



چالش‌های حقوقی ارتقاء سلامت معلولان

بهرام پشمی

دکترای حقوق بین‌الملل عمومی، مدرس دانشگاه جامع علمی کاربردی مرکز جهاد دانشگاهی تبریز

Bahram.pashmi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: تعداد افراد معلول در جوامع رو به افزایش بوده و ارتقای سلامت این قشر آسیب‌پذیر همواره امری چالش‌برانگیز می‌نماید. در طول سالیان گذشته ما بارها شاهد تغییر رویکرد در قبال افراد معلول بوده‌ایم؛ که حرکت سلامت از حوزه فردی به حوزه اجتماعی، یکی از این تغییرات محسوب می‌شود.

روش تحقیق: این مقاله به روش تحلیلی-توصیفی در پی پاسخ به این سؤال اساسی است که تحقق ارتقای سلامت معلولان با چه چالش‌های حقوقی مواجه می‌باشد؟ و موانع تحقق ارتقای سلامت در مورد این اقشار کدامند؟

یافته‌ها: بدیهی است در این نوع رویکرد مشارکت جامعه در تحقق حق بر سلامت این گروه، امری ضروری می‌باشد.

نتیجه: با بررسی پیش‌نیازهای ارتقای سلامت در مورد این افراد به این نتیجه مهم می‌رسد که با رفع موانع موجود بر سر راه پیش‌نیازهایی چون عدالت، دسترسی به خدمات، درآمد تضمینی، محیط مناسب و آموزش می‌توان امیدوارتر بود.

کلید واژگان: آموزش، عدالت، توانمندسازی، دسترسی به خدمات، ناتوانی



مقدمه

افراد دارای معلولیت بخش قابل توجهی از جمعیت در سراسر جهان را تشکیل می‌دهند، با این حال آن‌ها همچنان یکی از به حاشیه رانده‌ترین و آسیب‌پذیرترین جمعیت‌ها هستند. به دست آوردن اطلاعات دقیق در مورد تعداد افراد دارای معلولیت در سراسر جهان دشوار است زیرا رویکردهای سنجش ناتوانی در کشورهای مختلف و بر اساس هدف و کاربرد داده‌ها متفاوت است. با این حال، نظرسنجی سازمان جهانی بهداشت - یک نظرسنجی چهره به چهره از خانواده که در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ در ۵۹ کشور انجام شد - تخمین زد که حدود ۶۵۰ میلیون بزرگسال دارای معلولیت هستند که حدود ۹۲ میلیون نفر از آن بزرگسالان دارای ناتوانی‌های بسیار قابل توجهی هستند. وقوع ناتوانی در کشورهای کم‌درآمد که حدود ۱۸ درصد از جمعیت آن دارای معلولیت هستند، در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا که حدود ۱۱٫۸ درصد از جمعیت دارای معلولیت هستند، بیشتر است.^۱ در این میان، حق بر سلامتی افراد معلول جوامع به‌عنوان اقشار آسیب‌پذیر امری درخور توجه می‌باشد. در برخورداری حق بر سلامتی افراد معلول هیچ شکی نمی‌توان داشت. تا آنجایی که حقوق بشر معاصر نیز در خصوص حقوق معلولان شاهد یکی از تحولات گفتمانی مهم و آثار شگرفی هست.

این در حالی است که بهداشت و سلامت یکی از ارکان اساسی در نظام حقوق بین الملل بشر است و برخورداری از سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی که باید برای همه در دسترس باشد حق تمام افراد بشر است (عباسی و دهقانی و رضایی، ۱۳۹۴: ۳۹۴). حق بشر بر سلامت به حق هر انسان در برخورداری از حد اعلا سلامت جسمی و روانی دلالت دارد (زمانی، ۱۳۸۵: ۳۲-۳۳). موضوعی که می‌توان از آن به‌عنوان حلقه مفقوده در مورد معلولان یاد کرد.

در واقع سلامتی یک منبع اصلی برای توسعه اجتماعی، اقتصادی و فردی و یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است. عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی، رفتاری و بیولوژیکی همگی می‌توانند به نفع سلامتی یا مضر باشند. هدف از اقدامات ارتقای سلامت، مساعد ساختن این شرایط از طریق حمایت از سلامت است.^۲

از دلایل اصلی پرداختن به مسئله معلولیت و معلولان، افزایش روزافزون تعداد افراد معلول به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه و فقیر، به علت عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری از معلولیت و نبود امکانات کافی یا استفاده نامناسب از امکانات موجود است.^۳ نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های اساسی در سازمان‌دهی، امور مالی و ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف، همه کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبه‌رو بوده‌اند. این چالش‌ها عبارت‌اند از عدم حصول اطمینان از برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، افزایش کیفیت خدمات، توسعه و بهبود نتایج درمانی، قابل تحمل کردن هزینه‌ها برای عموم مردم، توسعه کارایی، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی بیشتر و بهتر نظام درمانی، دخالت دادن هرچه بیشتر مردم در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی و کاهش موانع بین سلامتی و مراقبت‌های اجتماعی.^۴

اما چرا حقوق بشر نتوانسته است یک سازوکار قابل‌قبولی برای معلولان را فراهم نماید؟ این در حالی است که قبل از در نظر گرفتن شرایط خاص معلولان، این قشر به‌طور ذاتی از حق‌های بشری برخوردار هستند. با توجه به حرکت سلامت از حوزه فردی به حوزه اجتماعی ارتقای سلامت در خصوص این قشر نیازمند توانمندسازی و مشارکت و حضور در جامعه خواهد بود.

¹. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>

². The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion.

Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>

³. Davis LJ. The disability studies reader. Milton Park: Taylor & Francis; 2006. <https://books.google.com/books?id=>

⁴. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. [A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2010; 12(4):92-104. study (as cited in Irvani, Mohsen et al, 1399).



برای پاسخ به این پرسش‌ها، بایستی تمامی پیش نیازهای تحقق ارتقاء سلامت را از نظر گذراند و ایراداتی را که هرکدام می‌تواند مانعی برای تحقق هدف موردنظر باشد، بررسی کرد که در نهایت بتوان در آینده با مرتفع کردن هرکدام از این ایرادات، به آن کارکرد مورد انتظار دست یافت.

با توجه به موارد گفته شده فوق، این نوشتار به روش تحلیلی - توصیفی به دنبال پاسخ به این سؤال اساسی است که موانع حقوقی ارتقای سلامت معلولان چیستند؟ ضمن توجه به این نکته که معلولان به عنوان بشر دارای حق‌های بشری هستند اما باین حال در مواردی نیازمند اعمال تبعیض مثبت و در مواردی نیازمند توجهات و امتیازات ویژه‌ای خواهند بود. این نوشتار در دو بخش کلی مفهوم سلامت و حق بر سلامت معلولان و در بخش دوم چالش‌ها و موانع حقوقی در قالب پیش‌نیازهای ارتقاء سلامت معلولان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱- روش تحقیق

روش پژوهش تحلیلی - توصیفی می‌باشد و بر پایه مطالعات کتابخانه‌ای، با استفاده از کتب موجود در این زمینه، منابع مکتوب و مقالات فارسی و انگلیسی انجام گرفته‌است و همچنین به منظور جمع‌آوری عمده اطلاعات، از منابع اینترنتی و سایت‌های حقوقی معتبر سازمان ملل متحد استفاده گردیده‌است.

۲- یافته‌ها

۱-۲. مفهوم سلامتی

سلامتی و بهبودی توسط هر فردی متناسب با ارزش‌ها و اعتقاداتش تعریف می‌شود. زندگی سالم، زندگی متعادلی است که در آن هر فرد به طور آگاهانه رفتارهای سالم را انتخاب می‌کند. سازمان بهداشت جهانی^۵ در مورد مفاهیم مرتبط تعاریفی را ارائه داده است.^۶ مطابق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای قابل دسترسی، سلامتی یکی از اساسی‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، شرایط اقتصادی یا موقعیت اجتماعی او است.

۱-۲. محتوی و دامنه حق بر سلامتی

سلامتی انسان یکی از لوازم اولیه برخورداری از حیاتی شرافتمندانه به شمار می‌آید و در عین اینکه برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و بهره‌مندی از خود این حق نیز مستلزم وجود عناصر دیگری است؛ برخورداری از یک استاندارد مناسب زندگی؛ متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط‌زیست پاک و ... (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲: ۴۸). حق بر سلامتی طبق ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۷ تضمین شده است. بنابراین آنچه تعیین محتوای حق بر بهداشت و سلامتی را دشوار می‌سازد، ارتباطی است که این حق با سایر مصادیق حقوق بشری دارد. در واقع «اکثر مصادیق حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی در جهت تأمین و تضمین شرایطی که افراد بتوانند از سلامتی برخوردار باشند، نقشی اساسی و بنیادین ایفا می‌کنند»^۸. از این رو «حق بر سلامتی» موضوعی جدا از سایر مصادیق حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی نیست و نمی‌تواند بدون توجه به سایر مصادیق حقوق بشر در کل مورد توجه قرار گیرد. به عبارتی

5. World Health Organization (WHO)

6. سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها بیمار یا معلول نبودن (۱۹۴۶).

7. توانایی داشتن یک زندگی ایده آل از نظر اقتصادی و اجتماعی به تعریف قبلی اضافه شد (۱۹۸۴).

7. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)

8. In Fidler, op. cit, p:181 study (as cited in ehsan, Javid et al, 1392)



ساده‌تر، «حق بر سلامتی» معنای واقعی خود را در تعامل با دیگر حقوق بنیادین به دست می‌آورد.⁹ همچنین نظر کلی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز قابل تأمل می‌باشد. تأکید این کمیته در نظر خود بر اینکه حق بر سلامتی، حق بشری بنیادی است و برای اعمال حق‌های بشری دیگر، ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.¹⁰ حق بر سلامتی رابطه‌ای تنگاتنگ با دیگر حق‌های بشری دارد و به تحقق آن‌ها وابسته است.¹¹ از منظر دو اصل برابری و عدم تبعیض و از رهگذر تحلیل نوع و کیفیت اقدامات انجام‌شده بر اساس امکانات اقتصادی و فنی موجود در هر کشور و انعکاس آن در سطوح متفاوت تحقق حق بر سلامتی در کشورهای مختلف، می‌توان به یک سطح حداقلی و حداکثری از محتوای حق بر سلامتی دست‌یافت.

۲-۱-۲. مفهوم سلامتی بر اساس رهیافت حداقلی

«حق بر سلامتی» در کنار تحقق تدریجی آن، دارای یکسری حداقل‌ها هم هست که واجد اثر فوری هستند. برخورداری از این حداقل‌های رفاهی- بهداشتی گویای رهیافت حداقلی بر محتوای حق بر سلامتی است؛ بنابراین، تعهد دولت‌ها نسبت به تحقق این حداقل‌های رفاهی، تعهد به نتیجه فوری است. بهره‌مندی از این محتوای حداقلی در سلامتی، از ضروریات کرامت ذاتی انسان قلمداد می‌شود. در این چارچوب، «حق بر سلامتی» به نبود بیماری و برخورداری از وضعیت مطلوب جسمی و روانی تعبیر می‌شود. در واقع رهیافت حداقلی هسته اصلی حق بر سلامتی را تشکیل می‌دهد.¹² در مورد داشتن وضعیت مطلوب جسمی و روانی با توجه به تعهد به نتیجه فوری، دولت‌ها ملزم به پرداختن به معضلات جسمی و روانی معلولان می‌باشد. معضلاتی که یا از بدو تولد همراه معلولان بوده و یا احتمالاً رفتار جامعه باعث ورود خدشه به سلامت روانی این افراد گردد. در مواردی نگاهی ترحم‌آمیز و یا ضد انسانی که افراد جامعه با دیدن افراد معلول دارند، می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید در این باره گردد. در این میان، حق بر سلامتی در خصوص افراد معلول جوامع به‌عنوان اقشار آسیب‌پذیر امری درخور توجه می‌باشد. در برخورداری حق بر سلامتی افراد معلول هیچ شکی نمی‌توان داشت. به‌طوری‌که حقوق بشر معاصر نیز در خصوص حقوق معلولان شاهد یکی از تحولات گفتمانی بنیادینش بوده که متعاقب آن نتایج شگفت‌انگیز و اساسی به دنبال داشته است. تصویب کنوانسیون در رابطه با حق‌های اشخاص دارای معلولیت را بایستی به‌عنوان نقطه عطفی در تاریخ تمدن و تحول بشری در حرکت از «نگاه ترحم محورانه» به «رویکرد حق محورانه» قلمداد نمود. در تقویت این گفته انتخاب هوشمندانه عنوان «کنوانسیون مرتبط به حق‌های اشخاص دارای معلولیت» به‌جای استفاده از اصطلاح حقوقی «حمایت از ...» را باید مکفی دانست. کم‌توانان در این سند حقوق بشری نه اشیای پنهان کردنی محسوب می‌شوند و نه بیماران نیازمند ترحم؛ بلکه افرادی هستند که در انسان بودن شبیه دیگران می‌باشند (قاری سید فاطمی، ۱۳۹۵: ۳۷۳). درحالی‌که ما شاهد مشکلات عدیده‌ای برای این قشر افراد جامعه مواجه هستیم.

۲-۱-۳. مفهوم سلامتی بر اساس رهیافت حداکثری

در طرف مقابل رهیافت حداقلی، رهیافت حداکثری است. مطابق با رهیافت حداکثری، هر دولتی متعهد است که شرایط لازم برای بهره‌مندی شهروندان خود را از سلامتی، در چارچوب منابع موجود و تا حد ممکن تأمین و تضمین کند.¹³ بنابراین تعهد دولت‌ها در این باره تعهد به‌وسیله می‌باشد. بر اساس ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌توان حق بر سلامت را حقی دانست که بر بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی و نه پایین‌ترین یا حداقل آن دلالت دارد؛ بنابراین حق بر

⁹. Molinari, 1998, p:49 study (as cited in ehsan, Javid et al, 1392)

¹⁰. General Comment 14: para 1

¹¹. General Comment 14: para. 3

¹². Lazzarini, 1997, p:29 study (as cited in ehsan, Javid et al, 1392)

¹³. Lazzarini, 1997, p:29 study (as cited in ehsan, Javid et al, 1392)



سلامتی را نمی‌توان به حق بر حداقلی از آنچه برای سلامتی لازم است فروکاست. با توجه به این‌که در رهیافت حداکثری، «حق بر سلامتی» چیزی بیش از صرف نبود بیماری است؛ لذا برای تحقق حق بر سلامتی بر اساس رهیافت حداکثری، بنیادهای تعیین‌کننده برخورداری از غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط‌زیست پاک، دسترسی به داروهای اساسی، مسکن، آموزش و... را نمی‌توان نادیده گرفت چراکه نقش انکارناپذیر این بنیادها بر کسی پوشیده نیست (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۲: ۶۱-۶۰).

البته در مواجهه با شرایط اضطراری و بحران‌ها، معلولان به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر به‌مراتب بیش از سایر اقشار در معرض تبعات منفی آن قرار می‌گیرند. بدون تردید، کاهش عوارض نامطلوب بحران بر این افراد و گروه‌ها مستلزم اتخاذ اقدامات حمایتی خواهد بود.

۲-۱-۵. رویکرد حقوق بشری به معلولیت

در طول دهه گذشته، آگاهی و درک مسائل مربوط به حقوق معلولیت افزایش یافته است. به‌ویژه، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت^{۱۴} که در سال ۲۰۰۶ تصویب شد و در ۳ می ۲۰۰۸ لازم‌الاجرا شد، جزء لاینفک پیشبرد به رسمیت شناختن حقوق بشر افراد دارای معلولیت بوده است. این کنوانسیون رویکردی جامع برای احقاق حقوق افراد دارای معلولیت در اختیار ما قرار می‌دهد. کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت هم برای ترسیم حقوق افراد دارای معلولیت و هم برای تغییر ادراک از معلولیت مهم است. دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل رویکردی مبتنی بر حقوق بشر در مورد معلولیت‌ها را شرح می‌دهد: رویکرد مبتنی بر حقوق به دنبال راه‌هایی برای احترام، حمایت و تجلیل از تنوع انسانی با ایجاد شرایطی است که امکان مشارکت معنادار طیف وسیعی از افراد، از جمله افراد دارای معلولیت را فراهم می‌کند. حمایت و ارتقای حقوق آن‌ها تنها به ارائه خدمات مرتبط با معلولیت نیست. این در مورد اتخاذ تدابیری برای تغییر نگرش‌ها و رفتارهایی است که افراد دارای معلولیت را به حاشیه می‌راند. همچنین در مورد اعمال سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌هایی است که موانع را برطرف کرده و اعمال حقوق مدنی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی افراد دارای معلولیت را تضمین می‌کند.

افراد دارای معلولیت با نقض گسترده حقوق بشر از جمله نهادینه شدن، انزوا، انگ و تبعیض و عدم دسترسی به بهداشت، آموزش و فرصت‌های شغلی مواجه هستند. کنوانسیون طیف گسترده‌ای از حقوق را تعیین می‌کند که به همه جنبه‌های زندگی، مانند احترام به خانه و خانواده، آموزش، اشتغال، بهداشت، مشارکت در زندگی سیاسی و عمومی، مشارکت در زندگی فرهنگی، تفریح، اوقات فراغت و ورزش، حق زندگی، آزادی از شکنجه یا رفتار یا مجازات ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز و حق برخورداری از حمایت برابر و منافع برابر قانون اشاره دارد. کنوانسیون به دنبال تضمین برخورداری کامل و برابر از کلیه حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه افراد دارای معلولیت و ترویج احترام به کرامت ذاتی آن‌ها است.^{۱۵}

۲-۲. تعریف ناتوانی

کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، تعریفی از معلولیت ارائه نمی‌کند، اما در عوض توصیفی گسترده در این باره ارائه می‌کند. این کنوانسیون در ماده یک مقرر می‌دارد که «افراد دارای معلولیت» شامل «کسانی است که دارای آسیب‌های بلندمدت جسمی، ذهنی، فکری یا حسی هستند که در تعامل با موانع مختلف ممکن است مانع مشارکت کامل و مؤثر آن‌ها در جامعه بر مبنای برابر با دیگران شود». این توصیف از ناتوانی تمرکز را به سمت موانع اجتماعی و محیطی که مانع مشارکت فرد در جامعه می‌شود، به‌جای آسیب‌های فرد تغییر می‌دهد.

¹⁴. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)

¹⁵. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at: <https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>



این رویکرد به ناتوانی، «مدل اجتماعی» معلولیت نامیده می‌شود. «مدل اجتماعی» تشخیص می‌دهد که طرد یک فرد دارای معلولیت از جامعه مانعی برای توانایی فرد برای مشارکت کامل است، نه نتیجه ناتوانی ذاتی فرد در مشارکت. به‌عنوان مثال، اگر فردی به دلیل نقص حرکتی نمی‌تواند به کلینیک بهداشتی دسترسی پیدا کند، مشکل ناتوانی او در راه رفتن نیست، بلکه عدم دسترسی به کلینیک است.^{۱۶}

از طرفی، توجه به خدمات توان‌بخشی و همچنین توانمندسازی این افراد امری مهم بوده که کمتر مورد توجه نظام سلامت کشور قرار گرفته و بر دو بُعد بهداشت و درمان تأکید بیشتری شده است. در حالی که خدمات سلامت بُعد سومی به نام توان‌بخشی نیز دارد که یکی از حلقه‌های تنیده در نظام سلامت در کنار بهداشت و درمان است و نقشی اساسی در بازگرداندن بیماران به جریان عادی زندگی، به‌ویژه پس از جراحی‌های سنگین، حوادث یا سایر مشکلات پزشکی دارد؛ لذا فقدان ارتباط مابین حوزه‌های بهداشت، درمان و توان‌بخشی یکی از چالش‌های حائز اهمیت در یکپارچه بودن نظام سلامت کشور است. بر اساس گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، برای نظام‌های سلامت چهار کارکرد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات تعیین شده است.^{۱۷} این چهار عامل در شکل‌گیری نظام یکپارچه و برخوردار از خدمات، از همبستگی بالایی برخوردار هستند؛ به‌طوری که بهبود صرفاً یکی از این عوامل به‌تنهایی نمی‌تواند باعث ارتقای سطح دسترسی، رعایت عدالت و برخوردار از خدمات توان‌بخشی شود.

۲-۳. مفهوم ارتقای سلامت و پیش‌نیازهای آن

ارتقای سلامت فراتر از مراقبت‌های بهداشتی است. این مؤلفه، سلامت را در دستور کار سیاست‌گذاران در همه بخش‌ها و سطوح قرار می‌دهد و آن‌ها را هدایت می‌کند تا از پیامدهای سلامت تصمیمات خود آگاه باشند و مسئولیت‌های خود را در قبال سلامت بپذیرند.

سیاست ارتقای سلامت رویکردهای متنوع اما مکمل از جمله قوانین، اقدامات مالی، مالیات و تغییرات سازمانی را ترکیب می‌کند. این اقدام هماهنگ منجر به سلامت، درآمد و سیاست‌های اجتماعی به تقویت برابری بیشتر می‌انجامد. مشارکت بیشتر به تضمین کالاها و خدمات ایم‌تر و سالم‌تر، خدمات عمومی سالم‌تر و محیط‌های تمیزتر و لذت‌بخش‌تر کمک می‌کند. سیاست ارتقای سلامت مستلزم شناسایی موانع اتخاذ سیاست‌های عمومی سالم در بخش‌های غیربهداشتی و راه‌های رفع آن‌ها است. در این خصوص، هدف باید انتخاب سالم‌تر، انتخاب آسان‌تر برای سیاست‌گذاران نیز باشد.

منشور ارتقاء سلامت ۱۹۸۶ اوتاوا، ارتقای سلامت را فرآیندی دانسته است که افراد را قادر می‌سازد تا کنترل بر سلامت خود را افزایش دهند و سلامت خود را بهبود بخشند. برای رسیدن به حالت جسمی کامل روحی و رفاه اجتماعی، یک فرد یا گروه باید قادر به شناسایی و تحقق آرزوها، ارضای نیازها و تغییر یا کنار آمدن با محیط باشد؛ بنابراین، سلامت به‌عنوان منبعی برای زندگی روزمره در نظر گرفته می‌شود، نه هدف زندگی. سلامتی یک مفهوم مثبت است با تأکید بر منابع اجتماعی و شخصی و همچنین ظرفیت‌های فیزیکی؛ بنابراین ارتقای سلامت تنها مسئولیت بخش سلامت نیست، بلکه فراتر از سبک زندگی سالم و بهزیستی است.

پیش‌نیازها و چشم‌اندازهای سلامت نمی‌تواند به‌تنهایی توسط بخش بهداشت تضمین شود. مهم‌تر از همه، ارتقای سلامت مستلزم اقدام هماهنگ از سوی همه افراد ذی‌ربط است: توسط دولت‌ها، توسط بخش‌های بهداشتی و سایر بخش‌های اجتماعی و اقتصادی، توسط سازمان‌های غیردولتی و داوطلبانه، توسط مقامات محلی، توسط صنعت و توسط رسانه. افراد در همه اقشار زندگی به‌عنوان

¹⁶. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>

¹⁷. World Health Organization. The world health report 2000: Health system: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf



افراد، خانواده‌ها و جوامع درگیر هستند. گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و پرسنل بهداشتی مسئولیت عمده‌ای برای میانجی‌گری بین علایق مختلف در جامعه برای دستیابی به سلامت دارند^{۱۸}.

در اولین کنفرانس بین‌المللی اوتاوا-۱۹۸۶ ارتقای سلامت به مفهوم توانمندسازی مردم در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی-اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است. به‌طور خلاصه ارتقای سلامت عبارت از روند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی‌شان می‌باشد. برقراری عدالت، محیط مناسب، اکوسیستم پایدار، صلح، دسترسی به خدمات، تضمین درآمد، تغذیه، آموزش به‌عنوان شرایط اولیه و زیر بنایی ارتقای سلامت معرفی شدند. با توجه به تعریف ارتقای سلامت نتیجه‌گیری می‌شود که:

- ارتقای سلامت فراتر از آموزش سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد.
- ارتقای سلامت بر تجزیه و تحلیل و توسعه ظرفیت سلامتی افراد تأکید دارد.
- دیدگاه کلی‌نگر ارتقای سلامت، در نظر گرفتن سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی می‌باشد.
- رویکردهای ارتقای سلامت شامل:

۱- رویکرد پزشکی (کنترل عوامل خطر فیزیولوژیک)

۲- رویکرد رفتاری (تصحیح عوامل شیوه زندگی)

۳- رویکرد اجتماعی- محیطی (در جهت وضعیت‌های عمومی)

با توجه به تبیین مفهوم ارتقای سلامت در کنفرانس بین‌المللی اوتاوا ۱۹۸۶ بررسی مواردی نظیر برقراری عدالت، محیط مناسب، اکوسیستم پایدار، صلح، دسترسی به خدمات، تضمین درآمد، تغذیه، آموزش به‌عنوان شرایط اولیه و زیر بنایی ارتقای سلامت امری ضروری می‌نماید؛ لذا در ادامه به مواردی از این دست در خصوص معلولان می‌پردازیم.

۲-۳-۱. برقراری عدالت در رابطه با ارتقای سلامت معلولان

ارتقای سلامت بر دستیابی به عدالت در سلامت تمرکز دارد. هدف اقدامات ارتقای سلامت کاهش تفاوت‌ها در وضعیت فعلی سلامت و تضمین فرصت‌ها و منابع برابر است تا همه افراد بتوانند به حداکثر پتانسیل سلامت خود دست یابند. این شامل یک پایه امن در یک محیط حمایتی، دسترسی به اطلاعات، مهارت‌های زندگی و فرصت‌هایی برای انتخاب‌های سالم است. افراد نمی‌توانند به حداکثر پتانسیل سلامت خود دست یابند مگر اینکه بتوانند کنترل چیزهایی را که سلامت آن‌ها را تعیین می‌کند به دست بگیرند. این باید به‌طور یکسان در مورد زنان و مردان اعمال شود^{۱۹}.

بر اساس گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، برای نظام‌های سلامت چهار کارکرد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات تعیین شده است. این چهار عامل در شکل‌گیری نظام یکپارچه و برخورداری از خدمات، از همبستگی بالایی برخوردار هستند؛ به‌طوری‌که بهبود صرفاً یکی از این عوامل به‌تنهایی نمی‌تواند باعث ارتقای سطح دسترسی، رعایت عدالت و برخورداری از خدمات توان‌بخشی شود.

عدم تبعیض یک اصل مرکزی برای کنوانسیون است و برای تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی برای افراد دارای معلولیت حیاتی است. کنوانسیون در ماده ۲ تعریف می‌کند که:

18. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion.

Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>

19. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion.

Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>



«تبعیض بر اساس معلولیت» به معنای هرگونه تمایز، محرومیت یا محدودیت بر اساس معلولیت است که هدف یا اثر آن مختل کردن یا لغو شناسایی یا اعمال بر اساس برابری با دیگران از کلیه حقوق بشر و حقوق بنیادین است. آزادی در زمینه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، مدنی یا هر زمینه دیگری. این شامل همه اشکال تبعیض است. همه افراد دارای معلولیت مانند سایرین نیازهای عمومی مراقبت‌های بهداشتی دارند و نیاز به دسترسی به خدمات اصلی مراقبت‌های بهداشتی به‌طور مساوی مانند دیگران دارند. همچنین، با دور شدن از زندگی نهادینه به سمت زندگی اجتماعی، بسیار مهم است که مراقبت‌های بهداشتی، خدمات و امکانات توسعه یافته و برای همه افراد دارای معلولیت قابل دسترسی باشد.^{۲۰}

۲-۳-۲. دسترسی به خدمات توسط معلولان

دسترسی فیزیکی یک جزء حیاتی برای تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی برای افراد دارای معلولیت است. موانع فیزیکی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی شامل موانع محیطی و زیرساختی و همچنین موانع جغرافیایی مانند دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی روستایی است.

کمیت حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی^{۲۱} در نظر کلی ۱۴ خود در مورد حق بر سلامت توضیح می‌دهد که دسترسی فیزیکی به شرح زیر تعریف می‌شود:

امکانات، کالاها و خدمات بهداشتی باید در دسترس فیزیکی ایمن برای همه اقشار جمعیت، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر یا حاشیه‌نشین، مانند ... افراد دارای معلولیت... دسترسی به خدمات پزشکی و عوامل اساسی سلامت، مانند آب سالم و آشامیدنی نیز دلالت دارد؛ و امکانات بهداشتی کافی، از جمله در مناطق روستایی در دسترس فیزیکی ایمن قرار دارند. دسترسی بیشتر شامل دسترسی کافی به ساختمان‌ها برای افراد دارای معلولیت است.

کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت همچنین بر دسترسی جغرافیایی به مراقبت‌های بهداشتی متمرکز است و بند (ج) ماده ۲۵ مقرر می‌کند که کشورهای عضو باید "این خدمات بهداشتی را تا حد امکان به جوامع خود مردم، از جمله در مناطق روستایی، ارائه دهند." ارائه تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی به افراد در مناطق روستایی تضمین می‌کند که همه می‌توانند از نظر فیزیکی به امکانات مراقبت‌های بهداشتی دسترسی پیدا کنند. ارائه خدمات بهداشتی در جامعه فردی برای افراد دارای معلولیت که حق دسترسی به خدمات بهداشتی در جامعه خود را دارند، حیاتی است.

علاوه بر دسترسی به امکانات بهداشتی، دسترسی فیزیکی به تجهیزات و خدمات پزشکی قابل دسترس نیز گسترش می‌یابد. به‌عنوان مثال، زنان با اختلالات حرکتی اغلب نمی‌توانند به غربالگری سرطان سینه و دهانه رحم دسترسی داشته باشند، زیرا جداول معاینه قابل تنظیم نیستند و تجهیزات ماموگرافی فقط زنانی را که قادر به ایستادن هستند، در خود جای می‌دهد.^{۲۲}

همانطور که شرکت کنندگان در کنفرانس ۱۹۸۶ اوتاوا هم اذعان داشته‌اند، تغییر جهت خدمات بهداشتی نیز در این زمینه امری ضروری می‌نماید. بدین مفهوم که مسئولیت ارتقای سلامت در خدمات بهداشتی بین افراد، گروه‌های اجتماعی، متخصصان بهداشت، مؤسسات خدمات بهداشتی و دولت‌ها مشترک است. آن‌ها باید باهم در جهت یک سیستم مراقبت بهداشتی که به پیگیری سلامت کمک می‌کند، کار کنند.^{۲۳}

²⁰. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>

²¹. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)

²². Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>

²³. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion.



افراد دارای معلولیت اغلب در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با چالش‌هایی مواجه می‌شوند (مثلاً از طریق تبعیض، حمل‌ونقل یا امکانات غیرقابل دسترس و فقدان مهارت‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی) و با پرداخت‌های بیشتر از جیب خود مواجه می‌شوند. در نتیجه، آن‌ها ممکن است مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه یا درمانی به‌موقع دریافت نکنند که ممکن است نیازهای مراقبت‌های بهداشتی آن‌ها را در آینده افزایش دهد. بسیاری از افراد دارای معلولیت ممکن است از توان‌بخشی برای به حداکثر رساندن عملکرد فیزیکی، حسی، فکری، روانی و اجتماعی خود بهره‌مند شوند^{۲۴}.

از طرفی، جهت‌دهی مجدد خدمات بهداشتی نیز نیازمند توجه بیشتر به تحقیقات بهداشتی و نیز تغییرات در آموزش و آموزش حرفه‌ای است. این باید به تغییر نگرش و سازمان‌دهی خدمات بهداشتی منجر شود که بر کل نیازهای فرد به‌عنوان یک فرد کامل تمرکز می‌کند.

۲-۴. محیط مناسب

ارتقاء سلامت در حقیقت حرکت از رویکرد افراد سالم به سمت جوامع سالم و درنهایت حرکت به‌سوی محیط و اجتماعات سالم می‌باشد. ارتقای سلامت، ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد می‌باشد.

سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره آن‌ها خلق می‌گردد. جایی که آن‌ها در حال یادگیری، اشتغال و تفریح و ... هستند. رویکرد محیطی در رابطه با ارتقای سلامت مرتبط با محیط زندگی می‌باشد. بدین‌وسیله سلامت افراد در مکان‌هایی که بیشتر اوقات را در آن به سر می‌برند تقویت می‌گردد. یعنی این‌که رویکرد محیطی ارتقای سلامت دارای تجربه اجتماعی و توسعه‌سازمانی می‌باشد^{۲۵}.

تغییر الگوهای زندگی، کار و اوقات فراغت تأثیر بسزایی بر سلامتی دارد. کار و اوقات فراغت باید منبع سلامتی مردم باشد. شیوه سازمان‌دهی کار جامعه، باید به ایجاد جامعه‌ای سالم کمک کند. ارتقای سلامت شرایط زندگی و کار ایمن، محرک، رضایت‌بخش و لذت‌بخش را ایجاد می‌کند.

ارزیابی سیستماتیک تأثیرات سلامت محیطی که به‌سرعت در حال تغییر است - به‌ویژه در زمینه‌های فناوری، کار، تولید انرژی و شهرنشینی ضروری است و باید با اقدامی دنبال شود تا از منافع مثبت برای سلامت عمومی اطمینان حاصل شود. حفاظت از محیط‌های طبیعی و ساخته‌شده و حفاظت از منابع طبیعی باید در هر راهبرد ارتقای سلامت موردتوجه قرار گیرد^{۲۶}.

۳- تضمین درآمد

حق کار و اشتغال نیز یک عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت است و باید در تصویر کلی سلامت موردتوجه قرار گیرد. افراد دارای معلولیت مشارکت پایینی در بازار کار دارند و زمانی که شاغل هستند، اغلب در موقعیت‌های کم‌درآمد استخدام می‌شوند. کار وسیله‌ای برای کسب درآمد و همچنین مشارکت در اجتماع است. کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت در ماده ۲۷ مقرر می‌دارد که افراد دارای معلولیت حق دارند به‌طور مساوی با سایرین کار کنند، از جمله «حق داشتن فرصتی برابر برای کسب درآمد با حق انتخاب آزاد نوع و محیط کار و فراگیر و قابل دسترس برای افراد دارای معلولیت».

Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>

²⁴. WHO/EURO: ۲۰۲۱- 4367-44130-62275, p 3. Available at:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350143/WHO-EURO-2021-4367-44130-62275-eng.pdf>

²⁵. <http://rahayesh.com/pages/view/pageid/257/lang/fa>

²⁶. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion.

Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشس، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



افراد دارای معلولیت با طیف وسیعی از موانع برای فرصت‌های شغلی مواجه هستند که مهم‌ترین آن‌ها تبعیض و انگ، کمبود محل اقامت، نبود وسایل حمل‌ونقل در دسترس و محرومیت از تحصیل و/یا آموزش حرفه‌ای است. دسترسی، اسکان معقول و اقدامات مثبت به‌عنوان ابزاری برای اجرای حق کار برای افراد دارای معلولیت^{۲۷}.

در مواردی هم که مبلغی مستمری برای معیشت از طرف تولید امور معلولان بایستی پرداخت شود، منوط به تولید منابع و تأمین مالی خواهد بود.

۳-۱. تغذیه، حق بر غذا

حق بر غذا به‌عنوان حق بنیادین هر شخص، حق بر رهایی از گرسنگی و دسترسی پایدار به غذا با کیفیت و کمیتی است که پاسخگوی نیازهای غذایی و فرهنگی او باشد. تحقق این حق با برآوردن نیازهای اولیه و اساسی انسان، زمینه تحقق سایر حقوق بشری شخص را فراهم می‌کند و از این جهت با کرامت انسانی مرتبط است. حق بر غذا به‌عنوان یکی از حقوق زیرمجموعه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماهیتاً و از نظر مکانیسم‌های تضمین حق، مشابه حقوق مندرج در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. نخستین بار به حق بر غذا در ماده ۲۵ اعلامیه حقوق بشر اشاره گردید. پس از آن در کنوانسیون‌های متعدد و قطعنامه‌های سازمان‌ها و کنفرانس‌های بین‌المللی نیز از این حق سخن گفته شد. در اهمیت این حق همین بس که نقض آن، تهدیدی علیه صلح و امنیت بین‌المللی قلمداد می‌گردد (ابراهیم گل، ۱۳۸۷: ۲۲۲-۲۲۱). حق بر غذا به‌عنوان یک مفهوم حقوق بین‌الملل بشر، در بندها و مواد بسیاری از اسناد بین‌المللی حقوق بشری مورد توجه قرار گرفته است. اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون حقوق کودک و برخی دیگر از اسناد بین‌المللی را می‌توان ذکر کرد.

«حق بر غذای کافی زمانی تحقق می‌یابد که هر مرد، زن و کودکی به‌تنهایی و یا به‌صورت جمعی با دیگران توانایی دسترسی اقتصادی و فیزیکی در همه زمان‌ها به مقدار کافی غذا و یا ابزار تهیه غذا داشته باشد». محتوای اصلی تعریف حق بر غذا متضمن بر فراهم بودن و دسترس بودن میزان کافی غذا از منظر کمی و کیفی برای ارضای نیازهای رژیم غذایی افراد، رهایی از مواد مضر و قابل‌پذیرش بودن از منظر فرهنگ اجتماعی حاکم است. در دسترس بودن مواد غذایی باید به شیوه‌ای پایدار باشد و در تقابل با تحقق سایر مؤلفه‌های حقوق بشری نباشد (طلایی و رزم‌خواه، ۱۳۹۲: ۱۲۱). اهمیت این حق تا جایی است که در اعلامیه توسعه هزاره ملل متحد مقرر گردید که دولت‌های عضو تمام تلاش خویش را به‌کارگیرند که تا سال ۲۰۱۵ میزان فقر و گرسنگی موجود در جهان را به نصف میزان فعلی تقلیل دهند (ابراهیم گل، ۱۳۸۷: ۲۲۳).

نقض حق بر غذا از منظر حقوق بشر بین‌الملل به طرق مختلف رخ می‌دهد؛ یک حالت هنگامی است که دولت عضو در تضمین بهره‌مندی از حداقل سطحی که برای رهایی از گرسنگی لازم است، قصور کند. حالت دوم، اعمال تبعیض در دسترسی به غذا و وسایل بهره‌مندی از آن بر اساس نژاد، رنگ، جنس، زبان، سن، عقیده سیاسی، منشأ نژادی یا اجتماعی، ثروت، تولد یا دیگر وضعیت‌ها است. در حالت سوم، نقض حق بر غذا از طریق اقدام مستقیم دولت‌ها یا دیگر نهادهای تحت کنترل دولت انجام خواهد شد. از جمله این اقدامات می‌توان تعلیق یا لغو رسمی قوانین لازم برای تحقق مستمر حق بر غذا، جلوگیری از کمک‌های غذایی بشردوستانه در وضعیت‌های اضطراری، تصویب قوانین یا اتخاذ سیاست‌هایی که آشکارا با تعهدات از پیش موجود قانون یک دولت در ارتباط با حق بر غذا مغایر است را نام برد (اسفندیاری، میرعباسی، ۱۳۹۴: ۱۷۲).

²⁷. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at: <https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>



۲-۳. آموزش

ارتقای سلامت از طریق ارائه اطلاعات، آموزش برای سلامت و افزایش مهارت‌های زندگی، از توسعه فردی و اجتماعی حمایت می‌کند. با انجام این کار، گزینه‌های در دسترس افراد برای اعمال کنترل بیشتر بر سلامت خود و محیطشان و انتخاب‌های مفید برای سلامتی افزایش می‌یابد. توانمندسازی افراد برای یادگیری در طول زندگی، آماده‌سازی خود برای تمام مراحل آن و مقابله با بیماری‌ها و آسیب‌های مزمن ضروری است. این باید در محیط‌های مدرسه، خانه، محل کار و جامعه تسهیل شود.^{۲۸}

از طرفی، حق آموزش و پرورش را می‌توان به‌عنوان طبیعی‌ترین و اساسی‌ترین حق افراد بشر تلقی کرد که پایه و مبنای برخورداری سایر حقوق و آزادی‌های اساسی بشر است و تمام افراد بشر به گونه مساوی و بدون تبعیض از لحاظ جنس، رنگ، نژاد، ملیت، مذهب، دین و ... از این حق برخوردارند و هدف پرورش رشد جسمی و روحی و هدف آموزش رشد فکری و ذهنی بشر است؛ که این هر دو لازم و ملزوم همدیگر بوده و باهمدیگر پیوند ناگسستنی دارند (سلامتی، اخوان فرد و عطریان، ۱۳۹۴: ۹۰).

حق بر آموزش به‌عنوان سازنده زیربنایی فهم و درک انسانی و مجرای تعیین و تحقق دیگر حقوق معنوی (مبتنی بر روان انسانی)، از جمله آزادی اندیشه، بیان و مذهب، از منزلتی بسیار رفیع در میان سایر حقوق انسان برخوردار است و با عنایت به مفاد اسناد حقوق بشری موجود می‌توان دست‌کم در سطوح ابتدایی آموزش، این حق را واجد وصف آمرانه دانست (نیاورانی، ۱۳۸۹: ۳۸۱). آموزش یک عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت است و فقدان آموزش می‌تواند بهره‌مندی از حق سلامت و سایر حقوق اقتصادی و اجتماعی را محدود کند. به‌طور کلی، سطوح پایین‌تر تحصیلات با پیامدهای بهداشتی ضعیف‌تر از جمله بیماری، سوء‌تغذیه و نرخ بالاتر مرگ‌ومیر نوزادان مرتبط است. مهم است که دسترسی به آموزش و آموزش با کیفیت را به‌عنوان بخشی از تصویر گسترده‌تر سلامت در نظر بگیریم.

کنوانسیون در ماده ۲۴ مقرر می‌دارد که افراد دارای معلولیت نباید از سیستم آموزش عمومی حذف شوند. کشورهای عضو باید قوانینی وضع کنند و سیاست‌هایی را برای توسعه سیستم‌های آموزش فراگیر اجرا کنند. کنوانسیون مقرر می‌دارد که وقتی آموزش ابتدایی رایگان ارائه می‌شود، افراد دارای معلولیت نمی‌توانند بر اساس ناتوانی‌شان کنار گذاشته شوند. هنگام توسعه سیستم‌های آموزش فراگیر، دولت‌ها باید نیازمندی‌های بودجه اضافی را نیز در نظر بگیرند و بودجه مناسب را از بودجه تخصیص دهند. کنوانسیون مقرر می‌دارد که دولت‌های عضو باید حمایت لازم را برای تسهیل آموزش مؤثر به افراد دارای معلولیت ارائه دهند. باین‌حال، بسیاری از مدارس آموزش را برای افراد دارای معلولیت تسهیل نمی‌کنند و در نتیجه موانعی برای توسعه تحصیلی و اجتماعی ایجاد می‌کنند. موانع آموزش مؤثر متنوع است و شامل مسائل مربوط به برنامه درسی و آموزشی، آموزش و حمایت ناکافی از معلمان، عدم دسترسی فیزیکی و برچسب زدن، خشونت، قلدری، سوءاستفاده و مشکلات نگرشی است؛ و توسعه اجتماعی نگرش‌های اجتماعی ذینفعان، از جمله معلمان، مدیران مدارس و سایر دانش‌آموزان نیز عامل مهمی در تسهیل آموزش برابر برای افراد دارای معلولیت است.^{۲۹}

نتیجه‌گیری

توصیف کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت از ناتوانی، تمرکز را از آسیب‌های فرد به سمت موانع اجتماعی و محیطی که مانع مشارکت فرد در جامعه می‌شود، تغییر می‌دهد. موضوعی که مسئولیت دولت‌ها را در قبال معلولان دوچندان می‌نماید.

²⁸. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>

²⁹. Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>



درواقع این رویکرد، طرد یک فرد دارای معلولیت از جامعه را مانعی برای توانایی فرد برای مشارکت کامل می‌داند، نه نتیجه ناتوانی ذاتی فرد در مشارکت. اگر فردی به دلیل نقص حرکتی نمی‌تواند به کلینیک بهداشتی دسترسی پیدا کند، مشکل ناتوانی او در راه رفتن نیست، بلکه عدم دسترسی به کلینیک است. همان چیزی که به‌عنوان فقدان امکانات شهری در رابطه با معلولان مطرح هست. با این توضیح که در بیشتر شهرها به دلیل اختلاف سطح در معابر یک شخص معلول با ویلچر نمی‌تواند فاصله بین دو ایستگاه اتوبوس را طی کند. در مواردی هم اگر طراحان و متصدیان امور شهری امکان آن را داده باشند متأسفانه به‌کرات ما شاهد ایجاد مانع توسط شهروندان در پیاده‌روها هستیم. از قبیل چیدن وسایل توسط مغازه‌ها و پارک خودرو در مسیر عبور پیاده‌ها. لذا ارتقاء آگاهی شهروندان نیز یکی از مسائل پیش روی دولت‌ها قرار می‌گیرد.

از طرفی تولید خدمات توان‌بخشی نقشی اساسی در بازگرداندن بیماران به جریان عادی زندگی دارد. ضمن توجه به این نکته که چهار کارکرد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات در شکل‌گیری نظام یکپارچه و برخورداری از خدمات این قشر، از اهمیت شایانی برخوردار هستند؛ به‌طوری‌که بهبود توأمان هر یک از این عوامل باعث ارتقای سطح دسترسی، رعایت عدالت و برخورداری از خدمات توان‌بخشی خواهد شد.

از دیگر سو، پیش‌نیازهای ارتقاء سلامت در خصوص معلولان و اجزای سازنده حق بر سلامت بر اساس رویکرد حداکثری از ماهیت تعهد به‌وسیله توسط دولت‌ها محسوب می‌شوند و تا زمانی که در خصوص تغییر رویکرد از تعهد به‌وسیله به سمت تعهد به نتیجه بودن آن‌ها اتفاق نیفتد، نمی‌توان شاهد تغییرات مثبت در این زمینه بود. ضمن توجه به این نکته که لازمه بیشتر این پیش‌نیازها، تولید منابع و تأمین مالی می‌باشد که خود مانعی بزرگ بر سر راه این هدف به‌خصوص در مورد کشورهای فقیر می‌باشد.

اگرچه، برخی پیش‌نیازهای ارتقاء سلامت، از قبیل دسترسی به خدمات، تضمین درآمد و آموزش به‌عنوان شرایط اولیه و زیر بنایی ارتقای سلامت، از مؤلفه‌های متشکله حق بر سلامت بر اساس رهیافت حداکثری و از ماهیت تعهد به‌وسیله دولت‌ها برخوردار هستند؛ اما فارغ از دو رویکرد مذکور و علی‌رغم ماهیت تعهد دولت‌ها نسبت به هر یک از این رویکردها، امروزه رعایت حق بر سلامت و بهداشت عمومی به‌مثابه یک تکلیف جمعی محسوب می‌گردد و حمایت از موازین آن تا مرز تعهد به نتیجه گسترش یافته است.

منابع

- ۱) قاری سید فاطمی، محمد، حقوق بشر در جهان معاصر، جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادی‌ها، دفتر دوم، چاپ سوم، (تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۹۵).
- ۲) ابراهیم گل، علیرضا، (۱۳۸۷)، حق بر غذا: پیش‌شرط تحقق سایر حقوق، *مجله حقوقی بین‌المللی*، سال بیست و پنجم، شماره ۳۹.
- ۳) اسفندیاری، چنگیز، میر عباسی، سید باقر، (۱۳۹۴)، بررسی ابعاد حق بر غذا و امنیت غذایی در اسناد بین‌المللی، *فصلنامه حقوق پزشکی*، سال نهم، شماره سی و پنجم.
- ۴) ایروانی، محسن، ریاحی، لیلا، عبدی، کیانوش و طبیبی، سیدجمال الدین، (۱۳۹۹)، بررسی تطبیقی نظام‌های ارائه خدمات توان‌بخشی به معلولان، دوره ۲۱، شماره ۴.
- ۵) جاوید، احسان و نیاورانی، صابر، «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، *فصلنامه پژوهش حقوق عمومی*، سال پانزدهم، شماره ۴۱، (۱۳۹۲)، ص ۴۸.
- ۶) زمانی، قاسم، (۱۳۸۵)، «شبهه‌سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر...»، *پژوهش حقوق و سیاست*، شماره ۱۹.
- ۷) سلامتی، یعقوب و اخوان فرد، مسعود و عطریان، فرامرز، (۱۳۹۴)، تکلیف بر رعایت حق بر آموزش در حقوق اسلامی و مقررات حقوق بشر، *فصلنامه علمی- پژوهشی فقه و مبانی حقوق اسلامی*، سال هشتم، شماره ۴.



- ۸) طلائی، فرهاد، رزم خواه، علی، (۱۳۹۲)، تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر غذا با توجه به ماده یازدهم میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، *فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی*، دوره ۴۳، شماره ۲.
- ۹) عباسی، محمود، دهقانی، غزاله و رضایی، راحله، (۱۳۹۴)، «الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فراروی آن»، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۳۳، شماره ۲.
- ۱۰) نیاورانی، صابر، (۱۳۸۹)، منزلت حق بر آموزش در نظام بین‌المللی حقوق بشر، *مجله تحقیقات حقوقی*، شماره ۵۲.

11) Health and Human Rights Resource Guide, (2021) Available at:

<https://www.hhrguide.org/2014/03/21/disability-and-human-rights/>

12) Davis LJ. The disability studies reader. Milton Park: Taylor & Francis; 2006. <https://books.google.com/books?id=>

13) World Health Organization. The world health report 2000: Health system: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf



Legal Challenges of Promoting the Health of the Disabled

Bahram Pashmi

Ph.D. in Public International Law, Lecturer at Tabriz Academic Jihad Center

Bahram.pashmi@gmail.com

Abstract

Background & Purpose: The number of disabled people in society is increasing and improving the health of this vulnerable group is always a challenge. Over the past years, we have seen many times a change in the approach towards disabled people; the movement of health from the individual sphere to the social sphere is one of these changes.

Research Method: This article, using an analytical-descriptive method, seeks to answer the basic question of what legal challenges are faced in improving the health of disabled people. And what are the obstacles to the realization of health promotion in the case of these groups?

Findings: Obviously, in this type of approach, community participation in realizing the right to health of this group is essential.

Result: By examining the prerequisites for health promotion in the case of these people, it comes to the important conclusion that by removing the existing obstacles in the way of prerequisites such as justice, access to services, guaranteed income, suitable environment and education, we can be more hopeful.

Keywords: Education, Justice, Empowerment, Access to Services, Disability