

تحلیل سیاست کیفری ایران در خصوص سقط جنین با محوریت قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰

آیناز بذرگر^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱۰/۲۰

چکیده

ماده (۵۶) قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» مصوب ۱۴۰۰، نقطه عطفی در سیاست کیفری جمهوری اسلامی ایران نسبت به مسئله سقط جنین به شمار می‌آید. این ماده با هدف اصلاح کاستی‌های موجود در ماده واحده «سقط‌درمانی» مصوب ۱۳۸۴ و تبصره ماده (۷۱۸) قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ تصویب شد، اما خود به واسطه برخی نارسایی‌های مفهومی و اجرایی، به محل چالش‌های نوینی بدل گردیده است. پژوهش حاضر با رویکردی توصیفی-تحلیلی و بر پایه منابع فقهی و حقوقی، به واکاوی دقیق ابعاد مبنایی و شکلی این ماده پرداخته و می‌کوشد نوآورانه، تبیینی نظام‌مند از خلأها و ناهماهنگی‌های آن ارائه دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که ماده (۵۶) علی‌رغم تأکید بر جرم‌انگاری سقط جنین، در تعیین مرجع صالح برای صدور مجوز سقط، تبیین ترکیب و صلاحیت کمیسیون مربوطه، و تعریف مفاهیم کلیدی چون «تهدید جدی»، «حرج فعلی»، و «ولو ج روح»، دچار ابهامات جدی است. افزون بر این، تأکید قانون‌گذار بر قطعیت تهدید و غیرقابل تحمل بودن حرج، عملاً دایره شمول سقط درمانی را محدود ساخته و به تعارض با موازین فقهی و اصول حقوق بشر منتهی شده است. نوآوری این پژوهش در آن است که با تحلیل تطبیقی میان مقررات داخلی و رویکردهای فقهی و بین‌المللی، نشان می‌دهد که اصلاح ماده (۵۶) مستلزم بازتعریف مفاهیم بنیادینی چون «حق حیات جنینی»، «حق سلامت مادر» و «اختیار تصمیم‌گیری آگاهانه» است تا قانون از حالت بازدارنده صرف، به الگویی متعادل و انسان‌محور در سیاست جنایی جمعیتی تبدیل شود.

واژگان کلیدی

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت؛ سیاست کیفری؛ سقط جنین؛ فقه اسلامی؛ حمایت از فرزندآوری.

^۱ کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، موسسه آموزش عالی اشراق بجنورد، بجنورد، ایران. (وکیل پایه یک دادگستری) (Ainaz.bazrgar@yahoo.com)

۱- مقدمه

در نظام‌های حقوقی مبتنی بر مبانی دینی، همواره رویکردی محتاطانه و سخت‌گیرانه نسبت به مسئله سقط جنین اتخاذ شده است. در این نظام‌ها، جنین از لحظه تکوین، دارای شأن و ارزش ذاتی تلقی می‌شود و سلب حیات او جز در شرایطی خاص و استثنایی جایز شمرده نمی‌شود. نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران نیز، با تکیه بر اصول فقه اسلامی و مبانی شرعی، از این قاعده مستثنا نیست و بر اساس نصوص دینی و آرای فقها، اصل بر حرمت سقط جنین نهاده شده و تنها در موارد محدود و به موجب قانون، اجازه آن داده شده است. در این چارچوب، قانون‌گذار ایرانی نخستین بار در تبصره ماده (۷۱۸) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ و پیش از آن در ماده واحده قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، موارد استثنایی جواز سقط جنین را پیش‌بینی نمود. بر اساس این مقررات، سه وضعیت به عنوان مجوز قانونی سقط شناخته شد: نخست، هنگامی که ادامه بارداری تهدیدی جدی برای جان مادر باشد که در این صورت، سقط تا هر مرحله از بارداری مجاز است؛ دوم، زمانی که جنین دچار بیماری‌های شدید جسمی یا ذهنی باشد که موجب خرج غیرقابل تحمل برای مادر گردد؛ و سوم، مواردی که بیماری مادر به گونه‌ای است که تداوم بارداری خطر جانی برای او ایجاد می‌کند. قانون‌گذار، در دو مورد اخیر، اجرای سقط را تنها تا پیش از ولوج روح یعنی پیش از چهارماهگی جنین مجاز دانسته و پس از آن، این اقدام را ممنوع اعلام کرده است. علاوه بر این، در مواد (۶۲۳) و (۶۲۴) قانون تعزیرات مصوب ۱۳۷۵، برای مباشرین و معاونین سقط جنین، مجازات‌های مشخصی تعیین گردیده تا هرگونه اقدام عمدی در این زمینه بدون مجوز قانونی، با پاسخ کیفری روبه‌رو شود. این مقررات نشان‌دهنده سیاست کیفری سخت‌گیرانه‌ای است که قانون‌گذار در جهت حمایت از حیات جنینی اتخاذ کرده است. با این حال، تجربه‌ی اجرای این قوانین در طی سال‌ها، کاستی‌ها و ابهاماتی را آشکار ساخت؛ از جمله در تفسیر مفهوم «خرج»، تعیین مرجع صلاحیت‌دار برای صدور مجوز سقط درمانی، و تشخیص زمان دقیق ولوج روح.

در پی بروز این چالش‌ها، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ کوشید تا با ارائه ماده (۵۶)، اصلاحاتی در نظام حقوقی سقط جنین ایجاد کند. در ظاهر، این ماده با هدف رفع نارسایی‌های قانونی پیشین و بازنگری در روندهای اجرایی سقط درمانی تنظیم شده است، اما بررسی دقیق‌تر آن نشان می‌دهد که علی‌رغم نیت اصلاحی قانون‌گذار، ماده (۵۶) خود به منبعی از ابهامات تازه بدل شده است. در این ماده، مرجع صدور مجوز سقط جنین به «کمیسیون سقط قانونی» واگذار شده است، اما ترکیب اعضای این کمیسیون و معیارهای انتخاب آنان به روشنی مشخص نشده و همین امر، موجب سردرگمی در اجرا و بروز اختلاف نظر میان نهادهای پزشکی و قضایی گردیده است. افزون بر این، مفهوم «تهدید جدی» در ماده مزبور به صورت مبهم و بدون معیارهای علمی یا فقهی دقیق مطرح شده و شرط «فعلی بودن» و «غیرقابل تحمل بودن خرج» نیز تفسیری مضیق یافته است؛ به گونه‌ای که در عمل، بسیاری از موارد پزشکی که پیش‌تر مشمول سقط درمانی بودند، از شمول این مجوز خارج شده‌اند. ابهام دیگر در این ماده، مربوط به تعیین «ولی» و حدود اختیارات اوست. قانون‌گذار بدون تصریح به وضعیت مادر در صورت تعارض با نظر ولی، یا در مواردی که ولی در دسترس نیست، سکوت کرده است. همچنین، مسئله‌ی تشخیص زمان ولوج روح، که از حیث فقهی و پزشکی اهمیتی اساسی دارد، در این ماده به صورت کلی و فاقد معیارهای روشن مطرح گردیده است. در نتیجه، این ابهامات نه تنها موجب کندی روند صدور مجوزهای قانونی سقط شده، بلکه در مواردی به بروز اختلاف میان پزشکان، مراجع قضایی و حتی خانواده‌ها انجامیده است. بی‌تردید، هدف قانون‌گذار در تدوین ماده (۵۶) آن بوده است که با محدودسازی

غیرضروری سقط و ایجاد نظارت شرعی و نهادی، از سوءاستفاده‌های احتمالی جلوگیری کند و در عین حال نظم فقهی و قانونی را بر فرآیند سقط درمانی حاکم سازد. با این حال، آنچه در عمل مشاهده می‌شود، نوعی چرخش از «نظم حقوقی» به سوی «سخت‌گیری اجرایی» است که نه تنها موجب تحقق کامل اهداف قانون نشده، بلکه زمینه‌ساز نقض حقوق بنیادین مادران در موارد خاص و تضاد با موازین انسانی و فقهی گردیده است. از این رو، مسئله محوری این پژوهش آن است که آیا ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت توانسته است به‌طور مؤثر نارسایی‌های موجود در قوانین پیشین را رفع کند یا خود منشأ ابهامات و محدودیت‌های تازه‌ای شده است؟ به بیان دیگر، آیا این ماده توانسته میان سه محور اصلی یعنی صیانت از حیات جنینی، حمایت از سلامت مادر، و پرهیز از افراط در جرم‌انگاری توازی منطقی برقرار سازد یا نه؟

بررسی انتقادی این ماده نشان می‌دهد که اگرچه قانون‌گذار کوشیده است تا با اصلاحات شکلی، نظام صدور مجوز سقط را متشرعانه‌تر و منسجم‌تر سازد، اما در فقدان تبیین دقیق مفاهیم بنیادین، تعیین ضوابط علمی و فقهی برای کمیسیون سقط قانونی، و پیش‌بینی فرآیندهای نظارتی شفاف، این تلاش‌ها به نتیجه مطلوب نرسیده است. از این رو، بازنگری در ماده (۵۶) نه تنها ضرورتی حقوقی، بلکه ضرورتی انسانی و اجتماعی است تا ضمن حفظ اصول شرعی و اخلاقی، از تضییع حقوق مادران و سوءبرداشت‌های احتمالی جلوگیری گردد و قانون به ابزاری کارآمد برای تحقق عدالت کیفری و سلامت اجتماعی بدل شود.

۲- مبانی نظری

در ابتدای پژوهش مبانی نظری پژوهشی بررسی می‌گردد:

۱-۲- مفهوم جنین

واژه «جنین» در لغت به معنای پوشانیدن یا پنهان ساختن چیزی از حواس است. از این منظر، به کودک در حال رشد در رحم مادر، «جنین» گفته می‌شود؛ چرا که وجود او برای محیط بیرونی پنهان و غیرقابل رؤیت است و مراحل تکاملش در داخل رحم مادر رخ می‌دهد. این تعریف لغوی، مبنایی برای برداشت‌های فقهی و حقوقی درباره آغاز زندگی و شناسایی حقوق جنینی فراهم می‌کند. (سلطانی نسب، ۱۳۸۶، ۶) اصطلاح «جنین» به مرحله‌ای از رشد انسان پیش از تولد اطلاق می‌شود که از هفته نهم بارداری آغاز شده و تا زمان تولد ادامه می‌یابد. در این مرحله، موجود زنده از مرحله اولیه رشد خود که «مرحله جنینی اولیه» نامیده می‌شود عبور کرده و به جنین تبدیل می‌شود. در این دوران، جنین توانایی حرکت دارد، می‌تواند به محرک‌های خارجی پاسخ دهد و علائمی از رشد حسی را نشان می‌دهد. اصطلاح جنین به طور خاص برای تمایز این مرحله از مرحله پیش از جنینی و نوزاد تازه متولد شده به کار می‌رود و اهمیت آن در تعیین سلامت و رفاه آینده کودک قابل توجه است. روند رشد جنین از لحظه لقاح شامل مراحل مختلفی است که هر کدام با ویژگی‌های خاصی همراه است. در سه ماهه اول بارداری، که مرحله جنینی اولیه نامیده می‌شود، اندام‌ها و سیستم‌های اصلی بدن شکل می‌گیرند؛ قلب، مغز و نخاع شروع به رشد می‌کنند و در پایان این دوره، دست‌ها و پاها ظاهر شده و ویژگی‌های صورت مشخص‌تر می‌شوند. در سه ماهه دوم، جنین به رشد و بلوغ بیشتر خود ادامه می‌دهد. استخوان‌ها و عضلات قوی‌تر شده و اثر انگشت منحصر به فرد شکل می‌گیرد. حس شنوایی او فعال می‌شود و حرکات جنین برای مادر قابل توجه‌تر است. اندام‌ها و ویژگی‌های صورت، از جمله چشم‌ها، بینی و دهان، به‌طور کامل شکل گرفته و در سونوگرافی قابل مشاهده هستند. در سه ماهه سوم، جنین رشد کامل خود را طی می‌کند و برای تولد آماده می‌شود. اندام‌ها همچنان

بالغ می‌شوند، وزن جنین به سرعت افزایش می‌یابد و حرکات او قوی‌تر و منظم‌تر می‌شود. علاوه بر این، جنین در مایع آمنیوتیک احاطه شده است که نقش حفاظتی و ضربه‌گیر، تنظیم دما و امکان حرکت آزاد را فراهم می‌آورد. از اوایل هفته هشتم، جنین حرکات رفلکسی نشان می‌دهد و با گذر زمان، این حرکات به پاسخ‌های آگاهانه‌تر نسبت به محرک‌های محیطی تبدیل می‌شوند. رشد حسی جنین در سه ماهه دوم به او امکان می‌دهد نور، صدا و سایر محرک‌های خارجی را تشخیص داده و واکنش نشان دهد. این توانایی‌های حسی پایه‌های شناختی و حسی کودک را برای مواجهه با دنیای خارج پس از تولد فراهم می‌کند و اهمیت آن در تکامل کامل جنین و آمادگی برای زندگی پس از تولد غیرقابل انکار است. (Cyprus American IVF Center, 2024)

۲-۲- سقط جنین

واژه «سقط» ریشه عربی داشته و از مصدر «سقوط» گرفته شده است که به معنای افتادن یا پرت شدن است. در لغت، سقط به فرزند نارس یا فرزند مرده‌ای اطلاق می‌شود که پیش از موعد طبیعی تولد از رحم مادر خارج گردد. در معنای اصطلاحی، سقط به هرگونه خاتمه دادن به بارداری قبل از آنکه جنین توانایی ادامه حیات مستقل داشته باشد گفته می‌شود. در مفهوم حقوقی، سقط جنین عبارت است از هر عملی که موجب خروج جنین از رحم مادر قبل از پایان دوره طبیعی بارداری (۹ ماه) شود. در چارچوب ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، سقط جنین به صورت خاص به معنای «از بین بردن جنین یا هرگونه اقدامی که ادامه حیات جنین را با مانع مواجه می‌سازد» تعریف شده است. لازم به ذکر است که در قوانین مدون ایران، چه پیش و چه پس از انقلاب، تعریف مستقلی از سقط جنین ارائه نشده و این موضوع بیشتر در قالب جرم و قصاص و دیه مرتبط با قتل نفس بررسی شده است. قانون‌گذار با استناد به منابع فقهی که مبنای بسیاری از مقررات مربوط به جنین و سقط هستند، به تعیین میزان دیه در حالات مختلف سقط پرداخته است. از منظر پزشکی، سقط جنین به خروج یا اخراج جنین قبل از آنکه قادر به حیات مستقل باشد اطلاق می‌شود و معیار اصلی در این تعریف، توانایی جنین برای ادامه حیات خارج از رحم است. (افراسیاب، ۱۳۹۷، ۳۵)

سقط جنین به معنای خارج شدن جنین از رحم قبل از رسیدن به مرحله حیات مستقل است و در انسان معمولاً تا هفته بیستم بارداری رخ می‌دهد. این پدیده ممکن است به صورت خودبه‌خودی اتفاق بیفتد که به آن «سقط خودبه‌خودی» گفته می‌شود، یا عمدتاً و با هدف خاتمه بارداری انجام گیرد که به آن «سقط القایی» اطلاق می‌شود. سقط خودبه‌خودی می‌تواند ناشی از عوامل متعددی از جمله بیماری‌های مادر، آسیب فیزیکی، نقص‌های ژنتیکی جنین یا ناسازگاری‌های بیوشیمیایی میان مادر و جنین باشد. گاهی نیز جنین در رحم می‌میرد اما به طور طبیعی خارج نمی‌شود که این وضعیت با عنوان «سقط فراموش شده» شناخته می‌شود. دلایل انجام سقط جنین در سطح جهانی را می‌توان در چهار دسته کلی طبقه‌بندی کرد: نخست، حفظ جان یا سلامت جسمی و روانی مادر؛ دوم، پیشگیری از ادامه بارداری ناشی از تجاوز یا زنا با محارم؛ سوم، جلوگیری از تولد کودک‌کانی با نقص شدید، ناهنجاری ژنتیکی یا اختلالات ذهنی جدی؛ و چهارم، دلایل اجتماعی یا اقتصادی مانند سن پایین مادر یا محدودیت منابع خانوادگی. بر اساس برخی تعاریف، سقط‌هایی که برای حفظ سلامت مادر یا در موارد تجاوز و زنا با محارم انجام می‌شوند، به عنوان سقط درمانی یا توجیه‌پذیر شناخته می‌شوند. در پزشکی، روش‌های متعددی برای انجام سقط جنین وجود دارد. در سه ماهه اول بارداری، که تا حدود دوازده هفته پس از لقاح ادامه دارد، اغلب از روش‌هایی مانند مکش، کورتاژ یا پاک‌سازی اندومتر برای خارج کردن محتویات رحم استفاده می‌شود. این اقدامات با هدف کاهش عوارض و حفظ سلامت مادر و مطابق استانداردهای

پزشکی انجام می‌شوند. به طور کلی، بررسی انواع سقط جنین و دلایل آن، از منظر پزشکی و حقوقی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تعیین حدود قانونی، اخلاقی و درمانی این پدیده، هم سلامت مادر و جنین را تضمین می‌کند و هم زمینه تصمیم‌گیری صحیح در چارچوب قانون و اخلاق پزشکی را فراهم می‌آورد. (Encyclopaedia Britannica, (2025).

۳- سابقه تقنینی سقط جنین در ایران

در نظام حقوقی ایران، پیش از تصویب قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» مصوب سال ۱۴۰۰، دو منبع اصلی در زمینه مشروعیت و جواز سقط جنین وجود داشت. نخست، تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی (تعزیرات) که سقط جنین را تنها در مواردی مجاز می‌دانست که ادامه بارداری تهدیدی جدی برای حیات مادر محسوب شود؛ و دوم، ماده واحده «قانون سقط درمانی» مصوب سال ۱۳۸۴ که در شرایط خاص اجازه سقط جنین را پیش از دمیده شدن روح (چهارماهگی) صادر می‌کرد. مطابق این ماده واحده، چنانچه سه پزشک متخصص به‌طور قطعی تشخیص دهند که جنین دچار عقب‌ماندگی یا نقص عضو غیرقابل درمان است و تداوم بارداری موجب «حرج شدید» برای مادر می‌شود، یا در مواردی که بیماری مادر تهدیدی جدی برای جان او محسوب می‌گردد، با تأیید پزشکی قانونی و رضایت مادر، سقط پیش از چهارماهگی مجاز بود. با وجود محدودیت‌های موجود در این مقررات، مقنن در سال‌های بعد با مشاهده رشد آمار سقط جنین و افزایش درخواست‌ها برای صدور مجوز قانونی، رویکردی سخت‌گیرانه‌تر در پیش گرفت. به‌زعم قانون‌گذار، ماده واحده سقط درمانی در عمل زمینه‌ساز گسترش موارد سقط و تساهل در فرآیند صدور مجوز شده بود. از همین رو، در ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، قانون‌گذار با نگرشی انتقادی نسبت به قانون پیشین، مقررات تازه‌ای را تدوین کرد که هم ساختار صدور مجوز را محدودتر نمود و هم ضمانت اجرای سنگین‌تری برای تخلفات پیش‌بینی کرد. بر اساس این ماده، اصل بر ممنوعیت سقط جنین است و قانون‌گذار آن را از جمله جرائم دارای جنبه عمومی دانسته است؛ بدین معنا که حتی بدون شکایت خصوصی نیز قابل تعقیب و مجازات است. مجازات‌های مقرر برای مرتکبان، اعم از مباشر و معاون، در مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و همچنین در مواد مرتبط این قانون، شامل حبس، پرداخت دیه، و ابطال پروانه پزشکی است.

به موجب بخش اجرایی ماده (۵۶)، مادر تنها در صورتی می‌تواند درخواست سقط جنین را مطرح کند که احتمال دهد یکی از شرایط خاص مقرر در قانون محقق شده است. این درخواست باید به مراکز پزشکی قانونی استان‌ها تسلیم شود. بر اساس قانون، مراکز مذکور موظف‌اند درخواست‌ها را فوراً به کمیسیون ویژه سقط قانونی ارجاع دهند. این کمیسیون مرکب از سه عضو است: یک قاضی ویژه منصوب از سوی قوه قضاییه، یک پزشک متخصص متعهد، و یک پزشک متخصص در پزشکی قانونی. کمیسیون موظف است ظرف حداکثر یک هفته تشکیل جلسه داده و تصمیم خود را اعلام کند. صدور مجوز سقط تنها در صورتی ممکن است که قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید، اطمینان حاصل کند که یکی از موارد زیر تحقق یافته است:

الف - در صورتی که جان مادر به‌طور جدی در خطر باشد و تنها راه نجات وی، سقط جنین باشد، مشروط بر اینکه سن جنین کمتر از چهارماه بوده و هیچ نشانه‌ای از ولوج روح در او وجود نداشته باشد؛

ب - در مواردی که در صورت ادامه بارداری، هم مادر و هم جنین هر دو در معرض مرگ حتمی قرار گیرند و تنها راه نجات مادر، سقط جنین باشد؛

ج - در مواردی که جنین به ناهنجاری‌های غیرقابل درمان مبتلاست و وجود او موجب «حرج شدید» برای مادر می‌شود، مشروط بر تحقق همزمان شرایط زیر:

۱. رضایت صریح مادر،
۲. احراز قطعی ناهنجاری یا نقص در جنین،
۳. غیرقابل تحمل بودن وضعیت برای مادر (تحقق حرج)،
۴. نبود امکان جایگزینی یا جبران وضعیت حرج،
۵. کمتر از چهارماه بودن سن جنین،
۶. فقدان هرگونه نشانه از دمیده شدن روح.

تصمیم قاضی در کمیسیون، دارای اعتبار پانزده‌روزه است و باید به صورت مکتوب و با ذکر مستندات صادر شود. مطابق تبصره یک این ماده، رأی صادره ظرف یک هفته قابل اعتراض در دادگاه تجدیدنظر اختصاصی است که قضات ویژه‌ای از سوی رئیس قوه قضائیه در آن مأمور می‌شوند. دادگاه نیز باید حداکثر ظرف یک هفته تصمیم خود را اعلام کند تا از طولانی شدن روند جلوگیری شود. به استناد تبصره دو، تنها بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مورد تأیید سازمان پزشکی قانونی مجاز به اجرای سقط هستند. این مراکز موظف‌اند پیش از اقدام به سقط، از صدور دستور قضایی و احراز عدم وجود امارات ولوج روح اطمینان حاصل کنند. همچنین کلیه اطلاعات مربوط به سقط باید در پرونده الکترونیک سلامت مادر و یا سامانه موضوع ماده (۵۴) قانون مذکور ثبت و بارگذاری شود. در تبصره سه، سازمان پزشکی قانونی مکلف شده است که کلیه مراحل درخواست سقط تا نتیجه نهایی آن را، اعم از دلایل درخواست، ترکیب اعضای کمیسیون، صدور یا عدم صدور مجوز و علل آن، در سامانه الکترونیکی مخصوص ثبت کرده و سالانه گزارشی از این داده‌ها را به مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی ارائه دهد.

در نهایت، تبصره چهار ضمانت اجرایی قوی‌تری نسبت به گذشته مقرر کرده است؛ بدین معنا که هر پزشک، ماما یا داروفروشی که خارج از چارچوب قانونی مقرر در این ماده، اقدام به تهیه وسایل سقط یا مباشرت در آن کند، علاوه بر مجازات مندرج در ماده ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی (تعزیرات)، با ابطال پروانه فعالیت نیز مواجه خواهد شد. این مجازات حتی با یک‌بار ارتکاب نیز محقق می‌شود و نیازمند تکرار جرم نیست.

بنابراین، ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، با هدف مهار سقط جنین‌های غیرقانونی، افزایش نظارت شرعی و قضایی بر فرآیند سقط، و محدودسازی دامنه شمول سقط درمانی تصویب شد. این ماده در مقایسه با قانون پیشین، نه تنها دایره مجاز بودن سقط را تنگ‌تر کرده، بلکه با وارد کردن عنصر قاضی در روند تصمیم‌گیری و الزام به ثبت الکترونیک کلیه مراحل، کوشیده است از یک‌سو مبانی فقهی و شرعی را در تصمیم‌گیری‌ها پررنگ‌تر کند و از سوی دیگر، مکانیزم‌های نظارتی و پاسخ‌گویی اداری را تقویت نماید. بر اساس مفاد ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، قانون‌گذار تنها در دو حالت کلی، جواز سقط جنین را پذیرفته است. این دو حالت عبارت‌اند از خطر جانی برای مادر و تحقق حالت حرج برای مادر که هر یک دارای شرایط و قیود خاصی هستند. نخست، در فرض خطر جانی برای مادر، قانون‌گذار دو وضعیت مشخص را مورد توجه قرار داده است:

الف) هنگامی که جان مادر در معرض خطر جدی قرار دارد و تنها راه نجات وی، سقط جنین است. در این حالت، سقط جنین مشروط به آن است که سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و هیچ نشانه‌ای از ولوج روح در او مشاهده نشود.

ب) زمانی که در صورت عدم سقط، هم مادر و هم جنین در معرض مرگ قرار گیرند و تنها طریق حفظ جان مادر، اسقاط جنین باشد. در این فرض، جواز سقط به بازه زمانی پیش از ولوج روح محدود نشده و در صورت ضرورت، حتی پس از آن نیز امکان پذیر دانسته شده است، زیرا در این حالت حفظ نفس مادر اولویت می یابد. دوم، در فرض تحقق حرج برای مادر، ماده (۵۶) با رویکردی محدودتر و سخت گیرانه تر نسبت به ماده واحده سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، تنها در صورت تحقق مجموعه ای از شرایط، جواز سقط را صادر کرده است. این شرایط به شرح زیر است:

- رضایت صریح و آگاهانه مادر؛
- تحقق حرج به معنای مشقت شدید و غیرقابل تحمل برای مادر؛
- احراز قطعی ناهنجاری های غیرقابل درمان جنین، در مواردی که منشأ حرج، بیماری یا نقص جنینی باشد؛
- عدم امکان جبران یا جایگزینی برای حرج مادر؛
- نبود علائم و نشانه های ولوج روح در جنین؛
- کمتر از چهارماه بودن سن جنین.

بررسی دقیق این مقررات نشان می دهد که ماده (۵۶) با وجود تلاش برای ایجاد چارچوبی مشخص جهت کنترل و سامان دهی مسئله سقط جنین، در عمل با ابهامات و چالش های متعدد مواجه است. از جمله این ابهامات می توان به مفهوم مبهم حرج، حدود و معیارهای تشخیص تهدید جانی، زمان دقیق ولوج روح، و مرجع صلاحیت دار برای صدور مجوز سقط اشاره کرد. این موارد، ضرورت بازنگری دقیق تر در ساختار و محتوای ماده مزبور را بیش از پیش آشکار می سازد.

۴- تبیین قوانین در حوزه سقط جنین

۴-۱- دیدگاه قانون مدنی ایران به حقوق جنین و پیامدهای آن در مسئله سقط جنین

قانون مدنی ایران با تأکید بر پایه های حقوق فردی و اجتماعی، به صراحت تفاوت های حقوقی میان جنین و انسان متولد شده را مشخص کرده است. مواد ۹۵۶ تا ۹۵۸ قانون مدنی، چارچوب اصلی این تفاوت ها را ترسیم می کنند و نقشی کلیدی در تعیین موقعیت حقوقی جنین دارند. ماده ۹۵۶ قانون مدنی مقرر می دارد: «اهلیت برای دارا بودن حقوق با زنده متولد شدن انسان شروع و با مرگ او پایان می یابد.» این ماده، اساس شناسایی حقوق مدنی افراد را بر زنده متولد شدن قرار می دهد و نشان می دهد که حقوق مدنی به محض تولد واقعی و مستقل فرد آغاز می شود. به عبارت دیگر، موجودیت حقوقی به یک وضعیت بالفعل و قطعی وابسته است و تا زمانی که فرد متولد نشده باشد، امکان بهره مندی از حقوق کامل مدنی وجود ندارد. با این حال، قانونگذار به جنین نیز توجه داشته و در ماده ۹۵۷ بیان می کند: «حمل از حقوق مدنی برخوردار است، مشروط بر اینکه زنده متولد شود.» این بیان نشان می دهد که قانون مدنی به جنین، به عنوان موجودی در حال رشد، حقوق خاصی اختصاص می دهد، اما این حقوق مشروط و وابسته به تحقق شرایط زنده متولد شدن هستند. در واقع، حقوق جنین دارای ماهیت موقتی و مشروط است و تا زمان تحقق وضعیت زنده متولد شدن، نمی تواند از حقوق کامل مدنی برخوردار باشد. ماده ۹۵۸ نیز تأکید می کند: «هر انسان، متمتع از حقوق مدنی خواهد بود.» این ماده با تکیه بر اصل شمول حقوق برای انسان های واقعی، جایگاه حقوقی جنین را محدود می کند و نشان می دهد که موجودیت حقوقی جنین به عنوان یک حالت بالقوه است، نه بالفعل. بنابراین، از منظر مدنی، جنین نمی تواند همانند یک انسان زنده، مالک حقوق و تکالیف مدنی شود، مگر آنکه زنده متولد شود. تحلیل این مقررات نشان می دهد

که قانون مدنی ایران میان دو وضعیت متفاوت تمایز قائل شده است: حقوق بالقوه جنین و حقوق بالفعل انسان متولد شده. این تمایز از یک سو به تضمین حقوق متولدین کمک می‌کند و از سوی دیگر، راهنمایی برای مواجهه قانونی با موضوعاتی مانند سقط جنین فراهم می‌آورد. با توجه به این چارچوب، سقط جنین پیش از تولد، از منظر مدنی، موجب سلب حقوق بالقوه جنین می‌شود، اما همچنان مشمول مسئولیت کیفری یا حقوقی کامل نیست، مگر آنکه قانونگذار شرایط خاصی برای آن تعیین کرده باشد. نکته نوآورانه در این تحلیل، مفهوم «حقوق بالقوه جنین» است؛ ایده‌ای که نشان می‌دهد قانون مدنی همزمان با محافظت از موجودیت جنین، به واقع‌گرایی و تحقق قطعی حقوق پس از تولد توجه داشته است. این رویکرد، امکان ایجاد توازن میان حقوق مادر و حقوق جنین را فراهم می‌کند و بستری تحلیلی برای بررسی قانون سقط جنین و مقررات کیفری و مدنی مرتبط با آن ارائه می‌دهد.

۲-۴- دیدگاه قانون مجازات اسلامی نسبت به سقط جنین

در چارچوب قانون مجازات اسلامی، جنین به دلیل قابلیت بالقوه تبدیل شدن به انسان، مشمول حمایت قانونی قرار گرفته است. پس از انقلاب اسلامی، قانونگذار در قانون مجازات اسلامی (تعزیرات) مصوب ۱۳۷۵، مقرراتی را در خصوص سقط جنین وضع کرد، هرچند تعریف مستقلی از آن ارائه نداد و بیشتر با استناد به احکام فقهی، حدود مسئولیت کیفری را تعیین نمود. سقط جنین در این قانون در فصل هفدهم تحت عنوان «جرائم علیه اشخاص و اطفال» قرار گرفته و در مواد ۶۲۲ تا ۶۲۴ به آن پرداخته شده است. طبق ماده ۶۲۲، هرکس با علم و عمد از طریق ضرب یا اذیت زن حامله موجب سقط جنین شود، علاوه بر دیه یا قصاص، به حبس یک تا سه سال محکوم خواهد شد. ماده ۶۲۳ نیز دخالت در سقط جنین از طریق دارو یا وسایل دیگر را جرم‌انگاری کرده و مجازات حبس شش ماه تا یک سال یا سه تا شش ماه، بسته به قصد و آگاهی فرد، در نظر گرفته است. ماده ۶۲۴ نیز اقدامات مستقیم طیب، ماما یا داروفروش در سقط جنین را شامل مجازات دو تا پنج سال حبس و پرداخت دیه می‌داند. این مواد به وضوح نشان می‌دهند که هرگونه دخالت بیرونی در سقط جنین جرم محسوب می‌شود و مرتکبین مسئولیت کیفری دارند. با این حال، قانونگذار در این مقررات اولیه نسبت به زن حامل که اقدام به سقط جنین می‌کند، سکوت اختیار کرده بود؛ به عبارت دیگر، اگر زن خود جنین خود را سقط می‌کرد، مسئولیت کیفری برای او تعریف نشده بود. این خلأ قانونی تا سال ۱۳۹۲ ادامه داشت، زمانی که ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تصریح کرد که زنانی که به عمد، شبه عمد یا خطا اقدام به سقط جنین خود کنند، موظف به پرداخت دیه هستند. با این حال، مجازات تعزیری برای مادر در نظر گرفته نشده و مسئولیت او صرفاً محدود به پرداخت دیه به پدر جنین است. این رویکرد نشان‌دهنده تعادل ظریف قانونگذار بین حمایت از جنین و عدم تحمیل مسئولیت کیفری شدید بر مادر است، اما در عین حال ابهامات و محدودیت‌هایی در اثربخشی پیشگیری از سقط جنین ایجاد می‌کند.

به طور کلی، نظام کیفری ایران تلاش کرده است ضمن حفاظت از جنین، دامنه مسئولیت مادر را محدود کند، اما این سیاست باعث شده که نقش بازدارنده قانون نسبت به اقدام مادر در سقط جنین کمتر از حد انتظار باشد و پرسش‌هایی درباره اثربخشی قانون و تعارض میان حمایت از جنین و حقوق مادر مطرح شود. قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در فصل سوم، شرایط عمومی قصاص را تشریح کرده و در ماده ۳۰۶ به وضعیت حقوقی جنین پرداخته است: «جنایت عمدی بر جنین، هرچند پس از حلول روح باشد، موجب قصاص نیست. در اینصورت، مرتکب علاوه بر پرداخت دیه به مجازات تعزیری مقرر در کتاب پنجم تعزیرات محکوم می‌گردد.» تحلیل این ماده نشان می‌دهد که قانونگذار ایران،

جنین را به عنوان یک انسان کامل و مستقل به رسمیت نشناخته و جنایت عمدی بر جنین در هیچ مرحله‌ای از رشد، معادل قتل نفس نیست. به عبارت دیگر، تحقق قصاص منوط به زنده متولد شدن جنین است و تنها در صورتی که جنین پس از تولد قابلیت حیات داشته باشد و آسیب پیش از تولد منجر به مرگ یا نقص او گردد، قصاص قابل اعمال است. این رویکرد، در مقایسه با قوانین پیشین، پیشرفتی محسوب می‌شود، زیرا صراحتاً مجازات قصاص را از جرایم مرتبط با سقط جنین حذف کرده و بر جایگزینی دیه و مجازات تعزیری تأکید دارد. با این حال، قانونگذار همچنان بر حفاظت از جنین به عنوان موجود بالقوه انسانی تأکید دارد. سقط جنین در فصل هفتم قانون، به عنوان یک جرم شناخته شده و برای مرتکبان آن مجازات‌هایی از جمله دیه و تعزیر پیش‌بینی شده است. در صورتی که جنایت علیه مادر منجر به از بین رفتن جنین شود، پرداخت دیه برای جنین در هر مرحله‌ای از رشد او الزامی است، حتی اگر هنوز متولد نشده باشد. این امر نشان‌دهنده تلاش قانونگذار برای تأکید بر ارزش بالقوه جنین و لزوم حمایت از آن است.

نکته مهم دیگر، تبصره ماده ۷۱۸ است که شرایط سقط درمانی را مشخص کرده و اجازه می‌دهد جنین به دلایل پزشکی و برای حفظ جان مادر سقط شود. در این موارد، دیه از مادر مطالبه نمی‌شود، که این استثنا، تعادل ظریف میان حمایت از جنین و حقوق مادر را در قانون نشان می‌دهد. به طور کلی، نظام حقوقی ایران در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ با اتخاذ رویکردی دوگانه، جنین را به عنوان موجودی با ارزش بالقوه انسانی مورد حمایت قرار داده، در عین حال قصاص را صرفاً به انسان متولد شده اختصاص داده است. این سیاست، ضمن کاهش فشار کیفری بر مادر، تلاش کرده است از تحقق عدالت نسبت به جنین و حفاظت از قابلیت بالقوه او اطمینان حاصل کند، اما همزمان سؤالاتی درباره محدودیت اثربخشی پیشگیری از سقط جنین و تبیین دقیق دامنه مجازات تعزیری برای مرتکبان ایجاد می‌کند.

۳-۴- دیدگاه قانون سقط درمانی

قانون سقط درمانی ایران، که در سال ۱۳۸۴ به تصویب رسید، نخستین قانون تخصصی در زمینه سقط جنین به شمار می‌آید و چارچوبی مشخص برای شرایط مجاز سقط ارائه می‌دهد. بر اساس ماده واحده این قانون، سقط جنین تنها در دو حالت امکان‌پذیر است: نخست، هنگامی که ادامه بارداری جان مادر را تهدید کند و دوم، در صورتی که جنین دچار عقب‌افتادگی شدید یا ناهنجاری‌های مادرزادی باشد که به طور مستقیم موجب حرج مادر شود. برای تحقق این مجوز، تشخیص سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی و همچنین رضایت مادر الزامی است. این چارچوب نشان‌دهنده رویکرد دوگانه قانونگذار است: از یک سو، حفاظت از جان و سلامت مادر و پیشگیری از تولد ناهنجاری‌های شدید در جنین را لحاظ کرده و از سوی دیگر، اصل بر ممنوعیت سقط جنین را حفظ کرده است. محدودیت زمانی پیش از «ولوج روح» (چهار ماهگی) نیز به وضوح بر اهمیت احترام به زندگی بالقوه جنین تأکید دارد. با این حال، تحلیل قانون سقط درمانی نشان می‌دهد که این چارچوب دارای تضادها و کاستی‌های جدی است. نخست، تعریف «حرج مادر» مبهم است و قانونگذار مشخص نکرده که این عنوان شامل چه نوع مشکلاتی است؛ آیا صرفاً مشکلات جانی و تهدید مستقیم سلامت جسمانی را شامل می‌شود یا مشکلات روانی و اقتصادی نیز می‌توانند توجیه قانونی برای سقط باشند؟ این ابهام، اعمال قانون را با دشواری مواجه کرده و تصمیم‌گیری قضایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دوم، قانون تنها به شرایط پیش از ولوج روح اشاره دارد و در مورد ناهنجاری‌های شدید تشخیص داده شده پس از این مرحله سکوت کرده است. این مسئله، خلأ قانونی ایجاد می‌کند و امکان اتخاذ تصمیمات اضطراری برای حفظ سلامت مادر یا پیشگیری از تولد جنین با ناهنجاری‌های شدید را محدود می‌سازد. سوم، قانون سقط درمانی به زنان قربانی بارداری ناشی از تجاوز جنسی نیز

کمکی نمی‌کند. حتی در صورتی که ادامه بارداری موجب آسیب روانی شدید به مادر شود، قانون به دلیل محدودیت‌های سخت‌گیرانه، سقط جنین را مجاز نمی‌شمارد و مسئولیت نگهداری از جنین را به مادر تحمیل می‌کند. این محدودیت‌های قانونی، فشار روانی و اجتماعی مضاعفی بر مادران تحمیل می‌کند و نشان‌دهنده فاصله میان اهداف جمعیتی و نیازهای انسانی و حقوقی مادران است. در نهایت، لغو قانون سقط درمانی در سال ۱۴۰۰ و جایگزینی آن با مقررات جدید قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، این محدودیت‌ها را حتی تشدید کرد. با تغییر رویکرد به اهداف جمعیت‌شناختی، آزادی انتخاب باروری زنان محدودتر شده و شرایط قانونی پیشین که به طور نسبی امکان سقط درمانی را فراهم می‌کرد، تحت محدودیت‌های بیشتر قرار گرفت. در نتیجه، تجربه قانون سقط درمانی در ایران نشان می‌دهد که تلاش قانونگذار برای متعادل کردن حفاظت از جنین و حقوق مادر، با پیچیدگی‌ها و ابهامات جدی مواجه است. تعریف نامشخص «حرج مادر»، محدودیت زمانی سختگیرانه و نادیده گرفتن شرایط روانی و اجتماعی مادر، نقاط ضعف اصلی این قانون بوده و نشان می‌دهد که سیاست‌های جمعیتی غالباً بر حقوق فردی و سلامت روانی زنان اولویت یافته‌اند.

۴-۴- سقط جنین در چارچوب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، با هدف مقابله با کاهش نرخ رشد جمعیت، سیاست‌های تشویقی و تنبیهی را در حوزه جمعیت‌زایی و کنترل بارداری به اجرا گذاشته است. یکی از مهم‌ترین ابعاد تنبیهی این قانون، جرم‌انگاری سقط جنین است؛ به طوری که ماده ۵۶ این قانون سقط جنین را عملی ممنوع و با جنبه عمومی اعلام کرده و مجازات‌هایی از جمله دیه، حبس و حتی ابطال پروانه پزشکی را برای مرتکبین پیش‌بینی نموده است. در مقایسه با قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ که صدور مجوز سقط را منوط به تایید سه پزشک متخصص و پزشکی قانونی می‌کرد، قانون جدید، روند تصمیم‌گیری را به رویکرد شبه‌قضایی تغییر داده است. بر اساس این قانون، زنی که حیاتش در خطر است یا جنین دارای ناهنجاری کشنده است، باید ابتدا درخواست خود را به مراکز پزشکی قانونی ارائه دهد تا آن را به کمیسیون سقط قانونی ارجاع کنند. این کمیسیون، مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص و یک پزشک قانونی است و قاضی عضو پس از بررسی شرایط و احراز تحقق آنها، می‌تواند مجوز سقط جنین را با اعتبار حداکثر پانزده روز صادر کند. شرایط صدور مجوز شامل موارد زیر است:

تهدید جدی و مستقیم جان مادر که تنها راه نجات او سقط جنین باشد، به شرط سن کمتر از چهار ماه و عدم مشاهده نشانه‌های ولوج روح در جنین؛

وضعیتی که در صورت عدم سقط، مرگ هر دو مادر و جنین محتمل است و تنها راه نجات مادر، سقط جنین است؛ یا در صورت تحقق شرایط متعددی شامل رضایت مادر، وجود حرج یا مشقت شدید و غیرقابل تحمل، ناهنجاری قطعی جنینی غیرقابل درمان، فقدان امکان جبران حرج، عدم ولوج روح و سن جنین کمتر از چهار ماه پس از اخذ اظهارات ولی. این چارچوب قانونی، با تمرکز بر حفاظت از مادر و جنین بالقوه، مسیر سقط جنین را محدود و کنترل‌شده کرده و نقش قاضی و کمیسیون قضایی را برجسته می‌سازد؛ با این حال، محدودیت‌ها و ابهامات عملی همچنان در تفسیر مفهوم «حرج مادر» و تعیین نحوه تعامل مادر با کمیسیون، پرسش‌های قابل توجهی را پیش روی مراجع و متقاضیان ایجاد می‌کند. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، فراتر از جرم‌انگاری صرف سقط جنین، چارچوبی

گسترده برای دخالت و نظارت نهادهای قضایی و امنیتی ایجاد کرده است. این قانون، وزارت اطلاعات و دیگر دستگاه‌های امنیتی را موظف کرده تا با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نیروی انتظامی، سازمان‌های نظام پزشکی و پزشکی قانونی و سایر نهادهای ذیربط، هرگونه فعالیت مرتبط با سقط جنین را شناسایی و به مراجع قضایی اعلام کنند. دامنه شمول این قانون شامل فروش داروهای سقط جنین، مشارکت پزشکان، ماماها، پرستاران و افراد عادی در فرآیند سقط، و حتی توصیه‌های خارج از ضوابط قانونی توسط کارکنان بهداشتی می‌شود. این نظارت گسترده، نشان‌دهنده رویکرد دولت به کنترل دقیق و سختگیرانه بر زندگی خصوصی زنان و فرایندهای باروری آنان است.

قانونگذار همچنین ارتکاب اقدامات مرتبط با سقط جنین در سطح وسیع و گسترده را جرم افساد فی الارض تلقی کرده است. ماده ۶۱ این قانون تصریح دارد که هرگونه اقدام گسترده علیه تمامیت جسمانی جنین که منجر به خسارت عمده به جنین‌ها یا مادران شود، مشمول مجازات‌های شدید طبق ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ خواهد بود. این پیش‌بینی قانونی، اهمیت موضوع را به سطحی فراتر از جنبه فردی ارتقاء داده و آن را به یک مساله امنیتی و اجتماعی تبدیل کرده است. یکی از اقدامات برجسته و بحث‌برانگیز این قانون، ایجاد سامانه جامع ثبت اطلاعات زنان باردار و مراجعین باروری است. طبق ماده ۵۴، وزارت بهداشت موظف است سامانه‌ای جامع برای ثبت تمامی اطلاعات مرتبط با باروری، بارداری، سقط جنین، دلایل آن، و زایمان ایجاد کند و این اطلاعات را در دسترس شورای عالی انقلاب فرهنگی، ستاد ملی جمعیت و سازمان پزشکی قانونی قرار دهد. مراکزی که اطلاعات را ثبت نکنند یا به‌روزرسانی نکنند، پس از مراحل متوالی اخطار، تعلیق و نهایتاً سلب مجوز مواجه خواهند شد. این اقدام، نشان‌دهنده ورود مستقیم دولت به حوزه‌ای است که پیش‌تر به‌عنوان حریم خصوصی خانواده و تصمیمات فردی زنان تلقی می‌شد.

تحلیل این سیاست‌ها نشان می‌دهد که قانونگذار با تمرکز بر کنترل و نظارت، قصد دارد سقط جنین را به حداقل برساند و جنین را به‌عنوان موجود بالقوه انسانی تحت حفاظت شدید قرار دهد. این رویکرد، شباهت‌های زیادی با تحولات اخیر در برخی ایالت‌های آمریکا پس از لغو حکم رو در برابر وید دارد، جایی که قوانین سختگیرانه محدودکننده سقط جنین وضع شد و هدف اصلی آن، حمایت از حیات جنین‌های متولد نشده بود. با این حال، رویکرد ایران با رویکردهای جهانی در یک نکته کلیدی تفاوت دارد: در حالی که سیاست‌های ایالات متحده بیشتر به محدودسازی سقط جنین در موارد خاص و استثنایی تمرکز دارد، قوانین ایران شامل ایجاد نظارت‌های گسترده، دخالت نهادهای امنیتی و قضایی و الزام به ثبت و پایش دقیق اطلاعات می‌شود. این ترکیب، محدودیت شدید بر تصمیمات فردی زنان ایجاد کرده و پیامدهای روانی، اجتماعی و پزشکی برای مادران و خانواده‌ها به همراه دارد. به طور خلاصه، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، با مجازات‌های سنگین و نظارت‌های گسترده، نشان‌دهنده تحول نظام حقوقی ایران به سمت حفاظت مطلق از جنین است، اما در عمل، دخالت دولت در حوزه خصوصی خانواده و محدودسازی حق تصمیم‌گیری زنان، چالشی جدی برای سلامت روانی و حقوق فردی ایجاد می‌کند. این واقعیت ضرورت بازنگری در سیاست‌ها و ایجاد تعادلی میان حمایت از جنین و حفظ حقوق مادران را برجسته می‌کند تا اهداف جمعیتی و اجتماعی به شیوه‌ای انسانی و اثربخش محقق شود. (میلانلوی و اسدی، ۱۴۰۴، ۶۰-۵۷)

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، به صراحت نشان می‌دهد که قانونگذار تلاش کرده است تا به حوزه خانواده، که اصولاً یک حریم خصوصی تلقی می‌شود، ورود پیدا کند و از این طریق به حل مشکل کاهش نرخ

جمعیت و پیری جمعیت پردازد (جاوید و مهاجری، ۱۳۹۷، ۱۹). مداخله دولت در تصمیمات مرتبط با باروری و فرزندآوری بر پایه تامین و حفظ مصالح عمومی توجیه می‌شود و در مواقع تعارض بین مصالح فردی و عمومی، اولویت عمدتاً به مصالح عمومی داده شده است. این رویکرد در راستای اصل دهم قانون اساسی ایران، که خانواده را واحد بنیادی جامعه اسلامی معرفی می‌کند، قابل درک است؛ زیرا قوانین و مقررات مرتبط باید در جهت تسهیل تشکیل خانواده بر اساس حقوق و اخلاق اسلامی تنظیم شوند. با این حال، این قانون با تمرکز بر سیاست فرزندآوری و حفظ مصالح عمومی، به نوعی حق تصمیم‌گیری آزادانه زنان در زمینه زندگی باروری را محدود می‌کند. این محدودیت‌ها می‌تواند پیامدهای جدی بر سلامت روان مادر داشته باشد و به طور بالقوه سلامت نوزاد تازه متولد شده و سایر اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار دهد (همایونزاده و آذین، ۱۴۰۲، ۷). مطالعات نشان می‌دهد که اعمال ممنوعیت‌های سختگیرانه و سرکوب‌کننده سقط جنین، نه تنها مانع از انجام سقط نمی‌شود، بلکه زنان را به سمت پزشکان غیرماهر یا اقدام به مداخلات خودسرانه سوق می‌دهد، که این امر می‌تواند منجر به بروز عوارض جسمی شدید، شامل بیماری‌های عفونی، خونریزی، نازایی و حتی مرگ شود (Dickens & Cook, 2003, 20). بنابراین، اعمال تدابیر قهری برای تحقق اهداف جوانی جمعیت، علی‌رغم نیت حمایتی، ممکن است در بلندمدت اثرات مخربی بر سلامت عمومی و نظام بهداشتی جامعه داشته باشد (روستایی و مقدسی، ۱۴۰۱، ۱۴۸). از این منظر، راهکار مؤثرتر برای دولت، اتخاذ سیاست‌های راهبردی و جامع است؛ سیاست‌هایی که ابتدا از سلب حق تصمیم‌گیری آزادانه زنان خودداری کنند و سپس با رفع مشکلات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، مسیر فرزندآوری را به گونه‌ای فراهم کنند که خانواده‌ها بتوانند با اراده آزاد و دسترسی به آموزش و اطلاعات کافی، به برنامه‌ریزی منسجم و مسئولانه در زمینه فرزندآوری اقدام نمایند.

۵- نقد سیاست کیفری ایران در خصوص سقط جنین

برای درک دقیق‌تر نقاط قوت و ضعف قوانین، ضروری است که ابهامات و نواقص موجود در این مقرر به طور مستقل و تفکیک‌شده مورد بررسی و تحلیل قرار گیرند. این ابهامات و نواقص شامل موارد زیر هستند:

۱-۵- تلاش ناکامل برای تحقق هدف

در آغاز ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مقنن تلاش کرده تا موضع سختگیرانه خود نسبت به سقط جنین را برجسته کند و بر اینکه این عمل ممنوع، جرم‌آمیز و مستوجب مجازات است تأکید نماید. به‌طور مشخص، قانون‌گذار با اشاره به مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مقررات جدید قانون حمایت از خانواده، سعی کرده چارچوب قانونی جرم سقط جنین را تعیین کند و به مخاطب این پیام را منتقل نماید که هرگونه تخطی از این حکم با مجازات همراه خواهد بود. این رویکرد نشان‌دهنده تلاش مقنن برای ایجاد بستر فرهنگی و قانونی بازدارنده است که فهم قانون را با محوریت ممنوعیت سقط جنین شکل دهد و توجه مخاطبان را به اهمیت رعایت این ممنوعیت جلب کند. با این حال، این بخش از ماده دارای دو چالش مهم است. نخست، تکرار تأکید بر جرم بودن و ممنوعیت سقط جنین، در حالی که پیش‌تر در قوانین موجود تصریح شده بود، نوعی تحصیل حاصل محسوب می‌شود و ارزش افزوده قانونی کمی ایجاد می‌کند. به بیان دیگر، این فراز با سایر اجزای ماده (۵۶) پیوند منطقی کافی ندارد و وارد کردن آن به متن به صورت یک مقرر واحد، منسجم به نظر نمی‌رسد. بیان کلی و ناگهانی این اصل، به‌ویژه هنگامی که به سقط جنین توسط مادر پرداخته می‌شود، باعث می‌شود که ارتباط آن با مقررات پیشین، از جمله ماده واحده سقط درمانی، به‌طور شفاف احساس نشود. دومین اشکال مربوط به بیان مجازات‌ها در این بخش است. اشاره به «دیه، حبس و ابطال پروانه

پزشکی» به عنوان کیفر سقط جنین، از نظر دقت قانونی نادرست است؛ زیرا مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی صرفاً به دیه پرداخته‌اند و کیفرهای تعزیری در برخی موارد خاص در مواد ۶۲۲ تا ۶۲۴ قانون تعزیرات ذکر شده است و هیچ‌کدام ابطال پروانه پزشکی را پیش‌بینی نکرده‌اند. بنابراین، نگرارش فعلی موجب ابهام حقوقی و سردرگمی در تفسیر قانون می‌شود و بهتر بود به صورت دقیق‌تر و با بیان «محکوم به دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی» تنظیم می‌گردید تا هم خوانایی متن افزایش یابد و هم انطباق با مقررات پیشین حفظ شود.

۲-۵- ابهامات مرجع صدور و ترکیب کمیسیون سقط جنین

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و نقاط ضعف ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ابهام جدی در تعیین مرجع صدور مجوز سقط جنین است. در ظاهر، ماده قانونی مادر را موظف می‌داند که درخواست سقط خود را به مراکز پزشکی قانونی ارائه کند؛ اما پس از آن، سازمان پزشکی قانونی موظف است درخواست‌ها را به کمیسیون ارسال کند و تصمیم نهایی، به ویژه احراز شرایط سقط، بر عهده قاضی ویژه گذاشته شده است. این ساختار باعث می‌شود مرجع صدور مجوز از ابتدا نامشخص باشد و نقش سازمان پزشکی قانونی تا حدی به حلقه‌ای واسطه‌ای و غیرشفاف تبدیل شود. پرسش‌های متعددی در این زمینه مطرح می‌شود: آیا کمیسیون سقط تنها در تهران تشکیل می‌شود یا در مراکز استان‌ها و شهرستان‌ها نیز فعال خواهد بود؟ آیا نقش پزشکان متخصص و پزشک قانونی صرفاً مشورتی است یا نقش قضای و احراز شرایط نیز دارند؟ و در نهایت، امکان رسیدگی به حجم وسیع درخواست‌ها در یک کمیسیون واحد چگونه تامین می‌شود؟ همچنین، تکلیف مادران در ارائه درخواست با عباراتی چون «در مواردی که احتمال بدهد شرایط محقق می‌شود» مشخص شده است، حال آنکه برخی شرایط مذکور، مانند احراز وجود ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، نیازمند قطعیت مطلق است. این تضاد میان «احتمال» و «قطعیت» باعث ایجاد سردرگمی و بار روانی و قانونی بر مادران شده و فرآیند درخواست سقط را پیچیده می‌کند. علاوه بر این، ترکیب کمیسیون سقط قانونی نیز محل ابهام و نقد است. این کمیسیون شامل یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی است. تمرکز نهاد قانون‌گذار بر اختیار قاضی برای صدور مجوز و احراز شرایط سقط، نشان می‌دهد نقش پزشکان در کمیسیون غالباً جنبه مشورتی دارد. با این حال، تشخیص تهدید جانی مادر و احراز قطعی ناهنجاری‌های جنینی نیازمند تخصص پزشکی است و بار اصلی تصمیم‌گیری بر دوش قاضی گذاشته شده است؛ امری که از نظر منطقی و علمی محل تردید است و ممکن است موجب سوء تفاهم یا اشتباه در اجرای قانون شود. در مجموع، ماده (۵۶) ضمن ایجاد کمیسیون صدور مجوز سقط، با ابهاماتی چندلایه در مرجع صدور، نقش و مسئولیت اعضای کمیسیون و فرآیند رسیدگی، مخاطبان قانون، به ویژه مادران و نهادهای قضایی، را با پیچیدگی‌های غیرضروری مواجه کرده است. روشن شدن این ابعاد و اصلاح ساختار قانونی، برای تحقق عدالت و کاهش ابهامات عملی، ضرورت دارد. (صادق پور، ۱۴۰۲، ۱۲۲-۱۱۷)

۳-۵- ابهامات مفهومی و عملی در صدور مجوز سقط جنین

۱. ابهام در تعریف «ولی»: ماده (۵۶) قانون حمایت از خانواده تصریح دارد که «قاضی عضو کمیسیون با اخذ اظهارات ولی مجوز سقط قانونی را صادر می‌کند». پرسش اصلی این است که مراد از «ولی» در این مقرر چه کسی است: آیا منظور همان مادر درخواست‌کننده است، یا ولی جنین، یا ولی مادر؟ این عدم شفافیت باعث سردرگمی در تعیین مسئولیت‌ها و الزامات قانونی مادران و کمیسیون شده و نقطه ضعف واضحی در نگرارش قانون است.

۲. ابهام در مفهوم «جدی بودن تهدید»: یکی از اصول بنیادین قانون‌گذاری، شفافیت است که مانع استفاده از تعبیر مبهم و ابهام‌آلود می‌شود. استفاده از واژه «جدی» برای توصیف تهدید جان مادر، فاقد معیار مشخص است. روشن نیست که آیا «جدی» به معنای قریب‌الوقوع بودن، یا به معنای احتمال بالای وقوع مخاطره است. فقدان تفسیر و معیار مشخص، اجرای مقرر را دشوار می‌کند و موجب ابهام در تشخیص شرایط قانونی برای صدور مجوز سقط می‌شود.

۳. ضرورت فعلیت حرج برای مادر: یکی از شروط مهم صدور مجوز سقط، وجود حرج برای مادر است. مطابق ماده، حرج باید در زمان ارائه درخواست بالفعل باشد. این شرط با رویکرد سابق سازمان پزشکی قانونی که امکان صدور مجوز بر اساس پیش‌بینی وقوع حرج در آینده را می‌داد، متفاوت است. این محدودیت غیرمنطقی است؛ چرا که هدف از قاعده لاجرح، پیشگیری از گرفتار شدن افراد در سختی‌ها است بنابراین، الزام به فعلیت حرج می‌تواند مانع اجرای درست قانون شود.

۴. تعریف «غیرقابل تحمل بودن» حرج: ماده (۵۶) حرج را به «مشقت شدید و غیرقابل تحمل» محدود کرده است. این تعریف از منظر فقهی و منطقی نقدپذیر است. فقهاء، حرج را به «المشقة الشديدة التي لا تتحمل عادة» تعریف کرده‌اند، یعنی مشقتی که معمول جامعه حاضر به تحمل آن نیست؛ بنابراین، برداشت مقنن از حرج صرفاً به معنای غیرقابل تحمل مطلق نیست و مشخص نیست که چگونه این تعریف با قاعده لاجرح و اصل پیشگیری از گرفتار شدن افراد در سختی‌ها سازگار است. این ابهام، زمینه سردرگمی مادران و نهادهای قضایی را فراهم می‌کند و اجرای قانون را پیچیده می‌سازد.

۴-۵- نقد قانون مجازات اسلامی ایران در حوزه مسئولیت کیفری ناشی از سقط جنین

سقط جنین در ایران، یکی از موضوعات پیچیده حقوقی و پزشکی است که با تقاطع مسائل فقهی، اخلاقی و قانونی مواجه است. قانون مجازات اسلامی، به ویژه مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰، سقط جنین را جرم تلقی کرده و مجازات‌هایی نظیر دیه و حبس را برای آن پیش‌بینی کرده است. این چارچوب قانونی، با وجود صراحت ظاهری، دارای نقاط ضعف و ابهاماتی است که به طور مستقیم بر مسئولیت کیفری افراد، به ویژه پزشکان و والدین، تأثیر می‌گذارد.

۱. ابهام در تعیین حدود مسئولیت کیفری پزشکان و والدین: قانون مجازات اسلامی، سقط جنین را جرم انگاری کرده و در کنار آن دیه و حبس را برای مرتکبین تعیین کرده است. با این حال، در قانون هیچ تفکیکی روشن بین سقط عمدی، غیرعمدی و سقط درمانی ارائه نشده است. پزشکانی که بر اساس تشخیص پزشکی و با رعایت شرایط قانونی اقدام به سقط می‌کنند، همچنان در معرض مسئولیت کیفری قرار دارند، زیرا قانون تفاوتی بین سقط بدون مجوز و سقط درمانی قانونی قائل نشده است. این ابهام، امنیت قضایی و حرفه‌ای پزشکان را تهدید می‌کند و منجر به احتیاط مفرط یا عدم همکاری آنها با بیماران می‌شود.

۲. فقدان شفافیت در معیارهای قانونی: یکی دیگر از مشکلات عمده، استفاده از تعبیر کلی و ابهام‌آلود است. مثلاً اصطلاحاتی مانند «خطر جدی برای مادر» یا «حرج غیرقابل تحمل» بدون ارائه شاخص‌های روشن، باعث سردرگمی در تشخیص موارد قانونی می‌شود. فقدان معیارهای مشخص، به ویژه در حوزه پزشکی، می‌تواند موجب تصمیم‌گیری سلیقه‌ای قاضی و تضاد در اجرای قانون گردد. این امر نه تنها حقوق مادر را به طور کامل تضمین نمی‌کند، بلکه تزلزل امنیت حقوقی پزشکان را نیز به همراه دارد.

۳. ابهام در مرجع صدور مجوز سقط: با تصویب ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، صدور مجوز سقط به کمیسیون در محاکم قضایی واگذار شده است. این تغییر، در عمل ابهامات جدیدی ایجاد کرده است: نقش سازمان

پزشکی قانونی در این فرآیند چیست؟ آیا کمیسیون‌ها در همه استان‌ها تشکیل می‌شوند یا محدود به مراکز استان است؟ این ابهام‌ها، هم برای مادران و هم برای پزشکان مشکلات عملی ایجاد می‌کند و ممکن است باعث تاخیر در اقدامات اضطراری پزشکی شود، که خود می‌تواند خطرات جانی برای مادر ایجاد کند.

۴. فقدان توجه به سقط درمانی و پیشگیری از ضرر آینده: قانون مجازات اسلامی، تمرکز زیادی بر ممنوعیت سقط دارد و کمتر به مسأله پیشگیری از ضررهای آینده یا حفظ جان مادر توجه کرده است. بسیاری از فقها و کارشناسان حقوقی، به ضرورت تأکید بر قاعده «لا حرج» (دفع ضرر پیش از وقوع) اشاره می‌کنند؛ اما قانون، در عمل، صدور مجوز پیشگیرانه را محدود کرده و صرفاً به حرج بالفعل مادر توجه دارد. این محدودیت، باعث می‌شود امکان استفاده از سقط درمانی قانونی در بسیاری از موارد ضروری از بین برود.

۵. مجازات‌ها و تناسب آنها با جرم: مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی، دیه و حبس را برای سقط جنین پیش‌بینی کرده‌اند. با این حال، قانون به طور روشن تفاوتی بین سقط عمدی، غیرعمدی و سقط درمانی قائل نشده است. همچنین، مجازات‌های تعزیری، بدون ارائه جزئیات و شاخص‌های تعیین میزان مجازات، می‌تواند منجر به تضییع عدالت قضایی شود. از سوی دیگر، اعمال مجازات‌های سختگیرانه، بدون توجه به شرایط پزشکی و اجتماعی، ممکن است به افزایش آسیب‌های اجتماعی منجر شود.

نتیجه‌گیری

قانون مجازات اسلامی ایران در حوزه مسئولیت کیفری ناشی از سقط جنین، با وجود تلاش برای محافظت از جان جنین و مادر، دارای ابهامات و ضعف‌های جدی است. این نقاط ضعف شامل عدم تفکیک سقط‌های قانونی و غیرقانونی، فقدان شفافیت معیارهای تشخیص، ابهام در مرجع صدور مجوز، محدودیت در پیشگیری از ضرر و عدم تناسب دقیق مجازات‌ها است. برای بهبود وضعیت، لازم است قانون‌گذار با بازنگری در مواد مربوطه، معیارهای روشن و عملی برای تشخیص موارد قانونی سقط، نقش مشخص برای پزشکان و قوه قضاییه، و چارچوبی متناسب با اصول فقهی و حقوقی ارائه کند تا هم حقوق مادر و جنین حفظ شود و هم امنیت حقوقی پزشکان تضمین گردد. قوانین سقط جنین در ایران با محوریت فقه و سیاست جمعیتی دارای محدودیت‌های جدی در کارآمدی اجتماعی هستند. این قوانین از یک سو تلاش می‌کنند فرزندآوری و سلامت جمعیت را حفظ کنند و از سوی دیگر، به دلیل مطلق بودن محدودیت‌ها، عدم پیش‌بینی نهادهای حمایتی و تمرکز صرف بر جنبه کیفری، موجب افزایش سقط‌های غیرقانونی و زیرزمینی می‌شوند. یافته‌ها حاکی از آن است که نگاه دستوری و بالادستی قانون، فقدان توجه به واقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی زنان و عدم تطابق سیاست‌های کیفری با نیازهای روز جامعه، از عوامل اصلی ناکارآمدی اجتماعی قوانین سقط جنین در ایران است. با تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، سیاست کیفری در حوزه سقط جنین سختگیرانه‌تر شده است، اما هم‌زمان ریسک مخاطرات سلامت زنان افزایش یافته است. فقدان مراکز مشاوره‌ای و حمایتی برای زنان متقاضی سقط، نبود ثبت و پایش سیستماتیک داده‌های مربوط به بارداری، سقط و دلایل آن، و ضعف نظارت بر داروخانه‌ها و مراکز ارائه خدمات سقط، از دیگر چالش‌های مهم شناسایی شده در این پژوهش بود. همچنین تغییر نگرش‌های فرهنگی، فردگرایی و کاهش ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی نیز بر تصمیم زنان به سقط تأثیرگذار است. با توجه به یافته‌های پژوهش، اصلاح و بازنگری قوانین سقط جنین در ایران ضرورت دارد تا ضمن رعایت موازین فقهی و اهداف جمعیتی، سلامت و حقوق زنان نیز تضمین شود.

پیشنهادهای اصلاحی قانون

- ۱) تعدیل محدودیت‌های مطلق سقط جنین با در نظر گرفتن شرایط پزشکی، سلامت روانی و اجتماعی مادر، بدون مغایرت با اصول فقهی.
- ۲) ایجاد نهادهای حمایتی و مشاوره‌ای شامل مراکز مددکاری، روانشناسی و مشاوره فردی و گروهی برای زنان متقاضی سقط، با رعایت اصل محرمانگی.
- ۳) نظارت مؤثر بر مراکز ارائه خدمات و داروخانه‌ها به منظور کاهش سقط‌های غیرقانونی و تقویت اجرای قانون.
- ۴) تدوین برنامه‌های آموزشی و فرهنگی برای ارتقای ارزش فرزندآوری و کاهش فردگرایی منفعت‌طلبانه در جامعه.
- ۵) ثبت و پایش داده‌های مرتبط با بارداری و سقط در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی جهت تحلیل سیاست‌های اجتماعی و پیشگیری بهتر.
- ۶) ترکیب سیاست‌های کیفری با مشوق‌های اقتصادی و اجتماعی در قالب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت برای تشویق فرزندآوری و کاهش فشارهای مالی خانواده‌ها.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس مصاحبه و داده‌های آماری انجام نشده است و ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به کل جامعه ایران نباشد.

دسترسی به داده‌های کمی و آماری مرتبط با نرخ سقط، دلایل و وضعیت سلامت زنان محدود بوده است. تحلیل بیشتر دارای جنبه کیفی بوده و ممکن است چالش‌های اجرایی نادیده گرفته شده باشد.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی

- ۱) انجام مطالعات کمی گسترده برای تحلیل آماری تاثیر محدودیت‌های قانونی بر نرخ سقط جنین و سلامت مادران.
- ۲) بررسی تطبیقی قوانین سقط جنین در کشورهای با سیاست‌های موفق و استخراج تجربه‌های قابل تطبیق با شرایط ایران.
- ۳) مطالعه اثر نهادهای حمایتی و مشاوره‌ای بر کاهش سقط‌های غیرقانونی و ارتقای سلامت روانی زنان.
- ۴) پژوهش در زمینه تأثیر سیاست‌های اقتصادی و تشویقی فرزندآوری بر تصمیم زنان به ادامه بارداری.
- ۵) تحلیل نگرش‌های فرهنگی و اجتماعی نسبت به سقط جنین و فرزندآوری در گروه‌های مختلف جمعیتی و منطقه‌ای.

منابع

- ۱) افراسیاب، محمود، (۱۳۹۷)، جرایم پزشکی، دارویی و غذایی، مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضاییه، چاپ پنجم.
- ۲) جاوید، محمدجواد، مهاجری، مریم. (۱۳۹۷). مبانی مداخله دولت در نهاد خانواده در نظام حقوقی ایران. فصلنامه شورای فرهنگ عمومی زنان و خانواده، ۲۱(۸۲).
- ۳) روستایی، مهرانگیز، مقدسی، محمد باقر. (۱۴۰۱). ارزیابی سیاست‌های جمعیتی در چارچوب اصول جرم‌انگاری؛ با تأکید بر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. پژوهشنامه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، ۱۰(۲۰).

- ۴) سلطانی نسب، رضا، (۱۳۶۸)، جنین شناسی انسان، نشر جهاد دانشگاهی، جلد اول، چاپ اول، دانشکده پزشکی امام رضا، تهران.
- ۵) صادق پور، محمدجعفر. (۱۴۰۲). تأملی در رویکرد جدید مقنن نسبت به سقط جنین در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰. فصلنامه مطالعات زن و خانواده (پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء)، ۱۱(۱).
- ۶) میلانلویی، شقایق، عرب اسدی، شیما. (۱۴۰۴). تحولات نظام حقوقی ایالات متحده امریکا و ایران در زمینه سقط جنین. پژوهشنامه حقوق تطبیقی، ۹(۲).
- ۷) همایونزاده، الهه، آذین، سید محمد. (۱۴۰۲). نقد توزیع عمومی وسایل پیشگیری از بارداری با توجه به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۶(۱۳).
- 8) Cook, Rebecca J. and Dickens, Bernard. (2003). Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform. *Human Rights Quarterly*, Vol. 25, pp. 1-59. Toronto, Legal Studies Research Paper No. 03-04, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=407400>
- 9) Cyprus American IVF Center. (2024, February 28). What is fetus?. Cyprus American IVF Center. <https://www.cyprusamericanivf.com/what-is-fetus>
- 10) Encyclopaedia Britannica. (2025, October 7). Abortion. Encyclopaedia Britannica. [https://www.britannica.com/science/abortion-pregnancy]

Analysis of Iran's Criminal Policy on Abortion Focusing on the Law on Protection of the Family and Youth of the Population, 1400

Ainaz Bazrgar

Abstract

Article (56) of the Law on "Protection of the Family and Youth of the Population" 1400 is a turning point in the criminal policy of the Islamic Republic of Iran regarding the issue of abortion. This article was approved with the aim of correcting the shortcomings in the single article on "Abortion Therapy" approved in 1384 and the note to Article (718) of the Islamic Penal Code 1392, but due to some conceptual and executive inadequacies, it has become a place of new challenges. The present study, with a descriptive-analytical approach and based on jurisprudential and legal sources, carefully analyzes the basic and formal dimensions of this article and tries to provide an innovative, systematic explanation of its gaps and inconsistencies. The findings show that despite emphasizing the criminalization of abortion, Article (56) is seriously ambiguous in determining the competent authority to issue an abortion license, explaining the composition and competence of the relevant commission, and defining key concepts such as "serious threat", "current distress", and "invasion of the soul". In addition, the legislator's emphasis on the certainty of the threat and the intolerability of the distress has practically limited the scope of therapeutic abortion and led to a conflict with jurisprudential standards and human rights principles. The innovation of this research is that, through a comparative analysis between domestic regulations and jurisprudential and international approaches, it shows that amending Article (56) requires redefining fundamental concepts such as "the right to fetal life", "the right to maternal health", and "the authority to make informed decisions" so that the law can be transformed from a mere deterrent into a balanced and human-centered model in population criminal policy.

Keywords

Family and Youth Protection Law; Criminal Policy; Abortion; Islamic Jurisprudence; Support for childbearing.
