

بررسی حقوق باروری در نظام جامع سلامت:

دستاوردها و چالش‌ها

سوئل حکیمی^۱

سکینه محمدعلی‌زاده

چکیده

حقوق باروری جزئی از حقوق بشر بوده که تمامی کشورها آن را به رسمیت شناخته‌اند و آن عبارت است از این که تمامی افراد و زوجین حق این را دارند که آزادانه در مورد تعداد فرزندان و فاصله‌گذاری بین موالید تصمیم‌گیری کنند. تمامی افراد حق داشتن تصمیم‌گیری بدون اعمال خشونت، اجبار و تبعیض در رابطه با مسائل باروری را دارند. هدف از انجام این مطالعه بررسی برخی از شاخص‌های بهداشت باروری در سیستم بهداشتی ایران، دستاوردهای به‌دست 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 در سال ۱۳۵۴ ش.، به ۲۳،۸۴ در سال ۱۳۸۸ ش.، رسید. با وجود پیشرفت چشمگیری که سیستم بهداشتی کشورمان در کاهش مرگ مادر داشته است، هنوز تا رقم ۱۸ درصد 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 م.، نشان داد که ۳۵ درصد از زنان متأهل باردار، بارداری خود را ناخواسته ذکر می‌کنند. دو سوم از زنانی که دچار بارداری ناخواسته بودند در حال استفاده از یک روش بارداری

۱. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشجوی دکترای بهداشت باروری، مرکز کشوری مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده‌ی مسؤل)

نیز بوده‌اند و این مشکل آشکارا به این معناست 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 سالیانه هشتاد هزار سقط عمدی اشاره شده است. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که هر روز بیش از ۱۰۰۰ سقط غیرایمن در ایران اتفاق می‌افتد. طبق سیمای جمعیت و سلامت در ایران در حدود یک چهارم بارداری‌ها ناخواسته هر دو زوج می‌باشند و با در نظر گرفتن موایید سالیانه حدود یک میلیون و دویست هزار نوزاد و با فرض شیوع ۲٪ سقط جنین عمدی، عدد مطلق سقط عمدی و عوارض آن لزوم پرداخت جدی به این مسأله مشخص می‌گردد.

خشونت: 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 ۷,۱۰ تا ۵,۱۴٪ گزارش شده است. خشونت علیه زنان باردار علاوه بر این که پایمال کردن حق زن به عنوان یک انسان است بلکه پایمال کردن حق جنین نیز به شمار می‌رود چون خشونت فیزیکی و جنسی با کم‌وزنی نوزاد ارتباط معنی‌دار نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری: خشونت علیه زنان، عدم دسترسی زنان به سرویس‌های ارائه خدمات بهداشتی اولیه با کیفیت قابل قبول، بالابودن نرخ خدمات ارائه‌شده در سرویس‌های خصوصی اثر سوء خود را نه بر زنان که بر کل خانواده اعمال می‌کند. پس حقوق باروری مختص زنان نبوده و یکی از پایه‌ای‌ترین حقوق انسان‌ها می‌باشد.

واژگان کلیدی

حقوق باروری؛ ایران؛ سیستم بهداشتی

بررسی حقوق باروری در نظام جامع سلامت: دستاوردها و چالش‌ها

حقوق باروری جزئی از حقوق بشر بوده که توسط تمامی کشورها به رسمیت شناخته شده و در اسناد حقوق بشر بین‌المللی به آن اشاره شده است که مفاد آن عبارت است از: برخورداری از حقوق اساسی برای هر زوج شامل: حق داشتن 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 بهداشت جهانی عبارت است از داشتن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با تمام مسائلی که با سیستم باروری و عملکرد آن در ارتباطند. (یاندا، اسمیت و روزنفلد، ۲۰۰۳ م؛ هاسلگرو، ۲۰۰۶ م؛ الدوالا، ۲۰۰۰ م.)

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. (هاسلگرو، ۲۰۰۶ م.) اما در جهان امروز می‌توان شاهد ورود اصول حقوق بشر در مدیریت بهداشتی و درمانی و نیز در سطوح تصمیم‌گیری‌های ملی بود. (یاندا و همکاران، ۲۰۰۳ م؛ شیفمن، اسکرابالو، سوپوتیک، ۲۰۰۲ م.)

حقوق باروری در سراسر جهان با نشانگرهای بهداشت باروری اندازه‌گیری می‌شود. این نشانگرها بهترین محک برای آزمون موفقیت سیستم بهداشتی در راه رسیدن به این حقوق بوده و در واقع تبدیل آن‌ها به نمایه‌های قابل ارزیابی و پایش

جهت بررسی رفاه باروری جمعیت می‌باشند. (وانگ، وانگ، وانگ، فانگ، لیو، لو، تانگ، وانگ، لی، ۲۰۰۳ م.)

سازمان بهداشت جهانی نشانگرهای مربوط به بهداشت باروری را محور سلامت عمومی و نشانگر توسعه هر کشور دانسته است. (پینوتیا، ۱۹۹۸ م.) و ۱۷ نشانگر را برای ارزیابی حقوق باروری پیشنهاد می‌کند، که هر کشوری بنا به مقتضیات فرهنگی امکانات موجود در نظام بهداشتی تمام و یا برخی از این شاخص‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. (وانگ و همکاران، ۲۰۰۳ م؛ تیمرن، بٹ فوستر، هانافورد، کاتانو، اولسن، بلمن کمپ، جان، الیوریا داسیلوا، ۲۰۰۶ م.)

هدف از انجام این مطالعه بررسی برخی از شاخص‌ها و حقوق باروری در سیستم بهداشتی ایران، دستاوردهای بدست آمده و چالش‌های پیش رو می‌باشد.

مرگ و میر مادر

اصطلاح «مرگ مادر» به مرگ زنان در طی بارداری یا ۴۲ روز بعد از ختم بارداری، با هر علتی مرتبط با بارداری، تشدیدشده در اثر بارداری و یا مراقبت‌های ارائه‌شده در طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف اطلاق می‌گردد. (اسلامو، ۱۳۸۵ ش.) مرگ مادر جزء مرگ‌های غیرقابل قبول محسوب می‌شود چراکه در اکثریت موارد قابل پیشگیری می‌باشد. چنین مرگی ریشه در ناتوانی سیستم بهداشتی و دسترسی نابرابر مددجویان به منابع مالی، آموزشی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارد. (کوک و دیکنز، ۲۰۰۷ م.) 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 م.) در سال ۱۹۹۵ م، میزان مرگ مادر در جهان ۵۱۵۰۰۰ برآورد گردید. این در حالی است که در سال ۲۰۰۰ م، این رقم به

۵۱۹۰۰۰ رسید. میزان مرگ مادر در ایران در طول سه دهه اخیر کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است و از ۲۳۴ درصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۴ ش.، (فرخ اسلاملو، ۱۳۸۵ ش.) به ۲۳/۸۴ در سال ۱۳۸۸ ش.، رسید. (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

پیشرفت چشمگیری که سیستم بهداشتی کشورمان در کاهش مرگ مادر داشته است غیرقابل انکار می‌باشد اما باید توجه داشت که هنوز تا رقم ۱۸ درصد هزار تولد زنده که هدف وزارت بهداشت و درمان است فاصله زیادی وجود دارد. (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) نکته قابل ذکر این 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 ش.، ۲۲/۸۸ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بود اما در سال ۱۳۸۸ ش.، به رقم ۲۳/۸۴ افزایش یافت. از طرف دیگر به علت عدم وجود سیستم آمار دقیق در این زمینه گاهی مرگ مادران در برخی از استان‌ها به صورت دقیق و صحیح گزارش نمی‌گردد. در نتیجه ممکن است آمار واقعی به مراتب بیشتر از نتایج اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان باشد. به عنوان مثال استان‌های اردبیل و همدان در سال ۱۳۸۷ ش.، میزان مرگ مادر در نواحی روستایی را صفر اعلام نموده‌اند (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) که با توجه به سایر شاخص‌های بهداشتی این استان‌ها اندکی دور از ذهن آمده و به نظر می‌رسد سیستم گزارش‌دهی در این مناطق ضعیف باشند.

جلوگیری از بارداری

یکی از حقوق 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 اثر سوء خود را بر روی زنان جوان فقیر می‌گذارد. (دیکمن و کوک، ۲۰۰۷ م). علی‌رغم 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 م، نشان داد که ۳۵ درصد از زنان متأهل 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 معناست که مشاوره مراکز بهداشتی درمانی به قدر کافی مؤثر نبوده است. (سیم‌پر، احمدی، احمدی و علوی مجد، ۱۳۸۶ ش.). در مورد نحوه برگزاری و محتوای جلسات مشاوره قبل از ازدواج در کشور هنوز استاندارد تعریف نشده است. (عقدک، مجلسی و زراعتی، ۱۳۸۸ ش.). در برخی از مناطق که متقاضیان این کلاس‌ها زیاد می‌باشند کلاس‌های مشاوره به صورت گروهی و فقط برای نوعروسان تشکیل می‌گردد. در صورتی که در مناطقی که داوطلبان ازدواج کم می‌باشند کلاس‌ها به صورت اختصاصی برای زوجین برگزار می‌گردد. تاکنون هیچ مطالعه علمی برای اثبات برتری یک روش به روش دیگر در کشور 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 ش.). سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که هر روز بیش از ۱۰۰۰ سقط

غیرایمن در ایران اتفاق می‌افتد. (هسینی، ۲۰۰۷ م.) در پژوهشی که زارع و همکاران روی ۵۵۰ نفر از زنان در سنین باروری انجام دادند شیوع سقط عمدی را ۲/۸۶٪ برآورد کردند. (زارع و دستوری، ۱۳۸۳ ش.) طبق سیمای جمعیت و سلامت در ایران در حدود یک چهارم بارداری‌ها ناخواسته هر دو زوج می‌باشند و با در نظر گرفتن مولید سالیانه حدود یک میلیون و دویست هزار نوزاد و با فرض شیوع ۲٪ سقط جنین عمدی، عدد مطلق سقط عمدی و عوارض آن لزوم پرداخت جدی به این مسأله مشخص می‌گردد. (شمشیری میلانی، ۱۳۸۴ ش.) هرچند طبق قوانین قضایی کشور 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، اما اگر فردی از عهده هزینه هنگفت این عمل برآید سقط القایی ایمن در بیمارستان‌های خصوصی، به راحتی و تحت شرایط ایده‌آل پزشکی برای او امکان‌پذیر است. از آن‌جا که اغلب متقاضیان سقط از عهده هزینه بالای این عمل در بیمارستان بر نمی‌آیند، مجبور به انجام سقط در شرایط غیراستریل و یا توسط افرادی هستند که تخصص لازم برای این کار را ندارند. بین سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۹ ش، ۵۶۹۷ زن در کشور در اثر سقط القایی غیر ایمن جان خود را از دست داده‌اند. (هسینی، ۲۰۰۷ م.) که رقم نسبتاً بالایی به حساب می‌آید و با احتساب اعضای درگیر خانواده به ویژه کودکان این زنان و با توجه به این نکته که متوفایان در سنین جوانی و میانسالی و جزء قشر مولد جامعه بوده‌اند، می‌توان محاسبه نمود که مرگ در اثر سقط غیر ایمن چه بار سنگین اجتماعی، اقتصادی و عاطفی را دارا می‌باشد. 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 فتوی سید محمد طنطاوی از دانشمندان اهل تسنن و مدرس دانشگاه الازهر در سال ۱۹۹۵ م، می‌باشد. مبنی بر این که سقط در موارد تجاوز به زن ازدواج نکرده مجاز می‌باشد. (هسینی، ۲۰۰۷ م.) 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 دانسته‌اند. (اسلامی، ۱۳۸۴ ش.) 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 می‌گردد که چشم‌انداز روشنی از آینده برای هیچ‌کدام از آن‌ها قابل تصور نیست. با توجه به این که 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 کشورمان در این مورد بتوانند تجدیدنظر کنند.

خشونت خانگی علیه زنان

خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن به خاطر جنسیت خود مورد اعمال زور و تزییع حق از سوی مرد قرار می‌گیرد، چنان‌چه این رفتار بین زن و شوهر باشد از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود. هرچند مسأله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده‌ای در کلیه کشورهای جهان دارد اما به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا کم‌شماری آمار دقیقی از آن در دست نداریم. شیوع خشونت خانگی در جامعه ایرانی به نسبت بالا می‌باشد. در تحقیقی که ملک افضلی و همکاران بر

روی ۸۱۵ زن شوهردار در اصفهان انجام دادند شیوع خشونت روانی کلامی از ۳۴ تا ۶۲ درصد و شیوع خشونت جنسی ۵۳ درصد گزارش گردید. (ملک افضلی، مهدی‌زاده، زمانی و فرح‌زادگان، ۱۳۸۳ ش.) یکی از مخرب‌ترین انواع خشونت، خشونت علیه زنان باردار می‌باشد. مطالعات مختلف در ایران میزان مواجهه با خشونت‌های فیزیکی در زنان باردار بین 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 این که پایمال کردن حق زن به عنوان یک انسان است بلکه پایمال کردن حق جنین نیز به شمار می‌رود زیرا خشونت فیزیکی و جنسی با کم‌وزنی نوزاد ارتباط معنی‌دار نشان داده و کم‌وزنی عامل ۷۰٪ از مرگ و میر نوزادان به خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. (انصاری، ظفر، رحیمی و رخشانی، ۱۳۸۷ ش.) شایع‌ترین خشونت جنسی گزارش شده در تحقیقات توقع از زن برای آمادگی جهت ارضای مردان در هر زمان، رها کردن زن بعد از ارضای مرد و عدم درک مقابل احساسات و نیازهای غریزی زن می‌باشد حال آن‌که در متون اسلامی برای مسائل جنسی وظایفی برای زن و مرد مطرح شده است. (ملک افضلی و همکاران، ۱۳۸۳ ش.) 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 مسؤول 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 مورد خشونت قرار گرفته آنان را از مراجعه به مراکز قضایی دلسرد می‌کند. (عارفی، ۱۳۸۲ ش.) خشونت علیه زنان به عنوان یکی از شایع‌ترین نوع تجاوز به حقوق انسانی بوده و در عین حال معضل وسیع بهداشتی نیز می‌باشد که نیازمند توجه سریع دولتمردان و قانون‌گذار است.

رفاه، مولد بودن و قدرت حمایت زنان از کودکانشان تحت تأثیر آثار مخرب خشونت خانگی قرار می‌گیرد. (گارسیا، مورنو و استاکل، ۲۰۰۹ م.) تأکید بر ریشه‌کنی این معضل بزرگ، عنصری کلیدی در راه رسیدن به حقوق باروری و جنسی می‌باشد.

نتیجه

ایران جزء کشورهایایی است که دارای بیشترین دسترسی به خدمات سلامت می‌باشد. 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. در ۳۰ ساله گذشته بهبود قابل تحسینی در ایران در رابطه با شاخص‌های بهداشت باروری به‌وجود آمده است.

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 توسط فرد دوره دیده و 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، نبود آموزش زنان تهدیدی جدی علیه حقوق باروری به شمار می‌روند. جمهوری اسلامی ایران به بسیاری از تعهدات خود که در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه قید شده بود به طور موفقیت‌آمیز عمل نموده است. برای مثال نسبت ثبت نام دختران به پسران در مقطع دبیرستان از ۰/۴۸ در سال ۱۹۹۱ م. به ۱/۱۱ در سال ۲۰۰۶ م. رسیده است. میزان زایمان نوجوانان از ۹۴ در هزار زن 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 اگرچه کمیت خدمات بهداشت باروری کافی می‌باشد اما کیفیت خدمات از لحاظ حفظ حریم خصوصی بیمار و اطلاعات کافی بهینه نبوده و زیر استاندارد هستند. زنان در هر جامعه‌ای نیمی از بدنه جمعیت را تشکیل

می‌دهند، مرگ و ناتوانی زنان و کیفیت زندگی پایین آن‌ها به مانند شکسته شدن تیرک وسط چادر می‌باشد. تحقیقات نشان داده که مرگ نوزادان در خانواده‌هایی که مرگ مادر را تجربه کرده‌اند به صورت معنی‌داری بالاتر می‌باشد. خشونت علیه زنان، عدم دسترسی زنان به سرویس‌های ارائه خدمات بهداشتی اولیه با کیفیت قابل قبول، بالابودن نرخ خدمات ارائه شده در سرویس‌های خصوصی اثر سوء خود را نه بر زنان که بر کل خانواده اعمال می‌کند. با توجه به اهمیت این موضوع چنانچه سیستم بهداشتی در بهبود روز افزون شاخص‌های بهداشت باروری تلاش نکند کشور شاهد تحول منفی در زمینه حقوق باروری که از اجزای مهم حقوق بشر می‌باشد خواهد شد.

فهرست منابع

- اسلامی، سیدحسن - (۱۳۸۴ ش.)، *رهیافت‌های اخلاقی به سقط جنین*، فصلنامه *باروری ناباروری*، ۳۲۱-۳۴۲.
- انصاری، حسین؛ ظفر، پریسا؛ رحیمی، ابراهیم؛ رخشانی، فاطمه - (۱۳۸۷ ش.)، *ارتباط خشونت‌های دوران بارداری با کم‌وزنی هنگام تولد: مطالعه مورد - شاهدی*. مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم. دوره ششم، ش ۲. ۱۷-۲۶.
- زارع، نجف؛ دستوری، پریسا - (۱۳۸۳ ش.)، *پاسخ به سؤالات جنجالی، تخمین نسبت سقط جنین عمدی در خانم‌های ۴۹-۱۵ ساله با استفاده از روش پاسخ تصادفی*، مجله پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ش ۳۸. ۳۶-۳۹.
- سیمبر، معصومه؛ احمدی، محبوبه؛ احمدی، گلنوش؛ علوی‌مجد، حمید - (۱۳۸۶ ش.)، *کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، پایش، سال ۶، ش ۲، ۱۴۵-۱۵۵.
- شمشیری میلانی، حوریه - (۱۳۸۴ ش.)، *سقط جنین حق حیات مادر بررسی سقط جنین از منظر طب*، فصلنامه *باروری ناباروری*، ۴۵۷-۴۶۴.
- عارفی، مرضیه - (۱۳۸۲ ش.)، *بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه*، مطالعات زنان، سال اول، ش ۲، ۱۱۹-۱۰۲.
- عقدک، پژمان؛ مجلسی، فرشته؛ زراعتی، حجت - (۱۳۸۸ ش.)، *نیازهای آموزشی مرتبط با بهداشت باروری در داوطلبان ازدواج*، پایش، سال هشتم، ش ۴، ۳۷۹-۳۸۵.
- فرخ اسلاملو، حمیدرضا؛ نانبخش، فریبا؛ حشمتی، فرهاد؛ امیر آبی، افسانه - (۱۳۸۵ ش.)، *همه‌گیرشناسی مرگ مادر در استان آذربایجان غربی (۱۳۸۴-۱۳۸۰)*، مجله پزشکی ارومیه، سال ۱۷، ش اول، ۲۳-۳۱.
- ملک افضل، حسین؛ مهدی‌زاده، مرتضی؛ زمانی، احمدرضا؛ فرج‌زادگان، زیبا - (۱۳۸۳ ش.)، *بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان*، ۱۳۸۲ ش.، مجله *عوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، سال ۱۴، ش ۲، ۶۳-۶۷.
- 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 & 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); 2007:75-84.
- <http://www.behdasht.gov.ir/index.asp>.: 15.05.2010
- [http://port.health.Gov.ir/hnd/Lists/List 27/uni-apx](http://port.health.Gov.ir/hnd/Lists/List%207/uni-apx). Accessed: 17.07.2010
- Mohammad-Alizadeh 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, Drezzetb U.J.(1998). *IAMANEH 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 Serbai and Coratia*. Social Science & 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 REPROSTATc 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 & Medicine 57; 217-225 .

یادداشت شناسه مؤلفان

سویل حکیمی: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشجوی دکترای بهداشت باروری، مرکز کشوری مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده مسؤول

پست الکترونیکی: hakimisevil@gmail.com

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

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۷/۷/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۹