

گواهی سلامت پیش از ازدواج از منظر اسناد بین‌المللی حقوق بشر با تأکید بر حقوق کودک

Premarital Health Certification in International Human Rights Instruments, With an Emphasis on Children's Rights

M. ghadiri, Ph.D.

Family Research Institute, University of Shahid
Beheshti, Tehran, Iran

T. Nikkar Chenijani, M. A.

Department of Humanities, University of Tarbiat
Modares, Tehran, Iran

✉ دکتر ماهرو غدیری

استادیار، عضو هیئت علمی پژوهشکده خانواده، دانشگاه
شهید بهشتی

طیبه نیک‌کار چنیجانی

دانشجوی دکتری مطالعات زنان، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت مقاله: ۹۶/۳/۱۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۱۱/۱

پذیرش مقاله: ۹۶/۱۱/۳

Abstract

The right to marry and start a family is the indisputable right of every human being. Reproduction and childbearing is one of the main motivations for marriage, especially in our country. One of the main concerns about the marriage of persons with contagious and dangerous diseases is the possibility of transmitting the disease by reproduction and concerns for the future of the child. It seems that the Iranian legislature intended to address this issue in 2013. According to Article 23 of the Family Protection Law, couples are obligated to receive a health certificate clearing them of drug addiction and dangerous and contagious diseases before they conclude a marriage contract.

✉ Corresponding author: Family Research Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

Email: ghadiri.mahrou@gmail.com

چکیده

حق ازدواج و تشکیل خانواده از حقوق مسلم هر انسانی است. فرزندآوری یکی از انگیزه‌های اصلی ازدواج به‌ویژه در کشور ایران است. در مورد ازدواج افرادی که مبتلا به بیماری‌های مسری و خطرناک هستند، یکی از دغدغه‌های اصلی، تولید نسل و امکان انتقال بیماری و نگرانی از آینده کودک است. به نظر می‌رسد قانونگذار در سال ۱۳۹۱ به این موضوع نظر داشته و طبق ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده زوجین را مکلف کرده تا پیش از انعقاد نکاح، گواهی سلامت از اعتیاد و بیماری‌های مسری و خطرناک دریافت کنند. بعلاوه چنانچه هر یک از زوجین مبتلا به بیماری مسری و خطرناک باشند، باید تحت مراقبت و نظارت قرار گیرند.

*این پژوهش با حمایت قطب علمی خانواده صورت گرفته است.
✉ نویسنده مسئول: تهران، میدان دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.

پست الکترونیکی: ghadiri.mahrou@gmail.com

In addition, any of the couples suffering from an infectious or dangerous disease must be monitored and supervised, and in cases where there is a risk of damage to the fetus, such care and supervision should also include the prevention of their reproduction. This note addresses the claims that this provision entails sterilization, contrary to the state's obligation of minimal intervention in legitimate individual freedoms. The question is what should be done in the conflict between the right of (sick) persons to marry and start a family, and the government's commitment to maintaining public health and the protection of the rights of the future child? How should these rights be balanced? The purpose of this article is to examine the conflict between these rights from the perspective of international human rights instruments through a descriptive-analytical method. According to the research findings, not only there is a serious ambiguity in the manner of the implementation of this regulation, there is also no sanction for the violation of the provision. The recommended approach is to minimize state intervention in the rights of individuals while prioritizing the best interests of the future child by providing free medical services, counseling in advance of marriage, and raising awareness of couples through education.

Keywords: Right to marry and found a family, Right to Health, Premarital tests, best interests of the child.

مطابق تبصره در مواردی که خطر خسارت به جنین وجود دارد، مراقبت و نظارت باید شامل منع تولید نسل نیز باشد. این تبصره طوری طراحی شده که فرض عقیم‌سازی را به ذهن متبادر می‌کند و این امر برخلاف مداخله حداقلی در آزادی‌های فردی است. سؤال این است که در تعارض بین حقوق افراد (بیمار) به ازدواج و فرزندآوری و تعهد دولت به حفظ سلامت عمومی و حفظ حقوق کودک آینده، چه باید کرد و اولویت با کدام است؟ هدف این مقاله، بررسی تعارض میان این حقوق از منظر اسناد بین‌المللی حقوق بشر با روش توصیفی-تحلیلی است. بر اساس یافته‌های تحقیق، نه تنها به لحاظ عملی در امکان اجرای این ماده ابهامات جدی وجود دارد، بلکه ضمانت‌اجرایی برای تحقق اهداف آن پیش‌بینی نشده است. راهکار پیشنهادی مداخله حداقلی دولت در حقوق افراد، با اولویت قرار دادن مصالح کودک آینده و تعهد به ارائه خدمات رایگان پزشکی، مشاوره‌های پیش از ازدواج و افزایش سطح آگاهی زوجین از طریق آموزش است.

کلیدواژه‌ها: حق ازدواج و تشکیل خانواده، حق بر سلامت، آزمایش‌های پیش از ازدواج، مصالح عالی کودک.

مقدمه

محیط خانوادگی مرکز احساسات، عواطف و معنویات است و به حمایت جامعه و دولت نیاز دارد. از این رو هم قوانین داخلی کشورها و هم حقوق بین‌الملل با به رسمیت شناختن این واقعیت که خانواده نقش اساسی و محوری در جوامع انسانی ایفا می‌کند، حمایت گسترده‌ای را در چارچوب قواعد و مقررات ملی و بین‌المللی نسبت به این نهاد معمول می‌دارد. اهمیت کاملاً آشکار خانواده در سراسر جهان باعث شده تا در سطح

بین‌المللی، اسناد بین‌المللی بنا بر مورد متضمن موازین و قواعدی در خصوص حقوق خانواده و اعضای آن باشند.

اسناد بین‌المللی متضمن مقرراتی از مراحل شکل‌گیری خانواده، استمرار تا پایان آن هستند، از جمله حق بر ازدواج و تشکیل خانواده، حق یکسان در انتخاب آزادانه، حقوق و مسئولیت‌های یکسان در طی زناشویی و هنگام جدایی، حقوق یکسان در مورد تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه درباره تعداد فرزندان و فاصله زمان بارداری و سایر مواردی از این دست در نظر گرفته است.

در این میان یکی از حقوق مسلم کودکان، حق بر سلامت است و این حق به طور مستقیم بستگی جدی به سلامت والدینشان دارد. یکی از مهم‌ترین مراحل بررسی میزان سلامت والدین، مرحله حساس پیش از ازدواج آن‌هاست؛ یعنی زمانی که طرفین برای انعقاد پیمان زناشویی به دفاتر رسمی ثبت نکاح مراجعه نموده‌اند. در بسیاری از نظام‌های حقوقی، در این مرحله قانون‌گذاران طرفین را مکلف می‌کنند تا با انجام آزمایش‌هایی، پیش از ازدواج از وضعیت سلامت جسمی خود اطلاع یابند. در نظام حقوقی ایران ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱ به این مهم اختصاص یافته است. به نظر می‌رسد وضع این مقررات و انجام آزمایش‌ها به منظور کسب اطمینان از وضعیت بیماری یا سلامت طرفین اولاً در راستای آگاهی طرفین از شرایط خود (در مواردی که خود فرد از بیماری‌اش بی‌اطلاع است) و ثانیاً حق طرفین در اطلاع از وضعیت سلامت طرف دیگر و ثالثاً به منظور پیشگیری از بروز اختلالات گوناگون جسمی - ژنتیکی و روحی - روانی در کودکان حاصل از ازدواج پیش‌بینی شده است. در حقیقت، یکی از مهم‌ترین اهداف سیاست‌های دولت‌ها در افزایش سطح سلامت عمومی جامعه، یعنی کاهش نرخ شیوع بیماری‌ها از طریق غربالگری طرفین پیش از انعقاد عقد نکاح قابل تحقق خواهد بود. آنچه مهم است نحوه سیاست‌گذاری دولت‌ها برای اجرایی شدن اهداف مذکور است. آیا تعادل بین حقوق فرد، کودک و دولت در این خصوص با تصویب ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده محقق شده است؟

در عرصه عمل، گاهی اجرای برخی از سیاست‌های کلان، منجر به نادیده گرفتن بخشی از حقوق افراد می‌شود. همین امر سبب ایجاد تعارض میان منافع، حقوق و تکالیف افراد مختلف درگیر در آن موضوع خواهد شد. به عنوان مثال مطابق اسناد بین‌المللی هیچ‌کس نمی‌تواند حق افراد بر ازدواج و تشکیل خانواده را محدود یا ممنوع سازد. در عین حال اهمیت حفظ سلامت نسل آینده این اختیار را به دولت‌ها می‌دهد تا در مسیر تحقق حق ازدواج افراد محدودیت‌هایی اعمال نمایند. هدف این مقاله بررسی همین حقوق و منافع و تبیین تعارض میان آن‌ها است. در این مقاله ابتدا به کلیاتی در خصوص این گواهی و حق ازدواج و تشکیل خانواده در اسناد بین‌المللی و قوانین ایران اشاره کردیم و سپس حقوق افراد دچار بیماری و حقوق و مصالح عالیه کودک مورد توجه قرار گرفته است.

گفتار نخست: گواهی سلامت پیش از ازدواج

در این گفتار به موضوع گواهی پزشکی، اهمیت و تاریخچه آن در نظام حقوقی ایران به عنوان مقدمه‌ای برای ورود به ارتباط این گواهی با حق ازدواج و فرزندآوری و حقوق کودک آینده پرداخته می‌شود.

بند ۱. گواهی سلامت

گواهی پزشکی به طور کلی، سند معتبری است که درباره سلامت یا بیماری و یا امری مربوط به پزشکی تنظیم می‌شود و به هیچ عنوان نباید ارزش و اعتبار آن را کم کرد؛ به عبارت دیگر گواهی پزشک مدرک معتبری است که پزشک باید در نوشتن آن کمال دقت را به کار ببرد تا مطالب آن کاملاً صحیح و دقیق بوده و بدون کوچک‌ترین نقص و ایرادی، تنظیم و نوشته شود (دیباچی، ۱۳۸۱). گواهی پزشک برای تعیین سلامت یا عدم سلامت زوج‌های متقاضی ازدواج، یکی از انواع گواهی‌های پزشکی است. گواهینامه تندرستی، گواهینامه پزشکی و گواهی صحت مزاج از تعابیری است که پیش‌تر در قوانین برای گواهی سلامت پیش از ازدواج به کار برده می‌شد. در حال حاضر، برگه سلامت زوجین شامل برخی آزمایش‌های خاص می‌باشد که انجام آن‌ها برای جاری شدن خطبه عقد از سوی زوجین الزامی است. بدین ترتیب که وقتی زوجین برای عقد به دفتر ازدواج مراجعه می‌کنند، به آن‌ها نامه‌ای می‌دهند که با مهر برجسته اعتبار گرفته است. معمولاً سردفتر، زوجین را به آزمایشگاه‌های تعیین شده ارجاع می‌دهد و از زوجین می‌خواهد که ابتدا برگه سلامت جسمی‌شان را پیش او ببرند تا او مجوز جاری کردن خطبه عقد را داشته باشد. هم‌اکنون در آزمایش‌های قبل از ازدواج از خون و ادرار زوجین نمونه‌گیری می‌شود. از بررسی نمونه‌گیری خون فرد به بیماری‌های خونی (در حال حاضر تالاسمی) و از نمونه ادرار می‌توان به اعتیاد یا عدم اعتیاد فرد پی برد.

به دلیل اهمیت مسئله سلامت و تندرستی زوجین، این تکلیف مطالبه گواهینامه سلامت و بایگانی کردن آن توسط دفتر ثبت ازدواج از سال ۱۳۱۷ و با تصویب قانون گواهینامه ازدواج وارد قوانین حوزه سلامت در قلمرو حقوق خانواده شد. طبق ماده دوم این قانون کلیه دفاتر ازدواج مکلف بودند که قبل از وقوع ازدواج از نامزدها گواهینامه پزشک را بر نداشتن امراض مسریه مهم که نوع آن‌ها از طرف وزارت دادگستری معین و اعلام می‌گردد، مطالبه نموده و پس از بایگانی آن به عقد ازدواج و ثبت آن با قید موجود بودن گواهی پزشک بر تندرستی نامزدها اقدام نمایند. تبصره همین ماده دختران را از داشتن گواهینامه پزشک در قسمت امراض زهروی معاف می‌دانست. در سال‌های بعد نیز به مسئله لزوم ارائه گواهی سلامت، ضمن قوانین مختلف اشاره شد و قواعد جدیدی از سوی قانون‌گذار وضع گردید که در قسمت تاریخچه تقنینی بیشتر به آن پرداخته شده است.

در هر صورت، تهیه و تنظیم گواهینامه سلامت و مطالبه آن توسط سردفتر رسمی ازدواج، یکی از تشریفات لازم برای ثبت نکاح است که البته مانند خود ثبت نکاح، شرط درستی و صحت نکاح نمی‌باشد. غیر از طرفین ازدواج و جامعه، ذی‌نفع دیگری هم در این رابطه وجود دارد که به دلیل وجود بالقوه و آسیب‌پذیری بسیار، نیازمند حمایت ویژه می‌باشد و آن کودک یا کودکانی هستند که در آینده وارد زندگی خانوادگی زوجین می‌شوند؛ که از نظر اسناد بین‌المللی حقوق بشر مصالح آنان باید از اهم اولویت‌ها تلقی شود و شاید بتوان گفت که باید در رأس سایر مصالح و ملاحظات قرار گیرد.

تعارض میان این حقوق، منافع و تکالیف و هماهنگی بین آن‌ها همواره دقت و ژرفاندیشی خاصی را در امر قانون‌گذاری در حوزه احراز سلامت زوجین می‌طلبد. این مهم موضوعی است که توسط قانون‌گذار سال ۱۳۹۱ در ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده و تبصره آن به شرح زیر مورد توجه قرار گرفته است:

«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف یک ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون بیماری‌هایی را که باید طرفین پیش از ازدواج علیه آن‌ها واکسینه شوند و نیز بیماری‌های واگیردار و خطرناک برای زوجین و فرزندان ناشی از ازدواج را معین و اعلام کند. دفاتر رسمی ازدواج باید پیش از ثبت نکاح گواهی صادرشده از سوی پزشکان و مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دال بر عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم ابتلا به بیماری‌های موضوع این ماده و یا واکسینه شدن طرفین نسبت به بیماری‌های مذکور را از آنان مطالبه و بایگانی کنند.

تبصره: چنانچه گواهی صادرشده بر وجود اعتیاد و یا بیماری دلالت کند، ثبت نکاح در صورت اطلاع طرفین بلامانع است. در مورد بیماری‌های مسری و خطرناک که نام آن‌ها به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و اعلام می‌شود، طرفین جهت مراقبت و نظارت به مراکز تعیین شده معرفی می‌شوند. در مواردی که بیماری خطرناک زوجین به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منجر به خسارت به جنین باشد، مراقبت و نظارت باید شامل منع تولید نسل نیز باشد.»

هدف و انگیزه قانون‌گذار، جلوگیری از شیوع هر نوع بیماری واگیرداری بوده است که ضرری متوجه فرد یا جامعه می‌گرداند. در این ماده تعارض آشکاری میان حق داشتن خانواده و فرزندآوری و منع تولید نسل به چشم می‌خورد. از زمان تصویب این قانون به دلیل عدم صراحت و شفافیت و عدم وجود ضمانت اجرای عملی در متن ماده قانونی، ابهاماتی در خصوص نحوه اعمال و اجرای آن مطرح شده است که می‌تواند نگرانی‌هایی را از جهت رعایت حقوق انسانی زوجین و کودک آینده و حدود مداخله دولت در حریم خصوصی افراد و حق آن‌ها به ازدواج و تشکیل خانواده و در مفهوم خاص آن، فرزندآوری مطرح کند که قابلیت بررسی از جنبه‌های مختلف حقوقی - قانونی، پزشکی، اخلاق پزشکی و حقوق بشری دارد.

ابهام این مقرر با توجه به تفاسیر مختلفی که از آن خواهد شد، می‌تواند به حقوق افراد متقاضی ازدواج یا به حقوق کودک آینده لطمات جدی وارد کند. پدر و مادر هر دو ناقل عوامل ارثی هستند و فرزندان از هر دو، صفات و خصوصیات را به ارث می‌برند. البته منظور بیماری‌های هستند که از نظر پزشکی ثابت شده که به جنین منتقل می‌شود، نه هرگونه بیماری لذا بررسی موضوع از جوانب مختلف و تلاش در جهت ایجاد تعادل بین منافع متعارض، بر اساس اصول و قواعد حقوقی و اخلاقی در این حوزه بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

بند ۲. تاریخچه تقنینی گواهی سلامت پیش از ازدواج

بحث سلامت زوجین از مدت‌ها قبل مورد توجه قانون‌گذار قرار گرفته و در قوانین متعدد اما پراکنده و گاهی به طور ضمنی و غیرمستقیم به آن اشاره شده بود؛ از جمله اشاره ضمنی ماده ۳ قانون راجع به ازدواج مصوب ۱۳۱۰/۵/۲۳، قانون لزوم ارائه گواهینامه پزشک قبل از وقوع ازدواج مصوب ۱۳۱۷/۹/۱۳، قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب ۱۳۲۰/۳/۱۱ و تبصره ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۵۳/۱۱/۱۵.

بعد از انقلاب اسلامی نیز بحث بهداشت و سلامت خانواده به عنوان یکی از اولویت‌های مهم، مورد توجه سیاست‌گذاران نظام و مسئولین حوزه سلامت بوده است. از آنجایی که نبود سلامت، خود مشکل بزرگی برای جامعه، خانواده و فرد محسوب می‌شود، از این رو قانون‌گذار برای اطمینان از سلامت تمهیداتی اندیشیده

است که مباحث مختلف حقوقی را در پی دارد. این اقدامات و پیش‌بینی‌های قانونی بیشتر جنبه پیشگیرانه دارد. در طول سال‌های بعد از انقلاب از جمله قوانین مصوب مربوط به سلامت پیش از ازدواج، قانون الزام تزریق واکسن ضد کزاز برای بانوان قبل از ازدواج مورخ ۱۳۶۷/۱/۲۳ مصوبه مجلس شورای اسلامی و مصوبه هیئت وزیران طبق برنامه ملی پیشگیری تالاسمی سال ۱۳۶۷ در خصوص اجباری شدن آزمایش تشخیص ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج مصوب ۱۳۷۶/۱/۱۰ و ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده و تبصره آن مصوب ۱۲/۱/۱۳۹۱ است. در کنار این قوانینی که به طور مستقیم مربوط به گواهی سلامت پیش از ازدواج زوجین است، قوانین دیگری نیز وجود دارد که اهمیت مقوله سلامت زوجین در آن‌ها به وضوح مشهود می‌باشد. از جمله این قوانین می‌توان به قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۲۹ تیر ۱۳۸۲ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۹ اسفندماه ۱۳۸۳، قانون سقط درمانی مصوب ۲۵ خرداد ۱۳۸۴ و قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست مصوب ۳۱ شهریور ۱۳۹۲ اشاره کرد که در موادی به صراحت، از لزوم وجود سلامت جسمی و روانی و عدم اعتیاد در زوجین به عنوانی یکی از شرایط ضروری یاد کرده است.

در کنار این قوانین می‌توان به بخشی از برنامه‌ها و سیاست‌های نظام در زمینه موضوع سلامت خانواده اشاره کرد؛ از جمله «سیاست‌های کلی سلامت» ابلاغی ۱۸ فروردین ۱۳۹۳ که طی ۱۴ ماده توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی، تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند را در دستور کار رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام قرار داد. همچنین بندهای ۴ و ۶ «سیاست‌های کلی جمعیت» ابلاغی ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳ که به بخشی از تکالیف ضروری ارکان نظام در تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی - ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری (بند ۴)؛ و ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، به‌ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست‌محیطی و بیماری‌ها (بند ۶)، اختصاص یافته است.

همچنین بندهای چهارگانه ماده ۴۳ «سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه» مصوب ۱۳۹۴/۴/۹ در خصوص اجرای سیاست‌های کلی سلامت از طریق تصویب قوانین و مقررات لازم با تأکید بر ۱ - تهیه پیوست سلامت برای قوانین مرتبط و طرح‌های کلان توسعه‌ای؛ ۲ - اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت؛ ۳ - تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت؛ ۴ - افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع به بخشی از وظایف دولت در خصوص تأمین امکانات سلامت خانواده اشاره دارد.

در کنار این موارد، بند ۱۶ «سیاست‌های کلی خانواده» ابلاغی ۱۳ شهریور ۱۳۹۵ نیز، ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقاء سلامت همه‌جانبه خانواده‌ها به‌ویژه سلامت باروری و افزایش فرزندآوری در جهت برخورداری از جامعه جوان، سالم، پویا و بالنده را از تکالیفی می‌داند که سمت و سوی حرکت نظام باید معطوف به آن

باشد. البته نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که هرچند این سیاست‌ها سمت و سوی جهت‌گیری و تصمیم‌گیری ارکان نظام را نشان می‌دهد، با این حال تصویب سیاست‌ها موضوعی جدا از اجرای آن است.

گفتار دوم: حق ازدواج و تشکیل خانواده

یکی از مهم‌ترین حقوق بنیادین و قابل احترام بشری، حق افراد در تشکیل خانواده است. به این معنا که دولت‌ها نمی‌توانند و نباید هیچ امری را مستمسک ممنوعیت افراد در ازدواج و تشکیل خانواده قرار دهند؛ به عبارت دیگر، حق ازدواج جزو حقوق و آزادی‌های اصلی و اساسی است که لازم و ملزوم انسانیت انسان به شمار می‌آیند، به این معنی که نمی‌شود آن‌ها را از انسان جدا و نفی کرد (موحد، ۱۳۸۴). در این گفتار طی دو بند، حق ازدواج و تشکیل خانواده از منظر قوانین ایران و اسناد بین‌المللی و سپس حق زوجین بیمار در این خصوص مورد بررسی قرار گرفته است.

بند ۱: حق ازدواج و تشکیل خانواده در نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی

در این بخش، ابتدا برخی از قوانین ایران در زمینه شناسایی حق ازدواج و تشکیل خانواده و سپس اسناد بین‌المللی مورد بررسی قرار گرفته است.

۱ - حق ازدواج و تشکیل خانواده در قوانین ایران

نظام حقوقی ایران همانند بسیاری از نظام‌های حقوقی در سطح دنیا، حق افراد بر ازدواج و داشتن خانواده را به رسمیت شناخته است. این مهم، به‌ویژه از طریق وضع قوانین و مقرراتی در راستای حمایت و تقویت نهاد خانواده صورت می‌پذیرد. در کشور ایران قانون اساسی که به عنوان اصلی‌ترین مرجع قواعد پذیرفته شده در نظام حقوقی ایران است در موارد متعددی بر حمایت از حق ازدواج و تشکیل خانواده برای تمام افراد تأکید می‌کند.

در مقدمه قانون اساسی، خانواده به عنوان واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان شناخته شده است. قانون اساسی توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده را به عنوان زمینه‌ساز اصلی حرکت تکاملی و رشد یابنده انسان، یک اصل اساسی معرفی می‌نماید و فراهم کردن امکانات جهت رسیدن به این مقصود را از وظایف حکومت اسلامی می‌داند (منصور، ۱۳۹۳).

همچنین اصل بیستم قانون اساسی بر این حق مسلم تصریح دارد که همه افراد ملت اعم از زن و مرد از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردار هستند. اصل بیست و دوم نیز به صراحت حقوق اشخاص را از تعرض مصون می‌دارد و تجاوز از این حق را فقط در مواردی که قانون تجویز کند، مجاز می‌داند. در سایر قوانین در نظام حقوقی ایران به تناوب بر برخورداری افراد از حقوق اولیه و انسانی تأکید شده است از جمله ماده ۹۵۸ قانون مدنی که بر حق تمتع هر انسانی از حقوق مدنی تصریح کرده و ماده ۹۵۹ قانون مذکور که سلب حقوق افراد را به طور کلی و جزئی ممنوع می‌داند.

در نظام حقوقی ایران، به ویژه پس از پیروزی انقلاب، اقدامات متعددی در جهت حمایت از تشکیل خانواده و تسهیل ازدواج افراد صورت گرفته است از جمله تصویب قوانین و مقررات متعدد مانند قانون تسهیل ازدواج جوانان مصوب ۱۳۸۴ و قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱ و ابلاغ سیاست‌های کلان در خصوص خانواده، جمعیت و سلامت. تمامی این سیاست‌ها و اقدامات در راستای به رسمیت شناختن حقوق اساسی

افراد در ازدواج و تشکیل خانواده شکل می‌گیرد. علاوه بر بحث شناسایی حقوق، پیش‌بینی راهکارهای عملیاتی جهت اجرایی شدن اهداف کلان در حوزه خانواده و سلامت از اهمیت و اولویت بیشتری برخوردار است. در همین راستا بند دوم اصل ۲۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به وظیفه دولت در تضمین حمایت از حقوق مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی‌سرپرست تأکید کرده است.

۲ - حق ازدواج و تشکیل خانواده در اسناد بین‌المللی حقوق بشر

در اسناد متعدد بین‌المللی حق ازدواج و تشکیل خانواده به رسمیت شناخته شده است. این موضوع از جمله موضوعات مهمی است که به طور مستقیم در اسنادی از جمله مواد ۱۶ اعلامیه جهانی حقوق بشر، بند ۲ ماده ۲۳ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، بند ۱ ماده ۱۰ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و قسمت آ و ب بند ۱ ماده ۱۶ کنوانسیون بین‌المللی رفع تمامی اشکال تبعیض علیه زنان بیان شده است.

ماده ۱۶ اعلامیه جهانی حقوق بشر^۱ در بندهای سه‌گانه خود به صراحت بر حق هر زن و مردی به ازدواج و تشکیل خانواده تأکید می‌کند. بعلاوه طبق ماده ۲۳ میثاق حقوق مدنی و سیاسی به عنوان یکی از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی، زمانی که گروهی از افراد بر اساس قانون و رویه یک کشور، خانواده به شمار آمدند، باید از حمایت‌های مطرح در ماده ۲۳ میثاق حقوق مدنی، سیاسی برخوردار گردند. دولت‌ها (کشورهای عضو میثاق) باید از نهاد ازدواج حمایت کنند، همان‌گونه که از حق و آزادی ورود به ازدواج، از طریق ممانعت از مداخله ارگان‌های دولتی و یا اشخاص خصوصی حمایت می‌کنند (نواک، ۲۰۰۵). بنابراین تشکیل خانواده یکی از حقوق مهم بشری است که ضمن ادامه نسل بشر امکان همزیستی مسالمت‌آمیز زن و مرد را در چارچوب حقوق و اخلاق فراهم می‌آورد. بدین ترتیب، هر فردی حق تشکیل خانواده دارد و هیچ‌کس حق ندارد چنین حقی را نقض کند. سؤال مطرح شده در اینجا، حدود مداخله دولت در آزادی افراد و محدود کردن این حق برای آنان است. در حقیقت بررسی توجیه منطقی و معقول این مداخله به‌ویژه در مواردی است که سلامت زوجین ارتباط مستقیمی با وضعیت سلامت کودک آنان خواهد داشت. به نظر می‌رسد هدف ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده در حمایت از طرف مقابل ازدواج، حل یکی از بزرگ‌ترین دغدغه‌ها در کنترل وضعیت سلامت و بیماری طرفین بوده است. این امر اولاً متضمن آگاهی خود شخص بیمار - در صورت عدم آگاهی قبلی - و ثانیاً آگاهی طرف مقابل از وضعیت سلامت یا بیماری طرف دیگر است. این اطلاع و آگاهی، نه تنها جلوی سرایت امراض مسری را خواهد گرفت بلکه وسیله‌ای برای پیشگیری از طرح دعاوی ناشی از تدلیس در نکاح می‌شود و تسهیل در تکلیف اثبات دعوا را - به دلیل اطلاع قبلی زوجین - در پی خواهد داشت.

بند ۲: حق افراد بیمار برای ازدواج و تشکیل خانواده

در این قسمت، به تبیین حقوق مختلف افراد بیمار پرداخته شده است. این حقوق شامل حق ازدواج، حق تشکیل خانواده فرد بیمار، حق فرزندآوری و حق باروری زوجین بیمار می‌شود. در نهایت فرض عقیم‌سازی زوجینی که هر دو یا یکی از آنها مبتلا به بیماری باشد، مورد توجه قرار گرفته است.

۱ - حق ازدواج افراد بیمار

بدیهی است که ابتلا به هر بیماری با عنایت به شرایط خاصی که دارد، مقتضیات و شرایطی را نیز به ازدواج افراد تحمیل می‌کند. با این حال، به رسمیت نشناختن حق ازدواج مبتلایان به بیماری، با توجه به

پیشرفت‌های دانش پزشکی، مانند آن است که بگوییم کسی که دارای فلان بیماری مزمن مانند میگرن یا بیماری پوستی است، حق ازدواج ندارد. اصل آزادی و حاکمیت اراده ایجاد می‌کند که هر کسی بتواند با شخص دلخواه خویش ازدواج کند و موانع نکاح محدود به مواردی است که قانون معین کرده است. به علاوه در نظام‌هایی که ازدواج مجنون با شرایطی پذیرفته شده است^۲، چگونه می‌توان مریض جسمی یا روانی را از این حق طبیعی محروم کرد (مظفری، ۱۳۹۲). این نقض فاحش حقوق انسانی افراد است. بعلاوه وقتی حق بر ازدواج و تشکیل خانواده، به عنوان یک حق بنیادین پذیرفته شود، نمی‌توان حق بر فرزندآوری را از زوجین دریغ کرد.

همان‌طور که در قسمت فوق گفته شد، پیش‌بینی ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده تا حدود زیادی مشکل اطلاع‌رسانی از وضعیت سلامت و بیماری یکدیگر را حل می‌کند و باید دید این ماده چگونه و تا چه حد می‌تواند با مداخله در روابط خصوصی افراد از کودک در مقابل آسیب‌های ناشی از وضعیت عدم سلامت والدین حمایت کند.

در مورد حق بر فرزندآوری افراد بیمار، برخی صاحب‌نظران به دلیل تأثیرات اجتماعی موضوع و با توجه به مسئله مهم سرپرستی کودکان و تربیت آن‌ها، پیشنهاد خود را این‌گونه مطرح کرده‌اند که در فرض ابتلای زوجین به بیماری واگیر و خطرناک همانند ایدز اقدام جهت بچه‌دار شدن تنها در موارد نامتقارن (مثبت - منفی) که یکی از زوجین مبتلا به بیماری و دیگری سالم باشد، انجام گیرد تا حداقل یکی از زوجین بتواند تربیت و نگهداری فرزند را تا دوران جوانی متقبل و متعهد گردد (عودی، و همکاران: ۱۳۹۰).

۲- حق باروری و فرزندآوری زوجین بیمار

میل به فرزندآوری یکی از انگیزه‌های مهم افراد برای ازدواج به‌ویژه در کشور ایران است (غدیری، ۱۳۹۵). در خصوص حقوق افراد بیمار، از این سو زن و مرد مبتلا، حق تشکیل خانواده دارند، زیرا هر کدام از آن‌ها به عنوان فرد انسانی مستقل بوده و حق حاکمیت بر سرنواخت خویش را دارند و هرگونه دخالتی از سوی دیگران نقض حریم خصوصی این‌گونه افراد و عدم توجه به شأن و منزلت انسانی آن‌ها خواهد بود و از سوی دیگر اعمال حق ازدواج این افراد بدون هیچ محدودیتی، می‌تواند زمینه بروز مشکلاتی برای ایشان و کودکان آینده آنان فراهم کند.

این مسئله پیوند عمیقی با حق باروری زوجین دارد. به حقوق باروری^۳ به طور غیرمستقیم در اسناد مربوط به تنظیم خانواده و سیاست‌های کنترل جمعیت اشاره شده است. به عنوان نمونه در بند ج سند نهایی کنفرانس جهانی جمعیت در بخارست ۱۹۴۷ به حق اساسی همه زوجها و افراد برای تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه درباره تعداد و فاصله فرزندان و داشتن اطلاعات و آموزش و ابزار تحقیق آن اشاره شده است^۴. همچنین در اعلامیه کنفرانس جهانی زن در پکن بر حق زنان برای کنترل کلیه جنبه‌های مربوط به سلامتشان به ویژه حقوق باروری آنان تأکید شده است^۵. سازمان ملل متحد و اسناد منطقه‌ای حقوق بشر از عناصر متنوع این حق حمایت می‌کنند. طبق بند ۷ اعلامیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴، حقوق باروری شامل حق تصمیم‌گیری آزاد زوجین و افراد بر تعداد، فاصله و زمان فرزنددار شدن، حق داشتن اطلاعات ضروری و حق دسترسی به عالی‌ترین سطح از استانداردهای سلامت جنسی و باروری می‌شود^۶. در همین راستا، تبصره ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده نیز با عبارت‌پردازی خاصی که در جمله انتهایی خود دارد،

برخی صاحب‌نظران را متقاعد ساخته تا چنین اظهارنظر کنند که منظور از عبارت پایانی تبصره این است که در صورت تشخیص مراکز تعیین شده، مراقبت و نظارت مذکور تحت شرایط خاصی شامل عقیم‌سازی زوجین بیمار نیز می‌شود. حتی در مورد افراد دارای معلولیت، برخی با این پیش‌فرض که آنان نمی‌توانند از عهده ازدواج برآیند یا اینکه نباید صاحب فرزند شوند - چون ممکن است معلولیت آن‌ها به فرزندانشان انتقال یابد یا نتوانند به خوبی از کودک مراقبت کنند - از اجرای این حق ممانعت به عمل آورند. این تصورات ممکن است منجر به اتخاذ رویه‌ای از سوی دولت‌ها جهت عقیم‌سازی اجباری افراد دارای معلولیت شود که نه تنها حق بر فرزند داشتن را از افراد دارای معلولیت سلب می‌کند بلکه تمامیت جسمی آنان را نیز مخدوش می‌سازد (صفری‌نیا، ۱۳۹۳). این در حالی است که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۳۰ تفسیر عمومی شماره ۵ خود چنین بیان کرده که حمایت‌های ماده ۱۰ میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی در خصوص حق ازدواج و تشکیل خانواده شامل افراد معلول نیز می‌شود و کشورهای عضو باید تضمین کنند که قوانین، سیاست‌ها و رویه‌های اجتماعی مانع تحقق این حق نشود (غدیری، ۱۳۹۵).

۳ - فرض عقیم‌سازی زوجین بیمار

به طور کلی تردید و اختلافی نیست که زوجین می‌توانند با استفاده از وسایل پزشکی و داروهای موجود، مانع از بارداری شوند و عقیم‌سازی یکی از شیوه‌های پیشگیری دائمی از بارداری است. حال این سؤال مطرح می‌شود که آیا زوجین می‌توانند به این شیوه امکان باروری را برای همیشه از خود سلب کنند؟ در این خصوص فروض مختلفی طرح شده است. به عقیده برخی از نویسندگان (ایزنلو و همکاران، ۱۳۹۰)، تنها در دو فرض می‌توان برای زوجین حق عقیم‌سازی قائل شد: اول آنکه زوجین بخواهند بعد از استفاده از حق فرزندآوری خود (یعنی بعد از چند زایمان)، از حق تصمیم‌گیری راجع به تعداد اعضای خانواده استفاده کنند. دوم فرضی که زوجین فرزندی ندارند اما با توجه به سابقه ژنتیکی احتمال بالای تولد فرزند معلول وجود دارد. در این فروض می‌توان به استناد حق کلی شخص بر تمامیت جسمی خود، این عمل را مجاز دانست. البته در اینجا فرض سومی هم قابل تصور است: اینکه زوجین فرزندان دارند که معلول هستند و قصد دارند با استفاده از این روش جلوی تداوم تولد فرزندان معلول را بگیرند. بدین ترتیب می‌توان اظهار داشت، جایی که زوجین، خود تمایل به عقیم شدن دارند، امکان عملی انجام چنین جراحی بر روی آن‌ها وجود دارد. این در حالی است که در سال ۱۳۹۳ یک فوریت طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کشور توسط نمایندگان مجلس به تصویب رسید. مطابق ماده یک طرح مذکور «کلیه اقدامات سقط جنین، عقیم‌سازی مانند واکتومی، توبکتومی به استثنای موارد ضروری مرتبط با تهدید سلامت مادر و کودک و نیز تبلیغات برای تحدید مولید و کاهش فرزندآوری ممنوع و مباشر و معاون به مجازات مندرج در ماده ۲۶۴ قانون مجازات اسلامی (تعزیرات) مصوب ۱۳۷۵/۳/۲ محکوم خواهد شد.» ولی اخیراً و در تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱۰ نمایندگان مجلس شورای اسلامی برای تأمین نظر شورای نگهبان اقدام به حذف ماده یک طرح کردند^۲ (شورای نگهبان قانون اساسی: ۱۳۹۶).

در مقابل پرسش اول، این سؤال اساسی مطرح است که آیا دولت می‌تواند به موجب قانون، مستقیماً در این امر مداخله کند و استفاده از روش‌های پیشگیری دائمی از بارداری را به زوجین تحمیل کند؟ در واقع، نزاع بر سر حق زوجین بر فرزندآوری و حدود اختیارات حاکمیت در پیشگیری از تولد کودکان مبتلا به

بیماری‌ها یا معلولیت‌های خاص درمی‌گیرد؛ اما به نظر نمی‌رسد بتوان مبنایی برای جواز دولت به عقیم‌سازی اجباری افراد پیدا کرد؛ زیرا این عمل علاوه بر تعارض با تمامت جسمانی افراد، با اصول اخلاقی پزشکی و همچنین با حق بر فرزندآوری در تضام است. البته اقدام به عقیم‌سازی توسط دولت، در تاریخ بی‌سابقه نیست. زمانی که هیتلر در آلمان قدرت را به دست گرفت، یکی از اولویت‌های او، برنامه عقیم‌سازی اجباری افراد دارای بیماری‌های ارثی به ویژه معلولان ذهنی و جسمی بود. این اقدام در سال ۱۹۳۴ و به منظور اصلاح نژادی و با تلاش بسیاری برای جذب حمایت افکار عمومی از طریق تبلیغات و ساخت فیلم صورت گرفت (لامونیکا، ۱۹۹۸). همچنین در طول قرن بیستم میلادی، طبق سیاست‌های دولت ایالات متحده آمریکا، برنامه عقیم‌سازی اجباری اجرا شد. بیشتر افرادی که این سیاست بر روی آن‌ها اجرا شد، افراد ناقص، مجنون، دارای بیماری صرع به‌ویژه زنان فقیر و کودن بودند (برایتمن، ۲۰۱۵). در این خصوص پرونده‌هایی نیز دادگاه‌های بین‌المللی مطرح شده است. به عنوان نمونه، می‌توان به پرونده زنان رومانی علیه دولت اسلواکی^۸ اشاره کرد. در اگوست سال ۲۰۰۰ میلادی زنان رومانی که برای دومین زایمان خود به بیمارستان مراجعه کرده بودند، در بیمارستان دولتی اسلواکی شرقی در بخش زایمان به طور اجباری عقیم شدند. در زمانی که این زنان از درد زایمان رنج می‌بردند، پرسنل بیمارستان اصرار داشتند که برگه رضایت برای عقیم شدن را با جمله‌ای که نیاز به عقیم‌سازی را اعلام می‌کرد، امضا کنند، بدون اینکه از جریان امر آگاهی یابند. فقط به آن‌ها گفته می‌شد که بارداری بعدی ممکن است منجر به مرگ آن‌ها شود (زامپاس، ۲۰۱۱). این پرونده در دادگاه اروپایی حقوق بشر، منجر به صدور رأی علیه دولت اسلواکی شد. برخی، از این رویداد تحت عنوان نسل‌کشی نیز تعبیر کردند (گراور، ۲۰۱۰).

در ایران با فرض امکان اجرای ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده و تبصره آن - اگرچه ابهامات فراوانی در خصوص قابلیت اجرایی شدن مفاد این ماده وجود دارد (نیک‌کار، ۱۳۹۵). بحث نحوه منع تولید نسل زوجین مبتلا به بیماری‌های واگیر و خطرناک از اهمیت بالایی برخوردار است. به طور کلی، فرض عقیم‌سازی زوجین در راستای برنامه پیشگیری از شیوع بیماری‌های مسری، به لحاظ بین‌المللی نقض حقوق انسانی آنان تلقی می‌شود. این امر برخلاف حقوق بشر و اصل کرامت انسانی و حفظ تمامت جسمانی افراد است. به علاوه پیشرفت‌های جدید در عرصه پزشکی و امکان مداوای بیمارهایی که تاکنون درمانی برای آن یافت نشده، از موانع جدی پیش روی اجرای چنین قوانینی محسوب می‌شود.^۹ بعلاوه عقیم‌سازی اجباری مطابق بند یک ماده ۷ اساسنامه رومی دادگاه کیفری بین‌المللی^{۱۰} جزو مصادیق جنایت علیه بشریت^{۱۱} قید شده است (لابان، ۲۰۰۴).

با وجود این، بدیهی است که باید شرایطی را در ازدواج مبتلایان در نظر گرفت تا از شیوع بیماری پیشگیری شود. در واقع، این امر تعارضی با وضع قواعد و مقررات ویژه در زمینه‌ای معین و با اهداف معین ندارد؛ به عبارت دیگر ممکن است ازدواج آزادانه افراد بیمار با توجه به شرایطی که در آن قرار گرفته‌اند، منوط به رعایت مقررات خاصی شود. در حقیقت این مقررات ازدواج آزادانه افراد را با قیودی همراه خواهد ساخت. وضع قواعد خاص برای شرایط خاص، امری دور از ذهن نیست. برخی از دولت‌ها در قوانین خود، این موضوع را با عنوان مسئله ازدواج افراد مبتلا به بیماری‌های واگیر در قالب برنامه جامع پیشگیری از شیوع و کنترل بیماری‌ها - به‌ویژه اچ.آی.وی - و غربالگری پیش از ازدواج پیش‌بینی کرده‌اند (برن، ۲۰۱۰). اساساً آنچه در

همه این موارد به عنوان اولویت اصلی از اهمیت بالایی برخوردار است، در نظر گرفتن مصالح و منافع کودکی است که قرار است در چنین شرایطی متولد شود. در حقیقت نباید حل مشکل افراد بیمار و بدون فرزند به قیمت تضییع حقوق یک کودک و قربانی شدن وی صورت پذیرد (روشن، ۱۳۹۲). این امر به عنوان انگیزه و محرک اصلی در تدوین سیاست‌های سلامت عمومی و فردی، هم در عرصه بین‌المللی و هم در سطح قوانین ملی قابل توجه و دفاع است. اینجا است که بحث از حقوق کودک به عنوان رکن سوم در مثلث منافع دولت‌ها، زوجین و نسل آینده، موضوعی جدی، مورد نیاز و قابل طرح می‌شود.

گفتار سوم: حقوق کودک آینده

اساساً کودک به دلیل نداشتن رشد کامل جسمی و ذهنی نیازمند مراقبت و حمایت‌های قبل و بعد از تولد است. کودک، به لحاظ وضعیت ویژه رشد جسمانی و ذهنی، آسیب‌پذیرترین موجود انسانی محسوب می‌شود و به همین سبب، کودکان از نخستین گروه‌هایی هستند که دولت‌ها درصدد حمایت ویژه از آن‌ها برآمده‌اند (نیاورانی، ۱۳۸۶). کودکان در محیط خانواده رشد می‌کنند و محیط خانوادگی مرکز احساسات، عواطف، معنویات و جغرافیای عالم فردی است که نیازمند حمایت جامعه و دولت است (روشن، ۱۳۹۲). در این گفتار به بررسی حقوق کودکان از دو منظر حق بر سلامت و برخورداری از بهداشت و رعایت اصل مصالح عالی‌ه کودک پرداخته شده است.

بند ۱: حق کودک بر سلامت و برخورداری از بهداشت

کودک به عنوان فرد انسانی از حقوق مصرح بشری برخوردار خواهد بود. در این میان حق بر سلامت و بهداشت از جمله مهم‌ترین این حقوق محسوب می‌شود. حق بر سلامت^{۱۲} به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در بر می‌گیرد (رضایی و همکاران: ۱۳۹۳). بنابراین حفظ سلامتی صرفاً یک تکلیف وجدانی و اخلاقی که در کتب مقدس از آن نام برده شود، نیست؛ بلکه اسناد بین‌المللی نیز در به رسمیت شناختن آن به عنوان تکلیفی قانونی و لازم‌الاتباع تأثیرگذار خواهند بود. همچنین حق برخورداری از بهداشت^{۱۳} در بند ۲ ماده ۲۴ عهدنامه حقوق کودک بیان شده است. حق بر بهداشت، طیف گسترده‌ای از اقدامات از قبیل مراقبت‌های پیشگیرانه، درمانی، حین و پس از دوران نقاهت را بر عهده دولت می‌گذارد (میرمحمدی: ۱۳۹۳). در حقیقت، این اقدامات جنبه عملی و اجرایی تحقق اهداف سلامت در سطح عمومی است.

۱ - حق کودک بر سلامت در اسناد بین‌المللی

حق بر سلامت در مواد متعددی به طور مستقیم و غیرمستقیم در اسناد بین‌المللی بیان شده است، از جمله بند یک ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بند ۴ تبصره ۵ ماده ۵ کنوانسیون حذف همه اشکال تبعیض نژادی، مواد ۶، ۲۳، ۲۴ و بند اول ماده ۲۷ کنوانسیون حقوق کودک، ماده ۱۲ و بند ب تبصره ۲ ماده ۱۴ موادی از کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان و ماده ۲۵ کنوانسیون حقوق اشخاص ناتوان یا دارای معلولیت ۲۰۰۶.

بر اساس ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^{۱۴}، دولت‌ها، حق هر کسی را در بهره‌مند شدن از بهترین حالت سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت شناخته و باید برای تحقق کامل این حق تلاش کنند. بر اساس این ماده، دولت‌ها موظف‌اند تدابیر لازم را برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها اتخاذ کنند. اجرای این امر هم بالطبع مستلزم ایجاد برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه در قبال نگرانی‌های بهداشتی - رفتاری است که شامل بیماری‌های قابل انتقال جنسی نظیر اچ.آی.وی/ایدز و مواردی است که تأثیر نامطلوب بر سلامت جنسی و تولیدمثل دارد (صفاری‌نیا، ۱۳۹۳).

صریح‌ترین این اسناد در بیان مفاد حق بر سلامت، در عهدنامه حقوق کودک به طور ویژه، مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان مثال ماده ۲۴^{۱۵} این عهدنامه به صراحت مقرر می‌دارد که کشورهای عضو، حق کودک^{۱۶} را به جهت برخورداری از بالاترین سطح استاندارد بهداشت و از تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توان بخشی به رسمیت می‌شناسند. آنان موظف‌اند تا برای تضمین این‌که هیچ کودکی از رسیدن به این حق و دسترسی به خدمات بهداشتی محروم نشود، تلاش کنند. به موازات این حقوق، حق برخورداری از بهداشت نیز از جمله حقوق مهم کودک است که با حق حیات او پیوند ناگسستنی دارد.

۲ - حق کودک در برخورداری از بهداشت

برای اینکه کودک سالم و تندرست متولد شود، ضروری است به مراقبت‌های بهداشتی پیش از بارداری عمل شود. حق بر بهداشت به عنوان یک حق بشری به دنبال ارائه خدمات بهداشتی است. در واقع، تضمین اینکه همه اقشار جامعه به ویژه والدین و کودکان در آگاهی، دسترسی و استفاده از دانش پایه در مورد بهداشت و تغذیه کودک، مزایای تغذیه با شیر مادر، بهداشت، بهداشت محیط و پیشگیری از سوانح مورد حمایت هستند، از وظایف و تعهدات دولت است^{۱۷}. به موازات این حق، رعایت دستورهای بهداشتی، آنجا که بر سلامت مادر و کودک و در نتیجه سلامت جامعه تأثیرگذار است، یک تکلیف اخلاقی و حقوقی محسوب می‌شود. پدر و مادر حتی قبل از ازدواج باید تحقیقات لازم و مشاوره‌های ژنتیکی و آزمایش‌های ضروری را انجام دهند تا از بروز بیماری‌های ناخواسته در کودک، مانند ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و بیماری‌های خونی جلوگیری شود. کودک حق دارد سالم متولد شود و سالم بماند؛ بنابراین لازم است عوامل مؤثر در جلوگیری از بروز بیماری‌های ارثی و ژنتیکی مورد توجه قرار گیرند. در این بین نقش و مسئولیت مادر به دلیل تأثیرگذاری بیشتر بر طفل سنگین‌تر است. تغذیه مناسب مادر، رعایت سن بارداری، رعایت فاصله بین بارداری‌ها، اجتناب از استعمال مواد زیان‌آور مانند الکل و مواد مخدر، اموری هستند که بر سلامت مادر و کودک تأثیر می‌گذارند (لوسیتا، ۲۰۱۳).

آنچه مسلم است جلوگیری قطعی از ازدواج شخصی که بیمار است، مخالف یک حق مسلم بشری است. در مقابل، حق بر سلامت کودک نیز به عنوان یک حق ذاتی و اخلاقی غیرقابل انکار است. به رسمیت شناختن این حقوق فردی، آثار اجتماعی بر سلامت جامعه و منافع عمومی دولت‌ها برجای خواهد گذاشت. علاوه بر تمامی مسائل مطرح شده در این زمینه و فارغ از هرگونه تبعیض و یکجانبه‌نگری، یکی از مهم‌ترین مباحث قابل توجه در این خصوص، رعایت منافع کودک آینده حاصل از ازدواج زوجین بیمار است. در هر موقعیت و با هر زمینه فکری، توجه به اهمیت و لزوم رعایت منافع کودک غیرقابل تردید و انکار است. این منافع ذیل عنوان اصل مصالح عالی‌ه کودک در اسناد بین‌المللی پذیرفته شده است.

بند ۲: اصل رعایت مصالح عالیۀ کودک

اصل مصالح عالیۀ کودک اکنون به عنوان یک اصل شناخته شده و لازم‌الرعایه، جایگاهی عام و جهانی یافته و در اسناد متعدد بین‌المللی و منطقه‌ای بر آن تأکید شده است (میرمحمدی: ۱۳۹۳). توجه به این اصل بنیادین، زاویه دیگری از مسائل مطروحه را نمایش می‌دهد که تصمیم‌گیری در خصوص نحوه اقدام و عمل را روشن و شفاف می‌سازد. در این قسمت ابتدا به بررسی مفهوم مصالح عالیۀ کودک پرداخته شده و سپس در مقام تبیین تعارض میان حقوق زوجین و منافع کودکان آینده بحث شده است.

۱ - مفهوم مصالح عالیۀ کودک

اصل مصالح عالیۀ کودک درباره همه اعمال مرتبط با کودک به کار می‌رود. بدین معنا که رعایت و ملاحظه بهترین منافع کودکان باید به صورت طرح‌ها و سیاست‌های ملی برای کودکان و تلاش‌های پارلمان و حکومت درآید. این اصل کلی هم در حوزه دولت و هم حوزه خانواده به کار می‌رود و هر دو را تحت پوشش قرار می‌دهد (مانی، ۱۳۹۲). با وجود اینکه کنوانسیون حقوق کودک منافع عالیۀ کودک را تعریف نکرده و درباره آن توضیحی ارائه نداده است و در این رابطه هیچ فهرست و شاخصی وجود ندارد اما غرض اصل مصالح عالیۀ کودک این است که کلیه اشخاصی که در مورد کودک تصمیم‌گیری می‌کنند با توجه به حقوق و تکالیف افراد ذی‌ربط دیگر و اوضاع و شرایط زمانی و مکانی موجود و با توجه به آثار بلندمدت تصمیمات خود در مورد کودکان، حداکثر منافع و مصالح ممکن کودکان را لحاظ نمایند. از نظر اسناد بین‌المللی مانند عهدنامه حقوق کودک نیز مراد از «بهترین» به عنوان صفت عالی در اصل مصالح عالیۀ کودک این نیست که کودک انسانی برتر است بلکه هدف این است که به منافع کودک به اندازه کافی اهمیت داده شود. مفهوم اصل در جهت منفی این است که حقوق و منافع دیگران نباید مقدم بر حقوق و منافع کودک باشد؛ به عبارت دیگر هر گونه تعریف از مفهوم منافع عالیۀ کودک باید دارای این مشخصه باشد که در مورد تزاخم بین حقوق و منافع چند کودک یا کودک و والدین باید گزینه‌ای مورد توجه قرار گیرد که در شرایط مربوط بهترین انتخاب برای کودک، ضمن حفظ حقوق دیگران باشد (میرمحمدی: ۱۳۹۳).

با بررسی گزارش‌های کمیته حقوق کودک می‌توان تا حدودی در خصوص بهترین منافع کودکان آگاهی به دست آورد. در متن گزارش‌ها حداقل اینکه چه چیزی با منافع عالیۀ کودک سازگار نیست، مشخص و روشن است (مانی، ۱۳۹۲). در حقیقت در تفسیر اصل مصالح عالیۀ کودک، نگاه کیفی باید مبنای تصمیم‌گیری واقع شود و مصالح کودک اعم از منافع ملموس مادی و غیرمادی کودک مدنظر قرار گیرد (روشن، ۱۳۹۲). با در نظر گرفتن نقش و جایگاه این اصل در قوانین خانواده جای تعجب نیست که کمیته حقوق کودک به انتقاد از دولت‌هایی می‌پردازد که اصل بهترین منافع را در قوانین مربوط به خانواده رعایت نکرده‌اند. بدین معنا که در موقعیت‌هایی که یک تصمیم‌گیر (هیئت قضایی، قانون‌گذار) لازم است تصمیمی را اتخاذ کند، باید به منافع کودک اهمیت خاصی دهد - موضوعی که در مذاکرات نمایندگان مجلس شورای اسلامی به هنگام تصویب ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده مورد توجه کافی قرار نگرفت (نیک‌کار، ۱۳۹۵). مقایسه این شرایط با شرایط فرزندخواندگی چندان دور از ذهن نیست. در مورد فرزندخواندگی - که هدف اصلی آن پاسخگویی به نیاز کودک محروم از وجود والدین طبیعی خود است - مصالح کودک در رأس سایر ملاحظات قرار می‌گیرد؛ بدین معنا که دولت مکلف است در رابطه خود با فرزندپذیر، حمایت از مصالح

فرزندخوانده را در رأس ملاحظات قرار دهد. در اینجا هم، اگرچه بحث درباره کودک مطرح است که هنوز متولد نشده اما حمایت از حقوق او و تضمین آینده سالم برای او، ضرورت توجه به مصالح عالی کودک را در رأس ملاحظات قرار می‌دهد (غدیری، ۱۳۹۳).

در مواد ۳، ۱۸ و ۲۱ عهدنامه حقوق کودک نیز، مصالح عالی کودک دقیقاً در راستای سنجش منافع کودک با سایرین مطرح می‌شود. بند ۱ ماده ۳ اصل مصالح عالی کودک^{۱۸} را به عنوان یک اصل شامل و جامع در هر گونه تصمیم و رفتار با کودک لحاظ کرده است (میرمحمدی: ۱۳۹۳). منظور از عبارت «این مصالح باید از اهم ملاحظات باشد» در این ماده یعنی نسبت به مصالح سایرین از وزن و تأثیر بیشتری در تصمیم‌گیری و اقدامات برخوردار است ولی دارای اولویت مطلق نسبت به سایر ملاحظات نمی‌باشد. نهایتاً در ماده ۱۸ عهدنامه، مصالح عالی کودک اصلی‌ترین دغدغه والدینی محسوب می‌شود که مسئولیت اصلی و مشترک رشد و پیشرفت کودک را دارند. این عبارت‌پردازی می‌تواند حاکی از این باشد که در کلیه موارد مربوط به کودک و در صورت تعارض منافع متفاوت کودک یا تعارض منافع کودک با سایرین و حتی والدینش، مصالح عالی کودک می‌بایستی دغدغه اصلی والدین و دولت‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات مربوط به کودک باشد (روشن، ۱۳۹۲). از نظر کمیته حقوق کودک، اصل مصالح عالی کودک، دولت‌ها را به اقدام در جهت اجرای این مفهوم و تبدیل آن از واقعیت نظری به واقعیت اجتماعی متعهد می‌سازد. حوزه این اصل وسیع است و فراتر از اعمال دولتی بوده و هیئت‌های خصوصی و نیز همه اعمال مربوط به کودکان به عنوان یک گروه را دربرمی‌گیرد. در حقیقت، آنچه مهم است اینکه منافع عالی کودک باید در هر تصمیمی که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر زندگی کودکان تأثیر می‌گذارد، لحاظ شود؛ بنابراین در همه قوانین و سیاست‌ها، تصمیم‌گیری سیاسی و قضایی و تأمین خدمات که بر کودک تأثیر می‌گذارد، باید اصل بهترین منافع کودک مدنظر و مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار گیرد؛ به عبارت دیگر علیرغم اهمیت غیرقابل‌انکار پیشگیری از شیوع بیماری‌ها در راستای حفظ منافع عمومی و سلامت جامعه، نیاز افراد به فرزندآوری و تأمین سلامت نسل آینده، می‌بایست منافع تمام افراد درگیر در موضوع مورد توجه قرار گیرد. با وجود این، در مقام عمل و در راستای بیان تعارض میان حقوق فردی و منافع اجتماعی، دیدگاه‌های متفاوتی مطرح شده است.

۲- تبیین تعارض میان حقوق زوجین و مصالح کودک آینده

تصویب ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده به عنوان تلاشی در راستای به رسمیت شناختن حق ازدواج افراد بیمار و معتاد و حق ثبت نکاح آنان در دفاتر رسمی ازدواج گام مثبتی بوده است. در عین حال شناسایی حق فرزندآوری زوجین بیمار نیز گام تکمیلی محسوب می‌شود. اگرچه مشروح مذاکرات مجلس شورای اسلامی نشان می‌دهد که تمرکز نمایندگان مجلس بر بیماری ایدز، آثار و عواقب ناشی از گسترش و شیوع این بیماری در میان نسل آینده بوده اما کمتر صحبتی از مصالح عالی کودک به میان آمده است. بعلاوه عبارت پایانی تبصره ماده ۲۳ بدون توجه به اصل مصالح عالی کودک، آن هم با عبارتی مبهم، شائبه عقیم‌سازی فرد مبتلا را به ذهن مخاطبان متبادر می‌سازد. در حالی که قانون‌گذار می‌توانست با توجه به ضوابط و حدود مجاز مداخله در آزادی‌های فردی و حریم خصوصی افراد و همین‌طور لزوم حمایت از کودک، بر ضرورت انجام مراقبت‌های بهداشتی، انجام مشاوره‌های پیش از ازدواج و افزایش سطح آگاهی زوجین از طریق آموزش تأکید کند. در حقیقت از آنجایی که انجام مراقبت‌های بهداشتی از تکالیف و مسئولیت‌های والدینی محسوب

می‌شود (مواد ۱۱۰۴ و ۱۱۶۸ قانون مدنی و بند ۲ ماده ۳ و بند آ ماده ۷ کنوانسیون حقوق کودک) و اصلی که در کنوانسیون حقوق کودک مطرح شده این‌گونه است که حفظ منافع کودک باید جزو دغدغه‌های اصلی والدین باشد، پیش‌بینی تدابیر پیشگیرانه از طرف دولت‌ها با قبول تعهد در تأمین هزینه‌ها و ارائه خدمات و تسهیلات مناسب، ظرفیت‌های جدیدی در عرصه تحقق اهداف کلان سلامت نسل آینده ایجاد خواهد نمود.

بدیهی است که هرگز نمی‌توان به اجبار افراد را به قرار گرفتن تحت مراقبت و نظارت وادار کرد. در حقیقت اساسی‌ترین اصول اخلاقی پذیرفته شده در تمام مراقبت‌های بهداشتی بر پایه احترام به استقلال فرد، نرساندن ضرر، سودرسانی و عدالت استوار است که هر کدام از این اصول به صورت جداگانه در تصمیم‌گیری برای مراقبت و درمان مورد توجه است (عودی و همکاران، ۱۳۹۰). به عنوان مثال، در رابطه بین پزشک و بیمار، حفظ اسرار بیماران و خودداری از افشاء آن یک قاعده و اصل حقوقی و اخلاقی است و تنها قانون‌گذار است که در موارد خاصی تخطی از این قاعده را تجویز می‌کند. دامنه استثنائات وارده بر این قاعده در برخی کشورها از جمله کشورهای اسکاندیناوی بسیار محدود و مصالح فرد بر مصالح جامعه ترجیح بیشتری دارد، در حالی که در کشورهای اروپای شرقی دایره استثنائات وارده بر این اصل بسیار وسیع و گسترده‌تر است؛ به عبارتی در این کشورها مصالح اجتماعی ارجح و اولی بر منافع افراد و بیماران است (عباسی، ۱۳۸۲). در کشور ما نیز مطابق ظاهر ماده ۲۳ و تبصره آن اطلاع زوجین از بیماری یکدیگر جزو استثنائات قاعده اولیه رازداری پزشکی محسوب می‌شود. بدین معنا که زوجین حق دارند با علم و آگاهی از وضعیت سلامت و بیماری جسمانی یکدیگر، اقدام به انعقاد پیوند زناشویی کنند. این اطلاع نه‌تنها امکان انجام اقداماتی به منظور کاهش آسیب به طرفین و نسل آینده را فراهم می‌سازد، بلکه بر نقش و وظیفه دولت‌ها در تأمین خدمات بهداشت و سلامت تأکید می‌نماید. در این زمینه، بند ۲ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر بر حق مادران و کودکان در بهره‌مندی از کمک و مراقبت مخصوص اشاره دارد و بند ۲ ماده ۱۰ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مقرر می‌دارد که مادران در مدت معقولی قبل و بعد از زایمان باید مورد حمایت خاص قرار گیرند تا کودک در کمال سلامتی پرورش یابد. بدین ترتیب و با انجام اقدامات حمایتی، حق کودک در برخورداری از سلامت به نحو مطلوبی تضمین خواهد شد. در موارد شک و تردید و هنگام تشخیص بهترین مصالح عالیله کودک در زمان تضاد بین منافع متناقض، باید از معیار حداقل آسیب استفاده نمود. در عین حال، حدود مداخله در امور خصوصی افراد، به دلایل منطقی و با توجیهات معقول، مستلزم مداخله حداقلی در این امور است، به طوری که علاوه بر ایجاد تعادل بین منافع متعارض، اصل حق را نیز مخدوش نکند.

نتیجه‌گیری

بنابر آنچه گفته شد جلوگیری قطعی از ازدواج شخصی که معتاد یا دچار بیماری مسری و خطرناک است، مخالف حقوق انسانی هر فرد است و حفظ بهداشت عمومی نمی‌تواند توجیه‌کننده منع ازدواج چنین اشخاصی باشد. موضوعی که ظاهر مفاد ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده نیز آن را تأیید می‌کند. این ماده و تبصره آن اعلام می‌نماید که آنچه در بحث تضمین سلامت کودکان آینده مهم به نظر می‌رسد، انجام آزمایش‌های قبل از ازدواج از سوی طرفین است. فرایند آزمایش‌های قبل از ازدواج نیز، اگر دارای اجزایی نظیر پذیرش

داوطلبانه آغاز و ادامه آزمایش‌ها تا خاتمه مراقبت، مشاوره مناسب قبل و بعد از انجام آزمایش باشند، از اقبال بیشتری برخوردار خواهد بود.

بعلاوه امروزه با توجه به پیشرفت‌های علمی در سطح پزشکی، روش‌های جدید و ظرفیت درمانی بالایی برای بهبود و کنترل برخی بیماری‌های نوپدید به وجود آمده است. این موقعیت امکان پرورش جنین را به شیوه‌هایی غیر از شیوه سنتی آن میسر ساخته است. در این زمینه، ایده‌ها و مباحث جدی مطرح شده است؛ بنابراین انجام اقداماتی برای منع تولید نسل واکنش‌هایی هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی در پی خواهد داشت. در حقیقت اقدام دولت‌ها به منظور عقیم‌سازی اجباری یا هر اقدامی که متناظر بر منع تولید نسل دائمی زوجین بیمار شود، از آن جهت که آنان را از حق قانونی بهره‌مندی از داشتن فرزند، حتی در آینده، محروم خواهد نمود، بر خلاف اصول حقوق بشر در اسناد بین‌المللی خواهد بود.

بر اساس مباحث مطرح شده در این مقاله، به نظر می‌رسد ماده ۲۳ تنها از نظر پیشگیری از تداوم تولد نسل مبتلا به بیماری مسری و خطرناک و با رویکرد مصالح عمومی جامعه تدوین شده است؛ اما جنبه مهم دیگر موضوع، حقوق کودکانی است که خواسته یا ناخواسته، حاصل پیوند مشترک افرادی هستند که یکی یا هر دو مبتلا به بیماری هستند. همان‌گونه که پیش از این اشاره شد، در اسناد بین‌المللی متعدد بر حق کودکان در محافظت و تأمین سلامت و بهداشت تأکید شده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد وضع یکسری محدودیت‌ها یا شرایط، جایی که به منظور تأمین مصالح عالی‌ه کودک باشد، منطقی و قابل توجیه است زیرا نمی‌توان پذیرفت برای حل مسئله افراد بیمار، حقوق کودک آینده تضییع شود.

اهمیت توجه به این موضوع در برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و تدوین قوانین در حوزه خانواده به مراتب بیشتر است. این بدان معنا است که قانون‌گذار باید با در نظر گرفتن تمام شرایط و مقتضیات مربوط به حقوق کودک و با لحاظ مداخله حداقلی در حقوق افراد بر اساس توجیهات منطقی و معقول و در راستای ایجاد تعادل بین حقوق و مصالح افراد و منافع عمومی اقدام به وضع قانون کند؛ به عبارت دیگر، لازم است در مواردی که ممکن است حقوق کودک با حقوق دیگری متعارض به نظر برسد و یا در جایی که مسائل انسانی، ارتباطی و اقتصادی در معرض خطر باشند، تصمیم اتخاذ شده مورد بازبینی قرار گیرد؛ بنابراین سیاست‌گذاری و تدوین قوانین در حوزه سلامت خانواده، به‌ویژه روابط زوجین و کودکان آن‌ها نیازمند نگاهی جامع و همه‌جانبه با در نظر گرفتن منافع و حقوق همه افراد و اعضای جامعه است. این مهم با تأکید بر اهمیت و ضرورت انجام مراقبت‌های بهداشتی، ارائه خدمات رایگان پزشکی، انجام مشاوره‌های پیش از ازدواج و افزایش سطح آگاهی زوجین از طریق آموزش محقق می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

۱. ماده ۱۶ اعلامیه حقوق بشر: «۱- مردان و زنان بالغ، بدون هیچ‌گونه محدودیتی به حیث نژاد، ملیت، یا دین حق دارند که با یکدیگر زناشویی کنند و خانواده‌ای بنیان نهند. همه سزاوار و محق به داشتن حقوقی برابر در زمان عقد زناشویی، در طول زمان زندگی مشترک و هنگام فسخ آن هستند؛ ۲- عقد ازدواج نمی‌بایست صورت بندد مگر تنها با آزادی و رضایت کامل همسران که خواهان ازدواجند؛ ۳- خانواده یک واحد گروهی طبیعی و زیربنایی برای جامعه است و سزاوار است تا به وسیله جامعه و حکومت نگاهداری شود.»

۲. ماده ۸۸ قانون امور حسبی: «در صورتی که پزشک ازدواج مجنون را لازم بداند قیّم با اجازه دادستان می‌تواند برای مجنون ازدواج نماید و ...»

3. Reproductive Rights

4. World Population Conference, August 1974, in Bucharest

5. Fourth world conference on women Beijing declaration and platform for action. September 15, 1995, para 17.

6. International Conference on Population and Development (ICPD), Program of Action, 1994.

۷. اگرچه طبق نظر شورای نگهبان حذف این ماده نه‌تنها اشکال مزبور در خصوص انطباق مصوبه با سیاست‌های کلی جمعیت را رفع نکرده، بلکه لازم است در موارد مذکور اقدام مقتضی معمول گردد. (پورتال شورای نگهبان به آدرس <http://nazarat.shora-rc.ir> ۱۳۹۶/۸/۱۶)

8. Roma Women v. Slovakia

۹. رجوع کنید به چکیده مقالات پنل پزشکی دومین سمینار کشوری اهدای گامت و جنین، ۱۰ و ۱۱ اسفند ۱۳۸۴، تهران.

10. Rome Statute of The International Criminal Court, 1998, Article 7(1(g))

11. Crimes against humanity

12. Health

13. Hygiene

۱۴. بر اساس ماده ۱۲ میثاق، دولت‌ها باید به اقدامات ذیل بپردازند: «الف) تقلیل میزان مرگ و میر کودکان و رشد سالم؛ ب) بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی؛ ج) پیشگیری و درمان بیماری‌های همه‌گیر، بومی، حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها و همچنین پیکار بر ضد این بیماری‌ها؛ د) ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری.»

۱۵. ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک: «۱. کشورهای طرف کنوانسیون حق کودک را به جهت برخورداری از بالاترین استاندارد بهداشت و از تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توان‌بخشی به رسمیت می‌شناسند. آنان برای تضمین این‌که هیچ کودکی از رسیدن به این حق و دسترسی به خدمات بهداشتی محروم نخواهد شد، تلاش خواهند نمود.

۲. کشورهای طرف کنوانسیون موضوع را تا اجرای کامل این حق دنبال خواهند کرد و خصوصاً در زمینه‌های ذیل روش‌های مناسب را اتخاذ خواهند کرد. الف) کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان؛ ب) تضمین فراهم نمودن مشورت‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ج) مبارزه با بیماری‌ها و سوء‌تغذیه، از جمله در چارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق به کار بستن تکنولوژی‌های در دسترس و از طریق فراهم نمودن مواد غذایی مقوی و آب آشامیدنی سالم و در نظر گرفتن خطرات آلودگی محیط زیست؛ د) تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران؛ ه) تضمین این‌که تمام اقشار جامعه خصوصاً والدین و کودکان از مزایای تغذیه شیر مادر، بهداشت و بهداشت محیط زیست و پیشگیری از حوادث اطلاع داشته و به آموزش دسترسی داشته و در زمینه استفاده از اطلاعات اولیه بهداشت کودک و تغذیه مورد حمایت قرار دارند؛ و) توسعه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، ارائه راهنمایی‌های لازم به والدین و آموزش تنظیم خانواده و خدمات.

۱۶. کشورهای طرف کنوانسیون تمام اقدامات لازم و مناسب را برای زدودن روش معالجات سنتی و خرافی در مورد بهداشت کودکان به عمل خواهند آورد.

۱۷. کشورهای طرف کنوانسیون پیشبرد و تشویق همکاری‌های بین‌المللی برای دستیابی تدریجی به تحقق کامل حقوق شناخته شده در کنوانسیون حاضر را متقبل می‌شوند. در این ارتباط، به نیازهای کشورهای در حال توسعه توجه خاصی خواهد شد.»

* یادآوری این نکته ضروری است که اگرچه در اسناد حقوق بشری از جنین به عنوان صاحب حق یاد نشده و یا در کنوانسیون‌های اخلاق زیستی مباحث پیرامون جنین با صراحت نیست؛ با این وجود، بدیهی است که دوران جنینی بر سلامت کودک متولد شده تأثیرگذار است؛

پس جنین حق دارد که از سلامت جسمی و روانی برخوردار باشد و بخشی از این سلامت تابع پدر و مادر است که از طریق وراثت به فرزند منتقل می‌شود؛ به عبارت دیگر، پدر و مادر هر دو ناقل عوامل ارثی هستند و فرزندان از هر دو، صفات و خصوصیات را به ارث می‌برند.

17. Convention on the rights of the child, November 20, 1989, 24(2)(e)

۱۸. بند ۱ ماده ۳ عهدنامه حقوق کودک مقرر می‌دارد: «در همه اقدامات مربوط به کودکان که توسط نهادهای رفاه اجتماعی دولتی و یا خصوصی، دادگاه‌ها، مقام‌های اداری یا نهادهای قانونگذاری به عمل می‌آید، عالی‌ترین منافع کودک در اولویت قرار خواهد گرفت.»

منابع

- دیبايي، ا. (۱۳۸۱). چکیده اخلاق و قوانین پزشکی. تهران: دفتر نشر معارف.
- صفاری‌نیا، م. (۱۳۹۳). خانواده در اسناد حقوقی بین‌المللی: حقوق و تکالیف، دستاوردها و چالش‌ها. تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش.
- عباسی، م. (۱۳۸۲). افشاء اسرار بیماران. تهران: انتشارات حقوقی.
- مظفری، م. (۱۳۹۲). حقوق جنین با تکیه بر سلامت جسمی و روانی او. تهران: انتشارات جنگل (جاودانه).
- منصور، ج. (۱۳۹۳). قوانین و مقررات مربوط به خانواده. تهران: دوران.
- موحد، م. ع. (۱۳۸۴). در هوای حق و عدالت (از حقوق طبیعی تا حقوق بشر). تهران: کارنامه.
- میرمحمدی، م. (۱۳۹۳). حقوق کودک؛ مطالعه تطبیقی در اسلام و اسناد بین‌المللی (مجموعه مقالات). قم: انتشارات دانشگاه مفید و یونسف.
- ایرانلو، م. و افشار قوچانی، ز. (۱۳۹۰). مسئولیت ناشی از صدمه به حق عقیم‌سازی و سقط جنین معلول. فصلنامه حقوق پزشکی، ۱۸ (۵)، ۹۶-۷۵.
- رضایی، ر.، عباسی، م. و دهقانی، غ. (۱۳۹۳). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران. فصلنامه حقوق پزشکی، ۳۰ (۸)، ۱۹۹-۱۸۳.
- روشن، م. و غدیری، م. (۱۳۹۲). فرزندخواندگی و حق بر خانواده در پرتو مصالح عالی‌ه کودک. فصلنامه تحقیقات حقوقی، ۱۱ (۱۴)، ۷۳-۱۰۳.
- عودی، م.، عمانی سامانی، ر.، مظفری، م.، مرقاتی، س. ط. و کرباسی زاده، م. (۱۳۹۰). به‌کارگیری روش‌های کمک باروری در زوج‌های مبتلا به HIV از نظر اخلاقی و پزشکی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۴ (۴)، ۲۰-۱۱.
- غدیری، م. (۱۳۹۵). حق تشکیل خانواده و دسترسی به فناوری‌های کمک باروری در پرتو موازین بین‌المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی، ۳۶ (۳۶)، ۱۱-۳۶.
- غدیری، م. (۱۳۹۳). حق بر زندگی خانوادگی از منظر حقوق بشر. رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی، دانشگاه شهید بهشتی.
- مانی، آ. (۱۳۹۲). منافع عالی‌ه کودک در نظام بین‌المللی حقوق کودک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بشر، دانشگاه علامه طباطبایی (ره)، تهران.
- نیک‌کار چنیجانی، ط. (۱۳۹۵). گواهی سلامت زوجین پیش از ازدواج و آثار حقوقی آن در نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی (با تأکید بر ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده و تبصره آن). پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.
- نیاورانی، ص. (۱۳۸۶). تأسیس نهاد ملی حقوق کودک، از ضرورت تا مصلحت: مطالعه تطبیقی نظام‌های حقوقی. سالنامه ایرانی حقوق بین‌الملل و تطبیقی، ۱ (۳)، ۱۱۱-۹۵.
- شورای نگهبان قانون اساسی (۱۳۹۶). اظهارنظر مجمع مشورتی حقوقی، قابل دسترسی در پورتال شورای نگهبان به آدرس <http://nazarat.shora-rc.ir/Forms>

- Grover, S. (2010). *The European Court of Human Rights as a Pathway to Impunity for International Crimes*. Ontario: Springer.
- Nowak, M. (2005). *U.N. Covenant on Civil and Political Rights*. New York: Engel Publisher.
- Abbasi, M. (2003). *Medical law*. Tehran: Law Publication [in Persian].
- Dibaie, A. (2002). [*Medical ethics and Laws*]. Qom: Maaref Publication [In Persian].
- Ghorbannia, N. (2015). *In Quest of Right and Justice*,. Tehran: Majdlaw [in Persian].
- Mozafari, M. (2013). [*The rights of the fetus, relying on his physical and mental health*]. Tehran: Jungle Pub [In Persian].
- Mansoor, J. (2015). [Family Protection Law]. Tehran: Dowran [In Persian].
- Movahhed, M. (2005). [*Law and Justice*]. Tehran: Karnameh [In Persian].
- Mirmohammadi, M. *The Rights of the child, a comparative Study of Islam and International Instruments (A collection of Paper)*. Qom: Unicef and Mofid University press [In Persian].
- Saffarinia, M. (2014). [*Family in International Instruments Rights and duties, Achievements and challenges*] Tehran: The Shahre-e-Danesh institute of law research and study [In Persian].
- Brightman, S., Lenning E., & McEllrath, K. (2015). *State-Directed Sterilizations in North Carolina: Victim, Centredness and Reparation*. UK: Oxford University Press.
- Zampas, C. (2011). *VC v. Slovakia: A Step Toward Justice for Roma Women*. *Open Society Foundation Blog*, 2011.
- Luban, D. (2004). A Theory of Crimes against Humanity, Georgetown University Law Center. *Yale Journal of International Law*, 85(29), 85-167.
- LAMonika, J. (1998). *Compulsory Sterilization, Euthanasia, and Propaganda: The Nazi Experience*. In J. Koterski (Ed.), Whashington DC: Georgetown.
- Burns, K. (2010). *Mandatory Premarital HIV Testing an Overview*, New York: Open Society Institute.
- Lucetta, C., Giovanna, T., Federica, M., & Attilio, L. B. (2013). The origins of health and disease: the influence of maternal diseases and lifestyle during gestation. *Italian Journal of Pediatrics*, 10(13), 1-12.
- Rezaee, R., Abbasi, M., & Dehghani, Gh. (2014). Concept and Situation of the Right To Health in Iran Legal System. *Iranian Journal of Medical Law (scientific-Research)*, 30(8), 183-199 [in Persian].
- Ghadiri, M. (2016). [Right To Found A Family and Access To Arts in the Light of International Human Rights Law]. *Iranian Journal of Medical Law (scientific-Research)*, 10(36), 11-36[in Persian].
- Izanloo, M., Afshar Ghoochani, Z. (2011). [Liability Due To Damaging the Right of Sterilization and Abortion of Disabled Fetus] *Iranian Journal of Medical Law (scientific-Research)*, 18(5), 75-96[in Persian].
- Niavarani, S. (2007) the establishment of a national institution for rights of the child, from necessity to expediency: A comparative study of legal systems. *Iranian yearbook of international and comparative law*, 1(3), 99-124.[in Persian].
- Oodi, M., Amani Samani, R., Mozaffari, M., Merghati, S. T., Karbasizadeh, M. (2011). [Assisted Reproductive Technology in Hiv Positive Couples: Ethical and Medical Views]. *Medical Ethics and History of Medicine*, 4(4), 11-20[in Persian].
- Roshan, M., Ghadiri, M. (2013). [Child Adoption and the right to a family in the light of the best Interest of the child]. *Review the research juridical*, 1(14), 73-102[in Persian].
- Ghadiri, M. (2014). *The Right to family life from a human rights perspective*, PhD thesis in Public International Law, Shahid Beheshti University [in Persian].

- Mani, A. (2014). *The Best Interest of the Child in the International Children's Rights System*. Master thesis in Human Rights, Allameh Tabataba'i University [in Persian].
- Nikkar Chenijani, T. (2017). *Premarital Health Certificate and Its Legal Effects in Iranian Legal System and International Instruments*. Master's thesis in Family Law, Shahid Beheshti University [in Persian].
- The Guardian Council of the Constitution (2017), Retrieved from <http://nazarat.shora-rc.ir/Forms>, [in Persian].

Archive of SID