

Criminal and Non-Criminal Preventive Measures to Control the Spread of Sexually Transmitted Viruses (With an Emphasis on HPV)

Salar Sadeghi

Assistant Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Roshdieh Institute of Higher Education, Tabriz, Iran.
(Corresponding Author)
salar.n1371@gmail.com

Mohammad Shoostari Sani

LL.M. Student in Criminal Law and Criminology, Farabi Campus, University of Tehran, Qom, Iran.
shoshtari.mohamma@ut.ac.ir

Taha Eslami

LL.M. in Criminal Law and Criminology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.
tahaeslami1378@gmail.com



Abstract

Sexually Transmitted Infections (STIs) represent one of the most pressing modern threats to public health. Among these, the Human Papillomavirus (HPV) is globally prevalent, distinguished by its association with various malignancies, its highly contagious nature, and the difficulty of detecting asymptomatic carriers. These characteristics necessitate the design and implementation of comprehensive, efficient, and nationally coordinated preventive strategies. Adopting a descriptive-analytical methodology, this study addresses the social and legal challenges posed by the spread of STIs—focusing on HPV—and evaluates the capacity of both criminal and non-criminal preventive measures to control their proliferation within Iranian society.

Journal of Research and Development in Criminal Law and Criminology

Iranian Law and Legal Research Institute

Vol. 2 | No. 4 | Fall 2025 and Winter 2026
(Original Article)

<https://jclc.illrc.ac.ir>

10.22034/jclc.2025.2061775.1193

Findings indicate that the Iranian legal system suffers from significant legislative and executive lacunae regarding these viruses. Specifically, it lacks explicit criminalization of high-risk behaviors related to the intentional transmission of STIs, as well as clear policies and programs to counter their spread; a deficiency that severely undermines the effectiveness of control efforts. Conversely, comparative international experiences suggest that a combination of proportionate criminal sanctions, comprehensive sexual health education, public vaccination programs, and transparent media communication can be effective. Consequently, it is essential to formulate a multidimensional, integrated, and justice-oriented criminal policy that prioritizes awareness, empathy, and equal access to healthcare alongside law and order. A dual approach is proposed: Legal Prevention, achieved through transparent and proportionate criminalization aligned with the principles of criminal law; and Social Prevention, fostered through science-based education, public awareness campaigns, strategic media engagement, and nationwide vaccination programs. By drawing on the experiences of advanced legal systems and revising existing statutes, Iran's criminal justice system can establish a suitable framework for coherent preventive strategies. The success of such policies hinges upon effective intersectoral cooperation among the health, education, and criminal justice systems.


Keywords: Crimes Against Internal or External Security, Circumstantial Evidence, Accused Persons, Presumption of Innocence, Deprivation of Liberty, Privacy.



بررسی تدابیر پیشگیرانه کیفری و غیرکیفری در کنترل شیوع ویروس‌های آمیزشی (با تاکید بر ویروس اچ‌پی‌وی)


استادیار حقوق کیفری و جرم‌شناسی موسسه آموزش عالی رشدیه، تبریز، ایران
(نویسنده مسئول)


salar.n1371@gmail.com

سالار صادقی 

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشگاه تهران
دانشکده‌گان فارابی، قم، ایران

hoshtari.mohamma@ut.ac.ir

محمد شوشتری ثانی 

طاها اسلامی 

کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز،
۱۰۰۱



دوفصلنامه تحقیق و توسعه در حقوق کیفری و
جرم‌شناسی

پژوهشگاه حقوق و قانون ایران

دوره ۲ | شماره ۴ | پاییز و زمستان ۱۴۰۴
(مقاله پژوهشی)

www.jclc.illrc.ac.ir

DOI:

10.22034/jclc.2025.2061775.1193

چکیده

ویروس‌های آمیزشی و مقاربتی از مهم‌ترین تهدیدهای نوین علیه سلامت عمومی به شمار می‌آیند که در این میان، ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یکی از شایع‌ترین این نوع بیماری‌ها در جهان است که به دلیل ارتباط با برخی از سرطان‌ها و ماهیت به‌شدت مسری و دشواری شناسایی ناقلان بدون علامت، نیازمند طراحی و اجرای سیاست‌های پیشگیرانه ملی، جامع و کارآمد برای مقابله است. بر این اساس، مقاله حاضر به روش توصیفی-تحلیلی ضمن اشاره به چالش‌های اجتماعی و حقوقی شیوع ویروس‌های آمیزشی با محوریت اچ‌پی‌وی، به بررسی ظرفیت‌های تدابیر پیشگیرانه کیفری و غیرکیفری در کنترل شیوع این نوع ویروس‌ها در جامعه ایران می‌پردازد. یافته‌ها حاکی از آن است که نظام حقوقی ایران در زمینه مواجهه با این ویروس‌ها با خلأهای تقنینی و اجرایی مواجه بوده و فاقد جرم‌انگاری صریح در قبال رفتارهای خطرآفرین مرتبط با انتقال آگاهانه بیماری‌های آمیزشی و فاقد برنامه و سیاست‌های شفاف به منظور مقابله با شیوع آنهاست که این امر سبب تضعیف اثربخشی اقدامات کنترلی در این زمینه

می‌گردد. در عین حال، تجربه برخی کشورها نشان داده که ترکیبی از ضمانت اجراهای کیفی متناسب، آموزش‌های فراگیر جنسی، واکسیناسیون عمومی و اطلاع‌رسانی شفاف از طریق رسانه‌ها می‌تواند در راستای پیشگیری از آنها موثر باشد. بدین ترتیب، لزوم تدوین و اجرای یک سیاست جنایی چندبعدی، تلفیقی و عدالت‌محور که هم به قانون و نظم توجه داشته باشد و هم بر آگاهی، همدلی و دسترسی برابر به خدمات بهداشتی تاکید داشته باشد، ضروری به نظر می‌رسد. جرم‌انگاری‌های شفاف و متناسب منطبق با اصول حقوق کیفری از منظر پیشگیری کیفری از یک سو و تمرکز بر آموزش‌های علمی، تقویت آگاهی عمومی، استفاده هوشمند از رسانه‌ها و اجرای برنامه واکسیناسیون عمومی از منظر پیشگیری اجتماعی از سوی دیگر می‌تواند به شکل‌گیری یک چارچوب پیشگیرانه مؤثر بینجامد. بدین ترتیب، نظام کیفری ایران می‌تواند با الگوبرداری از سایر نظام‌های حقوقی پیشرفته دنیا، با بازنگری در قوانین و سیاست‌های موجود، بستر لازم را برای تدوین سیاست‌های کیفری و غیر کیفری متناسب و شفاف در این زمینه فراهم نماید که همکاری میان‌بخشی بین نظام سلامت، آموزش و عدالت کیفری، نقش کلیدی در موفقیت این سیاست‌ها ایفا خواهد نمود.

کلیدواژه‌ها: ویروس آمیزشی، اچ پی وی، پیشگیری، کنترل، واکسیناسیون، آموزش جنسی، قانون

مقدمه

در دنیای امروز که بیماری‌های واگیر مثل گذشته در سایه پنهان نمی‌مانند، ویروس‌های آمیزشی و جنسی از جمله ویروس پاپیلومای انسانی یا همان اچ‌پی‌وی به یکی از دغدغه‌های جدی حوزه سلامت تبدیل شده است. این نوع ویروس‌ها که به‌طور معمول از طریق تماس جنسی منتقل می‌شود، ممکن است سال‌ها در بدن بی‌صدا باقی بماند و در نهایت، زمینه‌ساز بروز بیماری‌هایی جدی از جمله سرطان دهانه رحم شود. در بسیاری از کشورها، با توجه به همین اهمیت، سیاست‌گذاران بهداشتی و قانونی به‌دنبال راه‌هایی برای کنترل این ویروس به‌ویژه ویروس اچ‌پی‌وی رفته‌اند؛ از واکسیناسیون دختران و پسران نوجوان گرفته تا آموزش گسترده در مدارس و رسانه‌ها. در حالی که اکثر عفونت‌های اچ‌پی‌وی گذرا و بدون علامت هستند، زیرمجموعه‌ای از انواع پرخطر آن می‌تواند منجر به عواقب شدید سلامتی، از جمله سرطان‌های مختلف، شود که مستلزم رویکردی چندوجهی برای پیشگیری و مدیریت است.

در میان ویروس‌های آمیزشی، ویروس اچ‌پی‌وی یا پاپیلومای انسانی شایع‌ترین ویروسی است که بیشترین زمان انتقال آن به‌هنگام رابطه جنسی و از طریق تماس پوست با پوست به افراد انتقال می‌یابد و از این لحاظ حائز اهمیت است که بالاترین و سریع‌ترین و آسان‌ترین میزان شیوع را دارد. ماهیت فراگیر اچ‌پی‌وی با این واقعیت بر جسته می‌شود که تقریباً همه افراد فعال جنسی طی چند ماه تا چند سال پس از شروع فعالیت جنسی به این ویروس مبتلا می‌شوند و تقریباً نیمی از این عفونت‌ها شامل انواع پرخطر آن هستند.

با اینکه وزارت بهداشت هیچ‌وقت آمار دقیقی از میزان شیوع اچ‌پی‌وی اعلام نکرده اما برخی آمارهای غیررسمی نشان می‌دهد که حدود ۷ تا ۹ درصد از جمعیت عمومی و بالغ کشور، به یکی از انواع پرخطر ویروس اچ‌پی‌وی آلوده هستند. مطالعات دقیق‌تر دیگر نشان می‌دهند که میزان شیوع ویروس اچ‌پی‌وی در میان افراد فعال جنسی ایرانی نسبتاً بالا است. طبق برخی از تحقیقات، بین ۱۰ تا ۱۵ درصد از افراد ایرانی ممکن است به ویروس اچ‌پی‌وی آلوده باشند. بر اساس مطالعه‌ای که در ایران انجام شد، در ایران حدود ۵ تا ۷ درصد از زنان ایرانی و ۲ تا ۵ درصد از مردان ایرانی به زگیل تناسلی مبتلا هستند. این آمار

نشان می‌دهد که درصد ابتلا به اچ پی وی بیشتر است، تعداد افرادی که علائم زگیل تناسلی را بروز می‌دهند، کمتر است (سایت رسمی اچ پی وی ایران hpviran.com). در کشور ما، اگرچه بحث‌هایی درباره این نوع ویروس‌ها و بیماری‌ها در محافل پزشکی و علمی مطرح شده، هنوز در حوزه سیاست‌گذاری، به شکل فراگیر و منسجم دیده نمی‌شود. واکسن تولید داخل وجود دارد، اما خبری از برنامه کشوری برای تزریق آن در مدارس نیست. خانواده‌ها نیز یا از آن بی‌خبرند یا توان پرداخت هزینه‌اش را ندارند. این در حالی است که نظام حقوقی ایران، هنوز قوانینی صریح برای برخورد با کسانی که عمداً بیماری را منتقل می‌کنند، ندارد. اگرچه می‌توان با تفاسیر خاص از برخی مواد قانونی بهره گرفت، اما نبود یک چارچوب روشن و بروز، همچنان احساس می‌شود. به‌رغم وجود ماده ۴۹۳ قانون مجازات اسلامی که به انتقال بیماری کشنده اشاره ای کرده است، هنوز مقررات صریح، موثر و بروزی برای مواجهه کیفری با انتقال آگاهانه یا بی‌ملاحظه ویروس‌های آمیزشی مانند اچ پی وی وجود ندارد. لذا از منظر حقوقی نظام کیفری ایران فاقد مقررات صریح و ویژه برای برخورد با افرادی است که به‌طور عمدی یا با بی‌احتیاطی موجب انتقال بیماری‌های مقاربتی از جمله اچ پی وی می‌شوند. خلأ تقنینی در این حوزه، در حالی پابرجاست که «اصل پیشگیری» به عنوان یکی از مهمترین اهداف حقوق کیفری، اقتضا دارد قانون‌گذار در برابر تهدیدهای نوپدید علیه سلامت عمومی واکنش مناسب و موثری نشان دهد.

از سوی دیگر، نباید از نقش مهم آموزش و آگاهی‌بخشی غافل شد. آموزش‌هایی که بتوانند بدون قضاوت، بدون ترس، و به شکلی متناسب با فرهنگ جامعه درباره راه‌های انتقال اچ پی وی، اهمیت واکسن، و مراقبت‌های جنسی سالم صحبت کنند. مدرسه، خانواده، رسانه و نهادهای فرهنگی همگی می‌توانند در این زمینه نقش داشته باشند. لذا آموزش‌های فراگیر و فرهنگ‌ساز در حوزه سلامت جنسی، که متناسب با بوم فرهنگی و اجتماعی کشور طراحی شده باشند، از مؤثرترین ابزارهای پیشگیری اجتماعی در این زمینه محسوب می‌شوند.

با عنایت به مطالب مذکور، در مقاله حاضر تلاش شده تا با بررسی چندجانبه و چالش‌های پیچیده بهداشتی و قانونی ناشی از شیوع ویروس‌های آمیزشی، وضعیت فعلی ایران در

زمینه شیوع این ویروس‌ها و راهکارهای کنترل آن از ابعاد حقوقی و جرم‌شناختی با تلفیق دیدگاه‌های پزشکی، بهداشت عمومی و حقوقی با نگاهی به تجربیات موفق جهانی تحلیل گردد و با درکی دقیق و منسجم در نهایت پیشنهادهایی برای گام‌های بعدی مطرح شود که در عمل هم قابلیت اجرا داشته باشند.

۱- چالش‌های اجتماعی - بهداشتی و حقوقی ویروس‌های آمیزشی در ایران (با محوریت اچ‌پی‌وی)

ویروس‌های آمیزشی چون اچ‌پی‌وی، برخلاف بسیاری از بیماری‌های عفونی دیگر، نه تنها چالشی بهداشتی بلکه موضوعی عمیقاً اجتماعی و حقوقی نیز است. لذا شناخت چالش‌های عمیق اجتماعی و حقوقی این ویروس‌ها جهت مقابله با آنها ضروری است.

۱-۲- چالش‌های اجتماعی - بهداشتی

در میان ویروس‌های مختلف آمیزشی، ویروس اچ‌پی‌وی یک خانواده بزرگ از ویروس‌ها بوده و از شایع‌ترین ویروس‌های منتقله جنسی می‌باشد. اچ‌پی‌وی یک اصطلاح کلی برای گروهی از بیش از ۲۰۰ ویروس مرتبط است که با توانایی آنها در آلوده کردن پوست و غشاهای مخاطی مشخص می‌شود. انتقال عمدتاً از طریق تماس نزدیک پوست به پوست در طول فعالیت جنسی رخ می‌دهد، که شامل رابطه جنسی واژن-آلت تناسلی، آلت تناسلی-مقعد، آلت تناسلی-دهانی و واژن-دهانی می‌شود. بیشتر افرادی که به این ویروس مبتلا هستند، از ابتلای خود به این ویروس بی‌اطلاع می‌باشند، از این رو که برخی از انواع تایپ‌های این ویروس در ایجاد ضایعات سرطانی و پیش‌سرطانی، مخصوصاً سرطان دهانه‌ی رحم نقش به‌سزایی دارند از این جهت شناخت هرچه بیشتر آن دارای اهمیت می‌باشد. در اکثر نقاط جهان، این سرطان جایگاه دوم یا سوم را در خصوص سرطان‌های شایع زنان دارا می‌باشد. با توجه به شیوع نسبی این ویروس در طی این سال‌ها مطالعات زیادی در زمینه پیشگیری از آن طی چند دهه انجام شده که همگی آنها در آخر منتهی به تولید انواع مختلفی از واکسن‌ها و معرفی آن به بازار شده است (محمدیان و ناطقی، ۱۴۰۱، ۲۳۵). بیش از ۱۰۰ نوع از این ویروس شناسایی شده است که حدود ۴۰ نوع آن ناحیه تناسلی را درگیر می‌کند. برخی از انواع اچ‌پی‌وی، مانند نوع ۶ و ۱۱، ضایعات

خوش خیم (مانند زگیل تناسلی) ایجاد می‌کنند، در حالی که انواع پرخطر آن مانند ۱۶ و ۱۸ می‌توانند منجر به تغییرات بدخیم و سرطان‌هایی چون دهانه رحم، مقعد، حلق، و ناحیه تناسلی شوند (Bosch, Lorincz, Muñoz, Meijer, Shah, 2002, 245) انتقال این ویروس صرفاً از طریق رابطه جنسی کامل نیست و تماس پوست با پوست در نواحی تناسلی نیز می‌تواند موجب سرایت شود. با این حال، بسیاری از افراد آلوده، بدون علامت هستند و از ناقل بودن خود بی‌اطلاع می‌مانند. این ویژگی، شناسایی، کنترل و پیشگیری از گسترش ویروس را با چالش‌هایی همراه کرده است.

در خصوص چالش‌های اجتماعی شیوع این نوع ویروس‌ها، در بسیاری از جوامع، به‌ویژه جوامعی با بافت فرهنگی محافظه‌کار یا دینی، مانند ایران، صحبت درباره مسائل جنسی هنوز با تابوهای اجتماعی همراه است. در نتیجه، اطلاع‌رسانی در مورد بیماری‌هایی نظیر اچ‌پی‌وی با مقاومت‌هایی از سوی خانواده‌ها، رسانه‌ها، و حتی برخی نهادهای رسمی روبه‌رو می‌شود. این موضوع منجر به کاهش اثربخشی اقدامات پیشگیرانه‌ای همچون آموزش جنسی یا واکسیناسیون عمومی می‌شود (Marlow, Forster, Wardle, Waller, 2009, 130). نخستین و بنیادی‌ترین چالش، غیبت آموزش جنسی رسمی و نظام‌مند در نظام آموزشی کشور است. بسیاری از دانش‌آموزان، به‌ویژه دختران، بدون آگاهی از خطرات بیماری‌های مقاربتی از جمله HPV وارد دوران نوجوانی و بلوغ می‌شوند. این ناآگاهی، آسیب‌پذیری آنان را در برابر رفتارهای پرخطر افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش جنسی نه‌تنها موجب افزایش رفتارهای پرخطر نمی‌شود، بلکه آگاهی افراد را از خطرات، راه‌های پیشگیری و تصمیم‌گیری آگاهانه در روابط جنسی ارتقا می‌دهد.

همچنین برچسب اجتماعی ناشی از ابتلا به بیماری‌های منتقله جنسی، به‌ویژه در میان زنان، می‌تواند سبب شود بیماران از مراجعه به پزشک یا اعلام وضعیت بیماری خود خودداری کنند. این امر باعث افزایش موارد پنهان و در نتیجه گسترش بیشتر ویروس در جامعه می‌شود. لذا یکی از موانع جدی در مسیر اطلاع‌رسانی و درمان اچ‌پی‌وی، ترس از برچسب اجتماعی (stigma) است. در فرهنگ غالب، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی اغلب با قضاوت‌های اخلاقی و اتهام بی‌بندوباری همراه است، به‌ویژه نسبت به زنان. این ذهنیت

موجب می‌شود بسیاری از افراد در صورت ابتلا، از مراجعه به پزشک، انجام تست یا حتی گفتگو با خانواده خودداری کنند (Fortenberry, 2004, 12).

یکی دیگر از چالش‌های اجتماعی، مسئله عدالت در دسترسی به خدمات پیشگیرانه مانند واکسن اچ‌پی‌وی است. در حالی که این واکسن می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از ابتلا داشته باشد، قیمت نسبتاً بالای آن در بازار آزاد و عدم پوشش بیمه‌ای باعث شده تا تنها بخشی از طبقه متوسط و بالا بتوانند از آن بهره‌مند شوند. خانواده‌های کم‌درآمد، به‌ویژه در مناطق روستایی و محروم، عملاً از این امکان محروم‌اند. این وضعیت، تهدیدی جدی برای عدالت سلامت و افزایش نابرابری‌های بهداشتی است.

ماهیت گسترده اچ‌پی‌وی و بروز اغلب بدون علامت آن برای انواع پرخطر، یک چالش مهم در حوزه سلامت عمومی ایجاد می‌کند که اغلب به عنوان "اپیدمی خاموش" از آن یاد می‌شود. از آنجا که اکثریت قریب به اتفاق عفونت‌های اچ‌پی‌وی بدون علامت هستند و بسیاری از آنها خود به خود برطرف می‌شوند، بخش قابل توجهی از جمعیت می‌توانند بدون هیچ‌گونه اطلاعی از وضعیت خود، ویروس را حمل و منتقل کنند. این ویژگی اساساً استراتژی‌های سنتی پیشگیری از بیماری در حوزه سلامت عمومی را که مبتنی بر تشخیص مبتنی بر علائم و اطلاع‌رسانی به شریک زندگی هستند، پیچیده می‌کند. چالش از درمان بیماری آشکار به مداخلات پیشگیرانه در سطح جمعیت، مانند برنامه‌های واکسیناسیون گسترده و غربالگری، تغییر می‌کند که به آگاهی فردی از عفونت وابسته نیستند.

۳-۱- چالش‌های حقوقی

از منظر چالش‌های حقوق کیفری، نظام حقوقی ایران در خصوص انتقال بیماری‌های جنسی از جمله اچ‌پی‌وی، با خلأهای قابل توجهی مواجه است. برخلاف برخی کشورها (مانند آمریکا، کانادا، آلمان و استرالیا) که انتقال عمدی یا حتی آگاهانه برخی بیماری‌های خطرناک و بیماری‌های عفونی را جرم‌انگاری کرده‌اند، در حقوق ایران تنها با تفسیر موسع از مفاد کلی، مانند ماده ۲۹۲ قانون مجازات اسلامی (در باب جنایات

شبه‌عمد) یا ماده ۶۱۴ (در باب صدمات و آسیب بدنی)، می‌توان زمینه‌هایی برای مداخله کیفری یافت. از سوی دیگر، در نبود قانون صریح، چالش‌هایی همچون اثبات عنصر روانی (عمد یا تقصیر در انتقال ویروس)، رعایت حریم خصوصی بیمار، و همچنین حقوق برابر زنان در دسترسی به واکسن و آموزش نیز از دغدغه‌های جدی است. بنابراین حقوق کیفری، به‌ویژه در زمینه «پیشگیری»، باید نقش فعالی ایفا کند، اما فعلاً در ایران در این حوزه غایب یا منفعل است.

با نگاهی تطبیقی به برخی کشورهای پیشرو باید اذعان نمود در بسیاری از ایالات امریکا، از جمله در کالیفرنیا طبق قانون سلامت و ایمنی § ۱۲۰۲۹۰، انتقال عمدی بیماری‌های عفونی، از جمله اچ‌پی‌وی، جرم محسوب می‌شود. بر اساس این قانون، اگر فردی با علم به ابتلای خود به بیماری عفونی، عمداً شخص دیگری را در معرض آن قرار دهد، مرتکب جرم شده است. مجازات این جرم می‌تواند شامل حداکثر ۶ ماه حبس در زندان شهرستان و جریمه‌ای تا سقف ۱۰۰۰ دلار باشد. در ایالت لوئیزیانا، طبق قوانین پیشنهادی R.S. 14:43.5.1 و 14:43.5.2، انتقال عمدی بیماری‌های مقاربتی جرم‌انگاری شده است. بر اساس این قوانین، انتقال عمدی بیماری‌های مقاربتی لاعلاج جرم درجه یک محسوب می‌شود و مجازات آن می‌تواند شامل حبس تا ۱۰ سال و جریمه‌ای تا سقف ۵۰۰۰ دلار باشد. انتقال عمدی بیماری‌های مقاربتی قابل درمان هم جرم درجه دو محسوب می‌شود و مجازات آن می‌تواند شامل حبس تا ۶ ماه و جریمه‌ای تا سقف ۱۰۰۰ دلار باشد.

ماهیت بدون علامت اچ‌پی‌وی مانع قابل توجهی در دعاوی کیفری یا مدنی ایجاد می‌کند. یکی از الزامات اصلی برای ایجاد مسئولیت مدنی، اثبات این است که متهم می‌دانسته یا باید می‌دانسته که به اچ‌پی‌وی مبتلا است. با این حال، اچ‌پی‌وی، به ویژه انواع پرخطر، اغلب برای مدت طولانی، حتی دهه‌ها، بدون علامت است و هیچ غربالگری روتین برای اچ‌پی‌وی در مردان یا اچ‌پی‌وی دهانی در جمعیت‌های عمومی وجود ندارد. این امر ذاتاً اطلاع از ابتلای فرد را دشوار می‌کند. در نتیجه، اثبات آگاهی متهم یا اینکه باید از این موضوع مطلع می‌بود، بدون پذیرش صریح یا تشخیص مستند قبلی، به یک چالش اساسی در اثبات دعوی برای شاکیان تبدیل می‌شود. این مانع عملی، به طور قابل توجهی قابلیت اجرا و میزان موفقیت دعاوی مدنی برای انتقال اچ‌پی‌وی را محدود می‌کند. ماهیت بدون

علامت اچ پی وی مانعی اساسی برای پیگرد قانونی کیفری است. عنصر اصلی برای محکومیت کیفری، اثبات آگاهی متهم از عفونت اچ‌پی‌وی خود است. با این حال، از آنجایی که اچ‌پی‌وی پرخطر اغلب بدون علامت است و هیچ آزمایش روتین برای همه افراد فعال جنسی (به ویژه مردان) وجود ندارد، بسیاری از افراد واقعاً نمی‌دانند که آلوده شده‌اند. این امر اثبات عنصر «آگاهی» را برای شکات یا دادستان‌ها بسیار دشوار می‌کند. بدون پذیرش مستقیم یا تشخیص قبلی مستند، اثبات قصد یا بی‌احتیاطی لازم برای محکومیت چالش‌برانگیز است. به همین دلیل است که بسیاری از شکایات کیفری مربوط به انتقال بیماری‌های مقاربتی بدون علامت، منجر به طرح دعوی نمی‌شوند.

بدین ترتیب، با وجود ضرورت جرم‌انگاری انتقال آگاهانه و عامدانه بیماری‌های آمیزشی خطرناک، از جمله HPV، باید توجه داشت که اجرای مؤثر چنین جرم‌انگاری‌ای، مستلزم غلبه بر چالش‌های مهم اثباتی و قضایی است که در فرآیند رسیدگی کیفری بروز می‌کنند. حتی در بسیاری موارد، شاکی ممکن است از شرکای جنسی متعدد یا رفتارهای پرخطر گذشته برخوردار بوده باشد و اثبات اینکه وی دقیقاً از سوی متهم آلوده شده، با قطعیت علمی و حقوقی ممکن نباشد. اثبات رابطه علیت در پرونده‌های انتقال بیماری مقاربتی همیشه با «شک معقول» روبروست که می‌تواند مانع محکومیت شود. لذا استفاده از شواهد اپیدمیولوژیک، نظر کارشناسان پزشکی قانونی، آموزش قضات و کارشناسان پزشکی قانونی، ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و اپیدمیولوژیک و آزمایش‌های ژنتیکی و بیروس در این راستا ضروری به نظر می‌رسد. کارگروه‌های تخصصی مشترک میان قضات، پزشکان قانونی، اپیدمیولوژیست‌ها و وکلا به منظور تبادل دانش و تجربیات باید توسعه یابد و دانش قضات و کارشناسان در زمینه اثبات چنین جرایمی باید ارتقاء یابد.

یکی دیگر از حوزه‌های بحث‌برانگیز، حقوق افراد زیر سن قانونی برای رضایت به واکسیناسیون اچ‌پی‌وی بدون اطلاع یا رضایت والدین است. واکسیناسیون اچ‌پی‌وی برای نوجوانان قبل از اولین رابطه جنسی توصیه می‌شود. اما معمولاً رضایت والدین لازم است که منجر به بحث‌های اخلاقی در مورد تصمیم‌گیری کودکان، استقلال و محرمانگی می‌شود. برخی ایالت‌ها «قوانین رضایت افراد زیر سن قانونی» دارند که به نوجوانان اجازه می‌دهد بدون دخالت والدین، رضایت خود را برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی مرتبط

با بیماری‌های مقاربتی، از جمله واکسیناسیون HPV، اعلام کنند. برای مثال، قانون بهداشت عمومی نیویورک (2) 2305 § صراحتاً تشخیص، درمان یا تجویز محرمانه بیماری‌های مقاربتی، از جمله واکسیناسیون اچ‌پی‌وی، را برای افراد زیر ۲۱ سال بدون رضایت یا اطلاع والدین مجاز می‌داند و از حریم خصوصی سوابق پزشکی و صورتحساب‌ها محافظت می‌کند. طرفداران این روش استدلال می‌کنند که محرمانگی برای افراد زیر سن قانونی که به دنبال خدمات مراقبت‌های بهداشتی حساس هستند، بسیار مهم است، به خصوص اگر از عواقب والدین به دلیل افشای فعالیت جنسی یا درخواست پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی بترسند. مطالعات به وضوح نشان داده‌اند که نوجوانان در صورت به خطر افتادن محرمانگی اطلاعاتشان، به دنبال خدمات مراقبت‌های سلامت جنسی نخواهند رفت.

بنابراین در چارچوب نظریه‌های نوین عدالت کیفری، قانونگذار باید به جای واکنش صرف به بزه، سیاست‌های پیشگیرانه کیفری و غیرکیفری منسجم و متناسبی را در حوزه‌های سلامت عمومی مانند شیوع اچ‌پی‌وی طراحی کند؛ اما در نظام حقوقی ایران، ابزارهای قانونی برای الزام نهادهای ذی‌ربط به آموزش، غربالگری، اطلاع‌رسانی یا واکسیناسیون عمومی، بسیار محدودند یا وجود ندارند. هیچ قانون الزام‌آوری هم برای ارائه آموزش‌های جنسی در مدارس، یا تأمین رایگان واکسن اچ‌پی‌وی برای اقشار آسیب‌پذیر وجود ندارد.

۲- نقش انواع پیشگیری در مهار و کنترل شیوع ویروس‌های آمیزشی با تأکید بر اچ‌پی‌وی

باتوجه به تاریخ و روش‌های جدال بشر با پدیده جرم، جرم‌شناسان پیشگیری از جرم را به دو گروه پیشگیری کیفری و پیشگیری غیرکیفری تقسیم نموده‌اند، اصطلاح پیشگیری در معنای عمیق و وسیع خود شامل تدابیر کیفری و غیرکیفری برای از بین بردن عوامل ارتکاب جرم و کاهش بزهکاری می‌شود، اما در معنا و مفهوم مضیق پیشگیری فقط اقدامات غیرکیفری را شامل می‌شود (معظمی، ۱۳۸۶، ۹۳). حال در اینجا با توجه به تعریف بالا به ویروس اچ‌پی‌وی به مثابه یک پدیده مجرمانه نگریسته و انواع روش‌های پیشگیری جرم‌شناسانه و تاثیر هرکدام از آنها را در مهار این ویروس بیان خواهیم نمود.

نوع اول پیشگیری همان پیشگیری کیفری از طریق مجازات است اما آمارها نشان می‌دهد پیشگیری از جرم از طریق افزایش نیروهای پلیس، تدابیر امنیتی، صدور احکام و مجازات‌های شدیدتر و احداث زندان‌ها از موفقیت لازم برخوردار نیست و آنچه امروزه امری ضروری است، پیش‌بینی و پیشگیری‌های اجتماعی از جرم است تا مجازات (ابوذری، ۱۴۰۳، ۳۸). در دنیای امروز پیچیدگی جرایم و افزایش تنوع آنها موجب شده که راهبردهای سنتی در پیشگیری و کنترل جرم ناکارآمد به نظر برسند و نظام عدالت کیفری با چالش‌های جدیدی روبرو شده است. در این راستا توجه به تجربه محوری به عنوان رویکردی مبتنی بر آموختن از الگوهای موفق و استفاده از تجربیات دیگر کشورها یک اصل بنیادی در سیاستگذاری کیفری است (جوان بخت و شیخ الاسلامی، ۱۴۰۳، ۸).

رویکرد فعلی به مدیریت اچ‌پی‌وی، پارادوکس «درمان در مقابل پیشگیری» را برجسته می‌کند. هیچ درمان مستقیمی برای خود ویروس اچ‌پی‌وی وجود ندارد؛ مداخلات واکنشی هستند و به مشکلات سلامتی ناشی از آن می‌پردازند. درمان زگیل، ضایعات پیش‌سرطانی و سرطان‌ها اغلب تهاجمی، پرهزینه و طاقت‌فرسا است و هزینه سالانه درمان بیماری‌های مرتبط با اچ‌پی‌وی بیش از ۷ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. این سرمایه‌گذاری قابل توجه در مراقبت‌های واکنشی، ضرورت عمیق بهداشت عمومی و اقتصادی برای پیشگیری اولیه از طریق واکسیناسیون را به عنوان مقرون به صرفه‌ترین و کم‌هزینه‌ترین استراتژی در برابر بیماری‌های مرتبط با اچ‌پی‌وی برجسته می‌کند.

۱-۲- تدابیر پیشگیری کیفری

در چارچوب دیدگاه علمی نوین نسبت به پیشگیری از جرم، نظام عدالت کیفری نه تنها ابزار مجازات بلکه یکی از ارکان مهم در فرآیند پیشگیری کیفری نیز محسوب می‌شود. در سنت‌های حقوق کیفری، مجازات مجرمین به عنوان یکی از شیوه‌های کلاسیک پیشگیری از جرم شناخته شده است. این دیدگاه ریشه در مکتب کلاسیک جرم‌شناسی دارد که مبتنی بر فرض عقلانیت بزهکاران است و معتقد است که ترس از مجازات می‌تواند از ارتکاب جرم جلوگیری کند.

در سال‌های اخیر، به ویژه با ناکارآمدی نسبی هر یک از این رویکردها در قالبی مستقل، سیاست‌های کیفری به سمت رویکردهای ترکیبی و چند بعدی گرایش یافته‌اند. این سیاست‌ها تلاش دارند میان عوامل فردی، محیطی و ساختاری جرم نوعی توازن برقرار کنند. افزون بر این، راهبردهایی چون طراحی محیطی، پیشگیری وضعی و شناسایی نقاط جرم‌خیز، در کنار اصلاح بزهکار، به عنوان راهبردهای نوین مورد توجه قرار گرفته‌اند (Schneider, Kitchen, 2002, 10).

مهم‌ترین راهکار پیشگیری کیفری در این زمینه، جرم‌انگاری رفتارهای پرخطر نظیر انتقال عمدی بیماری است. لذا در این مبحث به بررسی این موضوع می‌پردازیم که باتوجه به اینکه در برخی کشورها نظیر فرانسه و رومانی اگر فردی با اطلاع از اینکه ناقل اچ‌پی‌وی بوده و با عم و اطلاع با فردی رابطه جنسی برقرار کند و فرد را آلوده کند مجرم تلقی می‌شود، آیا در قوانین ایران نیز با توجه به قانون مجازات اسلامی در این حالات می‌توان فرد مرتکب جرم تلقی کرد؟

از منظر تطبیقی در بسیاری از ایالات آمریکا، از جمله در کالیفرنیا طبق قانون سلامت و ایمنی S ۱۲۰۲۹۰، انتقال عمدی بیماری‌های عفونی، از جمله اچ‌پی‌وی، جرم محسوب می‌شود. بر اساس این قانون، اگر فردی با علم به ابتلای خود به بیماری عفونی، عمداً شخص دیگری را در معرض آن قرار دهد، مرتکب جرم شده است.

مطابق ماده ۳۵۲ قانون جزای رومانی در بندهای ۳، ۴، ۵ انتقال عمدی بیماری‌های مقاربتی نظیر اچ‌پی‌وی قابل مجازات است. مطابق ماده‌ی مذکور:

۱. اگر فردی با علم به این که به یک بیماری واگیردار مبتلاست، به هر نحوی باعث انتقال آن شود، طبق قانون مشمول مجازات حبس میان مدت (بین دو تا هفت سال) خواهد شد و همچنین از برخی حقوق اجتماعی محروم می‌گردد.

۲. در حالتی که این انتقال آگاهانه به آسیب جسمی یک یا چند نفر منجر شود، قانون برای مرتکب، مجازات سنگین‌تری در بازه‌ی سه تا ده سال زندان پیش‌بینی کرده و برخی حقوق مدنی او را نیز محدود می‌کند.

۳. در مواردی که نتیجه این رفتار مرگ یک یا چند نفر باشد، مجازات کیفری به بیشترین میزان خود یعنی بین هفت تا پانزده سال حبس افزایش یافته و فرد مرتکب ممکن است با سلب برخی امتیازات قانونی نیز روبه‌رو گردد (Hegheş, 2020: 92).

در فرانسه انتقال آگاهانه بیماری می‌تواند در قالب جرم «آسیب عمدی» یا «به خطر انداختن آگاهانه دیگری» تحت تعقیب قرار گیرد. طبق ماده 6-L3112 کد بهداشت عمومی فرانسه: هر شخصی که به بیماری مسری خطرناکی مبتلاست و بدون رعایت تدابیر لازم باعث سرایت آن شود، مجازات می‌شود. در آلمان طبق ماده ۲۲۴ و ۲۲۳ قانون جزای آلمان (StGB)، اگر کسی عمداً بیماری مسری خطرناک را منتقل کند، می‌تواند به جرم «آسیب بدنی خطرناک» محکوم شود.

در کشور مالزی نیز طبق قانون بیماری‌های واگیر مالمزی (Infectious Disease Act 1988) و قانون کیفری ماده ۲۶۹ و ۲۷۰، هرکس با بی‌احتیاطی باعث گسترش بیماری خطرناک شود، مجازات می‌شود. انتقال آگاهانه ویروس یا بیماری مشابه می‌تواند تا ۵ سال زندان و جریمه داشته باشد. همچنین قانون "Control of Infectious Diseases Act" 1988 اختیارات ویژه‌ای به مقامات بهداشتی برای ایزوله‌سازی و مجازات ناقلان عمدی می‌دهد.

در قوانین ایران قانونی شفاف و جامع که مجازاتی برای افراد ناقل بیماری‌های آمیزشی در نظر گرفته باشد وجود ندارد. مطابق قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار مصوب خرداد ماه ۱۳۲۰، قانونگذار در تبصره ماده یک این قانون بیماری‌های آمیزشی را مصرح و محصور نموده و قانون‌گذار هیچ نامی از ویروس اچ‌پی‌وی و یا حتی ایدز نبرده که عدم قید این بیماری‌ها را می‌توان به این جهت دید که در زمان تصویب قانون فوق‌الذکر بیماری‌هایی نامبرده شده شایع نبوده و یا حتی در ایران شناسایی نشده بودند. اما ماده ۹ این قانون مقرر داشته است: «هر کس بداند مبتلا به بیماری آمیزشی واگیر بوده و یا آنکه اوضاع و احوال شخصی او طوری باشد که بایستی حدس بزند که بیماری او واگیر است و بواسطه آمیزش او طرف مقابل مبتلا شود و بمراجع قضائی شکایت کند مبتلاکننده به حبس تادیبی از سه ماه تا یک سال محکوم می‌شود. تعقیب فقط در موقعی انجام می‌گیرد که خواهان خصوصی در بین باشد و در صورتیکه خواهان خصوصی شکایت خود را مسترد دارد تعقیب و همچنین اجرای کیفر موقوف می‌شود.»

ماده فوق تنها ماده ای است در حقوق ایران که به تعقیب کیفری کسانی اشاره دارد که بیماری واگیردار را به دیگران منتقل می کنند. ولی به نظر می رسد زبان قانون نویسی آن قدیمی و غیردقیق بوده و در عنصر مادی جرم هم شفافیت کافی وجود ندارد. عبارت «به واسطه آمیزش او طرف مقابل مبتلا شود» مشخص نمی کند که آیا صرف رفتار پرخطر (ولو بدون ابتلا) مشمول ماده است یا ابتلای قطعی. مجازات عمل هم به ویژه زمانی که ویروس انتقال یافته غیرقابل درمان یا سرطان زا باشد، چندان بازدارنده نیست. همچنین بهتر است چنین جرمی جنبه عمومی داشته باشد و گذشت شاکی صرفاً سبب تخفیف مجازات شود.

در ماده قانونی دیگر در قانون تعزیرات نیز صرفاً مطابق ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات مصوب ۱۳۷۵ می توان به بزه تهدید علیه بهداشت عمومی اشاره نمود که بیان می دارد: «هر اقدامی که تهدید علیه بهداشت عمومی شناخته شود از قبیل آلوده کردن آب آشامیدنی یا توزیع آب آشامیدنی آلوده، دفع غیربهداشتی فضولات انسانی و دامی و مواد زاید، ریختن مواد مسموم کننده در رودخانه ها، زباله در خیابانها و کشتار غیر مجاز دام، استفاده غیرمجاز فاضلاب خام یا پس آب تصفیه خانه های فاضلاب برای مصارف کشاورزی ممنوع میباشد و مرتکبین چنانچه طبق قوانین خاص مشمول مجازشدیدتری نباشند به حبس تا یک سال محکوم خواهند شد. تبصره ۱ (اصلاحی ۸/۵/۱۳۷۶)- تشخیص این که اقدام مزبور تهدید علیه بهداشت عمومی و آلودگی محیط زیست شناخته می شود و نیز غیرمجاز بودن کشتار دام و دفع فضولات دامی و همچنین اعلام جرم مذکور حسب مورد بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان حفاظت محیط زیست و سازمان دامپزشکی خواهد بود...» که مطابق ماده مرقوم نیز شرایطی خاص برای احراز و حتی اعلام جرم نیاز است که اولاً اقدامات مرتکب باید به گونه ای گسترده بوده و ثانیاً توسط مراجع ذکر شده در ماده تهدید علیه بهداشت عمومی شناخته شوند. اما اگر بخواهیم مطابق این ماده انتقال بیماری آمیزشی به دیگران را اقدام علیه بهداشت عمومی تلقی کنیم، نوعی تفسیر موسع خواهد بود که با اصول حقوق کیفری مطابق نیست و فلسفه ماده ظاهراً مقابله با آلودگی های مرتبط با محیط زیست است نه بیماری های واگیردار.

در مواردی می‌توان با استناد به قانون در خصوص انتقال بیماری با استناد به مواد قانونی موجود در بحث جنایات علیه تمامیت جسمانی اشخاص، افراد را مورد مجازات قرار داد. از جمله ماده ۴۹۳ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ که مقرر داشته است: «وجود فاصله زمانی میان رفتار مرتکب و نتیجه ناشی از آن مانع از تحقق جنایت نیست مانند فوت ناشی از انتقال عامل بیماری کشنده که حسب مورد موجب قصاص یا دیه است. حکم این ماده و ماده (۴۹۲) این قانون در مورد کلیه جرایم جاری است.» ولی این ماده بیشتر به مساله اثباتی جنایات پرداخته است که کافی به نظر نمی‌رسد.

در توضیح بیشتر باید بیان نمود که اگر فرد مبتلا به ویروس به قصد ایراد جنایت و با عمد ویروس را به فردی که دارای بیماری زمینه‌ای است منتقل نماید یا ویروس نوعا کشنده را با علم و اطلاع منتقل نماید و جنایتی رخ دهد جنایت عمدی می‌باشد و اگر فرد مبتلا بدون قصد جنایت ویروسی که نوعا کشنده نیست را به دیگری منتقل کند، جنایت حاصله شبه عمدی و در صورت انتقال بدون قصد، جنایت خطای محض می‌باشد (محمدی جورکویه، ۱۳۹۹، ۲۰۵). مستند قانونی این موارد مواد ۲۹۰، ۲۹۱ و ۲۹۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ می‌باشد. با توجه به موارد فوق می‌توان بیان نمود که در قانون ایران تابع شرایطی می‌توان مرتکب را به قصاص، دیه و حبس محکوم نمود مشروط بر اینکه جنایتی حاصل شده و منطبق با مواد فوق‌الذکر باشد.

با توجه به خلا تقنینی در زمینه انتقال بیماری‌های آمیزشی، می‌توان ماده ای خاص را بدین صورت به قانون مجازات اسلامی افزود: «هر کس با علم به ابتلای خود به یکی از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار، از قبیل ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) و ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا بیماری‌های مشابه، به گونه‌ای که خطر انتقال آن به دیگران جدی باشد، بدون اطلاع‌رسانی و رضایت طرف مقابل، عالماً و عامداً اقدام به رابطه جنسی یا هر رفتار ناقل دیگر نماید که موجب انتقال ویروس به دیگری شود، به مجازات تعزیری درجه پنج محکوم می‌شود و اگر آسیب وارده سبب مرگ شود، حسب مورد به قصاص یا دیه نیز محکوم خواهد شد.»

مطابق ماده پیشنهادی فوق:

- اثبات عنصر روانی یعنی علم و آگاهی مرتکب به بیماری خود و عمد او در انتقال بیماری ضروری است. البته عمد در این جرم مفروض است زیرا اگر از بیماری خویش آگاه باشد، نتیجه رفتار خویش را که انتقال بیماری است، می داند.

- یک جرم مقید به نتیجه است و تا زمانی که بیماری عملاً منتقل نشود، جرم محقق نخواهد شد.

- این جرم باید یک جرم غیرقابل گذشت تلقی شود و گذشت شاکی می تواند موجب تخفیف مجازات مرتکب باشد.

- عدم رضایت طرف مقابل، شرط تحقق این جرم است.

- اگر شخص فاقد علم به بیماری باشد، صرفاً مسئولیت مدنی داشته باشد و در صورت درخواست بزه دیده، جبران خسارت لازم (مانند پرداخت هزینه های درمان یا پرداخت دیه) نماید. اگر رفتار مرتکب در این حالت سبب مرگ بزه دیده شود، جنایت خطای محض محسوب می شود زیرا قصد فعل و قصد نتیجه را ندارد.

از سوی دیگر، با عنایت به نقش دیه به عنوان جبران خسارت، فقدان مقررات اختصاصی و شفاف درباره میزان دیه و شرایط پرداخت آن در موارد انتقال بیماری های آمیزشی، خلأ دیگری است که نیازمند توجه است. قانونگذار می تواند با تعیین مقررات مشخص درباره نحوه ارزیابی خسارت ناشی از بیماری های واگیر و شرایط مطالبه دیه، ضمن حمایت از بزه دیدگان، از بروز اختلافات قضایی جلوگیری کند.

۲-۲- تدابیر پیشگیری اجتماعی

سیاست های پیشگیرانه اثربخش الزاماً بر کیفر و تنبیه صرف استوار نیستند، بلکه بسیاری از راهبردها بر اصلاح رفتار، بازاجتماعی سازی و کنترل محیطی مجرمان نیز تمرکز دارند. اتکای صرف بر مجازات در مهار جرم کارآمدی کافی ندارد. نرخ بالای بازگشت به جرم در میان زندانیان آزاد شده و ناکامی نظام های کیفری در کنترل مؤثر بزهکاری، موجب بروز تردیدها نسبت به این رویکرد شده است.

پیشگیری اجتماعی به اقداماتی اطلاق می‌شود که هدف آن کاهش آسیب‌های اجتماعی یا بهداشتی از طریق تغییرات در محیط اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی است. در این چارچوب، هدف، کاهش عوامل خطرزا و افزایش آگاهی عمومی است. یکی از مؤثرترین شکل‌های پیشگیری از جرم، نه از درون زندان‌ها یا قوانین سخت‌گیرانه، بلکه از دل روابط انسانی و نهادهای اجتماعی برمی‌خیزد. وقتی پیوند میان فرد و نهادهایی چون خانواده، مدرسه، جامعه و محیط کار قوی و حمایت‌گرانه باشد، میل به رفتارهای بزهکارانه کاهش می‌یابد. این روابط به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که فرد نگران از دست دادن اعتبار اجتماعی، دچار شرمساری از نگاه دیگران، و نگران واکنش افرادی می‌شود که به آن‌ها وابستگی دارد. به‌همین دلیل، جرم‌شناسان این نوع نظارت و فشار اجتماعی را «کنترل اجتماعی غیررسمی» می‌نامند. نکته قابل توجه آن است که این سازوکارها تنها در صورتی می‌توانند مؤثر باشند که نهادهای اجتماعی عملکرد هماهنگی داشته باشند. برای نمونه، مدرسه بدون همراهی خانواده موفق نخواهد بود، و خانواده‌ها نیز بدون وجود فرصت‌های شغلی و اقتصادی توان ایفای نقش حمایتی خود را ندارند. بازار کار به امنیت عمومی وابسته است، و پلیس هم بدون همراهی و مشارکت مردم نمی‌تواند کارآمد باشد. از همین رو، پیشگیری اجتماعی از جرم، نیازمند هم‌افزایی نهادهای مختلف است؛ به‌طوری که بتوانند زمینه‌ای برای افزایش سرمایه اجتماعی فراهم کنند (Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Reuter, Bushway, 1997, 76).

در بررسی علل و راهکارهای مقابله با بزهکاری، یکی از مهم‌ترین نقاط شروع، محیط خانواده و مدرسه است. بسیاری از رفتارهای انحرافی، پیش از آن‌که در تعاملات بیرونی شکل بگیرند، ریشه در تعاملات اولیه فرد با والدین یا محیط آموزشی دارند. به همین دلیل، تمرکز بر اصلاح این دو بستر، می‌تواند به‌عنوان یکی از کارآمدترین راهبردهای پیشگیری اجتماعی از جرم در نظر گرفته شود. مطالعات تجربی نشان داده‌اند که برنامه‌های خانوادگی که بر تقویت رابطه والد-فرزند، آموزش مهارت‌های فرزندپروری و ارائه حمایت‌های اجتماعی از طریق بازدیدهای خانگی تمرکز دارند، می‌توانند اثرات بلندمدتی بر کاهش بزهکاری در دوران بزرگسالی داشته باشند. اگر این اقدامات با آموزش پیش‌دبستانی برای کودکان همراه شوند، اثربخشی آن‌ها به‌مراتب بیشتر خواهد شد. از

سوی دیگر، مدرسه نیز یکی از کانون‌های تأثیرگذار بر شکل‌گیری رفتار نوجوانان است. برنامه‌هایی که در فضای مدرسه اجرا می‌شوند. چه از طریق آموزش مستقیم مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان و چه از طریق مشارکت والدین در فرآیند تربیتی می‌توانند به کاهش رفتارهای پرخطر و انحرافی در نوجوانی منجر شوند. به‌ویژه، ترکیب آموزش والدین با برنامه‌های آموزشی هدفمند در مدارس، از جمله راهکارهای اثبات‌شده‌ای است که در پیشگیری از بزهکاری مؤثر واقع شده‌اند. در مجموع، آنچه این مداخلات را متمایز می‌سازد، تمرکز آن‌ها بر ریشه‌های رفتاری و اجتماعی بزهکاری پیش از وقوع آن است؛ نه مقابله پس از وقوع جرم (Ibid, 87).

در پیشگیری اولیه، سعی بر آن است که اوضاع و احوال و شرایطی که زمینه‌ساز وقوع جرم می‌باشند، شناسایی و در صورت امکان با اصلاح و تغییرات اجتماعی پیشگیری اولیه تحقق یابد. در پیشگیری ثانویه تمرکز بیشتر بر روی گروه‌ها و مجموعه‌های خاصی از افراد جامعه است که در خصوص آن‌ها همواره این نگرانی وجود دارد که اعضای آن‌ها در مظان ارتکاب جرم و انحراف باشند و در آخر مرتکب جرم بشوند برای مثال ناقلین ویروس اچ‌پی‌وی و یا افراد فعال جنسی کنترل می‌شوند تا از آلوده نمودن افراد جامعه به این ویروس جلوگیری شود. در انتها، پیشگیری ثالث برخلاف دو مورد قبلی ناظر به مرحله بعد از وقوع جرم بوده که در این مرحله سعی بر آن می‌شود تا افرادی که مرتکب بزهکاری شده‌اند نجات یافته و از تکرار جرم از سوی آن‌ها جلوگیری شود، برای مثال، افرادی که درگیر ویروس اچ‌پی‌وی شده‌اند با ساز و کارهایی جلوی آن‌ها را برای عدم انتقال این ویروس به سایرین گرفت (ریاسی، شبانی، ۱۴۰۲، ۱-۱۰).

۱-۲-۲- پیشگیری اولیه: واکسیناسیون عمومی

واکسیناسیون به عنوان یک ابزار پیشگیری اجتماعی در نظر گرفته می‌شود زیرا هدف آن حفاظت از جامعه و افراد در برابر بیماری‌های واگیر است. واکسیناسیون علیه HPV مصداقی از پیشگیری اجتماعی در قالب سیاست بهداشت عمومی است. این اقدام از نظر جرم‌شناسی پیشگیرانه، راهکاری پیشینی، غیرقهرآمیز، و اثربخش در سطح کلان تلقی می‌شود. وقتی واکسیناسیون به صورت اختیاری یا عمومی و رایگان در دسترس مردم قرار می‌گیرد و دولت‌ها یا نهادهای بهداشتی از طریق آموزش عمومی و کمپین‌های

آگاهی‌رسانی در خصوص اهمیت آن اقدام می‌کنند، این نوع پیشگیری بیشتر جنبه اجتماعی دارد.

واکسیناسیون اچ‌پی‌وی به عنوان سنگ بنای پیشگیری اولیه است و محافظت ایمن، مؤثر و طولانی‌مدتی را در برابر عفونت با انواع اچ‌پی‌وی بیماری‌زا ارائه می‌دهد و از این طریق از بسیاری از سرطان‌های مرتبط با اچ‌پی‌وی و موارد زگیل تناسلی جلوگیری می‌کند. این واکسن تقریباً ۱۰۰٪ اثربخشی در پیشگیری از عفونت پایدار اچ‌پی‌وی از نوع واکسن نشان داده است. و می‌تواند از بیش از ۹۰٪ سرطان‌های ناشی از اچ‌پی‌وی جلوگیری کند. از زمان معرفی واکسن اچ‌پی‌وی در سال ۲۰۰۶، این واکسن منجر به کاهش قابل توجه عفونت‌های اچ‌پی‌وی و ضایعات پیش‌سرطانی دهانه رحم شده است.

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) واکسیناسیون روتین اچ‌پی‌وی را برای کودکان ۱۱ یا ۱۲ ساله توصیه می‌کنند، با این گزینه که از ۹ سالگی شروع شود. برای این گروه سنی، برنامه دو دوز توصیه می‌شود، در حالی که نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان جوان ۱۵ سال یا بیشتر برای محافظت بهینه به سه دوز نیاز دارند. واکسیناسیون اگر قبل از شروع فعالیت جنسی افراد انجام شود، بیشترین محافظت را ایجاد می‌کند، زیرا از ابتلا به انواع اچ‌پی‌وی که باعث بیماری می‌شوند، جلوگیری می‌کند. بیش از ۱۵ سال نظارت و تحقیق، ایمنی و اثربخشی واکسن را به طور مداوم تأیید می‌کند و هیچ مدرکی مبنی بر کاهش محافظت در طول زمان وجود ندارد.

مطالعات برنامه‌های واکسیناسیون حاکی از آن است که ایمن‌سازی علیه ویروس اچ‌پی‌وی تنها به زنان محدود نمی‌شود و در مردان نیز اثربخشی و ایمنی‌زایی قابل توجهی دارد.

(Leung et al., 2018, 75)

در کشورهایی مانند سوئد که از نظر نظام سلامت پیشرو محسوب می‌شوند، اجرای برنامه واکسیناسیون اچ‌پی‌وی برای دختران بین ۱۰ تا ۱۲ سال بر عهده کارکنان سلامت مدارس است. تجربه، مهارت‌های ارتباطی و توانمندی شخصی این افراد از جمله عوامل کلیدی به‌شمار می‌رود که می‌تواند در پذیرش و موفقیت این برنامه نقشی تعیین‌کننده داشته باشد (Grandahl et al., 2017, 65). در کشور ما نیز، توجه به آموزش بهداشت فردی و اجتماعی برای جوانان باید در چارچوب برنامه‌های درسی و بر اساس سیاست‌های وزارت بهداشت

تقویت شود، چرا که این امر برای حفظ و ارتقاء سلامت نسل جوان ضروری است (Izadi, 2021, 3). بر اساس شواهد موجود، آگاهی و اطلاعات دختران دانشجو درباره ویروس اچ‌پی‌وی و سرطان دهانه رحم در سطح نازلی قرار دارد. مسئله‌ای که می‌تواند ریشه در عوامل فرهنگی، تابوهای اجتماعی و نبود آموزش‌های هدفمند از طریق رسانه‌های جمعی داشته باشد. از این رو، سنجش دانش این گروه سنی گامی اساسی در طراحی و به‌کارگیری برنامه‌های آموزشی مؤثر برای ارتقاء شناخت و تغییر نگرش تلقی می‌شود (Wang et al., 2021, 156).

با وجود اینکه هنوز برنامه‌ای برای واکسیناسیون اچ‌پی‌وی در مدارس و دانشگاه‌های استان کرمانشاه و کشور اجرایی نشده، نتایج این مطالعه بیانگر آن است که ارتقاء سطح آگاهی مدرسان بهداشت و دانشجویان دختر و پسر درباره عفونت اچ‌پی‌وی و اهمیت واکسیناسیون آن، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. از جمله نکات اساسی، کاهش فاصله نگرشی میان دو جنس در خصوص واکسن اچ‌پی‌وی است که می‌تواند در موفقیت برنامه‌های پیشگیرانه نقش مؤثری ایفا کند. ارائه آموزش‌های مستمر و هدفمند برای مدرسان نهادهای آموزشی و همچنین برای خود دانش‌آموزان و دانشجویان باید در دستور کار قرار گیرد. از سوی دیگر، افزودن واکسن اچ‌پی‌وی به سبد واکسیناسیون ملی نیز می‌تواند به‌عنوان راهبردی مؤثر در جهت افزایش پوشش واکسیناسیون تلقی شود. در بسیاری از جوامع، ارزش‌های فرهنگی و نگرش‌های اجتماعی، از جمله باورهای مرتبط با مسائل جنسی، مانع جدی در مسیر پذیرش عمومی واکسن اچ‌پی‌وی به شمار می‌روند. به دلیل آنکه این ویروس از طریق روابط جنسی منتقل می‌شود، هرگونه گفت‌وگو پیرامون آن اغلب با قضاوت‌های اخلاقی و نگاه منفی همراه است؛ به‌ویژه در جوامعی که اطلاع‌رسانی جنسی با حساسیت‌های فرهنگی روبروست. در چنین بستری، ارائه واکسن اچ‌پی‌وی به نوجوانان، به‌ویژه دختران، می‌تواند این تصور نادرست را ایجاد کند که فرد از لحاظ جنسی فعال است یا قصد تجربه آن را دارد؛ مسئله‌ای که خود موجب برچسب‌زنی اجتماعی و کاهش تمایل به واکسیناسیون می‌شود. با وجود این، چالش‌ها و موانع اجرایی در زمینه واکسیناسیون ممکن است وجود داشته باشد که هزینه‌های بالای واکسیناسیون ملی، کمبود زیرساخت‌های لازم و مقاومت

فرهنگی و اجتماعی خانواده‌ها از آن جمله‌اند. واکسن علی‌رغم اثربخشی بالا، هزینه قابل توجهی دارد که اجرای برنامه واکسیناسیون رایگان یا با پوشش بیمه‌ای گسترده را در کشور دشوار می‌کند. نبود بودجه کافی یا اولویت‌بندی نامناسب منابع مالی می‌تواند مانع از پوشش کامل جمعیت نوجوانان شود. لذا تخصیص بودجه ویژه و حمایت‌های دولتی برای واکسیناسیون گسترده، برگزاری کمپین‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی فراگیر جهت کاهش مقاومت‌ها و تقویت همکاری بین‌بخشی میان وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، رسانه‌ها در این راستا ضروری خواهد بود.

همچنین، نابرابری‌های جنسیتی در دسترسی به واکسن نیز می‌تواند مشکل دیگر باشد. نابرابری‌های فرهنگی و اجتماعی و تابوهای مربوط به سلامت جنسی زنان ممکن است باعث شود زنان کمتر به خدمات پیشگیرانه دسترسی یابند. هزینه بالای واکسن و نبود پوشش بیمه‌ای عادلانه نیز تأثیر نابرابر بر اقشار مختلف دارد و زنان به ویژه در مناطق محروم و کمتر برخوردار، از این فرصت‌ها محروم‌ترند. ویروس اچ‌پی‌وی به عنوان عاملی که ارتباط مستقیم با سرطان دهانه رحم دارد، بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما مردان نیز می‌توانند ناقل و منتقل‌کننده ویروس باشند. شاید اولویت‌بندی واکسیناسیون دختران در بسیاری از کشورها باعث گردد مردان کمتر به واکسن دسترسی داشته باشند و منجر به انتقال مداوم ویروس شود. کم‌اطلاعی عمومی و بی‌توجهی به توصیه‌های مرتبط با واکسیناسیون برای هر دو جنس، ریشه در ضعف آموزش‌های ارائه‌شده در نهادهایی مانند مدارس و خانواده‌ها دارد. لذا اطلاع‌رسانی گسترده و مناسب پیرامون آن باید در اولویت سیاست‌گذاری‌ها قرار گیرد. بنابراین طراحی برنامه‌های واکسیناسیون باید شامل هر دو جنس مرد و زن بدون تبعیض جنسیتی باشد.

در میان زنانی که درگیر نظام عدالت کیفری هستند، احتمال ابتلا به بیماری‌هایی چون سرطان دهانه رحم به واسطه شرایط خاص اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی‌شان بیشتر است. متأسفانه، این گروه از زنان معمولاً از کمترین سطح دسترسی به خدمات سلامت برخوردارند و همین موضوع باعث می‌شود بسیاری از اقدامات پیشگیرانه، مانند واکسیناسیون اچ‌پی‌وی یا غربالگری زودهنگام، به آن‌ها نرسد. در چنین شرایطی، فراهم کردن امکانات آموزش سلامت، افزایش آگاهی درباره روش‌های پیشگیری، و ارائه

واکسن در زمان مناسب می‌تواند نابرابری‌های موجود را کاهش دهد. به‌ویژه در مراکز نگهداری نوجوانان دختر، اجرای چنین برنامه‌هایی فرصتی مؤثر برای کاهش شکاف‌های نژادی و اقتصادی در ابتلا و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان دهانه رحم فراهم می‌سازد. نکته مهم دیگر آن است که در محیط‌های کیفی، اولویت‌ها اغلب بر رفع نیازهای فوری جسمی متمرکز است و خدمات پیشگیرانه در حاشیه قرار می‌گیرند. این در حالی است که اگر دفاتر آزادی مشروط و نظارت تعلیقی به پایگاه‌هایی برای ارائه آموزش سلامت و خدمات واکسیناسیون تبدیل شوند، می‌توان گروهی از آسیب‌پذیرترین زنان را مورد حمایت قرار داد و از بسیاری از هزینه‌های آتی جلوگیری کرد (Binswanger, , Mueller, Clark, & Cropsey, 2011, 1844).

تمرکز بیش‌از‌حد بر واکسیناسیون دختران و نادیده‌گرفتن پسران، هم به تعمیق این برچسب‌ها دامن می‌زند و هم مسئولیت کنترل بیماری را به‌طور ناعادلانه‌ای متوجه زنان می‌سازد. این در حالی است که شواهد علمی اثبات کرده‌اند واکسن اچ‌پی‌وی برای هر دو جنس ایمن و مؤثر است و بسیاری از بیماری‌های مرتبط با اچ‌پی‌وی نیز در مردان رخ می‌دهد. با وجود این، عدم آگاهی مردان، به‌ویژه پدران و شریک‌های جنسی، نسبت به مزایای این واکسن، یکی از دلایل اصلی مقاومت اجتماعی است. زمانی که آموزش صحیح و کامل برای هر دو جنس ارائه شود، پذیرش عمومی واکسن به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد. از این‌رو، اتخاذ رویکردی بی‌طرف از نظر جنسیتی در اطلاع‌رسانی و اجرای برنامه‌های واکسیناسیون، نه‌تنها در کاهش برچسب‌های منفی مؤثر است، بلکه می‌تواند گامی مهم در جهت تحقق عدالت جنسیتی در سلامت عمومی باشد؛ به‌ویژه در کشورهایی که سلامت زنان به حاشیه رانده شده و موضوعات مرتبط با سلامت جنسی هنوز تابو تلقی می‌شوند (Xu et al., 2024, 76-77).

۲-۲-۲- پیشگیری ثانویه: غربالگری و تشخیص زودهنگام

غربالگری روتین و تشخیص زودهنگام، استراتژی‌های پیشگیری ثانویه حیاتی برای بیماری‌های مرتبط با اچ‌پی‌وی، به‌ویژه سرطان دهانه رحم هستند. غربالگری‌های منظم از طریق آزمایش پاپ اسمیر و آزمایش همزمان اچ‌پی‌وی نقش مهمی در شناسایی تغییرات سلولی پیش سرطانی، امکان درمان به موقع و کاهش قابل توجه خطر سرطان دهانه رحم

تهاجمی دارند. سرطان دهانه رحم تنها سرطان مرتبط با اچ‌پی‌وی است که آزمایش غربالگری برای تشخیص آن در مراحل اولیه توصیه می‌شود. تأثیر برنامه‌های غربالگری عمیق بوده است. در ایالات متحده، میزان بروز سرطان دهانه رحم از اواسط دهه ۱۹۷۰ بیش از نصف کاهش یافته است، که عمدتاً به دلیل افزایش غربالگری است. موفقیت استرالیا در تقریباً ریشه‌کن کردن سرطان دهانه رحم به عنوان یک مسئله بهداشت عمومی، به برنامه‌های جامع واکسیناسیون و غربالگری آن نسبت داده می‌شود که نشان‌دهنده اثر هم‌افزایی این دو استراتژی است. حتی برای زنان واکسینه شده، غربالگری دهانه رحم برای تشخیص سرطان‌های بالقوه‌ای که توسط واکسن هدف قرار نمی‌گیرند یا سرطان‌هایی که ناشی از عفونت‌های اکتسابی قبل از واکسیناسیون هستند، همچنان ضروری است.

اگرچه واکسیناسیون پیشگیری اولیه است، غربالگری همچنان ضروری است. غربالگری ضایعات پیش‌سرطانی را که واکسیناسیون ممکن است از آنها جلوگیری نکند مثلاً اگر از قبل آلوده شده باشید، یا به دلیل انواع اچ‌پی‌وی غیرواکسنی تشخیص می‌دهد. این نشان می‌دهد که اینها استراتژی‌های متقابلاً منحصر به فرد نیستند، بلکه اجزای مکمل یک برنامه جامع پیشگیری از سرطان هستند. تکیه صرف بر یکی، شکاف‌های قابل توجهی در محافظت ایجاد می‌کند.

۳-۲-۲- اطلاع‌رسانی و آموزش‌های علمی

آموزش جامع جنسی نقش مهمی در بهبود سلامت جنسی و باروری نوجوانان دارد. این برنامه به جوانان دانش لازم در مورد بدن خود، نحوه تشخیص علائم غیرطبیعی زنان، مراحل پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی و محل دسترسی به خدمات بهداشت باروری را ارائه می‌دهد. تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش جنسی جامع (CSE) در کاهش رفتارهای جنسی پرخطر، از جمله استفاده بدون کاندوم، مؤثر است و فعالیت جنسی یا شیوع بیماری‌های مقاربتی را افزایش نمی‌دهد. این موضوع مستقیماً با «افسانه بی‌بندوباری جنسی» که واکسیناسیون اچ‌پی‌وی را به افزایش فعالیت جنسی مرتبط می‌کند، در تضاد است. استراتژی‌های آموزشی مؤثر باید مستقیماً با این افسانه مقابله کرده

و آن را رد کنند، واکسن را به عنوان ابزاری برای پیشگیری از سرطان معرفی کنند، آن را از بحث‌های مربوط به رفتار جنسی جدا کنند و بر فواید سلامتی آن تأکید کنند. رسانه‌های جمعی نقشی اساسی در انتقال اطلاعات مرتبط با واکسن اچ‌پی‌وی دارند و می‌توانند به شکل مؤثری بر سطح آگاهی جامعه و نیز برداشت افراد نسبت به واکسیناسیون اثرگذار باشند. مطالعات آزمایشگاهی حاکی از آن است که شیوه ارائه مطالب در رسانه‌ها - مانند تمرکز بر میزان کارایی واکسن، اهداف آن در پیشگیری از سرطان دهانه رحم یا سایر بیماری‌ها، و نیز پرداختن به جنبه‌های بحث‌برانگیز - به طرز قابل توجهی در شکل‌دهی به افکار عمومی تأثیر دارد (Gollust et al., 2013, 144). اینترنت پس از پزشکان، به‌عنوان دومین منبع اصلی برای کسب اطلاعات درباره واکسن اچ‌پی‌وی شناخته می‌شود، اما بسیاری از مطالب آن ناقص یا گمراه‌کننده‌اند. نوجوانان و والدین، به‌ویژه با تحصیلات بالاتر، به‌طور گسترده برای اطلاع‌یابی به فضای مجازی رجوع می‌کنند. رسانه‌های اجتماعی مانند یوتیوب نیز در شکل‌دهی نگرش عمومی نقش دارند، اما چون بیشتر محتوا توسط کاربران عادی تولید می‌شود، صحت آن‌ها قابل تردید است. برای مقابله با این وضعیت، حضور فعال‌تر جامعه پزشکی در فضای آنلاین، همراه با آموزش عمومی در خصوص اعتبارسنجی اطلاعات، امری ضروری تلقی می‌شود (Patel & Berenson, 2014, 1166-1170).

یافته‌ها نشان می‌دهد که با وجود تلاش‌های مستمر برای ارتقاء آگاهی عمومی نسبت به ویروس اچ‌پی‌وی، همچنان شناخت بسیاری از افراد در این زمینه محدود است. گرچه برخی مطالعات نشان داده‌اند که ارائه اطلاعات می‌تواند انگیزه افراد برای واکسیناسیون را افزایش دهد، اما شواهد جدید حاکی از آن است که آموزش صرف، به‌تنهایی نمی‌تواند تغییرات ماندگاری در رفتار واکسیناسیون ایجاد کند. بر همین اساس، نیاز به طراحی و اجرای مداخلات آموزشی جامع و ارزیابی اثربخشی آن‌ها - چه به صورت مستقل و چه در کنار سایر راهبردهای تربیتی - همچنان یک ضرورت جدی در برنامه‌های سلامت عمومی محسوب می‌شود (McBride & Singh, 2018, 75).

یکی از گام‌های بنیادین برای ارتقاء نرخ واکسیناسیون اچ‌پی‌وی، افزایش آگاهی گروه‌هایی است که نقش کلیدی در تصمیم‌گیری نوجوانان دارند؛ از جمله والدین،

کارکنان سلامت و مسئولان مدارس. آموزش، به‌عنوان بخش مهمی از مداخلات رفتاری، می‌تواند به شکل‌گیری تصمیم‌های آگاهانه کمک کند و نگرش عمومی نسبت به واکسیناسیون، به‌ویژه در محیط‌های آموزشی، را بهبود بخشد. حتی مداخلات ساده آموزشی نیز می‌توانند تأثیر چشمگیری در افزایش دانش و پذیرش واکسن اچ‌پی‌وی داشته باشند (Reiter et al., 2011, 2-6). در نتیجه می‌توان گفت آموزش عمومی در خصوص ویروس اچ‌پی‌وی و راه‌های پیشگیری از آن که عموماً از طریق تزریق واکسن می‌باشد به‌همراه حضور پزشکان و متخصصان در این زمینه در رسانه‌های عمومی و فضای مجازی می‌تواند نقش گسترده‌ای در پیشگیری از شیوع این ویروس ایفا نماید.

نقش آموزش جنسی در پیشگیری از این بیماری نیز مهم است. در راستای کنترل گسترش ویروس اچ‌پی‌وی، برنامه‌های پیشگیری اغلب بر اصلاح و آگاه‌سازی در زمینه رفتارهای جنسی متمرکز بوده‌اند. این برنامه‌ها تلاش داشته‌اند با اطلاع‌رسانی به زنان درباره پیامدهای شروع زود هنگام رابطه جنسی، داشتن شریک جنسی متعدد یا شریکانی با سابقه روابط متنوع، مراجعه ناکافی به پزشک زنان و نیز مصرف سیگار، سطح آگاهی و رفتار محافظتی آنان را ارتقاء دهند. مطالعات نشان داده‌اند که برخی مداخلات کوتاه‌مدت در زنان دارای رفتار پرخطر منجر به استفاده نامنظم از وسایل محافظتی شده‌اند، اما در مقابل، اقداماتی که با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و جنسیتی طراحی شده‌اند، موفق شده‌اند در نوجوانان آفریقایی-آمریکایی میزان استفاده منظم از کاندوم را به شکل معناداری افزایش دهند. همچنین، آموزش‌های ارائه‌شده در مدارس تأثیرات مثبتی در زمینه‌های مختلفی داشته‌اند؛ از جمله کاهش گرایش به روابط جنسی پرخطر، به تعویق انداختن زمان آغاز فعالیت جنسی، کاهش دفعات آمیزش، کاهش تعداد شرکای جنسی، و بهبود استفاده از ابزارهای محافظتی مانند کاندوم بوده است (Scheurer et al., 2005: 734).

در دهه ۱۹۴۰ میلادی، رسانه‌هایی همچون رادیو به‌عنوان ابزاری مؤثر برای انتقال اطلاعات پزشکی و جنسی مورد توجه قرار گرفتند. یکی از پیشگامان این حوزه، دکتر نورمن هیر بود که تلاش کرد مفاهیم مرتبط با سلامت جنسی، از جمله پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی و تنظیم خانواده را از طریق برنامه‌های رادیویی برای عموم قابل

دسترس سازد. فعالیت‌های آموزشی او، که در مرز میان توصیه‌های پزشکی و آموزش همگانی قرار داشت، نشان‌دهنده شکل‌گیری نوعی از آموزش جنسی فراگیر بود که از چارچوب سنتی کلینیکی فراتر می‌رفت و در بستر رسانه‌های عمومی گسترش می‌یافت (Bashford & Strange, 2004: 77).

به عنوان نمونه در کشور چین مطابق با ضوابط قانونی چین در حوزه پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی، تمامی مراکز آموزشی موظف هستند آموزش‌های مرتبط با بهداشت و روابط جنسی را در برنامه‌های درسی دانش‌آموزان و دانشجویان بگنجانند. همچنین، در چارچوب برنامه پنج‌ساله‌ای که برای مقابله با شیوع HIV طراحی شده بود، هدف‌گذاری شد که تا پایان سال ۲۰۱۰، بیش از ۹۵ درصد از دانش‌آموزان و ۷۵ درصد از جوانان خارج از نظام آموزشی، دانش پایه‌ای درباره روش‌های انتقال و پیشگیری از HIV کسب کرده باشند. این اقدامات با هدف تقویت آگاهی عمومی و ترویج رفتارهای پیشگیرانه به‌ویژه در نسل جوان، نقش مؤثری در سیاست‌گذاری آموزش جنسی در چین ایفا کرده‌اند (Rou et al, 2010, 43). به‌طور کلی آموزش جنسی نقش کلیدی در پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی مانند HPV و HIV دارد. برنامه‌های آموزشی مؤثر، به‌ویژه اگر متناسب با فرهنگ و جنسیت طراحی شوند، می‌توانند رفتارهای پرخطر جنسی را کاهش دهند. تجربه کشورهایی مانند آمریکا و چین نشان می‌دهد که آموزش ساختارمند، چه در مدارس و چه از طریق رسانه‌ها، باعث ارتقای آگاهی و افزایش استفاده از روش‌های محافظتی می‌شود. در نتیجه، آموزش جنسی باید به عنوان یک ابزار مؤثر در سیاست‌های کیفی و بهداشتی مورد توجه قرار گیرد.

مدل پیشگیری اجتماعی در برخی کشورهای اسلامی، از جمله مالزی، نشان داده است که آموزش سلامت جنسی و واکسیناسیون همگانی ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) می‌تواند با حفظ ارزش‌های فرهنگی و مذهبی، به‌طور مؤثر اجرا شود. دولت مالزی از سال ۲۰۱۱ برنامه‌ای تحت عنوان PEERS (Reproductive Health and Social Education) را با همکاری وزارت آموزش، وزارت بهداشت و نهادهای دینی در مدارس آغاز کرد. این برنامه، مفاهیم بهداشت جنسی، پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی و آموزش درباره HPV را با زبانی علمی و سازگار با آموزه‌های اسلامی در نظام آموزشی رسمی وارد ساخت هم‌زمان،

دولت در سال ۲۰۱۰ واکسیناسیون رایگان HPV برای دختران ۱۳ ساله را به صورت ملی آغاز کرد که باعث شد نرخ واکسیناسیون در سال‌های بعد به بیش از ۸۰٪ برسد (Rashid & Mohamed, 2013, 2531).

اندونزی با داشتن بزرگ‌ترین جمعیت مسلمان جهان، آموزش سلامت جنسی را با تأکید بر ارزش‌های اسلامی و آداب اجتماعی اجرا می‌کند. در سال‌های اخیر، وزارت آموزش و وزارت امور مذهبی اندونزی با همکاری نهادهای بهداشتی و سازمان‌های غیردولتی، کتاب‌ها و برنامه‌های آموزشی درباره پیشگیری از اچ‌پی‌وی طراحی کرده‌اند، که با اصول اسلامی سازگارند. از سال ۲۰۱۶، اندونزی با کمک سازمان بهداشت جهانی (WHO) برنامه پاپلوت واکسیناسیون HPV را در برخی استان‌ها اجرا کرد برای پذیرش اجتماعی بیشتر، ائمه جماعات و شورای علمای اندونزی (MUI) واکسن را «حلال» اعلام کردند (Utomo, Reimondos, Reimondos, 2011, 76).

در سنگاپور نیز از سال ۲۰۱۹، واکسیناسیون رایگان HPV برای تمام دختران مقطع متوسطه (Secondary One) در سیستم مدارس دولتی اجرا شده و این واکسن تحت پوشش بیمه سلامت ملی سنگاپور قرار دارد. دولت از رسانه‌های اجتماعی، بروشورها، و فیلم‌های کوتاه آموزشی برای شکستن تابوها درباره بیماری‌های جنسی استفاده کرده است. یکی از مهم‌ترین راه‌های مقابله با شیوع ویروس اچ‌پی‌وی و پیشگیری از سرطان دهانه رحم، آگاهی‌بخشی به عموم مردم است. وقتی افراد نسبت به این بیماری و راه‌های انتقال آن اطلاعات کافی داشته باشند، احتمال رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد. اقداماتی مانند آموزش درباره روابط جنسی ایمن، تشویق به انجام غربالگری منظم و در دسترس قرار دادن واکسن اچ‌پی‌وی، می‌توانند تأثیر زیادی بر سلامت عمومی جامعه داشته باشند. این برنامه‌ها به‌ویژه باید بر کسانی متمرکز شوند که بیشترین خطر را تجربه می‌کنند—افراد که به دلایل اقتصادی، اجتماعی یا جغرافیایی به خدمات پزشکی و پیشگیری دسترسی کمتری دارند. در این میان، استفاده از کمپین‌های آموزشی و برنامه‌های محلی در سطح اجتماع، یکی از مؤثرترین روش‌ها برای رساندن پیام‌های بهداشتی به این گروه‌ها بوده است. تجربه نشان داده که وقتی آموزش سلامت به درستی در خدمات سلامت اجتماعی

گنجانده شود، میزان واکسیناسیون و مشارکت در غربالگری در میان جوامع محروم به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (Hakim, Amin Islam, 2025, 26).

البته در مساله آموزش جنسی در ایران ممکن است با توجه به زمینه‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی، اجرای این آموزش‌ها با موانع و مقاومت‌هایی همراه باشد. اما امروزه چنین مسائلی در میان نسل جدید (زد و آلفا و بتا) چندان تابو محسوب نمی‌شود زیرا این نسل چندان محافظه کار نیستند. لذا می‌توان صادقانه درباره این ویروس‌ها و خطرات آنها صحبت کرد. استفاده از رویکردی که ضمن حفظ ارزش‌های فرهنگی و دینی، مفاهیم بهداشتی و پیشگیری را به زبان ساده و علمی ارائه دهد، ضروری است. برگزاری دوره‌های تخصصی برای معلمان با هدف ارتقای دانش و مهارت‌های آموزشی آنها در حوزه سلامت جنسی و ارائه آموزش‌ها به صورت تدریجی و متناسب با سن دانش‌آموزان در مدارس و در رسانه‌ها، موثر خواهد بود.

۴-۲-۲- همکاری نهادهای غیردولتی و بین‌المللی

مطالعه انجام‌شده درباره پروژه واکسیناسیون اچ‌پی‌وی در کشور موزامبیک نشان می‌دهد که همکاری میان نهادهای غیردولتی محلی، سازمان‌های بین‌المللی و شرکای سلامت جهانی، مانند Gavi، نقش محوری در موفقیت برنامه‌های پیشگیرانه ایفا کرده است. مشارکت مؤسسات غیردولتی مانند FDC و سازمان بین‌المللی VillageReach، که پیش از اجرای پروژه نیز در فعالیتهای ایمن‌سازی مشارکت فعال داشته‌اند، بستری برای انتقال تجربه، استفاده بهینه از منابع، و کاهش موازی‌کاری فراهم کرد.

در این چارچوب، الگوی مشارکت Gavi که مبتنی بر تقسیم مسئولیت مشخص میان بازیگران اصلی است، نه تنها به کارآمدی شبکه واکسیناسیون انجامید، بلکه امکان بهره‌گیری از توان تخصصی هر نهاد را نیز تقویت کرد. این ساختار شبکه‌ای و چندسطحی، زمینه‌ساز اجرای هماهنگ فعالیت‌ها از سطح ملی تا مدارس شد و نشان داد که بدون چنین تعاملاتی، تأمین عدالت در دسترسی به واکسن و ارتقاء سطح ایمنی عمومی در برابر اچ‌پی‌وی با چالش‌های اساسی مواجه می‌شد.

علاوه بر این، مطالعه نشان داد که هر چند مسئله «مالکیت ملی» نیازمند تقویت است، اما مدل همکاری متنوع و فراگیر میان نهادهای دولتی، محلی و بین‌المللی در پروژه

موزامبیک، به‌عنوان یک تجربه موفق، الگویی قابل‌تعمیم برای سایر کشورها در جهت پیشگیری از سرطان‌های مرتبط با اچ‌پی‌وی محسوب می‌شود (Soi et al., 2020, 6-11). شواهد حاصل از مطالعه انجام‌شده در کشورهای با درآمد پایین و متوسط نشان می‌دهد که سازمان‌های بین‌المللی و نهادهای غیردولتی نقشی تعیین‌کننده در برنامه‌ریزی، تصمیم‌سازی و اجرای واکسیناسیون اچ‌پی‌وی ایفا کرده‌اند. مشارکت این بازیگران، تنها به تأمین منابع مالی محدود نبوده، بلکه در حوزه‌هایی نظیر جمع‌آوری داده‌ها، ارائه شواهد علمی، فعالیت‌های ترویجی، ارتباطات عمومی و ارتقاء ظرفیت‌های محلی نیز گسترده بوده است. نهاد بین‌المللی Gavi، به‌عنوان یکی از ستون‌های اصلی این همکاری‌ها، نه‌تنها دسترسی کشورها به واکسن اچ‌پی‌وی را ممکن ساخته، بلکه با بهره‌گیری از شبکه‌ای از شرکای راهبردی نظیر سازمان جهانی بهداشت، یونیسف، بانک جهانی و بنیاد گیتس، توانسته است پشتیبانی فنی و عملیاتی مؤثری را برای اجرای برنامه‌های واکسیناسیون فراهم کند. همچنین سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی مانند PATH، JSI و CHAI نیز در پیشبرد آموزش، ترویج آگاهی و اجرای میدانی برنامه‌ها نقشی مکمل و کلیدی داشته‌اند. از سوی دیگر، نهادهای مدنی، از جمله گروه‌های زنان، بانوان اول کشورها و نمایندگان محلی سازمان‌های غیردولتی، با تمرکز بر آگاهی‌بخشی عمومی، به اجتماعی‌شدن پیام واکسیناسیون کمک کرده‌اند؛ اقدامی که در افزایش تقاضا برای واکسن و ارتقاء پذیرش اجتماعی آن بسیار مؤثر بوده است. این مشارکت چندلایه، نمونه‌ای روشن از کارکرد مؤثر مشارکت فرابخشی در حوزه سیاست‌گذاری سلامت و تحقق عدالت در بهداشت زنان است (Guillaume et al., 2022, 4-7).

تجربه کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که موفقیت برنامه‌های واکسیناسیون HPV بدون همکاری شبکه‌ای میان دولت، نهادهای مدنی و شرکای بین‌المللی امکان‌پذیر نیست. در ایران نیز با توجه به ساختار چندسطحی نظام سلامت، می‌توان با بهره‌گیری از ظرفیت نهادهای غیردولتی، جلب مشارکت سازمان‌های جهانی مانند WHO و یونیسف، و تعامل مؤثر با جامعه مدنی، پوشش واکسیناسیون را افزایش داد. این رویکرد، ضمن جلوگیری از اتلاف منابع، زمینه‌ساز ارتقاء عدالت در سلامت زنان خواهد بود. مدل‌هایی

نظیر مشارکت Gavi الگویی راهبردی برای چنین هم‌افزایی میان‌بخشی در ایران نیز فراهم می‌کنند.

۳- تدابیر پیشگیری وضعی

پیشگیری وضعی از جرم به مجموعه‌ای از اقدامات گفته می‌شود که برای جلوگیری از انواع خاصی از جرایم طراحی می‌شوند. این اقدامات معمولاً بر اساس اصلاح و مدیریت محیط اطراف محل وقوع جرم انجام می‌شوند؛ مثلاً از طریق تغییر چیدمان فضا، به‌کارگیری ابزارهای کنترلی یا افزایش نظارت. هدف اصلی این روش‌ها، کاهش فرصت‌های مناسب برای ارتکاب جرم و بالا بردن احساس خطر برای مجرمان است؛ به‌طوری‌که فرد مجرم با دیدن شرایط محیطی، احتمال دستگیری یا ناکامی را بیشتر احساس کند و از ارتکاب جرم منصرف شود (Clarke, 1983, 225).

پیشگیری وضعی از جرم و دانش اپیدمیولوژی شباهت‌های زیادی در روش کار دارند. هر دو تلاش می‌کنند بفهمند چه شرایط و عواملی در محیط باعث گسترش یک مشکل انسانی - چه بیماری و چه جرم - می‌شود تا بتوانند آن را کنترل کنند. بر همین اساس، بعضی از پژوهشگران، پیوندی بین جرم‌شناسی و اپیدمیولوژی برقرار کرده‌اند و مفهومی به نام «جرم‌شناسی اپیدمیولوژیک» را مطرح کرده‌اند. اپیدمیولوژی بررسی می‌کند چه چیزهایی باعث شیوع بیماری می‌شود، مثل عوامل خطر، ناقلان یا محیط‌های آلوده. در مقابل، جرم‌شناسی به این می‌پردازد که جرم چگونه شکل می‌گیرد، چه کسانی آن را انجام می‌دهند و چگونه می‌شود با آن مقابله کرد. جالب است که هر دو این حوزه‌ها - یعنی بهداشت عمومی و عدالت کیفری - از نظریه‌ها و زبان علمی مشابهی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه استفاده می‌کنند (Shariati & Guerette, 2017, 2).

در پیشگیری از ابتلا به ویروس آمیزشی، تنها تمرکز بر درمان یا اصلاح رفتار افراد کافی نیست. بسیاری از راهکارهای پیشگیرانه‌ای که امروزه در دستور کار قرار دارند، در واقع مبتنی بر تغییر محیط، کاهش فرصت‌های انتقال و ایجاد موانع ساختاری برای سرایت ویروس هستند؛ درست مشابه رویکردی که در پیشگیری وضعی از جرم اتخاذ می‌شود. به‌عنوان مثال، آموزش‌های بهداشتی درباره شیوه‌های انتقال اچ‌پی‌وی و به‌ویژه تأکید بر

نقش تماس جنسی حتی بدون دخول، نوعی آگاه‌سازی محیطی به شمار می‌رود که می‌تواند احتمال انتقال ویروس را کاهش دهد.

همچنین، برنامه‌های گسترده واکسیناسیون که در سطح ملی برای نوجوانان (چه دختر و چه پسر) اجرا می‌شود، به‌نوعی به‌معنای «ایمن‌سازی فضای زیستی» و حذف فرصت انتقال ویروس در مراحل ابتدایی زندگی جنسی افراد است. علاوه بر آن، توسعه‌ی سیستم‌های غربالگری هدفمند مانند تست HPV اولیه به همراه پاپ اسمیر (Cytology Triage)، از دیگر مصادیق پیشگیری وضعی در حوزه سلامت به شمار می‌آید. این برنامه‌ها به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که افراد در معرض خطر پیش از بروز علائم بالینی شناسایی و وارد فرآیند مداخله پزشکی شوند. نکته جالب توجه آن است که در کشورهای پیشرو، این غربالگری‌ها نه‌تنها بر پایه‌ی ویژگی‌های فردی، بلکه با لحاظ شرایط اجتماعی، جمعیت‌شناختی و دسترسی به خدمات سلامت تنظیم می‌شوند؛ چیزی که در پیشگیری وضعی از جرم به آن «تنظیم محیط برای مهار رفتار مجرمانه» گفته می‌شود.

در خصوص واکسیناسیون قبلاً اشاره گردید که نوعی راهکار پیشگیری اجتماعی محسوب می‌شود و در بیشتر کشورها، واکسیناسیون به‌عنوان یک ابزار پیشگیری اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که هدف آن حفاظت از جامعه و افراد در برابر بیماری‌های واگیر است. اما در صورت اجباری بودن آن در برخی گروه‌ها یا شرایط خاص، می‌تواند به‌نوعی پیشگیری وضعی هم تبدیل شود. واکسیناسیون می‌تواند به‌صورت الزامی در نظر گرفته شود، به‌ویژه وقتی که دولت یا نهادهای مسئول واکسیناسیون را به‌صورت قانونی برای گروه‌های خاص (مثلاً کودکان، کارکنان بهداشت و درمان یا دانش‌آموزان) اجباری کنند. در این صورت، واکسیناسیون می‌تواند به‌عنوان یک ابزار پیشگیری وضعی با تأکید بر قوانین و مقررات اجباری تلقی شود.

همچنین، نصب پایگاه‌های واکسیناسیون در مدارس، دانشگاه‌ها، پادگان‌ها، و درمانگاه‌های شهری، نصب تابلو، پوستر و بروشور در مطب پزشکان عمومی، متخصص زنان و پوست، افزایش آگاهی در موقعیت‌های پرخطر و تغییر تصمیم در لحظه، مجهز شدن سرویس‌های بهداشتی عمومی به کاندوم‌های رایگان یا دستگاه‌های فروش کاندوم، کنترل سنی ورود به هتل‌ها، مهمانی‌های مختلط، یا مکان‌هایی که احتمال روابط محافظت‌نشده

بیشتر است، محدودسازی تبلیغات جنسی بی‌رویه در محیط‌های عمومی و مدارس، بازرسی از کلینیک‌های لیزر، اپیلاسیون، خال‌برداری یا تتو، فراهم کردن امکان گزارش ناشناس درباره رابطه با افراد مبتلا، بدون انگ‌زنی، اعمال محدودیت در استفاده از خدمات ماساژ غیرمجاز، ایجاد مراکز سیار غربالگری در مناطق پرخطر نیز از راهکارهای مهم پیشگیری وضعی در پیشگیری از این ویروس هستند.

همچنین می‌توان گفت که طراحی برنامه‌های غربالگری و مداخلات آموزشی، همگی در چارچوب مفهومی پیشگیری وضعی از بیماری جای می‌گیرند، چراکه هدف آن‌ها نه تغییر ماهیت فرد بلکه کاهش امکان وقوع بیماری از طریق مدیریت محیط و فرصت‌ها است.

نتیجه‌گیری

ویروس‌های آمیزشی نه تنها تهدیدی برای سلامت جسمی، بلکه چالشی چندبُعدی برای نظام‌های حقوقی، اجتماعی و فرهنگی به‌شمار می‌آید. بررسی حاضر نشان داد که کنترل مؤثر این ویروس‌ها نیازمند نگاهی جامع و ترکیبی از تدابیر پیشگیرانه کیفری و اجتماعی و وضعی است. ترکیب این رویکردها در قالب سیاست جنایی کارآمد، می‌تواند ضمن حفظ کرامت انسانی و رعایت حقوق بنیادین افراد، به کنترل این بیماری در سطح جامعه یاری رساند.

از یک سو، نظام کیفری ایران باید با الگوبرداری از سایر نظام‌های حقوقی پیشرفته دنیا، با بازنگری در قوانین موجود، بستر لازم را برای جرم‌انگاری شفاف در زمینه انتقال عامدانه و آگاهانه بیماری‌های آمیزشی چون ویروس اچ‌پی‌وی فراهم کند، به‌نحوی که اصل قانونی بودن جرم و مجازات مخدوش نشود، اما در عین حال، از حقوق بزه‌دیدگان و سلامت عمومی نیز حمایت شود. همچنین، شفاف‌سازی در خصوص حدود مسئولیت کیفری افراد ناقل و توجه به اصل تناسب و منع تبعیض جنسیتی، ضروری است. از سوی دیگر، تجربه جهانی و تحلیل وضعیت ایران نشان می‌دهد که پیشگیری اجتماعی مؤثرترین ابزار در مهار شیوع اچ‌پی‌وی است. آموزش‌های جنسی علمی و مبتنی بر فرهنگ بومی، آگاهی‌بخشی عمومی از طریق رسانه‌ها و مدارس، برچیدن تابوهای اجتماعی پیرامون بیماری‌های مقاربتی، فراهم‌سازی دسترسی همگانی به واکسن و خدمات غربالگری با همکاری نهادهای دولتی و غیردولتی، از ارکان حیاتی این نوع پیشگیری به‌شمار می‌آیند. باید اذعان نمود با توجه به اینکه کیفر همواره آخرین راه حل است، لذا اولویت نخست باید واکسیناسیون گسترده و فراگیر و آموزش و آگاهی‌بخشی اجتماعی باشد؛ بدین ترتیب پیشگیری اجتماعی بر پیشگیری کیفری اولویت دارد و نخست باید بر راهکارها و تدابیر پیشگیرانه اجتماعی و حل ریشه‌ای مساله بیشتر توجه و تلاش نمود.

در سال‌های اخیر، موضوع سلامت عمومی با تمرکز بر ویروس اچ‌پی‌وی در ایران، هرچند در محافل علمی مورد توجه قرار گرفته، ولی در سیاست‌گذاری‌های رسمی هنوز جایگاه روشنی ندارد. واکسن پاپیلوگارد که در داخل تولید شده، نشانه‌ای از پیشرفت در عرصه بهداشت است، اما نبود برنامه واکسیناسیون فراگیر، به‌ویژه برای نوجوانان، خلأ بزرگی در

سیاست‌های پیشگیرانه به‌جا گذاشته است. بسیاری از خانواده‌ها از وجود این واکسن بی‌اطلاع‌اند یا آن را به دلیل هزینه بالا تهیه نمی‌کنند. این در حالی است که خطر ابتلا به سرطان‌هایی مانند دهانه رحم، اهمیت توجه به این ویروس را دوچندان می‌کند. از سوی دیگر، مسائل فرهنگی و نگاه قضاوت‌گرایانه به بیماری‌های مقاربتی باعث شده اطلاع‌رسانی عمومی به درستی انجام نشود. اگرچه طبق قانون، دولت موظف به تأمین سلامت مردم است، اما اقداماتش در زمینه اچ پی وی بیشتر حالت منفعل دارد. نبود پوشش بیمه‌ای مؤثر هم بر نگرانی‌ها افزوده است. به نظر می‌رسد برای بهبود شرایط، نیاز به سیاست‌گذاری هوشمندانه‌ای و منسجمی است که آموزش، پیشگیری و عدالت در دسترسی را توأمان در بر بگیرد. چنین رویکردی می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای سلامت اجتماعی باشد.

با نگاهی به مسأله اچ‌پی‌وی درمی‌یابیم که راه‌حل ساده یا تک‌بعدی برای مقابله با آن وجود ندارد. نه صرف قانون‌گذاری و تهدید به مجازات می‌تواند از شیوع آن کاملاً پیشگیری کند و نه صرف واکسیناسیون و درمان. آنچه نیاز است، نگاه و سیاستی ترکیبی و واقع‌گرایانه و عدالت محور است؛ نگاهی که در آن، قانون در کنار آموزش، پیشگیری در کنار درمان، و آگاهی عمومی در کنار حمایت نهادی دیده شود. جامعه‌ای که در آن نوجوانان به‌موقع واکسن دریافت می‌کنند، خانواده‌ها بدون ترس و شرم درباره بیماری صحبت می‌کنند، و رسانه‌ها اطلاعات صحیح و قابل اعتماد منتشر می‌کنند، کمتر درگیر تبعات این بیماری خواهد بود. تا زمانی که گفت‌وگو درباره سلامت جنسی با ترس و تابو همراه باشد، نمی‌توان به کنترل مؤثر چنین ویروس‌هایی امید داشت. گام مهم در این زمینه، تدوین یک سیاست جنایی جامع، کارآمد، چندبعدی و سلامت محور است که در آن، عدالت در سلامت، حق همه شهروندان شناخته شود.

پیشنهادات عملی

- تدوین «سند جامع ملی پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی با محوریت اچ‌پی‌وی» با مشارکت وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، قوه قضاییه، صدا و سیما، و سایر نهادهای مدنی.

- اصلاح و بروزرسانی قوانین کیفری مرتبط با انتقال بیماری متناسب با تحولات اجتماعی و تدوین ماده‌ای صریح و مستقل در قانون مجازات اسلامی برای جرم‌انگاری انتقال عمدانه یا آگاهانه بیماری‌های آمیزشی از جمله اچ‌پی‌وی با مجازات متناسب و بازدارنده
- اجرای برنامه ملی واکسیناسیون رایگان اچ‌پی‌وی برای نوجوانان و حمایت‌های دولتی برای واکسیناسیون گسترده.
- آموزش علمی و شفاف در زمینه بهداشت جنسی و رفتارهای جنسی در مدارس و دانشگاه‌ها و گنجاندن سرفصل‌های «سلامت یا بهداشت جنسی» و «پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی» در سرفصل دروس عمومی
- اطلاع‌رسانی و بازتاب واقعیت‌های اجتماعی در مورد خطرات اچ‌پی‌وی و آموزش‌های سلامت جنسی از طریق رسانه‌ها
- ارائه مشاوره‌های حقوقی، اجتماعی و روانی از سوی مراکز سلامت خانواده و کلینیک‌های رفتاری در راستای حمایت از قربانیان
- ایجاد سامانه و بانک اطلاعاتی شفاف برای گردآوری داده‌های اپیدمیولوژیک و حقوقی-اجتماعی مربوط به اچ‌پی‌وی.
- آموزش تخصصی قضات و کارشناسان پزشکی قانونی در زمینه اثبات علمی جرایم مرتبط با انتقال ویروس‌های آمیزشی با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز پزشکی قانونی و نهادهای قضایی.

فهرست منابع

فارسی

۱. ریاسی، عرفان، شبانی، امیرحسین (۱۴۰۲). بررسی روش‌های پیشگیری از وقوع جرم، چهاردهمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، ص ۵-۶، صفحات ۱-۱۰.
۲. ابوذری، مهرنوش . (۱۴۰۳). مقابله با بزهکاری در عصر هوش مصنوعی: پیش‌بینی به مثابه پیشگیری. دوفصلنامه تحقیق و توسعه در حقوق کیفری و جرم‌شناسی، ۱(۲).
۳. جوان بخت، محمد و شیخ الاسلامی، عباس . (۱۴۰۳). تجربه محوری در نظام عدالت کیفری: راهکاری برای بهبود اثربخشی سیاست جنایی. دوفصلنامه تحقیق و توسعه در حقوق کیفری و جرم‌شناسی، ۱(۱)، ۷-۳۵.
۴. محمدی جورکویه، علی. (۱۳۹۹). مسئولیت ناشی از انتقال بیماری واگیر و ویروس. حقوق اسلامی، ۱۷(۶۴)، ۲۲۶-۲۰۵.
۵. محمدیان حدیث، ناطقی محمدرضا. (۱۴۰۱). ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (اچ پی وی) و واکسن‌های آن: یک مقاله مروری. مجله تحقیقات پزشکی صرم، ۱۴۰۱؛ ۷(۴): ۲۳۱-۲۴۱.
۶. معظمی، شهلا (۱۳۸۶)، پیشگیری جرم شناختی، فصلنامه پژوهشی تحلیلی و آموزشی مجد(حقوقی)، سال اول، شماره اول.

انگلیسی

1. Bashford, A. & Strange, C. (2004). Public Pedagogy: Sex Education and Mass Communication in the Mid-Twentieth Century. *Journal of the History of Sexuality*, 13(1), 71-99 .
2. Binswanger, I. A., Mueller, S., Clark, C. B., & Cropsey, K. L. (2011). Risk factors for cervical cancer in criminal justice settings. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1839-1845. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2864>
3. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002; 55(4):244-265.

4. Clarke, R. V. (1983). Situational crime prevention: Its theoretical basis and practical scope. In *Crime and Justice: An Annual Review of Research*, Vol. 4, edited by Michael Tonry and Norval Morris, pp. 225-256. Chicago: University of Chicago Press.
5. Fortenberry JD. The effects of stigma on STD-risk behavior among adolescents: A theoretical model. *J Adolesc Health*. 2004; 35(6):s7-s13.
6. Gollust, S. E., Attanasio, L., Dempsey, A., Benson, A. M., & Fowler, E. F. (2013). Political and news media factors shaping public awareness of the HPV vaccine. *Women's Health Issues*, 23(3), e143-e151. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.02.001>
7. Grandahl, M., Larsson, M., Tydén, T., & Stenhammar, C. (2017). School nurses' attitudes towards and experiences of the Swedish school-based HPV vaccination programme - A repeated cross-sectional study. *PLOS ONE*, 12(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175883>
8. Guillaume, D., Waheed, D. N., Schlieff, M., et al. (2022). Key decision-making factors for human papillomavirus (HPV) vaccine program introduction in low-and-middle-income-countries: Global and national stakeholder perspectives. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(7), e2150454. <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2150454>
9. Hakim, R. U., Amin, T., & Islam, S. M. B. U. (2025). Advances and challenges in cervical cancer: From molecular mechanisms and global epidemiology to innovative therapies and prevention strategies. *Cancer Control*, 32, 1-31. <https://doi.org/10.1177/10732748251336415>
10. Hegheş, N.-E. (2020). Some Considerations Regarding the Crime of Thwarting Disease Control. In *RAIS Conference Proceedings*, June 1-2, 2020, Washington DC, USA, pp. 90-98. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=3794869>
11. Izadi, S., & Shakerian, S. (2021). Performance Indicators of Cervical Cancer Screening Program Based on The Guidelines of Iran Ministry of Health and Medical Education. *International Journal of Cancer Management*, 14(2), e102030. <https://doi.org/10.5812/ijcm.102030>
12. Leung, T. F., Liu, A. P., Lim, F. S., Thollot, F., Oh, H. M. L., Lee, B. W., et al. (2018). Comparative immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine and 4vHPV vaccine administered according to two- or three-dose

- schedules in girls aged 9-14 years : Results to month 36 from a randomized trial. *Vaccine*, 36(1), 98-106
13. Marlow LAV, Forster AS, Wardle J, Waller J. Mothers' and adolescent daughters' beliefs about risk factors for cervical cancer : a qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2009; 14(1):127-140.
14. McBride, K. R., & Singh, S. (2018). Predictors of adults' knowledge and awareness of HPV, HPV-associated cancers, and the HPV vaccine : Implications for health education. *Health Education & Behavior*, 45(1), 68-76. <https://doi.org/10.1177/1090198117709318>
15. Ntanasis-Stathopoulos I, Kyriazoglou A, Lontos M, Dimopoulos MA, Gavriatopoulou M. (2020). Current trends in the management and prevention of human papillomavirus (HPV) infection. *JBUON*, 25(3):1281-1285.
16. Patel, P. R., & Berenson, A. B. (2014). The internet's role in HPV vaccine education. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 10(5), 1166-1170. <https://doi.org/10.4161/hv.27967>.
17. Rashid A, Mohamed M. Implementation of a school-based HPV vaccination program in Malaysia : A successful strategy for combating cervical cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(5):2531-5.
18. Reiter, P. L., Stubbs, B., Panozzo, C. A., Whitesell, D., Brewer, N. T., & Smith, J. S. (2011). HPV and HPV vaccine education intervention : Effects on parents, healthcare staff, and school staff. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 20(11), 2354-2361. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0562>
19. Rou, K., Sullivan, S. G., Liu, P., & Wu, Z. (2010). Scaling up prevention programmes to reduce the sexual transmission of HIV in China. *International Journal of Epidemiology*, 39(Suppl 2), ii38-ii46. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq211>
20. Scheurer, M.E., Tortolero-Luna, G., & Adler-Storthz, K. (2005). Human papillomavirus infection : biology, epidemiology, and prevention. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(5), 727-746.
21. Schneider, R. H., & Kitchen, T. (2002). *Planning for crime prevention : A transatlantic perspective*. London : Routledge.

22. Shariati, A., & Guerette, R. T. (2017). Situational crime prevention. In M. Tonry & N. Morris (Eds.), *Crime and Justice: A Review of Research* (Vol. 46, Chapter 22, pp. 1-16). Chicago: University of Chicago Press. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/311251189>
23. Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., MacKenzie, D. L., Eck, J. E., Reuter, P., & Bushway, S. D. (1997). *Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising*. Report to the United States Congress. National Institute of Justice, U.S. Department of Justice. University of Maryland, Department of Criminology and Criminal Justice.
24. Soi, C., Gimbel, S., Chilundo, B., Muchanga, V., Matsinhe, M., Weiss, J. & Sherr, K. (2020). Global health systems partnerships: a mixed methods analysis of Mozambique's HPV vaccine delivery network actors. *BMC Public Health*, 20, 862. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08958-1>.
25. Utomo ID, Reimondos A, McDonald P, et al. Adolescent reproductive health in Indonesia: Controversies and challenges. *Sex Health*. 2011;8(2):169-76.
26. Wang X, Du T, Shi X, Wu K. (2021). Awareness and knowledge about human papilloma virus infection among students at secondary occupational health school in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6321. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126321>
27. Xu, M. A., Choi, J., Capasso, A., & DiClemente, R. J. (2024). Improving HPV vaccination uptake among adolescents in low resource settings: Sociocultural and socioeconomic barriers and facilitators. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 15, 73-82. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S394119>

References

1. Abouzari, M. (2025). Dealing with Crime in the Age of Artificial Intelligence: Prediction as Prevention. (e720961). *Research and development in criminal law and criminology*, 1(2). (In Persian)
2. Javanbakht, M. and Sheikholilami, A. (2024). Experience-Based Approaches in the Criminal Justice System: A Solution to Enhance the Effectiveness of Criminal Policy. *Research and development in criminal law and criminology*, 1(1), 7-35. (In Persian)

3. Moazzami, Sh. (2007). Criminological Prevention. *Majd Legal Research, Analytical and Educational Quarterly*, 1(1). (In Persian)
4. Mohammadi Jorkouyeh, A. (2020). Liability Arising from the Transmission of Infectious Diseases and Viruses. *Islamic Law Journal*, 17(64), 205-226. (In Persian)
5. Mohammian, H., & Nateghi, M.R. (2022). Human Papillomavirus (HPV) and Its Vaccines: A Review Article. *Sarem Medical Research Journal*, 7(4), 231-241. (In Persian)
6. Riasi, E., & Shabani, A.H. (2023). An Examination of Crime Prevention Methods. *The 14th International Conference on Management and Humanities Research in Iran*, pp. 1-10. (In Persian)