



# MLJ

## مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

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



مقاله پژوهشی

## بررسی حقوقی غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی در طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده

سیدمحمد اکرمی<sup>۱\*</sup>، خیرالله پروین<sup>۲</sup>، محدثه رزمجو<sup>۳</sup>

۱. دانشیار، گروه ژنتیک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد تمام، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. دانشجو دکتری، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** 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 ناقص‌الخلقه عقب افتاده منجر به عسر و حرج بنابر قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴، قبل از ولوج روح، امکان سقط درمانی می‌باشد. هدف تحقیق لزوم اصلاح مواد ۵۶ و ۵۳ طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، مصوب ۲۶ اسفند ماه ۱۳۹۹ مجلس شورای اسلامی (در حال بررسی در شورای نگهبان)، در جهت تسهیل غربالگری و ابقای قانون سقط درمانی می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق نظری با روش توصیفی تحلیلی با جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و مراجعه به کتب، مقالات و پایان‌نامه‌ها فارسی و انگلیسی پرداخته است.

**یافته‌ها:** در این تحقیق ادله علمی، فقهی و حقوقی (اعم از قوانین بین‌المللی و داخلی)، در لزوم تسهیل عمل غربالگری و ابقای قانون سقط درمانی به طور مبسوط بیان می‌شود.

**ملاحظات اخلاقی:** در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متن، صداقت و امانت‌داری رعایت شده است.

**نتیجه‌گیری:** مبحث غربالگری سلامت جنین 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 با تئوری هویت ناطق، مبحث سقط جنین مبتلا را در موارد شمول ماده واحده قانون سقط درمانی و قبل از ولوج روح، بنابر قاعده فقهی لاضرر، اضطرار، تراحم، عسر و حرج، اهم بر مهم، دفاع مشروع و قاعده سلطنت، جایز می‌داند. لذا اصلاح طرح جمعیت و حمایت از خانواده ذیل مبحث تسهیل غربالگری و ابقای قانون سقط درمانی منتج می‌گردد.

### اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۱۵  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۲  
تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۳/۲۰

### واژگان کلیدی:

بارداری  
زنان  
سقط جنین  
طرح جوانی جمعیت  
غربالگری

### \* نویسنده مسؤؤل:

سیدمحمد اکرمی  
آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه  
علوم پزشکی تهران، گروه ژنتیک.  
کد پستی: ۱۴۱۷۶-۱۳۱۵۱  
تلفن: ۲۱-۸۸۹۵۳۰۰۵  
پست الکترونیک:  
[akramism@tums.ac.ir](mailto:akramism@tums.ac.ir)

## ۱. مقدمه

خطر تولد نوزادی با آنومالی‌های جنینی و یا عیوب ساختاری برای هر فرد باردار ۲/۵-۳۵ درصد است. آگاهی والدین برای انتخاب غربالگری ناهنجاری جنین، باید در اولین معاینه بارداری (هفته ۶ تا ۱۰ بارداری) انجام شود. غربالگری در زمان‌های مختلف بارداری و با روش‌های گوناگونی انجام می‌شود. از جمله این روش‌ها تست‌های دوگانه، سه‌گانه و چهارگانه است که در سه ماهه اول یا دوم بارداری انجام می‌گردد. از دیگر روش‌های تشخیصی تست‌های ترکیبی هستند که در دو دوره، سه ماهه اول و دوم انجام می‌شود. در این تست‌ها میزان یکسری از هورمون‌های خون مادر شامل بتا HCG آزاد، اینهیپین A، آلفافیتو پروتئین، استریول و PAPP-A، جهت تعیین خطر ابتلا به ناهنجاری‌ها اندازه‌گیری می‌شود. در روش‌های غربالگری ترکیبی و جامع انجام سونوگرافی NT و تعیین میزان سطح سرمی PAPP-A در هفته‌های ۱۰ تا ۱۳ نیز به افزایش ارزش تشخیصی این تست‌های غربالگری کمک می‌کند. مداخلات سونوگرافیک در برخی از این آزمون‌ها نقش دارد. براساس نتایج به دست آمده از هریک از تست‌های غربالگری مستقل یا ترکیبی در صورتی که مادر در گروه‌های پرخطر قرار گیرد، توصیه می‌شود، از روش‌های تشخیصی تأییدی برای بررسی وضعیت ژنتیکی جنین استفاده شود. در صورت نیاز به تست‌های تأییدی از یکی از روش‌های تهاجمی یا غیرتهاجمی، نمونه لازم برای بررسی‌های سیتوژنیک تحصیل شده که شایع‌ترین آنها شامل نمونه‌برداری از پرزهای جنینی، آمینوسنتز و NIPT می‌باشد. در ادامه به کمک تکنولوژی‌های موجود محتوی ژنومی نمونه گرفته‌شده از جنین ارزیابی شده تا تصمیم‌گیری در مورد سقط یا ادامه بارداری صورت می‌گیرد. از جمله تکنیک‌هایی که برای بررسی ژنومی نمونه جنین صورت می‌گیرد و می‌توان با تکنیک کاربوتایپ، تکنیک هیبریدسازی در جای فلورسنت و یا تکنولوژی‌های جدید مثل CGH array و نسل جدید توالی‌یابی NGS اشاره داشت (۱). در صورت لزوم بر سقط درمانی براساس ماده واحده مصوب ۱۳۸۴، رضایت مادر جهت انجام سقط درمانی شرط اساسی است. رضایت از مباحثی است که از نظر اخلاقی از اهمیت

ویژه‌ای برخوردار است. در این نوع رضایت، فرد در زمان بارداری در قالب رضایت‌نامه‌ای موافقت خود را جهت انجام سقط درمانی اعلام می‌دارد. پیداست که این نوع رضایت باید به صورت آگاهانه باشد. رضایت آگاهانه، رضایتی است که پزشک پس از گوشزد کردن آگاهی‌های لازم درباره‌ی نوع درمان و عواقب ناشی از آن می‌گیرد و در صورتی که پزشک، آگاهی‌های لازم را ندهد و به درمان بیمار بپردازد، رضایت اخذ شده ناآگاهانه است (۲-۴). در ۲۶ اسفند سال ۱۳۹۹، مصوبه مجلس شورای اسلامی، تحت عنوان طرح "جوانی جمعیت و حمایت از خانواده" در کمیسیون مشترک به همین نام، طبق اصل ۸۵ قانون اساسی برای ۷ سال آزمایشی تصویب و به شورای نگهبان تقدیم شد. هدف اصلی طرح فوق در چارچوب رهنمودهای مقام معظم رهبری، ارتقاء کمی و کیفی جمعیت کشور بوده است. اما در تبصره ۱ ماده ۵۳ طرح جوانی جمعیت و خانواده آمده است: "عدم ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری جنینی توسط پزشک یا اعضای کادر بهداشتی و درمانی تخلف نبوده و نباید منجر به محاکمه و یا پیگیری آنها گردد و در صورت ارجاع مادر باردار به غربالگری که منجر به حدوث سقط یا سایر عوارض گردد، پزشک صرفاً در صورتی که در چارچوب دستورالعمل مورد تأیید ستاد عالی جمعیت و خانواده عمل کرده باشد، مرتکب تخلفی نشده است." در تبصره ۲ آن ذکر گردیده که: "از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین مجاز نبوده و صرفاً در قالب تبصره ۳ این ماده مجاز است." در ماده ۵۶ این طرح، قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ نسخ می‌گردد.

در بررسی پیشینه‌ی تحقیق، شایان ذکر است که آقای روح‌الامینی دشتیخوانی در سال ۱۳۹۷ در پایان‌نامه بررسی اعتباربخشی تست‌های غربالگری سلامت جنین از نظر ابتلا به اختلالات کروموزومی و مقایسه آن با تست‌های تأییدی تهاجمی، در ابتدا به اهمیت تست‌های غربالگری مستقل و انواع آن، معرفی تست‌های تأییدی، آشنایی با اصطلاحاتی درخصوص انجام تست‌های غربالگری، معرفی تست‌های

پایان‌نامه‌ها فارسی و انگلیسی پرداخته است. بنابراین هدف این تحقیق آن است که با ادله علمی، فقهی و حقوقی در جهت تبیین ضرورت اصلاح در مواد مطروحه برآید. سؤال تحقیق بر این مبنا است که: ادله علمی، فقهی و حقوقی لزوم تسهیل غربالگری سلامت جنین و ابقای قانون سقط درمانی چیست؟

## ۲. ملاحظات اخلاقی

در تمام مراحل نگارش مقاله حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانت‌داری نیز رعایت شده است.

## ۳. مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع نظری می‌باشد و روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی و با روش جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای و با مراجعه به کتب، مقالات و پایان‌نامه‌های فارسی و انگلیسی صورت گرفته است. جامعه آماری، کلیه افراد جامعه جمهوری اسلامی ایران می‌باشد و به طور نمونه زنان باردار ایرانی مورد مطالعه قرار گرفته است.

## ۴. یافته‌ها

با بررسی بر روی ۱۹۶۰ زن بارداری که از مراجعین ۵ سال گذشته مرکز ژنتیک پزشکی، تحت آمنیوسنتز با حداقل و حداکثر سن ۱۵ و ۵۰ سال و میانگین سنی ۳۳،۳۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی جنین‌های مورد بررسی نیز ۱۶،۷۹ هفته بود. علت انجام آمنیوسنتز در بیماران شامل موارد: ریسک تریزومی ۲۱: ۶۴/۳٪، ریسک تریزومی ۱۸: ۱/۱۶٪، ریسک تریزومی ۱۳: ۰/۳٪، تست غربالگری بینابینی: ۱۷/۲٪، تاریخچه اختلال کروموزومی قبلی در خانواده: ۴/۳٪، سافت مارکر مثبت: ۹/۴٪، سن بالای مادری: ۰/۲٪، درخواست بیمار: ۰/۱۷٪ می‌شد. نتایج کشت کروموزومی به شرح: تریزومی ۲۱: ۲/۶۵٪، تریزومی ۱۸: ۰/۳٪، و تریزومی ۱۳: ۰/۱۵٪، اختلالات کروموزوم‌های جنسی ۰/۵٪، حذف و اضافه‌ها: ۰/۱٪ و ترانسلوکاسیون‌ها در ۰/۱٪ بود. در نتیجه بر انجام مشاوره ژنتیک بعنوان یک جزء ضروری از فرآیند بررسی سلامت

تشخیصی ژنتیک جنین، شناسایی اختلالات با تست‌های غربالگری و مقایسه‌ی تست‌های غربالگری و تست‌های تهاجمی پرداخته است. اما این تحقیق، به مزیت اقتصادی غربالگری، علاوه بر تأثیر آن بر سلامت مادر و جنین به صورت توامان و آثار آن بر مواردی مثل کاهش خشونت خانگی نیز می‌پردازد. دکتر اکرمی و همکارانشان در سال ۱۳۸۹ در مقاله‌ی پرهیز از خطای پزشکی در سقط درمانی؛ چقدر باید مراقب باشیم؟ به ترتیب به تعریف و انواع سقط جنین، تحولات قانونی ایران در حیطه‌ی مسأله‌ی سقط جنین، حرمت یا جواز سقط جنین، طبقه‌بندی خطاهای پزشکی، نقد تصمیم‌گیری پزشک و موارد خدشه‌پذیر در لوای حرمت یا جواز سقط جنین، می‌پردازد. اما در این تحقیق نگاهی توامانی به تحلیل مبحث سقط جنین و غربالگری صورت گرفته است. دکتر باقری در سال ۱۳۹۸ در مقاله آموزش حقوق بشر و حق بر سلامت و بهداشت عمومی به ترتیب به مفهوم آموزش حقوق بشر، اهداف آموزش حقوق بشر، اهمیت حق بر آموزش حقوق بشر در حوزه سلامت و بهداشت عمومی، حق بر آموزش حقوق بشر در اسناد بین‌المللی و محتوای آن، محتوای آموزش حقوق بشر، حق بر آموزش لازمه توسعه پایدار و نشاط اجتماعی محور توسعه انسانی، می‌پردازد. و این مقاله با نگاهی همزمان به حقوق بین‌الملل و حقوق داخلی به تحلیل موضوع مقاله پرداخته است.

اهمیت و ضرورت تحقیق فوق از آنجا نشأت می‌گیرد که طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده که خواهان افزایش جمعیت است، برای تحقق این امر شیوه‌ها و راه‌هایی را پیش نهاده که در زمینه محدودیت غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی، ماحصلی به جز خسران و تباهی نخواهد داشت، زیرا محدودیت شدید غربالگری و نسخ سقط درمانی که موضوع مواد ۵۳ و ۵۶ این طرح می‌باشد، در صورت تصویب نهایی توسط شورای نگهبان، سلامت روحی و جسمی خانواده و جامعه را دستخوش تحولات غیرمنطقی و آسیب‌های جدی خواهد کرد.

این تحقیق از نوع نظری می‌باشد و با روش توصیفی تحلیلی به جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای اعم از کتب، مقالات و

دسترس بود، مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعاتی شامل مشخصات فردی، سابقه فرزند مبتلا به سندرم داون، وجود نسبت فامیلی بین پدر و مادر، نتایج تست‌های غربالگری و آزمایش ژنتیک، در پرسشنامه طراحی شده تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های آماری انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. براساس نتایج آزمایش ژنتیک، ۵۹ مورد (۶ درصد) از جنین‌های مورد مطالعه مبتلا به آنیوپلوئیدی بودند که از این تعداد ۴۱ مورد سندرم داون داشتند. در این مطالعه بین آزمایشات غربالگری و بروز آنیوپلوئیدی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. ولی بین خطر نقص لوله عصبی با آنیوپلوئیدی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین NT بیشتر از ۳ میلی‌متر و بروز آنیوپلوئیدی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. در محاسبه انجام شده حساسیت تست NT جهت غربالگری آنیوپلوئیدی ۴۷ درصد و ویژگی تست ۹۰ درصد به دست آمد. در نتیجه، آزمایشات غربالگری سلامت جنین می‌توانند در یافتن زنان در معرض خطر داشتن فرزند مبتلا به اختلالات کروموزومی کمک‌کننده باشند (۷).

با مطالعه بر روی پرونده ۲۵ بیمار تالاسمی زیر ۱۸ سال، که ۱۵ بیمار، ۶۰ درصد والدین‌شان مزدوجین قبل از ۱۳۷۶ بوده‌اند، والدین ۴ بیمار (۱۶٪) دارای فرزند تالاسمی ماژور بودند (استراتژی دوم) والدین ۱۰ بیمار دیگر (۴۰٪) و مزدوجین بعد از سال ۷۶ را شامل می‌شدند (استراتژی اول). در مرحله دوم تحقیق، از مهرماه سال ۸۵ یک برنامه مداخله-ای تحت عنوان غربالگری تالاسمی بر روی ۹۷۵۰ نفر از مادران باردار و یا پیش از بارداری انجام شد، که نتایج این برنامه مداخله‌ای، شناسائی ۲۰ زوج ناقل بتا تالاسمی جدید، شامل: ۱۰ زوج از مزدوجین قبل از ۱۳۷۶ و ۱۰ زوج از مزدوجین بعد از ۱۳۷۶ (بدون مجوز رسمی ازدواج، خطای آزمایشگاهی و هموگلوبینوپاتی‌ها) بود، که پس از شناسائی این ۲۰ زوج ناقل بتا، در اسرع وقت ارجاع به مرکز ژنتیک صورت گرفت و موجب پیشگیری از تولد ۴ نوزاد تالاسمی ماژور گشت. در نتیجه، با توجه به بررسی نتایج این مداخله در طی

جنین تأکید می‌گردد و بر این اساس، انجام تست غربالگری با حساسیت و اختصاصی بودن مناسب پیشنهاد می‌شود. مشاوره ژنتیک در پیشگیری از مشکلات روحی و روانی حاصل از نتایج بررسی‌ها و برخورد منطقی و علمی خانواده‌ها در طی این فرآیند، نقش بسزایی دارد (۵).

در مطالعه بر روی ۲۴۱۶ خانم باردار در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران و با روش غربالگری همگانی و در نظر گرفتن کلیه عوامل خطرزا و نتایج آزمایش‌ها و معاینات بالینی برای هر بیمار، آزمون  $GCT\ 50\ gm$  به عنوان آزمون غربالگری و آزمون  $GTT\ 100\ gm$  جهت تشخیص دیابت بارداری، در نظر گرفته شد. در تحلیل هزینه‌های مستقیم انجام آزمون غربالگری و تشخیصی، در روش غربالگری همگانی با معیار  $130\ mg/dl$ ، هزینه برای هر خانم باردار در حدود  $30410$  ریال برآورد شده است و به ازای هر بیمار تشخیص داده شده با این روش  $644488$  ریال هزینه دارد. در روش غربالگری همگانی با ملاک  $140\ mg/dl$  حساسیت غربالگری ۱۲ درصد کاهش یافته و به ۸۸ درصد می‌رسد و هزینه غربالگری به ازای هر خانم باردار به  $25641$  ریال و به ازای تشخیص هر بیمار به  $69500$  ریال کاهش می‌یابد. بنابراین با  $15/6$  درصد کاهش در هزینه سرانه غربالگری و  $3/87$  درصد، کاهش در هزینه صرف‌شده برای تشخیص هر بیمار، حساسیت غربالگری ۱۲ درصد کاهش می‌یابد. در نتیجه، با توجه به شیوع بالای بیماری در گروه کم خطر و پایین بودن سطح مراقبت‌های سلامت نسبت به جوامعی که روش انتخابی را پیشنهاد می‌کنند و همچنین پایین بودن هزینه انجام آزمون‌های غربالگری و تشخیصی نسبت به جوامع فوق و شیوع عوارض بیماری که خود هزینه بالایی را بر نظام سلامت تحمیل می‌کند، به نظر می‌رسد انجام روش غربالگری همگانی علاوه بر حساسیت بالای غربالگری، توجیه اقتصادی نیز داشته باشد (۶).

نتایج تست‌های غربالگری و آزمایشات ژنتیک ۱۰۰۹ زن باردار که در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۳، براساس نتایج تست غربالگری در خطر ابتلاء به آنیوپلوئیدی بوده و به دنبال آن تست کاربوتیپ انجام داده بودند و نتایج هر دو تست در

نفر) به دست آمد. در گروه پرخطر ۴۲/۹ درصد (۳۸۶ نفر) و در گروه کم خطر ۲۸/۳ درصد (۱۹۸ نفر) برحسب آزمایش‌های به عمل آمده، به یکی از انواع اختلال‌های تیروئیدی مبتلا بودند. از بین عوامل خطر مورد بررسی، سابقه استفاده از داروهای تیروئیدی، سابقه اختلال‌های تیروئیدی و سابقه فامیلی اختلال‌های تیروئیدی عوامل پیش‌گویی‌کننده معنادار در اختلال‌های تیروئیدی بودند. در نتیجه، در صورت استفاده نکردن از غربالگری عمومی، حدود یک سوم (۳۳/۹ درصد) زنان مبتلا به اختلال تیروئیدی در طی بارداری تشخیص داده نمی‌شوند (۱۰).

در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۵۰۰ زن باردار ۱۸ تا ۳۹ ساله، با روش گردآوری داده‌ها از طریق پرونده‌های بهداشتی، داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و با آزمون کای دو و آنالیز رگرسیون لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵، معنی‌دار در نظر گرفته شد. در بین افرادی که مورد خشونت قرار گرفته بودند، بالاترین خشونت حین بارداری را خشونت جنسی ۴۷/۸ درصد، سپس خشونت روانی ۴۶ درصد و کمترین آن خشونت فیزیکی ۳۴/۶ درصد بود. نتایج نشان می‌داد که برنامه‌های غربالگری و مشاوره به پیشگیری خشونت خانگی و ارتقاء سلامت زنان باردار کمک می‌نماید (۱۱).

## ۵. بحث

شایان ذکر است با توجه به ادله‌ی علمی ذکر شده در ضرورت تسهیل غربالگری سلامت جنین، نشاط اجتماعی با موضوع حق بر سلامت و بهداشت عمومی مرتبط است، ضمن اینکه بهبود کیفیت زندگی افراد از اهداف نهایی توسعه انسانی محسوب می‌شود و نقش قابل تأملی در پیشبرد فرآیند توسعه انسانی ایفا می‌کند. ایجاد محیطی برای بهبود وضعیت خشنودی و سعادت مردم، خود یک هدف توسعه انسانی محسوب می‌شود و شکی نیست که دولت‌ها باید در اولویت‌های بهداشتی خود تجدیدنظر نمایند (۱۲). در جولای ۲۰۱۱ میلادی، مجمع عمومی سازمان ملل متحد قطعنامه‌ای تصویب نمود که طی آن از دولت‌های عضو خواسته شد که

۹ سال (۹۴-۱۳۸۵)، با شناسایی بهنگام، از تولد ۴ نوزاد تالاسمی پیشگیری شد، که در مقایسه بروز ۱۸ نوزاد تالاسمی در ۹ سال قبل از اجرای طرح مذکور (۱۳۷۷-۸۵) به روش (before-after-RCT)، می‌توان به ارزشمندی این طرح پی برد (۸).

طی سال‌های ۸۶-۸۷ مطالعه بر روی ۴۷۴ زنان باردار که در هفته ۲۴-۸ حاملگی قرار داشتند و بصورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفته بودند، انجام شد. غربالگری نمونه‌ها از نظر واژینوز باکتریال در گروه مداخله با داشتن سه معیار از چهار معیار آمسل انجام شد و در صورت مثبت بودن تشخیص واژینوز باکتریال، درمان با کرم کلینداماسین ۲٪ برای مدت یک هفته انجام و سپس نتیجه زایمانی در هر دو گروه بررسی گردید. داده‌ها در قالب آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از SPSS ۱۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. گروه‌های مداخله و کنترل از نظر رتبه حاملگی، حاملگی خواسته و ناخواسته، افزایش وزن ناکافی مادر، واکسیناسیون کامل مادر و وجود مشکلات مادر حین بارداری، تفاوت معناداری با هم نداشتند. از کل ۲۱۶ نفر از گروه مداخله، ۱۷ نفر (۸٪) مبتلا به واژینوز باکتریال بودند که مورد درمان قرار گرفتند. شیوع زایمان زودرس در گروه مداخله با ۳ نفر (۱/۴٪) و در گروه کنترل با ۱۲ نفر (۴/۷٪) قرار می‌گرفت. ۰/۳  $RR=$  و  $DR=$  ۰/۳۳ و  $NNT=$  ۳۰ بود. در نتیجه، این مطالعه نشان داد که غربالگری و درمان واژینوز باکتریال در زنان بارداری بطور معناداری توانسته میزان زایمان زودرس را کاهش دهد (۹).

در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۰۰ زن باردار در نیمه اول بارداری، پس از جمع‌آوری داده‌ها با تکمیل پرسشنامه، وضعیت خطر آنان از نظر ابتلا به اختلال‌های تیروئیدی با چک‌لیست عوامل خطر برآورد شد. سپس ابتلای آنان به اختلال‌های تیروئیدی براساس معاینه‌های بالینی و اندازه‌گیری سطح سرمی  $T_4$ ، TSH، TPOab و T-uptake مشخص گردید. شیوع اختلال‌های تیروئیدی مشخص شده و عوامل خطر پیش‌گویی‌کننده اختلال‌های تیروئیدی در آنالیز رگرسیون تعیین شدند. شیوع اختلال‌های تیروئیدی ۳۶/۵ درصد (۵۸۴)

میزان نشاط مردمان خود را ارزیابی کنند تا از این عامل برای هدایت سیاست‌گذاری‌های سلامت عمومی، استفاده شود (۱۳). در مبحث غربالگری، حق بر سلامت مطرح می‌گردد، حق بر سلامت در زمره حقوق نسل دوم حقوق بشر است که دولت مکلف به انجام اقدام‌های ایجابی برای تأمین و حمایت از آن خواهد بود. تعهد به حمایت در واقع ناظر به تعهدات دولت‌ها به حفظ و حمایت از حق بر سلامتی در برابر تعرض و نقض این حق توسط ارکان یا مؤسسات دولتی یا اشخاص خصوصی است. این امر متضمن اجتناب از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است. در این زمینه کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، تعهد دولت‌ها به تصویب قوانین و مقررات یا اتخاذ اقدام‌هایی در جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با آن و داشتن زیرساخت‌های سلامت عمومی را متضمن می‌شود. در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آمده، تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل حق سلامت اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدام‌های لازم برای تأمین تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان، مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان و ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم می‌باشد. در بند ب ماده ۵۵ منشور ملل متحد، دولت‌ها متعهد به ترویج راه‌حلی برای برون‌رفت از مشکلات مربوط به سلامت هستند. در فصل نهم منشور ملل متحد، بخش همکاری‌های اقتصادی و اجتماعی بین‌المللی، آمده است: سازمان ملل متحد امور، حل مسائل بهداشتی و مباحث مربوط به آن را تشویق خواهد کرد. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مصوب ۱۹۴۶ میلادی، در مقدمه خود به صراحت بیان داشت که: سلامت عبارت از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو می‌باشد و هدف سازمان ارتقای سطح سلامت همه فرزندان بشر تا بالاترین حد ممکن است. در ماده ۵ کنوانسیون بین‌المللی محو کلیه اشکال تبعیض نژادی آمده است که دول عضو طبق تعهدات اساسی مندرج در ماده ۲ همین کنوانسیون متعهد می‌شوند که حق استفاده از بهداشت

عمومی و مراقبت‌های پزشکی بدون تمایز از لحاظ نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت را تضمین نمایند. در بند اول ماده ۱۱ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، حق حفظ سلامتی از جمله حمایت از وظیفه تولید مثل می‌باشد. ماده ۱۲ این کنوانسیون بیان می‌دارد که دولت‌های عضو کلیه اقدام‌های لازم را در مورد محو تبعیضات علیه زنان در زمینه‌ی مراقبت بهداشتی آنان به عمل خواهند آورد تا دسترسی به خدمات بهداشتی از جمله خدماتی که به تنظیم خانواده مربوط می‌شود را براساس رعایت مساوات بین زنان و مردان تضمین کنند. دولت‌های عضو صرف نظر از مفاد بند ۱ این ماده، ارائه خدمات مناسب در ارتباط با بارداری و خدمات رایگان در دوران بارداری را نیز شامل می‌شود. در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک ذکر شده است که کشورهای طرف کنوانسیون، در راستای کاهش میزان مرگ و میر نوزادان، تضمین و فراهم کردن مشورت‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان و توسعه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، روش‌های مناسب را اتخاذ خواهند کرد. در بند اول اعلامیه جهانی حقوق بشر اسلامی، دولت‌ها وظیفه دارند با مهیا ساختن بسترهای لازم، مناسب و کافی، زمینه دسترسی تمامی شهروندان را به خدمات بهداشتی و درمانی فراهم سازند و هیچ‌کس بدون هیچ بهانه‌ای نباید تحت ستم قرار گرفته و از آن محروم گردد. در بند دوم آن، حق بر سلامت، معالجات و دیگر نیازهای اساسی را نیز شامل می‌شود. سند توسعه‌ی پایدار، به عنوان یکی از اسناد جدید بین‌المللی، شامل هدف کلی است که هدف سوم آن درخصوص سلامت می‌باشد. این سند کار ناتمام اهداف توسعه هزاره را گسترش و تکمیل می‌کند. تضمین زندگی سالم و بهبود تندرستی همه‌ی افراد در تمام سنین با سیزده هدف اختصاصی شامل مرگ و میر مادران و تضمین دسترسی جهانی به خدمات بهداشتی و درمانی در حوزه‌ی مسائل جنسی و باروری است. در بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های بهداشتی طرح شده است. بند ۱۶ سیاست‌های کلی خانواده مصوب ۱۳۹۵، با ابلاغ رهبر انقلاب، ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقای سلامت

همه‌جانبه‌ی خانواده‌ها را ضروری دانسته است. در منشور حقوق شهروند، حق برخورداری شهروندان از زندگی شایسته، در ماده ۲ و ۳ شامل ارتقای سلامت، درمان مناسب و دسترسی به دارو و خدمات پزشکی منطبق با معیارهای دانش روز و حق برخورداری از تسهیلات بهداشتی می‌باشد. شاخص‌های عدالت جنسیتی از سوی دولت یازدهم در سال ۱۳۹۸ ذیل شاخص سلامتی و دسترسی به خدمات سلامت، شامل مراقبت‌های بارداری و مرگ و میر مادران با موضوع آیین‌نامه‌ی اجرایی ماده‌ی ۱۰۱ قانون برنامه‌ی ششم توسعه ابلاغ گشت. در اصل ۲۱ قانون اساسی چنین بیان می‌شود که دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهت‌ها با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری را انجام دهد. منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی، در بند ۴۳ حق باروری، بارداری و تنظیم و کنترل آن و در بند ۴۷ حق برخورداری از سلامت جسمی را بیان می‌دارد. برنامه میان مدت توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (از برنامه‌ی جامع ششم توسعه) در ماده ۷۵ الزام به ارائه‌ی گواهی غربالگری برای متقاضیان ازدواج در جهت شناسایی ازدواج‌های پرخطر از نظر بروز اختلالات ژن‌شناسی و در ماده ۷۶ تأمین سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان را بیان می‌کند. اصل ۲۹ قانون اساسی ذکر می‌کند که دولت موظف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی خدمات بهداشتی و درمانی را تأمین کند. اصل ۴۳ قانون اساسی تأمین بهداشت و درمان در جهت تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد را بیان می‌کند و این امر ارتباط سلامت با اقتصاد را آشکار می‌سازد. کمیته حقوق بشر تصریح می‌کند که در مورد مسئله حقوق بهداشت باروری، نگران است که جرم انگاری سقط جنین منجر شود که متخصصان پزشکی از ارائه این روش بدون دستور مقام قضایی امتناع نمایند و این امر از

جمله در مواقعی که خطرات مشخصی بر سلامتی مادر وجود دارد یا زمانی که بارداری ناشی از تجاوز به زنان معلول ذهنی می‌باشد، از اهمیت بیشتری برخوردار است. از این رو کمیته برای بهبود این مشکلات توصیه‌هایی را به دولت‌های عضو ارائه می‌دهد. پروتکل ماپوتو، که توسط اتحادیه آفریقایی، ضمیمه منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم شده است، شرایطی را برای صدور مجوز سقط جنین درمانی مقرر می‌دارد. بند ۲ ماده ۱۴ این پروتکل عنوان می‌دارد: "دولت‌های عضو، کلیه اقدامات مقتضی را برای حفاظت از حقوق باروری زنان با صدور مجوز سقط جنین درمانی در موارد تجاوز جنسی، زنا به عنف، زنا با محارم و مواردی که در آن ادامه بارداری سلامت روانی و جسمی مادر یا زندگی مادر یا رویان را به خطر می‌اندازد، انجام دهند. اسناد کنفرانس‌های قاهره و پکن طی کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه قاهره در سال ۱۹۹۴ و در چهارمین کنفرانس جهانی زنان که در سال بعد در پکن صورت گرفت، تدوین شدند و حق بر سقط جنین را به رسمیت شناختند. این اسناد که اسنادی غیرالزام‌آور هستند، توسط نمایندگان ملت‌های توسعه‌یافته جهانی برای اعلام این ادعا که حق سقط جنین وجود دارد، مدون شده‌اند (۱۴). براساس تئوری هویت ناطق، نزدیک به چهارده هفتگی، قوه نطق در جنین پدیدار می‌گردد و این زمان قطعی شکل‌گیری پایه اصلی ذهن است. بنابراین، تا زمان مزبور، مادر می‌تواند به طور مستقل و آزاد با مشورت و رضایت پدر، درخصوص نگهداری یا سقط جنین تصمیم بگیرد. در این تئوری، به علت ممنوعیت تعرض به شخص، ابتدا باید شخص‌های درگیر در مسأله را تعیین و سپس از حقوق آنها حمایت کنیم. به همین دلیل سقط یا عدم سقط جنین، بسته به این است که جنین را در تمام مراحل تکاملی‌اش یا در برخی از آن مراحل شخص بدانیم (۱۵). ماده ۱۸۳ قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴، سقط درمانی را تنها به خاطر حفظ حیات مادر می‌پذیرفت. ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه انتظامی نظام پزشکی مصوب ۱۳۴۸ که تا زمان تصویب قانون دیات و تعزیرات قابل اجرا بود، به صراحت به سقط جنین برای حفظ سلامتی مادر تجویز می‌کرد. ماده ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵، سقط جنین برای

حفظ حیات مادر از روزهای اولیه‌ی انعقاد نطفه تا روزهای آخر حاملگی که جنین شکل یک انسان کامل را به خود گرفته باشد، تفاوتی قائل نشده است و ناظر به موردی بود که روح در جنین دمیده نشده است. کمیته کشوری سقط جنین در معاونت پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۱ به تعیین اندیکاسیون‌های سقط درمانی پرداخت و در گام اول آیین‌نامه‌ای با ۴۹ مورد اندیکاسیون قطعی را پیشنهاد نمود. این موارد در جنین شامل بیماری‌هایی است که سبب مرگ داخل رحمی یا مرگ بلافاصله بعد از تولد و یا با فاصله‌ی کوتاه می‌گردند. ماده واحده سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ بیان می‌دارد: سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری‌های جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد، قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد. بند دوم ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی مصوب بیان می‌دارد: "هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و با رعایت موازین فنی و علمی نظامات دولتی انجام شود، در موارد فوری، شامل اخذ رضایت ضروری نخواهد بود". از نظر فقهی، در مواردی که بقای جنین موجب ضرر جانی قابل توجهی باشد و سلامت مادر را به گونه‌ای تهدید کند که از نظر عقلا تحمل آن جایز نباشد، به منظور دفع ضرری که تشریعا از جانب شارع مقدس منتفی اعلام گردیده است، می‌توان حکم به جواز سقط جنین کرد. حتی اگر قائل به این عقیده باشیم که قاعده لاضرر صرفا جنبه بازدارندگی دارد نه سازندگی، بازهم این قاعده راهگشا خواهد بود؛ زیرا می‌توان امر عدمی را به امر وجودی برگرداند. بدین صورت که بگوییم؛ حرمت سقط جنین عبارت دیگری از لزوم حفظ حمل است، در جایی که این حکم ضرری باشد، قاعده لاضرر آن را دربر خواهد داشت که نتیجه آن، جواز سقط می‌باشد. برخی معتقدند که مادر در مقام دفاع از جان خود

می‌تواند به استناد قاعده فقهی دفاع مشروع، جنین را سقط نماید؛ زیرا در مسأله مشروعیت، تفاوتی ندارد که هجوم از سوی عامل بیرونی یا درونی باشد. قاعده اضطرار در فقه نشان‌دهنده روا بودن سقط جنین در صورت وجود خطر جانی برای مادر است؛ زیرا فقط امکان حفظ جان یک نفر وجود دارد و مادر ناگزیر، با سقط جنین، جان خود را حفظ می‌کند. در حالت تزامم در فقه، مادر باردار مخیر بین حفظ نفس خود با سقط جنین و پرداخت دیه آن و بین خودداری از سقط و پذیرش مرگ است. برخی از بیماری‌ها مانند تالاسمی یا هموفیلی علاوه بر به همراه داشتن زحمت، صرف هزینه‌های زیاد برای درمان، چنان می‌نمایند که فرد مبتلا عمر طولانی نخواهند داشت. آیت الله خامنه‌ای در پاسخ به استفتائی در مورد سقط جنین‌هایی که مبتلا به بیماری‌های شدید باشند، به طوری که از بدو تولد تا پایان عمر دائما در وضع مشقت باری به سر برند، بنابر قاعده عسر و حرج بیان می‌دارد: "اگر تشخیص بیماری در جنین قطعی است و داشتن و نگهداری چنین فرزند می‌تواند موجب حرج باشد، در این صورت جایز است، قبل از دمیده شدن روح، جنین را سقط کنند". برخی فقها معتقدند اگر نقص عضو جنین به گونه‌ای باشد که صورت انسانی نداشته باشد، می‌توان آن را سقط کرد؛ زیرا دلیلی بر عدم جواز اتلاف جنین غیرانسان وجود ندارد. عده‌ای بنابر قاعده ترجیح اهم بر مهم، از این فراتر رفته و قائل به این نظر هستند که اگر پیش از دمیده شدن روح در جنین، مادر بترسد که ادامه بارداری به مرگ او بیانجامد و بین واجب بودن حفظ جان مادر و ناروایی سقط جنین تعارض ایجاد شود. به دلیل حفظ اهمیت جان مادر نسبت به سقط جنین می‌بایست مادر بر جنین ترجیح داده شود و سقط روا خواهد بود. البته باید پذیرفت این قاعده مانند قاعده قبلی (تزامم) صرفا در فروضی می‌تواند در سقط جنین مورد استناد قرار گیرد که حفظ جان مادر و حفظ جنین با یکدیگر در تعارض باشند و در فرضی که جنین ناقص الخلقه یا عقب افتاده است، نمی‌توان به این قاعده استناد کرد (۱۶). چون سقط جنین یکی از تصرفات در مملوکات زن است، پس می‌توان گفت که قاعده سلطنت (قاعده سلطنت در مقام تشریح و مبین، جواز تصرف مالکان در



ملک خویش است و جواز وضعی و تکلیفی، هرگونه تصرف مالکان به عنوان حکم اولی و واقعی از آن تا زمانی که معنی از شارع مقدس نرسیده باشد، استفاده می‌شود) بر جواز سقط جنین دلالت دارد. اگر چه قبل از دمیده شدن روح ادله لاضرر و لاجرح مقدم بر ادله حرمت سقط جنین هستند و آنها را تخصیص می‌زنند، اما از آنجا که قاعده سلطنت قاعده اولیه است، انسان را از ادله لاضرر و لاجرح به عنوان قاعده ثانوی بی‌نیاز می‌کند. به همین دلیل در جایی که ادامه بارداری جان مادر را تهدید می‌کند یا موجب عسر و حرج شدید می‌شود با رجوع به قاعده سلطنت، اسقاط جنین جایز است (۱۷). آیت الله بهشتی بیان می‌کنند: "صاحب جواهر در شرح این بخش از عبارت شرایع که مربوط به کفاره است می‌گوید که، در دیه جنین که تا صد دینار بود، قبل از ولوج روح می‌باشد و کفاره نیست و فقط دیه دارد. چون در فرض این که در روح در او ولوج پیدا نکرده و وارد نشده، قتل صدق نمی‌کند. واجب کردن دیه نمی‌تواند منشأ استنباط حرام بودن و حرمت تکلیفی باشد. پرداخت دیه به مسئله مالیت جنین برمی‌گردد و غرامتی است که شخص برای توان ضرری که وارد کرده است باید بپردازد (۱۸).

## ۶. نتیجه‌گیری

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. با توجه به شیوع بالای بیماری‌ها در گروه کم‌خطر و پایین بودن سطح مراقبت‌های سلامت و هزینه انجام آزمون‌های غربالگری، شیوع عوارض بیماری در مادران باردار که خود هزینه بالایی را بر نظام سلامت جامعه تحمیل می‌کند، به نظر انجام غربالگری همگانی را با توجیه اقتصادی توأم می‌سازد. در

ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی، حق بر سلامتی را به عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته‌اند، به نظر می‌رسد با توجه به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در به رسمیت شناختن آن به عنوان حقوقی بنیادین که قانون اساسی را از این حیث به عنوان یک قانون اساسی پیشرو در جایگاه ممتازی قرار داده است، در این راستا دولت موظف است یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق غربالگری سلامت جنین در نظر بگیرد و در جهت ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد ملت به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، تلاش کرده و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت از این حقوق بپردازد. بی‌توجهی به بومی‌سازی مفاهیم سلامت زنان، گوناگونی عوامل مؤثر بر سلامت زنان، بی‌توجهی به راهبردهای کلان سلامت پایش مستمر می‌تواند از علل مؤثر بر نبود برنامه‌ی جامع و عملیاتی مستمر و مداوم در اعمال این حق شود. ابعاد مختلف سلامت زنان در راستای تحقق کارآمد و مطلوب آن، نیازمند شناسایی عوامل دقیق و مؤثر بر آن و به کارگیری روش‌های تقویت و توسعه‌ی آن در قالب نظام جامع اطلاعاتی است که از سوی دولت محقق می‌شود. با توجه به توانایی مبحث سقط جنین، مصداق نقض "حق بر شخصیت حقوقی"، حق مادران بر سقط جنین است. عملکرد مراجع بین‌المللی، حکایت از آزادسازی سقط جنین در مواردی که با حقوق مادر در تعارض است، دارد. این درحالی است که این مراجع، دلایل موجهی که براساس آن قانونا می‌توان سقط جنین نمود را گسترش داده و عمدتاً ناظر بر حقوق مادران بوده‌اند. مضافاً اینکه در معاهدات بین‌المللی و عملکرد مراجع بین‌المللی، قاعده‌ای برای معیار زمانی شناسایی شخصیت حقوقی جنین مشاهده نمی‌شود و مسئله دیگری که در این زمینه در حال وقوع است، این مطلب است که به دلیل عدم حمایت صریح حقوق بین‌الملل از جنین انسان، در برخی کشورها به دلیل عدم شناسایی شخصیت حقوقی برای جنین در تمام دوران حمل، با استناد به حقوق بشری مادر، حق بر اختیار در سقط جنین را به عنوان یکی از حقوق بشری مادران به رسمیت شناخته‌اند. تحقق این حق نیازمند همکاری همه‌جانبه‌ی

قوای سه‌گانه در اصلاح طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده به ویژه مواد ۵۳ و ۵۶ آن می‌باشد، توجه نخبگان به سیاست‌گذار عمومی در عرصه‌ی بهداشت سلامت با ابعاد مختلف و ایجاد الزام نهادهای مقنن و متولی سیاست‌گذاری اجرایی در تدوین برنامه‌های عملیاتی برای این طرح، اهمیتی ویژه دارد.

#### **۷. سهم نویسندگان**

نویسندگان از پژوهش معیارهای استاندارد نویسندگی براساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا هستند.

#### **۸. تقدیر و تشکر**

از انجمن علمی ژنتیک پزشکی ایران، در راستای همکاری‌های لازم در نگارش این مقاله، کمال سپاس و قدردانی را دارم.

#### **۹. تضاد منافع**

پژوهش حاضر تضاد منافع ندارد.

## References:

1. Roholamini deshtikhani SV. Evaluation of the validity of fetal health screening tests for chromosomal abnormalities and comparison with invasive confirmatory tests. Tehran: University of Science and Art; 2018. (Persian).
2. Akrami SM, Bastani A, Osati Z. Avoiding medical error in medical abortion; How careful should we be? Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3(4):27-36. (Persian).
3. Akrami S, Ghafouri-Fard S. Ethical and Legal Considerations in Iran, Biomedical Ethics in Iran An Application of Islamic Bioethics: Eubios Ethics Institute; 2014.
4. Akrami S, Hosseini Bereshneh A, Salmaninejad A. Ethical issues in prenatal diagnosis and therapeutic abortion in Iran. Arvand Journal of Health and Medical Sciences. 2016;1(2):62.
5. Seyed Hoseyni SM, Tabatabaye RS, editors. Genetic counseling in performing fetal health screening tests with an analytical report of 1960 amniocentesis results based on screening tests. The sixth one-day seminar on diagnostic-research medical genetics, 2019; Tehran. (Persian).
6. Laryjani B, Hossieneghad A. Cost Analysis of Screening and Diagnostic Methods in Gestational Diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Lipids. 2001;1(1):31. (Persian).
7. Baktashyan M, Sedghy M, Salehy M, Sadatmirlohi F, Zarean E, Baghersad A, et al. Evaluation of prenatal screening tests for pregnant women and its comparison with fetal karyotype. Journal of Obstetrics and Gynecology and Infertility. 2017;20(11):22. (Persian).
8. Valizade F, Azizolah B, Porreza A, Deylami A. Results of beta-thalassemia screening in pregnant women. Journal of the School of Health and the Institute of Health Research. 2016;14(2):39. (Persian).
9. Mashoufi M, Nazari R, Shirinkam Chouri R, Sharghi A, Mardi A, Azari M. Effectiveness of Bacterial Vaginosis Screening Program in Routine Prenatal Care and Its Effect on Decrease of Preterm Labor. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2012;12(3):312-20. (Persian).
10. Nazarpor S, Ramezanitehrani F, Symba M, Tohydi M, Alavi H, Azizi F. General screening for high-risk individuals with thyroid disorders in pregnant women. Journal of Medical Research. 2015;3:145. (Persian).
11. Bokaye M, Bostanikholesi Z, editors. The importance of domestic violence screening in pregnant women. 8th Congress of Reproductive Health and Infertility Research Center, 2015; Tehran. (Persian).
12. Veenhoven R. Happiness: Also known as "life satisfaction" and "subjective well-being". Handbook of social indicators and quality of life research. New York: Springer; 2012. p. 63-77.
13. Bagheri H. Human Rights Education and the Right to Public Health. International Studies Quarterly. 2019;16(1):79. (Persian).
14. Ahmadinejad M. Analysis of mothers' right to abortion as a violation of the individual's right to recognize legal personality in international law with an Islamic approach. Quarterly Journal of Islamic Human Rights Studies. 2014;6:11. (Persian).
15. Rasekh M. The Controversy of Life, An Overview of Abortion Theories. Journal of Legal Research. 2003;38:200. (Persian).
16. Mohammadifar A, Mostajabodavati SA, editors. Causes and types of abortion and its legal jurisprudential study. National Conference on New Approaches to the Humanities in the 21st Century, 2017; Tehran. (Persian).
17. Razavi S, Njadmosavi M. Application of the rule of monarchy in abortion. jurisprudential research of women and family. 2020;2(3):19. (Persian).
18. Beheshti SMh. Abortion. Tehran; 2007. (Persian).



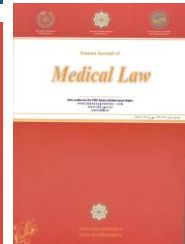
The Iranian Association  
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e31.

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



## ORIGINAL ARTICLE

# Legal review of fetal health screening and medical abortion in the population rejuvenation plan and family support

Seyed Mohammad Akrami<sup>1\*</sup>, Kheyrollah Parvin<sup>2</sup>, Mohaddeseh Razmjoo<sup>3</sup>

1. Associate Professor, Department of Genetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran. Iran.

2. Full Faculty, Tehran University, Tehran. Iran.

3. PhD Student, Tehran University, Tehran, Iran.

### ARTICLE INFORMATION

**Received:** 5 December 2020

**Accepted:** 11 April 2021

**Published online:** 10 June 2021

### Keywords:

Pregnancy

Women

Abortion

Population Youth Plan

Screening

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Early diagnosis of prenatal diseases and subsequent timely treatment of congenital anomalies has been one of the main concerns of the health care system. Screening tests are a set of blood and ultrasound tests performed to check the health of the fetus and to screen high-risk groups for infectious diseases, Down syndrome, and some other genetic defects and physical abnormalities during the various months of pregnancy. If these abnormalities are identified, according to the law on medical abortion approved in 2005, before the onset of depression, medical abortion is possible. The purpose of this study is to amend Articles 56 and 53 of the Population Youth and Family Protection Plan, approved by the Islamic Consultative Assembly on March 17, 2017 (under consideration by the Guardian Council), in order to facilitate screening and maintain the abortion law.

**Materials and Methods:** This theoretical research has been done by descriptive-analytical method by collecting information in a library and referring to books, articles and dissertations.

**Results:** In this study, scientific, jurisprudential and legal arguments (including international and domestic laws) on the need to facilitate screening and maintain the law of medical abortion are explained in detail.

**Ethical considerations:** In all stages of writing the present study, while respecting the originality of the text, honesty and trustworthiness have been observed.

**Conclusion:** The topic of fetal health screening under the topic of the right to public health, women's rights, children's rights, the right to fertility and the right to abortion according to international and domestic laws to improve the quality of life and advance the human development process with the theory of speech identity. The issue of abortion is permissible in the cases covered by the single article of the law on medical abortion and before the onset of the soul, according to the jurisprudential rule of harmlessness, urgency, conflict, hardship, most important, legitimate defense and the rule of monarchy. Therefore, modifying the population plan and supporting the family will result in facilitating screening and maintaining the abortion law.

### \* Corresponding Author:

Seyyed Mohammad Akrami

**Address:** Department of Genetics,  
Tehran University of Medical Sciences,  
Tehran. Iran.

**Postal Code:** 14176-13151

**Telephone:** 21-88953005

**Email:** akramism@tums.ac.ir

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Akrami S M, Parvin KH, Razmjoo M. Legal review of fetal health screening and medical abortion in the population rejuvenation plan and family support. *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e31.