

# The Rights of Children Suffering from Rare Diseases: From Action to Tolerance in Jurisprudence and Law

Gholam Reza Peyvandi<sup>1</sup>, Mohsen Aghae<sup>2</sup>

(Received on: 2022-11-7; Accepted on: 2023-6-20)

## Abstract

Children, like other segments of society, possess inherent rights, and societal procedures should be structured to ensure the realization of these rights. Despite the contemporary laws reflecting an advanced and civilized understanding, demonstrating a progressive stance towards humanity, especially children, there are instances where it might be more beneficial to establish dedicated arrangements ensuring the guaranteed rights of children and teenagers. This is particularly relevant for groups facing the dual challenges of excruciating rare diseases and the deprivation of their fundamental rights. Given the current emphasis on children's rights to the highest standards of healthcare in international regulations, it is essential to establish requirements that secure this right, especially for the considerable number of affected children in developing countries. This article employs a descriptive and analytical approach to illuminate these obscured areas, uncovering pathologies and suggesting solutions and preparatory measures within Islamic jurisprudence and law. This includes the imperative of implementing swift legal procedures to ensure the provision of social and healthcare services for children grappling with rare diseases.

**Keywords:** children's rights, rare diseases, abortion, positive discrimination, judicial support, meta-judicial support, right to healthcare.

---

1 . Assistant professor, Department of Jurisprudence and Law, Research Institute for Islamic Culture and Thought (corresponding author). Email: peyvandi@iict.ac.ir

2 . MA, Criminal Law of Children and Teenagers. Email: Mohsen.aqaiee@yahoo.com

## حقوق کودکان مبتلا به بیماری‌های یتیم (از اقدام تا مدارا در آیین فقه و قانون)

غلامرضا پیوندی<sup>۱</sup>، محسن آقایی<sup>۲</sup>

[تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۳۰]

### چکیده

کودکان، همچون دیگر اصناف اجتماع، حقوقی دارند و باید رویه‌های جامعه به‌گونه‌ای باشد که این افراد بتوانند حقوق خود را استیفا کنند. اگرچه قوانین امروز بشر برای ندری از فهم ارتقایافته و تصمیمی متمدانه و حاکی از نگرشی مترقی به نوع بشر، به خصوص در مسئله کودک، است، شاید در برخی موارد بهتر بود تمهیداتی جهت بهره‌مندی برخی از گروه‌های کودکان و نوجوانان از حقوق تضمین شده در قوانین در نظر گرفته می‌شد. از جمله این گروه‌ها کسانی هستند که باید رنج بیماری طاقت‌فرسا را با محرومیت از حقوق اولیه موجود در قوانین درآمیزند. شاید بهتر بود حال که مطابق مقررات بین‌المللی از حق برخورداری کودکان از بالاترین استانداردهای بهداشتی سخن به میان آمده است، ضرورت‌هایی را نیز جهت بهره‌مندی این کودکان، که تعدادشان در کشورهای در حال توسعه کم نیست، در نظر داشت. این نوشته تلاش دارد با روش توصیفی و تحلیلی، از طریق روشن ساختن همین نقاط تاریک این دست از آسیب‌ها را بنمایاند و برای برون‌رفت از این مسئله راهکارها و اقداماتی تمهیدی را از دل فقه و قانون پیشنهاد کند؛ از جمله ضرورت ایجاد رویه‌های قانونی و سریع جهت دستیابی این بیماران به خدمات اجتماعی و بهداشتی.

**کلیدواژه‌ها:** حقوق کودک، بیماری‌های یتیم، سقط جنین، تبعیض روا، حمایت قضایی، حمایت فراقضایی، حق بر سلامت.

۱. استادیار گروه فقه و حقوق پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی (نویسنده مسئول) peyvandi@iict.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد حقوق کیفری کودکان و نوجوانان mohsen.aqaiee@yahoo.com

## مقدمه

بیماران یتیم در مورد کودکانی به کار می‌رود که نوع بیماری یا ناهنجاری‌شان جدید یا ناشناخته است. اگر افراد یک جامعه را در نظر بگیریم، وقتی یک قاعده از طریق شرع یا قانون در شمار اصول تخطی‌ناپذیر جامعه قرار بگیرد، طبیعی است که باید همه افراد جامعه در برابر آن منقاد و در به ثمر رساندن آن کوشا باشند که در قبال این انقیاد حقوقی می‌یابند. البته نباید فراموش کرد که انسان عنصری پویا است و طبیعی است که در مقام قضاوت، باید آن به آن رفتار او مورد نظر باشد؛ آناتی که منطبق با مفهوم تشکیک است و لختی در روی ضعف و لختی در مقام شدت رخ می‌نماید. امروزه فقہ برای جبران همین خلأها منابع پیشین را بازخوانی می‌کند، اما هنوز هم راه بسیار است. نمی‌توان از اجرا شدن قواعد فقہی و قوانین عادی و غیرعادی در رسیدگی‌های قضایی و دریافت خدمات اجتماعی، به طوری که بتواند پاسخگوی بیماران یتیم باشد، سخن گفت یا گزارشی ارائه کرد، اما آنچه از سده‌ها، بلکه هزاره‌های گذشته در پیش چشمان قانون‌گذاران و فقیهان شریعت بوده، ناهنجاری‌های افراد یک جامعه، از نقص ظاهری تا عیب‌های غیرظاهر، است؛ بنابراین انتظار اجرایی شدن قانونی بی‌رخنه و حمایتگر، آن هم نه فقط برای معلولان، بلکه برای هر فرد آسیب‌دیده که کوچک‌ترین غفلتی او را در شرایطی نابسامان قرار می‌دهد و چه بسا موجب صدمات جبران‌ناپذیر شود، توقعی بی‌جان نیست. همچنین بررسی خواهیم کرد که در شرایطی که می‌دانیم ما حاصل یک رابطه، با ظن قریب الوقوع و حتی در صورت استقرار حیات و تداوم آن، هم خود فرد و هم خانواده و جامعه را با چالشی جدی مواجه می‌سازد، آیا می‌توان با روش‌هایی چون سقط غیرمحرّم-هرچند به ظاهر غیراخلاقی و در تفاسیری نیز غیرشرعی به شمار آید- از وقوع ناهنجاری‌های بعدی جلوگیری کرد یا نه. بنابراین ضرورتی که ما را به نوشتن درباره این مضمون واداشت، این بود که در صورت داشتن علم یا ظن قوی به وقوع این‌گونه مسائل چه اقدامات پیشگیرانه‌ای میسر است و در صورت بروز این

اختلال در یک کودک چه راهی را پیش بگیریم که مناسب حال کودکان بی‌گناه این جامعه نیز باشد. همچنین حال که قواعدی متری را در سپهر حقوقی این تازه متولدشدگان و به زعم خود، با سیاستی افتراقی در نظر گرفته‌ایم، بدانیم چه کنیم تا امکان بهره‌وری برای همه کودکان، اعم از توانا و کم‌توان، با در نظر داشتن تبعیضات روا امکان‌پذیر باشد و در فرایند مناسب‌سازی بین مصادیق این گزاره‌های قانونی دچار تبعیض ناروا نشویم.

### ۱. موضوع‌شناسی و دامنه آماری

برای ورود به بحث اصلی، به دلیل جدید بودن اصطلاح «بیماری‌های یتیم» و موقعیت آماری آن، در ادامه به اختصار به نکاتی اشاره می‌شود.

#### ۱.۱. بیماری یتیم (Orphan Disease)

این اصطلاح وصف افرادی است که به جهت نبودن حالت ابتلا و نوع ناهنجاری هنوز شیوه درمانی یا نظری درباره آنچه در آینده از تهدیدات و اقدامات و رهایی از رنج می‌تواند وجود داشته باشد برایشان ارائه نشده است. طبیعی است که سابقه‌ای هم جهت اعمال نظرات کارشناسانه وجود ندارد؛ یعنی هر امری می‌تواند این افراد را در بوته آزمایشی جدید با نتایج شاید جبران‌ناپذیر قرار دهد؛ از این رو جایگاه این افراد در یک نظام حقوقی نوشته که همه قواعد متکی بر اصل قانونی بودن جرم و مجازات است، مثل سرنوشتشان در بوته ابهام است و نوع برخورد با این افراد به دلیل نبود سابقه بیماری با یک فرد سالم تفاوتی ندارد. بر این اساس، این بیماران در دنیا، ونه در نظام حقوقی ایران، بیماران یتیم یا بی‌سرنوشت -البته با ترجمه تحت‌اللفظی- خوانده می‌شوند. به دلیل جدید بودن این عنوان نمی‌توان تعریفی مشترک از این اصطلاح یافت. ممکن است یک ناهنجاری در بخشی از جهان و نزد افرادی بیماری یتیم دانسته شود و در جای دیگر شناخته شده باشد. حتی ممکن است تعداد وقوع

یک بیماری در یک کشور جهان سوم به قدری باشد که در شمار بیماری‌های یتیم گنجانده نشود، اما همان بیماری به دلیل سیاست‌های یک دولت یا منطقه در شمار بیماری‌های یتیم قرار داشته باشد. برای مثال در برخی کشورهای توسعه یافته آنچه یک فرد را در گروه بیماران نادر قرار می‌دهد، معیار کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر است (Makarova and others, 2021: p 9610)، در حالی که در آمارهای متفاوت، بیماری‌ای که دایره شمولش بیش از یک نفر از هر ۲۰۰ نفر باشد نادر به شمار می‌رود و در معیارهای امریکایی، ابتلای بیش از یک نفر در هر ۱۲۰۰ نفر ملاک تشخیص بیماری‌های نادر است. البته برخی به دلیل برداشت اشتباه، مفهوم نادر را برای بیماران یتیم نیز در نظر داشته‌اند (see: Garel and Joobert, 2020)؛ در واقع پندار برخی از واژه «بیماران یتیم» همانی است که از لفظ بیمار نادر دریافت می‌شود، در حالی که این دو با یکدیگر تفاوت دارند (see: MSSS, 2022).

تیم‌های تحقیقاتی و شرکت‌های دارویی در اختلالاتی که کمتر از این میزان باشد، به دلیل نبود سودی سرشار و بالا بودن هزینه‌های تحقیق، وارد نمی‌شوند و همین باعث می‌شود گروهی با عنوان بیماران یتیم شکل بگیرد. بنابراین آنچه تا کنون درباره این اصطلاح در قاموس تعاریف اصطلاحی بیان شده در مقام بیان یک تعریف منطقی نیست، بلکه مصادیق این اصطلاح با یک معیار نسبی از یک منطقه تا منطقه دیگر رنگ عوض می‌کند.

به هر تقدیر آنچه اهمیت دارد وجود چنین بیمارانی در بستر یک اجتماع است که فارغ از بحث درمان، به اقدامات لازم جهت بردن بهره‌وافی از فعالیت‌های اجتماعی آنان و مسئولیت‌ها و تکالیف اجتماعی‌شان و نحوه پاسخ به آنها در نظام قضایی و غیرقضایی نیاز دارند. بنابراین این اصطلاح در برخی موارد با اصطلاح «بیماران نادر» (Rare Disease) خلط می‌شود، در حالی که بیماران نادر مربوط به افرادی است که نوع بیماری‌شان تشخیص داده شده و اقدامات پزشکی نیز برایشان در جریان است و متکی بر سوابق خوب یا بد آن،

می‌توان جهت‌گیری صحیحی داشت و حتی وضعیت آنان را در برابر هر کنشی پیش‌بینی کرد، اما درباره «بیماران یتیم» هیچ سابقه‌ای وجود ندارد و کوچک‌ترین اقدام درباره آنان نوعی تجربه و آزمایش به شمار می‌آید.

برای روشن‌تر شدن این تفاوت می‌توان چنین قیاس کرد که امروزه بیماری پروانه‌ای، به دلیل فراگیری و اطلاع‌رسانی گسترده، در شمار بیماری‌های نادر به دایره معلومات عمومی افراد جامعه اضافه شده و فرد فقط با اثبات آن می‌تواند تسهیلاتی را دریافت کند، اما در بیماری‌های یتیم اگر فردی برای مثال ادعا نکند که در صورت گرسنگی یا استرس با مشکل جدی مواجه می‌شود، در دادگاه‌های امروزی به سخنش توجه نمی‌شود و هیچ اقدامی جز تمسخر احتمالی نصیبش نخواهد شد. بنابراین اولین گام در بهره‌بری این افراد از تسهیلات اجتماعی بالا بردن درک و فهم اجتماعی از اوضاع و احوال این افراد و شناساندن و به رسمیت شناختن مفهوم بیماران یتیم است.

## ۲.۱. دامنه آماری

در کشورهای کمتر توسعه یافته به دلیل نبود سیستم غربالگری بسامان و موضع‌گیری‌های ثانوی و ایجاد شرایط زمینه‌ساز، همچون ازدواج‌های فامیلی یا قومی و قبیله‌ای فراوان، میزان ایجاد چنین ناهنجاری‌هایی بسیار بالاتر از متوسط جهانی است (ر.ک: سوری و دیگران، ۱۳۹۵: ۸۱). همان‌طور که اشاره شد، اگر در کشورهای توسعه یافته، بیماران یتیم در بسیاری از موارد، به جهت کمبود ابتلا، قربانی نفع و ضرر شرکت‌های بهداشتی و دارویی هستند، در کشورهای در حال توسعه نیز نبود امکانات کافی جهت انجام برخی آزمایش‌های ابتدایی به چنین شرایطی دامن می‌زند. برای مثال در شرایط کنونی، دریافت جواب چنین آزمایش‌هایی در شرایط بسامان و تأمین بحث مالی، نزدیک به هشت ماه طول می‌کشد که

چنین زمانی را باید در کنار بحث سقط جنین و کمتر از چهار ماهگی طفل مطالعه کرد. بنابراین حتی در صورت تشخیص نیز کار چندانی در جلوگیری از ولادت‌های این چنینی نمی‌توان انجام داد. تنها راه، اصلاح سبک زندگی و کاهش ازدواج‌های باریسک بالا است که آن هم ساختار فرهنگی اجتماعی خود را می‌طلبد.

## ۲. حمایت فراقضایی

حمایت فراقضایی علاوه بر حمایت‌های پزشکی و کلینیکی شامل حمایت‌های عاطفی، حیثیتی، حقوقی، اجتماعی و حتی مالی است، اما در اجرای این نوع طرح‌های خدماتی عام عموماً این افراد محوری ندارند و نهایت کمک به آنان این است که چند سال پس از دایر شدن چنین مراکزی فقط درباره برخی آسیب‌های فیزیکی ظاهر تمهیداتی شکل می‌گیرد که این میزان راهگشا نیست. برای روشن شدن حیطه این موقعیت‌های فراموش شده به بخشی از این آسیب‌ها که مربوط به کودکان است، به خصوص بیماری‌های خاص و ویژه‌تر بیماران یتیم؛ اشاره می‌کنیم؛ چراکه الگوی زندگی این کودکان متفاوت و در مواردی متعارض با نحوه زندگی بهنجار اکثر جامعه است. برای مثال این کودکان به جهت مراقبت‌های ویژه، در ارتباط داشتن با دیگر افراد جامعه محدودیت‌های بیشتری دارند، به گونه‌ای که بیشتر زمان خود را در محیط خانه به سر می‌برند و زمانی وارد اجتماع می‌شوند که جمعیت کمتری از افراد حاضرند، مثلاً بیشتر اوقات از شب‌ها برای سیر و سیاحت و به تعبیری نفس تازه کردن بهره می‌برند؛ اوقاتی که نه اسباب تفریح مناسبی وجود دارد و نه روشنایی. به همین سبب بهتر است خدماتی هرچند کمتر از آنچه برای عرف جامعه وجود دارد، به این افراد ارائه شود تا اندکی از دامنه رنجی که می‌کشند کاهش یابد. تفصیل این اقدامات را در بخش توصیه‌ها مطرح خواهیم کرد.

### ۳. حمایت قضایی

در روند دادرسی در دستگاه قضایی و همچنین ورود و تشکیل نابسامان پرونده‌ها، به خصوص در دادسرا، انسان سالم نیز چندان قادر نیست مسیر را بدون آسیب روحی طی کند، چه رسد به افرادی که علاوه بر سن کم، رنج بیماری را نیز به دوش می‌کشند. بنابراین در چنین مواردی اصل برابری مرادف با مساوات، و نه عدالت، نوعی تبعیض ناروا است و جهت بهبود این شرایط باید با ایجاد مسیری هموارتر، تمهیداتی را مطابق با الگوهای تبعیض روا اتخاذ کرد. در صورت قرار گرفتن سلامتی بزهکار در یک کفه ترازوی عدالت و اجرای مجازات وی در کفه دیگر، کدام یک در تراز بالاتری قرار می‌گیرد؟ در صورت آسیب ناشی از نگهداری وی در محیط زندان و با فرض امکان جبران آن، آیا جبران بر عهده دولت است؟ آیا در نظر گرفتن چنین مجازات‌هایی باعث ایراد رنجی غیرضروری در جنبه‌های جسمی، روحی و اقتصادی بزهکار نمی‌شود؟ آیا می‌توان دولت را به دلیل اطلاع از بیماری، مقصر ورود ضررهای ثانوی نیز دانست؟ درباره افرادی که بیماری‌شان ظاهر است یا دست‌کم پیشینه‌ای دارد، قانون‌گذار با تدوین و تصویب موادی قانونی سعی در بهبود شرایط موجود به نفع متهم کرده است، اما تا زمانی که بدنه جرایم و انجمن‌های حقوقی شناخت صحیحی از بیماران یتیم پیدا نکرده باشند، نمی‌توان این مواد قانونی را در دفاع از این بیماران به کار بست. یکی از این مواد، ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری است که مقرر می‌دارد:

هرگاه محکوم علیه به بیماری جسمی یا روانی مبتلا باشد و اجرای مجازات موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی وی شود، قاضی اجرای احکام کیفری با کسب نظر پزشکی قانونی تا زمان بهبودی، اجرای مجازات را به تعویق می‌اندازد. چنانچه در جرائم تعزیری امیدی به بهبودی بیمار نباشد، قاضی اجرای احکام کیفری، پس از احراز بیماری محکوم علیه و مانع بودن آن برای اعمال مجازات، با ذکر دلیل، پرونده را برای تبدیل به

مجازات مناسب دیگر با در نظر گرفتن نوع بیماری و مجازات به مرجع صادرکننده رأی قطعی ارسال می‌کند.

تبصره. هرگاه حین اجرای مجازات، بیماری حادث شود و تعویق اجرای مجازات فوریت داشته باشد، قاضی اجرای احکام کیفری، ضمن صدور دستور توقف اجرای آن، طبق مقررات این ماده اقدام می‌کند.

همان طور که مشهود است، قانون‌گذار تنها بیماری جسمی و روانی را مد نظر قرار داده و وصف «تشدید بیماری» را در این دو مورد منحصر کرده است، یعنی اولاً برای بهره‌مندی از این مقرره، فرد باید معلول جسمی باشد یا مشکلات ذهنی داشته باشد، حال اینکه اغلب بیماران یتیم با معلولیت جسمی یا ذهنی مواجه نیستند، بلکه با محدودیت‌هایی مواجه‌اند که در صورت بی‌توجهی به آن محدودیت‌ها ممکن است این افراد نیز دچار نقیصه جسمی یا ذهنی شوند. ثانیاً در فرض معلولیت جسمی و ذهنی باید این بیماری در لیست اعلامی مصوب وزارت بهداشت گنجانده شده باشد تا افراد بتوانند از این روش بهره‌مند شوند. وقتی این بیماران فاقد هر پیشینه‌ای از اوضاع و احوالشان هستند، چطور باید تشدید بیماری در آنان محرز شود؟ آیا صرف علم اجمالی به وجود ناهنجاری در این افراد نباید آنان را در حیطه مصونیت قرار دهد؟

بر این اساس، سؤال دیگری که وجود دارد این است که در چنین بیماری‌هایی که مسبوق به سابقه نیست و طبیعتاً درمان مشخصی ندارد دو عبارت «موجب تشدید بیماری» و «تأخیر در بهبودی» چطور قابل تشخیص است تا فرد را مصداق چنین مقرره‌ای قرار دهد. به عبارت روشن‌تر، در بیماری‌ای که پیشینه مشخصی ندارد، ملاک تشدید بیماری برای دادگاه چیست؟ آیا فرد باید قربانی چنین تصمیمی شود تا دادگاه بعد از وقوع نتیجه مضر پی‌برد که اقدامش موجب تشدید بیماری بوده است؟ تأخیر در بهبودی درباره بیماری‌ای که هنوز درمانش معلوم نیست چطور قابل تصور است؟

شاید برخی در مقام پاسخ، قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مصوب ۱۳۹۹ را قانونی مترقی و جدید و صرف رسیدگی به چنین مواردی به تصویر بکشند، اما در بند «د» ماده ۳ این قانون نیز در تعیین زمینه و جایگاه یکی از وضعیت های مخاطره آمیز این گونه آمده است: «... کم توانی جسمی یا ذهنی طفل و نوجوان، ابتلای وی به بیماری های خاص یا اختلال هویت جنسی».

در این مقرر، تعریف بیماری های خاص با ابهامی جدی مواجه است که البته تا زمان نگارش این متن مقاله ای جدی آن را بررسی نکرده است. نکته ای که توجه نگارنده را به این ابهام جلب کرد وجود دو تعریف از اختلالات موجود در اطفال از دو نهاد موازی است و وجود یک طیف از افراد که در نظام ایران بی تعریف اند؛ یکی انجمن بیماران خاص و دیگری انجمن بیماران نادر که هر یک بنا بر اقتضائات، تعریفی توصیف گونه از شرایط افراد ارائه کرده اند. جایگاه بیماران یتیم در میان این مقررات کجا است؟ بحثی نیست که این قانون برای اطفال، با توجه به طفل بودنشان، نگاشته شده، اما مسئله در اصلی است که با عنوان قانونی بودن جرایم و مجازات ها شهرت یافته است و نمی توان با تفسیر موسع، افراد را به وادی مجرمیت سوق داد. حال در میان این سه دسته، مراد قانون گذار حکیم کدامیک از طیف های مورد اشاره است، به خصوص که با توجه به اصل شفافیت قوانین، باید به قدر متیقن از این موارد اکتفا کرد که خود تبعیضی در حمایت این قانون از اطفال با ناهنجاری های مختلف خواهد بود.

#### ۴. مطالعه تطبیقی

برای نشان دادن خلأ موجود در موضوع بیماران یتیم می توان به تعریف سلامتی در اسناد بین المللی اشاره کرد تا رخنه های موجود در قانون نمایان تر شود. در بیشتر موارد، آنچه در قوانین رخ نموده حق سلامت است، در حالی که اگر خوانش ما به حق بر سلامت تغییر یابد،

افراد حقوقی را در برابر حاکمیت خواهند یافت. حق سالم بودن صرفاً به نبود بیماری در فرد اشاره می کند، اما حق بر سلامتی تأمین کننده چهار رکن است: ۱. دسترسی به مراقبت های بهداشتی؛ ۲. آزادی در انجام دادن یا ندادن آزمایش ها؛ ۳. برخورداری از محیط سالم و ۴. رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی (ر.ک: جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲: ۷۰، ۴۷). یکی از موارد رکن چهارم وجود سیستم قضایی به نحوی است که سلامت فرد در قامت حق بر سالم بودن مورد توجه باشد. در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، علاوه بر ملاک های جسمی و روانی، موارد دیگری چون ملاک های اجتماعی و معنوی نیز ذکر شده است. جالب تر آنکه دکترین ایران نیز در نقدهایی این موارد را کافی ندانسته و پا را فراتر از این نهاده است (ر.ک: یزدی فیض آبادی و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۵۵، ۱۶۵).

نکات و نقدهای گفته شده در قالب مقالات و نشست ها خلاصه شده اند و در عرصه قانون گذاری ظهور و بروز نداشته اند. آنچه در موادی همچون ماده ۵۰۲ آیین دادرسی کیفری بیان شده چهره دیگری از حق بر سلامتی است. این در حالی است که در اسناد بین المللی حقی با عنوان حق بر سلامت وجود دارد که قلمرو آن افراد بحث ما را نیز در بر می گیرد؛ بنابراین با اصلاح قوانین مطابق با معیارهای حق بر سلامت شاید راه برای بیماران یتیم هموارتر شود. در چنین وضعیتی با اخذ تدابیر عام با نظر به الگوی حق سلامت، هر فرد با هر نوع نقص در سلامت می تواند از حقوق متناسب با شرایط خود بهره مند شود.

## ۵. اقدامات پیشگیرانه پیش از ولادت

بیشتر بیماران یتیم از نقصی رنج می برند که حاصل آسیب در دنباله ژنتیکی آنان است و طبیعتاً تا این لحظه درمانی جهت بهبود چنین وضعیت هایی ارائه نشده و آنچه هست جهت بهبود شرایط و افزایش کارایی فرد و جلوگیری از پیشرفت بیماری آنان است. با این

توصیف، اگر قبل از ولادت و حتی قبل از بارداری بتوان از این نوع ناهنجاری‌ها در آینده اطلاع یافت، آیا می‌توان الزام به اتخاذ تدابیری برای مقابله با این‌گونه موارد را در مقررات پیش‌بینی کرد؟ به عبارت ساده‌تر، آیا به دنیا آوردن این اطفال معارض با حقوق کودکان نیست؟ ماده واحده سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ در سال ۱۴۰۰ که با تصویب «قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» نسخ شده است، مقرر می‌داشت:

سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری 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.

بر اساس ماده واحده مذکور، جنینی را می‌توان سقط کرد که معلول باشد و موجب عسر و حرج مادر نیز بشود یا اینکه مادر به جهت بیماری در معرض خطر جانی قرار گیرد. البته اگر تا قبل از این شناخت این بیماران، هرچند سخت، از طریق آزمایش ممکن بود، بانسخ و حذف این مقرر و همچنین ممنوعیت آزمایش‌های غربالگری و پاک کردن صورت مسئله باید عزمی راسخ‌تر از پیش برای فراهم ساختن محیطی عادلانه جهت بهره‌مندی افرادی که در آینده در خیل این بیماران قرار خواهند گرفت کوشید تا آنچه در توان است برای مدارا با این بیماران به کار بگیریم و اولاً شرایطی را رقم بزنیم که این افراد از معضلات اجتماعی به دور باشند و ثانیاً در صورت گرفتار شدن در آسیب‌های اجتماعی، راهی را جهت تحقق عدالت واقعی در نظر بگیریم.

با فرض اینکه در آینده مقررهای تدوین شود که جلوی به دنیا آمدن کودکان با ناهنجاری غیرقابل جبران را بگیرد و حیات فرد را دایر مدار عسر و حرج والدین تلقی کند، ملاک عسر و حرج چیست؟ آیا وضعیت اقتصادی رانیز شامل می‌شود؟ برای روشن شدن این ابهام باید به منابع فقهی رجوع کنیم.

از یک سو در ظاهر آیات توصیه‌ای به این گستردگی را در مورد سقط نمی‌بینیم و حتی روایاتی که خواننده را به این سو هدایت کنند نیز وجود ندارد. تنها موردی که می‌توان در آیات بررسی کرد آیه ۳۱ سوره اسراء است که مطابق با آن می‌توان موارد اقتصادی را از بحث سقط حذف کرد؛ چراکه می‌فرماید: «وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْئًا كَبِيرًا» (اسراء: ۳۱)؛ فرزندان خود را از ترس اینکه مبادا دچار فقر و هلاکت شوید و به خاطر ایشان تن به ذلت‌گدایی دهید به قتل نرسانید». البته از تفاسیر برمی‌آید که این مورد مربوط به طفلی است که به دنیا آمده است و اشاره به دوران جنینی ندارد. علاوه بر این، اصلاً فلسفه سقط درمانی دستیابی به جامعه سلامت است و اصلاً بحث فقر و غنا از موضوع خارج است. آنچه در فتاوا نیز وجود دارد دلیل بر حرمت سقط است، حتی در صورتی که جنین حاصل امری نامشروع باشد (ر.ک: حاج علی، ۱۳۸: ۸۱۵۵). البته در بحث جنین ناقص یا معلول اختلافاتی به چشم می‌خورد که بیشتر نظرها صرف معلولیت را مجوز سقط به‌شمار نمی‌آورند (ر.ک: ایرانلو و افشار قوچانی، ۱۳۹۰: ۹۶.۷۵) و در کنار آن عسر و حرج مادر را نیز لحاظ می‌کنند که مبنای قانون سقط درمانی منسوخ نیز بوده است (نوربخش طباطبایی، مختاری، پیروی، ۱۳۹۶: ۳۸۰).

بعد دیگری را که می‌توان در بحث جلوگیری از ولادت اطفال دارای ناهنجاری مطرح کرد عقیم‌سازی والدین است. البته برای دستیابی به این نتیجه می‌توان بحث دیگری را نیز در فقه مطالعه کرد که با عنوان عزل آمده و نظرات متفاوتی در اجرا و نحوه آزادی عمل هر یک از طرفین در آن مطرح شده است؛ از نظرات افرادی همچون مرحوم خوئی که نظر زن را در این مقوله فصل الخطاب می‌خواند (خوئی، ۱۳۵۳: ۲۸۴) تا نظرات دیگری که قائل به حرمت (حرعاملی، ۱۲۸۸: ۱۴۹) و رضایت طرفین (طوسی، ۱۳۹۰: ۴۱۷) هستند. البته بنا بر روایاتی، حرمت یا جواز این مسئله به شرایط جامعه بستگی دارد و حتی در روایات صحیح‌السند نیز این اختلاف در دوره‌های مختلف به چشم می‌خورد؛ از این رو اگر در روایتی منع شده باشد، به حکم احتیاط،

نمی‌تواند مانع از جواز آن در دوره حاضر شد (حر عاملی، ۱۳۸۸: ۱۴۹). به‌طور کلی حکمی که یک فرستاده بیان کرده باشد نمی‌تواند با حکمی دیگر نفی نشده باشد (انبیاء: ۷۹).  
به هر صورت نظرات مربوط به عقیم‌سازی را می‌توان در سه دسته کلی جای داد:  
۱. والدین متقاضی که هیچ فرزندی ندارند و حتی احتمال به دنیا آمدن چنین فرزندان نیز برای آنان ضعیف است؛ این مورد با ماده ۹۵۹ قانون مدنی مخالفت صریح دارد؛  
۲. والدین دارای فرزند هستند، اما به دلایل اقتصادی به دنبال این امر هستند؛  
۳. زوجینی که فرزندی ندارند، اما بررسی توالی ژنی نشان می‌دهد که فرزند آینده آنان با احتمال قابل توجهی معلول خواهد بود یا خطر مرگ را برای مادر خواهد داشت؛ در این فرض انجام چنین امری به لحاظ عقلی قابل اعتنا است.

## ۶. نتایج و توصیه‌ها

در قالب نتیجه می‌توان به این مطلب اشاره کرد که طبق یافته‌ها، افرادی که شمارشان کم هم نیست در استیفای حق خود در دادگاه‌ها-از زمان تشکیل پرونده تا گذر از مراحل تعقیب و دادرسی و نهایتاً اجرای حکم- یا حتی در مواردی که بزه دیده‌اند، دچار مشکلی اساسی هستند. این مشکل در گرو تدوین قوانین مناسب و اجرای آن بر محور اصل شخصی بودن و همچنین فرهنگ القایی به جامعه جهت مدارا، در کنار در نظر گرفتن امکانات بهره‌مندی مطابق با اصل تبعیض روا است؛ از این روزهادهای حمایتگر انتظار می‌رود که با تسهیلگری و انتقال اطلاعات لازم به دستگاه‌ها جهت ارتقای ارائه خدمات به کودکان مبتلا به بیماری، به خصوص بیماری‌های یتیم، گامی مؤثر بردارند تا قواعدی که بشر در عصر حاضر افتخار دارد برای تغییر رویکرد از موضوع بودن کودکان به صاحب حق بودن آنان وضع کرده، در بُعد اجرایی نیز در بالاترین حد خود به خدمت‌رسانی به این افراد منتهی شود.  
به‌طور خلاصه می‌توان توصیه‌هایی را مطرح کرد که در پی می‌آیند.

## ۱.۶. توصیه‌های اجتماعی

الف) یکی از مواردی که باید برای این افراد در نظر گرفته شود ایجاد موقعیت‌هایی است که بتوانند همچون دیگر کودکان از سرگرمی‌های معمول و مقتضی سن خود بهره‌مند شوند؛ از این رو جهت مدارا باید مراکزی دایر شوند تا بتوان به‌طور صحیح به این افراد خدمت‌رسانی کرد.

ب) یکی از آسیب‌ها جایی است که الگوی صحیحی برای تأمین دارو و روند ساده‌سازی و در اختیار بودن معاینات پزشکی و ملزومات آزمایشگاهی نباشد. البته صرف وجود خدمات بهداشتی، حتی در بهترین کیفیت، نمی‌تواند به اندازه آسان و در دسترس بودن در کمترین زمان مفید باشد؛ چراکه حمله‌های غیرعادی در این کودکان، به جهت بیماری، از سویی زیاد و از سوی دیگر با دامنه‌های آسیب‌زا است، به‌گونه‌ای که عنصر زمان در بقا و حیات این کودکان رکنی اساسی است.

ج) بحث زمان از مواردی است که باید در این‌گونه اسناد یا با عنوان اسنادی مرتبط با این‌گونه بیماران رعایت شود. راهکار اجرایی در این مورد ایجاد بانک اطلاعاتی از این بیماران و ایجاد مراکز خدمتی افتراقی برای آنان است یا دست‌کم وجود یک سیستم اتوماسیون تا اطلاعات بیمار را زودتر در اختیار مرکز درمانی قرار دهد و جان فرد را با روند رعایت بروکراسی‌های نامنظم و غیرضروری تهدید نکند.

د) آسیب دیگر این است که در چنین شرایطی حتی شاید برخی از مواد که برای مصالح کودک تدوین یافته‌اند در مواردی با مصلحت او در تعارض باشند؛ برای مثال بند ۱ ماده ۹ کنوانسیون مقرر می‌دارد:

کشورهای طرف کنوانسیون تضمین می‌کنند که کودکان علی‌رغم خواسته‌شان از والدین خود جدا نشوند، مگر در مواردی که مقامات ذی صلاح، مطابق قوانین و مقررات و منوط به بررسی‌های قضایی، مصمم شوند که این جدایی به نفع کودک

است. این‌گونه تصمیمات ممکن است در مواردی خاص، از قبیل سوء استفاده یا بی‌توجهی والدین یا هنگام جدایی والدین، ضرورت یابد که در این صورت باید درباره محل اقامت کودک تصمیم‌گیری شود.

در فقره اخیر این ماده -یعنی در صورت بی‌توجهی والدین- سازکار اطلاع یافتن ارگان‌های مرتبط چیست؟ آیا جز حضور اطفال در اجتماع و آموزش‌های همگانی که بیشتر در مدارس صورت می‌پذیرد، راه دیگری هست؟ آیا بند ۱ ماده ۱۸ کنوانسیون -که مقرر می‌دارد کشورهای طرف کنوانسیون بیشترین تلاش خود را برای تضمین به رسمیت شناخته شدن این اصل که هر دو والد کودک مسئولیت‌های مشترکی در رشد و پیشرفت کودک دارند به عمل خواهند آورد- جز ایجاد مؤسسات متمرکز، راهکاری برای این دسته از افراد در نظر داشته است؟ آیا بهتر نیست این نهادها روند اجرایی و نحوه نظارت خود را از یک جانشینی و به تعبیری مراجعه‌محور بودن، به راهکارهای میدانی و استفاده از گروه‌های محلی -که عمدتاً در جریان مسائل اطراف خود هستند- گسترش دهند؟ برای مثال می‌توان این مورد را در کشور چین به صورت تطبیقی مطالعه کرد و از گروه‌های محلی که برای جلوگیری از انحرافات و آسیب‌ها سازماندهی می‌شوند و عمدتاً از قشر بازنشسته هستند بهره جست (Xuehai, see: ۲۰۰۱).

ه) از دیگر مواردی که می‌توان اختلال به شمار آورد، به هم خوردن توازن اقتصادی خانواده این کودکان است، به‌گونه‌ای که در صورت نبود یک سیستم کارآمد و تأمین و درمانی، نهاد این خانواده‌ها با معضل فقر مواجه خواهد شد. از راهکارهای مبارزه با این خلل ایجاد بنیادهای بیمه‌گر خود حمایت‌گر و در مورد خانواده‌های کمتر برخوردار، بنیادهای مردم‌نهاد است تا در جایی که نمی‌توان درمان قطعی و زودهنگام برای بیماری یافت، دست‌کم بشود هزینه‌های هنگفت دارو و درمان را جبران کرد.

و) همچنین می‌توان با ایجاد یک سامانه توزیع عادلانه، بحث داری این دسته از کودکان را از حیث تأمین، دسترسی و کاهش هزینه‌های نهایی با حذف واسطه‌ها، سامان بخشید. آیا قوانینی مرتبط با این موضوعات تدوین یافته است؟

ز) از دیگر اختلالات این مسئله، حق بر بازی کردن این کودکان در فضای مناسب و با ابزار مناسب است که به دلیل موارد پیش‌گفته از این مورد محروم‌اند؛ چراکه بسیاری از این افراد نمی‌توانند در جاهای شلوغ و پرتردد نیازهای خود را برطرف کنند. بنابراین باید مراکز ایجاد شوند که هم جنبه تفریحی کودک را لحاظ کنند و هم جنبه تأمینی وی را. احداث چنین مراکزی در بدو نظر نیاز به صرف هزینه از سوی دولت‌ها دارد، اما نباید از نظر دور داشت که با این اقدام هم کودک به حق بر کودکی خود می‌رسد و هم دولت کسب درآمد، هرچند ناچیز، از بروز بار مالی بستری شدن مجدد این افراد در سیستم درمانی، که خود نیازمند هزینه‌های بیشتری است، جلوگیری می‌کند.

ح) از دیگر اختلال‌ها می‌توان به آموزش این کودکان اشاره کرد که نیاز به تدابیر خاص دارد. به علاوه که بسیاری از این کودکان، علی‌رغم عارضه‌های ایجادشده، از هوش بالایی برخوردارند که باز هم به عللی که پیش‌تر مطرح شدند، نمی‌توانند در جمع کودکان دیگر آموزش ببینند. از طرفی نیز آموزش خانگی، یا به تعبیری آموزش در بستر، هم آسیب‌هایی دارد، از جمله ناتوانی در برقراری ارتباط با افراد و اجتماعی شدن که خود معضل بزرگی است (see: Imran & others, ۲۰۲۰).

ط) اختلال دیگر بحث روان این کودکان است. با توجه به اینکه اوقات زیادی را در تنهایی و در خانه به سر می‌برند، ممکن است دچار سرخوردگی و آسیب‌های روانی شوند. برای جلوگیری از این موارد باید خانواده آنها آموزش‌های صحیح چنین شرایطی را فرا بگیرند (Ibid)؛ کاری که در زمان شیوع بیماری کرونا، به دلیل همه‌گیری حبس

افراد در منزل، مورد توجه قرار گرفت. البته برخی از این موارد در کشورهای توسعه یافته بر عهده پلیس اطفال است که با موضع‌گیری صحیح در ایجاد این مدل خدمات فعالیت می‌کند (see: Powell, Skouteris, Murfett, ۲۰۰۸). آیا در قوانین و اسناد مربوط به کودکان چنین تدبیری وجود دارد؟ واژه پلیس اطفال را چند سالی است که در قانون آیین دادرسی اطفال شاهدیم، اما تا لحظه نگارش این مقاله مصداقی از آن مشاهده نشده است.

ی) از مواردی که باید درباره این افراد در نظر داشت پررنگ کردن نقاط قوت آنان است. با این اقدام می‌توان قدری از میزان نقص وارده کاست تا بهتر بتوانند در اجتماع قرار گیرند و با دیگر افراد جامعه ارتباط ساده‌تری داشته باشند. با ایجاد یک دامنه اطلاعاتی و عضویت افراد همسان در آن می‌توان از تجارب موفق افراد و نقاط قوت آنها برای شناخت و شکوفایی این استعدادها بهره برد. اما آیا تمهیداتی در این باره وجود دارد؟

ک) اختلال دیگری که این افراد با آن مواجه‌اند، نبود نظارت صحیح بر رفتار والدینی است که از طرفی حامی این کودکان‌اند و از جهتی آن‌گونه که باید به دنبال تحقق اهداف عالی این کودکان نیستند و آنان را بار اضافه می‌بینند. نگارنده بارها با این افراد روبه‌رو شده و هر بار بیش از پیش از احوال برخی از ابنای بشر انگشت‌تعب به دهان گرفته است. این کودکان، در بهترین حالت، اگر بتوانند به زندگی خود ادامه دهند، به یقین به دلیل دور بودن از اجتماع و نداشتن حضور پررنگ و مستمر در مراکز عمومی و فرهنگی و آموزشی نمی‌توانند گزارشی از نحوه برخورد اشتباه والدین خود ارائه کنند. اینجا است که دولت و محافل دغدغه‌مند حقوق کودک می‌توانند با ورود و نظارت صحیح و قاعده‌مند بر روند زندگی این کودکان و تأمین حقوق اولیه آنان نوعی نظارت خارجی را ایجاد کنند.

## ۲.۶. توصیه‌های فقهی و قضایی

درباره پاسخگویی نظام قضایی در برابر اقدامات شکننده نظم اجتماعی سخنی نیست؛ اما آنچه اهمیت دارد، چگونگی پاسخی است که باید با معیار عدالت پویا سنجیده شود. این اقدامات در دو محور بزهکاری و بزه‌دیدگی قابل بررسی است.

### ۱.۲.۶. بزهکاری ناتوانان

درباره بزهکاری ناتوانان و نوع پاسخ به آن سخن بسیار است و هم در روایات و هم در حقوق، تمهیداتی صورت پذیرفته است، اما در قوانین مدون، آن‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، نمی‌توان آنچه را امروز شاهد هستیم پاسخی درخور شأن بیماران یتیم دانست و حتی امکان اجرای آن نیز با موانع پیش‌گفته مواجه است. در بخش مبانی فقه و روایات نیز روایات متعددی در زمینه مدارا با ناتوانان در بند و اجرای حکم سخن گفته‌اند، اما تنها روایتی که نظر من را جلب کرد روایتی از امام علی (ع) است مشهور به روایت اصبع بن نباته. در این روایت حضرت علی (ع) به کسی که نزد وی به زنا اقرار کرده بود، می‌فرماید: «هَلْ بِكَ مِنْ مَرَضٍ يَغْرُوكَ أَوْ تَجِدُ وَجَعًا فِي رَأْسِكَ أَوْ شَيْئًا فِي بَدَنِكَ أَوْ عَمَّا فِي صَدْرِكَ؟» آیا بیماری‌ای داری که از آن رنج ببری یا دردی در سر یا بدنت احساس می‌کنی؟». واضح است که بیان سؤالی این‌گونه نشان از سلامت ظاهری فرد مرتکب دارد، آن هم در عصری که شناخت بیماری‌های نهان کاری بس دشوار و حتی در بسیاری از موارد قابل راستی‌آزمایی نبود، در جمله‌ای که هنوز هم بشر با آن همه پیشرفت و ترقی ادعایی نتوانسته در قوانین مترقی خود اثری از آن ایجاد کند. آیا چنین روایاتی چیزی جز این را بیان می‌کنند که اندک شبهه‌ای، حتی از جانب خود متهم، در اجرای سنگین‌ترین مجازات در هیبت حد اثرگذار است. چنین دقتی را در کدام نظام حقوقی امروزه می‌توان به نظاره نشست؟

در منابع تطبیقی نیز در اقصا نقاط جهان گاه تمهیداتی جهت نزدیک کردن روند دادرسی به معیارهای دادرسی عادلانه به چشم می‌خورد که بحث از آنها خالی از لطف نیست. در برخی محاکم حتی در صورتی که فرد مبتلا در زمره شهود و مطلعان باشد نیز شرایط را به گونه‌ای مهیا می‌کنند تا مبادا خللی در روند دادرسی متوجه فرد مذکور باشد. برخی موارد نحوه استماع از به وضعیت شاهد بازمی‌گردد که می‌تواند ناشی از وضعیت روحی، سن پایین یا عوامل مؤثر دیگر باشد (see: lubemba, ۲۰۱۴)؛ حتی در برخی موارد رویه‌ای ایجاد شده تا شرکت افراد آسیب‌پذیر در جریان دادرسی‌ها تا جای امکان آثار ثانوی را بر آنان متحمل نسازد (see: Cooper and Wurtzel, ۲۰۱۹).

این شیوه‌ها در حقوق تطبیقی با تمهیداتی به تصویب رسیده‌اند. برای مثال، طبق قانون دستورات جنایی ایرلند شمالی، اگر شاهد، فردی باشد که حضورش در دادگاه سبب آسیب‌پذیری او شود، مواردی پیش‌بینی شده‌اند که ذیل دستورالعمل‌ها و اقدامات ویژه مقرر می‌دارند: شاهد از متهم و حاضران با یک حائل جدا شود (The Criminal Evidence Order (Northern Ireland) ۱۹۹۹, Section ۱۱)، شهادت در فضای خصوصی گرفته شود (Ibid, Section ۱۳)، شهادت با لینک و برخط ارائه شود (Ibid, Section ۱۲)، مدارک ویدیویی ضبط شده ارائه شود (Ibid, Section ۱۵) و با واسطه صورت پذیرد (Ibid, Section ۱۷).

### ۲.۲.۶. بزه‌دیدگی ناتوانان (بزه‌دیدگان خاموش)

قانونگذاری ایران درباره اینکه عنصر بزه‌دیده در اخذ پاسخی مناسب مد نظر قانونگذار است، به خوبی به مواردی اشاره کرده است؛ از جمله تشدید مجازات‌هایی که آماجشان زنان و دختران و کودکان و فرتوتان هستند. با این حال باز هم جای این مسئله خالی می‌نماید که در بیشتر مواردی که افرادی با این نوع عارضه، حتی در عرصه عمومی و جمع

افراد، محدودیت های خود را ابراز می کنند، آن گونه که شایسته است جدی گرفته نمی شوند و در قالب شوخی به محدوده سلامت آنان تعرضاتی صورت می گیرد که گاه موجب آسیب های غیرقابل جبران است. این موضوعات زمانی در بطن جامعه جدی تر بررسی می شوند که قانون گذار احکام شفافی را تدوین و تصویب کند. به طور خلاصه، در یک مورد از موارد بررسی شده از این نوع بیماری ها فردی که دارای نوعی بیماری متابولیک بود در جمع دوستان خود اعلام کرد که نباید حالت تهوع پیدا کند. علی رغم این اطلاع رسانی، دوستان وی با نشان دادن تصاویری باعث به وجود آمدن این حالت برای وی شدند، غافل از اینکه این حالت در این بیماران موجب افت شدید بی کربنات خون می شود و فرد را به حالت اغما می برد. حال آیا در سیستم قضایی با مجرمی که چنین معضلی دارد، ذره ای مدارا می شود تا بتوان از اجتماعی که صد البته کمتر بر اساس قواعد عمل می کنند، بدون جرم انگاری یا تخلف شماری انتظار مدارا با این افراد را داشت؟

## کتاب نامه

قرآن کریم.

ایرانلو، محسن؛ افشار قوچانی، زهره (۱۳۹۰)، «مسئولیت ناشی از صدمه به حق عقیم سازی و سقط جنین معلول»، فصلنامه حقوق پزشکی، ش ۱۸، ص ۹۶-۷۵.

جاوید، احسان؛ نیاورانی، صابر (۱۳۹۳)، «قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین الملل حقوق بشر»، پژوهش حقوق عمومی، ش ۴۱، ص ۷۰-۴۷.

حاجی علی، فریبا (۱۳۸۳)، «سقط جنین حرمت یا جواز»، مقالات و بررسی ها، ش ۷۶، ص ۸۱-۵۵.

حر عاملی، محمد بن حسن (۱۲۸۸)، وسائل الشیعة، قم، آل البیت.

خویی، سید ابوالقاسم (۱۳۵۳ق)، منهاج الصالحین، ج ۲، تهران، مکتبه لطفی.

سوری، حمید؛ رفیعی، الهه؛ انتظامی، نرگس؛ حسنی، جلیل؛ حسینی، سیده معصومه (۱۳۹۵)، «بررسی مقایسه‌ای میزان علل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران، منطقه مدیترانه شرقی و جهان»، ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، ش ۱، ص ۸۱.

طوسی، محمد بن حسن (۱۳۹۰ق)، تهذیب الأحکام، تهران، دارالکتب الإسلامیه.

نوربخش طباطبایی، سید ناصرالدین؛ مختاری بنی، احمد؛ پیروی، محمد جواد (۱۳۹۶)، «جایگاه عسر و حرج در موارد سقط جنین»، ششمین همایش سراسری طب و قضا، قم، ص ۳۷۶-۳۸۷.

یزدی فیض آبادی، وحید؛ سیف‌الدینی، رستم؛ قندی، مرجان؛ مهرا حسنی، محمد حسین (۱۳۹۶)، «تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم»، مجله اپیدمیولوژی ایران، ش ۵، ویژه‌نامه دوره ۱۳، ص ۱۵۵-۱۶۵.

## References

The noble Quran.

- Cooper, Penny, and David Wurtzel. 2014. "Better the second time around? Department of Justice Registered Intermediaries Schemes and lessons from England and Wales." Northern Ireland Legal Quarterly, no. 65: 39.
- Garel, Nicolas, and Ridha Joobier. 2020. "Are mental disorders orphan diseases?." Journal of Psychiatry & Neuroscience 45, no. 2: 75-78.
- Hajji Ali, Fariba. 1383 Sh. "Sqit janin: ĥurmat yā jawāz." Maqālāt wa barrasīhā 37, no. 4 (February): 55-81.
- Ḥurr al-Āmilī, Muḥammad b. al-Ḥasan al-. 1388 AH. Wasā'il al-Shī'a. Qom: Al al-Bayt.
- Imran, Nazish, Irum Aamer, Muhammad Imran Sharif, Zubair Hassan Bodla, and Sadiq Naveed. 2020. "Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions." Pakistan journal of medical sciences 36, no. 5: 1106-1116.
- Iranloo, Mohsen and Zohreh Afshar Ghoochani. 1390 Sh. "Liability due to damaging the right of sterilization and abortion of Disabled Fetus." Medical Law Journal 5, no. 18: 75-96.

- Javid, Ehsan and Saber Niavarani. 2014. "The Scope of the Right to Health in International Human Rights Law." *Public Law Research* 15, no. 41 (December): 47-70.
- Khoei, Sayyid Abu al-Qasim al-. 1363 AH. *Minhāj al-ṣāliḥīn*. Tehran: Lotfi Library.
- Makarova, Ekaterina V., Ivan S. Krysanov, Tatiana P. Vasilyeva, Mikhail D. Vasiliev, and Rena A. Zinchenko. 2021. "Evaluation of orphan diseases global burden." *European Journal of Translational Myology* 31, no. 2: 1-8.
- MSSS. 2022. "Politique québécoise pour les maladies rares." Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003397>.
- Noorbakhsh Tabatabaee, Seyyed Naseroddin, Ahmad Mokhtari Bani, and Mohammad Javad Peirovi. 1396 Sh. "Jāyghāh 'usr wa ḥaraj dar mawārid siqṭ janīn." *The Sixth National Conference of Medicine and Judiciary*. Qom: 376-87.
- Powell, Martine B., Helen Skouteris, and Romana Murfett. 2008. "Children's perceptions of the role of police: a qualitative study." *International journal of police science & management* 10, no. 4: 464-73.
- Soori, Hamid, Elaheh Rafiei, Narges Entezami, Jalil Hasani, and Seyyedeh Masoumeh Hos-saini. 2016. "A Comparison Study on Rate and Causes of under 5 Years Old Deaths in Iran, Eastern Mediterranean Region and the World." *Journal of Safety Promotion and Injury Prevention* 4, no. 1 (spring): 1-8.
- The Advocate's Gateway. 2021. "Where can one find the law about vulnerable participants?" Retrieved from <https://www.theadvocatesgateway.org/case-law>.
- The Criminal Evidence (Northern Ireland) Order 1999, in force on or before 07 July 2022.
- Tūsī, Muḥammad b. al-Ḥasan al-. 1390 AH. *Tahdhīb al-aḥkām*. Tehran: Dar al-Kutub al-Islamiyya.
- Xuehai. 2001. "A brief discussion on the reorganization of neighborhood committees." Retrieved from <http://www.cqvip.com/qk/82201x/20014/1000535091.html>.
- Yazdi Feyzabadi, Vahid, Rostam Seyfaddini, Marjan Ghandi, Mohammad Hossein Mehrolhasani. 2018. "The World Health Organization's Definition of Health: A Short Review of Critiques and Necessity of a Shifting Paradigm." *Iranian Journal of Epidemiology* 5, no. 13: 155-65.