

صياغة قانون للإجهاض يحترم حقوق المرأة: قضايا للمناقشة

يعتمد أمان الإجهاض وإمكانية الحصول عليه بدرجة كبيرة على القوانين والسياسات التي تنظمه. لذا ينبغي على الحكومات، عند إعداد التشريعات والأنظمة المتعلقة بالإجهاض، أن تضع الحقوق الإنسانية للمرأة في طليعة اهتماماتها (مثل حقها في الاستقلالية الإنجابية والصحة والمساواة). ويجب أن تضمن الحكومات توفر الإجهاض بناءً على طلب المرأة دون أن تتعرض هذه للمساءلة فيما يتعلق بأسباب طلبها. إلا أنه يمكن حتى للقوانين التي تجيز الإجهاض على أسس واسعة، أن تقوض حق المرأة في الاختيار وذلك من خلال العوائق الإجرائية الكبيرة التي تضعها أمام الخدمات المتعلقة بالإجهاض. ومن الأمثلة على العوائق الموضوعية أمام الإجهاض فترات الانتظار والاستشارة الإلزامية وطلب موافقة طرف ثالث، والحدود الزمنية الضيقة، والبنود المتعلقة بالضمير، وقيود التمويل، والقيود المفروضة على أفراد الخدمات والمرافق الطبية، والقيود على الإعلانات المتعلقة بالإجهاض. وتتعارض هذه العوائق الإجرائية مع واجبات الحكومات في احترام حقوق الإنسان الخاصة بالمرأة، ويجب أن لا تظهر هذه العوائق في تشريع أو أنظمة تؤثر في إمكانية الحصول على عملية الإجهاض.

شروط الاستشارة المتحيزة

تتشرط قوانين الإجهاض في عدد من البلدان، من بينها ألمانيا وهنغاريا، أن تزود المرأة الحامل باستشارة قبل إجراء الإجهاض.¹ ويقصد غالباً من هذه الاستشارة تثبيط همة النساء عن الإقدام على الإجهاض. وفي هذه الجلسات يمكن أن تعطى للنساء معلومات عن مصادر الدعم للأمهات العازبات والمتزوجات والتبني وطرق الحصول على المساعدة في المشاكل الاجتماعية الناتجة عن الحمل. وقد حصل في بعض الأحيان أن قدم العاملون معلومات سلبية وغير متوازنة للنساء الحاملات عن مخاطر الإجهاض، معتمدين في ذلك على صور غير دقيقة أو مزاعم طبية غير مثبتة.²

إن شروط الاستشارة الإلزامية المتحيزة تقوض استقلالية المرأة في اتخاذ القرار حيال قضايا تؤثر بشكل كبير على صحتها وحياتها.

- من حق المرضى الحصول على استشارة محايدة قبل القيام بأي إجراء طبي. ومع ذلك فإن الاستشارة المراد منها تثبيط همة المرأة عن القيام بالإجهاض تقدم صورة معوجة عن الإمكانيات المتاحة أمامها، وتتدخل في حقها في اتخاذ القرارات الذاتية المتعلقة بالإنجاب.
- إن تقديم معلومات الغرض منها تضليل النساء – بما في ذلك الإيحاءات بوجود علاقة بين الإجهاض وسرطان الثدي ومعلومات مشوهة عن حجم ونمو الجنين – هو خرق صريح لحق المرأة في إعطاء موافقة واعية على أي إجراء طبي.

فترات الانتظار

تكون متطلبات الاستشارة مصحوبة عادة بفترات انتظار. إذ قد تنتظر المرأة عدة أيام بعد الاستشارة قبل أن يسمح لها بإجراء الإجهاض. ففي بلجيكا مثلاً تكون فترة الانتظار هذه ستة أيام وفي فرنسا سبعة أيام.³ وخلال هذه الفترة ينتظر أن تقوم المرأة بمراجعة قرارها والتفكير بالخيارات المختلفة.

متطلبات فترة الانتظار تحط من قيمة النساء وتعيق حصولهن على الإجهاض.

- إن وراء متطلبات فترة الانتظار افتراض مححف بأن المرأة لا تقوم بالتفكير الهادئ واتخاذ القرار العقلاني إلا بتشجيع من الدولة.
- في البلدان التي يكون لدى النساء فترة محدودة فقط للوفاء بجميع متطلبات الحصول على الإجهاض، وبعد أن يعلمن بأنهن حاملات، فإن فترة الانتظار تضعف كثيراً من قدرتهن على إجراء الإجهاض.
- تؤثر فترات الانتظار سلباً على النساء اللاتي يتوجب عليهن السفر لمسافات طويلة للوصول إلى المرافق الطبية والاستشارية. فقد لا يكون لدى هؤلاء النسوة الموارد المالية الكافية لتأمين احتياجات إقامتهن خلال الفترة التي يطلب منهن فيها التفكير بقراراتهن.

متطلبات الإعلام والموافقة

هناك العديد من الدول من بينها اليابان وتركيا، تتطلب من المرأة التي تطلب الإجهاض، الحصول على موافقة زوجها.⁴ وفي العديد من الدول كإندونيسيا والنرويج يطلب من الفتيات تحت سنّ محددة إخبار أحد الوالدين أو الحصول على موافقته قبل القيام بالإجهاض.⁵ وهناك بعض البلدان كإسرائيل وبريطانيا العظمى، تتطلب من العاملين الذين سيقومون بالإجهاض الحصول على موافقة طبيب آخر أو هيئة من المختصين قبل إجراء الإجهاض.⁶

إن متطلبات الإعلام والموافقة هذه تتدخل وبشكل كبير في عملية اتخاذ القرار لدى المرأة الحامل.

- بالإضافة لكون شروط الإعلام تضع العراقيل التي تزيد من صعوبة الوصول إلى الإجهاض، فإنها قد تثني المرأة أو المراهقة عن السعي للإجهاض عبر الطرق الشرعية، فتعرضها بذلك إلى مخاطر اللجوء إلى طرق الإجهاض السريّة.
- إن اشتراط الحصول على موافقة أطباء آخرين على من يقومون بعمليات الإجهاض يزيد من صعوبة تحقيق الإجهاض. وهذا الشرط ينطوي ضمناً أيضاً على أن عملية الإجهاض هي عملية مشبوهة تتطلب المزيد من التدقيق. ويمكن لشروط المصادقة أن تصم عملية الإجهاض بالعار وتجعل الأطباء يخشون من إجراءها. وهو ما يمكن أن يؤدي لنقص في عدد العاملين الطبيين الذين يقومون بها وإلى تراجع في نوعية الخدمات أيضاً.

الحدود الزمنية لإجراء الإجهاض

إن أغلب البلدان التي تجيز الإجهاض بدون تقييد يتعلق بالأسباب، تضع حدوداً للفترة الزمنية التي يمكن إجراء الإجهاض فيها بدون الحاجة لتبيان السبب فيه. وتتراوح الحدود الزمنية المطلوبة للإجهاض من ثمانية أسابيع في غيانا إلى اللحظة التي يبدو فيها الجنين قابلاً للنمو والحياة في الولايات المتحدة وهولندا.⁷ ومعظم البلدان تضع حداً زمنياً يتراوح بين 12 و14 أسبوعاً.⁸ ويمكن

للدول التي تسمح بالإجهاض خلال فترة محددة، مع قيود طفيفة، أن تسمح به أيضاً بعد تلك الفترة، ولكن فقط في ظروف محدودة كأن يكون هناك خطر على حياة المرأة أو صحتها أو أن يكون هناك احتمال مرجح لتشوّه الجنين.

إن الحدود الزمنية القصيرة للحصول على الإجهاض تقوض حق النساء في الاختيار ويمكن أن تعرض صحتهن للخطر.

- إن إيجاد مجال زمني ضيق لإجراء الإجهاض في المراحل المبكرة من الحمل يعني أنه يمكن للنساء أن يفقدن الفرصة لإجراء الإجهاض بدون تبرير طبي. ويصح ذلك بشكل خاص في الدول التي تجبر النساء ذوات الدخل المحدود على جمع المال من أجل عمليات الإجهاض، أو تفرض عقبات إجرائية كبيرة كشرط الاستشارة وفترات الانتظار. فقبل أن تمدد فرنسا الحدود الزمنية من 12 أسبوعاً إلى 14 أسبوعاً، كان الكثير من النساء الفرنسيات يسعين لإجراء الإجهاض في بلدان أوروبية أخرى يوجد فيها حدود زمنية أطول.⁹
- تواجه النسوة اللاتي يجبرن على إجراء عمليات إجهاض سرية وغير آمنة في مراحل متأخرة من حملهن، مخاطر كبيرة على صحتهن. لذا يجب على الحكومات أن تضمن توفر أطباء مؤهلين لمساعدة النساء الراغبات في إنهاء حملهن في مراحل أكثر تقدماً من الحمل.

البنود الضميرية

تتيح البنود الضميرية للعاملين الطبيين أو المؤسسات الطبية رفض تقديم بعض الخدمات الصحية من منطلق الاعتراضات الدينية أو الأخلاقية. وتحمي هذه البنود العاملين الطبيين من المساءلة لقاء رفضهم تقديم خدمة لمرضاهم الذين يحق لهم تلقيها بصورة شرعية. ويلجأ العاملون في مجال رعاية الصحة الإنجابية عموماً إلى البنود الضميرية لدى رفضهم تقديم خدمات الإجهاض أو التعقيم لمنع الحمل.

عندما تكون هذه البنود الضميرية واسعة بشكل كبير، وعندما يتم استخدامها بشكل غير مناسب، فإنها تحول دون حصول النساء على الخدمات، وتشكل انتهاكاً لواجب العاملين الطبيين في رعاية المرضى.

- يجب أن لا يعفى مقدمو الرعاية الصحية الذين يعارضون إجراء الإجهاض من تقديم الخدمات الأخرى المتعلقة به كالرعاية في مرحلة ما بعد الإجهاض. كما أنه لا يجوز للعاملين الطبيين اللجوء إلى الرفض الضميري عندما تحتاج المريضة إلى رعاية طارئة، كأن تكون صحتها أو حياتها في خطر.
- على مقدمي الرعاية الصحية الذين يرفضون إجراء الإجهاض لأسباب ضميرية أن يحيلوا المرضى إلى عاملين آخرين يمكن للمرضى الوصول إليهم ولديهم الاستعداد للقيام بالإجهاض.
- إن تطبيق البنود الضميرية يجب أن يكون على الأفراد وليس على المؤسسات. إذ يتوجب بشكل خاص على مؤسسات القطاع العام العاملة بتمويل من الحكومة أن تضمن توفر جميع الخدمات الطبية القانونية.
- على مقدمي الرعاية الصحية الذين يرفضون تقديم خدمات الصحة الإنجابية بناءً على اعتبارات ضميرية، أن يخبروا جميع المرضى بعدم استعدادهم لتقديم هذه الخدمات.

التمويل الانتقائي

يمكن للحكومات التي تجيز الإجهاض على أسس قانونية واسعة تمويل عمليات الإجهاض في ظروف محدودة فقط. على سبيل المثال تقدم حكومات بعض البلدان، كهنغاريا وجمهورية التشيك، المساعدة لعمليات الإجهاض التي تتم بناءً على اعتبارات طبية، ولكنها لا تقدم المساعدة للحالات المعتبرة اختيارية.¹⁰ وتقوم حكومات أخرى بدفع تكلفة عمليات الإجهاض لأسباب إضافية محدودة أخرى كذلك المتعلقة بوضع المرأة، كأن تكون قاصرة أو تعرضت للاغتصاب.¹¹

الإجهاض هو إجراء طبي ويجب أن يمول كغيره من الإجراءات الطبية. إن قيام الحكومات بانتقاء الظروف التي تمول فيها الإجهاض يعتبر تدخلاً في اختيارات المرأة.

- إن التمويل الانتقائي يعني أن هناك حالات إجهاض مبررة وأخرى ليست كذلك – على الرغم من أن جميع الحالات يمكن أن تكون شرعية.
- إذا اختارت الحكومة أن لا تدعم جميع الإجراءات التي لا تعدّ "ضرورية طبيًا"، فإنها يجب أن توزع المساعدات وفق معيار موضوعي، كدخل المرأة مثلاً.

القيود على المرافق وأفراد المهن الطبية.

تفيد قوانين العديد من البلدان تحقيق الإجهاض وذلك من خلال تحديد أنواع المرافق الطبية التي يمكن إجراء الإجهاض فيها، وتحديد فئات مقدمي الخدمات الصحية الذين يمكن لهم القيام بهذا الإجراء. ففي الهند مثلاً تقدم خدمات الإجهاض فقط في المستشفيات الحكومية، أو المرافق الصحية الأخرى المخولة بذلك.¹² وفي كثير من الحالات تكون فئات المرافق والأفراد المسموح لهم بذلك أقل بكثير مما هو ضروري لحماية صحة المرأة.

إن التقييد الزائد على الأفراد والمرافق المخولة القيام بعمليات الإجهاض يقيد من فرص النساء في الحصول على إجهاض آمن.

- إن القيود الواسعة النطاق على الأفراد والمرافق الطبية المخولة إجراء عمليات الإجهاض خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، يمكن أن يؤدي إلى نقص في مقدمي الرعاية الصحية، وخصوصاً في البلدان التي تفتقر إلى بنية تحتية طبية ملائمة.
- يمكن القيام ببعض إجراءات الإجهاض – بما في ذلك الإجهاض بعملية الشفط اليدوي بالفاكيوم والإجهاض الدوائي – من قبل أفراد من غير الأطباء في العديد من المرافق الطبية.¹³

القيود على الإعلان عن الإجهاض

تقوم بعض الدول التي لديها قوانين أكثر حرية للإجهاض، مثل اليونان، بفرض قيود على الإعلان عن هذا الإجراء.¹⁴ والبلدان التي تنظم الدعاية للإجهاض، كثيراً ما تفرض قيوداً على المعلومات الموجهة إلى العملاء، ولكنها لا تقيد المعلومات الموجهة إلى أفراد المهن الطبية.

إن حق المرأة في الإجهاض الشرعي والأمن يتضمن الحق في المعلومات المتعلقة بتوفر خدمات الإجهاض.

- إن فرض القيود على الإعلان قد يمنع المرأة من الحصول على معلومات لازمة للغاية عن توفر الخدمات المتعلقة بالإجهاض، وهو ما يحرمها بالتالي من فرصة اعتماد بعض الخيارات المستنيرة.
- على الحكومات التي تحظر الإعلان التجاري عن الإجراءات الطبية، أن تتخذ خطوات إضافية لضمان وصول المعلومات عن توفر الإجهاض إلى النساء. ويمكن أن تتضمن هذه الخطوات إرسال أو توزيع المعلومات عن الإجهاض إلى مستويات الصحة الإنجابية.

¹ ألمانيا: قانون العقوبات (سي. أتش. بيك، 1997) القسم 219؛ هنغاريا: اتحاد هلستكي الدولي من أجل حقوق الإنسان، نساء 2000: تحقيق في وضع حقوق المرأة في وسط وجنوب شرق أوروبا والدول حديثة الاستقلال 199-200 (2000).

² حدث هذا في هنغاريا حيث طلب من العاملين في الصحة أن يعطوا النساء كتيباً أعد بتفويض من الجمعية الهنغارية للأطباء المسيحيين ويتمويل من وزارة الشؤون الاجتماعية والعائلية. تحرير بيرغس وآخرين، كتيب من تأليف مجموعة "صرخة من أجل الحياة" (2001).

³ بلجيكا: قانون 3 نيسان، 1990 حول إنهاء الحمل، المادة المعدلة 350 من قانون العقوبات، ترجم في المراجعة السنوية 17 لقانون السكان، القانون 336 (المحرر ريد بولاند، 1990)؛ فرنسا: Code de la Santé Publique، المادة 2212-5 (2004).

⁴ اليابان: قانون حماية أجسام الأمهات، القانون رقم 105 المؤرخ 26 حزيران، 1996، الفصل الثالث، المادة 14 (1، 2)؛ تركيا: القوانين المتعلقة بتطبيق وضبط تفرغ الرحم والتعقيم، 18 كانون الأول 1983، المادة 13 (د)، أعيدت طباعته في المراجعة السنوية 14 لقانون السكان. القانون 31-330 (المحرر ريد بولاند، 1987).

⁵ الهند: قانون الإنهاء الطبي للحمل، القانون رقم 34 لعام 1971، القسم 4(3)، أعيدت طباعته في (1971) 965 Int'l Dig. Health Legis. 22؛ النروج: القانون رقم 50 المؤرخ 13 حزيران 1975 حول إنهاء الحمل، أعيدت طباعته على موقع المراجعة السنوية لقانون السكان، متوفر على: http://www.law.harvard.edu/programs/annual_review/ (آخر زيارة في 10 آب، 2004).

⁶ إسرائيل: قانون العقوبات 1977-5737، المادة 315، A.G. Publications (1994)؛ بريطانيا العظمى: قانون الإجهاض 1967 (سي 87) المعدل لقانون التخصيب البشري وعلم الأجنة 1990 (سي 37)، القسم 1.

⁷ غيانا: القانون رقم 7 لعام 1995، 14 حزيران 1995، مترجم في (1995) 479 Int'l Dig. Health Legis. 46؛ هولندا: إي. كينينغ، هولندا، في الإجهاض في أوروبا الجديدة، 177، 180 (تحرير بيل رولستون وأنا إيغرت. 1994).

⁸ مركز الحقوق الإنجابية، قوانين الإجهاض في العالم 2003 (وولتشارت) (2003).

⁹ "قانون الإجهاض الجديد سيخفف القواعد المتعلقة بموافقة الأهل بالنسبة للقاصرات"، بقلم ماريلين أوغست، أسوشيتد بريس، 4 تشرين أول 2000.

¹⁰ لاحظ أن هنغاريا تمول أيضاً إجراء الإجهاض النساء رهن الاعتقال. الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) الشبكة الأوربية، تشريع الإجهاض في أوروبا (الجدول) (2002) متوفر على: http://www.rfsu.se/files/17200-17299/file_17250.pdf (آخر زيارة في 17 آب، 2004).

¹¹ المصدر السابق، انظر مثلاً بلغاريا وألمانيا على الجدول.

¹² جنوب أفريقيا: قانون اختيار إنهاء الحمل، رقم 92، 12 تشرين الثاني، 1996، المادة 3.

¹³ تراسي إل. بيرد وسوزان كي. فلين، IPAS، الشفط اليدوي بالفاكيوم: زيادة حصول النساء على خدمات الإجهاض الآمن (2001)؛ مشاريع الصحة النسائية، تأمين الإجهاض الطبي في البلدان النامية: دليل تقديمي 31-32 (2004).

¹⁴ اليونان: القانون رقم 1609 المؤرخ 28 حزيران 1986 حول الإنهاء الطوعي للحمل، وحماية صحة النساء، وأحكام أخرى، القسم 305 (1)، أعيدت طباعته في (1986) 793 Int'l Digest of Health Legis. 37.