



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Medical and Pharmaceutical Support for Vulnerable Groups in the International Human Rights System with an Emphasis on Alavi's Views

Mohammad Torabi¹, Seyed Mohammad Hossieni^{1*}, Saber Habibi Savadkoobi¹, Seyed Mohammad Razavi¹

1. Department of Law, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Medical and pharmaceutical support for vulnerable groups in the international legal system is one of the rights related to the right to health. Of course, this support includes both support for the physical health and mental health of vulnerable groups. Vulnerable groups, of course, do not have a specific definition in the international legal system and are divided based on social, economic, cultural and even individual factors. For example, in one division, drug addicts are considered vulnerable groups that some doctors do not want to treat, especially when they are infected with infectious diseases such as measles. The objectives of this research are, first, to identify the medical and pharmaceutical rights of vulnerable groups from the perspective of the international legal system, secondly, to outline the views of Imam Ali (AS) regarding medical and pharmaceutical support for vulnerable groups and finally, to reconcile the Alawi approach and the existing approach in the international legal system regarding medical and pharmaceutical support for vulnerable groups.

Method: This research is theoretical and the research method is descriptive-analytical. The method of collecting information in it is library-based and is done by referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In the present research, the principles of trustworthiness, honesty, impartiality and originality of the work have been observed.

Results: The root of attention to medical and pharmaceutical support for vulnerable groups is related to the relationship between public health and human rights, in such a way that due to the irreparable nature of violations of public health, any provision of health and treatment services to these groups is prioritized. On the other hand, in the Alawite intellectual system, in addition to physical and mental health, governments have the obligation to provide and guarantee the right to spiritual health for vulnerable groups, especially since these groups are exposed to a lower quality of this dimension of health due to economic, social and educational poverty.

Conclusion: In relation to vulnerable groups, various types of medical and pharmaceutical support for vulnerable groups in the international legal system can be mentioned, including making medical centers available for women or children, training doctors specializing in children and women and making medical and pharmaceutical services free for vulnerable groups. From the Alawite perspective, the issue of various supports for vulnerable groups, whether material or spiritual support, has also been emphasized, so that the most important of them can be seen in the recommendations of Imam Ali (AS) addressed to Malik Ashtar in Nahjul-Balagha.

Keywords: Medical Support; Pharmaceutical Support; Right to Health; Vulnerable Groups; Alawite Perspective

Corresponding Author: Seyed Mohammad Hossieni; **Email:** sm.hosseini@azad.ac.ir

Received: May 29, 2024; **Accepted:** March 09, 2025; **Published Online:** November 01, 2025

Please cite this article as:

Torabi M, Hossieni SM, Habibi Savadkoobi S, Razavi SM. Medical and Pharmaceutical Support for Vulnerable Groups in the International Human Rights System with an Emphasis on Alavi's Views. *Medical Law Journal*. 2025; 19: e38.



حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در نظام حقوق بشر بین‌الملل با تأکید بر دیدگاه‌های علوی

محمد ترابی^۱، سیدمحمد حسینی^{۱*}، صابر حبیبی سوادکوهی^۱، سیدمحمد رضوی^۱

۱. گروه حقوق، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در نظام حقوق بین‌الملل یکی از حقوق مرتبط با حق بر سلامت است، البته این حمایت‌ها هم برای سلامت جسمانی و هم برای سلامت روان اقشار آسیب‌پذیر را شامل می‌گردد. اقشار آسیب‌پذیر، البته از تعریف مشخصی در نظام حقوق بین‌الملل برخوردار نبوده و بر اساس عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی فردی تقسیم‌بندی می‌شود. برای نمونه در یک تقسیم‌بندی، معتادین به مواد مخدر به عنوان اقشار آسیب‌پذیر تلقی می‌شوند که برخی از پزشکان، تمایل به درمان آن‌ها را ندارند، به ویژه زمانی که مبتلا به بیماری‌های عفونی هم چون ایدز شده باشند. اهدافی که در این تحقیق مد نظر می‌باشند، اولاً شناسایی حقوق پزشکی و دارویی اقشار آسیب‌پذیر از منظر نظام حقوق بین‌الملل؛ ثانیاً ترسیم دیدگاه‌های امام علی (ع) نسبت به حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر و نهایتاً تطبیق میان رویکرد علوی و رویکرد موجود در نظام حقوق بین‌الملل نسبت به حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر است.

روش: این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی است. روش جمع‌آوری اطلاعات در آن به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتاب‌ها و مقالات صورت پذیرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در تحقیق حاضر، اصل امانتداری، صداقت، بی‌طرفی و اصالت اثر رعایت شده است.

یافته‌ها: ریشه توجه به حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر به ارتباط میان سلامت عمومی و حقوق بشری مربوط می‌شود، به نحوی که به واسطه غیر قابل جبران بودن نقض سلامت عمومی، هرگونه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به این اقشار در اولویت قرار بگیرد. از سوی دیگر، در نظام فکری علوی، علاوه بر سلامت جسمانی و روانی، دولت‌ها از تعهد به تأمین و تضمین حق بر سلامت معنوی برای اقشار آسیب‌پذیر برخوردارند، به ویژه آنکه این اقشار به دلایل فقر اقتصادی، اجتماعی و آموزشی، در معرض کیفیت پایین‌تری از این بعد سلامت هستند.

نتیجه‌گیری: در ارتباط با اقشار آسیب‌پذیر، انواع مختلفی از حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در نظام حقوق بین‌الملل را می‌توان مورد اشاره قرار داد، از جمله در دسترس قرار دادن مراکز پزشکی مخصوص بانوان یا کودکان، آموزش پزشکان متخصص کودکان و بانوان و رایگان نمودن خدمات پزشکی و دارویی برای اقشار آسیب‌پذیر. از منظر علوی نیز به موضوع حمایت‌های مختلف از اقشار آسیب‌پذیر خواه حمایت‌های مادی و خواه حمایت‌های معنوی تأکید شده است، به گونه‌ای که مهم‌ترین آن‌ها را می‌توان در توصیه‌های امام علی (ع) خطاب به مالک اشتر در نهج‌البلاغه ملاحظه نمود.

واژگان کلیدی: حمایت پزشکی؛ حمایت دارویی؛ حق بر سلامت؛ اقشار آسیب‌پذیر؛ دیدگاه علوی

نویسنده مسئول: سیدمحمد حسینی؛ پست الکترونیک: sm.hosseini@azad.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰

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

Torabi M, Hossieni SM, Habibi Savadkoochi S, Razavi SM. Medical and Pharmaceutical Support for Vulnerable Groups in the International Human Rights System with an Emphasis on Alavi's Views. Medical Law Journal. 2025; 19: e38.

مقدمه

اقشار آسیب‌پذیر در نظام حقوق بین‌الملل بشر، به عنوان اقشاری محسوب شده‌اند که از حقوق اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی یا سیاسی بازمانده‌اند، البته اقشار آسیب‌پذیر با اقلیت‌ها متفاوت هستند، چراکه اقلیت‌ها به عنوان یک گروه یا جمعیت محسوب می‌شوند که از یک دسته از حقوق که برای اکثریت فراهم شده است، به صورت غیر انسانی محروم مانده‌اند، در حالی که در اقشار آسیب‌پذیر، موضوع گروه یا جمعیت خاصی نیست، بلکه فردی است که از یک دسته حقوق بازمانده است. همچنین برخلاف اقلیت‌ها، ممکن است که آسیب‌پذیری یک دسته از افراد به سبب قوانین و مقررات یا رویه باشد. برای نمونه، در هنگام معالجات درمانی افراد مبتلا به بیماری ایدز، پزشکان عموماً سازوکارهای خاصی را برای جلوگیری از نشر بیماری به سایر افراد اتخاذ می‌نمایند، ولی در این موارد، هیچ‌گونه سازوکار مشخص مقرر نشده است (۱). در برخی از نظام‌های حقوقی همچون بریتانیا، حتی آسیب‌پذیری بر اساس عوامل پزشکی مشخص شده است. برای نمونه بر طبق تحقیقات پزشکی که در بریتانیا صورت گرفته است، این نتیجه حاصل شده است که افرادی که مبتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی هستند، عموماً از دسترسی کمتری نسبت به سایر بیماران به پزشکان برخوردارند (۲). سلامت یک امر مهم هم برای افراد و هم برای دولت‌ها است. از زمان پذیرش اعلامیه جهانی حقوق بشر ۱۹۴۸، بهداشت به عنوان یک حق بشری به رسمیت شناخته شده است. در سال‌های بعد از پذیرش این اعلامیه، بسیاری از معاهدات بین‌المللی و قوانین داخلی، این موضوع را مورد تأکید قرار داده‌اند که از جمله آن می‌توان به ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق بیماران و زخمی‌ها می‌بایستی در تمامی شرایط مورد احترام قرار بگیرد و بر این اساس هرگونه اقدام علیه حیات افراد غیر نظامی و خشونت علیه آن‌ها شدیداً محکوم شده است. منظور از اقشار آسیب‌پذیر در نظام حقوق بین‌الملل، افرادی هستند که به دلایلی همچون اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... دچار تبعیض شده‌اند. آسیب‌پذیری اقشار می‌تواند به صورت سازمان

یافته باشد یا در نتیجه رویه‌های موردی نسبت به اشخاص یا گروه‌های خاص. بدیهی است که در صورتی که به موجب قوانین و مقررات، تبعیض‌های خاصی نسبت به اشخاص یا گروه‌هایی اعمال شوند، بدان آسیب‌پذیری سازمان‌یافته اطلاق می‌شود و در صورتی که در نتیجه رویه‌های موردی نسبت به اشخاص یا گروه‌های خاص باشد، بدان آسیب‌پذیری موردی اطلاق می‌شود. در هر صورت، گروه‌های مختلفی از افراد در یک فرهنگ مشخص بسته به تبعیض‌هایی که به سبب ویژگی‌های شخصی متفاوت، از جمله جنسیت، سن، قومیت، اعتقاد یا مذهب، ناتوانی، رویکردهای جنسی، تحصیلات یا درآمد یا زندگی در موقعیت‌های جغرافیایی به وجود می‌آید.

ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر از چند بعد است: اولاً اینکه اقشار آسیب‌پذیر هم در نظام حقوق بین‌الملل بشر و هم در نظام فکری علوی حاکم بر نهج‌البلاغه از توجه ویژه برخوردارند، به نحوی که تأمین سلامت آن‌ها در حداکثر ممکن هم از بعد سلامت جسمانی و هم سلامت روانی مورد تأکید بوده است، البته در نظم فکری علوی حاکم بر نهج‌البلاغه، بعد سومی بر این امر اضافه می‌شود و آن سلامت معنوی است، اگرچه سلامت معنوی و سلامت روانی در عمده مکاتب حقوق بشری یکسان فرض شده‌اند، اما در دیدگاه علوی، سلامت معنوی جدا از سلامت روانی مورد توجه بوده است؛ ثانیاً بررسی و تبیین حمایت‌های پزشکی و درمانی از اقشار آسیب‌پذیر نشانگر تعهدات دولت‌ها در این راستا می‌باشد و از این منظر بررسی خواهد شد که چه تفاوت‌هایی میان رویکرد علوی و رویکرد حقوق بشری نسبت به حمایت‌های پزشکی و درمانی از اقشار آسیب‌پذیر وجود دارد.

در مورد سؤالاتی که در این تحقیق وجود دارد، باید گفت که اولاً سؤال آن است که رویکرد نظام حقوق بین‌الملل بشر نسبت به حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر چیست؟ ثانیاً رویکرد علوی منعکس‌شده در نهج‌البلاغه در ارتباط با حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر چیست؟ نهایتاً اینکه این دو رویکرد چه شباهت‌ها و چه تمایزهایی در ارتباط با حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر دارند؟

روش

این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات نیز به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت پذیرفته است.

ملاحظات اخلاقی

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

یافته‌ها

ریشه توجه به حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر به ارتباط میان سلامت عمومی و حقوق بشری مربوط می‌شود، به نحوی که به واسطه غیر قابل جبران بودن نقض سلامت عمومی، هرگونه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به این اقشار در اولویت قرار بگیرد. از سوی دیگر، در نظام فکری علوی، علاوه بر سلامت جسمانی و روانی، دولت‌ها از تعهد به تأمین و تضمین حق بر سلامت معنوی برای اقشار آسیب‌پذیر برخوردارند، به ویژه آنکه این اقشار به دلایل فقر اقتصادی، اجتماعی و آموزشی، در معرض کیفیت پایین‌تری از این بعد سلامت هستند.

بحث

۱. حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در حقوق بین‌الملل: از منظر ادبیات حقوق بشر بین‌الملل و به ویژه دکترین مرتبط، بحث‌ها در ارتباط با حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در حقوق بین‌الملل از دهه ۹۰ میلادی به صورت عمده‌تر مطرح شد، چراکه گفتمان توسعه پایدار، بر توجه ویژه دولت‌ها به اقشاری که به آن‌ها «حاشیه رانده‌شده» اطلاق می‌شود و منظور همان اقشار آسیب‌پذیر هستند، تأکید ویژه داشته است. یکی از مهم‌ترین جلوه‌های این توجه ویژه، حمایت‌های پزشکی و دارویی بوده است.

از نظر پیشینه بحث‌ها در ارتباط با حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در حقوق بین‌الملل، نخستین بار ژولین تئودور هارت (Julian Tudor Hart) در مقاله مشهوری تحت عنوان «حقوق مراقبت (پزشکی) بالعکس (The Inverse Care Law)» به این موضوع اشاره نمود که برخلاف آنچه که امروزه در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شایع است که به هر اندازه که مبالغ بیشتری از سوی افراد هزینه شود، توجه نظام‌های درمانی و بهداشتی به صورت عمده‌تر به سمت و سوی آن افراد می‌رود، توجه نظام‌های درمانی و بهداشتی بایستی به سمت افراد به حاشیه رانده شود. پس از او، جانانان من (Jonathan Mann)، استاد حقوق دانشگاه هاروارد با ارتباط دادن میان سلامت عمومی و حقوق بشر به این نتیجه دست یافت که دولت‌ها بیش از آنکه به دنبال تأمین سلامت گروه یا قشر خاصی باشند، بایستی به دنبال تأمین سلامت آسیب‌پذیرترین افراد که آن‌ها را گروه‌های به حاشیه رانده اطلاق نموده بود، باشند، البته علل مختلفی نیز به لحاظ عملی وجود داشته است که نظام‌های درمانی آنچنانکه شایسته و بایسته بوده است، به اقشار آسیب‌پذیر در حوزه حمایت‌های پزشکی و دارویی توجه نکرده‌اند، اولاً اینکه هزینه‌های درمان افرادی که متعلق به این اقشار هستند معمولاً بسیار بالاست به نحوی که بدون در نظر گرفتن بیمه‌های درمانی نمی‌توان فرآیند درمانی‌شان را تکمیل کرد؛ ثانیاً اقشار آسیب‌پذیر، معنای واحدی را نداشته و می‌توان در کلیه گروه‌های جمعیتی آن‌ها را پیدا کرد.

اینکه بیش از اینکه ماهیت حمایت‌های پزشکی و دارویی در حقوق بین‌الملل مهم باشد، این نکته مهم می‌نماید که چه میزان حمایت‌های پزشکی و دارویی بایستی در هر قضیه به قربانی نقض اعطا گردد، بنابراین موضوع اصلی در این زمینه، نه ماهیت، بلکه میزان آن است؛ ثانیاً اینکه اگرچه حق بر سلامت به صورت کلی و حق به سلامت روان به صورت خاص در اسناد داخلی بالادستی به ویژه قوانین اساسی دولت‌های مختلف از جمهوری اسلامی ایران مورد شناسایی قرار گرفته‌اند، اما سطح پاسخگویی و مسئولیت دولت به موارد نقض آن

بسیار محدود بوده و همین امر موجب گشته است که مسأله حمایت‌های پزشکی و دارویی ناشی از به عنوان یک امر الزام‌آور در قوانین مختلف به رسمیت شناخته شوند (۳)، البته اگر به پیشینه حقوق بشر به ویژه اعلامیه استقلال ایالات متحده توجه نماییم که مقرر می‌نمود که «تمامی انسان‌ها با برخی حقوق مسلم متولد می‌شوند» و اینکه افراد می‌توانند اقتدار یک دولت برای رسیدگی به دعاوی نقض حقوق بشر را مورد انکار قرار دهند، می‌توان اصولاً از سازوکارهای غیر قضایی همچون داوری، میانجی‌گری و سازش برای رسیدگی به دعاوی نقض حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر بهره گرفت (۴).

یک نکته مهم در ارتباط با حمایت‌های پزشکی و دارویی آن است که امروزه در اسناد بین‌المللی متعددی به موضوع حمایت‌های پزشکی و دارویی ناشی از حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر به صورت ضمنی یا صریح اشاره شده است. برای نمونه اساسنامه دیوان کیفری بین‌المللی ایجاد «اصول مرتبط حمایت‌های پزشکی و دارویی در ارتباط با قربانیان (نقض حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر)، از جمله پرداخت غرامات، بازپروری و بازگرداندن آن‌ها به وضعیت سابق» را الزام‌آور نموده و برای این منظور، ایجاد یک صندوق کمک در جهت منافع بزه‌دیدگان و خانواده‌های آن‌ها را تکلیف نموده و دیوان را ملزم می‌نماید تا «از ایمنی، تمامیت جسمانی و روانی، کرامت و حریم خصوصی قربانیان» دفاع نماید (۵). به طور کلی حق به دریافت حمایت‌های پزشکی و دارویی ناشی از آن، از تعهد دولت‌ها به احترام و تضمین احترام قواعد حقوق بین‌الملل بشر، از جمله حق بر سلامت روان نشأت می‌گیرد که منبع آن در حقوق بین‌الملل عرفی، معاهدات بین‌المللی ذی‌ربط که یک دولت در آن‌ها عضویت دارد. همچنین قوانین داخلی آن دولت می‌باشد، در صورتی که در یک زمینه خاص از حق سلامت روان، صرفاً قوانین داخلی وجود داشته باشد، دولت‌ها بایستی تضمین نمایند که قوانین داخلی آن‌ها با تعهدات بین‌المللی‌شان منطبق می‌باشد. نکته مهم دیگر این که در صورتی که حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر به صورت شدید نقض شود و به طور کلی هر یک از نسل‌های حقوق بشری که به صورت شدید نقض شوند، در صورت نقض اعمال

محدودیت‌هایی که در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آمده است، امکان‌پذیر نمی‌باشد که آن‌ها اعمال شوند (۶).

اگرچه آسیب به حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر به صورت موردی بایستی از سوی نهاد قضایی صلاحیت‌دار مورد رسیدگی واقع شود، اما در برخی از حوزه‌ها و در برخی نظام‌های حقوقی، میزان حمایت‌های پزشکی و دارویی متعلق بدان نقض مشخص شده است. برای نمونه بر اساس قانون ایمنی شغلی و سلامت بریتانیا، در صورت اخراج کارگر یا کارمند از محل کار توسط کارفرما، کارفرما مکلف است صرفاً تا ۱۲ هفته پس از اخراج در صورتی هرگونه آسیب به حق سلامت اعم از سلامت جسمی و حمایت پزشکی و دارویی از افشار آسیب‌پذیر کارگر یا کارمند نسبت به آن پاسخگو باشد (۷).

در مورد حمایت‌های پزشکی و دارویی افشار آسیب‌پذیر، اصول مشترکی در حقوق بین‌الملل مورد پذیرش قرار گرفته است، از جمله اینکه قربانیان بایستی به صورت انسانی و همراه با رعایت کرامت انسانی مورد برخورد قرار گرفته و اقدامات متناسبی می‌بایستی به منظور تضمین ایمنی، سلامت جسمی و روانی و حریم خصوصی خود و خانواده‌های آنان اخذ شود. همچنین دولت‌ها بایستی این تضمین را نمایند که قوانین داخلی آن‌ها تا بدان جا که ممکن است مقرر نماید که یک قربانی نقض حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر می‌بایستی از توجه خاصی منتفع گشته و حفاظت از سلامت روان و جسمی او در تمامی مدت آیین‌های رسیدگی قضایی و اداری به منظور دریافت حمایت‌های پزشکی و دارویی وجود دارد؛ دوم اینکه در مورد دریافت حمایت‌های پزشکی و دارویی از سوی قربانی بایستی سه اصل رعایت شود: ۱- دسترسی مؤثر و برابر به عدالت؛ ۲- حمایت‌های پزشکی و دارویی کافی، مؤثر و سریع برای آسیب تحمیل‌شده؛ ۳- دسترسی به اطلاعات مرتبط در ارتباط با تخلفات صورت‌گرفته و سازوکارهای جبران خسارت. در ارتباط با تعهد مربوط به دسترسی مؤثر و برابر به دولت، دولت‌ها چهار وظیفه مشخص در زمینه حمایت‌های پزشکی و دارویی قربانیان نقض حقوق سلامت افشار آسیب‌پذیر دارند:

۱- انتشار اطلاعات در ارتباط با تمامی ظرفیت‌ها و سازوکارهای حمایت‌های پزشکی و دارویی مرتبط با نقض‌های شدید حقوق سلامت روان؛

۲- اتخاذ اقداماتی به منظور به حداقل رسانیدن سختی و رنج مربوط به نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر برای قربانی و خانواده‌اش.

۳- ارائه معاضدت‌های مناسب قضایی و حقوقی به قربانیان نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر به منظور دریافت حمایت‌های پزشکی و دارویی‌های مناسب، مؤثر و سریع؛

۴- در دسترس قراردادن تمامی سازوکارهای متناسب حقوقی، دیپلماتیک و کنسولی به منظور تضمین این امر که قربانیان می‌توانند حقوق خودشان را در قبال حمایت‌های پزشکی و دارویی برای نقض‌های شدید حق بر سلامت روان اعمال نمایند (۸).

در مورد حمایت‌های پزشکی و دارویی به قربانیان نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر بایستی این حبران خسارت سه وجه کافی و متناسب بودن، مؤثر واقع شدن و سریع بودن را داشته باشد. حمایت‌های پزشکی و دارویی می‌بایستی با شدت نقض‌های صورت گرفته و آسیب وارده متناسب باشد. یک دولت می‌بایستی سازوکارهای حمایت‌های پزشکی و دارویی را بر مبنای قوانین داخلی و تعهدات بین‌المللی‌اش در قبال فعل یا ترک فعل‌هایی که می‌تواند به دولت متسبب شده و نقض‌های شدید حق بر سلامت روان تلقی می‌شود، فراهم نماید. در مواردی که یک شخص حقوقی اعم از شخص حقوقی حقوق عمومی یا حقوقی حقوق خصوصی، در قبال حمایت‌های پزشکی و دارویی مسئول تلقی شده باشد، بایستی به قربان نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر، حمایت‌های پزشکی و دارویی داده یا در صورتی که دولت قبلاً حبران خسارتی در این ارتباط صورت داده باشد بایستی نسبت به حمایت‌های پزشکی و دارویی دولت اقدام نماید و پرداخت حمایت‌های پزشکی و دارویی را به نفع دولت صورت دهد. دولت‌ها هم چنین می‌بایستی برنامه‌های ملی را به منظور حمایت‌های پزشکی و دارویی و سایر معاضدت‌ها و کمک‌ها به قربانیان

نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر در اختیار قرار داده و تاسیس نمایند (۹). موضوع حمایت‌های پزشکی و دارویی ناشی از نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر صرفاً محدود به این مرحله نمانده، بلکه دولت‌ها می‌بایستی در ارتباط با دعاوی مطروحه قربانیان نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر، آرای داخلی مرتبط با حمایت‌های پزشکی و دارویی علیه اشخاص حقیقی یا حقوقی که مسئول نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر می‌باشند را اجرایی نموده و همچنین تلاش نمایند تا به شناسایی آرای خارجی که به حمایت‌های پزشکی و دارویی بزه‌دیده سلامت روان رای داده اند مبادرت نمایند (۱۰).

۲. آسیب‌شناسی انواع حمایت‌های پزشکی و دارویی از

اقشار آسیب‌پذیر: حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر، ویژگی‌ها و دغدغه‌های خاص خود را دارد. برای نمونه یکی از این ویژگی‌ها و دغدغه‌های خاص آن است که با توجه به باورهای شخصی و بعضاً مذهبی خاص، برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر به ویژه به دلایل باورهای سوء مذهبی از پذیرش داروها و حمایت پزشکی اجتناب می‌نمایند. به این دلیل که باور دارند که می‌توان از طریق حمایت‌های ماورایی اقدام به پیشگیری و درمان بیماری‌ها نمود یا اینکه به دلیل القای تأثیرگذار بودن درمان‌های سنتی که بطلان اثرپذیری آن‌ها بر طبق تحقیقات متعدد پزشکی اثبات شده است، در برابر درمان‌های جدید مقاومت می‌نمایند (۱۱).

اهمیت ارائه انواع حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر از چند جهت می‌باشد: اولاً این اقشار نابرابری‌های شدید در حوزه سلامت و درمان را تجربه می‌نمایند، به علاوه بر اینکه عموماً در مناطق غیر برخوردار زیست می‌کنند، به امکانات بهداشتی و سلامتی دسترسی ندارند، ضمن اینکه جوامعی که این اقشار آسیب‌پذیر در آن‌ها زیست می‌نمایند، در معرض ریسک‌های بیشتر سلامتی هستند، به علت اینکه این جوامع به علت کم برخورداری، مشاجرات و نزاع‌های جسمانی، تنش‌های روحی و روانی به صورت عمده‌تر تجربه می‌نمایند (۱۲).

حمایت‌های پزشکی و دارویی ناشی از به شیوه‌های مختلفی صورت می‌گیرند که معمول‌ترین آن‌ها عبارتند از: اعاده به وضع سابق، غرامت، بازپروری، تشفی خاطر و تضمین عدم تکرار، البته معمول‌ترین روش از میان این موارد گفته شده، پرداخت غرامت است که در آن، نقض‌کننده معمولاً از طریق پرداخت پول خسارت را جبران می‌نماید. این روش جبرانی در عمل، مهم‌ترین وسیله جبرانی در دسترس است، لذا از آن به عنوان مهم‌ترین هدف مسئولیت مدنی در ارتباط با زیان‌دیده نیز یاد شده است (۱۳).

نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر توسط شخص خاصی. اعاده به وضع سابق بایستی قربانی نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر به وضعیت اولیه پیش از نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر بازگرداند. اعاده به وضع سابق در ارتباط با نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر می‌تواند شامل اقداماتی هم چون امکان بهره‌مند شدن مجدد قربانی از سلامت روان، در صورت اخراج قربانی از محل کار و تأثیرات محل حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر که این امر داشته است، بازگرداندن وی به محل کار و برقراری مجدد حقوق و مزایای وی. غرامات می‌بایستی برای هرگونه خسارتی که از لحاظ اقتصادی قابل تقویم باشد، برقرار شود و با شدت نقض و شرایط هر قضیه متناسب و مرتبط باشد و در ارتباط با نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر به صورت مستقیم باشد و بنابراین غرامات به نقض‌های سلامت روان که به صورت غیر مستقیم صورت می‌پذیرد، تعلق نمی‌پذیرد. به طور کلی پرداخت غرامات مربوط به نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر را می‌توان در قبال چندین خسارت دانست:

- ۱- خسارت‌های جسمی یا روانی؛
- ۲- فرصت‌های از دست‌رفته از جمله اشتغال، تحصیلات و مزایای آموزشی؛
- ۳- خسارت‌های مادی و از دست‌دادن درآمدها، از جمله خسارت مربوط قابلیت‌های بالقوه درآمدی؛
- ۴- هزینه‌هایی که برای معاضدت‌های حقوقی یا کارشناسی، خدمات سلامت و پزشکی و خدمات روان‌شناسی و اجتماعی ضروری می‌باشد (۱۴).

بازپروری نیز می‌تواند شامل مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی به علاوه خدمات اجتماعی و حقوقی باشد. تشفی خاطر نیز می‌بایستی شامل یکی از اقدامات ذیل باشد:

- ۱- اقدامات مؤثری که هدف از آن، متوقف‌ساختن نقض‌های مستمر می‌باشد؛
- ۲- راستی‌آزمایی واقعیات و افشای کامل و عمومی واقعیات تا آن اندازه که این چنین افشاگری به ایمنی و منافع قربانی؛
- ۳- معاضدت در زمینه شناسایی افرادی که سلامت روان آن‌ها نقض شده است؛
- ۴- یک اعلامیه رسمی یا یک تصمیم قضایی که کرامت، شهرت و حقوق قربانیان و اشخاصی که به قربانی نزدیک هستند را بازگرداند؛
- ۵- عذرخواهی عمومی، از جمله تأیید واقعیات و پذیرش مسئولیت در قبال نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر؛
- ۶- مجازات‌های کیفری و اداری علیه اشخاصی که مسئولیت نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر را بر عهده دارند؛
- ۷- ایجاد یک بانک آماری دقیق از تمامی نقض‌های حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر که در یک جامعه یا یک منطقه یا محل خاص ارتکاب یافته است، به منظور رسیدگی بهتر به وضعیت قربانیان نقض حق سلامت روان (۱۵)؛
- تضمین‌های مربوط به عدم تکرار نقض حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر بایستی تا بدانجا که امکان داشته باشد، شامل یکی از اقدامات ذیل باشد:
- ۱- تضمین کنترل مؤثر شهروندان بر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان؛
- ۲- تضمین این امر که تمامی شهروندان از استانداردهای بین‌المللی مربوط به حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر تبعیت می‌نمایند؛
- ۳- تقویت استقلال نهادهای مراقب، رصدکننده و ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان؛
- ۴- حمایت از آموزش حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر و ابعاد و مؤلفه‌های آن به تمامی بخش‌های جامعه به ویژه ذی‌نفعان اصلی که یا در اثر نقض سلامت روان، تضرر بیشتری نموده‌اند

یا عوامل و نهادهایی که در زمینه حمایت و مراقبت از حق بر سلامت روان اقدام می‌نمایند؛

۵- بازنگری و اصلاح قوانین و آیین‌نامه‌هایی که به حمایت از حقوق سلامت اقشار آسیب‌پذیر پرداخته و ضمانت اجرایی برای و حمایت‌های پزشکی و دارویی آن قرار می‌دهند؛

۶- ترویج و ارتقای سازوکارهایی به منظور نظارت بر موارد نقض سلامت روان (۱۶).

۳. اسناد بین‌المللی حاکم بر حمایت پزشکی و دارویی از

اقشار آسیب‌پذیر با تأکید بر نگاه علوی: هدف از طرح بحث در این قسمت آن نیست که به این نکته اشعار شود که اسناد بین‌المللی حقوق بشری که در ارتباط با حق سلامت به رشته تدوین درآمده‌اند، با نگاه به رویکرد علوی مندرج در نهج‌البلاغه توسعه پیدا کرده‌اند، بلکه در این زمینه، هدف آن است که به این موضوع پرداخته شود که رویکرد موجود در اسناد حقوق بشری بین‌المللی ناظر بر حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر چه تمایزی با رویکرد علوی دارند. در زمینه حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر، بایستی دید که اصولاً رویکرد تقنینی بین‌المللی در این راستا به کدام سمت و سو می‌رود، البته قاعدتاً نمی‌توان تمامی اسناد بین‌المللی مرتبط را در این بخش آورد، بلکه بایستی به مهم‌ترین آن‌ها دقت نمود. در ادامه این بحث به مهم‌ترین اسناد بین‌المللی در زمینه حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر پرداخته می‌شود که عبارتند از اظهار نظر عمومی شماره ۱۴، ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و اسناد بنیادین حقوق بین‌الملل بشر.

۴. اظهار نظر عمومی شماره ۱۴ کمیته بین‌المللی میثاق

بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی: در بندهای ۵۹ تا ۶۲ این اظهار نظر عمومی شماره ۱۴ به جبران خسارت ناشی از نقض حق سلامت که می‌تواند شامل نقض حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر نیز گردد، اشاره شده است که در ذیل تصریح می‌گردد:

«۵۹- هر شخص یا گروه قربانی نقض حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر می‌بایستی به جبران خسارت‌های

مؤثر قضایی یا سایر سازوکارها در سطوح ملی و بین‌المللی دسترسی داشته باشد. تمامی قربانیان این چنین نقض‌هایی می‌بایستی نسبت به جبران خسارت متناسب که می‌تواند به شکل اعاده به وضع سابق، پرداخت غرامات، تشفی خاطر یا تضمین‌های مربوط به عدم تکرار فعل متخلفانه باشد، دسترسی داشته باشند. نهادهای نظارت و بازرسی حقوق بشری، کمیسیون‌های حقوق بشری، مجامع مصرف‌کنندگان، انجمن‌های حقوقی بیماران یا نهادهای مشابه می‌بایستی به نقض‌های حق بر سلامت توجه داشته و آن را مورد خطاب قرار دهند؛

۶۰- داخلی‌نمودن اسناد حقوقی بین‌المللی که حق بر سلامت (از جمله حق بر سلامت روان) را به رسمیت می‌شناسد و ورود آن‌ها به نظم حقوقی داخلی، دامن و کارآمدی اقدامات و سازوکارهای جبران خسارت را تقویت نموده و می‌بایستی در تمامی قضایا مورد تشویق واقع شوند. داخلی‌نمودن اسناد حقوقی بین‌المللی که حق بر سلامت را به رسمیت می‌شناسند، دادگاه‌ها را قادر می‌سازد تا به نقض‌های حق بر سلامت (از جمله حق بر سلامت روان) رسیدگی نمایند.

۶۱- قضات و اشخاصی که دارای تخصص حقوقی هستند، می‌بایستی از سوی دولت‌ها ترغیب شده تا توجه بیشتری را به نقض حق سلامت (از جمله سلامت روان) در انجام وظایفشان معطوف نمایند؛

۶۲- دولت‌های عضو می‌بایستی به فعالیت ترویج‌گران حقوق بشری و سایر اعضای جامعه مدنی در ارتباط با کمک به گروه‌های آسیب‌پذیر یا سایر گروه‌های حاشیه‌ای در تحقق حق بر سلامت آن‌ها و جبران خسارت آن احترام، حفاظت و آن‌ها را تسهیل نمایند» (۱۷).

۵. ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی: بند ۴

ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به حق دادخواهی افراد و دریافت جبران خسارت از این باب اشاره نموده است، اگرچه این بند در ارتباط با جبران خسارت و دادخواهی افراد در ارتباط با بازداشت خودسرانه است، اما هیچ اماره یا دلیلی وجود ندارد که آن را به حق سلامت تسری

ندهیم. در این خصوص شایان ذکر است که چنین رویکردی با رویه قضایی بین‌المللی نیز منطبق می‌باشد، چراکه از جمله قاضی یوسف در قضیه مصونیت‌های صلاحیتی دولت، در نظریه مخالف خود معتقد است که اگرچه به لحاظ تاریخی جبران خسارت از افراد در سطح بین‌الدولی و در قالب معاهدات صلح یا موافقت‌نامه‌های حل و فصل مد نظر قرار می‌گرفت، این به معنای ذی‌نفع‌نبودن افراد در این فرآیند نیست، چراکه علت این مسأله، عدم تأخیر در انعقاد معاهدات صلح و بازسازی هرچه سریع‌تر روابط طرف‌های متخاصم بوده است. وی در ادامه اظهارات خود به درستی اشاره می‌نماید که طرح مواد مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها، نیز افراد را از دایره شمول مواد خود خارج نمی‌سازد و آن‌ها می‌توانند برای دریافت جبران خسارت ناشی از نقض حقوق خود (از جمله حق بر سلامت روان) به دادگاه‌های صلاحیت دار داخلی و بین‌المللی مراجعه نمایند (۱۸).

۶. اسناد بنیادین بین‌المللی حقوق بشری: به طور کلی، حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر در دو بعد ماهوی و شکلی قرار می‌گیرد. در بعد ماهوی همان‌گونه که پیش‌تر نیز مورد اشاره قرار گرفت، در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است که مقرر می‌دارد:

«هر کس از حق استاندارد زندگی مناسب برای سلامت و رفاه خود و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های بهداشتی و خدمات ضروری اجتماعی و حق به امنیت در مواقع بیکاری، بیماری، ناتوانی، بیوگی، سن بالا یا سایر محرومیت‌های زندگی فراتر از کنترلش برخوردار است.» بدیهی است که اساسی‌ترین بخش ماده ۲۵ که به حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر مرتبط است، «حق استاندارد زندگی مناسب برای سلامت و رفاه» می‌باشد. در مارس ۲۰۱۶، پرتقال، برزیل به همراه ۷۳ کشور دیگر بیانیه مشترکی را صادر نمودند و در آن بر محوریت و مرکزیت حق بر سلامت روان در تحقق کامل حق بر سلامت اشاره داشتند. این بیانیه همچنین بر روی اهمیت پذیرش دیدگاه حقوق بشری برای تضمین احترام به کرامت و شأن تمامی انبای بشری و تحقق

کامل حقوق بشر بدون تبعیض تأکید می‌نماید. در اول جولای ۲۰۱۶، دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر ملل متحد قطعنامه ۳۲/۱۸ را با هدف آماده‌سازی گزارشی که برخی از مهم‌ترین چالش‌هایی که با کاربران بخش‌های خدمات سلامت روان مواجه می‌باشد، تشریح می‌دارد. شورا در گزارش ۳۴ خود در ۲۴ مارس ۲۰۱۷ چالش‌های نظام‌مند و سیستماتیک بر سلامت روان که شامل برچسب‌زنی و تبعیض می‌شوند، نقض‌های حقوق اقتصادی، اجتماعی و سایر حقوق و محروم‌کردن استقلال و اهلیت حقوقی را فهرست نمود.

حق بر سلامت همچنین در هدف توسعه پایدار شماره ۳ دستورالعمل ۲۰۳۰ اهداف توسعه پایدار ملل متحد مورد تأکید قرار گرفته است که از جمله موارد زیر را مورد تأکید قرار می‌دهد:

هدف ۳/۴- به پیشگیری و درمان پرداخته و سلامت روان و رفاه را مورد توجه قرار می‌دهد؛

هدف ۳/۵- به پیشگیری و درمان سوءاستفاده مصرف مواد مخدر، از جمله مواد مخدر تخریبی و مشروبات الکلی می‌پردازد؛ هدف ۳/۸- به تحت پوشش قراردادن جهانی سلامت می‌پردازد، در حالی که این هدف بر روی حوزه‌هایی تمرکز می‌نماید که در آن، سلامت روان به درستی مورد خطاب قرار نگرفته است، موضوعات دیگری وجود دارند که شامل حمایت در مقابل ریسک مالی و دسترسی به خدمات ضروری مراقبت‌های بهداشتی می‌پردازد.

بند اول ماده ۲ میثاق: «هر کشور طرف این میثاق متعهد می‌گردد به سعی و اهتمام خود از طریق همکاری و تعاون بین‌المللی و به ویژه در طرح‌های اقتصادی و فنی با استفاده از حداکثر منابع موجود خود به منظور تأمین تدریجی اعمال کامل حقوق شناخته‌شده در این میثاق با کلیه وسایل مقتضی به خصوص با اقدامات قانون گذاری اقدام نمایند.» همچنین اظهار نظر عمومی شماره ۳ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۹۰ م) مقرر می‌دارد: «دولت‌ها باید کلیه امکانات لازم، از جمله ابزارهای قانونی را برای تحقق این حقوق به کار گیرند. برخورد مؤثر با موارد تبعیض این حقوق، بدون وجود قانون مناسب مشکل است. ایجاد سازوکارهای

پس از اینکه رهیافت‌های حاکم بر حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر تبیین شد، به این سؤال پاسخ داده شود که تا چه میزان، این رهیافت‌ها با موازین مطرح در گفتمان علوی منطبق است.

۸. رهیافت‌های حاکم بر حمایت‌های پزشکی و دارویی از

اقشار آسیب‌پذیر: رهیافت‌های حاکم بر حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر با توجه به موازین حقوق بشری اثبات می‌نماید که در اسناد بین‌المللی و داخلی در ارتباط با جبران خسارت نقض سلامت روان، دو رهیافت مختلف حق محور و ضرورت محور انتخاب شده است. دو رهیافت حق محور و ضرورت محور بر حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر با توجه به موازین حقوق بشری حاکم هستند که در این مبحث به هر دوی آن‌ها پرداخته می‌شود.

۸-۱. رهیافت حق محور: رهیافت حق محور مبتنی بر این امر است که از آنجا که حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر به عنوان یک حق بشری مورد پذیرش قرار گرفته است. بنابراین نقض آن منتهی به ایجاد مسئولیت مدنی، کیفری و حتی اداری برای نقض‌کننده می‌گردد. به عبارت دیگر، رهیافت حق محور مبتنی بر این است که حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر به عنوان یک حق اخلاقی مطرح نبوده، بلکه به علت پیش‌بینی‌شدن در اسناد سخت بین‌المللی، دارای ضمانت اجرا می‌باشد و به همین دلیل نقض آن، موجب ایجاد جبران خسارت برای نقض‌شونده می‌شود. این چنین رهیافت در مورد نقض سلامت روان در چندین سند بین‌المللی منعکس شده است، از جمله مهم‌ترین آن‌ها در کنوانسیون محو خشونت علیه زنان است. به عبارت دیگر در این کنوانسیون، موضوع سلامت روان زنان با توجه به خشونت علیه آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

یک مورد دیگر که در قوانین ایران، حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر به عنوان یک حق مورد پذیرش قرار گرفته است، در ارتباط با سلامت روان در مورد بازداشت موقت هست. تا پیش از انقلاب اسلامی در سطح مقررات موضوعه تنها قانونی که صراحتاً و به نحو استثنایی امکان پرداخت

قضایی رسیدگی به موارد تضییع این حقوق، آن‌ها را قابل دادخواهی می‌کند.»

اظهار نظر عمومی شماره ۹ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۹۸ م.) نیز مهم می‌نماید: «در هر نظام قانونی ملی، حقوق مطرح‌شده در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قابلیت دادخواهی دارند. بر اساس هستند، مفاد پیمان‌نامه‌های بین‌المللی بایستی در قانون داخلی کشورها وارد شوند و اجرای آن‌ها تضمین شود و به افراد بر اساس این قانون، حق دادخواهی در یک دادگاه صالح ملی داده شود.»

اظهار نظر عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۲۰۰۰ م.) نیز مقرر می‌دارد: «هر فرد یا گروهی که حق سلامت آن‌ها تضییع شده است، بایستی به نظام قضایی مناسب در سطح ملی و بین‌المللی دسترسی داشته باشد. این افراد همچنین استحقاق دریافت غرامت و جبران خسارت و تضمین عدم تکرار تضییع حقوقشان را دارند، قضات و حقوقدانان می‌بایستی تشویق شوند تا به بررسی موارد تضییع حق بر سلامتی بپردازند.»

پروتکل الحاقی میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۲۰۰۹ م.) مقرر می‌دارد: ۱- کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به درخواست‌های دریافت‌شده از کشورهایی که پروتکل را نپذیرفته‌اند، رسیدگی نمی‌نماید؛ ۲- فرد یا گروهی که شکایت خود را به کمیته اعلام می‌کنند، می‌بایستی ابتدا به دادگاه‌های کشور خود مراجعه نمایند؛

۳- دولت‌ها پس از پذیرفتن پروتکل باید سازوکار مناسب برای رسیدگی به شکایات مردم در زمینه این حقوق را در کشور خود فراهم آورند.

۷. رهیافت‌های حاکم بر حمایت پزشکی و دارویی از

اقشار آسیب‌پذیر با توجه به موازین مطرح در گفتمان

علوی: در این قسمت به رهیافت‌های حاکم بر حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر با توجه به موازین مطروحه در گفتمان علوی اشاره می‌گردد. نکته‌ای که در این زمینه مطرح است، این می‌باشد که در این قسمت نیز هدف آن است که

جبران خسارت را برای متهم بی‌گناه پیش‌بینی نموده بود، تبصره ۴ از ماده ۱۸ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و خوراکی و آب آشامیدنی بود که مقرر می‌داشت: «هر یک از مأمورین دولتی و یا شهرداری و یا کسانی که برحسب وظیفه متصدی مراقبت در مواد دارویی هستند، در صورتی که از انجام وظیفه خودداری نمایند، به انفصال موقت از یک ماه تا شش ماه از خدمت محکوم خواهند شد، در صورتی که ثابت شود اشخاص فوق گزارشی به قصد اضرار بدهند که منتهی به بازداشت اشخاص شود، در صورت برائت متهم و اثبات قصد اضرار علاوه بر جبران خسارت وارده به مدعی خصوصی به مجازات یک تا سه سال حبس تأدیبی محکوم می‌شوند.»

اصل ۳۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مقرر می‌دارد: «هتک حرمت و حیثیت کسی که به حکم قانون دستگیر، بازداشت، زندانی یا تبعیدشده به هر صورت که باشد، ممنوع و موجب مجازات است.» آنچنانکه ملاحظه می‌شود، در این اصل قدم فراتر گذارده، برای حیثیت اشخاص که حتی تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند، حرمت قائل شده و هتک آن را مستوجب عقوبت دانسته است، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصل ۱۷۱ خود به وضوح و روشنی ضرر معنوی و لزوم جبران آن را مورد پذیرش قرار داده است، این اصل بدین عبارت است: هرگاه در اثر تقصیر یا اشتباه قاضی یا در حکم یا در تطبیق حکم در مورد خاص، ضرر مادی یا معنوی متوجه کسی شود در صورت تقصیر، طبق موازین اسلامی ضامن است و در غیر این صورت خسارت جبران می‌شود و در هر حال از متهم اعاده حیثیت می‌گردد.

در مواد ۱، ۲، ۸، ۹ و ۱۰ قانون مسئولیت مدنی نیز جبران ضرر معنوی پیش‌بینی شده است، به ویژه ماده یک قانون مذکور از لطمه‌زدن به حقوق غیر مالی مانند جان یا سلامتی یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجارتي یا هر حق قانونی دیگر سخن گفته و جبران ضرر معنوی را مقرر داشته است، وانگهی ماده قانون یاد شده که ناظر به خسارت معنوی است، مقرر می‌دارد دادگاه می‌تواند در صورت اثبات تقصیر، علاوه بر صدور حکم به خسارت مالی، حکم به رفع زیان از طریق دیگر از

قبیل الزام به عذرخواهی و درج حکم در جراید و امثال آن نماید.

۸-۲. رهیافت ضرورت‌محور: رهیافت ضرورت‌محور، دومین رهیافت موجود در زمینه حمایت پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر بوده و بر این امر مبتنی است که به ویژه بایستی گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان که بنا به ضرورت طبیعی و فطری، در موقعیت ضعیف‌تری نسبت به مردان قرار دارند، جبران خسارت مؤثرتری در زمینه نقض سلامت روان داده شود، اگرچه در ابتدای تشکیل سازمان ملل متحد و اندکی پس از ایجاد کمیسیون حقوق بین‌الملل ملل متحد، کمیسیون مقام زن تشکیل شد و وجود این دو نهاد جداگانه موجب گردید که موضوعات مربوط به حقوق زنان، از جمله در زمینه حق اشتغال شایسته زنان از شمول عام حقوق بشر بین‌الملل خارج شود، اما این وضعیت حداقل از پایان جنگ سرد تغییر پیدا نمود (۱۹)، کنفرانس ۱۹۹۳ جهانی در ارتباط با حقوق بشر (وین) تصریح نمود که بهره‌مندی کامل زنان از تمامی حقوق بشری و مشارکت برابر آن‌ها در حیات سیاسی، مدنی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بایستی به عنوان یک اولویت برای تمامی دولت‌ها و سازمان ملل متحد باشد (۲۰). این کنفرانس همچنین بر ضرورت توجه گسترده به موضوعات عمده مرتبط با وضعیت برابر و حقوق بشر زنان در فعالیت‌های درون سازمانی ملل متحد تأکید داشته است (۲۱). یکی از امور جالب در ارتباط با بایسته‌های حقوق بشر زنان آن است که عمده پیشرفت‌ها در این زمینه به ویژه راجع به عدم تبعیض جنسیتی زنان مرهون توجه شایسته نهادهای تخصصی غیر حقوق بشری بوده است که نمونه بارز آن در جریان کنفرانس چهارم جهانی ناظر بر زنان که در سال ۱۹۹۵ در پکن برگزار گردید، قابل رؤیت می‌باشد (۲۲). ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸، مجمع عمومی ملل متحد اعلامیه جهانی حقوق بشر را اعلان عمومی نمود. برای نخستین بار در تاریخ ثبت‌شده بشریت، حقوقی که هر فرد داشت، صرف نظر از مؤلفه‌های مختلف جنسیتی‌اش به صورت معین و ثبت شده در یک سند بین‌المللی قرار گرفت (۲۳)، اگرچه ماده ۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر می‌تواند

بدین‌شکل تفسیر شود که جنسیت یک شخص نمی‌تواند به شکلی مورد استفاده قرار بگیرد که او را از بهره‌مندی از تمامی حقوقی که در اعلامیه مندرج شده است، باز دارد، اما نیازها و منافع زنان به عنوان جنسیت زن در تدوین حقوق مزبور مورد لحاظ قرار نگرفته است، علاوه بر این، اعلامیه جهانی حقوق بشر به مانند اخلاف خود، یعنی میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی صراحتاً تبعیض بر مبنای جنسیت را رد کرده، با این حال توجه کمی در این سند به نیازها و نگرانی‌های زنان شده است. با این حال نادیده گرفتن اولیه حقوق زنان و از جمله حقوق کار شایسته آن‌ها تعجب‌برانگیز نبوده، چراکه در زمان تدوین منشور ملل متحد، تنها ۳۵ دولت از ۵۱ دولتی که در آن زمان در عضویت ملل متحد بودند، حقوق برابر سیاسی را برای زنان اختیار نموده بودند.

برخی از جنبه‌های ضرورت‌محور توجه به سلامت روان نه در قوانین بین‌المللی، بلکه در قوانین داخلی نیز مورد توجه قرار نگرفته‌اند. برای نمونه می‌توان به قواعد کار شب زنان در ایران اشاره نمود.

۹. رهیافت ضرورت‌محور در مورد حمایت پزشکی و

دارویی از افشار آسیب‌پذیر: کار شب زنان در ایران بر طبق تحقیقات موجود، تأثیراتی منفی بر سلامت زنان آن اعم از جسمی و روانی بر جای می‌گذارد و حتی در تعیین جنسیت آن‌ها تأثیر می‌گذارد، این موضوع از سوی تحقیقات متعدد بین‌المللی نیز به اثبات رسیده است که کار شب زنان شاغل موجب رشد بیماری‌هایی چون سرطان سینه در آن‌ها می‌شود و با آن‌ها وابستگی مستقیم دارد. قانون کار ایران تا پیش از اعمال اصلاحات و بازنگری‌های سال ۱۳۶۹، با تبعیت از کنوانسیون‌های سازمان بین‌المللی کار ناظر بر ممنوعیت کار شب زنان، استخدام زنان را به جزء در موارد استثنایی چون پرستاری ممنوع اعلان داشته بود، اما در سال مزبور، مجمع تشخیص مصلحت نظام این مقرر را حذف نمود و در حال حاضر شاهد خلأ قانونی در این زمینه هستیم. این حذف چندین مشکل عملی را ایجاد می‌نماید، اولاً کارفرمایان تمایل

بیشتری برای استخدام زنان در شیفت شب به علت حق‌الزحمه پایین‌تر و عدم امکان نظارتی دارند؛ ثانیاً از آنجا که زنان شاغل در شیفت شب دارای همسران بوده و عموماً تمایلی به این چنین کاری از سوی آن‌ها در شیفت شب ندارند. بنابراین این موضوع مشکلات عملی زیادی را برای آن‌ها ایجاد می‌نماید. این موضوع وقتی تشدید می‌گردد که همان‌گونه که گفته شد، با توجه به ماده ۱۱۱۷ قانون مدنی در امکان الزام زوجه به عدم انجام کارهای معین و نیز مقرر قانون حمایت از خانواده، زوج می‌تواند زوجه را از انجام کارهای معین بازداشته و تنها اجازه بعدی محکمه قضایی است که این منع را بی‌اثر می‌سازد. این مشکل برای زنان سرپرست خانوار دارای وضعیت بغرنج‌تری بوده، چراکه آن‌ها وظیفه مراقبت از کودکان خود را نیز بر عهده دارند و این کودکان نیز ساعات مهمی از شبانه روز را در کنار کودکان خود به سر نمی‌برند.

هرچند حقوق قادر نیست تکالیف اخلاقی و احساسات عاطفی انسان‌ها را تحت حکم و داوری قرار دهد، لیکن در مواردی که بی‌توجهی به ارزش‌های اخلاقی و رفتارهای پرخاشگرایانه و ناپسند، سلامت زن شاغل را به خطر اندازد، وجود مقررات حقوقی مناسب که به واسطه آن، زن قربانی دارای چهارچوبی از حقوق قانونی بوده و قانونی که آن فرد خاطی را که جزء با زور به هیچ منطقی تسلیم نمی‌شود، به پذیرش عدالت وادار کند، اهمیت حیاتی می‌یابد. با این حال، باید پذیرفت که دگرگونی قوانین به تنهایی نه مانع بروز خشونت با زنان در محیط کار خواهد شد و نه الزاماً از زنانی که در معرض خطر قرار گرفته‌اند، حمایت به عمل خواهد آورد. در حقیقت، قانون در عمل، آخرین راه حلی است که زنان قربانی سوءرفتار به آن متوسل می‌شوند. الگوی کمک و یاری‌خواستن قربانیان خشونت در محل کار معمولاً مشابه یکدیگر است: ابتدا با خانواده یا دوستان و همسایه‌ها تماس می‌گیرند، سپس از پزشک یا مشاوره‌هایی خانواده درخواست کمک می‌کنند و نکته اینجاست که تنها در صورت بروز سوءرفتار شدید و تکرار آن است که پلیس و مسئولان قضایی وارد معرکه می‌شوند.

سلامت به عنوان حق بشری که حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر ناشی از آن است، جزء حقوق بشری نسل اول است. از این رو دولت‌ها بایستی به صورت فوری و بدون توجه به امکانات و توانمندی‌های خود نسبت به تأمین و تضمین آن اقدام نمایند و در صورت مواجهه با موارد نقض آن، اقدامات مؤثری را انجام دهند.

بدیهی است که البته تعریف مشخصی از اقشار آسیب‌پذیر در نظام حقوق بین‌الملل و حتی در نظام‌های حقوقی داخلی کشورها وجود نداشته و همین امر، ارائه یک چهارچوب دقیق در ارتباط با حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر را با چالش‌ها و موانع جدی مواجه می‌سازد.

مشارکت نویسندگان

محمد ترابی: جمع‌آوری مطالب و نگارش.

سیدمحمد حسینی: انجام اصلاحات مقاله و نظارت بر آن.

صابر حبیبی سوادکوهی و سیدمحمد رضوی: نظارت بر روند نگارش 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.

تأمین مالی

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

با توجه به این الگوی کمک‌گیری، بررسی واکنش اشخاصی که ممکن است با زنان قربانی سوءرفتار در محل کار رو به رو شوند، حائز اهمیت خواهد بود. در ارتباط با واکنش‌های بهداشتی و درمانی می‌توان گفت که اولین مرجع رسمی کمک‌خواهی قربانیان سوءرفتار در محل کار، پزشکان هستند. به طور کلی بسیاری از پزشکان از ماهیت و اهمیت این مسأله بی‌اطلاع بوده و زنانی که با نشانه‌های ضرب‌دیدگی و درد به پزشک مراجعه می‌کنند، غالباً به پزشک نمی‌گویند که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند و پزشکان نیز اغلب حتی در مواردی که ورود صدمات جسمی به بیمار آشکار است، توضیحات غیر واقعی زنان را درباره علت ایجاد صدمه می‌پذیرند و از کنجکاو در این باب خودداری می‌نمایند. آنان تمایلی به دخالت در درگیری‌های محل کار و البته خانگی ندارند، در نتیجه کوتاهی‌کردن پزشک در پرسیدن علت صدمات وارده بر زن و یا تمایل وی به پذیرفتن یک داستان کاملاً ساختگی در باب علت ایجاد صدمه، به انکار دو طرفه خشونت می‌انجامد. جامعه پزشکی در مواردی که به وجود بدرفتاری پی می‌برد، آن را به عنوان مشکلی تلقی می‌نماید که تنها نیازمند راه حل‌های موضعی است و به ندرت ممکن است قربانی سوءرفتار را به مراکز خدمات اجتماعی و یا سازمان‌های حمایتی معرفی کند. مسأله بدرفتاری، بیشتر مشکل خود زن تلقی می‌شود تا مرتکب ضرب و شتم. ریشه این سوءبرداشت، بیشتر در آموزش‌های جاری رشته پزشکی است که به دانشجویان پزشکی یاد می‌دهند که نشانه‌های فردی را معالجه کنند و به حوادث اطراف و وضعیت عمومی اشخاص کاری نداشته باشند. دانشجویان رشته پزشکی باید از مسأله گستردگی خشونت‌های خانوادگی و الگوهای رشد آن آگاهی یابند و آموزش ببینند که در شرایط وجود احتمال سوءرفتار، از بیمار خود سؤال‌های مناسبی در این ارتباط بپرسند.

نتیجه‌گیری

حمایت‌های پزشکی و دارویی از اقشار آسیب‌پذیر اغلب به اشکال مختلفی همچون در دسترس قراردادن خدمات پزشکی و دارویی به صورت رایگان صورت می‌پذیرد. از آنجا که حق بر

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه استفاده از سامانه‌های هوش مصنوعی در نگارش یا تحلیل مطالب این مقاله نشده است.

References

1. Smith R. Medicine and the Marginalised. BMJ. 1999; 319(7225): 1589-1590.
2. Völlm B, Tomlin J. Diversity and Marginalisation in Forensic Mental Health Care. 1st ed. Amsterdam: Routledge Publication; 2022.
3. Tamara LP. Health Inequalities and Global Justice. 2nd ed. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2014.
4. Gerrity E. The Mental Health Consequences of Torture. 1st ed. London: Springer Science & Business Media; 2001.
5. LeRoy MR. Business Law: Text & Cases - The First Course - Summarized Case Edition. 1st ed. New York: Cengage Learning; 2016.
6. Great Britain Department of Health. Post-legislative Assessment of the Mental Health Act 2007: Memorandum to the Health Committee. 1st ed. London: The Stationery Office; 2012.
7. Den EA. International Health Law and Ethics: Basic Documents. 1st ed. Milan: Maklu Publication; 2009.
8. Holder-dixon A. Medical Avoidance Among Marginalized Groups: The Impact of the COVID-19 pandemic. J Behav Med. 2022; 45(5): 760-770.
9. Charghi-Sohi S. Patient Safety in Marginalised Groups: A Narrative Scoping Review. International Journal for Equity in Health. 2023; 19(26): 216-240.
10. Vatani A. The Possibility of Full Compensation for Damages in the Principles of International Commercial Contracts, Convention on Contracts for the International Sale of Goods and Iranian Law. Quarterly Journal of Private Law Research. 2015; 14(12): 97-110. [Persian]
11. Maden A. Essential Mental Health Law: A Guide to the Revised Mental Health Act and the Mental Capacity Act 2005. 1st ed. New York: Hammersmith Press Limited; 2010.
12. Daei MA. The Right to Seek Legal Redress and Compensation for Victims of Serious Violations of International Humanitarian Law. PhD Thesis in International Law. Tehran: Faculty of Law and Political Science, Allameh Tabatabaei University; 2011. [Persian]
13. Alfreðsson GS, Eide A. The Universal Declaration of Human Rights: A Common Standard of Achievement. 1st ed. London: Martinus Nijhoff Publishers; 1999.
14. Streich M. The Universal Declaration of Human Rights. 1st ed. Washington: Allen & Unwin; 2008.
15. Sweetmanm C. Women and Rights. 1st ed. Birmangham: Oxfam; 1995.
16. Tasnim News Agency. The Effect of Women Working Night Shifts on Pregnancy and Breastfeeding. Tehran. 2023. p.2-7. [Persian]
17. Mehr News Agenc. Increased Risk of Breast Cancer in Women Working Nights. Tehran. 2024. p.5-9. [Persian]
18. Bachman R, Saltzman LE. Violence against Women: Estimates from the Redesigned Survey (Burea of Justice Statsitics Special Report). Rockville: Department of Justic; 1997. p.76-78.
19. Hutchison IW. Family Violence and Police Utilization. J Vio and Vic. 1994; 9(3): 299-301.
20. Schehcter S, Ganley D. Women and Male Violence: The Visions and Struggle of the Batthered Women Movemet. 1st ed. Boston: South End; 1995.
21. Gessen R. Theoretical Criminology. Translated by Keynia M. 1st ed. Tehran: Majd Publications; 1995. [Persian]
22. Neelu Sh. Human Rights Obligations of MNCs under International Law. 1st ed. London: Notion Press Publications; 2023.
23. Smith R. International Human Rights Law. Oxford: Oxford University Press; 2022.