

فصلنامه علمی فقه و حقوق نوین

Print ISSN: 2717- 1469
Online ISSN: 2717 – 1477

ISC.SID.NOORMAGZ.MAGIRAN
GOOGLESCHOLAR.ENSANI
www.jaml.ir

سال ۱۴۰۴، سال ششم، شماره ۲۳،
صفحات ۱۷-۱

تحلیل جنسیت محور و قوم محور از سیاست های سلامت در خاورمیانه

دکتر امیرحسین ملکی
زاده (نویسنده مسئول)
گروه حقوق، حقوق بین الملل، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

پرديس عابدینی
دانشجوی کارشناسی ارشد گروه حقوق، حقوق بین الملل، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

چکیده

در سالهای اخیر، توجه به ابعاد جنسیتی و قومی در سیاستهای سلامت به عنوان یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر عدالت اجتماعی در خاورمیانه برجسته شده است. این مقاله با تمرکز بر کشورهای ایران، عربستان و فلسطین، به تحلیل نقش تبعیضهای جنسیتی و قومی در شکلهای و اجرای سیاستهای سلامت میپردازد. یافتهها نشان میدهد که نادیده گرفتن این عوامل منجر به نابرابریهای عمیق در دسترسی به خدمات سلامت، بهویژه برای زنان و اقلیتهای قومی شده است. همچنین، سیاستهای غالب اغلب بهطور غیرمستقیم تعمیقکننده این نابرابریها هستند. مقاله با ارائه پیشنهادهایی برای اصلاح سیاستها، تأکید میکند که ارتقاء عدالت سلامت مستلزم ادغام رویکردهای جنسیت محور و قوم محور در فرایندهای تصمیمگیری و برنامه ریزی است.

سیاست سلامت، جنسیت محور، قوم محور، عدالت سلامت، نابرابری

واژگان کلیدی:

طبقه بندی JEL: فقه - حقوق - جزا و جرم شناسی - حقوق بین الملل - حقوق خصوصی

Gender- and ethnicity-based analysis of health policies in the Middle East

Scientific Journal of Modern
Jurisprudence and Law

Print ISSN: 2717- 1469
Online ISSN: 2717 - 1477

Profile in ISC, SID, Noormags,
Magiran, Ensani,
GoogleScholar
www.jaml.ir

Year 2025, Sixth year, Issue 23

Pages 1-17

Dr. Amirhossein
Malekizadeh
(Corresponding author)

Department of Law, International Law, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

pardis abadini

Master's student, Department of Law, International Law, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

Abstract

In recent years, attention to gender and ethnicity in health policies has been highlighted as one of the most important factors influencing social justice in the Middle East. Focusing on the countries of Iran, Saudi Arabia, and Palestine, this article analyzes the role of gender and ethnicity in the formation and implementation of health policies. The findings show that ignoring these factors has led to deep inequalities in access to health services, especially for women and ethnic minorities. Also, dominant policies often indirectly deepen these inequalities. By providing suggestions for policy reform, the article emphasizes that promoting health justice requires integrating gender- and ethnicity-based approaches into decision-making and planning processes..

Keywords: Health policy, gender-centered, ethno-centered, health justice, inequality

JEL Classification: Jurisprudence - Law - Criminal and Criminology - International Law - Private Law

مقدمه

عدالت اجتماعی در حوزه سلامت از جمله مسائل مهم و چالشبرانگیز در کشورهای خاورمیانه است. این منطقه با داشتن تنوع فرهنگی، قومیتی و ساختاری، شرایط پیچیده‌ای را در طراحی و اجرای سیاستهای سلامت تجربه میکند که بر دسترسی و کیفیت خدمات سلامت تأثیرگذار است. توجه به ابعاد جنسیتی و قومی از اهمیت ویژه برخوردار است، زیرا این عوامل نقش مهمی در تضمین عدالت و برابری در بهرهمندی از خدمات سلامت ایفا میکنند. در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، از جمله ایران، زنان و اقلیتهای قومی گروههای حساس و قابل توجهی هستند که سیاستهای سلامت باید به نیازهای ویژه آنان پاسخگو باشد. پیشرفتهای قابل توجهی در ارتقاء نظام سلامت و بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی در این کشورها حاصل شده است و این تلاشها همچنان ادامه دارد تا عدالت در سلامت به شکل گسترده‌تر تحقق یابد. تحلیل سیاستهای سلامت از دیدگاه جنسیت و قومیت، امکان درک بهتر و جامع‌تر مسائل و چالشها را فراهم میکند و میتواند زمینه‌ساز ارائه راهکارهایی برای بهبود وضعیت عدالت سلامت باشد. با وجود تعهدات بینالمللی به اصول حقوق بشر و استانداردهای جهانی، ضروری است سیاستگذاران به صورت مستمر به اصلاح و ارتقاء سیاستهای سلامت توجه کنند تا تمامی اقشار جامعه بتوانند از خدمات سلامت به صورت عادلانه بهرهمند شوند. این مقاله با هدف بررسی و تحلیل تأثیر ابعاد جنسیتی و قومی در سیاستهای سلامت کشورهای خاورمیانه، به ویژه ایران، عربستان و فلسطین، تلاش میکند با رویکردی جامع و سازنده، نابرابریهای موجود را شناسایی کرده و پیشنهادهایی برای ارتقاء عدالت در حوزه سلامت ارائه دهد. تأکید بر ضرورت ادغام نگرشهای

جنسیت محور و قوم‌محور در سیاستگذاریهای سلامت میتواند گامی مهم در مسیر تحقق سلامت فراگیر و عادلانه در این منطقه باشد.

بیان مسئله

سلامت به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین انسانی، مستلزم دسترسی عادلانه و برابر به خدمات بهداشتی و درمانی برای تمامی اقشار جامعه است. با این حال، در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، تحقق این هدف با موانع جدی مواجه است که از جمله مهمترین آنها میتوان به تأثیرات تبعیضهای جنسیتی و قومی اشاره کرد. سیاستهای سلامت در این منطقه، در بستر ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و سیاسی خاص، اغلب نتوانسته‌اند به‌طور کامل نیازهای متنوع و ویژه گروههای مختلف از جمله زنان و اقلیتهای قومی را در نظر بگیرند. تبعیضهای جنسیتی و قومی در سیاستهای سلامت نه تنها به کاهش کیفیت و میزان دسترسی به خدمات سلامت منجر میشود، بلکه سبب تعمیق نابرابریهای ساختاری و افزایش شکافهای اجتماعی میگردد. به‌ویژه در خاورمیانه، جایی که تنوع فرهنگی و قومی گسترده و حساسیتهای اجتماعی و سیاسی بالاست، این مسئله پیچیده‌تر و حادتر میشود. زنان و اقلیتهای قومی، به‌ویژه در کشورهای ایران، عربستان سعودی و فلسطین، در بسیاری از موارد با محدودیتهایی مواجه‌اند که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان را تهدید میکند. با وجود تعهدات بینالمللی این کشورها به اصول حقوق بشر و عدالت اجتماعی، چالشهای فراوانی در سیاستگذاری و اجرای برنامههای سلامت وجود دارد که مانع از تحقق کامل عدالت در سلامت میشود. از این رو، نیازمند تحلیل دقیق و همه‌جانبه سیاستهای سلامت با رویکرد جنسیت‌محور و قوم‌محور هستیم

خاص زنان شناسایی و رفع شوند. همچنین این رویکرد به رفع نابرابریهای ناشی از تبعیضهای جنسیتی در نظام سلامت میپردازد.

قوم محوری در سیاستهای سلامت:

قوممحوری یعنی توجه به تفاوتها و نیازهای خاص اقلیتهای قومی و فرهنگی در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت. اقلیتهای قومی ممکن است به دلایل زبانی، فرهنگی، مذهبی یا تاریخی، در معرض محدودیتهایی در دریافت خدمات سلامت قرار داشته باشند که میتواند منجر به نابرابریهای عمیق شود. سیاستهای سلامت قوممحور میکوشند این موانع را شناسایی و برطرف کنند و تضمین کنند که خدمات سلامت با احترام به فرهنگ و ارزشهای اقلیتهای قومی ارائه شود. این رویکرد به حفظ تنوع فرهنگی و ارتقاء عدالت اجتماعی در نظام سلامت کمک میکند.

عدالت سلامت:

عدالت سلامت به معنای فراهم آوردن شرایطی است که تمامی افراد جامعه، بدون تبعیض جنسیتی، قومی، اقتصادی یا اجتماعی، به خدمات سلامت با کیفیت و مناسب دسترسی داشته باشند. عدالت سلامت به مفهوم کاهش شکافهای ناشی از نابرابریهای اجتماعی و اقتصادی است که میتواند سلامت جمعیت را به طور یکسان تحت تأثیر قرار دهد. تحقق عدالت سلامت نیازمند سیاستگذاریهای هدفمند، شناخت دقیق مشکلات گروههای آسیبپذیر و اجرای برنامههای جامع و فراگیر است.

نابرابریهای سلامت:

تا بتوان نقاط ضعف موجود را شناسایی و راهکارهای مؤثری برای بهبود شرایط ارائه داد. مسئله اصلی این تحقیق، بررسی میزان توجه و تأثیر سیاستهای سلامت کشورهای خاورمیانه به ابعاد جنسیتی و قومی است و اینکه چگونه این سیاستها میتوانند عدالت و برابری را در دسترسی به خدمات سلامت تضمین کنند. پاسخ به این مسئله، میتواند راهگشای اصلاحات بنیادین و ارتقاء نظامهای سلامت در این منطقه حساس باشد.

تعاریف و مفاهیم

سیاستهای سلامت:

سیاستهای سلامت مجموعه‌ای از تصمیمات، برنامه‌ها و چارچوبهای عملیاتی است که توسط دولت‌ها و نهادهای مرتبط به منظور تنظیم، هدایت و بهبود نظام سلامت یک کشور یا منطقه اتخاذ میشود. این سیاستها نقش تعیینکنندهای در شکلهی به دسترسی به خدمات بهداشتی، کیفیت ارائه این خدمات، بودجه‌بندی منابع، و پاسخگویی به نیازهای جمعیت ایفا میکنند. سیاستهای سلامت باید به گونهای طراحی شوند که سلامت همگانی را تضمین کرده و بتوانند نابرابریها و مشکلات ساختاری در دسترسی به خدمات بهداشتی را کاهش دهند.

جنسیت محوری در سیاستهای سلامت:

جنسیت‌محوری به معنای در نظر گرفتن تفاوتها و نیازهای خاص زنان و مردان در طراحی و اجرای سیاستهای سلامت است. این رویکرد، فراتر از تفکیک صرف افراد به زن یا مرد، به نقشها، انتظارات اجتماعی، تفاوتهای زیستی و فرهنگی مرتبط با جنسیت توجه میکند. در سیاستهای سلامت جنسیت‌محور، تلاش میشود تا موانع دسترسی زنان به خدمات بهداشتی مانند مراقبتهای پیش از زایمان، سلامت روان، یا بیماریهای

زنان، از جمله بیماریهای غیرواگیر، بارداریهای پرخطر، و مشکلات روانی، کمتر تشخیص داده و درمان میشوند.

۲-۳ تأثیر عوامل اقتصادی و آموزشی بر سلامت زنان
عوامل اقتصادی و سطح تحصیلات زنان از دیگر عوامل مهمی هستند که کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار میدهند. در مناطق محروم و روستایی، بسیاری از زنان به دلیل فقر خانواده یا کمبود درآمد، توان مالی برای پرداخت هزینههای درمانی یا دارو را ندارند. همچنین، پایین بودن سطح سواد سلامت باعث میشود آنها کمتر درباره حقوق بهداشتی خود آگاه باشند و نتوانند از خدمات موجود به شکل مؤثر استفاده کنند.

آموزش پایین سلامت همچنین به این معناست که بسیاری از زنان علائم بیماریها را دیرتر تشخیص میدهند یا به دنبال درمان تخصصی نمیروند. این مسئله بهویژه در بیماریهای مزمن و عفونتهای خاص زنان، مانند عفونتهای دستگاه تناسلی، مشکلات باروری و سرطانهای زنان بسیار حیاتی است.

۳-۳ نقش اجتماعی و فرهنگی در تعیین نیازهای سلامت زنان
در بسیاری از جوامع خاورمیانه، نقش زنان عمدتاً در چارچوب خانواده تعریف شده است و سلامت آنها بیشتر به عنوان سلامت خانواده یا فرزندان دیده میشود تا سلامت فردی. به همین دلیل، مشکلات سلامت روان زنان، خشونت خانگی، و فشارهای روانی ناشی از مسئولیتهای سنگین خانوادگی کمتر مورد توجه قرار میگیرد.

برای مثال، بسیاری از زنان از مشکلاتی مثل افسردگی پس از زایمان یا اضطرابهای ناشی از نابرابری جنسیتی در جامعه رنج میبرند، اما به دلیل تابوهای فرهنگی و اجتماعی، کمتر به

نابرابریهای سلامت اشاره به تفاوتهایی دارد که در وضعیت سلامت، دسترسی به خدمات و نتایج بهداشتی بین گروههای مختلف جامعه بر اساس جنسیت، قومیت، طبقه اجتماعی و سایر عوامل وجود دارد. این نابرابریها معمولاً نتیجه ساختارهای اجتماعی ناعادلانه، سیاستهای نامتناسب و کمبود منابع است و میتواند منجر به افزایش بیماریها، کاهش امید به زندگی و کیفیت پایین زندگی در گروههای آسیبپذیر شود. بررسی و تحلیل این نابرابریها برای طراحی سیاستهای موثر و هدفمند سلامت ضروری است.

تحلیل جنسیت محور در سیاستهای سلامت خاورمیانه

۱-۳ نابرابری جنسیتی در دسترسی به خدمات سلامت

در خاورمیانه، نابرابری جنسیتی ریشههای عمیقی در ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دارد که باعث میشود زنان در دریافت خدمات سلامت با محدودیتهای جدی مواجه شوند. بسیاری از جوامع این منطقه تحت تأثیر نگرشهای سنتی مردسالارانه هستند که نقش زنان را محدود به خانهداری و مراقبت از خانواده میداند و نیازهای سلامت فردی آنها را کماهمیت میشمرد. این نگرشها باعث میشود زنان برای دریافت خدماتی مانند مراقبتهای پیش از بارداری، درمان بیماریهای مزمن یا خدمات سلامت روانی با موانع زیادی روبرو شوند.

در بسیاری از مناطق، زنان به دلیل محدودیتهای فرهنگی نمیتوانند آزادانه به مراکز درمانی مراجعه کنند یا از حضور پرسنل پزشکی مرد احساس راحتی نکنند. علاوه بر این، خدمات تخصصی برای سلامت زنان، مانند کلینیکهای زنان و زایمان یا خدمات مشاوره روانشناسی، در بسیاری از مناطق کم یا ناکافی است. به همین دلیل، بسیاری از مشکلات سلامت

شوند. این نابرابری در دسترسی میتواند شامل فاصله زیاد جغرافیایی تا مراکز درمانی، کمبود نیروی انسانی متخصص در مناطق اقلیتنشین، و همچنین بیتوجهی سیاستگذاران به نیازهای خاص این گروهها باشد. برای مثال، در ایران مناطقی مانند استانهای کردستان و سیستان و بلوچستان که جمعیتهای عمدهای از اقلیتهای قومی در آنها ساکن هستند، به دلیل محرومیتهای زیرساختی، دسترسی به خدمات بهداشتی با مشکلات جدی مواجه است. همچنین محدودیتهای اقتصادی و اجتماعی که اقلیتهای ممکن است با آن روبرو شوند، باعث میشود تمایل آنها به استفاده از خدمات سلامت کاهش یابد. همه این عوامل در کنار هم باعث ایجاد شکاف سلامت عمیق و نابرابریهای جدی میشوند.

۴-۲ چالشهای فرهنگی و زبانی در ارائه خدمات سلامت به اقلیتهای

زبان و فرهنگ دو عامل اساسی در فرآیند ارائه خدمات سلامت هستند که تأثیر مستقیم بر کیفیت و اثربخشی این خدمات دارند. در خاورمیانه، اقلیتهای قومی غالباً به زبانهای محلی یا زبانهای متفاوتی صحبت میکنند که با زبان رسمی کشور تفاوت دارد. نبود پرسنل پزشکی یا خدمات ترجمه کافی باعث میشود ارتباط بین بیمار و ارائهدهنده خدمات دچار مشکل شود. این موضوع منجر به تشخیصهای نادرست، درمانهای ناقص و در نهایت افزایش خطر عوارض بیماری میشود. علاوه بر زبان، تفاوتهای فرهنگی نیز تأثیر مهمی دارند. باورهای سنتی و مذهبی برخی اقلیتهای میتواند موجب مقاومت آنها در برابر خدمات پزشکی مدرن شود. به عنوان مثال، برخی از اقلیتهای ممکن است به طب سنتی یا روشهای درمانی جایگزین باور داشته باشند و تمایل کمتری به مراجعه به مراکز

دنبال درمان یا مشاوره روانی میروند. همچنین، در برخی مناطق، نگرشهای سنتی باعث میشود زنان حق تصمیمگیری درباره سلامت خود را نداشته باشند و این موضوع سلامت آنها را تحت تأثیر منفی قرار میدهد.

۳-۴ ضرورت سیاستگذاری جنسیت‌محور در حوزه سلامت

برای رسیدن به عدالت در سلامت، ضروری است که سیاستها و برنامههای سلامت با رویکرد جنسیت‌محور تدوین شوند. این سیاستها باید به موانع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی که زنان را از دریافت خدمات سلامت باز میدارد توجه کنند و خدمات اختصاصی و متناسب با نیازهای زنان را فراهم آورند. علاوه بر این، باید آموزشهای بهداشتی و تفریحی برای افزایش آگاهی زنان درباره حقوق سلامتشان و روشهای پیشگیری و درمان ارائه شود.

مشارکت فعال زنان در طراحی و اجرای سیاستهای سلامت نیز اهمیت بالایی دارد، زیرا این امر موجب میشود سیاستها بهتر با نیازهای واقعی جامعه هماهنگ شوند و تأثیرگذاری بیشتری داشته باشند. توجه به سلامت روانی زنان و ایجاد خدمات تخصصی در این زمینه نیز بخش مهمی از این رویکرد است.

تحلیل قوم‌محور در سیاستهای سلامت خاورمیانه

۴-۱ تبعیض قومی و تأثیر آن بر دسترسی به خدمات سلامت در خاورمیانه، یکی از مهمترین چالشها در حوزه سلامت، تبعیضهای قومیتی است که ریشه در تاریخ، سیاست، و ساختارهای اجتماعی دارد. این تبعیضها باعث میشود که اقلیتهای قومی مانند کردها، بلوچها، ترکمنها، عربها و سایر اقلیتهای منطقه به طور نابرابر از خدمات سلامت بهره‌مند

از نظر دسترسی به زیرساختهای بهداشتی، منابع مالی و انسانی، و حتی مشارکت در سیاستهای سلامت بهطور جدی محروم بمانند. در برخی کشورها، ساختارهای حکمرانی به گونهای شکل گرفته که نه تنها صدای اقلیتها در سیاستگذاری شنیده نمیشود، بلکه سیاستها بعضاً بهگونهای طراحی شدهاند که نیازها و دغدغههای خاص اقلیتهای قومی را نادیده میگیرند. برای نمونه، نبود برنامههای بهداشتی بومیسازیشده یا عدم وجود دادههای تفکیکشده بر اساس قومیت، مانع از آن میشود که برنامه ریزیهای سلامت با دقت و عدالت انجام شود. شفافیت پایین در تخصیص منابع، نبود نظامهای نظارتی مردمی، و ضعف در پاسخگویی نهادهای دولتی، همگی باعث شدهاند شکاف قومی در خدمات سلامت نه تنها حفظ شود، بلکه در برخی موارد افزایش یابد. در چنین شرایطی، اعتماد اجتماعی نسبت به نظام سلامت تضعیف میشود و مشارکت عمومی اقلیتها در برنامههای بهداشتی کاهش مییابد.

۴-۵ سیاستگذاری سلامت فراگیر با رویکرد عدالت قومی برای اصلاح این وضعیت، باید به سوی «سیاستگذاری سلامت فراگیر» حرکت کرد که رویکردی عدالتمحور و حساس به تفاوتهای قومی و فرهنگی دارد. این سیاستها باید با مشارکت واقعی نمایندگان اقلیتهای قومی طراحی شوند و نیازهای ویژه این گروهها را در نظر بگیرند. مشارکت اجتماعی در سیاستگذاری، یکی از ارکان حکمرانی خوب در سلامت است و بدون حضور فعال اقلیتها، هیچ سیاستی نمیتواند فراگیر و منصفانه باشد.

همچنین باید در تدوین شاخصهای سنجش عدالت در سلامت، بهجای استفاده از دادههای کلی، اطلاعات تفکیکشده قومی، جنسیتی و جغرافیایی جمعآوری و تحلیل شود. تنها در این صورت است که میتوان شکافهای واقعی را شناسایی و

درمانی دولتی داشته باشند. این امر ضرورت آموزش فرهنگی و بهبود حساسیتهای فرهنگی در سیستم سلامت را افزایش میدهد.

۴-۳ پیامدهای نابرابری قومی در سلامت جمعیت

تبعیض قومیتی در حوزه سلامت پیامدهای گستردهای دارد که از سطح فردی تا کل جامعه را دربر میگیرد. افراد اقلیتهای قومی که از خدمات سلامت محروم یا کمتر بهره‌مند میشوند، بیشتر در معرض ابتلا به بیماریهای مزمن، سوء تغذیه، مرگ و میر مادر و کودک، و مشکلات سلامت روان قرار دارند. این نابرابری نه تنها کیفیت زندگی این افراد را کاهش میدهد بلکه بار اقتصادی سنگینی نیز بر سیستم سلامت کشور وارد میکند.

در سطح جمعیتی، این شکافهای سلامت میتواند موجب افزایش نارضایتی و کاهش انسجام اجتماعی شود. هنگامی که گروههای قومی احساس کنند به صورت سیستماتیک نادیده گرفته میشوند یا تبعیض میبینند، احتمال بروز تنشهای اجتماعی و سیاسی افزایش مییابد. در خاورمیانه که پیشینههای طولانی از تنشهای قومی وجود دارد، این مسئله اهمیت بیشتری پیدا میکند. بنابراین، اتخاذ سیاستهایی که برابری و عدالت در سلامت را تضمین کند، نه تنها به بهبود سلامت اقلیتها کمک میکند بلکه به ثبات و توسعه پایدار منطقه نیز یاری میرساند.

۴-۴ ساختارهای حکمرانی و تأثیر آنها بر سلامت اقلیتهای قومی

در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، تمرکز قدرت در پایتختها و شهرهای مرکزی باعث میشود مناطق اقلیتنشین که اغلب در حاشیه جغرافیایی و سیاسی قرار دارند، از اولویتهای توسعه‌ای به‌دور بمانند. این تمرکزگرایی در سیاستگذاری، بودجه‌ریزی و ارائه خدمات، موجب شده است اقلیتهای قومی

تحلیل جنسیت محور در سیاستهای سلامت خاورمیانه

۵-۱ نابرابری جنسیتی در دسترسی به خدمات سلامت

در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، ساختارهای اجتماعی و فرهنگی سنتی، همراه با محدودیتهای قانونی و اقتصادی، زمینهساز نابرابریهای گسترده در سلامت زنان و مردان شدهاند. این نابرابریها نه تنها به معنای کمبود امکانات درمانی برای زنان نیست، بلکه به شکلهای پیچیدهتری بروز پیدا میکند: مانند کم توجهی به نیازهای خاص زنان در برنامه ریزی سلامت، نادیده گرفتن سلامت باروری و جنسی، یا محدودیت زنان در مراجعه مستقل به مراکز درمانی. برای مثال، در برخی کشورها، زنان برای مراجعه به پزشک نیاز به اجازه همسر یا ولی قانونی دارند؛ در برخی دیگر، پزشک زن بهقدر کافی در مناطق روستایی و سنتی وجود ندارد، و این موضوع با توجه به ملاحظات فرهنگی، باعث میشود بسیاری از زنان اصلاً از مراجعه به پزشک صرفنظر کنند. این موارد نشان میدهد که نظام سلامت اگر از زاویه دید جنسیتی مورد بررسی و اصلاح قرار نگیرد، به بازتولید نابرابری منجر میشود.

همچنین آمارها نشان میدهند در مناطق کمتر توسعه یافته، مرگ و میر مادران باردار، سقطهای ناایمن، سوء تغذیه زنان، و افسردگی پس از زایمان نرخ بالاتری دارند. این تفاوتها تنها با افزایش خدمات عمومی حل نمیشوند، بلکه نیازمند سیاستگذاری سلامت حساس به جنسیت هستند؛ یعنی سیاستهایی که نیازهای متفاوت زنان و مردان را به رسمیت بشناسند و در عمل به بهبود آن پاسخ دهند.

۵-۲ تأثیر نقشهای سنتی جنسیتی بر سلامت زنان

برنامههایی متناسب برای اصلاح آنها طراحی کرد. تربیت و جذب نیروی انسانی از درون جوامع اقلیت، بهکارگیری زبان مادری در آموزش سلامت، توجه به باورهای سنتی در طراحی مداخلات بهداشتی، و ایجاد نهادهای محلی سلامت، از دیگر گامهای مهم برای تحقق سلامت قومیمحور در خاورمیانه است.

۴-۶ نمونه هایی از تجربیات مثبت کشورهای منطقه

در برخی کشورهای خاورمیانه، تلاشهایی آغاز شده که نشان میدهد امکان حرکت بهسوی سلامت عدالتمحور وجود دارد. برای مثال:

• در لبنان، با وجود چالشهای سیاسی، برخی برنامههای سلامت عمومی به زبانهای محلی و با مشارکت جوامع اقلیت طراحی و اجرا شدهاند که سطح واکسیناسیون و آگاهی بهداشتی را در گروههای در حاشیه افزایش داده است.

• در عراق، پس از سالها درگیری قومی و مذهبی، برخی نهادهای غیردولتی تلاش کردهاند خدمات سلامت را در مناطق کردنشین و شیعهنشین گسترش دهند و نیروهای محلی را آموزش دهند که موجب افزایش مراجعه مردم به مراکز درمانی شده است.

• در ایران نیز در سالهای اخیر تلاشی برای گسترش خانههای بهداشت در مناطق روستایی و اقلیتنشین انجام شده و طرحهایی مانند «پزشک خانواده» در برخی استانها اجرا شده که گامی مثبت در جهت عدالت اجتماعی محسوب میشود

در این شرایط، زنان آواره یا پناهنده اغلب از دسترسی به خدمات اولیه سلامت محروماند. آنها ممکن است با خطراتی همچون خشونت جنسی، سقطهای ناایمن، بارداریهای بدون مراقبت، و کمغذایی مواجه باشند. نبود اسناد هویتی، نبود پوشش بیمه‌ای، یا ترس از پیگرد قانونی، مانع از مراجعه زنان مهاجر یا بیهویت به مراکز درمانی میشود. نمونه‌های زیادی از وضعیت دشوار زنان فلسطینی در اردوگاه‌ها، زنان سوری در مرزهای لبنان و ترکیه، یا زنان یمنی در مناطقی که زیرساخت سلامت نابود شده‌اند، نشان میدهد که سیاستهای سلامت باید نه تنها به جنسیت، بلکه به موقعیتهای ویژه‌ای مثل مهاجرت، پناهندگی، جنگ‌زدگی و بیثباتی سیاسی نیز حساس باشند.

۴-۵ گامهای مثبت و تجربه‌های موفق در جهت سلامت جنسیت‌محور

علیرغم چالشهای فراوان، نمونه‌هایی از اقدامات مؤثر در برخی کشورها نیز قابل مشاهده است. برای مثال:

- در ایران، گسترش خانه‌های بهداشت با تمرکز بر سلامت مادر و کودک در مناطق روستایی و برنامه‌هایی مثل «طرح غربالگری سرطان پستان» از جمله اقدامات مثبت در جهت سلامت زنان محسوب میشود.

• در اردن، کلینیک‌هایی برای مهاجران سوری طراحی شده‌اند که خدمات ویژه سلامت باروری و مشاوره به زنان ارائه میدهند.

- در تونس، اصلاحات قانونی در حوزه برابری جنسیتی به بهبود وضعیت سلامت زنان منجر شده و برنامه‌های آموزش جنسی در مدارس آغاز شده است

نقشهای سنتی که در بسیاری از جوامع خاورمیانه برای زنان تعریف شده‌اند، همچون مادر بودن، خانه‌داری، و اطاعت از تصمیمگیریهایی مردان، تأثیر مستقیمی بر سلامت آنها دارد. زنانی که بار اصلی مراقبت از کودکان، سالمندان و امور خانه را بر دوش دارند، معمولاً معمولاً سلامت روان پایینتری دارند، از بیماریهای مزمن بیشتری رنج می‌برند، و به علت عدم استقلال مالی، نمیتوانند درباره سلامت خود تصمیم بگیرند. در چنین زمینه‌ای، پدیده‌هایی مثل خشونت خانگی، ازدواج زودهنگام، و بارداریهای ناخواسته بسیار شایع میشوند و در سیاستهای رسمی سلامت یا نادیده گرفته میشوند یا با سکوت مواجه‌اند. نبود مشاوره‌های رایگان، نبود آموزشهای کافی درباره سلامت جنسی و روانی، و نبود خدمات درمانی ویژه برای زنانی که دچار خشونت شده‌اند، نمونه‌هایی از این کمبودهاست. در کشورهای توسعه‌یافته، مراقبتهای سلامت مبتنی بر جنسیت شامل خدمات تخصصی در حوزه سلامت روان زنان، کلینیکهای سلامت باروری، آموزشهای اجتماعی و حتی توانمندسازی اقتصادی برای حفظ سلامت جسمی و روانی زنان است. در حالیکه در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، این دیدگاه هنوز به‌طور کامل وارد سیاستگذاریهای سلامت نشده است.

۳-۵ تأثیر جنگ، مهاجرت و بحرانهای انسانی بر سلامت زنان

یکی دیگر از ابعاد بسیار مهم و مغفولمانده در تحلیل جنسیت‌محور، تأثیر مستقیم بحرانهای انسانی، درگیریهای مسلحانه، و آوارگی بر سلامت زنان است. در کشورهای خاورمیانه که با چالشهایی چون جنگ داخلی، حملات تروریستی، یا تحریمهای اقتصادی مواجه‌اند، زنان از آسیب‌پذیرترین گروهها محسوب میشوند.

تقاطع قومیت و جنسیت در سیاستهای سلامت: نگاهی به تبعیضهای چندلایه در خاورمیانه

۱-۶ مفهوم تبعیضهای تلاقیافته در نظام سلامت

در نظامهای سلامت خاورمیانه، بسیاری از افراد ممکن است نه تنها به دلیل جنسیت یا قومیت خود، بلکه به خاطر همزمانی این دو عامل در معرض تبعیض باشند. این وضعیت که در نظریه‌های عدالت اجتماعی به آن تبعیض تلاقیافته گفته میشود، در واقع تأکید دارد که افراد متعلق به اقلیتهای قومی که زن هستند، معمولاً بار مضاعفی از نابرابری را تجربه میکنند؛ زیرا هم به واسطه موقعیت قومی و هم به دلیل جایگاه جنسیتیشان در جامعه با موانع مضاعف مواجهند.

برای مثال، زنانی از اقوام حاشیهای (مانند عرب، بلوچ، کرد یا ترکمن در برخی کشورهای منطقه) ممکن است علاوه بر تبعیض ساختاری بر پایه قومیت، با موانع فرهنگی و اقتصادی نیز روبه‌رو باشند که آنها را از دریافت خدمات بهداشتی مناسب باز میدارد. در چنین شرایطی، سیاستهای سلامت عمومی که تنها بر پایه معیارهای عمومی جمعیت طراحی میشوند، به هیچوجه پاسخگوی نیازهای خاص این گروهها نیستند.

۲-۶ نابرابری در دسترسی و کیفیت خدمات برای زنان اقلیتنشین

زنان اقلیتنشین، به دلایل متعددی از خدمات سلامت با کیفیت پایینتری برخوردارند:

- موانع زبانی: نبود آموزش به زبان مادری یا نبود کارکنان سلامت از قومیتهای محلی، موجب میشود این زنان نتوانند به درستی مشکلات خود را مطرح کرده یا مشاوره‌های مورد نیاز را دریافت کنند.

- موانع جغرافیایی و زیرساختی: مناطق اقلیتنشین اغلب در حاشیه شهرها یا مناطق روستایی واقعاند که زیرساختهای بهداشتی ضعیفتری دارند. در نتیجه، زنان ساکن این مناطق با فاصله‌های طولانی، نبود وسیله نقلیه، یا کمبود پزشک زن مواجهند.

- محدودیتهای فرهنگی: بسیاری از خانواده‌های اقلیتنشین دارای سنتها و باورهایی هستند که مراجعه زنان به پزشک را محدود میکند، به‌ویژه اگر پزشک مرد باشد یا مرکز درمانی از محیط فرهنگی خانواده فاصله داشته باشد.

- تبعیضهای پنهان در نظام سلامت: در برخی موارد، حتی اگر زنان اقلیت به مراکز درمانی مراجعه کنند، ممکن است با بیتوجهی، رفتار تبعیض‌آمیز، یا نادیده گرفتن نیازهای خاصشان از سوی کادر درمان مواجه شوند.

۳-۶ نبود داده‌ها و برنامه‌ریزی غیردقیق

یکی از مهمترین مشکلات موجود، نبود داده‌های تفکیک‌شده بر اساس قومیت و جنسیت در حوزه سلامت است. بسیاری از کشورها تمایلی به ثبت اطلاعات مرتبط با اقوام ندارند یا این داده‌ها به صورت ناقص و کلی منتشر میشوند. در نتیجه، برنامه‌ریزان نمیتوانند تصویر دقیقی از وضعیت زنان اقلیت داشته باشند و برای آنان برنامه‌ریزی کنند. در واقع، نبود داده، خود به نوعی تبعیض ساختاری تبدیل شده است؛ زیرا تا زمانی که اطلاعات دقیق و شفاف از وضعیت گروههای خاص در دسترس نباشد، هرگونه سیاستگذاری عادلانه نیز غیرممکن خواهد بود.

۴-۶ تأثیر چندلایه بحرانها بر زنان اقلیت

- گنجاندن نمایندگان اقلیتها در نهادهای تصمیمگیری حوزه سلامت: تا این گروهها در فرآیند سیاستگذاری حضور فعال داشته باشند و مطالبات واقعی خود را مطرح کنند.

زنان در اقوام مهاجر، حاشیه‌نشین و درگیر تعارضات: حذف‌شدگان خاموش نظام سلامت

۷-۱ وضعیت سلامت زنان در جوامع مهاجر و آواره‌شده در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، به‌ویژه آنهایی که با جنگ، ناآرامی داخلی یا بحرانهای اقتصادی مواجه‌اند، اقشار وسیعی از مردم به ناچار از محل زندگی خود کوچ کرده‌اند. زنان در این جریان، در موقعیتی کاملاً آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند. آنها نه تنها سرپناه، درآمد و ثبات اجتماعی خود را از دست می‌دهند، بلکه اغلب از ابتدایی‌ترین حقوق سلامت نیز محروم می‌مانند.

زنان پناهنده یا مهاجر، به‌ویژه از کشورهایی نظیر سوریه، فلسطین، عراق و افغانستان، در کشورهایی مانند لبنان، اردن، ایران و ترکیه، با مشکلات زیر مواجه هستند:

- نداشتن مدارک رسمی یا وضعیت قانونی نامشخص که مانع دریافت خدمات درمانی می‌شود؛
- عدم تطابق فرهنگی، زبانی یا مذهبی با نظام سلامت کشور میزبان؛
- افزایش احتمال خشونت جنسی و روانی به‌ویژه در اردوگاهها یا مناطق فقیر؛
- فقدان آموزش سلامت باروری و بهداشت قاعدگی که آسیب‌پذیری زنان را بیشتر می‌کند.

در مواقع بروز بحرانهای انسانی نظیر جنگ، مهاجرت، سیل، زلزله یا بیماریهای فراگیر، زنان اقلیت‌نشین آسیب‌پذیرترین گروه اجتماعی محسوب می‌شوند. برای مثال، در بحران کرونا، بسیاری از زنان در مناطق اقلیت‌نشین، به‌ویژه روستاها و حاشیه‌نشینها، به خدمات بهداشتی اولیه، واکسن یا آموزش کافی درباره پیشگیری دسترسی نداشتند. علاوه بر آن، برخی گروهها به دلیل موقعیت قومی یا زبانشان، کمتر از کمپینهای آگاه‌رسانی رسمی بهره‌مند شدند. در چنین شرایطی، ترکیب عوامل قومیت، جنسیت و فقر، منجر به سطحی از آسیب‌پذیری می‌شود که هیچ‌کدام از سیاستهای سلامت کلینگر نمیتواند آن را کاهش دهد مگر با نگاه دقیق و هدفمند.

۶-۵ راهکارهایی برای رفع تبعیضهای تلاقیافته

برای اصلاح این وضعیت، پیشنهادهای زیر قابل طرح هستند:

- گردآوری داده‌های دقیق و تفکیک‌شده: نظامهای سلامت باید موظف به گردآوری اطلاعات مربوط به قومیت، جنسیت، منطقه جغرافیایی و سطح درآمد افراد باشند.
- طراحی مداخلات خاص برای زنان اقلیت‌نشین: این اقدامات میتواند شامل ایجاد مراکز سلامت فرهنگی‌محور، استخدام کادر درمان از اقوام محلی، یا آموزش زنان محلی به‌عنوان مراقبان سلامت باشد.
- افزایش آگاهی مسئولان و کارکنان درمان از تبعیضهای تلاقیافته: با آموزشهای تخصصی میتوان آنها را نسبت به اهمیت نگاه جنسیتی و قومیتی در ارائه خدمات حساس کرد.

در نتیجه، حاشیه‌نشینی نه تنها یک پدیده شهری بلکه یک بحران سلامت عمومی برای زنان محسوب می‌شود. زنان این مناطق، نه تنها در حاشیه جغرافیایی، بلکه در حاشیه توجه سیاستگذاران سلامت قرار دارند.

۷-۳ تأثیر جنگ، ناامنی و تعارضات قومی بر سلامت زنان

در مناطقی که درگیر جنگ یا درگیری قومی هستند - نظیر یمن، سوریه، فلسطین و مناطق مرزی ایران و عراق زنان بیشترین صدمات جسمی و روانی را متحمل می‌شوند. در این مناطق:

- زیرساخت‌های درمانی از بین رفته یا بسیار محدود شده‌اند؛
- زنان برای مراقبت از اعضای خانواده، از درمان خود صرف‌نظر می‌کنند؛
- بسیاری از زنان قربانی تجاوز، ازدواج اجباری یا قاچاق انسان می‌شوند؛
- بهداشت روان به شدت آسیب دیده، اما خدمات مشاوره و حمایت روانی تقریباً وجود ندارد.

در وضعیتهای بحرانی، نظام سلامت حتی اگر وجود داشته باشد، اولویت خود را به مردان جنگجو یا کودکان می‌دهد و زنان به‌ویژه زنان جوان و سالمند به حاشیه رانده می‌شوند.

۷-۴ راهکارهای تقویت سلامت زنان در موقعیتهای آسیب‌پذیر

در اغلب موارد، این زنان به دلیل فقر، آوارگی، و عدم آشنایی با حقوق خود، حتی در شرایط بحرانی نظیر بارداری، سقط یا بیماریهای جدی، به پزشک مراجعه نمی‌کنند و در معرض خطر مرگ یا ناتوانی دائمی قرار می‌گیرند.

۷-۲ سلامت زنان در سکونتگاههای غیررسمی و حاشیه‌نشین

در حاشیه شهرهای بزرگ مانند قاهره، بغداد، تهران، بیروت یا صنعاء، زنان بسیاری از اقوام محروم و مهاجر در سکونتگاههای غیررسمی زندگی می‌کنند. در این مناطق که غالباً فاقد شبکه آب سالم، فاضلاب بهداشتی، داروخانه و کلینیک هستند، زنان در معرض بیماریهای عفونی، مشکلات باروری، سوءتغذیه و افسردگی قرار دارند.

ویژگیهای این مناطق عبارتند از:

- کمبود شدید منابع بهداشتی مانند واکسن، دارو یا خدمات مامایی؛
- نبود پزشک زن، که مانعی فرهنگی برای مراجعه زنان به مراکز درمانی است؛
- فقدان برنامه‌های آموزش سلامت و آگاهی از حقوق جسمی و روانی؛
- نرخ بالای ازدواج زودهنگام، بارداری ناخواسته و مرگومیر مادران.

برخوردارند و پزشکان متخصص کمتری در آن مناطق مستقر میشوند.

• زنان این اقوام، بهویژه در مناطق روستایی یا کوهستانی، به دلیل فقدان زیرساخت، باورهای سنتی و نبود خدمات بومیسازیشده، از نظام سلامت رسمی دور نگه داشته میشوند.

این نابرابریها در دسترسی تنها در بعد مکانی نیست، بلکه کیفیت خدمات، احترام به شأن بیماران زن یا اقلیت، و نحوه تعامل کادر درمان با آنها نیز از جمله ابعاد تبعیض ساختاری محسوب میشود.

۸-۲ نقش سیاستگذاری عمومی در بازتولید یا رفع تبعیض

متأسفانه در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، اسناد بالادستی سلامت و طرحهای ملی سلامت، بهندرت نگاهی «تقاطع‌محور» دارند؛ یعنی سیاستها همزمان توجهی به جنسیت و قومیت به‌عنوان عوامل متقاطع ندارند. در نتیجه، زنان متعلق به اقلیتهای قومی، مذهبی یا زبانی، به‌طور مضاعف تحت تأثیر تبعیض قرار میگیرند.

به عنوان نمونه:

• در برخی کشورها، زبان رسمی دولت تنها زبان خدمات پزشکی است و اقلیتها حق دریافت آموزش یا مشاوره درمانی به زبان مادری ندارند.

برای حمایت از زنان در اقوام مهاجر، حاشیه‌نشین یا درگیر تعارض، باید راهکارهایی مؤثر و عملی اتخاذ شود:

- توسعه خدمات سلامت سیار و محلی، بهویژه برای اردوگاهها و حاشیهها؛
- استخدام کارکنان سلامت از خود جوامع محلی برای رفع موانع زبانی و فرهنگی؛
- ایجاد کمپینهای آگاهیرسانی در مورد سلامت باروری و بهداشت روان؛
- گنجاندن زنان اقلیت در فرایند برنامه‌ریزی سلامت، تا نیازهای واقعی آنها شناسایی شود

تبعیض ساختاری در نظامهای سلامت: شکاف جنسیتی و قومیتی در دسترسی و کیفیت خدمات

۸-۱ نابرابریهای ساختاری در نظام سلامت کشورهای خاورمیانه

یکی از اصلیترین چالشهای نظامهای سلامت در خاورمیانه، وجود تبعیضهای ساختاری و نهادمند علیه اقوام و جنسیتهاست. ساختارهای اداری، حقوقی و اجتماعی در بسیاری از این کشورها به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم، زنان و اقلیتهای قومی را در موقعیتی نابرابر در مقایسه با مردان یا اقوام اکثریت قرار میدهند.

در بسیاری از کشورها، سیاستگذاری سلامت بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی، زبانی، مذهبی و جنسیتی صورت میگیرد. برای مثال:

• مناطق دارای اقلیت قومی مانند کردها، بلوچها، آذریها یا اقوام عرب‌زبان، اغلب از خدمات پزشکی کمکیفیتتری

سلامت روان زنان اقلیت: فشار چندلایه تبعیض، انزوا و طرد
اجتماعی

۹-۱ نگاهی چندلایه به بحران سلامت روان در میان زنان
اقلیت

سلامت روان یکی از ارکان حیاتی در نظامهای سلامت است، اما در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، این موضوع همچنان در حاشیه قرار دارد؛ به‌ویژه برای زنانی که در جایگاههای اجتماعی آسیب‌پذیر مانند اقلیتهای قومی، مذهبی، زبانی یا مهاجر زندگی میکنند. این زنان غالباً با تبعیضهای چندگانه‌ای مواجهند: تبعیض جنسیتی، تبعیض قومیتی، تبعیض اقتصادی و فرهنگی. برای مثال، یک زن جوان از اقلیت عرب در جنوب ایران، یک زن کرد در شرق ترکیه، یا یک زن شیعه در بحرین، ممکن است در طول زندگی خود با مجموعه‌ای از تبعیضهای سیستماتیک، نگاهی تحقیرآمیز، محرومیت از فرصتهای آموزشی و شغلی، ازدواج اجباری، خشونت خانوادگی و فقدان دسترسی به خدمات روان‌درمانی مواجه شوند. این فشارها، نه فقط به شکل موقت، بلکه در سطحی عمیق و پایدار بر روان آنها تأثیر می‌گذارند.

۹-۲ انگ اجتماعی و فقدان خدمات سلامت روان برای اقلیتها در بسیاری از فرهنگهای سنتی منطقه، بحث در مورد سلامت روان با تابو همراه است. زنان اقلیت، اگر از مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات ناشی از تروما یا حتی افکار خودکشی رنج ببرند، معمولاً هیچ فضایی برای بیان یا درمان آن نمی‌یابند.

• برخی قوانین نانوشته یا سیاستهای اداری داخلی مانند الزامی بودن همراهی مرد هنگام مراجعه زن به درمانگاه، مانعی جدی برای زنان اقوام سنتیتر محسوب میشود.

• در بعضی مناطق، سیاست توزیع منابع سلامت، به‌جای عدالت منطقه‌ای، بر اساس جمعیت اکثریت یا اولویتهای سیاسی انجام میشود.

این نوع سیاستگذاریها، نه تنها نابرابریها را تثبیت میکنند، بلکه حس بیاعتمادی و بیگانگی با نظام سلامت را در میان اقلیتها و زنان تقویت میکنند.

۸-۳ راهکارهای اصلاح ساختاری با رویکرد عدالت‌محور

برای اصلاح این تبعیض ساختاری و دستیابی به نظام سلامت فراگیر و عادلانه، راهکارهای زیر پیشنهاد میشود:

• گنجاندن تحلیل تقاطع‌محور (جنسیت+قومیت) در فرآیندهای سیاستگذاری سلامت؛

• تقویت آموزشهای فرهنگی و ضد تبعیض برای کارکنان نظام سلامت؛

• استفاده از زبانهای بومی در مراکز درمانی مناطق چندقومیتی؛

• توانمندسازی زنان اقلیت برای مشارکت در تصمیم‌سازیهای سلامت؛

• ارائه مشوقهای هدفمند برای جذب پزشکان و متخصصان به مناطق محروم قوم‌محور.

- گسست ارتباط میان نسلها در اقوام محروم، که منجر به فروپاشی اجتماعی میشود.

نادیده گرفتن این وضعیت، نه فقط مسئلهای انسانی و اخلاقی، بلکه یک بحران اجتماعی و ملی است که سلامت کل جامعه را تهدید میکند.

۹-۴ پیشنهادهایی برای تقویت سلامت روان زنان اقلیت

برای مواجهه مؤثر با این وضعیت، راهکارهای زیر ضروری است:

- راهاندازی مراکز سلامت روان با رویکرد فرهنگی-بومی در مناطق قومنشین؛

- آموزش مشاوران، مددکاران و روانشناسان در شناخت تفاوتهای قومی و جنسیتی؛

- کاهش انگ اجتماعی از طریق آموزش عمومی، رسانه و گفتوگوی بینفرهنگی؛

- توانمندسازی زنان اقلیت برای مشارکت در سیاستگذاری سلامت روان؛

- ایجاد خطهای مشاوره تلفنی و آنلاین با زبانهای محلی، محرمانه و رایگان.

نتیجه گیری و پیشنهادها

بررسی سیاستهای سلامت در کشورهای خاورمیانه از منظر جنسیت و قومیت، واقعیتی نگرانکننده را آشکار میسازد: بسیاری از نظامهای سلامت در این منطقه همچنان دچار شکافهای عمیق در عدالت اجتماعی، فرهنگی و جنسیتی هستند. زنان، بهویژه آنهایی که به اقلیتهای قومی، مذهبی یا زبانی تعلق دارند، نه تنها از نظر اقتصادی و جغرافیایی، بلکه

دلایل این محرومیت به شرح زیر است:

- انگ اجتماعی نسبت به بیماریهای روانی، بهویژه در جوامع بسته؛

- نبود درمانگرانی که به زبان مادری زنان اقلیت مسلط باشند؛
- فقدان خدمات رواندرمانی رایگان یا کمهزینه در مناطق دورافتاده و قومنشین؛

- فرهنگهایی که رنج روانی را «ضعف ایمان» یا «سحر و جزدگی» تلقی میکنند؛

- عدم آموزش روانشناسان و روانپزشکان درباره عوامل فرهنگی، قومیتی و مذهبی.

بههمین دلیل، زنان اقلیت حتی زمانی که نیاز فوری به حمایت دارند، از بیان آن واهمه دارند یا اصلاً آن را جدی نمیگیرند.

۹-۳ پیامدهای نادیدهگرفتن سلامت روان زنان اقلیت

نادیدهانگاری سلامت روان این گروه، پیامدهایی عمیق و بیننسلی دارد. برخی از مهمترین آنها:

- افزایش خشونت درون خانوادگی در نتیجه سرکوب احساسات، اضطراب یا افسردگی؛

- تشدید چرخه فقر و طرد اجتماعی به دلیل کاهش بهرهوری یا ترک تحصیل/کار؛

- افزایش آسیبهای اجتماعی نظیر اعتیاد، خودکشی و بزهکاری فرزندان؛

- تقویت حس بیاعتمادی زنان اقلیت نسبت به ساختار دولت و نظام سلامت؛

ضرورتی انکارناپذیر است. آموزش تخصصی کادر درمان در زمینه حساسیتهای فرهنگی و جنسیتی، و طراحی مداخلاتی که متناسب با واقعیتهای زیسته زنان اقلیت باشند، میتواند از مهمترین اقدامات برای رفع این تبعیضها باشد. همچنین باید در سطح جامعه، تلاش گستردهای برای کاهش انگهای اجتماعی و فرهنگی نسبت به سلامت روان انجام گیرد. آموزش عمومی، نقش رسانهها، و گفتگوی بینفرهنگی در این زمینه حیاتی است. در نهایت، تا زمانی که زنان اقلیت خود در فرآیند تدوین، ارزیابی و اصلاح سیاستهای سلامت حضور نداشته باشند، نمیتوان انتظار داشت که این سیاستها بهدرستی نیازهای آنها را پاسخ دهند. مشارکت فعال، آگاهانه و مؤثر این زنان در نهادهای تصمیمگیر سلامت، میتواند روندهای نابرابر را به چالش کشیده و به سمت عدالت و شمول بیشتر حرکت دهد. بهطور کلی، عبور از وضعیت موجود و حرکت بهسوی سلامت عادلانه در خاورمیانه، نیازمند تغییر در نگاه، ساختار، آموزش، بودجهریزی و مشارکت است. تنها در چنین شرایطی میتوان امیدوار بود که سیاستهای سلامت، بازتابی واقعی از کرامت انسانی و حقوق برابر برای همه گروهها - صرفنظر از قومیت یا جنسیت - باشند.

سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی به خاطر حمایت حمایت معنوی در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می شود.
از آقای دکتر عبدالله عزیزاده به خاطر بازبینی متن مقاله و ارائه نظرهای ساختاری تشکر و قدردانی می شود.
از داوران محترم به خاطر ارائه نظرهای ساختاری و علمی سپاسگزاری می شود.

بهواسطه ساختارهای مردمحور و یکسانساز موجود، در معرض نابرابریهای چندلایه قرار گرفتهاند. سیاستهای سلامت غالباً بدون توجه به تفاوتهای فرهنگی، زبانی، جنسیتی و قومی طراحی میشوند؛ بهطوری که در بسیاری از مناطق قومنشین، خدمات به زبان اکثریت ارائه شده و فرهنگ حاکم بر فرآیند درمان، بازتابی از ارزشها و اولویتهای گروه غالب است. این روند باعث شده زنان اقلیت، حتی در صورت دسترسی ظاهری به خدمات سلامت، عملاً از حق بهره‌مندی کامل، ایمن و باکیفیت محروم باشند. خدمات سلامت روان نیز در بسیاری از موارد یا بهکلی غایباند، یا در قالبی ارائه میشوند که برای زنان اقلیت نه قابل فهماند و نه پذیرفتنی.

از سوی دیگر، انگ اجتماعی مرتبط با بیماریهای روانی، باورهای سنتی درباره نقش زنان، و فشارهای فرهنگی، مانعی بزرگ در مسیر بهره‌مندی زنان اقلیت از سلامت جامع به شمار میروند. در حالی که در بسیاری از کشورهای خاورمیانه، تلاشهایی برای بهبود زیرساختهای سلامت صورت گرفته است، اما فقدان رویکردی تقاطع‌محور - که به صورت همزمان به جنسیت و قومیت توجه کند - موجب شده این اقدامات نتوانند بهطور واقعی و پایدار به عدالت در سلامت منجر شوند. در چنین شرایطی، دستیابی به نظامهای سلامت عادلانه و انسانی، مستلزم دگرگونی در سیاستگذاریهاست. نخستین گام، پذیرش این واقعیت است که زنان اقلیت، گروهی یکدست نیستند و تجربه آنها از سلامت و بیماری، متأثر از ترکیب پیچیدهای از عوامل جنسیتی، قومی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. سیاستگذاران باید از رویکردهای عمومی و کلینگر عبور کرده و بهسمت تحلیل دقیق نیازها و موانع گروههای خاص پیش بروند. تقویت خدمات سلامت در مناطق قومنشین، با در نظر گرفتن زبان، فرهنگ و باورهای بومی،

Eastern Countries. *Journal of Global Health Policy*, 15(2), 120-138.

4. Saleh, R., & Faraj, S. (2021). Ethnic Minorities and Healthcare Inequality in the Middle East. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47(5), 981-998.

Youssef, H., & Nasser, D. (2020). Intersectionality of Gender and Ethnicity in Health Policies of the Middle East. *Health Policy and Planning*

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند از آقای دکتر محمد رسول آهنگران به خاطر مطالعه متن مقاله حاضر و ارائه نظرهای ارزشمند سپاسگزاری نمایند.

منابع

منابع فارسی

۱. احمدی، فاطمه. (۱۳۹۹). سلامت زنان در ایران: نابرابریهای ساختاری و فرهنگی. تهران: انتشارات نیکان‌دیش.
- کتابی جامع درباره وضعیت سلامت زنان در ایران و تأثیر عوامل فرهنگی و ساختاری بر سلامت زنان. (صص ۱۰-۵۰).
۲. رضایی، لیلا. (۱۴۰۱). تحلیل جنسیت‌محور از نظام سلامت ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۲۲(۳)، ۳۳-۵۸.
۳. کریمی، حسن، و سلیمانی، معصومه. (۱۴۰۲). بررسی سیاستگذاری سلامت با رویکرد حساس به جنسیت در کشورهای خاورمیانه. پژوهشهای سیاستگذاری سلامت، ۱۸(۱)، ۴۸-۲۵.
۴. موسوی، نرگس. (۱۴۰۰). تأثیر سیاستهای سلامت قوم‌محور در ایران. مجله مطالعات فرهنگی و اجتماعی ایران، ۲۵(۲)، ۷۸-۵۵.
۵. جعفری، مهدی. (۱۳۹۸). چالشهای اجرای سیاستهای سلامت در مناطق قومی ایران. پژوهشهای حقوقی و اجتماعی، ۱۲(۴)، ۹۰-۱۱۰.

. Elamin, A., & Alghamdi, S. (2024). Gender-Sensitive Health Policy Analysis in 1 the Middle East: Challenges and Opportunities. *International Journal of Health Policy and Management*, 13(1), 45-62.

2. Khosravi, S., & Salehi, M. (2022). The Role of Gender in Shaping Health Outcomes in Iran and Its Neighbors. *Health and Society Review*, 27(3), 200-217.

3. Moghaddam, M., & Hashemi, L. (2023). Gender Disparities in Access to Healthcare Services in Middle