

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



نیمرخ سلامت زنان در سی سال اخیر

مشخصات کتاب

نام کتاب: نیمرخ سلامت زنان در سی سال اخیر

تألیف: پروین رضایی، مریم اسماعیلی، دکتر محمودرضا دهقانی،

دکتر عصمت باروتی، سودابه طائری، هاجر شفیعیان

زیر نظر: دکتر علی اکبر حقدوست

ویراستار: پروین رضایی

طراحی و صفحه آرایی: رضا شیخ زاده

ناشر: انتشارات گرا با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت ارائه

خدمات سلامت

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: ۱۳۹۱

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

تعداد صفحات: ۷۸

بهاء: ۱۰۰.۰۰۰ ریال

فهرست مطالب

پیش در آمد..... ۶

فصل اول

شاخصهای عمومی مرتبط با سلامت..... ۷

مقدمه..... ۸

میزان بیکاری و اشتغال..... ۹

وضعیت تأمین اجتماعی..... ۱۴

سواد و تحصیلات..... ۱۴

مشارکت زنان در فعالیتهای اجتماعی، سیاسی و فرهنگی..... ۱۸

سازمانهای غیردولتی..... ۱۹

دستگیر شدگان جرائم مختلف..... ۲۰

فصل دوم

شاخصهای پایه مرتبط با سلامت..... ۲۱

مقدمه..... ۲۲

امید زندگی..... ۲۲

مرگ و میر..... ۲۴

مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در مناطق روستایی کشور..... ۲۵

بار بیماری ها..... ۲۶

بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی..... ۲۷

مختصات بهداشت باروری زنان ایرانی..... ۲۹

عوامل خطر اصلی در بهداشت باروری زنان..... ۳۰

۳۱	سلامت مادران.....
۳۲	سلامت کودکان.....

فصل سوم

۳۵	شاخص های مرتبط با بیماری های.....
۳۵	شایع جسمانی.....
۳۶	مقدمه.....
۳۶	سبک زندگی سالم.....
۳۷	مختصات سلامت جسمی زنان ایرانی.....
۳۹	سندرم متابولیک و عوامل خطر آن.....
۴۳	نتیجه گیری.....
۴۳	سرطان های شایع زنان.....

فصل چهارم

۴۹	شاخص های سلامت روانی.....
۵۰	مقدمه.....
۵۰	زنان و سلامت روان.....
۵۱	اختلالات خلقی.....
۵۲	خودکشی در زنان.....
۵۲	اعتیاد و سوء مصرف مواد.....

فصل پنجم

۵۵	نتیجه گیری و جمع بندی.....
۵۶	وضعیت شاخص های سلامت زنان در ایران در مقایسه با سایر کشورها.....
۶۲	عوامل فرهنگی موجود در سلامت و بیماری در زنان.....
۶۵	برای ارتقاء سلامت چه باید کرد؟.....

عناصر اساسی در فرآیند توانمندسازی زنان عبارت هستند از ۶۶

چهار گام عمده جهت تقویت مشارکت زنان ۶۷

منابع ۶۹

پیش درآمد

سلامت، از مهم‌ترین ابعاد حیات انسان و شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. زنان به‌عنوان نیمی از پیکره جامعه با قابلیت‌ها و ظرفیت‌های بسیار، از جمله عوامل تأثیرگذار در پیشرفت و توسعه جوامع محسوب می‌شوند. در دنیای امروز، حیطة سلامت زنان بسیار وسیع‌تر از سلامت باروری و جنسی می‌باشد. این شناخت که بین زنان و مردان نه تنها از نظر بیولوژیکی، بلکه از نظر پیامدهای اجتماعی نیز تفاوت وجود دارد، بسیار مهم است.

در ایران با توجه به تغییرات بسیار سریع اجتماعی، سیاسی و اقتصادی در دهه‌های گذشته به خصوص بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و ایجاد فضای مناسب برای حضور زنان در جامعه و حرکت به‌سوی یک جامعه توسعه یافته، بسیاری از زنان نقش خود را عوض کرده، از نقش‌های سنتی خود خارج و به‌عنوان یکی از بازوهای فعال اجتماعی در سطوح مختلف فعال شده‌اند. این در حالی است که بافت فرهنگی و مذهبی و ارزش‌های مربوطه در جامعه وجود داشته و زنان در قالب‌های خاص و منطبق با ارزش‌های اسلامی و بسیار متفاوت از کشورهای غربی به بالندگی اجتماعی می‌رسند.

تاکنون مستندات بسیاری در کشور تألیف شده‌است که نشان دهنده ارتقاء شاخص‌های سلامت جامعه در دهه‌های اخیر می‌باشند، ولی شاید کمتر مطلب مستند و منسجمی تألیف شده‌است که نشان دهد در این مدت نحوه بهره‌مندی زیرگروه‌های مختلف جامعه به ویژه زنان، از این ارتقاء چه بوده‌است. بر این اساس در این فصل سعی خواهد شد تا توزیع شاخص‌های مختلف سلامت در زیرگروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد و در مواردی که اطلاعات کافی وجود دارد نشان داده‌شود که آیا میزان بهره‌مندی در زنان تغییر محسوسی در طول زمان داشته‌است یا خیر؟

فصل اول

شاخص‌های عمومی مرتبط با سلامت

مقدمه

مفهوم سلامت (Health)، ناخوشی (Illness) و بیماری (Disease)، مفاهیم مهمی در حرفه پزشکی به حساب می‌آیند که هر کدام از این تعاریف وابسته به هم، سوابقی از تعدد برداشت، تغییر و تکامل معنایی را پشت سر گذاشته‌اند.

اولین تعریفی که از سلامت به اذهان متبادر می‌شود، نداشتن بیماری است. این تعریف منصوب به ابن سیناست که امروزه به دلیل قائم بالذات نبودن، به عنوان یک تعریف جامع از سلامت، پذیرفته نیست. تعاریف اولیه سلامت، عمدتاً تعاریف زیست پزشکی بوده و بیشتر به سلامت جسمانی پرداخته‌اند. با گذشت زمان، تعریف این مفهوم، سیری تکاملی را پشت سر گذاشته است. برخی، بزرگ‌ترین گام در عرصه تکامل معنایی سلامت، را به جورج انگل^۱ منصوب دانسته‌اند. وی ابتدا شروع به نقد مدل «زیست - پزشکی» کرد و سپس با استفاده از «نظریه سیستم‌های عمومی وان برتالانفی^۲»، مدل «زیست‌روان - اجتماعی» (Biopsychosocial) را پیشنهاد داد. از دیدگاه او مدل زیست - پزشکی، نه برای شخص به‌عنوان یک کل و نه برای اطلاعات روان‌شناسانه‌ای که در مورد او وجود دارد و نه برای طبیعت اجتماعی او، هیچ تدارکی ندیده است. وی مدل جدیدی ارائه داد که مهم‌ترین کارکرد آن، ورود مفاهیمی همچون حوزه اجتماعی در تعریف سلامت است^۳ (همتی مقدم).

بعد از انگل، اکثر فیلسوفان پزشکی نیز بر این ابعاد سلامت تأکید کردند تا در نهایت سازمان بهداشت جهانی، سلامت را «رفاه کامل جسمانی - روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری» تعریف کرد و بعدها با افزودن بعد معنوی، این تعریف، کامل‌تر شد.

شاخص‌هایی همچون شاخص‌های اجتماعی، علاوه بر آنکه به عنوان بخش مهمی که می‌تواند سلامت را گزارش کند، محسوب می‌شوند، به دلیل تأثیر قابل توجهی که بر سایر ابعاد سلامت می‌گذارند، از اهمیت برخوردار شده‌اند. اصولاً تأثیر و تأثر حوزه‌های چهارگانه سلامت بر یکدیگر، بر هیچ کس پوشیده نیست،

^۱ J. Engel

^۲ Von Bertalanffy

^۳ کلیه منابعی که برای نگارش این فصل مورد استفاده واقع شده است به همراه منابع کلی، در پایان کتاب آمده است، اما تنها در برخی موارد خاص، به ضرورت، برخی از استنادها مورد تأکید بیشتر واقع شده است و در داخل متن به آنها اشاره شده است.

اما شاید تأثیری که عوامل اقتصادی و اجتماعی همچون درآمد، وضعیت اشتغال و وضعیت آموزش افراد، بر حوزه‌های سلامت اعمال می‌کند، بیشتر ملموس بوده و به همین دلیل، بیشتر مطالعات این حوزه، در خصوص موضوعات مذکور به انجام رسیده است.

در هر صورت آنچه که در این بخش، تحت عنوان "شاخص‌های عمومی مرتبط با سلامت" به اجمال گزارش می‌شود، بخش مهمی از شاخص‌های وضعیت اجتماعی زنان محسوب می‌شوند که در مطالعات حوزه سلامت، تحت عنوان سلامت اجتماعی نیز گزارش شده است.

میزان بیکاری و اشتغال

تاریخچه

اشتغال زنان، سابقه‌ای به قدمت حیات اجتماعی بشر دارد. بنا بر آنچه از الواح تخت جمشید به دست آمده است، در ایران باستان، زنان در طلاکاری، اخذ مالیات، صنعتگری، مس‌کاری، چوپانی و زره‌سازی مشغول به کار بوده و در برخی کارگاه‌ها، سمت سرپرستی و ریاست بر مردان را نیز بر عهده داشته‌اند. همچنین دستمزد زنان با مردان برابر و حتی گاهی بیشتر بوده است (ذاکر صالحی).

با وجود پیشینه و روند تاریخی‌ای که بر اشتغال زنان مترتب است، در بسیاری از مطالعات حوزه زنان به وجود نابرابری جنسیتی در دوره‌های تاریخی کشور ایران اشاره شده که به نظر قابل تأمل می‌باشد.

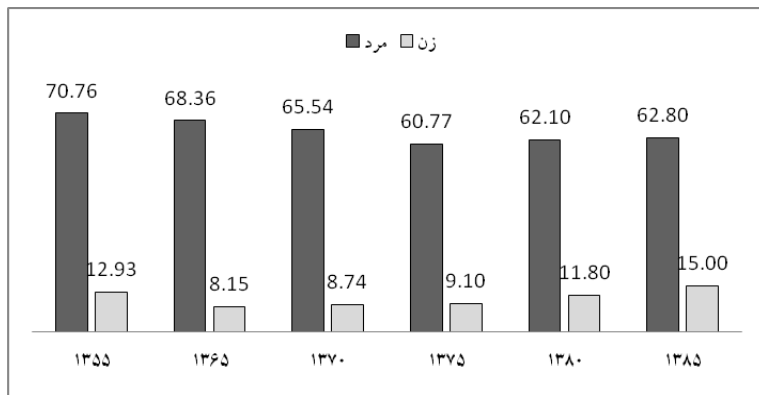
پس از انقلاب نیز روند اشتغال زنان با افت و خیزهای بعضاً ناشی از وضعیت عام (و فارغ از جنسیت) اشتغال، همراه بوده، که در ادامه مطلب، بیشتر به آن خواهیم پرداخت.

نمای کلی

در سال ۱۳۸۷، براساس نتایج طرح آمارگیری از نیروی کار، ۳۸ درصد جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر در کشور، از نظر اقتصادی، فعال محسوب شده‌اند که نرخ بیکاری در میان این گروه، ۱۰/۴ درصد بوده است. نرخ بیکاری مردان ۹/۱ و زنان ۱۶/۷ گزارش شده است.

فعالیت اقتصادی

در سال ۱۳۸۵ کل جمعیت زنان ۲۹۲۷۸ (هزار نفر) گزارش شده است که ۱۲/۴ درصد آن را جمعیت فعال تشکیل داده‌اند. در همین سال درصد جمعیت فعال مردان به نسبت کل جمعیت آنها، ۶۶ درصد گزارش شده است. همچنین نرخ رشد اقتصادی زنان از مقدار ۱۲/۹۳ در سال ۱۳۵۵ به مقدار ۱۵ در سال ۱۳۸۵ و در مردان از مقدار ۷۰/۷۶ به ۶۲/۸ رسیده است. میزان رشد نرخ فعالیت اقتصادی در مردان برابر ۱۱/۲۴- درصد و در زنان برابر ۱۶ درصد بوده است که این رشد نسبت به سال‌های گذشته، حاکی از روند مثبت شاخص‌ها در بازار کار زنان می‌باشد (سالنامه‌ها و طرح‌آمارگیری از نیروی کار ۱۳۸۷ و گزارش وضعیت و رام پناهی).



نمودار ۱: روند سی ساله میزان فعالیت اقتصادی تحولات اقتصادی براساس جنسیت (منبع: سالنامه‌های آماری، طرح آماریگیری از نیروی کار ۱۳۸۷، گزارش وضعیت زنان و رام پناهی ۱۳۸۷).

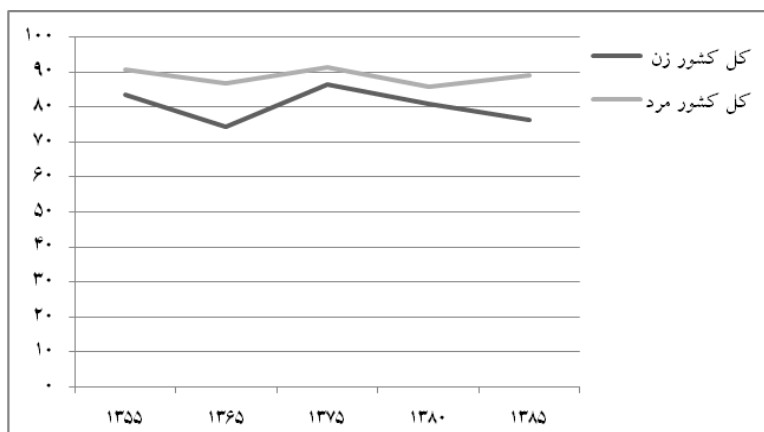
با وجود رشدی که در مشارکت اقتصادی بانوان طی سال‌های گذشته مشاهده می‌شود، نرخ فعالیت اقتصادی زنان همواره سهم اندکی را به خود اختصاص داده است. پایین بودن میزان مشارکت اقتصادی زنان و در نتیجه پایین بودن سطح درآمد آنان، میزان آسیب‌پذیری زنان در مواجهه با رکود اقتصادی را بیشتر خواهد کرد. علاوه بر این، این مسئله سبب افزایش بار تکفل خواهد شد. جمعیت فعال از نظر اقتصادی شامل افراد شاغل و افراد بیکار (جویای کار) بوده و افراد محصل، خانه‌دار و دارای درآمد بدون کار، در زمره جمعیت غیرفعال از نظر اقتصادی محسوب شده‌اند.

همان‌گونه که اشاره شد، طبق تعاریف مذکور، خانه‌داری به عنوان شغل محسوب نشده است و اصولاً افراد خانه‌دار جزء جمعیت فعال اقتصادی جامعه نیز به شمار نیامده‌اند. اما توجه به پیامدها و به ویژه پیامدهای

اجتماعی این تقسیم‌بندی قابل ملاحظه است. به کارگیری واژه اشتغال در فعالیت‌های بیگاری، خواسته یا ناخواسته، این نتیجه را در پی داشته است که فعالیت‌های بدون دستمزد، از جمله خانه‌داری، فعالیت در کارگاه‌های خانگی بدون دستمزد و امور خیریه، گرچه آثار اقتصادی شگرفی به همراه داشته‌اند، نادیده گرفته شوند و زنان خانه‌دار در زمره غیرفعالان جای گیرند. ناگفته پیداست که آثار روانی این دسته‌بندی، تحقیر فعالیت‌های خانگی و تشویق کردن زنان به رهاکردن مسئولیت‌های خانگی، به نفع کار دارای مزد است. اینکه در کشورهای صنعتی، در فهرست رده‌بندی اعتبار مشاغل، شغل زنان خانه‌دار که مزد دریافت نمی‌کنند نیامده است، می‌تواند این پیام را داشته باشد که اعتبار این شغل صفر است، اما اعتبار همین شغل، اگر با دریافت مزد همراه باشد، ۳۴ درصد است. این درحالی است که به گفته آنتونی گیدنز، کار خانگی با ارائه خدمات رایگان که بسیاری از جمعیت شاغل به آنها وابسته است، بنیه اقتصاد را تقویت می‌کند. با آنکه بسیاری از جامعه‌شناسان به بحث از کار خانگی و آثار آن توجهی نکرده‌اند، در کشورهای صنعتی، بنا بر پاره‌ای برآوردها، ارزش کار خانگی تقریباً معادل ۲۵ تا ۴۰ درصد ثروت ایجاد شده است (زیبایی، ۱۳۸۸).

نرخ اشتغال

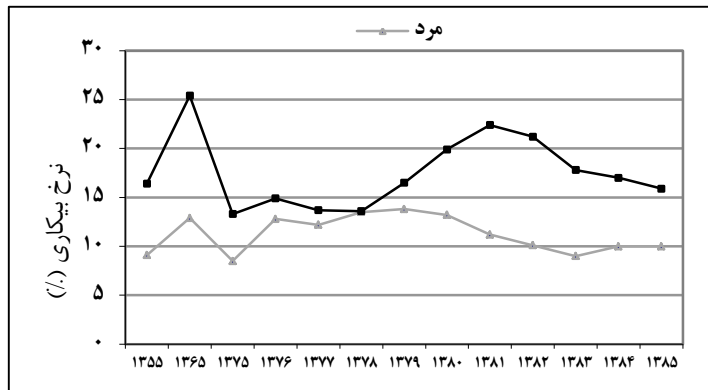
نرخ اشتغال زنان (توزیع نسبی زنان شاغل ۱۰ ساله و بیشتر نسبت به کل جمعیت زنان فعال) در سال ۱۳۸۵، ۷۶/۶۵ درصد گزارش شده است که این رقم نسبت به سال ۷۵، ۱۱/۴۹ درصد و نسبت به سه دهه گذشته، ۸/۳۱ درصد کاهش داشته است (رام‌پناهی، ۱۳۸۷).



نمودار ۳: روند نرخ اشتغال به تفکیک جنس (منبع: سرشماری ۱۳۸۵، آمارگیری از ویژگی‌های اشتغال و بیکاری خانوادگی، ۱۳۸۷ و سالنامه آماری ۱۳۸۷)

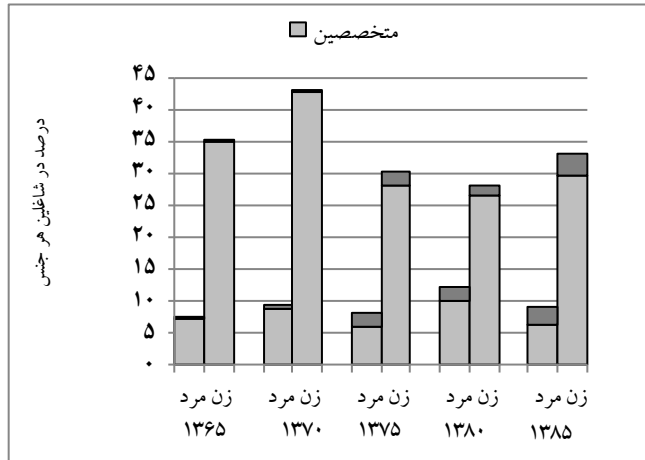
در این دوره، نرخ اشتغال زنان از ۸۳/۶ به ۷۴/۶ و نرخ اشتغال مردان از ۹۰/۹ به ۸۷/۱ کاهش یافته است.

نگاهی به آمارهای روند بیکاری نشان می‌دهد که در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵، نرخ بیکاری در زنان بیش از مردان بوده است و تنها در سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸ نرخ بیکاری در دو جنس بسیار به هم نزدیک بوده است. حداکثر تفاوت نرخ بیکاری بین دو جنس در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۸۱ بوده است که نرخ بیکاری در زنان به ترتیب ۱۲/۳ درصد و ۱۱/۲ درصد بیش از مردان بوده است.



نمودار ۳: نرخ بیکاری جمعیت ۱۰ ساله و بیش‌تر به تفکیک جنس در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵
(منبع: سرشماری ۱۳۸۵ و سالنامه‌های آماری کشور)

در مقایسه زیرگروه‌های شغلی بین دو جنس نیز، نکات قابل توجهی به چشم می‌خورد. در مقایسه حضور زنان و مردان در مشاغل فنی و تخصصی ملاحظه می‌شود که سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵، بیش از یک چهارم زنان شاغل، کارکنان فنی و تخصصی بوده‌اند، در حالی که این سهم برای مردان شاغل، حداکثر ۱۰ درصد بوده است. همچنین درصد کارکنان عالی‌رتبه، قانون‌گذاران و مدیران در مردان و زنان شاغل، سیر رو به رشدی در این ۲۰ سال داشته و تفاوت جنسیتی قابل توجهی از این لحاظ وجود نداشته است. این در حالی است که نرخ رشد این نماگر در طی سه دهه اخیر برای مردان برابر ۳۸۰ درصد و برای زنان ۲۱۷۲ درصد بوده است.



نمودار ۴: درصد اشتغال به برخی از گروه‌های اصلی شغلی برحسب جنس در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵
(منبع: حقدوست، ۱۳۸۷)

براساس گزارشات سالانه UNDP، متوسط نسبت درآمد زنان به مردان در ایران، در گزارش سال ۲۰۰۴، برابر با ۰/۲۹، در سال ۲۰۰۵ برابر با ۰/۲۸ و در گزارش سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ برابر با ۰/۳۹ ذکر شده است؛ که حکایت از رشد درآمد زنان حتی در این مدت کوتاه دارد (حقدوست، ۱۳۸۷).

البته یکی از نکاتی که در مقایسه شاخص‌های اقتصادی و اشتغال بین زنان و مردان و نیز در مقایسه کشورهای مختلف باید بدان توجه کرد، این است که در کشورهایی نظیر ایران، شاخص‌های فوق ناخواسته تا حدود زیادی به‌طور دقیق محاسبه نمی‌شوند؛ چرا که شیوه محاسباتی این شاخص‌ها، صرفاً مشتمل بر اندازه‌گیری فعالیت‌هایی است که در خارج از منزل محقق می‌شوند. لذا فعالیت‌های یک زن ایرانی خانه‌دار که امور منزل را برعهده دارد (نگهداری فرزندان، آشپزی برای سایر افراد خانواده)، در محاسبات تولیدات ملی داخلی وارد نمی‌شود. در حالی که اگر همان زن در قالب خدمت‌کار یا آشپز در خارج از خانه مثلاً در یک مهد کودک چنین کارهایی را انجام دهد، درآمد او از این کار در محاسبات وارد و تولید ملی را افزایش می‌دهد. به‌عبارت دیگر در دو حوزه خودمصرفی و اقتصاد معیشتی که اتفاقاً در هر دو مورد هم سهم زنان بسیار قابل توجه است، سهم زنان در تولید ملی، تقریباً نادیده گرفته می‌شود. مسلماً اگر شرایطی فراهم شود که این نقص برطرف شود، نقش فعالیت‌های زنان در تولید ملی هم به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد و تفاوت‌های بین دو جنس از بعد درآمدی و کارهای مولد کمتر خواهد شد.

وضعیت تأمین اجتماعی

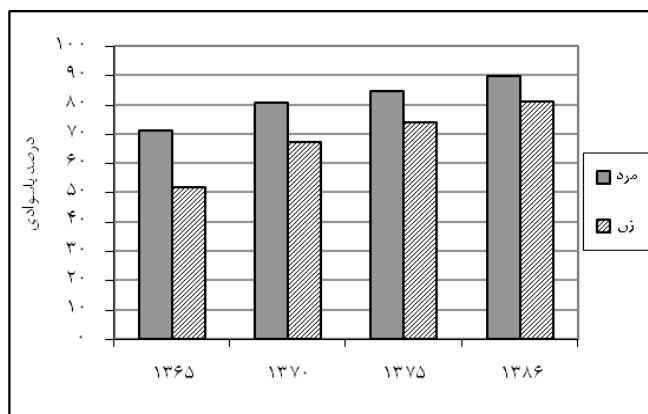
بر اساس اطلاعات موجود در طول برنامه پنج ساله، بر تعداد بیمه‌شدگان مرد تأمین اجتماعی ۱۹ درصد اضافه شده، اما این رشد برای زنان بیمه شده بیش از ۳۷ درصد بوده است. بیشترین رشد در بیمه‌های اجباری است که نشان‌دهنده بهبود ساختار شغلی زنان از حیث تحت پوشش قرار گرفتن در جامعه است. همچنین رشد ۳ درصدی بیمه‌های اختیاری نزد زنان حکایت از حساسیت بیشتر آنان به تحت پوشش بیمه بودن خود دارد.

سواد و تحصیلات

مقدمه

آموزش زنان - به عنوان سازندگان و پرورش دهندگان نسل آینده و منبع عظیم و مؤثر نیروی انسانی - نقش مهمی در سلامت و توسعه یک جامعه دارد. عدم دسترسی زنان به فرصت‌های آموزشی، تنها یک محرومیت در کنار سایر محرومیت‌ها، به شمار نمی‌رود، بلکه به عنوان زمینه ساز زنجیره‌ای از محرومیت‌های دیگر آنان محسوب می‌شود. حق زنان در برخورداری از بالاترین سطح دستیابی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیازمند آگاهی و سواد و دسترسی آنها به اطلاعات مرتبط می‌باشد و تحقق این امر تنها در سایه آموزش امکان‌پذیر می‌شود.

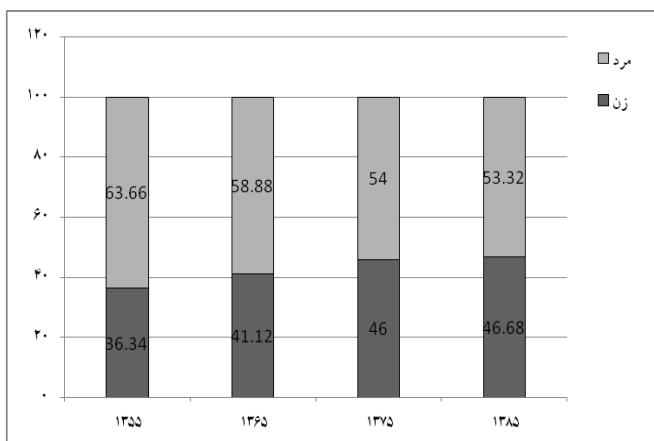
در سال‌های اخیر، رشد باسوادی در کشور بسیار سریع بوده و خوشبختانه تفاوت‌های موجود در نرخ باسوادی زنان و مردان نیز روندی رو به کاهش داشته است، به گونه‌ای که در سال ۱۳۶۵ زنان حدود ۲۰ درصد کمتر از مردان از نعمت سواد برخوردار بوده‌اند، ولی در سال‌های اخیر، این تفاوت، به حدود ۸ درصد رسیده است (نمودار ۵). با توجه به نرخ رشد بالاتر باسوادی زنان در این دوره نسبت به نرخ رشد باسوادی مردان، امید آن می‌رود طی سال‌های آتی میزان اختلاف موجود کاهش بیشتری بیابد.



نمودار ۵: میزان باسوادی در جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور بر حسب جنس در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

توزیع نسبی زنان باسواد

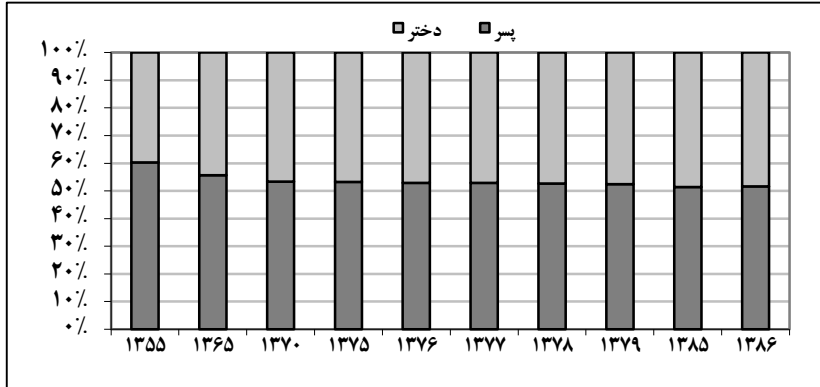
طبق سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵، تعداد کل باسوادان بالای ۶ سال، ۵۴۰۸۲۰۰۰ نفر بوده که ۴۶/۶۷ درصد آنها را زنان تشکیل می‌داده‌اند. این رقم در سال ۱۳۵۵، ۳۶/۳۴ درصد بوده که طی سه دهه گذشته، ۲۸/۴۵ درصد افزایش داشته است.



نمودار ۶: روند توزیع نسبی زنان باسواد نسبت به کل باسوادان کشور طی سال‌های ۱۳۵۵ - ۱۳۸۵ (منبع: رام پناهی، ۱۳۸۷ و سالنامه‌های آماری کشور)

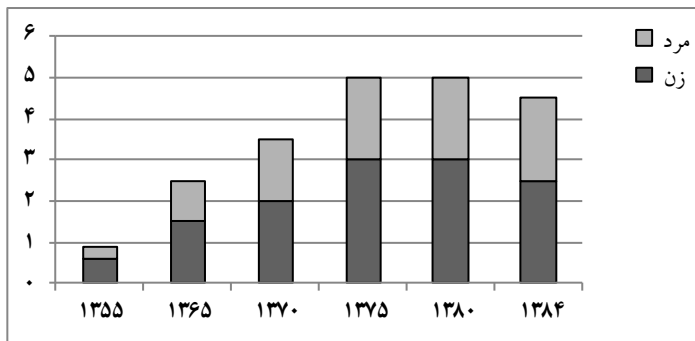
تحصیلات

سهم دختران از کل دانش‌آموزان در کلیه مقاطع تحصیلی از روند رو به رشد برخوردار بوده است. سهم دختران از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی از ۳۹/۷ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۴۸/۴ درصد در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است که معادل رشدی برابر با ۲۱/۹ درصد می‌باشد (نمودار ۷).



نمودار ۷: فراوانی نسبی جنسیت دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۶

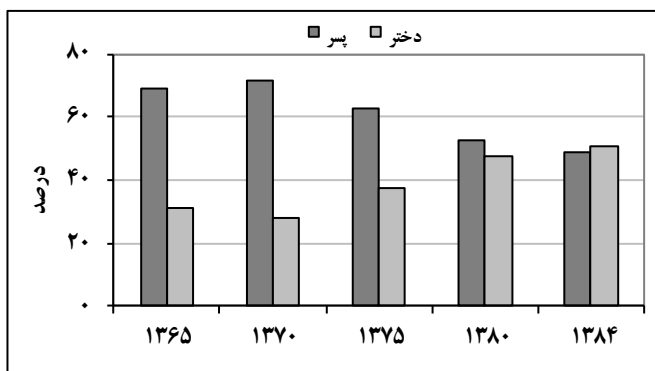
همچنین سهم دختران از دانش‌آموزان مقطع راهنمایی با نرخ رشد ۲۴/۶ درصدی از ۳۷/۲ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۴۶/۴ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده است (نمودار ۸).



نمودار ۸: ترکیب جنسی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی در طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۴

تحصیلات عالی

روند شرکت دختران در کنکور سراسری و نیز قبول‌شدگان نهایی آنان در سال‌های اخیر، رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. به‌عنوان مثال دختران شرکت‌کننده در کنکور سال ۱۳۷۸، ۵۳/۹ درصد کل و ۵۷/۲ درصد قبول‌شدگان نهایی را تشکیل می‌دادند. همچنین تعداد دانشجویان پسر از ۱۲۵۳۲۷ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۱۰۳۷۹۰۸ نفر در سال ۱۳۸۴ و تعداد دانشجویان دختر از ۵۶۵۶۲ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۱۰۷۹۵۶۳ نفر در سال ۱۳۸۴ افزایش یافته است. این افزایش رشد در تحصیلات دانشگاهی در دختران بسیار قابل توجه بوده و سهم ۳۱/۱ درصدی دختران از دانشجویان دانشگاه‌های دولتی و دانشگاه آزاد اسلامی در سال ۱۳۶۵ را به حدود ۵۱ درصد در سال ۱۳۸۴ رسانده است. سهم دختران از دانشجویان دانشگاه طی این دوره در همه رشته‌ها افزایش داشته است (نمودار ۹). این اطلاعات حاکی از نرخ رشد ۶۰/۶ درصدی سهم زنان از دانشجویان دانشگاه‌ها است. این سهم برای زنان از ۳۱/۸ درصد کل دانشجویان در سال ۱۳۷۶ به ۶۰ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده است.

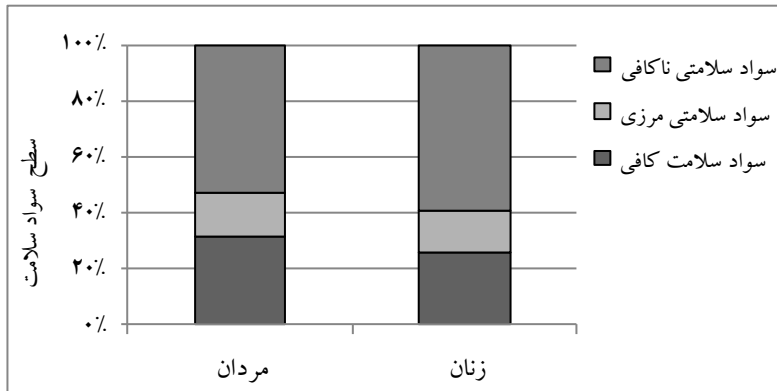


نمودار ۹: فراوانی نسبی دانشجویان در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۴ به تفکیک جنسیت
(منبع: سالنامه‌های آماری کشور و سایت شورای فرهنگی-اجتماعی زنان)

سواد سلامت

سواد سلامتی، میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است. در مطالعه‌ای که در ۵ استان کشور شامل جامعه شهری و روستایی ۱۸ سال و بالاتر انجام شده است، سطح سواد سلامت خام زنان پائین‌تر از سواد سلامت در مردان بوده است. این بدان معنی است که زنان بیشتر در معرض عواقب ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت قرار دارند، به گونه‌ای که ممکن است اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را

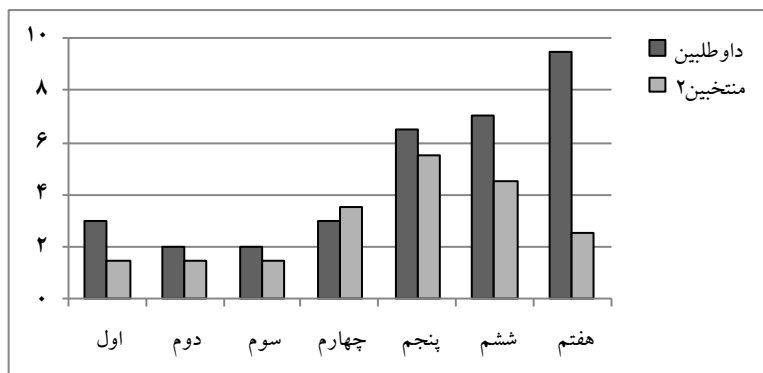
کمتر درک کنند و کمتر طبق روش‌های لازم و دستورات عمل نمایند. ولی نکته بسیار جالبی که مشاهده شد آن بود که سطح سواد سلامت زنان در صورتی که برای میزان تحصیلات تعدیل شود، بیش از مردان خواهد شد. این یافته به این معنی است که در کل برای افراد هم سطح از نظر تحصیلات، زنان سواد سلامت بیشتری نسبت به مردان دارند. ترکیب این یافته با یافته‌های قبلی که نشان می‌داد تحصیلات زنان با سرعت بسیار زیاد در حال ارتقاء است، نشان می‌دهد که احتمالاً در آینده نزدیک سواد سلامت کلی زنان بیشتر از مردان خواهد شد.



نمودار ۱۰: سطح سواد سلامت به تفکیک جنسیت در افراد بالای ۱۸ سال در سال ۱۳۸۵

مشارکت زنان در فعالیتهای اجتماعی، سیاسی و فرهنگی

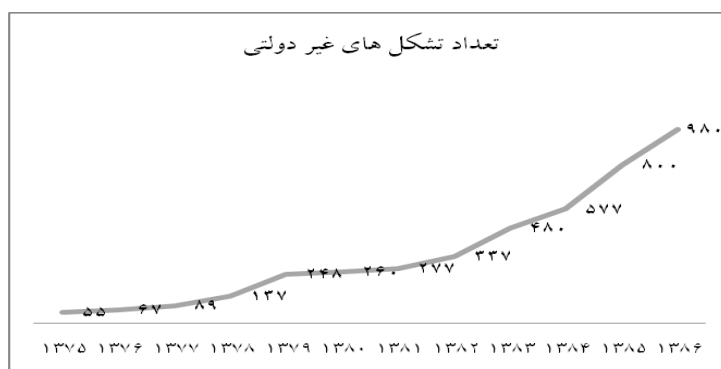
براساس آمارهای موجود، درصد نمایندگان زن مجلس که در سال‌های ابتدایی پس از انقلاب کاهش یافته بود، در سال‌های اخیر رو به افزایش گذاشته است (نمودار ۱۱)؛ نرخ رشد داوطلبان زن نمایندگی مجلس در طی دوره‌های اول تا هفتم مجلس شورای اسلامی بالغ بر ۱۶۵ درصد بوده و همچنین سهم زنان از داوطلبان نمایندگی مجلس در طی همین دوران با رشدی بالغ بر ۲۲۷ درصد مواجه بوده است. همچنین مشارکت سیاسی زنان به‌عنوان اعضای شوراهای اسلامی شهر و روستا در سال‌های اخیر افزایش یافته است؛ به‌طوری‌که نرخ رشد اعضای شوراهای اسلامی شهر و روستا طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴ برابر با ۷۶/۸ درصد بوده است.



نمودار ۱۱: روند توزیع نسبی زنان داوطلب و منتخبین انتخابات مجلس شورای اسلامی در دوره‌های مختلف

سازمان‌های غیردولتی

اطلاعات دقیقی از تعداد سازمان‌های غیردولتی (NGO's) فعال در حوزه زنان تا قبل از سال ۱۳۷۵ موجود نیست و تنها آمار موجود حاکی از این است که تا این تاریخ تعداد ۵۵ سازمان غیردولتی در حوزه زنان فعال بوده‌اند. طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳، نرخ رشد تعداد سازمان‌های غیردولتی در گرایش‌های مختلف بیش از ۶۱۶ درصد بوده است. توزیع فراوانی این سازمان‌ها در طی این سال‌ها و به تفکیک حیطه فعالیت در نمودار شماره ۱۲ نشان داده شده است. بیشترین نرخ رشد مربوط به سازمان‌های غیردولتی زنان با موضوع فعالیت فرهنگی-اجتماعی بوده که برابر با ۷۷۵ درصد است. همچنین تعداد سازمان‌های غیردولتی زنان در سال ۱۳۸۶ به تعداد ۹۸۰ تشکیل رسیده که نسبت به سال ۱۳۷۵، بیش از ۱۶ برابر شده است (رام‌پناهی ۱۳۸۷).

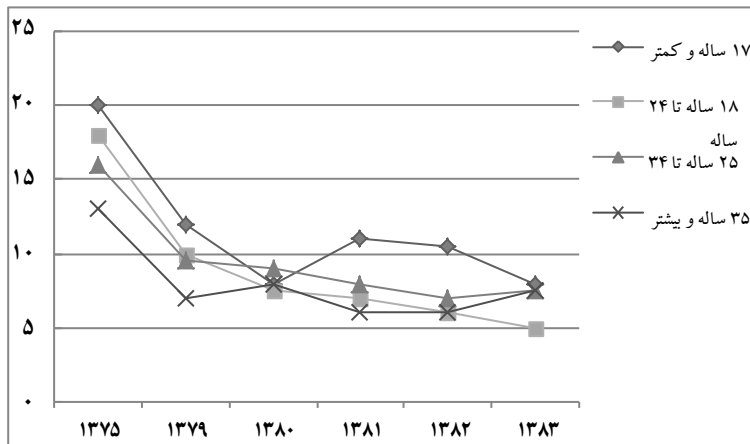


نمودار ۱۲: توزیع فراوانی سازمان‌های غیردولتی فعال در حوزه زنان در طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۸۶ (منبع: گزارش وضعیت زنان در سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۸۵، مرکز امور زنان و خانواده)

دستگیرشدگان جرائم مختلف

بر اساس آمارهای منتشر شده درصد دستگیرشدگان زن جرائم مختلف (شامل قتل عمد و غیرعمد، مرگک- های اتفاقی، ضرب و جرح و صدمه، تهدید، اجبار و اکراه، تظاهر به چاقوکشی و مسموم کردن عمدی) در طول سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ همواره روند کاهشی داشته است. به طوری که در سال ۱۳۷۹، از مجموع دستگیرشدگان جرائم مختلف بالغ بر ۱۵ درصد آنان را زنان تشکیل می دادند. در حالی که این رقم در سال ۱۳۸۳ به کمی بیش از ۶ درصد کاهش یافته است. هرچند این روند در گروه های سنی مختلف نشان دهنده چنین کاهشی نیست؛ در گروه سنی ۱۷ ساله و کمتر به طوری که در نمودار شماره ۱۳ مشاهده می شود، درصد دستگیرشدگان زن نسبت به کل دستگیرشدگان در سال ۱۳۸۰ نسبت به سال های قبل کاهش یافته، در حالی که در سال های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ مجدداً افزایش یافته است.

نکته قابل تأمل، تفاوت قابل ملاحظه درصد دستگیرشدگان زن به کل در این گروه سنی در مقایسه با سایر گروه های سنی است.



نمودار ۱۳: درصد دستگیرشدگان جرائم مختلف زن نسبت به کل در طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰

فصل دوم

شاخص‌های پایه مرتبط با سلامت

مقدمه

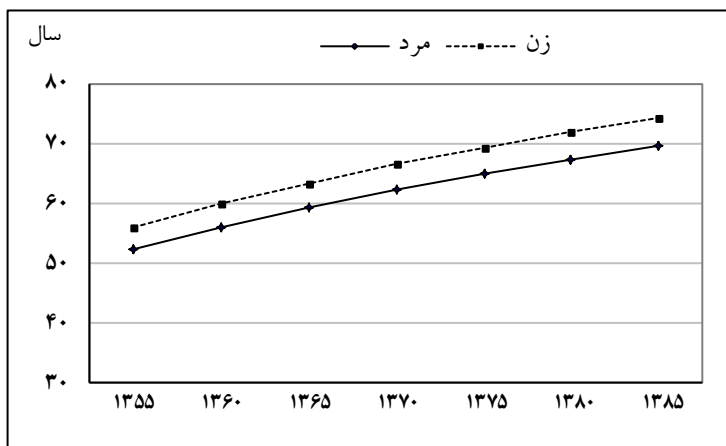
با توجه به اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن غیرواگیر، بیشترین بار بیماری‌ها و مرگ و میر را بر زنان ایرانی تحمیل نموده و این روند نیز در دو دهه آینده افزایش این بیماری‌ها را به دلیل عدم کنترل عوامل خطر ساز و همچنین مسن شدن جامعه خبر می‌دهد. بیماری‌های قلبی-عروقی به تنهایی حدود ۴۲ درصد مرگ و میرها را به عهده دارد. نکته قابل توجه قابل کنترل و مدیریت بودن عوامل خطر این بیماری‌ها است که تجربیات سایر کشورهای جهان در این خصوص بسیار مؤثر و مفید می‌باشد.

امید زندگی

امید زندگی سالم یا امید زندگی تطبیق شده برای سلامتی (Health-adjusted Life Expectancy) که در بدو تولد، خود امید زندگی تطبیق شده برای ناتوانی (Disability-adjusted Life Expectancy) خوانده می‌شود، یک اندازه خلاصه سلامت جمعیت (Summery measure of population health) است که پیامدهای کشنده و غیرکشنده بیماری‌ها و صدمات را در قالب یک عدد تلخیص می‌نماید و مفیدترین شاخص منفردی است که میانگین سطح سلامت جمعیت، را نشان می‌دهد. امید زندگی سالم در هر سن به معنی امید ریاضی (میانگین یا متوسط) سال‌های باقیمانده از عمر در آن سن است که با سلامت کامل و بدون ناتوانی سپری خواهند شد. امید زندگی سالم، اولین شاخص خلاصه سلامت جمعیت برای ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت می‌باشد.

شاخص امید به زندگی در ایران در سال‌های مختلف و توسط مؤسسات ملی و بین‌المللی مختلف ارزیابی و گزارش شده است. نکته قابل توجه این است که در تمام این گزارشات شاخص فوق همواره در زنان بیشتر از مردان بوده است. نرخ امید زندگی در دوره زمانی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ برای مردان و زنان ۳۲/۵ درصد رشد داشته است. در سال ۱۳۸۵ امید زندگی مردان برابر ۶۹/۷۷ سال و امید زندگی زنان برابر ۷۴/۵۱ سال می‌باشد که نشان‌گر اختلافی معادل ۴/۷۴ سال میان امید زندگی زنان و مردان می‌باشد (نمودار ۱۴ و جدول ۱).

نرخ امید زندگی در دوره زمانی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ برای مردان و زنان ۳۲/۵ درصد رشد داشته است. در سال ۱۳۸۵ امید زندگی مردان برابر ۶۹/۷۷ سال و امید زندگی زنان برابر ۷۴/۵۱ سال می‌باشد که نشانگر اختلافی معادل ۴/۷۴ سال میان امید زندگی زنان و مردان می‌باشد.



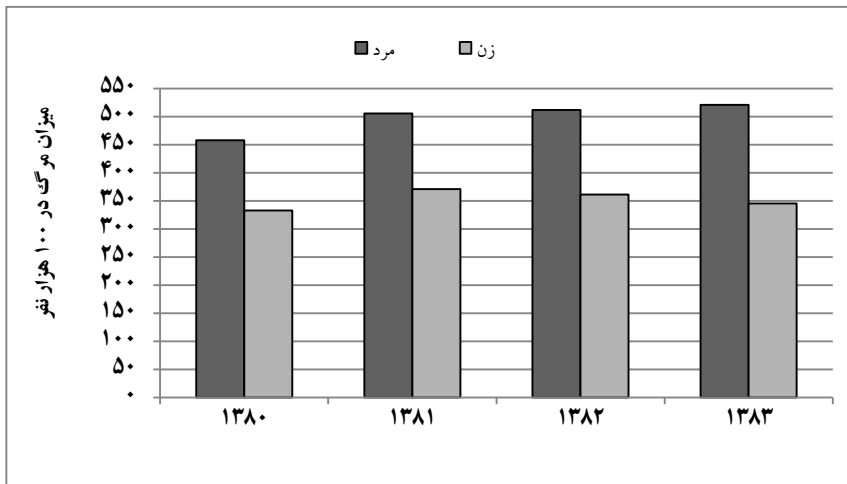
نمودار ۱۴: روند تغییرات امید به زندگی بر حسب جنس در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵

جدول ۱: برآورد امید به زندگی برای جمعیت ایران در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۳ براساس اطلاعات منتشر شده توسط مرکز آمار ایران و آژانس‌های بین‌المللی

سال	برآورد در مردان	برآورد در زنان	برآورد در کل جمعیت
۱۳۸۰-۱۳۸۱	۶۸/۱	۷۲/۷	۷۰/۳
۱۳۸۱-۱۳۸۲	۶۸/۵	۷۳/۲	۷۰/۷
۱۳۸۲-۱۳۸۳	۶۸/۹	۷۳/۶	۷۰/۸
۱۳۸۰-۱۳۸۱	۶۶/۵	۷۱/۷	۶۸/۹
۱۳۸۱-۱۳۸۲	۶۷/۰	۷۲/۰	۶۹/۰
۱۳۸۲-۱۳۸۳	۶۸/۰	۷۲/۰	۷۰/۰
۱۳۸۰-۱۳۸۱	۶۸/۸	۷۱/۷	۷۰/۱
۱۳۸۱-۱۳۸۲	۶۹/۰	۷۱/۹	۷۰/۴
۱۳۸۲-۱۳۸۳	۶۹/۲	۷۲/۳	۷۰/۷
۱۳۸۰-۱۳۸۱	۶۸/۸	۷۱/۷	۷۰/۳
۱۳۸۱-۱۳۸۲	۶۹/۱	۷۲/۱	۷۰/۵
۱۳۸۲-۱۳۸۳	۶۹/۳	۷۲/۴	۷۰/۸

مرگ و میر

از سال ۱۳۸۰ که نظام ثبت مرگ در برخی از استان‌های کشور استقرار یافت تا سال ۱۳۸۳ که به ۲۹ استان افزایش یافت، امکان بررسی و مقایسه میزان‌های اختصاصی مرگ در گروه‌های مختلف سنی، جنسی و جغرافیایی فراهم شده است. طی این مدت نرخ مرگ و میر مردان به صورت مختصر افزایش یافته است و در مقابل نرخ مرگ و میر در خانم‌ها تقریباً ثابت مانده، در نتیجه اختلاف بین زنان و مردان در این شاخص افزایش مختصر دارد. البته پر واضح است که سه سال برای بحث درخصوص نرخ مرگ و میر، بسیار کوتاه است و برای تحلیل دقیقتر باید زمان بیشتری سپری گردد، ولی به دلیل آنکه نرخ مرگ و میر از جمله شاخص‌های بسیار مهم سلامت محسوب می‌شود، با وجود محدود بودن مستندات در این خصوص در سال‌های قبل، ارائه نتایج همین سه سال نیز مغتنم شمرده می‌شود و براساس این نتایج به دلیل تفاوت قابل ملاحظه در میزان مرگ و میر زنان و مردان، احتمالاً مردان در جامعه ایرانی از سلامت نسبی کمتری برخوردار هستند.

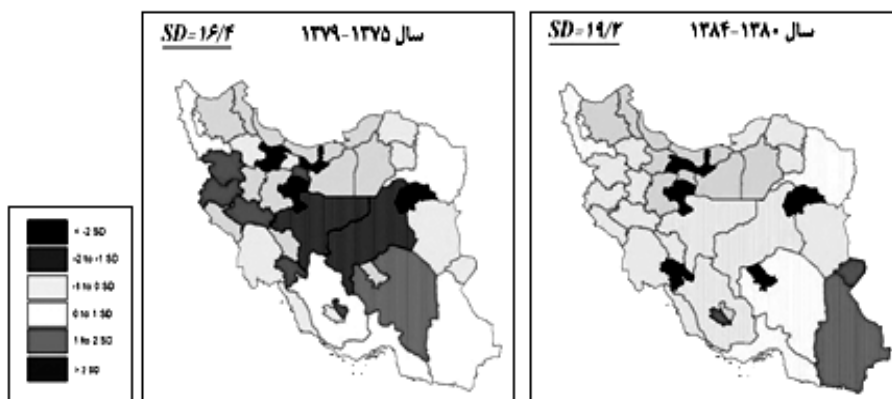


نمودار ۱۵: میزان کلی مرگ در ۱۰۰ هزار نفر بر حسب جنس در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳

افزایش مرگ و میر در مردان عمدتاً به دلیل افزایش مرگ و میر ناشی از تصادفات و حوادث حمل و نقل بوده که به واسطه نوع شغل، این افزایش در مردان بسیار واضح‌تر می‌باشد. در مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی، تفاوت بین دو جنس بسیار قابل ملاحظه بوده و مردان بیش از زنان در معرض خطر می‌باشند.

مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در مناطق روستایی کشور

میزان مرگ و میر زنان باردار، همیشه به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه کشورها در نظر گرفته می‌شود. اهمیت این شاخص به حدی است که به عنوان یکی از هشت هدف اصلی سند توسعه هزاره سازمان ملل تا سال ۲۰۱۵ اعلام شده است. براساس این سند، میزان مرگ و میر زنان باردار باید تا سال ۲۰۱۵، به سه چهارم میزان مرگ و میر در سال ۱۹۹۰ که برابر با مرگ ۹۰۰ نفر از بین هر ۱۰۰ هزار نفر است، کاهش یابد. براساس آخرین گزارش برنامه توسعه ملل متحد (UNDP) در سال ۲۰۰۸ و نیز گزارش یونیسف در سال ۲۰۰۸، میزان مرگ و میر زنان باردار در ایران ۳۷ در ۱۰۰ هزار نفر و میزان Adjust شده آن ۱۴۰ در ۱۰۰ هزار نفر اعلام شده است. نتایج منتشر شده از اطلاعات زیج حیاتی حاکی از روند رو به کاهش مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان در کلیه استان‌های کشور می‌باشد، که البته علی‌رغم این کاهش، ناهمگنی بین استان‌ها نه تنها کاهش نیافته، بلکه افزایش نیز یافته است. در حالیکه اغلب استان‌های برخوردار کشور، وضعیت مطلوبی در رابطه با این شاخص سلامت مادران دارند؛ استان‌های مرزی کشور همچنان وضعیت نامطلوبی دارند (شکل ۱). نقشه میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان، تطابق قابل توجه‌ای نیز با نقشه درصد زایمان به کمک افراد دوره ندیده دارد.



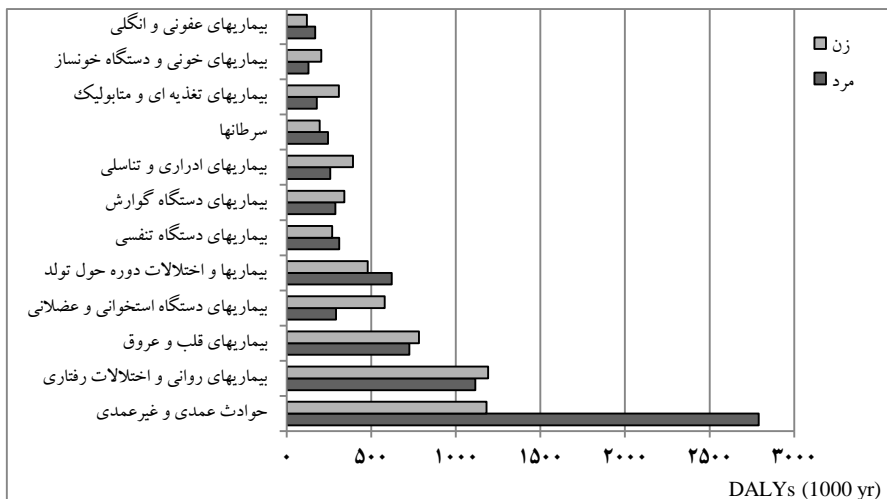
شکل ۱: میزان مرگ و میر از عوارض بارداری و زایمان در استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ و ۸۴-۱۳۸۰

بار بیماری‌ها

شاخص بار بیماری‌ها (Burden of Diseases) بیان می‌کند که چه میزان عمر، از انسانها در یک جامعه به دلایل مختلف از بین می‌رود. این تلف شدن عمر یا به دلیل مرگ زود هنگام است و یا به دلیل ناتوانی و از کارافتادگی‌های ناشی از بیماری.

بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران تاکنون تنها برای سال ۱۳۸۲ محاسبه شده است، ولی به دلیل اهمیت کلی این شاخص در نشان دادن سلامت جامعه، در این بخش به اختصار به برخی از تفاوت‌های دو جنس در خصوص "سال‌های تعدیل شده عمر در اثر ناتوانی" (Disability Adjusted life Year: DALYs)، "سال‌های از دست رفته زندگی به علت مرگ زودرس" (YLL: Years of Life Lost) و "سال‌های سپری شده با ناتوانی" (Years Lived with Disability: YLD) اشاره می‌شود.

مردان ۵۳ درصد و زنان ۴۷ درصد از DALYs ایجاد شده در سال ۱۳۸۲ را به خود اختصاص می‌دهند. ۶۱ درصد از YLL جامعه به مردان و ۳۹ درصد به زنان اختصاص داشته‌است. این میزان در مورد YLD، ۴۸ درصد در مردان و ۵۲ درصد در زنان است. میزان بروز DALYs در ۱۰۰ هزار نفر مرد ۲۲۷۲۷ سال و در زنان ۲۰۴۰۶ سال است. تفاوت بار بیماریها در طبقات مختلف بیماری‌ها براساس تقسیم‌بندی ICD در نمودار زیر مشاهده می‌شود.



نمودار ۱۶: مقایسه بار بیماریها در طبقات مختلف ICD به تفکیک دو جنس در ۱۳۸۲

همانگونه که ملاحظه می‌شود بار بیماری‌های ناشی از حوادث، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی، عفونی و اختلالات حول تولد در مردان بیش از زنان است. درخصوص حوادث عمدی و غیرعمدی باید گفت بار کلی در مردان بیش از ۲ برابر بار آن در زنان است، ولی بار حوادث ناشی از حمل و نقل در مردان ۵ برابر زنان است. از سوی دیگر بار بیماری‌های روانی، قلبی-عروقی، استخوانی و عضلانی، ادراری تناسلی، تغذیه‌ای، بیماری‌های خونی و بیماری‌های گوارش در زنان بیشتر از مردان است؛ که در این میان بار بیماری‌های اسکلتی عضلانی زنان حدود ۲ برابر بار آن در مردان است.

به عنوان مثال شیوع استئوآرتریت در حداقل یکی از مفاصل بدن، در زنان بیش از ۱/۷ برابر مردان می‌باشد و نیز شیوع کمردرد در زنان بیش از ۱/۸ برابر مردان می‌باشد. شیوع فشارخون نیز در زنان ایرانی، کمی بیش از شیوع آن در مردان گزارش شده است. به علاوه شیوع چاقی و کلسترول سرم بیش از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در زنان ۱۱/۳ درصد و در مردان ۴/۸ درصد بیش از زنان گزارش شده است.

اما در رابطه با مصرف سیگار که یکی از مهمترین فاکتورهای خطر بسیاری از بیماری‌ها می‌باشد، وضعیت در مردان به مراتب خطرناکتر است. به گونه‌ای که با توجه به نتایج مطالعه سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸، در قبال شیوع حدود ۲۴ درصدی مصرف سیگار در مردان ۱۵ سال و بالاتر، ۱/۷ درصد زنان در همان سن سیگاری هستند. همچنین اطلاعات منتشر شده از مطالعه کشوری "نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر" در سال ۱۳۸۴ حکایت از شیوع ۲۶/۶ درصدی سیگاری‌های فعال در جمعیت مردان ۱۵ تا ۶۵ سال و شیوع ۴/۲ درصدی سیگاری‌های فعال در جمعیت زنان در همان سنین دارد.

در مجموع و به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان بیان نمود که با توجه به مرور شواهد موجود به نظر می‌رسد درحالی‌که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند و مرگ و میر کمتری دارند، ولی به دلیل عوارض ناتوان‌کننده بیماری‌ها، که ناشی از شیوع بالاتر بیماری‌های روانی و مشکلات جسمی مزمن مانند بیماری‌های متابولیک و استخوانی-عضلانی در آنها می‌باشد؛ احتمالاً از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند.

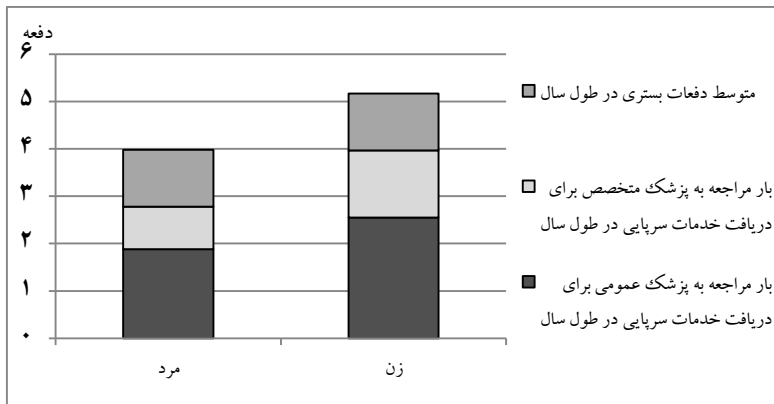
بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی

میزان بروز نیاز، اقدام برای دریافت و میزان دریافت خدمات سرپایی در زنان بیش از مردان است. بطور متوسط هر مرد سالی ۱/۹ بار به پزشک عمومی و سالی ۰/۹ بار به پزشک متخصص مراجعه می‌کند، در حالی‌که زنان حدود ۳۵ تا ۵۵ درصد بیش از مردان به این ۲ گروه از پزشکان مراجعه می‌کنند. با توجه به

شیوع بیشتر بیماری های مزمن و ناتوان کننده در زنان و متعاقب آن نیاز بیشتر زنان برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی، این مسأله گویای وجود عدالت افقی است. در خصوص دریافت خدمات بستری نیز، زنان بیش از مردان احساس نیاز و دریافت خدمات داشته اند (نمودارهای ۱۷ و ۱۸).

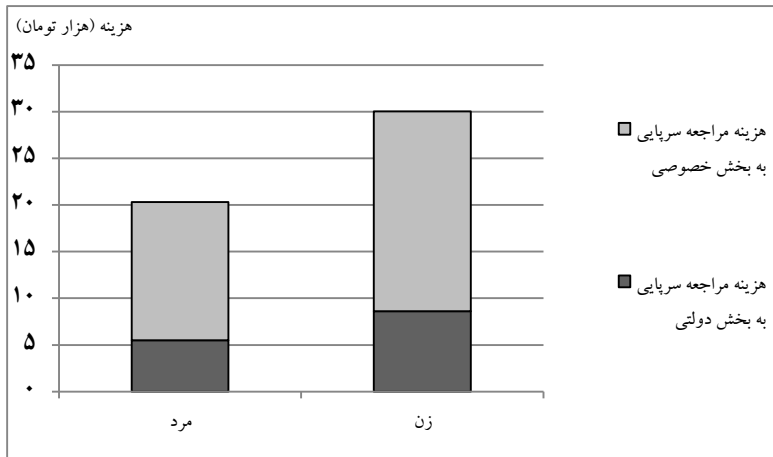


نمودار ۱۷: بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری به تفکیک دو جنس



نمودار ۱۸: بار مراجعه به پزشک و دفعات بستری در بیمارستان به تفکیک دو جنس

در مقایسه هزینه سالیانه‌ای که افراد برای دریافت خدمات سرپایی و بستری می‌پردازند، زنان حدود ۱/۵ برابر مردان در هر دو بخش سرپایی و بستری هزینه می‌پردازند که با توجه به بار مراجعه بیشتر زنان برای دریافت خدمات قابل انتظار می‌باشد (نمودار ۱۹).



نمودار ۱۹: هزینه خدمات بهداشتی-درمانی سرپایی و بستری به تفکیک دو جنس

مختصات بهداشت باروری زنان ایرانی

در حال حاضر ۳۶ درصد از جمعیت ایران بین سنین ۲۴-۱۰ سال می‌باشد. توجه به نیازهای بهداشت باروری نوجوان و جوانان که مادران آینده را تشکیل می‌دهند، از مهم‌ترین الویت‌های بهداشتی می‌باشد. از عمده‌ترین خطرات سلامتی مرتبط با بهداشت باروری در زنان بیماری‌های منتقله جنسی، حاملگی زودرس و ناخواسته و سقط‌های خطرناک می‌باشند. شواهد موجود نشان می‌دهد که خطرات جدی برای سلامت نوجوانان، خصوصاً برای دختران، زمانی اتفاق می‌افتد که فعالیت جنسی در آنها آغاز گردد. هرچه سن شروع فعالیت جنسی پائین‌تر باشد، خطرات احتمالی و عوارض بیشتر خواهد بود. در بسیاری از کشورها، درصد زیادی از افراد در سنین نوجوانی فعالیت جنسی خود را آغاز می‌نمایند. اگرچه شواهد نشان می‌دهد که تماس جنسی زود هنگام در نوجوانان ایرانی به مراتب کمتر از آمار بسیاری از کشورها است، ولی طبق مطالعه‌ای که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ در تهران انجام شده است، کمی بیش از ۲۵ درصد پسران نوجوان تماس جنسی داشته‌اند که بیش از ۵۰ درصد آنان اولین تجربه جنسی خود را در قبل از ۱۵ سالگی داشته‌اند.

با توجه به جمعیت بسیار جوان، طبیعی است عدم توجه به نیازهای بهداشت باروری آنان، در آینده نه‌چندان دور کشور را به در معرض خطرات جدی جسمی و اجتماعی قرار داده و از تبعات مستقیم آن افزایش خطر موج سوم اپیدمی HIV خواهد بود.

شیوع این عفونت و سایر عفونت‌های منتقله از راه تماس‌های جنسی در ایران در سطح پایین می‌باشد و تاکنون بیش از ۹۰ درصد افراد آلوده به عفونت HIV شناسایی شده‌اند، چرا که مهم‌ترین راه انتقال تاکنون از طریق تزریق مواد به روش غیربهداشتی بوده است. ولی تجربه سایر کشورهای جهان نشان داده است که موج سوم همه‌گیری که از طریق تماس جنسی است، خطر بیشتری به زنان تحمیل نموده و به صورت جدی و به سرعت می‌تواند به یک معضل سلامت برای خانم‌ها تبدیل شود. چالش‌های بزرگی که در مدیریت این بیماری‌ها وجود دارد، مخفی بودن عمده بار حاصل از این عفونت‌ها، همه‌گیری سریع و انفجاری آنها و مدیریت پیچیده آنها به دلیل محدودیت‌ها و معذوریت‌های فرهنگی و حصارهای اجتماعی است.

عوامل خطر اصلی در بهداشت باروری زنان

تماس‌های جنسی غیرایمن و خارج از چارچوب روابط مشروع تعریف شده به‌عنوان بزرگ‌ترین تهدید سلامت باروری برای زنان ایرانی محسوب می‌شود که اگرچه نسبت به سایر کشورها از فراوانی پایین‌تری برخوردار است، ولی روند افزایشی آن باید به‌عنوان یک تهدید جدی تلقی گردد. عوامل مهم چنین رفتارهایی را می‌توان به‌صورت خلاصه به شرح زیر بیان نمود.

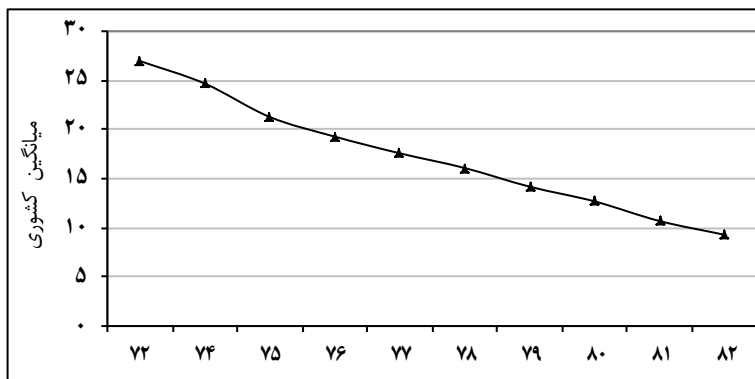
- جوان بودن جمعیت.
- مهاجرت بالای جوانان برای تحصیل و یا کسب درآمد.
- بالا رفتن سن ازدواج به دلایل متعدد اجتماعی و اقتصادی.
- رسوخ فرهنگ‌های غربی در جامعه.
- تغییر نگاه‌های مذهبی و کم شدن نقش باورهای دینی به‌عنوان مهم‌ترین عامل کنترل رفتارهای جنسی خارج از چارچوب خانواده.
- دانش کم و محدود جوانان و اختصاصاً زنان در سنین پایین به مباحث بهداشت باروری.
- گسیختگی کانون گرم خانواده در درصدی از جامعه که به‌صورت مسری می‌تواند در تخریب کانون سایر خانواده‌ها و سلامت جامعه تأثیر مخرب بگذارد.

با توجه به دلایل ذکر شده باید سعی شود تا به صورت هماهنگ با افزایش دانش کاربردی نوجوانان و جوانان، نشان دادن عینی خطرات تماس‌های جنسی غیرکنترل شده به خصوص خارج از چارچوب تعریف شده خانواده به جوانان و بزرگ نمودن عواقب غیرقابل برگشت آن، ترغیب آنها به محدود نگاه

داشتن روابط جنسی در دایره زناشویی، ترویج استفاده از روش‌های مؤثر پیش‌گیری، تقویت کانون‌های خانواده و تلاش در جهت کاهش سن ازدواج با آسان‌سازی شرایط زمینه بروز آلودگی‌های مربوطه را به حداقل رساند. البته لازم به ذکر است که روابط جنسی غیرسالم در جامعه علاوه بر سلامت جسم، سلامت روح و روان و سلامت اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سلامت معنوی را نیز تخریب می‌کند. نگاهی تطبیقی به سایر جوامع در حال توسعه و واقعیت‌های مربوط در کشور در دهه اخیر نیز نشان می‌دهد بدون دنبال نمودن سیاست منسجم کشوری در مواجهه با موج شدید حاصل از تماس‌های جنسی خارج از دایره خانواده می‌توان بنیادهای اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

سلامت مادران

در بررسی وضعیت مراقبت‌های دوران بارداری، ۹۲/۹ درصد مادران شهری و ۸۷/۹ درصد مادران روستایی که طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ زایمان داشته‌اند، حداقل ۲ بار در دوران بارداری خود مراقبت شده‌اند. نتایج مطالعه سیمای جمعیت و سلامت در ایران (DHS) در سال ۱۳۷۹ نشان داد که حدود یک-چهارم از زایمان‌های مناطق روستایی کشور در شرایط ایمن و بهداشتی انجام نمی‌شود که زایمان در این شرایط در روستاهای برخی از استان‌ها حتی حدود نیمی از زایمانها را شامل می‌شود. درصد زایمان در منزل در زنان شهری ۵/۲ درصد و در زنان روستایی ۲۵/۳ درصد گزارش شده‌است. همچنین درصد زایمان توسط مامای سنتی در شهر ۴/۵ درصد و در روستا ۲۱ درصد بوده است (۲۷). البته اطلاعات بدست آمده از زیج حیاتی حاکی از روند کاهشی قابل توجه، در درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده در روستاها می‌باشد (نمودار ۲۰).



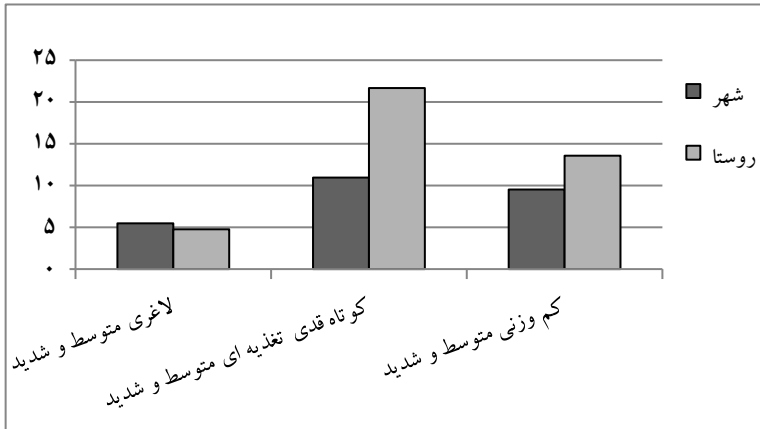
نمودار ۲۰: درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی کشور

براین اساس می‌توان قضاوت نمود که روستائیان نه تنها بیشتر در معرض عوامل ایجاد کننده بیماری‌ها هستند، بلکه در دسترسی به خدمات سلامت همچون زایمان ایمن با وجود فعالیت‌های گسترده اخیر، هنوز بسیار عقب‌تر از شهرنشینان هستند و از بهره‌مندی کمتری برخوردار هستند.

سلامت کودکان

در بررسی شاخص‌های چندگانه وضعیت زنان و کودکان (MICS) در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۶، پوشش تمام واکسن‌ها در کودکان زیر یکسال شهری ۹۲/۲ درصد و در کودکان زیر یکسال روستایی ۸۷/۸ درصد گزارش شده است. وضعیت شاخص‌های تن سنجی در کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۷۷، حاکی از بالاتر بودن شیوع کوتاه‌قدی تغذیه‌ای و کم‌وزنی متوسط و شدید در کودکان روستایی نسبت به کودکان شهری است (نمودار ۲۱). البته در لاغری شدید و متوسط، کودکان روستایی اندکی وضع بهتری نسبت به کودکان شهری دارند.

همچنین براساس نتایج گزارش در دست انتشار مطالعه "سیمای تغذیه کودکان" در سال ۱۳۸۳ (ANIS2)، کاهش قابل ملاحظه‌ای در شیوع کوتاه‌قدی (در کودکان شهری ۳/۳ درصد و در کودکان روستایی ۶/۸ درصد)، کم‌وزنی (در کودکان شهری ۴/۷ درصد و در کودکان روستایی ۶ درصد) و لاغری (در مناطق شهری ۴/۱ درصد و در مناطق روستایی ۳/۳ درصد) کودکان شهری و روستایی کشور نسبت به سال ۱۳۷۷ مشاهده می‌شود و اگر چه شیوع کم‌وزنی و کوتاه‌قدی متوسط و شدید در سال ۱۳۸۳ در کودکان شهری کمتر از کودکان روستایی گزارش شده است، اما فاصله موجود بین شهر و روستا در مقایسه با سال ۱۳۷۷ کاسته شده است.



نمودار ۲۱: میزان شیوع "لاغری"، "کوتاه قدی" و "کم وزنی" متوسط و شدید در کودکان کمتر از ۵ سال شهر و روستا در سال ۱۳۷۷

نتایج نسبتاً مشابهی نیز در مطالعه وضعیت ریزمغذی‌های ایران در سال ۱۳۸۰ گزارش شده است که میزان کوتاه قدی و کم وزنی در کودکان ۶ ساله روستایی به ترتیب ۷/۷ درصد و ۴/۶ درصد بیش از کودکان شهری بوده است. حمله‌های مکرر بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های حاد دستگاه تنفسی فوقانی، الگوی نامناسب تغذیه به علت ناآگاهی تغذیه‌ای مادر، دسترسی محدود به غذاهای متنوع و ناامنی غذایی در روستاها از علل عمده کوتاه قدی در کودکان روستایی ذکر شده است.

فصل سوم

شاخص‌های مرتبط با بیماری‌های

شایع جسمانی

مقدمه

سلامت جسمانی را می‌توان بدیهی‌ترین بعد سلامت دانست. کمتر کسی است که در نگاه اول، سلامت را حداقل معادل سلامت جسمانی ندانسته باشد.

سلامت جسمانی زنان، مانند کلیت سلامت جسمانی، در ارتباط مستقیم با عواملی است که در این فصل، تحت عنوان عوامل خطر این بیماری‌ها مورد اشاره واقع می‌شود.

سبک زندگی سالم

بنا به مطالعات انجام شده در ایران، شیوع عوامل خطر در زنان ایرانی زیاد است. این عوامل شامل افزایش وزن (۵۹ درصد)، اختلالات چربی خون (۲۱ درصد کلسترول بالا، ۲۴ درصد تری‌گلیسیرید بالا) و پرفشاری خون (حدود ۱۹ درصد) است. از طرف دیگر نشان داده شده است که میزان فعالیت فیزیکی در خانم‌های ایرانی بسیار پایین‌تر از متوسط جهانی آن است.

با توجه به این که نشان داده شده است که چاقی خصوصاً در خانم‌های ایرانی بیشتر به دلیل کمبود فعالیت فیزیکی است تا دریافت کالری بالا و فعالیت فیزیکی کمک به کاهش چربی‌های خون خصوصاً تری-گلیسیرید می‌کند و در درمان و کنترل فشارخون و قند خون نیز مفید می‌باشد.

در سطح جامعه، مهم‌ترین نقش را رسانه‌های جمعی یا Mass Media و زمامداران هر شهر بازی می‌کنند. شورای سیاست‌گذاری سلامت در صدا و سیما از یک طرف و شهرداری‌ها و شوراهای شهر و روستا از طرف دیگر این امر را باید به عهده داشته باشند.

در مورد خدمات شهری ایجاد فضاهای اختصاصی بانوان برای ورزش و فعالیت فیزیکی بسیار اهمیت دارد.

ادارات می‌توانند با راهکارهای متفاوت، فعالیت‌های فیزیکی را نزد کارکنان خود افزایش دهند. از جمله محدودیت استفاده از آسانسور و تلفن‌های داخلی، ایجاد فضای مناسبی جهت ورزش در طول روز، ایجاد فاصله بین پارکینگ‌ها و محل کار می‌تواند از راهکارهای ابتدایی باشد.

مختصات سلامت جسمی زنان ایرانی

امروزه اهمیت نقش بیماری‌های غیرواگیر در میزان‌های مرگ و ابتلا، بیش از پیش روشن گردیده است؛ بطوریکه حتی در کشورهای جهان سوم هم (که کماکان در بسیاری از آنها بیماری‌های عفونی و قابل پیشگیری توسط واکسن نقش مهمی در میزان‌های کلی مرگ و میر در آن جوامع به عهده دارد) بدلیل بهبودی نسبی در وضعیت سلامتی، بار ناشی از بیماری‌های مزمن و غیرعفونی رو به افزایش می‌باشد. به عنوان مثال، برطبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در ایران در سال ۲۰۰۲، درحالی که تنها ۲۲ درصد از سال‌های از دست رفته عمر بدلیل بیماری‌های قابل سرایت بوده، نقش حوادث و بیماری‌های غیرقابل سرایت به ترتیب ۲۸ درصد و ۴۹ درصد بوده است. از این رو در این فصل، ابتدا شاخص‌های مرتبط با این دسته از بیماری‌ها ارائه می‌شود. با توجه به اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن غیرواگیر بیشترین بار بیماری‌ها و مرگ و میر را به زنان ایرانی تحمیل نموده و روند آینده نیز در دو دهه آینده افزایش این بیماری‌ها به دلیل عدم کنترل عوامل خطر ساز و همچنین مسن شدن جامعه می‌باشد.

بیماری‌های قلبی-عروقی به تنهایی حدود ۴۲ درصد مرگ و میرها را به عهده دارد. نکته قابل توجه، قابل کنترل و مدیریت بودن عوامل خطر این بیماری‌ها است که تجربیات سایر کشورهای جهان در این خصوص بسیار مؤثر و مفید می‌باشد.

چاقی، خصوصاً در خانم‌های ایرانی بیشتر به دلیل کمبود فعالیت فیزیکی است تا دریافت کالری بالا و فعالیت فیزیکی کمک مؤثری به کاهش چربی‌های خون می‌کند. در درمان و کنترل فشارخون و دیابت نیز مفید می‌باشد؛ فعالیت فیزیکی پایین در زنان ایرانی بسیار رایج است و نیمی از زنان حتی در روز یک دقیقه نیز فعالیت مؤثر فیزیکی ندارند. فعالیت کم فیزیکی، سلامت روحی و روانی و حتی اجتماعی زنان را نیز تحت تأثیر قرار داده و کنترل و اصلاح این عامل خطر با هزینه کم ولی برنامه‌ریزی مؤثر قابل رفع می‌باشد. لذا، اولین سیاست پیشنهادی در زمینه کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن می‌تواند برنامه‌ریزی برای افزایش فعالیت فیزیکی در خانم‌ها باشد. البته در اولویت‌های بعدی اصلاح سبب تغذیه زنان جامعه و همچنین کنترل روند افزایشی مصرف سیگار و سایر دخانیات باید در برنامه مدنظر باشد.

جدول ۲: عوامل خطر اصلی بیماری‌های جسمی زنان

عامل خطر	گسترده‌گی عامل خطر	بیماری‌های مهم تحت تأثیر	میزان امکان مداخله و اصلاح
افزایش وزن	۵۹٪ زنان جامعه و روند افزایش آن	بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	بسیار زیاد
اختلالات چربی خون	بیش از ۲۰٪ جامعه زنان میانسال و مسن از این مشکل رنج می‌برند و روند آن افزایشی است	بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	زیاد
پرفشاری خون	بیش از ۲۵٪ جامعه زنان میانسال و مسن از این مشکل رنج می‌برند و روند آن افزایشی است	بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	زیاد
دیابت	بیش از ۲۰٪ جامعه زنان میانسال و مسن از این مشکل رنج می‌برند و روند آن افزایشی است	بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و حتی مشکلات روحی - روانی به دلیل بیماری و عوارض آن	زیاد
فعالیت کم بدنی	میان‌ه فعالیت‌های بدنی زنان در جامعه صفر دقیقه است که بسیار نگران کننده است	بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت، مشکلات روحی و روانی و حتی سلامت اجتماعی زنان	بسیار زیاد
تغذیه نامناسب	بیش از ۶۰٪ زنان الگوی مناسب غذایی را رعایت نمی‌کنند	بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	بسیار زیاد

لازم به ذکر است که سرطان‌های شایع زنان در ایران مانند سرطان پستان، پوست و سرطان دهانه رحم نیز باید در برنامه جامع سلامت مدنظر قرار گیرند، چرا که این سرطان‌ها قابل پیشگیری هستند و با مدیریت بهینه می‌توان بار این بیماری‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار داد. البته با تعدیل سبک زندگی و با کنترل عوامل خطر ذکر شده در جدول بالا، به صورت مستقیم بروز بعضی از این سرطان‌ها نیز تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. علاوه بر آن برای کنترل سرطان‌های اصلی زنان، بیماری‌یابی فعال خصوصاً در گروه‌های پرخطر باید به عنوان یک راهکار مدنظر قرار گیرد.

با توجه به توضیحات ذکر شده فوق، به صورت خلاصه مهم‌ترین اقدامات پیشگیری باید براساس ۴ محور زیر تنظیم گردد.

- افزایش فعالیت‌های فیزیکی مؤثر در زنان.
- اصلاح الگوی غذایی.
- کنترل مصرف دخانیات و کاهش روند افزایشی مصرف در زنان.
- غربالگری و بیماریابی فعال در زمینه سرطان‌های رایج زنان شامل سرطان‌های پستان، پوست و گردن دهانه رحم.

سندرم متابولیک و عوامل خطر آن

دیابت ملیتوس

بیماری دیابت، یکی از بیماری‌های مزمن در حال افزایش در دنیا می‌باشد که بدلیل عدم ترشح کافی انسولین و یا عدم توانایی بدن در استفاده از انسولین وجود می‌آید. نکته مهم در مورد اپیدمیولوژی این بیماری روند رو به رشد آن در طی سال‌های آینده می‌باشد. بطوری که براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۳۰ میلادی، تعداد موارد ابتلا به حدود دو برابر آن در سال ۲۰۰۵ (۳۶۶ میلیون نفر) خواهد رسید. از مهمترین دلایل این افزایش می‌توان به افزایش جمعیت و نیز به پیرشدن جمعیت در کنار تغییر الگو و شیوه زندگی اشاره کرد.

مرور نظام‌مند مطالعات مختلف درخصوص شیوع دیابت نوع دوم در مردان و زنان نشان داده است که شیوع این نوع از دیابت در مردان ۹/۸۴ درصد و در زنان ۱۰/۶۸ درصد می‌باشد که از نظر آماری اختلاف معنی داری دارد. براساس مدل آنالیز رگرسیونی تخمین زده می‌شود که شیوع دیابت نوع دوم در زنان ۱۷ درصد بیش از مردان است که این اختلاف از نظر آماری معنی دار می‌باشد. اما بایستی به این نکته توجه داشت که بین مطالعات متعدد، اختلافات زیادی وجود دارد.

چاقی و اندکس توده بدنی

چاقی، شایع‌ترین اختلال تغذیه‌ای در کشورهای توسعه یافته است که در کشورهای در حال توسعه نیز به صورت یک معضل بهداشتی رو به گسترش درآمده است. در حدود ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر دنیا با آن دست به گریبان هستند. چاقی با افزایش مرگ و میر و کاهش امید به زندگی همراه است.

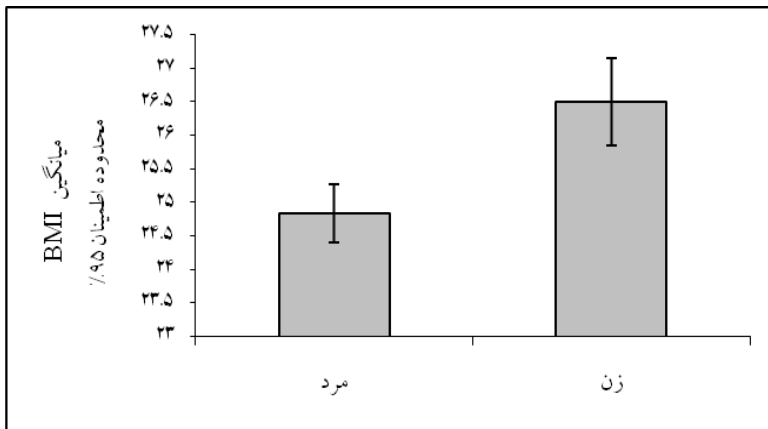
میزان شیوع چاقی در سراسر دنیا تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دارد. سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر شیوع چاقی اثر می‌گذارد. اما میزان تأثیر این عوامل در جمعیت‌های مختلف دنیا متفاوت است. شهرنشینی، فعالیت فیزیکی کم، افزایش مصرف غذاهای پرکالری و شیوه زندگی صنعتی از عوامل خطر عمده چاقی محسوب می‌شوند. بدین ترتیب انتظار می‌رود که در آینده نزدیک، چاقی به یک مشکل عمده در عرصه سلامت عمومی در کشورهای در حال توسعه تبدیل شود.

در میان قومیت‌های مختلف ایرانی که سبک‌های زندگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی متفاوتی دارند، تفاوت‌هایی در میزان شیوع چاقی مشاهده شده است. از طرفی ایران بعد از انقلاب اسلامی و گذر از دوران جنگ، رشد اقتصادی قابل ملاحظه‌ای را تجربه کرده است و این امر به نوبه خود بر سلامت و در نتیجه شیوع بیماری‌های غیرواگیر از قبیل چاقی تأثیرگذار بوده است.

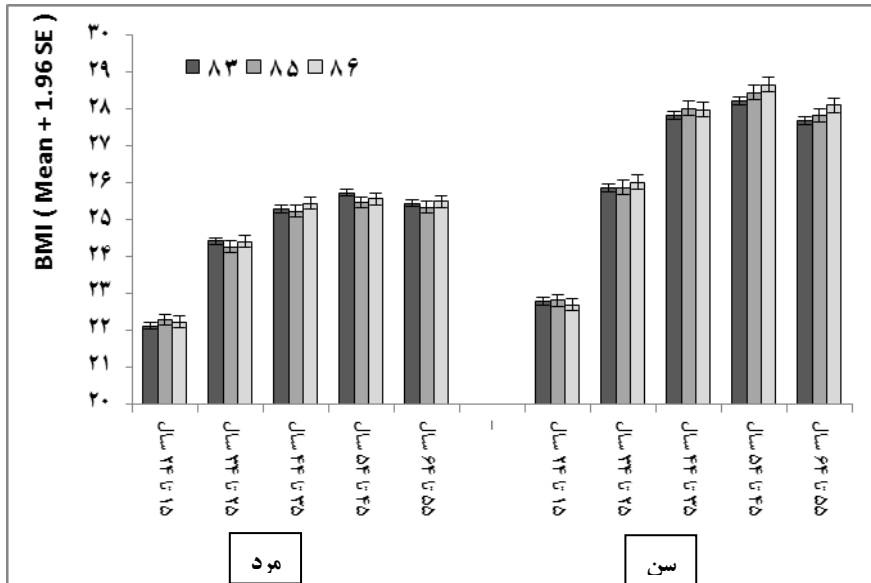
علاوه بر تغییرات ساختاری و رفتاری جامعه ایران در طول چند دهه، یکی دیگر از مشکلات موجود در زمینه بررسی وضعیت چاقی، وجود شاخص‌های مختلف برای تعیین چاقی و رتبه بندی آن است. شاخص‌هایی مانند شاخص توده بدنی (BMI)، دور کمر، دور کمر به دور لگن، چربی زیر پوستی در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته و فراوانی‌های مختلفی از چاقی را در بین مردان و زنان گزارش کرده‌اند. معمول‌ترین شاخص مورد استفاده که اعتبار و پایایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است، شاخص توده بدنی است. لذا در این مقاله، تنها مطالعاتی وارد شده‌اند که از شاخص توده بدنی برای اندازه‌گیری چاقی، استفاده کرده‌اند.

مطالعات متعددی در مقیاس‌های کوچک و بزرگ در کشور انجام شده است که شیوع چاقی را با شاخص‌های مختلف برآورد کرده‌اند و بنظر می‌رسد که در صورت تحلیل و بررسی عمیق یافته‌های این مطالعات، اطلاعات ارزشمندی بدست آید. این مطالعات به لحاظ اینکه گروه‌های هدف مختلف را با توزیع جنسی و سنی متفاوت مورد بررسی قرار داده‌اند، منطقی است که شیوع چاقی را بطور قابل ملاحظه‌ای متفاوت از همدیگر گزارش نموده‌اند.

در یک متاآنالیز که ۳۷ مطالعه را مورد بررسی قرار می‌داد، میانگین BMI در مردان و زنان به ترتیب (محدوده اطمینان ۹۵٪، ۲۴/۴ - ۲۵/۳) و (محدوده اطمینان ۹۵٪، ۲۵/۹ - ۲۶/۵) بود. میانگین BMI در زنان در همه گروه‌های سنی از مردان هم‌گروه بیشتر است (نمودار ۳۱). روند افزایشی در مردان در دهه سوم زندگی ثابت شده و در حدود 26 kg/m^2 باقی می‌ماند، در حالی که در زنان این روند همچنان افزایش دارد، بطوری که در زنان حدود دو دهه افزایش BMI ادامه می‌یابد. روند تغییر BMI زنان از گروه سنی زیر ۲۵ سال ($22/8 \text{ kgm}^{-2}$) به گروه سنی ۲۵-۳۵ سال ($25/9 \text{ kgm}^{-2}$) بسیار بیشتر از تغییر مشاهده شده در مردان (از $22/2 \text{ kgm}^{-2}$ به $24/3 \text{ kgm}^{-2}$) است. این افزایش در سنین بالاتر همچنان در زنان بیشتر از مردان ادامه می‌یابد (نمودار ۲۲، نمودار ۲۳).

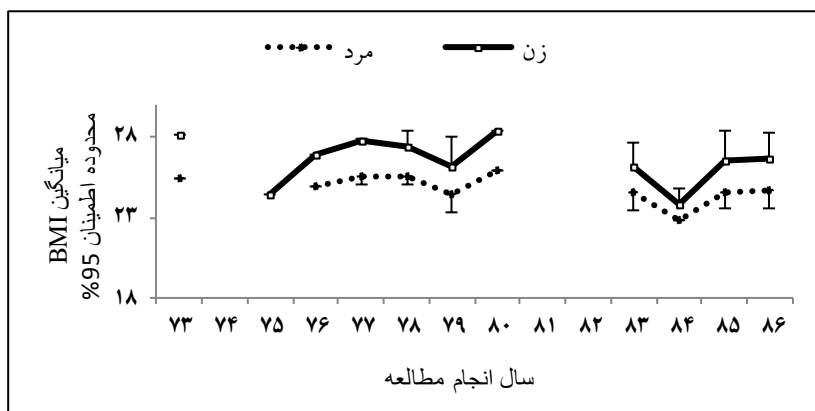


نمودار ۲۲: توزیع میانگین BMI در مردان و زنان با مدل تصادفی



نمودار ۲۳: میانگین BMI به تفکیک جنس و گروه های سنی در سه دوره برنامه STEPs در ایران (سال ۸۳، ۸۵ و ۸۶)

روند تغییرات BMI در ۱۵ سال اخیر به تفکیک جنس در نمودار ۳۰ نمایش داده شده است. متوسط افزایش BMI برای گروه های سنی مختلف، نسبت به گروه پایه (زیر ۲۰ سال) با استفاده از متد متارگرسیون محاسبه و بیان شده است. افزایش BMI در گروه های سنی بالای ۳۰ سال در هر دو جنس بیشتر شده، اما در زنان این افزایش برای دهه سنی ۵ و ۶ همچنان ادامه می یابد (جدول ۳).



نمودار ۲۴: روند تغییرات میانگین BMI در ۱۵ سال اخیر در ایران به تفکیک جنس - مدل polynomial

جدول ۳: توزیع میانگین افزایش BMI برای گروه‌های سنی مختلف، نسبت به گروه پایه (زیر ۲۰ سال)

گروه‌های سنی	مرد	زن
زیر ۲۰ سال	۱	۱
۲۰ تا ۲۹ سال	۱/۱۶ (۰/۷۱ - ۳/۰۳)	۱/۵ (۰/۶۸ - ۳/۷۹)
۳۰ تا ۳۹ سال	۲/۶۸ (۰/۸۷ - ۴/۴۹)	۳/۷۲ (۱/۷ - ۵/۷۴)
۴۰ تا ۴۹ سال	۳/۵۷ (۱/۶۴ - ۵/۵۱)	۵/۵۷ (۳/۳۳ - ۷/۸۱)
۵۰ تا ۵۹ سال	۳/۶۸ (۱/۸ - ۵/۵۶)	۵/۸۹ (۳/۶۵ - ۸/۱۴)
بالای ۶۰ سال	۲/۹۸ (۱/۰۴ - ۴/۹۲)	۵/۰۴ (۲/۶۴ - ۷/۴۴)

نتیجه‌گیری

- زنان در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به چاقی هستند و پرخطرترین دوره سنی آنها برای یک افزایش شدید در شاخص توده بدنی آنها در حدود ۲۰ تا ۲۵ سالگی است.
- مداخلات انجام شده در سطح جامعه در زمینه پیشگیری و یا درمان چاقی در طول این دو دهه مؤثر نبوده و روند چاقی تغییر چندانی نداشته است. لزوم طراحی مداخلات جامعه محور مؤثر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

سرطان‌های شایع زنان

الف - سرطان پستان:

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در زنان و شایع‌ترین علت مرگ و میر زنان ۴۶-۴۰ ساله محسوب می‌شود. در ایران نیز همچون سایر نقاط دنیا، این سرطان از شیوع بالایی برخوردار است و بیماران آن در سن پایین‌تر و در مراحل بالاتری تشخیص داده می‌شوند. بروز بیماری در ایران ۴/۶۱ در هر هزار نفر که نسبت به منطقه مدیترانه شرقی که ۶/۵۳ در هر هزار نفر است کمتر می‌باشد. طبق مطالعات انجام شده در ایران بار بیماری سرطان پستان ۰/۶۲، DALY/1000 می‌باشد که نسبت به منطقه مدیترانه شرقی ۱/۱۰ و دنیا که ۱/۹۹ DALY/1000 می‌باشد، بار کمتری را به خود اختصاص داده است؛ اما با همه این‌ها هنوز مورد توجه نظام

سلامت و سیاست‌گذاران کشور است. چرا که بیماران سرطان پستان در ایران نسبت به کشورهای پیشرفته‌تر در مرحله بالاتری تشخیص داده می‌شوند که این امکان درمان را سخت‌تر و مرگ و میر را افزایش می‌دهد.

اما ویژگی‌های سرطان پستان و روش‌های تشخیص درمانی آن، سرطان پستان را به یک بیماری مناسب برای غربال‌گری تبدیل کرده است. به طوری که طبق پروتکل‌های موجود در کشورهای پیشرفته هر خانم بالای ۵۰ سال، سالانه باید تحت معاینه فیزیکی و ماموگرافی جهت ارزیابی توده‌های پستانی قرار گیرد.

در ایران نیز با توجه به آمارهای موجود لزوم غربال‌گری و وجود آن در سیستم سلامتی ضروری به نظر می‌رسد. در سال ۱۳۷۸ در سه شهرستان شهر کرد، مبارکه، لنگان طرح غربال‌گری سرطان پستان به مدت ۲ سال در سیستم بهداشتی به صورت پایلوت به اجرا درآمد، اما در سیستم ادغام نشد. برخی از دلایلی که می‌توان برای عدم ادغام این برنامه در سیستم شبکه بهداشتی کشور ذکر کرد، شامل:

نیاز به مشارکت فعال پزشکان عمومی در سیستم شبکه است که خود نیازمند دسترسی بیشتر به پزشکان عمومی در شبکه و استقرار آموزش مستمر برای آنها بود. همچنین نیاز به آموزش دقیق جهت ایجاد توان تشخیصی برای شناسایی موارد مشکوک در هر سطح ارجاع احساس می‌شد به طوری که پزشک در این خصوص توانایی لازم را کسب نماید. با توجه به موارد ذکر شده، طرح غربال‌گری سرطان پستان در سیستم سلامتی کشور به اجرا در نیامد. ارزشیابی که از این طرح انجام شد نشان داد که:

- ۱- غربال‌گری برای سرطان پستان در جامعه ایرانی توجیه علمی دارد.
- ۲- آموزش به جمعیت هدف و نیروی انسانی که برنامه را اجرا می‌کنند از ضروریات اجرای برنامه است.
- ۳- گرچه ماموگرافی از ارزش تشخیصی بالاتری برخوردار است، اما خانم‌ها علاقه دارند که توسط پزشک نیز معاینه شوند.

لذا در سیاست‌ها و برنامه‌های کلان ارتقاء سلامت زنان کشور در مورد سرطان پستان موارد ذیل قابل بررسی می‌باشند:

ارتقاء آگاهی: بالا بردن سطح آگاهی و اطلاعات زنان جامعه نسبت به خطر بروز سرطان پستان و عوامل خطر آن از نیازهای اصلی بحث ارتقاء سلامت زنان است.

معاینه فیزیکی CBE: با توجه به نقش مؤثر معاینه بالینی، بهتر است دوره‌های ویژه‌ای برای کارمندان سیستم سلامت خصوصاً پزشکان گذاشته شود تا در معاینه پستان تبحر لازم را کسب نمایند و معاینات دوره‌ای خانم‌ها جهت کشف توده در پستان را به صورت منظم انجام دهند.

ماموگرافی: همان‌طور که گفته شد و ثابت شده است، ماموگرافی معیار طلایی غربال‌گری سرطان پستان می‌باشد؛ لذا لازم است که:

الف) تعداد دستگاه‌های ماموگرافی در ایران افزایش یافته تا کفایت لازم برای سرویس‌دهی به بیماران را داشته باشد.

ب) نیروی انسانی لازم جهت انجام و گزارش ماموگرافی (رادیولوژیست) به صورت ماهر تربیت شود.

ج) ارائه این خدمات باید در بخش‌های دولتی و خصوصی با هزینه‌های مناسب انجام شود تا ضمانت مراجعه خانم‌ها برای غربال‌گری را تأمین نماید.

۴- نظام ثبت و گزارش مناسبی برای سرطان پستان و کلیه سرطان‌ها به وجود آید تا مراتب این بیماری پایش شود و از نتایج آن برای ارتقاء سلامت استفاده گردد.

۵- ارزشیابی برنامه به‌عنوان یک جزء جدایی‌ناپذیر برنامه غربال‌گری، باید از شروع طراحی برنامه مدنظر قرار گیرد تا اطلاعات آن بتواند بازخورد مناسبی در سیستم ایجاد نماید و موارد مثبت کاذب و منفی را ایجاد کند.

۶- مشکلات مربوط به ادغام بیماری‌های غیرواگیر مانند: بروز سرطان‌ها نسبت به سایر بیماری‌ها.

به‌نظر می‌رسد با وجود ازدیاد پزشکان در سال‌های اخیر و اجرای طرح پزشک خانواده بتوان برنامه غربال‌گری را با افزایش آگاهی مردم و آموزش‌های لازم در سیستم بهداشتی درمانی کشور اجرا کرد.

ب - سرطان دهانه رحم:

یکی از سرطان‌های شایع دیگر زنان در کشورهای غربی سرطان دهانه رحم است، اما شیوع آن در ایران به نظر می‌رسد بسیار پایین باشد. به طوری که طبق گزارش کشوری ثبت موارد سرطان در سال ۱۳۸۳ در کل ایران تنها حدود ۴۶۶ مورد گزارش شده است.

در این گزارش تقریباً ۱/۱۰ مورد سرطان پستان گزارش شده (۴۵۵۷ مورد) است. یعنی از هر ده هزار زن واجد شرایط، حدود ۴ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند. با این وجود در کشورهای در حال توسعه مرگ در اثر سرطان دهانه رحم شایع‌ترین مرگ در اثر سرطان در زنان محسوب می‌شود.

مطالعه بار بیماری‌ها در دنیا نشان داده است که بروز سرطان گردن رحم در منطقه EMRO در سال ۱۹۹۰ حدود ۷/۷ در هزار و شیوع حدود ۲۹/۳ درصد هزار نفر دارد.

خوشبختانه کارسینوم گردن رحم به دلایل متعددی از جمله سیر بطنی و طولانی آن، وجود مراحل پیش بدخیم، وجود آزمون‌های تشخیصی مناسب و سریع دارای ویژگی‌های پیشگیری در سطوح مختلف مقدماتی اولیه و ثانویه می‌باشد.

آزمون پاپ‌اسمیر، یک تست مناسب برای غربال‌گری سرطان دهانه رحم گزارش شده است که ارزش تشخیصی بالایی نیز دارد. در بسیاری از کشورها، تست پاپ‌اسمیر جزء برنامه‌های روتین غربال‌گری درآمده است، اما در ایران برنامه مبارزه با سرطان دهانه رحم حدوداً از سال‌های ۱۳۷۰ با انجام پاپ‌اسمیر در برنامه‌های تنظیم خانواده شروع شد. از سال ۱۳۸۴ به عنوان برنامه مجزا، هدف ارتقاء سلامت زنان مطرح و تدریجاً با دیدگاه غربال‌گری به آن توجه شد که شامل بخش تهیه نمونه و خواندن لام بود. نمونه‌ها توسط افراد شاغل در سیستم بهداشتی که مهارت و آموزش‌های لازم را داشتند، گرفته می‌شود.

خواندن لام‌ها نیز توسط تکنسین‌های سیتولوژی انجام می‌شود و کلیه لام‌های مثبت و مشکوک و ۱۰ درصد از لام‌های منفی توسط پاتولوژیست در هر نقطه تحت کنترل کیفیت قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج ثبت سرطان‌ها و ارزیابی لام‌های دیده شده در طی ده سال، مشخص شد که از غربال‌گری ۸۳۰/۰۰۰ زن در کشور، تنها ۱۰ مورد سرطان گردن رحم پیدا شد و داده‌های مرگ و میر نشان داد که مرگ و میر ناشی از سرطان دهانه رحم ۱/۲ درصد در هر زن است. یعنی از نظر بروز سرطان دهانه رحم در رتبه هشتم سرطان‌های شایع در زنان و از نظر مرگ و میر در رتبه نهم علل مرگ ناشی از سرطان در خانم‌ها جای گرفت.

لذا با توجه به موارد فوق، سیاست‌های کلی نظام سلامت در قبال سرطان دهانه رحم به شرح ذیل در سال ۱۳۸۰ ابلاغ شد:

زنان گروه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال که حداقل یک‌بار ازدواج کرده‌اند، واجد شرایط انجام پاپ‌اسمیر به فاصله هر ۳ سال می‌باشند.

آموزش تئوری و عملی انجام پاپ‌اسمیر باید به کلیه کارمندان بخش دولتی و خصوصی داده شود.

خانم‌های واجد شرایط ذکر شده که برای انجام هر معاینه و دریافت خدمات به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند باید تحت آموزش و افزایش آگاهی در مورد سرطان گردن رحم و روش غربال‌گری آن قرار بگیرند.

این خدمات در بخش‌های دولتی رایگان نمی‌باشد و مراجعه‌کنندگان باید هزینه‌های آنها را پرداخت نمایند.

گزارش موارد لازم نیست، بلکه سیستم ثبت سرطان موارد را کشف و گزارش می‌نماید.

لام‌ها باید توسط پاتولوژیست‌ها خوانده و گزارش شوند.

اما در حال حاضر با توجه به تغییر سبک زندگی خانم‌ها، افزایش جمعیت اگر تست پاپ‌اسمیر در سیستم بهداشتی درمانی انجام نمی‌شود، اما لزوم ارتقاء آگاهی سطح جامعه در مورد سرطان دهانه رحم و تشویق خانم‌ها برای غربال‌گری توسط خودشان ضروری به نظر می‌رسد.

فصل چهارم
شاخص‌های سلامت روانی

مقدمه

سلامت روان یکی از اجزا مهم تعریف سلامتی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت WHO و دیگر تعریف‌های سلامت می‌باشد: «سلامت حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی است که در آن انسان زندگی پویا و فعالی دارد و تنها شامل فقدان بیماری یا نقص عضو نمی‌باشد». اختلال در قسمت روانی سلامت، بار زیادی را بر جامعه ایجاد می‌کند و حتی یکی از مهم‌ترین اجزاء بار بیماری‌ها در کل دنیا بوده است. در مطالعه بار بیماری‌ها در ایران اختلالات روانی و رفتاری بیشترین DALY را در بار بیماری‌ها به خود اختصاص داده‌اند.

سلامت روان از دیدگاه WHO تعریف زیر را تشکیل می‌دهد: «سلامت روان ظرفیت هر فرد، گروه یا محیط در برقراری ارتباط با دیگران است؛ به طوری که باعث ارتقای احساس خوب بودن فرد، well being، رسیدن به حداکثر توانایی‌های روانی (عاطفی، شناختی، ارتباطی) و به دست‌آوری شرایطی که قضاوت و عدالت در آن شرایط برقرار شود می‌باشد». سلامت روان از ابعاد مهم سلامت به شمار می‌آید.

زنان و سلامت روان

زنان به دلیل تعاملات پیچیده بیولوژیکی، رفتارهای سلامتی، اجتماعی، اقتصادی - سیاسی خاص، شرایط ویژه‌ای در حوزه سلامت روان دارند. این شرایط گرچه باعث می‌شود موارد خاصی از سلامت روان در مورد آنها صدق کند، اما نقاط مشترک سلامت روان نیز بین مردان و زنان وجود دارد که نباید نادیده انگاشته شود. به نظر می‌رسد که نکات ذیل از گفته فوق حمایت می‌نماید:

در بین مراجعه‌کنندگان با مشکل روانی به پزشکان سطح اول سیستم‌های بهداشتی یا پزشکان عمومی بیشتر ارجحیت با خانم‌هاست.

زنان ۲ برابر بیشتر از مردان احتمال دارد که با تشخیص افسردگی به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی مواجه شوند و ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان داروهای آرام‌بخش مصرف می‌کنند.

زنان ۱/۵ تا ۲ برابر بیشتر از مردان در بیمارستان‌های روان‌پزشکی یا در بخش‌های سلامت روان بستری می‌شوند.

نکات فوق می‌طلبد که برای سلامت زنان حیطه‌ای جداگانه باز شده و روی آن به‌طور اختصاصی کار شود. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، بحث اختصاصی در سلامت روان در چند بخش اختصاصی قابل بحث و پیگیری می‌باشد که در ذیل به آن اشاره شده و وضعیت ایران نیز در آن تحلیل شده است.

در مطالعات محتوایی که در مجلات ایران در مورد سلامت زنان انجام شده است، مسائل سلامت روانی در اولویت دوازدهم مطالعات سلامت زنان قرار دارد. بیشترین مواردی که به آنها در سلامت روان زنان توجه نشده بود و از آن به‌عنوان نادیده انگاری مطلق یاد می‌شود شامل سلامت ازدواج، خودکشی، طلاق، اعتیاد زنان است.

نادیده انگاری نسبی در مورد ویژگی‌های اجتماعی اختلالات روانی، شیوه زندگی سالم و خشونت علیه زنان یاد شده است. در حوزه پژوهش سلامت زنان، مرور مقالات در ایران در ۳۰ سال گذشته نشان داده است که تنها ۸ درصد مقالات به بهداشت و سلامت روان زنان پرداخته‌اند، در این بین مسائل روان‌شناختی و سلامت روان در حیطه بیماری‌های جسمی بسیار مورد بررسی قرار گرفته است. از طرف دیگر یک مطالعه اپیدمیولوژیک بزرگ در ایران در سال ۲۰۰۳ نشان داد که شیوع اختلالات روانی در مردان ۱۵ درصد ولی در زنان ۲۶ درصد می‌باشد و زن بودن خطر بروز اختلالات روانی را ۱/۶ برابر می‌کند.

اختلالات خلقی

افسردگی، شاخص‌ترین و مهم‌ترین اختلال خلقی است. افسردگی در مطالعه بار بیماری‌ها GBD به‌عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر بار بیماری‌ها شناخته شده است و شایع‌ترین اختلال در سلامت روان زنان شناخته می‌شود. تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، دومین علت شایع تأثیرگذار بر روی بار بیماری باشد. بروز افسردگی در زنان ۲ برابر مردان است. بروز آن از ۳۰ درصد در زیمبابوه، در آفریقا تا ۲/۴ درصد و در ایالت باسک اسپانیا در خانم‌های ۱۸ تا ۶۵ سال متفاوت است.

در ایران مطالعات متعددی بر روی افسردگی انجام شده است. مطالعات نشان می‌دهند که شیوع افسردگی در ایران از ۲۰ تا ۴۰ درصد متفاوت است. میزان فراوانی افسردگی با افزایش سن تا سالمندی افزایش می‌یابد. بیشترین شیوع افسردگی در ایران در میانسالان رخ می‌دهد؛ افسردگی در خانم‌های مجرد و تنها بیشتر از متأهلین است و با افزایش تحصیلات خصوصاً تحصیلات عالی‌دانشگاهی در خانم‌ها، فراوانی افسردگی کاهش می‌یابد. میزان فراوانی افسردگی با وضعیت اقتصادی اجتماعی در خانم‌ها رابطه عکس داشته و

خانم‌ها با سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تر بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند. افسردگی را می‌توان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روان در جامعه و در خانم‌ها دانست.

خودکشی در زنان

خودکشی و اقدام به آن یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی و سلامت روان بشمار می‌رود. این پدیده افزون بر زیان‌های شخصی و خانوادگی، نوعی زیان اجتماعی نیز به‌شمار می‌آید. اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به‌طور آگاهانه و بیشتر در افراد خودمحو، مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباطات اجتماعی انجام می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یک مشکل روانی دارند. خودکشی و تفکر به آن در زنان بیشتر از مردان و در نوجوانان و جوانان بیشتر دیده می‌شود.

در مرور ساختاریافته‌ای که اخیراً در مورد خودکشی در ایران (۱۳۸۷) انجام شده است، نشان داده شده است که اقدام به خودکشی در زنان ایرانی بیشتر از مردان بوده، لکن خودکشی‌های منجر به مرگ در مردان شیوع بیشتری دارد. میانگین سن زنانی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیز ۳۰ سال گزارش شده است. روش‌هایی که بیشتر زنان برای خودکشی انتخاب می‌کنند، عبارتند از: مسمومیت با دارو و یا سموم و خودسوزی. همچنین بیشتر زنانی که خودکشی کرده‌اند مجرد بوده و حدود ۵۰ درصد آنها سابقه اختلالات روان‌پزشکی را داشته‌اند.

در گزارش دیگری که از سازمان پزشکی قانونی ارائه شده است، خودکشی در زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر روی داده و تأیید کرده‌اند که عمده‌ترین روش خودکشی مصرف داروها و سموم بوده است. نکته قابل تأمل این است که خودکشی در زنان با دوره عادت ماهانه و دوره جنسی آنها ارتباط دارد، به عبارت دیگر خودکشی در فاز لوتئال بیشتر روی می‌دهد که تئوری اثرات هورمونی بر خودکشی را قوی‌تر می‌کند.

اعتیاد و سوء مصرف مواد

سوء مصرف مواد و اعتیاد از عوامل مهم تأثیرگذار بر وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در جامعه ایرانی می‌باشد. مطالعات جمعیتی در ایران شیوع را در کل حدود ۳ درصد گزارش کرده‌اند. اما شیوع ذکر شده، احتمالاً کمتر از مقدار واقعی آن است. گرچه در جهان پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در درک این

اختلالات و یافتن مناسب‌ترین راه پیشگیری و درمان آن ایجاد شده است. اما مطالعات بر روی زنان بسیار محدود بوده و بیشتر مطالعات بر مداخلات درمانی متمرکز بوده‌اند تا بررسی اثرات بر روی زنان.

شواهد علمی نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد در زنان چالش‌های متفاوتی را برای سلامت زنان ایجاد می‌کند و سیر متفاوتی را در دو جنس دارد. در ایران مطالعات بر روی زنان بسیار اندک می‌باشد، اما همین مطالعات نشان داده‌اند که شیوع مصرف مواد مخدر با تست ادراری مورفین از ۱/۳ درصد در تهران تا ۱۳/۳ درصد در هرمزگان متفاوت بوده است. مطالعاتی که در دهه اخیر بر روی شیوع مصرف مواد مخدر در زنان انجام شده همگی با استفاده از پرسشنامه بوده است. این مطالعات میزان مصرف مواد مخدر در زنان را به‌طور اعم از صفر در گروهی از دانشجویان دختر تهرانی در سال ۱۳۷۸ تا ۵/۹ درصد در سال ۱۳۸۰ در گروهی از دانشجویان شیرازی متفاوت گزارش کرده‌اند. این میزان‌ها در مصرف مشروبات الکلی بیشتر بوده و تا ۱۳/۷ درصد در زنان بالای ۱۵ سال می‌رسد.

مطالعات متعددی نشان می‌دهد که در بین معتادان خصوصاً معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در نقاط مختلف ایران ۲ تا ۱۲/۷ درصد از معتادین را زنان تشکیل می‌دهند. این اطلاعات نشان می‌دهند که شیوع اعتیاد به مواد مخدر و سوء مصرف مواد در زنان رو به افزایش است، این عامل، یک عامل بسیار مهم در تغییر سلامت روانی و جسمی و اجتماعی زنان می‌باشد.

فصل پنجم

نتیجه گیری و جمع بندی

وضعیت شاخص‌های سلامت زنان در ایران در مقایسه با سایر کشورها

تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که پیشرفت و ارتقاء عدالت جنسیتی، زمینه‌ساز دستاوردهای توسعه‌ای بوده، بطوری که خود موجب تقویت استانداردهای زندگی در همه ابعاد زندگی از جمله در بخش سلامت شده‌است. روند تغییرات شاخص‌های مرتبط با توسعه انسانی در دو دهه گذشته در مردان و زنان ایران، به سمت کاهش نابرابری بوده‌است. به عنوان مثال تفاوت نرخ باسوادی در زنان و مردان به صورت بسیار چشمگیری در حال کاهش می‌باشد و شاخص‌های مربوط به آموزش در زنان بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهد. از آن مهمتر رشد بسیار چشمگیر تحصیلات دانشگاهی زنان حتی بیش از مردان است. اما تحولات اشتغال زنان علی‌رغم روند رو به بهبود، کمتر در جهت کاهش شکاف جنسیتی بوده و تا رسیدن به حد تعادل در بازار کار و رفع کامل موانع اشتغال زنان در جامعه فاصله وجود دارد. اگرچه باید به این نکته توجه کرد که در محاسبه میزان اشتغال زنان، خانه‌داری و مخصوصاً تربیت فرزندان که در فرهنگ ایرانی اسلامی مهمترین وظیفه آنان می‌باشد، به عنوان شغل محاسبه نگردیده‌است. با این توصیف در مجموع در ایران درخصوص شاخص توسعه جنسیتی (GDI) و شاخص میزان توانمندسازی بر حسب جنسیت (GEM) بهبود اندکی رخ داده‌است و روندی در جهت کاهش شکاف جنسیتی داشته‌است.

در مورد شاخص‌های سلامت، گرچه اطلاعات در طول زمان (Longitudinal) قابل استناد برای قضاوت درخصوص روند تغییرات شیوع بیماری‌ها در زنان و مردان در دست نمی‌باشد، اما اطلاعات امید زندگی و مرگ‌حاکمی از آن است که تفاوت موجود بین زنان و مردان در این شاخص‌های سلامت تغییر قابل ملاحظه‌ای نیافته‌است و در کل نرخ مرگ و میر به صورت بارزی در زنان کمتر می‌باشد. آنچه که در مردان سبب کاهش عمر می‌شود، با آنچه که در زنان عمر را می‌کاهد، کاملاً متفاوت است. مردان قربانیان اصلی آسیب‌های کشنده‌تر هستند، در صورتی که در زنان بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن سهم بیشتری از DALYs را به خود اختصاص می‌دهند. این تفاوت‌ها باید در رویکردهای ارائه خدمات پیشگیری و درمانی بیش از پیش در نظر گرفته شود. نکته‌ای که در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی باید به آن توجه بیشتری نمود، آن است که توجه افراطی به یک جنس منجر به بی‌توجهی به جنس دیگر نشود.

در مجموع چنین به نظر می‌رسد که روند نابرابری در شاخص‌های عمومی در حال کاهش و حتی برتری یافتن زنان در بعضی شاخص‌ها است و گرچه در برخی موارد برخورداری زنان کمتر از مردان بوده و از نظر سواد و درآمد وضعیت نامطلوب‌تری داشته‌اند، ولی از نظر شاخص‌های مهم سلامت وضعیت مطلوب‌تری دارند. البته در مورد شاخص‌های سلامت نمی‌توان قضاوت یک‌سویه‌ای به نفع وضعیت مطلوب‌تر در هر یک از دو جنس داشت. در حالی که زنان عمر بیشتر و مرگ و میر کمتری دارند که این

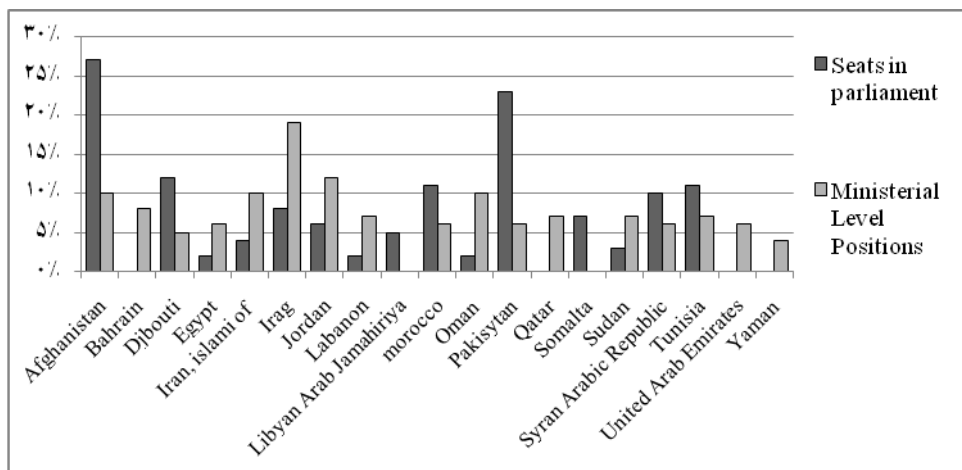
روند نیز در جهت افزایش فاصله بین زنان و مردان است، ولی در عوض بیش از مردان از بیماری های مزمن رنج می برند که احتمالاً در طول زمان این فاصله نیز در حال افزایش است و به همین دلیل میزان بهره مندی زنان از خدمات سلامت نیز بیشتر است.

در انتها از نگاه SDH می توان نتیجه گرفت که نوع ارائه خدمات سلامت و حمایت های لازم برای درمان علل ریشه ای در دو جنس متفاوت هستند و در جامعه باید راهکارها و ظرفیت های متفاوتی را برای ارتقاء سلامت، تدارک دید. ولی به هر شکل تصور نمی شود که جنسیت به خصوص در سال های اخیر عامل مهم و جدی در بروز نابرابری در سلامت در جامعه بوده باشد و احتمالاً در سال های آینده نیز این تفاوت کم رنگتر خواهد شد.

در طی چند دهه اخیر وضعیت سیاسی، اجتماعی و اقتصادی حوزه خاورمیانه، دستخوش تحولات بسیاری شده که بر شاخص های مختلف سلامت تأثیر گذار بوده اند. این تحولات نه تنها بر شاخص های اصلی هم-چون مرگ و میر، امید به زندگی، ناتوانی های جسمی و بار بیماری ها تأثیر داشته اند، بلکه بر ضریب نفوذ و میزان بهره مندی افراد از خدمات بهداشتی و درمانی تأثیر گذار بوده اند. در ایران در سال ۱۹۹۰ پس از ۸ سال جنگ تحمیلی، ۷ درصد کودکان زیر ۱۴ سال (حدود ۲ میلیون نفر) از نعمت داشتن پدر و مادر محروم بودند که اکنون این جمعیت در سنین بلوغ و باروری هستند. در سودان همه گیری بیماری های منتقله از راه جنسی (STI's) همراه با حرکت روند جنگ داخلی به سمت جنوب کشور تغییر یافته است. در عراق و در پی جنگ اخیر و اشغال این کشور توسط نیروهای آمریکایی، شیوع خشونت علیه زنان در بغداد روند صعودی قابل ملاحظه ای را تجربه می کند. در فلسطین اشغالی نیز در طول سال های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ (انتفاضه اول) بررسی سیر ازدواج و باروری حاکی از کاهش سن ازدواج در زنان بود.

جایگاه زنان در فعالیت سیاسی در منطقه بسیار متفاوت با سایر نقاط جهان است، به طوری که سهم زنان از کرسی های پارلمانی و وزارت، کمترین در جهان است. یکی از مواردی که می تواند نشان دهنده نقش دولت ها در پررنگ نمودن حضور زنان در حوزه اجتماعی و سیاسی باشد، اعطای حق رأی به زنان است. در بین کشورهای منطقه در عربستان سعودی و امارات متحده عربی، نه تنها زنان بلکه مردان نیز تا سال ۲۰۰۵ حق شرکت در انتخابات را نداشتند؛ هر چند در کشور عربستان در سال ۲۰۰۵ برای اولین بار انتخابات برگزار گردید، اما همچنان زنان از حق شرکت در رأی گیری محروم هستند. در کشور کویت نیز زنان از حق مشارکت در انتخابات محروم هستند؛ هر چند در انتخابات برگزار شده در سال ۲۰۰۶ زنان در انتخابات شرکت کردند و ۲۷ نامزد انتخابات نیز زن بودند، اما هیچ یک نتوانستند کرسی در مجلس، به دست

آوردند. در کشور بحرین نیز حق رأی در سال ۲۰۰۱ به زنان اعطاء شد. این در حالی است که در ایران اعطاء حق رأی به زنان از منظر تاریخی به قرن‌ها قبل و زمان کوروش کبیر باز می‌گردد. وضعیت سهم زنان از کرسی‌های مجلس و مقامات وزارت در کشورهای منطقه براساس آمارهای منتشر شده در سال ۲۰۰۷ توسط World Bank Genderstats در نمودار ۲۵ نشان داده شده است.

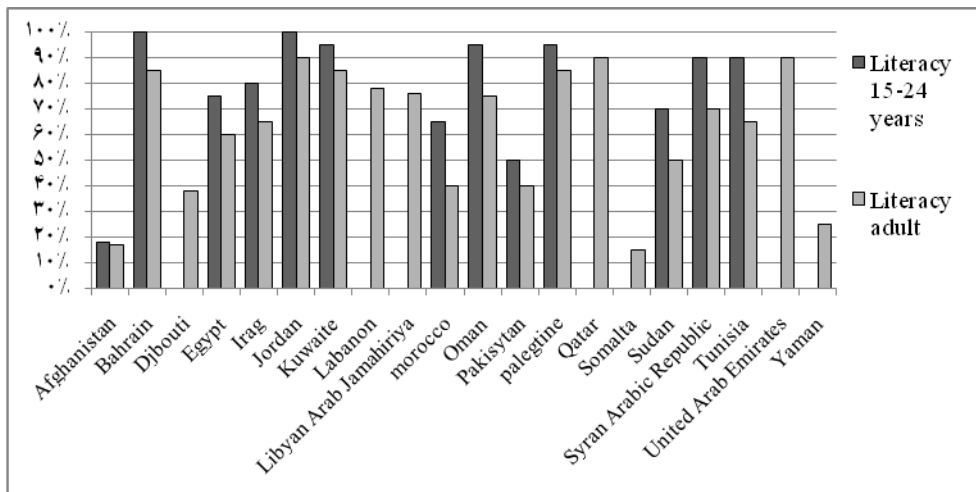


نمودار ۲۵: توزیع فراوانی نسبی کرسی‌های اشغال شده در مجلس و مقام وزارت توسط زنان در سال ۲۰۰۴ در کشورهای حوزه EMRO

از منظر اقتصادی، هفت کشور منطقه خاورمیانه جزو کشورهای پردرآمد و چهار کشور جزو کشورهای کم‌درآمد محسوب می‌شوند. حوزه کشورهای نفت خیز خلیج فارس به دلایل مختلف از جمله جنگ و فقر شاهد مهاجرت اتباع کشورهای مختلف هستند؛ مهاجران جویای کار مرد از کشورهای یمن و پاکستان و مهاجران زن از کشورهای فیلیپین و سریلانکا. در عین حال کشور ایران در پی جنگ‌های پی‌درپی در دو کشور همسایه افغانستان و عراق پذیرای مهاجران بسیاری به‌خصوص در شهرهای مرزی خود بوده است.

با توجه به عوامل فرهنگی- اجتماعی منطقه، نقش و جایگاه زنان و سلامت آنان در کانون خانواده حیاتی است؛ چرا که نابرابری‌های جنسی می‌تواند عوارضی جبران‌ناپذیر بر سلامت جامعه، خانواده و کودکان بگذارد. نابرابری‌های اجتماعی در منطقه خاورمیانه بسیار گسترده است. رتبه منطقه در میزان توانمندسازی زنان (GEM) براساس ارزیابی‌های سازمان ملل یک رتبه به آخر و قبل از کشورهای حوزه صحرای جنوبی آفریقا (Sub-Saharan Africa) است. همچنین منطقه دارای پایین‌ترین میزان مشارکت زنان در نیروی کار فعال در دنیا است (حدود ۲۶ درصد). هر چند میزان این شاخص در کشورهای مختلف منطقه متفاوت است؛

در آردن نرخ مشارکت زنان ۱۵ درصد در سال ۲۰۰۱ گزارش شده است. بالاترین نرخ مشارکت در نیروی کار فعال در کشورهای لبنان، یمن و مراکش دیده می شود و پایین ترین نرخ مربوط به کشور عربستان سعودی و کشورهای شورای همکاری خلیج فارس (GCC) با نرخ حدود ۷ درصد است. دسترسی به آموزش، یکی از شاخص های اساسی در توسعه سلامت است. براساس گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۳ بیش از نیمی از زنان عرب بی سواد هستند؛ در این میان ایران رشدی حدود ۴۵ درصد در میزان باسوادی در زنان ۱۰-۲۴ ساله را داشته و نرخ باسوادی در این گروه سنی براساس گزارش *Population Action International* در سال ۲۰۰۲ بیش از ۹۲ درصد بوده است. نمودار ۲۶ نشان دهنده درصد باسوادی در کشورهای منطقه در جمعیت زنان بالغ و زنان ۱۵-۲۴ ساله است.



نمودار ۲۶: درصد باسوادی در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ ساله زنان منطقه EMRO در مقایسه با زنان بالغ (براساس گزارش منتشر شده توسط UNESCO در سال ۲۰۰۶)

یکی دیگر از مسائل مهم در حوزه سلامت زنان نقش و میزان فعالیت سازمان های غیردولتی (NGO's) است. هر چند در کشورهایی همچون مراکش سابقه فعالیت سازمان غیردولتی در حوزه مسائل زنان به حدود ۳۰ سال می رسد، اما بیشتر سازمان های غیردولتی در کشورهای منطقه فاقد سابقه طولانی برای فعالیت در این حوزه هستند. اگرچه نقش این سازمان ها و توسعه آنها چه از نظر تعداد مراکز فعال و چه از نظر گستره فعالیت در این سال ها قابل ملاحظه بوده است؛ نمونه ای از فعالیت و نقش این سازمان ها تلاش موفقیت آمیز آنها در فلسطین بوده است که منجر به تأسیس بخش زنان در وزارت بهداشت و درمان این کشور شد.

براساس مطالعه منتشر شده در سال ۲۰۰۵ در میان کشورهای منطقه، تنها ایران و تونس به صورت واقعی دارای برنامه‌های دولتی در مورد بهداشت و سلامت جنسی و تناسلی (Sexual and Reproductive Health Programme) هستند که با همکاری سازمان‌های دولتی و غیردولتی اجرا شده‌اند.

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در بسیاری از کشورهای منطقه به‌عنوان یکی از مشکلات عمده پیشرفت سیستم بهداشت و درمان در این کشورها خصوصاً در کشورهایی که در دهه اخیر جنگ را تجربه کرده‌اند، به‌شمار می‌رود. اگر چه در کشورهایی چون قطر، امارات متحده عربی و یا اردن نسبت پزشک متخصص به جمعیت منطقه نسبتاً قابل قبول می‌نماید (۲۰۰:۱۰۰,۰۰۰)، اما در کشورهایی چون یمن (۲۲:۱۰۰,۰۰۰)، افغانستان (۱۹:۱۰۰,۰۰۰) و سودان (۱۶:۱۰۰,۰۰۰) این شاخص بسیار پایین است.

عدم دسترسی به افراد آموزش دیده برای زایمان نیز در این منطقه به‌عنوان یکی از مشکلات پیشرفت سلامت زنان مطرح است؛ هر چند در بیشتر کشورهای حوزه خلیج فارس درصد قابل توجهی از زایمان‌ها زیر نظر افراد آموزش دیده صورت می‌گیرد، اما در بعضی از کشورها این درصد بسیار پایین است. براساس آمارهای UNDP در سال ۲۰۰۶، درصد زایمان‌های انجام گرفته در زنان توسط افراد آموزش دیده در کشور افغانستان ۱۴ درصد، در یمن ۲۲ درصد، در پاکستان ۲۳ درصد و در مراکش ۴۰ درصد بوده است. این موضوع سبب گشته است تا میزان مرگ و میر مرتبط با زایمان در منطقه قابل توجه باشد؛ براساس مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۵، سالیانه ۵۰,۰۰۰ مرگ در منطقه EMRO بر اثر عوارض مرتبط با زایمان رخ می‌دهد.

بررسی شاخص‌ها و مسائل مرتبط با ازدواج به دلیل محدودیت‌های دینی و فرهنگی در بیشتر موارد به‌عنوان شاخص‌های جایگزین برای ارزیابی مسائل جنسی در منطقه مورد استفاده قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، سن ازدواج به‌عنوان یک شاخص اجتماعی - جمعیتی (Sociodemographic Factor) تأثیر به‌سزایی بر سلامت مادران، باروری و کودکان دارد. در سال‌های اخیر نه تنها در ایران بلکه در کشورهای عرب منطقه نیز سن ازدواج افزایش یافته است؛ هر چند در نقاط مختلف خاورمیانه حتی ایران، ازدواج در سنین پایین دیده می‌شود، اما براساس مطالعه منتشر شده در سال ۲۰۰۰ درصد قابل توجهی از زنان ۳۰-۳۹ ساله عرب (۷-۲۱ درصد) همچنان مجرد هستند. براساس گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۳ کشورهای عربی همچنان با شیوع بالای ازدواج‌های فامیلی، ازدواج‌های غیرمتعارف، چندهمسری و مسائل مشابه مواجه هستند. شیوع ازدواج‌های فامیلی در منطقه از ۱۸ درصد در لبنان تا ۵۶ درصد در سودان متغیر است. هر چند میزان دقیقی از ازدواج‌های اجباری دختران در دست نیست، اما نباید از کنار این موضوع نیز به‌سادگی گذشت.

گزارش سال ۲۰۰۱ در منطقه خاورمیانه و آفریقای جنوبی حاکی از این است که ۱/۶ میلیون نفر از دختران قبل از ۲۰ سالگی ازدواج کرده‌اند و سالیانه ۹۰۰,۰۰۰ نوزاد از مادران نوجوان متولد می‌شوند. در کشورهای کویت و یمن سن قانونی ازدواج برای دختران ۱۵ سال است؛ این در حالی است که در بسیاری از موارد تحریف سن دختران برای ازدواج صورت می‌گیرد. در کشور عربستان ۲۷ درصد دختران قبل از ۱۶ سالگی ازدواج می‌کنند. بدیهی است در مناطق روستایی به دلایل مختلف فرهنگی و اجتماعی سن ازدواج پایین‌تر نیز باشد.

سن پایین در زمان ازدواج می‌تواند با کاهش مدت تحصیل و مشکلات مرتبط با آن همراه گردد، خصوصاً اینکه در این‌گونه موارد، تفاوت سن زن و مرد نسبتاً قابل توجه بوده و می‌تواند سبب افزایش خشونت‌های خانوادگی (Domestic Violence)، جنسی و اقتصادی گردد. مرگ و میر مادران در کشورهای عربی تنها ۳ درصد از کل مرگ و میر مادران در جهان را شامل می‌شود که بیشتر موارد آن نیز مربوط به کشورهای یمن، سودان، مراکش و مصر است. هر چند مطالعات بزرگ پیمایشی به‌ندرت در کشورهای منطقه در حیطه بیماری‌های زنان و مرگ و میر مرتبط با آنها انجام گرفته است.

آگاهی و استفاده از روش‌ها و داروهای پیشگیری از بارداری با توجه به اثرتشان بر جلوگیری از بارداری - های ناخواسته، سقط جنین، بارداری‌های متوالی و فواصل کوتاه بین آنها و نقش استفاده از کاندوم در پیشگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه روابط جنسی (STI's) نقش بسیار مهمی در سلامت زنان دارد. گزارشات مختلف منتشر شده در منطقه حاکی از پایین بودن میزان آگاهی زنان از داروها و روش‌های پیشگیری از بارداری هستند. در عمان کمتر از ۱ درصد زنان از روش‌های پیشگیری از بارداری قبل از تولد اولین فرزندشان استفاده می‌کرده‌اند.

در میان کشورهای عربی، تنها در تونس سقط جنین به‌صورت قانونی امکان‌پذیر است؛ در کشورهای مصر، لبنان، لیبی، عمان، سوریه، امارات متحده عربی و یمن سقط تنها در شرایط حفظ جان مادر، در کشورهای کویت، مراکش و عربستان برای حفظ سلامت فیزیکی مادر و در کشورهای عراق، اردن و الجزایر به دلایل شرایط روانی مادر انجام می‌گیرد. در ایران نیز سقط جنین در جهت حفظ سلامت مادر، مجاز است.

در حوزه خاورمیانه پیرامون مسائل مرتبط با بیماری منتقله از راه جنسی (STI's) به دلایل سیاسی همچنان اطلاعات دقیقی از وضعیت موجود در دست نیست؛ کشورهای ایران، تونس و الجزایر به‌عنوان کشورهای استثناء در این مورد به‌شمار می‌روند. هر چند منطقه خاورمیانه براساس گزارش‌های موجود در دسته با شیوع پایین (کمتر از ۰/۲ درصد در بزرگسالان) قرار دارد. براساس گزارش‌های منتشر شده توسط WHO

EMRO، شیوع آلودگی به HIV در مردان بیشتر از زنان بوده و سن آلودگی در زنان کمتر از مردان است (در زنان ۲۵-۲۹ سال و در مردان ۳۵-۳۹ سال). در ایران، آزمایشات و مشاوره‌های پیش از ازدواج در گزارشات منتشر شده به‌عنوان نقطه قوت مطرح شده و به‌عنوان چارچوبی مؤثر به سایر کشورهای منطقه پیشنهاد گردیده است.

عوامل فرهنگی موجود در سلامت و بیماری در زنان

همه مردم چه شهری و چه روستایی، عقاید و عملکردهای خاص خود را در رابطه با سلامت و بیماری دارند. امروزه آشکار شده است که عوامل فرهنگی در همه ابعاد زندگی انسان از جمله سلامت و بیماری نقش دارند. همه رسوم و عقاید نیز بد نیستند، برخی از آنها براساس قرن‌ها آزمون و خطا به‌دست آمده‌اند و ارزش مثبتی دارند؛ در حالی که ممکن است برخی از عوامل فرهنگی پس از قرن‌ها تقدس یافته و بر سر راه اجرای برنامه‌های بهداشتی قرار گیرند. در حالی که اگر نیاز به تغییر رفتار باشد، مردم در مقابل اجرای برنامه جدید جبهه می‌گیرند. زنان به‌دلیل حاملگی، شیردهی، زایمان و وجود سیکل‌های قاعدگی و وجود برخی عوامل مانند عواطف و احساسات بیشتر تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار می‌گیرند. از جمله این عوامل احتمالی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- عادات غذایی، معمولاً در خانواده مردان غذایی با کیفیت و حجم بیشتر دریافت می‌کنند و زنان با وجود دوره‌های حساس، تغذیه‌ای با کیفیت پایین مصرف می‌کنند.

۲- سلامت مادر و کودک، مانند تغذیه طولانی با شیر مادر، منبع خوردن بعضی غذاها در زنان باردار، خال‌کوبی، استفاده از مواد مخدر حین یا بعد از زایمان.

۳- ازدواج در سنین پایین و عدم توانایی تصمیم گرفتن برای ازدواج.

در بعضی از نقاط دنیا فرزندان پسر را ترجیح می‌دهند، لذا دختران از مراقبت کمتری برخوردار می‌شوند.

پتانسیل بارداری و تولیدمثل قبل از این که دختران از نظر جسمی و اجتماعی از بلوغ لازم برخوردار شوند، فرا می‌رسد. بارداری و بچه‌دار شدن در دوران بلوغ و به‌خصوص در اوایل این دوران مخاطرات قابل ملاحظه‌ای را برای مادر و کودک به همراه دارد. از طرف دیگر آنهایی که زودتر بچه‌دار می‌شوند، معمولاً فرزندان بیشتر و با فواصل زمانی کمتر به دنیا می‌آورند. این، در حالی است که سالیانه بیش از نیم میلیون

زن در سرتاسر جهان عمدتاً به دلیل عوارض حاملگی و زایمان جان خود را از دست می‌دهند. سلامت زنان در سنین ۴۵-۱۵ سالگی عمدتاً تحت تأثیر نقش باروری و مادری آنها است. بنابراین تنظیم خانواده که مسائل فرهنگی متعددی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نقش حیاتی در نجات جان‌ها و کیفیت زندگی زنان دارد. تنظیم خانواده می‌تواند از حاملگی‌های ناخواسته و سقط‌های غیرقانونی خطرناک جلوگیری کند و از ساعاتی که زنان روزانه به کار منزل و کودکان اختصاص می‌دهند، بکاهد و انرژی و فرصت بیشتری برای فعالیت در عرصه‌های دیگر باقی گذارد، بی‌توجهی به بسیاری از مسائل مرتبط با سلامت زنان از آنجا ناشی می‌شود که هنوز در بسیاری از جوامع زنان را فقط ابزار بقای نسل در نظر می‌گیرند. به عبارت دیگر نقش اصلی آنان به دنیا آوردن فرزند، نگهداری از کودک و تجدید نسل فرض می‌شود. خلاصه کردن مسائل مربوط به سلامت زنان در بخش زنان و زایمان و بهداشت مادر و کودک گواهی بر این ادعا است. به علاوه تمرکز برنامه‌های جهانی بهداشت عمومی در سه دهه گذشته بر زنان در سنین باروری به‌عنوان پرورش-دهندگان نسل فردا بوده است. بیش از سه چهارم کتاب‌های مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی نیز زنان را فقط از منظر چرخه تولید مثل بررسی کرده‌اند.

اصلاح در تأمین خانگی سلامت اشاره به این واقعیت دارد که زنان با فعالیت در خانه، سلامت اعضای خانواده به خصوص کودکان و سالمندان را تأمین می‌کنند و به دلیل کافی نبودن مراقبت‌های بهداشتی، زنان ناچارند تأمین سلامت خود و اعضای خانواده‌شان را بر عهده بگیرند.

متأسفانه زنان به ندرت در بررسی و موشکافی در مورد مسائل و مشکلات مربوط به سلامت‌شان نقش داشته‌اند و در اغلب موارد این مردان بوده‌اند که به تعریف سلامت زنان پرداخته‌اند و مجموعه عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر در ایجاد و گسترش بیماری در زنان معمولاً در نظر گرفته نشده و از طرف دیگر گروه‌های خاصی از زنان و نه کل جمعیت زنان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نتایج مطالعات متعدد در سراسر جهان نشان داده که تعریف خود زنان از مسائل مربوط به سلامت‌شان با تعاریف مؤسسات پزشکی و زیست‌شناختی متفاوت است.

به علت وجود فرهنگ غالب مردسالاری در جامعه و خانواده، حضور بیشتر مردان در پست‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری و وجود اهرم‌های اقتصادی در دست آنان، متأسفانه برنامه‌ریزی برای مشارکت زنان در عرصه سلامت نسبتاً ضعیف می‌باشد. لذا اثرات نامطلوبی که موجب محدودیت پیشرفت در عرصه سلامت می‌شود، بیشتر متوجه زنان خواهد بود. در فرآیند توسعه، وضعیت زنان و مردان به صورت متعادل نبوده و همواره زنان از نظر تاریخی یک قدم عقب‌تر از مردان بوده‌اند.

در سراسر جهان در اغلب خانواده‌ها، زنان نخستین کسانی هستند که صبح از خواب بر می‌خیزند و آخرین افرادی هستند که شب به بستر می‌روند چنین زنانی چگونه می‌توانند به نیازهای سلامتی خود بیندیشند.

۴۵-۲۰ درصد زنان سنین باروری در کشورهای در حال توسعه، به‌طور معمول رژیم غذایی توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت را مصرف نمی‌کنند و نکته این است که اغلب اوقات زنان آخر از همه و کمتر از همه غذا می‌خورند و سعی در برآوردن نیازهای افراد دیگر خانواده قبل از خود دارند. کم‌خونی ناشی از فقر آهن در بیشتر از ۴۰ درصد زنان کشورهای رو به توسعه دیده می‌شود. در دوران کودکی در صورت وقوع سوء تغذیه به هر دلیل که باشد و از جمله تبعیض بین دختر و پسر در خانواده، این امر موجب محدودیت رشد و کاهش وزن زنان شده و جثه نحیف مادر اغلب به کمی وزن نوزاد در زمان تولد منجر می‌شود و حلقه معیوبی تشکیل می‌دهد. نیازهای غذایی در دوران شیردهی مساوی و یا بیشتر از زمان بارداری است.

نیمی از زنان جهان در همه سنین و ۳۲ درصد آنان در دوران بارداری کم‌خون بوده و در نتیجه ضعیف و مستعد بیمار شدن هستند. ولی بالاتر بودن موقعیت جنس مذکر اغلب موجب می‌شود که آنها هم اول غذا بخورند، هم بهترین قسمت غذا را تناول کنند.

مقوله دیگری که به شدت منتج از فرهنگ جوامع بوده و سلامت جسمی و روانی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مسئله خشونت علیه زنان است.

زنان زیادی در سطح دنیا روزانه تحت خشونت قرار می‌گیرند. خشونت، یعنی هرگونه رفتار جسمی، روانی، اجتماعی جهت آسیب رساندن به طرف مقابل. خشونت خانوادگی، رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان است.

در اعلامیه رفع خشونت علیه زنان این پدیده به‌عنوان مانعی جهت نیل به برابری توسعه و صلح معرفی شده است. در ایران به خشونت علیه زنان به تازگی توجه خاصی شده است. ثابت شده که خشونت علیه زنان سلامت روانی آنها را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد، ولی کماکان این معضل در جامعه وجود دارد و نیاز به توجه خاص به آن لازم است. از عوامل ایجاد خشونت علیه زنان در ایران می‌توان به اختلالات روانی، عدم ارتباط صحیح زن و شوهر، اعتیاد و بیکاری، دخالت دیگر اعضای فامیل اشاره کرد. شیوع همسرآزاری در ایران در مطالعات چند سال اخیر در شهرهای مختلف متفاوت بوده است.

خشونت علیه زنان، در زنان با تحصیلات دانشگاهی و وضعیت اجتماعی اقتصادی رابطه معکوس دارد. بیشتر خشونت‌ها توسط همسر وارد می‌شود و به نظر می‌رسد، خشونت‌های روانی شایع‌ترین خشونت‌ها در جمعیت ایرانی بر علیه زنان باشد.

علی‌رغم تصور عمومی که خطرات ناشی از عوامل محیطی را برای زنان خانه‌دار ناچیز می‌شمارند، مشکلات ناشی از دود آسپزی آنها را در معرض خطر ابتلا به برونشیت مزمن و بیماری‌های وخیم قرار می‌دهند. مسئول برنامه محیط‌زیست سازمان ملل متحد می‌گوید: قرار گرفتن در معرض دود و گازهای سمی ناشی از آسپزی احتمالاً شایع‌ترین عامل شغلی تهدید کننده سلامت است که تا به حال شناخته شده است. به‌طور کلی مسائل فرهنگی فصل مشترک مشکلات زنان در جهان است که در ارائه هرگونه تحلیلی از وضعیت سلامت زنان باید مورد توجه قرار گیرد.

برای ارتقاء سلامت چه باید کرد؟

راهکارهای متفاوت و متنوعی برای ارتقاء سلامت پیشنهاد می‌شود؛ اما شاید بتوان اصلی‌ترین آن را به مقوله توانمندسازی زنان مرتبط دانست. ارتقاء سلامت عبارت است از: فرآیند توانمندسازی مردم و جوامع جهت افزایش کنترل آنها بر تعیین کننده‌های سلامت، که در نهایت از این طریق به بهبود سلامت خواهد انجامید. ارتقاء سلامت به‌وسیله مردم و با همراهی مردم و نه برای مردم صورت می‌گیرد. هیچ فردی به تنهایی نمی‌تواند بر کلیه عواملی که سلامت وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند کنترل داشته باشد. بنابراین ارتقاء سلامت نه تنها شامل اعمال و اقداماتی است که به‌سوی تقویت مهارت‌ها و ظرفیت‌های افراد هدایت می‌شود، بلکه همچنین به تقویت ظرفیت گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع برای رویارویی با شرایط اجتماعی، اقتصاد زیر بنایی و محیط‌های فیزیکی که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد منجر می‌شود.

توانمندسازی، یک ساخت چند سطحی و چند بعدی دارد و شامل ادعای کنترل و تسلط مردم بر مقدرات زندگی خود در درون بافت اجتماعی-سیاسی است که در آن زندگی می‌کنند. در این فرآیند نوع احساس قدرت، تسلط و کنترل هدفمند بر اعمال خود در هنگام مشارکت در روند ارتقاء سلامت است. شاخص‌های فردی توانمندسازی شامل: عزت نفس، ظرفیت و توانایی فرد، خودکارایی و شاخص‌های اجتماعی برابری در توزیع منابع، ظرفیت حل مشکلات و شناخت مشکلات خود و محیط پیرامون و ارائه راه حل‌ها می‌باشد.

بنابراین، برای ارتقای سلامت زنان و کاهش نابرابری‌ها در سلامت می‌بایست فرآیند توانمندسازی در مورد زنان نیز انجام شود. زنان از نظر جایگاه اجتماعی و اقتصادی در مقایسه با مردان در شرایطی محروم‌تر زندگی می‌کنند که این شرایط دربرگیرنده جنبه‌های دستمزد پایین، تغذیه نامطلوب و کمبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، آموزش و مهارت‌آموزی می‌باشد. مداخلات توسعه‌ای برای توانمندسازی زنان، اغلب بر بهبود شرایط روزانه زندگی زنان تمرکز دارد. مانند بهبود شرایط معیشتی و افزایش آگاهی زنان.

عناصر اساسی در فرآیند توانمندسازی زنان عبارت هستند از:

۱. توانمندسازی یک فرآیند است، هر چند که نتیجه این فرآیند ممکن است توانمندسازی تعریف شود؛ اما به طور اخص نتیجه و محصول توانمندسازی باید به صورت توزیع مجدد قدرت بین افراد باشد.
۲. فرآیند توانمندسازی طبیعی همه جانبه دارد و چون کلیه ساختارهای قدرت را دربرمی‌گیرد، بنابراین تغییر در ساختار قدرت باید از طریق ایجاد تغییر در شرایط مادی و موقعیت اقتصادی اجتماعی رخ دهد.
۳. فرآیند توانمندسازی زنان باید ابتدا در ذهن و تفکر خود آنها آغاز شود. این به معنی تغییر دادن عقاید زنان درباره خود، حقوق، توانایی‌ها و پتانسیل‌هایی که دارند، می‌باشند.
۴. آموزش، محور فرآیند توانمندسازی می‌باشد، چون ارتقاء دانش و آگاهی اساساً یکی از فرآیندهای آموزشی است، آموزش در متن و بافت توانمندسازی ابزاری است که توانایی بسیار بالایی دارد، چرا که دسترسی به افکار و نظرات جدید و همچنین روش‌های فکر کردن را فراهم می‌سازد و در نتیجه تغییر وجود می‌آورد. آموزش توانمندسازی به ایجاد شعور و تفکر انتقادی، تفکر تحلیلی و دانش و مهارت‌ها برای اقدام در جهت تغییر منجر می‌شود.
۵. فرآیند توانمندسازی باید به صورت جمعی و گروهی شکل بگیرد. تاریخ به کرات نشان داده است که ایجاد تغییر در یک فرد، ضرورتاً به تغییر در کلیه افراد که موقعیتی مشابه دارند منجر نمی‌شود.
۶. توانمندسازی، اساساً خصلتی زیگزاگی و ماریچی دارد و یک روند چرخه‌ای نیست. این روند به تغییرات بزرگ‌تر منجر می‌شود. کسب شعور و آگاهی، شناخت مشکل، اقدام برای تغییر و تجزیه و تحلیل اقدام گرفته موجب ارتقاء به سطوح بالاتری از شعور فردی و جمعی خواهد شد.
۷. تغییرات تناوبی توانمندسازی، کلیه افراد درگیر در فرآیند را دگرگون خواهد کرد. بنابراین توانمندسازی نمی‌تواند به صورت یک جانبه و یا بالا به پایین باشد.

مشارکت زنان در امر سلامت

توانمندسازی و مشارکت، رابطه متقابل و آرگانیک دارند و در هنگام تعامل، اثرات تقویت کننده در فرآیندهای مختلف به وجود خواهند آورد. توانمندسازی زمینه‌های مشارکت را فراهم می‌سازد و مشارکت به نوبه خود توانمندسازی افراد، گروه‌ها و جوامع را تقویت می‌کند و روح پایداری و استحکام در آن می‌دمد. مشارکت، فرآیندی است که در آن مردم محلی می‌توانند با هم برای ایجاد تغییر در زندگی خود کار کنند و در تصمیم‌گیری در رابطه با مسائل پیرامون زندگی خود نقش فعال داشته باشند.

مشارکت باعث تشریک مساعی و منابع، فهرست نمودن تخصص‌ها، بهبود کیفیت پروژه‌ها و طرح‌ها، ایجاد اتحاد و تفاهم، تسریع در توسعه مردم سالار، استفاده از زمان، بهبود پاسخ‌گویی به نیازهای در حال تغییر، فراتر رفتن از نیازمندی‌های قانونی، به دست آوردن منابع، افزایش پایداری و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. هدف از مشارکت و توانمندسازی در امر سلامت توسعه اجتماعی و سازماندهی اجتماعی می‌باشد. توسعه اجتماعی، فرآیندی است که در آن سطح بالایی از مشارکت فعال جامعه در کلیه جوانب فعالیت‌های یک مداخله وجود دارد و در واقع مرحله بالاتری از سازماندهی اجتماعی است. توسعه اجتماعی در مقوله سلامت، تأکید و تمرکز بر مداخله‌ها و برنامه‌هایی دارد که شامل شاخص‌هایی مثل نرخ رشد، میزان اشتغال، طرح‌ها و برنامه‌های زیربنایی اقتصادی اجتماع می‌باشد که در سازماندهی اجتماعی ظرفیت و توانایی جوامع در حل مشکلات را تسریع می‌کند. توسعه مهارت‌های ارتباطی، شکل دادن به شبکه‌های اجتماعی و مهیا ساختن ظرفیت اجتماعی برای سازماندهی و مشارکت در حل مشکلات و ایجاد تغییرات لازم از اجزای مهم فرآیند سازماندهی اجتماعی محسوب می‌شود.

چهار گام عمده جهت تقویت مشارکت زنان

۱- آگاه‌سازی و ایجاد اعتماد: آگاه‌سازی، اعضاء جامعه را برای شناسایی مشکلات و امکانات و پیدا کردن راه‌حل‌ها توانمند می‌سازد. ایجاد اعتماد به مردم کمک می‌کند تا اعتماد در میان زنان جامعه، کارکنان دولت، کارکنان سازمان‌های غیردولتی و سایر ذی‌نفعان شکل گرفته، تا بتوانند به‌طور مشترک با مشکلات برخورد کرده و منابع ضروری را برای بهبود وضع موجود در جوامع مورد نظر بسیج کنند. آگاه‌سازی و ایجاد اعتماد، زمینه مشارکت را از طریق گفتگوهای دو جانبه و چندطرفه، برنامه‌های بسیج عمومی، آموزش زنان بزرگسال و کلاس‌های نهضت سوادآموزی، فراهم می‌کند.

۲- بسیج اجتماعی: بسیج اجتماعی برای اقدامات جمعی، مردم را برای برخورد با مشکلاتی که خارج از ظرفیت و توان فردی آنان است توانمند می‌سازد. این فرآیند شامل فعالیت‌های زیر است:

- ایجاد تغییرات نگرشی و رفتاری در جوامع.
- حمایت و تشویق نقش‌ها و مسئولیت‌های مناسب برای فعالیت‌های جمعی و اشتراکی.

- شکل دادن به احترام متقابل در میان کلیه بخش‌های اجتماع.
- ایجاد و یا تقویت نهادها، گروه‌ها و سازمان‌ها.
- توسعه و اعتلای رهبری.

یکی از چالش‌های عمده در این زمینه، آغاز یک حرکت و یا بسیج اجتماعی می‌باشد که باید طرح مناسبی برای خلق پویایی درونی مورد نیاز جامعه، بدون تحمیل ارزش‌ها و افکار بیگانه بر آنها طراحی شود.

۳- تجزیه و تحلیل مشارکتی برنامه‌ریزی و اقدام: گروه‌های مشارکتی زنان باید تشویق شوند تا طرح‌های توسعه و فعالیت‌های مرتبط با آن را تدوین و اجرا کنند. تحلیل‌گران و کارشناسان خارجی (مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت) می‌توانند نقش حمایتی مورد نیاز را به وسیله آغاز چنین فرآیندی ایفا نمایند. اما نقش این عوامل، صرفاً در ارائه راه‌حل‌های از پیش تعیین شده و آماده نیست، بلکه نقش آنها در حمایت از فرآیند اقدام مشترک و دریافت بازخورد، تبلور پیدا می‌کند. نقش عمده و رهبری این گروه‌ها، از طریق زنان عضو هر گروه ایفا می‌شود چون آنها از شرایط ویژه و مشکلات آگاهی کامل دارند و مجریان نهایی پروژه‌ها هستند.

۴- پایش و ارزشیابی: پایش و ارزشیابی به وسیله ذی‌نفعان مختلف و کارشناسان خارجی یکی از عوامل بهبود مستمر فعالیت‌های توسعه اجتماعی است و می‌تواند در انتشار و ترویج موفقیت‌آمیز عملکردها، مؤثر واقع شود. از این راه تجارب فردی و گروهی به یک استراتژی عام توسعه اجتماعی تبدیل می‌شود و بر چارچوب کاری سیاست‌گذاری تأثیر می‌گذارد.

منابع

۱. آزاد بخت ل. میرمیران پ. عزیزی ف. بررسی شیوع و عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان تهرانی: مطالعه قند و لیپید تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال پنجم، ضمیمه شماره ۴، ۳۸۷-۳۷۹. زمستان ۱۳۸۲.
۲. آقاملایی ت، زارع ش. الگوی استعمال سیگار و قلیان در جمعیت بالای ۱۵ سال بندرعباس، یک مطالعه جمعیتی مجله پزشکی هرمزگان، سال یازدهم، شماره چهارم، زمستان ۸۶، صفحات ۲۴۶-۲۴۱.
۳. آملی ا. (۱۳۸۰). اشتغال زنان. نشریه نافه، سال اول، شماره ۱۱ و ۱۲، فروردین و اردیبهشت ۱۳۸۰: ۶۶-۶۴.
۴. ابونوری ا، اسانوندی ا. برآورد و ارزیابی سازگاری شاخص های نابرابری اقتصادی با استفاده از ریز داده ها در ایران. مجله تحقیقات اقتصادی. شماره ۷۱، زمستان ۱۳۸۴، ص ۲۱۰-۱۷۱.
۵. احمدنیا ش. (۱۳۸۳). اثر اشتغال بر سلامت زنان. رفاه اجتماعی سال سوم. شماره ۱۲، بهار ۱۳۸۳: ۱۸۰-۱۵۸.
۶. ارسلان بدم. تغییرات توزیع درآمد در مناطق روستایی و شهری ایران. اقتصاد کشاورزی و توسعه - شماره ۴۵ - بهار ۱۳۸۳.
۷. افشار ا.ه. (۱۳۸۷). زن، اجتماع، اشتغال و پیامدهای آن. روزنامه رسالت ۴/۸۷-۲۵: ۲۰.
۸. ام‌البنین چابکی ا. آموزش و جنسیت در ایران، مطالعات زنان، سال اول، شماره ۲، ۱۳۸۲.
۹. ایران در آینه آمار ۱۳۸۷، شماره ۲۸ اردیبهشت ۱۳۸۹.
۱۰. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری ایران سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۶. مدیریت کل آمارهای اقتصادی، اداره آمار اقتصادی، دایره شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی.
۱۱. برزیگر الف، شجاعی تهرانی ح. بررسی شیوع مهمترین عوامل خطر بیماری آترواسکلروز در شهرستان صومعه سرا در سال ۱۳۷۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. دوره ۴، شماره ۴، پاییز ۱۳۷۶، ص ۱۸۹-۱۸۲.
۱۲. پناهی ر، مرسلی ا. بررسی نابرابری اشتغال شهری - روستایی کشور طی سال های ۱۳۸۵-۱۳۳۵. اقتصاد کشاورزی و توسعه، سال چهاردهم، شماره ۵۶، زمستان ۱۳۸۵.

۱۳. پیمان ح. مقایسه چند ویژگی اجتماعی اقتصادی خانوارهای فقیر و غیرفقیر. فصلنامه جمعیت شماره ۵۷ و ۵۸. پاییز و زمستان ۱۳۸۵، ص ۶۱.
۱۴. تأسیس اولین مدرسه دخترانه، روزنامه قدس ۱۳۸۸/۱/۳۱. Qudsdaily.com.
۱۵. تحولات اقتصادی، اجتماعی کشور از نگاه آمار. سازمان مدیریت و برنامه ریزی، مرکز آمار ایران. تهران، ۱۳۸۴.
۱۶. حاجیفرجی م، اسفرجانی ف، روستایی ر. و همکاران. بررسی وضعیت تن سنجی نوجوانان مدارس دولتی شرق تهران، سال ۱۳۸۵. مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران. سال دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۳۷ تا ۴.
۱۷. حقدوست، ع ا و همکاران. (۱۳۸۷). بررسی و تحلیل اسنادی اقدامات کشور در جهت رفع محرومیت و برقراری عدالت در سلامت در طول سال های بعد از انقلاب اسلامی در ایران. گزارش طرح تحقیقاتی. به سفارش دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی.
۱۸. خداداد کاشی ف، باقری ف، حیدری خ، خداداد کاشی ا. اندازه گیری شاخص های فقر در ایران کاربرد انواع خط فقر، شکاف فقر، شاخص فقر ۱۳۶۳-۱۳۷۹. پژوهشکده آمار، گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی، ۱۳۸۱.
۱۹. ذاکر صالحی غ. (۱۳۸۰). در توسعه مشارکت زنان در آموزش عالی. صدیقه شکوری راد. تهران: دفتر مطالعات و برنامه ریزی فرهنگی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
۲۰. رام پناهی ن. گزارش مستند ارزیابی تغییرات شاخص های آماری وضعیت زنان در جمهوری اسلامی ایران طی سه دهه گذشته "از سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵". (۱۳۸۷). شورای فرهنگی و اجتماعی زنان.
۲۱. رضایی پور ا. یوسفی ف. محمودی م، شاکری م. ارتباط رفتارهای تغذیه ای و فعالیت فیزیکی دختران نوجوان با درک آنان از شیوه زندگی والدین. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۳، شماره ۳، ۱۳۸۶، ۲۵-۱۷.
۲۲. رمضانی تهرانی ف، حجازی ف، افلاکی س. عوامل مؤثر بر استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قزوین. شماره ۱۴، تابستان ۱۳۷۹، ص ۳۷.
۲۳. روزنامه آفتاب، (۲۹/ ۱۳۸۶/۵)، بی بی خانم استرآبادی، مؤسس اولین مدرسه دخترانه www.aftab.ir.

۲۴. زالی م ر، محمد ک، مسجدی م ر. بررسی سلامت و بیماری در ایران ۷۰-۱۳۶۹. نشریه شماره ۲۵ کل کشور. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تیر ۱۳۷۲.
۲۵. زعفرانچی ل. (۱۳۸۸). اشتغال زنان (مجموعه مقالات و گفتگوها). تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان به سفارش مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری.
۲۶. زیبایی نژاد م. (۱۳۸۸)، اشتغال زنان؛ عوامل، پیامدها و رویکردها (از نگاه مدیریت اجتماعی). در اشتغال زنان (مجموعه مقالات و گفتگوها). تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان به سفارش مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری. ۱۰۴-۲۱.
۲۷. سازمان جهانی بهداشت، واژه نامه ارتقای سلامت، ترجمه محمد پوراسلامی، سمیرا ایار، حمیده سرمست، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۹- ص ۱۹-۲۱.
۲۸. سازمان مدیریت و برنامه ریزی، مرکز آمار ایران. تحولات اقتصادی، اجتماعی کشور از نگاه آمار. تهران، ۱۳۸۴.
۲۹. سمنانی ش، کشتکار ع. برآورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. سال پنجم، شماره ۱۲، پاییز و زمستان ۱۳۸۲. ص ۵۳.
۳۰. سوید م، دبیری غ. مقایسه منحنی رشد وزنی و قدی نوجوانان پسر دبیرستانی شهر شیراز در دو سطح اقتصادی مختلف در سال ۷۹-۱۳۷۸. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال چهارم، شماره ۱۲، ۲-۱۲۱. تابستان ۱۳۸۱.
۳۱. سید نوزادی م. کتاب جامع بهداشت عمومی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران، ۱۳۸۷.
۳۲. شکوری ع. پژوهشی در توسعه و نابرابری در مناطق روستایی (روستاهای برگزیده شهرستان مرنند). پژوهش های جغرافیایی، شماره ۴۱، اسفند ۱۳۸۰.
۳۳. صادقی ح، عبدالهی حقی س، عبدا... زاده ل. توسعه انسانی در ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ششم، شماره ۲۴، ۱۳۸۶، ص ۲۸۳.
۳۴. صادقی حسن آبادی م. کلیات بهداشت عمومی. انتشارات گپ، تهران. ۱۳۸۶.
۳۵. صادقی فسایی س، کلهر س. ابعاد شکاف جنسیتی و میزان تحقق کاهش آن در برنامه سوم توسعه. پژوهش زنان، دوره ۵، شماره ۲، پائیز ۱۳۸۶: ۲۸-۵.

۳۶. طهرانی بنی‌هاشمی آ، امیرخانی م، حقدوست ع ا و همکاران. سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی بهار و تابستان ۱۳۸۶؛ ۴(۱): ۹-۱.
۳۷. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ (<http://amar.sci.org.ir>).
۳۸. مرکز آمار ایران، گزیده شاخص‌ها و نماگرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ (<http://amar.sci.org.ir>).
۳۹. نعمت‌الهی پ. حذف سهم زنان در تولید ملی اقتصاد مردگرا. روزنامه سرمایه. شماره ۷۷۸، ۱۶ تیر، ۱۳۸۷.
۴۰. مرکز آمار ایران، مرگ و میر کودکان در ایران، روندها و شاخص‌ها (۱۴۰۰-۱۳۳۵) (<http://amar.sci.org.ir>).
۴۱. نقوی م. سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۲.
۴۲. محرابی س، دلاوری ع، مرادی ق و همکاران. مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایران، سال ۱۳۸۴. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۸۶، دوره ۳، شماره ۱ و ۲: صفحات ۱ تا ۹.
۴۳. عزیزی ت، هراتی ه. ارتباط شاخص‌های تن‌سنجی با شیوع دیابت در جمعیت شهری تهران. جلد ۷، شماره ۲ - (تابستان ۱۳۸۴)، ص ۱۱۰-۱۰۳.
۴۴. عزیزی ف. آموزش علوم پزشکی چالش‌ها و چشم‌اندازها. معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران. ۱۳۸۲.
۴۵. علیزاده هنجنی ح م، فضائلی اع. وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت در ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹. ۱۳۸۴.
۴۶. فربخش ف، شفیعی زاده ط، رمضانخانی ع و همکاران. بررسی ارتباط بین شاخص توده بدنی و عوامل اجتماعی دموگرافیک زنان ۴۴-۱۵ ساله استان تهران. پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۱۳۳ تا ۱۳۹.

۴۷. قدسی د، محبوب س، امیدوار ن و همکاران. ارزیابی لیپیدهای سرم در دختران نوجوان دبیرستانهای شهر تبریز و ارتباط آن با عوامل اجتماعی اقتصادی. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. سال ششم، شماره ۱، ص ۶۲-۵۵ (بهار ۱۳۸۳).
۴۸. کیمیاگر م، باژن م. فقر و سوء تغذیه در ایران. رفاه اجتماعی ۱۳۸۴؛ ۵(۱۸): ۱۸-۱.
۴۹. گزارش وضعیت زنان در جمهوری اسلامی ایران. مرکز امور زنان و خانواده و گزارش وضعیت زنان طی سال های ۱۳۸۵-۱۳۵۵. (۱۳۸۵) معاونت طرح و برنامه مرکز امور زنان و خانواده.
۵۰. گزارش وضعیت زنان طی سال های ۱۳۸۵-۱۳۵۵. (۱۳۸۵) معاونت طرح و برنامه مرکز امور زنان و خانواده. سایت مرکز.
۵۱. گشتاسبی آ، منتظری ع، وحدانی نیام س و همکاران. ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی: یک مطالعه جمعیتی. فصلنامه پایش، سال دوم شماره سوم، تابستان ۱۳۸۲. ۱۸۹-۱۸۳.
۵۲. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS) ۱۳۷۹.
۵۳. متفکر م، صدر بافقی س م، رفیعی م. و همکاران. بررسی اپیدمیولوژی میزان فعالیت بدنی در جمعیت شهری استان یزد. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۴، تیر ۱۳۸۶، ص ۷۷-۸۱.
۵۴. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری. "از سال ۱۳۷۷ تا سال ۱۳۸۵ شاخص توسعه انسانی کشور سالانه یک درصد بهبود یافته است". نشریه برنامه، شماره ۲۷۵. <http://www.spac.ir/barnameh/275/index.htm>
۵۵. موحدی م، حجاری زاده ب، رحیمی ا و همکاران. روند تغییرات شاخص های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آنها در جمعیت روستایی کشور. مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۸۶، دوره دهم، شماره چهارم.
۵۶. میر میران پ، محمدی نصر آبادی ف، اله وردیان س، عزیزی ف. رابطه میزان تحصیلات و تأهل با دریافت های غذایی، چاقی و سایر عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی (مطالعه قند و لیپید تهران).

- پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی. سال ۲۶، شماره ۴، ص ۲۷۱ تا ۲۸۰. ۱۳۸۱.
۵۷. ماهر ع. بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران. رفاه اجتماعی، پاییز ۱۳۸۴؛ ۵(۱۸):۱۲۹-۱۴۸.
۵۸. مجمع تشخیص مصلحت نظام، قوانین برنامه توسعه www.maslehat.ir.
۵۹. مرتضوی ز، شهرکی پور م. شاخص توده بدن (BMI) در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق)، تابستان ۱۳۸۱؛ ۴(۲):۸۱-۸۶.
۶۰. مرکز آمار ایران. نتایج آمارگیری از نیروی کار ۱۳۸۷. تهران: ۱۳۸۸.
۶۱. مرکز آمار ایران. نتایج طرح آمارگیری نیروی کار بهار ۱۳۸۹.
۶۲. مرکز آمار ایران. نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵.
۶۳. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری ۱۳۷۵. اسفند ۱۳۶۶.
۶۴. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری ۱۳۶۶.
۶۵. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری ۱۳۸۵.
۶۶. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری ۱۳۸۶.
۶۷. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری ۱۳۸۷.
۶۸. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری ۱۳۸۸.
۶۹. مرکز آمار ایران. نتایج طرح آمارگیری نیروی کار بهار ۱۳۸۹.
۷۰. موسوی انزهایی م. (۱۳۸۶/۵/۲۲)، بی بی خانم استرآبادی مؤسس نخستین مدرسه دخترانه، روزنامه اعتماد، شماره ۱۴۶۵: ۸.
۷۱. ناجی راد م ع. موانع و مشارکت زنان در فعالیت های سیاسی- اقتصادی ایران پس از انقلاب. (۱۳۸۲). تهران: کویر.

۷۲. نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۴.
۷۳. نقوی م و همکاران. دگرگونی سیمای سلامت در روستان شینان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴.
۷۴. نوربالا ا ع، محمد ک. بررسی سلامت و بیماری در ایران. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. خرداد ۱۳۸۰.
۷۵. وبسایت سازمان بهزیستی www.behzisty.ir.
۷۶. وبسایت کمیته امداد امام خمینی www.emdad.ir.
۷۷. وبسایت www.iranwomen.org.
۷۸. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر آمار و فن آوری اطلاعات <http://sit.behdasht.gov.ir>.
۷۹. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه. پژوهشی در وضعیت ریزمغذی‌های ایران ۱۳۸۰، ۱۳۸۵.
۸۰. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف). سیمای تغذیه کودکان در استان‌ها ۱۳۷۷، ۱۳۷۸.
۸۱. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، ۱۳۸۶.
۸۲. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، نظام جامع تأمین اجتماعی www.refah.gov.ir.
۸۳. همتی مقدم ا. (۱۳۸۷). تبیین مفهوم «سلامت». <http://bpdanesh.ir/detailnews.asp?id=6302>. نقل از فصلنامه ذهن، شماره ۱۹.
84. Hosseinpoor A, Naghavi M, Alavian SM, et al. Determinants of Seeking Needed Outpatient Care in Iran: Results from a National Health Services Utilization Survey. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 439 – 445.
85. Moradi-Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Equality in Safe Delivery and Its Determinants in Iran. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 446 – 451.

86. Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, et al. WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. *The Journal of Rheumatology* 2008; Vol 35(7): 1384-1390.
87. Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadehkermani M: Epidemiology and Heterogeneity of Hypertension in Iran: A Systematic Review. *Arch Iranian Med* 2008; 11 (4): 444 – 452.
88. Caballero, B., A Nutrition Paradox - Underweight and Obesity in Developing Countries. *N. Engl. J. Med.*, 2005. 352(15): p. 1514-16.
89. Fontaine, K.R., et al., Years of life lost due to obesity. *JAMA*, 2003. 289: p. 187-93.
90. World Health Organization, Obesity: preventing and managing the global epidemic, in WHO Technical Report Series. 2000.
91. Urek, R., M. Crncevic-Urek, and M. Cubrilo-Turek, Obesity - a global public health problem. *Acta Med Croatica*, 2007. 61: p. 161-64.
92. The Statistical Center of Iran, Iran Statistical Year Book. 2006, Tehran: The Statistical Center of Iran. 800.
93. Hosseini, M., R.G. Carpenter, and K. Mohammad, Growth charts for Iran. *Ann Hum Biol*, 1998. 25(3): p. 237-47.
94. Ghorbani, R. and A.A. Nazari, Prevalence of obesity and some factors associated with in Semnan population aged 20-55 years. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences*, 1999. 1(2): p. 19-24.
95. Romero-Corral, A., et al., Diagnostic performance of body mass index to detect obesity in patients with coronary artery disease. *European Heart Journal* 2007. 28: p. 2087–2093.
96. Bakhshi, E., et al., Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: results from the National Health Survey. *Journal of Public Health*, 2008. 30(4): p. 429-435.
101. Azadbakht, L., P. Mirmiran, and F. Azizi, Variety scores of food groups contribute to the specific nutrient adequacy in Tehranian men. *Eur J Clin Nutr*, 2005. 59(11): p. 1233-40.
102. Navaei, L., et al., The epidemiologic study of hyper lipidemia and obesity in Islamshahr. *The scientific journal of Shahid Beheshti University of medical sciences*, 1998. 2 :p. 71-80.
103. Nasiri, R.H., N. Salarkia, and M. Jarahi, The prevalence of obesity and eating pattern in young women in Tonekabon, Iran 2004: PO0036. [Abstract]. *Obesity Reviews* September, 2006. 2: p. 127.
104. <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/2let/en/index.html>. [Cited].

105. Healthy life expectancy: technical paper. ScotPHO website pages on healthy life expectancy published on 16 December 2008. Available on: <http://www.scotpho.org.uk/nmsruntime/saveasdialog.asp?IID=4717&sID=4023>. [Cited].
106. Mathers CD and et al, Methods for Measuring Healthy Life Expectancy, in Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. 2003, World Health Organization: Geneva.
107. UNICEF, The state of the World's children 2006. 2006.
108. WHO, Country cooperation strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran 2005–2009. 2006. p. 29.
109. WHO, Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000. 1987.
110. The impact of women's leadership in health and welfare systems development. 2003.
111. Mathers, C.D., et al., Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. The Lancet, 2001. 357.
112. UNICEF, The state of the World's children 2001. 2001.
113. Lopez, A.D., et al., Life tables for 191 countries: Data, Methods and Results. 1999, World Health Organization.
114. Human Development Report 2001, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, 2001.
115. Human Development Report 2003, Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP, 2003.
116. Human Development Report 2004, Cultural liberty in today's diverse world UNDP, 2004.
117. Human Development Report 2005, International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. UNDP, 2005.
118. Human Development Report 2007/2008, Fighting climate change: human solidarity in a divided world. UNDP, 2007.