

The Role of Insurance Protection Law in Women's Fertility and Health with Emphasis on International Conventions

Sara Rostami*¹

1. Assistant Professor and Faculty Member, Department of Law and Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: Dr.Rostami@pnu.ac.ir

Received: 09 Jan 2024 **Revised:** 05 Apr 2024 **Accepted:** 10 May 2024 **Available Online:** 21 Jun 2025

Abstract: Social and supplementary insurances, with regard to the improvement of the quality of services provided in Iranian law, help the health of women during the reproductive period and this right is a part of human rights and they have accepted it in the way that couples have the right to make decisions about giving birth to children, spacing and access to safe and healthy health facilities with the support of the government. The purpose of this research is to outline the role of insurance protection laws in women's health in Iran with emphasis on international conventions. The findings indicate that according to the amendment law of 16/8/2023, in the implementation of part (5), clause (K) of the single article of the Iran Budget Law of 2020-2021 of the whole country, all centers and hospitals that provide infertility examination, diagnosis and treatment services They are obliged to conclude contracts with basic insurance organizations and provide supplementary infertility insurance services. Investigations show that we have not yet achieved the desired results in implementing the goals of the 1994 Cairo Conference regarding women's health during pregnancy and abortion prevention measures and it is hoped that this will become possible by facilitating access to these measures for the target community. With the approval of protective and insurance laws in the society and the support of the government, as well as in the facilitation and availability of safe health facilities in hospitals and medical clinics, it is possible to prevent unsafe abortions and increase knowledge and awareness and remove legal obstacles and protective regarding abortion that has problems (genetic and disability), we provide great help to women's health and encourage them to be fertile.

Keywords: Insurance Protection Law, International Conventions, Fertility, Women's Health.

Please Cite This Article As: Rostami, S (2025). "The Role of Insurance Protection Law in Women's Fertility and Health with Emphasis on International Conventions". *Iranian Health System Law*, 1(2): 63-74.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2025 The Authors.

نقش قوانین حمایتی بیمه‌ای در باروری و سلامت بانوان با تأکید بر کنوانسیون‌های بین‌المللی

سارا رستمی*

۱. استادیار و عضو هیأت علمی گروه حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Dr.Rostami@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۱ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

چکیده:

بیمه‌های تأمین اجتماعی و تکمیلی با عنایت به ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در قانون ایران کمک شایانی به سلامت بانوان در دوران باروری می‌نماید و این حق جزئی از حقوق بشر می‌باشد و آن را پذیرفته‌اند، به‌صورتی که زوجها حق دارند در به دنیا آوردن فرزند، فاصله گذاری و دسترسی به امکانات بهداشتی امن و سالم با حمایت دولت تصمیم‌گیری نمایند. هدف این پژوهش ترسیم جایگاه نقش قوانین حمایتی بیمه‌ای در سلامت بانوان در ایران با تأکید بر کنوانسیون‌های بین‌المللی می‌باشد. یافته‌ها حکایت از آن دارد که با توجه به قانون اصلاحی ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ در اجرای جزء ۵ بند «ک» ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور همه مراکز و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات معاینه، تشخیص و درمان ناباروری موظف به انعقاد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه و ارائه خدمات بیمه تکمیلی ناباروری می‌باشند. بررسی‌ها نشان می‌دهد در اجرایی نمودن اهداف کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره در خصوص سلامت بانوان در دوران بارداری و اقدامات پیشگیری از سقط جنین، هنوز به مطلوب دست نیافته‌ایم و امید است با تسهیل دسترسی به این اقدامات برای جامعه هدف، این امر ممکن شود. با تصویب قوانین حمایتی و بیمه‌ای در جامعه و حمایت دولت و نیز در تسهیل و در دسترس بودن امکانات بهداشتی امن در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های درمانی، امکان پیشگیری از سقط‌های ناامن و بالا بردن دانش و آگاهی و رفع موانع قانونی و حمایتی در مورد سقط جنینی که مشکلات (ژنتیکی و معلولیت) دارد، کمک به‌سزایی به سلامت بانوان و ترغیب آن‌ها به باروری می‌نماییم.

کلمات کلیدی: قوانین حمایتی بیمه‌ای، کنوانسیون‌های بین‌المللی، باروری، سلامت بانوان.

مقدمه

ناباروری موضوعی خاص و پررنج برای افراد جامعه می‌باشد که به‌عنوان یک مشکل پزشکی شناخته شده و در همه جوامع و اقلیت‌ها رخ می‌دهد. این موضوع که تمام زوجها بتوانند به‌راحتی و با کمترین زحمت ممکن به درمان ناباروری دست پیدا کنند، نه تنها برای زوجها، بلکه برای جامعه نیز اهمیت بالایی دارد. از آنجایی که هزینه‌های مربوط به درمان ناباروری در حال حاضر در بسیاری از کشورها بسیار بالا می‌باشد، برخی از افراد قادر به پرداخت هزینه‌های آن نیستند. از این رو بیمه ناباروری تأمین اجتماعی به‌عنوان یک راهکار برای کاهش این بار مالی و بهبود دسترسی به خدمات درمانی ناباروری مطرح شده است. در بسیاری موارد زنان در شرایط سخت و پردرد و رنجی را برای زایمان و برخی موارد معلولیت و آسیب‌دیدگی می‌شوند که در بسیاری از این حالات تا پایان عمر باقی می‌ماند. تأثیرات این رنج و محنت اغلب از مرزهای فیزیکی پا فراتر گذشته و بر توانایی زنان برای قبول مسؤلیت‌های اجتماعی و اقتصادی و سهیم شدن در رشد و تکامل جوامع خویش تأثیر منفی می‌گذارد. مرگومیر مادران برای تک‌تک زنان، برای خانواده‌ها و برای جوامع آنان یک تراژدی است. میزان بالای مرگومیر مادران تنها یک مشکل مختص به زنان نیست.

پایین بودن سطح بهداشت و سلامت مادران که بی‌شک به‌دنبال خود پایین بودن سطح بهداشت و سلامت نوزادان و کودکان را دارد، همگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان ستون‌های اصلی خانواده، آموزگاران اول و اصلی کودکان، تأمین‌کنندگان بهداشت و سلامت و مراقبت‌کنندگان از جوانان و سالمندان می‌باشند و به همان ترتیب زنان به‌عنوان کشاورز و تاجر نان‌آور خانواده هستند. جامعه‌ای که از مساعدت‌های زنان محروم باشد، دچار رکود اقتصادی، اجتماعی، فقر فرهنگی و محدودیت در قابلیت‌های رشد و توسعه خواهد گشت. در سال ۱۹۸۷^۱ اولین کنفرانس بین‌المللی ایمنی مادران در کشور نایروبی برگزار شد. هدف از برگزاری این همایش کاهش میزان مرگومیر مادران به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۰۰ نسبت به میزان سال ۱۹۹۰ بود. این هدف بعدها توسط حکومت‌های ملی و دیگر کنفرانس‌های بین‌المللی ذیل دنبال گردید: ۱- کنفرانس سران جهان در مورد کودکان در شهر نیویورک در سال ۱۹۹۰ بود؛^۲ ۲- کنفرانس بین‌المللی در مورد جمعیت و توسعه در شهر قاهره در سال ۱۹۹۴^۳؛ ۳- کنفرانس چهارم جهانی در مورد زنان در شهر پکن در سال ۱۹۹۵^۴ که همگی بر این تأکید دارند که نیمی از جمعیت بشر را بانوان تشکیل می‌دهند و هدف آن‌ها بر این استوار بوده است، جهت پویایی جامعه و پیشرفت و توسعه کشورها، نیروی انسانی و سلامت آن‌ها باید در اولویت قرار گیرد و بالطبع اهمیت به جامعه هدف (بانوان) بسیار قابل تأمل می‌باشد.

بنابراین در ایران قوانین را اصلاح و در تبصره ماده ۱۵ آمده است که مادران باردار را نمی‌توانند تعدیل نمایند و نیز در بند ۲ ماده ۱۷ نسبت به نوبت کاری شب برای مادران باردار را اختیاری و نیز در بند ۳ آن دورکاری را الزامی دانسته است. این پژوهش با رویکردی نوین، تلاش دارد که با قوانین حمایتی، دولت بتواند موانع را برطرف و تسهیل نماید و نیز در ماده اصلاحی ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ در اجرای جزء ۵ بند «ک» تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، همه مراکز و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات موظف به انعقاد قرارداد با بیمه‌گر پایه و بیمه‌های تکمیل می‌باشند (قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۲)؛^۵ سؤال این است که تا چه اندازه کشور ایران در بخش بیمه تأمین اجتماعی و تکمیلی و جامعه جهانی در حیطه روش‌های جدید و مراقبتی و درمانی در زمینه باروری توانسته‌اند، مفید باشند؟ فرضیه‌ای که به ذهن می‌رسد، آن است که تأمین اجتماعی در زمینه باروری در ایران و نیز حمایت‌های بشردوستانه برای زنان در سنین باروری و تشخیص درمان از جنبه‌های متعددی قابل بحث و تبادل نظر می‌باشد. همچنین یافته‌ها حکایت از آن دارد که با توجه به خدمات بیمه تأمین اجتماعی و تکمیلی ارائه‌شده در بخش سلامت و درمان باروری، هنوز به‌صورت کامل نمی‌تواند پاسخگوی جامعه هدف باشد و امید است که با پشتوانه قانونی و

1- In 1987, the first international maternal safety conference was held in Nairobi.

2- The world leaders' conference on children was in New York City in 1990.

3- International Conference on Population and Development in Cairo in 1994.

4- Fourth World Conference on Women in Beijing in 1995.

5- <https://dotic.ir/news/15041>.

حمایت دولت این قشر از جامعه بتواند فرآیند درمان خود را پشت سر گذاشته و نشاط و سلامت بانوان و بالطبع آن کانون خانواده‌ها مورد توجه قرار گیرد.

در ابتدا به مقوله بیمه تأمین اجتماعی، تکمیلی و سلامت باروری در ایران و سپس به کنوانسیون‌های بین‌المللی پرداخته شده است و چالش‌های بارداری به‌همراه قوانین مربوطه بیمه‌ای به‌صورت توصیفی - تحلیلی مورد مطالعه قرار گرفته است.

۱- ارائه خدمات بیمه تأمین اجتماعی در باروری و سلامت بانوان

از عوامل مؤثر در کاهش نرخ فرزندآوری، مشکلات باروری بسیاری از زوجین است و هزینه‌های بالای درمان ناباروری باعث شده است که زوجین پیگیر درمان خود نباشند و از فرزندآوری صرف نظر کنند. دولت برای از میان برداشتن بسیاری از مشکلات باروری و کمک به زوجینی که قصد فرزندآوری دارند، اما باید برای درمان ناباروری خود اقدام کنند، تسهیلاتی ارائه می‌کند. برای مثال زوجین می‌توانند از وام ناباروری بهره‌مند شوند و برای درمان ناباروری خود اقدام کنند. به‌جز وام و تسهیلات درمان ناباروری، اخیراً طرحی تصویب شده است که زوج‌های دارای مشکلات بارداری بتوانند تحت پوشش بیمه سلامت قرار بگیرند. این بیمه به اسم بیمه سلامت ناباروری شناخته می‌شود و شامل تخفیف در ارائه خدمات درمانی می‌باشد. بیمه‌های مختلفی توسط دولت تصویب شده‌اند، از جمله ماده ۲ اصلاحی ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ که همه مراکز و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات معاینه، تشخیص و درمان ناباروری موظف به انعقاد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه و ارائه خدمات تحت پوشش بیمه‌ای و با متخلفین برابر با ضوابط و مقررات مربوطه رفتار خواهد شد (قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۲).^۱

درواقع، با هدف کمک به افزایش نرخ جمعیت کشور، پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی ناباروری در تعهدات سازمان بیمه سلامت قرار گرفته است و زوج‌های نابارور از حمایت‌های این سازمان بهره‌مند می‌شوند. این شرایط برای زوج‌های نابارور مهیا شده است که در طی یک‌سال از سه دوره خدمات درمان ناباروری در بخش دولتی و خصوصی بهره‌مند شوند و تمامی بیمه‌شدگان این سازمان برای استفاده از خدمات ناباروری می‌توانند به بیمارستان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی مراجعه کنند. بنابراین در پاسخ به این سؤال که بیمه سلامت ناباروری چیست، باید بدانید که بیمه سلامت ناباروری برای حمایت و ارائه کمک مالی به زوج‌های نابارور کشور که تحت پوشش هیچ‌یک از بیمه‌های تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و یا بیمه نیروهای مسلح نیستند و یا تحت پوشش هستند، ولی می‌خواهند از خدمات ویژه مربوط به درمان ناباروری استفاده کنند، در نظر گرفته شده است.

از مزایای بیمه سلامت ناباروری می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم: «پوشش ۱۰۰ درصدی بیمه برای مادران تا ۲ سالگی فرزند، پوشش ۱۰۰ درصدی فرزندان تا ۵ سالگی، پوشش ۱۰۰ تعرفه زایمان طبیعی در مراکز دولتی و عمومی» (World Health Organization, 2007: 98).

۲- خدمات بیمه سلامت ناباروری

خدمات بیمه سلامت ناباروری تنوع زیادی دارد و از خدمات اولیه نظیر درمان‌های دارویی و خدمات پیچیده مثل IVF را دربر می‌گیرد، از جمله این خدمات عبارتند از: «خدمات IVF که در مراکز تخصصی درمان ناباروری ارائه می‌شود، تجویز داروی فولی تروپین، تجویز داروی اچ‌سی‌جی، سونوگرافی Infertility در آقایان، آزمایش Semen Analysis، اندازه‌گیری کمی LH، FSH و تستوسترون، عمل جراحی برای باز کردن لوله‌ها برای افرادی که سابقه توپکتومی یا وازکتومی دارند، درمان کمک باروری ICSI، انتقال جنین، تلقیح داخل رحم IUI، سونوگرافی‌های واژینال یا ابدومینال، آزمایش PESA/TEST و آزمایش‌های ژنتیکی» (موسوی و همکاران، ۱۳۸۱: ۵۹).

در حیطه سلامت، باروری نیز که یکی از مجموعه‌های گسترده ارائه خدمات سلامت را تشکیل می‌دهد. علی‌رغم گسترش ساختار سلامت ملی، ارائه این خدمات در میان بسیاری از کشورهای در حال توسعه ضعیف باقی مانده است. فقدان دستیابی به خدمات

¹ - <https://dotic.ir/news/15041>.

مراقبتی از دیگر دلایل مرگ مادران ذکر شده است که براساس آمارهای منتشره هر سال حدود دومیلیون کودک مادر خود را از دست می‌دهند که این خدمات به‌راحتی برای افراد توانمند در دسترس است، لذا قدرت تأمین نیازهای سلامت مددجو، مراقبت صحیح و پیشگیری از آسیب‌ها را داشته باشد. در صورتی ارائه خدمات سلامت باروری با کیفیت همراه است که با رضایتمندی مددجو، افزایش بهره‌وری و سودمندی خدمات و ارتقای پیامدهای نهایی سلامت همراه باشد (World Health Organization, 2007: 59; Rathert et al, 2011: 36). ارتقای کیفیت خدمات بخشی از فرآیند اصلاحات بخش سلامت در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود، اما اغلب به کیفیت خدمات سلامت باروری توجه کافی نمی‌شود. ارتقای کیفیت خدمات می‌تواند یک ابراز هزینه اثربخش برای دستیابی به هدف نهایی سلامت باروری و جنسی باشد. اگر مددجویان به خوبی مورد احترام و تکریم قرار نگیرند و مراقبت و خدمات با کیفیت و سطح بالا را دریافت نکنند، ممکن است از خدمات موجود استفاده نکرده یا پیامدهای نامناسب دیگری را از جمله عدم درمان کامل و یا حتی مرگ را تجربه نمایند (United Nation, 2004:87). در ماده ۱۰ الحاقی ۱۹/۰۷/۲۰۱۴ با مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمان ناباروری و زایمان در صورت تخلف از اجرای مواد ۱ و ۲ این آیین‌نامه طبق ضوابط و مقررات مربوط رفتار خواهد شد. بنابراین وضع قوانین بیمه تأمین اجتماعی و تکمیلی و توسعه آن در ارتقا و حفاظت از سلامت باروری و جنسی می‌تواند به‌جای این که یک مانع دستیابی به این خدمات تلقی شود، به‌عنوان یک تسهیل‌کننده مورد استفاده قرار گیرد. اصول قانونی می‌تواند راهنمایی برای بهبود وضعیت مادران و باروری باشد. در ذیل به برخی از شاخص‌های باروری در ایران اشاره خواهیم نمود.

۳- اولویت سلامت زنان در پیشگیری از مرگ‌ومیر آن‌ها

امروزه مشارکت زنان در فعالیت‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حاکی از حضور آنان در فرآیند توسعه است. این نیروی مولد یک‌سوم نیروی کار دنیا را تشکیل می‌دهد و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آنان و کاهش مرگ‌ومیر آنان نوعی سرمایه‌گذاری در جامعه محسوب می‌شود. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، عوارض بارداری و زایمان از علل اصلی مرگ، بیماری و معلولیت زنان در سنین باروری است. مرگ و ناتوانی مادران در بقای کودک، خانواده و توسعه جامعه نقش به‌سزایی داشته و با مرگ مادر، خانواده عضو اصلی خود را برای مدیریت و مراقبت کودکان از دست می‌دهد و احتمال مرگ کودک تا پنج سالگی، دو تا سه برابر بیشتر شده و سرانجام بقا و آموزش فرزندان نامعلوم می‌شود (موسوی و همکاران، ۱۳۸۱: ۸۲).

با انجام اقدامات پیشگیرانه، شاهد کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در سراسر جهان هستیم. در سال ۲۰۱۰، روزانه ۸۰۰ نفر از زنان باردار جان خود را بر اثر مشکلات و عوارض دوران بارداری (حین بارداری، حین زایمان و بعد از زایمان) در سراسر جهان از دست داده‌اند که این رقم در سال به ۲۸۷۰۰۰ نفر می‌رسد، این در حالیست که با اقدامات ساده و تأمین امکانات و تجهیزات اولیه می‌توان از بروز چنین مرگ‌هایی پیشگیری کرد. آمارها نشان می‌دهد که در سراسر جهان، حجم مرگ مادران در مناطق روستایی و فقیرنشین، بیشتر از مناطق شهری و مرفه می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۰: ۷۵).

۹۹ درصد مرگ‌ومیر مادران در سراسر جهان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که از این بین میزان مرگ‌ومیر در زنان با سنین پایین بیشتر از زنان در سنین بالا است. به‌طور کلی از میان ۸۰۰ مورد مرگ‌ومیر مادران (روزانه)، بیشتر آن‌ها به علت خونریزی شدید بعد از زایمان، فشار خون بالا، مسمومیت حاملگی و سقط نایمن جان خود را از دست دادند.

امروزه شاخص مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان (MMR)، یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشان‌دهنده توسعه کشورهاست. بی‌تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد، شبکه راه‌های روستایی، دسترسی به فوریت‌های پزشکی، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه‌های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و ... می‌باشد. براساس اهداف توسعه هزاره، کشورهای جهان متعهد شدند که از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ میزان مرگ‌ومیر مادران خود را ۷۵ درصد کاهش دهند. طبق گزارش سال ۲۰۱۲ سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰، ایران در بین کشورهای جهان و همچنین در منطقه مدیترانه شرقی یکی از کشورهایی است که دارای کمترین نسبت مرگ‌ومیر مادران باردار به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده (۹۹-۲۰) می‌باشد. از سوی دیگر با بررسی نمودار روند نسبت

مرگ‌ومیر مادران باردار در ۲۰ سال اخیر از سال ۲۰۱۰-۱۹۹۰، می‌توان گفت که این نسبت سیر نزولی داشته، به طوری که در سال ۱۹۹۰ نسبت مذکور از ۱۲۰ به ۲۱ مورد مرگ مادر باردار به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۰ رسیده است (حسینی، ۱۳۸۴: ۴۰۶).

به عبارت دیگر با اجرای برنامه‌های مبتنی بر سلامت مادران و انجام اقدامات مراقبتی و پوشش بسیار مطلوب مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نتیجه برخورداری از راه‌های ارتباطی مناسب، ایران در این مدت توانسته است به موفقیت چشم‌گیری در زمینه کاهش این شاخص مهم و حیاتی دست یابد (۸۲/۵ درصد). این پیشرفت و موفقیت حاصل تلاش و پشتکار سازمان‌ها و کارکنان مرتبط با امر سلامت مادران باردار و سایر سازمان‌ها بوده و امید است با روند رو به رشد و بهبود استانداردهای کشوری بیش از پیش به اهداف توسعه هزاره در زمینه کاهش مرگ‌ومیر مادران باردار دست یابیم. تعریف مرگ مادر در ایران، مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدیدشده در بارداری یا به علت مراقبت‌های ارائه‌شده طی آن، اما نه به علت حادثه و تصادف می‌باشد (حسینی، ۱۳۸۴: ۴۰۱).

بر اساس نظام ثبت موارد مرگ مادران باردار و به منظور پیشگیری از کم‌شماری موارد مرگ مادر، کلیه مرگ‌های مادران در دوران بارداری و پس از زایمان، توسط کارکنان در سطوح محیطی در اسرع وقت (در ۲۴ ساعت اول پس از وقوع) به ستاد دانشگاه گزارش شده و موارد مورد بررسی قرار می‌گیرند. تمام موارد بر اساس دستورالعمل کشوری نظام مراقبت مرگ مادر در کمیته‌های فنی و دانشگاهی بررسی شده، نتیجه به وزارت متبوع اعلام و در کمیته کشوری مجدداً مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتیجه بررسی‌های انجام‌گرفته در کمیته کشوری و بر اساس تعریف مرگ مادر مورد تأیید وزارت متبوع، به دانشگاه مبدأ اعلام می‌گردد. شاخص مرگ مادران در کل کشور در سال ۱۳۹۱، ۱۹/۵ مورد مرگ مادر به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده و در استان آذربایجان غربی ۱۷/۴ مورد مرگ مادر به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده می‌باشد.

۴- پیشگیری از بارداری

از حقوق انکارناپذیر زنان و مردان باروری و از سوی دیگر تعداد فرزندان است که بنا به مقتضیات اقتصادی، احساسی، بهداشتی و اجتماعی می‌باشد. در سراسر دوران تاریخ به دلایل اقتصادی، سیاسی، مذهبی، تاریخی، اخلاقی و اجتماعی زمان‌هایی وجود داشته که دسترسی به آموزش‌ها و خدمات پیشگیری از بارداری همراه با دشواری بوده است. این ممنوعیت بیشترین تأثیر منفی خود را بر زنان جوان بی‌بضاعت می‌گذارد (Dickens & Cook, 2007: 76). با وجود مصرف گسترده روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن در ایران (۵۶ درصد)، میزان بارداری‌های ناخواسته بسیار زیاد است. تحلیل اطلاعات سرشماری جمعیت و سلامت ایران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۳۵ درصد از زنان متأهل باردار، بارداری خود را ناخواسته می‌دانند. دوسوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند، در حال استفاده از یک روش جلوگیری از بارداری نیز بوده‌اند و این مشکل آشکارا به این معنی است که مشاوره مراکز بهداشتی درمانی به قدر کافی مؤثر نبوده است (سیمبر و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۴۸). در مورد نحوه برگزاری و محتوای جلسات مشاوره قبل از ازدواج در کشور هنوز استاندارد تعریف نشده است (عقدک و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۹۲). در برخی از مناطق که تعداد متقاضیان کلاس‌های مشاوره زیاد می‌باشد، این کلاس‌ها به صورت گروهی و فقط برای زنانی که به تازگی زندگی مشترکشان را شروع کرده‌اند، تشکیل می‌گردد (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴: ۴۶۵)، در صورتی که در مناطقی که داوطلبان ازدواج کم است، کلاس‌ها به صورت اختصاصی برای زوجین برگزار می‌گردند. تاکنون هیچ مطالعه علمی برای اثبات برتری یک روش به روشی دیگر در ایران انجام نشده است.

۵- سلامت زنان باردار در کنوانسیون‌های بین‌المللی

مرگ‌ومیر یک زن در دوران بارداری نه تنها یک مسأله بهداشتی است، بلکه از آن مهم‌تر بیانگر بی‌عدالتی اجتماعی نیز می‌باشد (Hessini, 2007: 81). از بسیاری از موارد بیانیه حقوق بشر که در حال حاضر مورد تأیید قانون اساسی، معاهده‌های بین‌المللی و منطقه‌ای در مورد حقوق بشر است (زارع و دستوری، ۱۳۸۳: ۳۷)، در جهت تأمین سلامت و بهداشت زنان باردار می‌توان بهره جست. اساس و بنیان بسیاری از این معاهدات و پیمان‌ها را بیانیه حقوق بشر سال ۱۹۴۸ تشکیل می‌دهد، از این میان می‌توان به

۱- معاهده لغو هرگونه تبعیض نسبت به زنان؛ ۲- معاهده حقوق مسلم کودکان؛ ۳- معاهده اروپایی احترام به حقوق بشر و آزادی های اساسی؛ ۴- معاهده آمریکایی حقوق بشر؛ ۵- بیانیه آفریقا در مورد حقوق بشر و مردم اشاره نمود (اسلامی، ۱۳۸۴: ۳۲۹). باید بیان کرد که دولت‌ها موظفند برای زنان، خدمات بهداشتی و دیگر لوازم لازم برای ایجاد خانواده و لذت بردن از زندگی خانوادگی را فراهم کنند.

مواردی از هنجارهای حقوق بشری که به تأمین سلامت بهداشت زنان باردار مربوط باشند را در سه گروه زیر می‌توان قرار داد.

۵-۱- قوانین حمایتی مربوط سلامت بانوان، تشکیل خانواده و برابری از برخورداری امکانات

بر این اساس دولت‌ها موظف هستند تا هم وسایل بهداشت و سلامت مادر در دوران بارداری و زایمان را تأمین کنند و هم حق تعیین زمان و تعداد دفعات بارداری و زایمان را برای زنان تضمین کنند. بنابراین دولت‌ها باید عوامل اقتصادی، حقوقی، اجتماعی و بهداشتی که زنان را از این حقوق محروم می‌سازند را شناسایی کنند. بنابراین جامعه‌ای که از مساعدت‌های زنان محروم باشد، به رکود اقتصادی، اجتماعی، فقر فرهنگی و محدودیت در قابلیت‌های رشد و توسعه دچار خواهد شد (اسلامی، ۱۳۸۴: ۳۳۵).

دیگر این که افزایش میزان آموزش و اطلاعات در مورد بهداشت و سلامت که دولت را موظف می‌سازند با ایجاد بانک‌های اطلاعاتی بهداشت فرد را از نظر جنسی و توانایی در باروری تضمین کند. با رعایت بهداشت اولیه، بدون در نظر گرفتن رشد اقتصادی دولت، بی‌خطر بودن بارداری برای زن تضمین خواهد شد. در کانون حقوق مربوط به زن، حق برخورداری از اطلاعات کافی در مورد بهداشت باروری قرار دارد که شامل مسائلی چون طرح‌ریزی خانوادگی، سقط جنین و آموزش جنسی می‌شود (پوربخش، ۱۳۸۸: ۵۶).

آخر آن که دولت برای تأمین این حقوق، بدون در نظر گرفتن مسائلی چون جنسیت، وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی یا اقتصادی باید وسایل لازم جهت آموزش و بهداشت زنان را تأمین کند. بعضی از این سیاست‌های تبعیض‌آمیز عبارتند از: نیاز به کسب اجازه شوهر برای انجام بعضی از اقدامات بهداشتی و به همین ترتیب در مورد دختران حاکمیت والدین، تأثیری افتراقی بر آن‌ها دارد و بعضی از قوانین که انجام بعضی از درمان‌های پزشکی مختص به زنان را جرم می‌داند. دولت‌هایی که نتوانند قوانین مربوط به حفظ مؤثر منافع زنان و یا اختصاص منابع بهداشتی مناسب برای بارداری و زایمان ایمن را به‌طور کارآمد اجرا کنند، از وظایف خود قصور ورزیده‌اند (پوربخش، ۱۳۸۸: ۵۴).

اقداماتی که دولت‌ها برای ارتقای میزان بارداری ایمن باید انجام دهند را در سه گروه می‌توان قرار داد:

۱- تغییر قوانین: که مانع دستیابی زنان به بالاترین سطح بهداشت و تغذیه و کسب اطلاعات لازم در مورد باروری می‌باشند و نیز قوانینی که زن را ملزم به کسب اجازه شوهر یا یکی از افراد خانواده برای بهره‌جستن از خدمات بهداشتی خاص می‌کند.

۲- اجرای قوانین: که حقوق زنان را از نظر تغذیه و بهداشت خوب و حفظ منافع بهداشتی، تضمین می‌کند. از این‌گونه قوانین می‌توان به قوانین مربوط به منع ازدواج کودکان، تجاوز و سوءاستفاده جنسی نام برد. همه باید نهایت سعی و تلاش خود را در امر اجرای قوانینی به کار گیرند که سبب تشویق زنان در رعایت زمان مناسب در بارداری و زایمان از نظر بهداشت و سلامت می‌شوند.

۳- احترام به حقوق بشر: برای افزایش میزان بارداری و زایمان ایمن برای مادران، در قوانین و سیاست‌های ملی باید به حقوق بشر احترام گذارد (گزارش مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران).^۱

۵-۲- چالش‌های موجود در بارداری

^۱ - <https://www.nihr.tums.ac.ir/ZJHso>.

در برخی از کنوانسیون‌های بین‌المللی و معاهدات منطقه‌ای، مسائلی همچون مرگ‌ومیر مادران و خشونت جامعه و خانگی علیه زن باردار، چالش‌های سلامت زنان باردار مورد شناسایی قرار گرفته است.

۵-۲-۱- مرگ‌ومیر مادر

فوت زن در دوران بارداری یا در ۴۲ روز اول پس از زایمان، بدون در نظر گرفتن مکان یا مدت بارداری، مرگ زایمان نام دارد. مسائل ناشی از بارداری یا شدت یافته توسط بارداری و یا مدیریت بارداری می‌تواند علت این مرگ‌ومیر باشد. مرگ زایمان به دو گروه مستقیم و غیرمستقیم تقسیم می‌شود. در گروه اول علت‌های مرگ عبارتند از عوارض ناشی از زایمان، مکان زایمان و عوارض دوران پس از بارداری. این‌ها خود نیز از پنج علت سرچشمه می‌گیرند: خونریزی (که معمولاً پس از زایمان رخ می‌دهد)، عفونت و تشنج به علت نارسایی فشار خون بالا، زایمان‌های سخت و عوارض ناشی از سقط جنین غیرایمن. علاوه بر این هرگونه تداخل عمل، تخلیه، درمان غلط و هرگونه اتفاق ناشی از این مسائل می‌تواند این عوارض را به دنبال داشته باشند (میلانی، ۱۳۸۴: ۴۵۷).

بیماری‌هایی که زن از پیش به آن‌ها مبتلا بوده و یا بیماری‌هایی که زن در دوران بارداری به آن مبتلا شده است (اما بدون این که بارداری علت مستقیم آن باشد)، اما تأثیرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری آن‌ها را تشدید کرده است، باعث مرگ‌های دسته دوم، یعنی غیرمستقیم هستند. برای مثال می‌توان به بیماری‌های عفونی چون مالاریا، کم‌خونی، ایدز، اچ‌آی‌وی و بیماری‌های قلبی - عروقی اشاره کرد.

۵-۲-۲- خشونت جامعه و خانگی علیه زنان باردار

مردان همواره به دلیل جنسیت زن و این که باید از وی تبعیت کند، اعمال خشونت کرده و حق و حقوقشان را نقض و یا ضایع می‌نمایند، چنانچه این رفتار بین زن و شوهر باشد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود، هرچند مسأله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده‌ای در همه کشورهای جهان دارد، به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا اعلام تعداد اندکی از این موارد، آمار دقیقی از آن در دست نداریم. شیوع خشونت خانگی در جامعه ایرانی تقریباً بالا می‌باشد. در تحقیقی که ملک افصلی و همکاران در سال ۱۳۸۳ منتشر نمودند، در ۸۱۵ مورد زنان متأهل اصفهانی شیوع خشونت روانی کلامی از ۳۴ تا ۶۲ درصد و شیوع خشونت جنسی ۵۳ درصد گزارش گردید (ملک افصلی و همکاران، ۱۳۸۳: ۶۵). یکی از مخرب‌ترین انواع خشونت، خشونت علیه زنان باردار می‌باشد. مطالعات مختلف در ایران میزان مواجهه با خشونت‌های جسمی در زنان باردار را بین ۱۱ تا ۴۷ درصد گزارش کرده‌اند. در سایر مطالعات انجام گرفته میزان مواجهه زنان باردار با خشونت ۱۴ درصد گزارش شده است. خشونت علیه زنان باردار ۵ الی ۱۰ درصد و خشونت جنسی ۷ درصد از میزان کل مواجهه با خشونت علیه زنان باردار را که نه تنها نقض حق زن به عنوان انسان است، بلکه نقض حق جنین نیز به‌شمار می‌رود، تشکیل می‌دهد. خشونت جسمی و جنسی با کم‌وزنی نوزاد ارتباط معنی‌دار نشان داده و کم‌وزنی عامل ۷۰ درصد از مرگ‌ومیر نوزادان به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (عارفی، ۱۳۸۲: ۱۱۵). خشونت علیه زنان یکی از شایع‌ترین نوع تجاوز به حقوق انسانی بوده و در عین حال معضل وسیع بهداشتی نیز می‌باشد که نیازمند توجه سریع دولتمردان و قانون‌گذاران است. خشونت خانگی تأثیرات مخربی بر رفاه، میزان باروری و قدرت حمایت زنان از اطفالشان دارد (García-Moreno & Stöckl, 2009: 146). تأکید بر حذف کامل این معضل بزرگ، عنصری کلیدی در راه احیای حقوق باروری و جنسی می‌باشد.

۵-۳- ابعاد حقوقی سقط جنین

حقوق زاد و ولد یکی از اجزای حقوق بشر است که به زوج حق تصمیم‌گیری آزادانه و مسؤولانه در مورد تعداد فرزندان، فاصله گذاری و نیز زمان به دنیا آمدن طفل و از سوی دیگر داشتن اطلاعات کافی و مفید که بتواند اقدام نماید و از سوی دیگر حق دسترسی به بالاترین سطح استاندارد بهداشت تولید مثل و بهداشت جنسی استوار است. این حقوق، تصمیمات درباره تولید مثل را مطابق با اسناد حقوق بشر عاری از هرگونه تبعیض، فشار و خشونت دربر می‌گیرد.

راسخ می‌گوید: «در سقط القایی جنین، طرف‌های درگیر به دلیل باروری که دارند به موافقت یا مخالفت با پایان دادن به زندگی جنین برمی‌خیزند» (راسخ، ۱۳۸۲: ۱۹۸). برخی از حقوق دانان، نظر خود را بر روی حیات جنین متمرکز ساخته و از این رو به دلیل تقدس حیات انسانی بر این باورند که نمی‌توان جنین را از زندگی محروم ساخت. لازم نیست زندگی انسان کیفیت خاصی داشته باشد تا برای آن اهمیت قائل شویم. طرفداران نظریه تقدس حیات دو نتیجه از این سخن یا ادعا می‌گیرند: اول، ارزش حیات برتر از همه ارزش‌ها است و هیچ ارزشی نمی‌تواند جایگزین آن شود؛ دوم، حیات همه انسان‌ها ارزشمند است و هیچ حیات انسانی بر حیات انسانی دیگر، از جمله حیات مادر بر زندگی جنین، برتری ندارد.

به این معنی که نباید حتی سازگارترین، امیدوارترین و متکامل‌ترین موجودات را بر گیاهی‌ترین، بدبخت‌ترین یا ناقص‌ترین آن‌ها ترجیح داد. سؤال این گروه این چنین می‌باشد و جواب آن‌ها آشکارا «حیات مقدس» است که آیا ما مجاز به خاتمه منفی هستیم یا خیر. نظریه تقدس حیات، قدیمی‌ترین و شاید جدی‌ترین دیدگاه در میان نظریه‌های سقط جنین می‌باشد که به‌ویژه بسیاری از گروه‌های دینی و جناح‌های محافظه‌کار سیاسی مطرح و از آن حمایت می‌کنند. از دیدگاه طرفداران نظریه تقدس حیات، حیات انسانی به محض تشکیل جنین آغاز می‌شود. ممکن است ایراد شود که جنین تقریباً هیچ‌یک از توانایی‌های انسان معمولی، به‌ویژه توانایی‌های شناختی را ندارد. طرفداران نظریه حیات در پاسخ می‌گویند شخص در حال اغما نیز دقیقاً در موقعیتی مشابه قرار دارد. شخص مزبور تقریباً همه حافظه و دانش خود را از دست می‌دهد و توان سخن گفتن یا شرکت در یک گفتگوی عقلانی را ندارد، اما از آنجا که فرد در حال اغما به دلیل دارا بودن توان بالقوه ذاتی و طبیعی برای انجام اعمال عقلانی، انسان به‌شمار می‌آید، بنابراین جنین نیز که در موقعیت و شرایطی دقیقاً یکسان قرار دارد، باید انسان محسوب گردیده و کشتن آن ممنوع باشد (Warriner & Shah, 2009: 29).

بر این اساس، اگر سقط جنین صورت گیرد، بحث اخلاق و کرامت انسانی و طرفداران آن در مواردی که بارداری ناخواسته صورت گیرد، پاسخ به چه صورت خواهد بود؟

بنابر پایه یک تفسیر از این نظریه، در این موارد لازم است تا زمان وضع حمل به این‌گونه افراد کمک شود، پس از آن در صورتی که آنان نخواهند نوزاد را نزد خود نگه دارند، می‌توانند به سادگی وی را برای فرزندخواندگی توسط دیگران رها کنند، به‌علاوه این فرصتی خوب برای فرد و جامعه است تا به اقدام خیرخواهانه و کمک به هم‌نوع بپردازد. درحقیقت موارد مذکور زمینه اخلاقی زیستن و انجام عمل خیر را برای دیگران فراهم می‌آورد. از طرفی، تفسیر دیگری از این نظریه در برخی موارد مانند بارداری ناشی از تجاوز به عنف، استثنائاً سقط جنین را جایز می‌داند. یکی به این دلیل که از دید دینی تجاوز به عنف از مصادیق گناهان بزرگ، نقض قوانین الهی و توهین به قدرت خالق خداوندی است و به این دلیل می‌توان حکم به جواز از بین بردن نطفه حاصل از تجاوز داد. دلیل دیگر این که تجاوز به عنف و بارداری حاصل از آن، موجب نابودی سرمایه وجودی بزه‌دیده می‌گردد و از این رو می‌توان استثنائاً سقط جنین را در این مورد روا دانست (میلانی، ۱۳۸۴: ۴۶۴).

بدین ترتیب چند مورد انتقاد به ادعاهای نظریه تقدس حیات وارد شده است، زیرا در این صورت مدعیان این نظر باید بسیاری از اعمال و امور مباح و مجاز را ممنوع بدانند. با این وصف، آنان نباید چیدن گل یا کشتن حیوان را مجاز بدانند. به‌نظر نمی‌رسد ایشان بخواهند چنین ادعای عبثی نمایند. حال اگر در پاسخ گفته شود که چیدن گل یا کشتن حیوان دلیل دارد، برای مثال رفع گرسنگی یا مداوای بیماری، در مقابل طرفداران سقط جنین می‌توانند جواب دهند که سقط جنین نیز دلیل دارد، برای نمونه جلوگیری از ازدیاد بی‌رویه جمعیت یا دوری از زندگی ناخواسته و رنج‌آور که تاب تحمل آن مقدور نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

طبق آمار، میزان ناباروری در دهه ۶۰ حدود ۸ درصد، در دهه ۸۰ حدود ۱۲ درصد و در دهه ۹۰ هم به ۲۱ درصد رسیده بود. هم‌اکنون نیز حدود یک‌پنجم زوجین با مشکل ناباروری دست و پنجه نرم می‌کنند و باتوجه به این که این عدد، رقم کمی نیست، اقدامات جدی از سوی دولت برای درمان ناباروری صورت گرفته شده است. عمده درمان‌های ناباروری هزینه زیادی دارند و بسیاری

از زوجین از عهده پرداخت این هزینه‌ها بر نمی‌آیند، لذا بیمه ناباروری می‌تواند امر درمان ناباروری را آسان‌تر کند و دولت به دنبال آن است که با بهبود خدمات ارائه‌شده به زوج‌های نابارور، میزان ناباروری را در کشور کاهش دهد و افراد بیشتری تحت پوشش قرار بگیرند. بیمه سلامت ناباروری در سال‌های گذشته به صورت محدود اجرا می‌شد و تنها یک نوبت از درمان زوجین را پرداخت می‌کرد که تأثیر چندان زیادی در کاهش هزینه‌های درمان ناباروری نداشت، اما این طرح اخیراً گسترده‌تر شده است و تعداد بیمه‌های طرف قرارداد بیمه سلامت ناباروری افزایش یافته‌اند. باید بیان داشت که بازنگری و تغییر شیوه در سیاست‌های سقط جنین توصیه می‌شود و به نظر سلامت مادران به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی به عنوان طرح جوانی جمعیت مصوب هیأت وزیران ۱۴۰۱/۰۵/۲۶ و به استناد تبصره ۳ ماده ۴۳ و ماده ۴۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ و اصل ۱۳۸ قانون اساسی ج.ا. ضوابط پوشش بیمه‌های خدمات درمان ناباروری و مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشد و این امر در ماده ۲ اصلاحی ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ در اجرای جزء ۵ بند «ک» تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور و با قوانین وضع شده در مورد سقط جنین امیدواریم که راهگشا و بازنگری قوانین توسط مراجع قضایی و حمایت قانون‌گذاران برای کاهش و حتی اجتناب از حق دسترسی به خدمات و سقط‌های غیرایمن گردند. در کنفرانس قاهره (۱۹۹۴) بالاترین کیفیت خدمات را در ۱۲ مورد بیان داشتند که در صورت تحقق آن هیچ مانعی برای ارائه خدمات به متقاضیان نباید وجود داشته باشد و برای همه اقشار جامعه (از جمله بانوان و جوانان) باید خدمات بهداشت باروری و بیمه‌ای در دسترس باشد. با عنایت به نگاه ویژه دولتمردان و سیاست‌گذاران و مهم‌تر از همه متولیان بهداشت و درمان ایران، باید خواستار هرگونه اقدامات قانونی، بیمه‌ای و بهداشتی در مورد استفاده مادران از امکان باروری سالم را داشته باشیم و از سوی دیگر اگر مشکلی برای جنین از نظر پزشکی (ژنتیک، معلولیت و ...) وجود دارد، در مرحله ابتدایی و طی مراحل قانونی سقط رخ دهد.

اقدامات قانونی، حمایتی، پیشگیرانه و درمانی دولت در این مورد با فراهم کردن امکانات بیمه تأمین اجتماعی و تکمیلی و ایجاد انگیزه جهت بهره‌برداری و تشویق بانوان و از سوی دیگر تسهیل در فراهم کردن شرایط مناسب و قابل دسترس برای بارداری و نیز سلامت دوران بارداری و کاهش مرگ‌ومیر و عوارض سقط غیرایمن و نیز در مراکز جامعه سلامت ایجاد مشاوره‌های درمانی و نیز بیماری‌های مقاربتی و اقدامات پیشگیرانه سریع یا درمان به‌موقع و زود هنگام، می‌تواند جامعه را به هدف مورد نظر و جوانی جمعیت سوق دهد و در صورت عدم رعایت این موارد، عواقب و پیامدهای ناگوار آن بر دوش جامعه تا سالیان مدیری به‌همراه خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

سهام نویسندگان: نگارش مقاله به صورت کامل توسط نویسنده صورت گرفته است.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش بدون تأمین مالی انجام گرفته است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی

- اسلامی، سیدحسن (۱۳۸۴). «رهیافت‌های اخلاقی به سقط جنین». *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۶(۴): ۳۲۱-۳۴۲.
- پوربخش، سیدمحمدعلی (۱۳۸۸). «بررسی معیارهای منطقی در تدوین منشور حقوق بیماران». *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۳(۹): ۳۵-۶۲.
- حسینی، سیدهادی (۱۳۸۴). «تحولات قانون سقط جنین استرالیا در آینه روند جهانی با مروری کوتاه بر قوانین ایران و مبانی حقوقی آزادی قانونمند آن». *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۶(۴): ۳۹۸-۴۰۹.

- راسخ، محمد (۱۳۸۲). «جدال حیات: بررسی اجمالی تئوری‌های سقط جنین». *فصلنامه تحقیقات حقوقی*، ۶(۳۸): ۱۶۵-۲۰۸.
- زارع، نجف و دستوری، پریسا (۱۳۸۳). «پاسخ بخ سوالات جنجالی: تخمین نسبت سقط جنین عمدی در خانمهای ۴۵-۴۹ ساله با استفاده از رتس پاسخ تصادفی». *دوماهنامه مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۲۵(۶۱): ۳۶-۳۹.
- سیمبر، معصومه؛ احمدی، محبوبه؛ احمدی، گلنوش و علوی مجد، حمید (۱۳۸۷). «کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی». *فصلنامه پایش*، ۶(۲): ۱۴۵-۱۵۵.
- شمشیری میلانی، حوریه (۱۳۸۴). «سقط جنین، حق حیات مادر بررسی سقط جنین از منظر طب». *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۶(۴): ۴۵۷-۴۶۴.
- عارفی، مرضیه (۱۳۸۲). «بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه». *فصلنامه مطالعات اجتماعی-روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)*، ۱(۲): ۱۰۱-۱۲۰.
- عقدک، پژمان؛ مجلسی، فرشته؛ زراعتی، حجت و افتخار اردبیلی، حسن (۱۳۸۸). «نیازهای آموزشی مرتبط با بهداشت در داوطلبان ازدواج». *فصلنامه پایش*، ۸(۴): ۳۷۹-۳۸۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۰). *برآورد سطح و الگوی باروری ایران با کاربرد روش فرزندان خود (۱۳۵۱-۱۷۵)*. تهران: مرکز آمار ایران.
- ملک افضلی، حسین؛ مهدی‌زاده، مرتضی؛ زمانی، احمدرضا و فرج‌زادگان، زیبا (۱۳۸۳). «بررسی انواع خشونت خانگی نزد زنان در شهر اصفهان، سال ۱۳۸۲». *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۴(۲): ۶۳-۶۷.
- موسوی، سیدمحسن؛ صادق‌زاده، معصومه سادات و استادزاده، نیره (۱۳۸۱). «سیمای اپیدمیولوژیک سقط در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر قم در سال ۱۳۸۱». *مجموعه مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران*، تهران: پژوهشکده ابن سینا، ۵۹-۹۸.

ب. منابع انگلیسی

- Dickens, B.M & Cook, R.J (2007). "Ethical And Legal Issues In Reproductive Health, Reproductive health and public health ethics". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 14(99): 75-79.
- García-Moreno, C & Stöckl, H (2009). "Protection of sexual and reproductive health rights: addressing violence against women". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2): 144-147.
- Hessini, L (2007). "Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa". *Reproductive Health Matters*, 15(29): 75- 84.
- Rathert, C; May, D & Williams, E (2011). "Beyond service quality: The mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship". *Health Care Management Review*, 36(4): 359-368.
- United Nations. United Nations Population Fund, (2004). *Report of the International Conference on Population and Development in Cairo*.
- Warriner, I.K & Shah, I.H (2009). *Preventing unsafe abortion and its consequences Priorities for research and action*. Germany: Guttmarker Institute.
- World Health Organization (WHO), (2007). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5th ed. New York: World Health Organization.

ج. سایت‌ها

- گزارش مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
- <https://www.dotic.ir/news/15041>. (قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۲).

- <https://www.Hamrahmoshaver.com> (همراه مشاور سامانه تخصصی مشاوره تلفنی) (۱۴۰۳/۰۹/۰۳).

- <https://www.Isna.ir> (خبرگزاری دانشجویان ایران «ایسنا») (۱۴۰۳/۰۹/۰۳).

- <https://www.nihr.tums.ac.ir/ZJHso>.