Review
Journal of Medical Council of Iran, Volume 42, Issue 1, 2024
https://doi.org/10.22034/42.1.39

The Civil Responsibility of the Guardian Organizations in the Field of Maternal Health in the "Youthful Population and Protection of the Family" Legislation Approved in 2021 in the Light of the Components of the Right to Health

Alireza Azizi

Phd Student, Faculty of Law, University of Imam Sadiq, Tehran, Iran

*** Corresponding Author**

Phd Student, Faculty of Law, University of Imam Sadiq, Tehran, Iran

Email: alireza.azizi.isu@gmail.com

Received: Mar 11 2023

Accepted: Nov 3 2023

Abstract

Background: The "Youth Population and Family Protection Law" was approved in our country in 2021; and according to this law, various institutions play a role in ensuring the health of mothers and are responsible for many tasks.

According to this law, any institution or organization that violates or restricts the right of health of mothers and women-due to their failure to perform assigned tasks and duties- will be civilly responsible for it and obliged to compensate for the damage. Also, according to this law, "those who are dissatisfied with the implementation of this law, in addition to compensating for the damages, will be sentenced to imprisonment or a fine." And therefore, this law clearly indicates the realization of the civil responsibility of the institutions or organizations that, by their actions or omissions, cause the violation or limitation of the health right of women or mothers.In the present article, an effort has been made to examine the approach of the "Youthful Population and Protection of the Family" legislation from the point of view of the civil responsibility of the responsible organizations in the field of mothers and women's health.

Keywords: Law on the youth of the population, Health of mothers and women, Right to health, Civil responsibility, Duty to compensate damages

Copyright 2024, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

Journal of Medical Council of Iran, Volume 42, Issue 1, 2024
https://doi.org/10.22034/42.1.39

مقـــاله مروری

مسئولیت مدنی سازمان های متولی در زمینه سلامت مادران در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ در پرتو مولفه های حق بر سلامت

علیرضا عزیزی

دانشجوی دکتری حقوق خصوصی دانشگاه امام صادق علیه السلام، اتوبان چمران، پل مدیریت، تهران، ایران

*** نشانی نویسنده مسئول:**
دانشگاه امام صادق علیه السلام، اتوبان چمران، پل مدیریت، تهران، ایران
نشانی الکترونیک:
alireza.azizi.isu@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۸/۱۲

چکیده

زمینه: قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده در سال ۱۴۰۰ در کشور ما به تصویب رسیده است؛ و بر اساس این قانون دستگاه های مختلفی در تامین سلامت مادران نقش داشته و وظایف متعددی را بر عهده دارند.

بر اساس این قانون، هر نهاد یا دستگاهی که به نحوی به سبب عدم انجام تکالیف و وظایف محوله، نسبت به مادران و زنان، حق سلامت آن ها را نقض یا تحدید نماید، در قبال آن ها مسئولیت مدنی خواهد داشت و مکلف به جبران خسارت از زیان‌دیدگان خواهد بود. همچنین بر اساس این قانون، «مستنکفین از اجرای این قانون، علاوه بر جبران خسارات وارده به مجازات حبس یا جزای نقدی محکوم می‌شوند» و لذا این قانون به روشنی، گویای تحقق مسئولیت مدنی دستگاه ها یا نهادهایی است که با فعل یا ترک فعل خود، موجبات نقض یا تحدید حق سلامت زنان یا مادران را فراهم می آورند.

در پژوهش حاضر کوشش شده است، به صورت تفضیلی رویکرد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، از نگاه مسئولیت مدنی سازمان‌های متولی در زمینه سلامت مادران و زنان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: قانون جوانی جمعیت، سلامت مادران و زنان، حق بر سلامت، مسئولیت مدنی، تکلیف به جبران خسارت

Copyright 2024, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

مقدمه

در سال های اخیر، هرگاه از جمعیت و سالخوردگی نسلی سخن به میان می‌آید، بدون استثنا از واژه «بحران» برای این مشکلات استفاده می‌شود. حقیقت نیز همین است، جوامعی که به دلایل مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نتوانند، مسئله کاهش جمعیت خود را حتی با راهکار مهاجرپذیری حل کنند، آینده روشنی پیش‌روی خود نخواهند داشت. در کشور ما از حدود ۱۵ سال قبل چرخش از سیاست آسیب رسان جلوگیری از افزایش جمعیت آغاز شد و سرانجام در آبان ۱۴۰۰ قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» به تصویب رسید تا بخش مقننه، گام بلندی در ایجاد ابزارهای قانونی برای حمایت از افزایش جمعیت بردارد.

اما تاکنون که حدود دو سال از تصویب این قانون می‌گذرد، نه تنها این قانون به طور کامل اجرا نشده است، بلکه آن بخش نیز که به مرحله اجرا درآمده است، مملو از اشکال و ناکارآمدی است و به همین سبب در زمینه اجرای این قانون، اقدامات قابل توجه و رضایت بخشی را شاهد نبوده و نیستیم.

این مقاله به دنبال تفصیل مسئولیت حمایت از سلامت مادران به عنوان مهم ترین عامل انسانیِ مقابله با بحران کاهش جمعیت هست و در این راستا ضمن معرفی مفهوم حق بر سلامت به دنبال تعیین حدود مسئولیت مدنی سازمان ها و دستگاه‌هایی است که به وظیفه قانونی خود عمل نمی‌کنند.

مفهوم و مولفه های حق بر سلامت

در این قسمت، ابتدا معنای حق بر سلامت و سپس، مولفه های مقوّم این مفهوم را مورد بحث و بررسی قرار می دهیم.

۱-۱ معنای حق بر سلامت

شناسایی حقی با عنوان حق بر سلامت در سطح جهانی، هرگز به معنای روشن بودن همه ابعاد و جوانب آن و محتوای آن به طور کامل نیست. تبیین حق بر سلامت کاری دشوار است. در معنای محدود، حق بر سلامت مساوی است با حق بر برخورداری از ارگانیسم بدنی سالم و بدین ترتیب حق بر سلامت معادل با حق بر سالم بودن و مریض است. در معنای گسترده اما این معنای محدود، تنها بخشی از معنای حق بر سلامت را شکل می دهد. در مفهوم گسترده، سلامت معادل رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقط عدم بیماری یا فقدان ناتوانی. در مفهوم اخیر، حق بر سلامت، تعابیری چون حق بر مراقبت های پزشکی» (Right to medical cares)، «حق بر مراقبت های بهداشتی» (Right to health cares)، «حق بر حمایت و صیانت از سلامتی» (Right to health protection) را نیز دربرمی گیرد (۱). باید اشاره داشت به اینکه به رغم شناسایی حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشری، ماهیت و محتوای این حق به طور کامل روشن و آشکار نیست و از وضوح و شفافیت لازم نیز برخوردار نیست به طوری که تحلیل و تبیین محتوایی حق مزبور را امری دشوار و پیچیده می سازد زیرا عبارت حق بر سلامت، تعبیری نارسا قلمداد شده است (۲).

کاربرد این عبارت در میان عامه مردم جایگاهی نداشته و برای خواص نیز دچار پیچیدگی و ابهام است. هرچند بر اساس تحلیل های مقدماتی که در این باره صورت گرفته، برخی نتایج قابل تحصیل‌اند از جمله اینکه سلامتی، یک موهبت الهی است و با دیگر حقوق بشری در پیوند وثیق است. در عین حال، سلامت مفهومی در حال تحول است. با وجود این به نظر می رسد به منظور تحلیل معنای این حق، بتوان در نظریات ارائه شده حول آن فحص کرد و جایگاه آن را در نظام بین المللی حقوق بشر بررسی نمود. این دو مقوله را در ادامه پی می‌گیریم.

۱-۲ نظریات ارائه شده

حق بر سلامت به مثابه حقی بشری، همانند بسیاری دیگر از مفاهیم و مباحث مهم دانش بشری، محل ابهام و اختلافات فکری و نظری است. از یک طرف به اعتقاد برخی، موضوع سلامت، امری نسبی است که متناسب با شخصیت و محیط زندگی و نوع فعالیت و اشتغال افراد تغییر می‌یابد و لذا مفهومی در نوسان است (۳). از سوی دیگر، سلامت نه فقط به معنای بیمار نبودن بلکه به مفهوم برخورداری از وضعیت رفاه کامل و یا لااقل نسبی جسمی، روانی و اجتماعی است و فقدان بیماری، تنها جزئی از مفهوم ارائه شده، می‌باشد لذا حق بر سلامت را نمی توان به حق بر سالم بودن و مریض نشدن منحصر کرد (۶-۴).

از جهتی بنابر اعتقاد برخی دیگر، حق بر سلامت را نمی‌توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض کرد بلکه باید آن را ناظر بر طیف متنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات دانست که دولت ها به موجب معاهدات بین المللی، بدان‌ها متعهد شده و افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری و استحقاق بهره‌مندی از آن را یافته اند (۷). عده ای دیگر از متخصصان امر معتقدند حق بر سلامت، در تمامی سطوح و در همه اَشکال و نمودهایش، حاوی و شامل اصول به هم پیوسته و مرتبطی است که نقش اساسی و تأثیرگذار در تحقق کامل این حق دارند.

با وجود این، کاربرد دقیق و مناسب آن‌ها بستگی به شرایط و مقتضیات حاکم بر هر کشور خواهد داشت اما اصول راهبردی حاکم بر این حق همانند محتوای اصلی حق بر سلامت، به اندازه کافی دارای انعطاف می‌باشند که پذیرش جهانی را به ارمغان آورند. بر همین سیاق، عده ای، عبارت «خدمات سلامت» را به هر نحو دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز خدمات پیش شرط استقرار نظام سلامت اطلاق کرده اند و پیش شرط های مورد اشاره را نیز عبارت دانسته اند از برابری و عدم تبعیض در دسترسی به امکانات و تسهیلات و

خدمات سلامت، در اختیار بودن دائمی امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت، قابلیت پذیرش امکانات، تسهیلات و خدمات به معنای امکان سازگار کردن و متناسب کردن امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت با شرایط و هنجارهای بومی و ملی، کیفیت بالای امکانات، خدمات و تسهیلات سلامت و توزیع جغرافیایی مناسب امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت در نظر گرفته اند (۸). بر اساس همین اندیشه هاست که عده‌ای نتیجه گرفته‌اند که حق بر سلامت با دیگر حقوق بشری از جمله حق بر حیات، حق بر غذا، حق بر مسکن و پوشاک، حق بر آزادی بیان و حق بر گردش اطلاعات و حق بر حریم خصوصی ارتباط تنگاتنگی دارد.

در واقع، اینگونه گفته اند که حق بر سلامت، هرچند در تبیین آن و در تحلیل قلمرو آن اختلافاتی وجود دارد لیکن ارزشی معادل دیگر حقوق بشری دارد. از جمله نمی‌توان حق بر حیات را به کسی داد اما حق بر سلامت را از او گرفت و او را در شرایط حیات غیر سالم قرار داد و یا نمی توان به بهانه حفظ سلامت فرد به حریم خصوصی او تعدّی کرد (۹). نکته دیگر اینکه، گفته شده که در تعریف حق بر سلامت باید آن را در عین استقلال ماهوی از دیگر حقوق بشری، واجد پیوند وجودی با آن ها دید (۱۰).

با توجه به مطالبی که ارائه شد، حق بر سلامت را در گفتمان‌های جدید، حق بر برخورداری از طیف متنوع تسهیلات، خدمات و شرایط ضروری برای تحقق سلامت تعریف کرده اند و بر این نکته تصریح نموده اند که این حق، شرایطی را در بر می‌گیرد که امکان یک زندگی سالم برای افراد را در همه ابعادش فراهم کند (۱۱). در کنار بررسی نظریات ارائه شده در مورد حق بر سلامت، نگاه به مفاد اسناد بین المللی مشعر بر حقوق بشری و جایگاه حق بر سلامت در نظام بین المللی حقوق بشر، مفید بلکه ضروری است.

۳-۱ جایگاه حق بر سلامت در نظام بین المللی حقوق بشر

حق بر سلامت، در نظام بین المللی حقوق بشر – که نشانگرهای این نظام را می توان عبارت دانست از اسناد بین المللی ناظر بر حقوق بشری– به رسمیت شناخته شده است از جمله در بند ۱، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مبنی بر حق هر کس بر سطح زندگی کافی برای سلامتی خود و خانواده اش، بندهای ۱ و ۲، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص حق بر بالاترین سطح قابل وصول سلامتی به همراه مصادیق و اقدامات عملی دولت ها در تحقق کامل این حق بشری، ماده‌ی ۵ کنوانسیون بین‌المللیِ راجع به محو کلیه اَشکال تبعیض نژادی مبنی بر تضمین حق هر فرد انسانی فارغ از هر گونه تبعیض نسبت به سلامت عمومی، مادتین ۱۱ و ۱۲، کنوانسیون راجع به محو اَشکال تبعیض علیه زنان درباره تکلیف دولت های عضو به اتخاذ اقدامات مقتضی در راستای تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت و سلامت و ماده ۲۴، کنوانسیون حقوق کودک مبنی بر حق هر کودک در برخورداری از بالاترین معیارهای بهداشتی و تسهیلات قابل حصول درمانی.

همچنین برخی اسناد منطقه‌ای نیز حق بر سلامت را شناسایی کرده‌اند؛ ماده ۱۱، اصلاحی منشور اجتماعی اروپا، ماده ۱۶، منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها، ماده ۱۰، پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی همچنین بندهای اول و دوم ماده ۱۲، میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی با اتخاذ بیانی تمثیلی و غیرحصری، حق بر سلامت را حقی فراگیر شامل گونه های متنوع و مختلف سلامت دانسته است. کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیز حق بر سلامت را حقی فراگیر تفسیر نموده که نه تنها شامل مراقبت های سلامت به موقع و مناسب بلکه دربردارنده عوامل اساسی تأثیرگذار بر سلامتی نظیر دسترسی به آب سالم آشامیدنی، نظافت عمومی، عرضه مناسب و کافی غذاهای سالم، مسکن مناسب، شرایط ایمن شغلی و بهداشت حرفه‌ای، محیط زیست سالم و دسترسی به آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامت در همه ابعادش نیز می گردد (۱۲).

برخی عقیده دارند که حق بر سلامت، هم حاوی آزادی‌ها و هم شامل استحقاق هاست. استحقاق های مربوط به این آزادی ها مواردی از قبیل حق بهره‌مندی از نظام‌های حمایتی و تأمینی می باشند. از سوی دیگر، مفهوم «بالاترین سطح قابل حصول سلامتی» مذکور در بند ۱، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بدون وجود بسترهای زیست شناختی، اجتماعی و اقتصادی از یک طرف و منابع مالی و انسانی در اختیار دولت از سوی دیگر مقدور و میسّر نمی گردد. در عین حال این نکته را نیز باید بیفزاییم که کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل در نگارش ماده ۱۲ میثاق مورد اشاره، تعریف سلامت مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به «وضعیت بهروزی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» را نپذیرفت (۱۳). اما با وجود این، تاریخچه تدوین و عبارات صریح بند دوم ماده ۱۲ مورد اشاره به این اذعان دارد که حق بر سلامت، دربرگیرنده طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و اقتصادی است که شرایط و وضعیتی را ارتقا می دهد که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته و به عوامل اساسی موثر بر سلامتی نظیر آب سالم، تغذیه کافی و... دسترسی داشته باشند. بدین ترتیب است که حق بر سلامت را می توان حق– ادعایی دانست که افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری و استحقاق بهره مندی از تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات سلامت را یافته و دولت های عضو به موجب معاهدات بین المللی بدان متعهد گردیده اند (۱۴).

اما در کنار بررسی مفهوم حق بر سلامت، باید مولفه های مقوّم این حق را نیز برشمرد و مورد تحلیل قرار داد. بررسی مولفه های حق بر

سلامت، موضوع قسمت بعد از این مقاله است.

۱-۴ مولفه های مقوّم حق بر سلامت

به ویژه دو مولفه را می توان به عنوان قوام دهنده و تقویت کننده حق بر سلامت دانست؛ حق بر زیست سالم و حق بر ایمنی و محافظت، هر یک را مستقلاً تحلیل می‌کنیم.

۱-۴-۱ حق بر زیست سالم

زیست سالم در واقع چیزی جز برخورداری و بهره‌مندی از استانداردهای رفاهی در زندگی نیست. بنابر عقیده برخی، در مرکز حقوق رفاهی، حق بر استاندارد مناسب زندگی قرار دارد (۱۵،۱۶). با استناد به اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ۲۵، میثاق بین المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۱ و کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۷، بهره مندی از این حق، مستلزم این است که هر شخص از حقوق ضروری برای معاش و زیست بهره‌مند باشد. مفهومی کاملاً مرتبط با این معنا، مفهوم «مراقبت» و «مساعدت» است. مراقبت و مساعدت، در واقع اصلی‌ترین سازوکارهای صیانت از حق بهره مندی از زندگی سالم و استاندارد هستند. در میان حقوق مرتبط با حق بهره مندی از زیست سالم، حق بر مساعدت و مراقبت (میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۰، کنوانسیون حقوق کودک ماده ۱۰) و حق بر تأمین اجتماعی (اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ۲۵ و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۹ و کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۶) از اهمیت مضاعفی برخوردارند.

اینگونه توجیه کرده اند که یکی از مولفه های حق بر سلامت، حق بر زیست سالم است زیرا تنها در پرتو شناسایی و تضمین حق بر زیست سالم یا زیست برخوردار از استانداردها و حقوق رفاهی است که می توان حق بر سلامت را عینی و محقق دانست و تنها در فرض وجود استانداردهای رفاهی و برخورداری از سازوکارهای تضمین کننده آن است که می‌توان حق بر سلامت را مستقر محسوب نمود.

بنابراین تا زمانی که فردی از استانداردهای رفاه بهره‌مند نباشد نمی‌توان گفت حق بر سلامت نسبت به وی جریان دارد. حق برخورداری از استانداردهای رفاه، به عنوان یک مبنا برای استحقاق هایی که می‌توانند مجموعه‌ای از استانداردهای مناسب برای زندگی را تضمین کنند عمل می‌کند (۱۷،۱۸). همانطور که اشاره شد، حق بر سلامت تنها به معنای حق بر بیمار نبودن یا بیمار شدن نیست بلکه گستره ای وسیع تر از این دارد. در عین حال «حق بر زیست سالم» مهم ترین موضوع داخل در گستره حق بر سلامت است. در واقع، ما فرد انسانی را برخوردار و منتفع از حق بر سلامت در همه ابعادش محسوب کرده ایم چون او حق دارد از زیست سالم بهره مند باشد و لذا بر فرض، اگر حق بر زیست سالم از وی گرفته شود، دیگر نمی توان مدعی بود که حق بر سلامت نیز نسبت به وی در جریان است.

پس می‌توان بر این ادعا پافشاری کرد که حق بر زیست سالم که در برخورداری از استانداردهای رفاهی متجلی است، مفهوم مقوّم حق بر سلامت است. حال در این میان، مفهوم دیگری که می‌تواند در کنار حق بر زیست سالم، مفهوم حق بر سلامت را قوام بخشد، حق بر ایمنی و محافظت است که در واقع به نوعی گویای سازوکار تضمین حق بر سلامت نیز می باشد. آنگونه که برخی اعتقاد دارند، می توان حق بر زیست سالم یا استانداردهای رفاهی را تقویت کننده و تحکیم کننده و حق بر محافظت و ایمنی را تضمین کننده حق بر سلامت محسوب نمود.

۱-۴-۲ حق بر ایمنی و محافظت

اشاره شد که سازوکار اِعمال حق بر سلامت و تضمین آن از سوی دولت در برابر شهروندان، تعهد به محافظت و ایمنی است به نحوی که شهروندان احساس کنند از بالاترین و یا دستکم از استانداردهای متعارف ایمنی بهره‌مند و بدین ترتیب، حق بر سلامت خود را استقرار یافته و تضمین‌شده می‌یابند (۱۹). نکته مهم آن است که با مطالعه در منابع موجود، می‌توان به این نتیجه رسید که گویا حق بر ایمنی و محافظت، در ارتباط با حق بر سلامت، اغلب در ارتباط با ایمنی و محافظت در برابر بیماری ها مورد توجه نظام‌هایی حقوقی بوده یعنی حق بر سلامت را تنها در معنای محدود و مضیّق آن تصور کرده‌اند از جمله مثلاً در منشور حقوق بیماران در ایالات متحده، انگلستان و استرالیا، بر «حق دریافت مراقبت های ایمنی با کیفیت بالا» از سوی بیماران تصریح شده (۲۰)، حال آنکه در مفهومی که ما از حق بر سلامت به دست دادیم، مفهوم و معنای موسع سلامت و حق بر سلامت مورد نظر بود و فقط یک جنبه آن، حق بر بیمار نبودن و بیمار نشدن شناخته شد. در معنای موسع، حق بر ایمنی و محافظت، معنایی معادل محافظت و تعهد به محافظت از افراد واجد حق بر سلامت در برابر همه مظاهر و زمینه ها و عوامل نقض حق بر سلامت دارد که همچنانکه گفته شد، به نوعی دلالت بر تعهد دولت‌ها در قبال شهروندانشان نیز دارد. گفته‌اند که حق بر ایمن بودن از مخاطرات و متعاقب آن، تکلیف دولت‌ها به اِعمال حداکثر محافظت از شهروندان، لازمه بقای اجتماعی انسان و حافظ ارزش‌ها، حقوق بنیادین و شأن بشری انسان هاست (۲۱). حق بر ایمنی و محافظت، امروزه به عنوان یکی از موضوعات صدرنشین در میان حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگیِ مورد مطالبه و درخواست بشریت قرار گرفته است.

حق بر ایمنی و محافظت، طبق تفسیر و توجیهی که برخی ارائه داده اند، یک حداقل بسیار مهم برای زندگی متناسب با شأن انسان است و لذا از جمله حقوق ذاتی نوع بشر نیز می تواند محسوب شود. گفته

شده که حق بر ایمنی و محافظت در واقع ترجمان تعهد محور از حق بر تأمین اجتماعی نیز هست. در این باره به مقدمه اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز استناد شده که اشعار می دارد؛ «...از آنجا که مردم ملل متحد، ایمان خود را به حقوق اساسی بشر و مقام و ارزش فرد انسانی و تساوی حقوق مرد و زن مجدداً در منشور اعلام کرده‌اند و تصمیم راسخ گرفته‌اند که به پیشرفت اجتماعی کمک کنند و در محیطی آزاد، وضع زندگی بهتری به وجود آورند...»

همچنین اظهار شده که در ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر در معنایی عام مقرر شده است که «هر کس به عنوان عضو اجتماع حق دارد و مجاز است به وسیله مساعی ملی و همکاری بین المللی، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود را که لازمه مقام و نمو آزادانه شخصیت اوست، با رعایت تشکیلات و منابع هر کشور به دست آورَد.»

در این ماده، ایمنی (تأمین)، گویا به عنوان خمیر مایه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانسته شده است. در ماده ۲۵ همین اعلامیه می خوانیم «۱- هر کس حق دارد سطح زندگانی، سلامتی و رفاه خود و خانواده اش را از حیث خوراک، مسکن و مراقبت های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، نقص اعضاء، بیوه گی، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان، وسایل امرار معاش وی از بین رفته باشد، از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. ۲- مادران و کودکان حق دارند از کمک و مراقبت مخصوص بهره مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند از کمک و مراقبت مخصوص بهره مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند».

به نظر می‌رسد حق بر تأمین (ایمنی و محافظت) بتواند در بردارنده بسیاری از حقوق رفاهی دیگر نیز باشد و بدین ترتیب از یک سو با حق بر زیست سالم و از دیگر سو با حق بر سلامت، واجد ارتباط تنگاتنگی خواهد بود. در هر حال، حق بر ایمنی و محافظت، یک مفهوم کاملاً مرتبط با حق بر سلامت است. همانند آنچه در مورد ارتباط حق بر سلامت با حق بر زیست سالم گفته شد، می‌توان ادعا کرد که نمی توان حق بر سلامت را برای افراد شناسایی کرد اما حق آنان بر ایمنی و محافظت (حق بر تأمین) را مغفول گذاشت. زمانی حق بر سلامت نسبت به افراد مُجرا قلمداد می‌شود که آنان بتوانند در برابر همه مخاطرات و زمینه ها و عوامل و بسترهای خطر مورد محافظت قرار گیرند و دولت ها، تعهدات خود مبنی بر حفظ و ارتقای ایمنی آنان را جامه عمل بپوشاند (۲۷-۲۲).

جایگاه و اهمیت صیانت و تأمین سلامت مادران

حق بر سلامتی، همچون همه حقوق بشری سه نوع یا سه سطح از تعهدات را بر دولتهای عضو تحمیل می کند. تعهد به ایفاء به نوبه خود حاوی تعهد به تسهیل، تامین و ترویج است[1]. به ترتیبی که تعهد به احترام دولت ها را ملزم می دارد از مداخله مستقیم یا غیرمستقیم در بهره مندی از حق بر سلامتی اجتناب کنند. تعهد به حمایت دولت ها را ملزم می‌سازد اقداماتی اتخاذ کنند که طرف های ثالث را از مداخله در تضمین های ماده ۱۲ میثاق باز دارد و بالاخره، تعهد به ایفاء دولت ها را ملزم می نماید اقدامات مناسب تقنینی، اداری، بودجه‌ای، قضائی، ترویجی و غیره در جهت تحقق کامل شاخص های عمومی حق بر سلامتی اتخاذ نماید. یکی از مهم ترین و اساسی ترین وظایف دولت ها در زمینه تأمین و تضمین حق بر سلامت، در ارتباط با مادران مطرح می باشد.

خانواده، کوچک‌ترین واحد جامعه و سلول تشکیل دهنده حیات اجتماعی است. بهداشت خانواده، ضامن بهداشت جامعه و کودکان و مادران آنان، آسیب پذیرترین گروه اجتماعی محسوب و جزو گروه های پرمخاطره به شمار می‌آیند (۲۸). خدمات بهداشت خانواده در قالب مراقبت های بهداشتی اولیه اجرا می شود که شامل مراقبت های مادر، کودک و برنامه ریزی برای تنظیم خانواده می‌باشد. این مراقبت ها در سه سطح مراقبت های پیش از زایمان، مراقبت‌های حین زایمان و مراقبت های پس از زایمان ارائه می‌گردد. همچنین برنامه ریزی برای تنظیم خانواده [2] که براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، عبارت از یک روش اندیشه و زندگی مشترک، که داوطلبانه و برپایه آگاهی، بینش و تصمیم‌گیری مسئولانه، توسط افراد بویژه زن و شوهر به خاطر ارتقاء تندرستی و بهزیستی خانواده اتخاذ می شود و از این رو در توسعه اجتماعی کشور سهم موثری دارد (۲۲).

بدینسان تنظیم خانواده، مترادف با تجدید موالید[3] نیست. زیرا تجدید موالید یک سیاست دولتی برای کنترل و کاهش موالید است، ولی تنظیم خانواده یک تصمیم‌گیری فردی و درون خانوادگی است. شایان ذکر است این اقدامات و برنامه ها که متضمن حق بر سلامتی مادران، کودکان و حق بر تولید مثل است برای دولت و مراکز بهداشتی، درمانی و نیز کادر بهداشت و درمان، ایجاد تعهدات و تکالیفی می‌نماید. همچنین «پیش‌بینی کاهش نرخ مرده‌زائی و مرگ و میر نوزادان و توسعه سالم کودکان» (ماده ۱۲ (۲) (الف)) را می‌توان مستلزم اقداماتی برای بهبود سلامت کودک و مادر، خدمات سلامتی جنسی و تولید مثل، از جمله دسترسی به تنظیم خانواده، مراقبت پیش و بعد از تولد، خدمات مامائی اضطراری و دسترسی به اطلاعات و همچنین منابع ضروری برای عمل به آن اطلاعات دانست[4].

---

۱. مطابق تفسیرهای عمومی شماره ۱۲ و ۱۳، تعهد به ایفاء دربرگیرنده تعهد به تسهیل و تعهد به تامین است به طوری که تعهد به ایفاء شامل تعهد به ترویج هم می شود چرا که ترویج سلامتی اهمیت حیاتی در کار سازمان بهداشت جهانی دارد.

2. Family Planning

3. Birth Control

۴. سلامتی تولید مثل (reproductive health) به این معناست که زنان

شایان توجه است این اقدامات و برنامه‌ها که از یک طرف متضمن حق بر سلامتی مادران، کودکان و حق بر تولید مثل به شمار می آید و از طرف دیگر تعهدات و تکالیفی برای دولت‌ها و بویژه مراکز بهداشتی، درمانی و نیز کادر پزشکی و پیراپزشکی ایجاد می‌نماید، میزان حصول به آن براساس نرم ها و استانداردهای مورد عمل و مطابق شاخص های مربوط به خود، از طرف سازمان‌های ناظر در سطح بین‌المللی و ملی نظارت، می‌شود.

این مقوله را نیز باید افزود که اساساً جنسیت، واقعیتی انکارناپذیر در نظام خلقت به شمار می آید که افراد انسانی را از بدو آفرینش به دو گروه متمایز زن و مرد تقسیم می‌نماید. این تمایز دیرینه از یک سو، پایه گذار زنجیره حیات بشری و از سوی دیگر زمینه ساز رویارویی و مقایسه میان این دو جنس می باشد (۳۰). این تلازم بیانگر یکی از آیات با شکوهی است که آرامش، رحمت و مودت را برای همه انسان‌ها به ارمغان می آورد [۵]. بدینسان تفاوت موجود نه از حیث اولویت و برتری یکی بر دیگری، بلکه از جهت ترتیب و تکمیل زنجیره حیات و آرامش، آسایش و تکامل انسان می باشد.

از یک سو تفاوت های بیولوژیک و جسمانی میان زنان و مردان، به منزله تفاوت بهره مندی از حقوق بنیادین انسانی نخواهد بود و از سوی دیگر برابری زنان و مردان در بهره مندی از حقوق بنیادین بشر هرگز به معنای برابری و تشابه آنان در همه حقوق و تکالیف اجتماعی به شمار نمی آید (۳۱). در واقع تفاوت های بیولوژیکی زنان، نظیر بارداری و مراقبت های بعد از زایمان، مستلزم امتیازات و تسهیلات ویژه ای است و اعطای چنین مزایایی به منزله تبعیض نا موجه تلقی نمی‌شود. بدین‌سان حقوق بشر معاصر به دنبال برابری میان زنان و مردان در بهره مندی از حقوق و آزادی‌هایی است که انسانیت انسان و کرامت ذاتی او را تضمین می نماید. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توصیه می‌کند، دولت‌ها در خط مشی ها، برنامه ریزی‌ها و تحقیقات مرتبط با سلامتی چشم انداز جنسیتی را وارد سازند تا سلامتی برای مردان و زنان، هر دو ارتقاء یابد. رویکرد جنسیت محور به این نکته توجه دارد که عوامل زیست شناختی و اجتماعی– فرهنگی نقش مهمی در اثرگذاری بر سلامت مردان و زنان دارد. بنابراین تفکیک داده های سلامتی و اجتماعی– اقتصادی مطابق جنس برای شناسائی و رفع نابرابری ها در سلامتی جنبه اساسی دارد.

با این وجود، برای محو تبعیض علیه زنان، لازم است یک راهبرد ملی جامع برای پیشبرد حق بر سلامتی زنان، طراحی و به مرحله اجرا درآید. این راهبرد باید دربرگیرنده مداخلاتی باشد، با هدف پیشگیری و معالجه بیماری های متاثر کننده زنان، و نیز خط مشی‌هایی برای تامین دسترسی به طیف کاملی از مراقبت سلامتی با کیفیت بالا و هزینه قابل تحمل، از جمله خدمات جنسی و تولیدمثل باشد. یکی از اهداف اصلی این راهبرد باید کاهش خطرات سلامتی زنان، بخصوص پائین آوردن نرخ مرگ و میر مادران و حمایت از زنان در برابر خشونت خانگی باشد. تحقق حق بر سلامتی زنان، نیازمند برطرف ساختن همه موانعی است که بر سر راه دسترسی به خدمات، آموزش و اطلاعات سلامتی، از جمله در حوزه سلامت جنسی و تولیدمثل قرار دارد. همچنین اتخاذ اقدامات پیشگیرانه، ترویجی و ترمیمی برای محافظت زنان در برابر رویه ها و هنجارهای سنتی و فرهنگی زیانبار، که آنان را از حقوق کامل مربوط به تولیدمثل محروم می سازد، دارای اهمیت و توجه ویژه‌ای است.

همچنین ماده ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان مصوب ۱۹۷۹ دولت های عضو را مکلف به اتخاذ اقدامات مقتضی در جهت تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت سلامتی نموده است (۳۲). شایان توجه است علیرغم تاکید مندرجات کنوانسیون های بین المللی درخصوص رفع تبعیض و نابرابری علیه زنان در کلیه شئون اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و من جمله بهداشتی و درمانی موضوع این پژوهش، به نظر می‌رسد تحقق کامل این امر مستلزم افزایش آگاهی‌های عمومی از طریق مشارکت فعال زنان در زمینه های تصمیم سازی و تصمیم گیری‌های اجتماعی در کنار تلاش دولتمردان برای رفع موانع ساختاری و رفتاری علیه زنان از طریق بهبود و ارتقاء قوانین و مقررات ذیربط، تضمین بیشتر روش های جبرانی، قضائی و اصلاح مکانیسم های اجرائی باشد.

ارتباط سیاست های جمعیتی دولت ها با حق بر سلامت مادران

نکته دیگر این است که به نظر می رسد سیاست های انبساطی و یا در مقابل، سیاست های انقباضی جمعیتی، یکی از مهم ترین حوزه های دغدغه مندی دولت ها و حاکمیت هاست. این سیاست‌ها به طور مستقیم، سلامت مادران جامعه را تحت شعاع خود قرار می دهد و بنابراین، به هیچ وجه، گزاف نیست اگر ادعا شود که یکی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر تأمین و تضمین و یا بالعکس، نقض و یا تحدید حق بر سلامت مادران، سیاست های جمعیتی حاکمیتی است (۳۳).

در توضیح بیشتر می‌توان افزود که تنظیم خانواده بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی یعنی برنامه ریزی آگاهانه، مسئولانه و داوطلبانه زوجین برای دستیابی به اهداف باروری، که به منظور

و مردان آزاد هستند نسبت به فرزندآوری و زمان آن تصمیم بگیرند و حق دارند از شیوه های ایمن ، موثر ، کم هزینه و قابل قبول تنظیم خانواده مطلع باشند و به انتخاب خود به آنها دسترسی داشته باشند و نیز حق دارند به خدمات مناسب مراقبت سلامتی که مثلاً زنان را قادر می سازد بارداری و فرزندزائی را سالم طی کنند دسترسی بیابند.

۵. «و من آیاته ان خلق لکم من انفسکم ازواجا لتسکنو الیها و جعل بینکم موده و رحمه ان فی ذالک لایات لقوم یتفکرون»(سوره روم آیه ۲۱)

ارتقای تندرستی و بهزیستی خانواده انجام می‌گیرد (۳۴). اولین بار در قطعنامه کمیسیون مقام زن در سال ۱۹۶۵ به لزوم دسترسی زوجین متأهل به اطلاعات آموزشی مربوط به تنظیم خانواده اشاره شد [۶]. در اعلامیه کنفرانس جهانی حقوق بشر تهران نیز حق والدین برای اتخاذ تصمیم آگاهانه و مسئولانه درباره تعداد و فاصله بین فرزندانشان آمده است (۳۵). نهایتاً تنظیم خانواده به عنوان یک حق بشری در بند (ج) سند نهایی کنفرانس جهانی جمعیت در بوداپست ۱۹۷۴ به این صورت قید شد: همه زوجین و افراد حق اساسی برای تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه درباره تعداد و فاصله فرزندانشان و داشتن اطلاعات و آموزش و ابزار تحقق آن را دارند (۳۶). در اعلامیه کنفرانس جهانی زن در پکن نیز بر حق زنان برای کنترل کلیه جنبه‌های مربوط به سلامت‌شان، به ویژه حقوق باروری آنان تأکید شده است (۳۷).

به نظر می‌رسد دولت‌هایی که در جهت حفظ منافع ملی به اجرای سیاست‌های جمعیتی برای افزایش یا کاهش جمعیت مبادرت می‌ورزند، با ورود به یکی از خصوصی‌ترین جنبه‌های زندگی خانوادگی حق آزادانه والدین برای تصمیم‌گیری در خصوص تعداد فرزندانشان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند و همینطور برخی از راهکارهای آنان می‌تواند سلامت مادران و کودکان و حقوق باروری زنان را به مخاطره اندازد.

فشار روانی و عملی برای داشتن فرزندان کمتر از جمله محرومیت از برخی حقوق و مزایا و اجبار حاصل از آن در پیشگیری از بارداری، سقط جنین–که غالباً در خصوص جنین‌های دختر انجام می‌گیرد و می‌تواند مخاطراتی برای مادر داشته باشد از نتایج سیاست‌های انقباضی جمعیتی است. ممنوعیت سقط جنین و استفاده از شیوه‌های ناایمن غیرقانونی برای انجام آن و مخاطرات آن برای سلامتی مادر، ممنوعیت استفاده از خدمات درمان ناباروری برای زوجین نابارور و افزایش کودکان ناخواسته و سر راه گذاشتن آنان از پیامدهای سیاست‌های توسعه جمعیت است که به دلیل نقض آزادی های افراد و حقوق فردی و خانوادگی آنان دولت‌ها باید توجه ویژه‌ای را در سیاست‌گذاریها و اجرای آنها به‌عمل آورند (۳۸).

البته به نظر می‌رسد یکی از ویژگی‌های اصلی تصمیم‌گیری در خصوص تعداد فرزندان که آگاهانه و مسئولانه بودن آن است، (اقتضا دارد زوجین با درنظر گرفتن دغدغه‌های جمعیتی کشور و علل سیاست‌گذاری‌های جمعیتی تصمیم مقتضی را با توجه به شرایط خود، اتخاذ و از نتایج تصمیم‌شان خردمندانه استقبال کنند) و این تا حدودی مستلزم فرهنگ‌سازی است.

حق زوجین به داشتن فرزند، محور اصلی حق تشکیل خانواده را تشکیل می‌دهد و معمولا تولد یک نوزاد نتیجه یک لقاح طبیعی بین یک زن و مرد به عنوان والدین کودک است اما برای زوجینی که امکان داشتن فرزند از طریق طبیعی را ندارند، چندین دهه است که فنآوری‌های نوین باروری به کمک آمده‌اند. پذیرفتن یک کودک به فرزندخواندگی نیز از شیوه‌های دیگر فرزنددارشدن به ویژه برای افرادی است که امکان داشتن فرزند را ندارند.

توسعه جوامع بشری به تدریج به کاهش خطرات مرتبط با سلامتی و مرگ منجر شده است. دولت رفاه برای تأمین حداکثر آسایش اعضای خانواده – بر اساس آموزه‌های فردگرایانه– با پاره پاره کردن مسئولیت‌های خانوادگی، اکثر آن‌ها را خود بر عهده گرفته و تغییر کارکرد خانواده از یکسو و افزایش هزینه‌های دولت رفاه برای اداره جامعه از سوی دیگر از نتایج این رویکرد است. به عبارت دیگر با ترویج فرهنگ مصرف‌گرایی و تبدیل خانواده از یک واحد آموزشی، تولیدی و اقتصادی به یک واحد مصرفی، فرزندآوری هزینه‌هایی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند که در کنار نیاز جوامع به نیروی کار زنان کوچک‌کردن خانواده‌ها به مثابه گامی در جهت کاهش این هزینه‌ها خودنمایی کرده است (۳۹). در کنار تأثیر توسعه بر جوامع بشری، تأثیر جمعیت بر توسعه به لحاظ رشد اقتصادی، نیروی انسانی، منابع و محیطزیست را نیز نمی‌توان نادیده گرفت. لذا دولت‌ها بنابر اقتضائات و مصالح کشور، به ویژه در بلندمدت، سیاست‌هایی را به لحاظ جمعیتی اتخاذ می‌کنند که می‌تواند آثار و پیامدهایی را بر حقوق انسانی افراد از جمله حق ازدواج و تشکیل خانواده بر جای گذارد (۴۰). در جامعه بین‌المللی و در ارتباط با سیاست‌های جمعیتی بعضاً با دو دسته از کشورها مواجه هستیم. از یک طرف کشورهایی که با کاهش رشد جمعیت مواجه هستند، در کنار سیاست‌گذاری‌های تشویقی برای فرزندآوری به سمت مهاجرپذیری روی آورده‌اند که خود چالش‌هایی را برای آنها ایجاد نموده؛ و از طرف دیگر با برخی دولت‌ها مواجهیم که برای پاسخگویی به نیاز افزایش سریع جمعیت جهت استمرار توسعه اقتصادی–اجتماعی در کشور خود سیاست‌هایی را اتخاذ می‌کنند که می‌تواند عواقب سوئی به دنبال داشته باشد. برای مثال، کشور رومانی در سال ۱۹۹۰ بدین منظور سقط جنین و استفاده از کلیه شیوه‌های جلوگیری از بارداری را ممنوع کرد. افزایش نرخ مرگ ومیر زایمان برای مادر و کودک، افزایش مرگ‌ومیر زنان ناشی از سقط جنین‌های ناایمن و غیرقانونی و عواقب ناشی از آن برای دیگران و افزایش کودکان سرراهی ناخواسته که والدینشان توانایی نگهداری آنان را نداشتند از عواقب این تصمیم دولت بود (۴۱).

برخی دیگر از کشورها در چارچوب سیاست‌های کنترل جمعیت در حق تولید مثل افراد با ممنوع کردن داشتن فرزند بیش از تعدادی معین، عقیم‌سازی اجباری یا استفاده از وسایل جلوگیری مداخلاتی می‌کنند و برخی دولت‌ها نیز به دلایل دیگری باروری مصنوعی، آزمایشگاهی، رحم اجاره‌ای یا گامت اهدایی را ممنوع نموده و در سیستم‌های حقوقی‌شان نمی‌پذیرند. برای مثال، کشور چین سالهاست

۶. UN Resolution 1965, UN Commission on the Status of Women.

با هدف کنترل افزایش فزاینده جمعیت سیاست‌هایی را اتخاذ کرده که پیامدهایی را به دنبال داشته است. در این سیاست‌ها اجبار، نقش اصلی را به اشکال مختلف ایفا می‌کند. فشار روانی بر زنانی که از سیاست تک‌فرزندی تبعیت نمی‌کنند یکی از این موارد است که از طرف همسایگان، همکاران، مراجع تنظیم خانواده و اعضای حزب کمونیست به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و به ویژه استفاده از آی‌یودی (که برداشتن آن ممنوع است) تحت عقیم‌سازی اجباری قرار می‌گیرند و در صورتیکه با وجود یک فرزند باردار شده باشند، باید سقط جنین کنند [۷].

همچنین قوانین محلی برای سقط جنین افرادی که عقب‌مانده ذهنی هستند وجود دارد. مخالفان این سیاست‌ها از مزایای متعدد پزشکی، آموزشی و مقرری مسکن محروم و به پرداخت جریمه محکوم می‌شوند. یکی از نتایج این سیاست‌ها آمار بالای سقط جنین دخترهاست زیرا والدین ترجیح می‌دهند تنها فرزند آنان پسر باشد و آمار فرزندکشی افزایش یافته است[۸]. بدین ترتیب، بر اثر این مداخلات، جسم و روان افراد در مخاطره قرار می‌گیرد، حق حیات و ممنوعیت شکنجه و سایر رفتارهای خشن و ترزیری، حق بر سلامت، ممنوعیت بردگی، حق آزادی و امنیت اشخاص، حق بر عدم مداخله در حریم خصوصی و زندگی خانوادگی، ممنوعیت تبعیض بر اساس جنسیت، حق ازدواج و تشکیل خانواده و به طور خاص حق اساسی فرد بر کنترل باروری و کنترل بر بدن خود و تصمیم‌گیری در خصوص تعداد فرزندانش که از حقوق باروری او است تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد (۴۲).

بنابراین سیاست‌های جمعیتی به صورت مستقیم (مهاجرپذیری) یا غیرمستقیم (سیاست‌های تشویقی یا بازدارنده برای کنترل موالید) برای هماهنگی و ایجاد تعادل بین تغییرات عوامل جمعیتی و تغییرات سایر عوامل، زمانی طراحی می‌شوند که مسأله‌ای در خصوص جمعیت وجود داشته باشد. بدین‌ترتیب، گاه تنظیم خانواده جنبه حکومتی پیدا می‌کند و به یک برنامه تبدیل می‌شود؛ چرا که افزایش یا کاهش جمعیت یک عامل مستقل و جدا از واقعیات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حتی سیاسی نیست و باید دید سیاست‌های کنترل جمعیت دولت‌ها تا چه حدود بر حق افراد برای تشکیل خانواده و منع مداخله در زندگی خانوادگی منطبق است.

رویکرد قانون جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ نسبت به سلامت مادران

در قانون موسوم به حمایت خانواده و جوانی جمعیت که در سال ۱۴۰۰ به تصویب رسیده و لازم الاجرا شده است، دستگاه‌ها و نهادهای مختلف، دارای وظایف مهم و قابل توجهی در راستای تأمین و تضمین سلامت مادران شده‌اند. با نگاهی به مقرراتی که قانونگذار در این قانون به تصویب رسانده است، مشخص خواهد شد که یکی از مبانی نظری مورد نظر مقنن در این قانون، مباحث مربوط به حق سلامت و به ویژه حق زنان و مادران به دسترسی به بالاترین سطح و حد از سلامت است [۹].

عمده وظایف و تکالیفی که در این راستا بر عهده این دستگاه‌ها و نهادها قرار گرفته است را می‌توان به صورت فهرست، عبارت از موارد زیر می باشند:

۱. اهدای سبد تغذیه‌ای و بهداشتی به مادران باردار، شیرده و کودکان زیر ۵ سال

۲. کاهش نوبت کاری شب مادران دانشجو دارای فرزند زیر ۲ سال

۳. کاهش نوبت کاری شب دانشجویان دارای فرزند زیر دو سال و مادران باردار

۴. کسر تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان به ازای هر فرزند ۶ ماه برای پزشکان عمومی و متخصصینی که قبلا طرح خود را در دوره عمومی نگذرانده باشند

۵. گذراندن تعهدات مادران متأهل در محل سکونت خانواده

۶. امکان تعویق طرح تا دو سالگی فرزند

۷. پوشش کامل بیمه‌های پایه زوج هایی که پس از یکسال صاحب فرزند نشوند (۶ ماه برای افراد بالای ۳۵ سال) و سقط مکرر

۸. پرداخت فوق العاده کمک به فرزند آوری بصورت افزایش پلکانی به ارائه‌دهندگان خدمات (بهورزان، مراقبین سلامت، ماماها و پزشکان) به ازای تولد فرزند اول به بعد در جمعیت تحت پوشش

۹. امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی برای همه افراد به صورت کاملا رایگان

۱۰. توسعه زایمان های بدون درد به میزان سالانه ۵% با تجهیز بیمارستان‌ها و کادر متخصص

۱۱. مرخصی یک نیم سال تحصیلی بدون احتساب در سنوات برای مادر باردار دانشجو یا طلبه

۷. Ibid, pp. 1260-1261.

۸. Ibid.

۹. نباید از یاد برد که حق بر سلامت یا حق برخورداری از بالاترین سطح سلامت جسم و روان، امروزه یکی از حقوق مسلم بشری محسوب می شود. متناظر با این حق، دولت ها مکلف شده اند این حق را برای شهروندان خود تأمین و تضمین کنند. مهم ترین جلوه ایفای این تعهد نیز حمایت حقوقی از این حق به معنای تدوین و اجرای قوانین و مقرراتی است که این حق را ابتدا شناسایی(RECOGNITION) کرده و پس از آن، شهروندان دارای این حق را مورد حمایت(PROTECTION) قرار دهند. در وهله بعد و به عنوان مهم ترین سطح حمایت، باید آن را دادخواهی پذیر کنند به صورتی که کسانی که به سبب نقض حق بر سلامتشان، متضرر شده اند، بتوانند با مراجعه به مراجع قضایی، علیه ناقض حق، اقدام به شکایت کیفری یا طرح دعوای حقوقی نمایند. (تضمین قضایی یا INSUREMENT) سلامت، صرفاً به بعد جسمی منحصر نیست و در کنار آن، سلامت روان نیز موضوع بسیار مهمی است و بنابراین، تأمین و تضمین حق بر سلامت و حمایت کیفری از آن، شامل بعد روانی سلامت نیز می شود. در میان اقشار مختلف جامعه، برخی به سبب ویژگی های خاص جسمانی و روانی، آسیب پذیرتر و در نتیجه، مستحق حمایت های قوی تر و کارآمدتر حقوقی هستند. زنان ازجمله این اقشار هستند که به دلیل جایگاه خاص آن ها در اجتماع و در خانواده، در مباحث مربوط به تأمین و تضمین حق بر سلامت و مقوله حمایت های تقنینی از این حق، مورد توجه بیشتر قرار گرفته اند.

۱۲. موافقت با تقاضای مرخصی مادر دارای فرزند زیر ۲ سال حداکثر تا ۴ نیم سال بدون احتساب در سنوات
۱۳. موافقت با میهمان شدن طلاب و دانشجویان باردار یا دارای فرزند زیر ۲ سال حداکثر ۴ نیم سال
۱۴. افزایش سهمیه سقف استاد راهنمایی برای استاد دارای دانشجوی باردار یا دارای فرزند شیرخوار
۱۵. تعریف بسته خدمات پایه بیمه به گونه‌ای که شامل کلیه اقدامات مذکور در درمان ناباروری اولیه و ثانویه گردد
۱۶. اختیاری بودن نوبت کاری شب برای مادران باردار و دارای فرزند شیر خوار تا ۲ سال و برای پدر تا ۱ ماهگی فرزند
۱۷. مرخصی زایمان ۹ ماه کامل با حقوق و فوق العاده های مرتبط.
۱۸. مرخصی زایمان ۱۲ ماه کامل برای مادران باردار دارای ۲ قلو و بیشتر
۱۹. اعطای دورکاری به مادران باردار حداقل بمدت ۴ ماه در صورت امکان
۲۰. کاهش سن بازنشستگی به مدت یک سال به ازاء تولد هر فرزند و یک و نیم سال برای تولد فرزند ۳ به بعد
۲۱. افزایش محدوده سنی در استخدام جدید به ازاء تأهل و برای هر فرزند از یک تا پنج سال
۲۲. افزایش سنوات خدمت به میزان یک سال به ازاء هر فرزند برای خانواده پس از تولد فرزند سوم تا پنجم

ملاحظه می‌گردد که مقنن در قانون حمایت خانواده و جوانی جمعیت، تلاش داشته است مجموعه ای از تکالیف و تعهدات را بر عهده سازمان ها و نهادهای متولی سلامت عمومی قرار دهد که به طور خاص و افتراقی، حمایت از زنان و مادران را تحقق می بخشد. آنچه این قانون در راستای صیانت از سلامت مادران و زنان بر عهده دستگاه‌ها و نهادی مختلف گذاشته است را می‌توان در پرتو این نکته مهم مورد ارزیابی قرار داد که تأمین سلامت همگانی و حفظ بهداشت شهروندان از تکالیف اساسی دولت‌هاست که مداخلهٔ دولت شامل طیف وسیعی از اقدامات در راستای ارتقای سطح سلامت از طریق تدوین قوانین و نظارت بر آن‌ها و با هدف اجرای فرایندها و سیاست‌های کلان اثربخش در این حوزه می‌شود. بر این اساس، حق حیات و سلامت زنان باید در همه زمان‌ها محترم شمرده شود. رویکرد حقوق بشری به سلامت زنان چارچوب مناسبی برای تلاش های بین المللی در کاهش مرگ و میر زنان است. دولت ها وظیفه حقوقی دارند که از حیات و زندگی زنان حفاظت کنند و اقدامات مثبتی را اتخاذ کنند قطع عضو جنسی زنان برای سلامتی و حیات زنان مضر و در تضاد با حقوق بین الملل است و دولت ها وظیفه دارند اقدامات لازم و موثری جهت امحای این رویه اتخاذ نمایند.

تکالیف و تعهداتی که قانون جوانی جمعیت بر عهده دستگاه‌های مسئول در زمینه تأمین و تضمین سلامت مادران و زنان گذاشته است را می‌توان در پرتو اصول قانون اساسی نیز مورد بحث قرار داد. در این باره می‌توان گفت قانون اساسی جمهوی اسلامی ایران با حمایت از حقوق انسانی، اجتماعی و فرهنگی همه افراد اعم از زن و مرد (اصل ۲۰)، سلامت افراد را یک حق اساسی دانسته و تأمین نیازهای سلامت آنها را تکلیف اصلی دولت شمرده است (اصل ۲۹) بر این اساس، قانون اساسی ایران، بر حق سلامت زنان در بهره‌مندی و دسترسی به خدمات، حمایت‌ها و مراقبت‌های بهداشتی درمانی مورد نیاز و با کیفیت مناسب تأکید می‌نماید.

این حقوق عبارتند از: حق برخورداری از سلامت جسمی و روانی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی با توجه به ویژگی‌های زنان در مراحل مختلف زندگی و مسئولیت حفاظت از آن. حق بهره‌مندی از بهداشت (محیط، کار و ...) و اطلاعات و آموزش‌های مورد نیاز. حق مشارکت زنان در سیاستگذاری، قانونگذاری، مدیریت، اجرا و نظارت در زمینه بهداشت و درمان، بویژه درخصوص زنان.حق بهره‌مندی از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب جهت پیشگیری از بیماری و درمان بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی زنان، حق زنان در انتخاب فرد و مرکز ارائه کنندهٔ خدمت در امر سلامت، بر اساس ضوابط اسلامی و استانداردهای علمی و پزشکی و بهره‌مندی از اطلاعات مناسب و کافی برای انتخاب آگاهانه و بهینه آنان، حق آگاهی و مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به کنترل باروری و تنظیم خانواده، حق دسترسی فراگیر و عادلانه به امکانات ورزشی و آموزشی در زمینه تربیت بدنی و تفریحات سالم، حق پرورش و شکوفایی استعدادهای ورزشی و حضور در میادین ورزشی در سطح ملی و بین‌المللی متناسب با موازین اسلامی، حق برخورداری از بهداشت باروری و بارداری، زایمان سالم، مراقبت های بهداشتی پس از زایمان با استفاده از زنان متخصص و پیشگیری و درمان بیماری های شایع زنان، بیماری های مقاربتی و نازایی آنان، حق برخورداری از خدمات مشاوره‌ای و آزمایش‌های پزشکی به منظور اطمینان از سلامت کامل مرد در امر ازدواج و در حین ازدواج، حق بهره‌مندی دختران بی‌سرپرست، زنان مطلّقه، بیوه، سالخورده و خودسرپرست نیازمند از بیمه‌های عمومی، خدمات مددکاری و بیمه‌های خاص بویژه در بخش بهداشت و درمان، حق بهره‌مندی زنان و دختران آسیب‌دیده جسمی، ذهنی، روانی و در معرض آسیب از امدادرسانی و توانبخشی مناسب و حق بهره‌مندی از تغذیه سالم خصوصاً در دوران بارداری و شیردهی و وظیفه مراقبت از کودک و تغذیه مناسب او، با اولویت استفاده از شیر مادر.

مجموعه اهدافی که به صورت افتراقی در ارتباط با زنان و مادران، مورد تأکید و توجه قانونگذار در قانون جوانی جمعیت بوده است را می توان حول محور مباحث عمده زیر توجیه و تبیین کرد:

۱. ارتقای سلامت

در این زمینه، مسائل زیر مورد توجه بوده است:
۱-۱ فرآیند توانمند سازی زنان و مادران جهت افزایش تسلط بر سلامت خود و بهبود آن ها
۱-۲ تقویت نقش محوری زنان و مادران در تامین سلامت خود، خانواده، جامعه و افزایش مشارکت آنان در سطوح مختلف تصمیم گیری و اجرا
۱-۳ اصلاح و رفع موانع فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت زنان و مادران

۲. پیشگیری از بیماری ها

در این باره، مسائل زیر، مورد توجه مقنن بوده است:
۲-۱ توانایی بر اقداماتی که عوامل خطر را کاهش داده و پیشرفت را متوقف و عوارض را کاهش دهد.
۲-۲ آشنایی با رفتارهای پرخطر و عوامل خطر
۲-۳ شناسایی رفتارها و عواملی که موجب افزایش بروز بیماری؛ جراحت و یا ناتوانی در طول زندگی می‌شود

۳. افزایش دسترسی

در این باره، موضوعات زیر، مورد تأکید بوده‌اند:
۳-۱ حق دسترسی زنان به نیروهای متخصص و همگن خدمات سلامت در همه ابعاد
۳-۲ بهبود سلامت محیط کار و تاثیر آن بر سلامت زنان شاغل و افزایش آگاهی جامعه از تأثیر شغل خانه‌داری در سلامت و توسعه کشور

۴. افزایش آگاهی‌ها

این مقوله، یکی از مهم‌ترین مسائل مورد توجه مقنن در قانون جوانی جمعیت بوده است که موارد زیر را در بر می‌گیرد:
۴-۱ افزایش آگاهی زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق تکالیف و روابط سالم زناشویی بهداشت باروری مهارت‌های زندگی حسن خلق و معاشرت
۴-۲ توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش و مسئولیت های متعدد آنان در خانواده و اجتماع و همچنین نیازهای سلامت زنان در مراحل مختلف زندگی اعم از کودکی، بلوغ، ازدواج، باروری، شیردهی، یائسگی و سالمندی

۵. مسئولیت مدنی دستگاه های مسئول در قانون جوانی جمعیت نسبت به رفتارهای خسارت بار و ناقض حق بر سلامت مادران و زنان

ماده ۷۱ قانون جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ در حکمی کلی که شامل همه دستگاه ها و نهادهای موظف به اجرای این قانون شده، مقرر نموده است: «مستنکفین از اجرای این قانون، علاوه بر جبران خسارات وارده و اعمال مجازات موضوع ماده ۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری به مجازات حبس یا جزای نقدی درجه چهار یا پنج موضوع ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ محکوم می‌شوند.» آن قسمت از این ماده که به بحث جبران خسارت اشاره داشته، به طور صریح، قائل به تحقق مسئولیت مدنی دستگاه های مسئول در قانون جوانی جمعیت نسبت به رفتارهای خسارت بار و ناقض حق بر سلامت مادران و زنان است. بر این اساس و به موجب قواعد سنتی حقوق مسئولیت مدنی، چنانچه سه رکن مسئولیت مدنی که در واقع، شروط تحقق این نوع مسئولیت نیز هستند، از حیث عملی محقق شوند، مسئولیت مدنی دایر بر تکلیف به جبران خسارت از فرد یا افراد خسارت دیده، بر عهده دستگاه یا نهاد مرتکب رفتارهای خسارت بار، ثابت خواهد شد.

قانون جوانی جمعیت، در باب نحوه تحقق مسئولیت مدنی دستگاه ها و نهادها نسبت به نقض یا تحدید تعهدات و تکالیف راجع به حق سلامت زنان و مادران، به جز ماده ۷۱ که در بالا مورد اشاره قرار گرفت، مقرره دیگری ندارد لیکن سیاق ماده از حیث شاکله و فحوا، به صراحت گویای این امر است که یکی از تکالیف و تعهداتی که دستگاه‌های مستنکف از اجرای قانون جوانی جمعیت به ایفای آن متعهد هستند، تکلیف به جبران خسارت بر اساس ارتکاب رفتار (های) خسارت بار در فرض عدم اجرای تعهداتی است که بر اساس اعتقاد به حق سلامت زنان و مادران، می‌توان در مورد آن‌ها سخن گفت.

اما نکته دیگر در این باره، این است که یکی از ابزارهای اصلی تضمین مسئولیت مدنی دستگاه‌ها و نهادهای مسئول صیانت از سلامت مادران و زنان، بررسی قابلیت دادخواهی (قضاوت پذیری) حق بر سلامت است. قابلیت دادخواهی یا قضاوت‌پذیری حق‌های بشری از جمله و به ویژه حق بر سلامت است. در توضیح بیشتر می توان افزود که امروزه در میان اکثریت قریب به اتفاق اعضای جامعه بین المللی، تمایل و گرایش‌های قابل توجه به سوی پذیرش، مطالبه پذیری و قضاوت پذیریِ حق بر سلامت مشاهده می‌شود به نحوی که معیارهای مبتنی بر پاسخگوییِ مقامات دولتی و اتخاذ تدابیر قضاییِ شایسته از جمله نکاتی است که نگاه ناظران بین‌المللی را به خود معطوف کرده است. در این میان، رسانه‌های ارتباط جمعی از نقش و اهمیت کلیدی برخوردارند به طوری که آنها را می‌توان دیدبان‌ها و ناظران اقدامات و فعالیت‌های مسئولان و مؤثر در افزایش و ارتقای جریان اطلاعات به روی مردم دانست.

در همین جا باید تصریح شود که دولت ایران نیز از آنجا که به میثاق بین المللیِ حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پیوسته و تعهدات راجع به حق بر سلامت را پذیرفته، لذا متعهد به ایفای این تعهدات خواهد بود. گفته شده که حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری،

منطبق با قواعد حقوق بین الملل عرفی، مورد پذیرش رسمی دولت ایران قرار گرفته و تعهدات ناشی از آن برای دولت‌ها موجب مسئولیت بین المللی آنهاست (۴۳).

میزان پایبندی دولت‌ها به تعهداتی که در راستای تأمین حق بر سلامت شهروندان‌شان قبول کرده‌اند و تعهداتی که در جهت کاهش پیشگیری از وقوع جرائم ضد حق بر سلامت و مقابله با این قبیل جرائم (مانند جرائم مرتبط با مواد مخدر از قبیل تولید، توزیع، قاچاق، خرید و فروش و مصرف) پذیرفته‌اند، به ویژه از درجه قضاوت‌پذیری حق بر سلامت و در واقع، امکان مطالبه این حق از طرق قضایی در قلمرو سرزمینی آنها و توسط شهروندان آنها قابل استنباط و استنتاج است. از این رو برخی گفته‌اند که قابلیت دادخواهیِ حق بر سلامت، از جمله ویژگی‌های مهم این حق در حقوق بین‌الملل معاصر است و چنانچه دولتی، سازوکارهای دادخواهی نسبت به موارد نقض حقوق بشری از جمله حق بر سلامت را در نظام حقوقی خود ایجاد نکرده باشد، می‌توان در صحت ادعای آن دولت مبنی بر تأمین و تضمین حق بر سلامت تردید کرد (۴۴). در این زمینه، با توجه به امکان رسیدگی قضایی به موارد نقض حق بر سلامت، سه تعهد مهم «احترام به حق سلامت شهروندان»، «حمایت قضایی از حق بر سلامت شهروندان» و «ایفاد (ایفای) حق بر سلامت شهروندان» برای دولت‌ها منظور شده‌اند (۴۵). یک نمونه بسیار جالب که معتقدین به قضاوت‌پذیریِ حق بر سلامت ذکر کرده‌اند، دعوایی است که از جانب گروهی از هواداران محیط زیست در دادگاه قانون اساسی اکوادور در سال ۱۹۹۰ اقامه شده است. آنها شرکت دولتیِ استخراج نفت را متهم کردند که بند ۲ ماده ۱۹ قانون اساسی اکوادور که در برگیرنده حق زیستن در محیط عاری از آلودگی است را نقض کرده‌اند. دادگاه قانون اساسی اکوادور در سپتامبر ۱۹۹۰ به اتفاق آراء اعلام داشت که برنامه‌های استخراج نفت در پارک ملی یاسونی اکوادور، بند ۲ ماده ۱۹ قانون اساسی اکوادور را نقض می‌کند. نتیجتاً تعهد دولت مبنی بر عدم آلوده ساختن پارک ملی بر اساس حق زیستن در محیط سالم و حق بر سلامت، قابل مطالبه قضایی محسوب شد (۴۶).

نمونه دیگر، تصمیم اداره بازرسی ملی هلند راجع به سرایت ویروس ایدز از طریق فراورده‌های خونی است. بند ۱ ماده ۲۲ قانون اساسی هلند مقرر می‌دارد که «مسئولین باید در جهت ارتقای بهداشت و سلامت مردم اقدام کنند». مفاد این ماده هم چنانکه حق فرد بر سلامت و بهداشت را به رسمیت می‌شناسد، تعهد عام مسئولان هلند را ناظر بر ارتقای بهداشت و سلامت اعلام می‌کند. همسو با همین دیدگاه، اداره بازرسی ملی هلند اعلام داشت که بند ۱ ماده ۲۲، حکومت را مورد خطاب قرار می‌دهد و لذا این حق، قابل مطالبه قضایی است. این نهاد اضافه می‌کند که دولت می‌توانست به نحو فعال‌تری در جهت ارتقای سلامت دخالت کند (۴۷).

در اسناد بین‌المللی، حق دادخواهی نسبت به حقوق مسلّم و اساسیِ بشری محفوظ دانسته شده است. در ماده ۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر می‌خوانیم: «در برابر اَعمالی که حقوق اساسی فرد را مورد تجاوز قرار بدهد...، هر کس حق رجوع به محاکم ملی صالح را دارد». بعلاوه بند اول ماده ۱۴ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی مقرر کرده که هر کس حق دارد به اینکه دادخواهی‌اش منصفانه و علنی در یک دادگاه صالح، مستقل و بی‌طرف و طبق قانون رسیدگی شود. مطابق بند (ب) ماده ۱۹ اعلامیه حقوق بشر اسلامی، مراجعه و پناه بردن به دادگاه (تظلّم)، حقی است که برای همه تضمین شده است. در اصل ۳۴ قانون اساسی کشور خودمان نیز دادخواهی حق مسلّم هر فرد شناخته شده است. در هر صورت، حمایت‌های قضایی از حق‌های بشری، مستلزم وجود نهادهای قضایی و برقراری سازوکارهای مناسب و تشریفات لازم است.

در ایران، تا حدودی نهادهای قضایی و شبه قضاییِ صالح به رسیدگی به شکایت‌ها و دعاوی علیه نهادها و مراجع متولی سلامت از جمله بیمارستان‌ها، پزشکان، پرستاران و... شکل گرفته‌اند؛ از جمله در سازمان نظام پزشکی، در واحدهای مربوط، به تخلفات کادرهای پزشکی، بیمارستانی و پرستاری رسیدگی می‌شود و یا به استناد ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتیِ امور بهداشتی و درمانی مصوب سال ۱۳۶۷، در مرکز هر استان، کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات تشکیل می‌شود که وظیفه این کمیسیون‌ها اظهار نظر در مورد پرونده‌های مطرح در آنهاست. اصلی‌ترین وظایف محوله به این کمیسیون، رسیدگی به جرائم پزشکی، رسیدگی به جرائم دارویی و رسیدگی به جرائم مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی است.

با این همه به نظر می‌رسد حمایت‌های قضایی از حق بر سلامت در کشور ما چندان قوی نیست در حالیکه در بیشتر دیگر کشورها اینگونه حمایت‌ها مبتنی بر یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌ها و ویژگی‌های حق بر سلامت یعنی قضاوت‌پذیری و مطالبه‌پذیری آن هستند و لذا تأکید مسئولان و دست‌اندرکاران، بر اِعمال قویترین حمایت‌های قضایی از حق بر سلامت است. هرچند گاه و بی‌گاه مسئولان قوه قضایی از عزم این قوه برای حمایت از طرح‌های حامی سلامت مردم حکایت می‌کنند [۱۰]، لیکن به نظر می‌رسد تشکیلات ساختاری- قضایی مربوط به اِعمال حمایت‌های قضایی از حق بر سلامت در کشور ما آن‌گونه که باید و شاید تعریف و ایجاد نشده‌اند.

نتیجه گیری

قانون جوانی جمعیت در سال ۱۴۰۰ به تصویب رسیده است. این قانون کوشیده است تا سیاست‌های جمعیتی دولت و حاکمیت را به

۱۰. از جمله، معاون اول وقت قوه قضاییه در چهارمین همایش کشوری مسئولان انتظامی سازمان نظام پزشکی کشور (اول آذرماه ۱۳۹۳- تهران) گفته بود طرح تحول نظام سلامت در جهت صیانت و خدمت به مردم است و قوه قضاییه از کلیت آن حمایت میکند. نقل از: پایگاه خبری فردا به نشانی www.fardanews.com ، کد خبر: ۳۸۱۰۰۲، تاریخ: ۱۳۹۳/۹/۱، ساعت ۱۱:۵۷.

صورت انبساطی تعیین و تنظیم کند. طبعاً در این راستا و به منظور تحقق اهداف حاکمیت در جهت رشد جمعیت کشور، وظایف و تکالیف مهمی بر عهده دستگاه‌ها و نهادهای مختلف قرار گرفته است. اما نکته مهم این است که با نگاه به مقرراتی که در این قانون به تصویب رسیده، مشخص می‌شود که یک مبنای نظری اصلی مورد توجه مقنن در این قانون، حق سلامت به ویژه سلامت مادران و زنان بوده است. زنان و مادران به عنوان کسانی که می توانند پرورش دهنده نسل های سالم برای کشور باشند، باید در بالاترین و اطمینان بخش ترین سطح و حد سلامت و بهداشت قرار داشته باشند تا بتوان به داشتن نسل های سالم و مفید برای حرکت کشور به سوی اهداف و آرمان های مورد نظر، امیدوار بود.

بر این اساس، به موجب تکالیف و تعهداتی که دولت ایران به عنوان یکی از دولت‌های عضو یا ملحق به کنوانسیون های بین‌المللی حقوق بشری به ویژه کنوانسیون‌هایی که راجع به حق سلامت و بهداشت عمومی تدوین شده و به تصویب رسیده‌اند، باید سلامت و بهداشت دائمی و مستمر زنان و مادران را همواره به عنوان یک الگوی جامع و برتر، مورد نظر قرار دهد زیرا عدم تحقق سلامت و بهداشت زنان و مادران، علاوه بر آنکه آن‌ها را در معرض انواع بیماری‌ها و اختلالات جسمانی و روانی قرار می‌دهد، به طور مستقیم، منتهی به پرورش نسل‌های ناسالم و غیر مفید خواهد شد.

مجموعه تکالیف و تعهداتی که قانون جوانی جمعیت بر عهده دستگاه های مسئول در راستای صیانت از حق سلامت عمومی زنان و مادران قرار داده است، از یک سو، گویای اهمیت و جایگاه این حق در گفتمان حاکمیت و از سوی دیگر، دال بر اهمیت و آثار نقض یا تحدید این حق نسبت به زنان و مادران است. به این صورت که نقض یا تحدید این حق نسبت به مادران و یا زنان، حسب مورد می تواند موجبات ایراد خسارت بر آن ها را فراهم آورد و ایراد خسارت در حقوق، موجبات تحقق مسئولیت مدنی که تکلیف به جبران خسارت نسبت به طرف خسارت دیده را به دنبال دارد، فراهم می‌آورد.

بر این اساس، هر نهاد یا دستگاهی که به نحوی به سبب عدم ایفای تکالیف و وظایف محوله در قانون جوانی جمعیت نسبت به مادران و زنان، حق سلامت آن ها را نقض یا تحدید نماید، در قبال آن ها مسئولیت مدنی خواهد داشت و مکلف به جبران خسارت از زیان دیدگان خواهد بود. این نکته ای است که صراحتاً در ماده ۷۱ قانون جوانی جمعیت نیز به آن تصریح شده است. بر اساس این ماده، «مستنکفین از اجرای این قانون، علاوه بر جبران خسارات وارده و اعمال مجازات موضوع ماده ۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری به مجازات حبس یا جزای نقدی درجه چهار یا پنج موضوع ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ محکوم می‌شوند». آن قسمت از این ماده که به بحث جبران خسارت اشاره کرده، به روشنی، گویای تحقق مسئولیت مدنی دستگاه‌ها یا نهادهایی است که با فعل یا ترک فعل خود، موجبات نقض یا تحدید حق سلامت زنان یا مادران را فراهم می‌آورند.

منابع

1. George P. Smith, Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right to Health: Health care or health protection? Vanderbilt Journal of Transnational Law, No. 38, 2008, p. 20.

2. Ebrahimi S, Hagh bar salamati, Publications of Bagheral Uloom (A.S.) Research Institute,Qom,2011;1:40.[Persian]

3. Akbari, Majeed , Zarenejad A, Iran demographic and health survey DHS, Publications of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, 2006;1rd edition,p 17.[Persian]

4. Balini H, A critical review of Iran's legal system of social security, Journal of Private law Studies Quarterly, University of Tehran), 2017; 38(4) :59 [Persian]

5. Behdin, Kiqbad, Health for all in the third millennium, Health and Medical Development Monthly, 2003. April, 2(1):29[Persian]

6. Shiri A, Social security in democratic economy, social welfare magazine, 2018, 5: 49. [Persian]

7. Ashr, Jadith, the right to health: a resource manual for NGOs, common wealth medical trust, London, 2004, p. 70.

8. Gostin, Lawrence O. and Lazzarini Zita, human rights and public health in the Aids pandemic, Oxford Uniiversity press , 1995, p. 38.

9. Baderin mashood A. & Mc corquodale Robert, Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University press, 2007, p.66.

10. Gostin Lawrence O. and Lazzarini Zita, health and human rights, Ashgate publishing company, 2007, p. 53.

11. Gostin Lawrence O. and Lazzarini Zita, Perspectives on health and human rights, edited by safia Gruskin and Others, Routledge Taylor Franis Group, 2005, p. 33.

12. Rezaee N, Salsali M, Jahantigh M. Identification of women's health dimensions: a review on qualitative studies. IJNR 2015; 10 (3) :118-130[Persian]

13. Gostin Lawrence O. & Lazzarini Zita, Realizing the Right to edited by Andrew Clapham and Others, 2009, available at: // www.medicusmudi.org//

14. Motaghi S ,Seifi A ,Doroudian M, The nature of the right to health and the situation of the government in its,The Quarterly Journal of Islamic Law Research,2018,18(2):123-148 [Persian]

15. Mark, Tushnet, Social welfare Rights and the forms of Judicial Review, Texas Law Review, Vol. 82, 2000, p. 30

16. Dean, Halty, welfare, Law and Citizenship, University of Luton, California, First published , 1998, p.13.

17. Clayton, Richard and Hugh Tomlinson, the Law of Human Rights, vol.1, Oxford University press, first published, 2001, p. 1346.

18. Amirarjamand A, Hemmati M, Social Welfare Rights and Different Forms of Judicial Control, A Quarterly Journal of Strate-

gy,2009,16(4):8 [Persian]

19. Holt, Alf Jan, Principles of Health, Safety and Environment at Work, translated by Ahmad Fayaz Bakhsh and Mohammad Haidari, Fan Avaran Publishing House,2010, Vol. 1, p. 27. [Persian]

20. Maleki, R. Social security as a human right. Basic Rights, 2020; 16(32): 154-178. [Persian]

21. Arjomand A, A., Hemmati, M. The Examination and Analysis of the Guarantees of Economic and Social Law of International (Welfare Law) in Municipal Law Systems. Criminal Law Doctrines, 2007; 4(23): 27-46. [Persian]

22. Eide, A., Future Protection of economic and social rights in Europe, Bloed, A., monitoring human rights in Europe: Comparing Internaltional procedures and Mechanisms, 1993, p.70.

23. Liebenberg, Sandra, the protection of economic and social rights in domestic legal systems, in: Eide, a., Economic, social and Cultural Rights, 2th eds., 2001 Martinus Nijhoff Publishers, p.77.

24. Scheimin, Martin, Economic, social and Cultural rights as legal rights, in: Eide, A., Economic, Social and Cultural Rights, 2 th eds., 2001, Martinus Nijhoff publishers, p.103.

25. Ostlin, Piroska & Others, and Gender and health promotion: A multirectoral policy approach, Oxford University Press, 2007, p.70.

26. Anand, P., Financing the Provision of Global public Goods, world Economy, 27(2), 2004, p.100.

27. Bouergenthal, T., to Respect and Ensure: state obligations and permissible Derogations, in: Henkin, L.(ed). The International Bill of Rights, 3th eds., 1999. p. 72.

28. Office of Research Studies of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, principles of health services, Samat Publications, 2015, 4rd edition, p. 67. [Persian]

29. Shojaei Tehrani, Ebadi Fard Azar H, Ebadi Fard Azar F, Principles of Health Policymaking, Samat Publications, 2014, 3rd edition, p. 75. [Persian]

30. Hashemi M, Human Rights and Basic Freedoms, Mizan Publications, 2015, 9rd edition, p. 522. [Persian]

31. Qari Seyyed Fatemi, Seyed Mohammad, Human Rights in the Contemporary World, Analytical Essays on Rights and Freedoms, second book, Shahrdanesh Publications, 2009, 3rd edition, p. 333. [Persian]

32. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women , UN Doc, GA, res . 34/180,18 Dec ,1979.

33. Madihi, A, Nakhi, Z, Familiarity with the Law on Family and Youth Protection. Behorz Quarterly, 1401; 33(112): 12-13. [Persian]

34. Mahmoudian H, The right to health and its guarantee in the international human rights system, master's thesis on human rights, Shahid Beheshti University, 2014, p. 153. [Persian]

35. Proclamation of Teheran, Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, 22 April to 13 May 1968, U.N. Doc. A/CONF.32/41 at 3 (1968), Para.16.

36. World Population Conference in Bucharest, in: Eriksson, Maja K, Reproductive Freedom: In the Context of International Human Rights and Humanitarian Law, Martinus Nijhoff Publishers, 2013, p. 183.

37. Fourth World Conference on Women Beijing Declaration, 1995, Para. 17.

38. Salehi P, Shahbazi A, Women's right to health and hygiene. Citizenship Studies Journal, 2019; 4(15): 55 [Persian]

39. Azari, H., Bahrami, L. Conceptual development of women's right to health and its analysis in Micro and macro policies. Woman in Development & Politics, 2020; 18(4): 529-555. [Persian]

40. Ahmadi B, Babashahy S. (2013). Women Health Management: Policies, Research, and Services. refahj. 12(47), 29-59. [Persian]

41. Boland, Reed, Civil and Political Rights and the Right to Non-discrimination population policies, Human Rights, and Legal Change, The American University Law Review, Vol.44, 2013, p. 1259.

42. Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, Mohtashami B, et al . Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework . Hakim 2014; 16 (4) :337-348 [Persian]

43. Report of the international narcotics control board, shared responsibility in international drug control, INCB, 2014, pp. 1-8.

44. Dorfman, L. & Ohters, More than a message: Framing Public Health Advocacy to change corporate practices, Health Education & Behavior, vol. 32(3), 2005, p. 120.

45. Taylor, S., Wealth, health and equity, university of London, WC1E6BT, 2009, pp. 1-19.

46. Center for economic and social rights, rights violations in the Ecuadorian amazon, 2016, p. 29.

47. Public report of the national ombudsman, 19 july 1995: HIV-Besmething van hemofilie - patient, NJCM- Bulletin, vol. 20, No. 8, 1995, pp.1005-1033.