



## سیاست های ارتقاء سلامت اجتماعی زنان در ایران و عوامل موثر بر سلامت آنان

مجید منصفی راد

دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق خانواده، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران (نویسنده مسئول)

[monsefiradmajid@gmail.com](mailto:monsefiradmajid@gmail.com)

### چکیده

توجه به نقش زنان به عوان یکی از ارکان اصلی شکل گیری خانواده می باشد. سلامت زنان با توجه به ویژگی های بیولوژیکی، نقش باروری آن ها و نقش محوری و اساسی آن ها در ارائه مراقبت های سلامت در خانواده و همچنین جامعه با مردان متفاوت بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است. لذا سلامت زنان به دلایل مختلف آسیب پذیر است و علاوه بر ویژگی های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ... است. فلذا بایستی از تمامی جنبه ها به مسئله سلامت زنان توجه نمود. در این پژوهش که به روش تحلیلی - توصیفی می باشد سعی بر آن شده است که سیاست های ارتقاء سلامت اجتماعی زنان در ایران و عوامل موثر بر سلامت آنان مورد بحث و بررسی قرار گیرد که نتیجه آن ارتقای سلامت خانواده و جامعه و پیشرفت فراروی آن خواهد بود.

**کلیدواژه ها:** سلامت اجتماعی، خانواده، زن، جامعه، ارتقاء سلامت.



## 1- مقدمه

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید از مهمترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و همه انسانها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. از نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود ضمن اینکه از بر عهده گرفتن مسئولیت ناتوانی خود به دلیل خارج از کنترل بودن آن معاف می‌شود از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است. تعریف ناتوانی به عنوان یک بیماری مشروعیت ای پدید می‌آورد که در پناه آن افراد می‌توانند از انجام نقش عادی و تعهدات هر روزه خود معاف گردند (Segall.1976.162). درست است که تعاریف مختلفی از مفهوم سلامت مطرح شده اما پذیرفته شده ترین آنها تعریف سازمان جهانی بهداشت است که عنوان میدارد سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی و جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست (محسنی، ۱۳۷۶، ص ۴۶). لازم به ذکر است که در حوزه بهداشت و سلامت زنان بایستی بر نکاتی چند توجه داشت نخست اینکه مطالعه حوزه سلامت زنان در طی نیم قرن گذشته و به ویژه در دو دهه اخیر رشد چشمگیری داشته و تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است که طی دو دهه اخیر سلامت زن به عنوان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طول چرخه زندگی وی گسترده است و ارتباط بسیار زیک و اساسی با شرایط زندگی او دارد که به نظر میرسد سلامت زنان تعاملات پیچیده بین بیولوژی فرد و رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی و همچنین اجتماعی و اقتصادی و سیاسی زندگانی زنان بستگی دارد که به عنوان یک تعریف نسبتاً جامع دبیرخانه کشورهای مشترک المنافع حوزه سلامت زنان را اینگونه تعریف نموده است. الف؛ موضوعات سلامت زنان فراگیر چرخه زندگی آنان می‌باشد و محدود به مشکلات باروری نیست. ب؛ مشکلات سلامت زنان شامل شرایط بیماری ها یا نارسایی هایی است که مختص زنان شایع‌تر در زنان یا دارای عوامل خطر یا دوره های متفاوت در زنان نسبت به مردان است. ج؛ سلامت باید به طور گسترده هم در بعد منفی و هم در بعد مثبت در نظر گرفته شود ابعاد سلامت شامل فیزیکی و روانی و اجتماعی و همچنین روحی است (احمدی، ۱۳۸۶، ص ۱۵). ناگفته نماند که در گذشته حمایت جدی از زنان به عمل نمی‌آمد شواهدی در تاریخ وجود دارد که نشان می‌دهد وضعیت زنان از این حیث چندان مطلوب نبوده و از جمله این که در کتاب تاریخ تحولات اجتماعی چنین آمده است به دختران بی شوهری که در سالهای ازدواج بوده اند و نیز به زنان نازا به چشم حقارت می‌نگریستند بچه انداختن و فرزند کشتن و قتل نسل را عملی کفرآمیز می‌دانستند (راوندی، ۱۳۷۶، ص ۵۰). از این رو در این پژوهش به مفاهیم ادبیات نظری آن از جمله مفهوم زن، مفهوم خانواده، مفهوم بهداشت و غیره و همچنین پیشینه قانونی پیش از انقلاب و پس از انقلاب و تاریخچه آن و همچنین سلامت اجتماعی و

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

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

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



اولویت های سلامت زنان در ایران و غیره را مورد بحث و بررسی قرار داده ایم.

## 2- روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش توصیفی - تحلیلی می باشد و در این راستا از منابعی چون کتاب ها ، اسناد ، مدارک و مقالات جهت اخذ داده های خام استفاده خواهد شد. روش گردآوری اطلاعات به صورت کتابخانه ای بوده و با مراجعه به کتابخانه های عادی و دیجیتالی ( الکترونیکی ) انجام یافته است. ابزار گردآوری اطلاعات فیش برداری از نوشته ها و اسناد و متون حقوقی مرتبط ( کتب علمی، تخصصی، مقالات علمی - پژوهشی، و غیره ) و استفاده از سایت های مختلف حقوقی می باشد. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات که در واقع نحوه آزمون فرضیه های تحقیق است. توصیفی - تحلیلی می باشد و با استفاده از طریق استدلال حقوقی مثل برهان عادی و برهان خلف یا وحدت ملاک و نظایر آن خواهد بود.

## 3- مفاهیم و ادبیات نظری پژوهش

در این قسمت به تفصیل به مفاهیم و ادبیات نظری پژوهش می پردازیم:

### 3-1- مفهوم زن

حضرت علی (علیه السلام) زن را امانت الهی می داند که همچون امانت های دیگر خداوند ارزشمند و قابل اکرام و احترام می باشد و باید آنچنان که شایسته امانت گذار است از او محافظت و نگهداری شود. زیرا در قیامت خداوند متعال از امانت های خود سؤال می فرماید که با آنها چگونه رفتار کردید. آیا حق امانتداری را به جا آوردید؟! انهن امانه الله عندکم فلا تضاروهن و لا تعضوهن» زنان امانت خدا بر شما هستند به ایشان زیان نرسانید و بر ایشان سخت نگیرید. ( امام علی(ع)، ترجمه دشتی، 1388 ، ص 382 ) امام (علیه السلام) دو جمله را از آیات 6 سوره طلاق و 232 سوره بقره و 19 سوره نساء اقتباس فرموده است. به همین جهت است که وقتی حضرت، فاطمه (علیها السلام) را به خاک می سپارند، می فرمایند: « امانت خدا از دست من گرفته شد » ( امام علی(ع)، ترجمه دشتی، 1388 ، ص 302 ).

### 3-2- مفهوم خانواده

خانواده به عنوان قدیمیترین و مهمترین گروه اجتماعی معرفی شده است. قدیمی ترین است زیرا نشانه های آن در ابتدایی ترین آثار



باستانی و اسناد تاریخی قابل مشاهده است و مهمترین است چون بدون آن افراد انسانی بی پناه ترین موجودات روی زمین خواهند بود و شکل گیری جوامع با سازماندهی منظم نیز قابل تصور نیست از همین روست که برخی معتقدند خانواده در حفظ و گسترش قدرت ملی نقش مؤثری ایفا می‌کند به بیان دیگر رابطه ای نزدیک بین قدرت ملی و خانواده وجود دارد و سستی و تباهی خانواده ها انحطاط ملت را به دنبال می‌آورد (روشن ، ۱۳۹۱، ص ۴۷) چنان که ژوسران دانشمند بزرگ فرانسه می‌گوید تاریخ به ما می آموزد که تواناترین ملتها مللی بوده‌اند که خانواده در آنها قویترین سازمان را داشته است. « (صفایی، امامی، ۱۳۸۶، ص ۱۳) این خانواده است که با اجتماعی طبیعی و نیکوکارانه، مصنوعی افراد را برای زندگی در اجتماعی گسترده تر که مفهوم ملت به آن تحقق می بخشد، آماده می کند. شورای عالی انقلاب فرهنگی در مصوبه جلسه ۵۶۴ مورخ ۱۳۸۴/۰۴/۰۷ خانواده را چنین تعریف نموده «خانواده گروهی است متشکل از افرادی که از طریق نسب یا سبب و رضاع با یکدیگر به عنوان، شوهر، زن، فرزندان، مادر، پدر برادر و خواهر در ارتباط متقابلند و فرهنگ مشترکی پدید آورده و در واحد خاصی به نام خانواده زندگی میکنند البته از دیدگاه برخی از حقوقدانان این تعریف قابل ایراد و خدشه است (حکمت نیا، ۱۳۹۰، ص ۴۱). آنتونی گیدنز خانواده را گروهی از افراد می داند که با ارتباطات خویشاوندی مستقیماً پیوند یافته اند و اعضای بزرگ سال آن مسئولیت مراقبت از کودکان را بر عهده دارند. پیوندهای خویشاوندی ارتباطات میان افراد است که یا از طریق ازدواج برقرار شده یا از طریق تبار است که خویشاوندان خونی (مادران، پدران، فرزندان دیگر، پدربزرگ ها و غیره) را با یک دیگر مرتبط می کند (گیدنز، ۱۳۸۳، ۴۲۴).

### 3-3- مفهوم سلامت

مفهوم سلامت معادل واژه هلس است که مطابق عرف رایج در ادبیات و گفتمان پزشکی به سلامت ترجمه میگردد تعاریف ارائه شده از سلامت عموماً در دو سطح فردی و اجتماعی قابل طرح هستند و پذیرفته شده ترین آن همان تعریف سازمان جهانی بهداشت است که میگوید سلامت «حالت رفاه و آسایش کامل روانی جسمی و اجتماعی است و نه تنها فقدان بیماری و یا نقص عضو.» از نظر برخی صاحب نظران سلامت تعریف سازمان جهانی بهداشت یک تعریف آرمان گرایانه و عملاً دست نیافتنی است زیرا بنا به تعریف مزبور به سختی میتوان فردی را یافت که در هر سه بعد، جسمانی روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد. ضمن اینکه در عمل نیز نمیتوان میان سلامت و بیماری مرزی در نظر گرفت در حقیقت این تعریف همانند قله. مرتفعی که صعود و فتح آن بسیار مشکل مینماید ولی تلاش همه افراد به سمت و سوی آن و هدف همگان در جهت رسیدن بدان است. (سید موسوی، ۱۳۹۲، ص ۱۳)

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشسی، مجتمع اداری و آموزشی

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

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



دولتها در تأمین خدمات بهداشت و سلامت و امکان دسترسی همه افراد جامعه به خصوص افراد آسیب پذیر و خانواده ها را به خوبی روشن می سازد.

#### 4- پیشینه قانونی

بیان تاریخچه یک موضوع افزایش سطح آگاهی در خصوص میزان اهمیت آن را در پی خواهد داشت. بدین منظور و با هدف آشنایی با روند توسعه قانونگذاری در حوزه سلامت خانواده و زنان در این قسمت ارائه سابقه تقنینی مختصری در زمینه سلامت خانواده و زنان در کشور ایران لحاظ می شود.

#### 4-1- قوانین مربوط به سلامت خانواده و زنان (پیش از انقلاب)

بحث سلامت زوجین از سالها قبل مورد توجه قانونگذار قرار گرفته و در قوانین متعدد اما پراکنده و گاهی به طور ضمنی و غیر مستقیم به آن اشاره شده بود از جمله اشاره ضمنی ماده ۳ قانون راجع به ازدواج مصوب 1310/05/23 اولین قانونی که به طور مستقیم مربوط به سلامت زوجین پیش از ازدواج بود قانون لزوم ارائه گواهینامه پزشک قبل از وقوع ازدواج است. این قانون در تاریخ 1317/09/13 تصویب گردید از وقوع ازدواج نامزدها گواهی نامه پزشک را مبنی بر نداشتن امراض مسریه مهم که نوع آنها از طرف وزارت دادگستری معین و اعلام می گردد مطالبه نموده و پس از بایگانی آن به عقد ازدواج و ثبت آن با قید موجود بودن گواهی پزشک بر تندرستی نامزدها، اقدام نمایند.» طبق این ماده سلامت جنین و نیز فرزندان آینده ناشی از ازدواج تا حدود زیادی تأمین میشد زیرا بدون گواهینامه پزشک مبنی بر نداشتن امراض مسریه سردفتر اقدام به عقد و ثبت ازدواج نمیکرد و باید حتماً آزمایشهای مربوطه از طرف نامزدها انجام میشد و جواب این آزمایش ها ضمیمه پرونده شده و ثبت و بایگانی میگردد اما یک نکته در مورد این قانون وجود دارد و آن هم اینکه طبق تبصره ماده ۲ این قانون دختران از داشتن گواهینامه پزشک در قسمت امراض زهروی معاف بودند (مظفری، ۱۳۹۲، ص ۱۴۰) البته اینکه قانونگذار در سال ۱۳۱۷ دختران را از ارائه دادن چنین گواهی معاف کرده، منطقی به نظر نمی رسد و با هدف اصلی تصویب این قانون در آن زمان که همان اجباری بودن ارائه گواهینامه پزشک مبنی بر نداشتن امراض مسری بود مغایرت دارد با این وجود قانون طرز جلوگیری از بیماری های آمیزشی و بیماری های واگیردار با در نظر گرفتن زمان تصویب یعنی سال ۱۳۲۰ قانون جامعی به نظر می رسد. سپس در سال ۱۳۵۳ تبصره ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده تکلیف مطالبه گواهی صحت مزاج را بر عهده دفاتر

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

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

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



ازدواج نهاد تا علاوه بر مطالبه گواهی مبنی بر نداشتن امراض مسریه گواهی صحت مزاج را نیز دریافت و بایگانی نمایند. بر اساس این تبصره در نقاطی که وزارت دادگستری اعلام میکند دفاتر ازدواج مکلفند علاوه بر مطالبه گواهینامه مذکور در ماده ۲ قانون گواهینامه ازدواج مصوب سال ۱۳۱۷ گواهی صحت مزاج نسبت به عوامل یا بیماریهای دیگری که موجب بروز بیماری یا عوارض سوء در اولاد و یا زوجین خواهد شد نیز مطالبه نماید نوع عوامل و بیماریهای مذکور را وزارت بهداشتی و وزارت دادگستری تعیین خواهند نمود. نکته قابل توجه این است که در قانون حمایت خانواده سال ۱۳۵۳، علاوه بر بیماری های مسری به عوامل و بیماریهایی که در زمره بیماریهای واگیر نیستند ولی موجب بروز بیماری یا عوارض سوء در اولاد یا زوجین میباشند مانند پاره ای عوامل و بیماریهای ارثی نیز توجه شده بود و از این لحاظ قانون حمایت خانواده پیشرفته تر از قانون گواهینامه ازدواج بود (صفایی و ، امامی، ۱۳۸۶، ص۵۳).

#### 4-2- قوانین مربوط به سلامت خانواده و زنان (پس از انقلاب)

بعد از انقلاب اسلامی نیز بحث بهداشت و سلامت خانواده به عنوان یکی از اولویت های مهم مورد توجه سیاست گذاران نظام و مسئولین حوزه سلامت بوده است. این اقدامات و پیش بینی های قانونی بیشتر جنبه پیشگیرانه دارد در اوایل پیروزی انقلاب قانونگذار قانون اساسی ضمن مقدمه آن، قانون در تعریفی عام و کلی با اشاره به جایگاه خانواده خانواده را واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان دانسته است و توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده را که زمینه ساز اصلی حرکت تکاملی و رشد یابنده انسان است - به عنوان اصلی اساسی به رسمیت شناخته و فراهم کردن امکانات جهت نیل به این مقصود را از وظایف حکومت اسلامی میدانند به منظور تحقق این هدف اساسی اصولی از قانون مذکور سیاستهای حمایتی دولت از خانواده را معین کرده است از جمله این اصول اصل دهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است که مقرر می دارد: «از آنجا که خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی است همه قوانین و مقررات و برنامه ریزیهای مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی بر پایه حقوق و اخلاق اسلامی باشد (منصور، ۱۳۸۵).

در طول سالهای بعد از انقلاب از جمله قوانین مصوب مربوط به سلامت پیش از ازدواج قانون الزام تزریق واکسن ضد کزاز برای بانوان قبل از ازدواج مورخ 1367/01/23 مصوبه مجلس شورای اسلامی و مصوبه هیأت وزیران طبق برنامه ملی پیشگیری تالاسمی سال ۱۳۷۶ در خصوص اجباری شدن آزمایش تشخیص ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج مصوب 1376/01/10 است. این مصوبه بنا به پیشنهاد بنیاد امور بیماری های خاص صادر



شد و بر طبق آن آزمایش ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج اجباری شد و دفاتر ازدواج مکلف شدند تا گواهی نامه مربوطه را از نامزدها مطالبه و پس از بایگانی، آن به عقد و ازدواج و ثبت آن با قید موجود بودن گواهی نامه یاد شده اقدام نمایند. آخرین مصوبه قانونی در بحث سلامت، زوجین مفاد ماده ۲۳ قانون حمایت خانواده و تبصره آن مصوب 1391/12/01 است. در کنار این قوانینی که به طور مستقیم مربوط به گواهی سلامت پیش از ازدواج زوجین است قوانین دیگری نیز وجود دارد که اهمیت مقوله سلامت زوجین در آنها به وضوح مشهود میباشد از جمله این قوانین میتوان به قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۲۹ تیر ۱۳۸۲ و آیین نامه اجرایی آن مصوب ۱۹ اسفندماه ۱۳۸۳ قانون سقط درمانی مصوب ۲۵ خرداد و قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب ۳۱ شهریور ۱۳۹۲ اشاره کرد که در موادی به ۱۳۸۴ صراحت از لزوم وجود سلامت جسمی و روانی و عدم اعتیاد در زوجین به عنوانی یکی از شرایط ضروری یاد کرده است. در همین راستا بخشی از برنامه ها و سیاستهای کلی نظام جمهوری اسلامی ایران نیز به موضوع سلامت خانواده اختصاص یافته است؛ از جمله سیاستهای کلی «سلامت» ابلاغی ۱۸ فروردین ۱۳۹۳ بندهای ۴ و ۶ «سیاستهای کلی جمعیت» ابلاغی ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳ و بندهای چهارگانه ماده ۴۳ سیاستهای کلی برنامه ششم توسعه مصوب ۹ تیر ۱۳۹۴ به عنوان نمونه بندهای چهارم و ششم سیاستهای کلی جمعیت به بخشی از تکالیف ضروری ارکان نظام در تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزشهای عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره ای بر مبنای فرهنگ و ارزشهای اسلامی ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری ارتقاء امید به زندگی تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیبهای اجتماعی بویژه، اعتیاد، سوانح، آلودگیهای زیست محیطی و بیماریها» اختصاص یافته است. در کنار این موارد بند ۱۶ سیاستهای کلی «خانواده ابلاغی ۱۳ شهریور ۱۳۹۵ نیز ایجاد ساز و کارهای لازم برای ارتقاء سلامت همه جانبه خانواده ها بویژه سلامت باروری و افزایش فرزندآوری در جهت برخورداری از جامعه جوان سالم پویا و بالنده را از تکالیفی میدانند که سمت و سوی حرکت نظام باید معطوف به آن باشد البته نکته ای که باید به آن توجه داشت این است که هرچند این سیاستها سمت و سوی جهت گیری و تصمیم گیری ارکان نظام را نشان میدهد. با این حال تصویب سیاستها موضوعی جدا از اجرای آن است.

بر اساس گزارش مورخ ۲۷/۹/۱۳۹۵ کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی در مورد لایحه برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶) لغایت (۱۴۰۰) در بخش چهاردهم که به بحث «سلامت بیمه سلامت و زنان و خانواده اختصاص یافته است ماده ۹۰

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

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

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



مقرر میدارد در هنگام ازدواج بررسی تمامی زوجین به منظور شناسایی در موارد در معرض خطر اختلالات ژنتیک در قالب شبکه بهداشت و درمان کشور اجباری است و موارد در معرض خطر به مراکز مشاوره ارجاع و چنانچه نیاز به آزمایش ژنتیک باشد به مراکز مجاز معرفی می شوند.

تبصره ۱- مواردی که بر اساس مشاوره ژنتیک نیازمند بررسی از نظر آزمایشات ژنتیک میباشند به آزمایشگاه های مورد تأیید وزارت بهداشت و درمان ارجاع خواهند شد.

تبصره ۲- ده درصد حق التحریر ثبت طلاق افزایش و منابع حاصله جهت کمک به تأمین هزینه آزمایش ژنتیک در اختیار سازمان بهزیستی قرار می گیرد.

تبصره ۳- آیین نامه چگونگی مراحل صدور گواهی میزان کمک بهزیستی جهت آزمایش ژنتیک به پیشنهاد سازمان بهزیستی با همکاری سازمان تهیه و به تصویب هیات وزیران می رسد.»

این لایحه تازه ترین مقرر قانونگذار در بحث سلامت پیش از ازدواج زوجین است که بیشتر بر موضوع پیشگیری از شیوع اختلالات ژنتیکی و سازوکارهای پیشنهادی در نظر گرفته شده جهت نیل به آن هدف متمرکز شده است (نیک کار چنیجانی، 1396، 7).

## 5- سلامت اجتماعی

در این قسمت به سلامت اجتماعی و موارد پیرامون آن می پردازیم:

### 5-1- ابعاد سلامت اجتماعی

با توجه به نظریه کیز (1998) ابعاد سلامت اجتماعی بدین شرح می باشند: پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق و هم بستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی. در این پژوهش اعتقاد بر این است که افرادی که در اجتماع مورد پذیرش دیگران هستند و می توانند دیگران را در امور اجتماعی بپذیرند؛ هم به لحاظ روانی و هم به لحاظ این که از سرمایه اجتماعی بالا و مبتنی بر اعتماد برخوردارند. (کیز، 1998، ص 121-140).

### 5-2- سیاست های ارتقا سلامت اجتماعی در ایران

سیاست های کلان و برنامه های مهمی که در زمینه مسائل زنان مطرح می گردند که در برنامه ریزی های انجام شده به تصویب و اجرای وزارت بهداشت ابلاغ شده اند؛ شامل اهداف و سیاست ها و راهبردهایی است که برای تضمین سلامت زنان و دستیابی آنان به مراقبت های همه جانبه و





مورد نیز در دوره های مختلف زندگی تدوین شده است؛ از جمله اهداف این سیاست ها، می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ارتقا و توسعه سلامت زنان در ابعاد مختلف و دوره های مختلف زندگی در پیشگیری از بیماری ها، به منظور بهره مند شدن زنان و خانواده از زندگی سالم تر و مولد تر.
- کاهش عوامل خطر سلامت زنان و تقویت سیاست ها و برنامه های بهداشتی در این جهت؛
- افزایش آگاهی در زمینه نیازهای سلامت زنان و نقش آنان در توسعه؛
- تقویت نقش محوری زنان در تأمین سلامت خود و خانواده و جامعه؛
- رفع موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان (احمدی و باباشاهی، 1390، ص 29-59).

### ۵-۳- اهداف سیاست گذاری ها در زمینه سلامت اجتماعی زنان

تاکید اصلی در نظریه های مربوط به سلامت اجتماعی جوانان و زنان، تاکیدی خاص و ویژه بر نقش روابط در ایجاد اعتماد به چشم می خورد و این اعتقاد وجود دارد که اعتماد در روابط و تعاملات معنا پیدا می کند و تقویت می شود. در فرهنگ مردسالار که به نوعی این ها با ارزش های تعصب در هم تنیده می شوند و مردان از طریق اعمال محدودیت های متعدد، روابط زنان را در چارچوب ارزش های خاص خود تنظیم می کنند. ماحصل چنین نظامی محدودیت های زنان در برقراری روابط اجتماعی و حضور در عرصه های مختلف اجتماعی است (کمالی و اسکندری، 1399، ص 97-118).

بر همین اساس بررسی نیازها و برآوردن آن ها یکی از ضرورت هایی است که مسئولان و برنامه ریزان اجتماعی و فرهنگی در جامعه بایستی بدان توجه کنند. پس بایستی به دنبال طرح الگوها و راهکارهای مناسبی جهت ارتقای شرایط اجتماعی و فرهنگی و حتی اقتصادی زنان جامعه بود. از این رو، می توان به ساخت مجموعه های ورزشی و فرهنگی برای زنان، احداث پارک های بانوان، انجمن های خاص مربوط به زنان با هدف ارتقای توان فرهنگی، اجتماعی و مهارت های ورزشی بانوان است تا بتواند موجبات حضور آن ها را در عرصه های اجتماعی میسر گرداند (کولیوند و پاک سرشت، 1392، ص 119).

### 6- اولویت های سلامت زنان در ایران

مشورت، تبادل نظر و مشارکت محققین علمی و دانشگاهی و اجرایی بخش سلامت و دیگر بخش های مؤثر بر سلامت جامعه در روند تدوین برنامه



هاي مؤثر و کارآمد، اهمیت فراوانی در موفقیت این برنامه ها دارد. این امر با توجه به منافع و اولویت های جامعه، بهترین راه جهت نیل به هدف ارتقاء سلامت جامعه بوده و نیازمند همکاری و تعهد طیف وسیعی از سازمانها و دستگاه های بخشهای مختلف دولتی و غیردولتی می باشد. بدیهی است مد نظر قرار دادن اولویت ها به دلیل محدودیت منابع، اعم از مالی و انسانی، مهمترین مسائل موجود را پیش روی محققان قرار داده و با ساماندهی و مدیریت صحیح، مانع از تلف شدن و به هدر رفتن این منابع برای حل موضوعات غیرضروری و جزئی می گردد. بنابراین این برای رسیدن به پاسخ سؤال خود مبني بر اینکه دانش توليدي توسط مجلات علمي بهداشتي تا چه میزان اولويت هاي واقعي سلامت زنان جامعه را پوشش مي دهد، از پژوهشي کمک گرفته شد که به منظور شناسایی اولویتهای سلامت زنان در ده سال اخیر و به سفارش شورای فرهنگی اجتماعی زنان، وابسته به توسط « اولویت های سلامت زنان؛ سیاست ها، راهبردها، راهکارها » شورای عالی انقلاب فرهنگی، با عنوان جمعی از اساتید و محققان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافته و مسائل مهم بهداشت و سلامت زنان را، که نیازمند توجه و بررسی بیشتری است، برجسته نموده است. اشاره به این نکته لازم است که نتایج این تحقیق در سال 1384 منتشر شده، اما اطلاع رسانی کاملی درباره آن به عمل نیامده است، که در این خصوص نیز، به منظور استفاده محققین، بایستی آگاهی بخشی بیشتری صورت پذیرد ( احمدی، 1384 به نقل از ودادهیر و هانی ساداتی و احمدی، 1387، ص 143).

در بررسی و تعیین این اولویت ها، معیارها به شرح زیر در نظر گرفته شده اند:

- بالا بودن شیوع: میزان بالای مبتلایان زن نسبت به سایر بیماریها
- خطیر بودن: عوارض یا خطر بیشتر در زنان
- تفاوت بارز شیوع نسبت به مردان: بالاتر بودن قابل توجه شیوع بیماری در زنان نسبت به مردان
- روند نامناسب: روند صعودی یا بدون تغییر وضعیت نامطلوب ابتلا
- نیاز به مداخلات خاص: بهبود وضعیت سلامت در زنان نیازمند مداخلات خاص و یا متفاوت با مردان است.

اولویت های سلامت زنان در ایران با توجه به معیارهای فوق، به تفکیک، در حیطه های سلامت باروری، مرگ و بیماری و عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت و بیماری زنان شناسایی و دسته بندی گردید. لازم به ذکر است که اولویت ها در هر حیطه نیز به ترتیب اهمیت، اولویت بندی شده اند:



الف: اولویت های سلامت باروری:

- مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان
- مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر 5 سال
- پوشش روش های مؤثر پیشگیری از بارداری
- بارداری ناخواسته و سقط جنین
- استفاده از زایمان به روش سزارین
- زایمان های غیر ایمن در منزل و توسط افراد دوره ندیده در نقاط دور افتاده و محروم
- بیماری های منتقله جنسی و ایدز
- بهداشت بلوغ دختران
- مراقبت های دوران بارداری و پس از آن

ب: اولویت های مرگ و بیماری:

- اختلالات روانی (ناشی از مسائل فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک)
- خودکشی
- سرطان های زنان
- بیماری های مفصلی و استخوانی (پوکی استخوان، درد مفاصل)
- سوء تغذیه (کمبود ریزمغذی ها، آنمی فقر آهن، چاقی)
- بیماری های گوارشی (زخم اثنی عشر و معده، سرطان، سندرم روده تحریک پذیر)
- پر فشاری خون
- مرگ زنان (تفاوت زنان سالمند روستایی و شهری، تفاوت در استانهای مختلف)
- شیوة زندگی (فعالیت بدنی).

ج: اولویت های عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان:

- ازدواج ( میانگین سن ازدواج، جمعیت دختران و پسران در سن ازدواج، معیارها و شرایط ازدواج)
- طلاق
- اعتیاد
- خشونت علیه زنان
- ویژگیهای اجتماعی- فرهنگی (اشتغال، درآمد، سواد و تحصیلات)

با توجه به مطالب ذکر شده، شکی نمی ماند که انجام تحقیقی در جهت تحلیل محتوای این مجلات برای فهم و استخراج نقاط قوت و ضعف آنها و نهادهای متولیشان، خود، از ضرورتها می باشد. چرا که درک اینگونه عملکرد، منجر به تقویت نقاط قوت و بازبینی در نقاط ضعف شده و در



نهایت به سعادت و رفاه قشر عظیمی از مردم جامعه مان خواهد انجامید (ودادهیر و هانی ساداتی و احمدی، 1387، ص 133-155).

### 7- عوامل موثر بر سلامت زنان

عوامل موثر بر سلامت اجتماعپژوهش های اجتماعی به صورت خرد و کلان در حوزه سلامت روانی و اجتماعی به صورت منصفهای ملی و بین المللی انجام یافته است، این امر اثبات مینماید که تحت تاثیر دامنه بسیاری از عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی روانی و فرهنگی می توان عوامل موثر بر سلامت اجتماعی را مورد تأمل و بررسی قرار داد به نظر راسنفیلد یکسری از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی و روانی شامل پایگاه اجتماعی اقتصادی (SES) موقعیت، تأهل جنسیت مهارتهای، ارتباطی، مذهب سرمایه اجتماعی و..... می باشد.» ( راسنفیلد، ۱۹۹۷ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹، ص ۳۰).

الف) پایگاه اجتماعی - اقتصادی: این مؤلفه رابطه روشن و صریحی با سلامت از جمله سلامت اجتماعی دارد. در واقع هرچه فقر اقتصادی و شرایط نامناسب وضعیت های درآمدی و طبقاتی زنان روستا نامناسب تر باشند پایگاه اجتماعی و اقتصادی افراد در نتیجه وخیم تر است که این امر باعث میشود سبک زندگی افراد در تمام زمینه ها از جمله سلامت اجتماعی آنان به خطر افتد. با توجه به این مسائل از دیدگاه گراهام سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی است افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می گیرند؛ و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند از سلامتی نامطلوب رنج می برند به باور وی عواملی که باعث می شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی جسمی، روانی اجتماعی تاثیر بگذارد در سه مقوله، مادی رفتاری و روانی اجتماعی قرار می گیرند.» (گراهام ۲۰۰۱، ص ۱۴، به نقل از هزار جریبی و همکار ۱۳۹۱ ۳۰۹). لذا بررسی و شناخت دقیق پایگاه اجتماعی اقتصادی گروه های اجتماعی از جمله زنان برای اینکه به توان به فهم تفاوتی دقیقی در زمینه سلامت اجتماعی جامعه روستا و توسعه پایدار دست یافت. از دیدگاه والتر. ب. میلر شش مساله مهم و اصلی میتواند با توجه به وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد جامعه طبقات پایین را تحت تاثیر قرار دهد، موضوعاتی چون نا آرامی و اغتشاش استقامت و پایداری آراستگی شور و شوق سرنوشت و تقدیر آزادی عمل با توجه به شش موضوع مهم سه نوع متفاوت راهبردی بقاء طبقه پایین بیان می.شود یک سبک زندگی پر احساس که منجر به خرسندی بلاواسطه شود. یک استراتژی خشونت آمیز و یک استراتژی حداقلی. زمانی که



استراتژی پر احساس شکست بخورد یا زمانی که در دسترس نباشد، وسوسه زیادی برای پذیرش یک استراتژی خشن وجود دارد که بر اساس آن دیگران را مجبور می‌کنید تا آنچه بدان نیاز دارید به شما بدهند. استراتژی حداقلی است که در آن اهداف به نحو فزاینده ای محدود به حداقل ضرورت برای تداوم بقاء شده اند.» (افشار کهن، ۱۳۸۱، ص ۱۳۷-۱۳۶) **؛ به نقل از شربتیان، ۱۳۹۳، ص ۱۱۱.** در واقع باید سعی شود که حتی الامکان در سطح جامعه روستایی برای زنان و سایر گروه های اجتماعی روستا ارائه خدمات مشاوره ای روانشناختی و اجتماعی در سطح مطلوب ایجاد کرد که زنان دختران جوان و نوجوان خانواده های روستایی یک راهبرد پایدار همراه با آراستگی شوق برانگیز را بسترسازی نمایند.

ب) وضعیت تاهل: ازدواج و ترغیب به امر ازدواج در امر سلامت اجتماعی اثر گذار است. در واقع جامعه ای که بتواند با آموزش های دقیق و روش بینانه جوانان جامعه خود را به امر متاهل بودن رسمی آشنا نماید میتوان بیان کرد که تاهل و مسئله ازدواج دقیق، صحیح بر سلامت روانی و اجتماعی شهروندان اثر گذار تاهل برای زنان جامعه روستایی از این جهت حائز اهمیت است که می توانند زنان با انتخاب دقیق و صحیحی شان همسری را انتخاب کنند که در لحظات اضطراب از آنان حمایت عاطفی و اخلاقی نمایند، با توجه به این امر مدیران توسعه روستایی از طریق تدوین برنامه های ، اجتماعی فرهنگی و آموزشی در حوزه زنان و دختران خانواده های روستایی آنان را نسبت به اهمیت دوران تاهل و مجرد بودن که چگونه می تواند به ارتقاء سلامت اجتماعی شان تقویت نماید، همت گمارند و به ارتقاء این پدیده در سطح جامعه روستایی بپردازند.

پ) جنسیت: با توجه به مسائل سلامتی مردان نسبت به زنان بیشتر در معرض خطرات سلامتی از هر بعد می باشند. جنسیت می تواند تاحدی زیاد تعیین کننده میزان کنترل منابع اجتماعی - اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی شان باشد. زنان دو برابر مردان افسردگی دو قطبی را تجربه میکنند و نیز از خشونت های خانوادگی اضطراب های روانی خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری های جنسیتی و اجبار ایفای نقش های چندگانه رنج . می برند. مردان متاسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به مواد مخدر، پرخشگری و جامعه ستیزی می شوند و همچنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد جامعه در آنان شکل گیرد و این در حالی است که رایج ترین اختلال در میان زنان اختلالات ترس است مردان در مقایسه با زنان رفتار آسیب زننده تری دارند که سلامت آنان را به خطر می اندازد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵، ص ۱۱۶) **؛ به نقل از حاتمی ۱۳۸۹، ص ۳۷.** بر این اساس باید سعی کرد در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی زنان روستا آموزش های لازم را به اعضای خانواده از جمله ، پدران فرزندان و شوهران در زمینه کاهش افسردگی و اضطراب های روانی بانوان و دختران داد.



ت) عوامل روانی و اجتماعی: در سطح جامعه روستایی با اتخاذ تدابیر جهت مند برای زنان اگر بتوانیم این گروه اجتماعی را در راستای تسلط بر محیط، هدفدار بودن زندگی شان رشد فردی استقلال و بهره مندی از روابط مثبت با دیگران برسانیم در واقع به ارتقاء سلامت اجتماعی از جمله دستیابی به امر خود شکوفایی اجتماعی کمک شایانی نموده ایم اگر بتوانیم به هدفدار بودن زندگی زنان جامعه جهت دهی نمایم که متناسب با نیازها و شرایط روز جامعه در زندگی خود حرکت نمایند و به پذیرش این مسئله که به زندگی خود در تمام عرصه های خصوصی و اجتماعی جهت دهند و دارای عقاید معناداری در سطح زندگی خود باشند توانسته ایم به بالندگی سلامت اجتماعی زنان کمک بسیاری نمائیم.

ث) مهارت های ارتباطی: از دیگر فرایندهای مؤثر بر سلامت اجتماعی که نقش بارزی هم در زندگی شهروندان جامعه دارد، بهره مندی از مهارت های ارتباطی و تعاملی است از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می سازند و شیوه های زندگی جمعی و دانش مهارت الگوهای رفتاری لازم را کسب میکنند. از طرفی به نظر میرسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آنها را مورد توجه و بررسی قرار داد مانتسون (۱۹۹۰) معتقد است که مهارت های ارتباطی رفتارهایی هستند که رشد آنها میتواند بر روابط بین افراد از یکسو و سلامت اجتماعی آنان و نیز عملکرد مفید و مؤثر در اجتماع از سوی دیگر تأثیر داشته باشند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۸۵ به نقل از شربتیان، ۱۳۹۳، ص ۱۲). نیز مهارت های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف میکنند که این وسیله برای شروع و ادامه یک ارتباط سالم و زنده با همسالان به عنوان بخش مهمی از سلامت مورد استفاده واقع میشود (یوسفی، ۱۳۷۸، ص ۲۹ به نقل از حاتمی ۱۳۸۹، ص ۴۵). در واقع هر چقدر که بتوان در برقراری آموزشهای مهارت ارتباطی در بین زنان جامعه روستایی از سبکهای ارتباطی جرات مندانه یا ابراز وجودی بهره برد، این امر منجر به برخورداری از عزت نفس مثبت خواهد شد، و باعث تحت کنترل داشتن وضعیت زندگی را به همراه می آورد.

ج) مذهب تقویت اثر نیایش و دعا در بین زنان جامعه اثر مثبتی در تعادل روحی و باعث جلوگیری از انزواء ناتوانی و بی فایدهی خواهد شد دعا و نیایش علاوه بر اثر گذاری بر روح بر روی کیفیت زندگی و کیفیت بدنی انسان هم اثر دارد. از طریق مذهب و تقویت اعمال و رفتارهای اخلاقی در بین زنان جامعه میتوان همنوایی با گروههای اجتماعی جامعه را در زنان تقویت کرد، همچنین تقویت اخلاق حسنه در فعالیتها و عملکردهای زنان جامعه روستایی باعث بهره مندی از



تفسیر خوب و مثبت از رویدادها و دیگران خواهد شد و این عامل میتواند نقش موثری در تقویت سلامت اجتماعی دارد (شربتیان، 1393، ص12).

## بحث و نتیجه گیری

با توجه به مطالب مطرح شده در پژوهش حاضر می توان عنوان نمود که بحث سلامت به ویژه سلامت زنان اساسی ترین جزء رفاه جامعه به شمار می رود و تعریف آن در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن ها باز می گردد، لذا سلامت زنان با توجه به ویژگی های بیولوژیکی، نقش باروری آن ها و نقش محوری و اساسی آن ها در ارائه مراقبت های سلامت در خانواده و همچنین جامعه با مردان متفاوت بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از اینرو سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت می باشد؛ که بیش از مداخلات پزشکی به عوامل اجتماعی وابسته است. فلذا توجه به نقش زنان به عنوان یکی از ارکان اصلی شکل گیری خانواده می باشد. از آنجایی که سلامت زنان به دلایل مختلف آسیب پذیر بوده، و علاوه بر ویژگی های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و... است که بایستی از تمامی جنبه ها به مسئله سلامت زنان توجه ویژه نمود. لذا پیشنهاداتی در اینخصوص از جمله: بهره مندی و استفاده از آموزه های دینی، قرآنی، نبوی و علوی در حوزه سلامت زنان و سلامت اجتماعی، حمایت مادی و معنوی از کلیه آثار مرتبط با سلامت اجتماعی زنان، شناخت نیازهای متنوع زنان جامعه در ارتقاء سلامت اجتماعی، تقویت رفتارهای همیاری، همکاری، همدردی زنان، تقویت نگرش مثبت، خودباوری، شکوفایی خلاقیت ها در بین زنان و همچنین ترغیب زنان به رعایت رفتارها و اخلاق از لحاظ معنوی و اجتماعی در جامعه و... شاید بتواند در سلامت اجتماعی زنان که به دنبال آن سلامت اجتماعی را خواهد داشت نقش بسزایی داشته باشد.

## منابع و ماخذ

- \* نهج البلاغه. چاپ پنجم، ترجمه محمد دشتی (1388)، تهران، انتشارات پیام عدالت.
1. احمدی، بتول؛ و همکاران (1386) سیمای سلامت زنان، روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان
  2. احمدی، بتول؛ و باباشاهی، سعیده (1399) مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست ها و تحقیقات و خدمات، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره 47، ص 29-59



3. احمدی، بتول ( 1384 ) اولویتهای سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان وابسته به شورای عالی انقلاب فرهنگی.
4. حاتمی، پریسا، ( 1389 ) بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
5. حکمت نیا، محمود (1390) حقوق زن و خانواده، چاپ اول، تهران، سازمان انتشارات پژوهشکده فرهنگ و اندیشه اسلامی.
6. راوندی، مرتضی (۱۳۷۶) تاریخ تحولات اجتماعی، ج اول، چ سوم، تهران، موسسه انتشارات نگاه .
7. روشن ، محمد (۱۳۹۱) حقوق خانواده، چاپ دوم، تهران، انتشارات جنگل (جاودانه) .
8. سید موسوی، میرسجاد (۱۳۹۲) حق بر سلامت و الزامات دولت ها، مطالعه تطبیقی نظام حقوقی ایران با اسناد بین المللی حقوق بشر، رساله دکترا، حقوق عمومی، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، تهران
9. شربتیان، محمدحسن (1393) ضرورت سلامت اجتماعی زنان در توسعه روستایی، اولین همایش ملی زن و توسعه پایدار روستایی، ص 1-18
10. صفایی، سیدحسین و امامی، اسدالله ( ۱۳۸۶ ) مختصر حقوق خانواده، چاپ 14، تهران، میزان
11. کولیوند، شکیبا، و پاک سرشت، سلیمان. (1392). سیاست های ارتقای سلامت اجتماعی زنان در ایران. کنگره پیشگامان پیشرفت. دوره برگزاری 4، ص 116 - 121
12. کمالی، افسانه؛ و اسکندری، لاله (1399) زنان و اعتماد: مطالعه اعتماد اجتماعی زنان تهران، مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، سال 9، شماره 1، ص 97-118
13. گیدنز، آنتونی ( 1383 ) . جامعه شناس ، ی ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
14. مظفری، مهدی (۱۳۹۲) حقوق جنین با تکیه بر سلامت جسمی و روانی او، چ اول، تهران، انتشارات جنگل (جاودانه).
15. منصور، جهانگیر (۱۳۸۵) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، چ 45، تهران، نشر دوران.
16. محسنی، منوچهر ( 1376 ) جامعه شناسی پزشکی، تهران: انتشارات طهوری، چاپ پنجم (با تجدید نظر).
17. نیک کار چنیجانی، طیبه (1396) جایگاه قانونی زنان در تامین سلامت خانواده، د.مین کنگره بین المللی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، ص 1 - 11
18. ودادهیر، ابوعلی و هانی ساداتی، سیدمحمد و احمدی، بتول (1387) سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی- پژوهشی بهداشت و سلامت) پژوهش زنان، دوره 6، شماره 2، ص 133-155
19. هزار جریبی، جعفر، صفری شالی، رضا ( 1391 ) آناتومی رفاه اجتماعی. چاپ اول، موسسه انتشاراتی جامعه و فرهنگ، تهران.





20. Segall, Alexander (1976) "The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior ", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 17, No. 2. (Jun., 1976), pp. 162-169.

## Policies to Promote Women's Social Health in Iran & Factors Affecting their Health

**Magid Monsefi Rad**

Master's Degree in Family Law, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran  
(Corresponding Author)

[monsefiradmajid@gmail.com](mailto:monsefiradmajid@gmail.com)

### Abstract

Paying Attention to the Role of Women is one of the Main Pillars of Family Formation. Women's Health is Different from men's due to their Biological Characteristics, their Reproductive Role and their Central and Essential Role in Providing Health Care in the Family and Society. And it is of Special Importance. Therefore, Women's Health is Vulnerable for Various Reasons, and in Addition to Biological Characteristics, it is Influenced by Cultural, Social, Economic, etc. Factors. Therefore, Attention Should be Paid to the Issue of Women's Health from all Aspects. In this Research, Which is an Analytical-Descriptive Method, an Attempt has Been Made to Discuss the Policies of Improving the Social Health of Women in Iran and the Factors Affecting their Health, Which will Result in the Improvement of the Health of the Family and Society and its Future Progress Was.

**Keyword:** Social Health, Family, Women, Society, Health Promotion.