

Original Article

Evaluation of Criminal Intervention of State in Iran Regarding Childbearing: Principles of the Right to Privacy and Health in Focus

Zahra Babazadeh¹, Mohammad Jalali², Mohammad Farajiha³

1. Phd Student, Women studies Group, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Public Law Group, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Criminal Law and Criminology Group, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Received: 2025/02/21

Revised: 2025/10/06

Accepted: 2025/10/07

DOI:10.48308/jfr.2025.238852.1929

Highlights

- The "Family and Youth Population Protection Law" – by banning voluntary sterilization, restricting access to contraceptive drugs, prohibiting referrals for fetal health screening, and imposing unprecedented strictures on therapeutic abortion – disregards the principles of criminalization (including the harm principle and the principle of minimal criminal intervention) and clearly violates citizens' right to privacy, right to health, and reproductive rights.
- Despite its claim to protect the family, the punitive policies of this law adopt a perfectionist and paternalistic approach that justifies state intrusion into the private lives of citizens; yet even globally, there is no legislative precedent for using criminal punishment to increase population.
- The law's blatant contradiction – restricting access to contraceptive methods on one hand while expecting a reduction in illegal abortions on the other – reflects an unscientific approach, as global research confirms an inverse relationship between contraceptive access and abortion rates.

Extended Abstract

Introduction: Criminal intervention has consistently attracted more criticism than other forms of state action, because the enactment and enforcement of criminal laws constitute the most interventionist and coercive exercise of state power. Accordingly, any resort to penal measures—and the legitimization of state coercion—requires justification. Punishment, as an exercise of public power, must be compatible with individual autonomy, the cornerstone of political legitimacy in the modern state, and should avoid, as far as possible, conflict with fundamental human rights. Privacy is among the most essential of these rights: it is recognized in Article 12 of the Universal Declaration of Human Rights and is closely linked to the right to self-determination and to the protection of human dignity. Privacy encompasses the personal and family sphere distinct from the public, social, and official domains. Its foundations lie in individual liberty, independence and personal security, the protection of reputation and honor, and the safeguarding of innate human needs in the private realm. In addition, the right to health—classified among second-generation human rights—calls on states to secure its realization.

One domain in which state involvement has intensified in recent years, and which can generate acute tensions between fundamental rights and public policy, is population governance and fertility regulation. Fertility decline is a global phenomenon; in both developed and developing societies, marriage and childbearing are increasingly postponed to later ages. In response, several countries have adopted population policies that may conflict with human-rights principles. In the Islamic Republic of Iran, concerns over population decline surfaced prominently from 1391 (2012) onward and culminated in the enactment of the Family Support and Youthfulness of the Population Law in 1400 (2021) for a seven-year trial period. Because the Law combines incentive-based measures with coercive provisions, it is

necessary to examine its compatibility with human-rights norms and the permissible limits of penal intervention by the state. The current study investigates the Iranian government's penal approach to addressing the "population crisis" and achieving the legislated target—namely, a preference for families with three or more children. The central research question is: beyond promotional incentives, what coercive instruments does the Family Support and Youthfulness of the Population law employ to increase fertility?

Method: To answer this question, we used a descriptive-analytical method based on library research. Although prior scholarship—albeit limited—has addressed aspects of the law's penal orientation, particularly regarding abortion (e.g., Maqdasi & Rusta'i, 1400/2021; 1401/2022; Sadeqpour, 1402/2023) and fetal health screening rights (Akrami et al., 1400/2021), the present study's contribution lies in evaluating this law's penal intervention through the lens of recognizing the right to health and the right to privacy of citizens.

Findings: The Family Support and Youthfulness of the Population Law prioritizes the common good over individual rights in ways that justify state dominance across virtually all spheres of citizens' lives, leaving little room for a protected private sphere. The law uses non-coercive tools—economic, cultural, and structural incentives—alongside coercive measures that restrict access to contraceptive medicines and devices, prohibit voluntary sterilization, limit prenatal screening, and tighten abortion regulations. These prohibitions are poorly aligned with foundational principles of criminalization and plainly encroach upon citizens' rights to health, privacy, and reproductive self-determination. In a contradictory policy posture, the state simultaneously curtails access to contraception and bans voluntary sterilization while expecting a reduction in unsafe and illegal abortions—an expectation that undermines sexual and reproductive health and violates couples' autonomy. Although the law is experimental, its defects should be rectified before the seven-year period expires. The state ought to recalibrate its perfectionist stance on childbearing—an inherently private matter—by respecting the right to health, withdrawing from intrusive layers of citizens' private lives, and adopting more moderate approaches.

Discussion and Conclusion: Amendments to specific provisions are warranted, including: (1) ensuring easier access to contraceptives—particularly subsidized distribution in underserved regions—to promote couples' sexual health and reduce unsafe abortions; (2) facilitating prenatal screening and extending insurance coverage for such tests, with special attention to families raising a child with disability or disorder; (3) prohibiting access by non-medical institutions to the comprehensive tracking system, in order to respect citizens' privacy and health rights; and (4) explicitly recognizing couples' reproductive rights. More broadly, in a domain tied to lifestyles and personal preferences, the government should replace coercive strategies with sound cultural initiatives and incentives calibrated to socioeconomic realities. At a systemic level, strengthening social cohesion, policy stability, economic security, and citizens' life expectancy are likely to foster a greater willingness among couples to bear children.

Keywords: penal intervention; fertility; privacy; right to health; *Family Support and Youthfulness of the Population Law* (Iran).

How to cite: Babazadeh, Z , Jalali, M and Farajiha, M . (2026). Evaluation of criminal intervention of state in Iran regarding childbearing: principles of the right to privacy and health in focus. *Journal of Family Research*, 22(1), 102-118. doi: 10.48308/jfr.2025.238852.1929

✉Corresponding Author Email Address: m_jalali@sbu.ac.ir



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

ارزیابی مداخله کیفری دولت در ایران نسبت به حوزه فرزندآوری از منظر اصول حق بر حریم خصوصی و حق بر سلامت

زهرا بابازاده^۱، محمد جلالی^۲، محمد فرجیها^۳

۱. دانشجوی دکتری رشته مطالعات زنان، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. دانشیار رشته حقوق عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشیار رشته حقوق کیفری و جرم شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۰۳ دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۵

DOI: 10.48308/jfr.2025.238852.1929

نکات برجسته:

- قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با ممنوعیت عقیم سازی اختیاری، محدودیت دسترسی به داروهای پیشگیری از بارداری، ممنوعیت توصیه به غربالگری سلامت جنین و سخت گیری بی سابقه در سقط درمانی، اصول جرم انگاری را نادیده گرفته و به وضوح حق بر حریم خصوصی، حق بر سلامت و حقوق باروری شهروندان را نقض کرده است.
- علیرغم ادعای حمایت از خانواده، سیاست های تنبیهی این قانون با رویکردی کمالگرایانه و پدرسالارانه، ورود دولت به لایه های زندگی خصوصی شهروندان را توجیه می کند؛ در حالی که حتی در سطح جهانی، استفاده از مجازات برای افزایش جمعیت سابقه تقنینی ندارد.
- تناقض آشکار قانون از یک سو محدودیت دسترسی به روش های پیشگیری از بارداری و از سوی دیگر انتظار کاهش سقط غیرقانونی جنین، رویکردی غیرعلمی دارد؛ زیرا تحقیقات جهانی رابطه معکوس میان دسترسی به پیشگیری از بارداری و نرخ سقط جنین را تأیید کرده اند.

چکیده: کاهش نرخ باروری مسئله ای جهانی است و افراد چه در جوامع توسعه یافته و چه در جوامع در حال توسعه، ازدواج و فرزندآوری را به سنین بالاتر موکول می کنند. برخی کشورها برای حل این بحران، اقدام به تدوین سیاست های جمعیتی نموده اند که این سیاست ها ممکن است با اصول حقوق بشر در تعارض قرار گیرند. از آغاز سال ۱۳۹۱ موضوع کاهش جمعیت به دغدغه دولت جمهوری اسلامی ایران تبدیل شد و در نهایت در سال ۱۴۰۰، قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» برای اجرای آزمایشی به مدت هفت سال تصویب گردید. در این پژوهش رویکرد کیفری دولت ایران برای حل بحران جمعیت و رسیدن به نقطه مطلوب، یعنی ترجیح سه فرزند و بیشتر، واکاوی می شود و از روش توصیف و تحلیل برای پاسخ به این پرسش که در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مداخله های کیفری دولت برای تحقق هدف افزایش فرزندآوری چگونه ارزیابی می شود؟ استفاده می گردد. بررسی ها نشان می دهد، سیاست های قهری پیش بینی شده در این قانون، علاوه بر نادیده گرفتن اصول جرم انگاری و حقوق باروری، منجر به نقض حق بر حریم خصوصی و حق بر سلامت افراد شده است.

کلیدواژه ها: مداخله کیفری، فرزندآوری، حریم خصوصی، حق بر سلامت، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

استناد به این مقاله: بابازاده، ز.، جلالی، م.، و فرجیها، م. (۱۴۰۵). ارزیابی مداخله کیفری دولت در ایران نسبت به حوزه فرزندآوری از منظر اصول حق بر حریم خصوصی و حق بر سلامت. خانواده پژوهی، ۱۱۸(۱)، ۱۰۲-۱۱۸. doi: 10.48308/jfr.2025.238852.1929

مقدمه

از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵ هر ده سال یکبار سرشماری نفوس و مسکن اجرا شده است، تحلیل آمارهای جمعیتی کشور پس از انقلاب نشان می‌دهد، کشور در دهه ۶۰ نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری بالا و چشم‌گیری را تجربه کرده است. به‌طوری‌که نرخ باروری کل کشور در سال ۱۳۶۵ معادل ۷/۱ و نرخ رشد جمعیت معادل ۳/۹ بوده است. اما سرشماری‌های دهه‌های بعد روند کاهنده و نگران‌کننده‌ای را نشان می‌دهد. به‌گونه‌ای که در سال ۱۳۷۵ نرخ باروری کل به ۲/۹۶، در سال ۱۳۸۵ به ۱/۹، در سال ۱۳۹۰ به ۱/۸۷، در سال ۱۳۹۸ به ۱/۸ و در سال ۱۴۰۰ به ۱/۷۴ تنزل یافته است. نرخ رشد جمعیت نیز سال ۱۳۷۵ معادل ۱/۹، سال ۱۳۸۵ معادل ۱/۶۲، سال ۱۳۹۰ معادل ۱/۲۹ و سال ۱۳۹۵ معادل ۱/۲۴ بوده که به روشنی نمایان‌گر روند کاهشی رشد جمعیت است.^۱

از آغاز سال ۱۳۹۱ موضوع کاهش جمعیت به دغدغه مسئولان دولت جمهوری اسلامی ایران تبدیل شد و مقام رهبری در دیدار مسئولان و کارگزاران نظام در مرداد ماه همین سال، بر ضرورت تجدیدنظر در سیاست‌های جمعیتی تأکید کردند.^۲ افت شاخص‌های جمعیت موجب شد، ایشان مطابق اصل ۱۱۰ قانون اساسی، مسئولیت تعیین و ابلاغ سیاست‌های کلی نظام را به انجام برسانند. «سیاست‌های کلی جمعیت» از جمله مهم‌ترین سیاست‌های کلی نظام است که در ۱۴ بند به تاریخ اردیبهشت ۱۳۹۳ از سوی ایشان ابلاغ گردید.^۳ در این سند به اهمیت مقوله جمعیت در اقتدار ملی و همچنین به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور به عنوان یک فرصت و امتیاز اشاره شده و از طرف دیگر نسبت به جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته هشدار داده شده است.

در سال ۱۳۹۲ نیز طرح جامع «جمعیت و تعالی خانواده» به مجلس شورای اسلامی ارائه گردید، اما با گذشت چند دوره مجالس مختلف، تصویب نشد. با وجود گذشت قریب ده سال از ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت و توقف سیاست‌های تحدید نسل، آمارهای منتشر شده همچنان از کاهش مستمر نرخ مولید حکایت داشت (کرمی و آبرومند، ۱۴۰۲: ۱۴۲)، تا اینکه در مجلس یازدهم، تعدادی از نمایندگان طرح دیگری را با نام «جوانی جمعیت و تعالی خانواده» تقدیم مجلس کردند. تمرکز این طرح بیشتر روی سیاست‌های تشویقی و مالی بود، اما به تدریج مباحث دیگری همچون محدودیت غربالگری، ممنوعیت ارائه رایگان وسایل پیشگیری از بارداری و مانند آن به متن طرح اضافه گردید. در نهایت در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۹ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی (مطابق ماده ۳۹ قانون آیین‌نامه داخلی مجلس) و بر اساس اصل ۸۵ قانون اساسی، پس از موافقت مجلس، برای اجرای آزمایشی آن به مدت «هفت سال»، مورد تأیید شورای نگهبان قرار گرفت.^۴ این قانون با ترجیح «سه فرزند و بیشتر»، قانون «تنظیم خانواده و جمعیت» مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶ را نسخ کرد، قانونی که به موجب آن، امتیازاتی که در قوانین بر اساس تعداد فرزندان یا عائله پیش‌بینی شده بود، از «فرزند چهارم» به بعد غیرقابل اعمال قلمداد می‌کرد.

امروزه بحران جمعیت علاوه بر ایران، به دغدغه بسیاری از کشورها از جمله روسیه، آلمان، اوکراین، ایتالیا، اتریش، یونان و ژاپن تبدیل شده است (علائی و حکم آبادی، ۱۴۰۳: ۹۵) و موفقیت سیاست‌ها و برنامه‌ها در این زمینه به عوامل مختلفی همچون بودجه، ثبات و انسجام سیاسی، بهبود وضعیت اقتصادی جامعه، پذیرش

اجتماعی و حمایت از پژوهش‌های جمعیتی و اجتماعی بستگی دارد (صادقی، ۱۴۰۱: ۶). نیل به هدف مشخص شده در بند ۱۶ سیاست‌های کلی برنامه هفتم در سال ۱۴۰۱ یعنی افزایش نرخ باروری و مولید به حداقل دو و نیم طی پنج سال، با توجه به آمار کاهشی نرخ مولید امری دشوار می‌نماید. بر این مبنا، دولت در فصل ۱۶ قانون برنامه هفتم در ماده ۷۹، رشد نرخ باروری کل به دو و نیم و نیز ۳۰ درصد کاهش سقط جنین غیرقانونی را پیش‌بینی کرده است. از این رو، برای رسیدن به این الگوی آرمانی در این زمان کوتاه، راه دشواری را در پیش دارد و برای اجرای آن از تمام ابزارهای قهری و غیرقهری استفاده می‌کند.

همواره مداخله کیفری انتقادات بیشتری را نسبت به سایر مداخلات دولتی متوجه خود می‌کند، زیرا تصویب و اجرای قوانین کیفری، مداخله‌جویانه‌ترین و قهری‌ترین شکل اعمال قدرت از سوی دولت می‌باشد. از این رو، دولت برای مداخله کیفری و مشروع جلوه دادن اعمال زور، نیازمند «توجیه» است (محمودی جانکی و روستایی، ۱۳۹۲: ۳۶). مجازات به عنوان اعمال قدرت دولت، باید با خود آیینی افراد، اصل اساسی مشروعیت سیاسی در دولت مدرن، سازگار باشد (دابر^۵، ۲۰۰۴: ۳۹)، و تا حد امکان نباید تعارضی با حقوق بنیادین بشر داشته باشد. حریم خصوصی یکی از اساسی‌ترین مصادیق حقوق بشر است و در ماده ۱۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر^۶ به رسمیت شناخته شده است و با حق بر تعیین سرنوشت خود و در یک کلام با دفاع از کرامت انسانی مرتبط است. حریم خصوصی، بخشی از حیات شخصی و خانوادگی انسان است که جدا از ساحت عمومی، اجتماعی و رسمی است. اساس حریم خصوصی بر آزادی، استقلال و امنیت فردی، حمایت از آبرو و حیثیت فرد و حمایت از نیازهای فطری انسان به مسائل شخصی و خصوصی است (واعظی و علی‌پور، ۱۳۸۹: ۱۳۶). همچنین حق بر سلامت جزو حق‌های نسل دوم حقوق بشر است که به موجب آن دولت‌ها مکلف هستند برای تأمین آن اهتمام ورزند.

حال در این پژوهش برآنیم رویکرد کیفری دولت ایران را برای حل بحران جمعیت و رسیدن به نقطه مطلوب، واکاوی کنیم. پرسش اصلی این پژوهش این است که دولت در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، علاوه بر سیاست‌های تشویقی، از چه ابزارهای قهری برای تحقق هدف افزایش فرزندآوری استفاده کرده است؟ مداخله کیفری دولت در این حوزه چگونه ارزیابی می‌شود؟ و نسبت این سیاست‌ها با اصول و مبانی جرم‌انگاری و اصول مهم حقوق بشر همچون حق حریم خصوصی و حق بر سلامت چگونه است؟ از این رو، با به کار بردن روش توصیف و تحلیل و استفاده از منابع کتابخانه‌ای برای پاسخ به پرسش این تحقیق، تلاش خواهیم کرد. همچنین قابل ذکر است، پیشتر پژوهش‌هایی هرچند بسیار اندک همچون پژوهش مقدسی و روستایی (۱۴۰۰، ۱۴۰۱) و صادق‌پور (۱۴۰۲) در زمینه رویکرد کیفری این قانون به ویژه نسبت به سقط جنین یا در زمینه حقوق غربالگری سلامت جنین در این قانون توسط اکرمی و همکاران (۱۴۰۰) نگاشته شده است، اما وجه نوآورانه تحقیق حاضر، ارزیابی مداخله کیفری دولت در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، از منظر به رسمیت شناختن حق بر سلامت و حق بر حریم خصوصی شهروندان بوده است.

۱. نسبت مداخله کیفری در حوزه فرزندآوری و اصول جرم‌انگاری

جرم‌انگاری در هر حال، تابع اصول اخلاقی و عقلانی فراحقوقی است و اصل «کمینه‌گرایی کیفری»^۷ نیز از اصول اخلاق قانونگذاری است. به موجب این اصل، مداخله دولت در قالب جرم‌انگاری، آخرین راه حل است و تنها در صورت ضرورت و ناکارآمدی دیگر اقدامات و ضمانت اجراها باید به سراغ آن رفت و تا حد امکان باید از

تورم کیفری جلوگیری کرد. اما علی رغم بند ۱۴ سیاست‌های کلی قضایی مبنی بر «بازنگری در قوانین در جهت کاهش عناوین جرایم و کاهش استفاده از مجازات زندان» مصوب ۱۳۸۲/۴/۸ مجمع تشخیص مصلحت نظام، همچنان برخی بر این نظر هستند که جرم‌انگاری و مجازات «کسیر اعظم» است و برای درمان همه دردهای اجتماعی می‌تواند استفاده شود. اصل کمینه‌گرایی کیفری در کشورهای پای‌بند به قانون و متعهد به ارزش آزادی، جایگاه ویژه‌ای دارد، زیرا در این دولت‌ها اصل اول، آزادی شهروندان است و تحدید آزادی‌ها نیازمند دلیل موجه است (نوبهار، ۱۳۹۰: ۹۳-۹۱).

از محتوای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می‌توان نتیجه گرفت: دولت برای اجرای سیاست افزایش جمعیت با «چهار» بحران مواجه بوده است: اولین بحران: «تمایل به تجرد و بالا رفتن سن ازدواج»؛ بحران دوم: «مشکل ناباروری»؛ بحران سوم: «پیشگیری از فرزنددار شدن توسط زوجین» و بحران چهارم: «سقط جنین». دولت برای بحران اول و دوم، مشوق‌های مستقیم و غیر مستقیم تعیین کرده است و برای بحران سوم و چهارم بیشتر از ابزارهای قهری کمک گرفته است (کرمی و آبرومند، ۱۴۰۲: ۱۵۷ و ۱۵۱). در این قانون، داشتن فرزند بیشتر فضیلت محسوب می‌شود و موانع دستیابی به هدف سه فرزندی و بالاتر، با کیفر مواجه می‌شود. استفاده از سیاست‌های تنبیهی برای افزایش جمعیت، سابقه تقنینی در هیچ دولتی در جهان ندارد (مقدسی و روستایی، ۱۴۰۰: ۲۹۸). محدودیت‌های این قانون شامل: ممنوعیت توزیع یارانه‌ای اقلام مرتبط با جلوگیری از بارداری و ممنوعیت ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌ها، ممنوعیت عقیم سازی اختیاری، ممنوعیت غربالگری و ممنوعیت سقط جنین می‌باشد.

اگر بخواهیم مصادیق مجرمانه این قانون را از منظر اصول جرم‌انگاری بررسی کنیم، به نظر می‌رسد، این مصادیق با اصل «آسیب»^۸، یعنی ممنوعیت ایراد ضرر مستقیم به دیگران و به‌طور کلی، رفتارهای ناظر به دیگران، مطلقاً همراهی ندارند و آشکارا ورود به دایره مشروع آزادی‌های فردی محسوب می‌شود. اصل آسیب با حمایت از خودآیینی و آزادی انسان‌ها، راه را بر محدودیت‌های حداکثری سد می‌کند (روستایی و مقدسی، ۱۴۰۱: ۱۲۷ و ۱۴۵). هر یک از ضوابط چهارگانه موجهه نقض خودمختاری شهروندان، دارای سعه و ضیق هستند. اصل آسیب، قلمرو کمتری از آزادی را محدود می‌کند و به ترتیب پدرسالاری، اخلاق‌گرایی و کمال‌گرایی، قلمروی بیشتری از آزادی را تحدید می‌کنند (قماش، ۱۳۸۹: ۱۶۶). میل^۹ معتقد است: تنها هدفی که ورود دولت را برخلاف میل افراد توجیه می‌کند، جلوگیری از آسیب به دیگران است. فینبرگ^{۱۰} با رد پدرسالاری قانونی^{۱۱} و اخلاق‌گرایی قانونی^{۱۲} تنها دلیل کافی برای جرم‌انگاری را اصل آسیب می‌داند. البته درباره تعریف آسیب و تفاوت آسیب‌های مادی و معنوی و آسیب‌های مستقیم و غیرمستقیم مباحث پیچیده‌ای وجود دارد (آشوورت و هوردر^{۱۳}، ۲۰۱۳: ۵۹).

همچنین مصادیق مجرمانه این قانون، از منظر «اخلاق‌گرایی» نیز موجه نیست. جامعه نمی‌تواند بدون اخلاق زندگی کند. اخلاق آن استانداردهای رفتاری است که یک انسان عاقل تأیید می‌کند. مصادیقی همچون زنا با محارم و امثال آن از نمونه‌هایی هستند که می‌توانند در خلوت و بدون آسیب و توهین به کسی انجام گیرند، اما حتی اگر کسی آنها را ناپسند هم نداند، نباید غیراخلاقی بودن آنها را از منظر نه حتی دین، بلکه جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، انکار کند (دولین^{۱۴}، ۱۹۶۵: ۲). اخلاق‌گرایی قانونی، در معنای مضیق و محدود، جرم‌انگاری رفتارهایی را که ذاتاً غیراخلاقی هستند مجاز می‌داند، حتی اگر آسیبی به دیگران نرساند

(فینبرگ، ۱۹۸۴: ۲۷)، اما اساساً ممنوعیت‌های برشمرده شده در قانون به جز سقط جنین، فاقد وصف اخلاقی و غیر قابل سرزنش هستند و از نظر اخلاقی خنثی به شمار می‌روند.

تطبیق مصادیقی همچون محدودیت دسترسی به اقلام جلوگیری از بارداری، ممنوعیت عقیم‌سازی اختیاری و محدودیت غربالگری، آشکارا بی ارتباط با مؤلفه‌های اصل آسیب و اخلاق‌گرایی است و به معنی مداخله در حریم خصوصی افراد به شمار می‌آید. اما این مصادیق، از منظر «پدرسالاری» و «کمال‌گرایی» می‌تواند توجیه شود. در تلفیق دو اصل اخیر، دولت در جایگاه پدر شهروندان، خیر آنها را بهتر تشخیص می‌دهد و برای تحقق زندگی سعادت‌مند برای آنها، خود را محق می‌داند در تمام ابعاد زندگی شهروندان مداخله کند. این مصادیق نه با هدف حمایت از خانواده، بلکه صرفاً با هدف افزایش مولید جرم‌انگاری شده‌اند. از این رو، ورود دولت به مسئله فرزندآوری یکی از مصادیقی است که لزوم تبیین قلمرو ورود دولت به حریم خصوصی شهروندان را ضروری جلوه می‌دهد.

البته دولت در این قانون با پیش‌بینی مشوق‌هایی نظیر اعطای وام، پرداخت ودیعه مسکن، کمک هزینه تأمین جهیزیه و افزایش حق عائله‌مندی و ... سعی نموده اقبال افراد را به فرزندآوری بیشتر کند، اما این سیاست‌ها بیش از پیش موجب «وابستگی اقتصادی» خانواده به دولت شده است و با پیش‌بینی مواردی همچون تحویل زمین و خودرو، فرزندآوری را به فعالیت و «معامله اقتصادی» فروکاسته است. همچنین مواردی مانند امتیاز جذب و استخدام به ازای تأهل و داشتن فرزند، مصادق «تبعیض ناروا» و ظلم نسبت به مجردین نخبه است.

با این حال برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد همین مشوق‌ها نیز به جهت «ورودی‌های نامناسب سیاستی» نتوانسته بر ترجیحات و نگرش افراد نسبت به فرزندآوری به مثابه امر خصوصی، تأثیر مثبتی بگذارد. ذیل این مفهوم، مؤلفه‌های «مشوق‌های ناکافی و بی‌ارزش» نسبت به شرایط اقتصادی جامعه، «در بر نگرفتن نیازهای اساسی فرزندآوری»، «محتوای ناکارآمد سیاست‌های فرهنگی»، «سیاست‌گذاری کمی‌گرای کیفیت‌گریز» و «ناهماهنگی بین‌نهادی در اجرا» چالش‌هایی را برای جامعه هدف و در نتیجه بی‌اعتمادی به تسهیلات دولتی ایجاد کرده است (حسنی و صادقی، ۱۴۰۳: ۹۱؛ شمس و همکاران، ۱۴۰۰: ۹۳).

به‌طور کلی استفاده از لوازم قهری و رویکرد دستوری در موارد مرتبط با سبک زندگی، دخالت در اراده شهروندان و انتخاب آگاهانه آنها به حساب می‌آید، اما عجله قانونگذار برای رسیدن به نقطه مطلوب موجب شده، علاوه بر تمسک به اصل ۸۵ قانون اساسی، تفسیر موسع از مفهوم «ضرورت»، غیرعلنی بودن مسیر تصویب و مشارکت حداقلی نمایندگان، اصول جرم‌انگاری را نیز نادیده بگیرد. در ادامه نسبت این ممنوعیت‌ها با اصول حق بر حریم خصوصی و حق بر سلامت و حقوق باروری تبیین می‌شود.

۲. منع عقیم‌سازی اختیاری و استقرار سامانه ردیابی از منظر حق حریم خصوصی

حریم خصوصی مفهومی سیال است، اما در یک دریافت، شامل «آزادی وجدان و اندیشه، کنترل بر جسم خود، کنترل بر اطلاعات شخصی، رهایی از نظارت‌های سمعی و بصری دیگران، حمایت از حیثیت و اعتبار خود و حمایت در برابر تفتیش‌ها و تجسس‌ها و رهگیری‌ها» می‌شود. «حق بر حریم خصوصی»^{۱۵}، حق زندگی کردن

با میل و اراده خود با حداقل مداخله و ورود دیگران است. حقی است که شخص، معین می‌کند دیگران تا چه اندازه به لحاظ کمیت و کیفیت، می‌توانند اطلاعاتی راجع به آن داشته باشند (انصاری، ۱۳۹۳: ۱۱).

دولت در ماده ۵۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ضمن دخالت در حریم خصوصی شهروندان و نقض حق کنترل بر بدن افراد، «عقیم سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت پذیری در آنها ضعیف یا بسیار دشوار باشد (همچون بستن لوله‌ها)» را ممنوع اعلام کرده است.^{۱۶} پیش‌تر نیز در سال ۱۳۹۳ جمعی از نمایندگان طرح یک فوریتی «افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کشور» را در پنج ماده در مجلس شورای اسلامی به تصویب رساندند که مطابق ماده یک آن: کلیه اعمال جراحی که به منظور پیشگیری دائمی از بارداری انجام می‌شد، به استثناء موارد مرتبط با تهدید سلامت، ممنوع اعلام شد. اما پس از ارجاع آن به شورای نگهبان، نظر مجمع مشورتی فقهی درباره این ماده این‌گونه بوده است: «حکم پیشگیری دائمی از بارداری مورد اختلاف بین علماء و مراجع عظام می‌باشد و نظر مقام معظم رهبری آن است که اگر بستن لوله‌های مرد برای جلوگیری از افزایش جمعیت با یک غرض عقلایی صورت گیرد و ضرر قابل ملاحظه‌ای هم نداشته باشد فی‌نفسه اشکال ندارد و لذا اطلاق منع در ماده مذکور از جهت شمول نسبت به مورد تجویزی در نظر مقام معظم رهبری خلاف نظر ایشان و خلاف شرع دانسته شد»^{۱۷}.

علی‌رغم چند رفت و برگشت بین شورای نگهبان و مجلس و حذف ماده یک و تبصره آن و اصلاحات دیگر، شورای نگهبان آخرین بار تقلیل سیاست‌های کلی جمعیت به ممنوعیت عمل جراحی برای پیشگیری از بارداری را، به درستی دارای اشکال تشخیص داده بود، اما نظر این شورا، چند سال بعد در جریان بررسی قانون جوانی جمعیت درباره خلاف بودن آن تغییر پیدا کرد و این‌بار ممنوعیت عقیم‌سازی اختیاری و نقض حریم خصوصی شهروندان را تأیید نمود.

بزرگترین تهدید علیه حریم خصوصی شهروندان این است که دولت با عناوین مبهم و تفسیربردار به ویژه با اهداف کمالگرایانه در لایه‌های زندگی شهروندان مداخله کند. عناوینی چون مصلحت دولت و حتی مصلحت اجتماعی بهانه مناسبی برای نقض حریم خصوصی نیستند. پیری ترو دو^{۱۸} وزیر دادگستری کانادا در سال ۱۹۶۷ اظهار داشت: بر پایه این اندیشه «دولت در اتاق خواب‌های ملت جایی ندارد» و اینجا همان حداقلی از آزادی است که باید از مداخله مصون بماند (نوبهار، ۱۳۸۷: ۲۸۱ و ۲۷۳). ادوارد بلوستین، نقض حریم خصوصی را اقدامی توهین آمیز نسبت به شرافت بشری عنوان می‌کند. به باور او، ورود در زندگی خصوصی افراد، شرافت فردی، حیثیت و تمامیت افراد را نابود می‌کند و آزادی و استقلال آنها را مختل می‌سازد (انصاری، ۱۳۹۳: ۱۴). حریم خصوصی نه تنها یک حق منفی، به معنای عدم مداخله دیگران است، بلکه باید به عنوان یک حق مثبت و بخشی از آزادی‌های اساسی فردی در نظر گرفته شود که شامل حق کنترل بر اطلاعات شخصی، حق تصمیم‌گیری در مورد زندگی شخصی و حق شکل‌دهی به هویت فردی را شامل شود (روبنفلد^{۱۹}، ۱۹۸۹: ۷۸۷). در ماده ۵۴ این قانون نیز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است، ضمن استقرار «سامانه جامع» نسبت به ثبت اطلاعات کلیه مراجعین باروری، بارداری، سقط و دلایل آن و زایمان و نحوه آن در کلیه مراکز بهداشتی، درمانی، آزمایشگاه‌ها، مراکز درمان ناباروری و مراکز تصویربرداری پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی با رعایت اصول محرمانگی اقدام کند. تبصره ۲ این ماده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف کرده است: «دسترسی مستقیم» به این سامانه را برای «شورای عالی انقلاب فرهنگی» و «ستاد ملی

جمعیت» و «سازمان پزشکی قانونی» فراهم نموده و گزارش شش‌ماهه موارد فوق را به مجلس شورای اسلامی ارائه دهد.

نگاه امنیتی و مجرمانگاری زوجین و کادر درمان در قالب استقرار این سامانه و نیز دسترسی «بلاوجه» نهادهایی جز نظام سلامت به آن جای تأمل دارد و به وضوح مصداق نقض حریم خصوصی افراد است. حریم خصوصی یعنی انسان‌ها حق داشته باشند بر اطلاعات شخصی خود کنترل داشته باشند. قطعاً یکی از مصادیق حریم خصوصی، آزمایشات پزشکی است و نباید به راحتی و با یک کلیک برای افراد و نهادهایی خارج از نظام سلامت قابل دسترسی باشد و مورد سوء استفاده‌های احتمالی قرار گیرد.

۳. منع غربالگری و منع توزیع یارانه‌ای اقلام جلوگیری از بارداری از منظر حق بر سلامت

«حق بر سلامت»^{۲۰} در زمره حق‌های نسل دوم حقوق بشر به حساب می‌آید و دولت مکلف به اقدامات ایجابی برای تأمین و حمایت از آن است. در ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی، «حق بر سلامت» را به عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته‌اند، در این راستا دولت موظف است یک برنامه جامع برای تحقق غربالگری^{۲۱} سلامت جنین در نظر بگیرد و دسترسی مادران را به کمک فرایند انتخاب آگاهانه، به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی تسهیل کند. حق بر سلامت از موضوعات بهداشت عمومی و مرتبط با کیفیت زندگی است و بهبود کیفیت زندگی از اهداف نهایی فرایند توسعه انسانی به شمار می‌رود. از این رو دولت باید برای تحقق این هدف در اولویت‌های بهداشتی خود تجدید نظر کند (اکرمی و همکاران، ۱۴۰۰: ۶).

آزمایش‌های غربالگری به منظور بررسی سلامتی جنین و پیشگیری از تولد نوزادان سندرم داون و برخی دیگر از نقایص ژنتیکی یا جلوگیری از انتقال عفونت از مادر به جنین در ماه‌های مختلف بارداری انجام می‌شود. ناهنجاری‌ها به دو دسته ساختاری و کروموزومی تقسیم شده‌اند: بروز ناهنجاری‌های ساختاری عبارت است از: ناهنجاری قلبی، تناسلی، عضلانی-اسکلتی، دستگاه گوارش، عصبی، تنفسی، جمجمه و بروز ناهنجاری‌های کروموزومی مانند تریزومی ۲۱، مونوزومی ۱۸ و تریزومی ۱۳. یکی از راه‌های شناسایی این ناهنجاری‌ها پیش از تولد، غربالگری در دوران بارداری است (دو جانگ و دو و^{۲۲}، ۲۰۱۵: ۷۵۳؛ علائی و حکم آبادی، ۱۴۰۳: ۹۴).

مطابق تبصره ۲ و ۳ ماده ۵۳ این قانون، «از زمان لازم‌الاجراء شدن این قانون هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین» مجاز نیست. در زمان حاکمیت قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰، در صورتی که پزشک، مادر را به غربالگری ارجاع نمی‌داد و فرزند دارای مشکل متولد می‌شد، امکان شکایت از پزشک و لزوم پرداخت دیه و هزینه درمان طفل بر عهده پزشک بود. از این رو، کادر درمان به دلیل ترس از محاکمه، همه مادران را به غربالگری ارجاع می‌دادند، ولی متعاقباً نسخ قانون سقط درمانی و بر اساس تبصره ۱ ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، عدم ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری‌های جنینی به وسیله پزشک تخلف نیست و نباید محاکمه شود. ممنوعیت توصیه به غربالگری به طور مطلق حتی مادران باردار با سن بالا و دارای فرزند معلول را هم در بر می‌گیرد. تولد هر فرزند دارای معلولیت یا دارای اختلال رشدی یا ناهنجاری‌های ژنتیکی نه تنها کمکی به پیشرفت کشور نمی‌کند، بلکه فشار روانی و اقتصادی غیرقابل وصفی به دوش این خانواده‌ها بار می‌کند و نقش

و عملکرد طبیعی و کیفیت زندگی اعضاء را تحت تأثیر عمیقی قرار می‌دهد. در یک پژوهش، بسیاری از این مادران اظهار کرده‌اند که تولد چنین کودکانی، مایه رنج و عذاب برای خودشان، همسر و سایر فرزندان است. آنها عنوان کرده‌اند که اگر اختیار تولد این نوزادان را داشتند، ترجیح می‌دادند آنها را به دنیا نیاورند تا از رنج کودک و خانواده او جلوگیری کرده باشند (علائی و حکم آبادی، ۱۴۰۳: ۱۰۸ و ۹۱). هرچند این چالش اخلاقی وجود دارد که افزایش غربالگری منجر به انگ‌زنی به افراد دارای معلولیت، اصلاح نژادی و کاهش تنوع انسانی می‌شود (ویلکینسون^{۲۳}، ۲۰۱۵: ۲۶)، اما باید حرج والدین در نگهداری مادام‌العمر از فرزندان معلول را در نظر گرفت و در صورت محدودیت غربالگری، تولد نوزاد دارای معلولیت یا بروز نقص و ناتوانی پس از تولد، اقدامات حمایتی همه جانبه اقتصادی، اجتماعی و روانی از این خانواده‌ها پیش‌بینی شود.

به موجب تبصره ۳ ماده ۵۳: «آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین و با تشخیص پزشک متخصص، مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین، یا خطر جانی برای مادر یا جنین و یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌گردد». همچنین مطابق تبصره ۴ این ماده: «از زمان لازم‌الاجراء شدن این قانون، پوشش هزینه آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مربوط به مادر و جنین از سوی نظام بیمه‌ای اعم از پایه و تکمیلی (خصوصی و غیرخصوصی) صرفاً بر اساس این ماده و در صورت رعایت مفاد آن قابل انجام است». عدم پوشش بیمه‌ای هزینه اقدامات کنترلی که نقش به‌سزایی در اطمینان خاطر زوجین نسبت به فرزندآوری دارد، نه تنها هیچ توجیه منطقی ندارد، بلکه موجب هراس زوجین نسبت به فرزندآوری و سلامت نوزاد می‌شود. همچنین با این شرایط، غربالگری تنها برای افراد برخوردار در جامعه امکان‌پذیر است که از پس هزینه‌های این آزمایشات بدون پوشش بیمه برمی‌آیند و این قشر کم‌برخوردار هستند که از این امکان محروم می‌مانند و در صورت تولد نوزاد دارای معلولیت و یا دارای ناهنجاری، هزینه سنگین درمان‌های دارویی و توانبخشی، از توانشان خارج خواهد بود.

در مورد ممنوعیت توزیع یارانه‌ای و رایگان اقلام مرتبط با جلوگیری از بارداری موضوع ماده ۵۱ نیز، که مخاطب آن قشر کم‌برخوردار جامعه بودند، علاوه بر عدم کنترل باروری و رعایت فاصله بین تولد فرزندان، حق بر سلامت و بهداشت جنسی زوجین نیز در معرض خطر قرار می‌گیرد و امکان انتقال بیماری‌های مقاربتی افزایش می‌یابد. بارداری ناخواسته و پشت سر هم ممکن است آمار سقط غیرقانونی را بالاتر ببرد و سلامت زنان را با هشدار مواجه سازد. در مجموع، مشخص نیست، نسبت بین این ممنوعیت‌ها و حمایت از خانواده که جزو اهداف این قانون است، در مواردی که بهداشت و سلامت اعضاء در خطر است و عاملیت آنها در تصمیم‌گیری برای فرزندآوری زیر سوال می‌رود، چیست؟

همچنین اقداماتی نظیر اجبار زایمان طبیعی و ممنوعیت پوشش بیمه‌ای زایمان به روش جراحی موضوع ماده ۵۰ نیز، نسبتی با تشویق به فرزندآوری ندارد و علاوه بر فشار روانی به مادران، حق بر سلامت و انتخاب آزادانه روش تولد فرزند را از آنها سلب می‌کند. همچنین فهرست مشوق‌ها در این قانون نشان می‌دهد دولت تنها از فرزندان سالم متولد شده حمایت می‌کند و علی‌رغم محدودیت‌های غربالگری و ابهام و پیچیدگی احراز شرایط سقط درمانی و بالا بودن ریسک تولد نوزادان دارای معلولیت، اختلال رشدی یا ناهنجاری‌های جنینی، هیچ‌گونه سازکار حمایتی از این خانواده‌ها پیش‌بینی نکرده است.

۴. تناقض دشواری دسترسی به ارقام جلوگیری از بارداری و کاهش سقط جنین از منظر حقوق باروری

سیاست‌های جمعیتی اغلب با اصول حقوق بشر در تعارض قرار می‌گیرند، به‌ویژه در مورد حق تعیین سرنوشت که برای خودآیینی زنان حیاتی است. قوانین در این زمینه علاوه بر ایفای نقش آگاهی‌بخشی و انگیزه‌دهی، باید هنجارهای حقوق بشر را نیز محترم شمارند. این قوانین نباید زنان را صرفاً به مثابه «رحم» بنگرند و باید گزینه‌ای برای احتمال عدم تمایل زنان نسبت به فرزندآوری در نظر بگیرند. این قوانین باید «حق بر بدن»^{۲۴} و «حق تعیین سرنوشت»^{۲۵} زنان را به رسمیت بشناسند و به «حقوق باروری»^{۲۶} که وجهی از حق بر سلامت و حق بر حریم خصوصی افراد است، احترام گذارند (آبرامس^{۲۷}، ۱۹۹۶: ۴۱؛ فریدمن و ایزاکس^{۲۸}، ۱۹۹۳: ۱۸).

در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه^{۲۹} در قاهره تأکید گردید: سیاست‌های جمعیتی باید بر مبنای اصول حقوق بشر تنظیم شوند. در آن کنفرانس به این نتیجه رسیدند که بهداشت جنسی و باروری برای افراد، زوجها و خانواده‌ها و همچنین برای توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع اساسی است (هانت و بنو دو مسکوتا^{۳۰}، ۲۰۰۷: ۳). در این کنفرانس حقوق باروری، مصداقی از حقوق بشر تعریف شده است که بر اساس به رسمیت شناختن حق بنیادین همه زوجها و افراد برای تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه در مورد تعداد، فاصله و زمان فرزندآوری و داشتن اطلاعات و امکانات انجام آن و حق دستیابی به بالاترین استانداردهای بهداشت جنسی و باروری استوار است. همچنین حق حریم خصوصی آنها برای تصمیم‌گیری در مورد باروری بدون تبعیض، اجبار و خشونت، باید محترم شمرده شود (اردمان و کوک^{۳۱}، ۲۰۰۸: ۳۱۱).

کاهش نرخ باروری مسئله‌ای جهانی است. افراد، نسبت به ازدواج و فرزندآوری اقبال گذشته را ندارند و در صورت ازدواج، فعالیت جنسی را پیش از تمایل به فرزندآوری آغاز می‌کنند. فرزندآوری را به سنین بالاتر به تعویق می‌اندازند و تعداد فرزندان نیز کاهش می‌یابد. زوجین به کمک ابزارهای پیشگیری از بارداری علاوه بر رعایت بهداشت جنسی، سال‌های بیشتری را درحالی که توانایی باروری و فعالیت جنسی دارند، سپری می‌کنند (هاجسون^{۳۲}، ۲۰۰۹: ۵۱۴).

در ماده ۵۱ قانون جوانی جمعیت، با هدف افزایش فرزندآوری، هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و حتی تشویق به استفاده از آنها ممنوع می‌باشد. همچنین تبصره این ماده تصریح دارد: «هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد». دولت برای رسیدن هر چه سریع‌تر به وضعیت مطلوب خود و برای حل بحران جلوگیری از فرزنددار شدن زوجین به زعم خود، ضمن دخالت در اراده زوجین نسبت به انتخاب زمان دلخواه فرزندآوری، راه ممنوعیت توزیع رایگان اقلام پیشگیری از بارداری و همچنین ممنوعیت ارائه داروهای پیشگیری از بارداری را به عنوان مهم‌ترین، آسان‌ترین و در دسترس‌پذیرترین روش جلوگیری از بارداری، برگزیده است.

همان‌طور که اشاره شد، حقوق باروری زوجین و تصمیم درباره زمان، تعداد و فاصله فرزندان مصداقی از حقوق بشر آنان است، حتی برخی ادعا می‌کنند حق انتخاب آگاهانه و آزادی در کنترل باروری، اساسی‌سایر آزادی‌های بنیادین است. از این رو، افراد باید به خدمات با کیفیت و گسترده‌ترین گزینه‌های پیشگیری از بارداری، از جمله پیشگیری اضطراری دسترسی داشته باشند. در غیر این صورت این خطر وجود دارد که افراد

دوباره به عنوان «اعداد» و نه به عنوان «افراد» دارای حقوق انسانی دیده شوند و سرنوشتشان بازپچه سیاست-های عمومی متغیر قرار گیرد (گِریِر^{۳۳}، ۲۰۰۹: ۱۵۰). در سطح جهانی، «پیشگیری از بارداری^{۳۴}» و نرخ «سقط جنین^{۳۵}» در چند دهه گذشته با هم رابطه معکوس داشته‌اند، یعنی با افزایش پیشگیری از بارداری، سقط جنین کاهش یافته است. همچنین برخی تحقیقات نشان می‌دهد بین گسترش عرضه و کاهش هزینه‌ی ابزارها و روش‌های پیشگیری از بارداری و کاهش سقط جنین ارتباط مستقیمی وجود دارد (میلر و والنته^{۳۶}، ۲۰۱۶: ۱۰۰۶). حال قانونگذار ایران در رویکردی غیر علمی و متناقض، از یک سو، دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری را با هدف افزایش فرزندآوری محدود کرده است و از سوی دیگر، انتظار کاهش سقط غیرقانونی جنین را دارد.

۵. عمومی تلقی کردن جرم سقط جنین و پیچیدگی تجویز سقط درمانی

در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با سازکار و ضمانت اجراهای مبهم و رویکرد سخت‌گیرانه‌تری در موضوع سقط جنین مواجه هستیم که پیش‌بینی طولانی و غیر تخصصی بودن این فرایند، امکان بالاتر رفتن آمار سقط غیرقانونی جنین را محتمل می‌سازد. سیاست‌های سقط جنین در دنیا متفاوت است. برخی کشورهای دارای رویکرد لیبرال، با به رسمیت شناختن آزادی و حق بر بدن زنان، آن را مجاز می‌دانند و برخی دیگر از کشورها با رویکرد سخت‌گیرانه‌تری، ضمن مهم دانستن حق حیات جنین، محدودیت‌هایی را اعمال می‌کنند. این سیاست‌ها دسترسی و امنیت خدمات درمانی سقط جنین، همچنین رشد جمعیت و سلامت باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کرین و مایسترلیس^{۳۷}، ۲۰۲۲).

در ماده واحده مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰، سقط درمانی با تشخیص قطعی «سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی» مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر می‌شد و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم بود قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نبود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شدند. اما قانون جوانی جمعیت ضمن «تسخ» این ماده واحده، در ماده ۵۶ تصریح دارد، سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای «جنبه عمومی» می‌باشد، یعنی به موجب این قانون، سقط جنین جزو جرایم غیر قابل گذشت قلمداد شده و مطابق مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است. درحالی‌که قانونگذار پیش‌تر به موجب ماده ۱۰۴ قانون مجازات اسلامی، مجازات سقط جنین به واسطه ضرب و اذیت مندرج در ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی از کتاب تعزیرات را از جرایم قابل گذشت عنوان کرده بود، اما در این ماده سقط جنین به هر نحو مطلقاً غیرقابل گذشت اعلام شده است. همچنین این مواد صرفاً ناظر به دیه است و تعزیر و ابطال پروانه پزشکی جزو آن نبوده است.

«مادر» صرفاً در شرایطی که احتمال بدهد محقق می‌شود^{۳۸}، 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 است. رأی لازم توسط «قاضی» عضو کمیسیون با رعایت «اصل عدم جواز سقط» در موارد تردید صادر می‌گردد.

مطابق دستورالعمل اجرایی ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۲/۲/۵، محل استقرار کمیسیون سقط که برای اولین بار در این قانون معرفی شده است، در سازمان پزشکی قانونی هر استان است و در صورت وجود پرونده حداقل هفته‌ای یک‌بار در محل پزشکی قانونی تشکیل می‌شود^{۳۹} و در موارد ضروری، از قبیل مواردی که محدودیت زمانی برای صدور مجوز وجود دارد، لازم است کمیسیون در همان روز، اعم از ساعت اداری یا غیراداری، تعطیل یا غیرتعطیل تشکیل شود^{۴۰}. وفق ماده ۱۳ این دستورالعمل، کمیسیون با حضور تمامی اعضاء تشکیل و قاضی ویژه عندالافتضاء پس از استماع اظهارات مادر و اخذ اظهارات ولی (به ترتیب پدر، جد پدری و در صورت فقدان آنان، دادستان مربوط) و بررسی مدارک، مستندات پزشکی و غیرپزشکی و استماع اظهارات دیگر اعضای کمیسیون، مراتب را صورتجلسه و رأی دال بر جواز یا عدم جواز سقط صادر می‌نماید.

بنابراین، حضور دو پزشک متخصص صرفاً از باب مشاوره است، زیرا مستند به متن قانون و دستورالعمل اجرایی آن، پس از اخذ نظر پزشکان عضو کمیسیون، تشخیص و احراز حرج، اطمینان از وضعیت ولوج روح در جنین، فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر و استعلامات لازم به عهده قاضی است^{۴۱}. یعنی علاوه بر صدور حکم، تشخیص و احراز نیز وظیفه قاضی است و به جای نظر پزشک متخصص، رأی قاضی ملاک و معیار است، درحالی‌که این موارد نیازمند تخصص پزشکی است و از عهده یک قاضی عالم به علم حقوق خارج است (صادق‌پور، ۱۴۰۲: ۱۲۰). مطابق تبصره ۱ ماده ۵۶ این قانون، رأی 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.

همچنین در ماده ۶۱، ارتکاب گسترده جنایت علیه «تمامیت جسمانی جنین» به قصد نتیجه یا علم به تحقق آن، به گونه‌ای که موجب ورود خسارت عمده به تمامیت جسمانی جنین‌ها یا مادران در حد وسیع گردد، مشمول حکم ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، یعنی مصداق افساد فی الارض و محکوم به اعدام است. قانونگذار، با حدی‌انگاری جرایم تعزیری، علی‌رغم تأکید بند چ ماده ۱۱۳ قانون پنج ساله ششم توسعه، مبنی بر «بازنگری در مصادیق عناوین مجازات‌های سالب حیات»، عنوان جدیدی به فهرست مجازات‌های مستوجب اعدام افزوده است و موجب شده است رفتاری که صرفاً مجازات حبس تعزیری و دیه داشته است^{۴۲}، با مجازات شدیدتر اعدام حدی مواجه گردد. همچنین در این ماده از الفاظ مبهمی مانند «وسیع»، «گسترده»، «عمده» استفاده شده است که تبعات آن قابل پیش‌بینی نیست. زیرا اگر قید گسترده محقق شود، مرتکب به اعدام محکوم می‌شود و اگر احراز نشود، مستحق حبس خواهد بود و به هر حال احراز آن با قاضی است و احتمال مداخله تفاسیر شخصی و سلائق متفاوت قضایی امکان‌پذیر است (مقدسی و روستایی، ۱۴۰۰: ۳۰۱-۲۹۴).

در مجموع قانونگذار برای رسیدن به هدف افزایش موالید، با عمومی تلقی کردن این جرم و حدی‌انگاری آن، رویکرد سختگیرانه‌تری را در پیش گرفته است و همچنین علاوه بر ابهام و پیچیدگی در سازکار تجویز سقط درمانی، با طولانی و غیرتخصصی‌نمودن این فرایند موجب نقض حقوق باروری زوجین و تردید آنها درباره تشخیص دقیق سلامت جنین شده و احتمال سقط‌های غیرقانونی، غیر بهداشتی و غیر ایمن را ممکن می‌سازد.

نتیجه گیری

دولت جمهوری اسلامی ایران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، با تقدم خیر عمومی بر حق فردی، سلطه بر تمام ساحت‌های زندگی شهروندان را توجیه نموده و فضایی برای حریم خصوصی باقی نگذاشته است. دولت در این قانون از ابزارهای غیر قهری در قالب پیش‌بینی مشوق‌های اقتصادی، فرهنگی و ساختاری و از ابزارهای قهری در قالب ممنوعیت‌ها و محدودیت‌ها در زمینه دسترسی به داروهای پیشگیری از بارداری، عقیم‌سازی اختیاری، غربالگری و سقط جنین استفاده کرده است.

بنابر اصل «ارزش کیفری^{۴۳}»، که یکی از دلایل توجیه‌گر اصل کمینه‌گرایی حقوق کیفری است، یک رفتار باید به اندازه کافی قابل سرزنش باشد، آسیب یا زیان معینی به فرد یا افراد یا جامعه وارد آورده باشد، تا مورد جرم‌انگاری قرار گیرد (جاربورگ^{۴۴}، ۲۰۰۴: ۵۳۰). اگر حقوق کیفری بیانگر انتظارات هنجارین از شهروندان است، پرسش مهم این است که استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری توسط زوجین، عقیم‌سازی اختیاری و انتخاب غربالگری کدام ارزش اخلاقی و هنجار اجتماعی را نقض کرده است یا کدام آسیب را به دیگران یا جامعه وارد کرده، که مورد ممنوعیت قرار گرفته است؟

این ممنوعیت‌ها بی‌نسبت با اصول مهم جرم‌انگاری بوده و به وضوح حق بر سلامت، حق حریم خصوصی و حقوق باروری شهروندان را نقض می‌کنند. دولت در رویکردی متناقض، با محدودیت دسترسی به ابزارها و داروهای پیشگیری از بارداری و ممنوعیت عقیم‌سازی اختیاری، ضمن تهدید بهداشت جنسی زوجین و نقض خودآیینی آنها، انتظار کاهش سقط غیرقانونی جنین را دارد. هرچند این قانون آزمایشی است اما ضروری است پیش از به پایان رسیدن مدت هفت سال، اشکالات آن برطرف شود و دولت با اصلاح رویکرد کمالگرایی خود، در زمینه فرزندآوری به مثابه امری خصوصی، ضمن احترام به حق بر سلامت افراد، از ورود به لایه‌های زندگی شهروندان عقب‌نشینی کند و رویکردهای معتدل‌تری را در پیش گیرد.

اصلاح برخی مواد این قانون از جمله: عدم محدودیت دسترسی زوجین به ابزارهای پیشگیری از بارداری، به ویژه توزیع یارانه‌ای در مناطق کم‌برخوردار با هدف تأمین بهداشت جنسی زوجین و کاهش سقط جنین غیر ایمن و پرخطر، عدم ممنوعیت توصیه به غربالگری سلامت جنین و پوشش بیمه‌ای از این آزمایشات، به ویژه برای خانواده‌های با فرزند دارای معلولیت یا اختلال، ممنوعیت دسترسی نهادهای غیر درمانی به سامانه جامع ردیابی جهت احترام به حریم خصوصی شهروندان و تخصصی نمودن و برطرف کردن چالش‌های سقط درمانی در راستای به رسمیت شناختن حق بر سلامت و حقوق باروری زوجین ضروری به نظر می‌رسد. همچنین پیشنهاد می‌شود دولت در زمینه فرزندآوری که مرتبط با سبک زندگی و ترجیحات افراد است، به جای گرایش قهری، رویکردهای درست فرهنگی و مشوق‌های متناسب با واقعیات اقتصادی جامعه را پیاده کند و در نگاهی کلان‌تر، انسجام اجتماعی، ثبات سیاسی، امنیت اقتصادی، امید به زندگی شهروندان را به عنوان عوامل زمینه‌ساز تمایل به فرزندآوری زوجین ارتقاء دهد.

پی‌نوشت‌ها:

1. <https://amar.org.ir/> (تاریخ دسترسی: ۱۴۰۳/۱۲/۲)
2. <https://farsi.khamenei.ir/speech-content?id=20534> (تاریخ دسترسی: ۱۴۰۳/۱۲/۲)
3. <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26440> (تاریخ دسترسی: ۱۴۰۳/۱۲/۲)
4. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266> (تاریخ دسترسی: ۱۴۰۳/۱۲/۲)
5. Dubber
6. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
7. The Criminal Minimalism
8. Harm Principle
9. John Stuart Mill
10. Joel Feinberg
11. legal Paternalism
12. legal Moralism
13. Ashworth & Horder
14. Devlin
15. Right to Privacy
۱۶. عقیم‌سازی «زنان» در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جسمی جدی یا حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد می‌کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا حرج مذکور با پیشگیری‌های موقت امکان‌پذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشد.
17. <http://nazarat.shora-rc.ir/Forms/frmMatn.aspx?id00=dSCHMxxrOFg=&TN=jJYN6WY5fOPZvRjfmBw0XznQYbVDjklXcsaqpt/F9Oo=&MN=csaqpt/F9Oo=&id=r8jGCi5O58Q=&tablename02=jJYN6WY5fOPZvRjfmBw0XznQYbVDjklXcsaqpt/F9Oo> (تاریخ دسترسی: ۱۴۰۳/۱۲/۲)
18. Joseph Philippe Pierre Yves Elliott Trudeau
19. Rubenfeld
20. Right to Health
21. Prenatal Screening
22. de Jong & de Wert
23. Wilkinson
24. Right to Body
25. Right to Self-Determination
26. Reproductive Rights
27. Abrams
28. Freedman & Isaacs
29. International Conference on Population and Development
30. Hunt & Bueno de Mesquita
31. Erdman & Cook
32. Hodgson
33. Greer
34. Contraceptive
35. Abortion
36. Miller & Valente
37. Crane & Maistrellis

۳۸. الف. در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر در 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.

۳۹. ماده ۱۱ دستورالعمل اجرایی ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

۴۰. ماده ۱۲ دستورالعمل اجرایی ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

۴۱. ماده ۱۶ دستورالعمل اجرایی ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

۴۲. ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی-کتاب تعزیرات

43. The Penal Value Principle

44. Jareborg

References:

- Abrams, P. (1996). Reservations about women: Population policy and reproductive rights. *Cornell Int'l LJ*, 29, 1.
- Ashworth, A., & Horder, J. (2013). *Principles of criminal law*. Oxford University Press, USA.
- Ansari, B. (2014), Privacy Law, Tehran: Samt. «in Persian »
- Akrami S M, Parvin K, Razmjoo M. Legal review of fetal health screening and medical abortion in the population rejuvenation plan and family support. *MLJ* 2021; 15 (56):505-516. «Persian»
- Alaie, P. and Hokmabadi Goshuni, M. (2024). The Lived Experience of Mothers with Children Who Have Mental-Motor Disabilities (An Introduction to the Psychological Challenges of Articles 53 and 56 of Family Protection Law and Young Population). *Woman in Development & Politics*, 22(1), 89-113. doi: 10.22059/jwdp.2023.359021.1008339. «in Persian»
- Crane, B. B., & Maistrellis, E. A. (2022). The role of abortion in population policies. In *International handbook of population policies* (pp. 617-637). Cham: Springer International Publishing.
- de Jong, A., & de Wert, G. M. (2015). Prenatal screening: an ethical agenda for the near future. *Bioethics*, 29(1), 46-55.
- Devlin, P. (1965). Morals and the criminal law. *The enforcement of morals*, 10.
- Dubber, M. D. (2004). A Political Theory of Criminal Law: Autonomy and the Legitimacy of State Punishment. *Available at SSRN* 529522.
- Erdman, J. N., & Cook, R. J. (2008). Reproductive Rights. *International Encyclopedia of Public Health*.
- Feinberg, J. (1984). *Harm to others* (Vol. 1). Oxford University Press, USA.
- Freedman, L. P., & Isaacs, S. L. (1993). Human rights and reproductive choice. *Studies in family planning*, 18-30.
- Greer, G. (2009). To have or not to have: The critical importance of reproductive rights to the paradox of population policies in the 21st century. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 148-150.
- ghomashi, S. (2011). Foundations of Defining an Act as a Crime in the Modern Penal Law. *Islamic Law*, 7(24), 147-177. «in Persian»

- Hasanisadi, Z. and Sadeghi, R. (2024). Evaluation During the Implementation of the “Youthful Population and Protection of the Family” law in Iran Using the Social Audit Approach. *Iranian Journal of Public Policy*, 10(1), 77-92. doi: 10.22059/jppolicy.2024.97822. «in Persian»
- Hunt, P., & Bueno de Mesquita, J. (2007). The rights to sexual and reproductive health.
- Hodgson, D. (2009). Abortion, family planning, and population policy: Prospects for the common-ground approach. *Population and Development Review*, 35(3), 479-518.
- Jareborg, N. (2004). Criminalization as last resort (Ultima Ratio). *Ohio St. J. Crim. L.*, 2, 521.
- Lister, A. (2010). Public justification and the limits of state action. *Politics, Philosophy & Economics*, 9(2), 151-175.
- KARAMI, A., & Aberoumand, J. (2023). Prioritizing the incentives of the Family and Youth Protection Law for the 7th Development Plan in the form of upstream documents with a strategic foresight approach. *Futures Studies Of The Islamic Revolution*, 4(4), 141-168. «in Persian»
- Mang, F. F. L. (2013). Liberal neutrality and moderate perfectionism. *Res Publica*, 19(4), 297-315.
- Metz, T. (2001). Respect for persons and perfectionist politics. *Philosophy & public affairs*, 30(4), 417-442.
- Miller, G., & Valente, C. (2016). Population policy: Abortion and modern contraception are substitutes. *Demography*, 53(4), 979-1009.
- Mahmoudi Janaki, F. and Roustaie, M. (2013). Justification of Criminal Intervention; Principles and Necessities. *Journal of Criminal Law Research*, 1(3), 35-66. «in Persian»
- Moghaddasi, M. B. and Roustaie, M. (2022). Population Growth through Criminal Interventions; A Look to the Approval Process and the Challenges of the Implementation of the Youthful Population and Protection of the Family Law. *Criminal Law Doctrines*, 18(22), 285-312. doi: 10.30513/cld.2022.3919.1625. «Persian»
- Nobahar, R. (2011). *Criminal Law Doctrines*, 8(1), 91-114. «in Persian»
- Nobahar, R. (2008). Protection of Public and Private Spheres by Criminal Law, Tehran: Jungel. «Persian»
- Roustaie, M. and Moghaddasi, M. B. (2023). Evaluation of Population Policies in Measuring the Principles of Criminalization; Emphasizing the Youthful Population and Protection of the Family Law. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 10(20), 117-150. doi: 10.22034/jclc.2022.328186.1646. «in Persian»
- Rubenfeld, J. (1989). The right of privacy. *Harvard Law Review*, 737-807.
- Sadeghpour, M. (2023). A new legislator's approach to abortion In the protection of the family and youth of the adopted population Law. *Journal of Woman and Family Studies*, 11(1), 108-127. doi: 10.22051/jwfs.2023.40765.2879. «in Persian»
- Sadeghi, R. (2022). Population, Development and Social Changes. *Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 14(4), 5-6. doi: 10.22035/isih.2022.410. «in Persian»
- Shams-Ghahfarokhi, F. , Askari-Nodoushan, A. , Eini-Zinab, H. , Ruhani, A. and Abbasi-Shavazi, M. J. (2021). Challenges of New Pronatalist Population Policies and Programs in Iran: A Qualitative Study in the City of Isfahan. *Journal of Population Association of Iran*, 16(32), 79-112. doi: 10.22034/jpai.2022.559285.1242. «in Persian»
- vaezi, S. M. and Alipour, S. A. (2010). A Study of Legal rules of Privacy and its Protect in Iranian Law. *Private Law*, 7(17), 133-163. doi: 10.22059/jolt.2012.28807. «in Persian»
- Wilkinson, S. (2015). Prenatal Screening, Reproductive Choice, and P ublic H ealth. *Bioethics*, 29(1), 26-35.