



ترویج رشد مطلوب جنین در حقوق ایران و اسناد سازمان جهانی بهداشت

جلال شیرمحمدی

دانشجوی دکتری تخصصی حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
(نویسنده مسئول)

jalal.shirmohamadi4@gmail.com

بابک پورقهرمانی

دانشیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

b.pourghahramani@yahoo.com

جمال بیگی

دانشیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

jamalbeigi@aiumaragheh.ac.ir

چکیده

در سال‌های اخیر شمار قابل توجهی از کشورهای جهان برای سقط‌جنین قانونی محدودیت وضع کرده‌اند و امکان اجرای آن را به درخطر بودن جان مادر کاهش داده‌اند. سازمان جهانی بهداشت تأکید می‌کند که وضع محدودیت بر اعمال حق سقط‌جنین، شمار زنان و دخترانی را که آگاهانه به بارداری خود پایان می‌دهند، پایین نمی‌آورد بلکه آن‌ها را به‌سوی توسل به راه‌های غیرقانونی سوق می‌دهد؛ امری که برای سلامت و جان آن‌ها بسیار خطرناک است. بدیهی است مهم‌ترین امر در تحقق افزایش جمعیت توجه به کیفیت زندگی مادر و جنین، رفع دغدغه‌های آن‌ها و احترام به شأن و منزلت مادر و جنین است. با افزایش سطح سواد مردم و میزان آگاهی آن‌ها از حقوق خود، می‌تواند منشأ یک تحول بنیادین در امر توجه به سلامت روان جنین در کنار سلامت جسم شود. در گزارش سازمان بهداشت جهانی آمده است که باید در کنار توصیه‌های بالینی و ارائه خدمات، موانع پزشکی غیرضروری برای سقط‌جنین مانند جرم‌گیری، زمان‌های انتظار اجباری توسط افراد دیگر مانند اعضای خانواده حذف شوند. حتی محدودیت‌هایی در مورد زمان انجام سقط‌جنین در دوران بارداری کنار برود چون ممکن است سقط‌جنین را نایمن کند. هرچند در اغلب اسناد بین‌المللی مربوط به حق بشر به‌طور صریح به مسئله سقط‌جنین پرداخته نشده است، با استناد به حق حیات که در بسیاری از اسناد بین‌المللی به آن اشاره شده است، موضوع حق جنین برای زندگی قابل استنباط است. در ایران نیز قانون حمایت خانواده و جوانی جمعیت نیز در این زمینه به این مهم پرداخته است.

کلیدواژه‌ها: سقط‌جنین، سازمان بهداشت جهانی، ترویج رشد جنین، حقوق ایران



مقدمه

امروزه، با توجه به باورهای دینی و اعتقادی جوامع، درباره سقط جنین، سه گرایش عمده بین نظام‌های حقوقی دنیا وجود دارد؛ برخی از نظام‌های حقوقی، به‌طور مطلق، سقط جنین را می‌پذیرند و آن را جایز می‌دانند، برخی دیگر که اکثریت نظام‌های حقوقی را سامان می‌دهند، نه‌تنها سقط جنین را نمی‌پذیرند، بلکه برای آن، ضمانت اجرا هم قرار داده‌اند و گروه سوم هم در برخی موارد، سقط جنین را جایز و در برخی موارد دیگر، غیر جایز می‌دانند. حقوق ایران هم با تأسی از شرع مقدس اسلام و نظر فقهای امامیه، اصل قبیح بودن سقط جنین را پذیرفته است و آن را فقط در مواردی خاص و معدود و در پی تأیید پزشک متخصص، اجازه می‌دهد. در قانون مدنی و قانون مجازات اسلامی، واژه جنین به مفهوم عرفی و لغوی آن به‌کاررفته است. قانون مدنی در مواد: ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۷۸، ۹۳۳ و ۹۵۷ از این مفهوم، استفاده کرده است. منظور از جنین در مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ و همچنین مواد ۶۲۲ تا ۶۲۴ کتاب تعزیرات و مجازات بازدارنده مصوب سال ۱۳۷۵، همان جنین به مفهوم عرفی آن است که از زمان انعقاد نطفه و به عبارت دقیق‌تر، از زمان تحقق لقاح تا زمان وضع حمل را شامل می‌شود (بیگی، ۱۴۰۱: ۲۲).

سازمان جهانی بهداشت، نقش مهمی را در تأمین بهداشت برای همه جامعه جهانی ایفا می‌کند. این سازمان، اسنادی تنظیم نموده است که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به سلامت و بهداشت جنین توجه نموده‌اند. سازمان جهانی بهداشت، استراتژی «ترویج رشد مطلوب جنین» و قطع‌نامه ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت است. مقاله حاضر به روش تحلیلی توصیفی و اسناد کتابخانه‌ای و با هدف بررسی ترویج رشد مطلوب جنین در حقوق ایران و اسناد سازمان جهانی بهداشت و همچنین نگاهی به جرم‌انگاری سقط جنین در قانون مجازات اسلامی، صورت پذیرفته است.

الف. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت مصوب ۱۹۴۷ باهدف تأمین سلامت و بهداشت برای همه افراد جامعه اعم از جنین در بالاترین سطوح تدوین شده است. منظور از ماده یک این اساسنامه، بالا بردن سطح سلامتی تمام افراد بشر به بلندترین مدارج ممکنه می‌باشد. براساس مقدمه سند مذکور، سلامتی به معنای نبود بیماری یا ناتوانی نیست؛ بلکه حالتی از رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی است. همراه شدن این تعریف با عبارت «کامل» نشانگر آرمان اصلی این سند؛ یعنی ارتقا هر چه بیشتر سطح رفاه برای همه افراد است. کودک بنا بر آسیب‌پذیری خود به حمایت بیشتری نیازمند است. بند «ل» ماده ۲ اساسنامه مؤید چنین امری است. بر اساس آن، مساعد نمودن استعداد کودک برای سازگاری با محیط‌های متفاوت، یکی از وظایف سازمان محسوب می‌شود. رحم مادر، محیط زیستی است که باید به‌گونه‌ای سازمان‌دهی گردد که امکان رشد جنین وجود داشته باشد. چنین امری با کنترل رفتارهای آسیب‌زای مادر باردار محقق می‌شود. با توجه به تأثیر قطعی رفتار مادر باردار بر جنین، اتخاذ اقدامات لازم به‌منظور کنترل رفتارهای آسیب‌زای مادر و بالطبع مساعد نمودن استعداد جنین برای رشد در رحم مادر ضروری می‌گردد. سازمان جهانی بهداشت به‌منظور انجام این وظیفه، مذاکراتی را با کشورهای مختلف انجام داد و دستورالعمل‌ها و برنامه‌هایی را تصویب نمود. به‌منظور تبیین برنامه‌ها و الزام‌های مربوط، استراتژی «ترویج رشد مطلوب جنین» و قطع‌نامه ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت بررسی خواهد شد.

با توجه به مؤلفه‌های متکثر دخیل در ضوابط سقط جنین در هر کشور، رویه‌های مشابهی در جهان قابل تمیز می‌باشد. اغلب کشورها در برهه‌های مختلف زمانی برخوردهای متفاوتی با مسئله سقط جنین داشته‌اند. تحولات اجتماعی و مشارکت زنان در عرصه اجتماعی اقتصادی منجر به ناسازگاری جنبه‌های نظری و عملی شده و زنان بدون توجه به قوانین کیفری اقدام به سقط جنین می‌کنند. زمینه‌های قانونی سقط می‌تواند شامل تهدید حیات مادر، اختلالات جنینی و تجاوز جنسی باشد (فلاح-نژاد، آقا مجیدی و عزیززاده، ۱۳۹۶: ۱۰۹).



ب. استراتژی «ترویج رشد مطلوب جنین»

در سال ۲۰۰۳ مذاکره‌ای در خصوص ترویج رشد مطلوب جنین برگزار شد. جلسه‌های اول تا سوم این مذاکرات با محوریت تدوین استراتژی به‌منظور کاهش شیوع نوزادان کم‌وزن برگزار شد. از دیدگاه آنان، وزن نوزاد هنگام ولادت، بهترین‌ها شاخص رشد جنین در بارداری محسوب می‌شد. چنین طرز تفکری تا جلسه چهارم این مذاکرات ادامه داشت. در جلسه چهارم، تمرکز صرف بر این معیار، گمراه‌کننده تلقی گردید؛ زیرا وزن هنگام تولد به‌تنهایی نمی‌توانست بیان‌کننده ابعاد مختلف رشد جنین باشد (سازمان بهداشت جهانی، ترویج رشد مطلوب جنین، ۲۰۰۳: ۱۰). برای مثال: ممکن است با مصرف مشروبات الکلی در بارداری، کودک از نظر ذهنی عقب‌مانده گردد. اگرچه عدم رشد، در وزن وی نمایان نمی‌شود؛ اما وجود تعداد زیادی از نوزادان عقب‌مانده ذهنی در کشور، نشان‌دهنده رشد و توسعه جنین در بارداری نیست! بر همین اساس، رشد بهینه یا مطلوب جنین به‌گونه‌ای دیگر تعریف شد. با توجه به رویکرد جدید، «رشد بهینه یا مطلوب جنین را حالتی از تولد می‌گویند که در آن نوزاد به‌احتمال زیاد زنده می‌ماند و از حالتی به حالت دیگر رشد می‌کند. جنین را باید به‌گونه‌ای آماده نمود که تأثیرات اوایل رشد او، بر مراحل زندگی‌اش تأثیر منفی نگذارد». در حالت ایدئال، استراتژی مدون برای رشد بهینه جنین باید فرآیندی را توصیف کند که از زمان انعقاد نطفه تا تولد و فراتر از آن را در برگیرد؛ زیرا تجربه‌های اولیه جنین بر مراحل مختلف زندگی وی و حتی نسل‌های بعد از او می‌تواند تأثیر بگذارد (سازمان بهداشت جهانی، ترویج رشد مطلوب جنین، ۲۰۰۳: ۱۴). عوامل متعددی در رشد یا عدم رشد بهینه جنین مؤثر هستند. عوامل ژنتیکی، خصوصیات مادر مانند سن، وضعیت تغذیه وی، بیماری‌ها، تطابق یا سازگاری با بارداری، سبک زندگی مادر و محیط‌زیست عوامل مؤثری بودند که در جریان این مذاکره بر جنین مؤثر دانسته شدند. بر اساس مذاکرات مذکور، سبک زندگی مادر، تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر رشد جنین دارد. تحمیل استرس بر جنین، سیگار کشیدن، مصرف الکل، دارو، فعالیت‌های ورزشی، حجم کار زیاد، تعداد فرزندان، زمان خواب و استراحت از جمله عواملی هستند که در ذیل سبک زندگی مادر قرار می‌گیرند. بنابراین باید سیاست‌هایی برای کاهش اثر نامطلوب آنان اتخاذ شود (سازمان بهداشت جهانی، ترویج رشد مطلوب جنین، ۲۰۰۳: ۲۱).

در راستای اعمال این استراتژی، زندگی مؤثر بر رشد جنین را به ۶ مرحله مختلف تقسیم‌بندی نمودند: ۱- کودکی و نوجوانی ۲- قبل از بارداری، ۳- اوایل بارداری، ۴- نیمه بارداری، ۵- پس از زایمان، ۶- نوزادی و دوره فراروی آن، ۷- عوامل بین نسلی. هر تلاشی که در سطح بین‌الملل برای بهینه‌سازی رشد جنین صورت می‌گیرد باید در چارچوب یکی از مراحل مشخص شده جای گیرد. در این استراتژی، نه‌تنها بارداری بلکه مراحل رشدی قبل از آن نیز به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر رشد جنین موردتوجه قرار می‌گیرند. این استراتژی حتی به الزام مادر به رعایت بهداشت و سلامت جنین ختم نمی‌شود؛ بلکه سلامت و بهداشت یک نسل قبل از مادر را هم در نظر گرفته است. بر اساس این استراتژی، به‌منظور رشد مطلوب جنین باید دو مداخله صورت بگیرد: ۱- مداخلاتی که محیط مساعدتری برای حیات مادر باردار فراهم می‌کند و بدین‌وسیله جنین به‌صورت مطلوب رشد می‌کند. برای مثال: توجه به تضمین امنیت غذایی مادران باردار یا کسانی که به‌احتمال زیاد باردار می‌شوند. دولت، قبل از بارداری جنین مسئولیت مهمی را بر عهده دارد. ۲- مداخلاتی که بر روی نقش مادر باردار به‌عنوان محیط‌زیست رشد جنین تأکید می‌کند. با توجه به تأثیر رفتار یا تجربیات منفی مادر باردار باید در اعمال اراده آسیب‌رسان وی مداخلاتی صورت گیرد. چنین الزامی می‌تواند به شکل‌های متفاوتی نمایان شود. مشاوره قبل از ولادت یکی از الزامات بهداشتی است که نه‌تنها عوامل مربوط به سبک زندگی مادران؛ بلکه عوامل خارجی مانند خشونت شوهر علیه مادر نیز کنترل می‌شوند. در برخی مناطق نیز برنامه‌هایی برای ترک سیگار تدوین شد که موفقیت‌آمیز بود. با توجه به تأثیر الکل بر جنین، سازمان جهانی بهداشت، دستورالعملی تحت عنوان «شناسایی و مدیریت مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در بارداری» تهیه نمود. این دستورالعمل، حاوی توصیه‌هایی در مورد شناسایی و مدیریت اختلالات مصرف مواد مخدر برای مادران باردار بود. به‌اضافه، سازمان جهانی بهداشت در مقدمه «کنوانسیون کنترل تنباکو» مصرف تنباکو در مرحله پیش از ولادت را خطرناک قلمداد نموده است و به کنوانسیون حقوق کودک برای



دستیابی به بالاترین استاندارد قابل دسترس از سلامتی نیز استناد می‌کند. بدون شک همراه با تأمین محیط‌زیست سالم برای جنین، امکان رشد مطلوب‌تر برای او فراهم می‌شود. این استراتژی بر روی سلامت به صورت بلندمدت سرمایه‌گذاری می‌کند و بدین وسیله، پیشرفت تدریجی سلامت بین نسل‌های متوالی حاصل می‌گردد. البته چنین امری نیازمند سیستم مراقبت‌های بهداشتی کاملی است که هر دو سطح از مداخلات مذکور را در برگیرد و با اتخاذ رویکرد یکپارچه، از سلامت و بهداشت جنین محافظت شود. فقدان چنین دستگاهی، هرگونه تلاش برای رشد بهینه جنین را بی‌نتیجه می‌سازد. بنابراین مادر باردار باید در شرایط قرار داشته باشد که بتواند یک بارداری با کیفیت مطلوب را بگذراند. الزام مادر به رعایت بهداشت و سلامت جنین به منظور رشد بهینه جنین امکان‌پذیر می‌گردد. در حال حاضر اجماعی وجود دارد که باید از طریق مداخله در دو سطح مذکور، تأثیرات آسیب‌رسان رفتار مادر باردار را تقلیل نمود (سازمان بهداشت جهانی، ترویج رشد مطلوب جنین، ۲۰۰۳: ۱۸).

هرچند در اغلب اسناد بین‌المللی مربوط به حق بشر به طور صریح به مسئله سقط جنین پرداخته نشده است، با استناد به حق حیات که در بسیاری از اسناد بین‌المللی از جمله اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق حقوق مدنی و سیاسی، کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون اروپایی حقوق بشر، کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو، اعلامیه حقوق بشر در اسلام و اعلامیه قاهره درباره حقوق بشر به آن اشاره شده است، موضوع حق جنین برای زندگی قابل استنباط است و فقط سقط درمانی یا قانونی در موارد حفظ جان یا سلامت روانی یا جسمانی مادر یا وجود ناهنجاری‌های جنینی به عنوان شرط معتبر برای سقط جنین به رسمیت شناخته شده است (نصرتی، کریمی و عافیت، ۱۴۰۰: ۱۰۲).

ج. قطع نامه ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت

قطع نامه ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت یکی از برنامه‌هایی است که به سلامت و بهداشت جنین توجه نموده است. در این قطع نامه، بیماری‌های هنگام تولد به عنوان یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های جهانی و اولویت بهداشت عمومی عنوان شد. به منظور پیشگیری از این بیماری‌ها، کشورهای عضو به تخصیص منابع، ایجاد زیرساخت‌های لازم، توسعه آموزش‌های عمومی در بیان اهمیت این بیماری‌ها، پیشگیری از وقوع ناهنجاری‌های مادرزادی و بیماری‌های هنگام تولد مانند جلوگیری از مصرف الکل و دخانیات در بارداری تشویق شدند. «برنامه پایش ناهنجاری‌های مادرزادی» یکی از اقدامات مؤثر در اجرای قطع نامه و پیشگیری از ناهنجاری‌های مادرزادی بود. بر اساس قطع نامه مذکور، در صورت اجرای «برنامه پایش مبتنی بر جمعیت»، مشکلات ناشی از وقوع ناهنجاری‌های مادرزادی برآورد می‌شوند و نوزادان مبتلا، در یک فاصله زمانی قابل قبولی برای دریافت خدمات بهداشتی-درمانی شناسایی و ارجاع می‌شوند. هم‌چنین با استفاده از داده‌های برنامه، امکان بررسی اثربخشی برنامه‌های پیشگیری و درمانی مرتبط با چنین ناهنجاری‌هایی میسر می‌شود.

در ایران، چنین برنامه‌ای بر اساس برنامه پایش پابلوت از سال ۱۳۷۹ در شمال غرب کشور آغاز شد و همچنان نیز ادامه دارد. بالاترین میزان شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی، ناهنجاری‌های سیستم عصبی با ۳۹ در ۱۰۰۰۰ تولد است. در فاصله زمانی ۱۳۹۷-۱۳۷۹، میزان وقوع ناهنجاری‌ها بیش از سه برابر افزایش پیدا کرد. نتایج حاصل از بررسی‌های جمعیت عمومی کشور، نشان می‌دهد که هفت درصد از تولدها در ایران همراه با بیماری‌های مادرزادی است. ناهنجاری‌های مربوط به دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه، قلبی، سیستم عصبی، دست‌ها و پاها جزء بیشترین ناهنجاری‌های ذکر شده هستند (اکرمی، خیرالله و رزمجو، ۱۴۰۰: ۸-۳). با توجه به بررسی‌ها و آمارهای ذکر شده، لازم است به ناهنجاری‌های مادرزادی توجه شود و اقدامات لازم به منظور پیشگیری از ناهنجاری‌های مذکور اتخاذ گردد. این امر از راه‌های مختلف انجام می‌گیرد. مضیق نمودن اختیار آزاد مادر در برخورد با جنین، یکی از این اقدامات محسوب می‌شود. قانون مجازات اسلامی ماده ۴۸۷، لازم به توضیح است که بحث پیش رو جدای از اختلافات موجود بر سر مجازات قصاص برای مرتکب سقط جنین پس از دمیده شدن روح می‌باشد بلکه بر مبنای نظر مشهور فقها شیعه است و از ظاهر آن فهمیده می‌شود که در این مرحله فرق نمی‌کند، سقط جنین از روی عمد باشد یا خطا باشد و یا شبه عمد، در هر حال بر جنایتکار دیه واجب است، ولی در ماده ۶۲۴ در مسئله جرائم علیه اشخاص و اطفال آمده است: اگر طبیب



یا ماما یا جراح یا داروفروش، وسایط سقط جنین را فراهم سازند و یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند، به حبس از دو تا ۵ سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط صورت خواهد پذیرفت. مگر اینکه ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر می‌باشد و در هر مورد حکم به پرداخت دیه مطابق با مقررات مربوط داده خواهد شد (صالحی، ۱۴۰۱: ۳۸).

علت اینکه در فقه اسلامی برای سقط جنین، دیه مقدر شده است، همان توجه به شأن انسانی جنین است و با توجه به اینکه جنین آزمایشگاهی هم مانند جنین طبیعی قبل از ولوج روح انسان بالقوه است، یعنی به مرتبت انسانی نزدیک شده است و دارای شئون نزدیک به شأن انسانی است می‌تواند همانند جنین طبیعی، در صورت سقط و از بین بردن آن، دارای دیه باشد و وجود دیه برای جنین نشان می‌دهد که جنین لاقل، بخشی از وجود انسان را تشکیل می‌دهد که دارای کرامت است (بیگی، ۱۴۰۰: ۳۹).

د. حق بر سلامت جنین در قوانین ایران

ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی، حق بر سلامتی را به‌عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته‌اند، به نظر می‌رسد با توجه به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در به رسمیت شناختن آن به‌عنوان حقوقی بنیادین که قانون اساسی را از این حیث به‌عنوان یک قانون پیشرو در جایگاه ممتازی قرار داده است، در این راستا دولت موظف است یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق غربالگری سلامت جنین در نظر بگیرد و در جهت ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد ملت به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، تلاش کرده و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت از این حقوق بپردازد. بی‌توجهی به بومی‌سازی مفاهیم سلامت زنان، گوناگونی عوامل مؤثر بر سلامت زنان، بی‌توجهی به راهبردهای کلان سلامت پایش مستمر می‌تواند از علل مؤثر بر نبود برنامه جامع و عملیاتی مستمر و مداوم در اعمال این حق شود. ابعاد مختلف سلامت زنان در راستای تحقق کارآمد و مطلوب آن، نیازمند شناسایی عوامل دقیق و مؤثر بر آن و به‌کارگیری روش‌های تقویت و توسعه آن در قالب نظام جامع اطلاعاتی است که از سوی دولت محقق می‌شود. با توجه به توأمانی میحث سقط جنین، مصداق نقض «حق بر شخصیت حقوقی»، حق مادران بر سقط جنین است. عملکرد مراجع بین‌المللی، حکایت از آزادسازی سقط جنین در مواردی که با حقوق مادر در تعارض است، دارد. این در حالی است که این مراجع، دلایل موجهی که بر اساس آن قانونا می‌توان سقط جنین نمود را گسترش داده و عمدتاً ناظر بر حقوق مادران بوده‌اند. مضافاً اینکه در معاهدات بین‌المللی و عملکرد مراجع بین‌المللی، قاعده‌ای برای معیار زمانی شناسایی شخصیت حقوقی جنین مشاهده نمی‌شود و مسئله دیگری که در این زمینه در حال وقوع است، این مطلب است که به دلیل عدم حمایت صریح حقوق بین‌الملل از جنین انسان، در برخی کشورها به دلیل عدم شناسایی شخصیت حقوقی برای جنین در تمام دوران حمل، با استناد به حق بشری مادر، حق بر اختیار در سقط جنین را به‌عنوان یکی از حقوق بشری مادران به رسمیت شناخته‌اند. تحقق این حق نیازمند همکاری همه‌جانبه قوای سه‌گانه در اصلاح طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده به‌ویژه مواد ۵۳ و ۵۶ آن می‌باشد، توجه نخبگان به سیاست‌گذار عمومی در عرصه بهداشت سلامت با ابعاد مختلف و ایجاد الزام نهادهای مقنن و متولی سیاست‌گذاری اجرایی در تدوین برنامه‌های عملیاتی برای این طرح، اهمیتی ویژه دارد (اکرمی، خیرالله و رزمجو، ۱۴۰۰: ۹).

در رویه حاکم بر فرآیند صدور مجوز سقط جنین، سازمان پزشکی قانونی به‌مثابه متولی این امر شناخته شده است. با این وجود، قوانین و مقرراتی که در طول سالیان متمادی در خصوص وظیفه سازمان پزشکی قانونی در زمینه صدور مجوز سقط و نیز مرجعیت سازمان در این مسئله تصویب شده، از این حیث دچار ابهام است. ماده‌واحد سقط جنین که از سال (۱۳۸۴) تا (۱۴۰۰) مبنای عمل سازمان پزشکی قانونی در صدور مجوز سقط بود، هم در زمینه چستی وظیفه سازمان پزشکی قانونی دچار نارسایی اساسی بود و هم حتی مرجعیت این سازمان را در صدور مجوز سقط، آشکارا افاده نمی‌کرد. با تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال (۱۴۰۰) و نسخ ماده‌واحد سقط جنین بر اساس ماده (۷۳) این قانون، مقنن در ماده (۵۶) قانون اخیرالذکر



نیز نتوانست ابهام فوق را برطرف سازد بلکه به شکلی جدی تر مرجع صدور مجوز سقط را میان سازمان پزشکی قانونی و محاکم قضایی کشور مردد واگذاشت که نیازمند اصلاح و بازبینی فوری است (محمدجعفر، صادق پور، ۱۴۰۱: ۵۱).

از مهم ترین حقوق جنین، در فقه اسلامی، حق حیات و نیز حق برخورداری از سلامت جسمانی است؛ چراکه سقط جنین، مبنایی دینی ندارد و از نظر اخلاقی بسیار مذموم است. بر این اساس، در فقه اسلامی، هرگونه اسقاط عمدی جنین، به ویژه، پس از دمیده شدن روح، جرم به شمار می رود و پرداخت دیه را بر مرتکب آن واجب می سازد. همچنین، نقض سلامت جسمانی جنین، با ایجاد جرح و نقص عضو و مانند این ها نیز مشمول حکم پرداخت دیه است (بیگی، ۱۴۰۰: ۲۸).

ر. جرم انگاری مجازات سقط جنین در قانون مجازات اسلامی

سقط جنین، زمانی مستوجب مجازات است که جرمی عمدی یا غیرعمدی رخ داده باشد؛ در واقع، زمانی که سقط جنین، جنبه درمانی نداشته، نظیر زمانی که جان مادر در خطر بوده و یا جنین، بعد از تولد، دچار مشکل یا بیماری هایی مانند عقب افتادگی ذهنی بشود، با طی شدن مراحل قانونی، مجوز سقط جنین صادر می گردد و مجازاتی بر مرتکب سقط، اعمال نخواهد شد. اما، در سایر موارد، مجازات سقط جنین، اعمال می گردد که این مجازات، بسته به شرایط، به شرح زیر است:

مستفاد از ماده ۷۱۵ قانون مجازات اسلامی، مجازات سقط جنین غیرعمدی، به واسطه بی احتیاطی یا بی مبالاتی یا عدم رعایت نظامات دولتی یا عدم مهارت راننده (اعم از وسایط نقلیه زمینی یا آبی یا هوایی) یا متصدی وسیله موتوری، دیه و حبس از دو ماه تا یک سال است.

مستفاد از ماده ۷۱۷ قانون مجازات اسلامی، مجازات سقط جنین، در جنایت بر مادر که سبب از بین رفتن جنین شود، دیه است و دیه بر مبنای مراحل رشد جنین که در قانون مجازات اسلامی، آمده، محاسبه می گردد.

مستفاد از ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی، مجازات سقط جنین، در مواردی که سقط جنین، با وارد کردن ضربه یا اذیت و آزار زن حامله، محقق گردد؛ دیه و حبس از شش ماه تا یک سال و شش ماه است.

با توجه به آنچه در ماده ۶۲۳ قانون مجازات آمده است، مجازات انداختن بچه، در مواردی که شخصی به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری به زن باردار، موجب سقط جنین زن حامله شود، دیه و حبس از شش ماه تا یک سال خواهد بود.

همچنین، بر اساس ماده ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی، اگر شخصی، با علم و آگاهی و عمد، ادویه یا وسایلی را به زن حامله توصیه کند و بدین ترتیب، سبب سقط جنین شود، مجازات وی برای سقط جنین، دیه و حبس سه تا شش ماه خواهد بود.

مجازات سقط جنین، برای پزشک یا ماما و همچنین اشخاصی که وسایل سقط را فراهم می کنند و یا مباشرت به سقط می کنند نیز، حبس از دو تا پنج سال و همچنین پرداخت دیه می باشد و برای پزشک و ماما، ابطال پروانه نیز به عنوان مجازات، انجام خواهد شد.

سقط جنین اگر توسط مادر باشد در زمره جرائم قابل گذشت است. بدین معنا که تنها با شکایت شاکی قابل تعقیب و رسیدگی است و در صورت رضایت شاکی قرار موقوفی تعقیب صادر می شود.

با تصویب قانون کاهش مجازات حبس تعزیری، سقط جنین موضوع ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی (که ذیل عنوان سقط جنین عمدی توضیح داده شد) در زمره جرائم قابل گذشت قرار گرفته است. سقط جنین در غیر این صورت و چنانچه توسط سایر افراد ارتکاب یابد، غیر قابل گذشت محسوب و رضایت شاکی تنها از موجبات تخفیف مجازات است.

در خصوص جرائم قابل گذشت سقط جنین، شوهر به عنوان اولیای دم می تواند به شکایت علیه همسر خود و تمام کسانی که در این امر دخالت داشته اند، مبادرت کند. بدون شکایت او جرم قابل تعقیب و رسیدگی نیست. گذشت شوهر موجب موقوفی تعقیب و رسیدگی می شود.

چنانچه بارداری مستقیماً برای جان مادر خطر آفرین باشد، (نه اینکه خطرات جسمانی خفیف همراه داشته باشد)، مبادرت به سقط جنین جرم نخواهد بود. قطعاً در این خصوص جلب نظر پزشک متخصص ضرورت خواهد داشت.



همان گونه که پیشتر اشاره شده هیچ تفاوتی در جنین حاصل از روابط مشروع و قانونی و جنین حاصل از روابط نامشروع (زنا) از حیث سقط آن وجود ندارد. در هر دو مورد قانون با کیفیاتی که توضیح داده شد مرتکب را شایسته مجازات دانسته است. با توضیحاتی که راجع به قابل گذشت بودن مجازات سقط جنین و کسانی که می‌توانند در خصوص ارتکاب این جرم شکایت کنند، می‌توان حکم قضیه را دریافت. بنابراین چنانچه شوهر یا همان پدر آینده همسر خود را وادار به سقط جنین نماید مادر می‌تواند شکایت نماید. در این صورت مجازات پدر پرداخته دیه به مادر خواهد بود.

نهایتاً اینکه سقط جنین در قوانین کنونی کیفری ایران جرم انگاری شده است. از این رو هرگونه اقدام به سقط جنین، آموزش، دادن دارو به منظور سقط جنین در هر مرحله‌ای از بارداری جرم است. تمامی افرادی که در سقط جنین دست داشته باشند، از جمله پزشک، ماما، یا هر فرد عادی دیگر، به عنوان معاون در جرم شناخته شده، و مجازات سقط مشمول ایشان نیز می‌شود. به نوعی دیگر افرادی که با هر روشی، روند سقط را سرعت بخشند، حال چه با آموزش‌های مختلف، چه با داروهای مختلف و ...، معاون در جرم سقط خواهند بود. اما باید خاطر نشان نماییم، که در این مورد افراد به دودسته کلی تقسیم می‌شوند. افرادی که عادی هستند و در سقط دست دارند و افرادی که در حرفه‌های پزشکی، مامایی، و نظایر آن شاغل هستند. از این رو قانون برای دسته دوم مجازات سقط سنگینی تعیین نموده است. زیرا این دسته از افراد به دلیل داشتن حرفه تخصصی و مسئولیت بیشتر شغلی، از وظیفه بیشتری نیز برخوردار می‌باشند. طبق قانون مجازات اسلامی اگر فرد عادی در سقط جنین دخالت داشته باشد، علاوه بر پرداخت دیه، به حبس از سه ماه تا ۶ ماه نیز محکوم می‌گردد. در صورتی که مجازات سقط برای افرادی که پزشک هستند، سنگین تر بوده و ایشان علاوه بر پرداخت دیه، به حبس از دو سال تا پنج سال نیز محکوم خواهند شد. در اصل حداقل مجازاتی که برای پزشک معاون در جرم سقط جنین می‌توان مقرر نمود، حبس دو سال است. افرادی نیز هستند که طبق قانون با آزار زن حامله، منجر به سقط می‌شوند. این افراد نیز طبق ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی، علاوه بر قصاص یا دیه، به حبس از یک تا سه سال نیز محکوم خواهند شد.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، سازمان جهانی بهداشت به حق بر سلامت جنین توجه نموده است. قطع‌نامه شصت و سومین اجلاس سازمان بهداشت جهانی، برنامه پایش ناهنجاری‌های مادرزادی، دستورالعمل شناسایی و مدیریت مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در بارداری، نشان‌دهنده توجه سازمان جهانی بهداشت به حق بر سلامت جنین می‌باشند. هم‌چنین بر اساس مذاکره‌ای که در سال ۲۰۰۳ در خصوص ترویج رشد مطلوب جنین انجام گرفت، دولت می‌تواند مادر را به رعایت بهداشت و سلامت جنین الزام نماید. در رویه حاکم بر فرآیند صدور مجوز سقط جنین، سازمان پزشکی قانونی به‌مثابه متولی این امر شناخته شده است. با این وجود، قوانین و مقرراتی که در طول سالیان متمادی در خصوص وظیفه سازمان پزشکی قانونی در زمینه صدور مجوز سقط و نیز مرجعیت سازمان در این مسئله تصویب شده، از این حیث دچار ابهام است. ماده‌واحد سقط جنین که از سال (۱۳۸۴) تا (۱۴۰۰) مبنای عمل سازمان پزشکی قانونی در صدور مجوز سقط بود، هم در زمینه چستی وظیفه سازمان پزشکی قانونی دچار نارسایی اساسی بود و هم حتی مرجعیت این سازمان را در صدور مجوز سقط، آشکارا افاقه نمی‌کرد. با تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال (۱۴۰۰) و نسخ ماده‌واحد سقط جنین بر اساس ماده (۷۳) این قانون، مقنن در ماده (۵۶) قانون اخیرالذکر نیز نتوانست ابهام فوق را برطرف سازد بلکه به شکلی جدی‌تر مرجع صدور مجوز سقط را میان سازمان پزشکی قانونی و محاکم قضایی کشور قرارداد. به‌موجب قانون تنها سقط جنین غیرقانونی و انداختن عمدی بچه جرم تلقی شده است و برای آن مجازات در نظر گرفته شده است. بنابراین چنانچه غیرقانونی مادر یا پدر جنین یا فرد دیگری با ارتکاب عمل یا ترک عملی سبب پایان دادن به حیات جنین شود به‌گونه‌ای در زندگی و حیات جنین تأثیرگذار باشند که جنین مرده به دنیا بیاید، مرتکب جرم سقط عمدی جنین شده‌اند. به‌موجب قانون مجازات اسلامی سقط جنین توسط هر فردی چنانچه بدون مجوز قانونی صورت گیرد جرم است حتی اگر توسط مادر جنین محقق شود. همان‌طور که توضیح داده‌ایم با توجه به اینکه جرم سقط جنین توسط چه شخصی



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری حقوقی پزشکی فرزادی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



همچون مادر، غیر پزشک یا پزشک صورت گرفته باشد مجازات آن متفاوت خواهد بود. همچنین با توجه به اینکه در چه زمان از شکل گیری جنین جرم سقط جنین به وقوع پیوسته باشد میزان دیه آن نیز متفاوت خواهد بود.

منابع

۱. اکرمی، سیدمحمد، خیرالله، پروین و رزمجو، محدثه (۱۴۰۰)، بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی در طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، *مجله حقوق پزشکی*، ۱۵(۵۶).
۲. بیگی، جمال (۱۴۰۰)، اضطراب در قتل عمدی؛ خلأ قانونی و راهکار فقهی، *فصلنامه فقه جزای تطبیقی*، ۱(۴).
۳. بیگی، جمال (۱۴۰۱)، امکان سنجی جرم انگاری سقط جنین آزمایشگاهی در حقوق کیفری ایران، *آموزه های فقه و حقوق جزا*، ۱(۱).
۴. سازمان جهانی بهداشت، مرکز ملی نقص های مادرزادی و معلولیت ها در بخش کنترل و پیشگیری بیماری ها در آمریکا، *انجمن بین المللی پایش و پژوهش در ناهنجاری های مادرزادی*.
۵. صادقی پور، محمدجعفر (۱۴۰۱)، ابهام مستمر قوانین در خصوص وظیفه سازمان پزشکی قانونی نسبت به صدور مجوز سقط جنین، *مجله دین و قانون*، ۳(۱).
۶. صالحی، مرجان (۱۴۰۱)، واکاوی فقهی سقط جنین در نظام کیفری ایران، *مجله تحقیقات حقوق قضایی*، ۵(۵).
۷. فلاح نژاد، فاطمه، آقامجیدی، شریفه و عزیززاده، فاطمه (۱۳۹۶)، سقط جنین از نگاه فقه (شیعه) و حقوق کیفری ایران در مقایسه با حقوق کیفری ژاپن، *پژوهشنامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۸(۲).
۸. نصرتی، سیده فاطمه، کریمی، فاطمه زهرا و عاقبت، ملیحه (۱۴۰۰)، مروری بر ابعاد مختلف سقط جنین در اسناد بین المللی حقوق بشر، *مجله نوید نو دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲۴(۷۷).



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت‌های حقوقی پزشکی فرزندی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



Promoting the Optimal Growth of the Fetus in Iran's Laws & World Health Organization Documents

Jalal Shirmohammadi

Ph.D Student in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
(Corresponding Author)

jalal.shirmohamadi4@gmail.com

Babak Pourghahramani

Associate Professor, Department of Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University,
Maragheh, Iran

b.pourghahramani@yahoo.com

Jamal Beigi

Associate Professor, Department of Criminal Law & Criminology, Law Research Center, Maragheh Branch,
Islamic Azad University, Maragheh, Iran

jamalbeigi@aiumaragheh.ac.ir

Abstract

In recent years, a significant number of countries in the world have imposed restrictions on legal abortion and have reduced the possibility of its implementation when the mother's life is in danger. The World Health Organization emphasizes that imposing restrictions on the right to abortion does not reduce the number of women and girls who knowingly end their pregnancies, but leads them to resort to illegal means; This is very dangerous for their health and life. It is obvious that the most important thing in the realization of population increase is to pay attention to the quality of life of mother and fetus, solve their concerns and respect the dignity of mother and fetus. With the increase in people's literacy level and their awareness of their rights, it can be the source of a fundamental change in paying attention to the mental health of the fetus along with the physical health. The World Health Organization report states that along with clinical recommendations and service provision, unnecessary medical barriers to abortion such as criminalization, forced waiting times by other people such as family members should be removed. And even restrictions on the timing of abortion during pregnancy should be removed because it may make abortion unsafe. Although the issue of abortion has not been explicitly addressed in most of the international documents related to human rights, by referring to the right to life, which is mentioned in many international documents, the issue of the fetus's right to life can be inferred. In Iran, the Family and Youth Protection Act has also addressed this issue.

Keywords: Abortion, World Health Organization, Promotion of Fetal Growth, Iranian Rights