



MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مقاله پژوهشی

حق بر سلامت اطفال زندانی در پرتو اسناد بین‌المللی

فرزاد علیزاده^۱، اصغر عباسی^{۲*}، مهدی اسماعیلی^۳

۱. دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.
۲. استادیار حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.
۳. استادیار حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، واحد قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائمشهر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر پس از جنگ جهانی دوم از طریق تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر و پس از آن، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به عنوان یک اصل کلی در فضای حقوق بین‌الملل موضوعه مورد پذیرش قرار گرفت. هدف از پژوهش حاضر تحلیل و بررسی حق بر سلامت در ارتباط با اطفال زندانی در چهارچوب اسناد بین‌المللی می‌باشد.

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

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حق بر سلامت اطفال زندانی در هیچ سند بین‌المللی الزام‌آوری صراحتاً به رسمیت شناخته نشده است. برای در نظر گرفتن این حق و تعهدات مربوط به آن باید به اسناد مختلف بین‌المللی متوسل شویم.

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

نتیجه‌گیری: حق بر سلامت در قامت یک اصل بین‌المللی و به صورت بسیار گسترده در ارتباط با همه افراد مورد شناسایی قرار گرفته است. اما باید توجه داشت که طبقات و اقشار آسیب‌پذیر در هر جامعه، نیاز مبرمی به حفاظت و حمایت قانونی دارند. اساساً محیط زندان، یک محیط آسیب‌زا می‌باشد که خطر آن برای اطفال و نوجوانان چندین برابر می‌باشد. در نتیجه، شناسایی حق بر سلامت اطفال به صورت پراکنده و ضمنی در اسناد مختلف نمی‌تواند تضمین محکمی برای وضعیت اطفال مزبور باشد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰

واژگان کلیدی:

حقوق بشر

حقوق پزشکی

حق بر سلامت

قواعد آمره

* نویسنده مسؤول:

اصغر عباسی

آدرس پستی: ایران، چالوس، دانشگاه

آزاد اسلامی، واحد چالوس، دانشکده

حقوق و علوم سیاسی، گروه حقوق.

کد پستی: ۴۶۱۵۱-۴۳۳۵۸

تلفن: ۱۱-۵۲۲۲۶۶۰۱

پست الکترونیک:

drabbasi191@gmail.com

۱. مقدمه

مفهوم حقوق بشر و مصادیق دارای سابقه‌ای طولانی در تاریخ حقوق می‌باشد. در واقع یکی از اولین موضوعاتی که در عالم حقوق مورد توجه نویسندگان و صاحبان اندیشه قرار گرفت، مفهوم حقوق بشر و مصادیق آن است. در ابتدا، در اسناد و منابع حقوق بشر، حقوق بنیادینی مانند حق بر حیات، حق بر ممنوعیت شکنجه و رفتار ترذیلی، حق بر جنبه‌های مختلف آزادی مورد تأکید قرار داشت، اما با گذشت زمان و بدیهی شدن تضمین حقوق بنیادین، نوبت به معرفی مصادیق جدیدی از حقوق بشر رسید. یکی از مصادیق مزبور، حق بر سلامت می‌باشد.

حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر پس از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در قامت یک اصل کلی وارد ادبیات حقوق بین‌الملل موضوعه شد. اصل مزبور در طی سال‌های متمادی از حیث مصادیق گسترش پیدا کرد و از بطن آن مصادیق مختلفی مانند حقوق بیماران، حق سلامت سالمندان، حق بر سلامت زنان و... پدیدار شدند. با گذشت زمان در فضای حقوق بشر بین‌المللی، تعهدات راجع به تضمین حق بر سلامت در یک چهارچوب منسجم شکل گرفتند. از طرفی نیز مجموعه هنجارهای حقوق بشر دارای ارتباطی نزدیک و به هم پیوسته هستند؛ به تعبیری، نقض هر یک از هنجارهای مزبور منتهی به نقض غیرمستقیم سایر هنجارها نیز می‌شود. حق بر سلامت نیز در مانند سایر مصادیق حقوق بشر در گذر زمان هم از حیث مفهومی و هم از حیث مصادیق دچار تحولات و توسعه شده است.

در ارتباط با اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر باید دقت داشت که، تا اواخر دهه هفتاد میلادی، مصادیق مختلف حقوق بشر به صورت مستقل و جدا از هم مورد بحث و بررسی قرار می‌گرفتند، اما از اوایل دهه هشتاد میلادی یک رویکرد خاص در ادبیات حقوق بشر و حقوق بین‌الملل موضوعه شکل گرفت. در این رویکرد، مصادیق مختلف حقوق بشر به مثابه اعضا یک پیکر واحد در نظر گرفته می‌شدند. به این معنا که نقض هر یک از مصادیق حقوق بشر در واقع به صورت غیرمستقیم نیز

منتهی به نقض سایر مصادیق حقوق بشر نیز خواهد شد. دلیل این امر نیز به گستردگی و تنوع مصادیق حقوق بشر باز می‌گردد. یکی از اقشاری که در ارتباط با آنها حساسیت‌های زیادی در فضای حقوق بشر مطرح می‌باشد، اطفال زندانی هستند. در پژوهش حاضر به پاسخ به این پرسش می‌پردازیم که تعهدات دولت‌ها در ارتباط با حق بر سلامت اطفال زندانی از کجا ناشی می‌شود؟ و جایگاه این حق در سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بشر بین‌المللی چگونه است؟ فرضیه‌ای که در پاسخ به این پرسش مورد تحلیل قرار می‌گیرد این است که حق مزبور به صراحت در هیچ سند الزام‌آور بین‌المللی مورد اشاره قرار نگرفته است، بلکه با تلفیق تعهدات دولت‌ها در موضوعات مختلف می‌توان به این الزام رسید. همچنین حق بر سلامت اطفال زندانی در فضای سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بشر بین‌المللی نیز به عنوان مصادیقی از قواعد آمره (یعنی در رأس سلسله مراتب هنجاری) محسوب نمی‌شود.

از نظر سازماندهی پژوهش باید عنایت داشت که در راستای تحلیل حق بر سلامت اطفال زندانی و تعیین جایگاه مصادیق آن در سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین‌الملل لازم است در ابتدا حق بر سلامت و شناسایی آن در قامت یک اصل کلی در فضای حقوق بین‌الملل مورد بررسی قرار گرفته و پس از آن مفهوم سلسله مراتب هنجاری در نظام حقوق بین‌الملل، و سپس مفهوم قواعد آمره و مصادیق آن (که در رأس سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین‌الملل قرار دارند) مورد بحث و بررسی قرار گیرد. در گام نهایی با در نظر گرفتن داده‌های قسمت پیشین، مصادیق حق بر سلامت اطفال زندانی در اسناد بین‌المللی مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

۲. ملاحظات اخلاقی

در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانت‌داری رعایت شده است.

۳. مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع نظری بوده روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات بصورت

کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

۴. یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حق بر سلامت اطفال زندانی در هیچ سند بین‌المللی الزام‌آوری صراحتاً به رسمیت شناخته نشده است. برای در نظر گرفتن این حق و تعهدات مربوط به آن باید به اسناد مختلف بین‌المللی متوسل شویم. حق بر سلامت در قامت یک اصل بین‌المللی و به صورت بسیار گسترده در ارتباط با همه افراد مورد شناسایی قرار گرفته است. اما باید توجه داشت که طبقات و اقشار آسیب‌پذیر در هر جامعه، نیاز مبرمی به حفاظت و حمایت قانونی دارند. اساساً محیط زندان، یک محیط آسیب‌زا می‌باشد که خطر آن برای اطفال و نوجوانان چندین برابر می‌باشد. در نتیجه، شناسایی حق بر سلامت اطفال به صورت پراکنده و ضمنی در اسناد مختلف نمی‌تواند تضمین محکمی برای وضعیت اطفال مزبور باشد. علاوه بر این، حق بر سلامت اطفال زندانی در سلسله مراتب هنجاری حقوق بشر بین‌المللی به عنوان یکی از مصادیق مسلم قواعد آمره بین‌المللی محسوب نمی‌شود.

۵. بحث

۵-۱. پیشینه تحقیق

مقاله «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن» نوشته سمیرا متقی و همکاران که در سال ۱۳۹۶ به چاپ رسیده است. از نظر نویسندگان، حق بر سلامت، یکی از مفاهیم بنیادین توسعه است که در کنار سایر حقوق بشری که همه از زیربناهای توسعه هستند مطرح می‌شود، چرا که از یک سو، سلامتی وابسته به پیش‌شرط‌های فراوانی برای حفظ و تداوم است و وضعیتی است که همواره در معرض آسیب بوده و این مسأله خود مستلزم جلوگیری یا کاستن از عوامل تهدیدکننده می‌باشد. از سوی دیگر، بازگرداندن سلامتی پس از ابتلا به عوامل تهدیدکننده و وجود امکانات و مراقبت‌های پزشکی در این راستا، لازم می‌باشد. به عبارتی، علاوه بر اینکه

احقاق حقوق سلامتی عمومی و خصوصی در جوامع، از زیربناهای دستیابی به جامعه‌ای توسعه‌یافته می‌باشد، توسعه‌یافتگی نیز از اصول اولیه احقاق حقوق سلامتی است و همین امر حضور دولت‌ها در این فرآیند را، به دلایل تضمین دسترسی مالی به خدمات سلامت فردی و عمومی، عدالت در ایجاد شرایط مناسب سلامتی برای افراد، جلوگیری از افتادن افراد در ورطه فقر به خاطر هزینه‌های سلامتی و...، بسیار پررنگ می‌کند. بنابراین، در این تحقیق، ضمن بررسی حق بر سلامت و ارتباط این مقوله با فرآیند توسعه، قصد پاسخ به این پرسش را داریم که دولت‌ها، چه اقداماتی را در راستای احقاق حقوق سلامتی (که از زیربناهای توسعه محسوب می‌شود) انجام می‌دهند؟ و آیا عملکرد حکومت جمهوری اسلامی ایران، در راستای احقاق این حق بشری موفق بوده است؟ نتایج تحقیق حاکی از عملکرد مثبت حکومت جمهوری اسلامی ایران در احقاق حقوق سلامتی عمومی و خصوصی افراد می‌باشد (۱).

مقاله «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران» نوشته محمود عباسی و همکاران که در سال ۱۳۹۳ به چاپ رسیده است. از نظر نویسندگان، حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هرکس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در برمی‌گیرد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است که به نظر می‌رسد جایگاه این حق در نظام حقوقی ایران با بررسی این قوانین و مقررات تبیین می‌گردد؛ در این مقاله ضمن بررسی

جایگاهی در نظام بین‌المللی حقوق بشر دارد؟ مفهوم محتوایی و عناصر سازنده این حق چیست؟ و انواع تعهد دولت‌ها در قبال این حق چه می‌باشد؟ (۳)

۵-۲. نوآوری تحقیق با عنایت به تحقیقات مشابه

همانطور که در قسمت پیشینه پژوهش مشاهده شد، اغلب تحقیقات صورت گرفته، با محوریت شناخت حق بر سلامت انجام گرفته است و در هیچ‌کدام از پژوهش‌ها حق بر سلامت اطفال زندانی در پرتو نظام حقوق بشر مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است.

۵-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش

یکی از مهمترین مسائل در عالم حقوق، مسئله ضمانت اجرای نقض هنجارها می‌باشد. در یک تقسیم‌بندی کلی، ضمانت اجراها به دو دسته ضمانت اجرای کیفری و غیرکیفری تقسیم می‌شوند. ضمانت اجرای کیفری در واقع واکنش حاکمیت به ارتکاب جرم توسط تابعان حقوق است. به لحاظ تاریخی، یکی از قدیمی‌ترین مصادیق ضمانت اجرای کیفری «حبس» می‌باشد. به همین دلیل از دیرباز، وضعیت افراد محبوس یا به تعبیری افراد محروم از آزادی فیزیکی مورد توجه نویسندگان و پژوهشگران حوزه حقوق کیفری قرار داشته است. در عالم حقوق، افراد محبوس به جهت مجازات، به دو دسته زندانیان جنگی و زندانیان غیرجنگی تقسیم می‌شوند. از سویی، هنجارهایی که در ارتباط با حقوق زندانیان در ادبیات حقوق بین‌الملل وجود دارد به دو دسته هنجارهای حقوق سخت و هنجارهای حقوق نرم تقسیم می‌شوند. اصولاً هنجارهای حقوقی دارای ۲ رکن می‌باشند: الف. الزام آوری؛ ب. پایبندی. مقصود از هنجارهای حقوق سخت، هنجارهایی هستند که دارای هر دو رکن مزبور هستند؛ اما در مقابل، مقصود از هنجارهای حقوق نرم، هنجارهایی هستند که علی‌رغم غیرالزام‌آور بودن، از سوی تابعان حقوق بنا به دلایل مختلف رعایت می‌شوند، یا به تعبیری نسبت به آنها پایبندی وجود دارد. در سال‌های اخیر وضعیت اطفال زندانی تبدیل به یک چالش جدی در فضای حقوق بشر شده است. این چالش از دو

قوانین و مقرراتی که این حق را به رسمیت شناخته‌اند به بیان مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران پرداخته‌ایم. یافته‌های ما نشان می‌دهد که وجود برخی قوانین و مقررات در این زمینه موجب افزایش برخورداری افراد از این حق شده اما حمایت کیفری از آن مورد غفلت قرار گرفته است (۲).

مقاله «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر» نوشته حسین آل‌کجباف که در سال ۱۳۹۲ به چاپ رسیده است. از نظر نویسنده، با تلاش‌های جامعه بین‌المللی برای حمایت از حقوق بشر، قلمروها و عوامل تاثیرگذاری در تحقق حقوق بشر مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامتی یا حق بر سلامتی یکی از حق‌های بشری است که در اسناد حقوق بشری بر اهمیت آن تأکید شده است. سلامت فردی، به عنوان یکی از مهمترین مولفه‌های کرامت هر انسانی محسوب می‌شود. از این روی حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. حوزه‌های مربوط به سلامتی متنوع بوده و دارای ابعاد گوناگونی است و این امر نیز عاملی برای دشواری تعریف حق مزبور شده است. در اسناد حقوق بشری عمدتاً از سلامت جسمی و روانی و بعضاً از سلامت معنوی و اجتماعی حمایت شده است. دولت‌ها نیز به طور کلی در ارتباط با تأمین و تضمین این حق دارای مسؤولیت‌های معینی می‌باشند. واضح است که دولت‌ها نمی‌توانند به طور کامل سلامتی و مطلوب بودن سلامتی افراد را تضمین نمایند اما دولت‌ها می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن سلامتی افراد مورد حمایت قرار گیرد و دستیابی به سلامتی برای افراد ممکن گردد. حق بر سلامت جایگاه استواری در اسناد حقوق بشری و عرف بین‌المللی دارد و می‌توان آن را در شمار اصول کلی پذیرفته شده نظام‌های حقوقی توسعه‌یافته دانست. این حق در شمار حقوق نسل دوم حقوق بشری برشمرده شده است. در این مقاله به مهمترین جلوه‌های حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر پرداخته شده است. این مقاله درصدد پاسخ دادن به سوالاتی از قبیل اینکه حق بر سلامتی چه

(۴). این کمیته پس از بررسی گزارش‌های دولت‌های عضو، پیشنهادات و توصیه‌هایی را تحت عنوان «نتیجه مشاهدات» ارائه می‌کند. کمیته در ضمن پیشنهادات و توصیه‌های مزبور، معنای مقررات میثاق را در حوزه‌های مختلف بیان می‌کند. گاهی اوقات، زمانی که رویه کمیته به قدر کفایت مورد جرح و تعدیل و توسعه قرار می‌گیرد (۵)، کمیته اقدام به تدوین گزارش‌هایی تحت عنوان «دیدگاه‌های عمومی» می‌کند که هدف آن‌ها روشن ساختن معنا و محتوای برخی از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد. مجوز صدور «دیدگاه‌های عمومی» از جانب کمیته، توسط شورای اقتصادی و اجتماعی در سال ۱۹۸۷ صادر شد. تا سال ۲۰۱۸ تقریباً تمام مقررات اصلی میثاق توسط کمیته ارزیابی شده بود (۶). یافته‌ها و نتایج کار کمیته نیز به نوبه خود در دستورالعمل‌های بازنگری شده برای گزارش وضعیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دولت‌های عضو، منعکس می‌شوند (۷).

حق بر سلامت ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است. ماده ۱۲ مقرر می‌دارد: «۱- کشورهای طرف این میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند؛ ۲- تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: -تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان، مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛ -بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ -پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر (بومی) حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ -ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلای به بیماری.»

در ارتباط با مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید به چند نکته مهم توجه داشت. اول این که در صدر ماده ۱۲، حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی مورد پذیرش قرار گرفته است. با توجه به سیاق عبارات این ماده، توجه دقیق طراحان متن ماده ۱۲ به مسأله حاکمیت ملی دولت‌ها از یکسو و حقوق بشر از سوی دیگر، مشهود است. در

جنبه دارای اهمیت است: جنبه اول استفاده از اطفال و نوجوانان در مخاصمات مسلحانه داخلی (که در نتیجه آن، بازداشت و حبس این افراد مطرح می‌شود)؛ جنبه دوم عدم رعایت سن هجده سال تمام در بسیاری از کشورها به عنوان سن مسئولیت کیفری است. این دو مسئله باعث شده است که در حال حاضر با افزایش جمعیت اطفال و نوجوانان زندانی در کشورهای مختلف مواجه شویم. در نتیجه، بررسی وضعیت افراد مزبور از حیث حقوق مختلف از جمله حق بر سلامت، از اهمیت بسزایی برخوردار است.

۴-۵. محدودیت‌های پژوهش

با در نظر گرفتن متغیرهای پژوهش حاضر، تعیین و شناسایی مصادیق حق بر سلامت به تفصیل در دایره موضوعات پژوهش حاضر قرار نمی‌گیرد. در واقع صرفاً به شناخت میزان گستردگی و تنوع موضوعات راجع به حق بر سلامت خواهیم پرداخت.

۵-۵. شناسایی حق بر سلامت به عنوان یک اصل

جهانی

در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر به تصویب مجمع عمومی ملل متحد رسید. پس از تصویب این اعلامیه و اقبال جامعه بین‌المللی نسبت به آن، در سال ۱۹۶۶ مفاد اعلامیه مزبور در دو سند الزام‌آور متبلور و به تصویب رسید. این دو سند عبارت بودند از: ۱- میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی؛ ۲- میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

متن میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت بسیار مبهم و کلی طراحی شده است. این ویژگی موجب شده است که تفاسیر مختلفی از متن میثاق مزبور ارائه شود. از طرفی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که توسط شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد برای نظارت بر گزارش‌های دولت‌های عضو در ارتباط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأسیس شده است در راستای انجام وظیفه نظارتی خود، به تفسیر مقررات میثاق نیز می‌پردازد

واقع طراحی این ماده، عبارت «ممکن الحصول» را به صورت دقیق در جمله بندی ماده ۱۲ جای گذاری نموده اند (۸). با توجه به این عبارت می توان چنین استدلال نمود که میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از تعریف مجموعه ای از استانداردهای عینی برای تعیین میزان سطح سلامت در جهت تضمین حق بر سلامت امتناع کرده است. دلیل این امر نیز واضح است: با گذشت زمان، سطح توسعه و گسترش امکانات در کشورهای مختلف تغییر پیدا می کند و در نتیجه توانمندی دولت ها نیز در تأمین حق بر سلامت افراد انسانی متغیر خواهد بود. به تعبیری سطح حداکثری سلامت و بهداشت عمومی تابع مقتضیات زمانی و مکانی می باشد، در نتیجه ماده ۱۲، بهترین و بالاترین سطح سلامت را که حسب شرایط ممکن الحصول می باشد، به رسمیت شناخته است (۹).

نکته دوم که در ارتباط با این ماده باید به آن دقت داشت، کلی بودن تعهدات و الزامات ایجاد شده برای دولت ها می باشد (۱۰). دلیل این امر را باید در فضای حاکم بر دهه ۶۰ میلادی جستجو کرد. پس از جنگ جهانی دوم، با تصویب منشور ملل متحد و تأسیس سازمان ملل متحد، نظم جدیدی بر فضای روابط بین المللی حاکم شد. در نظم جدید و متن منشور ملل متحد، تأکید فراوانی بر حاکمیت ملی دولت ها و اصل عدم مداخله در امور داخلی شده بود. از یکسو تحت تأثیر این فضا، دولت ها در فرآیند پذیرش تعهدات و الزامات بین المللی سختگیری زیادی داشتند؛ به تعبیر نویسندگان حوزه روابط بین الملل، دولت ها نسبت به حاکمیت ملی خود و هرگونه محدود شدن آن از طریق پذیرش تعهدات و الزامات بین المللی، بسیار غیرتمند بودند (۱۱)، در نتیجه اگر طراحی میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اقدام به طراحی تعهدات خاص و دقیق می نمودند، به احتمال زیاد، سند مزبور با اقبال دولت ها مواجه نمی شد (۱۲)؛ از سوی دیگر، در فضای دهه ۶۰ میلادی، «حقوق بشر» در عالم حقوق و روابط بین المللی یک مفهوم جوان و نوپا محسوب می شد، در نتیجه برای تقویت آن، به جای یک حرکت رادیکال و سریع، نیاز به یک حرکت فرسایشی و آهسته بود. ویژگی کلی بودن صرفاً منحصر به صدر ماده ۱۲ نمی باشد، بلکه تعهدات و الزامات بند

دوم این ماده نیز بسیار کلی و بدون تعریف میزان «حداقل» و «حداکثر» می باشد (۱۳)، در نتیجه به نظر می رسد در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، علی رغم الزام آور بودن مفاد میثاق، حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی، منعطف و الزام آور مورد شناسایی قرار گرفت (۱۴).

«حق هرکس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید (۱۵). لازم به ذکر است که در سال ۱۹۹۹، دور جدیدی از مذاکرات میان کمیته و سازمان های غیردولتی و برخی از مؤسسات تخصصی وابسته به ملل متحد از جمله سازمان بهداشت جهانی آغاز شد که این مذاکرات تأثیر بسیار زیادی در فرآیند تصویب گزارش دیدگاه های عمومی شماره ۱۴ داشت.

سازمان بهداشت جهانی پیش از سال ۱۹۹۹، صرفاً در مسائل مربوط به سیاست گذاری حوزه بهداشت فعالیت می کرد. به بیان ساده تر، این سازمان تمرکز زیادی بر فعالیتهای حقوقی نداشت، اما از سال ۱۹۹۹ روند فعالیت سازمان تغییر پیدا کرد و فعالیتهای آن به سمت تهیه و تنظیم اسناد حقوقی منعطف شد (۱۶). مع الوصف، فارغ از تمام اختلاف نظرانی که در ارتباط با نحوه فعالیت سازمان بهداشت جهانی (راجع به متمرکز بودن یا نبودن بر فعالیتهای حقوقی) وجود دارد، سازمان بهداشت جهانی از زمان تأسیس تا به امروز فعالیتهای بسیار مفیدی در زمینه هماهنگی قوانین و مقررات بهداشتی، مبارزه با بیماری های خاص و همچنین تدوین سیاست ها و راهبردهای مربوط به مراقبت های بهداشتی که منجر به ریشه کن کردن کامل یا مهار بیماری های فراگیر، انجام داده است.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با تعهدات ناشی از ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سه نوع تعهد را (که در رویه کمیته و همچنین رویه نهادها و مؤسسات حقوق بشری و نیز در ادبیات نویسندگان حقوق بشر بسیار مورد تأکید قرار گرفته است) برای دولت

آشامیدنی سالم، بهداشت اولیه و مسکن مناسب و... می‌باشد (۱۹). همچنین دولت‌ها علاوه بر اطمینان از آموزش کافی و مناسب پزشکان و سایر پرسنل پزشکی، باید تعداد کافی از بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی را تأسیس کنند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در فرآیند نظارتی خود، تأکید ویژه‌ای بر این امر به ویژه در مناطق دوردست، روستایی و فقیرنشین شهری دارد.

۵-۶. سلسله مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل

نگاه کلاسیک به حقوق بین‌الملل نشأت گرفته از فضای معاهده صلح وستفاليا مورخ ۱۶۴۸ می‌باشد. از این منظر هسته اصلی حقوق بین‌الملل کلاسیک، اصل حاکمیت دولت‌ها و اصل رضایت دولت‌ها در پذیرش تعهدات بین‌المللی می‌باشد که در مقدمه کنوانسیون حقوق معاهدات و اصول ملل متحد مورد اشاره قرار گرفته است (۲۰). در رویکرد کلاسیک به حقوق بین‌الملل، مفاد ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری به عنوان منابع حقوق بین‌الملل محسوب می‌شود. به بیان ساده‌تر باید‌ها و نباید‌های حقوق بین‌الملل از قالب‌های مندرج در ماده ۳۸ ناشی می‌شوند (۲۱). در فضای روابط بین‌المللی، از یکسو در راستای «حکومت قانون» نیاز به ثبات و از سوی دیگر در راستای ضرورت‌های متغیر زمانی (که به واسطه سیاسی بودن یا به تعبیری منفعت‌محور بودن روابط) نیاز به انعطاف‌پذیری می‌باشد و تلاش جامعه بین‌المللی نیز در جهت برقراری تعادلی مطلوب میان این دو نیاز بوده است. یکی از مفاهیمی که در فضای روابط بین‌المللی در پاسخ به «نیاز به انعطاف‌پذیری» متولد شده است، مفهوم «حقوق نرم» می‌باشد (۲۲). مقصود از مفهوم حقوق نرم، قالب‌های نوظهوری می‌باشد که علی‌رغم فقدان عنصر الزام‌آوری، پایبندی را در روابط بین‌المللی ایجاد می‌کنند. اسنادی مانند اعلامیه‌ها، قطعنامه‌ها، رویه‌های خلاف عرف‌های موجود و... که در فضای روابط بین‌المللی فاقد عنصر الزام‌آوری هستند اما به دلایل مختلف از سوی بازیگران حقوق بین‌الملل رعایت می‌شوند، همگی از جمله مصادیق حقوق نرم محسوب می‌شوند. نکته جالب توجه اینجاست که از یکسو بسیاری از

برشمرده است (۱۷). از حیث ماهیتی، تعهدات مزبور شامل تعهد به احترام، حفاظت و اجرا (تحقق) می‌باشند. مقصود از احترام به حق سلامت این است که دولت‌ها دسترسی همه افراد فارغ از جنس، نژاد، رنگ و وضعیت سیاسی - اجتماعی - حقوقی، از جمله زندانیان، افراد تحت بازداشت، اقلیت‌ها، پناهجویان یا حتی مهاجران غیرقانونی را به خدمات بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌بخش، منع یا محدود نکنند (۱۵). همچنین دولت‌ها باید از ممنوعیت یا جلوگیری از مراقبت‌های پیشگیرانه سنتی، اقدامات و داروهای سنتی یا تحمیل درمان پزشکی اجباری (جز در موارد بیماری‌های روانی یا کنترل بیماری‌های واگیردار) خودداری کنند.

مقصود از تعهد به حفاظت این است که در راستای اجرای تعهدات موضوع ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت‌ها باید تدابیر لازم (از جمله تصویب قوانین و...) را برای دسترسی مساوی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مرتبط با سلامتی که توسط اشخاص و مؤسسات مختلف ارائه می‌شود، اتخاذ کنند. به بیان ساده‌تر، در این راستا، دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و سلامت، تهدیدی برای در دسترس بودن و کیفیت خدمات بهداشتی نیست (۱۸). مسائلی مانند بازاریابی دارو، ارائه استانداردهای مناسب، مهارت‌های آموزشی و کدهای اخلاقی برای کارکنان بخش پزشکی و سلامت، نیاز مبرم به حمایت و مداخله دولت دارد، تمام این موارد در واقع مصداقی از تعهد به حفاظت محسوب می‌شوند.

سومین تعهدی که در ماده ۱۲ میثاق وجود دارد، تعهد به اجرا (تحقق) است. در بندهای ۳۶ و ۳۷ از دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ مصادیقی از تعهد به اجرا بیان شده است. به عنوان مثال، دولت‌ها باید سیاست ملی سلامت که متضمن برنامه‌ریزی دقیق برای تحقق حق بر سلامت با هدف ارتقای مؤثر نظام سلامت باشد، را به تصویب برسانند. ارتقای مؤثر نظام سلامت دارای مؤلفه‌های بسیار متنوع و گسترده‌ای از جمله برنامه‌های واکسیناسیون، دسترسی مساوی به همه پیش‌شرط‌های سلامت مانند مواد غذایی سالم و مفید، آب

مصادیق حقوق بیماران از طریق سازوکار اسناد و هنجارهای حقوق نرم وارد ادبیات حقوق بین‌الملل و آثار نویسندگان شده است و از سوی دیگر مفهوم حقوق نرم مورد انتقاد بسیاری از نویسندگان و حقوقدانان قرار گرفته است. یکی از جنبه‌های بسیار مهمی که منتقدان مفهوم حقوق نرم به آن تأکید دارند، مسئله سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل است. در واقع از نظر منتقدان، با تأکید بر سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل، وجود مفهوم حقوق نرم و دستاوردهای آن با چالش اساسی مواجه می‌شود.

باید دقت داشت که سلسله مراتب «هنجاری» با سلسله مراتب «منابع» حقوق بین‌الملل و فضای ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری، متفاوت است. در اینجا مقصود ما سلسله هنجاری است. همچنین باید میان سلسله مراتب هنجاری در قالب معاهدات بین‌المللی و سلسله مراتب هنجاری در قالب عرف‌های بین‌المللی قائل به تفکیک شویم. در ارتباط با سلسله مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل میان حقوقدانان اختلاف دیدگاه وجود دارد؛ حقوقدانان طرفدار مکاتب پوزیتیویستی یا اراده‌گرایی، سلسله مراتب هنجاری را مولود حقوق معاهدات می‌دانند، در نتیجه این مفهوم را محصور در حقوق معاهدات می‌دانند؛ سلسله مراتب هنجاری در فضای حقوق معاهدات به اشکال مختلف خودنمایی می‌کند، مانند معاهداتی که اعمال رزرو یا شرط را نسبت به برخی مقررات خود ممنوع می‌کنند که این امر نشان از سلسله مراتب میان مقررات معاهده مزبور دارد، و یا در مواردی برخی معاهدات، شماری از ترتیبات خود را در هر شرایطی غیرقابل تعلیق اعلام کرده‌اند. مانند میثاق حقوق مدنی و سیاسی که مطابق مفاد ماده ۴ این میثاق، برخی حقوق به عنوان «حقوق غیرقابل تخطی» در کلیه شرایط تلقی شده‌اند؛ یا به عبارت ساده‌تر تجاوز به این حقوق از جانب دولت‌ها تحت هیچ شرایطی پذیرفته نیست. در آثار حقوقدانان از این حقوق با عنوان «حقوق بنیادین بشری» یاد شده است؛ صورت دیگر از سلسله مراتب را می‌توان در بحث قواعد آمره مشاهده کرد. اما در مقابل برخی حقوقدانان معتقد هستند که اصولاً سلسله مراتب

هنجاری صرفاً محدود به فضای حقوق معاهدات نیست بلکه بر سایر حوزه‌های حقوق بین‌الملل نیز تأثیر گذاشته است (۲۳). منتقدان مفهوم حقوق نرم در جهت نقد این مفهوم، بر وجود هنجارمندی نسبی در حقوق بین‌الملل تأکید دارند. از نظر این دسته از حقوقدانان صرف تشخیص اینکه چه چیزی در سطح بین‌المللی «حقوق» محسوب می‌شود، مسئله پیچیده و سختی است. به بیان ساده‌تر از نظر این دسته از نویسندگان، در ارتباط با آستانه و مرز هنجاری در فضای حقوق و غیرحقوق ابهام وجود دارد (۲۴). منطقاً قائل بودن به وجود هنجارمندی در قواعد حقوق بین‌المللی، منتهی به وجود سلسله مراتب هنجاری در حقوق بین‌الملل می‌شود (۲۵). یعنی اگر قواعد موجود مختلف و متفاوت هستند (مانند قواعد آمره، تعهدات عام‌الشمول ناشی از آنها و تعهدات ناشی از منشور ملل متحد) در نتیجه باید وزن حقوقی تعهدات ناشی از آنها نیز با یکدیگر متفاوت باشد؛ پس باید قائل به طبقه‌بندی آنها باشیم. اما دلیل اینکه چرا مفاهیم قواعد آمره، تعهدات عام‌الشمول منتهی به وجود سلسله مراتب هنجاری در نظام حقوق بین‌الملل می‌شود، در تعریف این مفاهیم نهفته است. تعریف قواعد آمره با توجه به مفاد ماده ۵۳ کنوانسیون وین ۱۹۶۹ عبارت است از: "قاعده‌ای که از سوی جامعه بین‌المللی دولت‌ها در کل به عنوان قاعده‌ای تخلف‌ناپذیر شناخته شده و پذیرفته شده است و هیچ‌گونه تخطی از آن مجاز نیست و تنها با یک قاعده بعدی حقوق بین‌الملل عام با همان ویژگی قابل تغییر است". مصادیق این دسته از قواعد در کنوانسیون وین مشخص نشده است و به رویه بین‌المللی موکول شده است، مع‌الوصف تاکنون ممنوعیت توسل به زور، ممنوعیت شکنجه، ممنوعیت نسل‌زدایی با توجه به رویه دیوان بین‌المللی دادگستری و رویه بین‌المللی دولت‌ها به عنوان مصادیق مسلم قواعد آمره مورد شناسایی قرار گرفته‌اند (۲۶). در نتیجه این قواعد در طبقه‌ای بالاتر از سایر هنجارهای حقوق بین‌الملل که فاقد این وصف هستند قرار دارند. مفهوم تعهدات عام‌الشمول نیز در مقدمه رأی دیوان بین‌المللی دادگستری در قضیه بارسلونا تراکشن پاراگراف ۳۳، چنین تعریف شده است: "باید میان تعهدات یک دولت در قبال جامعه بین‌المللی در کل و تعهدات او در برابر

رزرو بر معاهدات بین‌المللی می‌باشد. طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در مورد راهنمای اعمال شرط بر معاهدات بین‌المللی مصوب ۲۰۱۱، اعمال شرط بر معاهداتی که منعکس‌کننده قواعد آمره باشد، فاقد اثر است (۳۰).

در نتیجه هدف ما در اینجا بحث پیرامون سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل نیست، بلکه در فرض پذیرش اینکه در میان هنجارهای الزام‌آور حقوق بین‌الملل، سلسله مراتب وجود دارد، اولاً این چالش باقی است که جایگاه هریک از قواعد مختلف حقوق بین‌الملل باید در سلسله مراتب مذکور مشخص شود، ثانیاً در فرض وجود این سلسله مراتب و مشخص شدن طبقات و محتوای طبقات آن، حتی اگر حقوق نرم به عنوان یک مفهوم غیرحقوقی مورد پذیرش قرار گیرد، باز هم مصادیق اسناد و هنجارهای حقوق نرم مانند قطعنامه‌ها و اعلامیه‌های دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی و به طور کلی بازیگران غیردولتی نقش بسیار مهمی را در ایجاد و تقویت رویه‌های عرفی و کنوانسیون بین‌المللی الزام‌آور ایفا می‌کنند.

برخی نویسندگان حقوق بین‌الملل در پاسخ، به نقد دیدگاه کلاسیک حقوق بین‌الملل پرداخته‌اند و معتقدند که در فضای فعلی حقوق بین‌الملل باید قائل به یک دیدگاه گسترده‌تر و منعطف‌تر در مورد فرآیند تشکیل قواعد حقوق بین‌الملل باشیم. در این دیدگاه گسترده و منعطف، نهادهای چندجانبه بین‌المللی مانند سازمان‌های بین‌المللی با صدور اعلامیه‌ها و قطعنامه‌ها در واقع، گام اولیه در فرآیند شکل‌گیری هنجارهای بین‌المللی یعنی مطرح نیازها در سطح بین‌المللی و سنجش میزان استقبال و گرایش جامعه بین‌المللی به نیاز مزبور را برمی‌دارند (۳۱)، بدین صورت که: «نقطه آغاز یا حمایت گسترده از اغلب تحولات در حقوق بین‌الملل، پیشنهادات، گزارش‌ها، قطعنامه‌ها، معاهدات یا پروتکل‌های مطرح شده در نهادهای بین‌المللی می‌باشد. در آنجا، نمایندگان دولت‌ها و سایر گروه‌های ذی‌نفع برای بحث پیرامون دغدغه‌های متقابل در مورد مسائل مهم بین‌المللی گرد هم جمع می‌شوند. گاهی اوقات این تلاش‌ها منجر به یک اجماع در مورد حل مسئله و بیان آن در قالب یک شرایط هنجاری از برنامه کلی می‌شود. در برخی موارد دیگر، حقوق بالقوه جدید از طریق ابزار روابط

هر دولت دیگر در زمینه حمایت دیپلماتیک تفکیک قائل شویم. تعهدات دسته اول به دلیل ماهیتشان مرتبط با تمامی دولت‌ها هستند. لذا با توجه به اهمیت حقوق مزبور، تمامی دولت‌ها در حمایت از آنها دارای نفع حقوقی هستند. آنها (تعهدات دسته نخست) تعهداتی عام (ارگا آمنس) هستند." در نتیجه، با تعریف طبقه‌بندی قواعد حقوق بین‌المللی، جایی برای قواعد حقوق نرم باقی نمی‌ماند، زیرا دارای تفاوت مبنایی با قواعد حقوق بین‌الملل با وصف الزام‌آوری هستند. پس باید فضای دیگری خارج از حقوق برای آنها قائل شویم (۲۷).

شاید چنین به نظر برسد که اگر استدلال ما در جهت نفی وجود سلسله مراتب در فضای حقوق بین‌الملل باشد، اشکال منتقدان پاسخ داده می‌شود، حال آنکه به نظر می‌رسد این روش، در واقع پاک کردن صورت سؤال باشد و از طرفی با توجه به شواهد مختلف می‌توان به این نتیجه رسید که نفوذ بحث سلسله مراتب هنجاری در حوزه‌های مختلف حقوق بین‌الملل دارای آثاری با شدت و ضعف مختلف، بوده است. آثار بحث سلسله مراتب هنجاری را در حوزه‌های مختلف حقوق بین‌الملل می‌توان مشاهده کرد، که حاصل تلاش‌های کمیسیون حقوق بین‌الملل می‌باشند: یکی از این حوزه‌ها حقوق مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها می‌باشد. در طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل راجع به مسئولیت دولت‌ها مصوب ۲۰۰۱، کمیسیون حقوق بین‌الملل میان موارد نقض‌های فاحش قواعد آمره (ماده ۴۱) و نقض تعهدات عام‌الشمول (ماده ۴۸) با نقض سایر قواعد حقوق بین‌الملل تفکیک قائل شده است و برای سایر دولت‌ها نیز در موارد مواجهه با چنین نقض‌هایی، تعهداتی را در نظر گرفته است (۲۸). حوزه دوم حمایت دیپلماتیک می‌باشد. حمایت دیپلماتیک یکی از حوزه‌هایی می‌باشد که ارتباط تامی با حاکمیت ملی دولت‌ها دارد. به بیان ساده‌تر حمایت دیپلماتیک حق دولت‌ها در حمایت از اتباع آنها می‌باشد. طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل در مورد حمایت دیپلماتیک مصوب ۲۰۰۶ در ماده ۱۹ و تفسیر آن، در موارد نقض‌های فاحش حقوق بشر دولت‌ها را توصیه به حمایت دیپلماتیک از اتباعشان می‌کند علی‌رغم اینکه حمایت دیپلماتیک حق دولت می‌باشد (۲۹). حوزه سوم

بین‌المللی یا رویه موسسات بین‌المللی تخصصی توسعه پیدا می‌کند و در گام‌های بعدی در نهادهای بین‌المللی مورد توجه قرار می‌گیرد. این فرآیند توجهات را به قاعده جلب می‌کند و به شکل‌گیری و استحکام آن کمک می‌کند» (۳۱).

در نتیجه به بیان ساده‌تر، با وجود اینکه در حال حاضر انکار وجود سلسله مراتب در حقوق بین‌الملل بسیار مشکل است، اما با در نظر گرفتن اسناد حقوق نرم به عنوان فضای بینابین حقوق و اخلاق (غیرحقوق) می‌توانیم چنین نتیجه‌گیری کنیم که: هنجارهای اخلاقی می‌توانند با مطرح شدن در سطح بین‌المللی به عنوان یک نیاز به سطحی بالاتر ارتقاء پیدا کنند و از فضای غیرحقوقی خارج و وارد فضای حقوق نرم شوند. پس از این مرحله هنجار حقوق نرم نیز به نوبه خود قابلیت حمایت از جانب اعضاء جامعه بین‌المللی و ارتقاء به حقوق سخت را دارد. پس از ورود به فضای حقوق سخت، نمی‌توان گفت که نقش حقوق نرم به پایان رسیده است، بلکه اسناد و هنجارهای حقوق نرم می‌توانند، هنجارها و قواعد حقوق سخت را در سلسله مراتب هنجاری حقوق سخت تقویت کنند و حسب مورد به قاعده آمره بین‌المللی یا تعهدات عام‌الشمول تبدیل کنند (۳۲).

۵-۷. مصادیق آمره هنجارهای حقوق بشر

همانطور که پیش‌تر اشاره کردیم، قواعد آمره در رأس سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل قرار دارند. به بیان ساده‌تر، سایر هنجارهای حقوق بین‌الملل نمی‌توانند در تعارض با قواعد مزبور قرار گیرند. در هیچ سند بین‌المللی لیستی از مصادیق قواعد آمره حقوق بین‌الملل مشخص نشده است (۳۳). برای تشخیص مصادیق قواعد آمره باید در هر حوزه خاص با توجه به مجموعه هنجارها و رویه بازیگران بین‌المللی، مصادیق مزبور را تشخیص داد. مطابق با تعریف قواعد آمره که در کنوانسیون وین راجع به حقوق معاهدات بیان شده است، قواعد آمره دارای یک ویژگی خاص هستند و آن اینکه، از سوی «جامعه بین‌المللی در کل» به عنوان یک هنجار غیرقابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته باشند (۳۴).

در فضای حقوق بشر برخی از هنجارهای حقوق بشر به عنوان قواعد غیرقابل عدول مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. مطابق مفاد ماده ۴ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، برخی از تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در هیچ حالتی (حتی در شرایط اضطراری) قابل تعلیق نیستند. حقوق مزبور عبارتند از: ۱. ممنوعیت کلیه اشکال تبعیض نژادی اعم از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، جنس، زبان، اصل و منشأ مذهبی یا اجتماعی؛ ۲. حق حیات؛ ۳. ممنوعیت آزار و شکنجه یا رفتارهای ظالمانه از جمله تحت آزمایش‌های پزشکی یا علمی قرار دادن؛ ۴. ممنوعیت بردگی و خرید و فروش برده؛ ۵. ممنوعیت حبس افراد به علت عدم توانایی اجرای تعهد قراردادی؛ ۶. عطف به ماسبق نشدن قوانین جزایی؛ ۷. تعهد به شناسایی شخصیت افراد انسانی؛ ۸. حق آزادی فکر، وجدان و مذهب؛ از نظر برخی نویسندگان، تعهدات فوق، مصادیق بارز قواعد آمره در فضای حقوق بشر بین‌المللی محسوب می‌شوند. در نتیجه این قواعد در رأس سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بین‌الملل قرار دارند (۲۳).

۵-۸. حق بر سلامت اطفال زندانی

با توجه به آنچه تاکنون بیان شد، حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری جایگاه والایی در اسناد بین‌المللی دارد. در عین حال در ارتباط با کودکان و نوجوانان که شرایط خاص و ویژگی‌های متفاوتی نسبت به بزرگسالان از نظر جسمی و روانی، سبب می‌شود تا دقت بیشتری در این زمینه صورت گیرد. پس به نظر می‌رسد باید با توجه بیشتری به حقوق این گروه در اسناد بین‌المللی پرداخت. طبق قوانین بین‌المللی حقوق بشر، کودکان از حق بالاترین استاندارد قابل دستیابی برای سلامت جسمی و روانی برخوردارند. اعمال شکنجه و رفتار یا مجازات ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز در حبس اداری، می‌تواند به وضوح منجر به نقض حق سلامتی کودک شود. خود بازداشت نیز می‌تواند تأثیر بسیار منفی بر سلامت کودکان داشته باشد. حساسیت اطفال زندانی به مراتب تشدید می‌شود و منجر به این می‌شود که آسیب‌پذیری این گروه چند برابر گردد.

در بررسی این حق برای اطفال زندانی در اسناد بین‌المللی ابتدا کنوانسیون حقوق کودک که جامع‌ترین کنوانسیون و سند بین‌المللی در رابطه حقوق کودکان بررسی می‌شود. کنوانسیون حقوق کودکی اولین ساختاری است که با رویکردی منسجم در خصوص حقوق اطفال به مقررات قانونی بین‌المللی سلب آزادی برای اطفال و نوجوانان می‌پردازد. این کنوانسیون به مثابه چتر برای سه مجموعه مقررات در رابطه با عدالت کودک عمل می‌کند. این سه مقرر عبارتند از: دستورالعمل ملل متحد برای اداره بزهکاری کودکان (دستورالعمل ریاض)، مقررات استاندارد حداقلی ملل متحد برای حمایت از عدالت کودکان و نوجوانان (قواعد پکن) و قواعد ملل متحد برای حمایت از کودکان و نوجوانان محروم از آزادی. نه اعلامیه حقوق کودک ۱۹۲۴ و نه اعلامیه حقوق کودک ۱۹۵۹ مستقیماً به عدالت اطفال یا محرومیت از آزادی کودکان اشاره نمی‌کند. اگرچه سازمان ملل متحد حداقل قوانین استاندارد برای رفتار با زندانیان را در سال ۱۹۵۵ تصویب کرد، اما اینها خود تنظیم مقررات مدیریت نهادها برای جوانان را به عنوان هدف اصلی دنبال نمی‌کنند و بنابراین حقوق ویژه کودکان را در نظر نمی‌گیرند. قوانین سازمان ملل متحد برای حمایت از نوجوانان محروم از آزادی، نه تنها برای نهادهای دادگستری اطفال قابل اجرا است بلکه مهمتر از همه برای محرومیت از آزادی بر اساس رفاه و سلامت کودکان اعمال می‌شود.

استانداردهای رفتار انسانی با زندانیان همانند تدارک مراقبت‌های پزشکی را واگذار می‌کند. با وجود آنکه حقوق خاصی از جمله دستورالعمل‌های مرتبط با سلامت در بسیاری از تحلیل‌های بین‌المللی و استانداردهای پیشنهادی تصویب شده‌اند، اما هیچ‌یک مشمول وضعیت حقوق بین‌الملل موضوعه نیستند و ابزارهای غیرالزام‌آور محسوب می‌شوند، همانند قواعد ملل متحد در حمایت از نوجوانان محروم از آزادی مصوب ۱۹۹۰ (۳۵). با این حال بررسی این اسناد از حیث تنظیم مقررات در جهت حفظ حقوق اطفال از جمله حق سلامت ضرورت دارد مضافاً بر اینکه بسیاری از کشورها در تنظیم حقوق داخلی خود به این اسناد توجه کرده و از مقررات آن استفاده می‌کنند.

۵-۸-۱. کنوانسیون حقوق کودک مصوب ۱۹۸۹ ملل متحد

مهم‌ترین سند بین‌المللی در خصوص حقوق اطفال، کنوانسیون حقوق کودک می‌باشد. این کنوانسیون شامل قواعد و استانداردهایی است که حداقل حمایت‌های لازم برای اطفال را بیان می‌نماید. تا تاریخ ۲ آگوست ۲۰۲۱، ۱۹۶ کشور، من‌جمله ایران، به این کنوانسیون پیوسته‌اند. کمیته حقوق کودک اجرای قواعد کنوانسیون را در سطح کشوری بررسی می‌نماید. کشورهای عضو از طریق یک سیستم گزارش‌دهی دوره‌ای باید وضعیت و شرایط اعمال حقوق کودک را در دوره‌های سه الی پنج ساله برای ارزیابی در اختیار کمیته قرار دهند. هرچند که رویکرد کنوانسیون به حق بر سلامت رویکردی جامع‌نگرانه است و با طرز فکر سازمان بهداشت جهانی همسویی دارد، کمیته حقوق کودکی مفهوم سلامت و توسعه را وسیع‌تر از آنکه محدود به مقررات مندرج در کنوانسیون، مورد توجه قرار می‌دهد. این به این معنا خواهد بود که با توجه به سن و آسیب‌پذیری افراد کم سن، در خصوص حق بر سلامت کودکان و نوجوانان مقررات افزایش‌یافته‌ای را به کشورها تحمیل می‌کند (۳۵).

اهمیت این کنوانسیون در این مسئله است که هر استاندارد در این کنوانسیون برای حقوق کودک، من‌جمله سلامت که

هرچند حق بهداشت زندانیان به طور گسترده تحت هنجارهای حقوق بشر محافظت می‌شود، اعمال این تضمین‌ها در چارچوب زندان‌ها دشوار است. بازداشت‌شدگان علاوه بر اینکه به دلیل بازداشت آسیب‌پذیر هستند، اغلب در اولویت‌بندی سیاست‌گذاری یک طبقه نامحبوب محسوب می‌شوند و معمولاً در پروسه‌های سیاسی در نظر گرفته نمی‌شوند. از این رو به ندرت برای رهبران سیاسی یا عموم مردم اهمیت دارند. این حقیقت که هیچ‌یک از کنوانسیون‌های بین‌المللی یا منطقه‌ای مرتبط به رفتار انسانی یا غیرانسانی را تعریف نمی‌کند، منجر به پیچیده شدن وضع می‌شود. در نتیجه زبان تعمیم‌یافته استفاده شده در معاهدات و اسناد بین‌المللی اختیار در تفسیر

موضوع بحث می‌باشد، بر هر مقرر و تأسیس دیگری مقدم می‌باشد و کشورهای عضو، این استانداردها و مقررات را در قوانین و رویه عملی خود ترجیح و تطبیق خواهند داد. در بررسی سایر اسناد در رابطه با زندان‌ها نیز به دفعات اشاره به مقررات این کنوانسیون دیده می‌شود. کنوانسیون حقوق کودک، کودکان را از شکنجه یا هر عمل ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز یا تنبیه محافظت می‌کند و تبیین می‌کند که با کودکانی که از آزادی خود محروم شده‌اند باید با انسانیت و احترام برای کرامت آن شخص رفتار شود (۳۶).

بر اساس ماده ۱، هر شخصی زیر ۱۸ سال مشمول این کنوانسیون خواهد بود. ماده ۳ کنوانسیون در بند ۳ اعضا را موظف می‌دارد تا اطمینان حاصل کنند که نهادها، ارگان‌ها و مؤسسات مسئول برای مراقبت یا حمایت از کودک باید با تمام استانداردهای مذکور در کنوانسیون به ویژه در حوزه سلامت خود را انطباق دهند. سازمان زندان‌ها یکی از مراکزی هستند که مسئول نگهداری و مراقبت از اطفال به شمار می‌آیند. مضاف بر این مسئله براساس بند ۱ این ماده در انجام هر اقدامی مرتبط با کودک در هر بخشی اعم از رفاه اجتماعی عمومی یا خصوصی، دادگاه‌ها، بخش اداری، منافع کودک یک ملاحظه اولیه و مهم می‌باشد. این مقرر هر اقدامی را نیز که باید در رابطه با تأدیب یا مجازات اطفال انجام شود، از نظر درجه اهمیت، بعد از حقوق و منافع کودک قرار می‌دهد.

ماده ۳۷ این کنوانسیون نیز مقرر می‌دارد که: «هیچ کودکی نباید به طور غیرقانونی و یا اختیاری زندانی شود. دستگیری، بازداشت و یا زندانی کردن یک کودک می‌بایست مطابق با قانون باشد و به تنها آخرین راه چاره و برای کوتاه‌ترین مدت ممکن باید بدان متوسل شد.

حق بر سلامت نه تنها در ماده ۲۴ بند ۱ که به «حق کودک برای لذت بردن از بالاترین سطح استاندارد دست‌یافتنی در سلامت» تصریح می‌کند، به رسمیت شناخته شده است؛ بلکه در ماده ۶ بند دوم نیز آمده است که از دولت‌ها می‌خواهد تا «حداکثر امکانات را برای بقا و پیشرفت کودک» تضمین کنند (۳۷).

حق بر مراقبت پزشکی برای اطفال تحت حق بر سلامت در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک تصریح شده است. کنوانسیون تعدادی از حوزه‌هایی که دولت‌ها موظف به اقدام برای رعایت این حقوق هستند را مشخص کرده است؛ از جمله ارائه خدمات بهداشتی اولیه. اگرچه این حوزه، حوزه بزرگی از مسائل مورد توجه کمیته حقوق کودک نیست، حق بر سلامت کودکان و نوجوانان در بازداشت و حبس به عنوان یک مسئله در جلسات متعدد ارزیابی کمیته بیان شده است. کمیته نگرانی خود را در خصوص عدم وجود خدمات مناسب ابتدایی همانند تحصیل و سلامت، به ویژه عدم وجود کادر آموزش‌دیده، ابراز کرده است و همچنین به دولت‌ها اعلام کرده است که از داشتن حقوق اساسی بر موارد متعددی از جمله حق بر سلامت برای همه اطفالی که از آزادی محروم شده‌اند، اطمینان ورزند. این‌ها می‌تواند بیان‌گر این باشد که وظیفه فراهم کردن کادر درمانی آموزش‌دیده و متخصص شامل بازداشتگاه‌های اطفال نیز می‌شود.

ماده ۲۴ کنوانسیون (حق بر سلامت) دولت‌های عضو را موظف می‌دارد تا ابتکارهای پیشگیرانه‌ای در حوزه سلامت برای برآورده کردن حق بر سلامت را در پیش بگیرند. حکومت‌ها، حق کودک برای داشتن سلامتی و استفاده از همه‌ی امکانات برای سلامت ماندن، بهبودی و درمان بیماری را به رسمیت می‌شناسند و تضمین می‌کنند که هیچ کودکی از این حق محروم نخواهد ماند. این حق، یک حق جهانی است که به کودکان و نوجوانان در حبس نیز تسری می‌یابد. این ماده حقوق بحث پرورش کودک را که در ماده ۶ کنوانسیون آمده است را با تعریف بیشتر آن در حوزه سلامت توسعه می‌بخشد. مطابق بند دوم ماده در راستای برآورده کردن این حق دولت‌ها موظف‌اند اقدامات زیر را انجام دهند:

«الف) کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان؛ ب) تضمین فراهم نمودن مشورت‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی لازم در مورد تمام کودکان با تأکید بر گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ج) مبارزه با بیماری‌ها و سوءتغذیه، از جمله در چهارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق به کار بستن تکنولوژی‌ها در دسترس و از طریق فراهم نمودن مواد غذایی

می‌دارد که تمام اقدامات متناسب برای بهبود فیزیکی و روانی کودک را انجام دهند. که این اقدامات بخشی از وظایف نهادها و دستگاه‌هایی که با کودکان بزه‌کار و آسیب‌دیده در ارتباط هستند نیز به شمار می‌آید و در راستای تضمین حق بر سلامت جسمانی و روانی آنان قرار دارد.

۵-۸-۲. قواعد ملل متحد در حمایت از نوجوانان محروم

از آزادی (قواعد هاوانا)

سازمان ملل متحد مجموعه قواعدی در سال ۱۹۹۰ به تصویب رساند که ناظر بر شرایط هر فردی زیر ۱۸ سال می‌باشد که هر شکلی از حبس، بازداشت یا قرار گرفتن فرد در یک سیستم حضانتی که حق ترک آن محیط را نداشته باشد را تجربه می‌کند. این قوانین به منظور ایجاد حداقل استانداردهای پذیرفته شده توسط سازمان ملل متحد برای حمایت از نوجوانان محروم از آزادی در هر شکل، مطابق با حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، و با هدف مقابله با آثار مخرب انواع بازداشت‌ها و تقویت یکپارچگی در جامعه مدون شده‌اند. اگرچه این قواعد به خودی خود در قالب یک توصیه غیرالزام‌آور هستند، اما برخی از قواعد به دلیل گنجاندن آنها در قوانین معاهده، لازم‌الاجرا شده است.

این قواعد اقدام به شرح و تفصیل حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق کودک می‌نمایند. این سند بیشتر از سایر اسناد بین‌المللی به حق کودک و نوجوان زندانی بر سلامت می‌پردازد و در خصوص نحوه نگهداری و حقوق آنان در زندان با جزئیات فراوان قاعده تدوین می‌نماید. فلذا همانند کنوانسیون حقوق کودک، این قواعد نیز بر این عقیده بنیادین برپا شده‌اند که هیچ مسئله‌ای نمی‌تواند بر حقوق کودک و سلامت وی مقدم آید. حبس و بازپروری نوجوان تنها در صورتی انجام می‌شود که از تضمین حقوق وی در ابتدای امر اطمینان حاصل شده باشد.

طبق ماده ۱۲ این سند، سلب آزادی در شرایطی باید اعمال شود که احترام به حقوق طفل تحکیم شده باشد. بهره‌مندی کودک و نوجوان حبس شده در بازداشتگاه‌ها از فعالیت‌ها و برنامه‌هایی که سلامت و اعتماد به نفس آنان را ارتقا دهد، باید

مقوی و آب آشامیدنی سالم و در نظر گرفتن خطرات آلودگی محیط زیست؛ د) تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران؛ ه) تضمین این که تمام اقشار جامعه خصوصاً والدین و کودکان از مزایای تغذیه، شیر مادر، بهداشت و بهداشت محیط زیست و پیشگیری از حوادث اطلاع داشته و به آموزش دسترسی داشته و در زمینه استفاده در اطلاعات اولیه بهداشت کودک و تغذیه مورد حمایت قرار دارند؛ و) توسعه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، ارائه راهنمایی‌های لازم به والدین و آموزش تنظیم خانواده و خدمات.»

در خصوص اطفال و نوجوانان در حبس، توجه ویژه‌ای باید به مواد ۴۰ و ۲۵ کنوانسیون حقوق کودک شود. طبق ماده ۴۰ کشورهای عضو در خصوص اطفال و نوجوانان متهم یا مجرم اقداماتی از این قبیل را انجام دهند: «تأمین مسائل از قبیل نگهداری، راهنمایی، نظارت، مشاوره، تأدیب، فرزندخواندگی، تعلیم و تربیت و برنامه‌های آموزشی و حرفه‌ای و سایر اقدامات دیگر در جهت تضمین این که با کودکان رفتاری متناسب با رفاه و شرایط و جرم آن‌ها خواهد شد.» و ماده ۲۵ مقرر می‌دارد که: «کشورهای طرف کنوانسیون حق کودکی که توسط مقامات ذی‌صلاح به منظور مراقبت حفاظت و یا بهداشت جسمی و روحی به خانواده‌ای داده شده است را جهت انجام بررسی دوره‌ای نحوه رفتار با کودک و تمام وضعیت‌های مربوط به فرزندخواندگی وی را به رسمیت می‌شناسند.»

رعایت قواعد این ماده آثار خود را از حیث سلامتی روانی نشان می‌دهد. ضرورت مراقبت‌های دو چندان در خصوص اطفال و نوجوانان به دلیل عملکرد متفاوت سلامت روان ضعیف در این گروه، مورد تأکید قرار دارد (۳۸).

ماده ۳۲ اعضا را موظف می‌دارد که از کودک در برابر بهره‌برداری اقتصادی و از انجام هر کاری که به هر عنوان خطرناک تلقی می‌گردد یا برای سلامت طفل یا پرورش جسمی، روانی، اخلاقی یا اجتماعی آسیب‌رسان محسوب می‌گردد، حمایت کند. ماده ۳۹ در حمایت از کودک قربانی هرگونه غفلت، سوءاستفاده یا آزار، شکنجه یا هرگونه عمل ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز، دولت‌های عضو را موظف

جسمانی یا روانی که نیاز به ملاحظه پزشکی دارد شناسایی شود.

ماده ۵۱ نیز به این ترتیب اظهار می‌دارد که خدمات پزشکی ارائه شده به نوجوانان باید به دنبال کشف و درمان هرگونه بیماری جسمی یا روانی، سوءمصرف مواد یا سایر شرایطی باشد که ممکن است مانع ادغام نوجوان در جامعه شود. هر بازداشتگاه برای نوجوانان باید دسترسی فوری به امکانات و تجهیزات پزشکی مناسب با تعداد و نیازهای ساکنان و کارکنان آموزش‌دیده در مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و رسیدگی به فوریت‌های پزشکی داشته باشد. هر نوجوانی که بیمار است، از بیماری شکایت می‌کند یا علائم مشکلات جسمی یا روانی را نشان می‌دهد، باید سریعاً توسط یک پزشک معاینه شود.

هر مسئول مراقبت‌های پزشکی که به طور مستدل معتقد باشد سلامت روانی یا جسمانی طفل تحت تأثیر حبس و یا شرایط آن آسیب دیده یا خواهد دید باید به مسئول زندان اطلاع دهد. نوجوانی که از بیماری روانی رنج می‌برد باید در یک موسسه تخصصی تحت مدیریت پزشکی مستقل تحت درمان قرار گیرد. بعد از آن نیز باید گام‌های لازم برای اطمینان از ادامه مراقبت‌های بهداشت روانی پس از آزادی برداشته شود. بازداشتگاه‌های نوجوانان باید برنامه‌های تخصصی پیشگیری از سوءمصرف مواد و توانبخشی را که توسط پرسنل واجد شرایط اداره می‌شود، اتخاذ کنند. این برنامه‌ها باید با شرایط مورد نیاز نوجوانان سازگار باشد و امکانات و خدمات سم‌زدایی و پرسنل آموزش‌دیده باید در اختیار نوجوانان وابسته به مواد مخدر یا الکل قرار گیرد (۳۶).

ماده ۵۵ نیز به این می‌پردازد که داروها باید فقط برای درمان‌های ضروری به دلایل پزشکی و در صورت امکان، پس از کسب رضایت آگاهانه از نوجوان مربوطه تجویز شوند. به طور خاص، آنها نباید با هدف جلب اطلاعات یا اعتراف، به عنوان مجازات یا وسیله محدودیت اداره شوند. نوجوانان هرگز نباید در استفاده تجربی از داروها و درمان آزمایش شوند. تجویز هرگونه دارو باید همیشه مجاز و توسط پرسنل پزشکی واجد شرایط انجام شود. همچنین بر اساس ماده ۵۶ ولی یا

تضمین شود تا بتوان حس مسئولیت‌پذیری آنان را پرورش داد و رفتارها و مهارت‌هایی که به آنها در توسعه قابلیت‌هایشان به عنوان عضوی از جامعه کمک می‌کند را تشویق کرد. بر اساس ماده ۲۱ بند پنجم، در هر جایی که شخص نوجوان نگهداری می‌شود باید اطلاعاتی در خصوص طفل و نوجوان ثبت و ضبط گردد؛ یکی از این موارد جزئیات مشکلات سلامت فیزیکی و روانی شناخته شده طفل یا نوجوان من جمله سوءمصرف مواد مخدر و الکل. ثبت این موارد سبب می‌شود تا کادر بازداشتگاه و دیگر افرادی که مسئولیت مراقبت از کودک و نوجوان را بر عهده دارند بتوانند متناسب با نیاز آنان امکانات را فراهم کنند و همچنین با توجه به شرایط آنان رفتار خود را تصحیح کنند. ماده ۲۸ نیز بیان می‌دارد که حبس و توقیف طفل باید در شرایطی صورت پذیرد که تمام نیازها، وضعیت و الزامات وی از جمله سلامت فیزیکی و روانی او در نظر گرفته و اطمینان حاصل شود که از قرار گرفتن طفل در شرایط ریسک و خطرپذیر حمایت و جلوگیری می‌شود.

حق کودک به در اختیار داشتن امکانات و خدماتی که تمام نیازهای سلامت وی را تأمین کند در ماده ۳۱ تصریح شده است و در این ماده با جزئیات شرایط و استانداردهای لازم برای حبس را بیان می‌کند. بر اساس ماده ۳۲ بازداشتگاه‌ها نباید در مکان‌هایی قرار داشته باشد که برای سلامت خطرآفرین باشد یا هر نوع خطر یا ریسکی محتمل باشد. طبق ماده ۳۶ و ۳۷ طفل حق داشتن لباس مناسب برای اطمینان از سلامتی دارد و همچنین بازداشتگاه‌ها باید غذای مناسب که استانداردهای لازم برای سلامت طفل ایجاب می‌کند فراهم نمایند.

در بخش مراقبت‌های پزشکی، ماده ۴۹ بیان‌گر آن است که هر طفل یا نوجوانی باید مراقبت پزشکی متناسب (پیشگیرنده یا درمانی از جمله دندانپزشکی، چشم پزشکی و مراقبت روان درمانی) را دریافت کند همچنین باید به محصولات دارویی و رژیم‌های خاص پزشکی دسترسی داشته باشد. هر طفلی بر اساس ماده ۵۰ حق دارد که توسط یک دکتر به محض پذیرش در بازداشتگاه معاینه شود تا هرگونه مدرکی مبنی بر درمان قبلی بیماری ثبت گردد و هرگونه وضعیت خاص

می‌توان گفت قواعد هاوانا تا حد بسیار زیادی در بسط، توسعه و تفسیر کنوانسیون حقوق کودک برای کودکان و نوجوانانی که در حبس و زندان به سر می‌برند، موفق بوده است.

۵-۸-۳. مقررات استاندارد حداقلی ملل متحد برای

حمایت از عدالت کودکان و نوجوانان (قواعد پکن)

قوانین پکن مصوب ۱۹۸۵ ملل متحد، بر تعهدات کشورهای عضو مبنی بر "تلاش برای ایجاد شرایطی که برای نوجوانان زندگی معنادار در جامعه را تضمین کند، تأکید می‌کند، که در آن دوره از زندگی که بیشتر مستعد رفتارهای انحرافی هستند، فرایند توسعه و آموزش شخص را به نحوی پیش خواهند برد که تا حد ممکن عاری از جرم و بزهکاری باشد."

در این مقررات به نحو مستقیم به حق بر سلامت اطفال و نوجوانان اشاره نشده است اما با تصریح بر مواردی از جمله تدارک و انجام اقدامات لازم در مراقبت‌های پزشکی و روانشناسی، مقرراتی را بیان می‌دارد که به نحو ضمنی می‌توان گفت در صدد تضمین حقوق این گروه در حوزه سلامت بوده است.

ماده ۱۳ بند ۵ و ماده ۲۶ بند ۱ در تأکید بر ضرورت فراهم آوردن کمک‌های پزشکی و روانی متناسب با نیاز کودک و نوجوان، بر این مسئله تأکید دارند که هر طفلی در حبس باید هرگونه مراقبت حمایت و کمک‌های فردی لازم را در جهت در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای، روانی، پزشکی و جسمانی که نیازهای آنان با توجه به سن، جنسیت و شخصیت‌شان ایجاد می‌کند، دریافت کند. کمک‌های پزشکی و روانی، به ویژه، برای معتادان بستری شده و جوانان دارای رفتارهای خشونت‌آمیز و مبتلا به بیماری‌های روان بسیار مهم است.

برخی از حمایت‌های اساسی که شامل مجرمان نوجوان در مؤسسات می‌شود در قوانین حداقلی استاندارد برای درمان زندانیان (اسکان، معماری، ملافه، پوشاک، شکایات و درخواست‌ها، تماس با دنیای خارج، غذا، مراقبت‌های پزشکی، خدمات مذهبی، تفکیک سنین) گنجانده شده است. مانند مقررات مربوط به مجازات و انضباط و محدودیت برای مجرمان

قیم کودک و یا هر فردی که توسط طفل تعیین می‌شود حق دارد که از وضعیت سلامت طفل با خبر شود.

اطفال و نوجوانان هنوز در حال رشد جسمانی روانی و اجتماعی هستند. این باعث می‌شود که آنها از نظر روانی بسیار آسیب‌پذیر باشند و امکان ابتلا آنان به بیماری‌های روان بیشتر از بزرگسالان باشد. ماده ۶۷ یکی از مواد مهمی است که با مقررات خود سلامت جسمانی و روانی طفل در شرایط محرومیت از آزادی را تأمین می‌کند. یکی از موارد مهم در این زمینه ممنوعیت حبس انفرادی می‌باشد. بر این اساس: «کلیه اقدامات انضباطی که شامل رفتارهای ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز می‌شود، از جمله مجازات بدنی، قرار دادن در سلول تاریک، حبس بسته یا انفرادی یا هرگونه مجازات دیگری که ممکن است سلامت جسمی یا روانی نوجوان مربوطه را به خطر بیندازد، به شدت ممنوع است. کاهش رژیم غذایی و محدودیت یا رد تماس با اعضای خانواده به هر منظور ممنوع است. کار همیشه باید به عنوان یک ابزار آموزشی و ابزاری برای ارتقاء عزت نفس نوجوان در آماده‌سازی او برای بازگشت به جامعه تلقی شود و نباید به عنوان مجازات انضباطی اعمال شود. هیچ نوجوان نباید بیش از یک بار به دلیل تخلف انضباطی مورد مجازات قرار گیرد. تحریم‌های جمعی باید ممنوع شود.»

باید مقامات واجد شرایط پزشکی از بازداشتگاه‌ها به طور مداوم بازدید نمایند و رعایت قوانین مقرر در این کنوانسیون را که به هر نحو در سلامت جسمانی و روانی کودک تأثیرپذیر خواهد بود را بررسی نمایند. و در نهایت ماده ۸۶ این وظیفه را بر گردن کارکنان بازداشتگاه قرار می‌دهد که باید به کرامت انسانی و حقوق بشر مبنایی همه اطفال احترام بگذارند و از آن حمایت کنند به طور خاص از حمله اینکه همه کارکنان باید از حمایت کامل از سلامت جسمانی و روانی اطفال اطمینان حاصل کنند شامل اینکه در برابر سوءاستفاده جسمی، جنسی و عاطفی محافظت می‌کنند و باید در صورت لزوم اقدامات فوری را برای اطمینان از مراقبت‌های پزشکی انجام دهند.

تمام مواد گفته شده از مصادیقی هستند که در پی تضمین حق بر سلامت اطفال زندانی تدوین شده و اعمال می‌شوند.

برای حبس بزرگسالان به آن نگرینست می‌شود و قواعد زندان‌های اروپایی به عنوان یک کل در رابطه با بزرگسالان نوشته شده است. با این حال این قواعد در محدوده خود شامل اطفالی که بازداشت شده، توقیف شده یا محکوم به حبس در هر تأسیسی هستند نیز می‌شود. از آنجایی که اطفال قشر آسیب‌پذیری هستند مقامات زندان باید اطمینان حاصل کنند که سیستم فراهم شده برای کودکان تمهیدات مناسبی مطابق با کنوانسیون حقوق اطفال را داشته باشد. اگرچه این قواعد به طور مستقیم به حق بر سلامت برای اطفال در زندان اشاره نکرده است با این حال تأکید بر ضرورت انطباق سیستم نگهداری اطفال با مندرجات کنوانسیون حقوق کودک و همچنین این مسئله که با در نظر گرفتن امکان حبس اطفال در این زندان‌ها تنها در خصوص نگهداری جداگانه آنها مقرره خاص وضع می‌نماید نشان می‌دهد که سایر مقررات از جمله سلامت زندانیان در مواد ۳۹ تا ۴۹ این قواعد در خصوص اطفال زندانی نیز مجری خواهد بود.

۵-۸-۶. کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت

کنوانسیون افراد دارای معلولیت در سال ۲۰۰۶ توسط ملل متحد به تصویب رسید. این سند بین‌المللی در راستای تلاش برای حفظ حقوق بشر این دسته از افراد که نیازهای خاصی را می‌طلبند عمل می‌کند. با وجود اینکه این کنوانسیون به طور اختصاصی در خصوص اطفال یا نوجوانان زندانی تدوین نشده است اما با شناسایی حقوقی از جمله حق بر سلامت برای افراد دارای معلولیت از جمله اسنادی است که درخصوص حق بر سلامت اطفال و نوجوانان زندانی به آن عمل می‌شود.

بر اساس ماده ۲۵ کنوانسیون دولت‌های عضو باید برای افراد دارای معلولیت حق برخورداری از بالاترین درجه استاندارد قابل حصول را صرف‌نظر از معلولیت آنها تضمین نماید. همچنین با توجه به ماده ۱۴ کنوانسیون افراد دارای معلولیت نباید برخلاف قانون از آزادی خود محروم شوند و وجود یک معلولیت در هیچ موردی سلب آزادی را توجیه نمی‌نماید. مضاف بر این اگر اشخاص دارای معلولیت طی هر پروسه‌ای از آزادی خود محروم شدند آنها در درجه‌ای مساوی با دیگران از

خطرناک. اصلاح این قوانین حداقلی استاندارد با توجه به ویژگی‌های خاص موسسات برای بزهکاران خردسال در محدوده حمایت قواعد پکن مناسب نخواهد بود (۳۸).

۵-۸-۴. دستورالعمل‌های سازمان ملل متحد برای پیشگیری از بزهکاری نوجوانان (دستورالعمل‌های ریاض)

مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی شصت و هشتمین نشست عمومی خود، ۱۴ دسامبر ۱۹۹۰، دستورالعمل‌هایی را برای پیشگیری از بزهکاری اطفال به نام "دستورالعمل‌های ریاض" تصویب کرد. دستورالعمل‌های ریاض اهمیت بازی‌های بزهکارانه نوجوانان را در کاهش جرایم، ضرورت اجرای دستورالعمل‌ها بر اساس رویکردی کودک محور و مسئولیت اجتماعی برای رفاه کودکان از سنین اولیه به بعد تأیید می‌کند.

این دستورالعمل به نحو مستقیم به حق بر سلامت اطفال و نوجوانان نمی‌پردازد اما با تأکید بر فراهم کردن مراقبت‌های پزشکی و تدارک کمک‌های لازم در جهت تندرستی و رفاه کامل طفل، حق بر سلامت کودک و نوجوان را مدنظر قرار می‌دهد. طبق دستورالعمل مقرر در ماده ۴۵ سازمان‌های دولتی باید اولویت بالایی را به برنامه‌ها و برنامه‌های مربوط به جوانان اختصاص دهند و باید منابع کافی و سایر منابع را برای ارائه موثر خدمات، امکانات و کارکنان به اندازه کافی فراهم کنند از جمله مراقبت‌های پزشکی و بهداشت روانی، تغذیه، مسکن و سایر خدمات مربوط، از جمله سوءمصرف مواد مخدر و الکل پیشگیری و درمان. همچنین از دسترسی نوجوانان به این منابع و انتفاع آنان اطمینان حاصل کنند.

۵-۸-۵. قواعد زندان‌های اروپایی

بررسی قواعد زندان‌های اروپایی مصوب شورای اروپایی، از آن جهت که یکی از اسناد مهم در زمینه اتحادیه اروپا می‌باشد و وضعیت زندان‌ها در این محدوده را نمایان می‌کند قابل توجه خواهد بود. ماده ۳۵ در وهله اول جهت نگهداشتن اطفال خارج از زندان‌هایی طراحی شده است که به عنوان تأسیساتی

این ظرفیت وجود دارد که چالش مزبور با طراحی و تصویب یک کنوانسیون بین‌المللی حل و فصل شود.

اما در ارتباط با جایگاه مصادیق حق بر سلامت اطفال زندانی باید قائل به تفکیک شویم. حق بر سلامت و مصادیق مختلف آن در رأس سلسله مراتب هنجاری نظام حقوق بشر بین‌المللی قرار ندارند؛ اما حقوق مزبور در ادبیات نویسندگان به عنوان یک مصداق از مصادیق حقوق بنیادین بشری محسوب شده‌اند. باید در نظر داشت که قلمداد نمودن حق بر سلامت و مصادیق مختلف آن به عنوان یکی از مصادیق حقوق بنیادین بشری، نمی‌تواند به صورت مستقیم به این امر منتهی شود که حق مزبور به عنوان مصداقی از قواعد آمره حقوق بین‌الملل محسوب می‌شود؛ زیرا قواعد آمره حقوق بین‌الملل در فضای حقوق بین‌الملل موضوعه دارای آثار و تبعات مختلفی به ویژه در حوزه حقوق مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها می‌باشند.

آن دسته از مصادیق حق بر سلامت که در رأس سلسله مراتب هنجاری قرار می‌گیرند، در واقع مصداقی از قواعد آمره حقوق بین‌الملل عام محسوب می‌شوند. در نتیجه مصادیق مزبور به عنوان هنجارهای غیرقابل عدول مورد شناسایی قرار می‌گیرند. مقصود از هنجارهای غیرقابل عدول، هنجارهایی است که دولت‌ها و به طور کلی بازیگران عرصه روابط بین‌المللی نمی‌توانند با توسل به علل و عوامل رافع و موجهه مسئولیت اعم از اقدامات متقابل، دفاع مشروع، رضایت و... از اجرای هنجارهای مزبور امتناع کنند.

برای تعیین جایگاه مصادیق حق بر سلامت باید دو معیار خاص را در نظر بگیریم: اول ارتباط حقوق مزبور با قواعد آمره حقوق بین‌الملل و دوم معیار «وابستگی یا عدم وابستگی به منابع». در میان مصادیق مختلف حق بر سلامت، برخی از مصادیق مزبور در واقع به نحوی به عنوان مصداقی از قواعد آمره حقوق بین‌الملل محسوب می‌شوند. حقوق مزبور عبارتند از: تأمین امکانات دارویی کافی، امکانات مربوط به حمل و نقل بیماران و تربیت کادر درمانی متخصص که به صورت مستقیم با حق بر حیات افراد در ارتباط می‌باشد؛ تأمین داروهای مناسب و کافی برای زندانیان، متهمان و به طور کلی افراد محبوس، و نیز تأمین داروهای مسکن و آرام‌بخش برای

ضمانت در ارتباط حقوق بشر بین‌المللی برخوردار خواهند بود و با اصولی که در این کنوانسیون بیان شده است رفتار خود را تطبیق خواهند داد.

فلذا اگر کودک یا نوجوان دارای معلولیت از آزادی خود محروم شود هر کشوری بایستی در قوانین خود مقررات لازم را جهت فراهم آوردن امکانات لازم و در انطباق با نیازهای این دسته بگنجاند و در اختیار آنان جهت بهبود وضعیت آنان قرار دهد و به آن پایبند باشد. چنین امری سبب بالا رفتن سطح آسایش و سلامت روحی و جسمی آنان خواهد گردید که حاصل توجه بدین امر و اجرای دقیق کنوانسیون‌های بین‌المللی می‌باشد. فاکتور اساسی نیز که در این کنوانسیون به آن تصریح شده است این نکته می‌باشد که برخورداری از معلولیت به هیچ وجه به عنوان اماره برای سلب آزادی نخواهد بود. برای کودکان و نوجوانان دارای معلولیت باید امکاناتی حداقل برابر با سایرین که از معلولیت برخوردار نیستند تدارک دیده شود و حتی علاوه بر این امکانات نیازهای خاص این افراد که از دیگران متمایز می‌باشند و به امکانات ویژه‌ای نیازمند می‌باشند که علاوه بر نیازهای سایرین بوده و بنابر نوع معلولیت آنها متفاوت می‌باشد بایستی در نظر گرفته و فراهم آید.

۶. نتیجه‌گیری

علی‌رغم اهمیت بسیار زیادی که وضعیت اطفال زندانی در فضای حقوق بشر بین‌المللی و داخلی وجود دارد، در هیچ سند بین‌المللی به صورت خاص و دقیق به حق بر سلامت اطفال زندانی پرداخته نشده است. حق بر سلامت نیز در قامت یک اصل کلی و با مصادیق بسیار مختلف و متنوعی در ادبیات حقوق بشر بین‌المللی مورد شناسایی و تأکید قرار گرفته است. به نظر می‌رسد تمام مصادیق حق در سلامت که به صورت عام در حقوق بشر موضوعه مورد پذیرش قرار گرفته است، برای وضعیت اطفال زندانی نیز قابل اعمال باشد. نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که اطفال زندانی به واسطه آسیب‌پذیری بالا، نیاز مبرمی به حمایت صریح و دقیق قانون‌گذار دارند. در نتیجه باید چالش پراکندگی تضمین حق بر سلامت اطفال زندانی در اسناد مختلف بین‌المللی مدنظر قرار گیرد.

دولت‌ها به پذیرش تعهدات ناشی از آنها، نیازی به تصویب کنوانسیون‌های جهانی (و توافق صریح دولت‌ها) نخواهد بود.

۷. تقدیر و تشکر

از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این پژوهش مساعدت و همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌کنم.

۸. سهم نویسندگان

کلیه نویسندگان به صورت برابر در تهیه و تدوین پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

۹. تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

بیماران خاص بدون محدودیت‌های سخت به بهانهٔ مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان که به صورت مستقیم با ممنوعیت شکنجه و رفتارهای ظالمانه و غیرانسانی در ارتباط می‌باشند؛ عدم طبقه‌بندی بیماران بر اساس نژاد، جنس و... و همچنین ارائه خدمات پزشکی و دارویی به همه بدون در نظر گرفتن نوع بیماری و شرایط خاص بیماران، که به صورت مستقیم با اصل عدم تبعیض در ارتباط می‌باشند.

سایر مصادیق حق بر سلامت به عنوان مصداقی از قواعد آمره محسوب نمی‌شوند اما نباید از نظر دور داشت که مصادیق مزبور وابستگی بسیار ناچیزی با وجود منابع مالی برای تأمین و تضمین آنها دارند. مصادیق مزبور علی‌رغم اینکه صراحتاً مصداقی از قواعد آمره محسوب نمی‌شوند، اما با توجه به اینکه برخی اسناد و رویه‌های غیرالزام‌آور، مانند تفاسیر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مصادیق مزبور را جزئی از تعهدات اصلی دولت‌ها در نظر گرفته‌اند و با توجه به عدم وابستگی تعهدات مزبور به تأمین منابع مالی، آنها را غیرقابل عدول قلمداد نموده‌اند، به نظر می‌رسد که این دسته از حقوق سلامت نیز ظرفیت و استعداد تبدیل شدن به مصداقی از قواعد آمره جدید در فضای حقوق بشر بین‌المللی را دارند. در نتیجه می‌توان انتظار داشت که با کمک اسناد و هنجارهای غیرالزام‌آور در فضای رویهٔ بین‌المللی همگرایی لازم را جهت ارتقاء مصادیق غیرآمره حقوق سلامت در سلسله مراتب هنجاری حقوق بین‌الملل را فراهم نمود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که کنشگران بین‌المللی مانند صلیب سرخ و هلال احمر، گرایش خود را به سمت اسناد غیرالزام‌آور برای تعیین و تشخیص مصادیق حق بر سلامت اطفال زندانی بیشتر کنند؛ زیرا در صورت توسل به اسناد غیرالزام‌آور، حساسیت دولت‌ها در پذیرش هنجارهای مزبور کمتر خواهد بود و با گذشت زمان، همگرایی نسبی در رویه‌ی داخلی دولت‌ها ایجاد خواهد شد. ضمن اینکه، اسناد غیرالزام‌آور مزبور می‌توانند مصادیق حق بر سلامت اطفال زندانی را ارتقاء داده و تبدیل به مصادیق قواعد آمره نمایند که در نتیجه، برای ورود مصادیق مزبور به فضای حقوق بین‌الملل موضوعه و وادار نمودن

References:

1. Samira M, Anahita S, Douroodiyani M. The nature of the right to health and the position of the government in its realization. *Journal of Islamic Law*. 2017;18(2):123-48. (Persian).
2. Abbasi M, Rezaee R, Dehghani G. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *Iranian Journal of Medical Law*. 2014;8(30):183-99. (Persian).
3. Alekajbaf H. Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills". *Iranian Journal of Medical Law*. 2013;7(24):139-70. (Persian).
4. Alston P. Out of the abyss: the challenges confronting the new un committee on economic, social and cultural rights. *Human Rights Quarterly*. 1987;9(1):332-81.
5. Riedel E. New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize Economic, Social and Cultural Rights—the Example of the Right to Health—. In: Schorlemer S. *Praxishandbuch UNO*. Berlin: Springer; 2003.
6. Pinto M, Sigal M. Influence of the ICESCR in Latin America. In: Moeckli D, Keller H. *The Human Rights Covenants at 50: Their Past, Present and Future*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
7. Compilation of Guidelines on the form and Content of Reports to be Submitted by States Parties to the International Human Rights Treaties, UN Doc. HRI/GEN/2/Rev.6. 2009.
8. Saul B, Kinley D, Mowbray J. *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Commentary, Cases and Materials*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
9. Albuquerque A. The Brazilian Human Rights Indicators System: The Case of the Right to Health. In: Toebes B, Ferguson R, Markovic M, Nnamuchi O. *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*. London: Springer; 2014.
10. Gostin L. *Global Health Law*. Massachusetts: Harvard University Press; 2015.
11. Chan P. *China, State Sovereignty and International Legal Order*. Boston: Brill; 2015.
12. Sekalala S. *Soft Law and Global Health Problems*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
13. Cotter A-MM. *This Ability: An International Legal Analysis of Disability Discrimination*. Burlington: Ashgate Publishing; 2018.
14. Naomi R. Reparations and Economic, Social and Cultural Rights. In: Sharp D. *Justice and Economic Violence in Transition*. London: Springer; 2014.
15. General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR). UN Doc.E/C. 2000.
16. Dresler C. Human Rights-Based Approach to Tobacco Control. In: Grodin M. *Health and Human Rights in a Changing World*. New York: Routledge; 2013.
17. Riedel E, Giacca G, Golay C. The Development of Economic, Social and Cultural Rights in International Law. In: Riedel E, Giacca G, Golay C. *Economic, Social and Cultural Rights in International Law: Contemporary Challenges*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
18. Tobin J. *The UN Convention on the Rights of the Child: A commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
19. Meier B, Cronk R, Luh J, Bartram J, Ibuquerque C. Monitoring the progressive realization of the human rights to water and sanitation: Frontier analysis as a basis to enhance human rights accountability. In: Conca K, Weinthal E. *The Oxford Handbook of Water Politics and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
20. Ernits M, Ginter C, Laos S, Allikmets M, Tupay PK, Värk R, et al. The Constitution of Estonia: The Unexpected Challenges of Unlimited Primacy of EU Law. In: Albi A. *National Constitutions in European and Global Governance: Democracy, Rights, the Rule of Law*. Hague: Springer; 2019.
21. Popa LE, Popa LE, Seyfried. Patterns of Treaty Interpretation as Anti-Fragmentation Tools: A Comparative Analysis with a Special Focus on the ECtHR, WTO and ICJ. Hague: Springer; 2018.
22. Friedrich J. International Environmental “soft law”: The Functions and Limits of Nonbinding Instruments in International Environmental Governance and Law. New York: Springer Science & Business Media; 2013.
23. Beyranvand F. The procedure of national courts in confronting with international soft law with emphasis on international humanitarian law. Tehran: Islamic Azad University; 2020. (Persian).

24. Weil P. Towards relative normativity in international law? *American Journal of International Law*. 1983;77(3):413-42.
25. Meron T. On a Hierarchy of International Human Rights. *The American Journal of International Law*. 1986;80(90):1-23.
26. Shelton D. Normative hierarchy in international law. *American Journal of International Law*. 2006;100(2):291-323.
27. Thirlway H. The Sources of International Law. Oxford: Oxford University Press; 2019.
28. Yearbook of the International Law Commission. Draft articles on responsibility of states for internationally wrongful acts, with commentaries, article 41. 2001.
29. Yearbook of the International Law Commission. Draft Articles on Diplomatic Protection, article 19, para. 2,3. 2006.
30. Yearbook of the International Law Commission. Part Two: Guide to Practice on Reservations to Treaties. 2011.
31. Henriksen A. International Law. Oxford: Oxford University Press; 2019.
32. Beyranvand F, Sharifi Taraz Koochi H, Salami S. Configuration and Applying of International Soft Law in the Light of Procedure of the International Court of Justice with an Emphasis on Humanitarian Law. *Iranian Journal of Medical Law*. 2020;14:73-87. (Persian).
33. Beyranvand F. Jus Cogens and Erga Omnes Obligations in International Law. Tehran: Islamic Azad University; 2013. (Persian).
34. Yaghuti E, Khazaee A, Beyranvand F. Inquiries About Jus Cogens and Erga Omnes Obligations in International Law. Tehran: Islamic Azad University of Central Tehran Publisher; 2019. (Persian).
35. Lines R. The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*. 2008;4(1):1-29.
36. Todrys KW, Amon JJ. Human rights and health among juvenile prisoners in Zambia. *Int J Prison Health*. 2011;7(1):10-7.
37. Reinbold GW. Realising Young Children's Right to Health Under the Convention on the Rights of the Child: The Promise—and the Reality in Bangladesh and Kenya. *The International Journal of Children's Rights*. 2014;22(3):502-51.
38. Kury H, Redo S, Shea E. Women and Children as Victims and Offenders. London: Springer; 2016.



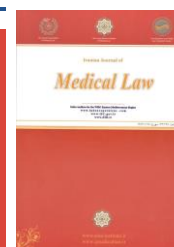
The Iranian Association
of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e58

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



ORIGINAL ARTICLE

The right to the health of imprisoned children in the light of international instruments

Farzad Alizadeh¹, Asghar Abbasi^{2*}, Mehdi Esmaili³

1. PhD Student in Criminal Law and Criminology, Department of Law, Faculty of Humanities, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran.

2. Assistant Professor of Criminal Law and Criminology, Department of Law, Faculty of Law and Political Science, Chalous Branch, Islamic Azad University, Chalous, Iran.

3. Assistant Professor of Criminal Law and Criminology, Department of Law, Faculty of Humanities, Ghaemshahr Branch, Islamic Azad University, Ghaemshahr, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Received: 27 June 2021

Accepted: 3 November 2021

Published online: 11 December 2021

Keywords:

Human Rights

Medical Rights

Right to Health

Peremptory Norms

ABSTRACT

Background and Aim: The right to health as one of the examples of human rights after the Second World War through the adoption of the Universal Declaration of Human Rights and subsequently, the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights as a general principle in the field of international law was accepted. The purpose of this study is to analyze the right to health in relation to juvenile prisoners in the framework of international instruments.

Materials and Methods: This research is of theoretical type and the research method is descriptive-analytical and the method of data collection is library and has been done by referring to documents, books and articles.

Results: The findings of the present study show that the right to health of imprisoned children is not explicitly recognized in any binding international document. To consider this right and the obligations associated with it, we must resort to various international instruments.

Ethical considerations: In order to organize this research, while observing the authenticity of the texts, honesty and fidelity have been observed.

Conclusion: The right to health has been recognized as an international principle and has been widely recognized in relation to all individuals. However, it should be noted that vulnerable classes and strata in any society are in dire need of legal protection and protection. Basically, the prison environment is a harmful environment that is several times more dangerous for children and adolescents. As a result, the spatial and implicit recognition of the right to children's health in various documents cannot be a strong guarantee for the status of these children.

* Corresponding Author:

Asghar Abbasi

Address: Department of Law, Faculty of Law and Political Science, Chalous Branch, Islamic Azad University, Chalous, Iran.

Postal Code: 46151-43358

Telephone: 11-52226601

Email: drabbasi191@gmail.com

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Alizadeh F, Abbasi A, Esmaili M. The right to the health of imprisoned children in the light of international instruments. *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e58.