



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



## تأثیر غربالگری در ارتقای سلامت جنین

### مریم شیریان نسل

استادیار، گروه آموزشی حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران (نویسنده مسئول)  
maryam.shiriyani@yahoo.com

### علی بیگی

استادیار، گروه آموزشی حقوق عمومی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران  
mr.alibeigi582@yahoo.com

### آرزو حاجب

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، رشته حقوق عمومی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران  
hajebarezo@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** خبرهایی همچون حذف غربالگری در راستای قانون افزایش جمعیت، ضرورت اهمیت بررسی تأثیر غربالگری در ارتقای سلامت جنین را ضروری می‌سازد. زیرا در عرصه پزشکی غربالگری به عنوان یک برنامه یا راهبرد بررسی جمعیت در رابطه با یک خطر تهدیدکننده سلامت با شناسایی افراد در معرض خطر و نیز بررسی سندروم‌های تریزومی کروموزوم ۲۱ (داون)، تریزومی کروموزوم ۱۸ (ادواردز)، تریزومی کروموزوم ۱۳ (پاتو) در اکثر کشورهای جهان تدوین و اجرایی شده است. غربالگری وسیله ارتقای سلامت جنین است و نمی‌توان با تصمیم‌های شتابزده‌ای همچون حذف غربالگری آینده یک جامعه را به خطر انداخت.

**روش تحقیق:** این تحقیق با روش توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای درصدد بررسی تأثیر غربالگری در ارتقای سلامت جنین است.

**نتیجه‌گیری:** غربالگری بارداری به منظور ارتقاء سلامت مادر و جنین و ایجاد اطمینان خاطر و آرامش والدین از تولد فرزند سالم و کاهش بار مالی دولت به جهت هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت از کودکان ناتوان جسمی و ذهنی شدید بوجود آمده است.

**یافته‌ها:** در حال حاضر انجام غربالگری‌های سلامت جنین در دوران بارداری در برنامه مراقبتی مادران باردار توصیه‌ای است و اجباری نیست لذا ضروری است سیاست‌گذاران وزارت بهداشت در مسیر ارتقاء و هم‌راستا با تحول ایجاد شده در نظام سلامت کشور، موقعیت و وضعیتی ایجاد نمایند که انجام تست-های غربالگری برای مادران باردار الزامی و به سهولت و به دور از دغدغه‌های اقتصادی قابل انجام باشد.

**کلید واژه‌ها:** غربالگری، جنین، حق بر سلامت، ناهنجاری‌های جنینی، سندروم تریزومی کروموزوم ۲۱



## مقدمه

تشخیص زودرس بیماری‌های پیش از تولد و به دنبال آن، درمان به موقع ناهنجاری‌های مادرزادی، جزء دغدغه‌های اصلی سیستم بهداشت و درمان است (Cullet, 2001: 4049). ناهنجاری‌های مادرزادی نقص‌های ساختمانی قابل تشخیص هستند که در زمان لقاح و یا طی دوران تکام داخل رحمی رخ داده و هنگام تولد ظاهر می‌شوند (رهنما؛ هاشمیان و اکبرزاده، ۱۳۸۷: ۲۳۱) و از علل شایع مداخلات پزشکی، بیماری‌های طولانی مدت و مرگ و میر می‌باشند (Kurinczuk, Hollowell, Boyd, Oakley, Brocklehurst, Gray 2010: 99). این اختلات، ممکن است در هر مرحله از تکامل جنین رخ داده و از نظر عوامل ایجاد کننده، نوع، وسعت و تناوب بروز متفاوت هستند. برخی از ناهنجاری‌ها، از نظر طبی اهمیتی ندارند اما برخی حتی تهدیدکننده زندگی بوده و نیاز به تدابیر مراقبتی فوری دارند (Blackburn, 2016: 23). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالیانه سه میلیون نوزاد با ناهنجاری مادرزادی متولد می‌شوند و ناهنجاری‌ها عامل مرگ و میر ۴۹۵۰۰۰ کودک در جهان بوده (Kurinczuk, Hollowell, Boyd, Oakley, Brocklehurst, Gray 2010: 199) و از مهم‌ترین دلایل معلولیت و مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته محسوب می‌شوند (Madi, Al Naggar, Al Awadi, Bastaki 2005:700). ناهنجاری‌های مادرزادی موجب افزایش سقط، مرده‌زایی و مرگ و میر نوزادان و شیرخواران بعنوان شاخص‌های عمده بهداشتی یک جامعه شده و هزینه‌های هنگفتی را جهت درمان و ناتوانی معلولین حاصل به جوامع تحمیل می‌کند در ایران هزینه مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان مبتلا به ناهنجاری‌های مادرزادی بیش از ۶ میلیون تومان در سال برآورد شده است. هرگونه اقدام جدی برای شناسایی عوامل اثرگذار در ایجاد ناهنجاری مادرزادی و پیشگیری از آن‌ها از طریق غربالگری باعث سالم‌سازی و بهسازی هرچه بیشتر نسل آینده و جلوگیری از آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی خواهد شد.

## ۱- اهمیت موضوع

برای هر خانم باردار به طور کلی احتمال داشتن فرزندی با نقایص مادرزادی وجود دارد. اگرچه این احتمال خیلی زیاد نیست اما با انجام تست‌های غربالگری می‌توان تا حد زیادی به میزان واقعی این احتمال پی برد. نتیجه این غربالگری‌ها احتمال ابتلای جنین به سندروم‌های ژنتیکی شایع مانند سندروم داون (تریزومی ۲۱)، سندروم ادوارد (تریزومی ۱۸) و سندروم پاتو (تریزومی ۱۳) را تعیین می‌کند. ناهنجاری‌های مادرزادی هم‌چنین از مهم‌ترین علل بستری در بیمارستان و معلولیت و مرگ نوزادان به شمار می‌روند و هزینه بستری و اقدامات درمانی این کودکان، بار سنگینی را به سیستم بهداشتی و خانواده‌های آنها وارد می‌کند لذا با غربالگری می‌توان مانع از بسیاری از مشکلات و چالش‌های مرتبط با سلامت شد. بسیاری از نقایص مادرزادی قابل پیشگیری بوده و شناخت و پیشگیری از آن‌ها به مراتب مقرون به صرفه‌تر از درمان یا بازتوانی خواهد بود.

**ادبیات و پیشینه:** بررسی پیشینه موضوع تحقیق در پایگاه داده‌های علمی داخل کشور نظیر (پورتال علوم انسانی، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، مگیران) نشان می‌دهد که مرتبط‌ترین منابع تحقیقی در خصوص تاثیر غربالگری در ارتقای سلامت جنین عبارتند از:

انجو (۱۴۰۱) در تحقیقی تحت عنوان «نگاهی به غربالگری از منظر پزشکی» به این نتیجه رسیده‌اند که در سال‌های اخیر چالش‌هایی درباره سقط جنین در کشور به وجود آمده است (۱-۳). به نظر می‌رسد از دلایل به وجود آمدن این تنش‌ها در نظر نگرفتن مشکلات اجرایی فرایند موجود سقط جنین است. غربالگری و سقط درمانی نه به دلیل قوانین غلط، بلکه به سبب اجرای نادرست و جدی‌نگرفتن اخلاق پزشکی از مرحله اجرای غربالگری تا مرحله صدور دستور سقط دچار اختلالاتی بوده و همچنان هست (انجو، ۱۴۰۱: ۷-۱).



بکتاشیان، صدقی و صالحی (۱۴۰۰) در تحقیقی تحت عنوان «بررسی آزمایشات غربالگری پیش از تولد مادران باردار و مقایسه آن با کاریوتیپ جنین» به این نتیجه رسیده‌اند که برنامه‌های غربالگری برای شناسایی جنین‌های با ریسک بالا و در نهایت انجام تست‌های تشخیصی برای آن‌ها در مورد تریزومی‌ها خصوصاً سندرم داون شامل پروتکل‌های متفاوتی است. بررسی‌های ما در مورد غربالگری‌های سلامت جنین نشان داد که پیشنهاد غربالگری به تمام زنان باردار در بلژیک، دانمارک، فنلاند، فرانسه، سوئیس، کره جنوبی و ... و با تقبل هزینه غربالگری از سوی بیمه‌ها و دولت انجام می‌شود. هم‌چنین اعمال محدودیت برای این غربالگری‌ها در هیچ کشوری مشاهده نشد. صرفاً تفاوت‌هایی در سیستم‌های غربالگری و میزان پوشش بیمه برای این آزمایشات وجود داشت (بکتاشیان، صدقی و صالحی، ۱۴۰۰: ۱۰۳-۱۱۷).

اکرمی، پروین، رزمجو (۱۴۰۰) در تحقیقی تحت عنوان «بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی در طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» به این نتیجه رسیده‌اند که فرآیند انتخاب آگاهانه، یک بخش بسیار مهم از غربالگری ناهنجاری جنین در بارداری به شمار می‌آید؛ لذا پزشکان و ماماها باید مطمئن شوند که زنان باردار در مقابل این آزمایشات انتخاب آگاهانه‌ای داشته‌اند، به طوری که انتخاب آن‌ها بیشترین سطح رضایت و کمترین میزان نگرانی و اضطراب را به همراه داشته باشد. هدف از برنامه غربالگری ناهنجاری‌های جنین در بارداری، توانمندسازی زنان برای ساختن انتخابی آگاهانه و کاهش ابهام در تصمیم‌گیری است (اکرمی، پروین، رزمجو، ۱۴۰۰: ۱-۱۱).

رشیدپورایی و بطحایی (۱۳۹۴)، در تحقیقی تحت عنوان «ملاحظات اخلاقی و حقوقی در تست‌های غربالگری سلامت جنین»، به این نتیجه رسیده‌اند که تشخیص زودرس بیماری‌های پیش از تولد و به دنبال آن، درمان به موقع ناهنجاری‌های مادرزادی، جزء دغدغه‌های اصلی سیستم بهداشت و درمان است. آزمایشات غربالگری مجموعه‌ای از تست‌ها است که به منظور بررسی سلامت جنین و غربالگری کودکان در معرض خطر از لحاظ بیماری‌های عفونی، سندروم داون و برخی دیگر از نقایص ژنتیکی و ناهنجاری‌های فیزیکی در ماه‌های مختلف بارداری انجام می‌شود. نوع نهایی غربالگری متوالی یک روش غربالگری مشروط، شبیه به روش متوالی گام به گام است. در صورت شناسایی ناهنجاری‌ها در جنین ناقص الخلقه عقب افتاده منجر به عسر و حرج بنابر قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، قبل از ولوج روح، امکان سقط درمانی می‌باشد (رشیدپورایی و بطحایی، ۱۳۹۴: ۶۱-۷۷۵).

## ۲- تبیین مفاهیم

سلامتی مفهومی موسع و مسئله‌ای چندبعدی است و غربالگری یکی از مقدمات این حق است؛ دلایل متعددی برای ضرورت غربالگری وجود دارد. عدم تشخیص و درمان مناسب و به‌هنگام بیماری در مبتلایان، بار بیماری سنگینی را بر خانواده و جامعه وارد می‌کند. در حالی که در صورت تشخیص به‌هنگام، درمان ساده، آسان، ارزان و موثر است. با غربالگری جنین، نوزادان و شناسایی بیماران و درمان مناسب آنان، عوارض جدی بیماری اتفاق نیفتاده و با حفظ ضریب هوشی طبیعی در بیمار، فردی مولد و سالم به جامعه تحویل داده می‌شود. با توجه به این مقدمه روشن می‌شود که «جنین» و «غربالگری» از مفاهیم اصلی این تحقیق هستند که باید تبیین شوند.

### ۱-۱. تعریف جنین

جنین از ریشه «جن» به معنای پوشیده بودن، پنهان شده و پوشیده از هر چیز است (ابن‌منظور، ج ۱۳، ۱۴۰۸: ۹۲) و چون جنین در رحم مادر از دیده‌ها پنهان و مخفی است، جنین نامیده شده است (فراهیدی، ج ۶، ۱۳۸۳: ۲۱؛ ابن‌منظور، ج ۱۳، ۱۴۰۸: ۹۳) هم‌چنین جنین به معنای حملی است که در بطن و رحم مادر استتار شده (فیومی، ج ۲، ۱۴۰۲: ۱۱۲) و اسقاط جنین نیز به معنای جنین انداخته شده از رحم پیش از تکمیل دوره نه ماهه بارداری است (واسطی زبیدی، ج ۱۰، ۱۴۱۴: ۳۰) اطلاق لفظ جنین در قوانین منصرف از طول عمر آن بوده و از لحظه انعقاد تا خروج جنین محسوب می‌شود (آقایی‌نیا،





دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاران گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

# کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری حقوقی پزشکی فراروشی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



۱۳۹۵: ۴۳۵) بنا بر مطالب ذکر شده: الف- صرف لقاح تخمک زن با نطفه مرد در زن کافی برای حمایت قانونی از جنین نیست بلکه حاملگی باید طبیعی بوده و لذا حاملگی خارج از رحم که ممکن است در لوله، شکم و غیره محقق شود به دلیل زوال قطعی مشمول حمایت‌های قانونی از جنین نخواهد بود (آقای نیبا، ۱۳۹۵: ۴۳۵) ب- در تلقیح مصنوعی (ترکیب تخمک زن با مرد در آزمایشگاه) زمانی که جنین به زن منتقل نشده باشد زن حامله محسوب نمی‌گردد. لکن پس از انتقال جنین حاصل از تلقیح مصنوعی به زن این جنین نیز مشابه جنین‌هایی که از راه نزدیکی طبیعی تشکیل می‌شود مورد حمایت مقنن است. بدین ترتیب وقتی بحث از سقط جنین می‌شود مقصود جنینی است که در داخل رحم مادر می‌باشد (الهی‌منش، ۱۳۹۲: ۹۹).

## ۱-۲. تعریف غربالگری

پیشرفت در خور توجه در زمینه بهداشت عمومی و سلامت طی قرن بیستم، شناخت مفهوم "غربالگری" و توسعه تست‌های غربالگری بود. غربالگری به معنای تشخیص بیماری‌ها در مرحله پیش از بروز نشانه‌های بالینی است (حاتمی، رضوی، افتخار اردبیلی و دیگران، ۱۳۹۸: ۳۲). در دهه ۱۹۳۰، دو آزمون که بیش از همه به کار گرفته می‌شدند آزمون سرم شناختی از نظر سیفیلیس و پرتونگاری قفسه سینه برای سل بودند. با افزایش تعداد آزمون‌های غربالگری، مفهوم غربالگری برای بیماری‌ها به صورت انفرادی در اوایل دهه ۱۹۵۰ وارد عصر جدید غربالگری چند مرحله‌ای شد و استفاده از غربالگری برای تشخیص بیماری‌های جنین رواج پیدا کرد. «جودیت مازنر» در کتاب «درآمدی بر اپیدمیولوژی» سه تعریف از غربالگری ارائه کرده است که عبارتند از:

- غربالگری شامل انجام آزمایش‌هایی برای شناسایی افراد مبتلا به بیماری است.
- در غربالگری افرادی که بیمار تشخیص داده می‌شوند پیگیری شده و تحت درمان قرار می‌گیرند.
- پیدا کردن و یا تجسس افرادی (یا عوامل خطرزا در افراد) که هنوز متوجه بیماری خود نشده و جهت درمان بیماری خود اقدامی نکرده‌اند (مازنر، ۱۳۹۹: ۱۲).

غربالگری نوزادان فعالیتی پیشگیرانه است که منجر به تشخیص بیماری‌های قابل درمان اندوکراین، متابولیک، ژنتیک، هماتولوژیک و عفونی می‌شود (Tarini, 2007: 762). با شروع غربالگری نوزادان برای بیماری‌های متابولیک از دهه ۶۰ میلادی، افق جدیدی در ارتقاء سلامت نوزادان و کودکان باز شد و از حدود دو دهه قبل، این فعالیت به عنوان یک فعالیت بهداشتی بسیار مهم در اغلب کشورهای پیشرفته دنیا درآمد (Kayton, 200: 85). امروزه در کلیه مناطق اروپایی و آمریکای جنوبی و بسیاری از کشورهای دیگر برنامه غربالگری نوزادان انجام می‌شود، اما لیست بیماری‌هایی که مورد غربالگری قرار می‌گیرند، از ۱ تا ۵۰ متغیر است. انجام غربالگری نوزادان نه تنها مزایای غیر قابل انکاری برای بیماران و خانواده‌هایشان دارد بلکه از هدر رفتن منابع عظیم انسانی و مالی پیشگیری می‌کند و با حفظ ضریب هوشی مبتلایان، به توسعه کشورها کمک شایانی می‌نماید.

دکتر روبرت گاتری (۱۹۱۶-۱۹۹۵) پدر "غربالگری نوزادان" محسوب می‌شود. او برای اولین بار با استفاده از کاغذ فیلتر، نمونه‌گیری از پاشنه پا و ابداع روشی ارزان به غربالگری بیماری فنیل کتونوری<sup>۱</sup> در نوزادان پرداخت. اولین برنامه غربالگری نوزادان حدود نیم قرن پیش در ایالات متحد آمریکا آغاز شد و امروزه حداقل در هفتاد کشور جهان، نوزادان به صورت اجباری و طبق قانون دست‌کم باید از نظر بیماری‌های کم‌کاری تیروئید و فنیل کتونوری مورد آزمایش قرار گیرند. در ایران از سال ۱۳۸۱ در استان فارس تمامی نوزادان از نظر ابتلاء به سه بیماری کم‌کاری تیروئید، فنیل کتونوری و کمبود آنزیم G6PD (عامل بیماری فاویسم) مورد غربالگری قرار گرفتند و به تدریج از ابتدای سال ۱۳۸۵ دو بیماری دیگر، یعنی افزایش گالاکتوز و

<sup>۱</sup> . PKU.



بیماری شربت افرا (MSUD) نیز به مجموعه مزبور اضافه شد. اکنون غربالگری در ۴ مرحله شامل غربالگری جنین، غربالگری نوزادان و کودکان، غربالگری دوران بارداری و غربالگری دوران میانسالی و سالمندی در اکثر کشورها و در ایران انجام می‌گیرد.

## ۲- اهمیت و مزایای غربالگری

تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان در خدمات بهداشتی درمانی همه جوامع در دنیا جایگاه ویژه ای دارد و شاخص "نسبت مرگ و میر نوزادان" از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی آن است. در نظام بهداشت و درمان کشور ما نیز همواره کاهش این شاخص از اهداف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسناد بالادستی از جمله برنامه‌های پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی کشور و سیاست‌های کلان سلامت در سطح ملی و از اهداف توسعه پایدار در سطح بین‌المللی بوده است. بدین منظور در سال ۱۳۷۸ استانداردسازی پروتکل‌های ارزیابی خدمات به مادران در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان طراحی گردید. در میان پروتکل‌های خدمات درمانی-بهداشتی برنامه‌های غربالگری سندرم داون نیز پیشنهاد گردید. اختلالات کروموزومی و در راس آن‌ها سندرم داون یکی از گروه‌های اصلی برنامه‌های ژنتیک در اولویت برنامه‌های غربالگری هستند لذا برای بهینه‌سازی اجرا و رفع موانع موجود، ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین، سندرم داون و تریزومی ۱۳ و ۱۸ بر اساس دستورالعمل کشوری مربوط در حال اجراست (مدرسی، طالبی، طالع، داودی دهقانی و دیگران، ۱۳۹۹: ۱۲).

با انجام غربالگری جنین در کشورهای پیشرفته در چند دهه گذشته، نشان داده شده است که انجام این برنامه در کشورها، نه تنها با تشخیص زودرس جنین ناقص، درمان به موقع و مناسب آن‌ها و پیشگیری از بروز عقب‌ماندگی ذهنی و دیگر عوارض مهم بیماری‌های مورد غربالگری و همچنین پیشگیری از هدر رفتن سرمایه‌های انسانی و مالی به بیماران و خانواده‌هایشان و جامعه خدمات بسیار مهمی می‌کند (Naderi, 1979: 195)، بلکه حجم وسیع و ارزشمندی از اطلاعات اپیدمیولوژیک فراهم می‌آورد. به علاوه، اجرا این‌گونه برنامه‌ها، زمینه تحقیقات کاربردی مناسبی را پیش روی دانشمندان آن کشورها موجب شده است. بسیاری از نقایص مادر زادی قابل پیشگیری بوده و شناخت و پیشگیری از آن‌ها به مراتب مقرون به صرفه‌تر از درمان یا بازتوانی خواهد بود (Harris & James, 1997: 11).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ناهنجاری‌های مادرزادی شامل نقایص منفرد یا متعدد ساختاری، عملکردی یا بیوشیمیایی-مولکولی هستند که در زمان تولد وجود دارند و قابل تشخیص می‌باشند (Bhalerao & Garg, 2016: 420) این ناهنجاری‌ها، از جمله علل مداخلات پزشکی، بیماری‌ها و ناتوانی درازمدت و مرگ در سنین بعدی به شمار می‌روند ناهنجاری‌های مادرزادی ممکن است در هر مرحله از تکامل جنین رخ دهند و از نظر عوامل ایجادکننده، نوع، وسعت و تناوب متفاوت هستند. این ناهنجاری‌ها از نظر شدت، به دو دسته ماژور و مینور و از نظر درگیری اندام‌ها، به منفرد و چندگانه تقسیم می‌شوند (محمدی دشتکی، حسین پور و مرآتی، ۱۳۹۹: ۲۶۴).

از فواید غربالگری این است که یک آزمایش غربالگری بارداری رایج، سطح برخی از مواد را در خون مادر اندازه‌گیری می‌کند تا خطر سندرم داون و سایر مشکلات کروموزومی را ارزیابی کند. یکی دیگر از آزمایش‌های غربالگری سه ماهه اول، که به "شفافیت نوکال" معروف است، از سونوگرافی برای بررسی ناحیه پشت گردن جنین برای افزایش مایعات یا ضخیم شدن آن استفاده می‌کند، که ممکن است خطر بالقوه سندرم داون را نشان دهد. غربالگری سلامت جنین به عنوان یکی از طرق پیشگیری از تولد یک نوزاد مبتلا به نقص مادرزادی ذیل مبحث حق بر سلامت و بهداشت عمومی، حقوق زنان، حقوق کودک، حق باروری بنابر قوانین بین‌المللی و داخلی در جهت بهبود کیفیت زندگی و پیشبرد فرآیند توسعه انسانی دارای اهمیت است.



## ۱-۲. اهمیت و مزایای غربالگری از منظر حق سلامت و بهداشت

سلامت هم در بعد فردی و هم در بعد عمومی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و دایره شمول آن هر روز فراگیرتر می‌شود. تا قبل از سال ۱۹۴۲ سلامت به معنی کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن<sup>۱</sup> تلقی می‌شد. در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی این‌گونه تصور می‌شد که بیماری نتیجه عدم کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن است و لذا استراتژی‌های پیشنه‌های انجام مداخلاتی را در سطح کلینیکی افراد مطرح می‌کرد (Hellsten, 2005: 148). تکامل به سوی تعریف سلامت به عنوان یک موضوع اجتماعی منجر به تأسیس سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ شد. با ظهور سلامت به عنوان یک موضوع عمومی، مفهوم سلامت تغییر کرد. درک سلامت به عنوان «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی» در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی منعکس گردید (Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, Official Document No. 240, Washington, 1991). حق بر سلامتی علاوه بر مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی بار دیگر در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید و شناسایی قرار گرفت (Mann, Gostin, Gruskin, et al. 1994: 19). اگرچه هنوز یک تعریف مورد توافق جهانی از حق بر سلامت وجود ندارد، تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی نقطه شروع خوبی است. سازمان جهانی بهداشت در آخرین تعریف خود، سلامت را دارا بودن عملکرد مناسب در چهار حوزه جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی عنوان می‌کند. مفهوم سلامت دربرگیرنده مفاهیمی چون احساس خوب بودن و اطمینان از خود کارآمدی، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه ذهنی و هیجانی است و فقدان بیماری است. حق داشتن بالاترین سطح استاندارد سلامت حقی پایه و عمومی بوده و دولت‌ها موظف است کلیه موانع دسترسی به آن را از میان بردارد و شرایطی که برای حفظ سلامت همه آحاد جامعه لازم است را فراهم کند (کریون، ۱۳۸۸: ۱۸۵) «حق بهره‌مندی از عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی و بهداشت» به عنوان حقی بنیادین توصیف می‌شود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است (Commission on Human Rights, Res. 2002, para: 20). برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تأمین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد و حق تمام افراد بشر است که از آن برخوردار باشند (عباسی، رضایی و دهقانی، ۱۳۹۳: ۱۸۳-۱۹۹). اعلامیه جهانی حقوق بشر به صورت کلی و به عنوان یکی از مصادیق حق بر معیشت در حد معیار، در کنار دیگر امکانات معیشتی همچون غذا و لباس، حق بر بهداشت را مورد تأکید قرار می‌دهد (قاری سید فاطمی، ۱۴۰۱: ۳۰۱). اعلامیه جهانی حقوق بشر در ماده بیست و پنجم خود این حق را برای تمامی انسان‌ها پیش‌بینی نموده است (UDHR, Art 25: 1948). هم‌چنین کنوانسیون بین‌المللی رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی (ICERD, 1965: Art 5(4)). کنوانسیون امحای کلیه اشکال تبعیض علیه زنان (CEDAW, 1979: Art 12(2)). کنوانسیون حقوق کودک (CERD, 1989: Art 24(1)). کنوانسیون حقوق افراد معلول (CRPD, 2006: Art 25). منشور اجتماعی اروپا (ESC, 1996: Art 11). اعلامیه آمریکایی حقوق و تکالیف بشر (ADRDM, 1948: Art 11). پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر معروف به پروتکل سان‌سالوادور (Protocol of San Salvador, 1988, Art: 10) و ماده ۱۷ اعلامیه حقوق بشر اسلامی ۱۹۹۰ نیز به فراخور موضوع خود به مقوله حق بر سلامتی پرداخته‌اند. هرچند این حق به لحاظ محتوا، به نسل دوم حقوق بشر تعلق دارد، لیکن ارتباطی نزدیک با سایر نسل‌های حقوق بشری دارد. حق بر سلامتی، طیف وسیعی از حق‌ها را گردهم آورده است که هر کدام نقشی انکارناپذیر در تحقق آن ایفا می‌کنند. براین اساس، برخورداری از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و مقوی، محیط زیست پاک و... مقوم ذات سلامتی انسان به شمار می‌روند (Grover, 2009: 8). یکی از راه‌های ارتقاء سلامت، مراقبت‌های سلامتی از قبیل غربالگری و اقدامات درمانی به موقع است. بسیاری از مشکلات مراقبت و سلامت

<sup>۱</sup> . Soundness of Body.





قابل پیشگیری بوده و عواملی نظیر افزایش دفعات غربالگری، پیگیری‌های منظم در موارد غیرطبیعی بودن نتایج تست‌های غربالگری و پیشرفت در درمان سرطان در کاهش مرگ و میر ناشی از آن موثر است.

## ۲-۲. اهمیت و مزایای غربالگری از منظر حقوق جنین

قانون برای جنین پیش از مرحله تولد، حقوقی در نظر گرفته است و با رشد تدریجی نوزاد در رحم مادر به تدریج حمایت‌های قانون‌گذار هم افزایش پیدا می‌کند. یکی از مهمترین حقوق جنین مراقبت‌های دوران بارداری و مبحث غربالگری برای تشخیص اختلالات و ناهنجاری‌های مادرزادی است. آن دسته از بیماری‌ها همانند غربالگری تالاسمی، سیکل سل، غربالگری ژنتیکی و غربالگری کروموزومی که داشتن فرزند سالم را تحت تأثیر قرار داده و قابل شناسایی در زمان ازدواج و در سه ماهه اول بارداری هستند باید از طریق غربالگری شناسایی و تحت درمان و مراقبت قرار گیرند، حتی اگر این درمان منجر به سقط درمانی شود. مراحل تکامل جنین در رحم مادر، نتیجه پیچیده‌ترین تغییراتی است که همزمان در ساختار و عملکرد سلولی و بافتی رخ می‌دهد ( [Figo Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2013: 307](#)) در این میان، امکان ایجاد اختلالات و ناهنجاری‌هایی در ساختار و عملکرد ژن‌ها وجود دارد که بسیاری از آن‌ها تظاهرات ناچیزی دارند، بسیاری توسط سیستم ترمیم ژن‌ها، اصلاح می‌شوند و به ندرت نیز موجب ایجاد ناهنجاری‌های شدید جنینی و حتی مرگ او می‌شوند ( [Figo Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2013: 308](#)) به طوری که نقایص مادرزادی جنین، عامل ۲۱ درصد از مرگ و میرهای دوران نوزادی محسوب می‌شوند ( [Sadler 2010: 149](#)). از طرف دیگر، تولد و نگهداری یک جنین و سپس نوزاد دارای ناهنجاری روی ابعاد جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده او تأثیرگذار است ( [Figo Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2013: 308](#)) کودکان معلول بر اساس نوع و شدت معلولیت، می‌توانند یک زندگی نباتی صرف یا نسبتاً عادی، پر نشاط و فعالی را تجربه کنند که در هر مورد با مسائل و مشکلات ویژه‌ای روبه‌رو خواهند بود (کمالی و ایران، ۱۳۸۲: ۹۳) ضمن آنکه اکثر آن‌ها امکاناتی برای زندگی بهینه، در دسترس خود و خانواده‌شان ندارند، در نتیجه، کیفیت زندگی فرد معلول و همراهانش از سطح مطلوبی برخوردار نخواهد بود چنین اموری موجب می‌شود که تصمیم‌گیری در مورد جنین دارای ناهنجاری بسیار مشکل باشد و آن را به مسأله‌ای چند وجهی تبدیل کند. جنین دارای ناهنجاری جنینی است که در اثر عوامل محیطی، ژنتیکی یا تلفیقی از آن دو، دچار نقص در ساختار، عملکرد و متابولیسم یا ترکیبی از این نواقص در برخی از قسمت‌های بدن شده است ( [Sadler 2010: 149](#)) این نواقص ممکن است بی‌اهمیت باشند یا در برخی موارد به علت ایجاد اشکال عمده در ارگان‌های اصلی، حیات جنین را غیر ممکن سازند ( [Sadler 2010: 149](#)) پس از تشخیص ناهنجاری، راهکارهای مختلفی پیش‌روی والدین و متخصصان قرار می‌گیرد: مراقبت‌های استاندارد، غیر تهاجمی، تهاجمی و نهایتاً سقط ( [Van der Heide & Wildschut, 2008: 82](#)) بر اساس آمار منتشر شده توسط بخش جمعیت سازمان ملل متحد، یکی از هفت علت شایع برای انجام سقط در سراسر دنیا، نقص در جنین است ( [Sadler 2010: 149](#)) همچنین، طبق این آمار، میزان سقط‌های قانونی به دلیل نواقص جنین، از ۴۴ درصد در سال ۲۰۰۵ به ۵۰ درصد در سال ۲۰۱۱ رسیده است ( [Zahedi Anaraki, Tirgari, & Hamidi Abarqouyi, 2013: 3](#)) به علاوه، میزان کشورهایی که آن را مجاز دانسته‌اند، از ۴۱ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۵۰ درصد در سال ۲۰۱۱ افزایش یافته است که ۳۸ درصد را کشورهای در حال توسعه و ۸۶ درصد را کشورهای توسعه‌یافته تشکیل می‌دهند ( [Zahedi Anaraki, Tirgari, & Hamidi Abarqouyi, 2013: 2](#)) به نظر می‌رسد که در ایران نیز سالانه ۲۵۰ هزار سقط غیر قانونی و ۶ هزار سقط قانونی انجام شود ( [Zahedi Anaraki, Tirgari, & Hamidi Abarqouyi, 2013: 4](#)) متأسفانه علیرغم جست‌وجوی زیاد، آمار منتشر شده‌ای از تعداد موارد سقط به دلیل نواقص جنینی در ایران یافت نشد. اما سقط درمانی موضوعی شناخته شده در حقوق ایران است. یکی از علل سقط جنین سقط‌های قانونی



ناشی از تشخیص بیماری‌های کروموزومی به دنبال غربالگری سندرم داون است. لانگدان داون<sup>۱</sup> در سال ۱۸۶۶ گروهی از کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی را که دارای ویژگی‌های فیزیکی مشخصی بودند توصیف کرد. تقریباً ۱۰۰ سال بعد، لژن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۵۹) دریافتند که عامل سندروم داون، تریزومی ۲۱ است. حدود ۹۵ درصد موارد سندرم داون در اثر عدم جدایی کروموزوم ۲۱ مادر به وجود می‌آیند. ۷۵ درصد در جریان میوز یک و ۲۵ درصد در جریان میوز دو و ۵ درصد باقیمانده موارد سندرم داون، حاصل موزائیسیم یا جابه‌جایی هستند. به طور کلی سندرم داون در یک مورد از هر ۸۰۰-۱۰۰۰ نوزاد دیده می‌شود. شیوع بیماری در کل دنیا بین ۱ در ۱۰۰۰ تا ۱ در ۱۱۰۰ تولد می‌باشد از هر ۶۹۱ نوزاد به دنیا آمده در آمریکا، یکی مبتلا به سندرم داون می‌باشد. در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳ شیوع در آمریکا ۸/۱۱ از ۱۰ هزار تولد زنده بوده است به طوری که هر ساله ۶۰۰۰ نوزاد مبتلا متولد شده و بیش از ۴۰۰ هزار فرد مبتلا در آمریکا زندگی می‌کنند. در سال ۲۰۰۸ میزان سندروم داون در آمریکا ۸/۴۷ در ۱۰۰ هزار تولد زنده بوده است در سال ۲۰۰۳ شیوع در انگلستان ۸۱/۲۳ از ۱۰ هزار تولد زنده و مرده و در سال ۱۹۹۹ شیوع در کانادا ۷/۱۲ از ۱۰ هزار تولد زنده گزارش شده است.

### ۲-۳. اهمیت و مزایای غربالگری از منظر حقوق کودک

کودکان امروز آینده‌سازان فردای جامعه هستند و سرمایه‌های اصلی و ارزشمند هر کشوری به شمار می‌روند. به همین دلیل سلامت کودکان و پیشگیری از شیوع بیماری‌ها و عوارض آن‌ها از مهم‌ترین اولویت‌های هر کشوری محسوب می‌شوند. انجام برنامه غربالگری جنین از جمله فعالیت‌هایی است که در کشورهای پیشرفته دنیا با پیشگیری از شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در کودکان موجب به هدر نرفتن منابع انسانی و مالی هنگفتی می‌شود. انجام برنامه غربالگری جنین باعث می‌شود کودکانی سالم در آینده داشته باشیم. ناهنجاری مادرزادی یکی از علل گسترش بیماری‌ها، مرگ و میر و ناتوانی دراز مدت در کودکی و سنین بعدی می‌باشد (Petrini, Damus, Richard, Johnston, 1997: 9) دو الی سه درصد نوزادان در بدو تولد دارای ناهنجاری‌های ساختمانی عمده می‌باشند و در ۳-۲ درصد دیگر نیز تا پایان سال پنجم، این ناهنجاری‌ها تشخیص داده می‌شوند که در مجموع ۶-۴ درصد را تشکیل می‌دهند (رهنما، هاشمیان و اکبرزاده، ۱۳۸۷: ۲۳۳). به گفته سازمان جهانی بهداشت ۶۵۰ میلیون نفر معلول در دنیا زندگی می‌کنند که از این میان نزدیک به ۷۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه می‌باشند. در جامعه ایران نیز به گفته سازمان بهزیستی کشور نزدیک به ۷ درصد از افراد جامعه به نوعی از معلولیت دچارند (خدابخشی کولایی، ۱۴۰۰: ۱۲) هم‌چنین، آمارها نشان می‌دهد که از هر ۱۰ نفر کودکی که در جهان متولد می‌شود یک کودک معلول به دنیا می‌آید و یا بعد به دلیل یک اتفاق، معلول می‌شود. فرزندان معلول تاثیر منفی بر کارکرد خانواده دارد (Bobes, Gonzalez, Bascaran, Arango, Saiz, Bousono, 2001: 239) خانواده کودکان ناتوان ممکن است به اشکال گوناگون فشار روانی، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی را تجربه کنند (Gau, Chou, Chiang, Lee, Wong, Chou, Wu, 2012: 263) این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد، نخستین تجربه‌هایی که خانواده‌های دارای کودک با نیاز ویژه متحمل می‌شوند شامل؛ روابط آشفته (Lightfoot, Hill, LaLiberte, 2011: 2069)، تغییر در اهداف فعالیت‌های خانواده‌ها (Axelsson, Granlund, Wilder, 2013: 523)، افزایش فشارهای اقتصادی (Shang, Fisher, Xie, 2011: 298)، انزوای اجتماعی (Stewart, Barn father, Magill-Evans, Ray, Letourneau, 2011: 795)، مشکلات جسمانی، مشکلات تحصیلی (Sabbagh, Soria, Escolano, Bulteau, Dellatolas, 2006: 573) و احساس گناه (Azar & Badr, 200: 375) می‌باشد. متخصصان بهداشت روانی بر این باورند واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس‌آمیز و نیز میزان فشارزایی رویدادها حتی رویدادهای شدید و وخیم مانند بیماری‌ها مزمن تحت تاثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی است (Fabricatore & Handal, 2004: 91). جنین ناقص روزی تبدیل به کودکی ناتوان

۱. J.L.Down.

۲. Lejeune.





می‌شود که این ناتوانی نه تنها زندگی کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه وجود یک عضو که نیازمند مراقبت به ویژه و حمایت متفاوتی است می‌تواند نیروی خانواده و به ویژه مادر را بر خود متمرکز گرداند (خدابخشی کولایی، رستمی گوهرانی، کفاشپور مردنی، ۱۳۹۶: ۲۴۶). این مسئله به ویژه در کشورهای جهان سوم، که خانواده‌ها منابع مالی و اقتصادی و بهداشتی محدودتری دارند باعث می‌شود که والدین و مخصوصاً مادران نتوانند به ابعاد دیگر زندگی به اندازه کافی رسیدگی کنند.

## ۴-۲. اهمیت و مزایای غربالگری از منظر حقوق زنان

هدف پنجم توسعه هزاره (بهبود سلامت مادران) در کاهش مرگ مادران به ۷۵ درصد تا سال ۲۰۱۵ م. خلاصه می‌شد که در سال ۲۰۰۷ م. رهبران جهان، هدف دیگری را در آن گنجانند و آن دسترسی جهانی به بهداشت باروری بود. هیچکدام از اهداف دیگر توسعه، بدون ارتقاء حقوق باروری زنان و حفظ سلامت مادران قابل دسترسی نیستند (نوری‌زاده، دانش کهن و باختری اقدم، ۱۳۹۱: ۱۷۳). این مهم نشان می‌دهد که چرا سیاست‌گذاران باید به حفظ حیات مادران اولویت داده و برای دستیابی به هدف پنجم توسعه، سرمایه‌گذاری هدمند نمایند. تولد جنین ناقص بسیاری از حقوق زنان را تحت تاثیر قرار خواهد داد. هنگامی که والدین پس از ماه‌ها و گاه با تحمل نگرانی و دشواری‌های فراوان در انتظار فرزند جدیدشان هستند، مهم‌ترین دغدغه آن‌ها سلامت روان شناختی و جسمانی نوزادشان است (Van Walraven, Mamdani, Fang, Austin, 2004: 624) تولد فرزند ناتوان می‌تواند اثرات عمیقی بر خانواده به ویژه مادر به عنوان مراقب اصلی داشته باشد و از آنجایی که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن اثرات پایداری دارند، لذا مراقب در گذر زمان دچار فرسودگی روانی می‌شود (Tsilingras, Schnipper, Duke, Agens, Quintero, Bellamy, et al., 2015: 1164) داشتن فرزند معلول می‌تواند طیف وسیعی از پاسخ‌های احساسی در پدر، مادر و سپس کل اعضای خانواده ایجاد کند. برای بیشتر خانواده‌ها تولد فرزند معلول می‌تواند خانواده را به سوی فروپاشی روانی و عاطفی سوق بدهد (Sheu, Fung, Mourad, Ranji, 2015: 307) سرزنش، احساس گناه، افسردگی و ناکارآمدی از جمله احساسات منفی هستند که در مادرانی که فرزند معلول یا ناتوان دارند تجربه می‌شوند (Robelia, Kashiwagi, Jenkins, Newman, Sorita, 2017: 758) غالباً خانواده‌های ایرانی تمایل دارند تا از فرزند معلولشان در خانه نگهداری کنند. از این رو، در مقایسه با خانواده‌های غربی با فشار و استرس بیشتری مواجه هستند (Kripalani, LeFevre, Phillips, Williams, Basaviah, Baker, 2007: 831) والدین و دیگر اعضای خانواده باید تغییرات گوناگونی را برای سازگاری با عضو جدید تحمل می‌کنند. کودکان معلول تلاش خانواده را برای سازگاری دوچندان می‌کند. فشارها و بار عینی و روانی مراقبتی که فرزندان معلول بر مادر تحمیل می‌کنند بر نحوه تعامل والدین با یکدیگر تاثیر می‌گذارد، به نحوی که یکایک افراد خانواده دچار بحران‌هایی ناشی از وجود فرزند معلول می‌شوند (Choi, Nam, Lee, Park, Ryu, Park, 2020: 569) مادران به عنوان مراقبان اصلی ناچارند در خانه به فرزند معلول خود رسیدگی کنند و به همین دلیل در معرض استرس‌های روانی بیشتری هستند (Robelia, Kashiwagi, Jenkins, Newman, Sorita, 2017: 758) پژوهش‌های انجام شده پیشین تاثیر داشتن فرزند معلول را بر خانواده و مادران در سه حوزه متفاوت بررسی کرده‌اند: نخست این که این فرزندان زندگی فردی و میان فردی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهند (شریفی؛ ابوالحسنی؛ فرهودیان و اسماعیلی، ۱۳۹۲: ۷۹) دوم آن که فشارهای روانی- اجتماعی بر خانواده وارد می‌سازند (قاسمی؛ ابراهیمی، و سموعی، ۱۳۹۷: ۲۰۹) سوم این که این قبیل خانواده‌ها با مشکلاتی در دریافت خدمات حرفه‌ای مواجه هستند (Lepping, Stanly, Turner, 2015: 337) از آنجایی که، مراقبت مداوم از فرزند معلول برای مادر پراسترس بوده و این فشارها ممکن است به اختلافات و مشکلات خانوادگی مادر با همسرش و سایر فرزندان او تسری یابد. میزان آسیب‌پذیری والدین به ویژه مادران در ارتباط با تولد فرزند، زمانی شدیدتر خواهد بود که فرزند اول آن‌ها دچار یکی از ناتوانی‌های جسمی و روانی باشد. افسردگی و ناراحتی‌های ناشی از داشتن فرزند معلول منجر به اضطراب و استرس می‌شود که این حالت می‌تواند کیفیت زندگی زنان را در ابعاد مختلف خود تحت تاثیر قرار دهد (ستوده‌اصل، نشاط‌دوست و کلانتری،



۱۳۸۹: ۲۷) غربالگری هرچند موجب نگرانی (چند روزه) مادران می‌شود، ولی آرامش خیال بقیه دوران بارداری (حدود ۶-۷ ماه) و شوق تولد یک فرزند سالم، از نتایج مثبت غربالگری است که باید جدی گرفته شود.

## ۲-۵. اهمیت و مزایای غربالگری از منظر حق باروری

برنامه راهبردی قاهره در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره به تصویب رسید. این برنامه مستقل راهبردی تأکید نمود که دولت برای رفع نیازهای باروری افراد و نه صرفاً به منظور اهداف جمعیتی مسئولیت دارد و توصیه نمود که خدمات تنظیم خانواده در زمینه سایر خدمات بهداشت باروری، از جمله خدمات برای غربالگری جنین، زایمان سالم و ایمن، مراقبت از عفونت‌های مقاربتی و مراقبت‌های بعد از سقط نیز ارائه گردد (جان‌قربان؛ لطیف‌نژاد رودسری؛ تقی‌پور و عباسی، ۱۳۹۳: ۱۶). برنامه قاهره اولین سند سیاست بین‌المللی برای تعریف بهداشت باروری است که بیان می‌کند: «بهداشت باروری حالتی از سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت، در همه امور مربوط به دستگاه تناسلی یا عملکرد و فرایندهایش می‌باشد. حقوق باروری جزئی از حقوق بشر بوده که تمامی کشورها آن را به رسمیت شناخته‌اند و آن عبارت است از اینکه تمامی افراد و زوجین حق این را دارند که آزادانه در مورد تعداد فرزندان و فاصله‌گذاری بین موالیید تصمیم‌گیری کنند (حکیمی و محمدعلیزاده، ۱۳۸۷: ۱۳۰).

تمامی افراد حق داشتن تصمیم‌گیری بدون اعمال خشونت، اجبار و تبعیض در رابطه با مسائل باروری را دارند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی حق باروری عبارت است از داشتن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با تمام مسائلی که با سیستم باروری و عملکرد آن در ارتباطند. (El Dawla, 2000: 49; Yanda, Smith, Rosenfield, 2003: 278; Haslegrave, 2006: 447) یکی از مولفه‌های حق باروری داشتن بارداری سالم، جنین سالم و زایمان سالم است.

اگر آگاهانه و با وجود احتمال بالای تولد فرزندی معلول از زوج دارای معلولیت ژنتیکی بر استیفای حق باروری از سوی والدین صحت بگذاریم بی‌گمان در تحلیل نهایی تحمیل هزینه‌ای را آگاهانه بر تک‌تک افراد جامعه برای مراقبت و پایداری وضعیت این کودکان تجویز می‌کنیم که قطعاً نمی‌تواند عادلانه باشد. تولد نوزادی دارای معلولیت، چنان گران و دردآور خواهد بود که احتمال علمی آن را نتوان نادیده انگاشت. این درد و انواع محرومیت برای نوزاد حاصل چیزی نیست که به صرف یک استدلال فنی بنای تراحم را برای رد توجه به آن فروریخت؛ بلکه تمام تلاش‌ها باید معطوف به حقوقی انسانی و تا جای ممکن متوازن و دور از اطلاق‌گرایی باشد. از این منظر، تأکید صرف بر استیفای حق فرزندآوری زوج دارای معلولیت ژنتیکی با قیدی که در سطور پیشین آمد در تعارض با حق حیات و حق بر سلامت فرزند حاصل خواهد بود. این که آگاهانه و با وجود پیش‌بینی متخصصان بر استیفای این حق پافشاری کنیم تبعاً حقوق فرزند حاصل را برای زندگی سالم و بدون رنج نفی کرده‌ایم و به تعبیر حقوقی دست به ترجیح بلامرجح زده‌ایم (عباسی، پورفتح‌اله و اصغری، ۱۳۹۴: ۱۰۶).

بی‌تردید غربالگری ظاهراً با حق باروری در تعارض است زیرا بی‌گمان فرزند دارای معلولیتی که با وجود نتایج موثق غربالگری و آگاهانه به دنیا می‌آید بر اساس حق باروری و به صرف تکیه بر حقوق پدر و مادر خویش باید سال‌ها رنج و کاستی‌های ناشی از معلولیت را تحمل کند. آیا با علم و آگاهی از این وضعیت، اخلاقی است که فرزند را برای تحمل رنج به دنیا فرابخوانیم؟ با این توضیح تراحمی بین دو وضعیت پدیدار خواهد شد؛ استیفای حق پدر و مادر از یک طرف و جلوگیری از تولد و کاهش موارد ابتلا به معلولیت‌های ژنتیکی برای پرهیز از تحمیل رنج و محرومیت برای انسان از طرف دیگر. در حل این تعارض باید گفت حق باروری مطلق نبوده و اصولاً باید متصف به باروری سالم با تولد نوزادان سالم باشد. تولد فرزند معلول تنها خانواده را متاثر نمی‌سازد بلکه جامعه نیز باید از بابت کودکان معلول هزینه بپردازد. دوما چالش اخلاقی ناشی از تولد آگاهانه فرزند معلول خود قیدی بر حق باروری است.



### ۳- مبانی قانونی غربالگری جنین

غربالگری جنین از سال ۱۳۸۰ در کشور اجرایی شد. این کار از آن جهت انجام می‌شود که از تولد نوزدان دارای سندرم داون، تریزومی ۱۸ و تریزومی ۱۳ کاسته شود. اجرای طرح غربالگری سلامت جنین از سال ۱۳۸۰ در ایران به صورت اجباری صورت گرفت. این آزمایشی تشخیصی است که در سه‌ماهه اول بارداری، برای تشخیص نقص‌های مادرزادی جنین انجام می‌شود خود مبنای قانونی سقط جنین نیز می‌باشد. به این ترتیب که ابتدا با انجام غربالگری‌های بیوشیمیایی سه ماهه اول و دوم حاملگی، اولترا سونوگرافی، آزمایش سل فری<sup>۱</sup> و هم‌چنین سن بالای مادر (معمولا بالای ۳۵ سال)، حاملگی‌های در خطر آنیوپلوئیدی شناسایی و کاندید انجام آمیوسنتز و CVS می‌گردند. نمونه‌های حاصل از آمیوسنتز و CVS مورد آنالیز کاریوتیپ و در صورت نیاز CGH و FISH قرار می‌گیرند. در صورتی که، اختلال کروموزومی در جنین تشخیص داده شود، می‌توان جنین را قبل از ماه چهار و نیم حاملگی، سقط نمود. و از آن جایی که یکی از مسائل مهم توسعه در هر جامعه ای دستیابی به سلامت افراد آن جامعه می‌باشد و غربالگری کمک قابل توجهی به سلامت افراد جامعه می‌نماید زیرا امکان مداخله پیش هنگام برای جلوگیری از تولد جنین معلول فراهم می‌شود لذا اهمیت موضوع قابل توجه می‌باشد. غربالگری جنین مبنای فقهی و حقوقی دارد. از منظر حقوقی دلایل اصلی تصویب قانون سقط درمانی بر جلوگیری از سقط‌های غیر قانونی و جلوگیری از ادامه بارداری مخاطره آمیز برای مادران یا کودکانی که به علت بیماری‌های دوران جنینی، پس از تولید زندگی مشقت بار برای خود و خانواده خود خواهند داشت، استوار است. از منظر فقهی غربالگری جنین بر اساس قواعد فقهی "نفی عسر و حرج"، "لاضرر" و "الضرورات تبیح بالمحظورات" قابل توجیه است، بسیاری از فقها منجمله حضرت آیات‌الله خامنه‌ای، صناعی و فاضل لنکرانی قائل به جواز اسقاط جنین برای حفظ جان مادر هستند. بدین ترتیب قاعده لاجرح موجب می‌شود تا حکم حرمت سقط جنین برداشته شود و این امر تنها درباره جنین‌هایی است که روح در آن‌ها دمیده نشده است. پس از دمیده شدن روح چون عنوان انسان بر جنین صدق می‌کند. دیگر نمی‌توان به استناد لاجرح یا قاعده، الضرورات تبیح المحظورات حکم به جواز از بین بردن جنین داد، همان طور که کشتن انسان‌های ناقص‌الخلقه و مجانین و معلولین جایز نیست (مغفوری، ۱۳۸۶: ۸۵). حضرت آیت‌الله خامنه‌ای، در جواب استفتاء فردی که بارداری را برای همسر خود سبب بروز ناراحتی‌های روانی و مشقت دانسته است، فرموده‌اند: «با توجه به حرج و مشقت روحی و درونی ناشی از بارداری ناخواسته برای همسران، سقط این جنین را تا قبل از ولوج روح «چهار ماهگی» به دلیل حرج و مشقت غیر قابل تحمل نمی‌توان گفت حرام است، بلکه حرج و مشقت رافع است و سقط جنین جایز است». آیت‌الله مکارم شیرازی در خصوص ناقص بودن جنین پس از آنکه با تجهیزات پیشرفته پزشکی معلوم شود که جنین ناقص است و کودکی ناقص‌الخلقه یا معلول به دنیا خواهد آمد، اظهار داشته‌اند: «اگر تشخیص بیماری در جنین قطعی است و داشتن و نگه داشتن چنین فرزندی موجب حرج است، در این صورت جایز است، قبل از دمیده شدن روح، جنین را اسقاط کنند» (مغفوری، ۱۳۸۶: ۸۶). مبانی قانونی غربالگری عبارتند از:

### ۱-۳ دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین

با توجه به ابلاغیه شماره ۲۵۰۱۳/۳۰۲ مورخ ۹۰/۷/۱۸ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌بایست به مادران باردار، غربالگری ناهنجاری جنین شامل مشکلات کروموزومی و نقص لوله عصبی پیشنهاد گردد (اداره ژنتیک، ۱۳۹۶: ۷) برای این منظور دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین، سندرم داون و تریزومی ۱۳ و ۱۸ تدوین و صادر شده است (نیکخوی مکمل و جلالی، ۱۴۰۰: ۱۳). در مقدمه دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین سندرم داون و تریزومی‌های ۱۳ و ۱۸ آمده است، میزان بروز بیماری‌های کروموزومی پنج در هزار تولد زنده تعیین شده که سندرم داون در رأس این بیماری‌ها قرار دارد. در حال حاضر، متولدینی که به بیماری سندرم

<sup>۱</sup> . Cell Free DNA.





داون مبتلا هستند، حدود ۳۰۰۰ نفر در سال پیش‌بینی شده است. امکان عملی پیشگیری از تولد بیماران مبتلا به سندرم داون از نظر علمی وجود دارد، زیرا روش‌های غربالگری به دقت قابل توجهی رسیده‌اند (دستورالعمل کشوری برنامه ساماندهی پیشگیری از ناهنجاری‌های کروموزومی جنین، سندرم داون و تریزومی ۱۳ و ۱۸، ویرایش دوم سال ۱۳۹۹). این دستورالعمل در سال ۱۳۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت و از حالت اجباری به توصیه‌ای تغییر پیدا کرد این ادعا با مذاقه در بخش اجرای دستورالعمل روشن و ثابت می‌شود. در قسمتی از دستورالعمل آمده است: انجام غربالگری می‌بایست به همه مادران باردار توصیه و از ابتدا هدف از غربالگری برای مادر توضیح داده شود. کارکنان مرتبط نظام سلامت، می‌بایست مراحل مختلف مورد نیاز غربالگری را از ابتدا به طور کامل شرح داده و سپس در هر مرحله از برنامه غربالگری به مادر گوشزد نمایند. در این شرایط مادر می‌تواند در هر مرحله ای از فرآیند غربالگری، از ادامه روند انصراف دهد.

### ۲-۳. قانون سقط درمانی

در ایران با تصویب قانونی در سال ۱۳۷۱ سقط جنین برای حفظ جان مادر قبل از دمیده شدن روح مجاز شمرده شد و در سال ۱۳۷۶ بر اساس فتوای حکومتی مقام معظم رهبری اجازه سقط جنین مبتلا به تالاسمی ماژور قبل از ولوج روح و با مجوز پزشکی قانونی صادر گردید (نعمتی، عمانی سامانی، ۱۳۹۱: ۱). در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط جنین آیین‌نامه‌هایی با ۴۹ مورد اندیکاسیون قطعی مادری و جنینی برای سقط جنین پیشنهاد نمود. در سال ۱۳۸۴ برطبق قانون مصوب مجلس شورای اسلامی سقط درمانی با تشخیص سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی، قبل از ولوج روح (چهار ماهگی) و با رضایت زن و در دو مورد بیماری جنین که به علت عقب‌ماندگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب مرگ جنین پس از تولد یا حرج مادر باشد و بیماری مادر که با تهدید جانی او توأم باشد مشروط به شرایط زیر مجاز شناخته شد. ادامه بارداری برای جان مادر خطرناک باشد و سقط قبل از ولوج روح صورت گیرد و درخواست و رضایت زن و انجام عمل کورتاژ یا دارو برای مادر خطری بیش از حاملگی نداشته باشد (نبوی‌زاده، زارع‌نژاد، خورسندیان، نبوی‌زاده و غلام‌زاده، ۱۳۹۶: ۱) قانون سقط درمانی مشتمل بر ماده واحده که در جلسه علنی روز سه‌شنبه مورخ دهم خرداد ماه یک‌هزار و سیصد و هشتاد و چهار مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید غربالگری را مقدمه سقط درمانی قرار داد. بر اساس این قانون، مادر باردار که جنین وی مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی یا ناقص‌الخلقه باشد، در صورتی که دچار عسر و حرج (مشقت و ناتوانی) گردد، می‌تواند جنین خود را قبل از چهار ماهگی بارداری براساس نتایج غربالگری سقط نماید (نعمتی، عمانی و سامانی، ۱۳۹۱: ۱). سقط جنین بایستی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی و همراه با رضایت زن و پس از غربالگری صورت می‌گرفت. از سوی دیگر به دلیل ایجاد ترس بین پزشکان و کادر درمان، بانوان را به سمت غربالگری ارجاع می‌دادند. در صورتی که پزشک، مادر را به غربالگری ارجاع نمی‌داد و فرزند دارای مشکل متولد می‌شد، امکان شکایت از پزشک و لزوم پرداخت دیه و هزینه درمان طفل بر عهده پزشک بود. این امر باعث شده بود که پزشکان به دلیل ترس از محاکمه تمامی موارد را به غربالگری ارجاع دهند و به طور کلی این موضوع به صورت اجباری اجرا می‌شد (آسترکی، محمودی، عنبری، محمدسوری، و دوستی، ۱۳۹۴: ۵-۱۳).

### ۴- تحولات اخیر در زمینه غربالگری جنین: گرایش به حذف غربالگری اجباری

تحولات اخیر در زمینه غربالگری جنین با طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» مجلس شورای اسلامی کلید خورد. این طرح ۷۴ ماده متنوع دارد که مواد ۵۳ و ۵۶ طرح غربالگری اجباری را تحت‌الشعاع خود قرار داده است. این مواد که به عنوان حذف اجباری غربالگری جنین شناخته می‌شوند موجب ایجاد نگرانی در جامعه ایرانی شده است. گویا حذف اجباری غربالگری جنین در مجلس شورای اسلامی تصویب شده و اکنون در انتظار تأیید شورای نگهبان است. طرحی که بررسی آن



پیش از این از سوی رئیس کمیسیون بهداشت مجلس تکذیب شده بود. اما حالا به نظر می‌رسد مجلس پنهانی این طرح را تصویب کرده است.

#### ۴-۱. قانون «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده»

یکی از جنجالی‌ترین و پرمناقشه‌ترین طرح‌های اخیر مجلس شورای اسلامی، طرح «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» بود. این طرح که ۷۴ ماده متنوع داشت در جلسه مورخ بیست و چهارم مهرماه ۱۴۰۰ کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی تصویب و پس از موافقت مجلس با اجرای آزمایشی آن به مدت هفت سال به تأیید شورای نگهبان رسیده است. دو ماده ۵۳ و ۵۶ قانون «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» در واقع کل قانون و حتی برنامه کشوری غربالگری را تحت‌الشعاع خود قرار داده است. موادی که به عنوان حذف اجباری غربالگری جنین شناخته می‌شوند. این قانون از آن جهت جنجالی است که یکبار دیگر پروپاگاندای رسانه‌ای عملکرد مجلس را نشانه گرفت و از آن جهت پرمناقشه که همه خانواده‌های ایرانی را درگیر و نگران کرد. طبق این قانون ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری جنینی توسط پزشک تخلف نبوده و نباید محاکمه گردد. از سوی دیگر هر گونه توصیه مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان بایستی در چهارچوب و ملاحظات صورت گیرد که شامل مواد و تبصره‌ها ذیل است.

**ماده ۵۳:** «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که پزشکان و کارکنان بهداشتی-درمانی یا مادران را به سقط جنین توصیه کرده یا سوق می‌دهد، حذف نموده مگر مواردی که جان مادر در خطر باشد و سایر مواردی را که ممکن است عوارضی برای مادر یا جنین ایجاد کند، با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی بر اساس شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور، به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده، به اجرا در آورد و بر آن نظارت کند:

۱. استانداردسازی چگونگی تجویز و عملکرد پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش مؤثر و قانونمند آن‌ها، پایش و ارزشیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوزهای خدمت مربوط در اجرای مفاد این ماده؛

۲. اصلاح روش‌های غربالگری و تشخیصی و عملکرد مورد استفاده برای مادر و جنین در جهت حفظ آن‌ها و منتفی کردن احتمال خطر برای آن‌ها و به استاندارد روز رساندن مقادیر مثبت و منفی کاذب نتایج و تفاسیر آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها با رعایت شاخص‌های به‌روز و استانداردهای علمی و تعیین مسؤلیت تجویز کننده و انجام دهنده خدمات؛

۳. تعیین آیین‌نامه تصدیق آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری عامل آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مجاز غربالگری ناهنجاری جنین با رعایت شاخص‌های بند ۱ و ۲ با تبیین نحوه ارزشیابی منظم از آن‌ها و چگونگی پاسخگویی آنان.

تبصره ۱ این ماده، عدم ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری‌های جنین توسط پزشکان یا کارکنان بهداشتی و درمانی تخلف ندانسته و تأکید کرده که این موضوع نباید منجر به محاکمه یا پیگرد آنها شود، مگر آنکه پزشک، علم یا ظن قوی به لزوم ارجاع برای درمان مادر و جنین یا حفظ جان مادر داشته باشد.

تبصره ۳ ماده ۵۳ مقرر کرده است: «آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین و با تشخیص پزشک متخصص، مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین یا خطر جانی برای مادر یا جنین یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌گردد، مشروط به آنکه احتمال ضرر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری حسب مورد اقوی از احتمال یا محتمل ضرر نسبت به جنین و مادر نباشد و همچنین والدین یا پزشک احتمال عقلایی سقط در اثر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری را ندهند.» یعنی بصورت پیش‌فرض و در همه موارد، غربالگری برای تشخیص ناهنجاری‌های جنین صورت نمی‌گیرد و صرفاً در چارچوب این تبصره و با رعایت همه این شرایط امکان‌پذیر است:

۱. درخواست پدر یا مادر



۲. تشخیص پزشک متخصص

۳. خود آزمایش غربالگری برای جنین، ضرری بیشتر از ناهنجاری احتمالی جنین نداشته باشد

۴. احتمال عقلایی سقط در اثر غربالگری وجود نداشته باشد

پیش‌بینی مجموع این شرایط نشان می‌دهد گرچه قانونگذار، آزمایش غربالگری جنین را ممنوع نکرده اما دایره آن را بسیار محدود کرده و با توجه به آنکه مسئولیت سنگینی را متوجه پزشک و کادر درمان دانسته، عملاً پزشکان و کادر درمانی نیز جرأت و جسارت تجویز آزمایش‌های غربالگری را نخواهند داشت. از سوی دیگر، تبصره ۴ همین قانون نیز محدودیت دیگری را برای این امر لحاظ کرده که این مورد، لاقلاً با توجه به شرایط اقتصادی موجود، می‌تواند مهم‌ترین عامل بازدارنده خانواده برای درخواست آزمایش غربالگری خارج از شرایط مقرر قانونی باشد: «از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون، پوشش هزینه آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مربوط به مادر و جنین از سوی نظام بیمه‌ای اعم از پایه و تکمیلی (خصوصی و غیرخصوصی) صرفاً بر اساس این ماده و در صورت رعایت مفاد آن قابل انجام است.» این یعنی اگر ۴ شرط بالا وجود نداشته و والدین بخواهند برای اطمینان خود اقدام به آزمایش‌های لازم کنند، باید هزینه‌های سنگینی را بپردازند زیرا هیچ بیمه‌ای این آزمایش‌ها را پوشش نخواهد داد.

**ماده ۵۶:** سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی می‌باشد و مطابق مواد (۷۱۶) تا (۷۲۰) قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است. مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید. کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها مکلفند درخواست‌های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رای لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد. قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر می‌نماید:

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،

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

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

-رضایت مادر

-وجود حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر

-وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است

-فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر

-فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح

- کمتر از چهار ماه بودن سن جنین.

قانون‌گذار در مهرماه سال ۱۴۰۰ با تقنین ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده تلاش کرده تا شروط جواز سقط را در ۳ بند اعلام کند. محور سقط درمانی در بندهای «الف» و «ب» ماده مذکور، گزاره «خطر جانی مادر» است. ظرفیت اقدام به سقط با محوریت خطر جانی مادر در بند «الف» به دو شرط «کمتر بودن سن جنین به زیر ۴ ماهگی» و «عدم ولوج روح در جنین» متوقف شده است، در حالی که دو شرط مذکور در بند «ب» قابل مشاهده نیست. مذاقه در تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی هم با محور قرار دادن «خطر جانی مادر»، سقط درمانی را جایز دانسته و آن را به دو شرط پیشگفته متوقف نکرده است. اینکه محور سقط در هر ۳ تقنین مذکور یعنی ماده واحده قانون سقط درمانی ۱۳۸۴، ماده ۵۶ قانون سقط درمانی





مصوب ۱۴۰۰ و تبصره ماده ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، گزاره «خطر جانی مادر» است (زرگریان، ۱۴۰۱: ۵۴). هم‌چنین وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان از شروط جواز سقط جنین در بند «ج» ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده مقرر شده است که تشخیص ناهنجاری‌های جنینی منوط به غربالگری است.

#### ۲-۴. بخشنامه وزارت بهداشت مبنی بر حذف غربالگری

۲۵ فروردین ۱۴۰۱، وزارت بهداشت در ابلاغیه‌ای دستور حذف غربالگری «ناهنجاری جنین» از سامانه‌های الکترونیکی را صادر کرد. در این دستور، بیمه‌ها از پرداخت هزینه مراحل و آزمایش‌های تشخیص نواقص جنین منع شدند. تصمیمی که پیرو دستورهای مبتنی بر افزایش جمعیت سعی بر آن دارد تا جلوی سقط‌های قانونی جنین را هم بگیرد. حرف و حدیث‌های مرتبط با حذف این آزمایش، پنجم آذرماه سال ۱۳۹۹ با اعلام وصول طرحی به نام «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» آغاز شد که بر ترویج ازدواج و فرزندآوری تأکید داشت. جدا از ارائه تسهیلات مالی مانند تسهیلات معیشتی و رفاهی، حذف غربالگری، ممنوعیت سقط جنین درمانی و ممنوعیت توزیع و فروش وسایل رایگان پیشگیری از بارداری مواردی است که در این طرح بر آن تأکید شده است. انتقادات به این طرح از همان ابتدا زیاد بود. اینکه با این طرح عملاً اختیار از مادران سلب می‌شود و نقش آنها در قانون جدید به طور کلی فراموش شده، از نقاط مهم مورد نقد در این طرح بود. هم‌چنین، این آزمایش که قرار بود عارضه‌های جنینی را تشخیص دهد، به نوعی تلاش دارد تا نوزاد بدون هیچ عارضه جدی‌ای به دنیا بیاید. حذف این آزمایش به معنای آن است که دیگر کنترلی بر این موضوع وجود ندارد و مثلاً والدینی که می‌توانستند در شش‌ماهگی نسبت به ویژگی‌های خاص فرزند خود مطلع باشند، ناگهان پس از زایمان از این موضوع مطلع خواهند شد. هم‌چنین آنچه برخی واکنش‌ها و نگرانی‌ها را افزایش می‌داد، ابهاماتی بود که به برخی مواد آن از جمله ماده ۵۳ و ۵۶ وارد شده بود. ماده ۵۳ ضمن نادیده گرفته‌شدن تولید نظام سلامت، نهادی ساختگی به منظور رسیدگی به موضوعات تخصصی پزشکی در نظر گرفته شده است. هم‌چنین در همین ماده اصول اخلاق پزشکی و ضرورت صیانت از سلامت مردم از سوی پزشکان و جامعه پزشکی که یکی از مصادیق آن توصیه به غربالگری است، به نحوی ضمنی جرم و خلاف قانون تعریف شده است. در ماده ۵۶ این طرح نیز قانون سقط درمانی که در سال ۱۳۸۴ تصویب و تأیید شده، منسوخ اعلام شده و به این ترتیب تصمیم‌گیری راجع به این موضوع مجدداً با تعبیه نهادهای جدید موازی، سرنوشتی موهوم و نامعلوم یافته و قانون متقن و مؤثر عملاً بی‌تأثیر شده است. این طرح اما با وجود مخالفت بخش زیادی از متخصصان و پزشکان، سرانجام در ۱۰ آبان سال ۱۴۰۰ از سوی نمایندگان انقلابی به قانون تبدیل شد و آن را به یکی از موضوعات مهم سال گذشته تبدیل کرد. بعد از تصویب این قانون، انتقادات زیادی به آن وارد شد. بارها و بارها فعالان حوزه سلامت، پزشکان، ماماها، متخصصان زنان، کارشناسان نظام بهداشت و درمان و هم‌چنین سازمان بهزیستی انتقاد کردند که چرا هیچ جایی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با این طرح نداشتند. اعتراض آنها بر این بود که چرا طرحی مشخص و مستقیماً مرتبط با سلامت مردم راهی مجلس شده است، بدون اینکه متخصصان امر در طراحی آن دخالت داشته باشند.

#### نتیجه‌گیری

در حال حاضر با تصویب قانون جوانی جمعیت، غربالگری ناهنجاری‌های جنین از مراقبت سطح ۱ برداشته شده و پزشک و ماما حق ندارند به مادر پیشنهاد یا آموزش بدهند که ممکن است جنین دچار ناهنجاری باشد. قرار است این کار به سطح ۲ یعنی پزشک متخصص سپرده شود. اما در بسیاری از مناطق به خصوص روستاها و استان‌های محروم، پزشک متخصص وجود ندارد و پزشکان عمومی و ماماها ارائه خدمت می‌دهند، و نیز بخش قابل توجهی از جمعیت توان مراجعه به پزشک متخصص را ندارند تا ببینند غربالگری برایشان لازم است یا نه. در شهرها هم دسترسی به پزشک متخصص نسبت به پزشک عمومی سخت‌تر است و ممکن است طبقات فقیر نتوانند به متخصص‌ها مراجعه کنند. این دستورالعمل حذف غربالگری از سطح ۱ مراقبت،



آزمایش‌های مربوطه را از دسترس فقرا، روستاییان و اشخاص دور از مرکز خارج کرده است. دستورالعمل حذف غربالگری به بهانه جوانی و افزایش جمعیت صورت گرفته است. اینکه حذف غربالگری با افزایش جمعیت همخوانی دارد یا نه، مشخص نیست با چه منطقی حذف غربالگری را با هدف افزایش جمعیت منطبق می‌دانند. هدف از غربالگری این است که جنین سالم باشد ولی ظاهراً قرار است در قانون جوانی جمعیت، جمعیت به هر قیمتی و به هر شکلی افزایش پیدا کند ولو به قیمت افزایش معلولیت‌ها. اینکه چقدر حذف غربالگری به افزایش جمعیت کمک می‌کند؟ باید گفت که شاید تعداد بارداری‌های به انتها رسیده بیشتر می‌شود ولی نتیجه آن است که تعداد بچه‌های معلول بیشتر خواهد شد و در آینده تأثیرات این قانون بیشتر دیده می‌شود.

### منابع

- ۱- آسترکی، پیمان؛ محمودی، غفارعلی؛ عنبری، خاطره؛ محمدسوری، بهزاد و دوستی لیلا (۱۳۹۴)، بررسی موارد تایید و عدم تایید تقاضای سقط جنین درمانی در مراجعین پزشکی قانونی استان لرستان در سال ۱۳۹۲، **نشریه: یافته**، ۲ (۶۴): ۵-۱۳.
- ۲- نبوی‌زاده سیده‌لیلا، زارع نژاد محمد، خورسندیان محمدعلی، نبوی‌زاده سیدحسام‌الدین، غلام‌زاده سعید (۱۳۹۶)، نقدی بر ماده‌واحد قانون سقط درمانی، **تعالی بالینی**، ۷ (۳): ۱-۲۰۴: ۵-۱۳.
- ۳- آقائی‌نیا، حسین (۱۳۹۵)، **جرائم علیه اشخاص** (جنایات)، تهران: میزان، چاپ پانزدهم.
- ۴- ابن‌منظور، جمال‌الدین محمدبن مکرم (۱۴۰۸ق). **لسان‌العرب**، بیروت: دار احیاء التراث العربی.
- ۵- الهی‌منش، محمدرضا و مردادی، محسن (۱۳۹۲)، **جرائم علیه اشخاص**، ناشر مجد، چاپ اول.
- ۶- انجو، سیدعلی (۱۴۰۱)، نگاهی به غربالگری و سقط جنین از منظر اخلاق پزشکی، **پژوهش در دین و سلامت**، ۸ (۴): ۷-۱.
- ۷- اداره ژنتیک (۱۳۹۶)، **سند مطالعاتی طراحی برنامه کشوری غربالگری مادران باردار از نظر ابتلای جنین به سندرم داون**، ویرایش نخست، بازنگری ششم، شهریورماه ۱۳۹۴-۱۳۹۶.
- ۸- ایرانی، مروارید؛ خدیوزاده، طلعت، اصغری نکاح سید محسن، ابراهیمی‌پور حسین، تارا فاطمه (۱۳۹۷)، بررسی وضعیت شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی در ایران: مطالعه مرور سیستماتیک و متآنالیز، **نشریه زنان مامائی و نازائی ایران**، ۲ (۶): ۲۹-۴۱.
- ۹- جان‌قربان رکسانا؛ لطیف‌نژاد رودسری رباب؛ تقی‌پور علی و عباسی محمود (۱۳۹۳)، مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری و جنسی در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، **مجله زنان مامایی و نازایی**، دوره ۱۷ (۱۰۰): ۱۶-۲۶.
- ۱۰- حاتمی، حسین؛ رضوی، سیدمنصور؛ افتخار اردبیلی، حسن و دیگران (۱۳۹۸)، **کتاب جامع بهداشت عمومی** (سه جلدی)، تهران: ارجمند، ویراست چهارم، چاپ ۱.
- ۱۱- حکیمی، سویل و محمدعلیزاده، سکینه (۱۳۸۷)، بررسی حقوق باروری در نظام جامع سلامت: دستاوردها و چالش‌ها، **فصلنامه حقوق پزشکی**، ۲ (۷): ۱۳۰-۱۴۳.
- ۱۲- خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۴۰۰)، **کتاب کاربرد نظریه های مشاوره و روان درمانی در توانبخشی معلولین**، تهران: دانژه.
- ۱۳- خدابخشی کولایی، آناهیتا و رستمی گوهرانی، هانیه و کفاشپور مرندی، آتوسا (۱۳۹۶)، مقایسه سواد سلامت و کیفیت زندگی در سه گروه از مادران با فرزند فلج مغزی، اوتیسم و ناتوانی ذهنی، **فصلنامه سواد سلامت**، ۲ (۴): ۲۴۵-۲۵۴.
- ۱۴- رضایی، محبوبه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا؛ ثناگو اکرم (۱۳۹۹)، شناسایی چالش‌های روانشناختی مادران با فرزند بیمار روانی مزمن: یک مطالعه فنومنولوژی، **مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت**، ۱۱ (۱): ۸۲-۸۷.
- ۱۵- رهنما، فاطمه؛ هاشمیان، معصومه و اکبرزاده، رویا (۱۳۸۷)، بررسی میزان بروز ناهنجاری‌های مادرزادی آشکار در نوزادان زنده متولد شده بیمارستان مبینی سبزوار در سال‌های ۸۵-۱۳۸۴، **مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار**، ۴ (۵۰): ۲۳۱-۲۳۶.
- ۱۶- زاهدی‌انارکی، فرزانه، تیرگر، سمانه و حمیدی ابرقویی نسرين (۱۳۹۳)، نکات مهم در مشاوره اخلاقی بامادران دارای جنین دچار ناهنجاری با اشاراتی به دیدگاه اسلام، **مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی**، ۷ (۵): ۲-۱۶.



- ۱۷- زرگریان، طه (۱۴۰۱)، بازخوانی قوانین سقط درمانی بر پایه گزاره «خطر جانی مادر»: از رفع تعارض تا نفی نسخ (پیشنهاد اصلاح بند «الف» ماده ۵۶ حمایت از خانواده، **مجله پزشکی قانونی ایران**، ۲۸ (۱): ۵۴-۵۵.
- ۱۸- ستوده‌اصل، نعمت‌اله؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و کلانتری، مهرداد (۱۳۸۹)، مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی، **نشریه: روانشناسی بالینی**، دوره: ۲، ۱ (۵): ۲۷-۳۴.
- ۱۹- شریفی، ونداد؛ ابوالحسنی، فرید؛ فرهودیان، علی؛ امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۲)؛ خدمات مؤثر جامعه نگر برای مبتلایان به اختلال‌های روانپزشکی کدامند؟ مروری بر شواهد، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، ۱۹ (۲): ۷۹-۹۶.
- ۲۰- عباسی محمود، رضایی راحله، دهقانی غزاله (۱۳۹۳)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، **مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی** ۸ (۳۰): ۱۹۹-۱۸۳.
- ۲۱- عباسی، محمود؛ پور فتح اله علی اکبر؛ اصغری ابوالفضل (۱۳۹۴)، حق فرزندآوری زوج‌های دارای معلولیت ژنتیکی در اسناد بین-المللی حقوق بشر و نظام حقوقی ایران، **فصلنامه حقوق پزشکی**، ۹ (۳۳): ۸۹-۱۱۶.
- ۲۲- فراهیدی، خلیل بن احمد (۱۳۸۳)، **کتاب العین**، تحقیق مهدی مخزومی، قم: اسوه.
- ۲۳- فیومی، احمد بن محمد، **المصباح المنیر**، قم: دار الرضی.
- ۲۴- قاری سید فاطمی، سیدمحمد (۱۴۰۱)، **حقوق بشر معاصر**، نگاه معاصر، چاپ ششم.
- ۲۵- قاسمی، فرزانه؛ ابراهیمی، امراله و سموعی، راحله (۱۳۹۷)، مروری بر شاخص‌های سلامت روان در مطالعات داخلی، **مجله علوم پزشکی اصفهان**، دوره ۳۶ (۴۷۰): ۲۰۹-۲۱۵.
- ۲۶- کرمی سیدمحمد، پروین خیرالله، رزمجو محدثه (۱۴۰۰)، بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی در طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده. **مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی**، ۱۵ (۵۶): ۵۰۵-۵۱۶.
- ۲۷- کریون، متیوسی آر (۱۳۸۷)، **چشم‌اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی**، ترجمه: محمد حبیبی مجنده، انتشارات دانشگاه مفید، قم.
- ۲۸- کمالی، محمد و ایران فریبا (۱۳۸۲)، مروری بر حقوق کودکان دارای ناتوانی و معلولیت، **رفاه اجتماعی**، ۲ (۷): ۹۳-۱۱۰.
- ۲۹- مازنر، جودیت.س (۱۳۹۹)، **درآمدی بر اپیدمیولوژی**، ترجمه دکتر محسن جانقربانی، ناشر: دانشگاه شهید باهنر کرمان، چاپ ۷.
- ۳۰- محمدی دشتکی نادیا، حسینپور مهرداد، مرآتی محمدرضا (۱۳۹۹)، بررسی بروز و عوامل مرتبط با ناهنجاری‌های عمده مادرزادی ثبت شده در نوزادان متولد شده در استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۹۵، **مجله تحقیقات نظام سلامت**، ۱۶ (۴): ۲۶۴-۲۵۷.
- ۳۱- مدرسی، محمدرضا؛ طالبی، سعید؛ طالع، علی؛ داودی دهقانی، الهام و دیگران (۱۳۹۹)، **رویکرد تشخیصی و درمانی به غربالگری ژنتیکی بیماری‌های متابولیک ارثی نوزادان**، تهران: آرتین طب، چاپ اول.
- ۳۲- مغفوری مصطفی (۱۳۸۶)، سقط درمانی، **فصلنامه حقوقی میزان**، دوره جدید ۲ (۱): ۸۵-۱۰۱.
- ۳۳- نعمتی، سیده زهرا، عمانی سامانی رضا (۱۳۹۱)، حذف قید چهار ماهگی در قانون سقط درمانی: تطابق قانون با اخلاق پزشکی، **اخلاق و تاریخ پزشکی ایران**، ۵ (۸): ۱-۱۸.
- ۳۴- نوری‌زاده، رقیه؛ دانش‌کهن، عباس و باختری، فاطمه (۱۳۹۱)، حقوق زنان در بارداری و زایمان، **حقوق پزشکی**، ۶ (۲۱): ۱۷۲-۱۸۶.
- ۳۵- نیکخوی مکمل، نرگس خاتون و جلالی، سیما (۱۴۰۰)، علم وهنردرمانگری مدرن، **بهورز**، ۳۲ (۱۱۰): ۱۲-۱۶.
- ۳۶- واسطی‌زبیدی، محب‌الدین (۱۴۱۴ق)، **تاج‌العروس من جواهرالقاموس**، بیروت: دار الفکر للطباعة و النشر و التوزیع.
- 37- Axelsson AK, Granlund M, Wilder J.(2013), Engagement in family activities: a quantitative, Comparative study of children with profound intellectual and multiple disabilities and children with typical development *Child, Care, health and development*, 39(4): 523-534.
- 38- Azar M, Badr LK.(2006), The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon, *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4): 375-380.
- 39- Bhalerao A, Garg R.(2016), Pattern of congenital anomalies at birth, *Int J Obstet Gynaecol Res*; 3(7): 420-6.
- 40- Bijma H, van der Heide A (2008), Wildschut HI. Decision-Making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality, *Reprod Health Matters*; 16(31 Suppl): 82-9.





- 41- Blackburn, Susan (2016), *Maternal, Fetal, & Neonatal Physiology*, Elsevier eBook on VitalSource, 4th Edition, Elsevier eBook on VitalSource.
- 42- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. (2001), Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder, *European Psychiatry*, 16(4): 239-245.
- 43- Choi Y, Nam CM, Lee SG, Park S, Ryu H-G, Park E-C.(2020), Association of continuity of care with readmission, mortality and suicide after hospital discharge among psychiatric patients, *Int J Qual Health Care*; 32(9): 569-576.
- 44- El Dawla A.(2000). Reproductive rights for Egyptian women: Issues for debates, *Reproductive health matters*, 8; 45-54.
- 45- Fabricatore AN, Handal PJ.(2004), Stress, religion and health, *International Journal for the Psychology of Religion*, 14(12): 91-108.
- 46- Figo Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health (2013), Ethical issues in the management of severe congenital anomalies, *Int J Gynecol Obstet*; 120(3): 307-8.
- 47- Gau SSF, Chou MC, Chiang HL, Lee JC, Wong CC, Chou W J, Wu YY (2012), Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1): 263-270.
- 48- Grover, Anand, (2009), "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", *Human Rights Council, Resolution 11/12* , 31 March 2009.
- 49- Harris J, James L. (1997), State- by-state cost of birth defects -1992, *Teratology*, 56(1-2): 11-16.
- 50- Haslegrave M. (2006), Integrating sexual and reproductive rights into the medical curriculum, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20( 3); 433-445
- 51- Kayton A. (2007), Newborn screening: a literature review, *Neonatal Network*, 26 (2): 85-95.
- 52- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW.(2007), Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*; 297(8): 831-841.
- 53- Kurinczuk JJ, Hollowell J, Boyd PA, Oakley L, Brocklehurst P, Gray R. The contribution of congenital anomalies to infant mortality, *National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford*, 9 (7): 108-99.
- 54- Lepping P, Stanly T, Turner J.(2015), Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings, *Clin Med (Lond)*; 15(4): 337-343.
- 55- Lightfoot E, Hill K, LaLiberte T.(2011), Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records, *Children and Youth Services Review*, 33(11): 2069-2075.
- 56- Madi S, Al Naggar R, Al Awadi S, Bastaki L. (2005), Profile of major congenital malformations in neonates in Al-Jahra region of Kuwait, *East Mediterranean Health J.*; 11 (4); 700-706.
- 57- Naderi S. (1979), Congenita abnormalities in newborns of consanguineous and nonconsanguineous parents, *AM J Obstet & Gynecol*, 53(2): 195-198.
- 58- Petrini J, Damus K, Richard B, Johnston JR. (1997), An overview of infant mortality and birth defects in the united states, *Teratology*, 56(1-2): 8-9.
- 59- Robelia PM, Kashiwagi DT, Jenkins SM, Newman JS, Sorita A.(2017), Information transfer and the hospital discharge summary: national primary care provider perspectives of challenges and opportunities. *J Am Board Fam Med*; 30(6): 758-765
- 60- Sabbagh SE, Soria C, Escolano S, Bulteau C, Dellatolas G.(2006), Impact of epilepsy characteristics and behavioral problems on school placement in children, *Epilepsy Behavior*, 9(4): 573-578.
- 61- Sadler TW (2010), *Langman's Medical Embryology*, Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 149-150.
- 62- Shang X, Fisher KR, Xie J.(2011), Discrimination against children with disability in China, *International Journal of Social Welfare*, 20 (3): 298-308
- 63- Sheu L, Fung K, Mourad M, Ranji S, Wu E(2015), We need to talk: Primary care provider communication at discharge in the era of a shared electronic medical record, *J Hosp Med*, 10(5): 307-310.
- 64- Stewart M, Barn father A, Magill-Evans J, Ray L, Letourneau N.(2011), Brief report: An online Support intervention: Perceptions of adolescents with physical disabilities, *Journal of adolescence*, 34(4): 795-800.
- 65- Tarini BA.(2007), The current revolution in newborn screening: new technology, old controversies, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161 (8): 767-72.



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق  
کنفرانس ملی ارتقای سلامت شخصی حقوقی پزشکی فراروی  
NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION &  
IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



- 66- Tsilimingras D, Schnipper J, Duke A, Agens J, Quintero S, Bellamy G, et al.(2015), Post-discharge adverse events among urban and rural Patients of an urban community hospital: a prospective cohort study, *J Gen Intern Med*; 30(8): 1164-1171.
  - 67- Van Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin PC.(2004), Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge, *J Gen Intern Med*; 19(6): 624-631.
  - 68- Yanda K, S278mith S.V, Rosenfield A. (2003). Reproductive health and human rights, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82; 275-283.
  - 69- Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights.(Protocol of San Salvador)
  - 70- African Charter on Human and peoples Rights (1981), 27 june 1981 Inforce 21 oct. 1986,oAu Doc. CAB/LEG/67/3REV.5(1981).(ACHPR)
  - 71- American Convention on Human Rights (1969), 22 Nov 1969, Inforce 18 july 1978, sam jose , 5 ASTS 36, (1970) 9 ILM 673 , VOL. II. (ACHR)
  - 72- American Declaration of the Rights and Duties of Man (Adopted by the Ninth International Conference of American States, Bogotá, Colombia, 1948.(ADRDM).
  - 73- European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950), 213 UNTS221.(ECPHR)
  - 74- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, UN, G. A. Res. No 2200A (XXI) of 16 Dec. 1966.(ICESCR)
  - 75- The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol (A/RES/61/106).
  - 76- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women New York, 18 December 1979.
  - 77- International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 21 December 1965.
- The Universal Declaration of Human Rights (UDHR), 1946.



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شخصی حقوقی پزشکی فراروی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



## The Effect of Screening in Promoting Fetal Health

**Maryam Shiriyān Nasl**

Assistant Professor in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran (Corresponding Author)  
maryam.shiriyān@yahoo.com

**Ali Beigi**

Assistant Professor, Department of Public Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran  
mr.alibeigi582@yahoo.com

**Arzoo Hajib**

M.A in Public Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran  
hajebarezo@gmail.com

### Abstract

**Background & Purpose:** News such as the elimination of screening in line with the law of population growth makes it necessary to examine the importance of screening in improving the health of the fetus. Because in the field of medicine, screening as a program or strategy to examine the population in relation to a health-threatening risk by identifying people at risk and also examining syndromes of trisomy chromosome 21 (Down), trisomy chromosome 18 (Edwards), trisomy chromosome 13 (Pato) It has been compiled and implemented in most countries of the world. Screening is a means of promoting fetal health and the future of a society cannot be jeopardized by hasty decisions such as removing screening.

**Research Method:** This research, using a descriptive-analytical method and using library resources, is trying to investigate the effect of screening in improving the health of the fetus.

**Research Hypothesis:** The research is based on the hypothesis that the topic of fetal health screening as one of the ways to prevent the birth of a baby with birth defects under the topic of the right to health and public health, women's rights, children's rights, reproductive rights according to international and domestic laws in In order to improve the quality of life, it is important to advance the process of human development and a step to promote the right to health.

**Research Findings:** Currently, carrying out fetal health screenings during pregnancy in the care program of pregnant mothers is a recommendation and not mandatory, therefore, it is necessary for the policy makers of the Ministry of Health in the path of improvement and in line with the transformation created in the country's health system. To create a situation where screening tests are mandatory for pregnant mothers and can be done easily and away from economic concerns.

**Keywords:** Screening, Fetus, Right to Health, Fetal Abnormalities, Trisomy Syndrome of Chromosome 21