

مجله اخلاق زیستی

دوره یازدهم، شماره سی و ششم، ۱۴۰۰
<https://doi.org/10.22037/bioeth.v11i36.35951>



مقاله پژوهشی

حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین به مثابه حق بشری و چالش‌های فراروی آن

جمال بیگی^{*۱}، مهرداد تیموری^۲

۱. دانشیار، گروه آموزشی حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: توسعه روزافزون کنونی مناطق حاشیه‌نشین که به لحاظ شهرسازی فاقد استانداردها و خدمات مناسب شهری هستند و از سویی نیز به لحاظ شرایط خاص زیست‌محیطی و عدم وجود امکانات بهداشتی و درمانی مناسب در این مناطق، حق بر سلامت ساکنان با چالش جدی مواجه است. از همین رو تحقیق حاضر به تبیین جایگاه حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین به مثابه حق بشری و بررسی چالش‌های بهداشتی و درمانی و تعهد دولت‌ها در اجرای آن می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع نظری بوده، روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به اسناد صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در انجام تمامی مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از این است که حاشیه‌نشینی شیوه‌ای از زیست تلقی می‌شود که خارج از محدوده شهری و بدون امکانات اولیه برای زندگی است که این امر حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین را دچار چالش‌هایی می‌کند و باعث شیوع انواع بیماری‌های واگیردار، غیر واگیردار و زیست‌محیطی می‌گردد. با توجه به اینکه سلامت یکی از مؤلفه‌های خوب‌زیستن انسان تلقی می‌شود، بنابراین قواعد اخلاق زیستی با چالش‌های فراروی سلامت شهروندان حاشیه‌نشین در معرض تهدید قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: حق بر سلامت به عنوان حق بنیادین بشری لحاظ می‌شود و مطابق قواعد اخلاق زیست پزشکی و زیست اجتماعی، شهروندان حاشیه‌نشین نیز به مثابه سایر شهروندان جامعه از آن برخوردار هستند که با توجه به نتایج به دست آمده و چالش‌های موجود در این رابطه، حق مزبور برای این قشر مطابق الزامات مقررات داخلی و اسناد بین‌المللی می‌بایست مورد توجه دولت‌ها قرار گیرد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷

واژگان کلیدی:

اخلاق زیستی
حق بر سلامت
حقوق بشر
شهروند
حاشیه‌نشین

* نویسنده مسئول: جمال بیگی

آدرس پستی: ایران، مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی.

کد پستی: ۵۵۱۹۷۴۷۵۹۱

پست الکترونیک:

jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir

۱. مقدمه

توسعه مناطق حاشیه‌نشین در شهرهای بزرگ، یکی از مسائل مهم شهری به شمار می‌رود و رشد مناطق حاشیه‌نشین و تلاش برای بهسازی شرایط زندگی ساکنان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مدیریت شهری است (۱). حاشیه‌ها، نواحی مسکونی هستند که در زمین‌هایی بدون مالکیت قانونی ساخته می‌شوند و یا به طور غیر قانونی مورد سکونت قرار می‌گیرند (۲). شکل‌گیری این پدیده، متنوع و متعدد بوده که ممکن است از مکانی به مکان دیگر متفاوت باشد (۳). رشد سریع شهرها، مهاجرت روستاییان به شهرها و عدم برنامه‌ریزی و طراحی مناسب، منجر به ایجاد ساختاری ناهمگون در حاشیه شهرها شده است و به تبع آن حاشیه‌نشینی به وجود آمده است. از دیدگاه شهرسازی، حاشیه‌نشینی نوعی اسکان غیر رسمی و شیوه‌ای از زیست موقت تلقی می‌شود که در خارج از محدوده‌های شهری و در زمین‌هایی که برای توسعه شهری پیش‌بینی نشده‌اند، شکل می‌گیرد و با ساخت و ساز غیر قانونی و تغییر کاربری زمین‌های کشاورزی همراه است.

در ارتباط با تاریخچه حاشیه‌نشینی باید اظهار داشت که این پدیده ریشه در زمان‌های بسیار دور دارد و در قرن‌های گذشته نیز وجود داشته است. این پدیده اجتماعی هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای توسعه‌نیافته موجود است، البته در کشورهای توسعه‌یافته با کشورهای توسعه‌نیافته تفاوت‌هایی از حیث علل تاریخی به وجود آورنده و نحوه رفتار اجتماعی دارد (۴). در تمام جوامع گروه‌هایی وجود دارند که بنا به دلایل مختلف، شرایط زندگی متفاوتی با سایر افراد جامعه داشته و از بسیاری مزایای اجتماعی از جمله خدمات سلامت، امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت‌های اجتماعی محروم می‌مانند. این قبیل محرومیت‌ها باعث محدودیت روابط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بدکاری، حقوق نامناسب، درآمد کم و تغذیه نامناسب این گروه‌ها شده که خود می‌تواند اثرات منفی بر

سلامت و بهداشت روان آنان ایجاد نماید (۵). افزایش سریع شهرنشینی بدون همراهی رشد و توسعه شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی شهرها را با مشکلات و معضلات متعددی مواجه کرده است. یکی از این معضلات ظهور محله حاشیه‌نشین در اطراف شهرهای بزرگ هست. این مجموعه‌ها به دلیل استقرار تعداد زیادی از شهروندان درون خود و به دلیل عدم برخورداری مناسب از خدمات شهری، وضعیت نامطلوب و کیفیت پایین زندگی، یکی از چالش‌های اساسی شهرنشینی پایدار به حساب می‌آیند (۶). امروزه با توجه به رشد روزافزون پدیده‌هایی چون حاشیه‌نشینی، فراهم‌آوردن زیرساخت‌های توسعه‌محور برای سکونتگاه‌های شهری به ضرورتی برای ایجاد ثبات اجتماعی در شهرها تبدیل شده است (۷). این مشکل شهری صرفاً مسأله‌ای کالبدی و فیزیکی نبوده و از عوامل کلان ساختاری در سطح ملی و منطقه‌ای ناشی می‌شود (۸). در یک دیدگاه جهان‌شمول و بسیار کلان، مهم‌ترین مسأله شهرها در دوران معاصر و به ویژه جهان سوم، تمرکز فزاینده جمعیت در شهرها و گسترش فیزیکی شدید محدوده‌های شهری است (۹)، گرچه در حاشیه‌ها تأکید بر وجود مسکن‌های بسیار نامطلوب است، اما در آن‌ها خدمات عمومی ناکافی، مراقبت‌های پزشکی و امکانات آموزشی ضعیف و غفلت عمومی از جمعیت کاملاً مشهود است. همچنین حاشیه منطقه‌ای با مسکن‌های نامناسب به علاوه سازمان‌های حرفه‌ای، مغازه‌های بخش خصوصی و خدمات اجتماعی نامطلوب است. اساساً جمعیت حاشیه‌ها دارای اقتصادی ضعیف هستند. عموماً مسائل بهداشتی با ازدحام جمعیت و فقدان کمک‌های پزشکی حرفه‌ای توأم است (۱۰). حاشیه‌ها به طور کلی در جهان بدترین مکان برای زندگی مردم (۱۱) و مکان زیستن تلقی می‌شوند.

با توجه به اینکه سلامت یکی از مؤلفه‌های خوب‌زیستن انسان بر مبنای کرامت انسانی محسوب می‌شود، حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام حقوق بین‌الملل

به رسمیت شناخته شده است. موضوعات مطرح شده حول مسأله حقوق بشر و اخلاق زیستی نشان می‌دهد که زیستن شایسته بدون توجه به حق مذکور امکان‌پذیر نیست (۱۲). از سویی نیز دولت در مقابل شهروندان دارای تکالیفی به منظور پاسداری و نگاهداشت این حقوق است که برای تمامی افراد مستقر در یک چارچوب سرزمینی قابل احترام و لازم‌الرعایه می‌باشد (۱۳). به دیگر سخن حق بر سلامت بخشی از همان حقوق اساسی هر شخص و در کنار حقوق بشری قرار دارد که شامل تمام شهروندان یک جامعه بدون هرگونه تبعیضی از جمله موقعیت جغرافیایی سکونت می‌شود.

بر پایه پژوهش‌های مرتبط با حاشیه‌نشینی عمدتاً به توصیف این مناطق و مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و عوامل شکل‌گیری و جرم‌خیزبودن این مناطق اشاره شده است. اسدی جونوشی و همکار (۱۴۰۰ ش.) در شماره ۵۶ مجله حقوق پزشکی در مقاله‌ای با عنوان «بررسی سیاست تقنینی ایران در حمایت از حقوق شهروندی با تأکید بر حق برابری سلامت» به این نکته اشاره داشته‌اند که: برابری در ارائه خدمات سلامت به تمامی مردم به عنوان حقی اساسی، از مهم‌ترین مصادیق حقوق بشری است که توجه به آن توسط کشورها حاکی از حکمرانی خوب است (۱۴). در مقاله‌ای دیگر از جعفری و همکاران (۱۳۹۷ ش.) در شماره ۱ مجله اخلاق زیستی با عنوان «نقش ارائه خدمات شهری در ایجاد محله‌های حاشیه‌نشین شهر یزد با تکیه بر حقوق شهروندی» به این نتیجه رسیده‌اند که: افراد مناطق حاشیه‌نشین که به دلایل مختلفی از داشتن درآمد بالا محروم هستند، به سختی قادرند تا حداقل معیشت را تأمین نمایند. عامل دیگری که رابطه معنی‌داری با ارتکاب جرائم اجتماعی داشت. بیکاری، نداشتن درآمد و تحمل فشارهای اقتصادی از یکسو و فشارهای اجتماعی و روانی مترتب بر این مسأله از سوی دیگر باعث شده است که افکار نادرستی به ذهن افراد بیکار خطور کند و آن‌ها را به رفتارهای بزه‌کارانه و ارتکاب جرائم اجتماعی وادار

نماید (۱۵). در مقاله دیگر، غلامی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) در شماره ۲۰ فصلنامه آفاق امنیت با عنوان «عوامل اقتصادی و اجتماعی حاشیه‌نشینی در ایران (مطالعه موردی کلان‌شهر تهران)» به این نکته اشاره داشته‌اند که: اندازه خانوار، مالکیت خانه محل سکونت، سطح زیربنای محل زندگی خانواده و حضور اعضای بیکار و سرگردان در خانواده با حاشیه‌نشینی رابطه‌ای مثبت دارد و با افزایش هر یک از این متغیرها حاشیه‌نشینی نیز افزایش می‌یابد (۱۶). همچنین کارگر (۱۳۸۹ ش.) در شماره ۲۲ فصلنامه امنیت اجتماعی در مقاله‌ای با عنوان «فضا، جامعه و امنیت اجتماعی در حاشیه جنوبی کلان‌شهر تهران (شهرستان اسلام‌شهر)» به این نتیجه رسیده است که: مناطق و فضای کالبدی اطراف شهرها به نواحی جرم خیز تبدیل شده‌اند. مناطق حاشیه‌نشین با معضلات اجتماعی گوناگونی، از جمله فقر، بی‌سوادی، سطح پایین آگاهی، نرخ بالای بیکاری و اشتغال غیر رسمی مواجه هستند (۱۷). از همین رو مقاله حاضر از حیث نوآوری به بررسی چالش‌های فراروی حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین و الزامات دولت‌ها در تأمین آن می‌پردازد.

همچنانکه در جریان برخورداری از حق آگاهی و دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، نمی‌توان منکر کاستی‌ها و موانع و اقتضائات و مصالحی شد که کمال حقوق مزبور را با نقصان مواجه می‌کند، با این حال هیچ‌گونه توجیهی در قبال رفتار دوگانه و تبعیض‌آمیز دولت‌ها و نهادهای بین‌المللی در قبال مساعدت به شهروندان پذیرفته نیست (۱۸). در همین راستا تلاش شده است که به این پرسش پاسخ داده شود که در پرتو قواعد اخلاق زیستی، دولت‌ها چه الزاماتی در قبال حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین دارند و چالش‌های فراروی آن کدام‌اند؟

۲. ملاحظات اخلاقی

در تمامی مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، اصول صداقت و امانتداری مطمح نظر قرار گرفته است.

۳. مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی ضمن بررسی امکانات بهداشتی و درمانی حاشیه‌ها و حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین به بیان چالش‌های فراروی آن می‌پردازد. از همین رو در جمع‌آوری اطلاعات از شیوه کتابخانه‌ای و مراجعه به اسناد، کتب و مقالات، بهره گرفته شده است.

۴. یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاکی از این است شهروندان حاشیه‌نشین به مثابه ساکنان سایر مناطق از دسترسی به حقوق اولیه خود همانند حق بر سلامتی برخوردارند و دولت‌ها مطابق قوانین داخلی و اسناد بین‌المللی که نشأت گرفته از اصول اخلاق زیستی است ملزم به تأمین آن هستند. همگام با توسعه روزافزون کنونی حاشیه‌ها که به لحاظ شهرسازی فاقد استانداردها و خدمات مناسب شهری هستند و به لحاظ شرایط خاص زیست‌محیطی و عدم وجود امکانات بهداشتی و درمانی مناسب در این مناطق حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین با چالش‌هایی مواجه گردیده است که عزم و اهتمام هر چه بیشتر دولت‌ها در کاستن فاصله دسترسی به لوازم حق بر سلامت و تأمین بهداشت شهروندان حاشیه‌نشین را می‌طلبد.

۵. بحث

۵-۱. الزامات قانونی دولت‌ها در قبال حق بر سلامت

شهروندان حاشیه‌نشین: خدمات بهداشتی و درمانی امروزه به عنوان یکی از زیرساخت‌های شهری در جهت توسعه نواحی مطرح است و هدف آن بالابردن سطح سلامت، طولانی کردن عمر و بالاخره پیشگیری از بروز و شیوع بیماری‌ها و معالجه به موقع آن است (۱۹)، چراکه شهروندان حاشیه‌نشین بخشی از جمعیت شهری هستند، با همان حقوق دموکراتیک در مورد حق بر سلامت و بهره‌مندی از زیست مناسب همانند سایر

شهروندان که می‌بایست بهره‌مند گردند. از همین رو دولت‌ها، شهرداری‌ها و دیگر نهادهای عمومی دولتی و غیر دولتی نیز دارای تعهدات قانونی هستند.

۵-۱-۱. **قوانین داخلی:** از جمله اسناد مهم و بالادستی در زمینه سلامت شهروندان حاشیه‌نشین می‌توان به سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) و اصل ۴۴ قانون اساسی اشاره نمود. همچنین مطابق بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت» را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری اجرا کند. به همین منظور، در آذرماه سال ۱۳۹۳ دستورالعمل اجرای برنامه تأمین مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق حاشیه شهرها، سکونتگاه‌های غیر رسمی و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و همچنین دستورالعمل اجرایی برنامه در مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر در اسفند ۱۳۹۶ و اصلاحیه دستورالعمل اجرایی برنامه در مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر در خرداد ۱۳۹۷، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید. از این رو دو برنامه اساسی معاونت بهداشت در طرح تحول حوزه بهداشت، برنامه تأمین مراقبت‌های اولیه سلامت در حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیر رسمی و نیز شهرهای کمتر از ۵۰ هزار نفر است که با در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلات موجود در این مناطق، ضرورت دارد علاوه بر وزارت بهداشت، سایر دستگاه‌های اجرایی مرتبط و سازمان‌های دولتی و غیر دولتی مانند وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، شهرداری‌ها، خیریه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد و... در رفع مسائل ویژه در مورد سکونتگاه‌های غیر رسمی همکاری داشته باشند و در تعامل با یکدیگر برای برطرف کردن مشکلات اصلی و تأمین حداقل امکانات ضروری

بهداشتی و درمانی به منظور بهتر زیستن شهروندان حاشیه‌نشین بکوشند (۲۰). همچنین در قانون شهرداری‌ها مصوب ۱۳۳۴ مطابق بند ۴ ماده ۵۵ مراقبت در امور بهداشت ساکنین شهر و حومه و اجرای مقررات بهداشتی مطابق با قواعد بهداشتی و تشریک‌مساعی با سازمان‌های بهداشتی و برابر بند ۱۵ جلوگیری از شیوع امراض ساریه انسانی و حیوانی و اعلام این‌گونه بیماری‌ها به وزارت بهداشت و مؤسسات بهداشتی و دامپزشکی و شهرداری‌های مجاور هنگام بروز آن‌ها و دور نگه‌داشتن بیماران مبتلا به امراض ساریه و جمع‌آوری حیوانات بلاصاحب و دفع حیوانات مریض و مضر و ولگرد و ممانعت از چرا و گردش چارپایان و احشام در شهر و دفع و اتلاف حشرات از وظایف شهرداری‌ها قرار داده شده است. در راستای جرم‌انگاری نیز، ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی، آلوده‌کردن آب آشامیدنی و توزیع آب آشامیدنی آلوده، دفع غیر بهداشتی فضولات انسانی و دامی و مواد زائد، ریختن مواد مسموم‌کننده در رودخانه، زباله‌های خیابان‌ها و کشتار غیر مجاز دام، استفاده غیر مجاز فاضلاب خام و پس آب تصفیه‌خانه‌های فاضلاب برای مصارف کشاورزی را جزء جرائم علیه بهداشت عمومی و آلودگی محیط زیست دانسته و مجازات حبس تا یک سال را برای مرتکبان آن در نظر گرفته است.

لازم به ذکر است که برخی از دولت‌ها نیز با ارتقای حاشیه‌ها شروع به نزدیک‌شدن به حاشیه‌ها به عنوان یک فرصت ممکن برای توسعه شهری کرده‌اند و سیاست داخلی خود را به این سمت سوق داده‌اند. این رویکرد در بخشی از نوشته‌های نظری از John Turner در سال ۱۹۷۲، الهام گرفته شده بود. این رویکرد به دنبال ارتقای حاشیه با زیرساخت‌های اساسی مانند بهداشت، آب آشامیدنی سالم، توزیع شبکه برق ایمن، ایجاد جاده‌های آسفالت، زه‌کشی آب باران، راه‌اندازی سیستم اتوبوس و مترو است (۲۱). همچنین بین نحوه طراحی محیطی با احساس امنیت در مناطق حاشیه‌نشین ارتباط وجود دارد

(۲۲). فرضیه این رویکرد این است که اگر به حاشیه‌ها خدمات اساسی شهری ارائه شود و ساکنان حاشیه‌نشین اخراج نشوند، آنگاه ساکنین مسکن خود را بازسازی می‌کنند تا زیست بهتری داشته باشند و با گذشت زمان سرمایه‌گذاری سازمان‌های دولتی و خصوصی را جذب می‌کنند.

۱-۲. اسناد بین‌المللی: حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی فارغ از نژاد، مذهب، عقیده سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی هر فرد به عنوان یکی از بنیادی‌ترین حقوق بشر نخستین‌بار در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در سال ۱۹۴۶ شناسایی شد. مقدمه این اساسنامه، سلامت را نه‌تنها فقدان ضعف و بیماری، بلکه تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است. همچنین میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶، در ماده ۱۲ کشورهای عضو میثاق را ملزم به رعایت حق بر سلامت همه اقشار جامعه نموده است. از همین رو کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) در شرحی که بر ماده ۱۲ این میثاق داشته بر دسترسی بدون تبعیض به خصوص برای حاشیه‌ای‌ترین و آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه که هم به لحاظ قانونی و هم در عمل امکان مراجعه و بهره‌مندی از کالاها، خدمات و مراکز بهداشت و درمان را داشته باشند، تأکید داشته است. بنابراین ارتقای سطح سلامت شهروندان حاشیه‌نشین ضرورتی برای بهبود، حفظ و ارتقای سلامت جامعه (۲۳) در راستای رعایت قواعد اخلاق زیستی است.

از اسناد بین‌المللی در زمینه سلامت شهروندان حاشیه‌نشین برنامه سازمان ملل در مورد اسکان بشر و توسعه پایدار شهری (United Nations Human Settlements Programme) است. این برنامه در سال ۱۹۷۸ به عنوان نتیجه نخستین اجلاس سازمان ملل در مورد اسکان بشر و توسعه پایدار

شهری که در سال ۱۹۷۶ در ونکوور کانادا برگزار شد، تأسیس شد که دفتر مرکزی آن در دفتر سازمان ملل در نایروبی کنیا مستقر است. این مجمع یک نهاد بین‌المللی است که برنامه‌های آن ارتقای شهرها با ثبات اجتماعی و محیطی و با هدف فراهم آوردن سرپناه کافی برای همه است. در ایران نیز دفتری با همین نام در سال ۱۳۸۸ با تمرکز بر موضوع کاهش آثار خطرات و بلایای طبیعی و بر اساس موافقت‌نامه‌ای بین برنامه اسکان بشر ملل متحد و دولت جمهوری اسلامی ایران تأسیس شده است. دستورالعمل این برنامه علاوه بر دیگر اهداف توسعه بین‌المللی توافق شده، از جمله موارد مندرج در اعلامیه هزاره سازمان ملل قطعنامه ۲/۵۵ به ویژه با هدف دستیابی به پیشرفت چشم‌گیر در زندگی حداقل ۱۰۰ میلیون نفر حاشیه‌نشین تا سال ۲۰۲۰ است؛ لذا کشورهای عضو متعهد شده‌اند تا با کاهش جمعیت حاشیه‌ها و بهبود زندگی افراد حاشیه‌نشین، به شهرهای بدون حاشیه دست یابند.

«UN-Habitat» یک خانواده حاشیه‌نشین را به عنوان گروهی از افراد ساکن در زیر یک سقف در یک منطقه شهری تعریف می‌کند که فاقد یک یا چند مورد از این موارد است: ۱- مسکن ماندگار و دائمی که در برابر شرایط شدید آب و هوایی محافظت می‌کند؛ ۲- فضای کافی برای زندگی، یعنی بیشتر از سه نفر در یک اتاق مشترک نباشد؛ ۳- دسترسی آسان به آب سالم در مقادیر کافی با قیمت مناسب؛ ۴- دسترسی به سرویس‌های بهداشتی کافی به صورت توالی خصوصی یا عمومی که توسط تعداد معقولی از مردم مشترک است؛ ۵- امنیت مالکیت که از اخراج اجباری جلوگیری می‌کند (۲۴). عدم احراز موارد ذکرشده زیست شهروندان را تحت تأثیر قرار داده و سلامت شهروندان حاشیه‌نشین را با چالش مواجه می‌نماید.

۲-۵. چالش‌های فراوری حق بر سلامت شهروندان

حاشیه‌نشین: ازدحام جمعیت به دلیل فضای محدود در مسکن حاشیه‌نشین منجر به گسترش سریع‌تر و گسترده‌تر بیماری‌ها می‌شود. شرایط زیست نامناسب، شهروندان

حاشیه‌نشین را نیز در برابر برخی بیماری‌ها آسیب‌پذیرتر می‌کند. تراکم جمعیت در حاشیه‌ها یکی از عواملی است که مشکلات بهداشتی را به وجود می‌آورد (۲۵). سایر عواملی که به انتقال بیشتر بیماری در حاشیه‌ها منجر می‌شود، شرایط نامساعد زندگی، میزان واکسیناسیون پایین و اطلاعات ناکافی در مورد سلامتی و خدمات بهداشتی است (۲۶). همچنین میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان در مناطق حاشیه‌نشین بیشتر از مناطق غیر حاشیه‌نشین گزارش شده است. علاوه بر این لکنت زبان و کمبود وزن نیز در بین کودکان حاشیه‌نشین بسیار شایع است. پوشش مراقبت‌های پس از زایمان نیز در این مناطق کمتر است (۲۷). ساکنان حاشیه‌ها فاقد اطلاعات مهمی در مورد بهداشت، تغذیه، مراقبت از کودک، خدمات موجود و فرصت‌های شغلی هستند (۲۸). بهبود شرایط زندگی از قبیل معرفی بهداشتی بهتر و دسترسی به امکانات اولیه بهداشتی می‌تواند اثرات بیماری‌ها و شرایط زیست را بهبود بخشد.

یکی از مشخصه‌های شناسایی حاشیه‌ها عدم وجود زیرساخت‌های عمومی است (۲۹). از آب آشامیدنی سالم گرفته تا برق، از مراقبت‌های بهداشتی اولیه گرفته تا خدمات پلیس، از حمل و نقل عمومی مناسب تا خدمات آتش‌نشانی و آمبولانس، از فاضلاب گرفته تا جاده‌های آسفالت‌شده، حاشیه‌های جدید معمولاً فاقد همه این موارد هستند، البته حاشیه‌های قدیمی تأسیس‌شده گاهی از حمایت رسمی برخوردار می‌شوند و برخی از این زیرساخت‌ها مانند جاده‌های آسفالت‌شده، برق و یا منبع آب سالم را به دست می‌آورند (۳۰). یکی دیگر از مشکلات حاشیه‌ها استفاده از سرویس‌های بهداشتی اشتراکی هست (۳۱) و با دسترسی ناچیز به بهداشت و آب آشامیدنی ساکنان آن‌ها در معرض تهدید دائمی امراض قرار دارند (۳۲). عدم وجود امکانات زیرساختی در حاشیه‌ها ناشی از این است که بسیاری از این حاشیه‌ها و سکونتگاه‌های غیر رسمی توسط دولت به رسمیت شناخته نمی‌شوند (۳۳).

نقش مهمی در میزان بالای مرگ و میر دارند (۳۷). همچنین به دلیل انبوهی و تراکم بیش از حد جمعیت در مناطق حاشیه‌نشین تماس فیزیکی دائم و مجاورت با افراد بیمار میزان سرایت بیماری‌های واگیردار بیشتر از سایر مناطق شهری است.

۲-۲-۵. چالش‌های مرتبط با بیماری‌های غیر واگیردار: بسیاری از بیماری‌های غیر واگیردار نیز بر سلامت شهروندان ساکن در حاشیه‌ها تأثیر می‌گذارد. نمونه‌هایی از این بیماری‌ها شایع عبارت‌اند از بیماری‌های قلبی و عروقی، اختلالات عصبی و بیماری‌های روانی (۳۸). همچنین مشخص شده است که اکثر حاشیه‌نشینان دچار یک یا چند بیماری شده‌اند، از جمله دیابت، فشارخون بالا، کم‌خونی، اسهال حاد، عفونت‌های پوستی، سندرم حاد تنفسی و معلولیت جسمی (۳۹). با توجه به اینکه خدمات درمانی در اکثر حاشیه‌ها ناکافی است، بیشتر حاشیه‌نشینان مستعد مراجعه به پزشکان خصوصی هستند و یا با داروهای موجود در خانه به دنبال خوددرمانی هستند. پزشکان خصوصی در حاشیه‌ها معمولاً افرادی هستند که دارای مجوز نیستند و یا دارای آموزش ضعیف هستند و کلینیک‌ها و داروخانه‌ها را عمدتاً به خاطر پول اداره می‌کنند (۴۰). سوءتغذیه گسترده کودکان حاشیه‌نشین یکی دیگر از بیماری‌هایی است که با درآمد خانواده، عملکرد غذایی مادران، سطح تحصیلات مادران و اشتغال مادران یا خانه‌داری ارتباط نزدیکی دارد. فقر ممکن است منجر به مصرف ناکافی مواد غذایی در شرایطی شود که افراد نتوانند به اندازه کافی مواد غذایی بخرند و ذخیره کنند که منجر به سوءتغذیه می‌شود.

از سویی دیگر، طراحی فضاهای حاشیه‌ها نیز می‌تواند از نظر سلامت روحی و روانی برای شهروندان تأثیرگذار باشد. امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری اعم از روانی و جسمانی در ارتباط با عوامل و مدل‌های اجتماعی است. اثرات این عوامل در درازمدت کارایی خود را نشان می‌دهند، مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب

همچنین فرونشست زمین، امواج گرما و تغییرات آب و هوایی باعث افزایش خطرات سلامتی ساکنان حاشیه‌ها می‌شود (۳۴). شهروندان حاشیه‌نشین در معرض مجموعه گسترده‌ای از مسائل زیستی و اجتماعی قرار دارند که از جمله آن‌ها می‌توان به فقدان تهیه زیرساخت‌های آب، برق، فاضلاب و جمع‌آوری زباله‌ها، تأثیر عوامل بیماری‌زا در هوا، غذا، آب و خاک بر سلامتی انسان، وجود آلاینده‌های تأثیرگذار بر سلامتی انسان در غذا، آب و هوا، انبوهی و تراکم، مخاطرات فیزیکی از قبیل آتش‌سوزی‌ها، سیل‌ها و زمین‌لرزه‌ها اشاره کرد. از این رو کیفیت زیست شهروندان حاشیه‌نشین باید به یکی از اولویت‌های اساسی سیاست‌گذاران شهری تبدیل شود.

۱-۲-۵. چالش‌های مرتبط با بیماری‌های واگیردار: زندگی در حاشیه‌ها از یکسو می‌تواند تهدیدها و مسائلی برای نظام شهری ایجاد کند و از سوی دیگر زیست حاشیه‌ای و در حاشیه‌ماندن، مسائل و مشکلات عدیده‌ای را برای ساکنان این مناطق به دنبال دارد. از مشکلات حاشیه‌ها کمبود بهداشت و افزایش زباله و عدم دفع به موقع آن، جاری‌شدن فاضلاب خانگی در معابر عمومی، آلودگی هوا و صوتی و افزایش بیماری‌های عفونی و واگیردار است.

با توجه به اینکه مناطق حاشیه‌نشین دارای تراکم جمعیتی بالایی هستند، بنابراین جمع‌شدن افراد آسیب‌پذیر از نظر اقتصادی و اجتماعی، با تحصیلات پایین، در شرایط نامطمئن بهداشت عمومی و دسترسی کمتر به کالاها و خدمات بهداشتی شهروندان ساکن در این مناطق و ویژگی‌های شهروندان ساکن در مناطق حاشیه‌نشین به عنوان یک چالش در مواجهه با یک بیماری همه‌گیر است (۲۳). شهروندان حاشیه‌نشین معمولاً میزان بسیار بالایی از بیماری را تجربه می‌کنند. بیماری‌هایی که در حاشیه‌ها بیشتر گزارش شده‌اند، شامل وبا (۳۵)، سرخک، مالاریا، حصبه، سل (۳۶) و همچنین سایر بیماری‌های واگیردار را شامل می‌گردد. در سراسر مناطق حاشیه‌نشین در مناطق مختلف جهان، بیماری‌های عفونی

همچنین حوزه‌های تنظیم خانواده، سن ازدواج و بارداری، الگوهای مختلف بارداری، فواصل کوتاه دوران بارداری، حاملگی‌های ناخواسته و مشکلات و آسیب‌های دستگاه تناسلی، از جمله مسائل مهم مربوط به سلامت باروری است که در زنان ساکن در محله‌های حاشیه‌نشین شهری نامطلوب است (۴۵).

از سویی نیز، عدم وجود فاضلاب شهری در این مناطق و ایجاد چاه فاضلاب داخل منازل و همچنین اینکه جدول‌کشی و کانال‌کشی مناسبی جهت هدایت آب‌های جاری ناشی از نزولات جوی وجود ندارد و این آب‌ها در سطح کوچه‌ها در جریان است، چالش‌های زیست‌محیطی دیگری را به دنبال دارد. همچنین در برخی از منازل احشام نگهداری می‌شود و فضولات آن در منزل و محله منتشر می‌شود؛ وجود حشرات موزی به ویژه پشه و مگس به تبع رهاشدگی فاضلاب‌های خانگی در کوچه‌ها و جوی معابر و تجمع زباله در فضاهای باز و رهاشده در سطح این محدوده، از دیگر معضلات بهداشتی است که سلامت ساکنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در برخی حاشیه‌ها نیز به علت عدم دسترسی به برق و گاز از سوزاندن زغال، چوب یا سایر سوخت‌ها استفاده می‌کنند که موجب آسیب به چشم و تنفس شهروندان می‌گردد. همچنین حاشیه‌ها اغلب کوچه‌های بسیار باریکی دارند که اجازه عبور وسایل نقلیه (از جمله وسایل نقلیه اضطراری) را نمی‌دهند. آتش‌سوزی از دیگر مشکلات برای حاشیه‌ها محسوب می‌شود، زیرا خیابان‌ها و کوچه‌های باریک امکان دسترسی سریع و صحیح به کامیون‌های کنترل آتش را فراهم نمی‌کند؛ این مشکل در خدمات فوریت‌های پزشکی و حضور به موقع مأموران اورژانس نیز وجود دارد.

۶. نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه حاشیه‌ها از استانداردهای خدمات و زیرساخت‌های شهری جهت زیستن مطلوب از جمله مسکن،

و سطح بالای عدم امنیت در جامعه (مثل خشونت‌ها، تصادف‌ها) و عواملی چون حوادث منفی زندگی، از جمله جدایی از والدین، ازدست‌دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت افراد جامعه می‌گذارند (۴۱). همچنین زنان در حاشیه‌ها بیشتر در معرض خطر خشونت جسمی و جنسی قرار دارند (۴۲). عواملی مانند بیکاری که منجر به کمبود منابع مالی در خانه می‌شوند و مشکلات اقتصادی می‌توانند استرس زناشویی را افزایش داده و بنابراین خشونت خانگی را نیز تشدید کنند (۴۳). خشونت‌های خانگی در حاشیه‌ها بیشتر متوجه زنان و کودکان است که در سلامت روانی و زندگی آینده آن‌ها تأثیرات مستقیمی را ایجاد می‌کند.

۳-۲-۵. چالش‌های مرتبط با بیماری‌های زیست‌محیطی: از جمله چالش‌های زیست‌محیطی که سلامتی شهروندان حاشیه‌نشین را تهدید می‌کند، می‌توان به انباشت زباله‌ها و عدم جمع‌آوری به موقع و دفع زباله به آن شکلی که در داخل شهرها وجود دارد، اشاره داشت. همچنین بیشتر حاشیه‌ها در مجاورت محل دفن زباله‌ها احداث شده‌اند که باعث بروز انواع بیماری‌ها می‌شود. به خاطر عدم وجود آب آشامیدنی سالم شهروندان حاشیه‌نشین چاره‌ای جز استفاده از آب‌های آلوده و فاقد کیفیت مطلوب ندارند، در نتیجه بیماری‌های ناشی از آب ناسالم، عوارض منفی بسیاری روی سلامتی شهروندان می‌گذارند. آلودگی هوا به دلیل زمین‌های بایر اطراف واحدهای مسکونی، قرارگرفتن بخشی از حاشیه‌ها در حریم مسیرهای خطوط راه‌آهن، فرودگاه، خطوط انتقال حامل‌های انرژی، دکل‌های فشارقوی برق، مناطق دارای آلودگی ناشی از فعالیت‌های صنعتی، زمین‌های متروک و بایر از دیگر مسائلی است که در بلندمدت تأثیرات آن بر سلامت جسمی و روحی ساکنان مشخص می‌شود، چه‌این‌که سلامت را می‌توان فارغ از تعریف سنتی آن، یعنی فقدان بیماری یا ناتوانی، بهزیستی یا آسایش و رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی دانست (۴۴).

شبکه حمل و نقل، روشنایی معابر و بالابردن سطح کیفیت زندگی و بهداشت در روستاها و شهرهای کوچک جهت جلوگیری از کوچ به شهرها و سکونت در حاشیه‌ها، اقدامات لازم صورت پذیرد. همچنین با ایجاد فضاهای سبز در حاشیه‌ها جهت حفظ ظاهری و کاهش آلودگی و ساخت یا ساماندهی امکانات محله‌ای، همچون مراکز آموزشی و ایجاد مراکز مشاوره و مددکاری اجتماعی و سلامت باروری جهت شناسایی و استفاده از حداکثر توانایی‌های فردی و افزایش سطح سازگاری، حس مسئولیت‌پذیری و منزلت اجتماعی افراد و فعال‌نمودن مراکز بهداشتی، نسبت به بالابردن آگاهی ساکنان در خصوص رعایت موازین بهداشتی و درمانی تلاش نمایند. در نهایت باید اذعان داشت که حمایت از سلامت شهروندان حاشیه‌نشین از الزامات دولت‌ها است که خود نشأت گرفته از اصول اخلاق زیستی و مبانی حمایت از حقوق بشری و شهروندی آنان است.

۷. تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمامی کسانی که در فرایند گردآوری و تهیه پژوهش حاضر به آنان یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

۸. سهم نویسندگان

نویسندگان در پژوهش، معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا هستند.

۹. تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منفعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

معابر، خدمات گاز، برق، تلفن، آب و فاضلاب مناسب محروم می‌باشند، در چنین شرایطی طبیعی است که شهروندان حاشیه‌نشین از حقوق اولیه خود همانند حق بر سلامت محروم می‌شوند و در معرض وقوع انواع مخاطرات بهداشتی و درمانی قرار می‌گیرند. حاشیه‌ها به دلیل خارج‌بودن از برنامه‌ریزی‌های رسمی و قانونی توسعه شهری و محرومیت از خدمات شهری سلامت ساکنان در این مناطق را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین شهروندان حاشیه‌نشین به شدت در معرض ابتلا به انواع بیماری‌های واگیردار، غیر واگیردار و زیست‌محیطی قرار دارند. اما از سویی دیگر، دولت‌ها مطابق قوانین داخلی و اسناد بین‌المللی ملزم هستند که با استفاده از ظرفیت نهادهای مختلف خود و نیز با ایجاد سازمان‌های مردم‌نهاد در رفع این چالش‌ها بکوشند. در این زمینه از جمله می‌توان به سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران اشاره کرد که برابر مقررات، سازمان عمومی غیردولتی است، لیکن رییس آن با حکم رییس‌جمهور انتخاب می‌شود که در انجام وظایف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر بخش‌های دولت ارتباط تنگاتنگی دارد و نوع فعالیت آن عمدتاً بشردوستانه است. همچنین دولت باید شرایطی را فراهم آورد تا با بهره‌مندی از مؤسسه‌ها و انجمن‌های خیریه که در حوزه سلامت و بهداشت و درمان و رسیدگی به توسعه اجتماعی و محیط زیست و... فعالیت دارند، (به عنوان نمونه جوانان خیر) در راستای رفع چالش‌های حق بر سلامت شهروندان حاشیه‌نشین برنامه‌ریزی صورت گیرد. البته وجود بسترهایی از قبیل ایجاد نگرش مثبت و جلب تمایل ساکنان بر مشارکت با سازمان‌ها و کمک همه‌جانبه توسط دولت‌ها به این سازمان‌ها باید مطمئن نظر قرار گیرد تا شرایط کمک همه‌جانبه به شهروندان حاشیه‌نشین نیز فراهم آید و با ایجاد حس همکاری جمعی برای مشارکت در بهداشت محیط به منظور کاهش خطرات زیست‌محیطی و بهبودبخشیدن به وضعیت تأسیسات زیرساختی پایه مانند شبکه آبرسانی و دفع فاضلاب، توسعه

References

1. Saeedniya A. The system of urban centers and residential spaces, the Green Book of Municipal Guides. Tehran: Center for Urban Planning Studies Publications; 2003. [Persian]
2. Bego E. Assessing Feasibility Study of informal, Settlements Upgrading: Are there GI Policy and Management, Implications? case study of windhoek, Namibia. Netherlands: International Institute for Geo-Information Science and Earth Observation; 2003.
3. Akhter Ali M, Toran K. Migration, Slums and Urban Squalor-A Case Study of Gandhinagar Slum. Chennai: Proceedings of the Third International Conference on Environment and Health; 2004. p.1-10.
4. Abedini I, Safdari Mulan H, Agaaliipour A, Ebrahimi M. Theoretical model of marginalization and its social consequences. Torbat Heydariyeh: 2nd International Conference on Futurology, Management and Economic Development; 2016. p.1-14. [Persian]
5. Rabani R, Hagigatiyan M, Nazari J, Gasemi M. Sociological study of marginalization and its effect on the mental health of marginalized (Case study of Arzanan and Darak) Zeinabieh Isfahan. *J of Social Sciences, Islamic Azad University - Shushtar Branch*. 2011; 5(14): 95-126. [Persian]
6. Rezaei MR, Kamandari M. Analysis of formation causes of marginalization in Kerman Case Study: Syedi neighborhoods and Imam Hassan. *J of Spatial Planning*. 2015; 4(4): 179-196. [Persian]
7. Allahyari MR, Khakzand M. Reviving Potential Social Capital of Informal Settlements Using Incremental Housing (Case Study: Zurabad, Karaj, Iran). *J of Social Capital Management*. 2019; 6(2): 237-253. [Persian]
8. Bazi KH, Kiyan A, Safarzaiee A. Assessment of suburbans rehabilitation strategy to improve Zabol city. *J of Geography and Territorial Spatial Arrangement*. 2017; 7(23): 127-148. [Persian]
9. Hatami Nejad H, Safdari A, Parsa R, Safdari M. Role of Urban Management in Organization of Informal Settlements (Case Study: Ferun Abad of Tehran). *J of Geographical Notion*. 2011; 5(10): 1-33. [Persian]
10. Meshkini A, Parhiz F, Tafakkori A. An analysis of Yas and Omid settlements of metropolitans in developing countries. *J of The Urban Development and Organization Haft Shahr*. 2010; 2(29-30): 41-54. [Persian]
11. Owusu G, Agyei-Mensah S, Ragnhild L. Slums of hope and slums of despair: Mobility and livelihoods in Nima, Accra. *Norwegian J of Geography*. 2008; 62(3): 180-190.
12. Rezazadeh H, Sadat Sharegh Z. The Impact of Normative Foundation of Human Dignity on the Right to Health as a Human Right: From Theory to Action. *Bioethics J*. 2019; 9(34): 17-31. [Persian]
13. Asgharnia M, Beheshti MS. The Transition from National Citizenship to Global Citizenship; The Relation Between Citizenship Rights and Bioethics. *Bioethics J*. 2016; 6(21): 89-110. [Persian]
14. Asadi Jounoushi M, Asadi Jounoushi S. Legislative Policy of Iran in Support of Citizenship Rights: Focusing on the right of health equality. *Medical Law Journal*. 2021; 15(56): 477-489. [Persian]
15. Jafari MH, Heidari Noshahr M, Parsa E. Role of Providing Urban Services in Creating Marginal neighborhoods of Yazd City Based on Citizenship Rights. *Bioethics J*. 2018; (Special Issue on Citizenship Rights): 83-94. [Persian]
16. Gholami R, Seyfikafshgari M, Najaf Ali SH. Economic and Social Factors of Marginalization in Iran (Case Study of Tehran Metropolis). *Security Horizons J*. 2013; 6(20): 167-186. [Persian]
17. Kargar B. Status of Atmosphere, Community and Societal Security in Southern Suburb of Tehran (Case Study: Islamshahr). *J of Societal Security Studies*. 2010; 1(22): 13-42. [Persian]
18. Abbasi M, Fallah MR, Kalhornia Golkar M. Coronavirus Pandemic; From Human Rights Considerations to Citizenship Requirements. *Medical Law Journal*. 2020; 14(55): 7-22. [Persian]
19. Miri M, Kalantari Khalilabad H. Familiarity with urban development plans (guide, comprehensive, detailed). Tehran: Publications of the Organization of Municipalities and Rural Affairs; 2011. [Persian]
20. Nazari T. The relationship between providing health services and the level of access to health services. Tehran: Thesis of Islamic Azad University, Science and Research Branch Tehran; 2016. [Persian]
21. Turner JFC. Tools for building community: An Examination of 13 Hypotheses. *J of Habitat International*. 1996; 20(3): 339-347.
22. Azarmi M, Azar A, Abdolazhadetaraff A. The Effect of Environmental Planning and Design on

Urban Security in Squatter Areas of Tabriz City. *J of Geography And Environmental Studies*. 2020; 8(32): 41-54. [Persian]

23. Beigi J, Teymouri M. Corona crisis and its impact on slums in cities. National Conference on Architecture, Civil Engineering, Urban Planning and Horizons of Islamic Art in the Declaration of the Second Step of the Revolution. Tabriz: Tabriz University of Islamic Art; 2021. p.1-13. [Persian]

24. United Nations Settlement Programe (UN-HABITAT). State of the Worlds Cities. 2006-07. Available at: https://www.mirror.unhabitat.org/documents/media_centre/sowcr2006/SOWCR%205.pdf.

25. Lilford RJ, Oyeboode O, Satterthwaite D, Melendez-Torres GJ, Chen YF, Mberu B, et al. Improving the health and welfare of people who live in slums. *J of the Lancet*. 2017; 389(10068): 559-570.

26. Ezeh A, Oyeboode O, Satterthwaite D, Chen YF, Ndugwa R, Sartori J, et al. The health of people who live in slums 1: The history, geography and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. United Kingdom: Lancet Publishing; 2016.

27. Mberu BU, Haregu TN, Kyobutungi C, Ezech AC. Health and health-related indicators in slum, rural and urban communities: a comparative analysis. *J of Global Health Action*. 2016; 9(1): 1-13.

28. Nasir U, Siraj UD. Paradox of Conceptualizations, Measurements and Causes of Urban Poverty: Context Evidence from Bangladesh. *International J of Social and Economic Research*. 2016; 7(2): 54-73.

29. Iacoboaia C. Slums in Romania. *J of Theoretical and Empirical Researches in Urban Management*. 2009; 1(10): 101-113.

30. Chandrasekhar S. Growth of Slums, Availability of Infrastructure and Demographic Outcomes in Slums: Evidence from India. Mumbai: International Population Conference; 2015. p.1-21.

31. Irandoost K, Toolayi R. Poor Housing Pattern in Informal Settlements Case Study: Abbasabad Sanandaj. *J of City Development Research*. 2012; 20: 1-12. [Persian]

32. Anklesaria S. Improving Urban Shantytowns. *J of Architecture Week*. 2022; 21: 1-2.

33. Ehigior P. A investigation into the role of slum community based institutions in takling the challenges of slums in developing nations the case of Lagos state,

Nigeria. Sweden: Master Thesis in Built Environment, University in Malmö; 2013.

34. Yua J, Shannonb H, Baumannb A, Schwartzb L, Bhatt M. Slum Upgrading Programs and Disaster Resilience: A Case Study of an Indian "Smart City". Hong Kong: International Conference on Geographies of Health and Living in Cities: Making Cities Healthy for All, Healthy Cities; 2016. p.154-161.

35. Madise NJ, Ziraba AK, Inungu J, Khamadi SA, Ezech A, Zulu EM, et al. Are slum dwellers at heightened risk of HIV infection than other urban residents? Evidence from population-based HIV prevalence surveys in Kenya. *J of Health & Place*. 2012; 18: 1144-1152.

36. Obuku EA, Meynell C, Kiboss-Kyeyune J, Blankley S, Atuhairwe C, Nabankema E, et al. Socio-demographic determinants and prevalence of Tuberculosis knowledge in three slum populations of Uganda. *J of BMC Public Health*. 2012; 12: 1-9.

37. Eisenstein M. Disease: Poverty and pathogens. *J of Nature*. 2016; 531: 61-63.

38. Snyder RE, Rajan JV, Costa F, Lima H-CAV, Calcagno JI, Couto RD, et al. Differences in the Prevalence of Non-Communicable Disease between Slum Dwellers and the General Population in a Large Urban Area in Brazil. *J of Tropical Medicine and Infectious Disease*. 2017; 2(3): 1-12.

39. Uddin N. Assessing urban sustainability of slum settlements in Bangladesh: Evidence from Chittagong city. *J of Urban Management*. 2018; 7(1): 32-42.

40. Riley LW, Ko AI, Unger A, Reis MG. Slum Health: Diseases of Neglected Populations. *J of BMC International Health & Human Rights*. 2007; 7(2): 1-6.

41. Harpham T. Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role For Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists. *J of Social Science and Medicine*. 2004; 39: 123-143.

42. Go VF, Sethulakshmi CJ, Bentley ME, Sivaram S, Srikrishnan AK, Solomon S, et al. When HIV-Prevention Messages and Gender Norms Clash: The Impact of Domestic Violence on Women's HIV Risk in Slums of Chennai, India. *J of AIDS and Behavior*. 2003; 7: 263-272.

43. Magar V. Empowerment Approaches to Gender-Based Violence: Women's Courts in Delhi Slums. *J of*

Women's Studies International Forum. 2003; 26(6): 509-523.

44. Vahdaninia V, Seyyed Mousavi MSA. Legal Approach to Health Theory. *Iranian J of Biomedical Law and Ethics*. 2019; 1(1): 98-108. [Persian]

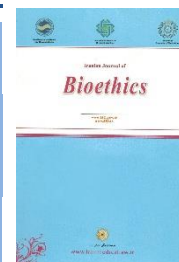
45. Khayat S, Dolatian M, Fanaei H, Navidian A, Mahmoodi Z, Kasaeian A. Women's Reproductive Health Status in Urban Slums in Southeast Iran in 2017: A Cross-sectional Study. *J of Midwifery and Reproductive Health*. 2020; 8(1): 2069-2082.



Majale "Akhlāq-i zīstī" (i.e., Bioethics Journal)

2021; 11(36): e20

<https://doi.org/10.22037/bioeth.v11i36.35951>



ORIGINAL RESEARCH

The Right to Health of Marginalized Citizens as a Human Right and the Challenges it Faces

Jamal Beigi^{1*} , Mehrdad Teymouri²

1. Associate Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Maragheh Branch, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Maragheh, Iran.

2. Ph.D. Student in Criminal Law and Criminology, Maragheh Branch, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Maragheh, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 28 July 2021

Accepted: 26 October 2021

Published online: 08 December 2021

Keywords:

Bioethics

Right to Health

Human Rights

Citizen

Marginalized

ABSTRACT

Background and Aim: The current development of suburban areas that do not have proper urban standards and services in terms of urban planning and on the other hand, due to special environmental conditions and lack of proper health facilities in these areas, the right to health of residents is facing serious challenges. Therefore, the present study explains the position of the right to health of marginalized citizens as a human right and examines the health and medical challenges and the commitment of governments to implement it.

Materials and Methods: This research is of theoretical type. The research method is descriptive-analytical and the method of data collection is library by referring to documents.

Ethical Considerations: In all stages of writing the present study, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed.

Findings: Findings indicate that marginalization is considered a way of life that is outside the city limits and without basic facilities for living; This poses challenges to the right to health of marginalized citizens and causes the spread of various infectious, non-communicable and environmental diseases. Considering that health is one of the components of human well-being, Thus, the rules of bioethics are threatened by the health challenges of marginalized citizens.

Conclusion: The right to health is a fundamental human right and, in accordance with the rules of biomedical and bio-social ethics, marginalized citizens deserve it as well as other citizens of society. Given the results, this faces challenges so must be addressed by governments in accordance with the requirements of domestic law and international instruments.

* Corresponding Author: Jamal Beigi

Address: Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Humanities, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran.

Postal Box: 5519747591

Email: jamalbeigi@iau-maragheh.ac.ir

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as: Beigi J, Teymouri M. The Right to Health of Marginalized Citizens as a Human Right and the Challenges it Faces. *Majale "Akhlāq-i zīstī" (i.e., Bioethics Journal)*. 2021; 11(36): e20.