



University of Tehran Press

Comparative Law Review

Homepage: <https://jcl.ut.ac.ir>

Online ISSN: 2423-3404

Volume: 17, Issue: 1
Spring & Summer
2026

A Comparative Study of Abortion Rights in Iranian and French Law

Shima Arabasadi¹ | Shaghayegh Milanlouei²

1. Assistant Professor, Department of Public and International Law, Faculty of Law and Political Science, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. Email: sh.arabasadi@umz.ac.ir
2. Corresponding Author; Faculty of Law and Political Science, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. Email: s.milanlouei02@umail.umz.ac.ir

Article Info	Abstract
Article Type: Research Article Received: 2024/09/28 Received in revised form: 2025/10/10 Accepted: 2025/10/30 Published online: 2026/06/22 Keywords: <i>Reproductive rights, Reproductive health, Right to abortion.</i>	The right to safe and legal abortion is a crucial aspect of women's reproductive health, significantly affecting their overall well-being. This article adopts a comparative approach to examine the historical and social foundations of abortion rights in Iranian and French legal systems. In France, the social movements and women's rights activism of the 1970s led to the emergence of reproductive rights discourse, the legalization of contraception and voluntary termination of pregnancy, and eventually the incorporation of these rights into the French Constitution. In Iran, population policies—and consequently reproductive rights—have undergone several transformations in accordance with the country's socio-economic and demographic conditions. During the 1990s, the government promoted family planning and contraception programs aimed at balancing population growth. In recent years, however, with the enactment of the <i>Family Protection and Youth Population Law</i> (2021), a new orientation toward increasing fertility and population growth has been adopted. Currently, abortion is legally permitted only in specific cases, such as when the mother's life is at risk or the fetus suffers from severe abnormalities, and with specific legal authorization. Through a comparative legal analysis, this study highlights the need to balance national demographic policies with the protection of women's individual reproductive rights.
How To Cite	Arabasadi, Shima; Milanlouei, Shaghayegh (2026). A Comparative Study of Abortion Rights in Iranian and French Law. <i>Comparative Law Review</i> , 17 (1), 1-20. DOI: https://doi.com/10.22059/jcl.2025.382763.634681
DOI	10.22059/jcl.2025.382763.634681
Publisher	The author(s) retain the copyright.





مطالعه تطبیقی حق سقط جنین در حقوق ایران و فرانسه

شیما عرب اسدی^۱ | شقایق میلانلویی^۲

۱. استادیار گروه حقوق عمومی و بین الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران.

رایانامه: sh.arabasadi@umz.ac.ir۲. نویسنده مسئول؛ دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران. رایانامه: s.milanlouei02@umail.umz.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۸ تاریخ انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱ کلیدواژه‌ها: حق سقط جنین، حقوق باروری، سلامت باروری.	حق سقط جنین ایمن و قانونی از جنبه‌های مهم سلامت باروری زنان به‌شمار می‌رود که تأثیر قابل‌توجهی بر رفاه آنان دارد. این مقاله با رویکردی تطبیقی به بررسی زمینه‌های تاریخی و اجتماعی شکل‌گیری حق سقط جنین در حقوق ایران و فرانسه می‌پردازد. در فرانسه، تحولات دهه ۷۰ میلادی و فعالیت‌های گسترده مدافعان حقوق زنان، به طرح گفتمان حقوق باروری و سپس قانونی‌شدن پیشگیری از بارداری، ختم خودخواسته بارداری و درنهایت انعکاس آن در قانون اساسی این کشور انجامید. در ایران، سیاست‌های جمعیتی کشور و به تبع آن، حقوق باروری در دوره‌های مختلف دستخوش تغییر بوده است. در دهه ۷۰ شمسی، دولت سیاست‌های تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری را با هدف تعادل‌بخشی به نرخ رشد جمعیت دنبال می‌کرد. اما در سال‌های اخیر، با تصویب «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰»، رویکرد جدیدی مبتنی بر افزایش جمعیت و نرخ بالاتر باروری اتخاذ شده است. در حال حاضر، سقط جنین تنها در موارد خاص، ازجمله تهدید جان مادر یا ابتلای جنین به ناهنجاری‌های شدید، با مجوز مراجع قانونی امکان‌پذیر است. نوشتار حاضر با بررسی تطبیقی - حقوقی تجربه دو کشور در زمینه سلامت باروری، بر ضرورت توازن میان سیاست‌های کلان جمعیتی و حقوق فردی زنان تأکید دارد.
استناد	عرب اسدی، شیما؛ میلانلویی، شقایق (۱۴۰۵). مطالعه تطبیقی حق سقط جنین در حقوق ایران و فرانسه. <i>مطالعات حقوق تطبیقی</i> ، ۱۷ (۱)، ۱-۲۰.
DOI	DOI: https://doi.com/10.22059/jcl.2025.382763.634681
ناشر	مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.



۱. مقدمه

حقوق و سلامت باروری که در اسناد بین‌المللی متعددی به رسمیت شناخته شده، با حقوق بنیادینی چون کرامت، خودمختاری، سلامت و حریم خصوصی گره خورده است. سلامت باروری، به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در کلیه امور مرتبط با سلامت باروری، کارکرد و رویه آن است و نه صرفاً فقدان بیماری. بر این اساس، افراد باید از زندگی جنسی ایمن و رضایت‌بخش برخوردار بوده، بتوانند آزادانه درباره زمان و تعداد فرزندان خود تصمیم بگیرند (United Nations, 2014: 13). حقوق باروری نیز مجموعه‌ای از حقوق بشری است که شامل تصمیم‌گیری آزاد و مسئولانه در زمینه فرزندآوری، دسترسی به اطلاعات و خدمات مرتبط، و برخورداری از انتخاب‌های عاری از تبعیض، اجبار و خشونت می‌شود (United Nations, 2014: 13).

تحول در شناسایی و تضمین حقوق باروری زنان در نظام‌های حقوقی داخلی، ازجمله در فرانسه، تا حد زیادی متأثر از توسعه هنجارها در نظام بین‌المللی حقوق بشر است. کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان^۱ (۱۹۹۷) و کمیته ناظر بر آن^۲، نقش مهمی در تأکید بر پیوستگی حقوق بشر زنان و شناسایی سلامت جنسی و باروری به عنوان بخشی از کرامت انسانی داشته‌اند. همچنین، برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه^۳ (قاهره، ۱۹۹۴) و سند نهایی چهارمین کنفرانس جهانی زنان^۴ (پکن، ۱۹۹۵) تصریح می‌کنند که زنان حق دارند آزادانه درمورد تعداد، فاصله و زمان فرزندآوری خود تصمیم بگیرند و به اطلاعات، آموزش و ابزارهای لازم در این زمینه دسترسی داشته باشند (United Nations, 1994: para. 7.3). افزون بر این، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد^۵ (CESCR) در نظریه تفسیری شماره ۲۲ (۲۰۱۶) محتوای هنجاری حق بر سلامت باروری را تبیین و دولت‌ها را به رفع موانع و خودداری از اتخاذ اقدامات محدودکننده در این زمینه موظف کرده است (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2016: para. 28). سیاست‌ها و قوانین داخلی در کشورهایی همچون فرانسه بوده و مسیر تضمین حقوق باروری زنان را هموار ساخته است.

در ایران نیز گفتمان حقوق باروری و مقررات مرتبط با آن از دیرباز محل بحث بوده است. در تحقیقات اخیر، یکی از پژوهشگران با بررسی مفهوم حقوق باروری در اسناد حقوقی و منابع پزشکی، دو رکن اصلی سلامت باروری را حق انتخاب و تصمیم‌گیری درمورد باروری دانسته و به چالش‌های ناشی از

1. The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women
2. The Committee on the Elimination of Discrimination against Women
3. International Conference on Population and Development (1994)
4. Fourth World Conference on Women, Beijing (1995)
5. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights

تضاد این مفاهیم با بستر فرهنگی و اجتماعی ایران اشاره کرده است (Janghorban, 2014: 21). همچنین، پژوهشی دیگر تأکید می‌کند که خشونت علیه زنان، محدودیت در دسترسی به خدمات بهداشتی باکیفیت و اتکای بیش‌ازحد به بخش خصوصی، سلامت باروری و حقوق بنیادین خانواده را تهدید می‌کند (Hakimi & Mohammad Ali Zadeh, 2008: 130). با این حال، هردو پژوهش، بیشتر بر جنبه‌های پزشکی تکیه دارند و به بررسی حقوقی سقط جنین قانونی و سازوکارهای اجرایی آن در نظام حقوقی ایران نپرداخته‌اند.

پژوهش‌های متعددی به زبان انگلیسی در زمینه حقوق باروری زنان منتشر شده است. مرالی در مقاله‌ای جایگاه سلامت و حقوق باروری و جنسی زنان را در نظام بین‌المللی حقوق بشر بررسی می‌کند، اما اثر او عمدتاً توصیفی بوده، تحولات اخیر اسناد بین‌المللی را تحلیل نمی‌کند (Merali, 2000: 623). به‌علاوه، موری در کتابی جامع با مطالعه نمونه‌هایی از ایالات متحده و کشورهای افریقایی، ابعاد مختلف سلامت باروری را واکاوی کرده است (Murray, 2008: 103). با این حال، هیچ‌یک از این آثار به مقایسه تطبیقی نظام‌های حقوقی با زمینه‌های فرهنگی و مذهبی متمایز، مانند ایران و فرانسه، نپرداخته‌اند. مطالعه حاضر به ارزیابی رویکردهای حقوقی دو کشور نامبرده می‌پردازد.

مطالعه حقوقی و تطبیقی این حق از آن جهت اهمیت دارد که نظام حقوقی ایران متأثر از باورهای مذهبی، سیاسی و اجتماعی، در گذر زمان این حوزه را مقررہ‌گذاری کرده است. با توجه به تصویب میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سال ۱۹۷۵ و جایگاه آن به‌عنوان قانون داخلی طبق ماده ۹ قانون مدنی، پرسش این است که چگونه می‌توان حقوق مرتبط با سلامت باروری را در چارچوب نظام حقوقی ایران اجرایی و با سیاست‌های کلان این کشور در زمینه جمعیت همسو ساخت. بررسی تجربه کشورهای با نظام حقوقی مشابه، به‌ویژه فرانسه، که الهام‌بخش نظام حقوقی ایران بوده‌اند، می‌تواند در پاسخ به این پرسش مؤثر باشد. فرانسه با الحاق به اسناد بین‌المللی حقوق بشر، سیاست‌های ملی خود را با استانداردهای بین‌المللی منطبق کرده است. از این رو، مطالعه تطبیقی تحولات دو کشور در زمینه حقوق باروری و به‌ویژه حق سقط جنین، زمینه‌ای را برای تحلیل تعامل میان عوامل فرهنگی، حقوقی و بین‌المللی و نیز ارائه راهکارهایی برای تضمین هرچه مؤثرتر این حق در ایران فراهم می‌آورد.

۲. تحولات حقوق فرانسه در زمینه حق سقط جنین

در چند دهه اخیر، فرانسه شاهد تحولات عمده‌ای در زمینه حقوق باروری بوده که پاسخ به نیازهای اجتماعی و توجه به حقوق فردی زنان است. این تحولات پس از سال‌ها مبارزه برای شناسایی حقوق باروری، به تقویت حمایت‌های قانونی از سلامت باروری و احترام به انتخاب‌های فردی زنان انجامیده است.

۱.۲. رویکرد فرانسه پیش از جنگ جهانی اول (رویکرد سنتی)

قانون مدنی فرانسه^۱ که در ۲۱ مارس سال ۱۸۰۴ در زمان سلطنت ناپلئون بناپارت به تصویب رسید و به عنوان «قانون ناپلئون» شناخته می‌شود، دستاورد حقوقی مهمی در تاریخ فرانسه به‌شمار می‌رود (Leclair, 2002: 6). با این حال، قوانین آن در خصوص زنان نمایانگر رویکردی محافظه‌کارانه است که هنجارهای اجتماعی رایج اوایل قرن نوزدهم فرانسه را منعکس می‌کند. ماده ۲۱۳ قانون مدنی ناپلئون چنین تصریح می‌کند: «زن موظف به اطاعت از شوهر خود است» (Code civil des Français, 1804: article 213). ماده ۲۱۷ نیز به صراحت آمده بود که زن، حتی اگر دارای استقلال مالی باشد، نمی‌تواند بدون رضایت یا امضای شوهر، اقدامی در خصوص تملک، انتقال، رهن یا واگذاری اموال انجام دهد (Code civil des Français, 1804: article 217). به این ترتیب، قانون ناپلئون ضمن تأکید بر ریاست مرد در خانواده، زنان را از حقوقی چون رأی، طلاق، ارث و مالکیت محروم ساخته بود (Strebin, 2023: 8). به عبارت دیگر، به موجب این قانون، زنان متأهل از برخی شئون اهلیت قانونی خود محروم بودند. در چنین جامعه‌ای که زنان از هیچ‌یک از حقوق اساسی خود برخوردار نبودند، کنترل آنها بر رفتار باروری و جنسی‌شان فراتر از اختیار آنها به‌شمار می‌رفت، چنان‌که نمونه آن را می‌توان در سایر قوانین تبعیض‌آمیز، از جمله قانون مجازات فرانسه، جستجو کرد.

قانون مجازات فرانسه^۲ از سوی ناپلئون بناپارت در سال ۱۸۱۰ به تصویب رسید و با تعیین دامنه جرایم قابل مجازات، سقط جنین را به عنوان جنایتی علیه نظم عمومی ممنوع اعلام کرد. در این دوره، سقط جنین نه یک مسئله بهداشتی، بلکه تخطی از اخلاق تلقی شده، ذیل جنایات علیه اشخاص در کنار جرایمی چون قتل طبقه‌بندی می‌شد. ماده ۳۱۷ مقرر می‌داشت: «هرکس از طریق غذا، نوشیدنی، دارو، خشونت و یا هر وسیله دیگری، اقدام به سقط جنین زن باردار نماید، خواه با رضایت او باشد خواه نباشد، به حبس محکوم خواهد شد. زن بارداری که خود مرتکب این عمل گردد یا به آن رضایت دهد نیز در صورت وقوع سقط جنین مشمول همان مجازات است. پزشکان، جراحان و سایر پرسنل بهداشت که زنان باردار را به استفاده از ابزار مؤثر سقط جنین توصیه نموده‌اند نیز در صورت وقوع سقط جنین، به کار اجباری موقت محکوم می‌شوند»^۳. این قانون با جرم‌انگاری سقط جنین، نه تنها مانع دسترسی زنان به روش‌های ایمن شد، بلکه آنها را به سمت انجام سقط جنین مخفیانه و ناامن سوق داد. این امر سلامت جسمی زنان را به شدت تهدید کرد و از لحاظ اجتماعی نیز به تشدید نابرابری جنسیتی موجود در جامعه منجر شد (Horri Farahani, 2023: 2). با وجود تداوم این سیاست تا قرن بیستم، پیامدهای گسترده آن در نهایت ضرورت بازنگری در قانون را آشکار ساخت.

1. Code civil des Français

2. Penal Code of 1810

3. Le Code pénal, 1810, article 317

۲.۲. رویکرد فرانسه پس از جنگ جهانی اول (رویکرد مدرن)

باوجود رویکرد سنتی حاکم پیش از جنگ جهانی اول، رویکرد مدرن پس از جنگ جهانی اول با سه جریان، در ابتدا به وضع قوانین سخت‌گیرانه، سپس وضع قوانین مترقی و در ادامه به توسعه قوانین ناظر بر حق سقط جنین در فرانسه انجامید.

۱.۲.۲. جریان نخست: قوانین سخت‌گیرانه در خصوص حق سقط جنین

کاهش نرخ باروری در کشور فرانسه پس از جنگ جهانی اول شکل نگران‌کننده‌ای به خود گرفت. بحران اقتصادی که با کاهش درآمد برای بسیاری از خانواده‌ها همراه شد، تمایل آنها به فرزندآوری را کاهش داد؛ لذا ابزار کنترل باروری به‌عنوان راه‌حلی کلیدی برای کاهش تعداد فرزندان رواج یافت (Olszynko-Gryn & Rusterholz, 2019: 124). هم‌زمان، تغییر نگرش‌ها نسبت به نقش زنان و خواست آنها برای مشارکت اجتماعی بیشتر، از دیگر عوامل مؤثر در این روند بود.

در واکنش به کاهش نرخ زاد و ولد، قانونی در ۳۱ ژوئیه ۱۹۲۰ در مورد مجازات تحریک به سقط جنین و تبلیغ روش‌های جلوگیری از بارداری با هدف افزایش جمعیت فرانسه به‌تصویب رسید^۱ که استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، ترویج اطلاعات جنسی و تبلیغات علیه بارداری را ممنوع می‌کرد. در ادامه، ماده ۳۱۷ قانون مجازات نیز در ۲۷ مارس سال ۱۹۲۳، اصلاح و مجازات‌های سقط جنین تشدید شد^۲. بر اساس این اصلاحیه، مجازات سقط جنین یا مشارکت در آن، به حبس یک تا پنج سال و جریمه نقدی افزایش یافت و پزشکان و فعالان حوزه سلامت نیز با تعلیق حداقل ۵ سال یا محرومیت دائمی از حرفه خود مواجه شدند.

در سال ۱۹۴۰، قانون‌گذاران فرانسوی «قانون خانواده»^۳ را تصویب کردند که با تأکید بر نقش مادری، مجازات سقط جنین را تشدید می‌کرد. هدف اصلی این سیاست‌ها، افزایش نرخ زاد و ولد و رشد اقتصادی از طریق افزایش نیروی کار بود. در ۱۵ فوریه ۱۹۴۲ و در بجهت جنگ جهانی دوم، دولت فرانسه قانونی اجرا کرد که سقط جنین را جنایتی نه‌فقط علیه دولت و جامعه، بلکه علیه جنین نیز تلقی می‌کرد. این قانون سقط جنین را در کنار جرایمی چون خرابکاری و خیانت ملی قرار داد و مجازات‌هایی تا حد اعدام برای مرتکبان یا مباشران آن در نظر گرفت. این مقررات که تحت عنوان «قانون سی‌صد»^۴ شناخته می‌شد، دوام چندانی نداشت؛ پس از سقوط رژیم ویشی در سال ۱۹۴۷، فرمانی صادر شد که سقط درمانی را تحت شرایط خاص مرتبط با سلامت زن مجاز شناخت (Watson, 1952: 267).

1. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle
2. Loi du 27 mars 1923, modifiant l'article 317 du Code pénal
3. Code de la Famille
4. The Three Hundred law

۲.۲.۲. جریان دوم: قوانین مترقی در خصوص حق سقط جنین

در دهه ۱۹۵۰، زنان فرانسه تحت تأثیر جنبش فمینیسم و تغییر نگرش‌های اجتماعی نسبت به آزادی‌های فردی، به تدریج محدودیت‌های قانونی سخت‌گیرانه را به چالش کشیدند. آنها خواستار برخورداری از مادری داوطلبانه بودند؛ یعنی مادر شدن بر پایه انتخاب، و نه اجبار. گروه‌هایی چون هامبرت^۱ و مادری شاد^۲ با هدف تقویت استقلال باروری و گسترش دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری و سقط جنین ایمن فعالیت می‌کردند. انتشار مقالات و آثار آموزشی از سوی این گروه‌ها به شکستن تابوی سقط جنین و تحول افکار عمومی درباره حقوق باروری انجامید (Pavard, 2019: 175). همچنین جنبش فمینیسم زمینه‌ساز لغو محدودیت‌های قانون ۱۹۲۰ شد؛ قانونی که نه تنها استفاده از لوازم پیشگیری از بارداری، بلکه اطلاع‌رسانی در این زمینه را نیز جرم می‌دانست.

در پی فعالیت‌های جنبش تنظیم خانواده^۳ و افزایش آگاهی عمومی، مجلس ملی فرانسه در ۱۹ دسامبر ۱۹۶۷ قانون نوویرت^۴ را تصویب کرد. این قانون که با ابتکار نماینده پارلمان، لوسین نوویرت^۵، ارائه شد، فروش داروهای ضدبارداری و سایر وسایل پیشگیری را با نسخه پزشک مجاز دانست؛ هرچند تبلیغ تجاری آنها را ممنوع کرد^۶. این قانون با اعطای اختیار بیشتر به زنان در تصمیم‌گیری‌های باروری، زمینه را برای آزادی‌های گسترده‌تر و در نهایت قانونی شدن سقط جنین فراهم ساخت.

اوایل دهه ۱۹۷۰ اوج موج دوم جنبش فمینیسم به‌شمار می‌آید (Neyer & Bernardi, 2011). (169) در این دوره، مانیفست ۳۴۳^۷ که در ۵ آوریل ۱۹۷۱ در هفته‌نامه «نول ايسرواتور»^۸ منتشر شد، نقطه عطفی در مبارزه برای حقوق باروری به‌شمار می‌آید. این بیانیه با امضای ۳۴۳ زن سرشناس، از جمله سیمون دوبووار^۹ در اعتراض به سقط جنین غیرقانونی و خطرهای ناشی از آن منتشر شد. امضاکنندگان با اعتراف علنی به انجام سقط جنین، عملاً خود را در معرض پیگرد قانونی و مجازات قرار دادند (De Beauvoir, 2011: 142). این اقدام تأثیر مهمی در تغییر نگرش عمومی و اصلاح قوانین سقط جنین در فرانسه داشت.

پرونده ماری کله شوالیه^{۱۰} نیز یکی از رویدادهای مؤثر در تاریخ مبارزات حق سقط جنین است. در

1. Humbert Group
2. Happy Motherhood (Maternite Heureuse)
3. Mouvement Francais pour le planning Familial
4. Neuwirth Law
5. Lucien Neuwirth
6. Loi n 67- 1176 du 28 decembre 1967, article 2
7. The 343 Manifesto
8. Le Nouvel Observateur
9. Simone de Beauvoir
10. Marie-Claire Chevalier

سال ۱۹۷۱ زمانی که ماری کلر ۱۷ ساله بود، پس از تجاوز یکی از همکلاسی‌هایش، به‌طور مخفیانه بارداری خود را خاتمه داد و در پی این ماجرا به همراه مادرش و دو زن دیگر متهم به نقض قانون ۱۹۲۰ شد. در طول محاکمه، ژیزل حلیمی^۱ وکیل مدافع متهم، استدلال کرد که این قانون ناعادلانه و غیرانسانی است، جان زنان به‌ویژه قربانیان تجاوز را به‌خطر می‌اندازد و حقوق آنها را نقض می‌کند. حمایت عمومی و دفاع قدرتمند حلیمی منجر به تبرئه ماری کلر و ایجاد موجی به نفع قانونی شدن سقط جنین شد. (Horri Farahani, 2023: 21)

در سال ۱۹۷۴ سیمون وی^۲، وزیر بهداشت فرانسه، لایحه خاتمه دواطلبانه بارداری را به مجلس ارائه کرد. پس از بحث و مخالفت گسترده، قانون وی^۳ در ۱۷ ژانویه سال ۱۹۷۵ برای یک دوره آزمایشی پنج‌ساله تصویب شد و سقط جنین تا ده هفته ابتدایی بارداری را تحت «وضعیت اضطرار»^۴ مجاز دانست. موارد قانونی شامل ضرورت پزشکی، تجاوز جنسی، زنا با محارم، ناهنجاری جنینی و موانع اقتصادی بود.^۵ قانون یادشده، مشاوره اولیه و دوره انتظار اجباری برای زن را پیش‌بینی کرده، هویت متقاضیان را محرمانه نگه می‌داشت. همچنین تأکید شد که سقط جنین، تنها به موارد ضروری محدود گردد و به‌عنوان یک استثنا باید به آن عمل شود. به بیان دیگر، بایستی از تبدیل شدن آن به وسیله‌ای برای پیشگیری از بارداری جلوگیری به‌عمل آید؛ لذا هدف سیمون وی بیشتر جرم‌زدایی از سقط جنین بود تا شناسایی حق دواطلبانه آن.

باوجود پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه حقوق باروری، قانون وی در تضمین دسترسی همگانی به سقط جنین و رفع انگ اخلاقی چندان موفق عمل نکرد (Cardona, 2015: 146)؛ چراکه برخی از پزشکان از انجام عمل سقط جنین سر باز می‌زدند. در ۶ اکتبر سال ۱۹۷۹، حدود پنجاه هزار زن در پاریس گرد هم آمدند تا چالش‌های پیش روی سقط جنین ایمن را نشان دهند. در نتیجه، مفاد قانون وی در ۳۱ دسامبر سال ۱۹۷۹ تمدید و دائمی شد و به نام مونیک پلتیه^۷، وزیر امور اجتماعی وقت فرانسه، نام‌گذاری و باعث تحکیم حق سقط جنین شد.

۳.۲.۲. جریان سوم: توسعه قوانین ناظر بر حق سقط جنین

پس از تصویب و تمدید قانون وی، قوانین سقط جنین به تکامل خود ادامه داد. قانون نامبرده سقط جنین را تنها در شرایط خاص و بازه زمانی محدود مجاز می‌دانست، اما دسترسی به خدمات را برای زنان

1. Gisele Halimi
2. Simone Veil
3. Loi Veil
4. A situation of distress
5. Loi n 75-17 du 17 janvier 1975, article 1
6. Loi n 75-17 du 17 janvier 1975, article 13
7. Monique Pelletier

کم‌درآمد فراهم نمی‌کرد (Henshaw, 1994: 88). در ۳۱ دسامبر سال ۱۹۸۲، دولت فرانسه هزینه‌های سقط جنین، مشاوره پزشکی و مراقبت‌های پس از آن را از طریق صندوق بیمه اجتماعی پوشش داد.^۱ در سال ۱۹۹۳، قانونی تصویب شد که دسترسی به خدمات سقط جنین را بدون مداخله دیگران تضمین کرده، سقط جنین را امری خصوصی معرفی نمود. این قانون هرگونه ممانعت فیزیکی یا روانی از سقط جنین را جرم‌انگاری کرده، از پرسنل پزشکی برای ارائه خدمات بدون ترس از تهدید دیگران حمایت کرد. همچنین، تلاش برای کسب اطلاعات در مورد سوابق زنان متقاضی سقط جنین غیرقانونی اعلام شد.^۲ باوجود قانونی شدن سقط جنین و پوشش هزینه‌های آن از سوی بیمه سلامت، همچنان موانعی استقلال اراده زنان در زندگی باروری‌شان را محدود می‌کرد. در واکنش، قانون اوبری^۳ (۴ ژوئیه ۲۰۰۱) بازه زمانی مجاز سقط جنین را از ده هفته به دوازده هفته افزایش داد^۴ و الزام اثبات «وضعیت اضطرار» را کنار گذاشت و سقط جنین را به‌عنوان یک حق فردی به رسمیت شناخت (Berer, 2017: 21). این قانون به افراد زیر سن قانونی اجازه داد بدون رضایت والدین، با همراهی یک فرد بزرگسال، بارداری خود را خاتمه دهند.^۵ سرانجام در ۴ مارس ۲۰۲۴، قانون‌گذاران فرانسوی لایحه ختم داوطلبانه بارداری را با ۷۸۰ رأی موافق در برابر ۷۲ رأی مخالف، در قانون اساسی فرانسه به تصویب رساندند. این تبصره که به انتهای ماده ۳۴ قانون اساسی فرانسه (پس از بند هفدهم)^۶ افزوده شد، به صراحت از حق سقط جنین ایمن و قانونی محافظت کرده، آن را به یک آزادی تضمین شده تبدیل نمود. این تبصره تصریح می‌کند: «پس از بند هفدهم از ماده ۳۴ قانون اساسی، بند زیر افزوده می‌شود: قانون، شرایط اعمال آزادی تضمین شده برای زن در بهره‌مندی از سقط جنین داوطلبانه را تعیین می‌کند». اصلاح قانون اساسی نتیجه فرایندی ۲ ساله است که پس از لغو تصمیم تاریخی رو در مقابل وید^۷ در ایالات متحده آغاز شد و هدف آن تضمین حفاظت از حق سقط جنین در برابر چالش‌های حقوقی یا سیاسی آینده و ارسال پیامی جهانی درباره استقلال باروری زنان بود (Bottini & Others, 2024: 1).

این اصلاحیه فرانسه را به نخستین کشوری بدل کرد که حق سقط جنین را در قانون اساسی خود گنجاند. هرچند برخی موافقان با وارد کردن مسئله سقط جنین به قانون اساسی مخالفت کردند، چراکه به عقیده آنها قانون اساسی بستر مناسبی برای مسائل اجتماعی نیست و نباید به تحولات حقوقی و سیاسی

1. Loi n 82-1172 du 31 decembre 1982, article 1

2. Loi n 93-121 du 27 janvier 1993, article 37

3. Loi Aubry

4. Loi n 2001-588 du 4 juillet 2001, article 1

5. Loi n 2001-588 du 4 juillet 2001, article 5

6. Loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse

7. Roe v. Wade

خارجی پاسخ دهد، بلکه باید صرفاً بر وضعیت داخلی تمرکز کند (Bottini & Others, 2024: 3). با این حال، درج حقوق باروری در قانون اساسی نشان‌دهنده ضرورت‌های اجتماعی و بهداشتی غیرقابل انکار است و می‌تواند به‌عنوان الگویی تعدیل‌شده برای سایر کشورها مطرح شود.

۳. تحولات حقوق ایران در زمینه حق سقط جنین

جایگاه زنان در قانون و جامعه طی دوره‌های مختلف از جمله انقلاب مشروطه (۱۲۸۵-۱۲۸۴)، دوران پهلوی (۱۳۰۴-۱۳۵۷)، انقلاب اسلامی (۱۳۵۷) و پس از آن دستخوش تغییرات فراوانی شده است. این تحولات بر جنبه‌های گوناگون زندگی زنان از تحصیل و اشتغال تا ازدواج و طلاق تأثیر گذاشته است. در میان این مسائل، سلامت و حقوق باروری از بحث‌برانگیزترین موضوعات به‌شمار می‌رود. حقوق باروری در ایران تحت تأثیر مجموعه‌ای از قوانین مدنی، کیفری، حمایت از خانواده، و احکام شرعی است که حقوق و تعهدات زنان را در زمینه تولید مثل، پیشگیری از بارداری، سقط جنین و سلامت مادری مشخص می‌کند.

۱.۳. حق سقط جنین پیش از انقلاب اسلامی ایران

پیش از انقلاب اسلامی، مفهوم حقوق باروری در گفتمان حقوقی ایران جایگاهی نداشت. تنها اشاره بین‌المللی مرتبط، کنفرانس بین‌المللی حقوق بشر تهران در سال ۱۹۶۸ و «اعلامیه تهران» بود که حقوق باروری را به‌رسمیت شناخت (United Nations, 1968: para.16). این سند علی‌رغم تنظیم در تهران و پیوستن ایران به آن، موجب شکل‌گیری مباحثه ویژه‌ای در مورد این حق نشد و در مقابل، رویکرد غالب در قوانین کیفری آن دوره، به‌ویژه قانون مجازات عمومی ۱۳۰۴ و اصلاحیه ۱۳۵۲، بر جرم‌انگاری سقط جنین استوار بود. طبق مواد ۱۸۰ تا ۱۸۳ قانون مجازات عمومی، سقط جنین - خواه از سوی زن و خواه از جانب پزشک، جراح یا داروفروش - جرم تلقی می‌شد و با مجازات‌هایی از قبیل حبس تأدیبی یا حبس با اعمال شاقه روبه‌رو بود. در این میان، رضایت زن باردار تأثیری در زوال وصف کیفری جرم نداشت، اما در صورتی که اقدام به سقط برای حفظ جان مادر و به تشخیص طبیب انجام می‌گرفت، مسئولیت کیفری از مرتکب ساقط می‌شد (General Penal Code of Iran, 1925: article.180-183).^۱ در قانون

۱. ماده ۱۸۰ - هر کس به واسطه ضرب یا هر نوع اذیتی عمداً موجب سقط حمل زنی گردد به حبس با اعمال شاقه از سه تا ده سال محکوم خواهد شد. ماده ۱۸۱ - هر کس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری موجب سقط حمل زنی گردد جزای او از یک تا سه سال حبس تأدیبی است و اگر زن حامله را دلال به استعمال وسائل مذکوره نماید جزای او از سه تا شش ماه حبس تأدیبی خواهد بود.
ماده ۱۸۲ - زنی که عالماً بدون اجازه طبیب راضی به خوردن ادویه یا ماکولات یا مشروبات یا استعمال وسائل مذکوره شده یا

مجازات عمومی ۱۳۵۲، تنها نوع مجازات از حبس تأدیبی با اعمال شاقه به حبس‌های جنحه‌ای و جنایی درجه یک تغییر یافت، اما همچنان سقط جنین را جز در موارد خطر جانی، ممنوع می‌دانست و به ملاحظات حقوق بشری و سلامت باروری زنان توجهی نداشت.

محمل دیگری که می‌توانست حقوق باروری زنان و حق سقط جنین را پیش از انقلاب اسلامی مورد توجه قرار دهد، قانون حمایت از خانواده بود. در پی انتقادات زنان از جایگاه خود در نهاد خانواده، در سال ۱۳۴۶ نخستین قانون حمایت از خانواده در سال ۱۳۴۶ تصویب شد. (Torabi Farsani, 2019: 36). این قانون مجموعه‌ای از قوانین مترقی در حوزه خانواده بود که به زنان در زمینه‌هایی چون طلاق، حضانت و ارث امتیازاتی اعطا کرد؛ از جمله محدود کردن اختیار طلاق یک‌جانبه مردان و منوط شدن تعدد زوجات به اجازه دادگاه و تحقیق از همسر اول. (Family Support Law, 1967: article.14). با وجود اصلاح قانون در سال ۱۳۵۳ و هدف آن مبنی بر ارتقای جایگاه زنان، هیچ اشاره‌ای به حقوق باروری یا سقط جنین در آن نشده بود.

۲.۳. حق سقط جنین پس از انقلاب اسلامی ایران

تحول نظام حقوقی و سیاسی کشور پس از انقلاب اسلامی ۱۳۵۷، موجب تغییر اساسی در قوانین کیفری و خانواده به دلیل ناسازگاری مقررات پیشین با اصول فقهی شد. (Vahidi Ferdousi & Naeemi, 2020: 288) در این چارچوب، سه رویکرد اصلی نسبت به سقط جنین در حقوق پس از انقلاب قابل مشاهده است: «جرم‌انگاری سقط جنین»، «تجویز سقط درمانی» و «رویکرد سخت‌گیرانه‌تر برای حمایت از افزایش و جوانی جمعیت».

لازم به توضیح است که در دهه‌های اخیر، دو استراتژی کلیدی از سوی دولت ایران اتخاذ شده بود: کنترل جمعیت، و افزایش جمعیت. سیاست کنترل جمعیت در دهه ۷۰ با شعار «فرزند کمتر، زندگی بهتر» موجب گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده شد، اما از سال ۱۴۰۰، با تغییر رویکرد دولت به افزایش نرخ باروری، سیاست‌های پیشین کنار گذاشته شد. این تغییر، محدودیت‌های شدیدتری بر سقط جنین و مجازات‌های مرتبط اعمال کرده و در نتیجه، استقلال تصمیم‌گیری زنان و دسترسی آنها به خدمات

تمکین از استعمال آن وسائل کرده و واسطه حمل خود را ساقط کرده باشد مجازات او از یک تا سه سال حبس تأدیبی است و اگر این اقدام زن در نتیجه امر شوهر خود باشد زن از مجازات معاف و شوهر به مجازات مذکور محکوم خواهد شد. ماده ۱۸۳- طبیب یا قابله یا جراح یا دوا فروش و اشخاصی که به عنوان طبابت یا قابله‌گی یا جراحی و یا دوا فروش و وسائل سقط حمل را فراهم آورند از سه تا ده سال حبس با اعمال شاقه محکوم خواهند شد مگر این که ثابت شود که این اقدام طبیب یا قابله یا جراح برای حفظ حیات مادر می‌باشد.

بهداشتی ایمن را کاهش داده است. بنابراین، اولویت‌دهی به اهداف جمعیتی پیامدهای قابل توجهی بر حقوق و سلامت باروری زنان بر جای گذاشته است.

در اینجا، چارچوب‌های قانونی حاکم بر حقوق باروری زنان در ایران و همچنین، چالش‌هایی که آنها در اعمال این حقوق با آن مواجه هستند، به تفکیک مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

۱.۲.۳. سقط جنین به مثابه جرم

در قوانین داخلی ایران پس از انقلاب، مسئله سقط جنین نخستین بار در قانون مجازات اسلامی (تغزیرات) مصوب ۱۳۷۵ مطرح شد، بدون آنکه تعریفی از آن ارائه شود؛ این قانون صرفاً به تعیین مجازات‌ها بسنده کرد. بر اساس ماده ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، «جنایت عمدی بر جنین، هرچند پس از حلول روح باشد، موجب قصاص نیست و مرتکب علاوه بر پرداخت دیه به مجازات تعزیری محکوم می‌گردد» (Islamic Penal Code, 2013: article.306). از این ماده می‌توان استنباط کرد که جنین در حقوق ایران معادل انسان کامل محسوب نمی‌شود و جنایت عمدی بر جنین در هیچ‌یک از مراحل رشد، با قتل نفس یکسان تلقی نشده است.^۱ ثبوت قصاص منوط به تحقق برخی شرایط، از جمله زنده متولد شدن جنین است (Islamic Penal Code, 2013: article.306). با این حال، قانون‌گذار با هدف حمایت از جنین، هرگونه اخلال در روند رشد را ممنوع دانسته و در فصل هفتم قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ سقط جنین را جرم‌انگاری کرده و برای مرتکبان، مجازات‌هایی چون دیه و تعزیر تعیین کرده است.^۲

۲.۲.۳. رویکرد درمانی به سقط جنین

با وجود جرم‌انگاری سقط جنین در حقوق کیفری پس از انقلاب، برای رفع تعارض میان حقوق مادر و جنین، قانون سقط درمانی در سال ۱۳۸۴ تصویب شد. مطابق این قانون، اصل بر ممنوعیت سقط جنین

۱. در ماده ۹۵۶ قانون مدنی ایران، آغاز اهلیت برای دارا بودن حقوق با زنده متولد شدن انسان دانسته شده و طبق ماده ۹۵۷ «حمل از حقوق مدنی متمتع می‌گردد، مشروط بر اینکه زنده متولد شود» (قانون مدنی، ۱۳۰۷، ماده ۹۵۷). همچنین ماده ۹۵۸ بیان می‌کند «هر انسان، متمتع از حقوق مدنی است...» (قانون مدنی، ۱۳۰۷، ماده ۹۵۸). به کارگیری واژه «حمل» در ماده ۹۵۷ و «انسان» در ماده ۹۵۸ نشان می‌دهد که از دید قانون‌گذار، جنین تا پیش از زنده متولد شدن، واجد شخصیت حقوقی کامل نیست و تنها به شرط زنده متولد شدن، می‌تواند از حقوق مدنی بهره‌مند شود.

۲. هرگاه در اثر جنایت وارد بر مادر، جنین از بین برود، علاوه بر دیه یا ارش جنایت بر مادر، دیه جنین نیز در هر مرحله‌ای از رشد که باشد پرداخت می‌شود. (قانون مجازات اسلامی، ۱۳۹۲، ماده ۷۱۷). اما اگر جنین توسط خود مادر سقط شود، مجازات تعزیر شامل وی نمی‌گردد و او تنها محکوم به پرداخت دیه به پدر جنین می‌شود. در این خصوص ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی ۹۲ بیان می‌کند: «هرگاه زنی جنین خود را، در هر مرحله‌ای که باشد، به عمد، شبه عمد یا خطا از بین ببرد، دیه جنین حسب مورد توسط مرتکب یا عاقله او پرداخت می‌شود.» (قانون مجازات اسلامی، ۱۳۹۲، ماده ۷۱۸).

است و تنها در موارد درمانی مشخص اجازه ختم بارداری داده می‌شود. ماده واحده این قانون مقرر می‌دارد: «سقط درمانی با تشخیص سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی وی توأم باشد، قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفان از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد». مطابق این قانون، سقط جنین تنها در موارد خطر جانی برای مادر و نقص یا بیماری شدید جنین که موجب حرج مادر شود، مجاز است. سقط جنین تنها پیش از ولوج روح در جنین (چهار ماهگی)، با رضایت مادر، تأیید سه پزشک متخصص و پزشکی قانونی امکان‌پذیر است (Therapeutic Abortion Law, 2005)؛ بنابراین، مواردی نظیر بارداری ناشی از تجاوز یا زنا با محارم حتی پیش از دمیده شدن روح در جنین، از شمول قانون خارج است. در سال ۱۴۰۰، با تصویب سند حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ماده واحده سقط درمانی لغو شد. این تغییر، حتی شرایطی را که پیش‌تر دلایل موجهه برای سقط جنین محسوب می‌شد، با محدودیت‌های بیشتری مواجه کرد؛ هرچند رویکرد درمانی به‌طور کامل حذف نشد.

۳.۲.۳. رویکرد سخت‌گیرانه‌تر به سقط جنین درمانی به‌منظور حمایت از افزایش و جوانی جمعیت

سیاست‌های جمعیتی ایران در دهه‌های گذشته تغییرات قابل‌توجهی داشته‌اند. از سال ۱۳۶۸ تا ۱۳۹۳، کشور با معضل رشد سریع جمعیت روبه‌رو بود. در واکنش به این وضعیت، دولت سیاست جامع تنظیم خانواده را با هدف کاهش داوطلبانه نرخ رشد جمعیت به‌اجرا گذاشت. در چارچوب این سیاست، خدمات رایگان پیشگیری از بارداری و سلامت باروری از طریق مراکز بهداشتی و درمانی در دسترس عموم قرار گرفت و برنامه‌های آموزشی متعددی برای ارتقای آگاهی زوجین درباره تنظیم خانواده و تشویق آنان به داشتن حداکثر دو فرزند برگزار شد (Afary, 2009: 15).

باوجود توجه قانون‌گذار به حوزه خانواده از ابتدای شکل‌گیری نظام حقوقی جمهوری اسلامی، نخستین قانون حمایت از خانواده پس از انقلاب در سال ۱۳۹۱ تصویب شد. این قانون بر مبنای اصول و قواعد شرع اسلام تنظیم گردید و تمرکز اصلی آن بر موضوعاتی نظیر ازدواج، طلاق، حضانت و نفقه بود و به‌طور مستقیم به سلامت باروری اشاره‌ای نداشت. از منظر این قانون، خانواده، نهادی مقدس و بنیادین تلقی می‌شود که مستحق بیشترین میزان حمایت است؛ از این رو، هدف اصلی قانون‌گذار بیش از حمایت از حقوق فردی زنان، حمایت از نهاد خانواده به‌عنوان یک کل بوده است.

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، تخصصی‌ترین قانون ایران در حوزه سیاست‌های جمعیتی و

مرتبط با حقوق باروری زنان به شمار می‌رود. این قانون در ۲۴ مهر ۱۴۰۰ به تصویب رسید و مشتمل بر ۷۳ ماده و ۸۱ تبصره است که اجرای آن به صورت آزمایشی برای ۷ سال پیش‌بینی شده است. هدف اصلی قانون، مقابله با کاهش نرخ رشد جمعیت و تشویق به ازدواج و فرزندآوری در کشور است (Roustaie & Moghaddasi, 2023: 124). طرف‌داران افزایش جمعیت با استناد به روند نزولی نرخ باروری و پیش‌بینی پیری جمعیت تا سال ۱۴۳۰، افزایش جمعیت را ضرورتی اقتصادی می‌دانند (Fathi, 2020: 17-20). آنها در عین حال، افزایش جمعیت را مبتنی بر توصیه‌های دین اسلام می‌شمرند (Aram & Azizi, 2023: 217). در مقابل، مخالفان هشدار می‌دهند که رشد جمعیت می‌تواند بحران‌های اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی موجود، مانند بیکاری، فقر، کمبود آب و آلودگی هوا را تشدید کند (Tal, 2025: 2).

برخی از مفاد این قانون حاوی سیاست‌های تنبیهی در زمینه سلامت جنسی و باروری است که عملاً بر حق خودمختاری زنان تأثیر منفی می‌گذارد. قانون جدید نه تنها سقط جنین داوطلبانه را جرم‌انگاری کرده، بلکه برای پزشکان و کادر درمانی ارائه‌دهنده خدمات مرتبط، مجازات‌هایی در نظر گرفته است. به این ترتیب، این قانون با رویکردی تنبیهی به جای حمایتی، دسترسی زنان به خدمات ایمن سلامت باروری را با چالش جدی مواجه کرده است.

دولت در چارچوب این قانون با تغییر سیاست پیشین خود، توزیع رایگان یا یارانه‌ای ابزارهای پیشگیری از بارداری را ممنوع کرد و ارائه آنها را منوط به تجویز پزشک دانست. براساس ماده ۵۱ این قانون، هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام پیشگیری از بارداری، کارگزاری این ابزارها و تشویق به استفاده از آنها در شبکه‌های بهداشت وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع است. از دیگر نوآوری‌های این قانون، محدودسازی و ممنوعیت عقیم‌سازی دائمی زنان و مردان است. مطابق ماده ۵۲، جراحی‌های برگشت‌ناپذیر همانند بستن لوله‌ها تنها در مواردی مجاز است که بارداری برای مادر خطر جانی یا عوارض جسمی جدی و غیرقابل تحمل به همراه داشته باشد و هیچ‌یک از روش‌های پیشگیری موقت مؤثر نباشد (Law on Family Support and Youth Population, 2021: article.52).

از مواد بحث‌برانگیز این قانون، ماده ۵۳ مربوط به آزمایش‌های غربالگری ناهنجاری‌های جنینی است. این آزمایش‌ها معمولاً برای کاهش خطر تولد نوزادان دارای معلولیت یا ناهنجاری‌ها شدید انجام می‌شوند. قانون یادشده ابتدا انجام آزمایش‌های غربالگری الزامی دوران بارداری را حذف کرد و سپس ارجاع مادران به این آزمایش‌ها از سوی پزشکان یا کارکنان سلامت را تخلف قانونی دانسته است. براساس این ماده، حتی

۱. البته این نخستین اقدام قانونی دولت به منظور افزایش نرخ رشد جمعیت نیست؛ در خرداد سال ۱۳۹۲ «طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده» با هدف افزایش نرخ فرزندآوری به حداقل ۲.۵ فرزند برای هر زن، در مجلس هشتم مورد بررسی قرار گرفت، اما به سرانجامی نرسید. (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۶).

ارائه هرگونه مشاوره یا تشویق مادران به انجام آزمایش‌های غربالگری نیز ممنوع است. در نتیجه، هرچند قانون به صراحت انجام آزمایش‌ها را برای مادران غیرقانونی اعلام نکرده، اما با وضع محدودیت‌های متعدد، عملاً دسترسی به آن را غیرممکن ساخته است؛ امری که می‌تواند موجب افزایش تولد نوزادان مبتلا به ناهنجاری‌های شدید، به‌ویژه در مناطق محروم شود. (Akrami et al, 2021: 4)

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، محدودیت‌ها و مجازات‌های سخت‌تری برای سقط جنین مقرر کرده است. طبق ماده ۵۶ این قانون: «سقط جنین ممنوع و از جرایم دارای جنبه عمومی است و مطابق مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است» (Law on Family Support and Youth Population, 2021: article.56). درحالی که قانون سقط درمانی ۱۳۸۴ امکان ختم بارداری پیش از چهار ماهگی را با تشخیص سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی فراهم می‌کرد، قانون جدید روندی پیچیده‌تر و شبه‌تخصصی پیش‌بینی کرده است. بر اساس آن، زنان در معرض خطر جانی یا دارای جنین مبتلا به ناهنجاری کشنده، باید درخواست خود را به پزشکی قانونی ارائه دهند تا در کمیسیون سقط قانونی بررسی شود. این کمیسیون متشکل از یک قاضی ویژه، پزشک متخصص و پزشک قانونی است (Law on Family Support and Youth Population, 2021: article.56). سقط جنین در موارد تردید، تنها در شرایط مشخص مجوز صادر کند: الف) تهدید جدی جان مادر در بارداری پیش از ولوج روح (چهارماهگی)؛ ب) مواردی که عدم سقط منجر به مرگ مادر و جنین توأمان شود؛ ج) وجود رضایت مادر، احراز حرج شدید و قطعی بودن ناهنجاری غیرقابل درمان جنین، مشروط بر فقدان امکان جایگزینی برای حرج مادر و نشانه‌های ولوج روح و کمتر از چهار ماه بودن سن جنین^۱. در راستای اجرای ماده ۵۶ این قانون، در ۵ اردیبهشت ۱۴۰۲ دستورالعمل نحوه انجام سقط جنین درمانی به شماره ۹۰۰۰/۶۲۳۹/۱۰۰ از سوی رئیس قوه قضاییه ابلاغ شد. این دستورالعمل چارچوب و رویه‌های دقیق صدور مجوز سقط درمانی را مشخص کرده، تنها در موارد بسیار محدود و با شرایط خاص پزشکی اجازه انجام آن را می‌دهد. هدف اصلی آن، حفظ جان مادر در کنار رعایت سیاست‌های جدید جمعیتی است که نشان از تلاش قانون‌گذار برای کنترل دقیق‌تر موضوع سقط جنین است. با وجود این، باید گفت که تنظیم قوانین باروری با هدف حفظ منافع عمومی و جبران کاهش جمعیت، هرچند می‌تواند تا حدی توجیه‌پذیر باشد، اما در عمل استقلال باروری زنان و تصمیم‌گیری آزادانه خانواده‌ها

۱. لازم به ذکر است که این قانون به صرف جرم‌انگاری سقط جنین اکتفا نمی‌کند، و سایر نهادهای قضایی و امنیتی را نیز در راستای محدودسازی هرچه بیشتر اقدامات مرتبط با سقط جنین به‌کار می‌گیرد. (نک: قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ۱۴۰۰: ماده ۵۹).

را محدود کرده است. اولویت دادن قانون به نهاد خانواده و سیاست فرزندآوری، تعارضی میان مصلحت عمومی و حقوق فردی زنان ایجاد کرده است. درحالی که مصلحت عمومی اهمیت بسیاری دارد، می‌توان حقوق شخصی زنان را به گونه‌ای تنظیم کرد که هم‌زمان با حفظ نهاد خانواده، مورد احترام قرار گیرد. بنابراین، اتخاذ رویکردی میانه که تعادل میان حقوق فردی و مصالح عمومی را برقرار کند، می‌تواند به بهبود وضعیت حقوق باروری زنان بینجامد. این همان رویکرد ارشادی در معاهدات بین‌المللی (حقوق بشری) است که به کشورها اجازه می‌دهد اجرای مفاد معاهده را با در نظر گرفتن شرایط ملی خود تنظیم کنند.

۴. نتیجه‌گیری

مسیرهای تاریخی و قانونی حق سقط جنین در ایران و فرانسه، به نتایج متفاوتی منجر شده است. در فرانسه تصویب قانون سقط جنین (قانون وی) در سال ۱۹۷۵ نقطه عطفی در تضمین حقوق باروری زنان بود که با اصلاح قانون اساسی در سال ۲۰۲۴ به اوج خود رسید. در مقابل، نظام حقوقی ایران در گذر زمان از محوریت جنسیت فاصله گرفته، خانواده را به عنوان هسته اصلی سیاست‌گذاری حقوقی برگزیده است؛ به گونه‌ای که حقوق باروری نه به عنوان حق فردی زنان، بلکه ابزاری در خدمت حفظ نهاد خانواده و افزایش جمعیت تلقی می‌شود. از اوایل دهه ۱۴۰۰ و با هشدار کارشناسان درباره خطر پیری جمعیت، دولت سیاست‌های جمعیت‌محور را تشدید کرد؛ به این ترتیب، حمایت از خانواده و تشویق به فرزندآوری به دو ستون اصلی در تنظیم مقررات حقوق باروری تبدیل شد.

به بیان دیگر، ایران در مقایسه با فرانسه رویکردی اساساً متفاوت نسبت به مسئله سلامت و حقوق باروری زنان اتخاذ کرده است. درحالی که فرانسه حقوق باروری را بر مبنای خودمختاری، کرامت و حریم خصوصی اشخاص به رسمیت شناخته، در ایران این حقوق در چارچوب مفهومی کلان‌تر، یعنی حقوق خانواده، تعریف شده است؛ لذا تفاوت در مبانی نظری قوانین دو کشور، به نتایج و پیامدهای متفاوتی در زمینه سیاست‌گذاری‌های باروری انجامیده است.

علی‌رغم شباهت تاریخی و ساختاری میان دو نظام حقوقی که هر دو ریشه در سنت رومی-ژرمنی دارند، رویکرد ایران به حقوق باروری زنان به دلایل گفته شده، مسیری متمایز پیموده است. با وجود این، اتخاذ راه‌حل‌های میانه و الگوبرداری از تجربیات موفق سایر کشورها، می‌تواند در بهبود و توسعه حقوق باروری ایمن و قانونی در ایران مؤثر باشد. تجربه فرانسه نشان می‌دهد که می‌توان به راهکارهای سازنده و مؤثری دست یافت که باتوجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران، قابل اجرا باشد. جرم‌انگاری گسترده در حوزه حقوق باروری، زمینه‌ساز گسترش اقدامات غیرقانونی و ناامن و در نتیجه، تهدیدی برای سلامت و امنیت زنان است. به همین دلیل، به رسمیت شناختن حقوق و سلامت باروری در ایران می‌تواند نه تنها

به حفظ نهاد خانواده و تحقق هدف قانون گذار در تقویت جمعیت کمک کند، بلکه تضمین کننده سلامت جسمی و روانی مادران نیز باشد؛ زیرا هدف صرفاً افزایش جمعیت نیست، بلکه پرورش جمعیتی سالم است و جامعه‌ای سالم بدون زنان سالم، آگاه و برخوردار از کرامت انسانی، تحقق پیدا نخواهد کرد.

References

1. Afary, Janet (2009). *Sexual Politics in Modern Iran*. Cambridge university press
2. Akrami, S M; Parvin, K & Razmjoo, M. (2021). Legal Review of Fetal Health Screening and Medical Abortion in the Population Rejuvenation Plan and Family Support. *Medical Law Journal*, 15 (56), 1-11. DOI: <http://ijmedicallaw.ir/article-1-1336-en.html> (In Persian).
3. Aram, M., & Azizi, S. (2023). Analysis of Factors of Increase and Decrease of Generation Based on the Teachings of the Qur'an and Hadith. *Scientific. The Women and Families Cultural-Educational*, 18 (63), 213-240. DOI: <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1402.18.63.13.9> (In Persian).
4. Berer, Marge (2017). Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. *Health and Human Rights*, 19 (1), 13-27. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28630538/>
5. Bottini, Eleonora; Bouaziz, Margaux & Hennette-Vauchez, Stephanie (2024). Enshrining Abortion Rights in the French Constitution: A Global Statement with Little Domestic Substance. DOI: <http://doi.org/10.17176/20240309-220233-0>
6. Cardona, Cynthia (2015). Abortion in France: Private Struggles and Public Debates, 1920-1980. *University of California, Irvine*, 1-156. DOI: <https://escholarship.org/uc/item/24b784g0>
7. Civil Code of the Islamic Republic of Iran (1928) (In Persian).
8. Code civil des Français. (1804). *Code Napoléon: Promulgué le 21 mars 1804*. DOI: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070721/&ved=2ahUKewje7u7HlqGOAxXT-QIHHQ2VNAkQFnoECBcQAQ&usq=AOvVaw2X59PmjJeUSjzvGBZOaoYl (In French).
9. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2016). General Comment No. 22: The right to sexual and reproductive health (Art. 12). E/C.12/GC/22. United Nations. DOI: <https://www.ohchr.org>
10. De Beauvoir, Simone (2011). *The second Sex* (Constance Borde & Sheila Rowbotham, Trans). Vintage. (Original work published 1949)
11. Family Support Law (1967) (In Persian).
12. Family Support Law (1974) (In Persian).
13. Fathi, Elham (2020). A Look at the Past, Present, and Future of Iran's Population. *Research Institute of Statistics*, (145), 3-21 (In Persian).
14. General Penal Code of Iran (1925) (In Persian).
15. Hakimi, Sevil & Mohammad Ali Zadeh, Sekineh (2008). Reproductive Rights in Iran Health System: Challenges and outcomes. *Medical Law Quarterly*, 2 (7), 129-143. DOI: <http://ijmedicallaw.ir/article-1-64-en.html> (In Persian).
16. Henshaw, Stanley K. (1994). Abortion Services Under National Health Insurance: The Examples of England and France. *Family Planning perspectives*, 26 (2), 87-89. DOI:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8033984/>
17. Horri Farahani, Tannaz (2023). "The Endless Battle" France's Path to Legalizing Abortion: The Spiral Approach (Degree Project, University College Stockholm). DOI: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1763925/FULLTEXT01.pdf>
 18. Islamic Penal Code (1996) (In Persian).
 19. Islamic Penal Code (2013) (In Persian).
 20. Janghorban, Roksana, Latifnejad Roudsari, Robab, Taghipour, Ali, & Abbasi, Mahmoud (2014). A Review of the Concept and Structure of Reproductive and Sexual Rights in International Human Rights Documents. *Journal of Women, Midwifery, and Infertility*, 17 (100), 16-26. DOI: <https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.2870> (In Persian).
 21. Judiciary of the Islamic Republic of Iran. (2023, April 25). *Directive on the procedure for performing therapeutic abortion, pursuant to Article 56 of the Law on Protection of the Family and Youth of Population* (Approval No. 100/6239/9000) (In Persian).
 22. Law on Family Support and Youth Population (2021) (In Persian).
 23. Le Code Pénal, Criminal Law. (1810). DOI: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/cod_e_penal_1810_3.htm (In French).
 24. Leclair, Jean (2002). Le Code civil des Français de 1804: une transaction entre révolution et réaction. *La Revue juridique Themis*, 8 (18), 1-82. DOI: <https://ssrn.com/abstract=1692842> (In French).
 25. Leggett, Marlene (2001). *Women in Their Time: The History of Feminism in the West*. Translated by Niloufar Mahdian (2022). 10th Edition. Tehran: Ney Publishing (In Persian).
 26. Loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. DOI : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049251463&ved=2ahUKEwj79DPI6GOAxV9-AIHHTVBMh0QFnoECBcQAQ&usq=AOvVaw2Bmygal7YC8hljPhTKU8hn> (In French).
 27. Loi du 27 mars 1923, modifiant l'article 317 du Code pénal (In French).
 28. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. DOI : https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000683983&ved=2ahUKEwihsqyXlaGOAxXv9gIHHVUZKs0QFnoECBgQAQ&usq=AOvVaw2I5Yf2wPOHrA_TNERBfMOz (In French).
 29. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, Texte n° 1, Law, (2001). DOI: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/> (In French).
 30. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les .articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, Law (1967). DOI: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=WE\\$AVsv@yFTgRcpN!phB](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=WE$AVsv@yFTgRcpN!phB) (In French).
 31. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, Law, (1975). DOI: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/> (In French).
 32. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, Law, (1993). DOI: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000711603/> (In French).
 33. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative a la couverture des frais afférents a

- l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, Law, (1982). DOI: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000704429> (In French).
34. Merali, Isfahan (2000). Advancing women's reproductive and sexual health rights: using the International Human rights system. *Development in practice*, 10 (5), 609-624. DOI: <http://www.jstor.org/stable/4029536>
35. Mitchell, Claudine (1989). Madeleine Pelletier (1874-1939): The Politics of Sexual Oppression. *Feminist Review*, (33), 72-92. DOI: <https://doi.org/10.1057/fr.1989.31>
36. Murray, Anne Firth (2008). *FROM OUTRAGE to COURAGE*. Common Courage Press.
37. Neyer, Gerda, & Bernardi, Laura (2011). Feminist perspectives on motherhood and reproduction. *Historical Social Research*, 36 (2), 162-176. DOI: <http://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.2.162-176>
38. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations Population Fund, & Danish Institute for Human Rights. (2014). *Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions*. United Nations
39. Olszynko-Gryn, Jesse, and Caroline Rusterholz. (2019). Reproductive Politics in Twentieth-Century France and Britain. *Medical History*, 63 (2), 117-133. DOI: <https://doi.org/10.1017/mdh.2019.1>
40. Pavard, Bibia. (2019). The Right to Know? The Politics of Information About Contraception in France (1950s-80s). *Medical History*, 63 (2), 173-188. DOI: <https://doi.org/10.1017/mdh.2019.4>
41. Roustaei, M. and Moghaddasi, M. B. (2023). Evaluation of Population Policies in Measuring the Principles of Criminalization; Emphasizing the Youthful Population and Protection of the Family Law. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 10 (20), 117-150. DOI: <https://doi.org/10.22034/jclc.2022.328186.1646> (In Persian).
42. Strebin, Annick Marie (2023). *The Politics of Abortion in France and the United States: A Case study on the Laws, Legislation, Activism, and Advocacy that Determined Abortion Laws Today* (Senior Thesis, Fordham University) DOI: https://research.library.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1121&context=international_senior
43. Tal, A. (2025). The Environmental Impacts of Overpopulation. *Encyclopedia*, 5 (2), Article No. 45, 1-37. DOI: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5020045>
44. Therapeutic Abortion Law (2005) (In Persian).
45. Torabi Farsani, Soheila (2019). *Iranian Women in Transition from Tradition to Modernity*. 2nd Edition. Tehran: Niloufar Publications (In Persian).
46. United Nations. (1979). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. DOI: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
47. United Nations. (1994). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. DOI: <https://www.unfpa.org/icpd>
48. Vahidi Ferdousi, H. & Naemi, Z. (2020). A Critical Review Over History of Family Law in Iran. *The Judiciarys Law Journal*, 84 (110), 279-302. DOI: <https://doi.org/10.22106/ijl.2020.100773.2523> (In Persian).
49. Watson, C. (1952). Birth Control and Abortion in France since 1939. *Population Studies*, 5 (3), 261-286. DOI: <https://doi.org/10.2307/2172430>