

Achievements of International law in fulfillment of right to health in disabled children

*Kosar Firouzpour**¹

1. Ph.D in International Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

*. **Corresponding Author:** Email: kosar.fl1990@gmail.com



Publisher:
Shahr-e- Danesh
Research And Study
Institute of Law

Article Type:
Original Research

DOI:
10.48300/JLR.2021.132624

Received:
12 August 2020

Accepted:
16 August 2020

Published:
6 September 2021



S.D.I.L.
The SD Institute of Law
Research & Study

A B S T R A C T

Disabled children often need intensive health care in health system. These children suffered from long-term physical, mental and psychological disabilities that accompany with other barriers, affect their effective and equal participation in society. In addition to routine medical care that everyone need, children with disabilities need ongoing assessments and considerations by health professionals, which should continue into adulthood when the impact of the disability on their lives will change. Access to health care elements with good quality and standards is essential for the comfort and development of children with disabilities, their survival in childhood and the transition to adulthood. In this study, by examining international documents in international law, the importance of the right

Copyright & Creative Commons:

© The Author(s). 2021 Open Access. This article is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.



to health for children with disabilities and the need for the attention of government and international legislators were identified and due to the special circumstances of this group, the challenges to achieve this issue was examined.

Keywords: Right to health, Disabled children, Convention on the right of the child, Convention on the Rights of Disabled Persons.

Funding: The author(s) received no financial support (funding, grants, sponsorship) for the research, authorship, and/or publication of this article.

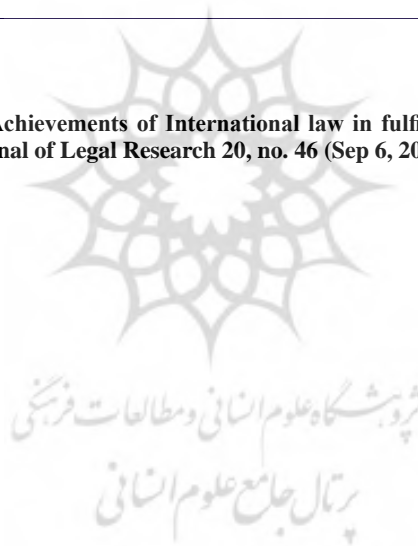
Author contributions:

Kosar Firouzpour: Conceptualization, Methodology, Analysis, Investigation, Resources, Writing - Original Draft, Writing - Review & Editing, Supervision, Project administration.

Competing interests: The author declare that they have no competing interests.

Citation:

Firouzpour, Kosar, "Achievements of International law in fulfillment of right to health in disabled children" *Journal of Legal Research* 20, no. 46 (Sep 6, 2021): 325-346.



دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان

کوثر فیروزپور*

۱. دانش‌آموخته مقطع دکترای حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
*: نویسنده مسئول: Email: kosar.f1990@gmail.com

چکیده:

کودکان ناتوان اغلب نیازمند مراقبت‌های ویژه سلامت هستند و نقص‌های طولانی‌مدت جسمی، ذهنی و روانی دارند که در کنار سایر موانع بر مشارکت مؤثر و برابر آنان در جامعه تأثیر می‌گذارد. علاوه بر مراقبت‌های درمانی معمول، کودکان ناتوان به ارزیابی‌های مداوم متخصصان سلامت نیاز دارند که این امر تا بزرگسالی آنان هنگامی که تأثیر نقص بر زندگی آنان تغییر می‌کند، ادامه دارد. دسترسی به عناصر مراقبت‌های سلامت با کیفیت مطلوب برای آسایش و رشد کودکان ناتوان، بقای آنان در کودکی و گذر به بزرگسالی، امری ضروری است. در این پژوهش با بررسی اسناد بین‌المللی، اهمیت حق بر سلامت برای کودکان ناتوان و لزوم توجه قانونگذاران دولتی و بین‌المللی موردشناسایی قرار گرفت و چالش‌های موجود بر سر راه تحقق این مهم به دلیل شرایط خاص این گروه بررسی شد.



نوع مقاله:
پژوهشی

DOI:
10.48300/JLR.2021.132624

تاریخ دریافت:
۲۲ مرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش:
۲۶ مرداد ۱۳۹۹

تاریخ انتشار:
۱۵ شهریور ۱۴۰۰



پژوهش‌های حقوق

کپی‌رایت و مجوز دسترسی آزاد:



کپی‌رایت مقاله در مجله پژوهش‌های حقوقی نزد نویسنده (ها) حفظ می‌شود. کلیه مقالاتی که در مجله پژوهش‌های حقوقی منتشر می‌شوند با دسترسی آزاد هستند. مقالات تحت شرایط مجوز 4.0 Creative Commons Attribution Non-Commercial License منتشر می‌شوند که اجازه استفاده، توزیع و تولید مثل در هر رسانه‌ای را می‌دهد، به شرط آنکه به مقاله استناد شود. جهت اطلاعات بیشتر می‌توانید به صفحه سیاست‌های دسترسی آزاد نشریه مراجعه کنید.

کلیدواژه‌ها:

حق بر سلامت، کودکان ناتوان، کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون حقوق افراد ناتوان.

حامی مالی:

این مقاله هیچ حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان:

کوثر فیروزپور: مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحلیل، تحقیق و بررسی، منابع، مدیریت پروژه، نوشتن - بررسی و ویرایش، نظارت، نوشتن - پیش‌نویس اصلی.

تعارض منافع:

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

استناددهی:

فیروزپور، کوثر، «دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان». مجله پژوهش‌های حقوقی ۲۰، ش. ۴۶ (۱۵ شهریور ۱۴۰۰): ۳۲۵-۳۴۶.



مقدمه

کودک ناتوان قبل از هر چیز یک کودک است و سپس کودکی که نسبت به سایر کودکان خصوصیات و ویژگی‌هایی استثنایی دارد. به کودکی ناتوان گفته می‌شود که برخلاف اکثریت افراد هم‌سن خود در شرایط عادی قادر به سازگاری با محیط نباشد و از نظر فکری، جسمی، عقلی، رفتاری و عاطفی با همسالان خود فرق کلی داشته و به روش‌های خاص تربیتی، آموزشی و درمانی احتیاج دارد تا بتواند زندگی کند. در یک طبقه‌بندی کلی کودکان ناتوان را می‌توان در سه گروه قرار داد؛ کودکانی که به علت اختلاف بهره هوشی و فعالیت‌های ذهنی از کودکان عادی متمایزند؛ کودکانی که به علت اختلافات و ضایعات مغزی یا اختلافات عملی، مبتلا به اختلافات رفتاری هستند؛ و کودکانی که اختلافات و نقایص حسی و حرکتی و اختلافات عملی رشد دارند. هر یک از این اختلافات ممکن است در دوران حاملگی (مانند سندرم دان)، پس از تولد به علت اختلافات ارثی و مادرزادی یا در طول مراحل رشد مشخص شود. عوامل مختلفی نظیر مشکلات ژنی، بلایای طبیعی، جنگ و تغذیه نامناسب منجر به ناتوانی می‌شود که طیف وسیعی از مشکلات حرکتی، نابینایی، ناشنوایی و نابهنجاری روانی را در بر همراه دارد.^۱

بانک جهانی با همکاری سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ گزارش جهانی در باب ناتوانی منتشر کرد. این گزارش از جامع‌ترین متن‌هایی است که به مسئله کودکان ناتوان و حق بر سلامت آنان می‌پردازد.^۲ مطابق این گزارش، ناتوانی به‌عنوان موضوع جهانی سلامت شناخته می‌شود؛ چراکه کودکان ناتوان در مسیر سلامتی با مشکلات فراوانی روبه‌رو هستند. مطابق این گزارش، کودکان ناتوان به دلیل سبک زندگی غیرمتحرک در معرض چاقی، اضافه وزن و دیابت هستند و ضعف دانش مراقبان آنها منجر به تغذیه نامناسب و نارسایی‌های بدنی می‌شود. مضاف بر آنکه کمبود تسهیلات و فقدان وسایل نقلیه مناسب، دسترسی آنان به مراکز درمانی و توان‌بخشی را غیرممکن می‌کند. درنهایت این عوامل منجر به مشکلات ثانویه در سلامت آنان می‌شود. علاوه‌براین ناتوانی یک موضوع حقوق بشری است؛ چراکه کودکان ناتوان در طول زندگی خود نابرابری‌ها و تبعیض‌های فراوانی را تجربه می‌کنند و در معرض خشونت‌های روحی و جسمی قرار می‌گیرند. این کودکان به دلیل محرومیت از تحصیل و شغل عموماً استانداردهای زندگی پایینی دارند.

مطابق کنوانسیون حقوق کودک، کودکان ملک خانواده، درمانگران یا دولت نیستند؛ بلکه شهروندانی هستند که حق مشارکت در جامعه و روند رشد خود را دارند و کودکان ناتوان باید به خدمات توان‌بخشی و مراقبت سلامت، دسترسی مؤثر داشته باشند و به نیازهای خاص آنان توجه شود. بر همین مبنا کنوانسیون ملل متحد حقوق کودک و کنوانسیون ملل متحد حقوق افراد ناتوان به حق کودکان ناتوان برای دسترسی به بالاترین سطح استاندارد توجه ویژه دارد. در این مقاله بر آنیم

۱. فیروزپور، کوثر، گفت‌وگو با پزشک فوق تخصص اطفال، دکتر احمد تمدنی، مرکز آموزشی و درمانی فوق

تخصصی کودکان شفیع زاده، بابل، ۱۳۹۹/۰۲/۱۸.

2. Sally Hartley et al. *World Report on Disability*, produced jointly by WHO and the World Bank, 13 December 2011

با بررسی حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل به‌طور اختصاصی به لزوم این حق برای کودکان ناتوان پردازیم و چالش‌های موجود بر سر راه تحقق این مهم را ارزیابی کنیم.

۱- حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل

سازمان بهداشت جهانی سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: «وضعیت تندرستی کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری و ضعف».^۳ این تعریف با یک رویکرد قابل توجه به ویژگی‌های مثبت تأکید دارد. سلامت به‌عنوان یک حق با استقرار نظام حقوق بشر جهانی در قرن هجده، وارد ادبیات حقوقی شد.

حق بر سلامت مقرر در حقوق بین‌الملل دربردارنده حق بر خدمات بهداشتی و حق بر داشتن موارد بسیاری است که یک زندگی سالم را شکل می‌دهند نظیر آب آشامیدنی سالم، مواد غذایی کافی، بهداشت، مسکن، آموزش، شغل و شرایط محیطی و اجتماعی مناسب.^۴

چندین سند قانونی بین‌المللی به حق بر سلامت به‌عنوان حقوق اساسی بشر توجه کرده است.^۵ گرچه ادبیات این اسناد باهم متفاوت است؛ اما می‌توان مجموع آن را به‌عنوان حق بر سلامت در نظر گرفت.^۶ در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده که توسعه سلامت کودک اهمیت اساسی دارد و یکی از پایه‌های مهم برای شادی، ارتباطات هماهنگ و امنیت تمامی افراد است. در بند ۱ ماده ۲ اساسنامه آمده که یکی از فعالیت‌های کلیدی سازمان، ارتقای سطح سلامت مادر و فرزند و تقویت توانایی زندگی در محیط در حال تغییر است. اگرچه صریحاً به کودکان مرتبط نیست، مقررات بند ۲ شرح می‌دهد که سازمان بهداشت جهانی باید در ایجاد خدمات سلامت و تسهیلات گروه‌های خاص مساعدت کند. کودکان و نیازهای ویژه آنان در دسترسی به مراقبت‌های سلامت موجب می‌شود که جزء گروه‌های خاص قرار گیرند. مطابق اساسنامه سازمان، کودکان به‌عنوان افراد آسیب‌پذیر نیازمند حمایت هستند. در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ در باب مفهوم حق بر سلامت آمده: «بهرمندی از بالاترین سطح سلامت یکی از حقوق اساسی است که هر فردی بدون تمایز از حیث نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و شرایط اقتصادی - اجتماعی از آن بهره‌مند است.»^۷ سپس در سال ۱۹۴۸ در بند اول ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر به حق بر سلامت توجه شده است. مطابق این بند «هر فرد حق بهره‌مندی از استاندارد سلامت کافی از جمله مراقبت درمانی برای

3. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946

4. WHO Factsheet No.31 on the right to health, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, 2008, 1

5. Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights (U.N.Doc.A/810, 1948), Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and Article 12 of Convention on the Elimination of Discrimination against Women

6. S.L.Spronk-van der Meer, *The right to health of the child* (Cambridge: Intersentia, 2014), 152.

7. Constitution of the World Health Organization (1946) preamble

خود و خانواده‌اش دارد.»^۸

ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی در تدوین خدمات سلامت به‌عنوان حق بشری آورده که دولت‌ها برای تضمین کاهش نرخ مرگ کودکان و مرگ‌ومیر هنگام زایمان و توسعه سلامت کودک باید اقداماتی انجام دهند. این اقدامات ممکن است شامل خدمات مراقبتی پیشگیرانه، خدمات اورژانسی و دسترسی به اطلاعات سلامت باشد. مطابق این ماده:

۱- دولت‌های عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد جسمی و ذهنی به‌رسمیت می‌شناسند.

۲- اقدامات متخذ از سوی دولت‌ها برای تحقق کامل این حق باید ضرورت‌های زیر را دربرگیرد:

- مقرراتی برای کاهش نرخ مرگ‌ومیر کودکان و نوزادان در هنگام زایمان و رشد سالم کودک؛
- ایجاد شرایطی که تمامی خدمات و مراقبت‌های درمانی را در هنگام بیماری تضمین نماید.^۹

توجه به حق سلامت کودکان به‌خوبی در این ماده مشهود است.

تصویب معاهدات حقوق بشری خاص از سال ۱۹۲۴ با پذیرش اعلامیه حقوق کودک (اعلامیه ژنو) توسط جامعه ملل شروع شد. در سال ۱۹۵۹ سازمان ملل با تصویب مجمع عمومی، اعلامیه دوم را جایگزین آن کرد.^{۱۰} پس از آن کنوانسیون حقوق کودک تدوین شد که در کمتر از یک سال در سال ۱۹۹۰ لازم‌الاجرا شد. هیچ معاهده حقوق بشری در تاریخ به این سرعت تصویب نشد. این کنوانسیون سند جهان‌شمول، الزام‌آور و قانونی است.

کنوانسیون حقوق کودک اولین سند بین‌المللی است که هم‌زمان حقوق مدنی، سیاسی و اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی را مورد توجه قرار داده است. حق سلامت کودکان در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک آمده است. ماده دربردارنده حق قانونی استفاده از خدمات برای پیشگیری، درمان بیماری‌ها و شرایط ضروری برای تضمین حداقل‌های بقا است. مقررات اولیه شامل بهره‌مندی تمام کودکان از آب آشامیدنی سالم و غذای مقوی، تسهیلات بهداشتی و سلامت است. با تأکید بر مراقبت بهداشتی، چندین اولویت در نظر گرفته شد؛ از جمله وضع مقررات برای کمک‌های پزشکی و مراقبت سلامت برای همه کودکان. کنوانسیون در این ماده به حق بر سلامت پرداخته و صریحاً بیان می‌کند که حق دسترسی به خدمات سلامت و اقدامات ویژه برای کاهش مرگ کودکان، خدمات سلامت پیشگیرانه و همکاری بین‌المللی برای کمک به کشورهای در حال توسعه برای تحقق چنین حقی ضروری است. این ماده به‌خوبی تعهدات دولت‌ها را در این مسیر روشن می‌سازد و بهترین ماده در حقوق بین‌الملل در حق بر مراقبت‌های سلامت است. با این ماده حق کودکان بر سلامت در حقوق بین‌الملل تثبیت شد اما این پایان مسیر نیست. تفسیر عمومی شماره ۱۴^{۱۱} کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی

8. The Universal Declaration of Human Rights(1948),article 25

9. International Covenant on Economic,Social and Cultural Rights(1966)Article 12

10. UN General Assembly Resolution 1386 (XIV), Declaration of the rights of the child (1959)

11. General Comment No.14, "The Right to the highest attainable standard of health"(international committee on economic social and cultural rights: 11/08/2000. E/C.12/2000/4.CESCR,2000)

و ۱۵ کمیته حقوق کودک به سازکارهای اجرایی این حق پرداختند که در قسمت‌های بعدی به شرح آن خواهیم پرداخت.

دولت‌ها موظف‌اند که حق کودکان را به دسترسی به بالاترین سطح استانداردهای سلامت به‌رسمیت بشناسند و در این راه تضمین کنند که هیچ کودکی از حق دسترسی به مراقبت‌های سلامت محروم نمی‌شود. بدیهی است بالاترین سطح استاندارد مفهومی است که در دولت‌ها و زمان‌های مختلف، تعبیر متفاوتی دارد. در ماده ۳ کنوانسیون حقوق کودک بیان می‌دارد که بهترین منافع کودک باید اولین ملاحظه در تمامی اقدامات مربوط به کودک باشد. این بدان معناست که تمامی کودکان صرف‌نظر از اینکه مهاجر، بومی، بیمار یا پناهنده هستند، باید به‌عنوان کودک در نظر گرفته شوند. بند ۲ ماده ۳ کنوانسیون حقوق کودک بر لزوم توجه به بهترین نفع کودک تأکید دارد. هنگامی که باب تفسیرهای متفاوت باز است باید به تفسیری توجه کرد که بهترین منفعت را برای کودک در نظر می‌گیرد. این اصل که یکی از جنبه‌های ویژه کنوانسیون حقوق کودک است، در اسناد دیگری نظیر بند ۲ ماده ۷ کنوانسیون اشخاص ناتوان نیز آمده است. کمیته کنوانسیون حقوق کودک در نظریه عمومی خود در تعریف این مفهوم آورده که: «مفهوم بهترین نفع کودک پیچیده است و محتوای آن باید بر مبنای هر قضیه به‌طور موردی و بر اساس ویژگی‌های خاص کودک تعیین شود. در واقع این مفهوم منعطف و قابل جرح و تعدیل است.^{۱۲}»

به عقیده کمیته حقوق کودک و نماینده دبیرکل در حوزه خشونت علیه کودکان، به‌منظور تحقق واقعی حقوق کودکان، روش‌های مؤثری برای جبران خسارت خشونت باید لازم‌الاجرا شود.^{۱۳} ایده تصویب پروتکل اختیاری منضم به کنوانسیون حقوق کودک در رابطه با روش‌های ارتباطی کودکان نیز برای حل این خلأ است. این پروتکل در ۱۹ دسامبر ۲۰۱۱ توسط مجمع عمومی تصویب شد و گامی مهم در تأیید حقوق کودکان به‌شمار آمد. باین حال ایرادی که به آن وجود دارد این است که هیچ کودکی در جریان تدوین آن حضور نداشت. این امر می‌توانست تأییدی بر حق مشارکت کودکان به‌عنوان یکی از اصول اساسی کنوانسیون حقوق کودک باشد. این پروتکل مشتمل بر ۲۴ ماده و یک مقدمه است که مقررات آن به چهار بخش تقسیم می‌شود. سازکار شکایت مندرج در پروتکل به اشخاص، گروه‌ها و نماینده‌های آنان این امکان را می‌دهد که نقض حقوق خود را از طریق کمیته حقوق بشری صالح پیگیری کنند. این امر هنگامی که سازکارهای داخلی مناسب وجود ندارد و یا کافی نیست، بسیار ضروری می‌نماید و اهرم فشاری بر دولت‌ها است که حقوق کودکان را تضمین کنند.

کودکان ناتوان یکی از گروه‌های حاشیه‌ای در جامعه هستند که با رفتارهای نامناسب و تبعیض‌های روزانه متفاوتی روبه‌رویند. فقدان مقررات کافی مانع از تحقق حق آنان بر سلامت و حتی حیات

12. CRC Committee, "General Comment No 14: The Right of the Child to Have his or her Best Interests Taken as a Primary Consideration" (2013) UN Doc CRC/C/GC/14art 3/para 14.

13. UN Doc.A/HRC/WG.7, 14 December 2009, Human Rights Council Working Group on an Optional Protocol to the CRC to provide a communication procedure. Marta Santos Pais, Special representative of the Secretary General on Violence against children, p. 2.

می‌شود. آنان اغلب به اطلاعاتی که منجر به رشد فردی، سلامت و گذار آنان به دوران بلوغ می‌شود، دسترسی ندارند. نادیده گرفتن حقوق آنان تأثیر عمیقی بر سایر بخش‌های زندگی آنان دارد که مانع از بروز استعدادهای بالقوه آنان در زمینه اقتصادی، اجتماعی و انسانی می‌شود. به‌منظور بهره‌مندی بدون تبعیض تمام کودکان از حقوق انسانی، ناتوانی باید در تمامی برنامه‌ریزی‌ها و خط‌مشی‌ها مدنظر قرار گیرد.

اولین معاهده بین‌المللی که به حق کودکان ناتوان توجه کرد، ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک بود که صریحاً تبعیض بر مبنای ناتوانی را منع کرد. اشاره صریح ماده ۲ به ناتوانی به‌عنوان یکی از نمونه‌های ممنوعیت تبعیض، حاکی از آن است که کودکان ناتوان از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها هستند. ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک به تعهد دولت‌ها اشاره دارد و اعلام می‌نماید که کودک ناتوان ذهنی یا جسمی حق بهره‌مندی از زندگی شایسته دارد؛ به‌گونه‌ای که کرامت و اعتمادبه‌نفس وی حفظ شود و مشارکت کامل وی در جامعه تضمین شود. ماده ۲۴ آمده که هر کودک حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ضروری دارد. کنوانسیون حقوق افراد ناتوان طبقه‌بندی وسیعی از افراد ناتوان ارائه داد و تأیید کرد که همه افراد با تمامی ناتوانی‌ها باید از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی بهره‌مند شوند. تمامی مقررات مندرج در این کنوانسیون بر کودکان نیز اعمال می‌شود. ماده ۷ این کنوانسیون حقوق اساسی همه کودکان ناتوان را به‌عنوان حق ذاتی آنان تأیید کرد.

برخلاف کنوانسیون حقوق کودک و کنوانسیون حقوق افراد ناتوان، کنوانسیون اروپایی حقوق بشر صریحاً به حق بر سلامت و حقوق کودکان ناتوان اشاره‌ای نکرده است. باوجوداین، دیوان اروپایی حقوق بشر در تفسیر خود بر حمایت کنوانسیون بر حق بر سلامت کودکان ناتوان در شرایط خاص تأکید کرده است. دیوان با تأکید بر ماده ۲ کنوانسیون مبنی بر حق بر زندگی و ماده ۸ کنوانسیون مبنی بر حق داشتن زندگی خانوادگی، به حق بر مراقبت‌های بهداشتی کودکان ناتوان اشاره کرده است. در قضیه گلس^{۱۴} علیه انگلیس، دادگاه اروپایی حقوق بشر دریافت که تصمیم تیم پزشکی در درمان کودک ناتوان برخلاف خواست مادر او و نقض ماده ۸ کنوانسیون است. در این پرونده پزشک معالج کودک ناتوان معتقد بود که کودک در آستانه مرگ است و برای کاهش درد وی به او داروی قوی داد و حتی در پرونده وی یادداشت «احیا نکنید» قرار داد. تمامی این اقدامات برخلاف خواست مادر انجام شد. علی‌رغم این درمان، کودک از بحران نجات یافت و به منزل برگشت. دادگاه معتقد بود که تصمیم پزشک برخلاف حق وی بر زندگی شخصی و خانوادگی مندرج در ماده ۸ کنوانسیون بود و کرامت و تمامیت جسمانی کودک در نظر گرفته نشد. در پرونده دیگر به نام ولنتین^{۱۵} علیه رومانی که مربوط به مرگ یک کودک ناتوان و فرد جوانی بود که تحت مراقبت خانگی و بیمارستان‌های روان پزشکی بود. در این پرونده کودک در شرایط ترسناک نگهداری می‌شد و کمبود غذا، عدم مراقبت پزشکی و محرومیت از ضرورت‌های اولیه منجر به مرگ وی شد. در این پرونده دیوان رأی داد که

14. Glass

15. Valentin Campeanu

ماده ۲ کنوانسیون تعهداتی را به دولت‌ها تحمیل می‌کند و مقاماتی که تصمیم به نگهداری شخص ناتوان می‌گیرند باید با توجه به نیازهای خاص این افراد در تضمین شرایط مناسب و مراقبت از آنها اقدام کنند و در نهایت عدم توجه به شرایط خاص کودک ناتوان منجر به مرگ وی شد.^{۱۶}

۲- حق بر سلامت برای کودکان ناتوان

در ساختار حقوق بین‌الملل بشر به حقوق کودکان ناتوان توجه کمی شده است. تصویب کنوانسیون حقوق کودک در سال ۱۹۸۹ نقطه آغاز این مسیر است. این کنوانسیون سند مهمی در پیشبرد حقوق کودکان است و به مقوله کودکان ناتوان نیز توجه کرده است اما در عمل توجه کمی به حقوق این افراد شده است. کنوانسیون حقوق افراد ناتوان مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۶ برای جبران این خلأ وارد ادبیات حقوقی شد. هدف این کنوانسیون تضمین و پیشبرد بهره‌مندی افراد ناتوان از حقوق و آزادی‌های اساسی است. آمارها نشان می‌دهد از بیلیون‌ها فرد ناتوان که در دنیا زندگی می‌کنند، ۱۵۰-۲۰۰ میلیون نفر از آنها کودک زیر ۱۸ سال هستند. ۹۰ میلیون کودک زیر ۱۴ سال ناتوانی متوسط یا شدید دارند و ۱۳ میلیون کودک از این گروه مشکلات شدیدی را تجربه می‌کنند. ۸۰ درصد کودکان ناتوان در دولت‌های در حال توسعه زندگی می‌کنند.^{۱۷} از آنجایی که کودکان ناتوان مشمول کنوانسیون حقوق کودک می‌شوند، حقوق مشابه با سایر کودکان در زمینه‌های مدنی، اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی دارند. کنوانسیون حقوق کودک صریحاً به کودکان ناتوان اشاره می‌کند. ماده ۲۳ از دولت‌ها می‌خواهد که شرایط زندگی شایسته و مشارکت فعال کودکان ناتوان ذهنی و جسمی را در جامعه فراهم کنند و حق کودک ناتوان را در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توسعه فردی، خدمات بازتوانی و آموزش به رسمیت بشناسند. (ماده ۲۳ بند ۲ و ۳) کنوانسیون با توجه به نیازهای دولت‌های در حال توسعه از دولت‌ها می‌خواهد که از طریق همکاری بین‌المللی، امکان مبادله اطلاعات در زمینه پیشگیری، درمان، آموزش و روش‌های بازتوانی را فراهم کنند. در واقع کودکان ناتوان در دولت‌های توسعه‌یافته و در حال توسعه نسبت به هم‌تایان سالم خود شرایط سخت‌تری را تجربه می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد که کودکان ناتوان در برابر کودک‌کشی و مرگ زودرس آسیب‌پذیرترند^{۱۸} و این امر کاملاً مغایر با قوانین اصلی مندرج در کنوانسیون حقوق کودک مثل حق بر سلامت و حق بر زندگی است.^{۱۹}

کنوانسیون حقوق کودک از قدمت ۲۵ ساله برخوردار است. در حالی که کنوانسیون اشخاص ناتوان در دسامبر ۲۰۰۶ توسط مجمع عمومی به تصویب رسید و در ۲۰۰۸ لازم‌الاجرا شد. از این رو کنوانسیون اشخاص ناتوان تکمیل‌کننده معاهدات حقوق بشری موجود است. این کنوانسیون حق

16. Charles O'Mahony, *Disability law and policy: an analysis of the UN Convention* (Dublin: Clarus Press 2017), 174.

17. WHO & World Bank, *World Report on Children Disability*, 2011

18. UNICEF, *The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education in the CEECIS Region* (2012).

19. Article 6.

جدیدی ایجاد نمی‌کند بلکه درصدد آن است تا بهره‌مندی برابر اشخاص ناتوان را تضمین کند. اگرچه کنوانسیون مقررات خاصی راجع به اشخاص ناتوان دارد اما تأکید ابتدایی آن بر افراد بالغ است و مقررات مربوط به کودکان را به کنوانسیون حقوق کودک واگذار کرد.^{۲۰} در مقدمه این کنوانسیون آمده که کودکان ناتوان همانند سایر کودکان باید از تمامی آزادی‌های اساسی و حقوق بشری بهره‌مند و تعهدات لازم برای تحقق این هدف در کنوانسیون حقوق کودک درج شده است. کنوانسیون حقوق افراد ناتوان به موقعیت نامساعد افراد ناتوان و نقایص موجود در کنوانسیون حقوق کودک برای بهبود حقوق کودکان پرداخت. کنوانسیون با رویکرد چندبعدی به مسئله ناتوانی و تعاملات میان ناتوانی یک فرد و جامعه پرداخت. کنوانسیون در ماده ۱ تصریح کرد که هدف آن ارتقا، حمایت و تضمین بهره‌مندی کامل و مساوی همه افراد ناتوان از حقوق و آزادی‌های اساسی و احترام به کرامت انسانی آنان است. بسیاری از مقررات کنوانسیون حقوق افراد ناتوان به حق بر سلامت اشاره دارد. ماده ۲۵ کنوانسیون، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد ممکن سلامت بدون تبعیض را حق تمام افراد ناتوان دانست. این حق شامل تمامی عناصر حق بر سلامت شامل آزادی، بهره‌مندی، مشارکت، نظارت و پاسخگویی است. این ماده لیست غیرحصری از استانداردها و تعهداتی که دولت‌ها باید در راستای تحقق این مهم انجام دهند، ارائه داد. این لیست شامل دسترسی به خدمات بهداشتی، برنامه‌های درمانی، مقرراتی مبنی بر نزدیکی خدمات به مناطق روستایی، جلوگیری از نقص‌های بیشتر، دسترسی برابر به بیمه‌های سلامت، آموزش متخصصان، ممنوعیت مراقبت جلوگیری از مراقبت‌های بهداشتی به دلیل ناتوانی. سایر مقررات کنوانسیون مکمل ماده ۲۵ است. برای مثال ماده ۵ تمامی اشکال تبعیض را از جمله در مراقبت‌های بهداشتی منع می‌کند. ماده ۹ خواستار در دسترس بودن تمام تسهیلات درمانی، حمل‌ونقل، اطلاعات و ارتباطات است. ماده ۱۰ حق بر زندگی اشخاص ناتوان را تأیید می‌کند. ماده ۲۳ حق بر محرمانه بودن اطلاعات پزشکی فرد ناتوان را می‌پذیرد. ماده ۲۸ حق بر استانداردهای کافی زندگی و حمایت اجتماعی را می‌پذیرد.

- ماده ۷ کنوانسیون درباره کودکان ناتوان مقرر داشته:
- ۱- دولت‌ها باید اقدامات لازم را برای تضمین بهره‌مندی کامل کودکان ناتوان از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، همانند سایر کودکان به کار گیرند.
 - ۲- در تمامی اقدامات مربوط به کودکان ناتوان، باید بهترین منفعت کودک را در نظر گرفت.
- در کنوانسیون حقوق کودک، تبعیض علیه کودکان به دلایل مختلف از جمله ناتوانی منع شده است. از آنجایی که در ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک به لزوم مراقبت خاص از کودکان ناتوان در تمامی سطوح بر مبنای نیازهای ویژه آنان تأکید شد، کنوانسیون حقوق افراد ناتوان در باب کودکان به اشاره‌ای اکتفا کرده است. ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک آمده:
- ۱- دولت‌ها می‌پذیرند که کودکان ناتوان ذهنی یا جسمی باید از زندگی شایسته بهره‌مند باشند؛ به گونه‌ای که زمینه مشارکت فعال آنان در جامعه فراهم شود؛

20. Eva Brems et al., *Children's right law in the human right landscape*, Routledge (Cambridge: Routledge, 2019), 91.

- ۲- دولت‌ها حق کودکان ناتوان را به مراقبت ویژه به رسمیت می‌شناسند و بر مبنای منابع موجود، توسعه مساعدت‌ها به کودکان را تضمین می‌کنند؛
- ۳- دولت‌ها نیازهای خاص کودکان ناتوان را به رسمیت می‌شناسند و تضمین می‌کنند که کمک‌های مندرج در بند ۲ این ماده باید بدون هزینه باشد، منابع مالی برای خانواده‌های آنان در نظر گرفته شود، دسترسی به آموزش و تحصیل، خدمات سلامت، خدمات بازتوانی، آمادگی برای کار به‌منظور تحقق توسعه فردی برایشان فراهم شود.
- ۴- دولت‌ها از طریق همکاری بین‌المللی در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه، رفتار روان‌شناسانه با کودکان ناتوان، آموزش، خدمات فنی و حرفه‌ای و دسترسی به اطلاعات مربوط به روش‌های بازتوانی مبادله اطلاعات می‌کنند و هدف این امر ارتقای توانمندی‌ها و مهارت‌های دولت‌ها است. در این باره به نیازهای دولت‌های در حال توسعه توجه ویژه می‌شود.
- اشاره گذرا به حقوق کودکان ناتوان در کنوانسیون حقوق افراد ناتوان یکی از ایرادهای این کنوانسیون است؛ چراکه کودکان ناتوان اغلب با مسائلی نظیر عدم ثبت مشخصات تولد، تبعیض و خشونت مواجهه‌اند که سایر کودکان یا افراد بالغ ناتوان درکی از آن ندارند؛ بنابراین این کنوانسیون می‌بایست به‌گونه‌ای که با مقررات ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک مغایرت نداشته باشد به وضع مقررات می‌پرداخت؛ چراکه ناتوانی در برخورد با مشکلات محیطی که مانع مشارکت کامل و مساوی کودکان ناتوان در جامعه می‌شود، اثر ناتوانی جسمی و ذهنی را دوچندان می‌کند. بند ب ماده ۲۵ کنوانسیون حقوق افراد ناتوان دولت‌ها را متعهد می‌کند که خدمات درمانی مورد نیاز افراد ناتوان از جمله شناسایی و مداخله مقتضی برای جلوگیری و کاهش ناتوانی‌های بیشتر را برای کودکان به‌کار گیرند. دولت موظف است دسترسی مؤثر آنان را به خدمات بهداشتی تضمین کند. کنوانسیون به حقوق کودکان ناشنوا، نابینا^{۲۱} و حقوق دختران ناتوان^{۲۲}، توجه ویژه‌ای دارد.
- کنوانسیون حقوق افراد ناتوان همانند کنوانسیون‌های قبلی نظیر کنوانسیون حقوق کودک، براساس ماده ۳۴ خود کمیته‌ای از متخصصان ایجاد کرد. دولت‌های عضو ابتدا دو سال بعد از لازم‌الاجرا شدن کنوانسیون و سپس هر ۴ سال یک بار با ارائه گزارشی، کمیته را از روند پیشرفت خود مطلع می‌کنند. این کنوانسیون همانند کنوانسیون حقوق کودک، یک پروتکل اختیاری دارد که به شکایات اشخاص حقیقی رسیدگی می‌کند.^{۲۳} برخلاف کنوانسیون حقوق کودک، این پروتکل همراه با کنوانسیون اصلی در سال ۲۰۰۷ در اختیار جامعه بین‌المللی قرار گرفت؛ در حالی که پروتکل کنوانسیون حقوق کودک اخیراً بعد از دو دهه از تولد کنوانسیون جدید، تدوین شد.^{۲۴}

21. CRPD 24(3)(c)

22. Ibid, preamble para(q), art 6(1), art 28(2)(b)

23. UNGA, "Optional Protocol to the Convention on the Rights of Person with Disabilities(2007)UN Doc A/Res/61/106

24. UNGA, "Optional Protocol to the Convention on the Rights of Child on a communications procedure"(2012) UN DOC A/RES/66/138

کمیته حقوق کودک در تفسیر عمومی شماره ۹ در باب حقوق کودکان ناتوان^{۲۵} اعلام کرد که کودکان ناتوان حق دسترسی به استانداردهای کافی زندگی مثل غذا، لباس، خانه و بهبود شرایط زندگی خود را دارند. برای این کودکان باید منابع مالی در نظر گرفته شود تا دسترسی آنان را به حمایت اجتماعی تضمین کند.^{۲۶} مساعدت و نظارت درمانی برای تضمین دسترسی مؤثر به خدمات سلامت باید ایجاد شود. در این مسیر دولت‌ها برای تضمین مطابقت کامل با کنوانسیون باید با سازمان‌های بین‌المللی نظیر یونیسف و سازمان بهداشت جهانی در ارتباط باشند.^{۲۷}

کمیته اعلام می‌دارد که خط‌مشی‌ها و قوانین باید به‌گونه‌ای باشد که کودکان را از چنین مشکلاتی دور کند و در صورت وقوع، خدمات سلامت برای بازتوانی ارائه شود.^{۲۸}

در رابطه با دسترسی کودکان ناتوان به خدمات سلامت، چندین نکته قابل توجه است. مسئله اول، ثبت اطلاعات تولد کودکان ناتوان است؛ چراکه این کودکان در بسیاری از موارد از این مهم محروم می‌مانند. این امر موجب می‌شود که نهادهای درمانی از حضور آنان بی‌اطلاع باشند و دسترسی به خدمات برای آنان غیرممکن گردد. مسئله دیگر اطلاع‌رسانی ناکافی است به‌گونه‌ای که خانواده‌ها از نهادهای حمایتی و خدمات موجود، مطلع نیستند. یکی دیگر از مشکلات، دسترسی فیزیکی است. وسایل نقلیه، مکان‌ها و خیابان‌ها باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که کودکان قادر به حضور در آن باشند.^{۲۹}

برنامه‌های سلامت باید جامع باشند تا امکان تشخیص به‌موقع، مداخله و بازتوانی را فراهم کنند. این امر در تفسیر عمومی شماره ۱۵ کمیته حقوق کودک نیز آمده است. مطابق این تفسیر، دولت‌ها باید مکانی را آماده کنند که خانواده‌ها و کودکان امکان آموزش و انجام رفتارهای سالم را داشته باشند.^{۳۰} این تفسیر با فراخواندن تمامی ذی‌نفعان از آنان می‌خواهد که تا جای ممکن دسترسی به بالاترین سطح استاندارد را برای کودکان فراهم کنند. دولت‌ها باید پایگاه‌های داده به‌روز درباره تعداد و وضعیت کودکان ناتوان تهیه کنند. در جمع‌آوری این داده‌ها باید به وضعیت کودکان ناتوان در گروه‌های اقلیت، مهاجر غیرقانونی و پناهنده نیز توجه شود.

حق کودک به دستیابی به بالاترین سطح استاندارد سلامت در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک وضع شده است. علاوه بر این، ماده ۴۱ کنوانسیون حقوق کودک اعلام می‌دارد که هیچ‌چیز در این کنوانسیون بر سایر مقرراتی که برای تحقق حقوق کودک مفید هستند از جمله حقوق داخلی دولت‌ها و سایر قوانین بین‌المللی، تأثیر نمی‌گذارد. این بدان معناست که سایر مقررات حقوق بین‌الملل که حمایت بیشتری از حقوق کودک دارند، باید اعمال شوند. کمیته حقوق کودک اعلام کرد که موقعیت

25. U.n.Doc.CRC/C/GC/9,GC9:The rights of children with disabilities,27 February 2007

26. Ibid, para 3

27. Ibid, para 52

28. Ibid, para 53-55

29. Ibid, para 39

30. UN.Doc.CRC/C/GC/9,GC15:The rights of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health,14 March 2013, para67

خاص و وابسته کودکان مشکلاتی را برای آنان در احقاق حق به‌وجود می‌آورد.^{۳۱} اگر کسی حق بر سلامت دارد باید توانایی دسترسی به آن نیز داشته باشد و این توانایی در مورد کودکان ناتوان محل تردید است.

۳- چالش‌های تحقق حق بر سلامت برای کودکان ناتوان

طبق گزارش بانک جهانی، از هر پنج فرد فقیر در دنیا یک نفر ناتوان است و این امر حتی در دولت‌های توسعه‌یافته نیز مصداق دارد. برای مثال از هر ۱۰ فرد ناتوان در انگلیس، ۴ نفر فقیر هستند^{۳۲} و ۲۸ درصد کودکان ناتوان در آمریکا زیر خط فقر زندگی می‌کنند. فقر هم علت و هم نتیجه ناتوانی است^{۳۳} که دستیابی به سلامت را با چالش جدی مواجهه می‌کند.

مطابق ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک، هر کودک حق دسترسی به بالاترین سطح استاندارد سلامت را دارد اما متأسفانه دستیابی به این حق برای کودکان ناتوان مشکل است. ناتوانی نقص‌های طولانی‌مدت حسی، روانی و جسمی برای افراد ایجاد می‌کند که ممکن است به دلایل مختلف باشد. دلایل ناتوانی گسترده و پیچیده هستند و پیشگیری از آن باید با روش‌های متفاوتی انجام شود مثل پیشگیری از بیماری‌های وراثتی ناشی از ازدواج فامیلی، انجام آزمایش‌های مقتضی، واکسیناسیون جهانی، تغذیه نامناسب (به‌طور مثال نابینایی ناشی از کمبود ویتامین آ است)، مساعدت ناکافی در جریان سوانح رانندگی، عدم آموزش زنان باردار برای جلوگیری از این معضل، دفع مواد سمی و سایر ابزارهای آلاینده محیطی، صدمات ناشی از حملات مسلحانه به دلیل پخش سلاح‌های کوچک و مین‌های زمینی.

علی‌رغم ناتوانی، چالش‌های بسیار دیگری در تحقق حق سلامت این گروه وجود دارد که آسیب‌پذیری آنان را مضاعف می‌کند. چالش‌ها شامل نابرابری در مراقبت‌های بهداشتی، موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و نقض‌های خاص حقوق بشری است و در ذیل به آن اشاره می‌شود. یکی از مشکلاتی که برای سلامت کودکان ناتوان وجود دارد این است که آنان بیشتر از همتایان سالم خود در معرض خشونت هستند. این خشونت‌ها ممکن است روانی یا فیزیکی باشند و از طریق والدین، اعضای خانواده و سایرین صورت گیرد.^{۳۴} گزارش اخیر برنامه سازمان ملل در مبارزه با ایدز^{۳۵} اعلام کرد که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، ازدواج کودکان ابزاری برای تأمین آینده دختران

31. Committee on the Rights of the Child, General Comment No 5 on General Measures of Implementation of the Convention on the rights of the child (arts 4, 42 and 44 para 6), UN Doc CRC/GC/2003/5(2004)para24

32. R. Ramesh, "Four in ten disabled young living in poverty, report says." *The Guardian* 2011.

33. S.L. Parish et al. "Material hardship in U.S. families raising children with disabilities", *Council for Exceptional Children* 75(1)(2008): 78.

34. Ko Ling Chan et al., "Children with disability are more at risk of violence victimization: Evidence from a study of school - Aged Chinese Children", *Journal of Interpersonal Violence* 31(6)(2016), 105.

35. UNAIDS

ناتوان است و در نتیجه آنان در برابر خطرات ناشی از بارداری و بیماری‌های مقاربتی، آسیب می‌بینند.^{۳۶} سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ مشارکت را به‌عنوان درگیری در تمام بخش‌های زندگی، نتیجه اصلی سلامت دانست چراکه به‌طور مستقیم بر آرامش احساسی و رفتاری، ارتباطات اجتماعی و سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد.^{۳۷} در مقایسه با سایرین، کودکان ناتوان امکان مشارکت کمتری در مدرسه، فعالیت‌های ورزشی و اجتماعی دارند. دلایل مختلفی بر میزان مشارکت آنان تأثیر دارد که به شرح تعدادی از آن خواهیم پرداخت. از جمله عوامل تأثیرگذار نوع ناتوانی این کودکان است. به‌طور مثال کودکان ویلچری امکان فعالیت کمتری را نسبت به سایرین دارند. عوامل فردی نظیر عدم اعتماد به نفس، تجربه تلخ از مشارکت گذشته، عدم‌انگیزه در این مهم نقش دارد. عوامل محیطی نظیر فقر، فقدان حمایت خانواده، اطلاعات ناکافی اطرافیان در رابطه با نحوه مراقبت و ارتباط، مشکلات معماری فضاهای اجتماعی و ورزشی و مشکلات حمل‌ونقل نیز از جمله عوامل تأثیرگذار است. یکی از شاخص‌های زندگی سالم امکان حضور در جمع خانواده است درحالی‌که تعداد زیادی از کودکان ناتوان در سراسر دنیا از خانه‌های خود دور هستند و در مؤسسات ویژه با محدودیت‌های فیزیکی و خشونت زندگی می‌کنند. سایر کودکان ناتوان که در خانه هستند اغلب از انظار عمومی مخفی می‌مانند. در نتیجه فشارهای مهم اقتصادی، اجتماعی، احساسی بر خانواده‌های آنان تحمیل می‌شود که محیط‌های نامطلوبی را برای کودکان در پی دارد.^{۳۸}

مطالعات نشان می‌دهد که مغایر با حق بر سلامت مندرج در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک، کودکان ناتوان حداقل دو برابر سایرین در دسترسی به تغذیه، مراقبت بهداشتی و خدمات بازتوانی دارای مشکل هستند. کودکان ناتوان به‌خصوص کودکان دارای اختلالات رشدی نظیر اوتیسم، اختلال کمبود توجه، اختلال بیش‌فعالی نسبت به سایرین در خطر زیاد آسیب ناشی از سقوط، سوختگی و صدمات موتورسیکلت هستند.^{۳۹}

حق بر بازی و ورزش برای کودکان ناتوان مورد انتقاد است. مطالعات نشان می‌دهد که گرچه اهمیت فعالیت‌های فیزیکی برای سلامت و جلوگیری از نقص‌های ثانویه مهم است اما کودکان ناتوان دسترسی محدودی به این فعالیت‌ها دارند.^{۴۰} دلیل اصلی این امر موانع محیطی نظیر لزوم وجود تجهیزات خاص، هزینه‌های اقتصادی که وجود چنین تجهیزاتی را در برخی کشورها غیرممکن می‌کند، فقدان متخصصان ماهر که از نیازهای این دسته از افراد آگاه باشند و رفتارهای نامناسب با چنین کودکانی در محیط بازی است. در نتیجه کودکان ناتوان سطح پایین‌تری از آمادگی قلبی، تنفسی

36. UNAIDS, Right to health, 20 November 2017.

37. World Health Organization. International classification of functioning, Disability and Health: ICF, Geneva, Switzerland, 2001, 299

38. Freeman, Michael. "The future of children rights", *Children & Society* 14(4)(2014): 327.

39. P.M. Sullivan, "Violence exposure among children with disabilities", *Clinical Child Family Psychological Review* 12(2009), 201.

40. D.E. Taub and K.R. Greer, "Physical activity as normalizing experience for school age children with physical disabilities: Implications for legitimization of social identity and enhancement of social ties", *Journal of sport and social issues* 24(2000), 407.

و استقامت عضلانی دارند و نرخ بالایی از چاقی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین ارجاع صریح کنوانسیون حقوق افراد ناتوان به فعالیت‌های ورزشی برای کودکان ناتوان پیش شرط «توسعه سالم» مندرج در کنوانسیون حقوق کودک است؛ بنابراین در نظر گرفتن فعالیت‌های ورزشی به‌عنوان یک حق، تغییر رویکرد مهمی است زیرا تاکنون فعالیت‌های ورزشی برای کودکان ناتوان جزئی از روند درمان آنان بوده است اما با این رویکرد، چنین فعالیت‌هایی می‌تواند به کودکان فرصت اجتماعی شدن، توسعه فردی، کسب مهارت، بروز خلاقیت و خودباوری بدهد. یک مطالعه درباره کودکان ناتوان ۱۰-۱۷ سال در آمریکا نشان می‌دهد که کودکان ناتوانی که در فعالیت‌های ورزشی شرکت کردند نه تنها نفع جسمانی کسب کردند بلکه احساس خودباوری، ارزش‌گذاری به خویشتن و ادغام اجتماعی را نیز تجربه کردند.^{۴۱}

افراد ناتوان، نابرابری‌های مهمی در سلامت تجربه می‌کنند. بیماری‌های ثانویه و همراه نظیر فشارخون بالا، بیماری قلبی و عروقی و دیابت در بین اشخاص ناتوان رایج است و برای سلامتی آنان شرایط مزمنی را به‌وجود می‌آورد. اگرچه برخی از این شرایط به دلیل ناتوانی است اما نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی، سواد سلامت و منابع اقتصادی موجب تشدید این مسئله و آسیب‌پذیری این افراد می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که اشخاص ناتوان ذهنی به دلیل بی‌مبالاتی، رفتار نامناسب، عدم پیشگیری و عدم مراقبت مستمر به‌طور میانگین ۱۵ تا ۲۰ سال زودتر از دیگران فوت می‌کنند. به‌طور مشابه، امید به زندگی افراد ناتوان ذهنی به دلیل بیماری‌های جسمی و استفاده از داروهای روان‌پریشی، ۲۰ تا ۲۵ سال کمتر از سایرین است. اشخاص ناتوان در مقایسه با سایرین به خدمات بهداشتی نیاز بیشتری دارند درحالی‌که دسترسی آنان به این خدمات کمتر است. مطالعات نشان می‌دهد که این افراد سه برابر سایرین به خدمات مراقبتی نیاز دارند ولی در دسترسی به آن ناکام هستند و این امر حالت ناخوشایند را برای آنان دائمی می‌کند. کودکان ناتوان در بیماری‌های معمول دوران کودکی، مراقبت‌های اولیه را دریافت نمی‌کنند که تهدیدی بر سلامت آنان محسوب می‌شود. یک فرض غلط وجود دارد مبنی بر اینکه اشخاص ناتوان دائماً نیازمند خدمات تخصصی هستند؛ درحالی‌که اغلب نیازهای سلامت آنان با مراقبت‌های اولیه قابل درمان است. دسترسی افراد ناتوان به خدمات توان‌بخشی محدود است. درحالی‌که بسیاری از آنان نیازمند گفتاردرمانی، درمان‌های حرکتی و توان‌بخشی ذهنی هستند اما پوشش چنین امکاناتی برای این افراد بسیار کم است. این پوشش در کشورهای کم‌درآمد یا درآمد متوسط به‌مراتب کمتر است و تنها ۳ تا ۵ درصد اشخاص ناتوان از چنین خدماتی استفاده می‌کنند. تعداد زیادی از نوزادان دارای نقص مادرزادی قبل از یک ماهگی به دلیل فقدان درمان‌های تخصصی جان خود را از دست می‌دهند. درواقع عدم تشخیص دقیق و درمان مؤثر بیماری‌های نادر یک چالش جهانی است. عموماً اشخاص ناتوان موضوع برنامه‌های سلامت و پیشگیری قرار نمی‌گیرند. کودکان ناتوان حتی در کشورهایی که نرخ بالای واکسیناسیون را دارند، واکسینه نمی‌شوند. بیماری‌های دهان و دندان در کودکان ناتوان بسیار شایع است چراکه عموماً

41. Ibidom

مراقبت‌های بهداشتی لازم برای آنان انجام نمی‌گیرد.

عموماً افراد ناتوان در برابر تجربه خشونت، آسیب‌پذیر هستند. کودکان ناتوان شش برابر سایرین خشونت و سوءاستفاده را تجربه می‌کنند و این درصد برای کودکان ناتوان ذهنی بیشتر است. کلیشه‌ها، شرمساری و دیدگاه خانواده مبنی بر لکه ننگ بودن کودک ناتوان، مانع مهمی در دسترسی به خدمات بهداشتی برای آنان است. یکی از مشکلات پیش روی این کودکان، عدم ارتباط با اطرافیان است. معمولاً بستگان و آشنایان قادر به برقراری ارتباط کلامی نیستند و پزشکان نیز به زبان اشاره و خط بریل تسلط کافی ندارند. این مشکل برای کودکان نابینا، ناشنوا و ناتوان ذهنی چند برابر است. موانع مالی یکی از موضوعات مهم در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. هزینه‌های دارو و درمان این افراد اغلب زیاد است و خانواده‌ها امیدی به بهبود ندارند و ضرورتی برای این امر احساس نمی‌کنند. تبعیض در بیمه سلامت مانع مهم دیگری است؛ چراکه شرکت‌های بیمه به دلیل شرایط از پیش موجود، اغلب از بیمه کردن خودداری می‌کنند و علی‌رغم نیاز ویژه، نرخ بیمه در این افراد کم است.

همان‌طور که ذکر شد کنوانسیون حقوق افراد ناتوان معتقد است که افراد ناتوان از جمله کودکان باید همانند سایرین به مراقبت‌های بهداشتی دسترسی داشته باشند و تبعیض بر مبنای ناتوانی ممنوع است. با وجود این شرایط مختلفی وجود دارد که کودکان ناتوان برای امور درمانی خود با تبعیض مواجه می‌شوند که در ذیل به تعدادی از این موارد می‌پردازیم.

۳-۱- مقررات بیمه سلامت

فقدان توان مالی و نابرابری در بیمه سلامت، مانع مهم در مسیر مراقبت بهداشتی از کودکان ناتوان است و این مشکل زمانی که بیمه‌های خصوصی بر بیمه‌های اجتماعی غلبه دارند، دوچندان می‌شود. در بسیاری از کشورها دسترسی به خدمات درمانی منوط به داشتن بیمه مناسب است. در برخی دولت‌ها نظیر هلند، بیمه‌گذاران اجازه ندارند به دلیل ناتوانی افراد، حق بیمه بیشتری دریافت کنند و نمی‌توانند به دلیل ناتوانی افراد را از پوشش بیمه‌ای مستثنی کنند. این در حالی است که بسیاری از کشورهای اروپایی به دلیل ناتوانی از بیمه کردن چنین افرادی خودداری می‌کنند. بسیاری از کشورها به دلیل ناتوانی به بیمه‌گران امکان رفتار متفاوت می‌دهند؛ چراکه امکان بروز خطر در مورد این افراد بسیار زیاد است. در این کشورها شرکت‌های بیمه می‌توانند با مدارک قوی و ارزیابی خطر چنین اشخاصی، آنان را از بیمه محروم کنند یا حق بیمه بیشتری دریافت کنند. در چنین شرایطی باید ملاحظات دقیقی صورت گیرد که ارزیابی‌ها قانونی و مشروع باشند و با مطالعه موردی و تحلیل پرونده هر شخص به‌طور خاص انجام گیرند.

۳-۲- ممانعت از درمان پزشکی

ممنوعیت درمان کودک ناتوان ذهنی در سال ۲۰۱۲ در دانمارک مورد توجه قرار گرفت و در روزنامه‌های بسیاری چاپ شد. نام یک دختر دو ساله دانمارکی با مشکل قلبی در لیست انتظار پیوند

قرار نگرفت چراکه وی از ناتوانی شدید ذهنی رنج می‌برد. درحالی که قرار گرفتن نام در لیست نشان از آغاز درمان دارد اما کارکنان پزشکی برای توجیه اقدام خود ادعا کردند که کودک هیچ‌گاه متوجه این امر نمی‌شود و در صورت بهبود باید تا آخر عمر در آسایشگاه‌ها زندگی کند و در انتخاب بین کودک ناتوان و سایرین، اولویت با سایرین است. آنان مدعی بودند که کمبود اهداکننده قلب موجب چنین تصمیمی شده است. در واقع دانمارک مقرراتی برای ممنوعیت تبعیض برای کودکان ناتوان ندارد و حق انتخاب در این مورد با پزشکان است. بدیهی است نبود چنین مقرره‌ای مانع از پیگیری قضایی خانواده‌ها می‌شود گرچه انتشار این خبر موجب اعتراض شدید نهادهای حقوق بشری شد.^{۴۲}

۳-۳- ممانعت از ادامه درمان و دستور عدم‌احیا

گزارش‌های زیادی وجود دارد که برخلاف خواست خانواده‌ها، یادداشت «احیا نشود» در پرونده بسیاری از کودکان ناتوان قرار گرفت. این یادداشت بدین معناست که در هنگام بحران‌های پزشکی نظیر حمله قلبی یا توقف تنفس، درمان‌های زندگی‌بخش انجام نشود. پرونده‌های بسیاری با این موضوع مطرح شد؛ به‌طور مثال در پرونده آر علیه بیمارستان پورت موس، خانواده کودکی که ناتوانی شدیدی داشت از تصمیم پزشک مبنی بر عدم‌احیا شکایت کردند. قاضی در این پرونده رأی داد که در جریان این تصمیم باید بهترین منفعت کودک در نظر گرفته شود و خواست خانواده در این میان تعیین‌کننده است.^{۴۳}

۳-۴- اتانازی

تصمیم به انجام اقداماتی برای خاتمه دادن به زندگی کودک ناتوان به‌مراتب شدیدتر از دستور عدم‌احیا است. تعداد کمی از کشورها رویه‌های قانونی لازم برای انجام چنین اقداماتی را تنظیم کردند. برای مثال در هلند این امکان قانونی وجود دارد که پزشکان به زندگی نوزاد متولدشده که دارای ناتوانی است، قبل از ۱۲ ماهگی خاتمه دهند و این اقدام تنها با رضایت خانواده‌ها باید صورت گیرد. همچنین کودکانی که نارسایی ذهنی دارند و شرایط غیرقابل‌تحملی را می‌گذارند، می‌توانند بعد از دوازده سالگی به زندگی خود خاتمه دهند البته شایان ذکر است که در سال‌های ۱۲ تا ۱۶ سالگی رضایت خانواده برای این اقدام ضروری است. در هر مورد اقدام پزشک باید توسط کمیته‌ای از متخصصان موردنظارت قرار گیرد.^{۴۴}

عواملی که ممکن است مانع از تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان شود، بسیار پیچیده است. این امر تنها به دلیل نیازهای درمانی این کودکان نیست بلکه به دلیل رفتار متفاوت ناموجه، نادیده انگاشتن و مشکلات محیطی با خطرات بسیاری مواجه خواهند بود. از این رو کنوانسیون حقوق

42. John-Stewart Gordon, *Human rights and disability: interdisciplinary perspectives*, (London: Routledge, 2017), 95.

43. Andrea Broderick and Delia Ferri, *International and European disability law and policy: text, cases, and materials* (Cambridge: Cambridge University Press, 2019), 345.

44. Ibid, p.350

کودک برای مبارزه با این تبعیض، صریحاً به حق ذاتی این کودکان اشاره کرد و تقریباً هفده سال پس از کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون حقوق افراد ناتوان تصویب شد و مشابه آن، به لزوم حمایت ویژه از کودکان ناتوان توجه کرد و به‌طور دقیق و مفصل به حمایت از حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق کودک پرداخت.

نتیجه

سلامت برای تندرستی و شادی بشر ضروری است و آنان را قادر می‌سازد که زندگی خوبی داشته باشند و از توان خود استفاده کنند. هنگامی که افراد به مراقبت‌های درمانی، خدمات سلامت، توان‌بخشی دسترسی ندارند و قادر به مشارکت در جامعه و دسترسی به فرصت‌های زندگی نیستند. سلامت برای رشد اقتصادی ضروری است؛ چراکه جمعیت سالم بیشتر مطالعه می‌کنند، مولد هستند و پس‌انداز بیشتری دارند. دسترسی به موقع به خدمات توان‌بخشی، نتایج درمانی بهتری دارد و هزینه‌های درمان را کم می‌کند. عواملی نظیر مسکن، آموزش، شغل، حمل‌ونقل بر سلامت تأثیر می‌گذارد. در واقع سلامت هم نتیجه و هم عامل تحقق توسعه پایدار است. حق بر سلامت در اسناد مختلف بین‌المللی و منطقه‌ای مورد توجه قرار گرفته است و دارای دو وجه آزادی و بهره‌مندی است. آزادی شامل حق بر عدم تبعیض، حق بر تصمیم‌گیری درباره موضوعاتی که بر سلامت تأثیرگذار است و در برابر مراقبت‌های درمانی معنا می‌شود. بهره‌مندی شامل حق بر مراقبت‌های ضروری حوزه سلامت و حق بر دسترسی به داروهای ضروری است. حق بر سلامت مفهومی گسترده است که شامل دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهداشت مناسب، غذای کافی، مسکن مناسب، شرایط محیطی، اشتغال و آموزش می‌شود. دولت‌ها موظف‌اند که به حق بر سلامت احترام گذارند و زمینه تحقق آن را فراهم کنند و در این راستا باید اقداماتی انجام دهند. دولت‌ها باید ابزار مراقبت بهداشتی، خدمات و تسهیلات را به مقدار کافی تهیه کنند. این امکانات باید از نظر مالی، جغرافیایی و جسمی در دسترس باشد و افراد بتوانند بدون تبعیض از آن استفاده کنند و از نظر علمی، فنی و پزشکی از کیفیت مطلوبی برخوردار باشند. افراد ناتوان همانند سایرین نیازهای سلامت نظیر پیشگیری، تشخیص و درمان دارند اما به دلیل نقص‌های جسمی و ذهنی، به مراقبت‌های خاص و مضاعف نیازمندند؛ چراکه عدم درمان ممکن است مشکلات آنان را تشدید کند. طبق قطعنامه مجمع عمومی ۲۰۱۸ و بیانیه گزارشگر ویژه در باب حقوق افراد ناتوان، افراد ناتوان در بهره‌مندی از حق خود در دسترسی به بالاترین سطح استاندارد سلامت با چالش‌های مختلفی مواجهه‌اند. این در حالی است که افراد ناتوان می‌توانند زندگی فعال، مولد و طولانی را تجربه کنند. داشتن یک نقص برابر با عدم سلامت نیست. سلامت یک وضعیت پویا است که در نتیجه مؤلفه‌های اجتماعی، فردی و محیطی به وجود می‌آید. صرف نظر از ناتوانی، این افراد می‌توانند با تحقق آرزوها، پاسخ به نیازها و سازگاری با محیط از زندگی سالم بهره‌مند شوند. چراکه مفهوم ناتوانی در تاریخ، فرهنگ و جوامع مختلف، متفاوت است.

در طول تاریخ افراد ناتوان به‌عنوان بیمار شناخته می‌شدند که در جریان مداوا اختیاری از خود ندارند؛ اما با تصویب کنوانسیون حقوق افراد ناتوان، تغییر رویکردی ایجاد شد. مطابق این رویکرد، افراد ناتوان فراتر از دریافت‌کننده صرف حمایت‌های درمانی، اشخاصی هستند که از حقوق بشر برخوردارند. با توجه به این موضوع، رویکرد ناتوانی، مشکل پزشکی نیست بلکه جزئی از ساختار اجتماعی است که تعاملات بین اشخاص دارای نقص را با موانع محیطی نشان می‌دهد. بدیهی است کودکان ناتوان با آسیب‌پذیری مضاعف در تثبیت حق بر سلامت، با آسیب‌های خاص و چندجانبه‌ای مواجهه‌اند. اسناد بین‌المللی نظیر کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون حقوق افراد ناتوان و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر، چهارچوبی را برای حمایت از کودکان ناتوان ایجاد کردند. کنوانسیون حقوق افراد ناتوان گامی در جهت تغییر رویکرد حقوق افراد ناتوان است. قبل از این کنوانسیون، حقوق بین‌الملل به‌صورت تئوری، حقوق بشر افراد ناتوان را تأیید کرد اما کنوانسیون حقوق افراد ناتوان، حضور برابر این افراد در جامعه در راستای اشتغال، بالاترین سطح سلامت و دسترسی به عدالت را به‌عنوان حق اساسی بشر تثبیت کرد. گرچه بدون سیاست‌های مؤثر سلامت، قوانین داخلی، نظارت و شفافیت، تحقق بالاترین سطح استاندارد ممکن نخواهد بود. تحقق بسیاری از قوانین موجود در کنوانسیون و اجرای آن منوط به نحوه استقرار آن در نظام‌های حقوقی ملی و نهادهای غیرحقوقی نظیر مراکز درمانی، نظام‌های آموزشی و فعالیت‌های شرکت‌های خصوصی ذی‌ربط است و نیازمند پیشرفت تکنولوژی و طراحی تجهیزاتی برای بهبود عملکرد این دسته افراد است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۸
اصغر نیا، مرتضی. «چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت.» *حقوق پزشکی* ۳۷(۱۳۹۵): ۵۷-۳۵.
- آل کجیاف، حسین. «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر.» *حقوق پزشکی* ۲۴(۱۳۹۲)، ۱۳۹-۱۷۰.
- رضازاده، حسین. «تأثیر هنجاری کرامت انسانی بر حق بر سلامت به‌عنوان یک حق بشری: از نظر تا عمل.» *اخلاق زیستی* ۳۴(۱۳۹۸)، ۱۷-۳۱.
- فیروزپور، کوثر. گفت‌وگو با پزشک فوق تخصص اطفال، دکتر احمد تمدنی. مرکز آموزشی و درمانی فوق تخصصی کودکان شفیع زاده، بابل، ۱۳۹۹/۰۲/۱۸.
- کنوانسیون حقوق اشخاص ناتوان، سازمان ملل متحد، ۲۰۰۷
- کنوانسیون حقوق کودک، سازمان ملل متحد، ۱۹۸۹
- کوکبی سقی، فاطمه. «قابلیت دادخواهی حق بر سلامت در نظام حقوق.» *حقوق پزشکی*، ۳۷(۱۳۹۵)، ۷-۳۳.
- میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سازمان ملل متحد، ۱۹۶۶.

ب) منابع انگلیسی

- Broderick, Andrea and Delia Ferri. *International and European disability law and policy: text, cases, and materials*. 1st Ed. New York: Cambridge University Press, 2019.
- Chan, Ko Ling, Clifton R Emery and Patrick Ip. "Children with disability are more at risk of violence victimization: Evidence from a study of school –Aged Chinese Children." *Journal of Interpersonal Violence* 31(2016): 102-108.
- CRC Committee, "General Comment No 14: The Right of the Child to Have his or her Best Interests Taken as a Primary Consideration" (2013).
- Eva Brems, Ellen Desmet and Wouter Vandenhoele. *Children's right law in the human right landscape*. Cambridge: Routledge, 2019.
- fenton Glynn, Claire. *Children's Rights and Sustainable Development: Interpreting The UNCRC For Future Generations*. London: University of Cambridge, 2019.
- Freeman, Michael. "The future of children rights", *Leiden. Children & Society* 14(4)(2014): 277-293.
- Gordon, John-Stewart. *Human rights and disability: interdisciplinary perspectives*. London: Routledge, 2017.
- Kanter, Arlene S. *The development of disability rights under international law: from charity to human rights*. London: Routledge, 2015.
- O'Mahony, Charles. *Disability law and policy: an analysis of the UN Convention, Dublin*.

Dublin: Clarus Press, 2017.

Parish, S.L. Roderick A. Rose, Michal Grinstein-Weiss, Erica L. Richman and Megan E. Andrews. "Material hardship in U.S. families raising children with disabilities." *Council for Exceptional Children* 75(1)(2008): 71-92.

Ramesh, R. "Four in ten disabled young living in poverty, report says." *The Guardian*)2011(: 71-92.

Spronk-van der Meer, S.L. *The right to health of the child: an analytical exploration of the international normative framework*. 1st Ed. Cambridge: Intersentia, 2014.

Sullivan, P.M. "Violence exposure among children with disabilities." *Clinical Child Family Psychological Review* 12(2009): 196-216.

Taub, D.E. and K.R. Greer. "Physical activity as normalizing experience for school age children with physical disabilities: Implications for legitimization of social identity and enhancement of social ties." *Journal of sport and social issues* 24 (2000): 395-414.

UN Doc.A/HRC/WG.7,14 December 2009, Human Rights Council Working Group on an Optional Protocol to the CRC to provide a communication procedure. Marta Santos Pais, Special representative of the Secretary General on Violence against children.

UN.Doc.CRC/C/GC/9, GC15: The rights of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health,)2013(.

UNGA. "Optional Protocol to the Convention on the Rights of Child on a communications procedure." (2012) UN DOC A/RES/66/138.

UNGA. "Optional Protocol to the Convention on the Rights of Person with Disabilities." (2007) UN Doc A/Res/61/106.

World Health Organizationb, "World Report on Disability", produced jointly by WHO and the World Bank, 13 December 2011.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی