



The Iranian Association of
Medical Law



Institute of Bioethics
and Health Law

Medico-Legal Analysis of Prenatal Screening Restrictions in Light of the Youthful Population Law: A Study on the Right to Health, Victimization and the Contexts of Delinquency

Mohammad Mahdi Shabani¹, Razieh Saberi^{1*}, Zeinab Bagherinezhad¹

1. Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The enactment of the "Youthful Population Law" and the imposition of restrictions on prenatal screening have created a conflict between population policies and the fundamental rights of citizens, such as the right to health and informed choice. This legislative policy, situated at the critical intersection of medical law and public policymaking, necessitates a rigorous evaluation of its unintended consequences. This research aims to provide a pathological and criminological analysis of the law's impact on the increase in delinquency, the expansion of the cycle of victimization and the violation of citizens' fundamental rights.

Method: This study was conducted using a descriptive-analytical method with a qualitative approach. Data were gathered through documentary analysis, including legal texts, legal doctrine and library resources. To gain a deeper understanding of the practical dimensions, semi-structured interviews with legal, medical and social experts were utilized as supplementary data.

Ethical Considerations: Throughout all stages of the research, ethical principles-including obtaining informed consent from participants, guaranteeing the confidentiality of their identity and information and utilizing data solely for research purposes-have been strictly observed.

Results: The findings indicate that these restrictions entail multifaceted and harmful consequences: Economically and psychologically, they render families vulnerable by imposing exorbitant costs and emotional pressures. Legally, they challenge fundamental principles such as the right to health, human dignity and non-discrimination. From a criminological perspective, by creating risk factors, they pave the way for primary and secondary victimization (for both infants and families) and potentially increase crimes stemming from economic and psychological collapse.

Conclusion: Restrictions imposed by the Youthful Population Law, lacking a comprehensive assessment of legal and social consequences, lead directly to the production and reproduction of the cycle of victimization. The results emphasize the necessity for an urgent, evidence-based revision of this law. Moving from a one-dimensional approach toward a comprehensive, rights-based framework that prioritizes health and social justice is vital for effective policymaking.

Keywords: Prenatal Screening; Victimization; Delinquency; Youthful Population Law; Right to Health; Criminal Policy

Corresponding Author: Razieh Saberi; **Email:** r.saberi@iaau.ac.ir

Received: December 12, 2025; **Accepted:** April 29, 2026; **Published Online:** June 01, 2026

Please cite this article as:

Shabani MM, Saberi R, Bagherinezhad Z. Medico-Legal Analysis of Prenatal Screening Restrictions in Light of the Youthful Population Law: A Study on the Right to Health, Victimization and the Contexts of Delinquency. Medical Law Journal. 2026; 20: e31.



تحلیل حقوقی - پزشکی محدودیت‌های غربالگری پیش از تولد در پرتو قانون جوانی جمعیت: مطالعه‌ای در باب حق بر سلامت، بزه‌دیدگی و زمینه‌های بزهکاری

محمد مهدی شعبانی^۱ ID، راضیه صابری^{۱*} ID، زینب باقری نژاد^۱

۱. گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تصویب قانون جوانی جمعیت و اعمال محدودیت بر غربالگری پیش از تولد، تعارضی میان سیاست‌های جمعیتی و حقوق بنیادین شهروندان، مانند حق بر سلامت و انتخاب آگاهانه، ایجاد کرده است. این سیاست تقنینی که در تقاطع حساس حقوق پزشکی و سیاست‌گذاری عمومی قرار دارد، نیازمند ارزیابی دقیق پیامدهای پیش‌بینی‌نشده خود است. هدف این پژوهش، تحلیل آسیب‌شناختی و جرم‌شناختی تأثیرات قانون مذکور بر افزایش بزهکاری، گسترش چرخه بزه‌دیدگی و نقض حقوق اساسی شهروندان است.

روش: این پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی و با رویکردی کیفی انجام شد. داده‌ها از طریق تحلیل اسنادی، شامل متون قانونی، دکترین حقوقی و منابع کتابخانه‌ای گردآوری شد. برای درک عمیق‌تر ابعاد عملی، از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با متخصصان حقوقی، پزشکی و اجتماعی به عنوان داده تکمیلی استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاقی نظیر کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، تضمین محرمانگی هویت و اطلاعات آنان و استفاده از داده‌ها صرفاً در راستای اهداف تحقیق، به دقت رعایت گردیده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد این محدودیت‌ها پیامدهای زیان‌بار و چندوجهی دارد: در بعد اقتصادی و روانی، با تحمیل هزینه‌های گزاف و فشارهای عاطفی، خانواده‌ها را آسیب‌پذیر می‌کند؛ در بعد حقوقی، اصول بنیادینی چون حق بر سلامت، کرامت انسانی و عدم تبعیض را به چالش می‌کشد و در بعد جرم‌شناختی با ایجاد عوامل خطر، زمینه‌ساز بزه‌دیدگی اولیه و ثانویه (برای نوزادان و خانواده‌ها) شده و بالقوه، جرائم ناشی از فروپاشی اقتصادی و روانی را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: محدودیت‌های قانون جوانی جمعیت، بدون ارزیابی جامع پیامدهای حقوقی و اجتماعی، مستقیماً به تولید و بازتولید چرخه بزه‌دیدگی منجر می‌شود. نتایج، بر ضرورت بازنگری فوری و مبتنی بر شواهد در این قانون تأکید دارد. گذار از رویکرد تک‌بعدی به رویکردی جامع و حق‌محور که سلامت و عدالت اجتماعی را در اولویت قرار دهد، برای سیاست‌گذاری کارآمد امری حیاتی است.

واژگان کلیدی: غربالگری پیش از تولد؛ بزه‌دیدگی؛ بزهکاری؛ قانون جوانی جمعیت؛ حق بر سلامت؛ سیاست جنایی

نویسنده مسئول: راضیه صابری؛ پست الکترونیک: r.saberi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۹؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۳/۱۱

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

Shabani MM, Saberi R, Bagherinezhad Z. Medico-Legal Analysis of Prenatal Screening Restrictions in Light of the Youthful Population Law: A Study on the Right to Health, Victimization and the Contexts of Delinquency. Medical Law Journal. 2026; 20: e32.

مقدمه

پیشرفت‌های شگرف در عرصه زیست‌شناسی و ژنتیک، ابزارهای قدرتمندی چون غربالگری پیش از تولد را برای ارتقای حق بر سلامت شهروندان فراهم آورده است. این فناوری به والدین امکان می‌دهد تا با انتخاب آگاهانه از تولد نوزادانی با ناهنجاری‌های شدید ژنتیکی که منجر به رنج و مشقت قطعی می‌شوند، پیشگیری کنند. چهارچوب قانونی این حق پیش‌تر در قالب قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ و رویه‌های مربوط به آن تبیین شده بود (۱-۲). با این حال، با تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، نظام حقوقی ایران شاهد تعارضی بنیادین میان سیاست‌های کلان جمعیتی و حقوق بنیادین شهروندان شده است.

اهمیت این تعارض حقوقی زمانی آشکارتر می‌شود که آن را در پرتو یافته‌های علمی روز قرار دهیم. پژوهش‌های نوین جرم‌شناسی زیستی نشان می‌دهند که برخی عوامل بیولوژیکی می‌توانند، به عنوان زمینه‌ساز یا عوامل خطر در بروز رفتارهای پرخطر و ضد اجتماعی نقش داشته باشند (۳). به عنوان مثال، تحقیقات ارتباط معناداری میان نوسانات در سطح انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و دوپامین (۴) و همچنین اختلالات ژنتیکی مشخصی نظیر اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD: Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder) و اختلال سلوک (۵-۶) با افزایش احتمال بروز رفتارهای تکانشی و ضد اجتماعی نشان داده‌اند. این یافته‌های علمی که در حوزه تخصصی خود تثبیت شده‌اند، مسئولیت نظام تقنینی را در قبال سیاست‌گذاری‌های جمعیتی سنگین‌تر می‌کنند.

در واقع، قانون جوانی جمعیت با ایجاد محدودیت‌های سخت‌گیرانه بر غربالگری، مسأله را از دو منظر جرم‌شناختی تشدید می‌کند. نخست، این قانون با تحمیل شرایط ناخواسته به خانواده‌ها، آن‌ها را در جایگاه بزه‌دیده یک سیاست‌گذاری تقنینی قرار می‌دهد. این بزه‌دیدگی، هم شامل بزه‌دیدگی اولیه (تحمیل رنج روانی و هزینه‌های طاقت‌فرسا) و هم بزه‌دیدگی ثانویه (ناشی از ناکارآمدی یا فقدان حمایت‌های اجتماعی و

قانونی کافی پس از تولد) می‌شود. دوم، همین فشارهای شدید می‌توانند زمینه‌های بزهکاری را نیز تقویت کنند؛ از سوق داده‌شدن خانواده‌ها به سمت اقدامات غیر قانونی، مانند سقط جنین‌های زیرزمینی و پرخطر گرفته تا افزایش پتانسیل جرائم ناشی از فروپاشی روانی و اقتصادی در کانون خانواده.

با توجه به جدیدبودن این چالش، خلأ یک تحلیل یکپارچه که پیامدهای قانون مذکور را با رویکردی ترکیبی حقوقی - جرم‌شناختی ارزیابی کند، به شدت احساس می‌شود، اگرچه پژوهش‌های پیشین به درستی به نقد ابعاد مختلف این قانون پرداخته‌اند، از جمله تحلیل سیاست‌های کیفی و چالش‌های اجرایی آن (۷)، ارزیابی آن در سنجه اصول جرم‌انگاری و نقد تحدید آزادی‌های فردی (۸) و ارائه ادله علمی، فقهی و حقوقی برای لزوم اصلاح مواد مرتبط با غربالگری (۹)، اما هیچ یک به طور متمرکز به آسیب‌شناسی پیامدهای ناخواسته این محدودیت‌ها از منظر چرخه بزهکاری و بزه‌دیدگی نپرداخته‌اند. بنابراین این پژوهش در پی پرکردن همین خلأ تحقیقاتی است و هدف اصلی آن، تحلیل آسیب‌شناختی محدودیت‌های قانونی غربالگری پیش از تولد در پرتو قانون جوانی جمعیت است تا به این سوال اصلی و قانونی پاسخ دهد: «محدودیت‌های قانونی جدید در زمینه غربالگری، چگونه از طریق افزایش عوامل خطر اجتماعی، روانی و اقتصادی، به تولید و بازتولید چرخه بزهکاری و بزه‌دیدگی در سطح خانواده و جامعه منجر می‌شود؟»

روش

این مطالعه که با رویکردی کیفی به انجام رسید، از دو بخش نظری (اسنادی) و عملی (میدانی) به صورت مکمل بهره گرفته شد. در بخش نظری، به منظور ساخت و تقویت چهارچوب مفهومی و حقوقی پژوهش، منابع کتابخانه‌ای معتبر شامل قوانین و مقررات، مقالات علمی و کتب تخصصی مرتبط مورد بررسی و تحلیل عمیق قرار گرفتند. بخش عملی پژوهش، شامل انجام مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته با مجموعه‌ای از متخصصان و گروه‌های درگیر با پیامدهای قانون

بحث

تحلیل مضمونی داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌های عمیق با متخصصان و خانواده‌های درگیر، یک چرخه آسیب‌شناختی چندوجهی را در خصوص پیامدهای سیاست‌های تحدید غربالگری آشکار می‌سازد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که این سیاست‌ها نه تنها با حقوق بنیادین شهروندان در تعارض قرار می‌گیرند، بلکه با تحمیل فشار مضاعف اقتصادی و روانی، زمینه‌ساز شکل‌گیری نوعی بزه‌دیدگی ثانویه ناشی از ناکارآمدی نهادی می‌شوند. این فرآیند در ادامه به انگ اجتماعی و انزوای تحمیلی خانواده‌های درگیر دامن زده و در نهایت، از طریق تضعیف ساختاری پیشگیری و ایجاد بی‌سازمانی نهادی، خود به یک سیاست‌گذاری جرم‌زا بدل می‌گردد. در ادامه، هر یک از این ابعاد به هم پیوسته با استناد به شواهد میدانی و در پرتو چهارچوب نظری و حقوقی تحقیق، مورد بحث و واکاوی قرار می‌گیرد.

۱- تعارض با حقوق بنیادین و تحمیل فشار ساختاری بر خانواده: تحلیل مبانی حقوقی و اخلاقی محدودیت‌های قانونی وضع شده بر غربالگری پیش از تولد، به ویژه در چهارچوب قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، تعارضی بنیادین و چندوجهی را با حقوق اساسی افراد آشکار می‌سازد. در قانون این تعارض، دو اصل محوری «حق بر سلامت» و «اصل خودمختاری فردی» قرار دارند که تضعیف آن‌ها پیامدهای گسترده‌ای برای فرد، خانواده و کل نظام سلامت به همراه دارد. حق بر سلامت، به عنوان یکی از حقوق ذاتی بشر، در اسناد متعدد بین‌المللی، از جمله بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به رسمیت شناخته شده و صرفاً به معنای دسترسی به درمان نیست، بلکه برخورداری از بالاترین سطح قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی و دسترسی به خدمات بهداشتی پیشگیرانه را نیز در بر می‌گیرد (۱۰-۱۱). این حق که در اصل ۲۹ قانون اساسی ایران نیز تضمین شده، مستلزم آن است که دولت‌ها شرایط لازم برای تأمین سلامت عمومی را فراهم کنند (۱۲). با این حال، قانون

بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و در مجموع با ۲۵ مشارکت‌کننده در چهار گروه اصلی مصاحبه به عمل آمد: ۱- خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلالات ژنتیکی، ۲- کارشناسان سازمان بهزیستی، ۳- پزشکان متخصص در حوزه‌های مرتبط و ۴- مدیران مراکز حمایتی و جامعه مدنی. برای تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها، از روش تحلیل مضمون به کمک نرم‌افزار (MAXQDA) استفاده شد. در این فرآیند که بر مبنای رویکرد کدگذاری استقرایی پیش رفت، متن کامل مصاحبه‌ها ابتدا به دقت مورد مطالعه قرار گرفت تا مفاهیم و کدهای اولیه مستقیماً از دل داده‌ها استخراج شوند (کدگذاری باز). سپس، این کدهای اولیه بر اساس شباهت‌ها و ارتباطات معنایی، دسته‌بندی و یکپارچه شدند تا محورهای مفهومی اصلی شکل گیرند (کدگذاری محوری). در مرحله نهایی، این محورها مجدداً پالایش و سازماندهی شدند تا مضامین اصلی و فراگیر پژوهش که تبیین‌کننده ابعاد مختلف پدیده مورد مطالعه هستند، نمایان گردند (کدگذاری انتخابی). این رویکرد تحلیلی، ضمن حفظ وفاداری به داده‌های کیفی، امکان تبیین عمیق و ساختارمند پدیده مورد مطالعه را فراهم آورد.

ملاحظات اخلاقی

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

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد این محدودیت‌ها پیامدهای زیان‌بار و چندوجهی دارد: در بعد اقتصادی و روانی، با تحمیل هزینه‌های گزاف و فشارهای عاطفی، خانواده‌ها را آسیب‌پذیر می‌کند؛ در بعد حقوقی، اصول بنیادینی چون حق بر سلامت، کرامت انسانی و عدم تبعیض را به چالش می‌کشد و در بعد جرم‌شناختی با ایجاد عوامل خطر، زمینه‌ساز بزه‌دیدگی اولیه و ثانویه (برای نوزادان و خانواده‌ها) شده و بالقوه، جرائم ناشی از فروپاشی اقتصادی و روانی را افزایش می‌دهد.

جوانی جمعیت با محدود کردن دسترسی به اطلاعات و خدمات غربالگری، عملاً والدین را از آگاهی حیاتی نسبت به وضعیت سلامت جنین محروم ساخته و جوهره این حق بنیادین را خدشه‌دار می‌کند. این نقض، در تبصره ۱ ماده ۵۳ قانون مذکور به شکلی صریح عینیت می‌یابد؛ جایی که قانون‌گذار عدم ارجاع بیمار به غربالگری توسط پزشک را تخلف ندانسته، بدین ترتیب با ایجاد یک حاشیه امن قانونی برای عدم اطلاع‌رسانی کامل، حق بنیادین بیمار برای آگاهی و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات را به شدت تضعیف می‌کند. این حاشیه امن، در عمل به یک اهرم فشار بر جامعه پزشکی تبدیل می‌شود، به گونه‌ای که یک پزشک متخصص توضیح می‌دهد:

«پزشک حق بیان نظر علمی خود را ندارد، زیرا ممکن است متهم به ترغیب به سقط شود و در نتیجه مجوز پزشکی وی باطل گردد.»

این فرسایش در حق دسترسی به اطلاعات، به طور مستقیم به نقض دومین اصل اساسی، یعنی اصل خودمختاری منجر می‌شود. این اصل که از ستون‌های اصلی اخلاق زیستی مدرن به شمار می‌رود (۱۳)، بر حق هر فرد برای اتخاذ تصمیمات مستقل و آگاهانه در امور پزشکی خود تأکید دارد و نظریه حقوق فردی نیز آن را به عنوان یک آزادی بنیادین به رسمیت می‌شناسد (۱۴). قانون جوانی جمعیت با پیچیده کردن فرآیندهای غربالگری و سقط درمانی، عملاً اختیار تصمیم‌گیری را از والدین - به عنوان صاحبان اصلی حق - سلب کرده و به یک ساختار قضایی - فقهی منتقل می‌نماید. این انتقال اقتدار، مداخله‌ای صریح در خصوصی‌ترین حوزه زندگی افراد و نقض آشکار حق تعیین سرنوشت آنان است. در چنین شرایطی، مفهوم کلیدی رضایت آگاهانه که نیازمند دو بال اطلاعات کافی و آزادی انتخاب است، به مفهومی تهی از معنا بدل می‌شود. والدینی که نه به اطلاعات کامل دسترسی دارند و نه گزینه‌های واقعی پیش روی آن‌هاست، در عمل ظرفیت تصمیم‌گیری مؤثر پزشکی را، که مستلزم درک واقعی از موقعیت و توانایی دستکاری منطقی اطلاعات است، از دست می‌دهند.

این تعارض ساختاری میان سیاست‌گذاری و حقوق اساسی شهروندان، نه تنها والدین را در موقعیت دشوار اخلاقی و روانی و نظام سلامت را در تنگنای حرفه‌ای قرار می‌دهد، بلکه پیامدهای آن در مقیاسی کلان‌تر، اصول عدالت اجتماعی را نیز به چالش می‌کشد. در واقع، این وضعیت، بستر تحقق نظریه فشار را در سطح خانواده فراهم می‌آورد. این نظریه استدلال می‌کند که وقتی افراد برای دستیابی به اهداف مطلوب اجتماعی (مانند ثبات مالی، آرامش روانی و رفاه خانواده) با موانع ساختاری رو به رو می‌شوند، دچار تنش و فشاری می‌شوند که می‌تواند آن‌ها را به سمت فروپاشی سوق دهد. یافته‌های این پژوهش، تجلی این فرآیند است؛ سیاست‌های تحدیدی به عنوان یک مانع ساختاری، خانواده‌ها را با هزینه‌های کمرشکن و دائمی درمان، توان‌بخشی و نگهداری مواجه کرده و آن‌ها را به مرز فقر و استیصال می‌کشاند. این فشار اقتصادی، آن‌طور که مادر فرد مبتلا به سندروم ترنر با جزئیات بیان می‌کند، تمام منابع مالی و روانی خانواده را می‌بلعد:

«هرچه درآمد دارد هزینه‌های قلب، کمر درد، پا درد و کلیه‌هایش را تأمین می‌کند که بسیار زیاد است... با وجود فرزندان دیگر، برایشان بسیار سنگین بود... برخی شب‌ها به دلیل کمر درد شدید خوابش نمی‌برد و این موضوع کل خانواده را درگیر می‌کند.»

این بار مالی صرفاً محدود به یک بیماری خاص نیست و والدین کودک مبتلا به سندروم داون نیز به ابعاد گسترده و پایان‌ناپذیر آن اشاره می‌کنند: «هزینه‌های مربوط به بیماری‌های جانبی مانند مشکلات قلبی و دندان‌پزشکی... هزینه‌های قابل توجهی دارد و این خدمات اغلب تحت پوشش بیمه نیستند.» این فشار صرفاً اقتصادی باقی نمی‌ماند و به فرسودگی شدید روانی نیز می‌انجامد. نگرانی دائمی از آینده، درد و رنج فرزند و بار مراقبت شبانه‌روزی، سلامت روان والدین را به شدت تهدید می‌کند، این همان فشاری است که می‌تواند انسجام خانواده را از بین برده و زمینه‌ساز خشونت خانگی، طلاق عاطفی یا بی‌توجهی به سایر فرزندان شود. مادر فرد مبتلا به سندروم داون به این نگرانی وجودی اشاره دارد:

قابلیت والدین برای برنامه‌ریزی یک زندگی سالم و مدیریت‌شده را مستقیماً تضعیف می‌نماید.

این بی‌عدالتی توزیعی در سطح سیاست‌گذاری، در مرحله عمل به شکل یک رهاشدگی نهادی آشکار شده و شرایط تحقق بزه‌دیدگی ثانویه را فراهم می‌آورد. بزه‌دیدگی ثانویه زمانی رخ می‌دهد که قربانی یک آسیب اولیه، در مواجهه با نهادهایی که قاعداً باید حامی او باشند، مجدداً دچار آسیب و رنج می‌شود. مصاحبه‌ها به وضوح نشان می‌دهند که خانواده‌ها پس از تولد فرزند، با ناکارآمدی، بی‌توجهی و بن‌بست‌های اداری رو به رو می‌شوند که رنج آن‌ها را مضاعف می‌کند. اظهارات مادر کودک مبتلا به سندروم ترنر در مورد عملکرد سازمان بهزیستی، گویای این رهاشدگی است: «بهزیستی کار خاصی انجام نداده است... حسن اخلاق و رفتار مسئولین دردی از آن‌ها دوا نمی‌کند در این شرایط گرانی.» همین ناکارآمدی در مناطق محروم شدیدتر است، آنچنان که والدین کودک مبتلا به سندروم داون تأکید دارند: «در شهرستان‌ها امکانات بیشتر محدود به خدمات کلی مانند مراکز بهزیستی و خدمات سالمندان است و مراکز تخصصی یا پیشرفته کمتر یافت می‌شود.» این بی‌عملی سیستماتیک در سطح کلان نیز وجود دارد؛ به گفته مسئول بنیاد بیماری‌های نادر، با وجود پیش‌بینی قانونی صندوق حمایتی، سازوکار تخصیص بودجه به آن عملاً مسدود شده است: «بیمه سلامت باید اعتبار لازم را از صندوق بیماری‌های نادر برداشت کند، اما تاکنون حتی یک ریال از این صندوق در اختیار بنیاد بیماری‌های نادر قرار نگرفته است.»

این فرآیند رهاشدگی نهادی، خانواده‌ها را در جامعه منزوی و آسیب‌پذیر کرده و زمینه را برای انگ اجتماعی فراهم می‌آورد؛ فرآیندی که نظریه برچسب‌زنی آن را به بهترین شکل تبیین می‌کند (۱۷). این نظریه معتقد است که انحراف، نتیجه واکنش جامعه و الصاق برچسب‌های منفی به افراد است که هویت آن‌ها را بازتعریف کرده و به طرد و انزوایشان منجر می‌شود. نگاه قضاوت‌گرانه جامعه که مبتنی بر ظواهر فیزیکی است، دقیقاً همین کارکرد را دارد. تجربه مادر فرد مبتلا به

«نگرانی از آینده این کودکان پس از خودشان، از جمله چالش‌های اصلی است. اینکه چه کسی از آن‌ها مراقبت خواهد کرد و چگونه زندگی خواهند کرد.»

بنابراین سیاستی که در سطح کلان با نقض حقوق بنیادین شهروندان آغاز می‌شود، در سطح خرد به شکل فشاری ساختاری بر خانواده‌ها ترجمه می‌شود که هم‌زمان بنیان‌های اقتصادی و روانی آن‌ها را هدف قرار داده و آن‌ها را در یک موقعیت آسیب‌پذیر مضاعف رها می‌کند.

۲. بزه‌دیدگی ثانویه: از بی‌عدالتی توزیعی تا انگ

اجتماعی: نقض حقوق بنیادین که در سیاست‌های تحدیدی غربالگری نهفته است، صرفاً به تضعیف خودمختاری فردی محدود نمی‌شود، بلکه با هدف قراردادن مستقیم اصل بنیادین عدالت توزیعی، به بازتولید و تشدید نابرابری‌های اجتماعی موجود نیز منجر می‌شود. این اصل، که در اندیشه فیلسوفانی چون جان رالز ریشه دارد، بر توزیع منصفانه منابع، فرصت‌ها و خدمات عمومی تأکید می‌کند و هرگونه نابرابری را تنها در صورتی موجه می‌داند که بیشترین سود را برای محروم‌ترین اعضای جامعه به همراه داشته باشد (اصل تفاوت) (۱۵). قانون جوانی جمعیت، با ایجاد موانع ساختاری در دسترسی به خدمات، دقیقاً در مسیری معکوس حرکت کرده و بار اصلی سیاست‌های جمعیتی را بر دوش اقشار آسیب‌پذیر تحمیل می‌کند. یافته‌های اسنادی حاکی از آن است که دشوارساختن فرآیندهای رسمی، عملاً زمینه را برای شکل‌گیری یک بازار موازی و پر هزینه فراهم آورده که در آن، دسترسی به خدمات تشخیصی دقیق به یک امتیاز اقتصادی تبدیل شده است. این وضعیت، یک شکاف طبقاتی عمیق در سلامت باروری ایجاد می‌کند و خانواده‌های کم‌درآمد، روستانشینان و حاشیه‌نشینان را که به نظام بهداشت عمومی وابسته‌اند، به عنوان قربانیان اصلی این تبعیض ساختاری معرفی می‌کند. این رویکرد، علاوه بر این، با نظریه قابلیت‌ها که عدالت را در توانمندسازی افراد برای دستیابی به زندگی‌های ارزشمند تعریف می‌کند (۱۶)، در تضاد است، چراکه با محدودکردن دسترسی به اطلاعات،

سندروم ترنر، این واقعیت تلخ را به تصویر می‌کشد: «مشکل اصلی این است که مردم عقل‌شان به چشم‌شان است... حالا اگر بدانند بیماری ژنتیکی هم هست، وضعیت بدتر است. دخترشان در کودکی بسیار مسخره می‌شد. اکنون نیز که بازیگری خوانده و دوست دارد کار کند، اما کسی به او کار نمی‌دهد... تا حالا خواستگاری نداشته است.» این انزوا یک محرومیت ساختاری است که فرد را از حقوق اساسی خود مانند اشتغال و تشکیل خانواده باز می‌دارد، اگرچه والدین کودک مبتلا به سندروم داون به بهبود نسبی نگاه جامعه اشاره می‌کنند، اما همچنان سرنوشت بسیاری از این افراد را انزوای خانگی توصیف می‌کنند: «در گذشته نگاه‌های نامناسب و برخوردهای نادرستی با آن‌ها صورت می‌گرفت، اما اکنون... هنوز مواردی از عدم پذیرش وجود دارد... بسیاری از کودکان مبتلا تنها در خانه‌ها مشغول گذراندن عمر هستند.» این «گذراندن عمر در خانه»، نتیجه مستقیم همان برجستگی است که جامعه به این افراد می‌زند و با محروم کردن آن‌ها از مشارکت فعال در حیات اجتماعی، آسیب‌پذیری‌شان را در برابر انواع دیگر بزه‌دیدگی به شدت افزایش می‌دهد.

۳. تضعیف پیشگیری و بی‌سازمانی اجتماعی به مثابه

سیاست‌گذاری جرم‌زا: آسیب‌های تحلیل‌شده در بخش‌های پیشین، یعنی تعارض با حقوق بنیادین، تحمیل فشار ساختاری و بزه‌دیدگی ثانویه، در این بخش نهایی به یکدیگر پیوند خورده و در چهارچوب یک آسیب کلان‌تر تحلیل می‌شوند: تضعیف عامدانه رویکرد پیشگیرانه در نظام سلامت و ایجاد یک بی‌سازمانی نهادی که در عمل، کارکردی جرم‌زا پیدا می‌کند. این بخش نشان می‌دهد که قانون جوانی جمعیت، ورای تأثیرات فردی و اجتماعی، یک تعارض بنیادین و استراتژیک را در بطن سیاست‌گذاری کلان نظام سلامت کشور ایجاد کرده و با به چالش کشیدن فلسفه جرم‌شناسی پیشگیرانه، خود به یک معماری تولیدکننده آسیب تبدیل شده است.

این تعارض سیاستی، بیش از همه در حوزه اقتصاد سلامت خود را نمایان می‌سازد. یافته‌ها به‌وضوح نشان می‌دهند که

محدودیت غربالگری، نظام سلامت را از یک الگوی کنشگرانه و پیشگیرانه به یک الگوی واکنشی و درمان‌محور سوق می‌دهد که در بلندمدت به مراتب پرهزینه‌تر و ناکارآمدتر است. هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از مراقبت‌های مادام‌العمر، توان‌بخشی و درمان افراد مبتلا به اختلالات ژنتیکی شدید، بار مالی هنگفتی را بر بودجه نظام بهداشت عمومی و خانواده‌ها تحمیل می‌کند؛ در حالی که هزینه غربالگری پیش از تولد، در قیاس با هزینه‌های سنگین مدیریت بلندمدت این بیماری‌ها، بسیار ناچیز است (۱۸). این ناکارآمدی با کاهش شدید پوشش بیمه‌ای هزینه‌های تشخیصی تشدید شده و عملاً دسترسی عادلانه به سلامت را برای اقشار کم‌درآمد به کالایی لوکس بدل کرده است. این بی‌سازمانی نهادی، یک پدیده اتفاقی نیست، بلکه ریشه در یک نادانی سیستماتیک دارد. به بیان «دکتر افرا»، مسئول بنیاد بیماری‌های نادر، نبود آمار دقیق خود به توجیهی برای سیاست‌گذاری‌های غلط بدل شده است: «نبود آمار جامع از مبتلایان به بیماری‌های نادر زمینه‌ساز تصمیم‌گیری‌های اشتباهی چون حذف غربالگری شده است...». این رویکرد با اقدامات مشخصی مانند ممنوعیت واردات کیت‌های تشخیصی و ایجاد فضای ارباب برای منتقدان تکمیل می‌شود: «سیاست‌گذاران حوزه سلامت واردات کیت‌های غربالگری مربوط به تشخیص این بیماری‌ها را ممنوع کرده‌اند... بسیاری از متخصصانی که نسبت به این سیاست‌ها انتقاد دارند، به تضاد منافع متهم می‌شوند.» این اقدامات نشان می‌دهد که سیستم چگونه با چشم‌پوشی بر شواهد علمی، فعالانه ابزارهای حیاتی پیشگیری را حذف کرده و مسیر را برای افزایش آسیب‌های اجتماعی هموار می‌سازد؛ آسیبی که به گفته مادر کودک مبتلا به سندروم داون، بیش از همه متوجه اقشار ضعیف جامعه است: «... هزینه‌بر بودن خدمات غربالگری باعث شده تا خانواده‌های کم‌درآمد کمتر بتوانند از آن بهره‌مند شوند که این امر موجب افزایش تولد کودکان مبتلا به سندروم داون در میان خانواده‌های ضعیف شده است.»

این آسیب‌های ساختاری صرفاً مفاهیمی انتزاعی در حوزه حقوق و بهداشت نیستند، بلکه در عمل به پیامدهای ملموس

جرم‌شناختی، یعنی بسترسازی برای بزهکاری و تشدید بزه‌دیدگی، منجر می‌شوند. به عبارت دیگر، محدودیت‌های مذکور صرفاً یک مداخله در حوزه سلامت نیستند، بلکه به مثابه یک معماری جرم‌زا عمل می‌کنند که به طور نظام‌مند، هم زمینه‌های ارتکاب جرم را فراهم می‌آورد و هم چرخه‌های آسیب‌پذیری و بزه‌دیدگی را تشدید و بازتولید می‌کند. قانون در اینجا به جای آنکه ابزاری برای پیشگیری از آسیب باشد، خود به یک منبع فشار، عامل برچسب‌زنی، مسبب سست شدن پیوندهای اجتماعی و خالق یک جمعیت آسیب‌پذیر بدل می‌شود. این فرآیند از دو مسیر به هم پیوسته قابل تبیین است:

۱- مسیر اول: بسترسازی برای بزهکاری از طریق فشارهای فردی و ساختاری: محدودیت‌های قانونی غربالگری، پتانسیل بزهکاری را در دو سطح فردی و ساختاری افزایش می‌دهند. در سطح فردی، نظریات روان‌شناسی جنایی یک ارتباط مستقیم را آشکار می‌سازند. ویژگی‌های شخصیتی ذاتی مانند تکانش‌گری، خودمحوری، پرخاشگری و عدم همدلی، فرد را مستعد ارتکاب جرم می‌سازند (۶). برخی از اختلالات ژنتیکی به طور مستقیم با بروز این ویژگی‌ها مرتبط هستند. به عنوان نمونه، اختلال سلوک که ریشه‌های ژنتیکی قوی دارد، پیش‌درآمد اصلی اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی محسوب می‌شود (۵)؛ اختلالی که هسته مرکزی بسیاری از جرائم خشن را تشکیل می‌دهد (۱۹). بنابراین ممانعت از پیشگیری، به افزایش آماری جمعیتی منجر می‌شود که از منظر جرم‌شناسی، دارای استعداد بالاتری برای ارتکاب جرم هستند.

اما وجه دیگر این معماری جرم‌زا، در سطح ساختاری و از طریق نظریات جامعه‌شناختی قابل تبیین است. در کانون این تحلیل، نظریه فشار قرار دارد که نشان می‌دهد چگونه مواجهه با تولد یک فرزند با اختلال ژنتیکی، خانواده را با فشارهای اقتصادی کمرشکن و فرسودگی روانی شدید رو به رو می‌سازد (۲۱-۲۰). این فشار غیر قابل تحمل، می‌تواند به انطباق‌های انحرافی مانند ارتکاب جرائم مالی، خشونت خانگی یا سقط

جنین زیرزمینی منجر شود. در اینجا، نظریه فرصت‌های ترجیحی (۲۲) تحلیل را تکمیل کرده و توضیح می‌دهد که وقتی راه‌های مشروع مسدود می‌شود، افراد به سمت ساختارهای فرصت نامشروع (بازارهای غیر قانونی) یا گوشه‌گیرانه (انزوا و اعتیاد) سوق داده می‌شوند. هم‌زمان، بر اساس نظریه پیوند اجتماعی (۲۳)، این سیاست‌ها با تضعیف وابستگی خانواده به نهادهای رسمی، نابودکردن تعهد آن‌ها به آینده‌ای متعارف و فرسایش باور به عدالت، مقاومت درونی در برابر هنجارشکنی را از بین می‌برد. این فرآیند انزوای اجتماعی با مکانیسم نظریه برچسب‌زنی (۱۷) تکمیل می‌شود؛ الصاق برچسب «خانواده مشکل‌دار» هویت آن‌ها را حول این انگ منفی بازتعریف کرده و حرکت به سوی انحراف ثانویه را تسهیل می‌نماید.

۲- مسیر دوم: خلق جمعیت آسیب‌پذیر و بازتولید بزه‌دیدگی: پیامد تراژیک دیگر این محدودیت‌ها، خلق یک جمعیت گسترده از بزه‌دیدگان بالقوه و بالفعل است. نظریه بزه‌دیدگی اولیه بیان می‌کند که برخی ویژگی‌ها، فرد را به هدفی آسان‌تر برای بزهکاران تبدیل می‌کند (۲۴). افراد دچار اختلالات ژنتیکی، به ویژه آن‌هایی که با ناتوانی‌های شناختی و جسمی همراه هستند، مشخصات یک قربانی ایده‌آل را دارند و به شدت در معرض انواع سوءاستفاده‌های جسمی، جنسی، عاطفی و مالی قرار دارند (۲۵). نظریه آسیب‌پذیری نیز استدلال می‌کند که این آسیب‌پذیری تنها زیستی نیست، بلکه یک محصول اجتماعی است که توسط فقدان زیرساخت‌های حمایتی دولتی تشدید می‌شود (۲۶)، در نتیجه این سیاست‌گذاری به طور مستقیم جمعیت در معرض خطر بزه‌دیدگی را گسترش می‌دهد.

علاوه بر این، قانون بستری بی‌نظیر برای بزه‌دیدگی ثانویه فراهم می‌کند؛ آسیبی که نه از سوی بزهکار، بلکه از سوی واکنش نهادهای رسمی بر قربانی تحمیل می‌شود. کمبود خدمات حمایتی، بروکراسی‌های فرسایشی و عدم پوشش بیمه‌ای کافی، همگی مصادیق بزه‌دیدگی ثانویه‌ای هستند که توسط خود سیستم بر خانواده تحمیل می‌گردد. همان‌طور که

مطالعات نشان می‌دهد، مادران این کودکان با چالش‌های روانی و اجتماعی عظیمی رو به رو هستند که عمدتاً ناشی از کمبود حمایت‌های نهادی است (۲۷). در نهایت، نظریه شیوه زندگی (۲۸) نشان می‌دهد که چگونه خانواده‌ای که تحت این فشارها قرار دارد، ممکن است ناخواسته به یک محیط پرخطر برای کودک تبدیل شود و او را بیش از پیش در معرض بزه‌دیدگی قرار دهد.

در جمع‌بندی، تحلیل فوق نشان می‌دهد که محدودیت‌های قانونی غربالگری پیش از تولد، یک سیاست‌گذاری با کارکرد دوگانه و متناقض‌نمای جرم‌شناختی است. این قانون از یک سو، با افزایش جمعیت افراد دارای استعداد بزهکاری و تحمیل فشارهای ساختاری بر خانواده‌ها، به بسترسازی برای بزهکاری کمک می‌کند و از سوی دیگر، با افزایش جمعیت افراد ذاتاً آسیب‌پذیر و رهاکردن آن‌ها در یک سیستم حمایتی ناکارآمد، به تشدید و بازتولید بزه‌دیدگی دامن می‌زند. این چهارچوب نظری، به ما اجازه می‌دهد تا یافته‌های میدانی این پژوهش را نه به عنوان داستان‌های فردی و پراکنده، بلکه به عنوان شواهد عینی یک فرآیند ساختاری و نظام‌مند تحلیل کنیم؛ فرآیندی که در آن، یک تصمیم قانونی به ظاهر پزشکی، به موتوری قدرتمند برای تولید آسیب‌های اجتماعی و جرائم متعدد در جامعه تبدیل شده است.

نتیجه‌گیری

تحلیل یافته‌های کیفی این پژوهش که حاصل تجربه زیسته خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلالات ژنتیکی و دیدگاه‌های متخصصان بود، نشان‌دهنده شکل‌گیری یک فرآیند آسیب‌زای چندلایه در نتیجه محدودیت‌های قانونی غربالگری است. این یافته‌ها صرفاً مجموعه‌ای از مشکلات پراکنده نیستند، بلکه ابعاد مختلف یک پدیده واحد را روشن می‌سازند که می‌توان آن را در چهارچوب مفهوم سیاست‌گذاری جرم‌زا تحلیل نمود؛ سیاستی که هرچند با هدف افزایش جمعیت تدوین شده، اما در عمل، با نادیده گرفتن پیامدهای اجتماعی و انسانی، بسترهای لازم برای افزایش

فشار، بزه‌دیدگی و نابرابری را فراهم آورده است. این یافته‌ها با تحقیقات قبلی همچون بیگی و تیموری (۷)، روستایی و مقدسی (۸) و اکرمی و همکاران (۹) هم‌سو است که بیان می‌کنند، هرچند سیاست‌های جمعیتی برای کنترل جمعیت و افزایش نرخ تولد طراحی شده‌اند، اما پیامدهای جانبی آن‌ها، از جمله افزایش فشار اقتصادی و اجتماعی بر خانواده‌ها و در نهایت افزایش بزهکاری قابل توجه است.

نقطه آغاز این فرآیند آسیب‌زا، نقض عدالت توزیعی است که ابعاد کلان و سیاستی این پدیده را آشکار می‌سازد. مطابق نظریه عدالت توزیعی، منابع و فرصت‌های اجتماعی، به ویژه در حوزه سلامت، باید به شکلی منصفانه توزیع شوند. سیاست محدودسازی غربالگری، به مثابه یک سیاست پیشگیرانه کم‌هزینه و مؤثر، دسترسی بخش بزرگی از جامعه را به این خدمت بنیادین محدود کرده است. این سیاست، بار اصلی پیامدهای منفی را بر دوش طبقات کمتر برخوردار اقتصادی و اجتماعی تحمیل می‌کند؛ طبقاتی که توانایی پرداخت هزینه‌های گزاف آزمایش‌های تکمیلی در بازار آزاد یا مراقبت‌های طولانی‌مدت از فرزند بیمار را ندارند. در مقابل، طبقات برخوردار همچنان می‌توانند از طریق صرف هزینه‌های شخصی به این خدمات دسترسی یابند. این رویکرد، نه تنها شکاف طبقاتی در حوزه سلامت را تعمیق می‌بخشد، بلکه با منطق پیشگیری کم‌هزینه در نظام سلامت عمومی در تضاد است و منابع ملی را به سمت درمان پرهزینه و ناکافی سوق می‌دهد که این نقض عدالت، پایه‌های همبستگی اجتماعی را سست کرده و به تضعیف سرمایه اجتماعی می‌انجامد.

این بی‌عدالتی ساختاری، خود را در سطح خرد به شکل تحمیل فشارهای طاقت‌فرسای اقتصادی و روانی بر خانواده‌ها نشان می‌دهد. مضمون محوری که در تمامی مصاحبه‌ها تکرار می‌شد، انطباق کاملی با نظریه فشار عمومی آگنیو دارد: نخست، ناتوانی در دستیابی به اهداف با ارزش مثبت، چراکه خانواده‌ها هدفی چون برخورداری از فرزند سالم و داشتن یک زندگی با حداقل استاندارد رفاهی را دنبال می‌کنند، اما تولد نوزادی با نیازهای ویژه در غیاب حمایت‌های کافی، این هدف

را دست‌نیافتنی می‌کند؛ دوم، حذف محرک‌های با ارزش مثبت، به این معنا که آرامش روانی، ثبات اقتصادی، روابط سالم خانوادگی و امید به آینده، همگی محرک‌های مثبتی هستند که با تولد فرزند بیمار و عدم حمایت نهادی، از زندگی خانواده‌ها حذف یا به شدت تضعیف می‌شوند؛ سوم، ارائه محرک‌های منفی، زیرا هزینه‌های سرسام‌آور درمان، نگاه‌های ترحم‌آمیز یا سرزنش‌بار جامعه، بوروکراسی فرسایشی برای دریافت خدمات حداقلی و اضطراب دائمی، همگی محرک‌های منفی هستند که به صورت مستمر بر خانواده‌ها تحمیل می‌شوند. این فشارها، محیط خانواده را مستعد تنش، تعارض و حتی فروپاشی کرده و آستانه تحمل افراد را کاهش می‌دهد و در چنین بستری، احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه، خشونت خانگی و سایر کج‌روی‌ها به عنوان پاسخی ناسازگارانه به فشار، افزایش می‌یابد.

این فشارها و آسیب‌های اولیه، در مرحله بعد به بزه‌دیدگی ثانویه در مواجهه با نهادهای حمایتی و انگ و طرد اجتماعی منجر می‌شود. خانواده‌ها و فرزندان‌شان، فراتر از بزه‌دیدگی اولیه ناشی از بیماری، محصول مواجهه با نظام حقوقی، بهداشتی و حمایتی می‌شوند که قرار بود از آن‌ها حمایت کند. مصادیق این امر در مصاحبه‌ها، شامل مواردی چون عدم پوشش بیمه‌ای کامل، فقدان مراکز جامع توان‌بخشی و بی‌توجهی سیاست‌گذاران بود. این ناکارآمدی نهادی، اعتماد شهروندان به حاکمیت را تضعیف کرده و احساس بی‌عدالتی و رهاشدگی را در آنان تقویت می‌کند. این حس رهاشدگی با یک واکنش دردناک اجتماعی، یعنی انگ و طرد، تشدید می‌شود که انطباق کاملی با نظریه برچسب‌زنی دارد. خانواده‌ها از انزوای اجتماعی، قطع روابط و نگاه‌های سنگین شکایت داشتند. این برچسب‌ها هویت اجتماعی فرد و خانواده‌اش را بازتعریف می‌کنند و فرصت‌های برابر برای آموزش و مشارکت اجتماعی را از این کودکان در آینده سلب می‌کنند.

در یک نگاه یکپارچه، این مضامین در هم تنیده بوده و یکدیگر را در یک چرخه بازخوردی مخرب تقویت می‌کنند: سیاست‌گذاری محدودکننده (نقض عدالت توزیعی) ←

تحمیل فشار (نظریه آگنیو) ← بزه‌دیدگی ثانویه و انگ‌زنی (نظریه برچسب‌زنی) ← و در نهایت، بازتولید نابرابری که خود، زمینه را برای فشارهای جدید فراهم می‌کند. بنابراین قانون جوانی جمعیت در این بخش خاص، نه به عنوان یک سیاست حمایتی، بلکه به عنوان یک سیاست جرم‌زا عمل می‌کند که با تولید نظام‌مند آسیب، سلامت روانی و اجتماعی جامعه را به مخاطره می‌اندازد.

در نهایت، این پژوهش نشان می‌دهد که قانون جوانی جمعیت در وضعیت فعلی، یک سیاست‌گذاری جرم‌زا است که با تولید سیستماتیک فشار، نابرابری و بزه‌دیدگی، در بلندمدت اهداف غایی خود را نیز تضعیف می‌کند. بر این اساس، بازنگری فوری در مواد کلیدی این قانون، به ویژه مواد ۵۳ و ۵۶، یک ضرورت انکارناپذیر است. راهکارهای مشخصی چون جرم‌زدایی از مشاوره پزشکی مبتنی بر شواهد، احیای کامل پوشش بیمه‌ای غربالگری و گذار از سیاست‌گذاری کمی‌نگر به رویکردی سلامت‌محور و کیفی، نه تنها برای حمایت از کرامت و حق سلامت شهروندان، بلکه برای پیشگیری از تحمیل هزینه‌های گزاف اجتماعی، درمانی و کیفی بر کشور، حیاتی است.

مشارکت نویسندگان

محمد مهدی شعبانی: ایده‌پردازی و طراحی چهارچوب نظری پژوهش، تبیین مبانی حقوقی، گردآوری و تحلیل منابع تخصصی، انجام مصاحبه‌ها.

راضیه صابری: تحلیل منابع تخصصی، تحلیل و استدلال حقوقی، نگارش بخش‌های اصلی مقاله، جمع‌بندی و نهایی‌سازی متن، بازخوانی و ویرایش علمی مقاله و مکاتبات علمی با مجله. زینب باقری‌نژاد: ارائه مشاوره علمی و نظارت.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

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

تأمین مالی

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

بیانیه هوش مصنوعی

در این مقاله، از ابزار هوش مصنوعی مبتنی بر مدل GapGPT-5.4 محصول OpenAI صرفاً به عنوان یک ابزار کمکی برای بازنویسی و کوتاه‌سازی برخی جملات طولانی و پیچیده، به منظور بهبود خوانایی و روانی متن، استفاده شده است. تمامی محتوای فکری، تحلیل‌ها و استدلال‌های علمی توسط نویسندگان تدوین گردیده و مسئولیت کامل صحت و اصالت مطالب بر عهده ایشان می‌باشد.

References

1. Abbasi M, Rezvani S, Ghasemipour S. Conditions for Therapeutic Abortion in the Light of a Comparative Study. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2015; 21(2): 107-116. [Persian]
2. Afshar Ghochani Z. Critique and Review of the Single Article of the Therapeutic Abortion Act of 2005. *Fiqh and Family Law*. 2014; 19(60): 123-144. [Persian]
3. Franklin J. Science by Conceptual Analysis: The Genius of the Late Scholastics. *Studia Neoscholastica*. 2012; 9(1): 3-24.
4. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*. 2002; 297(5582): 851-854.
5. Rezabeygi Davarani M. A Review of Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder and Antisocial Features. *Journal of Exceptional Education*. 2013; 14(1): 58-67. [Persian]
6. Norouzi N, Hosseinpour Bagher H. An Analysis of Criminal Personality from the Perspective of Criminal Behavior Psychology. Tehran: 2nd International Congress on Interdisciplinary Research in Islamic Humanities, Fiqh, Law and Psychology; 2020. [Persian]
7. Beigi J, Teimouri M. Criminalization of Behaviors Contradicting Population Growth and Childbearing in the Family Protection and Youthful Population Law. *Journal of Population and Progress*. 2023; 1(2): 147-163. [Persian]
8. Roustaei M, Moghaddasi MB. Evaluation of Population Policies in the Measure of Criminalization Principles; With Emphasis on the Family Protection and Youthful Population Law. *Criminal Law and Criminology Research*. 2022; 10(20): 117-150. [Persian]
9. Akrami SM, Parvin Kh, Razmjoo M. Legal Review of Fetal Health Screening and Therapeutic Abortion in the Youthful Population and Family Support Plan. *Journal of Medical Law*. 2021; 15(56): 505-516. [Persian]
10. Azizi A. Civil Liability of Trustee Organizations in the Field of Maternal Health in the Family Protection and Youthful Population Law of 2021 in Light of the Components of the Right to Health. *Journal of the Iranian Medical Council*. 2024; 42(1): 39-52. [Persian]
11. Amiri Z. A Study of the Right to Public Health in National and International Law. Tehran: 6th National Conference on Humanities and Management Studies: 2020. [Persian]
12. Davoodabadi Farahani M. The Status of Citizenship Rights in the Health System Transformation Plan and Its Challenges. *Fiqh, Law and Criminal Sciences*. 2020; 15: 60-71. [Persian]
13. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth*. 2019; 19(11): 9-12.
14. Osamor PE, Grady C. Autonomy and Couples' Joint Decision-Making in Healthcare. *BMC Med Ethics*. 2018; 19: 3.
15. Rawls J. A Theory of Justice. Translated by Nouri M. Tehran: Nashr-e Markaz Publications; 2014. [Persian]
16. Sen A. Development as Freedom. Translated by Raghfar H. Tehran: Kavir Publications; 2002. [Persian]
17. Hosseini SM, Motevallizadeh Naeini N. A Study of Labeling Theory from an Islamic Sources Perspective. *J Priv Law Stud*. 2013; 42(4): 117-136. [Persian]
18. Davoodabadi Farahani M. The Status of Citizenship Rights in the Health System Transformation Plan and Its Challenges. *Fiqh, Law and Criminal Sciences*. 2020; 15: 60-71. [Persian]
19. YASA. Antisocial Personality Disorder: From Antisocial Behaviors to Committing Crime. Tehran: YASA; 2025. [Persian]
20. Merton RK. Social Structure and Anomie. *Am Sociol Rev*. 1938; 3(5): 672-682.
21. Agnew R. Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency. *Criminology*. 1992; 30(1): 47-88.
22. Najafi Abrandabadi AH, Hashembeiki H. *Criminology Encyclopedia*. Tehran: Ganj-e Danesh Publications; 2016. [Persian]
23. Hirschi T. Causes of Delinquency. Berkeley: University of California Press; 1969.
24. Safari A, Saberi R. *Victimology*. Tehran: Jangal Javdaneh; 2025. [Persian]
25. Ebrahimi MR. A Review of Victimization of Individuals with Intellectual Disabilities in the Context of Social and Legal Disabilities. *J Crim Law Res*. 2018; 6(21): 75-98. [Persian]
26. Fisher M, Moskowitz A, Hodapp R. Vulnerability and Experiences Related to Social Victimization among Individuals with Intellectual and

Developmental Disabilities. J Ment Health Res Intellect Disabil. 2012; 5: 32-48.

27. Alaie P, Hokmabadi Goshuni M. The Lived Experience of Mothers with Children Who Have Mental-Motor Disabilities (An Introduction to the Psychological Challenges of Articles 53 and 56 of Family Protection Law and Young Population). Woman Dev Polit. 2024; 22(1): 89-113. [Persian]

28. Pratt T, Turanovic J. Lifestyle and Routine Activity Theories Revisited: The Importance of Risk to the Study of Victimization. Vict Offenders. 2016; 11(1): 53-73.