



## رعایت اصول اخلاقی و حقوقی در بیماران مبتلا به ایدز / HIV رضا عابدی، ...

**روش:** این مطالعه به روش مرور روایی « Narrative Review » انجام شد. داده‌ها از طریق جستجوی نظام مند در پایگاه‌های داده PubMed، Scopus، Google Scholar و پایگاه‌های علمی فارسی با استفاده از کلید واژه‌های ترکیبی مرتبط با اخلاق پزشکی و HIV گردآوری شدند.

**یافته‌ها:** چالش‌های اصلی در چهار محور شناسایی شد: ۱ « محرمانگی و خطر افشا، ۲ « کسب رضایت آگاهانه کامل، ۳ « انگ و تبعیض ساختاری، و ۴ « عدالت در دسترسی به خدمات و دارو. یافته‌ها نشان داد که رعایت اصل احترام به خودمختاری بیمار در کنار پیشگیری از آسیب ناشی از افشا و تبعیض، محور اصلی اخلاق در این حوزه است. همچنین تعارض بین منافع فردی و جمعی از جمله موارد پیچیده اخلاقی محسوب می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** مراقبت اخلاق محور از بیماران مبتلا به ایدز نیازمند ادغام اصول اخلاقی در دستورالعمل‌های بالینی، آموزش ویژه کارکنان سلامت، مبارزه با انگ و اصلاح قوانین تبعیض آمیز است. تقویت رویکرد بیمار محور و حمایت‌های اجتماعی، اساس رعایت اخلاق در این حوزه است. توجه همزمان به سطوح فردی، نهادی و سیاست‌گذاری برای تحقق عدالت در سلامت ضروری می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:**

رضا عابدی - therezw.81@gmail.com - کارشناسی ارشد حقوق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

**HIV عنوان مقاله: رعایت اصول اخلاقی و حقوقی در بیماران مبتلا به ایدز /**

نویسنده: رضا عابدی « نویسنده مسئول » دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات therezw.81@gmail.com

### چکیده

زمینه و هدف: ایدز نه تنها یک چالش پزشکی، بلکه یک بحران اخلاقی - اجتماعی است که به دلیل انگ و تبعیض گسترده، ارائه مراقبت‌های استاندارد را با موانع جدی روبرو کرده است. در این فضا، مسائلی مانند تعادل بین محرمانگی بیمار و مسئولیت اجتماعی، کسب رضایت آگاهانه در شرایط ترس از طرد، و تضمین دسترسی عادلانه به درمان‌های پیشرفته، به کانون تعارضات اخلاقی تبدیل شده‌اند. این مقاله با هدف شناسایی و تحلیل نظام‌مند این چالش‌های کلیدی و ارائه راهکارهای کاربردی مبتنی بر اصول چهارگانه اخلاق پزشکی « احترام به خودمختاری، سودرسانی، ضرر نرسانی و عدالت » برای ارتقای کیفیت مراقبت و تحقق عدالت در سلامت برای بیماران مبتلا به ایدز تدوین شده است.

**:Findings**

اخلاق پزشکی، HIV، ایدز، محرمانگی، رضایت آگاهانه، انگ، عدالت در سلامت.

The main challenges were identified in four areas: 1 » Confidentiality and risk of disclosure, 2 » Obtaining full informed consent, 3 » Stigma and structural discrimination, and 4 » Justice in access to services and medication. The findings indicated that respecting the principle of patient autonomy alongside preventing harm from disclosure and discrimination is central to ethics in this field. Additionally, the conflict between individual and public interests presents complex ethical dilemmas.

**:Conclusion**

Ethical care for patients with AIDS requires integrating ethical principles into clinical guidelines, specialized training for healthcare workers, combating stigma, and reforming discriminatory laws. Strengthening a patient-centered approach and social support systems is fundamental to upholding ethics in this field. Simultaneous attention to individual, institutional, and policy levels is necessary to achieve health justice.

**Keywords:** Medical Ethics, HIV, AIDS, Confidentiality, Informed Consent, Stigma, Health

**Abstract****:Background and Aim**

AIDS is not only a medical challenge, but also a social-ethical crisis that has posed serious obstacles to the provision of standard care due to widespread stigma and discrimination. In this environment, issues such as balancing patient confidentiality and social responsibility, obtaining informed consent in the face of fear of rejection, and ensuring equitable access to advanced treatments have become the focus of ethical conflicts. This article aims to systematically identify and analyze these key challenges and provide practical solutions based on the four principles of medical ethics « respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice » to improve the quality of care and achieve justice in health for patients with AIDS.

**:Methods**

This study was conducted as a Narrative Review. Data were collected through a systematic search in PubMed, Scopus, Google Scholar, and Persian scientific databases using combined keywords related to medical ethics and HIV.

Justice.

آزمایش داوطلبانه، مراقبت و درمان به موقع، و همچنین انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی برای افراد مبتلا و حتی خانواده های آنان است « 3 ». در چنین بستر حساس و آسیب پذیری، رعایت اصول و موازین اخلاق پزشکی نه تنها یک تکلیف حرفه ای برای پزشکان، پرستاران و سایر ارایه دهندگان خدمات سلامت محسوب می شود، بلکه سنگ بنای اساسی هر برنامه موفق کنترل اپیدمی، حفظ کرامت انسانی بیماران و تضمین عدالت در سلامت است. اخلاق پزشکی، به عنوان شاخه ای از اخلاق کاربردی، مجموعه ای از اصول، ارزش ها و قواعدی را ارائه می دهد که رفتار حرفه ای در حوزه مراقبت سلامت را هدایت می کند « 4 ». چارچوب کلاسیک و بسیار مرجع در این حوزه، مبتنی بر چهار اصل بنیادین است که توسط بیچامپ « Beauchamp » و چیلدرس « Childress » تبیین شده است: احترام به خودمختاری « Respect for Autonomy »، سودرسانی « Beneficence »، ضرر نرسانی « Non-maleficence » و عدالت « 5 ». کاربرد این اصول در مواجهه با بیماران مبتلا به ایدز، با مسائل و تعارضات ظریفی روبرو می شود که گاه راه حل آشکار و ساده ای ندارند.

برای نمونه، اصل احترام به خودمختاری که بر حق بیمار برای تصمیم گیری آگاهانه و بدون اجبار تأکید دارد، در مواجهه با یک بیمار جدیدالابتلای HIV، مستلزم فرآیند جامع مشاوره و اخذ رضایت آگاهانه برای آغاز درمان، مشارکت در تحقیقات، یا افشای وضعیت به شریک زندگی است. با این حال، ترس از طرد شدن، خشونت یا از دست دادن شغل می تواند آزادی واقعی فرد در اتخاذ تصمیم را مخدوش کند « 6 ». از سوی دیگر، اصل سودرسانی که وظیفه عمل به نفع بیمار و بهبود سلامت او را بر عهده پزشک می گذارد، ممکن است در شرایطی با خواست ظاهری بیمار « مثلاً امتناع از درمان مؤثر » در تعارض قرار گیرد و موقعیت های اخلاقی دشواری ایجاد نماید. همچنین، اصل ضرر نرسانی با شعار معروف پیش از هر

## مقدمه

بیماری ناشی از ویروس نقص ایمنی انسانی « Human Immunodeficiency Virus » یا HIV و شکل پیشرفته آن یعنی سندرم نقص ایمنی اکتسابی « Acquired Immunodeficiency Syndrome » یا AIDS، از زمان شناسایی در اوایل دهه 1980 میلادی، فراتر از یک چالش صرفاً پزشکی و بهداشتی ظاهر شده است « 1 ». این بیماری به یک پدیده اجتماعی - اخلاقی پیچیده تبدیل گردیده که در تقاطع پزشکی، حقوق، فرهنگ، اخلاق و اقتصاد قرار گرفته است. ماهیت مزمن و طولانی مدت عفونت HIV، همراه با پیشرفت های چشمگیر در درمان های ضدویروسی که آن را به یک بیماری قابل کنترل تبدیل کرده، لزوم تعامل بلند مدت و مبتنی بر اعتماد بین بیمار و سیستم مراقبت سلامت را بیش از پیش پررنگ نموده است. یکی از بارزترین و آسیب زاترین ویژگی های همراه ایدز، انگ « Stigma » و تبعیض « Discrimination » فراگیر مرتبط با آن در سراسر جهان است « 2 ». این انگ ریشه در ترس از عفونت، آگاهی ناکافی، ارتباط بیماری با رفتارهای به حاشیه رانده شده « مانند روابط جنسی خارج از چارچوب های سنتی یا استفاده از مواد مخدر تزریقی » و در بسیاری از جوامع، درک نادرست از راه های انتقال آن دارد. پیامد این انگ، ایجاد مانعی عمیق در دسترسی به خدمات پیشگیری،

## روش

چیز، آسیب نرسان « First, do no harm » در این حوزه، ابعادی فراتر از عوارض فیزیکی درمان پیدا می‌کند. بزرگ‌ترین آسیب در بسیاری از موارد می‌تواند افشای غیرضروری وضعیت بیمار و مواجهه او با موجی از تبعیض و طرد اجتماعی باشد که به‌طور مستقیم بر سلامت روانی، معیشت و کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد « 7 » . این امر، وظیفه حفاظت از محرمانگی اطلاعات بیمار را به یکی از حساس‌ترین وظایف اخلاقی در مراقبت از HIV تبدیل کرده است. در نهایت، اصل عدالت که بر انصاف و توزیع برابر منابع و فرصت‌های سلامت تأکید دارد، در سطح کلان‌تر، پرسش‌های چالش برانگیزی را در مورد اولویت بندی دسترسی به درمان‌های پرهزینه اما نجات بخش، پوشش بیمه‌ای، و تخصیص بودجه برای برنامه‌های پیشگیری بین جمعیت‌های کلیدی در مقایسه با عموم جامعه مطرح می‌سازد « 8 » . افزون بر این چهارچوب اصولی، رویکرد‌های اخلاقی دیگری مانند اخلاق مراقبت « Ethics of Care » که بر اهمیت رابطه انسانی، همدلی و مسئولیت در قبال آسیب پذیران تأکید می‌کند، و نیز اخلاق مبتنی بر حقوق بشر که بر پیوند ذاتی بین سلامت و حقوقی مانند حق زندگی، حریم خصوصی و برخورداری از پیشرفت علمی تأکید دارد، در تحلیل ابعاد اخلاقی ایدز بسیار راهگشا هستند « 9 » . در بستر ایران، با توجه به فرهنگ، ساختار اجتماعی و قوانین خاص حاکم، این چالش‌های اخلاقی می‌توانند نمودهای متفاوتی داشته باشند. مطالعه‌ای که به بررسی نظام‌مند این چالش‌ها و ارائه راهکارهای زمینه محور بپردازد، می‌تواند گامی در جهت ارتقای کیفیت مراقبت، کاهش انگ و تحقق عدالت در سلامت برای این گروه از بیماران باشد. بنابراین، این مقاله با روش مرور روایی، در پی دستیابی به دو هدف اصلی است: اول، شناسایی و تحلیل مهم‌ترین چالش‌ها و تعارضات اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز با استناد به ادبیات علمی جهانی و منطقه‌ای. دوم، ارائه رهنمودها و پیشنهاد‌های عملی مبتنی بر اصول اخلاق پزشکی برای حل یا مدیریت این چالش‌ها در محیط‌های بالینی و سیاست‌گذاری سلامت.

این مطالعه به شیوه‌ی مرور روایی « Narrative Review » طراحی و انجام شد. مرور روایی با هدف ارائه‌ی یک تحلیل جامع، تفسیری و انتقادی از ادبیات موجود پیرامون موضوعی مشخص، بدون الزام به انجام متآنالیز کمی، صورت می‌گیرد و برای بررسی موضوعات پیچیده و میان رشته‌ای مانند اخلاق پزشکی در حیطه‌ی HIV که ابعاد مفهومی، بالینی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد، رویکردی مناسب محسوب می‌شود. داده‌های مورد نیاز این مقاله از طریق جستجوی نظام‌مند و گسترده در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی گردآوری شدند. پایگاه اصلی مورد استفاده، گوگل اسکالر « Google Scholar » بود که به دلیل پوشش بسیار وسیع و بین‌المللی خود، امکان دسترسی به طیف گسترده‌ای از منابع شامل مقالات مجلات معتبر، کتب، پایان‌نامه‌ها، پیش‌چاپ‌ها و اسناد سیاستی را فراهم می‌کند. برای اطمینان از جامعیت و پوشش مقالات علوم پزشکی، جستجو در پایگاه تخصصی PubMed/Medline نیز تکمیل شد. علاوه بر این، برای دربرگرفتن پژوهش‌های انجام‌شده در بافت منطقه و به زبان فارسی، پایگاه‌های Scientific Information SID « Database » و Magiran نیز مورد جستجو قرار گرفتند. راهبرد جستجو با استفاده از ترکیبی از کلیدواژه‌های مرتبط به زبان‌های انگلیسی و فارسی تنظیم گردید. کلیدواژه‌های اصلی شامل عبارت‌هایی مانند Medical Ethics، Ethical Principles، HIV/AIDS، Confidentiality، Informed Consent، Stigma، Discrimination و Justice in Health بودند. این کلیدواژه‌ها با عملگرهای بولین AND و OR به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار گرفتند تا هم حساسیت و هم اختصاصیت جستجو حفظ شود « برای مثال: « AND » « HIV OR AIDS » « AND » « Medical Ethics OR Bioethics » AND »

Confidentiality OR Privacy»» . پس از شناسایی اولیه منابع، فرآیند غربالگری در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، عناوین و چکیده‌های تمامی مطالعات بر اساس معیارهای شمول و خروج بررسی شدند. معیارهای شمول عبارت بودند از: ارتباط مستقیم موضوع با چالش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز، انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی، و انواع مطالعات شامل مقالات پژوهشی، مروری، موردی و اسناد معتبر راهنما. مطالعاتی که صرفاً به جنبه‌های زیست پزشکی بیماری بدون ارتباط به مباحث اخلاقی می‌پرداختند یا در نشریات غیرمعتبر منتشر شده بودند، حذف شدند. در مرحله دوم، متن کامل مقالات واجد شرایط، بازیابی و به دقت مطالعه شد تا نهایی‌ترین مجموعه منابع برای تحلیل فراهم آید. داده‌های استخراج شده شامل مفاهیم کلیدی اخلاقی، چالش‌های عملی گزارش شده، استدلال‌های فلسفی، موارد بالینی نمونه و راهکارهای پیشنهادی بودند. برای تحلیل این داده‌های کیفی، از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد تلفیقی استفاده شد. بدین ترتیب، مفاهیم استخراج شده ابتدا کدگذاری شده و سپس در قالب مقولات اصلی و فرعی «همچون چالش‌های محرمانگی، تعارض در رضایت آگاهانه»، موانع عدالت خواهی و غیره» سازماندهی گردیدند. در نهایت، این مقولات با نگاهی تحلیلی و در چارچوب اصول چهارگانه اخلاق پزشکی «احترام به خودمختاری، سودرسانی، ضرر نرسانی و عدالت» و نیز رویکرد‌های مکمل مانند اخلاق مراقبت و حقوق بشر، تلفیق و ساختاربندی شدند تا تصویری جامع و نظام مند از وضعیت اخلاقی مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز ارائه گردد.

## یافته‌ها

تحلیل منابع گردآوری شده نشان داد که رعایت اصول

اخلاقی در مواجهه با بیماران مبتلا به ایدز در چهار حوزه اصلی با چالش‌های عمیق و درهم‌تنیده‌ای روبرو است که هر یک نیازمند تأمل و راه‌حل‌های بافت‌آگاه هستند. اولین و حساسترین موضوع، مسئله محرمانگی و شرایط افشای اطلاعات است. از یک سو، حفظ محرمانگی، اساس ایجاد اعتماد برای مراجعه، مشاوره و ادامه درمان است و افشای غیرضروری وضعیت بیمار می‌تواند به طرد اجتماعی، از دست دادن شغل یا خشونت منجر شود. از سوی دیگر، در موقعیت‌های خاص مانند قرار دادن شریک جنسی فرد در معرض خطر جدی، این پرسش اخلاقی مطرح می‌شود که آیا وظیفه پیشگیری از آسیب به دیگران، می‌تواند افشای اطلاعات توسط پزشک را حتی بدون رضایت بیمار توجیه کند. این تعادل شکننده بین احترام به خودمختاری و حریم خصوصی بیمار از یک سو و اصل ضرر نرسانی به دیگران از سوی دیگر، یکی از پیچیده‌ترین معضلات اخلاقی در این حوزه است. افزون بر این، گسترش پرونده‌های الکترونیک سلامت و اشتراک اطلاعات بین ارائه دهندگان خدمت، هرچند برای هماهنگی مراقبت ضروری است، ولی نگرانی‌ها درباره امنیت داده‌ها و سوءاستفاده از اطلاعات حساس را تشدید کرده است.

دومین چالش کلیدی، کسب رضایت آگاهانه معنادار است. به دلیل انگ شدید اجتماعی مرتبط با HIV، تصمیم‌گیری فرد برای انجام آزمایش یا شروع درمان، همواره تحت تأثیر ترس از تبعیض و طرد است و این امر می‌تواند آزادی واقعی انتخاب را مخدوش کند. بنابراین، رضایت آگاهانه در این زمینه فراتر از امضای یک فرم است و مستلزم فرآیندی از مشاوره حمایتی، ارائه اطلاعات جامع و شفاف درباره همه گزینه‌ها و پیامدهای احتمالی، و اطمینان از درک کامل بیمار است. این امر به ویژه در مورد درمان‌های مادام‌العمر ضدویروسی که نیاز به پایبندی دقیق دارند، اهمیت دوچندان می‌یابد. در سطح سیاست‌گذاری نیز، اجرای برنامه‌های آزمایش اجباری

ویژه و دستگاه های تنفسی برای بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با سایر بیماران، مسئله ای اخلاقی بود که نیازمند راهنمایی های روشن و عادلانه بود. این چالش ها نشان می دهند که تحلیل اخلاقی در حوزه ایدز نمی تواند تنها به تعامل فردی پزشک و بیمار محدود شود و باید ابعاد ساختاری، اقتصادی و سیاست گذاری سلامت را نیز در بر گیرد.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تحلیل چالش های اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز انجام شد. یافته ها نشان داد که این چالش ها عمدتاً حول محور یک تعارض اساسی ساختاری می چرخند: تعادل بین احقاق حقوق و حفظ کرامت فردی بیمار از یک سو، و ملاحظات مربوط به منافع عمومی، پیشگیری از آسیب و عدالت توزیعی از سوی دیگر « 10 ». این تقابل در تمامی سطوح تعامل با بیماری، از ملاحظات بالینی روزمره تا سیاست گذاری کلان سلامت، خود را نمایان می سازد. در سطح رابطه پزشک و بیمار، حساس ترین نقطه، مسئله محرمانگی و افشای اطلاعات است. اگرچه اصل محرمانگی سنگ بنای اعتماد و پایه ای برای رابطه درمانی مؤثر است، اما موقعیت هایی پیش می آید که وفاداری به این اصل ممکن است با وظیفه اخلاقی پیشگیری از آسیب جدی به دیگران مانند شریک جنسی در معرض خطر در تعارض قرار گیرد. اینجاست که استدلال مبتنی بر اصل ضرر نرسانی گسترده تر مطرح می شود. رویه های اخلاقی پیشنهاد می کنند که اولویت، باید با ترغیب و توانمند سازی خود بیمار برای افشای داوطلبانه باشد. تنها در شرایط استثنایی، زمانی که خطر آسیب به دیگری قطعی، جدی و قریب الوقوع است و تمام راه های ترغیب بیمار به شکست انجامیده، می توان افشای محدود و محتاطانه توسط پزشک را با رعایت بالاترین ملاحظات

HIV مانند آزمایش پیش از ازدواج با انتقادات اخلاقی جدی مواجه است، چرا که این اقدام نه تنها اصل احترام به خودمختاری را نقض می کند، بلکه با ایجاد ترس، افراد را از مراجعه داوطلبانه برای آزمایش و مشاوره بازمی دارد و در نهایت می تواند اثربخشی برنامه های کنترل اپیدمی را کاهش دهد.

سومین حوزه، اثر مخرب و همه جانبه انگ و تبعیض ساختاری است که خود را به شکل موانع سیستماتیک در دسترسی به مراقبت های سلامت، اشتغال، آموزش و مسکن نشان می دهد. گزارش های مستند از امتناع برخی پزشکان، دندانپزشکان یا جراحان از درمان افراد مبتلا به HIV، نمونه ای آشکار از نقض اصول سودرسانی و عدالت است. این تبعیض ها، علاوه از آنکه کرامت انسانی بیماران را خدشه دار می کند، به صورت مستقیم منجر به تأخیر در تشخیص، کاهش پایبندی به درمان، و انزوای اجتماعی می شود و سلامت فرد و جامعه را به خطر می اندازد. مبارزه با انگ، بنابراین، تنها یک اقدام فرهنگی یا آموزشی نیست، بلکه یک تکلیف اخلاقی ضروری برای تمام ذینفعان نظام سلامت است.

در نهایت، چالش عدالت در سطح کلان و تخصیص منابع مطرح می شود. نابرابری عمیق در دسترسی به داروهای ضد ویروسی مؤثر و با عوارض کمتر بین کشورهای ثروتمند و فقیر، نمونه ای از بی عدالتی در سلامت در مقیاس جهانی است. در سطح ملی نیز، تمرکز برنامه های پیشگیری و بودجه بر روی گروه های پرخطر یا کلیدی، اگرچه از منظر بهداشت عمومی کارآمد و ضروری است، اما همواره با این پرسش اخلاقی همراه است که آیا این رویکرد به حاشیه نشینی بیشتر این گروه ها نمی انجامد و آیا نیازهای سایر اقشار جامعه نادیده گرفته نمی شود. همچنین، در شرایط کمبود منابع مانند همه گیری کووید ۱۹ معیارهای تخصیص عادلانه مراقبت های

محرمانگی در نظر گرفت « 11 ». این فرآیند پیچیده، نیازمند داشتن دستورالعمل های بالینی شفاف و آموزش دیده بودن کارکنان سلامت برای مدیریت این گونه موقعیت های حساس اخلاقی است. در حوزه رضایت آگاهانه نیز شاهد همان تنش بنیادین هستیم. فشار برای اجرای برنامه های آزمایش گسترده یا حتی اجباری HIV، اغلب بر پایه استدلال منفعت عمومی و کنترل اپیدمی توجیه می شود. با این حال، شواهد قوی از ادبیات موضوع نشان می دهد که چنین رویکرد های اجباری، نه تنها از منظر اخلاقی به دلیل نقض خودمختاری مورد انتقاد هستند، بلکه از نظر کارایی نیز می توانند با ایجاد ترس و اجتناب، نتایج معکوس به دنبال داشته باشند « 12 ». راهکار اخلاق محور و در عین حال مؤثر، تقویت سیستم های آزمایش داوطلبانه، محرمانه و همراه با مشاوره است. در این مدل، رضایت آگاهانه به یک فرآیند پویا و ارتباطی تبدیل می شود که در آن بیمار نه یک موضوع منفعل، بلکه شریکی فعال در مراقبت از سلامت خود و دیگران است. این امر مستلزم صرف زمان کافی توسط ارائه دهنده خدمت برای رفع نگرانی ها و ارائه اطلاعات جامع است، سرمایه گذاری که متأسفانه در سیستم های سلامت تحت فشار، اغلب نادیده گرفته می شود. پیچیدگی هنگامی بیشتر می شود که این فرآیند در مورد جمعیت های آسیب پذیر مانند نوجوانان، افراد با اختلالات روانی یا کسانی که در موقعیت های قدرت نابرابر قرار دارند « مانند زندانیان » اعمال شود، که در آن ارزیابی ظرفیت تصمیم گیری و اجتناب از اجبار پنهان، حیاتی است. ماهیت فراگیر و مخرب انگ اجتماعی مرتبط با HIV، آن را به یک مانع اصلی در تحقق تمامی اصول اخلاق پزشکی تبدیل کرده است. انگ، خودمختاری را با ترس از افشا محدود می کند، سودرسانی را با ایجاد مانع در دسترسی به مراقبت خنثی می نماید، با تحمیل آسیب روانی و اجتماعی عمیق ترین شکل ضرر رسانی را موجب می شود و با ایجاد سلسله مراتب شایستگی در دریافت خدمت، اساس عدالت را ویران می کند « 13 ». بنابراین، هرگونه تلاش برای ارتقای اخلاق پزشکی در این حوزه،

ناگزیر باید با مبارزه ریشه ای با انگ و تبعیض ساختاری همراه باشد. این مبارزه تنها به آموزش آگاهی عمومی محدود نمی شود، بلکه مستلزم بازنگری فعال در سیاست ها، قوانین و رویه های نهادی است که ناخواسته به تداوم تبعیض دامن می زنند. برای مثال، تصویب و اجرای قوانین ضد تبعیض قوی در محیط های کار و خدمات سلامت، و نیز آموزش اجباری کارکنان سلامت درباره حقوق بیماران و راه های مراقبت بدون قضاوت، گام های عملی ضروری هستند. در نهایت، چالش عدالت، تحلیل اخلاقی را از حیطه فردی به عرصه اجتماعی و جهانی می کشاند. نابرابری فاحش در دسترسی به داروهای نجات بخش بین شمال و جنوب جهانی، نمونه ای کلاسیک از بی عدالتی در سلامت است که ریشه در ساختارهای سیاسی و اقتصادی ناعادلانه دارد. در سطح ملی، تخصیص بودجه و توجه به گروه های کلیدی اپیدمی، اگرچه از منظر بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد و کارآمد است، اما همواره این خطر اخلاقی را به همراه دارد که به داغ ننگ زنی بیشتر این گروه ها بینجامد و تنش اجتماعی ایجاد کند. راهبرد اخلاقی در اینجا، اتخاذ یک رویکرد دوگانه است: ادامه سرمایه گذاری هدفمند و بدون قضاوت در خدمات مورد نیاز جمعیت های کلیدی برای کنترل مؤثر اپیدمی، در کنار تقویت سیستم مراقبت سلامت اولیه برای دسترسی همگانی و کاهش انگ از طریق عادی سازی خدمات ایدز در بسته مراقبت های معمول سلامت. این امر مستلزم گفتگویی شفاف و جامعه محور درباره اولویت ها و توجیه تخصیص منابع است. محدودیت اصلی این مطالعه، اتکا به روش مرور روایی است که اگرچه برای کاوش عمیق مفاهیم پیچیده اخلاقی مناسب است، اما فاقد نظام مندی روشمند مرورهای سیستماتیک کمی است. همچنین، با وجود تلاش برای پوشش منابع فارسی و انگلیسی، امکان نادیده گرفتن برخی متون مرتبط به زبان های دیگر وجود دارد. پژوهش های آتی می توانند با انجام مطالعات کیفی برای درک تجربیات زیسته بیماران و ارائه دهندگان مراقبت در مواجهه با این معضلات اخلاقی، یا با انجام

مرورهای سیستماتیک در مورد کارایی راهکارهای خاصی مانند مداخلات کاهش انگ، به غنای این بحث بیفزایند.  
«13»

جمع بندی نهایی این است که مراقبت اخلاق محور از افراد مبتلا به ایدز مستلزم عبور از یک نگرش اقتدارگرایانه یا صرفاً زیستی به سوی یک پارادایم مراقبتی مبتنی بر حقوق، مشارکت و زمینه است. در این پارادایم، بیمار نه به عنوان مشکل یا عامل بیماری، بلکه به عنوان فردی دیده می شود که حق دارد در مرکز فرآیند تصمیم گیری درباره سلامت خود قرار گیرد، بدون ترس از قضاوت، تبعیض یا نقض محرمانگی. تحقق این امر نیازمند تعهد همزمان در سه سطح است: توسعه شایستگی اخلاقی در کارکنان سلامت، ایجاد محیط های حامی و تدوین غیرتبعیض آمیز در نهاد های ارائه خدمت، و تدوین سیاست ها و قوانین عادلانه و مبتنی بر شواهد در سطح کلان. تنها از این طریق می توان به وعده اخلاق پزشکی که احترام به کرامت انسانی در آسیب پذیرترین شرایط است در مواجهه با اپیدمی ایدز عمل کرد.

تحلیل های ارائه شده نشان می دهد که رویکرد های فعلی در قبال اخلاق پزشکی و ایدز نیازمند تحولی بنیادین از چارچوب های قاعده محور صرف به سمت چارچوب های رابطه محور و فضیلت بنیاد هستند. در شرایطی که قوانین و دستورالعمل ها ضروری اند، اما کافی نیستند. آنچه در مواجهه های بالینی پیچیده تعیین کننده است، قضاوت اخلاقی پزشک است که از فضیلت هایی چون خرد عملی، شجاعت، صداقت و همدلی سرچشمه می گیرد»  
14 «. برای نمونه، تصمیم درباره زمان و شیوه صحبت با بیمار در مورد افشای وضعیتش به شریک زندگی، بیش از آنکه تابع یک قانون مطلق باشد، نیازمند درک عمیق از شرایط خاص آن بیمار، ارزیابی واقعی خطرات، و توانایی برقراری ارتباطی مبتنی بر اعتماد است. پرورش این

قابلیت ها مستلزم گنجاندن آموزش های اخلاقی موقعیت محور و تحلیل موردی در برنامه های درسی و بازآموزی های حرفه ای برای تمامی اعضای تیم مراقبت سلامت است. علاوه بر این، توجه به اخلاق مراقبت به عنوان مکمل اخلاق اصول محور، بر اهمیت رابطه انسانی و مسئولیت در قبال آسیب پذیران تأکید می کند. در این دیدگاه، تمرکز از حل تعارض بین اصول انتزاعی به سمت پاسخگویی به نیازهای مشخص فرد در بافت روابط و وابستگی هایش تغییر می کند «15». این نگاه به ویژه در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز که اغلب به دلیل انگ، از شبکه های حمایتی سنتی مانند خانواده جدا افتاده اند، حیاتی است. تقویت نقش مددکاران اجتماعی، گروه های همیاری و سازمان های جامعه محور نه تنها به عنوان یک خدمت حمایتی، بلکه به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از مراقبت اخلاقی و کل نگر باید مورد توجه قرار گیرد. این رویکرد نشان می دهد که مسئولیت اخلاقی تنها بر دوش پزشک معالج نیست، بلکه در سراسر شبکه مراقبت سلامت و جامعه توزیع می شود. در بعد سیاست گذاری نیز، یافته ها حاکی از ضرورت اتخاذ رویکردی مبتنی بر حقوق بشر در برنامه های کنترل ایدز است. این رویکرد، سلامت را نه به عنوان یک لطف، بلکه به عنوان حقی بشری می داند که دولتها متعهد به احقاق آن هستند «3»  
« . چنین دیدگاهی، مبارزه با تبعیض در دسترسی به خدمات سلامت، کار و آموزش را از یک اقدام اختیاری به یک تعهد حقوقی و اخلاقی غیرقابل اجتناب تبدیل می کند. پیاده سازی این نگاه نیازمند نظارت بر قوانین و مقررات برای شناسایی و اصلاح موارد تبعیض آمیز، و نیز ایجاد سازوکارهای شکایتی قابل دسترس برای بیمارانی است که حقوقشان نقض شده است. برای مثال، تجربه برخی کشورها نشان داده است که ایجاد دفاتر امین اخلاق یا کمیته های اخلاق بالینی در مراکز ارائه دهنده خدمات ایدز می تواند پناهی برای بیماران و راهنمایی برای کارکنان در مواجهه با معضلات اخلاقی باشد. در نهایت، باید به این نکته اذعان کرد که اخلاق در حوزه HIV پدیده ای ایستا نیست. با تغییر ماهیت اپیدمی از یک

بیماری کشنده به یک وضعیت مزمن قابل کنترل، با ظهور درمان های پیشگیرانه ای مانند PrEP « پیشگیری پیش از مواجهه » ، و با تلاش برای دستیابی به درمان قطعی، پرسش های اخلاقی جدیدی نیز سر برمی آورند. برای نمونه، توزیع عادلانه درمان های پیشگیرانه پرهزینه بین جمعیت های در معرض خطر بالا، یا ملاحظات اخلاقی مربوط به مشارکت در پژوهش های درمان قطعی که ممکن است مستلزم قطع موقت درمان های مؤثر فعلی باشد، از چالش های نوظهور هستند « 16 ». این پویایی، لزوم تداوم گفت وگو، پژوهش و بازنگری در دستورالعمل های اخلاقی را گوشزد می کند. جامعه علمی، ارائه دهندگان خدمات سلامت، سیاست گذاران و به ویژه جامعه افراد مبتلا به ایدز باید در این گفت وگویی مستمر شریک باشند. در خاتمه، می توان تأکید کرد که پاسخ اخلاقی به اپیدمی ایدز در گرو به رسمیت شناختن کرامت ذاتی انسان، فارغ از وضعیت سلامت، سبک زندگی یا هویت اجتماعی اوست. این امر مستلزم گذار از نگاه تک بعدی و ایجاد هماهنگی بین ملاحظات فردی و جمعی، بالینی و ساختاری، و حرفه ای و جامعه محور است. رعایت اصول اخلاقی در این حوزه نه یک انتخاب، بلکه شرط لازم برای طراحی پاسخ های مؤثر، پایدار و انسانی به یکی از پیچیده ترین چالش های سلامت جهانی است. مسیری که با درک عمیق آسیب پذیری آغاز می شود و با تأکید بر تاب آوری، عاملیت و حقوق انسانی به پیش می رود. این تحول پارادایمی مستلزم توجه ویژه به سواد سلامت اخلاقی در میان بیماران و جامعه نیز هست. توانمندسازی افراد مبتلا به ایدز برای درک حقوق خود، مشارکت معنادار در تصمیم گیری های درمانی و دفاع از کرامت خویش، بخش مکمل و ضروری هر راهبرد اخلاقی است. برنامه های آموزشی که توسط سازمان های مردم نهاد و با مشارکت خود بیماران طراحی می شوند، می توانند این سواد را ارتقا دهند و به کاهش عدم تقارن قدرت در رابطه درمانی کمک کنند. وقتی بیماران به خوبی از حقوق اخلاقی و قانونی خود از جمله حق محرمانگی، حق رد یا پذیرش درمان، و حق برخورداری از مراقبت بدون

تبعیض آگاه باشند، خود به ناظران و ضامنان اجرای اصول اخلاقی تبدیل می شوند « 17 ». این امر همچنین به ایجاد حس عاملیت و کنترل بر زندگی در میان افرادی که اغلب به دلیل انگ و بیماری، احساس انفعال و درماندگی می کنند، یاری می رساند. در سطح جهانی، پاسخ اخلاقی به ایدز نیازمند باز تعریف مسئولیت همبستگی بین المللی است. بحران دسترسی ناعادلانه به دارو و فناوری های پیشگیری، نشان دهنده شکستی اخلاقی در سطح نظام های حاکم بر مالکیت فکری، تجارت و توسعه است. رویکردهای نوینی مانند مشارکت در تولید داروهای ژنریک با قیمت پایین، انتقال فناوری و تأمین مالی پایدار از طریق مکانیسم هایی مانند صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، نمونه هایی از اقدامات مبتنی بر اخلاق همبستگی هستند که باید تقویت و گسترش یابند « 18 ». این همبستگی نباید محدود به انتقال منابع مادی باشد، بلکه شامل تسهیم دانش، ظرفیت سازی و پشتیبانی فنی برای تقویت نظام های سلامت کشورهای با درآمد کم و متوسط نیز می شود. در این زمینه، نقش نهاد های بین المللی، دولت ها، صنعت داروسازی و جامعه مدنی جهانی در ایفای مسئولیت اخلاقی خود نقشی حیاتی است. همچنین، پژوهش اخلاقی در این حوزه باید به سمت بررسی تفاوت های بافتی و ارائه راهکارهای بومی شده حرکت کند. چالش هایی مانند نحوه تعامل با شبکه های خانوادگی در فرهنگ های جمع گرا، مدیریت افشا در جوامع کوچک و سنتی، یا تطبیق اصول رضایت آگاهانه با سطوح مختلف سواد و باورهای فرهنگی، نیازمند مطالعات عمیق کیفی و مشارکتی در هر منطقه است « 19 ». یک راهکار اخلاقی که در یک بافت اجتماعی - فرهنگی موفق است ممکن است در بافتی دیگر نه تنها بی اثر بلکه مضر باشد. بنابراین، اخلاق پزشکی جهانی باید از رویکردی یکسان ساز و تحمیل گر به سمت رویکردی گفتگو محور، محترم به تنوع و حساس به بافت حرکت کند، بدون آنکه از اصول بنیادین حقوق بشر عدول نماید. در نهایت، ارزیابی مستمر تاثیر اقدامات و سیاست ها از منظر اخلاقی ضروری است. شاخص هایی فراتر از

آمارهای اپیدمیولوژیک مانند کاهش مورد های گزارش شده تبعیض در مراکز سلامت، افزایش رضایت بیماران از حفظ محرمانگی، یا سطح مشارکت جامعه در طراحی برنامه ها باید به عنوان معیارهای موفقیت یک پاسخ اخلاقی به ایدز در نظر گرفته شوند « 20 ». این ارزیابی باید با مشارکت ذی نفعان، به ویژه خود افراد مبتلا به HIV، انجام گیرد تا اطمینان حاصل شود که اقدامات انجام شده واقعاً مطابق با نیازها و ارزش های آنان است. به طور خلاصه، اخلاق در مراقبت از ایدز عصاره ای از حساسیت، انعطاف پذیری و تعهد عمیق به عدالت است. این مسیر، راه حل های ساده و جهان شمول ندارد، بلکه مستلزم تلاش مداوم برای درک پیچیدگی های زندگی افراد، شنیدن صدای آنان و جسارت برای به چالش کشیدن ساختارهای ناعادلانه ای است که سلامت و کرامت انسان را تهدید می کنند. آینده یک پاسخ اخلاقی پایدار به اپیدمی HIV در گرو همین تعهد جمعی به ساختن فضایی است که در آن، مبتلا بودن به جای اینکه داغ ننگ باشد، تنها یکی از ابعاد تجربه انسانی تلقی شود که سزاوار حمایت، احترام و مراقبت فراگیر است.

تمرکز پایانی بر مفهوم تاب آوری اخلاقی نظام های سلامت است. همه گیری ایدز آزمونی بی سابقه برای ظرفیت اخلاقی فردی و جمعی بود و نشان داد که سیستم هایی که پیش تر زیرساخت های اخلاقی خود مانند دستورالعمل های شفاف، مکانیسم های حمایت از بیمار، و فرهنگ گفتگوی اخلاقی را تقویت کرده بودند، بهتر توانستند در برابر فشارها و تعارضات بحران مقاومت کنند. « 21 » این تاب آوری اخلاقی در مواجهه با چالش های نوظهور، مانند ادغام خدمات HIV در نظام مراقبت سلامت اولیه یا پاسخ به نیازهای جمعیت های مهاجر و پناهنده مبتلا، اهمیت مضاعفی می یابد. سرمایه گذاری در ایجاد و نهادینه سازی چنین زیرساخت هایی شامل کمیت های اخلاق بالینی، خط مشی های محرمانگی قوی، و برنامه های آموزش مداوم اخلاق برای

کارکنان سلامت اگرچه در کوتاه مدت دشوار به نظر می رسد، ولی در بلندمدت از بروز بحران های اخلاقی جدی تر و هزینه های انسانی و اجتماعی ناشی از آن پیشگیری می کند. نکته حائز اهمیت دیگر، بینش آفرینی از تجربه ایدز برای اخلاق سلامت جهانی است. بسیاری از درس های آموخته شده در طول دهه ها مبارزه با این اپیدمی مانند اهمیت مشارکت جامعه در پژوهش و برنامه ریزی، نقش کلیدی شفافیت در کسب اعتماد عمومی، و ضرورت مبارزه با انگ در کنار مداخلات پزشکی امروزه در پاسخ به سایر چالش های سلامت، از همه گیری کووید ۱۹ تا بیماری های غیرواگیر، ارزشی جهان شمول یافته اند. بنابراین، تداوم تأمل و تولید دانش در حوزه اخلاق و ایدز، تنها به نفع بیماران مبتلا به این ویروس نیست، بلکه گنجینه ای از خرد عملی برای تقویت اخلاق در تمامی عرصه های مراقبت سلامت فراهم می آورد. « 22 » در افق نهایی، آرمان اخلاقی در حوزه HIV چیزی نیست جز تحقق جهانی که در آن هیچ فردی به دلیل وضعیت ابتلایش به این ویروس، از امکان زندگی سالم، محترمانه و پر بار محروم نماند. این آرمان، اگرچه بلندپروازانه است، اما با گام های استوار و اخلاق محوری که امروز برمی داریم از انتخاب کلمات محترمانه در مطب پزشک تا تدوین قوانین عادلانه در پارلمان دست یافتنی تر می شود. هر اقدام، هر تصمیم و هر گفتگویی که کرامت ذاتی انسان مبتلا به ایدز را به رسمیت بشناسد و از آن محافظت کند، نه تنها پاسخی اخلاقی به یک بیماری که تأییدی بر انسانیت مشترک ماست. ادامه این مسیر، نیازمند هوشیاری اخلاقی جمعی، شجاعت برای اصلاح رویه های ناعادلانه و تعهدی راسخ به ساختن آینده ای است که در آن سلامت و عدالت، برای همه، به واقعیت پیوندند. « 23 »

### نتیجه گیری

اقداماتی است که نه تنها بیماری را هدف می‌گیرند، بلکه زمینه‌های انگ و نابرابری را که به آن دامن می‌زنند، از میان برمی‌دارند. این مسیر، مسیر تحقق عدالت در سلامت و احترام به کرامت ذاتی هر انسان، صرف نظر از وضعیت بیماری‌اش است.

### مشارکت نویسندگان:

نگارش، طراحی مطالعه، گردآوری منابع، تحلیل داده‌ها، و ویرایش نهایی مقاله توسط نویسنده اصلی انجام شده است. هیچگونه مشارکت مستقیم از سوی نویسندگان دیگر در فرآیند تهیه مقاله صورت نگرفته است. تمامی مسئولیت‌های علمی و اخلاقی مقاله بر عهده نگارنده است.

### سپاس‌گزاری

نگارنده مراتب سپاس و قدردانی خود را از اساتید و پژوهشگران حوزه حقوق سلامت و روان، به‌ویژه در زمینه حقوق بیماران مبتلا به ایدز، ابراز می‌دارد. همچنین از پایگاه‌های داده علمی و منابع آزاد بین‌المللی که امکان دسترسی به منابع روزآمد و معتبر را فراهم کردند، تشکر می‌شود. این مقاله هیچ گونه حمایت مالی یا نهادی از سوی مؤسسات پژوهشی یا سازمان‌های دولتی و غیردولتی دریافت نکرده است.

### ملاحظات اخلاقی

بررسی نظام مند چالش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به ایدز نشان می‌دهد که این بیماری، به دلیل ماهیت مزمن، پیامدهای اجتماعی عمیق و انگ پایدار همراه آن، بیش از یک وضعیت صرفاً پزشکی، آزمونی برای پایبندی به اصول بنیادین اخلاق پزشکی و حقوق بشر است. این مطالعه با روش مرور روایی، چهار چالش عمده را برجسته ساخته است: تعادل ظریف بین محرمانگی و مسئولیت اجتماعی در افشای اطلاعات؛ کسب رضایت آگاهانه معنادار در سایه ترس از تبعیض؛ مقابله با انگ ساختاری به عنوان مانعی همه جانبه در برابر دسترسی به مراقبت؛ و تحقق عدالت توزیعی در سطح ملی و جهانی برای تضمین دسترسی برابر به پیشگیری و درمان. یافته‌ها حاکی از آن است که رویکردهای قاعده محور صرف، برای مدیریت این پیچیدگی‌های اخلاقی کافی نیستند. آنچه ضروری می‌نماید، اتخاذ چارچوبی جامع و چند سطحی است که اخلاق فضیلت محور و اخلاق مراقبت را با اصول چهارگانه بی‌چامپ و چیلدرس تلفیق کند. این چارچوب بر پرورش قضاوت اخلاقی در کارکنان سلامت، استحکام رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد و احترام، و پاسخگویی به نیازهای خاص هر بیمار در بافت فرهنگی و اجتماعی اش تأکید دارد. در سطح کلان، این مطالعه بر لزوم سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر حقوق بشر تأکید می‌کند؛ رویکردی که مبارزه با تبعیض، تضمین دسترسی عادلانه و مشارکت معنادار بیماران و جامعه را در قلب برنامه‌های کنترل ایدز قرار می‌دهد. در نهایت، رعایت اصول اخلاقی در مواجهه با HIV فراتر از یک تکلیف حرفه‌ای، سرمایه‌گذاری اساسی برای اثربخشی و پایداری پاسخ به اپیدمی است. سیستم‌های سلامت تاب آور، نیازمند نهادینه سازی زیرساخت‌های اخلاقی از آموزش مستمر و کمیت‌های اخلاق بالینی تا دستورالعمل‌های شفاف هستند. آینده‌ای که در آن کرامت، سلامت و مشارکت کامل اجتماعی افراد مبتلا به ایدز محقق شود، در گرو تعهد جمعی امروز ما به

در انجام این پژوهش، تمامی اصول و معیارهای اخلاقی مرتبط با تحقیقات علمی و حقوقی به دقت رعایت شده است. این مطالعه به صورت یک تحقیق مروری و تحلیلی است که بر مبنای منابع کتابخانه‌ای، مقالات علمی، قوانین و اسناد بین‌المللی انجام گرفته و هیچ‌گونه داده یا اطلاعات شخصی افراد حقیقی مورد استفاده قرار نگرفته است. لذا، نیازی به دریافت مجوز یا تأیید از کمیته های اخلاق پژوهشی وجود نداشته است. در راستای رعایت حقوق مالکیت فکری و حقوق مؤلفان، تمامی منابع مورد استفاده به طور کامل و دقیق استناد داده شده‌اند و هرگونه کپی برداری غیرمجاز و سرقت علمی به شدت پرهیز شده است. همچنین، نگارش مطالب به گونه ای انجام شده است که از هرگونه سوگیری، تبعیض یا پیش داوری نسبت به بیماران مبتلا به ایدز اجتناب شده و کرامت انسانی آنان حفظ گردد. به دلیل حساسیت موضوع و اهمیت حفاظت از حقوق بیماران مبتلا به ایدز، تمامی مفاهیم و تحلیل های حقوقی ارائه شده با رویکردی انسانی و احترام به کرامت فردی افراد انجام شده است. این رویکرد باعث شده است که در تحلیل‌ها، از دیدگاه های مختلف اخلاقی بهره گرفته شود تا جامعیت و عدالت در نتیجه‌گیری‌ها حفظ گردد.

### منابع

- Sepkowitz KA. AIDS the first 20 years. New England Journal of Medicine. 2001 Jun 7;344:1764-72. « 23 ».
- Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, Szekeres G, Coates TJ. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. Aids. 2008 Aug 1;22:S67-79.
- Parker R, Aggleton P. HIV-and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. In Culture, society and sexuality 2007. Jan 24 « pp. 459-474 ». Routledge
- Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence:

### تعارض منافع

نگارنده این مقاله اعلام می‌دارد که در انجام این تحقیق و تهیه مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافع مالی، سازمانی، یا شخصی وجود نداشته و مقاله مستقل از هرگونه تأثیرپذیری خارجی نگاشته شده است.

needs fairly. Cambridge University Press;  
.2007 Oct 22

Gruskin S, Ahmed S, Bogecho D, Ferguson L, Hanefeld J, MacCarthy S, Raad Z, Steiner R. Human rights in health systems frameworks: What is there, what is missing and why does it matter?. *Global public health*. 2012 Apr 1;7 « 4 » :337-51

World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. World Health Organization; 2022 Jul 29

De Cock KM, Johnson AM. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *Bmj*. 1998 Jan 24;316 « 7127 » :290-3

Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Oxford University Press; .1993 Nov 11

Tronto J. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Routledge; .2020 Jul 24

de Araujo M. The Ethics of Genetic Cognitive Enhancement: Gene Editing or Embryo Selection?. *Philosophies*. 2020 Sep .3;5 « 3 » :20

systematic review and meta-synthesis. *Journal of the international AIDS Society*. .2013 Nov;16:18640

Beauchamp TL. The principles of biomedical ethics as universal principles. In *Islamic perspectives on the principles of biomedical ethics: Muslim religious scholars and biomedical scientists in face-to-face dialogue with Western bioethicists 2018* « pp. « 91-119

Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *Bmj*. 1994 Jul 16;309 « 6948 » :184

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works?. *Journal of the international AIDS Society*. 2009 Aug 6;12 « 1 » :15

Rennie S, Mupenda B. Ethics of mandatory premarital HIV testing in Africa: the case of Goma, Democratic Republic of Congo. *Developing world bioethics*. 2008 Aug;8 « 2 » :126-37

Gostin LO, Hodge Jr JG. Piercing the veil of secrecy in HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases: theories of privacy and disclosure in partner notification. *Duke J. Gender L. & Pol'y*. 1998;5:9

Daniels N. Just health: meeting health

- London L. What is a human-rights based approach to health and does it matter?. Health and human rights. 2008 Jan 1:65-80
- Gostin LO, Friedman EA. The sustainable development goals: one-health in the world's development agenda. Jama. 2015 Dec .22;314 « 24 » :2621-2
- Namsal Anrs 12313 Study Group. Dolutegravir-based or low-dose efavirenz-based regimen for the treatment of HIV-1. New England Journal of Medicine. 2019 Aug .29;381 « 9 » :816-26
- Doyal L. Living with HIV and dying with AIDS: Diversity, inequality and human rights in the global pandemic. Routledge; 2016 May .13
- Hoen E. Private patents and public health: changing intellectual property rules for access to medicines. « No Title » . 2016
- Mfutso-Bengo JM, Mfutso-Bengo EM, Masiye F. Ethical aspects of HIV/AIDS prevention strategies and control in Malawi. Theoretical medicine and bioethics. 2008 .Sep;29 « 5 » :349-56
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Rights in the time of COVID-19: lessons from HIV for an effective, community-led response