



ابعاد حقوق امنیتی سلامت دانش آموزان دختر در مدارس؛ با سریالی شدن مسمومیت

مختار بیداروند

دانش آموخته دکتری تخصصی رشته حقوق کیفری و جرم شناسی، مدرس دانشگاه پیام نور، مراغه، ایران
mokhtar.bidarvand@ymail.com

چکیده

امروزه با توجه به شرایط بوجود آمده و مسمومیت دانش آموزان دختر در کنار سایر چالش ها از قبیل مشکلات آلودگی هوا، بیماری کرونا و تعطیلی مدارس و کشف حجاب، بررسی ابعاد و مخاطرات امنیتی حقوق سلامتی جسمی و روانی اخیر مدارس دخترانه از یک سو و تشویش اذهان با برچسب زنی منع تحصیل دختران حقیقتی محرز معاندانه است، فلذا رفع موانع پیش رو در حوزه تامین سلامت جسمی و روانی و روحی اجتماع، نیازمند اقدام مؤثر و مداوم محققان و متصدیان سیاست تعاملی جنایی می باشد. پژوهش حاضر با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و با روش توصیفی و تحلیلی تهیه و تنظیم شده است. تامین سلامت کودکان و نوجوانان در مدارس دخترانه، مستلزم اقدامات فورس ماژور ذی صمتان سیاست جنایی تعاملی با نگرش مثبت و همه جانبه به این امر مهم میباشد. انباشت امنیت سلامت از بارزترین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با تدابیر سیاستهای تعاملی جنایی و امنیتی با تکیه بر یافته‌های علمی بین رشته‌ای حقوقی و قضایی و پزشکی و تعامل متصدیان این حوزه، دور از تصور نبوده و با تکیه بر روحیه انقلابی، قابل دسترسی خواهد بود.

کلید واژه ها: حق سلامت، مسمومیت، دانش آموز دختر، کنترل اجتماعی، حقوق امنیتی.

مقدمه

بارزترین محور ارزیابی سلامت جوامع، سلامت افراد آن جامعه به ویژه کودک و نوجوان آن جامعه بوده که در این بین کودکان دختر همان مادران و معماران خانواده و جامعه، بخش حساس و مهم این قشر را تشکیل می دهد. از آنجایی که رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای در گرو وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است، شکی نیست که سلامت جسمی و روانی آینده‌سازان جامعه، نقش پر رنگی در این مسیر ایفا می کند. وجود آسیب‌ها و مشکلات در هر جامعه‌ای، کودک و نوجوان را بیشتر از گروه‌های دیگر در معرض خطر قرار می دهد و به رشد و سلامت اجتماعی آنها آسیب می رساند. عبارتی دیگر باید گفت سلامت هر یک از افراد در اجتماع، پایه و بنیان سلامت جامعه است و سلامت همین افراد جامعه از شاخص‌های مهم توسعه به حساب می آید. حقوق کودکان و نوجوانان از دیدگاه های حقوقی، جامعه شناسی، روانشناسی و اخلاقی از نیازهای اساسی کودکان و نوجوانان است که اگر این نیازها برآورده نشوند، به سلامت جسمی و روانی آنان در جامعه آسیب خواهد رسید، آنچه مسلم است این است که در حال حاضر با یکسری جرائم گسترده بهداشتی و امنیتی در مدارس دخترانه مواجه هستیم. در چنین موارد حساسی وظیفه دستگاه قضایی و نهاد های امنیتی شناسایی هرچه سریعتر مرتکبان عمدی مسمومیت ها و مجازات آنها مطابق قانون می باشد. دولت نیز موظف است از وقوع بیشتر این مسمومیت های سریالی جلوگیری کند و توضیحات شفاف و مستمری در این زمینه ارائه دهد. بدیهی است در صورت خدشه دار شدن سلامت اجتماعی و پایمال شدن حقوق دختران دانش آموز، پایه‌های عدالت و امنیت سست



خواهد شد این وضعیت مبهم و پیچیده درباره مسمومیت دانش‌آموزان از یک طرف نگرانی‌ها برای پشتیبانی برخی افکار تندرو از این جریان برای محروم کردن دختران از حق تحصیل را به میان آورده است از طرف دیگر از جنبه عمومی این جرم روان جامعه را خدشه‌دار کرده است. امروزه کودکان و نوجوانان به عنوان سرمایه‌های هر کشوری مورد انواع آماج برخلاف حق قرار گرفته‌اند و یکی از این حقوق، حق سلامتی آنان است که کم کاری در حفظ و ارتقاء سلامت آنان با هر رفتار و تصمیم غیرکارشناسی انجام می‌پذیرد. علی‌رغم اینکه ارتقاء و افزایش سلامت کودکان و نوجوانان یکی از حقوق به رسمیت شناخته شده در تمامی جوامع بشری بوده و از اهمیت بالا و ویژه‌ای برخوردار می‌باشد، لکن احساس می‌شود که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. از همین رو ضروری است که به دلیل ضعف و عدم توانمندی این قشر از جامعه، افراد بزرگسال و توانمند و همچنین با اهتمام نهادهای مسئول نسبت به رعایت و افزایش آن سعی و تلاش خود را به کار گرفته تا نسبت به بهره‌مندی آنان از این حق و حقوق مساعدت و همکاری لازم و مستمر صورت پذیرد. از آنجا که در دوران کودکی و نوجوانی ابعاد مختلف جسمی و روانی در حال شکل‌گیری و تکامل است، کودکی و پس از آن نوجوانی حساس‌ترین و تأثیرگذارترین دوره زندگی هر فردی می‌باشد. از این رو حفظ و تضمین رشد و ارتقاء سلامت جسمی و روانی کودک از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. کودک و نوجوان هرگز نباید چالش‌ها و ناهنجاری‌های محیطی از قبیل خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را تجربه کنند. پس از بررسی‌ها و مطالعات انجام شده در زمینه چالش‌های حقوقی ارتقاء سلامت کودکان و نوجوانان، به برخی از مشکلات و معضلات خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... اشاره شد و در نهایت پیشنهادها و راهکارهایی ارائه گردید. بی‌شک حق و حقوق سلامت کودکان و نوجوانان، دچار چالش‌هایی گردیده؛ که باید در راستای ارتقاء سلامت اعم از خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و همچنین بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی تدابیر لازم در این خصوص صورت گیرد. امروزه توجه به حقوق و مسائل کودک و نوجوان امری است که هرروزه مردم را بیشتر به خود جلب کرده و در این بین گروه‌های آسیب‌پذیرتر همانند کودکان و نوجوانان محروم نیاز به توجه بیشتری را دارند. حق بر سلامت یکی از حقوق بنیادین بشری بوده که کودکان و نوجوانان از آن بهره‌مند هستند و نباید از برخورداری از این حق با مشکل مواجه باشند. از همین رو با در نظر گرفتن منافع عالی‌ه کودکان و نوجوانان لزوم توجه بر مشکلات آنها نیز امری ضروری است.

مفهوم شناسی متغیرهای تحقیق

با توجه به اهمیت و ضرورت تحدید معنای واژگان کلیدی مورد بحث، نخست مهم‌ترین متغیرهای این تحقیق را مختصراً تعریف می‌کنیم: برخی از مفاهیم اجتماعی دارای ثبات هستند و در عین این که در بستر زمان و مکان از درون دگرگونی می‌پذیرند اما وحدت و دوام خود را حفظ می‌نمایند. حقوق از جمله چنین مفاهیمی است. تاریخ جوامع بشری از آغاز تا کنون وجود قواعد و ضوابط برای زندگی اجتماعی و همچنین تصور حق و تکلیف بدیهی و مفروض می‌دانسته است. امنیت نیز چنین است و اگر چه نظریات امنیتی، پسین‌تر از آغاز زندگی اجتماعی ابتدایی است اما مفهوم کلی امنیت همزاد و همراه زندگی بشری بوده است. تحولات، و پیشرفته‌ها و پیچیدگی‌های روابط در جوامع باعث گردیده که رشته جدیدی تحت عنوان (حقوق امنیتی یا حقوق امنیت ملی)^۱ پدید آید. (نورتون، فردریک، ۱۹۹۰).

امنیت انسانی

امنیت انسانی، مفهومی بود که نخستین بار از سوی دیپلمات فقید پاکستانی پرفسور محبوب الحق^۲ و در گزارش توسعه انسانی برنامه عمران ملل متحد در سال ۱۹۹۴ م، در ابعاد و گستره جهانی مطرح شد. امنیت انسانی، پارادایم نوین امنیت در آستانه قرن

^۱ National Security Law.

^۲ Mahbub ul hag



حاضر است و دستور کار جدید مطالعات امنیتی را شکل می دهد. سایبنا الکایر^۲، تعریفی بر مبنای هدف توسعه انسانی ارائه داده است. به نظر وی هدف امنیت انسانی حفاظت از هسته حیاتی زندگی همه انسانها در برابر تهدیدات شایع و حاد است به گونه‌ای که با رضایت و کرامت بلند مدت انسانی سازگار باشد (پور سعید، ۱۳۸۷).

حقوق امنیتی

این رشته، قواعد، ضوابط و نظریات حقوقی در موضوع امنیت را بررسی و بیان می کند. در واقع حقوق امنیت ملی هر کشور در تلاش است که با شناخت قواعد مناسب با توجه به ویژگیهای خاص کشور، امنیت ملی را حفظ و در صورت امکان توسعه دهد. از این نظر، حقوق امنیت ملی به مثابه ایدئولوژی هر نظام سیاسی تلقی می گردد زیرا یکی از خصوصیات مهم ایدئولوژی، یعنی نفوذ در تمام اجزای نظام در آن وجود دارد. منابع حقوق امنیتی در کشورهای مختلف یکسان نیست اما به طور کلی قوانین اساسی، مصوبات مراجع قانون گذاری، مصوبات مراجع امنیتی و مصوبات مقامات عالی سیاسی (در حدود قوانین) از مهمترین منابع حقوق امنیتی به حساب می رود. (ره پیک، ۱۳۷۹: ۱۴۴-۱۲۵).

کنترل اجتماعی

کنترل اجتماعی مفهومی جامعه شناختی است که در معنای کلی خود به همراه حقوق و قانون از ابتدای شکل گیری جوامع وجود داشته اگرچه تئوری‌های منسجم کنترل اجتماعی کمی بیش از یک قرن عمر کرده است. (جانوویتز، ۱۹۷۸). عوامل اجتماعی طبقه دیگر در رابطه با عوامل موثر بر سلامت زنان است که زیر طبقات عوامل فرهنگی، حمایت اجتماعی- اقتصادی و مدیریت مسائل زنان را در بر گرفت. عوامل فرهنگی شامل، تبعیض جنسی، طرد شدگی، ازدواج و طلاق، تحصیل و سبک زندگی بود. نتایج حاصل از پژوهش ها نشان می دهد عوامل فرهنگی از مشکلات پیش روی زنان می باشند بطوری که یافته‌های حاصل از پژوهش های کیفی در جوامع دیگر نیز نشان داد زنان در موضوعات مشابه با مردان نسبت به آنان از سطح استیگمای بالاتری برخوردارند. (رضائی، صلصالی، جهان تیغ، ۱۳۹۴: ۱۰). نظریات کنترل اجتماعی، نظریاتی ایزاری تلقی می شوند و محققان، کنترل اجتماعی را روشها و وسایلی دانسته اند که برای تطبیق آحاد جامعه با هنجارهای اجتماعی به کار می رود. به عبارتی دیگر فرایندهایی که رفتار اعضای جامعه را برای سازواری با هنجارهای عمومی (یا گروهی) تحت تاثیر قرار می دهند و بدان وسیله، مردم به منظور پیوستن به سنتها و الگوهای رفتاری ای که برای کارکرد آسان یک جامعه (یا گروه) اهمیت دارد تحریک میشوند کنترل اجتماعی گفته می شود. (روسک، ۱۹۹۸: ۳۵).

ارتقاء سلامت^۴

تندرستی و سلامتی عبارت است از: تأمین رفاه کامل جسمانی و روانی و اجتماعی انسان. بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، تندرستی تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست بلکه «نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است».

در اولین کنفرانس بین المللی اوتاوا- ۱۹۸۶ ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است. به طور خلاصه ارتقای سلامت عبارت از روند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان می باشد. برقراری عدالت، محیط مناسب، اکوسیستم پایدار، صلح، دسترسی به خدمات، تضمین درآمد، تغذیه، آموزش به عنوان شرایط اولیه و زیر

^۲. Sabina Alkire

^۱. Health promotion



بنای ارتقای سلامت معرفی شدند. با توجه به تعریف ارتقای سلامت نتیجه گیری می شود که: ارتقای سلامت فراتر از آموزش سلامت و پیشگیری از بیماری ها می باشد. ارتقای سلامت بر تجزیه و تحلیل و توسعه ظرفیت سلامتی افراد تاکید دارد. دیدگاه کلی نگر ارتقای سلامت، در نظر گرفتن سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی می باشد.

رویکردهای ارتقاء سلامت

۱. رویکرد پزشکی (کنترل عوامل خطر فیزیولوژیک)

۲. رویکرد رفتاری (تصحیح عوامل شیوه زندگی)

۳. رویکرد اجتماعی - محیطی (در جهت وضعیت های عمومی)

در حقیقت از رویکرد افراد سالم به سمت جوامع سالم و در نهایت حرکت به سوی محیط و اجتماعات سالم می باشد. ارتقای سلامت، ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد است. سلامت افراد در محیط زندگی روزمره آنها خلق می گردد. جایی که آنها در حال یادگیری، اشتغال، تفریح و ... هستند. رویکرد محیطی در رابطه با ارتقای سلامت مرتبط با محیط زندگی می باشد. بدین وسیله سلامت افراد در مکان هایی که بیشتر اوقات را در آن بسر می برند تقویت می گردد. یعنی اینکه رویکرد محیطی ارتقای سلامت دارای تجربه اجتماعی و توسعه سازمانی می باشد. (منشور بین المللی اوتاوا)

حق سلامت و مؤلفه های آن

هفت مؤلفه اشاره شده ذیل با تغییرات جزئی در منابع مختلف آورده و عملاً در بسیاری از مراجع رسمی به عنوان یک شیوه برای طبقه بندی مؤلفه های سلامت مورد استفاده قرار می گیرند. سلامت فیزیکی یا سلامت جسمی. سلامت ذهنی، سلامت عاطفی و هیجانی، سلامت محیط زندگی، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، سلامت شغلی. (جرالد. اس گرینبرگ ۱۳۸۷: ۵۶۸). حق سلامت جسم و روان کودک و نوجوان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و سرآغاز سلامتی «زنده ماندن» است، اما پس از زنده ماندن به سرعت نیازمند شرایط مناسب روانی، اجتماعی و احساسی هستیم و این بیان ساده در تعریف سلامتی: «بیمار نبودن» پاسخگو نیست. در کشور ما با وجود کاستی های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی کودکان گام های مؤثر و مناسبی برداشته شده است، اما آنچه فقدان آن، در تمام عرصه های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، احساسی و اجتماعی سلامت کودکان است، این بی توجهی در عصر ارتباطات و جهانی سازی، موجب آسیب پذیری کودکان و نوجوانان در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار، اعتیاد، فرار از خانه، افت تحصیلی و موارد بسیار دیگری می شود و از جمله مواردی است که در برنامه ریزی های بهداشتی برای کودکان و نوجوانان باید به آن ها در کنار رفع سوء تغذیه و بهسازی جسمی سلامت توجه ورزید. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک^۵ در حال وقوع است و به سرعت پیش می رود و موجب بیماری ها، اختلالات عفونی، جسمی و واگیردار می شود، به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشاء بر هم زنده سلامت، اختلالات و بیماری های روانی، رفتاری و اجتماعی می باشد. برخی از این عوامل هر چند در مرگ و میر چندان نقشی ایفاء نمی کنند، اما در میزان بار جهانی بیماری ها^۶ و سال های تطبیق یافته عمر توأم با ناتوانی^۷، نقش عمده ای ایفاء خواهند کرد. آنچه امروزه در مورد کودک و نوجوان به صورت یک خطر مطرح است، فردا به صورت یک بحران مطرح خواهد شد^۸. (بابایی، ۱۳۸۲: ۷)

^۱ Epidemiologic Transiton

^۲ Burder of Disease

^۳ Disability Adjusted Life Years- D.a.L.Y

^۴ Bommier ۲۰۰۲



کودک و نوجوان

نظام حقوقی ایران، مانند اکثریت یا شاید کلیه نظام های دیگر حقوقی دنیا، تعریفی از کودک ارائه ننموده و فقط به تعیین میزان سن مسئولیت کیفری پرداخته است. در این بحث ما به قلمرو مفهومی و مصداقی کودک و نوجوان در اصطلاح حقوقی می پردازیم که لزوماً با همین مفهوم در اصطلاح حقوق کیفری یکسان نخواهد بود. برخلاف نظام های داخلی حقوقی، «پیمان نامه حقوق کودک» بعنوان یک سند بین المللی که در تاریخ ۱۹۸۹ به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل رسید و اکثریت کشورها از جمله ایران (به تاریخ اسفند ۱۳۷۲) آن را امضاء و تصویب نموده اند، تعریفی از کودک ارائه می دهد. ماده یک این کنوانسیون مقرر می دارد: «از نظر پیمان نامه کنونی، منظور از کودک هر انسان دارای کمتر از ۱۸ سال سن است، مگر اینکه طبق قانون قابل اعمال در مورد کودک، سن قانونی کمتر تعیین شده باشد». مطابق این ماده، «کودک به فردی اطلاق می شود که بر اساس معیار سنی که بر اساس تاریخ تولد تعیین می شود کمتر از ۱۸ سال داشته باشد». دو نتیجه از تعریف ارائه شده گرفته می شود؛ (۱) براساس قسمت اخیر ماده، شرط سنی تعیین شده منوط به این است که در قانون داخلی کشورها سن کمتری تعیین نشده باشد که در فرض اخیر همان قانون داخلی ملاک خواهد بود. (۲) این تعریف فقط ناظر به بعد از تولد است. براساس ماده (۱) قانون حمایت از کودکان و نوجوانان ۱۳۹۹ طفل و نوجوان به صورت زیر تعریف شده است: طفل: هر فرد که به سن بلوغ شرعی نرسیده است. نوجوان: هر فرد زیر هجده سال کامل شمسی که به سن بلوغ شرعی رسیده است.

ابعاد حقوق امنیتی سلامت دختران در مدارس و جامعه

خانواده و مدرسه به عنوان مهم ترین نهاد و محیط زندگی و آموزش در اجتماع می باشد. که نشأت یافته از وجود دختران سالم و تحصیل کرده خواهد بود. این نهاد با توجه به اهداف و وظایف خود، در واقع باید نقش مثبت و سازندهای در دستیابی آن ها به حقوق خود داشته باشند اما گاه شاهد تأثیرات مخرب آن ها در زمینه حقوق خود هستند. نقش دانش آموزان دختر و سطح سلامت آن در تمام مراحل زندگی اجتماعی قابل لمس و شناسایی است. به همین دلیل برخی از پژوهشگران تامین امنیت سلامت دختران را ستون فقرات یک جامعه می دانند، در واقع آن را نمونه کوچک شده یک جامعه قلمداد می کنند. هرکسی برای هدایت در مسیر درست زندگی نیاز به آموزش دارد و می تواند با اعتماد و عشق کامل به کودک و نوجوان خود این آموزش را در جهت رشد و سلامت جسمی و روانی خود را در مدارس بدست بیاورد. مدارس می توانند آنان را راهنمایی نمایند. آنها می توانند زمینه های شغلی، تحصیلی، سلامتی، رابطه و سایر جنبه های زندگی را به دور از هرگونه چالش و بحران برای کودکان و نوجوانان دختر تبیین و راهنمایی کنند. از این رو، می توانید توجه کنید افرادی که از حمایت مناسب آموزشی در مدارس برخوردار هستند، شانس بیشتری برای موفقیت و سلامت در زندگی دارند. نقش مدارس به عنوان یک راهنما برای فرزندان و مخصوصاً کودکان و نوجوانان دختر که اولین معلمان نسل های بعدی هستند، بر کسی پوشیده نیست. در کنار نقش خانواده ها نهادهای دیگری مانند مدرسه و رسانه ها که امروزه آموزش مجازی بر عهده آن است، را نیز که در تحقق حفظ حقوق و سلامت کودک و نوجوان مهم و مؤثرند را می توان مورد اشاره قرار داد. مدرسه پس از خانواده دومین محیط جهت رشد، آموزش و پرورش کودک و نوجوان می باشد.

امروزه با توجه به شرایط بوجود آمده مسمومیت دانش آموزان دختر در کنار سایر چالشها از قبیل مشکلات آلودگی هوا، بیماری کرونا و تعطیلی مدارس و مراکز آموزشی وابستگی آنها به فضای مجازی افزوده شده و همین امر نیز در برخی موارد موجب بروز معضلات اخلاقی و انحراف کودک و نوجوان گردیده است. این نهادها با توجه به اهداف و وظایف خود، در واقع باید نقش مثبت و سازندهای در دستیابی کودک و نوجوان به حقوق خود داشته باشند، اما گاه شاهد تأثیرات مخرب آن ها در زمینه حقوق آن ها می باشیم. اگر بخواهیم برای هر یک از این نهادها، یک عامل منفی را مشخص کنیم، می توان گفت که بد رفتاری های بدون ضابطه و عدم توجه به بهره برداری از این وسایل و تجهیزات یکی مهم ترین عوامل نامناسب در مدارس و استفاده از رسانه ها می باشد.



همچنین در مدارس با رواج و تقویت رفتارهایی مانند رقابت، مقایسه کردن، ندیدن تفاوت، بی توجهی به خلاقیت‌ها، نمره گرایی، و... سبب اضطراب و ناکارآمدی می‌شود و به سلامت جسمی و روانی آنان آسیب می‌رساند. رسانه‌های مورد استفاده کودکان و نوجوانان از جمله کتاب، فیلم، رادیو و تلویزیون، در کنار برخی از آثار مناسب، بیشتر به رواج خشونت، ترس، رقابت و... می‌پردازند. لذا، برای این که این نهادها بتوانند وظایف خود را در راه تحقق حقوق کودکان و نوجوانان به انجام برسانند، نیاز به آگاه سازی و برنامه ریزی وجود دارد که متأسفانه در این زمینه کمتر توجه صورت گرفته است. (قاسم زاده، ۱۴۰۱، ۱۱)

همچنین با روی آوردن نظام آموزشی به فضای آموزشی مجازی مشکلات دیگری ایجاد میشود و باز امنیت سلامت کودکان و نوجوانان دختر را هرچه بیشتر به مخاطره می‌اندازد. تأثیری که اینترنت به طور عام و شبکه‌های اجتماعی مجازی به صورت خاص می‌توانند بر روی نوجوانان بگذرانند می‌تواند آن باشد که این ذهنیت در آن‌ها به وجود آورد که جامعه را از منظر مانیتور خود و کنش متقابل اجتماعی را از پشت پنجره‌ای از کلمات انجام دهد. هوشمند سازی مدارس و ارائه محتوای آموزشی بر پایه منابع مجازی و هوشمند، سوق دادن دانش آموزان به سمت این فضای آموزشی و فاصله گرفتن آنها از آسیب‌ها و تهدیدها و محتوای مخرب با توجه به اینکه فرهنگ سازی سایبری باید از آموزش و پرورش شروع شود، نقش مدارس به سبب حضور کودکان و نوجوانان و تأثیر پذیری آنان در جامعه به ویژه خانواده، در نهادینه کردن اخلاق اینترنتی بسیار مهم می‌باشد. همانگونه که فرهنگ ترافیک و راهنمایی و رانندگی با استفاده از همیاران پلیس در مدارس، در سطح جامعه تعمیق و گسترش پیدا کرد به نحوی که امروز بستن کمر بند توسط رانندگان نتیجه اجرای چنین طرح‌هایی است، می‌توان با آموزش استفاده از فضای سایبری در مدارس و با ارتقای سطح آگاهی از تهدیدات و نوآوری‌های این فضا، از هر کودک و نوجوان، پلیسی برای حفظ امنیت خود در فضای سایبری بوجود آورد. (افراسیابی، امیدی و رهبر، ۱۳۹۶: ۱۶)

چالش سلامت در اجتماع

مجموعه حقوق کودک و نوجوان تعهد بزرگترها در تحقق آن، در پیمان نامه حقوق کودک که حاصل ده سال تلاش کارشناسان کشورهای مختلف در رشته‌های مرتبط بود با نگرشی علمی، انعطاف پذیر و جامع، به روشنی آورده شده است. جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۳ پیمان نامه حقوق کودک را پذیرفت و در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. از آن سال تاکنون پانزده سال می‌گذرد اما ما هنوز با چالش‌های متعددی روبه‌رو می‌باشیم. از جمله مشکلاتی که در جامعه ما وجود دارد، بی توجهی به رعایت حقوق دیگران است، منجمله به حقوق کودک و نوجوان می‌باشد. آگاهی از حقوق خود و تلاش برای تحقق آن، ارتباط مستقیم با توجه به حقوق دیگران دارد. هر اندازه فرد از حقوق بیشتری برخوردار باشد، پای بندی بالاتری به رعایت حقوق دیگران دارد. بنابراین در آموزش حقوق کودک و نوجوان به آن‌ها باید بر حق و مسئولیت و ارتباط آن‌ها با یکدیگر و نیز بر ضرورت توجه به حقوق دیگران، تأکید گردد و بر کاربرد شیوه‌های صلح آمیز، گفت و گو و توافق برای حل مشکلاتی که گاه از تداخل حقوق کودکان با یکدیگر و یا با بزرگسالان پیش می‌آید، پای فشرده. در تحقق این حقوق عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و قانونی، نقش مؤثری دارند. بدیهی است تحقق این حقوق نیازمند برخورداری افراد از وضعیت اقتصادی مناسب، آگاهی کافی، شرایط اجتماعی مساعد و وجود قوانین مترقی برای حفظ حقوق دیگران است. در شرایط فعلی، در همه این زمینه‌ها ما به بازنگری و تغییر شرایط به منظور ایجاد زندگی بهتر برای کودکان و نوجوانان نیاز داریم. بیشتر این مشکلات، با چالش بزرگتری در ارتباط است که آن نحوه پذیرش پیمان نامه حقوق کودک توسط دولت ایران است. پذیرش پیمان نامه، به استثنای اصول آن، مشروط است و هر کشوری می‌تواند با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی خود، موادی از آن را مورد پذیرش قرار ندهد. اما دولت ایران، به جای مشخص کردن مواد مورد نظر خود، با قراردادن حق شرط کلی، پذیرش خود را از نظر معیارهای موجود در پیمان نامه‌های مشروط، مورد تردید قرار داده است و اکنون پس از گذشت پانزده سال هنوز مشخص نیست کدام یک از مواد پیمان نامه حقوق



کودک مورد پذیرش دولت ایران نیست. بدیهی است این نحوه پذیرش که بیشتر صوری به نظر می‌رسد سبب چالش‌هایی می‌شود که در این نوشته به آن‌ها اشاره شده است. (قاسم زاده، ۱۴۰۱)

آگاهی زنان از منشور حقوق مربوط به سلامت زنان

از حقوق زنان این است که از حق و حقوق خود آگاهی داشته باشند و با اطلاع کامل از مزایا و معایب هر روش درمانی در روند تصمیم‌گیری درمان و مراقبت خود نقش فعال داشته باشند. در یک مطالعه مقطعی و آزمایشی ۶۰ مادر ۱۹-۳۵ ساله که از زمان زایمان آن‌ها ۱ تا ۳ ماه گذشته بود و جهت برخورداری از خدمات تنظیم خانواده یا بهداشت و سلامت کودک خود به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مادران در زمان خاتمه بارداری خود از نوع و چگونگی برنامه بهداشتی قبل و پس از اجرا آگاهی کافی نداشتند گرچه کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه و خانواده آنان رضایت خود را قبل از بستری اعلام نموده بودند، ۶۸٫۳ درصد آنان اظهار نمودند اطلاعات کافی در حین اخذ رضایت در اختیار آنان قرار داده نشده است. ۴۳٫۲ درصد زنان در زمان دریافت خدمات مراقبتی، سلامتی و بهداشتی حین و بعد از زایمان، احساس راحتی کامل داشتند. حدود ۸۷ درصد زنان ابراز نمودند که هرگز در مورد مزایا و مضرات نوع زایمان اطلاعاتی دریافت نکرده بودند. ۷۳ درصد زنان در طی بارداری ۱۰ بار یا بیش‌تر سونوگرافی شده بودند و ۹۳ درصد زنان بدون داشتن درد زایمان و در تاریخ تقریبی بستری شده بودند. بسیاری از زنان باردار نه تنها مراقبت استاندارد و مناسب دریافت ننموده بودند، بلکه در مورد عوارض و مزایای مداخلات انجام شده (دارو، آزمایشات، سونوگرافی، اینداکشن، پروسه درمان و جراحی و...) در طی بارداری و زایمان خود اطلاعات کافی از تیم درمانی خود (پزشک، ماما، پرستار) دریافت نکرده بودند. به نظر می‌رسد که زنان باردار ایرانی از حقوق کامل خود در زمینه درمان و مراقبت‌های ضروری و استاندارد مطلع نبوده و در عملکرد تیم درمان نیز در اجرای پروتکل‌ها و مداخلات درمانی و مراقبتی منطبق با اصول اخلاقی و استاندارد فاصله معنی‌داری مشاهده می‌شود. مطالعات وسیع‌تر در زمینه حقوق بهداشت باروری و اخلاق حرفه‌ای زنان و مامایی پیشنهاد می‌شود زیرا عدم آگاهی از منشور حقوق سلامت توسط زنان آثار سوئی بر سلامتشان خواهد گذاشت و زنان با افزایش آگاهی از حقوق مربوط به سلامت خود می‌توانند قدم موثری در این زمینه بردارند. (خدا کرمی، جانثاری ۱۳۸۷).

قربانی شدن زنان

ترس از قربانی‌گری شدن در بین زنان یکی از موضوعات برجسته در مطالعات جرم‌شناسی و جامعه‌شناسی انحرافات است. یافته‌ها حاکی از آن است که حدود ۴۸ درصد زنان در حد زیاد، ۳۳ درصد در حد متوسط و ۱۹ درصد در حد کم در فضاهای شهری نسبت به تهدید جرایم دچار ترس و واهمه‌اند. به بیان دیگر حدود نیمی از زنان به هنگام تردد در شهر احساس امنیت ندارند. در بین زنان تحصیل‌کرده و دارای درآمد بالا، زنانی که در محله آن‌ها ساختمان‌ها و زمین‌های متروکه کم‌تر بوده و زنانی که از فعالیت‌های پلیس رضایت بیشتری داشته‌اند میزان ترس از جرم کم‌تر بوده است. یافته‌ها حاکی از این است که بین سلامت زنان در همه ابعاد و احساس امنیت رابطه مستقیم وجود دارد. (علی‌خواه، نجیبی، ۱۳۸۵)

ماهیت حقوقی و کیفری مسمومیت‌های سریالی دانش‌آموزان دختر

با توجه به اعلام اولیه مسئولان، عمدی بودن این مسمومیت‌ها تایید شده است. به نظر می‌رسد آنچه در این رابطه اتفاق افتاده در یک حالت ساده، تهدید علیه بهداشت عمومی است. این جرم از مصادیق جرائم علیه امنیت ملی و اجتماعی است. بنابراین، عاملان آن مرتکب یک جرم غیرقابل گذشت شده‌اند. جرم غیر قابل گذشت یعنی پیگیری این جرائم و مجازات مرتکبان آن نیازی



به شکایت شاکی خصوصی ندارد. از طرف دیگر جنین جراثیمی پایه نظم عمومی جامعه را سست می‌کند، حتی در صورت رضایت شاکی خصوصی، باز هم مرتکب مجازات خواهد شد.

جرایم تهدید کننده بهداشت عمومی در قانون مجازات اسلامی و قانون اساسی

به موجب ماده ۶۸۷ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵، هر نوع خرابکاری در تاسیسات عمومی نظیر شبکه‌های آب حتی بدون قصد برای اخلال در امنیت عمومی را جرم انگاری می‌کند. این ماده برای مرتکب یا مرتکبان این جرم ۳ تا ۱۰ سال حبس در نظر می‌گیرد. در کنار صدر ماده تبصره اول ماده ۶۸۷ نیز حکم مهمی دارد. این تبصره بیان می‌کند: «در صورتی که اعمال مذکور به منظور اخلال در نظم و امنیت جامعه و مقابله با حکومت اسلامی باشد مجازات محارب را خواهد داشت». همانطور که می‌دانید مجازات جرم حدی محاربه اعدام است. بنابراین اگر، این مسمومیت از طریق سیستم آب مدارس باشد، جرم مرتکبان مصداق این ماده است.

ماده ۶۸۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵: یک حکم عام برای جرایم علیه بهداشت عمومی ارائه می‌دهد. طبق این ماده، هر اقدامی علیه بهداشت عمومی مشمول حبس تا یک سال است. البته مشروط به آن که مرتکبین مشمول قانون خاص نباشند. زیرا برخی قوانین خاص مجازات‌های سنگین تری وضع می‌کنند.

ماده ۶۸۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵: این ماده نیز، در خصوص جبران خسارت حکمی دارد. ممکن است جرم مرتکبین منجر به قتل یا نقص عضو یا جراحت و صدمه به انسانی شود. در این صورت، مجرم علاوه بر مجازات‌هایی مثل قصاص و پرداخت دیه به پرداخت خسارات وارده نیز محکوم می‌شود

اصول قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران: نظام جمهوری اسلامی ایران، مطابق قانون اساسی، نظامی است بر پایه ایمان به (کرامت و ارزش والای انسان و آزادی او). (بند ششم از اصل دوم قانون اساسی). همچنین اصول ۶۸، ۷۸، ۷۹، ۸۲ بر مردم پایگی امنیت ملی در ایده جمهوری اسلامی و اصل بیست و دوم نیز به مصون بودن حیثیت، جان، مال، حقوق، مسکن و شغل اشخاص از تعرض تصریح دارد.

حال سوال اساسی این است که مسمومیت‌های سریالی دختران می‌تواند مصداق تروریسم باشد؟ بر اساس برخی تفاسیر و نظریات حقوقی، گاه می‌توان چنین اقداماتی را مصداق تروریسم سازمان یافته محسوب کرد. اقدام علیه بهداشت عمومی دانش آموزان دختر بر خلاف موازین اسناد بین المللی است. چنین اقداماتی نقض آشکار منشور حقوق کودک سازمان ملل متحد و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است، ایران نیز به این اسناد پیوسته است. چرا که به نظر جامعه شناسان و حقوق دانان، هدف از چنین اقداماتی محرومیت دختران از ادامه تحصیل است. این در حالی است که در شریعت اسلامی کسب علم و دانش خود نوعی عبادت است. و در زمینه کسب علم نباید تبعیضی میزان دختران و پسران وجود داشته باشد. از طرف دیگر قوانین ملی ایران مثل قانون اساسی نیز تحصیل دختران را کاملاً پذیرفته و تشویق می‌کند. با در نظر گرفتن گستردگی موضوع مسئله مسمومیت‌های سریالی دختران در وهله اول با توجه به نظم عمومی، تشویش اذهان مردم و ایجاد وحشت، دادستان کل کشور به عنوان مدعی العموم حق ورود پیدا می‌کند. لذا چنین جرمی در دسته جرایم غیر قابل گذشت قرار می‌گیرد.



چالش‌های اجتماعی برای تامین حقوق امنیت سلامت در جامعه

۱. **تغییر هرم جمعیتی:** با توجه به روند کاهنده جمعیت کل کشور و روند رو به رشد پیر شدن جمعیت طی سال‌های اخیر؛ هرم جمعیتی کشور به سمت افزایش جمعیت استفاده‌کننده از خدمات درمانی رو به افزایش است و همین امر باعث خواهد شد تعهدات و بار مالی دولت از محل طرح تحول سلامت در سال‌های آتی افزایش یابد.

۲. **افزایش تصدی‌گری دولت و به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی:** مأموریت اصلی وزارت بهداشت سیاست‌گذاری، تنظیم مقررات، نظارت و ارزیابی بخش‌های مرتبط با سلامت است اما در عمل مشاهده می‌شود که خود این وزارت خانه به بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمات درمانی تبدیل شده است. در طرح تحول سلامت نیز وزارت بهداشت مسئول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تأمین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد. این مسئله موجب شده تا بار مالی ناشی از وظایف و تعهدات مربوط به اجرای طرح تحول نظام سلامت روند فزاینده به خود بگیرد و به نظر می‌رسد وظایف تصدی‌گر دولت در این حوزه در حال افزایش است.

۳. **رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت:** در سراسر دنیا یکی از دغدغه‌های اصلی تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت رشد روزافزون هزینه‌ها است. نظام سلامت ایران نیز هم چون سایر کشورها، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌روست درحالی‌که شاخص کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است؛ این رشد در هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده و این موضوع همه بخش‌های نظام سلامت کشور را با مشکلات زیادی مواجه کرده است. (علیدادی، عامریون، سپندی، ۱۳۹۵، ۳۲) از دلایل مهم این رشد عوامل ذیل را می‌توان نام برد: گسترش مداوم فناوری و تجهیزات و فناوری‌های نوین و گران‌قیمت سلامت، افزایش انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت، تغییر سیمای بیماری‌ها و مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیر واگیردار به دلیل تغییر سبک زندگی مردم و حضور هم‌زمان اپیدمی بیماری‌های واگیردار نوپدید و بازپدید، افزایش مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت بخصوص در مناطق شهری و رشد بیماری‌های مزمن و غیر واگیر. (بیکان پورف اسماعیلی، یوسفی، آریایی نژاد، راسخ، ۱۳۹۷: ۴۹۴-۴۸۱) طبق گزارش مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، طرح تحول نظام سلامت هم‌راستا با قوانین بالادستی مصوب در حوزه بهداشت و درمان، خصوصاً در مورد مواد ۳۲ تا ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه نبوده و در آن به مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عمل کرد توجه کافی نشده است. (همان)

۴. **گسترده‌گی و پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای متولی سلامت و تأمین رفاه:** از دیگر چالش‌های موجود در حوزه سلامت گسترده‌گی و پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای متولی این امر از جمله سازمان بهزیستی، سازمان بیمه سلامت، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان تأمین اجتماعی، بنیادهای خیریه، سازمان‌های وابسته به نیروهای مسلح، سایر مؤسسات عمومی شهرداری‌ها و نهادهای عمومی است که به‌نوعی در تأمین سلامت و رفاه اجتماعی مردم مشارکت دارند و از بودجه عمومی نیز استفاده می‌کنند و این واقعیت به وقوع می‌پیوندد که در دستیابی همه جامعه به سطح مناسبی از سلامتی، عوامل متعددی دخالت دارند و نظام‌های سلامت فقط بخش کوچکی از این عوامل را تشکیل می‌دهند.

۵. **ناکارآمدی و کسری شدید منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای:** پس از اجرای طرح تحول سلامت دو بیمه اصلی درمان پایه کشور (سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت که بیشترین بار مالی هزینه‌های مالی را بر عهده‌دارند) با رشد شدید هزینه‌های درمانی مواجه شدند. بر اساس آمار دفتر تحقیقات وزارت امور اقتصاد و دارایی در سال ۱۳۹۶ طی دو سال پس از اجرای طرح تحول سلامت هزینه‌های درمان تأمین اجتماعی بیش از ۴۴ درصد در سال رشد داشته است. (قنبری، مؤدب، حیدر زاده، براری، ۱۳۹۶: ۴۴) طبق گزارش ارسالی وزارت بهداشت به سازمان جهانی سلامت در ۲۰۱۶، ۲۰ درصد افرادی منتقل شده به زیرخط فقر مطلق بر اثر هزینه‌های سلامت از ۳/۰٪ قبل از آغاز طرح به ۵/۰٪ در سال ۲۰۱۶ افزایش داشته که این شاخص در مناطق روستایی ۷/۹ برابر نسبت به مناطق شهری بوده است. (Iran Food and Drug Administration website)



۲۰۱۵) در نهایت چالش اجتماعی طرح تحول ناظر به اعتراضات کادر درمانی، ناشی از افزایش فشار کاربر کادر پرستاری و نارضایتی ناشی از تعمیق شکاف درآمدی پزشکان و سایر اعضای کادر درمانی بود. بعلاوه با به تعویق افتادن پرداخت درآمدهای مصوب شده بیمارستان‌های مختلف دولتی، بخش‌های رادیولوژی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها و برخی بخش‌های دیگر بارها بر عدم ارائه خدمات به افراد تحت پوشش بیمه تأکید و یا اقدام شد. در ادامه توقعات درآمدی پزشکان، پرستاران و انتظارات به حق بیماران که بسیار بالا رفته و با توجه به عدم امکان تأمین منابع، می‌تواند منجر به نارضایتی بخش‌های مذکور گردد.

۶. **درمان محوری و ایجاد تقاضای القایی غیر ضروری:** (بیمار محوری) در بخش درمان به جای رویکرد (سلامت‌محوری) موجب شده است هزینه‌های درمان نسبت به هزینه‌های بهداشتی و پیشگیرانه پیشی گرفته و بار مالی دولت از این محل نیز افزایش یابد. علاوه بر این افزایش القایی تقاضاهای درمانی القای تقاضا از سوی پزشک القای تقاضا از سوی بیمار و ... از مهم‌ترین چالش‌های بخش سلامت هستند. (نشاط، حسینی تراز، درخشان، پور جمشیدی، ۱۳۹۷: ۶۱-۵۹)

سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت کشور

سیاست‌گذاری سلامت یکی از وظایف حاکمیتی نظام سلامت است. سیاست سلامت مجموعه دستورالعمل‌هایی است که توسط سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه تدوین می‌شود و راهنمای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مدیران سطوح پایین است. نظام سلامت شامل سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که وظایف سیاست‌گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را باهدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، پاسخ‌گویی به انتظارات آن‌ها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده‌دارند. سیاست‌گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش در مقایسه با دیگر بخش‌های اجتماعی از جایگاه قابل توجهی برخوردار بوده و دارای حساسیت و ویژگی خاصی می‌باشد. ماهیت تصمیم‌گیری در بخش سلامت، اغلب موضوعات مرتبط با مرگ و زندگی را در برمی‌گیرد در بسیاری مواقع، سلامت تحت تأثیر بسیاری از تصمیم‌هایی است که ممکن است ارتباط مستقیمی با مراقبت‌های سلامتی نداشته باشد: مانند اثرات فقر بر روی سلامتی مردم، آلودگی هوا، آلودگی آب یا سیستم بهداشتی ضعیف، همچنین سیاست‌های اقتصادی مانند مالیات بر سیگار یا الکل می‌تواند بر رفتار سلامتی مردم تأثیرگذار باشد. در نظام سلامت تغییر سیاست بسیار چالش‌برانگیز است. تجربه اصلاح در نظام سلامت حاکی از آن است که اغلب گروه‌های خوب سازمان‌دهی شده و قدرتمند (مانند پزشکان و شرکت‌های دارویی) و گروه‌های بسیار متفرق و زیان‌دیده بانفوذ سیاسی کم از جمله گروه‌هایی می‌باشند که هرگونه اصلاح در نظام سلامت باید با توجه قابل ملاحظه به این گروه‌ها صورت گیرد؛ بنابراین دستیابی به موفقیت در سیاست‌گذاری و اصلاح سیاستی اغلب دشوار می‌باشد. (دشمن‌گیر، رواقی، ۱۳۹۴: ۶۹-۶۸)

با توجه به پیچیدگی خاص نظام‌ها و از جمله نظام سلامت سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و تحلیل‌گران سیاستی می‌بایست برخی از راه‌های ساده کردن وضعیت موجود را بیابند. هدف از این، امر افزایش شانس درک آن وضعیت و ارزش‌ها و عقاید نهفته در آن و اقدام در جهت تدوین و یا تعدیل سیاستی است که اثربخشی بیشتری دارد. این امر معمولاً دربرگیرنده تدوین چارچوب نظریه‌ای است که تعیین می‌کند کدام عوامل و روابط مهم است و کدام می‌توانند نادیده گرفته شوند. بهره‌گیری از مفاهیم، رویکردها و الگوهای تحلیل سیاست در درک هر چه بهتر سیاست‌های موردنظر و آگاهی بیشتر از نقاط ضعف و قوت آن سیاست‌ها مفید می‌باشد. بهره‌گیری از الگوها و چارچوب‌های نظریه‌ای تحلیل سیاست، زمینه‌ای برای بحث و تبادل نظر فراهم می‌کند تا بدان طریق افراد موضوع‌های مهم چارچوب‌هایشان را ارائه، داده شواهد تجربی توسعه یافته را ارزیابی کرده و در مورد جهت‌گیری‌های نویدبخش برای پژوهش‌های آینده بحث و گفتگو کنند. همچنین الگوهای سیاست‌گذاری توصیفی، توضیحی، درک و برنامه‌ریزی اقدامات سیاستی آینده را به نحوی که از نظر عملی قابل کاربرد باشد تسهیل می‌کنند. سازمان سلامت جهان سیاست سلامت را



به‌عنوان (یک توافق یا اجماع در مورد مسائل بهداشتی، اهداف و اولویت‌ها و مسیر و روش دستیابی به آن‌ها) تعریف می‌کند. (مصدق راد، ۱۴۰۰: ۲۴-۷)

سلامتی باید در دستور کار سیاست‌گذاران در همه بخش‌های دولت قرار گیرد. آن‌ها باید از عواقب تصمیمات خود روی سلامتی مردم آگاه باشند و مسئولیت خود را در قبال سلامت بپذیرند. هدف نهایی سیاست ملی سلامت ایجاد تحول در سازوکار مراقبت‌های سلامتی به‌گونه‌ای است که خدمات سریع‌تر و مناسب‌تر برای بهبود سلامت جامعه فراهم شود؛ از میزان نابرابری و بی‌عدالتی بخش سلامت کاسته شود؛ و موجب افزایش کیفیت و سال‌های عمر سالم مردم شود. سیاست‌گذاری در نظام سلامت به‌عنوان هسته مرکزی و مغز متفکر نظام سلامت در جهت تعیین راهبردهای کلی نظام در مسائل مختلف مرتبط با سلامت است که باید مبتنی بر شواهد و توسط متخصصان خبره انجام گیرد. به بیان بهتر و به دلیل اهمیت کالای استراتژیک سلامت، انجام این سیاست‌گذاری نباید با آزمون‌وخطا همراه باشد. (شیخی چمان، ۱۳۹۹: ۱۷۰-۱۶۹). در ارتباط با حلقه دوم، پس از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نوبت به اجرای کامل و هدفمند آن می‌رسد که در این وهله، نظام سلامت در همه سطوح مدیریتی نیازمند مدیران بهداشتی و درمانی حاذق و توانمند دارای مهارت‌های انسانی است. (M Mosadeghrad AM, Abbasi, ۲۰۲۰: ۲۴).

مدیریتی که با رعایت اصول اخلاقی، تشکیل تیم سالم و انگیزه دهی مداوم، فعالیت‌های گروهی را با حل تعارضات منافع احتمالی در راستای رسیدن به اهداف معین هدایت کند، برنامه‌ریزی گام‌به‌گام داشته باشد و اصول سازمان‌دهی را مدنظر قرار دهد، بهینه‌ترین استفاده را از منابع در دسترس ببرد، سازمان خود را بهره‌ور و آن را با تغییرات گسترده محیط بیرونی هماهنگ کند، قدرت مذاکره، چانه‌زنی و مهارت‌های رهبری داشته باشد تا بدین‌صورت قادر باشد در کنار جلب رضایت کارکنان و گیرندگان نهایی خدمات، سیاست‌های ابلاغی سلامت را به بهترین شکل ممکن اجرا و موجبات بهبود شاخص‌های سلامت کشور را فراهم کند. (Barati O, Khamarni M, Sadeghi A, Siavashi E, ۲۰۱۶: ۲۸-۱۷)

در حلقه فوق نیز انتخاب مدیران بهداشتی و درمانی کشور باید مبتنی بر شایسته‌سالاری و به‌دوراز سایر مسائل باشد. لازم به ذکر است که سیاست‌گذاری‌های هرچند دقیق اگر در مرحله اجرا با ضعف مواجه شوند نخواهند توانست به‌درستی اهداف از پیش تعیین‌شده خود را محقق نمایند که وقوع این دست از اتفاقات باعث تضییع حقوق و سلامتی افراد جامعه شده و پایمال شدن بیت‌المال و منابع محدود نظام سلامت را در پی خواهد داشت و نهایتاً منجر به کاهش اعتماد مردم به دولت و نهادهای دولتی می‌شود. اقتصاددانان سلامت باید درک کامل و درستی از مفاهیم اثربخشی، کارایی و عدالت داشته باشند. با انجام مطالعات اقتصاد سلامت می‌توان به این سؤالات پاسخ داد که مقدار بهینه تخصیص منابع به هر بخش نظام چه میزان است. (شیخی چمان، ۱۳۹۹: ۱۷۰-۱۶۹). سه رویکرد اصلی سیاست‌گذاری عبارت‌اند از عقلایی، عقلایی محدود و سطل زباله. مدل عقلایی کامل یا مرحله‌ای برای اولین بار توسط هارولد لاسول در سال ۱۹۵۶ میلادی برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری پیشنهاد شد. (مصدق راد، ۱۴۰۰: ۲۴-۷). رویکرد عقلایی در تصمیم‌گیری یا سیاست‌گذاری یک فرایند منطقی مرحله‌ای را برای اتخاذ بهترین تصمیم یا سیاست بکار می‌گیرد که شامل تجزیه و تحلیل کامل مسئله، تعیین اهداف حل مسئله شناسایی راه‌کارهای حل مسئله، ارزشیابی راه‌کارهای حل مسئله و عواقب آن‌ها و درنهایت، انتخاب بهترین راه‌کار است. به عبارتی، بر اساس این رویکرد، فرآیند سیاست‌گذاری، چرخه‌ای پیشرو دارد. در این رویکرد سیاست‌گذار از سیستم منسجمی برای انتخاب بهترین راه‌کار استفاده می‌کند؛ از همه راه‌کارهای موجود آگاه است؛ می‌تواند احتمال موفقیت راه‌کار را محاسبه کند و راه‌کاری را انتخاب کند که حداکثر منفعت و حداقل زیان را داشته باشد. (مصدق راد، ۱۴۰۰: ۲۴-۹)



مراحل و گام‌های مدل یکپارچه سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست سلامت

آمادگی تدوین سیاست: اراده سیاسی لازم برای هدایت فرایند سیاست‌گذاری در درازمدت در حال کاهش است. سیاست‌مداران بیشتر به دنبال دست‌یابی به نتایج کوتاه‌مدت هستند. در نتیجه، آن‌ها به جای اختصاص وقت بیشتر به تعریف و تحلیل مسئله و علل ریشه‌ای آن، می‌خواهند سریع سیاست را بنویسند، تصویب کنند و برای اجرا ابلاغ کنند. کشورهای در حال توسعه با محدودیت‌های ساختاری، فرهنگی، فرآیندی و مدیریتی متعددی مواجه هستند که موانع زیادی بر سر راه سیاست‌گذاری‌ها ایجاد می‌کنند. این موانع باید تا حد امکان قبل از شروع فرایند تدوین سیاست برطرف شوند بنابراین، ساختار و تشکیلاتی باید ایجاد شود تا مقدمات فرایند سیاست‌گذاری را فراهم کند و اطلاعات لازم را برای تصمیم‌گیری سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران فراهم کند مشکلات و اولویت‌های سلامتی باید مورد توجه دبیرخانه سیاست‌گذاری قرار گیرد. مشکل سلامتی یک وضعیت یا شرایطی است که اثر نامطلوب بالفعل یا بالقوه بر سلامت افراد دارد. دو رویکرد دولت‌محور و جامعه‌محور در انتخاب موضوع سیاست‌گذاری وجود دارد. (Meier GM, 1991). بیشتر اوقات سیاست‌گذاران و کارشناسان نظام سلامت با توجه به اولویت‌های نظام سلامت، یک مسئله یا موضوع را برای سیاست‌گذاری انتخاب می‌کنند. گاهی اوقات هم‌فشار مردم در خارج از نظام سلامت منجر به تدوین سیاست برای مسئله‌ای می‌شود.

تدوین سیاست: تدوین سیاست فرآیند شناسایی و انتخاب راه‌کارهای حل مسئله سیاستی است. خوش‌بینی بیش از حد موجب تدوین سیاست‌های غیرقابل اجرا خواهد شد. مزایا، هزینه‌ها و خطرات احتمالی گزینه‌های سیاستی باید با استفاده از اطلاعات عینی مشخص شود. همچنین، با استفاده از مدل‌های، اقتصادی، ریاضی، کامپیوتری و پژوهش عملیاتی باید به پیش بینی نتایج اجرای راه‌کارهای پیشنهادی در آینده پرداخت تا راه‌کارهایی انتخاب شوند که بیشترین منفعت و کمترین عوارض جانبی را داشته باشد. عواملی مانند درک ضعیف مسئله، دانش ناکافی از زمینه اجرا، اهداف نامشخص و متناقض، شواهد بی کیفیت و فقدان حمایت سیاسی منجر به طراحی یک سیاست ضعیف می‌شود. قوانین و مقررات دانش تخصصی، اعتقادات و ارزش‌های جامعه، گروه‌های قدرت و فشار و حمایت دولت و مردم بر اثر بخشی سیاست‌های سلامت اثر می‌گذارند و باید در فرایند تدوین سیاست مورد توجه جدی قرار گیرند. حمایت‌های لازم باید برای سیاست تدوین و تصویب شده کسب شود.

اجرای سیاست: سیاست سلامت برای اینکه منجر به ارتقای سلامت مردم شود، باید به درستی اجرا شود. محیط اجرای سیاست بسیار پیچیده، با قابلیت سازگاری بالا و گاهی اوقات غیرقابل پیش‌بینی است. در نتیجه، منطق علی خطی که به موجب آن اهداف ابزارها و ابزارها نتایج را تعیین می‌کنند، دستورالعمل‌ها و راهنماهایی باید برای اجرای سیاست تدوین شوند. منابع لازم فراهم شود. اجرای پایلوت سیاست به منظور شناسایی موانع احتمالی و رفع آن‌ها و در صورت لزوم اصلاح سیاست بسیار مفید خواهد بود.

ارزشیابی سیاست: در این مرحله میزان دست‌یابی به اهداف سیاست در راستای حل مسئله باید بررسی شود. سیستمی باید برای پایش و ارزش‌یابی سیاست‌های تدوین و اجرا شده طراحی شود که در بازه‌های زمانی مناسب با استفاده از شاخص‌های عمل‌کردی کلیدی به ارزشیابی اثرات اجرای سیاست بر سلامتی مردم بپردازد. پیشرفت برنامه‌های اجرای سیاست باید به صورت منظم ارزشیابی شود و میزان تأثیر سیاست در رفع مسئله با استفاده از شاخص‌های کلیدی عمل‌کردی ارزشیابی شود. (Hudson B Hunter, D, Peckham S, 2019: 4-1)

پایش سیاست: فرآیند اجرای سیاست باید به طور مستمر با استفاده از شاخص‌ها پایش شود تا در صورت نیاز اقدامات اصلاحی به هنگام اجرای سیاست بکار گرفته شود. در صورت لزوم محتوای سیاست هم باید بر اساس بازخوردهای ارائه شده اصلاح شود. پایش مستمر فرآیندهای اجرای سیاست با استفاده از شاخص‌های کلیدی منجر به بهبود شفافیت، تقویت یادگیری و افزایش پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران خواهد شد و شانس دست‌یابی به اهداف سیاست را افزایش خواهد داد.



بحث و نتیجه‌گیری

وقایع اخیر رخ داده در مدارس دخترانه در همان اوایل و در روز درختکاری سال ۱۴۰۱ منجر به واکنش رهبری به این موضوع گردید و همچنین چهار نفر از مجتهدین اعلم کشورمان نیز در این راستا ابراز نظر فرموده و خواستار مقابله با این پدیده شوم بودند. خرابکاری، شایعه و تهمت به نظام همگی عناصر به هم پیوسته جنگ هیبریدی است که این روزها درگیر آن هستیم. دشمنان نظام در سنگرهای مختلف از ترور، تا براندازی، تا خرابکار تا رسانه و حتی جاهل نشان دادن مردم مشغول جنگ با انقلاب و ایران اسلامی است. سلطنت طلبان، منافقان، آلبانی نشینان و تجزیه طلبانی که حتی نتوانستند در براندازی‌شان دو ماه حتی به ظاهر، کنار هم جمع شوند و به یکدیگر مشت و لگد زنند، حالا دایه دلسوزتر از مادر شده‌اند. در این میان برخی که خودشان را فهمیده فرض می‌کنند در رسانه‌های داخلی به نفع دشمنان و در مسیر آنان قلم می‌زنند و به نیروهای امنیتی و مسئولان امر و نهی می‌کنند. پروفیسور سیمون وسلی، روان پزشک و اپیدمیولوژیست در کینگز کالج لندن می‌گوید که چندین «داده اپیدمیولوژیک کلیدی» او را به این باور رسانده که عوارض دانش‌آموزان دختر در ایران در واقع زنجیره‌ای از مسمومیت‌ها نیستند، بلکه یک مورد از «بیماری اجتماعی انبوه» یا هیستری جمعی هستند که در آن علائمی در بین افراد گسترش می‌یابد بدون اینکه علت بیولوژیک داشته باشد.» این در حالی است که بی‌بی‌سی فارسی و اینترنشنال برای ایفای نقش خود در جنگ ترکیبی، ماجرای مسمومیت‌های سریالی دانش‌آموزان را با «حمله گازی به مدارس دخترانه»، «حمله شیمیایی»، «ترور بیولوژیکی» و «انتقام حکومتی» توصیف می‌کنند بخش قابل توجهی از دانش‌آموزان عزیز ما بر اثر اضطراب و استرس دچار برخی عوارض می‌شدند که در نتیجه مسئله خیلی بزرگ‌تر از اندازه واقعی آن جلوه می‌کند، همچنین طراحان مسمومیت دختران و طراحان شعار زن، زندگی و آزادی و جنگ ترکیبی دو روی یک سکه‌اند؛ هدف اصلی آن‌ها نامنی روانی خصوصاً برای دختران دانش‌آموز، به تعطیلی کشاندن مدارس و سپس اتهام‌زنی به نظام است تا بتوانند مجدداً شعله خاموش شده اغتشاشات را روشن کنند.

همچنین، بدون شناسایی حق و حقوق کودک و نوجوان و درک و پذیرش مفاد و روح حاکم بر آن، برخورداری آن‌ها از این حق و حقوق بی‌معناست. سلامت کودکان و نوجوانان یک موضوع استراتژیک برای همه ملت هاست و در کشور ما نیز محدودیت سرانه جهت ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان مؤثر واقع گردیده است. مشکل جدی در تفکر حاکم بر جامعه توجه به سلامت جسمی و پیشرفت تحصیلی کودکان و نوجوانان است و کمتر به مسائل عاطفی، روانی و رفتاری آنان توجه می‌شود. شناخت تغییر و تحولات اجتماعی و تأثیر آن در سلامت کودکان و نوجوانان یک ضرورت است، زیرا تأثیر این تحولات و رویارویی با پدیده انتقال اپیدمیولوژیک، آموزش بهداشت روانی و رفتاری و آماده ساختن کودکان و نوجوانان برای یادگیری مهارت‌های فردی و اجتماعی و هم چنین آموزش پدران، مادران، مربیان و معلمان مورد تأکید است. عدم آشنایی و توجه به تغییرات روانی، رفتاری در این دوره ممکن است به مناقشات خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و بهداشتی و ... منجر شده و منشاء بسیاری از انحرافات، اعتیاد، بزه کاری و تبه کاری در این قشر گردد، در چنین شرایطی دیگر تن‌ها آموزش‌های سنتی و درسی و ... کافی و وافی نیست و آموزش ارزش‌ها و مهارت‌آموزی در ابعاد فردی و اجتماعی به شدت مورد نیاز است، هم چنین برنامه ریزی برای حمایت و پشتیبانی از کودکان و نوجوانان در برابر فقر، تبعیض، نابرابری، کار کودکان و نوجوانان، سوءاستفاده، خشونت و بی توجهی از جمله مواردی است که باید در مورد آن‌ها توجه کافی شود. کودکان و نوجوانان بخصوص در دوران بلوغ به لحاظ تعارض نظام سنتی و مدرن به جای همدلی و پیوند عاطفی با نظام خانواده، جامعه و مدرسه، به مقابله با آن بر می‌خیزند، از همین رو حفظ سلامت کودکان و نوجوانان نیازمند داشتن دید جدید و ایده‌های نو می‌باشد و حاصل تعامل عناصر زیادی است که از آن جمله می‌توان به بهبود کیفیت زندگی، مشارکت در توسعه و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه برای فراگیری و مهارت‌آموزی اشاره کرد. رشد اجتماعی مستلزم هماهنگی با گروه‌های اجتماعی و پیروی از هنجارها و سنت‌های آنان است، کودک و نوجوان در این دوران کم‌کم درک می‌کنند چه کسانی هستند؟ و چه مقامی در جامعه دارند؟ آنان الگوهای کنش متقابل پایداری با دیگران



تشکیل می دهند و آن را به صورتی در می آورند که بتوانند به کمک آن به رفتار خود نظم دهند و از قواعد اجتماعی جامعه‌شان دنباله روی کنند. برای اینکه روند اجتماعی شدن صورت گیرد، لازم است در جامعه تمایلی به اجتماعی کردن وجود داشته باشد. هم چنین افرادی وجود داشته باشند که مسئولیت اجتماعی کردن را بر عهده گیرند. از جمله روش هایی که می توان توسط آن ها به کودکان و نوجوانان، شخصیت بخشید و مسئولیت پذیری آنان را افزود برقراری شوراهای دانش آموزی و اختیار بخشیدن به آن ها، انتخابات در موارد مختلف، استفاده از روش ها و تکنیک های آموزش کودک و نوجوان به همسالان در موارد گوناگون، تیم و گروه سازی و آموزش رقابت های سالم بین تیم ها و گروه ها و ... که در مدرسه، جامعه و خانواده کودک و نوجوان را برای پایه گذاری رفتارهای سالم و سالم سازی محیط زیست آماده کرده و گام بزرگی در پیشگیری از اختلالات رفتاری و روانی که چالش بزرگ سلامتی در قرن بیست و یکم است خواهد بود. کودک و نوجوان عضوی از جامعه بزرگ بشری محسوب می شوند و سعادتمندی انسانی که حقوقی برایش شناخته نمی شود، قابل تصور نیست. جامعه ما در سطوح خرد و کلان با نارسایی در شناسایی حقوق اولیه و اساسی کودک و نوجوان که از مهم ترین حقوق، حق رشد و سلامت می باشد مواجه است و در این باره ایجاد بسترهای نوین اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... و استفاده از آنها و کارکردهای موجود اجتناب ناپذیر است. در حقیقت باید تلقی ها و نگرش ها درباره حقوق کودک و نوجوان تغییر کند و بخش های فرهنگی، اجتماعی، حمایتی به ویژه خانواده و آموزش و پرورش باید در این زمینه مسئولیتی جدی به دوش بگیرند. شناسایی این حقوق به تنهایی نیز چاره ساز نیست و نهادینه شدن آن در همه اموری که به کودکان و نوجوانان مربوط است راه رسیدن به وضعیت مطلوب محسوب می شود.

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید از مهم ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و همه انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن ها را سالم بداند. از نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می شود، ضمن اینکه از برعهده گرفتن مسئولیت ناتوانایی خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می شود، از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است. تعریف ناتوانی به عنوان یک بیماری، مشروعیتی پدید می آورد که در پناه آن افراد میتوانند از انجام نقش عادی و تعهدات هرروزه خود معاف گردند. درست است که تعاریف مختلفی از مفهوم سلامت مطرح شده، اما پذیرفته شده ترین آن ها، تعریف (سازمان جهانی بهداشت ۱) است: (سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست). اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می آید، بایستی در به کار بردن این مفهوم دقت کنیم چرا که مفهومی متغیر در بین دو جنس محسوب می شود. درست است که میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما زنان براساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند.

علاوه بر آن پژوهشگران نظرات تخصصی و تجربیات علمی و اجرایی خود نیز در این زمینه استفاده کرده است. تحقیق و تعامل مفید بین ساختار های رسمی علمی پژوهشی و برنامه ریزی و اجرایی موثر بر سلامت زنان با هدف آگاهی از برنامه ها و شناخت نیازهای اطلاعاتی و خلاء های پژوهشی و ولایتدار، موجب ارتقای مدیریت و تصمیم گیری ها در مورد سلامت زنان در سطح ملی خواهد شد. با در نظر گرفتن میزان مشکلات مختص این قشر اجتماعی، در عصر حاضر و بروز مشکلاتی چون کرونا و جریان مسمومیت در مدارس دخترانه، آنچه مورد اهتمام است این خواهد بود که مسئولین و سردمداران سیاست جنایی تعاملی در راستای حمایت بیشتر در جهت مصوب نمودن قوانین و آیین نامه ها در بخش های مختلف اجتماعی حمایت هر چه بیشتری برای رفع چالش های فرارو، اقدام سریع بنمایند. همچنین تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هر گونه ظلم و خشونت خانوادگی و اجتماعی در تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان و حمایت از قربانیان خشونت توسط قوه قضائیه، نهادهای فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اتخاذ گردد و آنچه که مورد تاکید است شفاف سازی در حیطه مسئولیت و تقویت نقش و عملکرد دستگاه ها و سازمان های مختلف در پیشگیری، ایمن سازی و کنترل آسیب های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت زنان در راستای برنامه چهارم توسعه کشور می باشد. در خاتمه راهکارهای ذیل پیشنهاد می گردد:



۱. تمرکز سیاست‌گذاری‌ها و مدیریت امور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت باهدف سیاست‌گذاری هدفمند یکپارچه و علمی و رفع چالش‌ها.
۲. اختصاص خدمات بیمه عمومی در یک بیمه متمرکز و تخصیص سرانه بودجه‌ای در صندوق آن بیمه.
۳. به‌کارگیری افراد متخصص و نخبه مربوط به امر سلامت و اقتصاد، با توجه به اهمیت تصمیمات مربوط به سلامت جانی و روانی جامعه و تأمین هزینه‌های بالای آن، همچنین مدیریت کیفی منابع انسانی و مالی.
۴. تشکیل تیم‌های ارزیاب غیر وابسته به وزارت متولی، جهت بررسی بازخورد اقدامات اجرایی سیاست‌ها و بکارگیری آن‌ها به‌دوراز هرگونه تعصب سازمانی و وزارتی جهت اصلاح سیاست‌گذاری‌ها و بهبود امور.
۵. تلاش در جهت بالا بردن سطح علمی و تخصصی کارکنان و تجهیز و بروز رسانی فناوری مجموعه‌های خدمت سلامت.
۶. به‌کارگیری مدیران متخصص و دلسوز و توانمند، در مدیریت و تصمیم‌گیری مجموعه‌های خدمت سلامت.
- ۷.

منابع و مأخذ

۱. افراسیابی، فرهنگ. امیدی، امیدعلی. رهبر، ایمان. " (۱۳۹۶)، تهدیدها و آسیب‌های شبکه‌های اجتماعی مجازی و جرایم اینترنتی بر نوجوانان، فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات حقوق، ۱۷: ۱۶.
۲. بابایی، نعمت، (۱۳۸۲)، نیازهای سلامت کودکان در بستر تحولات اجتماعی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۷.
۳. پیکان پور، محمد، اسماعیلی، سجاد، یوسفی، نازیلا، آریایی نژاد، احمد، راسخ، حمید رضا (۱۳۹۷)، مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران، نشریه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، سال هفدهم، شماره پنجم، مهر آبان ۱۳۹۷.
۴. پور سعید، فرزاد. امنیت انسانی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال یازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۷، شماره مسلسل ۴۱.
۵. جرالد. اس کینبرگ، کتاب کنترل فشار روانی، ناشر جوانه رشد، ترجمه محسن دهقانی، بهمن نجاریان، علی شیر افکن، سیامک خدا رحیمی. (۱۳۸۷)، چاپ اول، ۵۶۸.
۶. قاسم زاده، فاطمه. قدم پور، عزت اله. پادروند، حافظ. عالی پور، کبری. اثر بخشی آموزش مبتنی بر انگیزش تحصیلی و خود تنظیمی تحصیلی دانش آموزان با اختلال یادگیری خاص، نشریه تعلیم و تربیت استسنایی، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۱- شماره ۱۶۷ (ب)، ۸۳-۹۳.
۷. منشور بین المللی اوتاوا ۱۹۸۶
۸. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۵۸
۹. قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵
۱۰. قانون حمایت از کودکان و نوجوانان مصوب ۱۳۸۱
۱۱. قنبری، عاطفه، مودب، فاطمه، حیدرزاده، آبتین، جعفرآقایی، براری (۱۳۹۶)، طرح تحول نظام سلامت نگاهی نو به ارائه خدمات سلامت چالش‌های فرا روی آن، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، دوره بیستم شماره اول پیاپی ۶، بهار ۱۳۹۶
۱۲. کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹
۱۳. رضائی، نسرين؛ صلصالی، مهنوش؛ جهانتيغ، مژگان (۱۳۹۴). شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی، مرور مطالعات کیفی، نشریه پژوهش پرستاری، ۱۰ (۳)، صفحه ۱۳۰-۱۱۸
۱۴. خداکرمی، ناهید؛ جانثاری، شراره (۱۳۸۷). بررسی آگاهی مادران از منشور حقوق زنان باردار، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۲ (۱)، صفحه ۵۷-۵۱
۱۵. علی خواه، فردین؛ نجیبی ربیعی، مریم (۱۳۸۵). زنان و ترس از جرم در فضاهای شهری، دوره ۶، شماره ۲۲

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجانشرقی، مراغه، بلوار شهید درخششی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۳۲۷۵۵۸۸۳ - ۰۴۳۲۷۵۵۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق بشر و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت عمومی حقوقی پزشکی فراروی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



۱۶. دشمن گیر، لیلا، رواقی، حمید (۱۳۹۴)، نظریه‌ها و الگوهای سیاست‌گذاری برای تحلیل سیاست‌های نظام سلامت، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، بهار ۹۴، دوره هیجدهم، شماره اول، پیاپی ۶۸
۱۷. شیخی چمان، محمدرضا (۱۳۹۹)، چرخه سیاست‌گذاری، مدیریت و اقتصاد نظام سلامت، مجله راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال پنجم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹، شماره پیاپی ۱۷
۱۸. علیدادی، ابودر، عامریون، احمد، سپندی، مجتبی (۱۳۹۵)، فرصت‌ها و چالش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرای اصلاحات در نظام سلامت، مجله پژوهش، سلامت، دوره ۱، شماره ۳۰، بهار ۱۳۹۵
۱۹. مصدق راد، علی محمد (۱۴۰۰)، مدل کاربردی سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست سلامت، مجله پایش، سال بیست و یکم، شماره اول، بهمن - اسفند ۱۴۰۰
۲۰. نشاط، رامش، درخشان، محمد حسن، /حسینی تبار، سیده یسنا، پورجمشیدی، زهره (۱۳۹۷)، چالش‌های پیشروی نظام سلامت در ایران، فصلنامه بهروز، سال بیست و هشتم، تابستان ۱۳۹۷

۲۱. Barati O, Khamarni M, Sadeghi A, Siavashi E. Skills, capabilities, and requirements of hospital managers: a qualitative study. J Qual Res Health Sci ۲۰۱۶; ۵(۱): ۱۷-۲۸. Persian
۲۲. Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage Can model of organizational choice. Administrative Sciences Quarterly ۱۹۷۲; ۱۷:۱-۲۵
۲۳. Esfandiari M, Rasi V, Khodamoradi A. Health Transformation Plan in Stably Pathway. ۱st Edition, Research Institute of Iran Social Security Organization: Tehran, ۲۰۱۶. In Persian
۲۴. Greene JC. The generative potential of mixed methods inquiry. International Journal of Research and Method in Education ۲۰۰۵; ۲۸:۲۰۷-۱۱
۲۵. Iran Food and Drug Administration website. Rapid Review of the Iran Health Transformation Plan (HTP); ۲۰۱۵. Available at: <http://fda.gov.ir/> In Persian
۲۶. Mosadeghrad AM, Abbasi M. Managerial intelligence of hospital managers in Sari, Iran. Manage Strat Health Syst ۲۰۲۰; ۴(۴): ۲۸۱-۹۴. doi: ۱۰.۱۸۵۰۲/mshsj.v۴i۴.۲۴۸۳. Persian
۲۷. Meier GM. Politics and policy making in developing countries: Perspectives on the new political economy. International Center for Economic Growth Press: San Francisco ۱۹۹۱
۲۸. Hudson B. Hunter D, Peckham S. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? Policy Design and Practice ۲۰۱۹; ۲:۱-۴
۲۹. Norton, John Moore, Frederick S. Tipson, Robert F. Turner, National Security Law, Carolina Academic Press, U.S.A. ۱۹۹۰, P.XXXV).
۳۰. Janowitz Morris, "The Intellectual History of Social Control", in: Joseph S. Roucek,
۳۱. Social Control for The ۱۹۸۰s, Green – Wood Press, London, ۱۹۷۸, p. ۲۰.
۳۲. Roucek, Joseph S., "The Concept of Social Control in American Sociology", in; Ibid. ۱۹۹۸, pp. ۴-۱۱.



Aspects of Health Security Rights of Female Students in Schools; With Serial Poisoning

Mukhtar Bidarvand

Ph.D in Criminal Law & Criminology, Professor at Payam Noor University, Maragheh, Iran
mokhtar.bidarvand@gmail.com

Abstract

Today, according to the situation and the poisoning of female students, along with other challenges such as air pollution problems, corona disease and school closures and the discovery of the hijab, examining the security dimensions and risks of the recent physical and mental health rights of girls' schools on the one hand and anxiety The labeling of banning the education of girls is a contradictory fact, therefore, removing the obstacles ahead in the field of ensuring the physical, mental and spiritual health of the community requires effective and continuous action by researchers and administrators of criminal interactive policy. The present article and research has been prepared and prepared using library sources and descriptive and analytical methods. Ensuring the health of children and adolescents in girls' schools requires force majeure measures based on interactive criminal policy with a positive and comprehensive attitude to this important matter. The accumulation of health security, one of the most obvious components of social capital, with the measures of interactive criminal and security policies, relying on interdisciplinary legal, judicial and medical scientific findings and the interaction of the curators of this field, is not far from imagination and will be accessible by relying on the revolutionary spirit.

Keywords: Right to Health, Poisoning, Girl Student, Social Control, Security Rights.