

دانشگاه پیام نور  
دانشکده علوم انسانی  
مرکز تهران

عنوان پایان نامه:

## «تأثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان»

استاد راهنما:

دکتر علیرضا حجت زاده

استاد مشاور:

دکتر حسین شریفی طراز کوهی

نگارنده:

معصومه اسکندری

پایان نامه برای اخذ کارشناسی ارشد

رشته حقوق بین الملل

زمستان ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

♣ باسپاس فراوان از پدر و مادر گرامی ام که با حمایت‌های بی دریغ‌شان، راه دشوار

علم در جامعه کنونی را برایم هموار ساختند.

و همچنین از اساتید محترم آقایان دکتر حجت زاده و دکتر شریفی طراز کوهی، که

مرا در این امر راهنمایی نمودند، کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم.

## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
بیان مسئله .....	۱
۱- طرح بحث .....	۱
۲- ضرورت تحقیق .....	۵
۳- فرضیه .....	۶
۴- کاربرد، هدف و شیوه پژوهش .....	۷
۵- ساختار پایان نامه .....	۷
۶- تعاریف واژگان کلیدی .....	۸
چکیده .....	۱۰
<b>بخش اول : تحولات حقوق بشر و حق بر سلامت .....</b>	
مقدمه .....	۱۲
<b>فصل اول: کلیات .....</b>	<b>۱۶</b>
<b>مبحث اول: مفاهیم بنیادین .....</b>	<b>۱۶</b>
گفتار اول: فرد و حقوق .....	۱۶
الف) حقوق نوعی .....	۱۸
ب) حقوق شخصی .....	۱۸
گفتار دوم: تعریف حقوق بشر .....	۲۰
الف) حقوق بشر از منظر اجتماعی .....	۲۰
ب) حقوق بشر از منظر سیاسی .....	۲۱
ج) حقوق بشر از منظر حقوقی .....	۲۲
گفتار سوم: اصول پایه گذار حقوق بشر .....	۲۳

الف) اصل حیثیت ..... ۲۴

ب) اصل آزادی ..... ۲۴

ج) اصل برابری ..... ۲۵

مبحث دوم: بسترهای تحول حقوق بشر ..... ۲۷

گفتار اول: تاریخ حقوق بین الملل بشر ..... ۲۷

گفتار دوم: منشور جهانی حقوق بشر ..... ۲۹

الف) اعلامیه جهانی حقوق بشر ..... ۳۰

ب) لایحه بین المللی حقوق بشر ..... ۳۲

ج) سایر معاهدات حقوق بشر ..... ۳۵

گفتار سوم: اسناد منطقه ای حقوق بشر ..... ۳۶

الف) منطقه ای شدن اروپایی حقوق بشر ..... ۳۷

ب) منطقه ای شدن آمریکایی حقوق بشر ..... ۳۸

ج) منطقه ای شدن آفریقایی حقوق بشر ..... ۳۸

فصل دوم: مصادیق حقوق بشر و حق بر سلامت ..... ۴۰

مبحث اول: مصادیق حقوق بشر ..... ۴۰

گفتار اول: نسل های حقوق بشر ..... ۴۰

الف) نسل اول حقوق بشر ..... ۴۱

ب) نسل دوم حقوق بشر ..... ۴۲

ج) نسل سوم حقوق بشر ..... ۴۶

گفتار دوم: تحلیلی بر حقوق بشر ..... ۴۸

مبحث دوم: ماهیت حق بر سلامت ..... ۵۰

گفتار اول: حق بر سلامت ..... ۵۰

الف) مفهوم سلامت ..... ۵۱

۵۲.....	۱ - ابعاد سلامت
۵۴.....	۲- تاریخچه سلامت به عنوان حقوق بشر
۵۷.....	ب) تعریف حق بر سلامت
۶۰.....	۱- حق بر سلامت در نظام بین الملل حقوق بشر
۶۴.....	۲-ارتباط حق بر سلامت با سایر حقوق بشر
۶۵.....	الف)حق بر سلامت و نسل اول
۶۸.....	ب)حق بر سلامت و نسل سوم
۷۰.....	ج)اصل عدم تبعیض و حق بر سلامت
۷۳.....	د) حق بر سلامت در گروه های خاص
۷۴.....	زنان
۷۵.....	الف) تاریخچه سلامت زنان
۷۷.....	ب) موضوعات سلامت زنان
۷۹.....	ج)حق بر سلامت زنان
۸۲.....	خلاصه
<b>بخش دوم : دستیابی حق بر سلامت جسمی و روانی زنان</b>	
۸۵.....	مقدمه
۸۸.....	<b>فصل اول: ماهیت و ضرورت تعهدات</b>
۸۸.....	<b>مبحث اول: تعهدات دولتها و مسئولیت سایرین</b>
۸۹.....	گفتار اول: تعهدات دولتها
۹۱.....	الف) تعهدات سه گانه دولتها
۹۲.....	۱- تعهد به احترام
۹۳.....	۲- تعهد به حمایت
۹۴.....	۳- تعهد به ایفا

- ۹۶- تعهد به وسیله و نتیجه .....
- ب) تعهدات کلی ..... ۹۸
- ۱- توسعه تدریجی ..... ۹۹
- ۲- اتخاذ اقدامات ..... ۱۰۲
- الف) اتخاذ اقداماتی در راستای حق بر سلامت زنان ..... ۱۰۴
- ۳- حداقل تعهد ..... ۱۰۵
- گفتار دوم: مسئولیت سایرین ..... ۱۰۶
- الف) اعضا سازمان ملل و آژانس های ویژه ..... ۱۰۶
- ب) بخش خصوصی ..... ۱۰۸
- مبحث دوم: سازو کارهای حمایت از حق بر سلامت ..... ۱۱۰
- گفتار اول: مسئولیت دولتها ..... ۱۱۳
- الف) مسئولیت در سطح ملی ..... ۱۱۵
- ۱- مکانیسم های اداری، عمومی و سیاسی ..... ۱۱۶
- ۲- در مکانیسم های قضایی ..... ۱۱۷
- ۳- نهادهای ملی حقوق بشری ..... ۱۱۸
- ب) همکاری بین المللی ..... ۱۱۹
- گفتار دوم: سازو کار نظارتی سازمان ملل ..... ۱۲۳
- الف) ارگانهای سازمان ملل ..... ۱۲۴
- ب) گزارشگر ویژه سازمان ملل ..... ۱۲۵
- گفتار سوم: اقدامات سازمان ها ..... ۱۲۷
- الف) کارگزاریهای تخصصی ..... ۱۲۸
- ۱- سازمان بهداشت جهانی ..... ۱۳۰
- ۲- سازمان بین المللی کار ..... ۱۳۲

- ۳- یونسکو و فائو ..... ۱۳۴
- ۴- نهادهای مالی بین المللی ..... ۱۳۷
- ب) سازوکارهای منطقه ای ..... ۱۳۹
- فصل دوم: عوامل موثر در ارتقا حق بر سلامت زنان ..... ۱۴۲
- مبحث اول: موانع و محدودیتها ..... ۱۴۲
- گفتار اول: عوامل اقتصادی ..... ۱۴۲
- الف) فقر ..... ۱۴۵
- شغل و درآمد ..... ۱۴۸
- گفتار دوم: عوامل ساختاری ..... ۱۵۰
- الف) ساختارهای اجتماعی و فرهنگی ..... ۱۵۲
- ب) تبعیض ..... ۱۵۵
- گفتار سوم: سایر موانع دیگر ..... ۱۵۸
- الف) زنان مبتلا به ایدز / HIV ..... ۱۵۸
- ب) خشونت علیه زنان ..... ۱۶۲
- ج) مردان ..... ۱۶۵
- مبحث دوم: اقدامات موثر در تحقق حق بر سلامت ..... ۱۶۷
- گفتار اول: پیشگیری ..... ۱۶۹
- الف) آموزش ..... ۱۷۱
- ۱- دسترسی آزاد به اطلاعات ..... ۱۷۳
- ۲- همکاری کشورها در ارائه اطلاعات ..... ۱۷۶
- ب) بهبود شرایط ..... ۱۷۸
- ۱- مراقبتهای بهداشتی ..... ۱۷۹
- ۲- تامین شرایط زیست سالم ..... ۱۸۲



گفتار دوم: درمان .....	۱۸۴
گفتار سوم: ارائه خدمات .....	۱۸۷
مبحث سوم: نتایج حاصل از تحقق حق بر سلامت زنان .....	۱۹۱
گفتار اول: توسعه انسانی .....	۱۹۱
الف) توانمندسازی زنان .....	۱۹۵
۱- ایجاد حقوق زنان .....	۱۹۸
۲- توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی .....	۲۰۳
۳- ایجاد جامعه مدنی .....	۲۰۸
۴- اعمال سیاستهای سلامتی .....	۲۱۱
ب) شاخصه های توسعه انسانی .....	۲۱۳
گفتار دوم: توسعه اجتماعی .....	۲۱۸
نتیجه گیری .....	۲۲۱
فهرست منابع .....	۲۲۵

## بیان مسئله

### ۱- طرح بحث:

شاید هیچ چیز را نتوان در زندگی بشر یافت که مورد بحث و جدل قرار نگرفته باشد. توجه به حقوق بشر از جمله موضوعاتی بود که در طول تاریخ بشر، بویژه در دهه های آخر قرن بیستم از زوایای گوناگون بدان پرداخته شده و با برخوردهای متفاوتی روبه رو شده است. از اینرو حرکت به سمت ارتقا حقوق بشر و توجه به نکات مثبت آن موجب شد تا بر جنبه هایی مانند حفاظت از افراد در مقابل صدمات، فراهم آوردن امکانات آزدسازی ابناء بشر و ارتقا استانداردهای کیفی زندگی و حمایت افراد از سوی دولتهایشان را بیشتر تاکید شود.

در سراسر تاریخ، انسانها همواره تلاش مداومی را برای دستیابی به مجموعه روبه گسترشی از حقوق اساسی به منظور بهره مندی از تعداد بسیاری از ابناء بشر داشته اند. لذا در ابتدا و تا مدتهای طولانی بشردوستان و متخصصان حقوق بین الملل سعی در حفظ این حقوق نمودند. از آنجاییکه تا مدتها افراد طبق حقوق بین الملل سنتی، به عنوان موضوع حقوق بین الملل دارای حقوق و تکالیفی نمی شدند، اما با تلاش بشردوستان موضوع فرد در حقوق بین الملل مطرح گردید. از اینرو بعد از به تصویب رسیدن اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاقین بین المللی و با در نظر گرفتن فرد به عنوان موضوعی در نظام بین الملل حقوق بشر توجه به تمامی مسائل حقوق اساسی ابناء بشر بیش از پیش دارای اهمیت گشت بویژه اینکه کنوانسیون ها و معاهدات حقوق بشری دولتها را ملزم و متعهد به ایفای تعهداتشان جهت برخورداری هرکس از حقوق ذاتی و اساسی خود صرف نظر از هر جنس، سن، خاستگاه قومی و ... می نمودند.

از میان حقوق بنیادین بشر می توان به حق بر سلامت اشاره نمود. لازمه ای که در دستیابی به سایر حقوق بشر از اهمیت خاصی برخوردار گردید. چراکه سلامت نقش مهمی را در انجام کارهای روزانه، بویژه در

مسئولیت‌های خانوادگی و یا مشارکت موثر در فعالیتهای اجتماعی مان ایفا می کند. البته باید گفت سلامت صرفاً به سلامت صرفاً به عدم بیماری یا معلولیت اطلاق نمی‌شود بلکه شامل بهره مندی از وضعیت کامل بهزیستی اجتماعی، روحی و جسمی است و همچنین حق بر سلامتی را نمی توان به معنای حق بر سالم بودن تعبیر نمود بلکه این حق هم حاوی آزادی ها و هم دربردارنده استحقاق ها می شود. از اینرو اهمیت به سلامتی به عنوان یکی از حق های بنیادین بشر ما را به سوی حق های رفاهی موجود در میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی سوق می دهد. در واقع این میثاق بیشتر به توسعه مفاهیم حق های رفاهی پرداخته است. که این نسل از حقوق بشر، حق هایی از قبیل حق بهره مندی از آموزش و پرورش، حق بهره مندی از مسکن مناسب، مراقبت های بهداشتی و سلامتی، حق بر کار، حق بهره مندی از حداقل امکانات معیشتی و... را شامل می شود. بنابراین حق بر سلامت به عنوان بخشی از حقوق بنیادین بشری ما را به سوی درک واقعی از زندگی سوق می دهد. از اینرو با توجه به عبارت کامل سلامتی در ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، «حق هرکس را به بهره مندی از بالاترین حد قابل حصول سلامت جسمی و روانی...» می توان به مفهوم سلامتی که چندان هم جدید به نظر نمی آید، نزدیک شد. در واقع اولین بار این اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ میلادی بود که با ارائه تعریفی از سلامتی و ابعاد آن به حق بر سلامت توجه داشته است. توجه به امر سلامتی که حتی خیلی قبل تر از عصر ثبت تاریخ بشر توسط جوامع گذشته بدان پرداخته شده بود.

از اینرو با توجه به اهمیت موضوع فوق، میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی با اختصاص دادن یک ماده مجزا به برخورداری همه افراد بشر از این حق صرف نظر از هر گونه جنس و نژاد و قوم و غیره تاکید کرده است. همچنین با ایجاد سازوکارهای نظارتی از دول عضو می خواهد که در راستای تحقق حق مزبور بنا به منابع موجود خود اقدامات مقتضی را اتخاذ نمایند. اقداماتی که ممکن است در هر کشوری نسبت به کشور دیگری متفاوت باشد. و از آنجاییکه میثاق درخصوص موضوعاتی چون تابعیت، ناتوانی و

سلامتی گرایش جنسیتی دارد، ضروری است که دولتها در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی به گروه های خاصی چون زنان، کودکان و سالمندان، معلولین و مبتلایان به ایدز توجه لازم را مبذول دارند. چراکه هر یک از گروه ها موانع و محدودیتهای خاص خود را دارند و هر کشوری بنا به شرایط و منابع قابل دسترس خود می بایست اقدامات خاصی را در جهت ایفای تعهداتشان لحاظ دارند.

توجه به حق بر سلامت جسمی و روانی در گروه خاصی چون زنان به لحاظ اینکه نیمی از جمعیت بشر را تشکیل می دهند و نقش مهمی در سطح خانواده و جامعه و به نوعی در توسعه انسانی ایفا می نمایند، حائز اهمیت می باشد. از اینرو زنان که عمدتاً در طول تاریخ بشری حقوق شان نادیده گرفته شده و یا بدلیل وجود نابرابری حقوقی و تبعیض ناشی از اداب و رسوم اشتباه بین زنان و مردان و حتی نابرابری حقوقی در خود زنان در مناطق جغرافیایی، طبقات اجتماعی و گروه های مختلف بومی و قومی سبب عدم برخورداری از بهزیست و سلامت مطلوب شده است. وجود این نابرابری ها، شرایط دستیابی به سایر حقوق زنان را نیز و بطور مشخص تر برخورداری از مراقبت های سلامتی مورد نیازشان را با مشکلات عدیده ای مواجه می سازد. بدین معنی که عدم برخورداری از حق بر سلامت جسمی و روانی بر دیگر حقوق زنان نیز تاثیرگذار خواهد بود. ازاینرو توجه به امر مهمی چون حق سلامت زنان و تحقق آن نیازمند برطرف ساختن همه موانع موجود در دسترسی به آموزش، اطلاعات و خدمات سلامتی می باشد. چراکه توجه به زنان و سلامت آنها ما را به سوی نیازمندی های مشخص سلامتی آنان و سیستم ضعیف سلامتی شان سوق می دهد. نیازمندی های که تحت تاثیر وجود شرایطی است که تنها زنان آنرا تجربه می کنند و در نتیجه برخوردهای منفی سلامتی خاص زنان را به همراه خواهد داشت. برخی از این شرایط مانند زایمان و تولد فرزند است. گرچه ممکن است خود را بیمار ندانند ولی از دید روند اجتماعی و روان شناختی معمول، خطرات سلامتی را به همراه دارد که نیازمند مراقبت های سلامتی می باشد. البته باید گفت برخی چالشهای سلامتی هم بر زنان و

هم بر مردان اثر دارد اما بدلیل برخورد متفاوتتر و وسیعتری مردان نسبت به زنان پاسخ به نیازهای زنان بیشتر احساس می شود.

در واقع اهمیت موضوع حق سلامت زنان بدان دلیل است که هم بر سلامت کودکان آنان و خانواده و در سطح کلان بر سلامت جامعه تاثیرگذار خواهد بود. از همین رو امروزه تاکید بر مسئله توجه به سلامت زنان و دختران را نه تنها به عنوان سرمایه گذاری در زمان حاضر می باشد بلکه تضمینی برای آینده نیز به شمار می آید. با توجه به اینکه موضوع پژوهش فوق بررسی تاثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان است، لذا توجه به موانعی چون وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سایر موانعی چون در دستیابی به حق سلامت زنان مانند نابرابری و تبعیضات جنسیتی در مسایلی مانند آموزش، اشتغال و ایجاد فرضتهای برابر جهت توانمندی زنان که حمایت از سلامتی و یا دستیابی به موقعست های کلی سلامتی را برای زنان محدود می کند، می تواند اقدامی برای پیشگیری و ارتقا حقوق زنان بشمار آید و با اتخاذ اعمال و اقداماتی چون آموزش می توان بطور مستقیم بر ارتقا حق سلامت زنان اثر گذارد. و بر بقای نسل و رشد و توسعه جامعه نیز افزود.

درخصوص تحلیل سلامت زنان باید گفت اغلب محدود به دوره خاصی از زندگی آنان (برای مثال بارداری یا زایمان) یا به ویژگی های خاص سلامتی مانند ابتلا به ویروس کشنده ای چون HIV و ایدز، سلامت مادران، خشونت یا سلامت بیماران روانی می شود که چندان درست به نظر نمی آید. از اینرو در این تحقیق سعی شده تا با ارائه اطلاعات منسجمی در خصوص ابعاد سلامت زنان به شناسایی عوامل موثر در تحقق کامل حق بر سلامت جسمی و روانی زنان و دختران کمک نماید. عواملی چون عوامل اقتصادی و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی که نقش مهمی را در دستیابی زنان به سلامتی ایفا می کند. سلامتی که می تواند بواسطه زنان موجب توسعه یا عدم توسعه جامعه نیز شوند. و یا بسیاری از چالشها و مشکلات نگران کننده حقوقی پیشروی آنان بواسطه اینکه همه حقوق بهم وابسته و از هم جداناپذیرند، را نیز مرتفع سازد. از

اینرو هدف این تحقیق مطابق فصلهای ذکر شده ارائه چارچوب کلی برای درک ماهیت حق بر سلامت و اعمال آن بر زنان می باشد. در راستای تحقق این حق به سازو کارهای نظارتی دول متعهد و سایرین پرداخته شده است. چراکه بر دولتهاست تا برای تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان با انجام تعهدات مندرج در میثاق فوق دست به اقدامات و همکاری های بین المللی زنند و موجبات تضمین و ارتقا این حق را فراهم آورند. تضمینی که می بایست از طریق سازوکارهایی برای تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان در سطح ملی و هم راستا با تلاش ها و ارائه برنامه ها از سوی سازمان های بین المللی و منطقه ای صورت پذیرد و در نتیجه بتوانند بر عوامل و موانع موجود نظیر عوامل اقتصادی و اجتماعی و سایر موارد مرتبط با این حق فایق آیند. همانند تنظیم خط مشی های سلامتی یا اجرای برنامه های سلامتی پدید آمده توسط سازمان های بین المللی چون بهداشت جهانی، فائو و غیره و یا تصویب اسناد حقوقی خاص در کشورهای عضو به خصوص کشورهای در حال توسعه می تواند موجبات تحقق کامل این حق را نیز فراهم آورد. همچنین برای پیشگیری و مقابله با این موانع می توان از طریق رویکردهای متعدد و مکملی چون آموزش و ارائه خدمات و درمان بتوانند موجبات توانمندسازی زنان را فراهم آورند. و در نتیجه با توانمندسازی زنان به اهداف توسعه انسانی نزدیک شد و موجبات نه تنها توسعه انسانی بلکه توسعه اجتماعی را نیز فراهم آورد.

بنابر این در این پژوهش ضمن بررسی مطالب فوق، سعی شده به سوال های اصلی ذیل پاسخ داده شود.

۱- حق بر سلامت جسمی و روانی تأثیری بر حقوق زنان دارد؟

۲- عوامل موثر در ارتقای حق بر سلامت جسمی و روانی زنان چیست؟

همچنین سعی شده، در حین بررسی سوالات اصلی به این سوالات فرعی که؛ ارتباطی بین حق بر سلامت جسمی و روانی و سایر حقوق بشر وجود دارد؟ مسئولیت دول عضو و همکاری بین المللی در به تحقق رسیدن کامل این حق موثر است؟ و فقر بیشتر گرایش جنسیتی دارد و اگر دارد تحت تاثیر چه عواملی

است؟ و یا به تعبیری عوامل اقتصادی و اجتماعی به یکدیگر مرتبط اند؟ برای ارتقا و مقابله با موانع دستیابی به حق بر سلامت زنان چه اقداماتی را می توان اتخاذ نمود؟ و نتیجه حاصل از ارتقا حق سلامت زنان می تواند موجب توسعه جامعه شود؟ پاسخ داده شود.

## ۲- ضرورت تحقیق

با توجه به مطالعاتی که در خصوص موضوع «تأثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان» انجام داده ام، با عنوان یا عناوینی که در کتب، مقالات، منابع لاتین و رسالات مورد استفاده قرار گرفته باشد، برخورد ننموده ام. البته لازم به ذکر است که در برخی آثار منجمله در پایان نامه خانم افسانه نادى پور تحت عنوان سازمان ملل متحد و حقوق زنان با تأکید بر کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نسبت به زنان از دانشگاه تهران و همچنین خانم فریبا اسکندری در رساله خود برای دریافت درجه کارشناسی ارشد با عنوان بررسی وضعیت روانی و اجتماعی زنان مبتلا به سقط از دانشگاه علوم پزشکی اشاراتی به این موضوع شده است که تنها از نظر موضوعی نزدیک به موضوع پیشنهاد شده در پایان نامه فوق می باشد که تنها به آن اشاراتی مختصر شده است. از اینرو کلیه اطلاعات اولیه، اساسی و زیربنایی که از کتب و مقالات و مدارک مختلف بدست آمده، در فهرست منابع بطور منسجم بدان ها اشاره شده است. در واقع پس از مطالعه و بررسی این کتب و تحقیقات بدین نتیجه دست یافتم که از انجائیکه پژوهش های علمی چندانی در مورد ارتقا حق بر سلامت زنان و شناخت خواسته های آنان باشد، به میزان کافی در دسترس نمی باشد لذا تحقیق بر اساس این موضوع می تواند دارای جوانب جدیدی آنهم به زبان فارسی باشد که تاکنون بدان پرداخته نشده است.

## ۳- فرضیه

۱- ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی موجب ارتقا و توانمندسازی زنان می شود.

۲- عوامل بسیاری در همه حوزه ها بویژه در حوزه اقتصادی و اجتماعی، نقش مهمی در ارتقای حق بر سلامت جسمی و روانی زنان دارند.

#### ۴- کاربرد، هدف و شیوه پژوهش

از آنجاییکه برای جمع آوری این تحقیق هم از منابع فارسی و هم لاتین بهره گرفته شده است امید است با ترجمه و تالیف این تحقیق بتوان گامی هرچند کوچک در بسط و توسعه بهبود وضعیت حقوقی زنان (توسعه انسانی) برداشت. در واقع هدف از تحقیق فوق تبیین جایگاه حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشر در جهت ارتقا حقوق زنان و بررسی علل و عوامل موثر در دستیابی به ارتقا و تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان است.

همچنین از آنجاییکه سعی شده در این تحقیق به آنچه هست ها پرداخته شود و از دل آن نتایج عینی از موقعیت گرفته شود از روش تحقیق توصیفی استفاده شده است. در واقع با بررسی تاثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان سعی شده وضع موجود زنان را از این رهگذر بررسی نمود و با توصیف وضعیت و مسائل آنان به ویژگی و ارتباط متغیرها پرداخته شود. در این تحقیق نوعا از روش کتابخانه ای و بررسی متون و محتوای مطالب کنوانسیون ها (اسنادی) استفاده شده است.

#### ۵- ساختار پایان نامه

از آنجاییکه موضوع تحقیق فوق تاثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان می باشد و با توجه بر اینکه هدف از این تحقیق پرداختن به نقش عوامل موثر در دستیابی به ارتقا حق بر سلامت زنان است. لذا برای رسیدن به هدف مورد نظر ابتدا بطور اجمالی در بخش اول با عنوان تحولات حقوق بشر و حق بر سلامت به موازین و مصادیق حقوق بشر پرداخته شده تا از این رهگذر معلوم گردد امروزه چه موازین و قواعد حقوق بشری و با چه خصوصیات دربارہ حق بر سلامت بویژه اعمال این حق در خصوص گروه



خاصی چون زنان مطرح است. بنابراین در بررسی کلی حوزه های مختلف قواعد حقوق بشر، به سیر تحول تاریخی آن و به تحلیل نسل های حقوق بشر پرداخته شده و از میان این نسل ها به نسل دوم حقوق بشر که شامل حقوقی چون حق بر سلامت می شود تاکید شده است.

سپس مطابق این مباحث ارائه شده در راستای موضوع پژوهش، در بخش دوم با عنوان تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان، به ضرورت وجود سازوکارهای نظارتی و تعهدات دولتها و سایرین در این خصوص توجه شده است. با در نظر گرفتن اینکه حق بر سلامت جسمی و روانی می تواند موجب ارتقا حقوق زنان شود و عواملی چون عوامل اقتصادی و اجتماعی در محقق ساختن این حق جهت ارتقا حق بر سلامت زنان و توانمندسازی آنان نقش مهمی را ایفا می کنند بنابراین سعی شده ضمن پرداختن به عوامل و موانع موثر در این حق که اکثرا نتیجه وجود نابرابری و تبعیض می باشد به اقدامات موثر در تحقق این حق توجه شود چراکه با داشتن درک درستی از موانع و نیز اتخاذ اقدامات موثر در ارتقا این حق می توان به تحقق حق بر سلامت زنان نزدیک شد. در واقع با تحقق و فراهم آوردن تمامی عوامل موثر آن شاهد بهبود وضعیت حقوقی زنان و همچنین بهبود شرایط اقتصادی و ساختاری جامعه خواهیم بود که همگی اینها خود نشان از توانمندسازی زنان در جامعه می دهد. و این همان نتیجه ای است که پژوهش فوق درصدد اثبات آن است یعنی همان ارتقای حقوق زنان. و در فصل آخر بخش فوق با تحقق حق بر سلامت و به تناسب آن ارتقا حقوق زنان به توسعه انسانی و شاخصه های توسعه ای که در نتیجه کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی در زنان ناشی از محیطی برابر و دور از تبعیض می باشد، توجه شده است.

## ۶- تعاریف واژگان کلیدی:

حق بر سلامت جسمی و روانی؛ حق محسوب می شود به نحویکه سبب ایجاد کنوانسیون خاصی در این زمینه گردید.

حقوق بشر؛ مجموعه ای از اصول، عرفها و قواعدی که برپایه حقوق و آزادی های اساسی بشر بنا نهاده شده و نقش ارزنده ای در تامین نیازهای اساسی بشر دارد. و به گونه ای موثر به عنوان تعهدات الزام آور مورد شناسایی دولتها و دیگر واحدهای مشابه دارای شخصیت بین المللی قرار گرفته است. فرایندی تاریخی که سیر تکاملی خود را با گذشت سه نسل بدست آورده است.

حقوق زنان؛ اصطلاحی است که اشاره به آزادی ها و حقوق زنان در تمامی سنین آنان دارد. که ممکن این حقوق توسط قانون رسوم سنتی و یا اخلاقی در یک جامعه به رسمیت شناخته شوند یا نشوند.

برخوررداری از سطوح مختلف سلامتی در یک فرد به منظور بهره مندی از امور رفاهی و کیفیت مطلوب زندگی می باشد.

حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی؛ حقوق و آزادی های فردی در زمینه های مختلفی چون اقتصادی اجتماعی و فرهنگی است علاوه بر مراعات حقوق دیگر افراد جامعه می باشد. در واقع از میان موضوعات و نیازهای اساسی حقوق بشر، به عنوان یکی از مهمترین تضمین کننده های نیازهای بشر به شمار می رود.

## چکیده

این تحقیق به بررسی تاثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان پرداخته است. سعی شده طی مباحث ارائه شده به این نتیجه رسید که حق بر سلامت جسمی و روانی می تواند بر ارتقا حقوق زنان موثر باشد و در این راستا عواملی چون عوامل اقتصادی و اجتماعی می تواند نقش موثری را ایفا نمایند بیان دارد. از اینرو فرضیه ها بر این پایه در نظر گرفته شده است. لذا ابتدا برای درک بهتر از تاثیر حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان به شرح مختصری درباره چگونگی شکل گیری حقوق بشر ناشی از رشد فکری و تحولات اجتماعی پرفرازو نشیب تاریخی توجه شده است. بدین معنی که پس بعد از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر، و مجزا شدن دو مقوله حقوق مدنی و سیاسی و حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی از یکدیگر توسط جامعه بین المللی در سال ۱۹۶۶، توجه به حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی بویژه حق های رفاهی چون حق سلامت دارای اهمیت خاصی گشت. از اینرو با توجه به موضوع در فصلی دیگر به سلامت و ابعاد و چگونگی ثبت تاریخی آن و نیز از میان گروه های خاص به سلامت زنان توجه شده است. از آنجاییکه تامین سلامت زنان یک مسئولیت همگانی و جهانی می باشد و حضور فعال و موثر زنان سالم در جامعه موجبات پیشرفت و رشد جوامع را فراهم می آورد. لذا برای تحقق هرچه بهتر این حق، علاوه بر توجه به سازوکارهای نظارتی و تعهدات دولتها و سایرین، در بخش دوم پژوهش فوق به عوامل و موانع موثری همچون عوامل اقتصادی و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی همچنین به نقش مهم آموزش به عنوان یکی از اقدامات مهم در پیشگیری و درمان سلامتی توجه شده است. از این رهگذر در فصل نهایی به نتایج حاصل از تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان توجه شده است.

از اینرو نتیجه حاکی از آن است که بین حق بر سلامت جسمی و روانی و حقوق زنان رابطه ای مستقیم وجود دارد. بدین معنی که با ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی، حقوق زنان نیز ارتقا می یابد. در واقع حق بر سلامت جسمی و روانی بر حقوق زنان (توانمندسازی زنان) اثرگذار است. همچنین به منظور تحقق و ارتقا این حق عوامل و موانع موثری چون عوامل اقتصادی و اجتماعی دخیل است بدین معنی که زنان فقیر و دارای طبقه اجتماعی و فرهنگی پایین از سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردارند. از اینرو تمام فرضیات تحقیق مورد تایید قرار گرفت و ارتباط سلامت جسمی و روانی زنان با متغیرهایی چون عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی تایید شد. همچنین با ارتقا و تحقق حق سلامت زنان و توانمند شدن زنان، جامعه نیز توسعه می یابد. بدین معنی که زنان توانمند و برخوردار از وضعیت سلامت مطلوب، با کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی مواجه اند که این خود نقش تعیین کننده ای در توسعه و سلامت جامعه دارد. در واقع با رعایت یک قاعده حقوقی (حق بر سلامت زنان)، سایر حقوق آنان نیز ارتقا می یابد (توسعه انسانی) و نظم بیشتری بر آن جامعه نیز حاکم می شود (توسعه اجتماعی).

۱۱

۱۲

شاید هیچ چیز را نتوان در زندگی بشر یافت که مورد بحث و جدل قرار نگرفته باشد. و در این میان حقوق بشر از جمله موضوعاتی است که از زوایای گوناگون بویژه در دهه های آخر قرن بیستم مورد توجه قرار گرفته و با برخوردهای متفاوتی روبه رو شده است. حرکت به سمت ارتقا حقوق بشر و توجه به نکات مثبت آن موجب شد تا بر جنبه هایی مانند امکان دور نگهداشتن افراد از لطمه شدید، فراهم آوردن امکانات آزدسازی ابناء بشر و ارتقا استانداردهای کیفی زندگی و حمایت افراد از سوی دولتهایشان را بیشتر تاکید شود.

در واقع با رشد و شکوفای فکری فردی (بشر) و تحولات اجتماعی که ناشی از آرمانها و اندیشه های پیامبران، خردمندان و نیز گذر از زمانی پرفراز و نشیب تاریخی و صدماتی که در این میان بر سلامت افراد وارد شد، جنگهای جهانی اول و دوم، جامعه انسانی را به تلاش و تکاپو واداشت تا از حوادث و فجایعی که بر بشر طی قرنهای از سوی حاکمان جاه طلب اعمال شده بود، نگاه دقیقتری بر حقوق خود داشته باشند. در نتیجه از درون این بی عدالتی ها نسبت به سوء استفاده قرار دادن انسانها یا نادیده انگاشتن انسانیت بشر بود که حقوق بشر رشد یافت. از آنجاییکه فکر زیربنای حقوق بشر به نوعی، در همه فرهنگها و جوامع دیده می شود، با بوقوع پیوستن انقلاب کبیر فرانسه و آثار وضعی و انتقالی اعلامیه جهانی حقوق بشر و شهروند ۱۷۸۹ میلادی، مفهوم «حقوق بشر» پا به عرصه حقوق موضوعه نهاد و برای مردم محق بودن و برای دولت متکلف بودن را به ارمغان آورد. از اینرو طی نخستین سالهای قرن بیستم بود که مساله حمایت از حقوق بشر به تدریج مورد توجه جامعه بین الملل قرار گرفت. با تاسیس جامعه ملل بعد از جنگ جهانی اول، تلاشهای برای توسعه چهارچوب قانونی بین المللی به منظور حمایت از اقلیت ها و گروه های خاص (زنان) صورت گرفت. فجایع رخ داده در جریان جنگ جهانی دوم، جامعه بین المللی را برآن داشت تا چنین اشتباهی هرگز تکرار نشود و برای استقرار یک سیستم بین المللی الزام آور به منظور حمایت از

حقوق بشر حرکت های نوین را فراهم آورند. این عاملی بود که تا امروزه «حقوق اساسی بشر» جلوه جهانی به خود گرفته و علما و سایر نظریه های علم حقوق برای اصلاح و اعتلای آن به زبانی مشترک دست یافته اند.

یکی از اهداف سازمان ملل در پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی های اساسی برای همگان با به تصویب رسیدن اعلامیه جهانی حقوق بشر به منصفه ظهور رسید. به دنبال این اعلامیه، جامعه بین المللی، از طریق سازمان ملل، توجه به حقوق بشر را که تحت تاثیر تحولات پس از جنگ جهانی دوم بود، را آغاز کرد و دو مقوله حقوق مدنی و سیاسی و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را از یکدیگر مجزا و در قالب دو میثاق الزام آور، در سال ۱۹۶۶ میلادی به تصویب رساندند.

با توجه به مفاهیم نسبتاً متفاوتی که هر یک از این میثاق ها در بر داشت می توان گفت، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا همان حقوق نسل دوم در توسعه مفاهیم حق هایی که آشکارا رفاه گرا هستند، نقش موثرتری را ایفا می نمود. حق هایی از قبیل حق بهره مندی از آموزش و پرورش، حق بهره مندی از مسکن مناسب، مراقبتهای بهداشتی و سلامتی، حق بر کار، حق بهره مندی از حداقل امکانات معیشتی. با توجه به نقش مهمی که سلامت در توسعه و ارتقا سایر حقوق دارد، ماده مجزایی به این امر اختصاص داده شد.

گرچه برای نخستین بار سازمان بهداشت جهانی به ارائه تعریفی از سلامت پرداخته بود ولی میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تعریف مشخص تری از آنرا بیان داشت. البته باید گفت که حق بر سلامت حق جدیدی نیست و از ابتدا همراه بشر و در جوامع بشری بوده است.

از اینرو امروزه دستیابی بشر به سلامتی و مراقبت از آن و به نوعی برخورداری از حق سلامتی یکی از موضوعات نگران کننده جامعه بشری به شمار می رود. چراکه سلامت صرفاً به عدم بیماری یا معلولیت اطلاق نمی شود بلکه شامل بهره مندی از وضعیت کامل بهزیستی اجتماعی روحی و جسمی می باشد و

همچنین حق بر سلامتی تنها به معنای حق بر سالم بودن نمی باشد بلکه این حق هم حاوی آزادی ها و هم دربردارنده استحقاق ها می شود. از اینرو از رهگذر حقوق بشر نسل دوم یا همان حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی است که می توان دول عضو را ملزم به ایفای تعهداتشان در این خصوص نمود.

همچنین برای دستیابی به این حق های بشری، برابری بین زن و مرد را می توان به عنوان یک شرط مهم در نظر گرفت. و همه انسانها بدلیل انسان بودنشان برخوردار از هر حقوقی صرفنظر از هر گونه تبعیض و نابرابری می باشند که زنان نیز از این مقوله مستثنی نیستند. در واقع علیرغم پیشرفتهای قابل توجه حقوق بشری، حقوق زنان عمدتاً نادیده انگاشته شده است. و می توان گفت که در دوران مختلف تاریخ بشری و در اکثر جوامع دیدگاه متفاوتتری نسبت به زن و مرد وجود داشته است. که در نتیجه زنان را در جنبه های مختلف زندگی عقب نگه داشته و از جایگاه پایین تری برخوردار نموده است. از آنجاییکه زنان به عنوان نیمی از جمعیت بشر نقش موثری را در شکل گیری فرهنگ، سعادت و ارتقای جامعه ایفا می نمایند. از اینرو توجه به مسوولیت های سنگین زنان در جامعه و با توجه به محوری بودن نقش آنها در تحکیم خانواده و همچنین نقش پررنگ آنها در اجتماع، ضروری است در جهت تامین بهداشت و سلامت و سایر حقوق این گروه کوشش شود تا بتوان از این طریق در کل جامعه سلامتی مطلوبی را به ارمغان آورد.

و از آنجاییکه میثاق درخصوص موضوعاتی چون تابعیت، ناتوانی و سلامتی دارای گرایش جنسیتی است و با توجه به وضعیت بهزیست و سلامت زنان در سطح جهان که چندان مطلوب به نظر نمی رسد. بنابراین به منظور محقق ساختن این حق مستلزم آن است که تعریف مشخصی از حق بر سلامت زنان داشته باشیم. بدان دلیل که برای سالها توجه به زن و سلامت او تنها معطوف به سلامت دوران حاملگی، زایمان و نقش مادری معطوف و تفاوت زن و مرد صرفاً از نظر بیولوژیکی مورد بحث بوده و سایر تفاوتها و تبعیضها در جوامع کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین طی دهه های اخیر تلاش شده علاوه بر اینکه (سلامت) به عنوان یک حق انسانی برای زنان مطرح گردد، استفاده از تحلیلهای جنسیتی در مباحث سلامت و فعالیت

گروه های مختلف در سرتاسر جهان در این زمینه رو به فزونی یابد. در حقیقت احقاق حق سلامت زنان با هدف حصول وضعیتی عادلانه برای زنان می تواند تحقق سایر حقوق زنان را فراهم آورد.

از اینرو این پرسش مطرح می شود که حق بر سلامتی یک حق جدیدی است و محتوای حقوقی این حق و نیز بر زنان چیست؟ البته قبل از پرداختن به این مسئله به شکل گیری حقوق بشر و نسل های آن توجه شده است.

در واقع جایگاه این مسئله از این لحاظ قابل تامل است که در قالب بخش منسجمی در می یابیم حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری تنها بر سلامت محض و بیماری اطلاق نمی شود بلکه دارای جوانب مختلفی نیز است و بر گروه های خاصی چون زنان اعمال می شود. و همچنین با مطالعه این بخش می توان به نحوه شکل گیری حقوق بشر و محتوای نسلها آن دست یافت. تا بتوان درک بهتری از حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری که هر انسانی بویژه در زنان می بایست از آن برخوردار گردد را فراهم سازد.

بنابراین این بخش حول دو پرسش، بدین نحو که مفاهیم و شکل گیری حقوق بشر چیست؟ و از میان مصادیق و نسل های حقوق بشر، کدامیک به حق بر سلامت می پردازد و شامل چه مطالبی است؟ از اینرو این بخش از تحقیق شامل دو فصل است. در فصل اول کلیات و مفاهیم حقوق بشر بحث می شود. و در فصل دوم از مصادیق حقوق بشر و ماهیت حق بر سلامت سخن می گوئیم. فصل اول دارای دو مبحث است. مبحث اول به شناخت مقدماتی از مفاهیم و رابطه فرد و حقوق-آزادی (در بند اول) و ارائه تعریفی از حقوق بشر از سه منظر اجتماعی، سیاسی و حقوقی (در بند دوم) و همچنین بیان اصول پایه گذار در حقوق بشر پرداخته می شود تا در پرتو این مفاهیم و مبانی بتوان به بررسی سیر تاریخی حقوق بشر بهتر پرداخت. فصل دوم نیز از دو مبحث تشکیل می شود. مبحث اول تحلیل نسل های حقوق بشر و در مبحث دوم به ماهیت حق بر سلامت و رابطه آن با گروه خاصی چون زنان، که هدف اصلی تحقیق حاضر نیز است، پرداخته می شود.



## فصل اول : کلیات

### مبحث اول: مفاهیم بنیادین

#### گفتار اول: فرد و حقوق

هرچند که آدمی (افراد)، با استقلال و تنهایی خود و بدون ارتباط با دیگران، قادر به فعالیت فکری است، اما اجتماعی بودن انسان آنچنان رابطه ای را بوجود می آورد که در آن، تبادل و تاثیر و تاثر متقابل امری اجتناب ناپذیر و زمینه ساز بسیاری از تقابل ها می شود. همانطور که در طول تاریخ حیات بشری شاهد آن بوده ایم جز در سایه حقوق و مقررات نمی توان مانعی در این تقابلها ایجاد نمود. در واقع اوصاف دوگانه تنهایی و اجتماع پذیری انسان ها خود به خود حقوق و آزادی های فردی را در مقابل حقوق اجتماعی قرار می دهد از اینرو با تعدیل تخشیدن متقابل بین این دو حقوق می توان به تلازم و آمیختگی بین آنها دست یافت. این تلازم و آمیختگی حقوق فردی و اجتماعی به گونه ای است که هر فرد علاوه بر مراعات حقوق دیگر افراد جامعه، با همان افراد دارای علائق و آرمانهای مشترکی چون همزیستی و همبستگی و نوع دوستی می باشد. تا بدانجاکه حدود مقرر در حقوق اجتماعی بیش از الزام قانونی جنبه عملی به خود می گیرد. باتوجه به اینکه انسان در روابط گوناگون فردی و اجتماعی و خصوصی خود با جلوه های مختلف و محتویات متمایز شخصی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی روبرو است. افراد از برکت حقوق قادر به برخورداری از حقوق و آزادی های خویش خواهند بود. از اینرو تمامی موضوعات اساسی بشر نظیر؛ امنیت، آزادی های فکری، آزادی های گروهی، حقوق و آزادی های افراد در اداره امور کشور، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حقوق بشر در موارد خاص را شامل می شود.

<sup>۱</sup> هدایت .. فلسفی، تدوین و اعتلای حقوق بشر در جامعه بین المللی، مجله تحقیقات حقوقی، دانشگاه بهشتی، شماره ۱۶ و ۱۷، ص ۹۵.

از آنجاکه زندگی اجتماعی و روابط متنوع ناشی از آن موجب شد تا تعارضات فراوانی در خصوص استقلال فردی از یک سو و وجود تقابلهای بسیار در روابط افراد و منافع آنها بوجود آید. از اینرو علما و اندیشمندان برای سامان دادن هرچه بهتر روابط گوناگون بین افراد، ضرورت وجود دو نظام حقوقی (قواعد و قوانین) و نظام سیاسی (حکومت) را لازم دانستند. بدین ترتیب، افراد در حیطه دو نظامی که پدیدآورنده «حق و تکلیف» و «فرمان و اطاعت» بود، قرار می گرفتند.<sup>۱</sup> از اینرو حقوق و نظام حقوقی مجموعه دریافتهای پرداخته‌هایی بودند که در آن بطور عادلانه به تامین و تضمین حیات انسانی در جلوه‌ها و عرصه‌های مختلف فردی و اجتماعی می پرداخت. از اینرو مفهوم حقوق در محدوده روابط اجتماعی، در دو مفهوم «حقوق نوعی» و «حقوق شخصی»، متجلی می شد. و با ایجاد جامعه و قانون، حقوق فردی و آزادی‌های عمومی که اکثراً به سبب خصلت دو گانه حقوقی-سیاسی آن، در قلمرو حقوق اساسی بشر قرار می گیرد، شکل گرفت.

در خصوص واژه حقوق باید گفت، به لحاظ گستردگی دامنه، می توان انرا بصورت رشته‌ای مجزا یا در ارتباط با سایر شاخه‌های علم حقوق، چون جامعه‌شناسی، اقتصاد، علوم سیاسی و علوم تجربی و ریاضی در نظر گرفت.<sup>۲</sup> فن حقوق به معنی جمع حق هاست، حقی که هر فرد به سبب انسان بودن از آن برخوردار است. حقی که می تواند با وجود انسان ایجاد شود و ذاتی باشد، و یا بدلیل قرار گرفتن فرد در یک رابطه اجتماعی، غیر ذاتی باشد که در این صورت نیاز به حقوق بیشتر احساس می شود.

این حقوق بشری در بردارنده حق و آزادی‌های فردی است و به خودمختاری و کرامت ذاتی انسان می اندیشد. با ظهور اعلامیه‌های حقوق در تمامی قوانین مدون بود که حقوق فردی و آزادی‌های عمومی (حقوق بشر) در زندگی اجتماعی عینیت یافت. در واقع این اعلامیه‌ها بیان همان حقوق منسجم و اصولی

<sup>۱</sup> محمد هاشمی، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان، تهران، ۱۳۸۴، ص ۲.

<sup>۲</sup> جلال الدین مدنی، حقوق مدنی، نشر پایدار، ۱۳۹۰، ص ۲۶.

اندیشه های اندیشمندانی بودند که طی سالها از تعارضات بشر نسبت به یکدیگر نشات شده بود. با اعلام اصول در اعلامیه ها، سعادت انسانها در مرزهای حقوق فردی متوقف و قانونگذاری در سطح قوانین ملی و جهانشمول آغاز شد، که مانع تجاوز و تعدی به حقوق بشر بود. که در نهایت به شکل گیری حقوق بشر منجر شد. حال برای درک مفهوم حقوق بشر در نظام حقوقی، ضرورت ارائه دو مفهوم حقوق نوعی و حقوق شخصی احساس می شود.

### الف) حقوق نوعی

مجموعه قواعد الزام آوری را که بر روابط گوناگون افراد دلالت دارد و برای تابعان خود ایجاد حق و تکلیف می کند «حقوق نوعی» می دانند.<sup>۱</sup> نظر به اینکه وجود قدرت و دولت در جوامع بشری گریزی نیست، لذا این حقوق می بایست در چارچوب قانون مانع از اعمال تعدی و تجاوز بر موجودیت فرد شود. در واقع فرد بر مبنا قانون پذیری، از حق و آزادی های خود در چارچوب قواعد ثابتی تحت نظر حکومت یا دولتی بهره مند می شود. بدین نحو که اجرای حقوق خود را از جانب دولت خواستار است. اما در خصوص حقوق شخصی می توان گفت نقطه مقابل حقوق ذاتی است.

### ب) حقوق شخصی

حقوق از دید «حقوق شخصی»، جمع حق است که شامل سلطه و اختیار فرد بر چیزی می شود و دیگران را موظف به رعایت و احترام آن می کند.<sup>۲</sup> در واقع توسعه حقوق فرد در قواعد و احکام موضوعه است که با کلیه وسایل و سایر امکانات، حقوق سیاسی و اقتصادی و عمومی فرد را تامین می دارد. در خصوص تضمین این حق می توان گفت از جانب دولت می باشد، بدین معنی که با حقوق نوعی، حقوق فردی تضمین می شود.

<sup>۱</sup> محمد هاشمی، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان، تهران، ۱۳۸۴، ص ۳.

<sup>۲</sup> مصطفی دانش پژوه، مقدمه علم حقوق، نشر سمت، ۱۳۸۹، ص ۱۶.

همانطور که گفته شد، حقوق ناشی از زندگی اجتماعی است که به هیچ وجه قابل انکار نمی باشد. در مفهوم نخست فرد به منزله غایت حقوق در نظر گرفته می شود و همانطور که از تحولات قرن هجدهم و اندیشه قرارداد اجتماعی و اعلامیه حقوق بشر بیان می دارد «هدف جامعه خوشبختی عموم است»، در واقع هدف نهایی حقوق که سازمان دهنده زندگی اجتماعی است، برای جامعه نیست، بلکه برای افراد جامعه در نظر گرفته شده تا در کنار یکدیگر به نحو شایسته زندگی کنند. بر همین اساس افراد ذاتاً هدف هستند و جامعه و حقوق تنها ابزار و وسایلی اند که در جهت تسهیل امور انسان بشمار می روند. در واقع استفاده کننده این همبستگی جمعی فرد می باشد. حال با قبول این واقعیت که هدف نهایی حقوق خیر و مصلحت فرد است و انسان همواره در جامعه و در زندگی اجتماعی زیست می کند اما لازم است این در نظر گرفته شود که حقوق هرچند برای افراد ایجاد حق و تکلیف می کند ولیکن می بایست مقتضیات فرد و جامعه با هم مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال اگر قانونی در خصوص رفاه اجتماعی یا گروه خاصی در نظر گرفته شود، بهره مندی از این حق و سایر حمایت‌های مادی و معنوی از فرد در سایه تحقق تسهیلات و حمایت‌های مورد نظر جامعه در زمان و مکان و عین و در محدوده و شرایط خاص است که می تواند از آن بهره مند گردد.

البته باید گفت گرچه فرد تابع قواعدی است که به جامعه نظم می دهد و آزادی های فرد بسته به شرایط زمانی و مکانی متغیر می گردد ولیکن به محض اینکه آزادی ذاتی و حیات فردی انسان مطرح شود، حقوق نوعی موضوعیت خود را از دست می دهد و اصالت فرد بر اصالت جامعه ارجح می گردد. از اینرو می توان گفت، حقوق مجموعه نظامات و قواعدی است که برای اداره رفتار مردم و تنظیم روابط در یک کشور و در جامعه بین الملل حاکم است و ایجاد الزام می کند و دارای ضمانت اجرایی نیز هست.<sup>۱</sup> از اینرو حقوق بشر

<sup>۱</sup> جلال الدین مدنی، حقوق مدنی، نشر پایدار، ۱۳۹۰ص ۴۱.

به عنوان یکی از شعب و رشته های حقوق برای حمایت از حق و آزادی های اساسی بشری باشد و می بایست از حمایت های دولتی نیز برخوردار شود تا توسعه و محقق گردد. در واقع حقوق بشر نیز در بردارنده مفهوم حقوق شخصی است اما برخورداری از این حقوق مستلزم الزام آور بودن حقوق نوعی نیز می باشد.<sup>۱</sup>

گفتار دوم: تعریف حقوق بشر

حقوق بشر از دو مفهوم حق و آزادی نشات می گیرد، حق در دو معنی حق بودن<sup>۲</sup> و حق داشتن<sup>۳</sup> بیان می شود.<sup>۴</sup> حق بودن مخالف باطل و خوب بودن به عنوان ارزشی سیاسی و اخلاقی است. حق داشتن در مقابل تکلیف و به معنی اتخاذ تصمیم می باشد. و آزادی نیز به معنی فراهم آوردن عناصر توانایی برای انجام هر کار است که همان اصل استقلال و خودمختاری را در بر می گیرد. از اینرو حقوق بشر در بردارنده این مفاهیم می باشد یعنی تعبیری از آزاد بودن در انجام هر کاری که در عین حال با محدودیتها و تکالیفی نسبت به دیگران حاصل می شود.

حال با توجه به جایگاه محوری انسان در زندگی فردی و اجتماعی و حقوق و تکالیفی که افراد را در بر می گیرد، به مفهوم «حقوق بشر» در عرصه های اجتماعی، سیاسی و حقوقی نزدیک می شویم که در ذیل برای درک بیشتر مقوله حقوق بشر در هر یک از این عرصه ها به شرح مختصری از آن پرداخته می شود.

#### الف) حقوق بشر از منظر اجتماعی

از نظر اجتماعی، حقوق بشر شامل حق و آزادی می شود. جایگاه آزادی، به عنوان حق، در روابط افراد با هم وارد می شود و فرد را قادر می سازد در مقابل هر جبری بیاستد. یعنی فرد می تواند بر سرنوشت خویش حاکم باشد و عدم مداخله و نفی هرگونه برخورد از سوی دیگری را می طلبد. اما «حقوق» گاهی

<sup>۱</sup> محمد هاشمی، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان، تهران، ۱۳۸۴، ص ۳.

<sup>۲</sup> to be right

<sup>۳</sup> to have right

<sup>۴</sup> مصطفی دانش پژوه، مقدمه علم حقوق، نشر سمت، ۱۳۹۸، ص ۲۶.

می تواند مبین اراده مستقل فردی شود که در این معنی با آزادی مترادف است و گاهی هم مبین اعمال اراده بر غیر خود را شامل می شود که در این معنی حقوق با آزادی متفاوت است. بدین ترتیب حقوق در مفهوم اول، همان آزادی به معنی اراده مستقل و بدون دخالت دیگران است که در این مفهوم حقوق یعنی «حق-مطالبه»<sup>۱</sup>ها که می تواند از جامعه و اجتماع نیز خواسته شود مانند حق بر تامین معاش، حق برخورداری از سلامتی، حق برخورداری از آموزش و غیره<sup>۲</sup>.

### ب) حقوق بشر از منظر سیاسی

در یک جامعه سیاسی که اصالت فرد و اصالت جامعه و روابط این دو با قدرت در آن نمود دارد، ناشی از استقلال و مشارکت افراد می باشد. حقوق بشر با معنی آزادی در یک جامعه سیاسی را می توان با دو مفهوم «آزادی-استقلال» و «آزادی-مشارکت» بیان نمود. مفهوم نخست، حقوق بشر ناشی از استقلال فرد است و آزادی های سیاسی را منجر می شود در حالیکه مفهوم دوم که از مشارکت هر فرد در اراده امور عمومی سخن می گوید و دخالت دیگران غلبه فرد را محدود می نماید منتهی به آزادی های عمومی مثل حق برخورداری از امنیت می شود. و از آنجاییکه حقوق بشر نظام برتر و ارزشمندی است و بین دو مفهوم فوق هیچ تقابل و برخوردی دیده نمی شود و برای اینکه بتوان ثباتی را برای حقوق بشر در مقابل افراد و قدرت عمومی ایجاد نمودمی بایست تدابیر حمایتی لازم الاجرائی اتخاذ شود و این امر در پرتو یک دولت قانونمدار شکل می گیرد و در نتیجه می توان موجبات رشد و توسعه حقوق بشر و آزادی های عمومی را فراهم آورد و نه در پرتو یک دولت اقتدارگرا.

<sup>۱</sup> "to have rights".

<sup>۲</sup> . محمد هاشمی ، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان ، تهران، ۱۳۸۴، ص ۸.

## ج) حقوق بشر از منظر حقوقی

حقوق بشر از منظر حقوقی، مجموعه امتیازاتی است که فرد از آن برخوردار می باشد و شامل قواعد موضوعه ایست که بر فرد و در روابط افراد با یکدیگر حاکم می شود و از سوی قدرت حاکم از طریق تضمینات لازم حمایت می گردد. نیازهای فراوان انسان و تاکید بر استقلال فردی و حق آزادی افراد در سرنوشت خویش موجب می شود که هیچ کس قادر نباشد به تنهایی به تمامی آن نیازها پاسخ دهد. از اینرو در زندگی اجتماعی، تامین همه نیازها از طریق همکاری متقابل در روابط فردی و اجتماعی میسر می گردد. به خصوص نیازهایی که ضرورت نهادهای توانمند اجتماعی را طلب می کنند و دقیقاً مداخله دولت، به نمایندگی از طرف جامعه را خواستار می شود مثل حق بر آموزش، حق بر سلامتی و نظیر آن.

بنابراین یک ساختار حقوقی مشترک موجب می شود که بر اساس آن تسهیل و ایجاد نظم برای برخورداری از این آزادی برای فرد و دولت برقرار گردد. چراکه این قواعد حقوقی، تبیین کننده و تضمین کننده حقوق بشر خواهند بود. یعنی از طریق شناسایی حقوق و آزادی های اساسی بشر است که موجب حق و تکلیف می شود. و در نظام های مردمی هرچه قانونگذار بیشتر به این امر بپردازد در واقع حجیت اصول حقوق بشر را بیان می دارد. و از سوی دیگر با اتخاذ تدابیر حمایتی چه در سطح بین المللی و چه در سطح داخلی، ارتقا تعهدات دولتها که خود منجر به تضمین هرچه بهتر حقوق بشر می شود<sup>۱</sup> را بدنبال خواهد داشت.

در نهایت با توجه به مطالب ذکر شده می توان حقوق بشر را اینگونه تعریف نمود؛ مجموعه ای از اصول، عرف ها و قواعدی است که به گونه ای موثر به عنوان تعهدات الزام آور، مورد شناسایی دولتهای حاکم و دیگر واحد های مشابه دارای شخصیت بین المللی قرار گرفته است. این حقوق در روابط افراد با دولتها نیز

---

<sup>۱</sup> هاشمی، همان منبع، ص ۱۵.

بطور فزاینده ای کاربرد دارد. و حتی همه قواعد حقوقی حاکم در آن بر اقدامات دولتها فراتر از مرزهای نظام های مختلف می تواند نمود پیدا کند.

همچنین باید گفت حقوق بشر بر پایه اصولی بنا نهاده شده که نقش ارزنده ای را در ایجاد یک قاعده حقوق بین الملل برعهده دارند. اصول عامی که در شرایط متفاوت در هر جامعه ای به عنوان یک حق بنیادین بشر در نظر گرفته می شود و تمامی ابنا بشر صرف نظر از هرگونه نژاد، جنس، مذهب و غیره می بایست از آن برخوردارگردند. تمام کنوانسیون ها و تعهدات بین المللی مورد قبول اکثر جامعه جهانی، همگی از اصولی چون حیثیت، آزادی و برابری برخوردارند. لذا جا دارد قبل از پرداختن به تاریخچه شکل گیری حقوق بشر جا دارد اشاره ای کوتاه به این اصول شود، اصولی که از واژه های اصلی در اعلامیه حقوق بشر و سایر معاهدات حقوق بشری به شمار می رود.

گفتار سوم: اصول پایه گذار در حقوق بشر

در نتیجه ظلم و تعدی حاکمان و وقوع جنگ ها در طول حیات بشری همواره بشر را بر آن داشته تا با در نظر گرفتن اصول پایه ای به مقابله با تمامی جنایات و تبعیضات بشری برخیزد و سعادت خود را تضمین نماید. اصولی چون حیثیت، آزادی و برابری که همگی موجب محترم داشتن منزلت و کرامت انسانی می شود. کرامتی که تنها در سایه آزادی و برابری بدست می آمد. همانطوریکه بعد بدان اشاره می شود، با شکل گیری سازمان ملل و متعاقب آن تصویب اعلامیه ها و کنوانسیون های بین المللی به خصوص در زمینه حقوق بشر سعی بر آن شدند تا از این اصول پیروی شود تا حقوق از دست رفته انسانها تامین گردد. در واقع حقوق بشر و شکوفایی آن بر پایه اصولی قرار نهاده شد که بر اساس آن، بشریت بتواند از زندگی شایسته ای در جلوه های متفاوت برخوردار گردد. این اصول، ریشه در اندیشه های علما و فلاسفه دارد و در نظام حقوقی داخلی و بین المللی سعادت بشری را در روابط فردی و اجتماعی همواره تر می سازد.



اصولی چون «حیثیت»<sup>۱</sup>، «آزادی»<sup>۲</sup> و «برابری»<sup>۳</sup> انسانها، در عین آنکه به عنوان منبع حقوق قابل درک است به قواعد حقوقی ارزش و محتوا می بخشد و به طور مستقیم یا غیر مستقیم ایجاد قاعده می نماید.<sup>۴</sup>

#### الف) اصل حیثیت

حیثیت و منزلت انسانی به عنوان بنیادی ترین اصول بشر در طول تاریخ و در تمام ادیان نشان از جایگاه بالای آن دارد، هرچند که این روند در تاریخ بشریت با وقایعی چون جنگ، کشتار جمعی و استثمار همواره پایمال شده است. ولیکن با توسعه تدریجی افکار بشر و مبارزات آن، اصول حمایت از منزلت والای انسانی و ضرورت احترام به آن در اسناد بین المللی و قوانین اساسی کشورها مورد تاکید قرار گرفته است. از اینرو نظام حقوق بین الملل که تحت تاثیر این امر واقع شده را می توان در مضمون اعلامیه جهانی حقوق بشر و شهروندان فرانسه ۱۷۸۹ دید، که پس از گذشت یک قرن و نیم از آن در اسناد بین المللی جهانی و منطقه ای همچون؛ منشور سازمان ملل (بند ۳ ماده ۱)، اعلامیه جهانی حقوق بشر (مواد ۵، ۴ و ۶)، میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی (در مقدمه و مواد ۷، ۸، ۹ و ۱۰)، کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی های اساسی (ماده ۳) و اعلامیه آمریکایی حقوق و تکالیف بشر (بند ۱ مقدمه) مورد شناسایی قرار گرفته است.

#### ب) اصل آزادی

آزادی عبارت است از حقی که به موجب آن، افراد بتوانند استعدادها و توانایی های طبیعی و ذاتی خود را به کار برند، به شرطی که آسیب یا زیانی به غیر وارد نشود.<sup>۴</sup> چراکه آزادی در ذات بشر نهفته است و

<sup>۱</sup>. principle of respect.

<sup>۲</sup>. principle of freedom.

<sup>۳</sup>. principle of equality.

<sup>۴</sup>. برای شناخت این اصول، می توان به ماده ۱ اعلامیه جهانی حقوق بشر اشاره کرد که اعلام می دارد: «تمامی افراد بشر آزاد به دنیا می آیند و از لحاظ

حیثیت و حقوق باهم برابرند. همه دارای عقل و وجدان می باشند و باید نسبت به یکدیگر با روح برادری رفتار کنند».

<sup>۴</sup> هاشمی، همان ص ۲۰۸.

فلاسفه معتقدند که انسانها آزاد متولد شده اند. در واقع هدف نهایی آزادی تنها به معنای بکارگیری اهداف فرد و تحقق شکوفایی شخصیت فرد است. اما دوران طولانی استبداد و اختناق ملتها را از ارزش های واقعی شان همچون آزادی دور می سازد و تا جاییکه استقلال فردی از بین می رود و بر سایر ابعاد انسان اثر می گذارد. در واقع آزادی به ابعاد مختلف زندگی انسان چون اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مرتبط است. از آنجاییکه انسان بدلیل اجتماعی بودنش، نیازمند جامعه و دولتی است که پاسخگوی همه نیازهای اش باشد. از اینرو آزادی در جامعه یکی از پایه های اصلی دموکراسی محسوب می شود و در چنین حالتی حکام مردمی، از یکسو در اعمال قدرت سیاسی باید حقوق طبیعی و آزادی و استقلال افراد را محترم شمارند و از سوی دیگر به نحوی اعمال قانون نمایند که منافع فردی و اجتماعی رو در روی یکدیگر قرار نگیرد.

از اینرو اصل آزادی به عنوان یکی از اصول محوری در موازین بین المللی و حقوق داخلی مورد توجه قرار گرفت. همچنانکه در منابعی چون منشور ملل متحد (بند ۴ ماده ۱)، اعلامیه جهانی حقوق بشر (مواد ۲، ۳، ۱۰، ۱۱ و بند ۲ ماده ۲۹) و کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر (ماده ۵) شاهد بیان اصل آزادی و اهمیت آن در این اسناد در سطح جهانی می باشیم.

### ج) اصل برابری

در این اصل یعنی تمام انسان ها برخوردار از حقوق و تکالیف یکسانی باشند. زمینه اصلی و اساسی حقوق و آزادی های فردی را باید در برابری انسان ها یافت. تا وقتی که مساوات کامل بین افراد از هر لحاظ برقرار نشود محال است در جامعه ای عدالت اجتماعی و آزادی محقق شود. اختلافات اجتماعی به شکل می تواند

کلیه اصول تحت پوشش حقوق بشر را ناممکن سازد. به همین خاطر برای تحقق دموکراسی مساوات را اصل و آزادی را فرع در نظر می گیرند.<sup>۱</sup>

سرگذشت افراد بشر در طول تاریخ از این لحاظ بسیار تاریک است. وجود طبقات اجتماعی در کشورهای کمتر توسعه یافته، نمونه آشکار نظام نابرابری انسان هاست که همواره بر اکثریت مردم اعمال شده است. هرچند در قرن اخیر شاهد مبارزاتی در این خصوص بوده ایم ولیکن هنوز در برخی کشورها این وضعیت نابرابری همچنان پابرجاست. با وجود این، رشد فکری جوامع و ادامه مبارزات موجب تاسیس اصل برابری و مساوات در نظام های بین المللی و داخلی شده است. اصل برابری در صدر اصول موازین بین المللی و داخلی با عنوان «عدم تبعیض»<sup>۲</sup> مورد استفاده قرار گرفته است. بدین نحو که موادی را این امر در اعلامیه جهانی حقوق بشر (مواد ۱ و ۲)، در هر یک از میثاق های بین المللی مربوط به حقوق مدنی و سیاسی (بند ۱ ماده ۲) و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (بند ۲ ماده ۲) و نیز در کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر (ماده ۱۴) اختصاص داده اند.

در خصوص برابری در زمینه مسایل اجتماعی فعالیتهای که صورت گرفت منجر به تحولی در حقوق زنان شد. که امروزه در کنار سایر تحولات اجتماعی، رفع هرگونه تبعیض بین زنان و مردان را آرمان اصلی حقوق بشر قرار دادند. این تساوی بین زنان و مردان در اسناد بین المللی چون اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۱ و بند ۱ ماده ۲)، همچنین ممنوعیت کلی تبعیض را در میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی (بند ۱ ماده ۲) و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (بند ۲ ماده ۲) و نیز تعهد دولتها در اعمال همه جانبه تساوی بین زن و مرد در هر دو میثاق (ماده ۳)، مورد تاکید قرار گرفته<sup>۳</sup> و یکی از اهداف اصلی کشورها و سازمان ها در تحقق این امر به شمار می رود. بسیاری از مقررات بین المللی در خصوص منع تبعیض بین زنان در

<sup>۱</sup> علی کریمی: حقوق و آزادی های فردی، انتشارات روز، تهران ۱۳۴۵ ص. ۲۷.

<sup>۲</sup> Non discrimination.

<sup>۳</sup> ازاده طاهری، نظام مبتنی بر معاهدات حقوق بشری سازمان ملل متحد، دانشگاه تهران، ۱۳۸۹ ص ۱۴.

همه زمینه های مختلف زندگی از چنان اهمیتی برخوردار بوده که علاوه بر تصویب کنوانسیون خاصی در این زمینه به تفصیل وظایف دولتها را در این خصوص پیش بینی کرده است. در کل حقوق بشر با تصویب و لازم الاجرا شدن منشور ملل متحد، تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و معاهدات گوناگون، که در سطح جهانی<sup>۱</sup> و منطقه ای<sup>۲</sup> بسته شد، مورد پذیرش دولتها قرار گرفت.

## مبحث دوم: بسترهای تحول حقوق بشر

گفتار اول: تاریخ حقوق بین الملل بشر

یقیناً «حقوق بشر» معنی مشابهی که امروزه دارد تا دوره ای بعد از جنگ جهانی دوم نداشت و شاید بتوان گفت مفهوم نسبتاً جدیدی می باشد.<sup>۳</sup> چراکه در قرن نوزدهم، در اثر تئوری «قطعیت»<sup>۴</sup> که تنها دولتها در عرصه بین المللی بدلیل موقعیتهای قانونی شان به عنوان «موضوع»<sup>۵</sup> حقوق بین الملل دارای حقوقی بودند. همچنین هر قانونی بین المللی که به شناسایی حقوق افراد می پرداخت را انکار می کرد و افراد به ندرت موضوع حقوق بین الملل در نظر گرفته می شدند. در این وضعیت نحوه رفتار یک دولت با شهروندانش، موضوعی بود که بطور انحصاری در صلاحیت داخلی دولتها محسوب می شد. که این خود نشانه رفتار غیر ملی دولت مطابق با برخی استانداردهای بین المللی بشمار می آمد، تاجیکه یک دولت خود به تنهایی

<sup>۱</sup> کنوانسیون پیشگیری و مجازات جرم کشتار جمعی لازم الاجرا ۱۹۴۸ و کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی در ۲۱ دسامبر ۱۹۶۵ که در ۴ ژانویه ۱۹۶۰ لازم الاجرا شد.

<sup>۲</sup> کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی های اساسی مصوب ۴ نوامبر ۱۹۵۰ میلادی و اعلامیه آمریکایی حقوق بشر ۱۹۴۸ میلادی.

<sup>۳</sup> Weston, B., Human Rights, in New Encyclopaedia, 1992, vol 20, p 656, said by; Hegarty, Angela, Leonard,

Siobhan, **Human Rights: an agenda for the 21<sup>st</sup> century**, Cavendish publishing, 1999.

<sup>۴</sup> Positivism.

<sup>۵</sup> Subject.

<sup>۶</sup> Jones, JW, The "pure" theory of international law (1935) 16, said by; Hegarty, Angela, Leonard, Siobhan, **Human Rights: an agenda for the 21<sup>st</sup> century**, Cavendish publishing, 1999.

<sup>۶</sup> Positivism.

در قبال هر نوع تعهد بین المللی مرتبط با شهروندان متعهد بود. به نحوی که هیچ کشوری تعهدی در قبال بیگانگان که از لحاظ ملیت می بایست از حقوقی بهره مند باشد، را نداشت مگر اینکه از قبل چنین تعهدی بین کشورها بوجود می آمد.<sup>۱</sup>

به لحاظ سنتی، تنها چند دلیل برای این قاعده که حقوق بین الملل خود را مرتبط با حقوق افراد می دانست، وجود داشت. منع برده داری که به عنوان یک قاعده حقوق بین الملل عرفی در چند کنوانسیون بین المللی در قرن ۱۹ میلادی مورد تصدیق قرار گرفته بود.<sup>۲</sup> دومین دلیل قواعد مشابهی بود که قاجاق زنان و کودکان را از حفاظت حقوقی بی بهره می کرد.<sup>۳</sup> دلیل دیگر ضرورت حمایت از مبارزان زخمی و بیمار بود که در کنوانسیون جنوا ۱۸۹۴ میلادی به تصویب رسید.<sup>۴</sup> همچنین، پذیرش یک قاعده کلی بین قانونگذاران بین المللی مبنی بر مداخله یک کشور به منظور جلوگیری از اذیت و آزار کشور دیگری نسبت به اتباع خود بود (مداخله بشر دوستانه).<sup>۵</sup> و بالاخره شاید با اهمیت ترین آن ها تاسیس جامعه ملل در ۱۹۱۹ میلادی بود.

گرچه جامعه ملل نیز فاقد هر نوع مقرراتی که صریحا به تضمین حقوق بشر پردازد بود ولیکن در دو زمینه صلاحیت حقوق بین الملل را توسعه داد. با ایجاد نظام قیومیت قدرتهای پیروز مکلف بودند جهت اداره سرزمین های کشورهای مستعمراتی شکست خورده در جنگ جهانی اول را به حمایت از حقوق آنها را نظیر آزادی عقیده و مذهب را تضمین نمایند.<sup>۶</sup> و دیگری ماده ۲۳ میثاق جامعه ملل بود که بیان می داشت با جمعیت های سرزمین های تحت سرپرستی بایستی بطور عادلانه رفتار شود، که این یکی از دلایلی بود که تعدادی از کشورهای اروپای شرقی و بالکان پنج معاهده خاص را در پایان جنگ جهانی اول امضا کرده

<sup>1</sup> Oppenheim, L, **International Law**; A Treatise, 1912, London; Longmans, Green, p362.

<sup>2</sup> O'Connell, DP, **International Law**, 1970, London; Stevens, vol2, pp 753-755 said by Oppenheim, L 1912.

<sup>3</sup> The International Convention for Suppressor of Traffic in Women and Children, 60 (1923).

<sup>4</sup> Hague Convention No3 of 1899, Art6(1), extended the rules of the 1864 Convention to naval warfare.

که این کنوانسیون همزمان پایه قواعد «حقوق بشردوستانه» مرتبط با جنگ را شکل داد.

<sup>5</sup> Roberts, A and Gueff, R, **Documentants on the laws of war**, 1982, Oxford; Clarendon 755 said by; Oppenheim, L 1912.

<sup>6</sup> Covenant of the league of Nations 1920, Art22 .

بودند. این معاهدات متضمن حقوق کسانی که متعلق به اقلیت نژادی، مذهبی و زبانی بودند،<sup>۱</sup> می شد. بهر روی به دنبال رویدادهای قبل از ۱۹۴۵ میلادی خوش بینی نسبت به میثاق جامعه ملل هیچ جایگاهی نداشت و این از ضعف و ناتوانی میثاق ناشی می شد. از اینرو بعد از فجایع بشری در جنگ جهانی دوم ضرورت توجه به حقوق بشر دو چندان شد.

منشور سازمان ملل متحد<sup>۲</sup> ۱۹۴۵ میلادی، بعد از جامعه ملل، موضوع حقوق بشر را یک دغدغه بین المللی اعلام کرد. و در ماده ۱ بند ۳ بیان می داشت « حصول همکاری بین المللی در حل مسائل بین المللی که دارای جنبه های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی یا بشردوستی است و در پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادیهای اساسی برای همگان بدون تمایز از حیث نژاد، جنس، زبان یا مذهب؛ و ...» که هدف سازمان ملل از این ماده، دستیابی به همکاری بین المللی در جهت پیشرفت، تشویق و احترام به حقوق بشر و آزادی بنیادین بدون هیچ گونه تمایزی از لحاظ نژادی، جنسی، زبانی یا مذهبی بود<sup>۳</sup> و دولت های عضو می بایست به تعهداتشان نسبت به ماده مذکور پایبند باشند.<sup>۴</sup>

#### گفتار دوم: منشور جهانی حقوق بشر

پس از وقایع تاریخی و با وقوع پیوستن فجایع عظیمی که بر سر بشر طی جنگ های جهانی اول و دوم رخ داده بود، جامعه بین المللی بر آن داشت تا به موضوع حقوق و آزادی های اساسی بشری بطور جداگانه و در قالب معاهده ای مجزا پرداخته شود. تا از این پس بشر شاهد چنین وقایع تاسف باری نسبت به حقوق از دست رفته خود توسط هیچ دولتی نباشد. از اینرو حقوق و آزادی های اساسی که به بشر اجازه می داد تا کیفیت های زندگی بشر بطور کامل بسط و مورد استفاده قرار گیرد و سایر نیازهای جسمی و روانی خود را

<sup>۱</sup> بریتانیایه طرح پیشنهادی ایالات متحده و ژاپن به منظور دادن حمایت بیشتر از اقلیتها طبق میثاق جامعه ملل رای داد چراکه امکان اعمال مقرراتی برای مردمان سرزمین های مستعمره ای امپراطوری بریتانیا را فراهم می آورد.

Ibid; Ott, D, Public Internional Law in the Modern World, 1988, London; Pitman, p241

<sup>۲</sup> منشور سازمان ملل متحد در ۲۴ اکتبر ۱۹۴۵ لازم الجرا شد.

<sup>۳</sup> منشور سازمان ملل متحد، ماده ۱ (۳) و ۵۵.

<sup>۴</sup> منشور سازمان ملل متحد، ماده ۵۶.

برآورده سازد. از اینرو حقوق بشر را در زمره حقوق طبیعی بشمار آوردند. حقوقی که تنها به ابناء بشر تعلق داشت و هر انسانی می بایست از این حقوق بهره مند می گشت.

### الف) اعلامیه جهانی حقوق بشر

منشور سازمان ملل متحد بر خلاف میثاق جامعه ملل، بطور وسیعی حقوق بشر را بیان می کرد. از اینرو اعلامیه جهانی حقوق بشر به عنوان بیانیه ای که به طرح هدف ها و اصول حقوق بشر می پرداخت و به عنوان دیواری در مقابل اختناق و تبعیض بود. که سرانجام در شکل قطعنامه ای در ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ میلادی توسط مجمع عمومی سازمان ملل، به تصویب رسید.<sup>۱</sup>

بدنبال یک جنگ ویرانگر جهانی که شاهد وحشیانه ترین جنایات تاریخ بشری بود، اعلامیه مزبور به منزله اولین سند بین المللی، حقوق و آزادی های اساسی را برای همه افراد و در هر کجا در نظر می گرفت. در این مفهوم، اعلامیه جهانی حقوق بشر دستاوردی عظیم در تاریخ جهان به شمار می رفت. اعلامیه ای که تا به امروز همچنان بر زندگی مردم اثر گذاشته و مایه الهام فعالان حقوق بشر و قانونگذاران سراسر جهان بوده است.

اعلامیه جهانی حقوق بشر از دو جهت حائز اهمیت می باشد، یکی اینکه تا سال ۱۹۴۸ میلادی، اعضای سازمان ملل تنها شامل دولتهای معدودی می شد که نماینده سلسله ای از ایدئولوژی ها، نظام های سیاسی و سوابق مذهبی و فرهنگی و نیز در بردارنده مراحل مختلفی از توسعه اقتصادی بودند. از اینرو نگارندگان درصدد برآمدند که پیش نویس اعلامیه بیانگر سنت های فرهنگی مختلف و ارزش های مشترک همه نظام های حقوقی و سنت های مذهبی و فلسفی مهم جهان باشد. اما مهم تر از همه، این اعلامیه قرار بود بیان مشترک آرمانهای عمومی یعنی آرزوی همگان برای جهانی عادلانه تر و منصفانه تر باشد. که با پذیرش

<sup>۱</sup> . GA Res2174(3),UN Doc A, 810,P71, adapted 10 December1948,said by; Hegarty, Angela, Leonard, Siobhan, Human Rights: an agenda for the 21<sup>st</sup> century, Cavendish publishing ,1999.

موفقیت آمیز اعلامیه از سوی اکثر کشورها می توان گفت این اعلامیه، تا امروز از شناخته شده ترین و مورد استنادترین سند حقوقی بشری در سراسر جهان بشمار می رود. اعلامیه جهانی حقوق بشر به عنوان مبنا و پایه حقوق بشر بین المللی نه تنها الگویی برای معاهدات و اعلامیه های متعدد بین المللی بوده و بلکه در قوانین اساسی و قوانین جاری بسیار از کشورها نیز دیده می شود.

در واقع برای نخستین بار در تاریخ جامعه بین المللی، سندی با ارزش جهانشمول پذیرفته می شد که به عنوان یک آرمان مشترک برای همه ملل بشمار می رفت. اعلامیه دارای ۳۰ ماده می شد، که در مقدمه آن، به اهمیت چارچوب قانونی حقوق بشر جهت حفظ صلح و امنیت، آزادی و عدالت تاکید می کرد اعلامیه با الهام از اهداف اعلام شده منشور سازمان ملل جهت ترویج پیشرفت اجتماعی و رفاهی در محیطی آزاد، به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نیز حقوق مدنی و آزادی های سیاسی اهمیت مساوی می داد و از آنها به یک اندازه حمایت می نمود. در واقع اعلامیه را می توان به دو قسمت تقسیم کرد. بخش اول آن (ماده ۲۱ تا ۲۱) حقوق مدنی و سیاسی را تضمین می کرد درحالیکه بخش دیگر آن (ماده ۲۲ تا ۳۰) حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متنوعی را معرفی می نمود. گرچه اعلامیه هیچ سازمان اجرایی نداشت و بسیاری از مقرراتش بطور مبهمی از قبل تصویب شده بودند،<sup>۱</sup> ولیکن نسبت به سایر اسناد حقوق بشری بانفوذتر می نمود. بطور مشخص این اعلامیه در بردارنده اسنادی چون: میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی<sup>۲</sup> و پروتکل اختیاری حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می شد.<sup>۳</sup>

درکل باید گفت که امروزه عموماً پذیرفته شده که حقوق اصلی مندرج در این سند به عنوان حقوق عرفی بین المللی در نظر گرفته می شود. این منبع الهام بخش بیش از ۶۰ سند بین المللی حقوق بشری به شمار می

---

<sup>۱</sup>-ماده ۱۴: (۱) هرکسی حق دارد در برابر تعقیب، شکنجه و ازار، پناهگاهی جستجو کند و در کشورهای دیگر پناه اختیار نماید. (۲) در موردی که تعقیب به واقع مبتنی بر جرم عمومی و غیر سیاسی یا رفتارهایی مخالف با اصول و مقاصد ملل متحد باشد، نمی توان از این حق استفاده نمود.

<sup>۲</sup> The International covenant on civil and political Rights ( ICCPR)

<sup>۳</sup> The International covenant on Economic ,social and cultural Rights.( ICESCR)



آید که رویهم نظام جامعی از معاهدات الزام آور حقوقی را جهت ترویج و حمایت از حقوق بشر را تشکیل می دهند.<sup>۱</sup> در نتیجه نخستین لایحه بین المللی حقوق بشر با صدور اعلامیه جهانی حقوق بشر شکل گرفت. که بدلیل عدم توافق بر سر یک ماهیت حقوق بشری، برای اجرای آن به تهیه و تدوین میثاق حقوق بشر انجامید.

### ب) لایحه بین المللی حقوق بشر

با صدور اعلامیه حقوق بشر، اولین لایحه بین المللی حقوق بشر بوجود آمد. اگرچه اعلامیه، اندیشه بنیادین حقوق بشر را تبیین می کرد و اصول آزادی، برابری، منع تبعیض، امنیت و برخورداری از حقوق رفاهی گوناگون را که در خور همه انسانها می دانست، اما بدلیل آنکه از لحاظ حقوقی معاهده ای الزام آور نبود نتوانست ضمانت اجرایی کافی را در برداشته باشد. ازینرو تهیه و تدوین سندی که بتواند این نقیصه را جبران نماید ضروری می نمود. لذا کمیسیون حقوق بشر به عنوان نهاد بین المللی که سابقه ای در زمینه امور حقوق بشر در چارچوب سازمان ملل داشت، درصدد برآمد تا اصول مندرج در اعلامیه را در قالب معاهدات بین المللی که از حقوق خاصی حمایت می کند را، به تصویب برساند. چراکه قانونگذاران طی ۵۰ سال گذشته همواره با مشکل عدم توافق بر سر اینکه چطور به توازنی بین تعریفهای متعارض در مناطق مختلف درخصوص حقوق بشر دست یابند، مواجه بودند. جنگ سرد جامعه بین المللی را قطب بندی کرد، به نحوی که دول غربی در ابتدا حقوق نسل اول را بنیانگذاری کردند (شامل: حق زندگی، حق محاکمه بی طرفانه، حق آزادی، حق تجمع، حق بر اموال خصوصی، حق بیان، حق مذهب) درحالیکه کشورهای کمونیستی و متحدین آنها تمایل به تاکید بر اهمیت حقوق نسل دوم (شامل: حق کار، حق سرپناه، حق

<sup>۱</sup> رضا موسی زاده، جزوه درسی سازمان های بین المللی، دانشگاه پیام نور. ۱۳۸۷، ص ۲۳.

برغذا، شورای امنیت و مراقبت‌های بهداشتی و حق بر سلامتی) داشتند. با وجود تفاوت‌های ایدئولوژی و سیاسی سعی بر آن شد که توافقی بر سر یک سند واحد برای حمایت از این حقوق مختلف را بوجود آورند.<sup>۱</sup>

در سال ۱۹۴۷ میلادی تصمیم گرفته شد منشور بین‌المللی حاوی سه سند تدوین شود؛ یعنی اعلامیه‌ای غیرالزام آور با ماهیت کلی، که دایره محدودتری داشته باشد و سندی که شیوه‌های اجرایی در آن بیان شده باشد.

کمیسیون حقوق بشر به سرعت متن اعلامیه غیرالزام آور را تکمیل نمود که پس از بازبینی مجمع عمومی در سال ۱۹۴۸ میلادی با عنوان اعلامیه جهانی حقوق بشر به تصویب رساند. در سال ۱۹۴۸ میلادی مجمع عمومی از کمیسیون خواست تهیه پیش‌نویس میثاقی درباره حقوق بشر و اقدامات اجرایی آن را در اولویت کار خود قرار دهد کمیسیون در اجلاس پنجم خود بررسی میثاق را با ماهیت حقوق مدنی و سیاسی مورد توجه قرار داد اما در اجلاس ششم در سال ۱۹۵۰ میلادی کمیسیون به این نتیجه رسید که نیاز به وقت زیادی برای بحث درباره حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و مشورت با کارگزاران‌های تخصصی مربوط به میثاق را دارد. از اینرو در اجلاس بعدی خود در سال ۱۹۵۱ میلادی. درصدد برآمد تا کنوانسیون مجزایی برای حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در سرلوحه کار خود قرار دهد.<sup>۲</sup>

مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه‌ای که ابتدا در پنجمین اجلاس خود در سال ۱۹۵۰ میلادی تصویب نمود بر این نکته تأکید نمود که آزادی‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از یکدیگر قابل تفکیک نیستند و بهره‌مندی از این حقوق و آزادی‌ها به هم مرتبط و وابسته‌اند. به رغم چنین توصیه‌ای کمیسیون باز هم حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به منزله دسته متمایزی از حق‌ها تلقی می‌نمود و

---

<sup>۱</sup> اشاره دارد به متن اصلی اعلامیه جهانی که به شرح بین‌حقوق مدنی و سیاسی (۱-۲۱) و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۲۲-۳۰) می‌پردازد اما حتی این سازش نیز برای جلب رضایت تعدادی از کشورهای اروپای شرقی از زمانی که اعلامیه به تصویب مجمع عمومی رسید، با موافقت چندانی رو برو نشد.

<sup>۲</sup> Craven Matthew, *The International covenant on Economic, social and cultural Rights*, 1998, p.4 1).

اقدام به تدوین موادی جداگانه برای آن نمود. شورای اقتصادی و اجتماعی که احتمال ناکارآمدی قرار داشتن میثاق در میثاق دیگر (به معنای داشتن دو نظام اجرایی مجزا) را می‌داد از مجمع عمومی درخواست کرد در تصمیم خود تجدید نظر نماید و اجازه دهد میثاق پیش نویس به دو سند مجزا تقسیم شود. پس از طی روندی مجمع عمومی برخلاف تصمیم قبلی خود از کمیسیون خواست دو میثاق در خصوص حقوق بشر تدوین نماید. پس از آن در اجلاس‌های متعدد و طولانی روند تدوین پیش نویس میثاق پی‌گیری شد تا این که بخش اساسی میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی عملاً در سال ۱۹۶۲ میلادی تکمیل شد. این عمل در حالی رخ داده بود که مجمع عمومی در نهمین اجلاس خود در سال ۱۹۴۵ میلادی نتیجه فعالیت‌های کمیسیون حقوق بشر را به کمیته سوم جهت بررسی ماده به ماده احاله کرده بود. در نهایت پس از طی این روند طولانی بنابراین کمیته بین‌المللی در سال ۱۹۶۶ میلادی تصمیم به ایجاد دو کنوانسیون بین‌المللی مجزا با موضوعاتی چون کنوانسیون بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و کنوانسیون بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را گرفت که به مجموع این دو میثاق و اعلامیه جهانی حقوق بشر، «الایحه بین‌المللی حقوق بشر» اطلاق می‌شود. با به تصویب رسیدن میثاق مذکور در ۱۶ دسامبر سال ۱۹۶۶ میلادی همراه میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و پروتکل اختیاری جهت امضای دولت‌ها مفتوح ماند. که در نتیجه به دنبال تودیع سی و پنجمین سند آن در سوم ژانویه ۱۹۷۶ میلادی لازم‌الاجرا شد.<sup>۱</sup>

دو میثاق دارای ساختار مشابه اند و در برخی از موارد، از واژگان یکسان و بسیار مشابه استفاده شده است بدین نحو که در مقدمه هر دو سند، بر وابستگی متقابل تمامی حقوق بشری تاکید شده و اذعان شده هدف مطلوب حقوق بشر تنها زمانی محقق می‌شود که شرایطی جهت برخورداری هر فرد از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حقوق مدنی و سیاسی ایجاد گردد.

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲، ص ۲۸.

بخش اول هر دو میثاق درباره خودمختاری کلیه ملل و اختیار هرگونه تصرف و اعمال مالکیت بر منافع و ثروتهای طبیعی خود نیز، یکسان و از یک سنخ می باشد. بخش دوم هر دو میثاق نیز مقررات کلی درخصوص منع هرگونه تبعیض (بند ۱ ماده ۲ حقوق مدنی و سیاسی و بند ۲ ماده ۲ حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) و تساوی حقوق مندرج مردان و زنان (ماده ۳ هر دو میثاق) در برخورداری از حقوق مندرج در دو میثاق و نیز محدودیتهای مجاز وارد بر این برخورداری را، مقرر می دارد. بخش سوم هر دو میثاق مشتمل بر مقررات ماهوی است که حقوق مندرج در اعلامیه جهانی حقوق بشر را به تفصیل مورد توجه قرار می دهد. که در فصل بعدی به تفصیل به هر یک از میثاقها پرداخته شده است.

### ج) سایر معاهدات حقوق بشر

توجه به زنان و مردان، درکل به نوع بشر، در جنگ و نیز تبعیض علیه حقوق آنها و سایر مسائل مربوط به شرایط زندگی و کار، حکایت از زمینه سازی برای رفع نگرانی ها از طریق کنوانسیونهای متعدد بین المللی بود. از سال ۱۹۴۸ تا ۱۹۶۶ میلادی، که حقوق مدنی و سیاسی و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تدوین شد، و نیز سالهای بعد از آن به تدریج معاهداتی تنظیم گردید که حقوق قشرهای مختلف جامعه را مدنظر قرار می داد. کنوانسیون هایی که توسط سازمان های مهم بین المللی (سازمان ملل متحد، سازمان بین المللی کار، یونسکو، خصوصا شورای اروپا و غیره) تهیه شده بود و مجموعه کاملی از موضوعات متنوع حقوق بشر را در برمی گرفت. موضوعات متنوعی نظیر منع بردگی<sup>۱</sup>، اسیران جنگی<sup>۲</sup>، منع کار اجباری<sup>۳</sup>، حمایت از زنان و تقویت حقوق آنان<sup>۴</sup>، منع تبعیض در آموزش<sup>۵</sup>، حمایت از پناهندگان<sup>۶</sup> و بسیاری موارد

<sup>۱</sup> کنوانسیون ۱۹۴۳ و پروتکل ۱۹۶۳.

<sup>۲</sup> کنوانسیون ژنو ۱۹۴۹.

<sup>۳</sup> کنوانسیون ۱۹۵۷ و ۱۹۷۰ سازمان بین المللی کار.

<sup>۴</sup> کنوانسیون حقوق سیاسی زنان ۱۹۵۳ و کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان ۱۹۷۹.

<sup>۵</sup> کنوانسیون سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی سازمان ملل (یونسکو) ۱۹۶۰.

<sup>۶</sup> کنوانسیون حمایت از پناهندگان مصوب ۱۹۵۱.

دیگر. این شکل گیری معاهدات در زمینه موضوعات خاص حقوق بشر سبب شد تا کیفیتهای ویژه هر موضوع و ضرورت توجه جداگانه به آنها برای مواجهه با مسائل مربوط به هر موضوع و به حمایت از آنها کمک نماید. این واقعیت به نحو بارزی مساله تبیین جهانی بودن حقوق بشر را مطرح کرد. در این مرحله تنها میثاقها و دیگر اسناد شکل گرفته در چارچوب اقدامهای ملل متحد نبودند که تعهدات حقوق بشری دولتها را تعیین می نمودند بلکه در کنار اسناد مزبور، در سطح منطقه ای نیز اسناد دیگری حقوق مذکور را مدنظر قرار می دادند.

گفتار سوم: اسناد منطقه ای حقوق بشر

به واقع منطقه ای شدن حقوق بشر را نمی توان بر خلاف رسالت اعلامیه جهانی دانست. برای تحقق و اجرای اصول اعلامیه که هنوز بطور جهانی میسر نشده بود، در سطح منطقه ای سعی بر آن شد تا در جهت تحقق آن گام هایی برداشته شود. از اینرو در کنار سازمان ملل متحد برخی سازمانهای منطقه ای نیز اقدام به تنظیم اسنادی در زمینه حقوق بشر نمودند. که برخی از آنها بطور کلی با موضوع حقوق بشر برخورد داشت و بسیاری نیز موضوع را به شکل موردی مدنظر قرار می دادند. چراکه هر یک نظام های منطقه ای حمایت از حقوق بشر یکسری قواعد اساسی را به عنوان حقوق بنیادین و غیر قابل انحرافی را در نظر می گرفتند که عوامل غیر طبیعی و اضطراری در اجرا و ضمانت آنها موثر نبوده و به طبع در همه حال قابل اجرا و تضمین بودند. این دسته از حقوق اگر چه در کنوانسیون های مختلف منطقه ای یکسان و یک شکل نیستند اما دارای شباهت هایی اند که از جمله آنها می توان به ذاتی بودن این حقوق اشاره کرد به گونه ای که سایر منابع حقوق آنها را مبنای خود قرار می دادند. البته باید گفت عمل منطقه ای شدن را تنها در محدوده اروپا، آمریکا و آفریقا می توان مشاهده نمود.

## الف) منطقه ای شدن اروپایی حقوق بشر

در اروپا منطقه ای شدن به دو نحو صورت گرفت، یکی توسط شورای اروپا<sup>۱</sup> و دیگری توسط جامعه اقتصادی اروپا بود. شورای اروپا که متشکل از کشورهایی است که در اصول بنیادین مبتنی بر تمدن اروپایی تفاهم و درک مشترک داشتند و هدف از تشکیل آن مقابله با تهدیدات کمونیستی بعد از جنگ جهانی دوم، با عنوان وابستگی به بینش لیبرال در مورد آزادی ها بود. در اساسنامه شورا هدف اصلی «پاسداری و ارتقاء آرمان ها و اصول مشترک دولت های عضو و تسهیل توسعه اقتصادی و اجتماعی» ذکر شده که از طریق پاسداری و ارتقا حقوق بشر و آزادی های بنیادین قابل تامین خواهد شد. بنابراین تاکنون بیش از صد کنوانسیون تحت حمایت شورای اروپا تهیه و تدارک یافته است. برخی از این کنوانسیون ها مربوط به آزادی هاست. «کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی های اساسی مصوب ۴ نوامبر ۱۹۵۰ میلادی»<sup>۲</sup> از مهمترین آنها بشمار می رود. این کنوانسیون در برگیرنده آزادی های فردی و اجتماعی، مدنی و سیاسی است که در دولتهای قانونمدار قابل اجراست. در منشور اجتماعی اروپا حقوق اقتصادی و اجتماعی لحاظ نمودند و این کنوانسیون دارای یک پروتکل الحاقی است که توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی را محقق می سازد. اما نقش جامعه اقتصادی اروپا در قلمرو حقوق بشر، البته نه در حد شورای اروپا، تا حدودی قابل توجه است. در ماورای هدف اقتصادی، تمایل به بهبود شرایط زندگی و کار برای مردم همانند نیل به توسعه سیاسی قابل توجه می باشد. در ضمن احترام به حقوق بشر شرط اجتناب ناپذیری عضویت هر یک از دولت ها به جامعه اقتصادی در نظر گرفته شده است.

<sup>۱</sup> . شورای اروپایی یک سازمان بین المللی است که بموجب معاهده ۵ می ۱۹۴۹ لندن تاسیس گردید.

<sup>۲</sup> Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms

## ب) منطقه ای شدن آمریکایی حقوق بشر<sup>۱</sup>

با برگزاری کنفرانس بوگوتا در سال ۱۹۴۸ میلادی، منشور سازمان دولت های آمریکایی و اعلامیه آمریکایی حقوق بشر، که از جمله معاهدات منطقه ای حقوق بشری عام بشمار می رود، مورد و تصویب قرار گرفت. گرچه این اعلامیه فاقد اعتبار حقوقی است و نیز با توجه به شرایط توسعه نیافتگی کشورهای آمریکای لاتین، به اجرا در آمد. در کنوانسیون به حقوق مدنی و سیاسی ( آزادی های جمعی) با دقت پرداخته شده است و اساسا حقوق فردی آن شامل همان موارد مورد حمایت کنوانسیون اروپایی می باشد. ولیکن نسبت به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آن چندان توجه لازم را مبذول نداشته است. اجرای این حقوق بستگی به توسعه تدریجی و امکانات هر کشور دارد. البته معاهدات آمریکایی در زمینه های خاص حقوق بشر پر سابقه ترین عملکرد را دارد به طوریکه در این قاره از ۱۹۳۳ تا ۱۹۹۹ نه سند تنظیم شده است.<sup>۲</sup>

## ج) منطقه ای شدن آفریقایی حقوق بشر<sup>۳</sup>

آفریقا با وجود رهایی از استعمار، همواره به علت حاکمان خودکامه در ارتقا و حمایت از حقوق بشر عقب مانده است. منشور وحدت آفریقا که در سال ۱۹۶۳ در آدیس آبابا به تصویب رسید، متمرکز بر حق مردم بر سرنوشت خویش، مبارزه علیه استعمار و تبعیض نژادی است. گرچه منشور آفریقایی حقوق بشر و ملتها<sup>۴</sup> نیز از معاهدات منطقه ای حقوق بشری عام است ولیکن نمی توان آنرا نشان دهنده یک تحول دانست اما به عنوان یک منشور حقوق بشری و مردمی که بیان کننده یک بینش جمعی و متحد حقوق بشری می باشد. این منشور، برخی حقوق خاص اعلامیه جهانی ۱۹۴۸ میلادی را در خود جای داده است.

<sup>۱</sup> American Convention on Human Right .

<sup>۲</sup> فریده شایگان و دیگران، همان منبع، ص ۴۷.

<sup>۳</sup> منشور آفریقایی حقوق بشر در ۱۲ ژوئن ۱۹۸۱ در مجمع عمومی سازمان وحدت آفریقا با اکثریت آرا به تصویب رسید و در ۱۲ اکتبر ۱۹۸۱ به اجرا درآمد و تا پایان ۱۹۸۹ میلادی سی و پنج کشور به آن پیوسته اند.

<sup>۴</sup> African Charter on Human and People`s Rights.

در منشور در ابتدا به حق توسعه به عنوان شرط لازم برای احترام به حقوق مدنی و سیاسی اهمیت داده شده است. این امر اثر مخربی در توسعه حقوق بشر در آفریقا را به همراه داشته است. به علاوه منشور بطور مختصر به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پرداخته که چندان قابل توجه به نظر نمی آید. همچنین در خصوص معاهدات آفریقایی مربوط به زمینه های خاص حقوق بشر تنها می توان به سه مورد از این معاهدات اشاره نمود<sup>۱</sup> که این خود حاکی از عدم توسعه بیشتر حقوق بشر در این منطقه است.

حال با داشتن شناختی درباره سیر تحول تاریخی حقوق بشر و نحوه شکل گیری آن در اسناد بین المللی و منطقه ای، طی مطالب ارائه شده در این فصل، جا دارد که نگاهی بر مصادیق حقوق بشر و نسل های آن داشته باشیم. تا از این رهگذر بتوان به محتوای حق بر سلامت و ابعاد آن و نحوه ارتباط اش با سایر حقوق بشر (سایر نسل های حقوق بشر) نزدیک شد. بدین معنی که آیا ارتباطی بین این حق با سایر حقوق بشر وجود دارد. همچنین با توجه به موضوع تحقیق جادارد تا به اعمال و محتوای حق بر سلامت در گروه های خاصی چون زنان توجه شود. البته نکته ای که باید در زمینه حق بر سلامت زنان مدنظر داشت آن است که توجه به اصل عدم تبعیض در حق بر سلامت زنان دربردارنده چه مسائلی می باشد. در واقع برای تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان، بحث در خصوص محتوایی حق بر سلامت و ابعاد و ارتباطش با حقوق بشر می تواند مفید واقع شود و راه را برای بخش دوم هموارتر سازد.

---

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، همان منبع، ص ۴۸.



«توجه به برخورداری زنان از سلامت مطلوب در دنیای کنونی پیامی برای نسل های آینده بشریست.»

گرو هارلمن پروتئند(مدیر کل سازمان بهداشت جهانی، جنوا اکتبر ۲۰۰۱)

## فصل دوم: مصادیق حقوق بشر و حق بر سلامت

### مبحث اول: مصادیق حقوق بشر

همانطور که بیان شد «حقوق بشر» در معنای امروزی، فرآیند تاریخی است که سیر تکاملی خود را با گذشت سه نسل بدست آورده است. به عبارت بهتر، هریک از جریانات تاریخی، زمینه های موضوعی خاص حقوق بشر را فراهم آوردند به نحوی که آنرا وارد عرصه های جدیدی از حقوق و تکالیف نمودند که امروزه از آن با عنوان نسل های حقوق بشری یاد می شود. این نسل ها در سه مفهوم حقوق مدنی و سیاسی(نسل اول)، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی(نسل دوم) و حقوق همبستگی(نسل سوم) متجلی شدند.

البته تقسیم بندی حقوق بشر تنها به لحاظ توجه و تمرکز به سیر تاریخی حقوق مختلف در آن مطرح است و گرنه حق های بشری به طور طبیعی میل به تقسیم ناپذیری<sup>۱</sup> و جهانی شدن دارند چراکه تجزیه این حقوق با ماهیت و غایت حقوق بشر منافات دارد.

#### گفتار اول: نسل های حقوق بشر

به کارگیری اصطلاح نسل بیان کننده از یک تحول تاریخی در به رسمیت شناختن برخی اصول و مبانی حقوق بشر درجهتی معین و خاص است. بدین معنی که گونه ها و انواع حقوق بشر شامل چه مواردی می شوند. براساس تحولات تاریخی در حوزه حقوق بشر تاکنون سه دسته یا سه نسل از این حقوق به رسمیت شناخته شده است. در واقع بر پایه توافق اساسی بین کشورهای سوسیالیستی و جهان سومی از یک سو و

<sup>۱</sup>. Indivisibility

کشورهای غربی از سوی دیگر به جهت ارائه اصول عام اعلامیه جهانی حقوق بشر در اسنادی که از نظر حقوقی الزام آور باشند موجب شده که حقوق مدنی و سیاسی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در دو سند مجزا به تصویب برسند و از اهمیت و ارزش برابری برخوردار گردند.

در واقع نخستین نسل حقوق بشر، حقوق مدنی و سیاسی اند ریشه در ارزشهای مکتب لیبرالیسم کلاسیک داشت و نسل دوم؛ حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی که پیدایش آن را می توان به بعد از جنگ جهانی دوم با اعمال نفوذ کشورهای سوسیالیست در اعلامیه جهانی حقوق بشر دانست. و بعد ها نسل سوم از حقوق بشر بوجود آمد که به نوعی مبنا و استحکام بخش دو نسل دیگر شناخته می شود.

#### الف) نسل اول حقوق بشر

با ترویج اندیشه اصالت فردی و قرارداد اجتماعی، تحول فکری در غرب بوجود آمد که بر اساس آن، اقتدارات و قدرت حکومتی حکام خودکامه مشروعیت خود را از دست دادند و با شکل گیری جامعه مدنی گرایش به دموکراسی افزایش یافت. محتوای مطالبات مدنی و سیاسی، آغازگر ایجاد « نسل اول حقوق بشر » شد که از لحاظ موضوعی عنوان «حقوق مدنی و سیاسی» را به خود گرفت. موضوعاتی که حقوق و آزادی های که متضمن امنیت و آزادی انسان در برابر قدرت حکومت و سایر افراد می شد؛ نظیر آزادی رفت و آمد، آزادی مسکن، برابری در مقابل قانون و مالکیت و سایر حقوق و آزادی های فردی، همراه با تضمینات کیفی لازم بطور آزادانه برای افراد در نظر گرفته شد. حقوقی که به فرد امکان انتخاب در زمینه شکوفایی رشد خود را می داد؛ نظیر آزادی اندیشه، آزادی بیان و ارتباط، آزادی اجتماعات و تشکل ها و نیز حقوق و آزادی های سیاسی و مشارکت در امور حکومتی. البته برخورداری از این حقوق مستلزم آن بود که حکومت دخالتی در برخورداری از این حقوق و آزادیها نداشته و نیز تکالیف خود را در حمایت از این حقوق در مقابل متخلفین ایفا نماید.

از اینرو با تصویب میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی در سال ۱۹۶۶ میلادی تمام حقوق مدنی و سیاسی مذکور و مندرج در اعلامیه به استثناء حق مالکیت و حق سرپناه، بطور کامل در آن بیان شد.<sup>۱</sup> این میثاق حقوقی چون حقوق زندانیان (ماده ۱۰) و حمایت از اقلیتها (ماده ۲۷) را شامل می شد. همچنین میثاق در خصوص منع تبعیض (بند ۱ ماده ۲ و ماده ۳)، برابری در مقابل قانون و منع حمایت تبعیض آمیز در اجرای قانون (ماده ۲۶) و نیز حق برخورداری از جبران خسارت (ماده ۲) و فهرست مفصلی از حقوق و آزادیهای مدنی و سیاسی متضمن می شد. با اجرای میثاق حقوق مدنی و سیاسی شرایط برای توسعه حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مساعدتر گردید در نتیجه با سهولت بیشتری می توان حقوق مندرج در میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی را به اجرا درآورد.

#### ب) نسل دوم حقوق بشر

در میان اسناد حقوق بشری، میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که گاهی از آن به عنوان سند منعکس کننده حقوق نسل دوم یاد می شود، را می توان از جمله اسناد نسبتاً «جدیدی» محسوب کرد که در کنار میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی و اعلامیه جهانی حقوق بشر جزئی از «منشور بین المللی حقوق بشر» را تشکیل می دهد و همچون سایر اسناد حقوق بشری مبنای حق، آزادی، عدالت و صلح جهانی را بعد از جنگ جهانی دوم بیان می دارد.

گرچه نسل اول حقوق بشر میراث ارزشمندی است که در سایه آزادی و برابری و درگذر از تاریخ استبداد، منزلت انسانی را احیا کرد. اما تجربه نشان داد که این حقوق به تنهایی نمی تواند تمامی حقوق ابنای بشر را دربرگیرد. زیرا اختلافات طبقاتی سنتی و سرمایه داری نظام برابری را برهم می زد در نتیجه آزادی را نیز مخدوش نمود. در نتیجه بازتاب فکری این بحران اجتماعی، اندیشه سوسیالیستی را پدیدار کرد که به نقد

<sup>۱</sup> ازاده طاهری، نظام مبتنی بر معاهدات حقوق بشری سازمان ملل متحد، دانشگاه تهران، ۱۳۸۹، ص ۱۴.

سرمایه داری حاکم بر اقتصاد می پرداخت و استقرار حقوق اقتصادی و اجتماعی را با تاکید بر اصول آزادی، برابری و برادری خواستار می شد.

در تحولات قرن بیستم، جامعه بشری در دو اردوگاه سیاسی شرق (سوسیالیسم) و غرب (لیبرالیسم) شاهد یک جنگ سرد بودند که با وقوع جنگ جهانی دوم و سرانجام تشکیل سازمان ملل و تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر در ۱۹۴۸ میلادی، مجموعه ای از حقوق و آزادی های سنتی (مواد ۱ تا ۲۱) همراه با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (مواد ۲۲ تا ۲۷) مورد توجه قرار گرفت.

در واقع از میان موضوعات و نیازهای اساسی حقوق بشر، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به عنوان یکی از مهمترین تضمین کننده های نیازهای بشر محسوب می شود. به نحویکه سبب ایجاد کنوانسیون خاصی در این زمینه گردید. با تصویب میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که گاهی از آن به عنوان سند منعکس کننده حقوق نسل دوم یاد می شود و با اعلام اختصاری (ICESCR) بیان می شود. میثاق فوق از جمله مهم ترین اسناد بین المللی در حمایت از حقوق بشر بشمار می آید و دارای ابعاد گوناگونی از حقوق و آزادیهای اساسی بشر می باشد. از انجایکه حقوق و آزادی های شخصی یا همان مقوله اول حقوق بشر (حقوق مدنی و سیاسی) بسته به ابتکار عمل افراد و به شرط رعایت ان دیگران نیز می توانند از آن بهره مند شوند. اما برخورداری از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متضمن اصول مربوط به همزیستی و همبستگی است. حقوقی که برعکس مقوله اول تنها با بکارگیری توسط افراد میسر نمی شود. بلکه تامین آنها نیازمند بکارگیری تدابیری است که متکی به اقدامات نمایندگان جامعه و دولت دارد که از طریق قانون اجرایی و اعمال نظارت، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مردم را تامین نمایند.

همچنین حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مستلزم دخالت جدی دست اندرکاران خدمات عمومی، همراه با کمک مالی، حقوقی، سازمانی و اجرایی دولت بود. و پیش بینی می کرد که تحقق حقوق مندرج در آن بطور تدریجی حاصل شود و طرفهای متعهد را ملزم می داشت تا به منظور دستیابی تدریجی

به تحقق کامل حقوق پذیرفته شده در آن را باحداکثر منابع تحت اختیار خود گامهایی را بردارد.<sup>۱</sup> حق برخورداری از سلامتی، آموزش و پرورش، کار، تامین اجتماعی، سطح زندگی شایسته و غیره از جمله این حقوق بودند بنابراین به عنوان مثال دول متعهد درخصوص حق برخورداری از سلامتی بطور قطع و یقین می بایست از طریق تاسیس بیمارستان های مناسب، ارائه دارو و درمان رایگان یا قابل دسترسی، آنهم از طریق هزینه های عمومی شرایط تحقق این حق را فراهم نمایند بنابراین، جهت تامین رفاه اقتصادی و یا آسایش اجتماعی برای همه افراد، دخالت فعال دولت به عنوان یک ضرورت اجتناب ناپذیری در راستای تحقق این حق و ایفای تعهداتش در نظر گرفته شده است.

بنابراین در تحلیل این میثاق می توان اینگونه بیان داشت که متن میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از یک مقدمه و سی و یک ماده که در قالب پنج بخش منفک از هم تشکیل شده است. مقدمه آن مشابه میثاق حقوق مدنی و سیاسی است و به نحوی میثاق را در سیاق منشور سازمان ملل متحد قرار می دهد و همچنین می توان مفاد آن را جزئی از تعریف تعهدات برخاسته از منشور دانست. تعهداتی که بر مبنای «آزادی، صلح و عدالت در جهان» را هستند. بخش اول میثاق تنها از یک ماده تشکیل شده که بر حق همه ملت ها به تعیین سرنوشت خود تأکید دارد و به موجب آن ملت ها می توانند وضعیت سیاسی خود را به طور آزادانه تعیین نمایند و توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود را آزادانه تحقق نمایند. بخش دوم آن شامل مواد دوم تا پنجم می شود که دربردارنده مقرراتی با مضمون کلی بوده و نسبت به تمامی مقررات ماهوی بخش سوم در نظر گرفته شده است. مقررات این بخش عمدتاً شامل تعهدات کلی دولت ها (ماده ۲ بند ۱)، اصل عدم تبعیض (ماده ۲ بند ۲)، تساوی حقوق زن و مرد (ماده ۳) و محدودیت های کلی (مواد ۴ و ۵) می شود. که در این خصوص برعکس میثاق حقوق مدنی و سیاسی اعمال شده است. و به قابل انحراف نبودن از برخی حقوق مندرج هیچ اشاره ای نشده است. بخش سوم میثاق شامل مواد ۶ تا ۱۵

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲، ص ۳۳.

می‌شود که می‌توان آنرا قلب میثاق دانست چراکه در آن حق‌های ماهوی مورد حمایت در میثاق بیان شده است. در ماده ۶ حق بر کار، در ماده ۷ حق بر شرایط منصفانه استخدام، در ماده ۸ حق پیوستن و تشکیل اتحادیه‌های صنفی، در ماده ۹ حق تأمین اجتماعی، در ماده ۱۰ حق حمایت از خانواده، در ماده ۱۱ حق بهره‌مندی از استاندارد کافی زندگی، در ماده ۱۲ حق سلامتی، در ماده ۱۳ و ۱۴ حق آموزش و پرورش و در ماده ۱۵ حق فرهنگ مورد حمایت قرار گرفته و این حقوق را به رسمیت شناخته است.<sup>۱</sup> بخش چهارم که مربوط به تبیین عناصر اصلی نظام نظارتی بر آن می‌باشد، مقرراتی را تدوین نموده که به موجب آن دولتهای عضو ملزم به ارایه گزارشهایی ادواری به سازمان ملل متحد در خصوص اقدامات انجام شده توسط آنها و توسعه‌های صورت گرفته در جهت دستیابی و رعایت حقوق مندرج در این میثاق می‌باشد.

بر خلاف مقررات میثاق حقوق مدنی و سیاسی نظام دریافت شکایت از افراد یا دولتها در این نظام پیش بینی شده است. گزارش‌های دولتها توسط شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد و کمیسیون حقوق بشر مورد بررسی قرار می‌گیرد. بخش پنجم نیز حاوی نکاتی درباره شیوه تصویب و لازم الاجرا شدن میثاق است.<sup>۲</sup> همچنین حمایتی که میثاق از حقوق اقتصادی و در میان گروه‌های خاص به وضعیت زنان و کودکان به عمل آورده گسترده و کلی می‌باشد. همچنین میثاق در خصوص موضوعاتی چون تابعیت، ناتوانی و سلامتی دارای گرایش جنسیتی نیز می‌باشد.

---

<sup>۱</sup>. Nihal jayawickrama , The judicial Application of Human Rights Law,2002,pp.56-61

<sup>۲</sup> در بخش پنجم، ماده ۲۶ میثاق را جهت امضای هر دولت عضو سازمان ملل متحد، اعضای کارگزاری‌های تخصصی یا دولت عضو اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری مفتوح می‌داند. همچنین دولتهایی که مجمع عمومی از آنان دعوت نموده نیز می‌توانند عضو میثاق شوند. ماده ۲۷ میثاق را پس از تودیع سی و پنجمین سند تصویب با الحاق نزد دبیر کل سازمان ملل لازم الاجرا می‌داند. ماده ۲۸ هم ناظر به اعمال و اجرای مقررات میثاق نسبت به تمامی اجزای دولت‌های فدرال بدون محدودیت یا استثناء است. ماده ۲۹ هم ناظر به روند اصلاح مقررات میثاق بوده و ماده ۳۱ هم در مورد زبانهای معتبر در میثاق است. (چینی، انگلیسی، فرانسه، روسی و اسپانیایی).

به هر حال، پایه و مبنای حقوق مدنی و سیاسی، که به عنوان کانون توجه در مرحله نخست تحول حقوق بشر قرار گرفت، اصل آزادی بشر را بیان می داشت.<sup>۱</sup> این پایه و مبنا در مرحله دوم یا همان حقوق نسل دوم، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، که کانون توجه دولتها، بویژه دولتهای سوسیالیستی و جهان سوم، قرار گرفت، اصل برابری بود. روند رو به گسترش انسانی شدن حقوق بین الملل و بین المللی شدن حقوق بشر این حقوق را وارد مرحله دیگری یعنی ظهور حقوق جمعی یا نسل سوم حقوق بشر نمود که در زیر به شرح آن می پردازیم.

### ج) نسل سوم حقوق بشر

نهضت بین المللی حقوق بشر و تقویت آن در جلوه های مختلف از سال ۱۹۴۵ میلادی به بعد موجب ایده های جدید سیاسی و اجتماعی گردید که متمایز از مجموعه حقوق مندرج در دو نسل بود. در واقع تفاوت های سنتی بین حقوق نسل اول و دوم از لحاظ افزایش شناسایی، به نظر مطابق با چیزی است که گاهی اوقات از آن با عنوان حقوق نسل سوم یاد می شود. حقوق گروهی یا جمعی شامل حق تعیین سرنوشت<sup>۲</sup>، حق توسعه<sup>۳</sup>، حق افراد و حق حمایت از محیط زیست است. گسترش چنین حقوق نسل سومی تعهدات قانونی مثبتی را بر دولتها تحمیل می کند، اما آنها یک ارزش نسبتا نمادی بودند و اهمیت رشد آن به سبب توجه ملتهای آفریقایی آسیایی بود که به عنوان قربانیان مستعمراتی که قادر نبودند در تصویب اعلامیه جهانی و کنوانسیون بین المللی ۱۹۶۶ میلادی به طریقی نفوذ کنند را منعکس می کرد.<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، همان منبع، ص ۵۰.

<sup>۲</sup> اصل تعیین سرنوشت از یک مفهوم فلسفی به یک مفهوم سیاسی در روابط بین الملل تبدیل شده که اکنون در حقوق بین الملل یک اصل اساسی و به عنوان جنبه ای از حقوق بشر توسعه یافته است.

<sup>۳</sup> UN, The United Nations and Human Rights, 1945-1995, p.205.

<sup>۴</sup> حقوق نسل سوم که به نوعی ملزم به حق تعیین سرنوشت می باشد در رابطه با سرزمینهای استعماری دربردارنده قاعده عرفی حقوق بین الملل می باشد:

The Nabibia case(1971)Icj Rep16.

طرفداری اکثر ملل آفریقایی و آسیایی از حقوق نسل سوم به طور جدی با بی تفاوتی و بی علافگی بسیاری از دولتهای غربی مقابله کرده است. کنفرانس جهانی وین درباره حقوق بشر به منظور تلاش برای پیدا کردن برخی دلیل معمول در ژوئن ۱۹۹۳ میلادی برگزار شد. و نمایندگان دول جهانی پذیرفتند که حقوق بشر «بهم مرتبط» اند و در همین خصوص با تاکید مشابه پذیرفتند که کمیته بین المللی بطور کلی می بایست حقوق بشر را به شیوه برابر و منصفانه ای اعمال نماید.<sup>۱</sup> بنابراین حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید به همان نسبت حقوق مدنی و سیاسی در نظر گرفته می شد به نحویکه پیشنهاد حمایتی تعدادی از کشورهای جهان سوم با کمترین حق توسعه اقتصادی مبنی بر اینکه حقوق بشر گاهی از این مسائل خارج است را در خود داشته باشد،<sup>۲</sup> و کنفرانس جهانی پذیرفت که حق توسعه یک حق «جهانی و انتقال ناپذیر و جز مکمل بنیادین حقوق بشر» است.

این حقوق متمایز که به ابتکار سازمان ملل پدیدار گشت همان نسل سوم حقوق بشر یا «حق همبستگی» بود. حق بر صلح، حق بر توسعه، حق بر محیط زیست سالم از جمله حقوق شناخته شده بین المللی این نسل به شمار می رود. این حقوق از یکسو مورد انتظار هر فرد در مقابل قدرت عمومی است و از سوی دیگر مورد توجه قدرت عمومی دولتی یا غیر دولتی نیز قرار می گرفت. اگرچه هیچ یک از این حقوق در اسنادی با قابلیت ضمانت اجرایی در نظر گرفته نشدند ولیکن در سطح منطقه ای چون منشور آفریقایی حقوق بشر (مواد ۲۲-۲۴) می توان شاهد ضمانت اجرایی بر این حقوق بود.

در مجموع حقوق جمعی مکمل حقوق مورد توجه دو نسل قبل است و بر پایه همبستگی هرچه بیشتر انسانها و دولتها قرار دارد که موجبات حمایت جهانی از حقوق بشر را فراهم آورد. در واقع نمی توان فهرست جامع و مانعی از مصادیق و اشکال مختلف این حقوق ارائه داد چراکه نمونه های ذکر شده در آن

<sup>۱</sup> Vienna Declaration and Programme of Action UN D A,49,668(1993),Pt1,para5,adopted 25 June 1993.

<sup>۲</sup>see. Lui Huaqiu, Chinese Vice Minister of Foreign Affairs, 15 June 1993, UN Press Release HR, VIE, 10.13.in

Hegarty, Angela, Leonard, Siobhan, Human Rights: an agenda for the 21<sup>st</sup> century, 1999.



بیشتر غایت زندگی اجتماعی انسان را به تصویر می کشد و پیش نیاز یک زندگی مطلوب را بیان می دارد. پیش نیازهایی که همواره در حال تغییر و تحول اند. چراکه انسان در بعد زندگی فردی و اجتماعی خود به سوی کمال می رود، کمالی که در هر دوره از زندگی تکاملی بشر متناسب با الزامات و مقتضیات همان دوره می باشد. از اینرو مصادیق حقوق جمعی بشر را نباید به این موارد محدود نمود.

بنابر این با صحه ای که همه کشورها بر وجود ارتباط متقابل بین نسلهای سه گانه حقوق بشر در کنفرانس جهانی حقوق بشر وین ۱۹۹۳ میلادی گذاشتند، همچنین با تصریح این امر از سوی دبیرکل سازمان ملل و کمیساریای عالی حقوق بشر و با منطق جهانی شدن، موجبات تسهیل این حقوق بیش از پیش مورد تاکید قرار گرفته است.

#### گفتار دوم: تحلیلی بر حقوق بشر

درخصوص تحلیل حقوق بشر باید گفت شاید بین حقوق نسل اول و دوم تفاوت کمی وجود داشته باشد. شکل این حقوق توسط دول غربی و بعداً توسط دولتهای کمونیستی در نظر گرفته شده بود. حقوق نسل اول بطور اصولی از سنت آزادی غربی نشأت گرفته<sup>۱</sup> در حالیکه حقوق نسل دوم بطور اصولی از تئوری مارکسیست پایه گذاری شده است.<sup>۲</sup> که تمام این موارد را می توان در دو کنوانسیون ۱۹۶۶ میلادی مشاهده کرد. حقوق نسل اول ارائه شده تمایل به اجرای فوری توسط دولتها را داشت در حالیکه حقوق نسل دوم تنها با قبول توسعه تدریجی آنها از طریق قدرت اقتصادی دولتها بوجود می آمد.<sup>۳</sup>

علی رغم این تفاوت رویه، ایجاد طبقه بندی دقیقی بین حقوق مدنی و سیاسی از یک سو و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از سوی دیگر چندان آسان به نظر نمی آمد. گرچه این رویه دارای استثناء نیز

<sup>۲</sup>.,see Shestack,J,The jurisprudence of Human Rights, in op cit, Meron, fn 5,pp75-80,85-97said by. Eide, Asbyorn- Krause, Catarina - Allen Rosas , Economic, Social and Cultural Right's as Human Rights, 2001,p171.

<sup>۳</sup>. Szabo,A, Historical Foundations of human right,in Vasak,k and Alston, P(eds),The international Dimensions of Human Rights, 1982 ,Westport,CT:Green wood,vol2 said by. Eide, Asbyorn,p171,.

<sup>۴</sup>., the obligation under Arts2(1) of the ICESCR,under Art 2(1)of the ICCPR.

می باشد. تعهدات وضع شده در حقوق مدنی و سیاسی که تنها دربردارنده افعال منفی یا به نوعی بر ترک فعل تاکید داشتند (دولتها نمی کشند، شکنجه نمی کنند و غیره) در حالیکه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، وظایف دولتها را با اقدامات مثبت (مقرر داشتن حق مسکن، آموزش، کار، سلامت و غیره برای شهروندان خود) جایگزین کرده بود. و رویهم رفته حقوق مدنی و سیاسی تضمین می کردند که دولتها می بایست یکسری قوانین و بودجه ای را برای یک سیستم حقوقی جهت تهیه قوانینی چون قانونی برای محاکمه عادلانه، ساخت نهاد دادگاه، قاضی آموزش دیده وضع نمایند تا هدف قانون برای کسانی که قادر به داشتن وکیل نیستند و یا زبان دادگاه را درک نمی کردند، فراهم آید.<sup>۱</sup> و بطور مشابه در برخی حقوق اقتصادی، اجتماعی قوانینی چون آزادی افراد برای الحاق به یک واحد تجاری<sup>۲</sup> که کمتر شامل قاعده عدم دخالت دولتی بود را دربرداشت. بنابراین تا اندازه ای قانونگذاران بین المللی همزمان پذیرفتند که واقعیت حقوق مدنی و سیاسی بدون ترکیب با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کامل نخواهد شد<sup>۳</sup> و در واقع تمام حقوق بشر قابل تقسیم و مستقل از هم نمی باشند.<sup>۴</sup> همچنین متن موافق میثاقین فوق تحت تاثیر اعلامیه جهانی، سطح وسیعی از موضوعاتی نظیر حقوق اقلیتها<sup>۵</sup>، حقوق زنان<sup>۶</sup>، حق آموزش<sup>۷</sup> و راههای تکمیل و بیان حقوق بشر<sup>۸</sup> را تحت پوشش قرار داده است.

<sup>1</sup> . on the European Social charter generally, see Harris, D, the European Social charter, 1984, chorlottesville, 5A; Virginia up ,in Hegarty, Angela, Leonard, Siobhan, Human Rights: an agenda for the 21<sup>st</sup> century, Cavendish publishing, 1999.

<sup>2</sup> . See UN Doc A,40,c3,36(1985),p5 said by; Hegarty, Angela,p191.

<sup>3</sup> . 1998) the Times,16 march,p13.

<sup>4</sup> .,Franck, T, "Ls personal Freedom a Western value?"(1997)91 AJIL593,P624,said by; Hegarty, Angela p191.

<sup>5</sup> .Vienna Declaration 1993,pt1.para10 said by; Hegarty, Angela,p191.

<sup>6</sup> .Ibid, para s25-27 said by; Hegarty, Angela,p191.

<sup>7</sup> . Ibid, para s36-44 said by; Hegarty, Angela,p191.

<sup>8</sup> . Ibid, para s78-82 said by; Hegarty, Angela,p191..

## مبحث دوم: ماهیت حق بر سلامت

از میان حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حقوق های مربوط به کار، شرایط عادلانه اشتغال، تامین اجتماعی، سلامتی، آموزش و پرورش و فرهنگ، آن گونه که در متن میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آمده است، و به عنوان جزء جدایی ناپذیر از مجموعه حقوق بشر در سطح بین المللی مورد شناسایی قرار گرفته است. توجه به وضعیت سلامت به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشر که نه تنها در بردارنده نیازهای اساسی فرد است بلکه تضمینی برای رفع نیازهای سایر افراد جامعه نیز به شمار می رود لحاظ حائز اهمیت می باشد. حقی که هر یک از افراد می بایست از آن بهره مند گردند و در دستیابی به برخورداری از حق های رفاهی می تواند نقش موثری را ایفا نماید. از اینرو میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی به عنوان یکی از مهمترین اسناد بین المللی در حمایت از حقوق بشر در توسعه مفاهیم حق های از این قبیل که آشکارا رفاه گرا هستند، نقش مهمی را ایفا می کند. حقی که برخورداری از آن متضمن اصول همزیستی و همبستگی می باشد. بدین معنی که در اعمال سایر حق های بشری امری اجتناب ناپذیر می باشد. از اینرو حق برخورداری از یک جامعه سالم و مترقی در گرو پیشرفت وضعیت سلامت افراد آن به خصوص زنان به جهت اهمیت نقش شان در جامعه می باشد. در واقع حق بر سلامت جسمی و روانی و تحقق آن از جمله تعهدات دول عضو می باشد که می بایست انرا نسبت به افراد و گروه های خاص ایفا نماید، بحثی که پژوهش فوق درصدد بیان آن می باشد. لذا به منظور داشتن درک بهتری از این موضوع، مناسب است که به ماهیت سلامت و تاریخچه و ابعاد آن پرداخته شود.

گفتار اول: حق بر سلامت<sup>1</sup>

حق بر سلامت یک حق جمعی است که به عنوان یکی از بنیادی ترین حق های بشری در چندین سند حقوقی بین المللی به رسمیت شناخته شده است. میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در

---

<sup>1</sup>. The Right to Health.

ماده ۱۲ جامعتر از هر سند دیگری به این حق پرداخته است. سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، فکری و اجتماعی هر فرد از بدو تولد تا مرگ می‌باشد و در واقع سلامت، فرد را در تمام طول زندگی، در ابعاد مختلف دربرمی‌گیرد. البته حق بر سلامت هر چیزی که شامل سلامتی باشد را تحت پوشش قرار نمی‌دهد بلکه حق بر سلامتی بخشی از حقوق بشر است که در آن حمایت از سلامتی افراد اهمیت خاصی دارد. در واقع حق بر سلامت برای تحقق سایر حق‌های بشری ضروری می‌باشد و جزئی جدانشدنی و ذاتی از کرامت انسانی را تشکیل می‌دهد. این حق، حقی است که برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی را برای افراد در نظر می‌گیرد از این جهت که در توسعه و رشد فرد و جامعه می‌تواند موثر واقع شود.

گرچه ما همواره حق بر سلامت را مرتبط با مراقبتهای بهداشتی و بیمارستانها می‌دانیم، هرچند که این تصور درست می‌باشد، اما حق بر سلامت گستره و سطح وسیعی از عواملی و ابعادی را در بر می‌گیرد که می‌تواند ما را در داشتن زندگی سالم کمک نماید. در واقع توجه به سلامت فردی، ذهنی و اجتماعی این مفهوم را در ذهن تداعی می‌کند که شرط مهمی برای موجودیت و سالم بودن بشر است. برخورداری از سلامت یعنی همان برخورداری از ابعاد سلامتی است. سلامتی که می‌تواند در معانی گوناگونی بیان شود. از اینرو قبل از پرداختن به حق بر سلامت، بیان مفهومی از سلامت ضرورت پیدا می‌کند.

#### الف) مفهوم سلامت

سلامتی به عنوان یک مفهوم قابل لمس در بین مردم به شمار می‌رود. از اینرو به سختی می‌توان آنرا در قالب لغات بیان نمود. سازمان بهداشت جهانی با ارائه تعریفی از سلامت برای نخستین بار بیان داشت که «سلامتی حالتی از رفاه کامل روانی، جسمانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» می‌باشد. این تعریف از سلامتی با توجه به اینکه عناصر ضروری سلامت را تعیین می‌کند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در واقع این تعریف شامل این مسئله می‌شود که سلامتی یک مفهوم کلی و مستلزم تعاملی بین این

اجزای مختلف می باشد. از اینرو سلامت را می توان اینگونه نیز بیان داشت که حالتی عملی که دستیابی به سایر اهداف و فعالیتها را ممکن می سازد. رفاه، آسایش و تمایز بین سلامت جسمانی و روانی در طبقات اجتماعی، فرهنگی و گروه های قومی و مذهبی متفاوت از هم می باشند. و همچنین بر طبق تعریف اخیر سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۶ میلادی، می توان سلامتی را منبعی برای زندگی روزمره و نه هدف زندگی به شمار آورد. بدین معنی که سلامتی مطلوب نباید هدف زندگی قرار گیرد بلکه بیشتر وسیله ای برای فرد است تا به اهدافش در زندگی دست یابد.

از آنجاییکه سلامتی به عنوان یک مفهوم جامع در نظر گرفته می شود در بردارنده اجزایی چون روانی، جسمانی و اجتماعی می باشد که به صورت حالتی از بودن این ابعاد در یک فرد را شامل می شود. در واقع می توان گفت که سطوح مختلفی از سلامتی وجود دارد و دامنه آن می تواند از ضعیف تا برخوردار از یک سلامت مطلوب گسترده شود. بنابراین یک شخص می تواند در حالتی از سلامتی خوب یا حالتی از سلامتی ضعیف یا هر جایی بین این دو قرار داشته باشد. از اینرو جهت درک کاملتری از معنی سلامت، دانستن هریک از اجزای منفرد سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار است.

#### ۱- ابعاد سلامت

همانطور که از تعریف سلامت بر می آید سلامت تنها شامل بیماری و فاقد سلامتی نمی باشد بلکه به معنای برخوردار از وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می باشد که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می شود. با این تعریف در می یابیم که سلامتی دارای ابعاد مختلفی چون روانی و جسمانی و اجتماعی می باشد. در واقع شمار واقعی اجزای سلامت، همواره مورد چالش قرار گرفته است. اما سازمان بهداشت جهانی به سه جزئی آن در تعریف خود پرداخته است.

از اینرو سلامت جسمانی را می توان اینگونه بیان داشت که شامل فقدان بیماری یا ناتوانی، عملکرد کافی از منظر تواناییهای جسمانی و فیزیکی، تمامیت زیست شناختی فرد می باشد. سلامت روانی یعنی برخوردار

از سلامت عاطفی، قابلیت عقلایی و درک ذهنی مطلوب در فرد است. چراکه سلامت روانی چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری است. به گونه‌ای دیگر می‌توان گفت بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را بازمی‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده و از نظر شغلی مفید و سازنده باشد. و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. بهداشت روانی افراد متأثر از عوامل متعددی است، اگرچه این عوامل به‌صورت جداگانه مورد مطالعه قرار می‌گیرند ولی در واقع این موضوع چندوجهی متأثر از یکدیگر اند. بدین معنی که افراد به‌علت شرایط محیطی یا عوامل فردی تعادل و آرامش روحی‌شان دچار تغییراتی می‌شود و هرچه شدت این عوامل زیادتر باشد، تأثیر و تهدیدش بر سلامت جسمی و یا اجتماعی بیشتر خواهد بود. عواملی همچون عدم برآورده شدن نیازهای اولیه، ناکامی، استرس، یادگیری، مسائل اجتماعی و رسانه‌های جمعی و... از عمده‌ترین تأثیرگذاران بر بهداشت روانی در فرد می‌باشند. همچنین درخصوص سلامت اجتماعی باید گفت به معنی توانایی تعامل موثر با افراد دیگر و محیط اجتماعی، رضایتمندی از روابط بین فردی و ایفای نقش در جامعه می‌باشد. در واقع دستیابی به سلامتی یعنی برخورداری از هریک از این اجزای سلامتی که به نوعی هر یک از این ابعاد نیز برهم تأثیر گذارند یعنی می‌تواند بر سایر ابعاد سلامتی در سطوح مختلفی چون سلامت خانواده و جامعه و حتل اقتصاد(توسعه) نیز موثر واقع شود. ازاینرو دستیابی به سلامتی که به وضعیت گروه معینی از افراد چون زنان نظر دارد، و اعمال و شرایطی را طلب می‌کند که در جهت حفظ و بهبود سلامتی کل جامعه موثر باشد. حال با دانستن مفهوم سلامت و ابعاد آن جادارد به این امر توجه شود که چگونه سلامت به عنوان حقوق بشری در نظر گرفته شد و تاریخچه آن از کجا آغاز می‌شود تا از این رهگذر بتوان به حق بر سلامت و نیز تحقق و ارتقا ان دست یافت.

## ۲- تاریخچه سلامت به عنوان حقوق بشر

خیلی پیش تر از عصر ثبت تاریخ بشر، جوامع اقداماتی را در جهت افزایش سلامت جمعیت خود اتخاذ نموده بودند.<sup>۱</sup> درک معمول بشر در حمایت از بحث افزایش سلامت عمومی حاکی از آن بود که می بایست شرایط بهداشت افزایش یابد و فقر نیز ریشه کن گردد. ۲۰۰۰ سال قبل از میلاد برای افزایش (علم) بهداشت از طریق عرضه آب و سیستم لوله کشی در شهرها اقداماتی اتخاذ شده بود.<sup>۲</sup>

اگرچه این پایه ریزی در قرن حاضر لحاظ می شود ولی سلامت عمومی امروزی بیشتر در طی انقلاب صنعتی اروپا در قرن نوزدهم ایجاد شد.<sup>۳</sup> جامعه صنعتی احاطه شده با کار و شرایط زندگی ناسالم با مشکل سلامتی جدی که نیازمند اقدامات عمومی سلامتی بود، روبرو شد. گام مهم در سلامت عمومی از انگلستان بوجود آمد مبنی بر اینکه پذیرش عمل سلامت عمومی را در چارچوبی وسیع سلامتی را امکان پذیر کرد.<sup>۴</sup>

توسعه مهم دیگر مربوط به سازمان اصلی کنفرانس بین المللی تجهیزات بهداشتی در نیمه دوم قرن نوزدهم در اروپا بود. توسعه تجارت و حمل و نقل نیازمند پیشگیری بیماری قابل انتقال برای همکاری در سطح بین الملل بود. البته افزایش سلامت عمومی هدف نهایی کنفرانسی برای حمایت از دولتهای اروپایی در مقابل بیماری های خارجی ناشناخته بود.<sup>۵</sup> روند مشابه دیگر در شکل پذیرش حقوق اساسی اجتماعی در قانون اساسی داخلی خود را نشان داد. که یک عامل مهم برای آگاهی اجتماعی در پایان قرن نوزدهم به شمار می رفت.<sup>۶</sup> البته برخی دولتها در خصوص درج حقوق اجتماعی در قانون اساسی شان کاملاً سکوت کرده بودند.<sup>۷</sup>

<sup>1</sup> Eide, Asbyorn, **Economic, Social and Cultural Right's as Human Rights**, 1993, pp.2-3.

<sup>۲</sup> اولین فعالیتهای بهداشتی را می توان در مصر باستان، هند و در جوامع اینکاها مشاهده کرد که ابزارهایی را برای تاسیسات آب آشامیدنی و سیستم های فاضلاب ایجاد نموده بودند.

G. Rosen.op. cit,pp.1-2.

<sup>3</sup> G. Rosen.op. cit.p.170 also R.Roemer.loc.cit.(note3),p.18. said by; Eide, Asbyorn , ,p171.

<sup>4</sup> Ibid G. Rosen.op. cit..p.176 said by; Eide, Asbyorn , ,p171.

<sup>5</sup> H.D. C. Roscam Abbing, op. cit.(note3),p.91 said by; Eide, Asbyorn- Krause, Catarina - Allen Rosasp171.

<sup>6</sup> , H. J.J. Leenen, **Basic Social Rights and Health Care**,1966,p.86<sup>6</sup>said by. Eide, Asbyorn.

<sup>7</sup> . Ibid, H. J.J. Leenen.,pp.14&79. said by. Eide, Asbyorn .

در سطح بین الملل، این امر توسط تعریف حقوق بشر در سازمان ملل بعد از جنگ جهانی دوم شکل گرفت.<sup>۱</sup> رئیس جمهور آمریکا (روزولت) در چهارمین سخنرانی خود در سال ۱۹۴۱ میلادی حقوق اجتماعی را به همراه حقوق مدنی و سیاسی به رسمیت شناخت. او خواستن آزادی را زمینه ای برای به رسمیت شناختن حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در معاهدات بین المللی حقوق بشری بیان داشت.<sup>۲</sup> شکل گیری محض سلامت به عنوان حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کنفرانس سازمان ملل در سازمان های بین المللی در سان فرانسیسکو در سال ۱۹۴۵ میلادی آغاز شد.<sup>۳</sup> تصویب نامه ویژه ای که بیان می داشت "پزشکی یکی از پایه های صلح است" منجر شد که سلامت در منشور سازمان ملل وارد شود. اولین سازمانی که بطور صریح در شکل گیری «حق بر سلامت» نقش داشت و آنرا پذیرفت، سازمان بهداشت جهانی بود که در مقدمه اساسنامه خود دو سال قبل از اینکه اعلامیه جهانی حقوق بشر اعلام شود، در سال ۱۹۴۶ میلادی به وضوح بیان داشت که «... بهره مندی از بالاترین حد قابل حصول سلامتی، یکی از حقوق بنیادی هر انسانی بدون هیچ گونه تبعیض نژادی، مذهبی، سیاسی، اقتصادی یا شرایط اجتماعی است».<sup>۴</sup>

با تصویب لایحه بین المللی حقوق بشر، تعدادی از سازمان های ملل متحد از طریق تمامی دول عضو منشور متعهد شدند در فعالیتهایی نظیر تضمین و تجزیه و تحلیل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشارکت نمایند. از جمله این سازمانها می توان به مجمع عمومی شورای اقتصادی و اجتماعی، کمیسیون حقوق بشر، کمیسیون فرعی منع تبعیض و حمایت از اقلیتها و کمیسیون وضع زنان اشاره کرد. به علاوه چندین آژانس تخصصی نظیر سازمان بین الملل کار، سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی سازمان ملل، سازمان خوارو بار کشاورزی و سازمان بهداشت جهانی در این راستا طبق مقررات خاص اساسنامه خود

---

مکزیک اولین کشوری بود که حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی را در قوانین خود جای داد.

<sup>1</sup> Ibid G. Rosen, pp.89-90. said by. Eide, Asbyorn.

<sup>۲</sup> . روزولت در ۶ ژانویه ۱۹۴۱ در کنگره چهار نوع آزادی؛ آزادی بیان، آزادی مذهب، رهایی از ترس و رهایی از هر نیازمندی را مطرح کرد. از میان این آزادی ها؛ رهایی از ترس و رهایی از هر نیازمندی، اساس شکل گیری سازمان ملل در سال ۱۹۴۵ قرار گرفت.

<sup>3</sup> World Health Organization, The First Ten Years of the World Health Organization, 1958, p. 38.

<sup>۴</sup> . اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در ۲۲ جولای ۱۹۴۶ در نیویورک امضا گردید و در ۷ آوریل ۱۹۴۸ لازم الاجرا شد.



مشارکت نمودند. با پذیرش میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توسط مجمع عمومی در ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ میلادی و لازم الاجرا شدن آن در ۳ ژانویه ۱۹۷۶ میلادی، شورای اقتصادی اجتماعی تلاش نمود روشهای موثری را جهت نظارت بر اعمال این مقررات ایجاد نماید. کنفرانس بین المللی حقوق بشر با توجه به اعلامیه تهران<sup>۱</sup> که در آن حصول کامل حقوق مدنی سیاسی را بدون اجرای حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی غیر ممکن می دانست و دغدغه خود را درخصوص تکمیل حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در بسیاری از کشورهای جهان بیان می داشت در قطعنامه ۱۹۸۵/۴۲ در مارس ۱۹۸۵ میلادی مجدداً کمیسیون حقوق بشر را نامگذاری کرد. حس پیشرفت و اجرا حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و نیز موانع بر سر تحلیل آن در چارچوب سیستم ملل متحد مورد توجه کافی قرار نگرفت. از اینرو کمیسیون حقوق بشر از تمام دول عضو خواست تا یک سیاست مستقیمی را جهت اجرای این حقوق دنبال نمایند. در این زمینه از یک کمیسیون فرعی خواسته شد تا گزارشی از مسائل و سیاستها<sup>۲</sup> و روندها و موضوعات خاص چون حق بر غذا، حق رفاه اجتماعی ارائه دهد. همچنین کمیسیون از سازمان بین المللی کار، سازمان بین المللی خوارو بار کشاورزی، یونسکو و بهداشت جهانی گزارشی درباره وضعیت اجرا حق بر غذا، سلامت، آموزش و کار دریافت کرد.<sup>۳</sup> در سالهای بعد در قطعنامه ۱۹۸۷/۲۰ مارس ۱۹۸۷ میلادی خاطر نشان کرد که احترام به حقوق مرتبط با میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کاملاً شبیه به توسعه است و نیازمند توانایی بشر در مشارکت فعال در تصمیم گیری ها و توزیع عادلانه منافع توسعه است. همزمان با آن از کمیسیون فرعی منع تبعیض و حمایت از اقلیتها خواسته شد تا پیشنهاداتی درخصوص نحوه اجرای موثر تر مقررات میثاق ارائه دهد.

<sup>1</sup>. final Act of the International Conference on Human Rights, Tehran, 22 April-13 May 1986. said by. United Nations Action in the field of Human rights united nation, New York, 1988 p.163.

<sup>2</sup>. United Nation publication, sales, No. E. 75. XIV.2, part six, chaps. II and III. said by. said by. United Nations Action in the field of Human rights united nation p.163.

<sup>3</sup>. E/CN.4/1986/38 and Corr.1&1-3. . said by. United Nations Action in the field of Human rights united nation p.163.

سپس از آنجاییکه تاسیسات سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی در خصوص موضوعات مرتبط با حق بر سلامت همکاری نزدیکی داشتند، در سال ۱۹۸۱ میلادی مجمع عمومی سازمان ملل استراتژی جهانی بهداشت برای همه را در سال ۲۰۰۰ میلادی، که توسط مجمع بهداشت جهانی زودتر پذیرفته شد، راتصدیق کرد. در سال ۱۹۸۲ میلادی مجمع عمومی اصول علم(اخلاق) دارویی مرتبط با نقش پرسنل سلامتی بویژه پزشکان را در حمایت از زندانیان و رها ساختن از هرگونه شکنجه و سایر اعمال بیرحمانه و غیر انسانی را پذیرفت. از اینرو در اسناد مختلف تحت نظر سازمان ملل موادی را در این خصوص در نظر گرفتند.

#### ب) تعریف حق بر سلامت

برای مفهوم و تعریف سلامت به عنوان حقی بشری، نظیر برخی مباحث و مسایل بسیار مبهم و اختلافی است. اصطلاحات متفاوت و متعددی جهت سلامتی به عنوان حقی بشری به کار گرفته شده‌اند که از جمله آنها می‌توان به «حق بر سلامت»<sup>۱</sup>، «حق بر مراقبتهای پزشکی»<sup>۲</sup>، «حق بر حمایت از سلامتی»<sup>۳</sup> و در یک مفهوم گسترده تر با عنوان «حقوق سلامت»<sup>۴</sup> اشاره نمود. اما در سطح ملل متحد اغلب از اصطلاح گسترده‌تری با عنوان «حق بر سلامتی» استفاده می‌شود. که در میان سایر معانی مرتبط با مقررات و تعهدات بین‌المللی بهترین معنی به شمار می‌رود چراکه حق بر سلامت نه تنها شامل خدمات مراقبتهای بهداشتی بلکه حق بر تعدادی از پیش شرط‌های سلامتی را مانند آب آشامیدنی سالم، تجهیزات پزشکی مناسب، سلامت محیط

<sup>1</sup>. V. A. Leary, "Implications of a Right to Health", in: K.E. Mahoney and Mahoney (eds.), Human Rights in the Twenty-First Century, 1993, pp.481-493; and P.A. Mmolinari, The Rights to Health: From the Solemnity of Declarations to the Challenges of Practice, International Digest of Health Legislation (1998), pp.49-60.

<sup>2</sup>. R. Roener, the Right to Health Care: Gains and Gaps, Vol.78, No.3 (1993), pp.241-247; and H.D. C. Roscam Abbing, International Organizations in Europe and the Right to Health Care, 1979, said by; Ibid, Eide, Asbyorn 2001.

<sup>۳</sup> می‌توان این واژه را در ماده ۱۱ منشور اجتماعی اروپایی یافت.

<sup>4</sup>. See K. Tomasevski, Right to Health., in : A. Eide et al. (eds.), Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook, 1995, pp.125-143, said by; Ibid, Eide, Asbyorn 2001.

زیست و سلامت شغلی می شود.<sup>1</sup> در نظر اول حق بر سلامتی ممکنه معانی متفاوتی دهد. این امر ممکن حق بر سالم بودن مانند ادعا بر هر چیز مورد نیاز در جهت کسب یا اعتلای کامل سلامتی معنی شود. از سوی دیگر حق بر سلامت ممکن ما را به سمت حق بر زندگی مدنی و سیاسی سوق دهد. از آنجائیکه واژه «حق بر زندگی» حق به زندگی ابدی را بیان نمی دارد بلکه می تواند به عنوان بیان مختصری در اکثر متون پایه ای و اساسی که بیشتر نشأت گرفته از رویه قضایی بین المللی و داخلی می باشد، مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین با وجود شناسایی حق بر سلامتی، معنی و مفهوم محتوای این حق به طور کامل روشن نبوده و تبیین حق مزبور امری دشوار و پیچیده است. زیرا تعبیر «حق بر سلامتی»، تعبیری نارسا بوده و از طرفی مسأله سلامتی نیز امری نسبی و اضافی است که نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار متفاوت می شود. سلامتی را در معنای مضیق می توان به کارکرد متعارف و صحیح یک عضو به دور از بیماری یا ناهنجاری اطلاق نمود در حالی که در معنای موسع، سلامتی به معنای داشتن وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می گردد. از طرفی نمی توان گفت شخصی که به بیماری مبتلا شده، سلامتی خود را از دست داده، زیرا بیماری هم ممکن است جنبه‌ی موقت یا ناپایدار داشته باشد و یا امری طبیعی باشد که در برخی شرایط نسبت به برخی افراد عارض شده باشد. هر چند می توان سلامتی را به معنی فقدان بیماری مستمر دانست اما بدیهی است که سلامتی، وضعیت و حالتی است که نمی توان آن را تضمین کرد یا به کسی داد. از طرف دیگر، از دست دادن سلامتی گاه با اعمال ارادی خود فرد صورت می پذیرد (نظیر استعمال دخانیات، مصرف الکل و ...) و گاه در نتیجه اعمال دیگران محقق می شود. بنابراین حق بر سلامتی را نباید به حق بر سالم بودن، مریض نشدن یا نبودن، ناتوان نشدن و ... تعریف کرد. اختلاف در تعابیر مربوط به این حق نیز تا حدودی از همین اختلافات ناشی می -

---

<sup>1</sup> see. B. C. A. Toebes, The Right to Health as a Human Right in International Law, 1999, p. 16. said by; **United Nations Action in the field of Human rights united nation**, New York, 1988 p. 172.

شود اما با این حال اصطلاح «حق بر سلامتی» به جهت مفهوم گسترده‌ای که دارد و شامل سایر تعبیر نیز می‌گردد، کاربردی عمومی‌تر نیز در سطح بین‌المللی یافته و بر سایر اصطلاحات ترجیح داده می‌شود. حوزه‌های مربوط به سلامتی نیز متنوع بوده و دارای ابعاد گوناگونی است و این امر نیز عاملی برای دشواری تعریف حق مزبور شده است. در اکثر اسناد حقوق بشر عمدتاً از سلامت جسمی و روانی و بعضاً از سلامت معنوی و اجتماعی حمایت شده است.

بر فرض که دستیابی به توافقی نسبی درباره سلامت جسمی مقدور باشد، توافق بر سایر ابعاد سلامتی نظیر سلامت روحی یا روانی امری بسیار دشوار است و معیار واحد و روشنی برای آن وجود ندارد. از طرفی حوزه‌های بسیار متنوع و متعددی در تحقق و تداوم وضعیت سلامتی و توانایی و متأثر ساختن و تهدید آن دخیل اند نظیر محیط زیست سالم، آب سالم، تغذیه سالم، شرایط کاری و حرفه‌ای نظافت، بهداشت و ... که چنین امری موجب ارتباط تنگاتنگ حق سلامتی با سایر حقوق بشری نظیر حق حیات، حق بر غذا، مسکن و ... بوده و علاوه بر این وضعیت حق مزبور را بسیار شکننده و لرزان نموده که همواره در معرض تهدید و آسیب است و این امور نیز به دشواری تعریف سلامتی و حق مزبور دامن زده است.

در کل می‌توان گفت حق بر سلامتی در بردارنده آزادی‌ها و استحقاقات است. این آزادی‌ها شامل حق بر آزاد بودن از هر رفتار دارویی غیر مجاز مانند آزمایشات و تحقیقات دارویی و یا نازایی اجباری است از هرگونه شکنجه و سایر رفتار و تبعیضات غیر انسانی و ظالمانه آزاد بودن، می‌شود. همچنین حق بر سلامت در بردارنده استحقاق‌هاست، حق‌هایی نظیر حق بر حیات از یک روش سلامتی که فرصت برابر برای هر فرد در دستیابی از بالاترین سطح قابل حصول سلامتی را فراهم نماید، حق پیشگیری، رفتار و کنترل بیماری، حق دسترسی به داروهای اساسی، حق سلامت مادران و کودکان و تولید مثل، دسترسی برابر و به موقع از خدمات اساسی سلامتی، پیش‌بینی آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامتی، مشارکت مردم در تصمیم‌گیری مرتبط با سلامتی در سطوح ملی و اجتماعی. همچنین خدمات، کالاها و تسهیلات سلامتی می‌بایستی

بدون هیچ گونه تبعیضی فراهم شود چراکه عدم تبعیض یک اصول کلیدی در حقوق بشر است و قاطع بهره مندی از این حق در بالاترین سطح قابل حصول سلامتی است که این خدمات و تسهیلات می بایستی قابل دسترس و قبول همگان و با کیفیت بالایی برای همگان عرضه شود.

بنابراین اصطلاح «حق بر سلامتی» به عنوان حقی بشری را نمی توان دقیقاً به معنای سلامتی معمول و متعارف در نظر گرفت، حتی آنچه از تعاریف مراجع ذیصلاح سلامت و بهداشت عمومی، فرهنگ‌ها و ... به دست می آید را نیز نمی توان به عنوان معیار یک اصل و قاعده حقوقی دانست که در وضعیت‌های خاصی قابل اجرا باشد. این نوع تعاریف عمومی و گسترده در واقع بیانگر اهدافی است که تلاش‌ها و منابع دولت-ها باید جهت تحقق آن به کار گرفته شود. آنچه در عالم حقوق و حق بر سلامتی مورد نیاز است این که ضوابطی عینی، قابل اجرا و سنجش داشته باشیم تا مشخص گردد حق بر سلامتی دقیقاً چه استحقاق‌های قانونی و مطالبه پذیر را شامل می گردد و دولت‌ها در قبال آن چه تکالیفی دارند و چگونه می توان عدم انجام این تکالیف را به اثبات رساند و مسئولیتی را بر عهده دولت‌ها نهاد. بنابراین برای تحقق چنین منظوری شناخت محتوای حق بر سلامتی و عناصر آن کفایت می نماید و قبل از بررسی این امر ضرورت دارد جایگاه و وضعیت حقوقی حق مزبور در نظام بین‌المللی حقوق بشر مشخص گردد.

#### ۱) جایگاه حق بر سلامت در نظام بین الملل حقوق بشر

تعداد قابل توجهی از اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی حقوق بشری، حق بر سلامتی را به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری به رسمیت شناخته‌اند. اولین تجلی ضمنی حق بر سلامتی را در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد (۱۹۴۵ میلادی) می توان مشاهده نمود. ماده مزبور سازمان را الزام به ارتقاء استانداردهای بالاتر زندگی و یافتن راه کارهای مسایل بین‌المللی... در ارتباط با سلامتی نموده است. همچنین در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶ میلادی)، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی شناخته شده است و تأکید گردید که سلامتی ملت‌ها، جهت دستیابی به

صلح و امنیت، اهمیت بنیادی دارد. ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ میلادی) نیز به گونه‌ای دیگر حق بر سلامتی را مورد شناسایی قرار داده است. در این ماده آمده: «هر کس بر چنان سطحی از زندگی حق دارد که برای سلامتی و رفاه خود او و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی، کافی باشد...» بعد از به تصویب رسیدن میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، افرادی را مسئول توجه به میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کرد<sup>۱</sup> و از آنها خواست که محدوده‌های اساسی سلامت را بیان نمایند. و سرانجام آب آشامیدنی سالم و اقدامات بهداشتی مناسب، غذای کافی، تغذیه و مسکن مناسب، کار و شرایط زیست محیطی سالم، آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامتی و برابری جنسیتی را از محدوده‌های اساسی سلامتی در نظر گرفتند. از اینرو میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شفاف‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی را در ماده ۱۲ خود بیان می‌دارد:

«۱. دولت‌های طرف میثاق حاضر حق هرکس به بهره‌مندی از بالاترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسد.»

در کنار اسناد مطرح شده، اسنادهای متعدد بین المللی و منطقه‌ای حق بر سلامت را از طرق گوناگون به رسمیت شناخته‌اند. برخی اعمال کلی و برخی دیگر حقوق بشر در گروه‌های خاص مثل زنان و کودکان را بیان می‌دارند. از اسناد بین المللی علاوه بر ماده ۱۲ کنوانسیون بین المللی ۱۹۶۶ میلادی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، می‌توان به ماده ۵(هـ)(۴) کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی ۱۹۶۵ میلادی اشاره کرد که دولت‌های عضو را متعهد ساخته تا حق هر فردی را نسبت به سلامتی عمومی، مراقبت پزشکی، تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی تضمین کنند؛ مواد ۱۱(و)، ۱۲ و ۱۴(ب) (ب)

<sup>۱</sup> ماده ۱۲ کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان بطور نزدیکی با این ویژگی مرتبط است. این ماده به دستیابی برابر خدمات مراقبتی سلامتی برای زنان و برنامه‌های خدماتی برای خانواده‌ها و همچنین دسترسی به خدمات مراقبتی بهداشتی برای قبل و بعد از تولد توجه دارد.

کنوانسیون ۱۹۷۹ میلادی محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان دولت‌های عضو را مکلف به اتخاذ اقدامات مقتضی در جهت تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت سلامتی نموده و؛ ماده ۲۴ کنوانسیون ۱۹۸۹ میلادی حقوق کودک از حق هر کودک نسبت به سطحی از زندگی که برای توسعه جسمی، روانی و ... کودک کافی باشد و بهره‌مندی کودک از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی و ... را تضمین نماید، حمایت کرده است.

مواد ۲۸، ۴۳ (د) و ۴۵ (پ) کنوانسیون بین الملل ۱۹۹۰ میلادی حمایت از حقوق همه کارگران مهاجر و اعضا خانواده آنها و ماده ۲۵ کنوانسیون ۲۰۰۶ میلادی حقوق اشخاص دارای معلولیت اشاره کرد. بعلاوه نهاد های مبتنی بر معاهداتی<sup>۱</sup> ناظر بر میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان و کنوانسیون حقوق کودک تفسیرهای عمومی یا توصیه های عمومی حق بر سلامت و موضوعات مرتبط با سلامتی را پذیرفته اند. این تفاسیر عمومی اغلب در پی روشن کردن وظایف گزارش دهی کشورهای عضو در رابطه با مقررات خاص بوده و رویکردهایی را در راستای اجرای این تعهدات پیشنهاد می کند. کنفرانسها و اعلامیه های متعدد مانند کنفرانس بین المللی مراقبتهای اولیه سلامتی (برگرفته از اعلامیه آما- آتا)<sup>۲</sup>، اعلامیه هزاره سازمان ملل و اهداف هزاره توسعه<sup>۳</sup> و همچنین اعلامیه کمیته درباره HIV/AIDS<sup>۴</sup> به وضوح جوانب مختلف سلامت عمومی مرتبط با حق بر سلامتی کمک کرد و مجدداً بر تعهدات تجزیه و تحلیل این حق تاکید کرد.

<sup>۱</sup> (The treaty bodies) کمیته های متشکل از کارشناسان هستند که بر اجرای مفاد معاهدات مهم حقوق بشری توسط دولت های عضو نظارت می کنند.

<sup>۲</sup> Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 1978. اعلامیه آلماتا اعلام داشت که مراقبتهای اولیه سلامتی نقش مهمی را در مسایل اصلی سلامتی جامعه، ارتقا آن و پیشگیری و معالجه و خدمات احیا کننده ایفا می کند (ماده ۷). همچنین بیان داشت که دستیابی به مراقبتهای اولیه سلامتی کلید توجه به سطح سلامتی که به افراد اجازه می دهد از لحاظ اقتصادی و اجتماعی زندگی بهتری را برای خود تامین نمایند (م ۵). و همچنین در بردارنده توسعه بالاترین سطح قابل حصول سلامتی است.

<sup>۳</sup> see <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

<sup>۴</sup> 1) General Assembly resolution S-26/2 of 27 July 2001 said by United Nations Action in the field of Human rights united nation, New York, 1988p.175.

همچنین حق بر سلامت در چند سند منطقه ای حقوق بشری مانند منشور اجتماعی ۱۹۶۱ اروپا (اصلاحی در ۱۹۹۶ میلادی) (ماده ۱۱)؛ منشور آفریقایی ۱۹۸۱ میلادی حقوق بشر و ملتها (ماده ۱۶)؛ کنوانسیون اروپایی جهت ارتقا حقوق بشر و آزادی های بنیادین ۱۹۵۰؛ کنوانسیون آمریکایی ۱۹۶۹ میلادی حقوق بشر و پروتکل الحاقی کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۸۸ میلادی (ماده ۱۰) به رسمیت شناخته است، و شامل مقررات مرتبط با سلامتی مانند حق بر زندگی، منع شکنجه و سایر اعمال بیرحمان و غیر انسانی، حق بر خانواده و زندگی خصوصی است.

و بالاخره، حق بر سلامت یا حق بر مراقبتهای سلامتی حداقل در ۱۱۵ اساسنامه مورد شناسایی قرار گرفته است. که حداقل شش تا از این اساسنامه ها وظایف مرتبط با سلامتی مانند وظایف دولت بر توسعه خدمات سلامتی یا اختصاص دادن بودجه خاص به این موضوع را وضع کرده اند.

همچنین حق بر سلامت را می توان در تعداد بسیاری از قوانین اساسی کشورها یافت. یکی از کوچکترین کشورهایی که وظایف دولت در خصوص سلامتی را در قانون اساسی خود ایجاد نمود شیلی در ۱۹۵۲ بود<sup>۱</sup> که سایر کشورهای بزرگ از این رویه پیروی کردند. این خود ناشی از آن بود که راههای متنوعی برای پرداختن به سلامتی به عنوان حقوق اصلی اجتماعی وجود دارد. درحالیکه یکی از این مقررات که تعهدات کلی یا اکثر تعهدات خاص دولتها را در این زمینه شکل می داد، برخی کشورهای دیگر به سلامت به عنوان یک حق اشاره می کردند<sup>۲</sup>. همچنین برخی قوانین اساسی حق بر سلامت را در قالب یک عبارت کلی به عنوان شرط کافی زندگی یا ایده آل اجتماعی در مقابل ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر

---

<sup>1</sup> H. L. Fuenzalida- Puelma and S. Scholle Connor(eds.),the Right to health in the Americas,1989,p.613said by; The Right of Health,who,2007p5.

<sup>2</sup>. Inter alia ,Article70(D) of the Hungarian Constitution.B. C. A. Toebes,op. Cit.(note7),p.103,said by; **United Nations Action in the field of Human rights united nation**,New York,1988p176.



بکار گرفته اند.<sup>۱</sup> و در نهایت برخی دولتها مقررات سلامتی را در بخش خاصی (غیر عادلانه) بر پایه «اصول مستقیم سیاست دولت ها» در نظر گرفته اند.<sup>۲</sup> به این ترتیب می توان ادعا نمود پذیرش حق بر سلامتی به عنوان یک قاعده حقوق بین الملل عرفی است و بر تمامی کشورها الزامی می باشد.

از آنجاییکه حقوق بشر بهم وابسته، مرتبط و از هم جدا ناپذیرند. و با توجه به اینکه حق بر سلامت به عنوان یکی از موضوعات اساسی حقوق بشر، و ارتباطی نزدیکی که با سایر حقوق بشر دارد این واقعیت را بیان می دارد که ارتباط حق بر سلامت با سایر حقوق بشر به عنوان جزئی از گروه حقوق بشر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، این حق را در مقابل حقوق بشر مدنی و سیاسی و حقوق نسل سوم قرار می دهد لذا در صورت عدم رعایت آن ممکن است در اجرای سایر حقوق بشر مانند حق آموزش یا کار و بالعکس ایجاد موانعی نماید. این امر محدوده اساسی سلامت را بیان می دارد یعنی عوامل و شرایطی که بر حق بر سلامت در عدم دستیابی به خدمات کالا و تجهیزات سلامتی اثر می گذارد، و نشان از وابستگی حق بر سلامت نسبت به تشکیلات و تجزیه و تحلیل بسیاری از حقوق بشر دارد. که جا دارد نگاهی اجمالی به این ارتباط داشته باشیم.

## ۲- ارتباط حق بر سلامت با سایر حقوق بشر

همانطور که گفته شد در واقع حق بر سلامتی پیوند نزدیکی با تحقق دیگر حق های بشری مندرج در منشور بین الملل حقوق بشر دارد و به آنها وابسته است، از جمله حق های مربوط به غذا، مسکن، کار، آموزش، کرامت انسانی، حیات، عدم تبعیض، برابری، منع شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و آزادی تشکل، اجتماعات و جابجایی. این حق ها و سایر حق ها و آزادی ها به اجزاء لاینفک حق بر سلامتی می پردازد. البته این آسان است که وابستگی و ارتباط حق ها را در چارچوب فقر ببینیم. چراکه برای افرادی

<sup>1</sup>Inter alia, Article 27 of the South African Constitution and Chapter 2, section 19 of the Finnish Constitution said by: **United Nations Action in the field of Human rights united nation**, New York, 1988p176.

<sup>2</sup>Ibid., see Inter alia, Constitution of India, 1949. , Articles 39(e) and (f), 46 and 47. .B. C. A. Toebes, op. Cit. (note 7), pp. 214-218.

که در فقر زندگی می کنند، سلامت آنها تنها دارایی است که آنها را برای دستیابی به سایر حقوق اقتصادی و اجتماعی مانند حق کار یا حق آموزش قادر ساخته و عدم سلامت جسمی و روانی یزرگسالان برای کارکردن و کودکان برای یادگیری ، آنها را ناتوان در این خصوص می سازد. مگر اینکه سلامت بیمار یک مسئولیت جدانشدنی هم در فرد بیمار و هم در مراقبین آنان باشد. اما با این همه حق بر سلامت افراد را نمی توان بدون تجزیه و تحلیل سایر حقوق و اصول عدم تبعیض و خشونت مانند حق کار، غذا، مسکن و آموزش و غیره که در فقر نیز ریشه دارند، تحلیل و بدست آورد. از اینرو حق بر سلامت به عنوان حقوق بشر نسل دوم به نوعی با دیگر نسل های حقوق بشر یعنی با امنیت (حریم خصوصی و جان) و حق محیط زیست سالم مرتبط است.

#### الف) حق بر سلامت و نسل اول

همانطور که گفته شد حقوق بشر نسل اول یا حقوق بشر منفی، آزادی های مدنی هستند که دولت ها را می دارند تا از دخالت در آزادی های فردی خودداری ورزند. آزادی بیان، آزادی مطبوعات، آزادی در تشکیل اجتماعات و امنیت از جمله حقوق این نسل تلقی می شوند. از میان حقوق نسل اول با حق بر سلامت تلازم و ارتباط نزدیکی بهم می توانند داشته باشد، مقوله امنیت است. مفهوم امنیت به عنوان شرط بنیادین حیات انسانی در اکثر اسناد بین المللی نیز مورد تاکید قرار گرفته است.

امنیت<sup>۱</sup> به معنای آزادی ، آرامش ، فقدان ترس و عدم هجوم دیگران می باشد. مفهوم امنیت به تدریج و با توسعه تمدن بشری تحول یافته، به گونه ای که امنیت دیگر معادل تهدیدهای مرزی به شمار نمی رود بلکه ابعاد تازه ای به خود گرفته است. امنیت به مفهوم امروزی را می توان در توسعه یافت نه در اسلحه. امنیت شغلی ، امنیت درآمد ، بهداشت و سلامت، امنیت محیط زیست و امنیت در برابر خشونت ، جنایت و ... اینها مواردی اند که در حال حاضر برای امنیت انسان در تمام نقاط جهان در نظر گرفته می شوند. در واقع

---

<sup>1</sup> Security

تبیین مفهوم «امنیت انسانی» و شاخص های آن می تواند گام مؤثری در راستای تقویت حمایت از حقوق و آزادی های بنیادین به شمار رود.<sup>۱</sup> از اینرو زمانیکه از امنیت اجتماعی و اجتماع صحبت می شود خود به خود انسان و به نوعی سلامت او را در برمی گیرد چراکه این انسانها هستند که اجتماع را شکل می دهند و در نتیجه دارای قوانین و مقرراتی است که رعایت آن قوانین و مقررات یکی از نیازهای اساسی انسان یعنی امنیت (روانی) فرد را تامین میسازد. که با تامین امنیت روانی، سلامت روان و متعاقب آن سلامت جسمی و اجتماعی فرد را سبب می شود.

در واقع امنیت مرهون تثبیت و تحکیم مجموعه ای از حقوق انسانی است که در قالب حقوق بشر بیان می شود. بطوریکه اکنون برای اکثریت مردم دنیا مقوله امنیت و درک آن به مثابه صیانت نفس و حفظ حقوق، رفاه و آزادی های فردی و اجتماعی در زندگی روزمره تعبیر می شود.<sup>۲</sup> همچنین تعاریف متعارف از تهدید علیه امنیت انسانی را می توان در شش مورد خلاصه نمود که عبارتند از: رشد بی رویه جمعیت، آلودگی محیط زیست، تروریسم بین المللی، استفاده گسترده از مواد مخدر، تبعیض در توزیع فرصت های اقتصادی و فرهنگی، تنگناها و بحران های ناشی از مهاجرت. همچنین ابعاد و شاخص هایی را برای موضوع امنیت انسانی در نظر می گیرد که از جمله آنها می توان به ابعاد اقتصادی امنیت اشاره کرد.

همانطورکه در ماده ۹۵ فصل هشتم برنامه چهارم توسعه با موضوع ارتقای امنیت انسانی و رفاه اجتماعی، دولت مکلف شده است که به منظور استقرار رفاه اجتماعی، کاهش نابرابری های اجتماعی و اقتصادی، افزایش سطح درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمند سازی قشر

---

<sup>۱</sup> سطوح و ابعاد امنیت انسانی در هر کشوری به طور همزمان در ۵ سطح تهدیدات فردی، محلی، ملی، منطقه ای و جهانی تقسیم می شود. بنابراین بهبود و افزایش امنیت انسانی در یک سطح بر سطوح دیگر نیز اثر مثبت دارد، همچنان که تهدید امنیت انسانی در یک سطح، سایر سطوح را نیز تهدید خواهد کرد. برای مثال تهدید امنیت فردی و کاهش قدرت و اختیار افراد در مشارکت در سطح محلی و ملی اثر گذار خواهد بود همچنین سیاست های ملی محقق نخواهد شد، مگر آنکه در سطح ملی همکاری و مساعدت لازم صورت گیرد.

<sup>۲</sup> محمد هاشمی، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان، ۱۳۸۴، ص ۲۷۷.

آسیب پذیر(زنان)، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تامین اجتماعی، برنامه های جامع فقر زدایی یا عدالت اجتماعی را تهیه کند. از اینرو یکی از متفکران، سه اصل را مبنای شاخص توسعه انسانی در تبیین امنیت انسانی قرار داده است: بقاء انسانی، رفاه انسانی و آزادیهای انسانی. در سال ۱۹۹۴ میلادی در فعالیتهای بین‌المللی در حوزه توسعه انسانی برای اولین بار جزئیات مرتبط با امنیت انسانی در ابعاد جدید مطرح گردید و در این زمینه بر این امر تاکید گردید که در دنیای در حال جهانی شدن، امنیت بشری بایستی ابعادی بمراتب گسترده‌تر را شامل شود.

از آنجاییکه حق طبیعی هر فرد برای بهره مند شدن از حداقل استاندارد رفاه اجتماعی و حقوق اقتصادی و برخورداری از امنیت و خدمات رفاهی است که شامل دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی، تامین اجتماعی، حقوق ایام بیکاری و تعیین دستمزد می شود. لذا امنیت جامعه انسانی را دارای دو بعد حداقلی (کفاف) که در آن آحاد جامعه قادر به تامین و تضمین معیشت و بقا و امنیت خود هستند و بعد ارتقای(رفاه) که در آن مردم قادر هستند از احساس مثبت و آسایش در زندگی مادی و امنیت روانی - اجتماعی برخوردار باشند را می نماید. چراکه عدم امنیت روانی و جانی در جامعه معلول عوامل موثر بر سطح سلامت و حقوق جامعه است. عواملی که بر تمام وضعیت اجتماعی و حقوق قومی، عقیدتی و فرهنگی آنها تضمین شده باشد و تامین، حمایت اجتماعی، دسترسی به خدمات آموزشی، رفاهی، مشارکت اجتماعی و حقوق شهروندی کامل برای همه اعضای جامعه در فضای خالی از تبعیض قابل حصول می باشد

بنابراین امنیت روانی، زیر مجموعه مقوله ای وسیع تر یعنی امنیت جامع انسانی، به شمار می رود که در برگیرنده حقوق و امنیت فردی، مالی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است. عدم امنیت پدیده ای خارج از مرزهای ملی یا جوامع نیست، بلکه عوامل ایجاد احساس عدم امنیت را باید در درون جوامع و در ساز و کار نظام های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جست و جو کرد. بنابراین هر عاملی که

امنیت اقتصادی، بهداشتی، زیست محیطی، سیاسی، غذایی، فردی و ارتباطی شهروندان را تهدید کند؛ می تواند زمینه ساز مسایل و مشکلاتی باشد که پس از آن، امنیت ملی را در معرض مخاطره قرار می دهد. در واقع امنیت بر سلامت اثر گذار است و به نوعی ارتباط نزدیکی بین سلامت و امنیت وجود دارد.

#### ب) حق بر سلامت و نسل سوم

حقوق بشر نسل سوم ترکیبی از حقوقی چون حق توسعه، حق صلح و حق محیط زیست سالم را در بر می گیرد. حق بر محیط زیست سالم با توجه به تعریف بیان شده از سوی کنفرانس سازمان ملل در مورد محیط زیست انسانی، نه تنها هر انسانی از حقوق بنیادی آزادی و تساوی برخوردار است بلکه از شرایط متناسب زندگی در محیطی مناسب که برای انسان کرامت و رفاه را فراهم آورد، می شود. همچنین بر طبق اعلامیه ریو راجع به محیط زیست و توسعه ۱۹۹۲ میلادی که با جزئیات بیشتری شرایط محیط زیست سالم را بیان می دارد، انسان ها را به داشتن زندگی سالم و پر بار هماهنگ با طبیعت مستحق می داند.

در واقع محیط زیست سالم حقی عمومی است که برای زندگی و سلامتی جنبه بنیادی دارد. و حق بر محیط زیست سالم برای داشتن زندگی توأم با کرامت انسانی اجتناب ناپذیر و پیش شرط تحقق سایر حق های بشری است. بطور کلی سلامت و امنیت محیط زیست یک حق بشری و لازمه توسعه است. و نه تنها برخوردار از محیط زیست سالم برای نسل حاضر بلکه برای نسل های آینده نیز ضرورتی است که کیفیت مطلوب حیات را فراهم می آورد. گرچه همواره با سلب گسترده و تخریب این حق در کشورهای در حال توسعه و نیز بعضاً در کشورهای توسعه یافته مواجه هستیم. آلودگی مستمر بویژه آلودگی های صنعتی و هسته ای و نیز توزیع ناعادلانه این حق موجب شده تا در جوامع فقیرتر شاهد افزایش بیماری ها و فقر غذایی و بسیار موارد دیگر از این قبیل، ناشی از تخریب محیط زیست باشیم. این امر خود حاکی از نوعی ارتباط بین حق بر محیط زیست سالم و حق بر سلامت است که حقوق نسل دوم را به نوعی - همانند سایر حقوق بشر که به یکدیگر وابسته و مرتبط اند- حقوق نسل سوم مرتبط می سازد. از اینرو دولتهای عضو

میثاق باید اقدامات موثری را برای تحقق بدون تبعیض حق بر سلامت مطابق ماده ۱۲(ب) «بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی» را اتخاذ نمایند. اقداماتی که دستیابی به محیط زیست سالم برای هرکس قابل دسترسی و بطور کافی به خصوص برای زنان و کودکان آنان باشد. چراکه برخورداری از محیط زیست سالم برای پیشگیری از مرگ و میر ناشی از سوء تغذیه، کاهش خطر بیماری مرتبط با آلودگی های صنعتی و آلودگی های ناشی از آزمایشات هسته ای کشورها و برای تامین آب آشامیدنی سالم برای مصارف خانگی و بهداشتی ضرورت پیدا می کند. حق بر محیط زیست سالم و آب آشامیدنی سالم نه تنها ارتباط ناگسستی با حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامتی در بند ماده ۱۲ دارد بلکه این حق با سایر حق های بشری مندرج در منشور بین المللی حقوق بشر و از هم مهمتر حق بر حیات و کرامت ذاتی انسانی همانطور که در تعریف حق بر محیط زیست بیان شد، مورد توجه است.

درکل بهداشت زیست محیطی به عنوان بعدی از حق بر سلامتی به موجب ماده ۱۲(ب) میثاق دربرگیرنده اتخاذ اقداماتی بر مبنای عدم تبعیض برای جلوگیری از تهدیدات سلامتی بخاطر شرایط ناسالم و سمی محیط و آب است. به عنوان مثال دولتهای عضو باید اطمینان دهند که از منابع طبیعی آب در برابر آلودگی ناشی از مواد مضر و میکروب های پاتوژن حفاظت می کنند. همچنین دول عضو باید بر وضعیت هایی نظارت کرده و با آن مبارزه نمایند که اکوسیستم های آبی به صورت زیستگاه حشرات ناقل بیماری ها در آمده و خطری متوجه محیط زیست انسانی نباشد.<sup>۱</sup> و قصور دولتها را در تصویب یا اجرای قوانین برای پیشگیری از آلودگی آب، هوا و خاک توسط صنایع و تولیدی های خود مطابق ماده ۲ میثاق فوق از جمله موارد نقض تعهد به حمایت دولت عضو محسوب می شود و برای دولت متخطی عواقب ناشی از عدم ایفای تعهداتش بار می شود.

<sup>۱</sup> تفسیر عمومی شماره ۱۵ حق بر آب (مواد ۱۱، ۱۲) مصوب نشست بیست و نهم کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی ۲۰۰۳. برای اطلاعات بیشتر متبوسی کریوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷ ص ۵۷۴.

همچنین کمیته اهمیت تامین دسترسی پایدار به منابع زیست محیطی برای کشاورزی در جهت تحقق حق بر سلامتی را یادآور می شود تا کشاورزان محروم و در حاشیه مانده، از جمله زنان کشاورز، به سیستم های مدیریت آب، از جمله فناوری برداشت پایدار از آب باران و آبیاری دسترسی عادلانه دارند. دولت های عضو باید با توجه به ماده ۲ بند ۱ میثاق که یک ملت را نمی توان از «از وسیله معیشت خود محروم ساخت» تضمین نمایند که دسترسی کافی به آب برای کشاورزی، امرارمعاش و برای تامین معیشت ملت های بومی وجود دارد. بنابراین توجه به محیط زیست و رابطه آن با سلامتی جسمی و روانی اهمیت رابطه حق های بشر نسبت به یکدیگر مشخص تر می گردد.

با بیان ارتباط حق بر سلامت با سایر حقوق بشر در یافتیم که چگونه حقوق بشر بهم وابسته و جداناپذیرند و وجود یکی بر وجود دیگری اثر می گذارد و به نوعی یکدیگر را ارتقا می دهند. همچنین از انجاییکه میثاق فوق بر ای دستیابی به حقوق مندرج در آن بر اصل عدم تبعیض تاکید دارد و ماده ۳ خود را به این امر اختصاص داده است لذا برای تحلیل حق بر سلامت بدون در نظر گرفتن اصولی چون این اصل نمی توان حق بر سلامتی را به خوبی مورد تحلیل قرار داد.

### ج) اصل عدم تبعیض و حق بر سلامت

تبعیض به معنی هر نوع تمایز، انحصار یا محدودیت ساخته شده بر پایه دلایل مختلف، به منظور تاثیر یا تغییر یا محو نژاد، محیط زیست یا وجود حقوق و آزادی های بنیادین را می دهد و مرتبط با حذف یا کنار گذاشتن گروه های خاصی از افراد جامعه می شود و بطور کلی این امر ریشه در ساختار نابرابری بنیادینی در جامعه دارد و می تواند این گروه ها را در برابر فقر و سلامتی آسیب پذیرتر کند. در واقع هدف میثاق به عنوان سندی حقوق بشری حمایت از حقوق بنیادی هر شخص بدون هرگونه استثنایی است. و می توان

این امر را قلب میثاق در نظر گرفت. و از اینرو میثاق مبتنی بر ایجاد یا حفظ نهادهای رفاه دولتی و شبکه های تامین اجتماعی چون تامین مسکن، غذا، و سلامتی است و از این لحاظ باز توزیع گرامی باشد.<sup>۱</sup>

همچنین کمیته با توجه به گروه های مختلف اجتماعی معتقد است که دلایلی چون سلامتی، تابعیت، ناتوانی، فقر، گرایش جنسی و سن می تواند از جمله دلایلی باشد که تبعیض بر آنها را می بایست ممنوع نمود. به عنوان مثال در خصوص سلامتی وجود تبعیض می تواند اثرات مخربی را در برخورداری از این حق در فرد و جامعه داشته باشد. چراکه گروه های مورد تبعیض و ترد شده اغلب سهم چشمگیری از مشکلات سلامتی را به همراه دارند. برای مثال مطالعات نشان دادند که در برخی جوامع و کشورهای در حال توسعه مانند کشورهای آفریقای جنوبی، گروه های اقلیت و افراد بومی به نسبت کل جمعیت بیشتر تحت تاثیر تبعیض اند و از خدمات سلامتی و آموزش کمتری برخوردارند، همچنین وجود تبعیض باعث می شود تا از مسکن مناسب و آب آشامیدنی سالمی برخوردار نگردند و میزان مرگ و میر کودکانشان در بالاترین سطح قرار دارد و یا از سوء تغذیه شدیدتری رنج می برند.

همچنین گاهی اوقات ممکن فرد در معرض تبعیض دو یا چند جانبه مانند تبعیض بخاطر جنس و نژاد یا مذهب، ملیت یا سن قرار گیرند. برای مثال در بسیاری از کشورها زنان بومی خدمات و اطلاعات کمتری درباره سلامتی و تولیدمثلی دریافت می کنند و از اینرو در مقابل خشونت جنسی و فیزیکی نسبت به سایر جمعیت آسیب پذیرتر می شوند. مطابق نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ممکن «سایر موارد» دربردارنده سایر موارد سلامتی (HIV/ایدز) یا رفتارهای جنسی شود. گرچه دولتها نسبت به منع و محدود کردن تبعیض به هر دلیلی و دادن تضمین در برابری بر تمام عوامل مرتبط با مراقبتهای سلامتی و عوامل اساسی آن متعهدند. همچنین کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی (ماده ۵) بیان می دارد که دولتها باید

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، همان منبع. ص ۲۱۰.



تبعیض نژادی را محدود و از بین برند و حق هر کس در دستیابی به سلامت عمومی و مراقبت‌های پزشکی را تضمین نمایند.

و ماده ۵(بند ۲) میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی «هیچ گونه محدودیت یا انحراف از هریک از حقوق بنیادی... را قابل قبول نمی داند». از اینرو تبعیض می تواند عاملی باشد که زنان را در برابر سایر موارد مرتبط با سلامتی جسمی و روانی شان و همچنین نسبت به سایر حقوق خود آسیب پذیرتر کند.

از اینرو دولت‌ها بایستی در راستای ماده ۱۲ نیازهای خاص و متفاوت گروه های که مواجه با چالشهای سلامتی چون بالاترین سطح مرگ و میر یا در معرض آسیب بیمار های خاص هستند را شناسایی و حمایت قرار دهند. تعهد به تضمین عدم تبعیض و نابرابری نیازمند وجود استانداردهای خاص سلامتی برای اعمال آن بر گروه های خاص جمعیتی نظیر زنان، کودکان یا معلولین می باشد. آنها از طریق اقدامات مثبت حمایتی از افرادی چون زنان که بطور مداوم مورد تبعیض اند از جانب رویه دولت‌های عضو یا فعالان خصوصی می باشد. در همین راستا کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اظهار داشت که هیچ توجیهی برای عدم حمایت از اقشار آسیب پذیر جامعه چه در قانون و چه در واقعیت در خصوص سلامتی مرتبط با تبعیض وجود ندارد. حتی در شرایط بسیار سخت و دشوار حمایت از اقشار آسیب پذیر جامعه می بایست برای مثال از طریق پذیرش قانون مرتبط با برنامه های هدف گذاری شده صورت گیرد.<sup>۱</sup>

همانطور که بیان شد، حق بر سلامت تنها بر عدم سلامتی و بیماری اطلاق نمی گردد و جوانب مختلفی را در بر می گیرد همچنین این حق به سایر حقوق بشری مرتبط و بهم وابسته اند و افراد می بایست صرف نظر از هرگونه تبعیض و نابرابری از این حق برخوردار گردند. حال باید دید که حق بر سلامتی در گروه های خاصی چون زنان چگونه اعمال می شود تا از این پرتو بتوان به ارتقا و رفع موانع بر سر دستیابی به این حق بر آمد.

<sup>1</sup> General comment .14,para.18 ,said by; The Right of Health,who,2007,p12.

#### د) حق بر سلامت در گروه های خاص

برخی گروه ها یا افراد مانند زنان، کودکان، افراد مبتلا به ایدز/HIV و معلولین با موانع خاصی در خصوص بهره مندی از حقوق خود (حق بر سلامتی) مواجه اند. موانعی که می تواند ناشی از محیط زیست یا رویدادهای اقتصادی و اجتماعی، تبعیض و تحقیر یا بطور کلی ترکیبی از همه اینها باشد. شرح سلامتی به عنوان حقوق بشر نیازمند توجه خاص به افراد و گروه های مختلفی که بطور مشخص با شرایط و موقعیتهای آسیب پذیری در جامعه زندگی می کنند، دارد. از اینرو دولتها بایستی اقدامات مثبتی را اتخاذ نمایند به نحویکه هیچ گونه تبعیضی بر این افراد اعمال نشود. برای نمونه دولتها باید قوانین سلامتی و سیاست خود را بازنگری نمایند و آنها را در جهت دسترسی بیشترین نیازهای آنان بیشتر از قبل سوق دهند بطوریکه قانون و سیاستهای بی طرفانه در ظاهر به نفع اکثریت گروه ها باشد تا استانداردهای مرتبط با حق بر سلامتی در این گروه های خاص معنی یابد.

از میان این موضوعات خاصی که در ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی دارای کاربردی گسترده می باشند، و از آنجاییکه میثاق دارای رویکرد و چشم انداز جنسیتی می باشد توجه به موضوع خاصی چون زنان حائز اهمیت می باشد. چراکه همواره توصیه به دولتها بر اعمال خط مشی ها، برنامه ریزی ها و تحقیقات مرتبط با سلامتی با چشم انداز جنسیتی شده است تا از اینرو موجب ارتقا سلامتی زنان و مردان در جامعه شوند. در واقع داده های سلامتی و اجتماعی و اقتصادی مطابق جنس برای شناسایی و رفع نابرابری ها در سلامتی دارای جنبه اساسی آن می باشد.

به واقع جنسیت واقعی انکار ناپذیر است که افراد انسانی را از همان ابتدای خلقت به دو گروه متمایز "زن" و "مرد" تقسیم نموده است.<sup>۱</sup> تاریخ بشر نشان می دهد علیرغم کرامت ذاتی و تعقل انسانی همواره بشر در ستیزه جویی های فردی و اجتماعی خود در جهت رسیدن به خواسته خود بوده که در این میان زنان بدلیل طبیعت و موقعیت شان در جامعه، جایگاه زنان تنزل یافته است. و با آنکه تحول فکری و رشد اجتماعی در حدی جایگزین بسیاری از نظام های گذشته شد، اما تبعیض بین زنان و مردان هنوز حتی در کشورهای بسیار توسعه یافته نیز دیده می شود. بهر روی تحول حقوق زنان در کنار سایر تحولات اجتماعی، امروزه مسیری را طی می کند که در آن رفع هر گونه تبعیض و تمایز بین زنان و مردان در همه زمینه ها و بهره مندی از تمام جوانب حقوقی خود به عنوان یک اصل در جوامع و گرایشهای مختلف مدنظر قرار گرفته می شود. در واقع اکثر فعالیتهای حقوق بشری در اواخر دهه ۵۰ و یا بعد از آن عبارت «حقوق زنان به عنوان حقوق بشر» را برای شرح و توصیف شکاف بین تعهد بین المللی اعلام شده جهت برابری زنان و تجربیات واقعی آنان در حقوق بشر زنان و چگونگی دستیابی به این حقوق بوده است. و تمام کنوانسیونهای حقوق بشری چه در سطح منطقه ای و چه در سطح بین المللی دارای قید برابری و عدم تبعیض بر اساس جنس تاکید شده است.<sup>۲</sup> تعهدی که در مقابل حاشیه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی زنان در اکثر کشورهای جهان قرار می گیرد. بنابراین با ایجاد و شکل گیری سازمان ها و کنوانسیونهای بین المللی شاهد افزایش حمایتهای قانونی بین المللی علیه نقض و تجاوزات حقوقی زنان هستیم.

<sup>۱</sup> محمد هاشمی حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان، ۱۳۸۴ص ۵۲۲.

<sup>۲</sup> نگاه کنید به ICESCR ۱۹۶۶م، ۲(۲) و ICCPR ۱۹۶۶م ۲(۱) و ۲(۲) و ECHR ۱۹۵۰م ۱۴:مقدمه منشور اجتماعی اروپایی ۱۹۶۱ و منشور آفریقایی حقوق بشر ۱۹۸۱.مما ۲.۳.۵؛کنوانسیون حقوق بشر ۱۹۶۹م (۱) و ۲۴.

درواقع حقوق زنان اصطلاحی است که اشاره به آزادی و حقوق زنان در تمامی سنین دارد. ممکن این حقوق توسط قانون یا رسوم سنتی و یا اخلاقی در یک جامعه به رسمیت شناخته شوند یا نشوند.<sup>۱</sup> دلیل گروه بندی خاص این حقوق تحت عنوان زنان و صرف نظر از حقوق عامتری چون حقوق بشران است که بنابر تئوری، این حقوق در بدو زاده شدن برای تمام بشر به رسمیت شناخته می شوند اما مدافعان حقوق زنان نشان دادند که به دلایل تاریخی و فرهنگی زنان و دختران بیشتر از مردان از شمول این حقوق خارج می شوند. مبحث حقوق زنان معمولاً شامل و نه منحصر به این موارد می شود: تمامیت بدنی و خودمختاری، حق کار، حق رای، حق دستمزد برابر بخاطر کار برابر، حق مالکیت، حق آموزش، حق مشارکت در قراردادهای مدنی و نهایت حقوق سرپرستی، ازدواج و مذهب.

برخورداری زنان از سلامت به عنوان یکی از حقوق ذاتی و اولیه بشر، می تواند ارتباط کاملاً واضحی با پیشرفت های انسانی و وضعیت سلامت جامعه داشته باشد. چراکه سلامت زنان مطمئن ترین راه برای رسیدن به اهداف کلی توسعه است که نه فقط ارتقا سطح زندگی و حقوقی زنان را موجب می شود بلکه موج ارتقا کیفیت زندگی برای همه انسانها نیز خواهند شد. در حقیقت سلامت زنان در خانواده و جامعه بدین نحوکه هم در تولید و توسعه نسل های اتی و فعلی (تولد فرزند سالم و تربیت آنان) و هم در تولید اقتصادی می توانند موثر واقع شوند، حائز اهمیت است. از اینرو یکی از تحرکات اصلی در قرن بیستم تلاش برای رفع نابرابری ها و بی عدالتی های جنسیتی در دستیابی سلامتی بوده است و بر حمایت ان از سوی دولتها و جامعه جهت دستیابی و ارتقا حق های زنان چون سلامتی را تاکید داشته است.

#### الف) تاریخچه سلامت زنان

در دوران مختلف تاریخ بشری و در اکثر جوامع، دیدگاه جامعه نسبت به زنان و مردان متفاوت بوده است و زنان بطور عمده در جنبه های مختلف زندگی شان از جایگاه پایین تری برخوردار شده اند. توجه به زن و

<sup>۱</sup> محمد هاشمی، همان منبع، ص ۵۴۲.

سلامت او حدود نیم قرن قبل آغاز گردید. در ابتدا برای سالها توجه به سلامت زنان به سلامت دوران حاملگی، زایمان و نقش مادری معطوف و تفاوت زن و مرد صرفا از نظر بیولوژیکی مورد بحث قرار می گرفت و سایر تفاوتها و تبعیضها در جوامع کمتر مورد توجه قرار داشت. طی دهه های اخیر علاوه بر اینکه (سلامت) به عنوان یک حق انسانی برای زنان مطرح گردید؛ استفاده از تحلیلهای جنسیتی در مباحث سلامت روند رو به فزونی یافت و گروه های مختلفی در سرتاسر جهان در این زمینه به فعالیت پرداختند. در حقیقت هدف از احقاق حقوق زنان با دستیابی به وضعیتی عادلانه برای زنان و موجبات پیشرفت و توسعه جهانی آغاز شد. لذا اولین گام با اقدام سازمان ملل آغاز گردید که حقوق مساوی برای زنان و مردان را در منشور سازمان مورد تایید قرار داد. و سپس در سال ۱۹۴۸ میلادی نه تنها تبعیض بر اساس جنسیت را محکوم نمود بلکه به وضع قوانینی برای مقابله با این امر نیز پرداخت. طی سالهای بعد به منظور ارتقا مراقبتهای بهداشتی زنان و کودکان، سازمان و بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۸ میلادی گام مهمی در راستای ارتقا سلامت زنان برداشت. که در همان زنان شعار سلامت برای همگان تا سال ۲۰۰۰ میلادی مطرح گردید.

همچنین سازمان ملل اقدامات چندی را در سطح بین المللی برای بهبود وضعیت زنان به عمل آورد مانند تاسیس شاخه زنان<sup>۱</sup> و کمیسیون وضعیت زنان<sup>۲</sup> بود که به ارائه برنامه ها و راهکارهای ارتقا حقوق و سلامت زنان از نظر مالی و فنی توجه داشت. همچنین کنوانسیون بین المللی رفع هرگونه تبعیض علیه زنان ۱۹۷۹ میلادی، از اولین لایحه های قانونی حقوق زنان بود که کشورها را ملزم به رفع هر نوع تبعیض و بی عدالتی علیه زنان می نمود. و بیان می داشت «تبعیض علیه زنان به معنی قائل شدن هر گونه تمایز، استثناء یا محدودیت است که بر مبنای جنسیت ایجاد شده و بر به رسمیت شناختن حقوق بشر زنان و آزادی های اساسی آنها و بهره مندی و اعمال آن حقوق، بر پایه مساوات با مردان، صرفنظر از وضعیت تاهل آنها در

<sup>1</sup> United nations development fund for women.

<sup>2</sup> Commission of status of women

تمام زمینه های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، مدنی و دیگر زمینه ها اثر مخرب دارد یا اصولاً هدفش از بین بردن این وضعیت است.<sup>۱</sup>

همچنین در سال ۱۹۹۳ میلادی کنفرانس جهانی سازمان ملل، حقوق انسانی زنان را به عنوان جز غیرقابل انتقالی و بخشش به دیگران مورد تاکید قرار داد. و در این کنفرانس سند ۱۱۵ صفحه ای را برای برآوردن نیازهای زنان و مردان به تصویب رساند. در سال ۱۹۹۵ میلادی چهارمین کنفرانس جهانی برگزار گردید که به ایجاد سیاست اجرایی پکن یعنی ارتقا و بهره مندی کامل زنان از تمام حقوق انسانی و آزادی های اساسی منجر گردید. از میان سایر فعالیتهایی که در امر سلامت زنان صورت گرفت سازمان بهداشت جهانی نقش مهمی را در ایجاد پیشبرد امر سلامت زنان داشته است. که هدف آن حصول بالاترین سطح سلامت ممکن برای تمام افراد می باشد. و شاخصه سلامت خانواده و جامعه و سلامت و توسعه را ایجاد نموده است تا برنامه و عملکردهای سلامت زنان را در جهان تقویت نماید. همچنین در سالهای اخیر در ژاپن همایشهایی با هدف بهبود سلامت و رفاه زنان و نیز ارتقا توانمندی و راهبردی زنان را طرح ریزی و بنا شد که همگی در راستای بهبود وضعیت زنان بوده است. در آخر باید گفت که از میان این اسناد بین المللی که توجه جامع تری به وضعیت سلامتی با دیدگاه جنیستی داشته است میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶ میلادی می باشد.

#### ب) موضوعات سلامت زنان

زنان به لحاظ ساختار جسمی و روانی خود با مردان تمایزاتی را دارند که این امر تفاوتی را در برخی موضوعات و ابعاد سلامتی زنان و مردان ایجاد نموده است. بنابراین نیازهای سلامتی زنان را می توان در نیازهای عمومی و اختصاصی شاهد بود که برای دستیابی به امر سلامت زنان جامعه می بایست تامین شوند.

<sup>۱</sup> ماده ۱ کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان.

یکی از این موضوعات مهم سلامتی در زنان سلامت باروری است. در واقع این سلامتی تنها به ارگان های تولید مثلی تعلق ندارد بلکه حالتی از سلامت کامل جسمی و روانی است که در همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثلی و روند و کارکرد آن تعلق می گیرد.<sup>۱</sup> در کنفرانس جهانی قاهره ۱۹۹۴ میلادی و نیز چهارمین کنفرانس سازمان در پکن این امر محور اصلی بحث قرار گرفت. و گرچه سلامت باروری تا مدت ها تنها رکن اصلی سلامت زنان به شمار می رفت اما طی دهه های اخیر حقوق زنان در امر سلامت توسعه یافته و گستردگی مطلوبی در امر حق سلامت زنان بوجود آمده است.

از دیگر ابعاد سلامت زنان سلامت روان زنان است که در واقع بنیان و اساس سلامت بشمار می رود. و هم سطح یا پیشگیر از بیماری ها و ارتقا کیفیت بهداشتی زنان باید به اختلالات روانی و ارتقا این سطح از سلامتی نیز توجه شود. از اینرو سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را د از اولویت های خود قرار داده است.<sup>۲</sup> گرچه اختلالات و مشکلات روانی در زنان مردان شیوع یکسانی دارد اما به لحاظ برخی فرهنگها و شرایط اجتماعی ممکن است در کشورها تفاوت هایی را برای ان قایل شوند. مانند مصرف دخانیات و الکل. عدم سلامت روانی در زنان به صورت بارزی بر عملکرد زنان و کودکان آنها اثرگذار خواهد بود. از جمله عاملی که می تواند در سلامت روانی زنان موثر باشد تبعیض علیه زنان در کار و سایر موارد زندگی شان است.

دستیابی به سلامت اجتماعی زنان نیز در واقع از اهداف مهم جهانی است که در پیمان پکن ۱۹۹۵ میلادی و جلسه اختصاصی مجمع عمومی در سال ۲۰۰۰ میلادی بدان تاکید شده است. گرچه سلامت اجتماعی زنان بخشی از ان مربوط به تبعیض می شود و زنان که نیمی از جمعیت را تشکیل می دهند و با این امر عمدتا مواجه اند و در نتیجه نقش زنان و جایگاه آنان را در جامعه پایین می آورد و این امر عقب ماندگی و توسعه

---

<sup>۱</sup> فریبا اسکندری، بررسی وضعیت روانی و اجتماعی زنان مبتلا به سقط، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

<sup>۲</sup> در حالیکه بیماری های روانی کمتر از یک درصد موارد مرگ را تشکیل می دهند و ای تقریبا یازده درصد بیماری های جهان را ناشی می شوند.

نیافتگی جامعه را به همراه خواهد داشت. از اینرو با ارتقا حقوق زنان در زمینه های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی است که زنان را بهره مند از سلامت اجتماعی می نماید و در نتیجه موجبات ارتقا ابعاد سلامتی زنان یعنی سلامت جسمی و روانی آنان را فراهم می آورد.

بیان مختصری از سلامت جسمی و روانی و اجتماعی زنان نشان از ابعاد مختلف سلامتی دارد و اینکه برای دستیابی به هریک از این موضوعات شرایط و عوامل خاص خود را نیازمند است که به نوعی هم این ابعاد سلامتی برهم نیز تاثیرگذار هستند. حال پرداختن به حق بر سلامت زنان با توجه به میثاق فوق می تواند برای تحقق و بررسی موانع آن موثر واقع شود.

### ج) حق بر سلامت زنان

با توجه به ماده ۱۲ کنوانسیون منع هر گونه تبعیض علیه زنان و ماده ۱۰ میثاق بین المللی اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، زنان حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمانی و روانی را دارند. برخورداری از این حق برای زندگی و بهزیستی آنان در مشارکت و در تمامی حیطه های زندگی ضروری می باشد. زنان نیز مانند مردان، تحت تاثیر بسیاری از شرایط یکسان قرار دارند اما تجربیات زنان متفاوت تر از مردان است. شیوع فقر و وابستگی اقتصادی در بین زنان، تجربیات زنان از خشونت، اثر جنسیت در سیستم سلامتی و در سطح وسیع جامعه، تبعیض بدلیل نژاد یا به هر دلیل دیگری، عدم نفوذ بسیاری از زنان بر زندگی تولیدمثلی و جنسیتی خود و حتی در تصمیم گیری، از جمله واقعیات اجتماعی است که اثر خود را در سلامت زنان بر جای می گذارد. بنابراین زنان و برخی از گروه های زنان نظیر آوارگان یا بطور دقیق زنان بی خانمان، زنان خیابانی و وضعیت زنان حومه نشین، زنان بومی و محلی، زنان ناتوان یا مبتلا به ایدز/اچ آی وی (به قسمت ایدز/اچ آی وی در بخش بعد رجوع شود)، زنان مواجه با تبعیض چند جانبه، به حاشیه راندن و منزوی کردن همراه با تبعیض به نوعی با موضوعات مشخص سلامتی و شکل های مشخص



تبعیض مواجه اند. چراکه تبعیض یا همان نابرابری از موانع عمده دستیابی زنان به استانداردهای قابل حصول سلامتی است

هر دو کنوانسیون بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ماده ۱۰) و کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان (ماده ۱۲) خواستار رفع تبعیض علیه زنان در مراقبتهای سلامتی مانند تضمین برابر در دستیابی زنان و مردان در خدمات مراقبتهای سلامتی هستند. بیان تبعیض در همه اشکالش شامل پیش بینی مراقبتهای سلامتی و تضمین برابری بین زنان و مردان از موضوعات بنیادین سلامت رفتاری به عنوان حقوق بشر است. علیرغم کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان (ماده ۱۴)<sup>۱</sup> بطور ویژه از دولتهای طرف معاهده خواسته است تا برابری دسترسی به مراقبت های سلامتی برای "زنان مناطق روستایی... مشارکت و در منافع توسعه روستایی" و "برخورداری از تسهیلات مراقبتهای بهداشتی کافی، ... مشاوره و خدمات در تنظیمات خانواده" تضمین دهند.

کمیته رفع هرگونه تبعیض علیه زنان بیشتر از دول عضو خواست تا تضمین نمایند زنان از خدمات مناسب در زمینه بارداری و دوران بعد از زایمان شامل برنامه های خانوادگی و مراقبتهای مورد نیاز زایمان برخوردار شوند.

همانطور که گفته شده سلامت باروری به عنوان یکی از جوانب کلیدی حق بر سلامت زنان ا به شمار می رود. لذا بر دولتها ست که زنان را در داشتن کنترل و گرفتن تصمیمات آزادانه و مسئولانه درخصوص موضوعات مرتبط با جنسیت خود شامل سلامت باروری، رهایی از اجبار، فقدان اطلاعات، تبعیض و

---

<sup>۱</sup> ۱- دول عضو مشکلات خاص زنان روستایی را مد نظر قرار داده و به نقش مهمی که این زنان در جهت حیات اقتصادی خانواده های خود از جمله کار در بخش های غیر مالی اقتصاد به عهده دارند، توجه خاص مبذول خواهند داشت و کلیه اقدامات مقتضی را به عمل خواهند آورد تا مفاد این کنوانسیون نسبت به زنان در مناطق روستایی اجرا گردد. ۲- دول عضو، کلیه اقدامات مقتضی را جهت رفع تبعیض از زنان در مناطق روستایی به عمل خواهند آورد تا این زنان بر اساس تساوی مردان و زنان در برنامه های عمرانی و روستایی شرکت نموده و از آن بهره مند گردند و بخصوص از حقوق زیر برخوردار شوند.

خشونت توانمند سازند و از آنان حمایت به عمل آورند. همچنین در همین راستا برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه<sup>۱</sup> و طرح عمل بیجینگ<sup>۲</sup> به حمایت در این خصوص پرداخته و به بیان حق مطلع شدن مردان و زنان و برخوردار شدن از روشهای امن، موثر، قابل دستیابی و قابل قبول خانواده و انتخاب آزادانه آنها و حق دستیابی به خدمات مناسب سلامتی جهت توانمندی زنان برای بارداری ایمن و تولد فرزند سالم می پردازد و نیز زوجها را در داشتن شانس بیشتر یک کودک سالم آماده می نمایند.

همچنین دولتها تعهدی ویژه در ارائه بیمه ضروری و تسهیلات مراقبت سلامتی به کسانی که از ابزار سلامتی کافی برخوردار نمی باشند، را دارند. و نیز ملزمند تا در ارائه خدمات و مراقبت های سلامتی به زنان از هر نوع تبعیضی بر اساس دلایل منع شده در معاهدات بین المللی جلوگیری نمایند. همچنین دولتها باید از تخصیص منابع نادرست که تنها گروه خاصی از جامعه از آن می توانند بهره مند گردند و منجر به تبعیض پنهان می شود ممانعت نمایند. چراکه دستیابی و تحقق حق بر سلامت زنان حاصل نمی گردد مگر در سایه برطرف ساختن همه موانع بر سر راه دسترسی به این حق.

---

<sup>1</sup>. Report of the International Conference on Population and Development, Cario, 5-13 September 1994 (United Nations publication, Sales N E.95.XIII. 18.).

<sup>2</sup>. Beijing Declaration and Platform for Action, Report of Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995 (United Nations publication, Sales N E.96.IV.13), chap. I, resolution 1.

از این بخش می توان دریافت که از اوایل قرن بیستم که مسئله حمایت از حقوق بشر مورد توجه جامعه جهانی قرار گرفت، حقوق بشر در زمره حقوق طبیعی به شمار رفت که بدون آن امکان زندگی انسان را ناممکن می ساخت. گرچه حقوق بشر بعد از فجایع بزرگ انسانی در قالب اعلامیه ای در سال ۱۹۴۵ میلادی بوجود آمد اما باید گفت که زیربنای این حقوق به نوعی در همه فرهنگ ها و جوامع قابل رویت است حتی زمانی که مردم چندان از قوانین و حقوق موضوعه ای برخوردار نبودند، این حق همچنان وجود داشته است. در واقع حقوق بشر و آزادی های اساسی ریشه در کرامت ذاتی بشر دارد و به ما اجازه می دهد که کیفیتهای انسانی و رفاهی خود را بطور کامل توسعه دهیم و نیازهای روحی و سایر نیازهای خود را برآورد سازیم.

پس از تاسیس سازمان های بین المللی و نقش آنان در توسعه حقوق بشر در سطح بین المللی و منطقه ای، آن هم بر پایه اصولی اساسی چون حیثیت، آزادی و برابری، دولتها را بر آن داشت تا در چارچوب اساسنامه ای آنها در خصوص موضوعات اساسی حقوق بشر متعهد به تعهداتی شوند و با یکدیگر در تحقق این حقوق مشارکت نمایند. از میان موضوعات اساسی حقوق بشر می توان به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اشاره کرد. این حقوق (حقوق نسل دوم) در قالب کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سال ۱۹۶۶ میلادی به مرحله اجرا در آمد. و از آنجائیکه میثاق فوق در بردارنده حق های رفاهی و نیز با نگرشی جنسیتی است لذا حق بر سلامت جسمی و روانی را می توان از زیر مجموعه حق های رفاه اجتماعی دانست. در واقع این حق بر سلامتی و دسترسی به امکانات بهداشتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان به رسمیت شناخته شده است. به عبارت دیگر حق بر سلامتی تنها بر عدم سلامتی و بیماری اطلاق نمی شود بلکه به معنای برخورداری از وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می باشد که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می شود. و برای رفع نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و از اینرو لازمه برخورداری همه انسانها از این حق قابل دسترس بودن

و بدون هرگونه تبعیضی صرفنظر از هرگونه قوم، نژاد، جنس، مذهب و ... می باشد. از اینرو هدف تمامی کنفرانس ها و گردهمایی های سازمان ملل و بهداشت جهانی دستیابی همه مردم به سطحی از بهداشت است که بتواند ارتقا سطح کیفی زندگی افراد را فراهم آورد.

تخصیص ماده ای مجزا به این حق در کنوانسیون های بین المللی چون میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و نیز اعمال حق بر سلامت در گروه های خاصی چون زنان نشان از اهمیت این قشر از جامعه دارد. چراکه بهبود وضعیت زنان نقش سازنده ای در توسعه جامعه در عرصه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و سایر علوم بشری دارد. و از آنجاییکه زنان مسئولیتهای سنگینی در خانواده و اجتماع دارند، و نمی توان نقش آنان را نادیده انگاشت. در واقع توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و انسانی بدون در نظر گرفتن سلامت و توانمندسازی این قشر از بشر (زنان) امکان پذیر نمی باشد. از اینرو بررسی ابعاد و موضوعات مختلف سلامت زنان قابل توجه می باشد. بررسی وضعیت سلامت زنان که به شناخت علل و عوامل موجود بر سر دستیابی به این حق در زنان کمک می نماید و در سایه این عوامل سیاست گذاران و متخصصان سلامتی می توانند از وضعیت سلامت زنان جامعه آگاه می شوند. از اینرو موجبات توانمندی زنان را فراهم می آورد. بنابراین توانمندسازی زنان و برابری میان زنان و مردان پیش شرطهای حصول سایر حقوق بشر و امنیت سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی میان عموم مردم است. که به رغم تلاشهای دولتها و نیز سازمان های غیردولتی، زنان در سراسر جهان کماکان با موانعی در تحقق این حق مواجه اند به تناسب ارتباط و وابستگی که حقوق بهم دارند در نتیجه سایر حقوق آنها نیز نقض می شود. لذا برای تحقق کامل حق بر سلامت جسمی و روانی در زنان می بایست درصدد برطرف کردن موانع و مسائل موثر بر آن شد. در این خصوص دولتها می توانند نقش مهمی را ایفا نمایند و با اتخاذ اقداماتی چند دستیابی و تحقق این حق را فراهم آورند. از اینرو برای محقق ساختن این حق در جهت ارتقا حقوق زنان در بخش دوم به موانع و چگونگی دستیابی به این حق و نتایج آن پرداخته شده است.



بی‌شک یکی از عرصه‌های مورد چالش در جهان امروز، موضوع زنان و نحوه رسیدگی دولت‌ها و سازمانها به این قشر است. از دهه‌های قبل تاکنون قشر زنان ملاک ارزیابی میزان عدالت و توسعه‌طلبی دولت‌ها محسوب شده‌اند؛ هر چند که دولت‌ها به دلیل عدم شناخت «منزلت و جایگاه» اصلی زنان، بجای بهبود مبنایی زندگی آنان، تنها توانسته‌اند به یک سری «ترمیم‌ها» دست بزنند و اینگونه ترمیم‌ها را توسعه و رشد می‌نامند ولی در مجموع با تمام پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیکی، این قشر وضعیت مناسبی به لحاظ سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جهان ندارند. از اینرو وضعیت سلامت و بهداشت این قشر از موضوعات اصلی و حائز اهمیت بسیاری از سازمانهای بین‌المللی از جمله سازمان ملل متحد قرار گرفته‌اند.

در واقع سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است که تنها بر عدم سلامتی اطلاق نمی‌شود بلکه برخورداری از وضعیت کامل جسمی، روانی و اجتماعی صرف نظر از هرگونه تبعیض، نژاد، مذهب، جنس و غیره را شامل می‌شود. توجه به امر سلامت ارتباط مستقیمی با پیشرفت و ارتقا حقوق فرد و جامعه دارد. از میان گروه‌های خاصی که سلامت می‌تواند نقش مهمی را در ارتقا حقوق شان بازی نماید زنان می‌باشند. در واقع سلامت زنان ارتباط مستقیمی با پیشرفت‌ها و توسعه انسانی و نیز بهبود وضعیت سلامت جامعه دارد. از اینرو سیستم‌های بهداشتی و رفاهی دنیا بطور فزاینده‌ای اهداف و ایفای تعهدات خود را در راستای ارائه مراقبتهای سلامتی در جهت ایجاد جامعه سالم ارتقا داده‌اند و دریافته‌اند که تامین سلامت زنان به عنوان یک مسئولیت جهانی و همگانی نه تنها موجب حضور فعال و موثر زنان در جامعه می‌شود بلکه با توانمندی آنان رشد و پیشرفت جامعه را به همراه خواهند داشت. از اینرو ارتقا بیشتر حق بر سلامت جسمی و روانی زنان نیازمند داشتن درک بهتری از سلامت جسمی و ارتباط جدانشدنی آن با سلامت روانی دارد. این درک جدید دستیابی و برخورداری از این حق را ایجاد می‌نماید. همچنین با توجه به میثاق

بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و تعهداتی که برای دول عضو در نظر گرفته، دولت‌ها را ملزم داشته تا برای تحقق و رعایت حق بر سلامت جسمی و روانی زنان ضمن ایفای تعهدات خود در تحقق حق‌های مندرج در میثاق دست به اقداماتی زنند و در نتیجه دول متعهد رامشمول مسئولیت و سازوکارهایی در قبال این حقوق دانسته است. همچنین نباید اهمیت نقش سازمان‌های بین المللی و منطقه ای که در مشارکت و همکاری با دولت‌ها را در ایفای تعهدات را از نظر دور داشت.

البته بهسازی مستمر در امر تحقق و ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان گرچه با یک برنامه عملی هماهنگی از سوی دول متعهد مقدور می باشد ولیکن این برنامه ریزی و سیاستگذاری بدون شناخت عوامل و موانع بر دستیابی به این حق امکان پذیر نمی باشد. عوامل موثری چون عوامل اقتصادی و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی که به نوعی سایر عوامل ریشه در این عوامل (اصلی) دارند. در واقع تا زمانیکه زنان خود منشا تصمیم گیری در هر سطح فعالیت و مراقبتهای بهداشتی نباشند یعنی از توانمندی لازم برخوردار نگردند، امر سلامت زنان و خدمات ارائه شده برای آنان کفایت لازم را نخواهد کرد. لذا با اقدامات موثری چون دسترسی زنان به آموزش و بهبود شرایط مراقبتی زنان و نیز ایجاد اشتغال و درآمد می توان نقش مهمی را در پیشگیری زنان ایفا نمود و با ارائه درمان و خدمات مناسب راه را برای رسیدن به هدف مورد نظر یعنی دستیابی و ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان هموار سازد. در واقع با شناسایی حقوق اساسی انسانی برای زنان در مقابل مردان و رفع بی عدالتی‌ها بر مبنای جنسیت، بتوان موقعیت‌ها و فرصتهای برابری را ایجاد نمود تا به توانمندسازی زنان دست یافت. در واقع توانمندی زنان (توسعه انسانی) نه تنها از تقا مطلوب سطح زندگی و حقوقی زنان را به همراه خواهد داشت بلکه می تواند موجبات ارتقا سطح کیفی همگان و جامعه را رقم زند و توسعه اجتماعی را ایجاد نماید.

بنابراین برای بررسی تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان در قالب بخش منسجمی، این سوالات پیش می آید که آیا تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان می تواند موجب ارتقا و توانمندی زنان

شود، عوامل موثر در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان چیست، و در این خصوص تعهدات دول عضو و همکاری بین المللی در قبال آن چه می باشد همچنین آیا با توانمند سازی زنان می توان موجبات توسعه جامعه را فراهم آورد.

از اینرو می توان گفت عوامل اقتصادی و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی از موانع موثر در دستیابی به حق بر سلامت جسمی و روانی زنان می باشد. موانعی که تنها با آموزش و بهبود خدمات و درمان و نیز ایفای تعهدات دول عضو با حداکثر منابع خود و همچنین مشارکت و همکاری با سازمان های بین المللی می تواند موجبات تحقق و ارتقا این حق را فراهم آورند. و از این رهگذر موجب توانمندسازی زنان شوند. امری که خود در توسعه جامعه به دلیل نقش بسزایی که زنان در جامعه و خانواده دارند، اثرگذار خواهد بود. بنابراین در این بخش سعی شده ضمن پرداختن به تعهدات دولتها در جهت تحقق حق بر سلامت و حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و مسئولیت دول عضو آن، به عوامل موثر در تحقق این حق توجه شود. از اینرو این بخش دارای دو فصل می باشد. در فصل اول به تعهدات دولتها و سایرین پرداخته می شود و فصل دوم به عوامل موثر در ارتقا حق بر سلامت زنان توجه دارد. فصل اول دارای دو مبحث است. در مبحث اول به تعهدات دولتها و در مبحث دوم به سازو کارهای حمایت از حق سلامت می پردازد. فصل دوم نیز از سه مبحث تشکیل شده است. مبحث نخست به عوامل و موانع موثر توجه دارد و در مبحث دوم از اقدامات موثر در دستیابی به حق سلامتی سخن گفته شده و در نهایت در مبحث آخر به نتایج حاصل از تحقق حق بر سلامت زنان پرداخته شده است.



"آیا میراثی بیش از تعهدهای وفا نشده از خود بجای خواهیم گذاشت؟"

نلسون ماندلا یا لا (کنفرانس وست مینستر، فوریه ۲۰۰۱)

## فصل اول: ماهیت و ضرورت تعهدات

### مبحث اول: تعهدات دولتها و مسئولیت سایرین

همانطور که گفته شد حق بر سلامت حق جامعی است. حقی که گستره و سطح وسیعی از عواملی را که می تواند در داشتن یک زندگی سالم به فرد کمک نماید را، شامل می شود. توجه به سلامت جسمی و روانی افراد این مفهوم را در ذهن تداعی می کند که می تواند یک شرط مهمی برای موجودیت و سالم بودن بشر باشد. ازاینرو اگرچه درک صحیحی از حق بر سلامت و یا حق بر سالم بودن وجود ندارد، اما دولتها ملزم به تضمین سلامت مطلوب برای شهروندان خود می باشند. گرچه تضمین سلامتی از چند عامل نظیر ساختار بیولوژیکی افراد و شرایط اقتصادی اجتماعی آنها که خارج از کنترل مستقیم دولتهاست، تاثیر می پذیرد و دولتها تاخیر در انجام برخی مسولیت‌هایشان را مرتبط به این امر می دانند که بطور مشخص نمی توانند سلامتی مطلوبی را تضمین نمایند. اما باید گفت که دولتها حتی با وجود چنین شرایطی بهترین آغازگران مطالعه بر روی برخی شرایط اساسی در حمایت از سلامت فردی و حتی در صورت امکان افزایش آن باشند. از اینرو تعداد قابل ملاحظه ای از کنوانسیون های بین المللی حقوق بشر و اساسنامه های ملی، مقرراتی را در چارچوب سلامت به عنوان حقوق بشر به چندین زبان در نظر گرفته اند. چنین مقرراتی مسئولیت سلامت را گاهی به عنوان یک حق فردی و یا گاهی از طریق شرط تعهدات منعقد دولتها بیان شده است.

در واقع محقق ساختن حق بر سلامت جسمی و روانی زنان مستلزم متعهد بودن دولتها به تعهداتشان است. این امر را می توان با توجه به ماده ۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تفسیر نمود و خواستار وظایف دولت ها شد. گرچه با تعریف مشخص از حق بر سلامت جسمی و روانی و اعمال آن بر گروه های خاصی چون زنان، می توان دولتها را در انجام این تعهد یاری نمود و از آنجائیکه هدف اصلی کنوانسیون ها و همچنین میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تحقق یافتن حق های مندرج در آن می باشد به نحوی که دولتها بتوانند در جامعه بین المللی ایجاد نظم و امنیت نمایند، ولیکن این امر مستلزم پایبند بودن دولتها به تعهداتشان است. از اینرو نهاد مکانیسم های نظارتی بین المللی از طریق ایجاد کمیته های حقوق بشر شکل گرفت تا تامین متابعت دولتها در انجام تعهدات ناشی از معاهدات حقوق بشری را تضمین نمایند. در راستای این سازو کارها یا همکاری کشورها در سطح ملی و بین المللی است که دولتها به ایفا تعهدات خود می پردازند و موجبات پیشرفت و ترقی حق بر سلامت جسمی و روانی را فراهم می آورند که این خود در احقاق حقوق گروه های خاصی چون زنان تاثیر گذار است.

#### گفتار اول: تعهدات دولتها

برای هر گونه پیشرفتی در توسعه حقوق مندرج در میثاق و ارزش آن به عنوان تضمینی برای حقوق بشر مشروط به داشتن درک مشخصی از ماهیت دقیق تعهدات دولتها است که در بند ۱ ماده ۲ اینگونه بیان شده است؛

«هر دولت عضو میثاق حاضر متعهد می شود اقداماتی، انفرادی و از طریق مساعدت و همکاری بین المللی، به ویژه اقتصادی و فنی، با استفاده از حداکثر منابع در اختیار، به منظور دستیابی به تحقق کامل تدریجی حق های شناخته شده در میثاق حاضر با همه وسایل مناسب، از جمله به طور خاص اتخاذ اقدامات تقنینی معمول دارد».

در واقع این ماده را می توان رکن اصلی میثاق دانست. چراکه این بند به توصیف تعهدات دول عضو برای تحقق حق های مندرج در میثاق در جهت درک و شناخت محتوا و اجرای میثاق به عنوان کلیتی می پردازد. و با توجه به این بند می توان به ویژگی مهم میثاق به عنوان سند تضمین کننده حقوق بشر یعنی ماهیت تعهداتی دولتها در اجرای حق ها پی برد. گرچه این تعهدات، دول عضو را همچون سایر اسناد حقوق بشری ملزم به اجرای فوری آن نمی کند و مستلزم مرور زمان و بسته به در اختیار بودن منابع ضروری می داند و اغلب ماهیت تدریجی بدان داده اند ولیکن نباید قاعده مرور زمان را نادیده انگاشت. چراکه تحقق کامل برخی از حق های شناخته شده در میثاق ماهیتاً تعهدی هستند که تنها به مرور زمان و از طریق تهیه و اجرای برنامه های ملی قابل تحقق اند. در واقع اقداماتی که با کلیه وسایل مقتضی اتخاذ می شوند، عناصر اصلی برنامه های ملی برای حصول کامل حقوق رفاه اجتماعی محسوب می شود.<sup>۱</sup> همانطور که بند ۲ ماده ۱۲ که برای استیفای حق بر سلامت، به عناصر عمده برنامه ها یا راهبردهای ملی اشاره شده است. اگرچه تعهدات دول عضو برای تهیه این برنامه ها و راهبردهای رفاه اجتماعی بین المللی است ولیکن در مرحله اجرا و تحقق حقوق مورد نظر صرف نظر از نظام های سیاسی و یا سطح توسعه اقتصادی، شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خاص هر کشور متفاوت است. از آنجاییکه گاهی این تحقق نیازمند منابع کافی اقتصادی است، این خود عاملی می شود که بسیاری از کشورها بدلائل سیاسی در اجرای تعهدات شان قصور ورزند و این امر را بهانه قرار دهند. از اینرو در سومین کنفرانس جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۹۳ میلادی در وین، ضمن تاکید بر جهانی بودن حقوق بشر، دولتها ملزم به پیشبرد و حمایت از کلیه حقوق بشر و آزادی های اساسی شده اند.<sup>۲</sup> با توجه به وابستگی و تقسیم ناپذیری متقابل کلیه حقوق بشر و همچنین بدون نادیده انگاشتن تفاوت ماهیت تعهدات حقوقی دولتها جا دارد به دو شیوه خاص

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲ص ۳۵.

<sup>۲</sup> UN, World Conference on Human Rights; The Vienna Declaration and Programme of Action June 1993, para. 5.

تحلیل مورد نظر کمیته، یکی به روش تعهدات سه گانه؛ تعهد به احترام، حمایت و ایفا و دیگری به روش سنتی یعنی تعهد به وسیله و نتیجه توجه شود. در واقع تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، نظیر هر حق بشری، دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت، و تعهد به ایفاء.

#### الف) تعهدات سه گانه دولتها

شیوه نخست تحلیل کمیته نسبت به تعهد در برگیرنده این سه نوع تعهد می باشد. و چارچوب توسعه تدریجی از طریق برنامه هایی صورت می گیرد که به ما اجازه درک تعهدات خاص دولت را نسبت به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را می دهد. در واقع تعهدات دولتها با سه عنوان تعهد به «احترام»، «حمایت» و «ایفا» در نظر گرفته می شود که در هر حقی از حقوق بشری ازهم متمایز و مجزا می باشد.<sup>۱</sup> فرض اصلی بر این است که تمامی حقوق بشر، اعمال تعهدات دولت بر احترام، حمایت و ایفا است.<sup>۲</sup> این در صورتی است که در اصل تعهد به احترام تعهدات منفی را شامل می شود تا مانع انجام هر عملی گردد و تعهد به حمایت و ایفا تعهدات مثبتی اند که موجب حمایت افراد از برخی اعمال دول ثالث یا فراهم آوردن برخی تسهیلات و خدمات می شود. این روش بطور موفقیت آمیزی برای انواع حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اعمال شده و محتوی معمول آنرا مشخص کرده است.<sup>۳</sup> همچنین این امر در حقوق و سیاستهای ملی نفوذ کرده است.<sup>۴</sup> از اینرو این روش برای وضوح اثبات بیشتر حق بر سلامت می تواند موثرتر واقع شود. ضرورت اینکه این حق نه تنها شامل تعهدات مثبت برای ایفا و تعهد بر تهیه و تدارک دستیابی به خدمات مرتبط با سلامتی است بلکه تعهد به احترام و حمایت سلامتی افراد را نیز در بر می گیرد. در حقیقت تعهدات منفی به احترام در حق بر سلامت ذاتی است و تاکید بر خصیصه بهم وابسته و مرتبط

<sup>1</sup>. Eide, Asbyorn- Krause, Catarina - Allen Rosas , Economic, Social and Cultural Right's as Human Rights.,(published by Kluwer law international 2001 ,p79.

<sup>۲</sup>. تعهد به ایفا ممکن به تعهدات بیشتری تقسیم شود. وان هوف الزام به تعهد به ایفا را از طریق تعهدات مجزا به تضمین و پیشرفت معرفی نمود. *ibid*, Eide, Asbyorn p178

<sup>3</sup>. see .B. C. A. Toebes,op. Cit,pp.314-315,said by; *ibid*, Eide, Asbyorn p178 .

<sup>۴</sup> . برای اطلاعات بیشتر درخصوص تعهد به احترام، حمایت و ایفا می توان به ماده (۲)۷ اساسنامه های ملی آفریقای جنوبی(۱۹۹۶)توجه شود.

حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با حقوق مدنی و سیاسی که به تنهایی دارای بعد «آزادی» یا منفی نمی باشد، است. حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی همانند حقوق مدنی و سیاسی ممکن دولتها را از فعالیت بازدارند. برای مثال دولتها متعهدند تا طبق اصل حق بر آموزش، آزادی افراد را در انتخاب محل تحصیل محترم بدارند و همچنین طبق اصل حق بر سلامت نباید بر سلامت افراد متبوع خود صدمه یا آسیبی وارد نمایند.

تعهدات دولتها در بر دارنده انجام هر یک از این موارد می شود البته با توجه به اینکه تعهدات دولتها دارای سه خصلت تعهد به احترام، حمایت و ایفا می باشد، می تواند نقش مشخصی در اجرای تعهدات دولتی عضو ایفا کند. در زیر تعهدات بر احترام، حمایت و ایفا دولتها نسبت به حق بر سلامت ارائه شده است.

#### ۱- تعهد به احترام

تعهد به احترام همانطور که گفته شد، در حقیقت بعد سلبی تعهدات حقوق بشری بوده که در حقیقت تعهد به عدم انجام اعمالی خاص یا ترک فعل هاست. این خودداریها چه بسا متضمن اعمالی ایجابی نیز می باشند. هر چند که دستیابی به حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی (حق بر سلامت) مستلزم مداخله قابل توجه دولت است ولیکن این اقدامات می بایست آزادی و کرامت فرد را محترم بدارد. بدین معنی که تعهد به احترام در خصوص حق بر سلامتی بدان معناست که دولتها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا گروه‌هایی از افراد ایجاد نمایند یا آنکه موانع موجود و محدودیت‌های جاری را چه بطور مستقیم و چه بطور غیر مستقیم مرتفع سازند. در تفسیر عمومی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی این مصادیق از جمله تعهد به احترام به حق بر سلامتی بر شمرده شده؛ تعهد به خودداری از منع یا محدود کردن دسترسی برابر همه‌ی اشخاص به خدمات پیشگیرانه، درمانی و تسکین دهنده مربوط به سلامتی، اجتناب از محروم ساختن یا محدود نمودن دسترسی گروه‌هایی چون زندانیان، بازداشت‌شدگان، اقلیت‌ها و مهاجران و ... از خدمات سلامتی، احتراز از اجرای رویه‌های تبعیض آمیز در

رابطه با وضعیت و نیازهای سلامتی زنان، اجتناب از ممنوعیت یا مانع تراشی برای مراقبت پیشگیرانه، تعهد به خودداری از بازاررسانی داروهای ناسالم، خودداری از محدود کردن دسترسی به داروهای ضد آبستنی یا سایر شیوه‌ها و ابزار حفظ سلامتی جنسی و ... ، و از نقض حقوق خصوصی (منجمله افراد مبتلا به ایدز/ HIV) خودداری نمایند. همچنین کمیته در تفسیر عمومی شماره ۱۴ بیان می دارد که دول عضو ملزم اند اجرای حق بر سلامت را در سایر کشورها محترم بدانند. بدیهی است که برخی از موارد بعد سلبی می تواند متضمن هزینه‌هایی برای دولت‌ها باشد و حتی از نگاهی به عنوان مصداقی از تعهد به ایفاء نیز به شمار آید.

## ۲- تعهد به حمایت

تعهد به حمایت از حقوق فرد در برابر تجاوز طرف های ثالث بیان می شود. این تعهد به معنی تضمین حقوق بنیادین همه افراد در برابر نقض و تجاوز از سوی دیگران است. تعهد به حمایت هم در واقع ناظر به تعهدات دولت‌ها به حفظ و حمایت از حق بر سلامتی در برابر تعرض و نقض این حق توسط ارکان یا مؤسسات دولتی یا اشخاص خصوصی است. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است. در این زمینه نیز کمیته مزبور، مصادیقی را جهت این سنخ از تعهد دولت‌ها برشمرده است؛ تعهد دولت‌ها به تصویب قوانین و مقررات یا اتخاذ اقداماتی در جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با آن، تعهد و تضمین آنکه خصوصی سازی بخش سلامت متضمن تهدیدی برای در اختیار و در دسترسی و کیفیت تسهیلات و خدمات سلامتی نباشد، تعهد به کنترل و نظارت بر بازار تجهیزات پزشکی، دارویی و ...، منع طرف‌های ثالث از اجبار زنان به تحمیل رویه‌های سستی نظیر ختنه زنان و ... . در واقع در این تعهد از دولتها خواسته می شود تا دولتهای ثالث را از نقض حق بر سلامت باز دارند. دولتها باید (وضع) قانون یا سایر اقداماتی را که جهت تضمین در انطباق عوامل خصوصی با استانداردهای حقوق بشر زمانیکه مراقبتهای بهداشتی یا سایر خدمات سلامتی را (مانند تنظیم ترکیبات محصولات غذایی) تهیه می نمایند را بپذیرند، کنترل بازار مواد مورد نیاز پزشکی و دارویی توسط عوامل خصوصی، همچنین

اقداماتی جهت تضمین خصوصی سازی، تضمین به اینکه دول ثالث افراد را در دسترسی به اطلاعات و خدمات مرتبط با سلامتی همچون برخورداری از محیط زیست سالم را محدود نمایند، و در آخر اینکه تضمین دهند متخصصین سلامتی مراقبت از اشخاص معلول را با رضایت کامل و بطور آزادانه انجام دهند.

در این خصوص همچنین کمیته بیان داشت که دول عضو باید دول ثالث را از نقض حق بر سلامت در سایر کشورها باز دارند.<sup>۱</sup> البته این مورد پیشتر زمانیکه مذاکرات بر سر توافقات چندجانبه یا بین المللی که دول ثالث می بایست به اتخاذ اقداماتی در جهت عدم مغایرت این اسناد در دسترسی با حق بر سلامتی نماید، مورد توجه قرار گرفته بود. به عنوان نمونه می توان به کنفرانس بین المللی سازمان تجارت جهانی اشاره کرد. در این کنفرانس و شورای سازمان تجارت جهانی، اعلامیه ای را در سال ۲۰۰۲ در دوهه در خصوص موافقتنامه تجارت در رابطه با جوانب حق اموال معنوی (TRIPS) و سلامت عمومی پذیرفت.<sup>۲</sup>

اعلامیه دوهه اظهار می دارد که این موافقتنامه نباید دول عضو را از اتخاذ اقداماتی جهت حمایت از سلامت عمومی باز دارد. همچنین یک تصمیم در رابطه با این موضوع در ۲۰۰۲ مشخصاً در پاراگراف ۶ اعلامیه به تصویب رسید، و شامل وظایفی بود که صرف نظر از اجازه دادن به کشورها در شرایط خاص، کشورها را ملزم می کند تا داروهای جنسی را تهیه نمایند و مجوز صادرات آن را به کشورهایی که قادر به تولید این محصول نیستند را صادر و تضمین نمایند.<sup>۳</sup>

### ۳- تعهد به ایفا

تعهد به ایفا برای تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جنبه محوری دارد. عبارت ماده ۲(۱) به نحوی تدوین شده که در برآوردن حق های میثاق اعمال انعطاف پذیرتری را در نظر داشته و در اقدامات

---

<sup>۱</sup> تفسیر عمومی ش. ۱۴ حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامتی (۲۰۰۰) پ. ۹. نک: متیوسی کربوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷. ص ۵۵۲.

<sup>۲</sup> See <http://www.wto.org>.

<sup>۳</sup> چنین مجوزهایی برای ضرورت های ملی، سایر رویدادهای فورس مازور قابل اعمال است یا دولتها می توانند از آن استفاده نمایند. به عنوان مثال در اپیدمی ایدز/اچ آی وی چنین مجوزها اجباری قابل اعمال است.

اتخاذی دولتها و ابزار مورد استفاده آنان در تحقق حق‌ها لحاظ شده است. از اینرو تعهد به ایفا در حق بر سلامتی به معنای انجام اقدامات ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد درخصوص سلامتی است. دولت‌ها موظف‌اند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین نمایند. یعنی طبق ماده ۱۲ از دولتها می‌خواهد تا اقدامات مناسب تقنینی، اداری، بودجه‌ای، قضایی، ترویجی و غیره را جهت تحقق کامل حق بر سلامتی اتخاذ نمایند. برای مثال دولتها باید سیاست ملی سلامتی یا برنامه ملی سلامتی خود تحت پوشش بخشهای خصوصی و عمومی را بپذیرند. همچنین کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تحلیل و تبیین این تعهد برخی از مصادیق این سنخ از تعهد را چنین بر شمرده است: تضمین ارابه مراقبت سلامتی، از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های مسری و همه‌گیر، تضمین دسترسی برابر همگان به معیارهای اصلی سلامتی نظیر غذای کافی و مناسب مطابق اصول تغذیه، آب سالم آشامیدنی، نظافت اولیه و مسکن و شرایط کافی زندگی، داشتن زیرساخت‌های سلامت عمومی ...، تضمین آموزش و تربیت پزشکان و سایر نسل مربوطه، تأمین تعداد کافی بیمارستان‌ها و ...، تدارک نظام بیمه‌ی عمومی، خصوصی یا مختلط، ارتقاء و گسترش تحقیقات پزشکی و آموزش سلامتی و اطلاع‌رسانی درباره ایدز، خشونت خانگی، مصرف نادرست الکل، سیگار، داروها و ... این فهرست می‌تواند بسیار مفصل‌تر از دو تعهد کلی دیگر باشد. به این ترتیب، تعهد دولتها درباره تسهیل در تحقق حق بر سلامتی متضمن انجام اقداماتی ایجابی می‌باشد تا افراد، جوامع و گروه‌ها بتوانند از این حق بهره‌مند شوند.

البته برخورداری از سیستم سلامتی کامل و موثر شامل مراقبتهای سلامتی و تعیین دقیق (حوزه) سلامتی، نقش کلیدی در تضمین برخورداری از حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامتی دارد. مانند سیستم ملی سلامتی، برطبق گزارش ویژه برای حق بهره‌مندی از بالاترین حد قابل حصول سلامتی تاکید بر چشم‌انداز حق بر سلامتی دارد. یک سیستم ملی سلامتی می‌بایست چندین مورد را داشته باشد. نظیر، یک سیستم مناسب برای مجموعه‌ای از زمان سلامتی جهت نشان دادن تجزیه حق بر سلامتی، این پروسه باید به چند



عامل چون جنس، سن، بومی یا غیر بومی بودن از هم مجزا شوند، همچنین شامل ظرفیت ملی برای تهیه تعداد مشخصی از کارگران زن آموزش دیده کسانیکه دارای انرژی خوب و شرایط استخدامی باشند.<sup>۱</sup> یک روند همکاری در این مورد ارزیابی دقیق قبل از تعیین سیاستهای مرتبط با سلامت است، ترتیباتی برای تضمین مشارکت در شکل گیری سیاستهای سلامتی و از مکانیسم های موثر، قابل دسترس و قابل دستیابی استفاده نمایند. بعلاوه اعلامیه آلماتا وظیفه اصلی را از طریق مراقبتهای اولیه بهداشتی در سیستم ملی سلامت در نظر گرفته است (ماده ۵). و همچنین تاکید دارد که دولتها باید سیاستهای ملی، استراتژی ها و برنامه های عمل برای خدمات و پشتیبانی از مراقبتهای اولیه سلامتی را به عنوان بخشی از یک سیستم جامع سلامت ملی را شکل دهد.

با بیان تعهدات دولتها در قبال حق بر سلامتی می توان روش دیگری از همین نوع که کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی برای تحلیل بکار برده است نیز توجه داشت. در روش سنتی مورد نظر کمیته تعهد به نتیجه و نه تعهد به وسیله بر دول عضو تحمیل می شود.<sup>۲</sup> تعهدات دولتها با توجه به بند ۱ ماده ۲ به گونه ای تفسیر شده است که شیوه تمرکز بر تعهدات به وسیله و نتیجه است.

#### ۴- تعهد به وسیله و نتیجه

در واقع در این روش سنتی کمیته برای درک ماهیت تعهدات دولتها به موجب میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به مفاهیم «تعهد به نتیجه»<sup>۳</sup> و «تعهد به رفتار یا وسیله»<sup>۴</sup> که کمیسیون حقوق بین الملل در بحث و بررسی مواد ۲۰ و ۲۱ طرح مسئولیت دولت را عنوان نمود<sup>۵</sup>، توجه داشته است. این دو مفهوم به نوعی با یکدیگر تداخل دارند. بدین معنا که وجود تعهد به نتیجه لزوما دربردارنده تعهد به وسیله

<sup>۱</sup> A/HRC/4/28, paras.90-92. said by; The Right of Health, who, 2007p.26.

<sup>۲</sup> متیوسی کریوتون، همان منبع، ص ۱۵۰.

<sup>۳</sup> Obligation of Result.

<sup>۴</sup> Obligation of Means or Conduct.

<sup>۵</sup> UN, Yearbook of International Law Commission, 1977 (New York: United Nations, 1978), Vol. II, Pt. 2, pp.18-30.

نیز می شود. در ابتدا از ماده ۲ بند ۱ چنین به نظر می آید که دول عضو به تعهد به نتیجه و نه به تعهد به رفتار ملزمند.<sup>۱</sup> مطابق نظر کمیسیون حقوق بین الملل، تعهد به نتیجه، تعهد دولت به دستیابی نتیجه خاصی آن هم از طریق جریان رفتاری (فعل یا ترک فعل) به صلاحدید دولت است که در مقابل تعهد به وسیله که در آن دولت متعهد به رفتار خاصی (فعل یا ترک فعل) می باشد، قرار می گیرد. ولیکن با تاکید بر تعهد به نتیجه تنها منجر به کاستن ارزش (واقعی) محتوای میثاق خواهد شد. همانطور که از این عبارت استنباط می شود، نتیجه یعنی تحقق کامل حق ها آن هم به شیوه تدریجی و صرف مرور زمان که دول عضو برای رسیدن به این هدف دارای اختیار عمل کامل و آزاد از هر محدودیت ابزاری می باشد. بنابراین تفاوت چندانی میان این دو حق وجود ندارد. تعهد دولتها در مورد حق بر سلامت، تعهد به رفتار می تواند عبارت از تهیه راهبرد ملی سلامت باشد و تعهد به نتیجه رسیدن به اهداف خاص آن راهبرد، مانند محو بیماری های خاص در طی مدت زمانی کوتاه باشد. بنابراین تعهدات دولتها در قبال حق بر سلامت همانند تعهدات سه گانه، (تعهد به احترام، حمایت و اجرای حقوق مورد بحث) هم تعهدات به وسیله و هم تعهدات به نتیجه را شامل می شود. همانطور که ماده ۱۲ به شناسایی حق بر سلامت و بند ۲ آن به بیان « اقداماتی که باید اتخاذ شود» شامل پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری های واگیردار، بومی، شغلی و غیره می پردازد و گرچه این حق همچون برخی حق های مندرج در میثاق (و یا حق های مرتبط با حق بر سلامت) قابل تحقق فوری نمی باشد و لیکن دولتها ملزم اند تعهدات رفتاری خاصی را متقبل شوند تا این حق به تدریج محقق گردد. از اینرو کمیته یادآور می شود که تاکید بر روی نتیجه یعنی « تحقق کامل حق ها» خود اشاره زیادی بر اتخاذ اقداماتی است که می بایست انجام گردد و به نوعی در برگزیده ترکیبی از دو نوع تعهد می باشد. بنابراین می توان هدف تعهد دولتها که به وضوح در بند ۱ ماده ۲ بیان شده که همان « تحقق کامل حق های شناخته

<sup>۱</sup> . متیوسی کریوتون ، همان منبع.ص ۱۵۰. (Report of the International Law Commission(1977)2 Yrbk. ILC 29,para.8)

شده» در میثاق می باشد، در این امر دانست که در نهایت تعهدات دولتها را هرچند با انجام فرآیندی درست ولیکن در جهت رسیدن به تحقق کامل حق ها مورد ارزیابی قرار می دهند.

حال از آنجاییکه دولتها یک تعهد اولیه ای نسبت به حمایت و پیشبرد حقوق بشر دارند آنهم تعهدات حقوق بشری که از طریق حقوق بین الملل عرفی<sup>۱</sup> و معاهدات بین المللی حقوق بشر بر دولتهایی که این معاهدات را تصویب نموده و به آنها اثر بخشیده اند، لذا دول عضو بواسطه تصویب معاهدات حقوق بشری و برای اثر بخشیدن به این حق ها می بایست در چارچوب صلاحیت شان دست به اقداماتی زنند. از اینرو آنچه تا کنون در خصوص تعهد دولتها مطرح شد مربوط به ابعاد تعهدات دولتها در خصوص حق بر سلامتی بوده اما در حوزه قلمرو تعهدات دولتها نیز چند تعهد کلی از جمله تعهد به توسعه تدریجی، تعهد به مساعدت و همکاری بین المللی و تعهد به شناسایی اقدامات ضروری را می توان ذکر نمود که دولتها را ملزم به پایبندی به آنها نیز می کنند. در واقع دول عضو علاوه بر تعهدات سه گانه که ملزم به ایفا و حمایت از حق های مندرج در میثاق می باشند تعهدات دیگر نیز دارند که در قالب تعهدات کلی بر هر دولت متعهدی بار می شود. و می بایست تلاش خود را در جهت اتخاذ اقداماتی چند برای توسعه این حقوق حتی بطریقه تدریجی نیز نماید. از اینرو بررسی تعهدات کلی دولتها ضرورتی است که لازمه ایفای تعهدات دولتها و مانع نقض آن به شمار می رود.

#### ب) تعهدات کلی

بند ۱ ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی به بیان تعهدات الزامی بر دولتها اشاره دارد. در واقع ماده ای است که علاوه بر الزام ایفای تعهدات دولتها بر انعطاف پذیری با توجه به محدودیت های منابع که ممکن است مانع تحقق کامل حق ها شوند را در نظر گرفته است. از اینرو برای تعهدات دولتها قائل به یک

---

<sup>۱</sup> حقوق عرفی حاکی از رفتار عمومی کشورها است که به عنوان یک قاعده حقوقی در آمده است و پیروی از آن به عنوان یک تعهد قانونی مورد پذیرش همگان قرار گرفته باشد.

تعهد کلی شده است. در واقع تعهدات کلی که در برگیرنده تمام حق های مندرج در میثاق می باشند و بر تعهدات سه گانه دولتها نیز احاطه دارند. گرچه وضع قانون غالبا امری بسیار مطلوب و بعضا گریزناپذیر است ولی به تنهایی برای ایفای تعهدات دولتها کافی نمی باشد. از اینرو با ذکر «توسعه تدریجی» و نیز «اتخاذ اقداماتی...» در ماده ۲ بر اختیار دولتها در اتخاذ تصمیمات خود که چه اقداماتی مناسب و مقتضی است را صحه گذارده است. همچنین بر اختیار عملی که همواره دولتها از آن برخوردار بوده اند. در راستای این تعهدات کلی (ماده ۲) دولتها صرفنظر از ماهیت تدریجی تعهد خود ملزم اند تا دست کم سطوح حداقلی و ضروری هر یک از حق ها را تضمین نمایند. همچنین بدلیل وجود منابع اندک دولتها می توانند برای ایفای تعهدات خود جهت تحقق کامل حق ها اقدام به همکاری در سطح بین المللی نمایند.

از اینرو روشن شدن ابعاد و ماهیت تعهدات دولتها به موجب میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از آن حیث حائز اهمیت است که تشخیص موارد نقض این تعهدات را تسهیل می نماید. برای این منظور بررسی مفهوم توسعه تدریجی در بند ۱ ماده ۲ میثاق ضرورت پیدا می کند.<sup>۱</sup>

#### ۱- توسعه تدریجی

مفهوم «توسعه تدریجی»<sup>۲</sup> ماهیت تعهدات دولتها را در میثاق مذکور را در پرده ای از ابهام قرار می دهد و به تعهدات میثاق خصلتی غالب و مسلط داده است. گرچه این مفهوم نه بر ماهیت حقوق تعهدات پذیرفته شده در میثاق اثر دارد و نه به بیان نفی ایفای هرگونه تعهد فوری موجود در میثاق می پردازد. بلکه بر واقعیت حصول در طی زمان بدون اینکه مورد سوء تفسیر قرار گیرد، تاکید دارد و از دولتها خواسته شده که اصل حسن نیت را در تفسیر تعهدات خود به موجب ماده ۲ بند ۱ را در نظر گیرند.<sup>۳</sup> اما نکته شایان ذکر این است که در همین ماده عبارت استفاده از حداکثر منابع موجود آیا برای تحقق کامل حقوق رفاه اجتماعی نیز

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲، ص ۳۷.

<sup>۲</sup> . Progressive Realization.

<sup>۳</sup> متیوسی کریوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷، ص ۱۸۰.

در نظر گرفته شده و اینکه آیا تعهد دولتها متضمن تعهد در اختصاص دادن اولویت به منابع ملی در حوزه رفاه اجتماعی نیز می شود. در خصوص سوال نخست باید گفت با توجه به اصل حاکمیت دولتها، مرجع صالح خود دولت متعهد است. چراکه دول عضو بواسطه تصویب معاهدات حقوق بشری می بایست بر طبق صلاحیت خود به ایفای تعهدات و ارتقا حقوق مندرج بپردازد. به خصوص در بند ۱ ماده ۲ که بر تعهد دولتها در توسعه تدریجی جهت تحقق کامل حقوق مورد نظر میثاق تاکید دارد. در نتیجه شناخت اینکه دولتها منابع محدودی دارند و نیازمند زمانی برای اجرای مقررات معاهده می باشند، امر مطلق است که در هر حال دولت متعهد به اتخاذ برنامه هایی حداقل در سطح رفاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای تضمین حمایت از حقوق شهروندان خود است که به تدریج بتواند با افزایش این رفاه تا مرز تحقق کامل حقوق مربوطه گام بردارد. اما در خصوص مسئله بعدی می توان اظهار داشت هر چند شرط منابع موجود نشانه عدم انتظار بیش از حد نسبت به دولت متعهد در اجرای تعهداتش که ممکن از منابع چندانی برخوردار نباشد، است ولیکن این ماده دولتها را به حال خود رها نکرده تا دولتها از منابع در اختیار خود در جهت کارهای نظامی صرف عمل نماید و از اجرای تعهدات بین المللی خود طفره روند. لذا با استفاده کردن از واژه حداکثر خود مبین اولویت دادن به تعهدات در زمینه رفاه اجتماعی منجمله سلامتی که نقش مهمی در تمامی ارکان جامعه دارد، می باشد. همچنین در همین ماده برای اجرای تعهدات استفاده از کمکهای بین المللی را نیز بیان داشته است. لذا در ماده ۱۲ میثاق، بهره مندی از بالاترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روانی و اتخاذ اقداماتی در این خصوص را به رسمیت شناخته شده است. بنابراین در برخی حقوق ترکیبی مورد حمایت میثاق مانند حق بر سلامت، دولت متعهد ملزم به فراهم ساختن چنین شرایطی برای اتباع خود با استفاده از حداکثر منابع موجود ملی و کمکهای بین المللی می باشد که در غیر اینصورت با نقض تعهدات دولت مواجه می شویم.

از اینرو نه تنها تمام جوانب حقوق مورد نظر میثاق را می توان بطور فوری تحلیل نمود بلکه حتی یک دولت کوچک نیز می تواند نشان دهد که با حداقل منابع قابل دسترس خود چگونه برای ایفای تعهداتش در راستای حمایت و ارتقا حقوق مندرج میثاق می تواند دست به اقداماتی زند و باتوجه به ماده ۲ بند ۱ برای استفاده از این منابع قابل دسترس می تواند از همکاری و مشارکت بین المللی نیز بهره جوید .

بدین ترتیب دول عضو میثاق بویژه دولتهای در حال توسعه برای تحقق تدریجی حقوق و تعهداتش که امروزه نقش مهمی در فعالیتهای سازمان ملل در زمینه حقوق بشر دارد، می توانند هم از منابع موجود خود و هم از کمکهای بین المللی قابل دسترس استفاده نمایند. مطابق مواد ۵۵ و ۵۶ منشور ملل و بر اساس اصول مستقر و مسلم حقوق بین الملل و نیز مقررات خود میثاق، همکاری بین المللی برای توسعه و در نتیجه تحقق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی بر دوش همه ملتهاست. از اینرو کمیته بیان می دارد نه تنها دول عضو در تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق بطور تدریجی گام بر می داشته بلکه تعهد به حمایت از حقوق رفاه اجتماعی دولتها را که ملزم به اتخاذ سیاستهای هدفمند و نیز منع تصویب هر گونه سیاست، قوانین یا رویه منحط که اثر منفی در بهره مندی کامل از حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی دارد، را نیز ایفا نموده است.<sup>۱</sup>

در واقع اهمیت نقش مساعدت و همکاری بین المللی به حدی است که در سایر اساسنامه ها نیز به خوبی مانند منشور ملل متحد، اعلامیه جهانی حقوق بشر و کنوانسیون حقوق کودک منعکس شده است.<sup>۲</sup> گرچه این امر جانشینی برای تعهدات داخلی به شمار نمی رود، اما در صورتیکه دولتی قادر به اثر بخشیدن به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود و یا تحقق آن نباشد، این جانشینی نقش مشخصی را ایفا می کند و نیازمند مساعدت سایر دولتها برای انجام این وظایف می باشد. بطور مشخص همکاری بین المللی دولتها

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران ، همان منبع، ص ۱۴۰

<sup>۲</sup> منشور سازمان ملل مواد (۳)، ۵۵، ۵۶؛ اعلامیه جهانی حقوق بشر مواد ۲۲ و ۲۳؛ کنوانسیون حقوق کودک مواد ۴ و ۲۴.

زمانی ضروری است که آن دولت در یک وضعیت ضروری قرار دارد. از اینرو دولت‌ها باید برنامه فعال همکاری و همیاری بین المللی داشته باشند و کمکهای اقتصادی و فنی «بویژه اقتصادی و فنی...» جهت توانمندسازی سایر دولت‌ها برای انجام تعهداتشان در رابطه با حق بر سلامتی را فراهم نمایند.<sup>۱</sup>

البته جا دارد به این نکته نیز اشاره شود که گرچه اعمال توسعه تدریجی برای ایفای تعهدات دولت‌ها در ماده ۲ به دولت‌ها امکان می دهد براساس اوضاع و احوال خود تحقق حق ها را تا زمان نامحدود به تعویق اندازد یا کاملاً از تعهدات طفره روند. اما چنانچه اوضاع و احوال اجازه دهد بدین نحو که اگر دولتی دارای توان اقتصادی و یا منابع موجود برای ایفای تعهداتش را داشته باشد، دولت‌ها چه توسعه یافته چه در حال توسعه باید حق ها را فوراً محقق سازند یعنی تعهدات دارای اثر فوری می باشند حال تحقق این حق ها وابسته به منابعی باشد یا نباشد. از اینرو بطور مشخص تعهد به انجام اقدامات مقتضی در جهت ارتقا حقوقی چون حق بر سلامتی می بایست برای هدف گذاری و ارتقا ان از چنین قاعده ای بهره جست. مگر اینکه دولتی بتواند ثابت کند که از تمامی منابع تحت اختیار خود در اثر بخشی بر اجرای این حقوق استفاده نموده است.

## ۲- اتخاذ اقدامات

اما درخصوص اتخاذ اقداماتی برای توسعه حق بر سلامت باید گفت که نیازمند اقدامات مختلفی می باشد. چراکه حتی برای اتخاذ منعطف ترین اقدامات در اجرای حق بر سلامت می تواند از یک دولت به دولت دیگری متفاوت باشد به همین دلیل معاهدات بین المللی پیشنهادات خاصی را در این رابطه ارائه نداده اند. میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در م ۲(۱) بطور ساده دولت‌ها را به تحقق کامل حقوق مندرج در معاهده وا می دارد آن هم از طریق « همه روشهای مناسب و بطور مشخص تر پذیرش اقدامات تقنینی» که می بایست قابل دسترس باشند.

<sup>۱</sup> . کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، تفسیر عمومی شماره ۳(۱۹۹۰) درباره ماهیت تعهدات دول عضو و تفسیر عمومی شماره ۱۴ پاراگراف ۳۸-۴۲.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متذکر می شود که دولتها (حتی تعداد کمی از آنها) باید استراتژی داخلی را در جهت اجرای کامل حق بر سلامت را بر پایه اصول حقوق بشر که بطور ذهنی تعریف شده، را بپذیرند و در ایجاد شاخصه و چارچوبی در شکل گیری و اجرای چنین استراتژی تصمیم گیری نمایند. در واقع حق بر سلامت ابتدایی در موضوع توسعه تدریجی آن چیزی است که در طول یک مدت زمانی از یک دولت انتظار میرود که نسبت به دولت دیگر می تواند متفاوت باشد. بنابراین یک دولت نیاز به توجه خاص و اقدامات مجزا در ابعاد متنوع حق بر سلامت دارد. و فقدان منابع به خودی خود نمی تواند دولت را مجاز به عدم اتخاذ اقدام ضروری برای اجرای تعهدات خود نسبت به ماده ۱۲ هر چند بطور نامحدود بدارد و یا بتواند تعهد خود را به تاخیر اندازد. این شاخصه ها، بطور ویژه وقتی از هم مجزا می شوند که اطلاعات مفیدی در مورد اینکه چطور حق بر سلامت را می توان در یک کشور معینی تحلیل کرد، فراهم آورد. دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر به توسعه محتوا و روش شناختی چنین شاخصه هایی پرداخته است. چراکه در این چارچوب پیشنهادی، شاخصه های معین شده حقوق بشر جهت دستیابی به اتخاذ گامهایی توسط دولتها در برخورد با تعهداتشان کمک می کند شاخصه ای که -پذیرش استانداردهای حقوق بشر (شاخصه ساختاری) تا تلاشهای صورت گرفته توسط دولت در رویاروی با تعهداتی که از این استانداردها پیروی می کند (شاخصه پروسه ای)، در نتیجه این تلاشها از دید جمعیتی (شاخصه بیرونی) - می تواند مسمر ثمر واقع شود. شاخصه های مانند نسبت تولد نوزادان زیر نظر افراد متخصص و نسبت مرگ و میر مادران که منحصر به حق بهره مندی از بالاترین حد قابل حصول سلامتی از جمله تعدادی از معاهدات حقوق بشری مرتبط با حق بر سلامتی و مورد تصویب دولت می باشد. همچنین این منطقی است که شاخصه ها نسبت به گروه های جمعیتی خاص و یا گروه های مورد تبعیض از هم مجزا و متفاوت باشد. چراکه هر شاخصه ای نسبت به هر گروهی دارای اثرات و نتایج خاص خود را در بر خواهد داشت.



## الف) اتخاذ اقدامات جهت حق بر سلامت زنان

با توجه به ماده ۱۲ بند ۱ تعهد دول عضو در تضمین «حق بر خورداری از بالاترین حد قابل حصول سلامت جسمی و روانی» برای ذینفعان و بویژه زنان است. در بند ۲ همین ماده میثاق بر اتخاذ اقداماتی جهت تحقق کامل این حق تاکید دارد. در واقع این بند دسترسی برابر به مراقبتهای سلامتی و حداقل ترین ضمانت مراقبتهای سلامتی زنان در پیشگیری از بیماری را خواستار است. از آنجاییکه زنان اغلب از مشکلات اساسی و نامتناسبی در بهره مندی از حقوق خود و بطور خاص حق بر سلامتی خود رنج می برند، کمیته حقوق اقتصادی و اجتماعی در تقسیم بندی این حق تلاش هایی را مبذول داشته و حتی به ارائه تفسیر عمومی از این حق پرداخته است. از اینرو از دول متعهد انتظار می رود با توجه به ماده ۳ مندرج در میثاق تضمین نمایند زنان و مردان دقیقا از حقوق مشابهی برخوردار گردند و اگر اتخاذ اقدام خاصی لازم است، می بایست توسط دول عضو جهت تضمین در توجه به ایجاد موقعیت برابر زنان در دستیابی به سایر موارد مرتبط با حق بر سلامتی را بر دارند. همچنین میثاق چارچوبی را برای مقررات و اقدامات فوری و تدریجی که زنان را به امکان برخوردار از حق برابر که عمدتا از آنها دریغ شده است را بیان داشته است. مواد ۳ و ۲ (بند ۲) هر دو حمایت قانونی مشخصی را علیه تمامی اشکال تبعیض در راستای حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی را فراهم نموده است. همچنین کمیته تاکید دارد که بسیاری از اقدامات برای تحقق حق بر سلامت زنان می تواند از طریق برنامه ها و راهکار های ملی با کمترین هزینه از طریق تصویب، اصلاح یا لغو قوانین یا توزیع اطلاعات مستمر صورت پذیرد. حتی در مواجهه با محدودیت های شدید منابع باید با اتخاذ برنامه های کم هزینه تر و هدفمندتری از زنان حمایت شود.<sup>۱</sup> و در راستای ایفای تعهدات خود گام بردارند.

<sup>۱</sup> تفسیر عمومی شماره ۳ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بند ۱۲. (رک: متیوسی کریوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی

حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷)

گرچه عدم وجود منابع کافی بویژه منابع اقتصادی به دولتها اجازه داده که حق ها را بطور تدریجی اجرا نمایند و توجیهی بر رفتار نقض آمیز حقوق مندرج در میثاق گردد ولیکن هیچ دولتی نمی تواند خود را از تعهداتش معاف سازد. از اینرو کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تاکید کرده که دولتها تعهد حداقلی برای تضمین کافی جهت تحقق اساسی ترین حقوق میثاق دارند. گرچه این سطح از حقوق اساسی گاهی گسترش می یابد، و نیازمند منابعی است که دولتها در تحقق و ارتقا این حقوق می بایست ود نظر قرار دهند لذا برای تعهد این قبیل حق ها به ترتیب تقدم دست به اقدام می نمایند. کمیته همچنین تاکید دارد که دولتها نسبت به حق بر سلامت می بایست تضمیناتی چون؛ حق دسترسی به تجهیزات سلامتی، ارائه کالا و خدمات بر پایه اصل عدم تبعیض بویژه برای گروه های زنان آسیب پذیر یا مهاجرین؛ ایفای تعهد حداقلی برای دستیابی به تغذیه کافی و سالم؛ دسترسی به سرپناه، خانه و تجهیزات پزشکی و آب آشامیدنی سالم؛ توزیع عادلانه تجیزات، کالا و خدمات بهداشتی و نیز اتخاذ مقررات مناسب دارویی را انجام دهند.

لذا دولتها لازم است که تلاش های خاصی را از طریق اتخاذ برنامه ها و خط مشی های مرتبط با توسعه این حقوق به ویژه در موقعیت تعدیل ساختاری اعمال دارند تا از حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی حمایت شود.<sup>۱</sup> و در نتیجه اقشار فقیرتر جامعه در مواقع بحران های اقتصادی متحمل صدمه بیشتری نگردد و به عنوان اعمال یک تعهد حداقلی نیازهای اساسی این جمعیت را تامین نمایند. در کنار تعهدات دولتها به منظور حمایت از حقوق بشر و ارتقا آن، بخش خصوصی و اعضا سازمان ملل مسئولیتهای دیگری در این راستا جهت رفع بسیاری از نقیضه ها و ضعف های این حق دارند. بر همین اساس بود که مجمع عمومی سازمان ملل تقویت همکاری های بین المللی در حوزه حقوق بشر را برای ارتقا همهم حقوق بشر و حمایت

<sup>۱</sup>. تفسیر عمومی شماره ۳ بند ۱۲. (رک: متیوسی کریوتون همان منبع ص ۴۷۳)

از ان را مورد توجه کار خود قرار داد. و از دولتها و سایر اعضا سازمان ملل در این زمینه می خواهد که همگی جهت رسیدن به تحقق کامل این حقوق تلاش نمایند.

گفتار دوم: مسئولیت های سایرین

تعهد دولت بر حمایت از حقوق بشر دربردارنده تضمین بر این است که دول غیر عضو نیز از حقوق بشر تخلف ننماید. برای مثال دولتها باید نسبت به سلامت، اقدام به وضع قانون یا سایر اقدامات مقتضی جهت دسترسی برابر به مراقبتهای بهداشتی دول ثالث را بپذیرند. حال با توجه به این امر بحث دیگری پیش می آید که آیا گسترش تعهدات این حقوق بغير از دولتها می تواند از طریق سایر فعالان موجود در جامعه مانند افراد، سازمان های غیر دولتی (NGOs)، متخصصان سلامتی و تاجران افزایش یابد و اعمال شود و یا اینکه آنها هم در پیشبرد و حمایت حقوق بشر تا این حد (دولتها) مسئولیت خواهند داشت. در این قسمت نقش آژانسهای تخصصی سازمان ملل و بخش های خصوصی بیان می شود. البته بدین معنی نیست که سایرین نمی توانند مسئولیتها و تعهداتی در این زمینه نداشته باشند، برای مثال نقش حتمی گزارشگران ویژه متخصصان سلامتی در ارتقا و حمایت از حق بر سلامت را نباید نادیده انگاشت.<sup>1</sup>

الف) اعضا سازمان ملل و آژانس های ویژه

منشور ملل متحد اعلام می دارد که یکی از اهداف این سازمان توسعه و احترام به حقوق بشر است و معاهدات بین المللی حقوق بشری نقش مشخصی را برای اعضا سازمان و آژانسهای تخصصی در تحقق کامل این حقوق قرار داده است. برای نمونه بانک جهانی، صندوق بین الملل پول و آژانسهای تخصصی ملل متحد چون یونیسف نیازمند همکاری موثری را با دول عضو در رابطه با اجرای برنامه های ملی در راستای تحقق تمام این حقوق می نمایند.

<sup>1</sup>. E/CN.4/2003/58/chap.IV sect.f.said by; The Right of Health,who,2008p.25.

در سالهای اخیر بازرنگری در سازمان ملل متحد توسط شورای عمومی (در سال ۹۷-۲۰۰۲ و ۲۰۰۵ میلادی) و همچنین کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی صورت گرفت، نقش و تعهدات آژانسهای سازمان ملل و موسسات مالی بین المللی را نسبت به حقوق بشر تعیین نمودند. کمیته به این امر توجه داشت که (به عنوان مثال) با پذیرش دستیابی حقوق اساسی بشر از طریق برنامه ها و اعضا آژانس های سازمان ها می توان بطور وسیعی بر قابلیت اجرا حق بر سلامت بیافزاید و منجر به دستیابی بیشتر به حقوق اساسی بشر شود.<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۳ میلادی آژانس های سازمان ملل در مورد درک معمول سازمان ملل در اجرا این حق به توافق رسیدند و اظهار داشتند که در تمام برنامه ها و مساعدت های مالی توسعه می بایست به نوعی حقوق بشر را لحاظ دارند و در مورد اتخاذ اقدامات و برنامه های خود از اصول و استانداردهای حقوق بشر استفاده نماید.<sup>۲</sup>

در این راستا آژانس های تخصصی سازمان های بین المللی بویژه یونیسف، برنامه مشترک سازمان ملل در مورد ایدز (یونایدز)، صندوق جمعیت سازمان ملل (یونفپا) و سازمان بهداشت جهانی گامهایی در خصوص سلامت و حقوق بشر برداشتند. مطابق مواد ۲۲ و ۲۳ میثاق، این گام ها می بایست در همکاری دول عضو موثر واقع شوند. گام هایی که در آن مانند سازمان بهداشت جهانی که در مقدمه اساسنامه خود اظهار می داشته اجرای بالاترین حد قابل حصول سلامتی یک حق بنیادین حقوق بشر است (مقدمه). مسئولیتها سازمان بهداشت جهانی تهیه مقدمه ای درباره موضوعات نهایی سلامتی را شکل می دهد که آنرا در دستور جلسه تحقیق در مورد سلامتی جهت تنظیم چارچوب و استانداردها قرار داد. و با در نظر گرفتن (ماده ۲) اعتبارات خاص سیاسی به تهیه حمایت فنی از کشورها توجه نمود و روشهای دستیابی به سلامتی را مشخص نمود.

<sup>۱</sup> . تفسیر عمومی شماره ۱۴. (رک: متیوسی کریوتون همان منبع ص ۵۵۰)

<sup>۲</sup> Frequently Asked Questions on a Human Rights- based Approach to Development Cooperation (United Ntion publication, Sales N E.06.XIV.10 said by; The Right of Health, who, 2008p.25.).

## ب) بخش خصوصی

اما در مورد بخش خصوصی می توان گفت که، تاجرین نیز می توانند بر تحقق حق بر سلامت به چندین روش تاثیرگذار باشند. شرکتهای تجاری محصولات دارویی یا تجهیزات پزشکی ممکن بطور خصوصی اجرای حق بر سلامت را به نوعی ایفا کنند اما ممکن در اتخاذ مراقبتهای بهداشتی بدلیل عدم دسترسی یا مواجه شدن با مسائل آن، مانند حفظ قیمت دارویی بویژه درمورد داروهای خاصی چون ایدز/HIV چندان آسان نباشد و با مشکلاتی مواجه شوند. همچنین صنایع کارخانه ای و اقتباس شده ممکن را از طریق آلوده نمودن آب، هوا و محیط زیست بطور غیر مستقیم حق بر سلامت را نقض نمایند. کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تاکید دارد که دولتها باید حمایت خود را با اقداماتی درخصوص مقابله با آلودگی یا آلودگی شرکتهای خصوصی به عمل آورند و از دسترسی ثمرات فعالیت آنها به محیط زیست جلوگیری نمایند.<sup>۱</sup> تاجرین نیز دارای برخی مسئولیتها و تعهداتی در برابر حقوق بشر هستند. هرچند که تعهدات آنان با ماهیت واقعی تعهدات متفاوت است و یا حوزه این تعهدات چندان مشخص و دقیق نمی باشد و درمقابل دولتها از چندان مسئولیتی که دول متعهد دارند، برخوردارنباشند، ولیکن باز تاجرین در قبال نقض هر قاعده حقوق مسئولیتی دارند (البته هرچند اندک).

در حال حاضر با توجه به نقش تجار در ارائه خدمات سلامتی توجه و فزاینده ای که به آنان شده است، سبب بروز برخی ابتکارات در مفاهیم اعمال استاندارد ویژه حقوق بشر شده است. از اینرو کمیسیون حقوق بشر درباره نقش بخش خصوصی در خصوص دستیابی به دارو در چارچوب بیماری های همه گیری چون ایدز/HIV توجه داشته ، درحالیکه کمیسیون فرعی درباره پیشرفت و حمایت از حقوق بشر به ارائه «اشکال مسئولیت ها همکاری بین المللی و سایر تعهدات بزرگ تجاری در راستای ارتقا حقوق بشر»

<sup>۱</sup>. گزارش نماینده ویژه شورای امنیت درباره موضوع حقوق بشر و همکاری های تجاری و سایر اقدامات بازرگانی.

پرداخته است.<sup>1</sup> در سال ۲۰۰۵ میلادی شورای عمومی سازمان ملل نماینده ویژه ای را در زمینه همکاری های مسئولانه در راستای ارتقا حقوق بشر معین نمود که به بیان استانداردهای مشخص و معینی در این راستا انجامید. همچنین در همین راستا ابتکارات متفاوتی در این زمینه صورت گرفت.<sup>2</sup> برای مثال سازمان ملل ترکیب کلی از ده اصول مرتبط با حقوق بشر، استانداردهای کار، محیط زیست و نیز استانداردهای مقدماتی را که شرکتها در قراردادهای خود می بایست آنها را محترم بدانند، بیان نمود. همچنین برخی شرکتها به جهت آنکه بتوانند حقوق بشر را در عملیات تجاری خود لحاظ نمایند نیز سیاستها و برنامه های حقوق بشری خود را، توسعه دادند (تا به نوعی بتوانند از شخصیت حقوقی برخوردار گردند). و نیز برخی فعالیتهای خود را هم راستا و مرتبط با حق بر سلامتی قرار داده اند.

همانطور که بیان شد یکی از عوامل مهم و مورد توجه در معاهدات بین المللی حقوق بشر، موضوع رعایت حقوق بشر و حمایت از عدم نقض این حقوق می باشد. اهمیتی که تاکنون روبه افزایش بوده است. لذا برای ایفای سازو کارهای حمایتی از این حقوق دولتها و سایر اعضا سازمان ملل می بایست با اتخاذ اقداماتی زمینه حمایت و ضمانت اجرای آن را فراهم آورند. توجه به سازو کارهای حمایتی به لحاظ نقش نظارتی که بر اجرای تعهدات دول عضو میثاق دارد نه تنها موجب همکاری در سطح ملی و بین المللی می شود بلکه از هرگونه نقضی نیز جلوگیری می کند حتی از جانب سازمان های منطقه ای و یا دول ثالث. از اینرو پرداختن به این مبحث حائز اهمیت می باشد.

<sup>1</sup> E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2 said by; The Right of Health, who, 2008p.30.

<sup>2</sup> www.unglobalcompact.org said by; The Right of Health, who, 2008p.30

## مبحث دوم: سازو کارهای حمایت از حق بر سلامت

از انجاییکه زندگی اجتماعی و روابط متنوع آن خود به خود محدودیت هایی را بر حقوق و آزادی های افراد وارد می سازد، لازم است که با تدابیر و سازو کار های منطقی و متناسبی از این حقوق حمایت به عمل آید. در واقع تجلی تضمینات و حمایت های بین المللی از حقوق بشر را می توان در اقدامات و همکاری های بین المللی دولتها دانست که در اشکال متفاوتی بسته به ابتکار عمل دولتها در سطح ملی یا بین المللی صورت می گیرد. ابتکار عملی که به منظور تحقق (توسعه) و تضمین هرچه بیشتر حقوق بشر می باشد، که اکثراً راهکارهای غیر قضایی را در مفهوم عام در بر می گیرد. در واقع هدف از ایجاد معاهدات حقوق بشری، ایجاد نظامی حقوقی است که در آن دولتها تعهدات یک جانبه الزام آوری برای حمایت از حقوق اساسی همه افراد واقع در حیطه صلاحیت خود را شامل می شوند. بدین معنا که برای تضمین در بهره مندی از حقوق بشر نمی توان به سایر دول عضو متکی بود. از اینرو نهاد مکانیسم های نظارتی از طریق کمیته های حقوق بشر، شکل گرفت تا تضمینی برای تبعیت دول عضو از تعهدات خود باشد. بطور کلی امروزه سازوکارهای مختلفی برای نظارت بر اجرای قواعد حقوق بشر بوجود آمده است. بطوری که بسیاری از آنها مانند کمیسیون حقوق بشر اغلب نقش بازرسی را دارند و البته بسته به قلمرو جغرافیایی و گستره فعالیت آنان می تواند جنبه جهانی و یا منطقه ای نیز داشته باشد. در واقع سازو کار نظارت در سطح بین المللی از طریق مجمع عمومی - شورای اقتصادی و اجتماعی: کمیسیون زن و کمیسیون حقوق بشر و در سطح منطقه ای از طریق کمیسیون اروپایی حقوق بشر، کمیسیون آمریکایی حقوق بشر و کمیسیون آسیایی حقوق بشر صورت می گیرد. سامانه نظارتی حقوق بشر در سازمان ها بویژه سازمان ملل، نهادهای مختلفی به چشم می خورند که هم از لحاظ قضایی و هم عمومی به ارتقا و تحقق کامل حقوق بشر به دول عضو کمک می نمایند. کمک هایی که می تواند شامل کمک های مالی یا برنامه ای و یا رسیدگی به تخلف

دولتها در نقض حقوق شهروندان خود شود. از اینرو سازو کار های نظارتی یا مبتنی بر منشور سازمان ملل و یا مبتنی بر معاهدات منعقد شده در چارچوب این سازمان می باشد.

منشور به صراحت وظیفه مجمع عمومی را در تحقق حقوق بشر و آزادی های اساسی مشخص نموده است تا توصیه هایی را در این زمینه به عمل آورد. در ماده ۱۳ بند ۱ منشور ملل متحد یکی از وظایف مجمع عمومی را آغاز مطالعات و ارائه توصیه نامه هایی به منظور «تشویق همکاری های بین المللی در زمینه های اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و آموزشی و بهداشتی و کمک به تحقق حقوق بشر و آزادیهای اساسی برای همه بدون تبعیض از هر لحاظ نژاد، جنس، زبان و مذهب» در نظر گرفته است. و در اکثر موارد موضوعات حقوق بشر در دستور کار مجمع عمومی یا از بخشهای مربوط به حقوق بشر در گزارشات شورای اقتصادی و اجتماعی یا از تصمیمات قبلی خود مجمع نشأت می گیرند. شورای اقتصادی و اجتماعی را می توان رکن دیگر سازمان ملل دانست که سازو کار متعددی برای نظارت بر اجرای حقوق بشر در اختیار دارد. و مطابق بند ۲ ماده ۶۲ منشور، شورا می تواند برای «تشویق احترام به حقوق بشر و آزادیهای اساسی برای همه» توصیه هایی را ارائه دهد. و طبق ماده ۶۸ منشور شورا می تواند «کمیسیون هایی برای مسائل اقتصادی و اجتماعی و حمایت از حقوق بشر» تشکیل دهد. شورای اقتصادی و اجتماعی طبق ماده ۱۸ میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی می تواند برای ارائه گزارشات موسسات تخصصی برای پیشرفت در حصول تحقق کامل حق های مندرج در میثاق مذکور با شورا سازمان قرارهایی را بگذارد. و همچنین بر طبق ماده ۱۹ میثاق مذکور این گزارشات را به کمیسیون حقوق بشر ارسال نماید. در ضمن شورای اقتصادی و اجتماعی می تواند در جلب توجه ارکان اصلی و فرعی سازمان ملل و سازمان های تخصصی آن در اتخاذ اقدامات بین المللی مفید جهت اجرای موثر و تدریجی میثاق نقش داشته باشد.<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>. مواد ۲۲ و ۲۳ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.



این کمیسیون ها شامل کمیسیون حقوق بشر و کمیسیون مقام زن است که در رسیدگی به موضوعات مربوط به حقوق بشر به شورا یاری می رسانند. کمیسیون مقام زن ضمن ارائه توصیه به شورای اقتصادی و اجتماعی در باره مسائل جدی حقوق زنان با هدف برابری با مردان، در تهیه توصیه و گزارش در مورد ترویج حقوق زنان در زمینه های سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و آموزشی و پیشنهادهاتی به شورا کمک می نماید.

علاوه بر این روشها در نظارت بر نحوه اجرای حقوق بشر، سازو کار دیگری برای حمایت از حقوق بشر تحت عنوان رویه های ویژه که توسط گزارشگران ویژه یا متخصصین صورت می گیرد که به کمیسیون گزارش می دهد. این رویه ها در دو سطح طبقه بندی می شود، یکی سازوکار موضوعی که انواع خاص از نقض حقوق بشر را دربر می گیرد و همکاری کشورها را افزایش می دهند و دیگری سازوکار کشوری است که کارشناسان گروه های کاری وضعیت حقوق بشر در یک کشور را مورد بررسی قرار می دهد. از جمله مهم ترین سازو کارهای موضوعی می توان به گزارشگر ویژه در مورد حق هر کس در بهره مندی از بالاترین استاندارد قابل دستیابی در زمینه سلامت جسمانی و روانی (۲۰۰۲ میلادی) اشاره نمود.

با توجه به مراتب فوق، مکانیسم های مسئولیت و یا سازوکارهای نظارت برای تضمین انجام تعهدات دول عضو در تحقق حقوق مندرج در میثاق در خصوص احترام به حق بر سلامت امری قطعی می باشند. با دانستن تعهدات قانونی دول عضو و نحوه اعمال آن، به این موضوع مشخص می شود که اگر دولتی حق بر سلامت را نقض کرد شامل چه مسئولیتهایی می شود. توجه به مسئولیت در سطح ملی، منطقه ای و بین المللی دربردارنده توجه به عواملی چون خود دولتها، NGO ها، موسسات ملی حقوق بشری و نهادهای مبتنی بر معاهده بین المللی می باشد و از آنجاییکه مهم ترین نهاد بین المللی از لحاظ گستره فعالیتها و مسائل تحت نظر، سازمان ملل متحد و نهادهای وابسته به آن است در بررسی ساز و کارهای نظارت بر اجرای حقوق بشر (حق بر سلامت) متعاقبا نقش تاثیرگذاری در این جریان دارند. همچنین در کنار این

نهادهای منطقه ای نیز به واسطه نقشی که در تقویت همکاری های بین المللی در زمینه ارتقا حق بر سلامت دارند، حائز اهمیت می باشند.

درکل می توان اینگونه بیان داشت که، نقش نظارت بر اجرای تعهدات دولتهای عضو میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از آن جهت حائز اهمیت است که از یک سو موجب همکاری کشورها در سطح ملی و بین المللی می شود و همچنین در صورت نقض هر تعهدی از سوی دولت ثالثی، سایر دولتها می توانند نسبت به یکدیگر نظارت داشته باشند و به نوعی صلح و امنیت بین المللی را فراهم آورند. از سوی دیگر نباید نقش نظارتی سازمانهای بین المللی و منطقه ای در خصوص تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق فوق را از نظر دور داشت، چراکه دول عضو با توجه به راهکارها و برنامه های پیشنهادی هر سازمان در حیطه تخصص اش می توانند دست به اقداماتی سنجیده تر و یا حتی از منابع مالی این سازمانها بهره مند شوند و به توسعه حقوق متعهد به آن دست یابند. که در صورت نقض یا عدم ایفای تعهدات خود مشمول مسئولیتی در سطح ملی و بین المللی می گردد.

#### گفتار اول: مسئولیت دولتها

بر اساس تعهدات بیان شده اکنون به آسانی می توان تعریف بهتری از اقدامات و وجود نقض کشورها در تعهد به حق بر سلامتی ارائه داد. چراکه از جنبه بین المللی دولتها با به رسمیت شناختن هر سند بین المللی متعهد به ایفای تعهدات مندرج در آن سند در راستای تحقق حق مزبور می شود.<sup>۱</sup> در خصوص حق بر سلامت می توان به این مثالی، اشاره نمود.<sup>۲</sup> (تعهد به احترام در حق بر سلامت و نقض آشکار آن در عدم دسترسی کافی زنان افغان به خدمات مراقبتی سلامتی توسط طالبان). بر طبق گزارش ارائه شده، «زنان افغان نمی توانند به مراقبتهای سلامتی و بسیاری از تسهیلات دست یابند و همچنین امکان معاینه توسط دکتر مرد

<sup>۱</sup> حسین مهرپور، ؛ نظام بین المللی حقوق بشر، انتشارات اطلاعات، ، ۱۳۸۳، صص ۴۱۱-۴۱۵.

<sup>۲</sup> .تفسیر عمومی شماره ۱۴، پاراگراف ۵۰-۵۲. (رک: کریون، همان منبع ۵۶۷).

بدون حضور زن دیگری را ندارند و هنوز دکتران و پرستاران زن از انجام وظیفه خود محروم می شوند». نمونه دیگری از این قبیل، اینکه اگر دولتی از سلامت مردم خود سوء استفاده کند برای مثال استفاده یا انجام آزمایش با سلاحهای هسته ای یا دارویی یا از طریق انجام سایر فعالیتهای (زیست محیطی) مرتبط با سلامتی مردم تعهد به احترام در حق بر سلامت می تواند مورد نقض قرار گیرد.<sup>۱</sup>

بنابراین اگر دولتها با اختیارات خود در تضمین و ایفا تعهدات خود اقدامات لازمی را صورت ندهند و خدمات (مراقبتی) سلامتی را در اختیار جامعه و افراد قرار ندهند، چنانچه این خدمات به نحوی توزیع شود که امکان دسترسی افراد از این خدمات در موقعیت های نابرابری بویژه برای گروه های آسیب پذیر در جامعه فراهم گردد، تعهد به حمایت و مسئولیت در قبال حق بر سلامت را مورد نقض قرار داده اند. از اینرو دولتها می بایست تعهد لازم در این زمینه را برطبق اصول فراهم بودن، قابل دسترس و قبول بودن و با کیفیت را اعمال نمایند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در چندین نوبت از دولتها خواسته تا دسترسی به خدمات مراقبتی سلامتی یکسانی را در بخشهای خصوصی و عمومی گسترش دهند.<sup>۲</sup> به عنوان مثال همانطور که فلیپین برنامه های خصوصی سازی و تمرکز زدایی خدمات مراقبتی سلامتی را مطابق تعهد اساسی میثاق برای استفاده از تمامی روشهای قابل دسترس به منظور پیشرفت دسترسی کافی به خدمات بطور مشخص برای بخش های فقیرتر جامعه اعمال داشته است. همچنین اگر قصور از اختیارات برای حمایت از افراد در مقابل تهدیدات محیط زیستی برای مثال مقابله با معاهدات چندجانبه یا سایر همکاری ها صورت گیرد بیشتر تعهد به حمایت از حق بر سلامت ممکن است نقض شود. یک نمونه از این نگرانی ها تصمیم دیوان عالی فلیپین در قضیه مینور اپوسا بود. دادگاه بیان داشت برطبق حقوق ایجابی

<sup>۱</sup>. International Court of Justice, Legality of the Use by a State of Nuclear Weapons in Armed Conflict, Advisory Opinion, 8 July 1996, general list No. 93.

<sup>۲</sup>. UN doc.E/C.12/1988/SR.15, para. 33.

سلامت و اکولوژی، اختیارات فلپین می بایست از افراد در مقابل قطع گسترده و مداوم جنگل ها حمایت کند.<sup>۱</sup>

سرانجام اگر دولتی تلاش های کافی جهت برخورداری هرکس از خدمات سلامتی مورد نیاز را صورت ندهد ممکن تعهد به ایفا حق بر سلامت را مورد نقض قرار داده باشد. مانند اینکه اگر به لحاظ ساختاری در ارائه خدمات مناسب سلامتی به برخی بخش های اجتماعی مانند افراد و یا زنان مهاجر غیر قانونی تبعیض یا قصوری را اعمال نمایند آن دولت تعهد به حق بر سلامت را نقض کرده است. در واقع دولتها در راستای عمل به تعهد با وجود مسئولیت وارد روند ارزیابی از خود می شوند تا بتوانند به میزان حمایت موثرتری را از حقوق بشر دست یابند. فرایند جمع اوری اطلاعات در سطح ملی می تواند کمک موثری در برنامه ریزی و تنظیم برنامه های توسعه باشد. از اینرو این امر نشان از اهمیت حقوق بشر در برنامه های ملی می دهد که منجر به تضمین اجرای موثرتر استانداردهای حقوق بشر در سطح ملی می شود.

#### الف) مسئولیت در سطح ملی

مسئولیت دولت را ملزم می دارد تا مطابق ماده ۲(۱) «اقداماتی، انفرادی...» را یعنی هر آنچه که سریعاً و بطور موثر امکان انجام دادنش را دارد و اینکه چطور می تواند در جهت تحقق همه جانبه حق بر سلامت گام بردارد را بیان کند. همانطور که گفته شد، حقوق بین الملل حقوق بشر در حکم یک چارچوب دقیقی برای اعمال مکانیسم های داخلی که مسئولیت و اصلاح دولتی را برعهده داشته باشد، نیست. بنابراین حق بر سلامت می تواند از طریق روشهای متنوعی مورد توجه قرار گیرد. ولیکن تمام مکانیسم های مسئولیتی باید حداقل قابل دسترس، شفاف و موثر باشند.

در واقع در سطح ملی نیز در راستای حمایت از سلامت افراد جامعه و تحقق حق مزبور به اقدامات گوناگون تقنینی و اجرایی دست زند. از جمله مهمترین اقدامات تقنینی که می توان بدان اشاره نمود پی ریزی

<sup>1</sup>. Philippine Supreme Court Decision in Minors Oposav. Secretary of the Department of Environment and Natural Resources, 30 July 1993, 33 I.L.M. 173 (1994). said by; The Right of Health, who, 2007, p. 31.

اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط قانونی خود جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه جهت نیل به اهداف مورد نظر میثاق می باشد و همچنین با ایجاد حقوق یکسان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زن و مرد، آنان را به رعایت موازین فرهنگی و اجتماعی خود آشنا نموده و نیز با تضمین ایجاد مقرراتی چون بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست و با برخورداری از تأمین اجتماعی و رفع نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره را به عنوان حقی همگانی به رسمیت بشناسد و نیز می تواند قوانین عادی متعددی را نظیر قانون تأمین زنان و کودکان بی سرپرست را به تصویب برساند تا سلامت جسمی و روحی افراد جامعه را تأمین و تضمین نماید.<sup>۱</sup>

بنابراین دولتها تعهد اولیه ای برای احترام، حمایت و پیشرفت به حقوق بشر افراد متبوع خود دارند. بنابراین اجرا حق بر سلامت در سطح داخلی بطور مشخص دارای اهمیت است. چراکه در جائیکه مکانیسم و ساز و کار داخلی وجود داشته باشد وظایف اغلب خیلی سریع تر و آسانتر از مکانیسم های بین المللی و منطقه ای در دسترس قرار می گیرد. برای مثال می توان به مکانیسم های اداری، عمومی و سیاسی، مکانیسم های قضایی و موسسات داخلی اشاره کرد.

#### (۱) مکانیسم های اداری، عمومی و سیاسی

سازوکارهای اداری، عمومی و سیاسی روشهای مکمل یا مشابهی به مکانیسم قضایی در مسئولیت دولتها به شمار می روند. برای نمونه توسعه سیاست یا استراتژی سلامت ملی مربوط به برنامه های کاری و بودجه های اشتراکی نقش مهمی را در تضمین مسئولیت دولت ایفا می کند. شاخصه های حقوق اساسی بشر برای حمایت و توجه موثر به نتایج کلیدی سلامتی و برخی فرآیندهای دستیابی به آن حق در نظر گرفته می شوند.

<sup>۱</sup> محمد هاشمی، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، نشر میزان، تهران، ۱۳۸۴، صص ۴۸۸-۴۹۹.

اصلاح سیاست، بودجه ها یا هزینه عمومی و مکانیسم های مورد توجه دولتی (برای مثال بازرسی های سلامتی و کاری)<sup>۱</sup> از مکانیسم های مهم اداری در جهت بازسازی دولت مسئول در رابطه با تعهداتش در حق بر سلامت هستند. برخی خدمات سلامتی سیستم هایی را در سطح داخلی و یا بطور مستقل ایجاد کرده اند که می توانند شکایت یا پیشنهادات و ارائه اصلاحات را دریافت کند. بعلاوه ارزیابی های مختلف منجمله انواع ارزیابی های مرتبط با این امر راهی را به سیاستمداران ارائه می دهند تا بطور مشابهی برخورداری از برنامه های سیاسی را پیش بینی نمایند و سپس در برخورد واقعی سیاستهای خود در مورد تکمیل و اجرا حق بر سلامت بازنگری های لازم را لحاظ دارند. البته در مکانیسم های سیاسی مانند رویه داخلی و همچنین توجه مدافعان اجرایی مانند NGO ها، می توانند در ایجاد مسئولیت دولتها به ایفای تعهداتشان کمک نماید.

## ۲) در مکانیسم های قضایی

برخی از مهم ترین اقدامات مربوط به اجبار و الزام داخلی، مقررات مکانیسم های داخلی برای حقوق قابل قضاوت در رابطه با سیستم قانون ملی هستند. اگر حق بر سلامت افراد نقض شده باشد برخی مکانیسم ها باید از طریق جبران خسارت آنها تامین شوند.

ترکیب قوانین داخلی با شناسایی اسناد به وضوح می تواند حق بر سلامت را در این حوزه و نیز در موثر ساختن اقدامات جبران خسارت را تقویت سازد. این امر دادگاه ها را برای قضاوت در مورد نقض حق بر سلامت را با ارجاع مستقیم به میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توانمند ساخته است. دادگاه های داخلی منجمله دیوان عالی بطور فزاینده ای قضایای مرتبط با حق بر سلامت را می بایست بررسی کنند. (به عنوان مثال دادگاه آرژانتین دستور داد که دولت اعمال پیوسته داروهای ضد انتقال افراد

<sup>۱</sup> . اشاره به بازنگری در مقررات صحیح و ایمن در خصوص تجارت کالاهای عمومی دارد.

مبتلا به ایدز را و همچنین ساختن واکسیناسیون ضد بیماری های بومی<sup>۱</sup> و مقررات ثابتی را برای داروهای علیه بیماری استخوانی<sup>۲</sup> بویژه برای زنان سالمند را تضمین نماید). موضوع دیگری که از طریق دادگاه ها بررسی می شود استفاده از و یا محدودیت در سطح سلامتی بویژه از طریق بیمه سلامت عمومی می باشد. در برخی موارد تصویب میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سایر معاهدات را جهت اصلاح وضعیتهای اساسنامه ای حق بر سلامت به دادگاه ها ارجاع می دهند. کمپین رفتار عمل در آفریقای جنوبی نیز در این خصوص اظهار داشت که چطور سازمان دولتی بطور موثری از یا با تعیین وکیل اجتماعی و با مراجعه به دادخواهی مشترک، دستیابی برابر به معالجه ایدز/ اچ آی وی را تضمین می کند.

### ۳) نهادهای ملی حقوق بشر

نهادهای ملی حقوق بشر<sup>۳</sup> یکی از مکانیسم های داخلی مهم برای ارتقا و حمایت حقوق بشر بشمار می رود. بسیاری از کشورها نهادهای ملی حقوق بشر را برای پیشبرد حقوق بشر و حمایت از آن تاسیس می کنند. این نهادها با حفظ استقلالشان از جهت کنترل دولتی امروزه به عنوان بخش مهمی از نظام ملی حمایت از حقوق بشر شناخته می شوند.

بند ۳۶ بخش اول اعلامیه کنفرانس جهانی وین، دولتها را به ایجاد و تقویت این نهادهای ملی با توجه به اصول ۱۹۹۳ میلادی مربوط به وضعیت حقوق نهادهای ملی تشویق می نماید. در واقع یک طرق همکاری کشورها برای ترویج و حمایت از حقوق بشر می تواند فراهم آوردن امکان انطباق نهاد مزبور با اصول یاد شده برای فعالیت موثر آن باشد. چراکه این نهادها می تواند نقش موثری در اشاعه مفاهیم حقوق بشر و مشورت با سازمانهای دولتی و غیر دولتی که خود در جهت ترویج اجرای قواعد مذکور و تقویت همکاری بین المللی در درون کشورها فعالیت دارند، ایفا نمایند.

<sup>1</sup>. See Federal Administrative Court, Chamber IV, Viceconte, Mariela v. 16.986,2 junr 1998 The Right of Health,p.32.

<sup>2</sup>. see Supreme Court of Justic , Campodonic de Beviacqua,24 october 2000. The Right of Health,p32.

<sup>3</sup> National human rights institutions.(NHRIs)

وظایف این نهادها در احترام به حقوق بشر و حق بر سلامت شامل آگاهی دادن به دولت و پیشنهاد سیاست یا تغییرات قانونگذاری، ارائه شکایات، فرستادن مامور تحقیق، تضمین تصویب و تکمیل اجرای معاهدات بین المللی حقوق بشری و فراهم نمودن تحصیل و آموزش عمومی می شود.<sup>۱</sup> نهادهای ملی حقوق بشری اغلب وظایف شبه قضایی و یک حق سرپرستی جهت ارائه کمک در توسعه قانونگذاری دارند. اکثر موسسات ممکن به عنوان کمیسیون ها یا آمبود زمان طبقه بندی شده باشند. و برخی کشورها آمبودهای ویژه سلامتی دارند. در حالیکه بطور سنتی اکثر NHRIs کارشان در حقوق مدنی و سیاسی متمرکز شده است، آنها بطور فزاینده ای امروزه در حوزه حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی فعالیت دارند. از اینرو آنها همچنین می توانند راه دیگری برای حمایت از حق بر سلامت را فراهم آورند.

یکی دیگر از سازو کارهایی که دولتها می توانند در راستای ایفای تعهدات خود بدان عمل نمایند و در صورت نقض یا کمک به ارتقا این حقوق، با یکدیگر مشارکت و همکاری نمایند؛ سازو کار همکاری بین المللی می باشد. برطبق ماده ۲ب) بعد از ایفا به طریقه انفرادی، دولتها را به مساعدت بین المللی بویژه در زمینه اقتصادی و فنی متعهد ساخته است. در واقع مساعدت بین المللی برای تامین منابع داخلی و بین المللی می تواند مفید واقع شود. لذا همکاری بین المللی را می توان در زمره یکی از تعهدات دولتها برای تحقق حق بر سلامتی آنهم در قبال یکدیگر در نظر گرفت.

### ب) همکاری بین المللی

همکاری بین المللی دولتها یکی از اهداف سازمان ملل متحد و سایر کنوانسیون های و معاهدات مبتنی بر آن است. از اینرو موادی را به این امر اختصاص داده اند؛ به موجب ماده ۱(۳) منشور ملل «حصول همکاری بین المللی در حل مسائل بین المللی»، از جمله در زمینه «پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی های اساسی برای همگان بدون تمایزی از لحاظ نژاد، جنس، زبان یا مذهب» است. طبق ماده ۵۶ منشور،

<sup>۱</sup> . نگاه کنید به اصول مرتبط با موقعیتهای نهادهای ملی، قطعنامه مجمع عمومی ۴۸/۱۳۴، ۲۰ دسامبر ۱۹۹۳ (Fact sheet No.31.p.33).



کلیه اعضا متعهدند برای رسیدن به این اهداف مذکور ماده ۵۵ «بالا بردن سطح زندگی، فراهم ساختن کار برای حصول شرایط ترقی و توسعه در نظام اقتصادی و اجتماعی و احترام جهانی و موثر به حقوق بشر و آزادی های اساسی برای همه و ... در همکاری با سازمان ملل اقدامات فردی یا دسته جمعی معمول دارند».

گرچه تعهدات دول عضو سازمان ملل و سایر کنوانسیون ها جنبه کلی دارند ولیکن همواره دولت‌ها از پذیرش وجود تعهد و الزام حقوقی به همکاری و ارائه کمک برای تحقق اهداف مورد نظر سرباز زده و آنرا امری داوطلبانه تلقی نموده اند.

بر این اساس طبق ماده ۲(۱) میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر عمومی شماره ۳، علیرغم ماده ۱۱(۱) مندرج در همین میثاق مبنی بر اهمیت اساسی همکاری بین المللی بر اساس «رضایت آزاد دولت‌ها»<sup>۱</sup> بیان می دارد، «کمیته بر طبق مواد ۵۵ و ۵۶ منشور ملل و اصول ثابت شده در حقوق بین الملل و نیز به موجب مقررات این میثاق، تاکید می نماید که همکاری بین المللی برای توسعه و تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تعهدی برای کلیه دولت‌هاست. بویژه بر آن دولتهایی که در موقعیتی اند که می توانند به سایرین در این موارد کمک نمایند...».

بنابراین مبنای اصلی تعهد دولت‌ها در رعایت و تحقق حقوق بشر تکلیفی است که در قبال کل جامعه بشری دارند. بدین نحو که در صورت نقض یک تعهد دولتی که مرتبط با دیگران (هم سایر دولت‌ها و م شهروندان خود) است، می توانند مسئولیت بین المللی دولت متخلف را مطرح و حتی با توسل به زور متوقف نمایند.

از اینرو می توان نتیجه گرفت هرگاه دولتی برای محقق ساختن حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کشور خود نیاز به کمک مالی و فنی داشته باشد، طبق ماده ۲(۱) «... از طریق مساعدت و همکاری بین المللی، به ویژه اقتصادی و فنی...»، به لحاظ تعهدی که در زمینه تضمین احترام به حقوق بشر در قبال کل جامعه بین المللی دارند، ملزم به ارائه کمک و همکاری با دولت نیازمند خواهد بود. به عبارت دیگر،

---

<sup>۱</sup>.,UN, The United Nations and Human Rights, 1945-1995, p.231.

دولتهایی که توانایی ارائه کمک را دارا می باشند، نمی توانند نسبت به ناتوانی دولتهای دیگری که حسن نیت دارند و سعی خود را در اجرای تعهدات مربوط به حقوق بشر می نمایند اما به دلیل کمبود منابع قادر به ایفای تعهدات خود نیستند، بی تفاوت بمانند. زیرا تعهد آنها تعهدی در مقابل کل جامعه بین المللی می باشد. از اینرو استفاده از کمک های مالی و فنی مطابق ماده ۲(۱) میثاق مذکور و کارشناسی ارکان حقوق بشری ملل متحد در جهت تحقق کامل هریک از حقوق مندرج در میثاق بین المللی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به خصوص در کشورهای در حال توسعه می تواند نمونه دیگری از همکاری در این زمینه باشد، همکاری که تا اندازه ای نیاز به تامین مساعدت بین المللی دارد.<sup>۱</sup> گرچه هر دولتی می بایست در وهله اول به ایفای تعهدات خود بپردازد و در راستای تحقق حق های مندرج در میثاق تمام سعی خود را نماید ولیکن بدلیل فقدان منابع نیازمند مساعدت و توجه جامعه بین المللی برای این منظور می باشد.

البته باید گفت که لزوم همکاری بین المللی مطابق مواد ۵۵ و ۵۶ منشور ملل متحد و بر اساس اصول مسلم حقوق بین الملل و نیز مقررات خود میثاق برای توسعه و در نتیجه تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تعهدی است بر دوش همه دولتها که نه تنها مربوط به دولتهایی که توانایی کمک را دارند می شود بلکه هر دولت در مورد هر یک از تعهدات خود در این زمینه ملزم به همکاری با سازمان های بین المللی و نهادهای ملی در زمینه حقوق بشر (حق بر سلامت) است، که شکل و نوع این همکاری ها بسته به نیاز و نیز توانایی (ظرفیت) هر دولتی می تواند متفاوت باشد. در زمینه حق بر سلامت نهادهای مختلفی موجودند که موجب تضمین ترویج و حمایت از این حق می شوند و در بسیاری از موقعیتها دولتها را ملزم می دارند تا امکان دسترسی کافی به خدمات سلامتی برای گروه های آسیب پذیر را فراهم آورند. (برای نمونه کمیته منع تبعیض علیه زنان توصیه نمود که مجارستان برنامه های آموزشی (جنسی) را برای تمام افراد جوان ارائه نموده و کمک هزینه هایی را جهت پیشبرد برنامه های خانوادگی اختصاص داده و شمار سقط جنین را نیز

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷، ص ۱۹۴.

کاهش داده است.<sup>۱</sup>) همانطور که بیان شد اگر دولتی درصدی کافی از بودجه خود را برای تحقق تعهد به حق بر سلامتی اختصاص ندهد تعهد به ایفا نیز ممکن مورد نقض قرار گیرد. در این خصوص کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نگرانی خود را نسبت به کشورهای که وضعیت توسعه نظامی آنها بیشتر از توسعه سلامتی شان است را بیان داشته چراکه این توازن می تواند دلیلی بر این امر باشد که یک دولت به منظور ارتقا حق بر سلامت با حداکثر منابع موجود خود اقدامی را انجام نداده است.

کمیته مطابق رویکرد خود برخی تعهدات شکلی دولتها را به اتخاذ اقدامات مناسب در نظر گرفته است. از اینرو دولتها را متعهد به اقدام فوری در جهت تنظیم برنامه مناسب نظارت و خط مشی می کند. در خصوص نظارت، دولت - همانطور که مطابق ماده ۲ میثاق بیان شد- ملزم است هر اقدامی ضروری برای تحقق حق بر سلامت را یا بصورت انفرادی یا از طریق همکاری بین المللی اتخاذ نماید تا میزان بیماری کاهش و دستیابی همگان به خدمات کافی سلامتی برای تمامی افراد تحت صلاحیت خود فراهم آورد. کمیته درباره وضعیت سلامت جسمی و روانی گروه هایی از جامعه که آسیب پذیر و محروم ترند اطلاعاتی را از دولت عضو درخواست می نماید. گرچه تعریف گروه آسیب پذیر یا محروم از کشوری به کشور دیگر متفاوت است ولی در این رابطه میثاق در ماده ۲(۲) برخی گروه ها را مشخص ساخته که به صورت برجسته ای مورد تبعیض واقع می شوند. از اینرو کمیته بویژه اطلاعاتی را درمورد وضعیت سلامتی این گروه بویژه خواستار است. به علاوه رهنمودهای گزارش دهی در بردارنده اطلاعاتی درباره تعداد افراد مبتلا به بیماری های واگیردار و عفونی و خانواده های آنها، تعداد زنان بی خانمان و مشکلات سلامتی آنان، تعداد اشخاص آسیب پذیر باسطح درآمد پایین و درصد افرادی که برخوردار از حداقل سلامتی نیستند و یا افراد آموزش ندیده و غیره است. به عنوان جز اصلی راهبرد نظارت از دولت ها انتظار می رود که خط

<sup>۱</sup> . به عنوان نمونه می توان به گزارش کمیته منع تبعیض علیه زنان بطور موردی در خصوص مجارستان اشاره نمود.

مشی و سیاستی را در جهت بهبود وضعیت محرومترین افراد جامعه در دستیابی به خدمات و تجهیزات سلامتی پدید آورند. مطابق تفسیر عمومی کمیته، این امر مستلزم اتخاذ راهبرد ملی سلامتی حتی با کمترین منابع در اختیار و کم هزینه ترین راه می باشد و به نوعی درصدد رسیدن به اهداف توسعه هزاره و جامعه عمل پوشاندن به این اهداف باشد. همچنین به نظر می رسد دولتها در ترسیم این استراتژی های خود می بایست نظر افراد متاثر مانند زنان بی خانمان و یا زنان حاشیه نشین را لحاظ نمایند. با آنکه کمیته این شرایط شکلی را به عنوان تعهدات مطرح می کند ولی در صورت قصور نظارت موثر و یا در ترسیم یک خط مشی منسجم با مشارکت اشخاص مذکور به عنوان ناقص میثاق در نظر گرفته نمی شود. و تنها ممکن با انتقاد از دولت برای قصور در انجام چنین کاری مانند نحوه عمل طالبان نسبت به آموزش زنان افغان صورت پذیرد. یکی دیگر از فرایندهای نظارت بر ایفای تعهدات دول عضو در راستای تحقق حق های میثاق توجه بین المللی است. در واقع در همکاری بین المللی دولتها به نوعی برهم نظارت دارند ولی در توجه بین المللی با نظارت ارگان های سازمان ملل و گزارشگران ویژه روبه رو هستیم.

#### گفتار دوم: سازو کار نظارتی سازمان ملل

توجه بین المللی یا سازوکار نظارتی سازمان ملل، نظارت بر اجرای استانداردهای حقوق بشر است و مستلزم توجه به ارگان های سازمان ملل و گزارشات گزارشگر ویژه سازمان ملل است. سازوکار نظارتی سازمان ملل از طریق کمیته های متشکل از کارشناسان که بر اجرای مفاد معاهدات مهم حقوق بشری توسط دول متعهد نظارت دارند، و به منظور پیشبرد حقوق بشر و حمایت از این حقوق می باشد صورت می گیرد. در واقع با بررسی جزئیات اجرای مفاد معاهده از جانب کشور ارائه دهنده می توانند به انتشار اصول راهنمایی<sup>۱</sup> و یا تفاسیر عمومی<sup>۲</sup> اقدام نمایند و به دولتها در تفسیر مقررات معاهده و یا موضوعات پیرامون

---

<sup>1</sup>guillines  
<sup>2</sup>General comment

آن یاری رسانند و همچنین به منظور گسترش اجرای معاهدات دول عضو دست به اقدامات مقتضی دیگری نیز بزنند.

#### الف) ارگانهای سازمان ملل

تکمیل معاهدات اصلی حقوق بشر سازمان ملل توسط کمیته های مرکب از کارشناسان مستقل که اغلب ارجاع به نهادهای مبتنی بر معاهده<sup>۱</sup> مانند کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا کمیته حقوق کودک می شوند مورد توجه قرار گرفت. ابراز پذیرش دول عضو درمورد مقررات معاهده ابتدا از طریق بررسی گزارشات منظم آنها در مورد اینکه چطور آنها بطور ملی حقوقی را تکمیل نمایند، انجام می شد. کمیته این گزارشات را با یکدیگر با سایر اطلاعات ثبت شده مرتبط توسط آژانس های سازمان ملل و سازمان های مدنی اجتماعی بررسی می کند ( آنها همچنین این گزارشات را گزارشات موازی<sup>۲</sup> نامیدند). شرح توصیف گزارشات دول عضو شکلی از دیالوگ سودمند با ارائه وظایف و اعمال دولت عضو انجام می شود. کمیته ها سپس موضوعات اظهارات منعقد را که جزئیات جوانب مثبت، نگرانی ها و توصیه هایی برای فعالیت بیشتر را ارائه دادند.

اجرا حق بر سلامت بطور اصولی از طریق کمیته منع تبعیض نژادی، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کمیته منع تبعیض علیه زنان و کمیته حقوق کودک شرح داده شده است. کمیته منع تبعیض در دستیابی به سلامتی برای افرادی که در بازداشتگاه ها بسر می برند شامل اساسنامه های روانی و منع تبعیض اعمال شکنجه و خشونت جنسی بر قربانیان را در نظر گرفته است. همچنین کمیته حقوق بشر، کمیته علیه شکنجه، کمیته منع تبعیض نژادی، کمیته منع هرگونه تبعیض علیه زنان، کمیته کارگران مهاجر، کمیته حقوق افراد ناتوان همگی این کمیته ها ملزم به برخورداری از مکانیسم شکایت فردی در خصوص سلامتی می

<sup>۱</sup> Fact Sheet No.31.p.34, For more information on treaty-monitoring bodies, see Fact Sheets 10/rev.1, 12, 15/rev.1, 16/rev.1 and 30.

<sup>۲</sup> Parallel reports.

باشند.<sup>۱</sup> طرح دعوی قربانیان نقض های حقوق بشری ممکن به طرح دعوی مرتبط با نهادهای مبتنی بر معاهده ارجاع داده شود که این موضوعات راهکار و پیشنهادهای در راستای نگرانی های دول عضو خواهد بود که به عنوان تهیه جبران خسارت داخلی تحلیل می شود. کمیته حقوق کودک و کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مکانیسمی برای طرح دعوی افراد را در بر نمی گرفت. از اینرو در سال ۲۰۰۷ میلادی جامعه بین المللی مذاکره درباره پیشنهاد پروتکل اختیاری کنوانسیون بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را آغاز کرد. پذیرش چنین پروتکلی راه تکمیلی برای افراد جهت ثبت دعوی مرتبط با حق بر سلامتی را ارائه می داد. این شکایات به «تمام جوانب» مرتبط با سلامتی بیشتر هم نسبت به افراد خاص-زنان یا اشخاص دارای معلولیت<sup>۲</sup>- کارگران مهاجر تحت عنوان مکانیسم های موجود و مرتبط با معاهدات به این افراد اجازه طرح دعوی را می دهد.

#### ب) گزارشگر ویژه سازمان ملل

«فرآیندهای ویژه» یک عنوان کلی است که مکانیسم های ایجاد و سرپرستی را از طریق کمیسیون حقوق بشر و شورای حقوق بشر به بیان موضوعات مورد نگرانی در تمامی مناطق دنیا از مارس ۲۰۰۶ می پردازد. اگرچه اعطا این سرپرستی جهت مکانیسم های فرایند ویژه ممکن متنوع باشد ولی آنها معمولاً این فرایند را مورد توجه و بررسی و بطور عمومی گزارش هم در مورد وضعیتهای حقوق بشر در کشورهای خاص یا در اکثر حقوق بشر جهانی قرار می دهند.<sup>۳</sup>

در قطعنامه ۲۰۰۲/۳۱، کمیسیون حقوق بشر سرپرستی گزارشگر ویژه در مورد حق هر فرد در بهره مندی از بالاترین حد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را ایجاد نمود.<sup>۴</sup> سرپرستی گزارشگر ویژه در مورد حق بر

<sup>۱</sup> نگاه کنید به کمیته حقوق افراد ناتوان در: (Fact Sheet No 7/Rev.1)

<sup>۲</sup> الزام پروتکل اختیاری کنوانسیون حقوق افراد ناتوان.

<sup>۳</sup> برای جزئیات بیشتر نگاه کنید به: (Fact Sheet No .27)

<sup>۴</sup> پاول هانت، اولین گزارشگر ویژه در سال ۲۰۰۲ بود.

سلامت شامل جمع آوری، درخواست، دریافت و تغییر اطلاعات حق بر سلامتی از تمام منابع مرتبط با آن می شود نظیر اهمیت به گفتگو و بحث در مورد همکاری که ممکن با تمام فعالان مرتبط به عنوان سازمان ها و تشکلات تجاری بین المللی مانند دولتها، نهادهای سازمان ملل، آژانسها و برنامه های تخصیص یافته بویژه سازمان بهداشت جهانی و یونایدز، گزارشی را در مورد وضعیتها از سراسر جهان نسبت به حق بر سلامت شامل قوانین، سیاستها، رویه های مطلوب ارائه دهند و نیز در مورد موانع به ارائه توصیه در خصوص اقدامات مناسب برای حمایت و توسعه حق بر سلامت را می پردازد.

از اینرو به منظور اجرا سرپرستی، گزارشگران ویژه تصمیم گرفتند تا به سه موضوع به عنوان مهمترین موضوع متمرکز شوند: ۱. حمایت و تشویق سایرین جهت ارتقا حق بر سلامت به عنوان حقوق بنیادین بشر، ۲. مشخص کردن چارچوبی برای حق بر سلامت و ۳. تعیین رویه های مطلوب برای ایجاد حق بر سلامت در جوامع در سطح ملی و بین المللی.

روش کاری گزارشگران ویژه شامل هیئت های رفتاری کشورها، بررسی نگرانی مناطق، ارتباطات دوره ای از اظهارات افراد یا گروه ها در مورد نقض حق بر سلامت و اعمال آن، تناسب محلی، دولتها در رابطه با خشونت و گزارش دوره ای از مجمع عمومی و شورای حقوق بشر می شود.<sup>۱</sup> گزارشات سالیانه این گزارشگران بیشتر بر مشخص نمودن منابع و محتوای حقوق بشر، تبعیض و تحقیر در رابطه با این حق،<sup>۲</sup> حق جنسیتی و سلامت تولید مثلی، توجه به رابطه فقر و حق بر سلامت شامل بررسی استراتژی های فقر، بیماری های فراموش شده و حق بر سلامت و پیشگیری از نقض آن،<sup>۳</sup> ناتوانی جنسی و حق بر سلامت،<sup>۴</sup>

<sup>1</sup> Fact Sheet No .31p.36. Ibid, commission on human rights.

<sup>2</sup> Fact Sheet No .31p.36. Ibid E/CN.4/2003/58.

<sup>3</sup> Fact Sheet No .31p.38.see-E/CN.4/2004/49.

<sup>4</sup> Fact Sheet No .31p.38. Ibid- E/CN.4/2005/51.

سیستم سلامتی قابل دستیابی به تمامی شاخصه های حق بر سلامت،<sup>۱</sup> توسعه سلامت و حقوق بشر<sup>۲</sup> متمرکز می باشند.

بعلاوه حق بر سلامتی یک نگرانی چند جانبه در خصوص سایر سرپرستی ها را نیز دربردارد مانند گزارشگران ویژه در مورد آموزش، غذای کافی، مسکن مناسب، خشونت علیه زنان و کارشناسان مستقل در مورد حقوق بشر بویژه فقر و سیاستهای ساختاری عادلانه و بدهی های خارجی، تاثیرات توصیه غیر قانونی و دامپینگ سموم و فراورده های خطرناک و در نتیجه هر چیزی که مانع اجرای حقوق بشر شود.

بدین ترتیب ملاحظه گردید که در سازمان ملل در عمل بر اجرای تعهدات از جانب دول عضو نظارت دارد. و از این حیث در جهت تقویت جهانی حقوق بشر گام بر می دارد. از انجائیکه پرداختن به مسائل مربوط به حقوق بشر صرفاً به خود سازمان ملل و نهادهای یاری رساننده به آن محدود نمی شود. لذا برخی کارگزارهای تخصصی در زمینه مربوط به فعالیت خود می توانند در نظارت بر اجرای قواعد حقوق بشر نقش داشته باشند. و همچنین موجبات همکاری و مساعدت بین المللی را برای دول متعهد در راستای تحقق حقوق مندرج در میثاق را فراهم آورند. ازاینرو به نوعی این سازمان های بین المللی تخصصی را در زمره سازوکارهای نظارتی سازمان ملل به شمار می آورند. که در صورت لزوم به نیازهای دول متعهد پاسخ داده و توصیه های مناسب را به آنان ارائه می دهند.

گفتار سوم: اقدامات سازمان ها

با توجه به ماده ۲(۱) «اقداماتی، انفرادی از طریق مساعدت و همکاری بین المللی» یکی از نگرانی های موجود در خصوص امکان دستیابی به تحقق حق بر سلامت در سطح ملی، توسعه راهکارهای ملی و بین المللی می باشد. این امر را می توان با این عنوان که اقدامات سازمان های بین المللی نسبت به دولتها مشمول چه مسئولیت های حقوق بشری می شوند، بیان داشت.

<sup>1</sup>Fact Sheet No .31p.38. Ibid E/CN.4/2006/48.

<sup>2</sup>Fact Sheet No .31p.38. Ibid- A/HRC/4/28.



همانطور که بیان شد، پرداختن به مسائل مربوط به حقوق بشر تنها محدود به خود سازمان ملل متحد و نهادهای مربوط به آن نمی شود.<sup>۱</sup> برخی از کارگزاریهای تخصصی نیز در این زمینه مربوط به فعالیت خود بر مراعات قواعد حقوق بشر و ارائه توصیه ها و راهکارها به دول عضو در راستای تحقق کامل تعهداتشان نقش دارند. از میان این کارگزاریهای تخصصی در سازمان ملل، نهادهایی چون سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین المللی کار، یونسکو، فائو توجه ویژه ای به امور حقوق بشر دارند. همانطور که در ماده ۲۵(۱) اعلامیه جهانی حقوق بشر مشخص ساخته، استاندارد زندگی ابعاد مختلفی از جمله مراقبت بهداشتی مطلوب را شامل می شود. همین بعد زندگی بشر است که نظارت سازمان ها را بر اجرای حقوق بشر را خواستار می شود.

#### الف) کارگزاریهای تخصصی

ابتدا در خصوص نقش این سازمانهای بین المللی باید گفت سازمان ها علاوه بر صلاحیت اقداماتی چون جمع آوری اطلاعات و کمک به توسعه حقوق بشر و فعالیتهای بشردوستانه در صلاحیت سازمان های شبه دولتی و نیز اقدامات اجتماعی و اقتصادی، صلاحیت نظارت و کنترل بر نحوه اجرا تعهدات دولتها دارند. این صلاحیت نظارت و کنترل سازمان ها را بر دوگونه می توان تقسیم نمود یا بر طبق اساسنامه آنها مانند(بهداشت، کار و فائو و...)و یا برطبق کنوانسیون خاصی صورت می گیرد(سازمان ملل.آژانس بین المللی اتمی).حتی یکی از زمینه هایی که سازمان ها می توانند در امور داخلی کشورها دخالت کنند حقوق بشر است.<sup>۲</sup> سازمان هایی مانند بانک جهانی و صندوق پول با اقدامات عملیاتی یعنی با استفاده از منابع خود مدیریت عملیاتی را انجام می دهند. از سوی دیگر سازمان های بین المللی موجب اتحاد و وحدت جامعه بین المللی می شوند در واقع با صلاحیت عام خود موجبات همکاری میان دول عضو در همه زمینه های

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲ص ۱۱۶.

<sup>۲</sup> بهمن آقایی، فرهنگ حقوق بشر، تهران:نشر گنج دانش، ۱۳۷۶ص ۳۵.

جهانی و یا داخلی را فراهم آورد. و با توصیه ها و ارائه پیشنهادات خود مواضع و اقدامات دول عضو را همسو و هماهنگ با یکدیگر می کند که این خود موجب همکاری و هماهنگی بیشتر در میان کشورها می شود و می توان گفت اینگونه صلح و امنیت بین المللی را تضمین می نمایند.

در واقع اقدامات این سازمان های بین المللی و سایر ارکان سازمان ملل در خصوص ارتقا حق بر سلامت با توجه به مواد ۲۲ و ۲۳ مندرج در میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیانگر نقش موثر آنان است. در واقع ماده ۲۲ میثاق سازو کاری ایجاد می کند که توسط آن شورای اقتصادی و اجتماعی می توان ارکان سازمان ملل را در جریان هر امر ناشی از گزارش های ارائه شده قرار دهد. چراکه سازمان های بین المللی همچون کمیته، در جهت محقق ساختن حق بر سلامت می توانند به دول متعهد با ارائه پیشنهاد یا مشاوره، اتخاذ اقدامات دولتها در راستای تامین تعهدات خود را تسهیل نمایند. در واقع کمیته در آئین نامه خود به طور خاص به حق سازمان های تخصصی برای مشارکت در مورد گزارش دولتها در کمیته صحنه می گذارد. ماده ۶۸ کمیته بیان شده که نمایندگان سازمان های تخصصی می توانند «بیاناتی در زمینه امور داخل در قلمرو فعالیت سازمان های ذی ربط خود در بحث کمیته از گزارش هر دولت عضو میثاق ارائه دهند»<sup>۱</sup> معلوم می شود که تمام سازمان های تخصصی سازمان ملل در امور میثاق دخیل نیستند. و تنها محدودی از این سازمان ها در تدوین و پیشبرد حقوق مندرج در میثاق مذکور نقش و مشارکت دارند. با آنکه مقررات میثاق مشارکت را بطور قطع به این سازمان ها محدود نمی کند ولی اختیاری نیز برای درخواست همکاری برای کمیته باقی نمی گذارد. همچنین کمیته در تفسیر عمومی شماره ۲ خود به مسئله آثار و تبعات برنامه های تعدیل ساختار بر تحقق حقوق بشر اشاره داشته، برنامه هایی که از سوی سازمان های بین المللی وام دهنده و مالی را بر دوش دولتها تحمیل شده است. در نتیجه کمیته در بند ۹ بیان می

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، همان منبع، ص ۱۱۶.

دارد که اقدامات بین المللی بری حل بحران بدهی باید به لزوم حمایت از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از جمله از طریق همکاری بین المللی مورد توجه کامل قرار گیرد. از آنجا که جامعه بین المللی متعهد به حقوق بشر در تعاملات خود است لذا دول عضو نیز تکلیفی مشابه دارند تا تحقق حق ها در سایر کشورها را محترم شمارند و با یکدیگر مشارکت نمایند.

یکی از وظایف سازمان های بین المللی مانند آژانس های سازمان ملل و شرکتهای چندجانبه همانند شرکتهای بیمه و بیمارستانها در بردارنده تعهداتی در رابطه با حق بر سلامتی و توسعه آن هستند.<sup>۱</sup> برای مثال در برخی مسائل ممکن دولتها را متعهد به پس دادن هزینه سلامتی نمایند و یا شامل اقداماتی به سبب نقض حق بر سلامت در برنامه های مشترک با بانک جهانی و سازمان خوار و بار کشاورزی شوند.<sup>۲</sup> همچنین همکارهای چندجانبه ای را از طریق درگیر نمودن دولتها در فعالیتهای که دسترسی افراد را به محیط زیست سالم نقض می نمایند، داشته باشند که از ماده ۱۲(ب و د) در خصوص پیشگیری و ارتقا همه ابعاد سلامت زیست محیطی چنین استنباط می شود. حال در زیر به برخی از کارگزارهای تخصصی که در زمینه فعالیت خود می توانند در نظارت بر اجرای حق بر سلامت نقش داشته باشد، بطور مجزا اشاره می شود.

#### ۱) سازمان جهانی بهداشت

یکی از سازمان های بین المللی که در خصوص شکل گیری حق بر سلامت نقش مهمی را ایفا نمود، سازمان جهانی بهداشت است. مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت برای اولین بار اعلام داشت که بهره مندی از بالاترین استاندارد سلامتی قابل حصول، حق هر انسانی است و حکومتها مسئول سلامت مردم خود می باشند که تنها با تمهید اقدامات بهداشتی و اجتماعی کافی قابل تحقق است. علاوه بر ماده ۲۵(۱) اعلامیه جهانی حقوق بشر که به حق هرکس در بهره مندی از استاندارد زندگی مناسب اشاره دارد، ماده ۱۲ میثاق

<sup>۱</sup> نک، تفسیر عمومی شماره ۱۴، پاراگراف ۶۳-۶۴.

<sup>۲</sup> نک، اساسنامه بین المللی توسعه سرمایه گذاری(بانک جهانی و صندوق بین المللی پول).

حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به مسائل بهداشتی از دیدگاه حقوق بشر توجه دارد که دول عضو موظف به دستیابی همه به استاندارد سلامت جسمی و روانی هستند و می بایست گامهایی و حتی همکاری هایی را با سازمان های بین المللی را برای تحقق کامل این حق چون کاهش مرگ و میر نوزادان و بهبود همه جنبه های محیط زیستی و پیشگیری و درمان، بردارند. سازمان جهانی بهداشت در فعالیتهای بین المللی مرتبط با سلامتی به عنوان مرجع هماهنگ کننده عمل می کند و برخی خدمات ضروری سلامتی بین المللی را ارائه می دهد، تحقیق در زمینه بهداشت را تشویق و برای بهبود استانداردهای آموزش در حرفه های سلامتی، پزشکی و دیگر مشاغل آن تلاش می کند. از جمله فعالیتهایی که سازمان برای سلامتی در یازدهمین برنامه عمل عمومی در سال ۲۰۱۵-۲۰۰۶ انجام داد شامل دستورات کلی سلامتی در چند حوزه مهم نظیر پیشرفت در سطح جهانی، برابری جنسیتی و سلامت مرتبط با حقوق بشر می باشد و همچنین سازمان جهانی بهداشت، سلامت و شرایط حقوق بشر را در بخش هایی مانند امور فنی، تجارت، حقوق بشر و قانون سلامت، اقداماتی جهت تقویت ظرفیت سازمان جهانی بهداشت و دول عضو آن برای هدف گذاری حقوق بشر بر پایه دستیابی به سلامتی، توصیه در مورد حق بر سلامت در حقوق بین الملل و روند توسعه بین المللی، دفاع از سلامت مرتبط با حقوق بشر می باشد.<sup>۱</sup>

اگرچه در بسیاری از کشورها طرح هایی در راستای توسعه خدمات سلامتی، کنترل بیماری های مسری و مزمن، ارتقای سلامت و بهبود وضعیت بهداشت محیط و تغذیه سالم مطابق ماده ۱۲(ب،ج) با حمایت سازمان به اجرا در آمده است ولیکن هستند کشورهایی بویژه کشورهای در حال توسعه که از انجام اینگونه طرح ها یا اقدامات به دلیل فقدان منابع سرباز می زنند. این سازمان همچنان به دولتها در پیشبرد بهداشت و رفاه مادران و کودکان آنها مطابق ماده ۱۲(الف)، و مطابق بند(د) همین ماده ترویج فعالیتهای در زمینه بهداشت روانی و رشد افکار عمومی برای اطلاع از امور بهداشتی کمک می کند. سازمان بهداشت جهانی به

<sup>1</sup>. for more information "health and human rights", at [http:// www.who. int/hhr/en/](http://www.who.int/hhr/en/).

دلیل چالش های پیشروی در توسعه و اجرای حق بر سلامتی بر پایه اصول مندرج در اعلامیه جهانی حقوق بشر، اقدام به اصلاح وضع سلامتی نمود. و بسیاری از حقوق مورد نظر خود را با مفهوم امنیت بهداشت در نظر گرفته است. بدین معنا که شامل دسترسی همگان به مراقبت بهداشتی مناسب، دسترسی به آموزش و اطلاعات، حق برخورداری از غذای کافی و باکیفیت و کار در محیطی که در آن خطرهای سلامتی شناخته شده را کاهش دهد، می شود.

بنابراین توجه به حق بر سلامت و حقوق بشر رویکردهای مکمل در جهت پیشبرد بهزیستی بشر است. <sup>۱</sup> بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی در زمینه ایجاد شاخصه های بهداشت جهانی فعالیتهایی را نیز انجام داده است تا بتواند از کاهش کیفیت رفاه اجتماعی ناشی از بازسازی ساختار مالی و اقتصادی کشورها جلوگیری به عمل آورد.

## ۲) سازمان بین المللی کار

همانطور که در زمینه حقوق بشر و ارتباط فعالیتهای سازمان بهداشت جهانی بیان شد که همه کارگزاری های سازمان ملل بخشی از یک اتحاد گسترده در زمینه پیشبرد حقوق بشرند. <sup>۲</sup> هرکدام از این سازمان ها بر پایه شرح وظایفی که دارند راه های متفاوتی را برای دستیابی به اهداف تحقق حق های مندرج در میثاق مزبور دنبال می کنند. سازمان بین المللی کار از جمله دیگر سازمان های ملل متحد است که در توسعه و پیشبرد حقوق بشر و بطورخاص در توسعه حق بر سلامت جسمی و روانی زنان نقش موثری را نیز ایفا می نماید.

اساسنامه سازمان بین المللی کار تاکید دارد که تمام ابناء بشر صرف نظر از نژاد، عقیده یا جنس حق دارند به دنبال رفاه مادی و تکامل روحی در شرایطی آزاد و برخوردار از فرصت برابر و امنیت اقتصادی در شان

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران ، همان، ص ۱۲۶.

<sup>۲</sup> متیوسی کریوتون ، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷ ص ۵۵۸.

کرامت انسانی خود باشند. از زمان تاسیس این سازمان، به عنوان سازمانی مستقل و وابسته به جامعه ملل، همواره درصدد تنظیم استانداردهای بین‌المللی کار و اجرای موثر آن برآمده است. از جمله مقوله نامه‌هایی که این سازمان در راستای حمایت از حقوق زنان شکل داده، مقوله نامه‌های است که حاوی حقوق مربوط به امحای تبعیض در استخدام و اشتغال، اعمال اصل برابری پرداخت دستمزد به تمام کارگران زن و مرد از بابت کار یکسان، تامین شرایط اشتغال منصفانه و ایمن و تامین اجتماعی می‌باشند. از آنجاییکه وظایف سازمان بین‌المللی کار در اسناد حقوق بشری ذکر شده است، سازمان درخصوص حفظ و حمایت از سلامت جسمی و روانی زنان به حق کار و اشتغال برابر زنان با مردان با توجه به اهداف اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۲۳)، ماده ۱۱ (۱) کنوانسیون ۱۹۷۹ حذف تبعیض بین زن و مرد و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی (ماده ۶) و مطابق با ماده ۳ میثاق فوق، به دول عضو با ارائه راهکارها و برنامه‌هایی در جهت دستیابی به توسعه مداوم حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و اشتغال کامل فرد یاری می‌رساند. همچنین براساس ماده ۱۰ (۲) میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که اعلام می‌دارد مادران شاغل در مدت معقولی پیش از زایمان و پس از زایمان باید از حمایت خاص و یا مرخصی با مزایای تامین اجتماعی کافی برخوردار گردند، متضمن حمایت خاص از زنان باردار در مورد کارهایی که برای سلامت جسمی و روانی آنان زیان‌آور است می‌باشد. از اینرو در اساسنامه بین‌المللی کار به اهمیت بین‌المللی حمایت از زنان درخصوص ممنوعیت کار در زمان بارداری و وضع حمل و نیز در ممنوعیت کارهای خطرناک و زیان‌آور تاکید شده است.

همکاری دول متعهد با سازمان بین‌المللی کار نیز بدین نحو است که سازمان می‌تواند مستقیماً به تبیین ضوابط مندرج در میثاق کمک کند، یعنی با اتخاذ اقداماتی از سوی این سازمان و ارائه آن به دول عضو و نظارت بر انجام گزارش‌دهی در اعمال این توصیه‌ها در جهت تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی دولتها می‌توانند طبق بند ۲ الف ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در راستای

دستیابی در تحقق کامل این حق منجمله در کاهش نرخ مرگ و میر کودکان و مادران و بهبود وضعیت آنان گام بر دارند.<sup>۱</sup> از اینرو این سازمان بر مبنای گزارشات درخواستی از دولتها جهت اطمینان از اتخاذ اقدامات دولتها در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان نظارت ادواری و منظمی بر رعایت استانداردهای کار داشته است. و طبق اساسنامه این سازمان یک دولت در صورت نقض این حق توسط دولت دیگر می تواند شکایتی را مطرح نماید.

۳) یونسکو<sup>۲</sup> و فائو<sup>۳</sup>

سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (یونسکو) و سازمان خوار و بار کشاورزی ملل متحد (فائو) از جمله سازمان های دیگر سازمان ملل اند که در راستای تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی در میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می تواند به دولتها ارائه کمک نمایند و به نوعی بر اجرای حقوق بشر نظارت داشته باشند. بطور مشخص هدف یونسکو همان گونه که در اساسنامه این سازمان مقرر شده عبارت است از «کمک به برقراری صلح و امنیت جهانی با تشویق همکاری میان ملتها از طریق آموزش و فرهنگ به منظور ارتقای احترام جهانی به عدالت، حکومت قانون و حقوق بشر و آزادی های اساسی که مورد تایید مردم جهان هستند، بدون تمایز از لحاظ نژاد، جنس و مذهب یا زبان از طریق منشور ملل متحد»<sup>۴</sup>. اعلامیه جهانی حقوق بشر در زمینه حق بر آموزش در هر زمینه از حقوق اساسی بشر تاکید دارد و دارای اصولی می باشد. از اینرو هدف یونسکو و اعلامیه جهانی حقوق بشر بیانگر وجود ارتباط بین فعالیتهای این سازمان و حقوق بشر است. به همین دلیل برخی مقاله نامه ها و اسنادی که سازمان یونسکو تنظیم نموده حاوی زمینه های حقوق بشری است. از جمله مهمترین این اسناد می توان به مقاله نامه علیه

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، همان، ص ۸۵.

<sup>۲</sup> United Nations Educational, Scientific Cultural Organization.(UNESCO).

<sup>۳</sup> Food and Agriculture Organization.(FAO)

<sup>۴</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲، ص ۱۱۹.

تبعیض در آموزش<sup>۱</sup> در سال ۱۹۶۰ و اعلامیه اصول همکاری فرهنگی بین المللی<sup>۲</sup> در سال ۱۹۶۶ اشاره نمود.

در زمینه ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان، آموزش نقش مشخصی را دارد. از اینرو فعالیتهای یونسکو در زمینه آموزش به ویژه آموزش حقوق بشر نیز توجه دارد. در این راستا می توان به برنامه عمل جهانی در مورد آموزش حقوق بشر و مردم سالاری و مشارکت در آماده سازی یک اعلامیه در مونترال کانادا در سال ۱۹۹۳ منتشر نمود. از اسناد دیگر این سازمان، اعلامیه ای در مورد آموزش صلح، حقوق بشر و مردم سالاری در ۱۹۹۵ پاریس است.<sup>۳</sup> در کل سازمان یونسکو فعالیتهای نزدیکی با فعالیتهای نزدیکی با امر صلح و حقوق بشر داشته است. که در این اعلامیه ها، توصیه هایی درباره آموزش تفاهم بین المللی، همکاری در تمامی زمینه های حقوق بشر و صلح داشته است. همچنین مکاتباتی که یونسکو در حیطه صلاحیت خود در زمینه حقوق بشر دریافت می کند، بعد از اینکه به حکومت های مربوطه برای ملاحظه ارسال شد کمیته به بررسی آن می پردازد. در خصوص نحوه اعمال حقوق بشر و موارد و مسائل مربوط به آن همانند حق بر سلامت جسمی و روانی زنان در حوزه صلاحیت یونسکو توجه به بهبود این حقوق و بهره مندی افراد از این حقوق می شود. گرچه آموزش برای ارتقا استاندارد سطح رفاه اجتماعی بشر و سلامت ان موثر است ولیکن این ارتقا نیز به عواملی چون تغذیه مناسب و آب آشامیدنی سالم نیز بستگی دارد. از اینرو نمی توان نقش سازمان خوارو بار کشاورزی سازمان ملل (فائو) را نادیده گرفت.

از آنجائیکه هدف اصلی فائو کمک به گسترش اقتصاد جهانی و تضمین رهایی بشر از گرسنگی است، در نتیجه این سازمان با گسترش اقتصاد جهان سعی در ارتقای سطح تغذیه و استانداردهای زندگی، تضمین بهبود کارایی تولید و توزیع محصولات غذایی و کشاورزی، بهبود شرایط سلامتی جمعیت جهان بویژه با

<sup>۱</sup> . Convention Against Discrimination in Education.

<sup>۲</sup> . Declaration on the Principles of the International Cultural Co-operation.

<sup>۳</sup> فریده شایگان و دیگران ، همان منبع ص ۱۲۱.



تغذیه سالم و سلامتی زنان در کشورهای کمتر توسعه یافته دارد.<sup>۱</sup> همانطور که در بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر؛ «هر کس حق دارد از استاندارد زندگی مناسب برای بهداشت و رفاه خود و خانواده اش از جمله غذا، لباس و مراقبت بهداشتی بهره مند شود»<sup>۲</sup> علاوه بر اینکه به ابعاد مختلف استاندارد زندگی از جمله مراقبت بهداشتی مطلوب که این خود خواستار نظارت سازمان جهانی بهداشت بر اجرای حقوق بشر می شود، به حق رهایی از گرسنگی نیز پرداخته است. با توجه به ماده ۱۲ (۲) میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که به بیان «کاهش نرخ مرده زایی و مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان» و «بهبود همه ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی» اشاره دارد و همچنین ماده ۱۱ میثاق مذکور، که از دول عضو می خواهد «حق بنیادی هر کس برای رهایی از گرسنگی را به رسمیت شناسد»<sup>۳</sup> و در جهت بهبود روشهای تولید و توزیع مواد غذایی دست به اقداماتی نمایند، در می یابیم یکی از عواملی که بر ارتقا حق سلامت جسمی و روانی زنان می تواند موثر باشد توجه به محیط زیست سالم و برخورداری زنان از تغذیه سالم است. در واقع سوء تغذیه در زنان در طی مراحل زندگی شان موجب می شود که اثر مخربی بر سلامت جسمی و روانی خود و نرخ مرده زایی و مرگ و میر کودکان و یا به نوعی در نسل های آینده نیز گذارد. از اینرو فعالیتهای فائو در جهت کمک به حل یکی از مسائل بنیادی بشریت یعنی حفظ توازن میان عرضه جهانی مواد غذایی و جمعیت می باشد. از جمله برنامه جهانی غذا در سال ۱۹۶۳، عرضه مواد غذایی را در راستای پشتیبانی از برنامه های توسعه اقتصادی و اجتماعی و پاسخگو به وضعیتهای اضطراری قرار داد. در همین راستا دولتهای شرکت کننده در این کنفرانس در ۱۹۷۴ اعلام نمودند که هر مرد، زن و کودکی به منظور بسط دادن قوای جسمی و روانی خویش از حق لاینفک رها بودن از گرسنگی و سوء تغذیه برخوردار است و از میان برداشتن گرسنگی، ناامنی غذایی و سوء تغذیه در طی یک دهه را تعیین

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، همان منبع ص ۱۲۲.

<sup>۲</sup> UN, The United Nation and Human Rights, 1945-1995, p. 155.

<sup>۳</sup> Ibid, The United Nation and Human Rights p. 231.

نمودند. گرچه سازمان به هدف مورد نظر دست نیافت ولیکن سازمان همواره برای پیشبرد و تحقق حق بر سلامت در کشورهای درحال توسعه و به خصوص در کشورهای آفریقای جنوبی به تصویب اعلامیه ها و برنامه عمل در مورد غذا، مانند برنامه عمل کنفرانس جهانی سران در سال ۱۹۹۶، اقدام نموده است. از دیگر برنامه های عمل سازمان در همین راستا می توان به برنامه ویژه امنیت غذایی اشاره کرد. در این برنامه نیز هدف اصلی کمک به افرادی که در کشورهای درحال توسعه زندگی می کنند، مورد نظر بود تا امنیت غذایی و دستیابی به تغذیه مناسب از طریق تولید و بهره وری در زمینه خواروبار بر پایه اقتصاد و محیط زیستی پایدار و بهبود دسترسی مردم به غذا، بهبود یابد.

در کل می توان گفت این اعلامیه ها و برنامه های عمل سازمان خواروبار و کشاورزی (فائو)، دگرگونی های اساسی را در خط مشی ها و برنامه های مورد نیاز دولتها در جهت دستیابی به تغذیه مناسب برای شهروندان خود به ویژه قشر آسیب پذیر در جامعه - زنان و یا بطور کلی زنان کم درآمد- به وجود آورده است.<sup>۱</sup> از اینرو زنان با بهره مند شدن از تغذیه مناسب و محیط زیستی سالم به سلامت جسمی و روانی نزدیک می شوند و دولتها با استفاده از رهنمودهای سازمان در جهت تحقق و پیشبرد حق بر سلامت جسمی و روانی زنان می تواند گام بردارد و در ایفای تعهدات خود برطبق ماده ۲ میثاق با این قبیل سازمانها همکاری و مشارکت داشته باشد.

#### ۴) نهادهای مالی بین المللی

و در آخر جا دارد به نقش همکاری دولتها با سازمان های مالی نظیر بانک جهانی و صندوق بین المللی پول توجه شود. این سازمان ها گرچه همانند سایر کارگزارهای تخصصی ذکر شده در بالا نقش مستقیمی را در اجرا میثاق ندارند ولیکن همکاری با این سازمان ها تا جایی موضوعیت پیدا می کند که با ارائه کمک یا شروطنی را که بر اساس آن به کشورها می دهد تا حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمعیت ذی ربط را

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون ، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷ص ۴۴۷.

متاثر سازد. از اینرو نهادهای مالی سهم چندانی در نقش نظارتی میثاق ندارند. ولی با ارائه کمک های مالی خود به کشورهای درحال توسعه و فاقد منابع کافی در جهت پیشبرد و ارتقا هرچه بیشتر حق بر سلامت جسمی و روانی زنان مانند تامین بودجه مالی کشورهای فقیر و فاقد منابع مناسب جهت احداث بیمارستانهایی ویژه زنان و کودکان، آموزش پزشکان و افراد متخصص در زمینه بیماری های مخصوص زنان و یا مسائل مربوط به زنان و فرزندان آنان، تامین هزینه های بهداشتی ملی<sup>۱</sup> و یا دادن وام با بهره های کم برای تخصیص در زمینه سلامتی جامعه و افزایش بهبود همه ابعاد سلامتی به خصوص در حیطه زیست محیطی ناشی از آلودگی های صنعتی، تامین هزینه تغذیه سالم برای بهبود سلامتی جوامعی همچون آفریقای جنوبی و یا جوامعی که زنان و کودکان آنها از سوء تغذیه رنج می برند، با آنان همکاری می نمایند.

این سازمانها به جهت بهره مندی از منابع مالی مناسب حتی می توانند در سیاستگزاری ها در سطح بین المللی و یا در سطح داخلی کشورها دولتها نقش موثری داشته باشند. مطابق ماده ۱۲(۲) میثاق دولتها موظفند اقداماتی را در جهت «بهبود ابعاد بهداشت صنعتی... ویا با ایجاد شرایط تامین کننده خدمات پزشکی و...» اتخاذ نمایند و از سوی دیگر مطابق ماده ۲۲ و ۲۳ میثاق سازمانهای بین المللی باید بطور موثر با دولتهای عضو همکاری نمایند و با تکیه بر تخصص خویش در زمینه اجرای حق بر سلامتی در سطح ملی بکوشند. کمیته با اذعان به منابع گسترده نهادهای مالی از بانک جهانی خواست تا این سازمان در کنار یونسکو و برنامه توسعه ملل متحد در زمینه اجرای حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای ارائه اطلاعات مربوط به کشور خاص با آنها همکاری نماید. همچنین از صندوق بین المللی پول می خواهد توجه بیشتری به حمایت از حق بر سلامتی در خط مشی های وام دهی، قراردادهای اعتبار و برنامه های تعدیل ساختاری خود داشته باشند. از آنجاییکه دولتها تکلیفی اولیه در انجام هر اقدامی برای تحقق حقوق

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، همان منبع ص ۵۳۲.

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سایر کشورها دارند، از اینرو کمیته بر چنین تعهدی به خصوص در رابطه با کار آژانس های وام دهنده بین المللی و همکاری با آنان توجه داشته است.

فراهم آوردن شرایط زیستی که در خور شان انسان باشد محدود به اقدام های نهادهای تشکیل دهنده سازمان ملل متحد نمی شود.<sup>۱</sup> همان گونه که شکل گیری اسناد حقوق بشری محدود به سازمان ملل نبود و در مناطق مختلف اسنادی از همین دست تنظیم گردیدند، در نتیجه سازوکار نظارت بر اجرای قواعد حقوق بشر نیز محدود به ملل متحد و سازوکارهای سازمانهای آن نمی شود.

### ب) سازو کارهای منطقه ای

بدلیل نقش جهانی که حقوق بشر در هرکشور می توانست داشته باشد برخی اقدامات منطقه ای نیز می تواند در تحقق حقوق بشر موثر واقع شود، لذا ترتیبات منطقه ای نیرومندی در اروپا، آمریکا و آفریقا جهت نظارت بر اجرای موازین حقوق بشر شکل گرفت.

در واقع مناطق اروپا، آمریکا و آفریقا دارای سند حقوق بشری اند که منطقه را بطور خاص تحت پوشش این حقوق قرار می دهد. در نتیجه سازوکارهایی برای نظارت بر اجرای چنین ترتیباتی نیز وجود دارد. هر یک از این اسناد منطقه ای با اتخاذ رویکردی فراگیر، مرحله ای و عملی در جهت تقویت همکاری منطقه ای برای پیشبرد حقوق بشر و حمایت از این حقوق دست به اقداماتی می زنند.<sup>۲</sup> از اینرو اعضاء شرکت کننده در هر یک از سازمان های منطقه ای در خصوص حق بر سلامت جسمی و روانی در گروه زنان و یا زنان آسیب پذیر، با تاکید بر تعهد خود به توسعه و تقویت ظرفیتهای ملی جهت حمایت و پیشبرد این حق راه تقویت همکاری منطقه ای و سهمیم شدن در تجارب یکدیگر را مبنایی برای همکاری فنی منطقه ای قرار می دهند. همچنین برای همکاری در حوزه های پیشنهادی که شامل موضوعاتی نظیر عملکردها در ایجاد

<sup>۱</sup> فریده شایگان و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲، ص ۱۲۶.

<sup>۲</sup> در میان این مناطق سازمان منطقه ای اروپا نقش مشخص تر و موثر تری را نسبت به سایر سازمان های منطقه ای دیگر داشته است. (نک: شایگان، همان منبع ص ۱۴۲)

ظرفیت ملی حقوق بشری، چشم اندازها و اقدامات بعدی برای توسعه ترتیبات منطقه ای در زمینه موضوعات مرتبط با سلامتی و ایجاد محیط زیست سالم و توسعه یک برنامه همکاری فنی منطقه ای در خصوص ارتقا حق بر سلامت و مراقبت های بهداشتی نسبت به جمعیت آسیب پذیر هر منطقه میشد را مورد بحث قرار می دهند. بطور خاص مبنای همکاری فنی به جهت ایجاد و تقویت ظرفیت های ملی حقوق بشری، می تواند در زمینه هایی چون برنامه عمل های ملی برای ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان، آموزش به جهت پیشگیری برای مبارزه با مشکلات و موانع دستیابی به سلامتی زنان و کودکان آنان، توجه به نهادهای ملی در جهت ارتقا حقوق زنان، ارائه راهبردهای تحقق توسعه و سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با دستیابی حق سلامت جسمی و روانی زنان صورت پذیرد.

و با توجه به برخورداری این سازمان ها از سازوکار و قدرت اجرایی آن در صورت نقض این حقوق توسط دولتهای منطقه، مانع این فعل دولتها خواهند شد. این قدرت اجرایی در سطح دولتی، کنوانسیون ها و معاهدات منطقه ای حقوق بشر مانند پروتکل سالوادور، حق بر سلامت و سایر حقوق مرتبط با سلامت را به رسمیت شناختند. نهادهای مبتنی بر معاهده و دادگاه ها بطور مشخص کمیسیون آفریقایی حقوق بشر و شهروند، کمیسیون بین المللی آمریکایی حقوق بشر، دادگاه بین المللی آمریکایی حقوق بشر و کمیته اروپایی حقوق اجتماعی نقش مهمی را در حمایت از حق بر سلامت ایفا می کنند. به عنوان نمونه در کمیسیون آمریکایی حقوق بشر که در سال ۲۰۰۱ موفق شد زندگی مجدد برای افراد مبتلا به ایدز را فراهم آورد. به عنوان مثال این کمیسیون موفق شد فوریتی را برای افراد مبتلا به اچ آی وی فراهم نماید.<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۲ کمیسیون طرح دعوی ۲۵ نفری را که از ابتلا به اچ آی وی رنج می بردند را بررسی کرد که اعلامیه السالوادور تعهداتش را در رابطه با حق بر زندگی، سلامت و حقوق بشر، از طریق تهیه درمان مضاعف (چند

<sup>1</sup> Inter-American Commission on Human Rights, Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador, report N 29/11, CASE 12.249, admissibility decision, 7 march 2001.

جانبه) اجباری نکرده بود. پیشنهاد موقتی کمیسیون این بود که درمان چندجانبه و هر بیمارستان مورد نیاز تلاش‌های دارویی و تغذیه ای باید از طریق دول این افراد فراهم شود.<sup>۱</sup>

بحث‌های فوق نشان می‌دهد که گستره دامنه مفاهیم حقوق بشر و نهادهایی که بدان توجه دارند وسیع‌تر از آن است که بتوان با مدنظر قراردادن دسته‌ای از آنها و اعمال نظارت بر اجرا آن از طریق نهادهای معدودی، برداشت درستی از وضعیت حق بر سلامت جسمی و روانی زنان و چگونگی پیشبرد آن در جهان امروزی و بطور خاص‌تر در کشورهای در حال توسعه از سوی دول متعهد به دست آورد. از اینرو ضروری است برای رسیدن به این هدف، دید کلی و همه‌جانبه‌ای نسبت به عوامل تاثیرگذار در ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان داشت. چراکه از این رهگذر سیاستمداران و متخصصان سلامت می‌توانند از وضعیت موجود سلامت زنان در جامعه آگاه شوند و در نتیجه با ارائه برنامه‌های جدید بهداشتی، پیامدهای سلامتی موثرتری را در جهت بهبود وضعیت سلامتی زنان ایجاد نمایند.

از اینرو در راستای دستیابی به تحقق کامل حق بر سلامت جسمی و روانی زنان، شناسایی عوامل موثری نظیر وضعیت اقتصادی، ساختار اجتماعی و فرهنگی زنان ضرورت پیدا می‌کند. همچنین انجام اقداماتی چون آموزش و درمان به عنوان عامل مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها می‌تواند تاحدی وضعیت سلامتی زنان را ارتقا بخشد و زنان را توانمند سازد. چراکه زنان آموزش دیده به نسبت زنان کمتر آموزش دیده کمتر دچار مشکلات سلامتی می‌شوند و قادر خواهند بود از سلامت خود و کودکانشان حمایت کنند و در نتیجه موجبات توسعه جامعه را نیز فراهم آورند. تمامی این مسایل با توجه به موضوع تحقیق فوق، از جمله مواردی اند که در فصل آتی سعی شده بدان پرداخته شود.

---

<sup>۱</sup> دیوان عالی السالوادور انتقادات کمیسیون را در نظر گرفت و در نهایت قانون منع و کنترل عوامل عفونی مسری (قابل انتقال) به بشر را تصویب نمود و در طی همان سال بسیاری از نگرانی‌های کمیسیون را نیز لحاظ نمود.

"مشکل این نیست که ما برای ریشه کنی فقر سلامتی تلاش کرده و موفق نشده ایم، مسئله این است که هیچ تلاش جدی و مشترکی در این جهت صورت

نگرفته است." جیمز گرانت (مدیر اجرایی یونیسف ۱۹۹۱)

## فصل دوم: عوامل موثر در ارتقا حق بر سلامت زنان

### مبحث اول: موانع و محدودیتها

ارتقای حق بر سلامت جسمی و روانی به حقوق زنان و رعایت آن کمک می نماید. در واقع سعادت و سلامت زنان از آن جهت دارای اهمیت است که مطمئن ترین راه برای رسیدن به اهداف کلی میثاق یعنی همان دستیابی به سلامت و ارتقا کیفیت زندگی می باشد که می تواند اثرات مثبتی را هم برای زنان و هم برای جامعه به ارمغان آورد و موجب رشد و توسعه جوامع شوند. از اینرو برای تامین و تداوم سلامت زنان و مردان در جامعه، به جای تاکید صرف بر برابری جنسیتی، مطرح نمودن حساسیت جنسی و توجه به تفاوت‌های موجود در جهت رفع موانع و نیازهای آنان و نیز به تناسب آن اعمال سیاست گذاری های به جا می تواند دستیابی به حق بر سلامتی زنان را آسان تر سازد.

در واقع بررسی عوامل و محدودیت‌های سلامت جسمی و روانی زنان امری ضروری به نظر می رسد چراکه این عوامل مهم در رسیدن به کیفیت مطلوب سلامت زنان آن هم در سبک زندگی فردی و خانوادگی زنان، نقشی تعیین کننده دارند. عواملی چون عوامل اقتصادی، زیست محیطی و قانونی موجود در زندگی زنان، محدودیت های را در دستیابی به فرصتهای برابر در زنان جهت کنترل بر مشخصه های سلامتی شان به همراه دارد. لذا با وجود نواقصی از این قبیل در زندگی و سلامت زنان و همچنین عدم ارزیابی صحیح از نیازهای سلامتی زنان، توانمندسازی زنان را به مخاطره می اندازد.

در حقیقت بسیاری از موانع و مشکلات سلامتی زنان به دلیل وجود تفاوت های بیولوژیکی و اجتماعی نسبت به مردان می باشد. به عنوان مثال عوارض ناشی از بارداری، وجود سرطان های شایع در زنان، فقر و تبعیض ناشی از ساختارهای غلط فرهنگی و اجتماعی که زنان را در معرض خشونت نیز قرار می دهند، که به نوبه خود از موانع اولیه ای و شایع در سلامت جسمی و روانی زنان به شمار می روند. ازاینرو برای ارائه راهکارهای دقیق جهت افزایش سلامت جسمی و روانی زنان می توان به بررسی موقعیت اقتصادی و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی موثر در سلامت زنان پرداخت. چراکه وجود این موانع بعضا موجب گسترش عوامل خطر و مراحل بیماری حتی در ابتلا به بیماری های مشابه در زنان و مردان چون ایدز می شود و حتی تاثیرات مهمی بر پیشگیری، تشخیص و درمان و باز توانی زنان دارد.

همچنین بنا به نظر کمیته در تفسیر عمومی ۱۴، تحقق حق بر سلامت زنان نیازمند برطرف ساختن همه این محدودیتها یا موانعی است که بر سر دستیابی به خدمات آموزش و اطلاعات سلامتی مانند سلامتی جنسی و تولید مثلی قرار دارد. در واقع رفع عواملی که به نوعی به یکدیگر مرتبط اند. عواملی که دولتها را مطابق ماده ۲(۱) صرف نظر از منابع قابل دسترس و موجود خود ملزم می دارد به اعمال هرچه بهتر این حق به نحویکه تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان را بیشتر قابل لمس نماید. ازاینرو قبل از پرداختن به هر اقدام و ارائه مواردی که در خصوص تحقق این حق و ارتقا حقوق زنان ضرورت دارد، لازم است موانع و محدودیتهای موثر در ارتقا حق بر سلامت زنان را مورد شناسایی قرار داد.

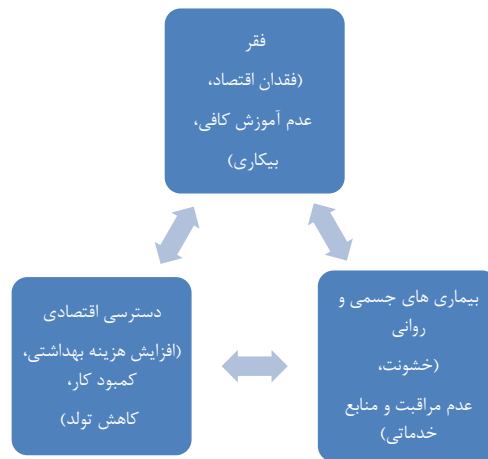
#### گفتار اول: عوامل اقتصادی

عوامل اقتصادی و به تناسب تاثیرش بر عوامل اجتماعی، سیاسی و فرهنگی، بر چگ.نگی سلامت زنان تاثیر دارد و پیامدهای زودرس و دیررسی بر سلامت زنان خواهد داشت که به موجب ان عدم آموزش و سطح تحصیلات زنان را خصوصا در کشورهای کمتر توسعه یافته که خود در ایجاد شرایط نامناسب زندگی دخیل است، را به همراه دارد مانعی بر دستیابی سلامت مطلوب زنان می شود. بدین معنی که موجب نزول



جایگاه اجتماعی زنان می شود. امری که سازمان بهداشت جهانی و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی بدان اهمیت داده و بر ارتقا این حق تاکید نموده اند.

در واقع عوامل اقتصادی را می توان در ترکیبی از فقر، عدم درآمد کافی شاهد بود که اساس انزوا و بیماری های مزمن در زندگی میلیون ها زن در سراسر جهان می باشد. عواملی که نشأت گرفته از فرصت های نابرابر در کسب درآمد و پس انداز در زنان می باشد و حتی زنان شاغل نیز یا بدلیل دستمزد پایین و یا به دلیل وظایف خانوادگی، شغل خود را رها می کنند که این موارد احتمال فقر را در زنان به نسبت مردان دو چندان می کند. از سوی دیگر دولتها نیز گرچه برای تحقق کامل تعهدات خود دست به اقداماتی می زنند ولی یکی از مواردی که ممکن است برای عدم ایفای تعهدات خود بدان استناد کنند، همین عامل اقتصادی می باشد. که بعضا گاهی بهانه ای درست یا غلط برای طفره رفتن دولتها از زیر بار مسئولیتشان می شود. از اینرو عدم اقدامات مقتضی از سوی دولتها و نیز وجود فرصتهای نابرابر و تبعیض (عامل فرهنگی) زنان با جایگاه نازل اقتصادی روبه رو می شوند و در نتیجه زنان را در جایگاه نازل اجتماعی قرار می دهد این امر را می توان در تعریفی که سازمان بهداشت جهانی و میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی از سلامت ارائه داده و آنرا به طور مشخص مانع پیشرفت مطلوب حقوق زنان و عدم توسعه (توانمندی) و همچنین عدم استفاده از تواناییهای جسمی زنان بدلیل نابرابری های ناشی از موقعیتهای مشترک و بنیادین می داند، مشاهده نمود. و در نتیجه زنان به تناسب وجود فقر و جایگاه نازل اقتصادی از همان میزان سلامتی نیز برخوردار می شوند. و مانعی در دستیابی به حق بر سلامت جسمی و روانی زنان می شود. شکل (۱) نیز بوضوح بر این گفته اشاره دارد.



شکل (۱) موانع و محدودیتها (عوامل اقتصادی)

## الف) فقر

بعقیده کارشناسان مهمترین تهدید علیه سلامت جسمی و روانی، فقر و عقب ماندگی اقتصادی زنان است. آنان معتقدند فقر مطلق جدی ترین و مستمرترین تهدید علیه امنیت بشری است به طوری که می تواند همه جهان را تحت تاثیر خود قرار دهد. در واقع یکی از بارزترین مشخصه های که در اکثر تحقیقات دیده می شود وجود ارتباط بین سطح موقعیتهای اقتصادی و اجتماعی پایین یا طبقه اجتماعی و افزایش مرگ و میر نوزادان است. در واقع قراردادن در سطح درآمدی پایین یا فقر که این خود از تبعیض و نابرابری ساختار جامعه ناشی می شود، به خصوص در زنان با کشورهای دارای اقتصاد در حال گذار ناخودآگاه اثر مخربی بر کاهش سطح اجتماعی آنان نیز خواهد داشت. در واقع زنانه شدن فقر را می توان از بارزترین خصوصیات فقر در اکثر نواحی جهان دانست. و بر طبق نظر سازمان ملل سهم نامتناسبی از بار فقر جهان بر دوش زنان قرار دارد و ۷۰ درصد افراد فقیر در جهان را زنان می باشند. البته فقر در زنان نه تنها به معنای درآمد ناکافی است بلکه در بردارنده دسترسی به آموزش و مراقبتهای بهداشتی و سایر تسهیلات زندگی و انزوای اجتماعی نیز می باشد.

ازاینرو وجود فقر در سطح موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین در دو زمینه خود را نمایان می کند یکی در زمینه سلامت جسمی و دیگری سلامت روانی که موجب افزایش خطرات جدی در فرد (زنان) می شود.

تحقیقات نشان داده اند که وجود اکثر بیماری های مشخص و سخت و برخی بیماری های روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، بیماری های ضد شخصیت اجتماعی و ناتوانی جسمی، تأکیدی بر اثبات وجود رابطه موقعیت اقتصادی و اجتماعی با سلامتی دارد. بدین معنی که عدم سلامتی فقر را می پروراند و گسترش می دهد.<sup>۱</sup> از اینرو زمانیکه فقر ساختاری و عدم سلامتی وجود دارد، توسعه و پیشبرد سایر حقوق بشر نیز تضعیف خواهد شد. همچنین وجود فقر منجر به سقوط سلامتی و بروز بیماریهایی مسری و عفونی در سطح جسمی وهم روانی زنان می شود.

همچنین نتایج بدست آمده حاکی از آن است که، افزایش سطح بیماری های موثر بر سلامت جسمی و روانی زنان در موقعیت اقتصادی اجتماعی پایین نسبت به سایر گروه های خود از منظر سلامت روانی ۱/۵۶ بار بیشتر در معرض بیماری های روانی و یا استرس قراردارند و از منظر سلامت جسمی ۷۸٪ بیشتر مواجه با بیماری های جسمی چون نقض عضو و ابتلا به ویروس ها عفونی و مسری هستند. در مقایسه این وضعیت زنان در طول زندگی خود ۲۳/۹٪ و مردان در همین موقعیت ۱۴/۷٪ در معرض بیماری های روانی و افسردگی و زنان ۳۰/۵٪ و مردان ۱۹/۲٪ نسبت به بیماری های جسمی در معرض خطر می باشند. این افزایش بیماری های روانی و مرگ و میر زنان ناشی از نادیده انگاشتن موقعیت اقتصادی موثر در سطح اجتماعی آنان و برخوردار از عدم درآمد کافی است و اما فزونی بیماری های جسمی زنان در فقدان ابراز آن یا گاهی اوقات حتی انکار(محدود کردن) آن می باشد. در واقع این شیوع بالای بیماری در زنان فقیر از دو دلیل می تواند نشأت گیرد. یکی اینکه اکثر بیماران روانی بدلیل طبقه پایین اقتصادی اجتماعی ناشی از برخورد با افراد بیمار یا با سایر افرادی است که مستعد بیمار شدن اند که در نتیجه بخاطر برخورد با این افراد خود نیز بیمار می شوند و یا در صورت بیمار بودن در همان سطح باقی می مانند. دیگر اینکه شرایط زیست محیطی و مشکلات روانی ناشی از آن در موقعیتهای پایین اقتصادی منجر به بروز استرس و

<sup>۱</sup> . نادری، عوامل خانوادگی موثر بر سلامت روان زنان سالمند، پایان نامه ۱۳۸۶.

افسردگی می‌گردد. دلیل مرتبط با این مسئله بوضوح در نتایج کشورهای در حال توسعه قابل‌شهود است. در واقع فقر بر سایر موارد زندگی زنان اثر خواهد داشت که برای درک بیشتر و تجزیه‌شکل‌گیری این رابطه و ارتباط و اثرگذاری آن بر هم‌نیازمند تعیین همه‌جوانبی است که ارتباط نزدیکی با سلامتی، توسعه حقوق بشر و امید به زندگی در فرد دارد. بدین معنی که با درک درست از واقعیت‌های مرتبط با سلامت زنان منجمله فرصت‌های اقتصادی اجتماعی و سلامت جسمی و روانی و وقایعی مانند سطح آموزش، سطح شغلی و درآمدی در شرایطی از وضعیت‌های زنان و استرس و فشارهای ناشی از قرار گرفتن در این موقعیت و انتخابات و فرصت‌های که ممکن برای رسیدن به حق بر سلامت جسمی و روانی زنان وجود داشته باشد یا نباشد. اینان همگی پاسخگوی مفاهیم موقعیت سطح اقتصادی اجتماعی زنان و سطح سلامتی آنان می‌شود. چراکه زنان در اکثر جوامع در حال توسعه و حتی در جوامع توسعه‌یافته، زنان در ساختار اقتصادی اجتماعی نقش‌چندانی ندارند و یا حداقل در سطح پایینی از جامعه قرار دارند و بطور مکرر حقوق رفاهی آنان و حق بر سلامتی‌شان نقض می‌شود. برای مثال سلامت شغلی و موقعیت‌های استخدامی (کاری) عامل کلیدی در ساختار مرتبط با محدود نمودن بیماری‌های طولانی‌حتمی برای هر دو جنس است و کیفیت‌های آموزشی بطور ویژه‌ای عامل مهمی در توسعه سلامت جسمی و روانی زنان می‌شود. در واقع سهیم شدن یا از سوی دیگر مطلع بودن زنان در کنترل دستیابی به سایر شکل‌های اطلاعات و منابع بویژه برای زنان خانه‌دار با درآمد کم یا فاقد درآمد می‌تواند منجر به ناپدید شدن فقر شود. چراکه مشکلات درآمدی زنان در کشورهای در حال توسعه تایید بر این امر است که درآمد شخصی زنان نمی‌تواند مورد استفاده قرار گیرد زیرا یا زنان در کلیت درآمد خانواده یا مستقیماً نقشی ندارند یا درآمد آنان گاهی اوقات کفاف تهیه خوراک را نمی‌دهد. در نتیجه این نابرابری درآمدی و تعیین میزان بهره‌مندی اندک از زنان در مشاغل متفاوت و بعضاً فرهنگ و سطح آموزش پایین با این قشر آسیب‌پذیر موجب می‌شود نه تنها زنان را در دستیابی به سلامت جسمی و روانی‌شان با مشکل روبه‌رو شوند بلکه حتی این امر ممکن است وضعیتی را

نیز حادثه نماید و آنان را در برخورداری از مراقبت های سلامتی و یا تهیه غذای کافی برای کودکان و خود ناتوان تر سازد.<sup>۱</sup>

از اینرو هدف سازمان ملل برای تقلیل فقر در جهان به نصف میزان فعلی تا سال ۲۰۱۵ میلادی، زمینه ساز رفع بسیاری از معضلات سلامتی جسمی و روانی زنان در راستای دستیابی به حقوق زنان در گوشه و کنار جهان خواهد شد. بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی نیز در زمینه ایجاد شاخصه های بهداشت جهانی فعالیتهایی را نیز انجام داده تا بتواند از کاهش کیفیت رفاه اجتماعی ناشی از بازسازی ساختار مالی و اقتصادی کشورها جلوگیری به عمل آورد. و همچنین کمیته تاکید بر اتخاذ خط مشی های مناسب اقتصادی زیست محیطی و اجتماعی را در دو سطح ملی و بین المللی با هدف ریشه کنی فقر و تامین همه حق های بشری برای همگان بویژه زنان را ضروری دانسته است.

یکی از موارد اقتصادی که به عنوان مانع بر سلامت جسمی و روانی زنان موثر است، مسئله اشتغال می باشد. در واقع ارتباط واضحی بین اشتغال زنان و فقر وجود دارد. از اینرو حق بر کار از آن دسته حقوق بنیادینی است که بدلیل اهمیت آن در چند سند بین المللی مورد شناسایی قرار گرفته و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز در ماده ۶ بطور مفصل به این مورد پرداخته است. از انجائیکه حق بر کار برای تحقق سایر حق های بشری ضروری می باشد و جز جدانشدنی از کرامت انسانی می باشد. لذا هر فرد حق دارد کار کند تا از امکان ادامه زندگی و کرامت انسانی بهره مند گردد و موجب توانمندسازی و رشد خود و به نوعی جامعه را فراهم سازد. بنابراین اشتغال و درآمد می تواند در سلامتی موثر باشد.

#### ۱) شغل و درآمد

کار و اشتغال در امدزا، هم راستا با آموزش، موجب ورود زنان به عرصه اقتصاد می باشد. از انجائیکه مسئولیت های متداول زنان در اغلب جوامع چون مراقبت از کودکان، مسئولیتهای خانوادگی و غیره برای

<sup>1</sup>. Carla AbouZahr, Isabelle de Zoysa and Claudia García Moreno, **Women and health : today's evidence tomorrow's agenda**, (Publications of the World Health Organization 1999, p1.9

زنان درآمدی را حاصل نمی‌کند و در نتیجه این قبیل فعالیت‌های زنان در تولید ناخالص ملی به حساب نمی‌آید. از اینرو دارای ارزش اقتصادی نبوده و یا سهم زنان شاغل در چرخه اقتصادی اندک می‌باشد که از دستمزد کمتری به نسبت مردان هم شغل خود برخوردارند. بنابر این ورود زنان به عرصه اشتغال درآمدزا کمتر و کمتر می‌شود و این موجب انزوای بیشتر زنان می‌شود. از اینرو زنان فاقد شغل و منبع درآمدی مناسب، از حق مالکیتی و تصمیم‌گیری‌های اقتصادی چندانی که جز حقوق مسلم زنان است، برخوردار نمی‌شوند و در نتیجه امنیت، استقلال و جایگاه اجتماعی و اقتصادی زنان کاهش می‌یابد و این خود دلیلی بر عدم دستیابی به حق بر سلامت جسمی و روانی زنان می‌شود.

یکی از مواردی که ممکن زنان را از شغل و درآمد محروم کند، بارداری زنان است. با توجه بر اینکه زنان از آموزش و فرصت‌های برابر در داشتن شغل و یا برخورداری از درآمدی مناسب محروم‌اند. فقری را تجربه می‌کنند که سلامت روحی و به تناسب سلامت جسمی آنان را تحت شعاع قرار می‌دهد.

از دیگر موارد مرتبط با سلامت زنان شاغل مسئله بهداشت کار آنان می‌باشد. چراکه بهبود شرایط کاری و سلامت شغلی زنان، یکی از مهمترین مسائلی که زنان کارگر در کشورهای جهان سوم با آن کماکان مواجه‌اند که بدلیل عدم آموزش زنان شاغل نمی‌توانند با مشکلات خود در زمینه‌های گوناگونی چون سو تغذیه، آلودگی‌ها و خطرات موثر بر سلامت زنان، وجود تبعیض در استخدام و یا کارهای نازل و سخت، .. مقابله نمایند.

در واقع باید گفت یکی از مشکلات عمده اشتغال زنان و موثر در سلامت آنان، تبعیض‌های شغلی است. گرچه ماده ۶ میثاق فوق‌العاده اعلام می‌دارد که هر فردی باید فرصت آزادانه و بدون تبعیضی را در انتخاب شغل خود داشته باشد. ولیکن زنان همچنان در دستیابی به اشتغال در برخی جوامع به ویژه جوامع در حال توسعه و کمتر توسعه یافته همراه با تبعیض ناشی از عدم ساختار اجتماعی و فرهنگی مناسب نسبت به مردان هم سطح خود مواجه‌اند. و همچنان به زنان شغل‌هایی با دستمزد کم، کارهای نازل و سخت و

باپتانسیل کم داده می شود. چراکه با افزایش اینگونه مشاغل، موجب افزایش مصرف دخانیات در بین زنان دارای مشاغل با شرایط کاری سخت و کم درآمد می شود که اثرات جدی بر سلامت آنان و فرزندانشان می گذارد. و از انجائیکه طبق نظر سازمان بین المللی کار زنان دوسوم ساعات کار جهان را برعهده دارند.<sup>۱</sup> و در اکثر کشورهای جهان در جهت ارتقا سلامت زنان به امر کاهش فشار کاری بر زنان گام برداشته اند. ولیکن باز زنان با بسیاری از موانع سلامتی چون استرس، سوء تغذیه؛ خستگی مزمن و سایر بیماری ها مواجه اند. از اینرو بر دول عضو است که این مقوله اقتصادی و یا فقر زنان را نادیده نگیرند و در برنامه های و رویه های سیاسی و قانونگذاری خود به این تعهد مهم پایبند باشند و آنرا تضمین نمایند تا با بهبود موقعیت کاری زنان و برخورداری از شرایط کاری و بهداشتی مطلوب موجبات ثبات وضعیت اقتصادی زنان کم درآمد و فاقد شغل و پیشگیری از هرگونه عواقب مخرب بر سلامت جسمی و روانی زنان را فراهم آورد.

#### گفتار دوم: عوامل ساختاری

از انجائیکه عامل اقتصادی به تنهایی نمی تواند عاملی در بهبود یا ثابت ماندن سلامت جسمی و روانی زنان شود، لذا توجه به عامل ساختاری جامعه نیز حائز اهمیت می باشد. عواملی چون ساختارهای اجتماعی و فرهنگی. در واقع سلامت مطلوب بطور ذاتی بدلیل دادن حس رفاه مطلوب در زنان و همچنین ارائه منابع مشخص در سطح وسیع جامعه ای که زنان در آن زندگی و کار می کنند، بطور خاصی دارای اهمیت می باشد. با توجه به تعاریف ارائه شده در مورد سلامتی در اسناد حقوق بشری و نیز ماده ۱۲(۲) میثاق دستیابی به حق بر سلامت را می توان مرتبط به عواملی دانست. عواملی که به عنوان چارچوب تکمیلی در ارتقا سلامت جسمی و روانی زنان در سطوح متعدد جامعه بسته به شرایط و عوامل زیست محیطی و فردی هر فرد می باشد و برخوردار بودن از عدالت و برابری در تعیین این حق، رفاه اجتماعی در نظر گرفته می شود. داشتن دیدگاه جنسیتی در این عوامل موجب سلامت جسمی و روانی متفاوتی در هر سطوح ساختاری

<sup>1</sup> P.Smyk, **Womens and Health**, London and new jersey; zed book, 1991.

برای افراد در گروه های خاص در آنان می شود. ساختار اجتماعی و فرهنگی متداول و تاثیر گذار بر سلامت زنان در جوامع خود متاثر از مواردی چون سن، ساختار خانوادگی، تحصیلی، شغلی، درآمد<sup>۱</sup> و حمایت های اجتماعی و بسیاری موارد دیگر است. از اینرو لازم است جنسیت را به عنوان مشخصه ای در تعیین سلامت در نظر گرفت تا قدرت توزیع و ایجاد فرصت های برابر و بدون تبعیض در رابطه با تفاوت های موجود<sup>۲</sup> در نتایج سلامتی متفاوتی بین زن و مرد به عنوان درک ساختار اجتماعی و فرهنگی هر جامعه بدست آورد.

از آنجاییکه زیست بشر و مراقبت های سلامتی مشخصه های مهمی از سلامتی اند مدل اجتماعی سلامت به بخشی دیگری از مفهوم حوزه توسعه حق بر سلامتی مرتبط است. در واقع هدف از ان تاکید بر اهمیت عوامل رفتار فردی است که نه تنها تحت تاثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می باشد بلکه بر روابط متقابل تکمیلی آنها بر یکدیگر در تعیین بیماری ها و سلامتی فرد نیز اثر گذار است. روند دستیابی به حق بر سلامت زنان در چارچوب ساختار اجتماعی و فرهنگی یعنی تعیین جنسیت در سلامت فرد مطابق با مدل های ارائه شده در هر جامعه ای می تواند به این که چگونه ناتوانی و آسیب پذیری زنان ناشی از وضعیتها و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی زنان می شود و می تواند عواقب متفاوتی بر سلامت آنها داشته باشد را شامل شود.

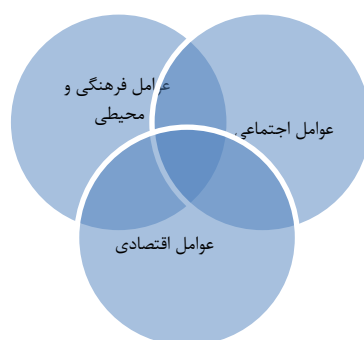
شکل زیر به نوعی به ارتباط عوامل اقتصادی و عوامل اجتماعی و فرهنگی اشاره دارد که هر یک از این عوامل از عوامل ترکیبی در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی در زنان به شمار می رود. چراکه تنها محدودیتهای اقتصادی (فقر) نیست که می تواند ظرفیتهای اجتماعی و فرهنگی زنان را در دستیابی به حق بر سلامتی خود را از بین ببرد بلکه وجود فرهنگ و آداب و سنن مرسوم در هر کشور به خصوص در کشورهای در حال توسعه و بطور خاص نسبت به زنان در مناطق بومی، مانع برخورداری از فرصت های

<sup>1</sup> (emolument). WHO, **Womens and Health**, Today's evidence tomorrow's agenda, WHO.2002p18.

<sup>2</sup>. Ibid, **Womens and Health**, p.19.



اجتماعی یکسان میان زنان و مردان می شود. همانطور که گزارش سلامت جهانی (WHO,1998) بطور طبقه بندی شده ای بیان می دارد «سلامت زنان بطور باور نکردنی به موقعیت اجتماعی آنها در جامعه مرتبط است. این وضعیت به برخورداری از برابری و تحمل تبعیض مرتبط می باشد. امروزه موقعیتها و رفاه اجتماعی میلیون ها زن در سراسر جهان بطور تاسف انگیزی در قوانین آنان بجا مانده است.» از اینرو در این قسمت به دو مورد یکی شامل بحث مختصری از تفاوت جنسیتی در موقعیتهای اجتماعی و فرهنگی در قالب ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و دیگری به تاثیر تبعیض و نابرابری که به نوعی قانون نهفته است جهت تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان پرداخته می شود.



شکل (۲) عوامل موثر در افزایش بیماری های جسمی و روانی

## الف) ساختارهای اجتماعی و فرهنگی

عدم توجه به ساختار اجتماعی و فرهنگی در هر کشور نسبت به زنان می تواند موجب بروز تبعیض نسبت به زنان و مانعی را در تحقق حق بر سلامت مانند عدم توجه به توانمندسازی و ایجاد فرصتهای برابر جهت ارتقا حقوق زنان در جامعه شود. در واقع فرهنگ و آداب و رسوم محلی در بسیاری از جوامع تاثیرات مثبت و منفی زیادی بر زندگی و سلامت زنان دارد. چراکه وجود برخی ارزش های فرهنگی و سنن مرسوم در جامعه می تواند خطرات عمده ای را برای سلامت زنان ایجاد نماید. به عنوان مثال در این فرهنگها

تبعیض بسیار قابل مشهود است که از همان سنین پایین بر دختران و حتی قبل از تولد آنان بر زنان اعمال می شود و یا وجود فرهنگ زن گریزی که به نوعی از همان تبعیض ریشه دارد. لذا به محدود کردن زنان و دختران در جامعه می انجامد در نتیجه علاوه بر مشکلات سلامتی برای زنان اثرات مخربی برای فرد و جامعه وی نیز به همراه خواهد داشت. از اینرو دید جامعه نسبت به جنس زن نقش مهمی در میزان پیشرفت و سلامت کامل جسمی و روانی زنان دارد. بنابراین زدودن آثار مخربی از این قبیل اعمال که ناشی از بی عدالتی ها و تبعیضات ناروا جنسی ناشی از فرهنگ و اعتقادات مردم، تنها با گذشت زمان امکان پذیر خواهد بود. همچنین از دیگر مواردنشات گرفته از ساختارهای اجتماعی و فرهنگی، تاثیر این امر بر روابط خانوادگی و در سطح اجتماعی است که در نتیجه مانع پویایی زن و سلامت او می شود. به عنوان مثال بدلیل وجود برخی سنت ها، زنان در هنگام بیماری تنها محدود به استفاده از داروهای طبی اند که گاهی خطرات جدی سلامتی و حتی مرگ زنان و یا نوزادان آنها را به همراه خواهد داشت. به علاوه از انتخاب شغل و یا برخورداری از تحصیلات مناسب بدلیل وجود همین نگرش پایین جامعه نسبت به زنان و دختران، محروم می شوند. همچنین از دیگر مواردی که ریشه در ساختارهای اجتماعی و فرهنگی دارد و تاثیرات عمیقی در کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی زنان می گذارد، مسائل و مشکلات مربوط به نازایی زنان است. به نحوی که مسائل و فشارهای شدید روانی ناشی از نازایی زنان از سوی خانواده و اجتماع ان هم در جوامعی که تنها نقش و ارزش زن به وظیفه تولید مثلی آنان است، انچنان زیاد می باشد که می تواند طلاق، طرد خانوادگی و بعضا خشونت های خانگی را در پی داشته باشد.

همچنین باید گفت در جوامع کمتر توسعه یافته زنان بدلیل عدم وجود ساختار اجتماعی و فقر فرهنگی همواره زنان نسبت به مردان محدودتر می شوند و از قرار گرفتن در جامعه و به نوعی خودکفا شدن منع می شوند در نتیجه با نابرابری و تبعیض مضاعف تری روبرو می شوند. از اینرو تجربیات زنان در ابتلا به انواع بیماری های جسمی و روانی چون افسردگی نسبت به مردان در جامعه دو برابر می باشد. در واقع رابطه

متقابل محکمی بین موقعیت اجتماعی و نتایج سلامت جسمی و روانی زنان که در اکثر در جوامع توسعه نیافته دیده می شود، در بالاترین حد خود وجود دارد. چنین تفاوت‌های سلامتی در برخی از کشورهای جهان سوم و حتی توسعه یافته نیز دیده می شود. رویدادهای اقتصادی و اجتماعی، حمایت اجتماعی و باورها و فرهنگ های متداول در جامعه همگی اینها از سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی تاثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی زنان نشأت می گیرد که تاثیر مستقیم و از موانع دستیابی زنان به سلامت مطلوب می شود که در نتیجه همدیگر را تقویت می کنند. و این موجب می شود که زنان با سطح اجتماعی و اقتصادی خاص (بهرتر) در مقایسه با گروه های سطوح پایین تر جامعه که از منابع، آموزش، فقر و سطح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند در ساختارهای اجتماعی مجزایی از هم قرار گیرند. همچنین نابرابری ها سلامتی برگرفته شده از منابعی چون تفاوت‌های سنی، موقعیتهای مادی، عوامل ژنتیکی، زمینه های فنی و دسترسی به مراقبتهای سلامتی و اطلاعات مرتبط با سلامتی می باشد زنان در اکثر مناطق جهان بطور مشخص و مشابه های تجربه رویدادهای اجتماعی و فرهنگی زیان آوری را چون نتایج سلامتی چون تبعیض و فقر را تجربه می کنند. همچنین فرزندآوری زود هنگام خود یکی از موانع بهبود آموزشی، اقتصادی و اجتماعی زنان در همه نقاط جهان به شمار می رود و میتواند فرصت آموزش و اشتغال زنان را کاهش دهد و چه بسا تاثیرات زیان آوری بر کیفیت و سلامت خود و خانواده برجا می گذارد.

درکل جایگاه نازل اجتماعی و فرهنگی زنان و دختران، آنان را در معرض شدید آسیب های جسمانی، روانی، بیماری و حتی بارداری ناخواسته قرار می دهد. در چنین شرایطی زنان با فشارهای اجتماعی، بویژه شرم از افشای برخی افعالی که علیه آنان صورت گرفته و عدم دسترسی به اطلاعات یا عدم حمایت‌های حقوقی و فقدان قوانینی که این اعمال را منع کند یا اصلاح قوانین موجود و تلاش ناکافی مقامات در راستای ارتقای آگاهی عموم از این قوانین موجب تشدید خشونت علیه زنان شده است، در نتیجه زنان را در استفاده از خدمات بهداشتی و سایر خدمات باز می دارد. هرچند کشورها برای حفظ و ارتقا حقوق و

ازادیهای مربوط به خشونت علیه زنان در اسناد بین‌المللی چون کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان و سایر اسناد منطقه‌ای به مقابله با آن برخاستند. اما وجود باورهای فرهنگی مقابله با تمامی این مسائل را دشوار می‌سازد.

همچنین بدلیل اهمیت بالای نقش ساختار اجتماعی و فرهنگی، منشور سازمان بهداشت جهانی، اوتواوا ۱۹۸۶ در مورد ارتقا سلامتی اشاره داشت که می‌بایست برای ارتقا سلامتی به حمایت از ساختار اجتماعی و فرهنگی سلامت توجه شود. این منشور، سلامتی را به عنوان یک مفهوم مثبت که تاکید بر منابع اجتماعی و شخصی همانند توانمندی جسمی و روانی فرد دارد، تعریف می‌نماید. همچنین تاکید بر ساختار اجتماعی سلامت به عنوان یک مفهوم مثبت از تقابل‌های سلامتی با دیدگاه سنتی زیست محیطی دارد. این مفهوم بیشتر مرتبط به عوامل بیولوژیکی در فرآیند بیماری‌ها و افزایش تشخیص بیماری‌های رفتاری و جسمی می‌باشد.

همانطور که بیان شد زنان بویژه در کشورهای در حال توسعه نه تنها بدلیل عدم وجود ساختار اجتماعی و فرهنگی منسجم از سلامت مطلوبی برخوردار نمی‌شوند بلکه عامل دیگری که به نوعی برگرفته از همین ساختار اجتماعی و فرهنگی غلط و مرسوم در جامعه است بر عدم دستیابی به این حق دامن می‌زند، تبعیض است که این خود اثر منفی فقر سلامتی زنان و دختران را دوچندان می‌سازد. ازاینرو ضروری است که دگرگونی‌های وسیعی را در این خصوص در سطح قانونگذاری ملی و نیز در تعهدات بین‌المللی بر دول عضو وارد ن‌شود.

### ب) تبعیض<sup>۱</sup>

حق برابر مردان و زنان در برخورداری از همه حق‌های بشری یکی از اصول بنیادین شناخته شده در اکثر اسناد بین‌المللی حقوق بشری می‌باشد. با توجه به تعریف تبعیض، (که قبلاً بدان اشاره شده)، میثاق بین

<sup>1</sup> Discrimination

المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز همچون سایر اسناد حقوق بشری که برای حمایت از کرامت هر فرد تبعیض را منع کرده است و در ماده ۳ میثاق فوق خواهان بهره مندی برابر زن و مرد در قبال هر یک از حقوق مندرج در میثاق است. همانطور که گفته شد زنان بواسطه موقعیت پایین اقتصادی اجتماعی و یا وجود عرف یا سنت های رایج در جوامع خود نمی توانند از حقوق برابری بهره مند گردند. از اینرو بسیاری از زنان نیز با اشکال بارز تبعیض ناشی از تلاقی جنس با عواملی چون نژاد، رنگ، زبان، مذهب، منشا ملی یا اجتماعی، سن، ناتوانی، و غیره مواجه اند که این خود بر محرومیت مضاعف زنان در دستیابی به حقوق خود منجر می شود. یکی از بارزترین و مهمترین حقوق زنان مربوط به تمامیت جسمی آنان یعنی حق بر سلامت جسمی و روانی آنان می باشد.

در واقع تبعیض ریشه در ساختار اجتماعی و فرهنگی بر پایه نابرابرهای بنیادین در جامعه دارد و می تواند هر گروه از جامعه را در برابر فقر و سلامتی آسیب پذیرتر کند. از اینرو گروه های مورد تبعیض و ترد شده ای چون زنان اغلب سهم چشمگیری از مشکلات سلامتی را به همراه دارند. برای مثال مطالعات نشان می دهند که در برخی جوامع و کشورهای در حال توسعه مانند کشورهای آفریقای جنوبی، زنان گروه های اقلیت و افراد بومی نسبت به کل جمعیت تحت تاثیر تبعیض اند و از خدمات سلامتی و آموزش کمتری برخوردارند، وجود تبعیض باعث می شود تا از مسکن مناسب و آب آشامیدنی سالم برخوردار نگردند و نیز کودکانشان بالاترین سطح مرگ و میر یا سوء تغذیه را دارند.

بنابراین تبعیض از جمله مواردی که بر سلامت و بهزیستی کنون و آینده زنان تاثیر می گذارد و اکثرا هم در کشورهای در حال توسعه دیده می شود. همچنین سبب می شود که بهره مندی از خدمات و مراقبت های بهداشتی در زنان کاهش یابد و یا چندان موثر در وضعیت سلامتی زنان نباشد. شرایطی که دختران را به سوی ازدواج، آبستنی و زادآوری زود هنگام سوق می دهد و یا آنان را در معرض رسومات اشتباه فرهنگی یا قومیتی خود قرار می دهند و خطرات بهداشتی آنان را دو چندان می کند. همچنین وجود تبعیض علیه

زنان در استخدام، آموزش و تحصیل، توزیع غذا، عدم برخورداری از مراقبتهای بهداشتی و شرایط اقتصادی یکسان زنان را در معرض خشونت جنسی و جسمی قرار می دهد و در نتیجه استرس روحی و بیماری های روانی و جسمی برای زنان بوجود می آورد. از بین عوامل موجود بر سلامت زنان تبعیض می تواند نقش مهمی را در ایجاد فقر، سوء استفاده جسمی و جنسی از زنان، خشونت و حتی در منزوی نمودن زنان از فعالیت های اجتماعی ایفا نماید. بدون تردید تبعیض ابتدا بر سلامت روانی زنان اثر می گذارد که می توان پیامد آن را در سلامت جسمی شاهد بود. لذا ارتباط تفکیک ناپذیر و مستقیمی با عدالت و نیز دستیابی سلامت جسمی و روانی زنان دارد.

همچنین گاهی اوقات ممکن زنان با تبعیض چند جانبه روبرو باشد و این زمانی رخ می دهد که زنان در معرض تبعیض دو یا چند جانبه مانند تبعیض بخاطر جنس و نژاد یا مذهب، ملیت یا سن قرار گیرند. برای مثال در بسیاری از کشورها زنان بومی خدمات و اطلاعات کمتری درباره سلامتی و تولیدمثلی دریافت می کنند و از اینرو در مقابل خشونت جنسی و فیزیکی نسبت به سایر جمعیت آسیب پذیرتر می شوند. مطابق نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ممکن «سایر موارد» دربردارنده سایر موارد سلامتی و HIV/ایدز) یا رفتارهای جنسی شود. علی رغم اینکه دولتها نسبت به منع و محدود کردن تبعیض به هر دلیلی و دادن تضمین در برابری بر تمام عوامل مرتبط با مراقبتهای سلامتی و عوامل اساسی آن متعهدند. همچنین کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی (ماده ۵) بیان می دارد که دولتها باید تبعیض نژادی را محدود و از بین برند و حق هر کس در دستیابی به سلامت عمومی و مراقبتهای پزشکی را تضمین نمایند و ماده ۵(۲) میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی «هیچ گونه محدودیت یا انحراف از هریک از حقوق بنیادی... را قابل قبول نمی داند». همچنین اعلامیه جهانی همگی بر فرصت های برابر زنان برای شرکت در تصمیم گیری های سیاسی و اقتصادی تاکید دارند. اما زنان در برخورداری از سیستم های خدمات اجتماعی با تبعیض مواجه اند.

از اینرو بر دولتها ست که طبق ماده ۱۲ نیازهای خاص و متفاوت گروه های که مواجه با مسائلی سلامتی مانند بالاترین سطح مرگ و میر یا در معرض آسیب بیمار های خاص ناش از تبعیض هستند را شناسایی و تعهد به تضمین عدم تبعیض در نیازمندیهای حداقلی برای سلامتی در گروه های خاص جمعیتی نظیر زنان، کودکان یا معلولین را نمایند. اقدامات مثبت حمایتی از این افرادی از طریق رویه های مستمر از جانب فعالان خصوصی فراهم آورد.

گفتار سوم: سایر موانع دیگر

علاوه بر عوامل مهمی چون عوامل اقتصادی، ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و تبعیض که در دستیابی به حق بر سلامت زنان از موانع موثر بشمار می روند، باید گفت موانع دیگری چون بتلا به ایدز، خشونت و حتی مردان می توانند در ارتقا و توانمندسازی زنان اثرگذار باشد. البته این موانع به نوعی از همان موانع ساختاری و اقتصادی رایج در جامعه نسبت به زنان نشات می گیرد. اما بدلیل اهمیتی که در سلامت روان زنان دارد و به تناسب سلامت جسم آنان را تحت تاثیر قرار می دهد می توان به عنوان موانعی مستقل در عدم دستیابی زنان به حق بر سلامتی در اینجا در نظر گرفته شده است.

#### الف) زنان مبتلا به ایدز / HIV

درخصوص ایدز می توان گفت، طی ۲۵ سال گذشته بیش از ۲۵ میلیون نفر در اثر ابتلا به ایدز مرده اند به نحویکه یکی از مخرب ترین بیماری های همه گیر در زمان حاضر به شمار می رود. هم اکنون حدوداً ۳۳ میلیون نفر مبتلا به ایدز / HIV هستند. از آنجائیکه همه گیری این بیماری در بسیاری از مکانها جدی است و اثر مخربی بر حقوق بشر و توسعه آن دارد، فوریت مقابله با آن به عنوان یک نیاز اصلی تحقق حق بر سلامت احساس می شود. بطور کلی برخی ایدز / HIV را از موضوعات حقوق بشر می دانند. آنرا برای پیشگیری در انتقال ایدز / HIV و کاهش مواجه با ایدز در زندگی افراد را اصلی برای حمایت و پیشرفت حقوق بشر در نظر می گیرند. برخی نیز حقوق بشر مرتبط با ایدز / HIV را در حق هایی چون حق رهایی

از تبعیض، حق بر زندگی، برابری در مقابل قانون، حق بر حریم خصوص و حق برخورداری از بالاترین حد قابل حصول سلامتی می دانند.

در واقع یکی از چالش های جدی روبه گسترش در امر سلامت زنان طی دهه های اخیر، افزایش مداوم و نهفته ویروس HIV و ابتلا به ایدز می باشد. در واقع شیوع این بیماری در زنان نسبت به مردان بیشتر می باشد به خصوص در زنان بی خانمان، مهاجر، حاشیه نشین، معتاد و بعضا قربانیان خشونت جنسی و روسپی گران. و برطبق برآوردهای بخش ایدز سازمان ملل سال ۲۰۰۲ میلادی رقم ابتلایان به این بیماری در جهان به ۴۲ میلیون رسیده است. و میزان فوت زنان تقریباً نیمی از جمعیت مبتلایان بالغ را از زمان شروع این بیماری بوده است. و اکثراً مرگ و میر ناشی از این بیماری در زنان در کشورهای کمتر توسعه یافته و در نواحی که عمدتاً به درمان و مراقبتهای بهداشتی دسترسی کافی نداشته اند، رخ داده است.

ابتلا به ایدز و یا هر نوع عفونت های منتقله جنسی<sup>۱</sup> یک خطر عمده برای سلامتی زنان محسوب می شوند که اثرات جدی بهداشتی و اجتماعی ناگواری را هم بر زنان و هم برای خانواده آنان به همراه دارند. و از آنجاییکه این ویروس اغلب فاقد نشانه ها و علائم واضحی هستند لذا درمان آنها نیز دیر آغاز می شود که این امر عوارض خطرناکی حتی برای جامعه نیز در پی خواهد داشت. از آنجاییکه تمام موانع در دستیابی حق سلامت زنان به نوعی بهم مرتبط اند (مطابق شکل ۲) ابتلا به این ویروس نیز تحت تاثیر قوی عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می باشد و همین امر در دستیابی به خدمات بهداشتی درمانی افراد مبتلا نیز موثر می باشد. از اینرو زنان مبتلا و برخوردار از جایگاه نازل اجتماعی و اقتصادی کمتر توان مقابله با هزینه های درمانی و مراقبتی با این بیماری را دارند و در نتیجه دستیابی به سلامت جسمی و روانی برای آنان دشوار می شود. از سوی دیگر زنان مبتلا بدلیل وجود شرم و تحقیر شان و یا ترس تردشیدن از خانواده و جامعه خود، به مخفی نگه داشتن این بیماری و عدم بهبود آن دامن می زنند که این نیز مانعی بر سلامت

<sup>۱</sup>. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ واژه عفونت های منتقله جنسی را جایگزین اصطلاح بیماری های منتقله جنسی کرد. [www.who.int/ask/](http://www.who.int/ask/)



زنان به شمار می رود. در واقع می توان گفت، بین بیماری همه گیری چون ایدز/ HIV و حریم خصوصی و تحقیر و تبعیض و هر چیزی که بر پایه جنسیتی و آشناسازی جنسی باشد ارتباطی وجود دارد که افراد را نسبت به سرایت و آلودگی به ایدز/ HIV آسیب پذیرتر می کند و همچنین آنان را در معرض خشونت و تبعیض نیز قرار می دهد. یعنی در چرخه ای از موانعی که دستیابی و تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان را محدود و یا به مخاطره می اندازد.

از اینرو متوقف کردن و از بین بردن این اپیدمی جهانی به خصوص در زنان کشورهای در حال توسعه نیاز به رفع تبعیض از آنان دارد. دولتها باید تبعیض را نسبت به برخی موقعیتهای سلامتی مانند مبتلایان یا افراد مضمون به ایدز/ HIV منع کند و از افراد مبتلا حمایت نمایند. قانونگذاری و سیاستها و برنامه های دولتی می بایست در بر گیرنده اقدامات مثبت برای رفع موقعیتهای نابرابر در دستیابی اقشار آسیب پذیر نسبت به پیش گیری، درمان و مراقبت همچنین برخورداری از موقعیت اقتصادی برآیند. چراکه بدلیل وجود ساختار اجتماعی و فرهنگی حاکم در این جوامع و نیز عدم توجه کافی سیاستمداران به این امر نه تنها موجب نقض تعهدات خود می شوند بلکه نقض حق بر سلامت زنان را توسط سایر افراد و قشرهای مختلف جامعه را نیز افزایش می دهند.

دسترسی جهانی به مراقبت و اعمال آن یک ترکیب مهم از حق بر سلامت برای افراد مبتلا به ایدز/ HIV است. این مهم است که از در دسترس بودن داروها و جلوگیری از گسترش ایدز/ HIV برای نمونه دادن اطلاعات مرتبط با ایدز/ HIV و آموزش جهت پیشگیری از انتقال این ویروس از مادر به کودک اطمینان حاصل شود. اصول راهنمایی بین المللی درباره ایدز/ HIV و حقوق بشر بیشتر راهنما و تضمینی برای حمایت از حقوق افراد مبتلا به ایدز/ HIV می باشد.<sup>۱</sup>

---

<sup>۱</sup> نک قطعنامه مجمع عمومی در مورد اصول راهنمایی بین المللی در مورد ایدز/ HIV و حقوق بشر، ش. ۱/۶۰ از ۱۶ دسامبر ۲۰۰۵ تا نتایج جهانی در این خصوص و قطعنامه مجمع عمومی ۲۲۴/۶۰ در ۲۳ دسامبر ۲۰۰۵.

چراکه بی عدالتی جنسی و عدم احترام به حقوق زنان و دختران از عوامل معنی داری در سرایت ایدز/ HIV در بسیاری از مناطق دنیا است. برای مثال تبعیت زنان نسبت به مردان در زندگی خصوصی و عمومی، ممکن زنان و دختران را از برخوردار بودن تجربیات جنسی ایمن باز می دارد. زنان-بطور مشخص تر زنان جوان- بطور نامتناسبی در سرایت به آلودگی ایدز/ HIV آسیب پذیرترند. بعلاوه زنان بطور کلی به رفتارها و اطلاعات کافی دسترسی کمتری دارند. همچنین آنها بطور نامتناسبی مواجه با سطح وسیعی از عدم مراقبت هستند. زنان اغلب توان مقابله با این بیماری را چه از طریق رویه های ایمن و یا دسترسی کافی به اطلاعات و خدمات پیشگیرانه را ندارند. همچنین دختران در دوران بلوغ نیازمند دسترسی به خدمات و مراقبتهای بهداشتی اند در صورتی که اینگونه خدمات و مراقبتهایی یا ناکافی اند یا اصلا وجود ندارد. دختران نوجوان هم به لحاظ زیست شناختی و هم از نظر ویژگی های روانی و اجتماعی در برابر سوءاستفاده و خشونت جنسی و روسپیگری آسیب پذیرترند. اینگونه روابط جنسی که همراه با کمبود اطلاعات و خدمات است احتمال بارداری ناخواسته و بسیار زودهنگام، آلودگی به بیماری های قابل انتقالی چون ایدز را افزایش می دهد و با توجه به اینکه زنان نیمی از جمعیت آلوده شدگان و قربانیان این بیماریها را تشکیل می دهند، نقش مهمی را در سطح آسیب پذیری اجتماعی و به تناسب در شیوع و انتقال بیماری و عدم سلامتی در جامعه دارند. حتی این آسیب از این هم فراتر می رود و بر اقتصاد و سلامت خانواده نیز اثرگذار خواهد بود.

ازاینرو دولتها باید حقوق تولید مثلی و روابط جنسی زنان را که کلیدی برای پیشگیری ایدز/ HIV است را تضمین و احترام به حقوق زنان و پیشگیری انتقال ایدز/ HIV در زنان روسپی، مادران و کودکان آنها بطور

جدی در نظر گیرند.<sup>۱</sup> همچنین دولت‌ها باید از زنان در مقابل خشونت خانگی که بیشتر ناشی از آسیب‌پذیری سرایت ایدز/ HIV و سایر سرایت‌های قابل انتقال جنسی، حمایت کنند.

## ب) خشونت علیه زنان

از دیگر موارد مخرب بر سلامت زنان، خشونت است. خشونت علیه زنان که به عنوان یک اولویت بهداشت همگانی پذیرفته شده، مانعی در دستیابی به برابری زنان و برخورداری آنان از حقوق بشر و آزادیهای بنیادین به شمار می‌رود. درخصوص ریشه‌شناسی خشونت باید گفت که تعریف آن از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. برخی این واژه را شامل فقدان همسر، فقدان زن، خشونت شریک،<sup>۲</sup> خشونت بر اساس جنسیت، خشونت جنسی، خشونت خانگی و خشونت خانوادگی می‌دانند. از اینرو اصطلاح "خشونت علیه زنان" را می‌توان به هر فعل خشونت‌آمیز مبتنی بر جنسیت، از جمله سوءاستفاده‌های جسمانی و روانی، خرید و فروش زنان و دختران و دیگر گونه‌های سوءاستفاده و استثمار جنسی خواه در زندگی خصوصی یا عمومی اطلاق کرد که منجر به صدمات جسمی یا روانی، تحقیر یا فقدان اختیار کار و اینکه زنان را مجبور به اطاعت کنند می‌شود.<sup>۳</sup>

در واقع از میان جوانب مختلف خشونت، خشونت خانگی شایع‌ترین فرم خشونت در جهان است. که برخی جوامع حتی آنرا در عرف یا قانون اجازه داده است. خشونت خانگی تحت تاثیر عوامل اقتصادی اجتماعی و همچنین با فقر و بی‌سوادی ارتباط نزدیک دارد. همچنین بدلیل وجود عادات و رسوم در برخی فرهنگها شاهد ختنه دختران یعنی نوع دیگری از خشونت هستیم که اثرات سوء بر سلامت زنان می‌گذارد. براین اساس یکی از منحصرتترین تعاریفات از خشونت در همه جوانب آن در اعلامیه و برنامه عمل چهارمین کنفرانس جهانی در مورد زنان در سال ۱۹۹۵ میلادی (بیجینگ) ارائه شده است. در واقع خشونت

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷ ص ۵۰۰.

<sup>۲</sup> partner

<sup>۳</sup> Jill Abstbury, Women's mental health: An evidence based review, World Health Organization, 2000p.71

بر گرفته از آسیب تاریخی در بی‌عدالتی و ظلم نسبت به زنان است که خود را به شکلهای مختلف ناهنجاریها از جمله تحقیر و خشونت اعمال شده نسبت به زنان نشان داده است.

در واقع خشونت نقض جدی حقوق بشر و حق سلامت را دربر دارد. بطور اساسی تجربه خشونت، در نقض حقوق زنان، نقض حقوق کار و امنیت فردی و حق رهایی از ترس قابل شهود است. بروز خشونت ناسازگار با ماده ۱۲(۲) در بهره مندی از بالاترین حد قابل حصول سلامت جسمی و روانی می باشد. همچنین سازمان ملل گزارشگران ویژه ای را برای پرداختن به این موضوع اختصاص داد تا منع خشونت علیه زنان برای دستیابی به تحقق کامل حق بر سلامتی به عنوان مقدمه ای بر حقوق بشر بر طبق اعلامیه WHO ۱۹۹۷ میلادی در نظر گیرد. همچنین کمیسیون سازمان ملل در چهل و سومین جلسه خود، در مارس ۱۹۹۹ میلادی، در مورد وضعیت زنان قطعنامه ای را پذیرفت که خشونت علیه زنان را به عنوان محرکی در تمامی فرهنگهای جوامع و گروه های اجتماعی اقتصادی و همچنین عواقب منفی عدم پیشگیری از بیماری های جسمی و روانی در زنان که طی زندگی شان پیش می آید را مورد شناسایی قرار داد.<sup>۱</sup>

در واقع خشونت در همه جوامع کم و بیش روی می دهد و مرزهای درآمد، طبقه و فرهنگ را درمی نوردد. از اینرو می توان گفت که این خشونت در طول چرخه حیات از الگوهای فرهنگی ناشی می شود، بویژه اثرات زیانبار پاره ای از رویه های سنتی یا عرفی و جمیع افعال افراط گرایی پیوسته با نژاد، جنسیت، زبان یا دین که منزلت کمتری را در خانه، محل کار، اجتماع و جامعه به زنان داده اند مداومت می بخشد. نتیجه عواقب بهداشتی خشونت علیه زنان شامل آسیب های جسمانی (قتل، آسیب های جدی جسمی، آسیب های دوران حاملگی برای مادر و جنین، حاملگی های ناخواسته و زودرس، بیماری های مقاربتی و ایدز و

---

<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۲ میلادی شورای دستیابی دارویی آمریکا در مورد تلاشهای علمی در این خصوص بیان داشت که زنان در اکثر جوامع به خصوص در کشورهای در حال توسعه توسط همسرانشان بیشتر از انواع دیگر مرتبط با آن صدمه می بینند یا دچار نقص عضو یا کشته می شوند. , ibid

آسیب پذیری در برابر سایر بیماریها)، عواقب روانی(خودکشی، بیماری های روانی چون افسردگی، اضطراب، خستگی مزمن، کابوس های شبانه، اعتیاد به الکل و سایر مواد، گوشه نشینی و انزوا) و عواقب اجتماعی (افزایش هزینه های مراقبتهای بهداشتی، کاهش بهره وری و قدرت کار و کاهش نیرو و توان توسعه) می شود. مطالعات در خصوص تنوع گستردگی فرهنگی و کشورها نشان می دهد که از ۱/۵۰ تا ۱/۳۰ کل زنان توسط همسران و شریک زندگی شان در طول زندگی شان مورد حمله فیزیکی قرار می گیرند.

ازاینرو درصد بیشتری از خشونت علیه زنان یا از طریق همسرانشان یا مردان غریبه صورت می گیرد. احتمالاً رایج ترین و بطور قطع شایعترین دلیل اصلی نقض حق بر سلامت جسمی و روانی، خشونت جنسی است. خشونت جنسی در سراسر جهان اغلب بر زنان رخ می دهد. با وجود آنکه در بسیاری از کشورها تحقیقاتی در رابطه با این مشکل انجام شده، اما باز نیاز به توجه بیشتر و عوامل بروز آن دارد. چراکه خشونت جنسی آثار گسترده ای بر سلامت جسمی و روانی دارد و علاوه بر آسیب های فیزیکی باعث افزایش خطر بسیاری از مشکلات بهداشتی، باروری و جنسی می شود. تاثیر خشونت جنسی بر سلامت روانی تابع آثار فیزیکی آن بوده و به همان میزان می تواند آثار بلند مدتی بر فرد داشته باشد. نظیر افزایش مرگ و میر ناشی از خشونت جنسی در اثر خودکشی، ابتلا به بیماری های واگیردار و ویروس-اچ آی وی و ایدز. همچنین خشونت جنسی می تواند به طرز چشمگیری سلامت اجتماعی قربانی را تحت تاثیر خود قرار دهد. البته عوامل تعیین کننده اجتماعی در کشورهای در حال توسعه ناشی از سیاستهای ملی و قوانین، اغلب با عدم برابری بین زن و مرد همراه است که این خود خشونت جنسی بر زنان را دامن می زند. اگرچه عوامل متعددی در سطح محلی و خانوادگی و نیز مراکز عمومی بر خشونت جنسی موثرند اما این نوع خشونت نیز تحت تاثیر قوانین و رسوم متداول در سطح ملی و حتی بین المللی می باشد. ازاینرو میزان سلامتی در زنان کاهش می یابد و نیازمند تامین امکانات قابل دسترس می باشند. و با گسترش

خشونت به واسطه جنسیت، اثرات نامطلوبی را بر سلامت جامعه می نهد بدین معنی که انزوای زنان، گسستن روابط خانوادگی و ارتباطات اجتماعی، نابسامانی های ناشی از تولد کودکان ناشی از تجاوز جنسی، را به همراه خواهد داشت.

### ج) مردان

در میان موارد موثر بر سلامت جسمی و روانی زنان، نباید نقش مردان در سلامت زنان را نادیده انگاشت. طبق ماده ۳ میثاق، حق زنان در برخورداری از بالاترین استاندارد سلامتی باید در تمامی چرخه حیات با مردان برابر باشد. از آنجاییکه زنان به خصوص در کشورهای در حال توسعه هم از لحاظ اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در سطح پایینی قرار دارند و به دلیل عدم برخورداری از حقوق اقتصادی و اجتماعی از سطح در آمد پایین و یا بطورکل در سطح پایین اجتماع قرار دارند به نحوی زندگی آنان در ارتباط با مردان قرار دارد. مردانی که یا ممکن به عنوان همسران آنان یا به عنوان افرادی مرتبط با فعالیتهای اجتماعی آنان با زنان در ارتباط باشند. همچنین مردان بدلیل فقدان حقوق حمایتی منسجم نسبت به زنان، حق برخورداری از حداقل استاندارد قابل حصول سلامتی و یا حقوق و آزادی های آنان را به دلیل عدم ساختاری مستحکم ندید می انگارند. در واقع مردان آموزش ندیده غالباً استقلال رای و حقوق زنان را محترم نمی شمارند و در مسوولیت های زنان، اموری چون جنسیت و سلامت زادآوری<sup>۱</sup> سهم نمی شوند. گرچه حقوق زادآوری در قوانین ملی، اسناد بین المللی حقوق بشر و دیگر اسناد بین المللی به رسمیت شناخته شده است، ولیکن در اکثر کشورهای در حال توسعه، حمایت از حقوق زادآوری زنان و فرصت های زنان در زندگی خصوصی و عمومی (فرصت های آموزش و توانمندسازی اقتصادی و سیاسی) را نادیده گرفته می شود که این خود بر رواج رفتار جنسی پرخطر، رسوم تبعیض گرانه اجتماعی، خشونت، نگرش های منفی بر دختران و زنان و

<sup>۱</sup> . سلامت زادآوری به فقدان صرف بیماری یا معلولیت اطلاق نمی شود بلکه شامل یک حالت بهزیست کامل جسمانی روانی و اجتماعی در جمیع امور مرتبط با دستگاه زادآوری و کارکردها و فرآیندهای آن می شود. از اینرو مردم قادرند از یک زندگی جنسی رضایت بخش و ایمن بهره مند گردند.

عدم قدرت زنان در مورد زندگی جنسی و زادآوری آنان می افزاید به خصوص در دختران نوجوانان که آسیب پذیرترند. فقدان توجه و عدم ارائه خدمات و اطلاعات نامناسب در این خصوص از سوی کشورها بر مناسبات نابرابر و مسئولیت مشترک میان مردان و زنان در مسائل مربوط به رفتار جنسی دامن می زند که در دستیابی به بالاترین حد سلامت جسمی و روانی زنان اثرگذار است.

البته باید گفت که مردان نیز همانند زنان در معرض خشونت و تحقیر قرار دارند با این تفاوت که زنان این موقعیتها را به نحو دیگری چون شیوع فقر و وابستگی اقتصادی، خشونت جنسی، نگرش منفی بر زنان و دختران، تبعیض و سایر اشکال آن، قدرت محدودی که زنان در زندگی جنسیتی و تصمیم گیری شان دارند، تجربه می کنند که همه اینها بر سلامت زنان تاثیر نامطلوب دارند. زنان با در معرض قرار گرفتن بسیاری از موقعیت های مخرب و با آسیب پذیر بر سلامت جسمی و روانی شان می توانند به نوعی بر سلامت مردان نیز موثر باشند و عوامل مخرب بر سلامت جسمی و روانی زنان، سلامت مردان را مورد تهدید قرار می دهد. از اینرو با به خطر افتادن سلامت مردان خود عاملی می شود تا مردان در اختصاص دادن و دستیابی هر چه بیشتر زنان به حق بر سلامتی و یا حقوق خود دیدگاه مثبتی نداشته باشند و از همین رو موجب بروز چرخه ای آن هم ناخواسته در تاثیر هرچه مخرب تر و نامطلوب تر کردن سلامتی هر جنس بر جنس دیگر، زنان بر مردان و مردان بر زنان، می شوند. لذا بر دولتهاست که با وضع قوانین عادلانه و برابر و فراهم آوردن شرایط اجتماعی مطلوب (وجود حکومتی دموکراسی) و همچنین با بالاتر بردن سطح آگاهی عمومی در جهت ارتقا سطح فرهنگی رایج در جامعه، مانع از بروز چنین مشکلاتی شوند و حق بر سلامت جسمی و روانی زنان و به تناسب سلامتی مردان را نیز ارتقا بخشند.

## مبحث دوم: اقدامات موثر در حق بر سلامت زنان

اقدامات موثر و را همان ارتقا سلامتی عرصه نسبتاً جدیدی است که تعاریف متنوعی دارد و می توان انرا علم و هنر کمک به افراد در جهت شیوه زندگی شان به سمت حالتی از سلامت مطلوب دانست. در واقع فرایندی است که حمایت از سلامتی را به منظور افزایش احتمال حمایت شخصی(فرد، خانواده و اجتماع)خصوصی (کاری و حرفه ای) و همگانی از طریق کارهای مثبت در جهت سلامتی به عنوان یک هنجار اجتماعی تبدیل را بیان می دارد<sup>۱</sup>. و با توجه به اینکه سلامتی چیزی فراتر از بیماری یا عدم سلامت می باشد و تنها شامل درمان افراد مبتلا به بیمارهای جسمی و روانی نمی گردد. از اینرو سلامت را می توان دارای دو جنبه دانست ، یعنی جنبه منفی که شامل درمان بیماری ها است و دیگری جنبه ایست که در صدد پیشگیری و ارتقای سلامت می باشد. لذا توجه به ارتقای سلامت (سلامت جسمی و روانی مثبت) و پیشگیری عوامل بیماری زا در صدر اولویت‌های نظام بهداشتی در اکثر کشورهای جهان می تواند اقدام سازنده ای در بهبود وضعیت سلامت به شمار می آید.

از آنجاییکه رسیدن به جامعه سالم در گرو سلامت زنان و دختران آن جامعه است. با ارتقا وضعیت حق بر سلامتی این قشر از جامعه می توان به جامعه ای مترقی و سالمتر دست یافت. گرچه در مسیر این پیشرفت نمی توان تضمین ثابتی را ارائه نمود ولیکن با ارزیابی از وضعیت سلامت زنان و موانع و عوامل موثر در دستیابی به این حق می توان به تحقق و رعایت آن امیدوار شد. بدین معنی که با اتخاذ اقدامات موثر درصدد رفع این موانع برآمد و موجبات ارتقا حق بر سلامت زنان را فراهم نمود. از اینرو از آنجاییکه بررسی این موانع به شناخت مسایل و موضوعات حق بر سلامت کمک می نماید، اقدامات موثری چون آموزش و ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی نیز می تواند به عنوان یک اقدام پیشگیرانه در تحقق و دستیابی به حق

<sup>۱</sup> محسن صفاری، اصول و مبانی آموزش و بهداشت و ارتقا سلامت، نشر سماط، ۱۳۸۷، ص. ۲۶-۲۷.



سلامت زنان مسمر ثمر واقع شوند. تحقق و ارتقایی که توانمندی زنان را فراهم می آورد که با توسعه انسانی می توان به توسعه اجتماعی دست یافت.

در واقع در زمینه ارتقا و توانمندسازی زنان به عنوان دریافت کنندگان و ارائه دهندگان اصلی مراقبت‌های بهداشتی می بایست گام های بسیاری برداشته شود که این امر نه تنها با اتخاذ یک برنامه عملی مستمر امکان پذیر است بلکه برای برخورداری از خدمات بهداشتی رفاهی مورد نظر میثاق ، باید راهکارها و اقدامات پیشگیرانه مناسبی چون بهبود شرایط و آموزش اعمال شود تا به رفع تیاذهای اساسی سلامت زنان انجامد. چراکه تا زمانی که زنان خود منشا عمده تصمیم گیری در هر سطح از فعالیت و مراقبت‌های بهداشتی نباشند، اختصاص حقی خاص و ارائه خدمات بهداشتی ویژه زنان در این راستا نمی تواند کفایت و تاثیر لازم را داشته باشد. بی تردید آموزش و متعاقب آن با ارائه خدمات و درمان همان ابزارهای مهمی اند که می توان بواسطه آنان گام بزرگی را در ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان و جامعه برداشت.

از اینرو به نظر می رسد در وهله اول، پیشگیری نقش مهمی را در برخورداری بودن از حداقل استاندارد حق بر سلامت جسمی و روانی زنان داشته باشد و به نتیجه مطلوب دست یافت. پیشگیری که جز در سایه آگاهی دادن، آگاه نمودن و مطلع شدن از نقیصه های ساختار اقتصادی و اجتماعی و به خصوص فرهنگی آنهم در جوامع کمتر توسعه یافته یا در حال توسعه بدست نمی آید. در واقع از طریق آموزش است که فرد را برای مواجه شدن با مشکلات و مسائل خود در هر سطحی از زندگی و جامعه خود آماده و توانمند می سازد. سپس با برخورداری بودن از قانون حمایتی<sup>۱</sup> آنهم با تصویب قانون و قانونگذاری مناسب و توسعه ساختار اقتصادی اجتماعی فارغ از هر گونه تبعیض و نابرابری که مانع توانمندی زنان در مقابله با بسیاری از بیماری ها و مسائل سلامتی خود است، مقابله نماید. البته نباید نقش تقویت و توسعه برخورداری از تجهیزات پزشکی و دارویی، حق دستیابی به محیط زیست و آب آشامیدنی سالم و تغذیه مناسب را در

<sup>۱</sup> اشاره دارد به ماده چتر حمایتی، ماده ۲(۲) میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

دستیابی به سلامتی مطلوب از نظر دور داشت. گرچه پیشگیری در تحقق حقوق زنان مهم به نظر می رسد اما بهره مندی از افراد متخصص و کارشناسان در امر درمان زنان مبتلا به انواع بیماری ها و مسائلی که سلامت جسمی و روانی فرد را تهدید می کند حائز اهمیت است. همچنین در حوزه فعالیت در امر حقوق زنان ارائه کالا و خدمات مناسب و مورد نیاز زنان و خانواده های آنان از سوی دولتهای متعهد توسط اتخاذ برنامه های حمایتی می تواند راهکار دیگری در تحقق سلامت جسمی و روانی زنان به شمار آید. در این خصوص کمیته در تفسیر عمومی شماره ۳ تاکید بر این امر دارد که دولتهای عضو دارای تعهدی هسته ای اند تا حداقلی از هر یک از حق های بیان شده در میثاق را از جمله مراقبت اولیه و اساسی سلامتی را تضمین نمایند. همچنین اعلامیه آلماتا در کنار اسنادی چون برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه راهکاری را در جهت ایفای تعهدات دولتها عرضه داشته است.

#### گفتار اول: پیشگیری

یکی از اقدامات مهم در دهه های اخیر جهت تغییر در دلایل مرگ و میر و انواع بیماری ها در سراسر جهان پیشگیری می باشد. این تغییر موثر بر زنان و مردان و کودکان در همه کشورها با عنوان «تحول سلامتی»<sup>۱</sup> بیان می شود و این تغییر را در عناصر اجباری و بهم مرتبط در ساختار اقتصادی و اجتماعی در الگوهای بیماری و عوامل خطر مانند تحول اپیدمی ها و تغییر در دلایل اصلی مرگ و میر ناشی از بیماری های قابل انتقال مانند اچ ای وی آن هم در کشورهای فقیر شاهد هستیم.<sup>۲</sup> تحول خطر شامل کاهش عوامل خطر در انتقال بیماری هاست ولیکن در عوض افزایش عوامل خطر را در بیماری های مزمنی چون الکل و دخانیات و افزایش وزن شاهد هستیم.

در واقع پیشگیری از بیماری ها به معنی فرایند کاهش خطرات و تسکین بیماریها جهت ارتقا و اعاده سلامتی و به حداقل رساندن رنج و دردمندی می باشد. از انجائیکه پیشگیری در ارتباط با سلامتی است، آنرا

<sup>1</sup> Health transition

<sup>2</sup> **Womens and Health**, Today's evidence tomorrow's agenda, WHO, 2002, p.6.

می توان به صورت برنامه ریزی و اقدامات انجام شده در جهت ممانعت از شروع بیماری یا سایر مسایل مرتبط با سلامتی تعریف نمود. از اینرو پیشگیری در بردارنده سه سطح متمایز یعنی پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه می شود. پیشگیری اولیه شامل اقدامات پیشگیرانه از شروع بیماری یا آسیب می باشد. اقداماتی نظیر آموزش یا همان ارائه اطلاعات و همکاری در اطلاع رسانی می باشد که می تواند از بسیاری بیماری های روانی و جسمی زنان که بعضا از ساختار فرهنگی و اجتماعی آنان ناشی می شود، جلوگیری به عمل آورد. اما از آنجاییکه همیشه نمی توان از بروز بیماری یا آسیب پیشگیری نمود همانند بیماری هایی نظیر ابتلا به ایدز و سرطان که گرچه در تشخیص و محدود کردن خطرات ناشی از بیماری می تواند موثر باشد اما ممکن تا قبل از شناسایی آن صدمات جدی بر جای گذارد. از اینرو پیشگیری ثانویه یا همان اقدامات تشخیص زود رس و درمان سریع امری ضروری به نظر می آید. مرحله بعدی از پیشگیری (پیشگیری ثالثیه) مربوط به آموزش دهندگان سلامتی و ارائه خدماتی است که موجب باز توانی و باز آموزی فرد بیمار می شود. در واقع می توان پیشگیری را از موجبات ارتقا سلامتی و تحقق آن به شمار آورد.

در کل هدف از پیشگیری به عنوان یکی از راه های دستیابی به حق بر سلامت در خصوص زنان، برخورداری از سلامت مطلوب یعنی همان ارتقا سلامتی است. سلامت مطلوبی که حق عموم زنان است و برای زندگی شان امری حیاتی به شمار می رود و بنیان توانمندسازی زنان را فراهم می کند. از اینرو این توانمندی بدست نمی آید مگر با ارائه دادن آموزش مناسب و همکاری کشورها در این زمینه، همچنین با اختصاص دادن سایر موارد دیگری چون ارائه درمان و خدمات. در واقع دستیابی به تمامی این موارد به عنوان مواردی جهت توانمندسازی زنان ریشه در پیشگیری از هر فعل یا ترک فعلی دارد که سلامت جسمی و روانی زنان و در تمامی جوانب مرتبط با آن را با خطراتی جدی مواجه می کند که برطبق ماده ۱۲(ج) به نقش پیشگیری قبل از اقدام به درمان اشاره شده که می تواند کمکی برای پیش بینی کاهش مرگ و میر و نیز ارتقا رشد سلامتی باشد.

## الف) آموزش

یکی از موارد مهم در پیشگیری و کاهش خطرات سلامت جسمی و روانی زنان که می تواند زنان را به سمت سلامت مطلوب و هدف مورد نظر میثاق سوق دهد، آموزش می باشد. آموزش هم خود به عنوان حقی بشری (ماده ۱۱) و هم برای تحقق سایر حق های بشری چون حق بر سلامت جسمی و روانی (ماده ۱۲) ضروری پنداشته می شود. در واقع آموزش کلید توانمندی، سلامت، تغذیه بهتر، ارتقا و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی و محافظت کننده زنان در مقابل خطرات اجتماعی همانند خشونت ها می باشد.<sup>۱</sup> از اینرو آموزش زنان بهترین سرمایه گذاری در جهان در راستای ارتقا کیفیت و بهبود آن می باشد. امری که هیچ عامل دیگری به آن اندازه نمی تواند در سلامت خانواده و رشد جمعیت و کاهش مرگ و میر و ناتوانی ها موثر واقع شود. چراکه بی سوادی زنان ارتباط مستقیمی با فقر زنان و انزوا اجتماعی آنان دارد که این موارد نیز بر فرهنگ تبعیض جنسیتی دامن می زند و در نتیجه زنان و سلامت آنان و فرزندانشان را آسیب پذیرتر می کند.

در واقع آموزش نه تنها حقی است که زنان را به سمت اشتغال سوق می دهد و استقلال آنان را تضمین می نماید. بلکه همچنین به زنان حق مشارکت در عرصه های مدیریتی و صحنه های سیاست گذاری در امور مربوط به خود را می دهد. از اینرو موجب ارتقا حقوق بشر و دموکراسی در سطح جامعه و حتی موجب حمایت از محیط زیست و کنترل جمعیت نیز می شود (از عوامل موثر در شاخصه های توسعه اقتصادی). در واقع دولتها با اتخاذ اقداماتی در جهت آموزش افراد می توانند تحقق به سایر حقوق متعهد شده به آن را تسهیل نمایند. از اینرو اعلامیه جهانی حقوق بشر در زمینه حق بر آموزش اعلام می دارد که هرکسی از حق آموزش برخوردار است و اصولی را مقرر می سازد که به منظور دستیابی به این هدف باید اعمال گردد از جمله اینکه آموزش در سطح ابتدایی می بایست اجباری و رایگان باشد. همچنین میثاق

---

<sup>1</sup>Stewart DE., Rondon M., Damiani G., **International psychosocial and systemic issues in womens mental health**, arch women ment health 2001,13-17.

حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دو ماده (۱۳ و ۱۴) را به دلیل اهمیت و نقش والای آن در تحقق سایر حقوق بشری به حق بر آموزش اختصاص داده اند.

نکته مهم برای کمیته میزان سهم و نقش واقعی آموزش افراد بویژه افراد آسیب پذیری چون زنان در حمایت از حقوق مندرج در میثاق می باشد. چراکه تا مادامیکه زنان و یا دولتهای عضو دست به کارهای مقدماتی چون آموزش را برای توسعه حقوق خود به خصوص در زمینه حق بر سلامتی خود نمایند قادر نخواهند بود به سایر حقوق و تعهدات خود که بهم مرتبط و وابسته اند، دست یابند. و از آنجاییکه سلامت رابطه تنگاتنگی با آموزش دارد لذا امکان دستیابی به سایر خدمات و مراقبتهای سلامتی را در زنان و کودکانشان افزایش می دهد.

در واقع آموزش نقطه شروع پیشرفت زنان در ابعاد مختلف خواهد بود. چراکه دختران تحصیل کرده اغلب دارای ازدواج و خانواده مستحکمتری هستند و بهتر می توانند از مراقبتهای و خدمات قابل دسترس تری قبل و بعد از زایمان استفاده نمایند و در نتیجه میزان مرگ و میر نوزادان آنان نیز کاهش می یابد. از اینرو در اکثر برنامه های جهانی نه تنها آموزش زنان را حق مسلم آنان دانسته بلکه دولتها را ملزم به از بین بردن فاصله بین دختران و پسران جهت شرکت در مدارس و نیز حذف نابرابری جنسیتی در این خصوص نموده است. بنابراین کاهش خطرات سلامتی زنان، بویژه در پایین آوردن نرخ مرگ و میر مادران و حمایت از آنان در مقابل خشونت خانگی و مقابله با هر مانع دیگری بر دستیابی حق بر سلامت جسمی و روانی زنان، نیازمند آن است که دولتها در راستای ایفا تعهدات خود در وهله نخست با اتخاذ اقدامات پیشگیرانه ای چون ارائه آموزش صحیح و قرار دادن اطلاعات آزاد از طریق دسترسی آزاد همگان به اطلاعات و نیز همکاری کشورهای متعهد در دادن اطلاعات و آگاهی ها راه هر گونه مانع یا بطور کل مشکل در بهره مندی و تحقق ارتقا این حق بر زنان را رفع نماید.

## ۱) دسترسی آزاد به اطلاعات

در خصوص در دسترس قرار دادن آموزش برای زنان و مقابله با موانع حق بر سلامتی آنان ارائه آزاد اطلاعات می باشد. البته این ارائه آزاد اطلاعات نه تنها باید در دسترس باشد بلکه باید قابل قبول و کافی نیز باشد. بنا به ماده ۱۲ دولتها نه تنها می باید حق هرکس را در بهره مندی از این حق محترم دارد بلکه باید اقداماتی را در جهت پیشگیری و بهبود همه ابعاد سلامتی اتخاذ نمایند. از اینرو می توان اولین و مهمترین کار در توسعه کامل شخصیت انسانی و پیشگیری و شناخت بیماری ها را در آموزش و یا به تعبیری دیگر در ارائه آزاد اطلاعات از سوی دولتها دانست. بسیاری از کشورها امروزه پذیرفته اند که ارائه آزاد اطلاعات به خصوص به زنان می تواند از بسیاری از عواقب و خطرات مالی و جانی و حقوقی که در افزایش هزینه بهداشتی سهم بسزایی دارند، جلوگیری نمایند.

دسترسی آزاد به اطلاعات برای حمایت از حقوق زنان و اقشار آسیب پذیر آنان جدا از هر گونه تبعیضی می تواند از طریق طراحی برنامه های آموزشی مناسب و همگانی صورت گیرد. همچنین یکی از موثرترین راه برای پیشگیری انواع بیمارهای زنان در طول زندگی شان از طریق ارائه اطلاعات و آموزش، آموزش به دختران و زنان جوان است. از اینرو تلاش سیاستمداران و دولتمردان که می بایست در جهت توانمندسازی زنان در توسعه حق بر سلامت باشد و شامل تلاش جهت آموزش دادن و در اختیار قراردادن اطلاعات کافی به زنان است تا افراد نیازمند با توجه به توانایی های خود به سطحی از رفاه در زندگی دست یابند، در نتیجه نیاز و وابستگی شان به خصوص در زمینه مالی و یا سایر فعالیتهای اجتماعی شان، که خود نقش مهمی در کاهش خطرات سلامتی دارد، برطرف گردد. همچنین در این راستا اتخاذ اقدامات پیشگیرانه، ترویجی، و ترمیمی از طریق اعمال قوانین ملزم کننده در مدارس به دختران جهت حمایت از زنان در برابر رویه و فرهنگهای نادرست و محدود کننده می تواند مفید باشد.

از اینرو اعلامیه آلماتا در کنار اسنادی چون برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه بر ایفای تعهدات دولتها از طریق تامین آموزش و دسترسی به اطلاعات مربوط به مسائل اصلی سلامتی در جامعه مانند شیوه های پیشگیری و کنترل آنها و نیز تامین آموزش مناسب برای پرسنل سلامتی، از جمله آموزش درباره سلامتی و حقوق بشر تاکید نموده اند. چراکه ایجاد برنامه های پیشگیری و آموزشی می تواند در مورد نگرانی های مرتبط با سلامتی مانند عفونتهای منتقله جنسی، بخصوص اچ آی وی و ایدز، بیماری های دارای اثر سوء بر سلامت باروری و نیز در دسترس قرار دادن اطلاعات و آموزش جهت ارتقا عوامل اجتماعی و فرهنگی در سلامت زنان مانند ایمنی کار و توسعه اقتصادی زنان به همراه رفع نابرابری های جنسیتی متداول در فرهنگ هر کشوری به خصوص کشورهای در حال توسعه با سطح درآمد اقتصادی اندک صورت گیرد.

گرچه دسترسی به اطلاعات آزاد و آموزش ممکن بسته به شرایط حاکم در هر کشوری متفاوت باشد ولیکن این آموزش می باید در همه فرم های آن و در تمام سطوح در دسترس همگان قرار گیرد. بدین معنی که ارائه اطلاعات از طریق نهادها و برنامه های آموزشی سلامت مانند تسهیلات بهداشتی و نظافتی برای هر دو جنس، آب آشامیدنی سالم و آموزش پرسنل سلامتی و متخصصان پزشکی و دارویی و نیز مکانهای مشاوره ی سلامتی به زنان و خانواده های آنان باید در اختیار و در صلاحیت دولت عضو باشد، همچنین این نهادها و برنامه های آموزشی و بهداشتی سلامتی، بایستی قابل دسترس، قابل پذیرش و بدون هیچ گونه تبعیضی برای همگان بویژه زنان در سطح موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین حتی بطور رایگان و یا با کمترین آثار مالی از طریق تصویب، اصلاح و لغو قوانین و توزیع اطلاعات، هدفمند، منطبق با نیاز های جامعه و متناسب با فرهنگ های متنوع در نظر گرفته شود. چراکه تنها مانع مهم در امر آموزش وجود تحقیر و موارد مرتبط با تبعیض است که در زنان بیمار یا ناتوان بیشتر خود را نشان می دهد، از اینرو برای مقابله با آن نیز می توان از طریق آموزش افراد متخصص و ایجاد موسسات توان بخشی و مطلع نمودن از مقررات خدمات

سلامتی در جامعه و حمایت قانونی از فرد بیمار استفاد نمود.<sup>۱</sup> همچنین با ایجاد شرکتهای اطلاعاتی عمومی به منظور دادن آموزش و ارائه اطلاعات درباره ماهیت، محتوا و نحوه برخورد با بیماران بویژه در خصوص سلامت روانی، به رفع هرگونه توهم نسبت به زنان مبتلا به بیماری های خاص (بیماری های ویروسی و عفونی) و تشویق به داشتن نگرش و رفتار مثبت با آنان منجر شود.

در واقع آموزش عمومی و آگاهی نسبت به حق بر سلامت هدف اصلی اش کاهش موانع در درمان و مراقبتها از طریق افزایش آگاهی بیماران زن و پوشش فرایند حقوق بشری آنان است.<sup>۲</sup> آموزشی که باید قابل دسترس و متناسب با ساختار اجتماعی و فرهنگی آنان باشد بطوریکه پاسخگوی جمعیتها و از طریق متخصصین در راستای دارو های موجود و سیاستگزاری ها باشد. این آگاهی و آموزش عمومی می تواند تبعیض و تحقیر را در زنان کاهش دهد و موجب افزایش استفاده از خدمات سلامتی و مراقبتی در سلامت جسمی و روانی در زنان و حقوق آنان شود. همچنین آموزش بدون تبعیض می تواند منجر به توسعه منابع انسانی در کشورهای در حال توسعه که اکثرا بدلیل وجود باورهای مذهبی و فرهنگی شان نیازمند افزایش و تقویت افراد متخصص سلامتی بویژه متخصص زن هستند، شود. توسعه انسانی شامل پرستاران، پزشکان، مددکاران اجتماعی، فیزیوتراپها و روانشناسان و سایر افراد مرتبط با مراقبتهای سلامتی می شود. از اینرو اولین مرحله این توسعه انسانی، همان آموزش و تعلیم اینگونه افراد و نیز تشویق آنان برای ماندن در کشورهای خود و استفاده از مهارت های آنان است. بنابراین با ارائه آموزش نه تنها زنان به حق بر سلامت جسمی و روانی دست می یابند بلکه با وجود زنان متخصص در عرصه جامعه خود بویژه جوامع در حال توسعه موجب ارتقا و توانمندسازی زنان در سایر حق های آنان نظیر حق بر کار و برخورداری از سطح درآمد مناسب، حقوق مدنی و غیره می گردد.

---

<sup>۱</sup>Marilyn Langfeld., **Mental Health:New Understanding, New Hope**, (World health organization, Geneva27,2001,p103.

<sup>۲</sup> محسن صفاری ، همان منبع، ص ۲۴.



## ۲) همکاری کشورها در ارائه اطلاعات

کمیته در تفسیر عمومی شماره ۳ خود توجه را به تعهد دولتهای عضو در اتخاذ اقدامات انفرادی و از طریق همکاری بین المللی، بویژه اقتصادی و فنی برای تحقق کامل حقوق شناخته شده در میثاق مانند حق بر سلامتی جلب می نماید. همچنین با توجه به ماده ۲۶ منشور سازمان ملل و مقررات خاص میثاق (مواد ۲، ۱۲، ۱۱، ۲۲ و ۲۳) و اعلامیه المآتا در باره مراقبت اولیه سلامتی، دولتهای عضو باید نقش حیاتی همکاری بین المللی را مورد شناسایی قرار داده و در جهت ایفای تعهد خود بطور جداگانه یا مشترک تلاش نماید.<sup>۱</sup> همچنین اعلامیه المآتا اعلام می دارد نابرابری شدید در ارائه اطلاعات موجود در مورد وضعیت سلامتی زنان، به ویژه در بین کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته غیر قابل قبول است و موجب نگرانی مشترک همه دولتها شده است.

از اینرو با توجه به این مطالب، دولتها برای ایفای تعهدات خود، بهره مندی از حق بر سلامتی در دیگر کشورها را باید محترم دارد. تضمین دسترسی به نهادها و برنامه های آموزشی عمومی بر پایه عدم تبعیض و اتخاذ و اجرای یک راهبرد آموزشی ملی و بین المللی برای مقابله با شیوع بیماری های واگیردار چون اچ آی وی و ایدز که ممکن در سطوح وسیع و جهانی روی دهد، محترم داشته و کشورها با یکدیگر به تبادل آزاد علمی و فنی جدید در زمینه راههای آموزش سلامتی و بهداشتی و پیشگیرانه بپردازند. همچنین از نقض حق بر سلامت توسط دولتهای ثالث در کشورهای دیگر جلوگیری نمایند و برحسب در اختیار داشتن منابع باید در صورت عدم دسترسی به امکانات و خدمات در جهت ارتقا حق بر سلامت مانند اقدامات پیشگیرانه چون توصیه و ارائه راهکار به کشور فاقد منابع و ناتوان در ارتقا این حق، یعنی در مواقع ضروری کمک های لازم را مبذول دارند. در ضمن در همین راستا و با انعقاد سایر موافقت نامه های بین المللی با یکدیگر دولتهای عضو باید اطمینان دهند که گام ها و اقداماتشان جهت ایفای این اسناد هیچ اثر سوء بر

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، نشر مفید ۱۳۸۷ ص ۵۶۳.

تحقق کامل حق بر سلامت نمی نهد. و در برنامه های پیشگیرانه و آموزشی درمورد نگرانی های مرتبط با سلامتی در سطح جهان مانند بیماریهای قابل انتقال مقاربتی، بخصوص HIV/ ایدز، بیماری های دارای اثر سوء بر سلامت جنسی و تولید مثلی با یکدیگر مشارکت نمایند و با انجام تحقیقات چندجانبه در هر کشور باتوجه به شرایط خاص هر کشوری برای دستیابی به یک روش آموزشی موثرتر و سریعتری دست یابد. که با در دسترس قرار دادن اطلاعات ناشی از این تحقیقات همچون ایمنی کار و توسعه اقتصادی زنان به همراه رفع نابرابری های جنسیتی متداول در فرهنگ هر کشوری به خصوص در کشورهای در حال توسعه با دارا بودن سطح درآمد اقتصادی اندک موجبات ارتقا عوامل جهت ارتقا عوامل اجتماعی و فرهنگی در سلامت زنانرا فراهم آورند.

یکی از راه های پیشنهادی برای رفع موانع سلامت جسمی و روانی، همبستگی جهانی برای مبارزه با بیماری ایدز و ویروس آن، مالاریا و بیماریهای دیگر<sup>۱</sup> بدون شک در سلامت و بهداشت زنان تاثیر مستقیمی بر جامعه دارد. همه گیری بیماری HIV/ ایدز بخصوص به شکل حیرت انگیزی بیشتر در بخش اقتصادی بسیاری از کشورها را تحت تاثیر قرار داده است. تحقیقات اتحاد جهانی شرکتها و بخش خصوصی درباره HIV / ایدز، مجمع سران تجارت بین المللی، سازمان ملل و دیگران، نشان می دهد که در اثر سرایت و انتقال این بیماری، شرکت ها و بنگاه های اقتصادی به شدت زیر فشار(مالی) قرار گرفته اند. در ضمن با استفاده از این تحقیقات و اطلاعات مشارکتی و یا در سطح سازمان های بین المللی وابسته به سازمان ملل می توان با ایجاد فرصت های برابر در موقعیت های اقتصادی اجتماعی، توانمندسازی زنان را فراهم آورد. و نیز با نظارت و بررسی گزارشات ارائه شده از سوی سازمان های بین المللی و دول متعهد به میثاق می توان راهکار موثری را عرضه داشت.

---

<sup>۱</sup> ۴۰ میلیون نفر با ویروس اچ آی وی زندگی می کنند که ۷۵٪ آنها در آفریقا هستند.

## ب) بهبود شرایط

برای دستیابی به حق بر سلامت جسمی و روانی زنان از جمله اقدامات پیشگیرانه ای که می تواند موثر واقع شود، بهبود همه جانبه شرایط زیستی و تجهیزات پزشکی، همانطور که در ماده ۱۲(ب) میثاق بدان اشاره داشته، می باشد. همچنین این امر از اهداف هشت گانه توسعه هزاره و مورد توافق دول عضو سازمان ملل است که به تشویق دولتها در ایجاد همکاری با یکدیگر در این زمینه تا سال ۲۰۱۵ میلادی پرداخته است. این همکاری شامل دستیابی به آموزش ابتدایی، کاهش مرگ و میر کودکان، بهبود بهداشت مادران، تضمین پایداری محیط زیست و آب آشامیدنی سالم تغذیه کافی می شود. در این خصوص نیز کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در تفسیر عمومی شماره ۱۴ بدان پرداخته است. در واقع گرچه تغییر در کیفیت زندگی و وضعیت زنان دارای متغیرهای پیچیده ایست و معمولاً امکان تغییر در شرایط در دوره زمانی کوتاهی قابل دستیابی نمی باشد ولی به منظور دستیابی به این هدف در زمره اقدامات پیشگیری کننده در سلامت جسمی و روانی زنان موجب می شود تا دولتها معمولاً برای اتخاذ اقدامات ضروری بر وضعیت زنان و کیفیت زندگی آنان را به شیوه خاص اولویت بندی اقدام نمایند.

از اینرو تغییر در وضعیت سلامت (جسمی و روانی) زنان و کودکان نیازمند بهبود شرایطی است که افزایش سطح بالای مرگ و میر کودکان و یا مادران در زمان زایمان را کاهش دهد. در خصوص این امر عواملی چون تغذیه ای، آب آشامیدنی سالم و برخورداری از تجهیزات پزشکی مناسب، برخورداری از محیط زیست سالم، دسترسی به داروهای مراقبتی کافی برای کودکان و یا در زمان زایمان زنان می تواند ابزار مستقیمی در کاهش خطرات سلامت جسمی و روانی زنان و فرزندانشان به حساب می آید. اثری که حتی ممکن است بر سلامت نسلهای بعدی و به نوعی دستیابی به شاخصه های توسعه انسانی را ایجاد نماید.

در واقع سو تغذیه علاوه بر فقر و بی سواد، یک مشکل جدی خصوصاً در جهان در حال توسعه به شمار می رود که تاثیر عظیمی بر سلامت و رفاه زنان در تمام دوره های حیات آنان و حتی توسعه جامعه دارد.

گرچه علل ایجاد سوء تغذیه می تواند متعدد باشد اما توزیع ناکافی غذا و نابرابر ویا زایمان های متوالی از عمده موارد آن به شمار می رود. از اینرو بهبود شرایط زیست محیطی از طریق برنامه های هدفمند و ارائه تسهیلات کشاورزی از جانب دول عضو و یا استفاده از وام های بانک های بین المللی و نیز توصیه های آنان در توزیع غذا کافی می تواند از کاهش وزن و مرگ و میر مادران و نوزادان و یا ناتوانی های ناشی از کمبود تغذیه ای در دروان کودکی و همچنین از افزایش آسیب های مغزی و کاهش یادگیری در کودکان جلوگیری به عمل آورد. همچنین مانع عواقب سوء رفتاری و روانی بر سلامت جسمی و روانی زنان (خودکشی ناشی از ابتلا به افسردگی شدید) شد.<sup>۱</sup>

در کل تقویت و بهبود شرایط زندگی زنان در دو حوزه زیست محیطی و اجتماعی می تواند راهکار مشخصی در سلامت جسمی و روانی زنان در نظر گرفت. مشخصه این امر را می توان در برخورداری از تجهیزات و مراقبت های پزشکی و تامین آب آشامیدنی سالم و غذای کافی (تامین شرایط زیست سالم) دانست.

#### ۱) مراقبتهای بهداشتی

بدیهی است که برای بالابردن سطح سلامتی و پیشگیری از بیماری ها که دو مقوله به هم مرتبطی اند می بایست بخش دارویی و بهداشتی دول عضو، مسئولیت ایفا تعهدات را بر عهده گیرند. گرچه موضوعات اصلی برخی از این شرکتها تنها به تعیین استراتژی قیمت گذاری برای داروهای اچ.آی.وی. / ایدز و سایر داروهای ضروری، در کشورهای فقیر، توسعه سطح تولید و اولویت تحقیقات، محافظت از حق انحصاری و حقوق مالکیت معنوی است. ولیکن با برنامه های ابتکاری از سوی متخصصین و پزشکان می توان افزایش دسترسی سریع به این تجهیزات را از طریق مشارکت و همکاری با دول عضو در راستای توصیه های ارائه شده توسط آژانس ایدز، سازمان بهداشت جهانی، سازمان بانک جهانی، یونیسف، صندوق جمعیت ملل

<sup>1</sup> Berkman DS et al. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet*, 2002, 359: 546-571. (PMID:11867110 dio: 10.1016/S0140- 6736)

متحد و شش شرکت تحقیقات دارویی دیگر<sup>۱</sup> بتوان در راستای بهبود دسترسی به تجهیزات و (مراقبت‌های سلامتی و دارویی در بیماری‌های چون اچ. آی. وی/ایدز گام برداشت. تا تضمینی در استفاده عاقلانه، ارزان، سالم و موثر از این داروها را (برای بیماران) جهت پیشگیری از بیمارهای قابل انتقال نسبت به بهبود سطح سلامت زنان باشد.

همچنین برطبق ماده ۱۲(۲)(الف.ج) برای کاهش از مرگ و میر کودکان<sup>۲</sup>، بهبود بهداشت مادران، مراقبت‌های سلامتی قبل از زایمان از مهمترین عوامل در این دوران به شمار می آید. سازمان بهداشت جهانی نیز برای این منظور دسترسی زنان به مراقبت‌های بهداشتی را در چهار مرحله ضروری دانسته است. چراکه کیفیت پایین و کمبود منابع انسانی متخصص در این زمینه بهداشتی زنان یک عامل اصلی در میزان مرگ و میر مادران بویژه در کشورهای درحال توسعه محسوب می شود. همچنین در راستای تحقق ماده فوق، مراقبت‌های حین زایمان نیز سهم بسزایی را در سلامت زنان دارد. به واقع وجود مراقبین بهداشتی متخصص و نیز دسترسی به تجهیزات پزشکی و واحدهای مجهز اورژانس نقش عمده ای را در پیشگیری از مرگ و میر و ناتوانی های ناشی از حاملگی دارند. که و برای اطمینان از سلامت جسمی و روانی روند زایمان برای مادر و کودک ضروری می باشند. از اینرو دولتها می بایست تسهیلاتی را برای آموزش افراد متخصص لحاظ دارند و قوانین حمایتی از این افراد را ایجاد نمایند تا موفق برحذف دخالت افراد غیر آموزش دیده مانند ماماها سنتی همانطور که سازمان بهداشت جهانی سعی بر این امر دارد را نماید. همچنین این ضرورت برای زنان کمتر آموزش دیده که بخش عظیمی از نیروی کار را در صنایع تولیدی تشکیل می دهند بیشتر قابل لمس است چراکه در سنین باروری به تناسب موقعیت اجتماعی و آموزش کمتر نمی توانند از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی استفاده نمایند. از اینرو شرکتهای دولتی و غیر دولتی دارویی می بایست ملزم به ارائه

<sup>۱</sup> شامل آزمایشگاه آبوت، بوهرینگر اینگلهایم، بریستول-مایرز-اسکوئیب، گلاسکو اسمیت کلاین، مرک و روش می شود.

<sup>۲</sup> هر روز ۳۰۰۰۰ کودک در اثر بیماری‌های قابل پیشگیری جان خود را از دست میدهند.

تجهیزات پزشکی و دارویی مناسب و رایگان یا ارزان تر برای جبران این نقیصه و همچنین با تامین غذا و آب آشامیدنی کافی از حوادث و بیماری های شغلی تاثیرگذار بر وضعیت سلامت این زنان پیشگیری به عمل آورند تا کمتر در معرض عوامل زیانبار قرار گیرند.

بنابراین دولت به عنوان یک راهکار اصولی می بایست علاوه بر بهبود شرایط مراقبتی به بهبود شرایط تغذیه ای نیز توجه نماید و با عرضه کافی داروها و تجهیزات پزشکی، جمعیت آسیب پذیر خود در اولویت برنامه های خود قرار دهند بلکه با اختصاص بودجه دولتی و مناسب برای توسعه این امر در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان اقدام نماید. یکی دیگر از این اقدامات می تواند شامل در دسترس قرار دادن تجهیزات پزشکی مناسب به زنان در زمان زایمان یا در زایمان های زود هنگام در جوامع کمتر توسعه یافته باشد. همچنین لازم است که در ارائه رهنمودها و خط مشی های سلامتی خود در خصوص سلامت جسمی و روانی زنان سالمند به محتوای توصیه های ات ۱۷ برنامه عمل بین المللی وین که شامل مواردی از قبیل پیشگیری و بازپروری است، توجه نمایند. و نیز در خصوص زنان ناتوان و دارای معلولیت حق دسترسی و منتفع شدن از تجهیزات پزشکی و دارویی مناسب وضعیت آنان (وسایل ارتوپدی و بازپروری عضو دارای نقص حرکتی) را متضمن شوند تا علاوه بر توانمند ساختن آنان به جذب آنان در جامعه کمک نمایند و مانع گسترش معلولیت آنان شود. تا در نتیجه بتوانند از سایر حقوق خود نیز بهره مند گردند.

و در نهایت دولتها می توانند با تامین محصولات و خدمات ارزان از طریق شرکتهای دارویی و از طریق سایر شرکتهای بهداشتی و یا آن دسته شرکتهایی که نقش مهمی در ایجاد محصولات مربوط یا اهدای خدمات عام المنفعه در جهت سلامت باروری زنان گام مهمی را در راستای تحقق این حق با توجه به ماده ۱۲ بند ۲ (د) بردارند. همچنین در این خصوص برخی اقدامات صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) به منظور مدیریت کالاهای مربوط به بهداشت باروری منجمله مطالعه آزمایشی در شماری از کشورهای جهان سوم برای کشف راهکارهایی برای تسهیل همکاری میان دولتها، مراکز خیریه و بخش

های تجاری داخلی و چند ملیتی برای گسترش دستیابی به کالاهای مربوط به بهداشت باروری می تواند مفید باشد.

## ۲) تامین شرایط زیست سالم

شرایط و محیط فیزیکی تاثیر زیادی بر تامین سلامتی و نیز رفاه اجتماعی زنان دارد.<sup>۱</sup> با توجه به نیاز اساسی بشر به برخورداری از محیط زیست سالم و آب آشامیدنی سالم تضمین پایداری محیط زیست همچون تجهیزات پزشکی به عنوان یکی از موارد موثر در تقویت هرچه بهتر حق بر سلامت حائز اهمیت می باشد. همچنین با در نظر گرفتن جمعیت رو به افزایش بشر به خصوص در کشورهای درحال توسعه و کمبود منابع پیش روی بشر تلاش در جهت تامین محیط زیست سالم در واقع کمک به دستیابی حق بر سلامت جسمی و روانی بشر است. در واقع همانطور که قبلا بیان شد، حقوق بشر بهم مرتبط و وابسته اند از همین رو برای تحقق حق بر سلامت به نوعی نیاز به توسعه سلامت محیط زیست \_حقوق نسل سوم- امری ضروری به نظر می رسد. چراکه با زوال محیط زیست مردم در معرض مواد خطرناک شیمیایی و سمی یا اشعه های هسته ای و خورشیدی قرار می گیرند و حتی در برخی مناطق از دسترسی به آب سالم محروم می شوند و به تناسب فقدان محیط زیست سالم،<sup>۲</sup> با افزایش شیوع انواع بیماری های عفونی و قابل انتقال در جهان مواجه می شویم که اکثرا هم کشورهای درحال توسعه و آنهم در اقصای آسیای پذیر جامعه (زنان و کودکان). لذا به عنوان راهکار اصولی برای جلوگیری کردن با این پدیده رو به فزونی مشارکت جهانی از طریق تخصیص بودجه و ارائه کمک های مالی به کشورهای فاقد منابع زیست محیطی جهت توسعه شرایط

<sup>۱</sup> [www.whomsa.org/it/bulletin7-msa.html](http://www.whomsa.org/it/bulletin7-msa.html).

<sup>۲</sup> ۱/۱ میلیارد نفر به آب پاکیزه دسترسی ندارند و بیش از ۲ میلیارد نفر از امکانات بهداشتی محرومند.

زیست محیطی ضرورت پیدا می کند.<sup>۱</sup> چراکه برخورداری از اکولوژیک مطلوب کیفیت مطلوب حیات را فراهم می آورد.

همچنین در این خصوص کمیته نیز بر اهمیت تامین دسترسی پایدار به منابع آب سالم برای کشاورزی در جهت تحقق حق بر سلامتی را تاکید داشته تا کشاورزان محروم و در حاشیه رانده شده، از جمله زنان کشاورز، به سیستم های مدیریت آبی، از جمله فناوری برداشت پایدار از آب باران و آبیاری دسترسی عادلانه داشته باشند. از اینرو دولت های عضو باید به ماده ۲(۱) میثاق که بیان می دارد یک ملت را نمی توان از «از وسیله معیشت خود محروم ساخت» توجه داشته باشد و در جهت آن تلاش نماید تا دسترسی کافی به آب برای کشاورزی، امرارمعاش و برای تامین معیشت ملت های بومی فراهم آید. همچنین به موجب ماده ۱۲(۲)(ب) میثاق «بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات» به تضمین بهداشت زیست محیطی به عنوان بعدی دیگر از حق بر سلامتی توجه دارد و دربرگیرنده اتخاذ اقداماتی بر مبنای عدم تبعیض برای جلوگیری از تهدیدات سلامتی بخاطر شرایط ناسالم و سمی محیط ناشی از مواد خطرناک شیمیایی و سمی در آب می باشد. به عنوان مثال دولتهای عضو باید اطمینان دهند که منابع طبیعی آب در برابر آلودگی ناشی از مواد مضر و میکروب های پاتوژن را حفاظت می نمایند.

در واقع زنان استعداد متفاوتی در ابتلا به بیماری های ناشی از آلودگی صنعتی یا کشاورزی دارند. و آلودگی هوا، آب، انواع آلودگی های صوتی همگی موجب کاهش سلامتی در زنان می شود بویژه در زنان شاغل که بیشتر از مردان در معرض خطرات ناشی از عدم وجود عوامل محیطی سالم قرار دارند.

همچنین دول عضو باید چنانچه با مشکلی یا گزارشی از سوی کارشناسان محیط زیست خود در مورد مشاهده هر نوع آلودگی زیست محیطی و یا ناشی از آزمایشات هسته ای بر این وضعیت ها نظارت کرده و

---

<sup>۱</sup> گرچه کمک های مالی کشورهای اهدا کننده کمک از ۵۳ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۰ به ۵۱ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۱ کاهش یافت.



با آن از طریق تخصیص بودجه یا مشارکت با سازمان های جهانی و دیگر کشورهای موفق در حفظ محیط زیست، مبارزه نمایند تا اکوسیستم های آبی به صورت زیستگاه حشرات ناقل بیماری ها در نیامده و خطری متوجه محیط زیست انسانی را تهدید ننماید. رسیدن به این آرمان ارتباط نزدیکی با مبارزه با ویروس اچ. آی. وی/ایدز و دسترسی به آب آشامیدنی سالم دارد، که هر دو به کاهش قابل ملاحظه میزان مرگ و میر کودکان می انجامد. در نتیجه شرکتهای ملی و غیر ملی و دارویی دارای سهم چشمگیری در جلوگیری از HIV/ایدز و اصلاح دسترسی به آب آشامیدنی چه به موجب ماهیت تولیدات آنها یا محل و موقعیت کاری خود بوده و می توانند به شکل غیر مستقیم به آرمان کاهش نرخ مرگ و میر در مادران کمک نمایند.

و نیز دولتهای عضو ملزم اند اقدامات ضروری برای تحقق کامل حق بر آب سالم را که در مواد (۱۱ و ۱۲) میثاق آمده را اتخاذ نمایند، که این تعهد شامل شناسایی این حق در لحاظ کردن آن در اولویت های برنامه ای و دوره ایی در نظام های سیاسی و ملی خود و اعمال قانونگذاری می شود. به علاوه تضمین که این برنامه ها برای همه قابل استفاده و بدور از هرگونه تبعیضی و در قابل دسترس مستمر بخصوص در مناطق روستایی و محروم شهری باشد. بنابراین توجه به این حق مهم بشر و تقویت شرایط آن نه تنها به ارتقا کرامت انسانی و حریم خصوصی اهمیت دارد بلکه یکی از سازو کارهای حفاظت از محیط زیست و ذخایر آب آشامیدنی سالم نیز به شمار می رود. چنانچه نقض یا کوتاهی در مورد هر یک از اقدامات پیشگیرانه روی دهد بهتر آن است که دولتها با درمان و یا استفاده از خدمات بعد از پیشگیری اولیه به عنوان راه دیگری در جلوگیری از پیشرفت بیماری در سلامت جسمی و روانی زنان در راستای تحقق ماده ۱۲(۲) میثاق عمل نمایند.

گفتار دوم: درمان

از اقدامات دیگر بعد از پیشگیری درمان است. نقش درمان در بهره مندی از حداقل استاندارد سلامتی جسمی و روانی از آن جهت حائز اهمیت است که در ماده ۱۲(۲)(ج) میثاق به « پیشگیری و معالجه بیماری

های همه گیر، بومی، حرفه ای و ...» پرداخته و از دول عضو می خواهد تا در جهت تحقق کامل حق سلامت زنان در راستای ماده ۱۲ (ج. ۲)، اقداماتی را لحاظ دارند. چراکه با تحقق سلامتی در زنان می توان به تحقق اهداف توسعه انسانی امیدوار شد. در واقع با افزایش روبه رشد تعداد بیماری ها و سرعت انتقال آن در بین گروه های ضعیف جامعه و آسیب پذیر نمی توان همه بیماری ها را بخصوص بیماری های اپیدمی شده را از طریق پیشگیری بهبود بخشید. از اینرو با شیوع و وجود بیماریهای مضر سلامتی مزمن و یا حاد در فرد درمان به موقع و موثر می تواند از هزینه های بالای سلامتی که ممکن بر دوش خانواده ها نهاده شود و یا بعضا مانع از هر گونه اقدامی برای درمان فرد شود، مقابله کرد. از اینرو حق درمان شامل ایجاد سیستمی از مراقبتهای اضطراری پزشکی در حوادث، بیماری های واگیردار و خطرات مشابه سلامتی و ارائه امداد و کمک های انسان دوستانه در وضعیت های اضطراری می شود. در واقع بانجام درمان به نوعی به کنترل بیماری پرداخته ایم. از اینرو کنترل باید هم با تلاش های فرد و هم با مشارکت دولت ها مانند در اختیار قرار دادن و فراهم نمودن تکنولوژی های مربوطه، جمع آوری اطلاعات برای انجام تحقیقات منسجم با موسسات دارویی و اجرا یا گسترش برنامه های ایمن سازی و دیگر راهبردهای کنترل بیماری های مسری همراه باشد. البته در بسیاری از جوامع گرچه زنان از مراقبتهای بهداشتی بیشتری نسبت به مردان برخوردارند اما اقدامات تشخیصی و درمانی در زنان نسبت به مردان به علت مشارکت و نقش برجسته مردان در جامعه کمتر صورت می گیرد. همچنین در برخی کشورها بویژه در مناطق روستایی و فقیر نشین بدلالی چون عدم وجود مراکز بهداشتی درمانی یا دوری راه، تعصبات درباره حضور زنان در جامعه و عدم استقلال اقتصادی آنان، زنان را از دسترسی مناسب به خدمات و درمان به جا محروم می نماید.

به واقع ابتلا زنان به بیماری های عفونی و قابل سرایت موجب مبتلا شدن کودکان از مادران می شود و در نتیجه نیاز به کمک ها و اتخاذ برنامه هایی از سوی دولت های عضو را خواستار می شود. نظیر اقدامات درمانی که در کشورهای فقیر و دارای منابع کم ممکن از سوی سازمان های مالی یا سایر کشورهای ثالث

انجام گیرد. همچنین دولتها لازم که در خصوص اقدامات درمانی جهت حفظ سلامت جسمی و روانی این قشر از جامعه که نیازمند سرمایه گذاری مناسب از طریق اتخاذ سبک های سالم زندگی مانند تغذیه مناسب، انجام تمرینات ورزشی متناسب با وضعیت بیمار، از بین بردن عادات غلطی چون الکل و مصرف دخانیات در طول درمان دارد آگاه باشند. لذا با اتخاذ اعمال مدیریتی در درمان آنهم در مراحل اولیه بیماری می تواند گام موثری در دسترسی سریع تر زنان به خدمات مورد نیاز خود بردارند. در راستای ماده ۲ و ماده ۱۲(ج) نه تنها این امر مراقبت بهتر را ارئه می دهد بلکه مانع نتایج و درمان های نامتناسب و غیر مرتبط با بیماری فرد می شود. از اینرو آموزش پرسنل عمومی سلامتی ضرورت می یابد و آموزش چنین افرادی تضمینی بر ارتقا حق بر سلامت و پیشگیری از مرگ و میر زنان می شود.

به علاوه تضمین اقدامات درمانی بدون هیچ گونه تبعیضی در قابل دسترس بودن داروهای روانی و جسمی بویژه در بیماری های خاص زنان می تواند در درمان و تحقق این حق به عنوان گام موثری به نظر آید. در این خصوص سازمان بهداشت جهانی با ارائه لیستی از داروهای اساسی برای معالجه و بهبود بیماران روانی و جسمی چارچوب مشخصی را بیان داشته است. گرچه ارائه لیستی از داروهای کمیاب و غیر قابل دسترس در کشورهای در حال توسعه چندان مفید و موثر به نظر نمی آید و یا بر طبق برنامه اطلس حدود ۲۵٪ از این کشورها معمولا حتی توانایی تجویز داروهایی که برای مراحل اولیه بیماری مناسب است را ندارند. ولی اطلاع به دولتها از آن جهت صورت می گیرد که بودجه کافی را برای دسترسی به داروهای اساسی اختصاص دهند. و در صورت نیاز توجه به امر همکاری را در سیاستهای خود مدنظر قرار دهند. چراکه نه تنها باید داروهای اساسی قابل دسترس برای همگان و در هر سطح از مرحله بیماری باشد بلکه پزشکان و متخصصین سلامتی نیز باید اجازه تجویز آزادانه را داشته باشند. همچنین از دیگر کارهای موثر در اجرای حق بر سلامتی، ایجاد ارتباط بین خدمات سلامت جسمی و روانی با آژانسهای مختلف اجتماعی آنهم در سطح ملی نظیر ارائه مسکن مناسب، حمایت درآمدی، استخدام و سایر حمایتهای اجتماعی نسبت

به زنان می باشد. البته توجه به موقعیت اقتصادی کشورها به عنوان منبع مهمی برای دستیابی به حق فوق از طریق فعالیتهای درمان همواره نقش بسزایی را ایفا می نماید.

همچنین انجام آزمایشات متوالی و منظم آنها با تخصیص بودجه کافی و یا حداقل برای درمان بیماران ناقل یا مبتلا به ویروس های خطرناک (اچ آی وی/ایدز) به منظور رایگان نمودن این آزمایشات و یا اتخاذ درمان های مورد تایید سازمانها و شرکتهای تحقیقاتی معتبر جهانی یا ملی به منظور بازپروری زنان دارای معلولیت یا مبتلا به افسردگی شدید و حتی اعتیاد می تواند در درمان و احیای سلامتی فرد موثر باشد که در نتیجه فرد و خانواده آنان و در سطح وسیع تر جامعه با افزایش هزینه مضاعف در مراقبت های سلامتی و خدمات اجتماعی رو به رو نشوند.

البته برای انواع درمان ها و کنترل موثر بر بیمارهای سلامت جسمی و روانی زنان نیاز به خدمات و مراقبت های بهداشتی و به تعبیری متخصصین بهداشتی و اختصاص بیمارستانهای مجهز به خصوص در کشورهای در حال توسعه و فاقد منابع کافی و قابل دسترس بیشتر احساس می شود. در واقع می توان خدمات را همپراز با سایر اقدامات، موثر در دستیابی به حق بر سلامت جسمی و روانی زنان در نظر گرفت.

#### گفتار سوم: ارائه خدمات

اکثر زنان جهان از سلامتی و دسترسی به خدمات بهداشتی و پزشکی محرومند. در بسیاری از کشورها زنان در مقایسه با مردان دسترسی کمتری به منابع بهداشت عمومی دارند. در واقع می توان اینگونه بیان داشت که زنان در مراحل مختلف زندگی، از خدمات سلامتی محرومند. بدین نحو که به هنگام کودکی و برای مقابله یا پیشگیری از بیماری های دوران کودکی با تبعیضاتی روبه رو بوده اند و دوران جوانی و بارداری، زنان از مشاوره و دسترسی به شرایط بهداشتی جنسی و باروری محرومند که حاصل آن افزایش بارداری های ناخواسته و پیش از موعد، آلودگی به ویروس ایدز و سایر بیماری های جنسی، سقط جنین در شرایط غیر بهداشتی و مشکلات مربوط به بارداری و زایمان است.

اهمیت برخورداری زنان از خدمات سلامتی تاحدی است که، نه تنها چهارمین کنفرانس جهانی زن در سال ۱۹۹۵ میلادی در پکن، که حق برخورداری از سلامت جسمی و روانی را به عنوان حقوق حقه زنان و از اهداف توسعه برشمرد و در دستور کاری برای توانمندسازی زنان، نیاز زنان به خدمات بهداشتی مناسب و با کیفیت را برای پیشرفت زنان در نظر گرفت بلکه در طول چهل و سومین نشست سال ۱۹۹۹ میلادی کمیسیون سازمان ملل، در مورد زنان توصیه شد که برای بهبود سریعتر و کیفیت بهتر خدمات بهداشتی، اقدامات اساسی در برنامه ریزی های بهداشتی صورت پذیرد. در واقع خطر مرگ و میر زنان را به هنگام زایمان به دلیل مشکلات یا سو تغذیه دوران بارداری و زایمان کاهش می دهد. چراکه اکثر این مرگ و میرها قابل پیشگیری اند و اولین و عمده ترین دلیل ان فقدان و عدم دسترسی به خدمات و مراقبتهای بهداشتی بخصوص در هنگام زایمان می باشد. همچنین براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت برآورد می شود که سالانه ۶ هزار نفر در اثر مشکلات ناشی از فقدان خدمات جان خود را از دست می دهند و ۸ میلیون نفر در اثر همین مشکلات در زمان زایمان دچار نقص عضو می گردند. همچنین کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به نقل از صندوق بین المللی پول اذعان داشت که اگرچه امروزه نیمی از جمعیت فقیر زنان در سراسر جهان اغلب در کشورهای کمتر توسعه یافته یا در حال توسعه بسر می برند و از حمایت های مالی این سازمان برخوردار گشته اند. یا حتی در برنامه عمل توسعه انسانی ۱۹۹۴ میلادی، کمک های بشردوستانه به آنها صورت پذیرفته ولیکن این قشر از جمعیت همچنان از بهره مندی کافی و مناسب کالا و خدمات بهداشتی چندان برخوردار نبوده اند.

براین اساس (قواعد استاندارد) دولت ها باید اطمینان دهند که اشخاص فاقد سلامتی بویژه زنان از همان سطحی از مراقبت بهداشتی و در همان نظام متعلق به سایر اعضای جامعه برخوردار هستند.<sup>۱</sup> چراکه حق بر سلامت جسمی و روانی متضمن حق دسترسی و منتفع شدن از آن دسته خدمات پزشکی و اجتماعی است

<sup>۱</sup> متیوسی کریوتون، همان منبع، ص ۵۵۶.

که اشخاص بیمار را قادر می سازد تا توانمند شود. از اینرو برخورداری از این خدمات باید به نحوی باشد که به حقوق و کرامت انسانی زنان محترم شمرده شود.

در واقع از زمان برگزاری کنفرانس پکن، دولتها<sup>۱</sup> و سازمان های بین المللی، گزارش هایی را مبنی بر افزایش تعداد کمک ماماها و آموزش افراد برای کمک به پزشکان ارائه نموده اند. همچنین با ارائه چارچوب مشخص تری از حق بر سلامت در تعدادی از اصول راهنمایی، ارتباط محتوی اصلی حق بر سلامت زنان را با عوامل گوناگونی منجمله خدمات مناسب و کافی بیان داشته اند. از اینرو در اغلب متون واژه «خدمات سلامتی» هم برای دسترسی به خدمات و مراقبتهای اولیه سلامتی و هم نیاز به خدمات به عنوان یکی از شروط سلامتی مانند دستیابی به آب آشامیدنی سالم، امکانات و غذای مناسب در نظر گرفته می شود. با توجه به بند ۲(د) ماده ۱۲ که بیان می دارد؛ «...ایجاد شرایط مناسب برای تامین مراجع پزشکی و کمکهای پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری» می توان ارائه خدمات را به عنوان راهکار مناسب در راستای اجرای میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفت.

از آنجاییکه منابع جغرافیایی کشورهای مختلف بویژه کشورهای کمتر توسعه یافته محدود است، دسترسی به این خدمات طبق گزارشات اعضا سازمان ملل، دارای هزینه سلامتی بسیار بالایی می باشند. برای مثال بیمارستانهای بزرگ و مجهز تنها در مناطق شهرهای مرکزی این کشورها موجود هستند و امکانات و خدمات در سایر مناطق بیشتر از اینکه در جهت افزایش تحقق کیفی این خدمات یا مراقبتهای اولیه بهداشتی باشد به حاشیه رانده و یا ترد شده اند. از اینرو دولتمردان و سیاستمداران می بایست این عامل را در شکل گیری سیاستهای کلان خود مورد توجه قرار دهند. همچنین از دیگر موارد در ارائه خدمات بویژه برای زنان محروم و ساکن مناطق دورافتاده مطابق با موارد مورد نیازشان، تضمین در تعهد دول عضو به دستیابی و دسترسی برابر از خدمات متناسب با مناطق جغرافیای آنان و توزیع یکسان این خدمات از طریق افراد

<sup>۱</sup> . در نیجریه، صندوق کودکان ملل متحد، از پروژه کاهش مرگ و میر هنگام زایمان در ایت کشور با ارائه خدمات بهداشتی حمایت نمود.

متخصص حتی افراد بومی می باشد. تا بدینوسیله از هرگونه شیوع و آلودگی به انواع بیماری هایی که سلامت جسمی و روانی زنان و کودکان آنها و درکل خانواده ها را تهدید می نماید، پیشگیری نمایند. در واقع سیاستها باید تبعیض در دسترسی به خدمات بهداشتی، رفتاری و خدمات اجتماعی را تحت پوشش قرار دهند. توسعه خدمات می بایست ابتدا در سطح جامعه و سپس در سطوح مراقبتی جهت حمایت از زنانی که تجربه خشونت جنسی، خانگی و سایر شکل‌های خشونت و یا موانع دستیابی به سلامتی را تجربه کرده اند، ایجاد شوند. همچنین برای زنانی که مشکل اعتیاد به مواد مخدر یا الکل که ناشی از بیماری های روانی آنان است، را دربرگیرد. البته باید گفت که مصرف الکل تنها شامل معتادان نمی شود بنابراین باید سیاستها در جهت کنترل بیماری های روانی زنان که منجر به اعتیاد آنان می شود، از طریق ارائه خدمات و آگهی هدف گذاری شوند.

از اینرو لازم است که توسعه خدمات بطور محلی بر پایه تعهدات مراقبتی بنا شود که واقعا قابل دسترس بیماران و خانواده های آنان باشد. خدمات باید منحصرا باشد بدین نحو که در سطح تجهیزات مورد نیاز بیماران جسمی و روانی نسبت به جمعیتی نظیر گروه زنان، کودکان آنان و سالمندان تهیه گردد. در واقع این خدمات باید شامل تغذیه، مقرراتی برای توصیه های طبی در بیمارستان های عمومی، مراقبتهای دوران نقاهت، حمایت‌های شغلی و بازدارنده و ضرورت‌های اساسی مانند سرپناه و مسکن شود. واگر خدمات از طریق موسسات صورت می گیرد باید تمام جوانب مثبت را بدون فراموش کردن جوانب منفی آن ارائه شود. برای بهبود هرچه بهتر در ارائه خدمات ضرورت دارد سه توصیه در نظر گرفته شود. اول، احیا منابع برای توسعه خدمات اجتماعی از طریق اختصاص بیمارستان ها، دوم استفاده از سرمایه های سنتی برای اطلاع رسانی اولیه نسبت به ارائه خدمات جدید و تغییر تجهیزات بیمارستانها و در نهایت اختصاص بودجه توانی جهت تداوم سرمایه گذاری از برخی سطوح در اعمال مراقبت به سایر بخش های دیگر آن است. چراکه کشورها در تلاشهایشان جهت ایجاد مراقبتهای سلامتی بدلیل کمبود سرمایه با مسایلی رو به رو می

شوند و در نتیجه ارائه خدمات برای آنان(دولتها) را دشوار و غیر ممکن می سازد<sup>۱</sup>. چراکه نوع، سطح و محتوی سایر خدمات رفاه اجتماعی در کشورها بستگی به سطح درآمد و نگرش کلی جامعه نسبت به گروه های آسیب پذیر دارد. از اینرو سیاستها برای بهبود رفاه اجتماعی و ارائه خدمات باید با برخی خط مشی ها و استراتژی های دولت هماهنگ باشد. تا این خدمات برای زنان و خانواده های آنان قابل دستیابی شود و در نتیجه فردا قادر سازد تا به فعالیتهای روزانه و زندگی طبیعی خود باز گردد.

## مبحث سوم: نتایج حاصل از تحقق حق بر سلامت زنان

گفتار اول: توسعه انسانی

توسعه به معنای «بالا بردن قدرت کار آمدی در اجتماع» یا «افزایش و ارتقاء انسجام اجتماعی» (انسجام همه جانبه) است. در حقیقت وقتی تمام خصوصیات و اوصاف یک موضوع تغییر کند، موجب افزایش ظرفیت در سایر جوانب آن موضوع به نسبت تاثیر و تغییر می شود و در این صورت شاهد توسعه در سایر امور دیگر نیز می باشیم. به عبارت دیگر توسعه به معنای سرمایه گذاری در اموری که موجب وارد کردن تغییراتی در سازمان اقتصادی، اجتماعی و سیاسی نظام می گردد. که جهت این تغییرات عموماً به طرف رشد است و رشد کمی و کیفی را در بر می گیرد. در نهایت، حاصل این رشد؛ افزایش دائمی ثروت جامعه و درآمد ناخالص ملی (GNP) است. و آثار آن رفع محدودیتهایی چون مانند فقر، خشونت، اشتغال و غیره در قشر ضعیف تر(زنان) می باشد. زیرا تا زمانی که توزیع به نفع قشر خاصی صورت گیرد، تحمیل محرومیت و آثار آن امری طبیعی است. که در این صورت در کشورهای عقب مانده بیشتر شاهد بیماری های جسمی و روحی هستیم.

<sup>۱</sup> برای مثال در آفریقای جنوبی بودجه اختصاص داده شده به امر خدمات بهداشتی حتی اگر از جانب موسسات غیر رسمی هم مورد پذیرش قرار گیرند باز بدلیل کمبود منابع، چرخه پول خرج شده در مراقبتهای بیمارستانی مشکل خواهد داشت.



از اینرو اگر موانع و تبعیضات اجتماعی و فرهنگی نسبت به سلامت زنان تغییر یابد موجب توسعه وضعیت اقتصادی و سایر حوزه های سلامت در زنان می شود. که توسعه انسانی و جایگاه رفیع تکاملی برای زنان را به ارمغان خواهد آورد. در واقع توسعه انسانی یعنی مرحله گذر از مقدمات بدیهی اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی که از شاخص جدیدتری به نام «کیفیت زندگی» سخن می گوید. کیفیتی که برآیندی از تمامی شاخص های فوق الذکر است. پس می توان نتیجه گرفت که «توسعه انسانی» تلاشی جدید برای کمک به افزایش کیفیت زندگی انسان در حوزه های فردی و اجتماعی است. مفهوم توسعه انسانی خود گویای آن است که هدف اصلی توسعه، بهره مند ساختن راستین انسان است، یعنی بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی افراد انسانی. با توجه به این امر زنان به عنوان نیمی از جمعیت انسانی جامعه و بدلیل نقش و جایگاه انسانی آنان به نوعی اساس و محور توسعه انسانی را تشکیل می دهند. در واقع شاید با افزایش درآمد و گسترش اشتغال آنان بتوان به توسعه دست یافت اما هدف توسعه، پرورش قابلیت های فرد و گسترش امکان های اوست. درآمد تنها یکی از این امکان ها و البته امکانی ضروری است ولیکن با رفع موانع موثری چون نابرابری ها و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زنان می توان به توانمندی آنان، همان هدف توسعه، دست یافت. از آنجاییکه تا مدتها تنها معیار توسعه یافتگی رشد ناخالص ملی بود ولیکن پس از یک قرن حاکمیت صنعت و تجارت در اواخر سده بیستم مسایل زیست محیطی در کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهای پیشرفته مورد توجه قرار گرفت و ضرورت استفاده پایدار از منابع، مفهوم جدیدی را به نام توسعه پایدار را بوجود آورد. از اینرو برخورداری زنان از زندگی طولانی و سالم و خلاق در محیط زیستی غنی و در جامعه مدنی دموکراتیک هدف نهایی توسعه قرار گرفت. چراکه بسیاری از کشورها علی رغم برخورداری از سطح در آمدی بالا، از نظر توسعه انسانی چندان پیشرفته نیستند. همچنین ناراحتی ها و مشکل ها و پریشانی های روزافزون و تباهی فزاینده محیط زیست، حتی در کشورهای ثروتمند جهان، بیانگر آن است که سطح بالای درآمد به خودی خود پیشرفت انسانی را تضمین نمی کند. و هیچ ارتباط قطعی میان

رشد اقتصادی و پیشرفت انسانی وجود ندارد. بنابراین رشد اقتصادی و زندگی انسانی، تواما مفهوم توسعه انسانی را تشکیل می‌دهد. مفهومی که متضمن فرایندهای پرورش و شکوفایی استعدادهای انسان است و مشارکت فعال افراد را در جریان رشد اقتصادی میسر می‌سازد و راه بهره‌گیری آنها از افزایش تولید ملی را هموار می‌سازد. در نتیجه مرتبط ساختن شرایط اقتصادی و زندگی انسان کانون توجه توسعه انسانی است. در واقع توسعه انسانی در بردارنده دو وجه است از یک سو بر شکل‌گیری قابلیت‌های انسانی (توانمندی زنان) و از سوی دیگر به همان اندازه بر شیوه بکارگیری این قابلیت‌های رشد یافته (مشارکت و توسعه اجتماعی) تأکید دارد. بنابراین می‌توان گفت توسعه ابعاد مختلفی دارد و توجه به ابعاد توسعه بدان معناست که توسعه یک پدیده چند وجهی و قانونمند است و برای تحقق آن می‌بایست شرایط و زمینه‌هایی فراهم شود. به طور کلی توسعه در ابعاد اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، پایدار و انسانی قابل بررسی می‌باشد. از اینرو با شناسایی حقوق انسانی برای زنان در مقابل مردان و رفع بی‌عدالتی‌ها نسبت به آنان می‌توان به توسعه انسانی رسید روندی که ارتقا مطلوب سطح زندگی را تنها برای گروهی از جامعه به همراه نمی‌آورد بلکه ارتقا زندگی را برای همگان در پی خواهد داشت. در نتیجه می‌توان پیشرفت در ابعاد مختلف سلامتی چون افزایش امید، اقتصاد و کاهش مرگ و میر را شاهد بود.

بنابراین با اتخاذ اقدامات پیشگیرانه می‌توان از موانع بر دستیابی تحقق حق سلامتی زنان و نیز ارائه درمان و خدمات مناسب و کافی به زنان به اجزا اصلی حصول سعادت یا بهزیستی و ارتقا زندگی آنان دست یافت. در واقع زنان برخوردار از آموزش و جایگاه اقتصادی اجتماعی مناسب آنها در شرایط فرهنگی مطلوب و بدور از هر گونه تبعیض و نابرابری، موجب تحقق و ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی آنان می‌شود. با ارتقا حق سلامت زنان می‌توان به معیارها و شاخصه‌های دیگر توسعه انسانی رسید که معیاری برای تعیین توسعه کشورها نیز به شمار می‌رود. در واقع با ارتقا حق سلامت زنان می‌توان به برخی از شاخصه‌های عمومی و رایج در بررسی وضعیت زنان مانند امید به زندگی، مرگ و میر مادران، درآمد،

مشارکت اجتماعی سیاسی، حقوق قانونی، تولید اقتصادی، جایگاه زنان در جامعه و خانواده، طلاق و خشونت های خانگی و .. نزدیک شد. و از انجائیکه هیچ توافقی بر اولویت بندی در این شاخصه ها وجود نداشت، در سال های اخیر به سبب لزوم ارزیابی پیشرفت زنان در جهان از سوی سازمان ها و مراکز مرتبط با این موضوع در خصوص شاخصه هایی که مورد استفاده همگان قرار گیرد، پیشنهاداتی ارائه گردید. براساس گزارش سازمان ملل در سال ۱۹۹۰ میلادی توسعه انسانی را مطرح نمود که به عنوان مرجع تمام مطالعاتی در خصوص میزان و جایگاه هر کشور در جهان از نظر توسعه یافتگی تبدیل شده است.

در ابتدا این گزارش آمده، «مردم ثروت واقعی هر کشوری هستند» و در ادامه ان هدف اساسی از توسعه را گسترش آزادی های انسانی دانسته و هدف بعدی توسعه را افزایش توانمندی های افراد برای انتخاب ابزار زندگی معرفی نموده است. در واقع شاخصه توسعه انسانی بیان می دارد که هر کشوری تا چه میزان از این سه نیاز اصلی و عمده را برای افراد کشور تامین نموده است و یا برای رسیدن به اهداف اصلی تعیین شده چه فاصله ای را باید بپیماید. از اینرو کشورهای جهان از نظر وضعیت توسعه انسانی به سه دسته توسعه انسانی بالا، متوسط و پایین تقسیم می شوند. هدف توسعه انسانی پرورش قابلیت های انسانی می باشد که در خصوص زنان نیز موجب ارتقا حقوق آنان و توانمندی شان می شود. در واقع با رفع عوامل بر سر دستیابی به حق سلامت زنان، می توان موجب رشد و توسعه بیشتر و توانمندی زنان در زمینه های فردی و اجتماعی آنان شد. از اینرو قبل از توجه به شاخصه های توسعه انسانی، دستیابی توسعه در زنان به عنوان نیمی از جمعیت، امری ضروری به نظر می آید.

توانمندسازی به پی ریزی مهارتها و قابلیت‌های پایه در هر فرد تأکید دارد و تلاشی است برای چیره شدن فرد بر محرومیت‌های اجتماعی همچون ناتوانی در انتخاب هایش و انواع فعالیت‌های آزادانه اقتصادی و اجتماعی.<sup>۱</sup>

و توانمندی زنان یعنی مشارکت دادن آنان در امور مرتبط به خود، واگذاری اختیار و مسئولیت بیشتر به آنان می باشد. مفهوم، مشارکت زنان به طور وسیعی به عنوان اصل عملیات بنیادی برای طرح‌های توسعه‌ای به رسمیت شناخته شده است. گرچه مشارکت زنان فرآیند پیچیده‌ای است و حقایق، رهیافت‌ها یا روش‌های عام اندکی در این زمینه وجود دارد، اما اهمیت توانمندسازی زنان در پیشرفت و تعالی جامعه را بیان می دارد و این رویکرد برای همه جوامع چه کشورهای توسعه یافته و در چه کشورهای توسعه نیافته، نه تنها مفید است بلکه مهم و ضروری نیز می باشد و هزینه‌های اجتماعی را پایین می آورد. از آنجاییکه مشارکت زنان یعنی واگذاری کارها و مسئولیت‌هایی برعهده زنان در جامعه می باشد لذا این امر نیازمند رفع عوامل موثر در تحقق حقوق زنان از جانب دولت‌ها می باشد. در واقع دولت‌ها با واگذاری این مسئولیت به زنان باعث ایجاد اعتماد متقابل و بالندگی بیشتر زنان در جامعه می شوند. در واقع با آموزش به عنوان کلید اصلی برای تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی می توان آنان را آگاه و توانمند ساخت. توانمندی که موجب عواقبی چون مشارکت بیشتر زنان می شود. گرچه عواملی چون فقر و نابرابری از عمده ترین موانع در رشد مطلوب و متناسب شاخصه های توسعه انسانی است و علی رغم پیشرفتهای اقتصادی و نیز اعمال برنامه ریزی، زنان مشارکت فعال چندانی در امور دولت‌ها و سایر نهادهای حقوق بشری ندارند ازاینرو توجه به همکاری و رفع این نواقص در نتیجه ساختار و توسعه اجتماعی و اقتصادی می توان به نوعی منجر به توانمندسازی زنان شود. همچنین درخصوص ارتقا برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، یکی از اهداف توسعه هزاره، ۳م کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان، بند الف ماده ۷ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی،

<sup>۱</sup> این رویکرد اولین بار توسط «آمارتیا سن» که خود از مشاوران توسعه در سازمان ملل متحد بوده، بسط داده شد.

مواد ۳، ۶، ۵) و ۲۳ (بند ۲) میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی، ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک و تفسیر عمومی شماره ۲۵ کنوانسیون رفع تبعیض به این موضوع پرداخته و دولت‌ها را ملزم به ایفای این تعهدات نموده اند.

بنابراین یکی از مهمترین معیارها جهت سنجش درجه توسعه‌یافتگی یک کشور، میزان اهمیت و اعتباری است که به زنان در آن کشور داده می‌شود. از اینرو بدلیل این اهمیت امروزه نگاه جهان بیشتر به سوی زنان در راستای تحقق توسعه اجتماعی، تسریع فرآیند توسعه اقتصادی و محقق شدن عدالت اجتماعی معطوف شده است. چراکه با توانمند شدن زنان، به زن به عنوان نیروی فعال و سازنده نگریسته شود که قطعاً تأثیر بسیاری در روند توسعه و افزایش کمی و کیفی نیروی انسانی آن جامعه خواهد داشت. در واقع توانمندی زنان ارتباط مستقیمی با هدف توسعه اجتماعی و اقتصادی داشته و از این رو در تحول همه جوامع انسانی، عاملی بنیادی محسوب می‌گردد. از اینرو هنگامی توسعه پایدار به عنوان یکی از بسترهای عالی و رشد انسان می‌باشد که مشارکت همه گروه‌های اجتماعی در جامعه صورت گیرد. در این راه زنان یکی از مهمترین گروه‌های اجتماعی مؤثر در این فرآیند به شمار می‌روند. زنان تقریباً نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند و در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. گرچه بین زنان و مردان یک جامعه درجه توانمندی فرق دارد به این معنی که مردان به خاطر سرپرست خانواده توانایی‌ها و قدرت تصمیم‌گیری بیشتری دارند اما زنان در دنیا از امکانات کمتر آموزشی برخوردارند و حتی کنترل آنان بر نوع اطلاعاتی که در دسترس دارند کمتر است، همین امر موجب می‌شود که زنان در تدوین قوانین و تصمیم‌گیری‌های به ویژه در سطح کلان که آثار مهمی در زندگی و وضعیت سلامت آنها خواهد داشت، کنترل کمتری داشته باشند. پس توانمندسازی یا قدرت بخشی به زنان فرآیندی است که در آن زنان به منابع قدرت دسترسی و کنترل بیشتری پیدا می‌کنند و در تصمیم‌گیری‌های مربوط به منابع و پیرامون خود نقش قدرتمندانه‌تری ایفا می‌کنند. در بعد اقتصادی، توانمندی زنان به برخورداری زنان از دستمزد برابر با مردان،

بکارگیری سهمیم کردن آنان در اجرای طرح های زیر ساختی و اشتغال آنان بر مبنای سطح تحصیلات، دانش و مهارت و هم سطح مردان اشاره دارد. و دولتها باید حقوق اقتصادی زنان را در زمینه های مختلف تضمین کنند. شکل گیری سازمانهای غیردولتی زنان نیز تلاش برای وارد کردن زنان از حاشیه به مرکز تلقی می شود که از حق زنان دفاع می کند. با عنایت به اینکه برنامه های توسعه مبتنی بر مردم بوده در خصوص زنان در برگیرنده برنامه های آموزشی برای احیا این قشر محروم می باشد، که به فرآیند توانمندسازی زنان کمک می کند.

در کل توانمندسازی اصل اساسی در توسعه مشارکتی است که کشورها بدون توجه کافی به این مقوله ، نمی توانند به شاخص های رشد و توسعه از طریق توان افزایشی جوامع در زمینه های فنی و صنعتی که به بهره وری در عرصه اقتصاد حاصل می شود ، دست یابند. از اینرو توانمندی زنان را باید در حوزه هایی چون ارتقا حقوق زنان، با برخورداری از توسعه اقتصادی اجتماعی در یک جامعه مدنی جست. و در نتیجه در راستای اهداف توسعه انسانی سازمان ملل گام برداشت. در واقع از جمله مواردی که می تواند به توسعه انسانی یعنی همان توانمندی زنان منجر شود در وهله اول توجه به حقوق زنان آن هم از طریق برنامه ریزی و مشارکت زنان یعنی ایجاد فرصت شغلی کافی و مناسب در راستای فرهنگ جامعه امکان می یابد و در وهله دیگر با توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی زنان آن هم با فراهم آوردن ساختار اقتصادی اجتماعی از طریق آموزش مناسب و برابر می توان زمینه دستیابی زنان به آن را هرچه بیشتر توسعه داد. البته باید اذعان داشت که این موارد جز در سایه بهره مندی از یک جامعه عدالت محور و دموکراتیک یعنی همان ایجاد جامعه مدنی امکان پذیر نمی باشد و با داشتن یک حکومت دموکراسی است که می توان به تحقق هرچه بیشتر سلامت جسمی و روانی زنان (توسعه انسانی) آنها در کشورهای کمتر توسعه یافته نزدیک شد.

گرچه چندان روشن نیست که نظام حقوقی چگونه می تواند دسترسی افراد را به سلامتی متاثر سازد اما پیداست که برخی کشورها حق بر سلامت را در قوانین اساسی خود به رسمیت شناخته اند. به علاوه دولتهایی که میثاق را تصویب کرده و یا در حقوق داخلی خود وارد ساخته اند جلوه و بیانی از این حق در نظام های حقوقی خویش خواهند داشت. این حرکت مورد تایید شماری از صاحب نظران که معتقدند موثرترین یا مستقیم ترین راه برای تضمین حق بر سلامت از گنجاندن آن در قانون اساسی یا قوانین خاص است. کمیته نسبت به سایر حقوق مندرج در میثاق نقش نسبتاً مشخصی را برای قانون در تحقق این حق قائل شده است. نقش قانون در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان در گزارش دولتها بویژه کشورهای در حال توسعه حاکی از اهمیت آن در قانون کشور خود است، مانند گزارش کشور افغانستان به کمیته که آمده «هیچ قانون، مقررات یا توافق نامه یا حکم دادگاه در مورد حق زنان به سلامت جسمی و روانی در افغانستان وجود ندارد»<sup>۱</sup>

ایجاد حقوق زنان در مورد حق بر سلامت جسمی و روانی را برخلاف برخی حق ها مانند حق بر غذا و حق بر آب آشامیدنی سالم می توان در قانون اساسی اکثر کشورها (کم یا زیاد) شاهد آن بود. گرچه این حق (بر سلامت) در قانون اساسی با طرق جبرانی و اجرایی کمی برخوردار است ولیکن سلامت به عنوان یک موضوع اساسی و بنیادین بشری نیازمند حداقلی از مداخله قانونگذاری در آن برای تحقق کامل آن است. در واقع هدف اصلی قانونگذاری سلامت، حمایت، پیشرفت و ارتقا زندگی و رفاه اجتماعی (جسمی و روانی) شهروندان است. در چارچوب نامتعارفی که هر جامعه ای نیازمند قانونی برای دستیابی به آن است قانونگذاری سلامتی نیز متفاوت از سایر قانونگذاری ها در موارد دیگر نیست. چراکه افراد با مراقبتهای بهداشتی می توانند یا بطور مشخص تحت تاثیر آسیب پذیری ناشی از فقدان یا نقض حقوق شان باشند.

<sup>۱</sup>Langfeld. Marilyn, **Mental Health:New Understanding, New Hope**, W ho,200p.84.see, UN DOC. E/1998/6/Add.16,at2(198).

قانونگذاری که از زنان آسیب پذیر حمایت کند انعکاس آن در جامعه موجب حمایت و مراقبت از این افراد می شود. قانونگذاری تدریجی می تواند ابزاری برای ارتقا در دستیابی به مراقبتهای سلامتی همانند حمایت و پیشبرد حقوق افراد بیمار(جسمی و روانی)باشد. بهر جهت وجود این قانونگذاری تضمینی برای حمایت و پیشبرد حقوق بشر نیست. بطور مستقیم در برخی کشورها و بطور مشخص جایکه قانونگذاری برای سالها مورد بازنگری قرار نگرفته است، قانونگذاری سلامتی تنها می تواند ناشی از نقض آن قوانین را شامل شود تا بیشتر پیشرفت حقوق بشر افراد بیمار. بنابراین هدف اصلی قانونگذاری حمایت از اعضا از خطرات عمومی مانند ترد شدن و تحقیر و تبعیض علیه زنان در جامعه است. در واقع ضرورت قانونگذاری دلیلی برای درک بیشتر موقعیت زنان، جامعه و فشارهای اقتصادی بر دوش زنان بیمار و خانواده های آنان است.<sup>۱</sup> چراکه نقض اساسی حقوق بشر و آزادیهای و محرومیت از حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سراسر جهان همگی در فرد بیمار اثر سوء دارد. ازاینرو این امر در سالهای اخیر (۲۰۰۱ میلادی)مورد توجه سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت. البته قانونگذاری درمورد حق سلامت جسمی و روانی باید براساس اصول بنیادی، ارزشها، اهداف و موضوعات سیاست سلامتی تدوین و تصویب گردد. این چنین قانونگذاری است که برای تضمین حقوق زنان و اهداف حمایتی از زنان بیمار و حقوق بنیادین آنها امری اساسی بشمار می رود. در این خصوص گزارش ۲۰۰۱ میلادی سازمان بهداشت جهانی بیان می دارد، «از ۱۶۰ کشور، برخلاف نیمی از آنها، تقریبا ۱/۴ آنها هیچ قانونی در خصوص سلامتی ندارند و کشورهای دارنده نیز قوانین سلامتی شان تقریبا برای دهه های گذشته و قدیمی اند. لذا دولتها لازم که قوانین ملی در مورد سلامتی را امروزی کنند تا دربردارنده حقوق بین الملل شری شوند و موجب اعمال اصول مهم ذکر شده در قطعنامه ۴۶/۱۱۹ شوند.»

---

<sup>۱</sup> ازریابی اینکه بالغ بر ۳۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان تحت تاثیر افسردگی، ۴۵ میلیون مبتلا به اسکیزوفرنی و ۲۵ میلیون دارای بیماری توهم اند.



فقدان سلامت جسمی و روانی مطلوب که هر روزه بسیاری از بیماران آنرا تجربه می کنند، ناشی از عدم دستیابی به فرصتهای استخدامی، تبعیض در دسترسی به خدمات، منابع سلامتی و سیاستگذاری مناسب می باشد که اغلب نیز رو به افزایش است. از اینرو قانونگذاری مکانیسم مهمی برای تضمین کافی و مناسب در برخورداری از مراقبتهای بهداشتی، رفتار و حمایتی از حقوق بشر این افراد و ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی آنان می شود. و برای ایجاد سیاستهای ملی و برنامه ها و به تناسب آن ایجاد قانونگذاری و حقوق برای زنان نیازمند گامهای مشخص و معین از فعالیتهاست که این امر باید بر پایه دانش صحیح و توصیفات بشری انجام پذیرد. اکثر کشورهای در حال توسعه نیازمند افزایش بودجه و سرمایه کافی برای برنامه های خود هستند. از اینرو در این خصوص لازم که با برخی سازمان های بین المللی (مالی) همکاری نمایند از آنان کمک بگیرند. در نتیجه می توانند اصلاحات سلامتی را در قوانین خود لحاظ دارند و با طرح های بیمه سلامتی فاقد هرگونه تبعیض برای زنان کم درآمد یا فاقد درآمد (زنان خانه دار و بیمار یا سالمند) به منظور دسترسی بیشتر به درمان و کاهش مسائل مراقبتی از حق بر برخورداری از سلامت جسمی و روانی و نیز سایر حقوق اساسی آنان حمایت و قابل تحقق نمایند.

در واقع رابطه ای میان ایجاد قانون و تحقق حق بر سلامت وجود دارد. حتی با عدم شناسایی قانون خاص در مورد حق بر سلامت روشن است که چارچوب حقوقی در دسترسی افراد و گروه های آسیب پذیر به منافع ضروری برای کاهش بیماری و مرگ و میر تاثیر گذار است. و همچنین در ایجاد کیفیت بالای تجهیزات و خدمات بهداشتی، دسترسی به مراقبتهای بهداشتی با کیفیت، حمایت از سایر حقوق بشر، حقوق رفتاری با بیماران، توسعه و حمایت های دوره ای منظم، قانونگذاری نسبت به زنان در جامعه و حمایت جهانی از تمام افراد بویژه زنان کم درآمد مبتلا به بیماری های عفونی و خاص.

همچنین با ایجاد حقوق زنان از طریق اتخاذ قانونگذاری، زمینه سازی در جهت ارتقاء سطح موضع گیری زنان در امور اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و مبارزه با ریشه مظلومی چون فقر، تبعیض و خشونت علیه

آنان خواهد بود. در واقع نابرابری های جنسی و تبعیض موضوع اصلی در بسیاری از جوامع سراسر دنیا می باشد. نابرابری ها و رویه های تبعیض آمیز که می تواند دلیلی بر ایجاد انواع بیماری ها در زنان شود. زنان اغلب در شرایط دسترسی به خدمات سلامتی مانند فقدان مالی و عدم اهمیت در جامعه نسبت به آنها، مورد تبعیض قرار می گیرند. قانونگذاری بطور فعالانهای ممکن به چنین نابرابری ها و تبعیضاتی تعادل بخشد.<sup>۱</sup> از انجائیکه زنان بر طبق ماده ۱۲ می بایست از تسهیلات کافی برخوردار شوند، قانونگذاری (در سطح ملی و بین المللی) می تواند این تسهیلات بهداشتی را برای زنان و آنانیکه در مقایسه با مردان از تسهیلات بهداشتی برخوردار نیستند، تضمین نماید. این حمایت های می تواند در شکل ایجاد تسهیلات کافی برای مادران شاغل در برخورداری از پرستار، ارائه مهارت به زنان کارمند که چطور بتوانند از خود و کودکشان حمایت نمایند. و باید متخصصین برای درمان و حل مسائل زنان در هر زمینه و یا مشکلاتشان با خانواده را تضمین نمایند. همچنین زنان در برخی کشورها بدلیل فرهنگی و اجتماعی محروم از بیمارستان ها و مراقبت سلامتی می شوند، که به لحاظ قانونی نیاز به قانونگذاری دولتشان در چنین رویه هایی را خواستار است. این قانونگذاری باید از دسترسی برابر به خدمات سلامتی مانند رفتار اجتماعی و تسهیلات منع شده برای زنان را ارتقا بخشد. قانونگذار باید در بخش هایی که موکدا مجزا کننده زن و مرد است بازنگری نمایند و توجه خاصی را به وضعیت مالی به خصوص در زنان آسیب پذیر برای بهره مندی از تسهیلات سلامتی جهت حمایت اساسی آنها نمایند.

کمیتة نیز رهنمودهایی را در قالب مجموعه ای از قوانین مرتبط با سلامتی، تامین آب آشامیدنی سالم، مسکن، تغذیه مناسب و محیط زیست سالم، عدم تبعیض و سوء استفاده جنسی از کودکان و زنان و بیماری های قابل انتقال را پیش بینی کرده است. و از دول عضو می خواهد که با اتخاذ اقدامات ضروری به کاهش

---

<sup>۱</sup> در این خصوص کنوانسیون نظیر کنوانسیون منع هر گونه تبعیض علیه زنان (CEDAW) که تعریفی از موقعیتهای تبعیض آمیز علیه زنان از نظر جنسی و وظایف ملی دولتها و خاتمه دادن به چنین تبعیضاتی را ارائه داشته موجی از راهنمای ها را برای توسعه قانونگذاری در کشورهای کم توسعه را ایجاد نموده است.

بیماری ها و مرگ و میر کمک نمایند. از اینرو هر کشوری با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی اجتماعی و منابع خاص خود می تواند دست به اقدام قانونگزاری مناسب در جهت ایجاد حقوق زنان بردارد. یکی از این موارد ایجاد حقوق زنان؛ قانونگزاری به منظور برخوردار بودن از حق شکایت علیه اقدامات غیر قانونی (اعم از عمومی و خصوصی) در ارتباط با آزمایش های غیر ضروری و آسیب رسان چون آزمایشات با پرتوهای هسته ای، تجویز داروهای غیر مجاز برای انجام تحقیقات دولتی بر روی اتباع خود، ادعاهایی مربوط به هر نوع تبعیض در بهره مندی افراد از خدمات درمانی و مراقبتهای پزشکی نسبت به مردان و زنان با موقعیت پایین اقتصادی و اجتماعی می باشد. همچنین یکی از مهمترین اقدامات برای ایجاد حقوق زنان، تصویب طرح های تامین اجتماعی و حفظ درآمد که اهمیت خاصی برای زنان بویژه زنان کم درآمد و خانه دار دارد. چراکه در قواعد استاندارد آمده «دولتها باید تامین حمایت کافی از درآمد اشخاص و یا اشخاص دارای معلولیت را تضمین نمایند، اشخاصی که به هر دلیل یا عواملی بطور موقت درآمد خود را از دست داده اند یا درآمد آنها کاهش یافته و یا از فرصت های اشتغال محروم شده اند.»<sup>1</sup> در واقع این حمایت نه تنها باید از طریق ایجاد قانون بلکه باید متناسب با نیازهای ویژه به مساعدت و سایر هزینه ها و مراقبت از اشخاصی باشد که دارای معلولیت و عمدتا زنان را تحت پوشش قرار دهد. با اقدام به این کار از تحقیر و منزوی شدن فرد فاقد موقعیت اقتصادی و اجتماعی و نیز حمایت مالی از خانواده های آنان، از بروز بسیاری بیماری های سلامتی هم در سطح جسمی و هم روانی پیشگیری می شود. و این الزام می تواند زنان ناتوان را قادر سازد تا هر زمان که مایل اند با خانواده خود زندگی کنند تا این ناتوانی آنان موجب نشود که از بسیاری فرصتهای دیگر چون تجربه جنسی، داشتن روابط جنسی سالم و تجربه مادر شدن محروم گردند. چراکه عقیم سازی و نیز انجام سقط جنین بر روی زنان دارای ناتوانی جسمی بدون رضایت آنها همچنین بهره کشی، سوء استفاده و بی توجهی به آنها نقض شدید ماده ۱۰(۲) میثاق فوق می

---

<sup>1</sup>Langfeld,p88. Ibid,Standard Rules)Rule 8, para.1 .

باشد. به علاوه همسو یا توصیه های کنوانسیون های بین المللی کار یا پول، دولت‌ها باید به منظور جامه عمل پوشاندی به تعهدات خود، مقرراتی را جهت تامین و تدارک مزایای برای زنان سرپرست را هم تحت تامین اجتماعی و یا مستمری و اختصاص دادن مزایای پیری غیر مشارکتی و سایر کمک ها به همه سالمندان مطابق ماده ۹ میثاق، که به هنگام رسیدن به سن مقرر در قانون داخلی را پرداخت نمایند. مستمری پیری که زنان سالمند از دیگر مزایا یا کمک تامین اجتماعی برخوردار نیستند و یا در آمدی دیگری ندارند را دولت‌ها در قانون و در حدود منابع خود وارد نمایند. این قبیل قوانین و مقررات در بهره مندی از خدمات و مراقبتهای بهداشتی و در حد نهادینه شدن آن در جامعه، زنان را قادر می سازد تا احترام کامل به حقوق و کرامت ذاتی خود را حفظ نمایند.

## ۲) توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی

شاید مبالغه آمیزترین خصیصه حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، اتکاء آن به منابع اقتصادی باشد. این مسئله دلیل عمده در تفاوت بین حقوق مدنی و سیاسی با حقوق اقتصادی و اجتماعی است و توجیه اصلی دولت‌ها در اعمال تدریجی تعهدات خود و وجود نظام گزارش دهی بر نظارت در ایفای این حقوق می باشد. از اینرو کمیته همواره مراقب بوده تا دولت‌ها مسائل و مشکلات توسعه ای خود را بزرگ نمایی نکنند و در شرایط وضعیتی دشوار و سخت اقتصادی باید ملاحظات مربوط به حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی را مورد توجه قرار دهند. یکی از بهترین اقدامات در ایفای تعهدات دولت‌ها در راستای اهداف توسعه این است، زمانی که منابع کافی در اختیار ندارد این تعهد بر دوش دیگر دولت‌ها نهاده می شوند تا تلاش نمایند بیشترین حد ممکن بهره مندی از حق های مرتبط را در اوضاع و احوال حاکم تامین نمایند. از اینرو نظر کمیته نیز بر این است که با توسعه اقتصادی، فرآیند رشد اقتصادی بر تحقق حقوق بشر اثر می گذارد و انرا ارتقا می دهد. به عنوان یک راهکار موثر تلاشهای خاص دولت‌ها برای تضمین حمایت از حقوق مندرج در میثاق بویژه حق بر سلامت جسمی و روانی زنان در همه برنامه ها و خط مشی های مرتبط با توسعه در تعدیل ساختن

وضعیت حقوق اقتصادی و اجتماعی موثر بر زندگی افراد خود است. البته باید گفت که در زمینه توسعه اقتصادی و اجتماعی مقوله برابری را که در قلب میثاق جای دارد را نباید از نظر دور داشت. ایجاد یا حفظ نهادهای رفاه دولتی و شبکه های تامین اجتماعی (تامین غذا، مسکن و تامین اجتماعی و سلامتی) با توزیع برابر منافع مادی در بین همه اعضای جامعه تحقق می پذیرد. چراکه اهداف میثاق تحت تاثیر برابری فرصت در معنی قوی آن است. بنابراین به نظر می رسد دولتها متعهدند همه موانع بر سر راه ارتقا را یا بطور قانونی یا عملی محو نمایند.

توسعه اقتصادی بر توسعه اجتماعی اثر مستقیمی دارد و چنانچه برابری و عدم تبعیض رعایت نشود، زنان به عنوان نیمی از جامعه نمی توانند از فرصت برابر در دستیابی به حقوق و بطور خاص تر به حق بر سلامتی برخوردار گردند. روشن است که در اکثر کشورهای در حال توسعه شکلی از تبعیض در سنت های مدنی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی کشور نهفته است در نتیجه زنان از سطح موقعیتی اقتصادی و اجتماعی پایینی برخوردارند و به تناسب آن عاجز در اعمال مراقبتهای سلامتی یا پیشگیری در انواع بیماریها و مرگ و میر کودکان خود می گردد. درخصوص مقابله با هرمانع در دستیابی به حق بر سلامت زنان، مانند فقر، تبعیض و خشونت بویژه خشونت های خانگی بیش از پیش نیازمند مداخله چندبخشی و فراگیر با حضور تمامی سازمان های دولتی و غیر دولتی درگیر در امر بهبود وضعیت زنان می باشد. در واقع برای رفع خشونت باید به نوعی با ایجاد ساختار اجتماعی و فرهنگی با آن مقابله کرد. همچنین برای تقویت نقش زنان در فرآیند توسعه اجتماعی کشور اقدامات اساسی باید انجام شوند منجمله اینکه ظرفیت سازی و توانمندسازی آنان جهت مشارکت در برنامه های بهداشتی، پیش نیاز اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه به شمار می رود و حق بر سلامت در گروه های خاص سلامتی چون زنان مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی بهتر برای همگان را هموار می سازد. البته آگاهی روز افزون در مباحث سلامت زنان همانطور که بیان شد، موجب فزونی تلاش های بهداشت همگانی در سازماندهی

فعالیت‌ها و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری در اقشار مختلف زنان شده است. نکته قابل توجه اینکه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین جمعیتی جوامع در حال توسعه و وضعیت زنان آنان متفاوت است و موجب پیامدهای متفاوتی بر ابعاد مختلف بهداشت و سلامت آنان می‌شود که باید در برنامه‌ریزی و توسعه حقوق اقتصادی، اجتماعی به آنها توجه لازم را مبذول داشت. چراکه مسوولیت و نقش‌های چندگانه و متعدد زنان در جامعه و خانواده، سلامت جسمی و روانی آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد. در بسیاری از جوامع زنان بار مضاعف را تحمل می‌کنند و از آنها انتظار می‌رود که هم مسوول کارهای خانه باشند و به نیازهای همسر و فرزندان و گاهی خویشاوندان دیگر رسیدگی کنند. از اینرو در دستیابی به حقوق اقتصادی و اجتماعی خود حتی در برخی جوامع در حال توسعه از ابتدایی‌ترین حقوق خود بی‌بهره می‌مانند و این خود عاملی می‌شود که هرچه بیشتر زنان را منزوی و در نتیجه مانع توانمندی آنان می‌شود.

همچنین در کشورهای در حال گذار اقتصادی اند، برخی سیاستهای تجاری ممکن اثر منفی بر فقر گذارد و یا منجر به افزایش درصد بیماری‌های روانی شود. هر چند که هدف از توسعه و برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی شان در بسیاری از اصلاحات اقتصادی در این کشورها کاهش فقر است، ولی باز افزایش فقر رخ دهد. ممکن اینگونه تعبیر شود که اصلاحات اقتصادی مسائل سلامتی را کاهش می‌دهد ولیکن بدلیل وجود رابطه بین فقر و سلامتی، نه تنها ابتلا به بیماری ارتباط کامل با فقر دارد بلکه خود نیز موجب فقر هم می‌شود. همچنین از لحاظ روانی، امید به زندگی در فرد به شدت سقوط کرده، که خود افزایش هزینه مراقبتهای پزشکی و تحلیل و کاهش کلی در استفاده از خدمات اجتماعی را منعکس می‌نماید. از سوی دیگر برای افزایش توسعه کامل اقتصادی باید نابرابری‌ها به عنوان جزئی از استراتژی‌ها کاهش یابند. همچنین برای این توسعه اقتصادی باید با بیکاری نیز مقابله شود. برای مثال در بسیاری از کشورهای در حال گذار اصلاحات اقتصادی درصد زیادی از زنان و مردان کار خود را از دست دادند و در نتیجه با مسائل عدیده

روانی و به تناسب آن جسمی روبرو شدند. از اینرو در بازسازی هر سیاست و توسعه اقتصادی باید شرایط مر بوطه و سطح استخدامی مورد ارزیابی قرار گیرد. و در صورت وجود چنین عواقبی باید سیاستها بازنگری شود و یا استراتژی هایی را در نظر گیرند که حداقل برخوردی با این مسائل داشته باشند. همچنین سطح بالای بیماری های زنان یا سطح کم سلامتی و مرز بالای بیماری های روانی بطور مشخص نقش موقعیت اجتماعی در مرز مرگ و میر زنان را نشان می دهد. متأسفانه این سطح بالای بیماری در زنان اکثراً در بین زنانی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در چرخه های توسعه نیافتگی و پایینی زندگی می کنند بیشتر وجود دارد. و برای ارتقا سلامت زنان با موقعیت اقتصادی اجتماعی (که از موانع دستیابی به حق بر سلامت است) نیازمند بیان ابزارها و علل مرگ و میر در بین بیماران رفتاریهای منفی سلامتی (الکل و سیگار) و عدم توسعه یافتگی اقتصادی اجتماعی جامعه خود است.

چراکه در کشورهای در حال توسعه زنان به علت عدم آموزش کافی یا ساختار غلط اجتماعی چندان در توسعه نقشی ندارند و در نتیجه مسائل سلامتی ناشی از عدم کار یا حضور در جامعه را بوجود می آورد. چراکه افراد بیکار به نسبت ابتلا به بیماری های جسمی، درصد بالایی از بیماری های روانی را شامل می شوند که به تناسب با وجود فقر سلامت جسمی شان نیز به خطر می افتد. بر طبق آمار ۶۰٪ کودکان محروم از تحصیلات ابتدایی را دختران تشکیل میدهند، زنان تنها بطور متوسط ۱۴٪ کرسی های پارلمان را به خود اختصاص داده اند. بنابراین دولتها نه تنها باید با ایجاد فعالیتهای و خط مشی های خود به آموزش زنان و دختران بلکه به استخدام این افراد نیز به همراه سیاست ضد تبعیض توجه نماید. همچنین زنان علاوه بر حمایتها و اتخاذ سیاستهای دولتمردان خود، نیازمند حمایت های برخی از شرکتهای و بخش های صنعتی در بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی می باشند، گرچه برای بیشتر شرکتهای مسئله دادن فرصت برابر و شناسایی زنان به عنوان کارمندان ارزشمند، و یا شرکای کسب و کار و سهامدار مشکل به نظر می رسد ولی باید این را در نظر داشت که شرکت ها نقش غیر مستقیمی را در حوزه ارتقا سلامتی ایفا می نمایند نظیر

تقویت توان اقتصادی زنان کارآفرین، کارمند و تولید کننده آنها با استخدام هر چه بیشتر زنان و حمایت از برنامه های متنوع در محیط کار و آزاد از هر گونه تبعیض، یا توسعه ارتباط های شرکتی یا برنامه های اعتباری جهت زنان کارآفرین موجبات تقویت مهارتهای فنی و بازاریابی، تقویت استراتژی در دستیابی به فن آوری، برقراری ارتباط های شرکتی و شناسایی فرصت های جدید بازار در سطح داخلی و جهانی را ایجاد می نمایند.

در کل تغییرات و تحولات در ساختارهای اجتماعی و سیاستهای اقتصادی برای دستیابی به اهداف توسعه حقوق بشری از منظر جهانی و بطور خاص در کشورهای در حال توسعه می تواند از طریق ایجاد برابری جنسیتی و توانمند ساختن زنان صورت گیرد. با اختصاص دادن امکانات به ظرفیتهای اجتماعی نیز می توان روندی را به عنوان نتیجه ای مستقیم از تغییرات در سیاست اقتصادی کشورها و یا در شرایط موجود بدست آورد. و با توسعه اجتماعی نسبت به کل جمعیت می توان سرمایه گذاری در کشورها آنها از طریق خیرین یا تاسیساتی نظیر IMF یا بانک جهانی را ایجاد نمود. و با وامهای مشترک ساختاری به کشورهای در حال توسعه با ویژگی های مورد تقاضا و پذیرش سیاستهای اقتصادی بازار آزاد جهت تشویق سرمایه گذاری خارجی در این توسعه گام برداشت. و با مسئولیت های تجارتي، پیشرفت خارجی و عدم ارزیابی پول محلی، خصوصی سازی بخش دولتی این توسعه را موثرتر سازند چراکه این توسعه توسط بازرنگری و اصلاح استخدام بخش عمومی و ایجاد رفاه اجتماعی همراه می باشد. مراقبتهای سلامتی، آموزش و حتی اختصاص بودجه برای بهبود وضعیت بهداشت و آموزش افراد متخصص می تواند به سرعت توسعه اقتصادی اجتماعی و در نتیجه ارتقا حق بر سلامت زنان را موجب شود و از هزینه های اضافی بر دوش خانواده ها جلوگیری نمایند. بنابراین تصمیمات سیاسی اقتصادی می تواند آغازگر مهمی در امر توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی زنان باشد. از اینرو با توسعه حقوق اقتصادی، حقوق اجتماعی زنان نیز افزایش



یافته و از اثرات زیانبار بیماری های افسردگی، عدم امید به زندگی و استرس پیشگیری نمود و موجبات توانمندی و توسعه فردی را فراهم آورد.

### ۳) ایجاد جامعه مدنی

امروزه موضوع حقوق بشر و واکنش های جهانی نسبت به نقض آن و به نوعی اهداف توسعه انسانی در بسیاری از جوامع انسانی در راس موضوعات مربوط به امنیت انسانی قرار گرفته است. امنیت کامل انسانی تنها زمانی می تواند محقق شود که جامعه مدنی نقش و جایگاه بیشتری در نظارت و همچنین حمایت از فعالیت های حکومت ها برای تامین امنیت انسانی بعهده بگیرد. بعبارت دیگر، رشد و بالندگی جامعه مدنی، موجب نظارت و مشارکت بیشتر شهروندان در اهداف، برنامه ها و سیاست های حکومتی می گردد و این خود سبب تقویت و ارتقاء حقوق شهروندی و رعایت بیشتر آن از سوی حکومت ها می شود. نتیجه این روند، ارتقاء سطح امنیت انسانی خواهد بود. همچنین راه دیگر اعاده حقوق بشر، نفی تفاوت ها نیست بلکه راه درست آن پذیرش واقعیت تفاوتها خصوصا میان دو جنس زن و مرد است و با در نظر گرفتن اشتراکات و افتراقات بین آنها مشارکت اجتماعی و فرهنگی را تحت عنوان جامعه مدنی را ایجاد نمود و موجبات توانمندی و ارتقا حقوق شان را فراهم آورد.

توسعه انسانی و یا ارتقا حق بر سلامت روحی و روانی زنان در سطوح و طبقات مختلف اجتماعی از طریق ایجاد حقوق و جامعه مدنی است که خود را نشان می دهد در واقع ایجاد حقوق و آزادی های اساسی برای زنان و در نتیجه برخوردار بودن از حقوق اقتصادی و اجتماعی جز در یک جامعه مدنی و دموکراتیک نخواهد توانست اثر چندانی بر ارتقا وضعیت حقوقی زنان در جامعه بگذارد و آنان را توانمند در همه زمینه نماید. لذا برای ایجاد حقوق زنان و توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی آنان نیازمند جامعه مدنی خواهیم بود، مقوله ای که هم پای دو مورد قبل می توان گفت از اهمیت یکسانی برخوردار است. در واقع یکی از

موارد مهم در توانمندسازی زنان، دستیابی به حضور فعال و مشارکت آنان در تصمیم‌گیریها و تصمیم‌سازیهای جامعه خود است و این مهم بدست نمی‌آید مگر در سایه ایجاد و توسعه جامعه مدنی. همانطور که اشاره شد با ایجاد حقوق زنان و توسعه حقوق اقتصادی اجتماعی آنان در جامعه تنها در پرتو جامعه ای دموکراتیک یعنی برخوردار از حقوق مدنی سیاسی در کنار حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی است که می‌توانند از تمامی حقوق خود در جهت توانمندی و ارتقا آن بهره‌مند گردند. در واقع این دو مقوله به نوعی مکمل و مرتبط بهم اند، و یکی بدون دیگری نمی‌تواند به بقا خود چندان به نحو مطلوب ادامه دهد. از آنجاییکه لازمه جامعه مدنی، برخورداری از حقوق مدنی و سیاسی است که این خود به تشکیل حکومت دموکراسی کمک می‌کند، حق بر سلامت نیز به عنوان یکی از حقوق مهم بشری، نیازمند اختیارات بیشتر برای برخی اقدامات جهت حمایت از سلامت جمعیت از سوی دولت (تعهد دولت) می‌باشد. مسئله ای که پیش می‌آید اینکه آیا برای تحقق این حق منافع فردی باید در نظر گرفته شود یا عمومی. برای مثال حق بر سلامت ممکن خواستار پذیرش برنامه‌های واکسیناسیون در رابطه با پیشگیری سرایت برخی بیماری‌ها یا تکمیل برنامه‌های جداسازی در رابطه با پیشگیری سرایت برخی انواع سرطان‌ها باشد. این ضرورت می‌تواند تعارضی بین چنین اقدامات سلامتی دولتی با منافع مدنی و سیاسی افراد و بطور دقیقتر بین حق بر سلامت و حقوق مدنی و سیاسی (تمامیت جسمی و خصوصی) فرد را پیش آورد. همچنین مسائل جانبی برخی بیماری‌های عفونی ناشی از همین امر است که در پرتو همین امور اجرا می‌شود. به عنوان نمونه شخص می‌تواند مجبور به تحمل واکسیناسیون برای سیاستی که نه تنها به نفع خود فرد است بلکه دلیل بزرگ تری بر سیاست حق حمایت از افراد در مقابل شیوع بیماری‌ها می‌باشد. مسائل این چنینی ممکن در اقدامات مقابله با شیوع ایدز بوجود آید. لذا در چنین مواردی دولت باید توازن بین نیاز به حمایت از سلامتی افراد در سطح وسیع و منافع افراد را در نظر گیرد. در این رابطه لازم است مشخص شود که حق بر سلامت بیشتر از آنکه حق عمومی باشد یک حق فردی است. حقوق بشر بیشتر از اینکه به اقدامات مورد

نیاز سلامت عمومی از سوی دولتها را طلب کند بدنبال فراهم آوردن آزادی و حق بر خورداری از خدمات سلامتی برای افراد است.<sup>۱</sup> اگرچه با توجه به مراتب بالا، دولت تعهد به حمایت<sup>۲</sup> از حق بر سلامتی شهروندان خود دارد، اما این دلیلی بر این امر نیست که با اتخاذ چنین اقداماتی سایر حق های فرد را مانند حق تمامیت فیزیکی و حق حریم خصوصی افراد را در برخی بیماری های مسری نقض کند. در این خصوص می توان به هدف کنفرانس جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۹۳ میلادی اشاره کرد، هدف این کنفرانس به بررسی ارتباط بین توسعه و بهره مندی هر فرد از حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مدنی بود. سرانجام اعلامیه نهایی و برنامه عمل کنفرانس بیان داشت که دموکراسی و توسعه و احترام به حقوق و آزادی های اساسی وابستگی متقابل دارند و همدیگر را تقویت می کنند؛ هرچند فقدان توسعه، توجیه کننده نقض حقوق بشر شناخته شده بین المللی نیست ولیکن حق توسعه، بهره مندی از تمام زمینه های حقوق بشر را تسهیل می نماید.

از اینرو می توان اینگونه بیان داشت که، تلاش برای دستیابی به چگونگی و نحوه مشارکت فعال زنان در تصمیم گیریها و تصمیم سازیهای جامعه خود تا آن حد حائز اهمیت است که نه تنها با توسعه حقوق اقتصادی و اجتماعی بوجود می آید بلکه با ایجاد جامعه مدنی این مشارکت ملموس تر خواهد شد. برای مثال در کشورهای درحال توسعه و یا کمتر توسعه یافته (اکثر کشورهای خاورمیانه و عربی) نظام حقوقی این کشورها به دلیل تمامیت خواه بودن حکام و غیر دموکراسی آن، از حقوق چندان توسعه یافته ای برخوردار نیستند و به تناسب زنان در سطح موقعیتی اقتصادی و اجتماعی پایینی و فاقد سلامت جسمی و روانی رضایت بخشی هستند. بنابراین وجود یک جامعه مدنی ضروری به نظر می رسد.

---

<sup>۱</sup> Marilyn. Langfeld, *Mental Health: New Understanding, New Hope*, (World health organization, Geneva 27, 2001, p. 97.

<sup>۲</sup> ibid. Marilyn. Langfeld, p. 97.

از میان تمام عوامل موثر در توسعه حق بر سلامت، حکومتها نقش بسزایی را در ایجاد توانمندسازی زنان از طریق مشارکت دادن آنان در تصمیم‌گیری‌ها، در کاهش تحقیر و تبعیض، ارتقا حقوق بشر و افزایش برابری و کیفیت خدمات دارا می‌باشند. به علاوه برای ارتقا نتایج این حق، بخش‌های متفاوت دولتی را برای مشارکت با یکدیگر و ایجاد جامعه مدنی با اتخاذ برنامه‌های هدفمند می‌تواند فعال نماید. ارتباط جامعه مدنی و حکومت به نحوی است که می‌تواند برای حمایت و تقویت گروه‌های خاص چون زنان در استفاده از خدمات سلامتی فرصتهایی را برای آنان جهت ابراز دیدگاه خود و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های دولتی ایجاد نماید. همچنین با وجود جامعه مدنی موسسات تحقیقاتی و دانشگاهی با حضور زنان از طریق یافته‌های تحقیقاتی خود می‌توانند در سیاست‌های ترکیبی و کلی در ارتقا نتایج سلامتی اقداماتی را انجام دهند. همچنین آژانسهای دوجانبه و سازمان‌های تحقیقاتی بین‌المللی مشارکت کلیدی در امر تحقق این حق برای زنان داشته‌باشند. از اینرو با شناسایی شرایط سلامت جسمی و روانی زنان از طریق این موسسات و سازمان‌ها و حضور زنان با وجود جامعه مدنی، زنان می‌توانند در ساختارهای توسعه، هدفمند کردن رفع موانع سلامتی در مراقبتهای اولیه، در افزایش آموزش و خدمات اجتماعی و نیز موجبات اصلاح و بازنگری منظم و قانونی را برای حمایت بیشتر از حق بر سلامتی خود را فراهم آورند. همچنین بازنگری سازمان ملل در سطوح ملی نیازمند هدف‌گذاری در برنامه‌های کاری و بودجه‌ای از طریق آژانسها که می‌توانند نتایج تحقیقاتی موسسات سلامتی را در گروه زنان تقدم‌بدارند و با توجه به گزارش دولتها، در هدف‌گذاری سلامت و با توجه به بستر اعمال آن در کشورهای برخوردار از حقوق مدنی و سیاسی، در جهت تقویت سیاستها و خط‌مشی‌ها اقداماتی را انجام دهند.

#### ۴) اعمال سیاستهای سلامتی

برای حمایت و افزایش سلامت روانی و جسمی زنان نیاز به کار ترکیبی شامل تصمیمات چندجانبه است. بدین معنی که نیازمند ایجاد و انتخاب مقدماتی جهت تنظیم موارد مورد نیاز سلامت جسمی و روانی،

شرایط، خدمات، اعمال رفتارها، استراتژی های پیشگیرانه و مترقی می باشد. استراتژی های پیشگیرانه و خدمات سلامتی باید هماهنگ با سایر خدماتی نظیر امنیت اجتماعی (جامعه مدنی)، آموزش، استخدام و مسکن مناسب باشد. از اینرو بهتر است از نتایج سلامتی تا جایکه موثر در اتخاذ تصمیمات باشد باید مورد توجه قرار گیرد.

دولتها برای تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان دارای مسئولیتی اند. مسئولیتی که متضمن اتخاذ فعالیتهای تکمیلی در تحقق این حق می باشد. در واقع یک نقش مهم در نظارت بر نحوه این فعالیتهای تکمیلی و توسعه ای حقوق مندرج در میثاق، اعمال یا اتخاذ سیاست سلامتی می باشد. چراکه در اکثر موضوعات مرتبط با حق بر سلامتی یا حتی سایر حق های دیگر، سیاست تعیین کننده تعاریفات و نقشهای حمایتی از این حق در بخش های خصوصی سرمایه گذاری، ایجاد قانون و مقررات، ساختارهای معین سیاسی و ترتیبات سازمانی موردنیاز در سطح عمومی و خصوصی برای عینیت بخشیدن به سلامت جسمی و روانی فرد و ایجاد ظرفیت و توسعه سازماندهی و نیز ارائه توصیه برای هزینه های مقدماتی در این خصوص است. چراکه بر اساس داده های برنامه اطلس سازمان بهداشت جهانی از ۱۸۱ کشور، تقریباً نیمی از آنها کمتر از ۱٪ از بودجه خود را به سلامت اختصاص داده اند. عدم منابع یا محدودیت منابع باعث می شود که مانعی در تحقق این حق که بطور خاص مرتبط با زنان و کودکان است، باشد. از اینرو سیاست سلامتی نه تنها برای نتایج مطلوب لازم است بلکه برای ارائه برنامه و طرح سلامتی حتی با منابع اندک نیز مناسب است. در این سیاستهای کلی سلامتی مانند سیاستهای دارویی و نحوه توزیع نوشیدنی های الکلی، باید تمامی واقعیتهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مطابق سنت، مذهب، قومیت و ملیت مورد شناسایی قرار گیرند تا بتوان خط مشی و استراتژی هایی را لحاظ داشت که به بسیاری از مسائل پاسخ دهد. چراکه ارائه خدمات و داروهای درمانی از موضوعات خاصی اند که ارائه آنها نیاز به داشتن اطلاعات نسبت به هر سطح و موقعیت فرد دارد در غیر اینصورت عواقب منفی بر امنیت عمومی و حتی آموزش، پیشگیری و

تعهدات و محدودیتهای دول می شود. همچنین در پروسه سیاستهای سلامتی باید تمام جوانب تاثیر گذار بر افراد مانند بیماران، خانواده های آنان، متخصصین، ساست گذاری ها و سایر امور مرتبط با سلامتی را در نظر گرفته شود. از اینرو این سیاستها باید متقدم و قابل دستیابی نسبت به سایر اقدامات و بر اساس منابع مشخص و حداکثر آن در نظر گرفته شوند. البته باید گفت که شکل گیری و ارزیابی این سیاستها نیازمند وجود اعمال وظایف و همکاری با حداقل شاخصه های سلامتی است. و بر دولتهاست که از منابع سیستم اطلاعاتی خود برای تعیین شاخصه های اقتصادی اجتماعی سلامتی بر زنان آگاه شود و موقعیتهای سلامتی جمعیت و تعهدات بر آنان (شامل ویژگی های خاص مانند جنس و سن) را لحاظ دارد.

حال با بیان جوانب موثر در توانمندی زنان می توان به یکی از اهداف توسعه انسانی دست یافت. در واقع با توانمندی زنان برخی از شاخصه های عمومی چون موارد ذکر شده بدست می آید. گرچه اولویت بندی دقیقی از این شاخصه ها وجود ندارد. ولیکن توجه به شاخص توسعه انسانی سازمان ملل ۱۹۹۰ می تواند به عنوان یک معیار ارزشمند در انعکاس محورهای مهم پیشرفت انسانی منجمله وضعیت کلی سلامتی، مورد ارزیابی کشورها از لحاظ میزان برخورداری از توسعه در نظر گرفته شود. از اینرو توجه به این امر ضرورت دارد.

#### ب) شاخصه های توسعه انسانی

در ابتدا یکی از کاملترین شاخصه ها ، شاخصه عام سازمان ملل برای ارزیابی کشورها مشتمل بر ۴۰ شاخص بود که سلامت کلی افراد جامعه را با دو معیار بیماری ها و امید به زندگی تعدیل شده با ناتوانی ها تخمین می زد. به دلیل عدم کفایت این شاخصه ها در تعیین وسعت مشکلات و پیشرفت یا عدم پیشرفت در امر سلامت زنان، می توان شاخص توسعه انسانی<sup>۱</sup> ۱۹۹۰ میلادی را به عنوان معیار ارزشمندی که محورهای مهم تر پیشرفت انسانی را در انعکاس وضعیت کلی سلامت بیان می داشت، در نظر گرفت. این

<sup>۱</sup> Human Development Index

شاخص توسعه سه معیار اصلی، امید به زندگی، آموزش (سواد) و تولید ناخالص داخلی را در خود لحاظ نموده است. که تاکنون به عنوان مرجع تمام مطالعات در خصوص ارائه میزان و جایگاه هر کشور در جهان از نظر توسعه یافتگی در نظر گرفته می شود. و از آنجاییکه در ابتدا این گزارش به محوریت بودن فرد و آزادی های اساسی آن تاکید دارد لذا توسعه ر می توان افزایش توانمندی های افراد برای انتخاب ابزار زندگی معرفی نمود. در واقع شاخص توسعه انسانی بیان می دارد که هر کشوری تا چه میزان از این سه نیاز اصلی و عمده را برای افراد کشور تامین نموده است و یا برای رسیدن به اهداف اصلی تعیین شده چه فاصله ای را باید پیماید. از اینرو کشورهای جهان از نظر وضعیت توسعه انسانی به سه دسته توسعه انسانی بالا، متوسط و پایین تقسیم می شوند. هدف توسعه انسانی پرورش قابلیت های انسانی می باشد که در خصوص زنان نیز موجب ارتقا حقوق آنان و توانمندی شان می شود.

البته علاوه بر سه شاخص توسعه انسانی در ۱۹۹۰ میلادی، در سال ۱۹۹۵ میلادی شاخص توسعه جنسیتی به عنوان معیار جدیدی برای بررسی وضعیت سلامت زنان و برابری آنان با مردان پیشنهاد شد. ولیکن این شاخص همان شاخص توسعه انسانی بود که با نابرابری جنسیتی تطبیق شده بود. بدلیل وجود نابرابری در تمام کشورها شاخص توسعه انسانی همیشه کمتر از شاخص پیشرفت انسانی می باشد. شاخص توانمندی زنان نیز یک شاخص وابسته به جنس است که نابرابری جنسیتی را از نظر مشارکت و تصمیم گیری اقتصادی و سیاسی می سنجد و یک راه محاسبه نابرابری جنسیتی در کشور می باشد.

بنابراین برای رسیدن به شاخص توسعه انسانی اقتصاددانان از سه شاخص عمده که به عقیده ایشان بخش عمده ای از واقعیت های اقتصادی در آنها نهفته است استفاده می کنند. بهداشت و سلامتی با شاخص نرخ امید به زندگی، علم و دانش با شاخص نرخ باسوادی و وضعیت اقتصادی با شاخص درآمد سرانه سه متغیر اصلی هستند که سه ضلع شاخص توسعه انسانی را تشکیل می دهند. که برای دستیابی به تمام اهداف توسعه هزاره ضروری می باشد. در واقع این موارد را در خصوص زنان می توان اینگونه بیان داشت که یا رفع موانع

مؤثر در دستیابی به سلامت مطلوبی زنان و با ارایه آموزش و سایر موارد مورد نیاز در ارتقا و تحقق این حق ، توانمندی زنان و به نوعی توسعه یافتگی آنان را منجر شد. از اینرو زنان توانمند به شاخصه های توسعه انسانی بیش از پیش نزدیک می شوند و نه تنها از وضعیت اقتصادی و در امدی برخوردار می گردند بلکه نرخ امید به زندگی آنان نیز افزایش می یابد و در نتیجه به اهداف مورد نظر میثاق(مواد ۱۲(۲) نزدیک می شوند.

آموزش یکی از حقوق اساسی بشر می باشد در واقع آموزش کلید توسعه پایدار و صلح و ثبات در کشورهاست و لذا یک وسیله ضروری برای مشارکت مؤثر افراد در جامعه می باشد. ضرورت توجه به آموزش در زنان به عنوان یک شاخصه انسانی موجب ارتقا و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی و نیز محافظت کننده زنان در مقابل خطرات سلامتی می باشد. در واقع آموزش زنان را به سمت اشتغال درآمدزا و به نوعی مشارکت و توسعه اجتماعی سوق می دهد و استقلال آنان را تضمین می نماید. از اینرو زنان تحصیل کرده کارایی بیشتری برای ورود به عرصه های مدیریتی و سیاست گذاری در حوزه های مختلف خود را خواهند داشت. در واقع آموزش کمک به توسعه انسانی و توانمندسازی دارد و فرد آموزش دیده به عنوان یک سرمایه انسانی در راستای اهداف توسعه انسانی سازمان ملل گام بر می دارد. گرچه رشد مطلوب شاخص های پیشرفت انسانی با فقر در ارتباط است و زنان را ناتوان از دریافت مراقبتهای بهداشتی می نماید ولیکن حتی با افزایش تولید ناخالص ملی، امید به زندگی بالا را در پی نخواهد داشت. چراکه توزیع بهتر خدمات بهداشتی و رفاهی، توجه به آموزش زنان و دسترسی آسان به مراقبتهای بهداشتی، بهبود وضعیت سلامت زنان را در پی خواهد داشت. در واقع سلامت هر فرد تحت تاثیر دسترسی به اطلاعات سلامتی و نیز مراقبتهای بهداشتی(هم پیشگیری و هم درمان) قرار دارد.

همچنین افزایش سطح سواد زنان با میزان کاهش مرگ و میر نوزادان و مادران همراه است و منجر به افزایش امید به زندگی زنان، شاخصه دیگر توسعه انسانی، می شود. و از انجائیکه امید به زندگی بیشتر به



عوامل اجتماعی، فرهنگی و رفتاری بستگی دارد به عنوان یکی از شاخصه های توسعه انسانی نقش مهمی را در سلامت فرد ایفا می نماید چراکه این عوامل شامل نابرابری در امر تغذیه و مراقبتهای بهداشتی در کودکان می شود. که در برخی موارد حتی مزیت های زیست محیطی را تحت تاثیر قرار می دهد و منجر به مرگ و میر بیشتر در دختران می شود.

از شاخص های جهانی دیگر که بیانگر استفاده بهینه از توانمندی های زنان در تمامی عرصه های اقتصادی می باشد، توسعه اقتصاد ناخالص ملی است. در واقع وجود برابری های جنسیتی از لحاظ دستمزد و شرایط کار موجب مشارکت زنان و معیاری در توسعه یافتگی کشورها می شود. بدلیل اهمیت برخوردار بودن زنان از وضعیت اقتصادی ترویج حقوق و استقلال اقتصادی زنان از جمله امکان اشتغال شرایط مناسب کار و کنترل منابع اقتصادی، ایجاد امکانات دسترسی برابر برای زنان به منابع، اشتغال، بازار و تجارت، حذف جداسازی شغلی و هرگونه تبعیض در اشتغال حمایت از ایجاد هماهنگی در تقسیم مسئولیت های خانوادگی برای زنان و مردان از سوی برخی کنفرانس ها مورد تاکید قرار گرفت. در واقع حضور زنان در سطوح تصمیم گیری ملی و بین المللی شاخص های مربوط به توانمندی های زنان ارتقا می یابد و بدین ترتیب اراده جدی سیاسی برای بستر سازی جهت حضور زنان در عرصه های تصمیم گیری فراهم می گردد.

همانطور که گفته شد توسعه انسانی تنها وابسته به رشد و سطح درآمد نمی تواند باشد بلکه ضرورت استفاده از منابع را به عنوان توسعه پایدار را بوجود می آورد. در واقع هدف توسعه انسانی پرورش قابلیت های انسانی محسوب می باشد. در حالیکه توسعه پایدار به عنوان یک فرایند که لازمه بهبود و پیشرفت است، اساس بهبود وضعیت و رفع کاستی های اجتماعی، فرهنگی جوامع پیشرفته است و باید موتور محرکه پیشرفت متعادل، متناسب و هماهنگ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تمامی جوامع و بویژه کشورهای در حال توسعه باشد. از اینرو توسعه پایدار علاوه بر جوانب اقتصادی و اجتماعی و سیاسی دارای راهکارهای عملی و شاخص های معینی چون از میان بردن فقر توسعه برابری جنسیتی و توانمندی

زنان، کاهش مرگ و میر و بهبود بهداشت مادران، مبارزه با ایدز، تضمین محیط زیست و مشارکت جهانی برای توسعه می شود. که این راهکارها برای برای درک عموم مردم و پی گیری اجرایی مسوولین دولتی و غیردولتی در چهار چوب برنامه های توسعه ملی است. درکل نگاهی به مجموعه مسایل مطرح شده در ذیل توسعه پایدار نشان می دهد اولاً توسعه با صفت پایداری در برگیرنده ابعاد اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی است. ثانیاً جنبه های مذکور با همه زیر مجموعه های مربوط به خود با یکدیگر مرتبط اند و درک ارتباط متقابل آنها برای دوری از جزیی نگری، تک بعدی اندیشی هنگام مفهوم سازی، نهادسازی، تدوین برنامه ها و اجرای آنها اهمیت بی بدیلی دارد.

بنابراین توسعه پایدار فقط حفاظت از پاکی رودخانه ها و هوا، مدیریت پسماندهای جامد، بهره برداری توأم با حفاظت از جنگل ها، مراتع و ذخائر دریائی نیست بلکه منشوری است از رشد اقتصادی، گسترش عدالت و کاهش فقر و بیسوادی و توسعه هر چه بیشتر آزادی های اجتماعی و فردی و استقرار حکمرانی خوب و تصویب قوانین مناسب حقوق شهروندی با حضور و مشارکت کلیه اقشار جامعه.<sup>۱</sup>

در واقع از آنجائیکه توسعه پایدار، انسان محور است و با توجه به گستردگی مباحث و قابلیت های بسیار آن به عنوان یکی از مهمترین چالش های قرن بیست و یکم تبدیل شده است، انسان، محور توسعه و مستحق بهداشت، امنیت، فرهنگ، آموزش، دانش و توسعه ارتباطات و اطلاعات در نظر گرفته شده است. بنابراین به منظور ایجاد دستور کار جامعی برای پیشرفت این اهداف محدود به زمان و شاخص های معین، از این اهداف توسعه هزاره<sup>۲</sup>، تنها هشت هدف توسط کشور مورد پذیرش قرار گرفت و در طی نشست هزاره سازمان ملل متحد در سپتامبر ۲۰۰۰ میلادی در مقر سازمان ملل متحد به امضاء رسید.

از اینرو با اتخاذ این اعلامیه و متعهد شدن دولتها به آن (هشت آرمان از اهداف توسعه هزاره) که محدود به

<sup>۱</sup> ضرابی، توسعه پایدار در جهان صنعتی و در حال توسعه، تهران، مجله رشد آموزش جغرافیا، ش. ۵۹.

<sup>۲</sup> Millennium Development Goals

زمان و قابل سنجش میباشند، تلاشها در جهت دستیابی به تمام اهداف توسعه هزاره شامل مبارزه با فقر، گرسنگی، بیماری، بیسوادی، پس رفت محیط زیست و تبعیض بر علیه زنان بوده و پایداری محیط زیست صورت می پذیرد. از اینرو تلاش دولتها برای ارتقا سلامت زنان و توانمندی آنان در راستای این اهداف کمک به پیشرفت و اتخاذ قدمهای موثر برای رفع مسایل مربوط به فقر در دستورالعمل پیشرفت جهانی و ملی می نماید.

در هر حال اهداف توسعه هزاره، گامی اساسی به طرف ایجاد مشارکت واقعی برای توسعه می باشد و تعریف واقعی مشارکت را نمایان می سازد. چراکه دنیا باید تحلیل روشنی از تداوم وجود مسائل مرتبط با این اهداف بویژه فقر جهانی داشته باشد تا از چگونگی موانع بزرگ در برابر رفع این مسائل و همچنین، فعالیت‌های لازم برای مقابله با این معضل آگاه باشند. از اینرو هر کشوری باید در راستای شاخص‌های توسعه انسانی، استراتژی متناسب با شرایط خاص خود را که چگونگی دستیابی به اهداف توسعه هزاره را تعیین می نماید را اعمال نماید.

#### گفتار دوم: توسعه اجتماعی

مفهوم توسعه اجتماعی بسیار جامع تر از توسعه اقتصادی است و اهداف گسترده تری را دنبال می کند. اما این اهداف و ایده ها و نیز مفهوم توسعه اجتماعی به طور دقیق تعریف نشده است. در واقع در تعریف توسعه اجتماعی می توان گفت که بیانگر پدیده بهزیستی کلیه افراد جامعه است. بدین صورت که توسعه اجتماعی یکی از ابعاد اصلی پروسه توسعه و بیانگر کیفیت سیستم اجتماعی در راستای دستیابی به عدالت اجتماعی، ایجاد یکپارچگی و انسجام اجتماعی، افزایش کیفیت زندگی و ارتقاء کیفیت انسانها می باشد. شاخصه های توسعه اجتماعی را می توان به دو گروه شاخصهای کمی و کیفی تقسیم نمود. از عمده ترین شاخصهای کمی توسعه اجتماعی می توان به سطح زندگی، سطح بهره وری، رشد جمعیت، امید به زندگی در بدو تولد، نرخ باسوادی، نرخ مرگ و میر کودکان، توزیع درآمد، مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، نرخ

پوشش انواع بیمه، منابع اجتماعی تولید کالا یا خدمت، نوآوری و خلاقیت اشاره نمود. شاخصه های کیفی توسعه اجتماعی نیز شامل آزادی انتخاب یک جامعه، خواست سیاسی، ثبات و امنیت می باشد.

بنابراین بهبود وضعیت سلامتی زنان یکی از معیارهای مهم توسعه اجتماعی است چراکه با گسترش تسهیلات بهداشتی به ویژه مراقبت های بهداشتی اولیه به لحاظ نقش سازنده زنان در خانواده و سطح جامعه می تواند زمینه ساز رشد قابل ملاحظه امید به زندگی می گردد. بعلاوه افزایش دسترسی زنان به اطلاعات مراقبت ها و خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت مناسب و متناسب با توانایی مالی آنها در طول عمرشان و نیز با ایفای تعهدات دولت ها بر اساس اسناد بین المللی در این خصوص می تواند تقویت مراقبت پیشگیرانه بهداشتی، حمایت از ابتکارهای مربوط به آگاهی جنسیتی و تهیه و توزیع آماری تفکیک شده بر حسب جنسیت را برای زنان فراهم آورد و همانطور که بیان شد توانمندی زنان را موجب شوند. در واقع توانمندسازی زنان، محوری ترین راهکاری است که می تواند با ارتقا موقعیت زنان در جوامع مختلف به احیا موقعیت واقعی زنان منجر شود که در این راستا آموزش نقش ویژه ای را ایفا می کند. چراکه در اکثر کشورها صرف نظر از ساختار اجتماعی آنان زنان توانمند نقش برجسته تری در خانواده و جامعه خود دارند. بدین ترتیب با مشارکت و حضور فعال در جامعه موجبات توسعه اجتماعی را فراهم نمود. از اینرو با دستیابی به تمام شاخصه های توسعه پایدار و نیز اهداف توسعه هزاره که همگی بر این امر تاکید دارند و به عنوان اینکه هریک از زیرمجموعه های توسعه اجتماعی می باشند، می توان به تحقق توسعه اجتماعی جامعه عمل پوشاند.

در واقع با رفع فقر، نابرابری جنسیتی و بهبود وضعیت سلامت زنان می توان توسعه اجتماعی را ایجاد نمود. بدین طریق که با ارائه اطلاعات ازاد در جهت رفع باورهای سنتی سلامتی افراد که ممکن است خطرات جدی جسمی و رفتاری در زنان به همراه داشته باشد، می توان ارتقا ساختار اجتماعی و فرهنگی را سبب شد. همچنین برای تحقق شاخصه های توسعه اجتماعی می بایست به عوامل اقتصادی، اجتماعی فرهنگی،

قانونی ساختاری و زیست محیطی در هر کشور و یا هر جامعه ای موثر در سلامت جسمی و روانی زنان توجه شود. در حقیقت با پژوهش در خصوص مشخصات زندگی زنان است که می توان امیدی به اتخاذ استراتژی هایی در جهت ارتقا حق بر سلامت جسمی و روانی زنان داشت و شاهد توسعه اجتماعی بود. توسعه ای که نه تنها برای زنان در جهت مشارکت و برخورداری از وضعیت اقتصادی (توانمندی) و دستیابی به هدف توسعه انسانی می شود بلکه اثرات مثبتی را برای همگان که همان هدف توسعه اجتماعی است را به ارمغان می آورد.

همچنین به سبب اهمیت دستیابی به توسعه اجتماعی برای تحقق حقوق بشری می توان به برخی مواد مورد شناسایی معاهدات بین المللی نیز اشاره نمود منجمله؛ ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر «هرکس به عنوان عضو جامعه حق تامین اجتماعی دارد و بجاست که به وسیله مساعی ملی و همکاری بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود را که لازمه حیثیت و ارتقا آزادانه شخصیت اوست با رعایت تشکیلات و منابع هر کشور بدست آورد». بند یک ماده ۲۵ همین اعلامیه، با تصریح بیشتر اعلام می دارد «هر کس حق دارد از سطح زندگی شایسته برای تامین سلامتی و رفاه خود و خانواده اش از حیث خوراک، پوشاک، مسکن، مراقبتهای پزشکی و دیگر خدمات اجتماعی لازم برخوردار باشد. ....». ماده ۹ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در این رابطه نیز مقرر می دارد «کشورهای طرف این میثاق حق برخورداری از تامین اجتماعی، از جمله بیمه اجتماعی را برای کلیه افراد به رسمیت می شناسند». همچنین طبق ماده ۲۴ میثاق مذکور این توسعه بایست به نحوی اعمال شود که به سایر مقررات صدمه ای وارد ننماید. و بر طبق ماده ۲۵ میثاق مذکور در برخورداری از حقوق اجتماعی (سطح زندگی شایسته) که در سلامت جسمی و روانی نقش دارد) می بایست از حمایت های خاص برخوردار گردند. از اینرو ارزش گذاری جامعه نسبت به زن و موقعیت و جایگاه او در جامعه عاملی است که اثر مهمی بر وضعیت سلامت زنان به عنوان محوری از توسعه انسانی و نیز بر توسعه اجتماعی دارد.

## نتیجه گیری:

میان پیشرفتهای انسانی و وضعیت حق سلامت جامعه بشری ارتباط مستقیمی وجود دارد. با ارتقا و ارائه سیستم های بهداشتی و رفاهی، دنیا به سمت برخورداری از یک جامعه سالم گام بر می دارد. از اینرو بهبود وضعیت کلی سلامت در جامعه و تضمین سایر حقوق بشری می تواند موجب دستیابی به شاخص های کلی سلامتی چون سعادت و بهزیستی شود. در این میان دستیابی به حق سلامت و سعادت زنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. چراکه حق سلامت زنان مطمئن ترین راه برای رسیدن به اهداف کلی سلامتی و ارتقا کیفیت زندگی برای همه انسانها خواهد بود. در واقع زنان با وضعیت مطلوب سلامتی از توانمندی و زندگی بهتری و به تناسب از حقوق اساسی بیشتری برخوردارند. بدین معنی که برخورداری زنان از حق بر سلامت جسمی و روانی می تواند موجبات توانمندی و ارتقا سایر حقوق آنان را به همراه بیاورد چراکه حقوق بشری بهم وابسته و مرتبط است.

از اینرو زنان به عنوان نیمی از جمعیت بشری برای دستیابی به این حق عمدتاً با عوامل و موانع موثری چون عوامل اقتصادی، ساختار اجتماعی و فرهنگی و نیز برخی موارد دیگر که به نوعی ریشه در این موانع اصلی دارند، مواجه اند. فقر و عدم اشتغال و استقلال اقتصادی در زنان موجب وابستگی و نیز عدم آموزش در زنان می شود که این خود انزوا و بسیاری از مسایل تهدید کننده در سلامت جسمی و روانی زنان را به همراه خواهد داشت. البته وجود ساختار فرهنگی اجتماعی و ادب و سنن مرسوم و رایج در جامعه (تعصبات و تبعیض) نه تنها بر وضعیت اقتصادی زنان اثر سوء می گذارد و مانع مشارکت زنان در جامعه و امور خود می شود بلکه بر سلامت و نابرابری ها و نیز عدم دستیابی به خدمات درمانی و پیشگیرانه در زنان می شود که بعضاً مشکلات جدی و خطرناکی را برا زنان ایجاد می نماید. در کنار موانع اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی نسبت به زنان که به نوعی بر یکدیگر نیز تاثیر دارند، موانع دیگری چون ابتلا به بیماری

های عفونی چون ایدز، خشونت و حتی همسران آنها نیز تاثیر بر عدم دستیابی به سلامت مطلوب در زنان دارد. در واقع این موانع بدلیل وجود تبعیض و نابرابری های جنسیتی و به تناسب آن برخورداری از جایگاه پایین اقتصادی و فرهنگی در زنان می باشد. از اینرو می بایست با اتخاذ اقدامات پیشگیرانه ای چون آموزش و نیز بهبود شرایط بهداشتی و مراقبتی در زنان تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان و یا در صورت وجود مراحل بعدی عدم سلامتی و بیماری در فرد با درمان و ارائه خدمات تحقق این حق را فراهم آورد. از میان اقدامات پیشگیرانه و مهم در امر تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان نقش آموزش و ارائه اطلاعات بسیار حائز اهمیت می باشد و می تواند موجب توانمندی زنان شود. در واقع زنان آموزش دیده و تحصیل کرده، می توانند با خطرات و مشکلات سلامتی مقابله نمایند و در امور خود مشارکت و تصمیم گیری نمایند. همچنین اغلب از ازدواج موفق تری برخوردارند و در نتیجه از شاخص های توسعه انسانی برخوردارترند.

از اینرو دولتها می بایست در راستای تحقق این حق، با اتخاذ اقداماتی در راستای میثاق بین المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی به تعهدات خود عمل نمایند. در واقع دولتها با توجه به توسعه تدریجی تعهدات ملزمند که با حداقل منابع قابل دسترس و موجود و در صلاحیت خود اقدامات حداقلی را لحاظ دارند. همچنین در صورت ضرورت محدودیت ها و موانع در تحقق این حق را برطرف سازد (تعهد به احترام) و یا از این حقوق در مقابل تعرض سایرین حمایت نماید (تعهد به حمایت) و یا با وضع قانون و مقرراتی زمینه تحقق این حق را فراهم آورد (تعهد به ایفا). همچنین همانطور که بیان شد، دولتها نه تنها در مقابل تعهدات خود متعهدند بلکه در قبال هر نقضی از این تعهدات مسئول نیز می باشند. مسئولیتی که می تواند هم نسبت به خود و هم نسبت به دول ثالث باشد. و لازم است که در این خصوص با یکدیگر همکاری های بین المللی لازم را مبذول دارند. گذشته از این امور سازمان ملل نیز از طریق ارگان های خود

بر نحوه اجرای این تعهدات نظارت دارند. نظارتی که می تواند منجر به ارائه توصیه نامه هایی به دول عضو شود. البته در این خصوص برخی سازمان های بین المللی که به عنوان کارگزاری های تخصصی سازمان ملل اند، کارگزاری های تخصصی چون سازمان بهداشت جهانی، سازمان بین المللی کار، یونسکو و سازمان های مالی بین المللی، می توانند از طریق ارائه توصیه ها و راهکارهای به دولتها در اجرای تعهدات یاری رسانند.

در واقع با رفع موانع بر دستیابی حق بر سلامت زنان و نیز اتخاذ اقدامات موثر در خصوص تحقق حق بر سلامت زنان بویژه آموزش، می توان موجب ارتقا این حق در زنان شد و با کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، بهبود وضعیت سلامت مادران و نیز برخورداری از اشتغال درآمدزا موجبات توانمندی زنان را فراهم آورد. در نتیجه با توانمندی زنان به عنوان یکی از اهداف گزارش توسعه انسانی سازمان ملل دست یافت. در واقع با توسعه انسانی و توانمندسازی زنان نه تنها بهبود وضعیت سلامت و رفاه زندگی برای زنان را به ارمغان می آورد بلکه بدلیل نقش و جایگاه ویژه زنان در خانواده و جامعه می توانند توسعه اجتماعی را نیز موجب شود.

از آنجائیکه نقش زنان به عنوان نیمی از جمعیت فعال جهان در فرایند توسعه آن گونه که باید و شاید مورد توجه قرار نگرفته است، از این رو برای رفع موانع عمده در تحقق حق بر سلامت جسمی و روانی زنان و سازماندهی مناسب و توانمندسازی آنان در فرایند توسعه، برنامه ریزی و اقدامات اصولی مورد نیاز است که تنها با وضع قانونگذاری صرف نمی توان به این حق دست یافت بلکه لازم است با ارائه آموزش مستمر به زنان بویژه دختران نوجوان نه تنها سعی در ارتقا سطح آگاهی و توانمندی آنان نمود بلکه با انجام پژوهشهای لازم برای تهیه تصویر کامل تر از وضعیت موجود، موجبات تغییر فرهنگ و سنن اجتماعی



مخرب در سلامت جسمی و روانی زنان را فراهم آورد تا از این رهیافت شاهد برابری انسانی دو جنس و

احترام به حقوق هر دو باشیم.

## \*\*فهرست منابع\*\*

### منابع فارسی

#### الف) کتب:

- ۱) اسلامی ندوشن، محمد علی، ذکر مناقب حقوق بشر در جهان سوم، تهران: نشر توس، ۱۳۵۷.
- ۲) آقایی، بهمن، فرهنگ حقوق بشر، تهران: نشر گنج دانش، ۱۳۷۶.
- ۳) آر. کریوتون، متیوسی، چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مترجم: محمد حبیبی مجنده، نشر دانشگاه مفید، پاییز ۱۳۸۷.
- ۴) دانش پژوه، مصطفی، مقدمه علم حقوق، نشر سمت، ۱۳۹۸.
- ۵) ذاکریان، مهدی، حقوق بشر و خاورمیانه، مرکز پژوهش های علمی و مطالعات استراتژیک خاورمیانه، ۱۳۸۲.
- ۶) شایگان، فریده، طارم سری، مسعود و دیگران، تقویت همکاری های بین المللی در زمینه حقوق بشر، دانشگاه تهران، ۱۳۸۲.
- ۷) صانعی، پرویز، حقوق و اجتماع در رابطه با عوامل اجتماعی و روانی، تهران: طرح نو، ۱۳۸۱.
- ۸) صفاری، محسن، اصول و مبانی آموزش و بهداشت و ارتقا سلامت، نشر سماط، ۱۳۸۷.
- ۹) طباطبایی موتمنی، منوچهر، آزادیهای عمومی و حقوق بشر، تهران، دانشگاه تهران، ۱۳۷۰.
- ۱۰) طاهری، آزاده السادات، نظام مبتنی بر معاهدات حقوق بشری سازمان ملل متحد، دانشگاه تهران، ۱۳۸۹.
- ۱۱) گزارش جهانی خشونت و سلامت، مترجمین: مامک افتخاری، شهرام رفیعی فر، جمشید کرمانچی، مرکز تحقیقات سلامت زنان فردا، موسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان، تهران: تندیس، ۱۳۸۶.

۱۲) کار، مهرانگیز، رفع تبعیض از زنان (مقایسه کنوانسیون رفع تبعیض از زنان با قوانین داخلی ایران)، تهران: نشر پروین، ۱۳۷۸.

۱۳) کار پایه عمل و اعلامیه پکن، مترجم: علی آرین، علی میرسعید قاضی، نشر دفتر امور زنان در نهاد ریاست جمهوری، زمستان ۱۳۷۵.

۱۴) کریمی، علی، حقوق و آزادی های فردی، انتشارات روز، تهران ۱۳۴۵.

۱۵) منصور نژاد، محمد، هویت زنان و حقوق بشر، تهران: نشر جوان پویا، ۱۳۸۲.

۱۶) مهرپرور، حسین، نظام بین الملل حقوق بشر، تهران: نشر اطلاعات، ۱۳۷۳.

۱۷) مجموعه مقالات اولین همایش توانمندسازی زنان، مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری، شهریور ۱۳۷۹.

۱۸) نلسون، جین و پریسکات، دیو، چارچوبی برای عمل شرکتها، بنگاههای اقتصادی، بازرگانان و آرمانهای توسعه هزاره، برنامه توسعه سازمان ملل متحد UNDP، دفتر سازمان ملل متحد، تهران.

۱۹) وکیل، امیرساعد، حقوق بشر، صلح و امنیت بین المللی، تهران: نشر مجد ۱۳۸۳.

۲۰) هاشمی سید محمد، حقوق بشر و آزادیهای اساسی، تهران، نشر میزان، ۱۳۸۴.

ب) مقالات:

۲۱) احمدی، حمید، بهروز، علی صادقین، توسعه انسانی هدف توسعه هزاره، روزنامه ایران، ۲۹ شهریور ۱۳۸۶.

۲۲) الوانی، سید مهدی، مژگان ضرغامی فرد، نقش زنان در توسعه، تدبیر، ش ۱۱۳، ۱۳۸۰.

۲۳) زیبا کلام، صادق، اسلام، غرب، زنان و اصلاحات، فصلنامه فرزانه، ش ۱۰، زمستان ۱۳۷۹.

۲۴) ضربی، اصغر، توسعه پایدار در جهان صنعتی و در حال توسعه، تهران، مجله رشد آموزش جغرافیا،

ش. ۵۹.

۲۵) غفاری، غلامرضا "زنان و توسعه اجتماعی" مجله حقوق زنان، ش. ۱۰، ۱۳۸۸.

۲۶) هدایت .. فلسفی، تدوین و اعتلای حقوق بشر در جامعه بین المللی، مجله تحقیقات حقوقی، دانشگاه

بهشتی، شماره ۱۶ و ۱۷.

۲۷) موسی زاده، رضا، جزوه درسی سازمان های بین المللی، دانشگاه پیام نور. ۱۳۸۷.

### ج) پایان نامه ها:

۲۸) اسکندری، فریبا، بررسی وضعیت روانی و اجتماعی زنان مبتلا به سقط، پایان نامه کارشناسی ارشد،

دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۶۸.

۲۹) خویشوند، زهرا، حق زنان و کودکان بر سلامت از دیدگاه حقوق بین الملل بشر، رساله فوق لیسانس

رشته حقوق بین الملل، دانشگاه پیام نور (تهران)، ۱۳۸۹.

۳۰) نادری پور، افسانه، سازمان ملل متحد و حقوق زنان با تاکید بر کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض

نسبت به زنان، رساله فوق لیسانس رشته حقوق بین الملل، دانشگاه تهران، ۱۳۷۴.

۳۱) نادری، زهره، عوامل خانوادگی موثر بر سلامت روان زنان سالمند، رساله فوق لیسانس ۱۳۸۶.

### English book:

1) Abtbury, Jill ,**Psychosocial and mental health aspects of women's health,** , World Health Organization 1993.

2) Abtbury, Jill ,**Women's mental health: An evidence based review,** World Health Organization, 2000.

- 3) Berkman DS et al. **Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a fallow-up study.** Lancet, 2002.
- 4) Carla AbouZahr, Isabelle de Zoysa and Claudia García Moreno, **Women and health : today's evidence tomorrow's agenda.**,. Publications of the World Health Organization 1999.
- 5) Charles Henry, **Human Rights Education for a New World Order**, in peter juviler and brtram gross(eds.), Human Rights for21st century, ;ondon:M.E.Sharpe,1993.
- 6) Craven Matthew ,**The International covenant on Economic ,social and cultural Rights** ,. clarendon press ,oxford ,New york ,second published, 1998.
- 7) DE.,Stewart, Rondon M. ,Damiani G., **International psychosocial and systemic issues in womens mental health**, arch women ment health 2001.
- 8) Eide, Asbyorn- Krause, Catarina - Allen Rosas , **Economic, Social and Cultural Right's as Human Rights**, .published by Kluwer law international 2001.
- 9) Funk, Michelle, Drew, Natalie, **Who Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation**, World health organization, Geneva27,2005.
- 10) George, A. L., **Human resources for health: a gender analysis.**Paper commissioned by the women and Gender Equity Knowledge Network.World health organization ,Geneva, 2007.
- 11) Hegarty, Angela, Leonard, Siobhan, **Human Rights: an agenda for the 21<sup>st</sup> century**, Cavendish publishing, first published ,1999.
- 12) H. L. Fuenzalida- Puelma and S. Scholle Connor(eds.),**the Right to health in the Americas**,who,1989.

- 13) **Human Rights a compilation of international instruments**, volume 1 Regional instruments ,united nations, New York Geneva 1997part1.
- 14) **Human Rights a compilation of international instruments**, volume 1 Regional instruments ,united nations, New York Geneva part2,1997.
- 15) **Human Rights a compilation of international instruments**, volume 2 Regional instruments,united nations, New York Geneva 1997 .
- 16) **International Health Regulations**, World health organization, Second edition,Geneva,2005.
- 17) Langfeld. Marilyn, **Mental Health:New Underestanding, New Hope**, World health organization, Geneva27,2001.
- 18) **Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries**, Report of the meeting held,World health organization, Geneva,30 jan-1febr.2008.
- 19) Mayhew,C.,Occupational violevce: a neglected occupational health and safety issue?**Policy and Practice in Health and Safety**,2003.
- 20) Nihal jayawickrama , **The Judicial Application of Human Rights Law**,National, Regionaland International jurisprudence, First published , Cambridge university press,2002.
- 21) Oppenheim,L,**International Law**; A Treatise, 2<sup>nd</sup> edn ,1912, loondon;Longmans,Green,Voll.
- 22) P.Smyk,**Womens and Health**,London and new jersey;zed book,1991.
- 23) Reardon Betty, **Educating for Human Dignity**, Pennsylvania: university of Pennsylvania,1995.
- 24) Stacy Humens-Schulz, Brandon Weiss and ect, **Hurvard Human Rights Journal**, By president and Fellow of Harvard College, volume 20, spring 2007.

- 25) **The Situstion of Women and girls: Facts and Figures**, New York, NY,United Nations Childrens Fund,2009.
- 26) Ties Boerma, Andrew Cassels, Susan Holck, Colin Mathers and Thomson Prentice, **Mental Health and Development:Targeting people with mental health as a vulnerable group**, World health organization,Genova,2003.
- 27) **United Nations Action in the field of Human rights united nation**,New York,1988.
- 28) United Nations, **Yearbook of International Law Commission**, 1977 (New York: United Nations, Vol. II,1978).
- 29) ---,**World Conference on Human Rights, the Vienna Declaration and Programme of Avtion**, New York. Department of public unformation,june 1993.
- 30) WHO, **Womens and Health** ,Todays evidence tomorrows agenda,WHO.2002.
- 31) ---, FactSheet No.31,**The Right of Health**,who,2007.
- 32) --- and UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. **Progress on drinking water and sanitation**, New York, NY,and Geneva, UNICEF and World health organization,2008.

سایت ها:

- 1) <http://www.developmentgoals.org>
- 2) <http://www.critcrim.org/summarizing-the-new-us-census-bureau-report-income-and-poverty-the-rich-continue-get- richer>.
- 3) <http://www.iran-chabar.de/Archive/maghale/keyvan/keyvan830423.htm>
- 4) <http://www.Law1.blogfa.com/>
- 5) [www.Namaye/namamatn/easy search.aspx/](http://www.Namaye/namamatn/easy search.aspx/)
- 6) <http://www.ohchr.org/english/boodies/treaty/subscribr.htm>
- 7) <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf /mdg2007>.

- 8) <http://www.unifem.org/progress/2008/mdgsGender-2.html>
- 9) <http://www.who.int/entity/hac/network/newsletter/Final-hie-n20-%20jun-2005-finalpdf>.
- 10) <http://www.who.int/social-determinants/resources/Human-resources-for-health-wgk2007>.
- 11) <http://www.who.int/hhr/en/health>
- 12) [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf)



