

# فقه و سلامت

دوفصلنامه علمی مطالعات فقه و سلامت  
سال اول، شماره دوم (پاییز و زمستان ۱۴۰۴)



|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا                                         |
| - سید حسن آل مجدد شیرازی (استاد درس خارج حوزه علمیه قم)                  |
| - محمد علی قاسمی (دکتر، استاد سطوح عالی)                                 |
| - محمد حسن قاسمی (دکتر، استاد سطوح عالی)                                 |
| - سید علی قاضی عسکر (تولیت آستان عبدالعظیم حسنی)                         |
| - محمدجواد فاضل لنکرانی (استاد درس خارج)                                 |
| - محمد قائینی (استاد درس خارج)                                           |
| - مصطفی محامی (استاد سطوح عالی و نماینده ولی فقیه در استان سیستان)       |
| - ابوالقاسم مقیمی حاجی (استاد سطوح عالی)                                 |
| - غلامرضا مصباحی مقدم (عضو مجمع تشخیص مصلحت)                             |
| - سید طاها مرقاتی خوئی (دانشیار دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران) |
| - سیدمحمد نجفی یزدی (استاد درس خارج)                                     |
| - محمد حسن ربانی بیرجندی (استاد درس خارج)                                |

صاحب امتیاز:

مرکز فقهی ائمه اطهار

مدیر مسئول:

آیت الله محمدجواد فاضل لنکرانی

سر دبیر:

محمدعلی قاسمی

دبیر تحریریه:

حامد میرزاخان

دبیر اجرایی:

عمار نصر اللهی

ویراستار:

احمد رضا خسروی

مترجم انگلیسی:

میثم حسنی

طراح:

حمیدرضا پورحسین

صفحه آرا:

صفر علی اخلاقی

نمایه شده در پایگاه های:

Magiran (بانک اطلاعات نشریات کشور)

Noormags (پایگاه مجلات تخصصی نور)

نشانی: قم، میدان معلم، مرکز فقهی ائمه اطهار

معاونت پژوهش، دفتر فصلنامه فقه مطالعات فقه و سلامت

تلفن: ۰۲۵ - ۳۷۷۴۹۴۹۴

دورنگار: ۰۲۵ - ۳۷۷۳۰۵۸۸

سامانه فصلنامه: www.mags.markafeqhi.com

پست الکترونیکی: mags@markazfeqhi.com

قیمت: ۱۵۰۰۰۰۰ ریال

## **A Jurisprudential Analysis of Medical, Psychological, and Legislative Strategies for Supporting Population Policies**

*Hamed Mirzakhani<sup>1</sup>*  
*Ammar Nasrollahi-Nia<sup>2</sup>*

### **Abstract**

Population is one of the most challenging concerns facing humanity and has significant implications for a country's political, economic, cultural, and military domains. Population growth and the increase of the Muslim population are regarded as desirable in Islam, as demonstrated by various religious evidences. Adopting a descriptive-analytical approach, this study seeks to explain interdisciplinary mechanisms in the medical, psychological, and legislative domains in order to propose an appropriate model for population governance consistent with the jurisprudential framework of Islam. Such a model, while grounded in established Islamic legal rulings, reexamines the responsibilities of the state with regard to reproductive health, psychological support for parents, and the reform of legal structures to facilitate childbearing. In the medical domain, particular attention should be paid to improving sexual and reproductive health, the appropriate use of fertility-control methods, reducing divorce rates, and increasing the rate of vaginal delivery. In the psychological domain, strengthening psychological support for families and modifying attitudes and beliefs concerning childbearing, given the role of psychological factors in couples' reproductive decision-making, can help create a more favorable environment for childbearing. Furthermore, in the legislative domain, the enactment and implementation of supportive laws and regulations concerning childbearing, together with deterrent penalties for conduct such as unlawful abortion, unauthorized prevention of childbearing, and other offenses deemed by law to be contrary to population policies, are desirable.

**Keywords:** population growth, childbearing, medical strategies, psychological strategies, legislative strategies.

- 
1. Researcher at the Research Center of the Islamic Consultative Assembly (Majlis); Secretary of the Fiqh and Psychology Working Group, Medical Jurisprudence Department, Imams' Jurisprudential Center (A.S.); Level 4, Qom Hawza Ilmiyya; Mirzakhanihamd@gmail.com
  2. Professor of Advanced-Level Studies at the Qom Hawza Ilmiyya; Researcher in Medical Jurisprudence; nasramar229@gmail.com

## بررسی فقهی راهکارهای پزشکی، روان‌شناختی و تقنینی در حمایت از سیاست‌های جمعیتی

حامد میرزاخان<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۳۰

عمار نصراله‌ی نیا<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۳۰

### چکیده

مسئله جمعیت به‌عنوان یکی از چالش‌برانگیزترین دغدغه‌های بشر است که تأثیر زیادی در حوزه‌های سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و نظامی یک کشور دارد. رشد جمعیت و افزایش جمعیت مسلمانان مطلوب اسلام است و ادله متعددی، مطلوبیت آن را اثبات می‌کند. پژوهش حاضر با رویکرد توصیفی - تحلیلی، در پی تبیین سازوکارهای بین‌رشته‌ای در حوزه‌های پزشکی، روان‌شناختی و تقنینی است تا بتوان الگوی مناسبی در حوزه حکمرانی جمعیت در تراز نظام فقهی ارائه کرد؛ الگویی که ضمن تکیه بر احکام مدون شرعی، به بازخوانی تکالیف دولت در زمینه‌های بهداشت باروری، حمایت‌های روانی از والدین و اصلاح ساختارهای قانونی برای بسترسازی فرزندآوری می‌پردازد. از جمله این‌که، بهبود سلامت جنسی و توسعه سلامت باروری و استفاده مناسب از روش‌های جلوگیری از باروری و کاهش میزان طلاق و افزایش زایمان طبیعی موردتوجه باشد. در حوزه روان‌شناختی نیز، تقویت حمایت‌های روانی از خانواده‌ها و اصلاح نگرش‌ها و باورهای مرتبط با فرزندآوری، با توجه به نقش عوامل روانی در تصمیم‌گیری زوجین، می‌تواند زمینه مساعدتری برای فرزندآوری فراهم سازد. هم‌چنین، در حوزه تقنینی، وضع و اجرای قوانین و مقررات حمایتی در زمینه فرزندآوری و مجازات‌های بازدارنده برای رفتارهایی مانند سقط جنین غیرقانونی، جلوگیری غیرمجاز از فرزندآوری، یا سایر جرایمی که قانون آنها را مخالف سیاست‌های جمعیتی می‌داند، مطلوب است.

**واژگان کلیدی:** افزایش جمعیت، فرزندآوری، راهکارهای پزشکی، راهکارهای روان‌شناختی، راهکارهای تقنینی.

۱. پژوهشگر مرکز تحقیقات مجلس شورای اسلامی، دبیر کارگروه فقه روان‌شناسی گروه فقه پزشکی

مرکز فقهی ائمه اطهار (علیهم‌السلام)، سطح ۴ حوزه علمیه قم. Mirzakanhamd@gmail.com

۲. استاد سطوح عالی حوزه علمیه قم؛ پژوهشگر فقه پزشکی مرکز فقهی ائمه اطهار (علیهم‌السلام)

nasramar229@gmail.com

## مقدمه

جمعیت هر کشور مهم‌ترین منبع برای دستیابی به قدرت سیاسی و اقتصادی به‌شمار می‌رود؛ زیرا پیشرفت و تعالی جامعه در تمامی ابعاد، در گرو هوش، دانش، تلاش و خلاقیت اعضای آن است. از این رو، هر جامعه‌ای برای بهره‌وری هرچه بیشتر از توان‌های جسمی و روحی افراد خود به اقدامات و برنامه‌ریزی‌های ویژه‌ای نیاز دارد که تحقق آن‌ها مستلزم تدوین سیاست‌های جمعیتی مناسب است (عقدک و مستاجران، ۱۳۸۷، ص ۱۵۰).

کثرت جمعیت مسلمانان از منظر آموزه‌های اسلامی، یکی از عوامل مؤثر در تقویت اقتدار، عزت و شوکت جامعه اسلامی به‌شمار می‌رود. از همین رو، شارع مقدس با تأکید بر افزایش جمعیت مسلمانان، آنان را به ازدیاد نسل ترغیب کرده و کثرت جمعیت را از اسباب مباهات و افتخار امت اسلامی دانسته است. این رویکرد را می‌توان با استناد به آیات قرآن کریم استنباط کرد که بر اهمیت قدرت، انسجام و اقتدار جامعه مؤمنان دلالت دارند. در قرآن آمده: ﴿وَيُمِدُّكُمْ بِأَمْوَالٍ وَبَنِينَ﴾ (نوح: ۱۲)؛ پروردگار شما را با اموال و فرزندان فراوان کمک کند. خداوند در این آیه ازدیاد جمعیت را همچون اموال و دارایی‌ها سبب قوت و قدرت معرفی کرده است. آیه شریفه ۶ سوره اسراء نیز انعکاس همین مطلب در کلام خداوند است، می‌فرماید: ﴿وَأَمْدَدْنَاكُمْ بِأَمْوَالٍ وَبَنِينَ وَجَعَلْنَاكُمْ أَكْثَرَ نَفِيرًا﴾ و شما را به وسیله دارایی‌ها و فرزندان کمک خواهیم کرد، و نفرات شما را بیشتر (از دشمن) قرار می‌دهیم. روایات معصومین علیهم‌السلام نیز این حقیقت را تأیید می‌کند؛ پیغمبر اکرم صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم می‌فرماید: «تَنَاسَلُوا تَنَاسَلُوا تَكْثُرُوا فَإِنِّي أَبَاهِي بِكُمْ الْإِمَامَ يَوْمَ الْقِيَامَةِ» (راوندی، ۱۴۰۹ق، ج ۲، ص ۹۲۰). ازدواج کنید و نسل را تکثیر دهید تا جمعیت‌تان افزایش یابد؛ چرا که من (پیامبر) در روز قیامت به کثرت شما در برابر امت‌های دیگر افتخار خواهم کرد. در روایت دیگر ایشان فرمودند: «تَزَوَّجُوا أَمَا عَلِمْتُمْ أَنِّي أَبَاهِي بِكُمْ الْإِمَامَ يَوْمَ الْقِيَامَةِ حَتَّى بِالسَّقَطِ يَظَلُّ مُحَبَّبُنَا عَلَى بَابِ الْجَنَّةِ فَيَقُولُ اللَّهُ عَزَّ وَجَلَّ ادْخُلْ فَيَقُولُ لَا ادْخُلْ حَتَّى يَدْخُلَ أَبَوَايَ

قَبْلِي فَيَقُولُ اللَّهُ تَبَارَكَ وَتَعَالَى لِمَلِكٍ مِنَ الْمَلَائِكَةِ اُنِّينِي بِأُيُوهِ فَيَأْمُرُ بِهِمَا إِلَى الْجَنَّةِ فَيَقُولُ هَذَا بِفَضْلِ رَحْمَتِي لَكَ» (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۳۳۴) ازدواج کنید! آیا نمی‌دانید که من در روز قیامت به [کثرت] شما بر سایر امت‌ها مباحثات می‌کنم، حتی به سبب فرزند سقط‌شده؟! او بر در بهشت می‌ایستد و درنگ می‌کند. خداوند عزوجل به او می‌فرماید: «داخل شو.» می‌گوید: «وارد نمی‌شوم تا پدر و مادرم پیش از من وارد شوند.» خداوند تبارک و تعالی به یکی از فرشتگان می‌فرماید: «پدر و مادرش را نزد من بیاور.» پس فرمان می‌دهد آن دو را به بهشت ببرند. آنگاه [خداوند به آن فرزند] می‌فرماید: «این [ورود آنان] به فضل و رحمت من بر توست. از مجموع روایات یادشده چنین برمی‌آید که فزونی جمعیت، از منظر آموزه‌های دینی، نه یک امر صرفاً زیستی یا فردی، بلکه مقوله‌ای اجتماعی با کارکردی راهبردی تلقی شده است؛ به گونه‌ای که کثرت جمعیت، هم به مثابه «سرمایه انسانی» و هم به عنوان «سرمایه جمعیتی» از عوامل بنیادین قوام و اقتدار جامعه به‌شمار می‌رود. زیرا جمعیت علاوه بر تأمین نیروی انسانی مورد نیاز جامعه، زمینه‌ساز شکل‌گیری ظرفیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. بر همین اساس، در سیاست‌های کلی جمعیت جمهوری اسلامی ایران، بر ارتقای کمی و کیفی جمعیت و بهره‌گیری از ظرفیت نسل جوان به عنوان عاملی مؤثر در پویایی و اقتدار ملی تأکید شده است (سیاست‌های کلی جمعیت، ۱۳۹۳، بندهای ۱ و ۲؛ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ۱۴۰۰، ماده ۱) تدوین نظریه‌های اثربخش در حوزه سیاست‌گذاری جمعیتی در جهان اسلام، مستلزم بازخوانی احکام فقهی با رویکرد کلان فقه سلامت به جای نگاه سنتی و فردی است. با توجه به جایگاه حکومت در فقه شیعه، اتخاذ تدابیر گوناگون جهت حفظ تعادل جمعیتی، از الزامات حاکمیت به‌شمار می‌رود.

مقاله پیش رو با استناد به تکالیف حاکمیت در راستای صیانت از نسل و مدیریت جمعیت، به بررسی فقهی ابعاد مختلف تدابیر در سه ساحت مهم و تاثیرگذار می‌پردازد. این بررسی شامل واکاوی قلمرو فقه سلامت (در حوزه مداخلات پزشکی و زیستی)، فقه روان‌شناسی (در حوزه سلامت روان و حمایت‌های معنوی-روانی) و

فقه حکومتی (در حوزه وضع قوانین و سیاست‌های تقنینی) است تا پیوند میان «ضرورت‌های زیستی» و «الزامات قانونی» تبیین گردد.

## ۱. تدابیر پزشکی

در چارچوب فقه سلامت، پیوند میان مداخلات پزشکی و سیاست‌های جمعیتی اهمیت ویژه‌ای دارد. از این روی، سیاست‌گذاری جمعیتی باید بر مبنای حفظ نسل و ارتقای سلامت عمومی استوار باشد و مداخلات باید در دو جهت «توسعه ظرفیت‌ها» و «کنترل مفسده‌ها» صورت گیرد. در جهت توسعه، تمرکز بر توانمندسازی جنسی و تسهیل زایمان طبیعی ضروری است. در مقابل، جهت کنترل مفسده‌های جمعیتی، ضرورت حذف روش‌های دائمی عقیم‌سازی و اعمال کنترل بر روش‌های موقت بارداری (از جمله انواع خوراکی، تزریقی و کاشتنی) به وضوح احساس می‌شود تا از انحراف از اهداف کلان جامعه جلوگیری گردد. بر این اساس، مداخلات مذکور را می‌توان در قالب چهار محور عملیاتی و در دو جهت ارتقای ظرفیت‌های زیستی و مدیریت روش‌های جلوگیری از بارداری تبیین نمود که در ادامه به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱.۱. ارتقای ظرفیت‌های زیستی جهت ارتقای باروری

در چارچوب سیاست‌گذاری جمعیتی، ارتقای ظرفیت‌های زیستی به عنوان یکی از دو رکن اصلی (در کنار مدیریت مفسده‌ها)، زیربنای توسعه جمعیت استوار است. این بخش به بررسی مداخلاتی می‌پردازد که هدف آن‌ها تقویت توانمندی‌های تولیدمثلی و رفع محدودیت‌های زیستی است تا از این طریق، پیوند میان سلامت فردی و مصلحت جمعی برقرار گردد. بر این اساس، اقدامات در این حوزه بر دو محور اصلی توانمندسازی جنسی و تسهیل فرآیندهای طبیعی باروری متمرکز است.

#### ۱.۱.۱. درمان اختلالات باروری

ناباروری به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن، علی‌رغم عدم استفاده از روش‌های

پیشگیری از بارداری، امکان لقاح و باروری برای زوجین میسر نمی‌گردد. پیامدهای این پدیده فراتر از سطح خانواده بوده و با ایجاد چالش در فرآیند تکثیر جمعیت، ابعاد گسترده‌ای از پیامدهای اجتماعی و جمعیتی را به همراه دارد. از این رو، مدیریت این معضل بر عهده حاکمیت اسلامی است تا از طریق تدوین قوانین حمایتی، ایجاد انگیزه‌های اجتماعی و توانمندسازی متخصصان حوزه‌های پزشکی، روان‌شناسی و فقه، راهکارهای عملیاتی برای مقابله با آن اتخاذ نماید.

امروزه یکی از کارآمدترین روش‌های درمان این بیماری بارورسازی و یا تلقیح مصنوعی است که همان کاشت نطفه در رحم از طریق غیر آمیزش و به وسیله تزریق نطفه مرد به رحم زن و یا ترکیب نطفه مرد و زن در محیط آزمایشگاهی و خارج از رحم و سپس انتقال آن به رحم می‌باشد (هاشمی شاهرودی، ۱۴۲۶ق، ج ۲، ص ۶۲۰).

سه عامل اصلی در تولیدمثل؛ یعنی اسپرم، تخمک و رحم در تعیین انواع بارورسازی مؤثرند و اختلاف نظر فقها در جواز و یا عدم جواز این عمل پزشکی ناشی از اختلاف گونه‌های موجود در این زمینه است. (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۷، ص ۱۵-۱۷) در بعضی از انواع بارورسازی مثل ترکیب اسپرم و تخمک زوجین شرعی و قانونی در محیط آزمایشگاهی اختلاف نظر عمده‌ای بین فقها وجود ندارد؛ اگرچه بسیاری از فقها قائل به خودداری نمودن از اعمال حرامی چون رویت و یا لمس توسط افرادی غیر از زوجین مثل پزشک معالج جهت خروج اسپرم مورد نیاز برای تلقیح هستند (فاضل لنکرانی، بی تا (ب)، ج ۱، ص ۵۰) اما این عمل در صورت وجود عسرو حرج شدید به گونه‌ای که تنها راه بارورسازی زوجه منوط به لقاح آزمایشگاهی باشد را جایز می‌دانند. (فاضل لنکرانی، بی تا، ج ۱، ص ۵۶۷؛ خمینی، ۱۴۲۴ق، ج ۲، ص ۹۰۰؛ منتظری، ۱۴۲۷ق، ص ۹۰) حتی فراتر از این، تلقیح زوجه از نطفه شوهر فوت شده اش از دیدگاه برخی از فقها به طور عام مورد پذیرش واقع شده است؛ یعنی فرقی بین در عده بودن و نبودن زوجه، ازدواج مجدد و یا عدم ازدواج مجددش و غیره نیست البته در صورتی که همسر دوم زن در قید حیات باشد، اذن وی در این امر لازم است. (خمینی، ۱۴۲۴ق، ج ۲، ص ۹۴۸؛ خامنه‌ای، ۱۴۲۴ق، ص ۲۸۳) اصل برائت و اباحه و نیز

مخالفت این گونه از تلقی با احادیث مرتبط با عناوین حرامی چون زنا و حرمت جا دادن نطفه در رحم بیگانه متضمن جواز شرعی لقاح زوجه به وسیله نطفه شوهر فوت شده خواهد بود. (فیض کاشانی، ۱۴۰۶ق، ج ۱۵، ص ۲۰۹؛ برقی، ۱۳۷۱ق، ج ۱، ص ۱۰۶) تلقیح مصنوعی به وسیله نطفه زوجین شرعی جایز خواهد بود چرا که کودک متولد شده ملحق به صاحبان اصلی اسپرم تخمک می باشد (خمینی، ۱۴۲۴ق، ج ۲، ص ۹۰۱).

البته گاهی هم زوجین از نظر تشکیل اولیه نطفه به علت بهره مندی از اسپرم و تخمک سالم مشکلی ندارند؛ اما محدودیت آنان در تولید مثل ناظر بر سومین رکن مهم در باروری یعنی وجود رحم مناسب جهت رشد و نمو جنین است بدین صورت که زوجه بدون رحم است و یا رحم وی قدرت حمل جنین را ندارد. البته گاهی هم حمل برای مادر یا جنین به علت وجود بیماری و مصرف دارو خطرناک بوده و یا اینکه حمل به هر علتی باعث ایجاد خطر جانی برای مادر خواهد شد که وجود این شرایط سبب شده تا راه دیگری به عنوان رحم اجاره ای مادر جانشین و یا مادر قائم مقام مورد استفاده قرار گیرد. وجه تسمیه این شیوه نیز به دلیل وجود آیاتی مثل ۱۵ سوره احقاف، ۱۴ لقمان و ۲ سوره مجادله<sup>۱</sup> است که حامل نطفه را به عنوان مادر طفل معرفی کرده است، از این رو به او لقب مادر جانشین یا مادر قائم مقام داده اند. در این روش آمیزش نطفه زوجین شرعی در آزمایشگاه صورت گرفته و سپس نطفه حاصله را در رحم زن بیگانه مادر جانشین منتقل می کند که در نهایت وی به دلیل طی نمودن مراحل حمل وجهی را به عنوان اجرت المثل دریافت می کند. (مکارم شیرازی، ۱۴۲۷ق، ج ۲، ص ۶۰۹) برخی از فقها انتقال جنین به رحم مادر جایگزین را مجاز و فاقد مانع شرعی دانسته اند، مشروط بر اینکه این فرآیند با احکام مربوط به نگاه و تماس نامشروع در تعارض نباشد و از بروز هرگونه آسیب یا تجاوز به

۱. «وَصَيَّنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَفَصَّالَهُ فَلَائُونَ شَهْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً...» (احقاف: آیه ۱۵)؛ «وَصَيَّنَّا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفَصَّالَهُ فِي عَامَيْنِ» (لقمان: آیه ۱۴)؛ «الَّذِينَ يُظَاهِرُونَ مِنْكُمْ مَنْ يَسَاءَلُهُمْ مَا هُنَّ أُمَّهَاتُهُمْ إِنَّ أُمَّهَاتُهُمْ إِلَّا اللَّائِي وَلَدْنَهُمْ وَإِنَّهُمْ لَيَقُولُونَ مُنْكَرًا» (مجادله: آیه ۲).

حدود شرعی در مراحل اجرایی پیشگیری شود. (مکارم شیرازی، ۱۴۲۸ق، ص ۲۵۰) برای جواز این عمل نیز می‌توان به اصل براءت و اباحه و همچنین ادله مبنی بر جواز اجیرشدن انسان جهت پرورش جنین استفاده استناد نمود. (مکارم شیرازی، ۱۴۲۷ق، ج ۲، ص ۶۰۹) همچنین، با لحاظ نمودن مشروعیت و عقلانیت منفعت حاصل از این قرارداد، تبیین فقهی این پدیده مستند به عمومات اولیه استوار است؛ قواعدی همچون «اوفوا بالعقود»، «المؤمنون عند شروطهم»، «تجارة عن تراض» و «الناس مسلطون علی اموالهم» (جعفرزاده، ۱۳۸۵، ش ۲ و ۳، ص ۱۰۸-۱۰۷).

مسئله چالش برانگیز این رویداد پزشکی زمانی است که اسپرم و یا تخمک استفاده شده جهت تلقیح مصنوعی برای شخصی غیر از زوجین باشد که به عنوان «اهدای اسپرم» یا «اهدای تخمک» از آن یاد می‌شود. بعضی از فقهای عظام حتی در این شرایط یعنی ترکیب تخمک زن بیگانه و اسپرم زوج و سپس انتقال نطفه لقاح یافته به رحم زوجه (خمینی، ۱۴۲۴ق، ج ۲، ص ۹۴۷، فاضل لنکرانی، بی‌تا، ج ۱، ص ۵۶۸) و یا تلقیح زوجه از طریق اسپرم مرد بیگانه با جلوگیری از مقدمات حرام (رویت و لمس) را بدون محذور شرعی می‌دانند. (خمینی، ۱۴۲۴ق، ج ۲، ص ۹۴۸، خامنه‌ای، ۱۴۲۴ق، ص ۲۸۲) در این میان فقهایی که استفاده از اسپرم مرد بیگانه را در رحم زوجه باوجود علم به عدم زوجیت بین آنها (مکارم شیرازی، ۱۴۲۸ق، ص ۲۵۰) و یا حتی استفاده از رحم جانشین در صورت ترکیب اسپرم و تخمک زوجین و انتقال آن به رحم زن دیگری اعم از محرم یا غیر محرم را جایز نمی‌دانند، (فاضل لنکرانی، بی‌تا، ج ۱، ص ۵۶۸-۵۶۷) شاید به روایتی مثل علی بن سالم از امام صادق علیه السلام استناد نموده‌اند که در این روایت چنین نقل شده است: مُحَمَّدُ بْنُ يَعْقُوبَ عَنْ عَلِيِّ بْنِ إِبْرَاهِيمَ عَنْ أَبِيهِ عَنْ عُثْمَانَ بْنِ عِيسَى عَنْ عَلِيِّ بْنِ سَالِمٍ عَنْ أَبِي عَبْدِ اللَّهِ علیه السلام قَالَ: إِنَّ أَشَدَّ النَّاسِ عَذَابًا يَوْمَ الْقِيَامَةِ، رَجُلًا أَقْرَبَ نُطْفَتَهُ فِي رَحِمٍ يَحْرُمُ عَلَيْهِ. (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۵۴۱). علی بن سالم گوید: امام صادق علیه السلام فرمود: شدیدترین مردم - از نظر عذاب - در روز قیامت، کسی است که نطفه‌اش را در رحمی که بر او حرام است، قرار داده باشد.

در بررسی دلالت این روایت باید گفت: این احتمال به صورت قوی مطرح می شود که زنا خود گناهی بزرگ است و قرارداد نطفه از این طریق نیز بر شدت آن می افزاید، از این رو مورد توجه و توییح قرار گرفته است. زیرا فرزند متولد از این مسیر، فرزند زنا خوانده می شود و دارای پیامدهای زشت فردی و اجتماعی است، در نتیجه این حدیث بر حرمت قرارداد نطفه اجنبی در رحم اجنبیه دلالت دارد (قاسمی، ۱۴۰۲، ص ۲۰۱).

بر اساس این روایت، امام معصوم ریختن نطفه در رحم بیگانه را حرام و تزییع نطفه می دانند؛ لذا برخی فقهاء چنین اندیشیده اند که به وسیله برقرار نمودن عقد موقت بین زوجه و مرد بیگانه بعد از طلاق زوجه توسط همسر شرعی و قانونی اش، نطفه آنها مورد لقاح قرار بگیرد و بعد از پایان یافتن صیغه، مجدداً زوجه به عقد همسر اول خود درآید (مکارم شیرازی، ۱۴۲۷ق، ج ۱، ص ۴۶۵-۴۶۴).

آنچه که تقریباً تمامی فقهاء با آن مخالفت نموده اند بارورسازی به وسیله تلقیح اسپرم و تخمک های مجهول الهویه موجود در بانک نطفه می باشد (مکارم شیرازی، ۱۴۲۷ق، ج ۱، ص ۴۶۵-۴۶۴؛ فاضل لنکرانی، بی تا، ج ۱، ص ۵۶۷؛ منتظری، ۱۴۲۷ق، ص ۳۱۷)، در این شیوه صاحب اصلی اسپرم و یا تخمک مشخص نیست و تنها از رحم زن جهت حمل آن بهره برداری خواهد شد.

بنابراین باتوجه به آنچه ذکر گردید قانون گذاری در حکومت اسلامی باید با تفکیک روش های مجاز و غیرمجاز درمان ناباوری را به روش های مجاز فقهی آن محدود کند همچنین ارائه خدمات بیمه به کلیه زوجین نابارور که یا فاقد فرزند بوده و یا باوجود فرزند به دلایلی چون بیماری غیره نابارور گشته اند باید مورد توجه قرار بگیرد.

## ۲. ۱. ۱. افزایش زایمان طبیعی

افزایش زایمان طبیعی، راهکار پزشکی دیگری است که می توان برای ازدیاد جمعیت لحاظ نمود؛ اگرچه این نوع زایمان با درد و مشقت زیادی همراه است؛ به گونه ای که

آیاتی از قرآن کریم نیز آن را مورد توجه قرار داده است. برای مثال، در آیه ۱۵ سوره مبارکه احقاف می‌فرماید: ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا﴾ خداوند ضمن اشاره به سختی زایمان، آن را یکی از دلایل نیکی فرزندی به مادر بیان می‌کند، اما توجه به این نکته حائز اهمیت است که اقدام به زایمان طبیعی علاوه بر مصون ماندن مادر از کلیه عوارض زایمان سزارین، مثل خونریزی، عفونت دستگاه‌های ادراری، آندومتریت<sup>۱</sup>، انسداد روده‌ها به علت چسبندگی و پاره شدن برش رحمی در حاملگی‌های بعدی (کریمی و قادی‌پاشا، ۱۳۸۱، ص ۵۵۳) احتمال بارداری بعدی وی را نیز افزایش می‌دهد. ناگفته نماند که کلیه فقها نیز انجام زایمان سزارین را در موارد ضروری (بهجت، ۱۴۲۸ق، ج ۳، ص ۱۷۶) و یا با لحاظ نمودن جوانب عقلی جایز می‌دانند (مکارم شیرازی، ۱۴۲۸ق، ص ۲۵۳).

بر این اساس، به منظور تحقق مصلحت حفظ نسل و ارتقای سلامت عمومی، تدابیر پزشکی باید بر محور تسهیل زایمان طبیعی متمرکز گردند. این امر اقتضا می‌کند که حاکمیت با استفاده از ابزارهای تشویقی، از جمله رایگان نمودن زایمان طبیعی و توانمندسازی مادران از طریق آموزش‌های لازم جهت آمادگی جسمانی، زیرساخت‌های لازم را فراهم آورد. همسو با این رویکرد، تقویت انگیزه‌های حرفه‌ای در کادر درمان و ایجاد نظارت‌های تقنینی بر محدودیت‌های مربوط به جراحی‌های سزارین، از جمله اقدامات راهبردی جهت گذار از رویکردهای مداخله‌ای به سمت فرایندهای طبیعی و سلامت‌محور است.

## ۱.۲. مدیریت و تنظیم روش‌های جلوگیری از بارداری

در راستای تحقق اهداف کلان جمعیتی و صیانت از اصل حفظ نسل، مدیریت ابزارهای پیشگیری از بارداری مستلزم اتخاذ رویکردی قاعده‌مند است. این مدیریت تنها به معنای محدودسازی نیست، بلکه به معنای بازنگری در نظام ابزارهای موجود

۱. آندومتریت یک اختلال رحمی اغلب دردناک است که در طی آن بافتی مشابه بافت داخلی رحم شما (آندومتر)، شروع به رشد در خارج از رحم می‌کند. به همین دلیل، ممکن است تخمدان‌ها (آندومتریت) تخمدان، لوله‌های فالوپ و بافت پوشاننده لگن را درگیر کند.

برای جلوگیری از انحراف از مسیر رشد جمعیت است؛ امری که مستلزم حذف تدابیر دائمی عقیم‌سازی و مدیریت دقیق روش‌های موقت (اعم از خوراکی، تزریقی و کاشتنی) در قالب چارچوب‌های تقنینی و فقهی است.

مدیریت روش‌های جلوگیری از بارداری، از منظر فقه سلامت، بایستی بر پایه موازنه میان توسعه ظرفیت‌ها و مهار مفسده‌ها استوار باشد. در این راستا، ضرورت حذف روش‌های دائمی که با اصل بقای نسل در تضاد هستند، در کنار ضرورت تنظیم و مدیریت روش‌های موقت (مانند متدهای خوراکی، تزریقی و کاشتنی)، به عنوان ابزاری برای پیشگیری از بحران‌های جمعیتی و حفظ نظم اجتماعی، مورد توجه جدی قرار می‌گیرد.

#### ۱.۲.۱. حذف روش‌های دائمی (عقیم‌سازی)

محدودیت‌های عقیم‌سازی دائمی برای جلوگیری از بارداری، به دلیل استناد به برخی مبانی فقهی مانند قاعده «لاضرر» (خراسانی، ۱۴۳۱ق، ج ۲، ص ۲۶۵؛ انصاری، بی‌تا، ص ۳۱۳؛ خمینی، ۱۳۶۷، ج ۳، ص ۷۶؛ خوئی، ۱۴۲۲ق، ص ۵۱۸؛ بجنوردی، ۱۴۱۳ق، ج ۱، ص ۱۷۶؛ نجفی خوانساری، ۱۳۷۳ق، ج ۲، ص ۱۹۱) و نیز این تلقی است که عقیم‌سازی، به منزله ایجاد «نقص عضو» یا «تغییر خلقت» محسوب می‌شود. از این منظر، چون عقیم‌سازی می‌تواند منجر به آسیب یا تغییر دائمی در کارکرد و ساختمان بدن گردد، رضایت فرد برای ایجاد نقص، حتی درباره خود او، در تحلیل فقهی و نیز با معیارهای عقلانی و آموزه‌های اسلامی، محل تردید جدی است.

برای اثبات حرمت عقیم‌سازی می‌توان به آیه «فَلْيَغْيِرْ خُلُقَ اللَّهِ» (نساء: ۱۱۹) استناد جست؛ با توجه به این که عقیم‌سازی انتخابی تغییری دائمی و فارغ از ضرورت مشروع در آفرینش خداست، انجام آن (جز در موارد درمانی یا ضرورت) با روح قرآنی و مبانی فقهی ناسازگار بوده و در زمره موارد ممنوع قرار می‌گیرد.

یکی دیگر از ادله فقهی برای حرمت عقیم‌سازی، پیامدهای مقدماتی آن، یعنی «لمس و نظر نامحرم» است. از آنجایی که در عمل تعقیم، رویت و دسترسی به اندام

تناسلی توسط نامحرم اجتناب‌ناپذیر است، چنانچه این عمل فاقد ضرورت پزشکی باشد، انجام آن با احکام صریح آیات ۳۰ و ۳۱ سوره نور مبنی بر لزوم حفظ عفت و پوشش، (غضّ بصر و حفظ فرج) در تعارض بوده و از این منظر نیز واجد اشکال شرعی است.

دلیل دیگر در این زمینه، ادل حرمت «خصاء» است (طوسی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۱۹۱) که در متون فقهی از نهی شده است (حلی، ۱۴۱۰ق، ج ۲، ص ۵۲۹)، و برخی آن را اجماعی دانسته‌اند (حسینی عاملی، ۱۴۱۹ق، ج ۱۲، ص ۳۲) که بر اساس آن صرف عمل جراحی برداشتن بیضه‌ها حرام نیست، بلکه حرمت روی «إذهاب منفعت تناسل» (از بین بردن منفعت تولیدمثل) بار شده است. از نظر فقهی، هرگاه علت تامه (مناط) یک حکم موجود باشد، خود حکم نیز جاری است؛ بنابراین، از آنجا که تعقیم (چه به روش جراحی و چه شیمیایی دائم) مستقیماً هدف اصلی آن عضو، یعنی توان بازتولید را منتفی می‌سازد، همان حکم «خصاء» بر آن مترتب می‌گردد.

روایت دیگر در این زمینه، لزوم پرداخت دیه در مورد آسیب زدن به کمر و از بین بین قدرت انزال است؛ در روایت سماعه از امام صادق علیه السلام آمده است: «عُثْمَانُ بْنُ عِيسَى عَنْ سَمَاعَةَ عَنْ أَبِي عَبْدِ اللَّهِ عليه السلام قَالَ قَالَ: «فِي الظُّهْرِ إِذَا كُسِرَ حَتَّى لَا يُنْزَلَ صَاحِبُهُ أَلْمَاءَ أَلْدِيَّةٍ كَامِلَةً». (طوسی، ۱۴۰۷ق، ج ۱۰، ص ۲۶۰) فقیهان با استناد به این روایت، تصریح کرده‌اند که فقدان قدرت تناسل در مرد، مستوجب دیه کامل است. این حکم به وضوح نشان می‌دهد که شارع مقدس، «توان باروری» را نه یک امر ثانویه، بلکه یک «حق بنیادین جسمانی» تلقی کرده است که سلب آن، آسیب جدی به تمامیت جسمی انسان محسوب می‌شود. بنابراین، اگر قانون‌گذار یا طبیب، آگاهانه و دائم، این توان را از فرد سلب کند (تعقیم)، از باب «اولویت قطعیه»، به طریق اولی مشمول عقوبت و حرمت سلب این منفعت می‌گردد.

برخی فقها درباره دیه آسیب به کمر گفته‌اند: اگر استخوان پشت (ستون فقرات) به گونه‌ای بشکند که صاحب آن قدرت انزال را از دست بدهد، یک دیه کامل دارد. براین اساس، دیه این نقص در مرد را به علت از بین بردن قدرت تناسل او یک دیه

کامل و دیه زن را برابر با نصف دیه مرد می‌دانند (شهید ثانی، ۱۴۱۰ق، ج ۱۰، ص ۲۳۲)، البته برخی فقهاء مقدار دیه عقیم‌سازی را بر عهده حاکم شرع و از طریق ارش می‌دانند (فاضل لنکرانی، بی‌تا، ص ۹۱).

از بین بردن توان تولیدمثل و تضییع قوه باروری فرد نیز باید مشمول ضمانت اجرای کیفری قرار گیرد. بدین سان، در فرضی که عقیم‌سازی فاقد هرگونه جهت گیری مشروع باشد، از جمله در مواردی که هیچ دلیل معتبری نظیر تهدید دائم و غیرقابل اجتناب سلامت جسمانی فرد عقیم‌شونده به واسطه بارداری در میان نباشد، وقوع این عمل، خواه در شرایط عملی ممکن خواه به نحو غیرعملی، فعلی مجرمانه تلقی می‌شود. بر همین اساس، لازم است برای مرتکب، اعم از ارائه‌دهنده خدمات (مانند پزشک) و نیز همه مراجعین اعم از زن و مرد مجازاتی متناسب با جرم پیش‌بینی و اعمال گردد.

البته چنین به نظر می‌رسد که مجازات این عمل، بعد از فرهنگ‌سازی لازم در رابطه با کاهش عقیم‌سازی موجه است؛ مثل آگاه نمودن متقاضیان این عمل از مضرات آن صورت گیرد؛ زیرا در صورت اعمال مجازات سریع در این باب، ممکن است باعث روی آوردن برخی از متقاضیان به سقط جنین‌های غیرقانونی شود؛ لذا قانونی شدن مجازات‌های موجود در ماده اول طرح محدودسازی روش‌های دائمی جلوگیری از بارداری قبل از آگاهی شهروندان از معضلات فردی و اجتماعی ناشی از آن صحیح به نظر نمی‌رسد.

## ۲.۱. کنترل روش‌های موقت (خوردنی و تزریقی و کاشتنی)

کنترل روش‌های موقت به معنای تنظیم و تحدید استفاده از روش‌های غیردائمی پیشگیری از بارداری است. این روش‌ها شامل قرص‌های خوراکی، آمپول‌های تزریقی و ابزارهای کاشتنی می‌شوند که با سازوکارهایی مانند مهار تخمک‌گذاری یا ایجاد تغییر در شرایط رحم، از بارداری جلوگیری می‌کنند. از منظر فقهی، بررسی این روش‌ها نیازمند توجه به ماهیت، آثار و عوارض آن‌ها و نیز میزان سازگاری‌شان با موازین شرعی است.

با در نظر گرفتن قاعده حرمت اضرار به نفس، حکم به حرمت برخی از روش‌های موقت به ویژه روش‌های هورمونی مثل قرص‌های ترکیبی خوراکی، آمپول‌های ترکیبی تزریقی و یا نورپلنت (کپسول‌های کاشتنی) در صورت استعمال در درازمدت محل بحث فقهاء و پزشکان است (طاهری، ۱۳۸۱، ش ۱۲، ص ۱۱۵)؛ زیرا استعمال مستمر اینگونه داروها جهت جلوگیری از بارداری، سبب بروز عوارض جسمی و روحی برای فرد خواهد شد.

به علاوه، بعید نیست که حکم تحریم استعمال برخی از روش‌های موقت به وسیله مصرف دارو را از روایات مرتبط با سقط جنین برداشت کنیم؛ چرا که در موثقه اسحاق بن عماد از امام موسی کاظم علیه السلام چنین نقل شده است: «قُلْتُ لِأَبِي الْحَسَنِ علیه السلام الْمَرْأَةُ تَخَافُ الْحَبْلَ فَتَشْرَبُ الدَّوَاءَ فَتُلْقِي مَا فِي بَطْنِهَا قَالَ لَا فَقُلْتُ إِنَّمَا هُوَ نُطْفَةٌ فَقَالَ إِنَّ أَوَّلَ مَا يُخْلَقُ نُطْفَةٌ» (حر عاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲۹، ص ۲۶)؛ اسحاق می‌گوید: از امام موسی کاظم علیه السلام پرسیدم: آیا زنی که از ادامه بارداری می‌ترسد، می‌تواند برای سقط جنین دارویی مصرف کند و جنینی را که در شکم دارد سقط کند؟ امام فرمودند: جایز نیست. گفتم: اگر جنین در مرحله نطفه باشد چگونه؟ امام فرمودند: اولین چیزی که خلق می‌شود نطفه است. این روایت با اشاره به اینکه نطفه، اولین چیزی است که خلق شده است، دلالت می‌کند بر حرمت استعمال دارویی که مسقط جنین است؛ درحالی‌که احتمال وجود فرزند می‌رود؛ زیرا استفاده از لفظ (خوف) به نوعی اشاره به احتمال ضعف جانی با آن همراه باشد، خالی از عنوان حرمت و وجود محوریت شرعی نخواهد بود. بنا بر ظاهر روایت، استعمال داروهای ضد بارداری به علت احتمال جنین در انعقاد نطفه؛ هر چند که به انعقاد نطفه اطمینان حاصل نشده باشد، محکوم به حرمت خواهد بود؛ چراکه منطبق با ظاهر روایت، احتمال وجود نطفه منجز بوده و نباید هر دارویی سبب از بین رفتن احتمال موجود گردد (خمینی، ۱۳۸۱، ش ۱۵ و ۱۶، ص ۷۱-۷۰). همچنین روش‌های موقت، جدای از آثار سوء و مخربی که به دنبال دارند، امکان عقیم شدن دائم نیز در اثر استفاده مکرر آنها وجود دارد (طاهری، ۱۳۸۱، ش ۱۲، ص ۱۱۵)؛ لذا منع برخی از روش‌های موقت، جهت حفظ جامعه از آثار

مخرب آن باید در طرح محدودسازی روش های دائمی جلوگیری از بارداری مدنظر قرار گیرد.

نتیجه اینکه منع برخی از روش های موقت بارداری؛ به ویژه روش های هورمونی جدای از حذف ضرر فردی موجود، به نوعی سبب کاهش روش های جلوگیری خواهند شد؛ لذا حکومت اسلامی از طرفی باید کلیه شرایط جلوگیری دائم از باروری؛ البته در موارد غیرضروری که منجر به تهدید سلامت افراد نگردد را فراهم کرده و از طرف دیگر با منع برخی از روش های موقت، زمینه تعدیل استعمال شیوه پیشگیری را مهیا سازد.

## ۲. تدابیر روان شناختی

باتوجه به اینکه بسیاری از تصمیم گیری های مرتبط با فرزندآوری ریشه در باورها، نگرش ها و شرایط روانی افراد دارد، توجه به ابعاد روان شناختی در سیاست های جمعیتی ضروری است. این تدابیر می توانند در دو سطح کلان (فرهنگ سازی عمومی) و خُرد (مشاوره و حمایت فردی) اجرا شوند. لازم به ذکر است، تقویت انگیزه های روانی برای فرزندآوری را می توان از مصادیق امر به معروف، تعاون به بر<sup>۱</sup>، حفظ نسل دانست. (مکارم شیرازی، ۱۴۲۵ق، ص ۱۱) افزون بر این، حمایت های روانی، مشاوره ای و فرهنگی از والدین، علاوه بر آنکه می تواند از مصادیق احسان و تعاون اجتماعی به شمار آید، با توجه به قاعده لاضرر، قاعده حفظ نظام و اختیارات حاکم شرع در تأمین مصالح عمومی، می تواند در زمره وظایف اجتماعی و سیاست گذاری های حمایتی دولت اسلامی قرار گیرد. بر این اساس، حاکمیت موظف است در حدود موازین شرعی و مصالح عمومی، زمینه های قانونی و اجرایی لازم را برای حمایت از خانواده و والدین فراهم سازد. از این رو، با تکیه بر مبانی

۱. تعاون به بر امری دو طرفه است؛ در یک نگاه، یکی از حقوق والی بر رعیت است و بر اساس آن، ملت و امت اسلامی باید حاکم را در اجرای مقاصد و اهداف اسلامی او کمک کند (حسینی تهرانی، ۱۴۲۱ق، ج ۴، ص ۱۹۹) که از جمله آن مساله گسترش جمعیت است.

فقهی یادشده و در چارچوب دو سطح کلان و خرد، می‌توان پنج تدبیر روان‌شناختی را پیشنهاد کرد که هر یک، در عین توجه به بسترهای قانونی و فرهنگی، ناظر به نیازهای حمایتی و روانی خانواده‌هاست.

## ۲.۱. فرهنگ‌سازی و تغییر نگرش عمومی نسبت به فرزندآوری

ترویج گفتمان «خانواده محوری» و «فرزندآوری به عنوان ارزش»؛ با بهره‌گیری از رسانه‌های جمعی، فضای مجازی و نظام آموزشی، باید تصویر مثبت و واقع‌گرایانه‌ای از خانواده پرجمعیت، فرزندآوری و تربیت فرزندان ارائه داد. این امر می‌تواند در کاهش ترس‌های روانی از مسئولیت‌های فرزندآوری مؤثر باشد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸، ص ۶۰؛ حسینی و موسوی، ۱۴۰۰، ص ۵۳).

کاهش اضطراب اجتماعی ناشی از فرزندآوری؛ بسیاری از زوجین به دلیل نگرانی از آینده شغلی، تحصیلی یا اقتصادی از فرزندآوری اجتناب می‌کنند. آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و تاب‌آوری در برابر چالش‌های زندگی می‌تواند به کاهش این اضطراب کمک کند (جعفری، ۱۳۹۵، ص ۱۲۳؛ نادری و رحمانی، ۱۳۹۹، ص ۸۷).  
الگوسازی از خانواده‌های موفق با فرزندان متعدد؛ معرفی الگوهای واقعی و موفق در رسانه‌ها و جامعه می‌تواند باورپذیری نسبت به امکان‌پذیری زندگی پویا با فرزندان متعدد را افزایش دهد (صادقی، ۱۳۹۷، ص ۱۰۰؛ کریمی، ۱۳۹۸، ص ۴۵).

## ۲.۲. مشاوره‌های پیش از ازدواج و پیش از بارداری

گنجاندن مؤلفه‌های «آمادگی روانی برای فرزندآوری» در مشاوره‌های پیش از ازدواج؛ در کنار مشاوره‌های ژنتیک و پزشکی، ارزیابی نگرش زوجین به فرزند، میزان تمایل به داشتن فرزند و بررسی ترس‌ها و نگرانی‌های آنان می‌تواند در انتخاب آگاهانه آنان مؤثر باشد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۵۲).

ارائه مشاوره‌های تخصصی پیش از بارداری؛ مشاوره با روان‌شناسان بالینی برای آمادگی جهت پذیرش نقش والدینی، مدیریت انتظارات و کاهش ترس از زایمان یا تغییرات جسمی و روحی دوران بارداری (محمدی و کاوه، ۱۳۹۴، ص ۱۸؛ فرجی، ۱۳۹۸، ص ۸۶).

### ۳.۲. حمایت روانی در دوران بارداری و پس از آن

ایجاد شبکه‌های حمایت روانی اجتماعی برای مادران باردار؛ تشکیل گروه‌های همیار مادران، دسترسی آسان به روان‌شناسان متخصص در حوزه بارداری و زایمان، و ارائه خدمات مشاوره رایگان یا کم هزینه برای کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان (زمانی و امیری، ۱۳۹۵، ص ۱۵۴).

پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان؛ ارائه غربالگری‌های روان‌شناختی پس از زایمان و درمان به موقع افسردگی مادران می‌تواند از بی میلی به فرزندآوری مجدد جلوگیری کند (امامی و طاهری، ۱۳۹۷، ص ۶۷).

مشاوره با زوجین نابارور؛ حمایت‌های روانی از زوجین نابارور و کاهش فشارهای روانی ناشی از درمان‌های طولانی و پرهزینه می‌تواند امید به فرزندآوری را در آنان زنده نگه دارد (رضایی، ۱۳۹۶، ص ۹۸).

### ۴.۲. توانمندسازی روانی والدین در تربیت فرزندان

برگزاری کارگاه‌های فرزندپروری و مدیریت تعارضات خانوادگی؛ بسیاری از والدین به دلیل نداشتن مهارت‌های تربیتی یا ناتوانی در مدیریت تعارضات ناشی از حضور فرزندان، از افزایش جمعیت خانواده هراس دارند. آموزش این مهارت‌ها می‌تواند این دغدغه را کاهش دهد (عابدینی و رستگار، ۱۳۹۹، ص ۱۱۶).

ترویج سبک زندگی سالم و متعادل در خانواده؛ آموزش مدیریت زمان، تقسیم وظایف میان والدین، و ارتقای کیفیت روابط عاطفی در خانواده برای کاهش فرسودگی والدینی (دشتی، ۱۳۹۸، ص ۵۹؛ کرمی، ۱۴۰۰، ص ۴۳).

### ۵.۲. تدابیر روان‌شناختی در سطح حاکمیتی و تقنینی

تصویب قوانین حمایتی با رویکرد کاهش استرس والدین؛ قوانینی که به طور مستقیم بر سلامت روان والدین تأثیرگذارند، نظیر مرخصی زایمان طولانی تر، انعطاف پذیری ساعات کاری مادران و پدران، و ایجاد مهدکودک‌های درون سازمانی (سلیمی و رضوانی، ۱۳۹۷، ص ۷۶؛ ملکیان، ۱۴۰۱، ص ۲۴).

نتیجه اینکه تدابیر روان‌شناختی باید به‌عنوان مکمل تدابیر پزشکی فضای ذهنی جامعه را برای پذیرش فرزندآوری آماده کنند. بدون ایجاد آمادگی روانی و رفع موانع ذهنی، اجرای هرگونه سیاست جمعیتی با موفقیت کامل همراه نخواهد بود.

### ۳. بررسی تدابیر قانونی و مقررات ناظر بر سیاست‌های جمعیتی

تحقق سیاست‌های جمعیتی، افزون بر اقدامات فرهنگی و روان‌شناختی، نیازمند ایجاد چارچوب حقوقی و تقنینی مناسب است؛ زیرا بسیاری از حمایت‌های مرتبط با خانواده و فرزندآوری، تنها از طریق وضع قوانین، تعیین تکالیف دستگاه‌های اجرایی و پیش‌بینی سازوکارهای حمایتی و ضمانت اجرای متناسب امکان تحقق می‌یابد. از منظر فقهی، اصل مداخله حاکمیت در این حوزه را می‌توان با توجه به ولایت حاکم در تأمین مصالح عمومی، (نائینی، ۱۴۲۴ق، ص ۷۶) حفظ نظام و اختیارات وی در تنظیم امور اجتماعی توجیه کرد. بر این اساس، هرگاه موضوعی در ارتباط با مصالح عمومی جامعه قرار گیرد و تنظیم آن نیازمند تصمیم و اقدام حکومتی باشد، حاکم می‌تواند در چارچوب موازین شرعی، مقررات لازم را برای تأمین آن مصلحت وضع و اجرا نماید (موسوی خلیلی، ۱۴۲۲ق، ص ۶۳۲).

باتوجه به مبانی فقهی و قوانین موضوعه در نظام حقوقی ایران، می‌توان چنین نتیجه گرفت که رویکرد قانون‌گذار در زمینه تنظیم نسل، مبتنی بر حفظ کرامت انسانی، صیانت از نسل و جلوگیری از کاهش جمعیت است. در این چارچوب، اعمالی همچون عقیم‌سازی غیر رضایتی، نه تنها از منظر فردی جرم تلقی می‌شود؛ بلکه دارای جنبه عمومی نیز بوده و به‌عنوان لطمه‌ای به اجتماع، مستوجب مجازات قصاص یا تعزیر است. ازاین‌رو، تدابیر قانونی این حوزه را می‌توان در قالب بازنگری قوانین و مقررات جمعیتی در جهت حمایت از فرزندآوری، حمایت قانونی و کیفری از حق باروری و مقابله با عقیم‌سازی غیرمجاز، تقویت ضمانت اجرای قانونی و مسئولیت حرفه‌ای در مداخلات پزشکی مرتبط با باروری، بررسی کرد که به آنها اشاره می‌شود.

### ۱.۳. اصلاح و بازنگری قانون جمعیت و تنظیم خانواده

برخی کشورها پس از تجربه سیاست‌های تحدید موالید و مواجهه با کاهش جمعیت، به بازنگری سیاست‌ها و تدوین قوانین حمایتی برای افزایش جمعیت روی آورده‌اند و از سیاست تحدید جمعیت به سیاست‌های حمایتی حرکت کرده‌اند؛ بر این اساس حمایت از درمان ناباروری و افزایش دسترسی به بهداشت مادر و کودک از جمله اقدامات لازم ذکر شده است. در خصوص ایران، در پی نگرانی‌های ناشی از رشد منفی جمعیت، قانون جمعیت و تنظیم خانواده مصوب ۱۳۷۲ مورد اصلاح و بازنگری قرار گرفت و پس از آن سیاست‌های جمعیتی ابلاغ شد. همچنین افزایش حمایت‌های مربوط به حق باروری زنان، از جمله بیمه کامل زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، مورد اشاره قرار گرفته است. (حجازی و بدایعی، ۱۳۹۳، ص ۷) لازم به ذکر است که در سال ۱۳۹۳، طرح «یک فوریت افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کشور» پس از ارجاع به کمیسیون بهداشت و درمان، به «طرح محدودسازی روش‌های دائمی جلوگیری از بارداری» تبدیل و سپس جهت اصلاحات لازم به کمیسیون‌های فرهنگی و آموزش، تحقیقات و فناوری مجلس شورای اسلامی تقدیم گردید (نینوائی و همکاران، ۱۳۹۷، ص ۱۵۳).

### ۲.۳. جرم‌انگاری عقیم‌سازی غیرارادی

نقض حق باروری از طریق عقیم‌سازی غیرارادی باید مورد مقابله قانونی قرار گیرد؛ براین اساس، عقیم‌سازی غیرارادی در زمره تعرض به تمامیت جسمانی دانسته شده و ضروری است برای آن جرم‌انگاری شود و اسباب تعیین ضمانت اجرا فراهم گردد. در ماده ۵۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت سال ۱۴۰۰ آمده: «عقیم‌سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت پذیری در آنها ضعیف یا بسیار دشوار باشد (همچون بستن لوله‌ها) ممنوع است. عقیم‌سازی زنان در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جسمی جدی یا حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد

از زایمان ایجاد می‌کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا حرج مذکور با پیشگیری‌های موقت امکان‌پذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشد. (قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰)

### ۳.۳. تعیین مسئولیت قانونی پزشکان

در قانون مجازات اسلامی، مسئولیت پزشک در صورت تقصیر، تعدی، تفریط یا تخطی از موازین فنی و پزشکی مطرح شده و صرف اخذ برائت در صورت ارتکاب تقصیر، موجب معافیت پزشک نمی‌شود. بر این اساس پزشکانی که در فرآیند عقیم‌سازی دخالت دارند، به طور حتم دارای مسئولیت قانونی در این زمینه هستند. ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۹۲ اشاره دارد که صرف اخذ برائت از بیمار، در صورت ارتکاب تقصیر، موجب معافیت پزشک از مسئولیت نمی‌شود. در مقابل، اگر پزشک مرتکب تقصیر نشده باشد، حتی در فرض عدم اخذ برائت، وضعیت مسئولیت متفاوت خواهد بود. لازم به ذکر است در ماده ۴۲۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ آمده: «اگر در جریان عمل جراحی، برای حفظ جان بیمار، برداشتن دستگاه تناسلی، بستن لوله‌ها یا هر عمل دیگری که به عقیم‌شدن دائمی منجر می‌شود ضرورت پیدا کند، پزشک مسئول نخواهد بود. مقاله بر ضرورت احراز علمی این وضعیت، به‌ویژه در موارد غیرفوری، تأکید دارد.»

### ۳.۴. الزام به رضایت در عقیم‌سازی قابل پیش‌بینی

از نکات مهم این است که اگر عقیم‌سازی دائمی از قبل، قابل پیش‌بینی باشد یا عمل پزشکی احتمال باروری را کاهش دهد، رضایت شخص تحت درمان ضروری است و نمی‌توان افراد را صرفاً به موجب دستورالعمل یا بخشنامه، بدون رضایت شخصی، مقطوع‌النسل کرد. این یافته برای بحث صیانت قانونی از اختیار و حق باروری افراد قابل استفاده است. در بند «ج» ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ آمده: «اعمال جراحی یا طبی مشروع، در صورتی که با رضایت شخص یا اولیا و سرپرستان قانونی وی و با رعایت موازین فنی، علمی و نظامات دولتی انجام شود، از عوامل

رافع مسئولیت کیفری محسوب می‌شود.» بااین حال، با در نظر گرفتن اینکه عقیم‌سازی علاوه بر ضرر فردی، می‌تواند زمینه‌ساز کاهش نرخ باروری در جامعه باشد، قانون‌گذار جنبه عمومی جرم را نیز ملحوظ داشته است؛ لذا در صورت رضایت فرد عقیم شونده یا گذشت شاکی خصوصی، مرتکب ممکن است بنا به تشخیص حاکم شرع، به مجازات تعزیری محکوم گردد. این امر نشان‌دهنده تلاش نظام حقوقی برای حفظ نسل و جلوگیری از کاهش جمعیت است که از اهداف اساسی اسلام محسوب می‌شود.

### ۵.۳. تعیین دیه و ارش برای آسیب به قدرت باروری

از دیگر نکات مهم مقررات قانون مجازات اسلامی درباره از بین رفتن قدرت تولیدمثل، بحث پرداخت خسارت به فرد بیمار است. بر اساس ماده ۷۰۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، از بین رفتن قدرت انزال یا تولیدمثل مرد، بارداری زن یا لذت مقاربت، موجب ارش دانسته شده است. ماده ۵۵۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، مقرر می‌کند هرگاه در اثر جنایت، صدمه‌ای بر عضو یا منافع وارد شود و برای آن دیه مقدر یا نسبت مشخصی تعیین نشده باشد، ارش قابل مطالبه است. در ماده ۴۴۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲؛ معیارهای تعیین ارش بیان شده است: از جمله معیارهای مطرح شده برای تعیین ارش عبارت‌اند از: نوع و کیفیت جنایت و تأثیر آن بر سلامت مجنی‌علیه؛ میزان خسارت وارده؛ توجه به دیه مقدر؛ جلب نظر کارشناس. در ماده ۵۶۳ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲؛ دیه اعضای زوج و فرد آمده: «از بین بردن هر یک از اعضای فرد و هر دو عضو از اعضای زوج، دیه کامل دارد و از بین بردن هر یک از اعضای زوج، نصف دیه کامل خواهد داشت؛ مگر اینکه قانون ترتیب دیگری مقرر کرده باشد.» هم‌چنین بر اساس ماده ۳۸۷ این قانون، هرگونه آسیب جسمی کمتر از قتل، از جمله قطع عضو، صدمه به صورت و منافع را «جنایت بر عضو» دانسته و ماده ۳۸۶، قصاص را به عنوان مجازات جنایت عمدی بر عضو، در صورت تقاضای مجنی‌علیه یا ولی او و احراز سایر شرایط قانونی، مقرر

داشته است. براین اساس، عقیم‌سازی توسط پزشک یا اشخاص دیگر، در صورتی که بدون رضایت فرد صورت گیرد و منجر به آسیب جسمی شود، مشمول حکم قصاص عضو خواهد بود.

در پایان می‌توان، مجموعه‌ای از پیشنهادها را در این زمینه ارائه کرد که ظرفیت بهره‌گیری در فرآیند تقنین و اصلاح مقررات موجود را داشته باشد.

#### ۱. پیشنهادهای حمایتی و اجتماعی

- اصلاح قوانین اشتغال زنان با هدف حمایت از نقش مادری و تسهیل فرزندآوری.
- توسعه حمایت‌های مالی و رفاهی از مادران و خانواده‌ها.

#### ۲. پیشنهادهای پزشکی و سلامت باروری

- تدوین ضوابط فقهی و قانونی برای روش‌های درمان ناباروری.
- بازنگری در مقررات مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری و تفکیک روش‌های دائمی و موقت.

#### ۳. پیشنهادهای کیفری و تقنینی

- اصلاح ضمانت‌های اجرایی قوانین مرتبط با سقط‌جنین و جلوگیری از بارداری.
- پیش‌بینی مجازات تعزیری متناسب برای عقیم‌سازی غیرضروری با توجه به مصالح عمومی.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی فقهی راهکارهای پزشکی، روان‌شناختی و تقنینی در حمایت از سیاست‌های جمعیتی، به تحلیل ظرفیت‌های فقه اسلامی در ارائه چارچوبی مناسب برای سیاست‌گذاری جمعیتی پرداخته است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که تحقق اهداف جمعیتی در جامعه اسلامی، نیازمند رویکردی جامع است که علاوه بر توجه به ابعاد پزشکی و روان‌شناختی، از یک فرایند تقنینی مبتنی بر مبانی فقهی و مصالح عمومی بهره‌گیرد. این فرایند شامل شناسایی مسائل و چالش‌های جمعیتی، بررسی موضوعات مستحدثه از منظر فقهی، استخراج مبانی و

ضوابط شرعی مداخله حکومت، تدوین سیاست‌های کلی جمعیتی، تبدیل سیاست‌ها به قوانین و مقررات اجرایی، و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها است. از منظر تدابیر پزشکی، روان‌شناختی و تقنینی، توانمندسازی جنسی، بهره‌گیری صحیح و ضابطه‌مند از روش‌های پیشگیری از بارداری، کاهش عوامل مؤثر بر طلاق، حمایت از سلامت مادر و کودک و افزایش زایمان طبیعی، از جمله راهکارهایی است که می‌تواند در چارچوب سیاست‌گذاری و تقنین مورد توجه قرار گیرد. در این راستا، قانون‌گذار باید با بهره‌گیری از مبانی فقهی همچون حفظ نظام، رعایت مصالح عمومی و اختیارات حاکم اسلامی در تنظیم امور اجتماعی، ضمن پرهیز از مداخلات غیرضروری، زمینه حمایت قانونی از فرزندآوری، رفع موانع اقتصادی و اجتماعی آن و تسهیل تشکیل و تحکیم خانواده را فراهم آورد.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که حمایت از سیاست‌های جمعیتی صرفاً از مسیر وضع قوانین مستقیم حاصل نمی‌شود، بلکه نیازمند مجموعه‌ای از تدابیر مکمل تقنینی مانند ایجاد سازوکارهای حمایتی برای خانواده‌ها، پیش‌بینی ضمانت‌های اجرایی مناسب، تنظیم برنامه‌های فرهنگی و آموزشی، حمایت از خدمات مشاوره‌ای پیش از ازدواج و بارداری، و ارزیابی مستمر آثار قوانین جمعیتی است. چنین رویکردی موجب می‌شود قوانین مصوب، علاوه بر برخورداری از پشتوانه فقهی، با واقعیت‌های پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی نیز هماهنگ باشند. در نهایت، این پژوهش بر ضرورت اتخاذ رویکردی چندبعدی در حمایت از سیاست‌های جمعیتی تأکید دارد؛ رویکردی که با پیوند میان فقه اسلامی، یافته‌های پزشکی، ملاحظات روان‌شناختی و فرایند صحیح تقنین، به تدوین سیاست‌ها و مقرراتی منجر شود که ضمن تأمین مصالح عمومی و رعایت اهداف شریعت مقدس، زمینه دستیابی به جمعیتی مطلوب و متعادل را در جامعه فراهم سازد.

## منابع

### الف) کتابها

- قرآن کریم

۱. انصاری، مرتضی (بی تا). فرائد الاصول. قم: دفتر انتشارات اسلامی، وابسته به حوزه علمیه قم، بی تا.
۲. بنجوردی، حسن (۱۴۱۳ق). القواعد الفقهیه. قم: مؤسسه مطبوعاتی اسماعیلیان.
۳. برقی، احمد (۱۳۷۱ق). المحاسن. قم: دارالکتب الاسلامیه.
۴. بهجت، محمدتقی (۱۴۲۸ق). استفتائات. قم: دفتر آیت الله بهجت.
۵. حسینی تهرانی، سید محمد حسین (۱۴۲۱ق). ولایت فقیه در حکومت اسلام، محقق: محسن سعیدیان - محمد حسین راجی، مشهد: انتشارات علامه طباطبائی.
۶. حسینی عاملی، محمدجواد بن محمد (۱۴۱۹ق) مفتاح الکرامه فی شرح قواعد العلامه، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، قم.
۷. حلی، حسن بن یوسف علامه (۱۴۱۰ق) نهایة الاحکام فی معرفة الاحکام، مؤسسه آل البيت علیهم السلام.
۸. خامنه‌ای، سید علی (۱۴۲۴ق). أجوبة الاستفتائات (فارسی). قم: دفتر معظم له.
۹. خراسانی، محمدکاظم (۱۴۳۱ق). کفایة الاصول. قم: مجمع الفکر الاسلامی.
۱۰. خمینی، سید حسن (۱۳۸۱). «تنظیم خانواده یا تحدید نسل». پژوهش‌نامه متین، ش ۱۵ و ۱۶.
۱۱. خمینی، سید روح الله (۱۳۶۷). تهذیب الاصول. تقریر: جعفر سبحانی تبریزی، قم: دارالفکر.
۱۲. خمینی، سید روح الله (۱۴۲۴ق). توضیح المسائل. قم: دفتر انتشارات اسلامی، وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۱۳. خوئی، سید ابوالقاسم (۱۴۲۲ق). مصباح الاصول. تقریر: محمد سرور واعظ حسینی، قم: کتابفروشی داوری.
۱۴. راوندی، قطب الدین، سعید بن عبد الله (۱۴۰۹ق). الخرائج و الجرائح. قم: مؤسسه امام مهدی علیه السلام.
۱۵. شیرازی، ناصر مکارم، (۱۴۲۵ق). قم: انتشارات مدرسه الإمام علي بن أبي طالب علیه السلام.
۱۶. شهید ثانی، زین الدین، (۱۴۱۰ق). الروضة البهیة فی شرح اللمعة الدمشقیة. محشی: کلاتر، قم: کتابفروشی داوری.
۱۷. صادقی، ن. (۱۳۹۷). خانواده‌های موفق ایرانی؛ الگوسازی و پیامدهای اجتماعی. انتشارات پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
۱۸. طوسی، محمد بن حسن (۱۴۰۷ق). تهذیب الأحکام، تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۱۹. عقدک، پژمان و مستاجران، حسن (۱۳۸۷). جمعیت شناسی عمومی استان اصفهان (با تأکید بر عوامل مؤثر بر سلامت). اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

۲۰. فاضل لنکرانی، محمد (بی تا). جامع المسائل (فارسی). قم: انتشارات امیر قلم.
۲۱. فاضل لنکرانی، محمد جواد (۱۳۸۷). بررسی فقهی - حقوقی تلقیح مصنوعی. قم: مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام.
۲۲. فیض کاشانی، محمد محسن (۱۴۰۶ق). الوافی. اصفهان: کتابخانه امیر المومنین علی علیه السلام.
۲۳. قاسمی، محمد علی (۱۴۰۲). روایات فقه پزشکی. قم: مرکز فقهی ائمه اطهار علیهم السلام.
۲۴. کریمی، علی، قادی پاشا، امیر، (۱۳۸۱). ترجمه زنان و زایمان دنفورث. تهران: انتشارات برای فردا.
۲۵. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷ق). الکافی. تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۲۶. مکارم شیرازی، ناصر (۱۴۲۷ق). استفتانات جدید. قم: انتشارات مدرسه امام علی بن ابی طالب علیه السلام.
۲۷. مکارم شیرازی، ناصر (۱۴۲۸ق). احکام بانوان. قم: انتشارات مدرسه امام علی بن ابی طالب علیه السلام.
۲۸. منتظری، حسینعلی (۱۴۲۷ق). احکام پزشکی. قم: نشر سایه.
۲۹. منتظری، حسینعلی (۱۴۲۷ق). معارف و احکام بانوان. قم: مبارک.
۳۰. موسوی خلخالی، سید محمد مهدی (۱۴۲۲ق). حاکمیت در اسلام یا ولایت فقیه، مترجم: جعفر الهادی، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۳۱. نائینی، میرزا محمد حسین غروی (۱۴۲۴ق). تنبیه الأئمة و تنزیه الملة، محقق: سید جواد ورعی، قم: انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.
۳۲. نجفی خوانساری، موسی (۱۳۷۳ق). منیة الطالب. تهران: المکتبه المحمدیه.
۳۳. هاشمی شاهرودی، سید محمود (۱۴۲۶ق). فرهنگ فقه مطابق مذهب اهل بیت علیهم السلام، قم: نشر مؤسسه دائره المعارف فقه اسلامی.

## ب) مقالات

۳۴. احمدی، م.، نظری، س.، و بیرانوند، ن. (۱۳۹۸). تحلیل فرهنگی گفتمان خانواده محوری در رسانه های ملی. فصلنامه مطالعات فرهنگی و رسانه، ۱۲(۳)، ۵۵-۷۲.
۳۵. امامی، ش.، و طاهری، ر. (۱۳۹۷). پیشگیری از افسردگی پس از زایمان با آموزش شناختی رفتاری. مجله روان شناسی زنان، ۷(۱)، ۵۵-۷۲.
۳۶. جعفرزاده، میر قاسم (۱۳۸۵). وضعیت حقوقی قرارداد استفاده از رحم جانشین. پژوهش نامه حقوق و علوم سیاسی، ش ۲-۳.
۳۷. جعفری، م. (۱۳۹۵). تاب آوری زوجین و رابطه آن با اضطراب فرزندآوری. پژوهش نامه روان شناسی سلامت، ۴(۲)، ۱۱۹-۱۳۵.
۳۸. حسینی، ز.، و موسوی، ف. (۱۴۰۰). فرزندآوری و ارزش های اجتماعی در ایران معاصر. مجله جامعه شناسی ایران، ۲۲(۱)، ۴۱-۶۵.

۳۹. دشتی، م. (۱۳۹۸). سبک زندگی خانوادگی و سلامت روان والدین. فصلنامه علوم رفتاری، ۱۴(۳)، ۶۳-۴۵.
۴۰. رضایی، ف. (۱۳۹۶). حمایت روانی از زوجین نابارور و امید به فرزندآوری. نشریه باروری و ناباروری ایران، ۱۹(۲)، ۹۰-۱۰۲.
۴۱. زمانی، ت.، و امیری، ه. (۱۳۹۵). شبکه‌های حمایت اجتماعی مادران باردار در کاهش افسردگی پس از زایمان. نشریه روان‌شناسی بالینی ایران، ۸(۲)، ۱۴۵-۱۶۵.
۴۲. سلیمی، ر.، و رضوانی، م. (۱۳۹۷). سیاست‌های اجتماعی حمایت از والدین و اثر آن بر تمایل به فرزندآوری. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۸(۱)، ۶۳-۸۲.
۴۳. طاهری، حبیب‌الله (۱۳۸۱). تحدی نسل از دیدگاه فقه و حقوق. مجتمع آموزش عالی قم، ش ۱۲.
۴۴. عابدینی، س.، و رستگار، ا. (۱۳۹۹). تأثیر کارگاه‌های فرزندپروری بر کاهش اضطراب والدینی. پژوهش‌نامه روان‌شناسی تربیتی، ۱۸(۴)، ۱۱۰-۱۲۵.
۴۵. فرجی، ن. (۱۳۹۸). مدیریت هیجانات مادران باردار و اثر آن بر سلامت روان. مجله روان‌شناسی کاربردی، ۲۳(۴)، ۷۲-۹۰.
۴۶. کرمی، ن. (۱۴۰۰). روابط عاطفی و تقسیم وظایف در خانواده ایرانی. پژوهش‌نامه مطالعات زن و خانواده، ۱۶(۲)، ۳۲-۵۵.
۴۷. محمدی، ف.، و کاوه، ا. (۱۳۹۴). نقش مشاوره روان‌شناختی قبل از بارداری در کاهش اضطراب زنان باردار. مجله سلامت خانواده، ۹(۱)، ۱۱-۲۵.
۴۸. ملکیان، ف. (۱۴۰۱). تحلیل تقنینی حمایت از والدین شاغل در سیاست خانواده. مجله حقوق اجتماعی، ۲۱(۳)، ۹-۳۰.
۴۹. نادری، ع.، و رحمانی، س. (۱۳۹۹). مهارت‌های مقابله‌ای در زوج‌های جوان و نقش آن در رضایت از والدینی. نامه جامعه‌شناسی خانواده، ۱۳(۲)، ۸۰-۹۸.
۵۰. نینوائی، مژگان؛ احمدی، گلنوش؛ سلطانی، حمید رضا؛ (۱۳۹۷، پاییز). مجله علمی پژوهشی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳۶(۳)، ۱۵۲-۱۵۹.

### ج) پایگاه‌های اینترنتی

۱. <https://farsi.khamenei.ir/news>، سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری، ۱۳۹۳.
۲. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266>، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مصوب ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ مجلس شورای اسلامی، ماده ۵۲.