

مروری بر قوانین سقط جنین و بهداشت باروری در منطقه‌ی مسلمان‌نشین خاورمیانه

سمیه احمدنژاد^۱

الهام احمدنژاد

فرشید فیاض جهانی

گلاره جعفری

زهره کوهکن طالب‌خان

مستوره قربانی‌پور

رعنا نبی‌زاده

چکیده

شاخص‌های سقط جنین از کشوری به کشور دیگر تفاوت دارد و کشورهای اسلامی نیز از این قاعده مستثنا نیستند. هدف از این مطالعه مقایسه‌ی شاخص‌های شرعی و قانونی سقط جنین بهداشتی و بدون خطر بین کشورهای مسلمان منطقه خاورمیانه است و نتایج نشان‌دهنده‌ی تفاوت بین کشورهاست. تنها سه کشور منطقه، سقط جنین در موارد تجاوز به عنف یا نقص مادرزادی یا هر دو را مجاز و قانونی شمرده‌اند. در شش کشور نیز داشتن برخی بیماری‌ها مجوزی برای سقط جنین محسوب می‌شود. در برخی موارد خاص استناد به فتوای مذهبی سقط جنین مجاز شمرده می‌شود. ارزیابی ارتباط بین سیاست‌ها و مذهب که در کشورهای اسلامی رایج است برای درک این تفاوت اهمیت دارد. برای حمایت هرچه بیشتر از حقوق زنان به تلاش‌ها و تحقیقات بیشتری در این زمینه نیازست. ترویج حمایت از سوی مسئولان بهداشتی می‌تواند تلاش مؤثر دیگری در جهت یکسان‌سازی قوانین سقط جنین به نفع زنان در کشورهای اسلامی منطقه خاورمیانه باشد.

واژگان کلیدی

مسلمان؛ سقط؛ زنان؛ منطقه خاورمیانه؛ مذهب

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی (نویسنده‌ی مسؤول)

مروری بر قوانین سقط جنین و بهداشت باروری در منطقه‌ی مسلمان‌نشین

خاورمیانه

منطقه‌ی خاورمیانه از نظر جغرافیایی در حد فاصل موراکو تا ایران است. این منطقه مسلمان‌نشین، با تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و نظام‌های سیاسی متفاوت، دارای شاخص‌های سلامت متفاوت است و این تفاوت‌ها از تفاسیر، فتاوا و نیز آموزه‌های مختلف دین سرچشمه می‌گیرند. کمترین و بیشترین نرخ رشد جمعیت در دنیا مربوط به این منطقه است. میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری متغیر است و بیشترین میزان متعلق به ایران با نرخى بالاتر از ۷۰ درصد است. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵م).

نرخ کلی باروری متأثر از میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری است. نرخ کلی باروری در تونس و مراکو به ترتیب ۲/۶ و ۲/۴ درصد است که به‌طور چشم‌گیری پایین آمده در حالی که در عربستان سعودی با نرخ ۵/۲ درصد همچنان بالاست. با وجود این که زاد و ولد و مادر شدن در این منطقه، کسب اعتبار و شهرت محسوب می‌شود اما میزان دسترسی به ماماهاى دوره دیده همچنان در برخی کشورها پایین است به‌طوری که در مصر فقط ۳۳ درصد و در یمن تنها ۷ درصد به این ماماها دسترسی دارند. (سازمان بین‌المللی برنامه‌ریزی بنیاد امور والدین، ۱۹۹۶م). کشورهای این منطقه دارای جمعیت جوانند و حدود یک سوم زنان در این منطقه بین ۱۵-۲۴ سال دارند و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۵ میلادی ۶۰ درصد جمعیت عراق و ۸۰ درصد جمعیت یمن در گروه سنی ۲۹-۲۰ قرار گیرند لذا مادامی که سن شروع رابطه جنسی کاهش یابد احتمال بروز حاملگی‌های ناخواسته افزایش پیدا خواهد کرد. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵م). با وجودی که تعداد زنان

ازدواج نکرده در این منطقه در حال افزایش است حاملگی‌های قبل از ازدواج همچنان از نظر شرع، غیرقانونی محسوب می‌شود. با این وجود تنها در برخی از کشورهای منطقه از جمله ایران، موراكو و تونس برنامه‌های بهداشت باروری و روابط جنسی برای جوانان تقویت و حمایت می‌شوند. آمارها از منابع رسمی و غیررسمی حاکی از آن است که از هر ۱۰ حاملگی یک مورد منجر به سقط می‌شود و سقط جنین غیربهداشتی و پرخطر ۶ درصد نرخ مرگ مادران را در این منطقه به‌خود اختصاص داده است. (سازمان بین‌المللی برنامه‌ریزی بنیاد امور والدین، ۱۹۹۶م؛ دی یانگ، ژاواد، مرتاجی و همکاران، ۲۰۰۵م، صص ۴۵-۴۹) آمارهای غیررسمی از ایران نشان دهنده‌ی یک هزار مورد سقط جنین پرخطر و غیربهداشتی روزانه، در ایران است. (فدراسیون بین‌المللی برنامه‌ریزی بنیاد امور والدین، ۱۹۹۶م؛ شورای جهانی سلامت، ۲۰۰۲م. و فدراسیون، ۲۰۰۴م.)

منابع بررسی شده

این مقاله یک مطالعه مروری با هدف بررسی مقایسه‌ای قوانین و موانع سقط جنین در جمعیت مسلمان نشین کشورهای منطقه خاورمیانه است. بدین منظور تمام منابع مرتبط شامل گوگل، گوگل پژوهشگر، وبگاه علوم، مدلاین، پزشکی عمومی و برخی منابع داخلی بررسی شدند. برای جستجو از واژه‌های «سقط، سقط جنین، سقط قانونی، سقط غیر قانونی، اسلام، مسلمان، خاورمیانه و بهداشت باروری» استفاده شد.

اسلام، قوانین موجود در سقط جنین و بهداشت باروری: تفاسیر مختلف
 اسلام، دینی با تنوع فراوان مذهبی و با تفاسیر متفاوت است. یک اصل مهم و کلیدی در اسلام «فتوا» می‌باشد. مسلمانان برای یافتن پاسخ و راه حل مشکلات، منابع مذهبی و دینی را مطالعه می‌کنند و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند. در مذهب اهل تسنن، چهار مکتب رسمی مجزا وجود دارد و شیعیان نیز مکتب فکری و فقه الهی خاص خود را دارند. این مکاتب بخش مهمی از شریعت (حقوق اسلام) را توسعه بخشیده‌اند که از کشوری به کشوری دیگر متفاوت است. در مواردی که فقه اسلام ساکت بوده است و نظری ندارد رهبران مذهبی مبادرت به صدور فتوا می‌نمایند. (زوبادیا، ۲۰۰۵م.) که از جمله این موارد اظهارنظر در مورد برنامه‌ریزی برای بهداشت باروری در خانواده‌ها و سقط جنین است که سابقه‌ای طولانی در تفکر اسلامی دارد. استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری با توافق و رضایت زوجها در اسلام تقویت می‌شود. بسیاری از متخصصان در تجویز ختم حاملگی قبل از ولوج روح که در مکاتب مذهبی مختلف اسلامی از ۴۰ روز تا ۱۲۰-۹۰ روز بعد از لقاح واقع می‌شود اجماع دارند. (موسالام، ۱۹۸۳م.)
 در مکاتب فکری مختلف دین اسلام، چهار نظر اصلی در مورد سقط جنین قبل از ولوج روح رایج است:

- الف) سقط جنین مجاز است. (مباح)
- ب) سقط جنین در شرایط خاصی مجاز است. (احتیاط)
- ج) سقط جنین عملی ناپسند است. (مکروه)
- د) سقط جنین ممنوع است. (حرام)

جدا از بحث سقط جنین، عقیده‌ی آغاز زندگی جنین در هنگام ولوج روح، مبتنی بر آیه‌ی چهارم سوره‌ی حج در قرآن است که مراحل مختلف (نطفه، لخته‌ی خون، استخوان‌بندی و بسته شدن گوشت) رشد جنین را تشریح می‌کند.

در برخی جوامع مثل مصر و ترکیه، مطالعات حاکی از این است که سقط جنین از نظر اجتماعی امری پذیرفته شده است و از اواخر قرن ۱۹ به‌طور گسترده‌ای از نظر قانونی برای همگان مجاز شمرده شده است. (الآزهری سنبل، ۱۹۸۱م. و جی روسی، ۱۹۹۶م، صص ۵۳۱-۴۲)

در سال ۱۹۶۵م. کنفرانسی در قاهره و سپس کنفرانسی دیگر در سال ۱۹۶۹م. در کوالالامپور کنترل جمعیت را با توجه به اوضاع اقتصادی - اجتماعی و ناتوانی خانواده‌ها در داشتن زاد و ولد بیشتر تأیید نمودند. (فدراسیون بین‌المللی برنامه‌ریزی بنیاد امور والدین، ۱۹۷۴م.)

این مسأله دلیل عدم مخالفت با استقرار نهاد خانواده و سقط جنین که قبلاً در متون قرآنی که خداوند آن را برای تمامی ابنای بشر نازل نموده است، می‌باشد. در سال ۱۹۹۲م. کنفرانسی در مورد سقط جنین پرخطر و بهداشت باروری در جهان عرب برگزار شد و شرکت‌کنندگان توافق کردند که سقط جنین پرخطر، مهم‌ترین مشکل در سلامت عمومی تقریباً در تمام کشورهای مسلمان است و دولت‌ها موظف به برنامه‌ریزی برای خانواده‌ها جهت رویایی با این مشکل و تجدیدنظر در قوانین قدیمی تا حد امکان و کاهش تلفات جانی ناشی از سقط‌های پرخطر هستند. (فدراسیون بین‌المللی برنامه‌ریزی بنیاد امور والدین، ۱۹۹۲م.)

سقط جنین بعد از ولوج روح در اکثر کشورهای منطقه خاورمیانه ممنوع است، مگر در مورد نجات جان مادر. تفاسیر و نظریاتی که سقط جنین را مجاز می‌دانند مبتنی بر رشد جنین، سن حاملگی و شرایط بانوی باردار است. این تفاسیر به‌ندرت به حقوق جنین در آغاز زندگی توجه دارند. تقدم زندگی مادر بر جنین در تمام

کشورهای اسلامی منطقه اصلی پذیرفته شده است و حتی زندگی کودک در قید حیات نیز مقدم بر زندگی جنین دانسته شده است و مثلاً با این دیدگاه در مواردی که خانمی در دوران شیردهی باردار شود زندگی کودک شیرخوار در مخاطره قرار می‌گیرد. (موسلام، ۱۹۸۳م).

تمام مکاتب فکری دین اسلام، ختم حاملگی را که ناشی از روابط جنسی نامشروع است ممنوع و حرام دانسته‌اند اما فتواهای جدیدی در برخی از کشورها صادر شده است که استثنائاتی بر برخی از قوانین حصری یا محدود کننده وارد کرده‌اند. در سال ۱۹۹۱م. در عربستان سعودی قانونی صادر شد مبنی بر این که سقط جنین در ۱۲۰ روز اول بعد از لقاح اگر دچار نقص مادرزادی باشد قابل انجام است. (الکوریای و کیلانی، ۲۰۰۱م، صص ۴۴۸-۵۱) در ایران در سال ۲۰۰۵م. رهبر انقلاب طی فتوایی سقط جنین را در موارد خاصی مجاز دانستند: «سقط جنین در سه ماهه اول حاملگی در صورتی که سلامت جان مادر در خطر باشد، مجاز است.» (همشهری روزانه، ۲۰۰۵م، بی بی سی، ۲۰۰۵م).

در منطقه‌ی خاورمیانه، رویکرد به قانونی بودن سقط در موارد تجاوز به عنف، روز به روز از جانب رهبران مذهبی بیشتر به رسمیت شناخته می‌شود، به طوری که در سال ۱۹۹۸م. فتوایی از جانب شیخ اعظم مصر صادر شد مبنی بر این که زنان مجرد (باکره) اگر مورد تجاوز به عنف قرار گیرند حق سقط جنین را دارند. شیخ بزرگ مصر در سال ۲۰۰۴م. فتوایی به این مضمون صادر کرد که مادران بارداری که زندگی آن‌ها به واسطه‌ی بارداری در خطر است حق سقط جنین دارند و نیز پیش‌نویس قانونی را که تجاوز به عنف را به عنوان یکی از دلایل سقط جنین برمی‌شمرد تأیید کرد. (نگاهی به مسأله‌ی سقط جنین در مصر، ۲۰۰۴م). گفتنی است تاکنون هیچ‌یک از این فتواها به شکل قانون درنیامده است.

در طی جنگ اول خلیج فارس، بحث‌هایی در مورد تجاوز به زنان کویتی از سوی سربازان عراق در گرفت و فقیهان کویتی اظهارنظر نمودند که تجاوز به عنف، سقط جنین را توجیه نمی‌کند. این استدلال‌ات شامل زندگی بعد از لقاح است و جان جنین بی‌گناه باید حفظ شود. (آسمان، ۲۰۰۴، صص ۷۳-۸۹)

با وجود بحث‌های مذکور، رهبران مذهبی، روزبه‌روز نقش مهم‌تری در بحث بازنگری در قوانین سقط جنین و توجه بیشتر به شرایط اجتماعی و پزشکی آن دارند. اگرچه حمایت مذهبی از سقط جنین امری مهم تلقی می‌شود، اما دلیل چنین مباحثاتی، لزوماً حقوق زنان نیست و اگرچه صدور فتوا انگیزه‌ای قوی برای این امر ایجاد می‌کند، اما مادامی که صورت قانونی به خود نگرفته است الزام‌آور نخواهد بود.

قوانین و سیاست‌های مرتبط با سقط جنین

دین رسمی اکثر کشورهای خاورمیانه، اسلام است. بسیاری از آن‌ها دو نظام حقوقی متفاوت دارند. اول قوانین سکولار الهام گرفته از دانش حقوق کشورهای استعماری که عمده موارد قانونی را تنظیم می‌کنند و دوم قوانین اسلامی. گرچه حقوق اسلامی جامع است و قوانین خانواده، ازدواج و طلاق، ارث و حضانت را دربر می‌گیرد، در برخی کشورهای منطقه خاورمیانه، قوانین سکولار اهمیت بیشتری دارند. (هو، ۲۰۰۵).

کشور ترکیه مثال خوبی در منطقه است که چارچوب حقوقی تمام سکولار دارد و ایران و عربستان سعودی از جمله کشورهای منطقه هستند که حقوق اسلامی را در تمامی موارد قانونی داخلی خود از جمله سقط جنین اعمال می‌کنند.

قوانین بریتانیا هنوز هم در کتب قانونی قطر و بسیاری از کشورهای حاشیه خلیج فارس به چشم می‌خورد. بسیاری از کشورهای منطقه بعد از استقلال در قوانین خود ممنوعیت سقط جنین را رفع کرده و به تغییر شرایط سقط جنین قانونی پرداخته‌اند. همچنین قوانین قبلی مثل قوانین مربوط به رشد جنین، تعیین زمان آغاز زندگی جنین و مجازات سقط جنین غیرقانونی در جهت هماهنگی بیشتر با اصول اسلامی مورد بازنگری جدی قرار گرفته‌اند.

در تمامی کشورهای منطقه، حفظ جان مادر، شاخصی قانونی در انجام سقط جنین تلقی می‌شود و تقریباً نیمی از سقط‌های مجاز در مورد تهدید سلامت جسمانی و بخش کوچکی از آنها در مورد تهدید سلامت روانی مادر انجام می‌شود. در قوانینی که سقط جنین را محدود کرده‌اند، قوانین جزایی و کیفری مجازات سنگینی را برای افرادی که مبادرت به این عمل می‌نمایند و همچنین مادری که به قصد سقط تحت این عمل قرار می‌گیرد مقرر داشته‌اند. قوانین این کشورها مردی را که همسرش به‌طور ناخواسته باردار شده و درباره‌ی او سقط جنین روی داده است مجازات نمی‌کنند مگر این‌که خود مرد جنین موجود در رحم مادر را سقط نماید. (پی آر بی، ۲۰۰۵. و آی پی پی اف، ۲۰۰۴).

ویژگی منحصر به فرد حقوق اسلام، محکومیت فاعل سقط غیرقانونی به پرداخت دیه به زوج‌های صاحب جنین است و میزان آن به مراحل مختلف رشد جنین وابسته است.

بسیاری از قوانین سقط جنین در منطقه، جنبه‌ی تنبیهی دارد و مجازات قانونی آن‌ها محدود است. در این منطقه، تنها در کشور ترکیه (۱۹۸۳م.) و تونس (۱۹۷۳م.) جواز سقط جنین زودهنگام را به درخواست شخص صادر کرده‌اند. در جهت گسترش مؤلفه‌های قانونی تجویز سقط در کشورهای منطقه لویجی صادر

شده است: کویت (۱۹۸۱م)، قطر (۱۹۸۳م)، الجزیره (۱۹۸۵م)، عربستان سعودی (۱۹۹۱م)، سودان (۱۹۹۱م)، مصر (۲۰۰۵م) و ایران (۲۰۰۵م). در کویت، قطر، سودان و ترکیه این لوایح صورت قانونی به خود گرفته است. (جی اچ اس، ۲۰۰۶م. و جی روسی ای، ۱۹۹۶م.)

قوانین لیبرال (آزاد)

قبل از استقلال تونس در سال ۱۹۵۶م، سیاست‌های قانون‌گذاری این کشور در اصل با الهام از حقوق فرانسه موافق زاد و ولد بیشتر بوده است. در سال ۱۹۶۴م. دولت تونس اولین سیاست جمعیتی خود را ایجاد نمود که هدف اصلی آن بهبود بهداشت و سلامت زنان، توسعه همه‌جانبه‌ی خانواده، کنترل رشد جمعیت و کاهش آثار منفی سقط جنین غیربهداشتی پرخطر بر سلامت بود. (طرح اقدامات تونس، ۱۹۹۱م.)

زنانی که به دلیل انجام اقدامات غیربهداشتی و خطرناک سقط آسیب دیده بودند ۲۵ درصد تخت‌های بیمارستانی را اشغال کرده بودند. قانون جدیدی در سال ۱۹۶۵م. جایگزین قانون ۱۹۴۰م. شد چنین بود که مشروط بر این که سقط قبل از ۳ ماهه‌ی اول بارداری واقع گردد و زن حداقل ۵ فرزند داشته باشد و نیز با توافق کتبی زن و شوهر، قانونی است. (بیژاوی، ۱۹۸۸م، صص ۳۷-۳۲)

تونس اولین کشور منطقه خاورمیانه بود که به تعدیل قانون سقط جنین، لغو قانون مجاز دانستن تعدد زوجات و ایجاد حق طلاق برابر زنان و مردان پرداخت. این اصلاحات مبتنی بر تفاسیری از اصول و عقاید اسلامی بود. (طرح اقدامات تونس، ۱۹۹۱م.)

در اواخر دهه‌ی ۷۰ میلادی در ترکیه سقط جنین پرخطر (غیرایمن) به‌عنوان عمده‌ترین مسأله در بهداشت عمومی معرفی شد و قانون سیاست جمعیتی که در

سال ۱۹۸۳م. تصویب شد مجوز سقط جنین را در هفته‌ی دهم تا بیست و چهارم بارداری به دلایل پزشکی صادر کرد. رضایت همسر در اجرای این قانون با توجه به سن زن لازم بود اما این مورد در قوانین اصلی سقط جنین گنجانده نشد؛ بدین صورت که با انجام عمل سقط جنین (بدون رضایت همسر) جرمی کیفری واقع نمی‌شود. متخصصان بیماری‌های زنان و زایمان و رهبران مذهبی در ابتدا با تصویب این قانون مخالفت ورزیدند؛ دلیل مخالفت متخصصان این بود که آن‌ها سابقاً عمل سقط جنین را در قبال دستمزد فراوان انجام می‌دادند. رهبران مذهبی نیز به بحث ولوج روح در جنین استناد کردند. توافق حاصل این بود که «سقط جنین به اعتبار درخواست تا هفته‌ی دهم بارداری بعد از استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، قانونی است.» (اصلاح قانون سقط جنین تونس، ۱۹۷۴م، ص ۲ و بولوت تویبا، ۱۹۹۹م، ص ۲۵۹-۷۸)

قوانین نسبتاً محدود کننده‌ی سقط جنین

قوانین کشورهای الجزایر، اردن و مراکو تحت تأثیر قوانین مستعمراتی فرانسه، سقط جنین را برای نجات جان زن و حفظ سلامتی وی مجاز می‌دانند. قانون بهداشت عمومی اردن مصوب ۱۹۷۱م. جواز سقط جنین را به دلیل حفظ سلامت روانی مادر صادر کرده است. کویت، اولین کشور حاشیه‌ی خلیج فارس بود که در سال ۱۹۸۱م. دست به اصلاح قوانین خود زد و سقط جنین را به دلیل سلامت جسمی و روانی مادر و نیز نارس بودن جنین تجویز کرد. (بررسی سالانه‌ی قوانین جمعیتی، ۲۰۰۴م.) قطر در سال ۱۹۸۳م. در پی اصلاح قوانین خود سقط جنین را در مورد صدمه و آسیب به سلامت زن یا نارس بودن جنین مجاز دانست. قوانین کشور الجزایر در سال ۱۹۸۵م. مورد اصلاح قرار گرفت و سقط جنین را به دلیل

سلامت روانی مادر مجاز کرد. دین اسلام که حاکم بر تمام قوانین عربستان است سقط جنین را در مورد تهدید و خطر شدید جان یا سلامتی زن تجویز کرده است. پیش‌نویس قانون بهداشت عمومی فلسطین که قبل از انتخابات ۲۰۰۶م. به مجلس ارائه شد سقط جنین را در مورد تهدید سلامت و جان زن تجویز کرده است.

قوانین کاملاً محدود کننده

قوانین ۱۳ کشور از کشورهای منطقه بسیار محدود کننده هستند و سقط جنین را فقط در مورد تهدید جان مادر مجاز دانسته‌اند. طبق قوانین کیفری الهام گرفته از قوانین برخی کشورهای استعمارگر سقط جنین در لبنان، لیبی، موریتانی و سوریه در تمامی اوضاع و احوال ممنوع است. این قوانین امروز سقط جنین را فقط در صورت تهدید جان مادر مجاز می‌دانند. (بررسی سالانه‌ی قوانین جمعیتی، ۲۰۰۴م.) سقط جنین در یمن تحت حاکمیت قانون جزای ۱۹۹۴م. قرار دارد که مبتنی بر حقوق محدود کننده‌ی اسلام است که سقط جنین را به جز در مورد نابودی جان مادر ممنوع کرده است. قوانین عمان و امارات متحده عربی نیز مشابه قانون یمن هستند. قانون جزایی مصر سقط جنین را در موردی که حاملگی اثبات شده ممنوع کرده است اما استفاده از وسایل ضد حاملگی بعد از مقاربت و در دوران قاعدگی در جایی که حاملگی هنوز اثبات نشده است را مورد اغماض قرار داده است. ماده‌ی ۶۱ این قانون مقرر می‌دارد: «اگر شخصی برای دفع خطر شدید از خود یا دیگری عملی را انجام دهد مجرم محسوب نمی‌شود.» این ماده قانونی گاهی اوقات مبنای عدول از قانون ممنوعیت سقط جنین در مورد تهدید جان یا سلامت مادر مورد استناد قرار می‌گیرد. (لان، ژوک و الموثلی، ۱۹۹۸م.، صص ۱۰۸۹-۹۹)

در ایران سقط جنین در اوضاع و احوال خاصی در اوایل قرن ۲۰ مجاز اعلام شد و قانون ۱۹۷۷م. سقط جنین را به اعتبار درخواست تجویز کرد. این قانون بعد از انقلاب اسلامی در سال ۱۹۷۹م. برچیده شد. در حال حاضر، قانون سقط جنین در ایران طبق قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۹۹۱م. بر مبنای حقوق شیعی قرار دارد که طبق آن سقط جنین ممنوع است اما اصل ضرورت، سقط جنین را در مورد نجات جان مادر مجاز می‌دارد. در سال ۲۰۰۵م. مجلس شورای اسلامی ایران، قانونی را در مورد جواز سقط جنین در مورد نارس بودن جنین و تهدید جان مادر تصویب کرد لیکن این قانون از سوی شورای نگهبان رد شد. (بررسی سالانه‌ی قوانین جمعیتی، ۲۰۰۴م. و شورای حمایتی ایران بر ضد لایحه‌ی سقط جنین، ۲۰۰۵م.)

قانون جزایی سودان اقتباسی از حقوق اسلامی و حقوق انگلستان است. در سال ۱۹۹۱م. در پی تلاش مستمر بازنگری بر قوانین، طبق حقوق اسلام، سقط جنین در مورد حفظ جان مادر، در مورد تجاوز به عنف در کمتر از روز ۹۰ بارداری و یا مرگ جنین در رحم مادر مجاز اعلام شد. (بررسی سالانه‌ی قوانین جمعیتی، ۲۰۰۴م.) به جز تونس و ترکیه، اختلافات داخلی در محدودیت قوانین سقط جنین را نمی‌توان فقط بر مبنای اقتباس این کشورها از حقوق اسلامی یا قوانین کشورهای استعمارگر پیش‌بینی کرد. قوانین محدود کننده موریتانی مبتنی بر حقوق استعماری کشور فرانسه است و نه اسلام. قوانین اسلامی کشور عربستان سعودی آسان‌گیرانه‌تر از قوانین اقتباس شده از حقوق ایتالیا در لیبی هستند.

خدمات ارائه شده در سقط جنین

با وجود اصلاح قوانین، هیچ‌گونه سند و مدرک قانونی در افزایش دسترسی زنان به خدمات سقط جنین سالم و بهداشتی وجود ندارد. اگرچه سقط جنین در تمام

کشورهای خاورمیانه رایج است اکثریت روش‌های سقط جنین طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، پرخطر و غیربهداشتی هستند (برآورد جهانی و مذهبی سازمان بهداشت جهانی از سقط جنین ناسالم، ۲۰۰۴م).

دسترسی زنان به خدمات سالم تحت تأثیر وضعیت مادی و اجتماعی - اقتصادی، مهاجرت از روستا به شهر و نیز قانون قرار دارد. موانع پزشکی متعدد و محدودیت دسترسی به این خدمات و موانعی مثل ضرورت وجود مجوز چندین پزشک، نیاز به دلایل بسیار قوی مبنی بر تجاوز به عنف و دلایل اثبات در شدید بودن سلامتی مادر در همه‌ی کشورها جز یک کشور، رضایت شوهر اطلاعات چندانی در مورد آزادی و اختیار زنانی که می‌خواهند در ۲ ماهه‌ی اول بارداری سقط نمایند وجود ندارد. متخصصان زایمان و نیز پزشکان عمومی گاهی اوقات به‌طور پنهانی و غیرقانونی اقدام به سقط جنین می‌نمایند. کیفیت خدمات تفاوت‌های قابل توجهی دارند و بستگی به توان هزینه کردن، دسترسی به خدمات سقط بدون درد و استفاده از روش‌های مدرن و سنتی سقط جنین. جامعه‌ی پزشکی شروع به کاستن از فشار و اثر شدید سقط جنین غیربهداشتی بر بهداشت عمومی در کشورهای الجزایر، مصر، موراگو، سوریه و سودان کرده است.

مراقبت بعد از سقط جنین

با وجود تفاوت در دیدگاه‌های مذهبی و حقوقی، عموماً اتفاق آرا و اجماع میان رهبران مسلمان مبنی بر حق درمان زنی که جنین خود را سقط کرده است وجود دارد. زمانی، دسترسی به امکانات زایمان فوری و مراقبت بعد از سقط جنین موضوع یک مجادله‌ی مهم در مصر، موراگو و سودان بود. (جی روسی، ۱۹۹۶م). مصر کشور پیشگام این تحقیق در منطقه بود. مراقبت بعد از سقط در برخی مراکز

پزشکی افزایش یافته است و به‌عنوان بسته جامع بهداشت باروری و خدمات تنظیم خانواده معرفی می‌شود. در سوریه خدمات بعد از سقط جنین هم‌اکنون به‌عنوان زیرمجموعه‌ی برنامه‌ی ملی بهداشت باروری و جنسی قرار گرفته است؛ بازنگری در قوانین سقط جنین این کشور در دستور کار سال ۲۰۰۶م. قرار گرفت. همچنین مسؤولان بهداشتی الجزایر درصدد ترویج و رسمیت بخشیدن به مطالعه‌ی خود راجع به سقط جنین در مدارس طب هستند. (دی جانگ و همکاران)

اختلالات جنینی

ازدواج نَسَبی (دخترعمو با پسرعمو و امثال آن) سنت رایج در بیش از ۲۰ درصد ازدواج‌های الجزایر و موراگو و بیش از ۵۰ درصد ازدواج‌های عربستان سعودی و اردن است. مشاوره‌ی ژنتیک و آزمایش قبل از تولد کودک به‌ویژه در کشورهایی که نرخ ازدواج نسبی در سطح بالایی قرار دارد افزایش یافته است. اختلالات هموگلوبینی از جمله تالاسمی در کشورهایی مثل عربستان و ایران مجوز سقط قانونی را دارند. (زاهد، بو-دیم، ۱۹۹۷م، صص ۴۲۸-۴۲۳)

نتیجه

اگرچه اصول مذهبی قدیمی هنوز هم در مشروعیت رویه‌های مردسالارانه تأثیر دارند، اما این مقاله به تنوع زیادی در مباحث اسلامی، سیاست‌ها و نظریات و فتواها در مورد سقط جنین دست یافت. مهم‌تر از این، ارتباط آشکاری بین مذهب رسمی یک کشور، مذهبی بودن یک شخص و پیشگیری از سقط جنین به دست نیامد. کشور ایران که دارای بالاترین میزان پیشگیری از سقط جنین در منطقه است از قوانین کاملاً اسلامی و مذهبی پیروی می‌کند.

فهرست منابع

- World Health Organization.(2005). World Health Statistics. Geneva: WHO.
- Population Reference Bureau.(2005).Investing in Reproductive Health to Achieve Development Goals. Washington DC. PRB.
- International Planned Parenthood Foundation.(1996).Breaking the Silence and Saving Lives. IPPF Arab Regional Conference on the Implementation of the ICPD. Cairo. IPPF.
- DeJong, J, Jawad, R, Mortagy, I, et al.(2005).The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries a Iran. Reproductive Health Matters. 13(25).45-49.
- International Planned Parenthood Federation.(2004).Arab World Region. Annual Progra Review. Tunis. IPPF.
- Global Health Council.(2002).Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancy on Women in the Developing World. Washington, DC: Global Health Council. At:
- [bhttp://www.globalhealth.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf](http://www.globalhealth.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf)N. Accessed 7 March 2006.
- Zubaida S. Law and Power in the Islamic World. London: I.B. Tauris & Co. Ltd., 2005.
- Musallam, BF.(1983).Sex and Society in Islam. Cambridge: Cambridge University Press.
- Asman, O.(2004).Abortion in Islamic countries: legal and religious aspects. Medicine and Law.23.73-89.
- Gqrsoy, A.(1996). Abortion in Turkey: a matter of state, family, or individual decision. Social Science and Medicine. 24(4).531-542.
- Al-Azhary Sonbol, A.(1981).The Creation of the Medical Profession in Egypt during the Nineteenth Century: A Study in Modernization. Ph.D. dissertation. Georgetown University.Washington DC.
- International Planned Parenthood Foundation.(1974).Islam and Family Planning. London. IPPF.
- International Planned Parenthood Foundation.(1992).Unsafe Abortion and Sexual Health in the Arab World. Damascus: IPPF.
- Alkuraya, FS, Kilani, RA.(2001).Attitude of Saudi families affected with hemoglobinopathies towards prenatal screening and abortion and the influence of religious ruling (fatwa). Prenatal Diagnosis. 21.448-451.
- BBC. Religion and Ethnics. Abortion: The Islamic View.(2005). At: [bhttp://www.bbc.co.uk/religion/ethics/abortion/relig_islam1.shtml](http://www.bbc.co.uk/religion/ethics/abortion/relig_islam1.shtml)N. Accessed 13 March 2005.
- Iran: the abortion bill. Hamshahri Daily.(2005). 13 April 2005.
- Abortion issue in Egyptian spotlight.(2004). Arab News. 16 March 2004.
- Tunisian Action Plan. Tunis.(1991). Tunisian Ministry of Health.

- Bejaoui, F.(1988). Avortement et droit penal. In: Labidi, L, editor. Médecine et Santé des Femmes. Tunis: Hôpital d'Enfants. 32-37.
- Amended Tunisian abortion law.(1974). IPPF Medical Bulletin. 8(2).4.
- Bulut, A, Toubia, N.(1999). Abortion services in two public sector hospitals in Istanbul, Turkey: how well do they meet women's needs? In: Mundigo AI, Indriso C, editors. Abortion in the Developing World. London: Zed Books. 259-278.
- Annual Review of Population Laws.(2006). Harvard University, 2004. At: http://annualreview.law.harvard.edu/annual_review.htm. Accessed 7 July 2006.
- Lane. S, Jok. JM, El-Mouelhy. M.(2005). Buying safety: the economics of reproductive risk and abortion in Egypt. Social Science and Medicine. 47(8).1089-1099.
- Iran's Guardian Council against abortion bill. Iran Mania.(2005). 1 May 2005.
- World Health Organization.(2004). Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. Geneva: WHO.
- Zahed L, Bou-Dames J.(1997). Acceptance of first-trimester prenatal diagnosis for the haemoglobinopathies in Lebanon. Prenatal Diagnosis.17.423-428.

یادداشت شناسه‌ی مؤلف

سمیه احمدنژاد: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی
(نویسنده‌ی مسؤول)

نشانی الکترونیکی: smy.ahmadnezhad@gmail.com

الهام احمدنژاد: دستیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فرشید فیاض جهانی: متخصص عفونی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

گلاره جعفری: پزشک، محقق مؤسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت کشور، دانشگاه علوم پزشکی تهران

زهره کوهکن طالب‌خان: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران

مرکزی

مستوره قربانی پور: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی

رعنا نبی‌زاده: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۸/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۱۵