان به تحصیل و فراهم نمودن امکانات تحصیلی در سطوح مختلف از سوی دولت و تأسیس و گسترش دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی، زمینه تحصیلات بیشتر را برای اقشار مختلف جامعه فراهم نمود، به طوریکه نرخ سواد در میان نوجوانان از ٦٠ درصد به ٩٥/٥ درصد در سال ١٣٧٥ افزایش یافت (٦٩). افزایش سطح تحصیلات به ویژه در زنان جوان به عنوان عاملی موثر در به تأخیر انداختن ازدواج، تولد اولین فرزند در سنین بالاتر، انتخاب بعد کوچک خانواده منجر به کاهش روند باروری در نظر گرفته شد. پژوهش‌های متعددی نشان داده است که زنان تحصیلکرده، عمدتاً دیرتر ازدواج نموده و فرزند کمتری دارند و اگر زنی به جای سن ١٨ سالگی در سن ٢٣ سالگی اولین فرزند خود را بدنیا آورد، این امر به تنهایی می‌تواند رشد جمعیت را تا میزان ٤٠ درصد کاهش دهد (٧٠). براین اساس تأثیر فاحش تغییرات جدید در سیاست‌های موجود بر کاهش باروری بوضوح نمایان گردید و کاهش باروری در تمام مناطق شهری و روستایی ایران به طور چشمگیر و گسترده ظاهر گردید (٦١). به طوریکه نرخ باروری از حدود ٣ درصد به ١/٢ درصد کاهش یافت (٢). در حال حاضر خوشبختانه با گسترش آموزش در این زمینه، شاهد کنترل جمعیت به عنوان یک ارزش هستیم، هر چند با توجه به نکات مطرح شده، نمی‌توان نقش تحصیل و افزایش سن ازدواج را در روند کاهش جمعیت نادیده انگاشت.

آنچه مسلم است بازنگری در سیاست‌های موجود کنترل بارداری، ایران را به عنوان کشوری بسیار موفق در سطح جهان مطرح نمود. تغییر نگرش در سیاست‌های موجود در سقط جنین، به ویژه با

Downloaded from http://www.jri.ir

درنظرگیری ابعاد جامع سقط نیز قادر است تاثیر فاحشی بر کاهش سقط‌های القایی و غیربهداشتی و متعاقباً میزان ناخوشیها و مرگ و میرهای ناشی از آن داشته باشد. گزارش‌های موجود بیانگر افزایش میزان مرگ و میر ناشی از سقط‌های غیربهداشتی در سراسر جهان است و در این ارتباط کشورهای در حال توسعه علیرغم وجود محدودیت‌های بیشتری در زمینه تهیه مجوزهای مربوط به سقط جنین سهم عمده‌ای از این موارد را به خود اختصاص می‌دهند و هزینه‌های گزافی را به سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌نمایند. خوشبختانه اخیراً با بیان آثار و مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ناشی از سقط جنین، موقعیت مناسبی برای دولت جهت تجدید نظر و بازنگری میسر گردیده است. همچنین فتاوی جدید علمای دینی و مجوزهای شرعی سقط در زمینه‌های نجات جان مادر و یا عسر و حرج در محدوده زمانی قبل از ولوج روح، زمینه را برای بازنگری توسط مراجع قضایی و قانونگذار فراهم نموده است (۱۶). ارائه طرح سقط درمانی توسط تعدادی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۱ و ارائه لایحه سقط درمانی توسط دولت در سال ۱۳۸۲، برنامه‌ریزی برای تعریف و تدوین شاخص‌های قطعی پزشکی در ارتباط با سلامت مادر و جنین و نقائص جنینی و دیگر موارد، جهت تدوین رویه قضایی واحد توسط قوه قضائیه، برگزاری سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران در هفتم و هشتم اسفند ماه سال ۱۳۸۱، زمینه تغییر نگرش‌ها و قوانین را نسبت به محدودیت‌های گذشته سقط جنین فراهم آورده است. امیدواریم همانگونه که احساس نیاز در کنترل باروری، ضرورت بازنگری و تغییرات را در سیاست‌های عقیم‌سازی پدید آورد، در آینده‌ای نزدیک نیز شاهد تحولات جدی در این زمینه، به ویژه در جهت حذف زمینه‌های به وجود آورندهٔ سقط‌های جنایی و غیربهداشتی و تحمیل هزینه‌های گزاف بر سیستم بهداشتی باشیم.

نتیجه گیری

• یکی از تهدیدهای اساسی در رابطه با سلامت و رفاه زنان سراسر دنیا سقط عمدی و به ویژه سقط‌های غیربهداشتی، ناشی از حاملگی‌های ناخواسته است. آموزش و آگاهی، علیرغم فراهم نمودن زمینه پیشگیری بسیاری از معضلات، امری بسیار حیاتی در جهت کاهش عوارض ناشی از سقط های غیربهداشتی است. فدراسیون برنامه‌ریزی بین‌المللی پدران و مادران (IPPF)[1] سقط عمدی را یکی از چالش‌های اصلی جوامع به شمار می‌آورد و کشورها را موظف می‌نماید که استراتژی مضاعفی را جهت حذف میزان بالای سقط غیربهداشتی اعمال نمایند و دستیابی به حقوق و خدمات قانونی ایمن و لازم را جهت توانمندسازی زوجین و به ویژه زنان در کسب کنترل کافی بر بارداری خویش فراهم نمایند. براین اساس، از یکسو سازمان‌های تنظیم خانواده با ارائه خدمات جامع مراقبت‌های بهداشت بارداری، جهت جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته تاکید نموده، تا زن و مرد و یا زوجین را از کیفیت مطلوب روابط جنسی مطلع سازند و اطلاعات مربوط به پیشگیری، آموزش، مشاوره و خدمت‌رسانی روش‌های متنوع و سالم و قابل اعتماد پیشگیری از بارداری را با توجه به قابل دسترس بودن آنها و استطاعت مالی زوجین، به آنها ارائه دهند و از سوی دیگر در صورت شکست روشها و مواجه با حاملگی‌های ناخواسته، خدمات سالم و ایمن سقط جنین را در دسترس قرار دهند تا نیازهای فردی زنان را پاسخ داده و از وارد آمدن خسارت به زندگی و تحمل دوران پر مشقت درد و رنج پس از سقط جلوگیری نمایند (۳). بر این اساس آموزش و جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته، همیشه

1- International Planned Parenthood Federation (IPPF)

Downloaded from http://www.jri.ir

باید مقدم بر هرگونه تلاش جهت اقدام به سقط در نظر گرفته شود.

میزان بالای حاملگی ناخواسته درایران، گویای این است که برنامه‌های تنظیم خانواده، در رسیدن به هدف غایی خویش که تأمین باروری برنامه‌ریزی شده و ایمن است، راهی طولانی در پیش دارد و نیازمند به‌کارگیری سیاست‌هایی در جهت کاهش بارداری‌های ناخواسته است. در بسیاری موارد زنان حتی با به‌کارگیری روش‌های پیشگیری از بارداری، مجدداً با بارداری‌های ناخواسته روبرو هستند که این مسئله نیازمند برنامه‌ریزی در سطح توسعه کیفی برنامه تنظیم خانواده است تا بتواند روشی قابل اعتماد در سنین باروری، به ویژه در سنینی که بارداری پرخطر محسوب می‌گردد (قبل از ۱۸ و پس از ۳۵ سالگی) و سلامت زن را به خطر می‌اندازد و بیم توسل جستن به افزایش سقط جنین می‌رود، را ارائه دهد. علاوه بر این عوارض ناشی از بارداریها و زایمانها در تهدید سلامت زن از جمله مواردی است که باید در بهداشت باروری مورد توجه قرارگیرد. در بررسی سیمای مرگ و میر در هجده استان کشور در سال ۱۳۸۰، با توجه به عوارض ناشی از بارداریها و زایمان‌هایی که سلامت زن را به خطر می‌اندازد، بر میزان قابل توجه موارد منجر به مرگ در اثر عوارض برخاسته از بارداریها و زایمانها تاکید شده است (۷۲). لذا بررسی چالش‌های موجود، بازنگری و اصلاح سیاست‌ها برای حمایت از بهداشت باروری، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

در بسیاری از موارد، برخلاف اعتقاد عمومی، زنانی که به دنبال سقط هستند غالباً متأهل، دارای زندگی مستحکم و صاحب چند فرزند هستند و به جهت محدود ساختن بعد خانواده، ایجاد فاصله در بین کودکان، به دنبال شکست در روش‌های کنترل بارداری و یا به جهت فقدان دسترسی به روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری و یا عدم توانایی مالی و موارد دیگر به سقط متوسل گردیده‌اند. مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی سیمای اپیدمیولوژیک سقط در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر قم در سال ۱۳۸۱، شایع‌ترین عامل سقط را عامل اقتصادی ذکر نمود و بیشترین آمار بارداری‌های ناخواسته کشوری را، در قم پس از استان کهکیلویه و بویراحمد اعلام کرد که نشان می‌دهد، سقط‌های غیربهداشتی میزان قابل توجهی از آن بوده است (۷۳).

• از طرف دیگر وجود جمعیت جوان در ایران، تأخیر در ازدواج، افزایش تحصیل به عنوان عاملی مؤثر در تعویق انداختن ازدواج و تشکیل خانواده، توأم با رشد رسانه‌های جهانی و دسترسی جوانان و نوجوانان به آنها، این نگرانی را دامن خواهد زد که رفتارهای پرخطر جنسی و باروری در میان جوانان و نوجوانان خارج از حیطهٔ ازدواج افزایش یابد و به شکل‌گیری بارداری‌های ناخواسته و نامشروع منجر گردد. نتایج چنین آمیزشهایی غالباً سقط‌های غیربهداشتی و غیرقانونی است که سلامت زنان و جامعه را به خطر خواهد انداخت؛ لذا توصیه می‌گردد در کنار تشویق و ترغیب جوانان به ازدواج، رفع یا کاهش موانع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوانان در ازدواج و فراهم نمودن زمینه‌های شغلی و مسکن برای جوانان، به آگاهی و آموزش صحیح مسائل جنسی و بارداری پرداخت تا از میزان قربانیان خاموش این عمل ناخوشایند کاست. تحقیقات متعدد نشان داده که آموزش‌های مربوط به مسائل جنسی و باروری نه تنها رفتارهای غیرمسئولانه را افزایش نداده است بلکه برعکس جوانان را به اتخاذ تصمیمات سالم و مسئولانه ترغیب و تشویق نموده است (۷٤) بررسی اخیر در ارتباط با آگاهی، نگرش و رفتار پسران نوجوان ۱۸-۱۵ ساله تهرانی در سال ۱۳۸۱ (۷۵) نویسندگان این مقاله را بر آن داشت که واقع‌بینانه‌تر به مسائل بنگرند و حقایق را آن چنان که هست بنمایانند. از جمله آمار تکان‌دهنده ۲۷/۷ درصدی،

Downloaded from http://www.jri.ir

تجربهٔ تماس جنسی در نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله تهرانی و داشتن باوری غلط از عدم شکل‌گیری بارداری در اولین تماس جنسی، می‌تواند گویای میزان تخمینی شکل‌گیری بارداری‌های خارج از ازدواج در سال‌های اخیر در ایران و متعاقب آن میزان انجام سقط‌های غیرقانونی و غیربهداشتی در این راستا باشد. قرار گرفتن بیش از نیمی از جمعیت ایران در زیر ۲۵ سال و با لحاظ نمودن تأخیر موجود در سن ازدواج و رشد رسانه‌های جهانی و دسترسی به ماهواره و اینترنت در میان جوانان و نوجوانان و امکان استفاده در جهت نامناسب از آنها و داشتن دوران نسبتاً طولانی فعالیت جنسی خارج از ازدواج و خطرات بارداری‌های ناخواسته که متعاقباً سقط‌های غیرقانونی و غیربهداشتی را به دنبال خواهد داشت، نگرانی مضاعفی را برای مسئولین دولتی و سیاستگذاران فراهم ساخته تا با تدابیر اندیشمندانه خود بتوانند راهی جهت تقلیل این معضل اجتماعی که گریبانگیر جامعه ما است بیابند.

• مهمترین نگرانی سقط جنین در قبل از ولوج روح و چهار ماهگی، شائبه قتل نفس است. با تکیه بر آیات (مومنون ۱۴-۱۲) و روایات دیه (۱۰۰ دینار در قبل از چهارماهگی و دیه کامل پس از آن) و با تکیه بر عبارات برخی از فقهای بزرگ (محقق حلی در *شرایع*، نجفی صاحب *جواهر*، شهید ثانی در *روضه*) سقط جنین قبل از ولوج روح، قتل نفس محسوب نگردیده هرچند ممکن است ترویج آن عوارض اجتماعی و سیاسی نامطلوبی را در پی داشته باشد که در صورت بروز این عوارض با احکام ثانویه می‌توان از آن جلوگیری نمود. ولی در صورت ضرورت حفظ جان مادر با احکام اولیه قابل تحریم نیست. البته نباید از یاد برد که دو روایت رسیده از امام صادق (ع) در رابطه با عدم جواز سقط، ناظر به صورتی است که زن بدون اجازهٔ مرد دست به سقط جنین بزند، همان طور که یکی از روایات بر صراحت این مطلب تاکیدکرده است (و لم یعلم بذلک زوجها) از آن طرف تعبیر به قتل، صرفاً حاکی از حرمت است مانند تصرفاتی که هر کس در مال دیگران می‌کند و در صورت توافق میان زن و مرد حرمت آن از بین خواهد رفت، لذا این دو روایت، دلیل بر حرمت مطلق سقط جنین نیست (۱۶). از طرفی دیگر معیار در ترتب آثار دمیده شدن روح، روایاتی است در وجوب غسل با تمام شدن چهار ماه و نیز روایاتی که تمامیت خلقت و تساوی خلقت را به شق سمع و بصر دانسته که در چهار ماهگی محقق می‌گردد؛ به علاوه روایات دیگری که ولوج روح را با تمام شدن چهار ماه ذکر نموده، ولو به صورت اشاره و تلویح و نظر فقیه والا مقام، «شهید اول» که چهار ماهگی را ولوج روح دانسته و شاهد را تجربه آورده است. با تکیه بر روایات وارده در جنایت بر میت با ذکر دیه صد دینار، نظیر آن را در ارتباط با جنین قبل از تمامیت خلقت و قبل از چهار ماهگی (صد دینار) طرح نموده و آنرا شاهدی بر ولوج روح پس از چهار ماهگی گرفته که دیه کامله برای آن در نظر گرفته شده است (۷۶). همچنین تجویز شرعی سقط جنین قبل از ولوج روح به دلیل حفظ جان مادر و یا عسر و حرج توسط برخی از مراجع عظام می‌تواند مؤید بر عدم شائبه قتل نفس در این محدوده زمانی قبل از ولوج روح باشد.

• علیرغم آزادی‌های بیشتر روابط جنسی در کشورهای غربی، متأسفانه میزان سقط‌ها و به ویژه سقط‌های غیربهداشتی در کشورهای در حال توسعه و از جمله کشورهای اسلامی نسبتاً بالا است. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که عامل بسیاری از ناخوشیها و مرگ و میر مادران در این دسته از کشورها ناشی از ضعف علمی و عدم توان استفاده از تکنولوژی نوین در انجام سقط‌های بهداشتی نیست بلکه شرایط اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، اخلاقی و قانونی حاکم بر آن جوامع است که افرادی را که اجباراً با در نظر نگرفتن ملاحظات مذهبی و ممنوعیت‌های قانونی پذیرای خطرات احتمالی سقط غیربهداشتی می‌شوند را در آغوش مرگ رها

Downloaded from http://www.jri.ir

می‌سازد. قرار داشتن بیشتر قربانیان سقط جنین در کشورهای در حال توسعه حاکی از آنست که زنان در این کشورها در معرض آسیب‌های بیشتری قرار دارند. سقط‌های غیربهداشتی از جمله چالش‌های فراموش شده در جوامع در حال توسعه، در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی و نگرانی‌های جدی دوران بارداری است. گزارش متخصصین و مراکز پزشکی حاکی از انجام سقط جنین در مکانهای غیربهداشتی همچون زیر زمین‌ها و خانه‌های متروک دور افتاده از شهر به عنوان مأمنی مطمئن و پناهگاهی مناسب در انجام سقط جنین توسط افرادی غیرمتخصص و غیرمتعهد و سودجو، بدون توجه به خطرات تهدیدکننده سلامت و حیات زنان و بدون ملاحظه به تعقیبات و پیگردهای قانونی، دلیل مقتضی بر نگرانی حاکم بر طیف جامعه پزشکی و بهداشتی است. آنچه مسلم است افرادیکه به سقط‌های غیرقانونی متوسل می‌گردند به دلیل نگرانی از پیگردهای قانونی، هر گونه اقدام و تلاشی را برای اختلال در بارداری تکذیب نموده و حاضر نیستند جهت درمان عوارض بهداشتی پس از سقط به سهولت به مراکز بهداشتی مراجعه نموده و از خدمات ایمن و مطمئن آن برخوردار گردند و غالباً زمان مراجعه به پزشک، زمانی است که عفونت و یا دیگر عوارض پیشرفت کرده و درمان کامل تقریباً غیر ممکن است و هزینهٔ زیادی را جهت درمان طلب می‌نمایند.

• نتایج نشان می‌دهد و ثابت می‌نماید که محدودیت‌ها و سختگیری قانونگذاری هرگز نتوانسته مسیر انحرافی سقط جنین در موقعیت‌های عدم تمایل به شروع و تداوم حاملگی را متوقف نماید. داده‌ها از کشورهایی نظیر رومانی وقتی سقط ممنوع می‌شود، از ایتالیا قبل از آزادی قوانین سقط، از آمریکای لاتین و خاورمیانه و آفریقا و دیگر کشورهای در حال توسعه حاکی از میزان بالای سقط جنین در جوامعی با محدودیت و حصر قانونی است. هر سال میلیونها زن، در سراسر دنیا از تمام فرهنگ‌ها، مذاهب و در شرایط مختلف اقتصادی در جستجوی راهی جهت ختم حاملگی هستند (۷۷). ثبت بسیاری از مرگ و میرها و آسیب‌ها و صدمات مادران، متأثر از همین محدودیت‌های قانونی است (۷۸). سقط‌هایی که خارج از حوزه قانونی شکل می‌گیرند میزان بیشتری از عوارض و مرگ و میر مادری به جای می‌گذارند که اکثراً قابل پیشگیری‌اند. بسیاری از سقط‌های غیرقانونی و غیربهداشتی (حدود ۲۰ میلیون) در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران رخ می‌دهد و قربانیان زیادی را به کام مرگ فرا می‌خواند. آیا وجود چنین مسائلی حکایت از ضرورت برداشتن گامی مؤثر و واقع‌بینانه به سمت قانونی ساختن سقط بر مبنای موازین شرعی، اخلاقی و حقوقی ندارد؟ قوانین مجازات اسلامی، سقط جنین را ممنوع دانسته و هیچ گونه قوانین و مقررهٔ ویژه‌ای در ارتباط با استثنائات قانونی حتی در حوزه‌ای که فقها و علمای دینی (تهدید جان مادر) آنرا مجاز دانسته‌اند، مدون ننموده است. آیا نمی‌توان بر مبنای قواعد «لاحرج»، رهیافتی جهت دستیابی به راهکارهای قانونی بهتر در راستای سقط‌های درمانی با بهره‌گیری از اطلاعات دقیق علمی مربوط به دوران جنینی، از قبیل نقائص جنینی، تداوم حاملگی فرزندی که نهایتاً قبل یا پس از تولد خواهد مرد (نظیر بیماری آنانسفالی) جستجو نمود؟ آیا نمی‌توان در بسیاری از حاملگی‌های ناخواسته که نهایتاً منجر به سقط غیر ایمن می‌شوند و در صدر آنها تجاوز به عنف قرار دارد و خارج از اختیار و ارادهٔ زن و براساس روابط نامشروع و اجباری شکل گرفته و حیثیت و کرامت مادر لگد مال می گردد و حفظ جنین نیز مستلزم تبعاتی است که جایگاه حقوقی روشن ندارد و با تولد طفل مشکلات مضاعفی حاصل می‌گردد (حرام زادگی، مشخص نبودن حق نفقه و حضانت و سرپرستی) و از نظر اسلامی عسر و حرج بر مادر وارد می‌سازد و از نظر اخلاقی نیز بدون اجازه و رضایت فرد، رحم او در

Downloaded from http://www.jri.ir

تصرف دیگری قرار می‌گیرد، رهیافتی مناسب با تکیه بر عسر و حرج در فقه و با تکیه بر حق تعیین سرنوشت در مواقعی که حق حیات برای ذی‌حق (حیات گیاهی، حیوانی، انسانی) مبهم است و نیازمند مداخله مؤلفه‌ها و عناصر متافیزیکی و زیست‌شناختی است، ارائه داد، تا مبنای قوانین حقوقی سقط گردد و از عواقب سقط‌های عمدی و غیرایمن که سلامت جنین، زن، خانواده و جامعه را به خطر انداخته جلوگیری شود؟ بنظر می‌رسد با نگاهی عمیق و برخاسته از سَرِ درد و دلسوزانه با لحاظ زوایای متنوع سقط جنین، به ویژه عدم وجود اجماع در ارتباط با زمان ولوج روح و با تکیه بر قانون مستند و توانمند و دامنه‌دار فقه اسلامی «لاحرج»، می‌توان به رهیافت مناسب قانونی جهت تجویز سقط جنین در مواردیکه موجب عسر و حرج مادر می‌گردد نائل آمد و افزون بر مادر با لحاظ ارتباط جنین با پدر و جامعه، در برخی موارد، عسر و حرج پدر و جامعه را نیز در صورت تولد، امکانی جهت دستیابی به سقط‌های قانونی یافت و حتی حاکمیت را موظف ساخت تا جهت فراهم نمودن امکانات لازم بهداشتی و مناسب برای اجرای آن اقدام نماید (۷۹)، تا از شدت این معضل اجتماعی کاسته شود و در جهت ارتقاء سلامت و نجات جان هزاران قربانی گام نهاد، آن گونه که در تغییر هنجارها و ارزش‌های مربوط به کنترل جمعیت و تنظیم خانواده تحولی اساسی بوجود آمد و همراهی علمای دینی و مسئولین اجرایی را در تدوین مجوزهای قانونی و شرعی به همراه داشت. تحقیقات زیادی نشان داده است که مادامیکه سقط، قانونی و ایمن و در دسترس باشد زنان از سلامت باروری بهتری برخوردار خواهند بود و مرگ و میر ناشی از سقط حداقل تا ۲۵ درصد کاهش خواهد یافت و بیماریها و ناخوشیهای مرتبط به آن نیز به مراتب سیر نزولی بیشتری پیدا خواهند کرد (۸۰). همچنین همانگونه که ذکر شد، تغییراتی اندک در قانونگذاری و سیاستهای قانونی در رومانی توانست از میزان مرگ و میر ناشی از سقط‌های غیربهداشتی به شدت بکاهد (بیش از ۲/۵ برابر) (۲۸). لذا به نظر می‌رسد که قانونگذاری باید از یکسو با تغییری اندک در سیاست‌های قانونی و با بهره‌گیری از مفهوم سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی که تاکید به سمت رفاه روانی و اجتماعی دارد جهت کاهش درصد بیماریها و مرگ و میر ناشی از سقط‌های غیربهداشتی، زمینه خروج قوانین سقط جنین را از حوزهٔ جرم و جنایت فراهم نموده و به حوزهٔ سلامت و رفاه منتقل نماید و با رویکردی خارج از حوزه انحصاری حقوق کیفری به سقط جنین، موضع قانونگذاری جدیدی را با ملاحظات تخصصی علوم پزشکی در کنار سایر تخصص‌های علوم انسانی مرتبط، بررسی نماید و در قوانینی ویژه به طور همه‌جانبه در اختیار خواستاران و متقاضیان این مسئله قرار دهد. متأسفانه همانگونه که اشاره شد قوانین ما نسبت به سقط رویکردی سختگیرانه‌تر از فتاوی برخی علما و مجتهدین و صاحب نظران دینی داشته و حرمت سقط در هر مرحله‌ای موجب تعزیر و کیفر شمرده می‌شود. این نوع قوانین در دامن زدن به سقط‌های غیربهداشتی و جنائی تأثیر گذار بوده و سلامت مادران و جامعه را نیز مورد تهدید قرار می‌دهد. عدم جرم‌انگاری از طرف امام و حاکم اسلامی با تأکید بر رازداری و پرده‌پوشی در روابط جنسی از طرف بزرگان دین به مصلحت نزدیکتر و در تقلیل سقط‌های غیربهداشتی و جنایی کمک شایانی خواهد نمود. از سوی دیگر جهت کاهش درصد عوارض ناشی از سقط، مرگ و میر مادران- چنانکه هلند با وجود هیچ گونه محدودیت قانونی در سقط، به جهت دسترسی ارزان به روش‌های پیشگیری از بارداری برای عموم و خدمات آزاد در سقط جنین، توانست به پایین‌ترین نرخ سقط در جهان نائل آید (۸۱)- قانونگذار باید دستیابی به خدمات بهداشتی را با تغییرات ساختاری در خدمات بهداشتی توسعه و گسترش دهد. این گسترش می‌باید در جهت

Downloaded from http://www.jri.ir

ارتقاء استانداردهای خدمات سقط، دسترسی به خدمات بهداشتی ایمن و قابل اعتماد و قابل مقایسه با کیفیت بالای خدماتی، در پایین‌ترین سطوح اجتماعی در نظر گرفته شود و کارشناسان و کارمندان بهداشتی نیز می‌باید در جهت ارائه خدمات و ابزار لازم برای مراجعین و در دسترس قرار دادن داروهای مورد نیاز آنها، آموزش لازم را دریافت نمایند.

• امروز جامعه پزشکی و متخصصین رشته‌های علوم مختلف با توجه به مشکلات عدیده پیش آمده در این حوزه و با ملاحظه صرف هزینه‌های گزاف جهت درمان عوارض پس از سقط و با آگاهی کامل از قربانیان خاموش سقط‌های غیربهداشتی، ضرورت بررسی و تجدید قانونگذاری با به کارگیری تخصص‌های گوناگون دخیل در این حوزه، در کنار علما و دانشمندان دینی، را احساس می‌نمایند. آنچه مهم است مراجع دینی، قانونگذاران و سیاست‌گذاران بهداشت و درمان کشور نیز باید به این باور دست یابند و با گسترش محدوده قوانین سقط (قبل از ولوج روح) به ویژه در موارد سقط‌های درمانی و مواردی که می‌تواند مشمول قاعده عسر و حرج گردد با بهره‌گیری از استفتائات مؤثر مراجع تقلید و وضع قوانین، بخش عمده‌ای از مشکلات بهداشتی زنان را در سنین باروری بکاهند و از قربانیان بیشتر در این حوزه جلوگیری نمایند، همانگونه که انفجار جمعیت و خود نمایی مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پس از جنگ، احساس ضرورت را در تجدید سیاست‌گذاری‌های قانونی و حمایت‌های دولتی و مذهبی در روش‌های کنترل جمعیت و افزایش ازدواج طرح نمود و تأثیر فاحش آن بر کاهش باروری مشاهده گردید.

آیا در حال حاضر تنها با استناد به گزارش شیوع سقط در ایران از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بدون ملاحظه گزارشات غیررسمی وغیر مستند، ضرورت نگرش جدید بر سیاست‌های بکارگیری از سوی دولت و مسئولین احساس نمی‌گردد؟ هرچند هم اکنون گام‌های مثبتی از سوی علما و مراجع دینی در صدور فتاوی جدید و همچنین تهیه طرحی از سوی نمایندگان مجلس شورای اسلامی، تهیه لایحه سقط درمانی از سوی دولت و تدوین ضوابط و مستندات علمی و پزشکی در حوزه سقط نقائص جنینی و یا حفظ جان مادر از سوی پزشکی قانونی برداشته شده است ولی بنظر می‌رسد که تا تکمیل و تصویب و اجرای موارد فوق راه زیادی در پیش باشد.

تشکر و قدردانی

از برگزارکنندگان سمینار بررسی سقط جنین در ایران (پژوهشکده ابن‌سینا و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه) به سبب فراهم نمودن زمینه انجام این تحقیق و ارائه آن و همچنین بحث جامع در زمینه سقط جنین، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

۱- آخوندی محمد مهدی، بهجتی اردکانی زهره. ضرورت بررسی ریشه‌ای ابعاد متنوع ابعاد سقط جنین در ایران. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن سینا. سال ۱۳۸۱، صفحات: ۱۹-۱۸.

۲- پزشکیان مسعود. پیام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مناسبت روز جهانی جمعیت: ۲۵ تیرماه ۱۳۸۲.

3- Watters W.W. The Truth about Abortion. Compulsory Parenthood, McClelland and Stewart, Toronto.1976; pp:52.

4- Wilcox A.J., Horney L.F. Accuracy of spontaneous abortion recall. Am J Epidemiol.1984;120(5):727-733.

Downloaded from http://www.jri.ir

5- United Nations World Abortion Policies 1999: United Nations publication. ST/ESA/SER.A/178), Sales No. E 99. XIII.5, United Nations.1999.

6- Devereux G. A typological study of abortion in 350 primitive, ancient and pre-industrial societies, in Therapeutic Abortion, ed. Rosen H., New York: The Julian Press Inc.1954.

7- David H.P. Abortion Policies. In Abortion and Sterilization: Medical and Social Aspects. Grune and Stratton. (Editiors) New York.1981;pp:1-40.

۸- نجومی حمیرا. معرفی یک بیمار. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا. سال ۱۳۸۱، صفحه۳۶.

9- UNESCO. Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion, package of law and legislations series 3. legislation review2. Bangkok: Regional Clearing House on Population, Education and Communication (RECHPEC), UNESCO.2002.

۱۰- تافتاچی فرخ. جنایت در نقطه صفر زندگی بررسی سقط جنین جنایی. روزنامه جام‌جم، ۸ مرداد ۱۳۸۲، صفحات: ۹-۸.

۱۱- آقایی سید مجتبی. سقط جنین در دین زرتشت. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران. پژوهشکده ابن سینا و سال ۱۳۸۱، صفحه۸۹.

۱۲- دورانت ویل. تاریخ تمدن، جلد۱، ترجمه احمد آرام، چاپ پنجم، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، تهران، ۱۳۶۷.

۱۳- سلیمانی حسین. ادله اثبات دعوای کیفری در آیین یهود. فصلنامه هفت آسمان، شماره ۱۰ سال۱، بهار ۱۳۷۸.

14- McFarlane D.R. Induced Abortion: An historical overview. Am J Gynecol Health.1993; pp:7(3)77-82.

۱۵- سلیمانی حسین. سقط جنین در مسیحیت. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال۱۳۸۱، صفحه۹۰.

۱۶- حسینی بهشتی سید محمد. سقط جنین و تعقیم طبی: بهداشت و تنظیم خانواده. بنیاد نشر آثار و اندیشه‌های آیت الله دکتر بهشتی، انتشارات بقعه، سال ۱۳۷۹، صفحات ۵۳- ۵۲.

۱۷- خزاعی سهیلا. اسلام و سقط جنین. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال۱۳۸۱، صفحه۹۲.

۱۸- نعمتی احمد. سقط جنین از دیدگاه شریعت و فقه مقارن. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال۱۳۸۱، صفحه۸۶.

۱۹- شاملو باقر. سقط جنین در نظام حقوقی فرانسه. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا،سال۱۳۸۱، صفحه۱۴۲.

20- Prentice A., Jovanovich H.B. et al. Canadian Women: A History. Canada.pp:165.

21- Kommers D.P. Abortion in Six Countries: A Comparative legal analysis. Abortion, Medicine and the Law. 4th Edition. Butler J.D. Walbert D.F. (Editors), Facts on File. New York.1992;pp.312.

22- Brodie J. et al. The Politics of Abortion. Oxford University Press, Toronto.1992;pp:9.

23- Henshaw S.K. Induced Abortion: A World Review. Fam Plan Perspect.1990; 22:78.

24- Henshaw S.K. Recent trends in the legal status of induced abortion. J Public Health Policy.1994;15(2): 165-72.

25- Watters W.W. The truth about Abortion. Compulsory Parenthood, McClelland and Stewart, Toronto.1976; pp:98.

26-Abortion Policies:A Global Review, Volume 1. Afghanistan to France (1992); Volume 2. Gabon to Norway (1993); Volume 3. Oman to Zimbabwe (1995), United Nations, New York.

27- Royston E., Armstrong S. Preventing maternal deaths. World Health Organization Geneva.1989.

28- WHO. Preventing Maternal deaths. World Health Organization, Geneva.1989.

29- Henshaw S. Abortion Laws and Practice Worldwide, in Proceedings: Abortion Matters, International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services, Utrecht, Netherlands.1997.

30- UNDP/UNFPA/WHO/ World Bank Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction(HRP), Plan of work, preventing unsafe abortion 2002- 2003.

31- WH0. Preventio and Management of Unsafe Abortion: Report of a Technical working group, Geneva, April 1992 (WHO/MSM/92.5).

32- UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Research on reproductive health at WHO Biennial Report 2000-2001,World Health Organization, Geneva, 2002, preventing unsafe abortion: chapter 4, p.37-41.

۳۳- تاتاری فائزه، املایی خاور، رنجبر بهینه. بررسی سابقه اقدام به سقط جنین در مادران مدد جویان عقب ماندگی ذهنی و معلولان

Downloaded from http://www.jri.ir

جسمی مراجعه کننده به مرکز توان بخشی شهید فیاض بخش کرمانشاه در نیمهٔ اول سال ۱۳۸۱. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن سینا. سال۱۳۸۱، صفحه ۳٤.

34- Abortion: A Tabulation of Available Information, 3th Edition. World Health Organization, Geneva, 1997.

35- WHO. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and motility of Unsafe Abortion, 3th Edition (in press).

36- Rogo K. Prevention of unsafe abortion in africa: A Case for a Community-based Approach. Proceedings: Abortion Matters, International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services, Stimezo Nederland, Utrecht, Netherlands, 1997.

37- WHO/28, Press Release 17 May 1999, Abortion in developing world, WHO, Geneva.1999.

38- Childbirth by Choice Trust, Abortion in Law, History and Religion: Revised.1995.

39- WHO. Unsafe Abortion: Regional and Global incidence of, and Mortality due to, Unsafe Abortion: Global and regional estimates of incidence due to unsafe abortion with a listing of available country data, 3rd edition.1997;

40- WHO. Unsafe Abortion: A Worldwide Problem, Impact on health services: Global and regional estimates of incidence due to unsafe abortion with a listing of available country data- Third edition 1997;

41- Talamanca F.I. et al. Illegal abortion: an attempt to assess its costs to the health services and its incidence in the community. Int J Health serv.1986;16(3):375-389.

42- Fortney J.A. The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. Public Health Reports.1981:96(6):574-579.

43- Tshibangu K. et al. Avortement clandestin, problème de santé publique a Kinshasa (Zaire). J Gynecol Obstet bio reprod.1984;13(7):759-763.

44- Adewole I.F. Trends in postabortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria. Int J Gynecol Obstet. 1992; 38(1):115-118.

45- Genasci L. Brazil to launch national program. People. 1986;13(3):25.

46- Care for Post Abortion Complications: Saving Women's Lives. Population Reports.1997;24:2.

47- Koblinksy M.A., et al. The Health of Women: A Global Perspective. Oxford: Westview Press.1993.

48- WHO. Press Release 15 November 1994, WHO to discuss research results on adverse consequences of Unsafe Abortion in Latin America and the Caribbean, WHO, Geneva.1994.

49- Mpangile G.S. et al. Factors associated with induced abortion in Public hospitals in Dar es-Salaam, Tanzania. Reprod Health Matters.1993; 2:21-31.

50- The Health of Young People. A Challenge and a Promise. World Health Organization, Geneva.1993.

۵۱- صمصامی عالمتاج. سقط جنین غیر مجاز روشی خطرناک جهت ختم حاملگی‌های ناخواسته. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال۱۳۸۱، صفحه ٤۵.

52- Armijo R., Monreal T. Population dynamics: international action and training programs, Epidemiology of provoked abortion in Santiago, Chile. Muramatsu M., Harper P.A. (Editors). Baltimore, Johns Hopkins Press. 1965.

53- Morris L. et al. Contraceptive use and demographic trends in El Salvador.Stud Fam plan.1979;10(2):43-52.

54- Wilcox A.J., Horney L.F. Accuracy of spontaneous abortion recall. Am J Epidemiol.1984;120(5):727-33.

55- Jones E.F., Forrest J.D. Under-reporting of abortion in surveys of U.S. women. 1976 to 1988. Demography. 1992;29(1):113-126.

56- Van der Tak J. Abortion, fertility and changing legislation: an international review. Lexington, Lexington Books.1974.

57- Canto de Cetina T.E. et al. Aborto incompleto: caracteristicas de las pacientes tratadas en el Hospital O'Horan de Merida, Yucatan. Salud pb̊lica de México. 1985; 27(6):07-513.

۵۸- ملک افضلی حسین. برآورد سقط جنین‌های ناشی از حاملگی‌های ناخواسته در ایران. بهداشت خانواده، شماره۲، سال ۱۳۷۵، صفحات: ۷ -۲.

۵۹- ملک خسروی. بررسی شوع سقط ومرگ و میر ناشی از در بیمارستان معتضدی کرمانشاه. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال۱۳۸۱، صفحه ۲۵.

٦۰- سعیدی محمد رضا، وزیری سیاوش، جمشیدپور مهرانگیز، عسکریان سارا، حمزه بهروز، نجفی فرید. گزارش موارد مرگ مادر بعلت سقط عمدی طی سال‌های ۷۹ الی ۸۱ در استان کرمانشاه. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال۱۳۸۱، صفحه ۲۷.

Downloaded from http://www.jri.ir

٦١- عباسی شوازی محمد جلال. حاملگی ناخواسته و عوامل موثر بر آن در ایران. مقاله در دست چاپ.

٦٢- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت با همکاری مرکز آمار ایران. سیمای جمعیت و سلامت در ایران در جمهوری اسلامی ایران، Iran Demographic and Health Survey,DHS-2000، چاپ صنوبر، مهر ١٣٧٩، صفحات: ٥٧-٥٨.

٦٣- قربانی اکرم، خواجات پروین. حاملگی ناخواسته و سقط جنین. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال ١٣٨١، صفحه ٦٢.

64- Slowly Fighting Back, Toronto Star, June 2, 1992.

65- Obermeyer C.M. Reproductive choice in Islam: gender and state in Iran and Tunisia. Stud Fam Plann. 1994;25(1):41-51.Review.

٦٦- بزرگیان مهناز، اعرابی فرشته. بررسی سیر تحولات مربوط به سقط جنین در نظام حقوقی ایران از دوران مشروطیت تا به امروز. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال ١٣٨١، صفحه ١٤٩.

67- International Planned Parenthood Federation, Open File, Dec., 1992.

68- International Planned Parenthood Federation, Open File, Aug., 1991.

69- Shadpour K. Communication and advocacy strategies, adolescent Reproductive and sexual health: Case study, Islamic Republic of Iran: Bangkok, UNESCO PROAP. 1999;p19.

70- United Nations. The Secretary-General, Kopi Anan, Massage on World Population Day/11 July. 2003.

٧١- مجموعه آرای فقهی- قضایی در امور کیفری- مبحث دیات. جلد اول، معاونت آموزش قوه قضاییه.

٧٢- نقوی محسن. سیمای مرگ و میر در هیجده استان کشور. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تیر ١٣٨٢.

٧٣- موسوی محسن، صادق‌زاده معصومه سادات استادزاده نیره. سیمای اپیدمیولوژیک سقط در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر قم سال ١٣٨١. ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال ١٣٨١، صفحه٢٦.

٧٤- عبید ثریا. پیام مدیر اجرایی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد به مناسبت روز جهانی جمعیت، ١١ ژولای ٢٠٠٣ برابر با ٢٠ تیر ماه ١٣٨٢.

٧٥- محمدی محمدرضا، محمد کاظم، خلج آبادی فراهانی فریده، عالیخانی سیامک، زارع محمد، رمضانی تهرانی فهیمه، رمضان خانی علی، علاءالدینی فرشید، حسن زاده علیرضا، صالحی فرد مهدی. بررسی آگاهی نگرش و رفتار پسران نوجوان ١٥-١٨ ساله تهرانی در مورد بهداشت باروری. فصلنامه باروری و ناباروری: سال ٤ (١٣٨١)، شمارهٔ ٣، صفحات: ٢٥٠-٢٣٧.

٧٦- آیت الله صانعی یوسف. پاسخ به سوالات شرعی سقط جنین و ولوج روح. ارائه شده توسط پژوهشکده ابن‌سینا و دانشگاه علوم پزشکی بهداشتی درمانی کرمانشاه ٢٣ ذیحجه الحرام ١٤٣٢ برابر با ٦ اسفند ١٣٨١. سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران ٧ و ٨ اسفند ماه ١٣٨١.

77- Jacobson J.L. The Global Politics of Abortion. World watch Paper 97. July 1990; p.53.

78- Jacobson J.L. The Global Politics of Abortion. World watch Paper 97, July 1990; pp.7 & 47.

٧٩- نوبهار رحیم. سقط جنین در آینه قاعده «نفی حرج». ضمیمه فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، پژوهشکده ابن‌سینا، سال ١٣٨١، صفحه ٨٥.

80- Jacobson J.L. The Global Politics of Abortion. World watch Paper 97.1990;pp.56.

81- Henshaw S. Abortion Laws and Practice Worldwide, in Proceedings: Abortion Matters, International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services, Stimezo Nederland, Utrecht, Netherlands.1997.

Downloaded from http://www.jri.ir