نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۵۴ تا ۱۶۰

اصیل

تحلیلی بر سلامت اجتماعی زنان در اسناد بالادستی

معصومه حسینی[1*]، مرضیه وحید دستجردی[2]، مرضیه نجومی[3]

۱. *نویسنده مسئول: دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران، hosseini.maso@gmail.com
۲. استاد، گروه بیماری‌های زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۳. استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت فرد است. سلامت زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت جامعه بر ابعاد سلامت مختلف خانواده و جامعه تأثیرگذار است. بنابراین اسنادبالادستی و قوانین می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت تمام افراد جامعه داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف مشخص نمودن رویکرد اسناد بالادستی در جهت ارتقای سلامت اجتماعی زنان، خانواده و جامعه انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر مطالعه کیفی است. برای بررسی اسناد و مدارک بالادستی مرتبط با سلامت اجتماعی لیستی از اسناد بالادستی مرتبط تهیه (۱۸ سند مرتبط) و توسط مجریان پژوهش مطالعه شده و در دو جلسه گروه علمی سلامت زنان، ۱۵ نفر با تخصص‌های گوناگون بحث گروهی انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل اسناد بالادستی نشان داد؛ در قانون اساسی کشور به تمامی ابعاد سلامت اجتماعی زنان توجه شده است. برنامه سوم، چهارم و ششم توسعه ابعاد ۵ گانه سلامت اجتماعی وجود دارد. در سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش، منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان، سیاست‌های اشتغال زنان، سند ملی سلامت زنان رویکرد سلامت اجتماعی زنان و ارتقا سلامت اجتماعی جامعه دیده شده است. در سایر اسناد بالادستی برخی از ابعاد سلامت اجتماعی زنان کم رنگ‌تر هستند.

نتیجه‌گیری: اسناد بالادستی کشور بر سلامت اجتماعی زنان مترتب بوده و در اسناد جدیدتر نواقص قبلی برطرف شده است. می‌توان با ابزارهای اجرایی مناسب، همکاری‌های درون و بین‌بخشی، اصلاح فرهنگ مسئولان و خودباوری زنان به سوی ارتقای سلامت اجتماعی جامعه گام برداشت.

کلیدواژه‌ها: برنامه‌ریزی بهداشت جامعه، پزشکی اجتماعی، سلامت زنان، سیاست بهداشت

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه تنها فقدان بیماری، تعریف می‌کند. مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد؛ امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و افراد، گروه‌ها، اجتماعات محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم بوده و با رویکردی کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کنار عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در سلامت، توجه خاص شود (۱). امروزه علاوه بر ابعاد جسمانی و روانی سلامت، به بعد اجتماعی آن نیز توجه روز افزون می‌شود. مفهوم سلامت اجتماعی برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط بلوک و بارسلو مورد توجه قرار گرفت که مفهوم سلامت اجتماعی را با میزان فعالیت و عملکرد اعضاء جامعه مترادف دانسته و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند (۲). لارسن معتقد است که سلامت اجتماعی گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست، می‌باشد (۲و۳). ساندرا و میرینگوف سلامت اجتماعی را صفت جامعه می‌دانستند، که شاخص سلامت اجتماعی با هدف بررسی کیفیت زندگی ملت‌ها و جوامع و مشکلات اجتماعی آنها تدوین شده و کمتر به مشکلات فردی می‌پردازد (۴). کییز سلامت اجتماعی را چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست می‌داند و سلامت اجتماعی را براساس مدلی پنج وجهی تعریف می‌کند: ۱- انسجام اجتماعی۲- پذیرش اجتماعی ۳- مشارکت اجتماعی ۴- انطباق اجتماعی ۵- شکوفایی اجتماعی (۵ و۶). بنابراین سلامت اجتماعی فرد، مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت فرد است، زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22034/8.2.4]

می‌اندازند، آثار و تبعات محدودی دارند، اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند بطور مستمر بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌نمایند. سلامت اجتماعی بسی پنهان‌تر و مخفی‌تر از ظهور بیماری جسمی و روانی است، و در گستره‌ی فراخ دامنه روابط اجتماعی تحقق می‌پذیرد که به آسانی نمی‌تواند تحت نظر یا کنترل قرار گیرد (۷). مسائل اجتماعی جامعه، پدیده‌هایی اجتماعی اعم از شرایط ساختاری و الگوهای کنشی هستند که در مسیر تحولات اجتماعی بر سر راه توسعه؛ بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب قرار می‌گیرند و مانع تحقق اهداف شده، ارزش‌ها و کمال مطلوب‌ها را تهدید می‌کنند (۸).

سلامت یک محصول اجتماعی است؛ لذا برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست و امروزه سلامت اجتماعی، بعد بسیار مهمی از سلامت است و در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی، به عنوان یکی از ابعاد سلامت نقش و اهمیت گستره‌ای دارد. بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی و آسیب‌های اجتماعی می‌شود. بنابراین سلامت اجتماعی مورد توجه سیاست‌گذاران، اقتصاددانان و برنامه‌ریزان همه کشورها قرار گرفته است (۹). انسان سالم، محور توسعه اجتماعی است و فرایند توسعه بدون توجه به سلامت، ناممکن است. زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت، یکی از گروه‌های حساس جامعه‌اند و سلامت زنان در ابعاد مختلف، سلامت خانواده و در نهایت سلامت جامعه را به دنبال دارد، همچنین سلامت زنان به تعاملات پیچیده‌ی بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، زمینه تاریخی، اجتماعی، امنیتی و سیاسی زندگی آنها بستگی دارد (۱۰). زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. در نتیجه باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر شود (۱۱). از سوی دیگر از آنجایی که کودکان آینده‌سازان جامعه و زنان پرورش‌دهنده آنها هستند بنابراین، آینده سالم جامعهٔ ما نیز گرو توجه لازم به سلامت زنان و مادران خواهد بود (۱۲). بنابراین برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت اجتماعی زنان می‌تواند تاثیرات مثبتی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تمام افراد جامعه داشته باشد و بی‌توجهی به سلامت اجتماعی زنان، زمینه افزایش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بین اقشار جامعه را فراهم می‌کند. با توجه به اینکه در مطالعات عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان به روش مروری و یا در جامعه‌ای محدود به صورت پژوهش‌های کمی و با استفاده از پرسشنامه‌های موجود تعیین شده، ضروری است قبل از برنامه‌ریزی جهت قوانین و اسناد بالادستی به عنوان پشتوانه قانونی با توجه به شرایط اجتماعی مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد. در مطالعات گذشته مشخص شده عوامل و مولفه‌های حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، درآمد، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، امنیت اجتماعی و مهارتهای ارتباطی، عزت نفس و... از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی در زنان می‌باشند (۱۳و۱۴) که باید زمینه این عوامل را در اسناد بالادستی جستجو کرد. مطالعه حاضر با هدف تحلیل اسنادبالادستی و قوانین موجد مرتبط با سلامت اجتماعی زنان انجام شده است که با حصول نتایج این پژوهش، موارد نقص اسنادبالادستی در این زمینه شناسایی شده و در کنار نتایج قبلی راه‌کارهای عملی و مؤثرتر در جهت ارتقای سلامت اجتماعی زنان، خانواده و جامعه ارائه گردیده است.

روش

در مطالعه حاضر برای مشخص کردن شواهدی مبنی بر تعیین وضعیت و اهمیت سلامت اجتماعی زنان در سیاست‌های کشور پژوهشگران (۴ نفر) به بررسی اسناد بالادستی و مدارک موجود مانند قانون اساسی، برنامه‌های پنج ساله توسعه، سیاست‌های کلی سلامت، سند تحول نظام سلامت، نقشه جامع علمی و سند چشم‌انداز، منشورحقوق زنان و سیاست‌ها و راهبردهای ارتقاء سلامت زنان و سند سلامت زنان و..... (۱۸ سند) پرداختند.

امروزه تحلیل اسناد به عنوان یکی از روش‌های کیفی تحقیق مطرح می‌باشد (۱۵) که طبق مراحل زیر انجام شده است:

۱. مشخص نمودن و تهیه کردن اسناد بالادستی مرتبط؛
۲. بررسی و مطالعه اسناد بالادستی؛
۳. استخراج داده‌ها و مطالب مورد نظر از اسناد بالادستی؛
۴. تحلیل نتایج.

بعد از استخراج داده‌ها در دو نشست گروه علمی سلامت زنان با تخصص‌های سیاست‌گذاری سلامت، پزشکی اجتماعی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، زنان، کودکان و نوزادان، اپیدمیولوژی و علوم اجتماعی، تغذیه کودکان با تعداد ۱۵ نفر بحث گروهی برگزار شده و مورد بحث قرار گرفته و نهایی شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای بررسی اسناد و مدارک بالادستی در ابتدا مفاهیم مرتبط با هر یک ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی طبق جدول ۱ تعیین شد، سپس فهرستی از اسناد بالادستی مرتبط تهیه شده (۱۸ سند مرتبط) توسط مجریان پژوهش مورد مطالعه و تحلیل قرار گرفت، که تحلیل شواهدی مبنی بر سلامت اجتماعی در اسناد بالادستی در جدول ۲ آورده شده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.22034/8.2.4]

جدول ۱. مفاهیم ابعاد سلامت اجتماعی

ابعاد سلامت اجتماعی		مفاهیم
انسجام اجتماعی	اشتغال	پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
پذیرش اجتماعی	تکریم زنان توانمندی‌های اجتماعی	پذیرش بعد از طلاق/ پذیرش زنان سرپرست خانوار و بد سرپرست حمایت اجتماعی
مشارکت اجتماعی	عدالت اجتماعی نگرش مثبت به زنان مشارکت زنان در تصمیم‌سازی‌ها	نبود تبعیض جنسیتی مشارکت زنان در امور اجتماعی
شکوفایی اجتماعی	فرصت‌های برابر یادگیری و تحصیل	فرصت‌های یادگیری مهارت‌ها (مانند ورزش)
پیوستگی اجتماعی	نبود فقر تأمین اجتماعی	پوشش بیمه حقوق شهروندی

جدول ۲. نتایج تحلیل سلامت اجتماعی زنان در اسناد بالادستی کشور

سند بالادستی	ابعاد سلامت اجتماعی				
	انسجام	پذیرش	مشارکت	انطباق	شکوفایی
قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	✓	✓	✓	✓	✓
برنامه اول توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی			✓		
برنامه دوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی	✓		✓		✓
برنامه سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی	✓	✓	✓	✓	✓
برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی	✓	✓	✓	✓	✓
برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی	✓	✓	✓		✓
برنامه ششم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی	✓	✓	✓	✓	✓
سند چشم‌انداز	✓		✓		✓
سیاست‌های کلی سلامت	✓		✓	✓	✓
سیاست‌های کلی خانواده	✓	✓	✓	✓	✓
سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش کشور	✓	✓	✓	✓	✓
نقشه جامعه علمی	✓	✓	✓		✓
نقشه جامع علمی سلامت	✓	✓		✓	✓
نقشه تحول نظام سلامت		✓	✓	✓	✓
منشور حقوق و مسئولیت زنان	✓	✓	✓	✓	✓
سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان	✓	✓	✓	✓	✓
سیاست‌های اشتغال زنان	✓	✓	✓	✓	✓
سند ملی سلامت زنان	✓	✓	✓	✓	✓

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی اسناد بالادستی کشور مشخص کرد که قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مطابق اصل ۳، ۲۰ و ۲۱ با توجه به تأکید بر رشد فضائل اخلاقی، مشارکت، رفع تبعیضات، آموزش و پرورش و تربیت بدنی رایگان، رشد شخصیت زن، حمایت مادران، بقای خانواده و ایجاد بیمه‌های حمایتی از زنان سالخورده و بی سرپرست، ابعاد ۵ گانه سلامت اجتماعی زنان و تمامی جامعه را مدنظر داشته است (۱۶).

قانون برنامه اول و دوم توسعه، بر مشارکت امور اجتماعی و شکوفایی اجتماعی زنان تأکید داشته است. مطابق ماده ۱۵۸ قانون برنامه‌های سوم، در ماده‌های ۵۲، ۹۸، ۱۰۱ و ۱۰۲برنامه چهارم، ماده ۱۹ برنامه پنجم و ماده ۱۰۱ برنامه ششم توسعه به شرح ذیل بر ابعاد متعدد سلامت اجتماعی زنان تأکید شده است (۱۷-۲۲).

- قانون برنامه اول بند ۱۸-۳- مشارکت بیشتر زنان در امور اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی.
- قانون برنامه دوم خط‌مشی دوم بند ۱۳ مشارکت بیشتر زنان و تبصره ۶۵ ایجاد و اختصاص امکانات ورزشی برای دانش‌آموزان دختر و بانوان
- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی فصل ۲۱- فرهنگ و هنر، ارتباطات جمعی و تربیت بدنی و ماده ۱۵۸ شامل:

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22034/8.2.4]

شناسایی نیازهای آموزشی و فرهنگی و ورزشی خاص زنان، ارائه طرح‌های افزایش فرصت‌های اشتغال زنان، طرح‌های لازم برای تسهیل امور حقوقی و قضایی زنان، تهیه طرح ها برای بهره‌گیری از خدمات اجتماعی زنان.

- قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی فصل چهارم توسعه مبتنی بر دانایی و ماده ۵۲ تضمین دسترسی به فرصت‌های برابر آموزشی به‌ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته، فصل هشتم ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی، ماده ۹۸ تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، ماده ۱۰۱ برنامه ملی توسعه کار شایسته، ماده ۱۰۲ ارائه برنامه توسعه بخش تعاونی، فصل نهم ماده ۱۱۱ تقویت نقش زنان در جامعه و توسعه فرصت‌ها و گسترش سطح مشارکت آنها.
- قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۲ تقویت نهاد خانواده و جایگاه زن در آن و ماده ۱۹ بند د- تضمین دسترسی به فرصت‌های عادلانه آموزشی به تناسب جنسیت و نیاز مناطق به‌ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته.
- قانون برنامه ششم ماده ۱۰۱ اعمال رویکرد عدالت جنسیتی در سیاست‌ها، برنامه‌ها و طرح‌ها و ارزیابی و رصد مستمر ارتقای شاخص‌های وضعیت زنان و خانواده (۱۷-۲۲).

در سند چشم‌انداز بیست ساله برخورداری از سلامت، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده و به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مندی از محیط زیست مطلوب مصداق عینی سلامت اجتماعی در راستای ابعاد انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است (۲۳). در سیاست‌های کلی سلامت بندهای۱، ۲، ۷، ۸، ۹، ۱۱ با توجه به تأکید بر ارائه خدمات، رویکرد سلامت همه جانبه، تحقق عدالت و همگانی ساختن بیمه و مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت بر ابعاد مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی به سلامت اجتماعی زنان تأکید شده است (۲۴).

سند سیاست‌های کلی خانواده ابلاغ رهبری در سال ۱۳۹۵ به ارتقاء معیشت و اقتصاد خانواده‌ها با توانمندسازی، ساماندهی نظام مشاوره‌ای و آموزش، مشارکت خانواده، حمایت از عزت و کرامت همسری، نقش مادری و خانه‌داری زنان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و ارتقاء سلامت همه‌جانبه در بندهای ذیل تأکید شده و ابعاد ۵ گانه سلامت اجتماعی زنان پوشش داده می‌شود:

۱. ایجاد فضای سالم و رعایت روابط اسلامی زن و مرد در جامعه؛
۲. ارتقاء معیشت و اقتصاد خانواده‌ها؛
۳. ساماندهی نظام مشاوره‌ای و آموزش قبل، حین و پس از تشکیل خانواده؛
۴. مشارکت خانواده برای پیشبرد اهداف و برنامه‌های کشور؛
۵. حمایت از عزت و کرامت همسری، نقش مادری و خانه‌داری زنان؛
۶. پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و عوامل تزلزل نهاد خانواده؛
۷. حمایت حقوقی، اقتصادی و فرهنگی از خانواده‌های با سرپرستی زنان؛
۸. ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقاء سلامت همه‌جانبه خانواده‌ها (۲۵).

در سند سیاست‌های کلی «ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش کشور» سال ۱۳۹۲ دانش‌آموزان و معلمان به‌طور کلی دیده شده‌اند که بندهای ذیل سلامت اجتماعی دانش‌آموزان و معلمان و به‌دنبال آن سلامت اجتماعی دختران و زنان جامعه تحت تأثیر قرار خواهد گرفت.

۱- تحول در نظام آموزش و پرورش مبتنی بر فلسفه تعلیم و تربیت اسلامی در جهت رسیدن به حیات طیبه (زندگی فردی و اجتماعی مطلوب اسلامی) و رشد و شکوفایی استعدادهای فطری و ارتقاء کیفی در حوزه‌های بینش، دانش، مهارت، تربیت و سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان (شکوفایی اجتماعی).

۳-۳- اعتلای منزلت اجتماعی معلمان و افزایش انگیزه آنان برای خدمت مطلوب با اقدامات فرهنگی و تبلیغی و خدمات و امکانات رفاهی و رفع مشکلات مادی و معیشتی فرهنگیان (انسجام اجتماعی).

۴-۳- توسعه مهارت حرفه‌ای و توانمندی‌های علمی و تربیتی معلمان با ارتقای کیفی آموزش‌های ضمن خدمت و برنامه‌ریزی برای روزآمد کردن اطلاعات تخصصی و تحصیلات تکمیلی معلمان متناسب با نیاز آموزش و پرورش (شکوفایی اجتماعی).

۶-۳- توسعه مشارکت معلمان در فرآیند بهسازی برنامه های آموزشی، پژوهشی، تربیتی و فرهنگی (مشارکت اجتماعی).

۷-۳- استقرار نظام پرداخت‌ها براساس تخصص، شایستگی‌ها و عملکرد رقابتی مبتنی بر نظام رتبه بندی حرفه‌ای معلمان (انطباق اجتماعی).

۲-۵- ارتقای سلامت جسمی و روحی معلمان و دانش‌آموزان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی (پذیرش اجتماعی).

۴-۵- رشد و شکوفایی ذوق و استعدادهای فرهنگی و هنری و تقویت روحیه نشاط و شادابی در دانش‌آموزان (شکوفایی اجتماعی).

۵-۵- توسعه تربیت بدنی و ورزش در مدارس (شکوفایی اجتماعی) (۲۶).

مطابق نقشه جامع علمی کشور اهداف بخش نظام علم، فناوری و نوآوری شامل دستیابی به سطح مناسب دانش عمومی، پوشش کامل دوره آموزش، ایجاد نظام آموزشی مناسب برای هدایت دانش‌آموزان، پرورش استعدادهای شغلی و علمی، دستیابی به سطح دانش و مهارت نیروی کار و دستیابی به نسبت مطلوب تعداد دانشجویان تحصیلات تکمیلی است که بر ابعاد انسجام، پذیرش، مشارکت و شکوفایی اجتماعی تأکید دارد (۲۷). همچنین در نقشه جامع علمی سلامت،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.22034/8.2.4]

اهداف کلان نظام سلامت شامل ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی آحاد جامعه، تامین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴و دستیابی به جایگاه اول منطقه است. همچنین گسترش عدالت آموزشی و ایجاد فرصت‌های برابر آموزشی مادام‌العمر به عنوان راهبرد می‌باشد (۲۸).

در نقشه تحول نظام سلامت بند ۲۱فرهنگ‌سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی و نقش آنها در سلامت خانواده و جامعه و بند۲۲ توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش‌های متعدد زنان در جامعه و خانواده همراه یکدیگر به عنوان ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی زنان مدنظر قرار گرفته شده است (۲۹).

سند منشور حقوق زنان در سه بخش حقوق و مسئولیت‌های فردی زنان، حقوق و مسئولیت‌های خانوادگی زنان و حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی زنان نوشته شده است. هر یک از بخش‌ها فصل‌های مختلفی را در بر می‌گیرد. بخش دوم در ارتباط با حقوق و مسئولیت‌های خانوادگی زنان شامل حقوق و مسئولیت‌های دختران در خانواده، حقوق و مسئولیت‌های زنان در تشکیل و تداوم خانواده و حقوق و مسئولیت‌های زنان در صورت انحلال خانواده می‌باشد. بخش سوم نیز شامل حقوق و مسئولیت‌های سلامت جسمی و روانی زنان، حقوق و مسئولیت‌های فرهنگی و معنوی زنان، حقوق و مسئولیت‌های نظامی زنان و حقوق و مسئولیت‌های قضایی زنان می‌باشد. بنابراین مطابق این منشور دختران و زنان، حق برخورداری از حیات شایسته، عدالت اجتماعی، مسکن، پوشاک، تغذیه سالم و کافی، آموزش، تسهیلات بهداشتی بدون تبعیض، کار متناسب، حقوق و دستمزد برابر، حق باروری، بارداری، تنظیم و کنترل آن، حق مشارکت اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و مشارکت در تصمیم‌گیری را دارند و از حمایت‌های قانونی لازم برخوردار خواهند بود. با توجه به اینکه این منشور با در نظر گرفتن چالش‌ها و مسایل زنان در عرصه‌های گوناگون تدوین شده است، ارتقای کیفی ابعاد ۵ گانه سلامت اجتماعی زنان را مدنظر داشته که با عملی شدن آن، سلامت اجتماعی خانواده و جامعه ارتقاء خواهد یافت (۳۰).

در سند سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی سال ۱۳۸۶، سه سیاست ۱) توجه به مسئولیت‌ها و نقش‌های متعدد فیزیولوژیک، خانوادگی و اجتماعی زنان و توجه به انسجام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی زنان، ۲) توجه به ابعاد مختلف سلامت زنان و ۳) توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی زندگی بر سلامت در راستای ارتقای سلامت زنان تصویب شده است. همچنین در این سند۲۶ راهبرد مطرح شده که با به‌کار بستن اکثریت راهبردها مانند راهبرد ۷،۲۲،۲۳ ارتقاء سلامت اجتماعی زنان محقق خواهد شد (۳۱).

سند سیاست‌های اشتغال زنان در جمهوری اسلامی ایران ابعاد ۵ گانه سلامت اجتماعی زنان با فراهم‌سازی تسهیلات برای اشتغال زنان، مشارکت و تشویق زنان تحصیل کرده مطابق مواد ۵ و ۶ و ۱۱ مورد توجه قرار گرفته است (۳۲). سند ملی سلامت زنان جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۴ توسط گروه سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی تهیه و در کمیته دائمی شورای عالی سلامت به تصویب رسیده که شامل سه هدف کلان ذیل می‌باشد:

هدف اول: ارتقای سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و پیشگیری از بیماری ها و کاهش عوامل خطر سلامت زنان در تمام دوره‌های زندگی؛

هدف دوم: تقویت نقش محوری زنان در تأمین سلامت خود، خانواده و جامعه و افزایش مشارکت آنان در سطوح مختلف سیاستگذاری، تصمیم‌گیری و اجرا؛

هدف سوم: اصلاح و رفع موانع اجتماعی، سیاسی، قانونی، اقتصادی، فرهنگی(مرتبط با سلامت زنان). در ادامه سند ۲۶ هدف اختصاصی در نظر گرفته شده است که هدف شماره ۵ مربوط به ارتقای سلامت اجتماعی زنان با راهبردهای ۱۴ گانه می‌باشد که هریک به یکی از ابعاد سلامت اجتماعی زنان مرتبط است (۳۳). بنابراین درسند حاضر، ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی زنان مورد تاکید قرار گرفته است.

این توضیح لازم است که لایحه صیانت، کرامت و تأمین امنیت بانوان در برابر خشونت در حال بررسی و تصویب در مجلس جمهوری اسلامی ایران می‌باشد. همچنین قوانینی مانند قانون تأمین کودکان و زنان بی سرپرست مصوب ۲۴ آبان ۱۳۷۱ و ممنوعیت ارجاع کارهای سخت و زیان‌آور به زنان (۱۳۶۹) نیز موجود است که به دلیل تک بعدی بودن از لحاظ سلامت اجتماعی زنان از مطالعه خارج شد.

همانطور که در جدول ۲ آورده شده است بررسی و تحلیلی اسناد بالادستی نشان می‌دهد در قانون اساسی کشور به تمامی ابعاد سلامت اجتماعی زنان و در برنامه های توسعه سلامت اجتماعی زنان توجه شده است. به ویژه در برنامه سوم، چهارم و ششم که ابعاد ۵ گانه سلامت اجتماعی پوشش داده شده است. همچنین در سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش، منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان و ارتقای سلامت، سیاست‌های اشتغال زنان، سند ملی سلامت زنان رویکرد سلامت اجتماعی زنان و ارتقای سلامت اجتماعی جامعه وجود داشته و در سایر اسناد بالادستی که برخی از ابعاد سلامت اجتماعی زنان کم رنگ‌تر هستند با اجرایی شدن سایر اسناد در کنار یکدیگر کامل‌تر شده و نواقص رفع خواهد شد. در پایان می‌توان اظهار داشت اسناد بالادستی کشور بر سلامت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22034/8.2.4]

اجتماعی زنان مترتب بوده و در اسناد جدیدتر نواقص قبلی برطرف شده و سلامت اجتماعی زنان مورد تأکید و توجه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران قرارگرفته است. فقط باید ابزارهای اجرایی و همکاری‌های بین‌بخشی و سازمان‌ها با یکدیگر تقویت شده و با اصلاح فرهنگ مسئولان و خودباوری زنان به سوی ارتقای سلامت اجتماعی جامعه گام برداشت.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در ارتباط با انتشار یا نویسندگی این مقاله ندارند.

منابع

1. Purafakari N. Factors affecting of social health in the Paveh. Quarterly Journal of Social Sciences of Islamic Azad University 2012 ; 6(18): 41-60. [In Persian]
2. Vahid Fazel F. Social health of youth and factors affecting in Tehran. Master's thesis, Tehran: Faculty of Social Sciences and Economics, Al-Zahra University; 2012. [In Persian]
3. Larson James S. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social indicators research 1996; 38(2): 181-192.
4. Miringoff Marcl L. Index Of Social Health: Monitoring The Social Well-Being Of The Nation. Tarrytown, NY: Fordham Institute for Innovation in Social Policy; 2003.
5. Keyes Cory LM, Shapiro Adam D. Social Well-being in U.S. A Descriptive Epidemiology. In: Brimo Ryff C, Kessler R, editors. How healthy are we? A National Study of Well-being of Midlife. Chicago: University of Chicago press; 2004.
6. Kangaroo M. The level of social health of witness and non-witness students of the Faculty of Social Sciences of Allameh University. Master thesis, Tehran: Faculty of Social Sciences of Allameh Tabatabayi University; 2007. [In Persian]
7. Hashemi Esfahani Sh. A reflection on social health. hadith of life 2002; 7: 1-10. [In Persian]
8. Hassanpour T, Alizadeh M, Alizadeh Z. Drugs and suicide. Journal of Critical Reviews 2020; 7(10): 532-533.
9. Amini Rarani M, Mousavi MT, Rafiey H. Correlation of social capital with social health in Iran. Social Welfare Quarterly 2011; 11(42): 203-228. [In Persian]
10. Kolander Ch, Ballard D, Chandler C. Contemporary Women's Health: Issues for Today and the Future. New York: McGraw Hill; 2014.
11. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City. Social Welfare 2013; 12(47): 225-243. [In Persian]
12. Ghazi Nejad M, Sangri Soleimani H. The relationship between work and women's social health. Women in development and politics 2016; 14(3): 273-288. [In Persian]
13. Nojomy M, Taifi B. Investigating women's social health and related factors in Iran: a systematic review. Tehran: Academy of Medical Sciences; 2020. [In Persian]
14. Ajorlo M, Aghabakshi HA. The relationship between social intelligence and social health among working women in Karaj city welfare organization in 2014. Social Research Quarterly 2017; 9 (35): 146-124. [In Persian]
15. Bowen GA. Document Analysis as a Qualitative Research Method. Qual Res J 2009; 9(2): 27-40.
16. The Constitution of the Islamic Republic of Iran. 1979. Available at: www.txt.ir [In Persian]
17. Deputy of Parliament Affairs. First National Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament of the Islamic Republic of Iran; 1990. [In Persian]
18. Deputy of Parliament Affairs. Second National Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament of the Islamic Republic of Iran; 1995. [In Persian]
19. Deputy of Parliament Affairs. Third National Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament of the Islamic Republic of Iran; 2001. [In Persian]
20. Deputy of Parliament Affairs. Fourth National Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament of the Islamic Republic of Iran; 2005. [In Persian]
21. Deputy of Parliament Affairs. Fifth National Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament of the Islamic Republic of Iran; 2011. [In Persian]
22. Deputy of Parliament Affairs. Sixth National Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Parliament of the Islamic Republic of Iran; 2017. [In Persian]
23. 20 year vision document of the Islamic Republic of Iran. 2006. Available at: www.dolat.ir [In Persian]
24. General health policies. 2014. Available at: www.Leader.ir [In Persian]
25. General family policies. 2016. Available at: https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=34254 [In Persian]
26. General policies of transformation in the education system. 2013. Available at: https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=22421 [In Persian]
27. National Science & Technology (S&T) Roadmap. Tehran: Supreme Council of Cultural Revolution in the Islamic Republic of Iran; 2010. [In Persian]
28. National Heath Roadmap. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2011. [In Persian]
29. Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education. Health system transformation map. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012. [In Persian]
30. Supreme Council of Cultural Revolution in the Islamic Republic of Iran. Women's Charter of Rights and Responsibilities. Tehran: Supreme Council of Cultural Revolution; 2004. [In Persian]
31. Supreme Council of Cultural Revolution in the Islamic Republic of Iran. Policies and strategies to promote women's health. Tehran: Supreme Council of Cultural Revolution; 2007. [In Persian]
32. Supreme Council of Cultural Revolution in the Islamic Republic of Iran. Women's employment policies in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Supreme Council of Cultural Revolution; 1992. [In Persian]
33. Ahmadi B, Farzadi F. National Document of Women's Health of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Iran Academy of Medical Sciences; 2018. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22034/8.2.4]

Original

Analysis of Women's Social Health in Upper-Level Documents

Hosseini Masoumeh[1*], Marzieh Vahid Dastjerdi[2], Marzieh Nojomi[3]

1. ⁎**Corresponding Author:** Ph.D In Health Policy,Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran, hosseini.maso@gmail.com
2. Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Permanent Member of Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: Social health is more important and sensitive than the physical and mental health. Women's health, as half of the society's population, affects the dimensions of family and society's health. Therefore, upper-level documents and laws can have positive effects on the health of all members of the society. The present study was conducted with the aim of determining the approach of upper-level documents in order to improve the social health of women, family, and society.

Methods: The current research is a qualitative study. To conduct the review, a list of relevant upper-level documents was prepared (18 related documents) and studied by the researchers.

Results: The analysis of the upper-level documents of the country showed that all aspects of women's social health have been paid attention to in the country's constitution. The third, fourth and sixth development programs have also covered social health. In the general policies of creating transformation in the education system, charter of women's rights and responsibilities, women's employment policies, the national document on women's health, the approach of women's social health and social health promotion of society has been seen. In other upper-level documents, some dimensions of women's social health are less clear.

Conclusion: The upper-level documents of the country cover the social health of women. It is possible to take a step towards improving the social health of the society with appropriate executive tools, internal and inter-sectoral cooperation, reforming the culture of officials and women's self-confidence.

Keywords: Community Health Planning, Health Policy, Social Medicine, Women's Health

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22034/8.2.4]