



فصلنامه علمی تخصصی حقوق وکیل دعاوی

وابسته به مرکز وکلای قوه قضاییه خراسان رضوی

دوره دو، شماره یکم، بهار ۱۴۰۵، صص: ۱۷۴-۱۵۱

جرمانگاری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰؛ مطالعه‌ای در باب ضرورت، کارآمدی و چالش‌های سیاست جنایی جمعیتی

نویسنده:

هادی قربانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۱ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

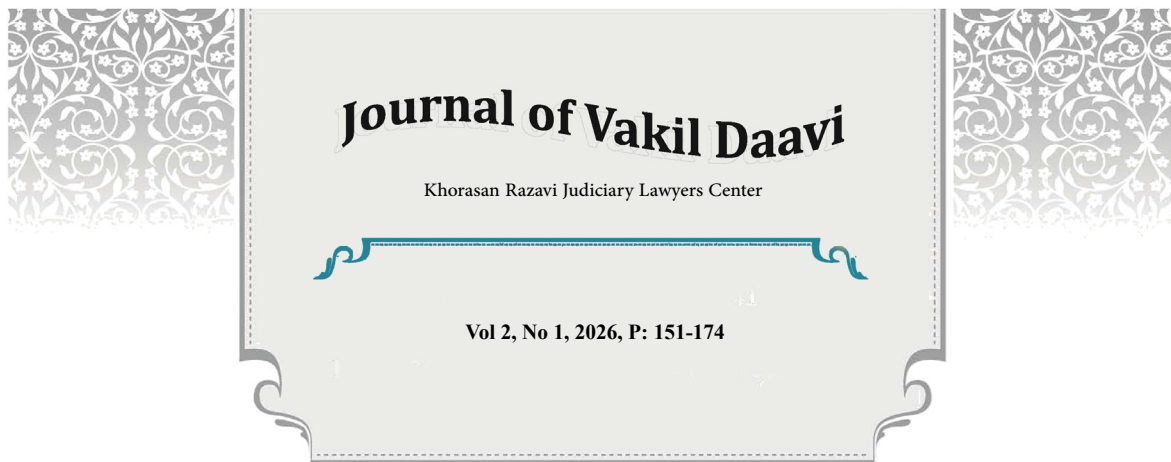
URL: <https://www.vakildaavirazavi.ir/>

DOI: <https://doi.org/10.22034/vd.2026.2092809.1017>

COPYRIGHTS

© 2026 by the authors. Licensee Khorasan Razavi Center of Attorneys – Judiciary. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)





Criminalization in the Family and Youth Protection Law of 2021; A Study on the Necessity, Efficiency, and Challenges of Population Criminal Policy

Hadi Ghorbani

PhD in Criminal Law, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. Email: dr.hadi1363@yahoo.com

Abstract

The Family and Youth Protection Law of 1400 is considered one of the most important population policy laws in recent decades, which was approved with the aim of increasing the fertility rate, supporting the family institution, facilitating childbearing, and removing demographic barriers. Despite the protective nature of this law, the legislator has used criminal and criminalization mechanisms in various parts of it; including determining penalties for refusing to provide health services related to childbearing, refusing to issue licenses or provide administrative services, violating relevant health guidelines, and creating restrictions or barriers contrary to population policies. This raises a fundamental question as to how necessary, proportionate and efficient the use of criminal instruments is in achieving demographic goals. The aim of the present study is to scientifically analyze the criminalizations foreseen in the aforementioned law within the framework of Iranian criminal policy; in such a way that, while examining their legislative necessities, efficiency and practical consequences, the challenges arising from the development of the criminal sphere in the sensitive area of family and fertility are also assessed. The research method is descriptive-analytical and based on the analysis of legal articles, macro-policy documents, criminal policy foundations and theoretical data related to demographic criminal law. The main assumption of the research is that some of the criminalizations in this law, due to the wide range of audiences, ambiguity in the scope of tasks, inconsistent use of criminal enforcement guarantees, and lack of proportionality between crime and punishment, not only do not lead to improving the effectiveness of population policies, but can also create negative consequences such as reducing public trust, increasing social resistance, pressure on the judicial system, and weakening non-criminal support mechanisms. The results of the research show that achieving population goals requires a comprehensive approach, the use of economic support tools, the removal of structural obstacles, and the use of administrative and civil enforcement guarantees, rather than relying on criminal intervention. Accordingly, it is suggested that the criminalizations in this law be reviewed based on the principle of proportionality, criminal minimalism, and the fundamental principles of criminal policy.

Keywords: Criminology, Criminal Policy, Family, Young Population, Legislative Efficiency

فصلنامه علمی تخصصی حقوق وکیل دعاوی

دوره دو، شماره یکم، بهار ۱۴۰۵، صص: ۱۷۴-۱۵۱

جرم‌انگاری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰؛ مطالعه‌ای در باب ضرورت، کارآمدی و چالش‌های سیاست جنایی جمعیتی

هادی قربانی

Email: dr.hadi1363@yahoo.com

دکترای جزا و کیفری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

چکیده

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، یکی از مهم‌ترین قوانین سیاست‌گذاری جمعیتی در دهه‌های اخیر به شمار می‌رود که با هدف افزایش نرخ باروری، حمایت از نهاد خانواده، تسهیل فرزندآوری و رفع موانع جمعیتی تصویب شده است. با وجود ماهیت حمایتی این قانون، قانون‌گذار در بخش‌های مختلف آن از سازوکارهای کیفری و جرم‌انگاری استفاده کرده است؛ از جمله تعیین مجازات برای خودداری از ارائه خدمات درمانی مرتبط با فرزندآوری، امتناع از صدور مجوزها یا ارائه خدمات اداری، تخلف از دستورالعمل‌های بهداشتی مرتبط، و ایجاد محدودیت‌ها یا موانع برخلاف سیاست‌های جمعیتی. این امر پرسشی بنیادین را مطرح می‌کند که تا چه اندازه بهره‌گیری از ابزار کیفری در تحقق اهداف جمعیتی ضروری، متناسب و کارآمد است. هدف پژوهش حاضر، تحلیل علمی جرم‌انگاری‌های پیش‌بینی شده در قانون مذکور در چارچوب سیاست جنایی ایران است؛ به گونه‌ای که ضمن بررسی ضرورت‌های تقنینی، کارآمدی و پیامدهای عملی آنها، چالش‌های ناشی از توسعه قلمرو کیفری در حوزه حساس خانواده و باروری نیز ارزیابی شود. روش تحقیق، توصیفی-تحلیلی و مبتنی بر تحلیل مواد قانونی، اسناد سیاست‌گذاری کلان، مبانی سیاست جنایی و داده‌های نظری مرتبط با حقوق کیفری جمعیتی است. فرض اصلی پژوهش آن است که بخشی از جرم‌انگاری‌های این قانون، به دلیل گستره وسیع مخاطبان، ابهام در حدود تکالیف، استفاده غیرمنسجم از ضمانت‌اجراهای کیفری و فقدان تناسب میان جرم و مجازات، نه تنها به ارتقای کارآمدی سیاست‌های جمعیتی منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند پیامدهای منفی همچون کاهش اعتماد عمومی، افزایش مقاومت اجتماعی، فشار بر دستگاه قضایی و تضعیف سازوکارهای غیرکیفری حمایتی ایجاد کند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که تحقق اهداف جمعیتی بیش از آنکه به مداخله کیفری متکی باشد، نیازمند جامع‌نگری، استفاده از ابزارهای حمایتی اقتصادی، رفع موانع ساختاری و به‌کارگیری ضمانت‌اجراهای اداری و مدنی است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود جرم‌انگاری‌های موجود در این قانون، بر اساس اصل تناسب، حداقل‌گرایی کیفری و اصول بنیادین سیاست جنایی مورد بازنگری قرار گیرد.

واژگان کلیدی: جرم‌انگاری، سیاست جنایی، خانواده، جوانی جمعیت، کارآمدی تقنینی.

مقدمه

نهاد خانواده به عنوان مقدس‌ترین و ارزشمندترین نهاد اجتماعی، همواره مورد توجه اندیشمندان در طول تاریخ قرار گرفته است. یکی از موضوعات کلیدی که در دولت‌ها و ادیان مختلف، از جمله دین اسلام، مورد تأکید قرار دارد، مسئله فرزندآوری و جمعیت است. به ویژه در کشور ایران، این موضوع به عنوان یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های تشکیل خانواده شناخته می‌شود. در واقع، سرمایه انسانی هر کشور، مهم‌ترین دارایی آن به شمار می‌آید. جمعیت جوان یک کشور نقش بسزایی در ساختار امنیت و قدرت آن ایفا می‌کند. این موضوع به حدی برای دولت‌ها حائز اهمیت است که با استفاده از ابزارهای حقوقی، به مداخله در ساختار جمعیت پرداخته و سعی در افزایش یا کاهش آن به منظور دستیابی به جمعیت مطلوب دارند. هر دولت با توجه به شرایط و امکانات خود، اهداف خاصی در زمینه جمعیت‌سازی دارد و برای رسیدن به این اهداف، سیاست‌های جمعیتی متنوعی را اتخاذ می‌کند.

بهترین تعریف از سیاست‌های جمعیتی این است که این سیاست‌ها شامل برنامه‌ها و اقداماتی هستند که دولت به منظور مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در تغییرات جمعیتی اتخاذ می‌کند. سیاست‌های جمعیتی مستقیم به منظور تغییر رفتارهای جمعیتی خاص، مانند کاهش یا افزایش جمعیت، با توجه به نیازهای مختلف جوامع، می‌توانند به شیوه‌های گوناگونی اجرا شوند. همچنین، این سیاست‌ها در طول زمان ثابت نمی‌مانند و شرایط خاص جمعیتی هر کشور نیاز به بازنگری و تجدید نظر در سیاست‌های جمعیتی آن کشور را ایجاب می‌کند. بر اساس این تعریف، سیاست‌های جمعیتی در دوره‌ها و مکان‌های مختلف با یکدیگر تفاوت دارند. نکته مهم این است که مسئله جمعیت ارتباط نزدیکی با سایر حوزه‌ها از جمله اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیست دارد. بنابراین، قانون‌گذاری در زمینه فرزندآوری باید با دقت و توجه به سایر حوزه‌ها انجام شود. یکی از مهم‌ترین بحران‌هایی که اخیراً جهان را تحت تأثیر قرار داده، بحران سالمندی جمعیت است.

کاهش جمعیت و به تبع آن سالمندی جمعیت، پدیده‌ای مهم است که نه تنها کشورهای مختلف جهان، بلکه ایران را نیز تحت تأثیر قرار داده است. بحران پیری جمعیت تأثیر زیادی بر امنیت نظامی کشور دارد و موجب می‌شود که کشور از وجود نسل جوان متخصص و پرانگیزه محروم شود و منابع خود را صرف تأمین نیازهای سالمندان کند. به همین دلیل، در چند دهه اخیر، مداخله دولت در مسائل جمعیتی به امری رایج تبدیل شده است. ایران نیز مانند سایر کشورها در دهه‌های اخیر سیاست‌های جمعیتی متنوعی را اتخاذ کرده است. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و با آغاز تغییرات سیاسی و فرهنگی در کشور، سیاست‌های تشویقی برای افزایش زاد و ولد در دستور کار قرار گرفت و جمعیت ایران در سال ۱۳۶۵ به بالاترین نرخ رشد جمعیتی یعنی ۴٫۳ درصد رسید. اما با افزایش چشمگیر جمعیت و مشکلاتی که به همراه داشت، سیاست‌گذاران در سال ۱۳۶۸ تصمیم به اجرای سیاست‌های کاهش جمعیت گرفتند و در این راستا برخی امتیازات را از خانواده‌های دارای فرزندان زیاد سلب کردند. پس از آخرین سرشماری که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، نرخ رشد جمعیت ۱/۳ درصد اعلام گردید. اگر این روند کاهشی ادامه یابد، کشور با مشکلات زیادی

مواجه خواهد شد. در سال‌های اخیر، سیاست‌های ایران به سمت افزایش نرخ زاد و ولد متمرکز شده است. به همین دلیل، در تاریخ ۲۴ آبان ۱۴۰۰، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به تصویب رسید. این قانون شامل امتیازات و محدودیت‌هایی برای زوجین به منظور افزایش جمعیت کشور است و دولت موظف به تخصیص بودجه و هزینه‌های لازم برای تأمین این نیازها می‌باشد.

لازم به تأکید است که تنها تدوین و اجرای سیاست‌های جمعیتی نمی‌تواند به تنهایی در دستیابی به جمعیت متناسب تأثیرگذار باشد، بلکه آنچه اهمیت بیشتری دارد، اتخاذ این سیاست‌ها بر اساس ضرورت‌های جامعه، نیازسنجی دقیق و از همه مهم‌تر، هماهنگی این سیاست‌ها با منابع و امکانات موجود است.

نواقص قانونی حمایت از خانواده در خصوص افزایش جمعیت

ماده واحده سقط درمانی، گام مهمی در راستای حل مسئله سقط جنین به شمار می‌رود؛ اما دارای نواقص و محدودیت‌هایی است که نیاز به تفسیر و توضیح دارد.^۱ دلایل سقط جنین می‌تواند به دو دسته پزشکی و غیرپزشکی تقسیم شود. دلایل غیرپزشکی شامل موارد اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی، سقط جنین ناشی از روابط نامشروع و درخواست مادر است. اما قانون سقط درمانی ایران هیچ‌یک از این دلایل را به عنوان مجوزی برای سقط جنین نمی‌شناسد و تنها به معاذیر درمانی محدود به حفظ حیات مادر و بیماری جنینی که موجب حرج مادر به واسطه عقب افتادگی یا نقص عضو باشد، اشاره کرده است.^۲

در این زمینه مسائل و مشکلاتی وجود دارد که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

شناسایی خطر جانی برای مادر پس از ولوج روح و عدم تعیین محدوده خطر جانی

با بررسی ماده واحده سقط درمانی مصوب سال ۱۳۸۴، مشخص می‌شود که سقط درمانی تنها تا قبل از ورود روح (چهار ماهگی) مجاز است و این موضوع یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های قانونی به شمار می‌آید. به نظر می‌رسد که قانون‌گذار سقط جنین پس از چهار ماه را ممنوع و غیرقانونی تلقی کرده است؛ در حالی که ممکن است بیماری‌هایی که منجر به صدور مجوز سقط درمانی می‌شوند، پس از ورود روح جنین در مادر بروز کنند.^۳ همچنین در برخی موارد، بیماری‌های مادر با افزایش سن جنینی تشدید می‌شود و در صورتی که سن جنین بالای ۲۰ هفته

۱. فلاح نژاد، فاطمه، تریفه آقا مجیدی، و فاطمه عزیززاده، سقط جنین از نگاه فقه (شیعه) و حقوق کیفری ایران در مقایسه با حقوق کیفری ژاپن، پژوهش نامه زنان، دوره ۸، شماره ۲۰، ۱۳۹۶، ص ۳۶.

۲. عباسی، محمود و دیگران، شرایط تحقق سقط درمانی در پرتو مطالعه تطبیقی، مجله پزشکی قانونی ایران، دوره بیست و یکم، شماره ۲، تابستان، ۱۳۹۴، ص ۲۵۳.

۳. ناظری، گلنار، و مریم ارباب، نگرشی بر حقوق شهروندی در زمینه سقط درمانی ناشی از خطای پزشکی، فصلنامه حقوق ملل سال هفتم، دوره ۲۵، ۱۳۹۶، ص ۸۵.

باشد و خطر جانی جدی برای مادر در صورت ادامه بارداری وجود داشته باشد، چه باید کرد؟ بند ۶ دستورالعمل اجرایی ماده واحده سقط جنین درمانی، بیماری مادر را به این صورت تعریف کرده است: «وضعیت بالینی و پزشکی مادر که تداوم بارداری در آن تهدید جانی برای وی تلقی گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تأیید متخصصین ذیربط است که شامل ۲۲ بیماری با شرایط خاص است». مهم‌ترین شرط مذکور در بند فوق این است که بیماری مادر باید تهدید جانی برای وی به دنبال داشته باشد. اما قانون‌گذار محدوده تهدید جانی را مشخص نکرده و تشخیص آن را به متخصصین مربوطه واگذار کرده است. بهتر بود قانون‌گذار این محدوده را مشخص می‌کرد. دلیل این امر می‌تواند عدم وجود مرز مشخص برای تهدید جانی باشد.^۱ محدودیت‌های مذکور در این ماده از یک سو و ضرورت‌هایی که سقط جنین را اجتناب‌ناپذیر می‌کند، مشکلی است که قانون‌گذار باید با استناد به دیگر دیدگاه‌های فقهی برای حل آن چاره‌اندیشی کند.

به‌روز نبودن لیست بیماری‌های مجوز سقط برای مادر

از سال ۱۳۸۴ تا کنون، هیچ تغییری در فهرست بیماری‌های مادر برای صدور جواز سقط درمانی مشاهده نشده است. با گذشت تقریباً ۱۴ سال و با توجه به ظهور بیماری‌های جدید، این کمبود به شدت احساس می‌شود و نیاز به بازنگری در این فهرست ضروری است تا نواقص آن برطرف گردد. همچنین، با توجه به پیشرفت‌های علمی در حوزه پزشکی در سال‌های اخیر، امکان درمان برخی از این بیماری‌ها فراهم شده است. بنابراین، به نظر می‌رسد حذف برخی از بیماری‌ها از فهرست بیماری‌های مادر برای صدور جواز سقط درمانی الزامی باشد.

ابتلای مادر به بیماری یا شدت یافتن بیماری در اثر ادامه بارداری

یکی دیگر از موضوعات قابل بررسی، ابتلای مادر به بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ای است که هرچند خطر جانی ندارند، اما به شدت برای او مشکل‌ساز هستند. به عنوان مثال، در مواردی که مادر دچار شکستگی‌های مهره‌های کمری است، ادامه بارداری ممکن است به قطع نخاع و فلج او منجر شود، هرچند که خطر جانی وجود ندارد. در این شرایط چه اقداماتی باید انجام داد؟

ابتلای مادر به بیماری‌های شدید روحی و روانی

یکی از مسائل حل‌نشده در قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ و بخش‌نامه شماره ۴۱۷۶/۱ مورخ ۱۳۸۲/۹/۱۱، عدم توجه به بیماری‌های حاد اعصاب و روان در مادران است. وجود این نوع بیماری‌های شدید روانی، که توسط پزشکان

۱. تقی‌پور، علیرضا، و فاطمه متقی، بررسی فقهی و حقوقی ماده واحده سقط درمانی. مجله پژوهش علوم انسانی، دوره ۶، شماره ۲، ۱۳۹۳، ص ۹۷.

متخصص در دوران بارداری و پس از زایمان تشخیص داده می‌شود، می‌تواند مشکلات جدی و تهدیدکننده‌ای برای مادر، نوزاد و حتی جامعه به وجود آورد. از آنجا که ممکن است مادر در دوران پس از تولد صلاحیت نگهداری از فرزند را نداشته باشد، ضروری است که پیش از تولد و به منظور جلوگیری از تحمیل هزینه‌های اضافی به جامعه، راه‌حلی برای این مشکل در قوانین موجود ایران ارائه شود.^۱

شناسایی ناهنجاری پس از ولوج روح

یکی از چالش‌ها و مشکلات موجود در این حوزه این است که آزمایش‌های غربالگری توسط وزارت بهداشت در هفته‌های ۱۵ تا ۱۶ بارداری انجام می‌شود و نتایج بررسی‌های ژنتیکی نیز تقریباً سه هفته زمان می‌برد. بنابراین، تا زمانی که نتایج آزمایش‌ها آماده شود، ممکن است از هفته ۱۹ بارداری نیز گذشته باشد و در آن زمان، انجام سقط عملاً غیرممکن خواهد بود. دکتر حشمتی، رئیس انجمن بیماری‌های زنان و زایمان، بیان می‌کند که برخی بیماری‌ها تنها پس از چهار ماهگی قابل شناسایی هستند: «به عنوان مثال، بیماری مونگلیسم از هفته ۱۶ به بعد با استفاده از تست آمینوسنتز قابل تشخیص است».^۲

علاوه بر این، ممکن است به علت خطای پزشکی، بیماری جنینی در دوران قبل از ۱۲۰ روز شناسایی نشود و پزشک معالج پس از این مدت به این موضوع پی ببرد. بنابراین، با توجه به فشاری که قید "بعد از چهار ماه" برای مادر ایجاد می‌کند، ضروری بود که در ماده واحده تجدیدنظر انجام شود و تدابیر بهتری اتخاذ گردد.^۳

ابتلای جنین به ناهنجاری که منجر به مرگ پس از تولد و عدم امکان درمان پیش از ولوج روح

در صورتی که جنین به الیگوهایدرامنیوس شدید مبتلا باشد که ناهنجاری آن اثبات شده و معمولاً به مرگ نوزاد منجر می‌شود، درمان فعلی شامل مایع درمانی مادر به منظور افزایش حجم مایع آمنیوتیک است که تا زمان رفع این مشکل، که ممکن است تا اواخر دوران بارداری ادامه یابد، ادامه می‌یابد. در این شرایط، که درمان تقریباً ناموفق (در اکثر موارد) باعث می‌شود زمان مجاز برای سقط درمانی سپری شود، چه باید کرد؟ آیا باید درمان را متوقف کرده و جنین را سقط کرد یا با علم به بی‌نتیجه بودن درمان، بارداری را ادامه داد؟

عدم شناسایی صحیح مصادیق سقط درمانی

با وجود اینکه تصویب قانون سقط درمانی، گام مهمی در جهت قانونی کردن سقط جنین محسوب می‌شود،

۱. ناظری و ارباب، پیشین، ص ۶۹.

۲. عباسی پیشین، ص ۲۵۵.

۳. ناظری و ارباب، همان، ۱۳۹۶.

اما در تعیین مصادیق قانونی سقط درمانی به طور جامع از قاعده لاجرح به عنوان یک قاعده قوی و گسترده در فقه اسلامی بهره‌برداری نشده است. این موضوع باعث ایجاد خلأهایی در این قانون شده که نیاز به اصلاح دارد.^۱ بر اساس دستورالعمل‌های سازمان پزشکی قانونی، بیماری‌هایی نظیر دیسپلازی استخوانی-غضروفی کشنده، آرنژی دوطرفه کلیه، و سندرم نفروتیک مادرزادی در صورت ایجاد هیدروپس، همچنین اختلالات کروموزومی که منجر به آسیب‌های پیشرفته، به ویژه درگیری مغز و کلیه می‌شوند (مانند سندرم واکترل)، آلفا تالاسمی به شکل هیدروپس فتالیس، تریزومی‌های ۱۳، ۱۸، ۳، ۸ و ۱۶، آنانسفالی، هولوپروزنسفالی و... به عنوان دلایل مجاز برای سقط درمانی جنینی شناخته شده‌اند.^۲ مسئله‌ای که در این زمینه مطرح است، این است که قانون سقط درمانی و مصادیق ذکر شده در آن، به اندازه کافی مؤثر نیستند. پروفیسور داریوش فرهود، متخصص ژنتیک و عضو کمیته اخلاق زیستی کمیسیون ملی یونسکو، در این باره اظهار داشته است: "قانون سقط درمانی که به تصویب مجلس رسیده، با توجه به فهرست بیماری‌های ذکر شده، تأثیری در کاهش تولد نوزادان معلول نخواهد داشت. افرادی که به بیماری‌های ذکر شده در این قانون مبتلا هستند، معمولاً چند روز پس از زایمان فوت می‌کنند و سقط آنها تأثیری در کاهش معلولیت‌های مادرزادی ندارد. بیماری‌های متعددی مانند نابینایی، ناشنوایی، مشکلات عضلانی و منگولیسم وجود دارند که نوزادان را تا پایان عمر تحت تأثیر قرار می‌دهند، در حالی که این بیماری‌ها در فهرست ارائه شده برای سقط وجود ندارند. با تصویب قانون سقط درمانی به شکل کنونی، هیچ تغییر جدیدی در کنترل و پیشگیری از معلولیت‌ها ایجاد نخواهد شد... در حالی که با توجه به پیشرفت‌های پزشکی، به راحتی می‌توان بسیاری از این بیماری‌ها، ناتوانی‌های عضلانی و اختلالات کروموزومی و ژنتیکی را قبل از چهار ماهگی شناسایی کرد و از تولد نوزادان با معلولیت‌های شدید جلوگیری نمود."^۳

به عبارت دیگر، برای ناهنجاری‌های جنینی، مجوز خاتمه حاملگی صادر می‌شود که شامل نواقص کروموزومی و ژنتیکی، عفونت‌های داخل رحمی مانند توکسوپلاسموز، سفلیس، آلفا تالاسمی و همچنین بیماری‌های مادر مانند لوپوس فعال و نارسایی کلیه است. بیش از ۵۰ درصد جنین‌های مبتلا به اختلالات کروموزومی به طور خود به خود سقط می‌شوند و بقیه نیز دچار مرگ زودرس در رحم می‌گردند و تنها تعداد کمی از این جنین‌ها به دنیا می‌آیند. از این تعداد، تا ۲۰ درصد آنها پس از تولد در زیر یک سالگی فوت می‌کنند. در سال‌های اخیر، روش‌های مختلفی مانند نمونه‌برداری از جفت، آمنیوسنتز و سونوگرافی برای تشخیص زودهنگام ناهنجاری‌های جنینی در رحم رایج شده است. با این حال، با دقت و هوشیاری متخصصان و مشاوره با مادران، می‌توان قبل از ورود روح به جنین، اقدام به سقط نمود.

۱. اجری ایسک، عاطفه، چالش‌های دلالت قاعده لاجرح و تشخیص مصادیق آن در سقط درمانی، نشریه پزشکی قانونی، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۳۹۷، ص ۹۶.

۲. عباسی، همان، ۲۵۴.

۳. عباسی، محمود، احمدی، احمد و فکور، حسن، مبانی سقط درمانی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی، فصلنامه ی حقوق پزشکی، سال ۶، شماره ۲۰، ۱۳۹۱، ص ۹۳.

ملاک تشخیص حرج در سقط درمانی

بیشتر فقها معیار شخصی بودن حرج را تأیید کرده‌اند و تنها موردی که در قانون به حرج مادر اشاره شده، مربوط به وجود ناهنجاری در جنین است. با این حال، نحوه بررسی درخواست‌های اسقاط جنین ناهنجار به نوعی نشان‌دهنده پذیرش معیار نوعی است؛ این نتیجه با مبنای قاعده لاحرج و ماهیت امتنانی آن در تضاد است و نیاز به اصلاح دارد.^۱

رواج سقط‌های غیرقانونی به دنبال محدودیت‌های قانون

یکی دیگر از مسائل مهمی که به دلیل ضعف قانون ممکن است به وجود آید و منجر به بروز مشکلات اجتماعی و بهداشتی فراوان شود، افزایش سقط‌های غیرقانونی است. در برخی موارد، افراد به دلیل ناامیدی و سرخوردگی از عدم حمایت قانونی، به دنبال راه‌حلی برای سقط جنین می‌گردند که مهم‌ترین آن‌ها اقدام خودسرانه یا مراجعه به افراد غیرمتخصص در این زمینه است. این موضوع می‌تواند بحران‌های جدی را در جامعه ایجاد کند. یکی از این بحران‌ها، بی‌توجهی به قانون و سکوت قانون‌گذار در مورد سقط جنین ناشی از زنا و تجاوز به عنف است.^۲

عدم توجه به بارداری ناشی از زنا و تجاوز به عنف

در ماده واحده سقط درمانی، انجام سقط درمانی ناشی از زنا و تجاوز به عنف تجویز نشده است و در واقع این مقرر، تنها شامل جنین‌های ناقص الخلقه و در مواردی که جان مادر به خطر می‌افتد، می‌شود؛^۳ اما زنی که مورد هتک ناموس قرار گرفته و باردار شده است، ادامه بارداری و حضور این طفل نامشروع می‌تواند از لحاظ روحی- روانی برای وی آسیب‌های وحشتناکی به همراه داشته باشد و هم در اجتماع و خانواده برایش مشکلاتی ایجاد کند که طلاق می‌تواند یکی از آنها باشد. همچنین تولد این طفل نامشروع می‌تواند مشکلات و مفسده‌هایی برای جامعه و حتی بار مالی برای بیت‌المال به همراه داشته باشد.^۴ سؤال اینجاست: زنانی که به هر نحو مورد تجاوز جنسی واقع شده و دچار بارداری ناخواسته می‌شوند، چه فرجامی دارند؟ آیا می‌توان تولد یک بزهکار بالقوه یا یک طفل پرورشگاهی و سرراهی را به فال نیک گرفت؟

۱. اجری ایسک، ۱۳۹۷.

۲. طاهریخت، الهه، سقط درمانی جنین در قوانین موضوعه ایران با رویکردی به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق خانواده، دانشگاه امام صادق، پردیسیس خواهران، ۱۴۰۱، ص ۱۹.

۳. عباسی، احمدی و فکور، همان، ص ۴۷.

۴. آبروش، هیروا، «سقط جنین در بارداری ناشی از جرایم جنسی در پرتو قانون سقط درمانی»، مجله حقوق پزشکی، شماره ۱۷، ۱۳۹۰، ص ۳۹.

پیامدهای نامطلوب روابط نامشروع، به‌ویژه در شهرهای شلوغ و پرجمعیت، نگرانی و ترس از بی‌آبرویی و تهدید حیثیت خانوادگی را به همراه دارد که تحمل کودک ناخواسته را برای این افراد دشوارتر می‌کند. به همین دلیل، برخی از آنها به دلیل قبح سقط غیرقانونی، جان خود را در خطر قرار می‌دهند یا پس از تولد کودک، او را در خیابان رها می‌کنند. اما در نظر فقهای معاصر شیعه، بر اساس استفتائات انجام شده، اکثر آنها معتقدند که سقط ناشی از تجاوز به عنف، قبل از ورود روح به جنین، در صورتی که موجب حرج برای مادر باشد، مجاز است و بیماری‌های روحی-روانی نیز جزو موارد حرج به شمار می‌آید. اگر به این موضوع به‌طور منصفانه نگاه کنیم، مشخص می‌شود که حرمت سقط جنین می‌تواند عسر و حرج شدید روحی-روانی و حتی معیشتی برای دختر و خانواده‌اش در آینده ایجاد کند. در این شرایط، قاعده نفی عسر و حرج می‌تواند به‌عنوان مجوزی برای سقط جنین این زنان و دختران مطرح شود.^۱

بارداری‌های ناشی از تجاوز به عنف، که معمولاً بدون هیچ‌گونه رضایت از سوی مادر صورت می‌گیرد، یکی از مصادیق عسر و حرج برای او محسوب می‌شود. در این شرایط، مادر با وجود داشتن فرزند نامشروع از پدری ناشناس، با خطر از دست دادن آبرو و همچنین بار سنگین هزینه‌های مالی، اجتماعی و فرهنگی مواجه است. این در حالی است که متأسفانه این مادران به‌طور کامل تحت حمایت قانونی قرار نگرفته‌اند.^۲

سقط جنین ناشی از زنا به عنف همانند زنا با رضایت طرفین در ایران غیرقانونی است و صرفاً در ماده ۲۲۴ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ مقرر گردیده است که فردی که به ارتکاب زنا به عنف اقدام کند، مجرم شناخته شده و مجازات او اعدام است. همچنین، زنی که مورد تجاوز به عنف قرار گرفته، طبق بند الف ماده ۸۱ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، به‌عنوان بزه‌دیده شناخته می‌شود و حق دریافت خدمات و حمایت‌ها را دارد. با این حال، در هیچ‌یک از قوانین جزایی و کیفری به موضوع مجاز بودن یا عدم مجاز بودن سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف به‌عنوان یکی از حمایت‌های قانونی از بزه‌دیده اشاره نشده است.^۳

۱. نیکزاد، عباس و سید غلامعلی جورسرای، بررسی سقط جنین از دیدگاه فقهی، نشریه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره اول، شماره اول، بهار، ۱۳۹۳، ص ۴۴.

۲. ناظری و ارباب، همان، ص ۲۳.

۳. حد زنا در موارد زیر اعدام است: الف) زنا با محارم نسبی
ب) زنا با زن پدر که موجب اعدام زانی است.

پ) زناي مرد غير مسلمان با زن مسلمان که موجب اعدام زانی است. ت) زناي به عنف یا اکراه از سوي زانی که موجب اعدام زانی است.
تبصره ۱: مجازات زانیه در بندهای (ب) و (پ) حسب مورد، تابع سایر احکام مربوط به زنا است.

تبصره ۲: هرگاه کسی با زنی که راضی به زناي با او نباشد در حال بیهوشی، خواب یا مستی زنا کند رفتار او در حکم زناي به عنف است. در زنا از طریق اغفال و فریب دادن دختر نابالغ یا از طریق ربایش، تهدید و یا ترساندن زن اگرچه موجب تسلیم شدن او شود نیز حکم فوق جاری است.

۴. حکمت، فریبا، محمود قیوم زاده، و عباسعلی حیدری، بررسی حکم سقط جنین درمورد تجاوز به عنف بر اساس قاعده نفی حرج، دوفصلنامه مطالعات اسلامی زنان و خانواده، دوره ۸، شماره ۱۵، ۱۴۰۰، ص ۷۷.

آیا می‌توان زنی را که خود قربانی جرم جنسی است و از یک سو تحت حمایت قانونی قرار دارد، به تحمل بارداری و زایمان مجبور کرد؟ آیا او وظیفه‌ای قانونی برای ادامه بارداری دارد و آیا سقط جنین به عنوان یک اقدام غیرقانونی محسوب می‌شود؟ از نظر روانی، به دلیل خشونت جنسی که بر او رفته، انزجار او از متجاوز و به تبع آن از جنین، غیرقابل انکار است و این موضوع احتمال عدم تمایل مادر به ادامه بارداری را افزایش می‌دهد.^۱

بدیهی است که چنین زنی به دلیل بارداری ناشی از تجاوز، با خطرات و آسیب‌های جدی روحی، روانی و معیشتی مواجه می‌شود. زایمان جنینی که از یک عمل شنیع و غیرقانونی به وجود آمده، به دلیل فقدان نسب مشروع، با مشکلات و سختی‌های فراوانی همراه خواهد بود و ممکن است به قتل ناموسی منجر شود.^۲ عدم توجه به استفتائات در مورد جواز سقط جنین ناشی از رابطه نامشروع قبل از دمیده شدن روح در جنین، در قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، جای تعجب دارد. متأسفانه، قانون‌گذار نتوانسته است تطابقی بین دیدگاه فقها و مسائل روز ایجاد کند. بنابراین، در بررسی مبانی فقهی، اگر بقای جنین موجب عسرت شدید والدین یا خطر جانی برای مادر باشد، در موارد خاص به دلیل وجود عسر و حرج، حکم حرمت به جواز تبدیل می‌شود. این حکم ثانویه که فقط در موارد خاص جاری است، در فقه شیعه بر اساس ضرورت اجتماعی و عسر و حرج استوار است. به نظر می‌رسد که شناخت مسائل فقهی بدون درک تخصصی آن‌ها ممکن نیست و تا زمانی که فقه و پزشکی به طور همزمان به طرح و حل مسائل نپردازند، جامعه در حل مسائل فقهی مرتبط با آن‌ها، به ویژه در مورد مسائل جدید، به خطا خواهد رفت.

همچنین در مورد جنین ناشی از زنا، ممکن است فرد پس از ارتکاب عمل نامشروع توبه کند و در پی جبران خسارات ناشی از عمل حرام خود باشد؛ اما در هر دو حالت - زنا و تجاوز به عنف - به دلیل ترس از آبرو، بی‌اطلاعی از بارداری و دلایل متعدد دیگر، ممکن است فرد پس از دمیده شدن روح جنین و گذشت چهار ماه، به دنبال مجوز سقط درمانی باشد. قانون هیچ تمایزی بین جنین مشروع و نامشروع از لحاظ مدت زمان مجاز به سقط درمانی قائل نشده و هیچ‌یک از احتمالات فوق را در نظر نگرفته است. در نتیجه، مادری که پس از چهار ماه متوجه بارداری خود می‌شود و مصداق بارز عسر و حرج است، مشمول قانون سقط درمانی قرار نمی‌گیرد و این موضوع مشکلات زیادی برای مادر ایجاد کرده و هزینه‌های سنگینی را بر جامعه تحمیل می‌کند.^۳

همچنین در موارد بارداری ناشی از زنا، احتمال وجود خطرات برای اعضای خانواده وجود دارد و ممکن است اختلافات و درگیری‌هایی به وجود آید که پیامدهای نامعلومی داشته باشد. در این شرایط، باید قبل از دمیده

۱. عباسی کلیمانی، عاطفه، سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف، دوفصلنامه علمی - ترویجی فقه و حقوق خانواده ندای صادق، سال ۲۳، شماره ۶۸، ۱۳۹۷، ص ۷۲.

۲. حکمت، قیوم‌زاده و حیدری، همان، ص ۸۹.

۳. ناظری و ارباب، همان، ص ۱۲۸.

شدن روح، سقط جنین جایز باشد، زیرا جلوگیری از فتنه و اختلاف و پیامدهای ناگوار بعدی مهم‌تر است و این وجوب می‌تواند به بعد از دمیده شدن روح نیز سرایت کند. بنابراین، این وضعیت می‌تواند مجوزی برای سقط جنین باشد. با توجه به فقه پویا و نظرات مثبت فقهای شیعه در این زمینه، منع شرعی جدی برای انعطاف در قانون‌گذاری به منظور جلوگیری از پیامدهای زیانبار سقط جنین ناشی از زنا، چه قبل و چه بعد از دمیده شدن روح، وجود ندارد.^۱

این موضوع با استفتائات مراجع معاصر شیعه، از جمله آیت‌الله فاضل لنکرانی، تأیید می‌شود که قائل به جواز سقط جنین شده‌اند. ایشان در پاسخ به سؤال درباره دختری که به دلیل عمل زنا باردار شده و از خانواده‌اش می‌ترسد، بیان کرده‌اند که اگر دختر اطمینان داشته باشد که در صورت ادامه بارداری مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرد، سقط جنین ممکن است حرام نباشد، اما باید دیه آن پرداخت شود.^۲

معایب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

از اوایل دهه ۱۳۹۰ شمسی و با توجه به آمارهای متنوعی که کاهش رشد جمعیت و انتقال هرم جمعیتی به سمت سالمندی را نشان می‌داد، مقامات مختلف بر لزوم تغییر در سیاست‌های جمعیتی تأکید کردند.^۳ تدوین و ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت در سال ۱۳۹۳ به منظور جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و باروری، در این راستا قابل بررسی است. در کنار این برنامه‌ها، سیاست‌گذاران سعی کردند با بهره‌گیری از سیاست‌های تشویقی، شرایط را برای افزایش جمعیت فراهم کنند. از جمله این اقدامات می‌توان به افزایش مدت مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه، اعطای مرخصی تشویقی به پدران به ازای تولد هر فرزند و تأمین هزینه‌های ناشی از افزایش مدت مرخصی به سازمان تأمین اجتماعی اشاره کرد. همچنین، تلاش شد تا با تصویب یک قانون خاص، راهکارهای تشویقی و حمایتی گسترش یابد. به همین منظور، در سال ۱۳۹۲، «طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده» به مجلس شورای اسلامی ارائه شد. هرچند در مجالس مختلف اقداماتی برای تصویب این طرح صورت گرفت، اما به دلایل مختلف، این طرح به تصویب نرسید.^۴

در مجلس یازدهم، طرح جدیدی تحت عنوان «طرح جوانی جمعیت و تعالی خانواده» از سوی گروهی از نمایندگان به مجلس ارائه شد. در نسخه اولیه این طرح، تمرکز بر افزایش و توسعه تدابیر تشویقی و حمایتی، از جمله

۱. فلاح‌نژاد، آقامجیدی و عزیززاده، همان، ص ۱۲۵.

۲. فاضل موحیدی لنکرانی، محمد، جامع المسائل، قم، امیر العلم، ۱۳۸۴، ص ۷۹.

۳. فولادی، محمد، تحلیلی بر تغییر و تحولات جمعیتی در ایران؛ با تأکید بر فرصت طلایی پنجره جمعیتی، فصلنامه معرفت فرهنگی اجتماعی، سال دهم، شماره ۳ (پیاپی ۳۹)، تابستان ۱۳۹۸، ص ۲۳۶.

۴. مقدسی، محمدباقر، و مهرانگیز روستائی، افزایش جمعیت از رهگذر مداخلات کیفری؛ نگاهی به فرایند تصویب و چالش‌های اجرایی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، آموزه‌های حقوق کیفری، دوره ۱۸، شماره ۲۲، ۱۴۰۰، ص ۷۴.

افزایش سنوات مجاز تحصیلی برای بانوانی که در دوران تحصیل فرزند به دنیا می‌آورند، افزایش سالیانه کمک هزینه فرزندان، اعطای وام قرض الحسنه و کمک‌های مالی بلاعوض بود. اما در ادامه، مباحث دیگری نظیر محدودیت در غربالگری و ممنوعیت ارائه رایگان وسایل پیشگیری از بارداری نیز به متن طرح افزوده شد. در حالی که افزایش جمعیت و فرزندآوری به خودی خود موضوعی دستوری و قهری نیست، بلکه بیشتر نیازمند رویکردی چندوجهی است که شامل اقناع، فرهنگ‌سازی، بهبود وضعیت اقتصادی خانواده‌ها، ارتقاء شرایط اقتصادی جامعه، ایجاد امنیت خاطر و تقویت نگرش مثبت به آینده می‌باشد.^۱

معایب ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

بر اساس ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر سه ماه پس از اجرایی شدن این قانون، تمامی دستورالعمل‌های مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که پزشکان و کارکنان بهداشتی-درمانی یا مادران را به سقط جنین توصیه می‌کنند، حذف نماید. این امر به جز در مواردی که جان مادر در خطر باشد یا مواردی که ممکن است عوارضی برای مادر یا جنین ایجاد کند، انجام می‌شود. در این راستا، با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی و بر اساس شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور، موارد زیر باید مورد بازنگری و اجرا قرار گیرد:

۱. استانداردسازی نحوه تجویز و عملکرد پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش مؤثر و قانونمند آنها، پایش و ارزیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوزهای مربوط به این ماده؛
۲. اصلاح روش‌های غربالگری و تشخیصی و عملکردهای مربوط به مادر و جنین به منظور حفظ سلامت آنها و کاهش احتمال خطر، همچنین به‌روزرسانی مقادیر مثبت و منفی کاذب نتایج و تفسیر آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها با رعایت استانداردهای علمی؛

۳. تعیین آیین‌نامه برای تأیید آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری مجاز برای غربالگری ناهنجاری‌های جنین، با توجه به شاخص‌های بند ۱ و ۲ و نحوه ارزیابی منظم از آنها.

جهت استانداردسازی و نظارت، ارائه‌دهنده خدمات موظف است اطلاعات مربوط به مادر، پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده پرونده ثبت شود.

بر اساس دستورالعمل کشوری «برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین»، بیماری‌های کروموزومی با بروز ۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده، از عوامل مهم تعیین‌کننده سلامت کودکان و توسعه جمعیت سالم هستند. سندرم داون در رأس این بیماری‌ها قرار دارد و بر اساس نرخ تولد فعلی، سالیانه حدود ۳۰۰۰ مورد سندرم داون در

۱. همان، ص ۷۵.

کشور پیش‌بینی می‌شود. بنابراین، فرآیند غربالگری برای شناسایی زود هنگام ناهنجاری‌ها و صدور مجوز سقط در شرایط خاص انجام می‌شود. لازم به ذکر است که این فرآیند تنها برای شناسایی جنین‌های مبتلا به سندرم داون، سندرم ادوارد و سندرم پاتو است و نتیجه منفی آزمایش‌ها به معنای عدم وجود ناهنجاری دیگری در جنین نیست.^۱

معایب تبصره ۱ ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

الف) بر اساس قوانین جمهوری اسلامی ایران، هیچ قانونی مانع از محاکمه و پیگیری شخص نمی‌باشد. اما طبق تبصره ۱ این ماده، پزشک یا اعضای کادر بهداشت و درمان که مادر باردار را به انجام غربالگری ناهنجاری جنینی ارجاع ندهند، متخلف محسوب نمی‌شوند و تحت پیگرد قانونی قرار نخواهند گرفت. بر اساس این تبصره، اگر پزشک بر اساس تجربیات خود احتمال کمتر از ۷۰ درصد به بیماری جنین بدهد و ظن غالب نداشته باشد، نمی‌تواند مادر را به غربالگری ارجاع دهد. این در حالی است که ممکن است به دلیل کم‌تجربگی عامل غربالگری یا شرایط محیطی و جسمی مادر و جنین، سقط جنین اتفاق بیفتد و در این صورت پزشک متخلف خواهد بود. این رویکرد ممکن است منجر به افزایش تعداد مبتلایان به بیماری‌های ژنتیکی شود.

ب) نکته دیگری که باید به آن توجه کرد این است که در صورت عدم ارجاع پزشک با وجود ظن به وجود ناهنجاری در جنین، مسئولیت چه کسی خواهد بود؟ بسیاری از بیماری‌های ژنتیکی به دلیل بافت فرهنگی ایران و ازدواج‌های فامیلی رخ می‌دهند. طبق آمار متخصصین، بیش از ۴۰ درصد ازدواج‌ها در شهرستان‌هایی مانند اصفهان، ازدواج فامیلی است که ریسک ناهنجاری‌های ژنتیکی را افزایش می‌دهد.

پ) همچنین، لغو غربالگری و عدم ارجاع مادر به این آزمایشات به دلیل عدم وجود ظن قوی، می‌تواند منجر به کاهش تمایل به فرزندآوری (به دلیل ترس از فرزند معلول)، افزایش سقط جنین‌های غیرقانونی، افزایش مرگ و میر مادران به دنبال سقط غیرقانونی و مهاجرت به کشورهای همسایه برای بررسی سلامت جنین شود. بنابراین، به نظر می‌رسد که انجام غربالگری‌ها نه تنها به سلامت جمعیت کمک می‌کند، بلکه می‌تواند از بسیاری آسیب‌های اجتماعی دیگر نیز پیشگیری کند.

ت) محدودیت‌های شدید در غربالگری و سقط جنین، سلامت کودکان را به خطر می‌اندازد و می‌تواند به افزایش مرگ و میر جمعیت منجر شود. در صورتی که شناسایی جنین‌های بیمار به درستی انجام نشود، تعداد جنین‌های ناقص‌الخلقه افزایش خواهد یافت که به دلیل بیماری‌ها و نواقص ژنتیکی، عمر کوتاهی خواهند داشت و بسیاری از آن‌ها کمتر از ۵ سال عمر می‌کنند.

ث) جنین‌هایی که دارای ناهنجاری‌های پیشرفته هستند، با هزینه‌های هنگفتی برای نگهداری و مراقبت مواجه

۱. مجیدی، سید محمود، راهکارهای تأمین جرم‌انگاری توسعه‌گرا در حقوق کیفری، دوفصلنامه پژوهشنامه حقوق کیفری، سال هشتم، شماره ۱ (پیاپی ۱۵)، بهار و تابستان ۱۳۹۶، ص ۲۱.

خواهند شد و هیچ کارکرد مفیدی برای جامعه نخواهند داشت. این هزینه‌ها می‌تواند مانع از باروری استعدادهای دیگر شود که می‌توانند در جهت تعالی بشر تأثیرگذار باشند.^۱

معایب تبصره ۲ ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

الف) به نظر می‌رسد که مطرح کردن این موضوع، اقدامی غیرعلمی و غیراخلاقی باشد. یکی از حقوق بیماران، آگاهی از بیماری‌های احتمالی، حتی آن دسته که قابل درمان و غیرخطرناک هستند، می‌باشد. اگر پزشک مادر را به انجام غربالگری در صورت احتمال معلولیت یا ناهنجاری جنین ترغیب نکند، در واقع به اصول اخلاقی و حقوق بیمار تجاوز کرده است. در صورتی که فرزند بیمار باشد، مادر موظف به سقط او نیست و می‌تواند تصمیم بگیرد که بارداری را ادامه دهد یا به پایان برساند. بنابراین، ضروری است که این تبصره حذف یا اصلاح شود.

ب) در حال حاضر، شرکت در فرآیندهای غربالگری هیچ‌گونه الزامی قانونی ندارد و این فرآیند تنها بر اساس توصیه پزشک انجام می‌شود. این به این معناست که پزشک اطلاعات لازم را در اختیار مادر قرار می‌دهد و مادر خود تصمیم می‌گیرد که در این فرآیند شرکت کند یا خیر. عدم امکان ارجاع مادران به فرآیند غربالگری توسط اعضای کادر بهداشت می‌تواند منجر به سردرگمی در جوامع روستایی شود و این موضوع ممکن است نادیده گرفته شود. در این قشر از جامعه، ازدواج‌های فامیلی رایج است و این امر می‌تواند به افزایش معلولیت و بیماری‌های ژنتیکی منجر گردد.

معایب تبصره ۳ ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

قانونگذار در تبصره سوم این ماده، احتمال قابل توجه را به عنوان معیار ارجاع به غربالگری در نظر گرفته است. با این حال، ارجاع مادر باردار به غربالگری حتی در صورت وجود احتمال ضعیف نیز مجاز است. ممکن است در میان بستگان دور زوجین، فردی مبتلا به بیماری ژنتیکی ناشناخته وجود داشته باشد. در این شرایط، عقل حکم می‌کند که با وجود احتمال ضعیف، برای اطمینان خاطر مادر از سلامت فرزند، آزمایش انجام شود. همچنین، اگر مادر در سنین بالا باردار شده باشد، احتمال ضعیفی از ابتلا به سندروم داون وجود دارد. در این مورد نیز انجام غربالگری ضروری است، مگر اینکه والدین با آگاهی از احتمال وجود ناهنجاری در جنین، تمایلی به انجام این آزمایشات نداشته باشند که در این صورت، هیچ الزامی برای انجام آن‌ها وجود نخواهد داشت.^۲

۱. هاشمی مقدم، فاطمه، بررسی موارد مجاز و ممنوع سقط جنین در حقوق ایران، آلمان، کانادا و انگلیس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان، ۱۴۰۱، ص ۲۱.

۲. درویش، سینا، بررسی اقدامات پیشگیرانه مراجع قضایی در مورد پرونده‌های ارتکاب سقط جنین در ایران، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته حقوق گرایش جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه علامه محدث نوری، ۱۴۰۱، ص ۴۷.

معایب ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

ماده ۵۶ این قانون به ممنوعیت سقط جنین و شرایط مجاز آن اشاره می‌کند: «سقط جنین ممنوع است و به عنوان یک جرم عمومی شناخته می‌شود و طبق مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی خواهد بود.»

مادر تنها در صورتی می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی ارائه دهد که احتمال تحقق شرایط زیر وجود داشته باشد. تمامی مراکز پزشکی قانونی در استان‌ها موظفند که درخواست‌ها را به‌طور فوری به کمیسیون سقط قانونی ارجاع دهند. این کمیسیون شامل یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص و یک متخصص پزشکی قانونی است و حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر خواهد شد.

قاضی عضو کمیسیون در صورت اطمینان از یکی از شرایط زیر، مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روز صادر می‌کند:

الف) اگر جان مادر به‌طور جدی در خطر باشد و تنها راه نجات او سقط جنین باشد، به شرطی که سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌های ولوج روح در جنین وجود نداشته باشد.

ب) در مواردی که اگر جنین سقط نشود، جان مادر و جنین هر دو در خطر است و تنها راه نجات مادر سقط جنین باشد.

ج) در صورتی که پس از اخذ اظهارات ولی، تمامی شرایط زیر احراز شود:

- رضایت مادر
- وجود حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر
- وجود 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
- سن جنین کمتر از چهار ماه

معایب اصل ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

الف) جرم‌انگاری سقط جنین در قوانین غیر جزایی: در ابتدای ماده، به ممنوعیت سقط جنین اشاره شده که پیش‌تر در قانون مجازات اسلامی نیز به آن پرداخته شده بود و نیازی به تکرار آن و مواد مربوط به مجازات آن وجود نداشت. همچنین ذکر مجازات سقط جنین در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت که به‌طور خاص به این

موضوع نمی‌پردازد، چندان منطقی به نظر نمی‌رسد.

ب) سیاست تشدید قانونگذار و تعیین مجازات ابطال پروانه پزشکی به عنوان کیفر اجباری سقط غیرقانونی در این ماده، نشان‌دهنده رویکرد تشدید قانونگذار در گسترش مجازات‌های تکمیلی است. بر اساس این ماده، ابطال پروانه پزشکی به مجموعه ضمانت اجرای موجود افزوده شده است. هرچند پیش‌تر نیز دادگاه می‌توانست بر اساس ماده ۲۳ قانون مجازات اسلامی، ابطال پروانه و منع از اشتغال را به عنوان کیفر تکمیلی برای پزشکی که بدون مجوز اقدام به سقط جنین می‌کرد، تعیین کند. با این حال، ذکر ابطال پروانه پزشکی موجب شده است که این کیفر از حالت اختیاری به حالت اجباری تبدیل شود.

پ) محدودیت در ارائه درخواست سقط درمانی: قانونگذار امکان درخواست سقط درمانی را به سه مورد محدود کرده است، در حالی که بهتر بود صرفاً امکان انجام سقط درمانی را به موارد خاصی محدود کند و نه امکان درخواست را. زیرا ممکن است مادر به دلایل مختلفی از جمله سابقه بیماری ژنتیکی در خویشاوندان، بارداری ناشی از زنا یا تجاوز به عنف، یا وجود احتمالی ناهنجاری جنینی، چنین درخواستی داشته باشد. ارائه درخواست از سوی مادر به معنای لزوم موافقت با آن نخواهد بود، بلکه کارشناسان و پزشکان متخصص در پزشکی قانونی شرایط مادر و جنین و دلایل درخواست سقط را بررسی کرده و با درخواست او موافقت یا مخالفت می‌نمایند. اما اینکه قانونگذار درخواست را مشروط به وجود موارد قطعی کرده است، محل بحث و نقد است؛ زیرا این محدودیت می‌تواند منجر به سقط‌های جنایی و غیرقانونی شود که نه تنها هدف از تصویب این قانون را تأمین نخواهد کرد، بلکه با افزایش آمار سقط‌های جنایی، نقض غرض خواهد نمود و منجر به سقط غیرقانونی و غیربهداشتی جنین‌های سالمی خواهد شد که مادر احتمال بیماری یا معلولیت در خصوص آنها را می‌داده است.

ت) زمان بر بودن پروسه رسیدگی قضایی و امکان فوت وقت سقط درمانی: تا پیش از تصویب این قانون، تنها فرایند قانونی که رسیدگی قضایی نداشت، سقط درمانی بود که به دلیل حساسیت‌های ویژه در مورد سن جنین، شرایط جنین و شرایط مادر، بدون حکم قاضی انجام می‌شد. زیرا در صورت کامل شدن چهار ماه و ورود به ماه پنجم، به هیچ عنوان اجازه سقط داده نمی‌شود و طی کردن پروسه زمان‌بر قضایی، می‌تواند امکان سقط درمانی را از مادری که در آخرین روزهای ماه چهارم است، سلب کند. طبق این ماده، صدور جواز سقط درمانی منوط به طی فرایند قضایی شده است و به لزوم حضور یک قاضی در کمیسیون سقط درمانی و صدور رأی توسط وی تصریح گردیده است، در حالی که تا پیش از این، چنین لزومی وجود نداشت و در صورت وصول درخواست سقط درمانی، کمیسیون ویژه جهت حفظ فرصت برای انجام سقط درمانی، حتی در نیمه شب به صورت اورژانسی تشکیل می‌شد. با این لزوم، در بسیاری از موارد، فرصت سقط حتی در مواردی که جان مادر در خطر جدی باشد، از دست خواهد رفت.

ث) عدم امکان تشکیل کمیسیون سقط درمانی در تمامی مراکز پزشکی قانونی: کمیسیون سقط درمانی مذکور

در ماده، در عمل قابل تشکیل نیست. اینکه در تمامی استان‌ها مراکز پزشکی قانونی، به صورت مستمر یک قاضی و یک متخصص پزشکی قانونی حضور داشته باشند، ممکن به نظر نمی‌رسد. برای مثال تعداد متخصصین پزشکی قانونی جهت حضور در این کمیسیون، بسیار کمتر از میزان مورد نیاز است. این در حالی است که ممکن است مادری در ایام منتهی به چهار ماهگی، به پزشکی قانونی مراجعه نماید که با توجه به نزدیک بودن زمان ولوج روح، باید سریعاً تعیین تکلیف شود.

ج) تعارض بندهای الف و ب ماده ۵۶: محور سقط درمانی در بندهای الف و ب ماده مذکور، گزاره «خطر جانی مادر» است. ظرفیت اقدام به سقط با محوریت خطر جانی مادر در بند الف به دو شرط «کمتر بودن سن جنین از ۴ ماه» و «عدم ولوج روح در جنین» متوقف شده است، در حالی که دو شرط مذکور در بند ب قابل مشاهده نیست. مذاقه در تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی هم با محور قرار دادن «خطر جانی مادر»، سقط درمانی را جایز دانسته و آن را به دو شرط پیش‌گفته متوقف نکرده است. اینکه محور سقط در هر سه تقنین مذکور، گزاره «خطر جانی مادر» است؛ اما دو شرط مذکور تنها در بند الف لازم به تبعیت است که بستر تعارض و نسخ سه تقنین مذکور را میان یکدیگر فراهم می‌سازد.

چ) مبهم بودن عبارت اظهارات ولی: نکته مهم دیگر در متن ماده ۵۶، ذکر لزوم اخذ اظهارات ولی است، اما در خصوص مفاد اظهارات توضیحی نداده است. آیا اظهارات مندرج در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به معنای رضایت است؟ اگر مراد قانونگذار، رضایت ولی بوده است؛ چرا از لفظ اظهارات استفاده نموده است؟ این در حالی است که رضایت مادر را یکی از شروط انجام سقط دانسته است.

ح) ابهام در مفهوم حرج و ضوابط آن: قانونگذار در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیز همانند قانون سقط درمانی، تعریفی از حرج و ضابطه آن ارائه ننموده است که این مسئله باب تشتت آراء میان حقوقدانان و قضات را ایجاد می‌کند. بنابراین لازم است قانونگذار در قالب دستورالعمل جداگانه یا اصلاحیه موادی از قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ضمن رفع سایر ایرادات، شخصی بودن حرج و لزوم تشخیص آن برای هر مادر را به صورت جداگانه تبیین نماید و از امکان جبران و جایگزینی حرج برای مادر، رفع ابهام نماید. کما اینکه در سخنان فقها و مراجع عظام شاهد توجه به شرایط مادر و پدر هستیم. همچنین در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، هیچ اشاره‌ای به حرج پدر نشده است و این نقیصه در قانون اخیرالتصویب، قابل توجه است.

خ) سکوت در مورد سقط جنین ناشی از زنا به عنف: یکی دیگر از مواردی که در این ماده، همانند ماده واحده سقط درمانی مورد توجه قرار نگرفته است، جواز سقط درمانی در صورت تحقق زنا به عنف می‌باشد. در چنین مواردی که مادر، مورد تجاوز جنسی قرار گرفته است و ادامه بارداری برای او توأم با ضرر عرضی است، به نحوی که مادر همواره در مظان اتهام خواهد بود و فرزند حاصل از این رابطه، در صورت عدم سقط، از سوی مادر و خانواده طرد خواهد شد و شرایط مناسبی پیش روی وی نخواهد بود، باید با کمک فقه پویا و استناد به قاعده لاضرر و

لاحرج، تدبیری برای سقط جنین اندیشیده شود. با توجه به اینکه به این مورد در ماده واحده سقط درمانی هم اشاره نشده بود و ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در مقام بیان شرایط صدور جواز سقط جنین است، لازم بود به این مورد نیز اشاره شده و رفع ابهام صورت می‌گرفت.

معایب تبصره ۱ ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

بر اساس تبصره ۱ این ماده، رأی صادره ظرف یک هفته قابل اعتراض در شعبه یا شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر به ریاست قاضی یا قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضائیه است. دادگاه مذکور موظف است حداکثر ظرف یک هفته تصمیم خود را اعلام کند. ابهام و سوالی که از این تبصره به وجود می‌آید این است که اگر مادر به رأی صادره اعتراض کند و قاضی یا قضات ویژه در شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر امکان انجام سقط درمانی را تأیید کنند، پس از گذشت ماه چهارم با توجه به ممنوعیت سقط در این زمان، چه کسی مسئول جبران خسارت وارده به مادر خواهد بود؟ بنابراین، ضروری است تدبیری اندیشیده شود تا صدور رأی و اعتراض به آن در کوتاه‌ترین زمان ممکن انجام گیرد تا در صورت وجود شرایط لازم برای سقط، زمان از دست نرود.

معایب تبصره ۲ و ۳ ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

متن به بررسی موضوع سقط جنین و نشانه‌های ولوج روح از منظر حقوقی و پزشکی می‌پردازد.

الف) طبق ماده ۵۶، قاضی تنها پس از تأیید عدم ولوج روح می‌تواند مجوز سقط جنین را صادر کند و نیازی به احراز مجدد نشانه‌های ولوج روح در بیمارستان‌ها وجود ندارد.

ب) نظرات فقهای اسلامی در مورد نشانه‌های ولوج روح متفاوت است و مراحل حاملگی به دو مرحله تقسیم می‌شود: حیات جنینی و حیات زیستی. سقط در هر مرحله ممکن است، اما دیه جنین در دوران زیستی برابر با دیه انسان کامل است.

ج) از منظر پزشکی، زندگی جنین از لقاح آغاز می‌شود و مراحل مختلفی را طی می‌کند. با این حال، در علم پزشکی مرحله‌ای به نام ولوج روح تعریف نشده و امکان تشخیص آن بر اساس نشانه‌های پزشکی وجود ندارد.

معایب ماده ۶۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

بر اساس ماده ۶۱ این قانون، "ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین با هدف دستیابی به نتیجه‌ای خاص یا با علم به وقوع آن، به گونه‌ای که خسارت عمده‌ای به تمامیت جسمانی جنین‌ها یا مادران وارد کند، تحت شمول حکم ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ قرار می‌گیرد."

ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی به موضوع افساد فی الارض پرداخته و تصریح می‌کند: "هر فردی که به طور گسترده، جنایت علیه تمامیت جسمانی افراد، جرائم علیه امنیت داخلی یا خارجی کشور، نشر اکاذیب، اختلال در نظام اقتصادی، آتش‌سوزی و تخریب، پخش مواد سمی و خطرناک، یا دایر کردن مراکز فساد و فحشا یا معاونت در آنها را انجام دهد، به گونه‌ای که موجب اختلال شدید در نظم عمومی، ناامنی یا خسارت عمده به تمامیت جسمانی افراد یا اموال عمومی و خصوصی شود، یا سبب اشاعه فساد یا فحشا در مقیاس وسیع گردد، مفسد فی الارض محسوب و به اعدام محکوم می‌شود."

در این ماده، ادامه سیاست‌های ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی، ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین به قصد نتیجه یا با علم به وقوع آن، به عنوان مصداقی از افساد فی الارض در نظر گرفته شده و مرتکب آن مشمول مجازات شدید اعدام خواهد بود. اضافه کردن این مصداق به دیگر مصداقی افساد فی الارض و تعیین مجازات اعدام برای آن، در حالی صورت گرفته است که بر اساس بند ج ماده ۱۱۳ قانون پنج‌ساله ششم توسعه، بر "بازنگری در مصداق عناوین مجازات‌های سالب حیات با توجه به تغییر شرایط" تأکید شده است. این بند نشان‌دهنده این است که در طول برنامه پنج‌ساله ششم توسعه، کاهش مصداق مجازات‌های سالب حیات باید در اولویت قانون‌گذار قرار گیرد. با توجه به اینکه تغییر و کاهش مصداق مجازات‌های سالب حیات در جرائم از نوع قصاص و حدود به سختی امکان‌پذیر است، تنها امکان مانور و اقدام در مجازات‌های تعزیری وجود دارد. با این حال، ماده ۶۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مشابه ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی، با حداستانی کردن جرائم تعزیری، خلاف مبانی جرم‌انگاری جرائم حدی و نیز قواعد فقهی و اصول مسلم حقوق کیفری عمل کرده و موجب شده است که رفتاری که تنها مستوجب مجازات حبس تعزیری و دیه است، با مجازات شدید اعدام مواجه گردد که این امر مطلوب نیست.^۱

معایب ماده ۷۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

بر اساس ماده ۷۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، "این قانون موجب نسخ قوانین تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶، اصلاحیه آن مصوب ۱۳۸۸/۲/۲۲، ماده واحده اصلاح قوانین تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۹۲/۳/۲۹، ماده واحده قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۰۳/۱۰ و محدودیت‌های مربوط به تعداد فرزند در بند ۴ ماده ۶۸ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۸۶ قانون تأمین اجتماعی می‌شود."

قانون سقط درمانی نتیجه تلاش‌های مستمر و طولانی مدت جامعه پزشکی و نمایندگان مجلس شورای اسلامی است که از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۹ بدون هیچ مشکلی به اجرا درآمده و نیازی به نسخ آن وجود ندارد. به عبارت دیگر،

۱. روستایی، مهرانگیز، مقدسی، محمدباقر، «ارزیابی سیاست‌های جمعیتی در سنجه اصول جرم‌انگاری؛ با تأکید بر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، پژوهشنامه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دوره ۱۰، شماره ۲، ۱۴۰۲، ص ۷۹.

اجرای این قانون هیچ مشکلی ایجاد نکرده است که نیاز به لغو آن و تصویب شیوه جدیدی باشد. همچنین، عدم اجرای این قانون نیز مشکلی را حل نخواهد کرد که بخواهیم به واسطه قانون دیگری آن را نسخ کنیم. علاوه بر این، این قانون بر اساس فتاوی مراجع عظام تقلید، به ویژه مقام معظم رهبری، تدوین شده و نمی‌توان آن را از نظر فقهی دارای اشکال دانست؛ زیرا این ماده واحده به تأیید فقهای شورای نگهبان نیز رسیده است.

نتیجه گیری

در آخرین اقدام قانون‌گذار در راستای اجرای سیاست افزایش جمعیت در آبان ماه ۱۴۰۰، برخی جوانب این موضوع در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به طور قهری مورد توجه قرار گرفته است. حذف دسترسی یارانه‌ای و رایگان به وسایل پیشگیری از بارداری، ممنوعیت عقیم‌سازی و بستن لوله‌های فالوپ، دشوار کردن دسترسی به اقلام پیشگیری از بارداری و محدودیت در انجام غربالگری، به عنوان تدابیر جدید در این قانون پیش‌بینی شده است. این اقدامات در نگاه اول، «حق بر والدینی برنامه‌ریزی شده» را به خطر می‌اندازد و از این رو، ضرورت توجیه آن بیش از پیش احساس می‌شود. درک عمومی یک فرد عادی از اینکه چرا باید آزادی تصمیم‌گیری در زمینه فرزندآوری از او سلب شود یا با محدودیت مواجه گردد، نشان‌دهنده محدودیت‌های اخلاقی بر حقوق کیفری است. استفاده از تدابیر قهری توسط قانون‌گذار برای دستیابی به اهداف افزایش جمعیت و جوانی در حالی انجام می‌شود که این محدودیت‌ها بر یکی از شخصی‌ترین مسائل زندگی افراد تحمیل می‌گردد. هرچند در نظام کیفری ایران، جرم‌انگاری سقط جنین به عنوان یکی از مسائل مرتبط با این موضوع، در ادبیات کیفری به توجیهات مختلفی از جمله ممنوعیت ایراد ضرر به دیگری و غیراخلاقی بودن آن پرداخته شده است و مناقشات پیرامون چرایی جرم‌انگاری آن چندان زیاد نیست، اما توجیه مداخله در حق افراد برای کنترل باروری و بارداری به طور قطع به اندازه موضوع سقط جنین برای قانون‌گذار حل نشده است. این محدودیت‌ها را می‌توان در سه فیلتر اصلی جرم‌انگاری، یعنی ممنوعیت ایراد ضرر به دیگری، ممنوعیت ایراد ضرر به خود و هدایت قهری فرد به سوی خیر فردی و الزام قانونی اخلاق، که مجموعاً محدودیت‌های اخلاقی حقوق کیفری را تشکیل می‌دهند، ارزیابی کرد. این محدودیت‌ها از طیف لیبرال تا محافظه‌کارانه و حداکثری قابل بررسی هستند.

مداخلات مورد بحث در ساده‌ترین فرض موجود، یعنی اصل ضرر، نمایانگر یک ناسازگاری کامل است. تفسیر اولیه از اصل ضرر که شامل ضرر مستقیم و غیرمجاز به دیگران می‌شود، و تفسیرهای میانه‌روتر از آن، در توجیه مداخلات جمعیتی اخیر ناکام می‌مانند. استفاده از زبان منفعت در تفسیر ضرر، ایجاب می‌کند که نه تنها آزادی افراد در جلوگیری از آسیب به دیگران محدود شود، بلکه نفع عمومی نیز در نظر گرفته شود. در غیاب یک اصل ضرر با جنبه عمومی، درک این موضوع که چرا باید مداخلاتی مانند الزام به پایش و غربالگری مادران باردار توجیه‌پذیر

باشد، دشوار است. بنابراین، بخشی از آنچه آسیب‌زا تلقی می‌شود باید شامل تفسیر عمومی از ضرر باشد و بدون شک سلامت عمومی یک منفعت جمعی است که بر تمامی افراد جامعه تأثیر می‌گذارد. بر این اساس، تبصره‌های ۲ و ۳ ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ۱۴۰۰، که محدودیت‌هایی بر غربالگری وضع می‌کند، می‌تواند آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی زیادی برای جامعه به همراه داشته باشد. ممنوعیت مطلق توصیه به غربالگری، به ویژه برای مادران با سنین بالا و سابقه تولد فرزند معلول، به نفع عمومی آسیب می‌زند. چنین اقداماتی نه تنها هدف افزایش جمعیت را محقق نخواهد کرد، بلکه تأثیرات منفی بر جامعه و نظام بهداشتی خواهد داشت.

منابع

- آبروش، هیروا. (۱۳۹۰). «سقط جنین در بارداری ناشی از جرایم جنسی در پرتو قانون سقط درمانی»، مجله حقوق پزشکی، شماره ۱۷.
- اجري ایسک، عاطفه. (۱۳۹۷). چالش‌های دلالت قاعده لاحرج و تشخیص مصادیق آن در سقط درمانی، نشریه پزشکی قانونی، دوره ۲۵، شماره .
- تقی پور، علیرضا و فاطمه متقی. (۱۳۹۳). بررسی فقهی و حقوقی ماده واحده سقط درمانی. مجله پژوهش علوم انسانی، دوره ۶، شماره ۲۰.
- حکمت، فریبا، قیوم زاده، محمود و عباسعلی حیدری. (۱۴۰۰). بررسی حکم سقط جنین درمورد تجاوز به عنف بر اساس قاعده نفی حرج، دوفصلنامه مطالعات اسلامی زنان و خانواده، دوره ۸، شماره ۱۵.
- درویش، سینا. (۱۴۰۱). بررسی اقدامات پیشگیرانه مراجع قضایی در مورد پرونده های ارتکاب سقط جنین در ایران، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته حقوق گرایش جزا و جرم شناسی، دانشگاه علامه محدث نوری.
- روستایی، مهرانگیز، محمدباقر مقدسی. (۱۴۰۲). «ارزیابی سیاستهای جمعیتی در سنجه اصول جرمانگاری؛ با تأکید بر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، پژوهشنامه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دوره ۱۰.
- طاهربخت، الهه. (۱۴۰۱). سقط درمانی جنین در قوانین موضوعه ایران با رویکردی به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق خانواده، دانشگاه امام صادق، پردیسه خاوران.
- عباسی کلیمانی، عاطفه. (۱۳۹۷). سقط جنین ناشی از تجاوز به عنف، دوفصلنامه علمی - ترویجی فقه و حقوق خانواده ندای صادق، سال ۲۳، شماره ۶۸.
- عباسی، محمود و دیگران. (۱۳۹۴). شرایط تحقق سقط درمانی در پرتو مطالعه تطبیقی، مجله پزشکی قانونی ایران، دوره بیست و یکم، شماره ۲، تابستان.
- عباسی، محمود، احمدی، احمد و حسن فکور. (۱۳۹۱). حسن، مبانی سقط درمانی و بررسی آن از منظر حقوق جزای پزشکی، فصلنامه ی حقوق پزشکی، سال ۶، شماره ۲۰.
- فاضل موحدي لنکرانی، محمد. (۱۳۸۴). جامع المسائل، قم، امیر العلم.
- فلاح نژاد، فاطمه، آقا مجیدی، تریفه و فاطمه عزیز زاده. (۱۳۹۶). سقط جنین از نگاه فقه (شیعه) و حقوق کیفری ایران در مقایسه با حقوق کیفری ژاپن، پژوهش نامه زنان، دوره ۸، شماره ۲۰.
- فولادی، محمد. (۱۳۹۸). تحلیلی بر تغییر و تحولات جمعیتی در ایران؛ با تأکید بر فرصت طلایی پنجره جمعیتی، فصلنامه معرفت فرهنگی اجتماعی، سال دهم، شماره ۳ (پیاپی ۳۹).
- مقدسی، محمدباقر و مهرانگیز روستائی. (۱۴۰۰) افزایش جمعیت از رهگذر مداخلات کیفری؛ نگاهی به فرایند تصویب و چالش‌های اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، آموزه های حقوق کیفری، دوره ۱۸، شماره ۲۲.

مجیدی، سید محمود. (۱۳۹۶). راهکارهای تأمین جرم‌انگاری توسعه‌گرا در حقوق کیفری، دوفصلنامه پژوهشنامه حقوق کیفری، سال هشتم، شماره ۱ (پیاپی ۱۵).
ناظری، گلناز و مریم ارباب. (۱۳۹۶). نگرشی بر حقوق شهروندی در زمینه سقط درمانی ناشی از خطای پزشکی، فصلنامه حقوق ملل، سال هفتم، دوره ۲۵.
نیکزاد، عباس و سید غلامعلی جورسرای. (۱۳۹۳). بررسی سقط جنین از دیدگاه فقهی، نشریه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره اول، شماره اول، بهار.
هاشمی مقدم، فاطمه. (۱۴۰۱). بررسی موارد مجاز و ممنوع سقطجنین در حقوق ایران، آلمان، کانادا و انگلیس، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.

Cite this article: Ghorbani, H. (2026). Criminalization in the Family and Youth Protection Law of 2021; A Study on the Necessity, Efficiency, and Challenges of Population Criminal Policy. *Journal of Vakil Daavi*, 2 (1), 151-174.
<https://doi.org/10.22034/vd.2026.2092809.1017>

Publisher: Khorasan Razavi Judiciary Lawyers Center.

استناد: قربانی، هادی. (۱۴۰۵). جرم‌انگاری در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰؛ مطالعه‌ای در باب ضرورت، کارآمدی و چالش‌های سیاست جنایی جمعیتی، فصلنامه وکیل حقوق دعاوی. (۱)، ۲، ۱۷۴-۱۵۱.
<https://doi.org/10.22034/vd.2026.2092809.1017>

ناشر: مرکز وکلا قوه قضاییه خراسان رضوی.