

تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری کودکان (با تأکید بر بحران غزه و پاندمی کووید ۱۹)

رؤیا زارع نعمتی*
سید قاسم زمانی**

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۴

چکیده

بیماری‌های مسری چه در زمان صلح و چه به هنگام جنگ، از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده زندگی انسان‌ها از گذشته تاکنون بوده است. حقوق بین‌الملل به منظور حمایت و تضمین هرچه بیشتر حق حیات و حق سلامت افراد، تعهدات گوناگونی را برای دولت‌ها در زمینه مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری پیش‌بینی کرده است. در این میان، کودکان به واسطه نداشتن درک کافی از مخاطرات پیرامون خود در زمان بروز بحران ناشی از اپیدمی بیماری‌های مسری نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیری جسمی و روانی بیشتری دارند. این تحقیق با بررسی مسائل و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری در گروه جمعیتی کودکان، به چالش‌های فراروی آنها در این زمینه پرداخته است. یافته‌های مقاله حاضر نشان می‌دهد برخی دولت‌ها در اعمال بارهای از تعهدات بین‌المللی غفلت کرده و عملکرد آنها در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری کودکان چندان مطلوب و تأثیرگذار نبوده است و به تمهیدات و سیاست‌گذاری‌های نوین دیگری نیاز دارد که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

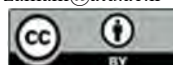
کلیدواژگان:

مدیریت بحران، تعهدات بین‌المللی، بیماری‌های مسری، کودکان، غزه و کووید ۱۹.

* دانشجوی دکتری، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، پردیس دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
roya.attorney@gmail.com

** استاد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

zamani@atu.ac.ir



Copyright: ©2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقدمه

بحران‌های طبیعی و غیرطبیعی، واقعیتی اجتناب‌ناپذیر در زندگی اجتماعی است. بحران‌ها در ذات خود بستر شکل‌گیری تهدیدها و فرصت‌هایی‌اند که می‌توانند بر حسب نوع، شدت و گستره محیطی بحران، دولت‌ها و افراد تحت صلاحیت آن را در شرایط دشوار و پر مخاطره‌ای قرار دهند. جنگ‌ها، حوادث طبیعی و بیماری‌های مسری به‌عنوان مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده زندگی انسان‌ها، همواره تلفات جانی، هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی جبران‌ناپذیری را برای بشریت به بار آورده‌اند. از این‌رو آمادگی و امنیت در برابر این‌گونه حوادث، امری حیاتی و بسیار بااهمیت تلقی می‌شود. این موضوع در جهان کنونی به قدری ضروری است که کشورهای توسعه‌یافته بخش مهمی از برنامه‌ریزی‌های جامع و ملی خود را به آن اختصاص داده‌اند؛ زیرا مسئله دفاع از امنیت شهروندان و توجه به حفظ جان و سلامت انسان‌ها در برابر حوادث، از جنبه‌های مختلف (بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و...) دارای اهمیت ویژه است.

امروزه، حفظ امنیت ملی فقط منحصر به حفاظت یک کشور در برابر تهاجم مسلحانه سایر کشورها یا بازیگران غیرحکومتی نیست، بلکه پدیده‌های نوظهور مانند بیماری‌های مسری نیز جنبه فرامرزی و جهانی یافته و امنیت ملی و بین‌المللی را با چالش و تهدید مواجه کرده‌اند. شیوع بیماری‌های واگیردار مختص زمان خاصی نیست و از گذشته تاکنون بیماری‌های مسری مانند طاعون، سل، آنفلوآنزا، کووید ۱۹، ابولا و ... سبب تلفات انسانی گسترده‌ای در کشورهای مختلف شده‌اند. اما آسیب‌پذیری کودکان در برابر بیماری‌های مسری نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی به‌ویژه کودکان مهاجر، کودکان آواره و حتی کودکانی که در بحبوحه منازعات مسلحانه زندگی می‌کنند، بیشتر است. کمبود دسترسی به خدمات سلامتی، پوشش ناکافی واکسیناسیون، خطر سوءتغذیه و گرسنگی، افزایش مشکلات روانی به علت تماس با تروما و... از چالش‌هایی است که کودکان در زمان جنگ و حتی حوادث طبیعی با آن مواجه‌اند. برای نمونه در جنگ سوریه تخریب زیرساخت‌ها و افزایش شیوع ناقلان، کمبود سیستم مراقبت و پوشش واکسیناسیون ناکافی منجر به افزایش بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، بازپیدی فلج اطفال، طغیان سرخک و سایر بیماری‌های عفونی آندمیک شد. از طرفی شیوع گسترده کووید ۱۹ سبب شد حمایت و امدادرسانی به کودکان در مناطق جنگی مانند یمن با مشکلات زیادی مواجه شوند. همچنین

وضعیت بحرانی کودکان در غزه سبب نقض فاحش حقوق بنیادین کودکان از جمله حق حیات و حق بر سلامت آنان شده است. به گفته کاترین راسل، رئیس صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، نوار غزه بار دیگر به خطرناک‌ترین مکان در جهان برای کودکان تبدیل شده است. وقوع جنگ میان غزه و اسرائیل خسارات بسیاری به مراکز بهداشتی و زیرساخت‌های حوزه سلامت و درمان غزه وارد کرده و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای نوزادان و کودکان به دلیل قطعی آب، برق و کمبود مواد غذایی با اختلال جدی مواجه شده و این وضعیت اضطراری منجر به شیوع هرچه بیشتر بیماری‌های مسری میان کودکان و حتی مرگ بیش از سه‌هزار کودک در غزه شده است.^۱

اما آنچه در وضعیت‌های بحرانی اهمیت فراوانی دارد و در افزایش یا کاهش میزان خسارات و تلفات انسانی مؤثر است، وجود یا عدم وجود سیستم مدیریت بحران کارا است که با توجه به ویژگی‌های خاص بیماری‌های مسری تدابیر ویژه‌ای را ایجاب می‌کند. کودکان در زمره گروه‌هایی‌اند که نیازمند امکانات، برنامه‌ها و تسهیلات خاصی هستند؛ زیرا سیستم ایمنی بدن کودکان نسبت به سایر اقشار جمعیتی ضعیف‌تر است و زودتر دچار بیماری می‌شوند. همچنین کودکان به‌علت ناتوانی در رعایت اصول بهداشتی، بیشتر مستعد ابتلا به عفونت هستند. بررسی‌های صورت‌گرفته در این تحقیق نشان می‌دهد عملکرد دولت‌ها [به‌خصوص دولت‌های دارای اقتصاد ضعیف یا کشورهای درگیر مخاصمات مسلحانه] در مواجهه با بحران ناشی از بیماری‌های مسری چندان مطلوب و مؤثر نیست و به نیازهای کودکان [به‌ویژه کودکان بیمار] در زمان بروز چنین بحران‌هایی توجه کافی نشده است و نیازمند ارائه راهکار و تدبیر مناسب و شایسته‌تری هستند.

این تحقیق با رویکرد توصیفی تحلیلی در صدد است تا در اثنای بحث و بررسی پیرامون بیماری‌های مسری، به تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری کودکان بپردازد. در این چارچوب تلاش شده است به این پرسش پاسخ داده شود که مطابق حقوق بین‌الملل دولت‌ها چه تعهداتی در قبال مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری

1. Antonio Guterres: "Gaza is becoming a graveyard for children", 07 November 2023, For more Information See: <https://turkiye.un.org/en/251952-guterres-%E2%80%9Cgaza-becoming-graveyard-children%E2%80%9D/>

کودکان دارند و در صورت عدم کفایت مقررات، جامعه بین‌المللی به چه تمهیدات و راهبردهای کارآمد و اثر بخشی نیازمند است؟

برای حصول به نتیجه در قسمت نخست به بحران بهداشت عمومی در غزه و شیوع بیماری‌های مسری در کودکان و در قسمت دوم به مفهوم مدیریت بحران و مراحل آن پرداخته شده است. در قسمت سوم با ابتدا به اسناد بین‌المللی، تعهدات دولت‌ها در بحران‌های ناشی از بیماری‌های مسری کودکان مورد بررسی قرار می‌گیرد و در قسمت چهارم نیز چالش‌های فراروی کودکان در حوزه مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری مورد واکاوی قرار خواهد گرفت.

۱. بحران بهداشت عمومی در غزه و شیوع بیماری‌های مسری در کودکان

پس از آغاز حمله نظامی اسرائیل به نوار غزه، نزدیک به ۴۰ هزار نفر از مردم غزه کشته شده‌اند که بیشتر آنها زن و کودک هستند. تحمیل آگاهانه سوءتغذیه طولانی مدت و کم‌آبی به مردم این منطقه فاجعه‌ای بهداشتی را رقم زده است؛ آن‌گونه که آژانس امداد و کار سازمان ملل متحد برای آوارگان فلسطینی (آنروا) خبر داده اولین مورد فلج اطفال^۱ در غزه پس از ۲۵ سال ثبت شد.^۲ «سازمان بهداشت جهانی تأیید کرده است که یک نوزاد ۱۰ ماهه در غزه پس از ابتلا به ویروس فلج اطفال، فلج شده است.»

وزارت بهداشت فلسطین با اعلام خبر همه‌گیری فلج اطفال در سراسر این منطقه، حمله نظامی را عامل انتشار این ویروس مرگبار دانسته است. وزارتخانه یادشده همچنین از این رویداد به‌عنوان پسرقت در برنامه جهانی ریشه‌کنی فلج اطفال یاد کرده و خواستار مداخله جامعه بین‌المللی برای پایان دادن به جنگ در غزه و یافتن راه‌حل‌های اساسی برای کمبود آب آشامیدنی و بهداشت شخصی و شبکه‌های فاضلاب آسیب‌دیده و حذف هزاران تن زباله شد.^۳

۱. فلج اطفال بیماری ویروسی و مسری است که اغلب بر عصب نخاع تأثیر می‌گذارد. ویروس فلج اطفال می‌تواند از راه دهان وارد بدن و در حلق و روده تکثیر شود و با حمله به سلول‌های عصبی نخاع، پیامدهای مختلفی مانند فلج شدن، مشکلات تنفسی و در برخی موارد حاد نیز مرگ را به همراه داشته باشد.

2. Children in Gaza need life-saving support, 4 October 2024, See:

<https://www.unicef.org/emergencies/children-gaza-need-lifesaving-support/> Children in Gaza are now at risk of polio as well as bombs – we need a ceasefire now, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus WHO Director-General World Health Organization, 1 August 2024, See: <https://www.who.int/news-room/comm>

3. Gaza: First polio case confirmed in war-shattered enclave, 23 August 2024, See: <https://news.un.org/en/story/2024/08/1153486/>

از سوی دیگر، بنا به اعلام سازمان ملل با بدتر شدن شرایط بهداشتی در غزه، علاوه بر شناسایی ویروس فلج اطفال، موارد ابتلا به هپاتیت A، اسهال خونی، بیماری‌های تنفسی و گاستروانتریت نیز افزایش یافته است. سازمان ملل مدت‌هاست خواستار برقراری آتش‌بس فوری یا دست‌کم توقف جنگ برای اجرای دو کارزار واکسیناسیون جمعی برای بیش از ۶۴۰ هزار کودک شده است که تاکنون محقق نشده است.^۱ درحالی‌که ترومای ناشی از جنگ، سلامت کودکان فلسطینی را با تهدیدی جدی مواجه کرده است. هم‌اکنون شرایط کودکان فلسطینی روایتی تلخ و تکان‌دهنده است که می‌بایست تدبیری جدی از طرف دولت‌های طرف مخاصمه و جامعه جهانی علی‌الخصوص سازمان ملل متحد صورت گیرد. زیرا هر کودک در جهان شایسته حفاظت و پرورش است. لذا با توجه به افزایش وقوع بحران‌های انسانی در جهان، مانند سونامی بحران انسانی در غزه، لازم است بیماری‌های مسری کودکان مورد بررسی و توجه جدی‌تری قرار گیرد.

۲. مدیریت بحران و مراحل آن

بحران^۲ پیشامدی است که به‌صورت ناگهانی و گاهی فزاینده رخ می‌دهد و به وضعیتی خطرناک و ناپایدار برای فرد، گروه یا جامعه می‌انجامد و روند عادی و طبیعی زندگی انسان را با اختلال مواجه می‌کند. مدیریت بحران نیز فرایند برنامه‌ریزی، عملکرد و اقدامات اجرایی است که توسط دستگاه‌های دولتی، غیردولتی و عمومی پیرامون شناخت و کاهش سطح مخاطرات (مدیریت خطرپذیری)، مدیریت عملیات مقابله و بازسازی و بازتوانی منطقه آسیب‌دیده (مدیریت بحران) صورت می‌پذیرد.^۳ مراحل مدیریت بحران از سه مرحله اصلی پیش از وقوع، به هنگام وقوع و پس از وقوع بحران تشکیل می‌شود که برای هریک از این مراحل، دولت‌ها متعهد به حمایت و تضمین سلامت و حیات انسان‌ها هستند. متناسب با مراحل سه‌گانه مذکور، چرخه‌ای برای فعالیت‌های مدیریت بحران در نظر گرفته شده است. در این چرخه، فعالیت‌های پیشگیری و

1. <https://www.mizanonline.ir/fa/news/4788776/>

2. Crisis

3. Seeger, Matthew, Ulmer, R. Ulmer, "Virtuous responses to organizational crisis: Aaron Feuerstein and Milt Cole", *Journal of Business Ethics*, 31(4), (2001), 369-376. Also see: Wenham, Clare (26 May 2017). "What we have learnt about the World Health Organization from the Ebola outbreak". *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 372 (1721): 20160307/

آمادگی مربوط به زمان قبل از وقوع بحران، مقابلهٔ مربوط به هنگام وقوع و بازسازی مربوط به پس از وقوع بحران است.^۱

بالاترین هدف از استقرار مدیریت بحران در کشورها، کاهش یا حذف خسارات ناشی از بحران است. از آنجایی که نمی‌توان احتمال وقوع بحران‌ها را از بین برد، باید به دنبال راهکارهایی برای پیشگیری و مقابله با آنها بود.^۲ در این میان نقش دولت‌ها در حوزهٔ بهداشت و سلامت عمومی نقش غیرقابل‌انکار و حیاتی دارد. در زمینهٔ تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری کودکان اسناد بین‌المللی گوناگونی به تصویب رسیده است. اما آنچه که در سنجش کارآمدی و اثرگذاری دولت‌ها در زمان بروز بیماری‌های واگیردار اهمیت دارد، نحوهٔ مدیریت بحران ناشی از این گونه وضعیت‌های اضطراری توسط آنهاست. از این رو مدیریت بحران ناشی از این بیماری‌ها به نوعی یکی از عوامل ارزیابی کیفیت حکمرانی دولت‌ها محسوب می‌شود و در صورت غفلت و ناکارآمدی عملکرد دولت‌ها در این زمینه، آثار مخربی برای امنیت ملی کشورها و حتی صلح و امنیت بین‌المللی در پی خواهد داشت.

بی‌تردید تمام انسان‌ها در معرض ابتلا به بیماری‌های مسری قرار دارند؛ اما برخی افراد مانند کودکان در برابر بیماری‌های واگیردار مانند سندرم تنفسی کووید ۱۹ آسیب‌پذیرترند و نیازمند حمایت و مساعدت بیشتری هستند.^۳ کودکان به فراخور نیازهای ویژه‌شان در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و بهداشت در گروه‌های خاص و آسیب‌پذیرتر قرار دارند.^۴ امروزه علل اصلی مرگ‌ومیر در میان کودکان اغلب شامل عفونت‌های تنفسی، ایدز، سرخک، مالاریا، سوءتغذیه و مفاصمات مسلحانه هستند. بسیاری از مرگ‌ومیرهای کودکان از طریق واکسیناسیون، مراقبت‌های خانگی کافی، دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی... قابل‌پیشگیری و مدیریت هستند.

۱. خانکه، حمیدرضا سید تیمور و حسینی، «انتخاب مدل برتر مدیریت بحران ناشی از حوادث طبیعی در کشورهای هدف بر اساس مدل تصمیم‌گیری چند معیاره AHP»، فصلنامه مطالعات دفاعی/استراتژیک سال پانزدهم، زمستان ۱۳۹۶، شماره ۷، ص ۳۰۵.

۲. عزیزی، سعید، محمدمهدی رشیدی و اکبر نیلی‌پور طباطبائی، بررسی رابطه بین توسعه سرمایه انسانی و مدیریت بحران، مجله مدیریت سرمایه اجتماعی، دوره ۶ بهار ۱۳۹۸، شماره ۱، ص ۱۳۴.

3. Ontario Human Rights Commission(OHRC),(2020), "Policy on Governments Human rights During the Covid-19 Pandemic", (November 2021), Available at: https://www.ohrc.on.ca/en/news_centre/ohrc-policy-statement-human-rights-covid-19-recovery-planning/

۴. فیروزپور، کوثر، «دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان»، مجله پژوهش‌های حقوقی، تابستان ۱۴۰۰، شماره ۴۶، ص ۳۳۰.

باین‌حال، برای بسیاری از کودکان به‌علت سوءمدیریت امکانات بهداشتی و درمانی از دسترس خارج است. شرایط زندگی نامناسب، کاهش دسترسی به آب و غذای سالم از دیگر عواملی‌اند که بر وضعیت بهداشتی کودکان و شیوع بیماری‌های عفونی در زمان جنگ تأثیر می‌گذارد. در قسمت سوم تحقیق حاضر، تعهدات دولت‌ها در بحران‌های ناشی از بیماری‌های مسری با ابتنا به مقررات بین‌المللی در چند مبحث مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

۳. مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در قبال سلامت کودکان

مطابق حقوق بین‌الملل، دولت‌ها در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری کودکان، تعهدات متعددی دارند که عبارت‌اند از:

۳.۱. تعهد به کاهش خطرپذیری و پیشگیری از بیماری‌های مسری

پیشگیری مهم‌ترین مرحله در مدیریت بحران محسوب می‌شود. با انجام دادن اقدامات پیشگیرانه علاوه بر کاهش خسارات و تلفات، سرمایه‌گذاری در بخش‌های واکنش اضطراری و بازسازی نیز به میزان قابل‌ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.^۱ تعهد به پیشگیری در حقوق بین‌الملل به معنای به کارگیری همهٔ مساعی لازم در قالب «مراقبت مقتضی» است.^۲ اقداماتی که به‌منظور کاهش اثرها یا از بین بردن خطر حوادث انجام می‌شوند، در مرحلهٔ پیشگیری قرار می‌گیرند. کاهش خطرپذیری به معنای استفادهٔ درست و مناسب از تمامی داده‌ها و اطلاعات است. درحقیقت کاهش خطرپذیری تلاش نظام‌مند برای تحلیل و مدیریت پیامدهای پیش‌بینی‌نشدهٔ وقایع، از جمله کمتر قرار گرفتن در برابر آسیب‌ها، کاهش آسیب‌پذیری مردم، مدیریت هوشمندانهٔ محیط زیست و آمادگی بهتر برای مقابله با حوادث ناگوار است.^۳

۱. امینی حسینی، کامبد، ارائه راهکارهای اجرایی برای اصلاح و بهبود نظام مدیریت بحران کشور مبتنی بر تجارب جهانی، پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله، زمستان ۱۳۸۸، ص ۳۶. برای اطلاعات بیشتر رک:

https://persiansign.ir/my_documents/my_files/Full-Task%206-%20final%20version-Farsi.pdf/

۲. حدادی، مهدی و بهرام مرادیان، «مفهوم مراقبت بایسته در حقوق بین‌الملل و مقررات گروه ویژه اقدام مالی»، مجله حقوقی بین‌المللی، پاییز و زمستان ۱۳۹۸، شماره ۶۱، صص ۱۸۷ - ۱۸۲.

۳. پروژه اسفیر: منشور بشر دوستانه و حداقل استانداردها در پاسخگویی بشر دوستانه، ترجمه عزیز سمیعی، چاپ اول، تهران: چالش، ۱۳۹۳، ص ۱۵.

براساس بند ۱۹ سند سندای^۱، مسئولیت اولیه پیشگیری و کاهش خطرپذیری سوانح به عهده دولت‌هاست.^۲ در چارچوب سندای، ضرورت دارد دولت‌ها یک رویکرد پیشگیرانه مردم‌محور در زمینه کاهش خطرپذیری سوانح داشته باشند.^۳ به موجب جزء هـ از بند ۳۱ این سند، گسترش همکاری میان مقامات بخش سلامت و سایر ذی‌نفعان مرتبط به‌عنوان یک ابزار اجرایی، منجر به تقویت ظرفیت کشور برای مدیریت خطرپذیری سوانح در بخش سلامت و اجرای مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ خواهد شد.^۴

از سوی دیگر، براساس بند دوم از ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، یکی از اقداماتی که دولت‌ها باید در تحقق کامل حق بر سلامت اتخاذ کنند، «پیشگیری» از بیماری است. از طرفی دولت‌ها تکلیف دارند از گروه‌های خاصی که در معرض خطر شدید بیماری مسری و مرگ قرار دارند حمایت ویژه کنند.^۵ بر مبنای نظریه کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد، تحقق حق بر سلامت از جمله اقدامات پیشگیرانه از بیماری باید در دسترس، امکان‌پذیر، ارزان و باکیفیت در دسترس همه افراد قرار گیرد.^۶ از نظر کمیته، پیشگیری از بیماری‌های مسری نیازمند ایجاد برنامه‌های آموزشی درخصوص رفتارهای پرخطر، تقویت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و همکاری بین‌المللی برای ارتقای کنترل و پایش همه‌گیری‌ها و جمع‌آوری داده‌ها درمورد بیماری‌های مسری است.^۷

1. Sendai

۲. چارچوب سندای به عنوان مهم‌ترین راهبرد کاهش خطرپذیری سوانح در سومین کنفرانس جهانی سازمان ملل متحد برای ۱۵ سال آتی طی قطعنامه شماره ۶۹/۲۸۳ در سال ۲۰۱۵ به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل رسید. برای مطالعه بیشتر نک:

United Nations Office for Disaster Risk Reduction, Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015 – 2030), <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030/>

۳. چارچوب سندای برای کاهش خطرپذیری سوانح ۲۰۳۰-۲۰۱۵، مترجم بهنام سعیدی، عباس استاد تقی زاده و کیوان کریملو، تهران: انتشارات کتاب پدیده، زمستان ۱۳۹۴، ص ۱۵.

۴. همان صص ۲۹ و ۳۳.

5. RESPONSES TO COVID-19 AND STATES' HUMAN RIGHTS OBLIGATIONS: PRELIMINARY OBSERVATION, (16 march, 2020). For more Information See: <https://www.amnestyusa.org/press-releases/responses-to-covid-19-and-states-human-rights-obligations-preliminary-observations/>

6. CESCR General Comment No. 24 on State Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the context of business activities: restricting marketing and advertising of certain goods to protect public health, E/C.12/GC/24, 2017, Paras. 23-24. For more Information See: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-24-2017-state-obligations-context/>

7. General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), For more Information See: <https://digitallibrary.un.org/record/425041/>

همچنین سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۰۵ با تدوین مقررات بین‌المللی مقابله با بیماری‌های مسری دولت‌ها را به انجام دادن اقدامات لازم و متناسب برای پیشگیری و از بین بردن بیماری متعهد کرده است. مطابق ماده ۲ این مقررات، هدف از مقررات بهداشتی بین‌المللی مدیریت یک نظام جهانی برای کنترل و جلوگیری از انتشار بیماری‌های واگیردار است و گستره این مقررات عبارت است از: پیشگیری، محافظت، کنترل و فراهم کردن پاسخ بهداشت عمومی نسبت به انتشار بین‌المللی بیماری‌ها به نحوی که متناسب و محدود به خطر بهداشت عمومی شده و از تداخل بی‌مورد در مسافرت‌ها و تجارت بین‌المللی پرهیز شود.^۱

افزون بر این، طبق مواد ۲، ۳، ۶ و ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک^۲، دولت‌های عضو متعهد شدند حق کودکان در بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل‌دستیابی سلامتی و تسهیلات در درمان و بیماری‌ها و بازیابی سلامتی را به رسمیت بشناسند. دولت‌های عضو باید تمام تلاش خود را به کار برند تا اطمینان حاصل کنند که هیچ کودکی از حق خود در دسترسی به چنین مراقبت‌هایی محروم نشود.^۳ در این کنوانسیون دولت‌ها متعهد به ارائه تضمینات کافی در تحقق دسترسی همه کودکان به خدمات بهداشتی و درمانی و شناسایی موانع دسترسی کودکان به خدمات حوزه سلامت شده‌اند.^۴ براساس ماده ۳ این کنوانسیون، دولت‌ها متعهد شده‌اند منافع کودکان را در هر زمینه‌ای به‌ویژه مراقبت‌های بهداشتی و سلامت مد نظر قرار دهند. (انتفاع کودک برای بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح ممکن سلامت هرگونه تخصیص منابع و تدوین مقررات و اجرای سیاست‌های مناسب و مداخلات و حمایت‌های اجتماعی در زمینه امور سلامت و بهداشت کودکان باید با در نظر گرفتن عالی‌ترین سطح منافع کودکان صورت گیرد. براساس ماده ۱۲ کنوانسیون حقوق کودک دولت‌ها مکلف‌اند به نظرهای کودکان در سیاست‌ها و

۱. **مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵**، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی- مرکز مدیریت

بیماری‌های واگیر، مترجم پیمان همتی و حسین اکبری و گروه مترجمان، ویرایش سوم، تهران: تندیس، ۱۳۹۶.

2. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989.

3. Joint general comment No. 3 (2017) of the Committee on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families and No. 22 (2017) of the Committee on the Rights of the Child on the general principles regarding the human rights of children in the context of international migration, Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/1323014?v=pdf#files/>

۴. عباسی، محمود و سیده پریسا میرابی، «حق بر سلامت کودکان با تأکید بر حق بر توسعه پایدار در

شیوع بیماری‌های واگیردار از منظر حقوق بین‌الملل»، مجله حقوق پزشکی، ۱۴۰۲، شماره ۵۸، ص ۶.

برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و درمانی آنها توجه کنند. بنابراین کودکان حق دارند در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت شرکت کنند.^۱

به موجب نظریه عمومی کمیته حقوق کودک در سال ۲۰۰۳ درباره بیماری ایدز و همچنین نظریه عمومی کمیته در سال ۲۰۱۳ [که در تفسیر ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک ارائه شده است] مد نظر قرار دادن پیشگیری، مراقبت و درمان از عناصری هستند که یکدیگر را تقویت می‌کنند و زنجیره‌ای اثربخش و کارآمد در حمایت از حق بر سلامت کودک در برابر بیماری‌های واگیردار محسوب می‌شوند.^۲ کودکان حق برخورداری از خدمات بهداشتی باکیفیت از جمله خدمات پیشگیری، ارتقا، درمان، توان‌بخشی و مراقبت تسکینی را دارند. شناسایی و اجرای انواع برنامه‌های مراقبتی در حوزه سلامت مانند واکسیناسیون امری ضروری تلقی می‌شود و در سطح اولیه، این خدمات باید در کمیت و کیفیت کافی، عملکردی، در دسترس فیزیکی و مالی همه اقشار جمعیت کودک و قابل قبول برای همه باشد. برنامه‌های جامع مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید شامل مراقبت‌های پیشگیرانه، درمان بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مسری و مداخلات تغذیه‌ای باشند. مداخلات در سطح جامعه باید شامل ارائه اطلاعات، خدمات و کالاها و همچنین پیشگیری از بیماری و آسیب از طریق سرمایه‌گذاری در فضاهای عمومی امن، ایمنی جاده‌ها و آموزش درباره پیشگیری از آسیب، تصادف و خشونت باشد.^۳

گفتنی است کمیته حقوق کودک در زمان شیوع بیماری فراگیر کووید ۱۹ طی بیانیه‌ای در سال ۲۰۲۰ به دولت‌ها تأکید می‌کند که اعمال محدودیت‌های بهداشتی باید با مدنظر قراردادن بهترین منافع کودکان از سوی دولت‌ها اعمال شود. برای محافظت از کودکان ضرورت دارد دولت‌ها تدابیر هدفمند را برای محافظت از کودکان به‌ویژه کودکانی که در فقر و در موقعیت‌های آسیب‌پذیرتر (مانند کودکان استثنایی و دارای معلولیت جسمی و ذهنی) قرار دارند اتخاذ کنند و از دستگیری و بازداشت کودکانی که دستورالعمل‌های بهداشتی دولتی را نقض کرده‌اند جلوگیری

1. UN Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), General Guidelines Regarding the Form and Content of Initial Reports to Be Submitted by States Parties under Article 44, Paragraph 1(a) of the Convention. 1991. UN Doc. CRC/C/5/1991, Available: <https://digitallibrary.un.org/record/137523?v=pdf/>

2. General Comment No. 3 (2003) HIV/AIDS and the rights of the child, COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, CRC/GC/2003/3 17 March 2003 Available at <https://www.refworld.org/docid/4538834e15.html/>

3. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). For More Information See: <https://www.refworld.org/docid/45139b464.html/>

شود. در این بیانیه کمیته از دولت‌ها می‌خواهد دربارهٔ ارائهٔ انتشار اطلاعات دقیق درمورد کووید ۱۹ و آموزش نحوهٔ پیشگیری از این بیماری به همهٔ کودکان (از جمله کودکان دارای معلولیت یا کودکان مهاجر) در قالبی که برای کودکان قابل‌درک باشد اقدام کنند و در فرایند تصمیم‌گیری‌ها فرصتی را برای شنیدن و درک نظرات کودکان فراهم کنند.^۱

همچنین در زمان جنگ، مقرراتی در زمینهٔ پیشگیری از بیماری‌های مسری و حفظ سلامت کودکان پیش‌بینی شده است. به موجب مادهٔ ۵ کنوانسیون چهارم ژنو ۱۹۴۹ و بند ۱ مادهٔ ۵۹ پروتکل اول ۱۹۷۷ ژنو، حمله به مکان‌های غیرنظامی به‌ویژه بیمارستان‌ها، تأسیسات بهداشتی، تأمین وسایل بهداشتی و پزشکی برای غیرنظامیان به‌ویژه کودکان ممنوع است. طبق کنوانسیون حقوق کودک، دولت‌ها همواره موظف به حمایت از کودکان از جمله در موقعیت‌های مخاصمات مسلحانه‌اند (ماده ۳۹) و به موجب اصل ۸ اعلامیه حقوق کودک ۱۹۵۹، کودکان باید در همهٔ شرایط اولین کسانی باشند که مورد حمایت قرار می‌گیرند.^۲

خطرناک‌ترین می‌سازد شورای امنیت سازمان ملل متحد درخصوص پیشگیری از شیوع بیماری مسری ایدز دستورالعمل‌هایی مانند: درمان، مراقبت و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر به‌ویژه کودکان در شرایط جنگ و پس از جنگ را مورد تأکید قرار داده است.^۳ شورای امنیت در قطعنامهٔ ۱۹۸۳ سال ۲۰۱۱ و ویروس ایدز را یک نوع اپیدمی معرفی و اعلام می‌کند که بیش از ۱۶ میلیون کودک درگیر این ویروس‌اند. شورای امنیت در پاراگراف ۱۰ این قطعنامه ضمن یادآوری خطر این ویروس برای صلح و امنیت بین‌المللی، از دولت‌های عضو می‌خواهد که به همکاری مستمر میان خود برای توسعه و محقق کردن پیشگیری از ویروس ایدز ادامه دهند و نهادهای ملی را تشویق به درمان، مراقبت و پشتیبانی می‌کند.^۴ همچنین براساس قطعنامه‌های شمارهٔ ۲۵۳۲ و ۲۵۶۵ شورای

1. The Committee on the Rights of the Child warns of the grave physical, emotional and psychological effect of the COVID-19 pandemic on children and calls on States to protect the rights of children, 8 April 2020. For more Information See: https://www.unicef.nl/files/INT_CRC_STA_9095_E.pdf/

۲. مروت، مجتبی، «حقوق کودکان در مخاصمات مسلحانه»، مجله پژوهش‌های حقوق عمومی، دوره ۸، ۱۳۸۵، شماره ۱۸، صص ۱۷۹-۱۳۹.

3. Security Council resolution 1308 (2000) [on provision of training on issues related to HIV/AIDS prevention for peacekeeping personnel. Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/418823?v=pdf#files/>

4. Security Council resolution 1983 (2011) [on impacts of HIV/AIDS epidemic in conflict and post-conflict situations], Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/704836?v=pdf/>

امنیت درباره بیماری کووید ۱۹ به اقدامات پیشگیرانه مانند توزیع عادلانه دارو، دسترسی سریع به واکسن در مناطق درگیر مخصصه، ایمن‌سازی گسترده در برابر این بیماری تأکید شده است.^۱

مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیز با صدور قطعنامه شماره ۷۴/۲۷۴ درخصوص همکاری بین‌المللی برای تضمین دسترسی جهانی به دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی برای مقابله با کووید-۱۹ از کشورهای عضو و سایر ذی‌نفعان بین‌المللی خواسته است مانع از احتکار و انباشت غیرمجازی شوند که ممکن است دسترسی افراد به داروهای اساسی واکسن‌ها، تجهیزات پزشکی و تجهیزات محافظت شخصی مؤثر، به‌صرفه و ایمن را با مشکل مواجه کند. این قطعنامه ضمن اشاره به تبعات بی‌سابقه بیماری کووید ۱۹، بر لزوم احترام کامل به حقوق بشر تأکید داشته و خواستار همکاری‌های بین‌المللی مؤثری برای مهار، کاهش و شکست بیماری کووید ۱۹ شده است.^۲

همچنین در بند ۲۶ مقدمه و هدف سوم (بند ۳-۸- و جز ۳-ب و ۳-د از بند ۳-۹) دستور کار ۲۰۳۰ توسعه پایدار، به بیماری‌های مسری و پایان دادن به این‌گونه بیماری‌ها، تحقق دسترسی جهانی به بهداشت از جمله دسترسی به خدمات کیفی بهداشتی موردنیاز، دسترسی مؤثر به واکسن‌های ضروری و تقویت ظرفیت همه کشورهای به‌ویژه کشورهای درحال توسعه برای کاهش مخاطرات و مدیریت خطرهای بهداشتی در سطح جهانی و ملی پرداخته شده و طبق بند ۱۸ مقدمه دستور کار، به پایبندی به حقوق بین‌الملل تأکید شده است.^۳ در بند ۶ (۳) این طرح به ضرورت حمایت از کودکان به‌عنوان آسیب‌پذیرترین افراد در وضعیت‌های اضطراری مانند مخصصات مسلحانه و حوادث طبیعی اشاره شده است.

1. Resolution 2532 (2020) / adopted by the Security Council on 1 July 2020, <https://digitallibrary.un.org/record/3870751/>

2. UN General Assembly, "International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face COVID-19", 74/274, p.2, Available: <https://www.un.org/pga/74/2020/04/15/international-cooperation-to-ensure-global-access-to-medicines-vaccines-and-medical-equipment-to-face-covid-19/>

۳. دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، مترجم مهرناز پیروز نیک، کمیسیون ملی یونسکو-ایران، زمستان ۱۳۹۴، برای مطالعه بیشتر نک:

https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf/

۳.۲. تعهد به آماده‌سازی در قبال بیماری‌های مسری

در چرخه مدیریت بحران، منظور از آماده‌سازی مجموعه اقداماتی است که توانایی جامعه، دولت و مردم را در انجام دادن مراحل مختلف مدیریت بحران افزایش می‌دهد.^۱ در این مرحله، دولت‌ها برنامه‌هایی را برای حفظ زندگی و به حداقل رساندن آسیب در مواقع بحران توسعه می‌دهند. هدف از آماده‌سازی از یک سو افزایش توان عملیات واکنشی در مقابل وضعیت‌های اضطراری است و از سوی دیگر افزایش سطح تاب‌آوری افراد در مواجهه با بحران‌هایی همچون بیماری کووید ۱۹ است. جمع‌آوری اطلاعات، آموزش، پژوهش، برنامه‌ریزی، ایجاد ساختارهای مدیریتی، تأمین منابع، تمرین و مانور در این بخش از چرخه مدیریت بحران (آمادگی) قرار دارد و مربوط به پیش از وقوع بحران است.^۲

براساس ماده ۹ طرح ۲۰۱۶ کمیسیون حقوق بین‌الملل در خصوص محافظت از افراد در هنگام وقوع سوانح، دولت‌ها مکلف‌اند با اتخاذ اقدامات مناسب از جمله وضع قوانین و مقررات اقدام به پیشگیری و آماده‌سازی جوامع در برابر سوانح طبیعی کنند. این اقدامات می‌تواند شامل ارزیابی خطر، جمع‌آوری اطلاعات و ایجاد سیستم جدید هشدار سریع باشد. کمیسیون حقوق بین‌الملل در تفسیر این ماده خاطرنشان می‌کند هر دولتی که از سوانح طبیعی متأثر شده باشد، متعهد به حمایت از افراد و ارائه کمک به آنان در سرزمین خود یا سرزمین‌های تحت‌صلاحیت خود است.^۳ مطابق با معیارهایی که در بند الف از ماده ۹ این پیش‌نویس آمده است، سرایت بیماری‌هایی همچون کووید-۱۹ نیز در زمره حوادث طبیعی به شمار آمده است. فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ نیز در فهرست خود، بیماری‌های همه‌گیر را در زمره خطرهای بیولوژیک برشمرده است که می‌تواند در چارچوب حوادث طبیعی دسته‌بندی شود.^۴

۱. قضایان، جواد، «بهره‌گیری از روش‌های نوین در مدیریت بحران و سیلاب شهری با تأکید بر کاهش خسارت و تلفات»، فصلنامه رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، جلد ۲، ۱۳۹۹، شماره ۲۸، ص ۴.

۲. همان.

3. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *WORLD DISASTERS REPORT 2022 TRUST, EQUITY AND LOCAL ACTION, Lessons from the COVID-19 pandemic to avert the next global crisis*, (2023), <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2022>.

4. Martin Krottmeier, *TECHNOLOGICAL & BIOLOGICAL HAZARD PREPAREDNESS* (October 2020) *Biological Hazards: Epidemics*, IFRC, (2018), available at: <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/definition-of-hazard/>

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد در ملاحظه شماره ۱۴ در سال ۲۰۰۰ تعهدات مختلف ناشی از حق بر سلامت [که برگرفته از میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است] به تفصیل توضیح داده است. در بین این تعهدات - که مرتبط با بحران کووید ۱۹ است - می‌توان به تعهدات دولت‌ها به آگاه کردن دیگر دولت‌ها و افراد از وجود خطری که سلامت آنها را تهدید می‌کند، به محض اطلاع از آن اشاره کرد. در زمینه تعهد به وسیله نیز دولت‌ها مکلف به ایجاد یک نظام بهداشتی مناسب هستند که قادر به رویارویی با وضعیت‌های فوق‌العاده باشند.^۱

این کمیته در بیانیه مربوط به بیماری کووید-۱۹ به آثار منفی این بیماری بر سلامت آسیب‌پذیرین اقشار جامعه تأکید داشته است و کشورهای عضو مکلف به اتخاذ تدابیری برای جلوگیری یا کاهش این اثرات هستند.^۲ براساس تفسیر عام کمیته حقوق اقتصادی دولت‌ها مکلف‌اند برنامه‌های پیشگیری و آموزشی راجع به نگرانی‌های حوزه سلامت و رفتارهای مرتبط با آن اتخاذکنند.^۳ دولت‌ها مکلف‌اند با اتخاذ اقدامات سریع و مؤثر در این عرصه مانع از وارد آمدن آسیب‌های جدی به سلامت شهروندان شوند و متعهد به کنترل بیماری‌ها در سطح ملی و بین‌المللی هستند. در این عرصه دولت‌هایی که اطلاعات لازم را به دولت‌های دیگر که خود در معرض این بیماری هستند، به اشتراک نمی‌گذارند؛ تعهدات بین‌المللی خود را در این زمینه نقض کرده‌اند و نداشتن امکانات نمی‌تواند دولت‌ها را از این تکلیف مبری کند.^۴

مطابق با بند اول ماده ۹ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت‌ها باید اقدامات آگاهانه، ملموس و هدفمندی را برای تحقق حق بر دسترسی به سلامت برای شهروندانش انجام دهد. بنابراین هر دولتی مکلف است به هنگام رویارویی با بیماری‌های واگیری چون کووید-۱۹ طرح کلی را در چارچوب استراتژی ملی مقابله با آن بیماری تهیه و تصویب کرده تا به

۱. سید موسوی، میرسجاد، «حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت»، مجله تحقیقات حقوقی، دوره ۲۳، ۱۳۹۹، شماره ۸۹، صص ۲۷۳-۲۹۶.

2. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights, 2020, p 1, Available: <https://digitallibrary.un.org/record/3856957/>

3. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), (11 August 2000), Available: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>, para. 1/

4. Rana Moustafa Fouad, "The Legal Duty to Cooperate amid Covid-19: A Missed Opportunity?", EJIL TALK, 22 April (2020), available at: <https://www.ejiltalk.org/the-legal-duty-to-cooperate-amid-covid-19-a-missed-opportunity>.

نگرانی‌های عمومی در این حوزه پاسخ گوید. در مقابل دولت‌هایی که قادرند تا به دولت‌های درگیر با این بحران کمک کنند، متعهد به اعطای چنین مساعدتی هستند.^۱

وفق مواد ۵، ۶ و ۱۳ مقررات جهانی سلامت، دولت‌ها متعهد به ظرفیت‌سازی برای مقابله با بیماری‌های فراگیر شده‌اند. در بحران‌های ناشی از بیماری‌های مسری دولت‌ها متعهدند زیرساخت‌های درمانی و بهداشتی کشور را از قبل برای درمان مردم فراهم کنند. از نظر این سند، این‌گونه تعهدات جز تعهدات مدت‌دار محسوب شده و دولت‌ها مکلف‌اند در برنامه‌ای بلندمدت زیرساخت‌های درمانی و بهداشتی را برای افراد تحت صلاحیت خود فراهم کنند.^۲

کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در قالب بیانیه‌هایی همچون ۱/۲۰۲۰/۱۲۷ و ۲/۲۰۲۰/۱۲۷ به دولت‌ها توصیه می‌کند که در دوران همه‌گیری کرونا از حداکثر منابع خود برای تحقق حق سلامت استفاده کنند. در این بیانیه تأکید شده است هر فردی حق دارد از مزایای پیشرفت علمی که شامل دسترسی به «بهترین برنامه‌های موجود پیشرفت علمی لازم برای برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامت» است (مانند واکسن) بهره‌مند شود.^۳

همچنین براساس نظریه عمومی کمیته حقوق کودک در سال ۲۰۱۳ ابتلا کودکان به بیماری‌های مسری تأثیرات نامطلوبی برای زندگی کودکان دارد و موجب تضعیف سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کودکان می‌شود. از این‌رو ضرورت دارد دولت‌ها در جهت توسعه و ارتقای فناوری داروها، تجهیزات، مداخلات و دیگر فرایندهای مؤثر در توسعه سلامت کودکان با یکدیگر همکاری داشته باشند.^۴

از سوی دیگر، دولت‌ها در وضعیت بحران‌های سلامت عمومی، به هشدار و آگاه‌سازی افراد با ارائه اطلاعات درست، به‌موقع و در دسترس تعهد دارند. این آگاه‌سازی منجر به خودمراقبتی و

1. UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (22nd sess.: 2000 : Geneva) , General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) ,(2000),para. 45, Available: <https://digitallibrary.un.org/record/425041/>

2. Pedro A. Villarreal, "Counter-contestation in global health governance: The WHO and its member states in emergency settings", *Health Policy*, Volume 131, (May 2023),p.20.

3. Joint Statement by the Development Assistance Committee (DAC) of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ,(9 April 2020), Available at: <https://web.archive.org/2020-04-09/550461-DAC-Joint-Statement-COVID-19.pdf/>

4. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24),(17 April 2013). Available at: <https://www.refworld.org/legal/general/crc/2013/en/96127/>

پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز و درنهایت نجات افراد و پیشگیری از شیوع بیماری می‌شود.^۱ در زمان شیوع گسترده بیماری کووید ۱۹ تمام دولت‌های مواجه با این بیماری در برابر دیگر کشورها متعهد بوده‌اند تا حد امکان در پیشگیری از انتقال فرامرزی این بیماری بکوشند. بنابراین، ضرورت داشته دولت‌ها امکانات لازم را در این زمینه فراهم کنند و صادقانه اطلاعاتی را که بتواند کشورهای دیگر را در کاهش خسارات ناشی از این بیماری مسری یاری رساند، به اشتراک گذارند.^۲

۳.۳. تعهد به واکنش و مقابله با بیماری‌های مسری

هر اندازه که اقدامات پیشگیرانه^۳ در چرخه مدیریت بحران در سطح مطلوبی قرار داشته باشد، غفلت از اقدامات واکنشی^۴ عواقب بسیار خطرناکی را به دنبال خواهد داشت. از آنجا که دستیابی به ایمنی کامل و ۱۰۰٪ ممکن نیست، در کنار اقدامات پیشگیرانه ضرورت دارد طرحی برای مقابله با حوادث پیش‌بینی‌نشده یا وضعیت‌های اضطراری در هر کشور وجود داشته باشد. واکنش و مقابله با وضعیت‌های بحرانی شامل فعالیت‌هایی است که به دلیل یک وضعیت اضطراری یا بحرانی انجام می‌شوند. این فعالیت‌ها در زمان بروز بیماری‌های مسری به منظور فراهم کردن خدمات درمانی و بهداشتی برای افراد در نظر گرفته می‌شوند؛ مانند جست‌وجو و نجات، چادرهای اضطراری، مراقبت‌های پزشکی، بستن منابع آب آلوده، گشت‌زنی و محافظت از مناطق مستعد بیماری. اقدامات مذکور برای تثبیت وضعیت و کاهش احتمال آسیب مجدد و عملیات بهبود سریع انجام می‌شوند.^۵

تعهدات دولت‌ها در این مرحله از مدیریت بحران شامل این موارد است: الف) تعهد به مداخلات درمانی و نجات بخش، ب) مصون نگه داشتن دیگران از انتقال بیماری مسری توسط

۱. انصاری، باقر، «ابعاد و چالش‌های حقوق بشری مقابله با کووید ۱۹»، فصلنامه تحقیقات حقوقی، بهار ۱۴۰۱، صص ۷۰ و ۷۱.

۲. کریمی، سیامک، «تعهد دولت منشأ و سایر دولت‌ها به پیشگیری از خسارات فرامرزی کووید ۱۹»، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، تابستان ۱۳۹۹، شماره ۶۷، ص ۱۰۶.

3. Reactive

4. Proactive

۵. فالی، سید سجاد، اصول و مقدمات مدیریت بحران با ذکر نمونه‌هایی از حوادث بحران‌ساز، تهران: انتشارات پلک، ۱۳۹۴، ص ۴۱.

افراد مبتلا، پ) درمان اجباری و اعمال سیاست‌های قرنطینه‌سازی، ت) تکلیف دولت‌ها به صیانت، حمایت و ایفا حق بر سلامتی.^۱

مطابق ماده ۶ مقررات جهانی سلامت، «۱- هر دولت وظیفه دارد ظرف مدت ۲۴ ساعت با بهترین وسایل ارتباطی، سازمان جهانی بهداشت را از تمامی اتفاقاتی که ممکن است یک وضعیت اضطراری بین‌المللی باشد، مطلع نماید. ۲- به دنبال اطلاعیه مذکور، آن دولت باید همچنان با سازمان جهانی بهداشت در ارتباط بوده و نتایج آزمایشگاهی، منبع و نوع خطر، تعداد تلفات را گزارش نماید». وفق ماده ۷ مقررات مذکور، «هر دولتی که با یک وضعیت بهداشتی غیرمعمول، روبه‌رو می‌شود باید اطلاعات حاصله از بهداشت را به اشتراک بگذارد». همچنین این تبادل اطلاعات و همکاری باید میان سایر دولت‌ها و سازمان‌های درگیر نیز در جریان باشد.^۲

نکته حائز اهمیت دیگر آنکه براساس ماده ۴۳ در صورتی که اقدامات دولت‌ها در چارچوب قوانین ملی خود باعث حفظ سلامت عمومی در سطح بالاتر یا هم سطح با توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی شود و شامل موارد منع‌شده تصریحی در مقررات سازمان بهداشت جهانی برای کشورها نباشد، می‌توانند در پاسخ به خطرهای بهداشتی خاص یا فوریت‌های پزشکی براساس قوانین ملی عمل کنند.^۳

کمیسیون حقوق بین‌الملل در ماده ۵ طرح ۲۰۱۶ کمیسیون حقوق بین‌الملل محافظت از افراد به هنگام وقوع سوانح برای افراد متأثر از سوانح حق برخورداری و صیانت از حقوق بشر را مورد شناسایی قرار داده است. در تفسیر این ماده، حق حیات به‌طور خاص مورد تأکید کمیسیون قرار گرفته است و چنانچه دولتی از اقدامات مقتضی برای پیشگیری یا واکنش به سوانحی که منجر به مرگ می‌شوند خودداری کند، براساس ماده ۶ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی - سیاسی (حق

۱. خسروی، حسن، «ابعاد حقوق بشری مداخلات درمانی و نجات‌بخش اختیاری یا اجباری بیماران کووید-۱۹»، فصلنامه تحقیقات حقوقی، دوره ۲۳، ویژه نامه حقوق و کرونا، ۱۳۹۹، صص ۳۸۷-۴۱۲.

۲. امیر فامیل زوار جلالی، آشنایی با تعهدات سازمان جهانی بهداشت در دوران همه‌گیری بیماری‌ها، (۲۶ دی ۱۴۰۰).

https://www.tabnak.ir/fa/news/1099228.

۳. زمانی، سید قاسم، بحران کرونا و تعهد بین‌المللی دولت برای تضمین سلامت شهروندان، ویژه‌نامه کرونا و حق بر سلامت، انجمن علمی حقوق اساسی، انتشارات نامه خرد، ۱۳۹۹، ص ۷۴.

حیات)، آن دولت نقض تعهد کرده است.^۱ طبق مواد ۶ و ۷ پیش‌نویس مذکور، واکنش به سوانح باید براساس اصول انسانیت، بی‌طرفی، انصاف و عدم تبعیض باشد و دولت‌ها موظفاند که در زمان وقوع سوانح با یکدیگر، با ملل متحد، صلیب سرخ و هلال احمر و سایر بازیگران کمک‌رسان همکاری کنند. همچنین براساس مواد ۱۱ و ۱۲ چنانچه دولتی توانایی کنترل سوانح را نداشته باشد، متعهد است از جامعه بین‌المللی تقاضای کمک کند. هرچند که کمک به کشور سانحه‌دیده نیازمند رضایت آن است، چنین رضایتی نباید به‌صورت خودسرانه دریغ شود^۲ و سایر کشورها، سازمان ملل و دیگر بازیگران یاری‌رسان می‌توانند در مواقع سوانح به کشور آسیب‌دیده پیشنهاد ارائه کمک بدهند.^۳

کمیته حقوق بشر نیز ضمن تأکید بر تکلیف دولت‌ها در حمایت از زندگی افراد، آنها را موظف می‌کند تا اقدامات مناسبی را برای مقابله با شرایطی که می‌تواند تهدیدی برای زندگی آنها باشند، اتخاذ کنند. این کمیته از بیماری‌های تهدیدکننده زندگی به عنوان یکی از شرایط یاد می‌کند.^۴ در همین سیاق، کمیته حقوق بشر در تفسیر شماره ۶ خود به‌صراحت از تعهد دولت‌ها برای «ریشه‌کنی بیماری‌های مسری» نام برده است.^۵

همچنین در استاندارد اسفیر^۶ به‌عنوان راهنمای عمومی برای پاسخ‌های بشردوستانه نسبت به سوانح بر چهار اصل بنیادین تأکید شده است که عبارت‌اند از:^۷

1. Draft articles on the protection of persons in the event of disasters, with commentaries, (2016), Adopted by the International Law Commission at its sixty-eighth session, in 2016, and submitted to the General Assembly as a part of the Commission's report covering the work of that session (A/71/10). The report, which also contains commentaries to the draft articles (para. 49), will appear in Yearbook of the International Law Commission, 2016, vol. II, Part Two, Available at: <https://www.refworld.org/legal/otherinstr/ilc/2016/en/123342/>

۲. بیگزاده، ابراهیم، سید محمدقاری سیدفاطمی، سیدهادی محمودی و محمدحسین لطیفیان، «معضل کرونا

در آیین حقوق بین‌الملل معاصر»، فصلنامه تحقیقات حقوقی، ویژه‌نامه کرونا، ۱۳۹۹، صص ۱۱-۵۵.

3. Resolution adopted by the General Assembly on 23 December 2015 [on the report of the Sixth Committee (A/70/509)], 70/236. Report of the International Law Commission on the work of its sixty-seventh session, Available at:

<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/457/44/pdf/n1545744.pdf?token=ec0pX0uHN6nQhYDUzH&fe=true/>

4. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/261/15/PDF/G1926115.pdf?OpenElement>, 3 September (2019), para. 26. (CCPR/C/GC/R. 36).

۵. جوزف، سارا، جنی شولتز و ملیسا کسن، *مبانی حقوق مدنی و سیاسی دعوی، آموزه‌ها و تفاسیر*، ترجمه: دکتر سید قاسم زمانی، چاپ اول، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۹۵، صص ۲۲۲ - ۲۲۵.

6. Sphere Standard

7. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response - 2018 edition, Available: <https://reliefweb.int/report/world/sphere-handbook-humanitarian-charter-and-minimum-standards-humanitarian-response-2018>, P.34.

۱- حفظ کرامت انسانی و تقویت کردن مردم، به منظور ایمنی و کمتر در معرض آسیب قرار گرفتن؛

۲- تضمین دسترسی مردم به امکانات بدون تبعیض؛

۳- کمک‌رسانی به مردم در قبال آثار جسمی و روحی متأثر از تهدیدها و خشونت‌ها؛

۴- کمک به مردم در زمینه احقاق حقوق.

پروژه اسفیر چارچوب عملیاتی سازمان‌های بشردوستانه برای فعالیت‌های امدادی در مرحله پاسخگویی سریع به بحران را مشخص کرده و در آن حداقل استانداردهای لازم در روند امدادرسانی در وضعیت‌های بحرانی را تعیین کرده است.^۱ این استانداردها در سال ۲۰۰۰ در کتاب راهنمای اسفیر منتشر و در سال‌های ۲۰۰۴، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۸ بازنگری شده‌اند.^۲ براساس استاندارد اسفیر سال ۲۰۱۸، مراقبت‌های بهداشتی باید بدون تبعیض ارائه شود و در دسترس باشد. در دسترس بودن به معنی قابل قبول، باکیفیت و مقرون به صرفه است و دولت‌ها به تضمین این حق در زمان بحران موظف‌اند.^۳

افزون بر این، طبق ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و بند ۱۸ و ۱۹ تفسیر عمومی ماده ۱۲ مزبور، دولت‌ها متعهدند امکانات بهداشتی همچون دسترسی به داروها و خدمات سلامت برای تمام افراد تحت صلاحیت خود، بدون تبعیض فراهم و در دسترس قرار دهند.^۴ به گونه ای که امکانات، کالاها و خدمات سلامت برای همه گروه‌های جمعیتی به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان به طور ایمن، در دسترس فیزیکی باشد.^۵ زیرا کودکان به لحاظ وضعیت خاص و در معرض خطر، بیشترین نیاز و استحقاق را برای دریافت و برخورداری از تسهیلات و خدمات سلامت دارند (بند های ۴ و ۵). درحقیقت پاسخ به بیماری همه گیر باید براساس بهترین معیارهای علمی موجود برای محافظت از سلامت عمومی باشد و اطلاعات دقیق

۱. جهانگیری، کتیون، رضاخانی جزنی، کیومرث اله بخشی و حسن جمشیدی، «بررسی تطبیقی تغییرات محتوایی و ساختاری پروژه اسفیر در بخش استانداردهای مشترک»، مجله امداد و نجات، ۱۳۹۲، ص ۲۴.

2. Fore More Information See: <https://reliefweb.int/report/world/sphere-handbook-humanitarian-charter-and-minimum-standards-humanitarian-response-2018>.

3. Ibid, P 294.

۴. سید موسوی، میرسجاد، «حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت»، مجله تحقیقات حقوقی، دوره ۲۳، ۱۳۹۹، شماره ۸۹، ص ۲۸۱.

۵. همان.

و در دسترس درباره بیماری مسری به افراد در جهت کاهش خطر انتقال بیماری ارائه دهد (بندهای ۱۰ و ۱۸).^۱ کمیته حقوق اقتصادی در بند ۱۲ تفسیر عمومی شماره ۳ تأکید می‌کند که دولت‌ها حتی به هنگام محدودیت‌های شدید منابع، باید اعضای آسیب‌پذیر جامعه (مانند کودکان) را با اتخاذ برنامه‌های نسبتاً کم‌هزینه و هدفمند مورد حمایت قرار دهند.^۲

گفتنی است، ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک دولت‌های عضو را به تلاش در راستای تضمین اینکه هیچ کودکی از حق دسترسی به چنین خدمات بهداشتی محروم نماند، متعهد کرده است. همچنین کشورهای عضو کنوانسیون متعهد به تضمین ارائه کمک‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی لازم برای همه کودکان به‌ویژه مبارزه علیه بیماری‌ها شده‌اند. طبق این کنوانسیون، دولت‌ها متعهدند سازوکارهای لازمه همچون امکانات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، نیروی انسانی آموزش‌دیده، از فناوری‌های نوین و استاندارد برای تضمین و حمایت از حق بر سلامت کودکان را اتخاذ نمایند.^۳

در زمان مخاصمات مسلحانه نیز طرف‌های درگیر طبق ماده ۷۷ پروتکل اول ۱۹۷۷ ژنو مکلف‌اند مراقبت و کمکی را که کودکان به آن نیاز دارند برای آنها فراهم کنند. براساس این پروتکل از کودکان باید حمایت خاص شود و در صورت نیاز به مراقبت و خدمات پزشکی در اقدامات امدادسانی در اولویت باشند و مراکز درمانی و پزشکان تخصصی کودکان در دسترس آنها قرار گیرند. همچنین براساس ماده ۳۹ کنوانسیون حقوق کودک دولت‌های عضو باید اقدامات مناسب را به‌منظور پیشرفت بهبود جسمی و روانی کودکانی که درگیر مخاصمات مسلحانه بوده‌اند به عمل آورند.^۴ ضمن اینکه تمامی اعمالی که دسترسی به کمک‌های بهداشتی و دارویی را برای افراد با مشکل مواجه کند، ممنوع است؛ به‌گونه‌ای که دولت‌های متخاصم نمی‌توانند به بهانه کنترل مرز از ورود داروها و کمک‌های پزشکی خودداری کنند.^۵ به موجب مواد ۵۰ تا ۶۲ کنوانسیون

1. General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights): Available at: <https://digitalibrary.un.org/record/425041/>

2. Ibid.

۳. عباسی، محمود و سیده سارا، میرابی، «حق بر سلامت کودکان با تأکید بر حق توسعه پایدار در شیوع بیماری‌های واگیردار از منظر حقوق بین‌الملل»، مجله حقوق پزشکی، ۱۴۰۲، شماره ۵۸، ص ۷.

۴. مروت، مجتبی، پیشین.

۵. نامی، پارسا، تأمین دارو: حقوق و تکالیف دولت‌ها در نظام بین‌المللی، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۹۳، ص ۱۳۸.

چهارم ژنو ۱۹۴۹ نیروهای اشغالگر مسئول تأمین رفاه کودکان، تأمین دارو و خدمات پزشکی و تأمین مواد غذایی برای آنها هستند و ورود و انتقال هرگونه محموله امدادی را باید تسهیل کنند.^۱

۳.۴. تعهد به بازسازی (بهبود) و بازتوانی (توانبخشی)

یکی دیگر از تعهدات دولت‌ها در زمان بروز بیماری‌های فراگیر بازسازی و بازتوانی افراد است. در مرحله بازسازی بازگرداندن حداقل امکانات و استانداردها به جامعه و برقراری شرایط پیش از بحران برای انسان‌ها و جبران خسارت از جمله تعهداتی است که برای دولت‌ها وضع شده است. احیا و بازسازی مرحله نهایی و طولانی‌ترین بخش عملیات در چرخه مدیریت بحران به شمار می‌آید.^۲ درحقیقت بازسازی به مجموعه تدابیر و اقداماتی گفته می‌شود که برای ترمیم و بهبود خدمات و ساختارها، معیشت، توانمندی و شرایط زندگی جوامع متأثر از حوادث و سوانح انجام می‌شود؛ به نحوی که موجب ارتقای توانایی و ظرفیت آنها در جهت کاهش خط حوادث آتی شود.^۳ بازتوانی موفق منوط به درک پیوستگی اقدامات مراحل پیشین و پیچیدگی آسیب‌های احتمالی در سه سطح فرد، خانواده و اجتماع است. این سه سطح تشکیل‌دهنده همان عواملی است که برای توان‌افزایی و تاب‌آوری افراد و جامعه مؤثر دانسته شده‌اند. مهم‌ترین خدمات مورد نیاز برای گروه‌های آسیب‌پذیر همچون کودکان در زمینه بازتوانی و بازسازی عبارت‌اند از:^۴

- غربالگری کودکان از نظر جسمی و روانی؛
- غربالگری کودکان از نظر سوءتغذیه؛

۱. خلاصه کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، تهران، ۱۳۸۲، ص ۱۹، برای مطالعه بیشتر رک:

https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-241_0368-summary-geneva-conventions-fas.pdf/

2. DISASTER RECOVERY FRAMEWORK FOR TROPICAL CYCLONE GITA, KINGDOM OF TONGA OCTOBER 2018, Available at:

https://www.gfdrr.org/sites/default/files/publication/WB_Tonga_Framework_Report_FA02-M.pdf/

۳. خورشیدیان، عبدالمجید، «بازسازی بهینه‌تر از پیش؛ نگرش راهبردی به بازسازی پس از سانحه به عنوان فرصتی برای توسعه»، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، دوره پنجم، ۱۳۹۴، شماره ۳، ص ۲۲۷.

4. LITERATURE REVIEW ON LAW AND DISASTER RECOVERY AND RECONSTRUCTION, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, (2020), Available at: https://www.ifrc.org/sites/default/files/Final_Literature-Review-on-Law-and-Recovery.pdf/

- توزیع مواد غذایی و تجهیزات بهداشتی مناسب سن کودک؛
- پیگیری برنامه واکسیناسیون کودکان؛
- برپایی مراکز مشاوره روان ویژه کودکان؛
- حمایت حقوقی و قانونی از کودکان بی‌سرپرست و....

لازم به ذکر است در مقدمه سند سندای درخصوص تعهدات دولت‌ها بر لزوم تقویت برگشت‌پذیری جوامع با پیشگیری از ایجاد مخاطرات جدید و کاهش مخاطرات موجود از طریق ساخت بهتر گذشته، آموزش و آگاهی عمومی درباره خطرپذیری سوانح تأکید شده است.^۱ وجود عوامل حمایتی از جمله کانون خانواده، مدرسه، مشارکت در مدرسه یا گروه‌های اجتماعی باعث افزایش تاب‌آوری کودکان در برابر وضعیت‌های اضطراری می‌شود.^۲

همچنین مواد ۶ و ۷ پروتکل الحاقی کنوانسیون ژنو در سال ۲۰۰۰، درباره بازگشت مجدد قربانیان به جامعه و کمک‌های فنی و مالی به کودکان، تشویق‌ها و الزاماتی را برای دولت‌ها پیش‌بینی کرده‌اند. بر اساس این پروتکل دولت‌ها باید برای کودکانی که دچار مخاطره یا بیماری جسمی و روحی شده‌اند زمینه‌های بازگشت به خانواده، جامعه و زندگی عادی را برایشان فراهم کنند.^۳

۴. چالش‌های فراروی کودکان در حوزه مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری

امروزه بحران‌های طبیعی و وضعیت‌های اضطراری بهداشتی همچون شیوع بیماری‌های مسری پاندمیک سلامت کودکان را با مخاطرات فزاینده‌ای روبه‌رو کرده است. در این مواقع کودکانی که در مکان‌های ناامن و در خانواده‌های فقیر زندگی می‌کنند یا دچار معلولیت جسمی و ذهنی هستند، نسبت به بقیه کودکان آسیب‌پذیرترند.^۴ از این‌رو ضرورت دارد عملکرد دولت‌ها در

1. The Midterm Review of the Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015-2030), Regional Report for Asia-Pacific, Available at: <https://www.undrr.org/media/86717/download?startDownload=true/>

2. Gartland D, Riggs E, Muyeen S, Giallo R, Afifi TO, MacMillan H, et al. What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(4):e024870. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024870> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30975671/>

۳. خلاصه کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی، پیشین.

۴. دهقان فاروجی، فاطمه، پرستو کاظمیان، اشرف دهقان و علی بیت‌اللهی، «کودکان در برنامه‌های کاهش خطرپذیری بحران‌های طبیعی»، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، دوره هفتم، ۱۳۹۶، شماره ۴، ص ۳۶۴.

زمان بروز چنین بحران‌هایی به گونه‌ای باشد که آسیب کمتری متوجه کودکان شود. اما در عرصه عمل شاهد مدیریت نامطلوب و غفلت دولت‌ها در چنین مواقعی هستیم. دسترسی به آب آشامیدنی، واکسیناسیون،^۱ دسترسی به منابع غذایی، دسترسی به دارو و خدمات درمانی زمینه‌ساز اجرای حق بر سلامت برای کودکان است که اغلب در زمان وضعیت‌های اضطراری نادیده گرفته می‌شوند. نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی، سواد سلامت و منابع اقتصادی از عوامل دیگری است که سبب تشدید شرایط بحران برای کودکان به‌ویژه کودکان ناتوان ذهنی شده است. اغلب کودکان ناتوان در برنامه‌ریزی‌های مربوط به حوزه سلامت و اقدامات پیشگیرانه کشورها مانند برنامه‌های واکسیناسیون قرار نمی‌گیرند.^۲

علاوه بر این، در برنامه‌های توسعه، برخی دولت‌ها توجه کمتری به شرایط اضطراری و بحران‌ها دارند و برنامه‌ریزان توسعه و بحران جدا از هم کار می‌کنند و همین امر سبب ناهماهنگی در برنامه‌ریزی توسعه و شرایط‌های بحرانی در این گونه کشورها شده است. از سوی دیگر عدم توجه به ابعاد وسیع فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و امنیتی حوادث و بحران‌ها، توجه ناکافی به حمایت روانی و اجتماعی از آسیب‌دیدگان، امدادگران و مدیران انواع بحران‌ها و عدم هماهنگی در تیم‌های امداد و نجات سبب شده تلفات انسانی در مواقع شرایط اضطرار افزایش یابد.

نبود زیرساخت‌های مدیریتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز چالش‌های دیگری اند که برخی کشورها در زمینه مدیریت بحران با آن مواجهه‌اند. به سخن دیگر، هرچند در بسیاری از کشورها قوانین کارآمدی درباره مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری به‌ویژه برای کودکان به تصویب رسیده است، به دلیل نبود زیرساخت‌های لازم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به مرحله اجرا و عمل درنیامده‌اند. در برخی دولت‌ها به دلیل کمبود بودجه و نبود اعتبارات لازم مالی امکان اجرای این قوانین فراهم نشده است. بنابراین، مشکلات غیرحقوقی از یک سو سبب توقف و عدم اجرای مقررات حقوقی می‌گردد و از سوی دیگر منجر به ضعف عملکرد مدیریتی دولت‌ها

1. A/HRC/49/35: Human rights implications of the lack of affordable, timely, equitable and universal access and distribution of coronavirus disease (COVID - 19) vaccines and the deepening inequalities between States - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. For More Information See: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc4935-human-rights-implications-lack-affordable-timely-equitable-and/>

۲. فیروزپور، کوثر، «دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان»، مجله پژوهش‌های حقوقی، دوره ۲۰، ۱۴۰۰، شماره ۴۶، صص ۳۲۷-۳۴۴.

در شرایط اضطراری مانند مخاصمات مسلحانه و شیوع گسترده بیماری کووید ۱۹ می‌شود.^۱ همچنین فقر، نبود حاکمیت قانون، عدم امنیت در برابر خشونت و تحمیل انواع تبعیض‌ها و نابرابری به واسطه ساختارهای اشتباه سیاسی، قانونی و مدیریتی، از موانع کاهش خطرپذیری و ارائه خدمات سلامت به‌ویژه در حوزه پیشگیری از بیماری‌های مسری است.^۲

افزون بر این، تقدم رویکرد درمان‌محور بر رویکرد مبتنی بر کاهش خطرپذیری و پیشگیری از بیماری‌های مسری در برخی از کشورها همچون ایران سبب شده نظام سلامت در شناسایی این‌گونه بیماری‌ها تأخیر داشته باشند و این امر نشان‌دهنده تضعیف نظام سلامت و مراقبت بهداشتی در قبال بیماری‌های مسری به ویژه برای کودکان است.

تحریم‌های بین‌المللی و عدم سهولت دسترسی به خدمات درمانی (به‌ویژه خدمات دارویی و بیمارستانی)،^۳ کمبود تجهیزات پزشکی و درمانی و حمله به مراکز درمانی و حتی ممنوعیت ورود تجهیزات بهداشتی و درمانی و آب آشامیدنی و غذا در وضعیت‌های اضطراری،^۴ ضعف قوانین و مقررات، فرایندهای اداری دست‌وپاگیر، عدم همگرایی قوانین، جزیره‌ای عمل کردن نهادها و ضعف همکاری بین نهادهای و موازی‌کاری در دستگاه‌های مسئول، کمبود فضا، کمبود لباس حفاظتی، کمبود دارو، کمبود ابزار درمانی (ماسک، کپسول اکسیژن و دیگر موارد)، کمبود تجهیزات تهویه هوا و کمبود امکانات قرنطینه‌سازی و ایزوله کردن، عدم حمایت کافی و مناسب دولت‌ها از کودکان آسیب‌دیده، عدم فرماندهی واحد و ساختار ضعیف مدیریت بحران و ضعف مدیریت بحران از جانب دولت‌ها، عدم تخصص و آگاهی مسئولان و مدیران، سبک مدیریتی آمرانه به جای مدیریت انتقادی، بی‌تجربگی مدیران، عدم تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی صحیح، تأخیر در تصمیم‌گیری به‌موقع از چالش‌هایی هستند که مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های

۱. گازرانی، میلاد، «بررسی جایگاه حقوقی سازمان بهداشت جهانی در شیوع بیماری‌های واگیردار»، فصلنامه الکترونیکی پژوهش‌های حقوقی قانون یار، دوره سوم، ۱۳۹۹، شماره ۱۱، ص ۲۸.

۲. اسلامی، رضا و مهشید آجلی لاهیجی، «چالش‌های توسعه اجتماعی در نظام بین‌المللی حقوق بشر با تأکید بر حق آموزش، حق بر سلامت و رفع فقر»، فصلنامه تحقیقات حقوقی، ۱۳۹۵، شماره ۷۴، صص ۲۱۱-۲۴۴.

۳. زمانی، سید قاسم و زینب فرهمندزاد، «اقدامات قهری یکجانبه آمریکا علیه ایران از منظر حقوق بین‌الملل با تأکید بر رویه شورای حقوق بشر سازمان ملل متحد»، مجله پژوهش‌های حقوقی، ۱۴۰۰، شماره ۴۸، صص ۱۸-۱۹.

۴. عباسی (اشق‌لی)، مجید و حامد عظیمی، «حق بر سلامت و تحریم‌های آمریکا با تأکید بر تحریم‌های دارویی و تجهیزات پزشکی»، فصلنامه مطالعات بین‌المللی، ۱۴۰۱، شماره ۴، صص ۳۰۸-۲۷۷.

مسری را برای کودکان، به‌خصوص در مرحله درمان و مقابله، با معضل جدی مواجه می‌کنند و منجر به افزایش تلفات انسانی می‌شوند.^۱

از سوی دیگر اختلال در دسترسی به واکسیناسیون و پوشش ناکافی واکسیناسیون از مهم‌ترین علل طغیان بیماری‌های مسری در بحران‌هاست. طبق گزارش یونیسف، ۹۰ درصد کودکان سوریه قبل از جنگ تحت پوشش واکسیناسیون بودند؛ اما با وقوع جنگ این میزان به ۶۰ درصد کاهش یافت و منجر به افزایش شیوع بیماری‌های مسری، از جمله سرخک و فلج اطفال که از سال ۱۹۹۵ در سوریه ریشه‌کن شده بود، گردید.^۲

آموزش کودکان نیز مقوله‌ای است که متأسفانه کمتر در این زمینه به آن پرداخته شده است. درحالی‌که آموزش و ایجاد آمادگی روانی و فیزیکی در همه اقشار جامعه یکی از مهم‌ترین ضرورت‌های پیش از بحران است. برخی دولت‌ها هنوز محتوای آموزشی درباره آماده کردن کودکان با وضعیت‌های بحرانی که مختص به این گروه جمعیتی باشد ندارند و اگر هم وجود دارد به‌روزرسانی درست نشده است. بنابراین کودکان در هر گروه سنی نیاز به یک نوع از آموزش دارند و ارتقای سطح مهارت‌های ایمنی و خودامدادی کودکان کمک بسیار زیادی در کاهش خسارت‌های جانی در این گروه سنی خواهد کرد.

نکته پایانی اینکه جنگ چالش دیگر در این حوزه است. هرچند دولت‌ها متعهد به فراهم کردن سازوکارهای لازم برای حمایت همه‌جانبه از کودکان در جنگ‌ها هستند، مخاصمات مسلحانه (برخلاف حوادث طبیعی)، یک بحران خودساخته انسانی است که زمینه رشد جسمی، روحی، شناختی و اجتماعی کودکان را نابود می‌کند. توجه به سلامت جسمی و ذهنی کودکان، فراهم‌آورنده بستر رشد طبیعی آنان است که در وضعیت جنگی میسر نیست. در مناطق جنگی، شرایط بهداشتی نامناسب و بی‌نظمی وجود دارد. این موارد باعث افزایش انتقال بیماری‌ها و عفونت‌ها می‌شوند و کودکان را در معرض خطرهای عفونی و انتقال بیماری‌های مختلف قرار می‌دهد که ممکن است منجر به بیماری‌های خطرناک و اگیردار شوند.

۱. نظری، لیلا، وحید پورشهبی، حامد آرامش و نورمحمد یعقوبی، **چالش‌ها، پیامدها و الزامات مواجهه با بیماری‌های واگیردار نوپدید**، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، دوره دوازدهم، ۱۴۰۱، شماره ۲، صص ۲۰۴-۱۸۵.

۲. تیموری، فاطمه و آراسب دباغ مقدم، **وضعیت بهداشت عمومی کودکان آواره ناشی از جنگ سوریه: یک مرور روایتی**، مجله علوم مراقبتی نظامی، ۱۳۹۹، ص ۷۵.

نتیجه‌گیری

بی‌تردید کودکان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در وضعیت‌های اضطراری همچون مخاصمات مسلحانه و بیماری‌های مسری مانند کووید ۱۹ هستند. یکی از جلوه‌های رعایت حقوق کودکان در زمان بحران‌های فوق، مصون نگهداشتن آنها از ابتلا به انواع بیماری‌های مسری است. تجربه جهانی مقابله با کووید-۱۹ در کشورهای مختلف نشان داد که چگونه یک بیماری واگیردار می‌تواند تمامی کشورهای جهان را صرف‌نظر از مرز، ملیت یا نژاد مورد تهدید جدی قرار دهد و سلامت اغلب مردم جهان را به خطر اندازد. از این رو باید اذعان کرد شناخت واقعیت‌های مربوط به مخاطرات و پیامدهای آنها و آموزش و ایجاد آمادگی روانی و جسمی در همه اقشار جامعه یکی از مهم‌ترین ضرورت‌های پیش از بحران است. در حوزه مدیریت بحران، واکنش موفق دولت‌ها منوط به ظرفیت و مقبولیت حکمرانی است. نحوه سازمان‌دهی واکنش دولت‌ها به یک سانحه با توجه به منابع موجود یک شاخص کلیدی برای ارزیابی ظرفیت حکمرانی در یک بحران است.

هرچند در عرصه بین‌المللی اسناد متعددی در زمینه مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری کودکان به تصویب رسیده و دولت‌ها متعهد به حمایت از حق حیات و سلامت کودکان در قبال این بیماری‌ها شده‌اند؛ اما کودکان از گروه‌هایی هستند که در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کشورها در زمینه کاهش خطرپذیری و پیشگیری از بیماری‌های مسری و حتی در مرحله بازتوانی، مورد غفلت قرار می‌گیرند.

امروزه بیماری‌های واگیردار به عنوان هفت علل اول از ده علل مرگ کودکان در جهان به شمار می‌روند. با این حال وجود یک نقشه راه، به‌روزرسانی قوانین و راهبرد مناسب در حوزه مدیریت بحران کشورها سبب می‌شود تا بسیاری از مشکلات کودکان در این زمینه مرتفع شود. درحقیقت، مشارکت علمی و تحقیق و توسعه در عرصه مدیریت بحران، کمک می‌کند تا از راه شناسایی و پیش‌بینی مخاطره‌ها و تهدیدها، استراتژی‌های مناسب تدوین شود و دولت‌ها برای مقابله با آنها همواره آمادگی داشته باشند.

بررسی صورت‌گرفته در این پژوهش نشان داد محدودیت‌های اعمال‌شده در زمان مخاصمات یا شیوع گسترده پاندمی کووید ۱۹ مانند قرنطینه و آموزش مجازی پیامدهای نامطلوبی در زمینه

آموزش و رشد کودکان داشته است. درحالی‌که آموزش و پرورش کلید توسعه فردی و آینده جوامع است و محرک اصلی توسعه پایدار است.

از سوی دیگر کشورهای دارای اقتصاد ضعیف و تحت‌تأثیر تحریم‌های بین‌المللی و درگیر جنگ توانسته‌اند عملکرد مطلوب و مؤثری در مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری (مانند کووید ۱۹ و سرخک) به‌ویژه در قبال کودکان داشته باشند. درحالی‌که کودکان قربانیان خاموش و بی‌دفاع در بحران‌های ناشی از مخاصمات مسلحانه و شیوع بیماری‌های مسری هستند و بروز جنگ سبب تبعیض و محرومیت بیشتر آنها و حتی عدم بهره‌مندی آنان از مساعدت و انتقال کمک‌های بشردوستانه می‌شود.

نکته حائز اهمیت دیگر آنکه مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری مستلزم طراحی و کارآمدسازی ساختارهای ستادی و عملیاتی مقابله با بحران، ارتقای مهارت‌های مطالعاتی و عملیاتی مدیران بحران، استفاده از ابزار و فنون نوین، نهادینه‌سازی رویکرد مدیریت پیش‌رویدادی و بهره‌گیری از ظرفیت‌های مردمی و سرمایه‌های اجتماعی در مواجهه و کنترل بحران است که برخی کشورها با بروز وضعیت‌های اضطراری مانند جنگ یا شیوع بیماری‌های مسری مانند کووید ۱۹ به دلیل نداشتن زیرساخت‌های لازم [همچون کمبود یا نداشتن تجهیزات لازم پزشکی، عدم برخورداری از فناوری و تجهیزات ارتباطی به‌روز دنیا، عملکرد ضعیف در حوزه دیجیتال و هوشمندسازی و...] در مدیریت بحران بیماری‌های مسری پرمخاطره کودکان ضعیف بوده و تلفات انسانی گسترده‌ای را تجربه کردند. ضمن اینکه مدیریت بحران ناشی از بیماری‌های مسری مستلزم اجرای طیف کامل حقوق بشر است.

در این راستا می‌توان راهکارهای ذیل را پیشنهاد کرد:

- ایجاد نظام‌های آموزش و پرورش فراگیر، تاب‌آور و با کیفیت متناسب با نیازهای آینده؛
- ارتقای ظرفیت نقش‌آفرینان اصلی حوزه حمایت از کودکان در شرایط بحران و ایجاد یک سازوکار هماهنگی ملی برای این حوزه؛
- پیش‌بینی‌های لازم در برنامه‌ریزی‌های ملی کشورها برای اطمینان از مراقبت کودکان و خانواده‌های آنها در مواقع بحران؛
- توانمندسازی کودکان و خانواده‌های آنها در راستای ارتقای سلامت؛
- سرمایه‌گذاری در زمینه ارتقای سواد دیجیتال و زیرساخت‌های آن؛

- تقویت همکاری و تبادل تجربیات با سازمان‌ها و کشورهای دیگر در زمینه مدیریت بحران؛
 - به‌روزرسانی و استفاده از فناوری‌های نوین در زمینه‌های هوش مصنوعی، اینترنت اشیا و تحلیل داده‌ها برای بهبود پاسخگویی به بحران‌ها؛
 - توسعه و اجرای دوره‌های آموزشی برای توانمندسازی کودکان در زمینه مدیریت بحران.
- امید است نتایج مطالعات موردبررسی در این پژوهش، توجه دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی را بیش از گذشته درباره وضعیت بهداشتی و سلامت کودکان به‌ویژه کودکانی که درگیر جنگ هستند جلب کند و تا حدی در شناسایی نیازهای بهداشتی و درمانی آنها به‌ویژه در منطقه غزه کمک کند و دسترسی به دریافت کمک‌های بشردوستانه را برای این کودکان تسهیل نماید.

منابع

کتاب

۱. امینی حسینی، کامبد، *ارائه راهکارهای اجرایی برای اصلاح و بهبود نظام مدیریت بحران کشور مبتنی بر تجارب جهانی*، چاپ پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله، زمستان ۱۳۸۸.
۲. *برنامه ملی بازسازی و بازتوانی (بند ج ماده ۴ قانون مدیریت بحران کشور)*، سازمان مدیریت بحران کشور و پژوهشکده سوانح طبیعی، آذر ماه ۱۴۰۰.
۳. *پروژه اسفیر: منشور بشر دوستانه و حداقل استانداردها در پاسخگویی بشر دوستانه*، ترجمه عزیز سمیعی، چاپ اول، تهران: چالش، ۱۳۹۳.
۴. *مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵*، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، مترجم پیمان همتی و حسین اکبری و گروه مترجمان، ویرایش سوم، تهران: تندیس، ۱۳۹۶.
۵. جوزف، سارا، جنی شولتز و ملیسا کسن، *میثاق حقوق مدنی و سیاسی دعوی، آموزه‌ها و تفاسیر*، ترجمه: دکتر سید قاسم زمانی، چاپ اول، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۹۵.

۶. چارچوب سندای برای کاهش خطرپذیری سوانح ۲۰۳۰-۲۰۱۵، مترجم

بهنام سعیدی و دیگران، تهران: انتشارات کتاب پدیده، زمستان ۱۳۹۴.

۷. خلاصه کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی، تهران: انتشارات کمیته

بین‌المللی صلیب سرخ، ۱۳۸۲.

۸. دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، مترجم مهرناز پیروز نیک، کمیسیون ملی

یونسکو-ایران، زمستان ۱۳۹۴.

۹. فالی، سید سجاد، اصول و مقدمات مدیریت بحران با ذکر نمونه‌هایی از حوادث

بحران‌ساز، تهران: انتشارات پلک، ۱۳۹۴.

مقاله

۱۰. انصاری، باقر، ابعاد و چالش‌های حقوق بشری مقابله با کووید ۱۹، فصلنامه

تحقیقات حقوقی، بهار ۱۴۰۱.

۱۱. اسلامی، رضا و مهشید آجلی لاهیجی، چالش‌های توسعه اجتماعی در نظام

بین‌المللی حقوق بشر با تأکید بر حق آموزش، حق بر سلامت و رفع فقر،

فصلنامه تحقیقات حقوقی، ۱۳۹۵، شماره ۷۴.

۱۲. امیر فامیل زوار جلالی، آشنایی با تعهدات سازمان جهانی بهداشت در دوران

همه‌گیری بیماری‌ها، (۲۶ دی)،

۱۳. بیگ زاده، ابراهیم، سید محمدقاری سیدفاطمی، سیدهادی محمودی و محمدحسین لطیفیان،

معضل کرونا در آیین حقوق بین‌الملل معاصر، فصلنامه تحقیقات حقوقی، ویژه‌نامه

کرونا، (۱۳۹۹).

۱۴. تیموری، فاطمه و آراسب دباغ مقدم، وضعیت بهداشت عمومی کودکان آواره ناشی

از جنگ سوریه: یک مرور روایتی، مجله علوم مراقبتی نظامی، ۱۳۹۹.

۱۵. جهانگیری، کتایون، رضا خانی جزنی، کیومرث اله بخشی و حسن جمشیدی، بررسی

تطبیقی تغییرات محتوایی و ساختاری پروژه اسفیر در بخش استانداردهای

مشترک، مجله امداد و نجات، ۱۳۹۲.

۱۶. حدادی، مهدی و بهرام مرادیان، مفهوم مراقبت بایسته در حقوق بین‌الملل و مقررات گروه ویژه اقدام مالی، مجله حقوقی بین‌المللی، شماره ۶۱ پاییز و زمستان ۱۳۹۸.
۱۷. خانکه، حمیدرضا و سید تیمور حسینی، انتخاب مدل برتر مدیریت بحران ناشی از حوادث طبیعی در کشورهای هدف بر اساس مدل تصمیم‌گیری چند معیاره AHP، فصلنامه مطالعات دفاعی استراتژیک سال پانزدهم، زمستان ۱۳۹۶، شماره ۷.
۱۸. خسروی، حسن، ابعاد حقوق بشری مداخلات درمانی و نجاتبخش اختیاری یا اجباری بیماران کووید-۱۹، فصلنامه تحقیقات حقوقی، دوره ۲۳، ویژه‌نامه حقوق و کرونا، ۱۳۹۹.
۱۹. خورشیدیان، عبدالمجید، بازسازی بهینه‌تر از پیش؛ نگرش راهبردی به بازسازی پس از سانحه به عنوان فرصتی برای توسعه، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، دوره پنجم، ۱۳۹۴، شماره ۳.
۲۰. دهقان فاروجی، فاطمه، پرستو کاظمیان، اشرف دهقان و علی بیت‌اللهی، کودکان در برنامه‌های کاهش خطرپذیری بحران‌های طبیعی، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، دوره هفتم، ۱۳۹۶، شماره ۴.
۲۱. زمانی، سید قاسم و زینب فرهنگ زاد، اقدامات قهری یکجانبه آمریکا علیه ایران از منظر حقوق بین‌الملل با تأکید بر رویه شورای حقوق بشر سازمان ملل متحد، مجله پژوهش‌های حقوقی، ۱۴۰۰، شماره ۴۸.
۲۲. زمانی، سید قاسم، بحران کرونا و تعهد بین‌المللی دولت برای تضمین سلامت شهروندان، ویژه‌نامه کرونا و حق بر سلامت، انجمن علمی حقوق اساسی، انتشارات نامه خرد، ۱۳۹۹.
۲۳. سید موسوی، میرسجاد، حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت، مجله تحقیقات حقوقی، دوره ۲۳، ۱۳۹۹، شماره ۸۹.
۲۴. کریمی، سیامک، تعهد دولت منشأ و سایر دولت‌ها به پیشگیری از خسارات فرامرزی کووید ۱۹، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، تابستان ۱۳۹۹، شماره ۶۷.

۲۵. گازرانی، میلاد، بررسی جایگاه حقوقی سازمان بهداشت جهانی در شیوع بیماری‌های واگیردار، فصلنامه الکترونیکی پژوهش‌های حقوقی قانون یار، دوره سوم، ۱۳۹۹، شماره ۱۱.

۲۶. عباسی، محمود و سیده پریسا میرابی، حق بر سلامت کودکان با تأکید بر حق بر توسعه پایدار در شیوع بیماری‌های واگیردار از منظر حقوق بین‌الملل، مجله حقوق پزشکی، ۱۴۰۲، شماره ۵۸.

۲۷. عباسی (اشق‌لی)، مجید و حامد عظیمی، حق بر سلامت و تحریم‌های آمریکا با تأکید بر تحریم‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، فصلنامه مطالعات بین‌المللی، ۱۴۰۱، شماره ۴.

۲۸. عزیزی، سعید، محمدمهدی رشیدی و اکبر نیلی‌پور طباطبائی، بررسی رابطه بین توسعه سرمایه انسانی و مدیریت بحران، مجله مدیریت سرمایه اجتماعی، دوره ۶، بهار ۱۳۹۸، شماره ۱.

۲۹. قصابیان، جواد، بهره‌گیری از روش‌های نوین در مدیریت بحران و سیلاب شهری با تأکید بر کاهش خسارت و تلفات، فصلنامه رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، ۱۳۹۹، شماره ۲۸.

۳۰. فیروز پور، کوثر، دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان، مجله پژوهش‌های حقوقی، تابستان ۱۴۰۰، شماره ۴۶.

۳۱. مروت، مجتبی، حقوق کودکان در مخاصمات مسلحانه، مجله پژوهش‌های حقوق عمومی، دوره ۸، ۱۳۸۵، شماره ۱۸.

۳۲. نامی، پارسا، تأمین دارو: حقوق و تکالیف دولت‌ها در نظام بین‌المللی، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ۱۳۹۳.

۳۳. نظری، لیلا، وحید پورشه‌ابی، حامد آرامش و نورمحمد یعقوبی، چالش‌ها، پیامدها و الزامات مواجهه با بیماری‌های واگیردار نوپدید، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، دوره دوازدهم، ۱۴۰۱، شماره ۲.

References

Books

1. *Agenda for Sustainable Development (2030)*, translator Mehrnaz Pirouz Nik, UNESCO-Iran National Commission, winter 2014. (in Persian)
2. Amini Hosseini, *Kambed, Providing Executive Solutions for Reforming and Improving the Country's Crisis Management System Based on Global Experiences*, published by the International Research Institute of Seismology and Earthquake Engineering, winter 2018. (in Persian)
3. Fali, Seyed Sajjad, *Principles and Preliminaries of Crisis Management with Examples of Crisis Events*, Tehran, Plek Publishing House, 2014. (in Persian)
4. *International Health Regulations 2005*, Ministry of Health, Medical Education and Communicable Diseases Management Center, translated by Peyman Hemmati and Hossein Akbari and translators group, third edition, Tehran Publishing: Tandis, 2016. (in Persian)
5. Joseph, Sara and others, translated by: Dr. Seyed Qasim Zamani, *Covenant of Civil and Political Litigation Laws, Doctrines and Interpretations*, Shahr Danesh Legal Studies and Research Institute, Tehran, first edition, 2015. (in Persian)
6. *LITERATURE REVIEW ON LAW AND DISASTER RECOVERY AND RECONSTRUCTION*, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 2020.
7. *National Reconstruction and Rehabilitation Program* (Clause C, Article 4 of the country's crisis management law), the country's crisis management organization and natural disaster research institute, November 2024. (in Persian)
8. Sphere Project: *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, translated by Aziz Sami, first edition, Challes Publishers, Tehran, 2013. (in Persian)
9. *Summary of the 1949 Geneva Conventions and Additional Protocols*, Publications of the International Committee of the Red Cross, Tehran, 2003. (in Persian)
10. *The Midterm Review of the Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015-2030)*, Regional Report for Asia-Pacific, International Science Council, Paris, France, 2023.
11. *The Sendai Framework for Reducing the Risk of Accidents 2015-2030*, translated by Behnam Saeedi and others, (Tehran, Ketab Padideh Publications, winter 2014. (in Persian)

Articles

12. Abbasi (Ashqli), Majid, Azimi, Hamed, "The Right to Health and US Sanctions with an Emphasis on Drug and Medical Equipment Sanctions", *International Studies Quarterly*, 2022, No. 4. (in Persian)
13. Azizi, Saeed and others, "Investigating the relationship between human capital development and crisis management", *Journal of Social Capital Management*, Volume 6, Spring 2018, No 1. (in Persian)
14. Abbasi, Mahmoud, Mirabi, Sayeda Parisa, "The Right to Children's Health with an Emphasis on the Right to Sustainable Development in the Spread of Infectious Diseases from the Perspective of International Law", *Journal of Medical Law*, 2023, No. 58. (in Persian)
15. Amir Famil Zovar Jalali, "Getting to Know the Obligations of the World Health Organization During the Epidemic of Diseases", January 26, 1400, <https://www.tabnak.ir/fa/news/1099228/> (in Persian)
16. Ansari, Baqer, "Human Rights Dimensions and Challenges of Dealing with Covid-19", *Legal Research Quarterly*, Spring 1401. (in Persian)
17. Begzadeh, Ebrahim and others, "Corona Problem in the Mirror of Contemporary International Law", *Legal Research Quarterly, special issue of Corona*, 2019. (in Persian)
18. Dehghan Farooji, Fatemeh and others, "Children in Programs to Reduce Vulnerability to Natural Crises", *Knowledge Quarterly of Crisis Prevention and Management*, 7th period, 4th issue, 2016. (in Persian)
19. Firouzpour, Kosar, "Achievements of International Law in Realizing the Right to the Health of Disabled Children", *Legal Research Journal*, summer 2021, No. 46. (in Persian)
20. Gartland D, Riggs E, Muyeen S, Giallo R, Afifi TO, MacMillan H, et al, "What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review", *BMJ Open* 2019.
21. Gazrani, Milad, "Investigation of the Legal Position of the World Health Organization in the Outbreak of Infectious Diseases", *the electronic quarterly of legal researches of Kanon Yar*, third volume, 2019, No 11. (in Persian)
22. Haddadi, Mehdi, Moradian, Bahram, "The Concept of Due Care in International Law and the Regulations of the Financial Action Task Force", *International Legal Journal*, Autumn and Winter 2018, No. 61. (in Persian)

23. Islami, Reza, Ajali Lahiji, Mahshid, "Challenges of Social Development in the International Human Rights System with an Emphasis on the Right to Tducation, the Right to Health and Poverty Alleviation", *Legal Research Quarterly*, 2015, No. 74. (in Persian)
24. Jahangiri, Ketayoun and others, "A Comparative Study of Content and Structural Changes of Sphere Project in the Common Standards Section", *Emdad and Najat Magazine*, 2012. (in Persian)
25. Karimi, Siamak, "The Commitment of the State of Origin and other Governments to Prevent Cross-Border Damages of Covid-19", *Public Law Research Quarterly*, summer 2019, No. 67. (in Persian)
26. Khanke, Hamidreza, Hosseini, Seyed Taimur, "Choosing the Best Crisis Management Model Caused by Natural Disasters in the Target Countries Based on the AHP Multi-Criteria Decision-Making Model", *Strategic Defense Studies Quarterly*, 15th year, Winter 2016, No 7. (in Persian)
27. Khosravi, Hassan, "Human Rights Dimensions of Voluntary or Compulsory Treatment and Rescue Interventions for Covid-19 Patients", *Legal Research Quarterly*, Volume 23, Special Letter on Laws and Corona, 2019. (in Persian)
28. Martin Krottmayer, Technological & Biological Hazard Preparedness (October 2020) Biological Hazards: Epidemics", IFRC, 2018.
29. Morovat, Mojtaba, "Children's Rights in Armed Conflicts", *Journal of Public Law Research*, Volume 8, 2016, No 18. (in Persian)
30. Nami, Parsa, "Drug Supply: The Rights and Duties of Governments in the International System", Tehran: Shahr Danesh Institute of Research and Studies, 2014. (in Persian)
31. Nazari, Leila and others, "Challenges, Consequences and Requirements of Facing Emerging Infectious Diseases", *Crisis Prevention and Management Science Quarterly*, 12th Volume, 2022, No 2. (in Persian)
32. Pedro A. Villarreal, "Counter-contestation in global health governance: The WHO and its member states in emergency settings", *Health Policy*, Volume 131, May 2023.
33. Qasabian, Javad, "Using New Methods in Urban Flood and Crisis Management with an Emphasis on Reducing Damage and Casualties", *New Research Approaches in Management and Accounting Quarterly*, 2019, No. 28. (in Persian)
34. RanaMoustafaFouad, "The Legal Duty to Cooperate amid Covid-19: A Missed Opportunity?", *EJIL TALK*, 22 April 2020.

35. Seeger, Matthew, Ulmer, R. Ulmer, "Virtuous responses to organizational crisis: Aaron Feuerstein and Milt Cole", *Journal of Business Ethics*, 31(4), 2001.
36. Seyed Mousavi, Mir sajad, "The Right to the Highest Attainable Level of Health", *Journal of Legal Research*, Volume 23, 2019, No 89. (in Persian)
37. Khorshidian, Abdul Majid, "Reconstruction More Optimal than before; A Strategic Approach to Post-Disaster Reconstruction as an Opportunity for Development", *Knowledge Quarterly of Crisis Prevention and Management*, 5th session, 3rd issue, 2014. (in Persian)
38. Teimouri, Fatemeh, Dabbagh Moghadam, Araseb, "General Health Status of Displaced Children Due to the Syrian War: A Narrative Review", *Journal of Military Care Sciences*, 2019. (in Persian)
39. Wenham, Clare. "What we have learnt about the World Health Organization from the Ebola outbreak". *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 26 May 2017.
40. Zamani, Seyed Qasim, "Corona Crisis and the International Commitment of the Government to Ensure the Health of Citizens, Special Issue on Corona and the right to health", Scientific Association of Constitutional Rights, Kherd Publications, 2019. (in Persian)
41. Zamani, Seyed Qasim, Farhamandzad, Zainab, "America's Unilateral Coercive Measures against Iran from the Point of View of International Law with an Emphasis on the Procedure of the United Nations Human Rights Council", *Journal of Legal Research*, 1400, No. 48. (in Persian)

Documents

42. DISASTER RECOVERY FRAMEWORK FOR TROPICAL CYCLONE GITA, KINGDOM OF TONGA // OCTOBER 2018.
43. CESCR General Comment No. 24 on State Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the context of business activities: restricting marketing and advertising of certain goods to protect public health, E/C.12/GC/24, 2017.
44. Convention on the Rights of the Child Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989.
45. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989.

46. Draft articles on the protection of persons in the event of disasters, with commentaries, (2016), Adopted by the International Law Commission at its sixty-eighth session, in 2016, and submitted to the General Assembly as a part of the Commission's report covering the work of that session (A/71/10).
47. General Assembly, Sixty-fifth session, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS High-level meeting on the comprehensive review of the progress achieved in realizing the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS Report of the Secretary-General (A/65/797), 9 June 2011.
48. General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).
49. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000.
50. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24).
51. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), (17 April 2013). Available at:
<https://www.refworld.org/legal/general/crc/2013/en/96127/>
52. General Comment No. 3 (2003) HIV/AIDS and the rights of the child, COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, CRC/GC/2003/3 17 March 2003.
53. Human rights implications of the lack of affordable, timely, equitable and universal access and distribution of coronavirus disease (COVID - 19) vaccines and the deepening inequalities between States - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 01 February 2022.
54. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, WORLD DISASTERS REPORT 2022 TRUST, EQUITY AND LOCAL ACTION, Lessons from the COVID-19 pandemic to avert the next global crisis, 2023.
55. Joint general comment No. 3 (2017) of the Committee on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families and No. 22 (2017) of the Committee on the Rights of the Child on the general principles regarding the human rights of children in the context of international migration.

56. Ontario Human Rights Commission (OHRC), (2020), "Policy on Governments Human rights During the Covid-19 Pandemic", November 2021.
57. operation and Development (OECD) , 9 April 2020.
58. Resolution 2532 (2020) / adopted by the Security Council on 1 July 2020.
59. Resolution adopted by the General Assembly on 23 December 2015 [on the report of the Sixth Committee (A/70/509)], 70/236. Report of the International Law Commission on the work of its sixty-seventh session.
60. RESPONSES TO COVID-19 AND STATES' HUMAN RIGHTS OBLIGATIONS: PRELIMINARY OBSERVATION, 16 march, 2020.
61. Security Council resolution 1308 (2000) [on provision of training on issues related to HIV/AIDS prevention for peacekeeping personnel], 17 July 2000.
62. The Committee on the Rights of the Child warns of the grave physical, emotional and psychological effect of the COVID-19 pandemic on children and calls on States to protect the rights of children, 8 April 2020.
63. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights, 2020.
64. UN Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), General Guidelines Regarding the Form and Content of Initial Reports to Be Submitted by States Parties under Article 44, Paragraph 1(a) of the Convention. 1991. UN Doc. CRC/C/5/1991 , adopted by the Committee at its 22nd meeting (1st session) on 15 October 1991.
65. UN General Assembly, "International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face COVID-19", 74/274, 15 Apr 2020.
66. UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (22nd sess.: 2000: Geneva) , General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2000, para. 45.
67. United Nations Office for Disaster Risk Reduction, Sendai Framework for Disaster Risk Reduction(2015 – 2030).

Online Resources

68. <https://turkiye.un.org/en/251952-guterres-%E2%80%9Cgaza-becoming-graveyard-children%E2%80%9D/>
69. https://www.ohrc.on.ca/en/news_centre/ohrc-policy-statement-human-rights-covid-19-recovery-planning.

70. https://persiansign.ir/my_documents/my_files/Full-Task%206-%20final%20version-Farsi.pdf/
71. <https://www.amnestyusa.org/press-releases/responses-to-covid-19-and-states-human-rights-obligations-preliminary-observations/>
72. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030/>
73. <https://digitallibrary.un.org/record/425041/>
74. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-24-2017-state-obligations-context>.
75. <https://digitallibrary.un.org/record/425041/>
76. <https://digitallibrary.un.org/record/1323014?v=pdf#files/>
77. <https://digitallibrary.un.org/record/137523?v=pdf/>
78. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/457/44/pdf/n1545744.pdf?toKen=ec0pX0uHN6nQhYDUzH&fe=true/>
79. <https://www.refworld.org/legal/otherinstr/ilc/2016/en/123342/>
80. <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf/>
81. <https://www.refworld.org/docid/45139b464.html/>
82. https://www.unicef.nl/files/INT_CRC_STA_9095_E.pdf/
83. <https://digitallibrary.un.org/record/418823?v=pdf#files/>
84. <https://digitallibrary.un.org/record/704836?v=pdf/>
85. <https://digitallibrary.un.org/record/3870751/>
86. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf/
87. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2022/>
88. <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/definition-of-hazard/>
89. <https://digitallibrary.un.org/record/3856957/>
90. <https://www.ejiltalk.org/the-legal-duty-to-cooperate-amid-covid-19-a-missed-opportunity>.
91. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/261/15/PDF/G1926115.pdf?OpenElement>, 3 September (2019), para. 26. (CCPR/C/GC/R. 36).
92. <https://reliefweb.int/report/world/sphere-handbook-humanitarian-charter-and-minimum-standards-humanitarian-response-2018>.
93. https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-241_0368-summary-geneva-conventions-fas.pdf/

94. https://www.gfdrr.org/sites/default/files/publication/WB_Tonga_Framework_Report_FA02-M.pdf/
95. <https://ndri.ac.ir/uploads/NDML-Docs/Post-Disaster-Reconstruction-and-Rehabilitation-National-Plan.pdf/>
96. https://www.ifrc.org/sites/default/files/Final_Literature-Review-on-Law-and-Recovery.pdf/
97. <https://www.undrr.org/media/86717/download?startDownload=true/>
98. <https://digitallibrary.un.org/record/425041/>
99. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf/>
100. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc4935-human-rights-implications-lack-affordable-timely-equitable-and/>
101. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024870>
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30975671/
102. <https://webarchive.oecd.org/2020-04-09/550461-DAC-Joint-Statement-COVID-19>.
103. <https://www.un.org/pga/74/2020/04/15/international-cooperation-to-ensure-global-access-to-medicines-vaccines-and-medical-equipment-to-face-covid-19/>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

International Obligations of Governments in Managing the Crisis Caused by Infectious Diseases of Children (With an Emphasis on Gaza Crisis and Covid-19 Pandemic)

Roya Zarenemati*
Seyed Ghasem Zamani**

Abstract

Contagious diseases have been one of the most important factors threatening human life, both in peacetime and wartime. In order to protect and guarantee, as much as possible, the right to life and the right to health of individuals, international law has predicted various obligations for governments in the field of crisis management caused by infectious diseases. In the meantime, children are more physically and psychologically vulnerable than other population groups due to not having enough understanding of the dangers around them during a crisis caused by an epidemic of infectious diseases. This research investigates the issues and international obligations of governments in managing the crisis caused by infectious diseases in the children's demographic group, and addressed the challenges they face in this field. The findings of this article show that some governments have neglected to implement some of their international obligations and their performance in managing the crisis caused by children's infectious diseases has not been very desirable and effective, and it needs other new measures and policies which has been investigated in this research.

Keywords:

Crisis Management, International Commitments, Infectious Disease, Children, Gaza and Covid-19.

* P.h.D. Candidate , Faculty of Law & Political Sciences, Allameh Tabatabai University Campus, Tehran, Iran (Corresponding Author) roya.attorney@gmail.com

** Professor of Law, Faculty of Law & Political Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. zamani@atu.ac.ir