

توسعه مفهومی حق بر سلامت زنان و تحلیل آن در سیاست‌گذاری‌های کلان و خرد

هاجر آذری^{۱*}، لیلا بهرامی^۲

چکیده

در جوامع توسعه‌یافته، حق بر سلامت مفهوم وسیعی یافته و حق دسترسی به آن در ابعاد مختلف بازتعریف می‌شود. تبیین حق بر سلامت زنان تحت‌تأثیر جنسیت و تجربه تغییرات متعدد در طول دوره‌های زندگی آنان، واجد اهمیت خاص است و نیازمند ایجاد ساختار جدید مبتنی بر آگاهی و معرفت دقیق بر نیازها و عوامل مؤثر بر آن است. در اندیشه حقوق عمومی، تأمین سلامت همگانی و حفظ بهداشت شهروندان از تکالیف اساسی دولت‌هاست که مداخله دولت شامل طیف وسیعی از اقدامات در راستای ارتقای سطح سلامت از طریق تدوین قوانین و نظارت بر آن‌ها و با هدف اجرای فرایندها و سیاست‌های کلان اثربخش در این حوزه می‌شود. این پژوهش، که با هدف شناسایی ابعاد مختلف حق بر سلامت زنان و تکالیف دولت‌ها نگاشته شده است، از نظر نوع کیفی و به لحاظ روش به صورت توصیف و تحلیل اسناد مربوطه انجام شده است. حق بر سلامت زنان را در ابعاد متعدد جسمی، معنوی، روانی، اجتماعی، شغلی، زیست‌محیطی و فکری شناسایی و شاخص‌سازی کرده است. یافته‌های تحقیق و بررسی اسناد بالادستی و سیاست‌گذاری‌های کلان حاکی از آن است که نه‌تنها قوانین موجود فاقد اثربخشی لازم در عمل و اجرا هستند، بلکه از جنبه ماهوی صرفاً به برخی از ابعاد حق بر سلامت زنان توجه شده است. بنابراین تدوین برنامه جامع تقنینی سلامت زنان در همه حوزه‌ها مبتنی بر سیاست‌های کلان تحول‌محور به‌منزله یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی ضرورت دارد.

کلیدواژه‌ها

اثربخشی، جنسیت، حق سلامت، سیاست‌گذاری، نظام سلامت.

۱. استادیار گروه مطالعات زنان، دکتری حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)
h.azari@modares.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری مطالعات زنان (گرایش حقوق زن در اسلام)، دانشگاه تربیت مدرس
l.bahrami@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۶

مقدمه و بیان مسئله

امروزه تأمین و تحقق سلامت یکی از عوامل مهم ارزیابی شاخص توسعه‌یافتگی کشورها محسوب می‌شود و متأثر از تغییرات جوامع و اهمیت یافتن حقوق بشر و حقوق شهروندی، مطالعات حوزه سلامت زنان نیز رشد گسترده‌ای داشته و به‌منزله پیوستاری منبعث از شرایط بیولوژیکی، سبک زندگی فردی، شرایط اجتماعی و اقتصادی زنان بازتعریف می‌شود. سازمان بهداشت جهانی، به‌عنوان مهم‌ترین نهاد بین‌المللی متولی بهداشت و سلامت، مجموعه‌ای از حوزه‌های مختلف شامل حوزه جسمی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط و کلیت کیفیت زندگی را مد نظر قرار می‌دهد. با تحولات دهه‌های اخیر، سلامت مفهوم وسیعی یافته که تحت‌تأثیر شرایط متفاوت و متنوع فرهنگی و اجتماعی، حتی به ابعاد جسمی، روانی و معنوی توسعه یافته است. ارتباط مستقیم سلامت با حقوق بشر و کرامت انسان‌ها آن را در زمره حقوق و مشخصاً یک حق ویژه و متعاقباً یک نیاز حقوقی که نیازمند حمایت قانونی و اتخاذ سیاست‌های لازم است معرفی می‌کند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۲۰: ذیل مفهوم حقوق بشر^۲). نژاد، جغرافیا، قومیت و جنسیت از عواملی هستند که می‌توانند سلامت افراد را تحت‌الشعاع قرار دهند. در این میان، جنسیت و تعصبات و تبعیض‌های جنسیتی می‌تواند در دستیابی کامل بر حق سلامت زنان مؤثر باشد و در پاره‌ای از موارد موجب نقض حق ذاتی آنان بر سلامت شود [۳۱؛ ۴۶]. از این رو، توجه به سلامت زنان و ابعاد آن اهمیت ویژه می‌یابد، زیرا سلامت زنان ارتباط معناداری با سلامت جامعه دارد و ضامن تحقق سلامت اجتماعی عمومی است. همچنین، سلامت زنان به دلایل خاص فیزیولوژیکی آنان و تجربه تغییرات متعدد در طول زندگی اعم از بلوغ، بارداری و یائسگی اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به حق بر سلامت آنان مبتنی بر جنسیت، سبب ایجاد مفاهیم بدیع و شکل‌گیری ساختار جدید می‌شود که دوره‌های زندگی آنان را مورد رصد و توجه قرار می‌دهد. جنسیت از نظر هنجارها، نقش‌ها و روابط زندگی روزمره می‌تواند به بروز انواع بیماری‌ها منجر شود. به‌علاوه، سازمان بهداشت جهانی در جهت تأمین حق سلامت، با به چالش کشیدن کلیشه‌های جنسیتی و نابرابری، یکی از اهداف خود را از بین بردن موانع مرتبط با جنسیت در مراقبت‌های بهداشتی و اجرای برنامه‌ها در جهت برابری سلامت اعلام می‌کند و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی به منظور تحقق حقوق بشر را در اولویت قرار می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰: ذیل عنوان جنسیت).

در ایرانِ اوایل انقلاب، عمده سیاست‌ها و برنامه‌های پیرامون سلامت زنان ذیل محور بارداری و خدمات سلامت و بهداشت باروری شکل گرفت. با گذشت زمان و تغییرات مفهومی در حق سلامت، هم‌اکنون ضرورت توجه بر مفاهیم جدید و شناسایی ابعاد دیگر سلامت زنان

1. World Health Organization(WHO)
2. WHO, Health topics, gender equity and human rights

مبتنی بر آگاهی و شناسایی دقیق جنسیت، نیازها و عوامل مؤثر بر آن بیش از پیش احساس می‌شود. بنابراین، شناسایی و توسعه مفهوم سلامت زنان به ایجاد چارچوب جدید و سازمان‌یافته و دقیق منجر می‌شود که متولیان امر سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری را در تدوین برنامه جامع و مدون یاری می‌رساند. این پژوهش که به لحاظ نوع کیفی است، با روش تحلیل اسنادی به دنبال پاسخگویی به این سؤالات است که با تحولات سریع جوامع، متأثر از عوامل گوناگون، مفهوم حق بر سلامت زنان به چه صورت دچار تحول و توسعه می‌شود؟ چه شاخص‌ها و اولویت‌هایی را می‌توان ذیل عنوان حق بر سلامت زنان به رسمیت شناخت؟ و آیا سیاست‌گذاری‌ها با شتاب سریع تغییرات جامعه همسو و «اثربخش» بوده است؟

این پژوهش بر این باور است که اگرچه پژوهش‌های متعددی در حوزه سلامت وجود دارد، عمده تحقیقات در زمینه‌های زیستی و پزشکی بوده و مبانی نظری آن مغفول مانده است. فلذا ضرورت طرح بحث حق بر سلامت زنان و اهمیت آن به‌منزله یکی از ابعاد توسعه آشکار می‌شود. فقدان نظریه بومی در این حوزه نگارندگان را بر آن داشت تا با بیان زیرساخت‌ها و تبیین اهمیت موضوع، به تئوری‌پردازی در این حوزه بپردازند و بدین ترتیب با بررسی جوانب مختلف حق بر سلامت زنان، بر امکان توسعه و بازتعریف مفهوم جدید از آن بپردازند و با ارزیابی اسناد موجود، روند توسعه حق سلامت زنان به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم عدالت جنسیتی را در سیاست‌گذاری‌ها و اکاوی کنند تا در پرتو آن خلأهای موجود شناسایی شوند و تحول و توسعه در این مفاهیم و شاخص‌ها در الویت نهادهای سیاست‌گذار قرار گیرند تا قوانین به نحو «مؤثری» در عمل اجرا شوند.

پیشینه پژوهش

تبیین دقیق مفهوم حق بر سلامت نیازمند بررسی اسناد و سوابق پژوهشی موجود است. در این پژوهش واکاوی معنایی «حق» و «سلامت» در اسناد بین‌المللی و داخلی صورت گرفته و پیشینه بحث در پژوهش‌های علمی انجام‌شده بررسی می‌شود تا خلأهای موجود تبیین و تحلیل شود.

مفهوم حق بر سلامت در اسناد و ادبیات بین‌المللی

سلامت^۱، در فرهنگ‌های معتبر واژگان، وضعیت عالی جسم و روح و عاری بودن از درد و بیماری معنا شده است [۵۶؛ ۵۷]. با توسعه حقوق بشر، حل مسائل بین‌المللی بهداشتی و توجه به احترام جهانی مؤثر حقوق بشر فارغ از جنسیت در راستای تأمین رفاه و بالابردن سطح زندگی

در منشور سازمان ملل متحد در ماده ۵۵ مورد تأکید قرار گرفته است (منشور ملل متحد، ۱۴۸). همچنین حق بر سلامت به منزله یکی از حقوق اساسی در اولین اسناد بین‌المللی تیلور یافت. بند ۱ و ۲ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، به‌عنوان یکی از اسناد مهم بین‌المللی، حق تأمین سلامتی و رفاه فرد و خانواده‌اش را از حیث خوراک، مسکن و مراقبت‌های طبی و خدمات لازم اجتماعی به رسمیت شناخته و بر حمایت ویژه و کمک مخصوص مادران و کودکان تأکید می‌کند (اعلامیه جهانی حقوق بشر)^۲ [۵۴]. تصویب اساس‌نامه و تشکیل سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ و در فاصله کوتاهی از تشکیل سازمان ملل بر اهمیت خاص حق بر سلامت تأکید می‌کند. سازمان بهداشت جهانی سلامت را مبتنی بر مبانی حقوق بشر، به‌زیستی، رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و به‌طور خاص فقدان بیماری و نقص عضو تعریف می‌کند و بر دستیابی به عالی‌ترین سطح سلامت اشاره دارد. نکته مهم در این تعریف این است که از منظر سازمان بهداشت جهانی، مفهوم سلامت با بهداشت عمومی متفاوت است و عام‌تر به‌شمار می‌آید. نکته مهم‌تر اینکه تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت کاملاً مورد توافق کشورهای عضو این سازمان است. اما تعریف مزبور به‌واسطه مبهم‌بودن، جامع و مانع‌نبودن آن مورد نقد است؛ مثلاً در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی و اجتماعی مغفول مانده است که بدان خواهیم پرداخت.

حق سلامت^۳ در کنوانسیون بین‌المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی نیز به رسمیت شناخته شده است و آن را تمتع از بهترین حالت سلامت جسمی و روانی ممکن‌الحصول معرفی می‌کند. تقلیل میزان متولدشدن کودکان مرده، بهبود بهداشت محیط، پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر و ایجاد شرایط مناسب برای تأمین پزشکی از بندهای تأکیدشده این کنوانسیون در ماده ۱۲ است (کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی فرهنگی)^۴ [۵۱].

کنفرانس منشور آتاوا، به‌عنوان اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت، پیش‌نیازهای کلیدی سلامت را به تأمین صلح، فراهم‌کردن سرپناه، تدارک آموزش و پرورش، مواد غذایی، تأمین درآمد مکفی، اکوسیستم باثبات، منابع پایدار، عدالت اجتماعی و برابری توسعه داده است. این منشور بر تأثیر مهم فقر، تبعیض، جنسیت، قومیت، ملیت، تحصیلات، مذهب، شغل، استرس و خشونت بر تأمین سلامت افراد اشاره می‌کند و تأثیر جهانی‌سازی و سبک زندگی را بیش از علل بیولوژیک در سلامت می‌داند [۵۵]. علاوه بر موارد ذکرشده، کنوانسیون بین‌المللی محور کلیه اشکال تبعیض نژادی^۵ [۴۹]، کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض علیه

1. Charter of the United Nations
2. The universal Declaration of Human Rights
3. right to health
4. International Convent on Economic, Social And Cultural Right's
5. International Convention on Elimination of All Forms of racial Discrimination

زنان^۱ [۵۰] و اعلامیه اسلامی حقوق بشر^۲ بر سلامت و ابعاد آن اشاره دارند. سند توسعه پایدار^۳، به عنوان یکی از اسناد جدید بین المللی، شامل هفده هدف کلی است که هدف سوم آن در خصوص سلامت است. این سند کار ناتمام اهداف توسعه هزاره را گسترش می دهد و تکمیل می کند. تضمین زندگی سالم و بهبود تندرستی همه افراد در تمام سنین با سیزده هدف اختصاصی همراه است. نسبت مرگ و میر مادران، تضمین دسترسی جهانی به خدمات بهداشتی و درمانی در حوزه مسائل جنسی و باروری، پایان دادن به بیماری های همه گیر و غیره از این اهداف است. با دقت در سند مزبور آشکار می شود مفهوم سلامت در این سند بیشتر بر روی سلامت جسمی تمرکز داشته است و ابعاد دیگر سلامت مانند سلامت اجتماعی و شغلی اساساً مورد توجه نبوده است [۵۳].

نکته اساسی و درخور توجه دیگر در همه این اسناد این است که حق بر سلامت اساساً صراحتاً بیان نشده، بلکه به صورت ضمنی ذیل سایر حقوق از جمله حق حیات و حق برخورداری از بهداشت یا سلامت باروری طرح شده است و این مسئله می تواند به سردرگمی یا ابهام در نظام های حقوق داخلی منجر شود که به کنوانسیون های یاد شده ملحق شده اند، زیرا نظام های حقوق داخلی نیز به تبع تشتت در اسناد دچار ابهام و سردرگمی شده و حق بر سلامت را فقط محدود به موارد خاصی قانون گذاری کرده اند.

مفهوم حق بر سلامت در اسناد و ادبیات داخلی

در حقوق داخلی، اساساً مفهوم حق در طول زمان با تحول روبه رو بوده است. مکتب حقوق طبیعی برخی حقوق را ذاتی و از بدو خلقت دانسته که به صورت مستتر در طبیعت انسان وجود دارد. برخلاف نظر آن ها، اثبات گرایان وجود هیچ نوعی از حق را از ابتدا به رسمیت نشناخته اند و بیان می دارند بعد از تکاملات فکری بشر و تشکیل جوامع، اراده دولت ها این حقوق را شناسایی کرده اند [۲۹]. حقوق مدنی و سیاسی در ابتدا ارزش های اخلاقی محسوب می شدند که فقط پس از ورود به حیطه حقوق موضوعه، قابلیت ادعا و مطالبه می یابند. بنابراین، دو نظریه در تعریف حق مطرح است: نظریه اراده- انتخاب^۴ و نظریه سود- منفعت^۵. حق در نظریه اراده، یعنی اراده تضمین شده، به این معناست که جزء مقوم حق وجود اراده آزاد است که توان قید زدن بر اراده های دیگر را دارد. در نظریه منفعت، حق یعنی منفعت تضمین شده، یعنی حق برای حفظ و حمایت از یک منفعت شکل می گیرد و با هدف تضمین یک منفعت بنیادین دیگران را به رعایت آن مکلف

1. Convention on the Elimination of All Forms of discrimination against women
2. The universal Islamic Declaration on Human Rights
3. Sustainable Development Goals (SDG)
4. will choice theory
5. interest-benefit theory

می‌کند [۷]. پذیرفتن هریک از این نظرها، هنجارها و ارزش‌های متفاوتی را ایجاد می‌کند که در اسناد، تحقیقات و مطالعات داخلی نیز منعکس شده است.

بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی، دولت را برای نیل به هدف پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه برای ایجاد رفاه و رفع محرومیت در زمینه تغذیه، مسکن و بهداشت و تعمیم بیمه مکلف کرده است. همچنین اصل ۲۹ قانون اساسی، حق برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه را به رسمیت شناخته و تأمین آن را از وظایف دولت دانسته است. اصل بیست‌ویکم قانون اساسی به منظور تضمین حقوق زن، حمایت مادران به‌ویژه در دوران بارداری و حضانت فرزند و ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سال‌خورده را به رسمیت شناخته است. ذیل اصول مربوط به اقتصاد و امور دارایی، اصل ۴۳ قانون اساسی تأمین بهداشت و درمان در جهت تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد مورد اشاره قرار گرفته است و این امر ارتباط سلامت با اقتصاد را آشکار می‌کند.

پیشینه تحقیقاتی پژوهش

بررسی اسناد و مقالات متعدد نیز به نحوی منعکس‌کننده ابهام و تمرکز بر یک یا دو بعد از حق بر سلامت بوده است و عمدتاً نشان‌دهنده تأکید بر حق بر سلامت زنان با تمرکز بیشتر بر سلامت جسمی و باروری است. مراقبت‌های ویژه زمان بارداری، زایمان و توجه به سرطان‌های زنان ذیل عنوان سلامت زنان مورد پژوهش قرار گرفته است. البته با گسترش مطالعات درباره سلامت زنان، مقالات متعددی حول محور تأثیر جنسیت بر سلامت زنان، بیماری‌ها و سرطان‌های خاص زنان، سلامت باروری و زایمان با تأکید منطقه‌ای و به‌طور خاص به نگرش درآمده‌اند. *سلامت زنان و محدودیت‌های قانون*^۱ کتاب جدیدی است که در سال ۲۰۱۹ لیاها^۲ نوشته است. این کتاب با تأکید بر وجود پیشرفت‌های چشمگیر در ایجاد و حمایت از حقوق مؤثر بر سلامت زنان، آن‌ها را در همه موارد دارای مزیت نمی‌داند و به بررسی عناصر و شرایط و ظرفیت قانون در دستیابی به اهداف ابزاری برای سلامت زنان و توسعه حقوق بهداشتی آنان می‌پردازد و با توجه به ارزیابی کشورهای متعدد از پنج قاره، منبع مناسبی برای مطالعات اجتماعی-حقوقی حق سلامت زنان به شمار می‌آید. مقاله دیگری در سال ۲۰۱۹^۳ به بررسی حقوق سلامت مبتنی بر روش‌های تحقیقات مشارکتی در جامعه و تأثیر ساختار آن در

1. *Women's Health and the limits of law*

2. Lyioha

3. Beyond The manuscript: Toward Health Equity: A National Study of promising practices in community-Based participatory research

شکل‌گیری این حق پرداخته است. تبیین بستر جامعه‌شناختی در خصوص شناسایی حق سلامت، به‌ویژه از بعد روش‌شناختی و به‌کارگیری روش‌های علوم اجتماعی در این حوزه، بسیار درخور توجه است [۳۳].

تأکید بر نابرابری‌ها و شکاف جنسیتی به‌منزله یکی از موانع مهم عدم دستیابی زنان بر حق سلامت به‌طور کامل در اسناد و مقالات متعددی مشاهده می‌شود. رسبوم^۱، نابرابری جنسیتی، خشونت و فقر زنان را که به ایجاد مشکلات جسمی و روانی منجر شده از عوامل مهم کاهش سلامت زنان می‌داند. وی معتقد است آسیب سلامت زنان در ابعاد مختلف نه‌تنها آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه بر محیط اولیه کودکان نیز اثرگذار بوده و بر اختلال در رشد روحی و روانی کودکان و کاهش رفاه نسل بعد منجر می‌شود. از این‌رو، دستیابی به برابری جنسیتی با کمک فعالان حقوق بشر، سیاست‌گذاران و متخصصان بهداشت، برای بهبود سلامت و رفاه نسل‌های آینده اهمیت اساسی دارد [۴۴].

در پژوهش‌های داخلی نیز، سلامت از زوایای مختلفی مورد پژوهش بوده است. «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، پژوهشی است که به تبیین ماهیت این حق در بستر مباحث توسعه پرداخته و عملکرد دولت را ارزیابی کرده است [۲۴]. «چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت» عنوان مقاله دیگری است که به تعریف مفهوم دولت و حقوق عمومی پرداخته و چالش‌های فراروی آن را در تنظیم مقررات مورد تأکید قرار داده است [۳]. در برخی مقالات، عنوان حق بر سلامت، به‌صورت کلی و فارغ از جنسیت، بررسی شده است؛ مثلاً توجه بر سلامت زنان در مقالات پزشکی با تأکید بر سلامت جسمی و روان، سلامت اجتماعی، منابع سلامت زنان و سلامت زنان شاغل و خانه‌دار و نیز تبیین چارچوب سلامت زنان مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته است [۲؛ ۸].

با مطالعه و بررسی پژوهش‌های موجود، با عنایت بر اهمیت سلامت زنان، شاهد پراکندگی و تشتت موضوعات و بسط آن در ابعاد مختلف هستیم. فقدان تعریفی جامع و مانع از حق بر سلامت و عدم شفافیت تکالیف دولت‌ها در تحقق آن چالش مهمی است که ضرورت طرح بحث را آشکار می‌کند.

پژوهش حاضر با عنایت به سؤالات مطرح‌شده در مقدمه درصدد است با تبیین حق بر سلامت زنان به‌طور ویژه و توسعه مفهومی آن، نگاه جامع و کل‌نگری را ایجاد و خلأهای موجود در حوزه حق بر سلامت را در سیاست‌گذاری‌ها و قوانین شناسایی کند؛ به گونه‌ای که اثربخشی قوانین داخلی با رویکرد بومی‌سازی آنان آشکار شود. پرداختن به مفهوم سلامت، از منظر نیاز-حق، نکته درخور توجهی است که ضرورت حمایت قانون‌گذاران داخلی را می‌طلبد. بررسی توأمان حق بر سلامت زنان و ابعاد آن در کنار بررسی سیاست‌های موجود خاص سلامت زنان، نوآوری پژوهش به‌شمار می‌آید که در پژوهش‌های دیگر مغفول مانده است.

ابعاد سلامت زنان

سلامت زنان به واسطه عوامل مختلف بیولوژیکی و اجتماعی در معرض آسیب بیشتری قرار دارد. تأمین سلامت زنان ضامن سلامت خانواده و اجتماع است. متأسفانه عمدتاً در این موضوع تمرکز بر سلامت جسمی با تکیه بر باروری یا سرطان زنان است و ابعاد دیگر مؤثر بر آن کمتر مورد توجه و اهمیت قرار گرفته‌اند. به منظور بهبود و ارتقای سلامت زنان در سیاست‌گذاری‌های جدید، شناسایی ابعاد متنوع اثرگذار، که به گونه جامع تأمین‌کننده سلامت باشد، ضرورت دارد. این ابعاد ارتباط معنادار و تنگاتنگی با یکدیگر دارد و فقدان هر یک به کل پیکره این حق آسیب وارد خواهد کرد. ابوت^۱ و جونز^۲ هفت مؤلفه برای سلامت را در قالب پرسش‌نامه‌ای تنظیم کرده‌اند که در سایت بهداشت جهانی نیز به آن اشاره شده است. این مؤلفه‌ها در بسیاری از مطالعات و پژوهش‌ها به‌منزله یک شیوه طبقه‌بندی ابعاد سلامت به‌کار گرفته می‌شوند. ابعاد سلامت و بهزیستی، از دید ابوت و جونز، شامل سلامت ذهنی^۳، سلامت فیزیکی^۴، سلامت شغلی^۵، سلامت معنوی^۶، سلامت عاطفی^۷، سلامت محیط زندگی^۸ و سلامت اجتماعی^۹ است [۳۲]. این پرسشنامه مختصراً این ابعاد را طرح کرده است که عناوین عمدتاً کلی بوده و فاقد شاخص‌اند. بنابراین، در این پژوهش سعی شد ابعاد سلامت زنان به تفصیل بررسی و منطبق بر سیاست‌ها و خلأها شناسایی شود. واژه «بهزیستی»^{۱۰} و سلامت عموماً در یک معنا به کار می‌روند، اما باید توجه داشت بهزیستی جامع‌تر است و همه ابعاد سلامت را دربرمی‌گیرد.

سلامت جسمی

سلامت جسمی به‌منزله اصلی‌ترین و مرکز توجه عمده پژوهشگران به‌عنوان مبنایی‌ترین حق سلامت شناخته می‌شود. سلامت جسمی به معنای توانمندبودن بدن برای فعالیت روزانه و حفظ انرژی و دوری از بیماری‌هاست [۳۱]. سلامت جسمی در دو بعد فیزیولوژیک^{۱۱} و پاتولوژیک^{۱۲} قابل تبیین است [۸]. بعد فیزیولوژیک سلامت جسمی زنان به‌واسطه تغییرات گوناگون در طول دوره‌های زندگی شامل بلوغ، قاعدگی، باروری و زایمان و یائسگی است که

1. About
2. Jonse
3. intellectual wellness
4. physical wellness
5. career wellness
6. spiritual wellness
7. emotional wellness
8. environmental wellness
9. social wellness
10. wellness
11. physiologic
12. pathologic

هریک از دوره‌ها با ایجاد تحولات گسترده جسمی و کارکرد اندام‌های مختلف شرایط زنان را تحت الشعاع قرار می‌دهد. ظاهر متناسب، وزن متناسب، خواب راحت و منظم، بدن انعطاف‌پذیر، طبیعی بودن نبض و فشار خون، حرکات بدنی هماهنگ در ارزیابی سلامت جسمی کاربرد دارند. مطالعات پاتولوژیک یا آسیب‌شناسی، مطالعه فرایند بیماری‌ها در بدن و تأثیرات آن است. با پیشرفت علوم، شناسایی بیماری‌ها و درمان آن‌ها اهمیت ویژه‌ای یافته است. سرطان‌های رحم، سینه و تخمدان، بیماری‌های مربوط به اندام جنسی زنانه، ناباروری و نازایی و مرگ مادران از بیماری‌های شایع زنان است (سازمان بهداشت جهانی: ۲۰۲۰). در این میان، توجه به سایر بیماری‌ها فراتر از جنسیت، همچون ام‌اس، آرتروز، آلزایمر و پوکی استخوان و... ضرورت دارد.

سلامت معنوی

سلامت معنوی^۱ از مفاهیم نوپدید است که ابعاد نظری آن کامل نشده و ابزار قابل اعتمادی در جهت اندازه‌گیری آن تولید نشده است. در نظریه‌های موجود، معنویت در دو معنا به کار برده می‌شود؛ برخی آن را به‌منزله مفهوم عام معنایابی در نظر می‌گیرند که کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است و برای احترام^۲، معنا، الهام و هدف تلاش می‌کند. بنابراین، معنویت در این رویکرد بر ارزش‌ها، باورهای اساسی در روابط و اهداف والا متمرکز است. در دیدگاه دوم، معنویت به معنای به‌هم‌پیوستگی با خدا (الوهیت) بوده و به رابطه فردی با خداوند مرتبط است و رابطه مستقیمی با مذهب دارد [۱۱].

همچنین، سلامت معنوی به معنای آرامش باطنی روح، امنیت حقیقی و دستیابی به فضیلت‌های اخلاقی است و در فطرت ریشه دارد و اعتقاد به قدرت لایتناهی و منشأ هستی را دربر می‌گیرد. معنویت^۳ به امر روحانی و غیرمادی معنا شده است. بدین‌گونه که قلب برای تجربه عظمت و شکرگزاری گشوده می‌شود و خود را تسلیم حقیقتی والاتر از خود می‌کند. امروزه درمان معنوی از درمان‌های نوین به‌شمار می‌آید که اثربخشی آن در بیماران و زوج‌درمانی و روابط عاطفی و بهبود آنان آزموده شده است و ادغام روش‌های جسمی و معنوی، اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد [۳۷؛ ۳۹]. مدل فرمهر، سلامت زنان، باورها و اعتقادات^۴، اخلاق^۵، ارزش‌ها^۶ و سرمایه دینی معنوی در جامعه^۷ را، که از دین و معنویت فرد در جامعه منبعث هستند، بر همه متغیرهای سلامت مؤثر می‌داند و تأکید می‌کند مجموعه ویژگی‌های

1. spiritual health
2. inspiration
3. spirituality
4. beliefs
5. ethic
6. values
7. religious and spiritual capital in society

ذکرشده بر درک و تفسیر اشخاص از سلامتی خود و دیگران، در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مجموع نظام سلامت اثرگذار است [۱۹]. با توجه به تفاوت دیدگاه در جایگاه و ماهیت وجودی انسان در اسلام و نظریه‌های غربی، شاخص‌های سلامت معنوی این دو تفاوت‌های اساسی دارد. مؤلفه‌های سلامت معنوی مبتنی بر آموزه‌های اسلام، شامل توکل و حسن ظن به خدا، تواضع و فروتنی، شناخت نفس، عدالت، تقوا، ذکر خدا، توبه، ایمان و توجه به رضایت الهی است [۱۱]. امیدواری، تعهد، کمال‌جویی، داشتن هدف در زندگی نیز در ارزیابی سلامت به‌کار می‌آیند. داده‌های برخی مطالعات نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری با کاهش درد همراه است و ارتباط معناداری باهم دارند. معنادرمانی با هدف ترویج تحولات روحی و روانی و اجتماعی در جهت ارتقای کیفیت زندگی، عزت نفس و امید مؤثر است [۳۵؛ ۴۵]. مدل زیست روان‌شناختی اجتماعی^۱ یک دیدگاه مدرن انسان‌گرایانه و کل‌نگر از انسان در علوم بهداشتی است که رابطه معنویت و سلامت، حمایت معنوی از بیماران، درمان‌های مکمل معنوی را بررسی می‌کند که استفاده درست و عمیق از این دیدگاه تحولاتی چشمگیر را در مفاهیم بهداشت، بیماری و درمان ایجاد می‌کند [۴۵]. مجموعه‌ای از سازه‌های گوناگون روانی- رفتاری و اجتماعی شناسایی شده‌اند که سازوکار مؤثر بر ابعاد متنوع ارتباط با مذهب بر پیامدهای مثبت بر سلامتی افراد را طراحی می‌کنند و نتیجه مطالعات حاکی از رابطه معکوس بین مذهبی‌بودن و استعمال مواد، رفتارهای خطرناک جنسی، مصرف الکل و... است [۱۹]. سلامت معنوی باورهای فردی را که در مواجهه با بیماری، اعتقادات او را افزایش می‌دهد و تحمل درد و روند درمان را تسهیل می‌کند نیز شامل می‌شود. سبک زندگی ریشه‌گرفته از اعتقادات و ارزش‌ها با تکیه بر دین، پیشگیری را در بحث سلامت در اولویت قرار می‌دهد.

سلامت عاطفی و روانی

بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان^۲ وضعیت به‌زیستی است که در آن فرد توانایی‌های خود را تحقق می‌بخشد، می‌تواند با فشارهای عادی زندگی کند و به‌طور مفید عمل کند و قادر است به جامعه خود کمک کند (سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان)^۳. سلامت روان، طبق این تعریف، هر دو جنبه احساسات مثبت و عملکرد مثبت را دربر می‌گیرد. سه مولفه سلامت روان، شامل «به‌زیستی عاطفی»، «به‌زیستی روانی» و «به‌زیستی اجتماعی» است. نکته درخور توجه اینکه سلامت عاطفی با سلامت روان تفاوت دارد. سلامت روان عمدتاً توانایی افراد در پردازش اطلاعات را دربر دارد و سلامت عاطفی توانایی در ابراز احساسات

1. biopsychosocial
2. mental health
3. Mental Health, WHO

مربوط به اطلاعاتی است که پردازش شده‌اند. تعریف سلامت روان به فرهنگ هر منطقه وابسته است و اختلافات کشورها در ارزش‌ها، فرهنگ‌ها و پیشینه اجتماعی ممکن است مانع از دستیابی به اجماع عمومی در مفهوم سلامت روان شود [۳۱]. اما سلامت روان می‌تواند مفاهیمی گسترده‌تر چون رشد فکری، عاطفی و معنوی، درک مثبت از خود، احساس خودارزشی، هماهنگی درون‌فردی، توانایی لذت‌بردن از زندگی و توانایی سازگاری و خودمدیریتی را نیز توسعه بخشد [۴۳]. سلامت روان صرفاً به معنای نبود بیماری روانی نیست، بلکه وضعیتی پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می‌سازد از توانایی‌های خود در هماهنگی با ارزش‌های جهانی جامعه استفاده کند. توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات خود و هم‌دردی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی مقابله با حوادث را شامل می‌شود [۳۶]. بنابراین از دید گلدرسی، سلامت عاطفی با سلامت روانی و به‌زیستی اجتماعی تفاوت دارد و هر یک مؤلفه‌های خاص خود را دارند. مؤلفه‌های سلامت عاطفی، خوشبختی، علاقه به زندگی و رضایت است. دوست داشتن خود، عملکرد مطلوب در مسئولیت‌های روزمره، داشتن روابط خوب با دیگران و رضایت از زندگی شخصی، شاخص‌های به‌زیستی روانی است. به‌زیستی اجتماعی نیز مشارکت اجتماعی، ادغام اجتماعی و انسجام اجتماعی را شامل می‌شود. این سه حیطة در حوزه سلامت روان جای می‌گیرند [۳۶].

برنامه جامع اقدام سلامت روان^۱ برای سال‌های ۲۰۲۰-۲۰۱۳ از سوی مجمع جهانی بهداشت با هدف توجه به مسئله روان و تغییر در نگرش‌های به تبعیض و انزوا و تقویت کارآیی بیشتر تصویب منجر شد. اهداف اصلی این برنامه بین‌المللی شامل تقویت رهبری و حاکمیت مؤثر بر سلامت روان، ارائه خدمات جامع بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی در محیط‌های مبتنی بر جامعه است که کشورها متعهد شدند مجموعه‌ای از شاخص‌ها را از طریق پروژه اطللس سلامت روانی به‌صورت دوره‌ای جمع‌آوری و گزارش کنند.

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی بین زنان شایع‌تر از مردان است و به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر آنان، مراقبت‌های بهداشت روان از خدمات اولیه تا مراقبت‌های بالینی ضرورت دارد [۶۱]. همچنین، برنامه چهارساله ابتکار ویژه سازمان بهداشت جهانی برای سلامت روان^۲ با هدف رعایت استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر و براساس عدم تبعیض، ایجاد سازگاری اجتماعی و توسعه بهداشت روانی تهیه شده است تا در دوازده کشور هدف این اهداف تا سال ۲۰۲۳ محقق شود.

نتیجتاً اینکه تعادل بین همه ابعاد زندگی روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی مؤثر بر مدیریت محیط فرد، منجر به تعادل و یافتن راه‌حل مطلوب می‌تواند تعریف از سلامت روان باشد [۲۷].

1. Comprehensive Mental Health Action Plan
2. The WHO Special initiative For Mental Health

احساس گناه، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی از ابعاد سلامت روان به‌شمار می‌آیند. مهم‌ترین شاخصه‌های سلامت روانی را می‌توان درون‌فردی (خودآگاهی هیجانی، احترام به خود)، میان‌فردی (مشارکت، روابط اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی)، مدیریت استرس و کنترل هیجان و سازگاری (انعطاف‌پذیری و شادی) دانست [۲۰]. به‌طور کلی، سلامت روان را می‌توان رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، ارضای نیازهای فرد به‌گونه متعادل، شکوفاشدن استعدادهای فردی، قبول واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها تعریف کرد.

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی^۱ از مفاهیم نوپدید حوزه مطالعات اجتماعی است که توانایی تعامل با انسان‌ها و محیط، با هدف ایجاد ارتباط مطلوب فردی، ارتباط صادقانه با دیگران و مدیریت تعارض به شیوه اخلاقی را دربر می‌گیرد. نظریه‌های مختلفی در تبیین سلامت اجتماعی وجود دارد، ولی به‌طور مشخص این مفهوم از نظریه‌های دورکیم^۲ در باب ازخودبیگانگی^۳ و انومی ریشه گرفته است. او معتقد بود یکپارچگی و همبستگی اجتماعی از مزایای بالقوه یک زندگی عمومی هستند و درک آگاهی مشترک، یک نوع از احساس تعلق و وابستگی و داشتن سرنوشت جمعی از تأثیرات آن است [۲۶]. از دیگر نظریه‌های سلامت اجتماعی، نظریه کییز^۴ است که سلامت اجتماعی را چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در اجتماع می‌داند و ابعاد آن را در «سه‌م‌داشت» اجتماعی^۵، پذیرش اجتماعی^۶، یکپارچگی اجتماعی^۷، شکوفایی اجتماعی^۸ و پیوستگی و انطباق اجتماعی^۹ ترسیم می‌کند [۴۱].

سه‌م‌داشت اجتماعی، ارزیابی ارزش اجتماعی فرد و پاسخ به این سؤال است که آیا فرد در جامعه مهم است و او چه ارزشی را به جهان اضافه می‌کند. در پذیرش اجتماعی، فرد، جامعه و مردم آن را با وجود همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی می‌پذیرند و باور دارند که افراد می‌توانند مؤثر باشند. این اشخاص دیدگاهی مثبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی دارند. شکوفایی اجتماعی درک افراد را از اینکه آن‌ها هم از رشد اجتماعی منتفع خواهند شد دربر می‌گیرد. یکپارچگی و انسجام اجتماعی، احساس تعلق فرد به جامعه و

-
1. social health
 2. durkheim
 3. alienation
 4. Keyes
 5. social contribution
 6. social acceptance
 7. social integration
 8. social actualization
 9. social coherence

احساس سهم‌داشتن و حمایت‌شدن از سوی آن است. پیوستگی اجتماعی نیز درک کیفیت، سازمان و عملیات دنیای اجتماعی است [۴؛ ۱۷].

برخی دیگر از مطالعات، مؤلفه‌های مهم سلامت اجتماعی را شامل مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی، شناخت اجتماعی، اختلال در رفتارهای اجتماعی، بزهکاری و شاخص‌های مرتبط با سلامت اجتماعی از درآمد ناخالص ملی تا بیکاری و مرگ‌ومیر کودکان و امکانات اوقات فراغت می‌دانند [۵]. پژوهش بومی دیگری، ارتباط مناسب با اطرافیان، یادگرفتن مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی کاری، شیوه گذران اوقات فراغت، نظام تأمین اجتماعی دوران سالمندی و میزان بهره‌مندی از سیستم آموزشی و حقوق شهروندی را از ابعاد عام و شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی را از مؤلفه‌های خاص سلامت اجتماعی برمی‌شمارد و مسئولیت تحقق آن را برعهده مددکاران اجتماعی می‌داند [۱۰]. فرهنگستان علوم پزشکی ایران، سلامت اجتماعی را «کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه» تعریف کرده است که نتیجه نهایی این تعامل، ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، فقر و بی‌عدالتی است و نقطه مقابل آن آسیب‌های اجتماعی است (فرهنگستان علوم پزشکی، ذیل سلامت اجتماعی). در مجموع، به نظر می‌رسد عواملی چون بیکاری، عدالت اجتماعی، فرصت‌های برابر یادگیری و توسعه مهارت‌ها، امنیت اجتماعی، آمار طلاق و خودکشی، رشد کنترل‌شده جمعیت، امید به زندگی، پوشش‌های بیمه، وجود امکانات تفریحی مناسب، کاهش خشونت در رفتارهای اجتماعی، نشاط اجتماعی، اعتقاد اجتماعی، توانمندی‌های اجتماعی و تکریم و عزت نفس، و رای مفاهیم جنسیتی را بتوان از ابعاد سلامت اجتماعی به‌شمار آورد.

نکته درخور توجه اینکه سلامت اجتماعی با وضعیت اقتصادی، سیاسی رابطه معناداری دارد و پیوند شرایط اجتماعی و سلامت، تأثیر نابرابری‌های اجتماعی منجر به تبعیض و بی‌عدالتی و فقر سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد [۳۸؛ ۳۹]. احساس امنیت اجتماعی^۱ به قلمروهایی از حریم افراد ارتباط می‌یابد که مرتبط با دیگر افراد جامعه، سازمان‌ها و دولت است و اینکه میزان آرامش خاطر ذهنی و روانی افراد در برابر خطرات احتمالی و مزاحمت دیگر افراد جامعه تا چه حد مصونیت دارند تأمین‌کننده این حس است [۴]. نشاط اجتماعی یک وضعیت روانی مثبت همراه با رضایت‌مندی و خشنودی است که ابعاد احساسی، اجتماعی و شناختی را نیز دربرمی‌گیرد [۳۰].

سلامت فکری

سلامت فکری از مفاهیم جدیدی هستند که در حوزه مطالعات میان‌رشته‌ای سلامت و البته به‌ندرت به آن پرداخته می‌شود.

سلامت فکری فرایند استفاده از ذهن برای ایجاد درک بیشتر از خود و جهان است؛ فرایندی که یادگیری را پروسه مادام‌العمر می‌داند که با اطلاعات جدید امکان تغییر آن وجود داشته باشد. همچنین توانایی شنیدن عقاید متفاوت از خود، ریسک‌پذیری، یادگیری از اشتباهات، اکتشاف از هنرهای خلاقانه و توانایی مهارت‌های تفکر انتقادی از ابعاد سلامت فکری هستند [۳۲]. سلامت فکری به مشارکت فعال در فعالیت‌های فرهنگی، علمی و اجتماعی اشاره دارد و بهبود آن با خلاقیت کنجکاوی و یادگیری مداوم اتفاق می‌افتد. داشتن سلامتی فکری، منشأ اکتشاف و ریسک‌پذیری است.

سلامت محیط زیست

سلامتی محیط زیست نیز از ابعاد نوین و نوپدید حق بر سلامت است که کمتر بدان در ذیل حق بر سلامت اشاره می‌شود. فرایند انتخاب برای ایجاد جوامع پایدار انسانی و زیست‌محیطی، بهبود کیفیت هوا، آب، زمین و مکان است. در این مفهوم، هماهنگی با طبیعت و جهان و تلاش برای ایجاد محیط زیست امن و سالم در هماهنگی با سلامت معنا می‌شود. بهره‌مندی از هوای پاک، آب آشامیدنی سالم، نحوه دفع زباله، سرزندگی فضاهای محلی (مطبوع بودن مکان از نظر زیبایی‌شناسی، دسترسی به خدمات مورد نیاز روزانه) احساس وابستگی و تعلق مکانی، کیفیت فضاهای عمومی (دسترسی به فضای سبز، احساس امنیت در فضای شهری، منظر و مبلمان شهری، رنگ‌آمیزی شهری) از شاخص‌های مهم سلامت محیط زیست به‌شمار می‌آیند [۹]. این شاخص‌ها عام‌اند و تطبیق آن در اسناد مرتبط با زنان صورت پذیرفته است. بند ۱۳ ماده ۴ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان، بعد مطبوع‌بودن مکان از منظر زیبایی‌شناسی و بند ۱۳ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴، از حیث بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی، به این مسئله اشاره کرده‌اند و سایر شاخص‌ها قوانین مدون لازم‌الاجرائی ندارند.

سلامت شغلی

سلامتی شغلی، گستره‌ای از انتخاب شغل براساس ارزش‌ها و مبتنی بر لذت‌بردن از آن و سلامت محیط شغلی است. هر دو مفهوم در تأمین سلامت و بهزیستی فرد مؤثر است و فعالیت در محیط مورد علاقه و امن و سالم تأمین‌کننده سلامت روانی و جسمی است. حقوق و مزایا، امنیت شغلی و حمایت سازمانی در تأمین سلامت اثر دارد. همچنین، استرس بر اثر محرک‌های

محیطی در محل اشتغال به تنش منجر می‌شود و سلامت را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. اشتغال زنان در تأمین سلامت اجتماعی آنان مؤثر است و رابطه معنادار مثبت دارد و این امر در صورت مطلوبیت شغلی و توانمندی‌های روانی محقق می‌شود [۲۱].

جدول ۲. ابعاد سلامت زنان

مقولات کلی	مقولات جزئی	مفاهیم	شاخص‌ها
	فیزیولوژیک (کار اندام‌شناسی)	- بلوغ - سندروم PMS و قاعدگی - باروری و زایمان - یائسگی - خدمات تنظیم خانواده - سلامت جنسی	- بند ۴ و ۹ شاخص‌های عدالت جنسیتی - بند ۲ اصل ۲۱ قانون اساسی
سلامت جسمی	پاتولوژیک (آسیب‌شناسی)	- بیماری‌های مربوط به اندام جنسی زنان - سرطان‌های رحم و سینه و تخمدان - ناباروری و نازایی - مرگ مادران - سایر بیماری‌های ام‌اس، پوکی استخوان و... - حق دسترسی به فناوری‌های جدید و دسترسی به دارو - کمال‌جویی	- ماده ۳ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان ۱۳۸۶ - بند ۴۳ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴ - ماده ۷۶ برنامه جامع ششم توسعه و بند ۱ ماده ۱ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳
	باورها	- توکل و حسن ظن به خداوند - شناخت نفس - عدالت - ایمان و توجه به رضایت الهی - تعهد	- بند ۴ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴
سلامت معنوی	اخلاق	- امیدواری - مثبت‌اندیشی - صبر - تواضع و فروتنی - شکرگزاری	
	ارزش‌ها	- داشتن هدف از زندگی - انگیزه و نیت خالص	
	سبک زندگی دینی	- پیشگیری از بیماری‌ها - تاب‌آوری - نماز، ذکر خدا، توبه	- بند ۶۸ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴

۵۴۴ زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

مقولات کلی	مقولات جزئی	مفاهیم	شاخص‌ها
	احساسات مثبت	- احساس خودارزشی - هماهنگی و تعادل - درون فردی - نبود احساس اندوه، استرس و افسردگی	- بند ۶۳ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴
سلامت روانی	عملکرد مثبت	- انعطاف پذیری - توانایی سازگاری و خودمدیریتی - مدیریت استرس و کنترل هیجان - سازگاری و هم‌دردی با دیگران - توانایی لذت‌بردن از زندگی	- بند ۱۹ ماده ۴ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان
سلامت فکری	خلاقیت و اکتشاف	- خطرپذیری - اکتشاف و بهره‌وری از هنرهای خلاقانه - تقویت روحیه پژوهشی	- بند ۷۸ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴ - بند ۸۵ و ۸۷ و ۸۸ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴
	یادگیری	- افزایش سطح سواد سلامت - دسترسی به آموزش‌ها - یادگیری از اشتباه‌ها/ یادگیری مادام‌العمر و آمادگی برای تحول	- بند ۵ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان ۱۳۸۶ - بند ۶ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان
	سهم‌داشت اجتماعی	- عدالت اجتماعی - نبود تبعیض جنسیتی - نگرش مثبت به زن	- بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی افق چشم‌انداز بیست‌ساله ۱۴۰۴/ بند ۶ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴ - شاخص‌های عدالت جنسیتی ۱۳۹۸
سلامت اجتماعی	پذیرش اجتماعی	- پذیرش اجتماعی بعد از طلاق - تکریم - توانمندی‌های اجتماعی - حمایت اجتماعی	- بند ۱ اصل ۲۱ قانون اساسی - ماده ۸۴ برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه
	یکپارچگی اجتماعی	- اشتغال - پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی زنان	- سیاست‌های اشتغال زنان در جمهوری اسلامی ۱۳۷۱ - بند ۲۲ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان مصوب

توسعه مفهومی حق بر سلامت زنان و تحلیل آن... ۵۴۵

مقولات کلی	مقولات جزئی	مفاهیم	شاخص‌ها
	شکوفایی اجتماعی	- فرصت‌های برابر یادگیری و توسعه مهارت‌ها/ سطح تحصیلات - جلوگیری از ترک تحصیل	- ماده ۴ فصل هفتم سند تحول بنیادین آموزش و پرورش ۱۳۹۰/ راهبرد کلان نقشه جامع علمی کشور/ سیاست‌های ارتقا مشارکت زنان در آموزش عالی ۱۳۸۴
	پیوستگی اجتماعی	- نبود فقر - پوشش‌های بیمه - نظام تأمین اجتماعی در سالمندی - حقوق شهروندی	- اصل ۴۳ قانون اساسی - اصل ۲۹ قانون اساسی/ بند ۴ اصل ۲۱ قانون اساسی - اصل ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی - قانون احترام به آزادی‌های مشروع و حفظ حقوق شهروندی، ۱۳۸۳
	امنیت اجتماعی	- حذف خشونت - اعتماد اجتماعی - منع کودک‌آزاری	- بند ۲۳ ماده ۴ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان قانون مجازات اسلامی
	نشاط اجتماعی	- امید به زندگی - اوقات فراغت و ورزش	- ماده ۵ سیاست‌ها و الویت‌های فرهنگی سازمان تربیت بدنی ۱۳۸۴
	سرزندگی فضاهای محلی	- مطبوع بودن مکان از نظر زیبایی‌شناسی - دسترسی به خدمات مورد نیاز روزانه	- بند ۱۳ ماده ۴ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان
	کیفیت فضاهای عمومی	- دسترسی به فضای سبز - احساس امنیت در فضای شهری - منظر و مبلمان شهری - رنگ‌آمیزی شهری	- بند ۵۳ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران
سلامت محیط زیست	زیست‌محیط مطلوب	- نظارت بر تولید مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی - آب‌وهوای پاک/ زمین سالم/ بهداشت دفع زباله و فضولات - بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه	- بند ۱۳ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴

مقولات کلی	مقولات جزئی	مفاهیم	شاخص‌ها
سلامت شغلی	سلامت محیط شغلی	- محیط ایمن - حقوق و مزایا/ حمایت سازمانی/ امنیت شغلی	- بند ۱۶ ماده ۴ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان/ ماده ۹ سیاست‌های اشتغال زنان در جمهوری اسلامی ۱۳۷۱/ بند ۱۰۴ و ۱۰۵ و ۱۰۶ منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۴
سلامت شغلی	سلامت روانی و فکری	- انتخاب شغل براساس علاقه/ کسب لذت/ تأمین حسن نشاط و توانمندی - سلامت زنان خانه‌دار	- بند ۲۴ و ۲۶ ماده ۴ سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان مصوب/ ماده ۷ سیاست‌های اشتغال زنان در جمهوری اسلامی ۱۳۷۱/ نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت مصوب هیئت وزیران

بحث و بررسی: سیاست‌گذاری‌های کلان (راهبردی)، ابعاد سلامت زنان و اثربخشی قانون

این پژوهش در چهار حوزه اصلی ورود کرده است. پس از بازتعریف حق بر سلامت زنان و بیان ابعاد و شاخص‌ها، واکاوی اسناد و سیاست‌های موجود در یافتن تعهدات دولت در تحقق آن و چگونگی اثربخشی قوانین از اهداف مهم نگارندگان بود. الزامات دولت‌ها در حوزه سلامت^۱ عمومی، در دو حوزه تعهدات فوری و تدریجی و تدوین و اجرای قوانین مؤثر و اثربخش قابل بحث است. اثربخشی در کنار اصطلاحاتی نظیر «کارایی»، «اعتبار» و «تأثیر» توصیف شده است. معنای متداول «اثربخشی» نشان می‌دهد که یک قانون در صورتی مؤثر است که به اهدافی که برای آن منظور تصویب شده است دست یابد. لارنس فریدمن^۲ اثربخشی را به منزله «قدرت محقق‌ساختن نتیجه مورد نظر یا ظرفیت تولید اثر»^۳ تعریف می‌کند. از نظر وینچنزو فراری^۴، قانون‌گذاری وقتی مؤثر تلقی می‌شود که بین برنامه سیاسی و قانون موضوعه مطابقت وجود داشته باشد. از نظر آنتونی آلوت، «اثربخشی قوانین» بدان معناست که یک قانون خاص یا ماده خاص تا چه حد محتوای خود را عملی می‌کند^۵ [۴۲].

تأمین حداقل استانداردهای ضروری حق بر سلامت، عدم تبعیض در دستیابی و

1. responsibility of state
2. Lawrence Fridman
3. Lawrence M. Friedman
4. Vincenzo Ferrari
5. Allott

برخورداری حق بر سلامت و اتخاذ برنامه‌های دقیق و کارآمد در جهت نیل به اهداف تدریجی و تعهدات تدریجی که نیازمند سیاست‌گذاری‌ها و تضمین و برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت قابل شناسایی است [۱۶]. بررسی سیاست‌های مرتبط با حق بر سلامت زنان و ابعاد مختلف آن و شناسایی آن در راهبردها و قوانین به کشف خلأها و نواقص موجود یاری می‌رساند. دقت در پیشینه سیاست‌ها و اقدامات دولت‌ها، ضمن آشکارکردن عملکرد و فعالیت‌های انجام‌شده، به شناخت چالش‌ها، اثربخش بودن یا اثربخش نبودن قوانین و یافتن راهکارهای عملیاتی و «مؤثر» منجر خواهد شد.

منظور از سیاست^۱، تدوین سیاست جامع و مدون است که در واقع از مسئولیت دولت در تضمین «اجرای مؤثر» حق برای شهروندان ریشه می‌گیرد که در سطح کلان در حاکمیت یا سازمان‌ها مطرح بوده و از سوی سیاست‌گذاران تدوین و تصویب می‌شوند. سیاست‌گذاری‌های عمومی از سوی سطوح رسمی و حاکمیتی تدوین و اجرا می‌شوند که ممکن است تخصیصی^۲ یا تنظیمی^۳ باشند. دانش و ایده‌ها، علایق و ایدئولوژی‌ها همگی بر سیاست‌ها اثرگذارند [۱۶]. سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان مصوب شورای فرهنگی زنان و خانواده در سال ۱۳۸۶، حق سلامت زنان را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در زندگی خانوادگی و اجتماعی با توجه به ویژگی‌های آنان در مراحل مختلف زندگی را به رسمیت شناخته و مسئولیت تأمین آن را با دولت دانسته است [بند ۲]. این سند ارتقای سلامت زنان در جهت افزایش تسلط بر سلامت خود و بهبود آن تعدد مسئولیت‌ها و نقش‌های فیزیولوژیک خانوادگی و اجتماعی را مورد توجه قرار داده و نیل به آن را در پرتو فرهنگ‌سازی درباره جایگاه زنان، آگاهی‌بخشی زنان از سلامت در مراحل مختلف زندگی، تدوین برنامه‌های آموزشی، توانمندسازی زنان و برنامه‌ریزی مناسب جهت دسترسی به خدمات ویژه مورد نیاز سلامت از سوی نهادهای ذی‌ربط می‌داند.

نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت مصوب هیئت وزیران، تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه (جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) در همه سیاست‌های کشور را مبتنی بر سند چشم‌انداز بیست‌ساله ۱۴۰۴ در اولویت قرار داده و در ارتقای شاخص‌های استاندارد سلامت زنان و پایش و ارزیابی مستمر آن‌ها در دنیا با تمرکز بر خانواده‌محوری از اهداف خود معرفی کرده است [۲۳]. در این سند، لزوم حضور فعالانه زنان در سطوح مختلف نظام سلامت، بهبود سلامت شغلی زنان، تأمین فرصت‌های لازم برای کارآفرینی و خلاقیت زنان در حق سلامت شغلی و فکری و الزام به تلفیق دیدگاه‌های فرهنگی و اجتماعی در سیاست‌گذاری درخصوص زنان و ایجاد رشته مدیریت و مطالعات سلامت زنان حائز اهمیت

1. policy
2. allocative
3. regulatory

است. سند نظام تحول، بررسی تطبیقی قوانین فعلی در زمینه زنان و خانواده با قانون اساسی در جهت تأمین سلامت زنان، تعهد دولت به افزایش سلامت زنان، بازنگری قوانین به منظور تأمین منابع مالی و انسانی تحقیقات مربوط به سلامت زنان، طراحی و تدوین استانداردهای ملی ناظر به سلامت زنان با توجه به وضعیت اقتصادی و ملی، اتخاذ تدابیر لازم جهت اصلاح قوانین و برنامه‌های مرتبط با سلامت زنان، تأمین امنیت اجتماعی برای زنان در فضاهای عمومی را در زمره الزامات قانونی دولت‌ها در تحقق به اهداف مزبور دانسته است. این سند از اسناد مترقی و جامعی است که به سلامت زنان به‌طور مفصل و دقیق پرداخته و سیاست‌ها و راهبردهای جامعی در تحقق این حق ارائه کرده است.

منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی، با شناسایی حقوق زنان در عرصه‌های مختلف، به ترسیم آن و مسئولیت‌های زنان پرداخته است. حق برخورداری از حیات شایسته و تمامیت جسمانی و مسئولیت محافظت از آن در مقابل هرگونه بیماری (بند ۱ بخش اول)، حق برخورداری دختران از تسهیلات بهداشتی جهت تأمین سلامت جسمی و روانی (بند ۱۵)، حق و مسئولیت تأمین، تشخیص، مهارت و سلامت در ارتباط جنسی با همسر قانونی (بند ۲۹)، حق باروری، بارداری و تنظیم و کنترل آن (بند ۴۳)، حق برخورداری از سلامت جسمی و روانی در زندگی فردی و اجتماعی [بند ۴۷] و... از حقوق مطرح در منشور است. سیاست‌های کلی خانواده، مصوب ۱۳۹۵ ابلاغ رهبر انقلاب، ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقای سلامت همه‌جانبه خانواده‌ها را ضروری دانسته است (بند ۱۶). آگاهی‌بخشی در خصوص تأثیر تغذیه مناسب، ورزش، رعایت بهداشت و تأمین سلامت جسمی و نشاط روحی و برنامه‌ریزی دولت جهت تأمین آن‌ها از سیاست‌های اجرایی سند اهداف و اصول تشکیل خانواده و سیاست‌های تحکیم و تعالی آن است (۱۳۹۵). شاخص‌های عدالت جنسیتی که از مدت‌ها قبل استخراج شده بود، سرانجام از سوی دولت یازدهم در سال ۱۳۹۸ به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ شد. ذیل شاخص سلامتی و تندرستی، میزان امید به زندگی، دسترسی به خدمات سلامت (بیمه‌های درمانی، مراقبت‌های بارداری پس از زایمان، بیماری‌های خاص)، مرگ‌ومیر کودکان و مادران و فعالیت‌های ورزشی با موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۰۱ قانون برنامه ششم توسعه مورد توجه قرار گرفته است. همچنین منشور حقوق شهروندی، حق برخورداری شهروندان از زندگی شایسته و لوازم آن همچون آب بهداشتی، غذای مناسب، ارتقای سلامت، بهداشت محیط، درمان مناسب، دسترسی به دارو و خدمات پزشکی منطبق با معیارهای دانش روز (ماده ۲) و حق برخورداری از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب و آموزش و مشاوره‌های مناسب برای تأمین سلامت جسمی و روانی (ماده ۳)، حق برخورداری کودکان صرف نظر از جنسیت، از حمایت‌های اجتماعی در حوزه سلامت و مراقبت در برابر بیماری‌ها و حق برخورداری از تغذیه سالم و

مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری را به رسمیت می‌شناسد (۱۳۹۵: بند ۴ و ۹). افق چشم‌انداز بیست‌ساله ۱۴۰۴، برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابری و ارتقای سطح شاخص‌هایی همچون سلامت و ایجاد نظام تأمین اجتماعی برای حمایت از حقوق مستضعفان و محرومان را پیش‌بینی کرده است.

برنامه‌های میان‌مدت توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، که به‌صورت پنج‌ساله از سوی دولت تنظیم می‌شود و به تصویب می‌رسد، مهم‌ترین سیاست اجرایی به‌شمار می‌آید که نهادها را مکلف به اجرا می‌کند. از ابتدای انقلاب اسلامی، شش برنامه توسعه تدوین و اجرا شده است. بررسی برنامه‌های اول تا سوم توسعه برای دریافت قوانین عملیاتی در جهت حق سلامت زنان نشان‌دهنده تمرکز قانون‌گذار بر بعد جسمی و باروری زنان و کنترل جمعیت است. ماده ۸۴ برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه، نهادینه‌کردن گسترش سلامت همگانی با طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی و جلب مشارکت‌های اجتماعی را مورد توجه قرار داده است. توجه به سلامت شغلی و اجتماعی از نوآوری‌های این قانون بوده که فراتر از جنسیت و به‌صورت عمومی بدان پرداخته است. برنامه‌ریزی جهت تدوین برنامه‌های آموزشی سلامت جسمی و روانی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی و دینی در جهت پیش‌گیری و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی در برنامه پنجم توسعه اشاره شده که سلامت جسمی و روانی منجر به سلامت اجتماعی را در پی داشته باشد (بند ۱۱ ماده ۱۹). توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، حمایت از بیماران روانی مزمن و سالمندان (ماده ۸۰)، روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (ماده ۸۱)، سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان (ماده ۷۴)، الزام به ارائه گواهی غربال‌گری برای متقاضیان ازدواج در جهت شناسایی ازدواج‌های پرخطر از نظر بروز اختلالات ژن‌شناسی (ماده ۷۵)، تأمین سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان (ماده ۷۶) از برنامه‌های برنامه جامع ششم توسعه است.

پس از بیان سیاست‌های موجود، ارزیابی اثربخشی راهبردها و قوانین پس از تقنین، نکته مهمی است که ضعف‌ها و خلأهای آن را آشکار می‌کند. برای تحقق اثربخشی نظریه‌های مختلفی بیان شده است. از مهم‌ترین این نظریه‌ها، نظریه نتایج اثربخشی حقوقی است که بر این عقیده است قانون در صورتی مؤثر است که بین اهداف در نظر گرفته‌شده در قانون و نتایج واقعی تولیدشده توسط آن، مغایرت وجود نداشته باشد. تحلیل اثربخشی به میزان دستیابی قانون به اهداف یا مقاصد از پیش مشخص‌شده آن بستگی دارد. براساس نظریه نتایج، قانونی که با هدف اساسی تغییر الگوهای رفتاری به‌خوبی پذیرفته شده است و بتواند همراهی عمومی با هدف بیان‌شده را جلب کند، به هدف خود رسیده و بنابراین مؤثر خواهد بود. بنابراین، نظریه‌های نتایج و سازگاری، هر دو، از نظر تأکید بر نتایج قانون‌گذاری شباهت دارند. اگرچه

قانون تمایل دارد خود را از معیارهای اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و سایر هنجارهای مربوطه که محتوای خود را از آن‌ها می‌گیرد مجزا کند، باید دانست که این عوامل همچنان با نحوه طرح پیش‌نویس قوانین، تفسیر و اجرای آن از سوی قانون‌گذاران، فقها و دستگاه‌های اجرایی تعامل دارند [۴۲]. رابرت الکسی^۱ بیان می‌کند که قانون ماهیت دوگانه‌ای دارد: یک ماهیت واقعی و یک ماهیت ایدئال / انتقادی. بُعد واقعی قانون را عناصر مرجع صالحه و اثربخشی اجتماعی بیان می‌کند. از طرف دیگر، مسئله مهم در اثربخشی قوانین، صحت اخلاقی و واقعی محتوای آن است، زیرا اعتبار قانون تنها تابعی از مشروعیت قانون اساسی و ماهوی و عدالت شکلی آن نیست، بلکه تابعی از کارایی و اثربخشی اجتماعی نیز هست که می‌تواند با توجه به اخلاق، واقعیت، منطق و محتوای اطلاعاتی آن بیان شود.

با وجود پیشرفت‌های مطلوب در ایجاد و حمایت مؤثر از حقوق سلامت زنان در برخی ابعاد در اسناد ذکر شده، قوانینی که حقوق مرتبط با زنان را به رسمیت می‌شناسند نتوانسته است کاملاً دربردارنده حق بر سلامت زنان شود و به دست‌یابی به مزایای واقعی حقوق سلامت آنان منجر شود. داده‌های مربوط به مسائل اجتماعی و پزشکی درباره سلامت جسمی، روحی و باروری زنان نشان می‌دهد که بسیاری از زنان در ایران هنوز در معرض رویه‌های نامطلوب جنسیتی در حوزه سلامت‌اند؛ مثلاً فقدان قانون حمایتی در برابر خشونت علیه زنان یا اثربخش نبودن قوانین موجود، صدمات جدی روانی و جسمی به دنبال دارد و همچنان سلامت آنان را تهدید می‌کند.

نتیجه‌گیری

دست‌یابی جامع و کامل زنان به حق بر سلامت آنان نیازمند توجه به ابعاد جسمی، معنوی، روانی، فکری، شغلی، زیست‌محیطی و اجتماعی است و این ابعاد در این پژوهش شناسایی شد. آنچه حایز اهمیت است، تمرکز بر سلامت زن به‌عنوان یک شخصیت مستقل و فارغ از نگاه به او در قالب زندگی مشترک است که در این‌گونه برنامه‌ریزی‌ها طیف گسترده‌ای از دختران مجرد، نوجوانان، زنان تک‌سرپرست را دربر می‌گیرد و تأمین سلامت آنان نیز در اولویت قرار می‌گیرد. در موضوع سلامت زنان، اگرچه شناخت فیزیولوژیک آنان مرکز توجه پژوهش‌ها قرار دارد، ارتباط فشرده بعد جسمی و سایر ابعاد، نیاز به وجود برنامه جامع‌تری را آشکار می‌کند که این ارتباط‌های چندسویه و به‌شدت اثرگذار با یکدیگر در یک پازل تبیین می‌شود. مقاله، با هدف ایجاد دیدگاه جامع در حوزه سلامت زنان، ابعاد آن را در هفت محور شناسایی کرد. برخی از این ابعاد کاملاً جدیدند و پژوهش جنسیت‌محور در این حوزه صورت نپذیرفته است. دستاورد

1. Robert Alexy

نظری پژوهش، در قلمرو ماهیت و چیستی حق بر سلامت زنان است و مفهوم‌سازی نوین با عنوان قابلیت توسعه مفهومی حق در موضوع سلامت زنان ارائه شده است. همچنین این پژوهش در تلاش است تا با مقسم کردن عناوین به مفاهیم جدیدتر، مدل مطلوب طراحی برنامه توسعه سلامت زنان پیشنهاد شود و مورد توجه قرار گیرد. از طرف دیگر، ارزیابی سیاست‌ها از دو منظر تقنین و «اثربخشی» موضوع مهم دیگری بود که بدان اشاره شد. محققان بر این باورند که تقنین بدون توجه بر مؤلفه‌های اثربخشی آن فاقد کارآمدی خواهد بود و این مهم با فراهم کردن زیرساخت‌ها و پیوست‌های فرهنگی و اجتماعی محقق خواهد شد. اثربخشی حقوقی در تعیین چرایی و چگونگی کارآمدی قوانین اهمیت ویژه دارد. در واقع، عناصر تعیین‌کننده حقوق-اعم از عناصر شکلی و ماهوی آن- در برخی مواقع عملکرد خود حقوق را تضعیف می‌کند؛ مثلاً «ماهیت» حقوق به صورت مجموعه قواعدی که به‌طور قاطع و غیرقابل تغییر به تصویب رسیده وقایع اجتماعی تبلور یافته در حقوق و همچنین زبانی را که هدف و دستورات قانون را منتقل می‌کند دچار مشکل می‌کند. تدوین سیاست‌ها، بدون توجه به شرایط اجتماعی و بسترها، رهیافت مطلوبی در پی نخواهد داشت. گذشته از تأثیر تفسیری و کاربردی هنجارهای اجتماعی و عرفی بر قوانین داخلی و بین‌المللی سلامت زنان، نحوه اجرای مؤثر قانون دولتی و میزان موفقیت آن نیز تحت تأثیر منابع ساختاری و زیرساختی موجود در سیستم بهداشتی و درمانی است. هنگامی که سیستمی فاقد زیرساخت‌های اساسی برای اجرای حقوق ماهوی و اساسی باشد، قوانینی که باید در آن چارچوب عمل کنند ناکارآمد و بی‌تأثیر می‌شوند. عوامل مبتنی بر منابع و هنجارهای غیرحقوقی، تعیین‌کننده‌های مهمی در «اثربخشی» نظام قانونی هستند. به نظر می‌رسد تحقق این ابعاد و توسعه مفاهیم نیازمند زیرساخت‌های قوی در حوزه‌های مختلف است تا تأثیر آن را تضمین کند.

دولت‌ها در جهت تأمین حقوق انسانی و شهروندی افراد مکلف به انجام اقدامات مؤثر با تکیه بر برنامه‌ریزی‌های دقیق‌اند. وجود ارتباط معنادار حق بر سلامت عمومی با حقوق بشر سبب شده در کنار توجه ویژه از سوی نهادهای بین‌المللی و ملی مرتبط به حوزه سلامت در جهت شناسایی و تحقق آن به حقوق مرتبط با آن، اقدامات تقنینی و اجرایی خاص پرداخته شود و این دولت‌ها هستند که مسئولیت حقوقی تأمین سلامت عمومی افراد را ضمن بومی کردن ابعاد گوناگون آن تضمین کنند. بررسی سیاست‌ها و اسناد موجود در چهل ساله اخیر نشان‌دهنده رشد و پیشرفت در به رسمیت شناختن برخی از ابعاد جدید و تأمین حق بر سلامت زنان، به‌ویژه در برخی حوزه‌ها، است. افزایش امید به زندگی، ارتقای شاخص‌های بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماری‌های مسری، تربیت نیروی انسانی مرتبط با شبکه سلامت و بهداشت و گسترش منابع فیزیکی، دستیابی مطلوب‌تر مردم به خدمات سلامت عمومی، توسعه مراکز ارائه خدمات به زنان و کودکان ذیل شبکه بهداشت، توسعه مراکز

درمانی زنان، توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با سلامت و توجه به سایر حوزه‌های سلامت زنان در اسناد متأخرتر را می‌توان از نقاط مثبت احقاق حق بر سلامت توصیف کرد. از متریقی‌ترین اسناد شناسایی‌شده در باب سلامت زنان، نقشه تحول نظام سلامت مصوب سال ۱۳۹۰ است که سلامت شغلی و اجتماعی و توجه به مطالعات آکادمیک مدیریت سلامت زنان را بااهمیت دانسته است. اسناد موجود اگرچه بر سلامت جسمی بیش از دیگران توجه داشته‌اند، برخی ابعاد دیگر نیز در اسناد مشاهده می‌شود که جامع نیست. نقشه تحول، مورد توجه محققان حوزه سلامت قرار گرفته است. نگارندگان این پژوهش درصدد تحلیل حقوقی نقشه در آینده نزدیک‌اند. همچنین، بررسی اسناد تقنینی نشان‌دهنده تمرکز بر سلامت جسمی و روانی بوده و سایر ابعاد مغفول مانده‌اند یا به‌ندرت به آن‌ها اشاره شده است. تغییر دولت‌ها و به تبع آن سیاست‌های آنان، نبود تعریف مشخص از مفهوم سلامت نزد سیاست‌گذاران، اشراف‌نداشتن بر ابعاد مختلف حق بر سلامت زنان، بی‌توجهی به بومی‌سازی مفاهیم سلامت زنان، گوناگونی عوامل مؤثر بر سلامت زنان، اثربخش نبودن قوانین موجود، مغایرت قوانین و مقررات اجرایی و پایین‌دستی با سیاست‌های راهبردی در حوزه سلامت یا بی‌توجهی به راهبردهای کلان، ارتباط فشرده عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت، فقدان ضمانت اجراهای کافی در اسناد کلان و تضمین تحقق آن می‌تواند از علل مؤثر بر نبود برنامه جامع و عملیاتی مستمر و مداوم در اعمال این حق شود. پایش مستمر ابعاد مختلف سلامت زنان در راستای تحقق کارآمد و مطلوب آن نیازمند شناسایی عوامل دقیق مؤثر بر آن و به‌کارگیری روش‌های تقویت و توسعه آن در قالب نظام جامع اطلاعاتی است که از سوی دولت محقق می‌شود.

پیشنهاد می‌شود نهادهای مرتبط با سلامت زنان در دولت با ایجاد سیستم سلامت زنان و تشکیل پرونده سلامت با تکیه بر ابعاد آن و پایش مستمر و جدی، سلامت زنان را ارزیابی کنند. آموزش نیروی متخصص و توانمند در جهت تحقق این حق - که خود جنبه‌های مختلف سلامت زنان را شناخته و بدان آگاه باشد و سلامت را در پرتو عوامل مؤثر اجتماعی، فرهنگی، حقوقی، روانی و معنوی تبیین کند- ضرورت دارد. تحقق این حق نیازمند همکاری همه‌جانبه قوای سه‌گانه، مراکز آموزشی و شغلی، فرهنگی و مذهبی است. ایجاد سیستم متمرکز متشکل از روان‌شناس زبده، پزشک متخصص و... بر مباحث زنان ضرورت دارد که در کنار یکدیگر پرونده جامع اطلاعات سلامت زنان را تشکیل دهند و نظارت کنند و ارزیابی دقیق آن را به‌صورت پیوسته بازبینی کنند. توجه نخبگان سیاست‌گذار عمومی و در عرصه بهداشت سلامت به ابعاد مختلف و ایجاد الزام نهادهای مقنن و متولی سیاست‌گذاری اجرایی در تدوین برنامه‌های عملیاتی اهمیت ویژه دارد.

منابع

- [۱] احمدی، بتول؛ باباشاهی، سعیده (۱۳۹۲). «مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست‌ها و تحقیقات و خدمات»، پژوهش رفاه اجتماعی، س ۱۲، ش ۴۷، ص ۲۹-۵۹.
- [۲] احمدی، بتول و همکاران (۱۳۹۲). «چارچوب نظری سلامت زنان ایران: مدل فرمهر»، مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۶، ش ۴، ص ۳۳۷-۳۴۸.
- [۳] اصغرینیا، مرتضی (۱۳۹۵). «چالش‌ها و الزامات دولت در تنظیم مقررات در حوزه سلامت»، حقوق پزشکی، س ۱۰، ش ۳۷، ص ۳۶-۵۷.
- [۴] بخارایی، احمد و همکاران (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن»، جامعه‌شناسی معاصر، س ۴، ش ۷، ص ۲۹-۵۴.
- [۵] توکل، محمد (۱۳۹۳). «سلامت اجتماعی، ابعاد، محورها و شاخص‌ها در مطالعات جهانی و ایرانی»، فصل‌نامه اخلاق زیستی، س ۴، ش ۱۴، ص ۱۱۵-۱۳۵.
- [۶] جاوید، احسان؛ نیاورانی، صابر (۱۳۹۲). «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، پژوهش‌نامه حقوق عمومی، س ۱۵، ش ۴۱، ص ۴۷-۷۰.
- [۷] راسخ، محمد (۱۳۹۸). حق و مصلحت، ج ۱، تهران: نی.
- [۸] رضایی، نسرين و همکاران (۱۳۹۴). «شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی، مرور مطالعات کیفی»، پژوهش پرستاری، دوره ۱۰، ش ۳، ص ۱۱۸-۱۳۰.
- [۹] زیاری، کرامت‌الله و همکاران (۱۳۹۶). «بررسی و تحلیل بر شاخص‌های محیطی اثرگذار بر سلامت زیست‌شهری در کلان‌شهر قم»، جغرافیا و آمایش شهری، شماره ۲۵، ص ۳۸-۱۹.
- [۱۰] سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۹۱). «سلامت اجتماعی، نظریه محوری مددکاری اجتماعی»، پژوهش‌نامه مددکاری اجتماعی، ش اول، ص ۲۳-۵۲.
- [۱۱] _____ (۱۳۹۲). سلامت معنوی؛ «چارچوب، محدوده و مؤلفه‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلام»، برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ش ۱۴، ص ۱-۲۶.
- [۱۲] سند چشم‌انداز بیست‌ساله (۱۳۸۴). مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- [۱۳] سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان (۱۳۸۶). شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده.
- [۱۴] سیاست‌های کلی خانواده (۱۳۹۵). ابلاغ‌شده از سوی رهبر انقلاب.
- [۱۵] شاخص‌های عدالت جنسیتی (۱۳۹۸). معاونت امور زنان ریاست جمهوری.
- [۱۶] عقیلیان، نادر و همکاران (۱۳۹۷). «اثر اندیشه‌های حقوقی در تبیین سیاست‌های تضمینی در حوزه سلامت»، آموزش و سلامت جامعه، دوره ۶، ش اول، ص ۵۶-۶۱.
- [۱۷] صباغ، صمد و همکاران (۱۳۹۰). «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن بین خانوارهای شهر تبریز»، مطالعات جامعه‌شناسی، س ۳، ش ۱۰، ص ۲۷-۴۴.
- [۱۸] کاتوزیان، ناصر (۱۳۸۱). مقدمه علم حقوق، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- [۱۹] فرزندی، فرانک و همکاران (۱۳۹۶). «دین و معنویت در مدل سلامت زنان ایران: مدل فرمهر»، پایش، س ۱۶، ش ۵، ص ۵۸۷-۵۹۴.
- [۲۰] فیروزی، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۵). «تعیین شاخص‌های سلامت روانی اجتماعی در کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد»، ارمان دانش، دوره ۲۱، ش ۸، ص ۸۰۴-۸۱۷.

- [۲۱] قاضی نژاد، مریم؛ سنگری، هاجر (۱۳۹۵). «رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان»، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۴، ش ۳، ص ۲۷۳-۲۸۸.
- [۲۲] نصرالله پور شیروانی، سیدداوود؛ سیمین موعودی (۱۳۹۲). «سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش های آن در ایران»، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بابل.
- [۲۳] نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت (۱۳۹۰). وزارت بهداشت.
- [۲۴] متقی، سمیرا و همکاران (۱۳۹۶). «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، پژوهش نامه حقوق اسلامی، س ۱۸، ش ۲، ص ۱۲۳-۱۴۸.
- [۲۵] معلوف، لويس (۱۳۷۳). المنجد الایجدی، ترجمه قاسم بوستانی، تهران: فقیه.
- [۲۶] مدیری، فاطمه و همکاران (۱۳۹۶). «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن»، فصل نامه توسعه اجتماعی، دوره ۱۲، ش ۲، ص ۲۸-۷.
- [۲۷] مهرآیین، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۵). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان»، جامعه پژوهی فرهنگی، س ۷، ش اول، ص ۱۲۵-۱۴۶.
- [۲۸] منشور حقوق و مسئولیت های زنان (۱۳۸۴). شورای انقلاب فرهنگی.
- [۲۹] موسوی بجنوردی، محمد؛ داورزنی، محسن (۱۳۹۴). «پزشک خانواده، تحقق عدالت در سلامت با رویکردی به آرای امام خمینی»، پژوهش نامه متین، س ۱۷، ش ۶۴، ص ۲۷-۵۱.
- [۳۰] هزارجریبی، جعفر؛ مرادی، سجاد (۱۳۹۳). «نشاط اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن»، مطالعات ملی، ش ۶۰، ص ۳-۲۶.

- [31] Arcaya. C.Mariana, Alyassa L. Arcaya (2015). "Inequalities in health: definitions, concepts and Theories", *Global health action*, Volume8, Issue 1, PP 1-12, Swden.
- [32] Abbott, R.A, Jones.j(2015), *Are you balancing the 7 dimension of wellness*, University of Wisconsin.
- [33] Duran Bonnie, Halstrelinick (2019). "Progress in Community Health Partnership: Research/ Education and Action", *Jhons Hopkins university press/ Volume 13, Issue 4. PP 353- 358.*
- [34] Dezutter, Jessie (2017). "Chronic pain care: The importance of a biopsychosocial-existential approach", *The international journal of psychiatry in medicine*, vol, PP 563-575.
- [35] Elias, Ana Catrina(2015), *The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer*, through RIME intervention, complementary therapies in clinical practice, V21, PP 1-6
- [36] Galdersi, Silvana and other (2019). "Toward a new definition of Mental health Association for the Improvement of Mental health programs", *Geneva, Switzerland*, PP 231-235.
- [37] Hawkins, M, Jared(2019), *Incorporating Biopsychosocial-Spiritual Resources in Emotionally Focused Couple Therapy*, contemporary family therapy,V42, PP 217-227
- [38] Marmot ,Michael (2014). "Social determinants of health equality", *American journal of public health*, vol 104, PP 517-520.
- [39] Marmot , Michael (2012). "Fair society, healthy lives", *Public health*, vol 126, PP 4-10.

- [40] Kalid Asia, Mahwesh Arooj Naz (2019). A Clinical Study On the effectiveness of biopsychosocial Spiritual treatment approach for diabetic patients, *jpma Journal*, PP 1-4
- [41] Keys, Coylee (2004). "Social well –being in the united states", *A descriptive psychology* , vol 61, PP 121-190.
- [42] Lyioha.O.Irehobhude (2019). *Woman's health and limits of law*, Taylor: Francis Group, Routledge.
- [43] Manwell A Lauria and other (2015). "What is Mental health? Evidence Towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey", *BMJ*, PP 1-11, 332-340.
- [44] Rose boom j Tessa (2019). "Why achieving gender equality is of Fundamental importance to improve the health and wellbeing of Future generations: Do Had perspective", *journal of Development origins of Health and Disease*, Amsterdam, PP 1-4.
- [45] Taylor,Lou Ella, (2013). "A Biopsychosocial-Spiritual Model of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease", *Pain management nursing*, vol 14, PP 287-301.
- [46] Saad, Marchlo(2017), Are We Ready for a True Biopsychosocial–Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual",MDPI,vol 4www.who.int.
- [47] Wright.O.Kallio, Kelly A.Dagan (2019). *Using qualitative research article to talk about gender and race inequities in health care*, communication teacher.
- [48] The Charter of the United Nations, 1945.
- [49] The Convention on the Elimination of All Forms of discrimination against women, 1979.
- [50] The International Convention on Elimination of All Forms of racial Discrimination, 1979.
- [51] The International Convent on Economic, Social And Cultural Right's, 1966.
- [52] The WHO Special Initiative For Mental Health (2019-2023). World Health Organization.
- [53] Sustainable Development Goals (SDG). 2015.
- [54] The Universal Declaration of Human Right, 1948.
- [55] The Ottawa charter for Health promotion, 1986.
- [56] T.Merriam –webseter,1989/merrian-webster.com
- [57] The New Oxford Dictionary of English (NODE), 2000/ Oxford University Press.com
- [58] www.who.net
- [59] WHO QOL- BREF,1991/www.who.net
- [60] WHO QOL- 100,1991/www.who.net
- [61] www.un.org.ir
- [62] www.cila.ir
- [63] www.parliran.ir
- [64] www.maslahat.ir
- [65] http://www.ams.ac.ir