

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۲ / دکتر محمود عباسی

حقوق بهداشتی و چالش‌های نوین زیست‌پزشکی

فهرست مطالب

۲۹۴۹.....	اهداف درس
۲۹۴۹.....	مقدمه
۲۹۵۰.....	بخش اول : حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی
۲۹۵۱.....	۱- حق مراقبت بهداشتی
۲۹۵۳.....	۲- مسائل جمعیت شناختی و اجتماعی
۲۹۵۵.....	۳- تغییر نگرش‌های اجتماعی
۲۹۵۶.....	۴- بیماری‌های آمیزشی و واگیر دار
۲۹۵۸.....	۵- حق درمان برابر
۲۹۵۹.....	بخش دوم: آثار و پیامدهای حقوقی انتقال بیماری از طریق تماس جنسی
۲۹۵۹.....	۱- رعایت موازین اخلاقی
۲۹۶۱.....	۲- اصول بنیادین حقوق بشر
۲۹۶۲.....	۳- تعهدات مدنی
۲۹۶۴.....	۴- چگونگی جبران خسارت
۲۹۶۵.....	۵- بررسی مسئولیت کیفری
۲۹۶۷.....	نتیجه
۲۹۶۹.....	قدردانی
۲۹۶۹.....	منابع

حقوق بهداشتی و چالش‌های نوین زیست‌پزشکی

Health Rights and New Biomedical Challenges

دکتر محمود عباسی

مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- ضمن آشنایی با واژگان حقوق و قانون، آن را تعریف و ضرورت وجود آن را توضیح دهد
- علل نیاز به قوانین زیست‌پزشکی را شرح دهد
- راه‌های به رسمیت شناختن حقوق بهداشتی مبتلایان به HIV/AIDS را نام ببرد
- لزوم حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی را توضیح دهد
- آثار حقوقی و کیفری ناشی از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی را بیان کند
- تغییر نگرش‌های اجتماعی در زمینه مسائل زیست‌پزشکی را شرح دهد
- حق برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی را توضیح دهد.

مقدمه

پیشرفت دانش بشری در چند دهه اخیر، خصوصاً تحول علم و فناوری‌های نوین زیست‌پزشکی و روند تکاملی آن موجب دگرگونی چشمگیری در تمام شئون زندگی اجتماعی شده است. در پرتو فناوری‌های جدید، شیوه‌های نوینی در رشته‌های مختلف به وجود آمده است که نه تنها از جنبه نظری و تئوری بلکه از دیدگاه تجربی و عملی و حتی سیاست‌های اداری نیز دچار تحولی ژرف شده‌اند؛ به گونه‌ای که قوانین و مقرراتی که تا پیش از این در همه جا قابل قبول بوده است، در حال حاضر پاسخگوی نیازهای کنونی جوامع نیست.

پزشکی به عنوان علمی که همواره در حال زایش و نو شدن است و هر روز شاهد پیشرفت و گسترش آن خصوصاً در ابعاد مختلف علمی هستیم مسلماً قوانین و مقرراتی متناسب با پیشرفت‌ها و نیازهای جوامع را می‌طلبد. در هر صورت قانون، معیار سنجش درستی و نادرستی اعمال و رفتاری است که افراد در حین انجام وظیفه انجام می‌دهند و زندگی حرفه‌ای با مجموعه‌ای از قوانین و مقررات، به هم آمیخته است. از طرفی در کنار این فناوری‌های

نوین و پیشرفت‌های اخیر، پدیده‌های نوظهوری به وقوع پیوسته که بشر را با چالشی‌های جدیدی مواجه ساخته است که از جمله می‌توان گفت: در حوزه علوم بهداشتی انتقال بیماری‌های آمیزشی و سایر بیماری‌های عفونی، خصوصاً ایدز* و هپاتیت در یکی دو دهه اخیر شیوع بسیاری یافته و بشر را با چالشی بزرگ مواجه ساخته و ذهن اندیشمندان مختلف حوزه‌های فلسفی، مذهبی، اخلاقی، حقوقی، سیاسی، پزشکی، روانشناسی و... را به خود معطوف داشته است. مسلماً جامعه در قبال این‌گونه پدیده‌ها واکنش نشان داده و در جستجوی راهی جهت برون‌رفت از بحران‌ها و پیامدهای ناشی از این‌گونه پدیده‌ها است. متأسفانه ما همانند بسیاری از کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای آسیایی و آفریقایی که شاهد شیوع و گسترش روزافزون این‌گونه بیماری‌ها هستند با موضعی انفعالی در قبال آن، نه‌تنها راهی جهت برون‌رفت از آثار و نتایج زیان‌بار آن نیافته‌ایم که جامعه خود را از حداقل‌های مبارزه با این پدیده که همانا آموزش و پیشگیری است محروم ساخته‌ایم. یکی از علل اساسی گسترش و شیوع این پدیده در جامعه ما را باید در نادیده انگاشتن حقوق مبتلایان به این‌گونه بیماری‌ها دانست. تعهدات متقابل فرد و اجتماع، ایجاب می‌کند تا جامعه حقوق افراد آلوده به این‌گونه بیماری‌ها را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قانونی قرار دهد. این پژوهش با نگاهی مقارنه‌ای و تطبیقی به مطالعه حقوق بهداشتی و چالش‌های نوین زیست‌پزشکی می‌پردازد و مشتمل بر دو بخش است که در بخش اول، حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی، مورد مطالعه قرار می‌گیرد و آثار حقوقی و کیفری ناشی از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی، موضوع بخش دوم پژوهش است که با تأکید بر مطالعه موضوع در کشورهای اروپایی خصوصاً در زمینه بیماری‌های واگیر، آن را با نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادهایی به پایان می‌برد.

بخش اول: حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی

حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی از جمله مواردی است که اعلامیه جهانی حقوق بشر بر آن تأکید نموده^۱ و اهمیت آن تا حدی است که قوانین اساسی غالب کشورها آن را مورد توجه قرار داده‌اند. مقدمه قانون اساسی جمهوری اسلامی، خانواده را واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان برشمرده و توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده که زمینه‌ساز اصلی حرکت تکاملی و رشد یابنده انسان است را اصلی بنیادین تلقی نموده و فراهم کردن امکانات جهت نیل به این مقصود را از وظایف حکومت اسلامی بر شمرده است. هم‌چنین اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را حقی همگانی برشمرده و دولت را مکلف نموده است که طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور، تأمین نماید.^۲

تعهدات متقابل فرد و اجتماع و جامعه و دولت، ایجاب می‌کند تا جامعه و دولت حقوق افراد و خانواده‌ها را

* در این گفتار هر جا از ایدز سخن به میان آمده منظور HIV/AIDS است.

۱- ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر سازمان ملل متحد به حق مراقبت بهداشتی اختصاص دارد.

۲- هاشمی، سید محمد (۱۳۸۲) *حقوق اساسی جمهوری اسلامی ایران*، ج ۱، تهران: میزان، ص ۲۸۶.

به رسمیت شناخته و آنان را در برابر هر گزندی مورد حمایت قرار دهند. علاوه بر بیماری‌های آمیزشی متعارفی چون سیفیلیس و سوزاک و شانکر نرم و... امروزه جوامع مختلف با بیماری‌هایی چون ایدز مواجه هستند که چنانچه دولت‌ها با برنامه‌ریزی دقیق علمی و اعلام سیاست‌های مناسب با آن برخورد نکنند تاروپود جوامع را از هم پاشیده و شیوع و گسترش آن دودمان خانواده‌ها و جامعه را برباد می‌دهد. گسترش روزافزون این بیماری مهلک که حسب آمار و گزارش‌های علمی منتشره، تماس جنسی بیشترین سهم را به خود اختصاص داده، دارای پیامدهای وخیمی است که همواره باید به این نکته پای فشرده که پیشگیری از آن بهترین درمان است.

بدین ترتیب حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی، بهترین راه جلوگیری از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی است. طبیعی است که در برابر این معضل بزرگ اجتماعی اندیشمندان حوزه‌های مختلف فلسفی، اخلاقی، فقهی، حقوقی، سیاسی، پزشکی و... می‌بایست با حساسیت خاصی به کندوکاو علل و عوامل گسترش و شیوع این امر پردازند و جامعه را از پیامدهای ناگوار آن نجات بخشند. بنابراین به نظر می‌رسد که جامعه باید با نگاه علمی به پدیده ایدز، از دو دهه مبارزه بیهوده با پدیده اعتیاد در جامعه که آنان را انگل اجتماع می‌پنداشت درس بگیرد و با تمسک به اعلامیه جهانی حقوق بشر و قانون اساسی از ایدز به عنوان یک پدیده اجتماعی و از مبتلایان به ایدز به عنوان بیمار و نهایتاً با نگاهی انسانی به موضوع چاره‌ای بیندیشد و جامعه را از مخاطرات این پدیده برهاند. در این راستا حق مراقبت بهداشتی، حق درمان برابر، حق مصونیت از افشاء، حق تشکیل خانواده، حق بیمه، حق کار کردن و... از جمله حقوقی است که باید برای بیماران و مبتلایان به این‌گونه بیماری‌ها به رسمیت شناخته شود که در این گفتار، نگارنده با توجه به اهمیت موضوعاتی چون ایدز و هیپاتیت که به عنوان بیماری‌های مهم و قابل توجه شناخته می‌شوند به مطالعه و بررسی عناوین مهم این موضوع می‌پردازد.

۱- حق مراقبت بهداشتی

هزاران سال قبل از میلاد مسیح (ع) در یونان قدیم حکیمی می‌زیست بنام اسقلیبوس یا اسکولاب که می‌گویند وی اولین کسی بود که به فکر معالجه و درمان بیماران افتاد و شاید او اولین کسی بود که نام طبیب را بر خود نهاد. روزی اسقلیبوس پس از فراغت از معالجه بیماران در خانه خود مشغول تهیه دارو جهت بیماران بود که دخترش «هیژی» (Hygie) به پدر گفت: آیا بهتر نیست به جای این همه تلاش و کوشش که برای معالجه و درمان بیماران به کار می‌بری، صرف تدابیری کنی که در نتیجه آن مردم بیمار نشوند؟ این سؤال اسقلیبوس را به فکر فرو برد و او را جهت درانداختن طرحی نو به اندیشه واداشت و بر این اساس با بیان شالوده‌ای جدید در طبابت به مردم دستوراتی می‌داد که چه بکنند تا بیمار نشوند. سرانجام اسقلیبوس به افتخار دخترش این علم را «هیژی نیوس» (Hygiene) نام نهاد که امروزه آن را به زبان فرانسه «هیژین» (Hygiene) و در زبان انگلیسی «هایژین» می‌گویند.

این اولین بذر بهداشت بود که چهار قرن قبل از میلاد مسیح (ع) کاشته شد و به تدریج گسترش یافت. با اظهار نارضایتی اولین بیمار از معالجه و درمان خود، حقوق پزشکی بنا نهاده شد و به موازات پیشرفت‌های علوم بهداشتی و حقوق پزشکی، حق مراقبت بهداشتی توسعه یافت به گونه‌ای که می‌توان ادعا کرد حقوق بهداشتی، مقدم بر علوم بهداشتی است، زیرا یکی از بنیادی‌ترین حقوق هر انسانی دستیابی به حداقل‌های بهداشتی و

سلامتی است و این حقوق، ایجاب می‌کند که مسئولین و دست‌اندرکاران امر بهداشت به فکر تأمین نیازمندی‌های جامعه در زمینه امور بهداشتی باشند.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه مسائل بهداشتی و تأمین بهداشت را از نیازهای اساسی جامعه برشمرده و دولت را مکلف به تأمین آن نموده است. اصول ۱۲، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی در این زمینه مقرر می‌دارد:

«پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه^۳» «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند^۴».

۳- مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا [تنظیم و تدوین] (۱۳۸۵) *قانون اساسی*، تهران: انتشارات حقوقی. اصل ۱۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.

۴- اصل ۲۹ قانون اساسی.

۵- یکی از مسائل مبتلابه جامعه که ضرورت توجه بیشتر را می‌طلبد و باید به آن پرداخت نظارت و بازرسی از شرکت‌ها، مؤسسات، کارخانه‌ها، واحدهای تولیدی و توزیعی و خدماتی مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی اماکن عمومی، مراکز بهداشتی و درمانی از حیث مراعات ضوابط و مقررات بهداشتی است. این مهم در بزرگ شهر آلوده‌ای چون تهران نمود بیشتری دارد. ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی مصوب سال ۱۳۴۶ و آیین‌نامه اجرایی آن و همچنین ماده ۳۹ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی به این مهم توجه دارد و ضوابط و مقررات بهداشتی حاکم بر اماکن عمومی و شرکت‌ها و مؤسسات را مقرر داشته است.

وزرای بهداشت و دادگستری در ۴۴ ماده و ۱۱ تبصره آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۳ قانون مذکور را تصویب و ضوابط حاکم بر بهداشت فردی، وضع ساختمانی اماکن عمومی و مراکز تهیه و تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی، وسایل و لوازم کار و آیین‌نامه مجازات تخلف از مقررات بهداشتی را وضع نموده‌اند.

ماده ۳۹ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز در این زمینه مقرر می‌دارد: متصدیان و مسئولین کارخانه‌ها و کارگاه‌ها و مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، اماکن عمومی، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز آموزش و پرورش، محل‌های نگهداری و پرورش دام و طیور، کشتارگاه‌ها ملزم به رعایت ضوابط و مقررات بهداشت محیطی در محل فعالیت خود می‌باشند متخلفین از مفاد این ماده به ازای هر مورد نقص بهداشتی به مجازات زیر محکوم می‌شوند.

مرتب اول - جریمه نقدی از مبلغ یک هزار تا پنجاه هزار ریال. ←

→ مرتب دوم - جریمه نقدی از مبلغ دو هزار تا یکصد هزار ریال.

مرتب سوم - جریمه نقدی از مبلغ چهار هزار تا دویست هزار ریال.

مرتب چهارم - علاوه بر مجازات مرتب سوم، زندان از یک تا شش ماه.

تبصره - در صورت عدم رفع نقائص بهداشتی در پایان مهلت مقرر، با لغو پروانه کسب متصدی و یا مسئولین، محل تعطیل خواهد شد و

«نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه»^۶.

با گسترش جامعه جهانی و افزایش ارتباطات در جهان کنونی و تأیید تصمیمات و اقدامات مردم و دولت‌ها بر یکدیگر، سرانجام در سال ۱۹۴۶ سازمان بهداشت جهانی، تأسیس و در سال ۱۹۴۸ اساسنامه آن به مورد اجرا گذاشته شد. فلسفه تشکیل چنین سازمانی این است که بیماری دشمن مشترک بشریت در سراسر جهان است، زیرا اگر یک بیماری مزمن و واگیردار در کشوری شیوع یافت سایر ممالک نیز از مخاطرات آن در امان نخواهند بود.

در اکثر نظام‌های حقوقی موجود در دنیا، قانون‌گذاران سعی نموده‌اند تا برای مسائل مربوط به بهداشت و سلامت عمومی راه‌حل‌های مناسب حقوقی ارائه داده و به نوعی آن را ضابطه‌مند و قانونی نمایند تا از یک طرف شأن و کرامت انسانی محفوظ نگه‌داشته شود و از سوی دیگر راه تکامل و ترقی در این زمینه‌ها هموار گردد.^۷ مراقبت‌های بهداشتی در عصر حاضر آکنده از معماهای بسیار است. در سطح فردی لازم است تا پیرامون نوع درمانی که باید ارائه شود، اهلیت بیماران، اطلاعاتی که بیماران برای تصمیم‌گیری در مورد درمان به آن نیاز دارند و اینکه در صورت مخالفت بیمار با درمان چه اقدامی می‌توان انجام داد، تصمیم‌گیری کرد. پیشرفت‌های حاصله، فن‌آوری‌های پزشکی تشخیص و درمان را در بسیاری از زمینه‌ها دگرگون کرده است. توسعه تکنولوژی باروری، درک ما را از مفهوم والدین تغییر داده است، در حالی که حمایت از حیات به طور مصنوعی مفهوم مرگ را دگرگون ساخته است.

بیماری‌های نوپدید از قبیل ایدز و باز پدید بیماری‌های قدیمی از قبیل سل ما را در تفکر دوباره در مورد اقدامات مربوط به بهداشت عمومی واداشته است. طبابت نیز تحت تأثیر تغییرات اجتماعی و جمعیت‌شناختی و همچنین جو افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و تنگناهای مالی قرار گرفته است. مراقبت‌های بهداشتی، مسئله‌ای است که از دیرباز به عنوان یک راهکار علمی و مؤثر در کاهش معضلات و تنگناهای اجتماعی مورد توجه قرار گرفته، به گونه‌ای که همیشه بهداشت را پیش‌فرض یک جامعه سالم در مقایسه با درمان منظور داشته‌اند.

۲- مسائل جمعیت‌شناختی و اجتماعی

عوامل متعددی بر بهداشت افراد و توسعه سیاست‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. این عوامل عبارت‌اند از:

ادامه کار منوط به اخذ پروانه جدید و رفع نقص است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود. مجمع تشخیص مصلحت نظام مجازات سنگین‌تری نسبت به آیین‌نامه مقررات بهداشتی در زمینه عدم رعایت مقررات بهداشتی پیش‌بینی نموده و همان ضوابطی که در مقام تعارض بین مصوبات مجمع و قانون مجلس وجود دارد در اینجا نیز ساری و جاری است.

۶- اصل ۴۳ قانون اساسی.

۷- جهت مطالعات بیشتر در زمینه برخی فعالیت‌های حقوقی و اخلاقی سازمان بهداشت جهانی بنگرید به: لینن، گیورس و پینت (۱۳۸۳) *مطالعه تطبیقی حقوق بیماران*، ترجمه باقر لاریجانی و محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.

سن، نژاد، قومیت، جنسیت، معلولیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، تغییر نگرش‌های اجتماعی و منابع بهداشتی. این مباحث مسائل و مشکلات اخلاقی و حقوقی بسیاری به دنبال دارد که به تشریح آن خواهیم پرداخت.

سن عامل مهمی در بهداشت، قلمداد می‌شود زیرا با افزایش آهنگ بیماری‌های مزمن که سبب از کارافتادگی اعضای بدن می‌گردد و با بیماری‌های غیر مهلک در ارتباط است. پیری جمعیت، بر هزینه‌های کشوری مراقبت بهداشتی تأثیر می‌گذارد زیرا نسبت قابل توجهی از بودجه بهداشتی صرف افراد مسن‌تر می‌گردد. به علاوه، افراد ۶۵ سال به بالا بیش از ۳۰ درصد تخت‌های بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند با وجودی که تنها ۱۵ درصد این جمعیت را تشکیل می‌دهند. پیری جمعیت و امکاناتی که صرف افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی می‌شود، مسائل اقتصادی، اخلاقی و حقوقی مهمی را در رابطه با تأمین هزینه خدمات بهداشتی در جامعه مطرح می‌کند. مسائل نژادی و قومی نیز با بهداشت و توسعه سیاست‌های بهداشتی در ارتباط است که اقوام بومی از نیازهای بهداشتی خاصی برخوردارند و آهنگ مرگ و میر نوزادان در روستاها بیشتر است.^۸

روشن است که کشور ما دارای نیازهای بهداشتی خاصی است. نژاد و قومیت ممکن است از حیث مراقبت‌های بهداشتی ناشی از نگرش‌های فرهنگی موجود نسبت به بهداشت و بیماری از اهمیت برخوردار باشد. این نگرش‌های فرهنگی در مواجهه فرد با کارشناسان بهداشتی و عموماً بر نظام مراقبت‌های بهداشتی تأثیرگذار است.

جنسیت نیز نقش مهمی در بهداشت و مراقبت بهداشتی ایفا می‌کند. در سطح پایه، نیازهای بهداشتی زنان با نیازهای بهداشتی مردان در برخی زمینه‌ها تفاوت دارد. برای مثال، سرطان سینه مسئله‌ای است که عمدتاً زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در حالی که سرطان پروستات بیماری مردان است. با این وجود مسائل مربوط به جنسیت در مراقبت‌های بهداشتی از تفاوت‌های آشکار میان مردان و زنان فراتر می‌رود. جنسیت ممکن است بر کنش متقابل میان پزشکان و بیماران تأثیر بگذارد، در حالی که عدم مداخله زنان در آزمایش‌های مربوط به تحقیقات بالینی، فقدان اطلاعات مربوط به بهداشت زنان را در بر داشته است.^۹

در نهایت، توجه به بافت اجتماعی بهداشت به این معنی است که توجه به مسائلی از قبیل بافت اجتماعی زندگی زنان و تأثیر آن بر بهداشت زنان - خصوصاً توجه به تأثیر خشونت جنسی، سوء استفاده روانی و آسیب جسمانی لازم و ضروری است. مسائلی که قربانیان آن به حمایت حقوقی و کیفری نیازمندند.

معلولیت نیز نقش مهمی در بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی دارد. آمارها نشان می‌دهد که بخشی از افراد جامعه دست‌کم از یک ناتوانی رنج می‌برند. شایع‌ترین بیماری‌هایی که گزارش شده است عبارت‌اند از: آرتروز و اختلالات عضلانی - اسکلتی، بیماری‌های شنوایی، بیماری‌های تنفسی و ناتوانی ذهنی یا دیگر بیماری‌های روانی، به علاوه برخی ناتوانی‌ها به معلولیت منجر می‌شود.

وضعیت اجتماعی - اقتصادی نیز با بهداشت افراد در ارتباط است. افرادی که از نظر وضعیت اجتماعی -

۸- ن.ک: عباسی، محمود (۱۳۷۶) مجموعه مقالات حقوق پزشکی: عوامل اجتماعی مؤثر بر ارتکاب جرائم پزشکی، ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۸۴.

۹- پینت، بلیندا (۱۳۸۴) حقوق و پزشکی، ترجمه محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.

اقتصادی، پیشرفته نیستند در مقایسه با افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی بهتری برخوردارند، بیشتر به بیماری‌های مزمن و حاد دچار شده یا بیش از آن‌ها بیماری‌های جدید را تجربه می‌کنند و همچنین سلامت آن‌ها نیز به مخاطره می‌افتد. به علاوه، افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تری برخوردارند نسبتاً بیشتر از افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالایی برخوردارند از پزشکان، درمانگاه‌های سرپایی و بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند اما کمتر از آن‌ها از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه بهره می‌برند. مسلماً هر یک از مسائل عنوان شده، تبعات و پیامدهای حقوقی خاصی به دنبال دارند که باید در صدد پاسخی منطقی برای آن‌ها بود.

۳- تغییر نگرش‌های اجتماعی

تغییر نگرش‌های اجتماعی نیز بر سیاست‌ها و رویه‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد، تحولات فکری ناشی از گذشت زمان، پدربالاری سنتی در پزشکی را رد کرده و توجه خود را به حقوق بیماران معطوف نموده است در حالی که اعتقاد به برابری زن و مرد، الگوی کلیشه‌ای و سنتی زنان را مردود دانسته و برای تصمیم‌گیری پیرامون زنان خصوصاً در زمینه باروری، منافع و حقوق زنان را برشمرده است.^{۱۰} به علاوه، اخلاق زیستی (Bioethics) به عنوان یک زمینه تحقیقاتی مطرح شده است و مسائل مهمی را پیرامون اخلاقیات و تصمیم‌گیری در زمینه مراقبت‌های بهداشتی پدید آورده است. هر یک از این حرکت‌ها، نقش مهمی در مباحثات عمومی و استانداردهای اجتماعی که حقوق و سیاست‌های بهداشتی را شکل می‌دهد، ایفاء می‌کند.

طرفداران تساوی زن و مرد درصدد بوده‌اند تا فرضیه‌هایی را که در علم، بر اساس جنسیت شکل گرفته افشا نمایند. آن‌ها فرضیه‌های مربوط به جهانی بودن صور استدلال اخلاقی را نیز مردود دانسته‌اند. تئوری تساوی زن و مرد، تئوری‌های سنتی را به دلیل نادیده گرفتن حقوق زنان مورد انتقاد قرار می‌دهد و از برخی اشکال تئوری‌های تساوی زن و مرد نیز به دلیل بی‌توجهی به تجارب نژادی و قومی انتقاد شده است.^{۱۱} به علاوه، ارزش گزارش‌های مشروح و تجربی در سال‌های اخیر، اهمیت خاصی یافته است. در تئوری حقوقی از گزارش‌های مشروح برای نشان دادن تعصبات مربوط به جنسیت و نژاد در قانون و جامعه، استفاده شده است. گزارش‌هایی که در ارتباط با بیماری یا ناتوانی نوشته شده است، با مراقبت‌های بهداشتی ارتباط خاصی دارد.

گزارش‌های مشروح، بافت غنی و چند لایه‌ای را که قوانین بهداشتی بر علیه آن عمل می‌کنند افشا می‌نماید: توانایی گزارش‌های تجربی در نشان دادن این مسئله که بیمار بودن، زندگی همراه با یک ناتوانی و یا در آستانه مرگ بودن به چه معنی است، جایگاه خاصی را در بخش‌های مربوط به حقوق و سیاست‌های بهداشتی باز کرده است.

تأمین بودجه، هر روزه بیش از پیش در مراقبت‌های بهداشتی اهمیت می‌یابد. پیشرفت‌های فنی، ابزار تشخیصی پیچیده اما گران‌قیمتی را در اختیار قرار داده است و این در حالی است که اقداماتی که در جهت حفظ و حمایت از

۱۰- ر.ک: همان: ص ۱۶.

۱۱- همان: ص ۱۸.

حیات صورت می‌گیرد با استفاده از فناوری‌های پیشرفته راه مرگ را باز می‌کند. پیری جمعیت و توانایی درمان و شمار روزافزون بیماری‌ها نیز بر هزینه مراقبت‌های بهداشتی می‌افزاید. آنچه بیش از پیش مطرح می‌شود این است که چگونه می‌توان با توجه به منابع محدود، توقعات جامعه از مراقبت‌های بهداشتی را برآورده کرد. تقسیم منابع مراقبت بهداشتی هم در سطح کلان و هم در سطح خرد انجام می‌گیرد. تقسیمات کلان، تصویر گسترده‌تری از مراقبت بهداشتی را در بر می‌گیرد و همچنین اینکه هزینه چه چیزی و تا چه مقدار را باید تأمین کرد شامل می‌شود. برعکس تقسیمات خرد تعیین می‌کند که چه کسی به منابع موجود دسترسی پیدا کند. تصمیماتی که در سطح کلان پیرامون منابع مراقبت بهداشتی تعیین می‌گردد عموماً از سوی دولت‌ها و سازمان‌های خصوصی اتخاذ می‌شود.

در سطح خرد، پزشکان و پرستاران هر روز تصمیماتی اتخاذ می‌کنند که برخی بیماران را بر برخی دیگر ترجیح می‌دهند. در بخش اورژانس و حوادث بیمارستان‌ها، بیمارانی که از بیماری‌های خطرناک رنج می‌برند بیش از بیمارانی که ناخوشی آن‌ها از فوریت چندانی برخوردار نیست تحت درمان قرار می‌گیرند.^{۱۲} با این حال، منابع چندانی در دسترس نیست. گاهی اوقات ممکن است ناگزیر شویم راه‌های دشواری را انتخاب کنیم.

این مسئله که چگونه می‌توان منابع کمیاب بهداشتی را تقسیم کرد، بحث‌های مهمی را در مورد معیارها در تعیین افرادی که باید تحت درمان قرار گیرند را فراروی ما نهاده است. برای مثال، در تصمیماتی که بر اساس نیاز پزشکی یا احتمالی موفقیت رویه پزشکی اتخاذ می‌شود، لازم است معین کنیم که آیا استحقاق برخوردار بودن از این منابع به عواملی اجتماعی از قبیل سن (آیا باید برای حق برخوردار بودن افراد مسن از مراقبت بهداشتی محدودیتی قائل شویم؟) یا سبک زندگی (آیا یک فرد هنرمند برای انجام پیوند کبد بر دیگران تقدم دارد؟) بستگی دارد؟ این مسائل، مشکلات موجود بر سر راه حق برخوردار بودن از مراقبت‌های بهداشتی را مشخص می‌کنند.^{۱۳}

۴- بیماری‌های آمیزشی و واگیردار

مجموعه قوانین و مقررات حاکم بر بیماری‌های آمیزشی و واگیردار اکثر کشورها، پزشکان و کارشناسان مسائل بهداشتی را ملزم می‌کند تا مقامات بهداشتی را از وجود هرگونه بیماری آمیزشی و واگیردار که در حین طبابت با آن برخورد می‌کنند مطلع سازند. ایدز یکی از بارزترین مصادیق بیماری‌های آمیزشی و واگیردار است که در همه کشورها به عنوان یک بیماری قابل توجه شناخته شده است.^{۱۴} حجم گسترده موارد ایدز در آفریقا این واقعیت را اثبات می‌کند که در سراسر جهان، ارتباطات جنسی نسبت به سایر موارد، به مراتب سهم عمده‌ای در انتقال آن دارد.^{۱۵}

آلمان، ایتالیا و انگلیس ایدز را یکی از بیماری‌های مهم و قابل توجه قلمداد کرده‌اند و کنترل شدیدی بر

۱۲- ن.ک: فیستا، جانین (۱۳۷۷) *حقوق و مسئولیت پرستاران*، ترجمه محمود عباسی و مهین عباسی، تهران: انتشارات طبیب.

۱۳- ن.ک: عباسی، محمود (۱۳۹۵) *مطالعه تطبیقی پیوند اعضا*، تهران: انتشارات حقوقی.

۱۴- ایدز، هیاتیت، سیفیلیس و سوزاک و شانکر نرم از جمله بیماری‌های آمیزشی و واگیردار هستند که سه نوع اخیر در تبصره ماده یک قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰ مورد تصریح قانون‌گذار قرار گرفته است.

۱۵- Sim, Julius (1995) *Ethical Decision Making in Therapy Practice*, UK: Butterworth-Heinemann, P25.

دستیابی به اطلاعات مربوط به آن اعمال می‌کنند. دانمارک، فنلاند و فرانسه نیز با مخاطره‌آمیز تلقی کردن پیامدهای ایدز، آن را یکی از بیماری‌های قابل توجه می‌دانند ولی در عین حال اهمیت حیاتی حفظ رازداری فرد مبتلا به ایدز در جهان به رسمیت شناخته شده است.^{۱۶} در ایران ماده ۱۳ آیین‌نامه طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار در اجرای مواد ۸ و ۲۴ قانون مذکور در این خصوص مقرر می‌دارد:

«به منظور تنظیم آمار مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی لازم است آخر هر ماه کلیه پزشکان آزاد و نگاه‌های بهداشتی (مراکز بهداشتی درمانی فعلی) که این قبیل بیماران را معاینه و درمان می‌نمایند از روی دفاتری که دارند شماره بیماران آمیزشی را که برای اولین مرتبه به پزشک مراجعه نموده‌اند و نوع بیماری آن‌ها را مطرح نموده بدون ذکر نام و مشخصات بیمار در برگ‌های مخصوص به بخش بیماری‌های آمیزشی بفرستند. متخلفین طبق ماده ۲۳ قانون بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مجازات می‌شوند»^{۱۷}.

سیاستی که مبتلایان به ایدز را ترغیب می‌کند تا آزمایش و درمان متعاقب آن و هرگونه پیشنهادی را داوطلبانه بپذیرند تا حدود زیادی به تضمین محرمانه بودن نتایج آزمایش بستگی دارد.

ننگی که همچنان با ایدز همراه است و پیامدهایی که برای استخدام و بیمه در بر دارد بدین معنی است که ترس از افشای بیماری همچنان مانع از پذیرش داوطلبانه آزمایش است و این موضوع یکی از مصادیق، تعارض حقوق فرد و اجتماع تلقی می‌گردد که باید به گونه‌ای حرکت کرد که هم حقوق اشخاص و بیماران مبتلا به ایدز پایمال نگردد و هم حقوق جامعه حفظ شود. به همین دلیل کارشناسان مسائل بهداشتی ملزم هستند تا به اعتماد بیماران احترام بگذارند و نتایج آزمایش‌های تشخیصی یا جزئیات مراقبت از بیمار یا معالجه و درمان را بدون رضایت وی افشا نکنند. توجه اخلاقیون و حقوقدانان به این‌گونه مسائل مبین این واقعیت است که ایدز یکی از بیماری‌های مهم و قابل توجه است. محدودیت حق ازدواج و آزمایش‌های اجباری قبل از ازدواج در اروپا از جمله اقدامات مؤثری است که برای کنترل اپیدمی ایدز صورت گرفته است. چنین اقداماتی در جوامعی که رابطه جنسی نامشروع در آن‌ها رایج است بسیار مؤثر بوده است.

قوانین ازدواج در این کشورها، افشاگری را در دو حالت الزامی می‌دانند. در برخی از این کشورها، چنانچه در زمان ازدواج یکی از طرفین مبتلا به یک بیماری آمیزشی بوده و از افشای اطلاعات آن نزد طرف دیگر سر باز زند می‌توان به ازدواج خاتمه داد.

عدم افشای یک خصوصیت فردی که در رابطه زناشویی از اهمیت بنیادین برخوردار باشد نوعی کلاهبرداری است و به طرف دیگر حق می‌دهد تا به بطلان ازدواج روی آورد. لیکن چنانچه عفونت ایدز پس از ازدواج پدید آمده باشد نمی‌تواند زمینه‌ای برای طلاق باشد.^{۱۸}

طبق قانون از جمله بیماری‌های آمیزشی که ممکن است از شخص مبتلا به آن به دیگران سرایت نماید عبارت است از سوزاک، سیفیلیس و شانکر نرم که در صورت مشاهده با اطلاع از وقوع آن، پزشک مکلف است آن را به مراکز بهداشت اعلام نماید. در این خصوص ماده ۱۳ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و

۱۶- بودوان، ژان لویی (۱۳۸۲) حقوق، ایدز و قانون، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۲۱.

۱۷- عباسی، محمود (۱۳۸۲) مجموعه قوانین و مقررات پزشکی و دارویی، چ سوم، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۳۷۳.

۱۸- بودوان، ۱۳۸۲: ص ۴۴.

بیماری‌های واگیردار مقرر می‌دارد: «پزشکان آزاد و کلیه بنگاه‌های بهداری (مراکز بهداشتی درمانی فعلی) که به معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی می‌پردازند موظف‌اند در آخر هر ماه تعداد موارد بیماری‌های آمیزشی را که دیده و قبلاً به پزشک دیگری مراجعه نموده‌اند، بدون ذکر نام و مشخصات بیمار به مرکز بهداشت، بفرستند.»

طریقه فرستادن شماره بیماران به موجب آیین‌نامه‌ای است که وزارت بهداشت، تعیین خواهد کرد.^{۱۹} همچنین طبق ماده ۱۴ این قانون «پزشکان آزاد در کلیه مراکز بهداشت که به معاینه و درمان بیماری آمیزشی می‌پردازند باید حتی‌المقدور به وسیله پرسش از بیمار کوشش نمایند کانون سرایت بیماری را معین نموده و در موقع مقتضی بدون ذکر نام و مشخصات بیمار اطلاعات کافی برای تجسس و برطرف کردن کانون انتشار بیماری به مرکز بهداشت مربوطه بفرستند که اقدام لازم به عمل آید.» و تبصره آیین‌نامه، تصریح می‌کند: «برای اینکه سر بیماران افشاء نشود بخش بیماری‌های آمیزشی مکلف است برای بررسی اطلاع‌نامه‌ها راجع به غیبت بیماران و اجرای دستورات لازم یک نفر پزشک را مأمور این کار نماید که اجرای این امر به عهده غیر پزشک واگذار نشود.»^{۲۰}

۵- حق درمان برابر

ارزیابی میزان نقش قانون در حمایت از حقوق افراد جامعه مبین این واقعیت است که قانون، تنها می‌تواند نقش نسبتاً محدودی را ایفاء کند. در دهه گذشته آنچه به رسمیت شناخته شده است حق دستیابی به درمان برابر، محروم نشدن از فرصت مناسب جهت دستیابی به استخدام یا بیمه و کار است. تبعیض‌های غیر قابل توجیه در شرایط گوناگون در سرتاسر اروپا غیر قانونی شناخته شده است.^{۲۱} درمان برابر فراتر از مراقبت بهداشتی، محل کار و بازار و بیمه است. تبعیض نسبت به اکثر افرادی که مظنون به بیماری‌های آمیزشی و مخصوصاً ایدز هستند بسیار گسترده است.

قوانین و مقررات ضد تبعیض‌گرایی در جامعه مانع از اعمال تبعیض از سوی افرادی می‌شود که مسئول تسهیلات عمومی هستند. همانند آنچه امروزه در فرانسه و انگلیس جریان دارد. حوزه و گسترش قوانین ضد تبعیض‌گرایی در یک کشور نسبت به کشورهای دیگر متفاوت است. ممکن است حقوق بنیادین دستیابی به درمان برابر که در قانون اساسی ما نیز به آن تصریح شده در این زمینه مؤثر باشد^{۲۲} اما ترس از طرد شدن در جامعه

۱۹- ماده ۱۳ آیین‌نامه قانون مذکور مقرر می‌دارد: به منظور تنظیم آمار مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی لازم است آخر هر ماه کلیه پزشکان آزاد و بنگاه‌های بهداری (مراکز بهداشتی درمانی فعلی) که این قبیل بیماران را معاینه و درمان می‌نمایند از روی دفاتری که دارند شماره بیماران آمیزشی را که برای اولین مرتبه به پزشک مراجعه نموده‌اند و نوع بیماری آن‌ها را معین نموده بدون ذکر نام و مشخصات بیمار در برگ‌های مخصوص به بخش بیماری‌های آمیزشی بفرستند. متخلفین طبق ماده ۲۳ قانون بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مجازات می‌شوند.

۲۰- عباسی، ۱۳۸۲: ص ۳۶۸.

۲۱- بودوان، ۱۳۸۲: ص ۳۸. همچنین بنگرید به: روزه، سیاستین (۱۳۸۲) جامعه غیر مدنی، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۱۷۴.

۲۲- بند ۹ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با تأکید بر استقرار عدالت در جامعه و به کارگیری همه امکانات دولت جمهوری اسلامی ایران جهت «رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی»، آن را از وظایف اساسی دولت برشمرده است.

به‌اندازه ترس از بیماری در ترغیب فرد به پنهان کردن خطر ابتلا وی به ایدز مؤثر است. قانون حتی در تأثیرگذاری بر فرهنگ، نقش سمبلیک دارد. سیاست‌های حمایت از خانواده، رفع تبعیض در زمینه‌های بهداشتی جزئی تفکیک‌ناپذیر از سیاست‌های عدالت محور قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است که باید مورد توجه قرار گیرد.

بخش دوم: آثار و پیامدهای حقوقی انتقال بیماری از طریق تماس جنسی

۱- رعایت موازین اخلاقی

با توجه به گسترش روزافزون ارتباطات بین‌المللی، امروزه به ندرت می‌توان کشوری را تصور کرد که به نوعی گرفتار بیماری‌های آمیزشی و واگیردار از جمله ایدز نباشد. طبیعی است که مسائلی چون جرم و بیماری مرز نمی‌شناسد و مخاطرات آن نیز محدود به دامنه جغرافیایی یک کشور نیست، بلکه جامعه جهانی را تهدید می‌کند. بنابراین اصول اخلاقی حاکم بر این موضوع نیز اصول مستقل و جداگانه‌ای نیست؛ به تناسب ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جوامع ممکن است تغییرات محدودی در آن مشاهده کنیم. در اینجا اشاره‌ای کلی و گذرا به موازین اخلاقی مورد قبول اکثر مکاتب خواهیم داشت، با این توضیح که این اصول محدودیت‌های خاص خود را داراست و به طور کلی باید گفت که این اصول از برخی جهات ناقص هستند و چنانچه آن‌ها را کنار یکدیگر بگذاریم بعید است که بتواند یک تئوری اخلاقی قابل قبولی ارائه نماید. به همین دلیل باید تأکید کرد که هرچند این اصول در کلیت خود معتبرند و می‌توان از آن به عنوان معیاری جهت اتخاذ تصمیم درست بهره گرفت لیکن باید آن‌ها را با ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه خود سنجید و با نگاهی نقادانه از آن به عنوان اصول راهنما استفاده کرد.

چهار اصل مبنایی در این حوزه عبارت‌اند از:

- اصل استقلال^{۲۳}: یعنی احترام گذاشتن به خواسته‌های افراد واجد صلاحیت و اهلیت
- اصل خیرخواهی^{۲۴}: یعنی انجام دادن کاری که به نفع بیمار است
- اصل آسیب نرساندن^{۲۵}: یعنی انجام ندادن کاری که به ضرر بیمار است
- عدالت^{۲۶}: یعنی منافع و مضار را منصفانه توزیع کردن

در گزارش بلمونت از آسیب نرساندن به عنوان نازل‌ترین مرتبه خیرخواهی یاد شده است این اصول در نگاه نخست ضروری هستند و می‌بایست آن‌ها را رعایت کرد مگر اینکه قابل جمع نباشند که در این صورت ناگزیر می‌توان از اجرای یک مورد از آن چشم‌پوشی کرد. این مهم به نگرش ما نسبت به این اصول باز می‌گردد. اگر قائل به نظریه مطلق بودن اصول چهارگانه اخلاقی باشیم در این صورت تخطی از آن جایز نیست لیکن اگر به

23- Autonomy

24- Beneficence

25- Nonmaleficence

26- Justice

حساب سرانگشتی بودن آن‌ها اعتقاد داشته باشیم در این صورت به راحتی می‌توان آن‌ها را نقض کرد.^{۲۷} اصل استقلال و خودمختاری بر این مبنا استوار است که اشخاص به طور ذاتی دارای اختیار تصمیم‌گیری در مورد آنچه به نفع آن‌هاست هستند و این وظیفه دیگران است که به این ارزش احترام بگذارند و هر اقدامی برخلاف این اصل باید مبتنی بر اذن و رضایت باشد و در این راستا رضایت نیز باید آگاهانه و آزادانه باشد. انجام تست اجباری ایدز و هیپاتیت به جز در مواردی که نص صریح قانون است، اصل استقلال و خودمختاری را خدشه‌دار می‌کند.^{۲۸}

اصل خیرخواهی که برگرفته از افکار بقراط است بر این نکته تأکید دارد که خیرخواهی و نیکوکاری و کمک کردن به دیگران ورای وظیفه است اما ماهیت ارتباط بین پزشک و بیمار باعث می‌شود که پزشک جهت تأمین آسایش بیمار حداکثر تلاش خود را به کار بندد. بدین معنا که خیرخواهی در ماهیت شغل پزشک نهفته است. اصل خیرخواهی وظایف اجتماعی را نیز تعیین می‌کند. طرح‌های ایمن‌سازی، خدمات درمانی رایگان و مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران خاص و سالمندان تلاش‌های مهمی جهت برآوردن نیازهای بهداشتی جامعه است. امروزه تأمین این نیازهای اساسی جزئی از حقوق اساسی افراد جامعه است که می‌بایست از آن بهره‌مند شوند.

اصل زیان نرسانیدن که یکی از اصول مشهور و متواتر در امور زیست‌پزشکی است ایجاب می‌کند که در نتیجه بی‌احتیاطی، غفلت، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی نباید آسیبی به بیماران وارد شود و این از حقوق اساسی افراد جامعه است که در اعمال جراحی، تزریق خون، اقدامات دندان‌پزشکی، اصول و موازین علمی و استریلیزاسیون صحیح رعایت شود و مبتلایان به تالاسمی یا هموفیلی نباید در نتیجه تزریق خون آلوده، به ایدز و هیپاتیت مبتلا گردند و یا در اثر استریلیزاسیون نامناسب یک دندان‌پزشک، فردی به ایدز مبتلا گردد. محکومیت دولت و سازمان انتقال خون در پرونده‌های مشهور به تزریق خون‌های آلوده به بیماران هموفیلی، مبین این واقعیت است که بر اساس قاعده لاَضْرَرَّ وَ لاَ ضِرَارَ هِیْجَ ضرری نمی‌بایست جبران ناشده باقی بماند و در صورت تحقق خسارت به نحو مقتضی باید آن را جبران کرد. این امر یکی از حقوق اساسی افراد جامعه است که عدم رعایت آن هم از لحاظ اخلاقی امری مذموم تلقی می‌گردد و هم از حیث حقوقی دارای ضمانت اجراست.^{۲۹}

اصل عدالت توزیعی که بر اساس آن حداقل انتظار از مؤسسات و سازمان‌ها در مواجهه با دیگر افراد جامعه این است که با همه به طور عادلانه رفتار شود. اطمینان حاصل کردن از اینکه افراد جامعه چیزی را که لایق آن هستند دریافت می‌کنند و حقوق آن‌ها مورد حمایت قرار می‌گیرد (عدالت غیر تطبیقی) و در رابطه با اجرای قوانین و مقررات و توزیع منافع و مسئولیت‌ها آنچه اهمیت دارد رعایت عدالت است (عدالت تطبیقی) و بخشی از این نوع عدالت که در زمینه پزشکی اهمیت بسیار دارد عدالت توزیعی است.

در برخی کشورهای آفریقایی، هزینه معالجه و درمان بیماران مبتلا به ایدز از درآمد ناخالص ملی این کشورها بیشتر است. در حالی که منابع موجود در این کشورها جهت برخورداری از درمان ایدز ناکافی است و

۲۷- ر.ک: عباسی، محمود (۱۳۸۲) *افشاء اسرار بیماران*، تهران: انتشارات حقوقی. همچنین ببیند: عباسی، محمود (۱۳۸۲) *نقش رضایت در پژوهش‌های علوم پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی.

۲۸- ر.ک: کی. فرانکنا، ویلیام (۱۳۷۶) *فلسفه اخلاق*، ترجمه هادی صادقی، قم: مؤسسه فرهنگی طه.

29- Veatch, Robert.M (1997) *Principles of Medical Ethics*, UK: Jones and Bartlett.

کشورهای غربی از فروش حق ثبت داروهای درمانی ایدز به کشورهای جهان سوم خودداری می‌کنند و همین بی‌عدالتی سبب شیوع و گسترش بیش از پیش ایدز در کشورهای آفریقایی می‌گردد؟! البته در کنار این اصول چهارگانه، اصول دیگری نیز همچون اصل رازداری از اهمیت خاصی برخوردارند که لازم است مورد توجه قرار گیرند.

۲- اصول بنیادین حقوق بشر

بیانیه‌ها و متون بین‌المللی که از ماهیت غیر الزام‌آوری در زمینه حقوق بشر برخوردارند به عنوان منبع گسترش حقوق بشر خصوصاً در زمینه علوم زیست‌پزشکی اهمیت بسیار یافته است. اعلامیه جهانی حقوق بشر مورخ ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ که از آن زمان به عنوان مرجعی برای مقایسه و تبیین تفوق حقوق بین‌الملل بر حقوق داخلی مورد توجه کشورها قرار گرفته است، رعایت شأن ذاتی و کرامت انسانی و حقوق برابر برای همه اعضای خانواده انسانی را اساس و بنیان آزادی، عدالت و صلح در جهان معرفی کرده است.^{۳۰}

امروزه گسترش حقوق بشر هم از نظر مادی (حذف تمامی اشکال تبعیض، حقوق مربوط به محیط زیست و پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیکی) و هم از نظر موضوعی (گروه‌های خاص جمعیتی که به هر دلیلی آسیب‌پذیر هستند از قبیل اقلیت‌ها، کارگران مهاجر، افراد دارای معلولیت ذهنی و بدنی، سالمندان، کودکان و زنان) در سطح بین‌المللی چشمگیر بوده است.^{۳۱}

در زمینه علوم زیست‌پزشکی، حقوق بشر به عنوان حقوق بنیادین در قوانین اساسی جدید کشورها (برای مثال: حق بر حیات، حق بر سلامت، آزادی عقیده و آزادی بیان) پیش‌بینی شده و دولت‌ها مکلفند تمامی اصول و قواعد حقوق بشر را رعایت کنند. مهم‌ترین اصولی که بیشترین ارتباط را با مسئله علوم بهداشتی خصوصاً مبارزه، با ایدز و بیماری‌های واگیردار دارد و در ارتباط مستقیم با حقوق و آزادی‌های فردی و اجتماعی است عبارت‌اند از:

- عدم تبعیض، برابری در پیشگاه قانون و برخورداری یکسان از حمایت
- حق بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح بهداشت جسمانی و روانی
- حق حیات و آزادی تن و امنیت شخصی
- حق پناهندگی خواستن و بهره‌مندی از پناهندگی
- حق ازدواج و تشکیل خانواده
- حق حفظ حریم شخصی و زندگی خصوصی
- حق اشتغال و مهاجرت و جابجایی
- حق بهره‌مندی از سطح مناسب معیشتی
- دسترسی برابر به امکانات آموزشی

۳۰- ممتاز، جمشید (۱۳۷۷) *حقوق بشر در پرتو تحولات بین‌المللی*، ترجمه، تحقیق و نگارش: حسین شریفی طراز کوهی، تهران: نشر دادگستر، ص ۱۹.

۳۱- عباسی، محمود (۱۳۷۹) *مجموعه مقالات حقوق پزشکی*، ج پنجم، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۲۸.

- تأمین اجتماعی و برخورداری از امکانات امدادی و رفاهی
- سهیم شدن در پیشرفت‌های علمی و منافع حاصل از آن^{۳۲}

این حقیقت که شناسایی کامل اصول حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه انسان‌ها در مبارزه جهانی با شیوع وسیع بیماری ایدز از جمله در زمینه‌های پیشگیری، مراقبت، حمایت و درمان این بیماری، نقش اساسی دارد و این که احترام به حقوق و آزادی‌های مزبور، موجب کاهش آسیب‌پذیری در برابر این بیماری شده از قضاوت‌های عجولانه و تبعیض‌های مرتبط با این‌گونه قضاوت‌ها بر علیه افراد مبتلا یا افرادی که در معرض خطر ابتلا به بیماری مزبور هستند خواهد کاست.

در متن اعلامیه مجمع عمومی سازمان ملل در مورد تعهد و هم‌پیمانی برای مبارزه با ایدز که در سال ۲۰۰۱ توسط مجمع عمومی سازمان ملل تصویب شد بار دیگر این امر مورد تأکید قرار گرفت. اعلامیه مزبور این واقعیات را نیز خاطرنشان می‌سازد که اولاً میان فقر و کم توسعه‌یافتگی و بی‌سوادی با میزان شیوع و تأثیرات سوء بیماری ایدز ارتباط روشنی وجود دارد. ثانیاً، قضاوت‌های عجولانه، سکوت و بی‌تفاوتی، تبعیض، انکار حقایق و عدم رعایت اسرار خصوصی، تلاش در جهت پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی را با مشکل جدی مواجه می‌سازد. ثالثاً، برابری میان زن و مرد و توانمند ساختن زنان و دختران، در راه کاهش آسیب‌پذیری در قبال بیماری ایدز، نقش کلیدی دارد.

رایعاً، دسترسی به درمان بیماری‌های واگیردار مانند ایدز از مقتضیات اصلی شناسایی حق برخورداری از سلامت برای انسان‌ها است. مسائل مربوط به حقوق بشر در تمام قسمت‌های اجرایی اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد توجه قرار گرفته است و بیشترین موارد نقض حقوق بشر در این زمینه به آزمایش‌های اجباری، نقض قاعده رازداری، تبعیض در محل کار و مراکز آموزشی، تبعیض در برخورداری از مسکن، تبعیض توسط سازمان‌های مسئول خدمات بهداشتی باز می‌گردد.^{۳۳}

۳- تعهدات مدنی

در همه نظام‌های حقوقی تعهد و الزام به عدم ایراد صدمه و آسیب به دیگران و یا حمایت از دیگران در برابر ایراد صدمه و آسیب به رسمیت شناخته شده است. این قاعده‌ای است که در نظام حقوقی ما نیز مبتنی بر قاعده فقهی لاَ ضَرَرَ وَ لاَ ضَرَارَ است.

پیشگیری از ایراد صدمه و آسیب به دیگران یک اصل اساسی و بنیادین در قوانین حاکم بر تعهدات مدنی است، اما در جایی که این آسیب خطر انتقال بیماری را در بر دارد چهره قانون، تصویر پیچیده‌ای به خود می‌گیرد. تعهد و حفظ دیگران در برابر انتقال بیماری توسط مکانیسم‌های مختلف حقوقی، کنترل می‌شود. قانون حاکم بر تعهدات مدنی، ممکن است تعهد آسیب رسانیدن به دیگران را تحمیل نماید و برای طرف ناقل عفونت، حق جبران

۳۲- ن.ک: ابراهیمی، جهانبخش (۱۳۸۳) سیری در حقوق بشر، تهران: انتشارات زوار، ص ۱۸۲ به بعد.

۳۳- ر.ک: برنامه مشترک ملل متحد برای ایدز و دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد [تنظیم] (۱۳۸۶) اصول راهنمای بین‌المللی ایدز و حقوق بشر، ترجمه محمود عباسی و لادن عباسیان، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.

خسارت ایجاد نماید. تعهدات متقابل فرد و اجتماع، ایجاب می‌کند که جامعه حقوق افراد آلوده به ایدز را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار دهد، این در حالی است که چنین افرادی برای حمایت از دیگران در برابر انتقال بیماری، از یک مسئولیت متقابل برخوردارند.

از نظر تئوری، حقوق مربوط به تعهدات مدنی، الگوی جالبی برای فرضیه تعهدات متقابل ارائه می‌کند. تعهدات مدنی از موافقت صریح طرفین (تعهدات قراردادی) یا از راه اجرای قانون (تعهدات غیر قراردادی) نشئت می‌گیرد. اصول تعهدات غیر قراردادی، مسئولیت‌های دو جانبه‌ای را که فردی به فرد دیگر مدیون است ایجاد می‌کند، تعهد در برابر اطمینان از این که دیگران در نتیجه رفتار خود دچار آسیب فردی قابل پیش‌بینی نمی‌شوند در سراسر جهان به عنوان یکی از اجزای اصلی قانون تعهدات مدنی تلقی می‌گردد. تعهدات مدنی مراقبت، برخلاف مسئولیت جزایی، می‌تواند مبین رابطه میان طرفین و مسئولیت‌های متقابل آنان نسبت به یکدیگر باشد.

مسئولیت یک طرف در حمایت از خود را می‌توان در برابر مسئولیت حمایت از دیگران ارزیابی کرد. میان شرکای جنسی، مراقبت معقول ایجاب می‌کند که یک طرف، طرف دیگر را در معرض خطر غیر داوطلبانه قرار ندهد. تعهد بر انجام فعل معقولانه به منظور حمایت از دیگران در برابر خطر انتقال ایدز، مربوط به همه افرادی است که باید معقولانه باور کنند رفتارشان چنین خطری را ایجاب می‌کند.^{۳۴}

رضایت واقعی نسبت به خطر انتقال ایدز تعهد طرف حامل ایدز را از وی سلب می‌کند. در عمل ادعاهای مربوط به خون آلوده و دعاوی مبتنی بر نقض تعهدات آن زیاد مشاهده نشده است. مشکل اساسی نقش دوگانه تعهدات مدنی است. قوانین غالب کشورها برای تعریف تعهدات اعضای یک جامعه نسبت به هم تعهدات غیر قراردادی را تحمیل می‌کند. تعهدات مدنی حمایت از دیگران در برابر آسیب‌های وارده، به احتمال زیاد وسیله‌ای برای تقاضای غرامت از سوی افراد آلوده به ایدز نیست. شاید دست‌کم کاربرد آن تأیید ماهیت مسئولیت بنیادین و اخلاقی و توجه بر ایمنی دیگران باشد.^{۳۵}

امروزه هم در موضوعات مختلف مبتلا به جامعه تحولاتی شگرف صورت گرفته و هم در واکنش جامعه در قبال آن. قرار دادن دیگران در معرض بیماری‌های خاص و قابل توجه، مانند ایدز و هپاتیت که غالباً بدون توجه به رفتار قربانی صورت می‌گیرد یکی از موضوعات اساسی در مسئولیت مدنی پزشکی است که در نظام‌های مختلف حقوقی مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

در نظام‌های مختلف حقوقی، تعهد به مراقبت معقول و متعارف به منظور پیشگیری از ایراد صدمه به افرادی که در نتیجه عمل و اقدامات کادر درمان ممکن است آسیب ببینند به رسمیت شناخته شده است. آمیزش جنسی بدون افشای این حقیقت که یکی از طرفین آلوده به بیماری‌های مقاربتی است بی‌مبالاتی محسوب می‌گردد، اما اینکه حدود مسئولیت مرتکب تا کجاست بحثی است که دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به آن در نظام‌های مختلف حقوقی وجود دارد.^{۳۶}

۳۴- ن.ک: عباسی، محمود (۱۳۸۳) *تحولات حقوقی در مسئولیت پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۳۶ به بعد.

۳۵- بودوان، ۱۳۸۲: ص ۸۷.

۳۶- Voir: Tabuteau, Didier (1995) *Risque Thérapeutique et Responsabilité Hospitalière*, Editions Santé.

۴- چگونگی جبران خسارت

امروزه در حقوق موضوعه، مسئولیت بدون خطا در زمینه‌های مختلف حقوقی جایگاهی ماندگار یافته است و در حساس‌ترین زمینه‌ها یا وضعیت‌ها پیدایش آن را می‌توان مشاهده کرد. واکسیناسیون‌های اجباری اولین موقعیتی بود که رژیم جبران خسارت حاصل از یک فعل پزشکی بدون تقصیر را بنا نهاد. تحقیقات زیست - پزشکی دومین زمینه‌ای بود که ایجاد و تشکیل چنین رژیمی را برجسته نمود.

فکر به اجرا درآوردن نظام جبران خسارت بدون تقصیر در مورد حوادث پزشکی اولین بار در فرانسه توسط پروفیسور تونک در دومین کنگره اخلاق پزشکی مطرح شد که توسط سازمان نظام پزشکی فرانسه سازمان‌دهی شده بود. در سال‌های اخیر همین عقیده مجدداً به صورتی بارزتر به جبران خسارت ناشی از عفونت‌های منتقله از طریق انتقال خون و تماس جنسی دلالت دارد.^{۳۷}

در واقع احتمال بروز این ریسک‌ها موجب شده است که نگرش جمعی به نگرش فردی از حوادث پزشکی ملحق و گاهی جانشین آن گردد. مثال اخیر در مورد ریسک انتقال عفونت از طریق ویروس ایدز (که باید به آن احتمال خطر انتقال عفونت از راه ویروس هیپاتیت را نیز افزود) همانند جرقه‌ای واقعی در تصورات مختص به این مسئله بوده است.

این نگرش جمعی حاصل تأثیر عنصر ریسک سلسله‌وار است.^{۳۸} انتقال ویروس ایدز و هیپاتیت نمونه بارزی از تلفیق ریسک سلسله‌وار و ریسک توسعه است؛ اما این تنها موارد موجود در پزشکی نیست. مثال برجسته دیگر آن در این زمینه، داروهای دیتیل استیلسترول^{۳۹} و استروژن^{۴۰} بود که در سال‌های ۱۹۶۰-۱۹۵۰ به طور گسترده‌ای برای زنان باردار جهت جلوگیری از زایمان غیر طبیعی تجویز می‌شد و بیست سال بعد روشن شد که این داروها عامل بروز سرطان رحم در دختران متولد شده از این حاملگی‌ها بوده است. روشن است که در نظر گرفتن پیامدهای ریسک پزشکی جمعی در این اواخر، تصور مربوط به جبران خسارت ریسک پزشکی را در مجموع آن دگرگون کرده است. وسعت و عظمت واقعی ریسک جمعی با آلودگی به ویروس هیپاتیت B و سپس ویروس هیپاتیت C از طریق تماس جنسی و انتقال خون، آشکار شده است.^{۴۱}

امروزه به خوبی آشکار شده است که از یک طرف بیمه جبران خسارت ناشی از ریسک پزشکی، با توسل به مکانیسم‌هایی غیر از مکانیسم‌های ناشی از اجرای قواعد حقوق کنونی در زمینه مسئولیت ضروری است و از طرف دیگر، ساختار کنونی بیمه‌ها نمی‌تواند در برخی اوضاع و احوال با وسعت این ریسک مقابله کند. از این رو به نظر می‌رسد که در چهارچوب نظام مسئولیت بدون خطا، می‌توان ریسک‌های ناشی از تحقیقات زیست‌پزشکی^{۴۲} را

۳۷- Tunc, André (2002) La Responsabilité Civile du Médecin, Acted du Congres, p23.

۳۸- زمانی یک ریسک را سلسله‌وار می‌خوانیم که ناشی از تأثیرات پراکنده‌ای باشد که بر روی هم جمع می‌شوند و زمانی یک ریسک را ریسک توسعه می‌خوانیم که ناشی از نقص محصول باشد که هنگام توزیع آن، با توجه به سطح علم و دانش آن زمان می‌توانسته است بدون عیب و نقص باشد ولی معیوب بودن آن بعدها، با پیشرفت علم آشکار می‌گردد.

۳۹- Diethylstilbestrol

۴۰- Estrogen

۴۱- عباسی، ۱۳۸۳: ص ۴۰.

قابل توجه دانست و با تأسیس صندوق ویژه‌ای همانند بنیاد بیماری‌های خاص و انجمن حمایت از بیماران کلیوی و غیره علاوه بر معالجه و درمان بیماران مبتلا به ایدز و هپاتیت به جبران خسارات وارده به افرادی پرداخت که قربانی این‌گونه بیماری‌ها هستند.^{۴۳} در نظام حقوقی اسلام و ایران، همین اندازه که در نظر عرف بتوان اضرار ناروایی را به کسی نسبت داد، او ضامن جبران خسارت وارده می‌شود و در جایی که مبنای ضمان تقصیر است، این مفهوم جنبه نوعی دارد و معیار داوری درباره آن نظر عرف است، به علاوه در بررسی مبانی مسئولیت در نظام حقوقی اسلام و ایران در کنار قاعده لاضرر باید قواعد اتلاف و تسبیب را نیز مورد توجه قرار داد.^{۴۴} بنابراین، با توجه به مراتب فوق می‌توان گفت که آنچه اهمیت دارد، دستیابی به عدالتی فراگیر در جامعه است؛ عدالتی که در سایه آن هیچ خسارتی جبران نشده باقی نماند.

۵- بررسی مسئولیت کیفری

بدون تردید داستان‌هایی که پیرامون انتقام‌گیری مبتلایان به ایدز از طریق آلوده کردن دیگران گفته شده مبالغه‌آمیز بوده و باورکردنی نیست. اما نباید به طور کلی نادیده گرفته شود. یکی از متخصصین بیماری‌های عفونی که مسئولیت پیگیری پروژهای تحقیقاتی اروپا^{۴۵} در زمینه ایدز را بر عهده داشت نقل می‌کرد که یکی از بیماران مبتلا به ایدز که سال‌ها تحت معالجه مستقیم بخش ایدز بیمارستان مذکور بوده است و علاوه بر ایدز به هپاتیت، سل و برخی دیگر از بیماری‌های عفونی مبتلا بوده در یک غیبت دوماهه هیچ مراجعه‌ای به بیمارستان نداشته است.^{۴۶} وی پس از مراجعت در حضور اعضای گروه بیماری‌های عفونی بیمارستان علت عدم حضور خود را مسافرت به کشورهای آسیای جنوب شرقی اعلام می‌کند. مسافرتی که در خلال آن بنا به اقرار صریح بیمار با ده‌ها نفر ارتباط جنسی برقرار کرده است. سؤالی که مطرح می‌شود این است که از نظر اخلاقی و حقوقی چه تفاوتی بین قتل و آلوده کردن دیگران به ایدز از روی عمد وجود دارد. در حالی که می‌دانیم سرنوشت محتوم مبتلایان به ایدز، مرگ است. در تمام نظام‌های حقوقی، جرم ایراد صدمه عمدی به دیگران به رسمیت شناخته شده و هر چقدر این صدمه و آسیب شدیدتر باشد مجازات آن نیز شدیدتر است. آیا با فرض اثبات آلوده کردن عمدی دیگران به ایدز این امر آسیب جسمانی محسوب می‌شود؟ این سؤالی است که باید پاسخی روشن برای آن یافت.

مشکل زمانی ایجاد می‌شود که قوانین جزایی به دنبال طبقه‌بندی صدمات و آسیب‌ها هستند. مسئولیت جزایی به این نکته بستگی دارد که چنین آسیبی چگونه ایجاد شده است. زمانی که انتقال ایدز از طریق آمیزش جنسی صورت گرفته باشد، آیا قربانی و فرد آلوده به ایدز با این آمیزش موافق بوده است رویه قضایی نشان

۴۳- به موجب قانون ۳۱ دسامبر ۱۹۹۱ فرانسه، صندوق ویژه‌ای جهت جبران خسارت وارده به قربانیان آلوده به ویروس ایدز و هپاتیت تأسیس گردید که تأثیر بسزایی در این زمینه داشته است. بند ۷ ماده ۲۰۹ قانون بهداشت و سلامت عمومی فرانسه.

۴۴- ر.ک: عباسی، محمود (۱۳۸۳) مجموعه مقالات حقوق پزشکی، ج ۶، انتشارات حقوقی، ص ۲۲.

۴۵- بیمارستان پیتیه سل پتیه پاریس، مرکز هماهنگی و اجرای پروژه‌های تحقیقاتی ایدز در اروپاست.

۴۶- متخصصین و صاحب‌نظران بیماری‌های عفونی و ایدز اعتقاد دارند که دامنه پیشرفت ایدز در این‌گونه بیماران آنان را با کلکسیون از انواع بیماری‌های عفونی مواجه می‌سازد.

می‌دهد که عدم افشای این نکته که یکی از طرفین آلوده به بیماری آمیزشی است به معنی نادیده انگاشتن رضایت نیست. فرد عاشق، امیدوار است که شریک جنسی خود را آلوده نکند، جراح آلوده به ایدز امیدوار است که دست سرنوشت، بیماران او را آلوده نکند اما بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در برقراری ارتباط جنسی چه تأثیری در میزان مسئولیت فرد مبتلا به ایدز دارد؟

انتقال غیر عمدی ایدز که بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی مصادیق بارز آن‌اند دو سؤال اساسی فراروی قانون‌گذار می‌گذارد که عبارت‌اند از:

ماهیت تعهد مبتلا کردن دیگران به ایدز چیست؟

میزان مسئولیت مرتکب تا چه حد است؟

البته در تلاش برای بررسی تعهد نسبت به حمایت از دیگران در برابر ایدز، باید نکات ذیل را نیز مورد

توجه قرارداد که:

گستره تعهد نسبت به عدم آسیب رساندن به دیگران تا چه حد است؟

گستره تعهد نسبت به مخاطره نینداختن دیگران از راه بی‌مبالاتی تا چه حد است؟

و چگونه تعهد حمایت از دیگران بر تعهد حمایت از خود تأثیرگذار است؟

همان‌گونه که می‌دانیم تفاوت ایدز با دیگر بیماری‌های آمیزشی و واگیردار روش خاص انتقال آن است. بدین معنی که چنانچه فردی که در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارد از آن خطر مطلع باشد دست‌کم برای پذیرش خطر مربوط به آن به قضاوت آگاهانه دست زند می‌تواند خود را محافظت نماید. چنانچه شریک جنسی بیمار بداند که طرف مقابل وی حامل ایدز است و یا سابقه جنسی و پزشکی وی خطر احتمال وی به ایدز را نشان می‌دهد می‌تواند در موارد زیر تصمیم بگیرد:

تصمیم بگیرد که به چنین آمیزشی رضایت بدهد؟

تصمیم بگیرد که رابطه جنسی سالم‌تری برگزیند.

از طرف مقابل بخواهد آزمایش ایدز بدهد و تا زمانی که نتیجه آزمایش وضعیت منفی او را نشان نداده از

آمیزش با وی پرهیز کند. دلیل روشن ایجاد زمینه تعهد به افشا این است که تنها یک تماس جنسی برای انتقال

ایدز، در صورتی که شریک جنسی، پیش از این شرکای جنسی دیگری داشته است و یا فرآورده‌های خونی آلوده به

وی تزریق شده کافی است. در نتیجه آیا تعهد به افشاء در محدوده قانون است؟

بدون تردید تعهد به افشای بیماری آمیزشی و واگیردار در قوانین ازدواج اکثر کشورها پیش‌بینی شده،

لیکن احتمال گسترش دامنه این تعهد به همه فعالیت‌های جنسی غیر عملی است.^{۴۷} تعهد اساسی باید بر پایه

پیشگیری از آسیب رساندن به دیگران و مراقبت در جهت پیشگیری از آسیب رساندن به دیگران استوار باشد. افشاء،

لااقل یکی از راه‌های شانه خالی کردن از چنین تعهدی است. به علاوه باید اذعان داشت که در واقع قوانین

کشورهای مختلف اروپایی تعهد نسبت به عدم ایراد صدمه و آسیب عمدی به دیگران و حتی آسیب‌های ناشی از

بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی که آلوده کردن دیگران به ایدز نیز در بسیاری از این کشورها در زمره آن است را به

رسمیت می‌شناسد و تلاش آگاهانه به منظور آلوده کردن دیگران نیز در قوانین جزایی این کشورها جرم تلقی گردیده و مستوجب مجازات است.^{۴۸}

در نظام حقوقی فرانسه آلودگی به ویروس ایدز در اثر انتقال خون و نیز گسترش بیماری که موجب درگیری و تخریب سلول‌های مغزی^{۴۹} در کودکان درمان شده با هورمون‌های رشد غیر ترکیبی، نشان داده است که استفاده از اعضاء پیوندی با منشاء انسانی ممکن است منشاء حوادث پزشکی شدید باشد اما به سختی قابل پیش‌بینی است. علاوه بر آن، در مورد اهدای سلول‌های جنسی، خطرات احتمالی انتقال بیماری‌های ژنتیکی وجود دارد و انجام تست‌های لازم را ضروری می‌سازد. از این رو، گروهی از محققین دست به انجام یک تحقیق ژنتیک خانوادگی روی اهداءکنندگان بالقوه زدند که به حذف حدود یک سوم آن‌ها انجامید. وانگهی، ازدیاد قلمروهای استفاده از اعضاء پیوندی با منشاء انسانی پیگیری خاص مربوط به اتفاقات و حوادث حاصل از آن و یا اثرات نامطلوب آن‌ها را توجیه می‌کند. یک چنین پیگیری در مورد ضایعات حاصل از اعمال جراحی پس از کشت و یا پرورش جنین نیز ضروری می‌نماید.

قانون‌گذار فرانسه، با آگاهی از الزامات جدید ناشی از پیشرفت‌های اخیر پزشکی، که بیش از پیش موفق اما منبع خطرات احتمالی جدید هستند، ماده ۱۵-۶۵۵ قانون بهداشت و سلامت عمومی را وضع کرده است. این ماده مقرر می‌دارد «برداشت و جمع‌آوری اعضاء و بافت‌های بدن انسان با اهداف درمانی تابع قوانین تأمین سلامتی تعریف شده به وسیله فرمان شورای دولتی است»^{۵۰}. این قوانین به خصوص شامل تست‌های ردیابی بیماری‌های قابل انتقال است. همزمان شورای دولتی فرانسه، شرایط انجام مراقبت‌های مربوط به اعضاء و بافت‌های بدن انسان و نیز وسایل پزشکی و داروهای مربوطه، به ویژه اطلاعاتی که باید به استفاده‌کنندگان و اشخاص ثالث ذینفع منتقل شود را معین کرده است».

ماده ۷-۶۷۴ قانون بهداشت و سلامت عمومی مجازات دو سال حبس و ۲۰۰۰۰۰ فرانک جریمه را برای تخطی از این اصل در نظر گرفته است.^{۵۱} در این خصوص ماده ۹ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار ایران مقرر می‌دارد: هرکس بداند مبتلا به بیماری آمیزشی واگیردار بوده و یا آن‌که اوضاع و احوال شخصی او طوری باشد که بایستی حدس بزند که بیماری او واگیردار است و به واسطه آمیزش او طرف مقابل مبتلا شود می‌تواند به مراجع قضایی شکایت کند. مبتلاکننده به حبس تأدیبی از سه ماه تا یک سال محکوم می‌شود.^{۵۲}

نتیجه

در این گفتار که با تکیه بر اصول کلی حاکم بر حقوق بهداشتی و با نگاهی مقارنه‌ای و تطبیقی، آثار حقوقی و کیفری انتقال بیماری از طریق تماس جنسی مورد مطالعه قرار گرفت با تأکید بر حق مراقبت بهداشتی،

۴۸- همان: ص ۶۹.

49- Creutzfeldi - Jakob

۵۰- ن.ک: عباسی، محمود (۱۳۸۲) *پیوند اعضاء (سلسله مباحث حقوق پزشکی)*، ج ۶، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۲۴.

۵۱- سالابارو، فردریک (۱۳۸۳) *قوانین اخلاقی*، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۷۲ به بعد.

۵۲- لازم به توضیح است که در خصوص مسئولیت مدنی و کیفری ناشی از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی بحث‌های تکنیکی و پیچیده‌ای وجود دارد که در این مقال کوتاه نمی‌گنجد. ر.ک: عباسی، محمود (۱۳۹۷) *حقوق جزای پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی.

حق درمان برابر، حق مصونیت از افشاء، حق تشکیل خانواده، حق بیمه، حق کار کردن و... که از جمله حقوق پذیرفته شده همه افراد جامعه و از جمله حقوق بیماران و مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی و واگیردار است. به تشریح سیاست اجتماعی حاکم بر موضوع مورد بحث پرداختیم. در این راستا رابطه متقابل بیمار و اجتماع به عنوان چهارچوب اخلاقی و حقوق سیاست اجتماعی بیماری‌ها از جمله ایدز و هیپاتیت مورد توجه قرار گرفت و ضمن تأکید بر اهمیت احترام به حقوق مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی که از سیاست‌های بنیادین اتحادیه اروپا در مبارزه با این‌گونه بیماری‌هاست آثار و پیامدهای حقوقی و کیفری بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در به خطر انداختن دیگران از طریق تماس جنسی و جرم قرار دادن دیگری در معرض خطر ایدز در چهارچوب قوانین و مقررات حاکم بر کشورهای اروپایی و ایران مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایج که از این مطالعات حاصل می‌شود، عبارتست از:

- اتحادیه اروپا در رابطه با ایدز سیاستی را آغاز کرده است که بر اهمیت احترام به حقوق مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی و واگیردار تأکید دارد. سیاستی که اخیراً مورد توجه مسئولین و دست‌اندرکاران کشور ما نیز در مبارزه با ایدز و هیپاتیت و... قرار گرفته است.
- حق مراقبت بهداشتی یکی از حقوق مصرح این‌گونه بیماران در اعلامیه جهانی حقوق بشر، قوانین اساسی بیشتر کشورهای اروپایی و از جمله قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است. کنوانسیون حقوق بشر اروپایی سیاست‌های فوق را مورد تأیید قرار داده و بر اجرای دقیق این سیاست‌ها تأکید کرده است.
- در جهت حمایت از مبتلایان به ایدز در قبال تبعیض، تعهدات اخلاقی و حقوقی مستحکمی وجود دارد که باید مورد توجه کشورها قرار گیرد. عدم رعایت حقوق بیماران و بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در به خطر انداختن دیگران از طریق تماس جنسی و قرار دادن دیگری در معرض خطر ایدز موجب مصونیت مدنی و کیفری مرتکب نمی‌گردد.
- بنابراین جهت حمایت از حقوق بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت پیشنهاد می‌شود:
- با تکیه بر چهارچوب قانونی مسئولیت بدون خطا صندوق ویژه یا بنیاد خاصی جهت حمایت از حقوق بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت تأسیس گردد.
- کلیه قوانین و مقررات مربوط به موضوع مورد بحث مورد بازنگری قرار گرفته یا در مواردی که خلاء قانونی وجود دارد، دولت با ارائه لوایح مناسب به حمایت قانونی از این‌گونه بیماران پردازد.
- اطلاع‌رسانی صحیح و آموزش مداوم در زمینه موضوعات مورد بحث سرلوحه برنامه‌های رسانه‌های گروهی به ویژه صدا و سیما قرار گیرد.
- آزمایش‌های اولیه محرمانه و داوطلبانه همراه با مشاوره رایگان در دسترس همگان قرار گیرد.
- با ایجاد زمینه و بستر لازم وسایل پیشگیری و درمان مناسب در اختیار همگان قرار گیرد.
- و در پایان با تکیه بر عنصر محوری عدالت در همه زمینه‌ها، امیدوار است که در پرتو اخلاق جامعه‌ای سالم و عاری از این‌گونه مشکلات داشته باشیم.

قدردانی

در پایان لازم است مراتب تشکر و سپاس خویش را از سرکار خانم دکتر لادن عباسیان - فوق تخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری که ضمن بازخوانی مقاله، مطالبی را جهت بهبود آن متذکر شدند ابراز دارم.

منابع

- ۱- ابراهیمی جهانبخش (۱۳۸۳) سیری در حقوق بشر، تهران: انتشارات زوار.
- ۲- برنامه مشترک ملل متحد برای ایدز و دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد [تدوین و تنظیم] (۱۳۸۶) / اصول راهنمای بین‌المللی ایدز و حقوق بشر، ترجمه محمود عباسی و لادن عباسیان، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.
- ۳- بودوان ژان لویی (۱۳۸۲) حقوق، ایدز و قانون، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۴- پینت بلیندا (۱۳۸۴) حقوق و پزشکی، ترجمه محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۵- روشه سباستین (۱۳۸۲) جامعه غیر مدنی، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۶- سالابارو فردریک (۱۳۸۳) قوانین اخلاقی، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۷- عباسی محمود (۱۳۷۶) مجموعه مقالات حقوق پزشکی: عوامل اجتماعی مؤثر بر ارتکاب جرائم پزشکی، ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۸- عباسی محمود (۱۳۹۵) مطالعه تطبیقی پیوند اعضا، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۹- عباسی محمود (۱۳۸۲) مجموعه قوانین و مقررات پزشکی و دارویی، چ سوم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۰- عباسی محمود (۱۳۸۲) افساء اسرار بیماران، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۱- عباسی محمود (۱۳۸۲) نقش رضایت در پژوهش‌های علوم پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۲- عباسی محمود (۱۳۷۹) مجموعه مقالات حقوق پزشکی، چ پنجم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۳- عباسی محمود (۱۳۸۳) تحولات حقوقی در مسئولیت پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۴- عباسی محمود (۱۳۸۳) مجموعه مقالات حقوق پزشکی، ج ۶، انتشارات حقوقی.
- ۱۵- عباسی محمود (۱۳۸۲) پیوند اعضا (سلسله مباحث حقوق پزشکی)، ج ۶، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۶- عباسی محمود (۱۳۹۷) حقوق جزای پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۷- فیستا جانین (۱۳۷۷) حقوق و مسئولیت پرستاران، ترجمه محمود عباسی و مهین عباسی، تهران: انتشارات طبیب.
- ۱۸- کی فرانکنا ویلیام (۱۳۷۶) فلسفه اخلاق، ترجمه هادی صادقی، قم: مؤسسه فرهنگی طه.
- ۱۹- لینن گیورس و پینت (۱۳۸۳) مطالعه تطبیقی حقوق بیماران، ترجمه باقر لاریجانی و محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۲۰- ممتاز جمشید (۱۳۷۷) حقوق بشر در پرتو تحولات بین‌المللی، ترجمه، تحقیق و نگارش: حسین شریفی طراز کوهی، تهران: نشر دادگستر.
- ۲۱- مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا [تنظیم و تدوین] (۱۳۸۵) قانون اساسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۲۲- هاشمی سید محمد (۱۳۸۲) حقوق اساسی جمهوری اسلامی ایران، ج ۱، تهران: میزان.
23. Sim, Julius (1995) Ethical Decision Making in Therapy Practice, UK: Butterworth-Heinemann.
24. Tunc, André (2002) La Responsabilité Civile du Médecin, Acted du Congres.
25. Veatch, Robert.M (1997) Principles of Medical Ethics, UK: Jones and Bartlett.
26. Voir: Tabuteau, Didier (1995) Risque Thérapeutique et Responsabilité Hospitalière, Editions Santé.