

## رویکرد اخلاقی در غربالگری HIV در زنان باردار

مریم عزیزی\*<sup>۱</sup>، پونه سالاری<sup>۲</sup>، سمیه ماهروزاده<sup>۱</sup>

### چکیده

ابتلا به ویروس HIV یکی از مسائل مطرح در دنیای امروز است. تعداد زنان مبتلا به این ویروس در سراسر جهان در حال افزایش است. نکته‌ی قابل توجه این است که اکثریت این افراد از بیماری خود بی‌اطلاع بوده و در صورت باردار شدن، احتمال انتقال ویروس به فرزندان آنان وجود دارد. در حال حاضر در بعضی از کشورها غربالگری زنان باردار از نظر ابتلا به ویروس HIV اجباری گردیده است. در کشور ایران نیز پیشنهادهای در مورد اجباری شدن یا داوطلبانه بودن چنین آزمایشی در زنان باردار ارائه شده است. در این مقاله با استفاده از رویکرد اخلاقی، به بحث در این زمینه پرداخته می‌شود.

در ابتدا با کلید واژه‌های مادر باردار، ایدز، مسائل اخلاقی و انتقال عمودی، جست‌وجو در سایت‌های مختلف نظیر Google scholar, Medline, Web of Sciences, BMC, Salamatiran انجام شده و سپس اطلاعات جمع‌آوری شده، بازننگری و تحلیل شدند.

غربالگری روتین HIV در دوره‌ی بارداری معمولاً به سختی می‌تواند با رضایت آگاهانه سازگار شود. منافع بالقوه‌ی کودکان متولد نشده و مادران آنها باید با اصل اخلاقی احترام به استقلال افراد هماهنگ شود تا مادران بتوانند داوطلبانه و با آگاهی کامل تصمیم بگیرند. غربالگری HIV در تمام زنان باردار باید همراه با مشاوره، به صورت داوطلبانه و به‌عنوان یک استاندارد مراقبتی انجام شود؛ و مشاوره قبل از آزمایش باید با ارائه اطلاعات ضروری همراه باشد.

**واژگان کلیدی:** زنان باردار، رویکرد اخلاقی، HIV، انتقال عمودی

<sup>۱</sup> پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱، طبقه چهارم. تلفن تماس: +۹۸۲۱۶۶۴۱۹۶۶۱، email: azizim@gmail.com

## مقدمه

در سال‌های نخستین کشف بیماری ایدز، گروه زیادی از محققان تصور می‌کردند این بیماری عمدتاً مردان را مبتلا می‌کند، اما شصت درصد از مبتلایان سنین بین ۱۵ تا ۲۵ ساله را در جهان زنان تشکیل می‌دهند. مرکز کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌های عفونی آمریکا در اوایل سال ۲۰۰۳ میلادی گزارش داد بیش از صد و شصت هزار نفر از زنان آمریکایی به این بیماری مبتلا هستند، و حدود شصت هزار بیمار جدید در آخرین ماه سال ۲۰۰۳ به تعداد کلی آن‌ها اضافه شده‌اند. در آمریکا تعداد زنان مبتلا به ایدز از سال ۱۹۸۵ تا سال ۲۰۰۲ میلادی از هفت درصد به بیست و شش درصد افزایش یافته است. زنان نسبت به مردان ۲/۱ مرتبه آمادگی بیشتری برای ابتلا به این عفونت ویروسی دارند (۱). طبق گزارش سال ۲۰۰۷ سازمان بهداشت جهانی، تعداد افراد مبتلا به ویروس HIV در سراسر جهان ۳۳ میلیون نفر بوده است. از این تعداد، ۱۵/۵ میلیون نفر را زنان تشکیل داده‌اند. تعداد موارد جدید تشخیص HIV در سال ۲۰۰۷، ۲/۷ میلیون نفر و تعداد موارد مرگ ناشی از ابتلا به این ویروس در همین سال، ۲ میلیون نفر بوده است (۲). در گزارش ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی، در ایران شیوع ویروس HIV در کل جمعیت بزرگسالان ۱۵-۴۹ ساله زن و مرد در سال ۲۰۰۷، ۰/۲ درصد تخمین زده می‌شود که نسبت به سال ۲۰۰۱ دو برابر شده است و ۱۸/۸ درصد این افراد به‌واسطه‌ی تزریق مواد مخدر به ویروس HIV مبتلا شده‌اند. بنابراین، سایر مبتلایان از روش‌های دیگری به این بیماری مبتلا شده‌اند، از جمله انتقال عمودی از مادر به جنین (۳). بر اساس گزارش دیگری از سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۷ در ایران تعداد زنان باردار مبتلا به ویروس HIV که برای پیش‌گیری از انتقال به کودک به درمان ضد ویروس نیاز داشته‌اند، ۱۳۰۰ نفر بوده است که فقط دو درصد از این تعداد، درمان ضد ویروس را دریافت کرده‌اند (۴). بنابراین، به‌نظر می‌رسد که توجه

بیش‌تر به این دسته از افراد اجتماع و غربالگری مادران باردار علاوه بر پیش‌گیری از انتقال عمودی، شرایط مناسب جهت تشخیص و درمان عفونت را در مادر فراهم آورده و در مجموع خطر انتقال بیماری کاهش می‌یابد.

## روش کار

برای بررسی همه‌جانبه‌ی غربالگری در مادران باردار و جمع‌آوری اطلاعات، با کلید واژه‌های بارداری، زنان باردار، HIV, pregnancy, ethics, informed consent، جست‌وجو در سایت‌های مختلف مانند Google Scholar, Medline, BMC, Salamatiran, Web of Sciences، و اطلاعات جمع‌آوری شده بازنگری و تحلیل شدند.

## انتقال عمودی HIV از مادر به جنین

احتمال انتقال عفونت HIV از مادر درمان نشده به جنین وی، ۱۵ تا ۴۰ درصد است (۵). درمان مناسب زن باردار مبتلا به HIV در تمام طول بارداری و حین زایمان و درمان نوزاد تا شش هفته پس از تولد، میزان انتقال عمودی (از مادر به جنین) کاهش یافته و به حد ۱ درصد می‌رسد (۶). مهم‌ترین مرحله در پیش‌گیری از انتقال عمودی HIV، تشخیص HIV در زن باردار است، زیرا بیش‌تر موارد انتقال در زنانی رخ می‌دهد که غربالگری نشده‌اند. تشخیص HIV در بارداری فرصتی به زنان می‌دهد تا مشاوره در مورد انتخاب‌های درمانی حین بارداری، برای آنان انجام شود (۷). به‌دنبال گسترش مداخلاتی که می‌توانند میزان انتقال ویروس HIV از مادر به کودک را به‌طور موثری کاهش دهند، غربالگری HIV در دوران بارداری تبدیل به یک بخش ضروری در پیش‌گیری از این بیماری شده است (۸)؛ چرا که فرصتی ارزشمند برای پیش‌گیری از انتقال ویروس به کودک است. هم‌چنین امکان درمان مادر مبتلا به ویروس HIV نیز فراهم شده و احتمال انتقال آن به دیگران کاهش می‌یابد. غربالگری باید در اوایل بارداری انجام شود تا زمان لازم برای تصمیم‌گیری وجود داشته باشد. در مورد زنانی که خود یا همسرانشان به

۲۰۰۲ (۱۷). در سال ۲۰۰۱، تعداد کودکان متولدشده از مادران مبتلا به عفونت HIV، افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت (۵۶۱ کودک)، اما میزان تشخیص عفونت در مادر و درمان مادر نیز افزایش یافت، به طوری که تعداد کودکان در معرض قرار گرفته که آلوده می‌شدند، کاهش قابل توجهی نشان داد (۹). طبق آمار به‌دست آمده (۱۸، ۹)، صد کودک از ابتلا به عفونت HIV نجات یافتند. این آمار، انگیزه‌ای قوی برای ادامه‌ی برنامه‌های غربالگری است؛ چنین برنامه‌هایی می‌توانند از بار عاطفی، جسمی و عملی که بر دوش کودکان مبتلا به HIV و خانواده‌های آن‌ها قرار دارد، بکاهند (۱۹)، و منابع پزشکی، اقتصادی و اجتماعی را به‌سوی آنان هدایت کنند. علی‌رغم بهبود آمارها، مشخص شد که در پایان سال ۲۰۰۲، اهداف کاملاً تحقق نیافته‌اند (۹). بنابراین، در سال ۲۰۰۳ در انگلستان بر خط مشی فعلی که برای تمام زنان باردار باید غربالگری بیماری‌های عفونی از جمله HIV انجام شود و این غربالگری باید بخشی تفکیک‌ناپذیر از مراقبت پیش از تولد باشد، تأکید گردید (۲۰).

#### رویکردهای متفاوت در غربالگری

غربالگری HIV در دوره‌ی بارداری به شیوه‌های مختلف انجام می‌شود. این شیوه‌ها متنوع هستند، از آزمایش اجباری با اطلاع به مادر (رویکرد opt-out)، تا غربالگری اختیاری برای تمام زنان و تشویق به غربالگری و ارائه‌ی اطلاعات کافی به مادر در خصوص در دسترس بودن چنین آزمایشی (۲۱).

در حال حاضر، غربالگری HIV در بارداری در کانادا داوطلبانه است. استفاده از غربالگری اجباری می‌تواند بر توانایی انتخاب آگاهانه تأثیر گذاشته و باعث شود بعضی از مادران، از دریافت مراقبت دوره‌ای بارداری اجتناب کنند (۱۲). اگر پیشنهاد انجام آزمایش به نحو مناسب ارائه شود، میزان انجام آن افزایش می‌یابد (۲۲). رویکرد opt-in<sup>3</sup> در

رفتارهای پرخطر ادامه می‌دهند، غربالگری باید مجدداً تکرار شود (۷). در سال ۱۹۹۴، یک کارآزمایی بالینی نشان داد که درمان پره‌ناتال ضد رتروویروس با زیدوودین، انتقال عمودی ویروس HIV را از ۲۵ درصد به ۸ درصد می‌رساند (۹). سایر اقدامات، مثل سزارین انتخابی (۱۰)، اجتناب از تغذیه‌ی نوزاد با شیر مادر (۹)، درمان دارویی دقیق و درمان ترکیبی ضد رتروویروس، انتقال ویروس HIV را تا حدود ۲ درصد کاهش می‌دهند (۱۱). به‌عبارت دیگر، انتقال عفونت HIV به شیوه‌ی عمودی، وضعیتی قابل پیش‌گیری است؛ و زنان نیز نقش مهمی در تشخیص زودرس و کنترل علایم عفونت دارند (۹).

#### گروه مورد نظر در غربالگری

انجام آزمایش در گروه خاصی از زنان که تصور می‌شود در معرض خطر بیش‌تری برای عفونت هستند، باعث می‌شود بخش عمده‌ای از زنان HIV مثبت شناسایی نشوند (۱۲)؛ زیرا در مورد بعضی از زنان مبتلا، تصور نمی‌شود که در معرض خطر باشند (نه خود آنان چنین تصویری دارند و نه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی). با اجرای غربالگری روتین، میزان تشخیص در افراد مبتلا افزایش یافته و با درمان مناسب، میزان انتقال عمودی کاهش می‌یابد. در صورت وجود خط‌مشی کلی (انجام غربالگری به‌صورت روتین)، احتمال تجویز آزمایش توسط پزشک افزایش خواهد یافت (۱۳). تعجب‌آور نیست اگر گفته شود غربالگری قبل از زایمان، تبدیل به یک اولویت بهداشت عمومی در انگلستان و سایر کشورها شده است. در سال ۱۹۹۹، در انگلستان حدود ۳۸۰ کودک از مادران مبتلا به عفونت HIV متولد شدند (۱۴)، و بیش از ۷۰ درصد از این مادران، از وضعیت خود بی‌اطلاع بودند (۱۵). در چنین شرایطی، دولت انگلستان توصیه کرد آزمایش HIV به‌صورت بخشی روتین و معمول از مراقبت دوران بارداری، برای زنان باردار انجام شود (۱۶). اهداف چنین طرحی عبارت بودند از: افزایش موارد انجام آزمایش HIV تا ۹۰ درصد و تشخیص تا ۸۰ درصد تا انتهای سال

<sup>3</sup> انجام غربالگری HIV در زنان باردار در صورت تمایل مادربه انجام آن و بعد از انجام مشاوره.

اقدامات تشخیصی و درمانی لازم اقدام کنند (۲۶).

#### بحث

از دیدگاه فایده‌گرایانه در سلامت عمومی، یک نگرانی مهم این است که گروهی کوچک اما قابل توجه، از انجام غربالگری امتناع می‌کنند، به این ترتیب، افراد بیش‌تری به عفونت HIV آلوده می‌شوند. از دیدگاه اخلاقی دیگری، براساس احترام به افراد و نه فقط رفتار با آنان مانند یک وسیله، این نگرانی وجود دارد که چنین الزام قوی و مبتنی بر هدف برای افزایش میزان آزمایش HIV، می‌تواند احترام به اتونومی را از بین ببرد؛ به طوری که زنان نقش خود را به‌عنوان فردی که با اراده‌ی خود انجام مداخله را پذیرفته است، به‌خوبی ایفا نکنند. تحقیقات قبلی نشان داده‌اند علت اصلی امتناع زنان باردار از انجام آزمایش روتین HIV، این است که تصور می‌کنند عفونت HIV، خطر اندکی دارد (۲۷). لذا لازم به‌نظر می‌رسد انجام آزمایش HIV در مادران باردار از جوانب گوناگون نظیر کسب رضایت آگاهانه، داوطلبانه یا اجباری بودن آن، صلاحیت مادر در تصمیم‌گیری، لزوم ارائه‌ی اطلاعات کافی به مادر و ارزیابی منافع و مضرات انجام آزمایش بررسی شود.

#### رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه فرایندی است که افراد را قادر می‌سازد به‌طور داوطلبانه، مداخله‌ی درمانی را بپذیرند؛ و اطمینان حاصل شده که به اتونومی این افراد احترام گذاشته شده است. رضایت آگاهانه چیزی فراتر از گرفتن امضاء یا اثر انگشت در یک سند مکتوب برای فراهم آوردن سندی قانونی برای نیازهای آینده است. امضاء کردن سند رضایت، شروع یک فرایند ارادی بین گروه درمان و افرادی است که انجام مداخله را پذیرفته‌اند و به آنان امکان تصمیم‌گیری در مورد ادامه‌ی مداخله را می‌دهد. انتظار می‌رود که در صورت پدید آمدن اطلاعات جدید، این فرایند نیز بازنگری شود تا اطمینان حاصل شود که قبل، حین و بعد از مداخله، فرصت پرسیدن سؤالات و بیان نگرانی‌ها به افراد داده شده است. بنابراین، این

غربالگری، مستلزم این است که یک جلسه‌ی کامل مشاوره قبل از انجام آزمایش برای زن باردار انجام شود و از وی رضایت آگاهانه به‌صورت شفاهی یا کتبی گرفته شود (۲۳). معمولاً بین کیفیت و کمیت مشاوره و میزان پذیرش آزمایش توسط زن باردار، رابطه وجود دارد (۱۲). رویکرد opt - out<sup>4</sup> مستلزم این است که به تمام زنان باردار گفته شود انجام آزمایش، روتین است و انجام خواهد شد، البته آن‌ها این حق را دارند که از انجام آزمایش امتناع کنند (۲۴). اطلاع مادران از این مسأله که غربالگری به‌صورت روتین و برای تمام زنان باردار انجام می‌شود، نیاز به مشاوره‌ی گسترده و کامل قبل از آزمایش را کاهش می‌دهد. در این رویکرد، موضوعات روان‌شناختی - اجتماعی و اخلاقی وجود دارند که باید در نظر گرفته شوند و ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بهداشتی باید حتماً خطرات و منافع آزمایش و داشتن حق امتناع از آن را به زن باردار اطلاع دهد. در عین حال، ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بهداشتی می‌تواند به مادر اطمینان دهد در صورت مثبت بودن نتیجه‌ی آزمایش HIV، خدمات مشاوره برای وی در دسترس است (۷).

#### غربالگری HIV در زنان باردار ایرانی

در حال حاضر بر اساس آمارهای منتشر شده در ایران نسبت مبتلایان زن و مرد در مقایسه با گذشته تغییر محسوسی نداشته است و هم‌چنان مردان ۹۵ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دهند (۲۵). در ایران، ۷۰ درصد زنان آلوده به ویروس HIV از طریق تماس جنسی مبتلا می‌شوند (۱).

طبق گفته‌ی دکتر مینو محرز، رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران، با وجود این‌که جمعیت زنان مبتلا به این بیماری سالانه در کشور رو به افزایش است، اجرای طرح غربالگری در حال حاضر در ایران توصیه نمی‌شود. اما افرادی که رفتارهای پرخطر دارند می‌بایست خودآگاهانه برای انجام مشاوره و

<sup>4</sup> انجام غربالگری HIV به‌صورت اجباری برای تمام زنان باردار بدون انجام مشاوره فرد به فرد، البته با اخذ رضایت آگاهانه، و مادر حق امتناع از آزمایش را نیز دارد.

داده‌اند روتین ساختن مداخلات حرفه‌ای می‌تواند آگاهی از موضوعات اخلاقی و نیز انعطاف‌پذیری در تصمیم‌گیری را کاهش دهد. البته این بحث نیز وجود دارد که آیا این خط‌مشی که آزمایش به‌صورت روتین انجام شود، با رضایت آگاهانه‌ی صحیح سازگار است یا خیر؟ همان‌طور که لائوتوس<sup>۷</sup> خاطر نشان کرده است، فعالیت‌های خودکار و عاداتی ممکن است بیش‌تر از فعالیت‌های ارادی و آگاهانه نشان‌دهنده‌ی ماهیت اخلاقی ما باشند، بنابراین در علم اخلاق، باید توجه ویژه‌ای به این‌گونه اعمال شود (۹).

#### داوطلبانه بودن انجام آزمایش

داوطلبانه بودن مستلزم آزادی از فریب، دروغ و نیز اجبار است. در این وضعیت، اجبار ممکن است خاموش و غیرمستقیم باشد، و معمولاً از طریق علایم کلامی و غیر کلامی، انتقال می‌یابد (۲۹). اگر یک فرد شاغل در خدمات سلامت مداخله‌ای را توصیه کند، این مشکل زن باردار است اگر نخواهد آن را انجام دهد و باید امتناع خود را توجیه کند. بخش عمده‌ای از زنان ممکن است تصور کنند می‌توانند از مداخله امتناع کنند، اما زنانی که از اقلیت‌های نژادی هستند، ممکن است امتناع از آزمایش و تطابق با نتیجه‌ی مثبت را مشکل بدانند که نشان‌دهنده‌ی نیاز به رویکردهای مبتنی بر فرهنگ<sup>۸</sup> در آزمایشات دوره‌ای بارداری است (۹). اجباری بودن آزمایش، پیامدهای خاص خود را به همراه خواهد داشت. ممکن است بعضی از زنان باردار به علت نگرانی از مثبت بودن نتیجه‌ی آزمایش، در جست‌وجوی دریافت مراقبت دوران بارداری نروند. نگرانی‌های آن‌ها می‌تواند شامل ترس از مرگ، از دست دادن خانواده، شغل یا هر دو، ترس از قرار گرفتن در معرض خشونت خانوادگی، مشکلات مالی و ننگ اجتماعی باشد. پس اجباری بودن آزمایش می‌تواند باعث کاهش تعداد مادرانی شود که به مراقبت دوران بارداری نیاز دارند، به‌ویژه در مورد افرادی که متعلق به جمعیت‌های در

فرایند نه یک جلسه ارائه‌ی اطلاعات، بلکه فرایندی مداوم و تعاملی است (۲۸).

فرایند کسب رضایت برای مداخله‌ی مراقبت سلامت، نشان‌دهنده‌ی احترام به افراد و تأییدکننده‌ی این فرض است که هر فرد مستقل بهترین کسی است که می‌تواند علایق و منافع خود را به بهترین صورت مشخص کند. باید یک ارتباط پویا وجود داشته باشد تا درک به وجود آید و باورها و نگرانی‌ها مشخص شود. اگر به‌نظر برسد رفتار زن باردار در جهتی است که تهدیدکننده‌ی ایمنی و منافع جنین آسیب‌پذیر است، ممکن است فرد شاغل در خدمات مراقبت سلامتی، بین وظیفه در احترام به اتونومی زن باردار و وظیفه برای حفظ منافع جنین، احساس تضاد کند. در فرایند توافق برای کسب رضایت، چهار جزء باید در نظر گرفته شود: داوطلبانه بودن، صلاحیت، آگاهی و تصمیم‌گیری (۹).

همان‌طور که اونورا اونیل<sup>۵</sup> گفته است رضایت آگاهانه‌ی کامل ممکن است نه قابل تعریف و نه قابل دسترسی باشد، اما می‌توان طبق نظر رانار گیلون<sup>۶</sup> انتظار داشت اطلاعات کافی ارائه شود. حداقل اطلاعاتی که ارائه می‌شود می‌تواند شامل مواردی از جمله علت انجام آزمایش، کاهش قابل توجه در میزان انتقال عمودی و درمان در موارد مثبت بودن آزمایش است (۹). چرا رضایت به‌ندرت می‌تواند استانداردهای تدوین شده‌ی حرفه‌ای را برآورده سازد؟ پاسخ ممکن است در زمینه‌ای باشد که تصمیمات در آن گرفته می‌شود. در ملاحظات از پیش تعیین‌شده، اطلاعات پیچیده به افراد داده شده و از آنان خواسته می‌شود در یک محدوده‌ی زمانی مشخص تصمیم‌گیری کنند. آزمایشات متعدد و نبود زمان کافی می‌تواند ارتباط را مختل کرده و در کاهش اعتبار رضایت نقش داشته باشد. آزمایش روتین HIV و تحمیل اهداف می‌تواند فشار بیش‌تری هم بر کارکنان مراقبت بهداشتی و هم بر زن باردار وارد کند. مطالعات تجربی نشان

<sup>7</sup> Lautos

<sup>8</sup> Culturally Sensitive

<sup>5</sup> Onora O'Neil

<sup>6</sup> Raanar Gillon

معرض خطر هستند. مسأله‌ی دیگر این است که اجباری بودن آزمایش نوعی تهاجم و زیر پا گذاشتن اتونومی زن باردار و حق تصمیم‌گیری وی در مورد مراقبت و درمان است و ممکن است حقوق زن باردار فدای حفظ جان فرزند وی شود. مطالعاتی که در ایالات متحده انجام شده‌اند، نشان می‌دهند اگر آزمایش HIV به صورت داوطلبانه و با پذیرش بالا انجام شود، فواید اجباری بودن آن به حداقل خواهند رسید (۳۰).

### صلاحیت تصمیم‌گیری

با این که منطقی است تصور کنیم تمام زنانی که در درمانگاه‌های مراقبت دوران بارداری حضور می‌یابند، صلاحیت دارند، اما بعضی از آنان ممکن است آنچه را که به آن‌ها گفته می‌شود به خوبی درک نکنند، که می‌تواند ناشی از ضعف مهارت‌های ارتباطی در گوینده (اطلاع دهنده)، یا مانع زبانی باشد. دراپر<sup>۹</sup> خاطر نشان می‌کند تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین تصمیم‌گیری و پذیرفتن (تسلیم شدن) وجود دارد. تصمیم‌گیری (مرحله‌ی نهایی در فرایند رضایت) یک فرایند انعکاسی و هشیارانه در نظر گرفته می‌شود، در حالی که پذیرفتن توافق بدون انعکاس است، یعنی یک فرایند خودکار (اتوماتیک). یک جنبه‌ی برجسته از پاسخ‌های پذیرندگان، فقدان رفتار ارادی است که اکثر زنان آن را نشان می‌دهند (۹).

### دیدگاه فایده‌گرایی، خطرات و منافع

مؤسسه‌ی نشریه‌ی سلامتی<sup>۱۰</sup> در انگلستان در مورد آزمایش HIV در بارداری عقیده دارد تمام کودکان از این آزمایش سود می‌برند و از آن تحت عنوان «بهبتر برای کودک» نام می‌برد (۲۹). پیام زمینه‌ای این است که برای کودک، انجام ندادن آزمایش، از انجام دادن آن بدتر است. ضمناً عدم تعادل قدرت بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی و بیمار، اجبار در انجام آزمایش را افزایش می‌دهد (۹).

منافع زنان آلوده به HIV و فرزندان متولد نشده‌ی آن‌ها، بر هرگونه آسیب که ممکن است در اثر کوتاهی در احترام به

اتونومی زن باردار ایجاد شود، برتری دارد. اما این موضوع اخلاقی باید به صورت تدریجی و روشن بیان شود، نه این که در زیر داده‌های اپیدمیولوژیک پنهان شود. ممکن است تمام زنان، درمان‌ها و مداخلات توصیه‌شده برای کاهش خطر را نپذیرند، بعضی از این درمان‌ها و مداخلات ممکن است عوارض جانبی نامطلوب یا خطرناک داشته باشند یا ممکن است میزان نارس بودن جنین را افزایش دهند. در انگلستان، زنان باردار HIV مثبت می‌توانند از نظر قانونی از درمان پیش از تولد امتناع کنند، اما بی‌شک خود را در شرایطی خواهند یافت که فشار قابل ملاحظه‌ای بر آنان وارد می‌شود تا درمان را بپذیرند. بعد از تولد کودک، اگر مادر وی را با شیر خود تغذیه کند یا اجازه ندهد آزمایش HIV برای کودک انجام شود، احتمالاً به مددکار اجتماعی ارجاع شده و تصمیم‌گیری توسط دادگاه صورت می‌گیرد. در فرهنگ‌هایی که تغذیه نوزاد با شیر مادر، یک هنجار است، اجتناب از این کار مشکل است (۹). ضمناً امکان ایجاد ننگ اجتماعی برای مادر و طرد وی از خانواده، هم‌تایان و جامعه وجود دارد. خشونت از سوی همسر و ترک زن توسط وی، یک تهدید جدی برای چنین زنانی است (۳۱). به نظر می‌رسد درمان ضد رتروویروس، از نظر علمی برای کودکان آلوده نشده بی‌خطر است، اما در مورد پیامدهای طولانی مدت، تردیدهایی وجود دارد (۳۲).

از طرف دیگر اگر آزمایش به صورت روتین برای تمام زنان باردار انجام شود، ننگ اجتماعی آن کاهش خواهد یافت و در این صورت زنانی که از انجام آزمایش امتناع کنند، در اقلیت خواهند بود (۳۳).

از دیدگاه اقتصادی نیز حتی در جمعیت‌هایی با شیوع کم بیماری، غربالگری HIV مقرون به صرفه است (۷).

### نتیجه‌گیری

پیش از آزمایش باید اطلاعات ضروری به صورت مشاوره در اختیار زنان باردار قرار گیرد. آزمایش روتین HIV در دوره‌ی بارداری به‌سختی می‌تواند با رضایت آگاهانه سازگار شود. منافع بالقوه برای کودکان متولد نشده و مادران آن‌ها باید

<sup>9</sup> Draper

<sup>10</sup> Health leaflet

<sup>11</sup> Better for Baby

- با اصل اساسی احترام به استقلال افراد، به دقت هماهنگ شود تا آنان بتوانند تصمیمات داوطلبانه و آگاهانه بگیرند (۱۲). بر اساس موارد مطرح شده در این نوشتار و لزوم در نظر گرفتن این جوانب به همراه احتمال افزایش مبتلایان به ایدز در سالهای آتی می‌توان با در نظر گرفتن موارد زیر تصمیماتی جدی‌تر و عملی‌تر گرفت تا جامعه از آلودگی بیش‌تر مصون بماند:
- غربالگری HIV در تمام زنان باردار باید همراه با مشاوره انجام شود. این آزمایش باید داوطلبانه باشد. غربالگری باید به‌عنوان یک استاندارد مراقبتی در نظر گرفته شود، البته به زنان باردار باید در مورد خط‌مشی انجام آزمایش، خطرات و منافع آن و حق امتناع از آزمایش آگاهی داده شود. نباید بدون اطلاع زن باردار آزمایش را انجام داد.
  - زنانی که انجام غربالگری را نمی‌پذیرند، هم‌چنان دارای نگرانی‌ها و مسائلی هستند که باید در مورد آنها صحبت شده و مراقبت مطلوب دوره‌ی بارداری به آنان ارائه شود (۱۲).
- در مراقبت بر محور زن باردار، باید حمایت کامل از حق وی در تصمیم‌گیری و تصمیمات وی صورت گیرد (۳۴).
- بحث‌های باز با زن باردار در مورد نگرانی‌های وی و دلایلش برای نپذیرفتن آزمایش، می‌تواند به افزایش درک بیمار از آزمایش و ایجاد اعتماد کمک کرده و باعث شود زن باردار با انجام آزمایش در آینده موافقت کند. در مورد زنانی که از انجام آزمایش امتناع می‌کنند، باید مراقبت دوره‌ای بارداری استاندارد ادامه یابد (۱۲).
- اطمینان بخشیدن به زنان باردار که نتایج آزمایشات بخشی از اسرار پزشکی آنها بوده و جز با رضایت آنان، در اختیار دیگران قرار نخواهد گرفت، اهمیت ویژه‌ای داشته و باید اقدامات لازم در این خصوص صورت گیرد.
- با توجه به بافت فرهنگی مذهبی ایران و در نظر گرفتن مسائل شرعی در این زمینه، ارائه‌ی اطلاعات از طریق رسانه‌های جمعی و فراهم نمودن بستر مناسب برای انجام داوطلبانه‌ی این آزمایش ضروری به نظر می‌رسد. با این روش می‌توان به انجام روتین آزمایش HIV در سالهای آتی امیدوار بود.

منابع:

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH\\_4084746](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH_4084746) (accessed on 2008).

15- Bennett R. Routine antenatal HIV testing and informed consent: an unworkable marriage? *J Med Ethics* 2007; 33:446-8.

16- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55 (RR-14):1-17.

17- Anonymous. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institute of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52(RR-12): 1-24.

18- Duong T, Ades AE, Gibb DM, Tookey PA, Masters J. Vertical transmission rates for HIV in the British Isles: estimates based on surveillance data. *BMJ* 1999; 319:1227-9.

19- Anonymous. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). What is the impact of HIV on families? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/ImpactFamilies/20051109\\_9](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/ImpactFamilies/20051109_9) (accessed on Dec 2008).

20- Anonymous. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE clinical guideline 62 Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK). 2008 [www.nice.org.uk/CG062](http://www.nice.org.uk/CG062) (accessed on Dec 2008).

21- Anonymous. Public health agency of the Canada. Prenatal Transmission of HIV. *HIV/AIDS Epi Updates* April 2003 [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/pdf/epiact\\_0403\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/pdf/epiact_0403_e.pdf) (accessed on Dec 2008)

22- Gibb DM. Antenatal screening for HIV infection. *AIDS Patient Care STDs* 2000; 14(3): 125-31.

23- Shrim A, Garcia-Bournissen F, Murphy K, Koren G, Farine D. When pregnant women are not screened for HIV. *Can Fam Physician* 2007; 53(10): 1663-5.

24- O'Connor KS, MacDonald SE. Aiming for zero: preventing mother-to-child transmission of HIV. *CMAJ* 2002; 166(7): 909-10.

۲۵- معتمدی هروی م. ایدز، بالای قرن بیست و یکم

<http://aids.pib.ir> (accessed on Dec 2008)

۲۶- محرز م. ایدز یک انگ اجتماعی نیست.

<http://www.newsirani.com/show.php?id=2547&cat=13> (accessed on Dec 2008)

۱-آزاده ح. ایدز در زنان و مادران باردار

<http://www.iranhealers.com/modules.php?name=Sections&op=viewarticle&artid=223> (accessed on Dec 2008)

2- Anonymous. Global Summary of the AIDS Epidemic.

<http://www.who.int/hiv/data/en/> (accessed on: Dec 2008)

3-Anonymous. HIV and AIDS Country Estimates and Data, 2001 and 2007.

<http://www.who.int/hiv/data/en/> (accessed on Dec 2008).

4- Anonymous. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. (Islamic Republic of Iran).

<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/index.html> (accessed on Dec 2008).

5- Mofenson LM, McIntyre JA. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet* 2000; 355( 9222): 2237 - 44.

6- Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA*. 2002; 288(2):189-98.

7- Walmsley S. Opt in or opt out: What is optimal for prenatal screening for HIV infection? *CMAJ* 2003; 168(6): 707-8.

8- Dorval V, Ritchie K, Gruslin A. Screening HIV in pregnancy: a survey of prenatal care patients. *Can J Public Health* 2007; 98(5): 397-82.

9- de Zulueta P, Boulton M. Routine antenatal HIV testing: the responses and perceptions of pregnant women and the viability of informed consent. A qualitative study. *J Med Ethics* 2007; 33(6):329-36.

10 - Read JS. Preventing mother to child transmission of HIV: the role of caesarean section. *Sex Transm Infect* 2000; 76(4): 231-2

11- Mandelbrot L, Landreau-Mascaro A, Rekacewicz C, et al. Lamivudine-zidovudine combination for prevention of maternal-infant transmission of HIV-1. *JAMA* 2001; 285: 2083-5.

12-Keenan-Lindsay L, Yudin MH, Boucher M, et al. HIV screening in pregnancy. *J Obstet Gynecol Can* 2006; 28(12): 1103-12.

13- O'Connor KS, MacDonald S, Hartling L, et al. The influence of prevalence and policy on the likelihood that a physician will offer HIV screening in pregnancy. *Can J Public Health* 2002; 93(1):31-5.

14- Troop P. Prevalence of HIV and hepatitis infections in the UK 1999: unlinked anonymous surveys.



31- Anonymous. Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda. [http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=192308&TN=Popline&AC=QBE\\_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay](http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=192308&TN=Popline&AC=QBE_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay) (accessed on Dec 2008)

32- Foster C, Lyall H. HIV and mitochondrial toxicity in children. *J Antimicrob Chemother* 2008; 61(1): 8-12.

33- Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates. *CMAJ* 2003; 168(6):679-82.

34- Sherr L, Bergenstrom A, Hudson CN. Consent and antenatal HIV testing: the limits of choice and issues of consent in HIV and AIDS. *AIDS Care* 2000; 12:307-12.

27- Nakchbandi IA, Longenecker JC, Ricksecker MA, Latta RA, Heaton C, Smith DG. A decision analysis of mandatory compared with voluntary HIV testing in pregnant women. *Ann Intern Med* 1998; 128:760-7.

28- Oduro AR, Aborigo RA, Amugsi D, et al. Understanding and retention of the informed consent process among parents in rural northern Ghana. *BMC Med Ethics* 2008, 9: 12.

29- Oldenettel D, Dye TD, Artal R. Prenatal HIV screening in pregnant women: a medical- legal review. *Birth* 1997; 24(3):165-72.

30- Aynalem G, Kerndt P, Hawkins K. Routine prenatal HIV testing as a standard of care. <http://virtualmentor.ama-assn.org/2004/12/msoc1-0412.html>(accessed on Dec 2008)

