



## چالش های حق بر سلامت مادران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

ظریفه رضازاده حمیدیه

دانش آموخته کارشناسی ارشد، رشته فقه و حقوق جزا، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران (نویسنده مسئول)  
zarifeh.rezazadeh1363@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** به دنبال کاهش سریع باروری در ایران، ایجاد سیاستهای مشوق فرزند آوری در دهه 1390 مورد توجه حاکمیت قرار گرفت و در آبان 1400، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ابلاغ شد. اکنون در گامهای نخست اجرای این قانون، زمان مناسبی است که ارزیابی متخصصین پزشکی و مردم نسبت به چالشهای اجرایی این قانون و نقاط ضعف آن واکاوی شود. بر همین اساس هدف از مقاله حاضر بررسی چالش های حق بر سلامت مادران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می باشد.

**روش تحقیق:** این نوشته با استفاده از شیوه پژوهش توصیفی، تحلیلی و جمع آوری اطلاعات با استفاده از کتب، مقاله ها و پایگاه های اینترنتی انجام گرفته است.

**یافته های تحقیق:** یافته های تحقیق حاکی از این مطلب است که عوامل شخصی یا محیطی یا تربیتی فرد نقش تعیین کننده ای در منع زنان از فرزند آوری داشته و در قانون هیچ راه حلی برای آن ارائه نشده است.

**نتیجه گیری:** مهمترین چالش های فراروی حق بر مادران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نارسایی مشوقها در ایجاد انگیزه فرزند آوری، وجود خطر جسمی و روحی برای مادران ناخواسته می باشد.

**کلید واژه ها:** حق بر سلامت، مادر، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.

### 1- مقدمه

جنین به عنوان انسانی بالقوه که قابلیت و توانایی تبدیل به یک انسان کامل را دارد شایسته تکریم و احترام و دارای حقوقی از جمله «حق حیات» و «حق سلامت» است. حمایت از حقوق جنین، منحصر به حمایت از حق حیات از طریق ممنوعیت سقط جنین و یا سایر اعمالی که منجر به سلب حیات از آن می شود، نیست؛ بلکه حمایت از حق سلامت جنین را نیز شامل می شود. یعنی ممنوع شمردن هر گونه رفتاری که موجب آسیب و صدمه به جسم و روان جنین شده و به عنوان یک عامل خطر نسبت به سلامت او محسوب می شود و فراهم ساختن امکانات و شرایطی که جنین در پناه آن، چه در دوران جنینی و چه در حین تولد، زندگی سالم و بری از هر گونه نقص و معلولیتی داشته باشد.

سیاستهای جمعیتی میتواند به عنوان اقداماتی تلقی شود که صریح یا ضمنی توسط حکمرانان برای پیش بینی، تأخیر یا مدیریت عدم تعادل بین تغییرات جمعیتی از یک سو و اهداف اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی و سیاسی از طرف دیگر، انجام شود. سیاستمداران، استفاده از سیاست های جمعیتی نهادینه شده مشخصی را می شناسند که به وسیله آن دولتها بصورت آگاهانه، مستقیم یا غیرمستقیم بر دگرگونیهای جمعیتی تأثیر می گذارند. (رضایی، صلصالی و جهانتیغ، 1394: 135) سیاستهای جمعیتی و برخی از برنامه ها و استراتژیها به تدریج در جهت پذیرش سیاستهای کنترل مولید تغییر یافت.

تلاشها زمینه را برای شروع اجرای برنامه های تنظیم خانواده در کشور هموار کرد. (فرزادی، 1396: 590) به دنبال تغییرات در رفتار فرزندآوری و کاهش نرخ باروری در ایران، بحثهایی در باب لزوم تغییر سیاستهای گذشته و اعمال سیاستهای جدید برای مقابله با میزانهای باروری پایین مطرح شد (احمدی و باباشاهی، 1392: 52). با این حال توجه به این نکته ضروری است که تغییر و تحولات جمعیتی تنها در سطح خرد و به واسطه افراد و خانواده ها می تواند اتفاق بیافتد و در این میان تصمیم گیری های کلان دولت ها برای تغییرات جمعیتی تنها به واسطه دگرگونی در شرایط محیط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است که می تواند بر تصمیمات افراد و خانوارها تأثیر بگذارد. دولت ها با وضع قوانین و مقررات، ارائه تسهیلات و هم چنین سیستم های مالیاتی می توانند در محیط اجتماعی و اقتصادی واحدهای خرد اجتماعی تغییراتی را ایجاد کنند و به شیوه مستقیم و یا غیرمستقیم تصمیم گیری های جمعیتی افراد و خانواده را تحت تأثیر قرار دهند (رضایی، صلصالی و جهانتیغ، 1394: 120) سیاستگذاران کلان در زمینه برطرف کردن دغدغه ها

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: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



و دشواریهای فرزندآوری به ویژه در عرصه فرصت‌های شغلی و اقتصادی برای محقق کردن پتانسیل‌های امیدوارکننده تصویب و ابلاغ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بود که در سال‌های اخیر اجرایی گردید. با توجه به تصویب و ابلاغ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مقاله حاضر در صدد پاسخ به این سوال اصلی است که چه چالش‌هایی حق سلامت مادران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را تهدید میکند؟ به همین منظور در ابتدا نسبت به مفهوم شناسی و سپس بررسی چالش‌ها خواهیم پرداخت.

## 2- روش تحقیق

تحقیق حاضر به صورت توصیفی و تحلیلی انجام خواهد گرفت. با توجه به این‌که پژوهش حاضر قصد دارد با استفاده از روش‌های معتبر فعالیت‌های علمی و پژوهشی به شرح تفصیلی در مورد متغیرهای موردنظر بپردازد. لذا از روش توصیفی و تحلیلی که از معمول‌ترین و مناسب‌ترین روش‌های تحقیق کیفی می‌باشند استفاده خواهد شد. روش مورد استفاده برای این پژوهش از نوع کتابخانه‌ای بوده و ابزار گردآوری داده‌ها هم از طریق فیش‌برداری از اسناد و گزارش‌ها می‌باشد.

## 3- مفهوم شناسی

در این بخش از پژوهش به مفهوم شناسی متغیرهای وابسته تحقیق برای آشنا سازی مخاطب می‌پردازیم

### 3-1- چالش

چالش وضعیت و پدیده‌ای جدید و دشوار بوده که مواجهه برای حل آن، تلاشی سخت و تعیین کننده را ایجاب می‌کند (ذو علم، 1384، 34) بنابراین می‌توان گفت چالش حق بر سلامت مادران می‌تواند به این معنا باشد که چه مشکلاتی حق بر سلامت مادران را تهدید می‌کند، به عبارت دیگر چالش در این معنا موضوعاتی را شامل می‌شود که در گذشته نبودند ولی امروزه پای به عرصه ظهور گذاشته اند.

### 3-2- حق بر سلامت

سلامتی در لغت فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیسم در حالتی بدون بیماری یا ناهنجاری است؛ اما طبق تعریفی که در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده است، سلامتی نه صرفاً به معنای فقدان بیماری، بلکه در مفهوم سلامتی کامل جسمی و روانی قلمداد شده (تیموری، بیگی و احدی، 1400: 4) و دولت‌ها به طور کلی در ارتباط با تامین و تضمین این حق دارای مسئولیت‌های معینی می‌باشند (آل کجاف، 1392: 139) و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به عنوان مهمترین سند بین‌المللی در این زمینه، کشورها را ملزم به بهبود بهداشت محیط و پیشگیری، معالجه و کنترل بیماری‌های فراگیر می‌داند (جاوید و نیاورانی، 1392: 51) که در صورت به خطر انداختن این حق قابل مجازات و پیگیری می‌باشند. (عمانی و همکاران، 1401: 25)

### 4- چالش‌های حق بر سلامت مادران

سلامت زنان به واسطه عوامل مختلف بیولوژیکی و اجتماعی در معرض آسیب بیشتری قرار دارد. تامین سلامت زنان ضامن سلامت خانواده و اجتماع است که متأسفانه به خاطر تصویب سریع قانون و اجرای آن این مهم در خطر افتاده است. در این بخش از پژوهش به بررسی انواع چالش‌های حق بر سلامت مادران پرداخته و در نهایت اثرات آن‌ها نیز بررسی خواهیم کرد.

### 4-1- فقدان پرداختن به سلامت جسمی

سلامت جسمی به معنای توانمندبودن بدن برای فعالیت روزانه و حفظ انرژی و دوری از بیماری‌هاست و در دو بعد فیزیولوژیک و پاتولوژیک قابل تبیین است (رضایی، صلصالی و جهانتیغ، 1394: 135) بعد فیزیولوژیک سلامت جسمی زنان به واسطه تغییرات گوناگون در طول دوره‌های زندگی شامل بلوغ، قاعدگی، باروری و زایمان و یائسگی است که هر یک از دوره‌ها با ایجاد تحولات گسترده جسمی و کارکرد اندام‌های مختلف شرایط زنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. ظاهر متناسب، وزن متناسب، خواب راحت و منظم، بدن انعطاف‌پذیر، طبیعی بودن نبض و فشار خون، حرکات بدنی هماهنگ در ارزیابی سلامت جسمی کاربرد دارند. مطالعات پاتولوژیک یا آسیب‌شناسی، مطالعه فرایند بیماری‌ها در بدن و تأثیرات آن است. با پیشرفت علوم، شناسایی بیماری‌ها و درمان آنها اهمیت ویژه‌ای یافته است. سرطان‌های رحم، سینه و تخمدان، بیماری‌های مربوط به اندام جنسی زنانه، ناباروری و نازایی و مرگ مادران



از بیماری‌های شایع زنان است (سازمان بهداشت جهانی: ۲۰۲۰). در این میان، توجه به سایر بیماری‌ها فراتر از جنسیت، همچون آرتروز، آزالیمیر و پوکی استخوان و... ضرورت دارد که به دلیل تصویب قانون در کمترین زمان ممکن به این مهم پرداخته نشده است.

#### ۲-۴- فقدان پرداختن به سلامت معنوی

سلامت معنوی از مفاهیم نوپدید است که ابعاد نظری آن کامل نشده و ابزار قابل اعتمادی در جهت اندازه‌گیری آن تولید نشده است. در نظریه‌های موجود، معنویت در دو معنا به کار برده می‌شود؛ برخی آن را به‌منزله مفهوم عام معنایابی در نظر می‌گیرند که کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است و برای احترام، معنا، الهام و هدف تلاش می‌کند. بنابراین، معنویت در این رویکرد بر ارزشها، باورهای اساسی در روابط و اهداف والا متمرکز است. در دیدگاه دوم، معنویت به معنای به‌هم‌پیوستگی با خدا بوده و به رابطه فردی با خداوند مرتبط است و رابطه مستقیمی با مذهب دارد (سام آرام، 1391: 41) همچنین، سلامت معنوی به معنای آرامش باطنی روح، امنیت حقیقی و دستیابی به فضیلت‌های اخلاقی است و در فطرت ریشه دارد و اعتقاد، قدرت لایتناهی و منشأ هستی را دربر می‌گیرد. در اینجا مفهوم معنویت به امر روحانی و غیرمادی معنا شده است. بدین‌گونه که قلب برای تجربه عظمت و شکرگزاری گشوده می‌شود و خود را تسلیم حقیقتی والا تر از خود می‌کند. امروزه درمان معنوی از درمان‌های نوین به‌شمار می‌آید که اثربخشی آن در بیماران و زوج درمانی و روابط عاطفی و بهبود آنان آزموده شده است و ادغام روشهای جسمی و معنوی، اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد چنانچه که امروزه دانشمندان، سلامت زنان، باورها و اعتقادات، اخلاق، ارزشها و سرمایه دینی معنوی در جامعه را، که از دین و معنویت فرد در جامعه منبعث هستند، بر همه متغیرهای سلامت مؤثر می‌دانند و تأکید می‌کنند مجموعه ویژگی‌های ذکر شده بر درک و تفسیر اشخاص از سلامتی خود و دیگران، در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مجموع نظام سلامت اثرگذار است (فرزیدی، 1396: 589) با توجه به تفاوت دیدگاه در جایگاه و ماهیت وجودی انسان در اسلام و نظریه‌های غربی، شاخص‌های سلامت معنوی این دو تفاوت‌های اساسی دارد. مؤلفه‌های سلامت معنوی مبتنی بر آموزه‌های اسلام، شامل توکل و حسن ظن به خدا، تواضع و فروتنی، شناخت نفس، عدالت، تقوا، ذکر خدا، توبه، ایمان و توجه به رضایت الهی است (سام آرام، 1392: 24) امیدواری، تعهد، کمالجویی، داشتن هدف در زندگی نیز در ارزیابی سلامت به‌کار می‌آیند. داده‌های برخی مطالعات نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری با کاهش درد همراه است و ارتباط معناداری باهم دارند. معنادرمانی با هدف ترویج تحولات روحی و روانی و اجتماعی در جهت ارتقای کیفیت زندگی، عزت نفس و امید مؤثر است. مدل زیست روانشناختی اجتماعی یک دیدگاه مدرن انسان‌گرایانه و کل‌نگر از انسان در علوم بهداشتی است که رابطه معنویت و سلامت، حمایت معنوی از بیماران، درمان‌های مکمل معنوی را بررسی می‌کند که استفاده درست و عمیق از این دیدگاه تحولاتی چشمگیر را در مفاهیم بهداشت، بیماری و درمان ایجاد می‌کند. مجموعه‌ای از سازه‌های گوناگون روانی- رفتاری و اجتماعی شناسایی شده اند که سازوکار مؤثر بر ابعاد متنوع ارتباط با مذهب بر پیامدهای مثبت بر سلامتی افراد را طراحی می‌کنند و نتیجه مطالعات حاکی از رابطه معکوس بین مذهبی‌بودن و استعمال مواد، رفتارهای خطرناک جنسی، مصرف الکل و... است (فرزیدی، 1396: 590) سلامت معنوی باورهای فردی را که در مواجهه با بیماری، اعتقادات او را افزایش می‌دهد و تحمل درد و روند درمان را تسهیل می‌کند. سبک زندگی ریشه‌گرفته از اعتقادات و ارزشها با تکیه بر دین، پیشگیری را در بحث سلامت در اولویت قرار می‌دهد که متأسفانه در این قانون به این بعد از سلامت زنان نیز پرداخته نشده است.

#### ۳-۴- فقدان پرداختن به سلامت عاطفی و روانی

بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان، وضعیت به‌زیستی است که در آن فرد توانایی‌های خود را تحقق می‌بخشد، می‌تواند با فشارهای عادی زندگی کند و به طور مفید عمل کند و قادر است به جامعه خود کمک کند (سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان). سلامت روان، طبق این تعریف، هر دو جنبه احساسات مثبت و عملکرد مثبت را دربر می‌گیرد. سه مؤلفه سلامت روان، شامل «به‌زیستی عاطفی»، «به‌زیستی روانی» و «به‌زیستی اجتماعی» است. نکته درخور توجه این است که سلامت عاطفی با سلامت روان تفاوتی اساسی دارد. سلامت روان عمدتاً توانایی افراد در پردازش اطلاعات را دربر دارد و سلامت عاطفی توانایی در ابراز احساسات مربوط به اطلاعاتی است که پردازش شده اند. تعریف سلامت روان به فرهنگ هر منطقه وابسته است و اختلافات کشورها در ارزشها، فرهنگها و پیشینه اجتماعی ممکن است مانع از دستیابی به اجماع عمومی در مفهوم سلامت روان شود (هزار جریبی و مرادی، 1393: 10) اما سلامت روان می‌تواند مفاهیمی گسترده‌تر چون رشد فکری، عاطفی و معنوی، درک مثبت از خود، احساس خودارزشی، هماهنگی درون‌فردی، توانایی لذت بردن از زندگی و توانایی سازگاری

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 - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳





و خودمدیریتی را نیز توسعه بخشد. این بعد از سلامت صرفاً به معنای نبود بیماری روانی نیست، بلکه وضعیتی پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می‌سازد از توانایی‌های خود در هماهنگی با ارزشهای جهانی جامعه استفاده کند. توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات خود و همدردی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی مقابله با حوادث را شامل می‌شود (قاضی نژاد و سنگری، 1395: 275) بنابراین از دید گلدرسی، سلامت عاطفی با سلامت روانی و بهزیستی اجتماعی تفاوت دارد و هر یک مؤلفه‌های خاص خود را دارند. مؤلفه‌های سلامت عاطفی، خوشبختی، علاقه به زندگی و رضایت است. دوست داشتن خود، عملکرد مطلوب در مسئولیت‌های روزمره، داشتن روابط خوب با دیگران و رضایت از زندگی شخصی، شاخص‌های بهزیستی روانی است. بهزیستی اجتماعی نیز مشارکت اجتماعی، ادغام اجتماعی و انسجام اجتماعی را شامل می‌شود. این سه حیطة در حوزه سلامت روان جای می‌گیرند (فیروزی، نوشادی و کاظمی، 1395: 810)

برنامه جامع اقدام سلامت روان برای سالهای 2013 الی 2020 از سوی مجمع جهانی بهداشت با هدف توجه به مسئله روان و تغییر در نگرشهای به تبعیض و انزوا و تقویت کارایی بیشتر به تصویب منجر شد. اهداف اصلی این برنامه بین‌المللی شامل تقویت رهبری و حاکمیت مؤثر بر سلامت روان، ارائه خدمات جامع بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی در محیط‌های مبتنی بر جامعه است که کشورها متعهد شدند مجموعه‌ای از شاخص‌ها را از طریق پروژه اطللس سلامت روانی به صورت دوره ای جمع‌آوری و گزارش کنند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی بین زنان شایع‌تر از مردان است و به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر آنان، مراقبت‌های بهداشت روان از خدمات اولیه تا مراقبت‌های بالینی ضرورت دارد (عقیلیان، رهامی و شامبیاتی، 1397: 59) همچنین، برنامه چهارساله ابتکار ویژه سازمان بهداشت جهانی برای سلامت روان با هدف رعایت استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر و براساس عدم تبعیض، ایجاد سازگاری اجتماعی و توسعه بهداشت روانی تهیه شده است تا در دوازده کشور هدف این اهداف تا سال 2023 محقق شود. نتیجتاً اینکه تعادل بین همه ابعاد زندگی روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی مؤثر بر مدیریت محیط فرد، منجر به تعادل و یافتن راه حل مطلوب می‌تواند تعریف از سلامت روان باشد (مهر آیین، سعادت، عباسی، نریمانی و محمدی، 1395: 126)

احساس گناه، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی از ابعاد سلامت روان به‌شمار می‌آیند. مهم‌ترین شاخصه‌های سلامت روانی را می‌توان درون‌فردی (خودآگاهی هیجانی، احترام به خود)، میان‌فردی (مشارکت، روابط اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی)، مدیریت استرس و کنترل هیجان و سازگاری (انعطاف‌پذیری و شادی) دانست (فیروزی، نوشادی و کاظمی، 1395: 811) به‌طور کلی، سلامت روان را می‌توان رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، ارضای نیازهای فرد به‌گونه متعادل، شکوفاشدن استعدادهای فردی، قبول واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها تعریف کرد که متأسفانه در این قانون به این امر مهم نیز پرداخته نشده است.

#### 4-4- فقدان پرداختن به سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی، از مفاهیم نوپدید حوزه مطالعات اجتماعی است که توانایی تعامل با انسانها و محیط، با هدف ایجاد ارتباط مطلوب فردی، ارتباط صادقانه با دیگران و مدیریت تعارض به شیوه اخلاقی را دربر می‌گیرد. نظریه‌های مختلفی در تبیین سلامت اجتماعی وجود دارد، ولی به‌طور مشخص این مفهوم از نظریه‌های دورکیم در باب از خودبیگانگی و آنومی ریشه گرفته است. او معتقد بود یکپارچگی و همبستگی اجتماعی از مزایای بالقوه یک زندگی عمومی هستند و درک آگاهی مشترک، یک نوع از احساس تعلق و وابستگی و داشتن سرنوشت جمعی از تأثیرات آن است. از دیگر نظریه‌های سلامت اجتماعی، نظریه کبیز است که سلامت اجتماعی را چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در اجتماع می‌داند و ابعاد آن را در «سه‌مداشت اجتماعی»، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی و انطباق اجتماعی ترسیم می‌کند. (احمدی و باباشاهی، 1392: 31) سه‌مداشت اجتماعی، ارزیابی ارزش اجتماعی فرد و پاسخ به این سؤال است که آیا فرد در جامعه مهم است و او چه ارزشی را به جهان اضافه می‌کند. در پذیرش اجتماعی، فرد، جامعه و مردم آن را با وجود همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی می‌پذیرند و باور دارند که افراد می‌توانند مؤثر باشند. این اشخاص دیدگاهی مثبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی دارند. شکوفایی اجتماعی درک افراد را از اینکه آنها هم از رشد اجتماعی منتفع خواهند شد دربر می‌گیرد. یکپارچگی و انسجام اجتماعی، احساس تعلق فرد به جامعه و احساس سه‌مداشتن و حمایت‌شدن از سوی آن است. پیوستگی اجتماعی نیز درک کیفیت، سازمان و عملیات دنیای اجتماعی است (بخارایی، شریبتیان و ایمنی، 1394: 50) برخی دیگر از مطالعات، مؤلفه‌های مهم سلامت اجتماعی را شامل مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی، شناخت اجتماعی، اختلال در رفتارهای اجتماعی، بزهکاری و شاخص‌های مرتبط با سلامت اجتماعی از درآمد ناخالص ملی تا بیکاری و مرگومیر کودکان و امکانات اوقات فراغت می‌دانند (توکل، 1393: 15) پژوهش بومی دیگری،

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: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶-۹ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



ارتباط مناسب با اطرافیان، یادگرفتن مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی کاری، شیوة گذران اوقات فراغت، نظام تأمین اجتماعی دوران سالمندی و میزان بهره‌مندی از سیستم آموزشی و حقوق شهروندی را از ابعاد عام و شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی را از مؤلفه‌های خاص سلامت اجتماعی برمی‌شمارد و مسئولیت تحقق آن را بر عهده مددکاران اجتماعی می‌داند (سام آرام، 1391: 23)

فرهنگستان علوم پزشکی ایران، سلامت اجتماعی را «کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه» تعریف کرده است که نتیجه نهایی این تعامل، ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، فقر و بی‌عدالتی است و نقطه مقابل آن آسیب‌های اجتماعی است (فرهنگستان علوم پزشکی، ذیل سلامت اجتماعی). در مجموع، به نظر می‌رسد عواملی چون بیکاری، عدالت اجتماعی، فرصت‌های برابر یادگیری و توسعه مهارت‌ها، امنیت اجتماعی، آمار طلاق و خودکشی، رشد کنترل شده جمعیت، امید به زندگی، پوشش‌های بیمه، وجود امکانات تفریحی مناسب، کاهش خشونت در رفتارهای اجتماعی، نشاط اجتماعی، اعتقاد اجتماعی، توانمندی‌های اجتماعی و تکریم و عزت نفس، و رای مفاهیم جنسیتی را بتوان از ابعاد سلامت اجتماعی به‌شمار آورد.

نکته درخور توجه اینکه سلامت اجتماعی با وضعیت اقتصادی، سیاسی رابطه معناداری دارد و پیوند شرایط اجتماعی و سلامت، تأثیر نابرابری‌های اجتماعی منجر به تبعیض و بی‌عدالتی و فقر سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. احساس امنیت اجتماعی به قلمروهایی از حریم افراد ارتباط می‌یابد که مرتبط با دیگر افراد جامعه، سازمانها و دولت است و اینکه میزان آرامش خاطر ذهنی و روانی افراد در برابر خطرات احتمالی و مزاحمت دیگر افراد جامعه تا چه حد مصونیت دارند تأمین‌کننده این حس است (بخارایی، شربتیان و ایمنی، 1394: 31) نشاط اجتماعی یک وضعیت روانی مثبت همراه با رضایت‌مندی و خشنودی است که ابعاد احساسی، اجتماعی و شناختی را نیز دربرمی‌گیرد (هزار جریبی و مرادی، 1393: 12) که در این قانون به این امر مهم نیز پرداخته نشده است.

#### ۴-۵- فقدان پرداختن به سلامت فکری

سلامت فکری از مفاهیم جدیدی هستند که در حوزه مطالعات میان رشته‌ای سلامت و البته به‌ندرت به آن پرداخته می‌شود. سلامت فکری فرایند استفاده از ذهن برای ایجاد درک بیشتر از خود و جهان است؛ فرایندی که یادگیری را پررنگ می‌کند و با اطلاعات جدید امکان تغییر آن وجود داشته باشد. همچنین توانایی شنیدن عقاید متفاوت از خود، ریسک‌پذیری، یادگیری از اشتباهات، اکتشاف از هنرهای خلاقانه و توانایی مهارت‌های تفکر انتقادی از ابعاد سلامت فکری هستند (شیروانی و موعودی، 1392: 23) سلامت فکری به مشارکت فعال در فعالیت‌های فرهنگی، علمی و اجتماعی اشاره دارد و بهبود آن با خلاقیت کنج‌کاو و یادگیری مداوم اتفاق می‌افتد. داشتن سلامتی فکری، منشأ اکتشاف و ریسک‌پذیری است که در این قانون به این امر نیز پرداخته نشده است.

#### 5- نتیجه‌گیری و پیشنهادها

دستیابی جامع و کامل زنان به حق بر سلامت آنان نیازمند توجه به ابعاد جسمی، معنوی، روانی، فکری، است و این ابعاد در این پژوهش شناسایی شد. آنچه حایز اهمیت است، تمرکز بر سلامت زن به‌عنوان یک شخصیت مستقل و فارغ از نگاه به او در قالب زندگی مشترک است که در این‌گونه برنامه‌ریزی‌ها طیف گسترده‌ای از دختران مجرد، نوجوانان، زنان تک‌سرپرست را دربر می‌گیرد و تأمین سلامت آنان نیز در اولویت قرار می‌گیرد.

در موضوع سلامت زنان، اگرچه شناخت فیزیولوژیک آنان مرکز توجه پژوهش‌ها قرار دارد، ارتباط فشرده بعد جسمی و سایر ابعاد، نیاز به وجود برنامه جامع‌تری را آشکار می‌کند که این ارتباط‌های چندسویه و به‌شدت اثرگذار با یکدیگر در یک پازل تبیین می‌شود. مقاله، با هدف بررسی چالش‌های حق بر سلامت زنان، ابعاد آن را شناسایی کرد که نیاز به حل این مسایل می‌باشد. دستاورد نظری پژوهش، در قلمرو ماهیت و چیستی حق بر سلامت زنان است و مفهوم سازی نوین با عنوان قابلیت توسعه مفهوم حق در موضوع سلامت زنان ارائه شده است. همچنین این پژوهش در تلاش است تا با مقسم‌کردن عناوین به مفاهیم جدیدتر، مدل مطلوب طراحی برنامه توسعه سلامت زنان پیشنهاد شود و مورد توجه قرار گیرد. محققان بر این باورند که تقنین بدون توجه بر مؤلفه‌های اثربخشی آن فاقد کارآمدی خواهد بود و این مهم با فراهم کردن زیرساخت‌ها و پیوست‌های فرهنگی و اجتماعی محقق خواهد شد. اثربخشی حقوقی در تعیین چرایی و چگونگی کارآمدی قوانین اهمیت ویژه دارد. تدوین سیاست‌ها، بدون توجه به شرایط اجتماعی و بسترها، رهیافت مطلوبی در پی نخواهد داشت. گذشته از تأثیر تفسیری و کاربردی هنجارهای اجتماعی و عرفی بر قوانین داخلی و بین‌المللی سلامت زنان، نحوه اجرای مؤثر قانون دولتی و میزان موفقیت آن نیز تحت تأثیر منابع ساختاری و زیرساختی موجود در سیستم بهداشتی و درمانی است. هنگامی که سیستمی فاقد زیرساخت‌های اساسی برای اجرای حقوق ماهوی و اساسی باشد، قوانینی که باید در آن چارچوب عمل کنند ناکارآمد و بی‌تأثیر می‌شوند.

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

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

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



عوامل مبتنی بر منابع و هنجارهای غیرحقوقی، تعیین کننده های مهمی در «اثربخشی» نظام قانونی هستند. به نظر می رسد تحقق این ابعاد و توسعه مفاهیم نیازمند زیرساخت های قوی در حوزه های مختلف است تا تأثیر آن را تضمین کند.

در این رابطه و برای حل این چالش ها پیشنهادهای زیر ارائه می گردد:

1. نهادهای مرتبط با سلامت زنان در دولت با ایجاد سیستم سلامت زنان و تشکیل پرونده سلامت با تکیه بر ابعاد آن و پایش مستمر و جدی، سلامت زنان را ارزیابی کنند.
2. آموزش نیروی متخصص و توانمند در جهت تحقق این حق که خود جنبه های مختلف سلامت زنان را شناخته و بدان آگاه باشد و سلامت را در پرتو عوامل مؤثر اجتماعی، فرهنگی، حقوقی، روانی و معنوی تبیین کند
3. تحقق این حق نیازمند همکاری همه جانبه قوای سه گانه، مراکز آموزشی و شغلی، فرهنگی و مذهبی است.
4. ایجاد سیستم متمرکز متشکل از روانشناس زبده، پزشک متخصص و... بر مباحث زنان ضرورت دارد که در کنار یکدیگر پرونده جامع اطلاعات سلامت زنان را تشکیل دهند و نظارت کنند و ارزیابی دقیق آن را به صورت پیوسته بازبینی کنند.
5. توجه نخبگان سیاستگذار عمومی و در عرصه بهداشت سلامت به ابعاد مختلف و ایجاد الزام نهادهای مقنن و متولی سیاستگذاری اجرایی در تدوین برنامه های عملیاتی اهمیتی ویژه دارد.

### منابع

1. احمدی، بتول؛ باباشاهی، سعیده (۱۳۹۲). «مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست ها و تحقیقات و خدمات»، پژوهش رفاه اجتماعی، س ۱۲، ش ۴۷، ص ۲۹-۵۹.
2. آل کجباف، حسین (1392)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی، دوره 7، شماره 24، ص 139 - 170
3. بخارایی، احمد و همکاران (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه شناسی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن»، جامعه شناسی معاصر، س ۴، ش ۷، ص ۲۹-۵۴.
4. توکل، محمد (۱۳۹۳). «سلامت اجتماعی، ابعاد، محورها و شاخص ها در مطالعات جهانی و ایرانی»، فصلنامه اخلاق زیستی، س ۴، ش ۱۴، ص ۱۱۵-۱۳۵.
5. تیموری، مهرداد و جمال بیگی و فاطمه احدی (1400)، چالش های فراروی حق بر سلامت زندانیان در پاندمی کرونا و مکانیسم های مقابله با آن، مجله حقوق پزشکی، دوره 15، شماره 56، ص 463 - 476
6. جاوید، احسان و صابر نیاورانی (1392)، قلمرو حق سلامتی در نظام بین المللی حقوق بشر، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، دوره 15، شماره 41، ص 47 - 70
7. ذوعلم، علی (1384)، تاملی در مفهوم چالش، ماهنامه اندیشه و تاریخ سیاسی ایران معاصر، سال 4، شماره 36، صص 34 - 37
8. رضایی، نسرین و همکاران (۱۳۹۴). «شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی، مرور مطالعات کیفی»، پژوهش پرستاری، دوره ۱۰، ش ۳، ص ۱۱۸-۱۳۰.
9. سام آرام، عزتالله (۱۳۹۱). «سلامت اجتماعی، نظریه محوری مددکاری اجتماعی»، پژوهش نامه مددکاری اجتماعی، ش اول، ص ۲۳-۵۲.
10. سام آرام، عزتالله (۱۳۹۲). «چارچوب، محدوده و مؤلفه های مبتنی بر آموزه های اسلام»، برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ش ۱۴، ص ۱-۲۶.
11. صرالله پور شیروانی، سیدداوود؛ سیمین موعودی (۱۳۹۲). «سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش های آن در ایران»، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بابل.
12. عقیلین، نادر و همکاران (۱۳۹۷). «اثر اندیشه های حقوقی در تبیین سیاست های تضمینی در حوزه سلامت»، آموزش و سلامت جامعه، دوره ۶، ش اول، ص ۵۶-۶۱.
13. عمانی، مهدی؛ بیگی، جمال؛ پور قهرمانی، بابک (1402)، نقض حقوق بنیدین بشر با فناوری نوین هارپ، دو فصلنامه حقوق فناوری های نوین، دوره 4، شماره 7





14. فرزندی، فرانک (۱۳۹۶). «دین و معنویت در مدل سلامت زنان ایران: مدل فرمهر»، پایش، س ۱۶، ش ۵، ص ۵۸۷-۵۹۴.
15. فیروزی، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۵). «تعیین شاخص‌های سلامت روانی اجتماعی در کودکان و نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد»، ارمغان دانش، دوره ۲۱، ش ۸، ص ۸۰۴-۸۱۷.
16. قاضی‌نژاد، مریم؛ سنگری، هاجر (۱۳۹۵). «رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان»، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۴، ش ۳، ص ۲۷۳-۲۸۸.
17. مهرآیین، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۵). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان»، جامعه‌پژوهی فرهنگی، س ۷، ش اول، ص ۱۲۵-۱۴۶.
18. هزارجریبی، جعفر؛ مرادی، سجاد (۱۳۹۳). «نشاط اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن»، مطالعات ملی، ش ۶۰، ص ۲۶-۳.



## Challenges of Right to Mothers' Health in the Protection Family & Population of Youth Act

**Zarifeh Rezazadeh Hamidieh**

M.A in Jurisprudence & Criminal Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran  
(Corresponding Author)  
zarifeh.rezazadeh1363@gmail.com

### Abstract

**Background & Aim:** following the rapid decline of fertility in Iran, the establishment of policies to encourage childbearing in the 1390s was taken into consideration by the government, and in November 1400, the Family and Youth Protection Law was promulgated. Now, in the first steps of the implementation of this law, it is the right time to analyze the evaluation of medical professionals and people regarding the implementation challenges of this law and its weak points. Based on this, the purpose of this article is to examine the challenges of the right to mothers' health in the Law on Family and Youth Protection.

**Method:** This writing has been done using descriptive, analytical research methods and data collection using books, articles and websites.

**Findings:** The research findings indicate that personal or environmental or educational factors have a decisive role in preventing women from having children and no solution has been provided in the law.

**Conclusion:** The most important challenges facing the right to mothers in the Family and Youth Protection Law are the lack of incentives to motivate children, the existence of physical and mental danger for unwanted mothers.

**Keywords:** Right to Health, Mother, Protection Family & Population of Youth Act.