

فصلنامه راهبرد سیاسی
سال ششم، شماره ۳، پیاپی ۲۲، پاییز ۱۴۰۱
صفحات: ۹۵-۱۲۰
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۱؛ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۹/۱۰

بررسی تاثیر تحریم‌های آمریکا بر سلامت عمومی شهروندان ایرانی: نمونه موردی شهر یاسوج

مریم رحمانی فر* / علی باقری دولت‌آبادی** / علی تقوایی نیا***

چکیده

تحریم‌ها یکی از ابزارهای سیاست‌ خارجی کشورها برای تغییر رفتار سایر دولت‌ها و پیشبرد منافع ملی محسوب می‌گردد. آمریکا از جمله کشورهایی است که بیشترین تحریم‌ها را علیه مخالفین خود بکار گرفته است. سابقه این تحریم‌ها علیه ایران به چهار دهه قبل بازمی‌گردد. علی‌رغم اینکه استفاده‌کنندگان از تحریم تاثیرات آن بر شهروندان عادی را انکار می‌کنند و معتقدند این تحریم‌ها هدفمند هستند بحث‌های جدی در این باره در جامعه دانشگاهی مطرح است. هدف پژوهش حاضر سنجش این تاثیرات بر ایرانیان پس از خروج آمریکا از برجام است. سوال اصلی پژوهش این است که تحریم‌ها چه تاثیری بر سلامت عمومی شهروندان ایرانی طی بازه زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۱ داشته است؟ فرضیه پژوهش اشاره می‌کند که تحریم‌ها سلامت عمومی و مولفه‌های آن را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. برای ارزیابی فرضیه فوق از روش کمی و ابزار پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را ۴۰۰ نفر از شهروندان ساکن شهر یاسوج (به شیوه انتخاب طبقه‌ای-تصادفی) تشکیل دادند و برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مقایسه میانگین تی مستقل، رگرسیون، ضریب همبستگی پیرسون و... استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد بین تحریم‌های آمریکا و سلامت عمومی شهروندان شهر یاسوج رابطه معناداری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش میزان تحریم‌ها از میزان سلامت عمومی شهروندان کاسته شده است. همچنین نتایج به دست آمده نشان دادند که در متغیر سن، جنس و وضعیت تاهل، هیچ تفاوت معناداری بین زنان و مردان دیده نشد.

کلید واژه‌ها

تحریم، سلامت عمومی، شهروندان ایرانی، آمریکا، حقوق بشر.

* دانشجوی کارشناسی ارشد علوم سیاسی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

abagheri@yu.ac.ir

** دانشیار روابط بین‌الملل گروه علوم سیاسی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران (نویسنده مسئول)

*** دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

مقدمه

یکی از عواملی که بر سلامت عمومی تاثیرگذار است میزان رفاه اقتصادی، دسترسی به امکانات بهداشتی و قرارگرفتن در محیط‌های آرام و کم‌تنش است. تحریم‌ها از جمله مواردی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم زندگی و سلامت افراد را با مشکل روبرو می‌کند. تحریم یکی از ابزارهای سیاست خارجی کشورها برای تحت‌تاثیر قراردادن رفتار سایر دولت‌ها است که تاریخچه آن به گذشته‌های دور باز می‌گردد. این ابزار طی نیم‌قرن گذشته بارها توسط دولت‌های مختلف بکار گرفته شده است اما شاید هیچ کشوری را نتوان یافت که به اندازه آمریکا از این ابزار برای پیشبرد سیاست خارجی خود استفاده کرده باشد. یکی از کشورهایی که طی چهار دهه گذشته در معرض این تحریم‌ها قرار داشته جمهوری اسلامی ایران است. نخستین بار ایالات متحده در سال ۱۳۵۹ از تحریم‌ها برای تحت فشار قرار دادن ایران به منظور آزادی دیپلمات‌های خود که در جریان اشغال سفارت آمریکا در تهران به‌گروگان گرفته‌شده بودند بهره برد. پس از آن هر بار ایالات متحده موضوع تازه‌ای برای وضع تحریم‌های جدید و شدت‌بخشیدن به آنها پیدا کرد. ادعای حمایت از تروریسم، نقض حقوق بشر، تلاش برای گسترش سلاح‌های کشتار جمعی، مخالفت با صلح خاورمیانه، برهم‌زدن صلح و ثبات منطقه‌ای و ... بخشی از دستاویزهایی بوده‌اند که ایالات متحده به آنها توسل جسته است. اگرچه این تحریم‌ها در ابتدا یکجانبه بودند و بیشتر حوزه‌های نفت و گاز و تجارت خارجی ایران را نشانه می‌گرفتند؛ اما بتدریج و پس از ارجاع پرونده هسته‌ای ایران به شورای امنیت -در زمان ریاست جمهوری محمود احمدی‌نژاد- بعد چندجانبه به خود گرفتند و حوزه حمل‌ونقل، بیمه، بانکداری، مالی و پولی و... را نیز شامل شدند. برای رهایی از این تحریم‌ها دولت حسن روحانی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ روند مذاکرات هسته‌ای با ۵+۱ را آغاز نمود و نهایتاً با انعقاد برجام مقرر گردید که تحریم‌های وضع‌شده علیه ایران به حال تعلیق درآید. از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷ که هنوز آمریکا از توافق هسته‌ای با ایران خارج نشده بود همه چیز شکل عادی و روال طبیعی خود را داشت و ایران توانست بار دیگر روند تجارت خود با کشورهای جهان و گسترش روابط خارجی را پی‌گیرد؛ اما با خروج آمریکا از برجام در ۱۸ اردیبهشت ۱۳۹۷ و فشار برای به صفر رساندن فروش نفت ایران، اقتصاد ایران مجدد روند انقباضی پیدا کرد. ماحصل این اتفاقات افزایش قیمت ارز و طلا، کاهش ارزش پول ملی و نهایتاً تورم فزاینده و فشار آن بر خانواده‌های ایرانی بوده است. تحریم‌ها نه تنها معیشت مردم را متاثر ساخت بلکه میزان دسترسی خانواده‌های ایرانی به دارو و مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی را نیز کاهش داد. این تاثیرگذاری در بیماران دارای بیماری‌های خاص همچون انواع سرطان و بیماری پروانه‌ای بیشتر بود. این درحالی بود که مقامات آمریکا پیوسته

از امکان دسترسی به دارو توسط ایرانیان و قراردادن حوزه پزشکی در زمره تحریم‌ها خبر می‌دادند. پژوهش حاضر با هدف سنجش ادعای فوق و بررسی میدانی آن انجام شد. پرسش اصلی این است که تحریم‌ها چه تاثیری بر سلامت عمومی شهروندان ایرانی (و در اینجا مردم شهر یاسوج به عنوان نمونه موردی) داشته‌است؟ فرضیه پژوهش این است که تحریم‌ها سلامت عمومی مولفه‌های آن را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. برای ارزیابی فرضیه فوق از روش کمی و ابزار پرسشنامه استفاده شده است که در ادامه توضیح داده خواهد شد.

۱- پیشینه تحقیق

آل کجاف و انصاریان (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان «تاثیر تحریم‌های یک‌جانبه و چندجانبه بر ایران از منظر حق بر سلامت شهروندان ایرانی» بیان کردند که «هر چند دولت‌ها نسبت به شهروندان دیگر دولت‌ها در خصوص حق بر سلامتی مسوولیتی ندارند اما نباید با اقداماتشان موجبات زیان بر شهروندان دیگر دولت‌ها شوند. تحریم‌ها علاوه بر اثرات منفی فراوان بر سیاست‌ها و برنامه‌های کلان دولتی، به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر شهروندان ایرانی و حق آنان در برخورداری از سلامتی تاثیر منفی داشته که این امر مغایر با اصول و ارزش‌های عام و جهان‌شمول حقوق بشر است».

امام‌قلی‌پور سفیددشتی (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان «اثرات تحریم اقتصادی بر بخش بهداشت و درمان با تأکید بر ایران» بیان کردند که «تحریم‌های اقتصادی به عنوان مانعی بر سر تجارت آزاد بین کشورها و اغلب با انگیزه‌های سیاسی شکل می‌گیرند. تحریم‌های علیه ایران موجب افزایش تعرفه‌های درمانی، کمبود داروهای وارداتی در بازار دارویی کشور، رشد هزینه واردات تجهیزات تشخیص طبی و افزایش سهم پرداخت مستقیم مردم از هزینه‌های درمانی شده است».

یوسفی سعیدآبادی و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان «تأثیر تحریم اقتصادی بر سلامت عمومی جامعه» بیان کردند که «تحریم اقتصادی اهرمی است که کشور مخالف را به این نتیجه می‌رساند که هزینه تمکین در برابر خواست کشور تحریم‌کننده کمتر از هزینه ناشی از اعمال تحریم اقتصادی علیه آن کشور است».

عباسی موصلو (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی اثرات تحریم اقتصادی بر سلامت جوامع» بیان کردند که «کشورهایی که تحریم‌های اقتصادی را وضع کرده‌اند، حقوق بهداشتی را نقض نموده‌اند و جامعه جهانی باید تاثیرات احتمالی انسانی تحریم‌ها را پیش‌بینی می‌نموده و از هر ابزار لازم برای پیشگیری از آن استفاده می‌کرده است».

فرجی‌دیزجی و قدمگاهی (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان «تأثیر تحریم‌های اقتصادی بر مخارج عمومی سلامت (شواهدی از کشورهای در حال توسعه متکی به صادرات منابع طبیعی)» بیان کردند که «تحریم‌های اقتصادی شدید و ضعیف هر دو تأثیر منفی و معنی‌داری بر مخارج عمومی سلامت به صورت درصدی از مخارج دولت داشته‌اند».

ابهری و همکاران (۱۳۹۹) در مقاله‌ای با عنوان «اثر تحریم‌ها بر سلامت کشور ایران با استفاده از داده‌های استانی و روش پانل فضایی: ۹۵-۱۳۸۸» بیان کردند که «تأثیر تحریم‌ها در سال اعمال شده و نیز سال بعد از آن بر سلامت عمومی جامعه معنی‌دار نبوده و اثر آن در سال دوم منفی و در سال سوم مثبت می‌گردد».

مارکس^۱ (۱۹۹۹) در مقاله «تحریم‌های اقتصادی به عنوان نقض حقوق بشر: سازگاری ضرورت‌های سیاسی و سلامت عمومی» به این نکته اشاره می‌کند که برخی از تحریم‌ها نقض حقوق بشر محسوب می‌شوند چراکه منجر به محرومیت‌هایی می‌گردد که مردم غیرنظامی کشورهای تحت تحریم را متأثر می‌سازد. اما مشکل جدی که وجود دارد این است که انتساب مسئولیت این تخلفات به اعمال‌کنندگان تحریم‌ها (برای مثال شورای امنیت سازمان ملل یا دولت ایالات متحده) دشوار است. به ویژه اینکه آنها تلاش می‌کنند معافیت‌های بشردوستانه و کمک‌های بشردوستانه را در وضع تحریم‌ها لحاظ کنند.

مورین و میلز^۲ (۲۰۰۰) در مقاله «تأثیرات بهداشتی تحریم‌های اقتصادی: نقش متخصصان بهداشت، کمیته اخلاق و حقوق بشر» اشاره می‌کنند که گزارش‌های بدست‌آمده حاکی از آن است که تحریم‌های اقتصادی می‌تواند به سلامت افرادی که در کشورهای هدف زندگی می‌کنند آسیب جدی وارد کند.

پکسن^۳ (۲۰۰۹) در مقاله‌ای با عنوان «بهتر یا بدتر: تأثیر تحریم‌های اقتصادی بر حقوق بشر» به این نتیجه رسید که تحریم‌های اقتصادی منجر به تشدید وضع نقض حقوق بشر در کشورهای مقصد شده است.

انستیتوی بین‌المللی صلح، عدالت و حقوق بشر (۲۰۱۳) در گزارش «تأثیر تحریم‌ها بر بهداشت و درمان مردم ایران» اینگونه آورده است: «تحریم‌ها پس از سال ۲۰۱۲، به سمت غیرنظامیان تغییر مسیر داده و اثرات مخرب آن به جای هدف‌گیری روند توسعه فناوری هسته‌ای، یک بحران عظیم بشردوستانه

1- Marks

2- Morin and Miles

3- Peksen

به وجود آورده است. در حالی که تحریم‌های سازمان ملل، اتحادیه اروپا و ایالات متحده به طور مستقیم مانع واردات کالاهای بشردوستانه نیستند، اما این مجازات‌ها دسترسی مردم ایران به کالاها و خدمات اساسی از جمله دارو و درمان را به شدت کاهش داده است. این تأثیرات به حدی شدید است که حقوق اساسی شهروندان ایرانی را زیر پا گذاشته و زندگی و کیفیت زندگی آنها را تهدید می‌کند.

شهابی و همکاران (۲۰۱۵) در مقاله‌ای با عنوان «تأثیر تحریم‌های اقتصادی بین‌المللی بر مراقبت‌های بهداشتی سرطان ایران» بیان کردند که برنامه اقدام برای درمان سرطان، برنامه ملی کنترل سرطان ایران^۱ را ارزیابی کرده و گزارش داده است که دارای کمبودهای قابل توجهی از جمله پیشگیری، تشخیص، درمان، مراقبت تسکینی، نظارت، و فناوری است و کمبود جدی دارو برای مراقبت از سرطان دارد. تحریم‌ها برای دارو و غذا معافیت دارند، اما به دلیل مشکلات حمل‌ونقل، انتقال ارزیابی پول منجر به اختلال در خدمات درمانی می‌شود. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد تحریم‌ها به جمعیت‌های آسیب‌پذیر آسیب می‌زند.

کوکبی ساقی (۲۰۱۸) در مقاله‌ای به «ارزیابی اثرات تحریم‌های اقتصادی بر حق سلامت ایرانیان با استفاده از ابزار ارزیابی اثرات حقوق بشری» پرداخته و درباره تأثیر تحریم‌ها بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۷ توضیح می‌دهد که «تحریم ایران باعث کاهش درآمدهای دولت، کاهش ارزش پول ملی و افزایش تورم و بیکاری شده است. این اثرات اقتصادی منجر به وخیم‌تر شدن رفاه عمومی مردم و پایین آمدن توانایی آنها برای دسترسی به ضروریات یک زندگی استاندارد مانند دسترسی به مواد غذایی، مراقبت‌های بهداشتی و دارو شده است. همچنین تحریم‌های بانکی، سیستم مالی و حمل و نقل منجر به کمبود دارو گردیده است».

یونس و اسود (۲۰۱۹) در مقاله «تأثیر جنگ و تحریم اقتصادی بر نظام بهداشت روانی در عراق از ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۳» به بررسی ادبیات و گزارش‌های منتشر شده در خصوص نحوه درمان بیماران از سوی روانپزشکان عراقی و وقایع دوره زمانی ذکر شده می‌پردازند. آنها توصیف می‌کنند که چگونه نظام بهداشت روانی در عراق نه تنها با جنگ، بلکه با تحریم‌های سازمان ملل متحد در دوره بین جنگ اول و دوم عراق رو به وخامت گذاشته است.

دهقانی و همکاران (۲۰۲۱) در مقاله‌ای با عنوان «تحریم‌های آمریکا چه تاثیری بر سیستم تحقیقات سلامت در ایران دارد؟» نشان داد که از آنجایی که مراکز تحقیقاتی در ایران وابستگی زیادی به بودجه‌های دولتی دارند، تحریم‌ها تأثیر زیادی بر نظام تحقیقات سلامت ایران گذاشته است.

مشکلات مالی و اقتصادی، محدودیت در انتقال وجوه و اختلال در روابط سیاسی و بین‌المللی، چالش‌های زیادی را برای تامین مواد و تجهیزات آزمایشگاهی پزشکی مراکز تحقیقاتی پزشکی و بهداشتی در ایران ایجاد کرده است.

ها و نام^۱ (۲۰۲۲) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی رابطه بین تحریم اقتصادی جهانی و امید به زندگی» بیان کردند که اعمال تحریم‌ها به‌ویژه تحریم‌های تسلیحاتی، مالی، مسافرتی و سایر تحریم‌ها بر سلامت ملی کشورهای هدف تأثیر منفی و معناداری دارد. این تأثیرات تا حد زیادی در کشورهای تحت تحریم از نظر توسعه اقتصادی ناهمگن است. علاوه بر این، توسعه بازار مالی و کیفیت نهادی کشورهای تحریم‌شده به شدت بر رابطه بین تحریم‌ها و سلامت ملی تأثیر می‌گذارد.

مرور آثار فوق نشان می‌دهد که اولاً؛ هیچ یک از مقالات فوق بر تأثیرات تحریم‌ها پس از خروج آمریکا از برجام تمرکز نکرده و تحریم‌های چندجانبه دوره ریاست‌جمهوری محمود احمدی‌نژاد را ارزیابی کرده‌اند. ثانیاً؛ پژوهش‌های ایرانی در خصوص سنجش اثر تحریم‌ها از روش‌های کیفی (توصیفی-تحلیلی) استفاده کرده‌اند و جامعه آماری مشخص و روشنی ندارند. همین امر روایی و پایایی گزاره‌های عرضه‌شده توسط آنها را محل تامل قرار می‌دهد.

۲- تعریف مفاهیم

۲-۱- سلامت عمومی

سلیگمن^۲ (۲۰۰۰) سلامت عمومی را «شادایی روحی - روانی و ایجاد برنامه‌هایی برای رشد و نگهداری سلامت فیزیکی می‌داند». بوتیلر^۳ و همکاران (۲۰۰۰) سلامت عمومی را «نداشتن بیماری جسمی و برخورداری از رفاه مادی (مسکن، تغذیه، پوشاک و وسائل حمل و نقل مناسب) و آرامش فکری می‌دانند که در نتیجه خودآگاهی، عزت نفس، خود پنداره مثبت، احساس کارآمدی، پذیرش خود و دیگران (به صورت واقعی در روابط بین فردی) و غلبه بر ترس حاصل می‌شود». رافائل^۴ برای سلامت عمومی چهار خرده مقیاس ذکر می‌کند که عبارتند از: سلامت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی (Raphael, 2002: 62).

1- Ha and Nam

2- Seligman

3- Botiller

4- Raphael

همان‌طور که ملاحظه می‌شود سلامت عمومی در هیچ یک از تعاریف فوق با فهرست یا خصوصیات ثابت و ویژگی‌های معینی تعریف نشده است و در هر کدام از آنها به جنبه‌های خاصی از این مبحث گسترده پرداخته شده است. این امر ناشی از این است که مبحث سلامت عمومی موضوع وسیع و گسترده‌ای است که عوامل گوناگون تحت شرایط متفاوت آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین پرداختن به جنبه خاصی از سلامت عمومی، نمی‌تواند دیدگاه کامل و روشنی از سلامت عمومی ارائه دهد بلکه در نظر گرفتن عوامل و جنبه‌های مختلف که در تعاریف گوناگون به آنها اشاره شده جهت شناخت کامل و دقیق از سلامت عمومی ضروری است.

۲-۲- تحریم

گالتونگ تحریم را اینگونه تعریف کرده است: «تحریم اقدامی از جانب یک یا چند بازیگر بین‌المللی در برابر یک یا چند بازیگر دیگر برای مجازات و یا محروم کردن ایشان از بعضی از امتیازات و اجبار ایشان به تطابق با برخی هنجارهای که از نظر اعمال‌کنندگان تحریم مهم و دارای اهمیت است» (Galtung, 1967: 15). در تعریف دیگری از کگلی و وتیکف آمده است «اقدام عامدانه حکومت برای وارد کردن محرومیت اقتصادی بر دولت یا جامعه هدف، از طریق محدودیت یا توقف روابط اقتصادی معمول، اغلب به‌عنوان جانشینی برای استفاده از قدرت نظامی محسوب می‌شود که به دولت تحریم‌کننده اجازه می‌دهد که خشم خود را در قبال برخی اعمال خاص ابراز کند و رفتار دولت هدف را تغییر دهد» (کگلی، وتیکف، ۱۳۸۴: ۱۴۶). بر این اساس تحریم‌ها به‌وسیله یک دولت، گروهی از دولت‌ها یا سازمان بین‌المللی به‌عنوان شکلی از قدرت برای اثرگذاری بر اعمال و یا سیاست دیگر دولت‌ها به کار گرفته می‌شوند.

۳- نظریه‌های مربوط به سلامت عمومی

در نظریه‌های شخصیت، مسأله سلامت عمومی تحت‌عنوان شخصیت سالم مورد بحث و بررسی قرار گرفته که در آن ویژگی‌های افراد سالم و ملاک‌های سلامت عمومی مشخص شده است. در این رابطه به چند نظریه به طور اختصار اشاره می‌شود:

اتکینسون و هیگلارد^۱ (۱۳۸۰) معتقدند نمی‌توان به طور دقیق افراد برخوردار از سلامت عمومی را از افراد ناسالم و بیمار روانی متمایز کرد؛ با این حال افراد برخوردار از سلامت عمومی دارای ویژگی‌های زیر هستند:

^۱ - Atkinson & Hilgard

۱. کارآمدی در ادراک: افراد بهنجار در ارزیابی تواناییهای خود واقع بین هستند؛ یعنی تواناییهای خود را بیشتر از آن چیزی که هست برآورد نمی‌کنند و در عین حال تواناییهای خود را نادیده نمی‌گیرند و از گفتار و رفتار دیگران ادراک درستی دارند. چنین افرادی از یک هویت اطلاعاتی برخوردار می‌باشد.
 ۲. خودشناسی: افراد دارای سلامت عمومی تا حدودی به انگیزه‌ها و احساسات خود آگاهی دارند؛ احساسات و رفتارهای مهم خود را از خود پنهان نمی‌کنند بلکه می‌توانند با آنها روبرو شوند.
 ۳. عزت نفس و پذیرش: افرادی که از سلامت عمومی برخوردارند، تا حدودی احساس می‌کنند که با ارزش و مورد قبول اطرافیان خود هستند و قادرند که در موقعیتهای اجتماعی به طور خودجوش عمل کنند.
 ۴. توانایی در برقراری روابط محبت‌آمیز: افرادی که از سلامت عمومی برخوردارند توانایی آن را دارند که روابط عاطفی و محبت‌آمیز با سایرین برقرار نمایند و نسبت به نیازها و احساسات دیگران حساس هستند و برای ارضاء نیازهای خود آنان را تحت فشار قرار نمی‌دهند. چنین افرادی از عملکرد اجتماعی بسیار مناسب، که از نشانه‌های سلامت عمومی و خصوصیات افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی هستند، برخوردار می‌باشند.
 ۵. فعال و بارور بودن: افرادی که از سلامت عمومی برخوردارند توانایی خود را در مسیر فعالیت‌های بارور به کار می‌اندازند؛ فعال هستند و زندگی خود را دوست دارند.
- آدلر^۱ (۱۹۶۹)، فرد برخوردار از سلامت عمومی را فردی می‌داند که توان و شهامت رسیدن به اهدافش را دارد؛ چنین فردی جذاب، شاداب، مطمئن و خوش‌بین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود، در حد توان اقدام به رفع آنها می‌کند. او روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خود را در جامعه و خانواده بدرستی می‌شناسد؛ در زندگی هدفمند و غایتمدار است. چنین فردی سعی در کاستن عقده حقارت خود دارد و به دنبال غلبه بر بی‌جراتی خود می‌باشد و در نهایت موفق می‌شود که انگیزه‌های نامطلوب خود را دگرگون سازد (هاشم‌نژاد، ۱۳۹۵: ۷).
- آلیس^۲، دوازده اصل زیر را به عنوان معیارهای سلامت عمومی شناختی ذکر می‌کند: نفع شخصی، رغبت اجتماعی، خودفرمانی، تحمل، انعطاف‌پذیری، پذیرش، عدم اطمینان، تعهد و تعلق نسبت به چیزی خارج از وجود خود، تفکر علمی، پذیرش خود، خطر نمودن و لذت‌گرایی (آزاد، ۱۳۹۵: ۷۴).
- هورنای^۳ (۱۹۲۹) انسان برخوردار از سلامت عمومی را دارای ویژگی‌هایی به شرح ذیل می‌داند:

1 - Adler

2 - Elliss

3 - Hornai

۱. احساس عدم‌امنیت نمی‌کند، لذا فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است.
۲. قدرتمندی نیازهای «خود» (عدم امنیت، پرخاشگری و خودشیفتگی) در او کم و متعادل است و توانایی تغییر، تحول و جایگزینی این نیازها را دارد.
۳. از خود واقعی و استعدادهایش، کم و بیش آگاه است و بسیاری از مشکلات زندگی‌اش را به تنهایی حل می‌کند.
۴. انسان سالم به دلیل آگاهی از خود واقعی و استعداد بالقوه خود تسلیم محض شرایط اجتماعی و فرهنگی نمی‌شود؛ بلکه دارای ابتکار و شخصیت مستقلی است (جنابی، ۱۳۸۰).

گلاسر (۱۹۶۷) انسان سالم را کسی می‌داند که:

۱. واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیتها را با انکار کردن نادیده نگیرد؛ بلکه با موقعیتها به صورت واقع‌گرایانه روبه‌رو شود.
۲. هویت موفق داشته باشد؛ یعنی به دیگران عشق و محبت بورزد و عشق و محبت آنها را پاسخ دهد. احساس ارزشمندی کند و دیگران نیز احساس ارزشمندی او را تأیید کنند. توجه او به لذت، درازمدت، منطقی و منطبق با واقعیت باشد. مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد؛ چرا که پذیرش مسئولیت کاملترین نشانه سلامت عمومی است.
۳. بر زمان حال و آینده تأکید نماید نه بر گذشته. تأکید او بر آینده نیز جنبه درون‌نگری داشته باشد و به صورت خیال‌پردازی نباشد واقعیت درمانی گلاسر نیز بر سه اصل قبول واقعیتها، قضاوت درست از رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است. تحقق این سه اصل در شخص، نشانگر سلامت عمومی است (شفیع‌آبادی، ۱۳۹۶: ۸۸).

علیرغم دیدگاههای متفاوتی که در مورد سلامت عمومی وجود دارد همه نظریه‌پردازان به نوعی توافق دارند که اشخاص سالم می‌دانند کیستند و چیستند، اینان از نقاط قوت، ضعف، فضائل و رذائل خود آگاهند، به طور کلی شکیبیا هستند و خود را می‌پذیرند و به آنچه نیستند، تظاهر نمی‌کنند. علیرغم این که ممکن است برای ارضاء نیازهای دیگران و خود و کسب موفقیت‌های خاص نقشهای اجتماعی را بازی کنند، اما این نقشها را با خود راستین اشتباه نمی‌گیرند (شولتز، ۱۳۸۰: ۷۶).

سلامت عمومی در افراد از عوامل مختلفی تاثیر می‌پذیرد کیفیت دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، تعذیه مناسب، آب و هوای سالم، محیط عاری از فشار و اضطراب روانی و... از جمله این عوامل محسوب می‌شوند. تحریمها در زمره عواملی محسوب می‌شوند که جنبه‌های مختلف زندگی شهروندان از جمله سلامت عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. اگرچه ممکن است در نگاه اول غیراخلاقی به نظر رسد

اما سیاستمداران برای تاثیرگذاری بر اراده و رفتار دولت‌های دیگر تلاش می‌کنند آنها را در مواجهه با شهروندان خود قرار دهند. سازوکار طراحی تحریم‌ها اساساً به‌گونه‌ای است که بیش از آنکه رهبران و زندگی آنها را تحت‌تاثیر قرار دهد شهروندان عادی را هدف می‌گیرد. طراحان تحریم می‌کوشند با برانگیختن زمینه‌های اعتراضات سیاسی- اجتماعی، تغییر رفتار انتخاباتی رای‌دهندگان، کاهش مشروعیت و کارآمدی یک نظام سیاسی به اهداف خود از تحریم برسند. ریچارد نفیو در کتاب هنر تحریم‌ها، معتقد است که هدف نهایی از اعمال تحریم، ایجاد سختی، درد و ناکامی بر کشور هدف است تا آن کشور مجبور به تغییر رفتار خود شود. در اینجا کشور هدف با اعمال تحریم‌ها یا مقاومت می‌کند و یا تسلیم می‌شود. به‌عبارتی‌بهتر، در کانون این موضوع، تمایل برای ایجاد سیاست فشاری وجود دارد که امکان تغییر رفتار طرف مقابل را فراهم کند و همچنین سطح فشار و درد اعمال‌شده با نتایج مدنظر همخوانی داشته باشد (نفیو، ۱۳۹۷: ۱۳). این سیاست فشار در اصل با میزان تاب‌آوری^۱ افراد جامعه در ارتباط است. مقصود از تاب‌آوری «یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است» (سامانی، همکاران، ۱۳۸۶: ۲). پیامد این امر می‌تواند افزایش سلامت و در نهایت رضایت بازیگر و محیط مذکور و در صورت عدم وجود این توانایی، بحران‌های جسمی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی باشد. مدل ریف و سینگر در مورد بهزیستی روانشناختی بیان می‌کند که افراد تاب‌آور در حفظ و سلامت جسمی و روانشناختی خویش بهتر عمل می‌کنند، که این وضعیت قدرت بیشتر را به آنها برای بهبود آسان‌تر و سریع‌تر از موقعیت‌های تنش‌زا می‌دهد (Vinayak, Judge, 2018). تاب-آوری خود تابع عوامل دیگر اقتصادی(درون‌زایی اقتصادی و افزایش تولیدات داخلی، ثبات اقتصاد کلان، تنوع‌گرایی در صادرات و واردات، افزایش کارایی و اثربخشی بازارهای اقتصاد خرد، الگوهای مصرف، برون‌گرایی اقتصادی، مردم محوری)(قادرپناه، مراد، ۱۳۹۶: ۸-۱۰) سیاسی (مشروعیت نظام سیاسی، کارآمدی نظام سیاسی، ثبات سیاسی، سرمایه اجتماعی، اعتماد سیاسی و...) و فرهنگی (روحیه ایثار و فداکاری، باورهای دینی، صبر و شکیبایی در برابر سختی‌ها...) است.



1- Resilience

۴- روش پژوهش

از آنجا که این پژوهش رابطه بین تحریم اقتصادی و سلامت عمومی را مورد مطالعه قرار می‌دهد، توصیفی است. همچنین از لحاظ هدف و ماهیت چون قصد توسعه دانش برای به کارگیری را دارد، از نوع کاربردی است. جمعیت آماری پژوهش را شهروندان شهر یاسوج تشکیل دادند. با توجه به اینکه این پژوهش در سطح شهر یاسوج انجام گردید و ماهیت پنهانگری دارد، روش پیمایشی در آن به کار گرفته شد. برای گردآوری اطلاعات افراد مورد مطالعه از روش پیمایشی و پرسشنامه استفاده گردید. برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه‌ها از اعتبار صوری و برای ارزیابی پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بر اساس جدول لین (۱۹۷۶) حجم نمونه ۳۸۱ مورد محاسبه و برای افزایش اعتبار به ۴۰۰ مورد افزایش یافت. با توجه به ناهمگن بودن جامعه آماری نمونه‌گیری به شکل طبقه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمارهای استنباطی (آزمون‌های مقایسه میانگین تی و آنوا، ضریب همبستگی پیرسون و ...) استفاده گردید.

۵- جامعه آماری

یکی از اهداف تحقیقات علمی، توصیف و تشریح وضعیت جامعه است. جامعه آماری مجموعه‌ای از افراد هستند که یک یا چند صفت مشترک دارند و از آن نمونه‌ی نمایا یا معرف به دست می‌آید (ساروخانی، ۱۳۸۲: ۹۳). جامعه آماری در این پژوهش، شامل شهروندان شهر یاسوج طی بازه زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۱ است. یاسوج مرکز استان کهگیلویه و بویراحمد در مختصات جغرافیایی بین ۵۰ درجه و ۳۲ دقیقه تا ۵۱ درجه و ۵۲ دقیقه طول جغرافیایی و ۳۰ درجه و ۲۲ دقیقه تا ۳۱ درجه و ۲۶ دقیقه عرض جغرافیایی در جنوب غربی کشور و در همسایگی استان های اصفهان، چهارمحال بختیاری و فارس واقع شده است (وفایی، ۱۳۷۶: ۲۵). بافت جمعیتی استان کهگیلویه و بویراحمد و شهر یاسوج ایلی- طایفه‌ای و اکثریت شهروندان این شهر از ایل بویراحمد و مهاجرین آن از ایل بهمئی، طیبی، دشمن زیاری، باشت و باوی و ایل چرام هستند که از مناطق گرمسیری به مرکز استان (منطقه سردسیری) نقل مکان کرده‌اند (صدری، ۱۳۹۵: ۳۰). همچنین قرار گرفتن در کنار استان های فارس و خوزستان موجب گردیده تا دو قوم ترک و عرب نیز به ساکنین لر در این شهر اضافه گردند. به لحاظ شاخص‌های اقتصادی و توسعه استان کهگیلویه و بویراحمد در زمره استان‌های کم‌برخوردار محسوب می‌گردد (حسینی، اسکندری، ۱۳۷۹: ۱۱۶). باوجود اینکه این استان حدود یک درصد مساحت و

جمعیت ایران را دربرگرفته است ۱۷ درصد منابع نفت و گاز ایران را در خود جای داده است (وبسایت استانداری یاسوج، ۱۴۰۱).

نقشه شماره ۱: موقعیت جغرافیایی شهر یاسوج



۶- ابزار سنجش

متغیر وابسته تحقیق، تحریم‌های بین‌المللی است که با ۱۶ گویه سنجیده شده است. برای سنجش سلامت عمومی به عنوان یکی از متغیرهای وابسته، از پرسشنامه استاندارد ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ) استفاده شده است. برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه از اعتبار صوری و برای ارزیابی پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است.

جدول ۱- پایایی ابزار تحقیق با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ

نام متغیر	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
تحریم‌های بین‌المللی	۱۶	۰/۷۸۱
سلامت عمومی	۲۸	۰/۸۸۲

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمارهای استنباطی (آزمون‌های مقایسه میانگین تی و آنوا، ضریب همبستگی پیرسون و ...) استفاده گردید. بعد از پایان یافتن کار جمع‌آوری اطلاعات و حذف پرسشنامه‌های ناقص و بی‌جواب، سرانجام کار توصیف و تحلیل آماری بر روی ۴۰۰ نسخه پرسشنامه انجام گرفت. براین اساس، پرسشنامه‌ها شماره-گذاری و اطلاعات هر کدام از آن‌ها کدگذاری گردید. کدهای داده شده به سؤالات پرسشنامه‌ها وارد کامپیوتر شده و با استفاده از بسته نرم‌افزار کامپیوتری اس.پی.اس.اس (SPSS) در محیط ویندوز تحلیل شد. در تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار استنباطی مانند رگرسیون چندمتغیری به روش ورود، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی گروه‌های مستقل، رگرسیون چندتحلیل واریانس چندمتغیری یا مانوا استفاده گردید.

۷- یافته‌های توصیفی پژوهش (آمار توصیفی)

آمار توصیفی، مجموعه‌ی روش‌هایی است که بیشتر برای سازماندهی، خلاصه‌کردن، تهیه جداول توصیف داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه آماری به کار گرفته می‌شود. در واقع بیشتر در این بخش به ویژگی‌های مربوط به نمونه آماری تحقیق توجه می‌شود و با استفاده از جداول دو بعدی به توصیف متغیرها پرداخته می‌شود.

۷-۱- جنسیت پاسخگویان

بر اساس جدول ۷-۱- از کل پاسخگویان تعداد ۱۸۷ نفر زن (معادل ۴۶/۷ درصد) و تعداد ۲۱۳ نفر از آنها مرد (معادل ۴۶/۷ درصد) بودند.

جدول ۷-۱- توزیع فراوانی و درصدی جنسیت پاسخگویان

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۱۸۷	۴۶/۷
مرد	۲۱۳	۵۳/۳

۷-۲- گروه سنی پاسخگویان

بر اساس جدول زیر از کل پاسخگویان ۳۱۳ نفر (معادل ۷۸/۳ درصد) در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۶۵ نفر در گروه سنی ۲۶ تا ۳۳ سال (معادل ۱۶/۳ درصد) و ۲۲ نفر در گروه سنی ۳۴ سال و بالاتر (معادل ۵/۴ درصد) بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصدی گروه سنی پاسخگویان

گروه سنی	فراوانی	درصد
۲۵-۱۸	۳۱۳	۷۸/۳
۳۳-۲۶	۶۵	۱۶/۳
۴۲-۳۴	۲۲	۵/۴

۳-۷- محل سکونت پاسخگویان

بر اساس جدول زیر از کل پاسخگویان ۳۱۲ نفر (معادل ۷۸ درصد) در شهر، ۸۱ نفر در روستا (معادل ۲۰/۳ درصد) و ۷ نفر در مناطق عشایری (معادل ۱/۸ درصد) سکونت داشتند.

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصدی محل سکونت پاسخگویان

محل سکونت	فراوانی	درصد
شهر	۳۱۲	۷۸
روستا	۸۱	۲۰/۳
عشایر	۷	۱/۸

۴-۷- وضعیت تأهل پاسخگویان

بر اساس جدول زیر از کل پاسخگویان تعداد ۳۲۴ نفر مجرد (معادل ۸۱ درصد) و تعداد ۷۶ نفر از آنها متأهل (معادل ۱۹ درصد) بودند.

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصدی وضعیت تأهل پاسخگویان

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
مجرد	۳۲۴	۸۱
متأهل	۷۶	۱۹

۵-۷- یافته‌های استنباطی (آمار استنباطی)

تحلیل استنباطی مشخص می‌کند که آیا الگوها و فرایندهای کشف‌شده در نمونه، در جامعه‌ی آماری هم کاربرد دارد یا خیر؟ (دواس، ۱۳۸۳: ۱۳۸-۱۳۷) این بخش شامل تحلیل تمامی فرضیه‌های پژوهش است. از آنجایی که در آزمون رابطه‌ی بین متغیرهای کمی (فاصله‌ای یا نسبی)، محقق علاوه بر در نظر داشتن دو ملاک اصلی (سطح سنجش و هدف از سنجش)، باید شکل توزیع متغیرهای کمی را

از حیث نرمال بودن نیز بررسی کند (حیدری چروده، فروغ‌زاده، ۱۳۹۲: ۱۵۰)؛ جهت تعیین نرمال بودن متغیرهای کمی پژوهش، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید و مشخص شد که توزیع این داده‌ها، نرمال است.

۷-۵-۱- تفاوت‌های جنسیتی در متغیرهای تحقیق

برای بررسی تفاوت بین زنان و مردان در متغیرهای تحقیق از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که زنان و مردان در متغیر سلامت عمومی زنان و مردان تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. بر اساس میانگین، میانگین سلامت عمومی زنان بالاتر از مردان است.

جدول ۵- تفاوت‌های جنسیتی در متغیرهای سه گانه تحقیق

متغیرهای تحقیق	جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	معناداری
تحریم	زن	۱۸۷	۴۲/۷۴	۱۲/۶۸	۱/۲۶۰	۰/۲۰۸
	مرد	۲۱۳	۴۴/۳۰	۱۱/۹۳		
سلامت عمومی	زن	۱۸۷	۷۸/۷۸	۱۴/۵۸	۳/۴۱۳	۰/۰۰۱
	مرد	۲۱۳	۸۳/۱۱	۱۰/۳۴		

۷-۵-۲- تفاوت وضعیت تأهل در متغیرهای تحقیق

برای بررسی تفاوت بین افراد متأهل و مجرد در متغیرهای تحقیق از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که افراد متأهل و مجرد در هیچیک از متغیرهای سه گانه تحقیق تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۶- تفاوت‌های افراد متأهل و مجرد در متغیرهای سه گانه تحقیق

متغیرهای تحقیق	وضعیت تأهل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	معناداری
تحریم	متأهل	۷۶	۴۲/۶۵	۱۳/۴۱	۴/۹۲۱	۰/۳۴۱
	مجرد	۳۲۴	۴۳/۷۹	۱۲/۰۱		
سلامت عمومی	متأهل	۷۶	۸۲/۶۸	۱۲/۶۷	۵/۷۶۶	۰/۲۶۷
	مجرد	۳۲۴	۸۰/۷۱	۱۲/۵۰		

۷-۵-۳- ارتباط بین سن و متغیرهای تحقیق

برای بررسی ارتباط بین سن و متغیرهای تحقیق از آزمون همبستگی دوسویه پیرسون استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که سن و متغیرهای تحقیق ارتباط معناداری با یکدیگر ندارند. در واقع با افزایش و یا کاهش سن، تغییر معناداری در این سه متغیر رخ نمی‌دهد.

جدول ۷- ارتباط بین سن و متغیرهای سه گانه تحقیق

سن	پیرسون	سطح معناداری
تحریم‌های آمریکا	۰/۰۱۲	۰/۸۱۸
سلامت عمومی	۰/۰۰۹	۰/۹۲۶

۷-۶- فرضیه پژوهش: بین تحریم‌های آمریکا و سلامت عمومی شهروندان شهر یاسوج رابطه معناداری وجود دارد.

برای بررسی ارتباط این دو متغیر با توجه به سطح سنجش آنها از آزمون همبستگی دوطرفه پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون نشان می‌دهد بین این دو متغیر ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. به این صورت که با افزایش میزان تحریم‌ها از سلامت عمومی شهروندان کاسته می‌شود.

جدول ۸- همبستگی بین تحریم‌های آمریکا و سلامت عمومی پاسخگویان

تحریم‌های آمریکا	پیرسون	سطح معناداری
سلامت عمومی	-۰/۱۸۰	۰/۰۰۰

۷-۸- تأثیر تحریم‌های آمریکا بر سلامت عمومی

برای بررسی تأثیر تحریم‌های آمریکا بر سلامت عمومی شهروندان از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج ارائه شده در جدول زیر نشان می‌دهد این متغیر تأثیر منفی و معناداری بر سلامت عمومی دارد. بر اساس ضریب تأثیر تعدیل شده ۳ درصد از واریانس سلامت عمومی توسط تحریم‌های آمریکا تبیین می‌شود.

جدول ۹- آزمون رگرسیون تأثیر تحریم‌های آمریکا بر سلامت عمومی پاسخگویان

سلامت عمومی	R	R ^{Ads}	B	Beta	F	Sig
تحریم‌های آمریکا	-۰/۱۸۰	۰/۰۳۰	-۰/۱۸۴	-۰/۱۸۰	۱۳/۳۵	۰/۰۰۰

۸- تجزیه و تحلیل داده‌ها

یکی از موضوعات مهم که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفت این بود که تحریم‌ها چه اثراتی بر سلامت عمومی شهروندان دارد. نتایج پژوهش فرضیه اصلی را تایید کردند. یافته‌ها با پژوهش‌های آل کجباغ و انصاریان (۱۳۹۳) همسو بود. بر اساس این تحقیق تحریم‌ها علاوه بر اثرات منفی فراوان بر سیاست‌ها و برنامه‌های کلان دولتی، به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر شهروندان ایرانی و حق آنان در برخورداری از سلامتی تاثیر منفی داشته که این امر مغایر با اصول و ارزش‌های عام و جهان‌شمول حقوق بشر است. همچنین نتایج تحقیق امام‌قلی‌پور سفیددشتی (۱۳۹۳) نیز با پژوهش حاضر همسو بود. در این تحقیق نویسنده به این نتیجه رسیده بود که افزایش تعرفه‌های درمانی، کمبود داروهای وارداتی در بازار دارویی کشور، رشد هزینه واردات تجهیزات تشخیص طبی و افزایش سهم پرداخت مستقیم مردم از هزینه‌های درمانی بخشی از اثرات تحریم به شمار می‌روند. همچنین نتایج تحقیقات یوسفی‌سعیدآبادی و همکاران (۱۳۹۳)، عباسی‌موسلو (۱۳۹۸)، ضیائی (۱۳۹۵)، ابهری و همکاران (۱۳۹۹)، فرجی‌دیزجی و قدمگاهی (۱۳۹۸)، موسوی و باقری‌دولت‌آبادی (۱۴۰۰)، عبدالهی و همکاران (۱۴۰۰)، گارفیلد و همکاران (۱۹۹۵)، گارفیلد (۱۹۹۷)، مارکس (۱۹۹۹)، پکسن (۲۰۰۹)، انستیتوی بین‌المللی صلح، عدالت و حقوق بشر (۲۰۱۳)، شهابی و همکاران (۲۰۱۵)، کوبکی‌ساقی (۲۰۱۸)، دهقانی و همکاران (۲۰۲۱)، ها و نام (۲۰۲۲) نیز نتایج تحقیق حاضر را تأیید کردند.

آنچه در خصوص شیوه بکارگیری تحریم‌ها باید به آن اشاره کرد این است که کشورهای بکارگیرنده تحریم‌ها از جمله آمریکا همواره مدعی هستند تحریم‌های آنها هدفمند هستند و شهروندان عادی را تحت تاثیر قرار نمی‌دهند. نتایج فوق عکس این مدعا را نشان می‌دهد. بر این اساس این سوال مطرح می‌گردد که آیا درجایی که هنجارهای اساسی حقوق بشر در مخاطره قرار می‌گیرند می‌توان تحریم علیه کشورها را اتخاذ نمود؟ با بررسی معیارهای جهانی حقوق بشر مندرج در منشور سازمان ملل-متحد (۱۹۴۵)، اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸)، کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹) و سایر اسناد مربوطه، که مبنای اصول پذیرفته‌شده بین‌المللی می‌باشند، می‌توان ادعا کرد که چنانچه تحریم‌های اقتصادی منجر به رنج و مشقت انسانها گردند این تحریم‌ها توجیهی از منظر حقوق بین‌الملل ندارند (حبیب‌زاده، پیری، یکتافر، ۱۴۰۱: ۲۷۵-۲۹۶). چراکه ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر به صراحت اظهار می‌دارد: «هر کس حق دارد سطح زندگانی، سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش را از حیث خوراک و مسکن و مراقبت‌های پزشکی و خدمات الزام اجتماعی تأمین کند» و در ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز آمده است: «کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به

تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند» (OHCHR, 1966b). این مسئله حتی در مورد تحریم‌های اقتصادی سازمان ملل متحد که به نوعی قانونی تلقی می‌گردند، قابل تامل و توجه می‌باشد. گزارش تکان‌دهنده یونیسف در دسامبر ۱۹۹۴ درخصوص به مخاطره افتادن سلامتی ۳/۵ میلیون نفر از مردم عراق و سوءتغذیه آنها شامل ۱/۵ میلیون نفر از کودکان زیر ۱۵ سال و ۲۳۰۰۰۰ نفر از زنان آبستن و شیرده که در نتیجه تحریم‌های اتخاذ شده از طرف شورای امنیت در اول آگوست ۱۹۹۰ به علت حمله عراق به کویت صورت گرفت، عمق فاجعه‌ای این چنین را به تصویر می‌کشد (شریف، ۱۳۷۳: ۱۲).

آکنجی و علی (۲۰۰۲) در پژوهشی درخصوص تاثیر تحریم‌ها بر نظام سلامت عراق گزارش کرده‌اند «۱۰ سال پس از جنگ ۱۹۹۱ خلیج فارس، نظام بهداشتی در عراق هنوز در وضعیت فاجعه‌بار است. اثرات تحریم تقریباً همه بخش‌های پزشکی را متاثر کرده است. مهاجرت گسترده پزشکان متخصص - که خیلی از آنها از پزشکان با تابعیت خارجی بودند- اتفاق افتاده است. حقوق پزشکان به سرعت به ۳۰ دلار در ماه کاهش پیدا کرده که به سختی جوابگوی نیازهای روزانه است. عدم دسترسی بیمارستان - های عراقی به مجلات خارجی، کتاب‌های آموزشی و اینترنت، نسلی از پزشکان متخصص فاقد مهارت و دانش به‌روز را ایجاد کرده است. بیشتر نگرانی‌ها درباره تحریم‌های حی و حاضر داروهای اساسی است. تنها یک سوم داروهای مورد نیاز برای شیمی‌درمانی کودکان در دسترس است. در بیمارستان آموزشی المنصور این کمبود منجر به افزایش قابل توجه مرگ‌ومیر کودکان شده است. نرخ حیات بدون بیماری از ۶۰ درصد در سال ۱۹۸۸ به ۲۵ درصد افت کرده است» (Akunjee, Ali, 2002:1). یافته فوق توسط پوپال (۲۰۰۰) نیز تایید شده است. او نیز می‌نویسد: «تاثیر شدید تحریم‌ها بر خدمات بهداشتی و شاخص‌های سلامت توسط شواهد زیر مورد تایید قرار گرفتند: سوء تغذیه روبه افزایش و نرخ مرگ و میر زیر ۵ درصد در میان کودکان و نوزادان و افزایش بیماری‌های مرتبط با تغذیه ناکافی در آنها». وی تاثیرات تحریم در حوزه سلامت را در میان کودکان، نوزادان، زنان و سالخوردگان قابل توجه گزارش می‌کند (Popal, 2000:791).

مشابه این گزارش‌ها درخصوص ایران نیز وجود دارد: «دولت آمریکا، تنها شرکت تامین‌کننده داروهای رادیواکتیو مورد مصرف مراکز پزشکی هسته‌ای کشور را در فهرست تحریم‌ها قرار داد که در این راستا بیش از یک میلیون بیمار مرتبط با این شرکت با مشکل مواجه شدند... دکتر رهبر مژدهی آذر عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران تصریح کرد: برخی اقلام دارویی و مواد اولیه تولید دارو در کشور به دلیل تبادلات مالی و مسدود شدن مسیر ارسال به ایران دچار کمبود شد. تحریم بی‌اثر

نیست، این کمبودها بیشتر در داروی بیماران خاص و اقلامی ایجاد شد که تولید داخلی ندارند» (خبرگزاری ایرنا، ۱۴۰۰/۵/۲). همه این موارد گویای این امر است که تحریم‌ها چه در گذشته و چه در حال حاضر حق به سلامت را به شدت متاثر می‌سازد.

حق داشتن سطح زندگی کافی شامل خوراک، پوشاک و مسکن (ماده ۱۱) و حق سلامت جسمی و روحی (ماده ۱۲) از جمله حقوق تصریح شده در اعلامیه جهانی حقوق بشر هستند که در اثر تحریم به شدت آسیب‌پذیر می‌گردند. همچنین می‌توان تحریم‌ها را ناقض حفظ حق حیات دانست که در ماده ۶ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی (OHCHR, 1966a) و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به آن اشاره شده است (OHCHR, 1966b). باتوجه به اینکه «هیچ کس را نمی‌توان به صرف منطقه جغرافیایی که در آن زیست می‌کند، از حقوق بشر محروم کرد، ضمن این که افراد فارغ از عواملی چون نژاد، ملیت، جنسیت و غیره در برخورداری از این حقوق با هم برابر و یکسان‌اند» (اعلامیه جهانی حقوق بشر، ۱۹۴۹: ماده ۲) اقدامی که آمریکا علیه ایران با خروج از برجام و وضع تحریم‌ها جدید انجام داده است نقض جدی حقوق بشر محسوب می‌گردد. این درحالی است که ظهور اندیشه‌های بشردوستانه و توجه به حقوق اساسی بشر مبتنی بر کرامت، شخصیت و ارزش‌های عالی انسانی بیش از نیم‌قرن است که زمینه‌ای برای جلوگیری از ورود صدمه عمومی به مردم بی‌گناه و قربانی کردن آنها به منظور اهداف و اغراض سیاسی از طرف دولت‌ها فراهم ساخته است. حتی اگر هدف از تحریم‌ها درهم شکستن تاب‌آوری شهروندان عادی و فشار سیاسی بر دولت‌ها باشد این سیاست هیچ توجیه قانونی و اخلاقی ندارد. چراکه رهبران سیاسی می‌توانند از گزینه‌های دیگری همچون دیپلماسی و ساز و کارهای حل و فصل مسالمت‌آمیز اختلافات برای پایان دادن به مناقشات خود بهره‌گیرند و گروگان‌گرفتن سلامتی شهروندان پایه‌های اساسی حقوق بشر و حقوق بشردوستانه را متزلزل می‌سازد. این آسیب زمانی دردناک‌تر خواهد بود که در نظر داشته باشیم تحریم‌ها در همه موارد بکار بسته شده نیز نتوانسته است نتایج دلخواه وضع‌کنندگان را به همراه داشته باشد.

مطالعات انجام شده بوسیله هافبوئر، اسکات و الیوت^۱ نشان می‌دهد که از زمان جنگ جهانی دوم تنها یکی از سه تحریم اقتصادی در نیل به نتایج سیاسی پیش‌بینی شده، موفقیت‌آمیز بوده است. از میان ۱۰۳ تحریم تشریح‌شده به وسیله این نویسندگان آمریکائی ۶۹ مورد یا به عبارت دیگر ۶۷٪ تحریم‌ها توأم با موفقیت نبوده‌اند. به این معنی که آنها دارای حداقل تأثیر بوده یا اساساً هیچگونه اثری بر رفتار کشور تحریم شده ایجاد نکرده‌اند (علیخانی، ۱۳۸۰: ۳۳۶).

^۱- Hafbauer-Schott Elliott

در خصوص تحریم‌های ایران آنچه این وضعیت را وخیم‌تر ساخت همزمان شدن سیاست فشار حداکثری با دوره شیوع کرونا در ایران (بهمن ۱۳۹۸) بود. ایران در ۱۸ فوریه ۲۰۲۰ (۲۹ بهمن ۱۳۹۸) اولین مورد ابتلا به کووید-۱۹ را در شهر قم ثبت کرد و پس از آن به یکی از کانون‌های اصلی گسترش این بیماری در خاورمیانه تبدیل شد (Kamrava, 2020: 1). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی از تاریخ فوق‌الذکر تا زمان نگارش پژوهش حاضر ۷,۵۴۷,۹۶۸ ابتلای قطعی و ۱۴۴۴,۱۶ هزار فوتی در ایران در اثر ابتلا به کرونا ثبت شده است (Who, 2022). ناشناخته بودن این بیماری و نحوه درمان آن، عدم وجود واکسن برای پیشگیری از ابتلا به آن، بالا بودن میزان ابتلا و مرگ و میر ناشی از این بیماری، عدم دسترسی به دارو، عدم امکان واردات کیت‌های تشخیصی و در مرحله بعد واردات واکسن از شرکت‌های آمریکایی و انگلیسی میزان اضطراب و نگرانی در جوانان ایرانی را دوچندان ساخت. اگرچه تحریم‌های امریکا به صورت مستقیم خرید دارو و تجهیزات پزشکی را مورد تحریم قرار نداده بودند اما نگرانی و ترس شرکت‌های دارویی و پزشکی از پیامدهای همکاری با ایران و تحریم شدن توسط وزارت خزانه‌داری امریکا موجب گردید تا در عمل دسترسی ایران به این اقلام با مشکل مواجه - گردد (Abdoli, 2020).

همزمان شدن وخامت سلامت عمومی ایرانیان با تشدید تحریم‌ها در این مقاله همچنین تاییدی است بر یافته‌های هولمز و راهه^۱ مبنی بر اینکه «رویدادهای زندگی با شروع بیماری رابطه مثبت دارد» (Shkerinia, 2004: 47). با وجود اینکه ایرانی‌ها نشان داده‌اند می‌توانند خود را با شرایط محیط و تحریم‌ها تطبیق دهند و یا با گذر زمان به آن عادت کنند (نفیو، ۱۳۹۷: ۴۸-۴۴؛ ۱۶-۱۷) اما نمی‌توان فشار این دوره از تحریم‌ها را با دوره‌های پیشین مقایسه کرد. ادبیات دولت مبنی بر اینکه ایران با «جنگ اقتصادی» روبرو است و کاهش صادرات نفت ایران به زیر ۳۰۰ هزار بشکه در روز نشانی از این وضعیت داشت (روحانی، ۱۴۰۰/۵/۱۰). همین شرایط موجب گردید کارزار جهانی در خصوص توقف تحریم‌ها در دوره کرونا علیه ایران به راه افتد. در راس این کارزار آنتونیو گوترش، دبیرکل سازمان ملل - متحد قرار داشت که در ۲۰ مارس ۲۰۲۰ از رهبران گروه-۲۰ درخواست لغو محدودیت‌ها درباره غذا و دارو در خصوص کشورهای تحریم‌شده را نمود و پس از وی میشل باشله^۲، کمیسر حقوق بشر سازمان ملل، این درخواست را تکرار کرد (EPRS, 2020:2).

1 - Holmes & Rahe
2 - Michelle Bachelet

یافته‌های عبدلی (۲۰۲۰) تایید می‌کند که «اگرچه دارو و تجهیزات پزشکی از شمول تحریم‌ها مستثنی شدند تاثیرات مستقیم و غیرمستقیم تحریم‌ها نظام بانکی ایران را محدود ساخته و متعاقب آن طیف وسیعی از محدودیت‌ها درخصوص تجارت، بخش‌های تولیدی، بیمه و داد و ستدهای پرمخاطره ایجاد شده است. همه این شرایط گویای این نکته است که ایران برای تامین تجهیزات پزشکی مورد نیاز در بخش تشخیص، درمان و پیشگیری از کووید-۱۹ با محدودیت روبرو - است» (Abdoli, 2020: 1). تحقیقات ستایش و مکی^۱ نیز نشان می‌دهد حوزه سلامت بویژه تامین دارو یکی از بخش‌هایی است که بسیار زود از تحریم‌ها تاثیر می‌پذیرد. این امر در تحریم‌های چندجانبه علیه ایران در دوره ریاست جمهوری محمود احمدی نژاد اثبات و در دوره ریاست جمهوری روحانی تایید گردید. به اعتقاد نویسندگان «علی‌رغم این تلاش‌ها [مستثنی کردن بخش پزشکی و غذا] احتیاط شرکت‌های دارویی و نهادهای بانکی بین‌المللی درخصوص همکاری تجاری با ایران، این کشور را با کمبودهای مداوم مواجه می‌سازد. نتایج ما حاکی از کمبود ۷۳ قلم دارو در دوره تحریم‌ها بود. ۴۴ درصد این داروها در زمره داروهایی بودند که سازمان بهداشت جهانی آنها را داروهای اساسی قلمداد - نموده بود» (Setayesh, Mackey, 2016: 1).

نتیجه‌گیری

سلامت عمومی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌ها و در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است. اهمیت سلامت عمومی برای یک جامعه زمانی روشن خواهد شد که در نظر داشته باشیم برای رشد کشور در همه زمینه‌ها باید از نیروی انسانی سالم، متفکر و خلاق برخوردار باشد؛ زیرا استفاده از نیروهای سالم جسمی و فکری در بالابردن سطح بهره‌وری فردی و سازمانی تأثیر به‌سزایی دارد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تحریم‌ها علاوه بر اثرات منفی فراوان بر سیاست‌ها و برنامه‌های کلان دولت - که عموم تحقیقات بیشتر بر این موارد متمرکز می‌گردند- اثرات منفی بر سلامت عمومی شهروندان دارد. این درحالی است که حق به حیات، حق به سلامت، حق به درمان از جمله حقوق شناخته‌شده و مورد تاکید در اسناد بین‌المللی حقوق بشری است و آمریکا خود را یکی از مدعیان ترویج آن در جهان معرفی می‌سازد. به عبارت دیگر، اقدام آمریکا علیه ایران در دوران کرونا مصداق یک نسل-کشی و جنایت علیه بشریت محسوب می‌گردد. زیرا به صورت خاموش و بی صدا منجر به مرگ و تشدید

بیماری هزاران شهروند ایرانی گردیده است و این امر در هیچ یک از گزارش‌های بین‌المللی در خصوص ناکارآمدی تحریم‌ها ثبت و ضبط نمی‌گردد. بر این اساس، می‌توان مدعی گردید بکارگیرندگان تحریم‌ها قادر به کنترل ابعاد و پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم تحریم‌ها بر شهروندان عادی نیستند و اقدامات آنها بیش از آنکه منجر به تغییر رفتار دولت‌ها گردد زندگی و سلامت عمومی شهروندان را متاثر می‌سازد. این تأثیرات بویژه در استان‌ها و شهرهایی که کم‌برخوردار هستند بیشتر احساس می‌گردد. زیرا هم شهروندان از قدرت مالی و خرید پایین‌تری برخوردار هستند و هم اینکه دوری از مرکز و کمبود امکانات مانع از تخصیص به موقع و کامل خدمات بهداشتی و درمانی به آنها می‌گردد.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- ابه‌ری، بهروز؛ آل‌عمران، رویا؛ آقاجانی، حبیب (۱۳۹۹). «اثر تحریم‌ها بر سلامت کشور ایران با استفاده از داده‌های استانی و روش پانل فضایی: ۹۵-۱۳۸۸»، فصلنامه مدیریت سلامت، سال ۲۳، شماره ۱، صص ۷۳-۵۸.
- اتکینسون، ریتال؛ اتکینسون، ریچارد؛ هیلگارد، ارنست (۱۳۸۰). **زمینه روانشناسی**، ترجمه محمدنقی براهنی، تهران: انتشارات رشد، جلد اول.
- اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۹). سازمان ملل متحد، اداره اطلاعات همگانی.
- امام‌قلی‌پور سفیددشتی، سارا (۱۳۹۳). «اثرات تحریم اقتصادی بر بخش بهداشت و درمان با تأکید بر ایران»، **دومین کنفرانس بین‌المللی اقتصاد در شرایط تحریم**، بابل‌سر.
- انصاری‌معین، پرویز (۱۳۸۹). **مصونیت‌های قضایی دولت‌ها و اموال آنان**، تهران: انتشارات بنیاد حقوقی میزان.
- آزاد، حسین (۱۳۹۵). **آسیب‌شناسی روانی**، تهران: انتشارات بعثت، جلد دوم.
- آل‌کجباف، حسین؛ انصاریان، مجتبی (۱۳۹۳)، «تأثیر تحریم‌های یک‌جانبه و چندجانبه بر ایران از منظر حق بر سلامت شهروندان ایرانی»، **فصلنامه حقوق پزشکی**، سال ۸، شماره ۲۹، صص ۵۰-۱۱.
- جنابی، کتایون (۱۳۸۰). **بررسی تعاملات درون خانواده در سلامت روان دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی شهرستان بروجرد**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- حبیب‌زاده، توکل؛ پیری، مهدی؛ یکتافر، مصطفی (۱۴۰۱). «اثر تحریم فراسرزمینی آمریکا بر تعهد به همکاری در تامین دارو و تجهیزات پزشکی در زمان بیماری‌های فراگیر (کووید-۱۹)»، **مطالعات حقوق عمومی دانشگاه تهران**، دوره ۵۲، شماره ۱، صص ۲۷۵-۲۹۶.
- حسینی، سید یعقوب؛ اسکندری، آتوسا (۱۳۷۹). «رتبه بندی استان‌های کشور از حیث برخورداری از شاخص‌های اقتصادی اجتماعی»، **مجله برنامه بودجه**، شماره ۴۹ و ۵۰، صص ۱۰۱-۱۲۱.
- حیدری، محمد؛ حسینی، پژمان؛ شروانی، مینا (۱۳۹۲). «میزان سلامت‌عمومی و عوامل مرتبط در کارکنان درمانی بیمارستان ولی عصر بروجرد در سال ۱۳۹۱»، **فصلنامه سلامت جامعه**، سال ۷، شماره ۱، صص ۴۹-۴۲.
- خبرگزاری ایرنا (۱۴۰۰/۴/۲). «تحریم‌ها با حوزه دارو و سلامت ایران چه کرد؟»، <https://www.ima.ir/news/84367680>
- دواس، دی‌ای (۱۳۸۳). **پیمایش در تحقیقات اجتماعی**، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: نشر نی.
- روحانی، حسن (۱۴۰۰/۴/۱۰). «روحانی: جنگ اقتصادی ترامپ فشار زیادی بر مردم وارد کرد»، **انصاف نیوز**، <http://www.ensafnews.com/300408>
- زمانی، قاسم (۱۳۹۱). **حقوق بین‌الملل اقتصادی**، تهران: انتشارات شهر دانش.

- ساروخانی، باقر (۱۳۸۲). **روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی**، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، چاپ هشتم.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد؛ نرگس (۱۳۸۶). «تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی»، **مجله روان‌پزشکی و روانشناسی ایران**، سال سیزدهم، شماره ۳، صص ۲۹۵-۲۹۰.
- شریف، محمد (۱۳۷۳). **بررسی دکترین نامحدود بودن صلاحیت شورای امنیت**، تهران: اطلاعات.
- شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۶). **راهنمایی و مشاوره شغلی و حرفه‌ای و نظریه‌های انتخاب شغل**، تهران: انتشارات رشد.
- شولتز، دوان (۱۳۸۰). **روانشناسی کمال الگوهای شخصیت سالم**، ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر نو.
- صدری، ستار (۱۳۹۵). **بررسی اوضاع سیاسی اجتماعی ایل بویراحمد بین سال‌های ۱۳۰۴ تا ۱۳۴۲**، یاسوج: چویل.
- عباسی موصول، خلیل (۱۳۹۸). «بررسی اثرات تحریم اقتصادی بر سلامت جوامع»، **اولین همایش ملی اختلالات شایع جسمی، روانی و رفتاری کودکان و اثرات آن بر جامعه**، فیروزآباد.
- عبداللهی محمدرضا، ابوالحسن شیرازی، حبیب‌الله (۱۴۰۰). تأثیر مستقیم تحریم‌ها بر بهداشت، سلامت جسم و روان، **مجله علوم پزشکی رازی**، سال ۲۸، شماره ۳، صص ۲۴۵-۲۲۹.
- علیخانی، حسین (۱۳۸۰). **تحریم ایران، شکست یک سیاست**، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی.
- فرجی‌دیزجی و قدمگامی (۱۳۹۸). تأثیر تحریم‌های اقتصادی بر مخارج عمومی سلامت (شواهدی از کشورهای در حال توسعه متکی به صادرات منابع طبیعی)، **پژوهشنامه اقتصادی**، دوره ۱۹، شماره ۷۵، صص ۷۱-۱۰۷.
- قادرپناه، فریبرز؛ مراد، سیفاله (۱۳۹۸). «بررسی مولفه‌های تاب‌آوری اقتصادی مبتنی بر تجارب جهانی: مطالعه موردی کشورهای منتخب»، **مطالعات دفاعی استراتژیک**، دوره ۱۷، شماره ۷۵، صص ۲۳۳-۳۵۸.
- کلگلی، چارلز؛ وتیکف، دبلیو جی. آر (۱۳۸۴). **سیاست خارجی آمریکا: الگو و روند**، ترجمه اصغر دستمالچی، تهران: انتشارات وزارت امور خارجه.
- موسوی، سارا؛ باقری‌دولت‌آبادی، علی (۱۴۰۰). «تأثیر تحریم‌های اقتصادی بر حقوق سیاسی-اقتصادی و وضعیت سلامت شهروندان کره شمالی»، **سیاست جهانی**، سال ۱۰، شماره ۱، صص ۲۲۱-۲۵۴.
- میراحمدی، محمود؛ رشیدی، حسن (۱۳۹۳). «تحریم‌ها و تأثیر آن بر کسب‌وکار در ایران»، **مجله اقتصادی**، شماره ۳ و ۴، صص ۴۲-۲۷.
- نفیو، ریچارد (۱۳۹۷). **هنر تحریم‌ها: نگاهی از درون**، ترجمه مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

وبسایت استانداری کهگیلویه و بویراحمد (۱۴۰۱).
<https://portal.sigma.ir/Home/ShowPage.aspx?Object>
وفایی، حبیب (۱۳۷۶). «گزارشی از جغرافیای طبیعی استان کهگیلویه و بویراحمد»، *مجموعه مقالات سازمان برنامه و بودجه استان کهگیلویه و بویراحمد*، یاسوج.
هاشم‌نژاد، فاطمه (۱۳۹۵). «رابطه آموزش الکترونیکی با سلامت عمومی و رفتار شهروندی سازمانی معلمان دوره متوسطه شهر قائمشهر سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵»، *کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم*، شیراز.
یوسفی سعیدآبادی، رضا؛ کاشف، حسنا؛ یوسفی سرکتی، حمیده (۱۳۹۳). «تأثیر تحریم اقتصادی بر سلامت عمومی جامعه»، *دومین کنفرانس بین‌المللی اقتصاد در شرایط تحریم*، بابلسر.

(ب) منابع انگلیسی

- Abdoli, Amir (2020), Iran, Sanctions, and the COVID-19 Crisis, *Journal of Medical Economics*, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13696998.2020.1856855?needAccess=true>
- Akunjee, Muhammed; Ali, Asif (2002), Healthcare under Sanctions in Iraq: An Elective Experience, *Medicine, Conflict and Survival*, Vol. 18, No. 3, pp. 249-257
- Botiller, R. j. (2002), Mental Health: From Economical and Social Point of View, *Journal of Personality*, Vol. 2, No.1, pp. 118-240.
- EPRS (2020), Coronavirus and International Sanctions: Should Sanctions be Eased during the Pandemic? *European Parliament*, May 2020.
- Kamrava, M. (2020), The Vovid-19 Pandemic in Iran: Health and Policy Implication, *Arab Center for Research and Policy Studies*, April 8, 2020, pp.1-14.
- Kokabisaghi, Fatemeh (2018), Assessment of the Effects of Economic Sanctions on Iranians' Right to Health by Using Human Rights Impact Assessment Tool: A Systematic Review, *International Journal of Health Policy and Management*, Vol.7, No.5, pp.374-393.
- Morin, Karine; Miles, Steven H. (2000), The Health Effects of Economic Sanctions and Embargoes: The Role of Health Professionals, Ethics and Human Rights Committee, *Annals of International Medicine*, Vol.132, No. 2, pp.158-161.
- OHCHR (1966a), *International Covenant on Civil and Political Rights*, 16 December 1966, <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

- OHCHR (1966b), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 16 December 1966, <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Peksen, Dursun (2009), Better or Worse? The Effect of Economic Sanctions on Human Rights, *Journal of Peace Research*, Vol 46, No.1, pp. 59-77.
- Popal, G.R (2000), Impact of Sanction on the Population of Iraq, *Eastern Middle Eastern Health Journal*, Vol.6, No.4, pp.791-795.
- Raphael, Estephen J. (2002), Understanding the Essential Pattern of Mental Health in Male and Female, *Journal of Adolescence*, Vol. 7, No. 71, pp.62-70.
- Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2001), On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudemonic Well-being, *Annual Review of Psychology*, Vol.52, pp.141-166.
- Seligman, R. (2000), Descriptive Analysis of Mental Health, *Journal of Mental Health & Counseling*, pp.12-36.
- Setayesh, Sogol; Mackey, Tim (2016), Addressing the Impact of Economic Sanctions on Iranian Drug Shortages in the Joint Comprehensive Plan of Action: Promoting Access to Medicines and Health Diplomacy, *Globalization and Health*, Vol.12, No.31, pp.1-14.
- Shkerinia I. (2004), *The Role of Women to Develop of Islamic Iran, with Focus on Employed Women's Problems*, Paper presented in National Congress of the Role of Women in Consistent Development, Province of Yazd, pp. 47-8.
- Vinayak, S.; Judge, J. (2018), Resilience and Empathy as Predictors of Psychological Wellbeing among Adolescents, *International Journal of Health Sciences & Research*, Vol.8, No.4, pp.192-200.
- WHO (2022), *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard: Iran (Islamic Republic of) Situation*, 30 September, <https://covid19.who.int/region/emro/country/ir>