Journal of Criminal Law Research
Spring 2026, 13 (54), 111-138
Jclr.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/jclr.2026.91204.2847

ATU PRESS

Original Research
Received: 31/10/2025 *** Accepted: 29/01/2026
ISSN: 2345-3575
eISSN: 2476-6224

A Legal Analysis of the Status of Pregnant Women with Substance Use Disorders in the Iranian Legal System

Alimorad Heidari — Associate Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Saiede Fakhri ❋ — M.A., Department of Criminal Law of Children and Adolescents, Law Department, Faculty of Theology and Law, Hazrat Masoumeh University, Qom, Iran

Extended Abstract

Introduction

Substance use among pregnant women constitutes one of the most complex and multidimensional problems facing contemporary legal and public health systems, as it simultaneously involves medical, social, economic, and legal dimensions. Substance use disorder is a chronic, relapsing medical condition rather than a purely voluntary behavior. It develops progressively, disrupts the brain's reward and motivational pathways; it is influenced by individual vulnerability, the

❋ Corresponding Author: Saeedehfaxri@gmail.com
How to Cite: Heidari, A., & Fakhri, S. (2026). A legal analysis of the status of pregnant women with substance use disorders in the Iranian legal system. *Journal of Criminal Law Research*, 14(54), -. https://doi.org/10.22054/jclr.2026.91204.2847

type of substance used, and patterns of consumption. When substance use disorder occurs during pregnancy, the risks increase substantially for both the mother and the fetus. A growing body of public health research consistently demonstrates that harm reduction and treatment-oriented interventions produce better maternal and fetal outcomes than purely punitive approaches. Nevertheless, pregnant women who use drugs frequently underutilize or entirely avoid prenatal care, postpone seeking treatment, and conceal their substance use because of fears of social stigma, legal consequences, loss of child custody, or involuntary referral to compulsory treatment facilities. Such avoidance does not protect the fetus; rather, by keeping women outside the healthcare system, it increases the risk of adverse outcomes for both mother and child.

Within the Iranian legal system, the response to this particularly vulnerable population remains predominantly punitive, reflecting the criminalization embedded in the Islamic Penal Code (2013) and the Anti-Narcotics Law. Neither legal framework recognizes pregnancy as a distinct legal status warranting specialized protective measures or treatment-oriented responses. Although the Constitution, particularly Articles 10 and 21—together with non-binding instruments such as Article 142 of the Charter of Women's Rights and Responsibilities—expresses a general commitment to protecting women and families, these provisions remain largely aspirational because they lack effective implementation and enforcement mechanisms. Consequently, the absence of a distinct criminal policy creates a significant gap between the constitutional guarantees to protect mothers and children and the realities experienced by pregnant women with substance use disorders within Iran's criminal justice and healthcare systems.

This study aimed to undertake a legal analysis of the status of pregnant women who use drugs within the Iranian legal system, trying to identify the structural gaps, internal inconsistencies, and shortcomings

that exist across the criminal, healthcare, and social support legislation. More specifically, the research sought to assess the extent to which the Iranian legal system has succeeded in balancing three interrelated objectives: protecting the health and well-being of pregnant women, safeguarding the interests and health of the fetus, and advancing the state's broader policy of combating drug use. The analysis further examined whether existing legal mechanisms—including the Therapeutic Abortion Act, the Law on Family Support and Population Rejuvenation, and Article 1173 of the Civil Code governing child custody—provide adequate and appropriately differentiated protection for this particularly vulnerable population. The study is based on the hypothesis that the predominance of a punitive, criminal approach—coupled with the absence of a distinct criminal policy and specialized treatment and support measures for pregnant women who use drugs—has exacerbated their vulnerability, reinforced social stigma, reduced their willingness to seek medical treatment, and ultimately undermined effective protection for both the mother and the fetus.

Materials and Methods

The present study adopted a qualitative, descriptive–analytical, and interdisciplinary approach, drawing on legal, public health, and sociological perspectives. The data was collected through a documentary and library research protocol which involved a critical analysis of primary legal sources, including the Islamic Penal Code (2013), the Anti-Narcotics Law and its amendments, the Therapeutic Abortion Act, the Law on Family Support and Population Rejuvenation, Article 1173 of the Civil Code, relevant constitutional provisions, and the Charter of Women's Rights and Responsibilities. These sources were examined alongside scholarly literature, as well as empirical public health research on substance use during pregnancy. The analysis proceeded in two stages. First, it identified

the absence of specialized legal protections for pregnant women who use drugs, highlighting the lack of a distinct criminal policy, the continued predominance of the punitive approach, and the ambiguity surrounding the relationship between maternal criminal liability and fetal protection. Second, it explored the practical barriers that prevent these women from accessing treatment, including fear of social stigma, criminal prosecution, and the loss of child custody.

Results and Discussion

The Iranian criminal law does not recognize pregnancy as a distinct legal status requiring specialized protective measures or treatment-oriented interventions. Existing mechanisms of leniency (e.g., deferred sentencing, suspended punishment, and alternatives to imprisonment) are general in scope, discretionary in application, and not specifically tailored to the needs of pregnant women who use drugs. Although fetal protection is pursued primarily through punitive legal measures, this approach is inherently counterproductive. When pregnant women avoid prenatal care or substance use treatment because of fears of prosecution, social stigma, or the loss of child custody, both maternal health and fetal well-being are placed at greater risk. The analysis also identified a significant legal ambiguity concerning the relationship between maternal criminal liability and fetal protection. In particular, establishing the requisite mens rea for criminal liability is problematic when continued substance use results from physical and psychological dependence rather than the intent to harm the fetus.

Furthermore, the results yielded insights on three principal barriers that discourage pregnant women from seeking treatment. First, social stigma—operating at the structural, interpersonal, and internalized levels—encourages women to conceal their substance use. Second, fear of criminal prosecution discourages full disclosure to healthcare providers, thereby compromising accurate clinical assessment and

appropriate treatment. Third, fear of losing child custody under Article 1173 of the Civil Code constitutes a powerful deterrent. Although the loss of custody is neither automatic nor mandatory and depends on a case-by-case judicial assessment of harm, the mere possibility of judicial intervention is often sufficient to discourage women from seeking care, sometimes resulting in delayed prenatal care or unsupervised childbirth. Taken together, these findings demonstrate that the existing punitive framework, rather than fulfilling its stated objective of protecting maternal and fetal health, systematically discourages the treatment-seeking behavior upon which the well-being of both mother and fetus ultimately depends.

Conclusion

Protecting the fetus and ensuring the well-being of the child during the prenatal period require, more than intensified criminal intervention, the development of supportive, therapeutic, and preventive measures. A treatment-oriented approach is not incompatible with fetal protection; rather, it represents the more effective means of achieving that objective. The current research thus calls for a fundamental reconsideration of Iran's criminal policy toward pregnant women who use drugs.

The study recommends that this group be formally recognized in law as requiring special protection; that judicial authorities be required, rather than merely authorized, to prioritize treatment and rehabilitation in appropriate cases; that criminal proceedings be suspended or deferred when a pregnant woman voluntarily enters treatment; that the confidentiality of medical information be fully protected; and that coordinated mechanisms be established between the healthcare and criminal justice systems. In this respect, it is recommended that clear, treatment-oriented standards be adopted to guide custody-related decisions under Article 1173 before any punitive measure or restriction of parental custody is imposed.

Implementing these reforms would not only strengthen the protection of the health, rights, and well-being of both mother and fetus, but would also bring Iran's criminal policy into closer alignment with the principles of restorative justice, the right to health, respect for human dignity, and the best interests of the child.

Keywords: Legal analysis, Rights of pregnant women, Substance use, Criminal policy in Iran, Maternal and fetal health rights.

مقاله پژوهشی

فصلنامه علمی پژوهشی حقوق کیفری
دوره ۱۳، شماره ۵۴، بهار ۱۴۰۵، ۱۱۱-۱۳۸
Jclr.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/jclr.2026.91204.2847

آسیب‌شناسی حقوقی وضعیت زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر در نظام حقوقی ایران

علی مراد حیدری — دانشیار حقوق جزا و جرم شناسی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

سعیده فخری * — کارشناسی ارشد حقوق دانشکده الهیات و حقوق دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۹ ** تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۹

ISSN: ۲۳۴۵-۳۵۷۵ eISSN: ۲۴۷۶-۶۲۲۴

چکیده

افزایش مصـــرف مواد در میان زنان ایرانی، به ویژه هم‌زمانی با بارداری، از چالش‌های جدی نظام ســـلامت و حقوقی ا ست. هدف این پژوهش، آ سیب شنا سی حقوقی و ضعیت زنان باردار م‌صرف‌کننده مواد و شنا سایی خلأهای قوانین کیفری، حمایتی و ســلامت‌محور اســت. پرســش اصــلی این اســت که چه موانع حقوقی، این زنان را از دســترســی به حمایت‌های درمانی مؤثر محروم می‌ســازد و آیا ظرفیت‌های موجود در قوانینی مانند ســقط درمانی و جوانی جمعیت، قادر به ارائه حمایت کافی از این گروه آسیب‌پذیر هستند؟ پژوهش حاضر کیفی است و با رویکرد توصیفی-تحلیلی و میان رشته‌ای (حقوقی، بهداشتی و جامعه‌شناختی) و با استفاده از منابع کتاب‌خانه‌ای انجام شده است. یافته‌های پژوهش نشـان می‌دهد که غلبه رویکرد کیفری و فقدان مقرره‌های خاص و افتراقی حمایتی- درمانی، موجب تشـدید آسـیب پذیری این زنان شده ا ست. سیا ست‌های تنبیهی موجود نه تنها بازدارنده نیستند، بلکه با ایجاد ترس از تعقیب کیفری، ســلب حضــانت، برچســب زنی اجتماعی و اعزام اجباری به مراکز ترک، زنان را از مراجعه به خدمات درمانی باز می‌دارند و در نتیجه سلامت مادر، جنین و نوزاد را تهدید می‌کنند. این رویکرد با ا صول حقوق بشر و منافع عالیه مادر و کودک در تعارض ا ست. از این روی بازنگری در سیا ست جنایی و طراحی الگوی تلفیقی درمان محور، حمایتی و مبتنی بر کاهش آســیب، با اولویت درمان به جای کیفر، هماهنگی میان نظام ســلامت و عدالت کیفری، تضــمین محرمانگی و پیش‌بینی تدابیر افتراقی برای زنان باردار مورد تأکید است.

کلیدواژه‌ها: آ سیب شنا سی حقوقی، حقوق زنان باردار، م صرف مواد مخدر، سیا ست جنایی ایران، حقوق سلامت مادر و جنین.

* نویسنده مسئول: Saeedehfaxri@gmail.com

مقدمه

پدیده مصرف مواد مخدر در میان زنان، به ویژه در دوران بارداری، از جمله مسائل پیچیده و چند وجهی عصر حاضر است که هم‌زمان ابعاد پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و حقوقی را در بر می‌گیرد (Lester et al, 2004: 1). مصرف و یا سوءمصرف مواد مخدر توسط مادر در دوران بارداری از موضوعات مهم در حوزه سلامت است و در چارچوب اختلالات مرتبط با مواد بررسی می‌شود. به طور کلی، این مواد ده طبقه مجزای دارویی را در بر می‌گیرند که شامل الکل، کافئین، حشیش، مواد توهم‌زا (با طبقات جداگانه‌ای برای فن سایکلیدین یا آریل سیکلوهگزیل آمین‌ها و سایر مواد توهم‌زا)، مواد استنشاقی، مواد شبه افیونی، داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و ضداضطراب، مواد محرک (از جمله آمفتامین‌ها، کوکائین و سایر محرک‌ها)، توتون و هم‌چنین مواد دیگر و یا نامشخص است (کاری علیداش و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۲۹). هر یک از این طبقات به طور مستقل از یک دیگر طبقه‌بندی می‌شوند و در صورت مصرف بیش از حد می‌توانند با مداخله در فرایندهای طبیعی انگیزش و پاداش در مغز، موجب اختلال در سیگنال دهی شیمیایی، تغییر در بیان ژن‌ها و دگرگونی در ترکیب بیوشیمیایی مغز شوند. این تغییرات زیستی نشان می‌دهد که وابستگی به مواد پدیده‌ای پیچیده و چند بُعدی است و تنها به رفتار ارادی شخص محدود نمی‌شود (Dunbar et al, 2010: 4).

وابستگی به مواد به شکل معمول به صورت ناگهانی و دفعی ایجاد نمی‌شود، بلکه فرایندی تدریجی است که تحت تأثیر ویژگی‌های فردی، نوع ماده مصرفی و الگوی مصرف شکل می‌گیرد. در برخی موارد، وابستگی ممکن است از نخستین مصرف آغاز شود و در مواردی دیگر، ماه‌ها و یا حتی سال‌ها طول بکشد. از این‌رو، نگاه ساده انگارانه و تنها اخلاقی و یا کیفری به این پدیده، با واقعیت‌های زیستی و روانی اختلال مصرف مواد هم‌خوانی ندارد (Bocharova et al, 2013: 23). از منظر سلامت عمومی، مصرف مواد مخدر در دوران بارداری پیامدهای جدی و گاه جبران ناپذیری برای سلامت مادر و جنین به همراه دارد. در مقابل، رویکرد بهداشت عمومی بر آموزش زنان درباره کلیه خطرات مرتبط با مصرف مواد در دوران بارداری تأکید می‌کند و هدف آن، پیشگیری، کاهش

آسیب و حمایت از سلامت جنین و مادر است. رویکردی که در عمل، کارآمدی بیشتری نسبت به مدل صرفاً کیفری از خود نشان داده است (Mohapatra, 2011:254).

زنان بارداری که مصرف‌کننده مواد مخدر هستند، غالباً از خدمات معمول مراقبت‌های بارداری به طور کامل بهره‌مند نمی‌شوند و یا حتی به این خدمات دسترسی ندارند. این زنان در بیشتر موارد با تأخیر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، در مراجعه منظم به ویزیت‌های دوران بارداری با مشکل مواجه‌اند و در بسیاری از موارد، مصرف مواد خود را پنهان می‌کنند. ترس از انگ زدن اجتماعی و یا پیامدهای قانونی سبب می‌شود زنان باردار و یا پس از زایمان که مصرف‌کننده مواد مخدر یا الکل هستند، وابستگی خود به مواد، پیامدهای زیان‌بار احتمالی آن و ضرورت دریافت مراقبت مناسب را انکار کرده و در نتیجه، از دریافت خدمات درمانی محروم بمانند (Goettler & Tschudin, 2014:169).

در کنار پیامدهای سلامت محور، ورود این زنان به فرایندهای قضایی و کیفری، فشارهای اقتصادی و روانی قابل توجهی بر آنان و خانواده‌هایشان تحمیل می‌کند. استرس ناشی از پیگیری پرونده‌های قضایی، هزینه‌های دادگاه و حق الوکاله، از دست دادن درآمد به دلیل مرخصی‌های اجباری برای حضور در مراجع قضایی، و در برخی موارد هزینه‌های ناشی از حبس، بار مالی سنگینی ایجاد می‌کند. این فشارها در حالی اعمال می‌شود که هزینه‌های اساسی زندگی مانند مسکن، مراقبت از کودک و سایر نیازهای اولیه هم‌چنان پابرجاست. افزون بر این، انگ اجتماعی و احساس گناه ناشی از مصرف مواد در دوران بارداری، موجب انزوای بیشتر این زنان شده و دسترسی آنان به حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی را محدود می‌سازد. در چنین شرایطی، تلقی اختلال مصرف مواد به عنوان یک مسأله پزشکی که نیازمند مداخله بالینی و حمایتی است، نه یک عمل تنها بزه‌کارانه، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش انگ اجتماعی، افزایش مراجعه به خدمات درمانی و بهبود پیامدهای سلامت مادر و کودک ایفا نماید (Price et al, 2018: 8). از این منظر، تلقی اختلال مصرف مواد به عنوان یک مسأله سلامت محور و نیازمند مداخله درمانی و حمایتی، نه تنها یک رفتار بزه‌کارانه، می‌تواند نقش مهمی در کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی ناشی از این پدیده ایفا کند.

در سطح حقوقی، نحوه مواجهه با زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر یکی از چالش برانگیزترین حوزه‌های سیاست جنایی معاصر به شمار می‌رود، زیرا در این حوزه، ضرورت حمایت از سلامت مادر، صیانت از منافع و سلامت جنین و اهداف نظام عدالت کیفری به طور هم‌زمان مطرح است. تجربه نظام‌های حقوقی مختلف نشان می‌دهد که اتخاذ سیاست‌های تنها تنبیهی نه تنها به کاهش مصرف مواد در دوران بارداری منجر نشده، بلکه در بسیاری موارد با کاهش مراجعه زنان به مراکز درمانی و تشدید آسیب‌های سلامت همراه بوده است. به همین دلیل، در دهه‌های اخیر گرایش به سوی سیاست‌های درمان محور، حمایتی و کاهش آسیب در بسیاری از کشورها افزایش یافته است. پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه نیز بر همین تحول تأکید دارند. برخی از این پژوهش ها به شرح زیر است:

کرمر و آرورا (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای درباره ملاحظات بالینی، اخلاقی و حقوقی زنان باردار مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی، رویکردهای کیفری نسبت به اعتیاد زنان باردار را مورد انتقاد قرار داده و بر ضرورت جایگزینی آن‌ها با مداخله‌های درمانی و حمایتی تأکید کرده‌اند.

د.آنجلو (۲۰۰۲) با بررسی وضعیت زنان در دادگاه‌های مواد مخدر نشان داده است که زنان مصرف‌کننده مواد، در مقایسه با مردان، با چالش‌های پیچیده‌تری از جمله فقر، بی‌خانمانی، بیماری‌های روانی، تجربه خشونت و مسئولیت‌های خانوادگی مواجه‌اند و به همین دلیل نیازمند پاسخ‌های افتراقی در نظام عدالت کیفری هستند.

هم‌چنین کینگ (۱۹۹۱) و گارسیا (۱۹۹۲) با بررسی ابعاد حقوقی و اخلاقی سوءمصرف مواد در دوران بارداری، پیامدهای منفی سیاست‌های اجبارآمیز و ضرورت رعایت حقوق مادر و کودک را مورد توجه قرار داده‌اند.

در ایران نیز اگرچه پژوهش‌هایی در زمینه سیاست جنایی مواد مخدر و اعتیاد زنان انجام شده است، اما بررسی وضعیت حقوقی زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر هم‌چنان با خلأ مطالعاتی مواجه است.

رحمانی (۱۴۰۴) با مطالعه تطبیقی سیاست جنایی در درمان معتادان متجاهر نشان می‌دهد که نظام حقوقی ایران هم‌چنان بیش از سایر الگوها بر رویکرد کیفری تکیه دارد.

عامریان و همکاران (۱۴۰۳) نیز با بررسی مسئولیت کیفری زنان باردار معتاد در قبال آسیب‌های جنینی، بر وجود خلأهای قانونی در این زمینه تأکید کرده‌اند.

هم‌چنین پژوهش‌های نوبهار و شایگان (۱۳۹۴) و شایگان (۱۳۹۰) ضمن اشاره به پیامدهای زیان‌بار اعتیاد زنان باردار بر سلامت جنین، بر ضرورت اتخاذ تدابیر حمایتی و پیشگیرانه تأکید دارند.

با وجود ارزش این مطالعات، بیشتر آن‌ها یا بر جنبه‌های پزشکی و آسیب‌شناختی موضوع متمرکز بوده‌اند و یا مسئولیت کیفری مادر را به صورت محدود بررسی کرده‌اند و کمتر به ارزیابی جامع وضعیت حقوقی زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر، تعارض میان حمایت از جنین و حقوق مادر، و پیامدهای سیاست جنایی حاکم بر دسترسی این زنان به خدمات درمانی و حمایتی پرداخته‌اند. بر این اساس، مسأله اصلی پژوهش حاضر آن است که نظام حقوقی ایران تا چه اندازه توانسته است میان ضرورت حمایت از سلامت مادر، صیانت از منافع جنین و اجرای سیاست‌های مقابله با مصرف مواد مخدر تعادل برقرار کند.

در همین راستا، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش‌هاست که مهم‌ترین خلأها و ابهام‌های حقوقی موجود در خصوص زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر در نظام حقوقی ایران چیست؟، قوانین و مقررات موجود تا چه اندازه امکان حمایت مؤثر از این زنان و جنین را فراهم می‌آورند؟ و رویکرد کیفری حاکم چه تأثیری بر دسترسی آنان به خدمات درمانی و حمایتی دارد؟.

این پژوهش بر مبنای این فرضیه انجام می‌شود که غلبه رویکرد کیفری و فقدان سیاست جنایی افتراقی و حمایت‌های درمان محور ویژه زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر، موجب تشدید آسیب پذیری این گروه، افزایش انگ اجتماعی، کاهش مراجعه به مراکز درمانی و در نهایت تضعیف حمایت مؤثر از مادر و جنین شده است. بر این اساس، مقاله حاضر با رویکردی توصیفی ـ تحلیلی و انتقادی با تمرکز بر قوانین و سیاست‌های حقوقی

ایران، در چارچوب بررسی فقدان سازوکار حمایتی ویژه برای زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر سامان یافته است. در این راستا، نخست به فقدان سازوکار حمایتی ویژه برای زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر و سپس به موانع بهره‌مندی زنان باردار مصرف کننده مواد از مراقبت‌های درمانی خواهیم پرداخت. این بررسی می‌تواند زمینه لازم را برای بازاندیشی در سیاست‌های حقوقی موجود و حرکت به سوی رویکرد متوازن، مبتنی بر حمایت، درمان و کاهش آسیب فراهم سازد.

۱. فقدان سازوکارهای حمایتی ویژه برای زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر

۱-۱. نبود سیاست جنایی افتراقی

زنان باردار، به ویژه در صورتی که دارای شرایط خطر زمینه‌ای باشند، به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه شناخته می‌شوند. بارداری می‌تواند زنان را در معرض مخاطره‌های جسمی، عاطفی و اجتماعی متعددی قرار دهد و در مواردی، فقدان حمایت قانونی کافی و نبود راهبردهای مؤثر مقابله‌ای، این آسیب‌پذیری را تشدید می‌کند (Heidarifard & Khoshnamrad, 2025: 1). این وضعیت در خصوص زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر ابعاد پیچیده‌تری می‌یابد. نتایج یک پژوهش انجام شده در جنوب شرقی ایران نشان می‌دهد که شیوع مصرف مواد مخدر و سیگار در طول عمر در میان زنان باردار به‌ترتیب ۱۵ و ۳۱ درصد بوده است. هم‌چنین ۳،۳ درصد از شرکت کنندگان گزارش کرده‌اند که حداقل یک ماده مخدر را در ماه گذشته مصرف کرده‌اند.

حدود یک/ سوم از زنان باردار مصرف مواد را به عنوان نوعی درمان خانگی برای مشکلات مرتبط با بارداری تلقی می‌کرده‌اند. افزون بر این، ۲۳ درصد از آزمایش‌های غربالگری ادرار نتایج مثبت داشته و هم‌بستگی ضعیفی میان خود اظهاری مصرف مواد و نتایج آزمایش‌ها مشاهده شده است. عواملی هم‌چون سن کمتر از ۲۰ سال در اولین بارداری، سکونت در مناطق روستایی، بارداری ناخواسته، عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری و وجود سوءمصرف مواد در همسر و یا اعضای درجه یک

خانواده، با مصرف مواد افیونی در زنان باردار ارتباط معنادار داشته‌اند (Tabatabaei et al, 2018: 162). با وجود این شرایط خاص و آسیب‌پذیری مضاعف، نظام حقوقی ایران فاقد سیاست جنایی افتراقی در قبال زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر است. در قوانین کیفری ایران، وضعیت بارداری به عنوان یک عامل افتراقی مستقل که مستلزم حمایت ویژه، مداخله درمانی و یا تدابیر اختصاصی باشد، مورد شناسایی قرار نگرفته است.

بررسی قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ ش. نیز مؤید همین امر است. هرچند این قانون نهادهایی مانند تخفیف مجازات، تعویق صدور حکم، تعلیق اجرای کیفر و کیفرهای جایگزین حبس را پیش بینی کرده است و بارداری می‌تواند در مواردی به عنوان یکی از مصداق‌های وضعیت خاص در بهره‌مندی از این نهادها مورد توجه قرار گیرد، اما این تأسیسات ماهیتی عام دارند و مختص زنان باردار نیستند. از این‌رو، قانون‌گذار بارداری را به عنوان یک وضعیت افتراقی مستقل که مستلزم اتخاذ تدابیر حمایتی ویژه باشد، به رسمیت نشناخته است.

هم‌چنین در قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷ و اصلاحات بعدی آن نیز هیچ مقرره‌ای به وضعیت خاص زنان باردار مصرف کننده مواد اختصاص نیافته است. به همین ترتیب، هر چند اصول ۱۰[۶] و ۲۱[۷] قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر حمایت از خانواده، مادران و حق برخورداری از خدمات سلامت تأکید دارند، این اصول کلی بوده و فاقد سازوکارهای اجرایی مشخص برای حمایت از زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر

---

۶. اصل ۱۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران: از آن‌جا که خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی است، همه قوانین و مقررات و برنامه ریزی های مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده، پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی بر پایه حقوق و اخلاق اسلامی باشد.

۷. اصل ۲۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران: دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد: ۱ -ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او.

۲ -حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند، و حمایت از کودکان بی‌سرپرست.

۳ -ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کیان و بقای خانواده.

۴ -ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست.

۵ -اعطای قیمومت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آن‌ها در صورت نبودن ولیّ شرعی.

هستند. ماده ۱۴۲ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ ش. نیز برخورداری زنان بزه‌کار از تخفیف و یا معافیت قانونی در دوران بارداری، شیردهی و بیماری را توصیه کرده است، اما این سند به دلیل ابهام در اعتبار حقوقی و میزان الزام‌آوری و نیز فقدان کارآمدی در نظام قضایی، نتوانسته مبنای شکل‌گیری یک سیاست جنایی افتراقی مؤثر در این حوزه باشد (حیدری و جاور، ۱۳۹۹: ۹۵).

هم‌چنین، فقدان مقرره‌های اختصاصی در خصوص نحوه شناسایی، ارجاع درمانی، حمایت اجتماعی و مداخله قضایی متناسب با وضعیت زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر، نشان می‌دهد که قانون‌گذار ایرانی تاکنون نیازهای ویژه این گروه را در قالب یک سیاست جنایی افتراقی مورد توجه قرار نداده است. در حالی که ویژگی‌های جسمانی و روانی دوران بارداری و نیز پیامدهای مصرف مواد بر سلامت جنین، اقتضای اتخاذ تدابیر حمایتی ویژه را ایجاب می‌کند، چارچوب حقوقی موجود فاقد سازوکارهای مشخص برای تفکیک وضعیت این زنان از سایر مصرف کنندگان مواد مخدر است. در نتیجه، نظام حقوقی ایران به جای طراحی پاسخ‌های اختصاصی مبتنی بر آسیب پذیری مضاعف زنان باردار، از الگوی کلی و یکسانی پیروی می‌کند که تفاوت‌های ناشی از وضعیت بارداری را در سیاست گذاری کیفری و حمایتی نادیده می‌گیرد. این امر را می‌توان یکی از مهم‌ترین جلوه‌های فقدان سیاست جنایی افتراقی در قبال زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر در حقوق ایران دانست.

۱-۲. اولویت رویکرد کیفری

علی‌رغم شواهد گسترده درباره آثار زیان بار مصرف مواد مخدر در دوران بارداری بر سلامت مادر و جنین، سیاست کیفری ایران هم‌چنان بر پاسخ‌های کیفری و جرم‌انگارانه استوار است. قوانین موجود، به ویژه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصرف مواد را بدون توجه به وضعیت خاص بارداری، شرایط جسمی و روانی زن و پیامدهای اعتیاد بر سلامت جنین، جرم‌انگاری کرده‌اند. در نتیجه، زن باردار معتاد از منظر حقوق کیفری تفاوتی با سایر مصرف‌کنندگان مواد مخدر ندارد و بارداری تأثیری تعیین کننده در نوع واکنش نظام

عدالت کیفری ایجاد نمی‌کند. این رویکرد در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ ش. نیز مشاهده می‌شود. هرچند امکان بهره‌مندی از نهادهای ارفاقی هم‌چون تعویق صدور حکم، تعلیق اجرای کیفر و کیفرهای جایگزین حبس وجود دارد، اما اعمال این تأسیسات به تشخیص مقام قضایی واگذار شده و قانون گذار هیچ تکلیف الزام‌آوری برای جایگزینی پاسخ‌های درمانی و حمایتی به جای مجازات کیفری در مورد زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر مقرر نکرده است. بنابراین، برخورداری از این حمایت‌ها نه یک حق قانونی ویژه، بلکه نتیجه ارزیابی موردی قاضی است. افزون بر این، خدمات درمان اعتیاد و مراقبت‌های دوران بارداری به شکل عمده در چارچوب نظام سلامت ارائه می‌شوند و در حقوق کیفری به عنوان حقوق حمایتی ویژه‌ای که بتوانند آثار پاسخ کیفری را محدود و یا جایگزین کنند، مورد شناسایی قرار نگرفته‌اند. بدین ترتیب، سیاست جنایی ایران در مواجهه با زنان باردار مصرف کننده‌ی مواد مخدر، بیش از آن‌که مبتنی بر درمان، بازتوانی و حمایت اجتماعی باشد، بر جرم‌انگاری و مداخله کیفری استوار است، امری که نشان‌دهنده اولویت یافتن رویکرد کیفری بر رویکرد حمایتی و درمان محور در این حوزه است.

۱-۳. ابهام در رابطه میان مسئولیت کیفری مادر و حمایت از جنین

در نظام حقوق کیفری ایران، سقط جنین پیش از آن‌که جنین توانایی ادامه حیات مستقل در خارج از رحم مادر را پیدا کند، بزه تلقی می‌شود، مگر در موارد محدودی که قانون به عنوان سقط درمانی مجاز شناخته است (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴: ۴۵۷). قانون سقط درمانی برای نخستین بار چارچوبی رسمی برای موارد مجاز سقط تعیین کرد و تمرکز خود را بر ملاحظات پزشکی و سلامت مادر قرار داد. با این حال، تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، شرایط صدور مجوز سقط درمانی را سخت‌گیرانه‌تر کرده و ماده ۵۶[۱]

---

۸. ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت: مادر تنها در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید:

الف- در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر در سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد،

این قانون سه مورد مشخص را به عنوان شرایط مجاز سقط بیان می‌کند (مقدسی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۰۹).

از دیدگاه حقوق جزا و بر اساس فقه امامیه، سقط جنین می‌تواند به سه شکل عمد، شبه عمد و یا خطای محض رخ دهد. در موارد خطای محض و شبه عمد، دیه جنین بدون توجه به اینکه روح یافته باشد یا نه، ثابت است و پرداخت آن بسته به شرایط، بر عهده عاقله و یا مرتکب قرار می‌گیرد. نقش مرتکب در تعیین مسئولیت کیفری بسیار مهم است، چنان‌چه مادر خود جنین را سقط کند، وضعیت متفاوتی نسبت به شخص ثالث دارد. شخص ثالث ممکن است به طور عمد، با ضرب و جرح مادر و یا با تجویز دارو و یا ابزار خاص و با رضایت مادر، اقدام به سقط جنین کند. در این شرایط، مرتکب می‌تواند پزشک، ماما، داروفروش و یا شخصی عادی باشد که هر یک مسئولیت کیفری ویژه‌ای خواهند داشت (صادقی و همکاران، ۱۳۹۷: ۷۹).

قانون‌گذار در تبصره ماده ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی، امکان تحقق قصاص را در شرایط خاص پیش بینی کرده است. طبق این ماده، اگر جنایت پیش از تولد جنین صورت گیرد و منجر به مرگ و یا نقص او پس از تولد شود و جنین پس از تولد توانایی ادامه حیات داشته باشد، قصاص قابل اعمال است. این حکم نشان می‌دهد حمایت قانونی از جنین، در مواردی که جنین قابلیت زیست مستقل پیدا می‌کند، به حمایت از انسان متولد شده نزدیک می‌شود (سیدی آرانی، ۱۴۰۲: ۷-۶).

در نظام حقوق کیفری ایران، حمایت از جنین به شکل عمده بر نتیجه عمل بزه‌کارانه متمرکز است و توجه اندکی به وضعیت و شرایط مرتکب، به ویژه مادر باردار، معطوف شده است. این امر موجب شده است که نقش و وضعیت مادر باردار، به ویژه در شرایط

ب- در مواردی که اگر جنین سقط نشود، مادر و جنین هر دو فوت می کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است،

ج- چنان‌چه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود:

- رضایت مادر ـ وجود حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) برای مادر ـ وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیر قابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است ـ فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر ـ فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح ـ کمتر از چهار ماه بودن سن جنین.

پیچیده‌ای مانند مصرف مواد مخدر، در چارچوب قانونی به طور شفاف تعیین نشده باشد. مادر باردار مصرف کننده مواد مخدر، هم در معرض مسئولیت کیفری قرار دارد و هم به حمایت درمانی و اجتماعی نیازمند است، اما قوانین موجود به طور مشخص نحوه جمع میان این دو ضرورت را بیان نکرده‌اند.

این خلأ قانونی، ابهام قابل توجهی را در تعیین حدود مسئولیت کیفری مادر و هم‌زمان تضمین سلامت جنین ایجاد کرده است. مصرف مواد مخدر در دوران بارداری نه تنها سلامت جسمانی و روانی مادر را به خطر می‌اندازد، بلکه می‌تواند موجب آسیب‌های جدی به جنین شود. این آسیب‌ها شامل سقط، تولد نوزاد با نارسایی‌های جسمی و روانی، و حتی مشکلات بلندمدت در رشد و تکامل کودک می‌شود. با این حال، ادامه مصرف مواد توسط مادر، به شکل غالب ناشی از وابستگی شدید جسمی و روانی و فقدان حمایت‌های درمانی و اجتماعی است و عمدتاً سوءنیت نسبت به جنین نیست. بنابراین، تعیین مسئولیت کیفری کامل برای مادر در چنین شرایطی با دشواری‌های حقوقی و فنی مواجه است، زیرا عنصر معنوی بزه که شرط تحقق مسئولیت کیفری است، به وضوح قابل احراز نیست. در این شرایط، رویکرد کیفری تنها مبتنی بر اقدام تأمینی، نه تنها کمکی به حفاظت از جنین نمی‌کند، بلکه با ایجاد ترس و اضطراب در مادر، او را از مراجعه به مراکز درمانی و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری باز می‌دارد و سلامت جنین را در عمل به مخاطره می‌اندازد. با توجه به این واقعیت‌ها، می‌توان گفت که رویکرد سنتی کیفری در مواجهه با مادر باردار مصرف کننده مواد مخدر ناکافی و ناکارآمد است.

برای تحقق اهداف حمایتی از جنین و در عین حال جلوگیری از تحمیل مسئولیت کیفری نامتناسب به مادر، نیاز به یک رویکرد تلفیقی و درمان محور وجود دارد. چنین رویکردی می‌تواند به گونه‌ای طراحی شود که ضمن حفظ جایگاه حقوقی و حمایت قانونی از جنین، وضعیت مادر باردار معتاد را به عنوان شخصی نیازمند حمایت اجتماعی و درمانی مورد توجه قرار دهد و امکان بهره‌مندی او از مراقبت‌های پزشکی دوران بارداری را فراهم کند. فقدان چنین رویکردی در قوانین کیفری ایران، نه تنها خلأ قانونی محسوب می‌شود، بلکه تعارض عملی میان سیاست حمایتی از جنین و واقعیت‌های اجتماعی ناشی

از اعتیاد را نیز آشکار می‌سازد. بنابراین، بازنگری در سیاست کیفری موجود و حرکت به سمت رویکردهای درمان محور و پیشگیرانه، راهکاری عملی و عقلانی برای رفع این ابهام به شمار می‌آید. این رویکرد می‌تواند هم سلامت و حیات جنین را تضمین کند و هم از تحمیل مسئولیت کیفری غیر منصفانه و ناعادلانه بر مادر باردار مصرف کننده مواد مخدر جلوگیری نماید، به گونه‌ای که هم عدالت کیفری و هم اصول حمایت اجتماعی به طور هم‌زمان رعایت شوند.

۲. موانع بهره‌مندی زنان باردار مصرف‌کننده مواد از مراقبت‌های درمانی

۲-۱. ترس از انگ زنی اجتماعی

یکی از مهم‌ترین موانع درمان زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد، انگ‌زنی اجتماعی و ترس از برچسب‌های منفی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بسیاری از زنانی که با مشکلات ناشی از مصرف مواد مواجه هستند، به دلیل نگرانی از قضاوت دیگران و پیامدهای اجتماعی آن، این مسأله را پنهان می‌کنند. این پنهان‌کاری نه تنها شناخت دقیق تأثیرات اعتیاد بر کیفیت زندگی آنان را دشوار می‌سازد، بلکه برآورد میزان نیاز این گروه به خدمات درمانی و حمایتی را نیز با چالش مواجه می‌کند (موسوی تکیه و یوسفی، ۱۴۰۰: ۲۲۸). در بسیاری از جوامع، مصرف مواد در میان زنان، به ویژه در دوران بارداری، با حساسیت و قضاوت‌های اخلاقی شدیدتری نسبت به مردان همراه است. به همین دلیل زنان بیش از مردان در معرض انگ اجتماعی قرار دارند و همین نگرش‌های منفی می‌تواند انگیزه آنان برای مراجعه به مراکز درمانی را کاهش دهد. علاوه بر این، مسئولیت مراقبت از فرزندان، محدودیت‌های اجتماعی و مشکلات مالی نیز می‌تواند دسترسی زنان به خدمات درمانی و حمایتی را دشوارتر کند و آنان را از جستجوی کمک حرفه‌ای بازدارد (خواجه‌دلویی و دادگرمقدم، ۱۳۹۲: ۲). در چنین شرایطی، انگ فرهنگی مرتبط با مصرف مواد، به ویژه در دوران بارداری، زنان را به سکوت و پنهان‌کاری سوق می‌دهد و تمایل آنان به دریافت مراقبت‌های مناسب را تضعیف می‌کند. این سکوت تنها یک انتخاب

شخصی نیست، بلکه بازتاب نوعی فرایند اجتماعی و ساختاری است که در خانواده، جامعه و حتی نظام مراقبت‌های بهداشتی ریشه دارد و به تداوم چرخه شرم و تبعیض منجر می‌شود.

انگ اجتماعی را می‌توان به عنوان فرایند بی‌اعتبارسازی و بی‌ارزش جلوه دادن اشخاص به دلیل یک ویژگی و یا تفاوت ادعایی تعریف نمود که در زمینه مصرف مواد در دوران بارداری در سطوح مختلفی بروز می‌یابد. در سطح ساختاری، این انگ در قالب سیاست‌ها، قوانین و رویه‌های نهادینه شده‌ای ظاهر می‌شود که می‌تواند دسترسی زنان به خدمات درمانی را محدود کند.

در سطح بین فردی نیز نگرش‌ها و رفتارهای تبعیض‌آمیز از سوی اعضای خانواده، جامعه و حتی برخی متخصصان حوزه سلامت مشاهده می‌شود. افزون بر این، شکل دیگری از این پدیده به صورت انگ درونی شده بروز می‌یابد، حالتی که در آن زنان احساس شرم، گناه و سرزنش خود را تجربه می‌کنند و همین امر انگیزه آنان برای کمک خواهی و پیگیری درمان را کاهش می‌دهد. پیامد این وضعیت، شکل‌گیری نوعی سکوت چند لایه در مواجهه با مصرف مواد در دوران بارداری است. این سکوت تنها به معنای گزارش نکردن مصرف مواد توسط شخص نیست، بلکه ابعاد گسترده‌تری نیز دارد. در برخی موارد، مصرف مواد در دوران بارداری در نظام سلامت به درستی شناسایی نمی‌شود و یا مورد توجه کافی قرار نمی‌گیرد.

در سطح خانواده نیز گاه حفظ آبرو و پرهیز از برچسب اجتماعی بر سلامت مادر و جنین ترجیح داده می‌شود و در سطح جامعه نیز باورهای نادرست و کلیشه‌های مرتبط با اعتیاد به تداوم این وضعیت کمک می‌کند. در نتیجه، زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد اغلب از دید نظام‌های حمایتی و درمانی پنهان می‌مانند و نیازهای آنان بدون پاسخ مناسب باقی می‌ماند (Kolawole et al, 2025: 61). در چنین فضایی، ایجاد رابطه‌ای درمانی مبتنی بر اعتماد میان کارکنان مراکز درمانی و زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد اهمیت اساسی پیدا می‌کند. این رابطه زمانی شکل می‌گیرد که ارائه دهندگان خدمات سلامت با رویکردی محترمانه و بدون قضاوت با مراجعان برخورد کنند، ارزش‌ها و باورهای شخصی آنان را درک نمایند، اصول محرمانگی را رعایت کنند و محیطی امن

برای بیان مشکلات فراهم آورند. زمانی که زنان احساس کنند می‌توانند بدون ترس از سرزنش و یا تبعیض درباره وضعیت خود سخن بگویند، احتمال پذیرش درمان، مشارکت فعال در فرایند مراقبت و تداوم حضور آنان در برنامه‌های درمانی افزایش می‌یابد. در چنین شرایطی، رابطه درمانی مؤثر می‌تواند به کاهش مصرف مواد در دوران بارداری و بهبود پیامدهای سلامت مادر و جنین کمک کند (نوروزی و همکاران، ۵۹).

بنابراین می‌توان گفت انگ‌زنی اجتماعی در زمینه مصرف مواد در دوران بارداری تنها یک نگرش منفی فردی و یا فرهنگی نیست، بلکه پدیده‌ای چند لایه و ساختاری است که به طور هم‌زمان در سطوح فردی، خانوادگی، اجتماعی و نهادی عمل می‌کند. هنگامی که مصرف مواد در زنان باردار با داوری‌های اخلاقی شدید همراه می‌شود، مسأله اعتیاد از یک موضوع سلامت محور به یک مسأله هنجاری و حیثیتی تبدیل می‌گردد. در چنین فضایی، زنان نه تنها با پیامدهای جسمی و روانی مصرف مواد مواجه‌اند، بلکه با ترس از بی‌اعتباری اجتماعی، طرد خانوادگی و از دست دادن حمایت‌های عاطفی نیز رو به رو می‌شوند. این وضعیت موجب می‌شود که بسیاری از آنان برای حفظ جایگاه اجتماعی خود، راهبرد پنهان‌کاری را در پیش بگیرند و از بیان صادقانه مشکل و یا مراجعه به مراکز درمانی خودداری کنند.

از منظر جامعه شناختی، انگ اجتماعی می‌تواند به باز تولید نوعی نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت منجر شود. در حالی که هدف نظام‌های سلامت، شناسایی زود هنگام و مداخله به موقع در مشکلات مرتبط با مصرف مواد است، وجود انگ اجتماعی باعث می‌شود زنان باردار مصرف کننده مواد کمتر در معرض شناسایی و حمایت درمانی قرار گیرند. به بیان دیگر، ترس از برچسب اجتماعی می‌تواند فاصله‌ای میان این زنان و نظام ارائه خدمات سلامت ایجاد کند و این فاصله در عمل کارآمدی برنامه‌های پیشگیری و درمان را کاهش دهد. در نتیجه، بسیاری از مداخلات حمایتی و درمانی در زمانی اجرا می‌شود که آسیب‌ها به مرحله‌ای پیشرفته‌تر رسیده و پیامدهای جسمی و روانی برای مادر و جنین افزایش یافته است. علاوه بر این، انگ‌زنی اجتماعی می‌تواند چرخه‌ای معیوب در حوزه اعتیاد زنان باردار ایجاد کند. هرچه مصرف مواد در این گروه با سرزنش و

محکومیت بیشتری همراه باشد، احتمال مراجعه آنان به خدمات درمانی کاهش می‌یابد و در نتیجه موارد شناسایی شده کمتر خواهد بود.

کاهش شناسایی نیز موجب می‌شود مسأله در سطح اجتماعی کمتر دیده شود و همین امر به تداوم نگرش‌های کلیشه‌ای و قضاوت محور درباره زنان مصرف کننده مواد دامن بزند. به این ترتیب، انگ اجتماعی نه تنها پیامد اعتیاد در زنان باردار است، بلکه خود به عاملی برای تداوم و پنهان ماندن این مسأله تبدیل می‌شود. بر این اساس، کاهش پیامدهای انگ زنی اجتماعی نیازمند رویکردی چند بُعدی است که اصلاح نگرش‌های فرهنگی جامعه، آموزش تخصصی کارکنان نظام سلامت درباره ارائه خدمات بدون قضاوت و طراحی سیاست‌های حمایتی و درمان محور را در بر گیرد. تنها در چنین چارچوبی می‌توان شرایطی فراهم نمود که زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد بدون ترس از سرزنش یا و بی‌اعتبارسازی اجتماعی به خدمات درمانی دسترسی پیدا کنند و امکان بهبود سلامت خود و فرزندشان فراهم گردد.

۲-۲. ترس از کیفر قضایی

یکی از مهم‌ترین عوامل بازدارنده در مراجعه زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد به مراکز درمانی، ترس از کیفر و پیامدهای قانونی ناشی از مصرف مواد در دوران بارداری است. برخلاف این تصور که دستگیری و پیگرد قانونی زنان باردار مصرف کننده مواد می‌تواند آنان را به ترک مصرف مواد تشویق کرده و سلامت مادر و جنین را بهبود بخشد، شواهد نشان می‌دهد که ترس از شناسایی، کیفر و تعقیب قانونی، مانعی جدی در مسیر دریافت مراقبت‌های درمانی در دوران بارداری محسوب می‌شود. بسیاری از زنان گزارش کرده‌اند که به دلیل نگرانی از پیامدهای قانونی، مراقبت‌های دوران بارداری را به تأخیر انداخته و یا به طور کلی از دریافت آن اجتناب کرده‌اند، در حالی که دریافت مراقبت‌های مناسب دوران بارداری در زنان مصرف کننده مواد با پیامدهای مطلوب‌تر برای مادر و جنین همراه است (Stone, 2015: 3). این ترس در بسیاری از موارد به پنهان‌کاری نیز منجر می‌شود. یکی از نگرانی‌های رایج زنان مبتلا به اعتیاد آن است که ارائه دهندگان خدمات درمانی، مصرف مواد آنان را به نهادهای حمایتی و قضایی گزارش دهند،

موضوعی که ممکن است به سلب حضانت فرزند، ورود کودکان به نظام‌های حمایتی و یا حتی پیگرد قانونی مادر بینجامد. در نتیجه، برخی زنان به طور آگاهانه مصرف مواد و سایر مشکلات مرتبط با زندگی خود را از پزشکان و کارکنان درمانی پنهان می‌کنند. این وضعیت نه تنها مانع تشخیص و درمان مناسب می‌شود، بلکه می‌تواند سلامت مادر و جنین را نیز در معرض خطر قرار دهد. در مقابل، زمانی که رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد میان بیمار و ارائه دهنده خدمات درمانی شکل می‌گیرد، احتمال افشای مصرف مواد و سایر مسأله‌های مهم از جمله خشونت خانگی افزایش می‌یابد و امکان ارائه مراقبت‌های مؤثرتر فراهم می‌شود (Mohapatra, 2011: 255). این مسأله از آن جهت اهمیت بیشتری می‌یابد که بارداری در بسیاری از موارد به عنوان یک نقطه عطف و انگیزه‌ای قوی برای ترک مواد شناخته می‌شود و تعداد قابل توجهی از زنان برای نخستین بار در این دوره به مراکز درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند (شایگان، ۱۳۹۰: ۳۴). با این حال، وجود ترس از کیفر و پیامدهای قانونی می‌تواند این فرصت ارزشمند درمانی را تضعیف کرده و اثر بخشی سیاست‌های حمایتی و درمانی را کاهش دهد.

از منظر حقوقی نیز ارائه مراقبت‌های جامع، ایمن و مؤثر به زنان باردار مبتلا به اعتیاد، یک تعهد اخلاقی و قانونی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود. رعایت اصول محرمانگی، حفظ کرامت بیماران و ارائه خدمات درمانی مبتنی بر استانداردهای حرفه‌ای از الزام‌های اساسی در این حوزه است و بی‌توجهی به این اصول می‌تواند برای مادر و نیز ارائه دهندگان خدمات درمانی پیامدهای حقوقی به همراه داشته باشد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۶). در کنار اصلاح رویکردهای حقوقی و درمانی، توانمندسازی زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد و تقویت حمایت‌های اجتماعی و روانی نیز نقش مهمی در کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در دوران بارداری ایفا می‌کند. آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری، افزایش آگاهی نسبت به مراقبت‌های دوران بارداری، ایجاد شبکه‌های حمایتی و تسهیل دسترسی به خدمات درمانی و مشاوره‌ای از جمله اقدام‌هایی است که می‌تواند به ارتقای سلامت مادر و جنین و افزایش مشارکت زنان در برنامه‌های درمانی کمک نماید (هوشیار و همکاران، ۱۴۰۲: ۲۲۶). ترس از کیفر می‌تواند پیامدهای

دیگری نیز برای فرآیند درمان به همراه داشته باشد. زنانی که نگران پیامدهای قانونی مصرف مواد هستند، ممکن است اطلاعات مربوط به نوع ماده مصرفی، میزان مصرف و یا سابقه اعتیاد خود را به طور کامل در اختیار کادر درمان قرار ندهند. این مسأله می‌تواند ارزیابی دقیق وضعیت سلامت مادر و جنین را با دشواری مواجه کرده و انتخاب مداخله‌های درمانی مناسب را محدود سازد. در نتیجه، کاهش نگرانی‌های حقوقی و ایجاد فضای مبتنی بر اعتماد، علاوه بر افزایش مراجعه به مراکز درمانی، می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت‌های تخصصی و تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز کمک کند.

۲-۳. ترس از سلب حق حضانت

یکی از موانع مهم ساختاری، حقوقی و اجتماعی که می‌تواند زنان باردار دارای اختلال مصرف مواد و یا مصرف پرخطر مواد را از مراجعه به مراکز درمانی و دریافت مراقبت‌های پیش از زایمان بازدارد، ترس از پیامدهای حقوقی مربوط به حضانت فرزند است. این نگرانی به ویژه در مورد زنانی شدت می‌یابد که علاوه بر بارداری، دارای فرزند خردسال نیز هستند و بیم آن دارند که آشکار شدن وضعیت مصرف مواد آنان، به مداخله قضایی و یا محدودیت در نگهداری از فرزند منجر شود. در حقوق ایران، مهم‌ترین مبنای قانونی مداخله دادگاه در حضانت کودک در چنین مواردی، ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی است. مطابق این ماده، هرگاه در اثر عدم مواظبت و یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادری که کودک تحت حضانت اوست، سلامت جسمانی و یا تربیت اخلاقی کودک در معرض خطر قرار گیرد، دادگاه می‌تواند به تقاضای خویشاوندان نزدیک کودک، قیم او و یا رئیس حوزه قضایی، هر تصمیمی را که برای حضانت کودک مقتضی بداند اتخاذ کند. قانون‌گذار در ادامه، برخی مصداق‌های عدم مواظبت و یا انحطاط اخلاقی را بیان کرده و از جمله، به اعتیاد زیان‌آور به الکل، مواد مخدر و قمار اشاره نموده است. با این حال، باید توجه داشت که در حقوق ایران، صرف اعتیاد و یا مصرف مواد به تنهایی و به صورت خودکار موجب سلب حضانت نمی‌شود.

آن‌چه می‌تواند مبنای مداخله دادگاه قرار گیرد، اعتیادی است که از نظر دادگاه «زیان آور» تشخیص داده شود و به طور مشخص، سلامت جسمی و یا تربیت اخلاقی کودک را

در معرض خطر قرار دهد. بنابراین، دادگاه خانواده در هر پرونده باید با توجه به اوضاع و احوال خاص همان مورد، از جمله شدت وابستگی، نوع ماده مصرفی، وضعیت درمانی مادر، میزان توانایی او در مراقبت از کودک، وجود و یا نبود حمایت خانوادگی، وضعیت پدر یا سایر بستگان و مهم‌تر از همه مصلحت کودک تصمیم‌گیری کند. تصمیم دادگاه نیز به طور حتم به معنای سلب دائمی حضانت نیست و ممکن است حسب مورد، به شکل نظارت، الزام به پیگیری درمان، واگذاری موقت حضانت، محدودیت در نگهداری و یا در موارد شدید، انتقال حضانت به پدر، بستگان واجد شرایط و یا نهادهای حمایتی مانند سازمان بهزیستی باشد. با وجود این ملاحظات، از منظر اجتماعی و بهداشتی، صرف وجود چنین امکان قانونی می‌تواند برای برخی زنان باردار مصرف کننده مواد، به ویژه زنان در موقعیت‌های آسیب پذیر، ایجاد ترس و ناامنی کند. این زنان ممکن است نگران باشند که آشکار شدن مصرف مواد در جریان مراجعه به پزشک، مراکز بهداشتی، زایمان و یا دریافت خدمات درمانی، موجب تشکیل پرونده حمایتی یا قضایی و در نهایت محدود شدن حق نگهداری از فرزند شود. حتی اگر چنین پیامدی در همه موارد قطعی و یا خودکار نباشد، ادراک خطر از سوی مادر می‌تواند به تنهایی بر رفتار درمان جویانه او اثر منفی بگذارد.

این نگرانی ممکن است رفتارهای اجتنابی از جمله پنهان کردن مصرف مواد از پزشک، خودداری از مراجعه منظم به مراکز مراقبت‌های پیش از زایمان، تأخیر در دریافت خدمات درمانی، زایمان بدون نظارت کافی پزشکی و یا قطع ارتباط با نظام سلامت ایجاد کند. چنین وضعیتی نه تنها سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند خطر بروز پیامدهای نامطلوب بارداری و نوزادی را نیز افزایش دهد. البته این پیامدها بسته به نوع ماده مصرفی، شدت و مدت مصرف، مصرف هم‌زمان چند ماده، وضعیت تغذیه، وجود بیماری‌های همراه، فقر، خشونت، دسترسی به خدمات درمانی و حمایت خانوادگی متفاوت است. با این حال، در مجموع، تداوم مصرف کنترل نشده مواد در دوران بارداری می‌تواند با افزایش خطرهایی همانند زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، مشکلات نوزادی، اختلال‌های تکاملی و پیامدهای شناختی و رفتاری در کودک همراه باشد. از این

منظر، یکی از چالش‌های مهم نظام حقوقی و حمایتی ایران، فقدان سازوکارهای روشن، افتراقی و درمان محور برای ایجاد تعادل میان دو مصلحت اساسی است: از یک سو، حمایت از کودک و تضمین سلامت جسمی و روانی او و از سوی دیگر، حق مادر بر سلامت، درمان، محرمانگی نسبی اطلاعات پزشکی و دسترسی بدون ترس به خدمات بهداشتی و درمانی.

هرچند ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی با هدف حمایت از کودک وضع شده است، اما در صورت نبود سیاست‌های حمایتی و درمان محور، ممکن است اجرای آن و یا ترس از اجرای آن، به صورت غیر مستقیم زنان باردار را از مراجعه به خدمات درمانی دور کند، نتیجه‌ای که در نهایت می‌تواند با هدف اصلی قانون‌گذار، یعنی حمایت از کودک، در تعارض قرار گیرد. در این زمینه، تمایز میان مداخله حمایتی و واکنش تنبیهی و یا تنها سلبی اهمیت فراوان دارد. در مواردی که مادر باردار یا مادر دارای فرزند خردسال با مشکل مصرف مواد مواجه است، مداخله نظام حقوقی و اجتماعی نباید تنها بر حذف مادر از فرایند حضانت و یا تهدید او به سلب حضانت متمرکز باشد، بلکه باید پیش از هر تصمیم شدید، امکان درمان، بازتوانی، حمایت روانی ـ اجتماعی، کاهش آسیب و نظارت تخصصی را در نظر گیرد. در بسیاری از موارد، حفظ رابطه مادر و کودک همراه با درمان مؤثر و حمایت کافی، می‌تواند بیش از جداسازی فوری، با مصلحت کودک سازگار باشد، مگر آن‌که خطر جدی، فوری و اثبات شده‌ای برای سلامت و یا امنیت کودک وجود داشته باشد.

بنابراین، یکی از خلأهای قابل توجه در این حوزه، نبود مقرره‌های صریح و الزام‌آور درباره اقدام‌هایی همانند دوره‌های درمان محور پیش از تصمیم‌گیری درباره سلب حضانت، ارجاع مادر به برنامه‌های بازتوانی، استفاده از مددکاری تخصصی، تضمین محرمانگی اطلاعات پزشکی در حدود قابل قبول قانونی، و ایجاد هماهنگی میان مراکز درمانی، بهزیستی و دادگاه‌های خانواده است. چنین سازوکارهایی می‌تواند به جای قرار دادن مادر در برابر دو انتخاب دشوار، یعنی «مراجعه به درمان و ترس از از دست دادن فرزند» و یا «پنهان‌کاری و تداوم مصرف»، مسیر سومی تحت عنوانِ مراجعه داوطلبانه به

درمان همراه با حمایت، نظارت و حفظ حداکثری پیوند مادر و کودک در صورت نبود خطر جدی ایجاد نماید. بر این اساس، چالش اصلی در حقوق ایران نه در اصل امکان مداخله دادگاه برای حمایت از کودک، بلکه در فقدان معیارهای افتراقی، سازوکارهای درمان محور و تضمین‌های حمایتی برای جلوگیری از آثار بازدارنده این مداخله بر رفتار درمان جویانه مادران باردار نهفته است. سیاست حقوقی مطلوب در این حوزه باید میان حمایت فوری از کودک در موارد خطر جدی و تشویق مادر به درمان و بازتوانی تمایز قائل شود. در غیر این صورت، ترس از سلب حضانت می‌تواند مادر را به پنهان کاری، تأخیر در مراجعه و تداوم مصرف سوق دهد، وضعیتی که در نهایت با مصلحت کودک، که مبنای اصلی ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی است، ناسازگار خواهد بود.

نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر در نظام حقوقی ایران نشان می‌دهد که سیاست جنایی حاکم بر این حوزه هم‌چنان متأثر از نگرش کیفری و جرم‌انگارانه‌ای است که به جای توجه به شرایط خاص بارداری و ماهیت بیماری‌گونه اختلال مصرف مواد، بر پاسخ‌های تنبیهی و اعمال مسئولیت کیفری تأکید دارد. این در حالی است که زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر در زمره آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی قرار دارند و وضعیت آنان مستلزم اتخاذ تدابیر حقوقی افتراقی و حمایت‌های ویژه است.

فقدان مقرره‌های اختصاصی در این زمینه موجب شده است که نظام حقوقی ایران نتواند میان ضرورت حمایت از جنین و لزوم حمایت از مادر به عنوان شخصی نیازمند درمان و مراقبت، تعادل مطلوبی برقرار سازد. تحلیل مقرره‌های موجود نشان می‌دهد که حمایت از جنین به شکل عمده از رهگذر ابزارهای کیفری دنبال می‌شود؛ حال آن‌که چنین رویکردی در عمل با یک تعارض بنیادین مواجه است. هنگامی که زن باردار به دلیل ترس از تعقیب کیفری، از دست دادن حضانت فرزند، برچسب‌زنی اجتماعی یا مداخله نهادهای قضایی از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کند، نه تنها وضعیت وی بهبود نمی‌یابد، بلکه سلامت جنین نیز در معرض مخاطره‌های جدی‌تری قرار می‌گیرد. بنابراین، سیاست کیفری

موجود در دستیابی به هدف حمایت مؤثر از جنین با محدودیت‌های جدی روبه‌رو است و در برخی موارد حتی پیامدهای معکوس بر جای می‌گذارد.

تأکید اصلی این پژوهش آن است که حمایت از جنین و کودک در دوره پیش از تولد، بیش از آن‌که نیازمند تشدید مداخله کیفری باشد، مستلزم توسعه سازوکارهای حمایتی، درمانی و پیشگیرانه است. به بیان دیگر، منافع عالیه کودک و جنین زمانی به نحو مطلوب تأمین می‌شود که قانون‌گذار به جای تمرکز بر کیفر مادر، زمینه دسترسی ایمن و بدون هراس او به خدمات درمانی، روان شناختی و حمایتی را فراهم آورد. از این منظر، رویکرد درمان محور نه در تقابل با حمایت از جنین، بلکه در راستای تحقق مؤثرتر آن قرار دارد.

بر این اساس، به نظر می‌رسد بازنگری در سیاست جنایی مرتبط با مصرف مواد مخدر و پیش بینی یک نظام حمایتی افتراقی برای زنان باردار ضرورتی اجتناب ناپذیر باشد. شناسایی قانونی زنان باردار مصرف کننده مواد مخدر به عنوان گروهی نیازمند حمایت ویژه، الزام مراجع قضایی به اولویت دادن به درمان و بازتوانی در موارد واجد شرایط، تعلیق یا تعویق اقدام‌های کیفری در صورت ورود داوطلبانه به فرآیند درمان، تضمین محرمانگی اطلاعات پزشکی و ایجاد سازوکارهای هماهنگ میان نظام سلامت و نظام عدالت کیفری، از جمله اقدام‌هایی است که می‌تواند خلأهای موجود را برطرف کند. تحقق چنین اصلاحاتی افزون بر تأمین سلامت مادر و جنین، زمینه انطباق بیشتر سیاست جنایی ایران با اصول عدالت ترمیمی، حق بر سلامت، کرامت انسانی و منافع عالیه کودک را نیز فراهم خواهد ساخت.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

ORCID

Alimorad Heidari https://orcid.org/0000-0001-5456-3990

Saiede Fakhri https://orcid.org/0009-0002-7957-0155

منابع

حیدری، علیمراد؛ جاور، حسین. (۱۳۹۹). «بررسی اعتبار و قلمرو ماده ۱۴۲ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران» پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، سال هشتم، شماره ۲۰.

https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1094130.html

حسینی، سیدجواد؛ حسینی، امین، مظفری، سارا. (۱۳۹۵). «زنان باردار با سوءمصرف مواد»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال ۳، شماره ۱۱.

https://ensani.ir/file/download/article/20170923163731-9980-70.pdf

خواجه دلویی، محمد؛ دادگر مقدم، ملیحه. (۱۳۹۲). «اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی»، نشریه زنان مامایی و نازایی ایران، دوره شانزدهم، شماره ۵۲.

https://doi.org/10.22038/ijogi.2013.874

رحمانی، سمیه. (۱۴۰۴). «مطالعه تطبیقی سیاست جنایی در درمان معتادان متجاهر: ایران، آمریکا و هلند»، فصلنامه حقوق جزای بین‌الملل، دوره ۳، شماره ۳.

https://www.iclj.ir/article_231464.html

سیدی آرانی، سیدعباس. (۱۴۰۲). «امکان سنجی تعادل میان منافع مادر، جنین و جامعه در موضوع سقط جنایی و سقط قانونی»، نشریه حقوق پزشکی، دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم.

http://ijmedicallaw.ir/article-1-1614-fa.html

شایگان، اسحاق. (۱۳۹۰). « تاثیر اعتیاد زنان باردار و نقش پلیس زن در درمان آن»، پلیس زن، دوره پنجم، شماره چهاردهم.

file:///C:/Users/user/Downloads/10000613901402.pdf

شمشیری میلانی، حوریه. (۱۳۸۴). «سقط جنین، حق حیات مادر؛ بررسی سقط جنین از منظر طب»، نشریه باروری و ناباروری.

https://www.virascience.com/article/303645/

صادقی، سیدمجید؛ صادقی، سیدوحید؛ حسن‌پور، محمد. (۱۳۹۷). «بررسی فقهی-حقوقی مجازات سقط جنین در رسیدن به سیاست افزایش جمعیت» پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، سال ششم، شماره یازدهم.

https://pzk.journals.miu.ac.ir/article_1947_357ceb7597cab1a0dec91a1c850688ba.pdf

عامریان، شقایق؛ سالارزائی، امیرحمزه؛ حیدری، زهرا. (۱۴۰۳). «تحلیل مسئولیت با رویکرد کیفری اعتیاد بانوان باردار در پیامدهای نقایص تکاملی جنین»، مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۸، شماره ۵۹.

https://ijmedicallaw.ir/article-1-1812-fa.html

کاری علیداش، محمد؛ شاهین، پروین؛ حقی کلخوران، اسماعیل. (۱۴۰۰). «مصرف مواد مخدر و بهداشت روانی، فردی-خانوادگی»، مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی، دوره ۴، شماره ۳۹.

https://www.jonahs.ir/showpaper/5504349

مقدسی، محمدباقر؛ غلامی، یاسر؛ سلحشور، بابک. (۱۴۰۰). «رویکرد قضایی به سقط درمانی: نگاهی به ضوابط سقط درمانی در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، مجله پزشکی قانونی ایران، دوره ۲۷، شماره ۴.

https://sjfm.ir/article-1-1282-fa.pdf

موسوی تکیه، فروغ السادات؛ یوسفی، زهرا. (۱۴۰۰). «مطالعه کیفی کیفیت زندگی زنان معتاد داوطلب مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان»، رویش روان‌شناسی، سال ۱۰، شماره پیاپی ۶۹.

https://frooyesh.ir/article-1-3157-fa.pdf

نوبهار، زهرا؛ شایگان، فریبا. (۱۳۹۴). « نقش پلیس زن در مبارزه با مواد مخدر در بین زنان و کودکان»، مطالعات پلیس زن، شماره ۲۲.

https://elmnet.ir/doc/1410306-5111

نوروزی، علیرضا؛ صابری‌زفرقندی، محمدباقر، گیلانی‌پور، مهسا، ناصحی، عباسعلی؛ نیک‌فرجام، علی؛ جعفری، فیروزه؛ حضرتی، نازنین؛ صادقی، مصطفی؛ آریافر، محمد، مقصودلو، مازیار؛ مطلق، محمداسماعیل. «راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری و زایمان شیردهی و

نوزادی»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد.

https://pishva.sbmu.ac.ir/uploads/215/2023/Jun/03/%D8%B1%D8%A7%D9%87%D9%86%D9%85%D8%A7%DB%8C%20%D9%85%D8%AF%DB%8C%D8%B1%DB%8C%D8%AA%20%D9%88%D8%A7%D8%A8%D8%B3%D8%AA%DA%AF%DB%8C%20%D8%A8%D9%87%20%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%AF%20%D8%AF%D8%B1%20%D8%AF%D9%88%D8%B1%D8%A7%D9%86%20%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%AF%D8%A7%D8%B1%DB%8C%20%D8%B2%D8%A7%DB%8C%D9%85%D8%A7%D9%86%20%D9%88%20%D8%B4%DB%8C%D8%B1%D8%AF%D9%87%DB%8C.pdf

هوشیار، فاطمه؛ خیرخواه، معصومه؛ حقانی، شیما. (۱۴۰۲). » بررسی نقش حمایت اجتماعی در تحمل ناکامی زنان باردار با سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز ارجاع جنوب غرب کشور سال ۱۴۰۰»، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۳۰، شماره ۳.

https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/1043013

References

Anatolevna, B. I., & Rubenovich, A. V. (2013). Drug addiction. Drugs and their effects on man. Природные системы и ресурсы, (2 (6)), 22-27. file:///C:/Users/user/Downloads/drug-addiction-drugs-and-their-effects-on-man.pdf

D'Angelo, L. (2002). Women and addiction: Challenges for drug court practitioners. Justice System Journal, 23(3), 385-400. https://www.innovatingjustice.org/wp-content/uploads/2002/07/womenandaddiction.pdf

Dunbar, D., Kushner, H. I., & Vrecko, S. (2010). Drugs, addiction and society. BioSocieties, 5(1), 2-7. https://doi.org/10.1057/biosoc.2009.10

Goettler, S. M., & Tschudin, S. (2014). Care of drug-addicted pregnant women: current concepts and future strategies–an overview. Women's Health, 10(2), 167-177. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2217/WHE.14.7

Garcia, S. A. (1992). Drug addiction and mother/child welfare: rights, laws, and discretionary decisionmaking. *Journal of Legal Medicine*, *13*(2), 129-203. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095510818305402

Heidarifard, S., & Khoshnamrad, M. (2025). Assessing supportive needs in pregnant women with substance use, a qualitative study. *AJOG Global Reports*, 100548. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12398268/pdf/main.pdf

Kolawole, B. O., Famotire, F. O., Ayodele, E. O., Emma-Ekwealor, E. O., Philip, O. T., & Abubakar, S. (2025). Stigma, Silence, and Substance Use: A Qualitative Study of Barriers to Care Among Pregnant Women in Nigeria. *Journal of Life Science and Public Health*, *1*(2), 60-68. https://doi.org/10.69739/jlsph.v1i2.1017

Kremer, M. E., & Arora, K. S. (2015). Clinical, ethical, and legal considerations in pregnant women with opioid abuse. Obstetrics & Gynecology, 126(3), 474-478. file:///C:/Users/user/Downloads/clinical,_ethical,_and_legal_considerations_in.4.pdf

King, P. A. (1991). Helping women helping children: drug policy and future generations. The Milbank Quarterly, 595-621. https://www.jstor.org/stable/3350229

Lester, B. M., Andreozzi, L., & Appiah, L. (2004). Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. Harm reduction journal, 1(1), 5. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1477-7517-1-5.pdf

Mohapatra, S. (2011). Unshackling addiction: A public health approach to drug use during pregnancy. Wis. JL Gender, & Soc'y, 26, 241. https://lawpublications.barry.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=facultyscholarship

Mohapatra, S. (2011). Unshackling addiction: A public health approach to drug use during pregnancy.

https://lawpublications.barry.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=facultyscholarship

Price, H. R., Collier, A. C., & Wright, T. E. (2018). Screening pregnant women and their neonates for illicit drug use: consideration of the integrated technical, medical, ethical, legal, and social issues. Frontiers in pharmacology, 9, 961. file:///C:/Users/user/Downloads/fphar-09-00961%20(1).pdf

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & justice*, *3*(1), 2. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s40352-015-0015-5.pdf

Tabatabaei, S. M., Behmanesh-Pour, F., Salimi-Khorashad, A., Zaboli, M., Sargazi-Moakhar, Z., & Shaare-Mollashahi, S. (2018). Substance abuse and its associated factors among pregnant women: a cross-sectional study in the southeast of Iran. *Addiction & health*, *10*(3), 162. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6511394/pdf/AHJ-10-162.pdf

Translated References into English

Amerian, Shaghayegh; Salarzaei, Amirhamzeh; Heidari, Zahra. (2024). "Analysis of Liability with a Criminal Law Approach Regarding Addiction in Pregnant Women and Fetal Developmental Defect Outcomes," *Journal of Medical Law*, Vol. 18, No. 59. [In Persian]

Heidari, Alimorad; Javar, Hossein. (2020). "An Analysis of the Validity and Scope of Article 142 of the Charter of Women's Rights and Responsibilities in the Islamic Republic of Iran." *Islamic Journal of Women and Family*, Vol. 8, No. 20. [In Persian]

Hosseini, Seyed Javad; Hosseini, Amin; Mozaffari, Sara. (2016). "Pregnant Women with Substance Abuse," *Social Health and Addiction Quarterly*, Vol. 3, No. 11. [In Persian]

Hoshiar, Fatemeh; Kheirkhah, Masoumeh; Haghani, Shima. (2023). "Investigating the Role of Social Support in Frustration Tolerance

Among Pregnant Women with Substance Abuse Referring to the Southwest Regional Referral Center in 2021," Razi Journal of Medical Sciences, Vol. 30, No. 3. [In Persian]

Khajeh-Dalouei, Mohammad; Dadgar-Moghaddam, Maliheh. (2013). "Maternal Addiction During Pregnancy and Offspring Addiction During Adolescence and Young Adulthood," *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, Vol. 16, No. 52. [In Persian]

Kari Alidash, Mohammad; Shahin, Parvin; Haghi Kalkhoran, Esmaeil. (2021). "Drug Use and Mental Health: Individual and Familial Aspects," *Journal of Modern Achievements in Humanities Studies*, Vol. 4, No. 39. [In Persian]

Moghaddasi, Mohammad Bagher; Gholami, Yaser; Salahshoor, Babak. (2021). "A Judicial Approach to Therapeutic Abortion: An Overview of Criteria for Therapeutic Abortion in the Law on Family Support and Youth Population," *Iranian Journal of Forensic Medicine*, Vol. 27, No. 4. [In Persian]

Mousavi Tekieh, Forough-Sadat; Yousefi, Zahra. (2021). "A Qualitative Study on the Quality of Life of Women Addicts Volunteering at Addiction Treatment Centers in Isfahan," *Rooyesh-e-Ravanshenasi* (Growth of Psychology), Vol. 10, Consecutive No. 69. [In Persian]

Nowbahar, Zahra; Shayegan, Fariba. (2015). "The Role of Female Police Officers in Combating Drug Abuse Among Women and Children," *Women Police Studies*, No. 22. [In Persian]

Nowrouzi, Alireza; Saberi-Zafarghandi, Mohammad Bagher; Gilanipour, Mahsa; Nasehi, Abbasali; Nikfarjam, Ali; Jafari, Firouzeh; Hazrati, Nazanin; Sadeghi, Mostafa; Ariafar, Mohammad; Maghsoudlou, Maziar; Motlagh, Mohammad Esmaeil. "Guideline for the Management of Substance Dependence during Pregnancy, Childbirth, Breastfeeding, and the Neonatal Period," Ministry of Health and Medical Education, Office of Mental Health, Social Health and Addiction, Department of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Harm Reduction. [In Persian]

Rahmani, Somayeh. (2026). "A Comparative Study of Criminal Policy Regarding the Treatment of Publicly Visible Addicts: Iran, the United States, and the Netherlands," *Quarterly Journal of International Criminal Law*, Vol. 3, No. 3. [In Persian]

Seyyedi Arani, Seyyed Abbas. (2023). "Feasibility Study of Balancing the Interests of the Mother, the Fetus, and Society Regarding Criminal and Legal Abortion," *Journal of Medical Law*, Vol. 17, No. 58. [In Persian]

Shayegan, Eshaq. (2011). "The Impact of Addiction Among Pregnant Women and the Role of Female Police Officers in Its Treatment," *Female Police*, Vol. 5, No. 14. [In Persian]

Shamshiri Milani, Hourieh. (2005). "Abortion and the Mother's Right to Life: A Medical Perspective on Abortion," *Journal of Reproduction and Infertility*. [In Persian]

Sadeghi, Seyyed Majid; Sadeghi, Seyyed Vahid; Hassanpour, Mohammad. (2018). "A Jurisprudential-Legal Analysis of the Penalty for Abortion in the Context of the Population Growth Policy." *Islamic Research Journal of Women and Family*, Vol. 6, No. 11. [In Persian]

.

استناد به این مقاله: حیدری، علی‌مراد و فخری، سعیده . (۱۴۰۵). آسیب‌شناسی حقوقی وضعیت زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر در نظام حقوقی ایران. (e21458). فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، ۱۴(۵۴)، ۱۱۱- ۱۴۴. e21458. doi: 10.22054/jclr.2026.91204.2847

Criminal Law Research is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.