

ما از عدالت سهمی داریم سازمان حقوق بشر ایران

سال ششم شماره ۱۶۱

۲۴ آذر ۱۴۰۰ / ۱۵ دسامبر ۲۰۲۱



محدودیت روش‌های کنترل بارداری



در این شماره می خوانید:

تنظیم خانواده در ایران

خدمات عمومی، منشا قانونی شایستگی حکومت

رواج تبعیض بهداشتی در قانون جوانی جمعیت

مقاومت مدنی همواره امکانی در دسترس است

زنان و حق بر بهداشت

ما از عدالت سهمی داریم

دو هفته نامه الکترونیکی تخصصی حقوق بشر

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: سازمان حقوق بشر ایران / محمود امیری مقدم

سرمدبیر این شماره: مریم غفوری

تحریریه: سروناز رستگار، نیره انصاری

صفحه بندی: ماهور خوش قدم

تماس با مجله: mail@iranhr.net

حقوق ما در ویرایش مطالب آزاد است!

یادداشت هایی که از روزنامه نگاران و اشخاص دریافت می شود نظر شخصی آنان است
و دیدگاه مجله حقوق ما نیست.

تنظیم خانواده در ایران

سروناز رستگار

شرایط زیر مجاز شد:

۱- رضایت همسر

۲- دارا بودن دو فرزند

در همان زمان از تولد یک میلیون و ۳۰۰ هزار کودک در مدت پنج سال پیشگیری شد و درخواست تجدیدنظر در قوانین سقط جنین مطرح شد. تا آن زمان طبق ماده ۸۴ قانون جزا، زنان برای سقط، یک تا سه سال حبس تأدیبی داشتند و پیگیری انجمن تنظیم خانواده منجر به تغییر قانون و آزادی مشروط سقط جنین شد.

همچنین برنامه ششم با هدف جلوگیری از تولد دو میلیون کودک ناخواسته با بودجه ۱۹ میلیون ریال تصویب شد.

اما همه این برنامه‌ها با پیروزی انقلاب اسلامی متوقف شد. قانون حمایت از خانواده که سال ۵۵ تصویب شده بود، درست بعد از انقلاب اسلامی ۱۳۵۷ لغو شد، و سازمان کنترل جمعیت و تنظیم خانواده منحل شد. حداقل سن قانونی ازدواج دختران به ۹ سال (سن بلوغ شرعی) کاهش پیدا کرد، ولی برنامه‌های تنظیم خانواده تداوم یافت. هر دو بخش دولتی و خصوصی همچنان با هدف ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات تنظیم خانواده را ذیل برنامه بهداشت خانواده و مدارس وزارت بهداشت ادامه دادند، اما اکثر مناطق روستایی دیگر این خدمات را دریافت نمی‌کرد.

در طول جنگ هشت ساله با عراق، جمعیت زیاد به عنوان یک مزیت محسوب می‌شد و رشد جمعیت به یک مسئله تبلیغاتی بزرگ تبدیل شد به طوری که از زنان برای ساخت «ارتش بیست میلیونی» کمک

می‌خواست.

بدین ترتیب جمعیت ایران که در سال ۱۳۳۵ حدود ۱۹ میلیون نفر بود در سال ۱۳۶۵ به ۵۰ میلیون نفر رسید و آن طور که جمعیت‌شناسان می‌گویند این افزایش موجب انفجار جمعیت جوان از دهه ۵۰ تا ۷۰ در کشور شد.

پس از جنگ ایران و عراق و از سال ۱۳۶۸، در زمانی که ایران طبق آمار رسمی با افزایش سه و ۹ دهم درصدی نرخ رشد جمعیت مواجه بود، موضوع سیاست‌های تعدیل رشد جمعیت از طریق ارائه برنامه‌های تنظیم خانواده و تشویق خانواده‌ها به کاهش نرخ زاد و ولد و باروری در دستور کار قرار گرفت.

در سمینار جمعیت و توسعه در مشهد، جمعیت‌شناسان و دیگر کارشناسان که چندین نفر از آنان در دانشگاه‌های غربی در موضوع «کنترل جمعیت» در دهه ۱۳۵۰ آموزش دیده بودند گرد هم آمدند و به طور جدی خواستار اجرای سیاست کنترل جمعیت ملی با هدف کاهش باروری شدند.

بدین ترتیب اجرای سیاست‌های کنترل جمعیت به عنوان اولویت اصلی کشور اعلام شد. برنامه ملی تنظیم خانواده با سه هدف اصلی راه اندازی شد که این سه هدف شامل تشویق محدوده ۳-۴ سال فاصله‌گذاری برای فرزندآوری، ممانعت از بارداری در زنان زیر ۱۸ سال و بالاتر از ۳۵ سال و محدود کردن خانواده به داشتن سه فرزند، تشویق برای دو فرزند یا کمتر بود.

اردیبهشت سال ۱۳۷۲ مجلس شورای اسلامی، با مصوبه‌ای درباره تنظیم خانواده، اعمال سیاست‌های «کنترل جمعیت و تحدید نسل» را به قانون تبدیل کرد و این قانون با شعار «فرزند کمتر، زندگی بهتر» اجرایی شد.

قانون تنظیم خانواده و جمعیت

ماده ۱ - کلیه امتیازاتی که در قوانین بر اساس تعداد فرزندان یا عائله پیش‌بینی و

وضع شده‌اند در مورد فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون

متولد می‌شوند قابل محاسبه و اعمال نخواهد بود و فرزندان که تا تاریخ مزبور متولد

می‌شوند کماکان از امتیازات مقرر شده برخوردار می‌باشند.

تبصره ۱ - نحوه استفاده از امتیازات پیش‌بینی شده در قانون کار مصوب ۱۳۶۹.۸.۲۹

مجمع تشخیص مصلحت نظام و قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ به شرح زیر خواهد بود:

الف - مرخصی بارداری و زایمان کارگران زن (موضوع ماده ۷۶ قانون کار مصوب

۱۳۶۹.۰۸.۲۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) برای فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از

تصویب این قانون متولد می‌شوند، از مرخصی استحقاقی موجود و آتی کارگر کسر خواهد شد.

ب - هزینه نگهداری فرزندان کارگران زن در مراکز نگهداری (موضوع ماده ۷۸ قانون کار

مصوب ۱۳۶۹.۸.۲۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام (برای فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال

از تصویب این قانون متولد می‌شوند، به عهده کارگر خواهد بود).

ج - حق بیمه فرزندان (موضوع ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴) برای فرزندان

چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون متولد می‌شوند، به صورت جداگانه

تعیین و مطابق تعرفه تأمین اجتماعی از بیمه شده دریافت می‌گردد.

تبصره ۲ - این قانون در مورد سازمانها و موسساتی شمول حکم بر آنها مستلزم ذکر نام

است نیز جاری می‌باشد.

ماده ۲ - وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، فرهنگ و آموزش عالی، بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی و فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف به اجرای برنامه‌های ذیل می‌باشند.

الف - وزارت آموزش و پرورش موظف خواهد بود که مطالب آموزشی مربوط به جمعیت و

تأمین سلامتی مادران و کودکان را در متون درسی خود به نحوی موثر بگنجاند.

ب - وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف به ایجاد

یک واحد درسی به نام جمعیت و تنظیم خانواده در کلیه رشته‌های آموزشی می‌باشند.

ج - وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف است زمینه‌های جلب مشارکت فعال و مؤثر

روزنامه نگاران، فیلم سازان و سایر هنرمندانی را که به نحوی با آن وزارتخانه

ارتباط دارند به منظور ارتقاء سطح آگاهیهای عمومی از برنامه های جمعیت و تنظیم

خانواده فراهم نماید.

ماده ۳ - سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظف است جهت ارتقاء سطح

آگاهیهای عمومی در تأمین سلامت کودکان و مادران و جمعیت برنامه های آموزشی رادیویی

و تلویزیونی به طور مستقیم و غیر مستقیم تهیه و پخش نماید.

ماده ۴ - هزینه های ناشی از مواد ۳ و ۲ از محل کاهش هزینه های دولت که با اجراء

ماده ۱ این قانون حاصل می شود تأمین خواهد شد.

دستاورد مهم قانون کنترل جمعیت و تنظیم خانواده در سال ۱۳۷۲ آن بود که اکثر مزیت های اقتصادی خانواده های بزرگ را حذف کرد.

به عنوان مثال، مزایای تأمین اجتماعی تنها برای سه فرزند اول هر زوج فراهم شد. این قانون همچنین به اهدافی مانند کاهش مرگ

و میر نوزادان، ارتقا تحصیلات و اشتغال زنان و گسترش خدمات اجتماعی و مزایای بازنشستگی به همه والدین توجه ویژه ای داشت.

آموزش کنترل جمعیت در برنامه درسی در تمام سطوح آموزشی جا گرفت. حتی دانشجویان دانشگاه دوره ای برای کنترل جمعیت و

تنظیم خانواده می گذراندند.

اما سرشماری سال ۱۳۹۰ همه سیاست های جمعیتی را دستخوش تغییر کرد. طبق این سرشماری، نرخ رشد جمعیت در این سال با

۱/۲۹ درصد از کاهش شدید میزان باروری خبر می داد. بعد از هشدار رهبر جمهوری اسلامی درباره وضعیت جمعیت در مرداد ماه همان

سال، شورای عالی انقلاب فرهنگی به تدوین سیاست هایی برای جلوگیری از کاهش نرخ باروری اقدام کرد و مصوبه ای را به نام

«راهبردها و اقدامات ملی مربوط به جلوگیری از کاهش نرخ باروری و ارتقای آن متناسب با آموزه های اسلامی و اقتضائات راهبردی کشور»

تصویب کرد که در مهرماه ۱۳۹۱ ابلاغ شد. اما این مصوبه عملاً اجرایی نشد، زیرا اصل قانون تنظیم خانواده مصوب سال ۱۳۷۲ به قدرت

خود باقی بود و دستگاه ها همچنان محدودیت فرزند سوم به بعد را اعمال می کردند.

تا این که نمایندگان مجلس در آبان ماه ۱۳۹۱ طرحی با عنوان «[طرح جمعیت و تعالی خانواده](#)» تهیه کردند که با مشکلاتی مثل بار مالی

زیاد و لغو نشدن برنامه تنظیم خانواده و تداوم آن روبه رو شد. هدف

مجلس تصویب شد، اما بسیاری از مواد جنجالی و ابهام برانگیز آن با سد شورای نگهبان مواجه و به مجلس بازگردانده شد.

در [ایرادات عمده شورای نگهبان](#) به این طرح، که در ۱۳۳ صفحه به مجلس فرستاده شد، به مسائلی اشاره شد که می تواند منجر به

بی اعتمادی جامعه نسبت به وعده های مقرر در قوانین شود.

اما از سال ها پیش از این که این مصوبه در حال رفت و برگشت میان مجلس و شورای نگهبان باشد،

طبق قانون «افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت» و ابلاغ «سیاست های کلی جمعیت»، ارائه وسایل رایگان پیشگیری

از بارداری در خانه های بهداشت و انجام هر گونه عمل واژکتومی و توبکتومی غیر از موارد خاص ممنوع شد. این ممنوعیت ها به صورت

کج دار و مریز اجرا می شد تا خرداد سال ۱۳۹۹ که وزارت بهداشت، قبل از آنکه طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» به جایی

برسد، برای مقابله با کاهش جمعیت تمام این وسایل را از خانه های بهداشت جمع آوری کرد.

بالاخره قانون «[حمایت از خانواده و جوانی جمعیت](#)» ۲۴ مهرماه ۱۴۰۰ در مجلس تصویب شد و شورای نگهبان نیز اجرای آزمایشی آن را به

مدت هفت سال، تأیید کرد.

این طرح که طبق اصل ۸۵ در کمیسیون مشترک و بدون بررسی در صحن علنی مجلس تصویب شده بود، برخی امتیازات مالی و شغلی

به افراد صاحب فرزند اعطا می کند و در کنار این مشوق های مالی، امکان پیشگیری از بارداری و سقط جنین را محدود و ممنوع می کند.

این قانون ارائه داروهای هورمونی جلوگیری از بارداری در داروخانه ها را محدود و هرگونه توزیع رایگان و ارائه اقلام مرتبط با پیشگیری از

بارداری و تشویق به استفاده از آن ها در شبکه بهداشتی درمانی کشور را ممنوع کرده است. همچنین وزارت بهداشت از به کار بردن

عبارت هایی مانند حاملگی پرخطر منع شده است.

این قانون در حالی از سوی ابراهیم رئیسی برای اجرا ابلاغ شده که مسعود مردانی، عضو کمیته کشوری مبارزه با ایدز و ستاد ملی مقابله با

کرونا در ایران، این قانون را «کاملاً غیرکارشناسی» توصیف کرده است. مردانی هشدار داده که محدودیت های ایجاد شده برای روش های

پیشگیری از بارداری در ایران با هدف افزایش جمعیت می تواند «بارداری های ناخواسته و بیماری های آمیزشی را افزایش دهد و به

افزایش موارد اچ آی وی نیز در کشور کمک کند».

این مقام رسمی تأکید کرده که «حتی با تأیید شورای نگهبان [این طرح] دوباره باید پس گرفته شود و بر روی آن کار شود.»



مجازات های تعزیری حبس می شدند. دروس تنظیم خانواده و جمعیت از میان واحدهای اجباری دانشگاه ها حذف شد و روش های

دائمی پیشگیری از بارداری برای فرد انجام دهنده و پزشک مجازات به همراه داشت. همچنین وسایل پیشگیری از بارداری موقت از

دسترسی رایگان خارج شد.

اما مصوبه مجلس نتوانست نظر مساعد شورای نگهبان را جلب کند و پس از اعاده شدن از جانب شورای نگهبان حدود سه سال در مجلس

مسکوت ماند.

در آبان ۱۳۹۶ نمایندگان مجلس دهم برای رفع ایرادات شورای نگهبان ماده یک طرح و تبصره آن را - که به موجب کلیه اعمال

جراحی به منظور پیشگیری دائمی از بارداری ممنوع و رعایت نکردن آن از سوی شاغلان جرف پزشکی تخلف محسوب می شد - حذف و

با مجازات ۲ تا ۸ میلیون تومانی برای استفاده کنندگان از امکانات دولتی برای تبلیغ پیشگیری از بارداری موافقت کردند. اما باز هم

مجلس نتوانست نظر مثبت شورای نگهبان را جلب کند.

مجلس تازه تاسیس یازدهم در خرداد ۱۳۹۹ «[طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده](#)» را به عنوان نخستین طرح خود اعلام وصول کرد و

بررسی تخصصی آن در مهر همان سال با تغییر نام به «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» به پایان رسید. این طرح ۲۶ اسفند ۱۳۹۹ در

این قانون نیل به نرخ باروری ۲.۵ در رشد کمی جمعیت تا سال ۱۴۰۴ توام با ارتقای کیفی جمعیت و تثبیت آن تا سال ۱۴۳۰ بود.

دولت محمود احمدی نژاد در سال ۹۲ لایحه ای را با نام «اصلاح قوانین تنظیم خانواده» به مجلس تقدیم کرد و در آن خواستار حذف

قانون تنظیم خانواده سال ۱۳۷۲ شد. [قانون اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده](#) در خردادماه ۱۳۹۲ به تصویب مجلس رسید و در

تیرماه همان سال ابلاغ شد. طبق این قانون، کلیه محدودیت های مقرر در قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب سال ۱۳۷۲،

اصلاحات آن و سایر قوانینی که بر اساس تعداد فرزند برای والدین شاغل یا فرزندان آنها ایجاد شده بود، لغو شد.

علی خامنه ای رهبر جمهوری اسلامی در اردیبهشت ۹۳ «[سیاست های کلی جمعیت](#)» برای جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و باروری را ابلاغ کرد. در مرداد ۹۳ نمایندگان مجلس طرحی یک فوریتی با نام «[افزایش](#)

[نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت](#)» تصویب کردند که بر اساس آن کلیه اقدامات مربوط به سقط جنین و عقیم سازی مانند

واژکتومی و توبکتومی در مراکز دولتی و نیز هر گونه تبلیغات درباره تحدید موالید و کاهش فرزندآوری ممنوع بود و افراد متخلف مشمول

خدمات عمومی، منشا قانونی

شایستگی حکومت

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که در جلسه مورخ ۲۴/۰۷/۱۴۰۰ کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید، درست یک ماه بعد از سوی ابراهیم رئیسی، رئیس جمهور ابلاغ شد. قانونی مشتمل بر ۷۳ ماده که عمده آنها به برنامه‌ریزی و وعده و وعید برای بعد از تولد بیش از دو فرزند اختصاص دارد. در این میان اما اولین دستورالعمل صادر شده، مربوط بود به ماده ۵۱ که براساس آن هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

این قانون در حالی با تایید شورای نگهبان رسید که اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند.

در اصل ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز آمده است: برای تامین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

۱- تامین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده

برای همه...

همراه با پگاه بنی‌هاشمی حقوقدان از شیکاگو به بررسی حق دسترسی به بهداشت رایگان و همگانی که در قانون اساسی تصریح شده پرداختیم.

با توجه به این که اصل ۴۳ قانون اساسی اشاره کرده است که بهداشت درمان و آموزش و پرورش باید برای مردم رایگان باشد، آیا ممنوعیت ارائه رایگان خدمات بهداشتی و کنترل باروری خلاف قانون اساسی نیست؟

در قانون اساسی به صراحت موضوع خدمات درمانی رایگان به عنوان بخشی از خدمات عمومی دولت مطرح شده است. همین جا یادآوری کنم که نظریه خدمات عمومی از جمله تاثیرگذارترین نظرات در میان مباحث مربوط به حقوق اداری محسوب می‌شود. استاد بزرگی مانند دکتر کاتوزیان اعتقاد داشتند که اساسا مشروعیت دولت وابسته به میزان «خدمات عمومی» است که انجام میدهد و اگر دولتی قدرت انجام دادن این وظیفه را نداشته باشد شایستگی بقای خود را از دست میدهد، مشروعیت اعمال قدرت نیز از همان هدف خدمت مایه می‌گیرد»

در این میان مشروعیت قدرت دولت نه تنها به خدماتی است که انجام میدهد، بلکه به چگونگی اجرای این خدمات یعنی؛ «قانونمند بودن» آن نیز مربوط می‌شود در رأس مفهوم بنیادین «قانونمند بودن» در هر کشوری قانون اساسی قرار دارد که شالوده سایر قواعد حقوقی است. از این رو وقتی در مجلس قانونی مطرح می‌شود که خلاف قانون اساسی است و هدف آن حذف خدمات عمومی دولت است، در وهله اول بنیان قانون اساسی به عنوان مبنای حقوقی کشور، مورد تعدی قرار گرفته است.

در مرحله بعد، تبعات اجرای این قانون و حذف بخشی از خدمات درمانی است. زمانی که می‌خواهیم از قطع خدمات رایگان بهداشت و درمان خصوصا در حوزه باروری صحبت کنیم، باید به این پرسش پاسخ دهیم که وقتی دولت خدمات رایگان را در این حوزه قطع می‌کند، برزندگی کدام قشر و طبقه از جامعه تاثیر می‌گذارد؟

فکر نمی‌کنم کسی مخالفتی داشته باشد که عمدتا طبقه متوسط و قشر محروم جامعه از خدمات بهداشتی رایگان منتفع می‌شوند. می‌توان تصور کرد که افرادی از طبقه مرفه و یا افرادی با سطح تحصیلات و دانش بالاتر، به طور معمول قادر به تهیه خدمات بهداشتی کنترل باروری و بهداشت جنسی از بازار آزاد هستند. اگر بخواهیم با صراحت صحبت کنیم باید بگوییم دولت قشری از جامعه را از این خدمات محروم کرده که حتی گرفتار مشکلات معیشتی و تهیه نان شبشان هستند و از سواد اجتماعی کافی برای کنترل جمعیت خانواده و تامین بهداشت نیز برخوردار نیستند.

اینجاست که دولتی که این خدمات را حذف کرده است، باید به این پرسش پاسخ دهد که در قبال این حذف، چه خدماتی را در اختیار این قشر قرار می‌دهد و چگونه از حذف خدمات و آموزش‌های پیشگیری از بارداری، به سوی تامین امنیت باروری گام بر می‌دارد؟ این خدمات عمدتا از زندگی افرادی حذف شده که یا تحت پوشش سازمان‌های خیریه‌ای چون کمیته امداد هستند و یا تحت پوشش بیمه همگانی روستایی قرار دارند. حذف این خدمات از زندگی این افراد، می‌تواند دومینویی از مسایل و مشکلات اجتماعی و اقتصادی را برای این طبقات اجتماعی فراهم کند. در مناطق روستایی و حاشیه‌نشین با بالارفتن آمار کودکان، قطعاً شاهد بالارفتن آمار کودک-همسری، پایین آمدن سطح سواد و تربیت نسل دیگری از افراد کم برخوردار خواهیم بود.

خانم بنی‌هاشمی، اما بسیاری از موافقان این طرح ارتباطی میان بالارفتن آمار کودک-همسری و مثلا خدمات بهداشتی نمی‌بینند! بگذارید بی‌پرده بگویم، فکر می‌کنید مرد روستایی که صاحب شش دختر و چندین پسر است، تا چه اندازه قادر است به سلامت و آموزش و بهداشت فکر کند؟ در این موقعیت اقتصادی رو به فاجعه کشور، تنها دغدغه این قبیل خانواده‌ها کم کردن نان خور از سر سفره‌هاست. در بسیاری از موارد شیربها

در مرحله بعد، تبعات اجرای این قانون و حذف بخشی از خدمات درمانی است. زمانی که می‌خواهیم از قطع خدمات رایگان بهداشت و درمان خصوصا در حوزه باروری صحبت کنیم، باید به این پرسش پاسخ دهیم که وقتی دولت خدمات رایگان را در این حوزه قطع می‌کند، برزندگی کدام قشر و طبقه از جامعه تاثیر می‌گذارد؟ فکر نمی‌کنم کسی مخالفتی داشته باشد که عمدتا طبقه متوسط و قشر محروم جامعه از خدمات بهداشتی رایگان منتفع می‌شوند. می‌توان تصور کرد که افرادی از طبقه مرفه و یا افرادی با سطح تحصیلات و دانش بالاتر، به طور معمول قادر به تهیه خدمات بهداشتی کنترل باروری و بهداشت جنسی از بازار آزاد هستند. اگر بخواهیم با صراحت صحبت کنیم باید بگوییم دولت قشری از جامعه را از این خدمات محروم کرده که حتی گرفتار مشکلات معیشتی و تهیه نان شبشان هستند و از سواد اجتماعی کافی برای کنترل جمعیت خانواده و تامین بهداشت نیز برخوردار نیستند.

اینجاست که دولتی که این خدمات را حذف کرده است، باید به این پرسش پاسخ دهد که در قبال این حذف، چه خدماتی را در اختیار این قشر قرار می‌دهد و چگونه از حذف خدمات و آموزش‌های پیشگیری از بارداری، به سوی تامین امنیت باروری گام بر می‌دارد؟ این خدمات عمدتا از زندگی افرادی حذف شده که یا تحت پوشش سازمان‌های خیریه‌ای چون کمیته امداد هستند و یا تحت پوشش بیمه همگانی روستایی قرار دارند. حذف این خدمات از زندگی این افراد، می‌تواند دومینویی از مسایل و مشکلات اجتماعی و اقتصادی را برای این طبقات اجتماعی فراهم کند. در مناطق روستایی و حاشیه‌نشین با بالارفتن آمار کودکان، قطعاً شاهد بالارفتن آمار کودک-همسری، پایین آمدن سطح سواد و تربیت نسل دیگری از افراد کم برخوردار خواهیم بود.

خانم بنی‌هاشمی، اما بسیاری از موافقان این طرح ارتباطی میان بالارفتن آمار کودک-همسری و مثلا خدمات بهداشتی نمی‌بینند! بگذارید بی‌پرده بگویم، فکر می‌کنید مرد روستایی که صاحب شش دختر و چندین پسر است، تا چه اندازه قادر است به سلامت و آموزش و بهداشت فکر کند؟ در این موقعیت اقتصادی رو به فاجعه کشور، تنها دغدغه این قبیل خانواده‌ها کم کردن نان خور از سر سفره‌هاست. در بسیاری از موارد شیربها

و مهریه که در این موارد دریافت می‌شود، صرف تهیه مایحتاج زندگی بقیه فرزندان می‌شود.

اینجاست که دولت باید پاسخ دهد که به دنیا آمدن فرزندان که هیچ تدارکی برای تامین بهداشت، آموزش، مسکن و تامین اجتماعی دیده نشده، چه فایده‌ای برای جامعه دارد جز این که سطح فقر را در کشور توسعه بدهد؟

براساس قانون اساسی شورای نگهبان مسئولیت نظارت بر قانون‌گذاری را برعهده دارد. چگونه چنین قانونی را شورای نگهبان تایید کرده است؟

اتفاقا در این مورد شورای نگهبان دارد کار خودش را درست انجام می‌دهد. وظیفه شورای نگهبان تطبیق قوانین با اصول شرعی است، در شرایطی که از نظر بسیاری از فقها و علما موضوع کنترل بارداری و سقط جنین حرام دانسته شده، شورای نگهبان هم به راحتی بر وظیفه دولت در تامین بهداشت عمومی چشم می‌بندد و این قانون را تایید می‌کند.

وقتی شورای نگهبان از حداقل سن ازدواج ۱۳ سال و ازدواج زیر ۱۳ سال با اذن پدر و اجازه دادگاه حمایت می‌کند، به طریق اولی بر باردار شدن دختر در آن سن و بهداشت باروری او هم چشم می‌بندد.

در واقع حکومت و یکی از ابزارهای اصلی آن در قانون‌گذاری، یعنی شورای نگهبان بیش از آن که به مردم فکر کنند، در تلاش برای تامین ساز و کار کنترل‌گری خود بر جامعه هست. به همین دلیل شورای نگهبان با توجه به دیدگاه سنتی و فقهی خود، ساده‌ترین راه را برای افزایش جمعیت تایید می‌کند. در صورتی که در یک حکومت با دیدگاه مدرن و مردم‌سالارانه، برای افزایش جمعیت، حمایت‌های اجتماعی و قانونی برای مادران در نظر گرفته می‌شود و با بالا بردن سطح رفاه جامعه، بالا بردن اشتغال، امکانات و امنیت فرزندآوری را تامین می‌کند. در شرایطی که کشورهای دیگر در تلاشند تا با بالا بردن سطح رفاه مردم و تامین امنیت اجتماعی و شغلی آنها بر جمعیت خود بیفزایند، اجرای این دست قوانین سبب می‌شود تا در ایران تنها بر جمعیت افراد فقیر افزوده شود.

یکی از مهم‌ترین موارد مصرف‌کنند، رعایت بهداشت عمومی و جلوگیری از انتقال بیماری‌ها است. اگر فردی به دلیل ممنوعیت دسترسی رایگان، دچار بیماری شود، آیا حق شکایت دارد؟

واقعا نمی‌دانم که حتی در کلام می‌توانیم از این حق شکایت



نام ببریم یا نه. پیش از این هم گفتم قشری که تحت تاثیر این قانون هستند، قشری از جامعه هستند که از طبقه بی بضاعت جامعه که نه دانش و نه منابع مالی دسترسی و استفاده از این خدمات بهداشتی از بازار آزاد را ندارند.

من معتقدم که نه تنها این دسته از افراد بلکه بقیه جامعه هم حق این را دارند که به این قانون که برخلاف حق سلامت عمومی اعتراض کنند. وقتی در جامعه‌ای آمار بیماری‌های واگیردار مانند ایدز رو به افزایش باشد، این بیماری دیگر تنها قشر خاصی را مبتلا نمی‌کند بلکه می‌تواند به راحتی همه افراد جامعه را در معرض خطر قرار دهد. در این شرایط سطح سلامت عمومی جامعه پایین می‌آید و بودجه سلامت به جای بهبود عمومی سلامت جامعه، صرف درمان بیماری‌های واگیردار کنترل نشده می‌شود. در کشورهای مدرن این بودجه عمدتاً صرف پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود در حالی که می‌بینیم در جمهوری اسلامی برای دستیابی به اهداف سیاسی، سلامت جامعه قربانی می‌شود. این دیگر حقوق فردی نیست بلکه سلامت کل جامعه در معرض خطر قرار می‌گیرد.

این در حالی است که حق بر سلامتی یکی از حقوق بشر است که برای دستیابی به سایر حقوق بشری نیز ضروری است. در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی حق هر انسان برای دسترسی به بالاترین سطح ممکن سلامتی به رسمیت شناخته شده است.

این حق همچنین در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هم مورد توجه قرار گرفته، بر

اساس بند ۲ این ماده پیشگیری و معالجه بیماری‌های مسری، بومی، حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها، از حقوق بشر تلقی شده است. بنابراین به نظر من شهروندان می‌توانند علیه این قانون اعتراض قانونی خود را مطرح کنند.

در صورت تجمیع چنین شکایت‌هایی آیا راهکاری برای تغییر قانون وجود دارد؟

بله. این که فعالان امور اجتماعی در این مورد صحبت کرده و مسئولان را مورد سوال قرار دهند. مثلاً این که اگر کاندوم در اختیار اقشار تحت پوشش بیمه همگانی و خانه‌های بهداشت قرار نگیرد، زنان به طور مشخص در معرض آسیب بیشتری قرار می‌گیرند. در این مورد می‌توان به اصل بیستم قانون اساسی اشاره کرد که عنوان می‌کند « همه افراد ملت اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون قرار دارند... » و با استناد به اینکه قانون جدید با موضوع حق سلامت زنان در تناقض است به آن اعتراض کرد. چرا که عدم دسترسی به امکانات بهداشتی از قبیل کاندوم و قرص‌های ضدبارداری همان موضوعی است که می‌تواند سلامتی آنها را با مخاطرات جدی مواجه کند و با محتوای قانون اساسی در حمایت از زنان همخوانی ندارد.

همچنین آموزش‌های فرهنگی و اجتماعی از سوی فعالان می‌تواند این خواست عمومی را در جامعه ایجاد کند که از طریق تحت فشار قرار دادن نمایندگان مجلس، بار دیگر امکان بررسی این قانون در مجلس فراهم شود و از همان کانالی که قانون تصویب شده، این بار حذف شود.

رواج تبعیض بهداشتی در قانون جوانی جمعیت

شاخص‌ترین بیان از تعهد دولت‌ها در مورد حق بر سلامتی را می‌توان در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دید که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسد. هر چند اصطلاح «حق بر سلامت» دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف نیست بلکه به تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدماتی اشاره دارد که دولت‌های عضو به موجب معاهدات بین‌المللی، به آنها متعهدند و افراد به واسطه این تعهد، استحقاق بهره‌مندی از آن را پیدا کرده‌اند. با این همه با تصویب قانون جوانی جمعیت، عملاً بخشی از مردم که عمدتاً از طبقه کم برخوردار هستند، به امکانات بهداشتی دسترسی نخواهند داشت و همین موضوع آنها را در معرض خطر ابتلا به انواع بیماری‌های خطرناک قرار می‌دهد. در سال‌های پیش زنان، مهم‌ترین قربانیان بیماری‌های خطرناک از جمله ایدز بوده‌اند زیرا آنها در معرض این بیماری از طریق همسران معتاد قرار داشتند. با این قانون جدید، احتمالاً با افزایش آمار این قربانیان روبرو خواهیم شد.

مریم صباغیان در حالی که به عدم دسترسی افراد کم برخوردار به امکانات بهداشتی اشاره می‌کند که به گفته او دسترسی عادلانه نقش مهمی در رسیدن به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. او تأکید می‌کند: «اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر است و در ماده ۲ میثاق هم اشاره شده که دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند.

براساس این ماده کشورهای طرف این میثاق متعهد می‌شوند

آمارهای رسمی می‌گویند که بیش از ۳۰ هزار نفر در ایران مبتلا به اچ‌آی‌وی و نوع پیشرفته آن ایدز هستند. با این حال، به نظر می‌رسد آمارهای واقعی بسیار بیشتر از این باشد. بعضی از کارشناسان می‌گویند ممکن است بیش از ۱۰۰ هزار نفر در ایران به این ویروس مبتلا باشند. اهمیت این موضوع در این است که موارد شناسایی نشده در سطح جامعه می‌توانند به پخش بیشتر این بیماری دامن بزنند.

این ویروس از ۴ طریق زیر از فرد مبتلا به فرد سالم منتقل می‌شود: دریافت فرآورده‌های خونی آلوده، استفاده از سوزن آلوده مشترک (بخصوص در معتادان تزریقی)، از مادر به فرزند (هنگام زایمان طبیعی و یا شیر دادن) و ارتباطات پرخطر جنسی (از هر نوع و بین هر جنسی). کارشناسان مهم‌ترین راه پیشگیری از انتقال ایدز از طریق ارتباطات پرخطر جنسی را استفاده از کاندوم می‌دانند، وسیله‌ای که بر اساس ماده ۵۱ قانون جدیدالتصویب جوانی جمعیت، ارایه رایگان آن در مراکز بهداشت ممنوع شده است.

ماده ۵۱- هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

تبصره- هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.

مریم صباغیان، وکیل دادگستری در پاسخ به پرسش حقوق ما در مورد حق دسترسی به بهداشت در قوانین جهانی می‌گوید:

که اعمال حقوق مذکور در این میثاق را بدون هیچ نوع تبعیض از حیث نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، عقیده سیاسی یا هر گونه عقیده دیگر، اصل و منشاء ملی یا اجتماعی، ثروت، نسب یا هر وضعیت دیگر تضمین کنند.

در این شرایط می‌توان گفت که برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی هستند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد. مثلاً زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان. با این همه قانون جوانی جمعیت برای این گروه‌ها هیچ استثنایی در نظر نگرفته و همه کسانی که از خدمات بهداشت عمومی در کشور استفاده می‌کنند از این خدمات محروم شده‌اند. در کنار آن باید به مساله آموزش هم اشاره کنم که حذف انواع آموزش‌های بهداشتی از مراکز درمانی و سیستم‌های آموزشی می‌تواند افراد را در معرض مسایل بهداشتی بیشتری قرار دهد که این هم در واقع برخلاف اصل ۱۲ میثاق است که تاکید دارد: کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند.

۲- تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود:

الف. تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان، مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان.

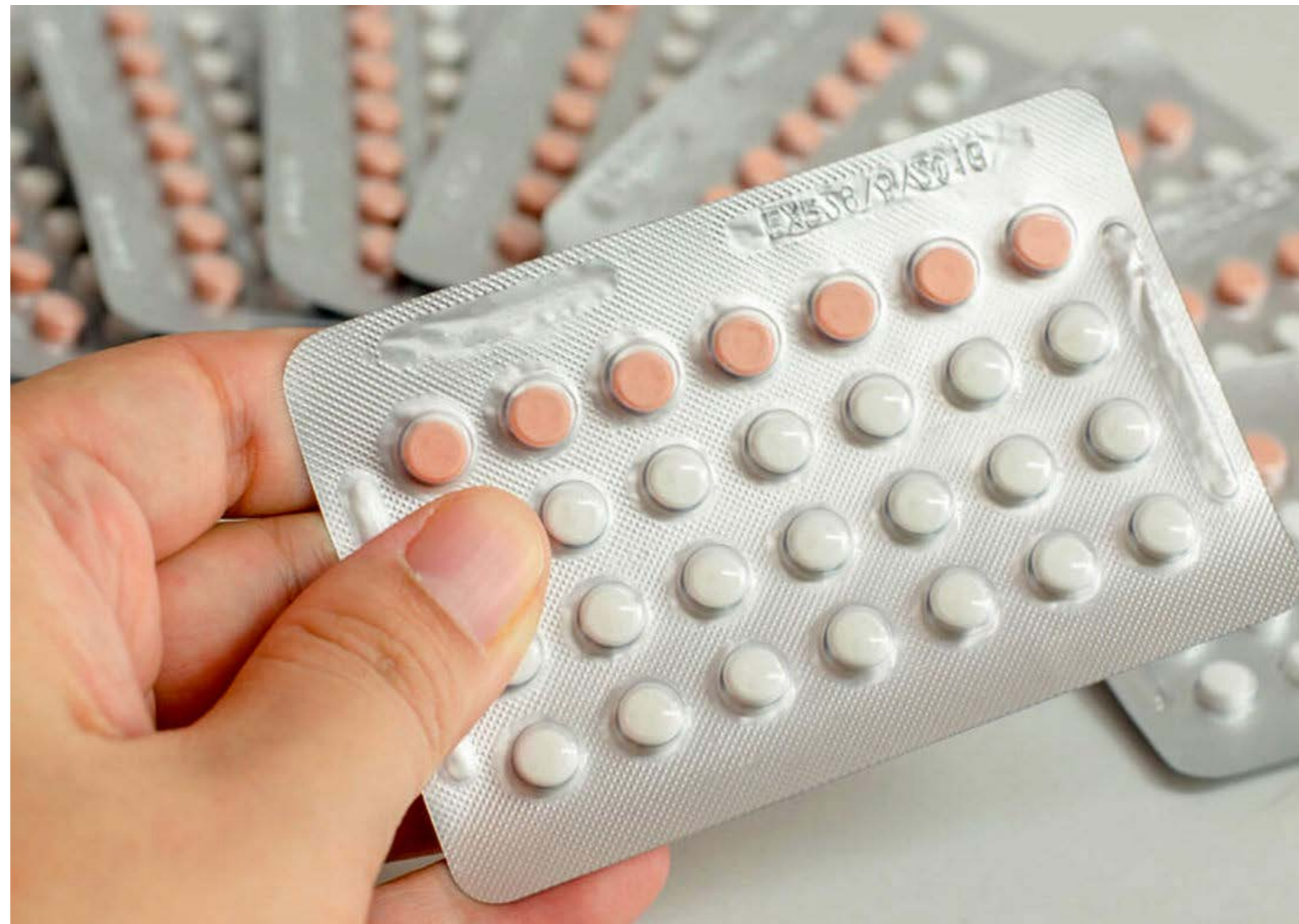
ب. بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات.
ج. پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه گیر، بومی، حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها.

د. ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلاء به بیماری.

می‌بینیم که بر اساس بند ج این میثاق وظیفه کشورها در مقابله با بیماری‌ها کاملاً روشن شده است.

نکته قابل توجه در این میان تبعیضی است که در دسترسی به امکانات بهداشتی بر اساس این قانون رواج پیدا می‌کند، آنجا که افرادی از طبقه‌های مرفه جامعه می‌توانند به همه امکانات بهداشتی در بازار آزاد دسترسی داشته باشند. بهنام دارایی زاده، حقوقدان در مورد تبعیض در دسترسی به امکانات بهداشتی به **حقوق ما** گفته است: «نباید فراموش کرد که ساختار حقوقی

1. <https://iranhr.net/fa/articles/4257/>



نظام جمهوری اسلامی، مبتنی بر «تبعیض» است. این تبعیض در لایه‌های مختلف، از جمله در برخورداری از خدمات درمانی و بهداشتی هم خودش را نشان می‌دهد. به این معنا که شما فقط با تبعیض آشکار و عینی میان فرودستان با اقشار نزدیک به لایه‌های قدرت مواجه نیستید. اقلیت‌های ملی، مذهبی، دگرباشان جنسی، پناهجویان و سایر به حاشیه‌رانده‌شدگان جامعه هم، به درجات مختلف، در این نظام تبعیض‌آمیز حقوقشان دارد نقض می‌شود و دسترسی آن‌ها به خدمات درمانی در مقایسه با سایر افراد جامعه، محدودتر است.

به این اعتبار من فکر می‌کنم هر چند می‌توان پاره‌ای از راهکارهای حقوقی نظیر مراجعه به دستگاه قضایی، دیوان عدالت اداری یا مجلس و ... را معرفی کرد، اما پنهان نمی‌توان کرد که چنین اقداماتی مقطعی، کوتاه‌مدت و سطحی هستند و نمی‌توانند پاسخگوی مسائل جدی و ریشه‌ای در نظام سلامت

کشور باشند. نظام سلامت کشور نیز به‌مانند سایر نهادها و دستگاه‌های اجرایی و خدماتی نیازمند تغییرات اساسی و ریشه‌ای است. برای تأمین حقیقی حقوق اقتصادی و اجتماعی، از جمله حق بهداشت و دسترسی به خدمات درمانی، شما نیازمند اراده سیاسی یک دولت مشروع، با برنامه‌های درست و حساب شده هستید.»

تبعیض علیه زنان در قانون جوانی جمعیت

در ماده ۱۱ کنوانسیون **رفع تبعیض علیه زنان**^۱ حق بر حفظ سلامتی و رعایت ایمنی در محیط کار از جمله حمایت از وظیفه تولید مثل را به رسمیت می‌شناسد. در این کنوانسیون، بارداری و تولید مثل به عنوان یکی از ابعاد سلامت شناخته می‌شود و بر مراقبت زنان به هنگام بارداری و زایمان و توانمندسازی آنان

1. <https://www.unic-ir.org/hr/convention-women.htm>

برای اشتغال تأکید شده است.

طبق پاراگراف دوم ماده ۱۲ این کنوانسیون، دولت‌ها متعهد به تضمین ارائه خدمات مناسب در ارتباط با بارداری، بستری شدن برای زایمان و دوران پس از زایمان و در موارد لزوم، در اختیار قرار دادن خدمات رایگان و تغذیه کافی در دوران بارداری و شیردهی مادران هستند.

تبعیض در این زمینه در قانون جوانی و جمعیت را آنجا می‌توان یافت که در حالی که حذف وسایل پیشگیری از بارداری بلافاصله انجام شده است اما دسترسی به امکانات زایمان ایمن در مدت دو سال فراهم خواهد شد. بر اساس ماده ۴۹ این قانون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه‌ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان انجام و متناسب با آزمایش سرزمینی، ظرف حداکثر دو سال پس از ابلاغ این قانون، با توجه به استانداردهای سطح بندی ارائه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یک ساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد دسترسی داشته باشند.

مریم صباغیان در مورد این ماده قانون می‌گوید: «کنوانسیون محو تبعیض علیه زنان در سال ۱۹۹۹، توصیه‌نامه‌ای با عنوان زنان و سلامت را تصویب کرده‌است. از نکات مهم این توصیه‌نامه ممنوعیت تبعیض علیه زنان در دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی، توجه خاص به نیازها و حقوق زنان، گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم و زنان روستایی و تضمین دسترسی زنان به اطلاعات و آموزش مربوط به سلامت جنسی و تولید مثل از سوی دولت است. شاید یکی از دلایلی که ایران هنوز به کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان نپیوسته همین نکته است که اختلاف بسیار زیادی میان امکانات بهداشتی در شهرستان‌ها و روستاها و مراکز استان‌ها وجود دارد.»

اشاره صباغیان به اخبار منتشر شده در این زمینه است. براساس این **اخبار** انتقال مادران باردار از روستاهای صعب‌العبور به مراکز درمانی یکی از سخت‌ترین عملیات امدادی برای کارشناسان اورژانس به شمار می‌آید، چراکه گاهی در دل برف و

2. <https://bit.ly/3BlimNG>

کولاک، گذشتن از راه‌های صعب‌العبور، بیش از ۱۰ ساعت طول می‌کشد.

یکی از مهم‌ترین و چالش‌برانگیزترین مواد قانونی در قانون جوانی جمعیت مربوط به سقط جنین است. آنجا که قانون‌گذار مقرر کرده:

ماده ۵۶- سقط جنین ممنوع بوده و از جرایم دارای جنبه عمومی می‌باشد و مطابق مواد (۷۱۶) تا (۷۲۰) قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است.

مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید.

کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها مکلفند درخواست‌های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رای لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد.

قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر می‌نماید:

الف- در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر به سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد، ب- در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است؛ ج- چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود:

رضایت مادر

وجود حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است

فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر

فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح

کمتر از چهار ماه بودن سن جنین.

تبصره ۱- رای صادره ظرف یک هفته قابل اعتراض در شعبه یا شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر، به ریاست قاضی یا قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضائیه در این امر می‌باشد و دادگاه مذکور حداکثر باید ظرف یک هفته تصمیم خود را اعلام کند.

تبصره ۲- بیمارستان‌های مورد تایید پزشکی قانونی موظفند در موارد مجاز سقط، منحصراً پس از دستور قاضی و احراز عدم امارات و نشانه‌های ولوج روح، سقط جنین را اجرا کنند و اطلاعات مربوط را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نمایند.

تبصره ۳- سازمان پزشکی قانونی اطلاعات مربوط به کلیه مراحل درخواست سقط تا نتیجه آن، اعم از دلایل درخواست دهنده، اعضای کمیسیون، صدور یا عدم صدور مجوز و دلیل صدور مجوز را با رعایت اصول محرمانگی، در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری می‌کند و اطلاعات آن را هر سال در اختیار مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار می‌دهد.

تبصره ۴- چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش، خارج از مراحل این ماده وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به سقط جنین نمایند علاوه بر مجازات مقرر در ماده (۶۲۴) قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم- تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده)، پروانه فعالیت ایشان ابطال می‌شود. تحقق این جرم نیازمند تکرار نیست.

محمدجواد پهلوان، حقوق‌دان و استاد دانشگاه با اشاره به طرح جدید مجلس در مورد سقط جنین، می‌گوید که این قانون سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد: «در قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، تصمیم‌گیری درباره سقط جنین به تصمیم قاضی واگذار شده است که این امر سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد. باید به این نکته توجه کنیم که لغو راهکارهای قانونی سقط جنین باعث می‌شود زنان از راه‌های خطرناک به این کار بزنند و با جان خود بازی کنند. نباید فراموش کرد که بنا بر اعلام سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰ درصد از مرگ و میرهای سالانه مادران در جهان، به دلیل سقط جنین ناامن است.

مقاومت مدنی همواره امکانی

در دسترس است

شده و در مواردی پزشک را موظف کرده تا برخلاف اخلاق پزشکی رفتار کند. از جمله در ماده ۴۸ آمده است: «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با بازنگری دستورالعمل‌ها و متون آموزشی و ترویجی خود در جهت افزایش باروری و ثمرات بارداری و زایمان طبیعی در سلامت بانوان، هزینه‌های روحی، روانی و اقتصادی دوران بارداری را کاهش دهد و از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به امر بارداری ذیل عباراتی از قبیل پرخطر و ناخواسته در شبکه بهداشت، ممانعت به عمل آورد و از عبارت مراقبت ویژه به جای آن‌ها استفاده کند.» در شرایطی که قانون پزشک را از گفتن واقعیت به بیمار منع کرده، در انتخاب میان اخلاق و قانون، پزشکان باید چه کنند؟

به طور کلی پزشک باید تمام اطلاعات مربوط به بیماری را به طور کامل، بدون هیچ دخل و تصرفی به اطلاع بیمار برساند. گاهی در شرایطی ویژه، در بعضی جوامع، اطلاع رسانی دقیق می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد، مثلاً در مورد بیماری‌های بدخیم باید شرایط روانی فرد را سنجد و در آن شرایط باید برنامه‌ریزی کرد و تمام اطلاعات لازم را به بیمار انتقال داد. فقط ممکن است همه اطلاعات را بلافاصله پس از تشخیص در اختیار بیمار قرار نداد و به تدریج این کار صورت گیرد. در هر حال با توجه به همه شرایط، این حق بیمار است که از همه حقایق در مورد سلامتی و بیماری‌اش باخبر باشد.

حق بر بدن یکی از مهم‌ترین حقوق بشری است که همه مردم باید از آن برخوردار باشند. بدن هر فرد به نوعی مقدس محسوب می‌شود و فرد باید به طور کامل بر بدن خود تسلط کامل داشته باشد و بتواند در مورد آن تصمیم بگیرد. مسلم است که پزشک حق ندارد با ارائه اطلاعات غلط و یا ناکافی، این حق را مخدوش

قانونی با ۷۳ ماده تصویب شده تا نه تنها حقوق بشر بلکه اخلاق در پزشکی و سوگند بقراط را به چالش بکشد؛ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.

چارچوب رایج در تحلیل اخلاق پزشکی روش بکارگیری «اصول ۴ گانه» است که به عنوان «قوانین اصول اخلاق زیستی پزشکی» فرض مسلم دانسته شده است. این روش، ۴ اصل اخلاقی اولیه و ساده‌راشناسایی می‌کند که در تعامل با یکدیگر سنجیده و داوری می‌شوند و توجه فرد را به سمت حدود و وسعت کاربردشان جلب می‌کنند. این چهار اصل عبارتند از:

* احترام به خودمختاری و استقلال فردی یعنی بیمار حق دارد روش درمان خود را انتخاب کند یا از آن امتناع کند.

* سودرسانی یعنی فرد شاغل در این حوزه باید به نفع بیمار و سود او عمل کند.

* عدم ضرررسانی یعنی به فرد آسیبی وارد نشود.

* عدالت یعنی مسائل مربوط به توزیع منابع بهداشتی درمانی کمیاب و تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کسی چه درمانی را دریافت می‌کند، عدالت و انصاف و برابری رعایت گردد.

اما مجلس شورای اسلامی در پاییز ۱۴۰۰ قانونی را تصویب کرد که بیش از همه قوانین مرتبط، اصول اخلاق پزشکی را به چالش می‌کشد و عوامل درمانی را بر سر دو راهی رعایت قانون یا توصیه مناسب به بیمار قرار می‌دهد.

حسن نایب‌هاشم، پزشک و فعال مدافع حقوق بشر ایرانی، مقیم وین اتریش، به پرسش‌های حقوق ما در این مورد پاسخ داده است:

آقای نایب‌هاشم، به نظر می‌رسد که مقاد قانون جوانی جمعیت، بدون توجه به تعهدات پزشکان و دست‌اندرکاران درمان طراحی

دارم که مبتلا به سرطان است و شاید به نظر پزشک برسد که در این شرایط بهتر است بچه‌دار نشود. اما بیمار من بعد از اطلاع از ابتلایش، دارای دو فرزند شده است. در این میان پزشک تنها می‌تواند در مورد تبعات و مسایل سلامتی این موارد به بیمار اطلاع‌رسانی کند و در نهایت تصمیم‌گیرنده مادر و خانواده است نه پزشک.

دکتر نایب هاشم، در مواردی که پزشکی بر سر دو راهی اجرای قانون یا انجام وظیفه پزشکی قرار گیرد، چه باید کند؟ باید قانون جدیدالتصویب را اجرا کند یا منافع بیمار را در نظر بگیرد؟ آدمی مثل من مشخص است که منافع بیمار را در نظر می‌گیرد و هزینه این تصمیمش را نیز می‌پردازد. من به عنوان پزشک باید از اخلاق پزشکی و سوگند بقراط مراقبت کنم و هم به عنوان فعال حقوق بشر، حقوق بشر را به خوبی بشناسم و حتما اجرا کنم، با همه هزینه‌هایی که ممکن است داشته باشد.

البته حتما همه افراد بر این مبنا حرکت نخواهند کرد اما به خاطر داشته باشیم که امکان نافرمانی مدنی در همه جا وجود دارد. در موارد خاصی هم ممکن است که پزشکی مرعوب شود و تن بدهد به یک قانون ارتجاعی و ناقض حقوق بشر اما در همان حال می‌تواند هم مقاومت کند.

آقای دکتر، تقریباً در همه سوالات شما در کنار اخلاق پزشکی به موضوع حقوق بشر هم اشاره کرده‌اید. به نظر می‌رسد این قانون نه تنها حریم خصوصی افراد و خانواده‌ها را رعایت نکرده بلکه عمیقاً مخالف موازین حقوق بشری نیز هست. در برابر چنین قانونی حقوقدانان و فعالان حقوق بشر چه می‌توانند بکنند؟

روشنگری و آموزش تنها راهکار است. ما قوانین زیادی داریم که با حقوق بشر مطابقت ندارد. حقوق بشر قوانینی مدرن هستند اما ما در قانون مجازات اسلامی هنوز مجازات قصاص و سنگسار را داریم. همه قوانین جمهوری اسلامی از قانون اساسی گرفته تا قوانین مدنی و غیره در تناقض با حقوق بشر هستند. بنابراین چنین قانونی هم جای تعجب ندارد.

به طور مشخص فعالان مدنی و مدافعان حقوق بشر سعی می‌کنند تا این نواقص را روشن کنند و برای مردم بازگو کنند. ما در شورای حقوق بشر سعی می‌کنیم هر جا که موضوعی در رابطه حقوق بشر مطرح می‌شود موارد نقض حقوق بشر جمهوری اسلامی را مطرح کنیم. متأسفانه نقض حقوق بشر در ایران همه جانبه است و تقریباً موضوعی نیست که ما در آن مثال نقض حقوق بشر در ایران را نداشته باشیم. تنها آگاهی مردم است که می‌تواند سبب شود حقوق خود را بشناسند و سپس آن را طلب کنند.



مایل به داشتن فرزند هستند، فراهم شود.

این قوانین بر این مبنا تنظیم شده که همه رنج بارداری را زن تحمل می‌کند و هر چند موضوع فرزندآوری توافق میان زوج است اما باید زن مختار باشد تا تصمیم بگیرد. متأسفانه در تمامی جوامع بخصوص جوامع پدرسالار این امر رعایت نمی‌شود، و جامعه ایران به شدت مخدوش کننده این حق طبیعی همه افراد به خصوص زنان است. بنابراین، در این مورد به طور مشخص مدافعان حقوق بشر و فعالان زنان در همه دنیا فعالیت جدی دارند تا هم آموزش مسائل جنسی و باروری را در اختیار همه زنان قرار دهند. در این شرایط پزشک هم می‌تواند در مورد اشکال مختلف بارور شدن و یا جلوگیری از بارداری فرزند ناخواسته در زمان معین چگونه باید باشد. در هر حال پزشک نمی‌تواند در تصمیم زن برای زودتر بچه‌دار شدن دخالت کند مگر این که مسئله سلامتی وی در میان باشد. مثلاً فرض کنیم بیماری

کند. همچنان که پزشک نمی‌تواند بدون اطلاع فرد، هیچ اقدامی در مورد بدن او انجام دهد.

آقای دکتر، ماده ۴۶ این قانون می‌گوید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است جهت آموزش دانشجویان علوم پزشکی و کارکنان نظام سلامت با رویکرد افزایش رشد جمعیت و تأکید بر اثرات مثبت بارداری و زایمان طبیعی، فواید فرزندآوری، کاهش فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول و همچنین کاهش فاصله بین تولد فرزندان، حداکثر تا یک سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، نسبت به موارد زیر اقدام نماید:

الف- تغییر، اصلاح، تکمیل و بروزرسانی علمی متون و منابع آموزشی، در راستای تبیین مضرات مادی و معنوی سقط جنین، عوارض استفاده از داروهای ضدبارداری، منع زایمان غیرطبیعی غیرضروری

ب- بازآموزی و تربیت کارکنان و ارایه دهندگان آموزش‌های بند «الف» جهت آموزش مراجعین در تمامی بازه سنی باروری

پ- پرداخت فوق‌العاده کمک به فرزندآوری به صورت افزایش پلکانی به ازای تولد فرزند اول به بعد در جمعیت تحت پوشش به ارائه دهندگان خدمات

آیا اساساً این توصیه‌های حکومتی در حوزه وظایف پزشکان قرار می‌گیرد؟

نه به هیچ وجه. در این مورد هم از زاویه حقوق بشر، ما حقوقی را داریم که به طور مشخص زنان را دارای صلاحیت برای تشخیص باروری خود می‌داند.

مهم‌ترین سندی که در آن سلامت باروری در زمره حقوق بشر قلمداد شد، سند نهایی کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه سال ۱۹۹۴ در قاهره است. در این سند، ۱۸۰ کشور شرکت‌کننده در این کنفرانس هدف خود را دسترسی همگانی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ میلادی اعلام کردند که به طور مشخص شامل موارد زیر بود.

من چند مورد از این سند را یادآوری می‌کنم:

* حق زندگی: یعنی زندگی هیچ زنی نباید به واسطه حاملگی یا موارد مرتبط با باروری وی، در معرض خطر قرار گیرد.

* حق آزادی و امنیت فردی: به این عنوان که هیچ زنی نباید به زور تحت عمل جراحی ختنه زنان، عقیم‌سازی، سقط و سایر موارد تهدید کننده مشابه قرار بگیرد.

* حق برخورداری از عدالت و رهایی از هرگونه تبعیض: تمام آحاد بشر مساوی‌اند. خدمات بهداشت باروری باید بدون در نظر گرفتن نژاد، قومیت، رنگ، سطح درآمد، جنس، وضعیت تاهل،

وضعیت جسمانی، سن، زبان، مذهب و اعتقادات سیاسی برای همه، به طور یکسان ارائه شوند.

* در حق رازداری، تمامی خدمات بهداشتی-درمانی باید به صورت محرمانه ارائه شوند و تمام زنان حق تصمیم‌گیری مستقل را در مسائل بهداشت باروری خود داشته باشند.

* حق آزادی اندیشه: عقاید و رسوم نباید ابزاری برای محدود کردن آزادی اندیشه در مسائل بهداشت باروری تلقی شوند.

* حق دسترسی به امکانات و آموزش می‌گوید همه باید دسترسی کامل به اطلاعات و آموزش‌ها در مورد مزایا، معایب، خطرات و اثربخشی تمام روش‌های پیشگیری از بارداری داشته باشند تا بتوانند بر اساس آگاهی کامل تصمیم بگیرند.

* حق تصمیم‌گیری فردی درباره تعداد و زمان تولد فرزندان تأکید می‌کند هر کس حق دارد درباره تعداد و زمان تولد فرزندان خود تصمیم بگیرد؛ و باید امکانات رفع ناباروری برای زوجینی که

زنان و حق بر بهداشت



نیره انصاری

است. این اسناد شامل: تئوری‌هایی در تعریف آدمی و نیازهای او، تبیین مسائل و مشکلات زنان و ارائه اقدامات و راه حل‌های بهبود وضعیت، از نظر طراحان اسناد است. تئوری‌های انسان‌شناختی در اسناد بین‌المللی مهم‌ترین تئوری و نقطه ثقل این اسناد به شمار می‌رود، در حقیقت تأکید بر برابری در بیان نسبت و رابطه بین زن و مرد است.

ماده ۱۰ کنوانسیون مورد نظر در خصوص تساوی در حقوق خانواده است که در بند (ه) آن تصریح شده است: «حقوق مساوی برای تصمیم‌گیری «آزادانه و مسئولانه در زمینه تعداد فرزندان و فاصله زمانی بارداری و دسترسی به اطلاعات، آموزش و وسایل و ابزار که آنها را برای اعمال این حقوق قادر می‌سازد.»

و این در حالی است که قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، در ایران از خانواده حمایت نمی‌کند، اگرچه عنوان مصوبه جوانی جمعیت و حمایت از خانواده است. این مصوبه تنها از زمان انعقاد نطفه تا زایمان را مدنظر قرار داده و پس از آن مورد غفلت واقع شده، حال آن که اصل خانواده پس از تولد فرزند است و نیز هرگونه قانون‌گذاری پیرامون وضعیت جمعیت که با ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی و هنجارهای اجتماعی جامعه ایران همسویی نداشته باشد منجر به متروک شدن قانون و تشدید معضل‌ها و چالش‌های اجرای آن قانون خواهد شد. یقیناً تدوین قوانین موافق زاد و ولد نیازمند پیش‌بینی بایسته‌ها در حوزه بهداشت، تغذیه، آموزش، مسائل مربوط به حقوق بشر و رعایت حق‌های متعدد بشری برای نسل پدید آمده از این سیاست‌افزایی خواهد بود.

در نظام حقوقی ایران پیرامون قوانین تشویق افزایش جمعیت همانا

شود، اما این قانون دولت را در افزایش مرخصی زایمان مکلف نکرده و حالت اختیاری دارد، حال آنکه قانون باید «آمره و امری» باشد و مخیر کردن سازمان‌ها به موافقت با مرخصی زایمان مادران از شش ماه تا ۹ ماه موجب می‌شود که اکثر سازمان‌ها تنها با شش ماه موافقت کرده و بابت آن سه ماه باقی مانده، چالش حقوقی در کشور ایجاد شده بود که در نهایت منجر به صدور رأی وحدت رویه دیوان عدالت در تاریخ ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۲ شد که دستگاه‌های اجرایی با رای دیوان عدالت اداری، به ارائه حقوق و مزایا بابت سه ماهه باقی مانده ملزم شدند.

همچنین ماده ۶۴ تأمین اجتماعی در خصوص بیمه‌های کارگری و مزد بیمه‌شدگان در ارتباط با مرخصی زایمان کارگران نیز دچار نارسایی‌هایی است.

تحقیقات انجام یافته توسط سازمان دیدبان حقوق بشر در سال ۲۰۱۷ نشان داده که نبود چارچوب حقوقی جامع در این حوزه به نهادهای بخش‌های دولتی و خصوصی اجازه می‌دهد تا به شکل علنی رویه‌های استخدامی تبعیض‌آمیز علیه زنان در پیش گیرند. همچنین بر اساس ماده ۵۹ این طرح، وزارت اطلاعات و نهادهای امنیتی دیگر باید «متخلفان فروش داروهای سقط جنین و موارد مشارکت در سقط غیرقانونی» را به نهادهای قضایی معرفی کنند.

اساساً قوانین «مبهم» می‌تواند به پیگرد افرادی منجر شود که از حقوق مشروع خود دفاع کرده‌اند. قانون «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده»، تشویق به کنترل بارداری و تلاش برای سقط جنین را جرم انگاشته شده و مجازات‌های سنگین دارد.

در واقع این اقدام، «مجرمانه» کردن یک «حق مشروع» محسوب می‌گردد.

فراتر از این نخستین و مهم‌ترین موضوعی که به حیث علمی مورد نقد بوده، بحث مجوز سقط جنین است. قانون سقط درمانی یا «طرح کشوری غربالگری» مصوبه ۱۳۸۴ با وجود همه ایراداتی که بر آن وارد است، دارای نقطه مثبتی بود از جمله این‌که تمام زنان باردار می‌توانستند با انجام آزمایش در سه ماه اول بارداری، برای جلوگیری از تولد نوزادان با نقص کروموزومی یا ناهنجاری شدید جسمی گزینه سقط جنین را انتخاب کنند. این قانون با نظر فقهی علی‌خامنه‌ای رهبر نظام اسلامی و تأیید شرعی و حقوقی شورای نگهبان اجرایی شده بود. اما در این مصوبه همان مورد هم از بین رفته و قانون افزایش جمعیت در پی حذف همان قانون نیم‌بند سقط درمانی است.

در حقیقت می‌توان بیان داشت که این قانون سقط جنین را از ماهیت سقط درمانی خارج کرده و قابل جواز و صدور مجوز با تأیید دو فقیه و یک قاضی دانسته است! در حقوق اسلامی و در بحث صدور فتوا توسط فقها مشخص است که صدور حکم و فتوا وابسته

بی‌توجهی به آمایش سرزمینی و توزیع جغرافیایی جمعیت در ایران است. برخی از استان‌های ما وسیع هستند، اما تراکم انسانی اندکی دارند؛ مانند استان سمنان، سیستان و بلوچستان، برخی دیگر مانند تهران و البرز با تراکم و فشردگی جمعیت در مساحت جغرافیایی محدود هستند.

در حقیقت در شرایطی که مهاجرت از شهرها و روستاها به کلان‌شهرها موجب متوازن نشدن جمعیت می‌شود و نیازهای اقتصادی برای تشکیل جمعیت تفاوت‌های چشمگیری با یکدیگر دارد، این موضوع مهم در نظر گرفته نشده است. در حالی که میزان مبلغی که برای تشکیل یک زندگی در سیستان و بلوچستان لازم است با تهران تفاوت فاحشی دارد، اما مبلغ وام یا تسهیلات با هم برابر است و این قضیه موجب می‌شود تعداد زیادی ازدواج و فرزندآوری با هدف گرفتن وام رخ دهد و زوج پس از دریافت تسهیلات، زندگی و زن با فرزند یا بدون فرزند رازها کند.

ایجاد مشوق مالی بدون نظارت بر پایداری زندگی، مغایر هدف حمایت از خانواده و ایجاد جمعیت امن و پایدار است، زیرا این موضوع نه تنها موجب طلاق، بلکه زمینه‌ساز افزایش ارتکاب جرایمی مانند قاچاق انسان می‌شود. از این بیش وضعیت ایرانیان فاقد شناسنامه را در برخی از نقاط مرزی چون سیستان و بلوچستان بسیار شاهدیم که صرفاً بنا بر ازدواج و فرزندآوری بوده، اما پدر سایر تعهدات قانونی خود مبنی بر گرفتن شناسنامه، ولایت، حضانت و سرپرستی فرزند را انجام نداده است.

از سویی این طرح که اجرای آن حتی پیش از تأیید شورای نگهبان آغاز شده بود، توزیع رایگان داروهای ضدبارداری و واژکتومی و توبکتومی یا بستن لوله‌های تولید مثل را ممنوع می‌کند. حال آنکه محدود کردن دسترسی به راه‌های جلوگیری از بارداری مخصوصاً در مناطق فقیر و محروم‌تر ایران به بارداری‌های ناخواسته زنان منجر می‌شود که برای سلامت آنان خطرناک است و تبعات منفی اقتصادی و اجتماعی دارد.

از سوی دیگر منع دسترسی به سقط جنین قانونی و امن جان و سلامتی زنان و دختران را به خطر می‌اندازد. در کشورها جرم‌انگاری سقط جنین و منع دسترسی به پیشگیری منجر به رویه‌های ناامنی شده است که جان افراد را به خطر می‌اندازد، و به ویژه، زنان گروه‌های به حاشیه رانده شده [زنان تهیدست و یا معتاد] و نجات‌یافتگان تجاوز و خشونت خانگی و جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

پیش‌بینی نشدن منابع تأمین مالی که سابقه آن به پیش از این می‌رسد، برای نمونه قانون اصلاح تنظیم خانواده و جمعیت مصوب سال ۹۲ به دولت اجازه می‌دهد که مرخصی زایمان مادران را تا ۹ ماه افزایش دهد و شوهر تا دو هفته از مرخصی تشویقی برخوردار

به تشخیص درست موضوع است. اگر موضوع برای یک فقیه دینی مشخص نباشد آن هم در چنین موضوع تخصصی، چگونه می‌تواند فتوا صادر کند؟ در صورتی که علم پزشکی بر ابتلای جنین و مادر گزارش «عالمانه» بدهد اما آن فقیه مخالف سقط درمانی باشد، براساس مصوبه اخیر اجازه سقط درمانی داده نخواهد شد و مصوبه موجب تولد معلول بسیار زیادی در کشور می‌شود.

این قانون با عنوان حمایت از جمعیت، تولد نوزادان معلول و نارسایی‌های شدید را افزایش می‌دهد؛ که آسیب‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌محیطی را در پی داشته و نه تنها موجب پتانسیلی برای قدرت نرم کشور نخواهد شد بلکه هزینه‌های انسانی کشور را افزایش می‌دهد.

محدودسازی قلمرو سقط‌های درمانی به مواردی کمتر از اندیکاسیون و فهرست بیماری‌هایی که از سال ۸۴ تاکنون قابلیت سقط درمانی داشته، موجب افزایش آمار سقط مجرمانه جنین‌های معلول در مراکز و مطب‌های آلوده توسط افراد مجرم و متخلف می‌شود، از این بیش وقتی جنینی دارای معلولیت یا بیماری خطرناکی است که مصداق بارز خطر مرگ یا ایجاد عسر و حرج شدید و غیرقابل تحمل برای خودش، مادر و جامعه است و ادله فقه اسلامی مجوز سقط را می‌دهد، اما شورای سقط که در قانون پیش‌بینی شده و ماهیت مجوزهایش، دیگر معطوف به سقط درمانی نیست و به شدت محدود و مبهم از حیث معیار صدور مجوز است.

سقط‌های غیرقانونی برخلاف مسئولیت پزشک است و نظارتی بر آن نیست، این کار موجب ایجاد آسیب‌های پیش‌بینی نشده برای مادر می‌شود زیرا در شرایط غیربهداشتی رخ می‌دهد و ممکن است موجب نابرابری قطعی مادر و ورود صدمات دیگر به وی شود. از دیگر سو زمینه جرایم دیگری مانند اخاذی، اقدام علیه بهداشت عمومی با تولید زباله‌های بیمارستانی عفونی را فراهم نموده و زمینه‌ساز جرائمی چون قتل، انتقام ناموسی، طلاق، خشونت خانوادگی و فروپاشی خانواده خواهد شد.

غربالگری ناهنجاری جنین

یکی از چالش برانگیزترین مواد این قانون به حیث حقوقی، اجتماعی و سلامت، مسئله اختیاری کردن غربالگری ژنتیک در بارداری است. زیرا با اختیاری کردن آن اگر کسی از انجام غربالگری خودداری ورزد و در نتیجه فرزندان دارای معلولیت متولد شوند مسئولیت این فاجعه بر عهده حکومت است. افزایش منطقی و متوازن جمعیت امری مطلوب است اما با چه قیمتی؟ غربالگری جنین‌های دارای نقص ژنتیکی در ایران با فتوای مراجع

تقلید و در راس آنان علی خامنه‌ای تصویب و اجرا شد. حالا سیاست‌های جمعیتی کلان، ایران را به سویی می‌برد که در آن، شماری از محافظه‌کاران قصد دارند این روش علمی را محدود و حتی اثرات مفید آن را انکار کنند.

حذف غربالگری جنین موجب ترس از فرزندآوری معلول، صدمه زدن به امنیت روانی اجتماعی زنان و ترس از بزه‌دیدگی اجتماعی از آوردن فرزند معلول یا ناخواسته می‌شود.

بسیاری از مردان و زنان تمایلی به فرزندآوری ندارند و تمایلی به استفاده از ابزارها و وسایل فیزیکی پیشگیری از بارداری ندارند و صلاح می‌دانند عقیم‌سازی موقت یا دائم انجام دهند، اینکه اساساً امکان عمل جراحی رضایت‌مندان و داوطلبانه وازکتومی و توبکتومی برای زنان و مردان [در سال ۱۳۹۳ ممنوع شد] را از بین برده، وارد حریم خصوصی خانواده‌ها شده که صدمه به امنیت روانی جامعه محسوب و یک نگرانی دائمی برای زوجین ایجاد کرده و آرامش کانون خانواده را مختل می‌نماید.

افزون بر محدود کردن وسایل پیشگیری از بارداری، آموزش در زمینه جلوگیری هم بسیار محدود شده است. به نحوی که روش‌های جلوگیری از بارداری می‌تواند در پیشگیری از به دنیا آمدن فرزندی که سرنوشت و سرانجامی ندارد، بسیار کمک‌دهنده باشد و در غیر این صورت افراد با بارداری ناخواسته به سقط‌های غیر قانونی روی می‌آورند که می‌تواند عوارض بسیار خطرناکی داشته باشد و حتی موجب مرگ زن یا از دست دادن قدرت باروری همیشگی او بشود.

از دیگر سو می‌تواند زمینه ایجاد بیماری‌های جسمی فراوان دیگری را هم فراهم کند.

در صورت «اختیاری شدن» غربالگری سازمان‌های بیمه و دولت هزینه‌های غربالگری را نخواهند داد و در آن صورت غربالگری به ویژه در مناطق کمتر برخوردار حذف خواهد شد. رخ دادی که به گفته کارشناسان وزارت بهداشت و گروه‌های حمایت از حقوق بشر زنان می‌تواند به تولد سالانه دست‌کم ۸ هزار تا ۳۵ هزار کودک دارای نقص ژنتیکی منجر شود.

اجرای قانون ممنوعیت توزیع رایگان وسایل پیشگیری از بارداری در ایران

بر اساس بخشنامه‌ای که از سوی سازمان غذا و دارو منتشر شده است، توزیع رایگان اقلام پیشگیری از بارداری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر ایران ممنوع شد.

در این بخشنامه همچنین آمده است: «هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری باید با تجویز پزشک

جنسی فارغ از اینکه در زمان صلح باشد یا در جنگ، در بسیاری از قوانین کشورها جرم انگاری شده است و در رویه قضایی بین المللی شاهد قضایایی از بارداری اجباری هستیم.

در این مصوبه صرفاً افزایش کمی و نه کیفی مولید مورد توجه است که بدون در نظر گرفتن سازوکارها و تمهیدات حقوقی جامعی برای آینده فرزند بوده و کوشش شده تنها با پیری جمعیت مقابله شود، درحالی که مصوبه‌ای ناقص از حیث کیفیت زندگی نوزاد و خانواده و جامعه در سال‌های پس از تولد است.

افزون بر این، مصوبه مورد نظر ناتوان از ایجاد قدرت نرم و پدافند مشکلات حقوقی و اقتصادی و اجتماعی و... را افزایش خواهد داد. برای آوردن فرزند سوم، چهارم و پنجم مشوق‌های ناباورانه و به گونه‌ای خیال‌پردازانه در این مصوبه وجود دارد، در استان‌هایی که زمین‌های وسیع دارند کار ویژه‌ای نیست که زمین‌کوبی به مردم اختصاص دهیم، اما در شهرهایی مانند تهران چگونه می‌توان این زمین اختصاص داده شود؟ بنابراین هم مشوق‌ها و هم تنبیه‌ها ناباورانه است.

فرجام سخن

بنابر آنچه پیشتر گفته شد، این مصوبه و بخشنامه الحاقی آن، از جهاتی ویژگی جرم‌زا بودن را داراست و موجب نگرانی بابت رشد سقط غیرقانونی جنین، صدمه به حیات و سلامت مادر، ازدواج‌های صوری برای کسب تسهیلات بانکی ازدواج و قاچاق انسان می‌شود و زمینه‌ساز افزایش آلودگی بیمارستانی می‌شود و نیز بنابر تحلیل حقوقی انجام یافته در بالا با اصول و مبانی قانون‌گذاری به حیث محتوایی و حتی با قانون‌نویسی یا نگارش قانون نیز ناسازگار است. بیش از این، شورای عالی جمعیت، یک نهاد ابداعی در این قانون است که تداخل صلاحیت با بسیاری از شوراهای عالی و استانی دارد.

گوهر کلام، این مصوبه اساساً دارای مشکلات ساختاری حقوقی از یک سو و تداخل وظایف، صلاحیت دیگر سازمان‌ها و تناقض با ردیف بودجه سایر دستگاه‌ها از دیگر فراز است.

در حقیقت از منظر نظام بین‌المللی حقوق بشر و به ویژه کنوانسیون‌های یاد شده در بالا، این قانون افزایش جمعیت و بخشنامه الحاقی آن «ناقض حق انسانی» زنان و برای آنان خطرآفرین توصیف شده و بیش از پیش حقوق زنان در حوزه دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری، سقط جنین بهداشتی، امور جنسی و تولیدمثل را نقض کرده و سلامت و جان زنان را به خطر می‌اندازد، زیرا که اساساً «نادیده گرفتن» حقوق بشر است!



باشد..»

این بخشنامه در راستای اجرای قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» صادر شده است. این قانون افزون بر توزیع رایگان داروهای ضدبارداری، وازکتومی و توبکتومی یا عمل بستن لوله‌های تولید مثل را هم ممنوع می‌کند.

می‌توان بیان داشت که ممنوعیت توزیع رایگان و ایجاد دشواری در دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری موجب به خطر افتادن سلامت جنسی و افزایش موارد بارداری ناخواسته و محرومیت زنان از دسترسی به این خدمات در مناطق محروم خواهد شد.

محدودسازی، نقض حق استقلال مادر و زمینه‌ساز خشونت علیه زنان با ابزار بارورسازی اجباری آنان و طبعاً ناقض حقوق جنین برآمده از حاملگی اجباری است. در واقع، زن خشونت دیده جنسی امکان پیشگیری از باردار شدن تجاوزگرانه را ندارد.

از این بیش بارداری اجباری نخستین بار در اعلامیه پکن (۱۹۹۳) به عنوان جنایت علیه بشریت، نه تنها به دلیل برهم زدن ترکیب جمعیتی در جامعه یا نسل‌زدایی، بلکه به دلیل ظلم و ستمی که بر زن آسیب دیده وارد می‌شود باید جرم انگاری شود. منع خشونت



ما از عدالت سهمی داریم

دو هفته نامه الکترونیکی تخصصی حقوق بشر
صاحب امتیاز و مدیر مسئول: سازمان حقوق بشر

ایران / محمود امیری مقدم

سردبیر این شماره: مریم غفوری

تماس با مجله: mail@iranhr.net