



The Iranian Association of
Medical Law



Institute of Bioethics
and Health Law

Sexual Health Rights in Iran and International Instruments

Mehdi Habibi Tabar¹, Javad Niknezhad^{2*}, Mehdi Esmaeili³

1. PhD Student in Private Law, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran.

2. Associate Professor, Department of Private Law, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Sexual health rights, as an integral component of human rights and a core dimension of public health, have received increasing attention in international instruments over recent decades, particularly in the Universal Declaration of Human Rights (1948), the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966), the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979), the Cairo Programme of Action (1994), and the 2030 Agenda for Sustainable Development. By emphasizing sexual freedom, gender equality, and individual autonomy in reproductive decision-making, these instruments seek to safeguard human health and dignity. However, in the Islamic Republic of Iran, the concept of sexual health is defined in accordance with Islamic teachings and cultural values and is closely intertwined with morality, family, and social responsibility. This study aims to comparatively examine the underlying value systems and implementation mechanisms governing sexual health in international instruments and the Iranian legal system.

Method: In terms of its purpose, this study is fundamental-theoretical, and in terms of its nature, it adopts a descriptive-analytical approach. The required data and information were collected through library-based research and systematic extraction of materials from international instruments, Iranian statutory laws, Islamic jurisprudential sources, and relevant legal literature, and were subsequently examined and analyzed from a comparative perspective.

Ethical Considerations: Throughout the conduct and preparation of this study, the principles of research ethics, academic integrity in citing sources, textual originality, and the avoidance of plagiarism were fully observed.

Results: The findings indicate that international instruments are grounded in humanism, absolute individualism, and liberalism, and conceptualize sexual health primarily in terms of individual freedoms without religious constraints. By contrast, the Iranian legal system is founded upon theocentrism, the primacy of the family, and Sharia-based norms, and recognizes sexual health within the framework of lawful marital relations and legitimate moral obligations. Accordingly, fundamental differences exist between the two perspectives with respect to such issues as gender equality, abortion, and behavioral patterns outside the family institution.

Conclusion: Although both approaches emphasize the importance of human health and dignity, differences in their epistemological foundations and cultural values preclude the unconditional acceptance of international instruments concerning sexual health in Iran. The acceptance of such instruments without contextualization and localization may give rise to significant legal and social challenges. Accordingly, there is a need to reconceptualize global understandings of sexual health in light of Islamic principles and to develop context-specific legal and policy frameworks responsive to the needs of Iranian society.

Keywords: Abortion; Pregnancy; Sexual Health Rights; Sexual Freedom; Gender Equality

Corresponding Author: Javad Niknezhad; **Email:** j.niknejad@yahoo.com

Received: November 19, 2025; **Accepted:** May 11, 2026; **Published Online:** September 19, 2026

Please cite this article as:

Habibi Tabar M, Niknezhad J, Esmaeili M. Sexual Health Rights in Iran and International Instruments. *Medical Law Journal*. 2026; 20: e40.

مجله حقوق پزشکی

دوره بیستم، ۱۴۰۵

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>

پژوهشگاه اخلاق زیستی و حقوق سلامت



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

حقوق سلامت جنسی در ایران و اسناد بین‌المللی

مهدی حبیبی تبار^۱، جواد نیک‌نژاد^{۲*}، مهدی اسماعیلی^۳

۱. دانشجوی دوره دکتری حقوق خصوصی، واحد آیتا... آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

۲. دانشیار گروه حقوق خصوصی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حقوق سلامت جنسی به عنوان بخشی از حقوق بشر و از مؤلفه‌های اصلی سلامت عمومی، در دهه‌های اخیر در اسناد بین‌المللی به‌ویژه در اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م)، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶ م)، کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان (۱۹۷۹ م)، برنامه اقدام قاهره (۱۹۹۴ م) و دستورکار توسعه پایدار ۲۰۳۰ مورد توجه ویژه قرار گرفته است. این اسناد با تأکید بر آزادی جنسی، برابری جنسیتی و حق تصمیم‌گیری فردی در حوزه باروری، درصدد تضمین سلامت و کرامت انسانی‌اند. با این حال، در جمهوری اسلامی ایران، مفهوم سلامت جنسی بر مبنای آموزه‌های اسلامی و ارزش‌های فرهنگی تعریف می‌شود و پیوندی وثیق با اخلاق، خانواده و مسئولیت اجتماعی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تطبیقی مبانی ارزشی و سازوکارهای اجرایی سلامت جنسی در اسناد بین‌المللی و نظام حقوقی ایران انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادینظری و از نظر ماهیت، توصیفی - تحلیلی است. داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به روش کتابخانه‌ای و از طریق فیش‌برداری از اسناد بین‌المللی، قوانین موضوعه ایران، منابع فقهی و متون حقوقی مرتبط جمع‌آوری شده و سپس با رویکردی تطبیقی مورد واکاوی و تحلیل قرار گرفته‌اند.

ملاحظات اخلاقی: در انجام این پژوهش، اصول اخلاق علمی در نگارش، امانت‌داری در ارجاع به منابع، اصالت متن و عدم سرقت ادبی به طور کامل رعایت شده است.

یافته‌ها: بررسی‌ها نشان می‌دهد که اسناد بین‌المللی بر پایه اومانیزم، فردگرایی مطلق و لیبرالیسم بنا شده و سلامت جنسی را در قالب آزادی‌های فردی بدون محدودیت‌های مذهبی تعریف می‌کنند؛ در حالی که نظام حقوقی ایران بر پایه خدامحوری، اصالت خانواده و ضوابط شرعی، سلامت جنسی را در چارچوب علقه زوجیت و تعهدات اخلاقی مشروع می‌داند. از این رو، تعارضات بنیادینی در مفاهیمی چون برابری جنسیتی، سقط جنین و الگوهای رفتاری خارج از خانواده میان این دو دیدگاه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: هرچند هر دو نظام بر اهمیت سلامت و کرامت انسان تأکید دارند، اما تفاوت در مبانی معرفت‌شناختی و ارزش‌های فرهنگی، مانع از پذیرش بی‌قید و شرط اسناد جهانی در حوزه سلامت جنسی در ایران می‌شود. پذیرش این اسناد بدون بومی‌سازی، چالش‌های حقوقی و اجتماعی جدی به همراه دارد؛ بنابراین بازتعریف مفاهیم جهانی سلامت جنسی در پرتو مبانی اسلامی و تدوین اسناد بومی جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: سقط جنین؛ بارداری؛ حقوق سلامت جنسی؛ آزادی جنسی؛ برابری جنسیتی

نویسنده مسئول: جواد نیک‌نژاد؛ پست الکترونیک: j.niknejad@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۲۸

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Habibi Tabar M, Niknezhad J, Esmaili M. Sexual Health Rights in Iran and International Instruments. Medical Law Journal. 2026; 20: e40.

مقدمه

حقوق سلامت جنسی در دهه‌های اخیر به عنوان یکی از محورهای اصلی گفتمان جهانی در حوزه سلامت و حقوق بشر مطرح شده است. این موضوع نه تنها با حفظ کرامت انسانی و رفاه جسمی و روانی افراد مرتبط است، بلکه با عدالت جنسیتی و توسعه پایدار نیز پیوند دارد (۱). بر اساس اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م)، برخورداری از سلامت یکی از حقوق بنیادین هر انسان است و هر فرد باید از سطح مناسبی از سلامت جسمی و روانی بهره‌مند شود. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶ م) در ماده ۱۲ بر حق دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و رفاهی تأکید کرده و دولت‌ها را موظف به تأمین آن می‌نماید. کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان (۱۹۷۹ م) نیز با تمرکز بر حقوق زنان در زمینه باروری و تصمیم‌گیری‌های شخصی، ابعاد جنسیتی سلامت را برجسته ساخته است.

برنامه اقدام کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۴ م) برای نخستین‌بار مفهوم «سلامت جنسی و باروری» را در چهارچوب حقوق بشر معرفی کرد و دستورکار توسعه پایدار ۲۰۳۰ (۲۰۱۵ م) سلامت جنسی و باروری را یکی از ارکان توسعه پایدار دانست.

با وجود تأکید اسناد بین‌المللی بر آزادی فردی و حق دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری، نگرش اسلامی و فرهنگی ایران ابعاد دیگری از این مسأله را مورد توجه قرار می‌دهد. در اندیشه اسلامی، سلامت جنسی بخشی از نظام اخلاقی و خانوادگی است و با مفاهیمی چون عفت، تقوا و حفظ حریم خانواده گره خورده است (۲). در نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران نیز، اصول ۱۰ و ۲۱ قانون اساسی، خانواده را سنگ‌بنای جامعه معرفی کرده و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (۱۴۰۰ ش) با هدف تقویت ازدواج، ارتقای سلامت خانواده و افزایش فرزندآوری تدوین شده است. در این چهارچوب، محدودیت‌هایی در دسترسی به آموزش‌های جنسی و خدمات باروری وجود دارد که با هدف حفظ نهاد خانواده و ارزش‌های اخلاقی اعمال می‌شوند (۳).

با توجه به این زمینه، مسأله تحقیق این است که: «چگونه می‌توان حقوق سلامت جنسی را در ایران با رعایت ارزش‌های دینی و فرهنگی تطبیق داد و آن را با الزامات اسناد بین‌المللی مقایسه کرد؟» بر این اساس، فرضیه تحقیق این است که: «نظام حقوقی ایران با تأکید بر مسئولیت اخلاقی و خانواده‌محوری، سلامت جنسی را محدود می‌کند، در حالی که اسناد بین‌المللی بر آزادی فردی و برابری جنسیتی تأکید دارند؛ این تفاوت ناشی از تفاوت مبنای ارزش‌ها و انسان‌شناسی دو نظام است.» مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مطالعات داخلی عمدتاً به تحلیل فقهی و قانونی سلامت جنسی در ایران پرداخته‌اند، در حالی که بررسی تطبیقی با اسناد بین‌المللی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین این مقاله با تمرکز بر حقوق سلامت جنسی در ایران و اسناد بین‌المللی، تلاش می‌کند شکاف میان رویکردهای داخلی و جهانی را تحلیل کند و چهارچوبی تحلیلی برای تطبیق ارزش‌های دینی با استانداردهای بین‌المللی ارائه دهد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی-نظری و از نظر ماهیت، توصیفی - تحلیلی است. داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به روش کتابخانه‌ای و از طریق فیش‌برداری از اسناد بین‌المللی، قوانین موضوعه ایران، منابع فقهی و متون حقوقی مرتبط جمع‌آوری شده و سپس با رویکردی تطبیقی مورد واکاوی و تحلیل قرار گرفته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

برآیند واکاوی اسناد بین‌المللی مورد مطالعه و تطبیق مفاد آن‌ها با دکترین حقوقی و فقهی ایران، نشانگر چند امر اساسی است. در وهله نخست، یک گسست بنیادین در مبانی

معرفت‌شناختی دو نظام مشهود است، چراکه اسناد فراملی بر پایه مفاهیمی چون اومانیسیم، فردگرایی تکاملی و لیبرالیسم شکل گرفته‌اند که در آن‌ها انسان، موجودی کاملاً خودآیین و رها از الزامات متافیزیکی و دینی تعریف می‌شود، در حالی که نظام حقوقی ایران بر مدار خدامحوری، اصالت نهاد خانواده و ترجیح مصالح جمعی بر آزادی‌های فردی استوار است. این تفاوت مبنایی، مستقیماً به قلمرو روابط و حقوق تسری یافته است؛ به طوری که رویکرد بین‌المللی، سلامت جنسی را بر مدار «حق بر بدن» و آزادی اراده تحلیل می‌کند، اما در حقوق ایران، هرگونه رابطه خارج از علقه زوجیت فاقد مشروعیت و اثر حقوقی است.

با این حال، یافته‌های پژوهش مبین آن است که هر دو دیدگاه در اهداف غایی نظیر صیانت از کرامت انسانی، ارتقای بهداشت جسمی و روانی و پیشگیری از خشونت‌های جنسی اشتراک نظر دارند، اما تمایز اصلی در گزینش ابزارها و قلمروهای اخلاقی (مانند سازوکارهای آموزش عمومی، دسترسی به وسایل پیشگیری یا سقط جنین) رخ می‌نماید. در نهایت، بررسی سیاست‌گذاری‌های داخلی نشان می‌دهد که ایران علی‌رغم توفیق در شاخص‌های پزشکی بهداشت باروری و کاهش مرگ‌ومیر مادران، در تبیین یک گفتمان علمی و بومی برای آموزش عمومی به دلیل پاره‌ای حساسیت‌های اجتماعی با نوعی لکنت و محافظه‌کاری مواجه بوده است.

بحث

۱. حقوق سلامت جنسی: طبق تعاریف، سلامت جنسی، یعنی موقعیتی که در آن زوجین از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی بهره‌مند هستند، به گونه‌ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری آن‌ها مطلوب و حاکی از یک نوع هماهنگی، انس و محبت در زندگی زناشویی باشد (۴). سلامت جنسی یکی از جنبه‌های اصلی سلامت افراد و اساس سلامت جسمی و عاطفی و رفاه افراد، زوج‌ها و خانواده‌ها است که همه مردم را در همه سنین و همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵) و نه تنها سهم به سزایی در بهداشت و سلامت

کلی خانواده ایفا می‌کند، بلکه به عنوان یک نیاز و استراتژی برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره بیان شده است (۶). فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان است (۷). سلامت جنسی جزء مهمی از سلامت بوده و تأکید روز افزونی بر اهمیت پرداختن به آن وجود دارد. در ایران علیرغم اقدامات قابل ستایشی که در پاسخگویی به نیازهای سلامت باروری به انجام رسیده است، به نظر می‌رسد هنوز برنامه جامعی در جهت آموزش سلامت جنسی وجود نداشته باشد. به نظر می‌رسد پرداختن به موضوع سلامت جنسی نه تنها پرداختن به سلامت تک‌تک افراد است، بلکه پرداختن به سلامت جامعه است (۸).

حقوق سلامت جنسی از مفاهیم بنیادین حقوق بشر در دهه‌های اخیر به شمار می‌آید و ناظر بر مجموعه‌ای از آزادی‌ها و استحقاق‌هایی است که انسان در زمینه تصمیم‌گیری آزادانه، مسئولانه و آگاهانه درباره جنسیت، باروری و روابط انسانی خود دارد (۹). سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را «وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در ارتباط با جنسیت، نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی» تعریف می‌کند و تأکید دارد که تحقق این وضعیت مستلزم احترام به حقوق بشر، آزادی فردی و مسئولیت اجتماعی است (۱۰).

دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل نیز در گزارش خود درباره سلامت جنسی و باروری، این حقوق را شامل «حق بر خودمختاری بدن، حق تصمیم‌گیری آزادانه درباره روابط جنسی و باروری، دسترسی به آموزش و اطلاعات و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی مرتبط» می‌داند (۱۱). از منظر اسناد بین‌المللی، سلامت جنسی با مفاهیمی چون برابری جنسیتی، آزادی از تبعیض و حفظ کرامت انسانی پیوند مستقیم دارد (۱۲).

بر این اساس، حق بر سلامت جنسی یکی از زیرمجموعه‌های حق بر سلامت عمومی است که در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶ م.) نیز بر آن تأکید شده است. این ماده دولت‌ها را ملزم می‌کند تا برای تأمین بالاترین سطح ممکن از سلامت جسمی و روانی تلاش

می‌دهند که فقدان آزادی جنسی، به ویژه در جوامعی که محدودیت‌های فرهنگی یا قانونی شدید دارند، منجر به افزایش خشونت‌های جنسی، رفتارهای پرخطر و پیامدهای منفی روانی می‌شود (۱۹).

با این حال، از دیدگاه اسلامی و فرهنگ ایرانی، آزادی جنسی مفهومی مطلق و نامحدود نیست، بلکه با مسئولیت اخلاقی و اجتماعی گره خورده است. قرآن کریم در آیات متعددی از جمله «وَلَا تُقْرَبُوا الزَّوْجَ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً» و به زنا نزدیک نشوید، که آن کاری بسیار زشت و راهی ناپسند است» (۲۰). بر پرهیز از روابط خارج از ازدواج تأکید دارد و روابط مشروع را تنها در چهارچوب ازدواج مجاز می‌داند. از این رو، در نظام حقوقی ایران، آزادی جنسی به معنای بهره‌مندی از حقوق مشروع در چهارچوب ازدواج است و هرگونه رفتار جنسی خارج از این چهارچوب، خلاف قانون و اخلاق محسوب می‌شود (۲۱).

تحلیل تطبیقی نشان می‌دهد که در حالی که اسناد بین‌المللی بر آزادی بی‌قید فرد در انتخاب جنسی تأکید دارند، آموزه‌های اسلامی و حقوق ایران بر نظم اخلاقی و خانوادگی جامعه تأکید می‌ورزند. بنابراین در چهارچوب بومی ایران، آزادی جنسی باید در قالب آزادی مسئولانه و اخلاقی تفسیر شود، یعنی آزادی‌ای که با حفظ کرامت انسانی، عفت عمومی و سلامت جامعه هم‌سو باشد.

۳. برابری جنسیتی: برابری جنسیتی از ارکان بنیادین حقوق سلامت جنسی در اسناد بین‌المللی به شمار می‌آید. سازمان ملل متحد بر این باور است که تحقق سلامت جنسی و باروری بدون برابری کامل زنان و مردان امکان‌پذیر نیست و هرگونه تبعیض بر اساس جنس، نقض مستقیم حق سلامت محسوب می‌شود (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۵). در همین راستا، کمیسیون اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل برای آسیا و اقیانوسیه تأکید دارد که نابرابری‌های جنسیتی و خشونت مبتنی بر جنسیت از عوامل اصلی تهدیدکننده سلامت جنسی در سطح منطقه‌ای و جهانی‌اند (کمیسیون اقتصادی و اجتماعی آسیا و اقیانوسیه، ۲۰۲۱).

کنند. در تفسیر عمومی شماره ۱۴ این میثاق نیز آمده است که سلامت جنسی و باروری بخشی جدایی‌ناپذیر از حق بر سلامت است (۱۳). از منظر جامعه‌شناختی و بهداشتی، حقوق سلامت جنسی به معنای توانایی انسان برای لذت‌بردن از زندگی جنسی سالم و مسئولانه، بدون ترس، شرم، تبعیض یا خشونت است (۱۴). تحقق این هدف، نیازمند سیاست‌های آموزشی، فرهنگی و حقوقی منسجم است تا افراد بتوانند در بستر امنیت، آگاهی و احترام متقابل زندگی کنند (۱۵).

در عین حال، باید توجه داشت که این مفهوم در کشورهای مختلف با تفسیرهای فرهنگی و دینی متفاوتی رو به روست. در جوامع اسلامی مانند ایران، حقوق سلامت جنسی در پیوند با آموزه‌های اخلاقی، دینی و ارزش‌های خانواده تعریف می‌شود و بر مسئولیت متقابل زن و مرد، مشروعیت روابط جنسی در چهارچوب ازدواج و پرهیز از روابط خارج از آن تأکید دارد (۱۶). بنابراین می‌توان گفت که در چهارچوب اسلامی، سلامت جنسی نه صرفاً حق فردی، بلکه وظیفه‌ای اخلاقی و اجتماعی در جهت صیانت از خانواده و سلامت جامعه است.

۲. آزادی جنسی: آزادی جنسی از مفاهیم محوری در نظریه‌های حقوق بشر معاصر است و به معنای حق انسان برای تصمیم‌گیری آزادانه، آگاهانه و بدون اجبار درباره روابط جنسی، شریک زندگی و نحوه ابراز جنسیت خود تعبیر می‌شود. در نگاه جهانی، آزادی جنسی بخشی از حق بر کرامت انسانی و حق بر خودمختاری بدن محسوب می‌شود (۱۷). کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد تصریح می‌کند که «احترام به آزادی جنسی مستلزم تضمین حق حریم خصوصی، منع خشونت و تبعیض جنسی و دسترسی به آموزش و خدمات بهداشتی مرتبط است» (۱۱).

بر اساس دیدگاه‌های مطرح‌شده در گزارش سازمان عفو بین‌الملل، «حق بر آزادی جنسی، شامل آزادی از اجبار، خشونت و تبعیض در تمام اشکال روابط جنسی است» و فقدان آن به نقض بنیادین کرامت انسانی منجر می‌شود (سازمان عفو بین‌الملل، ۲۰۲۰). همچنین پژوهش‌های منتشرشده در مجله بهداشت عفونی (۲۰۱۹ م) نشان

در دیدگاه نظری، برابری جنسیتی نه تنها شامل دسترسی برابر به خدمات بهداشتی است، بلکه دربرگیرنده حق تصمیم‌گیری، آموزش، مشارکت اجتماعی و حق کنترل بر بدن و باروری نیز هست. از منظر جامعه‌شناختی، این مفهوم مبتنی بر تغییر ساختارهای فرهنگی و نهادی است که زنان را از دسترسی برابر بازمی‌دارند (۲۴).

در چهارچوب سلامت جنسی، سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌کند که «برنامه‌های آموزشی و خدمات بهداشتی باید حساس به جنسیت باشند تا بتوانند نابرابری‌ها را کاهش دهند و دسترسی برابر به اطلاعات و مراقبت را تضمین کنند» (۱۰). پژوهش‌های به‌روز نیز نشان می‌دهند که سیاست‌گذاری‌های سلامت جنسی که با رویکرد جنسیتی طراحی می‌شوند، موجب کاهش بارداری‌های ناخواسته، افزایش آگاهی جنسی و کاهش خشونت خانگی می‌گردند (کمیسون بهداشت جهانی، ۲۰۱۹).

در ایران، مفهوم برابری جنسیتی در چهارچوب ارزش‌های اسلامی و اصول اخلاقی تعریف می‌شود. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصول ۲۰ و ۲۱ بر تساوی زن و مرد در برابر قانون و لزوم ایجاد امکانات لازم برای رشد شخصیت زن تأکید دارد، اما در عین حال تفاوت‌های طبیعی و نقش‌های خانوادگی زن و مرد را نیز لحاظ می‌کند. از این منظر، برابری جنسیتی به معنای «عدالت جنسیتی» است نه «تشابه مطلق»، به گونه‌ای که کرامت زن حفظ و نقش محوری او در خانواده تقویت شود (۲۶). همچنین می‌توان بیان داشت، این مسأله پیچیدگی‌های فقهی و قانونی خاص خود را دارد. به طور مثال، در بسیاری از مسائل مرتبط با حقوق زن، نظرات مختلف فقهی وجود دارد که ممکن است در مورد مسائل جنسی و باروری، برابری را به طور کامل به رسمیت نشناسند (۲۷). در فقه اسلامی، حقوق زن و مرد در بسیاری از زمینه‌ها، از جمله ارث، شهادت و حضانت به طور نسبی تفاوت دارند که این تفاوت‌ها در زمینه حقوق جنسی و باروری نیز تأثیرگذار است. علاوه بر این، نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی در ایران

نیز ممکن است مانع از تحقق کامل برابری جنسیتی در زمینه حقوق سلامت جنسی شوند (۲۸).

در نتیجه، از دیدگاه اسلامی، برابری جنسیتی در سلامت جنسی باید در چهارچوب عدالت، عفت و استحکام خانواده تفسیر شود. این تفسیر ضمن پذیرش کرامت ذاتی زنان، بر حفظ مرزهای اخلاقی و جلوگیری از تبدیل آزادی جنسی به بی‌بندوباری تأکید می‌کند. بنابراین الگوی ایرانی - اسلامی برابری جنسیتی، تلفیقی از «حق بر سلامت» و «وظیفه اخلاقی در حفظ بنیان خانواده» است.

۴. **سقط جنین:** سقط جنین از مناقشه‌برانگیزترین موضوعات در حوزه سلامت جنسی و باروری است که در تقاطع حقوق بشر، اخلاق، فقه و پزشکی قرار دارد. سازمان ملل متحد، سقط جنین ایمن را بخشی از حق بر سلامت زنان دانسته و اعلام کرده است که محدودیت‌های شدید قانونی در این زمینه می‌تواند منجر به افزایش مرگ و میر مادران و نقض حق حیات و سلامت شود (۲۹). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، سالانه حدود ۲۵ میلیون مورد سقط جنین ناایمن در جهان رخ می‌دهد که بیش از ۹۷ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸).

در اسناد بین‌المللی، از جمله «برنامه اقدام کنفرانس قاهره درباره جمعیت و توسعه» (۱۹۹۴ م)، بر حق زنان در تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه درباره بارداری و فاصله‌گذاری بین فرزندان تأکید شده است، هرچند در همان سند تصریح می‌شود که اجرای این حق باید با در نظر گرفتن قوانین ملی و ارزش‌های فرهنگی کشورها صورت گیرد (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۹۹۴).

از منظر حقوقی، دو دیدگاه عمده در جهان وجود دارد: دیدگاه «حق بر انتخاب» که سقط را جزئی از خودمختاری بدن می‌داند و دیدگاه «حق بر زندگی» که جنین را دارای حق حیات مستقل تلقی می‌کند. دیدگاه نخست در کشورهای غربی غلبه دارد، در حالی که دیدگاه دوم در جوامع مذهبی از جمله ایران پذیرفته شده است. در فقه اسلامی، جان انسان از لحظه دمیدن روح (حدود ۴ ماهگی) محترم شمرده می‌شود و

سقط جنین پس از این زمان، جز در موارد استثنایی مانند تهدید حیات مادر، جایز نیست (۳۲). به عبارت دیگر، در قوانین ایران، سقط جنین به طور محدود و فقط تحت شرایط خاصی مجاز است، که ممکن است با استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر مغایرت داشته باشد (۱).

در ایران، مقررات مربوط به سقط جنین که پیش‌تر در قانون مجازات اسلامی (۱۳۹۲ ش.) و قانون سقط درمانی (۱۳۸۴ ش.) پیش‌بینی شده بود، به موجب ماده ۷۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (۱۴۰۰ ش.) نسخ گردیده و اکنون وفق ماده ۵۶ همان قانون عمل می‌شود. بر اساس این ماده، سقط جنین تنها در موارد استثنایی مانند تهدید جانی مادر یا ابتلای جنین به ناهنجاری شدید و غیر قابل درمان، پیش از ولوج روح و با رعایت ضوابط شرعی، پزشکی و قانونی مجاز است. هدف قانون‌گذار، ایجاد تعادل میان حمایت از سلامت مادر و حرمت حیات جنین است و این رویکرد با مبانی دینی و اخلاقی جامعه ایران سازگار است (۳۳). در مقایسه با اسناد بین‌المللی که سقط ایمن را به عنوان حق زنان تلقی می‌کنند، چهارچوب حقوقی ایران سقط را استثنایی می‌داند و نشان‌دهنده تفاوت مبنایی دو نظام از حیث فردگرایی و کرامت الهی انسان است.

۵. بارداری: بارداری یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های سلامت جنسی و باروری است که در پیوند مستقیم با حق بر سلامت، حق بر تصمیم‌گیری آزادانه و حق بر کرامت انسانی قرار دارد. سازمان بهداشت جهانی، بارداری ایمن را حالتی می‌داند که در آن «زنان بتوانند بارداری را در شرایطی سالم، داوطلبانه و بدون خطر برای سلامت جسمی و روانی خود تجربه کنند» (۳۴). بر اساس گزارش این سازمان، سالانه بیش از ۲۹۵ هزار زن در جهان به دلیل عوارض بارداری یا زایمان جان خود را از دست می‌دهند که بیش از ۹۰ درصد این موارد قابل پیشگیری‌اند (۳۵).

از منظر حقوق بشر، حق بر بارداری سالم به معنای برخورداری از خدمات بهداشتی، مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان، تغذیه مناسب و دسترسی به اطلاعات و آموزش‌های

مرتبط است (۳۶). در «برنامه اقدام کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره» (۱۹۹۴ م.)، دولت‌ها موظف شده‌اند تا شرایطی فراهم کنند که زنان بتوانند درباره زمان و تعداد فرزندان خود آزادانه تصمیم بگیرند، بدون آنکه سلامت یا زندگی‌شان در معرض خطر قرار گیرد (۳۷).

از منظر نظری، سلامت بارداری در سه بعد قابل بررسی است:

۱- بعد زیستی و پزشکی که شامل مراقبت‌های قبل، حین و بعد از بارداری است؛

۲- بعد اجتماعی و اقتصادی که به عوامل مؤثر بر دسترسی به خدمات بهداشتی و حمایت‌های خانوادگی می‌پردازد؛

۳- بعد حقوقی و فرهنگی که مرتبط با اختیار زن در تصمیم‌گیری درباره بارداری و حمایت قانونی از اوست.

در بسیاری از کشورها، نابرابری‌های جنسیتی، فقر، ازدواج‌های زودهنگام و نبود آموزش جنسی مناسب، از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت بارداری به شمار می‌آیند (۶، ۳۸). فراهم‌آوری خدمات جامع بهداشت باروری، آموزش مادران و حمایت اجتماعی، می‌تواند مرگ و میر مادران را به طور چشم‌گیر کاهش دهد (۳۹).

در جمهوری اسلامی ایران، سلامت بارداری جایگاه ویژه‌ای در سیاست‌های بهداشتی و فرهنگی دارد. نظام سلامت ایران با اجرای طرح‌های مراقبت پیش از بارداری و پایش سلامت مادران در مراکز جامع خدمات بهداشتی، پیشرفت چشم‌گیری در کاهش مرگ و میر مادران داشته است (۴۰). همچنین در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (۱۴۰۰ ش.)، دولت موظف شده است خدمات ویژه‌ای برای حمایت از مادران باردار و تسهیل زایمان ایمن فراهم آورد. با این حال، در فرهنگ اسلامی، بارداری نه صرفاً یک فرایند زیستی، بلکه یک مسئولیت اخلاقی و ارزشی تلقی می‌شود. قرآن کریم در آیه «وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا؛ و انسان را سفارش کردیم که به پدر و مادرش نیکی کند؛ مادرش او را با رنج و سختی حمل کرد و با رنج و سختی نیز او را به دنیا آورد» (۲۰) بر جایگاه والا و فداکاری مادر در دوران بارداری تأکید می‌کند (۴۱).

به حقوق سلامت جنسی نشده است، اما با توجه به اینکه این حقوق به طور مستقیم به رفاه و کرامت انسانی مربوط است، می‌توان آن را جزئی از اصول کلی این اعلامیه به شمار آورد (۴۲). علاوه بر این، اعلامیه جهانی حقوق بشر تأکید می‌کند که تمامی انسان‌ها حق دارند بدون تبعیض از حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برخوردار باشند که این امر به طور غیر مستقیم بر حق دسترسی به خدمات بهداشتی، از جمله سلامت جنسی، تأثیرگذار است (۴۳).

۲-۶. کنوانسیون رفع تمامی اشکال تبعیض علیه زنان: CEDAW: Convention Elimination Discrimination Women که در سال ۱۹۷۹ توسط سازمان ملل متحد به تصویب رسید، یکی از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی برای حمایت از حقوق زنان است. این کنوانسیون به ویژه در زمینه حقوق سلامت جنسی و باروری زنان، حقوق مربوط به تولید مثل و دسترسی به خدمات بهداشتی تأکید دارد (۴۴). ماده ۱۲ این کنوانسیون دولت‌ها را ملزم می‌کند تا دسترسی زنان به خدمات بهداشتی مناسب در زمینه سلامت جنسی و باروری را فراهم کنند. همچنین ماده ۱۴ این کنوانسیون از دولت‌ها می‌خواهد که در مناطقی که زنان روستایی زندگی می‌کنند، به ویژه توجه بیشتری به ارائه خدمات بهداشتی جنسی و باروری داشته باشند (۴۵). در این کنوانسیون، مفاهیمی همچون حق بر تصمیم‌گیری آزادانه در مورد مسائل جنسی و باروری، دسترسی به آموزش‌های جنسی و بهداشتی و جلوگیری از تبعیض‌های جنسی در ارائه خدمات بهداشتی ذکر شده است. این اسناد به طور خاص بر حق زنان در انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری و حق زنان بر سقط جنین ایمن تأکید دارند که این موارد بخش عمده‌ای از حقوق سلامت جنسی به شمار می‌آیند. از آنجا که بسیاری از کشورها به این کنوانسیون ملحق شده‌اند، این حقوق به طور بین‌المللی به رسمیت شناخته شده و دولت‌ها موظف به اجرای آن‌ها هستند (۴۶).

۳-۶. برنامه اقدام کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه: ICPD: International Conference on Population and Development که در سال ۱۹۹۴ در کوالالمپور، مالزی برگزار شد، به عنوان یک سند بین‌المللی مهم در زمینه حقوق سلامت جنسی و باروری شناخته می‌شود. این سند به طور خاص اشاره‌ای

از این رو، در چهارچوب اسلامی، سلامت بارداری مفهومی چندوجهی است که هم بر حمایت اجتماعی از مادر و هم بر ارزش معنوی مادری تأکید دارد. بارداری، در این نگاه، تجلی مسئولیت انسان در قبال تداوم نسل و تربیت نسل صالح است، نه صرفاً انتخاب فردی، بدین ترتیب، در حالی که نظام بین‌المللی بر حق فردی زن برای تصمیم‌گیری در بارداری تأکید دارد، نظام ارزشی ایران بر مسئولیت اخلاقی و اجتماعی او در بستر خانواده و جامعه تأکید می‌ورزد، در نتیجه، تحلیل تطبیقی نشان می‌دهد که سلامت بارداری در ایران در پی ایجاد توازن میان آزادی تصمیم‌گیری و مسئولیت اجتماعی است. این رویکرد، ضمن حفظ کرامت زن و حمایت از سلامت او، بر اهمیت نقش مادری و خانواده به عنوان بنیاد جامعه تأکید می‌کند؛ موضوعی که می‌تواند الگویی متمایز از تعامل میان حقوق بشر و ارزش‌های دینی در حوزه سلامت جنسی ارائه دهد.

۶. اسناد بین‌المللی و حقوق سلامت جنسی

۱-۶. اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م.): اعلامیه جهانی حقوق بشر (UDHR: Universal Declaration of Human Rights) که در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان ملل متحد به تصویب رسید، به عنوان نخستین سند بین‌المللی در زمینه حقوق بشر شناخته می‌شود. این اعلامیه مبنای قانونی بسیاری از اسناد و قراردادهای بین‌المللی دیگر در زمینه حقوق بشر بوده و اصول کلی حقوق بشر را بیان می‌کند. یکی از مهم‌ترین اصول این اعلامیه، حق بر زندگی، آزادی و امنیت شخصی است که شامل حق هر فرد برای دستیابی به سطحی از زندگی است که به سلامت و رفاه او کمک کند. در این راستا، اعلامیه جهانی حقوق بشر به طور غیر مستقیم بر حقوق سلامت جنسی نیز تأکید دارد، چراکه این حقوق به طور مستقیم با رفاه اجتماعی و سلامت فردی ارتباط دارد (۴۱).

ماده ۲۵ این اعلامیه تأکید می‌کند که هر فرد باید از حق برخورداری از یک سطح زندگی مناسب برای خود و خانواده‌اش برخوردار باشد که شامل تأمین سلامت جسمی و روانی می‌شود، هرچند که در این سند به طور خاص اشاره‌ای

Conference Population Development) در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد و یکی از مهم‌ترین کنفرانس‌ها در زمینه جمعیت، توسعه و حقوق بشر بود. در این کنفرانس، برنامه‌ای به نام برنامه اقدام ICPD به تصویب رسید که یکی از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی در زمینه حقوق سلامت جنسی و باروری است. در این برنامه، حقوق سلامت جنسی و باروری به عنوان حق بشر معرفی شد و بر دسترسی به خدمات بهداشتی باروری و جنسی، آموزش جنسی و آگاهی‌بخشی تأکید شد. برنامه اقدام ICPD به طور خاص بر حق زنان و مردان برای تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه در زمینه مسائل جنسی و باروری تأکید می‌کند (۴۷). این سند نه تنها بر لزوم ارائه خدمات بهداشتی در این زمینه‌ها تأکید دارد، بلکه بر حذف تبعیض‌های جنسی و پیشگیری از خشونت‌های جنسی نیز تأکید می‌کند. حق بر تصمیم‌گیری آزادانه در انتخاب تعداد فرزندان و دسترسی به خدمات پیشگیری از بارداری و سقط جنین ایمن از دیگر اصول کلیدی این برنامه هستند (۴۸). این برنامه همچنین از دولت‌ها می‌خواهد که در ارائه خدمات بهداشتی و آموزشی در زمینه سلامت جنسی و باروری به افراد، به ویژه زنان، توجه خاصی داشته باشند و از هرگونه تبعیض در این زمینه جلوگیری کنند (۴۹).

۴-۶. **اعلامیه حقوق جنسی:** اعلامیه حقوق جنسی که توسط انجمن جهانی سلامت جنسی (WAS: World Association for Sexual Health) در سال ۲۰۱۴ به تصویب رسید، یکی از جامع‌ترین و پیشرفته‌ترین اسناد در زمینه حقوق جنسی است. این اعلامیه ۱۶ حق جنسی را تعریف کرده که شامل مواردی همچون حق بر آزادی از خشونت جنسی، حق بر تصمیم‌گیری آزادانه در خصوص روابط جنسی و تولید مثل، حق بر دسترسی به اطلاعات و خدمات مناسب در زمینه سلامت جنسی و بسیاری از حقوق دیگر است (۵۰). اعلامیه حقوق جنسی تأکید می‌کند که هر فرد باید از آزادی جنسی برخوردار باشد، به طوری که هیچ‌گونه فشار اجتماعی، فرهنگی یا قانونی برای محدود کردن این آزادی‌ها وجود نداشته باشد. این سند همچنین بر حق بر

رضایت کامل در روابط جنسی و تأمین امنیت و سلامت جسمی و روانی در این زمینه‌ها تأکید دارد. اعلامیه حقوق جنسی همچنین به مساوات جنسی و دسترسی برابر به خدمات بهداشتی و آموزش جنسی برای تمامی افراد بدون توجه به جنسیت، قومیت، مذهب و وضعیت اجتماعی تأکید می‌کند. این اعلامیه به طور خاص خواستار آموزش جنسی جامع در مدارس و آگاهی‌بخشی در خصوص حقوق جنسی و باروری است (۵۱).

۵-۶. **سازمان بهداشت جهانی و اصول سلامت جنسی:** سازمان بهداشت جهانی (WHO: World Health Organization) به طور مستمر بر اهمیت سلامت جنسی تأکید می‌کند و در سال ۲۰۰۶ در گزارشی تحت عنوان «تعریف سلامت جنسی» بیان کرد که سلامت جنسی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با جنبه‌های مختلف جنسی است. WHO در این گزارش تأکید دارد که این مفهوم فراتر از عدم وجود بیماری‌های جنسی است و باید شامل رفاه روانی و اجتماعی فرد نیز باشد. WHO همچنین بر حق بر روابط جنسی رضایت‌بخش و بدون خشونت، دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری و آموزش جنسی تأکید دارد. این سازمان همچنین نقش مهمی در پیشبرد اهداف سلامت جنسی در سطح جهانی دارد و برنامه‌هایی برای ارتقای آگاهی و آموزش در این زمینه در کشورهای مختلف اجرا می‌کند (۵۲).

۷. **بررسی تطبیقی بین اسناد بین‌المللی و قوانین ایران:** اسناد بین‌المللی حقوق بشر - از جمله اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م.)، کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان (سیداو) (۱۹۷۹ م.) و برنامه اقدام کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (قاهره) (۱۹۹۴ م.) - به طور روشن، سلامت جنسی و باروری را به عنوان بخشی از نظام حقوق بشر به رسمیت می‌شناسند و بر «دسترسی برابر و بدون تبعیض» به خدمات، اطلاعات و آموزش‌های مرتبط تأکید می‌کنند (۳۱، ۴۳، ۵۳). ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر «حق برخورداری از سطح زندگی مناسب برای سلامت و رفاه» را

بیان می‌کند که به طور معقول، خدمات بهداشتی مرتبط با سلامت جنسی و باروری را دربر می‌گیرد (۴۳)، هرچند این اعلامیه به طور خاص واژه «سلامت جنسی» را به کار نمی‌برد، اما اصولی چون حمایت از کرامت انسانی، آزادی از خشونت، برابری و اختیار آگاهانه به عنوان زیربناهای این حوزه تبیین شده‌اند (۱۵).

در سیداو، ماده ۱۲ دولت‌ها را موظف می‌کند تا تبعیض علیه زنان در دسترسی به خدمات بهداشت - از جمله مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان - را از میان بردارند؛ «توصیه عمومی شماره ۲۴» نیز بر جمع‌آوری داده تفکیک‌شده جنسیتی، رفع موانع فرهنگی/ اقتصادی و ارائه خدمات قابل قبول و باکیفیت تأکید می‌کند (۵۳).

برنامه اقدام قاهره نقطه عطفی در گذار از نگاه صرفاً خدماتی به نگاه «حق‌محور» است: زوجها و افراد «حق دارند آزادانه و مسئولانه» درباره تعداد و فاصله فرزندان تصمیم بگیرند و برای تحقق این حق به اطلاعات، آموزش و وسایل لازم دسترسی داشته باشند؛ در عین حال، اجرای این اهداف باید «با قوانین ملی و ارزش‌های فرهنگی» هم‌ساز شود (۳۱).

در سطح تبیین‌های حقوقی جدید، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل در «تفسیر عمومی شماره ۲۲ (۲۰۱۶ م.)» (۵۴) تصریح می‌کند که سلامت جنسی و باروری بخش جدایی‌ناپذیر «حق بر سلامت» (ماده ۱۲ میثاق) است و دولت‌ها باید قوانین تبعیض‌آمیز را اصلاح و خدمات را طبق معیار AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality) (دسترسی‌پذیری، مقبولیت فرهنگی، کفایت، کیفیت) فراهم کنند (۵۴).

از منظر هنجاری تخصصی، سازمان جهانی بهداشت سلامت جنسی را «وضعیتی از رفاه جسمی، هیجانی/ روانی و اجتماعی در ارتباط با جنسیت» می‌داند - نه صرفاً فقدان بیماری - و بر روابط محترمانه، رضایتمندانه و عاری از اجبار/ تبعیض/ خشونت تأکید می‌کند (۱۰).

در ایران، تلقی از سلامت جنسی و باروری در چهارچوب فقه اسلامی، اخلاق دینی و تحکیم خانواده صورت‌بندی می‌شود.

پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهند که حتی در تعریف مفهومی «سلامت جنسی»، متخصصان ایرانی بر عناصر فرهنگی و دینی در کنار شاخص‌های پزشکی تأکید می‌کنند (۱۵).

در حوزه قانون‌گذاری، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (۱۴۰۰ ش.) و سیاست‌های اخیر جمعیتی با هدف افزایش نرخ زاد و ولد، برخی دسترسی‌ها به خدمات پیشگیری از بارداری در بخش دولتی را محدود کرده‌اند (۵۵)؛ گزارش‌های حقوق بشری بین‌المللی این تحولات را در تعارض با الزامات حق بر سلامت جنسی و باروری تفسیر کرده‌اند (۵۶-۵۷).

از سوی دیگر، جرم‌انگاری روابط جنسی خارج از ازدواج در قوانین کیفری ایران، به عنوان بخشی از نظام ارزشی و فقهی، با قرائت‌های «آزادی جنسی» در برخی اسناد و تفاسیر بین‌المللی تفاوت دارد. در ادبیات فقهی و حقوق کیفری ایران، حمایت از خانواده، عفت عمومی و حرمت جان (به ویژه در باب سقط جنین پس از ولوج روح) اصول راهنما هستند و استثنایا (مانند خطر قطعی برای جان مادر) به صراحت در فتاوی و برخی مقررات (مانند قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ۱۴۰۰ ش.) پیش‌بینی شده‌اند (۵۸).

به موازات این‌ها، در ادبیات سیاست‌گذاری داخلی، پژوهش‌های حقوقی و سیاست عمومی به چالش‌های اجرایی قانون ۱۴۰۰ (از جمله تعارض‌های نهادی، ظرفیت نظام سلامت و پیامدهای ناخواسته برای عدالت سلامت) اشاره کرده‌اند (۵۹).

جمع‌بندی تحلیلی این است که: اسناد بین‌المللی (اعلامیه ۱۹۴۸ م.، سیداو، قاهره، تفاسیر عمومی ۱۴ و ۲۲) چهارچوبی حق‌محور برای سلامت و حقوق جنسی و باروری (SRHR: Sexual and Reproductive Health and Rights) ارائه می‌کنند؛ در مقابل، الگوی ایران مسئولیت‌محور و خانواده‌محور است که مشروعیت روابط جنسی را در چهارچوب ازدواج و مصالح عمومی/ اخلاقی مقدم می‌داند. بنابراین ارزیابی تطبیقی باید تمایز «هنجارهای جهانی حق‌محور» و «هنجارهای بومی

نتیجه‌گیری

سلامت جنسی به عنوان یکی از ارکان بنیادین سلامت انسان، پیوندی عمیق با کرامت انسانی، آزادی اراده و عدالت اجتماعی دارد. در قرن بیست و یکم، مفهوم سلامت جنسی در سطح جهانی به گونه‌ای توسعه یافته که نه تنها شامل بعد جسمی، بلکه دربرگیرنده ابعاد روانی، اجتماعی و فرهنگی نیز هست. این تحول نشان می‌دهد که نگاه صرفاً پزشکی یا زیست‌شناختی دیگر پاسخگوی نیازهای جوامع بشری در این زمینه نیست و سلامت جنسی باید در چهارچوبی چندبعدی، متکی بر ارزش‌های انسانی، فرهنگی و اخلاقی تحلیل شود. با این حال، بررسی تطبیقی میان دیدگاه‌های بین‌المللی و نظام حقوقی و فرهنگی ایران، بیانگر تفاوتی بنیادین در فلسفه و اهداف این دو نظام است. در نظام بین‌المللی، سلامت جنسی به مثابه حقی از حقوق بشر معرفی می‌شود که بر آزادی فرد در تصمیم‌گیری درباره بدن و روابط جنسی، دسترسی برابر به آموزش و خدمات بهداشتی و رفع تبعیض‌های جنسیتی استوار است. در این نگرش، انسان به عنوان موجودی خودمختار و آزاد فرض می‌شود که حق دارد بی‌آنکه محدود به قیود دینی یا اخلاقی خاصی باشد، درباره مسائل جنسی خود تصمیم بگیرد. این برداشت، گرچه بر پایه کرامت انسان و رفع نابرابری‌ها شکل گرفته، اما از منظر جوامع دینی، از جمله ایران، نوعی رویکرد فردگرایانه و گاه تقلیل‌گرایانه به ماهیت انسان دارد.

در مقابل، نظام اسلامی و فرهنگی ایران سلامت جنسی را نه به معنای آزادی مطلق جنسی، بلکه در چهارچوب خانواده، مسئولیت‌پذیری و حفظ کرامت انسان تعریف می‌کند. در این نگرش، رابطه جنسی تنها در بستر ازدواج مشروع معنا دارد و هر نوع رابطه خارج از آن، نه تنها تهدیدی برای سلامت اخلاقی فرد و جامعه تلقی می‌شود، بلکه به فروپاشی بنیان خانواده و تضعیف انسجام اجتماعی نیز منجر خواهد شد. آموزه‌های دینی با تأکید بر عفت، وفاداری، احترام متقابل و سلامت روانی، بر آن‌اند که سلامت واقعی تنها زمانی محقق می‌شود که میان لذت، اخلاق و مسئولیت تعادل برقرار گردد. این

اخلاق‌محور را صریح سازد و در عین اختلاف‌ها، نقاط هم‌پوشان - مثل ارتقای سلامت مادران، کاهش مرگ و میر مادری، پیشگیری از بیماری‌ها و آموزش مبتنی بر شواهد در چهارچوب فرهنگی - را برجسته کند. این رویکرد امکان تقریب هنجاری را فراهم می‌آورد: به کارگیری معیار AAAQ در طراحی خدمات، اما با تطبیق فرهنگی/شرعی در سطوح آموزش، محتوا و اجرا (۱۰، ۳۱، ۵۴).

از دیدگاه نگارنده، گرچه اسناد بین‌المللی در زمینه سلامت جنسی، رویکردی جهانی و مبتنی بر اصول جهان‌شمول حقوق بشر دارند، اما یکسان‌سازی فرهنگی در این حوزه ممکن نیست. سلامت جنسی در جوامع اسلامی - از جمله ایران - در بستر ارزش‌های دینی، خانوادگی و اخلاقی تعریف می‌شود و هدف نهایی آن نه صرفاً لذت جنسی، بلکه دستیابی به تعادل میان جسم، روان، اخلاق و اجتماع است. بنابراین اگرچه مفاهیمی چون «حق بر سلامت»، «دسترسی برابر» و «آموزش جنسی» در سطح نظری قابل پذیرش‌اند، اما محتوای اجرایی آن باید متناسب با فرهنگ بومی و احکام شرعی تنظیم گردد. در واقع، نقد اسناد بین‌المللی نه در اصل «حق‌مداری» آن‌ها، بلکه در نوع برداشت از آزادی جنسی و مرزهای اخلاقی است. از دیدگاه اسلامی، آزادی مطلق جنسی به فروپاشی خانواده و تضعیف بنیان جامعه منجر می‌شود (۶۰). در مقابل، آموزه‌های دینی بر مسئولیت‌پذیری در روابط، صیانت از کرامت زن و قداست ازدواج تأکید دارند. بنابراین هم‌گرایی با اسناد بین‌المللی باید با حفظ استقلال هنجاری و فرهنگی صورت گیرد. به باور نگارنده، سلامت جنسی اسلامی می‌تواند رویکردی جامع ارائه دهد که در آن سلامت جسم، روان و اخلاق انسان توأمان مورد توجه قرار گیرد. چنین الگویی نه در تضاد با حقوق بشر جهانی، بلکه در تکامل آن است، زیرا بر پایه عدالت، کرامت و مسئولیت بنا شده و از تقلیل انسان به بعد جسمانی جلوگیری می‌کند.

دیدگاه، برخلاف آنچه گاه در گفتمان‌های غربی به عنوان محدودیت تفسیر می‌شود، در واقع بر توازن میان آزادی و اخلاق استوار است و می‌کوشد آزادی را در خدمت سلامت و تعالی انسان قرار دهد. در حوزه حقوقی، جمهوری اسلامی ایران تلاش کرده است تا در قالب قوانین خانواده، سیاست‌های جمعیتی و برنامه‌های بهداشتی، سلامت جنسی را در راستای تحکیم بنیان خانواده و صیانت از ارزش‌های اخلاقی سامان دهد. با وجود موفقیت‌هایی در کاهش مرگ و میر مادران، افزایش دسترسی به مراقبت‌های بارداری و توجه به سلامت روانی خانواده، همچنان چالش‌هایی در زمینه آموزش جنسی، آگاهی‌بخشی عمومی و ایجاد زبان علمی مشترک برای گفتگو درباره مسائل جنسی وجود دارد. این چالش‌ها، نه ناشی از مخالفت فرهنگی با سلامت جنسی، بلکه به دلیل حساسیت اجتماعی و ترس از نفوذ الگوهای فرهنگی بیگانه است.

در مقابل، اسناد بین‌المللی بر ضرورت آموزش جنسی همگانی، سقط جنین ایمن، دسترسی آزاد به وسایل پیشگیری از بارداری و آزادی در روابط تأکید دارند. در نگاه نخست، این توصیه‌ها با برخی از ارزش‌های دینی و فرهنگی ایران در تعارض به نظر می‌رسند، اما در لایه‌های عمیق‌تر، می‌توان دریافت که اهداف اصلی هر دو رویکرد - یعنی حفظ سلامت جسمی و روانی انسان، کاهش خشونت جنسی و احترام به کرامت فرد - در اساس یکسان است. اختلاف اصلی در ابزارها، روش‌ها و محدوده‌های اخلاقی است. از دیدگاه تحلیلی، راه حل مناسب برای ایران نه در تقابل مطلق با اسناد جهانی است و نه در پذیرش بی‌چون و چرای آن‌ها، بلکه در اتخاذ رویکردی تلفیقی و انتقادی نهفته است؛ رویکردی که ضمن پذیرش اصول جهانی حقوق بشر، آن را با مبانی فرهنگی، دینی و اجتماعی جامعه ایرانی تطبیق دهد. چنین رویکردی مستلزم بازتعریف مفاهیم کلیدی مانند «حق بر بدن»، «برابری جنسیتی» و «آزادی جنسی» در چهارچوب اخلاق اسلامی است. در این چهارچوب، آزادی نه به معنای رهایی از مسئولیت، بلکه به معنای توان انتخاب آگاهانه در مسیر کمال انسانی در نظر گرفته می‌شود.

تجربه عملی ایران در حوزه بهداشت مادران، تنظیم خانواده و مراقبت‌های دوران بارداری نشان می‌دهد که تلفیق میان علم پزشکی مدرن و ارزش‌های دینی ممکن و حتی ثمربخش است. در واقع، ایران می‌تواند الگویی از «سلامت جنسی اسلامی» ارائه دهد که در آن، انسان موجودی چندبعدی است: دارای نیاز جسمی، اما هدایت‌شده به سوی تعالی اخلاقی و معنوی. در این الگو، روابط جنسی نه هدف نهایی، بلکه وسیله‌ای برای تقویت محبت، ثبات خانوادگی و سلامت روانی است. از منظر اجتماعی، باید پذیرفت که سلامت جنسی تنها با اصلاح قانون یا صدور بخشنامه محقق نمی‌شود، بلکه نیازمند تغییر تدریجی در نگرش‌ها، گفتمان عمومی و شیوه‌های آموزش است. جامعه‌ای که درباره مسائل جنسی سکوت می‌کند، عملاً فضا را برای گسترش انحرافات و آسیب‌ها باز می‌گذارد. بنابراین آموزش جنسی باید وجود داشته باشد، اما محتوای آن باید با فرهنگ، دین و حساسیت‌های جامعه همخوانی داشته باشد. آموزش مبتنی بر اخلاق، احترام به خود و دیگری، پیشگیری از خشونت و آزار جنسی و مسئولیت‌پذیری در روابط، می‌تواند با اصول اسلامی کاملاً سازگار باشد و در عین حال سلامت عمومی را ارتقا دهد.

در سطح سیاست‌گذاری نیز، لازم است تعارض میان ارزش‌های دینی و الزامات بین‌المللی با گفتگوی میان‌رشته‌ای میان فقها، حقوق‌دانان، جامعه‌شناسان و متخصصان بهداشت مدیریت شود. رویکردهای جزمی و دوگانه - که یک‌سو تماماً پذیرنده و سوی دیگر کاملاً طردکننده است - هیچ‌کدام راهگشا نیستند. آنچه نیاز است، نگاهی گفتگومحور و تطبیقی است که بتواند اصول جهانی حقوق بشر را از فیلتر ارزش‌های بومی عبور دهد و به مدلی بومی و مستقل دست یابد. از منظر نویسنده، ایران می‌تواند با اتکا به منابع غنی فقه اسلامی و تجربه علمی پزشکان و جامعه‌شناسان خود، الگویی جدید از حقوق سلامت جنسی ارائه دهد؛ الگویی که نه تقلیدی از الگوهای غربی است و نه بسته در حصار سنت، بلکه ترکیبی از علم، اخلاق و ایمان. در چنین الگویی، سلامت جنسی نه به معنای آزادی از قید، بلکه به معنای سلامت در قید تعهد است. انسان در این نگاه،

صاحب اختیار بدن خویش است، اما مسئول در برابر خدا، جامعه و خانواده نیز هست.

در نهایت، می‌توان گفت که هرچند اسناد بین‌المللی در زمینه سلامت جنسی گامی بزرگ در جهت گسترش حقوق بشر و عدالت اجتماعی محسوب می‌شوند، اما بدون در نظر گرفتن بافت فرهنگی و اخلاقی جوامع مختلف، قابلیت اجرا و پذیرش کامل را نخواهند داشت. جهان امروز نیازمند تنوع رویکردها و احترام متقابل میان نظام‌های ارزشی است. گفتگوی میان تمدن‌ها و ادیان در حوزه سلامت جنسی می‌تواند به فهم مشترک‌تری از کرامت انسان منجر شود، فهمی که در آن، انسان نه ابزار لذت، بلکه محور اخلاق و سلامت است. ایران، با پیشینه غنی فرهنگی و دینی خود، می‌تواند پیشگام شکل‌دهی به گفتمان جدیدی باشد که در آن سلامت جنسی از حصار تقابل بیرون آمده و به عرصه تعامل میان ارزش‌های جهانی و بومی تبدیل شود. چنین گفتمانی می‌تواند الگویی الهام‌بخش برای کشورهای اسلامی و حتی برای اصلاح نگرش‌های جهانی نسبت به رابطه میان دین، اخلاق و سلامت باشد. در این مسیر، بازنگری علمی در قوانین داخلی، تبیین دقیق فقهی از مفاهیم نوین سلامت و تربیت متخصصانی که هم به علم و هم به اخلاق مسلط باشند، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در جمع‌بندی نهایی، سلامت جنسی در ایران باید بر مبنای اصولی شکل گیرد که هم به کرامت انسان وفادار باشد و هم به ارزش‌های دینی و فرهنگی جامعه. آزادی و اخلاق، علم و ایمان، حقوق و مسئولیت باید در تعادل قرار گیرند. تنها در چنین صورتی است که می‌توان گفت سلامت جنسی نه امری وارداتی، بلکه بخشی از هویت انسانی و اجتماعی ملت ایران است؛ هویتی که می‌تواند الگویی از هم‌زیستی میان ایمان، عقلانیت و حقوق بشر در جهان معاصر ارائه دهد.

مشارکت نویسندگان

مهدی حبیبی تبار: جمع‌آوری منابع، نگارش مقاله و انجام اصلاحات آن.

جواد نیک‌نژاد: نظارت بر نگارش متن مقاله و اصلاحات آن.

مهدی اسماعیلی: جمع‌آوری منابع و نظارت بر انجام اصلاحات. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در تحقیق و نگارش این مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

- Shafi'i Sarvestani E. A comparative study of the concept and theoretical foundations of "sexual health" in International documents and Islamic teachings. *Semiannual Journal of Comparative Jurisprudence Studies on Women and Family*. 2022; 1(1): 8-38. [Persian]
- Rostami S. Women's Reproductive Rights in Iranian Regulations and International Documents. *MLJ*. 2023; 17(58): e51. [Persian]
- Fakour H, Kokabi Saghi F. The Law on Family Support and Population Rejuvenation and its Negative Effects on the Right to Health. *Child Rights*. 2022; 4(14): 63-73. [Persian]
- Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sigaldehy S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J*. 2015; 73(3): 210-220. [Persian]
- Alizadeh-Siuki H, Mirkazehi Rigi K, Jadgal M S. Factors Related to Sexual Satisfaction in Women Referred to Comprehensive Health Services Centers in Torbat Heydariyeh, Razavi Khorasan Province, Iran, Using the PRECEDE Model. *Qom Univ Med Sci J*. 2024; 18(1): 2851. [Persian]
- World Health Organization (WHO). *Global Reports on Sexual and Reproductive Health*. Geneva: WHO; 2025.
- Riedel E. The Right to Health under the ICESCR. Edited by Arnauld A, Decken K, Susi M. In: *The Cambridge Handbook of New Human Rights: Recognition, Novelty and Rhetoric*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
- Saberizafarghandi MB, Foroutan SK, Ghorbali A, Matinpoor B. An Indigenized Definition of Sexual Health: An Approach to Promote Sexual Health in Iran. *Iran J Cult Health Promot*. 2025; 9(2): 221-227. [Persian]
- Javid E, Niavarani S. The Scope of the Right to Health in the International Human Rights. *Journal of Public Law Research*. 2014; 15(41): 47-70. [Persian]
- World Health Organization (WHO). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*. Geneva: WHO; 2006.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *Born Free and Equal: Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics in International Human Rights Law*. 2nd ed. Geneva: United Nations; 2019.
- Alekajbaf H. Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills. *MLJ*. 2013; 7(24): 139-170. [Persian]
- United Nations. *United Nations Millennium Declaration*. New York: United Nations; 2000.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Sexual rights: An IPPF declaration*. London: IPPF; 2008. Principle 1, the Right to Sexuality and the Highest Attainable Standard of Health; p.9-11.
- Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sigaldehy S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J*. 2015; 73(3): 210-220. [Persian]
- Mesbah Yazdi MT. *The Role of Women in Family and Society*. Qom: Imam Khomeini Educational and Research Institute; 2004. p.88-92. [Persian]
- Mikaeili N, samadifard HR. Correlation of Sexual Health with Irrational Beliefs, Mindfulness and Perfectionism in Couples. *JHPM*. 2021; 10(2): 53-63. [Persian]
- UN General Assembly. *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Goal 3, Target 3.7 p.16-17.
- Rahimi F, Madani Y, Shahmoradi S. Explaining the Process, Injuries and Factors Affecting Rape in Women: A Grounded Theory Study. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2024; 14(1): 16-28. [Persian]
- The Holy Quran. Nesa: 32; Ahghaf: 15.
- Hasanzadeh A, Hasanzadeh MJ. Investigating white marriage in Iranian statutory law. *Tehran: 6th International & National Conference on Management Studies, Accounting & Law*; 2022. p.117-134. [Persian]
- UN General Assembly. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Goal 3, Target 3.7 p.16-17.
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). *Economic and Social Survey of Asia and the Pacific 2021: Towards a sustainable and resilient future after COVID-19*. Bangkok: United Nations; 2021. Chapter 3, Building forward better: Social protection and health systems; p.85-87.
- Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. *Accelerate progress - Sexual and*

reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018; 391(10140): 2642-2692.

25. World Health Organization, United Nations General Assembly. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: "Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World". Geneva: World Health Organization; 2019. Paragraph 68, Sexual and Reproductive Health-Care Services; p.11-12.

26. Javadi Amoli A. Woman in the Mirror of Divine Beauty and Majesty. Qom: Esra Publications; 2009. p.45-48. [Persian]

27. Hoseini Akbarnejad H. Analytical-critical study of gender mainstreaming in the practice of international institutions. Women's Strategic Studies. 2022; 24(95): 31-61. [Persian]

28. Damari B, Akrami F. Sexual Health Challenges in Iran and the Strategies for its Improvement. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(2): 216-233. [Persian]

29. Nosrati F, Karimi FZ, Afiat M, Emami Moghadam Z. An Overview of the Various Dimensions of Abortion in International Human Rights Documents. Navid No. 2021; 24(77): 98-107. [Persian]

30. World Health Organization (WHO). International statistical classification of diseases and related health problems. 11th ed. Geneva: World Health Organization; 2018. Chapter 17, Conditions Related to Sexual Health, p.14-16.

31. United Nations Population Fund (UNFPA). Programme of Action of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994). New York: UNFPA; 1994. Chapter VII, Reproductive Rights and Reproductive Health, p.43-45.

32. Rashidpouraie R, Sharifi M N, Rashidpouraie M. Abortion Laws and Regulations in Iran and European Countries during the COVID-19 Pandemic. J Arak Uni Med Sci. 2020; 23(5): 686-697. [Persian]

33. Sotoudeh H, Moghimi Haji A. A review of the law of medical abortion in the light of the rule of denial of embarrassment. Women's Strategic Studies. 2020; 22(88): 97-119. [Persian]

34. World Health Organization, United Nations General Assembly. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: "Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World". Geneva: World Health Organization;

2019. Paragraph 68, Sexual and Reproductive Health-Care Services, p.11-12.

35. Nourizadeh R, Daneshkohan A, Bakhtari Aghdam F. Women's rights in pregnancy and child birth. MLJ. 2012; 6(21): 171-186. [Persian]

36. United Nations Population Fund (UNFPA). UNFPA annual report 2020: My body is my own - claiming the right to autonomy and self-determination. New York: UNFPA; 2020. Chapter 2, Ensuring Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights, p.12-14.

37. Berro Pizzarossa L. Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. Laws. 2018; 7(3): 29-42.

38. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, Zhang J, Mori R, Baguiya A, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. The Lancet Global Health. 2024; 12(2): e306-e316.

39. Satti H, Mphunga L, Melone MH, Lukela B, Al-Sheykh Mobarak GH, Seung KJ, et al. Comprehensive Approach to Improving Maternal Health and Achieving MDG 5: Report from the Integrated Maternal Health Program in Lesotho. PLoS ONE. 2012; 7(8): e42700.

40. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). National guideline for sexual and reproductive health services in Iran. Tehran: MOHME; 2020. Chapter 2, Provision of Sexual Health Care and Counseling for Couples, p.28-32. [Persian]

41. Azizi A. The Civil Responsibility of the Guardian Organizations in the Field of Maternal Health in the "Youthful Population and Protection of the Family" Legislation Approved in 2021 in the Light of the Components of the Right to Health. JMCIRI. 2024; 42(1): 39-52. [Persian]

42. Hatam N, Khammarnia M, Ghorbanian A. The Relationship between Gender Inequality and Health Service Coverage in the Member Countries of the United Nations. Sadra Medical Journal. 2014; 2(1): 21-30. [Persian]

43. UN General Assembly. Universal Declaration of Human Rights. Resolution 217 A (III). Paris: United Nations; 1948. Art.25.

44. Homayoun Mesbah SH. A look at international conventions on women's rights. Hawzah Journal. 2012; 29(163-164): 122-160. [Persian]

45. UN General Assembly. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. United Nations Treaty Series. New York: United Nations; 1979. Art.12, Art.16(1)(e) Vol.1249 p.13-14, 16.
46. Jalali M, Basiri MA, Baninajarian S. Necessity of Iran's Accession to 1979 Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Journal of Comparative Law. 2006; 55: 77-102. [Persian]
47. Ghadiri M. Right to Found a Family and Access to ARTs in the Light of International Human Rights Law. MLJ. 2016; 10(36): 11-35. [Persian]
48. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994). New York: United Nations; 1995. Report No.A/CONF.171/13/Rev.1. Chapter VII, Reproductive Rights and Reproductive Health, p.43.
49. Tohidi A. Evolution of women's rights and family in international, regional and national Acts. Women's Strategic Studies. 2012; 15(57): 7-52. [Persian]
50. World Association for Sexual Health (WAS). Declaration of sexual rights. Minneapolis: WAS; 2014 Mar 1. Art.12, The Right to Information, Education and Sexual Health Care, p.3-4.
51. Khosrooshahi GH, Yaraghi S. A Critical Review of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women in Regards to the Bill of Socio-political Rights of Women in Islamic Republic of Iran. Women's Strategic Studies. 2014; 16(62): 147-175. [Persian]
52. Hedyeh Riazi, Sahar Banoo Zadeh, Abbas Moghim Beigi, Leila Amini. The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. Payesh. 2013; 12(4): 367-374. [Persian]
53. Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). General recommendation No.24: Art.12 of the Convention (women and health). In: Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. New York: United Nations; 1999. Report No.A/54/38/Rev.1. Paragraph 11, 18, 23, p.3-6.
54. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General comment No.22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (Art.12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York: United Nations; 2016 May 2. Report No.E/C.12/GC/22. Paragraph 11-14, 28, p.4-5, 8.
55. Majd F, Jamshidi Rad MS, Amirpour H, Jafari G. Legal Analysis of Government Intervention in Family Planning: The Youth Population Law. Journal of Civil Law Knowledge. 2026; 14(2): 115-132 [Persian]
56. Human Rights Watch (HRW). Iran: "Just look at how many children": The social and health impacts of Iran's population growth laws. New York: Human Rights Watch; 2021 Nov. Chapter 3, Restrictions on Sexual and Reproductive Health Care, p.15-18.
57. United Nations Population Fund (UNFPA). UNFPA annual report 2023: Ensuring rights and choices for all. New York: UNFPA; 2024. Chapter 1, Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights; 2023. p.18-21.
58. Falah-Nejad A. Iranian Criminal Law and the Criminalization of Illicit Sexual Relations. Tehran: Mizan Publications; 2017. p.112-115. [Persian]
59. Taghizadeh A, Mansourizadeh K, Mousavi SS. Measuring the Capacity of the Family Protection and Youth Population Growth Law to Realize the General Policies of Social Security: With an Emphasis on the Issue of Childbearing. Journal of Legal Research. 2025; 24(61): 413-442. [Persian]
60. Beigi J, Teymouri M. Criminalization of Behaviors Contrary to Population Growth and Childbearing in the Law Supporting the Family and the Youth of the Population. Governance of Population and Family. 2024; 1(2): 147-163. [Persian]