

تأثیرپذیری سلامت زنان روستایی ایران از اندیشه جهانی حمایت از سلامت زنان (۱۳۲۰ تا ۱۳۵۷ ه.ش)

دنیا عسگریان الف*، غلامرضا گرمارودی ب

الف گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
ب گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

اندیشه حمایت از سلامت زنان ایرانی برای نخستین بار از دوره قاجار و توسط روشنفکران و حامیان زنان در ایران رسوخ کرد. این امر در دوره پهلوی اول در جریان سیاست حاکمیت، مبنی بر دستیابی به اهداف توسعه کشور و نقش زنان به عنوان حامیان سلامت جمعی به صورت محدود مورد توجه قرار گرفت. در دوره پهلوی دوم، گسترش جهانی اندیشه حمایت از حقوق زنان به کمک جریان حمایت از سلامت زنان ایرانی آمد. دولت پهلوی دوم، حداقل از برنامه عمرانی سوم (دهه ۳۰ ه.ش)، سیاست گذاری تخصصی در زمینه سلامت زنان ایرانی - به ویژه زنان روستایی - را در دستور کار قرار داد. در تحقیق پیش رو روند جهانی سیاست حمایت از سلامت زنان و تأثیر آن بر سیاست گذاری سلامت زنان روستایی در دوره پهلوی دوم (با تأکید بر دو دهه پایانی) بررسی می شود. این مقاله با استفاده از منابع کتابخانه ای و با تأکید بر اسناد حکومتی به جای مانده در تلاش است تا با شیوه توصیفی-تحلیلی به این پرسش پاسخ دهد که چگونه اندیشه جهانی حمایت از سلامت زنان در نگاه حاکمیت پهلوی دوم راه یافته است؟ همچنین این موضوع چگونه در سیاست گذاری حوزه سلامت زنان روستایی در ایران منعکس شده و چه تأثیری بر سطح سلامت زنان روستایی داشته است؟ یافته ها نشان می دهد که گرچه دولت پهلوی دوم از آغاز رسمیت یافتن جریان های جهانی حمایت از زنان در دهه ۲۰ ه.ش با اندیشه حمایت از سلامت زنان آشنا شده و آن را به رسمیت شناخته، اما روند جدی اجرایی سازی این سیاست ها به ویژه برای زنان روستایی با چند دهه تأخیر از حدود سال های ۱۳۴۰ ه.ش آغاز شده است. نتایج این پژوهش نشان می دهد با وجود این که دولت پهلوی دوم به ویژه در طی برنامه های عمرانی چهارم و پنجم به سلامت زنان روستایی توجه داشته، اما زنان روستایی نتوانسته اند به حد نیاز از تغییرات حوزه سلامت منتفع شوند.

تاریخ دریافت: مرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۴۰۳

کلیدواژه ها: سلامت زنان؛ عدالت اجتماعی؛ حقوق بشر؛ سازمان ملل متحد

مقدمه

تا حامیان زنان، اجرایی سازی اقدامات حوزه سلامت زنان را به صورت موردی و محدود عهده دار شوند. شکل گیری تشکلهای و حمایت آنان از سلامت زنان (۱)، چاپ اخبار و مطالب صحیحی در نشریات زنان (۲) و همچنین آموزش مطالب صحیحی به دختران در مدارس (۳) از جمله فعالیت های مهم حامیان سلامت زنان در این دوره بوده است. اقدامات فوق گرچه آغازگر جریانی مهم در موضوع توجه به وضعیت سلامت زنان در ایران به حساب می آمد، اما به دلیل موردی بودن و در دسترس نبودن آنها برای تمامی زنان ایرانی نتوانست بر سطح سلامت زنان روستایی در ایران تأثیرگذار باشد.

ریشه توجه به وضعیت سلامت زنان و طرح آن به عنوان مسئله پیش روی جامعه و حاکمیت در ایران به دوره قاجار و مواجهه ایرانیان با تغییرات دنیای مدرن بازمی گردد. جریان توجه جدی به سلامت زنان در دوره معاصر را می توان به دو دوره تقسیم کرد: دوره نخست از ناصرالدین شاه قاجار تا اوایل حکومت رضاشاه پهلوی در حدود سال ۱۳۰۸ ه.ش را شامل می شود. گرچه در این دوره اندیشه حمایت از زنان و ذیل آن سلامت این گروه در جامعه ایران رسوخ کرده بود، اما حمایت نکردن حاکمیت از سلامت زنان موجب شده بود

دوره دوم از اواخر دهه نخست حکومت رضاشاه آغاز شده و بیش از سه دهه از حکومت محمدرضاشاه پهلوی را دربر می‌گیرد. این دوره را می‌توان نقطه آغاز توجه رسمی حاکمیت به موضوع سلامت زنان ایرانی در نظر گرفت. در گفتمان ملی‌گرایانه دوره پهلوی اول، توجه به سلامت دختران و زنان به دلیل سروکارداشتن آنان با تربیت نسل آتی، که نیروهای انسانی پیاده‌سازی گفتمان توسعه در ایران بودند، ضرورت یافت (۴، ۵) بر این اساس اقداماتی نظیر آموزش بهداشتی دختران در مدارس، بخشی از روند تربیت آنان برای عهده‌دارشدن نقش مادری تلقی شد و ارتقای بهداشت و تندرستی ملت در گروی آموزش کافی و تندرستی دختران امروز و مادران فردا قرار گرفت. زنان به‌عنوان نگهبانان سلامت جمعی نه تنها مسئول مراقبت از سلامت و بهداشت خانواده‌هایشان بودند، بلکه وظیفه آموزش بهداشت به فرزندان خویش را بر عهده داشتند (۶، ۷). اقداماتی نظیر تدریس دروس صحی در مدارس دخترانه، برگزاری دومین کنگره نسوان شرق و اشاره ضمنی به موضوعات سلامت زنان در آن، همچنین وضع قوانین جدید در این دوره بر سطح سلامت زنان تأثیر گذاشت (۸). اقدامات فوق‌گرفته از توجه دولت پهلوی اول به موضوع سلامت زنان حکایت داشت، اما فقط گروه محدودی از زنان و دختران به‌ویژه زنان شهری را دربرگرفت و زنان جامعه روستایی همچون گذشته غالباً از آن محروم بودند.

محمدرضاشاه همچون پدرش به موضوع سلامت زنان در مقام نیروی انسانی در اختیار گفتمان توسعه توجه داشت. در این دوره شرط اساسی رسیدن به اهداف زندگی و انجام تکالیف اجتماعی برخورداری از سلامتی و نیرومندی کامل بود و بی‌بهره‌بودن فرد از آنها منجر می‌شد تا فرد نتواند مسئولیت‌های فردی و اجتماعی خود را به‌درستی انجام دهد (۹). شکل‌گیری سازمان‌های جهانی و حمایت آنان از سلامت زنان، توجه به سلامت زنان به‌عنوان شاخصه یک جامعه توسعه‌یافته، به رسمیت‌شناختن جریان‌های جهانی توسط حکومت محمدرضاشاه، رشد درآمدهای نفتی و

فراهم‌آمدن امکانات مالی به جهت تهیه و اجرایی‌سازی سیاست‌های حمایتی حوزه سلامت زنان از دیگر مواردی بودند که دوره پهلوی دوم را از دو دوره پیشین متمایز کرده و به دولت این امکان را دادند تا به‌صورت رسمی و تخصصی به موضوع سلامت زنان به‌ویژه زنان روستایی بپردازد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که موضوع تأثیرپذیری سلامت زنان روستایی ایران از تغییرات جهانی حوزه سلامت زنان در پژوهش‌های موجود موضوعی مغفول مانده است. مقالاتی نظیر «سپاه بهداشت و گسترش بهداشت در ایران؛ مطالعه موردی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۰ ه.ش» از فرهاد سهامی و سمانه کریمیان بلداجی (۱۰) «زنان، تجدد و بهداشت نوین در آستانه دولت مدرن؛ بررسی رویکرد عالم نسوان به بهداشت زنان» از بهاره صفائیان و توران طولابی (۱۱)؛ «بهداشت زنان در دوره پهلوی دوم ۱۳۲۰ تا ۱۳۵۷ ه.ش؛ مطالعه موردی اصفهان» از علیرضا نورایی و زهرا علیزاده (۱۲)؛ کتاب‌هایی همچون سیر تکوین و تطور حرفه مامایی در عصر قاجار و پهلوی از الهام ملک‌زاده (۱۳) و یا کتاب مؤسسات خیریه رفاهی بهداشتی در ایران دوران پهلوی دوم ۱۳۲۰ تا ۱۳۵۷ ه.ش از همین نویسنده (۱۴) و کتاب نوسازی و دگرگونی؛ بررسی تأثیرات تغییرات اجتماعی بر نهاد خانواده در ایران (۱۳۳۵ تا ۱۳۵۷ ه.ش) از محمدحسن پورقنبر (۱۵) تحقیقاتی ارزشمند در موضوع سلامت در ایران معاصر هستند که در بخش‌هایی از آنها به‌صورت جزئی به سلامت زنان پرداخته شده است. بررسی منابع نشان می‌دهد که موضوع پژوهش پیش‌رو پیشینه درخور توجهی ندارد. پژوهش حاضر از دو جهت با پژوهش‌های پیشین متفاوت است: نخست توجه به سطح جهانی تغییرات حوزه سلامت زنان در دوره پهلوی دوم و تأثیر آن بر نگاه حاکمیت ایران به موضوع سلامت زنان روستایی؛ دوم تأثیر این تغییرات بر سیاست‌گذاری و اجرایی‌سازی آنها توسط حکومت پهلوی دوم با هدف سامان‌دهی به وضعیت سلامت زنان روستایی.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با تکیه بر منابع کتابخانه‌ای، آرشیوی و با تأکید بر بررسی نطق‌ها، سخنرانی‌ها، مصاحبه‌ها و پیام‌های محمدرضاشاه و همچنین اسناد دست‌اول در تلاش است تا موضوع تأثیرپذیری سلامت زنان روستایی ایران از اندیشه جهانی حمایت از سلامت زنان (۱۳۲۰ تا ۱۳۵۷ ه.ش) را به بحث گذارد. داده‌ها در این گزارش با روش تاریخی و با رویکرد توصیفی-تحلیلی ارائه شده‌اند.

یافته‌ها

حق سلامت برای نخستین بار در قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت (۱۶) در سال ۱۹۴۶ م/۱۳۲۴ ه.ش و سپس در اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ م/۱۳۲۶ ه.ش به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین حقوق انسان‌ها در مسیر کسب استانداردهای یک زندگی مناسب به رسمیت شناخته شده است (۱۷). این حق برای گروه‌های تحت تبعیض به‌ویژه زنان با تصویب میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سال ۱۹۶۶ م/۱۳۴۵ ه.ش در مسیر اجرایی شدن قرار گرفت (۱۸). تصویب این میثاق‌نامه و متعاقب آن میثاق‌نامه‌ها و کنوانسیون‌های تکمیلی، مقارن با سال‌های موردنظر این پژوهش به‌ویژه دو دهه ۴۰ و ۵۰ ه.ش باعث شد تا حاکمیت پهلوی دوم به موضوع تأمین حق سلامت زنان، علی‌الخصوص زنان روستایی، بیش از پیش توجه کند.

مواجهه دولت پهلوی دوم با جریان‌های جهانی حامی

سلامت زنان

محمدرضاشاه پهلوی از بدو تأسیس سازمان ملل متحد و سازمان‌های وابسته به آن، آنها را به رسمیت شناخت. این دولت در سال ۱۹۴۸ م/۱۳۲۶ ه.ش در مجمع عمومی سازمان ملل متحد به اعلامیه جهانی حقوق بشر، که حق برخورداری از سلامت از جمله آنها بود، رأی مثبت داد. کشور ایران همچنین از زمره نخستین همراهان سازمان جهانی بهداشت بود و بلافاصله پس از تأسیس این سازمان به‌عنوان چهارمین عضو به آن پیوست. هدف از تأسیس

سازمان‌های جهانی و پیوستن کشورها به آنها در نگاهی کلان آن بود که دولت‌های عضو سیاست‌های خود را با هدف تحقق‌بخشیدن به اصول اعلامیه حقوق بشر از طریق اتخاذ تدابیر ملی برای اجرای واقعی و مؤثر برنامه‌ها پی‌ریزی کنند و گروه‌های موردتبعیض نظیر زنان را بیش از پیش موردتوجه قرار دهند (۱۹). فهرست معاهدات چندجانبه بین‌المللی در دوره محمدرضاشاه، از همکاری هرچند محدود ایران با سازمان ملل متحد و سازمان‌های وابسته به آن نظیر سازمان بهداشت جهانی حکایت دارد (۲۰، ۲۱، ۲۲).

به‌نظر می‌رسد حداقل در دو دهه نخست حکومت پهلوی دوم، گفتمان جهانی رسمی با موضوع حمایت از سلامت زنان در دسترس نبوده است، از این‌رو باید توجه جهانی به موضوع سلامت زنان را ذیل سیاست برقراری عدالت و دسترسی افراد به حقوق بشر از جمله حق سلامت جست‌وجو کرد. دولت پهلوی دوم در این جریان حق برخورداری افراد از عدالت و حقوق اولیه را به رسمیت شناخت و با تصویب اسناد حقوق بشر متعهد شد تا موجبات تساوی حقوق زنان و مردان و همچنین اصلاح موقعیت زیست فردی و اجتماعی زنان، شامل سلامت این گروه، را فراهم آورد.

تصویب میثاق‌های جهانی مختلف در این سال‌ها منجر شد تا دولت‌های طرف میثاق نظیر ایران، نهادهای بین‌المللی معاهداتی، سازمان‌های غیردولتی و سایر ذی‌نفعان توجه بیشتری به موضوعات اختصاصی زنان از جمله سلامت این گروه داشته باشند. قراردادهای بین‌المللی خواهان اجرایی‌سازی عدالت برای همه و ذیل آن احقاق حقوق زنان از جمله حق سلامت شدند. جریانی که چند سال بعد در وجهی انعکاسی محمدرضاشاه نیز آن را در جامعه ایران مطرح کرد و آن را گفتمان «عدالت اجتماعی» نامید. از جمله مهم‌ترین قراردادهای بین‌المللی که بر انتقال اندیشه و اجرایی‌سازی گفتمان عدالت اجتماعی و ذیل آن احقاق حق سلامت زنان در ایران تأثیر گذاشته‌اند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برگزاری هجدهمین شورای بین‌المللی زنان جهان به دعوت اشرف پهلوی در سال ۱۹۶۶ م/ ۱۳۴۴ ه.ش در تهران؛ موضوع سلامت زنان از جمله موارد مورد توجه در این شورا بوده است (۲۸)؛

- تصویب موافقت‌نامه میان ایران و سازمان ملل در راستای تأسیس انستیتو بین‌المللی پژوهشی و آموزشی برای پیشرفت زنان در تهران؛ این انستیتو در زمینه‌های مختلف از جمله سلامت زنان فعال بوده است (۲۹)؛

- شکل‌گیری ارتباط میان ایران و یونسکو و متعاقب آن تصویب اساسنامه کمیته ملی یونیسف در ایران در راستای سامان‌دهی اقدامات حوزه سلامت مادر و کودک (۳۰)؛

- افتتاح مرکز تعلیم و تربیت و مطالعات درباره زنان ایران با نام «سپیده فردا» در تهران توسط یونسکو؛ توجه به موضوع سلامت زنان از جمله وظایف این مرکز بوده است (۲۲).

شکل‌گیری جریان تخصصی توجه به زنان و سلامت آنها با دهه پایانی حکومت پهلوی مقارن است. در دهه ۵۰ ه.ش دو موج تأثیرگذار جهانی سبب شد تا سلامت زنان بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. نخستین موج، نام‌گذاری سال ۱۹۷۴ م/ ۱۳۵۲ ه.ش به‌عنوان «سال جهانی جمعیت» و دیگری نام‌گذاری سال پس از آن ۱۹۷۵ م/ ۱۳۵۳ ه.ش به‌عنوان «سال جهانی زن» است. نام‌گذاری این دو سال باعث شد تا نیازهای گروه زنان به‌صورت عام و سلامت آنها، به‌عنوان قطب اصلی باروری و کنترل جمعیت در جهان، به‌صورت خاص مورد تمرکز قرار گیرد (۳۱).

هدف از نام‌گذاری سال ۱۹۷۴ م/ ۱۳۵۲ ه.ش به‌عنوان سال جمعیت جهان توسط سازمان ملل، اقدام برای پیشرفت اجتماعی و اقتصادی کشورها از طریق بهبود معیارهای زیست مردم به‌ویژه زنان به‌عنوان قطب باروری در جهان بود (۳۱). کشور ایران به کنفرانس فوق پیوست و با تصویب اساسنامه آن، سازمان‌های زیر، تحت نظارت سازمان ملل (۳۲) عهده‌دار اجرایی‌سازی سیاست‌های حوزه سلامت زنان در ایران به‌ویژه در روستاها شدند: بهداشتی، ادارات کل تعاون و امور روستاها، آموزش و پرورش، فرهنگ و هنر، کار و امور اجتماعی، سازمان بیمه‌های اجتماعی، سازمان

۱. میثاق بین‌المللی «حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» مصوب ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ م/ ۲۵ آذر ۱۳۴۵ ه.ش (۲۳)؛

۲. میثاق بین‌المللی «حقوق مدنی و سیاسی» مصوب ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ م/ ۲۵ آذر ۱۳۴۵ ه.ش؛

۳. قرارداد تکمیلی «منع بردگی، برده‌فروشی، عملیات و ترتیبانی که مشابه بردگی است» در سال ۱۳۳۷ ه.ش نیز به تصویب نهاد قانون‌گذاری ایران رسیده است (۲۴). تعریف بردگی در این قرارداد به‌گونه‌ای است که موقعیت زنان در برخی جوامع را یادآوری می‌کند؛

۴. مقاله‌نامه بین‌المللی «شماره ۱۱۱ مربوط به تبعیض در امور استخدام و اشتغال» در سال ۱۹۵۸ م/ ۱۳۳۶ ه.ش (۲۵)؛

۵. قرارداد بین‌المللی مبارزه با تبعیض در امر تعلیمات در سال ۱۹۶۰ م/ ۱۳۳۸ ه.ش (۲۶).

میثاق‌های فوق گرچه مستقیماً به سلامت زنان اشاره نداشتند، اما با طرح موضوعاتی نظیر تولیدمثل و مسائل مرتبط با آن، حقوق جنسی زنان، گرایش‌های جنسی و مسائل مربوط به سلامت زنان در برخی اماکن، نظیر زندان‌ها، آغازگر جریان توجه تخصصی به موضوع سلامت زنان در چارچوبی رسمی در ایران شدند (۲۷).

دولت ایران در این سال‌ها همان‌گونه که متعهد شده بود سعی داشت آنچه را که سازمان‌های جهانی در پی اجرایی‌سازی آن هستند، در ایران به نمایش گذارد. در این جریان بود که حاکمیت برای نخستین بار در تاریخ ایران مسئولیت ارتقای سطح سلامت زنان در ابعاد گسترده به‌ویژه در روستاها را عهده‌دار شد. گسترش ارتباط میان دولت ایران با سازمان‌های بین‌المللی از یک‌سو و تأمین منابع مالی داخلی و خارجی به جهت ساماندهی به فعالیت‌های حوزه سلامت زنان از سوی دیگر موجب شد تا رسیدگی به وضعیت زنان و ذیل آن سلامت این گروه در این سال‌ها شکلی تخصصی به خود گیرد. نمونه‌های زیر از جمله همکاری‌های ایران با سازمان‌های بین‌المللی است که در آنها به موضوع سلامت زنان پرداخته شده است:

در ایران نیز سال جهانی زن هم‌زمان با چهلمین سالگرد آزادی اجتماعی زنان ایران برگزار شد (۳۹، ۴۰) و حزب رستاخیز مسئولیت رهبری آن را بر عهده گرفت (۳۸). قرار بر آن بود این حزب طرح «اقدامات ملی برای اعتلای مقام زن براساس برابری حقوق و مشارکت زنان در امر رشد و توسعه با توجه به هدف‌های کنفرانس جهانی زن» را مطرح و اجرایی کند. این طرح شامل هشت سرفصل بود. سرفصل رفاه به‌صورت مستقیم به موضوع سلامت زنان تحت عنوان سلامت مادر و کودک اختصاص داشت (۴۱).

اوج تلاش جهانی برای حمایت از حقوق زنان از جمله حق سلامت و همراهی ایران با آن، تصویب کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان بود. گرچه تعهدات بین‌المللی برای احقاق حقوق زنان با تصویب این کنوانسیون پس از فروپاشی حکومت پهلوی در سال ۱۳۵۸ ه.ش شکلی رسمی به خود گرفت، اما مسیر تلاش‌های تأثیرگذار برای به تصویب رسیدن این کنوانسیون از سال‌ها پیش به‌ویژه سال ۱۳۵۳ ه.ش (سال جهانی زن) آغاز شده بود؛ تلاش‌هایی که حکومت پهلوی دوم نیز با آن همراه شده بود (۴۲).

جایگاه سلامت زنان در گفتمان عدالت اجتماعی و

حقوق بشر پهلوی دوم

توجه حاکمیت به موضوع سلامت زنان در دوره پهلوی را می‌توان از دو منظر بررسی کرد؛ نخست این‌که دوره پهلوی دوم به‌ویژه دو دهه پایانی این حکومت اوج اجرایی‌سازی برنامه‌های توسعه در ایران عصر پهلوی است. اساس دموکراسی جامعه ایران در دوره محمدرضاشاه پهلوی بر شالوده نوعی دموکراسی اقتصادی بنا شده بود (۱۹) و توجه به شاخص توسعه انسانی در کنار توسعه اقتصادی منجر شده بود تا موضوعاتی چون بهداشت و آموزش برای گروه‌های مختلف با تأکید بر زنان بیش از پیش مورد توجه حاکمیت قرار گیرد (۴۳).

دیگر این‌که فلسفه دموکراسی اجتماعی محمدرضاشاه متأثر از همراهی حکومت با سازمان‌های جهانی و به رسمیت‌شناختن مبانی حقوق بشر براساس عنصر «رفع تبعیض»

شاهنشاهی خدمات اجتماعی، سازمان اوقاف، سازمان زنان، رادیو و تلویزیون، ارتش، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و شیر و خورشید (۳۳). آشنایی خانواده‌های ایرانی به‌ویژه زنان روستاهای کشور با برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده و بهبود سطح سلامت زنان ایرانی، هدف کلانی بود که سازمان‌های فوق در پی دستیابی به آن بودند (۳۴).

نام‌گذاری دهه ۱۹۷۰ م/۱۳۵۰ ه.ش به نام «دهه زنان» توسط سازمان ملل همچنین موجب بسط ایده حمایت از زنان از جمله در زمینه تسهیل دسترسی به خدمات حوزه سلامت شد. چرخش از نگاه به زن به‌عنوان فرد فعال در خانه و خانواده به درک از زن به‌عنوان نیروی انسانی در خدمت جامعه منجر به ایجاد تغییرات رویکردی قابل توجهی در میان محققان دانشگاهی و سیاست‌گذاران در ارتباط با موضوعات حوزه زنان به‌ویژه سلامت این گروه شد. گرچه این جریان در ابتدا بر تفاوت‌های بیولوژیکی زنان با مردان متمرکز بود، اما به تدریج دغدغه‌ها به سمت موضوعاتی نظیر جنسیت، روابط اجتماعی و نیازهای تخصصی زنان نظیر نیازهای حوزه سلامت آنان سوق پیدا کرد (۳۵).

انتخاب سال ۱۹۷۵ م/۱۳۵۳ ه.ش به‌عنوان سال بین‌المللی زن و برگزاری نخستین کنفرانس جهانی زن در مکزیکوسیتی منجر شد تا چالش‌های پیش‌روی زنان، به‌ویژه بهداشت و آموزش این گروه، در جریان زندگی مدرن مورد توجه قرار گیرد (۳۶). در این کنفرانس بیش از ۱۳۳ کشور جهان از جمله ایران گرد هم آمدند تا با وضع قوانین جدید بین‌المللی در مسیر تلاش برای فراهم آوردن الزامات زیست بهتر زنان تلاش کنند (۳۷، ۳۸). این کنفرانس در ۱۴ اصل، دولت‌های عضو را موظف کرد تا در طی یک دهه (۱۹۷۵ تا ۱۹۸۵ م) وضعیت زنان را بهبود بخشند (۳۸). اصل هشتم این اعلامیه این‌گونه مستقیماً بر موضع سلامت زنان تأکید داشت: «افزایش تمهیدات لازم در جهت اقدام جامع آموزش و خدمات بهداشتی، مراعات اصول بهداشتی و بهسازی محیط، تغذیه، آموزش خانواده، تنظیم خانواده و سایر خدمات رفاهی» (۳۶).

گفتمان فوق آن‌گونه که حاکمیت در پی رواج آن بود در بطن خود حامل این ایده بود که پیشرفت واقعی فقط با بهبود زندگی قشر محروم به‌ویژه تمامی زنان اعم از شهری و روستایی (با تأکید بر دو پایه بهداشت و آموزش) در راستای استفاده از آنها در مسیر توسعه امکان‌پذیر می‌شود. پنج‌گانه فوق برای افراد برخوردار، از محل درآمد شخصی و برای افراد کمتر برخوردار توسط دولت به‌ویژه مؤسسات خیریه وابسته به حاکمیت تأمین می‌شد (۴۴، ۴۶). زنان در این سال‌ها به‌عنوان نمایندگان نظم جدید، نماد ازبین‌رفتن وضع مفتضح قدیمی و آتیه مملکت، مطرح شده بودند و لذا در دریافت خدمات حوزه سلامت اولویت یافتند (۴۷).

تأثیر اندیشه‌های جهانی بر سیاست‌گذاری سلامت زنان روستایی در ایران

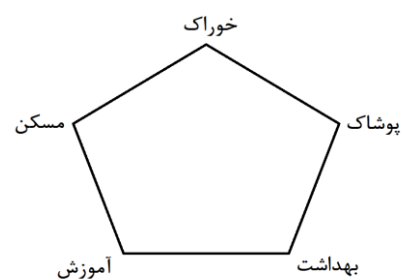
علی‌رغم پیشرفت‌هایی که از آغاز حکومت پهلوی دوم در زمینه بهداشت و درمان در ایران روی داده بود، خدمات و اقدامات حکومت به هیچ‌عنوان تکافوی نیازهای حوزه سلامت جامعه زنان را نمی‌کرد و وضعیت بهداشتی جامعه به‌ویژه زنان روستایی تا قبل از دهه ۴۰ ه.ش چندان مساعد نبود (۱۵). در دهه ۴۰ نسبت مرگ‌ومیر اطفال زیر یک سال رقم قابل‌توجه ۲۰۰ فوت در ۱۰۰۰ کودک متولدشده را نشان می‌داد ضمن آن‌که بالغ بر نصف نوزادان متولدشده به سن پنج‌سالگی نمی‌رسیدند. نرخ بالای مرگ‌ومیر کودکان و ارتباط مستقیم آن با سلامت زنان، از دو ضعف آشکار در نظام سلامت ایران حکایت می‌کرد: نخست ناکافی بودن سطح ارائه خدمات حوزه سلامت در مقایسه با نیازهای جامعه به‌ویژه در روستاها و دوم بارداری‌های مکرر و پرخطر زنان که نه‌تنها باعث تولد نوزادانی ضعیف و در خطر مرگ می‌شد، بلکه سلامت مادران را با خطراتی جدی روبه‌رو کرده بود.

اهتمام حاکمیت برای حل گسترده بحران سلامت مادران و کودکان به‌ویژه در روستاها با تدوین برنامه سوم عمرانی (۱۳۴۱ تا ۱۳۴۶ ه.ش) شکلی رسمی به خود گرفت.

به‌ویژه برای گروه زنان و کارگران بنا شده بود. آن‌گونه که حاکمیت مدعی بود خطوط اصلی سیاست بین‌المللی حکومت اصول مشخصی داشت که برقراری عدالت اجتماعی در سطح ملی و بین‌المللی ازجمله مهم‌ترین آنها به حساب می‌آمد. محمدرضاشاه در نطق‌های خود بر این اصل تأکید داشت که دولت باید به توزیع عادلانه خدمات اجتماعی ازجمله خدمات حوزه سلامت در میان همه افراد جامعه ازجمله زنان بپردازد (۴۴).

شکل‌گیری ایده گفتمان عدالت اجتماعی و ذیل آن توجه به سلامت زنان در دوره پهلوی دوم به سال‌های پایانی دهه ۱۳۲۰ ه.ش بازمی‌گردد. این ایده اما با ثبات اقتصادی و سیاسی جامعه در دو دهه پایانی حکومت محمدرضاشاه (سال‌های ۱۳۳۸ ه.ش به بعد) در مسیر عملیاتی شدن قرار گرفته است. گفتمان عدالت اجتماعی آن‌گونه که حاکمیت بیان می‌داشت بر این اصل استوار بود که فرد ایرانی اعم از زن، مرد و کودک باید از پنج‌گانه خوراک، پوشاک، مسکن، آموزش و بهداشت برای تأمین نیازهای خود برخوردار شوند که در میان پنج اصل فوق، بهداشت و آموزش در اولویت قرار داشتند (شکل ۱) (۴۵).

گفتمان عدالت اجتماعی در روستاها و میان گروه‌های مختلف نظیر زنان، با تدوین اصول انقلاب سفید شکلی اجرایی به خود گرفت. عدالت اجتماعی در کنار مواردی چون بهداشت، فرهنگ، صلح، امنیت، توسعه صنعتی و اقتصادی از پایه‌های اساسی شکل‌گیری انقلاب سفید مهم‌ترین برنامه عملی این گفتمان در ایران بوده و قرار بر آن بود تا جامعه روستایی را سخت‌دربگیرد (۴۴، ۴۵).



شکل ۱ پنج پایه اصلی گفتمان عدالت اجتماعی

بود تا زنان روستایی هرچند محدود برای نخستین بار با دست‌آوردهای پزشکی مدرن نظیر داروهای جلوگیری، دستگاه‌های داخل رحمی، کاندوم و ... آشنا شوند (۵۶). در سرفصل رفاه برنامه چهارم همچنین برای زنان روستایی، بیمه سلامت در نظر گرفته شده بود (۵۷).

برنامه پنجم، اوج انعکاس جریان‌های جهانی حامی سلامت زنان در ایران بود. در خطوط کلی این برنامه به‌روشنی آمده است که «در برنامه پنجم تأمین سلامت و حداقل رفاه مادی به‌عنوان اصل مسلم حقوق بشر مورد توجه خاص دولت قرار خواهد گرفت» (۵۸). در این برنامه نیز سیاست‌های پیشین به‌ویژه برنامه تنظیم خانواده و بهداشت باروری زنان مورد تأکید بود (۵۹).

اجرای‌سازی سیاست‌های فوق در روستاها را غالباً سپاهیان انقلاب شامل سپاه بهداشت، دانش، ترویج و آبادانی و در رأس آنها سپاه بهداشت بر عهده داشتند. به‌نظر می‌رسد در جریان اجرای‌سازی اهداف انقلاب سفید و گسترش دسترسی جامعه روستایی به خدمات سلامت، حداقل تا سال ۱۳۴۷ ه.ش برادران سپاه بهداشت بیشترین مسئولیت ارائه خدمات حوزه سلامت به روستاییان را عهده‌دار بودند و فعالیت‌های دختران سپاهی غالباً به صحبت با زنان خانه‌دار در مورد موضوعاتی نظیر بهداشت خانه و خانواده محدود می‌شد (۶۰). این امر ازجمله مشکلات مهمی بود که عدم هماهنگی میان گزارش‌های عملکردهای سپاهیان با اهداف تعریفی در راستای ارتقای سطح سلامت زنان روستایی را موجب شده بود.

علی‌رغم سیاست‌گذاری‌ها به جهت حرکت در مسیر گفتمان جهانی حمایت از سلامت زنان از حدود دهه ۳۰ ه.ش، سلامت زنان روستایی در اواخر دهه ۴۰ و اوایل دهه ۵۰ ه.ش همچنان در سطح مطلوب قرار نداشت. در دسترس‌نبودن سپاهیان زن کارآمد ازجمله مهم‌ترین معضلاتی بود که امکان اجرای‌سازی سیاست‌های حوزه سلامت در میان زنان روستایی را تا اوایل دهه ۵۰ ه.ش با مشکل روبه‌رو کرده بود. کم‌تعدادبودن سپاهیان دختر و سطح پایین تحصیلات و تخصص آنها در کنار مواردی چون

گسترش خدمات و تسهیلات بهداشتی، اجرای برنامه سپاه بهداشت در روستاها، آموزش اصول بهداشت به عامه ازجمله راهکارهایی بود که دولت به‌واسطه اجرای‌کردن آنها سعی داشت تا سطح سلامت زنان روستایی را ارتقا بخشد (۴۸، ۴۹). بند خدمات ویژه وزارت بهداشتی در برنامه سوم به‌صورت ضمنی به موضوع بهداشت مادر و کودک در روستاها توجه داشت (۵۰).

سیاست بهبود سطح سلامت زنان در برنامه چهارم عمرانی (۱۳۴۷ تا ۱۳۵۱ ه.ش) نیز پیگیری شد. رعایت بهداشت و تغذیه مناسب از اصول اولیه سیاست‌گذاری سلامت زنان در این سال‌ها بود (۹). از این‌رو موضوع تأثیر تغذیه بر سطح سلامت مادران و کودکان در این برنامه چهارم به بحث گذاشته شد. این موضوع که رشد سلول‌های مغزی کودک غالباً به شرایط زیست و سلامت مادر و نیز ویژگی‌های ژنتیکی وابسته بوده و ضعف مادرزادی کودکان عامل مهمی در ابتلای کودک به بیماری‌ها است (۵۱)، موجب شد تا دولت به سیاست‌گذاری در حوزه بهبود سطح تغذیه و سلامت زنان در این سال‌ها بپردازد. تدوین اصل ۱۶ انقلاب سفید در سال‌های بعد (۱۳۵۴ ه.ش) نیز به کمک جریان حمایت از سلامت زنان آمد و دسترسی مادر و کودک به برخی اقلام موردنیاز زیست بهتر را تسهیل کرد. براساس این اصل دولت موظف شد تا سیاست تغذیه رایگان زنان و کودکان تا دوسالگی را در دستور کار خود قرار دهد و با توزیع مواردی نظیر کپسول‌های ویتامین‌دار، آهن و شیر خشک سطح سلامت زنان روستایی را بهبود بخشد (۵۲).

سیاست گسترش بهداشت و کنترل جمعیت همچنین در برنامه چهارم مورد تأکید بود. سیاست تنظیم ابعاد خانواده اگرچه با هدف بهبود سلامت زنان تدوین و اجرایی نشد، اما می‌توانست با کاهش نرخ فرزندآوری زوجین به پیشگیری از بارداری‌های پرخطر، که اصلی‌ترین علت مرگ‌ومیر زنان در دوره موردبررسی بود، بینجامد. ارائه خدمات سیار سلامت زنان به‌ویژه بهداشت باروری و تنظیم خانواده در روستاها (۵۳، ۵۴، ۵۵) در طی دهه ۴۰ ه.ش موجب شده

نبود زیرساخت‌های کافی، باورهای سنتی مذهبی جامعه روستایی در موضوعات مرتبط با بهداشت زنان نظیر تعداد بارداری‌ها و بایدها و نبایدهای سقط جنین موجب شده بود تا فعالیت‌های سپاهیان انقلاب در عرصه عمل چندان به بهبود چشمگیر سطح سلامت زنان روستایی نینجامد. این امر دولت را بر آن داشت تا با تربیت و استفاده از نیروهای متخصص بیش از پیش برای حل مشکلات سلامت زنان روستایی چاره‌اندیشی کند. دولت برای رفع این مشکل در سال ۱۳۴۷ ه.ش قانون خدمات اجتماعی زنان را به تصویب رساند. در بخش بهداشت این قانون، وزارت بهداشت ملزم شده بود تا با استفاده از نیروی زنان و دختران و با جدیت به اجرایی‌سازی سیاست‌های سلامت زنان در روستاها بپردازد (۶۱).

با تخصصی شدن نگاه به موضوع سلامت زنان روستایی، سپاهیان دختر در سه گروه دسته‌بندی شدند: سپاهیان دیپلمه، سپاهیان مددکار و سپاهیان پزشک. توسعه و تعمیم هدف‌های بهداشت و تنظیم خانواده در بین زنان روستایی، فعالیت در کلینیک‌های بهداشت و تنظیم خانواده، ارائه خدمات کلینیکی، همکاری با مؤسسات و سپاهیان دیگر در موضوع ارائه خدمات سلامت به زنان، پیگیری مراجعان از طریق تهیه و تنظیم لیست استفاده‌کنندگان از لوب، قرص و سایر وسایل پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته، تهیه گزارش از فعالیت کلینیک‌ها از جمله مهم‌ترین وظایف سپاهیان دیپلمه دختر بود. سپاهیان مددکار دختر وظایفی چون کنترل و ارزشیابی فعالیت‌های سپاهیان دیپلمه و راهنمایی آنها در انجام خدمت را بر عهده داشتند. آنان همچنین موظف بودند تا شبکه ارتباطی منظم و وسیعی برای تشویق و ترغیب روستاییان جهت استفاده از خدمات سپاهیان فراهم کنند. سپاهیان پزشک دختر نیز به ارائه خدمات تخصصی حوزه سلامت به‌ویژه خدمات بارداری، زایمان و روش‌های پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته می‌پرداختند. این سپاهیان همچنین در زمینه آموزش بهداشت فعالیت داشتند. تشویق زنان برای آشنایی با اهداف برنامه سلامت زنان روستایی، تشکیل کنفرانس‌های

بهداشتی، توضیح در مورد نحوه مصرف قرص‌های درمانی، مکمل و جلوگیری، برگزاری کلاس‌های بهداشت بارداری و زایمان از جمله اقدامات آموزشی سپاهیان انقلاب برای دستیابی به هدف ارتقای سطح سلامت زنان روستایی بود (۶۲).

در عرصه نظر گمان می‌رود که دولت پهلوی دوم حداقل از اواخر دهه ۳۰ ه.ش موضوع حمایت از سلامت زنان روستایی در ایران را متأثر از اندیشه حقوق بشر و سازمان‌یابی‌های جدید جهانی مورد توجه قرار داده است. حاکمیت با اتخاذ سیاست عدالت اجتماعی با تأکید بر موضوع بهداشت، ساماندهی انقلاب سفید و تدوین برنامه‌های عمرانی سوم تا پنجم در تلاش بوده تا سیاست‌های حمایت از سلامت زنان را هرچند به صورت موردی و محدود اجرایی کرده و سطح سلامت زنان روستایی را ارتقا بخشد، اما آنچه در عرصه عمل رخ داده است، با اهداف سیاست‌های تدوین‌شده تفاوتی قابل توجه دارد.

گزارش‌های مختلف به‌جای‌مانده از این دوره نظیر گزارش موسسه بوز آلن و همیلتون اینترنشنال (نماینده سازمان ملل در ایران) از کندبودن روند پیشرفت برنامه‌های سلامت زنان روستایی در ایران حکایت دارند. وضعیت اجتماعی اقتصادی جمعیت روستایی ایران، سخت‌بودن دسترسی دولت به جامعه هدف، احتمال پایین پذیرش روش‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده توسط زوجین، کمبود بسترهای لازم جهت توزیع وسایل موردنیاز کلینیک‌های زنان و نیز سوابق فرهنگی جوامع روستایی (۶۳) از جمله مهم‌ترین عواملی بودند که اجرایی‌سازی سیاست‌های حوزه سلامت زنان روستایی را در جغرافیای وسیع ایران با چالش‌های مختلفی روبه‌رو می‌کردند.

گرچه اقدامات صورت‌گرفته قابل توجه بوده‌اند و آغازگر مسیری مهم در موضوع توجه حاکمیت به سلامت زنان روستایی در ایران به حساب می‌آیند، اما باید توجه داشت که شواهد از ناکافی بودن اقدامات صورت‌گرفته در مقایسه با برنامه‌های مدون حکومت و همچنین نیازهای متنوع جامعه

- کمبود وسایل رفاهی و پایین بودن سطح درآمد در روستاها؛
- عقاید مردم درباره داشتن فرزند بیشتر به عنوان عسای پیری؛
- کمبود راه و وسایل ارتباطی بین روستاها و شهرها؛
- کمبود امکانات تفریح و سرگرمی‌های اجتماعی در شهرستان‌ها و روستاها؛
- عدم هماهنگی اجرایی برای استفاده وسیع و صحیح از عوامل شاغل در سطح شهرها و روستاها؛
- پراکندگی وسیع روستاها و مشکلات دسترسی به آنها؛
- عدم هماهنگی و همکاری سازمان‌های مختلف که در سطح روستا فعالیت دارند؛
- انجام ازدواج‌های در سنین پایین‌تر از سن قانونی در شهرستان‌ها، بخش‌ها و روستاها؛
- عدم ثبت کامل وقایع ولادت و فوت در شهرستان‌ها و روستاهای کشور؛
- کندی سرعت توسعه اقتصادی و اجتماعی بخش‌ها و روستاها نسبت به شهرها؛
- عدم همکاری کامل سازمان‌های مختلف که موظف به همکاری در اجرای برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده بودند (۶۶).

نتیجه‌گیری

عضویت ایران در مجامع بین‌المللی و تلاش برای ایفای نقش در موضوع توجه به زنان و سلامت آنها به عنوان شاخصه یک جامعه توسعه‌یافته در دوره پهلوی دوم باعث شد تا موضوع سلامت زنان به مثابه یک مسئله پیش‌روی حاکمیت قرار گیرد. طرح «گفتمان عدالت اجتماعی» از سوی محمدرضاشاه پهلوی با محوریت تأمین پنج نیاز اساسی افراد جامعه از جمله بهداشت، به‌ویژه برای گروه زنان و کودکان منجر شد تا حاکمیت طرح‌ها و اقدامات عملی متعددی را برای نیل به مقصود تسهیل دسترسی زنان به خدمات حوزه سلامت در روستاها سامان دهد. محمدرضاشاه همچنین با تدوین اصول انقلاب سفید با

گسترده زنان روستایی حکایت می‌کند. مقایسه تطبیقی برنامه تنظیم خانواده و جلوگیری از بارداری‌های پرخطر به عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌های سیاست حمایت از سلامت زنان در دوره پهلوی دوم با نرخ بارداری میان جوامع شهری و روستایی شاهد خوبی بر ناکافی بودن سطوح اقدام دولت در روستاها است؛ به‌عنوان مثال در اواخر دهه ۵۰ ه.ش در اثر اجرایی‌سازی سیاست‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری در زنان، نرخ باروری در میان زنان شهری با سرعتی قابل توجه از ۶/۹ به ۴/۴ کاهش یافت. این در حالی است که این نرخ در نواحی روستایی با شیبی کند فقط از ۸/۲ به ۷/۸ رسیده است. برنامه تنظیم خانواده نمونه قابل‌تأملی برای توجه به این نکته است که برنامه‌های حوزه سلامت در این دوره به مراتب زنان شهری را بیش از زنان روستایی در بر گرفته است؛ زیرا دسترسی زنان شهری به خدمات این حوزه سهل‌تر بوده و غالباً زنان اقشار مرفه، طبقه متوسط و همچنین خانواده‌های کارگران ماهر در شهرها بیش از زنان روستایی از آنها بهره‌مند می‌شدند (۶۴).

گرچه طی سال‌های پایانی این تحقیق، حکومت پهلوی دوم متأثر از جریان‌هایی نظیر سال جهانی جمعیت یا دهه جهانی زنان بر موضوع ارائه خدمات سلامت زنان در روستاها بیش از پیش متمرکز شده است، اما به دلیل فراهم‌نبودن زیرساخت‌های لازم در گستره وسیع جغرافیای روستایی ایران جمعیت بسیاری از زنان روستایی در این دوره از امکانات پزشکی و درمانی بسیاری محروم بودند و برنامه دولت به جهت ارتقای سطح سلامت زنان در روستاها نتوانسته است به اهداف کلان خود دست پیدا کند (۶۵). وزارت بهداشتی در سال ۱۳۵۶ ه.ش در گزارشی به سازمان برنامه، مهم‌ترین موانع و مشکلاتی برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده با تأکید بر سلامت زنان در روستاهای ایران را این‌گونه ارائه کرده است:

- مشکلات تغییر آداب و سنن چند هزارساله مردم در زمینه ابعاد خانواده؛
- زیادبودن نسبت بی‌سوادی؛
- کمبود میزان اطلاعات و فرهنگ عمومی مردم؛

تأکید بر اصل هفتم سپاه بهداشت و اصل شانزدهم تغذیه رایگان مادر و کودک، موضوع سلامت زنان روستایی را بیش از پیش مورد توجه قرار داد. موضوع سلامت زنان همچنین در برنامه‌های عمرانی مصوب، به‌ویژه برنامه‌های سوم تا پنجم نیز مورد توجه قرار گرفته است.

در عمل گرچه اقدامات صورت گرفته آغازگر جریانی مهم در تاریخ سلامت زنان روستایی در ایران به حساب می‌آید، اما شواهد به‌ویژه گزارش عملکرد سازمان‌های دولتی نظیر وزارت بهداشتی و نیز گزارش نمایندگان سازمان ملل از فعالیت‌های صورت گرفته در ایران نشان می‌دهند که نتایج به دست آمده با اهداف اساسی تعریف شده، که همانا ارتقای سطح سلامت زنان روستایی در ایران است، چندان همخوانی ندارد. کنده بودن روند توسعه اجتماعی و اقتصادی در روستاها، سطح گسترده بی‌سوادی زنان روستایی، فراهم نبودن زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات کلینیکی به زنان، تأخیر در شکل‌گیری ایده و تدوین قوانین حامی سیاست حمایت از سلامت زنان و غلبه تفکر خرافی در مورد سلامت زنان به‌ویژه در حوزه باروری در روستاها از جمله مهم‌ترین موانع پیش روی اجرایی‌سازی سیاست ارتقای سطح سلامت زنان در روستاهای ایران بوده و منجر شده‌اند تا سطح سلامت زنان روستایی آن‌گونه که انتظار

می‌رفت ارتقا پیدا نکند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش پیش‌رو صداقت و امانت‌داری در استناد به منابع و پرهیز از جانب‌داری در متون و تحلیل‌ها به صورت کامل رعایت شده است.

تضاد منافع

مقاله برگرفته از رساله دکتری با عنوان «بررسی تحلیلی تاریخ برنامه‌ریزی دولتی در حوزه ارتقای سطح سلامت زنان در دوره پهلوی دوم (۱۳۴۰ تا ۱۳۵۷ ه.ش)» با شماره ۵۴۴۰۰ با راهنمایی استاد دکتر محمدعلی اکبری و استادان مشاور دکتر کریم سلیمانی دهکردی در گروه تاریخ دانشگاه شهید بهشتی و دکتر غلامرضا گرمارودی در گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

حمایت مالی

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار دریافت نکرده‌اند. تمام نویسندگان اذعان می‌دارند که تمام بخش‌های نسخه ارائه شده بدون داده‌های جعلی نگاشته شده و فاقد اطلاعات تحریف‌شده شامل دست‌کاری فریبنده و تصاویر جعلی است.

References

1. Bamdad B. Iranian Woman, from the Constitutional Revolution to the White Revolution. Tehran: Ibn Sina; 1993. P:28,71. [In Persian].
2. Danesh Magazine. 1823 May 21:1;2-3. [In Persian].
3. Mohammadi MH; Ghaeni Z. The history of children's literature in Iran; Children's Literature in the Modern Era (1300-40 SH). Tehran: Cheesta; 2005. Vol.3, P:414. [In Persian].
4. Alam Nesvan Newspaper. 1922:2(5);32-42 & 1928:8(3);116-119. [In Persian].
5. Jam'iyat-e Nesvân-e VatanKhâh-e Iran Newspaper. 1923:1,3;16-23. [In Persian]
6. Abbott P, Wallace C. An introduction to sociology: Feminist perspectives. Translate by Najm Iraqi M . Tehran: Nashr-e Ney; 2014. P: 160,169. [In Persian].
7. Dowlatabadi S. Letters, writings and memories. Chicago: Women's Attitude and Writing Publications; 1998. Vol.2, P:375. [In Persian].
8. Najmabadi A. Tale of the Ghoochan girls: The forgotten of the Constitutional Revolution. Tehran: Roshangaran; 1998. P:54. [In Persian].
9. Farzad A. The ritual of health and strength .Tehran: Bina; 1974. P: 16,198. [In Persian].
10. Sahami F, Karamiyan-Boldaji S. Health corps and health development in Iran; A Case Study of 1966-1970. Zharfa Pajouh. 2016;3(8, 9). [In Persian].
11. Safaiyan B, Toulabi T. Women, modernity and modern health on the threshold of the formation of a modern state; examining the Alame Nesvan's Approach to Women's Health. Social History Studies. 2018;7(2):135-155. [In Persian].
12. Nouraei M, Alizadeh Z. Women's health in Pahlavi II period (1942-1979) Case Study: Esfahan. Social History Studies. 2021 Aug 23;11(1):321-53. [In Persian].
13. Malekzadeh E. The development and evolution of the midwifery profession in the Qajar and Pahlavi eras. Tehran: Institute of Humanities and Cultural Studies; 2015. [In Persian].
14. Malekzadeh E. The charity institutions oh hygienic-welfare in Iran (the second Pahlavi era, 1941-1979). Tehran: Institute for Humanities and Cultural Studies; 2020. [In Persian].
15. Pourghanbar MH. Modernization and transformation, a study of social influences on the family institution in Iran (1956-1957). Tehran: Shirazeh; 2019. P:177. [In Persian].
16. World Health Organization. International health regulations (2005). World Health Organization; 2008 Dec 15. P:6-11. (Available at: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/international_health_regulations_2005.pdf). [In English].
17. The Right to Health. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights United Nations Office at Geneva, June 2008. P:1. (Available at: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>). [In English].
18. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27, Geneva: United Nations Site; P:4. [In English]. (Available at: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr.pdf>).
19. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.5, P:4509-4510,4502, 3995, [In Persian].
20. Kar M. Eliminating discrimination against women. Tehran: Ghatreh; 2000. P:18. [In Persian].
21. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 297-19123. P:104. [In Persian].
22. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 297-043506. P:25-26, 34. [In Persian].
23. Collection of Laws of 1974. Tehran: the official newspaper of the country; 1974. P:246-256. [In Persian].
24. Collection of Laws of 1958. Tehran: the official newspaper of the country; 1958. P:591-596. [In Persian].
25. Collection of Laws of 1964. Tehran: the official newspaper of the country; 1964. P:76-80. [In Persian].
26. Collection of Laws of 1967. Tehran: the official newspaper of the country; 1967. P:338-344. [In Persian].
27. Yaghouti E. Developments in the right to health in the light of the covenant on economic, social and cultural rights. Medical History Journal. 2020;12(44):1-13. [In Persian].
28. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 998-1605. P:162. [In Persian] .

29. Agreement between the United Nations and The government of Iran. Concerning the arrangements for the establishment of the United Nations Research and Training Institute for the Advancement of Women in Tehran, Iran: 1958. [In English].
30. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 275-2128. P:321-341. [In Persian]
31. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol 8, P:7443-7444,7442. [In Persian].
32. Peter Hopkinson Associates. UNESCO family planning communication film series, Synopsis of Filming, proposed in IRAN, prepared for: Ministry of Health Government of Iran Tehran, London: Peter Hopkinson Associates;1973. [In English].
33. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 293-077957. P:160-164. [In Persian].
34. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 293-107784. P:12-16. [In Persian].
35. Moser C, Moser A. Gender mainstreaming since Beijing: A review of success and limitations in international institutions. *Gender & Development*. 2005 Jul 1;13(2):11-22. [In English].
36. The National Library and Archives of Iran. Document Number: 230-29795. P:63,69. [In Persian].
37. Available at: <https://www.un.org/en/conferences/women/mexico-city1975/> [In English].
38. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 293-122272. P:39, 63-97,36. [In Persian].
39. Dolatshahi M. Women, state, and society in Iran 1941-1978. Edited by Afkhami Gh. Maryland: Iran Studies Foundation Publications; 2002. P:7. [In Persian].
40. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.9, P:7737-7735. [In Persian].
41. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 275-144. P:83-94,89-90. [In Persian].
42. Sanei P. Discrimination against women and its social effects. Tehran: Publications of Iran's Women's Organization; 1934. P:3. [In Persian].
43. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.6, P:5854. [In Persian].
44. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.1, P:885,892,887,894-895,364. [In Persian].
45. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.11, P:9785-9786,9316-9317. [In Persian].
46. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.3, P:2135. [In Persian].
47. Pahlavi MR. Collection of compositions, speeches, messages, interviews and statements of Mohammad Reza Shah. Tehran: Royal Publications; 1969. Vol.4, P:3422-3423,3463. [In Persian].
48. Performance report of the third National development plan (NDP III) 1341-1346. Program Organization. P:257-258,265-263. [In Persian].
49. Preliminary report on the third economic, social and cultural development plan of Iran from October 1962 to the end of 1967. Prepared by: Economic Affairs of the Planning Organization. P:85. [In Persian].
50. Iran's progress during the third economic, social and cultural development plan. Tehran: Information and Reports Office of the Planning and Budget Organization; November 1967. P:72. [In Persian].
51. Parivar A. Education and health. Tehran: Asia; 1972. P:9-10. [In Persian].
52. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 297-047108. [In Persian].
53. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 97-293-016223. [In Persian].
54. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 97-293-02025. [In Persian].
55. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 92-297-71. [In Persian].
56. Tehran: The National Library and Archives of Iran. Document Number: 220-002562. [In Persian].
57. Collection of Laws of 1968. Tehran: the official newspaper of the country; 1968. The decision taken by the Parliamentary Program Commission regarding the principles and goals of the country's fourth development plan, publication number in the official newspaper 6913, publication date in the official newspaper: 06/11/1968 [In Persian].

-
58. Outlines of the fifth development plan of Iran 1973-1977, Planning Organization, March 1971; P:71. [In Persian].
59. Fifth national development plan 1352-1356, Planning and Budget Organization. P:751-750. [In Persian].
60. Tehran: Ettela'at Newspaper, No. 124; 1969 Feb 26. [In Persian].
61. Regulations of the Women's Social Services Law, Available at: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/96228>. [In Persian].
62. Special publication of the Health and Family Planning Program and the Ministry of Health on the occasion of the 2500th anniversary of the founding of the Iranian Empire. Tehran: Health and Family Planning Department, Ministry of Health; No date. P:79-81. [In Persian].
63. Booz Allen & Hamilton. International, national population and family planning program, plan for the establishment of organization and management methods of the imperial Iranian government. Tehran: Planning and Budget Organization; 1975. Chapter 4, P:29. [In English].
64. Yount KM, Rashad H, editors. Family in the Middle East: Ideational change in Egypt, Iran and Tunisia. New York: Routledge; 2008 Jul 16:81-82. [In English].
65. Ladier-Fouladi M. Population and Politics in Iran from the Constitutional Monarchy to the Islamic Republic, Office No.150. France: National Institute of Demographic Studies (INED); 2003. P:222-223. [In France].
66. Report on the activities of the country's population and family planning programs in brief from 1966 to the end of 1976. Tehran: Ministry of Health and Welfare; P:1-15. [In English].



The influence of the global idea of supporting women's health on the health of rural women in Iran (1941-1979 AD)

Donya Asgarian^{a*}, Gholamreza Garmaroudi^b

^aDepartment of History, Faculty of Letters and Human Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

^bDepartment of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

The idea of supporting Iranian women's health was first introduced to Iran by intellectuals and women's advocates during the Qajar era. During the first Pahlavi era, the government paid attention to women's health, albeit to a limited extent. The reason for this attention was the role of women as collective health supporters to achieve the country's development goals. During the second Pahlavi era, the global spread of the idea of supporting women's rights came to the aid of the issue of protecting the health of Iranian women. The second Pahlavi government, at least from the third development program, implemented specialized policies in the field of Iranian women's health, especially rural women. In the following study, the global trend of supporting women's health and its impact on policymaking for rural women's health during the second Pahlavi era will be examined, with an emphasis on the last two decades. Using library resources and emphasizing the upstream documents remaining from this period, this article attempts to answer the question in a descriptive-analytical manner: How was the global idea of supporting women's health reflected in the policy of the second Pahlavi? How is this issue reflected in the policy making of rural women's health in Iran and how has it affected the health of rural women?. The findings of this research showed that although the second Pahlavi government had become familiar with the idea of protecting women's health since 1940 AD, but the serious process of implementing these policies, especially for rural women, initiated with a few decades of delay since around 1960 AD. Although the second Pahlavi government paid attention to the health of rural women, especially during the fourth and fifth development program, rural women did not benefit from the changes in the health field as much as needed.

Keywords: Women's health; Social justice; Human rights; United Nations

Corresponding Author: dina.asgarian@yahoo.com