



سلامت اجتماعی زنان و تاثیر ویروس کرونا بر سلامت روان جامعه

وحیده شامقلی شندی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته حقوق خصوصی، مرکز تسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، تسوج، ایران (نویسنده مسئول)

Shamgholi.lawyer@gmail.com

چکیده

با به وجود آمدن ویروس کرونا و متعاقباً همه گیری بیماری کرونا به دنبال آن تغییرات زیادی از جمله اقتصادی و اجتماعی در جوامع مختلف و همچنین حوزه خصوصی نیز از این تغییرات بی بهره نمانده و از سوی دیگر فشار اقتصادی ناشی از بیکاری هر یک از زن یا مرد در خانواده، افزایش نقش های مراقب کنندگی در مقابل این بیماری، بار نقشی آموزش از راه دور کودکان بر روی والدین به تغییرات متفاوتی در حوزه خانواده به ویژه در مورد نقش های جنسیتی زنان منجر شد که از این رو در این مقاله که به صورت تحلیلی - توصیفی می باشد به سلامت اجتماعی زنان و تاثیر ویروس کرونا بر سلامت روان جامعه پرداخته شده است زیرا تاثیر طولانی مدت این همه گیری، بر سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی زنان می توان آسیب های جدی به خانواده و جامعه وارد نماید.

کلیدواژه ها: سلامت اجتماعی، زن، سلامت روان، جامعه، ویروس کرونا.

۱. مقدمه

با شروع همه گیری بیماری ویروس کرونا تحولات چندگانه ای در ساختارها و کارکردهای نهادهای اجتماعی رخ داد که گسترده ترین آن در ساختار آموزش و اقتصاد قابل مشاهده است، بعبارتی با ظهور این بیماری زندگی و سلامت میلیون ها انسان پس از چند هفته مورد تهدید قرار گرفت که این بیماری به میزان بالایی مرگ و میر ناشی از عفونت های ویروسی را به همراه داشت که باعث مرگ خیلی از انسان ها شد. 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 تبریزی، ۱۳۷۶، ص ۴۶). 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 بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری ها در میان آنان بیشتر است، و از نظر دسترسی و استفاده بر این عقیده است که این «سازمان جهانی بهداشت» از خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعدتری دارند نوع تفاوتها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است. اطلاعات آماری این سازمان نشان میدهد که سرعت ابتلاء به بیماری ایدز در زنان بیشتر از مردان است، هرچند که ویروس HIV عملاً بر هر دو جنس به یک میزان میتواند مؤثر باشد (محسنی تبریزی، ۱۳۷۶، ص ۴۶). ناگفته نماند که در گذشته حمایت جدی از زنان به عمل نمی آمد شواهدی در تاریخ وجود دارد که نشان می دهد 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 می نگریستند بچه انداختن و فرزند کشتن و قتل نسل را عملی کفرآمیز می دانستند (راوندی، ۱۳۷۶، ص ۵۰). از این رو در این پژوهش به مفاهیم ادبیات نظری آن از جمله مفهوم ویروس کرونا، مفهوم زن، مفهوم خانواده و... و همچنین پیشینه



تحقیق، شیوع ویروس کرونا و سلامت روان جامعه، شیوع ویروس کرونا و تعارضات خانوادگی، پارادایم جدید فقر، زنان و سلامت اجتماعی در بحران کرونا و غیره را مورد بحث و بررسی قرار داده ایم.

۲. 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 دیجیتال (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.

۳. مفاهیم و ادبیات نظری پژوهش

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

۳-۱. ویروس کرونا

کرونا ویروس SARS-CoV-2 یک ویروس زئونوز و عامل بیماری پنومونی عفونی COVID-19 است که سازمان بهداشت جهانی WHO در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ آن را به عنوان یک همه گیری جهانی اعلام کرد (Zhou P. ۲۰۲۰، ۲۷۰-۲۷۳ به نقل از ثبوتی، معلم سواسری، آریانا، مسگرانی، ۱۳۹۹، ص ۱۸۶) این ویروس عضو خانواده کروناویروس از راسته نیدوویرال بوده و یک RNA ویروس بزرگ تک رشته ای است (ثبوتی، معلم سواسری، آریانا، مسگرانی، ۱۳۹۹، ص ۱۸۶).

۳-۲. مفهوم خانواده

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).

خانواده به عنوان قدیمی ترین 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 می کند به بیان دیگر رابطه ای نزدیک بین قدرت ملی و خانواده وجود دارد و سستی و تباهی خانواده ها انحطاط ملت را به دنبال می آورد (روشن ، ۱۳۹۱، ص ۴۷) این خانواده است که با اجتماعی طبیعی و نیکوکار نه ، 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 متقابلاند و فرهنگ مشترکی پدید آورده و در واحد خاصی به نام خانواده زندگی می کنند البته از دیدگاه برخی از حقوقدانان این تعریف قابل ایراد و خدشه است (حکمت نیا، ۱۳۹۰، ص ۴۱).



۳-۳. مفهوم سلامت

مفهوم سلامت معادل واژه Health 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 صاحب‌نظران 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).

این تعریف نقش و وظیفه دولت‌ها در تأمین خدمات بهداشت و سلامت و امکان دسترسی همه افراد جامعه به خصوص افراد آسیب پذیر و خانواده‌ها را به خوبی روشن می‌سازد.

۳-۴. مفهوم سلامت اجتماعی

سلامت پدیده‌ای است که درجه بالایی از بهزیستن جسمی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه می‌آورد و در هر فرهنگی معنا و مفهوم خاصی را به دنبال دارد. اصطلاح Health که برگرفته از واژه لاتین Hela می‌باشد در بر دارنده معنی کامل است که بیانگر ابعاد تندرستی، سالم، صحت و آسایش فرد می‌باشد. بر این اساس سلامت پدیده‌ای است که در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک و فرهنگ مردم آن جامعه از سلامت باز می‌گردد. بنابراین در جوامع و گروه‌های گوناگون تعاریف متعددی برای سلامت بیان شده است «سلامت عبارت از بیمار نبودن در برخی از فرهنگ‌ها سلامت و هماهنگی مترادف یکدیگرند و هارمونی عبارت از سازگار بودن با فرد، با جامعه با خدا و جهان (سجادی و همکار، ۱۳۸۴، ص ۲۴۴).

سلامت اجتماعی را می‌توان با در نظر گرفتن موارد زیر تعریف کرد: الف: سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد، در کنار دو بعد جسمانی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد. ب: جامعه سالم به مثابه شرایط اجتماعی بهتر به طوری که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه، یا جماعت، مصادیق و معنای عینی متفاوت می‌یابد (وینسترا، ۲۰۰، ص ۸۴ به نقل از هزارجریبی و همکار، ۱۳۹۱، ص ۲۸۹).

در ادامه همین مطلب به ابعاد سلامت اجتماعی و موارد پیرامون آن نیز اشاره می‌نماییم:

۳-۴-۱. ابعاد سلامت اجتماعی

با توجه به نظریه کیز (۱۹۹۸) ابعاد سلامت اجتماعی بدین شرح می‌باشند: 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 می‌توانند 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.

۳-۴-۲. سیاست‌های ارتقاء سلامت اجتماعی در ایران

سیاست‌های کلان و برنامه‌های مهمی که در زمینه مسائل زنان مطرح می‌گردند که در برنامه ریزی‌های انجام شده به تصویب و اجرای وزارت بهداشت ابلاغ شده‌اند؛ شامل اهداف و سیاست‌ها و راهبردهایی است که برای تضمین سلامت زنان و دستیابی آنان به مراقبت‌های همه جانبه و مورد نیاز در دوره‌های مختلف زندگی تدوین شده است؛ از جمله اهداف این سیاست‌ها، می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱. ارتقا و توسعه سلامت زنان در ابعاد مختلف و دوره‌های مختلف زندگی در پیشگیری از بیماری‌ها، به منظور بهره‌مند شدن زنان و خانواده از زندگی سالم تر و مولد تر.
۲. کاهش عوامل خطر سلامت زنان و تقویت سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی در این جهت؛



۳. افزایش آگاهی در زمینه نیازهای سلامت زنان و نقش آنان در توسعه؛

۴. تقویت نقش محوری زنان در تأمین سلامت خود و خانواده و جامعه؛

۵. رفع موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان (احمدی و باباشاهی، ۱۳۹۹، ص ۲۹-۵۹).

۳-۴-۳. اهداف سیاست گذاری ها در زمینه سلامت اجتماعی زنان

تاکید اصلی در نظریه های مربوط به سلامت اجتماعی جوانان و زنان، تأکیدی 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، ۱۳۹۹، ص ۹۷-۱۱۸).

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، ۱۳۹۲، ص ۱۱۹).

۴. پیشینه تحقیق

فلاحتی، محبوبی شریعت پناهی (۱۴۰۰) در مقاله ای با عنوان مطالعه تطبیقی فشار نقش های چندگانه ناشی از کرونا بر زنان در خانواده با تأکید بر نظریه اخلاق مراقبت آورده اند: با شروع هم هگیری بیماری کووید ۱۹، به موازات تغییرات اقتصادی و اجتماعی در جوامع، حوزه خصوصی نیز از این تغییرات بی بهره نمانده است. فشار اقتصادی ناشی از بیکاری هر یک از زن یا مرد در خانواده، افزایش نقش های مراقب تکنندگی در مقابل بیماری، بار نقشی آموزش از راه دور کودکان بر روی والدین به تغییرات متفاوتی در حوزه خانواده به ویژه در مورد نقش های جنسیتی زنان منجر شد. این مقاله با مطالعه تطبیقی داده های کشورهای دیگر در این حوزه و با روش کیفی بر آن است تا برپایه نظریه اخلاق مراقبت در زنان، الگوی فشار نقش های چند گانه ناشی از بیماری کرونا را بر زنان به تصویر کشد. یافته های تطبیقی متفاوت نشان می دهد که زنان نه تنها در معرض از دست دادن نقش شغل خود هستند، بلکه با توجه به اخلاق مراقبت در آنان، نقش های والدگری را بیش از گذشته بر دوش می کشند. بنابراین شکاف جنسیتی بزرگی میان زنان و مردان وجود دارد و تفاوتی میان داده های حاصل از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نیست (فلاحتی، محبوبی شریعت پناهی، ۱۴۰۰، ص ۲۶).

مانی (۱۳۹۹) در مقاله ای با عنوان بررسی ساختار ویروس کووید-۱۹ و مسیر بیماری زایی آن در میزبان: یک مطالعه مروری آورده است کرونا ویروس ها دارای چهار جنس آلفا، بتا، گاما و دلتا می باشند. کروناویروس جدید (۲-۱) از جنس بتا کروناویروس است. این ویروس نخستین ویروسی نیست که جهان را درگیر نموده است؛ بلکه ویروسها در طول تاریخ باعث ایجاد اپیدمی ها و پاندمی های جدی شده اند. در این راستا، در مقاله مروری حاضر به بررسی ساختار ویروس کووید-۱۹، گیرنده های میزبان، عملکرد سیستم رنین- آنژیوتانسین- آلدوسترون در بدن انسان، پاسخ سیستم ایمنی علیه ویروس و روشهای درمان پرداخته شده است. که یافته های پژوهش نشان دادند که تمایل بالای ویروس کووید-۱۹ برای اتصال به ACE۲، (Angiotensin-converting enzyme ۲) احتمال ابتلا به بیماری و قدرت سرایت آن را افزایش داده است. کاهش آنزیم ACE۲ باعث کمتر شدن احتمال آلودگی ویروسی میشود؛ اما از سوی دیگر وجود آن با ایجاد آنژیوتانسین VII-I سلوله ای ریوی را از آسیب ناشی از این ویروس محافظت می کند. در نتیجه تشکیل وزیکول های دولایه توسط کروناویروس ها از بیان گیرنده های



شناسایی کننده RNA (Ribonucleic acid) در میزبان ممانعت میکند. از آنجایی که بدن انسان پس از شناسایی RNA ویروسی علیه آن به مبارزه میپردازد و با توجه به اینکه ویروس کووید-۱۹ از ویروسهای پاکتدار است؛ بنابراین ممکن است از بین بردن پاکت ویروسی، راهحلی برای نابودی آن باشد. در هر حال، برای درمان بیماری ناشی از ویروس کووید-۱۹ باید شناخت کاملی از ساختار و عملکرد این ویروس داشت تا بتوان راهی مؤثر برای درمان آن یافت (مانی، ۱۳۹۹، ص ۱۰۸).
 آزموده (۱۳۹۹) مقاله با عنوان تأثیرات کرونا بر زندگی زنان سرپرست خانوار منطقه ۱ تهران (اوین/ درکه) بین داشته است امروزه، جایگاه انسان محور اصلی توسعه است و توجه به نیازهای اساسی وی و رهایی از فقر صرفاً جنبه بشر دوستانه ندارد؛ بلکه بهره مندی از ابعاد توسعه و رهاشدن از فقر یک حق مسلم در قوانین بین الملل محسوب می شود. در این میان سهم نابرابر و بیشتر زنان از فقر در مقیاس جهانی، به ویژه پس از شیوع پاندمی کرونا بیشتر شده است. مطالعه کیفی حاضر به بررسی و واکاوی اثرات فقر در بین زنان سرپرست خانوار پس از پاندمی کرونا مینماید و درصدد است ماهیت و ابعاد آن را در بین زنان مورد مطالعه آشکار کند. یافته های این تحقیق مقوله های خاصی را به دست داد که عبار تاند از: پیش بینی از آینده تاریک و استرس، احساس تبعیض و بی عدالتی، طرد اجتماعی، آسیب پذیری اخلاقی. که نتیجه تحقیق مقوله های مذکور با استناد به داده های مصاحبه ها بیانگر ماهیت چند بعدی اثرات کرونا بر فقیرتر شدن زنان سرپرست خانوار است (آزموده، ۱۳۹۹، ص ۳۵).

۵. شیوع ویروس کرونا و سلامت روان جامعه

شیوع آسیب های روانی ناشی از گسترش بیماری های مسری در جامعه بسیار قابل توجه است. ظهور بیماری کرونا ویروس نیز باعث سردرگمی شده ، شرایط زندگی مردم را تغییر داده و اثرات روانی مخربی مانند اضطراب را به همراه داشته است. در حال حاضر در اوج شیوع کرونا ویروس، مردم به دلیل بسته شدن مدارس و کسب و کارها ، احساسات منفی شدیدی را تجربه می کنند هر چند محدودیت های گسترده ای مانند ممنوعیت مسافرت که نشان دهنده نوع جدیدی از قرنطینه است در کنترل و مدیریت بیماری مؤثر است اثرات روانی منفی بر جامعه دارد و گسترش شایعات و نگرانی درباره کمبود غذا و لوازم بهداشتی نیز اضطراب افراد را بالاتر می برد. با شیوع کرونا ویروس همانند شیوع ویروس سارس ۲۰۰۳ و ابولا ۲۰۱۴، ترس تعمیم یافته و رفتار بیش واکنشی ناشی از ترس در میان مردم شایع است. هر دوی این رفتار ها می تواند مانع از کنترل بیماری شود. (Dong & Bouey, ۲۰۲۰ به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۰۹).

شیوع بیماری کرونا ویروس باعث شده مردم بسیاری از کشورها در خانه و یا در یک مرکز قرنطینه بمانند. عدم قطعیت پیشرفت اپیدمی و مدت زمان آن باعث فشار روانی بیشتر بر عموم می شود دلیل احتمالی این مشکلات روانی ممکن است مربوط به نگرانی از ابتلا به بیماری و ترس از کنترل بیماری باشد (Huang & Zhao ۲۰۲۰ به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۰۹). لازم به ذکر است افرادی که اضطراب سلامتی بالایی دارند در انواع رفتارهای غیر انطباقی ایمنی نیز درگیر می شوند؛ در زمینه شیوع ویروس ممکن است شامل شستن بیش از حد دست ها، عقب نشینی اجتماعی و خرید همراه با وحشت باشد به عنوان مثال، حس کاذب فوریت برای محصولات مختلف مورد نیاز برای قرنطینه ممکن است منجر به خرید بیش از حد برای ذخیره کردن منابع مورد نیاز شود. به عنوان مثال ضد عفونی کننده دست داروها و ماسک های محافظ این امر می تواند تأثیر زیان آوری بر جامعه نیازمند به این منابع برای اهداف دیگر از جمله مراقبت های پزشکی معمولی داشته باشد (Asmundson ۲۰۲۰ به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۱۱).

سطح پایین اضطراب سلامتی نیز می تواند اثرات منفی بر رفتار سلامتی داشته باشد. افرادی که خود را در معرض خطر کم بیماری میبینند نیز بعید است که رفتار اجتماعی خود را تغییر دهند و توصیه ها برای فاصله گرفتن اجتماعی را نادیده می گیرند. عدم پایبندی به حتی ساده ترین توصیه ها، مانند شستن دست ها و فاصله اجتماعی میتواند اثرات منفی قابل توجهی بر



هر گونه تلاش برای کاهش گسترش ویروس داشته باشد. بنابراین اضطراب سلامتی یکی از چندین عامل روان شناختی است که بر شیوه واکنش هر فرد به شیوع ویروس کرونا تأثیر می گذارد (Taylor, 2019, به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۱۱).

با توجه به اینکه شیوع بیماریهای عفونی، پتانسیل زیادی برای سرایت روانی دارند و معمولاً منجر به ترس، اضطراب و انواع مشکلات روانی می شوند، با گسترش جهانی این ویروس دولت ها باید با تدوین و اجرای برنامه های راهبردی هماهنگ، به رفع نیازهای مربوط به بهداشت روانی بپردازند (فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۰۹).

۶. شیوع ویروس کرونا و تعارضات خانوادگی

با شیوع ویروس کرونا دشواریهای زیادی برای خانواده ها به ویژه والدین شاغل به وجود آمده است و اگر از آنها حمایت نشود در دراز مدت آسیب جدی می بینند که اثرات آن در نسلهای آینده بروز خواهد کرد. آنها با یکی از مهم ترین تعارضات سروکار دارند تعارض کار خانواده این تعارض با تقاضاهای رقابتی کار مزدی و تعهدات خانوادگی در ارتباط است با وجود فاصله گرفتن اجتماعی و تعطیلی بسیاری از مشاغل کار و نگهداری از کودک برای والدین شاغل در چند ماه آینده حتی سخت تر خواهد شد و تعارضات و مشکلات خانوادگی و فردی زیادی به وجود خواهد آورد به دلیل این فاصله اجتماعی اجباری و یا داوطلبانه، بسیاری از والدین در حال حاضر با یک هنجار جدید سرو کار دارند که باید در حین انجام وظایف والدینی تمام وقت کار کنند. این قرنطینه میتواند چالش فوق العاده ایبرای خانواده ها به ویژه خانواده های چند نسلی و آنهایی که در محله های بسته و کوچک زندگی می کنند باشد. با توجه به رعایت فاصله اجتماعی و اقدامات قرنطینه والدین حتی در استخدام افرادی برای مراقبت از کودکان نیز مشکل دارند. در برخی کشورها مانند کانادا دولت های استانی و فدرال به سرعت به درخواست مراقبت از کودکان کارگران خط مقدم در طول بحران کرونا ویروس پاسخ داده اند. چندین استان، کانادا مراکز مراقبت از کودکان اضطراری را برای افراد فراهم کرده اند و اقدامات ویژه ای برای رعایت پروتکل های فاصله اجتماعی انجام داده اند (2020 DeGregory & Italiano به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۱۸). ولی بسیاری از کشورها از این اقدامات محروم هستند و والدین شاغل مشکلات بسیاری برای نگهداری از کودکانشان دارند و پیامدهای جدی سلامت روانی برای چنین افرادی وجود دارد. در دوران قرنطینه به دلیل طولانی شدن زمان ماندن در خانه و افزایش مدت زمان تعامل زوجین با یکدیگر درگیریهایی خشونت های خانوادگی و همچنین تنش میان همسران و اختلافات زناشویی افزایش یافته است. برخی افراد هرچه زمان بیشتری را با هم می گذرانند، بیشتر از یکدیگر متنفر می شوند مردم به فضا نیاز دارند. نه تنها برای زوج ها بلکه برای همه صادق است آمار طلاق در چین به شدت افزایش یافته و این یک هشدار برای کل دنیاست گزارشی که در میانه ماه مارس در وب سایت دولتی شهر چین منتشر شد نشان داد که مسائل جزئی در زندگی منجر به تشدید درگیری ها شده است و موارد خشونت خانوادگی نیز افزایش یافته است. یک سال پس از بیماری سارس در هنگ کنگ و چین، تحقیقاتی صورت گرفت که نشان داد آمار طلاق ۲۱ درصد افزایش یافت که از علت های آن، خشونت های خانوادگی افسردگی اختلالات روحی و روانی بجا مانده از این بیماری اعلام شد. رسانه های چینی با گزارش هایی از نزاع زناشویی پر شده اند. یک نشریه آنلاین مستقر در شانگهای گزارش داد که پلیس در امتداد رودخانه یانگ تسه در استان هوبی در نزدیکی جایی که این بیماری همه گیر در ووهان آغاز شد، ۲۶۱ گزارش درباره خشونت خانگی در ماه فوریه دریافت کرد؛ سه برابر بیش از ۷۴ گزارشی که در همان ماه در ۲۰۱۹ گزارش شد (2020 Bloomberg Business Week به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۱۹). به نظر می رسد که شیوع ویروس کرونا و قرنطینه خانگی مردم را در یک دیگ زود پز قرار داده است قرنطینه تناقض ها را تشدید کرده و برخی زوجین دیگر نمی توانند یکدیگر را تحمل کنند در نیویورک آمار درخواست طلاق بالا رفته است و با انبوهی از پرونده های در انتظار برای بازگشایی دادگاه مواجه هستند. حتی زمانی که بیماری همه گیر فروکش کند و زندگی به حالت عادی خود بازگردد انتظار می رود آسیبهای وارده از فشارهای روانی و اقتصادی، ماه ها یا برجا بمانند. در ایران نیز طبق آمار ارائه شده از سوی وحیدنیا، مدیرکل مشاوره و امور روان شناختی سازمان بهزیستی کشور میزان تماس های زوجین با صدای مشاور بهزیستی که

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



مربوط به اختلافات خانوادگی در دوران قرنطینه و کروناست، نشان می دهد آمارهای اختلافات بین زوجین سه برابر افزایش یافته است. برخی اختلافات زوجین مربوط به اختلافات بر سر رعایت اصول بهداشتی و هنگام بیرون رفتن یکی از اعضای خانواده است. همچنین با تعطیلی مدارس و حضور کودکان در خانه بسیاری از اختلافات زناشویی بر سر تربیت فرزند صورت می گیرد. سرگرمی هایی که افراد خانواده از قبل برای خودشان ایجاد می کردند. مانند بیرون رفتن از خانه خرید و دید و بازدیدها تنش های موجود را کاهش می داد اما اکنون این فرصت ها وجود ندارد و با نشستن در خانه خشونت هایی مانند بحث وجدل، کتک کاری و گاهی قتل رخ می دهد (ایرنا ۱۳۹۹ به نقل از فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۲۰). سازمان بهزیستی ایران از ابتدای شیوع این بیماری سعی کرد با ایجاد یک ظرفیت اضافی در مرکز مشاوره های تلفنی با شماره ۱۴۸۰ و افزایش ساعت کاری تا ساعت ۲۴ با استفاده از کارشناسان ارشد و دکترای روان شناسی به کسانی که درگیر ناهنجاری خانوادگی می شوند، مشاوره رایگان ارائه دهد. همچنین سامانه ای با شماره ۱۲۳ با عنوان اورژانس اجتماعی نیز راه اندازی شده است که هم مشاوره می دهد و هم در موارد خاص با مجوزی که دارد در مورد کودک و همسر آزاری مداخله می کند. هر چند مردم یکدیگر را دوست دارند اما کنار هم ماندن در یک فضای کوچک برای مدت طولانی تحمل و مدارای آنها را کاهش می دهد. تأثیرات جامعه شناختی کروناویروس را در آینده واضح تر خواهیم دید. با این حال افزایش جدی در تعداد موارد طلاق و درخواست های طلاق نشان دهنده تأثیر ویروس بر زندگی روانی و خانوادگی مردم است (فراهتی، ۱۳۹۹، ص ۲۲۰).

۷. پارادایم جدید فقر

بر اساس مطالعات پژوهشگران زنان بیشتر از مردان در معرض خطر فقر قرار دارند (کبیر، ۱۹۹۷؛ مقدم ۱۹۹۷؛ چانت ۱۹۹۷ به نقل از آزموده، ۱۳۹۹، ص ۴۲). همچنین در نوشته های، توسعه زنان سرپرست خانوار به عنوان «فقیرترین فقرا» مورد بررسی قرار گرفته اند تحولات بینشی و تجربی در دهه اخیر سبب طرح پارادایم جدیدی در بحث فقر شده است که فقر زنان را معادل فقر زنان سرپرست خانوار می شمارد. رابطه این دو چنان ذاتی به نظر می رسد که کمتر پژوهشگری در درستی آن تردید میکند؛ در حالی که پیش از قطعیت بخشیدن به چنین رابطه ای بررسی توجیهات اصلی پارادایم جدید فقر و طرح این پرسش ضروری است که چرا و چگونه زنان سرپرست خانوار فقیرترین فقرا شدند (شادی طلب و گرایبی نژاد، ۱۳۸۳، ص ۵۲). البته دلایل متعددی در تأیید محرومیت زنان سرپرست خانوار به دلیل جنسیت و در پی آن، محرومیت از منابع وجود دارد یکی از دلایل فقر زنان این است که خانوارهایی با سرپرست زن از خانوارهای با دو سرپرست فقیرترند؛ زیرا نان آور خانواده ندارند و همچنین از تعداد افراد تحت تکفل بیشتری باید حمایت و نگهداری کنند موضوع دیگر نبود یا ضعف سیاستهای اجتماعی است که به ندرت حداقل را برای آنان تأمین می کند نبود سیستم جبران کننده کسری درآمدها از طرف نهادهای دولتی یا قابل اغماض بودن آثار خدمات این سیستم های جبرانی بر وضعیت خانواده در بسیاری از کشورهای گزارش شده است (شادی طلب و گرایبی نژاد، ۱۳۸۴، ص ۶).

۸. زنان و سلامت اجتماعی در بحران کرونا

هنگامی که بخش های مختلف یک جامعه با یک بحران بهداشتی مواجه میشوند چرخه ای به وجود می آید که با تضعیف وضعیت اقتصادی بهره وری را تحت فشار قرار میدهد و با افزایش آمار شیوع بیماریهای مزمن هزینه مراقبتهای بهداشتی را بالا میبرد این امر به سهم خود فقر را زیاد میکند و در نتیجه باعث گسترش بیماری میشود. در حال حاضر پاندمی کووید ۱۹ در سراسر جهان موجب این چرخه معیوب شده است که به دنبال آن آسیب های اجتماعی و بهداشتی افزایش میابد. فقر بصورت مانعی برای دسترسی اقشار ضعیف و متوسط جامعه به مراقبت های بهداشتی درمانی عمل میکند چرا که هزینه درمان بیماری برای این اقشار بسیار سنگین است.



پس از وقوع همه گیری کووید ۱۹، در مدت کوتاهی مشخص شد که میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در مردان بیشتر است این واقعیت همچنان به قوه خود باقی است، اما زنان بیش از مردان بار عواقب اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری را بدوش میکشند، دلایل گوناگونی برای بیشتر بودن مرگ و میر ناشی از کووید ۱۹ در مردان مطرح شده است. اصولاً متوسط طول عمر در مردان کمتر از زنان است و شاید کووید تنها همین اختلاف را بیشتر نشان می دهد. تفاوت در شیوع بیماری های زمینه ای بیماری های، قلبی ریوی فشار خون دیابت و... و یا تفاوت در اهمیت دادن به علائم بیماری و مراجعه بموقع برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی میتوانند علت های اصلی این اختلاف باشند با اینحال بر طبق مستندی از سازمان ملل که در آوریل ۲۰۲۰ منتشر شد، پاندمی کووید ۱۹ آسیب پذیری زنان در زمینه های اجتماعی اقتصادی و سیاسی را بیشتر تحت تاثیر قرار داده، شکاف بین دو جنس در این زمینه ها را عمیق تر می سازد برنامه توسعه سازمان ملل متحد هشدار داده است که همه گیری کووید ۱۹ چیزی بیش از یک بحران سلامت است.

این همه گیری شدت وضعیت اقتصادی و نیز اجتماعی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. قطعاً تاثیرات همه گیری از کشوری به کشور دیگر متفاوت خواهد بود ولی در هر حال باعث افزایش فقر و نابرابری در سطح جهانی خواهد شد. زمانی که شوک اقتصادی ناشی از کووید ۱۹ به جامعه وارد شود زنان بیش از مردان صدمه می بینند چرا که بطور کلی زنان درآمد و پس انداز کمتری نسبت به مردان دارند سهم بیشتری از مشاغل ناپایدار مربوط به زنان می شود و بالطبع از حمایت های شغلی کمتری برخوردارند در خانواده های طلاق زنان بیش از مردان سرپرستی فرزند را به عهده دارند مجموع این عوامل باعث می شود که زنان بیش از مردان از شوک اقتصادی کووید ۱۹ صدمه بینند.

از طرف دیگر بسته شدن مدارس و فاصله گذاری اجتماعی باعث افزایش بار کاری زنان در خانه و کم شدن فرصت اشتغال و درآمدزایی می شود در جوامع در حال توسعه که بیشتر مردم از مشاغل غیررسمی برخوردار هستند وضعیت بدتر است چرا که حمایت های شغلی مانند بیمه سلامت حقوق ایام بیکاری مرخصی استعلاجی و موارد مشابه وجود ندارد.

اگرچه در کل جهان مشاغل غیر رسمی بیشتر به مردان تعلق دارد (۶۳ مردان، ۵۸، زنان) در کشورهای با درآمد پایین سهم بیشتر این مشاغل به زنان تعلق میگیرد. به نظر میرسد این پاندمی تاثیر عمیقی بر درآمد و اشتغال زنان باقی بگذارد. ناگفته نماند که برای کم کردن بار این همه گیری از روی زنان لازم است فعالیت های حمایت جویی با سازمانها و نهادهای حمایتگر دولتی مانند: کمیته امداد، بهزیستی و سازمان های خیریه و مردم نهاد صورت گیرد. برخی از زمینه فعالیت هایی که به زنان کمک خواهد کرد شامل این موارد خواهد بود وجود ساختارهایی برای مراقبت از افراد مسن ناتوان و مبتلایان به کووید ۱۹. فراهم کردن لوازم و تجهیزات لازم برای افرادی که از بیمار کووید ۱۹ مراقبت می کنند آموزش به افراد و جوامع به منظور ارائه مراقبت های کووید به بیمار به شکل موثر فراهم کردن خدمات حمایتی برای افرادی که از مبتلایان به کووید ۱۹ نگهداری می کنند. فراهم کردن امکان مرخصی استعلاجی همراه با حقوق برای بیماری خود فرد و یا بیماری افراد خانواده، راه انداختن سیستم های حمایت مالی ویژه برای زنانی که مسئولیت مراقبت دارن (کمالی و کیان فر و طباطبایی، ۱۴۰۰، صص ۱۸-۲۰).

۹. اولویت های سلامت زنان در جامعه

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 های 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.



بنابر این برای رسیدن به پاسخ سؤال خود مبنی بر اینکه دانش تولیدی توسط مجلات علمی بهداشتی تا چه میزان اولویت های واقعی سلامت زنان جامعه را پوشش می دهد، از پژوهشی کمک گرفته شد که به منظور شناسایی اولویت های 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 ۱۳۸۴ 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، ۱۳۸۴ به نقل از ودادهیر و هانی ساداتی و احمدی، ۱۳۸۷، ص ۱۴۳). در بررسی و تعیین این اولویت ها، معیارها به شرح زیر در نظر گرفته شده اند:

۱. بالا بودن شیوع: میزان بالای مبتلایان زن نسبت به سایر بیماریها
 ۲. خطیر بودن: عوارض یا خطر بیشتر در زنان
 ۳. تفاوت بارز شیوع نسبت به مردان: بالاتر بودن قابل توجه شیوع بیماری در زنان نسبت به مردان
 ۴. روند نامناسب: روند صعودی یا بدون تغییر وضعیت نامطلوب ابتلا
 ۵. 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

۱. مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان
۲. مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال
۳. پوشش روش های مؤثر پیشگیری از بارداری
۴. بارداری ناخواسته و سقط جنین
۵. استفاده از زایمان به روش سزارین
۶. زایمان های غیر ایمن در منزل و توسط افراد دوره ندیده در نقاط دور افتاده و محروم
۷. بیماری های منتقله جنسی و ایدز
۸. بهداشت بلوغ دختران
۹. مراقبت های دوران بارداری و پس از آن

ب: اولویت های مرگ و بیماری

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



۹. شیوه زندگی (فعالیت بدنی).

ج: اولویت های عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان

۱. ازدواج (میانگین سن ازدواج، جمعیت دختران و پسران در سن ازدواج، معیارها و شرایط ازدواج)
۲. طلاق
۳. اعتیاد
۴. خشونت علیه زنان
۵. 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، ۱۳۸۷، ص ۱۳۳-۱۵۵).

۱۰. بحث و نتیجه گیری

با توجه به مطالب مطرح شده در پژوهش حاضر می توان عنوان نمود که این بیماری همه گیری ویروس کرونا در سراسر جهان هستی، به عنوان تهدید بزرگ برای سلامت جسمی و روانی شناخته شده که با تاثیر بر رفتار روزمره مردم و ایجاد احساسات منفی و ترس شدید بر زندگی اشخاص تاثیر گذاشته است. لذا شیوع کووید ۱۹ به ما نشان داد که در دنیایی زندگی می کنیم که آرمانی نیست و منابع حیاتی آن به طور یک نواخت توزیع نشده اند و کافی نیستند. همچنین فشارهای روانی ممکن است عقلانیت، قدرت منطق و کنشگری خودمختار ما را کاهش بدهد. همچنین در جامعه نابرابر، کرونا ما را متوجه وابستگی انسان ها به یکدیگر کرد. نا گفته نماند اثرات روانی درگیری با ویروس کرونا برای افراد مسن تر و افراد با بیماری زمینه ای که آسیب پذیرتر شناخته شده اند ممکن است مشکلات روان شناختی شدیدتری را به دنبال داشته باشد. لذا می توان عنوان نمود که سلامت مهمترین عامل زندگی بشر محسوب می شود. چرا که سلامت پدیده ای است که درجه بالایی از بهزیستن جسمی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه می آورد و در هر فرهنگی معنا و مفهوم خاصی را به دنبال دارد. در نتیجه تاثیر طولانی مدت این همه گیری، بر سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه علی الخصوص زنان می تواند آسیب های جدی به خانواده و جامعه وارد نماید. از طرفی در جهت سلامت اجتماعی زنان و متعاقبا سلامت روان جامعه می توان اقداماتی همچون: 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 تربیتی اتخاذ نمود تا بتواند موجبات حضور آن ها را در عرصه های اجتماعی میسر گرداند.

منابع و ماخذ

۱. احمدی، بتول؛ و باباشاهی، سعیده (۱۳۹۹) مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست ها و تحقیقات و خدمات، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، ص ۲۹-۵۹
۲. احمدی، بتول (۱۳۸۴) اولویتهای سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان وابسته به شورای عالی انقلاب فرهنگی.
۳. آزموده، فهیمه (۱۳۹۹) تأثیرات کرونا بر زندگی زنان سرپرست خانوار منطقه ۱ تهران (اوین/ درکه) فصلنامه تامین اجتماعی ۵۸، س ۱۵، ش ۴، ص ۳۵ - ۵۲
۴. حکمت نیا، محمود (۱۳۹۰) حقوق زن و خانواده، چاپ اول، تهران، سازمان انتشارات پژوهشکده فرهنگ و اندیشه اسلامی.

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



۵. راوندی، مرتضی (۱۳۷۶) تاریخ تحولات اجتماعی، ج اول، چ سوم، تهران، موسسه انتشارات نگاه.
۶. روشن، محمد (۱۳۹۱) حقوق خانواده، چاپ دوم، تهران، انتشارات جنگل (جاودانه).
۷. سید موسوی، میرسجاد (۱۳۹۲) حق بر سلامت و الزامات دولت ها، مطالعه تطبیقی نظام حقوقی ایران با اسناد بین المللی حقوق بشر، رساله دکتر، حقوق عمومی، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، تهران
۸. شادی طلب، ژاله و علیرضا گرایبی نژاد (۱۳۸۳) فقر زنان سرپرست خانوار، پژوهش زنان، دوره ۲، شماره ۱، ص ۴۹ - ۷۰
۹. فلاحتی، لیلا و محبوبی شریعت پناهی، نسیم السادات (۱۴۰۰) مطالعه تطبیقی فشار نقش های چندگانه ناشی از کرونا بر زنان در خانواده با تأکید بر نظریه اخلاق مراقبت، مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پانزدهم، شماره ۳، ص ۲۶ - ۵۰
۱۰. فرهتی، مهرزاد (۱۳۹۹) پیامدهای روان شناختی شیوع ویروس کرونا در جامعه، فصلنامه علمی تخصصی، ارزیابی تأثیرات اجتماعی، ش دوم، ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا - کووید ۱۹، ص ۲۰۷ - ۲۲۵
۱۱. کولیوند، شکیب، و پاک سرشت، سلیمان. (۱۳۹۲). سیاست های ارتقای سلامت اجتماعی زنان در ایران. کنگره پیشگامان پیشرفت. دوره برگزاری ۴، ص ۱۱۶ - ۱۲۱
۱۲. کمالی، افسانه؛ و اسکندری، لاله (۱۳۹۹) زنان و اعتماد: مطالعه اعتماد اجتماعی زنان تهران، مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، سال ۹، شماره ۱، ص ۹۷-۱۱۸
۱۳. کمالی، کیانوش و کیان فر، ملیحه و طباطبایی، مینا (۱۴۰۰) زنان، مدیریت سلامت، مهارت کرونا، راهنمای برگزاری هفته سلامت بانوان ایران، اداره سلامت میانسالان، ص ۱ - ۳۵
۱۴. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۳). جامعه شناس، ی ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
۱۵. محسنی تبریزی، منوچهر (۱۳۷۶) جامعه شناسی پزشکی، تهران: انتشارات طهوری، چاپ پنجم (با تجدید نظر).
۱۶. مانی، بهاره (۱۳۹۹) بررسی ساختار ویروس کووید-۱۹ و مسیر بیماریزایی آن در میزبان: یک مطالعه مروری، فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی، دوره ۲۴، شماره ۷، ص ۱۰۸ - ۱۲۰
۱۷. ودادهیر، ابوعلی و هانی ساداتی، سید محمد و احمدی، بتول (۱۳۸۷) سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی - پژوهشی بهداشت و سلامت) پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲، ص ۱۳۳-۱۵۵
۱۸. هزار جریبی، جعفر، صفری شالی، رضا (۱۳۹۱) آناتومی رفاه اجتماعی. چاپ اول، موسسه انتشاراتی جامعه و فرهنگ، تهران. بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نقده. منبع اینترنت. سایت انجمن رفاه اجتماعی
۱۹. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature ۲۰۲۰; ۵۷۹(۷۷۹۸): ۲۷۰-۲۷۳.



Women's Social Health & Impact of Corona Virus on Mental Health of Society

Vahideh Shamgholi Shendi

M.A Student in Private Law, Tasouj Center, Islamic Azad University, Tasouj, Iran
(Corresponding Author)

Shamgholi.lawyer@gmail.com

Abstract

With the emergence of the corona virus & the subsequent epidemic of the corona disease, many changes including economic & social in different societies and also the private sector have not benefited from these changes, & on the other hand, the economic pressure caused by the unemployment of any woman or The man in the family, the increase in caring roles in front of this disease, the role burden of children's distance education on the parents led to different changes in the family domain, especially regarding the gender roles of women, which is why in this article, which is Analytical-descriptive, the social health of women and the impact of the corona virus on the mental health of society have been discussed because the long-term impact of this epidemic on the physical, mental & social health of women can cause serious damage to the family & society.

Keyword: Social Health, Women, Mental Health, Society, Corona Virus.