

مبانی اخلاقی، فقهی و حقوقی الگوی مواجهه ملی با بیماری‌های همه‌گیر با تأکید بر کرونا

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۴

تاریخ تأیید: ۱۳۹۹/۳/۱۲

محمود حکمت‌نیا*

چکیده

ویروس کوید ۱۹ در سال ۱۳۹۸ به صورت دفعی (بنا بر آنچه گفته می‌شود) از کشور چین آغاز و شیوع یافت و به سرعت از حالت همه‌گیری (اپیدمی) عبور کرده، جهان را درگیر (پاندمی) خود کرد. ۲۳ این ویروس به ایران و کشورهای دیگر منتقل شد. کشورها در رویارویی با بیماری کوید ۱۹، اقدامات گوناگون پیشگیرانه و درمانی انجام دادند، ولی به نظر می‌رسد در این بیماری و وقایع مشابه بتوان با در نظر گرفتن شیوع، بیمار و بیماری و باتوجه به عناصر «علمی بودن به لحاظ تأثیر»، «ممکن بودن به لحاظ منابع و زمینه اجتماعی اجرا» و «موجه بودن اخلاقی و حقوقی»، الگوی مناسب برای برنامه اقدام طراحی کرد.

نوشتار حاضر می‌کوشد با روش توصیفی و تحلیلی عناصر بیماری، حقوق پایه، قواعد و اصول بنیادین و باتوجه به رویکردهای مواجهه با مشکل، ضمن شناخت الگوهای مطرح، بنیان‌های اخلاقی و حقوقی الگوی مناسب را ارائه دهد.

واژگان کلیدی: بیماری‌های واگیر، کوید ۱۹، اصول اخلاقی، حقوق بنیادین، حق حیات، حق بر سلامت، امنیت.

* استاد پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی (mh.hekmatnia@yahoo.com).

مقدمه

بیماری گاه از سطح فردی فراتر رفته و شیوع می‌یابد. این سرایت و شیوع ممکن است نامنظم و به لحاظ زمانی نامرتب باشد (Sporadic) یا در محدوده کم مانند یک روستا یا یک شهر باشد (Outbreak) و گاه شیوع آن فراتر رفته منطقه یا کشوری را دربرمی‌گیرد (Epidemics) و گاهی سطح شیوع آن جهانی می‌شود (Pandemic) (https://www.etymonline.com/epi). مواجهه هریک از این موارد مستلزم تمهیدات متفاوت بهداشتی بوده و قواعد حقوقی و برنامه‌ریزی متفاوتی را ایجاب می‌کند؛ به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت دو نوع سطح شیوع محلی و جهانی را شناسایی و دسته‌بندی کرده است.^۱ براین اساس می‌توان «بیماری یا عارضه مؤثر بر سلامتی» را عناصر ثابت و «میزان شیوع و نوع شیوع» را برای طبقه‌بندی عناصر متغیر دانست. این دسته‌بندی برای برنامه‌ریزی مواجهه کشورها در داخل یا سطح بین‌المللی با بیماری است.

مواجهه با بیماری در سطح ملی نیازمند الگویی متشکل از اقدامات منسجم، هدفمند و مشروع است. این الگو در ساختارهای پارادایمی و مبتنی بر بسیاری از اصول فلسفی و حقوقی و اخلاقی شکل می‌گیرد و متناسب با ساختار اجتماعی هر جامعه طراحی می‌شود.

آنچه برای طراحی الگو لازم است، تبیین حقوق و ارزش‌های پایه است که باید مورد حمایت قرار گیرد و دیگر تبیین غایت و هدف در انجام فعالیت‌ها و برنامه‌ها و

۸

فلسفه اسلامی / مکتب‌های فقهی

۱. شیوع در دو سطح همه‌گیری (اپیدمی) و جهان‌گیری (پاندمی) دسته‌بندی می‌شود. به لحاظ لغوی (epi) یعنی امر عارض و (dēmos) به معنای مردم است و معنای شیوع عمومی از آن استفاده می‌شود. پاندمی نیز از (pan) به معنای همه و (dēmos) به معنای مردم اخذ شده است؛ در نتیجه معنای آن همه‌گیر است. سطح اول به معنای شیوع جزئی و سطح دوم شیوع عبارت است از بیماری که تعداد در زمان واحد میان افراد در یک منطقه وسیع سرایت می‌کند و ظهور آن نیز همیشگی نیست؛ با وجود این سازمان جهانی بهداشت شیوع را در سطح اول به سرایت بیماری در جمع یا منطقه معین مربوط دانسته است که به وضوح از میزان طبیعی خود فراتر رفته است. سطح دوم (پاندمیک) را نیز به صورتی اطلاق می‌کند که بیماری فراتر از مرزهای بین‌المللی سرایت کرده و تعداد زیادی از افراد را در سطح جهانی تحت تأثیر قرار داده باشد (Heath Kelly, 2011).

طراحی فرایندهاست. همه اینها در یک وضعیت ذاتاً متغیر است؛ از همین رو به لحاظ اخلاقی و حقوقی پرسش مطرح این است که بیماری با خصوصیات کوید ۱۹ کدام حقوق انسانی را در معرض تهدید و خطر قرار داده است و دیگر اینکه باتوجه به واگیردار بودن و شیوع واقع شده یا در حال وقوع، چه مجموعه رفتاری موجهی باید در قبال آن برای دستیابی به اهداف کنترل و تأمین سلامت صورت گیرد. طبق قاعده برای چنین الگویی اهداف گوناگونی نسبت به بیمار و بیماری ممکن است در نظر گرفته شود و بر همین اساس رفتارهای گوناگون نیز برای دستیابی به این اهداف متصور باشد. هنجارهای اخلاقی و حقوقی حدود رفتار را مشخص خواهد کرد؛ در نتیجه چه بسا در بدو امر اجرای برنامه یا رفتاری در مواجهه با بیماری مؤثر باشد، اما به لحاظ حقوقی و اخلاقی موجه نباشد. افزون بر این هرگونه رفتاری در چنین مواجهه‌ای به لحاظ امکانات و سبک زندگی مردم نیز باید ممکن باشد. همچنین دولت نیز به لحاظ اخلاقی و حقوقی از این الگو حمایت همراه با اقتدار کرده و منابع عمومی را برای این منظور به کار گیرد. باتوجه به این سه عنصر می توان گفت مواجهه با بیمار و بیماری متضمن سه عنصر «علمی بودن به لحاظ تأثیر»، «ممکن بودن به لحاظ منابع و زمینه اجتماعی اجرا» و «موجه بودن اخلاقی و حقوقی» است. از میان این سه عنصر، محور مقاله حاضر، عنصر سوم است که به حوزه موجه بودن اخلاقی و حقوقی می پردازد.

گفتنی است مباحث نظری برخی از این موارد ممکن است در اخلاق و حقوق مواجهه با بیمار در ساختارهای فرهنگی و اخلاقی و عرف مردم وجود داشته باشد، لکن آنچه در اینجا اهمیت دارد، مواجهه با «بیمار» و «بیماری» باتوجه به شیوع و همه گیری است؛ به تعبیر دیگر آنچه به خصوص در بیماری‌های واگیر به عنوان مسئله اصلی مطرح می شود اینکه الگوی مناسب و موجه در رویارویی اجتماعی و مورد حمایت دولت و قدرت عمومی نسبت به بیماری‌های واگیردار از این نظر که شیوع وسیع داشته و در واقع به مرحله اپیدمی (همه گیری) یا پاندمی (جهان گیری) رسیده‌اند، چیست؟

به لحاظ فقهی، حقوقی و اخلاقی خود بیماری واگیر یا همه گیر به عنوان یک امر طبیعی موضوع حکم نیست؛ زیرا اساساً آنچه در بیماری اتفاق می افتد، موضوعی طبیعی

است که البته موجب اختلال در عملکرد یا ناراحتی و حتی مرگ برای شخص می‌گردد و از آن رو که ابتلا به آن گسترده و مسری بوده، بیماری واگیر و همه‌گیر می‌نامند. باتوجه به جایگاه مقوله حیات در نظام‌های هنجاری، باید مبانی اخلاقی و حقوقی ناظر به مواجهه با مقوله حیات و سلامتی مورد توجه قرار گیرد. همچنین از آنجاکه این عمومی‌شدن خطر سبب عدم امنیت روانی نیز می‌گردد، به‌لحاظ اجتماعی عنصر امنیت روانی نیز اهمیت می‌یابد.

نکته مهم دیگر اینکه الگوی مواجهه با این‌گونه بیماری‌ها ذاتاً پویا و متغیر است؛ زیرا باتوجه به یافته‌های علمی یا پیامدهای اقدام به‌سرعت عوامل مؤثر در برنامه‌های اجرایی تغییر می‌کند؛ برای مثال به ماهیت و نوع بیماری، چگونگی شیوع، بیماران و افراد در معرض بیماری، کادر بهداشت و درمان، امکانات بهداشتی و درمانی و درمان‌پذیری توجه می‌شود؛ بنابراین این‌گونه الگوهای رفتاری باید قابلیت تطبیق و تغییر را داشته باشد.

اکنون برای تبیین قواعد پایه و به‌خصوص باتوجه به مرحله کاربرد آنها لازم است ابتدا به عناصر مؤثر بیماری واگیردار پرداخته و در ادامه حقوق و قواعد پایه تبیین شده و سپس سخن از رفتار اخلاقی و حقوقی نسبت به بیمار و بیماری واگیر و شایع است. در اینجا نیز رویکردهای گوناگونی وجود دارد که نیازمند بررسی حقوقی و اخلاقی است.

از آنجاکه این مطالعات در سطح نظری یا کاربردی در نظام‌های اخلاقی و حقوقی متعددی صورت گرفته است، در مقاله حاضر از یافته‌های این دسته از پژوهش‌ها به‌صورت تطبیقی نیز استفاده خواهد شد.

گفتار نخست: عناصر موضوعی بیماری‌های واگیر و مواجهه با آن

موضوع قواعد و احکام فقهی و حقوقی در مواجهه با بیمار و بیماری، غالباً فعل یا ترک فعل است. در اینجا باید نسبت رفتار را با این‌گونه بیماری‌ها تبیین کرد. برای شناخت نسبت رفتار با بیماری همه‌گیر و ارائه قواعد مربوط به برنامه اقدام مواجهه با آن لازم است نوع بیماری به‌لحاظ ابتلا و شیوع بررسی شود. بررسی ویژگی‌های بیماری

به‌عنوان طرف رابطه در قواعد و احکام حقوقی در دو سطح صورت می‌گیرد: نخست در سطح ابتلا و ویژگی‌های آن و دیگری در سطح چگونگی پیشگیری و مواجهه و درمان. به‌خوبی روشن است بحث دوم مترتب بر موضوع اول می‌باشد؛ یعنی زمانی می‌توان افعال مربوط به مواجهه را بررسی کرد که چگونگی ابتلا به بیماری و شیوع آن تبیین شده باشد.

بند نخست: موضوع‌شناسی ابتلا و شیوع

منشأ ابتلا برای مواجهه با استمرار بیماری یافتن راه درمان اهمیت دارد. اپیدمی‌شناسان با توجه به الگوهای همه‌گیری، آن را به دو دسته همه‌گیری با منبع مشترک (Common-Source) و همه‌گیری با منبع پخش‌شونده (Propagated Outbreak) تقسیم می‌کنند. همه‌گیری با منبع باز نیز خود دارای صورت‌های گوناگونی است؛ برای مثال اگر اشخاص زیادی در زمان واحدی همه در معرض بیماری قرار گیرند، همه‌گیری با منبع شیوع نقطه‌ای (Point-Source Outbreak) روبه‌رو هستیم. در نوع پخش‌شونده، انتقال از یک شخص به شخص دیگری به‌طور مستقیم اتفاق می‌افتد. نمونه این را می‌توان در سفلیس دید. همچنین ممکن است انتقال از طریق یک حامل فیزیکی (Vehicleborne) (ابزارمحور) باشد؛ برای مثال در هیپاتیت B و HIV با استفاده از سوزن آلوده انتقال صورت می‌گیرد. یا انتقال از سوی یک حامل سرایت‌دهنده (Vectorborne) اتفاق می‌افتد؛ مانند تب زرد که از طریق پشه منتقل می‌شود. این تفکیک از نظر همه‌گیری‌شناسی دارای اهمیت است و به‌خاطر پیش‌بینی وضعیت آینده برای تأمین حقوق مردم به‌خصوص توسط دولت دارای اهمیت است؛ مثلاً اگر همه‌گیری از نوع پخش‌شونده باشد، بیش از یک بار شیوع محقق می‌شود؛ زیرا این انتقال در دوره نهفتگی قرار گرفته و دوباره فعال می‌شود (Principles of Epidemiology in Public Health Practice Third Edition).

افزون‌براین توجه به منشأ بیماری به‌لحاظ مسئولیت پیامدهای زیانبار و احراز دخالت عامل انسانی در تولید یا شیوع بیماری دارای اهمیت است؛ از همین‌رو متخصصان درصدد یافتن منشأ بیماری یافتن اولین فرد بیمار هستند تا بتوان بر فرض

کشف منشأ یا ابهام در منشأ نیز اقدامات لازم را سامان داد. چگونگی شیوع به‌لحاظ همه‌گیری‌شناسی و حقوقی دارای اهمیت است؛ زیرا در آن نسبت رفتار با سرایت مشخص می‌شود، اما طبقه‌بندی گفته‌شده کافی نیست. برای تحلیل حقوقی لازم است با نگاه حقوقی مطلب را دنبال کنیم. از آنجاکه در حال حاضر با بیماری ناشی از ویروس COVID 19 روبه‌رو هستیم، باید خصوصیات سرایت ویروس و وضعیت بیماری و عوامل مؤثر در ایجاد و درمان آن روشن شود. گفتنی است این عوامل و تبیین آنها یا تغییر و اضافه‌شدن به این فهرست نیازمند نظر کارشناسان است. آنچه در اینجا بیان می‌شود، حسب گزارش‌های مطرح است، ولی برای ارائه مدل و چگونگی تأثیر و تأثر آن اهمیت دارد. افزون‌براین به‌لحاظ اصطلاحات به‌کار رفته در نوشته حاضر نیز باید متذکر شد برخی از آنها به‌صورت تخصصی نیست و به‌گونه‌ای بیان شده است که بتوان در مباحث اخلاقی و حقوقی استفاده کرد.

انتقال انسان به انسان به صورت مستقیم یا از طریق ابزار

همان‌طور که گفته شد یکی از انواع همه‌گیری با منبع پخش‌شونده به‌صورت مستقیم است. اینک در قضیه COVID 19 نیز مطابق نظریه کارشناسان، از انسان به انسان اتفاق می‌افتد؛ در نتیجه با توجه به این شیوه انتقال باید نوع آن را همه‌گیری پخش‌شونده مستقیم دانست و از همین‌رو موضوع را بررسی کرد. همچنین از آنجاکه ویروس بر روی اشیا تا حدودی ماندگار می‌شود، به‌نوعی ابزارمحور نیز هست؛ با این تفاوت که شخص انتقال‌گیرنده در اینجا خود عامل مؤثر است. این امر در تنظیم محدودیت‌ها و مسئولیت‌های حقوقی دارای اثر است.

انتقال غیراختیاری

دومین نکته در مورد تحلیل ماهیت این است که در COVID 19 امر بیمارشدن و در شیوع آن با رفتار اختیاری چندانی روبه‌رو نیستیم؛ زیرا انتقال ویروس و در نتیجه بیماری بر اساس آنچه متخصصان می‌گویند، از راه تنفس صورت می‌گیرد. بیمار با عطسه،

سرفه و نفس‌هایش دیگری را مریض می‌کند و فرد گیرنده نیز از راه تنفس و مراودات عادی که اموری غیراختیاری و ضروری‌اند، ویروس را می‌پذیرد. این مسئله سبب می‌شود بیماری کرونا با بسیاری از بیماری‌ها متفاوت باشد؛ بنابراین باید گفت اقتضا برای بیماری در تنفس است که یک فعل ضروری برای حیات می‌باشد.

امر اجتماعی

رکن سوم ماهیت مسئله باتوجه به رکن اول و دوم پدیدار می‌شود. در رکن اول عنوان شد که شیوع از انسان به انسان و انتقال از راه امور غیراختیاری و امور ضروری زندگی شخص بیمار همچون تنفس صورت می‌پذیرد. این مسئله باعث می‌شود رکن اساسی دیگری در ماهیت کرونا با عنوان «امر اجتماعی» محقق شود.

امر اجتماعی عنصری است که بیماری کرونا بر خلاف اکثر بیماری‌های دیگر که از راه‌هایی همچون غذای ناسالم، فعل و انفعالات بدن یا ... منتقل می‌شوند، پیدا می‌کند. البته درست است که در بیماری‌های دیگر نیز رفتارهای اجتماعی تأثیرگذار است، ولی سبب نمی‌شود آنها را امری اجتماعی به حساب بیاوریم، اما کرونا ذاتاً یک امر اجتماعی است و با اجتماع افراد به نحوی که در تماس مؤثر باشند، انتقال می‌یابد و ادامه حیات می‌دهد. در جمع بودن، در کنار یکدیگر بودن و روابط اجتماعی مبتنی بر ارتباط نزدیک فیزیکی، رکن این بیماری است.

برهمن مبناست که مثلاً در شهرهای بزرگ نسبت به شهرهای کوچک، در شهرهای کوچک نسبت به روستاها و در آپارتمان‌ها نسبت به خانه‌های ویلایی شیوع این بیماری شدیدتر و گسترده‌تر است. همه این نسبت‌ها به دلیل اجتماعی بودن ماهیت این بیماری است.

اختیاری بودن پیشگیری با رفتار اجتماعی

باید توجه داشت، به صرف اینکه این بیماری (به لحاظ نحوه بیمارشدن) به تنفس مربوط می‌شود، نمی‌توان آن را امری تماماً غیراختیاری پنداشت؛ چراکه باتوجه به روشن بودن علت درگیر شدن با بیماری، می‌توان برخی افعال اختیاری را در حوزه پیشگیری متصور شد؛ پس پیشگیری از این بیماری را می‌توان یک فعل اختیاری

محسوب کرد.

عدم پیشگیری قطعی از طریق واکسن

باتوجه به اینکه هنوز واکسنی برای این بیماری وجود ندارد، نمی‌توان از طریق پزشکی شرایط پیشگیری قطعی را به صورت فردی محیا کرد. این امر در تفسیر از حق سلامت و سنخ‌شناسی نوع مواجهه دارای اثر است که در مباحث بعدی مورد توجه قرار خواهد گرفت.

عدم درمان‌پذیری قطعی

درمان‌ناپذیری بُعد دیگری از مختصات این بیماری است. پزشکان معتقدند باوجود داروهایی که تاکنون به‌عنوان کنترل‌کننده‌های عفونتی برای بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد، همچنان درمانی قطعی برای بیماری در دست نیست. وجود درمان قطعی در سیاست‌گذاری‌ها تأثیر بسزایی می‌تواند بگذارد. همچنین عنصر درمان جمعی نیز بدین معنا که بر اثر بیماری پادتن مناسب در بدن شخص مبتلا تولید شود و مانع بروز مجدد باشد نیز مهم است.

آنچه هم‌اکنون محقق شده است، شیوع این بیماری در سطح جهانی بوده و درگیری تقریباً تمامی کشورهای جهان با آن است؛ از همین رو موضوع جنبه بین‌المللی یافته است. به عبارت حقوقی در سطح روابط اجتماعی هر عمل تنفس ازسوی هر شخص مشروط به اینکه در مجاورت دیگری باشد، متضمن این احتمال است که باعث سرایت ویروس شود و شیوع این بیماری را تقویت کند. افزون‌براین هرگونه رفتاری ارادی یا غیرارادی که سبب خروج همراه با نیروی ذرات از درون دهان به بیرون شود، ممکن است متضمن ویروسی باشد که با قرارگرفتن در روی اشیا، افراد دیگر را که آن اشیا را لمس می‌کنند، بیمار کند.

باتوجه به این امر می‌توان این‌گونه گفت که عمل خاص تنفس می‌تواند به‌عنوان فعل زیانبار به سلامت یا حیات اشخاص قلمداد شود.

دوره پنهان

مسئله دیگری که باتوجه به گزارش‌های متخصصان درمورد این بیماری مطرح می‌شود، دوره درگیری بیمار با ویروس کروناست. در این دوره علاوه بر بروز آشکار بیماری در بیمار، با دوره پنهان بیماری نیز روبه‌رو هستیم. بیمار در این دوره حامل ویروس است، ولی نشانه و علامتی از آن در خود نمی‌بیند؛ بنابراین از اینکه ممکن است ناقل بیماری باشد، آگاه نیست. «دوره پنهان» نیز رکنی از ارکان ماهیت کروناست که در تحلیل‌های پسینی باید بدان توجه داشته باشیم؛ برای مثال چه بسا قواعد متفاوت مسئولیت در این دوره موضوع بحث قرار گیرد. دولت‌ها درمورد بیماری‌های جدی مانند COVID 19 مسئولیت‌هایی را برای این دوره نیز مقرر می‌کنند.

میزان خطر

مسئله مورد توجه دیگر میزان احتمالات ناشی از مرادفات و رفتارهای اجتماعی در شیوع بیماری است. این ادر کنار هم‌بودن و ارتباطات نزدیک فیزیکی چه میزان در بیمارکردن افراد تأثیر داشته است. توجه به آمارها و گزارشات رسمی ما را به این نکته سوق می‌دهد که میزان احتمال در شیوع، زیاد و قابل توجه است. در تحلیل‌های فقهی و حقوقی توجه به این مسئله بسیار مهم است؛ زیرا در موضوع‌شناسی قواعدی چون منع اضرار یا دفع ضرر محتمل یا خوف از ضرر این امر دارای نقش تعیین‌کننده می‌باشد. در اینجا سه مسئله از یکدیگر قابل تفکیک است؛ نخست اینکه به لحاظ علمی و بر اساس یافته‌های قابل سنجش، میزان احتمال در سرایت به چه میزان است. دیگری فهم عرفی سببیت است که تا چه اندازه رفتار خاصی را سبب تحقق بیماری و زیان می‌داند و سوم اینکه میزان سببیت موردنظر قانونگذار به چه میزان است.

افزون بر میزان احتمال، بررسی امر محتمل نیز دارای اهمیت است. امر محتمل در مسئله فعلی شدت زیان و ضرری است که بیمار در طول دوره مرضی با آن روبه‌رو می‌باشد. میزان آسیب‌ها از جمله عفونت‌های ثانویه و احتمال مرگ و میر، امر محتمل را برای ما تبیین می‌کند. درمورد کرونا با عنایت به نظر متخصصان می‌توان گفت میزان محتمل نیز قابل توجه است. نکته مهم درباره محتمل و میزان زیان، آن است که

مشخص شود نسبت زیان با افراد مختلف مردم چگونه است؛ برای مثال گفته می‌شود بیماری Covid19 بر افراد مسن یا اشخاص دارای بیماری‌های زمینه‌ای بیشتر اثر دارد.

بند دوم: موضوع‌شناسی مواجهه

همان‌طور که در بررسی موضوعی بیماری گفته شد، در اینجا بحث عمده و مهم درباره بیماری همه‌گیر و شایع است که البته جزئی از این ساختار نیز مواجهه با بیمار است. این امر نیازمند موضوع‌شناسی است تا جایگاه مباحث حقوقی و اخلاقی در آن روشن شود. اکنون این پرسش مطرح می‌شود که چگونه و با چه رفتار مشروعی می‌توان با فرض وضعیت بیماری و نوع انتقال و دیگر عناصر مربوطه که در موضوع‌شناسی بیماری گفته شد، سرعت شیوع و میزان شیوع و در نتیجه زیان به اشخاص را کاهش داد؛ همچنین با توجه به کاوش‌های علمی درباره بیماری و واکسن و درمان آن که برخی به صورت احتمالی مطرح می‌شود، اقدامات مناسب را طراحی کرد. همان‌گونه که روشن است، این موضوع دارای بُعد پزشکی و همه‌گیری‌شناسی است.

دو ساختار رادیکال در این باره وجود دارد؛ نخست اینکه به خاطر ماهیت سرایت و طریق انتقال انسانی آن، برای قطع زنجیره ارتباط قرنطینه کامل اجرا شود. چه بسا برای اجرای چنین امری نیازمند الزام، اجبار و ایجاد شدید محدودیت در حقوق و آزادی‌های مردم باشیم و سبب اختلال قابل توجه در امور اجتماع شود. این پیامدها به‌ویژه طولانی‌شدن اختلال در امور اجتماعی به‌طور خاص در مورد بیماری COVID19 که دوره خاصی برای بیماری قابل تصور نیست، مورد توجه قرار گرفته است.

در برابر این طرح، توصیه برخی محققان مطرح است که درست برعکس با آزادسازی روابط اجتماعی و ارتباطات فیزیکی اجازه داده شود تا شیوع این بیماری روند طبیعی خود را طی کند و در نهایت به مصونیت جمعی منجر شود. با این استدلال که مصونیت جمعی (Herd Immunity) مبتنی بر این امر است که اگر در یک بیماری مسری میان انسان‌ها جمعیت زیادی مبتلا شوند، در این جمعیت مصونیت به‌وجود آمده و بیماری کم‌کم از میان می‌رود (Boslaugh, Sarah et al, 2018, p.490). هر چند برای رسیدن به چنین سطحی از مصونیت، عده زیادی مبتلا شوند یا جان خود را از دست

بدهند، ولی این امر جریان طبیعی امور و به‌گونه‌ای اجتناب‌ناپذیر است؛ زیرا وضع قرنطینه کامل نیز جریان امور اجتماع را با اختلال جدی روبه‌رو می‌سازد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، این دو ایده دو طرف مواجهه محسوب می‌شوند. بررسی این دو نیازمند تأیید علمی به‌لحاظ نتیجه و مشروعیت به‌لحاظ مبانی نظری اخلاقی و حقوقی است. اکنون اگر هر یک از اینها با مشکلات علمی، اخلاقی، حقوقی یا اجرایی روبه‌رو شود، مدل‌های جایگزین نیازمند رفت و برگشت علمی میان حوزه‌های پزشکی، همه‌گیری‌شناسی، فقهی، حقوقی، اقتصادی و مدیریتی است.

بند سوم: رویکردهای مواجهه

باتوجه به مطالب پیش‌گفته، طراحی الگو نیازمند شناخت بیماری و چگونگی همه‌گیری آن از یک سو و کاهش و از میان بردن آن از سوی دیگر است. این الگو باید متبنی بر اصول و قواعد اخلاقی و حقوقی باشد، ولی آنچه در اینجا اهمیت دارد، یافتن نقطه کانونی الگو است. با یافتن نقطه کانونی بخش‌های دیگر با آن هماهنگ خواهد شد. بر اساس نظریه‌های اخلاقی دو رویکرد مهم با دو کانون در اینجا مطرح شده است؛ نخست رویکرد «وظیفه‌شناسی اخلاقی و اصول‌گرایی» و دیگری رویکرد «نتیجه‌گرایی و بیشترین منفعت». رویکرد وظیفه‌محور بر حقوق پایه و وظایف تأکید می‌کند. حال آنکه رویکرد نتیجه‌محور بر پیامدهای تصمیم تأکید ورزیده و حتی داوری اخلاقی درباره حقوق و ارزش‌ها را بر همین محور انجام می‌دهد. اگر رویکرد اخلاقی بر این‌ها باور بود که افراد باید به تکالیف اخلاقی خود عمل کنند، این رویکرد معتقد است افراد باید به‌گونه‌ای رفتار کنند که بهترین نتیجه حاصل شود. البته اینکه بهترین نتیجه چیست، به رویکرد اخلاقی بستگی دارد.

اما هر دو اینها نمی‌توانند به بُعد دیگر بی‌تفاوت باشند؛ یعنی اینکه رویکرد نتیجه‌محور باید به ارزش‌های اخلاقی نیز توجه کند. هرچند ممکن است ارزش‌ها را منفعت‌گرایانه تفسیر کند و رویکرد وظیفه‌محور نیز نمی‌تواند به نتایج بی‌تفاوت باشد و چه‌بسا راه‌حل‌های موقت یا استثنایی مقرر کند. به‌طور روشن و کاربردی، آنچه مورد اختلاف است، تأثیر این رویکردها در اولویت‌بندی و فرایند اجراست (see: Institute of

(Medicine, 2017)؛ از همین رو می‌توان گفت بر اساس ادبیات فقهی، اگرچه رویکرد وظیفه‌محور است، ولی برای تشخیص وظیفه و تعیین اولویت به نتایج و پیامدها نیز توجه می‌شود.

گفتار دوم: ارزش‌ها و حقوق بنیادین

در طراحی الگو با دو دسته ارزش و حقوق روبه‌رو هستیم؛ ارزش‌ها و حقوقی که متعلق آنها به خاطر بیماری در معرض تهدید قرار می‌گیرند و به‌گونه‌ای باید از آنها محافظت شود؛ مانند حیات و سلامت انسان و ارزش‌ها و حقوق و مقرراتی که ناظر به رفتار مواجهه با بیماری است. اکنون ممکن است این ارزش‌ها و حقوق اعمال شود یا اینکه به خاطر برنامه مواجهه با بیماری محدود یا معلق شود؛ برای مثال مالکیت یکی از ارزش‌ها و حقوق بنیادین شناخته شده است، حال اگر شخصی نیازمند درمان به‌گونه‌ای باشد که باید از اموال دیگری استفاده کند، حق مالکیت خصوصی مالک با شرایطی محدود می‌شود.

بند نخست: عناوین حقوق بنیادین در معرض خطر

دو موضوع مهم در حوزه بیماری‌های واگیر در معرض آسیب است؛ نخست حیات و دیگری سلامتی عده زیادی از مردم که با توجه به شیوع آسیب به آنها در حال ازدیاد است. این دو موضوع دو حق محسوب می‌شوند که عبارت است از حق حیات و حق بر سلامتی و از آنجاکه مردم نیز در جریان این شیوع قرار می‌گیرند، ازسویی آگاهی آنها به موقعیت خود و جامعه تأثیر مهمی در تصمیم‌گیری فردی و جمعی داشته و ازسوی دیگر به‌خاطر غیرقابل پیش‌بینی بودن تبعات بیماری و به‌خصوص نبود راه برای درمان، امنیت روانی جامعه به‌شدت در معرض آسیب قرار می‌گیرد و جامعه دچار خوف و وحشت می‌شود؛ پس باید از حق امنیت نیز یاد کرد.

حق حیات

«حق حیات» از جمله مهم‌ترین و اساسی‌ترین حقوق است. باوجود حیات است که

حقوق دیگر معنا و مفهوم می‌یابد؛ از همین رو ماده ۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر به صراحت ولی بدون اشاره به منشأ و ماهیت حیات، با این عنوان که هرکس حق زندگی، آزادی و امنیت دارد، حق حیات را به رسمیت شناخته است. اعلامیه حقوق بشر اسلامی نیز با تأکید بر منشأ حیات و ماهیت آن در بند الف ماده ۲ مقرر می‌دارد:

زندگی موهبتی است الهی و حقی است که برای هر انسانی تضمین شده است و بر همه افراد، جوامع و حکومت‌ها واجب است از این حق حمایت نمایند و در مقابل هر تجاوزی علیه آن ایستادگی کنند و کشتن هیچ‌کس بدون مجوز شرعی جایز نیست.

مبنای مشروعیت حق حیات از جمله مباحث بسیار دقیقی است که آثار حقوقی بسیاری به دنبال دارد. سخن اصلی در این است که حیات به عنوان ارزش بنیادین و در قالب یک حق اساسی، بر چه مبنایی استوار است. آیا ارزش زندگی انسان به اراده یک انسان بستگی دارد؟ به عبارت دیگر آیا حق حیات در حوزه امور خصوصی است که اختیار آن در دست انسان است - خواه این انسان خود شخص دارای حیات باشد، پدر باشد یا مادر، پزشک یا سیاستمدار - یا اینکه ارزش زندگی و حیات ناشی از نوعی توافق اجتماعی است که افراد در احترام به آن با یکدیگر توافق کرده‌اند یا اینکه باید پا را از این فراتر نهاد و انسان را از بند اسارت مادیت و خودبنیادی رهایی بخشید و حیات او را نه فقط به صورت تکوینی، بلکه به صورت تشریحی ناشی از اراده خداوند خالق و حکیم دانست.

اندیشه اسلامی به عنوان یک دین توحیدی، مبنای این حقوق را به حکمت خلقت در مرحله تکوین و اراده شارع در مرحله تشریح بازمی‌گرداند. بنا بر درک عقل در گفتمان توحیدی و گفته خالق و شارع حکیم وی انسان را عبث نیافریده است، بلکه انسان موجودی هدفمند و دارای غایت است که پیامبران در طول تاریخ به آن تذکر داده‌اند تا بشر راه را گم نکند؛ بنابراین برای یافتن مبنای حق حیات نیز باید به ماهیت انسان دارای هدف از یک سو و اراده خالق و شارع از سوی دیگر توجه نمود؛ از این رو اعلامیه حقوق بشر اسلامی، در بند ب ماده ۲ زندگی را موهبتی الهی می‌داند و به افراد و حتی خود شخص اختیار از میان بردن آن را نمی‌دهد. با این رویکرد حق حیات افزون بر اینکه برای دولت و دیگران مسئولیت به دنبال دارد، برای خود شخص نیز

دربردارنده مسئولیت است.

دو بحث مهم که در اینجا درباره حق حیات مطرح است، عبارت‌اند از اینکه آیا حق حیات فقط به معنای این است که شخص کشته نشود یا اینکه وی دارای حق حیات مطلوب نیز هست؛ بدین معنا که هر شخص حق رفاه دارد یا اینکه حق نسبت به کاهش فقر یا حق دارد تا نیازهای اساسی وی تأمین شود (Benditt, 1985, p.108). این بحث را درباره سنخ حق دنبال خواهیم کرد. اکنون اگر حق حیات از جمله حقوقی دانسته شود که وظایف اثباتی باید نسبت به آن انجام گیرد، سخن درباره میزان تکالیف درباره حق حیات است.

حق بر سلامت

سلامت معادل «Health» دارای سه معناست که دو معنای آن به بحث حاضر مربوط می‌شود (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1, p.558). گاهی سلامت به انسان نسبت داده می‌شود و امور روحی، روانی و بدنی وی را پوشش می‌دهد که در این صورت می‌توان آن را به تندرستی معنا کرد و گاه به یک وضعیت نسبت داده می‌شود و موقعیت مترقی همراه با خوبی و رفاه را دربرمی‌گیرد. با این حال می‌توان این دو معنا را به یک امر مفهومی مشترک برگرداند و سلامت را به «حالت شخص یا چیزی اسناد داد که کارکردهای آن با غایت و موقعیتش هماهنگی» داشته باشد. با توجه به همین معنا سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت مقرر می‌دارد: «سلامت وضعیت با رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است، نه صرف نبود بیماری و معلولیت».

سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت به سه امر جسمی، روانی و اجتماعی اشاره نموده و به امور معنوی اشاره نکرده است و رفاه معنوی نیز مورد توجه واقع نشده است. شورای عالی انقلاب فرهنگی به این نکته توجه کرده و در تعریفی از سلامت مقرر داشته است: سلامت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و تنها به نبود بیماری و معلولیت اطلاق نمی‌شود (مصوبه ۶۱۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی).

اگرچه نگاه به مقوله سلامت و مراقبت‌های بهداشتی بیشتر رویکرد اقتصادی و

تجاری داشته است (see: Goodman, 2005)، ولی به مرور بعد حقوقی سلامت غلبه یافته است و حتی با اصطلاح حق بر سلامت روبه‌رو می‌شویم، ولی باتوجه به تعریفی که از سلامت ارائه شد، اصطلاح حق بر سلامت در اسناد و متون حقوقی کمتر به‌کار رفته است. حتی تصویر آن به‌صورت یک حق مستقل برای بشر نیز همراه با ابهاماتی است (Tobin, 2012, p.9). نگاهی اجمالی به اسناد بین‌المللی نشان می‌دهد متعلق حق در حوزه سلامت، برخورداری از استانداردها در حوزه سلامت جسمی و روانی است؛ برای نمونه می‌توان به ماده ۵۵ منشور ملل متحد اشاره کرد که سازمان را به استانداردهای بالاتر زندگی ملزم می‌داند؛ همچنین در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت آمده است: «بهره‌مندی از بالاترین استاندارد دست‌یافتنی سلامت، فارغ از نژاد، دین، عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی و اقتصادی، یکی از حق‌های بنیادین بشر محسوب می‌شود» (see: Constitution of the World Health Organization, 1946).

باین‌حال شورای عالی انقلاب فرهنگی ایران، در حوزه حقوق زن به حق بر سلامت اشاره کرده و آن را به شرح ذیل تعریف کرده است:

حق سلامت زنان [حق زنان بر سلامت] به معنای برخورداری از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی باتوجه به ویژگی‌های آنان در مراحل مختلف زندگی بوده و از جمله حقوق طبیعی و همگانی محسوب می‌شود و مسئولیت تأمین آن بر عهده دولت‌ها می‌باشد (شورای فرهنگی اجتماعی زنان، ۱۳۸۶، ص ۶۵).

حق بر سلامت یک نهاد خردمندانه بوده، لازم است به‌گونه‌ای تعریف و طراحی شود که بهره‌مندی از آن میسر و مفید باشد و از طرفی اقدامات دولت (شخص موظف به تأمین امکانات سلامت) را بتوان ارزیابی کرد.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در نظر خود به چهار عنصر ضروری که در تمام اشکال و سطوح حق بر سلامتی جریان دارد، اشاره می‌کند (UN Economic and Social Council, 2000, p.4)؛ این چهار عنصر عبارت‌اند از فراهم‌بودن (Availability) بدین معنا که تسهیلات، کالاها و خدمات حوزه سلامت باید به‌مقدار کافی در داخل کشورهای عضو آماده باشد. البته نوع دقیق این امکانات بر حسب عوامل متعدد، از جمله

توسعه اقتصادی دولت عضو تفاوت خواهد داشت. با این حال این امکانات باید شامل عوامل اصلی مؤثر بر سلامت مانند آب آشامیدنی مطمئن و سالم، تسهیلات کافی نظافت، بیمارستان‌ها و پرسنل آموزش‌دیده گردد. عنصر دیگر عبارت از در دسترس بودن (Accessibility) است. این عنصر بدین معناست که تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامت باید در دسترس همگان، به‌ویژه آسیب‌پذیرترین یا به‌حاشیه‌رانده‌شده‌ترین بخش‌های جمعیت، بدون هیچ تبعیضی قرار گیرد. در دسترس بودن خود دارای چهار عنصر اساسی است که عبارت‌اند از: عدم تبعیض، در دسترس بودن فیزیکی، در دسترس بودن اقتصادی و در دسترس بودن اطلاعاتی.

عنصر دیگر پذیرفتنی بودن (Acceptability) است که بر اساس آن تسهیلات، کالاها و خدمات سلامت باید با مراعات اخلاق پزشکی و در نظر گرفتن فرهنگ افراد و اقلیت‌ها، ملاحظات جنسی، چرخه حیات و رعایت اصول رازداری در اختیار همگان نهاده شود. همچنین عنصر کیفیت (Quality) دارای اهمیت است که بر طبق آن تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامت باید از نظر علمی و پزشکی مناسب و دارای کیفیتی خوب باشد. این امر، از جمله مستلزم پرسنل کارآزموده پزشکی، داروهای تأییدشده علمی و دارای تاریخ مصرف معتبر است؛ همچنین تجهیزات بیمارستانی، آب آشامیدنی، نظافت و مانند آن نیز باید دارای کیفیت مورد تأیید باشند (Ibid).

امنیت و حق محیط امن

امنیت که در برخی از متون روایی به «فراغ» (مجلسی، ۱۴۰۶، ج ۱۳، ص ۲۹) نیز تعبیر شده است (همان)، از جمله نیازهای انسان است که به‌خاطر اهمیت آن در کنار سلامت به‌عنوان دو نعمت یاد می‌شود که مردم قدر آن را کمتر می‌دانند؛ از همین رو از آنها به «نعمتان مکفورتان» تعبیر می‌شود (فیض کاشانی، ۱۴۳۰، ج ۲۶، ص ۱۶۴). اهمیت امنیت به‌اندازه‌ای است که ابراهیم با ساختن کعبه دو دعای مهم کرد؛ یکی اینکه «پروردگارا! این شهر را ایمن گردان» و دیگر اینکه «و مرا و فرزندانم را از پرستیدن بتان دور دار» (ابراهیم: ۳۵).

اهمیت امنیت به‌اندازه‌ای است که رفع آن و دچار هراس شدن به‌عنوان سزای کفران

نعمت امنیت شمرده شده است. خداوند در آیه ۱۱۲ سوره نحل به شهری مثل زده است که امن و امان بود [و] روزیش از هرسو فراوان می‌رسید؛ پس [ساکنانش] نعمت‌های خدا را ناسپاسی کردند و خدا نیز به سزای آنچه انجام می‌دادند، طعم گرسنگی و هراس را به [مردم] آن چشاند.

صرف نظر از امنیت فردی که معمولاً در کنار آزادی یاد می‌شود، حق محیط امن نیز در برخی از اسناد شناخته شده است؛ برای مثال کنفرانس سازمان ملل درباره محیط انسانی در سال ۱۹۷۲ از حق نسبت به محیط امن را به رسمیت می‌شناسد (Ramcharan, 1986, p.13).

این حق در کنار حق حیات مطرح است؛ زیرا ایجاد خطر در محیط می‌تواند حیات بسیاری را در خطر اندازد. یکی از خصوصیات بیماری‌های واگیر این است که به‌خاطر شناختن ابعاد مهم و پیامدها اشخاص در جامعه وحشت‌زده می‌شوند. در همین راستا نیز ممکن است به رفتارها یا استفاده از روش‌های غیر معمول برای مواجهه با بیماری دست بزنند.

بند دوم: سنخ‌شناسی حقوق مرتبط با بیماری‌های واگیر

صرف شناسایی حقوق در معرض آسیب در بیماری برای طراحی الگوی رفتاری کافی نیست؛ زیرا آنچه در اینجا دارای اهمیت است، یافتن وظایف افراد (Kipnis, 1985, p.109) و دولت نسبت به حقوق است. برای شناخت این امر، حقوق را به حق منفی و حق مثبت تقسیم می‌کنند.

حقوق منفی دسته‌ای از حقوق‌اند که دیگران حق مداخله در موضوع آنها را ندارند؛ به‌تعبیر دیگر حق به‌معنای «آزادی از» است (Chauffour, 2009, p.31)؛ برای مثال اگر حق حیات حق منفی شمرده شود، فقط دولت وظیفه ممانعت از کشته‌شدن مردم به‌وسیله دیگری را خواهد داشت. حقوق منفی ریشه در نظریه‌های فردگرایانه و لیبرال قرن هفدهم و هجدهم داشته و با نظریه بازار آزاد در حوزه امور اقتصادی ارتباط دارد. بر اساس این نظریه‌ها دولت در جهت تحقق کرامت انسانی، حق مداخله در حقوق و آزادی‌های سیاسی را ندارد (Ibid). در مقابل، حق مثبت به‌معنای استحقاق و ادعاها و

«حق بر داشتن» (Right to) است؛ برای مثال اگر حق حیات مثبت دانسته شود، دیگران برای تأمین حیات مکلف بوده و دولت باید اقدامات اثباتی انجام دهد. مراجعه به تاریخ فلسفه حقوق نشان می‌دهد، حق مثبت ریشه در سنت سوسیالیستی قرن نوزدهم دارد و با نهضت‌های رفاهی اوایل قرن بیستم ارتباط دارد. هدف از این حق تأمین توزیع مناسب امکانات و ارزش‌ها در میان افراد است (Ibid, p.32). آنچه مورد اختلاف است اینکه آیا این تعهد حقوقی یا سیاسی است. برخی از دیدگاه‌ها و نظام‌های حقوقی اساساً حق مثبت را به‌عنوان حق نمی‌پذیرند و آنها را در حوزه اهداف و آرمان‌ها می‌شمارند که ذاتاً تعهد نسبت به آن موضوع سیاسی است. این دیدگاه امریکایی حتی توسط کسانی چون جیمی کارتر که به توسعه حقوق بشر اعتقاد داشت، پذیرفته شده است (Kabasakal, 2006, p.41). در مقابل بسیاری این تعهدات را از سنخ حقوقی دانسته‌اند.

اکنون با این فرض که هر دو دسته از این موارد حق قلمداد شود، درباره ماهیت و تمایز آثار آنها گفت‌وگوهای فراوانی صورت گرفته است. در همین زمینه برخی ادعا می‌کنند حقوق منفی ارزش بیشتری از حقوق مثبت دارند؛ زیرا نقض حقوق منفی با اقداماتی محقق می‌شود که مضر به دیگری است. در برابر نقض حق مثبت با ترک فعل و عدم ایصال نفع به دیگری همراه می‌باشد. همچنین برخی دیگر براین باورند که همه حقوق سیاسی اساسی، منفی‌اند (Schlossberger, 2008, p.32). روشن است در زندگی اجتماعی احاد مردم متعهد به احترام به حقوق یکدیگرند و تمایز میان حقوق مثبت و منفی به لحاظ عملی در تنظیم روابط میان آنها چندان تأثیری ندارد، اما این تمایز نسبت به اقدامات دولت نسبت به حق اثر دارد؛ زیرا دولت در حوزه حقوق منفی مداخله نمی‌کند، اما در حوزه حقوق مثبت، زمینه بهره‌مندی مردم از حقوق را فراهم می‌سازد (Ibid).

صاحب‌نظران درباره این تقسیم اختلاف نظر دارند. برخی براین باورند که حقوق مثبت و منفی تفاوتی در ماهیت نداشته، بلکه در درجه متفاوت‌اند. در مقابل، برخی دیگر به تمایز بنیادین گفتمان حقوق بشر و تفاوت حقوق مثبت و منفی در اجرا اشاره می‌کنند. استدلال گروه دوم آن است که حقوق مثبت - اغلب حقوق اقتصادی، اجتماعی

و فرهنگی- همواره با محدود کردن حقوق منفی دیگران تضمین می‌شود و از همین رو مستلزم وظایفی برای دیگران خواهد بود؛ برای مثال اگر مالکیت شخصی از راه مالیات اجباری دریافت شود تا حق مثبت دیگری نسبت به مسکن تأمین شود، این مداخله سیاسی با حق منفی شخص به مالکیت خصوصی در تعارض است. از سوی دیگر بر خلاف حقوق مثبت، حقوق منفی را می‌توان در قالب قواعد کلی و انتزاعی بیان کرد که بر همه اشخاص بر پایه‌ای برابر و بدون استثنا صادق باشد (Ibid, p.33).

در برابر دو دیدگاه پیش‌گفته برخی کوشیده‌اند میان هر دو گروه حقوق منفی و مثبت جمع کنند. این عده باور دارند حمایت از حقوق منفی مستلزم اقدامات ایجابی دولت است که هم‌سنگ حقوق مثبت هستند. همچنین حقوق انسان ترکیبی از استحقاق‌ها و وظایف مثبت و منفی است. معناداری حق بر مالکیت خصوصی مستلزم انجام تدابیری مانند تأسیس دادگاه، پلیس و آتش‌نشانی از راه مالیات است. این شیوه استدلال نتوانسته است درک کند که تفاوت میان حقوق مثبت و منفی به تفاوت در ماهیت این دو حق اشاره دارد، نه هزینه‌های اجرای آنها. افزون‌براین ارتقا و حفاظت از حقوق منفی که پایه آزادی‌های اقتصادی و مدنی و سیاسی‌اند، مستلزم وجود دولتی مقتدر و اثرگذار است (Ibid).

برخی کوشیده‌اند با بازگردن حقوق مثبت در قالب حقوق منفی مشکل تفاوت میان آنها را حل کنند؛ برای مثال حقوق مثبت نسبت به نیازهای مادی بشر را در قالب حق منفی «آزادی از نیاز» و حق «آزادی از گرسنگی و بیماری» مطرح کرده‌اند. این دیدگاه در نفی تمایز میان آزادی و استحقاق می‌کوشد. حال آنکه راه‌حل پیش‌گفته مشکل بی‌انتهابودن و عدم وجود مسئول برای این حقوق را حل نمی‌کند (Ibid).

به هر ترتیب امروزه پذیرفته شده است که حتی در حقوق منفی نیز دیگر نمی‌توان به نظریه سنتی تعهد به احترام صرف از سوی دولت‌ها قائل بود و وظایف دولت‌ها باید به صورت مضیق تفسیر شود (Leckie, 2011, p.xx)؛ بدین معنا که تنها وظیفه دولت‌ها این است که نباید از راه فعل یا ترک فعل خویش ناقض حق اشخاص باشند (Wisner, 2011, p.64). آنان همچنین باید از نقض مستقیم یا غیرمستقیم بهره‌مندی اشخاص از حق و همچنین نفی یا محدود کردن دسترسی برابر همه اشخاص نسبت به استفاده از

حق پرهیز کنند (Haracoglou, 2008, p.79).

همان‌گونه که روشن است، برای تأمین حقوق در جهان معاصر به‌ویژه با پیچیدگی‌های زندگی اجتماعی و توسعه فعالیت‌های دولت این میزان از تعهد برای تضمین حقوق کافی نیست؛ به‌همین دلیل تعهدهای دیگری برای دولت‌ها مقرر شده است.

صرف‌نظر از این تعهد یک‌وجهی از جمله نخستین کسانی که درباره الگوی نقش دولت طرحی چندوجهی ارائه داده است، ایده (Asbjørn Eide/ born 1933) می‌باشد (Sepúlveda, 2003, p.161). طرح وی به‌گونه‌ای بود که مورد توجه مجامع بین‌المللی قرار گرفت و رگه‌های آن در اسناد بین‌المللی نیز به‌خوبی نمایان شد؛ به‌گونه‌ای که این سه وظیفه در اسناد بین‌المللی مطرح شد.^۱ به‌نظر وی افزون بر تعهد به احترام که به‌طور سنتی پذیرفته شده بود دو تعهد دیگر وظیفه به حمایت و وظیفه به اجرا را پیشنهاد داد (Ibid).

به‌نظر او دومین وظیفه دولت این است که از حقوق مردم حمایت کند و اجازه ندهد دیگران اعم از مردم عادی یا کارکنان حکومتی آن را نقض کرده یا به حقوق مردم تجاوز کنند. با توجه به اوضاع و احوال محیطی وظیفه دولت در حمایت از آنچه گفته شد، توسعه بیشتری یافته و شامل حمایت در برابر تهدیدهای غیرمستقیم از جمله تهدیدهای ناشی از محیط خطرناک می‌شود (Wisner, op.cit).

وظیفه سوم دولت، تعهد به اجراست. بر اساس این تعهد دولت باید زمینه بهره‌برداری از حق را فراهم کند. اگرچه این تعهد مثبت دولت در حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی به‌کار می‌رفت، اما حقوق معاصر این حمایت را در حقوق مدنی سیاسی نیز به‌رسمیت شناخته است. این سه سطح از تعهد دولت درباره هر حقی به‌کار

1. Statement on the obligations of States Parties regarding the corporate sector and economic, social and cultural rights Committee on Economic, Social and Cultural Rights Forty-sixth session Geneva, 2-20, May 2011. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 16, Article 3: the equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (Thirty-fourth session, 2005), U. N. Doc. E/C.12/2005/3 (2005).

می‌رود (Ibid).

اگرچه این دو دسته حقوق ممکن است به‌لحاظ نقش دولت دارای تفاوت باشد، اما نکته اساسی اینکه توصیف یک حق به‌عنوان حق مثبت یا منفی کار چندان آسانی نیست و نمی‌توان فقط بر اساس بحث‌های نظری صرف حقوق را دسته‌بندی کرد. برخی نویسندگان پیشنهاد می‌دهند چنین توصیفی با توجه به استلزامات و ساختار تاریخی و فرهنگی باید صورت گیرد.

در تبیین تفاوت میان حقوق مثبت و منفی و اولویت‌گذاری میان آنها برخی محققان مانند کرانستون (Cranston) و بید / و (Bedau) باور دارند حقوق مثبت و منفی به‌لحاظ نقض متفاوت‌اند. حقوق منفی با اقدام‌های مثبت زیان‌بار نقض می‌شود، درحالی‌که نقض حقوق مثبت با عدم بهره‌مندی از نفعی همراه است که ناشی از ترک فعل است (Ibid, p.31). نتیجه چنین تفاوتی این خواهد بود که نقض حقوق منفی به‌لحاظ اخلاقی قبح بیشتری نسبت به نقض حقوق مثبت دارد (Ibid).

حق حیات به‌طور یقین جنبه منفی بودن حق را دارد؛ زیرا دولت وظیفه دارد جلوی تعدی افراد به حیات یکدیگر را بگیرد، اما اینکه وظایف اثباتی به‌عهده داشته باشد، محل گفت‌وگو است. برخی پاسخ را منفی دانسته‌اند (Kantor, 2013, p.77). دیدگاه محافظه‌کاران این است که حق حیات منفی بوده، دولت فقط وظیفه دارد جلوی کشته‌شدن افراد را بگیرد. در این دیدگاه دولت از طریق قوای انتظامی خود امنیت افراد را تضمین می‌کند، اما درباره اینکه اقدامات مراقبتی برای افراد فراهم کند، وظیفه‌ای به‌عهده ندارد. افراد خود باید بکوشند هزینه‌های مراقبتی خود را تأمین کنند. به‌عبارت‌دیگر دولت حق نسبت به مراقبت از حیات ندارد (Ibid).

در مقابل، برخی حق حیات را دارای ماهیت ترکیبی دانسته‌اند و برای آن سنخ مثبت نیز قائل‌اند، ولی میزان وظیفه اثباتی این است که دولت شخص را از خطر محافظت کند. نتیجه این رویکرد آن است که دولت فقط در مواقع خطر و به‌میزان رفع خطر وظیفه اثباتی به‌عهده دارد (Ibid)؛ به‌تعبیردیگر دولت امکانات لازم برای وضعیت فوق‌العاده و اضطراری فراهم می‌کند. حق حیات در حقوق اسلامی یک حق ترکیبی است، ولی میزان حمایت مردم و دولت از حیات دیگری محل گفت‌وگو است.

حق بر سلامت یا حق نسبت به مراقبت از جمله حقوق مثبت محسوب می‌شود که دولت برای تأمین آن باید هزینه پرداخت کند. برای تأمین این منظور باید مالیات دریافت کند (see: Bradley A., 2010). تکلیف دولت را به دو گونه می‌توان تصور کرد: یکی به صورت تعهد به نتیجه و دیگری تعهد به وظیفه. اگر ماهیت تعهد دولت به نتیجه باشد، دولت برای تحقق استانداردهای لازم رفاهی باید به گونه‌ای عمل کند که این استانداردها حاصل شود؛ در غیر این صورت به تعهد خود عمل نکرده است؛ بنابراین در برنامه‌ریزی باید به این اصل توجه شود، اما اگر تعهد دولت به وظیفه باشد، دولت باید تلاشی معقول و متناسب کند تا استانداردهای لازم محقق شود؛ هر چند ممکن است این امر محقق نگردد. از میان دو احتمال مذکور، تعهد به وظیفه موجه‌تر به نظر می‌رسد؛ زیرا دولت با عوامل و امکانات مختلفی که در دست دارد، می‌تواند تلاش مناسب و معقولی بنماید و چه بسا برای رسیدن به استانداردهای لازم بیش از این توان نداشته باشد. گذشته از این، دستیابی به این گونه استانداردها امری تدریجی است و نمی‌توان به یکباره و بر اساس یک یا چند برنامه به آنها دست یافت؛ به خصوص اینکه در برخی از اسناد بین‌المللی به حداکثر استانداردها اشاره شده است؛ برای مثال بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی چنین مقرر می‌دارد: دولت‌های عضو میثاق حاضر حق هر کس را به بهره‌مندی از بالاترین سطح دست‌یافتنی از سلامت جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند. به خوبی روشن است تعهد به نتیجه در دستیابی به چنین استانداردهایی بسیار دشوار یا در کوتاه‌مدت مشکل است. از سوی دیگر تعهد به وظیفه نیز ارزیابی پیشرفت را دشوار می‌کند؛ به همین دلیل بند ۲ همین ماده مقرر می‌دارد: دولت‌ها برای رسیدن به استانداردی بالا، باید اقدامات ضروری مذکور در این بند را انجام دهند. از جمله این اقدامات «پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها» است.

افزون بر مطالب پیش گفته، در این باره نظر شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورخ ۱۱ آگوست سال ۲۰۰۰م مورد توجه است. کمیته در این نظر اذعان می‌دارد بالاترین سطح از سلامت، مستلزم پیش‌شرط‌های بیولوژیکی، اجتماعی و اقتصادی است که هر کشوری آن را در اختیار دارد. کمیته بر این باور است

که ابعادی وجود دارد که نمی‌توان آن را فقط از دریچه رابطه دولت‌ها و افراد مورد توجه قرار داد. به‌طور خاص، دولت نمی‌تواند سلامت کامل را تضمین کند و در برابر هر علت محتمل نبود سلامت، حمایت ارائه دهد؛ مثلاً عوامل ژنتیکی، استعداد و قابلیت فرد نسبت به بیماری‌ها و پیشه‌کردن سبک‌های ناسالم مخاطره‌آمیز زندگی نقش مهمی در سلامت فرد دارد (UN Economic and Social Council, 2000, p.3).

این تحلیل کمیته بر اساس یک اصل اساسی است؛ اینکه هنگامی تکلیف به انجام‌دادن کاری موجه و خردمندانه است که مقدمات و زمینه‌های آن در اختیار مکلف باشد، در غیر این صورت تکلیف به ما لایطاق است و خردمندانه نیست؛ از این رو دولت را متعهد به نتیجه‌کردن، در این وضعیت امر معقولی نیست. با این فرض که حق بر امن بودن نیز پذیرفته شود، این حق یک امر مرکب خواهد بود و دارای جنبه‌های مثبت و منفی است.

گفتار سوم: اصول و قواعد مواجهه با بیماری

اکنون که طبقه‌بندی حقوق و وظایف نسبت به آن تا حدودی تبیین شد، این پرسش که حق حیات و حق بر سلامت در کدام دسته قرار می‌گیرد و وظایف دولت و مردم نسبت به آنها چیست، مطرح است.

برخی اندیشمندان فقهی در نوشتاری کوتاه با پرداختن به فقه بیماری‌های واگیر به سه اصل احترام به حیات، کرامت و آسایش به دو قاعده مهم دفع ضرر و منع اضرار اشاره کرده‌اند و به دنبال آن به دوازده حکم فقهی و دو وظیفه اخلاقی پرداخته‌اند (محقق داماد؛ مندرج در: <http://www.ias.ac.ir>). قواعد و احکام مطرح شده به نوعی متضمن وظایف مردم و دولت نیز می‌باشد، لکن افزون بر این قواعد و اصول باید به قواعد بهرمندی از منابع نیز پرداخت؛ از همین رو برخی محققان چهار اصل مهم را در اینجا می‌شمارند؛ این اصول عبارت‌اند از: اصل عدم سوء رفتار، اصل ایصال منفعت، اصل احترام به انسان و اصل عدالت (see: Beauchamp and Childress, 2001, p.12).

باتوجه به تحلیل حقوق پایه می‌توان گفت اصل عدم سوء رفتار همان جلوه وجه

منفی بودن حقوق است. اصل ایصال منفعت ناظر به وجه اثباتی بودن و اصل احترام به انسان نشان از روح حاکم بر الگو داشته که بر اساس آن نمی‌توان حتی برای سلامت از انسان‌ها بهره‌برداری ابزاری کرد. افزون‌براین اصل عدالت نیز عامل تعیین رفتار برای توزیع منابع است.

درباره این اصول گفته شده است که اگرچه اصول مفیدی‌اند، برای تحلیل دقیق اخلاقی کارآمدی ندارند؛ زیرا این اصول به لحاظ موضوعی بیشتر ناظر به سلامت عمومی مربوط بوده تا به حوزه پزشکی و ازسوی دیگر در این طرح به تزامن این اصول و اولویت‌بندی آنها اشاره نمی‌شود.

همانند همین رویکرد بر حقوق است. این رویکرد سال ۲۰۰۵م در قطعنامه اخلاق زیستی و حقوق بشر یونسکو پذیرفته شد. در این سند پانزده ماده به اصول اختصاص یافته است. این اصول به حقوق بنیادین و چگونگی تأمین آن مربوط می‌شود. از جمله این اصول می‌توان به کرامت انسان، حداکثرسازی منفعت و تقلیل زیان، استقلال و مسئولیت انسان، رضایت، حمایت از اشخاص فاقد رضایت مانند کودکان، حق خلوت و محرمانگی اطلاعات شخصی، برابری و عدالت و انصاف، عدم تبعیض و عدم بدنام‌سازی، احترام به تنوع فرهنگی و تکنرگرایی، همبستگی و همکاری، مسئولیت اجتماعی و سلامت، سهم داشتن در منافع، حمایت از نسل آینده، حمایت از محیط زیست، فضایی زیستی و تنوع زیستی نام اشاره کرد (See: Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2006).

همان‌گونه که از متن این اعلامیه مشخص است، این متن محصول مذاکرات بین‌المللی است؛ بنابراین گزاره‌ها و مباحث مطرح شده در آن لزوماً حاصل جمع نظر کارشناسان و دارای ساختار فلسفی نیست؛ از همین رو اشکالی که بر این اصول شده است اینکه اصول بیشتر بر اساس رویکرد کشورها بوده و مسائل سخت حقوقی را به آسانی نمی‌تواند تعیین تکلیف کند. ازسوی دیگر سلسله مراتب اصول نیز روشن نیست. افزون‌براین ساختار اعلامیه امور زیستی است و درمورد بیماری نیازمند تعیین جزئی‌تر است.

در همین راستا اتحادیه اروپا در مواجهه با Covid 19 اصول حقوق بشری را

به‌عنوان اصول برای تصمیم‌گیرهای حوزه سلامت معرفی کرده است. شورای کمیته اروپایی اخلاق زیستی، اصول بنیادینی را که باید در تصمیمات و اقدامات پزشکی در زمینه بحران اخیر اعلان کرد. بر اساس این بیانیه الگوی مراقبت سلامت در چهارچوب دقیقی از عناصر محدودکننده است. همچنین افزایش روزافزون پرونده‌ها باعث چالش‌های اخلاقی شده است که مقامات و مراجع مربوطه درگیرند. در مواجهه برای درمان و پژوهش، اصولی مورد تأکید قرار گرفته است؛ از جمله این اصول می‌توان به دسترسی به مراقبت‌های پزشکی به‌خصوص هنگام کمبود منابع اشاره کرد که باید به‌طور مساوی و مبتنی بر معیارهای پزشکی باشد. به‌طوری که افراد خاص مانند افراد ناتوان و معلولان، سالمندان، پناهندگان و مهاجران قربانیان تبعیض نباشند. تهیه و جمع‌آوری اطلاعات راجع به کوید ۱۹ باید مقید به شرایط حمایتی خاص باشد. بر اساس این بیانیه هرگونه محدودیت در اعمال حقوق باید به‌موجب قانون و در جهت منافع جمعی از جمله سلامت عمومی باشد. همچنین شرایط ویژه ممکن است در موارد اضطراری بالینی خاص مانند مواردی که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه بحران COVID با آن روبه‌رو هستند، قابل اجرا باشد. افزون‌براین از حقوق افراد موضوع پژوهش، با هدف توسعه اقدامات درمانی و پیشگیری مناسب، باید حمایت شود (see: COVID-19 and the World of Work, 2020).

بی‌شک حق حیات از جمله مهم‌ترین حقوقی است که جنبه حقوق منفی دارد و هیچ‌یک نباید به آن تعدی کند. افزون‌براین در مکاتب حقوقی و نظام‌های حقوقی برای حق حیات جنبه‌های اثباتی نیز در نظر گرفته شده است. همچنین حق بر سلامت نیز در هر سطحی که موجه شود، به‌عنوان یک حق مثبت خواهد بود، ولی باوجود این سخن درباره ابعاد چنین وظایفی است و مهم‌تر اینکه در صورت نقض وظایف چه ضمانت اجرای در نظام حقوقی مقرر شده است. آنچه در اینجا موضوع گفت‌وگو است، تطبیق این قواعد درمورد بیماری واگیردار مانند COVID 19 است.

بند نخست: قاعده وظیفه محافظت از خود و منع اضرار به خود

این قاعده در فقه اسلامی پذیرفته شده است که یک شخص باید از نفس خود

مواظبت کند و نمی‌تواند حیات را از خود سلب کند؛ بنابراین شخص نباید خود را در معرض تلف شدن قرار دهد. افزون‌براین قاعده دفع ضرر محتمل یا خوف از ضرر نیز به صورت یک قاعده فطری یا طبیعی اقتضای این را دارد که اشخاص خود را در وضعیتی که احتمال تلف نفس است، قرار ندهند. آنچه مسلم است اینکه منع اضرار به خود در صورتی که منجر به تلف نفس شود، قبیح و ممنوع می‌باشد، ولی درباره زیان‌های کمتر از این محل گفت‌وگو است. در Covid19 این امر که شخص ممکن است در معرض ضرر باشد، با لحاظ شیوع در منطقه امری خردمندانه است. این خوف اقتضا می‌کند شخص به این امر توجه کند و زمینه ورود ضرر به خود را فراهم نکند. این میزان از وظیفه دارای جنبه حقوقی کمتری است، ولی جنبه حقوقی مهم آن این است که یک شخص برای حفظ خود در صورتی که مستلزم ترک برخی از وظایف عبادی و منافی با حفظ باشد یا مستلزم زیان به دیگری باشد، چه اقدامی می‌تواند انجام دهد؛ به تعبیر دیگر اقدامات برای حفظ نفس تا چه میزان توجیه‌کننده رفتارهای غیرقانونی است.

بند دوم: قاعده منع اضرار به دیگری

اضرار به دیگری مصداق روشن ظلم است و قبیح و حرام می‌باشد. مهم‌ترین صورت نقض حق حیات، قتل است که در ادبیات اخلاقی و حقوقی از گناهان کبیره و دارای عذاب مصرح در قرآن بوده است (نساء: ۹۳ / مائده: ۳۲ / اسراء: ۳۳) و به لحاظ حقوق کیفری برخی از صور آن دارای مجازات قصاص (بقره: ۱۷۸-۱۷۹) و در مواردی برای آن مسئولیت مدنی (نساء: ۹۲) مقرر شده است. افزون‌براین به آثار اجتماعی آن در روایت تصریح شده است (نامه امام علی به مالک اشتر).

بند سوم: قاعده وظیفه محافظت از نفس دیگری

وظیفه دیگری که درباره حق حیات مطرح است، وظیفه محافظت دیگری است. اینکه یک شخص تا چه میزان باید از حیات دیگری محافظت کند. به خصوص این

پرسش درباره درمان مطرح می‌شود. این پرسش با مسئله قبلی متفاوت است. در مسئله پیشین سخن این بود که به دیگری زیان وارد نکند. در اینجا وظیفه مضاعفی است که از حیات دیگری محافظت کند و در واقع وجه مثبت بودن حقوق را رعایت کند.

فقیهان حفظ نفس محترمه را از آن رو که حمایت از نیکی و تقواست، واجب دانسته‌اند و به آیاتی چون «تعاونوا علی البر والتقوی و لاتعاونوا علی الإثم والعدوان» (مائده: ۲) و به اعتبار اینکه حفظ حیات به منزله احیاست و در نتیجه مشمول آیه «و من أحيها كأنما أحيي الناس جمعياً» (مائده: ۳۲) دانسته‌اند و از آن رو که می‌توان آن را کار خیری شمرد، مشمول آیه «وافعلوا الخیر» (حج: ۷۷) دانست (ر. ک: نجفی، ۱۳۸۶، ج ۳۶، ص ۴۳۳).

در اینجا می‌توان به روایاتی اشاره کرد که زمینه حیات را فراهم می‌کند؛ برای مثال از پیامبر نقل شده است: «ما آمن بی من بات شعبانا و أخوه المسلم طوا» (حرر عاملي، ۱۴۱۴، ج ۲۴، ص ۳۲۷).

نکته مهمی که صاحب جو / هر بدان پرداخته است اینکه اساساً حفظ نفس دیگری مفروض نظام حقوقی اسلام است. شاهد بر این قضیه حکمتی است که در وجوب نفقات وجود دارد. مردم به صورت واجب کفایی موظف به دادن نفقه به افراد عاجزند. همچنین نصوصی بر مواسات وجود دارد. حتی می‌توان گفت قضیه آن اندازه روشن است که نیازمند دلیل خاص نیست (نجفی، ۱۳۸۶، ج ۳۶، ص ۴۳۳).

بند چهارم: قاعده دفع ضرر محتمل

افزون بر قبح و ممنوعیت اضرار به دیگری، بی‌شک هر انسانی در مواجهه با زیان و خطر موجود یا قریب الوقوع، عکس‌العمل دفاعی مناسب از خود نشان می‌دهد. چنین رفتاری گاه در مواجهه با زیان قطعی است که از آن به دفاع مشروع و پیشگیری از زیان تعبیر می‌شود. از آنجا که چه بسا چنین رفتاری در شرایط عادی ممنوع بوده، برای جواز باید شرایط حقوقی خاصی محقق شود. همچنین به‌خاطر اینکه ممکن است دفاع مستلزم دخالت در حیات و حقوق دیگران باشد، نظام حقوقی برای تبیین مشروعیت آن شرایطی را ذیل عنوان دفاع مشروع بیان می‌کند.

رفتار پیشگیرانه منحصر به زیان قطعی نیست، بلکه در موارد غیرقطعی نیز چه بسا شخص چنین اقدامی را انجام دهد که از آن به دفع زیان احتمالی یاد می‌کنیم. صورت عام رفتار دفاعی به‌عنوان قاعده، شامل دفع ضرر از خود و منع ضرر به دیگری بوده که در ادبیات حقوقی از آن به قاعده منع ضرر (Primum non Nocere /First Do No Harm) صورت‌بندی می‌کنند. این قاعده از جمله قواعد مهمی است که گفته شده است (Ozonoff, 1999, p.100) در طول تاریخ مطرح بوده، حتی به‌عنوان یک اصل اخلاقی رفتاری در متونی چون سوگندنامه بقراط به‌کار رفته است.^۱ برخی مفاد این قاعده را به‌عنوان اصل پیشگیرانه مطرح کرده‌اند و آن را به دو عنصر پیش‌بینی (Foresee) و پیشگیری (Forestall) بازمی‌گردانند (Raffensperger, 2000, p.1)؛ بدین‌صورت که وقوع چنین واکنشی مبتنی بر پیش‌بینی خطر و پیشگیری از آن است.

باوجوداین وقوع واکنش درصورت عدم امکان جبران تبعات زیان‌بار، کمتر با مشکل روبه‌رو است، اما مشکل اساسی این واکنش از منظر حقوقی هنگامی آشکار می‌شود که امکان ترمیم و جبران زیان وجود داشته باشد. با این بیان که چه بسا بتوان گفت در مواردی که صرفاً زیان یا احتمال زیان وجود دارد، نهاد ضمان و جبران و ترمیم کفایت می‌کند و می‌توان به‌جای منع اقدام، از امکان جبران خسارت و ترمیم استفاده کرد.^۲ اینکه چرا حتی در این صورت نیز سخن از پیشگیری و دفع ضرر گفته می‌شود، در این نکته نهفته است که درصورت امکان جبران، اولویت با منع اضرار است؛ از همین‌رو برخی نویسندگان قاعده منع اضرار را به‌صورت مطلق و حتی ناظر بر صورت ترمیم و جبران مطرح کرده‌اند و از آن به قاعده «اول ضرر نزن» بازگردانده‌اند و مؤیدات عرفی آن را در برداشت عمومی «هزینه پیشگیری کمتر از درمان است» (an Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure) دانسته‌اند (Ibid).

این قاعده یا اصل نسبت به زیان‌های محتمل نیز توسعه یافته است. با این بیان که

۱. صورت‌بندی این قاعده در سوگندنامه بقراط نیست. آنچه در این سوگندنامه هست، این است که پزشک موظف می‌باشد به بیمار کمک کند و از هرگونه خطای عمدی و زیان‌رسانی خودداری کند (Yeroulanos, 2016, p.315).

۲. از همین‌رو گفته شده است اگر پای زیان اخروی در کار باشد، عقل به دفع ضرر محتمل حکم خواهد کرد و حتی این حکم درصورت احتمال ضعیف نیز جریان می‌یابد.

اگر اقدامی دارای ظرفیت زیان‌رسانی باشد و درباره میزان اثرات آن و رابطه سببیت میان فعل و زیان اطمینان وجود ندارد، سخن از اقدام پیشگیرانه و آینده‌نگرانه مناسب برای جلوگیری از زیان گفته می‌شود (Ibid).

همان‌گونه که روشن است، برای پذیرش چنین قاعده‌ای در رفتار، عدم اطمینان علمی میان فعل و زیان تکیه‌گاه و نقطه ارشمیدسی این اصل است.^۱ برخی محققان مفهوم «پیش» در اقدامات پیشگیرانه را به معنای این می‌دانند که در اقدام نباید منتظر دلیل قاطع برای رفتار بود و دیگر اینکه بعضی از زیان‌ها از زیان دیگر مهم‌تر است؛ برای مثال در زیان‌های زیستی این پیش‌فرض هست که زیان زیستی از زیان اقتصادی مهم‌تر است. امر دیگر اینکه اقدام پیش از بروز زیان لازم می‌باشد (Ibid, p.47). همچنین زیان‌های به حیات انسانی و احتمال تلف شدن نفس به‌طور قطع مشمول این قاعده است.

فقیهان در متون فقهی صورت خاص این امر را که ناظر به ورود ضرر به خود یا دیگری است، به‌عنوان «قاعده دفع ضرر محتمل» صورت‌بندی کرده‌اند. همان‌گونه که گفته شد، این قاعده به‌لحاظ رفتار فردی یک سخن بوده و مواجهه دولت با خطر و زیان محتمل امر دیگری است که با قاعده اول مرتبط می‌باشد. یکی از راه‌حل‌های ارائه شده در این حوزه، اصل مهمی است که از آن به‌عنوان اصل پیشگیرانه یاد کرده‌اند و ناظر به رفتارهای سیاست‌گذاری، تقنینی و قضایی است؛ بنابراین در اینجا با دو امر روبه‌رو هستیم؛ نخست «قاعده دفع ضرر محتمل» و دیگری «اصل پیشگیرانه». در موضوع بیماری‌های واگیر، اصل پیشگیرانه نقش مهمی در الگوی مواجهه با بیماری دارد.

۱. نقطه ارشمیدسی استعاره‌ای است که از گفته ادعایی ارشمیدس اخذ شده است، مبنی بر اینکه اگر تکیه‌گاه و اهرمی به‌اندازه کافی بلند داشتم، کره زمین را جابه‌جا می‌کردم. نقطه ارشمیدسی نقطه‌ای بیرونی است که از آن یک تصویر متفاوت و شاید واقعی یا عینی از چیزی قابل دریافت می‌باشد. این نقطه ممکن است نگاه به زمان خارج از زمان یا نگاه به دانش از جای دیگر یا نگاه به واقعیت فضایی از لامکان باشد. فلاسفه شکاک یا غیررئالیستی و نیز تقلیل‌گرایان اغلب ادعا می‌کنند چنین نقطه ادعایی صرفاً خیالی است و عینیت ادعایی یک دیدگاه افسانه است (Blackburn, 2016, p.28).

گفتار چهارم: اصول و قواعد اجرایی الگو

یک الگو هنگامی موفق است که بتواند با کمترین مشکل حقوقی و اخلاقی به اجرا درآید. با توجه به خصوصیات نه گانه گفته شده اقتضای قطع سرایت به مدیریت روابط فیزیکی میان افراد است تا بتوان جلوی انتقال ویروس را گرفت. از سوی دیگر به خاطر همه گیری چه بسا تناسب امکانات و افراد نیازمند برقرار نباشد؛ در نتیجه توزیع عادلانه امکانات مسئله مهمی است که باید در الگوی مواجهه در نظر گرفته شود؛ از همین رو دو سطح از عدالت قابل گفت و گو می باشد؛ نخست عدالت در رفتار و دیگری عدالت در توزیع منابع.

بند نخست: عدالت در رفتار

رفتارهای افراد گاهی جنبه فردی و خصوصی دارد که انجام آن متوقف بر ارتباط با دیگری نیست؛ برای مثال گرفتن روزه یا اقامه نماز که بر شخص واجب است. اکنون چه بسا انجام این فرایض متضمن خوف در ابتلا یا خوف نسبت به بهبودی باشد. این امر در فقه عبادی بررسی شده است و اگرچه ممکن است گفته شود از موضوع بحث خارج می باشد، ولی طراحی الگو نیازمند تحلیل ابعاد اخلاقی و فرهنگی یک جامعه است تا دولت بتواند با استفاده از ظرفیت فرهنگی، اقدامات لازم را انجام دهد. اکنون ممکن است در برنامه به ظرفیت اجتماعی توجه کرده و از آن بهره برد یا اینکه نسبت به مقاومت مردم در برابر یک برنامه پیشگیرانه توجه کافی داشته باشد. افزون بر این برخی از عبادیات جنبه جمعی دارد و چه بسا گفته شود محدودیت در رفتارها اعمال عبادی ناسازگار است.

نمونه این امر در ایران به خوبی بروز کرد. مسائلی چون تعطیلی اماکن متبرکه یا نمازهای جمعه و جماعات یا دفن و کفن اموات مسائلی بود که هر یک نیازمند مواجهه فقهی و فرهنگی بود. این گونه عبادات هر چند مهم اند، ولی هنگامی که خوف از ضرر و به خصوص احتمال ایراد ضرر به دیگری مطرح بوده و این احتمال قابل توجه باشد، می توان بحث تزامم را مطرح کرد.

صورت دیگر انجام اقداماتی است که جنبه احسانی دارد؛ بدین معنا که یک شخص

برای نجات دیگری انجام می دهد. به لحاظ فقهی و اخلاقی در پسندیده بودن احسان جای گفت و گو نیست؛ بنابراین اگر کسی در معرض تلف باشد و با دادن غذا نجات می یابد، دارنده طعام باید به وی در صورتی که خود مضطر نباشد، طعام دهد تا اعانه بر قتل صدق نکند (نجفی، ۱۳۸۶، ج ۳۶، ص ۴۳۲)، ولی صورت دشوار جایی است که شخص بخواهد در صورت نیاز ضروری خود آن را به دیگری بدهد؛ برای مثال اگر شخص خود نیازمند باشد و با علم به اینکه اگر داشته خود را به دیگری بدهد، هلاک خواهد شد، در اینجا این پرسش مطرح می شود که آیا مجاز به این کار است؟

برخی به این مسئله پاسخ مثبت داده اند و برخی آن را نفی کرده اند. صاحب جو / هر به تفصیل این مسئله را مورد بررسی قرار داده است. وی در کتاب خود به هر دو دیدگاه اشاره می کند. او به نقل از خلاف و سرایر به اینکه حفظ نفس دیگری به صورت مطلق واجب باشد، اشکال می کند و آن را فاقد دلیل می داند؛ زیرا دلیل حفظ وجوب نفس دیگری اجماع است و این اجماع باید تفسیر مضیق شود و همه صورت ها را در بر نمی گیرد؛ از این رو در نظر آنها اگر حفظ نفس دیگری مبتنی بر دادن مال باشد، واجب نیست. حتی ممکن است گفته شود بسیاری از افراد به صورت مظلوم به قتل رسیده اند و دیگران می توانستند با بذل مال آنها را نجات دهند؛ حال آنکه چنین کاری صورت نگرفته است.

همچنین استدلال به آیه «وَيُؤْتُونَ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ» و هر چند در خودشان احتیاجی [میرم] باشد، آنها را بر خودشان مقدم می دارند» نیز قابل پذیرش نیست؛ زیرا مقام آیه با آنچه در اینجا مطرح است، متفاوت می باشد؛ بنابراین چنین اقدامی ذیل القای نفس در تهلکه قرار می گیرد. همچنین تشبه آن با بحث مجاهد در راه خداوند نیز متفاوت است (همان، ص ۴۳۳).

تاکنون تکلیفی و اخلاقی بودن نجات دیگری احراز می شود، اما سخن مهم اینکه آیا در اینجا می توان حکم حقوقی نیز اثبات کرد. درباره حقوقی بودن آن می توان به ضمانت اجرای احکام تکلیف همچون امر به معروف و نهی از منکر یا تعزیر اشاره کرد، ولی این موارد فقط می تواند الزام به انجام را اثبات کند، اما اینکه بتواند تصرفات دولت را برای نجات دیگران اثبات کند، نیازمند دلیل است.

صورت دیگری که در اینجا باید مطرح می‌شود و تأثیر حقوقی نیز دارد اینکه شخص برای نجات خود تا چه میزان می‌تواند بدون کسب رضایت از اموال دیگران استفاده کند. این مسئله نیز در فقه به صورت مفصل به صورت تکلیفی و وضعی مورد گفت‌وگو قرار گرفته است. بر اساس فقه اسلامی شخص وظیفه محافظت از خود دارد و نباید خود را به هلاکت اندازد، اما شخص برای محافظت نیازمند امکاناتی است. چه بسا وی امکانات حفظ نفس را نداشته باشد؛ از این رو این پرسش مطرح می‌شود که شخص نیازمند تا چه اندازه می‌تواند از امکانات در دست غیر بدون اجازه وی استفاده کند. این امر نیز با توجه به جواز توسل به زور توسط مضطر و اخذ چیزی برای ادامه حیات، مجاز شمرده شده است. حتی این بحث مطرح شده است که اگر برای نجات جان باشد و مالک حاضر به دادن اموال نباشد، به زور گرفته می‌شود (عاملی، ۱۴۱۳، ج ۱۲، ص ۱۲۱). آنچه مسلم است، در صورت اضطرار و در خطر بودن جان چنین اقدامی مجاز است. به همین دلیل شیخ انصاری دو مسئله را از یکدیگر تفکیک می‌کند؛ نخست اینکه شخص نباید با اضرار به دیگری از خود دفع ضرر کند و دیگری اینکه واجب نیست برای دفع ضرر از دیگری به خود زیان وارد کند؛ زیرا هر دو این احکام ضروری‌اند (انصاری، ۱۴۱۴، ص ۱۲۳).

اکنون که این میزان از جواز تصرف اثبات شد، چه بسا بتوان گفت دولت می‌تواند برای حفظ نظم خود این عمل را انجام دهد و برای متضمن برقراری ارتباطات در جامعه است.

همان‌گونه که اشاره شد، انتقال بیماری بر اثر یک فعل غیراختیاری که همان تنفس است، صورت می‌گیرد. اگر به لحاظ علمی نیز پایداری این ویروس و میزان توان انتقال آن مشخص شود، می‌توان سطح تماس فیزیکی را برای قطع رابطه انتقال مشخص کرد، ولی اجرای کامل این امر در محیط اجتماعی غیرممکن می‌باشد؛ زیرا در اینجا بحث اصلی درباره تراحم زیان محتمل با حقوق و آزادی‌های افراد است.

به عبارت دیگر آنچه اکنون مورد گفت‌وگو واقع می‌شود، نسبت دو قاعده گفته شده است؛ یعنی اینکه یک شخص برای حفظ خود یا دفع ضرر از خود یا دستیابی به منافع اقتصادی و مادی بر دیگری تأثیر زیان‌بار داشته باشد. حال ممکن است شخص دارای

بیماری که به آن آگاه است، بخواهد برای رفع نیازهای زندگی خود از محل خارج شود و از این رو دیگران را در معرض بیماری قرار دهد یا اینکه به بیماری خود آگاه نیست، ولی بر حسب نظر کارشناسان بیماری، ممکن است ناقل بیماری باشد. او برای انجام فعالیت‌های خود ممکن است دیگران را مبتلا کند. اکنون به لحاظ فقهی و حقوقی این پرسش مطرح می‌شود که آیا این رفتار وی منع تکلیفی دارد و بر فرض اینکه دیگری مبتلا شود، آیا باید خسارت دیگری را بدهد. این پرسش نسبت به شخص دیگر نیز مطرح است؛ بدین صورت که او اگر احتمال بیمار شدن می‌دهد، می‌تواند به فعالیت‌های خود که متضمن خطر است، ادامه دهد و با این فرض که وی بیمار شود، آیا این عمل وی اقدام به ضرر محسوب می‌شود.

اگر فرض شود که رفتار اشخاص آزاد است، حال با این فرض تا چه اندازه می‌توان به خاطر ضرر دیگری یا احتمال ضرر وی قائل به محدودیت رفتار شد. در اینجا عوامل چون میزان نیاز انجام‌دهنده رفتار، متعارف بودن رفتار و درجه احتمال مهم است.

دو رویکرد فقهی در این باره هست؛ نخست اینکه محور محدودیت و مسئولیت افراد، احتمال ایراد زیان است؛ بدین معنا که اگر احتمال سرایت قوی و به نظر کارشناسان قریب به یقین باشد، فعالیت محدود می‌شود، ولی ممکن است در اینجا گفته شود کارشناسان نسبت به رفتارهای خاص نظر نمی‌دهند، بلکه در مجموع و با محاسبه احتمالات در یک مجموعه معین شیوع را قطعی می‌دانند. به عبارت دیگر آنان علم اجمالی بر شیوع در یک مجموعه معین دارند؛ در این صورت تمامی افراد درگیر علم اجمالی باید تابع نظریه کارشناسی باشند.

برخی دیگر محور محدودیت و مسئولیت را بر اساس غایت فعل شخص تحلیل می‌کنند. بر اساس ماده ۳۰ قانون مدنی هرکس می‌تواند در مال خود هرگونه تصرف کند، اما بر اساس ماده ۱۳۲ قانون مدنی: «کسی نمی‌تواند در ملک خود تصرفی کند که مستلزم تضرر همسایه شود، مگر تصرفی که به قدر متعارف و برای رفع حاجت یا رفع ضرر از خود باشد».

باتوجه به اینکه این معیار را می‌توان در افعال نیز به کار برد، می‌توان نتیجه گرفت افعال زیان‌بار برای دیگری و مفید برای فاعل، دارای دو شرط است؛ نخست اینکه

به قدر متعارف باشد و دیگر اینکه برای رفع حاجت یا دفع ضرر از خود باشد (برای
تفصیل بحث، ر.ک: حکمت‌نیا و فیاضی، ۱۳۹۳). اکنون در
بیماری‌های واگیر نیز می‌توان با تأکید بیشتر این قاعده را اجرا کرد، ولی مسئله مهمی
که در اینجا مطرح است این است که در مورد بیماری‌های واگیر بحث بر سر شیوع
بیماری و پیشگیری از یک فاجعه انسانی است. در این صورت باید گفت ورود شخص
در اجتماعات این گونه نیست که قابل تفکیک میان مفید بودن برای خود و مضر بودن
برای فرد دیگر باشد، بلکه این رفتار باعث تهدید جامعه بوده که خود فرد نیز عضوی
از آن است؛ به تعبیر دیگر شخص با رفتار خود، همه جامعه را در معرض خطر قرار
می‌دهد؛ بنابراین محدودیت رفتار وسیع‌تر خواهد بود و می‌توان گفت حتی اگر این
رفتار برای وی مفید نیز باشد، می‌تواند موضوع محدودیت قرار گیرد. چه بسا بتوان از
قاعده دفع افسد به فاسد نیز استفاده کرد.

مسئله مهم دیگر اینکه دولت و شخص ثالث در این ارتباط چه می‌تواند انجام دهد.
اینکه دولت بخواهد از طریق نجات شخصی به دیگری زیان وارد کند؛ به نحوی که
شخص دیگر از میان برود، خلاف قاعده است، ولی اگر دولت با عدم مداخله در
بیماری واگیر در صدد باشد که از طرق مصونیت جمعی وضعیت بیماری را مدیریت
کند، ممکن است گفته شود دولت به مصلحت جمعی عمل کرده است و این امر
به معنای اضرار به افراد نیست، ولی همین امر نیز با عدالت ناهماهنگ است؛ زیرا چه بسا
گفته شود این اقدام دولت به لحاظ اجتماعی سبب مفت‌سواری برخی می‌شود؛ یعنی
عده‌ای انتظار دارند از طریق ابتلای دیگران مصونیت یابند و هزینه آن را پرداخت نکنند
(Giubilini, 2018, p.21). همچنین با توجه به اینکه این مصونیت مبتنی بر اشتراک و
مساعی جمعی است این مسئله مطرح می‌شود که چگونه بر اساس نظریه فردگرایانه،
فرد را مسئول برای ایجاد مصونیت جمعی کرد (Ibid).

در مقابل برای این مدل مزایای گوناگونی را می‌شمارند؛ از جمله اینکه افرادی که
بیمار نشده‌اند در برابر بیماری مصون می‌شود. دوم اینکه کسانی که خود را در برابر
بیماری واکسن کرده‌اند، چون باز احتمال ابتلای آنها وجود دارد، آنها از این مدل منتفع
خواهند شد و سوم اینکه هزینه مواجهه کم خواهد شد (Ibid).

بند دوم: عدالت در توزیع منابع

آنچه در بیماری‌های واگیر دار مهم است، حیث جمعی و شیوع آن است؛ در نتیجه چنین شیوعی افراد زیادی به صورت همزمان درگیر می‌شوند؛ از همین رو افراد و دولت به نسبت به این امر جمعی وظایفی دارند. این مسئله اگرچه مبتنی بر حقوق پایه است، ولی اصول و قواعد آن ماهیت جمعی دارد. در واقع دولت با این مسئله روبه‌رو است که حیات و سلامت تعداد زیادی از شهروندان با چالش مستمر روبه‌رو شده است. این امر به صورت دفعی می‌باشد و چه بسا امکانات برای مواجهه با آن نیز کافی نباشد. در این صورت برای پیشگیری و درمان باید اقداماتی انجام دهد که امکانات آن را ندارد. این اقدامات باید مبتنی بر حقوق اشخاص باشد و از سوی دیگر در تأمین آن نیز باید عدالت اجرا شود. همچنین به لحاظ نتایج نیز باید مورد توجه قرار گیرد؛ بنابراین پرسش اصلی اینکه اقتضای عدالت در این حوزه چیست. این بحث دارای دو سطح است؛ نخست اینکه دولت منابع عمومی را چگونه توزیع کند و دیگر اینکه با چه توجیهی می‌تواند از منابع خصوصی برای مواجهه بیماری استفاده کند. نمونه مسئله دوم انحصار در اختراع ثبت شده و ایجاد حقوق انحصاری است. اگر این اختراع در حوزه دارو و درمان باشد، این بحث مطرح می‌شود که دولت چگونه عدالت را میان نیاز مردم و حقوق خصوصی افراد برقرار می‌کند.

اکنون اگر استحقاق افراد مفروض گرفته شود و اصل برابری در برخورداری از منابع لحاظ شود و از سوی دیگر کمبود منابع وجود داشته باشد، ممکن است نخستین اقتضای عدالت این باشد که دسترسی به منابع برای افراد چیره‌بندی شود و سهم هرکس از منابع مشخص شود. این ایده در جایی که نیازها یکسان باشد و میزان خطر برای افراد مساوی باشد، ایده مناسبی است، اما در بیمارهای واگیر به دلیل نوع بیماری، وضعیت بدنی، موقعیت و وظیفه شغلی و اجتماعی افراد نیاز آنها و میزان اهمیت آن متفاوت است و در نتیجه استفاده از امکانات درمانی یکسان نیست؛ بنابراین اگر نیازهای کادر درمان برای اینکه وظیفه درمان و رسیدگی به بیماران را دارند، مقدم شود تا آنان بتوانند وظایف اثباتی خود را نسبت به بیماری و بیماران انجام دهند، امری مطابق با عدالت است. همین وضعیت درباره کسانی که در مراکز پژوهشی درباره محصولات

درمانی فعالیت می‌کنند نیز وجود دارد.

اما مسئله مهم در جایی است که توزیع منابع میان افراد بیمار یا در معرض بیماری عادی مطرح باشد. در اینجا ممکن است گفته شود که «تقدم منافع جمعی بر منافع فردی» مطرح است؛ در نتیجه این اصل اقدامی موجه است که بیشترین منافع برای بیشترین افراد را تأمین کند. این اصل یکی از اصول نظریه‌های منفعت‌گرایی است. آنچه در اینجا باید مورد توجه قرار گیرد اینکه آیا تأمین منافع جمعی می‌تواند از طریق اضرار به عده‌ای باشد یا اینکه سیاست‌ها به گونه‌ای طراحی شود که عده‌ای متضرر و عده‌ای منتفع شوند.

در تحلیل این اصل دو گونه تقریر فردگرایانه و جمع‌گرایانه می‌توان ارائه داد. در حقیقت همان‌گونه که در وجود یک فرد ممکن است وی برای نجات خود اقدام به اتلاف جز بدن خود کند (بعض را به‌خاطر حفظ کل تلف کند)، آیا دولت نسبت به جامعه می‌تواند چنین رفتاری داشته باشد و برای حفظ اکثریت اجازه متضرر شدن عده‌ای را بدهد. در اینجا ممکن است این بحث مطرح شود که آیا رابطه جامعه با افراد رابطه کل و جزء یا کلی و جزئی است. با این توضیح که اگر رابطه کل و جزء باشد، دولت وظیفه حمایت از یک مجموعه را به‌عهده دارد و در نتیجه ممکن است گفته شود اگر برخی از افراد از میان بروند تا کل باقی بماند، موجه باشد. همان‌طور که درباره یک شخص چنین مطلبی مطرح شده است و برخی به این قاعده اشاره کرده‌اند که «إتلاف البعض لإستبقاء الكل» امری خردمندانه است (ر.ک: طوسی، ۱۳۸۷، ج ۶، ص ۲۸۸ / نجفی، ۱۳۸۶، ج ۳۶، ص ۴۴۲).

صرف‌نظر از اینکه نمی‌توان جامعه را به یک کل و با همان احکام دانست، این اشکال به قوت خود باقی است که نسبت اجزا با یکدیگر چیست و بر چه ملاکی می‌توان اجزا یک مجموعه را از یکدیگر متمایز کرد و با فرض تمایز ملاکی برای آن وجود ندارد. هر چند منفعت‌گرایان ممکن است بگویند کسانی که فایده بیشتری برای کل دارند، از استحقاق بیشتری برخوردارند، اما همین سخن نیز دارای اشکال است؛ زیرا در اینجا با اجزایی روبه‌رو هستیم که جنبه‌های پنهان داشته و از سوی دیگر آنان در مسیر تکامل و حرکت‌اند. از سوی دیگر خود این گزاره که کسانی که نفع بیشتری

می‌رسانند، باید نفع بیشتری ببرند نیز محل اشکال است.

در مقابل اگر رابطه فرد و جامعه رابطه کلی و جزئی دانسته شود، تفکیک افراد و دادن امتیاز بسی دشوارتر است.

یکی دیگر از ایده‌هایی که به تفکیک در بیماری‌های واگیر منجر می‌شود، این است که میان افراد سالمند و غیرسالمند تفاوت گذاشته شود. دفاع از این تفاوت یا تبعیض در ادبیات اخلاقی و حقوقی به‌عنوان «ایجیسم» (Ageism) یا سن‌گرایی یاد می‌شود. برخی براین‌باورند که ایجیسم و تفاوت بر اساس سن بدین‌معنا که افراد مسن از حقوق کمتری برخوردار باشند همه‌جا وجود دارد.

بنا بر تعریفی که سازمان جهانی بهداشت ارائه داده است، ایجیسم و سن‌گرایی ایده‌ای است که تبعیض و اعمال تفاوت بر اساس سن را مجاز می‌شمارد. این ایده روشی ایذایی است که تأثیر مضر بر سلامتی افراد سالمند دارد. پیرگرایی برای افراد سالخورده یک چالش روزمره است. نادیده‌گرفتن اشتغال، محدودیت در خدمات اجتماعی و کلیشه در رسانه‌هاست که موجب حاشیه‌نشینی افراد شده و آنان را در اجتماعات خود محروم می‌کند (<https://www.who.int/ageing/ageism/en>).

اگرچه در بدو امر شاید فهم این امر ساده به‌نظر برسد، اما باید گفت سن‌گرایی مفهوم چندبُعدی است. این مفهوم دارای بُعد شناختی، بُعد تأثیری و بُعد رفتاری است. بُعد شناختی آن همان کلیشه‌بودن است و به‌لحاظ تأثیری به پیامدهای زیان‌بار و بُعد رفتاری آن منجر به پذیرش تبعیض بر اساس سن می‌شود که در نتیجه میان سالمندان از حقوق متفاوتی مانند غیرسالمندان خواهند شد. همچنین از آنجاکه این ابعاد ممکن است به‌صورت صریح مطرح نباشد و به‌صورت پنهان و غیرصریح اجرا شود؛ از این‌رو سن‌گرایی را می‌توان به صریح و ضمنی تقسیم کرد (Marques, 2020, p.27).

افزون‌براین سن‌گرایی ممکن است در سطح خرد و فردی یا متوسط و در شبکه‌های اجتماعی یا کلان در سطح نهادهای مطرح باشد (Ibid).

همچنین سن‌گرایی ممکن است به نسبت دید اشخاص نسبت به سالمندان یا دید سالمندان نسبت خودشان بررسی شود.

سن‌گرایی به‌عنوان یک حوزه مؤثر بر ارزش‌ها بسیار در میان فرهنگ‌ها شایع است.

بنا بر داده‌های آماری تحقیق درباره ارزش‌ها جهانی که در ۵۷ کشور انجام شده است، حدود شصت درصد مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که سالمندان به حقوق خود دست نمی‌یابند. همچنین هر روز بنا بر آمار، نگاه منفی به سالمندان رو به گسترش است (Ibid).

باتوجه به ایده سن‌گرایی در اینجا ممکن است این استدلال مطرح شود که آنچه در آن تبعیض وجود ندارد، در مرحله تمتع از حق است. آنچه ممکن است تفاوت کند، در مرحله استیفای حق است. دولت متعهد است تلاش برای استیفای حق دیگران کند؛ حال اگر کسی به لحاظ طبیعی از میزان بیشتری از حق حیات استیفا کرده باشد، در مرحله کمبود منافع اگر کمتر دریافت کند، به لحاظ عدالت توزیعی ظلمی صورت نگرفته است. این استدلال مبتنی بر این است بتوان حیات را به دو مرحله تقسیم کرد؛ نخست حیات استحقاقی و دیگری تفضلی؛ بدین معنا که افراد با رسیدن به سن نوعی حیات به استحقاق خود دست یافته‌اند و پس از آن حیات از باب تفضل به آنان است و در نتیجه وظایف دولت نسبت به آنها یکسان نیست. حال اگر مفهوم عدالت توزیعی به معنای تخصیص منابع به افراد باشد، باید وجهی برای توزیع یافت. اگر کسی سهم خود را دریافت کرده باشد، پس از آن استحقاق دریافت ندارد؛ از همین رو اگر گفته شود سالمندان حمایت‌های جامعه را در گذشته بیشتر دریافت کرده‌اند، در نتیجه در مرحله‌ای که با کمبود منابع روبه‌رو هستیم، آنان استحقاق دریافت ندارند. به بیان دیگر مراقبت‌های بهداشتی به افراد سالمند تخصیص یافته است و آنان دیگر سهمی ندارند. همچنین ممکن است به لحاظ اقتضای دریافت‌کننده نیز توجه شود، با این بیان که شخص سالمند با عدم دریافت مراقبت پزشکی در یک خطر مرگ زود رس قرار نمی‌گیرد (Shaw, 194 & 191-188, 1994). مطابق این نتیجه سخن این است که وی حق حیات خود را استیفا کرده است و از باب تأمین حق استحقاقی ندارد.

از منظر توان فراهم‌کننده نیز ممکن است گفته شود جامعه موظف است برای شهروندان زنده خود حداقل کیفیت و مدت را در ارائه خدمات فراهم کند، اما وظیفه ندارد تا برای افرادی محدود طولانی‌ترین خدمات را ارائه دهد. به عبارت دیگر پیش از اینکه برای عده‌ای خاویار تهیه کنید، باید برای همه نان تهیه کرد (Ibid). یکی دیگر از

استدلال‌های سن‌گرایی مبنای اقتصادی است. به‌نفع سالمندان است که اجازه دهیم تا هزینه درمان جوانان پرداخت شود تا سالمندان آینده در وضعیت بهتری باشند.

همچنین گفته شده است سالمندان تعدادشان کم و فناوری‌های پزشکی کمتری در دسترس آنها قرار می‌گیرد؛ زیرا مراقبت‌های پزشکی کالای گرانبهایی است که میزان آن نیز کم است؛ بنابراین باید به‌خوبی مورد بهره‌وری قرار گیرد؛ برای مثال تعداد افراد سالمند بالای ۷۵ سال طی دهه ۱۹۷۰م تا ۱۹۸۰م با ۲۵ درصد رشد به تعداد دو میلیون و چهارصد هزار تن رسیده است. متوسط ماندن افراد بین ۶۰ تا ۶۵ سال در بیمارستان در انگلستان ده روز بوده است و حال آنکه متوسط بستری شدن افراد ۸۰ تا ۸۵ سال، ۲۵ روز بوده است. در امریکا تقریباً نصف بودجه سلامت هزینه یک ماه حیات شده است.

چه بسا گفته شود می‌توان معیارهای دیگری ارائه داد که بتوان بر اساس آنها تفاوت در برخورداری را معین کرد، ولی از آنجاکه این نظریه در باب منفعت‌گرایی و در پارادیم تجربی مطرح می‌شود، معیار سن معیاری عینی و قابل اندازه‌گیری بوده، ولی دیگر معیارها ذهنی خواهد بود و بر مبنای تجربه‌گرایی قابل دفاع نیست.

اینها نمونه استدلال‌هایی برای دفاع از سن‌گرایی است، ولی این استدلال‌ها در دیدگاه‌های اخلاقی و به‌خصوص در اندیشه توحیدی و اسلامی و باتوجه به ماهیت حیات این ایده قابل دفاع نیست. افزون‌براین تجزیه‌پذیری سن و برقراری تناسب میان سن و امکانات امری است که دلیل موجه فلسفی حتی در نظریه منفعت‌گرایی می‌طلبد. وجود انسان و ماهیت آن نمی‌تواند خود موضوع برای تحلیل اقتصادی باشد. تحلیل اقتصادی با فراغت از شناخت انسان است.

در نتیجه برای اولویت‌بندی باید معیارهای دیگری طراحی کرد. در اینجا می‌توان به عناصری چون تقدم در نیاز، میزان خطر، شدت خطر و مانند آن اشاره کرد.

نتیجه و پیشنهاد

در مقاله حاضر نشان داده شد که ارائه یک الگوی کاربردی نیازمند شناخت موضوع و تبیین عناصر مؤثر در مباحث اخلاقی و فقهی و حقوقی است. در همین راستا به‌توجه به خصوصیت بیماری کوید ۱۹ پرداخته شد. البته این عناصر باتوجه به وضعیت بیماری و

سطح دانش نسبت به آن است. به تدریج این عناصر تغییر خواهد کرد. از سوی دیگر نیازمند شناخت ارزش‌ها و حقوق پایه هستیم. در همین راستا به حقوقی مانند حق حیات و حق بر سلامت و امنیت اشاره شد و تلاش شد با واکاوی آنها نسبت دولت و مردم با این حقوق روشن شود. افزون‌براین در طراحی الگو به قواعد رفتاری اصلی و پایه پرداخته شد. همه اینها باید بتواند در محیط با منابع محدود کاربرد داشته باشد؛ از همین رو دو بحث عدالت در رفتار و عدالت در توزیع منابع مورد گفت‌وگو قرار گرفت. در مقاله پیش رو روشن شد برای طراحی الگو باید پارادایم حاکم را شناخت. بدون داشتن پارادایم، الگوی مواجهه با ناهماهنگی روبه‌رو خواهد شد.

اکنون باتوجه به این امور به نظر می‌رسد به‌خاطر ماهیت پویای الگو یک مدیریت منسجم اجرایی نیاز است که بتوان باتوجه به تغییر در عناصر به‌صورت پویا تصمیمات مقتضی در سطح حاکمیت گرفت و به‌اجرا درآورد. طراحی چنین مدیریتی نیازمند زیرساخت‌های حقوقی است. همچنین به‌خاطر همه‌گیری چه‌بسا شرایط عادی و اعمال حاکمیت از طرف متعارف ممکن نباشد؛ از همین رو نیازمند مشروعیت الگو به‌لحاظ اجرایی و در شرایط ویژه‌ایم که چه‌بسا باید قوانین متعددی در این‌باره تصویب شود. همچنین به‌لحاظ بین‌المللی دولت‌ها موظف به داشتن سامانه‌های پیشبینی خطر و رصد خطرات پیش‌رو هستند. افزون‌براین دولت‌ها موظف‌اند اطلاعات خود را با دیگر کشورها ردّ و بدل کنند تا ابعاد بین‌المللی خطر قابل کنترل باشد. این‌گونه خطرات به‌اندازه‌ای اهمیت دارد که به‌لحاظ جرم‌انگاری باید این بحث صورت گیرد که اقتضای جرم در این‌گونه بیماری‌ها چیست و آیا وضع جرم مطلق که صرفاً با اقدامات مادی تحقق یابد تا افراد برای عدم ارتکاب جرم تلاش به اقدامات پیشگیرانه کنند، مناسب است. اینها مواردی است که باید با شناخت مبانی الگو برای طراحی اجرایی آن در نظر گرفت.

منابع

الف) کتابها و مقالهها

۱. انصاری، مرتضی؛ رسائل فقهیه؛ قم: کنگره جهانی بزرگداشت شیخ اعظم انصاری، ۱۴۱۴ق.
۲. حرّ عاملی، محمدبن حسن؛ وسائل الشیعة؛ قم: مؤسسه آل البيت لإحياء التراث، ۱۴۱۴ق.
۳. حکمت‌نیا، محمود و مسعود فیاضی؛ «مسئولیت مدنی ناشی از تصرفات مالکانه»، حقوق اسلامی؛ بهار ۱۳۹۳.
۴. شورای فرهنگی اجتماعی زنان؛ منشور حقوق و مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی زن؛ ۱۳۸۳.
۵. طوسی، محمدبن حسن؛ المبسوط فی فقه الإمامیه؛ تصحیح محمدتقی کشفی؛ المکتبه المرتضویه، ۱۳۸۷ق.
۶. عاملی (شهید ثانی)، زین‌الدین بن علی؛ مسالک‌الافهام إلی تنقیح شرائع الإسلام؛ مؤسسه المعارف الإسلامیه، ۱۴۱۳ق.
۷. فیض کاشانی، محمدبن شاه مرتضی؛ الوافی؛ اصفهان: تحقیق مکتبه الإمام امیرالمؤمنین علی، ۱۴۳۰ق.
۸. مجلسی، محمدتقی؛ روضة‌المتقین فی شرح من لایحضره الفقیه؛ ۱۴۰۶ق.
۹. محقق داماد، سیدمصطفی؛ فقه بیماری‌های واگیر؛ مندرج در: <http://www.ias.ac.ir>
۱۰. نجفی، محمدحسن؛ جواهرالکلام فی شرح شرائع الإسلام؛ قم: الإسلامیه، ۱۳۸۶.
11. “Health” ni Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1983.

12. Beauchamp and Childress, Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, 2001
13. Blackburn, Simon ; The Oxford Dictionary of Philosophy, 2016.
14. Boslaugh, Sarah and Louise-Anne McNutt; Encyclopedia of Epidemiology, Sage, 2018.
15. Bradley A. , Positive rights, negative rights and health care, J Med Ethics. , Dec; 36 (12) ; 2010.
16. Chauffour, Jean-Pierre; The Power of Freedom: Uniting Human Rights and Development; Cato Institute, 2009.
17. Constitution of the World Health Organization, 14 U. N. T. S. 186, 22 July 1946 (entered into force 7 April 1948) , reprinted in Basic Documents of the WHO (32d ed. Geneva, 1981).
18. Giubilini, Alberto; The Ethics of Vaccination, Springer, 2018.
19. Goodman, Timothy; Is There A Right to Health?, Journal of Medicine and Philosophy; 2005.
20. Haracoglou, Irina; Competition Law and Patents: A Follow-on Innovation Perspective in the Biopharmaceutical Industry; Edward Elgar Publishing, 2008.
21. Heath Kelly. The classical definition of a pandemic is not elusive, Bulletin of the World Health Organization 2011;89: 540-541. doi: 10. 2471/BLT. 11. 088815
22. Institute of Medicine, Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease: Workshop, Forum on Microbial Threats; 2017.
23. Kabasakal Arat, Zehra F. ; Human Rights Worldwide: A Reference Handbook, ABC-CLIO, 2006.

24. Kantor, J. E. ; Medical Ethics for Physicians-in-Training, New York; Springer Science & Business Media; 2013.
25. Kipnis, Kenneth and Diana T. Meyers, Economic Justice: Private Rights and Public Responsibilities; Rowman & Littlefield, 1985.
26. Leckie, Scott and Anne Gallagher; Economic, Social and Cultural Rights: A Legal Resource Guide; University of Pennsylvania Press; 2011.
27. Marques, Sibila; Determinants of agesim against Older Adults; A Systematic review, International journal of environmental research and public health 17 (7): 2560 · April 2020.
28. Ozonoff, David; The Precautionary Principle as a Screening Device, in: Carolyn Raffensperger & Joel A. Tickner (eds.) , Protecting Public Health & the Environment: Implementing the Precautionary Principle; 1999.
29. Raffensperger Carolyn and Joel A. Tickner (eds.) , Protecting Public Health & the Environment: Implementing the Precautionary Principle; 2000.
30. Ramcharan, B. G. ; The Right to Life in International Law; Martinus Nijhoff Publishers, 1986.
31. Schlossberger, Eugene; A Holistic Approach to Rights: Affirmative Action, Reproductive Rights; University Press of America, 2008.
32. Sepúlveda, M. Magdalena et al. ; The Nature of the Obligations Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; Intersentia nv; 2003.

33. Shaw, A. B. ; In defense of ageism; Journal of medical ethics; 1994.
34. Tobin ,John; The Right to Health in International Law; Oxford; 2012.
35. Wisner, Ben et al. ; Handbook of Hazards and Disaster Risk Reduction and Management; Routledge; 2011.
36. Yeroulanos, Marinos ; A Dictionary of Classical Greek Quotations, I. B. Tauris, 2016.

ب) پایگاه‌های اینترنتی

37. COVID-19 and the world of work: Impact and policy responses; ILO 1st Edition, 2020. Available at https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf
38. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
39. <https://www.who.int/globalchange/publication>
40. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
41. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition.
42. UN Economic and Social Council; General Comment No. 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (on article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) Adopted on 11 August 2000, p 3, available at http://data.unaids.org/publications/External-Documents-Restored/ecosoc_cescr-gc14_en.pdf visited on June 2011.
43. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights; 2006.