

حق سلامت کودکان در ایران؛ پیاده‌سازی قوانین بین‌المللیفاطمه کوکبی سقی*^{۲۰۱}

تاریخ دریافت: 99/2/18

تاریخ پذیرش: 99/9/16

تاریخ انتشار: 99/11/7

مقاله‌ی پژوهشی**چکیده**

همه‌ی کودکان، حق بهره‌گیری از امکانات و خدمات سلامت و حفاظت در برابر خشونت روحی و روانی، صدمات و سوءاستفاده را دارند. بعضی از گروه‌های کودکان، برای بهره‌مندی از حقوق خود، به حمایت ویژه نیاز دارند. در این مقاله، قوانین ایران در زمینه‌ی حفاظت از حق سلامت کودکان بررسی شده‌اند. روش تحقیق، مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و بررسی محتوای قوانین ملی و بین‌المللی مرتبط با حق سلامت کودکان و وضعیت فعلی کودکان ایرانی بوده است. اطلاعات مورد نیاز، از گزارش‌ها و قوانین ملی و بین‌المللی موجود در وبسایت‌های سازمان ملل و نهادهای وابسته، سازمان‌های دولتی کشور و مقالات علمی، استخراج شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد علاوه بر به رسمیت شناختن حق سلامت کودک و حفاظت از او در برابر مخاطرات احتمالی، قوانین ایران حق کودکان آسیب‌پذیر را به حمایت‌های ویژه محترم شمرده است. در راستای حفاظت کودکان ایرانی از مخاطرات و سوءاستفاده‌های احتمالی، قوانین مختلف بازدارنده و تنبیهی تدوین شده است. این قوانین در بسیاری از مواقع، مطابق با استانداردهای بین‌المللی حقوق بشری است؛ اما همه‌ی آن‌ها، به درستی و کامل، اجرا نشده‌اند. برای ارتقای سلامت کودکان ایرانی، باید نقاط ضعف اجرای این قوانین، شناسایی و رفع شوند.

واژگان کلیدی: ایران، حق سلامت، حقوق کودکان، قوانین سلامت، کودکان

1. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

2. دکترای سیاست‌گذاری سلامت، محقق گروه سلامت و حقوق، دانشکده‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، دانشگاه اراک، روتردام، هلند.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: مشهد، خیابان دانشگاه، بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تلفن: ۰۵۱۲۸۵۱۵۱۱۸.

Email: Kokabisaghi.f@gmail.com

مقدمه

حق سلامت، به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری، در تعدادی شایسته‌ی توجه از اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی به رسمیت شناخته شده است. حق مزبور، جایگاهی استوار در اسناد و عرف بین‌المللی دارد و می‌توان آن را در شمار اصول کلی مورد قبول نظام‌های حقوقی توسعه‌یافته دانست. این حق، بخشی از حقوق نسل دوم (حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) شمرده شده و با توجه به وابستگی، ارتباط و تفکیک‌ناپذیری حقوق بشری، برای تحقق بسیاری از آن‌ها ضروری به شمار می‌آید. اکثر کشورهای جهان، نسبت به حق سلامت متعهد شده‌اند؛ اما میزان تعهدات آن‌ها بسیار متفاوت است؛ در بعضی از کشورها، دولت وظیفه‌ی تأمین دسترسی همه‌ی شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد و در بعضی دیگر، برآوردن این حق به بخش خصوصی واگذار شده است و دولت به حمایت از اقشار آسیب‌پذیر می‌پردازد. این حق از نظر ماهیت، حقی قابل دادخواهی است و بارها، در دادگاه‌های بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی، مورد دادخواهی قرار گرفته است (۱). بر اساس ماده‌ی ۲۵ بیانیه‌ی بین‌المللی حقوق بشر، مصوب سال ۱۹۴۸، همه‌ی افراد باید از سطحی از زندگی که سلامت و رفاه آن‌ها و خانواده‌شان در آن تأمین شده باشد، بهره‌مند باشند؛ کودکان نیز باید از توجه و حمایتی ویژه برخوردار باشند (۲). در معاهدات حقوق بشری متعدد، بر حمایت از کودکان در بهره‌مندی از حق سلامت تأکید شده است. "میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی" (۱۹۶۶)، "کنوانسیون رفع هر گونه تبعیض علیه زنان" (۱۹۷۹)، "کنوانسیون رفع هر گونه تبعیض نژادی" (۱۹۶۵)، "کنوانسیون حقوق معلولان" (۱۹۷۳) و "کنوانسیون حقوق کودک" (۱۹۸۹)، نمونه‌هایی از این قوانین هستند. الزامات این معاهدات بر دو مبنای کلی استوار است: حق بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی و حق محفوظ ماندن از آسیب‌ها و سوءاستفاده (۳).

از حق سلامت، در نظام حقوقی ایران، با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه‌ی سلامت و همچنین، پیوستن ایران به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی حمایت شده است. در این مقاله برآنیم تا کفایت قوانین کشور در حفاظت از حق سلامت کودکان را بررسی کنیم. این مطالعه با رویکردی توصیفی-تحلیلی، به بررسی قوانین کشور مرتبط با حقوق کودکان، استانداردهای بین‌المللی و وضعیت موجود بهره‌مندی کودکان از حقوق خود می‌پردازد. اطلاعات مورد نیاز، از متن قوانین ملی و بین‌المللی (که در وبسایت‌های رسمی سازمان ملل و نهادهای وابسته و دفتر پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران در دسترس است) و مقالات علمی استخراج شده است. در مواردی که اطلاعات کافی در دسترس نبوده، از گزارش‌های ملی و بین‌المللی معتبر استفاده شده است. در مجموع، از دوازده قانون و گزارش بین‌المللی و ۲۴ قانون ملی و ۲۳ کتاب و مقاله، در این بررسی استفاده شد.

در این مقاله، ابتدا، به شرحی مختصر از مفهوم و پیشینه‌ی حق سلامت پرداخته شده است. در ادامه، مبانی حمایت از حق سلامت کودکان در اسناد بین‌المللی و قوانین ایران، مرور و در پایان، درباره‌ی کفایت قوانین ملی در حراست از حق سلامت کودکان بحث شده و پیشنهادهایی برای اصلاح نواقص و ارتقای بهره‌مندی کودکان از حقوق خود ارائه شده است.

مفهوم و پیشینه‌ی حق سلامت

حق سلامت، برای نخستین بار، در ماده‌ی ۵۵ منشور سازمان ملل متحد (۱۹۴۵)، به‌طور ضمنی، مطرح گردید. ماده‌ی یادشده، آن سازمان را به ارتقای استانداردهای زندگی و یافتن راهکارهایی برای حل مسائل بین‌المللی مرتبط با سلامت، ملزم کرده است (۴). در مقدمه‌ی اساسنامه‌ی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶) ذکر شده است که سلامت، رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها، به معنی نبود بیماری نیست. در اساسنامه‌ی این سازمان، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل

سیستم دفع فاضلاب و زباله است (۳).

کودکان به علت عدم بلوغ جسمی و روانی، ممکن است بیشتر از بزرگسالان، در معرض بیماری‌ها و سوءاستفاده و خشونت قرار بگیرند و نیازمند حمایت ویژه‌اند. مهم‌ترین سند مرتبط با حقوق کودکان، "کنوانسیون بین‌المللی حقوق کودک"، مصوب سال ۱۹۸۹، است. مواد ۲۴ و ۲۷ این کنوانسیون، از حق هر کودک برای برخورداری از سطحی از زندگی که برای رشد و تکامل جسمی، روانی، اخلاقی، معنوی و اجتماعی او کافی باشد و بهره‌مندی‌اش از بالاترین استاندارد دست‌یافتنی سلامتی را تضمین کند، حمایت کرده است (۷). کشور ما، در زمان پذیرش این کنوانسیون، خاطر نشان کرده است که موادی از این کنوانسیون را که مغایر با قوانین اسلام و سایر قوانین بین‌المللی مورد عمل در کشور باشند، اجرا نخواهد کرد (۸).

چالش‌های حق سلامت کودکان در نقاط مختلف جهان متفاوت است؛ در لیتوانی، مشکلات ریشه‌ای در راه ارتقای سلامت کودکان وجود دارد؛ از جمله‌ی آنها، نبود حمایت مناسب از والدین و کمبود بودجه و پشتوانه‌ی سیاسی برای استقرار نظام جامع حفظ سلامت کودکان (که دربرگیرنده‌ی عوامل متعدد اثرگذار بر سلامت کودکان باشد) است (۹). سیاست‌های توسعه‌ی کشور رواندا بر پایه‌ی حمایت از فقرا، توسعه‌ی عدالت و احقاق حقوق کودکان است. در سال‌های اخیر، دسترسی مالی به خدمات بهداشتی و درمانی در این کشور بهبود یافته؛ اما دسترسی جغرافیایی به بعضی از خدمات محدود است (۱۰). در کنیا مشکل عمده در درمان کودکان بیمار این است که بعضی از درمان‌هایی که توسط تأمین‌کنندگان خارجی در نظام بهداشتی و درمانی معرفی می‌شوند، اثربخشی‌شان کاملاً توجیه نشده است. در این کشور، بر ارائه‌ی اطلاعات به کودک و توجیه او برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و مشارکت او در فرایند درمان تأکید می‌شود؛ اما رضایت کتبی والدین برای دریافت خدمات ضروری است (۱۱). تحقیقی در کشورهای منطقه‌ی کاراییب نشان داده است که سلامت کودکان

حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادین هر انسانی، شناخته و تأکید شده است که سلامتی ملت‌ها، زمینه‌ساز دستیابی به صلح و امنیت است (۵). در بند اول ماده‌ی دوازده "میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی"، آمده است که دولت‌های عضو این میثاق، حق هر فردی را به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد دست‌یافتنی سلامت جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند. در بند دوم این ماده نیز، به اقداماتی که دولت‌ها باید در تحقق کامل حق سلامتی انجام دهند، اشاره شده است (۶). حق سلامت، شامل حق دسترسی به موقع به خدمات پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی و همچنین، عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت، از جمله آب، غذا، سرپناه و محیط زیست سالم است. خدمات بهداشتی و درمانی باید از نظر فیزیکی و اقتصادی برای عموم مردم در دسترس باشند و اطلاعات مربوط به این خدمات، در اختیار همگان قرار گیرد. این خدمات باید از نظر جامعه، پذیرفتنی و از کیفیت و استاندارد قابل قبول برخوردار باشد. حق سلامت، سه نوع وظیفه برای دولت‌ها ایجاد می‌کند: نخست، آن‌ها باید به حق سلامت مردم احترام گذارند و مانع از بهره‌مندی آنان از حقوقشان نشوند؛ دوم اینکه دولت‌ها باید از تعدی بخش غیردولتی به حقوق افراد جلوگیری کنند و در نهایت اینکه همه‌ی امکانات بودجه‌ای، قانونی، اداری، قضایی و اطلاع‌رسانی را در راه ارتقای بهره‌مندی مردم از حقوق خود به کار گیرند (۳). بلافاصله پس از پذیرش "میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی"، کشورها باید حداقل میزان هر حق را بدون اتلاف وقت و با بهره‌گیری از همه‌ی امکانات موجود، برای همگان فراهم آورند. این حداقل، بر اساس "توضیحات شماره‌ی چهارده میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی" (۲۰۰۰)، عبارت‌اند از:

- دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، به‌خصوص مراقبت‌های مادر و کودک، واکسیناسیون و داروهای اساسی؛
- دسترسی به غذای کافی و سالم و رهایی از گرسنگی؛
- برخورداری از سرپناه مناسب که دارای آب سالم و

غیرمستقیم، اکثراً، از طریق حمایت از مادران، به حمایت از کودکان پرداخته شده است (۱۶).

مبانی حمایت از حق سلامت کودک

یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین دوران‌های زندگی بشر، دوران کودکی است. حمایت مضاعف از اشخاص، معمولاً، به دلیل ضعف جسمانی یا آسیب‌پذیری روحی و روانی آن‌ها انجام می‌شود که هر دو دلیل، در حمایت ویژه از کودکان دخیل است. ضعف بالقوه‌ی جسمی و ذهنی کودک، باعث می‌شود که آسیب‌های این دوران، ماندگارتر و مخرب‌تر از سایر مقاطع زندگی باشد. چالش‌های سلامتی که کودک در دوران رشد جسمی و روحی‌اش با آن روبه‌رو می‌شود، او را در برابر بیماری‌ها آسیب‌پذیر می‌کند؛ همچنین، صدمات جسمی، روحی و عاطفی دوران کودکی، می‌تواند منشأ بزهکاری کودک در آینده باشد. نتایج بررسی پرونده‌های شخصیت متهمان کودک‌آزاری، این نظر را تقویت می‌کند که کودک‌آزاران امروز، خود قربانیان کودک‌آزاری دیروز هستند (۱۷).

در اسلام، توجهی خاص به حقوق و تکالیف افراد شده است. فقه اسلامی به حفظ شأن و کرامت انسانی تأکید ویژه دارد و به حمایت و یاری کودکان توصیه می‌کند؛ همچنین، کمک‌کردن به والدینی که کودکان بسیار بیمار دارند و فراهم‌آوردن امکانات لازم برای مراقبت از آن‌ها را باعث ارتقای فردی و اجتماعی می‌داند (۱۸). در اسلام، به برخی از عوامل مؤثر بر سلامت کودکان، از جمله تغذیه با شیر مادر، نظافت کودک و بازی با او، اشاره شده است. سلامت روان کودکان نیز، از جمله مواردی است که در اسلام به آن پرداخته شده و تبعیض قایل‌شدن بین کودکان و تحقیر آنان در برابر دیگران با روش‌های استهزا، تمسخر، ملامت، تهمت و دشنام، آسیب‌زا شمرده شده است (۱۹)؛ همچنین، توصیه شده است که در شرایط اضطراری، مانند جنگ، از کودکان حمایت شود؛ قبل از رسیدن به سن بلوغ به جنگ نروند و در جنگ، به آن‌ها آسیبی زده

تحت تأثیر عوامل فرهنگی منطقه قرار دارد و گروه‌های خاص کودکان، مانند معلولان، در برنامه‌های سلامت این منطقه دیده نمی‌شوند (۱۲). در آفریقای جنوبی، مشکلات اصلی درباره‌ی حق سلامت کودکان، وضعیت کودکان معلول، کودکان کار و خیابانی و خشونت علیه کودکان و سوءاستفاده از آنان است (۱۳). با اینکه دولت کشور غنا، حق کودکان به حمایت خاص را که مبتنی بر سن آن‌ها و نیازهایشان است، به رسمیت می‌شناسد، در مناطق روستایی این کشور، دسترسی کمی به تسهیلات بهداشتی و درمانی وجود دارد و روستاییان با روش‌های پزشکی سنتی و آداب و رسوم خود به درمان کودکان می‌پردازند. (۱۴).

کشورهای مختلف برای برطرف‌کردن مشکلات بهره‌مندی کودکان از حق سلامت، راه‌حلهایی مختلف را در پیش گرفته‌اند؛ در ویتنام پیشنهاد شده است که رویکردهای بیمه‌ی همگانی و نظام سلامت، به‌نحوی تغییر یابند که پاسخ‌گوی نیازهای کودکان و زنان اقلیت باشد و هزینه‌کرد بخش سلامت عمومی افزایش یابد (۱۵). قانون اساسی آلمان، دولت را مکلف به حمایت ویژه از خانواده‌ها و ایجاد سازوکارهایی برای نظارت جامعه بر نحوه‌ی تربیت کودک توسط والدین و حمایت از کودکانی که در معرض مسامحه و غفلت قرار گرفته‌اند، می‌کند. در آفریقای جنوبی، حق کودک به حمایت در برابر آزار، خشونت، بدرفتاری، استثمار و بهره‌کشی اقتصادی، به رسمیت شناخته شده است. در کشور نیجریه، دولت موظف به نظارت بر سلامت جسمی، روحی و روانی کودکان و حمایت از آنان در برابر بهره‌کشی یا غفلت و ترک‌شدن توسط والدین است. در الجزایر، قانون اساسی بر حمایت از کودکان تأکید دارد. در هند، وضع قوانین حمایتی ویژه برای کودکان ضروری شمرده شده است؛ به علاوه، قانون این کشور تصریح کرده که حمایت ویژه از کودکان، تناقضی با قانون ممنوعیت هرگونه تبعیض در بهره‌مندی از حقوق ندارد. قانون اساسی ترکیه، بر وظیفه‌ی دولت در حمایت ویژه از کودکان تأکید می‌کند. در ایران، به‌طور

بهره‌مندی از خدمات، تسهیلات و لوازم پزشکی و کنترل بر سلامت و بدن و حق‌رهایی از هر گونه سوءاستفاده و آزار و اذیت می‌شود (۳). تأمین خدمات بهداشتی و درمانی برای کودکان، به معنای پایان مسئولیت دولت‌ها در زمینه‌ی حق سلامت کودکان نیست؛ بیانیه‌ی حقوق کودک جنوا^۱ (۱۹۲۴) اعلام می‌دارد که کودک گرسنه باید تغذیه شود؛ کودک بیمار باید پرستاری شود؛ کودکی که از اجتماع دور نگه داشته شده است، باید یاری شود؛ کودک بزهکار باید اصلاح شود و به کودک سرراهی و یتیم باید سرپناه داده شود و تحت سرپرستی قرار گیرد (۲۵).

"کنوانسیون حقوق کودک"، ضمن پرداختن به حقوق همه‌ی کودکان، به‌طور ویژه، به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر کودکان، از جمله کودکان اقلیت‌های قومی و مذهبی، معلول، پناهنده، مجرم، یتیم، مبتلا به ایدز، آواره و درخواست‌کننده‌ی پناهندگی، کودکان حاصل از رابطه‌ی نامشروع، کودکان طلاق و کودکانی که در مؤسسات شبانه‌روزی نگهداری می‌شوند، پرداخته است و برای دولت‌ها، در راستای حفاظت از کودکان در برابر عوامل تهدیدکننده‌ی سلامتی، مانند سوءاستفاده و بی‌توجهی، قاچاق و فروش و استفاده از آنان در قاچاق مواد مخدر، الزاماتی تعیین کرده است (۷)؛ لذا، قوانین مرتبط با سلامت کودکان، شامل قوانینی است که به‌طور مستقیم، بر ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی و حفظ سلامت آن‌ها (قوانین سلامت) و قوانینی که آن‌ها را از خطرات حفظ می‌کنند (قوانین حمایتی)، اشاره دارند. در این مقاله، قوانین مرتبط با سلامت کودکان، در این دو بخش، بررسی و تحلیل شده‌اند.

حق سلامت کودک در قوانین ایران

حق سلامت در قوانین ملی (قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی) کشورمان، به‌عنوان حقی بنیادین در کانون توجه قرار گرفته است. اصل ۲۹ قانون اساسی، حق برخورداری از

نشود (۲۰). مهم‌ترین تعارض بین "کنوانسیون حقوق کودک" و حقوق کودک در اسلام، این است که در این دین، به حقوق کودک از نطفگی توجه شده است (۲۱).

امروزه، قوانین مرتبط با حق سلامت، به‌عنوان سازوکارهای حمایت از کودکان، در سطح بین‌المللی در کانون توجه قرار گرفته‌اند. بر اساس ماده‌ی یک "کنوانسیون حقوق کودک" (۱۹۸۹)، کودک به فردی اطلاق می‌شود که کمتر از هجده سال سن داشته باشد؛ مگر آنکه که طبق قانون، سن بلوغ کمتر تعیین شده باشد (۷). بر اساس تبصره‌ی یک ماده‌ی ۱۲۱۰ قانون مدنی و ماده‌ی ۱۴۷ قانون مجازات اسلامی کشورمان، سن بلوغ برای دختران، نه و برای پسران، پانزده سال تمام قمری تعیین شده است (۲۲ و ۲۳)؛ اما در قوانین حمایتی، مانند "قانون حمایت از کودکان و نوجوانان" (۱۳۸۱)، افرادی که کمتر از هجده سال شمسی سن دارند، واجد شرایط دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و رفاهی ویژه‌ی کودکان شناخته شده‌اند (۲۴).

کودکان، حق زندگی، بقا و بهره‌مندی از زندگی سالم را دارند که همه‌ی جنبه‌های رشد و تکامل آنان را تأمین کند؛ به علاوه، آن‌ها حق دارند در شرایطی زندگی کنند که سلامت آن‌ها را در بالاترین حد ممکن تأمین کند و آن‌ها را قادر به دستیابی حداکثری به ظرفیت‌های خود کند. همه‌ی کودکانی که در کشوری زندگی می‌کنند، فارغ از سن، جنس، نژاد، ملیت، قومیت، مذهب و عقاید سیاسی خود و والدینشان و سایر موارد مشابه، حق برخورداری از حقوقشان را دارند (۷). بر این اساس، دولت‌ها موظف‌اند شرایط مناسب برای احقاق حق سلامتی کودکان را فراهم کنند و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب، به حمایت از آن‌ها پردازند.

"کنوانسیون حقوق کودک" و "میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی"، نگاهی جامع به مبحث سلامتی دارند و حق سلامت را به دو بخش اصلی تقسیم کرده‌اند که شامل حق

1. Geneva Declaration of the Rights of the Child

کودکان به اجرا درآمده است که از جمله آن‌ها می‌توان به برنامه‌های کشوری مراقبت از مادران باردار و کودکان زیر شش سال، ایمن‌سازی همگانی کودکان، طرح بیمارستان دوستدار کودک و طرح مانا (مراقبت‌های ادغام‌یافته‌ی ناخوشی‌های اطفال) اشاره کرد (۲۷).

ایران، عضو سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان ملل متحد است و برنامه‌هایی مشترک با این دو نهاد برای ارتقای سلامت کودکان ایرانی اجرا کرده است؛ با وجود این، به سلامت نوجوانان به اندازه‌ی کافی پرداخته نشده است. در میان نوجوانان ایرانی، رفتارهای پرخطر بهداشتی، شامل تغذیه‌ی نامناسب، استعمال سیگار و مواد مخدر، عدم تحرک و رفتارهای پرخطر جنسی و همچنین، خودکشی، بیماری‌های روانی، تصادفات، معلولیت‌ها و مرگ بر اثر تصادفات، در حال افزایش است (۲۸). در ضمن، تفاوت‌هایی زیاد در نقاط مختلف کشور از لحاظ سطح سلامت کودکان و میزان دسترسی آنان به خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد. در روستاها و مناطق دورافتاده و کم‌درآمد، آمارهای مرگ‌ومیر کودکان، تولد نوزادان کم‌وزن و فقر غذایی، بیشتر از میانگین کشوری است و دسترسی نداشتن کودکان به آب و غذای کافی و سالم، سرپناه مناسب و تسهیلات بهداشتی و درمانی، بیشتر مشهود است (۲۹).

در اسناد بالادستی کشور، قوانینی مختلف درباره‌ی ارتقای سلامت کودکان وجود دارد. علاوه بر اصل ۲۱ قانون اساسی که سلامت را حقی همگانی دانسته است، در ماده‌ی چهار "منشور حقوق شهروندی"، مصوب سال ۱۳۹۵، آمده است: «حق کودکان است که صرف‌نظر از جنسیت، به‌طور خاص، از هر گونه تبعیض، آزار و بهره‌کشی، مصون و از حمایت‌های اجتماعی متناسب، از جمله در حوزه‌ی سلامت، مراقبت در مقابل بیماری‌های روحی، روانی و جسمانی و خدمات بهداشتی و درمانی برخوردار باشند» (۳۰). "منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در ایران"، مصوب سال ۱۳۸۴ که به‌عنوان جایگزین "کنوانسیون جهانی رفع همگی اشکال تبعیض علیه

خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت شناخته و دولت را مکلف کرده تا از طریق درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، این خدمات را برای آحاد مردم کشور فراهم کند؛ به علاوه، طبق بند دوازده اصل سوم قانون اساسی، پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه، منطبق بر ضوابط اسلامی، برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف‌ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار و بهداشت و تعمیم بیمه به همگان، از وظایف دولت است. به موجب این اصل، دولت مکلف است حقوق همه‌جانبه‌ی افراد، اعم از زن و مرد و تساوی عموم در برابر قانون را تأمین کند. بند یک اصل ۴۳ این قانون، تأمین نیازهای اساسی، از جمله مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش، پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همگان را یکی از ضوابطی می‌داند که اقتصاد ایران باید بر پایه‌ی آن استوار شود (۲۶). دو سازمان اصلی متولی سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش هستند. در ماده‌ی یک بند دو "قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت"، مصوب ۱۳۶۷، تأمین بهداشت مادران و کودکان، به‌عنوان یکی از وظایف اصلی این وزارتخانه در نظر گرفته شده است. در ماده‌ی ده بند سیزده قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش، بر همکاری این وزارتخانه با وزارت بهداشت در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان تأکید شده است.

مصادیق قوانین مرتبط با سلامت کودک

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، با ایجاد شبکه‌ی بهداشتی و درمانی در کشور که ارائه‌ی خدمات سلامت کودکان یکی از اولویت‌های آن است، میزان بقای کودکان ایرانی، به‌طوری شایسته‌ی توجه، افزایش یافت و عوامل اصلی ایجادکننده‌ی بیماری و معلولیت در این گروه، کنترل یا حذف شدند. در سال‌های اخیر نیز، برنامه‌هایی متعدد با هدف ارتقای سلامت

حبس و کیفر نقدی محکوم می‌شود (۳۸). در ایران برنامه‌ی واکسیناسیون کودکان علیه بیماری‌های واگیردار، مدتی طولانی است که اجرا می‌شود.

با هدف افزایش بقا و سلامت کودکان، در "قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران بارداری"، مصوب سال ۱۳۷۴ و اصلاحات بعدی آن، حمایت‌هایی برای مادران در زمان بارداری و نگهداری از کودک تا دوسالگی در نظر گرفته شده است. بر اساس این قانون، حق مادران به استفاده از مرخصی با حقوق در ماه‌های اولیه‌ی زندگی کودک محترم شمرده شده و همچنین، از کارفرماها خواسته شده تا در محل کار، امکاناتی برای شیردهی کودکان در نظر بگیرند (۳۹). در "آیین‌نامه‌ی اجرایی مدارس"، مصوب سال ۱۳۷۹، ایجاد شرایط بهداشتی و ایمنی در مدارس، از طریق تأمین سلامت محیط مدرسه، بر فراهم‌آوردن آب و غذای سالم در مدرسه و کنترل دوره‌ای سلامت دانش‌آموزان، تأکید شده است (۴۰). در "آیین‌نامه‌ی اجرایی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان" (۱۳۸۴)، دولت موظف به ارائه‌ی خدمات سلامت و آموزش بهداشت به دانش‌آموزان شده است (۴۱)؛ به علاوه، در برنامه‌ی مدارس مروج سلامت (۱۳۸۹) نیز، دولت مکلف به ارائه‌ی آموزش‌های بهداشتی به دانش‌آموزان شده است (۴۲).

به منظور تأمین بهداشت دارو و غذای کودکان، در ماده‌ی هجده "قانون مربوط به مقررات پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی"، مصوب سال ۱۳۳۴، برای اشخاصی (اعم از تولیدکننده، عرضه‌کننده و فروشنده) که به هر شکل، در تهیه‌ی مواد دارویی مرتکب تقلب می‌شوند، حسب نتیجه‌ی حاصل، مجازات‌هایی در نظر گرفته شده است. بند (ز) این ماده مقرر داشته است در صورتی که داروی تقلبی، سرم، واکسن، آنتی‌بیوتیک یا مواد غذایی مخصوص کودکان باشد، مرتکب، به حداکثر مجازات‌های مندرج در این قانون محکوم خواهد شد (۴۳). مجازات اعمال متقلبانه درباره‌ی کودکان، منحصر به تقلب

زنان" تدوین شده است، حقوقی مانند حق دسترسی به غذا و سرپناه و خدمات بهداشتی و درمانی را برای دختران تعریف کرده است؛ به علاوه، در این منشور، به حق کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، به برخورداری از خدمات پزشکی، مددکاری و حمایتی توجه شده است (۳۱).

برنامه‌های توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز، بندهایی متعدد درباره‌ی حق سلامت دارند. در برنامه‌ی اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موظف به کاهش مرگ‌ومیر کودکان شده است (۳۲). در برنامه‌ی دوم توسعه، از دولت خواسته شده است ضمن حمایت از کودکان بی‌سرپرست، شبکه‌های بهداشتی و درمانی را در کشور گسترش دهد (۳۳). در برنامه‌ی سوم توسعه، دولت مکلف شده است تا خدمات بهداشتی را در روستاها و شهرها، به صورت رایگان، ارائه دهد. یکی از مهم‌ترین وظایف شبکه‌ی بهداشت و درمان، از ابتدای تأسیس، مراقبت و ارتقای سلامت کودکان بوده است (۳۴). در برنامه‌ی چهارم توسعه، ضمن الزام دولت به ارتقای سطح زندگی کودکان یتیم و فقیر و تأمین بیمه‌ی خاص برای آنان، بر تأمین آزادی و امنیت لازم برای رشد تشکلهای اجتماعی فعال در زمینه‌ی صیانت از حقوق کودکان و زنان تأکید شده است (۳۵). در برنامه‌ی پنجم توسعه، دولت موظف شده تا سلامت روانی و جسمی کودکان را بهبود دهد (۳۶). در برنامه‌ی ششم توسعه نیز، به توسعه‌ی بیمه‌های اجتماعی و حمایت از خانواده، تأکید شده است (۳۷).

در راستای ارتقای سطح سلامت کودکان و پیشگیری از بیماری‌های واگیر، قوانینی متعدد در ایران وضع شده است؛ بر اساس ماده‌ی شش "قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار" (۱۳۲۰) که یکی از قدیمی‌ترین قوانین مرتبط با سلامت کودکان در ایران است، ولی یا سرپرست کودک مکلف شده است برای درمان بیماری‌های آمیزشی و واگیردار کودک تحت سرپرستی خود اقدام کند و چنانچه در این امر کوتاهی کند و بیماری به حال سرایت باقی بماند، به

برای افرادی که این قانون را زیر پا بگذارند، وضع شده است. طبق ماده‌ی پنج این قانون، کودک‌آزاری از جرائم عمومی است و رسیدگی به آن احتیاج به شاکی خصوصی ندارد (۲۴). در راستای جلوگیری از استعمار و سوءاستفاده از کودکان، "قانون مبارزه با قاچاق انسان"، مصوب سال ۱۳۸۳، ضمن جرم‌انگاری قاچاق انسان، بیان می‌کند که اگر قربانی، کمتر از هجده سال سن داشته باشد، مجازات مرتکب تشدید می‌شود و اگر مرتکب این عمل به مجازات محاربه و افساد فی الارض محکوم نشود، حداکثر مجازات را متحمل خواهد شد (۴۵).

بر اساس ماده‌ی ۱۱۷۳ قانون مدنی، هرگاه در اثر عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادری که کودکی تحت حضانت خود دارد، سلامت جسمانی یا تربیت اخلاقی کودک در معرض خطر باشد، دادگاه می‌تواند به تقاضای نزدیکان کودک یا قیم او یا به تقاضای رئیس حوزه‌ی قضائی، هر تصمیمی را که برای حضانت او مقتضی بداند، اتخاذ کند. اعتیاد زیان‌آور به الکل، مواد مخدر و قمار، اشتها به فساد اخلاق و فحشا، ابتلا به بیماری‌های روانی (با تشخیص پزشکی قانونی)، سوءاستفاده از کودک یا اجبار او به ورود در مشاغل ضداخلاقی، مانند فساد و فحشا، تکدی‌گری و قاچاق و تکرار ضرب و جرح خارج از حد متعارف، از مصادیق عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی هر یک از والدین تعیین شده است (۲۲).

در ماده‌ی دوازده "قانون جامع کنترل و مبارزه‌ی ملی با دخانیات"، مصوب ۱۳۸۵، فروش یا عرضه‌ی دخانیات به افراد زیر هجده سال یا به واسطه‌ی این افراد، جرم شناخته شده و علاوه بر ضبط فرآورده‌های دخانی کشف‌شده نزد متخلف، برای وی، مجازات جزای نقدی در نظر گرفته شده است. قانون‌گذار با ایجاد مانع در دستیابی به دخانیات و تعیین مجازات برای عرضه‌کنندگان دخانیات به کودکان، به دنبال حمایت از حق سلامت افراد زیر هجده سال است (۴۶). بر اساس ماده‌ی ۳۵ "قانون مبارزه با مواد مخدر"، مصوب ۱۳۸۹، تشدید مجازات

در دارو نیست و مواردی دیگر، مانند سرم و غذاهای مخصوص کودکان را نیز شامل می‌شود. گسترش موارد مشمول حمایت قانون، نشانگر حمایت خاص از حق سلامت کودکان است.

یکی از عامل مؤثر بر سلامت کودکان، مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با آنان در بخش‌های درمانی است. برای مشارکت اثربخش نیاز است که به کودک اطلاعات لازم درباره‌ی وضعیت سلامتی‌اش و فرایندهای درمانی، داده و از او رضایت لازم گرفته شود. در حال حاضر، به این موضوع در نظام بهداشت و درمان کشور توجه کافی نمی‌شود؛ معمولاً، به ارائه‌ی اطلاعات حیاتی به والدین بیمار بسنده می‌شود و این اقدام با هدف رفع مسئولیت قانونی کادر درمان صورت می‌گیرد (۴۴).

قوانین حمایت و حفاظت از کودک

بر اساس ماده‌ی ۳۹ "کنوانسیون حقوق کودک"، دولت‌ها باید از هر گونه سوءاستفاده از کودکان و آزار آنان جلوگیری کنند و برای بهبود سریع وضعیت جسمی و روحی کودکانی که مورد بی‌توجهی، سوءاستفاده و استعمار و سایر اعمال خشونت‌آمیز، غیرانسانی و تحقیرکننده قرار گرفته‌اند، اقدام فوری کنند (۷).

ایران، "پروتکل الحاقی کنوانسیون کودک"، مصوب سال ۲۰۰۲ میلادی، درباره‌ی مبارزه با فروش کودکان، فحشا و هرزه‌نگاری کودکان را پذیرفته است. در سطح ملی نیز، قوانینی متعدد برای حفاظت کودکان در برابر آزار و اذیت و بهره‌برداری وضع شده است. یکی از مهم‌ترین آن‌ها، "قانون حمایت از کودکان و نوجوانان"، مصوب سال ۱۳۸۱ مجلس شورای اسلامی است. در این قانون، هر نوع اذیت و آزار کودکان و نوجوانان که موجب شود به آنان صدمه‌ی جسمانی یا روانی و اخلاقی وارد شود و سلامت جسم یا روان آنان را به مخاطره اندازد و اعمالی مانند خرید، فروش، بهره‌کشی و به‌کارگیری آن‌ها برای اعمال خلاف، از قبیل قاچاق، ممنوع و مجازات‌هایی

محدود یا نامحدود در خیابان‌ها زندگی می‌کنند، شناسایی و سامان‌دهی کند. این کودکان و خانواده‌های آنان مشمول دریافت حمایت‌های اقتصادی و بیمه‌ای دولت و آموزش‌ها و مشاوره‌های شغلی هستند، تا زمانی که وضعیت زندگی آنان بهبود یابد (۵۱).

بحث

قانون اساسی و قوانین و سیاست‌های ملی یک کشور نشانگر آن است که عزمی برای احقاق حقوق کودکان در آن کشور وجود دارد یا خیر. در ایران، قوانینی متعدد برای حفظ سلامت کودکان وجود دارد؛ اما قانون، به‌تنهایی، تضمین‌کننده‌ی بهره‌مندی کودکان از حقوق خود نیست. گزارش‌های افزایش آمار کودکان خیابانی و کار، اعتیاد کودکان، کودک‌آزاری، کودکان بی‌شناسنامه، خودکشی و مرگ‌ومیرهای قابل‌پیشگیری، سوءتغذیه و فقر در میان کودکان، نشانگر آن است که ضعف‌هایی متعدد در حفاظت از سلامت کودکان در کشور وجود دارد. بر اساس استانداردهای حقوق بشری، حتی یک مورد عدم برخورداری از حقوق بنیادین، پذیرفتنی نیست. همه‌ی کودکان یک کشور باید به امکانات اولیه‌ی زندگی و حقوق بنیادین خود دسترسی داشته باشند (۱). موانع بهره‌مندی کودکان از حقوقشان باید شناسایی و برطرف شوند و وضعیت کودکانی که از حقوق خود محروم شده‌اند، بهبود یابد. درعین‌حال، کشورها موظف هستند تا بر اساس کنوانسیون حقوق کودک، بهره‌مندی کودکان از حقوق خود را به‌طور مستمر، ارتقا دهند (۷).

برنامه‌های سلامت کودکان زیر شش سال، سطح سلامت این گروه را به‌میزانی شایان توجه افزایش داده است. در راستای ارتقای بهره‌مندی کودکان از حق سلامت، باید به سلامت نوجوانان نیز، در قالب برنامه‌ای منسجم پرداخته شود. سلامت روان نوجوانان و آموزش نحوه‌ی زندگی سالم، باید دو رکن اساسی این برنامه باشد. در راستای فراهم‌ساختن حداقل‌های یک زندگی سالم، لازم است سلامت کودکان در روستاها و

وادارکردن اشخاص زیر هجده سال به مصرف مواد مخدر، به دو صورت اعمال می‌شود: حالت اول، زمانی است که مجازات قانونی جرم، حبس ابد است؛ در این صورت، اگر قربانی، زیر هجده سال سن داشته باشد، مجازات مرتکب، به اعدام و مصادره‌ی اموال ناشی از ارتکاب جرم تبدیل می‌شود. در سایر حالات نیز، مجازات مباشر، به یک و نیم برابر حداکثر مجازات مقرر افزایش می‌یابد (۴۷). برای حفاظت از کودکان در برابر خطرات شغلی، در مبحث نهم "قانون کار جمهوری اسلامی ایران" آمده است که به‌کارگرفتن افراد با سن کمتر از پانزده سال ممنوع است و از کارگران نوجوان (پانزده تا هجده‌ساله)، باید هر ساله، آزمایش‌های پزشکی گرفته شود و واگذارکردن کارهای آسیب‌رسان به سلامت روحی و جسمی آنان، ازجمله کارهای سخت و زیان‌آور و خطرناک و حمل بار با دست، بیش‌ازحد مجاز و بدون استفاده از وسایل مکانیکی، ممنوع است (۴۸).

در راستای بهبود سطح زندگی افرادی که تمکن مالی مناسبی ندارند و خانواده‌ی آن‌ها نیز، قوانینی وضع شده است. در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، برخورداری از تأمین اجتماعی، شامل حمایت‌های بیمه‌ای، توان‌بخشی و امدادی حق همگان تعریف شده و برای گروه‌های آسیب‌پذیر، ازجمله کودکان فقیر بی‌سرپرست و معلولان، سازوکارهای حمایتی خاص تعریف شده است (۴۹). در "قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست" مصوب ۱۳۷۱، دولت مکلف به پرداخت مقرری نقدی و غیرنقدی به زنان و کودکان بی‌سرپرست که تمکن مالی ندارند، شده است. در ضمن، دولت موظف است که دوره‌های آموزشی برای این افراد برگزار کند و آن‌ها را در یافتن کار و استقلال مالی کمک کند. این حمایت‌ها تا زمانی که فرد بی‌سرپرست ازدواج کند یا تمکن مالی پیدا کند، باید ادامه داشته باشد (۵۰). بر اساس ماده‌ی دو "آیین‌نامه‌ی سامان‌دهی کودکان خیابانی"، مصوب ۱۳۸۴ نیز، دولت موظف است همه‌ی افرادی را که کمتر از هجده سال دارند و به‌صورت

نیست؛ به علاوه، گاهی، ردیف بودجه‌ای برای اجرای قانون تعیین نشده و برای ارزیابی اجرای برنامه‌ها تدبیری نشده است. ضعف نظام پاسخ‌گویی، منجر به نادیده‌گرفته‌شدن موارد تضييع حقوق می‌شود (۵۳). دولت باید، ضمن اختصاص منابع کافی برای اجرای مقررات، به نحوه‌ی اجرای آن‌ها نظارت کند. در این راستا، تعیین اهداف استانی برای تحقق قوانین نیز، ضروری است. بسیاری از قوانین حمایتی درباره‌ی کودکان، در سطح استانی و شهر و روستا، متولی اجرا ندارد. قوانین مرتبط با کودکان باید، به‌طور مستمر، بازبینی و بازنگری قرار شوند. پس از وضع قانونی درباره‌ی حق سلامت کودکان، لازم است قانون‌گذاران و مجریان، تأثیر این قانون را بر زندگی روزمره‌ی کودکان بررسی کنند. در کشورمان، نظام اطلاعات منسجمی درباره‌ی کودکان وجود ندارد. این ضعف، کنترل برنامه‌ها و برنامه‌ریزی آتی را با مشکل روبه‌رو می‌کند (۵۶).

در بررسی دوره‌ای قوانین مؤثر بر حقوق کودکان لازم است همه‌ی قوانینی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر کودکان مؤثرند، لحاظ شوند. حقوق کودک به هم مربوط و بر هم مؤثرند. قوانینی متعدد وجود دارد که به حیطة‌ی سلامت مربوط نیستند؛ اما بر سلامت کودک، به‌شدت، مؤثرند؛ به‌طور مثال، در حوزه‌ی حقوق کیفری، مسئولیت کیفری نوجوانان با واقعیت‌های زیستی و اجتماعی موجود، همخوانی ندارد (۵۷). نمونه‌ی دیگر، قانون ازدواج با فرزندخوانده است که بسیاری معتقدند آثار منفی زیادی بر حقوق کودک می‌تواند داشته باشد. قوانین مهاجرت، به‌طور غیرمستقیم، بر دسترسی کودکان به آموزش و خدمات بهداشتی و درمانی مؤثرند. از آنجاکه وضعیت اقتصادی بعضی از مهاجران در کشورمان مناسب نیست و آن‌ها در تهیه‌ی مایحتاج اولیه‌ی زندگی‌شان دچار مشکل‌اند، احتمال اینکه کودکان آنان، کار کنند، از تحصیل محروم شوند یا در کودکی ازدواج کنند، بیشتر است. وضعیت غیرقانونی آن‌ها باعث می‌شود خود را از دولت پنهان کنند و حتی برای دریافت خدمات پزشکی ضروری، مراجعه نکنند (۵۶).

مناطق دورافتاده بهبود یابد و دسترسی‌شان به خدمات بهداشتی و درمانی و غذای سالم افزایش یابد (۵۲).

تأمین نیازهای کودکان در شرایط بحران اقتصادی کشور، باید در اولویت قرار بگیرد. این گروه، به‌خصوص در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، نباید با هیچ‌گونه محدودیتی روبه‌رو شوند. خانواده اصلی‌ترین رکن جامعه و محل رشد و شکوفایی کودکان است و والدین در صورت نداشتن امکانات لازم برای ایفای مسئولیت‌هایشان باید تسهیلات لازم را دریافت کنند (۷). فقر خانواده‌ها زمینه‌ساز زندگی دشوار کودکان و اقداماتی مانند رهاسازی کودکان در خیابان‌ها و ممانعت از ادامه‌ی تحصیل و وادار کردن آن‌ها به کار است. درباره‌ی حمایت مالی و بیمه‌ای از خانواده‌های فقیر و کودکان بی‌سرپرست، قوانینی متعدد در کشور وجود دارد؛ اما این قوانین، به‌درستی و به‌طور کامل، اجرا نشده‌اند و زیرساخت‌های لازم و بودجه‌ی کافی برای اجرای آن‌ها پیش‌بینی نشده است (۵۳)؛ به‌طور مثال، درباره‌ی کودکان خیابانی، آیین‌نامه‌ی سامان‌دهی کودکان خیابانی، در سال ۱۳۸۴، تدوین شده است؛ اما همچنان، شاهد کودکانی هستیم که در خیابان‌ها کار و زندگی می‌کنند و دچار فقر، گرسنگی، عدم دسترسی به آموزش و خدمات بهداشتی و درمانی و سرپناه هستند. ضمن آنکه نداشتن محل زندگی، آن‌ها را در معرض سوءاستفاده‌های جنسی، خشونت و شکنجه قرار می‌دهد. مرور نظام‌مند وضعیت کودکان کار خیابانی نشان داده که بیکاری پدران، سواد پایین والدین، درآمد کم خانواده و بالابودن تعداد اعضای خانوار، زمینه‌ساز کار کودکان بوده است (۵۴). کودکان، به‌آسانی، جانشین بزرگسالان در کارگاه‌ها می‌شوند؛ چون فرمان‌بردارترند، دستمزدی کم می‌گیرند و در بعضی مشاغل ظریف، مانند فرش‌بافی، از نظر فیزیکی، عملکردی بهتر نسبت به بزرگسالان دارند (۵۵).

مشکل دیگر آن است که درباره‌ی بعضی از قوانین، متولی اجرای قانون، تعیین نشده یا تعدادی متولی تعیین شده‌اند که شرح وظایف آن‌ها و نحوه‌ی همکاری‌شان با هم مشخص

۱۳۸۱، کودک آزاری به عنوان جرم عمومی شناخته شده؛ اما سازوکارهای شناسایی و تعقیب، در آن، تعیین نشده است؛ ضمن آنکه مجازات‌های مقرر، در این زمینه، بازدارنده نیستند. متأسفانه، بیشتر موارد کودک آزاری از سوی والدین رخ می‌دهد که به نوعی، از مجازات‌های تعیین شده، مصون هستند. ماده‌ی ۱۱۷۹ قانون مدنی، به والد کودک، حق تنبیه او را با هدف تأدیب و حفاظت داده است (۲۲). هرچند به استناد این ماده، والدین نمی‌توانند فرزند خود را خارج از دایره‌ی متعارف، تنبیه بدنی کنند، در قانون، حد متعارف تنبیه برای تأدیب تعیین نشده است. در ماده‌ی ۲۲۰ قانون مجازات اسلامی نیز، آمده است: «پدر یا جد پدری که فرزند خود را بکشد، قصاص نمی‌شود و به پرداخت دیه‌ی قتل به ورثه‌ی مقتول و تعزیر، محکوم خواهد شد» (۲۳). لازم است در این قوانین بازنگری شود؛ زیرا همه‌ی افراد بشر، از جمله کودکان، دارای احترام ذاتی و شایسته‌ی رفتار محترمانه و دور از خشونت هستند. تنبیه بدنی مصداق رفتار خارج از احترام و خشونت‌آمیز است و باید قانون مرتبط با آن لغو شود. درباره‌ی صاحب حق بودن کودکان و حقوق آن‌ها در خانواده و جامعه، باید فرهنگ‌سازی شود. همه‌ی کسانی که با کودکان کار می‌کنند، باید حقوق کودک را بدانند. کودک نیز، لازم است که از حقوق خود و نحوه‌ی پیگیری آن مطلع باشد. سازوکارهای رسیدگی به موارد تضییع شده‌ی حقوق کودکان و سیستم جبران ویژه نیز، باید طراحی و اجرا شوند (۵۹).

نتیجه‌گیری

ایران موفقیتی چشمگیر در تدوین و اجرای مقررات مرتبط با حق سلامت کودکان در بعد بهره‌گیری از خدمات و تسهیلات بهداشتی و درمانی داشته است؛ اما در ارتباط با حفاظت کودکان در برابر آسیب‌ها و سوءاستفاده‌ها، راهی طولانی در پیش دارد. موانع بهره‌مندی کودکان از حقوقشان، باید شناسایی و برطرف شوند و وضعیت کودکانی که از حقوق خود محروم شده‌اند، بهبود یابد. پاسخ‌گویی، هسته‌ی تلاش‌های تحقق حقوق کودک است. بعد از تصویب قانون، دولت موظف به اجرای آن است.

قانون اعطای شناسنامه به کودکان، حضور والدین برای ثبت اطلاعات کودک را ضروری دانسته است. این قانون دسترسی کودکانی را که از رابطه‌ی نامشروع به دنیا آمده‌اند، به خدمات رفاهی، آموزشی و سلامتی، دچار مشکل می‌کند. کودکانی که از مهاجران غیرقانونی در ایران متولد می‌شوند نیز، در وضعیت مشابه قرار دارند. در ارتباط با این دو گروه، به نظر می‌آید نیاز به تدوین قانون‌هایی است که حداقل، الزامی بودن به همراه داشتن مدارک شناسایی برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی اولیه را حذف کنند (۵۳).

هر ساله، تعدادی شایان توجه از کودکان ازدواج می‌کنند، صاحب فرزند می‌شوند و حتی در کودکی، بیوه می‌شوند یا طلاق می‌گیرند. آداب و رسوم محلی در برخی جوامع، به تزویج در آوردن کودک توسط والدین را بخشی از اختیارات والدین نسبت به او می‌دانند که باعث می‌شود کودک در معرض خشونت احتمالی همسر تحمیلی‌اش قرار گیرد (۵۸). ازدواج و بارداری زودهنگام، سلامت کودکان را با خطرات جدی مواجه می‌کند و امکان تحصیل و مشارکت آنان در اجتماع را کاهش می‌دهد؛ در عین حال، احتمالی زیاد وجود دارد که کودک از حقوق خود و نحوه‌ی پیگیری آن‌ها مطلع نباشد یا به علت محدودیت جسمی و روانی، قادر به پیگیری حقوقش نباشند. کودکان ممکن است از حمایت والدین برای احقاق حقوق خود نیز، برخوردار نباشند؛ به علاوه، ازدواج کودکان در کمتر از سن قانونی و گاهی، به صورت غیررسمی و موقت، در مقابل دریافت پول و با افرادی که تفاوت سنی فاحشی با آنان داشته باشند، شبهاتی درباره‌ی بهره‌برداری از کودکان در اذهان ایجاد می‌کند. قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست، مصوب ۱۳۷۱ مجلس شورای اسلامی، از زنان و کودکان بی‌سرپرست حمایت می‌کند؛ اما نحوه‌ی شناسایی جمعیت هدف این‌گونه قوانین، شفاف نیست.

در حفاظت از حقوق کودکان در ایران، گاهی، خلأ قانونی وجود دارد؛ در قانون حمایت از کودکان و نوجوانان، مصوب

شایسته است که کودکان در برنامه‌های توسعه، جایگاهی مستقل داشته باشند و بودجه‌ای خاص برای رفاه آن‌ها در نظر گرفته شود. ضروری است برنامه‌ای همه‌جانبه درباره‌ی حقوق کودکان، تدوین و به سایر حقوق کودک، از جمله حق مشارکت در تصمیم‌گیری، حق شنیده‌شدن و اظهارنظر هم، پرداخته شود.

در راستای افزایش بهره‌مندی کودکان از حقوق خود، لازم است همکاری مناسبی بین بخش‌های مختلف دولت، از جمله وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و استانداری‌ها و شهرداری‌ها ایجاد شود؛ به علاوه، جامعه باید آگاهی کافی و توانایی لازم برای شناسایی کودکان آسیب‌پذیر نیازمند کمک را داشته باشد.

- 1- Kokabisaghi F. Justiciability of the Right to Health in International Legal System. *Iran J Med Law* 2016;10(37): 7-33.
- 2- The Universal Declaration of Human Rights. United Nations, December 16, 1948 Retrieved December 10, 2014, art 25.
- 3- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), E/C.12/2000/4, 2000:11-43.
- 4- United Nations. Charter of the United Nations 1945: art 55.
- 5- World Health Organization. Constitution of World Health Organization 1960: Preamble.
- 6- International Covenant on Economic, social and Cultural Rights 1966: art 12
- 7- UN General Assembly, Convention on the Rights of the Child 1989: art 1, 8 and 39.
- 8- United Nations. Treaty Collection, Declarations and reservations (UN 2015) https://treaties.un.org/pages/viewdetails.aspx?src=treaty&mtdsg_no=iv-11&chapter=4&lang=en (accessed on: Jan 2020).
- 9- Kišūnaitė A, Dainius P. Towards a holistic approach to children's rights in Lithuanian mental health policy: a case study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2016;2: 40-47.
- 10- Binagwaho A. Children's right to health in the context of the HIV epidemic: a case study of Rwanda [Doctoral dissertation]. Rwanda. University of Rwanda; 2014.
- 11- Oduwo E, Edwards SJ. A systematic review of factors affecting children's right to health in cluster randomized trials in Kenya. *Trials* 2014 Dec 1;15(1):287.
- 12- Henry-Lee A. A Child's Right to Health in the Caribbean. *Social and Economic Studies* 2015 Mar;1:89-116.
- 13- Klinck ME, Louw DA. A South African perspective on children's rights: pertinent issues in remedial and protection interventions. *Med. & L.* 2000;19:253.
- 14- Tagoe-Darko E, Gyasi RM. Traditional teachings and practices for child health in Ghana. *Research on Humanities and Social Sciences* 2013; 3(9):202.
- 15- Volkmann CS. Children's rights and the MDGs: the right to health within Vietnam's transition towards a market economy. *Health and Human Rights* 2006 Jan; 1:56-79.
- 16- Zeinali A. The Globalization of special Protection of Children. *Refahj* 2010; 9(35):51-87.
- 17- Abroshan H. Child abuse and CRC. Tehran: Arian Publishing; 1384.
- 18- Asemani O, Parsaei H. Decision making on the prolongation of the life of severely diseased newborns: reinspection of criteria. *ijme.* 2012; 5 (5) :36-52.
- 19- Hosseynzadeh A. Ghasemi H. Explaining the most important traumatic emotional methods in education based on the verses of the Holy Quran and the hadiths of the Imams. *Maaref Ghorani Research Letter* 2015; (22):12.
- 20- Faghih Habibi A. Children's Rights in Islam and Political Violence in Islamic World. *Quarterly Journal of Political Research in Islamic World* 2017; 2(7): 141-167.
- 21- Abbasi M, Sha'ban M. What and How Is the Right to Children's Health in Iranian Society. *Medical Law Journal* 2020; 14 (54):237-254.
- 22- Iran's Civil Law, art 1210 and 1173.
- 23- Iran's Islamic Punishment Law, art 147.
- 24- Iran's Law on the Support of Children and Adolescents 2002, art 2.
- 25- Geneva Declaration of the Rights of the Child of 1924, adopted Sept. 26, 1924, League of Nations O.J. Spec. Supp. 21, at 43 (1924).
- 26- Iran's Constitution Law 1979, art 3,29,43.
- 27- Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education of Iran (MOHME), Achievements, Challenges and future views of Health system in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2010.
- 28- UNICEF, UNICEF in Iran 2012-2016. Tehran: UNICEF; 2012.
- 29- WHO Regional Office for the Eastern

- Mediterranean, Country Cooperation Strategy for WHO and Islamic Republic of Iran 2010–2014. Tehran: WHO; 2010.
- 30- Iran's Declaration on Citizens' Rights 2016, art 4.
- 31- Charter of Rights and Responsibilities of Women in Iran 2004, part 3 Chapter1.
- 32- The law on the First Economic, Social and Cultural Development Plan of Iran (1989–1993) 1989 Chapter 1, part 5.
- 33- The law on the Second Economic, Social and Cultural Development Plan of Iran (1994–1999) 1994, Chapter 5.
- 34- The law on the Third Economic, Social and Cultural Development Plan of Iran (2000-2005) 2000, art 36.
- 35- The law on the Forth Economic, Social and Cultural Development Plan of Iran (2005-2011) 2005, Chapter 7.
- 36- The law on the Fifth Economic, Social and Cultural Development Plan of Iran (2011-2016) 2011, art 38.
- 37- The law of the Sixth Economic, Social and Cultural Development Plan of Iran (2017-2022) 2017, Chapter 14.
- 38- The law on prevention of sexually transmitted diseases 1320, art 6. [Persian]
- 39- Directive on the Promotion of Breastfeeding and Support of Breastfeeding Mothers (PBSBM) 1996, art 3-6; The Directive on (PBSBM) 2005, art 3; Amendments of the Directive on (PBSBM) 2005, art 1; Amendments to the Directive on (PBSBM) 2007, art1.
- 40- Iran's Directive on Health of Schools 2000 art 4.
- 41- Iran's Directive on Providing, Maintaining and Promoting the Physical, Mental, Social Health of Students 2005, art 1.
- 42- Iran's Directive on Health Promoting Schools 2010.
- 43- Iran's Law on Medical, Pharmaceuticals, Food and Beverages 1955, art 18.
- 44- Iran's Anti-Trafficking Law 2004, art 3.
- 45- Zare R, Ebrahimi S. The Status of Informed Consent Process in Paediatrics' Wards of an Educational Hospital. *ijme*. 2018; 11 (1) :189-205.
- 46- Comprehensive National Tobacco Control Act 2006, art12.
- 47- Iran's Anti-Drug Abuse Act 2010, art 35.
- 48- Iran's Labor Law, Chapter 9.
- 49- Law on the Structure of Comprehensive Welfare and Social Security System 2005, art 1.
- 50- The Law on the Support of Women and Children Without Guardians 1997 .
- 51- Bylaw on Organizing Street Children in Iran 2005, art2.
- 52- UNICEF, Annual Report 2012 for Iran (MENA). Tehran: UNICEF; 2012 .
- 53- Kokabisaghi F. Right to Health; the Application of International Laws in the Islamic Republic of Iran. Netherlands: Optica; 2019.
- 54- Zand-Razavi S, Rahimi-Pouranaraki N. Comparing the situation of child workers in the Kerman province of Iran and Afghanistan on the basis of four principles of the Convention on the Rights of the Child (three sociologies and the solution). *Iranian Social Studies* 2011; 5(1):73-98.
- 55- Abbasi A. A comparative study of Iranian laws and regulations with the Convention on the Rights of the Child. *Jurisprudence and family law* 2011; 15(53):12.
- 56- Kokabisaghi F. Equity in access to health care for children: domestic implementation of the international human rights law in Iran. *Medicine and Law* 2017; 36 (2): 59-80.
- 57- Iravanian A, Bazaşyb D. victims admitted sexually branded social and justice system kyfry. *Public Law Research* 2020; 12(29): 1-24.
- 58- UN Committee on the Rights of the Child. General comment no. 5 CRC: General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (2003)
- 59- Vahdaninia V, Said Mosavi M S, Vahdaninia M A, Vosoogh Moghaddam A. Health as Human Right; Legal Narrative of "Governance For Health" Logic. *ijme*. 2020; 13 (1) :1-18.

Children's Right to Health and Protection in Iran; Domestic Implementation of International Laws

Fatemeh Kokabisaghi^{*1,2}

¹ Assistant Professor in the Department of Management Sciences and Health Economy, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

² PhD in Health Policy, Researcher in Healthcare and Law Department, School of Health Policy and Management, Erasmus University, Rotterdam, Netherlands.

Abstract

All children have a right to benefit from health facilities, goods and services and be protected from physical or mental violence, injury or abuse, and neglect or maltreatment. Some groups of children need special support to enjoy their rights. The aim of this paper is to review Iran's laws and policies on the protection of children's right to health. The method of this descriptive and analytical study was content analysis of international and national law and reports related to children's right to health and the current situation of Iranian children. The data was collected from academic literature and official webpages of United Nations and Iranian government's organizations. Realizing citizens' right to health and protection, Iran's laws respect the right of vulnerable groups of children to special support. Moreover, to protect Iranian children from health risks and maltreatment, there are several deterrent laws. Iranian laws on children often are consistent with international human rights laws. However, not all of them are adequately and completely implemented. To promote the health of children, weaknesses in the implementation of laws should be identified and removed.

Keywords: Right to health, Health law, Children, Children's rights, Iran

* Corresponding Author: Kokabisaghi.f@gmail.com