

Jurisprudential Foundations of Consent to Child Treatment and its Framework in Iranian and British Law

Zahra Montazeri*¹

1. Assistant Professor, Department of Fiqh and Fundamentals of Islamic Law, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: z.montazeri@pnu.ac.ir

Received: 22 Jan 2025 **Revised:** 27 Mar 2025 **Accepted:** 08 May 2025 **Available Online:** 23 Sep 2025

Abstract: The treatment process always has unwanted and unknown effects and results. With the progress of science and technology, the amount of error in the calculation of effects and unwanted results will decrease, but it will never be zero and this is the inherent characteristic of experimental science problems. Considering the probability of the treatment process and its results, in order to prevent legal and criminal liability for the treatment staff, it is necessary to give consent to the treatment process from the patient and in cases where the patient is a child, from the parents or guardians. The purpose of this research is to explain the jurisprudential foundations of consent to child treatment and its framework in Iranian and British law. The results of the current research, which have been compiled with descriptive and analytical methods and library tools, show that in relation to the issuance of consent to the child's treatment by the parents, the rule of compliance with envy prevails; But in order to give the child the competence to carry out the treatment process, Iranian law has adopted a position of silence; While the jurisprudential foundations do not create any restrictions or prohibitions for giving the child the authority to issue consent for the treatment process. On the other hand, according to the focus on the practical procedure and numerous examples, the law of England provides appropriate criteria for modeling in order to create competence for the child.

Keywords: Health Rights, Medical Rights, Treatment Process, Satisfaction, Child Rights.

Please Cite This Article As: Montazeri, Z (2025). "Jurisprudential Foundations of Consent to Child Treatment and its Framework in Iranian and British Law". *Iranian Health System Law*, 1(3): 65-78.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2025 The Authors.

مبانی فقهی رضایت به درمان کودکان و چهارچوب آن در حقوق ایران و انگلیس

زهرا منتظری^{۱*}

۱. استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: z.montazeri@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۸ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

چکیده:

فرآیند درمان همیشه دارای آثار و نتایج ناخواسته و ناشناخته‌ای می‌باشد. با پیشرفت علم و تکنولوژی میزان خطا در محاسبه آثار و نتایج ناخواسته کم می‌شود، اما هیچ‌گاه صفر نخواهد شد و این همان ویژگی ذاتی مسائل علوم تجربی است. باتوجه به احتمالی بودن فرآیند درمان و نتایج حاصل از آن، برای جلوگیری از ایجاد مسؤولیت حقوقی و کیفری برای کادر درمانی، لازم است رضایت به انجام فرآیند درمان از سوی بیمار و در مواردی که بیمار کودک می‌باشد، از سوی والدین یا سرپرستان صادر گردد. هدف از پژوهش حاضر تبیین مبانی فقهی رضایت به درمان کودک و چهارچوب آن در حقوق ایران و انگلیس می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است، نشان می‌دهد که در ارتباط با صدور رضایت به درمان کودک از سوی والدین، قاعده رعایت غبطه حاکم می‌باشد، اما برای اعطای صلاحیت به کودک جهت انجام فرآیند درمان، حقوق ایران موضع سکوت را اتخاذ نموده است، درحالی که مبانی فقهی هیچ‌گونه محدودیت یا ممنوعیتی برای اعطای صلاحیت به کودک در جهت صدور رضایت برای انجام فرآیند درمان ایجاد نمی‌کند. از طرفی نیز حقوق انگلستان باتوجه به تمرکز بر رویه عملی و مصادیق متعدد، معیارهای مناسبی برای الگوبرداری جهت ایجاد صلاحیت برای کودک ارائه می‌کند.

کلمات کلیدی: حقوق سلامت، حقوق پزشکی، فرآیند درمان، رضایت، حقوق کودک.

خوانندگان این مجله، اجازه توزیع، ترکیب مجدد، تغییر جزئی و کار روی حاضر به صورت غیرتجاری را دارند.



© تمامی حقوق انتشار این مقاله، متعلق به نویسنده می‌باشد.

مقدمه

انجام اقدامات و درمان‌های پزشکی به‌واسطه این‌که دارای آثار مستقیمی بر جسم و روان افراد دارد و به تعبیری دخالت در تمامیت جسمانی افراد محسوب می‌گردد، صدور رضایت از سوی بیمار (یا در مواردی که بیمار فاقد اهلیت لازم است) یا والدین و سرپرستان او لازم است. با گذشت زمان و پیشرفت‌های علم و تکنولوژی ثابت شده است که گاهی بیمار از شرایط بیماری و تمایل قلبی او به‌همراهی کادر درمان در فرآیند درمانی، دارای آثار و نتایج بسیار مثبتی می‌باشد. در این راستا، وضعیت کودکان از اهمیت خاصی برخوردار است. مطابق با رویکرد سنتی، کودکان به‌جهت این‌که فاقد اهلیت و صلاحیت لازم جهت صدور رضایت به فرآیند درمان هستند، اصولاً رضایت آن‌ها اخذ نمی‌گردد و والدین و سرپرستان آن‌ها رضایت مزبور را صادر می‌کنند. پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و با ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است، به‌دنبال پاسخ به این پرسش می‌باشد که آیا مبانی فقهی حقوق ایران محدودیت یا ممنوعیتی برای نقش‌آفرینی کودک در اعطای رضایت به فرآیند درمان ایجاد می‌کند؟ برای اخذ رضایت کودک در فرآیند درمان از چه الگوهای حقوقی و قانونی می‌توان استفاده نمود؟ حقوق انگلیس که یک نظام حقوقی رویه‌محور می‌باشد، در این راستا چه موضعی را اتخاذ نموده است؟ در ارتباط با پیشینه پژوهش حاضر می‌توان به مقاله جسری تحت عنوان «مروری بر دیدگاه‌های اسلامی در خصوص رضایت آگاهانه در طب اطفال» اشاره نمود. از نظر نویسنده «قوانین ملی ایران و بسیاری از کشورها در خصوص اخذ رضایت آگاهانه از کودکان، امروزه، به‌شکل چشم‌گیری دستخوش تغییراتی در جهت کاهش سن رضایت آگاهانه، انعطاف‌پذیری بیشتر قوانین این حوزه و درنهایت مشارکت بیشتر کودکان در تصمیم‌گیری‌های درمانی شده است. تعامل مناسب پزشک و کادر درمانی و والدین با کودکان و دخیل‌نمودن آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با وضع سلامتی‌شان نه‌تنها منجر به ارتقای روابط پزشک و بیمار می‌گردد، بلکه موجبات همکاری بیشتر کودکان را نیز فراهم می‌آورد» (جسری، ۱۳۸۵). همچنین مقاله دلپسند و همکاران تحت عنوان «تبیین رضایت و موافقت در درمان کودکان از منظر فقه، قانون و اخلاق پزشکی» جالب توجه است. از نظر نویسندگان «در شرایطی که ولی کودک مصالح وی را رعایت می‌کند، بهترین تصمیم‌گیرنده در خصوص فرآیندهای درمانی می‌باشد، ولی در مواردی که ولی قهری دارای رفتار پرخطر نسبت به طفل است و اجازه انجام اقدامات درمانی مورد نیاز کودک را نمی‌دهد، حرفه‌مندان سلامت برای کسب اذن و اجازه شروع مداخلات درمانی باید از طریق دادستانی کسب تکلیف کرده و درخواست مجوز نمایند» (دلپسند و همکاران، ۱۳۹۸). تمرکز پژوهش‌های انجام‌شده بر خلأهای مقرراتی موجود در ارتباط با رضایت به درمان کودک می‌باشد؛ حال آن‌که تمرکز پژوهش حاضر اولاً بر تفکیک صدور رضایت به درمان کودک از سوی والدین و کودک می‌باشد؛ ثانیاً استفاده از تجربیات عملی و تحولات قانونی جدید در حقوق انگلیس به‌عنوان یک نظام حقوقی رویه‌محور است که همین امر جنبه نوآوری و جدیدبودن پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد.

۱- رضایت والدین و سرپرستان

در این قسمت به صدور رضایت به فرآیند درمان از سوی والدین و سرپرستان پرداخته خواهد شد.

۱-۱- مفهوم والدین

واژه والدین به‌معنای «پدر و مادر» است (دهخدا، ۱۳۷۳: ۲۰۴۲۵/۱۴). در عالم فقه و حقوق معنای والدین نیز به‌همین صورت می‌باشد، با این تفاوت که یک متغیر تحت عنوان «مشروعیت» به آن اضافه می‌گردد که ریشه در مبانی فقهی دارد و در ادامه بدان پرداخته خواهد شد.

۱-۱-۱- مبانی فقهی و نظرات فقها

در ادبیات فقها و منابع فقهی، واژه والدین در دو حوزه مختلف مورد بحث قرار می‌گیرد: اولی موضوعات مرتبط با اخلاق و مباحث راجع به لزوم رعایت احترام به پدر و مادر و نیز تبعیت از آن‌ها؛ دوم موضوعات راجع به ولایت و سرپرستی. نکته جالب توجه این است که تمرکز فقها و آرای آن‌ها بر لزوم مشروعیت رابطه میان والدین می‌باشد. به تعبیری، چنان‌چه در زمان انعقاد نطفه، رابطه مشروع میان والدین وجود نداشته باشد، طفل مورد بحث متولد از رابطه نامشروع است و اصولاً از منظر فقهی رابطه والدین با او مورد شناسایی قرار نمی‌گیرد. «نظر مشهور فقها در این زمینه عدم الحاق ولدالزنا به زانیین است، بدین دلیل که از نظر مشهور فقها

نسب ناشی از زنا مطلقاً پذیرفته نیست و تنها مسأله مورد استثناء، حرمت نکاح ولدالزنا با زانیین است» (نراقی، ۱۴۱۹: ۲۲۱/۱۶؛ کرکی (محقق کرکی)، ۱۴۰۸: ۱۹۰/۱۲؛ حلی (فخرالمحققین)، ۱۳۸۹: ۴۲/۳؛ عاملی جبعی (شهید ثانی)، ۱۴۱۳: ۲۰۲/۷؛ نجفی، ۱۹۸۱: ۲۵۷/۲۹). در میان فقها دیدگاه دیگری وجود دارد که براساس آن «ولدالزنا به زانی و زانیه ملحق شده و تنها مسأله توارث به دلیل وجود نص در این زمینه استثناء شده است؛ بنابراین بقیه آثار نسب بین آن‌ها محفوظ است. عمده دلیل قائلین این نظریه، صدق عنوان ولد بر ولدالزنا و عدم ثبوت حقیقت شرعی در مفهوم ولد است» (طریحی، ۱۹۸۳: ۱۶۵/۳)؛ «بنابراین در این که ولدالزنا لغتاً ولد محسوب شود، شک و تردیدی وجود ندارد. لسان فقها، حتی قائلین به عدم الحاق ولدالزنا، نیز مؤید این مطلب است» (هذلی (محقق حلی)، ۱۳۸۳: ۵۰۷/۱؛ مروارید، ۱۹۹۶: ۲۷۳/۱۹؛ اسدی (علامه حلی)، ۱۴۱۹: ۲۰/۳).

۱-۲-۱- حقوق ایران

در ارتباط با مفهوم والدین در حقوق ایران، باید میان رویکرد سنتی در قانون مدنی و نظرات حقوق دانان و تفاسیر به عمل آمده، قائل به تفکیک شد. به پیروی از عقاید فقهای امامیه، ماده ۱۱۶۷ قانون مدنی عنوان داشته است: «**طفل متولد از زنا ملحق به زانی نمی‌شود.**» بنابراین مفهوم عدم الحاق این است که قانون‌گذار نسب ولدالزنا را ندیده انگاشته و آثار نسب مشروع را بر آن مترتب نمی‌کند. حقوق دانان هم در این زمینه تصریح دارند که چنین فرزندی بدون تردید فرزند طبیعی و عرفی والدین خویش است (صفایی و همکاران، ۱۳۸۴: ۴۱۲-۴۰۹). این رویکرد حقوق دانان که هم‌سو با فقهای اقلیت می‌باشد، در سال ۱۳۷۶ به موجب رأی وحدت رویه شماره ۶۱۷ دیوانعالی کشور بدین شرح مورد پذیرش قرار گرفت: «**زانی پدر عرفی طفل تلقی و نتیجه کلیه تکالیف مربوط به پدر، از جمله اخذ شناسنامه برعهده وی می‌باشد و حسب ماده ۸۸۴ قانون مدنی صرفاً موضوع توارث بین آن‌ها منتفی است.**» در نتیجه، مقصود از والدین، در حال حاضر هم والدین مشروع و هم والدین طبیعی می‌باشد و فقط در ارتباط با بحث ارث ملاک والدین مشروع است.

۱-۳-۱- حقوق انگلیس

در حقوق انگلیس عبارت «Parents» معادل با والدین به کار می‌رود. تعریف این عبارت در قانون آموزش مصوب ۱۹۹۶ ذیل بخش ۵۷۶ بیان شده است. مطابق با این مقرر مزبور، جزء در مواردی که شرایط اقتضای دیگری دارد، مقصود از والدین: ۱- پدر و مادر طبیعی فرد، اعم از این که میان آن‌ها رابطه زوجیت باشد یا نباشد؛ ۲- هر شخصی که پدر و یا مادر طبیعی کودک یا فرد نابالغ نیست، اما مسؤولیت‌های والدینی را نسبت به آن کودک یا فرد نابالغ برعهده دارد؛ ۳- هر شخصی که پدر و یا مادر طبیعی کودک یا فرد نابالغ نیست، اما مراقبت از وی را برعهده دارد (Herring, 2015: 98-99).

۱-۲-۱- مفهوم سرپرست

مقصود از سرپرست، افرادی هستند که علی‌رغم این که والدین یک کودک محسوب نمی‌شوند، اما وظیفه سرپرستی و نگهداری از وی را برعهده دارند. در این قسمت به اختصار اشخاص مزبور مورد اشاره قرار می‌گیرند.

۱-۲-۱- مبانی فقهی و نظرات فقها

در ادبیات فقهی و آثار فقها، نهادهای وصی، تبنی در معنای اخص (در فضای فرزندخواندگی) به کار رفته است. وصی «کسی است که از طرف وصیت‌کننده مأمور وصول یا ایصال حقوق و یا مأمور در نگهداری مولی علیه صغیر یا مجنون و صیانت ترکه میت و دادن بدهی‌ها و رد امانات و اجرای تبرعات موصی و تقسیم ترکه بوده باشد» (جعفری لنگرودی، ۱۴۰۰: ۳۷۷/۵). در آثار فقها، وصی نایب «ولی» محسوب می‌گردد و اصل بر امین بودن او است. اغلب احکام راجع به وصی در فقه بر مبنای قواعد و اصول باب امانت و نیابت طراحی شده است (مقدس اردبیلی، بی‌تا: ۴۶۸). در فقه اسلامی، فرزندخواندگی حرام قلمداد شده است، البته باید عنایت داشت که حرمت آن در موردی است که «شخصی فرزند دیگران را به خود ملحق سازد و آثار و احکام نسب طبیعی و حقیقی بر آن مترتب نماید، ولی چنان چه از دایره مفهوم و لفظ تجاوز ننماید و شخصی که سرپرستی طفل مجهول النسب و یتیم را برعهده می‌گیرد، به احکام شرعی نسب و خانواده پایبند باشد، مشمول ادله حرمت نمی‌گردد و درحقیقت چنین موردی از موضوع

تبنی که در آیات و روایات آمده، خارج است و در عنوان سرپرستی و نیکی و احسان به ایتمام و اطفال بی سرپرست وارد می شود که از امور خدایسندانه و با فضیلت است» (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴: ۱۰۷/۲).

۱-۲-۲- حقوق ایران

در حقوق ایران مفاهیم وصی، قیم و سرپرست (در فضای فرزندخواندگی) کاربرد دارد. مفهوم وصی و مقررات آن مشابه با نهاد فقهی مورد پذیرش قرار گرفته و در ارتباط با آن قول مشهور فقهای امامیه در قانون مدنی و قانون امور حسبی منعکس شده است، اما علاوه بر وصی، نهاد دیگری نیز در قوانین داخلی ایران تحت عنوان قیم نیز وجود دارد. «قیم شخصی است که در صورت نبودن ولی خاص، به وسیله دادگاه برای سرپرستی و اداره امور محجور نصب می شود. به تعبیری روشن تر، قیمومت سمتی است که از طرف قاضی به شخصی که قیم نامیده می شود، برای سرپرستی و اداره امور محجور در صورت فقد ولی خاص، واگذار می گردد» (مستفاد از مواد ۱۱۸۰، ۱۱۸۵ و ۱۲۱۸ به بعد قانون مدنی). سومین اصطلاح، یعنی «سرپرست» اختصاص به فرزندخواندگی دارد. «فرزندخواندگی در نظام حقوقی ایران از طریق دو قانون اصلی، یکی مصوب ۱۳۵۳ و دیگری اصلاح شده در سال ۱۳۹۲، مورد توجه قرار گرفته است. قانون ۱۳۵۳ با هدف حمایت از کودکان بدون سرپرست تدوین شد و رابطه‌ای شبه‌نسبی بین فرزندخوانده و والدین سرپرست ایجاد نمود. با این حال، برخی نواقص در این قوانین، به ویژه در زمینه حقوق ارث و ازدواج فرزندخوانده نیاز به بازنگری داشت. در سال ۱۳۹۲، قانون‌گذار با اصلاح قانون پیشین تلاش کرد تا حمایت بیشتری از کودکان بی سرپرست فراهم کند و به چالش‌های موجود پاسخ دهد. این اصلاحات شامل گسترش دایره شمول فرزندخواندگی به کودکان بدسرپرست، تقویت حقوق فرزندخوانده در مورد ارث و ازدواج و همچنین ایجاد تدابیر حمایتی بیشتر برای تضمین منافع عالیّه کودک بود» (مکی و همکاران، ۱۴۰۲: ۷۳).

۱-۲-۳- حقوق انگلیس

در چهارچوب حقوق انگلیس دو اصطلاح وجود دارد: «Foster» به معنای سرپرستی و «Adoption» به معنای فرزندخواندگی. در حالت اول اشخاص می‌توانند وظیفه مراقبت از یک کودک را برای مدتی معلوم بپذیرند که البته در این موارد دولت هزینه‌هایی را نیز به والدین پذیرنده پرداخت می‌کند، اما در فرآیند فرزندخواندگی، کودک به صورت دائم به عضویت یک خانواده پذیرفته می‌شود که این فرآیند دارای شرایط سخت‌گیرانه‌تر و دقیق‌تری جهت حفاظت از طفل می‌باشد. در کنار اصطلاحات فوق، اصطلاح «Guardian» یا قیم هم وجود دارد. این اصطلاح به حالتی اطلاق می‌گردد که کودکی به فرزندخواندگی (در معنای قیمومت) پذیرفته شده است، اما ارتباط حقوقی و اجتماعی او با والدین طبیعی‌اش قطع نمی‌شود، درحالی‌که در فرض فرزندخواندگی، ارتباط کودک با والدین او به‌طور کامل قطع می‌شود (Stewart, 2024: 11-12).

۱-۳-۱- قلمرو صلاحیت‌های والدین و سرپرستان نسبت به درمان کودک

در این قسمت به قلمرو صلاحیت والدین و سرپرستان با در نظر گرفتن رضایت به درمان کودک مورد اشاره قرار خواهد گرفت.

۱-۳-۱-۱- مبانی فقهی و نظرات فقها

در مبانی فقهی و آثار فقها اساس موضوعات راجع به والدین به مفهوم ولایت قهری و تسلط ولی قهری بازمی‌گردد. ولایت قهری برای «ولی» در هر حالتی نسبت به اولاد اعم از ذکور و اناث و نیز بالغ و غیر آن وجود دارد، اما قلمرو این ولایت و حدود صلاحیت‌های ولی در وضعیت‌های مختلف (اعم از سن، جنس اولاد و ...) متفاوت خواهد بود. سنگ بنای اصول و قواعد فقهی، استیلائی ولی قهری بر کودک و اموال او می‌باشد، اما این استیلا توسط یک قاعده مهم، یعنی لزوم رعایت غبطه تعدیل شده است (نظری توکلی و داوادموسوی، ۱۴۰۲: ۱۶۹). در ارتباط با معنای غبطه اختلاف دیدگاه میان فقها وجود دارد. برخی معنای غبطه را جلوگیری از فساد قلمداد نموده‌اند؛ به تعبیری، معتقدند که وظیفه ولی قهری جلوگیری از فساد اموال و تربیت مولی‌علیه است و برخی دیگر مقصود از غبطه را حفظ و اداره در راستای ایجاد منافع برای کودک در نظر گرفته‌اند (شریفی و همکاران، ۱۴۰۰: ۳۰۴-۳۰۵). به

نظر می‌رسد انجام امور درمانی و رضایت برای انجام آن، در قلمرو رعایت غبطه با هریک از رویکردهای فوق قرار می‌گیرد. به تعبیری، از نظر تکلیف به اعلام رضایت برای امور درمانی کودک، تفاوتی ندارد که قائل به چه رویکردی باشیم.

۱-۳-۲- حقوق ایران

وضعیت ولی قهری در چهارچوب مقررات مدنی و امور حسبی انطباق با وضعیت وی در چهارچوب قول مشهور فقها و مبانی فقهی دارد، اما در ارتباط با قییم باید خاطر نشان ساخت که ماده ۱۲۳۵ ق.م.مقرر می‌دارد: «مواظبت شخص مولی‌علیه و نمایندگی قانونی او در کلیه امور مربوطه به اموال و حقوق مالی او با قییم است.» همچنین با توجه به مفاد ماده ۷۹ قانون امور حسبی «قییم باید در اقدامات خود غبطه و مصلحت محجور را رعایت کند و از اعمالی که مضر به حال او باشد، بپرهیزد.» قانون‌گذار در تعیین وظایف قییم علاوه بر ذکر قواعد کلی، وظایف خاصی را نیز برای او مقرر نموده است که یکی از آن‌ها ذیل ماده ۸۲ قانون امور حسبی بدین شرح است: «قییم باید هزینه زندگی محجور و اشخاص واجب‌النفقة او و همچنین هزینه معالجه آن‌ها را در بیمارستان و ... و هزینه‌های لازم دیگر، از قبیل هزینه تربیت اطفال محجور را بپردازد.» به نظر می‌رسد تعهد به پیگیری امور درمانی کودک ذیل قاعده عام مندرج در ماده ۱۲۳۵ ق.م.مقرر می‌گیرد و تکلیف به تأمین هزینه‌های درمانی در چهارچوب ماده ۸۲ قانون امور حسبی است. همچنین ذیل ماده ۱۷ از قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست اعلام شده است: «تکالیف سرپرست نسبت به کودک یا نوجوان از لحاظ نگهداری، تربیت و نفقه، با رعایت تبصره ماده ۱۵ و احترام، نظیر تکالیف والدین نسبت به اولاد است. کودک یا نوجوان تحت سرپرستی نیز مکلف است نسبت به سرپرست، احترامات متناسب با شأن وی را رعایت کند»، در نتیجه، در ارتباط با مسائل راجع به رضایت به درمان و نگهداری از کودکان، تفاوتی میان وضعیت ولی قهری با قییم و نیز والدین پذیرنده در فرزندخواندگی وجود ندارد.

۱-۳-۳- حقوق انگلیس

در حقوق انگلیس برای صدور رضایت جهت درمان کودک لازم است که شخص دارای «مسئولیت والدینی» از کودک باشد. به بیان ساده‌تر، چنانچه والدین (اعم والدین طبیعی، قییم، سرپرست یا فرزندپذیر) دارای «مسئولیت والدینی» از کودک باشند، می‌توانند رضایت مزبور را صادر کنند. مقصود از مسئولیت والدینی در بخش دوم از قانون کودکان مصوب ۱۹۸۹ بیان شده است: «کلیه حقوق، وظایف، اختیارات، مسئولیت‌ها و صلاحیت‌هایی که طبق قانون والدین کودک در رابطه با کودک و دارایی او دارند.» قلمرو مسئولیت والدینی به این موضوعات بازمی‌گردد: «سلامت، رفاه، آموزش و پرورش، دین، تربیتات زندگی» (Gilmore & Glennon, 2020: 463-464). اصل بر این است که بدون رضایت حداقل یکی از والدین، انجام اقدامات درمانی برای کودک ممنوع و جرم قلمداد می‌گردد (Goold et al, 2019: 47-48). در همین راستا، استثنائاتی مورد پذیرش قرار گرفته است: اول این که در موارد آزمایش ویروس ایدز دادگاه می‌تواند اقدام به صدور مجوز انجام آزمایش و معاینه کند، در این مورد دادگاه در واقع منافع کودک و جامعه را مد نظر قرار می‌دهد؛ مورد دوم مربوط به بارداری کودکان می‌باشد که در این مورد نیز دادگاه با توجه به منافع کودک می‌تواند مجوز سقط جنین را صادر کند (Harper, 2014: 13-14).

۱-۴- مفهوم رضایت

«رضایت در لغت به معنای خشنودی و خرسندی است، اما در اصطلاح حقوق، رضایت به معنای تمایل طبیعی و خواست نفسانی در شرایط عادی و بدون اجبار و اکراه می‌باشد» (قیاسی و ساریخانی، ۱۳۹۵: ۶۱). «رضایت در حقوق کامن‌لا، وضعیتی است که یک نفر داوطلبانه با پیشنهاد یا خواسته‌های دیگری موافقت کند. این اصطلاح در گفتار رایج است و در زمینه‌هایی مانند حقوق پزشکی، تحقیقات دانشگاهی و روابط جنسی با تعاریف مشخصی استفاده می‌شود» (Garner, 2011: 726).

اما در حوزه حقوق پزشکی و درمان، مفهوم رضایت دارای قید و تعریف خاص خود می‌باشد. مقصود از رضایت در راستا، «رضایت آگاهانه» است. رضایت آگاهانه یک اصطلاح خاص می‌باشد که اولین بار در میثاق حقوق مدنی و سیاسی مورخ ۱۹۶۶ به کار گرفته شد. ماده ۷ این سند مقرر می‌دارد: «هیچ کس را نمی‌توان مورد آزار و شکنجه یا مجازات‌ها یا رفتارهای ظالمانه یا خلاف انسانی یا ترذیلی قرار داد، مخصوصاً قراردادن یک شخص تحت آزمایش‌های پزشکی یا علمی بدون رضایت آگاهانه او ممنوع است.»

مفهوم رضایت آگاهانه در پاره‌ای قوانین و مقررات ایران مورد اشاره قرار گرفته است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت است از: «قانون جامع حمایت از حقوق بیمار (این قانون اصول حقوق بیمار را تعریف کرده و پزشکان را ملزم می‌کند پیش از درمان، اطلاعات کافی درباره درمان و خطرات احتمالی را در اختیار بیمار بگذارند تا او بتواند تصمیم‌گیری آگاهانه‌ای داشته باشد)؛ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی (این آیین‌نامه، رفتارهای حرفه‌ای پزشکان را تحت کنترل قرار داده و اخذ رضایت آگاهانه را برای آنان الزامی کرده است)؛ آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام پزشکی (این آیین‌نامه، پزشکان را به ارائه اطلاعات کافی به بیمار درباره درمان و عوارض جانبی آن ملزم می‌کند، هدف آن، رعایت اصول اخلاقی در حرفه پزشکی است تا بیمار بتواند با آگاهی کامل تصمیم بگیرد)؛ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.»

۲- رضایت کودک

در این قسمت به صدور رضایت به فرآیند درمان از سوی کودک پرداخته خواهد شد.

۲-۱- مفهوم کودک

در قامت یک اصل عام، کودک به فردی اطلاق می‌گردد که به سن قانونی برای استقرار تکالیف و مسؤولیت‌ها رسیده باشد، اما در ارتباط با این سن در نظام‌های حقوقی مختلف اختلاف معیار وجود دارد.

۲-۱-۱- مبانی فقهی و نظرات فقها

در ادبیات فقهی، کودک کسی است که به بلوغ نرسیده باشد. در فقه اهل سنت، «در مورد سن بلوغ اتفاق نظر به چشم نمی‌خورد، چون شافعیان سن بلوغ را در دختر و پسر ۱۵ سال تمام قمری می‌دانند، حنفیان سن بلوغ را برای پسران ۱۸ سال و برای دختران ۱۷ سال می‌دانند. امام ابوحنیفه (ره) به استناد یک روایت، ۱۷ سال را در دختر و ۱۸ سال را در پسر و به استناد روایت دیگر، ۱۹ سال را برای پسران در نظر گرفته است» (رسولی، ۱۳۹۴: ۱۲۵). «همچنین از حنفیان نقل شده که پایین‌ترین حد بلوغ در پسران ۱۲ سال و در دختران ۹ سال است. دیدگاه امام مالک با دیدگاه امام ابوحنیفه (ره) یکسان است، زیرا اصحاب امام مالک (ره) سن بلوغ را ۱۸ سال می‌دانند و بعضی از آنان نیز بر این عقیده‌اند که سن بلوغ ۱۹ سال است» (هدفمند نی‌پور، ۱۳۹۹: ۱۷۴). از طرفی، «مشهور فقهای امامیه، امام شافعی، اوزاعی فقیه حنبلی، ابویوسف فقیه حنفی، جمع از فقهای مالکی و ابن وهب، اکمال پانزده سال قمری را برای طفل مذکر بلوغ می‌دانند. شهید ثانی، فقیه امامیه می‌گوید: «طفل مذکر پس از اکمال پانزده سال قمری، بالغ می‌گردد و ورود به سال پانزدهم کافی نیست.» امام کاشف الغطاء، فقیه امامیه می‌گوید: «اکمال پانزده سال قمری برای اطفال مذکر علامت شرعی بلوغ است» (حسینی حنیف، ۱۳۸۷: ۲۳-۲۲).

۲-۱-۲- حقوق ایران

باتوجه به مفاد ماده ۱۲۱۰ ق.م و تبصره آن، در حقوق ایران «کودک به کسی اطلاق می‌شود که به حد بلوغ شرعی نرسیده باشد و سن بلوغ پسر، پانزده سال تمام قمری و سن بلوغ دختر، نه سال تمام قمری است». اما براساس قوانین و رویه قضایی ایران، «نقطه آغاز اهلیت استیفای حقوق و نیز مسؤولیت حقوقی و کیفری و به تعبیر دیگر، پایایافتن کودکی، در امور گوناگون، متفاوت است، مثلاً برای تملک بلاعوض (مانند قبول هبه)، ممیزبودن کودک کافی است؛ درباره مسؤولیت حقوقی و کیفری و نیز حق اداره امور غیرمالی خویش، پایان کودکی با رسیدن به سن بلوغ مذکور در قانون و برای تصرف در اموال خود، علاوه بر بلوغ، با اثبات رشد تحقق می‌یابد؛ برای انعقاد عقد نکاح دختران، سیزده سال تمام شمسی و پسران پانزده سال تمام شمسی و در سنین پایین‌تر، اذن ولی و تشخیص دادگاه لازم است؛ درخصوص استخدام در مشاغل کارگری پانزده سال تمام شمسی لازم است و درباره بهره‌مندی از حقوق سیاسی، اخذ گواهی‌نامه رانندگی و استخدام دولتی سنینی دیگر، مانند هجده سالگی، معیار به‌شمار می‌رود» (حمزه زینالی و کریمی، ۱۳۹۶: ۷۶-۷۵).

۲-۱-۳- حقوق انگلیس

در حقوق انگلستان یک معیار واحد برای شناسایی مفهوم کودک وجود دارد: کسی که به سن ۱۸ سال نرسیده باشد. این معیار ذیل قسمت ۵۵۸ از قانون آموزش مصوب ۱۹۹۶، قانون کودکان ذیل بخش ۱۰۸ مصوب ۱۹۸۹ و همچنین قانون حمایت از کودک مصوب ۱۹۹۱ ذیل بخش ۵۵ به صراحت مورد اشاره قرار گرفته است. در ارتباط با این معیار چه در رویه قضایی انگلیس و چه در آثار نویسندگان حقوقی اختلاف نظری مشاهده نمی‌شود (O'Halloran, 2024: 117).

۲-۲- ضرورت‌های علمی جلب رضایت کودک در فرآیند درمان

از دیرباز همراهی بیمار با پزشک یک عامل بسیار مهم در فرآیند درمان محسوب می‌شود. پیش‌تر، این همراهی و رضایت از نظر پذیرش فیزیکی درمان بود. اما به مرور زمان و کشف ارتباط مسائل روحی - عاطفی با مسائل جسمی، جنبه دیگری از جلب رضایت بیمار را نمایان کرد. بحث جلب رضایت بیمار از یک سو با موضوعات اصل آزادی و حقوق بشر و از سوی دیگر با موضوعات علم پزشکی و تسریع در روند درمان بیماران در ارتباط است. تحقیقات متعددی نشان داده است که نه تنها تأثیر رضایت قلبی از سوی بیمار به فرآیند درمانی دارای آثار قطعی و مسلم می‌باشد، بلکه این متغیر مهم در ارتباط با بیماری‌های مختلف واجد آثار متفاوتی نیز می‌باشد. برای مثال تأثیر رضایت قلبی بیمار در فرآیند درمان بیماری‌های خودایمنی و انواع سرطان (که به زبان ساده، سیستم ایمنی بدن انسان به خودش حمله می‌کند) بسیار بیشتر و مهم‌تر از سایر بیماری‌هایی است که بدن با یک عامل خارجی مواجه می‌باشد (Wilkinson & Savulescu, 2018: 21-22).

با گذشت زمان و گرایش بیشتر به عقل‌گرایی، در حال حاضر، متخصصان علوم پزشکی اعتقاد دارند که یکی از راه‌های اصلی برای ایجاد رضایت قلبی در بیماران نسبت به فرآیند درمان، شفاف‌سازی و روشن‌نمودن مسائل راجع به بیماری است. این مسائل اعم از علل و اسباب ایجاد بیماری و نیز روش‌های درمان، عواقب و آثار آن و نیز خطرات ناشی از عدم درمان می‌باشد. از این منظر میان متخصصان حقوق بشر و اخلاق زیستی از یک سو و متخصصان علوم پزشکی از سوی دیگر همگرایی ایجاد شده است (Firestein *et al*, 2013: 454).

در ارتباط با کودکان وضع بسیار خاصی حاکم می‌باشد. به صورت سنتی در فرآیند درمان کودکان، والدین نقش اصلی را ایفا می‌کنند، در نتیجه توجه کمتری به عنصر رضایت کودک در فرآیند درمان شده است. به صورت سنتی، دیدگاه غالب این است که باتوجه به عدم درک و شناخت صحیح از سوی کودک، تشریح و اخذ رضایت آگاهانه از والدین او کفایت می‌کند و حتی در مواردی لازم است که اطلاعاتی در ارتباط با روش و روند درمان به کودک ارائه نکرد (Melton *et al*, 2012: 1927-1928)، اما تحقیقات نشان داده است که به مرور زمان و با چنین اقداماتی، کودکان نسبت به کادر درمانی و مراکز بهداشتی ذهنیت منفی پیدا نموده‌اند. این ذهنیت، برای کودکان از دو جهت عواقبی را ایجاد می‌کند: اول این که کودکان به‌عنوان افراد بزرگسال آینده در جامعه، نگاه و رویکرد منفی به کادر درمانی و مراکز بهداشتی پیدا می‌کنند و در آینده این ذهنیت را به نسل بعد نیز منتقل می‌کنند؛ ثانیاً همین کودکان در مراحل بعدی درمان یا در سایر مواردی که دچار بیماری می‌شوند، با وجود ذهنیت منفی و عدم وجود رضایت قلبی، فرآیند درمانی را با چالش مواجه می‌کنند (Widdows, 2013: 148). همین موضوعات باعث شد که در حقوق انگلیس که یک نظام حقوقی رویه‌ای (با تمرکز بر مصادیق رفتاری) می‌باشد، تمهیدات حقوقی در جهت اخذ رضایت کودکان در فرآیند درمان اتخاذ گردد که در قسمت بعدی به آن پرداخته خواهد شد.

۲-۳- رویکرد حقوق انگلیس به رضایت کودک در فرآیند درمان

علی‌رغم این که در حقوق انگلیس اصل بر این است که در فرآیند درمانی افراد زیر ۱۸ سال باید رضایت حداقل یکی از والدین اخذ گردد، اما در برخی موارد امکان اعطای رضایت از سوی کودک به جای والدین وجود دارد. قانون اصلاح قانون خانواده مصوب ۱۹۶۹ بیان می‌دارد: «هنگامی که کودک به سن ۱۶ سالگی رسید، می‌تواند رضایت مؤثری را برای درمان خود ارائه دهد.» قلمرو این رضایت جراحی، پزشکی یا دندان‌پزشکی، حتی هر روشی که برای اهداف تشخیصی انجام می‌شود (Bridgeman, 2022: 11-12). در

این راستا باید توجه شود که اولاً رفاه کودک باید احراز شود؛ ثانیاً معیارهای خاص دیگری نیز توسط مرجع قضایی بررسی گردد که در ادامه مورد اشاره قرار خواهد گرفت.

اگر کودکی که کمتر از ۱۶ سال باشد و از سوی دادگاه برای صدور رضایت به درمان دارای صلاحیت تشخیص داده شود، اصولاً می‌تواند از پذیرش درمان امتناع کند. در این موارد اگر نظر والدین بر دریافت درمان باشد و پزشکان نیز تشخیص دهند که دریافت درمان منطبق با منافع کودک می‌باشد و نسبت به عدم دریافت درمان بهتر می‌باشد، در این حالت، رضایت والدین و نظر پزشکان می‌تواند اراده کودک را کنار زده و فرآیند درمانی کودک آغاز شود (Johnston & Berry, 2016: 71-72)، اما وضعیت دیگری که باید به آن توجه داشت، این است که اگر کودکی که کمتر از ۱۶ سال باشد و از سوی دادگاه برای اعلام رضایت به انجام فرآیند درمان، صالح تشخیص داده شود، می‌تواند رأساً به پذیرش و انجام فرآیند درمانی اقدام کند؛ در این حالت مخالفت والدین نمی‌تواند مانع از انجام فرآیند درمانی شود. به بیان ساده‌تر، باید میان دو فرض پذیرش یا عدم پذیرش درمان از سوی کودک قائل به تفکیک شد. نظر والدین فقط در مواردی که کودک حاضر به پذیرش درمان نباشد، در کنار نظر پزشکان، عامل تعیین کننده محسوب می‌گردد (Bruce et al, 2023: 112-113). مع الوصف، اگر کودک زیر ۱۶ سال باشد و دادگاه بنا به دلایل مختلف، از جمله عوامل عاطفی، اجتماعی، فرهنگی و ... وی را برای صدور رضایت، صالح تشخیص ندهد، مسؤلیت صدور رضایت برعهده یکی از افرادی که مسؤلیت والدینی را برعهده دارند، خواهد بود.

نکته‌ای که در اینجا باید به آن عنایت داشت، این است که صلاحیت افرادی که سن آن‌ها بین ۱۶ تا کمتر از ۱۸ سال است، مطابق با مقررات قانون صلاحیت ذهنی مصوب ۲۰۰۵ سنجیده می‌شود. به تعبیری، در ارتباط با افراد زیر ۱۶ سال، دادگاه و هیأت منصفه باتوجه به شرایط و اوضاع و احوال هر قضیه اقدام به تصمیم‌گیری می‌کنند، اما در ارتباط با افراد بالاتر از ۱۶ سال و کمتر از ۱۸، با در نظر گرفتن مقررات قانون مزبور تصمیم‌گیری انجام می‌شود (Baldwin, 2020: 65-66). از سال ۲۰۱۴، دفتر وزارت دادگستری و دفتر سرپرستی عمومی، اسنادی را تحت عنوان «رویه‌های اجرایی قانون صلاحیت ذهنی مصوب ۲۰۰۵» منتشر کرده‌اند. این اسناد دارای اصول راهنمایی با موضوعات خاص مانند امور راجع به کارگران، سلامت و مراقبت از کارگران، کودکان و ... می‌باشد. این اصول و قواعد راهنما از رویه قضایی استخراج شده است، اما هنوز در قامت اصول و قواعد کامن‌لا مورد پذیرش قرار نگرفته‌اند. به تعبیری، اصول مزبور دارای ماهیتی توصیه‌ای و غیرالزام‌آور دارند، اما محاکم به واسطه این که در آینده، اصول مزبور در قامت رویه قضایی ظاهر خواهند شد (حقوق درحال شکل‌گیری) از آن‌ها تبعیت می‌کنند (Pote et al, 2024: 124-125).

با در نظر گرفتن مقررات قانون ۲۰۰۵ و رویه‌های اجرایی آن، کودکان ۱۶ یا ۱۷ ساله، اصولاً مخاطب صدور رضایت برای انجام امور درمانی قرار می‌گیرند، مگر آن که به موجب رأی دادگاه افراد مزبور صلاحیت صدور رضایت را نداشته باشند (Dorscheidt & Doek, 2019: 82-83). در واقع، چنانچه کودک ۱۶ یا ۱۷ ساله مطابق با نظر و توصیه پزشکان، رضایت خود برای انجام فرآیند درمانی را صادر کند، نیازی به صدور رضایت از سوی احدی از والدین نیست. به تعبیری، صدور رضایت والدین برای کودکان ۱۶ یا ۱۷ ساله فقط در صورتی مد نظر قرار می‌گیرد که رضایت کودک برخلاف توصیه پزشکان باشد و یا این که کودک مزبور به موجب حکم دادگاه صالح به صدور رضایت برای انجام فرآیند درمانی نباشد (Thapar et al, 2018: 243-244).

لازم به ذکر است که در ارتباط با افراد با سن ۱۸ سال یا بیشتر، والدین صلاحیتی برای صدور رضایت ندارند، حتی اگر فرد مزبور توان صدور رضایت را نداشته باشد؛ تنها استثنا در این مورد، حالتی است که دادگاه دستوری مبنی بر لزوم صدور رضایت از سوی والدین صادر کرده باشد (Griffith & Tengnah, 2023: 241-242). نکته مهم این است که اگر بیمار بالغ فاقد اهلیت و توان برای صدور رضایت باشد و والدین دستوری از دادگاه برای جواز صدور یا عدم صدور رضایت نداشته باشند، تیم درمانی صرفاً مکلف است که فرآیند درمان را با والدین در میان بگذارد، اما تیم مزبور تصمیم نهایی درخصوص درمان را باتوجه به منافع بیمار اتخاذ می‌کنند (Herring, 2018: 149-150).

نکته جالب توجهی که باید به آن اشاره کرد، این است که مقررات قانون ۲۰۰۵ و اصول راهنمای صادرشده اغلب از رویه‌ای که در قضیه گیلیک در سال ۱۹۸۵ اتفاق افتاد و فرآیند رسیدگی و صدور حکم آن به مجلس اعیان رسید، بازمی‌گردد. در این قضیه، مجلس اعیان به این نتیجه رسید که اعمال مسؤلیت والدین نمی‌تواند به صورت لحظه‌ای قطع شود، بلکه باید به جهت رفاه حال کودک، اولاً نظارتی از سوی دولت ایجاد گردد؛ ثانیاً با گذشت زمان و به صورت فرسایشی و آهسته استقلال تصمیم‌گیری برای کودک ایجاد نمود. ناگفته نماند که در این قضیه، موضوع پرونده راجع به بارداری کودک زیر ۱۶ سال بود. به واسطه نام همین قضیه، صلاحیت افراد کمتر از ۱۸ سال را برای امور درمانی تحت عنوان صلاحیت گیلیک مورد شناسایی قرار داده‌اند (Asteriti, 2024: 252-253).

۲-۴- تحولات جدید در رویه قضایی انگلیس نسبت به صلاحیت کودکان

با در نظر گرفتن آرای مراجع قضایی انگلیس، در ارتباط با اهلیت گیلیک، تفاسیر جدید ارائه شده است که قلمرو این قاعده را گسترش داده است. اولین مورد به دسترسی والدین به سوابق و پرونده پزشکی کودک بازمی‌گردد. به تعبیری، کودک دارای صلاحیت گیلیک می‌تواند والدین را از دسترسی به سوابق پزشکی خود منع کند و کادر درمان فقط در صورت وجود رضایت صریح کودک، پرونده و سوابق پزشکی را در اختیار والدین قرار می‌دهند؛ مورد دوم راجع به وضعیت‌های است که کودک از نظر قانونی «رهاشده» یا «Emancipated» محسوب می‌شود. این وضعیت در دو حالت ایجاد می‌شود: یکی در وضعیتی که کودک ازدواج کرده؛ دوم وضعیتی که کودک در نیروهای مسلح باشد. در این حالت اساساً دادگاه باتوجه به وضعیت خاصی که حاکم است، حقی برای صدور رضایت جهت امور درمانی برای والدین قائل نمی‌شود. در این موارد رضایت مستقیم کودک موضوعیت پیدا می‌کند (Morgan, 2024: 584)؛ مورد سوم راجع به مسائل سقط جنین و روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد. در سال‌های ۲۰۰۶ الی ۲۰۰۸ در برخی پرونده‌ها تلاش‌هایی شد که در موارد سقط جنین، استثنائاً صلاحیت گیلیک برای کودک اعمال نشود و محرمانه بودن سوابق و پرونده پزشکی برای والدین اعمال نشود، اما این تلاش‌ها با موفقیت روبه‌رو نشد و دادگاه‌ها صلاحیت گیلیک را برای کودکان، حتی در وضعیت سقط جنین نیز به رسمیت شناختند. استدلال اصلی دادگاه این بود که شناسایی جنین اختیاری برای والدین در دسترسی به موضوعات راجع به سقط جنین، پیشگیری از بارداری و ... در تعارض با تعهدات موضوع ماده ۸ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر می‌باشد (Taylor, 2024: 384-385)؛ مورد چهارم راجع به اختلالات بلوغ است. در سال ۲۰۲۰ در برخی قضایا این پرسش مطرح شد که در مواردی که کودک دچار اختلال روانی و عاطفی آستانه بلوغ است و در ارتباط با جنسیت خود و گرایش‌های روانی دچار افسردگی است، آیا می‌توان در راستای تجویز داروها و درمان‌هایی که بلوغ را به تعویق می‌اندازند، قائل به صلاحیت گیلیک برای کودک شد؟ اغلب دادگاه‌ها با این مسأله مخالف بودند و حضور والدین و رضایت آن‌ها را لازم می‌دانستند، اما در برخی موارد خاص هم دادگاه‌ها اذعان نمودند که اقدام کیلینک‌های درمانی در قائل شدن صلاحیت گیلیک برای کودکان در این وضعیت خاص، نقض قانون محسوب نمی‌شود، البته این رویکرد در حال حاضر، یک رویکرد اقلیت محسوب می‌شود (Shaffner et al, 2023: 69-70)؛ مورد پنجم در ارتباط با واکسیناسیون و حاکم شدن شرایط اپیدمی کرونا می‌باشد. در ارتباط با این که آیا برای واکسیناسیون می‌توان برای کودک قائل به صلاحیت گیلیک بود؟ رویه قضایی قاطعانه پاسخ مثبت به این پرسش داد، البته در ضمن آرای صادره تأکید شد که تمام عواقب و آثار قطعی و احتمالی ناشی از واکسیناسیون و نیز مسائلی که در ارتباط با آن قابل شناسایی نمی‌باشد، باید برای کودک تفهیم گردد (Bennett et al, 2023: 265-266).

۲-۵- ضرورت هنجارسازی در حقوق ایران

در فضای حقوق ایران هیچ‌گونه مقرراتی که صراحتاً در ارتباط با رضایت کودک به فرآیند درمان باشد، مشاهده نمی‌شود. در واقع به پیروی از رویکرد سنتی فقهی، در ارتباط با افراد کمتر از ۱۸ سال باید رضایت ولی، وصی، قیم یا سرپرست اخذ گردد. به تعبیری، رضایت به فرآیند درمانی کودک صرفاً یک تکلیف برای ولی، وصی، قیم یا سرپرست محسوب می‌شود. در واقع عنصر رضایت کودک حتی از منظر «حقوق بودن» برای کودک مورد توجه قرار نگرفته است. در این راستا، لازم است که در جهت هنجارسازی برای مشارکت کودک در فرآیند درمان حرکت نمود. غالباً فرآیند هنجارسازی از طریق پارلمان به صورت فرسایشی و در گام اول، در قالب اصول و قواعد عمومی است. در اینجا لازم است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با در نظر گرفتن شرایط عملی

اقدام به صدور اسناد نرم و غیرالزام‌آوری نماید و بدون حذف رضایت والدین، زمینه‌های توجه به رضایت کودک را با توجه به شرایط سنی، عاطفی و ... فراهم کند. این اقدام موجب می‌گردد واکنش‌هایی از سوی کارگزاران و متولیان امر نشان داده شود؛ همین مسأله می‌تواند زمینه را برای مرحله نیازسنجی در تدوین قوانین و مقررات فراهم کند. نباید از نظر دور داشت که ایجاد جایگاه برای رضایت کودک در فرآیند درمان، هیچ منافاتی با قواعد و اصول فقهی ندارد. از طرف دیگر هم تجارب علمی نشان از اهمیت و ضرورت این رضایت دارد، پس می‌توان با توجه به این تجارب در جهت هنجارسازی حرکت کرد. همچنین باید عنایت داشت که لزومی به حذف عنصر رضایت والد یا سرپرست نیست، بلکه رضایت کودک هم در ابتدا می‌تواند در کنار رضایت والدین مد نظر قرار گیرد. علاوه بر این، با تفکیک وضعیت‌های سنی مختلف برای کودک می‌توان هم‌سویی ضمنی میان رویکردهای فقهی و معیار سن بلوغ با رویکردهای حقوقی بین‌المللی (معیار ۱۸ سال) ایجاد نمود، بدین صورت که به‌مانند الگوی حقوق انگلیس می‌توان برای کودکان بالاتر از سن بلوغ و کمتر از ۱۸ سال صلاحیتی خاص، مانند صلاحیت گیلیک تعریف نمود. از آنجا که کودک در این شرایط بالاتر از سن بلوغ شرعی قرار دارد، تعریف نمودن صلاحیت قانونی برای وی در راستای اعطای رضایت به فرآیند درمان، با محدودیت‌های شرعی (که موضع شورای محترم نگهبان می‌باشد) مواجه نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

آنچه از بررسی‌های پژوهش حاضر حاصل می‌شود، این است که در ابتدا باید میان دو فضا قائل به تفکیک شد: اول صدور رضایت به درمان از سوی والدین و سرپرستان کودکان است. در این مورد یک قاعده عمومی چه در حقوق ایران و چه در حقوق انگلیس وجود دارد که همان رعایت مصلحت و غبطه کودک می‌باشد. به تعبیری، در این حالت باید صدور رضایت از سوی والدین و سرپرستان را در قامت یک تکلیف مورد توجه قرار داد، اما فضای دوم راجع به صدور رضایت از سوی کودک می‌باشد. حقوق ایران در ارتباط با نقش‌آفرینی رضایت کودک در فرآیند درمان، موضع سکوت را اتخاذ نموده است. در این راستا ذکر دو نکته لازم است: اول این که تعریف نقش‌آفرینی برای رضایت کودک در فرآیند درمانی آن هم به‌طور خاص برای کودکان بالاتر از سن بلوغ شرعی، هیچ‌گونه منع شرعی ندارد؛ دوم این که در طراحی نقش برای رضایت کودک می‌توان از تجربیات حقوق انگلیس (که یک نظام حقوقی رویه‌محور یا مصداق‌محور می‌باشد) می‌توان استفاده کرد. در ارتباط با نحوه پرداختن به رضایت کودک در فرآیند درمان، می‌توان عنصر رضایت والدین را رکن اصلی در فرآیند درمان قلمداد نمود، ولی رضایت کودک را در قامت یک شرط فرعی مد نظر قرار داد، البته در مواردی که بنا به تشخیص پزشک خواسته کودک در راستای منافع و مصلحت درمانی او نباشد، می‌توان رضایت وی را کنار گذاشت. در اینجا می‌توان نظر مشاور و روان‌شناس را به‌عنوان یک مرحله الزامی به فرآیند درمان اضافه کرد، البته در موارد خاص و حساس هم لازم است نهاد دادستانی و نماینده آن به نقش‌آفرینی بپردازد. نکته مهم‌تر تعریف کودک در حقوق ایران و فقه است؛ مفهوم صغیر ممیز، صغیر غیرممیز و بالغ شرعی سه فضای مختلف محسوب می‌شوند. عنصر رضایت کودک در هر سه مورد می‌تواند به‌صورت متفاوت وجود داشته باشد (یا به تعبیری با توجه به شواهد علمی «باید باشد»)، برای مثال در صغیر غیرممیز رضایت مزبور لازم نیست به‌صورت آگاهانه و با تشریح کامل عواقب و آثار درمان باشد، اما در ارتباط با صغیر ممیز می‌توان سطح آگاهی را افزایش داد و در نهایت در ارتباط با کودکان بالغ (زیر ۱۸ سال) رضایت آگاهانه ملاک عمل قرار گیرد.

نکته دیگری که در ارتباط با حدود صلاحیت والدین باید مد نظر قرار داد، این است که باید میان دو فضای مختلف قائل به تفکیک شد: یکی بحث فرآیند درمان؛ دوم بحث حواشی و مسائل خاص مانند حق بر محرمانگی و عدم انتشار اطلاعات و سوابق پزشکی. به‌نظر می‌رسد در ارتباط با مورد دوم، یعنی مسأله رضایت برای انتشار اطلاعات و سوابق پزشکی، باید قائل به محدودبودن دایره صلاحیت والدین شد، زیرا این امر به‌صورت مستقیم می‌تواند بر زندگی آینده کودک تأثیر داشته باشد. به تعبیری، با توجه به پیچیدگی‌های موجود در روابط اجتماعی، رضایت به انتشار اطلاعات و سوابق پزشکی کودک در راستای رعایت غبطه کودک محسوب نمی‌شود. نکته مهمی که در پایان به آن باید اشاره شود، این است که در جهت اعتلای نظام حقوق پزشکی پیشنهاد می‌گردد، فضای روان‌شناسی و مشاوره‌های درمانی راجع به آن به‌عنوان رکن ثابت فرآیند درمانی اضافه گردد. لازمه این امر هم

ضرورت بازبینی فرآیندهای آموزشی و ایجاد زمینه‌های مشترک برای اتصال عوامل روان‌شناسی و ذهنی به فرآیندهای درمانی جسمی است.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

سهم نویسندگان: نگارش مقاله منفرداً انجام گرفته است.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش بدون تأمین مالی انجام گرفته است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی و عربی

- اسدی (علامه حلی)، ابومنصور حسن (۱۴۱۹). *القواعد الاحکام فی معرفه الحلال و الحرام*. جلد سوم، چاپ اول، قم: نشر اسلامی.
- جسری، مریم (۱۳۸۵). «مروری بر دیدگاه‌های اسلامی در خصوص رضایت آگاهانه در طب اطفال». *فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری*، ۱(۱): ۴۱-۴۷.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۴۰۰). *مبسوط در ترمینولوژی حقوق*. جلد پنجم، چاپ هشتم، تهران: انتشارات گنج دانش.
- حسینی حنیف، سیداحمد (۱۳۸۷). «مکانیسم حمایتی حقوق اسلامی از صغیر». *ماه‌نامه عدالت*، ۱۰(۷۱).
- حلی (فخرالمحققین)، فخرالدین ابوطالب محمد (۱۳۸۹). *ایضاح الفوائد فی شرح مشکلات القواعد*. جلد سوم، چاپ اول، قم: چاپخانه علمیه.
- حمزه زینالی، امیر و کریمی، تاجارا (۱۳۹۶). «تحولات سن کودکی در حقوق ایران». *فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۱۳(۴۶): ۷۱-۹۰.
- دلپسند، کورش؛ فیروزآبادی، زهرا؛ مشکوری، احمد؛ قنبری، افسانه و نوریان، محمد (۱۳۹۸). «تبیین رضایت و موافقت در درمان کودکان از منظر فقه و اخلاق پزشکی». *فصلنامه حقوق کودک*، ۱(۲): ۱۷۱-۱۹۳.
- دهخدا، علی‌اکبر (۱۳۷۳). *لغتنامه دهخدا*. جلد چهاردهم، چاپ اول، تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- رسولی، محمدباسین (۱۳۹۴). «نقش خانواده در تخلفات اطفال». *فصلنامه مطالعات حقوق اسلامی*، ۱(۲).
- شریفی، محمدهادی؛ رفیعی مقدم، علی و جعفری، محمدحسین (۱۴۰۰). «لزوم رعایت غبطه و مصلحت کودک در زمان سرپرستی از منظر فقه و حقوق موضوعه». *مجله حقوق پزشکی*، ۱۵(ویژه‌نامه نوآوری حقوقی): ۲۸۹-۳۰۳.
- صفایی، سیدحسین؛ عراقی، سیدعزت‌الله؛ امامی، اسدالله؛ قاسم‌زاده، سیدمرتضی؛ صادقی، محمود؛ برزوئی، عباس؛ حمیدزاده، احمد و آهنی، بتول (۱۳۸۴). *بررسی تطبیقی حقوق خانواده*. چاپ اول، تهران: دانشگاه تهران.
- طریحی، فخرالدین (۱۹۸۳). *مجمع البحرین و مطلع النیرین*. جلد سوم، چاپ دوم، بیروت: دار احیاء التراث العربی.
- عاملی جبعی (شهید ثانی)، زین‌الدین (۱۴۱۳). *مسالك الافهام الی تنقیح شرایع الاسلام*. جلد هفتم، چاپ اول، قم: المعارف الاسلامیه.

- قیاسی، جلال‌الدین و ساریخانی، عادل (۱۳۹۵). مطالعه تطبیقی حقوق جزای عمومی (اسلام و حقوق موضوعه) (جلد سوم) مسؤولیت کیفری. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کرکی (محقق کرکی)، نورالدین علی (۱۴۰۸). جامع المقاصد فی شرح القواعد. جلد دوازدهم، قم: مؤسسه آل‌البیت لاحیاء التراث.
- مروارید، علی اصغر (۱۹۹۶). اصباح الشیعه بمصباح الشریعه. جلد نوزدهم، بیروت: فقه الشیعه.
- مقدس اردبیلی، احمد (بی تا). زبده البیان فی احکام القرآن. چاپ اول، تهران: کتاب‌فروشی مرتضوی.
- مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۴). تفسیر نمونه. جلد دوم، چاپ سی و دوم، تهران: دارالکتب اسلامی.
- مکی، زهرالسادات؛ کشکولیان، اسماعیل و مکی، اکرم‌السادات (۱۴۰۲). «آثار فرزندخواندگی در نظام حقوقی ایران». فصلنامه قضاوت، ۲۳(۱۱۴): ۷۳-۸۷.
- نجفی، محمدحسن (۱۹۸۱). جواهرالکلام فی شرح شرایع الاسلام. جلد بیست و نهم، بیروت: دارالاحیاء التراث العربی.
- نراقی، مولاحمد (۱۴۱۹). مستند الشیعه الی احکام الشریعه. جلد شانزدهم، چاپ اول، قم: مؤسسه آل‌البیت لاحیاء التراث.
- نظری توکلی، سعید و داوودالموسوی، سیدحسن (۱۴۰۲). «مفهوم غبطه و سازوکارهای تشخیص آن در امور مولی‌علیه». فصلنامه فقه و اصول، ۵۵(۳): ۱۶۹-۱۹۱.
- هدفمند نبی‌پور، هدایت‌الله (۱۳۹۹). «حقوق اطفال در اسلام و اسناد بین‌الملل». دوفصلنامه مطالعات حقوق اسلامی، ۱۳۹۹(۱۳): ۱۳۵-۱۸۲.
- هذلی (محقق حلی)، ابوالقاسم نجم‌الدین (۱۳۸۳). شرایع الاسلام فی مسائل الحلال و الحرام. جلد اول، چاپ ششم، قم: استقلال.

ب. منابع انگلیسی

- Asteriti, A (2024). *Gender Identity in International Law: A Certain Inconvenience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baldwin, L (2020). *Nursing Skills for Children and Young People's Mental Health*. London: Springer.
- Bennett, B; Freckelton, IR & Wolf, G (2023). *COVID-19, Law and Regulation: Rights, Freedoms and Obligations in a Pandemic*. Oxford: Oxford University Press.
- Bridgeman, J (2022). *Medical Treatment of Children and the Law: Beyond Parental Responsibilities*. Hague: Taylor & Francis Group.
- Bruce, EA; Williss, J & Gibson, F (2023). *The Great Ormond Street Hospital Manual of Children and Young People's Nursing Practices*. London: Wiley-Blackwell.
- Dorscheidt, JHHM & Doek, JE (2019). *Children's Rights in Health Care*. London: Brill.
- Firestein, GS; Kelley, WN; Budd, RC; McInnes, IB & O'Dell, JR (2013). *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Vol.1, Hague: Elsevier Health Sciences.
- Garner, B (2011). *Black's Law Dictionary*. London: West Publishing Co.
- Gilmore, S & Glennon, L (2020). *Hayes & Williams' Family Law*. Oxford: Oxford University Press.
- Goold, I; Herring, J & Auckland, C (2019). *Parental Rights, Best Interests and Significant Harms: Medical Decision-Making on Behalf of Children Post-Great Ormond Street Hospital V Gard*. London: Bloomsbury Academic.

- Griffith, R & Tengnah, C (2023). *Law and Professional Issues in Nursing*. Hague: SAGE Publications Ltd.
- Harper, RS (2014). *Medical Treatment and the Law: Issues of Consent: The Protection of the Vulnerable: Children and Adults Lacking Capacity*. London: Family Law.
- Herring, J (2015). *Beginning Family Law*. Hague: Routledge.
- Herring, J (2018). *Medical Law and Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Johnston, C & Berry, J (2016). *Medical Treatment: Decisions and the Law*. London: Bloomsbury Academic.
- Melton, GB; Koocher, GP & Saks, MJ (2012). *Children's Competence to Consent*. London: Springer.
- Morgan, P (2024). *Family Law*. Oxford: Oxford University Press.
- O'Halloran, K (2024). *Child Welfare and Rights: A Contemporary Family Law Analysis*. Hague: Taylor & Francis.
- Pote, H; Picciotto, A & Norris, C (2024). *Child Psychology: Pathways to Good Practice*. London: Wiley-Blackwell.
- Shaffner, DH; McCloskey, JJ; Hunt, EA & Tasker, RC (2023). *Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care*. Hague: Wolters Kluwer Health.
- Stewart, R (2024). *Adoption Now: Law, Regulations, Guidance and Standards*. London: CoramBAAF.
- Taylor, RE (2024). *Fortin's Children's Rights and the Developing Law*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thapar, A; Pine, DS; Leckman, JF; Scott, S; Snowling, MJ & Taylor, EA (2018). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. London: Wiley-Blackwell.
- Widdows, H (2013). *The Connected Self: The Ethics and Governance of the Genetic Individual*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilkinson, D & Savulescu, J (2018). *Ethics, Conflict and Medical Treatment for Children*. Hague: Elsevier Health Sciences.