

## تأثیر الزامات حقوق بشری بر بارداری و زایمان ایمن

حمید الهویی نظری<sup>۱\*</sup>، مریم عبیدی‌نیا<sup>۲</sup>

### چکیده

مادر شدن از شیرین‌ترین اتفاقاتی است که زن در زندگی می‌تواند تجربه کند. این تجربه اما به دلایل بسیار می‌تواند به تجربه‌ای ناگوار برای مادر تبدیل شود؛ ناگوار تا آنجا که به مرگ وی بینجامد. عوامل بسیاری بر مرگ مادران و به خطر افتادن سلامت آنان در دوران بارداری و زایمان تأثیرگذارند؛ از عوامل اقتصادی، اجتماعی و اعمال انواع تبعیض‌ها گرفته تا بستریهای فرهنگی و سنت‌های مناطق متفاوت جهان. در این میان آنچه انکارنشده است، ارتباط میان حق بر سلامت مادران با برخی اصول بنیادین حقوق بشر است. در پژوهش حاضر با نگاهی تحلیلی، همزمان با مشخص کردن این اصول، در پی پاسخ به این پرسش اساسی خواهیم بود که تأثیر اعمال الزامات حقوق بشری بر بارداری و زایمان ایمن چیست.

### کلیدواژگان

اصول بنیادین حقوق بشر حق بر سلامت، دوران بارداری و زایمان، عوامل مرگ مادران، مادر شدن.

---

۱. استادیار، گروه حقوق عمومی و بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران  
Email: Soohan@ut.ac.ir (نویسنده مسئول).

۲. دانشجوی دکتری حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.  
Email: Maryam.obeydinia@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۱۲

## مقدمه

براساس آخرین آمارهای سازمان جهانی بهداشت، روزانه حدود ۸۳۰ زن در سراسر جهان جان خود را به دلیل عوارض ناشی از بارداری و زایمان از دست می‌دهند، درحالی‌که اغلب این عوارض و دلایل مرگ‌ها قابل پیشگیری هستند؛ ۹۹ درصد مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. در سال ۲۰۱۵، ۳۰۳۰۰۰ زن در سراسر جهان به همین علت به مرگ دچار آمده‌اند.<sup>۱</sup>

مرگ بیش از حد مادران در بعضی مناطق به‌وضوح منعکس‌کننده نابرابری و تبعیض در دسترسی به خدمات سلامت ویژه این دوران است و همین نکته تفاوت میان کشورهای فقیر و غنی را در مواجهه با این پدیده آشکار می‌سازد. برای ملموس‌تر شدن این واقعیت تلخ باید گفت که میزان مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه در سال ۲۰۱۵ از میان هر ۱۰۰۰۰۰ زن، ۲۳۹ مورد بوده، حال آنکه در کشورهای توسعه‌یافته ۱۲ مورد مرگ از میان ۱۰۰۰۰۰ اعلام شده است.<sup>۲</sup>

سایر آمارهای منتشرشده از سوی سازمان جهانی بهداشت در خصوص مرگ مادران از واقعیت‌های دیگری نیز پرده برمی‌دارد؛ مرگ مادران در مناطق روستایی و دور از خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به حوزه سلامت بسیار بیشتر از مرگ مادران در مناطق شهری و دارای امکانات و تسهیلات است. همچنین خطر مرگ به دلیل عوارض ناشی از بارداری و زایمان برای دختران نوجوان زیر ۱۵ سال بسیار بیشتر از زنان بزرگسال است و یکی از عوامل اصلی مرگ دختران زیر ۱۵ سال در کشورهای در حال توسعه، همین امر تلقی شده است. به‌صورت خاص‌تر و براساس آمار رسمی، خطر مرگ دختران و زنان زیر ۱۸ سال هنگام زایمان نسبت به زنان بین ۲۰ تا ۲۹ سال، ۳ برابر بیشتر است (Beth Powers, 1990: 6).

نکته قابل تأمل در این میان بیان این واقعیت از سوی سازمان جهانی بهداشت است که بیش از نیمی از مرگ‌های مادران در این دوران در مناطق بحرانی و جنگ‌زده روی می‌دهد و همین امر آسیب‌پذیرتر بودن مادران در مناطق آشوب‌زده و به دور از صلح را آشکار می‌سازد.

در این میان، دولت‌ها به اشکال مختلف، تعهد خود را مبنی بر حمایت از حق بر سلامت افراد به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیری نظیر زنان، کودکان و معلولان بیان داشته‌اند؛ از گنجاندن موادی مربوط به این حوزه در قوانین داخلی خود به‌خصوص قانون اساسی گرفته تا عضویت در معاهدات مختلف حقوق بشری در سطح بین‌المللی و پیوستن به آنها. البته ناگفته نماند که به دلیل تلاش‌های دولت‌ها و جامعه جهانی به‌صورت کلی، در این حوزه اتفاقات مثبتی نیز روی داده است. بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵، مرگ مادران در سرتاسر جهان با کاهش ۴۴ درصد مواجه بوده است و نیز براساس اهداف توسعه پایدار، دولت‌ها بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰

1. [www.who.int/maternal-health/en/](http://www.who.int/maternal-health/en/)

2. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/)

تعهد خود را مبنی بر صورت دادن اقدامات لازم برای کاهش مرگ مادران به کمتر از ۷۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ زایمان بیان داشته‌اند.<sup>۱</sup>

اقدامات و تلاش‌ها در این حوزه قابل تحسین بوده و است، اما در عمل، درصد بالای مرگ‌ومیر و به خطر افتادن سلامت زنان به دلیل عوارض ناشی از بارداری و زایمان کماکان خودنمایی می‌کند.

در پژوهش حاضر ضمن تعیین اصول بنیادین حقوق بشر در ارتباط با سلامت زنان در دوران بارداری و زایمان، در پی پاسخ به این پرسش خواهیم بود که با اعمال و اجرای درست و به‌موقع این اصول، تا چه حد می‌توان به ارتقای سلامت مادران و کاهش مرگ آنها در این دوران امید داشت. پژوهش به چند بخش کلی تقسیم شده است؛ در قسمت اول عوامل اصلی مرگ مادران در دوران بارداری و زایمان شامل دلایل پزشکی و غیرپزشکی بررسی می‌شود. در قسمت بعدی به تحلیل جایگاه حق بر سلامت به‌صورت خاص در نظام حقوق بین‌الملل بشر خواهیم پرداخت و سپس نقش حقوق بشر در حمایت از مادران در این دوران موضوع کار قرار خواهد گرفت. در نهایت برای رسیدن به پاسخ پرسش اساسی پژوهش، به تبیین اساسی‌ترین اصول بنیادین حقوق بشر که ارتباط مستقیم با حق بر سلامت مادران پیدا می‌کنند، خواهیم پرداخت و آنها را در کفه ترازو خواهیم گذاشت.

## عوامل اصلی مرگ مادران در دوران بارداری و زایمان

مرگ مادران به مرگ زنان در طول دوران بارداری یا تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری به‌دلیل هر پیشامد و بیماری مربوط به بارداری یا تشدیدشده توسط آن اطلاق می‌شود.

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت سه رویداد زیر شکل‌دهنده دوران بارداری غیرایمن است:

۱. زن خواسته یا ناخواسته باردار شود؛
  ۲. زن از یک یا چندین عارضه ایجادشده یا تشدیدشده به‌واسطه بارداری یا زایمان رنج ببرد؛
  ۳. این عوارض به‌صورت کامل یا به‌درستی درمان نشوند (Cook & Dickens, 2001: 9).
- آگاهی یافتن از عوامل تهدیدکننده‌ای که بر این سه جنبه تأثیرگذار باشند و تلاش برای کاهش آنها، اولین گام در فرایند رسیدن به دوران بارداری و زایمان ایمن است. کمیته حذف تمامی اشکال تبعیض علیه زنان که برای نظارت بر عملکرد کنوانسیون رفع تمامی اشکال تبعیض علیه زنان شکل گرفت، در توصیه‌نامه عمومی شماره ۲۴ خود با عنوان زنان و سلامت<sup>۲</sup>، این عوامل تهدیدکننده و چگونگی متفاوت اعمال شدن آن را در خصوص زنان و مردان در پاراگراف ۱۲ سند چنین توضیح می‌دهد:

1. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/)

2. CEDAW General Recommendation No.24: Women and Health

عوامل بیولوژیکی که بین زنان و مردان براساس عملکرد تولیدمثلی آنان متفاوت است، مانند دوران بارداری و زایمان که تجربه‌ای کاملاً زنانه است؛ عوامل اجتماعی - اقتصادی که می‌تواند براساس جنسیت، نژاد و سن به گونه‌ای متفاوت خود را نشان دهد، مانند رواج ازدواج زودهنگام دختران نوجوان در بعضی مناطق جهان؛ عوامل روان‌شناختی که براساس جنسیت خود را نشان می‌دهد، مانند افسردگی‌های بعد از زایمان که برای دنیای مردانه پدیده‌ای غریب است؛ و در نهایت عوامل مربوط به خدمات و امکانات حوزه سلامت و بهداشت که ممکن است به دلیل موانع هنجاری و اجرایی در دوران بارداری و زایمان در دسترس زنان قرار نگیرد. به صورت کلی، دلایل اصلی مرگ مادران در دوران بارداری و زایمان به دو گروه کلی دلایل پزشکی و غیرپزشکی تقسیم می‌شود که در این بخش به توضیح مختصر هر یک از این دو دسته می‌پردازیم.

## دلایل پزشکی مرگ مادران

براساس گزارش گروه آژانس بین‌المللی مادر شدن ایمن<sup>۱</sup> (IAG) در دهه اول فعالیتش، ۷۰ درصد از مرگ مادران در دوران بارداری و زایمان به دلیل یکی از عوامل پزشکی زیر اتفاق می‌افتد: خونریزی‌های شدید (اغلب بعد از زایمان)، عفونت، فشار خون بالا در دوران بارداری، سقط جنین‌های غیرایمن و نهایتاً مشکلات حین زایمان. بیشتر این عوامل، در دوران بارداری و مستقیماً به دلیل آن ایجاد می‌شوند، هرچند در بعضی موارد ممکن است مشکلات پیش از بارداری نیز وجود داشته باشد و به سبب نبود مراقبت‌های کافی و لازم در طول دوران بارداری تشدید شوند. در اینجا نباید دلایل جانبی دیگر مانند مبتلا شدن مادر به بعضی بیماری‌ها نظیر مالاریا و ایدز را نیز از نظر دور داشت. براساس همین گزارش، نزدیک به ۶۱ درصد این مرگ‌ها، معمولاً بعد از زایمان حادث می‌شوند و حدود نیمی از آنها در زمان وضع حمل اتفاق می‌افتند (Cook & Dickens, 2002: 226).

## ۱. دلایل غیرپزشکی مرگ مادران

در گزارش گروه آژانس بین‌المللی مادر شدن ایمن، نگرشی فرایزشکی به موضوع مرگ و

۱. هدف اصلی از تأسیس این آژانس در سال ۱۹۸۷، جلب توجه افکار عمومی به ابعاد و آثار کاستی در سلامت مادران در کشورهای در حال توسعه و صورت دادن اقداماتی جهت کاهش مرگ و میر مادران و عوارض ناشی از بارداری و زایمان بود. سایر سازمان‌هایی که با این آژانس همکاری دارند عبارت‌اند از: سازمان جهانی بهداشت (WHO)، صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)، بانک جهانی، یونیسف (UNICEF)، فدراسیون جهانی تنظیم خانواده (IPPF)، و شورای جمعیت.

سلامت مادران وجود دارد، نگرشی که در آن مقصر اصلی مرگ مادران را فقط عوامل پزشکی و بیماری‌های زنان تلقی نمی‌کند. نظام سلامت ناکارآمد کشورها، عدم تحقق اصول اولیه عدالت اجتماعی و به حاشیه کشیده شدن زنان و مورد بی‌توجهی قرار گرفتن آنان در بعضی مناطق به دلیل فرهنگ‌های خاص، از دیدگاه آژانس، نقش اساسی در به‌وجود آوردن این شرایط ناگوار انعکاس یافته در آمارهای تکان‌دهنده مزبور دارد.

گزارش حقایق را چنین بیان می‌دارد:

اساس و ریشه دلایل پزشکی مرگ و به خطر افتادن سلامت مادران، نه دلایل پزشکی که گستره وسیعی از سازوکارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است که به راحتی می‌توانند سلامت مادران و تغذیه آنان را در دوران پیش از بارداری، بارداری و بعد از آن تحت تأثیر قرار دهند. عواملی مانند در دسترس نبودن خدمات، برخوردار نبودن از آموزش و تحصیل کافی، جایگاه اجتماعی ضعیف، کمبود درآمد، عدم استقلال مالی و نبود فرصت‌های شغلی برابر همگی به نوعی چه مستقیم و چه غیرمستقیم به این حوزه مربوط می‌شوند (Cook & Dickens, 2002: 226).

توضیح بیشتر در خصوص دلایل غیرپزشکی مرگ مادران آن است که در جوامع سنتی، رفتارها و سنت‌های تبعیض‌آمیز از موانع اصلی دسترسی زنان به خدمات موردنیازشان در حوزه سلامت است. زنان و دختران - همان‌گونه که پیشتر نیز اشاره شد - به نسبت مردان از منابع آموزشی کمتر بهره‌مند می‌شوند. اغلب زنانی که در خانه با خشونت‌های مختلف جسمی و جنسی شریک زندگی خود مواجه می‌شوند، ممکن است کمتر به دنبال خدمات سلامت برای بارداری ایمن یا مقابله با آسیب‌های ناشی از خشونت خانگی بروند.

در این میان عوامل دیگری نیز وجود دارند که آمار مرگ و به خطر افتادن سلامت مادران را تشدید می‌کنند. عواملی مانند فقر، ازدواج‌های زودهنگام که به بارداری‌های زیر ۱۸ سالگی منجر می‌شود (Sippel, 2015: 9)، بارداری‌های ناخواسته، نرخ بالای بارداری در کشورهای در حال توسعه، صدمه زدن به اندام جنسی زنانه در بعضی جوامع و سقط جنین‌های غیر ایمن در کشورهایی که این کار در آن‌ها غیرقانونی است، همگی از عواملی‌اند که سلامت مادران در این دوران حساس را تحت تأثیر قرار می‌دهند و گاه تأثیر این عوامل بر سلامت مادر تا پایان عمر همراه او باقی می‌ماند.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود و با بیان عواملی که ذکر آن رفت، متوجه می‌شویم که موضوع مادران و حفظ سلامت آنان در دوران بارداری و زایمان ارتباط تنگاتنگی با حوزه حقوق بشر دارد. در حقیقت در تمامی مواردی که بیان شد، بیش از آنکه حق بر سلامت مادران در این دوران خاص به چالش کشیده شود، حقوق بشر آنان است که نقض شده است، حقوقی مانند حق حیات، حق امنیت و آزادی، حق دسترسی به بالاترین سطح از استاندارد و... برای

مردان در همین رده سنی، هیچ عامل مرگومیر و بیماری قابل مقایسه‌ای با این مورد در زندگی زنان وجود ندارد.

در این میان محوریت پژوهش حاضر، از مصادیق نسل دوم حقوق بشر یعنی حق بر سلامت است و چگونگی عینیت یافتن این حق بشری به صورت خاص در حمایت از مادران در عرصه بین‌المللی در دستور کار قرار دارد. اما در ابتدا و برای ورود به موضوع اصلی پژوهش، ناگزیر از گریزی کوتاه به مفهوم حق بر سلامت به صورت کلی و جایگاه آن در نظام حقوق بین‌الملل بشر و متعاقبا تعمیم موضوع به حق بر سلامت مادران هستیم.

### جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوق بین‌الملل بشر

امروزه، بهداشت و سلامت از ارکان اساسی در نظام حقوق بشر تلقی می‌شود و برخورداری از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی - که باید برای همه در دسترس باشد- حق تمام افراد بشر است. در حقیقت، انسان سالم شرط محوری، جزء لاینفک، هسته اصلی و نقطه ثقل توسعه انسانی پایدار به شمار می‌آید و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی با هدف ارتقا، حفظ و تأمین سلامت افراد، یکی از شالوده‌های مهم حقوق بنیادین هر انسانی به صورت خاص و پیشرفت هر جامعه‌ای به صورت عام می‌باشد (جعفری، ۱۳۹۳: ۱۷۳).

یکی از ابتدایی‌ترین و از جمله اساسی‌ترین اصولی که اسلام نیز بدان اهتمام داشته، بهداشت، سلامت و عافیت و رفاه فردی و اجتماعی است که آن را از برترین نعمت‌های خداوند به شمار آورده و از انسان خواسته است که شکر و سپاس آن را به جای آورد تا نعمت‌ها و دوام آن افزون گردد (عبدی و کتابی رودی: ۱۰۳).

برای نخستین بار مفهوم حق بر سلامت در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت بدین ترتیب گنجانده شد:

وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفا نبود بیماری یا نقص. در مقدمه متعاقبا آمده است که حق بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد دست‌یافتنی از اساسی‌ترین حقوق هر فرد است فارغ از هر گونه تبعیضی که نگرش نژادی، مذهبی، اعتقادات سیاسی، شرایط اقتصادی و اجتماعی را در نظر بگیرد. هدف نهایی، دستیابی افراد به بالاترین سطح ممکن از چنین سلامتی است.<sup>۱</sup>

در دهه‌های اخیر، این حوزه از حقوق و مفهوم حق بر سلامت به صورت فزاینده‌ای مورد توجه جامعه جهانی قرار گرفته و دولت‌ها، سازمان ملل متحد، سازمان‌های بین‌المللی بین‌الدولی و سازمان‌های غیردولتی در زمینه تدوین اسناد بین‌المللی، اعمال و اجرای هر چه بهتر و

1. [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

تأثیرگذارتر حق بر سلامت اقداماتی را انجام داده‌اند؛ اقداماتی که بیانگر پذیرش این واقعیت است که در حال حاضر حق بر سلامت به‌عنوان یک حق مسلم بشری توسط جامعه‌ی جهانی به رسمیت شناخته شده است.

در پی این توجه و تلاش‌های جامعه‌ی جهانی، حق بر سلامت در حال حاضر جایگاه استواری در اسناد حقوق بشری و عرف بین‌المللی پیدا کرده است و می‌توان آن را در شمار اصول کلی پذیرفته‌شده‌ی نظام‌های حقوقی توسعه‌افته دانست (محمدی، ۱۳۹۳: ۱۷۹). اسناد و معاهدات بین‌المللی متفاوت حقوق بشری چه در قالب اسناد عام و چه در قالب اسناد خاص، یا حق بر سلامت و عناصر آن را شناسایی کرده یا اینکه در متن‌های خود به این حق اشاراتی داشته‌اند (Tobin, 2012: iv). به جرأت می‌توان گفت که در عصر حاضر حق بر سلامت، دغدغه‌ی تمام کشورهای جهان است و در این دغدغه‌ی مشترک تفاوتی میان کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه‌یافته وجود ندارد.

از اسناد بین‌المللی که به‌نحوی به حق بر سلامت و ضرورت تأمین آن از سوی دولت‌ها پرداخته‌اند، به‌صورت خلاصه می‌توان به ماده‌ی ۵۵ منشور ملل متحد، ماده‌ی ۲۵ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر، ماده‌ی ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تفسیر عمومی شماره‌ی ۱۴ کمیته‌ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و کنوانسیون‌های بین‌المللی رفع هر گونه تبعیض نژادی، رفع هر گونه تبعیض علیه زنان، کنوانسیون حقوق کودک و کنوانسیون حقوق معلولان اشاره کرد (مرادی، ۱۳۹۵: ۳۰-۲۷).

در سطح منطقه‌ای نیز با اسنادی مانند کنوانسیون اروپایی برای حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین، منشور اجتماعی اروپا، منشور آفریقایی حقوق بشر، کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر و پروتکل سان‌سالوادور الحاقی به آن مواجه می‌شویم (فلاحی و علی نوری، ۱۳۸۹: ۳۴-۳۵)، که همگی گواه این مدعا هستند که در عصر حاضر حق بر سلامت به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین حقوق بنیادین بشر توسط جامعه‌ی جهانی به رسمیت شناخته شده است و شاید در اهمیت حق بر سلامت بتوان گفت که سایر حقوق بشر تحقق نمی‌یابند، مگر اینکه حق بر سلامت افراد از سوی دولت‌ها چه در مرحله‌ی سیاستگذاری و چه در مرحله‌ی اجرا به‌صورت کامل تأمین شود. نکته‌ای که در این بین باید به آن اشاره کرد این است که براساس فکت شیت شماره‌ی ۳۱

سازمان جهانی بهداشت که با همکاری کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد منتشر شده، حق بر سلامت از چهار رکن اصلی تشکیل شده است: موجود و فراهم بودن، در دسترس بودن، قابل قبول بودن و کیفیت مناسب (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۵۲). به‌صورت خلاصه در تعریف این چهار رکن باید گفت که منظور از رکن اول این است که کالاها، خدمات، مراکز سلامت عمومی و مراقبت سلامت و متخصصان مربوطه به حد کافی در سطح داخلی در سراسر نقاط کشور وجود و حضور داشته باشند؛ رکن دوم به این ترتیب که کالاها و خدمات بدون تبعیض

در دسترس همگان قرار گیرد؛ قابل قبول بودن خدمات این گونه معنا پیدا می کند که کالاها، خدمات و مراکز سلامت با توجه به اصول اخلاق پزشکی و الزامات فرهنگی افراد و اقلیت‌ها، جنسیت آنان و توأم با رعایت اصل محرمانگی اطلاعات ارائه شود و در نهایت کالاها و خدمات از استانداردها و کیفیت مناسب برخوردار باشند (Zuniga et al., 2013: 10)

در همین زمینه به موجب اسناد بین‌المللی به صورت کلی تعهد دولت‌ها برای تأمین حق بر سلامت افراد کشورشان به سه دسته تقسیم می‌شود: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به اجرا (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲: ۵۴).

در توضیح هر یک از این تعهدات باید گفت که تعهد به احترام مستلزم آن است که دولت‌ها از مداخله در برخورداری افراد از حق بر سلامت امتناع ورزند. برای نمونه دولت‌ها باید از منع یا اعمال محدودیت در دسترسی به خدمات درمانی، عرضه داروهای ناسالم، اعمال محدودیت دسترسی به داروهای پیشگیری از بارداری و سایر روش‌های حفظ سلامت جنسی و باروری امتناع ورزند.

تعهد به حمایت نیز دربردارنده این مفهوم است که دولت‌ها باید مانع دخالت طرف‌های ثالث و نقض حق بر سلامت اتباعشان توسط آنان شوند؛ از آن جمله است قانونگذاری درست و کارآمد با هدف اعمال کنترل بر بخش خصوصی.

در آخر تعهد به اجرا این گونه معنا پیدا می کند که دولت‌ها به شیوه‌های مختلف از جمله قانونگذاری و اقدامات اداری، مالی و قضایی درصدد برآیند بستر لازم برای اجرای حق بر سلامت افراد را فراهم سازند (اسلامی تبار، ۱۳۹۵: ۱۰۹-۱۰۸).

نکته دیگری که در خصوص حق بر سلامت قابل تأمل است و در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به آن اشاره شده، بیان این واقعیت است که تعهد تضمین حق بر سلامت از سوی دولت‌ها و ایجاد سازوکارهای همه‌جانبه برای تأمین آن، ماهیتی تدریجی و نه فوری دارد؛ هرچند باید توجه داشت دولت‌ها تعهد فوری به اجرای برخی از عناصر و ارکان این حق دارند که برای هر دولت با توجه به امکانات و شرایط آن لازم‌الاجراست. دولت‌ها باید بکوشند که با در دسترس قرار دادن اطلاعات، امکانات، کالاها و خدمات درمانی بهداشتی به صورت کمی و کیفی برای همگان بدون تبعیض، زمینه تحقق کامل حق بر سلامت افراد را به‌عنوان بستری برای تحقق سایر حقوق شهروندانشان فراهم آورند (امیر آفتابی، ۱۳۹۳: ۱۷۶).

حال با بیان کلیاتی در خصوص جایگاه حق بر سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر و تعهد دولت‌ها در خصوص اجرای این حق، به ارتباط میان حق بر سلامت مادران در دوران بارداری و زایمان با حقوق بین‌الملل بشر پرداخته و چگونگی رابطه و تأثیرگذاری عناصر اصلی حقوق بین‌الملل بشر بر حق بر سلامت مادران را به مذاقه خواهیم گذاشت.



## اصول بنیادین حقوق بشر مرتبط با حمایت از مادران در دوران

### بارداری و زایمان

بسیاری از مؤلفه‌های بنیادین حقوق بشر به‌تنهایی و در کنار هم می‌توانند در داشتن دوران بارداری و زایمان ایمن و سالم برای زنان تأثیرگذار عمل کنند.

حقوق بشر عصر حاضر می‌تواند در زمینه مشکلات و کمبودهایی که زنان در این دوران به‌واسطه آسیب‌پذیربودنشان با آن مواجه می‌شوند، کارا عمل کند. کمک به دختران نوجوان باردار که در این دوران با سوء‌تغذیه و کمبود آهن مواجه نشوند، می‌تواند مثال یا نمونه کوچکی در اهمیت این موضوع باشد. همچنین توجه به بعد حق بر آموزش و اشتغال زنان، از دیگر ابعاد حقوق بشری تأثیرگذار در این حوزه است. قدر مسلم آن است که مادران تحصیل‌کرده و مستقل از نظر مالی کمتر از سایر زنان با مشکلات متعدد خاص این دوران مواجه می‌شوند. دریافت آموزش‌های لازم و داشتن شغلی مناسب به زنان و دختران در خصوص تعیین زمان ازدواجشان و امکان استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده و روش‌های پیشگیری از بارداری و تعیین تعداد بارداری‌ها و فاصله‌های زمانی بین آنها و در نهایت بهره بردن درست از امکانات و خدمات سلامت مربوط به دوران بارداری و زایمان، آگاهی و استقلال کامل را می‌دهد. هرچند در این میان نباید بسترهای فرهنگی و وضعیت اقتصادی کشوری را که زن در آنجا زندگی می‌کند، نادیده گرفت.

در حقیقت، در دوران معاصر، این خواسته که زنان در دوران بارداری و زایمان در معرض خطر مرگ قرار نگیرند و از سلامت کامل بهره‌مند شوند و از آن لذت ببرند، دیگر نه ترجیحی شخصی و محدود به جامعه خاص، بلکه به‌عنوان یک حق مسلم بشری در اغلب قوانین بنیادین داخلی و توافقات و معاهدات بین‌المللی حقوق بشری در سطوح جهانی به رسمیت شناخته شده است و دولت‌ها با عضویت در این معاهدات تمایل خود را به اعمال و اجرای این اصول بیان داشته‌اند. شاید بتوان گفت که عضویت داوطلبانه دولت‌ها در معاهدات حقوق بین‌المللی که دغدغه آنها اهداف حقوق بشری است، بیشتر از آنکه محدودیتی برای حاکمیت کشورها تلقی شود، یک ابراز وجود است. ابراز وجودی که ثابت می‌کند کشورها به این باور رسیده‌اند که شاید این چنین محدودیت‌های خودخواسته انسان‌محوری است که سبب می‌شود اقتدار آنها در داخل کشور از سوی شهروندانشان مورد قبول قرار گیرد و به‌درستی و تا حد ممکن این اقتدار عادلانه اعمال و اجرا شود.

اگر به این باور رسیده باشیم که تمامی حقوق بشر، ماهیتی جهانی دارند، اساساً استفاده از اصطلاح «حقوق بشر زنان» استفاده‌ای نابه‌جاست، چراکه این عقیده را به مخاطب القا می‌کند که حقوق بشر زنان متفاوت از حقوق بشر مردان است. در حقیقت، هدف غایی از انعقاد

معاهدات و اعلامیه های حقوق بشری، حمایت از افراد در برابر هر گونه تبعیضی است که براساس نژاد، رنگ، مذهب، جنسیت و ... شکل گرفته باشد (Boerefijn, 2007-2008: 184). آسیب پذیر بودن زنان در مقابل عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی باورهای به ظاهر مذهبی (اما غلط و در باطن منافی با آن)، اغلب سبب می شود که ایشان نتوانند نیازها و خواسته های خود را به راحتی بیان کنند و در تصمیمات دولتی در حوزه های مختلف ایفاگر نقش باشند؛ همین امر تأثیر مستقیم خود را بر سلامت آنان در آغاز دوران بارداری و بعد از آن گذاشته و بر نحوه دسترسی آنان به مراکز و خدمات بهداشتی و درمانی نیز اثر می گذارد. در این قسمت و با بیان این مقدمه، به اساسی ترین اصول حقوق بشری در زمینه حق بر سلامت مادران می پردازیم.

## ۱. حق بر حیات

اساسی ترین حق بشری که اعمال و اجرایش، دوران بارداری و زایمان ایمن را برای زنان به ارمغان می آورد، حق بر حیات است. در بند ۱ ماده ۶ کنوانسیون حقوق مدنی و سیاسی آمده است: «هر فردی از حق ذاتی حیات برخوردار است. این حق باید توسط قانون حفظ شود.

هیچ کس نمی تواند به صورت خودسرانه از حق حیات محروم شود».

در سال ۲۰۰۴ نیز فدراسیون جهانی تنظیم خانواده (IPPF)، ترویج ۱۲ حق را به عنوان حقوق بهداشت باروری برای زنان و مادران در سطح بین المللی در دستور کار خود قرار داد که حق بر حیات به عنوان یکی از مهم ترین این حقوق به شمار آمد، آن هم به این مضمون که زندگی هیچ زنی نباید به واسطه بارداری، زایمان یا موارد مرتبط با باروری در معرض خطر قرار بگیرد (نوری زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۷۳).

اگر خدمات پزشکی و سایر تسهیلات مرتبط در این حوزه که بر حق حیات زنان در دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان تأثیر گذارند، به هر دلیلی در زمان مورد نیاز توسط دولت ها، ارکان دولتی و نهادهای مربوطه ارائه نشوند و در اختیار زنان قرار نگیرند، نادیده گرفته شدن اصلی ترین حق برای زنان که همان حق حیات است قلمداد خواهد شد.

با نگاهی دوباره به ماده ۶ کنوانسیون حقوق مدنی و سیاسی برگردیم، از لحاظ تاریخی، منظور از ممنوعیت محروم کردن افراد از زندگی، ممنوعیت مجازات اعدام افراد بدون طی کردن مراحل قانونی بوده است. اما در عصر حاضر، دامنه این ممنوعیت ها گسترش یافته و نیازمند این فرایند است که حکومت ها و افرادی که به اسم آنها مشغول خدمت هستند، در خصوص تصمیماتشان پیرامون تخصیص منابع و امکاناتی که نبودشان سلامت مادران در دوران بارداری و زایمان را به مخاطره می افکند- مخاطراتی که اغلب نیز قابل پیش بینی و پیشگیری هستند و حیات زنان به آن منابع بستگی دارد- پاسخگو باشند و شفاف عمل کنند (Cook & Dickens, 2002: 229).

در حقیقت، مسئولیت دولت‌ها در این حوزه تنها محدود به آن دسته از تصمیماتشان که جان زنان باردار را در حین زایمان به دلیل نبود امکانات با کیفیت و قابل قبول به خطر می‌اندازد نیست، بلکه این مسئولیت شامل پرهیز از مانند در دسترس قرار ندادن خودسرانه خدمات تنظیم خانواده، ایجاد مانع کردن سد راه آن و نیز فراهم نیاوردن یا دشوار کردن و در دسترس قرار ندادن وسایل پیشگیری از بارداری و خدمات سقط ایمن می‌شود.

## ۲. حق بر آزادی و امنیت

حق بر آزادی و امنیت به‌عنوان یک حق واحد در بند ۱ ماده ۹ کنوانسیون حقوق مدنی و سیاسی گنجانده شده است؛ هرچند ممکن است در خصوص زنان باردار، حق بر آزادی و حق بر امنیت برای پشت سر گذاشتن دوران بارداری و زایمان ایمن، هر کدام به‌گونه‌ای متفاوت موضوعیت پیدا کند.

در خصوص حق بر امنیت باید گفت که این حق ارتباط تنگاتنگی با حق حیات دارد، زیرا عواملی که حیات فرد را در معرض تهدید قرار می‌دهند، به‌راحتی می‌توانند امنیت او را نیز تحت تأثیر قرار دهند. به‌عبارتی می‌توان گفت که اصل حق بر امنیت در خصوص دوران بارداری و زایمان ایمن این‌چنین معنا پیدا می‌کند که اگرچه زندگی مادر، به‌خودی‌خود در معرض خطر قابل پیش‌بینی قرار ندارد، اما سلامت او به‌واسطه مادر شدن در معرض تهدید است.

سلامت زن ممکن است مستقیماً به‌دلیل بارداری در معرض خطر قرار گیرد و در نتیجه حق بر امنیت جانی او به چالش کشیده شود؛ زمانی که وضعیت فیزیولوژیک زن حتی قبل از انعقاد نطفه، بارداری او را از لحاظ پزشکی با خطر مواجه می‌سازد و سلامت او را تهدید می‌کند، می‌تواند مثال درستی از عینیت یافتن این موضوع باشد. این امر به‌ویژه زمانی اتفاق می‌افتد که زن یا دختر نوجوان به‌دلیل بارداری خارج از نهاد ازدواج-حالی که هر دلیلی که رخ داده باشد- در معرض انواع خشونت‌ها حتی توسط افراد خانواده خود قرار گیرد، از ابتدایی‌ترین و ساده‌ترین خدمات مربوط به این دوران بی‌بهره بماند و به‌دلیل ترس از آبرو و تهدید خانواده امکان توسل به هیچ نهاد و ارگانی را نیز نداشته باشد (Cook & Dickens, 2002: 229).

در همین قسمت باید گفت که خشونت تأثیر مستقیم منفی بر سلامت باروری زنان و در پی آن سلامت دوران بارداری و زایمان دارد. خشونت علیه زنان، از شنیع‌ترین، سازمان‌یافته‌ترین و رایج‌ترین نقض‌های حقوق بشری در سراسر جهان تلقی می‌شود. زنان اغلب این نوع خشونت را در قالب خشونت فیزیکی شریک زندگی، سوءاستفاده‌های جنسی و عاطفی، تجاوز و... تجربه می‌کنند. تجربه‌هایی که معمولاً آثار زیانبار مادام‌العمری بر روح و جسم خود زنان، خانواده آنها و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، وارد می‌آورد (Anderson, 2008: 174). در حقیقت، اصطلاح خشونت علیه زنان به اشکال مختلفی از رفتارهای آسیب‌زننده

اطلاق می‌شود که زنان و دختران به‌واسطه جنسیتشان آن را تجربه می‌کنند ( Mayhew *et al.*, 2002: 160).

اعلامیه محو خشونت علیه زنان سازمان ملل متحد که در سال ۱۹۹۳ توسط مجمع عمومی به تصویب رسید، به‌صورت رسمی خشونت علیه زنان را این‌چنین تعریف می‌کند: «هر گونه اقدام توأم با خشونت جنسیت محور که منجر به آسیب‌های جسمی، جنسی یا روانی برای زنان می‌شود و یا احتمال چنین آسیب‌هایی را به‌وجود می‌آورد که این امر شامل تهدید به چنین افعالی نیز می‌شود؛ همچنین است اعمال زور و محروم کردن از آزادی‌ها چه در زندگی اجتماعی و چه در زندگی شخصی».

این تعریف گویای این حقیقت است که موضوع خشونت علیه زنان باید در چارچوب جنسی قرار گیرد و بررسی شود، آن هم به این دلیل که در نهایت منشأ خشونت علیه زنان از وضعیت پایین‌تر زنان و دختران نسبت به مردان در بعضی جوامع سرچشمه می‌گیرد.

حق بر آزادی نیز می‌تواند به همین شکل با اندکی تفاوت اما مصداق پیدا کند. زنان به‌دلیل خشونت‌های جنسی، سرکوب‌های اجتماعی، وابستگی‌های اقتصادی و محرومیت از آموزش‌ها و آگاهی‌های لازم، در معرض بارداری‌های ناخواسته ناشی از تجاوز و سوءاستفاده‌های جنسی قرار می‌گیرند و در این حالت در آسیب‌پذیرترین شکل ممکن چه به لحاظ جسمی و چه به لحاظ روانی قرار می‌گیرند، وضعیتی که خود هیچ اراده و تمایلی در به‌وجود آمدن آن و تمایلی به ادامه آن نیز نداشته‌اند.

کار پایه عمل پکن ۱۹۹۵ که چهارمین کنفرانس جهانی با موضوعیت زنان محسوب می‌شود، بارداری اجباری را محکوم می‌کند؛ در همین کنفرانس بود که علاوه بر حقوق باروری زنان، توجه وسیعی به حقوق جنسی آنان نیز معطوف و به‌صراحت عنوان شد که حقوق بشر زنان، شامل حق کنترل و تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه زنان در مسائل مربوط به روابط جنسی‌شان نیز است (جان قربان و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۸).

همچنین در اساسنامه روم دیوان بین‌المللی کیفری مصوب ۱۹۹۸، در فصل دوم سند که به صلاحیت دیوان اختصاص دارد، در ماده ۷ انواع جنایات برشمرده شده که یکی از موارد آن بارداری اجباری در نظر گرفته شده است (مولوردی، ۱۳۹۵: ۱۹۹). براساس این ماده بارداری اجباری به معنی حبس کردن غیرقانونی زنی است که به‌واسطه زور (تجاوز) باردار شده است، به قصد تأثیرگذاری بر ترکیب قومی یک جمعیت یا دیگر نقض‌های فاحش حقوق بین‌الملل. مخاصمات مسلحانه، قرن‌هاست که زندگی زنان را تحت تأثیر خود قرار داده است. زنان

1. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, paras.114, 132,135. New York: UN,1995.

2. United Nations. Rome Statute of the International Criminal Court, Article 7. New York: UN,1998.

اغلب از قربانیان اصلی مخاصمات تلقی می‌شوند و این واقعیت در قطعنامه‌های ۱۳۲۵، ۱۸۲۰، ۱۸۸۸، ۱۸۸۹ شورای امنیت به‌صراحت بیان شده است (Ni Aolain, 2010: 568). اگر به‌صورت کلی تر و خارج از حوزه تجاوزه و مخاصمات مسلحانه نیز به این مهم پردازیم، بارداری‌های ناخواسته به‌صورت خاص به‌واسطه تجاوزه می‌تواند هر دو حق بر آزادی و حق بر امنیت زنان را نقض کند؛ نقض حق بر آزادی به این دلیل که زن قربانی هیچ اختیار و اراده‌ای در وضع به‌وجودآمده نداشته است و نقض حق بر امنیت به این دلیل که معمولاً این اعمال با چنان خشونت‌های همراه است که جان زنان را حتی قبل از اینکه بتوانند فرزند خود را در آغوش بگیرند، در معرض خطر جدی قرار می‌دهد و این آستانه تا آنجا می‌تواند بالا برود که نقض ماده ۷ کنوانسیون حقوق مدنی و سیاسی نیز آنجا که بیان می‌دارد افراد نباید در معرض رفتارهای غیرانسانی و تحقیرآمیز قرار بگیرند، تلقی شود (Cook & Dickens, 2002: 229).

### ۳. حق دسترسی به بالاترین سطح از استاندارد سلامت

بند ۱ ماده ۱۲ کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق افراد در بهره‌مندی از بالاترین سطح از استاندارد سلامت جسمی و روانی را به رسمیت شناخته است. زنان به دلایل مختلف جزء گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند. پیشتر نیز بیان شد که براساس فکت شیت شماره ۳۱ سازمان جهانی بهداشت، زنان در کنار گروه‌های دیگری مانند کودکان، معلولان، مهاجران و افراد مبتلابه ایدز، از آسیب‌پذیرهای جامعه تلقی می‌شوند. در همین جا باید این نکته را خاطرنشان ساخت که لحاظ کردن این گروه‌های خاص را نمی‌توان در تضاد با اصل عدم تبعیض که یکی از مؤلفه‌های بنیادین حقوق بشری است قلمداد کرد؛ چراکه تعریف و تعیین گروه‌های آسیب‌پذیر صرفاً به این دلیل است که افراد این گروه‌ها به‌دلیل عوامل مختلف فیزیولوژیکی، محیطی، جنسیتی، اجتماعی و فرهنگی و ... دارای نیازهای ویژه‌ای بوده و به‌گونه‌ای متفاوت و با سازوکار پیچیده‌تری می‌بایست حق بر سلامت آنان در نظام سلامت عمومی تأمین شود.

در مورد زنان نیز گستره‌ای از تمامی عواملی که ذکر آن رفت، می‌تواند سلامت آنان را در دوران پیش از بارداری، بارداری و پس از آن تحت تأثیر قرار دهد و دسترسی نداشتن به مراقبت‌های حوزه سلامت در هر یک از این دوران می‌تواند آثار جبران‌ناپذیری بر سلامت مادر و فرزند تازه متولدشده‌اش به‌دنبال داشته باشد.

در این مورد، حق بر دسترسی به اطلاعات و به‌صورت خاص تر حق بر دسترسی به خدمات سلامت باروری از مهم‌ترین جنبه‌های سلامتی مادران تلقی می‌شود. برای اینکه زنان بتوانند در حوزه سلامت باروری خود انتخاب‌های درست و آگاهانه داشته باشند، باید امکان دسترسی به

اطلاعات در حوزه برنامه‌های تنظیم خانواده، روش‌های مناسب پیشگیری از بارداری، سن مناسب بارداری و فواصل مناسب بین بارداری‌های خود را داشته باشند.

#### ۴. حق بر حمایت از مادران (به صورت خاص)

مهم‌ترین نگرانی در بیان حقوق زنان به‌ویژه در گذشته، ماندن بر سر این دوراهی بود که آیا زنان به‌واسطه خودشان و زن‌بودنشان است که از اصول حقوق بشری بهره‌مند می‌شوند یا صرفاً به‌واسطه مادر شدن و به دنیا آوردن فرزندان (Cook & Dickens, 2002: 229)؛ هرچند ماده ۱ اعلامیه جهانی حقوق بشر ۱۹۴۸ به‌راحتی می‌تواند پرسش ما را پاسخ دهد، آنجا که بیان می‌دارد: «تمام افراد بشر آزاد به دنیا می‌آیند و از لحاظ حیثیت و حقوق با هم برابرند. همه دارای عقل و وجدان هستند و باید نسبت به یکدیگر با روح برادری رفتار کنند».

در بند ۱ ماده ۲۵ نیز به حق همه افراد در برخورداری از سطح استاندارد سلامت و رفاه از حیث خوراک، مسکن و مراقبت‌های بهداشتی و خدمات لازم تأمین اجتماعی برای خود و خانواده‌هایشان اشاره شده است.

بند ۲ این ماده بیان می‌دارد:

مادران و کودکان حق دارند از کمک و مراقبت‌های خاص بهره‌مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه خارج از نهاد ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند.

ماه دیگری که محوریت آن به‌صورت خاص حمایت از مادران است، ماده ۱۰ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. در بند ۱ این ماده بر اهمیت بنیان خانواده، تأثیر آن در نگهداری و آموزش و پرورش کودکان و بر جامعه تأکید می‌ورزد. بند دوم همین ماده اما موضوع سلامت مادران در دوران بارداری و زایمان را به بحث می‌گذارد، آنجا که بیان می‌دارد:

مادران در مدت معقوله پیش از زایمان و پس از آن باید از حمایت خاص برخوردار شوند، در آن مدت مادران کارگر باید از مرخصی با حقوق یا مرخصی با مزایای تأمین اجتماعی کافی برخوردار شوند.

در اینجا و در خصوص همین ماده باید به این نکته نیز توجه داشت که وجود امنیت شغلی برای حفظ اشتغال زنان شاغل به‌ویژه در بخش خصوصی بعد از دوران مرخصی زایمان، از دیگر چالش‌هایی است که ارتباط مستقیم با سلامت روانی مادران در این دوران دارد.

## ۵. حق بر دسترسی به اطلاعات و آموزش

در ماده ۱۹ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، بندهای ۲ و ۳ آن آمده است:  
۲. هر کس حق آزادی بیان دارد. این حق شامل آزادی کسب دانش، گرفتن و دادن اطلاعات و هر نوع عقایدی، بدون توجه به چگونگی ارائه آن... می‌باشد؛  
۳. اعمال حقوق ارائه‌شده در بند ۲ این ماده که همراه با وظایف ویژه و یک سری مسئولیت‌ها می‌باشد، ممکن است تابع محدودیت‌های معینی قرار گیرد. این (محدودیت‌ها) فقط باید بنا به ضرورت‌های ذیل و به وسیله قانون انجام گیرد:

الف) برای احترام حقوق یا حیثیت دیگران

ب) حفظ امنیت ملی یا نظم و سلامت و اخلاق عمومی

به صورت سنتی، حق بر دسترسی به اطلاعات به معنی تضمین آزادی جست‌وجو، دریافت و انتقال اطلاعات و ایده‌ها بدون دخالت دولت بود. با این حال، در حال حاضر برخی حقوق‌دانان و مفسران حقوقی به این باور رسیده‌اند که در زمینه حق بر اطلاعات، در این حوزه خاص دولت‌ها تعهد مشخص و فوری به ارائه اطلاعاتی دارند که برای حفظ و ارتقای حق بر سلامت باروری ضروری است و نقش نهاد دولت مانند گذشته صرفاً محدود به عدم مداخله در دسترسی به اطلاعات نیست.

این ادعا که در عصر حاضر، دولت‌ها تعهد ایجاد برای تضمین دسترسی افراد به اطلاعاتی دارند که برای حفظ سلامت آنها ضروری است، بارها از سوی احکام صادرشده توسط دادگاه‌های حقوق بشری و معاهدات حقوق بین‌المللی مورد تأکید قرار گرفته است. برای نمونه، در یک مورد، موضوعی که در دیوان اروپایی حقوق بشر طرح شد، به این ترتیب بود که آیا ممنوعیت دسترسی به اطلاعات در خصوص خدمات مربوط به سقط جنین نقض حق بر دسترسی به اطلاعات محسوب می‌شود یا نه (Eur.Ct.H.R., 1992: Ser.A, No.246). حکمی که دیوان در نهایت در این پرونده صادر کرد، بر این نکته تأکید داشت که ممنوعیت‌هایی که یک دولت بر دسترسی به اطلاعات اعمال می‌کند، آن هم در خصوص اینکه در کدام کشورها امکان سقط جنین قانونی وجود دارد، به صراحت نقض حق بر دریافت و انتقال اطلاعات محسوب می‌شود.

همان‌گونه که می‌دانیم، یکی از چالش‌های اساسی زنان، مسئله سقط جنین است. مادرانی که در کشورهای زندگی می‌کنند که سقط جنین در آنها به دلایل مذهبی، اجتماعی و فرهنگی غیرقانونی تلقی می‌شود، اگر به هر دلیلی مایل به نگه‌داشتن فرزند خود نباشند، ناچار با مراجعه به مراکز غیرقانونی سقط جنین به صورت مخفیانه و توسط افراد غیرمتخصص جنین خود را سقط می‌کنند که آمار نشان می‌دهد درصد زیادی از این زنان یا جان خود را از دست می‌دهند یا سال‌های طولانی از تبعات ناشی از سقط جنین غیراصولی رنج می‌برند (نوری‌زاده، ۱۳۹۰: ۱۰).

ماده ۱۳ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اما بر حق همه افراد بر آموزش

تأکید داشته و آن را به رسمیت می‌شناسد. این حق بیشتر از هر گروه دیگری در این حوزه در خصوص دختران نوجوان موضوعیت پیدا می‌کند. در این مورد باید گفت که ارتباط نزدیکی میان حق بر آموزش و سوادآموزی آنان با کاهش مرگومیر مادران وجود دارد. شواهد حاکی از آن است که در برخی کشورها مانند سریلانکا، هند، کوبا، چین و ... یکی از عوامل اصلی کاهش مرگومیر مادران، دسترسی مناسب دختران به آموزش بوده است. یکی از اقدامات تأثیرگذاری که دادگاه‌های ملی در این حوزه می‌توانند انجام دهند، این است که در احکامی که صادر می‌کنند تضمین دسترسی رایگان افراد به آموزش در مقاطع ابتدایی و راهنمایی را تکلیف دولت‌ها تلقی کنند. برای مثال، دیوان عالی هند با تکیه بر ماده ۱۳ میثاق حقوق اقتصادی بیان می‌دارد که دولت متعهد به ارائه امکانات رایگان آموزش و پرورش به کودکان تا ۱۴ سالگی است (Supreme Court of India, 1993: S.C.2178 at 2179). دیوان در ادامه بیان می‌دارد که حق بر آموزش و پرورش نه به صورت صریح و مستقیم، اما به صورت ضمنی از ماده ۲۱ قانون اساسی هند که دربردارنده حق بر حیات و حق بر آزادی شخصی است، استنباط می‌شود. در نهایت آنچه دیوان بر آن تأکید دارد این است که دولت متعهد و موظف است که به صورت ویژه منافع آموزشی و اقتصادی بخش ضعیف‌تر جامعه را تأمین کند و از آنها در برابر بی‌عدالتی و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن محافظت کند (Supreme Court of India, 1993: at 2231).

بهره‌مند شدن از حق بر آموزش و سوادآموزی، از ملزومات اساسی در زمینه تجربه کردن دوران بارداری و زایمان ایمن است؛ آن هم به این دلیل که اغلب اطلاعات در خصوص بهترین زمان برای باردار شدن و شرایط آن و علائم هشداردهنده بارداری‌های غیرایمن به صورت جزوات و متون کتبی در اختیار زنان و دختران قرار می‌گیرد و پرواضح است که تنها زنان باسوادند که می‌توانند از این منابع استفاده کنند.

یکی از پیش‌شرط‌های اساسی در زمینه اعمال حق بر آموزش در حوزه دوران بارداری و زایمان، آگاهی دادن به زنان در خصوص حقوق باروری و جنسی‌شان و همچنین نوع ارائه خدمات ارائه‌کنندگان این حوزه و کیفیت آن است. انجمن بین‌المللی زنان و مامایی در سال ۲۰۰۹ اقدام به طراحی دستورالعملی اخلاقی به منظور حل مباحث مهم اخلاقی در عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات زنان و مامایی کرد. در این دستورالعمل آمده است که به منظور تأثیر بر عملکرد نظام سلامت و قانونگذاری، لازم است متخصصان زنان و مامایی، جامعه را درباره مشکلات سلامت باروری و جنسی آگاه کنند و گفتمان جامعی با طیف وسیعی از انجمن‌ها، تشکلات زنان، قانونگذاران، استادان، حقوقدانان، دانشمندان علوم اجتماعی و مقامات مذهبی داشته باشند. محورهای اصلی اخلاقی مطرح شده در دستورالعمل شامل ارتباط میان پزشک و بیمار، اخذ رضایت آگاهانه، محرمانه نگه‌داشتن حریم خصوصی و امنیت اطلاعات بیماران،



مباحث اخلاقی مربوط به ارائه خدمات سلامت باروری به نوجوانان و زنان در سنین باروری و مواردی از این دست است (فرج خدا و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۲).

## نتیجه گیری

دوران بارداری و زایمان اگر نگوییم حساس‌ترین، اما یکی از حساس‌ترین دوران زندگی زنان تلقی می‌شود. دورانی که در آن حق بر سلامت زنان ممکن است به واسطه عوامل متفاوت در معرض خطر قرار گیرد و نقض شود. در حقیقت، دوران بارداری و زایمان می‌تواند در کنار شیرینی‌های خود، ناگواری‌هایی را نیز به همراه داشته باشد؛ ناگواری‌هایی که گاه به مرگ مادران نیز منجر می‌شود. عمده دلایل مرگ مادران به دو گروه اصلی دلایل پزشکی و غیرپزشکی تقسیم می‌شود. دلایل پزشکی مانند خونریزی‌های شدید و فشار خون بالا و دلایل غیرپزشکی مانند نظام سلامت ناکارآمد کشورها و عدم تحقق اصول اولیه عدالت.

در این بین اما ارتباط میان دوران بارداری و زایمان ایمن برای زنان با یک سری از اصول و قواعد بنیادین حقوق بشر، ارتباطی ملموس و غیرقابل چشم‌پوشی است. همان‌گونه که می‌دانیم حقوق بشر، آن دسته از حقوقی است که انسان‌ها به واسطه انسان بودن و فارغ از هر گونه عامل خارجی دیگر از آن برخوردارند و در این بهره‌مندی هیچ تفاوتی نمی‌کند که فرد در کجای این کره خاکی زندگی می‌کند و چه جنسیت و نژاد و مذهبی دارد. به اعتقاد نگارنده اعمال و اجرای درست و به موقع بعضی از اصول حقوق بشری که در اسناد و معاهدات حقوق بشری جهانی و منطقه‌ای به رسمیت شناخته شده‌اند و دولت‌ها خود را مکلف و متعهد به اجرای آنها می‌دانند، بی‌شک می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش مرگ‌ومیر مادران و بهره‌مند شدن بهتر و کامل‌تر از حق بر سلامت زنان در دوران بارداری و زایمان را به همراه داشته باشد. در حقیقت، با اعمال و اجرای به موقع و مناسب مجموعه‌ای از الزامات حقوق بشری از سوی دولت‌ها، به مادران این اطمینان داده خواهد شد که با کمترین نگرانی این دوران حساس را پشت سر بگذارند و فرزند خود را در آغوش بگیرند.

برخی از اساسی‌ترین اصول حقوق بشری که تا حد زیادی می‌تواند پشت سر گذاشتن ایمن این دوران را تأمین کند عبارت‌اند از: حق بر حیات، حق بر آزادی و امنیت، حق دسترسی به بالاترین سطح از استاندارد سلامت، حق بر حمایت از مادران (به صورت خاص) و حق بر دسترسی به اطلاعات و آموزش. اجرای درست و مؤثر هر یک از این اصول در حوزه سلامت زنان می‌تواند دوران بارداری و زایمان ایمنی را برای مادران به ارمغان بیاورد و از بسیاری مرگ‌های قابل پیشگیری این دوران جلوگیری کند.

## منابع

### ۱. فارسی

#### الف) کتاب‌ها

۱. اسلامی تبار، شهریار (۱۳۹۵). مبانی حقوق سلامت، مجمع علمی و فرهنگی مجد.
۲. مرادی، علی (۱۳۹۵). حق سلامت انسان در حقوق بین‌الملل بشر، انتشارات قانون یار.
۳. مولاوردی، شهیندخت (۱۳۹۵). موازین بین‌المللی حقوق زنان (کنوانسیون‌ها، میثاق‌ها، قطعنامه‌ها، پروتکل‌ها، اعلامیه‌ها، بیانیه‌ها، توصیه‌نامه‌ها، مقاوله‌نامه‌ها، اسناد مصوب کنفرانس‌های جهانی و اجلاس‌های ویژه)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۴. نوری، محمدعلی؛ فلاحی، فاطمه (۱۳۸۹). حقوق بین‌الملل سلامت زنان، تهران: کتابخانه گنج دانش.

#### ب) مقالات

۵. آل کجباف، حسین (۱۳۹۲). «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، ش ۲۴.
۶. امیر آفتابی، زهره سادات (۱۳۹۳). «حق بر سلامت؛ یعنی دسترسی همگان به امکانات و خدمات بهداشتی با کیفیت»، فصلنامه بین‌المللی، آموزشی، خبری، تحلیلی، پژوهشی شهر قانون، سال سوم، ش ۹.
۷. جان قربان، رکسانا؛ لطیف‌نژاد رودسری، رباب؛ تقی‌پور، علی؛ عباسی، محمود (۱۳۹۳). «مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری و جنسی در اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، مجله زنان، مامایی و نازایی، دوره هفدهم، ش ۱۰۰.
۸. جاوید، احسان؛ نیاورانی، صابر (۱۳۹۲). «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، ش ۴۱.
۹. جعفری، زهرا (۱۳۹۳). «تأملی بر حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل بشر»، فصلنامه بین‌المللی، آموزشی، خبری، تحلیلی، پژوهشی شهر قانون، سال سوم، ش ۹.
۱۰. عبدی، یاسین، کتابی رودی، احمد. «جایگاه حق بر سلامت در اسلام و حقوق بین‌الملل»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال دوازدهم، ش ۴۴.
۱۱. فرج خدا، تهمینه؛ لطیف‌نژاد رودسری، رباب؛ عباسی، محمود (۱۳۹۱). «سلامت باروری از منظر اخلاق و حقوق»، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، ش ۲۱.
۱۲. محمدی، فاطمه (۱۳۹۳). «تحقق سلامت و دسترسی به آن برای همگان»، فصلنامه بین‌المللی، آموزشی، خبری، تحلیلی، پژوهشی شهر قانون، سال سوم، ش ۹.

۱۳. نوری‌زاده، رقیه؛ دانش کهن، عباس؛ باختری اقدم، فاطمه (۱۳۹۱). «حقوق زنان در بارداری و زایمان»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال ششم، ش ۲۱.
۱۴. نوری‌زاده، نرگس (۱۳۹۰). حقوق زنان باردار در ایران و مقایسه آن با اسناد بین‌المللی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، پردیس بین‌المللی دانشگاه گیلان.

## ۲. انگلیسی

### A) Books

15. Cook, Rebecca J., Dickens, Bernard M.(2001). *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, World Health Organization.
- 16- Lee, Kelly, Buse, Kent, Fustukian, Suzanne, Mayhew, Susannah H., Watts, Charlotte, (2002). *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge University Press.
17. Tobin, John (2012). *The Right to Health in International Law*, Oxford University Press.
18. Zuniga, Jose M., Marks, Stephen P., Gostin, Lawrence O.,(2013). *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press.

### B) Articles

19. Anderson, Kirsten (2008). "Violence against Women: State Responsibilities in International Human Rights Law to Address Harmful Masculinities", *Netherlands Quarterly of Human Rights*, Vol. 26/2.
- 20- Beth Powers, Mary(1990), "Behind every Healthy Child is a Healthy Mother", *Save the Children*.
21. Boerefijn, Ineke (2007-2008), "A Human-Rights Based Approach of Violence against Women", *International Studies Journal (ISJ)*, Vol.4.
22. Cook, Rebecca J., Dickens, Bernard M.(2002). "Ethical and Legal Issues in Reproductive Health, Human Rights to Safe Motherhood", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
23. Ni Aolain, Fionnuala D. (2010). "Advancing Women's Rights in Conflict and Post-Conflict Situations", *Transitional Justice Institute, University of Ulster, Northern Ireland*.
24. Sippel, Serra(2015). "The right to Safe Motherhood: Opportunities and challenges for Advancing Global Maternal Health in U.S Foreign Assistance", *Center for Health and Gender Equity*.

### C) Cases

25. Open Door Counseling and Dublin well Women v. Ireland (1992), Eur. Ct.H.R.Ser.A, No. 246,15 E.H.R.R.224.
26. Unni Krishnan v. State of Andhra Pradesh, A.I.R. (1993), Supreme Court of India, S.C.2178 at 2197.

**D) Documents**

27. Declaration on the Elimination of Violence against Women.
28. International Covenant on Civil and Political Rights.
29. International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights.
30. Universal Declaration of Human Rights.

**E) Websites**

31. [www.who.int/maternal-health/en/](http://www.who.int/maternal-health/en/)
32. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/)
33. [www.who.int/governance/eb/who-constitution-en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who-constitution-en.pdf).
34. [www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf).