



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Comparative Study of Patient participation and Responsibilities in the Treatment and Management of Epidemic Diseases under the Legislation of Iran, England and United States

Sara Ramezani^{1*}, Nasrullah Jafari²

1. Department of Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Meybod University, Meybod, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: This study is done, with the approach of comparative study and recognizing laws of patient participation and responsibility in the treatment and control of Epidemic diseases in the Iranian legal system and leading countries.

Method: This research is a review study, and information collection has performed by referring to reliable sources, books, and cited papers.

Ethical Considerations: All ethical considerations have been observed in this study.

Results: Intimidating or coercing patients to comply with requirements to prevent contain disease or prevent their prevalence in the health systems, especially during emergencies such as epidemics, poses major legal challenges. In these cases, in addition to consistent global legislation, each country also established comprehensive guidelines according to cultural and local conditions under the supervision of the World Health Organization. Legislative efforts in this area emphasize the roles of hospitals, nurses, and physicians, as well as their criminal and civil responsibilities.

Conclusion: In Iran, compared to the leading countries in public health laws, there are significant legal deficiencies in cases such as refusal for Epidemic disease treatment, how to deal with the refusal of patients or their guardians to receive treatment or even the quarantine conditions for infectious diseases; Meanwhile, countries like the UK and the United States have established some regulations in this area. With the approach of recognizing these laws in the leading countries, in this study, Iranian and US regulations on patient participation and responsibility in the treatment and control of epidemic diseases were comparatively investigated.

Keywords: Autonomy; Forced Treatment; Patient Responsibility; Participation in Treatment; Epidemic Disease; Medical Law

Corresponding Author: Sara Ramezani; **Email:** sramezani11244@gmail.com

Received: May 22, 2023; **Accepted:** December 03, 2023; **Published Online:** August 04, 2025

Please cite this article as:

Ramezani S, Jafari N. Comparative Study of Patient participation and Responsibilities in the Treatment and Management of Epidemic Diseases under the Legislation of Iran, England and United States. Medical Law Journal. 2024; 18: e50.



بررسی تطبیقی مشارکت و مسئولیت بیمار در درمان و مدیریت بیماری‌های مسری در حقوق ایران و نظام حقوقی انگلیس و آمریکا

سارا رمضانی^{۱*}، نصرالله جعفری^۱

۱. گروه حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با رویکرد بررسی تطبیقی و شناخت قوانین مشارکت و مسئولیت بیماران در درمان و کنترل بیماری‌های مسری در حقوق ایران و کشورهای انگلیس و ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است.
روش: این پژوهش، یک مطالعه مروری است و جمع‌آوری اطلاعات، با مراجعه به منابع معتبر، کتب و مقالات استنادشده، صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در انجام این مطالعه تمام موازین اخلاقی رعایت شده است.

یافته‌ها: ارباب یا اجبار بیماران، به رعایت الزاماتی با هدف کنترل بیماری‌ها یا جلوگیری از شیوع آن‌ها، از سوی سیستم درمانی، به ویژه در شرایط اضطراری همچون شیوع بیماری‌های همه‌گیر، چالش‌های قانونی بزرگی را فراهم آورده است. در این موارد، علاوه بر قوانین یکپارچه جهانی، هر کشور، دستورالعمل‌های مدونی نیز متناسب با شرایط فرهنگی و بومی خود تحت نظارت سازمان بهداشت جهانی تنظیم می‌نماید. تلاش‌های قانونی در این زمینه بر نقش بیمارستان‌ها، پرستاران و پزشکان و نیز مسئولیت‌های کیفری و مدنی آن‌ها متمرکز است.

نتیجه‌گیری: در ایران، در مقایسه با کشورهای پیشرو در قوانین مربوط به سلامت عمومی، کمبودهای قانونی چشم‌گیری در مواردی چون الزامات در درمان بیماری‌های واگیر، دستورالعمل‌ها در نحوه برخورد با امتناع بیماران یا سرپرستان آن‌ها در درمان و یا شرایط قرنطینه در بیماری‌های واگیردار وجود دارد، در حالی که کشورهایی چون انگلستان و ایالات متحده دارای قوانین وضع شده متعددی در این زمینه می‌باشند.

واژگان کلیدی: خودمختاری؛ درمان اجباری؛ مسئولیت بیمار؛ مشارکت درمان؛ بیماری واگیردار؛ حقوق پزشکی

نویسنده مسئول: سارا رمضانی؛ پست الکترونیک: sramezani11244@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۵/۱۳

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

Ramezani S, Jafari N. Comparative Study of Patient participation and Responsibilities in the Treatment and Management of Epidemic Diseases under the Legislation of Iran, England and United States. Medical Law Journal. 2024; 18: e50.

مقدمه

شیوع بیماری‌های واگیردار یکی از پدیده‌های مهم در هر کشور است که گسترش آن، اثرات مهمی در اقتصاد، امنیت روانی و جسمی افراد جامعه و در نهایت توسعه یک کشور دارد. در این میان نقش بیماران مبتلا در گسترش این پدیده را نمی‌توان نادیده گرفت و نظام‌های حقوقی با قانونگذاری مناسب و ایجاد ضمانت اجرای مناسب با شرایط بومی هر کشور، می‌توانند در جلوگیری از گسترش این بیماری‌ها بسیار اثرگذار باشند. مسئولیت بیماران و نهادهای مسئول در زمینه گسترش بیماری به هر نحو، مسأله‌ای است که کمتر بدان پرداخته شده است.

نگرش‌های فرهنگی، تأثیر به سزایی را بر قابلیت اجرای مقررات سلامت ایفا می‌نمایند. عدم توجه به مسائل بهداشتی، معیشتی، سیاسی و اجتماعی در جوامع، سبب کاهش پشتیبانی سیاسی و مشارکت عمومی می‌گردد. از پیامدهای آن، می‌توان به کاسته شدن توجه قانونگذاران به قوانین حوزه سلامت اشاره نمود. مشروعیت و پایداری هر سیستم قانونگذاری، به میزان انعکاس دادن ارزش‌های مردمی دارد (۱). این مقوله در سازمان بهداشت جهانی به «دموکراسی مشارکت» شهرت دارد که به عقیده این سازمان، در حوزه سلامت گریزی از آن نیست (۲). در انگلستان با تأکید بر اصل مشارکت، پیش‌نویس طرح اصلاح ساختاری برای خدمات ملی بهداشت، برای اظهار نظر شهروندان، از روش «به گفته شما» استفاده شده است (۳).

در دستورالعمل راهنمای درمان مالاریا در کشور ایران، گزارش‌دهی فوری موارد مالاریا، ضمن حصول اطمینان از درمان کامل بیماران، این امکان را برای نظام خدمات بهداشتی فراهم می‌آورد که با اقدامات پیشگیرانه مناسب، مانع انتقال مالاریا به دیگران گردد. این مسئولیت بر عهده پزشکان نهاده شد. با این حال، یک راهکار توانمند، میزان مسئولیت خود بیمار در قطع زنجیره ابتلا به بیماری است؛ در این راه، استفاده از فاکتورهای تنبیهی و تشویقی می‌تواند راهگشا باشد (۴).

تا پیش از شیوع کرونا، با وجود شیوع پیشین برخی بیماری‌های مسری در کشور، سبک قانونگذاری، مصداقی بود؛

به عنوان مثال، وبا و یا سفلیس از جمله بیماری‌های مورد توجه قانونگذاران به شمار می‌آمد (۴). در خصوص بیماری‌های واگیر حیوانی، قانونگذار تلاش بیشتری در وضع مقررات داشته است (ماده ۳ قانون سازمان دامپزشکی کشور). تمرکز بر تهیه داروهای مهارکننده بیماری‌های واگیر در دام‌ها و طیور در مؤسسه رازی، بیمه دام برای کنترل میزان خسارات ناشی از این بیماری‌ها، کنترل آنفلوآنزای پرندگان و دام و تخصیص بودجه برای مهار آن در قوانین بودجه و حتی تشکیل ستاد آمادگی برای مقابله با بیماری آنفلوآنزای خوکی در سال ۱۳۸۸، جلوگیری از شیوع این بیماری‌ها، از طریق حمل و نقل و مراودات میان‌مرزی کشور با کشورها و نیز آیین‌نامه مبارزه با بیماری‌های دامی و جلوگیری از سرایت و انتشار آن‌ها مصوبه سال ۱۳۹۰، از جمله فعالیت‌هایی است که در زمینه کنترل سرایت بیماری‌های واگیر دامی انجام گردیده است (۵-۴).

روش

این مطالعه از نوع مروری ساده است و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به منابع قابل استناد، کتب و مقالات معتبر علمی صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

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

یافته‌ها

ارعاب یا اجبار بیماران، به رعایت الزاماتی با هدف کنترل بیماری‌ها یا جلوگیری از شیوع آن‌ها، از سوی سیستم درمانی، به ویژه در شرایط اضطراری همچون شیوع بیماری‌های همه‌گیر، چالش‌های قانونی بزرگی را فراهم آورده است. در این موارد، علاوه بر قوانین یکپارچه جهانی، هر کشور، دستورالعمل‌های مدونی نیز متناسب با شرایط فرهنگی و بومی خود تحت نظارت سازمان بهداشت جهانی تنظیم می‌نماید. در

این مطالعه، برخی حقوق و تعهدات بیماران در روند درمان و نیز مدیریت بیماری‌های مسری در حقوق ایران و برخی کشورهای پیشرو در این زمینه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

بحث

۱. حقوق و تعهدات بیمار در صورت شیوع امراض واگیردار: معمولاً جهت کنترل شیوع امراض مسری در ایران، سرایت‌دادن عمدی و غیر عمدی آن و تحقق مسئولیت کیفری و مجازات و جبران خسارت جسمانی ناشی از انتقال بیماری به دیگران، در قوانین موضوعه مورد توجه قانونگذار بوده است، هرچند در خصوص احکام وضعی ضمان، اعم از دیه و قصاص، مطابق با فقه و حقوق موضوعه ایران، مسأله صحت انتساب و استناد جنایت مطرح می‌شود. این مسأله در ماده ۵۲۶ قانون مجازات اسلامی نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۶).

بنابراین نمی‌توان عدم تمایل فرد به درمان بیماری واگیردار خود، به علل مختلف روانی، مذهبی، اجتماعی و یا اهمال وی را به سادگی تحت شمول مسئولیت کیفری آورد و این قوانین را ضمانت اجرای مناسبی جهت جلوگیری از شیوع بیماری‌های مسری قلمداد نمود (۷).

در عین حال، بر اساس ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، مقررات مسئولیت (ضمان) پزشکان در صورت اهمال در انجام وظایف درمانی، در قانون مجازات اسلامی مجری است. از منظر حقوق خصوصی (قراردادها)، نیز امکان شناسایی شیوع گسترده امراض واگیردار، ناگهانی و تأثیر آن بر ایفای تعهدات قراردادی را می‌توان با عنایت به عمومات قوانین پذیرفت.

۱-۱. مسئولیت شناسی بیماران در قوانین موضوعه: در مقایسه با حقوق بیماران مبتلا، در مورد مسئولیت‌ها، مشارکت‌ها و ضمانت اجرای عدم پاسداری اصول بهداشتی این بیماران، پژوهش قابل ملاحظه‌ای یافت نمی‌شود. این در حالی است که گاه رفتارهای پرخطر بیمارانی همچون مبتلایان به ایدز، می‌تواند جان افراد زیادی را به خطر اندازد (۸).

در برخی قوانین، نظیر ماده ۲۳ قانون حمایت از خانواده که زوجین را پیش از انعقاد نکاح، مکلف به گواهی سلامت از نظر اعتیاد و بیماری‌های مسری و خطرناک نموده است، می‌توان آثاری از تمایل قانونگذار به پیشگیری از شیوع بیماری‌های مسری مقاربتی را احساس نمود. با این حال، در میان بیماری‌های تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اثری از بیماری‌های مقاربتی مهم همچون ایدز و زگیل تناسلی دیده نمی‌شود. اجبار زوجین به انجام آزمایش‌های دوره‌ای، قطعاً می‌تواند روش مناسبی برای کنترل چرخه انتقال ایدز باشد که این نیز با موازین حقوق بشری سازگاری ندارد، چراکه از منظر حقوقی، اصل بر وجود آزادی‌ها بوده و هرگونه محدودیتی، استثنا محسوب می‌شود (۹-۱۰). با رویکرد حفظ حقوق بیمار، فرد بیمار در درمان و یا دریافت مداخلات درمانی، دارای اختیار کامل بوده و هرگونه معالجه‌ای بر اساس رضایت آگاهانه وی صورت می‌گیرد (۱۱-۱۴).

۱-۲. منشور حقوق بیمار: منشور حقوق بیمار در ماده ۲، به لزوم در اختیار قراردادن اطلاعات به بیمار اشاره می‌نماید. محتواهای این اطلاعات باید شامل روش‌های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف، قوت و عوارض احتمالی این روش‌ها، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز سایر اطلاعات مؤثر در روند تصمیم‌گیری بیمار باشد (۱۵-۱۶). در این بند، آنچه مهم دانسته شده است، آسیب به شخص بیمار است. در بند سه منشور، به حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزاد بیمار در دریافت خدمات سلامت اشاره شده است و به بیمار حق داده شده است که درمان‌های پیشنهادی را پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن، قبول یا رد نماید، مگر در موارد خودکشی و مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد (۱۷).

این واژگان، کاملاً بسته به نظر عرف و از شخص به شخص متفاوت است، مثلاً «تصمیم معقولانه»، در بند آخر منشور، می‌تواند از نظر هر فرد و در هر فرهنگ به گونه‌ای تفسیر شود. همچنین اینکه «خطر جدی» دقیقاً چیست و موارد آن کدام‌اند، همواره با ابهام همراه بوده است.

ارائه خدمات سلامت، باید مبتنی بر حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد. در این بند، ذکر شده است که این اصل، تنها در صورتی قابل نقض است که قانون، آن را استثنا نموده باشد، در حالی که قانون مدونی در زمینه استثنای وظیفه رازداری، وجود ندارد و شاید بتوان به اصولی همچون لاضرر استناد نمود. مهم‌ترین استثنا در زمینه رازداری حرفه‌ای، وظیفه هشدار دادن است که بر اساس آن، پزشکان باید قربانیان احتمالی را شناسایی نموده و به آنان هشدار دهند (۱۸)، به علاوه، چنانچه دادگاه از پزشک، موارد مربوط به بیمار را استعلام نماید، پزشک موظف به پاسخگویی است. شرکت‌های بیمه نیز، برای ارائه خدمات باید بتوانند اطلاعاتی را به دست آورند که بر اساس آن، تخمین هزینه‌ها و کاربرد برنامه‌های مختلف ممکن باشد.

۱-۳. بررسی قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی

واگیردار: یکی از مواردی که پزشکان می‌توانند طی آن اسرار بیمار را افشا نمایند، بیماری‌های واگیردار است، اما آیا بیمار نیز خود مسئول گزارش حال خود به نزدیک‌ترین مرکز پزشکی است یا خیر؟ بر اساس ماده ۱۳ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی واگیردار مصوب ۱۳۲۰، پزشکان آزاد و همه بنگاه‌های بهداشتی که معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی انجام می‌دهند، موظفند در آخر هر ماه تعداد بیماری‌های آمیزشی خود را که قبلاً به پزشک دیگری مراجعه نکرده‌اند، بدون ذکر نام و مشخصات بیمار به بهداشتی بفرستند. آنچه در خصوص قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی واگیردار مصوب ۱۳۲۰ روشن است، این است که قانونگذار در این قانون (هرچند در نوع خود و در زمان خود به عنوان یک قانون جلوگیری‌کننده از بیماری‌های آمیزشی بسیار کارآمد است)، به احصای این بیماری‌ها پرداخته است، در نتیجه بیماری‌های آمیزشی که فرد ملزم به درمان آن است، منحصرأ در چند مورد خلاصه می‌گردد. در این قانون، برای فرد دچار بیماری‌های آمیزشی که از درمان خود امتناع می‌ورزد، راه حلی پیش‌بینی نشده است.

ضمانت‌های اجرایی موجود در این ماده بیشتر مربوط به پزشکان، نمایندگان قانونی یا سرپرستان اشخاص فاقد اهلیت و اشخاصی که عمداً، موجب نشر آلودگی در آب‌ها و مکان‌های عمومی می‌گردند، پزشکان بی‌اعتنا به درمان بیماری‌های واگیر و یا درمان بدون پروانه پزشکی است تا بیماران ممتنع از درمان. در این قانون، در چند مورد از الزام بیمار سخن گفته شده است، اما کیفیت این الزام همچنان نامعلوم است. مشخص نیست که آیا بیمار به هر شکل در مرکز درمانی نگهداری می‌شود تا تحت درمان قرار گیرد و یا ملزم می‌شود که داروهایی را خریداری کند و کادر درمان را از حال خود باخبر کند و اینکه اگر این الزامات را رعایت نکند با چه پیگردی رو به رو خواهد شد؟

در خصوص منتشرکنندگان بیماری واگیر، مجازات حبس به دلیل غفلت از انتشار بیماری پیش‌بینی شده است (ماده ۲۲). این ماده را شاید بتوان ضمانت اجرایی برای امتناع بیماران از درمان بیماری‌های واگیردار همچون کرونا و سایر بیماری‌های واگیر دانست.

جا به جایی جمعیتی در حال حاضر بسیار سریع‌تر و ارتباطات در حد بسیار وسیعی در حال انجام است و این، قدرت سرایت هر بیماری واگیر را نسبت به گذشته چندین برابر نموده است. در اصلاحات، این ماده با همان مسیر اشتباه تغییر کرد.

۱-۴. افشای بیماری‌های واگیردار پرخطر: مطابق با منشور

حقوق بیمار در ایران، بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه‌ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی، جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی، از گروه معالاج استعلام صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل نماید. با این حال، به نظر می‌رسد الزاماتی در خصوص درج نام افراد مبتلا به بیماری‌های واگیر جنسی در جهت شناسایی آنان در زمان ازدواج، تا آنجا که با اصل رازداری که در کدهای اخلاقی و دستورالعمل‌های رفتار اخلاقی پزشکان منافاتی نداشته باشد، می‌تواند از سرایت به افراد دیگر جلوگیری نماید.

عمومی دیگری مانند مکان‌های تفریحی، باشگاه‌ها، هتل‌ها، مسافرخانه‌ها یا مغازه‌ها، افراد دیگر را در معرض خطر ابتلا قرار دهد، جریمه می‌شود. این جریمه شامل افرادی که مراقبت از یک بیمار را بر عهده دارند و احتیاط لازم را در عدم سرایت بیماری وی به دیگران نمی‌نمایند و نیز تجاری که در فعالیت تجاری خود نمی‌توانند بدون ایجاد خطر انتقال یک بیماری که می‌دانند به آن مبتلا هستند، تجارت کنند، می‌شود.

تلاش قانونگذار به پیش‌بینی تمامی مواردی که ممکن است بیمار یا شخصی که مسئول نگهداری از اوست، در انتقال یک بیماری مسئول دانسته شود، قابل توجه است. این بخش از قانون ۱۹۳۶، توسط برخی قوانین دیگر، از جمله قانون خدمات سلامت ملی مصوب ۱۹۴۶، قانون سلامت عمومی مصوب ۱۹۸۴، قانون سلامت عمومی و استانداردها مصوب ۲۰۰۳، قانون سلامت و مراقبت اجتماعی مصوب ۲۰۰۸، قانون سلامت عمومی مصوب ۲۰۱۲ و بسیاری از دستورالعمل‌ها و قوانینی که در زمینه بهداشت و سلامت عمومی در کشور انگلستان تصویب گردیده است، نقض گردید (۲۱-۲۲).

در خصوص انتقال بیماری‌های جنسی نیز آرا درخوری دیده می‌شود. قانون مهمی که در انگلستان برای پیگیری انتقال عمد یا بی‌احتیاطی ویروس اچ‌آی‌وی استفاده می‌شود، قانون جرایم علیه اشخاص، مصوب ۱۸۶۱ می‌باشد که انتقال بی‌احتیاطانه آن نیز در بخش ۲۰ این قانون جرم‌انگاری شده است. در این قانون، مجرم با حبس پنج‌ساله مواجه است و نمی‌توان از میزان این حبس کاست. در اسکاتلند اما، «رفتار بی‌ملاحظه» در انتقال عفونت جنسی مجازاتی بین پنج تا ده سال دارد. مجازات ده سال برای کسی است که یک نفر را آلوده کرده و سه نفر دیگر را نیز در معرض آلودگی قرار داده باشد (۲۳).

حداکثر مجازات برای انتقال عمدی بیماری‌های جنسی، حبس ابد است، البته بیشتر پرونده‌ها با ادعای انتقال عمدی بیماری مطرح می‌شود، ولی به انتقال بی‌احتیاطانه منتج می‌گردد، چراکه قصد و عمد، برای انتقال عمدتاً وجود ندارد، هرچند فرد به بیمار بودن خود اطمینان داشته باشد (۲۳).

در خصوص سایر بیماری‌های واگیردار نیز، دستورالعمل‌های پراکنده، کاری از پیش نبرده و حتی ضمانت اجرای قوی در خصوص برخورد با رفتارهای پرخطر شهروندان، عدم گندزدایی وسایل نقلیه و مکان‌های عمومی، رفت و آمدهای غیر ضروری و یا ضرورت گرفتن گواهی جهت تردهای بین شهری نیز یافت نمی‌شود.

پرسش مهم این است که چنانچه فرد مبتلا به بیماری‌های مقاربتی که از درمان خودداری ورزد، آیا می‌توان شریک جنسی او را مطلع ساخت و یا از ازدواج منع کرد؟ در برخی کشورها همچون آمریکا، مراکز عرضه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی وظیفه دارند که پاسخ‌های آزمایش ایدز را به مراکز صاحب صلاحیت ارسال نمایند، زیرا سلامتی جامعه، از رازداری درباره بیمار مبتلا، دارای اهمیت بیشتری است (۱۹). گزارش نتایج آن‌ها به مراکز ذی‌صلاح، همراه با نام و مشخصات بیمار است، هرچند در گذشته بدون نام و مشخصات بود. در سیستم درمانی آمریکا، گزارش نتایج آزمایش توسط کارکنان بهداشتی درمانی به خانواده بیمار نیز غیر قانونی نمی‌باشد. با این حال، کدهای اخلاقی بیان می‌نمایند که تمامی اطلاعات بیمار بایستی به صورت محرمانه حفظ گردد، به جز مواردی که انتشار اطلاعات خاص مجاز است. این انتشار اطلاعات می‌تواند به دستور قانون، یک دادگاه یا سازمان دولتی و یا بیمار باشد (۲۰).

بر مبنای اصل ۴۰ قانون اساسی، به نظر می‌رسد که اجرای قرنطینه خانگی اجباری افراد از طریق قانونگذاری (اصل ۷۹ قانون اساسی) یا طرق قانونی دیگر (مثلاً استناد به صلاحیت عام شورای عالی امنیت ملی مندرج در اصل ۱۷۶ قانون اساسی) لازم باشد.

۲. بررسی نگرش قانونگذاران انگلیس و آمریکا در خصوص حقوق و تعهدات بیماران مبتلا به امراض واگیردار
۱-۲. حقوق و تعهدات بیماران مبتلا به بیماری واگیردار در انگلستان: مطابق با قانون سلامت عمومی مصوب ۱۹۳۶ مجلس انگلستان، فردی که از یک بیماری شناخته‌شده رنج می‌برد و آگاهانه، با حضور یا رفتار خود در خیابان یا هر مکان

اگر امکان انتقال وجود نداشته باشد، ممکن است تا ۳۰ سال زندانی شود. این قوانین، مورد انتقاد بسیاری قرار گرفته است و آن را بسیار غیر منصفانه و سبب پنهان کاری بیشتر فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌دانند (۲۳).

با نگاهی به حقوق آمریکا درباره اصل محرمانگی بیماری ایدز، در راستای حمایت از حق کار شخص بیمار، باید گفت که در حقوق این کشور، مراکز عرضه‌کننده خدمات بهداشتی - درمانی، وظیفه دارند که پاسخ‌های آزمایش ایدز را به مراکز صاحب صلاحیت ارسال نمایند، زیرا سلامتی جامعه اهمیت بیشتری از رازداری درباره بیمار مبتلا دارد (۲۴).

کالیفرنیا فهرست بیماری‌هایی که باید گزارش شوند را بروزرسانی کرد تا کووید-۱۹ را نیز شامل شود و از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خواست که این موارد را فوراً از طریق تلفن به افسر بهداشت محلی گزارش نمایند. عدم گزارش مطابق قانون کالیفرنیا یک جرم است و برای هیأت پزشکی تخلف محسوب می‌شود (۲۵).

علیرغم تصویب گسترده قوانینی که گزارش بیماری‌های واگیر را الزامی می‌کند، رعایت آن‌ها بسیار ضعیف است. مهم‌ترین دلایل آن را باید نخست، نگرانی پزشکان به نقض رازداری میان بیمار و پزشک و همچنین، نبود جریمه قابل توجه برای گزارش دانست (۲۴).

در سال ۲۰۰۹ انجمن روان‌شناسی آمریکا بیانیه‌ای را منتشر کرد که در صورتی که فردی قطعاً بیماری ایدز دارد، اما رفتارهایی را انجام می‌دهد که دیگران را به خطر می‌اندازد، لازم است رویکردی در مقابل او اتخاذ شود. اکثر ایالات، نیاز به گزارش اجباری تشخیص ایدز به مقامات عمومی دارند، اما تنها تعداد کمی از ایالات، قوانینی را وضع کرده‌اند که به صراحت، به پزشکان اجازه می‌دهد وضعیت اچ‌آی‌وی بیمار را برای فرد در معرض خطر (ایالت ایندیانا) یا همسر (ایالت کارولینای شمالی) افشا نمایند و یا اینکه در برابر بی‌مبالاتی بیماران پرخطر، مجوز کنترل قهری این بیماران فراهم گردد. تأکید بر این است که همان‌گونه که می‌توان کارکنان بهداشتی را جهت سهل‌انگاری در تشخیص یا گزارش یک بیماری همه‌گیر یا

شخص باید در آن زمان از ابتلای خود به اچ‌آی‌وی مطلع باشد و صرف بی‌احتیاطی کافی نیست، بلکه این ویروس باید به شریک جنسی منتقل شده باشد. در اسکاتلند، قانون سختگیرانه‌تر است و صرف بی‌احتیاطی در برقراری رابطه جنسی، هرچند طرف مقابل مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی نگردد، جرم و قابل پیگیری است. در خصوص سایر روش‌های انتقال ویروس نیز قوانین جهت مسئولیت‌بخشی به بیماران بی‌مبالات، به قوت خود باقی است.

البته بیماری جنسی که از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود، باید موجب ورود «آسیب جدی» به شخص گردد تا تحت بخش‌های ۱۸ و ۲۰ قانون جرایم علیه اشخاص مصوب، ۱۸۶۱ قابل پیگرد باشد (۲۳). ممکن است فرد مظنون، در انجام مقدمات پزشکی کوتاهی کند، مثلاً اجازه گرفتن نمونه خون را ندهد. در این شرایط، ممکن است هیأت منصفه را به گناهکار بودن خود بیشتر مظنون نماید، هرچند صرف مظنون بودن، به تنهایی نمی‌تواند دلیلی بر ارتکاب جرم باشد (۲۳).

۲-۲. حقوق و تعهدات بیماران مبتلا به بیماری واگیردار در ایالات متحده آمریکا: در ایالات متحده آمریکا تا سال ۲۰۲۲، تعداد ۳۵ ایالت دارای قوانین جرم‌انگاری انتقال بیماری‌های واگیر به خصوص بیماری‌های منقله جنسی شدند. در ده ایالت، قوانین، افراد مبتلا به ایدز که از وضعیت خود آگاه هستند را ملزم می‌نماید که شرکای جنسی خود را آگاه کنند. در سه ایالت نیز باید بیماری خود را برای کسانی که ممکن است با آن‌ها از سوزن‌های مشترک استفاده کنند، افشا نمایند. حداکثر مدت مجازات برای نقض این قانون، به ویژه در بیماری ایدز، در برخی ایالت‌ها تا حبس ابد و در برخی دیگر، کمتر از ده سال می‌باشد (۲۳).

با این حال، تنها در ده ایالت است که قوانین ضد پیشگیری از ایدز مانند استفاده از کاندوم، درمان‌های ضد ویروسی و استفاده از قرص‌های پی‌آرای‌پی، در مجازات فرد در نظر گرفته می‌شوند.

در قوانین ایالت فلوریدا، اگر فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی، وضعیت اچ‌آی‌وی خود را قبل از هر نوع تماس جنسی فاش نکند، حتی

خطرناک مسئول دانست، بیماران با رفتارهای پرخطر نیز باید در دادگاه مورد مواخذه قرار گیرند.

برخلاف کشور انگلستان که امتناع این بیماران از درمان با ضمانت اجرای قانونی مواجه شده است، در آمریکا، در حد تحلیل‌های روان‌شناختی باقی مانده است (۱۰). اعتقاد بر این است که درمان غیر توافقی بیماری‌های واگیر، نیز کار شایسته‌ای نیست و با اخلاق زیستی در تضاد است (۱۶). چندین حوزه قضایی در آمریکا دارای قوانینی هستند که اجازه می‌دهد درمان غیر توافقی با افراد مبتلا به بیماری‌های واگیر جدی صادر شود. به عنوان مثال، در اوایل دهه ۱۹۹۰، در پاسخ به افزایش چشم‌گیر موارد سل، شهر نیویورک کد بهداشتی خود را اصلاح کرد تا به کمیسیون بهداشت اجازه دهد تا بیماران سل را مجبور به تکمیل درمان و در صورت لزوم، آن‌ها را در طول فرآیند بازداشت کند (۲۶).

۳. درمان اجباری: درمان اجباری بیماران خصوصاً در شرایط اضطراری در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است، مثلاً در خصوص بیماران با اختلال شدید روانی (CCT) در کشورهایی همچون استرالیا، کانادا، نیوزلند، بریتانیا و ایالات متحده درمان اجباری که موافقان و مخالفانی دارد. عمده دلایل مخالفان بر این است که درمان اجباری رابطه بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران را تضعیف می‌کند (۲۴).

در خصوص بیماری‌های واگیردار، پیشگیری از شیوع بیماری‌های عفونی و حفظ سلامت عمومی همواره در اولویت قرار گرفته است. هنگامی که روند اپیدمی بیماری عفونی ایجاد می‌شود، درمان اجباری یک الگوی کارآمد برای کنترل شیوع سریع بیماری است. در این شرایط حفاظت از جامعه بر حقوق افراد پیشی می‌گیرد.

در ایران این مسأله چندان مورد بحث نبوده و قانونگذاری جامعی در این زمینه مشاهده نمی‌شود، با این حال در خصوص معتادین به مواد مخدر، در قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷ موادی در خصوص اجبار معتادین به مواد مخدر که سن آن‌ها کمتر از شصت سال باشد، به ترک اعتیاد در ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون دیده می‌شود و ضمانت

اجرای آن را جزای نقدی و الزام به سکونت در مراکز بازپروری قرار داده است (ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۶۷ ش.).

در کشور آمریکا، قوانین در برخی حوزه‌های قضایی مقرر می‌دارند که بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیر، می‌توانند تحت بازداشت اجباری قرار گیرند، اما تحت درمان اجباری نیستند. برای مثال، ایالت مینه‌سوتا اجازه می‌دهد تا افراد مبتلا به بیماری‌هایی «که می‌توانند از فرد به فرد دیگر منتقل شوند و جداسازی یا قرنطینه برای آن‌ها یک استراتژی کنترل مؤثر است»، منزوی شوند، اما به طور خاص مقرر می‌کند که بیماران قرنطینه‌شده «حق اساسی برای امتناع از این بیماری دارند» (۲۴).

در خصوص حق عدم بستری‌شدن اجباری، مطابق اصل ۱۹ اعلامیه جهانی حقوق بشر و اصل ۳۷ پیمان‌نامه حقوق کودک، گفته شده است که هرگاه بیمار بر مرخص‌شدن اصرار داشته باشد، لازم است رضایت‌نامه کتبی برای اینکه هیچ‌گونه مسئولیتی را در برابر خطرات احتمالی ندارد و پرستاران وظیفه دارند، این اقدام را برای بیمار توضیح دهند (۲۷).

دادگاه اروپایی حقوق بشر (ECHR) بیان می‌دارد الزام افراد به انجام غربالگری سل با استفاده از آزمایش واکنش پوستی توبرکولین یا اشعه ایکس قفسه سینه «می‌تواند در یک جامعه دموکراتیک برای حفاظت از سلامت ضروری تلقی شود» (۲۲). از سوی دیگر هیچ دادگاه حقوق بشری به طور مستقیم به مجازبودن اجبار افراد برای انجام درمان (برخلاف آزمایش) برای بیماری‌های واگیردار رسیدگی نکرده است. با استناد به تصمیمات (ECHR)، در محکوم‌کردن تغذیه اجباری به زندانیان، یکی از سازمان‌های بهداشت جهانی که در اوکراین مأموریت داشت، دریافتند که اجرای درمان سل بدون رضایت بیمار یک مداخله بزرگ در جسم و روح یک فرد است و ممنوع می‌باشد (۲۰). در ایالات متحده، کودکان واکسینه‌نشده‌ای که از شرایط واکسیناسیون یک ایالت معافیت دریافت نکرده‌اند، ممکن است از ثبت نام در مدارس دولتی محروم شوند، اما به اجبار

نمی‌توان هیچ یک از کودکانی که والدین ایشان مخالف واکسیناسیون هستند را واکسن زد (۲۸).

گاهی اوقات خصوصاً درباره بیماری‌های واگیردار جنسی، تلاش‌هایی در جهت استفاده از اجبار رخ می‌دهد. به عنوان مثال، طبق دستورالعمل‌های سال ۲۰۱۷، مرکز کنترل بیماری‌های بریتیش کلمبیا، مقامات بهداشت عمومی می‌توانند دستوراتی را در جهت اجبار افراد اچ‌آی‌وی مثبت به شروع و ادامه درمان صادر نمایند. این الزامات، در صورتی است که مشخص گردد این افراد رفتارهای پرخطر جنسی، استفاده مشترک از وسایل تزریقاتی و یا سایر لوازم دارویی دارند و یا بیماری خود را برای افراد دیگر فاش نمی‌کنند (۲۸). نقض چنین دستوراتی می‌تواند منجر به بازداشت با حکم دادگاه بر اساس قانون سلامت عمومی بریتیش کلمبیا شود. این قانون به افسران بهداشت پزشکی اجازه می‌دهد هر کاری را که افسر معتقد است برای جلوگیری از انتقال یک عامل عفونی ضروری است، انجام دهد.

در سال ۲۰۱۸ مردی از ونکوور به جرم امتناع از دستور یک افسر پزشکی برای درمان اچ‌آی‌وی متهم شد. در مورد مشابهی، مردی در فایتویل، آرکانزاس در سال ۲۰۱۶ به دلیل امتناع از درمان برای سفلیس به دلیل نقض بهداشت عمومی متهم شد (۲۳).

وجود خطر قابل توجه و غیر عادی، معیار ضروری، اما ناکافی برای توجیه اجبار می‌باشد. اگر خطرات امتناع از درمان کم باشد به هیچ وجه، اجبار به درمان قابل توجیه نیست، اما اگر خطر بیشتر باشد، اجبار ممکن است قابل توجیه باشد.

دادگاه استیناف ناحیه کلمبیا، در خصوص زن در حال مرگی که از سزارین خودداری می‌نمود، رأی داد که بیمار باید به اجبار به میز جراحی بسته شود و یا شاید به طور غیر ارادی با تزریق اجباری ماده بیهوشی، بیهوش گردد و سپس تحت عمل جراحی ناخواسته قرار گیرد (۲۳).

راهنمای اخلاقی سازمان جهانی بهداشت برای اجرای استراتژی پایان سل این نکته را قاطعانه بیان می‌کند که به بیمارانی که قرنطینه شده‌اند، باید فرصتی برای دریافت درمان ارائه شود، اما اگر آن را نپذیرفند، باید به امتناع آگاهانه آن‌ها

احترام گذاشت. با این حال، دادگاه استیناف ناحیه کلمبیا در خصوص زن در حال مرگی که از سزارین خودداری می‌نمود، رأی به جراحی اجباری داد (۲۳).

نتیجه‌گیری

این مقاله با هدف بررسی تطبیقی حقوق و تعهدات بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیردار و قوانین موضوعه جهت کنترل این بیماری‌ها در کشورهای ایران، انگلیس و آمریکا نگارش شده است که مطالعه تطبیقی در این زمینه می‌تواند به مطرح‌شدن برخی موارد مغفول‌مانده در نظام حقوقی ایران در مسأله حقوق و تعهدات بیماران مبتلا به امراض واگیردار کمک بسیار کند. در ایران تلاش‌هایی در این زمینه مثل تصویب قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی واگیردار، صورت گرفته، ولی کافی نبوده و لازم است قوانین دقیق و مدون با کارآمدی هرچه بیشتر وضع گردد. در انگلستان و آمریکا قوانین با ضمانت اجرای تقریباً خوبی تصویب گردیده و آرای دادگاه‌ها با توجه به سیستم حقوقی این کشورها نقش مهمی در پیشرفت مسئولیت بیماران در انتشار بیماری‌های واگیردار دارد. اختلافات فرهنگی و شرایط سیاسی از عمده دلایل عدم توجه به اصول حقوق پزشکی در ایران است. به نظر می‌رسد که لازم است در خصوص سرایت بیماری و بی‌احتیاطی در این زمینه، به اشخاص دیگر با صراحت و به طور خاص قوانین بازدارنده وضع گردد تا از گسترش بیماری واگیردار جلوگیری شود. در خصوص بیماری‌هایی همچون ایدز، بهتر آن است که نام اشخاص با رعایت اصل رازداری در سامانه مخصوصی ثبت باشد تا چنانچه فرد قصد ازدواج داشت، مسأله ابتلای وی برای طرف مقابل محرز گردد. این موارد، نیاز به یک قانون مدون یا کد اخلاقی دارد تا تمامی موارد به خوبی برای کادر درمان قابل پیش‌بینی باشد، به علاوه ضرورت می‌یابد که بیماران به دسته‌بندی‌های مختلفی تقسیم شوند و متناسب با آن الزاماتی شامل حال آنان گردد. به نظر می‌رسد که بهترین پاسخ در برابر برخی بی‌احتیاطی‌ها، می‌تواند جریمه‌های نقدی باشد. چنانچه بتوان اثبات نمود که این بی‌مبالاتی‌ها برای بیمار،

تأمین مالی

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

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند در نوشتن مقاله از هوش مصنوعی استفاده نکرده‌اند.

ایجاد مسئولیت مدنی می‌نماید، می‌توان وی را از این جنبه مسئول دانست و قوانین به صورت خاص، مسئولیت‌های بیماران مبتلا به بیماری واگیر را احصا نمایند تا دادگاه‌ها نیز از این جهت سردرگم نباشند، چراکه اثبات مسئولیت مدنی بیمار نیز بسیار سخت و گاه غیر ممکن است. همچنین ضروری است گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در سطوح دانشگاهی در امر اطلاع‌رسانی مناسب برای گروه‌های مختلف بهداشتی درمانی این فرصت را فراهم نماید تا علاوه بر تشخیص و درمان مناسب بیماری با بررسی اطرافیان و به کارگیری اصول پیشگیری و مهم‌تر از آن گزارش به موقع و صحیح بیماری در قالب نظام مراقبت از بیماری‌ها در کنترل و جلوگیری از اشاعه بیماری‌ها نقش به سزایی داشته باشد و این تحقیقات را در حوزه قانونگذاری نیز به کار گیرند. در خصوص گواهی‌های پیش از ازدواج، سرپرستی کودکان بدون سرپرست و اهدای جنین، پذیرش شیوع بیماری‌ها به عنوان عذر موجه در رسیدگی قضایی، نیازمند قوانین جامع و مدون هستیم.

مشارکت نویسندگان

سارا رمضانی: جمع‌آوری مطالب و تدوین مقاله.
نصرالله جعفری: ارائه ایده، مدیریت پروژه، معرفی منابع و ویرایش مقاله.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

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

References

1. Maxwell J, Rosell S, Forest PG. Giving citizens a voice in healthcare policy in Canada. *BMJ*. 2003; 326(7397): 1031-1036.
2. Ciccone JR, Tokoli JF, Clements CD, Gift TE. Right to refuse treatment: Impact of *Rivers v. Katz*. *Gift Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990; 18(2): 203-215.
3. Wang L, Archer GL. Roles of CcrA and CcrB in excision and integration of staphylococcal cassette chromosome mec, a *Staphylococcus aureus* genomic island. *J Bacteriol*. 2010; 192(12): 3204-3212.
4. Tusi AH. *Al-Mabusut fi fiqh al-Umamiyah*. Tehran: Al-Maktabeh al-Mortazawieh Lahiya al-Athar al-Jaafariyy, 2008. p.168. [Persian]
5. Anderno R, Saed M. Human's munificence in light of International Biomedical Law. *MLJ*. 2007; 1(1): 95-112. [Persian]
6. Rahiminejad I. Human Dignity in Criminal Law. Tehran: Mizan Publishing House; 2009. p.45. [Persian]
7. Salemi S. Patient rights and nurse responsibility. Tehran: Salemi Publications; 2006. p.112. [Persian]
8. Hiestand KM. The autonomy principle in companion veterinary medicine: A critique. *Frontiers in Veterinary Science*. 2022; 9: 953925.
9. Rangraz Jeddi F. Survey of the opinions of doctors and nurses in Kashan city regarding the Charter of Patients' Rights - 2003. *Bimonthly Feyz*. 2006; 10(3): 62-71.
10. Herring J. *Medical Law and Ethics*. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2020.
11. Castillo MRM. Autonomy as a foundation for human development: A conceptual model to study individual autonomy. *MGSOG Working Paper 011*. 2009; 1-22.
12. Arezumandi M, Doulatbadi T, Mahmoudian S. Consent and its legal aspects. *Bojnord: Vice President of Medicine*; 2018. [Persian]
13. Taghaddosinejad F, Akhlaghi M, Yaghmaei A, Hojjati A. A survey of obtaining informed consent and acquit from admitted patients in Emam Khomeini hospital. *Iran J Forensic Med*. 2008; 14(1): 12-17. [Persian]
14. Joodaki B, Khaleghi A. Patient's consent, legal conditions and their criminal protection. *IJMEHM*. 2012; 5(6): 14-26. [Persian]
15. Dargahi H, Eshaghi SH. A Comparative Survey between Patient Rights Charters of Iran and Other Countries. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2007; 7(24): 91-98. [Persian]
16. Hooshmand A, Joolaee S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *Journal of Hayat*. 2007; 12(4): 57-66. [Persian]
17. Rezaei L, Narimani M. *Charter of Patient Rights in Iran and the World*. Tehran: Danesh Shenash Publications; 2021.
18. Pozgar G. *Legal aspects of health care administration*. 11th ed. London: Jones & Bartlett learning; 2009. p.267.
19. Lo B. Confidentiality In: *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for clinicians*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
20. American Academy of HIV medicine. Code of ethics. Available at: <https://www.aahivm.org>. Access January 16, 2016.
21. Department of Health and Social Care. Health and social care Act 2008: Code of practice, code of practice on the prevention and control of infections. 2015. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/the-health-and-social-care-act-2008-code-of-practice-on-the-prevention-and-control-of-infections-and-related-guidance>.
22. The Health and Social Care Act 2008 - GOV. Available at: <https://www.assets.publishing.service.gov.uk.com>.
23. Statsky W. *Family Law*. Boston: West Publishing Company; 2020.
24. Arasu JGV, D'souza A, Sobin F, Chaubey R. Global pandemic, responses and solution. Agra: Shree Vinayak Publication; 2007.
25. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(7): 741-745.
26. Parsapoor MB, Ghasemzadeh SR. Legal and jurisprudential study of patient's informed consent and physician's duty of notification: a comparison between Iranian, English and French law. *IJMEHM*. 2011; 5(1): 39-50. [Persian]
27. Rafii F, Soleimani M, Seyedfatemi N. A model of patient participation with chronic disease in nursing care. *Koomesh Journal*. 2011; 12(3): 293-304. [Persian]
28. Zeraat A, Chavoshi MS, Keramati Moez H. Criminal Responsibility Policies for Crimes Against the Persons with Disabilities and Differential Criminal, Judicial and Moral Protection of Them. *Islamic Law Research Journal*. 2019; 20(1): 51-76. [Persian]