Comparative Study of Asylum Seeker Children's Right to Health in Common European Asylum System and Convention on the Rights of the Child

Reza Mousazadeh[1], AhmadReza Azarpendar[2]

Abstract

One of the Asylum seekers children's essential rights is the right to health, which is interpreted as the highest physical and mental standards. This right may include comprehensive medical and healthcare services, proper food and housing, proper health educations and also healthy environment. Accordingly, the governments are required in convention on the rights of child to spare their utmost effort to realize this right. At the time being, considering the large number of asylum seekers heading from the West Asian countries towards Europe, the European countries' commitment to ensuring the asylum seekers children's right to health is critically important. By comparing the Convention on the Rights of the Child and its General Comments with Common European Asylum System, Apparently, despite of the fact that the European Union has been successful in legislating for the asylum seekers children, in some cases, the fulfillment of children's rights is subordinated to the domestic conditions of members of the EU, that it's contrary to their obligations.

Keywords

The Right to Health, Asylum Seeker Children, the International Human Rights Documents, European Union

---

1. Full Professor Ministry of Foreign Affairs, School for International Relations, Tehran, Iran. (Corresponding author)
Email: rmousazadeh8@gmail.com

2. Master Ministry of Foreign Affairs, School for International Relations, Tehran, Iran.

Original Article Received: 18 Febuary 2019 Accepted: 5 May 2019

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

Please cite this article as: Mousazadeh R, Azarpendar AR. Comparative Study of Asylum Seeker Children's Right to Health in Common European Asylum System and Convention on the Rights of the Child. Child Rights J 2019; 1(1): 127-154.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

بررسی تطبیقی حق بر سلامت کودک پناه‌جو در سیستم مشترک پناه‌جویی اروپا و کنوانسیون حقوق کودک

رضا موسی‌زاده[۱]

احمدرضا آذرپندار[۲]

چکیده

یکی از اساسی‌ترین حقوقی که کودکان پناه‌جو از آن برخوردار هستند، حق بر سلامت است که به معنای بالاترین استاندارد فیزیکی و روانی تعبیر شده است. این حق را می‌توان جمیع خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذا و مسکن مناسب، آموزش مناسب بهداشتی و سلامتی و همچنین محیط زیست سالم دانست. در این راستا دولت‌ها طبق کنوانسیون حقوق کودک موظف شده‌اند که تمامی تلاش خود را مصروف برآورده‌شدن و تحقق این حقوق بنمایند. در حال حاضر و با توجه به این‌که روند پناهندگی از کشورهای آسیای غربی به سمت کشورهای اروپایی است، تعهد کشورهای اروپایی به تضمین حق بر سلامت کودکان پناه‌جو، نمود دوچندانی می‌یابد. با مقایسه کنوانسیون حقوق کودک و تفسیریه‌های آن با سیستم مشترک پناه‌جویی اروپا، به نظر می‌رسد با این‌که اتحادیه اروپا در زمینه قانونگذاری برای کودکان پناه‌جو موفقیت‌هایی را کسب کرده است، اما در برخی موارد، برآورده‌کردن حقوق این افراد را منوط به شرایط داخلی کشورهای عضو اتحادیه می‌کند که برخلاف تعهدات ایشان می‌باشد.

واژگان کلیدی

حق بر سلامت، کودکان پناه‌جو، اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اتحادیه اروپا

---

۱. استاد وزارت امور خارجه، دانشکده روابط بین‌الملل، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: rmousazadeh8@gmail.com

۲. کارشناس ارشد وزارت امور خارجه، دانشکده روابط بین‌الملل، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی **تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۷/۱۱/۲۹ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۲/۱۵

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

مقدمه

در عصر حاضر جنگ‌های عظیم و عواقب این جنگ‌ها ترس را در دل مردمان ایجاد و آن‌ها را مجبور به پناه‌جویی از سرزمین پرمخاطره خود به سرزمینی بیگانه با امنیت بالاتر کرد، اما همواره دولت‌های پذیرنده با آغوش باز از این قشر استقبال نمی‌کردند و به علت مشکلات داخلی خود درصدد بودند که این خیل را متوقف کنند. در این میان و با توجه به موقعیت سخت پناه‌جویان و پناهندگان مقرراتی توسط نهادهای بین‌المللی ایجاد شد که حداقل‌های حقوقی را برای این افراد به رسمیت بشناسند.

از سوی دیگر کودکان نیز با مشکلات عدیده‌ای در تمام نقاط جهان مواجه بودند و چون خود نمی‌توانستند از حقوقشان دفاع کنند، بار دیگر نهادهایی برای دفاع از این افراد به وجود آمدند و حقوقی را برای این افراد متصور شدند. اندک‌اندک این حقوق پربار شد و در کنوانسیون ۱۹۸۹ حقوق کودک به اوج خود رسید (۱) و به عنوان کاتالیزوری برای دیگر اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای و همچنین داخلی حقوق کودک عمل کرد (۲).

دو قشر آسیب‌پذیر پناه‌جو و کودک، زمانی که در یک مفهوم به نام «کودک پناه‌جو» قرار گیرند، یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار خواهند شد و باید از دو جهت مورد حمایت قرار گیرند، هم از جهت این‌که این افراد پناه‌جو هستند و هم از این جهت که کودک‌اند.

جنگ‌های خاورمیانه، اروپا را به یکی از مقاصد پناه‌جویان تبدیل کرد (۳)، در پی روند رو به گسترش پناه‌جویی، این سازمان قواعدی را جهت سامان بخشیدن وضعیت پناه‌جویان، تحت عنوان سیستم مشترک پناه‌جویی اتحادیه اروپا مقرر نمود (۴). در این مقررات، حق بر سلامت کودکان پناه‌جو نیز بیان گردیده است. با توجه به این‌که کنوانسیون حقوق کودک حداقل‌های حق بر سلامت کودکان را مشخص کرده است، سیستم مشترک پناه‌جویی اتحادیه اروپا در جهت برآورده‌کردن این حق برای کودکان تلاش‌هایی را نموده است، اما سؤال اصلی اینجاست که آیا این تدابیر با حداقل‌های موردنیاز کنوانسیون حقوق کودک مطابقت دارد یا خیر.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

واژه‌شناسی

قبل از ورود به مبحث حق بر سلامت (Right to Health) کودک پناه‌جو لازم است که ابتدا واژه «کودک پناه‌جو (Asylum Seeking Child)» تبیین شود و مشخص گردد که این واژه به چه افرادی اطلاق می‌شود، برای این منظور ابتدا در گفتار اول، «کودک» از دیدگاه کنوانسیون حقوق کودک و برخی دیگر از کنوانسیون‌های بین‌المللی شناسانده خواهد شد و در گفتار دوم واژه «پناه‌جو (Asylum Seeking)» از منظر کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد و در انتهای این بخش نیز واژه کودک پناه‌جو تعریف خواهد شد.

۱ـ کودک

کودکی از مراحل اساسی زندگی هر انسان در جامعه است، اگر این مرحله به خوبی شناخته شده و به طور مناسب پشت سر گذاشته شود، جامعه مملؤ از افرادی خواهد شد که قابلیت‌های لازم برای زندگی در وضعیتی مطلوب را دارند. در واقع دوره کودکی دوره‌ای است که انسان سپری می‌کند تا از کودکی بیولوژیک به عضوی از اعضای اجتماع تبدیل شود و این دوران خود، یک ساختار اجتماعی شناخته می‌شود (۵)، اما این‌که چه سنی برای دوران حساس کودکی باید در نظر گرفته شود، همواره موضوعی مورد مناقشه بوده است، برای این منظور این گفتار به دو مبحث تقسیم‌بندی شده است؛ مبحث اول به آغاز کودکی می‌پردازد و سپس انتهای دوران کودکی در مبحث دوم مشخص خواهد شد.

۱-۱- آغاز کودکی: تعریف مفهوم کودک از نظر تدوین‌کنندگان کنوانسیون ۱۹۸۹ حقوق کودک آنچنان مهم بوده است که ایشان را مجبور نموده که اولین ماده این کنوانسیون را به این مسأله اختصاص دهند؛ با این‌که این امر آنچنان با موفقیت همراه نبوده است، به هر روی طبق ماده ۱ کنوانسیون حقوق کودک: «یک کودک، هر انسانی است که سن ۱۸ سالگی را هنوز تمام نکرده است، مگر این‌که سن بلوغ از نظر حقوق جاری در کشورهای مربوطه زودتر تعیین شده باشد» (۶).

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

اولین موردی که در این ماده به چشم می‌خورد، عدم تعریف آغاز کودکی است و کنوانسیون از آغاز کودکی چشم‌پوشی می‌کند و فقط به پایان کودکی تصریح داشته است ـ اگرچه این مورد نیز به صورت صریح بیان نشده است ـ حال سؤال اصلی در اینجاست که شروع دوران کودکی از چه تاریخی است؟ بر اساس سیاق متن می‌توان واژه «فرد انسانی (Human Being)» در ماده اول را به گونه‌ای تفسیر کرد که شامل کودک به دنیانیامده در زمانی جنینی نیز باشد (۷)، چنانکه در مقدمه کنوانسیون حقوق کودک به این مهم اشاره شده است و بیان می‌دارد: «با توجه به این‌که در اعلامیه جهانی حقوق بشر تصریح شده است، کودک به خاطر نداشتن رشد کامل فیزیکی و ذهنی محتاج مراقبت و حمایت‌هایی ازجمله حمایت‌های مناسب حقوقی قبل و بعد از تولد می‌باشد.» همچنین در بند «د» از پاراگراف دوم از ماده ۲۴ در مورد حق بر سلامت کودکان به تضمین مراقبت‌ها از مادران چه قبل و چه بعد از زایمان اشاره شده است.

اما اختلافاتی در زمینه تفسیر ماده اول کنوانسیون به وجود آمد و دولت‌ها را به سه دسته عمده تقسیم‌بندی نمود:

اولین دیدگاه کشورهای به این صورت بود که شروع دوران کودکی را از زمان انعقاد نطفه می‌دانند. کشورهای آمریکای لاتین، ایرلند، واتیکان از این قسم کشورها هستند. این کشورها بر این نکته تأکید می‌کنند که کودک قبل از تولد نیز دارای حیات است و لازم است از نظر قانونگذاری حمایت شود. دیدگاه اسلام نیز در این بخش گنجانده می‌شود؛ این دیدگاه معتقد است کودک قبل از آنکه متولد شود، یعنی در حالی که جنین است نیز دارای حیات است و بدین جهت، اسلام توجه دارد تا حقی از کودکی که در آینده متولد خواهد شد، تضییع نگردد و در واقع شروع کودکی از زمان انعقاد نطفه است (۸). در این مورد در فقه اسلامی، برای سقط جنین عمدی، چه قبل از دمیده‌شدن روح و چه پس از آن مجازات‌هایی مقرر شده است (۹).

در کنار دیدگاه اول، دیدگاه ایالات متحده آمریکا قرار دارد، دیدگاه مذکور نه تولد را شروع کودکی می‌داند و نه زمان انعقاد نطفه را، بلکه مطابق آن، دوران کودکی از زمانی

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

که قابلیت جنین برای بقا احراز شود، شروع و کودک از همان لحظه از حقوق برخوردار است، حتی برای سقط جنین نیز دولت ایالات متحده مجازاتی را تعیین کرده است (۱۰).

دیدگاه سوم مربوط کشورهای غربی است این دیدگاه بیان می‌کند که شروع کودکی از لحظه تولد است، به نظر می‌رسد مبنای ارائه چنین نظری، جواز و همچنین رواج سقط جنین به ویژه در اوایل حاملگی در کشورهای اروپای شرقی است. در فرانسه برای این‌که جنین از حقوق برخوردار شود، دو شرط وجود دارد: اول زنده متولد شود؛ دوم، قابلیت بقا نیز داشته باشد، اما در آلمان و سوئیس به شرط بقا نیازی نیست. در حقوق مدنی اسپانیا نیز آمده است که طفل باید به صورت انسانی باشد و یک شبانه‌روز خارج از رحم زنده بماند (۱۱).

۲-۱- پایان کودکی: نکته دیگری که در خصوص ماده اول کنوانسیون حقوق کودک حائز اهمیت است، این است که کنوانسیون، سن بلوغ و رشد را تفکیک نکرده و ۱۸ سالگی را سنی می‌داند که شخص در آن اهلیت استیفای کلیه حقوق خود را دارا می‌شود، هرچند در اکثر ترجمه‌های موجود واژه «Majority» به کاررفته در ماده ۱ به معنای بلوغ است، برخی آن را به معنای رشد دانسته‌اند (۱۲). همان‌گونه که در ترجمه عربی این کنوانسیون، در بخش عربی وب‌سایت سازمان ملل چنین آمده است «ما لم یبلغ سن رشد قبل ذلک بموجب القانون المنطبق علیه» (۱۳)، اما باید گفت مبانی کشورهای غیر اسلامی و به ویژه کنوانسیون بر اساس مفهوم رشد پایه‌ریزی شده و بلوغ در تعریف کودک جایگاهی ندارد و بهتر است معنای واژه سن قانونی در نظر گرفته شود. در فرهنگ حقوقی آکسفورد نیز آمده است که بر اساس قانون حاکم در هر کشوری می‌توان پایان کودکی را ۱۴ سال یا ۱۶ سال و یا ۱۸ سال معرفی کرد (۱۴).

از سوی دیگر مسأله حداکثر سن کودک رابطه نزدیکی به حداقل سن جوانی دارد، چراکه حداقل سن جوانی، حد بالای سن کودک است، از سال ۱۹۱۹ تا ۱۹۶۵، ده کنوانسیون برای تعیین حداقل سن اشتغال به تصویب رسید که نخست ۱۴ سالگی و سپس ۱۵ سالگی را برای شروع کار در صنایع و سپس دیگر مشاغل در نظر می‌گرفت،

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

کنوانسیون‌های بعدی، حداقل سن برای اشتغال را ۱۵ سالگی اعلام کردند (۱۵)، کنوانسیون شماره ۱۱۲ مصوب سال ۱۹۵۹، ۱۸ سالگی را به عنوان حداقل سن برای ورود به کارهای دریانوردی یا شیلات تعیین کردند. در سال ۱۹۷۳ احساس شد که زمان ترکیب کنوانسیون‌های متعدد یاد شده و تبدیل آن‌ها به یک کنوانسیون تحت عنوان «کنوانسیون حداقل سن اشتغال» فرا رسیده است. درخواست اصلی این کنوانسیون آن است که دولت‌ها باید متعاقب امضای خود اعلامیه‌ای منتشر و حداقل سن مجاز اشتغال یا کار را که نباید کم‌تر از ۱۵ سال باشد تعیین کنند (۱۶).

۳-۱- پناه‌جو: در طول تاریخ زمانی که انسان‌ها نتوانستند بر خطرات موجود در زندگی غلبه کنند، یکی از گزینه‌هایی که پیش رو داشتند، فرار از خطرات بود. با به وجودآمدن مرزهای بین‌المللی، گریختن از دولت متبوع به علت ترس و ورود به دولت دیگر، صورت جدیدی به خود گرفت و اختیارپذیرفتن یا ردکردن ایشان منحصر به تصمیم دولت پذیرنده شد؛ بدین‌صورت فردی که از کشور متبوع خود گریخته، در یک وضعیت نامشخص واقع می‌شد، نه در سرزمین خود استقرار داشت که نام تابع را با خود داشته باشد و نه هنوز دولت پذیرنده به وی پناهندگی داده شده بود که به اسم پناهنده (Refugee) شناخته شود. این فرد که در این میانه قرار می‌گرفت، به نام پناه‌جو شناخته شد.

پناهندگی و پناه‌جویی دو مفهوم بسیار نزدیک به یکدیگرند که عموماً در فرهنگ حقوقی به جای یکدیگر استفاده می‌شوند، اما تفاوت‌هایی نیز با یکدیگر دارند، بدین مفهوم هر پناهنده در ابتدا یک پناه‌جو محسوب می‌شود و به دنبال حمایت‌های مندرج در کنوانسیون ۱۹۵۱ مربوط به پناه‌جویان است (۱۷) و این فرد پناه‌جو پس از طی مراحل احراز شرایط پناهندگی در صف پناهندگان گنجانده خواهد شد. این مفهوم از نظر کمیساریای عالی پناه‌جویان به افرادی اطلاق می‌شود که هنوز به وضعیت آن‌ها رسیدگی نشده است و در صف انتظار برای رسیدگی در جهت احراز وضعیت پناهندگی هستند، از حقوقی مختص خود برخوردار هستند (۱۸). به طور معمول، از دیدگاه دولت‌ها، یک پناه‌جو شخصی است که برای یافتن پناهگاهی در کشورهای دیگر به غیر

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

از سرزمین مادری خود مهاجرت کرده است (۱۹). این افراد به کشور دیگری فرار کرده‌اند و با ادعای وضع پناهندگی درخواست حمایت دولتی را طلب کرده‌اند و به این دلیل در زمره پناهندگان نیستند که از سوی دولت‌های پذیرنده و بر طبق قانون داخلی آن‌ها به عنوان پناهنده پذیرفته نشده‌اند (۲۰). از این‌دست افراد می‌توان به افرادی که به دلایلی چون درگیری و جنگ‌های داخلی، بلایای طبیعی از جمله قحطی، سیل، زلزله یا شیوع بیماری‌ها، کشور متبوع خود را ترک کرده‌اند، ولی تابعیت جدید از طرف کشور پناه‌دهنده به آن‌ها داده نشده اشاره کرد (۲۱). این افراد مادام که درخواست پناهندگی‌شان در حال رسیدگی باشد، بر یک مبنای موقت در کشور پذیرنده سکونت دارند (۲۲).

همچنین بر اساس یادداشت تفاهمی که در ۱۵ می ۱۹۹۷ میان کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل و سازمان بین‌المللی مهاجرت به عنوان دو سازمان عمده بین‌المللی حمایت از پناهندگان انجام گرفت، پناه‌جو به شخصی اطلاق می‌شود که هنوز وضعیت پناهندگی وی مشخص نشده، اما درخواست برای پناهندگی، او را مستحق برخورداری از یک وضعیت حمایتی از طریق رویه‌ای کامل و عادلانه تا زمان مشخص‌شدن قطعی وضعیت پناهندگی می‌سازد. همچنین این عبارت به گروه وسیعی از افراد اطلاق می‌شود که تعیین وضعیت پناهندگی انفرادی برای هریک از افراد این گروه امکان‌پذیر نیست (۲۳).

۲ـ مفهوم کودک پناه‌جو

با مباحثی که در دو گفتار پیش آمد، به نظر می‌رسد کودک پناه‌جو، مفهومی است متشکل از دو مشخصه که هم می‌توان وی را به عنوان کودک در نظر گرفت و هم مشخصات پناه‌جو را داراست و به این صورت تعریف می‌شود: «کودک پناه‌جو به شخصی اطلاق می‌شود که دوران حیات خود را در رحم مادر آغاز کرده است ـ با این‌که هنوز در این حالت از تمام حقوق برای یک فرد بالغ برخوردار نیست ـ و هنوز به سن ۱۸ سالگی نرسیده و منتظر پذیرش درخواست پناهندگی خود در کشور میزبان است.»

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

مضامین اصلی حق بر سلامت کودک پناه‌جو

در نظام بین‌المللی قواعد خاصی در مورد حق بر سلامت کودک پناه‌جو بیان شده است، برخی از این اسناد مربوط به جامعه بین‌المللی در کل (International Community as a Whole) هستند و برخی دیگر در اسناد منطقه‌ای نمود یافته‌اند. در این بخش از این مقاله سعی بر آن شده است که مهم‌ترین سند ـ کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹ ـ و تفسیرهایی (General Comments) که کمیته حقوق کودک بیان نموده است، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد و در بخش بعد اسناد منطقه‌ای اتحادیه اروپا که مربوط به کودکان پناه‌جو می‌باشد، مورد نقد قرار خواهد گرفت.

مفهوم حق بر سلامتی در بین عموم مردم ممکن است با مراقبت‌های درمانی و بهداشتی همراه باشد، اما حق بر سلامت مفهوم و گستره‌ای فراتر از این مفهوم را نیز می‌تواند دربر بگیرد (۲۴)، حق بر سلامت کودک در مواد ۲۳ و ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک به تفصیل بیان شده است، اما قبل از آنکه به صورت مستقیم به این ماده بپردازیم، لازم است ابتدا مفهوم دیگری با عنوان «عدم تبعیض (Non-Discrimination)» بررسی شود تا این نکته روشن گردد که وضعیت پناه‌جویی در بهره‌مندی از حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق کودک هیچ دخالتی ندارد و سپس در گفتار دوم به مبحث «حق حیات (Right to Life)» اشاره و رابطه آن با حق بر سلامت تبیین می‌شود و در گفتار آخر این بخش نیز نظام قابل‌اجرا در حق بر سلامت کودک پناه‌جو بیان شود.

۱ـ عدم تبعیض

عدم تبعیض یکی از واژه‌های بسیار آشنا در حقوق بین‌الملل بشر است که نه‌تنها در مورد کودکان به کار رفته است، بلکه در بسیاری از کنوانسیون‌ها و اسناد بین‌المللی دیگر نیز ذکر شده است (۲۵)، در مورد حقوق کودک، ماده دوم کنوانسیون حقوق کودک به این موضوع پرداخته است و بیان می‌دارد: «کشورهای طرف کنوانسیون، حقوقی را که در این کنوانسیون در نظر گرفته شده، برای تمامی کودکانی که در حوزه

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

قضایی آن‌ها زندگی می‌کنند بدون هیچ‌گونه تبعیضی از جهت نژاد، رنگ، جنسیت، زبان، مذهب، عقاید سیاسی، ملیت، جایگاه قومی و اجتماعی، مال، عدم توانایی، تولد و یا سایر احوال شخصیه والدین و یا قیم قانونی محترم شمرده و تضمین خواهند نمود» (۶). در این ماده مشخص است که وضعیت حقوقی کودکانی که در جایگاه پناه‌جویی قرار دارند، هیچ تأثیری بر استفاده آن‌ها از حقوق مندرج در این کنوانسیون نخواهد شد و دولت‌های عضو کنوانسیون باید با تمام کودکانی که در حوزه قلمروی قضایی آن‌ها هستند، به صورت یکسان برخورد کند. این مضمون را می‌توان در تفسیریه شماره ۱۷ کمیته حقوق بشر سازمان ملل متحد حول ماده ۲۴ میثاق بین‌المللی مدنی و سیاسی مشاهده کرد که بیان می‌دارد: «گزارش‌های کشورهای طرف میثاق می‌بایست، حاوی رفع تمام تبعیضات در هر زمینه‌ای باشد که این رفع تمامی تبعیضات به ویژه در مورد کودکانی که ملیت کشوری دیگری را دارند، مد نظر قرار گیرد» (۲۶).

از سوی دیگر احوال شخصیه والدین، یا قیمان قانونی نیز نباید در بهره‌مندی کودکان از حقوق مندرج در کنوانسیون لطمه‌ای وارد سازد، به صرف این‌که والدین یک کودک پناه‌جو در چه کشوری مقیم بوده‌اند یا چه نسبی دارند و دارای چه مذهبی می‌باشند، نباید در استیفای حقوق کودکان طبق این کنوانسیون صدمه‌ای بزند (۲۷).

در بند دوم همین ماده نیز آمده است که: «کشورهای طرف کنوانسیون تمام اقدامات لازم را جهت تضمین حمایت از کودک در مقابل تمام اشکال تبعیض، مجازات بر اساس موقعیت، فعالیت‌ها، ابراز عقیده و یا عقاید والدین، قیم قانونی و یا اعضای خانواده کودک به عمل خواهند آورد» (۶). طبق این بند کنوانسیون می‌توان گفت، اگر والدین یک کودک بزه‌کار یا خلاف‌کار یا دارای عقاید متفاوت باشند که این امور اقدامات، مجازاتی را طبق قانون داخلی کشور پذیرنده در پی خواهد داشت، این بزه‌کاری هیچ نقشی در بهره‌مندی کودک از حقوق خود نخواهد داشت و دولت‌ها باید تمام حقوق این کودک را محترم بشمارند و این بدان معناست که هیچ کودکی بار مسؤولیت والدین یا قیمان خود را بر دوش نخواهد کشید. به عنوان مثال اگر والدین کودک اقدامی صورت دهند که به موجب آن اقدام مجازاتی برای آن‌ها در پی خواهد

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

داشت، این مجازات نباید به گونه‌ای باشد که کودک نتواند از تمام حقوق خود مستفید شود (۲۷).

از مباحثی که در بالا رفت، می‌توان به این نتیجه رسید که هیچ کودکی نباید به صرف این‌که پناه‌جو است، تفاوتی در استفاده از حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق کودک با دیگر کودکان داشته باشد و از سویی این کودک نباید به خاطر اعمال یا احوال شخصیه والدین خود نیز مورد تبعیض واقع شود. در مجموع یک کودک پناه‌جو در هر شرایطی باید از تمام مفاد کنوانسیون حقوق کودک برخوردار باشد.

۲ـ حق حیات

قبل از ورود به حق بر سلامت بر مبنای ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک لازم است به حق حیات پرداخته شود، این حق که لازمه بهره‌گیری از حق سلامت است، طبق نظر کمیته حقوق کودک یکی از بنیان‌های کنوانسیون حقوق کودک می‌باشد (۲۸) و از سویی حق بر سلامت در پیوندی ناگسستنی با حق حیات قرار دارد (۲۹).

شاید بتوان حق حیات را بنیادی‌ترین حق انسانی دانست و دیگر حقوق را متوقف بر حق حیات، به این صورت که حق بر سلامت یکی از ابزارهای موجود برای حفظ حق حیات است. اهمیت این حق تا بدان جاست که حتی در شرایط اضراری نیز بر طبق بند دوم ماده ۴ میثاق حقوق مدنی و سیاسی نمی‌توان این حق را نادیده گرفت (۳۰) و بسیاری معتقدند که حق بر زندگی امروزه یکی از قواعد آمره محسوب می شود (۳۱). ماده ششم کنوانسیون حقوق کودک به مبحث حق حیات پرداخته است و هر کودکی را محق به داشتن حیات می‌داند که همه کشورها باید به آن پایبند باشند (۳۲).

اما مبحث در اینجا فقط به بند اول ماده ششم کنوانسیون حقوق کودک موقوف نمی‌ماند، بلکه حق بر سلامت را می‌توان به بند دوم ماده شش بیشتر مرتبط دانست، جایی که کنوانسیون حقوق کودک بیان می‌دارد: «کشورهای طرف این کنوانسیون ایجاد حداکثر امکانات برای بقا و رشد کودک را تضمین خواهند نمود» (۶). کلمه رشد (Development) که در بند دوم ماده شش گنجانده شده است باید به صورت گسترده تفسیر گردد (۳۳)، به گونه‌ای که حق حیات نه‌فقط حق بقا را، بلکه حق رشد را نیز

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

شامل شود، چراکه حیات بدون رشد و پرورش زندگی‌کردن نیست، بلکه‌زنده ماندن است. کمیته حقوق کودک در مورد مفهوم رشد، رشد را علاوه بر عناصر جسمانی (Physical) آن، رشد ذهنی (Mental)، روحی (Spiritual)، اخلاقی (Moral)، روانی (Psychological) و اجتماعی (Social) می‌داند (۳۴). به همین دلیل بوده است که کمیته در گزارش خود تضمین حیات و سلامت جسمی کودک را شامل تمام جنبه‌های رشد ازجمله حق سلامت، تغذیه کافی، امنیت اجتماعی، حداقل استانداردهای زندگی، محیط زیست سالم و امن، آموزش و تربیت و حق بازی می‌داند (۳۵).

همچنین حق حیات می‌تواند با پیش‌بینی‌نکردن مقررات لازم در برخورد با کسانی که حق حیات دیگران را مورد تعرض قرار می‌دهند، نقض کرد (۳۰)، پس دولت‌های عضو کنوانسیون حقوق کودک علاوه بر این‌که باید قوانین بین‌المللی را در جهت ایفای حقوق کودک اجرا نمایند، بلکه خود نیز باید در زمینه قانونگذاری حق کودک را ملحوظ قرار دهند.

۳ـ حق بر سلامت کودک پناه‌جو

حق بر سلامت یکی از حقوقی است که در سطح ملی و بین‌المللی به عنوان یک حق فردی و اجتماعی شناخته شده است (۳۶) و به منزله یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاه ویژه‌ای دارد (۳۷)، دولت‌های عضو کنوانسیون طبق تعهدات خود در کنوانسیون باید ضمانت کنند که هر کودکی از بالاترین سطح ممکن مراقبت‌های بهداشتی، سلامت و تغذیه را برخوردار باشد، این مهم به منظور کاهش نرخ مرگ و میر نوزادان و همچنین کودکان از اهمیت بالایی برخوردار است (۶). عوامل ذکرشده باید به گونه‌ای اعمال شوند که بهبود فرآیند رشد کودکان را به دنبال داشته باشد (۳۸). طرح‌هایی که دولت‌ها برای این هدف باید به منصه ظهور برسانند، باید شامل مبارزه با بیماری‌ها، سوء تغذیه، دسترسی به غذا و آب سالم و همچنین مراقبت از مادران باردار باشد (۳۳). این موارد و محیط بدون استرس برای سلامت کودکان از ضروریات اساسی است، چراکه عدم وجود آن‌ها بر سلامت جسمی، وضعیت ذهنی کودکان و همچنین رشد کودکان در بلندمدت تأثیرات به سزایی دارد که همین امر

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

مانع یادگیری و مشارکت اجتماعی کودکان شده و در نتیجه عدم شکوفایی استعداد کودکان را در پی دارد. از سوی دیگر مسؤولیت اولیه در زمینه سلامت کودکان باید در محیط خانواده باشد و جلوگیری از هرگونه خطر و یا تهدید سلامت کودکان در درجه اول بر عهده والدین یا سرپرست قانونی کودک می‌باشد (۳۹). وظیفه خانواده در جهت حق سلامتی و بهداشتی کودک فقط در زمینه سلامت جسمی وی نیست، بلکه حتی کم‌کاری در زمینه ابراز علاقه، حمایت‌های عاطفی و بی‌توجهی مفرط به کودک از مصادیق نقض این حق کودک است، همچنین غفلت از آموزش و تربیت کودک نیز می‌تواند از مصادیق نقض حق بر سلامت ذهنی وی بوده و مصالح عالیه کودک را تحت تأثیر قرار دهد (۴۰).

همچنین دولت‌های عضو مسؤولیت اعمال حق سلامت و بهداشت کودکان را با تشویق آموزش سلامت و رشد کودک بر عهده دارند، از جمله این آموزش‌ها باید به آموزش‌ها در زمینه خواص شیر مادر، تغذیه، بهداشت و پاکیزگی اشاره نمود (۳۹). همچنین برای ایجاد یک رابطه سالم بین کودک و خانواده و به ویژه میان کودک و مادر، مراقبت‌های پیش و پس از زایمان مادران و نوزادان باید در اولویت باشد (۶). کودکان همچنین خود می‌توانند با شرکت در برنامه‌های آموزش سلامت کودک‌محور و دیگر اقدامات به سلامت شخصی خود و زندگی سالم میان همسالان کمک کنند (۴۱). همچنین با توجه به ماده ۱۷ کنوانسیون و نظریه کمیته حقوق کودک در مورد حقوق نوجوانان، دسترسی ایشان به اطلاعات مناسب از طریق اقداماتی همچون قانونگذاری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های مرتبط به آموزش سلامت بسیار ضروری است (۴۲)، البته باید خاطرنشان ساخت که عرضه آثار غیر سالم برای اطلاع‌رسانی به کودک باید کنترل شود و دسترسی به اطلاعات ـ به عنوان‌مثال عرضه مواد مخدر ـ باید ممنوع باشد یا با محدودیت‌هایی رو به رو شود (۴۳) کنوانسیون در دیگر بندها و مواد خود به شرایط دیگر کودکان پرداخته و جایی که سنت‌های نادرست به سلامت کودک ضربه می‌زند، با استفاده از اصل مصالح عالیه کودک، دولت‌ها را موظف می‌کند که این سنت‌ها را از میان بردارند (۶).

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

تحقق بالاترین سطح ممکن سلامت و دسترسی و توان پرداخت هزینه‌های مراقبت سلامت باکیفیت حق ذاتی همه کودکان است (۶)، اما بیشتر اوقات کودکان دارای معلولیت به دلیل وجود چالش‌هایی از این حقوق به دور می‌مانند. از این‌دست چالش‌ها می‌توان به تبعیض، در دسترس‌نبودن اطلاعات و منابع، امکانات حمل و نقل و... اشاره کرد، طبق ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک، کودک دارای معلولیت باید دارای یک زندگی رضایتمند و باکرامت باشد و دولت موظف است که موجبات خوداتکایی و مشارکت فعال وی را به وجود آورد (۴۴).

کمیته در مورد کودکان مبتلا به ایدز نیز توجه ویژه مبذول کرده است، در این زمینه کمیته اعلام می‌دارد که همه اقدامات لازم باید به کار گرفته شود تا پیشگیری از آلودگی والدین و کودکان خردسال، به ویژه به مداخله در چرخه انتقال میان پدر و مادر و میان مادر کودک صورت پذیرد و در ثانی ارائه تشخیص دقیق، درمان مؤثر و سایر اشکال حمایت از کودکان و خردسالان آلوده باید در دسترس باشد (۴۵). در مورد سوم نیز کمیته تضمین درمان‌های جایگزین برای کودکانی که والدین خود را به دلیل بیماری ایدز از دست داده‌اند را متعهد می‌شود (۴۶).

حق سلامت و بهداشت کودک و شرایط زندگی با سلامتی وی همچنین از عناصر اصلی ارزیابی مصالح کودک نیز به شمار می‌رود، همین امر باعث شده است که در مواردی که بیش از یک درمان برای بیماری وجود داشته باشد یا نتیجه درمانی مشخص نباشد، مزایای همه روش‌های درمانی و خطرات و عوارض آن سنجیده شده و با دیگر عناصر ارزیابی مصالح عالیه کودک به نتیجه‌گیری رسید (۴۷).

حق بر سلامت کودک پناه‌جو در اتحادیه اروپا

در بخش دوم به حق سلامت و بهداشت کودک در اسناد بین‌المللی پرداخته شد و محتوای هنجاری و اصلی حقوق کودک بررسی گردید، حال در این بخش به این مبحث پرداخته می‌شود که آیا ابزارهای مربوطه سیستم مشترک پناه‌جویی اروپا (The

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

Common European Asylum System) با استانداردهای بین‌المللی مطابقت دارد یا خیر؟ در مورد دستگاه حقوقی بهداشت و سلامت کودکان، ابزارهای مربوطه در سیستم مشترک، دستورالعمل شرایط پذیرش (The Reception Conditions Directive) و دستورالعمل تأیید صلاحیت (The Qualification Directive) هستند که هر کدام از این دو مورد در دو مبحث جداگانه بیان خواهد شد.

۱ـ دستورالعمل شرایط پذیرش

ماده ۱۹ از دستورالعمل شرایط پذیرش اولین موردی است که در سیستم مشترک به آن پرداخته خواهد شد، در این ماده تصریح شده است:

ـ کشورهای عضو باید تضمین کنند که متقاضیان مراقبت‌های سلامت ضروری، شامل حداقل، مراقبت‌های اورژانسی و درمان ضروری بیماری را دریافت می‌کنند.

ـ کشورهای عضو باید کمک‌های ضروری پزشکی یا هرگونه کمک دیگر را در اختیار افرادی که نیازهای ویژه دارند، قرار دهند (۴۸).

بنابراین یک سیستم استاندارد مراقبت‌های سلامت در ماده ۱۹ بیان شده، در بخش اول این سیستم، به استانداردهای کلی که شامل تمام افراد می‌شود، پرداخته شده، در حالی که در بند دوم یک استاندارد مخصوص برای افراد با نیازهای ویژه وضع شده است.

با توجه به سیستم استاندارد کلی بند اول، می‌توان مشاهده کرد که این بند درواقع دو استاندارد متفاوت را وضع می‌کند؛ یک استاندارد بالاتر به معنای مراقبت‌های سلامت ضروری که بر دسترسی به دامنه کامل خدمات اولیه مراقبت‌های سلامت و به خدمات ثانویه به معنای مراقبت‌های سلامت در صورت نیاز اشاره دارد و یک استاندارد محدودتر، یعنی مراقبت‌های اورژانسی و درمان ضروری بیماری است.

مضمون پاراگراف دوم را باید این‌گونه در نظر گرفت که متقاضیانی که دارای نیازهای ویژه هستند، از استاندارد محدودتر از پاراگراف اول جدا شوند، چراکه فقط به مراقبت‌های اورژانسی و نمایش ضروری بسنده می‌کند، با این شرایط باید ببینیم افراد دارای نیازهای ویژه چه کسانی هستند. در دستورالعمل شروطی برای افراد دارای

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

نیازهای ویژه است، بیان شده است که تا حدودی این افراد را مورد شناسایی قرار می‌دهد. این قسمت در مواد ۲۳، ۲۴ و ۲۵ در مورد کودکان، در مورد کودکان بدون همراه و در مورد قربانیان شکنجه و خشونت است (۴۸).

دستورالعمل شرایط ویژه سطح تأمین مراقبت‌های سلامت را برمی‌شمارد و در برخی موارد به دولت‌های عضو امکان کاهش (Reduction)، حتی رد کامل (Withdrawal) شرایط پذیرش در شرایط بخصوصی را در اقدامی در جهت مقابله با نقض سیستم پذیرش فراهم می‌کند. بدین منظور در دستورالعمل تصریح شده است که: «هرجا پناه‌جو محل اقامت خود را ترک کند و موفق به گزارش‌دهی در مورد این موضوع نشود و یا موفق به گزارش‌دهی به درخواست‌های اطلاعات نشود یا نتواند برای مصاحبه فردی حضور یابد یا هرجا که پناه‌جو موفق نشود که نشان دهد ادعای پناهندگی را در سریع‌ترین زمان ممکن بعد از ورود به کشور عضو ارائه داده است و یا منابع مالی را مخفی کرده باشد، کشورهای عضو می‌توانند شرایط پذیرش را کاهش و یا حتی لغو کنند» (۴۸).

البته باید به این نکته نیز توجه شود که در دستورالعمل تصریح شده است: «کشورهای عضو نباید از دسترسی افراد پیش‌گفته از یک استاندارد کافی سلامت جلوگیری به عمل آورند» پس بر طبق این ماده، امکان رد کامل حق مراقبت‌های سلامت یا کاهش یا لغو آن فراتر از این سطح حداقل وجود ندارد.

همان‌گونه که در بند اول ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک آمده است، کشورهای طرف کنوانسیون حق کودک را جهت برخورداری از بالاترین استاندارد و تسهیلات لازم برای درمان بیماری‌ها به رسمیت می‌شناسند. در ادامه همین ماده نیز آمده است که کشورها هیچ کودکی را از رسیدن به این حق و دسترسی به بالاترین سطح خدمات بهداشتی محروم نخواهند کرد و با توجه به ماده ۲۰ دستورالعمل شرایط پذیرش و اعلام این‌که می‌توان امکانات پزشکی و سلامتی ـ به غیر از یک سیستم حداقلی مراقبت‌های سلامتی ـ را حذف کرد، این‌گونه به نظر می‌رسد که دستورالعمل شرایط

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

پذیرش نتوانسته است موجبات برآورده‌شدن ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک را فراهم آورد.

علاوه بر این، هرجا دسترسی به مراقبت‌های سلامت به دلیل سوءاستفاده والدین از سیستم پذیرش، با کاهش و یا رد درخواست پناهندگی مواجه شود، با ممنوعیت تبعیض در بند دو از ماده دو کنوانسیون حقوق کودک (۶) در تضاد خواهد بود.

به منظور جمع‌بندی، شرط اصلی در مورد مراقبت‌های سلامت در دستورالعمل شرایط پذیرش، به ماده ۱۹ پاراگراف اول برمی‌خوریم که حاوی دو استاندارد احتمالی در مورد مراقبت‌های سلامت است که پایین‌تر آن با محتوای هنجاری و اصلی حقوق کودک برای سلامت، همان‌گونه که در کنوانسیون حقوق کودک برشمردیم، مطابقت ندارد، البته باید در نظر داشت که در همین ماده تا حدودی این نقیصه با ارجاع کمک‌های پزشکی و بهداشت ضروری برای افراد با نیازهای ویژه برطرف می‌شود، با این‌حال باز هم با حداقل‌های حقوق بین‌الملل فاصله دارد. به نظر می‌رسد در ماده ۱۹دستورالعمل شرایط پذیرش، ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک نیز نادیده گرفته شده است، از آنجا که منع تبعیض برای کودکان به رسمیت شناخته شده است، بنابراین نباید به صرف عدم اطلاع یا دادن اطلاعات نادرست والدین کودکان از حقوق خود مندرج در کنوانسیون حقوق کودک محروم شوند.

ماده ۲۳ از دستورالعمل شرایط پذیرش به یکی دیگر از حقوق کودکان تصریح می‌کند و می‌گوید: «کشورهای عضو باید دسترسی به خدمات احیا برای کودکانی که قربانی هر شکلی از سوءاستفاده، بهره‌برداری، استثماری، شکنجه یا بدرفتاری، یا اعمال غیر انسانی و رفتار تحقیرآمیز بوده‌اند و همچنین کودکانی که در نزاع‌های مسلحانه آسیب‌دیده‌اند، تضمین کنند. دولت تضمین‌کننده همچنین در صورت نیاز خدمات مناسب مراقبت‌های سلامت روانی و مشاوره حرفه‌ای باید ارائه دهد» (۴۸). این ماده در راستای پذیرش ماده ۳۹ کنوانسیون حقوق کودک ابراز شده است و شمول این دستورالعمل به خدمات مناسب مراقبت‌های سلامت روانی و مشاوره حرفه‌ای شاید یکی از تصمیمات قابل‌تحسین در دستورالعمل باشد، البته باید در مورد ماده ۲۳ پاراگراف

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

چهارم این ضعف را بیان کرد که یک مکانیسم برای شناسایی کودکانی که قربانی بدرفتاری‌های ذکر شده بوده‌اند، نیست. با این وجود، این شرط به طور صریح شروط ماده ۳۹ از کنوانسیون حقوق کودک را بازتاب نمی‌دهد، به صورت قابل‌توجهی ارجاع‌ها به «تمامی اقدامات مقتضی» و به «محیطی که سلامت، عزت نفس و کرامت کودک را رواج می‌دهد» حذف شده‌اند. باید توجه داشت که این حذفیات صرفاً یک بحث در مورد نحوه بیان نیست، این حذفیات بسیار حائز اهمیت هستند. رویکرد کلی‌گرای اتخاذشده در ماده ۳۹ از کنوانسیون حقوق کودک در زمینه کودک پناه‌جو که تجربه یک شوک روانی را دارد، ضروری است که در این زمینه به طور دقیق قید شده باشد که مدل پزشکی یا بیماری، احیای یک مدل محدود است: اولاً مدل پزشکی آسیب‌شناسی به آسیب پاسخ می‌دهد و چنین پاسخ‌هایی را به عنوان واکنش‌های عادی به موقعیت‌های پرتنش درک می‌کند؛ ثانیاً این مدل در مورد کمبود تقریباً اجتناب‌ناپذیر منابع مالی برای مراقبت‌های سلامت و در نتیجه کمبود کارشناسان و مشاوران حرفه‌ای سلامت روانی به مشکل برمی‌خورد. مشکل دیگر در ماده ۱۸ دستورالعمل شرایط پذیرش این است که این ماده قادر به تأمین یک مکانیسم شناسایی کودکانی که قربانی بدرفتاری‌های ذکر شده بوده‌اند، نیست، الزامی که به طور ضمنی در ماده ۳۹ کنوانسیون حقوق کودک قید شده است. بنابراین کمیته حقوق کودک در تفسیریه عمومی شماره ۶ خود و تعدادی از اظهارات ارائه‌شده به کشورهای عضو در خصوص کودکان پناه‌جو، به وظیفه شناسایی افرادی با نیازهای ویژه پرداخته است (۴۹). همچنین دولت‌ها بر طبق ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک موظف‌اند که برای تمام کودکان در قلمروی صلاحیت قضایی خود امکانات را فراهم کنند که حقوق مندرج در کنوانسیون حقوق کودک برای ایشان فراهم شود، اما الفاظی همچون «تا حد ممکن» یا «تمامی اقدامات مقتضی» دست دولت‌ها را بازمی‌گذارد تا به صورت دلخواه در برخی اوقات حداکثر استانداردهای سلامت را به رسمیت نشناسند.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

۲ـ دستورالعمل تأیید صلاحیت

با توجه به دستورالعمل تأیید صلاحیت به نظر می‌رسد این سند، چهار راه‌کار برای دسترسی به مراقبت‌های سلامت را در نظر می‌گیرد که در ادامه به این پنج راه‌کار در پاراگراف‌ها و مواد مختلف اشاره خواهد شد.

اولین راه‌کار در ماده ۳۰ پاراگراف اول تصریح شده است که بیان می‌دارد: «افراد بهره‌مند از حمایت بین‌المللی، تحت همان وضعیت‌های واجد شرایط بودن به عنوان شهروند، به مراقبت‌های سلامت کافی باید دسترسی داشته باشند. بنابراین دسترسی مساوی به دامنه کامل خدمات مراقبت‌های سلامت و بهداشت برای شهروندان تضمین شده است» (۵۰).

پاراگراف دوم ماده ۳۰ در خصوص افراد بهره‌مند از حمایت تکمیلی یک استثنا قائل شده است که حق آن‌ها برای مراقبت‌های سلامت ممکن است با توجه به شرایط محدود شود، اما با این وجود این خدمات بهداشتی و سلامتی باید در یک سطح برابر و تحت همان وضعیت‌های واجد شرایط بودن به عنوان شهروندان فراهم گردد. این‌که آیا ارائه توجیه‌های اقتصادی و وضعیت حمایت می‌تواند باعث کاهش تضمین حمایت کودکان پناه‌جو در زمینه حق سلامتی ایشان شود، کمیته حقوق کودک عنوان کرده است که منابع اقتصادی نه‌تنها نباید تضمین حمایت از کودکان را کاهش دهد، بلکه باید در جهت برآورده‌کردن حقوق کودکان آسیب‌پذیر، مانند کودکان جداشده و بدون همراه بسیج شوند (۵۱).

در قسمت دوم همین پاراگراف نیز به مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی کافی پرداخته است و تصریح می‌کند که مراقبت‌های سلامت کافی باید تحت همان وضعیت‌های واجد شرایط بودن به عنوان شهروندان در اختیار افراد بهره‌مند از حمایت بین‌المللی که دارای نیازهای ویژه هستند، قرار گیرد. در فهرست توضیحی که افراد نیازمند نیازهای ویژه را نام می‌برد به «کودکانی که قربانی هر شکلی از سوءاستفاده بوده‌اند» نیز اشاره شده است. فهرستی که در این ماده ارائه شده است، بدون حصر

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

شمول، شامل زنان باردار، افراد دارای معلولیت، افرادی که به هر نحوی زیر شکنجه، تجاوز یا دیگر اشکال خشونت‌های جسمی و جنسی بوده‌اند.

سومین راه‌کار، در خصوص اعضای خانواده، افراد بهره‌مند از حمایت بین‌المللی، قانون کلی وضع شده تحت اصل همبستگی خانوادگی در ماده ۲۳ است که کلیه اعضای خانواده را مستحق دریافت مزایای مذکور در ماده ۲۴ تا ۳۵ می‌داند، از این ماده می‌توان نتیجه گرفت که این مزایای مذکور شامل ماده ۳۰ نیز خواهند شد که به حق مراقبت‌های سلامت پرداخته است. با این وجود، یک بار دیگر، یک استثنا در خصوص اعضای خانواده افراد بهره‌مند از حمایت تکمیلی در نظر گرفته شده است که ماده ۲۳ پاراگراف دوم به آن اشاره کرده است و آن این است که: «کشورهای عضو می‌توانند شرایط قابل‌اعمال برای چنین مزایایی را (به عنوان مثال مراقبت‌های سلامت) خود تعریف کنند.» این موضوع می‌تواند زمینه‌ساز نقض تعهدات بین‌المللی هر عضو اتحادیه اروپایی بشود.

سرانجام ماده بیستم که قواعد کلی در خصوص حقوق پناه‌جویان و افراد بهره‌مند از حمایت تکمیلی را وضع می‌کنند، بیان می‌دارد که هرجا یک پناه‌جو یا فرد بهره‌مند از حمایت تکمیلی این وضعیت را بر مبنای فعالیت‌هایی که صرفاً به منظور ایجاد شرایط لازم برای پذیرفته‌شدن انجام می‌شوند به دست آورد، کشورهای عضو می‌توانند چنین حقوقی را کاهش دهند، البته این محدودیت‌های تعیین‌شده باید با تعهدات کشورهای عضو بر مبنای کنوانسیون ژنو و تعهدات بین‌المللی کشورهای عضو باشد، از جمله مصادیق افراد بهره‌مند از حمایت تکمیلی در پاراگراف سوم این ماده می‌توان به کودکان و کودکان بدون همراه اشاره کرد.

در مجموع، تحت دستورالعمل تأیید صلاحیت، پناه‌جویان و اعضای خانواده‌های آن‌ها مستحق دامنه کامل خدمات عمومی مراقبت‌های سلامت موجود برای شهروندان هستند، افراد بهره‌مند از حمایت تکمیلی مستحق، حداقل مزایای اصلی هستند، اگرچه در شرایطی ممکن است به دسترسی اعضای خانواده آن‌ها به خدمات مراقبت‌های سلامت استثنائاتی اعمال شود. همچنین افراد با نیازهای ویژه که ممکن است، شامل

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

کودکان یا کودکان بدون همراه باشند، مستحق مراقبت‌های سلامت کافی هستند؛ ممکن است حق مراقبت‌های سلامت افرادی که به سوءنیت وضعیت پناهندگی را به دست آورده‌اند، در چارچوب تعیین‌شده توسط قوانین بین‌المللی پناهندگی و حقوق بشر کاهش یابند. با توجه به این موردی که گفته شد، این پرسش پیش می‌آید که آیا ماده دوم از کنوانسیون حقوق کودک نقض گردیده است یا خیر؟

از دیدگاه حق بر سلامت کودک، سه مشکل اساسی در این راه‌کارهای دسترسی به مراقبت‌های سلامت وجود دارد: اولاً واژه‌هایی همانند «مزایای اصلی (Core Benefits)»، «وضعیت‌ها (Conditions)»، «کاهش حقوق (Reduced)» با واژه‌های مورداستفاده در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک مطابقت ندارند؛ ثانیاً این‌که بتوان در شرایطی دسترسی کودکان پناه‌جو به حق سلامت را از آنان سلب کرد، برخلاف ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک در زمینه تبعیض است (۴۹)؛ ثالثاً در خصوص کودکان قربانی بدرفتاری برای بهبودی و الحاق مجدد به جامعه مدنی طبق ماده ۳۰ که مشخصاً برگرفته از ماده ۳۹ کنوانسیون حقوق کودک است، کشورهای عضو را فقط به ارائه مراقبت‌های کافی سلامت ملزم می‌کند.

نتیجه‌گیری

حق سلامت و بهداشت کودکان پناه‌جو که می‌توان آن را شالوده‌ای برای حق حیات کودکان پناه‌جو دانست، در قواعد سیستم مشترک پناه‌جویی اتحادیه اروپا به تفصیل بیان شده است، در جای‌جای دستورالعمل‌های ذکرشده در سیستم مشترک، با این‌که می‌توان موفقیت‌های بسیاری را شاهد بود، با این‌حال، در برخی از مواد عدم پذیرش حتی حداقل‌های قواعد بین‌المللی برای کودکان هستیم، چراکه در کنوانسیون حقوق کودک، دسترسی به بالاترین مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی را حق هر کودکی می‌دانست، در حالی که این مهم دستورالعمل شرایط پذیرش حداقل‌های مراقبت‌های پزشکی و اورژانسی را مقرر می‌دارد. وضعیت زمانی ناگوارتر می‌شود که بدانیم، اگر

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

درخواست پناهندگی فرد پناه‌جو، به زعم دولت پناهنده‌پذیر غیر واقعی بوده است، بسیاری از امکانات پزشکی، بهداشتی، سلامتی و اورژانسی از ایشان دریغ خواهد شد.

عدم دستیابی به حداکثر امکانات پزشکی و سلامتی، برای کودکان پناه‌جو، به علت آنکه والدین ایشان اطلاعات نادرستی به دولت پناهنده‌پذیر ارائه کرده‌اند، نه‌تنها حق سلامت و بهداشت ایشان را زیر پا می‌گذارد، بلکه باعث نقض حق عدم تبعیض بین کودکان، مصرح در ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک نیز می‌شود.

البته باید در نظر داشت که دستورالعمل تأیید صلاحیت نیز به موضوع سلامت و بهداشت کودکان پناه‌جو پرداخته است، اما همانند «حق بر همبستگی»، دسترسی به شرایط مناسب پزشکی و سلامتی را منوط به «شرایط موجود» کشور پناه‌پذیر می‌داند و همان‌گونه که گذشت، این قید در بسیاری از موارد می‌تواند باعث عدم دسترسی کودکان پناه‌جو به بالاترین سطح دسترسی به امکانات پزشکی و سلامتی شود.

در آخر به عنوان نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد، حق بر سلامت کودکان پناه‌جو در اتحادیه اروپا، حداقل برخی از راه‌کارهای ارائه‌شده در دستورالعمل تأیید صلاحیت از حداقل تعهدات اساسی در حق کودک برای سلامت و حق ممنوعیت تبعیض تخطی می‌کنند. این دستورالعمل همچنین در تضمین حق کودک قربانی اشکال مختلف بدرفتاری برای بهبود و الحاق مجدد به جامعه مدنی بر مبنای ماده ۳۰ کنوانسیون حقوق کودک موفقیت چندانی کسب نکرده است.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

References

1. Van Bueren G. The International Law on the Rights of the Child. Hague: Kluwer Law International; 1998. p.1.

2. Liefaard T, Sloth-Nielsen J. The United Nations Convention on the Rights of the Child: Taking Stock after 25 Years and Looking Ahead. Leiden-Boston: Brill Nijhoff; 2017. p.2.

3. G.Pernin C, Nichiporuk B, Stahl D, Beck J, Rasaelli-Sanchez R. Unfolding the Future of the Long War, Motivations, prospects, and Implications for the U.S. Army. Santa Monica: RAND Publisher; 2008. p.176.

4. European Commission. Common European Asylum System [Internet]. Available at: http://www.ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/asylum_ en. Accessed December 9, 2018.

5. Waller T, Handley G, Doyle C, Hickman C, Jones K, Lumsden E, et al. An Introduction to Early Childhood, a Multidisciplinary Approach. London: Sage Publishers; 2005. p.2.

6. Convention on the Rights of the Child, Adopted and Opened for Signature, Ratification and accession by General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1998, Articles 1, 2(1), 2(2), 6(1), 6(2), 23, 24.

7. Todres J, E.Wojcik M, R.Revaz C. The U.N. Convention on the rights of the child, An Analysis of Treaty Provisions and Implications of U.S. Ratification. New York: Transnational Publishers; 2006. p.165.

8. Labbaf F. Children's Rights from the Point of view of the Quran and Sunnah. Tehran: Zohd Publications; 2006. p.27-28. [Persian]

9. Ghomashi S. Intentional Abortion from the Perspective of Sunni Jurisprudence. Journal of Reproduction and Infertility 2005; 6(24): 375-389. [Persian]

10. Doe Et al Vs Bolton, Attorney General of Georgia, Et al (1973) No70-40, Available at: https://www.scholar.google.com/scholar_case?case=11713857759343795310&q=Doe+Vs+Bolton&hl=en&as_sdt=2003. Accessed December 1, 2017.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

11. Peivandi GH. The Rights of the Child. Tehran: Publishing Organization of Institute for Islamic Cultural and Thought; 2011. p.44-47. [Persian]

12. Abbasi Sarmadi M, Zangi Ahromi A. Reviewing of a Child's Age and its Legal Status from the Perspective of International Documents. Family Law and Jurisprudence 2012; 20(63): 23-42. [Persian]

13. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Convention on the Rights of child. 1989. Available at: http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx. Accessed Sep 21, 2016. [Arabic]

14. Law J. A Dictionary of Law. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. p.102.

15. Shukla CK, Ali S. Child Labor and the Law. New Delhi: Sarup & Sons; 2006. p.19-26.

16. Angel WD. The international Law of youth rights: Source documents and commentary. Translated by Taj Mazinani AA, Satvati J. Tehran: Third Generation Publications; 2001. p.22-28. [Persian]

17. Barbara M. The politics of migration. London and New York: Routledge Publications; 2006. p.198.

18. Great Britain: Parliament: Joint Committee on Human Rights. The Treatment of Asylum Seekers, Tenth Report of Session 2006-07. London: Published by The Stationery Office; 2007. Vol.2 p.146.

19. J.Whittaker D. Asylum seekers and refugees in the contemporary world. New York: Routledge Publications; 2006. p.6.

20. d'Orsi C. Asylum-Seeker and Refugee Protection in Sub-Saharan Africa: The Peregrination of a Persecuted Human Being in Search of a Safe Haven. New York: Routledge Publications; 2016. p.5.

21. Ebrahimi SN. Private International Law. Tehran: Samt Publications; 2004. p.178. [Persian]

22. Kazerooni SM. Asylum in International Law. Tehran: Negahe Bayeneh Publications; 2015. p.27. [Persian]

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

23. Parvizi J. Migration and Asylum Policy of the European Union and the Human Rights Question. Tehran: Center for International Research and Education of the Ministry of Foreign Affairs; 2015. p.41. [Persian]

24. Alekajbaf H. Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills. Iran J Med Law 2013; 7(24): 139-170.

25. Doebbler CFJ. The Principle of Non-Discrimination in International Law. Washington DC: CD Publications; 2007. p.71-276.

26. Human Rights Committee. General comments No.17. on Article 24 (Rights of the Child). 1994. para.5.

27. Bruce A. Article 2 the Right of Non-Discrimination (A Commentary on the United Nation Convention on the Rights of the Child). Leiden-Boston: Martinus Nijhoff Publications; 2008. p.127-130.

28. General Guidelines Regarding the Form and Contents of Periodic Reports to be Submitted by States Parties Under Article 44, 13th session. 1996. paras.41-42.

29. Zamani SG. Simulation of treatment and premiums in international human rights law. Tehran: Law and Politic Research 2006; 8(19): 25-40. [Persian]

30. Sieid Fatemi SMG. Right to Life. Legal Research Quarterly 2000; 31: 149-166. [Persian]

31. Yorke J. The Right to Life and the Value of Life: Orientations in Law, Politics and Ethics. Farnham: Ashgate Publishing; 2016. p.154.

32. Nowak M. Article 6, the Right to Life, Survival and Development. Boston: Martinus Nijhoff Publications; 2005. p.18.

33. Hashemi SM, Hemmati M. Social and Economic Rights (Welfare Rights) Children, Analyzing theoretical foundations and international standards. Legal Research Quarterly 2011; 6: 253-280.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

34. Child Rights Committee. General Comment No.5. on General Measures of Implementation of the Convention on the Rights of the Child. 2003. Para.12.

35. Child Rights Committee. General Comment No.7. on Implementing Child Rights in Early Childhood. 2006. para.10.

36. Kokabi Saghi F. Justiciability of the Right to Health in International Legal System. Iran J Med Law 2016; 10(37): 7-33. [Persian]

37. Abbasi M, Rezaee R, Dehghani G. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. Iran J Med Law 2014; 8(30): 183-199.

38. United Nations General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 1966. Article.12, para.2 (a).

39. Wench BE, Asbjørn E. A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child, Article 2: The Right to Health. Leiden: Martinus Nijhoff Publications; 2006. p.43-46.

40. Report of the Independent Expert for the United Nations Study on Violence against Children (A/61/299). 2006.

41. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Organization. 2003.

42. Child Rights Committee. General Comments No.4. on adolescent Health and Development in the context of the Convention on the rights of the Child. 2003. paras.10, 25.

43. Westra L. Child Law, Children's Rights and Collective Obligations. London: Springer International Publications; 2014. p.31.

44. Buck T. International Child Law. 3rd ed. New York: Routledge Publications; 2014. p.185.

45. Hodgkin R, Newell P. Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child. Geneva: UNICEF; 2007. p.362.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]

46. Child Rights Committee. General Comments No.3 on HIV/AIDS and the rights of the Child. 2003. paras.28-32.

47. Child Rights Committee. General Comment No.15 on the right of child to the enjoyment of the highest attainable standard of health. 2013. para.31.

48. European Parliament and of the Council. Directive 2013/33/EU. June 26, 2013. Articles.19, 20(1), 20(2), 23(1), 23(4), 24, 25.

49. Smyth CM. The common European asylum system and the rights of the child: an exploration of meaning and compliance. PhD Dissertation. Leiden University; 2013. p.231-234.

50. European Parliament and of the Council .Directive 2011/95/EU. December 13, 2011. Articles 20, 23(2), 30(1), 30(2).

51. Child Rights Committee. General Comment No.6.on Treatment of Unaccompanied and Separated Outside of Origin. 2005. para.16.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-17]