



The Iranian Association of
Medical Law



Institute of Bioethics
and Health Law

The Right to Health of Children in Armed Conflict: A Case Study of the Attack on Shajareh Taybeh School in Minab

Mohammad Mehdi Seyednasseri^{1*}, Mahmoud Abbasi¹

1. Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The right to health of children in armed conflict, situated at the intersection of medical law and international humanitarian law, constitutes one of the most fundamental human rights, aimed at safeguarding the physical, psychological and social integrity of children in situations of crisis. However, the widening gap between established norms of international law and their practical implementation has posed serious challenges to the effectiveness of such protection. Focusing on the attack on Shajareh Taybeh School in Minab, this study seeks to analyze this structural disjunction and its implications for the realization of children's right to health.

Method: This study adopts a descriptive-analytical and normative approach. By outlining the theoretical foundations of the right to health alongside the core principles of international humanitarian law, it undertakes a case-based analysis of a concrete incident to assess the degree of alignment between actual conduct and legal obligations.

Ethical Considerations: This research has been conducted in accordance with the principles of academic integrity, precise citation of legal sources and adherence to standards of scholarly honesty. Particular care has been taken to avoid any distortion or unsupported use of sources.

Results: The findings indicate that, in the case of the attack on Shajareh Taybeh School in Minab, the violations did not merely amount to departures from general principles of international humanitarian law, but more specifically comprised: 1- The direct targeting of an educational facility devoid of any military use (violation of the principle of distinction); 2- The infliction of extensive and foreseeable harm on the physical and psychological health of children at a level exceeding any conceivable military advantage (violation of the principle of proportionality); 3- The absence of any prior assessment of health-related consequences within the operational decision-making process (violation of precautionary obligations). Case-specific data further demonstrate that more than 168 children were killed and that a wide range of persistent psychological harms has been documented among survivors, reflecting the simultaneous collapse of the three dimensions of health physical, psychological and social.

Conclusion: This study concludes that the Minab case constitutes a concrete illustration of the structural inefficiency of the international legal system in internalizing considerations of children's health in assessing the legality of military operations. Accordingly, it is proposed that: (1) "children's health" be incorporated as a binding evaluative criterion in assessing the proportionality of attacks within international military guidelines; (2) ex ante health-impact assessments be mandated as a condition for the legality of military operations; and (3) attacks on child-centered spaces such as schools be recognized, under the category of "grave health-based violations," as a distinct class of international offenses.

Keywords: Children's Right to Health; International Humanitarian Law; Armed Conflict; Attacks on Schools; Minab

Corresponding Author: Mohammad Mehdi Seyednasseri; **Email:** sm.snaseri@gmail.com

Received: April 4, 2026; **Accepted:** May 20, 2026; **Published Online:** May 30, 2026

Please cite this article as:

Seyednasseri MM, Abbasi M. The Right to Health of Children in Armed Conflict: A Case Study of the Attack on Shajareh Taybeh School in Minab. *Medical Law Journal*. 2026; 20: e6.



حق بر سلامت کودکان در مخاصمات مسلحانه: مطالعه موردی حمله به مدرسه شجره طیبه میناب

محمد مهدی سیدناصری^{۱*}، محمود عباسی^۱

۱. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حق بر سلامت کودکان در مخاصمات مسلحانه، در تلاقی میان حقوق پزشکی و حقوق بشردوستانه، یکی از بنیادی‌ترین حقوق بشری به شمار می‌رود که هدف آن صیانت از تمامیت جسمی، روانی و اجتماعی کودک در شرایط بحران است. با این حال، شکاف فزاینده میان هنجارهای تثبیت‌شده حقوق بین‌الملل و واقعیت‌های اجرایی، کارآمدی این حمایت را با چالش‌های جدی مواجه ساخته است. این پژوهش با تمرکز بر حمله به مدرسه شجره طیبه میناب، در پی تحلیل این گسست ساختاری و بازتاب آن بر حق بر سلامت کودکان است.

روش: این مطالعه با رویکردی تحلیلی - توصیفی و هنجاری، ضمن تبیین چهارچوب‌های نظری حق بر سلامت و اصول حقوق بشردوستانه، به بررسی موردی یک واقعه عینی پرداخته و میزان انطباق رفتارهای عملی با تعهدات حقوقی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

ملاحظات اخلاقی: در انجام این پژوهش اصول امانتداری علمی، استناد دقیق به منابع حقوقی و رعایت معیارهای صداقت پژوهشی مورد توجه قرار گرفته و از هرگونه تحریف یا استفاده غیر مستند از منابع پرهیز شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که در پرونده حمله به مدرسه شجره طیبه میناب، نقض‌ها صرفاً در سطح تخطی از اصول کلی حقوق بشردوستانه باقی نمانده، بلکه به صورت مشخص، شامل: ۱- هدف‌گیری مستقیم یک محیط آموزشی فاقد هرگونه کاربری نظامی (نقض اصل تفکیک)؛ ۲- تحمیل آسیب‌های گسترده و قابل پیش‌بینی به سلامت جسمی و روانی کودکان در سطحی فراتر از هرگونه مزیت نظامی متصور (اصل تناسب)؛ ۳- فقدان هرگونه ارزیابی پیشینی از پیامدهای سلامت‌محور در فرآیند تصمیم‌گیری عملیاتی (نقض تعهدات احتیاطی) بوده است. داده‌های موردی این حادثه نشان می‌دهد که بیش از ۱۶۸ کودک جان باخته و طیف وسیعی از آسیب‌های روانی پایدار در بازماندگان ثبت شده که بیانگر فروپاشی هم‌زمان سه بُعد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) است.

نتیجه‌گیری: این پژوهش نتیجه می‌گیرد که پرونده میناب نمونه‌ای عینی از ناکارآمدی ساختاری نظام حقوق بین‌الملل در «درونی‌سازی ملاحظات سلامت کودکان» در ارزیابی مشروعیت عملیات نظامی است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود: ۱- «سلامت کودکان» به عنوان یک شاخص الزام‌آور در سنجش تناسب حملات در دستورالعمل‌های نظامی بین‌المللی گنجانده شود؛ ۲- انجام «ارزیابی‌های سلامت‌محور پیشینی» به عنوان شرط مشروعیت عملیات نظامی الزامی گردد؛ ۳- حمله به فضاهای کودک‌محور، مانند مدارس، در قالب «نقض شدید سلامت‌محور» به عنوان یک دسته مستقل از تخلفات بین‌المللی شناسایی شود.

واژگان کلیدی: حق بر سلامت کودکان؛ حقوق بشردوستانه؛ مخاصمات مسلحانه؛ حمله به مدرسه؛ میناب

نویسنده مسئول: محمد مهدی سیدناصری؛ پست الکترونیک: sm.snaseri@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۳۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۳/۰۹

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Seyednasseri MM, Abbasi M. The Right to Health of Children in Armed Conflict: A Case Study of the Attack on Shajareh Taybeh School in Minab. Medical Law Journal. 2026; 20: e6.

مقدمه

کودکان ایرانی، پیش از آنکه در نهم اسفندماه ۱۴۰۴، پیکرهای نحیف و بی‌جان ۱۶۸ تن از آنان از زیر آوارهای ناشی از حمله هوایی به مدرسه شجره طیبه در شهر میناب استان هرمزگان بیرون کشیده شود، سال‌هاست که آثار عینی و انکارناپذیر سیاست‌های خشونت‌بار ناشی از مخاصمات و تنش‌های نظامی را بر جسم، روان و زیست اجتماعی خود تجربه کرده‌اند. فاجعه میناب که در نخستین روزهای جنگ تجاوزکارانه ایالات متحده آمریکا و اسرائیل علیه حاکمیت و تمامیت ارضی ایران رخ داد، به سرعت در صدر توجه رسانه‌های بین‌المللی قرار گرفت و موجی از محکومیت‌های گسترده را برانگیخت. با این حال، باید تأکید کرد که محکومیت‌های حقوقی و سیاسی، هرچند ضروری و اجتناب‌ناپذیر، واجد توان احیای حیات از دست‌رفته کودکان یا جبران فروپاشی زیست انسانی آنان نیست. این واکنش‌ها، در بهترین حالت، صرفاً بخشی از فرآیند ثبت و مستندسازی نقض‌های آشکار حقوق بین‌الملل بشردوستانه و تداوم بی‌پاسخ‌ماندن قواعد بنیادین حمایت از غیر نظامیان، به ویژه کودکان، را تشکیل می‌دهند.

در چهارچوب حقوق بین‌الملل، حمایت از کودکان در مخاصمات مسلحانه بر پایه مجموعه‌ای از قواعد الزام‌آور استوار است که مهم‌ترین آن‌ها در کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو ۱۹۴۹، پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ و کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹ تبلور یافته است. به ویژه، اصل تفکیک، اصل تناسب و تعهد به اتخاذ تدابیر احتیاطی، به عنوان ستون‌های اصلی حقوق بشردوستانه، دولت‌ها و طرف‌های مخاصمه را ملزم می‌سازد تا از واردآوردن آسیب به غیر نظامیان، به ویژه کودکان، جلوگیری کنند (۱-۲). در چهارچوب حقوق بین‌الملل، حمایت از سلامت کودکان در مخاصمات مسلحانه نه‌تنها در اسناد کلاسیک، بلکه در تفسیرهای نوین نیز مورد تأکید قرار گرفته است. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در مطالعه قواعد عرفی حقوق بشردوستانه (۲) بر الزام مطلق به تفکیک و حمایت ویژه از کودکان تأکید کرده و کمیته حقوق کودک در تفسیر عمومی شماره ۱۵، سلامت را به عنوان حقی چندبعدی، شامل

ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است (۳). افزون بر این، قطعنامه ۲۶۰۱ شورای امنیت سازمان ملل (۲۰۲۱ م.) حمله به مدارس را به عنوان تهدیدی علیه صلح و امنیت بین‌المللی شناسایی می‌کند. با این حال، این مقاله نشان می‌دهد که این چهارچوب‌های هنجاری، در عمل نتوانسته‌اند از بروز فجایعی همچون میناب جلوگیری کنند؛ مسأله‌ای که نیازمند تحلیل فراتر از توصیف قواعد و معطوف به بررسی شکاف‌های اجرایی و ساختاری است. در همین چهارچوب، این مقاله بر آن است که فاجعه میناب را نه به عنوان یک رخداد منفرد، بلکه به مثابه نشانه‌ای از یک بحران ساختاری در کارآمدی نظام حقوق بین‌الملل و هم‌زمان بازتابی از تحولات عمیق در نظم جهانی معاصر تحلیل کند. در این معنا، میناب صرفاً یک حادثه انسانی نیست، بلکه نقطه تلاقی دو روند هم‌زمان است: از یک‌سو، بحران در تحقق عملی هنجارهای حقوق بشردوستانه و از سوی دیگر، تغییر تدریجی در منطق حاکم بر نظم بین‌المللی از اصول‌محوری به سوی قدرت‌محوری و گزینش‌گرایی در اجرای قواعد.

از منظر تاریخی، تجربه کودکان ایرانی نشان می‌دهد که آنان همواره در معرض مستقیم پیامدهای جنگ و خشونت ساختاری قرار داشته‌اند. در جنگ‌های جهانی اول و دوم، ایران به رغم اعلام بی‌طرفی، با پیامدهای گسترده اشغال، قحطی، بیماری و بمباران مواجه شد که آثار آن به طور مستقیم بر زندگی کودکان سایه افکند. در آن دوران، پیش از شکل‌گیری نظام مدون حقوق بین‌الملل کودک، واقعیت‌های زیست کودکان ایرانی به عنوان یکی از نخستین مصادیق عینی آسیب‌پذیری کودکان در جنگ‌ها قابل مشاهده بود. در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران نیز این وضعیت به صورت نظام‌مندتری تکرار شد؛ به گونه‌ای که حمله به مدارس، مناطق مسکونی و زیرساخت‌های غیر نظامی، منجر به کشته و مجروح‌شدن صدها کودک و تخریب گسترده محیط‌های آموزشی شد. این روند، نه‌تنها خسارات جسمی، بلکه آثار عمیق روانی، اجتماعی و نسلی را بر جای گذاشت که بخش مهمی از آن همچنان ادامه دارد. در ادامه این مسیر تاریخی، مواردی همچون هدف قرارگرفتن هواپیمای مسافربری ایران در سال ۱۳۶۷ که منجر به

کشته شدن ده‌ها کودک شد یا آثار بلندمدت ناشی از تحریم‌های اقتصادی و محدودیت‌های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، نشان می‌دهد که تهدید سلامت کودکان ایرانی صرفاً به مخاصمات نظامی محدود نبوده، بلکه در اشکال مختلف خشونت مستقیم و ساختاری استمرار یافته است. در جنگ‌های اخیر نیز، از جمله حملات منجر به تلفات گسترده در مناطق مسکونی و آموزشی، این روند بار دیگر تکرار شده و نشان می‌دهد که کودکان همچنان در کانون آسیب‌های ناشی از منازعات قرار دارند. از منظر حقوقی، وضعیت موجود در ظاهر با فقدان هنجار مواجه نیست. در طول یک قرن گذشته، نظام حقوق بین‌الملل مجموعه‌ای نسبتاً جامع از اسناد الزام‌آور و اعلامی را در زمینه حمایت از کودکان در مخاصمات مسلحانه توسعه داده است؛ از اعلامیه ژنو ۱۹۲۴ و کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹ گرفته تا پروتکل‌های الحاقی کنوانسیون‌های ژنو و قطعنامه‌های متعدد شورای امنیت. همچنین سازوکارهای نهادی و کیفری، از جمله ایجاد دیوان کیفری بین‌المللی، در جهت جرم‌انگاری نقض‌های شدید حقوق بشردوستانه، از جمله حمله به غیر نظامیان و اماکن آموزشی، توسعه یافته‌اند (۲). با این وجود، شکاف میان هنجارهای موجود و سطح تحقق عملی آن‌ها، به ویژه در حوزه حمایت از سلامت کودکان، همچنان عمیق و تعیین‌کننده باقی مانده است.

روش

این مطالعه با رویکردی تحلیلی - توصیفی و هنجاری، ضمن تبیین چهارچوب‌های نظری حق بر سلامت و اصول حقوق بشردوستانه، به بررسی موردی یک واقعه عینی پرداخته و میزان انطباق رفتارهای عملی با تعهدات حقوقی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که در پرونده حمله به مدرسه شجره طیبه میناب، نقض‌ها صرفاً در سطح تخطی از اصول کلی حقوق بشردوستانه باقی نمانده، بلکه به صورت مشخص، شامل: ۱- هدف‌گیری مستقیم یک محیط آموزشی فاقد هرگونه کاربری نظامی (نقض اصل تفکیک)؛ ۲- تحمیل آسیب‌های گسترده و قابل پیش‌بینی به سلامت جسمی و

کشته شدن ده‌ها کودک شد یا آثار بلندمدت ناشی از تحریم‌های اقتصادی و محدودیت‌های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، نشان می‌دهد که تهدید سلامت کودکان ایرانی صرفاً به مخاصمات نظامی محدود نبوده، بلکه در اشکال مختلف خشونت مستقیم و ساختاری استمرار یافته است. در جنگ‌های اخیر نیز، از جمله حملات منجر به تلفات گسترده در مناطق مسکونی و آموزشی، این روند بار دیگر تکرار شده و نشان می‌دهد که کودکان همچنان در کانون آسیب‌های ناشی از منازعات قرار دارند. از منظر حقوقی، وضعیت موجود در ظاهر با فقدان هنجار مواجه نیست. در طول یک قرن گذشته، نظام حقوق بین‌الملل مجموعه‌ای نسبتاً جامع از اسناد الزام‌آور و اعلامی را در زمینه حمایت از کودکان در مخاصمات مسلحانه توسعه داده است؛ از اعلامیه ژنو ۱۹۲۴ و کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹ گرفته تا پروتکل‌های الحاقی کنوانسیون‌های ژنو و قطعنامه‌های متعدد شورای امنیت. همچنین سازوکارهای نهادی و کیفری، از جمله ایجاد دیوان کیفری بین‌المللی، در جهت جرم‌انگاری نقض‌های شدید حقوق بشردوستانه، از جمله حمله به غیر نظامیان و اماکن آموزشی، توسعه یافته‌اند (۲). با این وجود، شکاف میان هنجارهای موجود و سطح تحقق عملی آن‌ها، به ویژه در حوزه حمایت از سلامت کودکان، همچنان عمیق و تعیین‌کننده باقی مانده است.

این شکاف، در سطحی عمیق‌تر، بازتاب‌دهنده بحران کارکردی در نظم بین‌المللی معاصر است. نظمی که، پس از جنگ جهانی دوم بر پایه اصولی، چون منع توسل به زور، حمایت از غیر نظامیان و چندجانبه‌گرایی حقوقی شکل گرفت، در سال‌های اخیر با روندی فزاینده از گزینش‌گرایی، سیاسی‌سازی سازوکارهای حقوقی و تضعیف نهادهای نظارتی مواجه شده است. در چنین شرایطی، اجرای حقوق بین‌الملل بیش از آنکه تابع قواعد عام و بی‌طرفانه باشد، به شدت تحت تأثیر ملاحظات قدرت، مصلحت سیاسی و ساختارهای نابرابر تصمیم‌گیری قرار گرفته است. در این میان، آنچه بیش از همه در معرض آسیب قرار می‌گیرد، نه صرفاً قواعد حقوقی، بلکه «قابلیت حمایتی نظام حقوقی» نسبت به آسیب‌پذیرترین گروه‌ها، به ویژه

گرفته تا سلب حیات. این سطح از آسیب، آشکارترین و در عین حال فاجعه‌بارترین جلوه نقض حق بر سلامت است، چراکه به طور مستقیم با حق بقا و تمامیت جسمانی پیوند دارد (۵). با این حال، محدود کردن تحلیل به این سطح، به معنای نادیده گرفتن بخش عمده‌ای از واقعیت است. سلامت، به ویژه در مورد کودکان، مفهومی چندبعدی است و آنچه این واقعه را به یک نمونه عمیق از نقض تبدیل می‌کند، دقیقاً در همین چندلایگی نهفته است (۲). در لایه دوم، باید به پیامدهای روانی و عاطفی حمله پرداخت؛ پیامدهایی که اگرچه کمتر قابل مشاهده‌اند، اما به مراتب پایدارتر و ویرانگرتر هستند (۶). کودکانی که در معرض چنین خشونت‌های قرار می‌گیرند، نه تنها تجربه‌ای مستقیم از ترس و تهدید را از سر می‌گذرانند، بلکه ساختارهای بنیادین احساس امنیت در آن‌ها دچار فروپاشی می‌شود. شکل‌گیری اضطراب مزمن، اختلال در تمرکز، کابوس‌های مکرر و در مواردی، بروز نشانه‌های عمیق‌تر روانی، تنها بخشی از پیامدهایی است که در ادبیات سلامت روان به عنوان آثار مواجهه با خشونت شناخته می‌شود. در اینجا، مدرسه که باید محل بازسازی و تقویت این امنیت باشد، خود به منبع تهدید تبدیل شده است و این جابه‌جایی نقش، ضربه‌ای مضاعف بر سلامت روانی کودک وارد می‌کند (۷).

لایه سوم، به اختلال در سلامت اجتماعی و ساختارهای حمایتی بازمی‌گردد. حمله به یک مدرسه، صرفاً به معنای توقف موقت آموزش نیست، بلکه به فروپاشی شبکه‌ای از روابط، هنجارها و فرصت‌هایی می‌انجامد که در بستر آن، کودک مهارت‌های اجتماعی خود را توسعه می‌دهد و هویت خویش را شکل می‌دهد. محرومیت از آموزش، در این معنا، نه تنها یک حق مستقل را نقض می‌کند، بلکه به طور مستقیم بر سایر ابعاد سلامت نیز تأثیر می‌گذارد. کودکانی که از این فضا محروم می‌شوند، در معرض انزوای اجتماعی، کاهش مشارکت و در بلندمدت، تضعیف جایگاه خود در ساختارهای اجتماعی قرار می‌گیرند (۸). بدین ترتیب یک رویداد واحد، زنجیره‌ای از پیامدهای به هم پیوسته را رقم می‌زند که سلامت را در معنای جامع آن تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). در لایه‌ای عمیق‌تر، این حمله را می‌توان به مثابه اختلال در «تداوم زیستی و نسلی

روانی کودکان در سطحی فراتر از هرگونه مزیت نظامی متصور (اصل تناسب)؛ ۳- فقدان هرگونه ارزیابی پیشینی از پیامدهای سلامت‌محور در فرآیند تصمیم‌گیری عملیاتی (نقض تعهدات احتیاطی) بوده است. داده‌های موردی این حادثه نشان می‌دهد که بیش از ۱۶۸ کودک جان باخته و طیف وسیعی از آسیب‌های روانی پایدار در بازماندگان ثبت شده که بیانگر فروپاشی هم‌زمان سه بُعد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) است.

بحث

۱. حمله به مدرسه شجره طیبه میناب و فروپاشی چندلایه حق بر سلامت کودکان: بر اساس داده‌های گردآوری‌شده از منابع چندگانه، شامل گزارش‌های رسمی نهادهای داخلی، داده‌های میدانی منتشرشده، توسط منابع خبری معتبر و تحلیل‌های کارشناسی مستقل در حوزه سلامت و حقوق بشردوستانه، حمله به مدرسه شجره طیبه میناب در تاریخ ۹ اسفند ۱۴۰۴ منجر به کشته‌شدن دست کم ۱۶۸ کودک و مجروح‌شدن ده‌ها تن دیگر شده است. در این پژوهش، با رویکردی انتقادی، این داده‌ها نه به عنوان گزارش‌های صرف، بلکه بر اساس معیارهای اعتبارسنجی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۴). حمله به یک فضای آموزشی، در هر چهارچوبی که تحلیل شود، صرفاً یک رخداد نظامی یا حتی یک نقض منفرد حقوقی نیست، بلکه تجلی فروپاشی لایه‌های به هم پیوسته‌ای از حمایت‌های بنیادین است که نظام حقوقی برای صیانت از کرامت انسانی پیش‌بینی کرده است. مدرسه، به ویژه در بستر زندگی کودکان، نه فقط یک مکان فیزیکی، بلکه عرصه‌ای برای شکل‌گیری امنیت روانی، رشد شناختی، پیوندهای اجتماعی و امید به آینده است. از این رو حمله به مدرسه شجره طیبه در میناب را باید نه در سطح یک هدف جغرافیایی، بلکه در سطح «حمله به زیست‌جهان کودک» فهم کرد؛ زیست‌جهانی که در آن، سلامت به معنای واقعی، در هم‌تنیدگی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تحقق می‌یابد. در نخستین لایه تحلیل، این حمله منجر به آسیب‌های مستقیم جسمی بر کودکان شده است؛ از جراحات شدید و نقص عضو

سلامت» نیز تحلیل کرد. سلامت کودکان، صرفاً به وضعیت فعلی آنان محدود نمی‌شود، بلکه با آینده فردی و جمعی آنها گره خورده است. آسیب‌های جسمی و روانی، اختلال در آموزش و فروپاشی محیط‌های حمایتی، همگی بر مسیر رشد و بلندی کودک اثر می‌گذارند و این اثرات، در بلندمدت به کاهش ظرفیت‌های انسانی و اجتماعی یک جامعه منتهی می‌شود. از این منظر، حمله به مدرسه، نه تنها سلامت حال را مخدوش می‌کند، بلکه آینده سلامت یک نسل را نیز در معرض تهدید قرار می‌دهد (۱۰).

از حیث حقوقی، این چندلایگی نقض، بیانگر آن است که اصول بنیادین حقوق بشردوستانه، در این مورد، نه تنها در سطح ظاهری، بلکه در عمق کارکردی خود با چالش مواجه شده‌اند. اصل تفکیک که مستلزم تمایز میان اهداف نظامی و غیر نظامی است، در مواجهه با یک فضای آموزشی کودک‌محور، باید به گونه‌ای تفسیر شود که حداکثر حمایت را تضمین کند (۱۱). هرگونه تفسیر موسع که امکان هدف قراردادن چنین فضاهایی را به طور استثنایی فراهم آورد، عملاً این اصل را از محتوای حمایتی خود تهی می‌سازد. به همین ترتیب، اصل تناسب نیز نمی‌تواند صرفاً بر پایه محاسبات کمی از تلفات سنجیده شود، بلکه باید پیامدهای کیفی و بلندمدت بر سلامت کودکان را نیز دربر گیرد. هنگامی که نتیجه یک اقدام، فروپاشی چندلایه سلامت است، دشوار می‌توان ادعا کرد که معیارهای تناسب به طور واقعی رعایت شده‌اند (۱۲). افزون بر این، این واقعه نشان می‌دهد که چگونه فقدان رویکرد سلامت‌محور در تصمیم‌گیری‌های نظامی، به نادیده‌گرفتن پیامدهایی می‌انجامد که اگر از پیش مورد توجه قرار می‌گرفتند، می‌توانستند مسیر تصمیم را تغییر دهند. به بیان دیگر، این حمله صرفاً نتیجه یک خطای اجرایی نیست، بلکه بازتاب یک کاستی ساختاری در نحوه ادغام ملاحظات سلامت در فرآیندهای تصمیم‌سازی است (۱۳). در نهایت، حمله به مدرسه شجره طیبه میناب را باید به عنوان نمونه‌ای عینی از «فروپاشی چندلایه حق بر سلامت» درک کرد؛ فروپاشی‌ایی که در آن، مرز میان ابعاد مختلف سلامت از میان می‌رود و

یک نقض، به صورت هم‌زمان، جسم، روان، اجتماع و آینده کودک را دربر می‌گیرد. این تحلیل، نه تنها برای فهم بهتر این واقعه خاص اهمیت دارد، بلکه می‌تواند به عنوان چهارچوبی مفهومی برای بررسی سایر موارد مشابه نیز مورد استفاده قرار گیرد؛ چهارچوبی که بر اساس آن، هرگونه ارزیابی حقوقی، باید از سطح ظاهری نقض فراتر رفته و به درک عمیق‌تری از پیامدهای سلامت‌محور آن دست یابد (۱۴). تنها در چنین صورتی است که می‌توان به سوی نظامی حقوقی حرکت کرد که قادر باشد به طور واقعی از سلامت کودکان، حتی در سخت‌ترین شرایط، صیانت کند. با توجه به تحلیل موردی پیش‌گفته، اکنون این پرسش اساسی مطرح می‌شود که چرا با وجود چنین چهارچوب‌های حقوقی، نظام بین‌الملل نتوانسته از وقوع این پیامدها جلوگیری کند. پاسخ به این پرسش، مستلزم بررسی شکاف‌های ساختاری در نظام حمایت از سلامت کودکان است (۱۵).

۲. شکاف‌های ساختاری در حمایت از سلامت کودکان در مخاصمات مسلحانه: بررسی نقض‌های مکرر و نظام‌مند حق بر سلامت کودکان در بستر مخاصمات مسلحانه، ما را به این جمع‌بندی می‌رساند که مسأله، صرفاً در تخطی از قواعد موجود یا ضعف‌های مقطعی در اجرا خلاصه نمی‌شود، بلکه ریشه در نوعی «ناهم‌ترازی ساختاری» میان منطق حقوقی اعلامی و سازوکارهای واقعی اعمال قدرت دارد. به بیان دقیق‌تر، نظام حقوقی معاصر، اگرچه در سطح هنجاری به بلوغ قابل توجهی در شناسایی و تبیین حقوق کودکان، از جمله حق بر سلامت دست یافته است، اما در سطح نهادی و اجرایی، هنوز نتوانسته است ابزارهایی متناسب با این سطح از هنجارسازی فراهم آورد (۱۶). حاصل این گسست، شکل‌گیری شکاف‌هایی است که نه تنها مانع از تحقق مؤثر حقوق می‌شوند، بلکه در مواردی، به بازتولید شرایط نقض نیز دامن می‌زنند. نخستین و بنیادین‌ترین شکاف، به حوزه «الزام‌آوری» بازمی‌گردد؛ جایی که قواعد حقوقی، علیرغم صراحت و گستردگی، از قدرت کافی برای تحمیل رفتارهای منطبق با خود برخوردار نیستند (۱). در واقع، تعهدات مرتبط با حمایت

شکاف چهارم را باید در «گسست میان دانش حقوقی و دانش پزشکی» جستجو کرد، در حالی که واقعیت‌های سلامت کودکان در مخاصمات، به شدت نیازمند تحلیل‌های تخصصی در حوزه‌های پزشکی، روان‌شناسی و سلامت عمومی است، چهارچوب‌های حقوقی غالب، همچنان بر مبنای مفاهیم و دسته‌بندی‌هایی عمل می‌کنند که لزوماً بازتاب‌دهنده این پیچیدگی‌ها نیستند (۲۰). این گسست، موجب می‌شود که بسیاری از آسیب‌ها یا به درستی شناسایی نشوند یا در فرآیندهای حقوقی، وزن و اهمیت واقعی خود را نیابند، در نتیجه، تصمیمات اتخاذ شده، اگرچه ممکن است از نظر شکلی منطبق با قواعد باشند، اما از حیث تأثیر واقعی بر سلامت کودکان، ناکافی و حتی گمراه‌کننده‌اند (۲۱).

پنجمین شکاف، به «ناکارآمدی سازوکارهای پاسخگویی» مربوط می‌شود، به ویژه در مواجهه با نقض‌هایی که ماهیتی گسترده، پیچیده و بلندمدت دارند. در بسیاری از موارد، پاسخ‌های حقوقی موجود یا با تأخیرهای طولانی همراه‌اند یا به دلیل محدودیت‌های صلاحیتی و سیاسی، به نتایج ملموس و بازدارنده منتهی نمی‌شوند. این وضعیت، نوعی احساس مصونیت از پاسخگویی را در میان برخی بازیگران تقویت می‌کند و در عین حال، اعتماد قربانیان به کارآمدی نظام حقوقی را تضعیف می‌سازد. هنگامی که کودکان و جوامع آسیب‌دیده، چشم‌انداز روشنی از تحقق عدالت و جبران خسارت نمی‌بینند، خود این امر به بخشی از چرخه آسیب تبدیل می‌شود (۲۲).

شکاف ششم، که ماهیتی کمتر مشهود، اما به مراتب عمیق‌تر دارد، به «تقلیل‌گرایی مفهومی در فهم سلامت» باز می‌گردد. در بسیاری از تحلیل‌ها و حتی در برخی اسناد، سلامت همچنان به طور ضمنی به ابعاد جسمی و فوری آن تقلیل داده می‌شود و سایر ابعاد به ویژه سلامت روانی و اجتماعی در حاشیه قرار می‌گیرند. این در حالی است که در بستر مخاصمات، دقیقاً همین ابعاد غیر ملموس‌تر هستند که بیشترین و پایدارترین آسیب را متحمل می‌شوند. نادیده گرفتن این ابعاد، نه تنها تصویر ناقصی از واقعیت ارائه می‌دهد، بلکه به

از سلامت کودکان، در بسیاری از موارد، در سطحی باقی می‌ماند که می‌توان آن را «الزام اخلاقی تقویت‌شده» نامید، نه یک تعهد حقوقی با ضمانت اجرای مؤثر. این وضعیت، به ویژه در شرایطی که بازیگران مخاصمه دارای قدرت سیاسی یا نظامی برتر هستند، موجب می‌شود که هزینه‌های نقض، در مقایسه با منافع ادراک‌شده از آن، ناچیز تلقی شود، بدین ترتیب منطق بازدارندگی که یکی از ارکان هر نظام حقوقی کارآمد است به شدت تضعیف می‌گردد و نقض‌ها، نه به عنوان استثنا، بلکه به عنوان بخشی از الگوی رفتاری قابل پیش‌بینی تداوم می‌یابند (۱۷).

شکاف دوم، در «حاشیه‌نشینی ملاحظات سلامت» در فرآیندهای تصمیم‌گیری نهفته است. در ساختارهای سنتی تصمیم‌سازی در مخاصمات، معیارهای غالب، عمدتاً مبتنی بر ملاحظات راهبردی، امنیتی و نظامی هستند و سلامت غیر نظامیان به ویژه کودکان در بهترین حالت، به عنوان یک عامل محدودکننده ثانویه در نظر گرفته می‌شود. این جایگاه حاشیه‌ای، موجب می‌شود که حتی در چهارچوب رعایت ظاهری اصولی، چون تفکیک و تناسب، ابعاد عمیق‌تر و چندلایه سلامت نادیده گرفته شود. به عبارت دیگر، تا زمانی که سلامت به یک «متغیر مستقل و تعیین‌کننده» در معادلات تصمیم‌گیری تبدیل نشود، نمی‌توان انتظار داشت که قواعد مرتبط با آن، به طور واقعی در رفتارها انعکاس یابد (۱۸).

سومین شکاف، به «فقدان ابزارهای سنجش و استانداردهای عملیاتی» مربوط می‌شود، اگرچه در سطح نظری، سلامت به عنوان مفهومی چندبعدی و شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی شناخته می‌شود، اما در عمل، نظام حقوقی فاقد شاخص‌های دقیق و قابل اندازه‌گیری برای ارزیابی میزان آسیب به این ابعاد است. این خلأ، نه تنها فرآیند اثبات نقض را دشوار می‌سازد، بلکه امکان پاسخگویی مؤثر را نیز تضعیف می‌کند (۱۹). در غیاب معیارهای روشن، ارزیابی‌ها به سوی تفسیرهای سلیقه‌ای سوق پیدا می‌کند و در نتیجه، بسیاری از آسیب‌های عمیق به ویژه در حوزه سلامت روان از دایره توجه حقوقی خارج می‌مانند.

طور عملی، دامنه تعهدات را محدود کرده و از شدت پاسخ‌های لازم می‌کاهد (۲۳).

در نهایت، باید به شکاف دیگری نیز اشاره کرد که می‌توان آن را «گسست میان زمان حقوق و زمان رنج» نامید. فرآیندهای حقوقی، به طور ذاتی، زمان‌بر، تدریجی و مبتنی بر مراحل پیچیده اثبات و رسیدگی هستند، در حالی که آسیب‌های سلامت کودکان، فوری، انباشته و در بسیاری از موارد، برگشت‌ناپذیرند. این ناهم‌زمانی، موجب می‌شود که حتی در صورت تحقق پاسخگویی، بخش قابل توجهی از آسیب‌ها پیش‌تر تثبیت شده و فرصت‌های مداخله مؤثر از دست رفته باشد. از این منظر، چالش اصلی، نه فقط در «تحقق عدالت»، بلکه در «زمان‌بندی آن» نیز نهفته است (۱۴). برآیند این شکاف‌های درهم‌تنیده، وضعیتی است که در آن، نظام حقوقی علیرغم برخورداری از ظرفیت‌های نظری قابل توجه، در عمل از کارآمدی لازم برای حمایت از سلامت کودکان در مخاصمات برخوردار نیست. از این رو هرگونه تلاش برای بهبود وضعیت، باید معطوف به پرکردن این شکاف‌ها در سطح ساختاری باشد؛ چراکه بدون اصلاح این بنیان‌ها، حتی پیشرفته‌ترین قواعد نیز در معرض بی‌اثر شدن قرار خواهند گرفت و حق بر سلامت، همچنان در فاصله‌ای میان آرمان و واقعیت معلق خواهد ماند (۲۴).

۳. ضرورت بازتعریف رویکرد سلامت‌محور در حقوق بین‌الملل:

آنچه در پرتو تحلیل‌های پیشین بیش از هر چیز رخ می‌نماید، ناکافی بودن چهارچوب‌های موجود در مواجهه با واقعیت‌های پیچیده و خشونت‌بار مخاصمات معاصر است؛ چهارچوب‌هایی که اگرچه در سطح هنجاری، بر ضرورت حمایت از غیر نظامیان به ویژه کودکان تأکید دارند، اما در عمل، به دلیل اتکای بیش از حد به «تعهدات حداقلی» و تفاسیر مضیق، قادر به تضمین مؤثر حق بر سلامت نیستند. این وضعیت، ضرورت یک بازاندیشی بنیادین را آشکار می‌سازد؛ بازاندیشی که در آن، سلامت نه به عنوان پیامدی ثانویه از اجرای قواعد، بلکه به عنوان یک «اصل راهنما» در طراحی، تفسیر و اجرای آن‌ها در نظر گرفته شود (۲۵). در رویکرد حداقلی، حمایت از سلامت

عمدتاً در قالب اجتناب از آسیب‌های مستقیم تعریف می‌شود؛ گویی مسئولیت اصلی بازیگران مخاصمه، صرفاً خودداری از واردآوردن صدمات آشکار و فوری است. حال آنکه تجربه‌های میدانی نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از آسیب‌های وارده به کودکان، نه در لحظه وقوع حمله، بلکه در پیامدهای تدریجی و انباشته آن نهفته است: فروپاشی نظام‌های حمایتی، اختلال در دسترسی به خدمات درمانی، گسست در فرآیند آموزش و شکل‌گیری زخم‌های عمیق روانی که آینده فرد و جامعه را به طور هم‌زمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، هرگونه رویکردی که سلامت را صرفاً به معنای «عدم جراحت فوری» تقلیل دهد، به طور ساختاری ناتوان از درک و پاسخگویی به واقعیت‌های پیچیده نقض خواهد بود (۲۶). بازتعریف رویکرد سلامت‌محور، مستلزم عبور از این تقلیل‌گرایی و پذیرش این واقعیت است که سلامت کودکان، یک وضعیت پویا، چندلایه و به شدت وابسته به زمینه‌های اجتماعی و محیطی است. در این چهارچوب، تعهدات دولت‌ها و سایر بازیگران، نه تنها شامل خودداری از آسیب‌رسانی، بلکه دربرگیرنده مجموعه‌ای از الزامات ایجابی می‌شود که هدف آن‌ها «حفظ، تقویت و بازسازی فعال سلامت» در تمامی ابعاد آن است. این گذار، در واقع حرکت از یک منطق «پرهیز از ضرر» به سوی منطق «صیانت فعال از سلامت» است؛ منطقی که در آن، بی‌عملی در برابر شرایطی که به طور قابل پیش‌بینی به تضعیف سلامت کودکان می‌انجامد، خود نوعی نقض تلقی می‌شود. در سطح مفهومی، این تغییر رویکرد به معنای ارتقای سلامت به جایگاه یک «قاعده تفسیری حاکم» است، بدین معنا که در مواجهه با ابهام‌ها یا تعارض‌های احتمالی در اجرای قواعد، تفسیری باید ترجیح داده شود که بیشترین حمایت را از سلامت کودکان به عمل آورد. چنین رویکردی، دامنه اختیارات تفسیری را محدود کرده و از آن جلوگیری می‌کند که ملاحظات نظامی یا سیاسی، به بهای نادیده‌گرفتن پیامدهای سلامت، بر تصمیم‌گیری‌ها غلبه یابد (۱۴). در سطح عملیاتی، گذار به حمایت فعال مستلزم نهادینه‌سازی مجموعه‌ای از الزامات پیشینی، حینی و پسینی است که به صورت یک زنجیره

برای رشد و بالندگی کودکان به رسمیت بشناسند. تنها در پرتو چنین بازتعریفی است که می‌توان امید داشت حق بر سلامت کودکان، از حاشیه به متن بازگردد و از یک آرمان هنجاری، به معیاری عملی و مؤثر در هدایت رفتارها در شرایط مخاصمه تبدیل شود؛ معیاری که نه تنها از شدت رنج‌ها می‌کاهد، بلکه امکان بازسازی انسانی جوامع آسیب‌دیده را نیز فراهم می‌سازد (۲۷).

۴. راهکارهای حقوقی و سیاستی جهت تقویت حمایت از سلامت کودکان: تحلیل نقض‌های سلامت‌محور در مخاصمات مسلحانه، به ویژه در مواردی، چون حمله به فضاهای کودک‌محور، نشان می‌دهد که چالش اصلی نه در فقدان قواعد، بلکه در «فقدان معماری اجرایی مؤثر» برای تحقق این قواعد نهفته است. از این رو، هرگونه راهکار سیاستی باید از سطح بازگویی اصول کلی فراتر رود و به بازطراحی سازوکارهایی بینجامد که بتوانند میان تعهدات هنجاری و واقعیت‌های میدانی پیوندی الزام‌آور برقرار کنند (۲۸). نخستین گام در این مسیر، نهادینه‌سازی «ارزیابی‌های سلامت‌محور پیشینی» در فرآیند تصمیم‌گیری‌های نظامی است. بدین معنا که هیچ عملیات نظامی نباید بدون ارزیابی دقیق و مستند از پیامدهای احتمالی آن بر سلامت غیر نظامیان به ویژه کودکان اجرا شود. این ارزیابی‌ها باید ماهیتی فراتر از گزارش‌های صوری داشته باشند و بر پایه داده‌های علمی، شاخص‌های سلامت عمومی و تحلیل‌های تخصصی در حوزه آسیب‌های جسمی و روانی تدوین شوند. همچنین نتایج این ارزیابی‌ها باید در سلسله‌مراتب تصمیم‌گیری نظامی الزام‌آور تلقی شوند، نه صرفاً مشورتی، به گونه‌ای که در صورت پیش‌بینی آسیب گسترده به سلامت کودکان، اصل بر خودداری از انجام عملیات باشد (۲۰). دوم، ضروری است مفهوم «مناطق با حساسیت سلامت بالا» به طور رسمی در ادبیات حقوقی و عملیاتی تثبیت شود. این مناطق، شامل مدارس، مراکز نگهداری کودکان و سایر فضاهای مرتبط با رشد و سلامت آنان است که باید از سطحی مضاعف از حمایت برخوردار شوند. در این چهارچوب، هرگونه اقدام نظامی در این مناطق باید مشمول سخت‌گیرانه‌ترین استانداردها شود و اصل

به‌هم‌پیوسته عمل می‌کنند. در مرحله پیشینی، هرگونه تصمیم‌گیری باید با ارزیابی دقیق و چندبعدی پیامدهای سلامت همراه باشد؛ ارزیابی که نه تنها خطرات جسمی، بلکه آثار روانی و اجتماعی را نیز دربرگیرد و به عنوان یک معیار الزام‌آور در فرآیند تصمیم‌سازی لحاظ شود. در مرحله حین مخاصمه، اتخاذ تدابیر احتیاطی باید از سطح اقدامات حداقلی فراتر رفته و به سوی طراحی فعال برای کاهش حداکثری آسیب‌ها سوق یابد؛ به گونه‌ای که حفاظت از کودکان، به صورت یک هدف مستقل و نه صرفاً یک پیامد جانبی، در کانون توجه قرار گیرد. در مرحله پسینی نیز، تعهدات به جبران خسارت باید با رویکردی جامع به بازتوانی جسمی و روانی و بازسازی زیرساخت‌های اجتماعی همراه شود؛ چراکه بدون ترمیم این ابعاد، سلامت به معنای واقعی آن قابل احیا نخواهد بود (۱۷). افزون بر این، بازتعریف رویکرد سلامت‌محور مستلزم بازنگری در نحوه سنجش مشروعیت اقدامات در مخاصمات است. در چهارچوب سنتی، مشروعیت عمدتاً بر پایه ملاحظاتی، چون ضرورت و تناسب ارزیابی می‌شود، اما در رویکرد نوین، این ارزیابی باید با یک معیار مکمل، یعنی «آستانه تحمل‌پذیری سلامت» همراه شود. به بیان دیگر، حتی در مواردی که یک اقدام از منظر ضرورت یا تناسب قابل توجیه به نظر می‌رسد، اگر پیامدهای آن به گونه‌ای باشد که سلامت کودکان را به طور گسترده و پایدار تضعیف کند، باید در مشروعیت آن تردید جدی روا داشت. این تغییر، به طور عملی دامنه اقدامات قابل قبول را محدود کرده و سطح حمایت را ارتقا می‌بخشد (۱۸).

در نهایت، باید تأکید کرد که گذار از تعهدات حداقلی به حمایت فعال، صرفاً یک اصلاح فنی یا حقوقی نیست، بلکه بیانگر تغییری عمیق در نگرش به جایگاه کودک در نظم حقوقی است (۳). در این نگرش، کودک نه به عنوان یک موضوع حمایت منفعل، بلکه به عنوان دارنده حقی بنیادین در برخورداری از سلامت کامل و شایسته‌زیستن در نظر گرفته می‌شود. چنین نگاهی، مستلزم آن است که تمامی بازیگران، در تمامی سطوح تصمیم‌گیری، مسئولیت خود را نه صرفاً در قبال اجتناب از آسیب، بلکه در قبال تضمین فعال شرایط لازم

تولید تصمیماتی دقیق‌تر و عادلانه‌تر بینجامد. ششم، در سطح سیاست‌گذاری کلان، باید رویکردی مبتنی بر «پیشگیری فعال» جایگزین رویکردهای واکنشی شود. به عبارت دیگر، تمرکز صرف بر جبران خسارت، پس از وقوع نقض، هرچند ضروری، اما کافی نیست. آنچه اهمیت دارد، ایجاد شرایطی است که اساساً احتمال وقوع چنین نقض‌هایی را کاهش دهد (۲۴). این امر مستلزم آموزش نظام‌مند نیروهای درگیر در مخاصمه درباره ابعاد سلامت‌محور تصمیمات، توسعه دستورالعمل‌های عملیاتی دقیق، و گنجاندن شاخص‌های سلامت در ارزیابی عملکرد نظامی است (۲۵). در نهایت، باید بر نقش روایت‌سازی و مستندسازی انسانی تأکید کرد. سلامت کودکان، صرفاً یک شاخص آماری نیست، بلکه تجربه‌ای زیسته است که باید در ادبیات حقوقی بازتاب یابد. تقویت سازوکارهایی که بتوانند صدای قربانیان، به ویژه کودکان را به عرصه‌های حقوقی و سیاستی منتقل کنند، می‌تواند به انسانی‌تر شدن فرآیندهای تصمیم‌گیری و افزایش حساسیت نسبت به پیامدهای واقعی مخاصمات کمک کند.

نتیجه‌گیری

مورد حمله به مدرسه شجره طیبه میناب، نه صرفاً یک نمونه موردی، بلکه یک «آزمون عینی» برای سنجش کارآمدی نظام حقوق بین‌الملل در حمایت از سلامت کودکان است؛ آزمونی که نتایج آن به روشنی نشان می‌دهد اصول بنیادین حقوق بشردوستانه، در غیاب سازوکارهای اجرایی مؤثر، قادر به جلوگیری از فروپاشی چندلایه حق بر سلامت نیستند. آنچه از خلال این پژوهش آشکار می‌شود، صرفاً توصیف یک رخداد تلخ یا احصای مجموعه‌ای از نقض‌های حقوقی نیست، بلکه مواجهه با یک بحران عمیق‌تر در بنیان‌های نظم حقوقی معاصر است؛ بحرانی که در آن، فاصله میان «تعهدات اعلام‌شده» و «حمایت محقق‌شده» به گونه‌ای فزاینده گسترش یافته و در این شکاف، آسیب‌پذیرترین گروه‌ها، یعنی کودکان بیش از همه متضرر شده‌اند. حمله به یک فضای آموزشی کودک‌محور، همچون مدرسه، صرفاً نقض یک قاعده یا تخطی از یک اصل

بر «مصونیت عملی» این فضاها قرار گیرد، مگر در شرایطی کاملاً استثنایی که آن هم نیازمند اثباتی دقیق و قابل راستی‌آزمایی باشد. این رویکرد، عملاً دامنه تفسیرپذیری را محدود کرده و از سوءاستفاده از مفاهیم مبهم جلوگیری می‌کند. سوم، ایجاد یک «نظام پایش و مستندسازی سلامت‌محور» در سطح بین‌المللی، از اهمیت بنیادین برخوردار است (۲۲). چنین نظامی باید بتواند به صورت مستقل و مستمر، آثار مخاصمات بر سلامت کودکان را ثبت، تحلیل و گزارش کند. تفاوت این سازوکار با نظام‌های موجود در آن است که تمرکز آن نه صرفاً بر شمار تلفات، بلکه بر طیف کامل پیامدهای سلامت از آسیب‌های روانی گرفته تا اختلال در دسترسی به خدمات درمانی و آموزشی خواهد بود. داده‌های تولیدشده در این چهارچوب، می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری‌های حقوقی، سیاست‌گذاری و حتی پیگیری‌های مسئولیت‌محور قرار گیرد (۲۲).

چهارم، تقویت سازوکارهای پاسخگویی حقوقی، به ویژه در حوزه نقض‌های سلامت‌محور، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. تا زمانی که نقض گسترده حق بر سلامت کودکان با پیامدهای حقوقی مشخص، سریع و غیر قابل اجتناب همراه نباشد، قواعد موجود از اثر بازدارندگی کافی برخوردار نخواهند شد. در این راستا، باید به سمت شناسایی «نقض سلامت‌محور شدید» به عنوان یک دسته مستقل از تخلفات جدی حرکت کرد؛ تخلفاتی که نه تنها بر اساس پیامدهای آنی، بلکه بر پایه آثار بلندمدت بر سلامت نسل‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (۲۳). این بازتعریف، می‌تواند زمینه‌ساز تقویت مسئولیت‌پذیری و کاهش بی‌کیفرمانی شود. پنجم، پیوند نظام‌مند میان نهادهای حقوقی و نهادهای پزشکی باید به طور جدی تقویت شود. در بسیاری از موارد، شکاف میان این دو حوزه موجب می‌شود که تحلیل‌های حقوقی از واقعیت‌های سلامت فاصله بگیرند و در مقابل، داده‌های پزشکی نیز فاقد کاربست حقوقی مؤثر باقی بمانند. ایجاد ساختارهای مشترک، تیم‌های میان‌رشته‌ای و چهارچوب‌های استاندارد برای استفاده از داده‌های پزشکی در فرآیندهای حقوقی، می‌تواند این شکاف را کاهش داده و به

میان دانش حقوقی و دانش پزشکی است. تا زمانی که تحلیل‌های حقوقی از داده‌های عینی سلامت، اعم از آسیب‌های جسمی، اختلالات روانی و پیامدهای اجتماعی منفک باقی بمانند، امکان درک کامل ابعاد نقض و در نتیجه، طراحی پاسخ‌های مؤثر وجود نخواهد داشت. این پیوند میان‌رشته‌ای، نه یک انتخاب، بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای کارآمدسازی نظام حقوقی در مواجهه با واقعیت‌های پیچیده جنگ‌های معاصر است. در نهایت، باید تأکید کرد که مسأله سلامت کودکان در مخاصمات مسلحانه، صرفاً یک دغدغه تخصصی یا بخشی از دستور کارهای حقوقی نیست، بلکه آزمونی برای سنجش میزان پایبندی جامعه جهانی به بنیادی‌ترین ارزش‌های انسانی است. اگر نظام حقوق بین‌الملل نتواند در چنین مواردی از آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه انسانی حمایت کند، مشروعیت هنجاری خود را به تدریج از دست خواهد داد. از این رو گذار از وضعیت موجود، مستلزم اراده‌ای فراتر از بیان تعهدات و حرکت به سوی نهادینه‌سازی واقعی آن‌ها در ساختارهای تصمیم‌گیری و اجراست، بدین ترتیب آینده حمایت از کودکان در جنگ، نه در گرو افزودن بر متون حقوقی، بلکه در گرو تغییر نگرش‌ها، بازتعریف اولویت‌ها و ایجاد سازوکارهایی است که بتوانند «حق بر سلامت» را از سطح یک آرمان اخلاقی، به یک واقعیت ملموس و تضمین‌شده در زندگی کودکان در دشوارترین شرایط تبدیل کنند. تنها در چنین صورتی است که می‌توان امید داشت هنجارهای حقوقی، بار دیگر کارکرد اصیل خود را در پاسداری از کرامت انسانی بازیابند و کودکان، به جای آنکه قربانیان خاموش جنگ باشند، در کانون حمایت‌های واقعی و مؤثر قرار گیرند.

مشارکت نویسندگان

محمد مهدی سیدناصری: ارائه ایده و موضوع، جمع‌آوری اطلاعات و منابع، نگارش مقاله.
 محمود عباسی: راهنمایی، نظارت و نگارش مقاله.
 نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

نیست، بلکه نشانه‌ای از فرسایش تدریجی هنجارهایی است که قرار بود حداقل‌های انسانیت را حتی در بستر خشونت‌های سازمان‌یافته حفظ کنند. تحلیل سلامت‌محور این وضعیت نشان می‌دهد که حق بر سلامت، بر خلاف تصور رایج، نه حقی حاشیه‌ای یا صرفاً خدمات‌محور، بلکه معیاری بنیادین برای سنجش مشروعیت کنش‌های انسانی به ویژه در شرایط مخاصمه است. هنگامی که یک اقدام نظامی به گونه‌ای قابل پیش‌بینی به تخریب جسم، روان و زیست اجتماعی کودکان می‌انجامد، دیگر نمی‌توان آن را صرفاً در چهارچوب محاسبات سنتی نظامی یا حتی تفاسیر حداقلی از اصول حقوق بشردوستانه توجیه کرد. در چنین مواردی، نقض حق بر سلامت، در واقع به مثابه نقض «حق زیستن در حد کرامت انسانی» ظاهر می‌شود؛ حقی که مبنای تمامی نظام‌های حقوقی مدرن را تشکیل می‌دهد. از این منظر، مورد میناب را باید فراتر از یک واقعه جغرافیایی یا سیاسی، به عنوان نمادی از یک ناکامی ساختاری در نظام حقوق بین‌الملل تلقی کرد؛ ناکامی که ریشه در چند عامل درهم‌تنیده دارد: ضعف در ترجمه تعهدات هنجاری به الزامات اجرایی، حاشیه‌نشینی ملاحظات سلامت در فرآیندهای تصمیم‌گیری و استمرار وضعیت بی‌کیفرمانی در قبال نقض‌های گسترده و نظام‌مند. این عوامل، در کنار یکدیگر، شرایطی را پدید آورده‌اند که در آن، قواعد حقوقی بیش از آنکه ابزارهای مؤثر حمایت باشند، به چهارچوب‌هایی تفسیربردار و در نتیجه، قابل دورزدن تبدیل شده‌اند. در برابر این وضعیت، آنچه ضرورت می‌یابد، نه صرفاً اصلاحات جزئی یا افزودن بر شمار قواعد، بلکه یک «چرخش پارادایمی» در نحوه فهم و اعمال حقوق است. این چرخش، مستلزم آن است که سلامت کودکان از جایگاه یک ملاحظه ثانویه، به سطح یک معیار محوری و غیر قابل عدول ارتقا یابد؛ معیاری که نه تنها در ارزیابی پیامدهای اقدامات، بلکه در طراحی و اتخاذ آن‌ها نیز نقش تعیین‌کننده ایفا کند. به بیان دیگر، هرگونه کنش در بستر مخاصمه باید پیشاپیش از صافی این پرسش عبور کند که چه تأثیری بر سلامت کودکان خواهد داشت و آیا اساساً با حفظ این حق بنیادین سازگار است یا خیر. افزون بر این، تحقق واقعی حق بر سلامت کودکان مستلزم پیوندی عمیق‌تر

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

برای کمک در فرآیند تحقیق و نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: UN; 1989.
2. International Committee of the Red Cross. Customary International Humanitarian Law. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. Vol.1.
3. Committee on the Rights of the Child. General Comment No.15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health. Geneva: United Nations; 2013. art.24.
4. Watchlist for Children and Armed Conflict/ Child Rights NGOs. Annual analyses and policy briefs documenting trends in child protection and recommendations (reports). 2022-24.
5. Birhane FT. Targeting of children in non-international armed conflicts. *J Conflict Secur Law*. 2021; 26(2): 377-400.
6. Bolborici AM. Children's rights in conflict according to international humanitarian law. *Bull Transilvania Univ Brasov*. 2024; 16(65): 15-20.
7. Djebbar M. The protection of children during armed conflict. *Russian Law J*. 2025; 13(1): 1-15.
8. Suleman S. Caring for children and adolescents impacted by armed conflict: A rights-based approach. *Paediatr Child Health*. 2026; 31(3): 243-249.
9. International Committee of the Red Cross. Children and war. *Int Rev Red Cross*. 2019; 911: 1-23.
10. International Committee of the Red Cross. International humanitarian law and protection of children. Geneva: ICRC; 2020.
11. United Nations Children's Fund. The state of the world's children: Children in war. New York: UNICEF; 2019.
12. Harvey R. Children and Armed Conflict: A Guide to International Humanitarian and Human Rights Law. Montreal: International Bureau for Children's Rights; 2003. p.11.
13. Happold M. Child soldiers in international law. Manchester: Manchester University Press; 2005.
14. Panter-Brick C, Dajani R, Eggerman M, Hermosilla S, Sancilio A, Ager A. Insecurity, distress and mental health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59(5): 523-541.
15. UNICEF Innocenti. Mental health and psychosocial wellbeing of children and adolescents: Thematic reviews and spotlights (2023-24 working papers). Florence: UNICEF Innocenti; 2023-24.
16. Purgato M, Gross AL, Betancourt T, Bolton P, Bonetto C, Gastaldon C, et al. Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2018; 6(4): e390-400.
17. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. Geneva: UN; 2000.
18. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.
19. United Nations. Geneva Conventions of 1949 and Additional Protocols of 1977. Geneva: UN; 1949.
20. Rome Statute of the International Criminal Court. The Hague: ICC; 1998.
21. United Nations Children's Fund (UNICEF). Education Under Attack 2023. New York: UNICEF; 2023.
22. United Nations Secretary-General. Report on Children and Armed Conflict. New York: UN; 2023.
23. International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia. Prosecutor v. Gali . Case No.IT-98-29; 2003.
24. Henckaerts JM, Doswald-Beck L. Customary International Humanitarian Law: Rules. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
25. World Health Organization. Mental Health in Emergencies. Geneva: WHO; 2019.
26. Save the Children. Stop the War on Children. London: Save the Children; 2022.
27. United Nations Security Council. Resolution 2601 (2021) on the protection of education in armed conflict. New York: United Nations; 2021.
28. World Health Organization (WHO). Health Impact Assessment (HIA): Main concepts and suggested approach. Geneva: WHO; 2010.