



The University of Tehran Press

Evaluating the Capacity of Policy-Making Approaches in Securing the Right to Women's Health

Leila Bahrami¹  | Hajar Azari²  | Seyed Hosein Kazemi³ 

1. Doctoral graduate of Women's Studies (Women's Rights in Islam), Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: l.bahrami@modares.ac.ir
2. Corresponding Author; Assistant Professor, Department of Women's Studies, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: h.azari@modares.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Public Administration, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares Faculty, Tehran, Iran. Email: H.Kazemi@modaers.ac.ir

Article Info	Abstract
Article Type: Research Article	The basis of societies and their civilization is the fulfillment of rights and their protection and guarantee. In developed countries, creating and accessing the right to health is one of the most important priorities, and the policy-making process in this area can produce different results based on the adoption of various approaches. This research has been done by documentary method and in the first step, it will discuss the existing approaches of policy-making, including the value-based approach, the evidence-based approach and the rights-based approach, and the advantages and disadvantages of benefiting from that explains each one. The results show that if any of the approaches are used in the policy cycle, they can be complementary to each other and not in conflict with each other. It is necessary to base the formation and development of approaches on rights and use the value-oriented approach in the implementation phase and the evidence-oriented approach in the evaluation.
Pages: 1579-1606	
Received: 2024/04/28	
Received in Revised form: 2024/07/08	
Accepted: 2024/09/15	
Published online: 2025/09/23	
Keywords: <i>gender, right to health, policy making, right-oriented approach, women's health.</i>	
How To Cite	Bahrami, Leila; Azari, Hajar; Kazemi, Seyed Hosein (2025). Evaluating the Capacity of Policy-Making Approaches in Securing the Right to Women's Health. <i>Public Law Studies Quarterly</i> , 55 (3), 1579-1606. DOI: https://doi.com/10.22059/jplsq.2024.375556.3519
DOI	10.22059/jplsq.2024.375556.3519
Publisher	The University of Tehran Press. 



ارزشیابی ظرفیت رویکردهای خط‌مشی‌گذاری در تأمین حق بر سلامت زنان^۱

لیلا بهرامی^۱ | هاجر آذری^۲ | سیدحسین کاظمی^۳

۱. دانش‌آموخته دکتری مطالعات زنان (گرایش حقوق زن در اسلام)، گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. l.bahrani@modares.ac.ir

۲. نویسنده مسئول؛ استادیار، گروه مطالعات زنان، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. h.azari@modares.ac.ir

۳. استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. H.Kazemi@modaers.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۱۵۷۹-۱۶۰۶ تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۹ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۵ تاریخ انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ کلیدواژه‌ها: جنسیت، حق بر سلامت، خط‌مشی‌گذاری، رویکرد حق‌محور، سلامت زنان.	اساس شکل‌گیری جوامع و مدنی شدن آن، استیفای حقوق و حفاظت و تضمین آن است. در کشورهای توسعه‌یافته، ایجاد و دسترسی به حق بر سلامت از اولویت‌های مهم به‌شمار می‌آید و فرایند خط‌مشی‌گذاری در این حوزه مبتنی بر اتخاذ رویکردهای موجود می‌تواند نتایج متفاوتی را رقم بزند. این پژوهش به روش اسنادی انجام گرفته و در گام اول به طرح رویکردهای موجود خط‌مشی‌گذاری شامل رویکرد ارزش‌محور، رویکرد شواهدمحور و رویکرد حق‌محور پرداخته شده و مزایا و معایب بهره‌مندی از هریک تبیین شده است. نتایج نشان می‌دهد تدوین یک چشم‌انداز و طراحی ساختار جامع که با تکیه بر حقوق بشر و عدالت شکل گرفته است و دارای ثبات و اثربخشی است، ضرورت دارد و اتخاذ رویکرد حق‌محور که تأمین و تضمین حقوق عامه مردم از جمله زنان، شفافیت، انطباق و انسجام، ثبات، کاهش تضادها از جمله آثار آن است، بر سایر رویکردها ارجحیت دارد و می‌تواند حوزه خط‌مشی‌گذاری را از حالت جنسیت‌بزداید و خنثی رها سازد، البته نباید از رابطه تکمیل‌کننده رویکردها غافل شد. در صورت به‌کارگیری هریک از رویکردها در چرخه خط‌مشی‌گذاری، آنها می‌توانند مکمل یکدیگر باشند نه در تقابل و تضاد با یکدیگر. ضروری است بنیان و اساس شکل‌گیری و تدوین رویکردها بر حق‌محوری باشد و در مرحله اجرا از رویکرد ارزش‌محور و در ارزیابی از رویکرد شواهدمحور بهره برده شود.
استناد	بهرامی، لیلا؛ آذری، هاجر؛ کاظمی، سیدحسین (۱۴۰۴). ارزشیابی ظرفیت رویکردهای خط‌مشی‌گذاری در تأمین حق بر سلامت زنان. <i>مطالعات حقوق عمومی</i>، ۵۵ (۳)، ۱۵۷۹-۱۶۰۶. DOI: https://doi.com/10.22059/jpls.2024.375556.3519
DOI	10.22059/jpls.2024.375556.3519
ناشر	مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.



۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری است.

۱. مقدمه و طرح مسئله

سلامت از بنیادی‌ترین حقوق یک انسان به‌شمار می‌آید که حق حیات بشر به آن وابسته است و توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع بر محور آن بنا نهاده شده است و تأمین آن، رفاه و آرامش را برای افراد در پی خواهد داشت. با رشد و توسعه حقوق بشر، مفهوم حق در ادبیات بین‌المللی پررنگ‌تر شده و تدوین خط‌مشی‌ها و قوانین ذیل آن مورد توجه قرار گرفته است. حل مسائل بهداشتی در عرصه بین‌الملل و تأکید بر احترام جهانی مؤثر بر حقوق بشر، در راستای تأمین رفاه و بالا بردن سطح زندگی در منشور سازمان ملل متحد در ماده ۵۵ مورد توجه بوده است (۱۹۴۵). همچنین حق بر سلامت به‌عنوان یکی از حقوق اساسی در نخستین اسناد بین‌المللی مطرح شده است. برای نمونه در بندهای ۱ و ۲ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، بر تأمین حق سلامت و رفاه افراد و خانواده‌هایشان از نظر غذایی، مسکن و مراقبت‌های پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی تأکید شده است و حمایت خاص از مادران و کودکان را دارای اهمیت می‌داند (اعلامیه جهانی حقوق بشر، ۱۹۴۸).

حق سلامت در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به رسمیت شناخته شده و تمتع از بهترین حالت سلامت جسمی و روانی ممکن‌الوصول معرفی شده است. تقلیل میزان تولد کودکان مرده، بهبود بهداشت محیط، پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر و ایجاد شرایط مناسب برای تأمین پزشکی از بندهای تأکیدشده این کنوانسیون در ماده ۱۲ است (میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی فرهنگی، ۱۹۶۶).

در واقع باید گفت مبنای شکل‌گیری جوامع و مدنی شدن آن، پیاده‌سازی حقوق و حفاظت و تضمین آن است که در همین زمینه، در کشورهای توسعه‌یافته، ایجاد و دسترسی به حق بر سلامت از اولویتهای مهم به‌شمار می‌آید؛ بنابراین روشن است که با رشد و پیشرفت جوامع، حقوق بشر و حقوق شهروندی اهمیت ویژه‌ای یافته و سلامت نیز به‌عنوان یک حق ذاتی مورد بررسی و پژوهش قرار دارد (Grass, 2017; Roseboom, 2019). در پی تحولات مذکور و توجه جدی به حق بر سلامت، رویکردهای جنسیت محور به این حوزه نیز توسعه یافته‌اند تا سلامت زنان را به‌عنوان مقوله مجزا مطالعه و بررسی کند (Plata, 1995; Luppi, 2019) و حوزه خط‌مشی‌گذاری را از وضعیت بی‌توجه به جنسیت خارج کند و زنان و به‌طور مشخص سلامت بر زنان به‌عنوان رویکردی در حیطه خط‌مشی‌گذاری مورد توجه قرار گیرد. سلامت زنان، تحت تأثیر عوامل متعدد از جمله سبک زندگی افراد، شرایط اقتصادی و اجتماعی، علل جسمی و نظایر اینها قرار دارد؛ بنابراین اقتضائات خاص، در جوامع توسعه‌مدار، همسو با تحولات سریع متأثر از عوامل گوناگون، مفهوم حق بر سلامت زنان نیز دچار تحول و توسعه شده و شاخص‌ها و اولویتهای نوینی تحت مفهوم حق بر سلامت زنان شناسایی شده است (آذری و بهرامی، ۱۳۹۹: ۵۳۰) که دستیابی به آن به یکی از اولویتهای سامانه خط‌مشی‌گذاری این کشورها تبدیل شده است.

اقتضائات خاص متوجه حق بر سلامت زنان در میان تأکید و مسئولیت بیشتری را متوجه دستگاه خطمشی‌گذاری این‌چنین خواهد کرد. علت آن است که رابطه مستقیم سلامت با کرامت ذاتی انسان و مفاهیم حقوق بشری، ضرورت پیگیری و حمایت قانونی از آن را آشکار می‌سازد. عوامل مؤثری چون جنسیت، قومیت، محیط، نژاد، بر سلامت افراد تأثیرگذار است. تبعیض‌های جنسیتی و جنسیت، یکی از مهم‌ترین عوامل بر سلامت زنان است که می‌تواند حق ذاتی سلامت زنان را تهدید کند. همچنین به عللی چون شرایط فیزیولوژیکی زنان و تجربه تحولات مختلف در مسیر زندگی اعم از دوران بلوغ، باروری و نظایر اینها سلامت زنان نیازمند بازتعریف است تا در پی آن توجه ویژه به خطمشی‌گذاری سلامت زنان به دلیل تفاوت‌های جنسیتی، تبعیضات متعدد علیه زنان، کاراندام‌شناسی خاص آنان، تغییرات متعدد جسمی در دوران زندگی به شکل مجزا کاملاً صورت پذیرد (Roseboom, 2019: 130؛ احمدی، ۱۳۹۲: ۲۱). بر همین اساس انتخاب رویکرد و خطمشی مناسب از سوی دولت می‌تواند تأمین و تضمین دستیابی به حق بر سلامت را هموار می‌سازد.

دستیابی به حقوق ذاتی، نیازمند حمایت دولت‌ها و متأثر از اتخاذ رویکردها و گزینه‌های خطمشی کارآمد و اثربخش است که با تحولات حوزه حقوق همراه باشند که این مهم با شناخت عمیق شیوه‌ها و رویکردهای خطمشی‌گذاری و انتخاب مطلوب‌ترین آنها میسر می‌شود. خطمشی‌گذاری عمومی، مقوله‌ای معرفتی و دارای زمینه و مبادی است و خواسته یا ناخواسته تحت تأثیر بنیادهای هستی‌شناسانه، شناخت و روش‌شناسانه نظریه‌پردازان آن قرار دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۵). بدین روی تلاش در راستای احقاق حقوق و تضمین سلامت زنان توسط دولت‌ها همواره این سؤال را در پی دارد که کدام رویکرد (مجموعه پیش‌فرض‌های حاکم بر دستگاه خطمشی‌گذاری) برای خطمشی‌گذاری مطلوب‌تر و ظرفیت مناسب‌تری برای پشتیبانی از حقوق سلامت زنان را داراست. سه رویکرد مهم در خطمشی‌گذاری عمومی در این میان شایان توجه هستند. رویکرد شواهدمحور، رویکرد ارزش‌محور و رویکرد حق‌محور سه رویکرد مهمی است که در این پژوهش، خطمشی‌گذاری سلامت زنان با تکیه بر آنها بررسی می‌شود (London, 2008: 14; Nilson, 2017: 567).

در خطمشی‌گذاری حق‌محور^۱، ابتدای خطمشی‌ها بر عناصر تشکیل‌دهنده حق همچون کرامت ذاتی بشر، عدالت و... است. در این شیوه، حق اصالت دارد و بر اساس اعطای حق به هر ذی‌حقی (حق تمتع و استیفا) ضروری است مبنای خطمشی‌گذاری قرار گیرد. از این‌رو تضمین تحقق آن با مؤلفه‌های در اختیار و قابل دسترس بودن، قابل پذیرش بودن، کیفیت مطلوب، منطبق با اصل برابری و پرهیز از تبعیض باید توسط دولت‌ها صورت پذیرد (کریون، ۱۳۸۸: ۵۵۰). همچنین برای نمونه در خصوص حق بر سلامت

1. right-based

زنان باید گفت این حق دارای شمول است و حیطه‌های متعددی از پیشگیری، درمان، خدمات سلامت و موضوعات مختلف همچون سلامت معنوی، اجتماعی، شغلی، زیست‌محیطی و نظایر اینها را شامل می‌شود. از سوی دیگر، در صورت اتخاذ رویکرد شواهدمحور، شواهد آماری، دارای اهمیت است و ضرورت دارد در خط‌مشی‌گذاری عمومی مورد استناد قرار گیرد. به‌روز نبودن اطلاعات و آمارها، عدم امکان دسترسی آسان به آمارها، قابلیت فهم نداشتن آمارهای تولیدی، عدم انتشار به‌موقع، دقت کم در آمارها، شیوه نامناسب استخراج، نبود مشوق‌ها در بهره‌مندی از آمارها در تصمیم‌سازی‌ها و مواردی از این دست خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد را با چالش‌های جدی روبرو می‌سازد؛ بنابراین اتخاذ هر یک از این رویکردها آثار و تبعات متفاوتی را در پی دارد و نتیجه خط‌مشی‌گذاری را متمایز می‌سازد. این پژوهش با تأکید بر حق‌انگاری سلامت به‌عنوان حق ذاتی بشر و ذکر خلأها و نواقص سایر رویکردها همچون کمیت‌گرایی، تمرکزگرایی و تأکید بر موضوع خاص، فقدان رویکرد جامع و تفصیلی و... بر ضرورت دیدگاه جدید در خط‌مشی‌گذاری می‌پردازد.

اگرچه تاکنون تحقیقات متعددی در خصوص سلامت نگاشته شده است (1: Ansera, 2005؛ وحید دستجردی، ۱۳۹۷: ۲۳؛ شاه‌حسینی، ۱۳۹۶: ۱۶)، اما بخش زیادی از آنها در زمینه موضوعات پزشکی و زیستی بوده و مبانی نظری مغفول بوده است. از این‌رو این پژوهش در گام اول و بر اساس نظریات موجود به معرفی ابعاد سلامت زنان می‌پردازد و سپس به تحلیل رویکردهای مختلف خط‌مشی‌گذاری در حوزه سلامت اهتمام می‌ورزد تا در پرتو این موضوع، رویکرد یا ترکیب رویکردهای مطلوب را شناسایی کند، چراکه بر این باور است تغییر رویکرد در تغییر خط‌مشی مؤثر است و بنابر ضرورت‌های انسانی‌سازی حقوق، ورود این حق‌ها به عرصه تقنین امری مهم و لازم به‌شمار می‌آید. چنین رویکردی می‌تواند به تعدیل، تنصیف و تضمین سلامت منجر شود. از سوی دیگر باید گفت، سلامت زنان در دوره اخیر به یکی از حقوق مهم ایشان و دارای ابعاد مختلف تبدیل شده است. وظیفه دولت و هر حکومتی تضمین حقوق از طریق دستگاه خط‌مشی‌گذاری است. با این حال بررسی موضوع سلامت زنان از منظر خط‌مشی‌گذاری نشان‌دهنده نگاه کمیتی و غیر حق‌محور و محدود به این حوزه است که همسو با رویکردهای غیر حق‌محور به خط‌مشی‌گذاری نظیر رویکرد شواهدمحور و ارزش‌محور است که در مرحله اجرا و ارزیابی دارای نقایص و خلأهایی است که تأمین حق بر سلامت را با چالش‌های جدی مواجه می‌سازد؛ بنابراین سؤال اساسی اینجاست که رویکرد غالب به خط‌مشی‌گذاری که در واقع نشان‌دهنده پنداشت غالب به مسئله مورد خط‌مشی‌گذاری است، چیست و آیا ظرفیت لازم برای تضمین حق بر سلامت زنان را دارد و اگر چنین نیست، چه رویکرد یا ترکیبی از رویکردها می‌تواند جامعه را به این هدف برساند. توجه به رویکردهای موجود در خط‌مشی‌گذاری و تجمیع آنها در یک پژوهش، بازتعریف ابعاد سلامت زنان، توجه به جنسیت و تأکید بر اهمیت آن در خط‌مشی‌گذاری‌ها و طرح رویکرد حق‌محور از جمله نوآوری‌های پژوهش به‌شمار می‌آید.

۲. مفاهیم و ادبیات نظری

۱.۲ مفاهیم

۱.۱.۲ حق بر سلامت

واژه سلامت، در فرهنگ‌های معتبر واژگان، به معنای وضعیت عالی جسم و روح و عاری بودن از درد و بیماری آورده شده است (Axford, 2000; Webster, 1989)، رفاه کامل جسمی، اجتماعی و روانی، به زیستی و به‌طور ویژه نبود بیماری و نقص عضو تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت با تکیه بر مبانی حقوق بشری است و برای این مهم رسیدن به عالی‌ترین سطح سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد (WHO, 1948). واژه «بهریستی»^۱ و سلامت اغلب در یک معنا به کار می‌روند، اما باید توجه داشت بهزیستی جامع‌تر است و همه ابعاد سلامت را در برمی‌گیرد. همان‌گونه که در مقدمه نیز اشاره شد، حق بر سلامت در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه بوده است. این ماده مقرر می‌دارد دولت‌های عضو میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامتی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند و برای استیفای کامل این حق باید تدابیری همچون تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان، مرگ‌ومیر کودکان و رشد سالم، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع لحاظ، پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر، بومی، حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها و ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری را اتخاذ کنند.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که با هدف مساعدت به کشورهای عضو میثاق و اجرای تعهدات آن شکل گرفته است، در ۱۱ مه ۲۰۰۰، تفسیر عمومی شماره ۱۴ در زمینه حق بر سلامت را صادر کرد و حق بر سلامتی را حق بشری بنیادی دانست که برای اعمال حق‌های بشری دیگر ضروری و اجتناب‌ناپذیر است و هر انسانی مبتنی بر کرامت حق دارد، به بالاترین سطح آن دست یابد. این حق پیوند نزدیکی با سایر حق‌های بشری درج‌شده در منشور حقوق بشر دارد و به تحقق آنها وابسته است. این حقوق شامل حق بر غذا، مسکن، شغل، آموزش و پرورش، برابری، عدم تبعیض، دسترسی به اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و... است. همچنین این کمیته حق بر سلامت را محدود به مراقبت سلامتی نمی‌داند و منطبق بر ماده ۱۲ میثاق، این حق دربردارنده دامنۀ وسیعی از اعمال اجتماعی و اقتصادی است. این کمیته، حق بر سلامتی را دارای دو عنصر کلی آزادی‌ها شامل حق شخص بر کنترل سلامتی، تولیدمثل پرهیز از مداخله‌های پزشکی بدون رضایت و استحقاق‌ها شامل برابری فرصت‌ها در بهره‌مندی از بالاترین استاندارد می‌داند. در یک جمع‌بندی، کمیته این حق را حق بهره‌مندی از تسهیلات، کالاها، خدمات و شرایط متنوع ضروری برای تحقق بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی معرفی می‌کند (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000: 14).

با توجه به اینکه حق بر سلامت طبق تعاریف مذکور ذابعد است، مفهوم حق بر سلامت زنان در این پژوهش نیز، با تکیه بر نظریه ابوت و جونز^۱ (۲۰۱۵)، هفت مؤلفه را برای سلامت در نظر می‌گیرد و بر اساس آن تغییر در خطامشی‌گذاری‌ها را ضروری می‌داند. این مؤلفه‌ها در بسیاری از تحقیقات و پژوهش‌ها به‌منزله یک شیوه طبقه‌بندی ابعاد سلامت به کار می‌روند. ابعاد سلامت و بهزیستی، از دید ابوت و جونز (۲۰۱۵)، شامل سلامت ذهنی^۲، سلامت فیزیکی^۳، سلامت شغلی^۴، سلامت معنوی^۵، سلامت عاطفی^۶، سلامت محیط زندگی^۷ و سلامت اجتماعی^۸ است. هریک از این ابعاد، دارای شاخص‌های متعدد و متفاوتی است که بهبود و ارتقای سلامت زنان در خطامشی‌گذاری‌های جدید، نیازمند توجه به آن است (آذری و بهرامی، ۱۳۹۹: ۵۴). این ابعاد ارتباط معنادار و تنگاتنگی با یکدیگر دارد و فقدان هریک به کل پیکره این حق آسیب وارد خواهد کرد.

۲.۱.۲. جنسیت

جنسیت^۹، یک مفهوم برساخته اجتماعی است که از واژه جنس^{۱۰} که بر تفاوت‌های زیستی و بیولوژیکی تأکید دارد، متمایز می‌شود. جنسیت، به مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و رفتارهایی که از مردان و زنان به‌صورت متفاوت در جامعه انتظار می‌رود اطلاق می‌شود؛ بنابراین مرتبط با جامعه و فرهنگ است و طبقه‌بندی مردانه و زنانه را در نظر دارد (Burr, 2002: 33). باید گفت مدرنیته، واژه جنسیت را به دال متعالی در گفتمان‌های سیاسی و اجتماعی همچون فمینیسم، لیبرالیسم و مارکسیسم تبدیل ساخته است (خراسانی و احمدوند، ۱۳۹۷: ۱۸۱). تفکیک بین جنس و جنسیت در اوایل دهه ۱۹۷۰ ایجاد شد و افرادی چون آن اوکلی بر آن تأکید داشتند و جنسیت را واژه‌ای که طبقه اجتماعی زنانه و مردانه را توضیح دادند و کاملاً برساخت اجتماعی است معرفی کردند؛ اما امروزه و پس از طی سالیان، برخی نظرها حاکی از این است که لزوماً جنسیت برساخت اجتماع و فرهنگ نیست و تفاوت‌های روان‌شناختی میان دو جنس مرتبط با ویژگی‌های بیولوژیکی نیز بسیار اهمیت دارد.

بنابراین در یک دیدگاه جنس، بر ویژگی‌های طبیعی متمایزکننده زن و مرد همچون اندام‌های جنسی

1. Aboot & Jonse
2. intellectual wellness
3. physical wellness
4. career wellness
5. spiritual wellness
6. emotional wellness
7. environmental wellness
8. social wellness
9. Gender
10. Sex

درونی و بیرونی، تفاوت‌های کروموزومی، تفاوت‌های هورمونی و به‌طور کلی تفاوت‌های فیزیولوژیک میان زن و مرد دلالت دارد و در مقابل مفهوم جنسیت، تفاوت‌ها در عرصه رفتاری، روان‌شناختی، فرهنگی، اجتماعی اطلاق می‌شود. در جنسیت، عواملی چون نگرش‌ها و ارزش‌ها و باورها عامه مردم نسبت به این دو جنس و انتظارات متفاوت نسبت به آنها ناشی و در عرصه‌های مختلف جامعه‌پذیری، برچسب‌های زبانی منعکس می‌شود. بسیاری از نظریه‌پردازان فمینیست، تمایز بین دو مفهوم جنسیت و جنس را مفروض می‌دانند و از آن به‌عنوان مبنایی برای طرح نظریات خود استفاده می‌کنند. در اندیشه آنان، به‌جز برخی تفاوت‌های محدود فیزیولوژیک میان مؤنث و مذکر ذیل عنوان تمایزات جنسی، سایر تفاوت‌ها منشأ اجتماعی و فرهنگی دارند. در دیدگاه اسلامی، با قطع‌نظر از تمایزات جنسی طبیعی، همه تفاوت‌های جنسیتی ناشی از عوامل فرهنگی شناخته نشده است، چراکه اولاً خاستگاه طبیعی دارند و ثانیاً به عوامل اجتماعی وابسته‌اند. به‌طور مثال تمایز و تفاوت در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی زن و مرد به‌عنوان امری تقریباً جهان‌شمول از تصمیمات فرهنگی مبتنی بر ویژگی‌های زیست‌شناختی ناشی شده است؛ بنابراین، جنسیت شامل تمام ویژگی‌های جسمی روحی روانی احساسی و اخلاقی مبتنی بر خلقت انسانی می‌تواند باشد (بستان، ۱۳۹۴: ۳۰).

یکی از مهم‌ترین علل اهمیت یافتن جنسیت در مطالعات و اندیشه‌ورزی‌های اندیشمندان، برآیند تسلط گفتمان جنسیتی نابرابرانه‌ای است که مردانگی و زنانگی را بر اساس ایدئولوژی و برساخت‌های مردسالارانه معرفی می‌کند. این گفتمان فرهنگی به‌دلیل اساس طبیعی مشترک در تمام نسل جنس مذکر، به‌عنوان گفتمان غالب جهانی در نظر گرفته می‌شود و گفتمان مدرن با تکیه بر نظریات فمینیستی، هژمونی جنسیتی غالب را به چالش کشیده است (شیری، ۱۳۹۸: ۲۳۸؛ علاسوند، ۱۴۰۱: ۱۴۰۶). در بحث جنسیت در غرب به گونه عام و در حیطه جامعه‌شناسی جنسیت به‌طور خاص، دو رویکرد عمده را شاهدیم: رویکرد اول، رویکرد محافظه‌کارانه که با تأیید تفاوت‌های طبیعی زن و مرد، بر تداوم یافتن نقش‌های جنسیتی و تفاوت‌ها تأکید دارد و زنان را در نقش مادری و همسری و مردان در نقش نان‌آوری توصیف می‌کند. در رویکرد دیگر، با نقد دیدگاه اول، بر نفی تفاوت‌های طبیعی زن و مرد تأکید کرده و تفکیک جنسیتی نقش‌ها را رد می‌کند. کنت، پارتو، پارسونز، اسپنسر و در آرای ضد فمینیست‌ها نمود یافته است. در رویکرد دوم، دیدگاه‌های فرعی‌تر لیبرال، رادیکال، مارکسیستی، سوسیالیستی و پسامدرنیستی مطرح است و اغلب با اندیشه‌های صاحب‌نظران فمینیست و جامعه‌شناسی همچون گود، فوکو و انگلس شناسایی می‌شوند.

سلامت زنان به‌واسطه عوامل مختلف بیولوژیکی و اجتماعی، اقتضائات خاصی دارد و در معرض آسیب بیشتری است. در نتیجه، خط‌مشی‌گذاری در این حوزه باید جنسیت‌محور باشد. با این حال، اغلب در این موضوع، تمرکز بر سلامت جسمی با تکیه بر باروری یا سرطان زنان است و ابعاد دیگر مؤثر بر آن کمتر مورد توجه و اهمیت قرار گرفته‌اند.

۳.۱.۲. خط‌مشی‌گذاری

تعاریف زیادی در خصوص خط‌مشی وجود دارد که بخش زیادی از آنها بر تلاش برای یافتن پاسخ به یک مسئله عمومی تمرکز دارد (Anderson, 2015: 12; Berkland, 2020: 1). شیوه انجام کار مبتنی بر اصلی علنی و معتبر (Hill, 2005: 23)، تصمیمی پایدار توسط منبع صاحب اقتدار (Shenifer & Borick, 2004: 678)، شیوه اقدام یا عدم اقدام پایدار و هدفمند (Anderson, 2015: 1)، کوشش عقلایی برای دستیابی به هدف و برنامه زمان‌بندی‌شده هدف‌ها، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (Lasol & Kaplan, 1995: 34)، شیوه قصد شده‌ای برای اقدام یا عدم اقدام توسط بازیگر یا مجموعه‌ای از بازیگران (Smiet & Larmer, 2009: 451) از مهم‌ترین تعاریف خط‌مشی است.

خط‌مشی‌گذاری عمومی، فرایندی مسئله‌محور است که دستورگذاری، زیربنای این فرایند به‌شمار می‌آید. راجرز و دیرینگ (۱۹۹۶)، دستورگذاری را رقابتی مستمر بین بازیگران نهادی و غیرنهادی متفاوت باهدف طرح مسائل اجتماعی موردنظر در دستور کار تعریف کرده‌اند (Dearing & Rogers, 1996: 1). جیمز آندرسن^۱، خط‌مشی‌گذاری را مجموعه‌ای هدفمند از اقدامات یا چشم‌پوشی از انجام اقدامات که یک بازیگر یا مجموعه‌ای از بازیگران در مواجهه با یک دغدغه یا مسئله در پیش می‌گیرند، می‌داند. تعریف وی، ویژگی‌های خط‌مشی را در هدف‌گرا بودن، اتخاذ شدن توسط مقامات دولتی، متشکل بودن از الگویی از اقدامات در گذر زمان، محصول تقاضای مبتنی بر مسئله، معرفی نماید که سبب می‌شود مجموعه اقداماتی توسط دولت هم به شکل ایجابی و هم سلبی صورت پذیرد (کوبین بی، ۱۳۹۹: ۲۲؛ مولایی، ۱۴۰۳: ۵).

مراحل متفاوتی برای خط‌مشی‌گذاری برشمرده شده است. برخی اندیشمندان در مدل چهارمرحله‌ای، قالب‌بندی مسئله، تدوین خط‌مشی، اجرا و در نهایت ارزیابی را جزو مراحل اساسی می‌دانند (Walser Ried, 2011: 68). مدل شش‌مرحله‌ای، یکی از مهم‌ترین مدل‌هایی است که در ۱. شناسایی و تعریف مسئله، ۲. تنظیم دستور کار، ۳. فرمول‌بندی خط‌مشی‌ها، ۴. مشروعیت‌بخشی، ۵. پیاده‌سازی و ۶. ارزیابی خط‌مشی خلاصه می‌شود. برخی دیگر پس از مرحله ارزیابی، مرحله خاتمه را نیز به‌عنوان یک مرحله مستقل در نظر می‌گیرند.

نکته شایان ذکر در حوزه خط‌مشی‌گذاری مرتبط با مبحث مقاله حاضر این است که خط‌مشی‌گذاری یک حوزه جنسیت زوده است و به‌عبارتی این حوزه به یک معنا نخبه‌گرا و به معنای دیگر مردانه است که به مسئله جنسیت به‌طور کل و زنان به‌طور خاص، گاه و صرفاً در حد موضوع و محتوای خط‌مشی‌گذاری پرداخته است.

1. Anderson

۲.۲. پیشینه پژوهش

با توسعه حقوق بشر، اسناد متعدد و متفاوتی، بحث حق بر سلامت را مورد توجه و تأکید قرار داده‌اند. علاوه بر اسناد نسل اول همچون منشور سازمان ملل متحد، کنوانسیون بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان یکی از اسناد حقوق بشر نسل دوم، حق سلامت^۱ را مورد توجه قرار داده و بهره‌مندی از بهترین حالت سلامت روانی و جسمی قابل دسترس را در تعریف آن آورده است. کاهش میزان مرده متولد شدن نوزادان، پیشگیری و درمان بیماری‌های واگیر، توجه به بهداشت محیط، و ایجاد بستر مناسب برای تأمین محصولات طبی از جمله موارد مؤکد در این کنوانسیون در ماده ۱۲ است (۱۹۶۶).

اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در اتاوا، تأمین درآمد مکفی، اکوسیستم باثبات، فراهم کردن سرپناه، بهبود آموزش و پرورش، تأمین مواد غذایی، منابع پایدار، تأمین صلح، عدالت اجتماعی و برابری را از جمله پیش‌نیازهای اساسی سلامت معرفی کرده است. منشور اتاوا^۲ (۱۹۸۶: ۱۳). بر اثربخشی جدی تبعیض، فقر، قومیت، ملیت، تحصیلات، جنسیت، مذهب، شغل، استرس و خشونت بر سلامت انسان تأکید دارد و سبک زندگی و جهانی‌سازی را مؤثرتر از عوامل بیولوژیک در سلامت معرفی می‌کند.

در همین زمینه، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز در بند ۱۲ برای تأمین و ایجاد رفاه و رفع محرومیت در زمینه تغذیه، مسکن، بهداشت و تعمیم بیمه، و باهدف پی‌ریزی اقتصاد عادلانه و صحیح، دولت را مکلف کرده است. حق بهره‌مندی از تأمین اجتماعی از حیث بازنشستگی، پیری، بیکاری، دراهماندگی، بی‌سرپرستی، سوانح و حوادث، نیاز به خدمات درمانی و بهداشتی، مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه در اصل ۲۹ قانون اساسی مورد تأکید بوده و تأمین آن از وظایف دولت دانسته شده است. همچنین به‌منظور تأمین و تضمین حقوق زنان، اصل ۲۱ قانون اساسی، حمایت از مادران به‌خصوص در ایام بارداری و حضانت فرزندان و شکل‌دهی بیمه خاص زنان سالخورده و بیوه را به رسمیت شناخته و بر آن تأکید کرده است. همچنین اصل ۴۳ قانون اساسی در ذیل اصول مربوط به اقتصاد و امور دارایی، ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت، تأمین بهداشت و درمان در راستای تحقق استقلال اقتصادی جامعه و توجه به نیازهای انسان در مسیر رشد اشاره کرده است و این موضوع رابطه سلامت با اقتصاد را آشکار می‌سازد.

منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی نیز، با شناسایی حقوق زنان در عرصه‌های مختلف، به ترسیم آن و مسئولیت‌های زنان پرداخته است. حق برخورداری از حیات شایسته و تمامیت جسمانی و مسئولیت محافظت از آن در مقابل هرگونه بیماری (بند ۱ بخش اول)، حق برخورداری دختران از تسهیلات بهداشتی جهت تأمین سلامت

1. right to health

2. Ottawa Charter

جسمی و روانی (بند ۱۵)، حق و مسئولیت تأمین، تشخیص، مهارت و سلامت در ارتباط جنسی با همسر قانونی (بند ۲۹)، حق باروری، بارداری و تنظیم و کنترل آن (بند ۴۳)، حق برخورداری از سلامت جسمی و روانی در زندگی فردی و اجتماعی (بند ۴۷) و... از حقوق مطرح در منشور است.

مرور اسناد گفته شده، مبین این نکته است که سلامت و حق‌انگاری آن، به مرور توسعه یافته و علاوه بر بعد جسمی، ابعاد دیگری را نیز در برمی‌گیرد، و تحقق سلامت نیازمند نگاه جامع اعم از بعد مادی و غیرمادی است. با این حال، بررسی خط‌مشی‌های موجود در جمهوری اسلامی ایران در اوایل انقلاب، نشان می‌دهد بخش زیادی از خط‌مشی‌ها و قوانین، راجع به سلامت زنان تحت موضوعاتی چون بارداری و بهداشت و در بیشتر موارد بر مبنای ارزش‌محوری، تدوین شده‌اند. مرور روند خط‌مشی‌گذاری طی چهل سال گذشته و قوانین مصوب بر این امر صحنه می‌گذارد. برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر (۱۳۶۵)، تربیت ماما روستا (۱۳۶۹)، احداث واحدهای تسهیلات زایمانی (۱۳۶۹)، طرح آموزش‌های قبل از دواج (۱۳۷۰)، برنامه پیشگیری از سرطان پستان و سرویکس (۱۳۷۶) از جمله خط‌مشی‌هایی است که در چارچوب سلامت جسمی و باروری زنان تدوین شده‌اند، این مسئله سبب شده است اولاً کمیت اولویت یافته و ثانیاً همه ابعاد سلامت مورد توجه قرار نگیرد و ابعاد قابل تبدیل به آمار و ارقام همچون میزان مرگ‌ومیر مادران، واکسیناسیون و نظایر اینها اهمیت یابد. با توسعه جوامع و تحول در مفهوم حق سلامت، توجه به همه ابعاد مبتنی بر جنسیت، ضرورت دارد.

بررسی مقالات متعدد در بحث ماهیت سلامت زنان و چگونگی تحقق آن نیز، بیان‌کننده تبیین حق بر سلامت زنان با توجه خاص و بیشتر بر سلامت جسمانی و باروری و زایمان است. با توسعه تحقیقات در زمینه سلامت زنان، مقالات زیادی در خصوص اثربخشی جنسیت بر سلامت زنان، سرطان‌های خاص زنان و بیماری‌ها، سلامت بارداری و زایمان به رشته تحریر درآمده است. با توسعه نظرهای حقوق بشری، شکاف جنسیتی و نابرابری‌ها یکی از علل و موانع جدی عدم امکان دسترسی زنان بر حق سلامتشان دانسته شده است. رسبوم^۱، در بیان علل مهم کاهش سلامت زنان، خشونت، نابرابری جنسیتی، فقر منتهی به صدمات جسمی و روانی را برمی‌شمارد و آن را مؤثر می‌داند. او بیان می‌کند آسیب به سلامت زنان در اشکال مختلف، علاوه بر خود آنها بر کودکانشان نیز تأثیر می‌گذارد و می‌تواند بر مختل کردن رشد کودکان و کاهش سلامت نسل‌های آتی نیز اثر بگذارد؛ بنابراین، تلاش برای نیل به برابری جنسیتی با حمایت افراد فعال در زمینه حقوق بشر، متخصصان بهداشت، سیاست‌گذاران، اهمیت ویژه دارد (Roseboom, 2019: 4).

با این حال، به مرور و بر اساس تحولات گسترده توسعه محور، ابعاد سلامت و بهزیستی، بازتعریف شده و سلامت فیزیکی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، سلامت ذهنی، سلامت محیط زندگی،

سلامت شغلی و سلامت عاطفی به عنوان ابعاد جدید معرفی شدند (ابوت و جونز، ۲۰۱۵). با توسعه مفهوم سلامت، در برخی پژوهش‌های موجود، سلامت زنان، به شکل گزاره‌ای کلی بررسی شده است؛ تأکید بر سلامت زنان در مقالات طبی و پزشکی با اهمیت ویژه بر سلامت روانی و جسمی (1: Gress, 2003; Kampel, 2005؛ بنائیان، ۱۳۸۵؛ سپهر منش، ۱۳۸۸)، سلامت اجتماعی (Keys, 2004، محسنی، ۱۳۹۵؛ مدیری، ۱۳۹۶)، منابع سلامت زنان (سبزواری، ۱۳۹۳)، سلامت زنان شاغل و خانه‌دار (ساروی، ۱۳۹۳؛ محمدی، ۱۳۹۰) و نیز تبیین چارچوب سلامت زنان و ابعاد آن (احمدی، ۱۳۹۲؛ رضایی، ۱۳۹۴) از جمله این پژوهش‌هاست.

در سال‌های اخیر، با ابتنا بر اعلامیه جهانی حقوق بشر، رویکرد متفاوتی نسبت به سلامت ایجاد و سبب شد به آن از منظر حق ذاتی بشری پرداخته شود (Bekman, 2008; Tobss, 2001). این پژوهش‌ها، ابعاد مختلف سلامت را با رویکرد حق‌انگاری مورد توجه قرار داده‌اند تا تغییر ماهیت و دستیابی به آن را آشکار کنند. در پژوهش‌های بومی نیز این رویکرد، نوین به‌شمار آمده و در سال‌های اخیر برخی پژوهشگران بدان توجه کرده‌اند. پرداختن به مفهوم و ماهیت این حق در اسناد بین‌المللی، به عنوان اصلی مبتنی بر کرامت انسانی از جمله پژوهش‌های اولیه بومی در حیطه حق بر سلامت به‌شمار می‌آیند (آل کجاف، ۱۳۹۲؛ عباسی، ۱۳۹۳؛ عبدی، ۱۳۹۳). همچنین متقی، ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن و عملکرد پیشینی دولت‌ها را ارزیابی کرده و تکالیف پسینی تحقق حق را پیشنهاد داده است (متقی، ۱۳۹۶: ۱۲۳). برخی پژوهش‌ها نیز با تکیه بر حق بر سلامت، حیطه خاصی را همچون حق بر سلامت کودکان (سلامی، ۱۳۹۹؛ ابراهیمی، ۱۳۹۸)، حق دسترسی به دارو (نیاورانی، ۱۳۹۴) و نظایر اینها مورد توجه قرار داده‌اند.

در محور خط‌مشی‌گذاری و تدوین قوانین سلامت نیز، پژوهش‌های موجود بر الزامات دولت‌ها و توجه به تحولات اجتماعی متمرکز شده‌اند. توجه به تغییرات اجتماعی در تدوین خط‌مشی‌های سلامت‌محور ضرورت دارد؛ دوران^۱ حقوق سلامت را مبتنی بر روش‌های تحقیقات مشارکتی در جامعه و تأثیر ساختار آن در شکل‌گیری این حق دانسته است. تبیین بستر جامعه‌شناختی در راستای شناسایی حق سلامت در این مقاله حائز اهمیت است (Duran, 2019: 313).

برخی پژوهش‌ها، خط‌مشی‌گذاری سلامت را از منظر الزامات دولت‌ها مورد توجه قرار داده‌اند. تعریف واژه دولت و حقوق عمومی و مفهوم‌شناسی آن و چالش‌های موجود برای تدوین قوانین و مقررات از موضوعات مهمی است که در مقاله «چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت» بررسی شده است (اصغرنیا، ۱۳۹۵: ۳۷). موارد محدودی از پژوهش‌ها نیز بر مدل‌های خط‌مشی‌گذاری سلامت متمرکز شده‌اند.

1. Duran

یکی از رویکردهای مهم در این حوزه، خطامشی‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت است که تدوین خطامشی‌ها بر این اساس را منجر به برنامه‌ریزی دقیق و توأم با آگاهی در زمینه برنامه‌ریزی‌ها، خطامشی‌ها با افزودن بهترین اسناد و شواهد موجود از تحقیقات در قلب توسعه و اجرای خطامشی و تحول در این عرصه می‌داند (Yang, 2002; Davis, 2000; ابراهیمی، ۱۳۹۳). در رویکرد ارزش‌محور، به‌عنوان یک رویکرد کمیت‌گرا، توجه به زیربنای اقتصادی خدمات سلامت در خطامشی‌گذاری ضروری شمرده می‌شود (Vann, 2017: 21; Brool, 2017: 11; Porter, 2009: 332؛ قدیریان، ۱۳۹۷: ۴۷).

با مطالعه و بررسی پژوهش‌های موجود، سه نکته مهم و اساسی استخراج می‌شود: اول اینکه با عنایت بر اهمیت سلامت زنان، در این حوزه مفهومی شاهد نوعی تشتت و پراکندگی مفهومی وجود دارد. نبود تعریف کامل و دقیق از مفهوم حق بر سلامت و مشخص نبودن وظایف دولت‌ها در تدوین سیاست‌ها و خطامشی‌گذاری‌ها و چگونگی دستیابی به آن مسائل مهمی است که بر طرح بحث آن، ضرورت دارد. اغلب و متأسفانه در موضوع سلامت زنان، سلامت جسمی، باروری، سرطان‌های زنان مورد تأکید بیشتری است و سایر ابعاد مغفول مانده یا کمتر بدان پرداخته شده است.

دومین نکته، فقدان نگاه جامع به رویکردهای موجود و توجه به رویکرد حق‌محور در خطامشی‌گذاری‌های سلامت زنان است. بررسی پژوهش‌های موجود در خطامشی‌گذاری سلامت، اغلب حول محور تکالیف دولت‌ها است و به‌ندرت نظریات خطامشی عمومی در حیطه سلامت مورد توجه بوده است؛ بنابراین، ضرورت پرداختن به مبانی خطامشی‌گذاری با رویکرد حق‌انگاری آشکار می‌شود و پرداختن به این خلأ از جمله اهداف این پژوهش است.

سومین مسئله این است که در پژوهش‌های انجام‌گرفته، خطامشی‌گذاری به‌صورت خنثی و فارغ از جنسیت اعم از مردانه و زنانه نگریسته شده است که خود خلأ بزرگی در تحقیقات مرتبط با خطامشی‌گذاری در حیطه حق بر سلامت زنان است.

۳. رویکردهای خطامشی‌گذاری مبتنی بر حق سلامت زنان

عوامل مختلفی در تدوین و اتخاذ خطامشی‌های عمومی اثرگذار است که مهم‌ترین این عوامل شامل تجربه و خبرگی خطامشی‌گذاران، سنت و عادات، ایدئولوژی (ارزش‌ها و عقاید سیاسی)، منابع در دسترس، گروه‌های فشار و دلالتان سیاسی، عمل‌گرایی و اقتضائات و شواهد هستند که هریک روش و آثار متفاوتی دارد و نیازمند ارزیابی مجزاست. با این حال به‌طور کل می‌توان گفت سه نوع خطامشی‌گذاری در عرصه سلامت، بیش از سایر رویکردها مورد توجه بوده است. خطامشی‌گذاری شواهدمحور، ارزش‌محور و حق‌محور که به‌تفصیل به آن پرداخته خواهد شد.

۱.۳. خط‌مشی‌گذاری ارزش‌محور

در خصوص مفهوم و ماهیت ارزش اجماع و اتفاق نظر وجود ندارد به دلیل ابهام در تعریف آن، دو نوع رویکرد نسبت به ماهیت ارزش وجود دارد. برخی افراد ارزش‌ها را اصول اخلاقی مثل برابری و آزادی و نظایر اینها می‌دانند و عده‌ای دیگر بر اولویت‌ها و ترجیحات نظام سلامت تأکید دارند. در رویکرد اول، دیدگاه‌های عمیق افراد و باورهای آنان، اصول مرتبط با کار را شکل می‌دهند و ارزش‌ها با ایدئولوژی‌های اخلاقی هر فرد تعریف و توسعه می‌یابد (Shams, 2021: 3; Richard Willmas, 2007: 224). در دیدگاه دوم، در نظام ارزش‌محور^۱، تغییر و توسعه روش‌ها برای بهبود شرایط اولویت دارد و راهبرد مدیران و رهبران در مدیریت تغییر در این رویکرد حائز اهمیت است (Nilsoon, 2017: 33). هدف رویکرد ارزش‌محور، افزایش ارزشی است که از منابع موجود برای یک جمعیت به دست می‌آید (Gray, 2017: 1). بر اساس این رویکرد، مراقبت ارزش‌محور در سال ۲۰۰۶ برای اولین بار در عرصه خدمات سلامتی مطرح شد که بر اساس آن پرداخت بر اساس چگونگی روند درمان بیماری و با تمرکز بر بیمار، جایگزین پرداخت بر اساس خدمات توسط کارکنان می‌شود و جبران خدمات کارکنان سلامت در صورت بهبود بیمار و کاهش عوارض بیماری محقق خواهد شد، در این پارادایم کمیت‌محور، مهم‌ترین زیربنا، ارزیابی اقتصادی خدمات سلامتی همچون افزایش تعداد بیماران درمان‌شده در کنار کاهش هزینه‌هاست. اساس این پارادایم، نوعی مدل ارائه خدمات محسوب می‌شود. از منظر مدل ارزش‌محور، سه شاخص کیفیت، دسترسی و ارزش خدمات سلامتی، شاخص‌های کلیدی و نشان‌دهنده اثرگذاری خدمات بر اقتصاد سلامت هستند (Bernan, 2013: 23).

کارآمدی هزینه برای سلامت در عین دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و بهبود بیمار در این رویکرد اولویت دارد. این نظریه بیمارمحور است و بر چرخه کلی تجربه بیمار از کل چرخه مراقبت، تمرکز دارد. معیارهای استانداردشده، امکان ارزیابی را برای این روش فراهم می‌کنند. هماهنگی و هدفمندی نظام بهداشتی در این چرخه بسیار ضروری است (Elef, 2017: 1). مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر ارزش نه تنها نیازمند شناسایی فرایندهای کلیدی در حوزه بالینی است، بلکه به تجزیه و تحلیل کافی از زنجیره ارزش تحویل داده‌شده به بیمار نیز نیاز دارد. استفاده از فناوری‌های نوین برای ایجاد دستگاه‌های دقیق مدل‌سازی در ارتقای این رویکرد اثربخش خواهد بود (Banez, 2019: 1).

ارزیابی اقتصادی، ابزاری ارزشمند و مهم در خط‌مشی‌گذاری و تصمیم‌سازی در خدمات سلامتی به شمار می‌آید. پارادایم کمیت‌محور^۲، طی دهه‌های متمادی، مهم‌ترین زیرساخت ارزیابی در عرصه

1. value-based
2. Volume based

سلامت به شمار می‌آید. این رویکرد، کاهش هزینه‌ها در کنار میزان تعداد بیماران درمان‌شده را به عنوان هدف پیش‌روی خود داشت. افزایش هزینه‌های سلامتی بدون بهبود کیفیت مدنظر منجر به این شد که صاحب‌نظران علت این رخداد را مدل‌های ناکارآمد خدمات سلامتی معرفی کنند که کاهش کیفیت را به همراه افزایش هزینه‌ها در پی داشت (قدیریان، ۱۳۹۷: ۱۹۷).

۲.۳. خط‌مشی‌گذاری شواهدمحور

خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد، رویکردی عقلایی و نظام‌مند متکی بر پژوهش‌های جدیدی است که با بهره‌مندی از شواهد محکم، در پی اتخاذ بهترین خط‌مشی است (Davirs, 1999: 1). شواهد به معنای نتایج تحقیقات جامع و نظام‌مندی است که از بهترین شواهد در دسترس در جهت ایجاد، اجرا و توسعه خط‌مشی‌ها استفاده می‌کند (Davirs, 2004: 12).

خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد، رویکردی است که کمک می‌کند تصمیم‌گیری آگاهانه در خصوص برنامه‌ها، پروژه‌ها و خط‌مشی‌ها اتخاذ شود که این رویکرد در مقابل رویکرد خط‌مشی در پرتو عقاید و نظرهاست که اغلب برگرفته از تعصبات، حدس و گمان و یا نگاه ایدئولوژیک است. پژوهشگران، خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد را فرایندی دقیق و مستند باکیفیت بالا می‌دانند که جایگزین خط‌مشی‌های مبتنی بر عقیده می‌شود. این رویکرد ابتدای تدوین و وضع خط‌مشی‌ها را برای اثربخشی بیشتر بر اساس شواهد عینی معرفی می‌کند. پیش‌فرض اصلی خط‌مشی‌گذاری در پرتو شواهد بر این نکته است که اگر بتوانیم در مسئله مدنظر، اطلاعات وسیع و دقیق و باکیفیت گردآوری کنیم که قابلیت تبدیل به دانش معنادار را دارا باشد، امکان اتخاذ تصمیمات صحیح‌تر وجود دارد (دانایی‌فرد، ۱۳۹۲: ۲۰). در واقع در این شیوه، بر روش علمی و محققانه در امر خط‌مشی‌گذاری تأکید و تلاش می‌شود با ژرف‌نگری یک مجموعه شواهد و معیارها و شاخص‌های کلی برای ارزیابی و تدوین خط‌مشی ارائه شود.

اطلاعات جمع‌آوری‌شده برای خط‌مشی‌گذاری شواهدمحور، باید بر اساس طیف وسیعی از شواهد باشد نه صرفاً یک یا تحقیقات محدود؛ بنابراین کیفیت، اعتبار و ارتباط شواهد با خط‌مشی‌گذاری‌ها دارای اهمیت است. در این رویکرد نحوه اتخاذ نتایج شواهد موجود در مراحل خط‌مشی‌گذاری از فرموله کردن تا اجرا و ارزشیابی ضرورت دارد. همچنین باید توجه داشت این شواهد باید با تفحص و تجربه افراد، ظرفیت سازمان‌ها ادغام گردند. ارزیابی نقادانه^۱ از شواهد موجود خود به دانش و تفحص نیازمند است (نصرالله‌پور، ۱۳۹۲: ۳۵).

۳.۳. خط‌مشی‌گذاری حق‌محور

رویکرد حق‌محور^۱، در راستای دیدگاه‌های حقوق بشری در کاهش نابرابری‌های جهانی مطرح شده است که تأمین حقوق اساسی افراد را منطبق با اسناد حقوق بشری مطالبه می‌کند. سه جنبه از ماهیت سلامت به‌عنوان یک حق با تکیه بر رویکرد حق‌محور قابل احصاست: تقسیم‌ناپذیری حقوق مدنی و سیاسی و حقوق اجتماعی - اقتصادی (توجه به روح کلی حق بر سلامت در تمامی حقوق و قوانین)، نقش هنجاری قدرتمند حقوق بشر در ایجاد مسئولیت در مقابل حمایت‌ها، و جدی گرفته شدن افراد در معرض نقض حقوق بشر (London, 2008: 1). دولت‌ها ذیل بند ۱ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متعهد می‌شوند که با سعی و تلاش خود از طریق همکاری بین‌المللی به‌ویژه در زمینه‌های فنی و اقتصادی با بهره‌گیری از حداکثر امکانات موجود به‌منظور حصول تدریجی و اعمال کامل حقوق شناخته‌شده در میثاق اقدام به قانونگذاری کنند.

در واقع رویکرد مبتنی بر حقوق بشر با استفاده از حمایت، بسیج اجتماعی و امکان استفاده از ظرفیت‌های قانونی، دولت‌ها را به اعمال حقوق سلامت مکلف می‌کند. این رویکرد، به‌دلیل استفاده واضح از سازوکارهای قانونی، نقطه شروع تنظیم برنامه‌ها در جهت توسعه بوده و آنچه در این رویکرد باید مورد توجه قرار گیرد، عبور از اقدامات سیاسی به اقدامات قانونی و حقوقی در راستای توسعه است (Broberg, 2017: 678).

رویکردهای مبتنی بر حقوق بشر به‌سلامت در سال ۱۹۹۴ در ادبیات علمی سازمان ملل متحد ارائه شد که تمرکز را از حق بر سلامت به سمت رویکردهای حق‌محور معطوف می‌کرد. تلاش این رویکرد تغییر روند از نظریه به عمل و از عمومی به خاص است که حاوی دستورالعمل و خط‌مشی‌های مختلفی در عرصه سلامت می‌شود. هدف این رویکرد، این نکته است که خط‌مشی‌گذاران بدانند حق بین‌المللی سلامت، صرفاً شعار یا توجیه نیست، بلکه می‌تواند به بهبود سلامت و رفاه افراد و جوامع کمک کند. حق بر سلامت باید در مرکز رویکرد مبتنی بر حقوق قرار گیرد و مطابق با قوانین بین‌المللی عمومی و حقوق بشر تفسیر شود (Hunt, 2016: 129).

نکته مهم در خصوص رویکرد حق‌محور این است که وابستگی متقابل و تقسیم‌ناپذیری حقوق بشر، مستلزم مشارکت طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان برای ارتقای همکاری میان بخش‌ها و سطوح دولت، اعضای جامعه، شرکای بین‌المللی است و ارزیابی شامل تعیین میزان مشارکت دولت و جامعه مدنی، دستیابی به اهداف را سهل می‌کند؛ بنابراین توجه به تفاوت‌ها و اشتراکات در جوامع مختلف، در فرایند ارزیابی مؤثر است (Gruskin, 2010: 144).

1. Right-based approach (RBAs)

۴. بحث و نتیجه‌گیری

طی دهه‌های اخیر، دو پارادایم به‌عنوان پارادایم‌های مطرح در حوزه سلامت شایان توجه بوده است. پارادایم زیست‌پزشکی که تعاریف حداقلی از سلامت را داشته و اغلب بر خدمات پزشکی و مداخلات بهداشت عمومی تأکید دارند. در مقابل پارادایم روانی، زیستی، اجتماعی که سلامت را پدیده‌ای اجتماعی و پیچیده و مرتبط با عدالت اجتماعی می‌داند. در رویکرد اول سلامت جسمی و بیمار نبودن اولویت دارد و عمده خطمشی‌ها بر آن متمرکز است که این نگاه تقلیل‌گرایانه به‌شمار می‌آید. حال آنکه در رویکرد دوم سلامت نه صرفاً امری جسمی، بلکه ذواباد بوده و حوزه‌هایی چون روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، اعتقادی و حتی سیاسی را نیز در برمی‌گیرد؛ بنابراین بیکاری یا اشتغال، سلامت زیست‌محیطی، سلامت اجتماعی، پذیرش و ارزش اجتماعی و نظایر اینها مهم تلقی می‌شود و در حیطه سلامت فرد قرار دارد.

در راستای همین تحولات، یکی از رویکردهای متأخر و نوین در عرصه سلامت، ذیل عنوان «خطمشی‌های عمومی سالم»^۱ معرفی می‌شود که عدالت در عرصه سلامت را در تمامی حوزه‌های خطمشی‌گذاری ضروری و مسئولیت‌پذیری نسبت به تأثیرات آن را مهم می‌داند. این رویکرد از فردمحوری غالب فراتر می‌رود و با تمرکز فرابخشی، بر مفهوم عدالت تأکید دارد. بی‌عدالتی سلامت منبعث از بی‌عدالتی اجتماعی دانسته شده است و دولت را به خطمشی‌گذاری عمومی سالم، در تمام سطوح مکلف می‌سازد. همچنین شعار «سلامت در همه خطمشی‌ها»^۲، در کنفرانس هلسینکی فنلاند به‌عنوان شعار مطرح شد که بحث سلامت را نیازمند خطمشی‌های نظام‌مند می‌داند. حکمرانی برای سلامت مبتنی بر سلامت در همه خطمشی‌هاست که فهم وسیعی از سلامت را ملاک قرار می‌دهد و مستلزم تغییرات اساسی در دولت‌هاست که بازیگران گوناگون در سطوح مختلف برای مسئله‌یابی، تدوین، اجرا و نظارت دارد (ملک‌محمدی، ۱۳۹۵: ۹۰).

بنابراین با تحول گسترده معنایی در مفهوم سلامت، اهمیت یافتن جنسیت در تدوین برخی خطمشی‌گذاری‌ها، معرفی رویکردهای جدید در عرصه خطمشی‌گذاری و تأکید بر مفاهیم حقوق بشری و حق‌انگاری مفهوم سلامت، چرایی اهمیت پرداختن به ماهیت خطمشی‌های موجود و جدید در جهت تکمیل، تغییر و بازبینی روشن می‌شود. از سوی دیگر، فقدان اثربخشی لازم و ناکارآمدی خطمشی‌های مرتبط با سلامت زنان، تعارض در برخی موارد، عدم همسویی با سیاست‌های کلان و پایه نیز از دیگر دلایل ضرورت این موضوع محسوب می‌شود؛ بنابراین با طرح و معرفی رویکردهای مطرح در حیطه خطمشی‌گذاری در بخش پیشین، اکنون می‌توان به تدقیق در خصوص هر رویکرد دست به ارزیابی زد تا

-
1. Healthy Public Policy
 2. Health all policies (HIAP)

بدین ترتیب به ظرفیت هر رویکرد در تضمین حق بر سلامت بپردازیم و رابطه رویکردها را به بحث گذاشت و رویکرد مطلوب را مفهوم‌پردازی کرد.

در رویکرد شواهدمحور، دیدبانی سلامت و رصد موضوعات مهم این حوزه مبتنی بر آمار و ارقام موجود مورد اهمیت قرار دارد. اگرچه این رویکرد در تلاش است با استفاده از شواهد تجربی در زنجیره برنامه‌ریزی خطمشی‌گذاری نماید و این امر در ارزیابی و تحلیل خطمشی‌ها دارای اهمیت است؛ اما با تمرکز اصلی بر شواهد، ممکن است فرصت خلق دیدگاه‌های بدیع‌تر ایجاد نشود. با این حال، آمارها، شواهد ضروری و مورد نیاز را برای طراحی خطی مشی فراهم می‌سازند و در شناسایی اهداف، نیازها و پایش برنامه‌ها مؤثرند. فرایند توسعه در جهت شفافیت به آمار دقیق نیازمند است. چگونه بدون بهره‌مندی از آمارها، خطمشی‌گذاران امکان درس گرفتن از اشتباهات خود را داشته و امکان پاسخگویی دارند؟ بهره‌مندی از روش‌های آماری در تبیین علمی روابط بین پدیده‌ها و عینیت‌گرایی مستخرج از آن، بررسی تعهدات دولت در شرایط خلأ و یا ضعف کارامدی دستگاه‌های اداری موجود در انجام امور عمومی را فراهم می‌کند و تدوین خطمشی‌گذاری‌های واقع‌گرایانه را محقق می‌سازد. آمارها در صورت تدوین به شیوه بی‌طرفانه و مصون از دخالت‌های سیاسی، می‌تواند به‌عنوان ستون فقرات تصمیم‌گیری‌ها عمل کند (ابراهیمی، ۱۳۹۳: ۳۴).

بنابراین آمارها در صورت استخراج به شکل صحیح، در تدوین خطمشی‌های کارآمد مؤثر خواهند بود. اگرچه به دلایلی چون به‌روز نبودن اطلاعات و آمارها، عدم امکان دسترسی آسان به آمارها، قابلیت فهم نداشتن آمارهای تولیدی، عدم انتشار به‌موقع، دقت کم در آمارها، شیوه نامناسب استخراج، نبود مشوق‌ها در بهره‌مندی از آمارها در تصمیم‌سازی‌ها و نظایر اینها خطمشی‌گذاری مبتنی بر شواهد با چالش‌های جدی روبه‌روست که نیازمند ارتقای شیوه‌های آماری مطلوب و ترویج آن است (دانایی‌فرد، ۱۳۹۲: ۳۳)؛ بنابراین رویکرد شواهدمحور، می‌تواند در چرخه خطمشی‌گذاری، در جهت ارزیابی مورد بهره‌مندی و استفاده باشد؛ چراکه این شواهد مسیر طی‌شده را شفاف می‌سازد و نقاط ضعف و قوت هر خطمشی را نشان می‌دهد و در اتخاذ خطمشی مناسب با کمترین هزینه و بیشترین اثرگذاری به‌صورت آگاهانه و تصمیم‌گیری بر ادامه و یا خاتمه آن مؤثر است. نگاه پیشینی به خطمشی‌ها، خطمشی‌گذاران را در انتخاب برنامه مطلوب در آینده یاری می‌کند.

در رویکرد ارزش‌محور، در صورت اتخاذ دیدگاه کمیت‌گرا و اقتصادی، تمرکز بر داده‌های کمی است و آمار اهمیت خاصی می‌یابد. سنجش اقتصادی مقوله سلامت یا اقتصاد سلامت که حول ارائه خدمات و بیمارمحوری است، در تلاش است تا هزینه‌ها را کاهش دهد و خدمات ارائه‌شده را ارزش‌گذاری کند. اگرچه در اقتصاد سلامت، صرفاً ارزیابی هزینه‌ها را در بر نمی‌گیرد و مباحثی چون دسترسی، برابری در خدمات و افزایش کیفیت نیز اهمیت دارد، اما رویکرد کلی کمی است (قدیریان، ۱۳۹۷: ۱۹۷). دیدگاه

کمیت محور در ابعادی چون سلامت جسمی، می تواند مؤثر و پیشرو باشد؛ اما در بهره‌مندی از این روش در سایر ابعاد سلامت ابهاماتی وجود دارد که تضمین حق را با دشواری روبه‌رو می‌سازد. همچنین این نوع از خط‌مشی‌گذاری‌ها عمدتاً بر موضوع و محور خاص تمرکز دارد و بخشی از افراد را شامل می‌شود و بخشی‌نگری خود می‌تواند خط‌مشی‌ها را در تعارض یا تزاخم با یکدیگر قرار دهد. همچنین در صورت اخلاقی دانستن ارزش و یا ابتدای آن بر ایدئولوژی خط‌مشی‌گذاران، امکان اعمال سلاقی شخصی و یا غلبه تعلقات سیاسی در این رویکرد وجود دارد. همچنین ممکن است در برخی موارد ارزش‌ها در تضاد با یکدیگر قرار بگیرند و تدبیری جز گزینش نباشد. تدوین خط‌مشی‌ها، نیازمند رویکردی است که تمامی ساحت‌های حق بر سلامت را در بر گرفته و فارغ از نگاه تکنیکی و کمی، تأمین سلامت را تضمین کند. اما به نظر می‌رسد با تکیه بر این رویکرد در فرایند اجرای خط‌مشی بتوان در برخی موارد به نتایج مشخص و مناسب دست یافت.

مسئله مهم در خصوص ارزش و اولویت رویکرد حق محور بر سایر رویکردها، تحولی است که این رویکرد در حوزه خط‌مشی‌گذاری در معنای سنتی آن ایجاد می‌کند. رویکرد خط‌مشی‌گذاری حق محور، رویکردی است که خط‌مشی‌گذاری را به حوزه جنسیت وارد می‌سازد. خط‌مشی‌گذاری حوزه جنسیت زوده‌ای است و در دو رویکرد ارزش محور و شواهد محور، جنسیت و زنان در واقع امری مستحل در محتوای خط‌مشی‌گذاری است و تفاوتی در خط‌مشی‌گذاری ایجاد نمی‌کند؛ اما شناخته شدن حق بر سلامت زنان محتوای خط‌مشی‌گذاری را به رویکرد خط‌مشی‌گذاری تبدیل می‌سازد. در معنای سنتی خط‌مشی‌گذاری، جنسیت صرفاً بخشی از موضوع خط‌مشی‌گذاری است؛ اما رویکرد حق محور، رویکردی است که خود خط‌مشی‌گذاری را هدف قرار می‌دهد و قائل بر این است که انسان‌ها نه تنها صاحب حق بوده؛ بلکه بر اساس جنسیت تقسیم می‌شوند که باید این تفاوت‌ها در خط‌مشی‌گذاری دیده شود. این رویکرد در بحث حقوق بشر تأکید می‌کند که انسان‌ها حقوقی دارند که باید در همه سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌ها رعایت شوند. این حقوق شامل حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. همچنین در زمینه تفاوت‌های جنسیتی، بیانگر این است که جنسیت نقش مهمی در تجربه‌های زندگی افراد دارد و این تفاوت‌ها باید در خط‌مشی‌گذاری‌ها در نظر گرفته شوند. این به معنای شناسایی و پاسخگویی به نیازها و چالش‌های خاصی است که زنان و مردان به‌طور متفاوت با آنها مواجه‌اند. این به معنای تضمین دسترسی برابر به منابع و فرصت‌ها برای همه جنسیت‌هاست.

همچنین ذیل بحث مشارکت فعال، افراد و گروه‌های مختلف باید در فرایند خط‌مشی‌گذاری مشارکت فعال داشته باشند. این شامل شنیدن و درک نظرها و نیازهای گوناگون جامعه، به‌ویژه گروه‌های به حاشیه رانده‌شده، می‌شود. به‌طور خلاصه، رویکرد حق محور بر اساس اصول حقوق بشر عمل می‌کند و هدف آن ایجاد سیاست‌هایی است که به تفاوت‌ها و نیازهای مختلف جنسیتی توجه داشته باشد و آنها را در نظر بگیرد.

در رویکرد سنتی کلاً جنسیت محو شده و به‌طور طبیعی و ناخودآگاه به سمت یک جنسیت گرویده شده است و به‌عبارتی یک رویکرد مردانه بر خطامشی‌گذاری حاکم است که در این بستر جنسیتی یک جنسیت بر حق شمرده شده و تنها یک جنسیت حق‌ها را تعیین می‌کند و واجد حق است و ضمن اینکه قائل به حقوقی برای زنان است؛ اما این حقوق را به‌صورت جنسیتی جدا نمی‌کند. این وضعیت به دو پیامد منفی منجر می‌شود: ۱. بی‌توجهی به تفاوت‌های جنسیتی: نیازها و چالش‌های خاصی که زنان با آنها مواجه‌اند، در نظر گرفته نمی‌شوند. این می‌تواند منجر به نابرابری‌های بیشتر در جامعه شود و در بسیاری از سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌ها، منافع و دیدگاه‌های مردان غالب است و حقوق و نیازهای زنان به حاشیه رانده می‌شود؛ ۲. محدودیت در مشارکت: زنان کمتر فرصت مشارکت در فرایندهای تصمیم‌گیری و خطامشی‌گذاری دارند که این به نادیده گرفتن دیدگاه‌ها و نیازهای آنها منجر می‌شود.

بنابراین، رویکرد سنتی خطامشی‌گذاری به‌دلیل نادیده گرفتن جنسیت و گرایش به سمت یک دیدگاه مردانه، نمی‌تواند به عدالت جنسیتی دست یابد. این رویکرد نه‌تنها حقوق زنان را در بیشتر موارد نادیده می‌گیرد، بلکه به تحکیم ساختارهای نابرابر موجود نیز کمک می‌کند.

با اتخاذ رویکرد حق‌محور در خطامشی‌گذاری، سیستم خطامشی‌گذاری نمی‌تواند فقط مردانه باشد و بلکه رویکرد حق‌محور سبب می‌شود که بگویید جنسیت دیگر هم حق دارد و بر همان میزان بر حق است؛ بنابراین رویکرد حق‌محور، در واقع یکی از نخستین تجلیات این است که جنسیت نه به‌عنوان موضوع خطامشی‌گذاری دیده می‌شود؛ بلکه به‌عنوان تغییر رویکرد در خود سیستم خطامشی‌گذاری مدنظر قرار می‌گیرد؛ اما با تفکیک این مسئله به حقوق جنسیتی به‌خصوص حق بر سلامت زنان، سیستم خطامشی‌گذاری هر دو جنسیت را «بر حق» و «واجد حق» می‌داند. در رویکرد حق‌محور، موجه‌سازی حق و تکالیف دولت‌ها در قبال تضمین آن محل بحث و بررسی است. تعهد به احترام^۱، تعهد به حمایت^۲، تعهد به ایفا^۳، سه بعد مهم تعهدات دولت در قبال سلامت شهروندان به شمار می‌آید که در تعهد به احترام، اقدامات دولت باید در جهت حفظ آزادی عمل و کرامت افراد در حیطه سلامت اعمال شود. در تعهد به حمایت، دولت‌ها موظف‌اند خطرهای تهدیدکننده سلامتی را به حداقل برسانند و اقدامات لازم در جهت حمایت از حق بر سلامت را انجام دهند. در تعهد به ایفا، اقدامات دولت در راستای فراهم‌سازی بهره‌مندی از سلامت همچون اقدامات تقنینی، اداری، بودجه‌ای و قضایی حائز اهمیت می‌شود؛ بنابراین حق بر سلامت، حقی فراگیر، عام‌الشمول، انکارناپذیر و نیازمند رعایت برخی اصول حقوقی لازم‌الاجرا توسط دولت‌هاست (متقی، ۱۳۹۶: ۱۳۵).

-
1. Obligation to respect
 2. Obligation to protect
 3. Obligation to Full Fill

در همین زمینه باید گفت سلامت یک هدف بخش‌محور با تعیین دستگاه متولی خاص و پاسخگو ساختن آن نیست، بلکه سلامت امری فرابخشی و حاصل روابط پیچیده و پویاست که این امر نیازمند رویکرد وسیع و سازمان‌یافته‌ای است که تمام سطوح حاکمیتی یک دولت را در برمی‌گیرد و مکلف می‌سازد در عمل شاهد تناقضات و ناسازگاری‌های متعددی هستیم که این تکالیف را محدود به وزارتخانه بهداشت و درمان نکرده و سایر ارگان‌ها احساس مسئولیت نمی‌کنند (ملک‌محمدی، ۱۳۹۵: ۷۵).

با توجه به ویژگی‌های برشمرده برای رویکردهای سه‌گانه خط‌مشی‌گذاری، باید گفت بخشی‌نگری یکی از مهم‌ترین خصیصه‌های رویکردهای اتخاذشده (شواهدمحور و ارزش‌محور) در عرصه سلامت زنان است که به تداخل خط‌مشی‌ها در بیشتر موارد منجر می‌شود و نیاز به یک حلقه اتصال برای کاهش تعارضات را آشکار می‌کند. تعارض، به انطباق درونی نداشتن خط‌مشی‌ها با استانداردها و اصول خط‌مشی‌ها و نبود هماهنگی بین یک یا چند جنبه آنها که به عدم انطباق و بروز پیامدهای نامطلوب منجر شود، اطلاق می‌شود (باکی‌هاشمی، ۱۴۰۰: ۸۰). در حوزه سلامت زنان این تعارض می‌تواند به صورت‌های مختلف نمود پیدا کند. تعارض با قوانین عالی و پایه و اسناد و سیاست‌های کلان و بالادستی از جمله این موارد است. تعارض خط‌مشی‌های درونی حوزه سلامت نیز امکان وقوع دارد؛ یعنی حتی در یک حوزه کاملاً مرتبط و مشخص و درون‌سازمانی نیز به دلیل شفاف نبودن فرایندها و روندها و نبود نگاه کل‌نگر ما شاهد تراجم خط‌مشی‌ها خواهیم بود. در برخی موارد برنامه‌های سلامت در تعارض با وظایف سایر دستگاه‌های اجرایی قرار می‌گیرد و یا سایر نهادها پشتیبانی و حمایت مطلوبی ندارند.

همچنین بخشی‌نگری ایجادشده ناشی از دو رویکرد مذکور در تأمین حقوق همه افراد ناتوان است. خط‌مشی‌گذاران با توجه به رویکردهای اتخاذی ممکن است افراد را به دسته‌های مختلف و متفاوت همچون برخوردار و غیربرخوردار یا اقلیت قدرتمند، ولی کمتر شایسته و مردم عادی تقسیم کنند و در خط‌مشی‌ها تمایز قائل شوند.

بر همین اساس، حل تعارض بین خط‌مشی‌ها با تمرکز بر رویکردهای توانمند در ایجاد وفاق و هماهنگی ضرورت دارد (Forester, 2009: 1)، چراکه وجود تعارض در خط‌مشی‌های نظام سلامت می‌تواند در نارضایتی مردم، کاهش رغبت به سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، فقدان درک مشترک از چالش‌های نظام سلامت منتهی شود (Fredriksson, 2019: 33)؛ از این‌رو باید گفت تاکنون رویکردهای حاکم بر خط‌مشی‌های موجود عرصه سلامت در ایجاد هم‌افزایی و انسجام ناتوان بوده است. اگرچه نمی‌توان از ایجاد تعارض به‌صورت کامل جلوگیری کرد؛ اما اینجاست که با تکیه بر رویکرد حق‌محور به‌عنوان یک رویکرد کل‌نگر و جامع می‌توان تحقق عدالت در حوزه سلامت، همراهی بین ساختار و اهداف خط‌مشی‌ها، کاهش تضادها و موازی‌کاری، ارتقای کیفی را شاهد بود.

دوری از تعصبات و دیدگاه‌های سیاست‌زده و یا اعمال سلیقه‌های شخصی که یکی دیگر از معضلات

گریبان گیر نظام خطامشی گذاری است، بر ضرورت طراحی یک ساختار و شاکله منسجم به عنوان روح کلی و چارچوب مشخص تأکید می کند. سیاست زدگی^۱، به وضعیتی گفته می شود که اهداف سیاسی و حزبی، جایگزین تخصص سالاری شده، سوءاستفاده از علم در راستای انگیزه های سیاسی و ایجاد شک گرایی علمی در عرصه عمل اتفاق می افتد (Petri, 2022: 1). قرار گرفتن در معرض درگیری های سیاسی، اثربخشی برنامه های سلامت را کاهش می دهد و می تواند در ایجاد فساد مؤثر باشد (Marrin, 2013: 28; Feranklen, 2019: 88)، و در این میان سلامت زنان به دلیل اقتضات خاص بیش از سایر حوزه ها آسیب پذیر خواهد بود. به طور مثال، در موضوع حقوق باروری دو نزاع جدی در بین انجمن های سازمان ملل وجود دارد که برخی آن را یک سیاست فمینیستی و عده ای دیگر آن را سیاست اخلاقی می دانند. به همین دلیل، توانایی سازمان ملل در حل مسائل سلامت زنان همواره چالشی بوده است (سامر، ۲۰۲۰). همچنین تغییر دولت ها و به تبع آن سیاست های آنان، می تواند حوزه سلامت را با مسائل جدی مواجه کند. پزشک خانواده، خطامشی گذاری های مرتبط با جمعیت در دهه هفتاد و اواخر دهه نود، پرونده الکترونیک سلامت، حمایت و یا عدم حمایت از طب سنتی، از جمله خطامشی هایی است که با تغییر دولت ها در ایران معرض تغییر و یا خاتمه قرار گرفته اند.

یکی دیگر از تبعات مهم سیاست زدگی، نزدیک بینی سیاسی^۲ است. این در حالی است که تدوین و اجرای خطامشی موفق به دو مؤلفه مهم توجه به زمان و مکان نیازمند است. ساباتیه (۱۹۷۹) تدوین خطامشی ها را فرایند پیچیده اجتماعی می داند که باید در آن علاوه بر توجه به بستر تاریخی، حوزه ها و نهادهای اجتماعی به عنوان یک کل دیده شوند تا علاوه بر پرهیز از بخشی نگری، خطامشی ها ذیل یک هویت فراگیر و فرابخشی تدوین شوند و تغییر دولت ها بر آن اثرگذار نباشد؛ بنابراین داشتن رویکرد همه جانبه و آینده نگران، خطامشی گذاران را از عدم فهم صحیح مسئله و بی ثباتی و آشفتگی ساختاری محفوظ می دارد (آچاریا، ۲۰۱۳). خطامشی های جمعیتی ایران طی دهه های اخیر، نمونه ای از نزدیک بینی سیاستی است که آثار آن امروزه آشکار می شود.

عدم اشراف خطامشی گذاران بر مفاهیم سلامت از سویی و عدم وفاق بر تعیین اولویت ها و ضرورت ها و مسائل از سوی دیگر نیز تشتت و ناهماهنگی را رقم می زند. تکیه بر رویکرد حق محور با مشخصاتی که گفته، در ایجاد این انسجام مؤثر است و می تواند به عنوان سازوکاری برای کنترل امیال و اهداف شخصی بازیگران خطامشی گذار عمل کند. شاید بتوان همین اثرگذاری امیال و اشخاص را یکی از دلایل نقص های برخی از اسناد خطامشی مهم حوزه سلامت زنان نظیر نقشه تحول در نظام سلامت دانست. نقشه تحول در نظام سلامت مصوب ۱۳۹۰ است و یکی از اسناد مترقی در موضوع سلامت است که با

1. Politicization
2. Policy myopia

وجود اسناد بالادستی همچون منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان و نظایر اینها، دارای نقص و خلأهای جدی در بحث سلامت زنان است. اگرچه در بیش از ده بند از منشور حق بر سلامت زنان مورد توجه بوده است؛ اما به دلیل فقدان رویکرد کلان و اعمال روح کلی حق در خطمشی‌ها و همچنین نبود تولید متوازن و ائتلاف فراگیر بین بازیگران و ذی‌نفعان خطمشی در پی تغییر دولت‌ها، مفاد منشور به درستی محقق نشده است. توجه به رویکرد حق محور با قابلیت ایجاد ائتلاف و جلوگیری از سیاست‌زدگی و نزدیک‌بینی سیاستی تحقق سیاست‌های کلان و منشور را تسریع می‌کند؛ از این رو در مجموع، با تأکید بر ضعف سایر رویکردها و بیان چرایی ناکارآمدی و ضعف اعتبار آنها، ضرورت تدوین خطمشی‌ها مبتنی بر رویکرد حق محور به‌ویژه در حوزه تضمین حق بر سلامت زنان مشخص می‌شود. تدوین یک چشم‌انداز و طراحی ساختار جامع که با تکیه بر حقوق بشر و عدالت شکل گرفته است و دارای ثبات و اثربخشی است، اهمیت رویکرد حق محور را نشان می‌دهد که تأمین و تضمین حقوق عامه مردم، شفافیت، انطباق و انسجام، ثبات، کاهش تضادها از جمله آثار آن است. البته نباید از رابطه تکمیل‌کننده رویکردها غافل شد. اگر چرخه خطمشی‌گذاری را شامل سه مرحله مسئله‌یابی و تدوین، اجرا و ارزیابی در نظر بگیریم، می‌توان از هر کدام از رویکردهای مذکور در یک مرحله بهره‌مند شد. شناسایی حق و ضرورت تدوین خطمشی‌ها بر اساس آن بدیهی است. حق بر سلامت در حیطه حیات اجتماعی معنا می‌یابد و ذیل مباحث حقوق بشری و حقوق عمومی، دولت‌ها به تأمین آن مکلف‌اند. حق بر سلامت، حق بنیادین و اساسی است که کرامت انسانی اقتضا دارد، دولت‌ها، امکان یک زندگی سلامت را برای افراد جامعه فراهم سازد. حق بر سلامتی جزو نسل اول حقوق بشر و در ارتباط تنگاتنگ با حق حیات است. طبق تأکید اسناد بین‌المللی همچون اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶)، بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، از حقوق بنیادین انسان به‌شمار می‌آید که نقطه عطف این تعاریف در بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی تجلی یافته است که مقرر می‌کند «دولت‌های عضو میثاق، حق هر کسی را به تمتع از بهترین حال سلامتی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند». اگرچه در خصوص تعریف سلامت اتفاق نظر وجود ندارد، اما اسناد متأخرتر حکایت از آن دارد که این مفهوم، توسعه یافته و ابعاد بیشتری را در برمی‌گیرد.

بنابراین، در بدو امر توجه به حق بر سلامت به‌عنوان یک مسئله دارای اهمیت در تدوین خطمشی‌ها، ضروری است تا با نگاهی عام‌الشمول و فراگیر، افراد بیشتری را از منافع آن منتفع سازد. دولت‌ها به‌عنوان دستگاه اداری و ارادی خطمشی‌گذاری کشور، با عنایت به سرشت حق بر سلامت که برگرفته از حقوق انسانی است، موظف‌اند اساس و بنیان خطمشی‌ها را بر آن بنا کنند. اساساً رویکرد حق محور در تدوین برنامه‌ها، مبنایی بر تضمین آن در اجراست. در گام بعدی با تکیه بر رویکرد ارزش‌محور، می‌توان در تدوین و برخی برنامه‌ریزی‌ها از آن بهره برد. در صورت تکیه ماهیت ارزش بر مباحث اخلاقی و ارزش‌ها

این رویکرد به حق محور نزدیک می شود و برخی از نتایج آن را در پی خواهد داشت. ابتدای خطمشی بر عدالت به عنوان مفهومی دارای ارزش، قرابت آن را با مفهوم عدالت به عنوان یکی از دلالت های رویکرد حق محور آشکار می کند. همچنین اولویت بخشی به برخی برنامه ها مبتنی بر منابع و نیروی انسانی در مرحله تدوین از دیگر آثار این رویکرد در خطمشی گذاری است و در نهایت می توان ارزیابی را بر اساس آمار و شواهد موجود انجام داد تا مطلوب ترین نتیجه حاصل شود. آمار و اطلاعات در صورت استخراج صحیح و دقیق، نمای بهتری از برنامه ها را فراروی خطمشی گذاران قرار می دهد تا برای ادامه مسیر، تغییر و یا خاتمه تصمیم گیری کنند. استفاده از این رویکردها در صورت مذکور، مکمل یکدیگرند و نتیجه مطلوب را در پی خواهد داشت. باید توجه داشت، تدوین خطمشی ها بر اساس شواهد و یا ارزش، لزوماً حق انگاری سلامت را تضمین نخواهد کرد و می تواند در تغایر با رویکرد حق محور قرار گیرد.

آنچه در خطمشی گذاری سلامت حائز اهمیت است، توجه به روح کلی خطمشی گذاری مبتنی بر حق است که به عنوان یک اصل کلی و اساسی در تمامی اسناد و قوانین در نظر گرفته شود. سلامت یک هدف کلان اجتماعی به شمار می آید که حوزه هایی چون توسعه اجتماعی و اقتصادی، رفاه انسانی و محیط زیست را در برمی گیرد و از عناصر مهم و مبین حکمرانی مطلوب است. این رویکرد در بند ۲ سیاست های کلی سلامت ایران ابلاغی رهبر انقلاب در سال ۱۳۹۳ مورد اشاره قرار گرفته و تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات جزو اهداف معرفی شده است. تحقق این هدف، نیازمند تغییر پارادایم، و به تبع آن سیاست ها و قوانین و سبک مدیریت عمومی است. اتخاذ هریک از رویکردها در حیطه حق بر سلامت زنان، مسیر خطمشی ها را متفاوت می سازد. توجه به حق انگاری سلامت زنان مبتنی بر رویکرد حق محور در خطمشی گذاری، بنیانی است که پیش از اتخاذ هر رویکردی ضروری است و بدون آن چرخه خطمشی به درستی اجرا نخواهد شد. با طرح رویکردهای مختلف، به نظر می رسد با طرح رویکردهای مختلف در یک نظام دقیق و کارآمد، حق بر سلامت زنان تضمین گردد. بر همین اساس ابتناء خطمشی ها بر حق محوری خواهد بود و رویکرد ارزش محور در بخش اجرا و شواهد محور در بخش ارزیابی به عنوان مکمل حق محوری اثرگذار هستند.

منابع

۱. فارسی

الف) کتابها

۱. ساباتی، پل ای (۱۳۹۸). نظریه های فرایند خطمشی عمومی. ترجمه حسن دانایی فرد، تهران: صفار.
۲. کریون، میتوسی. آر (۱۳۸۸). چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

ترجمه محمد حبیبی مجنده. قم: دانشگاه مفید.

۳. کوین بی، اسمیت؛ لارمر، کریستوفر دابلیو (۱۳۹۵). درآمدی بر نظریه خطامشی عمومی (تقابل نظری عقلانیت گراها و فرائیبات گراها). ترجمه حسن دانایی فرد، تهران: صفار.

(ب) مقالات

۴. آذری، هاجر؛ بهرامی، لیلا (۱۳۹۹). توسعه مفهومی حق بر سلامت زنان و تحلیل آن در سیاستگذاری‌های کلان و خرد. زن در توسعه و سیاست، ۴(۲)، ۵۲۹-۵۵۵.
۵. ابراهیمی، عباس؛ دانایی فرد، حسن؛ آذر، عادل؛ فروزنده، لطف‌الله (۱۳۹۳). خطامشی گذاری مبتنی بر شواهد در عمل: آیا شواهد آماری در ارتقای اثربخشی و کارایی خطامشی‌های آموزش عالی کشور مؤثرند؟ بهبود مدیریت، ۲۴(۲)، ۲۷-۵۰.
۶. احمدی، بتول؛ فرانک فرزندی؛ دژمان، معصومه (۱۳۹۲). چارچوب نظری سلامت زنان ایران: مدل فرمهر. حکیم، ۴(۱۶)، ۳۳۷-۳۴۸.
۷. احمدی، بتول؛ باباشاهی، سعیده (۱۳۹۲). مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست‌ها و تحقیقات و خدمات. پژوهش رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۷)، ۲۹-۵۹.
۸. اسلامی، شهرام؛ زارع اسفیدانی، زهرا؛ حسنی، سحر؛ معتمدنژاد، رویا (۱۴۰۱). حق بر سلامت روان کودکان در فضای مجازی در پرتو نظام حقوقی ایران، اسلام و اسناد بین‌المللی حقوق. پژوهشنامه حقوق اسلامی، ۱(۵۵)، ۱۶۰-۱۳۱.
۹. اصغرینیا، مرتضی (۱۳۹۵). چالش‌ها و الزامات دولت در تنظیم مقررات در حوزه سلامت. حقوق پزشکی، ۳۷(۱۰)، ۵۷-۳۵.
۱۰. باکی هاشمی، سید محمد مهدی؛ ابراهیمی، عباس؛ فرهادی نژاد، محسن؛ یزدی زاده، بهاره (۱۴۰۰). ارائه چارچوبی برای تبیین تعارض خطامشی در نظام خطامشی گذاری سلامت ایران با رویکردی آمیخته. مدیریت دولتی، ۱۳(۳)، ۴۱۹-۴۴۶.
۱۱. خراسانی، رضا؛ احمدوند، ولی محمد (۱۳۹۷). تأملی نظری در مفهوم عدالت جنسیت. قبسات، ۹۰(۱)، ۱۷۱-۱۹۸.
۱۲. دانایی فرد، حسن؛ آذر، عادل؛ ابراهیمی، عباس (۱۳۹۲). بررسی راهکارهای ارتقای قابلیت‌پذیری سیاسی، اجتماعی، اداری و فنی خطامشی‌های عمومی کشور با استفاده از رویکرد خطامشی گذاری مبتنی بر شواهد. مدیریت سازمان‌های دولتی، ۱(۳)، ۱۷-۳۵.
۱۳. شیر، حامد (۱۳۹۸). نگرش جنسیتی و عوامل مؤثر بر آن. زن و جامعه، ۳۷(۱۰)، ۲۳۷-۲۶۲.
۱۴. عباسی، محمود؛ رضایی، راحله؛ دهقانی، غزاله (۱۳۹۳). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران. حقوق پزشکی، ۸(۳۰)، ۱۸۳-۱۹۹.
۱۵. علاسوند، فریبا (۱۴۰۱). واکاوی مفهومی معیارهای برابری و نابرابری در نظریه‌های عدالت و عدالت

- جنسیتی. مطالعات حقوق عمومی، ۵۲(۳)، ۱۳۹۱-۱۴۱۲.
۱۶. قدیریان، فتنه؛ واحدیان عظیمی، امیر؛ عبادی، عباس (۱۳۹۷). مراقبت ارزش محور و ضرورت ارزیابی اقتصادی خدمات پرستاری. حیات، ۲۴(۳)، ۱۹۷-۲۰۳.
۱۷. کرمان ساروی، فتیحه؛ منتظری، علی؛ بیات، معصومه (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه دار، پایش، ۱(۱۱)، ۱۱۱-۱۱۶.
۱۸. متقی، سمیرا؛ سیفی، آناهیتا؛ درودیان، مجید (۱۳۹۶). ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن. پژوهشنامه حقوق اسلامی، ۱۸(۲)، ۱۲۳-۱۴۸.
۱۹. محمدی، پیمان؛ دانایی فرد، حسن؛ ذوالفقارزاده، محمدمهدی (۱۳۹۷). بررسی دلالت های واقع گرایی انتقادی در ارزشیابی خط مشی علم، فناوری و نوآوری. مدیریت دولتی، ۳(۱۰)، ۳۵۷-۳۸۶.
۲۰. ملک محمدی، حمیدرضا؛ وحدانی نیا، ولی اله (۱۳۹۵). تعامل سیاست گذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی سلامت. سیاست گذاری عمومی، ۲(۲)، ۷۳-۹۴.
۲۱. مولایی، آیت (۱۴۰۲). خوانش سیاست گذاری عمومی از دیدگاه حقوق عمومی. مطالعات حقوق عمومی، ۱-۲۵.
۲۲. وحید دستجردی، مرضیه (۱۳۹۷). سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران. فرهنگ و ارتقای سلامت، ۴(۲)، ۴۸۶-۴۷۱.

۲. انگلیسی

A) Books

1. Davies, SM Nutley. (2000). *What Works? Evidence-Based Policy and Practice in Public Services*. Bristol: The Policy Press.
2. Forester, J. D. (2019). *With Differences: Dramas of Mediating Public Disputes*. New York: Oxford University Press.
3. Sommer, U.; Forman. R. (2020). *The Politicization of Women's Health and Wellbeing*. New York: Sustainability.
4. Vivien, B. (2002) *Gender and Social Psychology*. New York: Routledge .

B) Articles

5. Duran, B., & Halstrelinick, A. (2019). Progress in Community Health Partnership: Research/Education and Action. *Jhons Hopkins university press*, 2(94), 131-145.
6. Abbott, R.A., & Jones.j.(2015). Are You Balancing the 7 Dimension of Wellness. University of Wisconsin. From: <https://www.uwsp.edu/health/Pages/about/7DimensionsWellness.aspx>.
7. Anderson, J., & other (2015). Estimating General Equilibrium .Trade Policy Effects. *GE PPML*, 6,(20).12-25.
8. Ansara, D., & other (2005). Predictors of WomenMs Physical Health Problem After Childbirth. *Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(12), 46-66.
9. Birkland, T.A. (2015). An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making. *Routledge Taylor & Francis Group*, 3(23), 1-12.

10. Broberg, M.(2017). Hans-Otto Sano Strengths and weaknesses in human rights-based approach to international development – an analysis of a right-based approach to development assistance based on practical experiences. *the International Journal of Human Rights*, (1)33, 653-669.
11. Burwell SM. (2015). Setting Value-based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. *Health Care*. *N Engl J Med*, 372(3), 321-343.
12. Fredriksson, M. Gustafsson, I. B., & Winblad, U Cuts.(2019).Without Conflict: The Use of Political Strategy in Local Health System Retrenchment in Swede. *Social Science & Medicine*,1(20),33-60.
13. Gema, S.; Fernandze,C. (2004). Toward Value based. *Healthcare through interactive process Mining in Emergency Rooms*, 2(19), 22-3.
14. Gray, M.(2017).Value based healthcare. *BMJ*, 2(4), 456-470.
15. Gruskin, S. (2010). Right-based Approach's to Health Policies and Program. *Journal of public Health policy*, 3(33), 49-60.
16. Hunt , P. (2016). Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health. *Health Hum Rights*,18(3).1.
17. Kerstin, N. & other.(2017). Value based healthcare as a trigger for important initiatives. *Leadership in health services*, 31(4), 232-245.
18. Keys, S. (2004).Well –Being in the United States. *A Descriptive Psychology*, 6(13), 13-2.
19. Lee, J., & other. (2013). Value-Based Insurance Design: Quality Improvement But No Cost Savings. *MEDICAID & COUNTDOWN TO REFORM*, 1(4), 222-235.
20. London, L. (2008). What Is a Human – Rights Based Approach to Health and Does it Matter. *Health and Human Rights*, 12(2),1-13.
21. Luppi, E. (2019). Fairness Equality and Health: Tow Oriented Perspective. *Health and Gender*, 2(4), 46-59.
22. Marrin, S. (2013) Rethinking Analytic Politicization. *Intelligence and National Security*, 6(2), 258-274.
23. Nilsson, K.; Baathe, F (2017). Value Base Value Based Healthcare as a tTrigger for Important Initiatives. *Leadership in health service*, 3(12), 874-890.
24. Plata, M. (1995). A policy Is Not Enough: Womans Health Policy in Colombia. *Reprodactive Health Matters*, 8(4), 68-82.
25. Roseboom j T. (2019).Why Achieving Gender Equality is of Fundamental Importance to Improve the Health and Wellbeing of Future Generations: Do Had Perspective. *Journal of Development Origins of Health and Disease, Amsterdam*,4(22), 56-68.
26. Schmid-Petri, H. (2022). Chapter Three - Effects of politicization on the practice of science. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*,1(4), 90-102.
27. Shams, L. & other. (2021). Model for Value-based Policy-Making in Health Systems. *International Journal of Preventive Medicine*, 23(4).1-9.
28. Sherry ,G race. (2003). A Review of Aboriginal Womens Physical and Mental Health Status in Ontario. *Canadienne Journal of Public Health*, 94(3), 432-444.
29. Sofia Gruskin, & other. (2010). Right-based Approach's to Health Policies and Program. *Journal of public Health policy*, 3(33), 49-60.
30. Walser, K.; Reinhard, R. (2011). Policy Cycle-Based E-Government Architecture for Policy-Making. *Organisations of Public Administrations International Journal*, 3(11), 24-37 in health service, 3(12), 874-890.

31. Willmas, R. (2004). Evidence-based and Values-based Policy, Management and Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, (2) 9, 121-133.

