



This is an open access article under the CC by license.

Journal of Research in Public
Policy (JRPP),
Vol. 1, No. 1 (1), Fall 2025
Received date: 2025.01.11
Accept date: 2025.12.07
Article type: Original Research
PP: 29 - 49



پژوهشنامه سیاست‌گذاری عمومی
سال اول، شماره ۱ (۱)، پاییز ۱۴۰۴
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶
نوع مقاله: علمی - پژوهشی
صفحات: ۲۹ - ۴۹

Doi:
ISSN:

کیفیت انتقال دانش حقوقی حق بر سلامت، نزد دانشجویان دکتری علوم سیاسی و روابط بین‌الملل دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

دکتر مهدی آقاچانلو*

چکیده

با برجسته‌تر شدن جایگاه حق بر سلامت و نقش آن در تضمین حیات انسان‌ها، توجه به ابعاد گوناگون موثر بر تحقق حق مذکور، بویژه از طریق آموزش، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. در مقاله حاضر در پی بررسی چالش‌های اساسی انتقال دانش حقوقی نسبت به حق بر سلامت، میان اساتید و دانشجویان دوره دکتری علوم سیاسی و روابط بین‌الملل دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، برآمدیم. برای نیل به هدف مذکور، باروشی میدانی، از پرسشنامه‌ای شامل ۲۳ سوال بسته، جهت سنجش میزان دانش و آگاهی پاسخ‌دهنده‌ها و همچنین ارزیابی سه بخش آموزشی (منابع، التزام عملی و ارزیابی دانشگاهی) بهره‌گرفتیم. با وجود سطح آگاهی و دانش مطلوب نزد اساتید و بصورت نسبی نزد دانشجویان، ضعفی کلی در هر سه بخش مورد مطالعه مشاهده می‌شود. چنین نقص وضعی در «منابع و برنامه درسی» بسیار عمیق‌تر از سایر متغیرهای بررسی شده می‌باشد.

کلیدواژگان

آموزش حقوق بشر، اعلامیه اینچئون، انتقال دانش، حق بر سلامت، حق بر آموزش، حقوق اقتصادی و اجتماعی.

* استادیار، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. / ایمیل: mahdi.aghajanoloo@gmail.com

۱- مقدمه

با در نظر گرفتن رابطه‌ای مستقیم میان حق حیات و حق بر سلامت، «هیچ چیز نمی‌تواند مستقل از سلامتی [فرد] قابل دستیابی باشد» (Emch-Dérian, 1987, cité par Klein, 2014: 47). حیات افراد، بعنوان شرط وجودی برای تصور هر حق دیگری، بصورت مستقیم به سلامتی آنها وابسته است. تجسم چنین جایگاهی برای حق بر سلامت، مسئولیت رعایت آن را برعهده یکایک اعضای جامعه می‌نهد (Klein, 2014: 47).

بی‌تردید اهمیت و نقش اساسی بهره‌مندی افراد از حق بر سلامت سبب گسترش دامنه تعریف سلامتی، و بدین ترتیب، ظهور ابعاد نوین و مصادیق جدیدتر از انواع استراتژی‌های حمایت از حق بر سلامت شده‌است. اگرچه ریشه‌های انتقال بایسته‌های مرتبط با سلامتی به دوران پیش از پزشکی مدرن، و در نهادهای خانواده، جامعه و فرهنگ قابل جستجو است (Parayre, Klein, 2014: 18)، اما آموزش حق بر سلامت مفهومی متاخر، نوظهور، و فاقد هرگونه اجماع بین‌المللی الزام‌آور موثر است (Meyer Bisch, 2004: 60).

آموزش مسایل مرتبط با سلامتی، به معنای امروزی آن، بخشی از تعلیم و تربیت شهروندی است که سبب شکوفایی جسمی، روانی و اجتماعی آنها، می‌شود (See: Contandriopoulos, 2006: 86). در حقیقت دانش و آگاهی در حوزه سلامت، با افزایش قدرت عقلانیت (See: Lange, Victor, 2006: 96-97)، قدرت انتخاب و مسئولیت‌پذیری (Saab, et al., 2014: 20 ; Parayre, Klein, 2014: 85)، روحیه مطالبه‌گری (Berger et Nekaa, 2014: 116)، مشارکت افراد (Meyer Bisch, 2004: 74) و بهبود سطح بهداشت عمومی در جامعه (Mérini, et al., 2010: 3)، نقش مهمی در تغییر رفتارهای مخاطره‌آمیز و اتخاذ تصمیمات مناسب‌تر ایفا می‌کند (Saab et al., 2014: 96). در واقع، سیاست‌های آموزشی حق بر سلامت نقش پیش‌بینی و پیشگیری از مشکلات حوزه سلامت را برعهده دارند (Péchillon, 2000: 188). بدین ترتیب آشکار است که سلامت افراد کمتر بهره‌مند از نظام آموزشی مطلوب، بیشتر دچار مخاطره می‌شود (Berger, Nekaa, 2014: 116). تفاوتی که در مقاطع بحرانی، همچون شیوع همه‌گیری‌ها، قابل لمس‌تر است (Parayre, 2014: 60-61). با چنین مقدمه‌ای، حق بر سلامت امری فردمحور بنظر می‌رسد، اما تاثیر مستقیم و غیرمستقیم بسیاری ابعاد اجتماعی دیگر (Mérini et al., 2010: 18-19) و همچنین وجود دغدغه‌های جمعی و عمومی بسیار (Péchillon, 2000: 192)، آن را مبدل به پدیده‌ای گروهی و جمعی می‌کند.

با اهمیت غیرقابل انکار حق بر سلامت در عصر حاضر، و همچنین تاثیر مستقیم دانش و آموزش بر تحقق آن، در این مقاله در پی پاسخ به این سوال خواهیم بود که آموزش ابعاد گوناگون حق بر سلامت در نظام دانشگاهی در چه سطحی قرار دارد؟ و دیگر آنکه، چالش اصلی پیش‌روی آموزش و انتقال دانش در این حوزه چیست؟

علیرغم وجود وحدت نظری بر تاثیر آموزش بر حق بر سلامت، به نظر می‌رسد که در کشوری درحال توسعه، همچون ایران، همچنان میزان آگاهی درخصوص جوانب مختلف حق بر سلامت در سطحی ناکافی باقی مانده (فرض نخست) و گردش آموزشی دانش و آگاهی در این حوزه، میان نسل‌های دانشگاهی، دچار نقص است (فرض دوم). با طرح چنین فرضیه‌هایی، با روشی مرکب، به بررسی تفسیری پیوند میان آموزش و حق بر سلامت، سپس روابط علی میان آن دو، و در نهایت به بررسی انتقادی چرخه انتقال دانش میان اساتید و دانشجویان خواهیم پرداخت (Lange, Victor, 2006: 88). به عبارت دیگر، در پی یافتن نقص پنهان آموزش حق بر سلامت در نظام دانشگاهی میان دوا احتمال بر خواهیم آمد: نخست، ممکن است عدم توجه بنیادین به ابعاد مختلف حق بر سلامت، سبب ایجاد چنین فقدان یا نقصی در نظام دانشگاهی شده باشد؛ دوم، ممکن است پایه‌های علمی و عملی آن نزد اساتید دانشگاه وجود داشته باشد، اما فقدان آگاهی و دانش نزد نسل‌های متاخرتر نتیجه عدم انتقال مناسب آن در نظام آموزشی باشد.

بدین‌سان ضمن تبیین ادبیات نظری پیوند میان آموزش و حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی، از هنگام تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) تا «اعلامیه اینچئون» (۲۰۱۵)، بنیان‌های نظری و حقوقی بحث شده را با رویکردی میدانی، در آزمون با نتایج پرسشنامه پژوهش خود خواهیم گذاشت. پرسشنامه مورد نظر، شامل ۲۳ سوال، در قالب پنج بخش کلی اطلاعات شخصی، آگاهی‌سنجی پاسخ‌دهنده‌ها، و سه بخش آموزشی: منابع و محتوای التزام عملی و ارزیابی آموزشی حق بر سلامت، تنظیم شده است.

گفتنی است در گام نخست، برای اثبات فرضیه اولیه، مجموعه نتایج جامعه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند، شامل چهارتن از اساتید و تعداد ۲۳ دانشجوی مقطع دکتری مجموعه گرایش‌های علوم سیاسی و روابط بین‌المللی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، را مقایسه ساده خواهیم نمود. در گام دوم، برای آزمون انتقال دانش مذکور در نسل‌های دانشگاهی نیز به تحلیل رابطه میان نتایج پرسشنامه بین دو گروه دانشجویان و اساتید خواهیم پرداخت.

۲- ادبیات رویکرد آموزش محور در تحقق حق بر سلامت

اریک پشیلون (۲۰۰۰)، در مقاله‌ای تحت عنوان «حقوق و مسائل آموزش کاربردی سلامت»، ضمن تبیین ابعاد مختلف جدایی یا هم‌پوشانی میان حوزه‌های بهداشتی و آموزشی، و همچنین با برجسته نمودن ابعاد جمعی نقش حق بر سلامت، نظام آموزشی را عامل تعادل و توجیه اجتماعی تمهیدات اجباری دولت‌ها در تحقق حق بر سلامت می‌داند.

یکی دیگر از کامل‌ترین آثار در این رابطه کتاب «آموزش و سلامتی؛ از عمل تا دانش» است که در سال ۲۰۱۴ زیر نظر سورین پارایر و الکساندر کلاین منتشر شده است. اثر فوق در مجموع شامل ۱۲ مقاله ارائه شده در کنگره «تازه‌های پژوهش در حوزه آموزش و پرورش» سال ۲۰۱۰ است. مقالات

بطور عمده به بررسی پیچیدگی‌های پیوند میان آموزش و سلامت، آموزش‌های نوین، آموزش‌های عملی کارکنان حرفه‌ای و روش‌های پژوهشی در حوزه آموزش و سلامت اختصاص دارند. علیرغم انسجام و جامع بودن مجموعه مقالات مذکور، همچنان فاقد هرگونه بُعد حقوقی لازم از منظر تأکید بر حق بر آموزش و یا تأثیر آن بر حق بر سلامت است.

در مقاله ای دیگر تحت عنوان «برنامه درسی حقوق بشر در آموزش عالی: مطالعه کیفی»، رحمت‌اله مرزوقی و همکارانش (۲۰۱۸) به بررسی عناصر آموزش حقوق بشر در محتوا، منطق، اهداف، روش‌ها و محیط دانشگاه‌های شهید بهشتی، اصفهان، شیراز و کرمان پرداختند. علیرغم غنای بسیار در نتیجه بهره‌مندی از روش اشباع نظری، مقاله فوق نیز فاقد رهیافت مستقل در خصوص پیوند آموزش و سلامت است.

هریک از آثار مذکور یکی از جوانب آموزش حق بر سلامت را هدف قرار داده و به دنبال پاسخ به دغدغه‌ای متفاوت از یکدیگر برآمدند. اما فقدان تحلیلی کمی و براساس تعاریف و شاخص‌های استاندارد بین‌المللی برای حق بر آموزش و حق بر سلامت، و همچنین عدم توجه به وجود دانش و انتقال میان نسل‌های دانشگاهی نیز سبب پنهان ماندن حلقه گمشده در پیوند آموزش و سلامت گشته است. لذا در این مقاله با تأکید بر آگاهی‌سنجی جامعه آماری و بررسی سه ضلع پیوند آموزش سلامت: آگاهی، انتقال دانش و رویکرد نظام آموزشی، در پی واکاوی نقص نهفته در رابطه فوق بر خواهیم آمد.

۳- مبنای نظری پیوند ذاتی میان آموزش و حق بر سلامت

آموزش و سلامت هر دو حقی اقتصادی و اجتماعی‌اند، که برای تحقق نیازمند تدابیر و سیاست‌های ویژه‌ای (به لحاظ اصولی) از سوی دولت‌ها می‌باشند. بعنوان حقوقی ایجابی، تحقق آنها در سه گام «شناسایی»، «حمایت» و «تضمین» بهره‌مندی تمام اعضای جامعه، ممکن است (De See, 2014: 19-20; Riedel et al., 2004: 347-349). حال آنکه براساس نظریه ذاتی، با در نظر داشتن همبستگی متقابل میان مجموعه حقوق بنیادین، هر یک از این حقوق می‌تواند ابزاری برای تحقق و بهبود وضعیت دیگری در نظر گرفته شود (Pavageau, 2005: 212-217). بدین ترتیب، اگرچه از نظر سیاسی و نظری طبقه‌بندی و درجه‌بندی حقوق امکان‌پذیر است، اما به لحاظ حقوقی و عملی، تمام اصول حقوق بشر، یکپارچه و درهم تنیده می‌باشند (Meyer Bisch, 2004: 69). برای مثال، بهبود وضعیت آموزشی و اتخاذ سیاست‌های مطلوب مرتبط با آن می‌تواند سبب ارتقای آگاهی اجتماعی در خصوص حق بر سلامت و افزایش سطح بهداشت عمومی در جامعه گردد.

بی‌گمان گام نخست «شناسایی حقوق» مذکور در قالب میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توسط دولت ایران محقق شده است. بعلاوه، سیاست‌ها و استراتژی‌های ملی لازم، جهت نیل به تحقق حق بر آموزش و سلامت، توسط دولت‌های مختلف تدوین و پیگیری می‌شوند. لیکن تحقق گام «حمایت» به اعمال سیاست‌های مطلوب، و متعاقب آن، «تضمین حقوق» نیز به

درستی و کارآمدی آن سیاست‌ها بستگی دارد. امروزه در سطح بین‌المللی هیچ تردیدی در آموزش‌پذیری مساله سلامت و بهداشت عمومی وجود ندارد، لذا نهادهای بین‌المللی ذی‌صلاح، همچون کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سازمان بهداشت جهانی و یونسکو، برای حصول اطمینان از صحت سیاست‌های کشورهای گوناگون اقدام به ارائه نظریه‌های تفسیری، برنامه‌های اقدام ویژه و دستورالعمل‌های مختلف می‌نمایند. تفاسیر نهادهای مذکور می‌بایست دولت‌ها را در این راه دشوار یاری نماید.

۴- پیوند تاریخی میان حق بر آموزش و حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی

پس از پایان جنگ جهانی دوم و افزایش توجه جهانی به مسائلی همچون حقوق بشر، اعلامیه جهانی حقوق بشر در ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ تصویب می‌شود. نخستین نشانه‌های توجه جهانی به مجموعه حقوق اقتصادی و اجتماعی را می‌توان در اعلامیه جهانی یافت. برای مثال، ماده ۲۵ اعلامیه تاکید دارد که «هرکسی از حق بهره‌مندی از یک سطح کافی برای تضمین سلامتی خود برخوردار است»، بلافاصله در ماده ۲۶.۱ اضافه می‌کند: «هرکسی از حق بر آموزش برخوردار است» و «آموزش می‌بایست تضمین شود». در ادامه اعلامیه پا را فراتر نهاده و می‌افزاید: «هدف آموزش باید توسعه کامل شخصیت انسان و تقویت احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی باشد. [آموزش] باید درک، رواداری و دوستی میان تمام ملت‌ها و گروه‌های نژادی یا مذهبی و همچنین گسترش فعالیت‌های صلح‌طلبانه سازمان ملل را ارتقا دهد» (ماده ۲۶.۲).

اگرچه در اعلامیه جهانی اشاره مستقیم به رابطه میان حق بر آموزش و سلامت دیده نمی‌شود، اما اگر مطابق ماده ۲۶ اعلامیه هدف از آموزش نیل به تمام اصول حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین باشد، بی‌گمان می‌توان آن را در جهت دستیابی به یکی از اساسی‌ترین حقوق بشر، حق بر سلامت، نیز در نظر داشت.

پس از اعلامیه جهانی، تصویب میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶)، بصورت مشخص‌تر دولت‌های عضو را مسئول تحقق حق بر آموزش (ماده ۱۰.۱) و حق بر سلامت (ماده ۱۲.۱) معرفی می‌کند. ریشه‌های نخستین رابطه منطقی میان آموزش و حق بر سلامت را می‌توان در میثاق بین‌المللی مذکور یافت. نخست، میثاق دولت‌ها را مسئول بکارگیری «تدابیر لازم» برای تحقق حق بر سلامت می‌داند (ماده ۱۲.۲)، و در همان ماده، یکی از شرایط آن تدابیر، ضرورت «پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها» دانسته می‌شود (بند c). اگرچه میثاق فاقد اشاره مستقیم به ضرورت آموزش در حوزه حق بر سلامت است، اما با این وجود، از یک سوی، مسئول تحقق این حقوق را شناسایی می‌کند، و از سوی دیگر، با اشاره به مفاهیمی همچون «تدابیر لازم» و اهمیت اتخاذ آن تدابیر در جهت نیل به «پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها»، راه را برای تفسیر آموزش محور در تحقق حق بر سلامت بازمی‌گذارد.

در سال ۱۹۹۹، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، نسبت به انتشار دزنظریه تفسیری درخصوص حق برآموزش (شماره‌های ۱۱ و ۱۳) مبادرت می‌ورزد. باوجود آنکه کمیته حق برآموزش را مبنای حقوق ذاتی دیگر می‌داند، اما همچنان توصیه‌های کمیته در سطح شناسایی حق برآموزش و تاکید بر اجرای بدون تبعیض آن باقی می‌ماند. در دوسند مذکور بدون اشاره به روابط علی میان این دو حق، از رابطه میان فقر، آموزش و بهداشت کودکان، و همچنین اهمیت مسائل بهداشت محیط کار و رفاه کارکنان در حوزه آموزش حرفه‌ای، صحبت به میان می‌آید.

اما تنها پس از گذشت یک سال، کمیته در نظریه تفسیری شماره ۱۴ درخصوص «حق داشتن بالاترین استاندارد قابل دستیابی از سلامت»، بصورت مشخص و دقیق از پیوند میان آموزش و تحقق حق بر سلامت می‌گوید (بند ۳). آموزش را از عوامل دخیل در این رابطه (بند ۱۱)، عاملی اجتماعی در کنترل بیماری‌ها (بند ۱۶)، عامل ارتقای خدمات پزشکی (بند ۱۷)، موثر بر سلامت زنان (بند ۲۱)، می‌داند. کمیته یکی از تعهدات کشورها در تحقق حق بر سلامت را «آموزش بهداشت و همچنین برپایی کمپین‌های آگاهی‌بخشی، بویژه درخصوص آیدز و اچ‌آی‌وی، بهداشت جنسی و باروری، درمان‌های سنتی، خشونت خانگی، سوء مصرف الکل و استعمال دخانیات، مواد مخدر و سایر مواد مضر» معرفی کرده (بند ۳۶) و «ارائه آموزش و دسترسی به اطلاعات در مورد مشکلات اصلی سلامت در جامعه، از جمله روش‌های جلوگیری و کنترل آنها» را برابر با سایر تعهدات کشورها در قبال تحقق حق سلامت ارزیابی می‌کند (بند ۴۴).

بیان چنین تفسیری علی‌الزات تأثیر آموزش بر ارتقای سطح سلامت در جامعه از سوی کمیته، بی‌گمان پایه و اساس توسعه و گسترش پیوند مفروض میان این دو حق، و همچنین تبیین تأثیر مستقیم آموزش بر تحقق حق بر سلامت از طریق آگاهی بخشی به افراد، خواهد شد.

۵- تثبیت اثر آموزش در ارتقای سطح سلامت جامعه

مطابق اسناد بین‌المللی هدف اساسی آموزش، توسعه و تحقق حقوق بنیادین افراد است. چنین تأثیری تا بدان درجه از اهمیت است که سازمان ملل متحد، در قطعنامه «دهه ملل متحد برای آموزش در حوزه حقوق بشر» (A/Res/49/184)، سال‌های میان ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۴ را «دهه آموزش حقوق بشر» اعلام کرده (ماده ۲)، و از دبیر کل می‌خواهد تا بنیادی داوطلبانه برای آموزش حقوق بشر تاسیس کند (ماده ۹).

افزایش نقش آموزش در تحقق حقوق بنیادین افراد با تصویب قطعنامه‌های مشابه بسیار دیگر، در نهادهای بین‌المللی، بیش از پیش آشکار می‌شود. بدین ترتیب، با در نظر گرفتن جایگاه ویژه برای مسئله سلامت، بعنوان زیربنای حقوق آمره و مطلق، همچون حق بر حیات و یا حتی در رابطه با حقوق متأخرتر همچون همبستگی و توسعه پایدار، آموزش چند بُعدی مسایل مرتبط با سلامتی، از مفهوم آموزش کادر پزشکی فراتر رفته، با انتقال مفاهیم متناسب با حقوق بشر به جامعه (Ramírez, 1997:)

119)، سبب ایجاد تحولی عمیق در ابعاد گوناگون زندگی شهروندان می‌شود (Guével, et al., 2014: 167). تحول عمیق یادشده، موجب ایجاد فرهنگ اجتماعی منطبق‌تر با اصول حق بر سلامت گشته (14: 2014 Vigarello) و از این رهگذر منجر جامعه‌پذیری، آهسته و پیوسته، اما پایدارتر آثار تحقق این حق می‌شود (31-32: 2014 Avanzini).

۵-۱- حق سلامت در «اعلامیه اینچئون»

اهمیت روزافزون آموزش ابعاد گوناگون حق بر سلامت و جایگاه آن در تقویت توسعه پایدار، سبب ۱۷ مرتبه اشاره مستقیم به آن در قالب ۱۲ ماده از «اعلامیه اینچئون» شده است. بند ۲ مقدمه سند مذکور، آموزش را «مهمترین موتور» توسعه می‌نامد. مطابق ماده ۴، آموزش در ارتباط مستقیم با سایر اصول توسعه پایدار، بویژه حق بر سلامت است. تدوین گران سند، پس از بیان اهداف بنیادین (همچون حفاظت از محیط زیست، مبارزه با فقر و تبعیض، و همچنین صلح و امنیت بین‌المللی) آموزش را در خدمت حفظ سلامتی پایدار کودکان دانسته (ماده ۶) و آن را تسهیل‌گر «انسجام و عدالت اجتماعی» معرفی می‌نماید (ماده ۷). اعلامیه به صراحت اذعان دارد: «علیرغم آنکه بلای طبیعی، همه‌گیری‌ها و درگیری‌ها و [...] می‌توانند بر آموزش اثر گذاشته و آن را محدود کنند» اما «آموزش با فراهم آوردن دانش و توانایی‌های مفید برای ادامه حیات افراد دچار بحران، در مواقع اورژانسی، به سرعت نقش حمایت روانی و اجتماعی را ایفا می‌کند» (ماده ۲۵). نقش ترسیم شده توسط اعلامیه را به خوبی می‌توان در بحران همه‌گیری کرونا و بی‌وجود آنکه شیوع کرونا سبب تعطیل شدن مراکز آموزشی شد، اما بی‌تردید مطالعات مختلف اهمیت آموزش و آگاهی افراد در مواجهه بهداشتی و اجتماعی با بحران، و یا حداقل کاهش رفتارهای تشدیدکننده بحران، را نشان می‌دهند (See: Shalbafan, Khademoreza, 2020: 385).

با چنین رویکردی نسبت به آموزش‌پذیری ابعاد مختلف حق بر سلامت، اعلامیه اینچئون، آموزش را ابزاری قدرتمند برای بهبود سلامتی افراد، بویژه درنسل‌های آینده، حوزه سلامت مادران و فرزندان، درمان بیماری‌ها، و ریشه کنی سوءتغذیه می‌داند (ماده ۸)؛ آن را یکی از مصادیق مبارزه با محرومیت در حوزه سلامتی (ماده ۱۹)؛ بهبود سلامت خردسالان (ماده‌های ۳۷-۳۵)؛ و مبارزه با نابرابری جنسی (ماده ۵۴)، معرفی می‌نماید.

۵-۲- افزایش نقش آموزش، دانش و آگاهی در حوزه سلامت

با برجسته کردن نقش آموزش در ارتقای آگاهی‌های فردی و جمعی در تمامی ابعاد مختلف حقوقی، ایدئولوژیک، سیاسی پیرامون مسئله سلامتی، کورین مرینی و همکارانش بر تحلیل شاخص‌های آموزش حول سه محور تاکید دارند. نخست، آموزش مسائل بهداشتی را «موضوعی علمی» دانسته، سپس ارتقای علمی در حوزه سلامتی را پایه و اساس «عقلانیت در انتخاب»، که

موجب «مسئولیت‌پذیری» فردی می‌شود، ارزیابی می‌کنند؛ درنهایت، آنها نیل به هدف آموزشی مذکور را تنها از راه اتخاذ «یک استراتژی چند بُعدی» ممکن می‌دانند (Mérini et al., 2010: 3). بی‌تردید، سه محور فوق از یکدیگر جدا نبوده و لازم و ملزوم یکدیگرند؛ نمی‌توان دانش را نتیجه یک انتخاب عقلانی و حاصل یک استراتژی ندانست؛ نمی‌توان انتخابی عقلایی را بدون دانش ویا رویکرد استراتژیک متصور شد، یا حتی رویکرد استراتژیک نیز از دانش و عقلانیت مستقل نیست. درحقیقت هر سه محور را می‌توان وجوه گوناگون پدیده‌ای واحد دانست؛ درواقع، آنها ویژگی‌های یک سیاست کارآمد می‌باشند (Guével et al., 2014: 168).

اگرچه یگانگی میان سه محور غیرقابل انکار است، اما همچنان در مراحل گوناگون اجرای یک سیاست آموزشی، نقش یکی از آنها برجسته‌تر است. برای مثال، در سطح تفسیر فردمحورانه، نخست «دانش»، سپس «مهارت» عمل به آن دانش و در نتیجه تسری آن عمل به محیط اطراف فرد، و درنهایت ایجاد یک گفتمان «استراتژیک» میان دانش فنی در حوزه سلامت و جامعه بوجود خواهد آمد. بعلاوه، گفتنی‌ست که چنین تفکیکی در بررسی‌های علمی گریزناپذیر می‌نماید.

۵-۲-۱- دانش، نخستین پایه آموزش سلامت

کمیسیون حقوق بشر در ماده ۶ قطعنامه «آموزش و حقوق بشر» (۵۶/۱۹۹۳) یادآور می‌شود که «یادگیری حقوق بشر، [باید] هم در بُعد نظری و هم در کاربرد عملی آن، بعنوان اولویت در سیاست‌های آموزشی قرار گیرد». توصیه فوق باردیگر بردانش و آگاهی‌پذیری مجموعه اصول حقوق بشر صحه می‌نهد. بدین ترتیب، بالطبع حق بر سلامت را نیز، بعنوان حقی ایجابی، می‌توان شایسته حمایت و پشتیبانی آموزشی دانست. چنین سیاست آموزشی می‌بایست شامل «آموزش دانش، مهارت و استانداردها»، «آموزش ارزش‌ها و نگرش‌ها» و «رفتار ترویجی اصول مورد نظر» باشد (Marzoghi, et al., 2018: 494).

در همین راستا، در سال ۱۹۹۹ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۴ نظریه تفسیری شماره ۱۱ خود اذعان دارد که «(...) کودکان محروم از امکان بهره‌مندی از آموزش، اغلب در معرض نقض دیگر حقوق بشر می‌باشند. این کودکان اغلب در فقر مطلق و شرایط غیر بهداشتی زندگی می‌کنند». در سال ۲۰۱۵ (پس از ۱۶ سال) رویکرد تفسیری فوق در اعلامیه اینچئون نیز کاملاً مشهود است: اعلامیه مبارزه با بی‌سوادی را عاملی برای بهبود وضعیت سلامتی می‌داند و معتقد است که افراد بی‌بهره از آموزش، به لحاظ سلامتی، معمولاً وضعیت نابسامان‌تری دارند (ماده ۵۸) و مبارزه با بی‌سوادی مستلزم هماهنگی میان دستگاه‌های گوناگون، از جمله وزارت آموزش و پرورش و بهداشت، است (ماده ۶۰).

۵-۲-۱-۱- کیفیت دانش حق بر سلامت و آگاهی نسبت به آن نزد دانشجویان

با در نظر گرفتن چنین رویکرد آموزش محوری، در گام نخست، به طرح ۳ سوال جهت ارزیابی میزان آگاهی حقوقی دانشجویان در حوزه تعاریف مرتبط با حق بر سلامت مطابق استانداردهای بین‌المللی، و سپس در گام دوم، مقایسه پاسخ آنها با امتیازی که به میزان آگاهی خود از تعاریف مذکور دادند و همچنین ارزیابی ایشان از لزوم آموزش حق بر سلامت، برآمدیم. نتایج نشان می‌دهد که تنها ۲۶.۱۰٪ از دانشجویان نسبت به اقتصادی و اجتماعی بودن حق بر سلامت، ۶۸.۲۰٪ نسبت به تعریف بین‌المللی حق بر سلامت و ۶۸.۲۰٪ نیز نسبت به مسئولیت دولت‌ها در تحقق حق بر سلامت، آگاهی دارند (میانگین ۵۴.۱۶٪). این در حالی است که میانگین نمره ایشان در ارزیابی آگاهی خود ۵۶.۴۰٪ و نسبت به لزوم آموزش حق بر سلامت نیز ۸۳.۶٪ است.

بانگهی موشکافانه‌تر به جزئیات بیشتری در قالب چهار دسته از پاسخ‌ها، اشاره می‌نماییم:

دسته نخست: سه دانشجو به هر سه سوال پاسخ صحیح دادند: که هریک از آنها نمره ۱، ۳ و ۴ (از ۵ نمره) به میزان آگاهی خود داده و هر سه با امتیاز ۵ (از ۵ امتیاز) معتقد بر ضرورت آموزش حق بر سلامت بودند؛

دسته دوم: یازده دانشجو دو پاسخ صحیح دادند، که در میان آنها:

- یک دانشجو نمره ۵ به آگاهی خود و همین‌طور امتیاز ۵ برای لزوم آموزش حق بر سلامت داده است؛

- هفت دانشجو نمره ۳ به آگاهی خود دادند که در میان آنها دو دانشجو امتیاز ۳، سه دانشجو امتیاز ۴ و دو دانشجو امتیاز ۵ به لزوم آموزش حق بر سلامت دادند؛

- دو دانشجو نمره ۲ به آگاهی خود دادند که یکی امتیاز ۴ و دیگری ۵ به لزوم آموزش حق بر سلامت داده است؛

- یک دانشجو نیز نمره ۱ به آگاهی خود داد که لزوم آموزش حق بر سلامت را حائز امتیاز ۴ می‌داند.

دسته سوم: شش دانشجو تنها یک پاسخ صحیح دادند، که در میان آنها:

- یک دانشجو نمره ۵ به آگاهی و امتیاز ۵ بر لزوم آموزش حق بر سلامت؛

- یک دانشجو نمره ۴ به آگاهی و امتیاز ۱ بر لزوم آموزش مذکور؛

- یک دانشجو نمره ۳ به آگاهی و امتیاز ۵ بر لزوم آموزش حق مذکور؛

- یک دانشجو نمره ۲ به آگاهی و امتیاز ۴ بر لزوم آموزش مذکور؛

- دو دانشجو نمره ۱ به آگاهی و امتیاز ۴ و ۵ بر لزوم آموزش مذکور، دادند.

دسته چهارم: سه دانشجو نیز بدون هیچ پاسخ صحیح بودند. هر سه دانشجو نمره ۲ به سطح

آگاهی خود و به ترتیب امتیازهای ۳، ۴ و ۵ را برای لزوم آموزش حق بر سلامت دادند.

با مقایسه نتایج چهارده دسته فوق درمی‌یابیم که دسته نخست با هرسه پاسخ صحیح میانگین امتیاز ۵، دسته دوم با دو پاسخ صحیح میانگین امتیاز ۴.۱۸ و در نهایت در دوازده دسته سوم (با یک پاسخ صحیح) و چهارم (بدون پاسخ صحیح) میانگین امتیاز ۴ به لزوم آموزش حق بر سلامت می‌دهند؛ به عبارت دیگر، هراندازه دانش و آگاهی دانشجویان مورد مطالعه بالاتر می‌رود، آنهانسبت به ضرورت آموزش حق بر سلامت حساس‌تر شده و امتیاز بالاتری بدان می‌دهند.

درمقابل با مقایسه میانگین امتیاز دانشجویان به آگاهی خود، به ترتیب: ۲.۳۳ در دسته نخست، ۲.۸۱ در دسته دوم، ۲.۶۶ در دسته سوم و ۳ در دسته سوم، درمی‌یابیم که بطور کلی هراندازه میزان آگاهی دانشجویان کمتر است، ایشان تصویر بهتری از سطح دانش خود در این حوزه داشته و امتیاز بالاتری به خود می‌دهند.

وجود رابطه مثبت میان میزان دانش در خصوص حق بر سلامت و حساسیت بالا نسبت به آموزش حق مذکور، سیاق قاعده‌مندتری را از خط سیر آموزش حوزه فوق در نظام دانشگاهی متبادر می‌سازد؛ اما در مقابل اگر حساسیت پایین دانشجویان به صورت نسبی کمتر آگاه را در کنار ارزیابی مثبت‌تر ایشان از آگاهی خود قرار دهیم، به دشواری چنین آموزشی پی خواهیم برد: آموزش فردی که خود را ناآگاه قلمداد نمی‌کند و ضرورت کمتری برای آموزش حق بر سلامت در نظر دارد، بسیار دشوار و پیچیده خواهد بود.

۵-۲-۱-۲- نقش محوری اساتید در آموزش سلامت

از سوی دیگر، علاوه بر دانشجویان، مثلث آموزش، دوضلع مستقل دیگر، شامل دانش (محتوا) و استاد مدرس، نیز دارد (Fiard et al., 2014: 139). افزایش نقش آموزش و آگاهی بخشی در خصوص حق بر سلامت موجب پررنگ‌تر شدن وظایف اساتید، بعنوان بازیگران اصلی انتقال دانش و ارتقای عقلانیت و کارآمدی، می‌شود (Guével et al., 2014: 167). با در نظر گرفتن نقش پررنگ اساتید و آموزگاران، و قراردادن آنها در مرکز ثقل فرآیند آموزش حق بر سلامت، ماری-رنه گول و همکارانش، از یک سوی، تاکید بر آموزش خود مدرس دارند، و از سوی دیگر، اهمیت و امکان انتقال دانش را میان مدرس و شاگردانش را برجسته می‌کند (Guével et al., 2014: 168-169). چنین نقش پررنگی برای اساتید و آموزگاران، منبعث از پایداری اثرات انتقال آگاهی و تغییر رفتارهای بهداشتی در اثر آموزش است (Avanzini, 2014: 32).

یادگیری و آموزش دوروی یک سکه می‌باشند و اگرچه اساتید خود ابزار انتقال دانش و آموزش به دانشجویان محسوب می‌شوند، اما بصورت ابتدا به ساکن خود آنها نیز بی‌نیاز از آموزش نبوده و پیش شرط کارآمدی آموزش ابعاد گوناگون حق بر سلامت توسط آنها، نخست آگاهی و دانش ایشان است (Klein, 2014: 42-43). درحقیقت، توجه به شرط کیفی آموزش اساتید سبب شده است تا اعلامیه اینچئون، علاوه بر تاکید بر عناصر مادی آموزش، نیل به توسعه پایدار و اهداف مندرج در آن را

از طریق بهبود سیاست‌های آموزش مدرسان و پشتیبانی آموزشی دانسته (بند ۱ ماده ۶۳) و حتی افزایش تعداد مدرسان با کیفیت را موضوعی شایسته همکاری‌های بین‌المللی ارزیابی می‌کند (هدف ۴C).

بدین ترتیب، اگر سخن از آموزش حق بر سلامت در میان باشد، بی تردید نقش اساتید و میزان آگاهی آنها برجسته‌تر خواهد شد. از این رهگذر، برای بررسی دانش و آگاهی اساتید دانشجویان مذکور نسبت به حق بر سلامت، همانند دانشجویان، پرسشنامه را در اختیار ایشان قرار دادیم. از چهار استاد، سه تن به هرسه سوال درسجش دانش آنها پاسخ صحیح دادند؛ تنها پاسخ یکی از اساتید در رابطه با مسئولیت دولت در حوزه سلامت، نادرست است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که اساتید مذکور در خصوص حق بر سلامت از دانش کافی (با میانگین اطلاعات و دانش ۹۱.۶۶٪) برخوردارند.

با بررسی نتایج ارزیابی اساتید از میزان آگاهی خود درمی‌یابیم که دوتن از اساتید به میزان آگاهی خود امتیاز ۴ (از ۵ امتیاز) می‌دهند، اما یک تن امتیاز ۳ و دیگری ۲ را انتخاب می‌کند. با مقایسه پاسخ‌های دو سوال با سطح آگاهی و دانش اساتید، شاهدیم که همان فردی که یک پاسخ ناصحیح داشته‌است، به آگاهی خود ۴ می‌دهد. در مقابل، سه فرد دیگر که به تمام سوالات پاسخ صحیح دادند، به ترتیب به آگاهی خود امتیاز ۴، ۳ و حتی ۲ می‌دهند. آشکار است که با وجود میانگین مثبت ۳.۲۵ در خصوص آگاهی اساتید از دانش خود، همچنان صحبت از یک سطح آگاهی پایدار (مثبت یا منفی) از دانش و اطلاعات خود میان اساتید ناممکن است. گفتنی‌ست ناپایداری آگاهی نسبت به سطح دانش، سبب کاهش جایگاه و ضرورت آموزش حق بر سلامت نزد ایشان نشده‌است: چنین ضرورتی با میانگین امتیاز ۴.۲۵ توسط آنها برسمیت شناخته شده‌است.

با مقایسه اعداد و ارقام دو گروه اساتید و دانشجویان مورد مطالعه، آشکار است که هر دو گروه بطور کلی در خصوص ضرورت آموزش حق بر سلامت اتفاق نظر دارند: اساتید با میانگین امتیاز ۴.۵ و دانشجویان با میانگین امتیاز ۴.۱۸ (هر دو از ۵). اما بررسی پاسخ به ارزیابی ما در خصوص اطلاعات آنها، تفاوت قابل توجه است: ۹۱.۶۶٪ پاسخ اساتید صحیح بود، اما شاخص فوق برای دانشجویان ۵۴.۱۶٪ می‌باشد. با مطابقت این دو شاخص درمی‌یابیم که میزان اطلاعات انتقال یافته به دانشجویان، در مقام مقایسه با اساتید، ۵۹.۰۸٪ می‌باشد؛ امری که آشکارا حکایت از ۴۰.۹۲٪ تفاوت دارد که خود می‌تواند ناشی از ضعف در انتقال و آموزش حق بر سلامت میان دونسل دانشگاهی مورد مطالعه ما باشد. در ادامه در پی شناسایی و ارزیابی ریشه‌های ضعف انتقال مذکور را در سه بخش طراحی محتوا، التزام عملی و ارزیابی آموزشی حق بر سلامت بر خواهیم آمد.

۵-۲-۲- منابع و محتوای آموزش حق بر سلامت

منابع آموزشی ابزار، و سرفصل‌های تدریس به مثابه چهارچوب کار اساتید، در نظر گرفته می‌شوند. علیرغم آنکه نمی‌توان تمام منابع را تنها در عناصر مادی آموزش جستجو کرد، اما در یک نگاه عام‌تر مجموعه منابع کلاسیک آموزشی می‌تواند موجب ایجاد نظام جمعی حاکم بر آموزش حق بر سلامت

گردد. به عبارت دیگر، با چنین رویکردی، منابع تنها ابزاری برای انتقال مفاهیم آموزش درسی نبوده و می‌توانند وسیله بازتعریف هویت شهروندی و حقوق بنیادین شهروندان، ازجمله حق بر سلامت، در نظر گرفته شوند (Avanzini, 2014: 28). در چنین چشم‌اندازی، منابع وسیله مادی تکرار یک مدل فکری نخواهند بود: با مفهوم‌سازی‌های پیچیده، آنها مبنای اولیه ایجاد ذهنی تحلیل‌گروخلاق را پایه‌ریزی می‌کنند، و بدین‌سان، سطح توانایی فرد، در مواجهه با رویدادها و بحران‌های تازه و دشوارتر را افزایش خواهند داد (Guiet-Silvain, 2014: 127).

با وجود اهمیت بسزای محتوای آموزشی، بررسی واحدهای درسی گذرانده‌شده در رشته و گرایش دانشجویان و اساتید مورد مطالعه، ضعف شدید محتوا و منابع (در معنای کلاسیک آن) بسیار محسوس و آشکار است. تنها یک ماده درسی، تحت عنوان «تنظیم خانواده و جمعیت»، را می‌توان در ارتباط مستقیم با آموزش در حوزه سلامت (بهداشت عمومی) یافت، و با اندکی تساهل بیشتر شاید بتوان ماده درسی دیگری، تحت عنوان «حق محیط زیست»، را در این حوزه در نظر گرفت.

علیرغم نقصان محتوای آموزشی، بی تردید ماهیت درهم تنیده اصول حقوق بشری، حق بر سلامت را در ارتباط مستقیم و نزدیک با سایر حوزه‌های آموزشی قرار می‌دهد. بدین ترتیب، با طرح چهار سوال دیگر در پی ارزیابی محتوای دانشگاهی در حوزه آموزش حق بر سلامت برآمدیم. در یک نگاه کلی، میانگین امتیاز مطلوبیت منابع و محتوای آموزشی نزد دانشجویان ۱۹۲ و نزد اساتید ۱۵۶ (هر دو از ۵ امتیاز) است.

موضوع مطرح شده	میانگین امتیاز دانشجویان	میانگین امتیاز اساتید
لحاظ شدن آموزش حق بر سلامت در تدوین اهداف برنامه درسی	۱۹۱ (۳۸.۳٪)	۱۷۵ (۳۵٪)
لحاظ شدن آموزش حق بر سلامت در طراحی دروس دانشکده	۱۸۱ (۳۶.۳٪)	۱۵۵ (۳۰٪)
لحاظ شدن آموزش حق بر سلامت در سازماندهی محتوای برنامه درسی	۱۹۵ (۳۹٪)	۱۵۵ (۳۰٪)
لحاظ شدن آموزش حق بر سلامت در طراحی محتوای کمک آموزشی	۲ (۴۰٪)	۱۵۵ (۳۰٪)
میانگین	۱۹۲ (۳۴.۴٪)	۱۵۶ (۳۱.۲٪)

جدول ۱- ارزیابی تطابق منابع و برنامه‌های درسی با اصول حق بر سلامت

Table 2- Conformity assessment of university resources with the principles of the right to health

Source: Answers of the respondents to our questionnaire

مطابق اطلاعات جدول ۱، آشکار است که آهنگ امتیاز اساتید بطور نسبی با ثبات‌تر از امتیازات دانشجویان است. نتایج حکایت از وجود نقصی آشکار و موسع در حوزه تامین محتوای آموزشی در حوزه حق بر سلامت دارد، تنها با این تفاوت که مطابق نظر دانشجویان بیشترین ضعف در بخش «طراحی دروس دانشگاهی» (امتیاز ۱.۱۸ از ۵) و طبق نظر اساتید چنین نقصی در سه عامل «طراحی دروس

دانشگاهی»، «سازماندهی محتوای برنامه درسی» و «طراحی محتوای کمک آموزشی» (هرسه عامل با امتیاز ۱.۵) قابل ملاحظه است.

۵-۲-۳- التزام عملی به دستورات آموزش سلامت

از یک سوی، عمل به اصول وملاحظات گوناگون بهداشتی وحق بر سلامت نتیجه مستقیم خلاقیت فردی است، وازسوی دیگر، با نگاه بنیادین تر خلاقیت خود نتیجه بهره‌مندی، تفسیر ونظم دوباره آموزش‌های تعلیم داده‌شده وتصمیمات ازپیش گرفته‌شده، می‌باشد (Béguin, 2005, cité par Guet-Silvain, 2014: 128): تفسیری که مارا به سمت رویکرد عملگرایانه‌تری دربررسی سطوح مختلف ضعف درانتقال دانش وآموزش حق بر سلامت سوق می‌دهد. با بهره‌مندی ازچنین رویکردی عملگرایانه‌تر، «پژوهش درحوزه حقوق بشرتنها مطالعه نظری یا بررسی تعلیم نبوده؛ چالشی اساسی، [وبا] موقعیتی خاص برای [اتخاذ] استراتژی‌های یکپارچه وسازگار با پیچیدگی‌های محیطی افراد دراطرافشان، است» (Meyer Bisch, 2004: 49): موقعیتی که هرگونه تفسیری را درحوزه بررسی‌های حقوق بشری ازیک نگاه صرف نظری، به محیط ورفتار افراد گسترش می‌دهد. بدین ترتیب، اگرنخستین پایه آموزش سطوح مختلف حق بر سلامت را «دانش» تشکیل می‌دهد، قطب دیگر، «عمل» به دستورات آن دانش است (Tribby, 2014: 194-195). ازاین رهگذر، اگر موضوعیت علمی را مترادف با «دانش» بدانیم، می‌توان مسئولیت وانتخاب عقلایی را «مهارت بالقوه» و رویکرد استراتژیک را ناظربر «مهارت بالفعل» دانست (Guével et al., 2014: 169). بدین ترتیب، آموزش حق بر سلامت را می‌توان دال برپیوندی میان شناخت برخواسته ازدانش، وعمل براساس آن شناخت، دانست (Shekari, 2015: 54). درواقع، به همین دلیل است که اعلامیه اینچئون، ضمن برجسته کردن رفتارحرفه‌ای وتعهد مدرسان، محیط محل آموزش را به مثابه پیوندی میان سیاست‌ها (بعد نظری) واجرای آنها (بعد عملی) ارزیابی می‌کند (ماده ۸۱). ازاین منظر، دانش که بنیان واساس عمل به دستورات است، خود می‌تواند با تحقق آن دستورات بوسیله اساتید، بصورت عینی آموزش داده‌شود.

درعالم واقع، تاثیربسرزای فعل اساتید نمی‌تواند کمتر از آموزش نظری جوانب گوناگون حق بر سلامت باشد. بدین منظور، اعلامیه اینچئون «آزمون، تحلیل وبهبود کیفیت آموزش (مقدماتی یا ضمن خدمت) مدرسان، و ارایه دوره‌های با کیفیت بالا وهمچنین برنامه‌های تکمیلی وپشتیبانی مستمر ازهریک ازآنها» را ازاستراتژی‌های بهبود کیفیت نظری وعملی می‌داند (ماده ۷۴). دراین پژوهش، مطلوبیت اجرا وآموزش عملی حق بر سلامت درقالب هفت متغیرزیرارزیابی شده‌است:

موضوع مطرح شده	میانگین امتیاز دانشجویان	میانگین امتیاز اساتید
تناسب و ارتباط روش‌های تدریس بکارگرفته شده با آموزش حق بر سلامت	۲۰۲۶ (۴۵.۲٪)	۱۰۷۵ (۳۵٪)
برخورد مناسب اساتید برای فراهم کردن امکان آموزش حق بر سلامت	۲۰۸۶ (۵۷.۳٪)	۱۰۷۵ (۳۵٪)
پایبندی و تعهد اساتید و کارکنان دانشگاه بصورت عملی به آموزش حق بر سلامت	۳ (۶۰٪)	۱۰۵ (۳۰٪)
سبک و اساس گروه‌بندی های هماهنگ با آموزش حق بر سلامت	۲۰۳۶ (۴۷.۳٪)	۱۰۵ (۳۰٪)
فضای و جوامع مناسب برای آموزش حق بر سلامت	۲۰۵۶ (۵۱.۳٪)	۲۰۵ (۵۰٪)
قوانین و مقررات جهت فراهم آوردن محیط مناسب برای آموزش حق بر سلامت	۲۰۴۷ (۴۹.۴٪)	۲۰۲۵ (۴۵٪)
وجود فرصت برای تمرین آموزش حق بر سلامت	۲۰۲۱ (۴۴.۳٪)	۱۰۷۵ (۳۵٪)
میانگین	۲۰۵۳ (۵۰.۶٪)	۱۰۸۵ (۳۷٪)

جدول ۲- ارزیابی التزام عملی به اصول حق بر سلامت در محیط آموزشی

Table 2- Evaluation of practical commitment to the principles of the right to health in the academic environment

Source: Answers of the respondents to our questionnaire

درنگاه نخست آشکاراست که التزام عملی به آموزش حق بر سلامت در محیط دانشگاه، مطابق نظر دانشجویان از وضعیت بهتری (امتیاز ۲۰۵۳ از ۵) نسبت به استنباط اساتید (امتیاز ۱۰۸۵ از ۵) دارد. علاوه بر تصویب مثبت کلی دانشجویان، آنها عامل «پایبندی و تعهد اساتید و کارکنان دانشگاه بصورت عملی به آموزش حق بر سلامت» را مطلوب‌ترین وجه انتقال عملی دانش در خصوص حق بر سلامت می‌دانند (امتیاز ۳ از ۵)؛ در مقابل، ضعیف‌ترین عامل را «وجود فرصت برای تمرین آموزش حق بر سلامت» با امتیاز ۲۰۲۱ از ۵ ارزیابی کردند.

از سوی دیگر، علاوه بر ارزیابی بدبینانه‌تر اساتید از وضعیت کلی التزام عملی در این حوزه، آنها نیز معتقد به قوت نسبی عامل «فضای و جو حاکم مناسب برای آموزش حق بر سلامت» (امتیاز ۲۰۲۵) و ضعف نسبی در دو عامل «پایبندی و تعهد اساتید و کارکنان دانشگاه بصورت عملی به آموزش حق بر سلامت» و «سبک و اساس گروه‌بندی های هماهنگ با آموزش حق بر سلامت» (هر دو با ۱۰۵ امتیاز) می‌باشند.

۵-۲-۴- اجتماعی شدن اصول حق بر سلامت آموزش داده شده و ارزیابی آنها

پس از انتقال «دانش»، تحقق اصول حق بر سلامت، به لحاظ اجرایی، از سطوح مختلف اجتماعی برخوردار است. این سطوح از صورت فردی و «خرد اجتماعی» آغاز شده، به گروه‌های کوچک و سطوح «متوسط اجتماعی» رسیده و در نهایت به کل جامعه و سطح «کلان اجتماعی» منتهی می‌شود (Triby, 2014: 194). از این منظر، اگر اهداف اولیه آموزش حقوق بشر را «انتقال دانش» و «توسعه

وتقویت عملی تحقق حق فرد» بدانیم، هدف نهایی را می‌توان «آشنایی با سازوکارهای تضمین آن اصول» در جامعه دانست (Marzoghi et al., 2018: 495). برای احراز چنین سطح فراگیری از آموزش حق بر سلامت در جامعه، پس از مطالعه میزان دانش و اطلاعات فرد مورد مطالعه، سنجش محتوای آموزشی و ارزیابی التزام عملی به آموزش مذکور، درگام پایانی، می‌بایست به بازخورد چنین آموزشی پرداخت. به عبارت دیگر، بصورت منطقی ممکن است: با فرض اینکه (۱) اساتید از سطح دانش کافی برخوردار باشند، (۲) محتوای مناسب آموزشی در دسترس آنها قرار داشته باشد، (۳) امکان التزام و اجرای عملی آموزش حق بر سلامت وجود داشته باشد، آنگاه درگام نهایی چرخه انتقال دانش، «ارزیابی دانشگاهی اصول آموزش داده شده» از اهمیت بسزایی برخوردار خواهد شد. برای ارزیابی وجود چنین سطحی از آموزش، از دانشجویان و اساتید مورد مطالعه خواسته شد تا به سه متغیر مرتبط (جدول ۳) امتیاز مطلوبیت دهند:

موضوع مطرح شده	میانگین امتیاز دانشجویان	میانگین امتیاز اساتید
وجود ارزش‌ها و ویژگی‌های آموزش حق بر سلامت در ارزیابی دانشجویان	۲.۳ (۴۶٪)	۱.۵ (۳۰٪)
توجه به ارزیابی‌های موثر نظیر پروژه تحقیقی و... در ارتباط با آموزش حق بر سلامت	۲.۴۷ (۴۹.۴٪)	۱.۷۵ (۳۵٪)
ارزیابی دانشجویان با توجه به سطوح بالای یادگیری نظیر تجزیه و تحلیل، ترکیب، ارزشیابی و...	۲.۷۷ (۵۵.۴٪)	۲ (۴۰٪)
میانگین	۲.۵۱ (۵۰.۲٪)	۱.۷۵ (۳۵٪)

جدول ۳- میزان مطلوبیت ارزیابی آموزشی حق بر سلامت

Table 3- Degree of desirability of evaluating the right to health education
Source: Answers of the respondents to our questionnaire

مطابق نتایج به دست آمده، مثبت اندیشی دانشجویان بار دیگر در مطالعه سطح ارزیابی آموزش حق بر سلامت نیز خودنمایی می‌کند؛ آنها با میانگین ۲.۵۱ امتیاز از ۵، معتقدند که چنین نظام ارزیابی تا ۵۰.۲٪ دارای کارکرد مطلوب است. در مقابل، نظر اساتید به صورت نسبی نسبت به سطح ارزیابی در این حوزه مساعد نیست، آنها با میانگین امتیاز ۱.۷۵ معتقدند که این نظام ارزیابی تنها ۳۵٪ می‌تواند کارایی مطلوب داشته باشد.

گفتنی است، هر دو گروه مورد مطالعه عمده ضعف را در کارآمدی نظام ارزیابی در عدم «وجود ارزش‌ها و ویژگی‌های آموزش حق بر سلامت در ارزیابی دانشجویان» می‌دانند: امتیاز دانشجویان ۲.۳ و امتیاز اساتید ۱.۵ (هر دوازده است).

۵-۲-۵- شناسایی عوامل مطلوب و نامطلوب انتقال دانش حق بر سلامت

درگام نخست، با مقایسه میانگین امتیازات داده شده به هر سه بخش (بررسی محتوا، التزام عملی و ارزیابی آموزش حق بر سلامت) درخواستیم یافت که دانشجویان معتقدند که نظام آموزشی از ۴۶.۴٪ مطلوبیت درانتقال دانش حق بر سلامت برخوردار است، اما شاخص فوق نزد اساتید ۳۴.۴٪ است؛ مقایسه‌ای که حکایت از ۱۲٪ تفاوت میان رای دوگروه دارد. اگرچه با توجه به میزان آگاهی، تجربه و اطلاعات بیشتر اساتید (۹۱.۶۶٪) نسبت به گروه دانشجویان مورد مطالعه (۵۴.۱۶٪)، به نظرمی‌رسد که ارزیابی اساتید قابل استنادتر باشد، لیکن در صورتی که نظردانشجویان را با ۴۶.۶٪ مبناء قرار دهیم، همچنان عدد مذکور از میزان مطلوبیت پایینی برخوردار است.

درگام دوم، با بررسی مورد به مورد متغیرهای مورد مطالعه در سه بخش مذکور نیز چنین تفاوتی خودنمایی می‌نماید. اساتید با در نظر گرفتن کارایی نامطلوب ۳۰٪، برای شش متغیر، نقش آنها را در وجود چنین نقص آموزشی برجسته‌تر می‌نمایند:

- سه متغیر در ارتباط با محتوای آموزشی: لحاظ شدن آموزش حق بر سلامت در «طراحی دروس دانشگاهی»، «در سازماندهی محتوای آموزشی» و «در طراحی محتوای کمک آموزشی» (جدول ۱)؛

- دو متغیر در ارتباط با التزام عملی: «پایبندی و تعهد اساتید و کارکنان دانشگاه بصورت عملی به آموزش حق بر سلامت» و «سبک و اساس گروه‌بندی‌های هماهنگ با آموزش حق بر سلامت» (جدول ۲)؛

- و در پایان عدم «وجود ارزش‌ها و ویژگی‌های آموزش حق بر سلامت در ارزیابی دانشجویان» (جدول ۳).

در مقام مقایسه، حداقل امتیاز دانشجویان تنها به عامل «لحاظ شدن آموزش حق بر سلامت در طراحی دروس دانشگاهی» با ۳۶.۲٪ مطلوبیت داده شده است. از این منظر هم به لحاظ کمی، از نظر تعداد عوامل ضعیف و نامطلوب، و هم به لحاظ کیفی حداقل امتیاز داده شده، نظام آموزش حق بر سلامت مطابق نظردانشجویان، نسبت به اساتید، از مطلوبیت بیشتری برخوردار است.

درگام سوم، به شناسایی و مقایسه عوامل مطلوب‌تر در این رابطه می‌پردازیم. با بررسی نتایج درمی‌یابیم که اساتید با امتیاز ۵۰٪ عامل «فضا و جواکیم مناسب آموزش حق بر سلامت» را مطلوب‌ترین متغیر ارزیابی می‌نمایند. در مقابل، «پایبندی و تعهد اساتید و کارکنان دانشگاه بصورت عملی به آموزش حق بر سلامت» با امتیاز ۶۰٪ از مطلوبیت بیشتری نزد دانشجویان مورد مطالعه برخوردار است. گفتنی است هر دو گروه، ضمن معرفی متغیر مطلوب‌تر از میان متغیرهای اجرایی و التزام عملی، بطور نسبی بیشترین امتیازات را به عوامل مختلف در این بخش دادند (مقایسه جدول ۲ با جدول‌های ۱ و ۳)، که خود بیانگر وضعیت به نسبت مطلوب تر رفتار حرفه‌ای و التزام عملی به انتقال و رعایت اصول و مفاهیم مرتبط با حق بر سلامت در محیط دانشگاه دارد.

۶- نتیجه‌گیری

سطح دانش اساتید مورد مطالعه نسبت به حق بر سلامت از وضعیت مطلوبی برخوردار است، اما درمقابل، آگاهی و اطلاعات دانشجویان در سطح نسبی پایین‌تری می‌باشد: چنین اختلاف سطحی بی‌تردید حکایت از وجود نقص آشکار در نظام انتقال دانش دارد.

با مقایسه نتایج بدست آمده از دو گروه مورد مطالعه، آشکار است که مشاهده امتیازهای پایین در هر سه بخش آموزشی (منابع، التزام عملی و ارزیابی) از سوی اساتید، نشان‌دهنده وجود نقص مؤسسه در هر سه بخش مورد مطالعه می‌باشد. درمقابل، تفاوت میان امتیاز سه بخش نزد دانشجویان محسوس‌تر نمی‌نماید. چنین اختلاف نظری با ارجاع دوباره به اختلاف سطح آگاهی میان این دو گروه قابل توجیه بوده و نقص مؤسسه مورد نظر اساتید با واقعیت مطابقت بیشتری خواهد داشت.

علیرغم تفاوت در اختلاف نظر در خصوص کیفیت مشاهده شده میان سه بخش آموزشی، هر دو گروه «منابع و برنامه درسی» را پاشنه آشیل حلقه آموزش حق بر سلامت می‌دانند. در یک نگاه ساده به سرفصل‌های وزارت علوم و تحقیقات در مقاطع مختلف رشته‌های مورد نظر، درمی‌یابیم که وجود چنین نقص عمیق محتوایی امری طبیعی و غیرقابل اجتناب است.

از این منظر، منابع و محتوای آموزش رسمی و دانشگاهی سهم ناچیزی در سطح شایسته دانش و آگاهی اساتید، و حتی سطح نسبی پایین آن نزد دانشجویان، داشته و وجود مطلوبیت نسبی مشاهده شده در بخش‌های «التزام عملی» و «سطح ارزیابی دانشگاهی»، می‌بایست خود تابعی از سطح بالای آگاهی و دانش اساتید (به مثابه منبع آموزشی خارج از چارچوب منابع رسمی) نسبت به حق بر سلامت باشد.

بدین ترتیب، تحقق آموزش حق بر سلامت در گرو وجود منابع رسمی مناسب در نظام دانشگاهی است و منابع مذکور سهم عمده‌ای در پویایی و انتقال دانش میان اساتید و دانشجویان دارند. تدوین منابع فوق می‌تواند در قالب واحد «حقوق بشر» (در معنای کلاسیک) و حتی واحد اختیاری دیگری تحت عنوان «حق بر سلامت» (در رشته‌های تحصیلی علوم پزشکی و علوم انسانی) در نظر گرفته شود.

فهرست منابع:

۱. فارسی

الف) مقالات

۱. شکاری، عباس (۱۳۹۴). «ارزیابی آموزش مؤلفه‌های حقوق بشر در برنامه درسی ایران»، دوفصلنامه حقوق بشر، دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۴۹-۷۰.
۲. مرزوقی، رحمت اله، محمدی، مهدی، خورسندیان، محمد علی و براهویی، فریده (۱۳۹۶). «برنامه درسی حقوق بشر در آموزش عالی: یک مطالعه کیفی»، دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، شماره ۶، صص ۴۹۲-۵۰۷.

A) Article

1. Shalbafan, M., & Khademoreza, N. (2020). "What we can learn from COVID-19 outbreak in Iran about the importance of alcohol use education". *The American journal of drug and alcohol abuse*, 46(3), pp. 385 386 .

B) Chapter of book

2. Riedel, E., Giacca, G., & Golay, C. (2014). "The Development of economic, social, and cultural rights in international law", in: Eibe Riedel, Gilles Giacca, Christophe Golay (dir.), *Economic, Social, and Cultural Rights in International Law: Contemporary Issues and Challenges*, OUP Oxford. pp. 3-48.

۳. فرانسه

A) Articles

3. Contandriopoulos, A. P. (2006). « Eléments pour une topographie du concept de santé ». *Ruptures*, 11(1), pp. 86 99.
4. Lange, J.-M., & Victor, P. (2006). « Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : Quelles questions, quels repères ? ». *Didaskalia*, 28, pp. 85 100.
5. Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2010). « Le travail des enseignants en éducation à la santé : Analyse des dynamiques collectives du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». *Travail et Formation en Education*, 6, pp. 1 22.
6. Pavageau, S. (2005). « Les obligations positives dans les jurisprudences des cours européenne et interaméricaine des droits de l'homme ». *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 6, pp. 201 246.
7. Péchillon, É. (2000). « Le droit et les questions d'éducation appliquée à la santé ». *Spirale-Revue de recherches en éducation*, 25, pp. 185 197.
8. Ramírez, G. (1997). « L'éducation aux droits de l'homme et à la démocratie : Défis de la société mexicaine ». *Revue des sciences de l'éducation*, 23(1), pp. 113 122.

B) Chapter of books

9. Avanzini, G. (2014). « Éducation à la santé : Défi pour les sciences de l'éducation ? », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 27 33.
10. Béguin, P. (2005). « Concevoir pour les genèses professionnelles », in: P. Rabardel and P. Pastré (dir.), *Modèles du sujet pour la conception : Dialectiques, activités, développement*, Octarès Édition. pp. 31 52.
11. Berger, D., & Nekaa, M. (2014). « Infirmière scolaire et éducation à la santé : Pratiques et conceptions du métier », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 105 123.
12. De Schutter, O. (2004). « Les générations des droits de l'homme et l'introduction des systèmes de protection : Les scénarios du système européen de protection des droits fondamentaux ». in: OMIJ (Inst.),

- Chroniques de l'OMIJ Actes du colloque Juger les droits sociaux, Presses Universitaires de Limoges et du Limousin, pp. 13–45.
13. Dhommeaux, J. (2004). « La typologie des droits de l'homme dans le système universel », in: E. Bribosia and L. Hennebel, *Classer les droits de l'homme*, Emile Bruylant, pp. 265 296.
 14. Emch-Déraz, A. (1987). « Auguste Tissot », in: Guy Saudan (dir.), *L'Eveil médical vaudois (1750—1850) : Auguste Tissot*, Jean-André Venei, Mathias Mayor, Université de Lausanne, pp. 1 49.
 15. Fiard, J., Coutarel, F., Mardon, C., & Récopé, M. (2014). « La santé des professeurs d'EPS en Auvergne : Interrogations sur le métier », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 139 150.
 16. Guével, M.-R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2014). « Impacte de la formation sur les pratiques déclarées des enseignants en éducation à la santé. Méthofee et résultats préliminaires », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 167 182.
 17. Guet-Silvain, J. (2014). « Les étudiants infirmiers en action et l'intelligence du geste en question. L'exemple de l'hygiène et de l'asepsie », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 125 138.
 18. Klein, A. (2014). « La médecine du peuple du Dr Tissot. Éducation, santé et société au siècle des Lumières ». in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 35 58.
 19. Meyer Bisch, P. (2004). « Méthodologie pour une présentation systématique des droits humains », in: E. Bribosia and L. Hennebel, *Classer les droits de l'homme*, Emile Bruylant, pp. 47 85.
 20. Parayre, S., & Klein, A. (2014). « Éducation et santé : État des lieux des savoirs », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 15 24.
 21. Parayre, S., & Nourrisson, D. (2014). « L'alliance de l'éducation et de la santé à l'école : Une histoire ancienne et tourmentée (XVIIIe-XXe siècle) », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 59 70.
 22. Saab, O., Berger, D., & El Hage, F. (2014). « La pédagogie de l'intégration pour une éducation à la santé plus efficace. Analyse des conceptions d'élèves libanais sur la santé », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 85 101.
 23. Tribby, E. (2014). « L'éducation à la santé aux prises avec le régime d'activités », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 183 197.
 24. Vigarello, G. (2014). « Préface », in: S. Parayre and A. Klein (dir.), *Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs*, L'Harmattan, pp. 11 14.

C) Documents

25. Assemblée générale. (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. UN.
26. Assemblée générale. (1966). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.
27. Assemblée générale. (1995). Décennie des Nations Unies pour l'éducation dans le domaine des droits de l'homme.
28. Assemblée générale. (2005). Programme mondial d'éducation dans le domaine des droits de l'homme.
29. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (1999a). Observation générale n° 11.
30. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (1999b). Observation générale n° 13.
31. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (2000). Observation générale n° 14.
32. UNESCO, UNICEF, Banque mondiale, & et al. (2015). Éducation 2030 : Déclaration d'Incheon et cadre d'action pour la mise en oeuvre de l'objectif de développement durable 4.

D) Cases

33. Cour européenne des droits de l'homme, « Affaire Lopes de Sousa Fernandes contre Portugal », No 56080/13 (19 décembre 2017).

Evaluation of the transfer of legal knowledge of the right to health among doctoral students in political science and international relations at the Islamic Azad University of Zanjan.

Abstract

By emphasizing the place of the right to health and its important role in guaranteeing human life, attention to various dimensions of the realization of this right, particularly through education, is increasingly emphasized. In this research, we want to find the fundamental challenge facing the transfer of legal knowledge of the right to health, between professors and their doctoral students in political science and international relations at the Islamic Azad University of Zanjan. For this purpose, we took advantage of a questionnaire, including 23 closed questions, for the evaluation of the level of knowledge and awareness of the interviewees, and also to study three phases of education: the curriculum, the practical commitment and academic assessment. By existing a high level of knowledge in question among the professors and a relatively low level among their doctoral students, we observe a general weakness on the three phases studied. Such a defect and weakness are even more seen on the curriculum in comparison to other variables studied.

Keywords

Incheon declaration; Human rights education; Knowledge transfer; Right to education; Right to health; Socio-economic rights.