

حقوق باروری در نظام سلامت ایران: دستاوردها و چالش‌ها

سوئیل حکیمی

سکینه محمد علیزاده

چکیده

حقوق باروری جزئی از حقوق بشر بوده که همه کشورها آن را به رسمیت شناخته‌اند و عبارت است از: همه افراد و زوجین حق دارند آزادانه در مورد تعداد فرزندان و فاصله‌گذاری بین موالید تصمیم‌گیری کنند. همه افراد حق دارند بدون تحمل خشونت، اجبار و تبعیض در خصوص با مسائل باروری تصمیم‌گیرند. هدف از انجام این مطالعه بررسی برخی از شاخص‌های بهداشت باروری در نظام سلامت ایران، دستاوردهای به دست آمده و چالش‌های پیش رو می‌باشد.

مرگ مادر: میزان مرگ مادر در ایران در طول سه دهه اخیر کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است و از ۲۳۴ مورد در سال ۱۳۵۴ به ۲۳/۸۴ مورد در سال ۱۳۸۸ رسید. با وجود پیشرفت چشمگیری که نظام سلامت ایران در کاهش مرگ مادر داشته است، هنوز تا رقم ۱۸ در هر صد هزار تولد زنده که هدف وزارت بهداشت و درمان است فاصله زیادی وجود دارد. باید به این نکته توجه داشت که مرگ مادر از جمله شاخص‌هایی است که در صورت عدم توجه به آن به سرعت افزایش می‌یابد.

تنظیم خانواده: علی‌رغم مصرف گسترده روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن در ایران (۵۶٪)، میزان بارداری‌های ناخواسته بسیار زیاد است. تحلیل اطلاعات در سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۳۵ درصد از زنان متاهل باردار، بارداری خود را ناخواسته ذکر می‌کنند. دو سوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند در حال استفاده از یک روش بارداری نیز بوده‌اند و این مشکل آشکارا به این معنی است که مشاوره مراکز بهداشتی درمانی به قدر کافی مؤثر نبوده است.

سقط ایمن: در ایران آمار دقیقی از موارد سقط جنین وجود ندارد، در محاسبات آماری به رقم سالانه هشتاد هزار سقط عمدی اشاره شده است. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که هر روز بیش از ۱۰۰۰ سقط غیرایمن در ایران اتفاق می‌افتد. براساس برنامه سیمای جمعیت و سلامت در ایران در حدود یک چهارم بارداری‌ها ناخواسته هر دو زوج می‌باشند. با در نظر گرفتن موالید سالیانه حدود یک میلیون و دویست هزار نوزاد و با فرض شیوع ۲٪ سقط جنین عمدی، عدد مطلق سقط عمدی و عوارض آن، لزوم رسیدگی فوری به این مسئله مشخص می‌گردد.

خشونت: براساس مطالعات مختلف در ایران میزان مواجهه با خشونت‌های فیزیکی در زنان باردار از ۱۱ تا ۴۷ درصد گزارش شده است. در سایر مطالعات انجام گرفته میزان مواجهه زنان باردار با خشونت جنسی ۱۰/۷٪ تا ۱۴/۵٪ گزارش شده است. خشونت علیه زنان باردار علاوه بر نقض حق زن به عنوان انسان، نقض حق جنین نیز به شمار می‌رود زیرا خشونت فیزیکی و جنسی با کم‌وزنی نوزاد ارتباطی معنی‌دار نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری: خشونت علیه زنان، عدم دسترسی زنان به درمانگاه‌های ارائه خدمات بهداشتی اولیه با کیفیت مطلوب و بالا بودن میزان خدمات ارائه شده در درمانگاه‌های خصوصی نه تنها بر زنان بلکه بر همه اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. از این‌رو، حقوق باروری مختص زنان نبوده و یکی از پایه‌ای‌ترین حقوق انسان‌ها می‌باشد.

واژگان کلیدی

حقوق باروری؛ ایران؛ سیستم بهداشتی.

حقوق باروری در نظام سلامت ایران: دستاوردها و چالش‌ها

حقوق باروری جزئی از حقوق بشر بوده که همه کشورها آن را به رسمیت شناخته‌اند. و در اسناد حقوق بشر بین‌المللی به آن اشاره شده است. مفاد آن عبارت است از برخورداری از حقوق اساسی برای هر زوج از جمله: حق بارداری و زایمان ایمن از طریق دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، حق تصمیم‌گیری آزادانه در مورد تعداد فرزندان و فاصله‌گذاری بین موالید، حق برخورداری از اطلاعات و آموزش در زمینه تنظیم خانواده، حق داشتن تصمیم‌گیری بدون اعمال خشونت، اجبار و تبعیض در رابطه با مسائل باروری و حق بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای بهداشت باروری که طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از برخورداری از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در مورد همه مسائلی که با نظام باروری و عملکرد آن در ارتباطاند (یاندا، اسمیت و روزنفیلد، ۲۰۰۳، هاسلگریو، ۲۰۰۶ و ال داوا، ۲۰۰۰).

به طور سنتی، حقوق باروری کمتر از مسائل بهداشت باروری مورد توجه قرار گرفته‌اند و در بسیاری از موارد در حد واحدهای آموزشی در رشته‌های اخلاق پزشکی یا پزشکی قانونی بوده است (هاسلگریو، ۲۰۰۶). اما در جهان امروز می‌توان شاهد ورود اصول حقوق بشر در مدیریت بهداشتی و درمانی و نیز در سطوح تصمیم‌گیری‌های ملی شد (یاندا و همکاران، ۲۰۰۳ و شیفمن، اسکرابالو و سوبوتیک، ۲۰۰۲). حقوق باروری در سراسر جهان با شاخص‌های بهداشت باروری ارزشیابی می‌شود. این شاخص‌ها بهترین محک برای آزمون موفقیت نظام سلامت در رسیدن به این حقوق بوده و در واقع تبدیل آنها به نمایه‌های قابل ارزشیابی و پایش برای بررسی رفاه باروری جمعیت می‌باشند (ونگ و همکاران، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت شاخص‌های مربوط به بهداشت باروری را محور سلامت عمومی و

نشانه توسعه هر کشور (پینوتیا و درزتب، ۱۹۹۸) دانسته و ۱۷ شاخص را برای ارزشیابی حقوق باروری پیشنهاد می‌کند که هر کشوری بنا به مقتضیات فرهنگی امکانات موجود در نظام سلامت، همه تمام یا برخی از این شاخص‌ها را اندازه‌گیری می‌کند (وانگ و همکاران، ۲۰۰۳ و تمرمان و همکاران، ۲۰۰۶). هدف از انجام این مطالعه بررسی برخی از شاخص‌ها و حقوق باروری در نظام سلامت ایران، دستاوردهای به دست آمده و چالش‌های پیش رو می‌باشد.

مرگ و میر مادر

اصطلاح «مرگ مادر» به مرگ زنان در طی بارداری یا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، با هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در اثر بارداری و یا مراقبت‌های ارائه شده در طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف اطلاق می‌گردد (اسلاملو، ۱۳۸۵). مرگ مادر جزء مرگ‌های غیرقابل قبول محسوب می‌شود زیرا در بیشتر موارد قابل پیشگیری می‌باشد. چنین مرگی ریشه در ناتوانی نظام بهداشتی و دسترسی نابرابر مددجویان به منابع مالی، آموزشی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارد (کوک و دیکنز، ۲۰۰۷). تحلیل‌گران اعتقاد دارند که نادیده انگاشتن مرگ‌های قابل پیشگیری مادران، انکار حقوق بشر و قسمتی از پدیده تبعیض علیه زنان می‌باشد (کوک و پلاتا، ۱۹۹۴). در سال ۱۹۹۵ میزان مرگ مادر در جهان ۵۱۵۰۰۰ برآورد گردید. حال آنکه در سال ۲۰۰۰ میلادی این رقم به ۵۱۹۰۰۰ رسید. میزان مرگ مادر در ایران در طول سه دهه اخیر کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است و از ۲۳۴ مورد در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۴ (فرخ اسلاملو، ۱۳۸۵) به ۲۳/۸۴ در سال ۱۳۸۸ رسید.^۱

پیشرفت چشمگیری که نظام سلامت ایران کشورمان در کاهش مرگ مادر داشته است غیرقابل انکار می‌باشد اما باید توجه داشت که هنوز تا ۱۸ مورد در صد هزار تولد زنده که هدف وزارت بهداشت و درمان است فاصله زیادی وجود دارد. لازم به ذکر است که مرگ مادر از جمله شاخص‌هایی است که در صورت عدم توجه به آن، به سرعت افزایش می‌یابد. برای مثال این شاخص در سال ۱۳۸۷، ۲۲/۸۸ در ۱۰۰۰۰۰ مورد تولد زنده بود اما در سال ۱۳۸۸ به ۲۳/۸۴ مورد افزایش یافت. از سوی دیگر، به علت عدم آمار دقیق در این زمینه گاهی مرگ مادران در برخی از استان‌ها به صورت دقیق و صحیح گزارش نمی‌شود. در نتیجه، ممکن است آمار واقعی به مراتب بیشتر از نتایج اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان باشد. برای مثال استان‌های اردبیل و همدان در سال ۱۳۸۷ میزان مرگ مادر در نواحی روستایی را صفر اعلام نموده‌اند که با توجه به سایر شاخص‌های بهداشتی این استان‌ها اندکی دور از ذهن است و به نظر می‌رسد نظام گزارش‌دهی در این مناطق ضعیف باشند.

جلوگیری از بارداری

یکی از حقوق مسلم مردان و زنان کنترل بعد خانوار و تعداد فرزندان بنا به مقتضیات اقتصادی، احساسی، بهداشتی و اجتماعی می‌باشد. در سراسر دوران تاریخ به دلایل سیاسی-مذهبی، اخلاقی و اجتماعی زمان‌هایی وجود داشته که دسترسی به آموزش‌ها و خدمات پیشگیری از بارداری مشکل بوده است. این ممنوعیت بیشترین تأثیر منفی خود را بر زنان جوان بی‌بضاعت می‌گذارد (دیکنز و کوک، ۲۰۰۷) با وجود مصرف گسترده روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن در ایران (۵۶٪)، میزان بارداری‌های ناخواسته بسیار زیاد است. تحلیل اطلاعات سرشماری جمعیت و سلامت ایران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۳۵ درصد از زنان

متأهل باردار، بارداری خود را ناخواسته می‌دانند. دو سوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند در حال استفاده از یک روش جلوگیری از بارداری نیز بوده‌اند و این مشکل آشکارا به این معنی است که مشاوره مراکز بهداشتی-درمانی به قدر کافی مؤثر نبوده است (سیمبر و همکاران، ۱۳۸۶). در مورد نحوه برگزاری و محتوای جلسات مشاوره قبل از ازدواج در کشور هنوز استاندارد تعریف نشده است (عقدک، مجلسی و زراعتی، ۱۳۸۸). در برخی از مناطق که تعداد متقاضیان کلاس‌های مشاوره زیاد می‌باشد، این کلاس‌ها به صورت گروهی و فقط برای زنانی که به تازگی زندگی مشترکشان را شروع کرده‌اند، تشکیل می‌گردد. در صورتی که در مناطقی که داوطلبان ازدواج کم می‌باشند کلاس‌ها به صورت اختصاصی برای زوجین برگزار می‌گردد. تا کنون هیچ مطالعه علمی برای اثبات برتری یک روش به روشی دیگر در ایران انجام نشده است.

سقط ایمن

در ایران آمار دقیقی از موارد سقط جنین القایی وجود ندارد، در محاسبات آماری به رقم سالیانه هشتاد هزار سقط عمدی اشاره شده است (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که هر روز بیش از ۱۰۰۰ سقط غیرایمن در ایران انجام می‌شود (هسینی، ۲۰۰۷). در پژوهشی که زارع و همکاران (۱۳۸۳) در مورد ۵۵۰ نفر از زنان در سنین باروری انجام دادند، شیوع سقط عمدی را ۲/۸۶٪ برآورد کردند. طبق برنامه سیمای جمعیت و سلامت در ایران، هر دو زوج با در حدود یک چهارم بارداری‌ها مخالف‌اند و با در نظر گرفتن موالید سالانه حدود یک میلیون و دویست هزار نوزاد و با فرض شیوع ۲٪ سقط عمدی جنین، عدد مطلق سقط عمدی و عوارض آن، لزوم رسیدگی فوری به این مسئله مشخص

می‌گردد (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴). هرچند براساس قوانین قضایی ایران، سقط القایی مگر در شرایط محدود برای حفظ جان مادر و یا در زمانی که جنین مبتلا به بیماری‌های کروموزومی شده باشد (در سه ماهه اول بارداری) مجاز است، اگر فردی از عهده هزینه هنگفت این عمل برآید، سقط القایی ایمن در بیمارستان‌های خصوصی، به راحتی و تحت شرایط مطلوب پزشکی برای او امکان‌پذیر است. از آنجا که بیشتر متقاضیان سقط قادر به پرداخت هزینه بالای این عمل در بیمارستان نیستند، مجبور به انجام سقط در شرایط غیراستریل و یا توسط افراد القایی غیرمتخصص می‌شوند. بین سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۹، تعداد ۵۶۹۷ زن در ایران در اثر سقط القایی غیرایمن جان خود را از دست داده‌اند (هسینی، ۲۰۰۷). که رقم نسبتاً بالایی به حساب می‌آید و با احتساب اعضای درگیر خانواده به ویژه کودکان این زنان و با توجه به اینکه متوفیان در سنین جوانی و میانسالی جزء قشر مولد جامعه‌اند، می‌توان محاسبه کرد که مرگ در اثر سقط ایمن تا چه میزان، بار سنگین اجتماعی، اقتصادی و عاطفی را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. یکی از موارد بسیار بحث‌انگیز در مقوله سقط جنین، موارد بارداری در اثر تجاوز به عنف می‌باشد. در الجزایر، مصر، ایران و عربستان سعودی فتوایی در مورد مجاز بودن سقط بعد از تجاوز به عنف صادر شده است. از مهم‌ترین فتوای صادر شده در جهان اسلام در این زمینه فتوای سید محمد تنتاوی از دانشمندان اهل تسنن و مدرس دانشگاه الازهر در سال ۱۹۹۵ می‌باشد مبنی بر اینکه سقط در موارد تجاوز به زن ازدواج نکرده، مجاز می‌باشد (هسینی، ۲۰۰۷). در ایران آیت‌ا... یوسف صانعی در موارد نامشروع بودن جنین، حتی پس از ۴ ماهگی نیز به این دلیل که حرمت سقط تنها شامل فرزندان مشروع است، سقط ناشی از تجاوز به عنف را مجاز دانستند (اسلامی، ۱۳۸۴). اما این فتاوی زمانی کاربرد دارند که تبدیل به قانون

شوند. فردی که مورد تجاوز قرار گرفته است، هیچ اراده‌ای در پیدایش جنین نداشته و ادامه بارداری منجر به تباهی زندگی روانی و اجتماعی او و فرزندش در جامعه‌ای که چشم‌انداز روشنی از آینده برای هیچ‌کدام از آنها قابل تصور نیست، می‌گردد. با توجه به اینکه برخی از علمای شیعه و سنی نظر متفاوتی در مقوله حمل ناشی از تجاوز به عنف داشته و با اهتمام به این نکته، نتیجه حمل ناشی از زنا برای مادر و خود جنین و جامعه بسیار مخرب است، به نظر می‌رسد قانونگذاران ایران در این مورد بتوانند تجدیدنظر کنند.

خشونت خانگی علیه زنان

در خشونت علیه زنان، مردان به دلیل جنسیت زنان، نسبت به آنان اعمال خشونت کرده و حقوقشان را نقض می‌کنند. چنانچه این رفتار بین زن و شوهر باشد از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود. هر چند مسئله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده‌ای در همه کشورهای جهان دارد، به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا اعلام تعداد اندکی از این موارد، آمار دقیقی از آن در دست نداریم. شیوع خشونت خانگی در جامعه ایرانی تقریباً بالا می‌باشد. در تحقیقی که ملک افصلی و همکاران (۱۳۸۳) در مورد ۸۱۵ زن متأهل در اصفهان انجام دادند، شیوع خشونت روانی کلامی از ۳۴ تا ۶۲ درصد و شیوع خشونت جنسی ۵۳ درصد گزارش گردید. یکی از مخرب‌ترین انواع خشونت، خشونت علیه زنان باردار می‌باشد. مطالعات مختلف در ایران میزان مواجهه با خشونت‌های جسمی در زنان باردار را بین ۱۱ تا ۴۷ درصد گزارش کرده‌اند. در سایر مطالعات انجام گرفته میزان مواجهه زنان باردار با خشونت جنسی ۱۰/۷ تا ۱۴/۵٪ گزارش شده است. خشونت علیه زنان باردار علاوه بر اینکه نقض حق زن به عنوان انسان است بلکه نقض حق جنین نیز به شمار می‌رود زیرا

خشونت جسمی و جنسی با کم‌وزنی نوزاد ارتباط معنی‌دار نشان داده و کم‌وزنی عامل ۷۰٪ درصد از مرگ و میر نوزادان به خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (انصاری، ظفر، رحیمی و رخشانی، ۱۳۸۷).

شایع‌ترین خشونت جنسی گزارش شده در تحقیقات، توقع از زن برای آمادگی جهت ارضای مردان در هر زمان، رها کردن زن بعد از ارضا و عدم درک مقابل احساسات و نیازهای غریزی زن می‌باشد. در متون اسلامی برای مسائل جنسی وظایفی برای زن و مرد مطرح شده است (ملک افضلی و همکاران ۱۳۸۳). حال اگر یکی از طرفین به وظایف و تعهدات خود عمل نکرد، آیا می‌تواند مجوزی برای اعمال خشونت یا مقابله به مثل از جانب همسر باشد؟ متأسفانه طرز برخورد مقامات مسئول با زنانی که به دلیل آزار و اذیت همسران خود به مراجع قانونی مراجعه می‌کنند چندان جدی نیست که به نظر می‌رسد این برخورد سهل‌انگارانه با زنان بزه‌دیده خشونت، آنان را از مراجعه به مراکز قضایی دلسرد می‌کند (عارفی، ۱۳۸۲). خشونت علیه زنان یکی از شایع‌ترین نوع تجاوز به حقوق انسانی بوده و در عین حال معضل وسیع بهداشتی نیز می‌باشد که نیازمند توجه سریع دولتمردان و قانونگذاران است. خشونت خانگی تأثیرات مخربی بر رفاه، میزان باروری و قدرت حمایت زنان از اطفالشان دارد (گارسیا مورنو و استاکل، ۲۰۰۹). تأکید بر حذف کامل این معضل بزرگ، عنصری کلیدی در راه احیاء حقوق باروری و جنسی می‌باشد.

نتیجه

ایران از جمله کشورهایی است که دارای بیشترین دسترسی به خدمات سلامت می‌باشد نزدیک به قریب ۸۰ درصد مادران ایرانی به خدمات سلامت زنان و کودکان دسترسی دارند. این در حالی است که بسیاری از کشورهای جهان، چنین خدماتی را نمی‌توانند در میزان وسیع ارائه دهند. برای مثال این رقم در چین ۷۵/۴ درصد است (بوآلاتو و راس، ۲۰۰۲). در سی ساله گذشته بهبود فزاینده‌ای در ایران در مورد شاخص‌های بهداشت باروری به وجود آمده است (علیزاده و همکاران، ۲۰۰۹). بهبود استانداردهای زندگی در دهه‌های اخیر، برقراری نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی و ارائه رایگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه باعث بهبود بسیاری از شاخص‌های بهداشتی از جمله مرگ مادر، پوشش تنظیم خانواده، زایمان با نظارت و مساعدت متخصص در بیمارستان شده است. لیکن عرف‌های اجتماعی ازدواج در سن پایین به خصوص در جوامع روستایی که باعث بارداری و زایمان در سن کم می‌گردد، باروری بالاتر، کمی سطح سواد، فقدان آموزش زنان، تهدیدی جدی علیه حقوق باروری به شمار می‌روند. جمهوری اسلامی ایران در عمل به بسیاری از تعهدات خود که در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه قید شده بود موفق بوده است. برای مثال نسبت ثبت‌نام دختران به پسران در مقطع دبیرستان از ۰/۴۸ در سال ۱۹۹۱ به ۱/۱۱ در سال ۲۰۰۶ رسیده است. میزان زایمان نوجوانان از ۹۴ به ۳۵ در هزار زن افت کرده و میزان باروری از ۵ به ۲ به ازای هر زن رسیده است. به رغم موفقیت‌های چشمگیر هنوز هم کاستی‌هایی وجود دارد. برای مثال، اگر چه کمیت خدمات بهداشت باروری کافی است، کیفیت خدمات از لحاظ حفظ حریم خصوصی بیمار و اطلاعات کافی بهینه نبوده و پایین‌تر از استاندارد هستند (علیزاده و همکاران، ۲۰۰۹). زنان در هر جامعه‌ای نیمی از بدنه جمعیت را تشکیل می‌دهند،

مرگ و ناتوانی زنان و کیفیت پایین زندگی پایین آنان به مانند شکسته شدن تیرک وسط چادر می باشد. تحقیقات نشان داده است که مرگ نوزادان در خانواده‌هایی که مرگ مادر را تجربه کرده‌اند به صورت معنی‌داری بالاتر است. خشونت علیه زنان، عدم دسترسی زنان به مراکز ارائه خدمات بهداشتی اولیه با کیفیت مطلوب، بالا بودن میزان خدمات ارائه شده در مراکز درمانی خصوصی نه تنها بر زنان بلکه بر همه اعضای خانواده تأثیر منفی دارد. با توجه به اهمیت این موضوع چنانچه نظام سلامت در بهبود روزافزون شاخص‌های بهداشت باروری تلاش نکند، ایران شاهد تحول منفی در زمینه حقوق باروری که از اجزای مهم حقوق بشر است خواهد شد.

پی‌نوشت‌ها

۱- برای آگاهی بیشتر بنگرید به:

<http://www.behdasht.gov.ir/index.usp.15.05.2010.Iranian>.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- اسلامی، سید حسن. (۱۳۸۴). رهیافت‌های اخلاقی به سقط جنین. *فصلنامه باروری ناباروری*، شماره سوم، ۳۲۱-۳۴۲.
- سیمبر، معصومه؛ احمدی، محبوبه؛ احمدی، گلنوش؛ علوی مجد، حمید. (۱۳۸۷). کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *پایش*، شماره دوم، ۱۴۵-۱۵۵.
- شمشیری میلانی، حوریه. (۱۳۸۴). سقط جنین حق حیات مادر: بررسی سقط جنین از منظر طب. *فصلنامه باروری ناباروری*. ۴۵۷-۴۶۴.
- عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲). بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه. *مطالعات زنان*. شماره دوم، ۱۱۹-۱۰۲.
- عقدک، پژمان؛ مجلسی، فرشته؛ زراعتی، حجت. (۱۳۸۸). نیازهای آموزشی مرتبط با بهداشت باروری در داوطلبان ازدواج. *پایش*، شماره چهارم، ۳۷۹-۳۸۵.
- فرخ اسلاملو، حمید رضا؛ نانبخش، فریبا؛ حشمتی، فرهاد و امیر آبی، افسانه. (۱۳۸۵). همه‌گیر شناسی مرگ مادر در استان آذربایجان غربی (۱۳۸۴-۱۳۸۰). *مجله پزشکی ارومیه*، شماره اول، ۳۱-۲۳.
- ملک افضل، حسین؛ مهدی‌زاده، مرتضی؛ زمانی، احمدرضا و فرج‌زادگان، زیبا. (۱۳۸۳). بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. شماره ۲، ۶۷-۶۳.

ب) منابع لاتین

- Bualatao, R.A, Ross, J.A. (2002). Rating maternal and neonatal health services in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (9), 721-727.
- Cook, R. J; Plata, M. I. (1994). Women`s reproductive rights. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 46, 215-220.
- Dickens, B. M, Cook, R. J. (2007). Ethical and legal issues in reproductive health, Reproductive health and public health ethics. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 99. 75-79.
- El Dawla A. (2000). Reproductive rights for Egyptian women: Issues for debates. *Reproductive Health Matters*. 8, 45-54.

- García-Moreno, C., Stöckl, H. (2009). Protection of sexual and reproductive health rights: Addressing violence against women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 106, 144–147.
- Haslegrave, M. (2006). Integrating sexual and reproductive rights into the medical curriculum. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 20 (3), 433-445.
- Hessini, L. (2007). Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters*. 15 (29), 75–84.
- Alizadeh, M. S.; Wahlstro, R.; Vahidi, R.; Johansson, A. (2009). Women's perceptions of quality of family planning services in Tabriz, Iran. *Reproductive Health Matters* 17, 171–180.
- Pinottia, J.A; Drezzaeth, U. J. (1998). Imaneh and the new concept of reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63 Suppl. (1), S3-S12.
- Shiffman, J; Skrabalo, M.; Subotic, J. (2002). Reproductive rights and the state in Serbia and Croatia. *Social Science and Medicine* 54, 625–642.
- Temmerman, M. Beth, Foster, L.; Hannaford, Ph.; Cattaneo, A.; Olsen, J., Bloemenkamp, K., et al. (2006). Reproductive health indicators in European Union: The retrospect project. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 126, 3–10.
- Yanda, K.; Smith, S.V.; Rosenfield, A. (2003). Reproductive health and human rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 275–283.
- Wang, C. C.; Wang, Y.; Zhang, K.; Fang, J.; Lie, W.; Luo, Sh. et al. (2003). Reproductive health indicators for Chain's rural area. *Social Science and Medicine* 57, 217–225.

یادداشت شناسه مؤلف

سویل حکیمی؛ دانشجوی دکترای بهداشت باروری، مرکز کشوری مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

سکینه محمدعلی زاده؛ ph.D بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

نشانی الکترونیکی: hakimisevil@gmail.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۱