

# سلامت روانی و حقوق زنان در ایران: چالش‌ها و فرصت‌های منحصر به فرد برای افزایش آگاهی و ایجاد اصلاحات - یک مرور و تجزیه و تحلیل

شادی صالحیان

## پیش زمینه و دورنمای تاریخی

ایران همواره در مرکز گفتمان سیاسی قرار داشته است، که بعد از انقلابی که نظام جمهوری اسلامی را در سال 1979 به وجود آورد، به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های جغرافیایی سیاسی بین‌المللی برای غرب و منطقه خود به شمار می‌رود. این کشور چالش‌های زیادی شامل جنگ هشت ساله با عراق، تحریم‌های شدید اقتصادی و سوءمدیریت‌های شدید که به تورم‌های بالا منجر شد، و بی‌ثباتی‌های سیاسی و اقتصادی همراه با بیکاری فلج‌کننده را تجربه کرده است.<sup>1</sup> تحولات و دگرگونی‌های سیاسی ایران از انتخابات ریاست جمهوری مناقشه‌برانگیز سال 2009 و "انقلاب سبز" آن گرفته تا امضای اخیر توافقنامه هسته‌ای با غرب، از ویژگی‌های عادی اخبار روزانه شده و همچنان هم مبتدیان و هم متخصصان سیاسی را سردرگم می‌کند. این موضوع فرصت‌های اقتصادی و چالش‌های سیاسی تازه‌ای را به وجود آورده که مطمئناً چشم‌انداز ایران و خاورمیانه را در سال‌های پیش رو تغییر می‌دهند.

در پشت صدای ناهنجار کرکننده سیاست، این کشور در طول 37 سال گذشته به طور چشم‌گیری تغییر کرده است. ایران ملتی جوان با بیش از 70% جمعیت در زیر سن 30 سال می‌باشد. تقریباً 50% دانشجویان در دانشگاه‌ها زنان هستند، هر چند که حدود 65% از آن‌ها بعد از فارغ‌التحصیلی بیکار می‌مانند. پیشرفت‌های بزرگی در تحصیل زنان رخ داده اما موقعیت اسفبار زنان و حقوق آن‌ها همچنان بلایی برای جامعه ایران می‌باشد. به طور خاص در دسترسی به مراقبت‌های درمانی، مخصوصاً حمایت سلامت روان، همچنان یک چالش و بحران اصلی به شمار می‌آید.<sup>2</sup>

## مروری بر سیستم مراقبت‌های درمانی ایرانیان

بر خلاف بسیاری از تحولات سیاسی در کشور، تغییرات و پیشرفت‌های مهمی در سیستم مراقبت‌های درمانی ایرانیان به وجود آمده است. سیستم مراقبت‌های درمانی اولیه در ایران، به عنوان مدل مهمی از زایمان مشاهده می‌شد، که با یک توسعه وسیع که دسترسی به داروها و مراقبت‌های روانی را فراهم می‌کرد دنبال شد. این نتیجه‌ی سیاستی ملی است که در سال 1968 بنا نهاده شد که بر دفاع، پیشرفت، پیش‌گیری، و معالجه همراه با توانبخشی تمرکز داشت. ایران شبکه‌ای وسیع از جامعه مراکز و خدمات سلامت را توسعه داد.<sup>3</sup> این کشور تقریباً 40 میلیارد دلار (حدود 4.2% از تولید ناخالص ملی) را صرف مراقبت‌های درمانی می‌کند. بعضی نتایج‌گذار مشاهده شد، و با وجود اینکه بالا رفتن سن امید به زندگی در بعضی ملل غربی عقب می‌افتد، با سن امید به زندگی 76 برای زنان و 72 برای مردان در منطقه برتر است. با توجه به تحریم‌ها، ایران بخش تنومندی از تولید دارویی را توسعه داد که بیش از 96% داروهای خود را در قیمت سالانه حدود 1.2 میلیارد دلار تولید می‌کند.<sup>4</sup> در هر 1000 نفر جمعیت بین 0.5 تا 1.1 پزشک بر حسب مکان در کشور وجود دارند، که میزان حداقل توصیه شده توسط سازمان سلامت جهانی می‌باشد و با کشورهای مشابه دیگر قابل قیاس است.<sup>5</sup> بنابراین، بر خلاف پیشرفت‌های حاصله در مراقبت‌های درمانی اولیه، ایران همچنان با کمبود پزشک روبروست و سیستم مراقبت‌های درمانی آن در کشمکش برای تکامل، جهت خدمت به جمعیتی در حال رشد با نیازهای درمانی رو به تزاید می‌باشد.

## مروری بر سلامت روان در ایران

سلامت روان همچنین باعث سودرسانی به سیاست‌جمعی سرمایه‌گذاری اولیه و به طور کلی سیستم مراقبت‌های درمانی در ایران شده است. هر چند، سرمایه برای سلامت روان عقب می‌افتد، چالش‌های مالی و منابعی که در بعضی ملل دیگر دیده می‌شوند، جایی که

سلامت روان به دلایل مختلف اولویت داده نمی شود را منعکس می کند. ایران فقط 3% از کل هزینه سلامت را صرف سلامت روان می کند (تقریباً 1.200.000.000 تومان).<sup>6</sup> هیچ داده ملی بر اختلال سلامت روان موجود نیست و بنابراین بیشتر آمارها از منابع مستقل می باشند. این داده به ما نشان می دهد که بین 14% تا 26% از زنان و بین 7.3% تا 15% از مردان در ایران از اختلال سلامت روان رنج می برند. این آمار و ارقام حتی برای افراد بالای 65 سال حساس تر هستند و تقریباً 32% و حتی برای آن هایی که مطلقه یا بیوه هستند بسیار نگران کننده تر و در حدود 43% است. بیکاری موضوعی رایج برای اختلال سلامت روان می باشد و احتمال آن را 1.8 برابر افزایش می دهد. تخمین زده می شود که حدود 7 میلیون نفر از مردم ایران از اختلال سلامت روان رنج می برند که به نظر می رسد با توجه به کمبود داده های ملی معتبر مناسب، به طور قابل ملاحظه ای تخمین دست کمی باشد. به طور خلاصه، در ایران با توجه به بسیاری دلایل پیچیده مانند تعصب جنسی، مسائل و رفتارهای قابل گزارش درباره سلامت روان، زنان دو برابر مردان تحت تاثیر شرایط سلامت روان قرار می گیرند.<sup>7</sup>

قوت سیستم سلامت روان در ایران شامل این موارد می باشد، موجودیت یک برنامه ملی بر سلامت روان، هفته ای در اکتبر هر سال که به آگاهی درباره سلامت روان اختصاص داده شده، پوشش وسیع در مناطق روستایی، و به طور کلی تعداد قابل توجهی از جمعیت (تقریباً 28 میلیون نفر) که به طور گسترده به وسیله ارائه دهندگان آموزش دیده مراقبت های اولیه تحت پوشش هستند. یک تاکید کلی بر درمان سرپایی علیه بستری شدن وجود دارد، با وجود داروهای روان گردان کلی برای بیش از 53% جمعیت که حداقل به یک رده دارو در قیمت پایین حدود 2-4% دستمزد کمینه روزانه دسترسی دارند.<sup>8</sup> ادغام بزرگ تری بین ارائه دهندگان سلامت روان و پزشکان مراقبت های اولیه در مناطق روستایی در مقایسه با مراکز شهری، و یک دسترسی عمومی فاجعه آمادگی سلامت روان وجود دارد. در هر 100.000 نفر حدود 61 متخصص درمان سلامت روان وجود دارد که بیش از همسایه های جغرافیایی ایران می باشد (شامل 1.2 روانپزشک، 2 روانشناس، 10.7 دکتر غیر روانشناس و 7.8 پرستار در هر 100.00). امکانات بیماران سرپایی به طور فعالانه ای در درمان به کار گرفته می شوند که در حدود 1 در 100 از جمعیت کلی می باشد.<sup>9</sup>

ضعف سیستم سلامت روان ایران شامل کمبود پارامترهای قانونی برای کاهش تبعیض علیه کسانی است که تحت تاثیر سلامت روان هستند. روستا های فقیر نشین مشکلات ماندگاری با دسترسی محدود به تشخیص مناسب پزشکی و درمان مستمر دارند. طبیعت سخت سلامت روان نیاز به مکان هایی دارد که بسیاری از آن ها در وضع نامساعدی در دریافت درمان های طولانی مدت به وسیله چالش های سیستم مالیاتی هستند. به علاوه، لکه ننگی که همچنان با آن هایی که اختلالات سلامت روان دارند همراه است به عنوان مانع دیگری برای غلبه عمل می کند. در یک بررسی از بیمارانی که به چنین اختلالاتی مبتلا هستند، بیش از نیمی از آن ها احساس تنهایی، مورد تبعیض واقع شدن، و عاجز از ننگ اجتماعی که به مشکلات سلامت روان متصل است می کردند.<sup>10</sup>

## چالش های سلامت روان مشخص زنان در ایران

زنان 49.6% جمعیت ایران را تشکیل می دهند و سلامت روان آن ها یک سری مسائل سلامت عمومی را با توجه به نقش آن ها به عنوان اولین مراقبان و تعلیم دهندگان کودکان مطرح می کند.<sup>11</sup> بنابراین، تاثیر سلامت روان زنان موجی را در خانواده ها و اجتماع آنان ایجاد می کند. با گزارش هایی از 25% زنان (36% در پایتخت، تهران) که با اختلال سلامت روان روبرو هستند، این سطح از مراقبت های درمانی نیازمند این است که به اولویتی اصلی برای کشور و اجتماع تبدیل شود.<sup>12</sup>

مسائلی منحصر به فرد وجود دارند که زنان در ایران با آن ها می جنگند. زنان در ایران از دسترسی وسیعی به تحصیلات، و حق رای و شرکت در نیروی کار بهره مند هستند؛ با این حال، یک دوگانگی در نقش آن ها در اجتماع با ایستادگی شان و حقوق شان که در مقایسه با مردان پایین تر است وجود دارد و قوانین مستبدانه ای چون پوشش و فشارهای اجتماعی بر نقش شان و رفتارهای غالب مردانه همیشگی که پیشرفت آن ها را عقب می راند. بعضی عوامل تعیین کننده وجود دارند که زنان را برای اختلالات سلامت روان در ایران مستعد تر می کنند. اولین عامل شامل عوامل تعیین کننده سلامت می شود که زنان را مستحق داشتن موقعیت های اجتماعی مساوی با مردان بدون توجه به جایگاه اجتماعی و فرهنگی آنان می کند. دومین زمینه مستقیماً مربوط به سیستم سلامت و پاسخ آن به نیازهای زنان می شود. یک فقدان اولویت بندی جدی سلامت روان زنان در بین دیگر مسائل مربوط به سلامت که زنان را تحت تاثیر قرار می دهد وجود دارد

مانند سرطان که مانع گفتگو و فرصت برای تغییرات حقیقی و موثر می شود. این سیستم می تواند ثابت کند که خرد شده، دفن شده و در مواقعی نمی تواند پرسنل کاملاً آموزش دیده و توانا داشته باشد تا با نیازهای رو به رشد سلامت روان در جمعیت سر و کار داشته باشد.<sup>13</sup>

به علاوه، فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی وجود دارند که زنان را برای اختلالات سلامت روان مستعد تر می کنند. خشونت در سراسر عالم علیه زنان یک پدیده مسری است که تقریباً هر 1 زن از 3 زن را تحت تاثیر قرار می دهد. گزارش های خشونت های شریک جنسی (IPV) در تهران 36% هستند که نشان می دهند مانند بخش های دیگر کار، این داده نمایانگر میزان قابل توجهی زیر موارد گزارشی IPV هستند. این مساله ای حساس در ایران است که جامعه مردانه غالب با رفتارهای رایج، نقش زن را اغلب در نگهداری و کارهای خانه صرف نظر از یک شغل تمام وقت می بیند. رفتاری فراگیر و پیامی از رسانه وجود دارد که حضور درجه دو زنان در ایران را تقویت می کند. این نیروها به دائمی کردن فرهنگی ادامه می دهند که از خشونت علیه زنان و تقویت ضعف و سستی قوانینی که از زنان حمایت کرده، چشم پوشی می کند.

سیستم پزشکی در ایران با توجه به محدودیت های دینی در مدارس پزشکی، به مردان اجازه نمی دهد که در مراقبت از زنان دخیل باشند، و به همین دلیل به خوبی برای مسائل سلامت زنان تحت آموزش قرار نگرفته و حساس نمی شوند. عمده ارائه کنندگان پزشکی از بین فارغ التحصیلان و دکترهای یکسانی انتخاب می شوند که نه به اندازه کافی حساس و نه با تجربه هستند که به سلامت زنان، به خصوص سلامت روان بپردازند. این ها در بین عوامل قابل توجه دیگری هستند که توسعه سلامت مناسب زنان و برنامه سلامت فیزیکی آن ها را پیچیده تر کرده، مورد تخطی قرار می دهد.

انقلابات، کشمکش های مدنی، جنگ ها، فشارهای اقتصادی و اجتماعی، به طور قابل ملاحظه ای سلامت روان زنان در ایران را تحت تاثیر قرار داده اند. تحقیقات از کشور های دیگری که مبتلا به جنگ و ناپایداری های دیگر بوده اند بیان می کنند که زنان در ریسک بیشتری برای اختلال های سلامت روان، در نتیجه عواملی مانند اختلالات اضطراب ناشی از ضربه خوردن، افسردگی، و از دست دادن همسر می باشند، به علاوه این سیستم به طور گسترده با نبود حساسیت در مواجهه با چنین اختلالات ضعیف کننده سختی روبروست.<sup>14</sup> چنین نمایش شدیدی از زنان به چنین عوامل استرس آور و تداوم ستیز برای حقوق اولیه و شناختن شرایط مساوی، زنان را در ریسک بلند مدت بالاتری برای اختلالات سلامت روان قرار می دهد. بنابراین، این عوامل باید زمانی در نظر گرفته شوند که سیاست جمعی مورد بررسی قرار بگیرند و منابع اختصاص داده شوند.

## گام هایی برای ارتقا سلامت روان زنان در ایران

هیچ راه حل ساده ای برای مشکل پیچیده ای که به وسیله آن عوامل تعیین کننده فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، و ساختاری را در بر میگیرد وجود ندارد. هر چند، راه حل های بالقوه ای وجود دارند که می توانند به طرز منطقی در حصار محدودیت های مزایا و معایب روان و به طور کلی سیستم سلامت در ایران اجرا شوند.

سیستم مراقبت های اولیه سلامت در ایران قدرتمند است و قسمت وسیعی از جمعیت را پوشش می دهد. این توسعه به طرز مثبتی بر مناطق روستایی تاثیر گذاشته است. هر چند افراد مستمند شهری به طور خاص در پایتخت، تهران، همچنان چالش های جدی در دسترسی و فراهم کردن مراقبت مناسب از خدمات سلامت روان دارند. این جمعیت های خاص از زنان در خطر جدی برای IPV و عوامل استرس زای اقتصادی و اجتماعی هستند که آن ها را در خطر بزرگی برای متحمل شدن اختلالات سلامت روان قرار می دهد که نه فقط به کودکان و خانواده آن ها، بلکه به جامعه وسیع تری آسیب می رساند.

یک منبع دست نخورده در ایران جمعیت بزرگ زنان دانشگاهی هستند که باهوش بوده و در حال حاضر حس عجیبی از فعالیت اجتماعی را نشان می دهند. یک گزینه برنامه آزمایشی است که هدفش تعلیم این گروه از زنان است تا تبدیل به "ارتقا دهندگان رفاه روان" شوند. وقتی صحبت از مسائل سلامت روان است این اسم تاکید را روی "رفاه" می گذارد تا روی "اختلال". و با تغییر فرهنگ لغات، داستان این زنان می تواند در تمامیت خودشان از نو تعریف شود.

هدف تعلیم آنان در مقدمات مسائل سلامت روان و بحرانی است که زنان را در ایران تحت تاثیر قرار می دهد. آن ها گروه های کوچک شهروندی شکل خواهند داد که داوطلبانی به نقاط آزمایشی کوچک، در مناطق فقیرنشین شهری اعزام خواهد کرد، و با ارائه دهندگان کنونی مراقبت های اولیه سلامت همکاری خواهند کرد تا به شناسایی آن زنانی که در خطر هستند کمک کرده، و با ارائه دهندگان کنونی مراقبت های اولیه سلامت همکاری داشته باشند تا این ننگ اجتماعی را کاهش دهند و دسترسی به مراقبت را افزایش داده، آگاهی درباره سلامت روان و نیاز به تشخیص و درمان مناسب را بالا ببرند.

این رویکرد می تواند منابع غنی موجود از فراهم کنندگان مراقبت های اولیه را بکار گیرد و از منبع زنان جوانی که از لحاظ اجتماعی فعال هستند استفاده کند که پلی شوند تا شکاف بین سیستم مراقبت های درمانی و زنان در خطر را از بین ببرند. یک بررسی ساده و ارزیابی نیاز ها می تواند در مراکز سلامت جوامع محلی انجام شود تا ابتدا آن هایی که در خطر بالاتری از اختلال سلامت روان هستند را مانند اعتیاد به مواد مخدر (که هر دو در ایران مسری هستند با توجه به موجودیت وسیع مواد مخدر در سرتاسر مرز افغانستان و همچنین بیماری های سلامت روان که از قبل موجود هستند را تشدید می کند) شناسایی کند.<sup>15</sup> بحران اعتیاد در ایران که تخمین زده می شود حداقل بین 5 تا 7 درصد جمعیت را در بر گیرد، و با تخمین های صحیح بسیار بالاتر است، به وسیله دولت به عنوان یک مشکل سلامت جامعه در ایران شناخته شده و بنابراین چنین تلاش هایی که آمیخته با اعتیاد و سلامت روان هستند می توانند موانع سخت کمتری را برای اجرا برانگیزند.

رویکرد دیگر باید تحصیلات جامع بیشتر برای ارائه دهندگان مراقبت های اولیه در ایران درباره اختلالات سلامت روان و تشخیص سیستماتیک تر از طریق بررسی های دقیق باشد که می تواند توانایی پزشک برای شناسایی، تشخیص، و مداوای چنین اختلالاتی را بالا ببرد. شکافی قابل توجه در دوره های به روز برای ارائه دهندگان مراقبت های اولیه در ایران درباره مسائل سلامت روان وجود دارد که آن ها و مردم را وقتی صحبت از تشخیص و درمان مناسب و پیگیری است در زیان بزرگی قرار می دهد.<sup>16</sup> میتوان به این شکاف از طریق تغییرات پایدار برای سیستم تحصیلات پزشکی در ایران اشاره کرد.

مولفه کلیدی دیگر کاهش انزوای اجتماعی و افزایش پیگیری همراه با درمان به وسیله ایجاد گروه های حمایتی کوچکی است که از همان زنان تحصیل کرده دانشگاهی تشکیل شده اند است، که شامل زنان از اقشار اجتماعی دیگر است که به فراهم کردن یک شبکه حمایتی بعد از تشخیص و درمان کمک می کنند تا درمان بلند مدت و برنامه حمایتی لازم برای اکثر زنانی که از اختلالات سلامت روان رنج می برند را فراهم کند. این گام بار بر روی ارائه کنندگان مراقبت های اولیه را کاهش می دهد و آنان را قادر می سازد تا "ضمیمه ها"یی داشته باشند که تلاش هایشان را کامل کند و شبکه بزرگی از حمایت و پیگیری های لازم را در اجرای برنامه های درمانی موفق سلامت روان ایجاد کند. داده هایی برای حمایت کردن موجود است که ثابت می کند چنین رویکرد هایی ممکن است در درمان بلند مدت و مسائل حیاتی سلامت مفید باشند.<sup>17</sup>

معاون رئیس جمهور سابق ایران (اولین و تنها زن)، معصومه ابتکار، یا زنان برجسته دیگر در ایران هم باید نزدیک شوند تا سخنگو هایی برای افزایش آگاهی، کاهش ننگ بودن این مساله، و پیشرفت دسترسی برای تشخیص و درمان اختلالات سلامت روان در میان زنان، با تاکید بر کاهش IPV، استفاده از مواد و اعتیاد باشند. این تاکید نوظهور بر آگاهی سلامت جامعه می تواند فشار بر وزارت بهداشت و وزیر آن آقای دکتر حسن قاضی زاده هاشمی را افزایش دهد، تا شاید دانشمند یا پزشک زن برجسته ای را منصوب کند که برای مساله کلی تاثیر پذیری زنان و سلامت روان در ایران بجنگد.

این موضوع حد متوسطی را برای بحث هایی در جهت افزایش سرمایه موجود برای سلامت روان فراهم می کند تا بودجه سلامت را از 3% به حداقل 10% در طول ده سال آینده افزایش دهد. زمان چنین حرکتی شاید در حالی که ایران بعد از برداشتن تحریم ها دوباره در جامعه جهانی وارد می شود مناسب باشد، و محوری به سوی تشدید تاکید بر سلامت زنان و سلامت روان می تواند فقط ایستادگی دولت با دیگر ملل توسعه یافته را افزایش دهد و تقویت کند. شبکه بزرگی از زنان "ارتقا دهندگان رفاه روان" که به طور متوسط آموزش دیده اند و می توانند به راحتی برای کمک به شناسایی و بودن پلی برای شکاف بین مردم و سیستم مراقبت سلامت تعلیم ببینند، زنان را قدرتمند تر کرده و آن ها را قسمتی از راه حلی می سازد که فقط می تواند به سیستم به صورت یک کل نفع برساند.

- <sup>1</sup> تاریخ ایران نوین، ارونند آبراهامیان، انتشارات دانشگاه کمبریج، 28 جولای 2008
- <sup>2</sup> لیلا علی کریمی، مروری بر حقوق بشر ایران: زنان اقتصادی و اقتصاد ایران - جای زنان در اقتصاد ایران کجاست؟ ژوئن 2016، <http://www.ihrr.org/>  
[/ihrr\\_article/economy-en\\_women-and-iranian-economy-where-is-the-place-of-women-in-irans-economy](http://www.ihrr.org/ihrr_article/economy-en_women-and-iranian-economy-where-is-the-place-of-women-in-irans-economy)
- <sup>3</sup> مرضیه نجومی و دیگران. پزشک های مراقبت های اولیه سلامت، رویکردی به سمت خشونت خانگی در تهران، ایران، 2014، مجله پزشکی جمهوری اسلامی ایران، <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322324/>
- <sup>4</sup> راهنمای مطالعه کشور ایران شماره یک، (به خصوص صفحه 240)، 2013
- <sup>5</sup> بانک جهانی، بررسی اجمالی ایران، 2016
- <sup>6</sup> اندرو گریوز، سیستم سلامت روان در کشور های تولید کننده مهاجر، 2012
- <sup>7</sup> گریوز، همان منبع، جواد القبان درد و دیگران، یک بررسی اپیدمیولوژیک از اختلال روانی در ایران، 2005، مرکز بیومد، [http://download.springer.com/static/pdf/339/art%253A10.1186%252F1745-0179-1-16.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fcpmentalhealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1745-0179-1-16&token2=exp=1465695400~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F339%2Fart%25253A10.1186%25252F1745-0179-1-16.pdf\\*\\_hmac=6d672679bbe69608dba27a667b367a53c3b7c4c793e3916da7476ec7cfc1b19c](http://download.springer.com/static/pdf/339/art%253A10.1186%252F1745-0179-1-16.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fcpmentalhealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1745-0179-1-16&token2=exp=1465695400~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F339%2Fart%25253A10.1186%25252F1745-0179-1-16.pdf*_hmac=6d672679bbe69608dba27a667b367a53c3b7c4c793e3916da7476ec7cfc1b19c)
- <sup>8</sup> گریوز همان منبع، گزارش هو-ایمز بر سیستم سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران، 2006، سازمان سلامت جهان، [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_aims\\_report\\_iran.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_iran.pdf)
- <sup>9</sup> گریوز و هو همان منبع
- <sup>10</sup> گریوز همان منبع
- <sup>11</sup> بانک جهانی، جمعیت، زنان (% از کلی)، 2015 [http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.ZS?end=2015&start=1960&year\\_high\\_desc=false](http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.ZS?end=2015&start=1960&year_high_desc=false)
- <sup>12</sup> خشونت خانگی علیه زنان به عنوان یک عامل خطر برای اختلالات افسردگی و اضطراب: یافته هایی از بررسی خشونت خانگی در تهران، ایران و معصومه دجمان، چطور زنان ایرانی سلامت روان را مفهوم سازی می کنند: یک مدل توضیحی، 2014، مجله سلامت جامعه ایرانیان، <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419172/pdf/IJPH-43-342.pdf>
- <sup>13</sup> مریم اکبری و دیگران، مرور روایتی سلامت زنان در ایران: چالش ها و موفقیت ها، 2016، مجله بین المللی برای تساوی در سلامت، [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754925/pdf/12939\\_2016\\_Article\\_316.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754925/pdf/12939_2016_Article_316.pdf)
- <sup>14</sup> بررسی خشونت خانگی همان منبع و نتیجه سلامت روان جنگ: مروری کوتاه بر یافته های تحقیقات، همچنین اشرف الحادث و دیگران، شیوع رویداد های ضربه ای و علائم PTSD در بین دانش آموزان راهنمایی در بغداد، 2014، نشریه اروپایی Psych
- <sup>15</sup> آن برتون و دیگران، شش ارزیابی سریع از الکل و مواد مصرفی دیگر در جمعیت منتقل شده به دلیل ستیز، 2011، کتابخانه پزشکی ملی آمریکا، <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3050731/>
- <sup>16</sup> گزارش هو-ایمز بر سیستم سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران، 2006، سازمان سلامت جهان، [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_aims\\_report\\_iran.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_iran.pdf)
- <sup>17</sup> آن برتون و دیگران، شش ارزیابی سریع از الکا و مواد مصرفی دیگر در جمعیت منتقل شده به وسیله ستیز، 2011، کتابخانه پزشکی ملی آمریکا، <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3050731/>

