

انتقال بیماری ایدز از طریق تماس جنسی و انتقال خون؛ از آثار

حقوقی تا پیامدهای کیفی

محمود عباسی

لادن عباسیان^۱

سیدرضا احسان‌پور

افسانه قنبری

چکیده

این مقاله پس از بیان کلیاتی پیرامون آمار ایدز در جهان و ایران، به ویژگی‌های بیماری ایدز، عوامل ابتلا به آن و طرق انتقال آن اشاره دارد و سپس در خصوص گروه‌های در معرض خطر ابتلا به این بیماری نظیر کودکان، زنان و زندانیان بحث خواهد نمود. علاوه بر آن مسائل مربوط به رعایت موازین حقوق بشر در خصوص مبتلایان به ایدز نیز مورد امعان نظر قرار خواهد گرفت. در بخش دیگر، نظرات موافقان و مخالفان جرم‌انگاری رفتارهای انتقال‌دهنده ایدز بیان شده و سپس عناوین کیفی قابل انطباق بر این رفتارها در حقوق ایران مورد اشاره قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد عناوینی همچون بیماری‌های آمیزشی، قتل و شروع به قتل در این خصوص قابل اعمال خواهند بود. همچنین اشاره خواهد شد که علی‌رغم برخی دیدگاه‌های موافق نمی‌توان جنین مبتلا به ایدز را سقط نمود. بخش پایانی این مقاله به بررسی مسؤولیت مدنی پزشک و یا پرستار در انتقال ایدز به دیگری اختصاص یافته و تأکید شده است که آنها در قبال نتیجه حاصل از عمل خود (انتقال ایدز) مسؤول به شمار می‌آیند و خسارات وارده نیز در قالب ارش یا دیه قابل پرداخت خواهد بود.

۱. فوق تخصص بیماری‌های عفونی و عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید

Email: l.abbasian@yahoo.com

بهشتی (نویسنده مسؤول)

واژگان کلیدی

ایدز، انتقال بیماری، تماس جنسی، انتقال خون، مسئولیت مدنی

انتقال بیماری ایدز از طریق تماس جنسی و انتقال خون؛ از آثار حقوقی تا پیامدهای کیفی

۱- حقایق پزشکی مربوط به انتقال ایدز^۱

الف- مفهوم بیماری ایدز

ایدز به معنای بیماری اختلال وضعیت اکتسابی در سیستم ایمنی بدن می‌باشد. نخستین بار این بیماری در ۱۹۸۱ در آمریکا مورد شناسایی قرار گرفت. دانشمندان در سال ۱۹۸۴ یعنی ۳ سال بعد کشف کردند که عامل بیماری ایدز، ابتلا به عفونت HIV می‌باشد. ابتلا به HIV سبب تضعیف تدریجی سیستم ایمنی بدن می‌گردد. سلول‌های ایمنی بدن موسوم به CD4+T در مواجهه با HIV کشته می‌شوند. این سلول‌ها نقش مهمی را در واکنش‌های ایمنی بدن و در اجرای هر چه بهتر وظائف سایر سلول‌های دستگاه ایمنی ایفا می‌نمایند. در حقیقت کاهش این سلول در بدن شخص مبتلا به HIV، زمینه‌ساز ابتلای وی به ایدز در آینده نزدیک می‌باشد. طبق تعریفی که مرکز کنترل بیماری‌ها در آمریکا از ایدز به عمل آورده است، این بیماری به معنای وجود سلول‌های مزبور به میزان کمتر از ۲۰۰ واحد در هر میلی‌متر مکعب از خون مبتلا به HIV می‌باشد. در حالت طبیعی و در بدن شخص سالم، تعداد این سلول‌ها ۱۰۰۰ واحد در هر میلی‌متر مکعب است. در چنین حالتی سیستم دفاعی بدن به شدت ناتوان شده و دیگر توان مقابله با باکتری‌ها، ویروس‌ها، انگل‌ها و سایر میکروب‌ها را نخواهد داشت. نکته قابل توجه آن که صرف ابتلا به ویروس HIV، الزاماً به معنای ابتلای فرد به ایدز نیست؛ بسیاری از مبتلایان به HIV ممکن است حتی از وضعیت ابتلای خود به این ویروس آگاهی

نداشته باشند. این احتمال نیز وجود دارد که فردی حدود ۱۰ الی ۱۵ سال نیز ناقل ویروس باشد بدون آنکه علایم و یا عارضه‌ای از این وضعیت بر وی آشکار گردد. در چنین حالتی، مبتلایان همچون افراد عادی هستند و مانند سایرین، احساس تندرستی می‌نمایند. لیکن در طول این مدت فرد ناقل بوده و می‌تواند دیگران را نیز به این ویروس آلوده نماید. به این دوره به نسبت طولانی به اصطلاح دوره پنجره گفته می‌شود.

ب- طرق انتقال بیماری ایدز

بیماری ایدز اگرچه مرضی مهلک و خطرناک است لکن طرق خاص انتقال آن که خوشبختانه محدود به مواردی چند می‌باشد، امکان پیشگیری از آن را فراهم می‌آورد. گفته شده که اولین بار، ویروس عامل ایدز (HIV) در بدن برخی شامپانزه‌های آفریقایی جنوبی و سپس در میان هم‌جنس‌بازان آمریکایی مشاهده شده است لکن امروز بدون تردید، انسان اصلی‌ترین مخزن شناخته شده ایدز محسوب می‌گردد. ویروس HIV عمدتاً در خون و ترشحات جنسی نظیر اسپرم و آب واژن وجود دارد لکن میزان آن در سایر مایعات بدن نظیر آب دهان، اشک چشم، محتویات تاول، آنقدر اندک و قابل اغماض است که خطر انتقال از طریق آنها تقریباً صفر می‌باشد. ویروس HIV در مایعاتی نظیر ادرار، مدفوع رقیق، استفراغ و عرق انسان یافت نمی‌شود.

با توجه به موارد مذکور، طرق انتقال HIV را می‌توان برقراری رابطه جنسی ناسالم یا ایجاد تماس خونی میان فرد ناقل و فرد سالم دانست. از این رو، در موارد زیر، امکان انتقال ویروس HIV بیشتر محتمل است:

- ۱- برقراری رابطه جنسی ناسالم (غیر حفاظت شده)
- ۲- برقراری تماس با خون یا منی فرد مبتلا به HIV
- ۳- استفاده از سوزن‌های اشتراکی جهت تزریق مواد مخدر
- ۴- سرایت ویروس HIV از مادر مبتلا به ایدز یا احتمالاً انتقال آن در دوره شیرخوارگی به فرزند

۵- پاشیدن ترشحات حاوی ویروس به جداره بیرونی بدن، نظیر پوست آسیب

دیده

۶- اهدای خون آلوده

با توجه به موارد مذکور می‌توان دریافت که اعمالی نظیر، لمس کردن، بوسیدن، در آغوش کشیدن، عطسه کردن، استفاده مشترک از ظروف غذا یا وسایل ورزشی، به هیچ نحو نمی‌توانند سبب انتقال HIV به دیگری گردند.

ج- علایم ابتلا به ایدز

نخستین نشانه‌های ابتلا به HIV، یک هفته الی ۲ ماه پس از ابتلا، در بدن فرد بروز می‌نماید. البته این امکان نیز وجود دارد که علایم مزبور به مدت ۲ سال نیز بروز و ظهور نمایند. دوره بروز این آثار، امری کاملاً شخصی است. از علایم عمده‌ای که در فرد مبتلا مشاهده می‌شود: تب و ریزش فراوان عرق، سردرد، خستگی مفرط، کاهش وزن، سرفه خشک، ابتلا به ذات‌الریه، وجود نقطه‌های سفید و لکه‌های غیر معمول بر روی زبان، جوش‌های رو پوست و ورق ورق شدن پوست، اسهال بیش از یک هفته، از دست دادن موقتی حافظه، بیماری التهاب لگن خاصره و ... می‌باشد. گاه نیز افراد به بیماری عصبی دردناکی موسوم به «شرینک» مبتلا

می‌شوند. پیشرفت عفونت HIV، همان گونه که بیان شد در نهایت سبب ابتلا به بیماری ایدز را فراهم می‌آورد. علایمی که به طور معمول در مبتلایان به ایدز وجود دارد نیز عبارت از: سرفه‌های شدید و تنگی نفس، بلعیدن غذا همراه با درد، ناهنجاری‌های ذهنی مانند گیجی یا فراموشی، اسهال‌های مداوم و شدید، بروز تب، کاهش بینایی، کاهش وزن، استفراغ و حالت تهوع سردردهای شدید و نهایتاً اغما می‌باشد. کودکان مبتلا به ایدز نیز ممکن است علاوه بر ابتلا به عوارض فوق، به انواع عفونت‌های شدید باکتریایی مانند عفونت‌های گوشی مبتلا شوند. مبتلایان به ایدز، عموماً نسبت به ابتلا به سرطان‌های مختلف مستعد نشان می‌دهند. همچنین سرطان مربوط به سیستم ایمنی بدن همچون سرطان غدد لنفاوی نیز در این افراد بسیار به چشم می‌خورد. چنین سرطان‌هایی به دلیل ابتلای فرد به ایدز، بسیار شدید و درمان آن نیز با دشواری بسیاری روبرو است.

۲- آمار مبتلایان به HIV و ایدز^۲

شاید بتوان ادعا نمود که آمار دقیقی از میزان ابتلای به HIV و ایدز در سطح کشور، و منطقه و جهان وجود ندارد و آنچه که گاه در این خصوص اعلام می‌شود بیشتر بر مبنای حدس و گمان و تخمین موارد ابتلا و نه میزان حقیقی آن است. آنچه که در واقع، دسترسی به آمار دقیق این امر را با دشواری همراه می‌نماید، در وهله نخست، وجود ضعف در سیستم جمع‌آوری اطلاعات لازمه علی‌الخصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. عدم آگاهی و شناخت دقیق بسیاری از تابعان این کشورها از مفهوم بیماری ایدز و تبعات ابتلا به آن، که عملاً سبب عدم تمایل به انجام آزمایشات تشخیص عفونت HIV توسط ایشان می‌گردد نیز عامل دیگری

در این خصوص به شمار می‌آید. در برخی کشورها به ویژه کشورهایی که اخلاق مذهبی به طور گسترده در آن حاکم است، صرف ابتلا به ایدز امری مذموم تلقی شده و به صورت تابو در آمده است. جرم‌انگاری انتقال عفونت HIV در برخی کشورها نیز مزید بر علت شده است تا کسانی که احتمالاً خود را مبتلا به این عفونت احساس می‌نمایند، از ترس انگ خوردن و قرار گرفتن ذیل عنوان مجرمین بالقوه یا حداقل، گروه‌های پرخطر، از انجام چنین آزمایشاتی سرباز بزنند. در کشورهای پیشرفته نیز با توجه به حاکمیت اصول حقوق بشری همچون حق آزادی، امکان الزام گروه‌های مشکوک به ابتلا به ایدز به انجام آزمایش‌های تشخیص ایدز امکان‌پذیر نمی‌باشد. علاوه بر تمامی این موارد، آمار منتشر شده مربوط به مطالعات انجام شده بر روی معتادان و یا روسپی‌های بازداشت شده می‌باشد و بسیاری از زنان خیابانی یا حتی فاحشه‌های فاقد مجوز در کشورهای اروپایی و همچنین معتادان بازداشت نشده در این آمار لحاظ نشده‌اند. اگر همه موارد مذکور را در کنار عدم بروز علایم ابتلا به HIV در دوره پنجره قرار دهیم می‌توانیم به درستی ادعای فوق که همانا دقیق نبودن آمار مبتلایان به HIV و ایدز می‌باشد صحه گذاریم. با این وجود، توجه به همین آمار مکتسبه نیز حائز اهمیت به شمار می‌آید. در ذیل نخست به آمار مزبور در سطح جهان و سپس ایران اشاره خواهیم نمود.

الف- آمار ابتلا به HIV و ایدز در جهان

ایدز از ابتدای ظهور خود تاکنون همچنان قربانی می‌گیرد. آمار مربوط به این بیماری به ویژه در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. میزان آلودگی

به HIV در سطح جهان، به طور چشمگیری سیر صعودی دارد. سازمان ملل، هر سال گزارشی در خصوص آمار مبتلایان به HIV و ایدز ارائه می‌نماید. بنا بر آخرین گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۸ هر روز، ۱۴ هزار نفر به ویروس HIV در جهان آلوده می‌شوند و هر ساله نیز ۵ میلیون نفر به بیماری ایدز دچار می‌گردند. در سال گذشته آمار کسانی که در نتیجه ابتلا به ایدز جان خود را از دست داده‌اند، ۳ میلیون نفر تخمین زده شد. در مجموع امروزه جمعیتی معادل ۴۰ میلیون نفر مبتلا به ایدز می‌باشند. طبق این گزارش، کشورهای جنوب صحرای آفریقا، بدترین نمونه گسترش ایدز در جهان به شمار می‌آیند و امید به زندگی در این منطقه که در سال ۱۹۸۰، حدود ۵۴ سال برآورد شده بود، در سال ۲۰۰۵ به ۳۲ سال رسیده است. تعداد مبتلایان به HIV در کشورهای افریقای جنوبی حدود ۲۹ میلیون نفر است و تخمین زده شده که در ۲۰ سال آینده این آمار به مرز ۹۰ میلیون نفر برسد. در منطقه آسیا نیز، گسترش ایدز، در چین و هند، رشد تدریجی داشته است در حالی که در اندونزی میزان آلودگی به HIV در طی دو سال اخیر ۲ برابر شده است. این سازمان تخمین می‌زند که تا سال ۲۰۱۰ در چین ۱۰ میلیون و در هند ۲۰ میلیون نفر مبتلا به ایدز خواهند شد. برخی از جمهوری‌های منطقه آسیای مرکزی نیز شاهد سیر صعودی ابتلا به این بیماری بوده‌اند. در کشورهای آمریکای لاتین، بیشترین میزان ابتلا به HIV، مربوط به منطقه آمریکای مرکزی و برزیل می‌باشد. در این منطقه، ایدز بیشتر از طریق آمیزش جنسی منتقل می‌شود، در کشورهای شیلی و اروگوئه نیز، استفاده از سرنگ مشترک برای تزریق مواد مخدر، عمده طریق انتقال HIV به شمار می‌آید. در مجموع، شمار افراد مبتلا به

HIV در آمریکای لاتین به ۱۵ میلیون نفر می‌رسد. در آمریکای شمالی نیز حدود یک و نیم میلیون نفر مبتلا به بیماری ایدز هستند.

طبق این گزارش، تعداد افراد آلوده به ایدز در اروپای شرقی و آسیای مرکزی ۱/۲ میلیون نفر است که میزان گسترش آن در روسیه بیش از سایر مناطق می‌باشد. در جنوب و جنوب شرقی آسیا، آمیزش جنسی غیر حفاظت‌شده و استفاده از سوزن‌های تزریق اشتراکی سبب گسترش این بیماری شده است. شمار افراد آلوده به HIV در این مناطق که کشورهایی همچون مالزی، سنگاپور و کره جنوبی را در بر می‌گیرد به ۶۰۰ هزار نفر می‌رسد. در اروپای غربی نیز آخرین آمار حاکی از آن است که تعداد مبتلایان به ۵۷۰ هزار نفر رسیده و در سال گذشته نیز حدود ۵ هزار نفر جان خود را از دست داده‌اند.

سازمان ملل در گزارش منتشر شده خود در سال ۲۰۰۸ اعلام داشته که خوشبختانه روند ابتلا به HIV در سطح جهانی رو به کاهش گذاشته است. افزایش آگاهی‌های عمومی، ارتقای سطح پیش‌گیری‌های بهداشتی و همچنین بالا رفتن سطح دانش پزشکی در کنار اجرای طرح‌های آموزشی، از عمده دلایل این کاهش بیان شده است.

ب- آمار ابتلا به HIV و ایدز در ایران

اولین مورد ابتلا به ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ هجری شمسی در یک کودک مبتلا به هموفیلی گزارش شد که از خون آلوده به HIV وارد شده از اروپا استفاده کرده بود. از آن زمان تاکنون، هر سال بر تعداد مبتلایان به ایدز در کشور افزوده می‌شود. وزارت بهداشت در آخرین گزارش خود، موارد ابتلا به HIV و ایدز در

ایران را تا تاریخ ۱۳۸۷/۷/۱، ۱۸۳۲۰ مورد اعلام کرده که از این میزان ۹۳/۷ درصد متعلق به مردان و ۶/۳ درصد متعلق به زنان بوده است. میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری نیز تا تاریخ مزبور ۲۸۰۰ مورد (۹۶/۴ درصد متعلق به مردان و ۳/۶ درصد متعلق به زنان) اعلام شده است. آمار نشان می‌دهد که عمده‌ترین طریق انتقال بیماری، استفاده از سوزن‌های اشتراکی برای تزریق در میان معتادان (۶۸ درصد) بوده است و حال آنکه انتقال ویروس از طریق رابطه جنسی، ۷/۹ درصد و از طریق خون و فرآورده‌های خونی نیز ۱۳ درصد می‌باشد. انتقال ویروس HIV از طریق مادر به کودک نیز حدود ۱ درصد برآورد شده است.

۳- ایدز و گروه‌های درخطر

الف- ایدز و حقوق کودکان^۳

طبق آخرین آمار سازمان ملل، ۵/۲ میلیون نفر از ۴۵ میلیون فرد مبتلا به ایدز در جهان را کودکان تشکیل می‌دهند. به همین منظور تضمین دسترسی کودکان به خدمات مراقبت بهداشتی (ابراهیمی، ۱۳۸۳)، قراردادن اطلاعات و آموزش متناسب سنی پیشگیری از اچ.آی.وی در دسترس کودکان، برای قادر ساختن آنها به برخورد مثبت و مسئولانه با روابط جنسی خود و اجتناب از آلودگی به اچ.آی.وی، حمایت از کودکان متأثر و آلوده به اچ.آی.وی در برابر تبعیض در حقوق ارثیه، آموزش، خدمات بهداشتی و اجتماعی و در مقابل سوءاستفاده، بهره‌کشی و خشونت جنسی، حمایت از کودکان در برابر آزمایش اجباری اچ.آی.وی و تضمین رازداری درباره وضعیت اچ.آی.وی آنها و اقداماتی امثال آن می‌تواند میزان آسیب‌پذیری این گروه را کاهش دهد.

ب- ایدز و حقوق زنان و دختران^۴

براساس آخرین گزارش سالانه سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی، تقریباً نیمی از بیماران ایدز در جهان را زنان تشکیل می‌دهند. همچنین بیشترین افزایش تعداد مبتلایان به ویروس HIV در اروپای شرقی، آسیای جنوب شرقی و آسیای میانه را زنان تشکیل می‌دهند. نهاد مبارزه با ایدز وابسته به سازمان ملل معتقد است که زنان علاوه بر این که از لحاظ بیولوژیکی نسبت به آلودگی به ویروس ایدز آسیب‌پذیرتر هستند، به دلایل مالی و اعمال خشونت نیز مجبور به آمیزش جنسی می‌شوند و در نتیجه، میزان ابتلا به این بیماری در آنها افزایش می‌یابد. بنابراین در جایی که از حقوق بشر زنان و دختران حمایت نشود، زنان و دختران در برابر آلودگی به اچ.آی.وی و تأثیر ایدز بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند. به عنوان مثال، اگرزن یا دختر، پس از تجاوز، از دسترسی به موقع به طب جهت جلوگیری از آلودگی به اچ.آی.وی (حق بهداشت) یا از دسترسی به یک رشته کامل از اطلاعات و خدمات بهداشتی، از جمله مراقبت بهداشتی باروری برای پیشگیری و کاهش تأثیر اچ.آی.وی محروم شوند (حق بهداشت و عدم تبعیض) یا مقامات نتوانند از خشونت علیه زنان و دختران در خانه یا جامعه پیشگیری و آن را تعقیب کنند (حق آزادی و امنیت) یا پرسنل پزشکی، زنی را که مبتلا به اچ.آی.وی است، به جای ارائه اطلاعات و خدمات به وی برای جلوگیری از سرایت اچ.آی.وی از مادر به فرزند، مجبور به تحمل سقط جنین یا عقیم‌سازی نمایند (حق ازدواج و تشکیل خانواده، امنیت شخصی) یا دختران، از دسترسی برابر به تحصیل محروم شوند (حق آموزش و عدم تبعیض) یا حتی دختران با سن کم‌تر از ۱۸ سال، به ازدواج با یک مرد مسن‌تر مجبور شوند (حقوق آزادی و امنیت شخصی)،

(سالابارو، ۱۳۸۳) آنگاه آسیب‌پذیری آن‌ها افزایش می‌یابد. از این رو دولت‌ها، باید یک دیدگاه برابری جنسیتی را در تمام برنامه‌های اچ.آی.وی گنجانده و زنان را در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر چنین برنامه‌هایی شرکت دهند. همچنین بودجه کافی، منابع انسانی و اداری را برای بهداشت زنان اختصاص دهند و نیازهای مختلف بهداشتی زنان را در نظر بگیرند.

ج- ایدز و زندانیان

گرچه تصور عموم بر این است که زندان جایگاهی مناسب برای تشخیص، درمان، پیشگیری و آموزش ایدز می‌باشد، ولی هنوز موانعی بر سر راه تحقق این اهداف وجود دارد (اسپالدینگ، استفنسون، ماکالینو، ۲۰۰۲). این نگرانی نیز وجود دارد که کانون‌های اصلاح و تربیت بعضاً به عنوان مخازن بیماری‌های عفونی تلقی شوند و این بیماری‌ها را بعد از آزادی از زندان نیز در جامعه گسترش دهند.

این حقیقت قابل انکار نیست که شیوع ایدز در زندان، اغلب بسیار بیشتر از شیوع آن در کل جامعه است. خطر و میزان واقعی انتقال ویروس، به دلیل انجام احتمالی رفتار ناسالم رابطه جنسی (با رضایت یا اجباری)، خالکوبی و استفاده از سوزن و سرنگ مشترک بیشتر است. به ویژه با این که بسیاری از محکومیت‌ها مربوط به مواد مخدر می‌باشد؛ اگرچه چنین فعالیتی در زندان غیر قانونی است، ولی علی‌رغم تلاش‌هایی که برای کنترل آن صورت گرفته، چنین رفتاری یک واقعیت است و باید شناخته شود. تعداد زیاد ورودی و خروجی‌ها، به این معناست که زندانیان پس از ابتلا به ایدز، به جامعه باز می‌گردند. آنها می‌توانند شرکای خود را در خارج از زندان، آلوده نمایند.

خدمات برای زندانیان، به عنوان یک جمعیت دربند، باید معادل آموزش، درمان، مراقبت و حمایت دریافتی توسط جمعیت عمومی باشد. این، به معنای امکان دسترسی به اطلاعات، آموزش پیشگیری از شیوع ایدز، به ویژه برنامه‌هایی نظیر آزمایش و مشاوره داوطلبانه (از جمله به صورت ناشناس) و وسیله واقعی اجرای آنهاست (نظیر کاندوم و دهان‌بند). مشاوره با زندانیان، زندانبانان و اتحادیه‌های آنها برای موفقیت هرچه بهتر برنامه‌ها، آن‌گونه که مقبول همه طرف‌ها باشد، ضروری است.

۴- ایدز و حمایت از حقوق بشر

الف- حقوق و آزادی‌های فردی و اجتماعی

مهم‌ترین اصولی که بیشترین ارتباط را با مسأله علوم بهداشتی خصوصاً مبارزه با ایدز و بیماری‌های واگیردار دارد و در ارتباط مستقیم با حقوق و آزادی‌های فردی و اجتماعی می‌باشد عبارتند از:

* عدم تبعیض، برابری در پیشگاه قانون و برخورداری یکسان از حمایت

* حق حیات و آزادی تن و امنیت شخصی

* حق 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

* تأمین اجتماعی و برخورداری از امکانات امدادی و رفاهی

* سهیم شدن در پیشرفت‌های علمی و منافع حاصل از آن^۵

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، نیز خاطر نشان می‌سازد که اولاً، میان فقر و کم‌توسعه‌یافتگی 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. رابعاً، دسترسی به درمان بیماری‌های واگیردار مانند ایدز از مقتضیات اصلی شناسایی حق برخورداری از سلامت برای انسانها می‌باشد. 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 مسؤول خدمات بهداشتی باز می‌گردد (عباسی، عباسیان، ۱۳۸۷، ص ۱۱۲).

ب- ایدز و آموزه‌های حقوق بشر

با توجه به گسترش و شیوع دامنه ایدز به نظر می‌رسد آموزه‌های حقوق بشری بایست در تمام برنامه‌ها و فعالیت‌های مربوطه از جمله آموزش، قانون و

عدالت، علم و پژوهش، استخدام نیروها، رفاه و امنیت اجتماعی و مسکن، مهاجرت، امور خارجی و مشارکت در توسعه، بهداشت، خزانهداری و دارایی، دفاع و خدمات نیروهای مسلح (عباسی، عباسیان، ۱۳۸۷) مورد توجه قرار گیرد. به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر تمامی نهادهای مربوط خصوصاً قوای تضمینی و اجرایی می‌بایست تعامل مداوم و سازنده‌ای با نهادهای ویژه و وابسته سازمان ملل متحد و دیگر افراد مرتبط با ایدز داشته باشند.

در سال ۲۰۰۶ در دهمین سالگرد کار مشترک حقوق بشر و سازمان ملل متحد درباره ایدز که با حضور لوئیز آربور، کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد و پیترو پیوت، مدیر اجرایی برنامه مشترک سازمان ملل متحد در خصوص ایدز تشکیل شد، دستورالعملی مشتمل بر دوازده ماده تصویب و مقرر شد کشورها نسبت به اجرای آن همت گمارند. بر اساس این دستور العمل، دولت‌ها موظف شدند که چارچوبی مؤثر در سطح ملی برای پاسخ به ایدز ایجاد کنند که رویکردی مسئولانه و شفاف داشته باشند و از طریق پشتیبانی سیاسی و مالی، طراحی سیاست ایدز را تضمین نمایند. همچنین دولت‌ها باید قوانین بهداشت عمومی را با هدف تمرکز بر وصف پزشکی بیماری ایدز، و قوانین کیفری را نیز جهت مطابق کردن آن با آموزه‌های حقوق بشری مورد بازنگری و اصلاح قرار دهند. وضع قوانین ضد تبعیض و دیگر قوانین حمایتی از گروه‌های آسیب‌پذیر، اشخاص مبتلا و اشخاص ناتوان و حفظ حریم خصوصی آن‌ها، در کنار پیش‌بینی مقرراتی جهت دسترسی گسترده به اقدامات پیش‌گیری و تهیه داروی مؤثر و مطمئن به قیمتی مناسب، از دیگر وظایف دولت‌ها تعیین شده است. همچنین آنها باید نسبت به آموزش حقوق اشخاص مبتلا به ایدز اقدام و خدمات رایگان حقوقی را برای اعمال این حقوق

فراهم کنند. ایجاد محیط توان‌بخشی برای زنان و کودکان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر، توزیع گسترده و مداوم برنامه‌های خلاق رسانه‌ای، آموزشی پژوهشی به منظور تغییر نگرش نسبت به انگ ایدز، ایجاد مکانیزم‌های اجرایی برای حمایت از حقوق بشر شامل حقوق اشخاص مبتلا و خانواده‌های آنها، همکاری با برنامه‌های سازمان ملل در مورد حقوق بشر و ایجاد یک چارچوب مؤثر ملی برای پاسخ به ایدز، از دیگر وظایف اصلی دولت‌ها به شمار می‌آید (عباسی، عباسیان، ۱۳۸۷، ص ۱۱۵).

۵- واکنش کیفی در قبال انتقال ایدز

الف- دلایل موافق و مخالف جرم‌انگاری انتقال ایدز

یکی از چالش‌برانگیزترین مسائلی که حقوق‌دانان در ارتباط با معضل ایدز با آن روبرو هستند، بحث جرم‌انگاری رفتارهای پرخطری است که موجبات انتقال ایدز را به دنبال دارند. سؤال اصلی این است که آیا باید در مسیر مبارزه با گسترش این بیماری، به حقوق کیفی نیز توسل جست و رفتارهای مبتلایان به ایدز را با حربه واکنش‌های کیفی مورد کنترل قرار داد یا خیر؟ در پاسخ به این سؤال، نظرات متعددی ابراز شده است که گاه تعارضی عمیق با یکدیگر دارند. عمده استدلال موافقان جرم‌انگاری این قبیل رفتارها صیانت جامعه در مقابل رفتارهایی است که بهداشت عمومی را به خطر می‌اندازند. همچنین جرم‌انگاری این رفتارها، بدون شک ورود به حریم خصوصی (در مواردی که انتقال ایدز از طریق تماس‌های جنسی مبتنی بر رضایت طرفین صورت می‌پذیرد) و در مجموع مخدوش کردن آزادی‌های فردی افراد به شمار می‌آید. در زمانی که همگان به دنبال کاستن آمار

پرونده‌های کیفری، به تبع نضج اندیشه قضازدایی، کیفرزدایی و جرم‌زدایی هستند، جرم‌انگاری برخی رفتارهای اجتماعی سالم (که تنها، امکان انتقال بیماری از طریق آن رفتارها محتمل می‌نماید) نه تنها بلافایده بلکه تخطی از این قواعد و رویکرد کلی است. صیانت از حقوق اجتماع ایجاب می‌کند که استفاده از ضمانت‌اجراهای کیفری به عنوان آخرین حربه به کار گرفته شود و حال آنکه استفاده از قواعد بهداشت عمومی جهت مقابله با انتقال این بیماری کافی به مقصود به نظر خواهد رسید. جرم‌انگاری رفتارهای ناقل ایدز، اگرچه در مقام نظر امری بسیار ساده می‌نماید لکن در عمل، مستلزم صرف هزینه‌های بسیاری خواهد بود. بهتر آن است که این هزینه‌های گزاف به طرقتی دیگر نظیر تهیه وسایل پیشگیری از روابط جنسی ناسالم، توزیع سوزن‌های یک‌بار مصرف در میان معتادان مبتلا به ایدز و در مجموع، آموزش همگانی صرف گردند. استفاده از ضمانت‌اجرای کیفری شاید تنها در زمانی که فرد مبتلا به ایدز عالم به وضعیت ابتلای خود بوده و عامداً موجبات انتقال آن را فراهم می‌آورد بتواند کارا یا لاقلاً عادلانه باشد لیکن موارد بسیاری وجود دارد که انتقال ویروس عامل ایدز، به صورت اتفاقی یا در نتیجه بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری یا اساساً بدون علم ناقل به انتقال آن به دیگری صورت می‌پذیرد. آن‌گاه سؤال این است که حربه بُرنده کیفر چه نقشی می‌تواند در این رسالت همگانی پیشگیری و کنترل ایدز داشته باشد. و سرانجام آن‌که اثبات مقوله انتقال ایدز از فردی به دیگری، اگر نگوییم محال، بسیار دشوار است و جز در موارد نادری که خود فرد بدین امر اقرار می‌نماید به سختی می‌توان آن را احراز نمود. (احسان‌پور، ۱۳۸۷، صص ۷۷-۸۰).

در مقابل، گروهی دیگر معتقدند: ارباب، به عنوان یکی از اهداف مجازات‌ها هنوز کارایی مؤثری بر کنترل رفتار مجرمین داشته و بیم از مجازات شدن در آینده، بسیاری از اندیشه‌های مجرمانه را لدی الحصول منتفی می‌نماید. طبق عقیده این گروه، شاید برق تیغ تیز مجازات نتواند همه مجرمین را از اجرای اندیشه مجرمانه خویش منصرف نماید، لکن در عقیم‌گذاردن بسیاری از این اندیشه‌ها مؤثر خواهد بود. جرم‌انگاری و اعمال مجازات‌های نقدی بر ناقلین ایدز می‌تواند منبع درآمد مهمی برای انجام تحقیقات، آموزش و درمان در این زمینه محسوب گردد. نداشتن قانونی خاص در خصوص مورد، به معنای نادیده گرفتن حق بزه‌دیده‌ای است که قربانی این وضعیت شده و به دستگاه قضا، برای پناه و دادخواهی مراجعه کرده است. عدالت اقتضا می‌کند که داد مظلوم از ظالم ستانده شود. (احسان‌پور، ۱۳۸۵، ص ۳۰).

شاید نقطه اشتراک دو گروه را بتوان در توافق بر بند اخیر دانست. پیرامون مجازات ناقلینی که عامداً به انتقال ایدز به دیگران می‌پردازند این اجماع وجود دارد که مجازات ایشان طبق قانون کنونی جزا منطقی و بلکه الزامی است. حال به تبع این بحث مسأله دیگری که مطرح می‌شود انتخاب عناوین کیفری متناسب با ماهیت این نوع عمل مجرمانه است. مقوله‌ای که در گفتار بعدی بدان خواهیم پرداخت.

ب- انتخاب عناوین کیفری مناسب

انتخاب عنوان یا عناوین کیفری مناسبی که در حقوق ایران قابلیت تطبیق با ماهیت انتقال ایدز را داشته باشد، چندان آسان نیست. بدیع بودن موضوع از یک

سو و چند بعدی بودن آن از سوی دیگر بر سختی کار افزوده است. از این رو برخی قضات در مقام انطباق مقوله انتقال ایدز با مواد قوانین کیفری، گاه آنچنان پیش رفته‌اند که عناوینی همچون اسید پاشی،^۶ تهدید علیه بهداشت عمومی^۷ یا حتی محاربه را نیز مناسب حال و مقام دانسته و مجازات مرتکب را بر اساس آن عادلانه به شمار آورده‌اند و حال آن که بر هیچ کس پوشیده نیست که صدق این عناوین بر چنان رفتارهایی به شدت محل تردید است و خروج موضوعی از مراد قانونگذار دارد. با وجود این، صدق سایر عناوین کیفری هم چون انتقال بیماری‌های آمیزشی، قتل (عمد، شبه عمد و غیر عمد) و شروع به قتل (با اندکی تردید) در خصوص مورد قابل تأمل می‌باشد.

۱- انتقال بیماری‌های آمیزشی و واگیردار

مجلس شورای ملی در تاریخ ۱۳۲۰/۳/۱۱، مصوبه‌ای را تحت عنوان «قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار» به تصویب رساند که می‌تواند جهت مجازات انتقال‌دهندگان ایدز مورد استناد قرار گیرد. گرچه در این مصوبه، سخنی از بیماری ایدز به میان نیامده است، لکن می‌توان از وحدت ملاک آن، آنجا که ایدز از طریق آمیزش جنسی سرایت یافته است، استفاده نمود. ماده ۹ این مصوبه بیان می‌دارد: «هر کس بداند که مبتلا به بیماری آمیزشی و واگیردار بوده و یا آن که 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 و به مراجع قضایی شکایت کند مبتلاکننده به حبس تأدیبی از سه ماه تا یک سال محکوم می‌شود». برای آن که بتوان مجازات مقرر در ماده را بر عمل انتقال ایدز منطبق

نمود، لازم است که این بیماری، تنها از راه آمیزش جنسی به دیگری سرایت یافته باشد نه از طرق دیگر، زیرا آنچه که ماده به آن اشاره دارد ابتلا به واسطه آمیزش است. نکته دیگر آن که تعقیب کیفری انتقال ایدز با استناد به این ماده، تنها در صورتی امکان پذیر خواهد بود که شاکی خصوصی در میان بوده و به مراجع قضایی شکایت نماید. قسمت اخیر ماده در این رابطه می گوید: «تعقیب، فقط در موردی انجام می گیرد که خواهان خصوصی در میان باشد و در صورتی که خواهان خصوصی شکایت خود را مسترد دارد، تعقیب و همچنین اجرای کیفر موقوف خواهد شد»؛ به عبارت دیگر: انتقال بیماری های آمیزشی طبق این ماده، جرمی قابل گذشت به شمار می آید.

۲- قتل

در پرونده های مربوط به انتقال ایدز، رکن مادی جرم، شامل تمامی رفتارهایی است که موجبات انتقال عفونت را فراهم می آورد. اقدام به دخول جنسی، تهیه فرآورده های خونی آلوده از قبیل پلاسما یا پلاکت ها، اهدای خون آلوده، اهدا یا فروش عضو آلوده، فروش وسایل تزریق، اعم از وریدی یا عضلانی از قبیل سوزن یا سرنگ های آلوده و مانند آن، از این نوع رفتارها به شمار می آیند. حسب قاعده، اگر اعمال فوق به قصد قتل مجنی علیه مورد ارتکاب قرار گیرند، مطابق بند الف ماده ۲۰۶ ق.م.ا و الا به دلیل کشنده بودن آن با بند ب ماده برابر خواهند بود. همچنین چنانچه فردی بدون علم به ابتلای خود به ایدز سبب ابتلای دیگری را به این عفونت فراهم آورد مثلاً از طریق رابطه زناشویی، همسر خود را نیز مبتلا نماید، به نظر می توان فرد را در صورت فوت همسر به قتل غیر عمد محکوم نمود.

همین حکم زمانی که فرد از ابتلای خود به ایدز آگاه لکن از ماهیت کشنده بودن آن اطلاعی نداشته باشد، جاری است، چه آن که در محل خود مقرر است که علم قاتل به کشنده بودن یا احتمال کشنده بودن نوعی عمل، خود شرط تحقق قتل عمد به شمار می‌آید و فقدان این علم، سبب تغییر ماهیت قتل عمدی به شبه عمد می‌گردد، از سوی دیگر چنانچه انتقال ایدز بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی و یا عدم مهارت یا عدم رعایت مقررات صورت پذیرد، مثل آنکه آرایشگری که ملزم به میکروبی‌زدایی از وسایل آرایشی پس از هر بار مصرف است، در این رابطه کوتاهی نماید یا مسئول آزمایشگاهی جهت اخذ نمونه خونی، سهل‌انگاری نموده و از سوزن‌های مشترک تزریق استفاده نماید و در نتیجه این موارد، ویروس عامل ایدز به دیگری منتقل شود، تعقیب متهم ذیل عنوان قتل غیر عمد (در حکم شبه عمد) بلاجهت نخواهد بود. چه آنکه تبصره ۳ ماده ۲۹۵ ق.م.ا.ذعان دارد «هرگاه بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری قتل یا ضرب یا جرح واقع شود؛ به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد قتل یا ضرب و یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود» (احسان‌پور، همان، صص ۵۷-۶۸).

۳- شروع به قتل

به زعم برخی، از آن‌جا که بیماری ایدز پس از انتقال، به سرعت کشنده نیست، فلذا عمل مرتکب اگر عمداً صورت گرفته باشد، فعلاً مشمول ماده ۶۱۳ قانون مجازات اسلامی می‌گردد.^۱ این ماده بیان می‌دارد: «هرگاه کسی شروع به قتل

عمدی نماید، ولی نتیجه منظور بدون اراده وی محقق نگردد، به ۶ ماه تا ۳ سال حبس تعزیری محکوم خواهد شد».

چنانچه گذشت، این ماده مربوط به شروع به جرم قتل عمد است. جهت اعمال این ماده در مورد بحث ما، انتقال‌دهنده ایدز می‌بایست در عمل خود، دارای عمد باشد. یعنی بداند که مبتلا به ایدز بوده و با عمل خود قصد قتل دیگری را داشته باشد یا آنکه با علم به کشنده بودن این بیماری، بدون قصد قتل موجبات انتقال آن را فراهم آورد. فلذا این ماده شامل آن دسته اعمالی که بدون عمد و سهواً موجبات انتقال ایدز را فراهم می‌آورند یا مرتکب عالم به کشنده بودن این بیماری نمی‌باشد، نخواهد شد. زیرا اصولاً قانونگذار شروع به جرم سایر مصادیق قتل را مورد جرم‌انگاری و مجازات قرار نداده است. البته این اشکال نیز وارد است که از آنجا که ورود ویروس ایدز در بدن قربانی، سرانجامی جز مرگ وی، به دنبال نخواهد داشت، فلذا مجازات نمودن انتقال‌دهنده آن یک بار بر اساس شروع به قتل و پس از فوت مجنی‌علیه، طبق قتل عمد، خلاف ضوابط حقوقی و عدالت کیفری است. زیرا این امر مستلزم آن خواهد بود که جرم واحدی را با دو مجازات کاملاً متعارض، کیفر نماییم. لیکن به نظر می‌رسد عدم قبول این نظر توالی فاسد به مراتب بیشتری را به همراه داشته باشد، چه آنکه اگر مدت حیات بزه‌دیده از زمان بزه‌دیدگی، تا حصول نتیجه نهایی (فوت) نسبتاً طولانی باشد، نمی‌توان برای مجازات جانی عملی انجام داد و باید منتظر فوت بزه‌دیده ماند.

ج- سقط جنین مبتلا به ایدز

در اصطلاح به خروج جنین از رحم مادر قبل از موعد طبیعی به نحوی که عادتاً زنده نخواهد ماند، سقط جنین گفته می‌شود. سقط جنین از نظر پزشکی به انواع مختلفی تقسیم می‌گردد مانند سقط جنین عادی یا مرضی، سقط جنین ضربه‌ای، سقط جنین طبی یا درمانی و سقط جنین جنایی (گودرزی، ۱۳۸۱، صص ۱۳۸-۱۳۹). در این میان تنها سقط جنین جنایی یا عمدی مورد توجه قانونگذار بوده و به دلیل وصف کیفری آن مورد توجه حقوق جزا قرار گرفته است. سقط جنین جنایی عبارت است از اخراج عمدی جنین از رحم مادر قبل از موعد طبیعی به نحوی که عادتاً قابل زنده ماندن نباشد (عباسی، ۱۳۸۲). در ارتباط با سقط جنین جنایی سؤالات و ابهامات فقهی و حقوقی بسیاری مطرح شده است که امکان طرح تمامی آنها در این گفتار فراهم نمی‌باشد. تنها موردی که اینک در پی پاسخ به آن هستیم مسأله جواز سقط جنین مبتلا به ایدز است. می‌دانیم که گاه جنین نیز به دلیل ابتلا مادر به بیماری ایدز حین تولد یا قبل از آن به ویروس این بیماری آلوده شده است و بعد از تولد نیز به انواع بیماری‌های عفونی مبتلا می‌گردد و در نهایت پس از تحمل آلام و تحمیل مشقت‌های فراوان فوت می‌نماید. ابتدا در میان پزشکان سپس حقوقدانان و در گام سوم به دلیل استیصال دو گروه نخست در یافتن پاسخ، در میان فقها این سؤال مطرح شد که آیا می‌توان جنینی که آلوده به ویروس بیماری ایدز می‌باشد را قبل از تولد سقط نموده و بدین وسیله او را از تحمل رنج‌ها و مشقت‌های متعاقب و جامعه را از پرداخت هزینه‌های ناسرانجام رهایی بخشید. آیا ابتلای جنین به بیماری ایدز از اسباب توجیه‌کننده سقط به شمار می‌آید؟ در پاسخ به این سؤالات در مجموع سه نظر عنوان شده است:

- سقط جنین به هیچ وجه جایز نبوده و در ردیف قتل نفس به شمار می‌آید. سقط در حقیقت اعدام جنین است. ابتلای جنین به بیماریهای ناعلاج نیز نمی‌تواند دلیل موجهی برای سلب حیات از یک انسان به شمار آید. جنین در هر حالت انسان است و ارتکاب قتل امکان‌پذیر نیست.

- از آنجا که ابتلای جنین به بیماری‌های ناعلاج همچون ایدز، آینده تاریکی را پس از تولد برای طفل و برای والدین و بستگان او ترسیم نموده و جامعه را نیز ملزم به انجام هزینه‌های بی‌مورد می‌نماید، فلذا با توجه به حرجی بودن این امر می‌توان حکم به جواز سقط جنین در چنین مواردی صادر نمود. لکن با عنایت بر حرمت قتل نفس لازم می‌آید که چنین امری قبل از ولوج روح بر کالبد جنین صورت پذیرد.

- حرجی بودن تولد جنینی که از بیماری ناعلاج رنج می‌برد، مقتضی آن خواهد بود که به محض فحص از وجود بیماری و اثبات آن در هر مرحله‌ای از تکوین جنین، حکم سقط آن را جایز بدانیم. بر مبنای این نظر تفاوتی میان ولوج و عدم ولوج روح در صحت آن وجود ندارد.

قانون مجازات اسلامی در پذیرش هریک از اقوال سه گانه ساکت می‌باشد. مستند قانونی سقط جنین مواد ۶۲۲، ۶۲۳، و ۶۲۴ ق.م.ا است که در هیچ کدام متعرض این بحث نشده است. طبق روال محاکم و بر اساس رویه قضایی، هرگاه در موردی سکوت یا تعارض قانونی وجود داشته باشد؛ قاضی مکلف است به فتاوی معتبر و آرای فقها مراجعه نماید. در میان فقها نیز پیرامون این مسأله اختلاف نظر وجود دارد.

آیت الله العظمی مکارم شیرازی در مورد جنینی که به نظر پزشک ناقص الخلقه بوده یا دارای معلولیت ذهنی است، قبل از ولوج روح و در صورت قطعی و شدید بودن نقص عضو، سقط جنین را جایز دانسته‌اند.

آیت الله العظمی خامنه‌ای و آیت الله العظمی صانعی نیز سقط جنین را قبل از ولوج روح و به شرط حرجی بودن برای مادر جایز شمرده‌اند.

آیت الله العظمی فاضل لنکرانی، آیت الله العظمی زنجانی و آیت الله العظمی موسوی اردبیلی، در هیچ صورت نه قبل و نه بعد از ولوج روح، سقط جنین ناقص الخلقه را جایز نمی‌دانند.

چنانچه پیداست اختلاف فتاوی، مانع از یک جمع‌بندی کلی در این زمینه می‌شود. علاوه بر آن در مورد بحث ما یعنی ابتلا جنین به بیماری ایدز این سؤال وجود دارد که آیا ابتلا به ایدز می‌تواند نقص عضو، معلولیت یا مرض شدید تلقی گردد یا خیر؟ آیا می‌توان فتاوی فقها در مورد نقص عضو یا معلولیت مادرزادی را با بیماری ایدز منطبق دانست؟ آیا حکم مزبور در این مورد نیز مرعا است؟ به عقیده ما همان نتایج و آثار سوئی که از امراض مادرزادی هم‌چون نقص عضو یا معلولیت‌های ذهنی برای فرد، والدین و جامعه متصور می‌باشد برای طفل مبتلا به ایدز نیز وجود دارد. چه بسا خطر چنین طفلی که به ظاهر از سلامت جسم و جان برخوردار می‌باشد برای جامعه بیشتر از سایر بیماران زمین‌گیر و گوشه‌نشینی است که در خلوت تنهایی خود اسیرند. با این وجود، در این رابطه به طور موضوعی از فقهای معظّم استفتاء شده و سؤال طرح شده از این قرار است: آیا ابتلا مادر به بیماری ایدز و در نتیجه قطعی بودن ابتلا جنین به این بیماری، مجوز سقط به شمار می‌آید؟

- آیت الله العظمی موسوی اردبیلی: چنانچه جنینی که مبتلا به ایدز شده، در زمان فعلی موجب مشکلات عدیده‌ای برای خود و دیگران خواهد شد، ظاهراً اسقاط او قبل از ولوج روح اشکال ندارد ولی بنا بر احتیاط دیه دارد.^۹

- آیت الله العظمی خامنه‌ای: صرف ابتلا به ایدز مجوز سقط جنین نیست. مگر آن که قبل از ولوج روح یقین حاصل شود، بچه ناقص الخلقه یا مبتلا به ایدز است و نگهداری آن موجب عسر و حرج غیرقابل تحمل بر والدین را فراهم می‌کند.

- آیت الله العظمی مکارم شیرازی: این موضوع به تنهایی مجوز سقط جنین نیست مگر خطر قطعی برای جامعه داشته باشد.

- آیت الله العظمی فاضل لنکرانی: خیر؛ مجوز سقط جنین نمی‌شود.

- آیت الله العظمی صافی گلپایگانی: مجوز سقط جنین نیست.

- آیت الله العظمی سیستانی: چنانچه حفظ جنین برای مادر ضرری یا حرجی باشد سقط آن قبل از ولوج روح اشکال ندارد.

چنانچه مشاهده می‌شود آرای فقها در این زمینه بسیار متشتت است. در چنین شرایطی به منظور ساماندهی موضوع سقط جنین و رفع مشکلات موجود، صیانت از مبانی شرعی و حفظ حقوق مردم و با در نظر گرفتن دیدگاه‌های فقهی، حقوقی و پزشکی بر قانونگذار فرض است تا با توجه به جمیع شرایط و مصالح و به منظور خروج از تحیر و سرگردانی، حکم لازم را در این رابطه انشاء نماید.

۶- مسؤولیت مدنی ناشی از انتقال ایدز

از آنجا که رابطه جنسی، تماس خونی و مشارکت در ابزار استعمال مواد مخدر تزریقی، موجب انتقال ایدز به دیگری می‌شود، این وقایع منبع مسؤولیت تلقی خواهند شد، مشروط به این که ارکان مسؤولیت وجود داشته باشد. به عبارت دیگر

وجود بیماری به عنوان ضرر، اشتراک در استعمال مواد مخدر تزریقی یا ارتباط جنسی، به عنوان فعل زیانبار و رابطه سببیت میان این وقایع و آلودگی شخص به ویروس HIV برای اقامه مسئولیت علیه شخص آلوده‌ای که با فعل خود بیماری را به دیگری منتقل نموده است، ضروری خواهد بود. (کاتوزیان، ۱۳۷۹، صص ۳۸-۸۰؛ عباسی، ۱۳۸۲) ماده یک قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ مقرر می‌دارد: «هر کس بدون مجوز قانونی عمداً یا در نتیجه بی‌احتیاطی به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجارته و یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسؤول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد».

۷- مسئولیت پزشک یا پرستار در انتقال خون آلوده

این فصل در دو گفتار تنظیم شده است. گفتار اول ناظر بر نحوه مسئولیت فردی (عمدتاً پزشک یا پرستار شاغل در مراکز درمانی) است که خون آلوده را به دیگری منتقل می‌نماید و گفتار دوم نیز به نحوه جبران خسارت متضرر اختصاص دارد.

الف- مسئولیت پزشک

امروزه رابطه قراردادی بیشتر با شخصیت حقوقی بیمارستان و درمانگاه ایجاد می‌شود و پزشک به عنوان عضوی از آن شخصیت یا کارشناس به درمان بیمار مبادرت می‌نماید. شخصیت پزشک در هیچ حال بی‌اثر نخواهد بود؛ لکن مسئولیت شخص پزشک را باید بر طبق قواعد عمومی و نه قرارداد با بیمارستان بررسی نمود

اما همان‌گونه که پیشتر نیز بیان کردیم جز در موارد خاص بیمار می‌تواند در صورتی که خطای پزشک هر دو چهره قراردادی و قهری را دارد به هر کدام که مایل است استناد نماید (ضیغم، ۱۳۸۷، ص ۹۴؛ عباسی، ۱۳۸۲).

در موارد وجود قرارداد نیز به طور متعارف تعهد پزشک، ناظر به کوشش در راه درمان است و کمتر اتفاق می‌افتد که پزشکی شفای بیمار را تضمین کند. حتی اطمینانی که پزشک درباره تأثیر درمان یا موفقیت در عمل جراحی می‌دهد بر پایه ظن و احتمال است و دادگاه‌ها مایل نیستند که چنین وعده‌هایی را تعبیر به تضمین نمایند (کاتوزیان، ۱۳۸۳، ص ۳۷۴). اما در فقه امامیه نظر مشهور این است که پزشک ضامن زیان‌هایی است که در نتیجه درمان به بیمار وارد می‌شود، هر چند که احتیاط لازم را کرده و درمان به اذن بیمار انجام شده باشد (نجفی، ج ۲، ص ۴۴؛ الموسوی الخمینی، ج ۲، ص ۵۶۰؛ موسوی خویی، الجزء الثانی والاربعون، ص ۲۷۳). بیان صاحب عروه در موضوع مورد بحث از این قرار است:

«الطیب المباشر للعلاج اذا افسد ضامن وان كان حاذقا واما اذا لم يكن مباشراً بل كان آمراً ففی ضمانه اشکالُ الا ان يكون سبباً وکان اقوی من المباشر واشکل منه اذا كان واصفاً للدواء من دون ان يكون آمراً کان يقول: ان دوائک کذا وکذا بل الاقوی فیه عدم الضمان.....» البته ایشان نیز مانند صاحب جواهر، مسؤولیت مطلق پزشک را به موارد مباشرت او در اتلاف محدود کرده‌اند، ایشان متعاقب این مسأله و در مسأله بعد در مورد برائت از ضمان طیب می‌فرمایند:

«اذا تبرأ الطیب من الضمان وقبل المريض او ولیه ولم يقصر فی الاجتهاد والاحتیاط برئ علی الاقوی» (الطباطبایی الیزدی، ۱۴۲۷، ص ۴۷).

اما در مقابل، برخی از فقها در صورتی که پزشک با درخواست و اجازه کسی به طبابت پردازد، خواه براءت اخذ نموده باشد یا نه، او را ضامن نمی‌دانند و اصل را براءت ذمه پزشک می‌دانند. ابن‌ادریس حلی در کتاب سرائر به صراحت فتوا می‌دهد که: «...فلا یضمن الطیب، سواءً اخذ البرائه من الولی اولم یاخذ» ایشان اذن بیمار را سبب از بین رفتن ضمان می‌داند و استدلال می‌کنند کاری که از نظر شرعی مجاز می‌باشد، ضمان ندارد. ایشان همچنین علت مسؤولیت پزشک ختنه‌کننده (ختان) را نیز افراط او دانسته‌اند، زیرا نباید تا حد حشفه می‌برید (الحلی، ۱۴۱۱، ص ۳۷۳). و به سخن دیگر چون در این گونه موارد اصول و ضوابط ختنه کردن رعایت نشده است، مسؤولیت دارد. بر این اساس می‌توان مسأله را چنین تحلیل کرد که به طور کلی پزشک هم بر اساس تقصیری که کرده است مسؤول می‌باشد.

بنابراین از شیوه بیان و استدلال مشهور که پزشک را در هر شرایطی مسؤول و ضامن می‌دانند، چنین برمی‌آید که تعهد پزشک تعهد به نتیجه است، لیکن از تحلیل و استدلال برخی از آنان برمی‌آید که تعهد پزشک تعهد به وسیله و نه تعهد به نتیجه است. پس هرگاه پزشک به تعهد خویش که همانا بذل توجه و رعایت رفتار یک پزشک متعارف و حاذق است عمل کند، دیگر مسؤول نیست. زیرا قاعده این است که «ما لایمکن التحرز عنه لا ضمان فیه»؛ بنابراین اصولاً پزشک نمی‌تواند تعهدی را که انجام دادن آن از عهده‌اش خارج است به عهده بگیرد. بلکه او می‌تواند آن چیزی را که در توان و اختیار دانش پزشکی روز است و طبیعت بیمار اقتضای آن را دارد، به عهده بگیرد (قاسم‌زاده، ص ۲۱۳).

با توجه به ترتیبات ذکر شده و بر اساس قواعد فقهی، اگر عمل پزشک موجب شود بیمار محتاج به انتقال خون آلوده شود، در صورت تقصیر پزشک، مطابق با قاعده تسبیب پزشک مسؤول خواهد بود. و اگر رأی مشهور فقها را ملاک عمل قرار دهیم، صرف تجویز خون توسط پزشک احتمالاً، و تزریق خون آلوده در صورت مباشرت وی در تزریق خون، قطعاً بر مبنای قاعده اتلاف موجب مسؤولیت پزشک خواهد بود (الموسوی الخمینی، ج ۲، ص ۵۶۰).

در حقوق کنونی، ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی جانب نظر مشهور فقها را گرفته است و مقرر می‌دارد: «هر گاه طبیعی، گرچه حاذق و متخصص باشد و در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است».

مدلول این ماده این است که تعهد به مواظبت پزشک به نوعی، تعهد به نتیجه (خودداری از اضرار) است؛ چرا که: پزشک ضامن زیان‌هایی است که به طور مستقیم یا به وسیله دیگران به بار می‌آورد (کاتوزیان، ۱۳۸۳، ش ۷۸۰). حکم این ماده به این لحاظ که استثنا بر قواعد عمومی است باید تفسیر محدود شود، در نتیجه در صورتی که ثابت شود علت ورود ضرر، امری خارج از توان و پیش‌بینی متعارف پزشکان بوده است، برای خواننده دعوی در حکم قوه قاهره است و پزشک محتاط و بی‌گناه را ضامن قرار نمی‌دهد و نیز هر گاه پزشک مباشر ورود ضرری است که سبب قوی‌تر آن نقص علم پزشکی است و طبق قاعده باید ضرر به سبب اقوی نسبت داده شود و مباشر از مسؤولیت در امان بماند (ضیغم، ۱۳۸۷، ص ۵۵).

لذا در مورد بحث ما چنانچه تجهیزات آزمایش و بررسی خون در اختیار پزشک نبوده و اصولاً پزشک بر مبنای ظن قریب به قطع بر سلامت خون‌های تزریقی، آن‌ها را تجویز و تزریق نموده است نیز با لحاظ آن‌که او مسؤولیتی در قبال بررسی خون‌های تزریقی نداشته است، مسؤول دانستن وی منطقی به نظر نمی‌رسد. زیرا اصولاً حرفه پزشکی با رعایت فنون و دانش متعارف کنونی و حفظ جوانب احتیاط اجرای تکلیف است و معقول به نظر نمی‌رسد که از یک سو پزشک مکلف به کاری باشد که احتمال ضرر کم و بیش در آن هست و از سویی دیگر ضمان چنین اقدامی بر دوش او قرار گیرد. مسؤولیت پزشک به آن می‌ماند که مأمور اجرای قانون با حکم دادگاه ضامن نتایج ناگوار آن شود (کاتوزیان، ۱۳۸۳، ص ۱۷۰).

در میان حقوقدانان نیز این نظر که اساس و مبنای مسؤولیت پزشک تقصیر است، نه ضررهای ایجاد شده، طرفداران زیادی دارد که قائل به عدم ضمان پزشک حاذق و محتاط می‌باشند (قاسم زاده، ص ۲۱۴). پس به‌طور خلاصه می‌توان گفت آن‌گاه که پزشک در طول درمان بیمار از انتقال خون کمک بگیرد و این امر موجب ابتلای بیمار به ایدز یا سایر بیماری‌ها شود، پزشک مسؤول آن نخواهد بود. مگر این‌که تقصیری از سوی پزشک صورت گرفته باشد و تعهد پزشک در مورد انتقال خون تعهد به وسیله است. در این میان تفاوتی نمی‌کند که رابطه پزشک با بیمار قراردادی باشد یا در حیطه الزام‌های خارج از قرارداد شمرده شود (شرف‌الدین، ۱۹۸۳، ص ۱۰۳؛ کاتوزیان، ۱۳۸۳، ص ۱۲۰).

ب- مسئولیت پرستار

عملیات انتقال خون نوعاً به دستور پزشک و توسط پرستار صورت می‌گیرد. آنچه در این میان مهم خواهد بود، مباشرت پرستار در تزریق خون آلوده است. به دلالت ماده ۳۳۲ قانون مدنی: «هرگاه یک نفر تلف مالی را ایجاد کند و دیگری مباشر تلف شدن آن مال بشود، مباشر مسؤول است نه مسبب، مگر اینکه سبب اقوی باشد به نحوی که عرفاً اتلاف مستند به او باشد». به این ترتیب در نگاه اول شخص پرستار در فرض مورد بحث ما مسؤول انتقال بیماری خواهد بود. زیرا او مباشرت در اتلاف داشته و ضرر نیز به صورت مستقیم توسط او وارد گردیده است. به فرض که اسباب دیگری نیز در این رویداد دخیل باشند، نظریه سبب مؤخر در وجود نیز پرستار را در اینجا مسؤول می‌شناسد.^{۱۰}

اگر عنوان طبیب را که در کتب فقهی آمده است توسعه دهیم و مسأله ضمان طبیب را در مورد اشخاصی مانند پرستاران و داروسازها و... نیز جاری بدانیم، تعهد پرستار نیز از نظر فقهی مانند پزشک تعهد به نتیجه خواهد بود و به صرف ایراد ضرر به مباشرت او ولو در صورت رعایت احتیاط و دقت‌های متعارف وی مسؤول شناخته می‌شود و از این رهگذر نیز قول به مسئولیت پرستار تقویت خواهد شد. در این رابطه استفتائاتی از محضر فقهای عظام به عمل آمده است: «آیا مسأله ضمان طبیب و بیطار که در کتب فقهی به آن اشاره شده است، امروزه قابل تسری به افرادی مانند پرستار، پزشک داروساز، متصدی انتقال خون و... می‌باشد؟»

پاسخ حضرات آیات عظام، مکارم شیرازی، صافی گلپایگانی، سیستانی، روحانی، موسوی اردبیلی و صانعی و مقام معظم رهبری تماماً به این مضمون می‌باشد که ضمان طبیب به این موارد نیز تسری می‌یابد (ضیغم، ۱۳۸۷، ص ۶۰).

در استفتایی که از واحد پاسخ به سؤالات مرکز مطالعات و تحقیقات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم به عمل آمده است از مسؤول انتقال بیماری سؤال شده و مرکز به این ترتیب پاسخ داده است: «آن کسی که مباشر در انتقال ویروس ایدز به دیگران است مسؤول و ضامن است. بنابراین افرادی که در آزمایشگاه‌ها یا بیمارستان‌ها کار می‌کنند، باید متوجه این مسأله باشند و تا مطمئن به سلامتی خون نیستند به دیگران تزریق نمایند یا قبلاً از بیماری که خون نیاز دارد برائت از ضمان طلب نمایند» (دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم، ص ۴). و نیز در پاسخی دیگر آمده است: «تزریق کننده خون عامل بیمارکننده محسوب می‌شود بنابراین تا مطمئن به سلامتی خون نیست نباید خونی را به دیگران تزریق کند. اگر عجله در کار باشد یعنی احتیاج به خون فوری است باید با شرط عدم ضمان اقدام به این کار بکند. البته آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها، مسؤولیت سنگینی در این گونه مواقع بر عهده دارند و باید همیشه خون‌های سالم آماده داشته باشند که در مواقع اضطراری مسأله‌ای پیش نیاید» (دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم، ص ۶).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، تزریق کننده خون مسؤول و ضامن شناخته می‌شود. اما در این مورد نکته‌ای را نباید از نظر دور داشت و آن اینکه در این گونه موارد نوعاً طبیب که سبب می‌باشد اقوی از مباشر (پرستار) است. زیرا به نظر حقوق دانان با توجه به ویژگی‌ها و صلاحیت طبیب در تجویز دارو و شیوه درمان، تردید وجود ندارد که او نوعی تسلط بر پرستار اعمال می‌کند و در صورتی

که پرستار با قبول دستور و تجویز طبیب دارویی مسموم را نیز به بیمار بخوراند در این حالت مسبب یعنی پزشک از مباشر یعنی پرستار در حادثه مرگ بیمار مؤثرتر است و طبیب ضامن خواهد بود. ولی چنانچه پرستار به خواص داروی سمی واقف بوده و عالماً عامداً آن را به بیمار بخوراند و باعث مرگ او گردد شخصاً ضامن است (محقق داماد، ۱۳۸۲، ص ۱۲۲).

در مورد مسؤلیت طبیب نیز که به تفصیل سخن گفتیم و اشاره کردیم با وجود اشخاص مسؤل در مورد سلامت خون، آن‌ها هستند که در صورت آلوده بودن خون و ایجاد خسارت مسؤل شناخته می‌شوند. پس وقتی طبیبی که در تزریق خون سبب اقوی شناخته می‌شود، مسؤلیتی در برابر انتقال بیماری نداشته باشد، پرستار که تحت کنترل و تسلط پزشک معالج بیمار دستورات وی را امتثال نموده است، به طریق اولی از ضمان مبری خواهد بود.

با دقت در این مثال که دقیقاً مانند مورد بحث ماست، می‌توان نتیجه گرفت که اگر سازمان انتقال خون به عنوان متصدی و مسؤل خاص سلامت خون دقت و کنترل لازم را اعمال ننماید و خون آلوده برای تزریق به بیماران عرضه گردد، این مورد سبب اقوی از مباشر خواهد بود.

نتیجه

خسارات وارده بر بدن تحت عنوان دیه یا ارش مطالبه و پرداخت می‌شود. ویروس ایدز، از زمان استقرار در بدن مجنی‌علیه تا بروز اولین آثار و علائم ابتلا به ایدز، فاصله زمانی نسبتاً طولانی را طی می‌نماید و در این مدت، سیستم ایمنی بدن به شدت مورد تضعیف قرار می‌گیرد. پس از ضعف یا نابودی سیستم ایمنی بدن، عرصه برای ظهور سایر امراض درمان‌ناپذیری هم‌چون سرطان فراخ شده و اندام‌ها و بافت‌های مختلف بدن، رو به زوال و مومات می‌گیرند. در چنین وضعیتی، فرد مبتلا، عملاً و به تدریج از پای درآمده و سرانجام جان خویش را نیز از دست خواهد داد. در این شرایط قاضی باید حق داشته باشد که قبل از مرگ بزه‌دیده نسبت به روند تدریجی این بیماری در مجنی‌علیه تعیین خسارت نماید. اگر عضو صدمه‌دیده از اعضای بود که در قانون برای آن دیه مشخص شده است، به همان مقدار مقرر حکم داده می‌شود والا از باب زوال منافع، قاعده تعیین ارش که در سطور نخست بدان اشاره کردیم، اعمال خواهد شد. پس از دریافت ارش توسط مجنی‌علیه و با گسترش تدریجی بیماری و زوال منافع یا بروز صدمات جدید به اعضا و اندام‌هایی که اصولاً برای آنها تعیین ارش به عمل می‌آید، می‌توان حکم به تعیین مجدد ارش صادر نمود. مثل آن که شخصی به دلیل صدمه به کبد دیگری مستحق پرداخت ارش شناخته شود و پس از آن به دلیل از کارافتادگی کامل این عضو یا سرایت جنایت به دیگر اعضا، دوباره نیز به پرداخت ارش محکوم گردد. البته در مواردی که سرایت جنایت در عضوی خاص بوده باشد، تعیین میزان جدید ارش با کسر مقدار تعیین شده سابق انجام می‌پذیرد.

اما اگر مجنی‌علیه با دریافت تمامی ارش مقرر، فوت نماید، در چنین شرایطی به نظر می‌توان ولی دم را میان قصاص قاتل به شرط استرداد تمامی مبلغ ارش به او

و یا محاسبه مابه‌التفاوت دیه بدل از قصاص با میزان ارزش پرداخت شده مختار دانست. در تأیید این نظر شاید بتوان از وحدت ملاک ماده ۲۷۸ قانون مجازات اسلامی استفاده نمود. طبق این ماده «قصاص عضو را می‌شود فوراً اجرا نمود و لازم نیست صبر کنند تا وضع جرح روشن شود. پس اگر قصاص اجرا شود و جرح منجر به مرگ مجنی‌علیه گردد در صورتی که جنایت عمدی باشد، جانی به قصاص نفس محکوم می‌شود. لکن قبل از اجرای قصاص نفس باید دیه جرحی که قبلاً به عنوان قصاص عضو بر جانی وارد شده به او پرداخت شود». حکم این ماده بنا بر نظر مشهور فقهای امامیه تحریر شده است.^{۱۱}

پی‌نوشت‌ها

۱. ر.ک. WWW.ADVERT.ORG
۲. ر.ک. WWW.IRANHIV.COM
۳. برنامه مشترک سازمان ملل متحد در خصوص HIV/AIDS (UNAIDS).
۴. ر.ک: عباسی، محمود، تحولات حقوقی در مسئولیت پزشکی، انتشارات حقوقی ۱۳۸۳، ص ۳۶ به بعد.
5. STI.
۶. نظریه اکثریت قضات در دادگستری فیروزکوه. ر.ک. WWW.DADGOSTARY.COM
۷. قاضی سفلائی، دادگستری هشتگرد ر.ک. WWW.DADGOSTARY.COM
۸. نظریه اقلیت اعضا، کمیسیون دادرسی انتظامی قضات. ر.ک. www.dadgostary.com
۹. دیه مراحل مختلف انعقاد و تکامل جنین قبل از دمیده شدن روح به شرح ذیل می باشد: ۱- نطفه (۲۰دینار)، ۲- علقه (۴۰ دینار) ۳- مضغه (۶۰ دینار) ۴- عظام (۸۰ دینار) ۵- جنین کامل قبل از ولوج روح (۱۰۰ دینار).
۱۰. برای مطالعه بیشتر بنگرید: عباسی، محمود، مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی، فصلنامه بیهوشی و مراقبت های ویژه، شماره ۵۲، ۱۳۸۶.
۱۱. این مقاله حاصل اجرای طرح تحقیقاتی «انتقال بیماری ایدز از طریق تماس جنسی و انتقال خون، از آثار حقوقی تا پیامدهای کیفری» است که در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی اجرا شده است.

فهرست منابع

- ابراهیمی، جهانبخش. (۱۳۸۳). سیری در حقوق بشر، تهران: زوار.
- احسان پور، سید رضا. (۱۳۸۵). مسئولیت کیفری ناشی از انتقال ایدز در حقوق ایران، فقه امامیه، با مطالعه تطبیقی در حقوق کانادا، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه امام صادق (ع).
- احسان پور، سید رضا. (۱۳۸۷). ایدز و حقوق کیفری، فصلنامه حقوق پزشکی، شماره پنجم.
- الحلی، ابن ادریس. (۱۴۱۱). کتاب السرائر، الحاوی لتحریر الفتاوی، ج ۳ الطبعه الثانيه، قم: مؤسسه النشر الاسلامی.
- دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم، واحد پاسخ به سؤالات، مرکز مطالعات و تحقیقات، تاریخ ۱۳۸۰/۵/۲۷، نامه شماره ۲۷۵۷۲.
- سالابارو، فردریک. (۱۳۸۳). قوانین اخلاقی، ترجمه محمود عباسی، تهران: حقوقی.
- شرف الدین، احمد. (۱۹۸۳). مسؤولیه الطیب و اداره المرفق الصحی العام، دراسه مقارنه فی الفقه الاسلامی و فی الاقضاء الکویتی و المصری و الفرنسی.

- ضیغم، حمید رضا. (۱۳۸۷). *مسئولیت مدنی ناشی از انتقال بیماری در حقوق ایران، فرانسه و فقه امامیه، مطالعه موردی ویروس HIV*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه امام صادق (ع).
- الطباطبایی الیزدی، السید محمد کاظم. (۱۴۲۷). *العروه الوثقی، المجلد الرابع، چاپ اول، قم: منشورات میثم التمار.*
- عباسی، محمود. (۱۳۸۲). *تحولات حقوقی در مسئولیت مدنی، جلد دوازدهم از سلسله مباحث حقوق پزشکی، انتشارات حقوقی.*
- عباسی، محمود. (۱۳۸۲). *سقط جنین، جلد پنجم از سلسله مباحث حقوق پزشکی، انتشارات حقوقی.*
- عباسی، محمود. (۱۳۸۶). *مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی، فصلنامه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، شماره ۵۲.*
- عباسی، محمود- عباسیان، لادن و کمسیون حقوق بشر اسلامی. (۱۳۸۷). *اصول راهنمای بین المللی ایدز و حقوق بشر، مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.*
- قاسم‌زاده، سید مرتضی. (۱۳۸۳). *مبانی مسوولیت مدنی، چاپ دوم، تهران: نشر میزان.*
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۳). *مسئولیت مدنی، ج ۱، چاپ چهارم، تهران: شرکت سهامی انتشار.*
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۹). *وقایع حقوقی، چاپ هفتم، تهران: شرکت سهامی انتشار.*
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۳). *قواعد عمومی قراردادها، ج ۴، چاپ چهارم، تهران: شرکت سهامی انتشار.*
- گودرزی، فرامرز. (۱۳۸۱). *اصول طب قانونی و مسمومیت‌ها، چاپ اول، تهران: انتشارات روزنامه رسمی.*
- محقق داماد، سید مصطفی. (۱۳۸۲). *قواعد فقه، بخش مدنی ج ۱، چاپ دهم، تهران: مرکز نشر علوم اسلامی.*
- معین، محمد، فرهنگ معین.
- الموسوی الخویی، السید ابوالقاسم. (۱۴۲۲). *مبانی تکلمه المنهاج، الجزء الثاني والاربعون، قم: مؤسسه احیاء آثار امام الخویی.*
- نجفی، شیخ محمد حسن. (بی تا). *جواهر الکلام فی شرح شرایع الاسلام، ج ۳۷، چاپ هفتم، بیروت: داراحیاء التراث العربی.*
- SPAULDING A, STEPHENSON B, MACALINO G, ET AL.(2002). *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS IN CORRECTIONAL FACILITIES: A REVIEW. CLIN INFECT DIS.*
- WWW.ADVERT.ORG.
- www.dadgostary.com.
- www.iranHIV.com.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: عضو هیأت علمی و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نشانی الکترونیک: Dr.abbasi@yahoo.com

لادن عباسیان: فوق تخصص بیماری‌های عفونی و عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: l.abbasian@yahoo.com

سیدرضا احسان‌پور: دانشجوی دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

افسانه قنبری: دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱/۱۸