



سند توسعه سلامت زنان استان کرمان

فهرست مطالب

۵.....	دیباچه.....
۷.....	مقدمه استانداری کرمان.....
۹.....	خلاصه اجرایی.....
۱۴.....	کلیات.....
۱۴.....	ضرورت و هدف تدوین سند.....
۱۴.....	مراحل انجام پروژه سند توسعه سلامت بانوان استان کرمان.....
۱۵.....	الف) تحلیل وضعیت موجود و تعیین مسائل سلامت.....
۱۵.....	ب) تعیین عوامل موثر بر سلامت و بیماری ها.....
۱۶.....	ج) تحلیل اسناد بالادستی.....
۱۶.....	د) تحلیل تجارب سایر کشورها.....
۱۶.....	ه) تعیین استراتژی های مناسب.....
۱۶.....	ه) نگاشت نهادی و الزامات اجرایی.....
۱۶.....	نحوه نگارش فصول سند.....
۱۷.....	فصول اول و دوم: معرفی استان کرمان و وقایع حیاتی و جمعیتی.....
۱۷.....	فصل سوم: اولویت های بیماری ها و علل مرگ و میر زنان استان.....
۱۷.....	فصل چهارم: وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان استان.....
۱۷.....	فصل پنجم: شناسایی عوامل خطر بیماری ها و علل مرگ و میر.....
۱۸.....	فصل ششم: مرور اسناد بالادستی و تجربیات بین المللی در زمینه ی سلامت زنان.....
۱۸.....	فصل هفتم: ارائه راهکارهای ارتقاء سلامت زنان و تعیین نقش سازمان ها و نهادهای مرتبط.....
۱۸.....	ماموریت.....
۱۸.....	چشم انداز.....

۱۹..... ارزش های حاکم بر سند.....

Error! Bookmark not defined...... فصل اول: معرفی استان کرمان

۲۱..... مقدمه

۲۱..... جغرافیای استان

۲۲..... آب و هوای استان کرمان.....

۲۳..... مخاطرات طبیعی آب و هوا در استان.....

۲۵..... زندگی عشایری

۲۶..... زندگی روستایی.....

۲۶..... زندگی شهری

۲۷..... دین و مذهب

۲۸..... روحیه و منش مردم و زنان استان

۳۱..... فصل دوم: وضعیت وقایع حیاتی و جمعیتی استان

۳۲..... مقدمه

۳۲..... جمعیت، نسبت جنسی و متوسط رشد سالانه ی جمعیت

۳۶..... تعداد موالید ثبت شده در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۹۴.....

۳۷..... تعداد فوت ثبت شده در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۹۴.....

۳۹..... تعداد ازدواج و طلاق ثبت شده در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۹۴.....

۴۰..... شاخص بعد خانوار

۴۱..... میزان باروری کلی

Error! Bookmark not defined...... فصل سوم: اولویت های بیماری ها و مرگ و میر

۴۴..... مقدمه

۶۵..... مرگ در اثر بیماری های قلبی عروقی.....

۶۵..... مرگ در اثر دیابت

- مرگ در اثر بیماری های مزمن ریوی و تنفسی ۶۶
- مرگ در اثر سرطان ها ۶۷
- مرگ در اثر بیماری های ناشی از فشارخون ۶۹
- مرگ در اثر تصادفات ۶۹

فصل چهارم: وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت **Error! Bookmark not defined.**

- مقدمه ۷۵
- دسترسی و استفاده از منابع و خدمات ۷۵
- سواد و تحصیلات ۷۹
- دسترسی به رسانه های گروهی ۸۰
- آگاهی صحیح درباره ی ایدز ۸۲
- دسترسی های جغرافیایی ۸۲
- پوشش مراقبتهای زایمانی و دوران بارداری ۸۳
- دسترسی مالی ۸۴
- سواد سلامت ۸۵
- موانع جنسیتی در دسترسی به خدمات سلامت ۸۶
- شاخص های شیوه ی زندگی ۸۷
- استعمال دخانیات ۸۸
- سرپرستی خانوار ۸۹
- وضعیت تاهل ۹۰
- رضایت از زندگی ۹۲
- فرهنگ ۹۲
- تغذیه ۹۳

فصل پنجم: عوامل خطر بیماری ها و مرگ و میر **Error! Bookmark not defined.**

مقدمه ۹۶

Error! Bookmark not defined...... فصل ششم: تجربیات بین المللی و اسناد بالادستی

مقدمه ۱۰۹

Error! Bookmark not defined...... فصل هفتم: راهبردها و تعیین نقش سازمان های ذریبط

Error! Bookmark not defined...... منابع:

دیباجه

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید از مهم ترین نعمت های خدادادی و الزام رشد و کمال انسان است. سلامت، شرط ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و همه در صورتی می توانند فعالیت مناسب در جامعه داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند.

اهمیت توجه به سلامت زنان در سالهای اخیر بدلیل نقش کلیدی آنها در فرایندهای مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ... جامعه، پرترازی قبل شده است. ارتقاء سلامت زنان، در سلامت خانواده ها و نشاط جامعه اثر فراوانی دارد. علاوه بر اینکه سلامت حق اساسی تمامی زنان است؛ زنان شاد و سالم در جامعه، فرزندان و نسلی شاد و سالم تربیت خواهند کرد. با توجه به روحیات خاص و شرایط ویژه بیولوژیکی زنان و نقش های گسترده ی آنان در جامعه امروز، تعریف سلامت زنان، نه تنها نباید به سلامت باروری و جنسی محدود گردد؛ بلکه همچنین لازم است سایر ابعاد سلامت همانند بعد روحی، معنوی و عاطفی (علاوه بر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی) در سلامت آنها مورد توجه ویژه قرار گیرد.

هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می آید، می بایست در به کار بردن این مفهوم دقت کنیم چرا که مفهومی متغیر در بین دو جنس محسوب می شود. درست است که میزان مرگ و میر

زنان در برخی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما زنان در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند؛ شیوع برخی بیماری ها در میان آنها بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات سلامت، شرایط نامساعدتری دارند. از همین رو در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در ارائه ی راهکارها و راهبردهای ارتقاء سلامت زنان، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

مقوله ی سلامت و به خصوص سلامت زنان، مقوله ای بسیار گسترده و وسیع بوده که بایستی تمامی دستگاهها و سازمانها برای ارتقاء آن تلاش کنند. ایجاد تغییرات مثبت در شیوه ی زندگی زنان، فراهم کردن بسترهای مناسب برای اشتغال زنان در محیطی سالم، فراهم کردن زمینه های مناسب فرهنگی و اجتماعی و آموزش به مردان جامعه برای درک تفاوت های سلامت دو جنس و اهمیت بیشتر به سلامت زنان، آموزش به زنان برای خودمراقبتی و حفظ سلامت خود و ... ، از عهده ی یک نهاد به تنهایی بر نمی آید و تلاش تمامی جامعه و حتی خود زنان را می طلبد. نیاز به مشارکت بین بخشی برای ارتقای سلامت زنان، می طلبد که استراتژی های مناسب و هماهنگی توسط سازمانهای مرتبط در استان دنبال شود و در این سند سعی گردیده این استراتژی ها معرفی گردد. امید که با تدوین این سند، گامی هر چند کوچک در جهت ارتقای سلامت زنان استان برداشته شود.

دکتر علی اکبر حقدوست

معاون برنامه ریزی و هماهنگی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

پیام ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه استانداری کرمان

استان کرمان با در بر گرفتن بیش از یازده درصد از وسعت ایران، از لحاظ وسعت خاکی بزرگ ترین استان کشور می باشد. این استان به نوعی مرجع صنعتی، فرهنگی، کشاورزی دانشگاهی - علمی، مذهبی و سایر شاخص ها در میان استان های منطقه جنوب شرق می باشد .

یکی از مولفه های اصلی و بسیار مهم در شکوفایی هر چه بیشتر استان کرمان در تمامی زمینه های صنعت، کشاورزی و ...، حفظ و ارتقاء سلامت افراد در این استان می باشد. در این رابطه، سلامت زنان از اهمیت ویژه تری برخوردار است.

عبارت "زنان قلب خانواده هستند"؛ در بسیاری از متونی که به بررسی اهمیت جایگاه زن و سلامت زنان پرداخته اند؛ به چشم می خورد. در وصف عمیق تر این عبارت زیبا، می توان گفت، زنان محور و مدار اصلی بنیان مقدس خانواده و سلامت تمام اعضا خانواده می باشند.

علاوه بر این، زنان خود، یکی از عناصر و ارکان مهم در ارائه خدمات سلامتی به جامعه می باشند. پرستاران دلسوز، چه در مراکز ارائه دهنده مراقبت سلامت و چه در منازل به عنوان مراقبین اعضای خانواده، اغلب، بانوان جامعه می باشند. همچنین بخش قابل توجهی از گردانندگان چرخ های اقتصاد کشور در مشاغل مختلف و جایگاههای رفیع علمی، زانی هستند که دوشادوش مردان فعالیت می کنند و ارزش افزوده را برای خانواده و جامعه فراهم میسازند.

درآموزه های دینی نیز به جایگاه زن و مادر و سلامت وی بسیار توجه شده است؛ و زن را رکن اصلی کانون مقدس خانواده معرفی نموده است. سلامت زنان، چه در جایگاه مادر، فرزند، همسر و یا شاغل، بسیار حائز اهمیت است. بسیاری از بانوان علاوه بر رسالت خانوادگی؛ رسالت اجتماعی و شغلی هم بر عهده دارند لذا؛ بانوان، آسیب پذیرتر از مردان بوده؛ و از طرفی سلامت آنها تاثیرات وسیعی در همه ابعاد اقتصادی، اجتماعی و روحی و روانی جامعه دارد. در جهت بهتر دیده شدن حق زنان برای برخورداری از یک زندگی سالم، سند حاضر گامی کوچک برای ارتقاء سلامت بانوان استان کرمان می باشد، که باید با تعامل و همراهی مدیران درون سازمانی و بیرون سازمانی به راهکارهای کاربردی سند توجه گردد، تا موجبات سلامت زنان دیار کریمان فراهم گردد .

"واخر دعوانا ان الحمد لله رب العالمین"

فاطمه السادات حسینی

مشاور ومدیر کل امور بانوان و خانواده استانداری کرمان

خلاصه اجرایی

زنان به عنوان نیمی از جمعیت و بخش مهمی از نیروی انسانی، سهم عمده ای در توسعه دارند. تامین سلامت این بخش عظیم از جامعه، علاوه بر به حرکت درآوردن بخش های مختلف اقتصاد، در پیشبرد هدف های اجتماع نقش عمده ای خواهد داشت؛ چرا که ارتقاء سلامت بانوان یک جامعه، در واقع ارتقاء سلامت خانواده ها و در نهایت کل افراد آن جامعه خواهد بود.

در دهه ی اخیر تعداد قابل توجهی اسناد، برنامه ها و سیاست های ملی در حوزه ی زنان و خانواده تدوین شده اند. همراستا با برخی از این تلاش های کشوری در جهت تمرکز بر سلامت زنان، در استان کرمان نیز، سعی شده تا با همکاری استانداری و دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای ارتقای سلامت زنان با نگاه بین بخشی، گامی در جهت بهبود سلامت زنان در قالب سند توسعه سلامت زنان استان برداشته شود.

تدوین سند حاضر در ۶ مرحله ی اصلی شامل تحلیل و وضعیت موجود و تعیین مسائل سلامت، تعیین عوامل موثر بر سلامت و بیماری ها، تحلیل اسناد بالادستی، تحلیل تجارب سایر کشورها، تعیین استراتژیهای مناسب، نگاشت نهادی و الزامات اجرایی، انجام پذیرفت. به منظور جمع آوری اطلاعات از داده ها و اطلاعات موجود در منابع مختلف، همانند گزارش های رسمی منتشره توسط سازمان های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال کشور، موسسه ملی تحقیقات، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، سازمان برنامه و بودجه استان کرمان، داده های موجود در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، معاونت درمان، گزارشات سیمای مرگ و سلامت ملی، اسناد ملی پیشگیری و کنترل بیمارها، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، مقالات و کتب معتبر در زمینه های مرتبط استفاده شد. در این سند همچنین از نظرات خبرگان دانشگاه علوم پزشکی کرمان به منظور تعیین اولویت های مشکلات سلامتی زنان استان بهره گرفته شد.

مهمترین مشکلات سلامتی زنان استان کرمان در دو بخش بیماری های شایع زنان استان و علل اصلی مرگ و میر تشریح شد. بیماری های شایع زنان در استان، اغلب بیماریهای مزمن و غیرواگیری هستند که در سطح کشور نیز شایع می باشند. اما شیوع برخی از آنها بیشتر از میانگین کشوری گزارش شده بود؛ برای مثال شیوع سرطان پوست در بین زنان استان کرمان قابل توجه می باشد. عوامل موثر بر

سلامت و بیماری، در قالب دو فصل، وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و عوامل خطر بیماری‌ها ارائه شد. وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت همانند میزان مشارکت اقتصادی زنان، سواد، دسترسی مالی و ... در استان، شناسایی و بررسی گردید. پس از شناسایی مسائل عمده، راهبردهای ارتقاء سلامت زنان با استفاده از تجربیات بین‌المللی و مطالعه و مرور اسناد بالادستی و مقالات مرتبط و جلسات بارش افکار، با رویکرد بین‌بخشی تشریح گردید. به منظور ارائه راهکارها نیاز به همکاری سازمانهای مختلف در سطح استان می‌باشد. به این منظور در این سند برای سازمان و نهادهای مرتبط، به منظور کاهش عوامل خطر بیماریها و بهبود وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، راهکارهایی پیشنهاد گردیده است.

دکتر رضا دهنویه

قائم‌مقام پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت

مشخصات همکاران پروژه

کمیته راهبردی پروژه:

آقای دکتر علی اکبر حقدوست: استاد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، معاون برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی وزارت بهداشت

آقای دکتر حمیدرضا رشیدی نژاد: دانشیار، فوق تخصص بیماریهای قلب و عروق، رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان

خانم دکتر فاطمه سادات حسینی: مشاور و مدیر کل امور بانوان و خانواده استانداری کرمان

مجریان طرح:

آقای دکتر رضا دهنویه: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، قائم مقام پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

خانم سارا قاسمی: دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

همکاران اصلی:

آقای دکتر وحید یزدی فیض آبادی: استادیار سیاستگذاری سلامت، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، معاون مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت

آقای دکتر سید وحید احمدی طباطبایی: معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو هیئت علمی گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

خانم دکتر لیلا والی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

خانم نورا رفیعی: دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آقای علی مسعود: دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

خانم نادیا ارومیه ای: دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، موسسه آینده پژوهی در سلامت

آقای سعید میرزایی: دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، موسسه آینده پژوهی در سلامت

خانم مینا مهدویان: فوق لیسانس جامعه شناسی دانشگاه شیراز

خانم آتوسا پورشیخعلی: دانشجوی دکتری پژوهشی آینده پژوهی در سلامت، عضو پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

اعضای هیئت علمی مشاور تدوین سند

خانم دکتر سمیه نوری حکمت: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

خانم دکتر منصوره صافی زاده: مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آقای دکتر نحعی: استاد، متخصص پزشکی اجتماعی، مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمان

خانم دکتر حبیبه احمدی پور: دانشیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی کرمان

خانم دکتر پروین رضایی: هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بندر عباس

خانم زینب واعظی: مدیر عامل انجمن سلامت بانوان استان کرمان

سایر همکاران:

خانم فاطمه ناجی: مشاور ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمان در امور بانوان و خانواده

خانم نادیا میرشکاری: کارشناس ارشد ارزیابی فناوری سلامت، عضو پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

خانم اعظم بذر افشان: کارشناس در امور تحقیقات ثبت سرطان، عضو کمیته ساماندهی برنامه ثبت سرطان دانشگاه علوم پزشکی کرمان

خانم ملیحه جمعه فرستگی: کارشناس امور بانوان و خانواده

خانم زیبا کامیابی: کارشناس برنامه سلامت میانسالان

کلیات

در این بخش از سند به توضیح و تشریح ضرورت و هدف تدوین سند، مراحل انجام پروژه تدوین سند، نحوه نگارش فصول، ماموریت، چشم انداز و ارزشهای حاکم بر سند و همچنین مشخصات مجریان و همکاران طرح پرداخته شده است.

ضرورت و هدف تدوین سند

سلامت حق اساسی تمامی انسان ها است؛ اما در این بین سلامت زنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است چرا که سلامت زنان نقش مهمی در نشاط و سلامت خانواده ها و جامعه دارد. شرایط ویژه ی جسمانی زنان و نقش های گسترده ی آنان در جامعه امروز (مسئولیت همسر، فرزند و کار در بیرون از منزل) و آسیب پذیری بیشتر آنها در برابر برخی بیماری ها، لزوم توجه به تفاوت های جنسیتی را هنگام ارائه ی راهکارهای ارتقاء سلامت زنان مطرح می سازد.

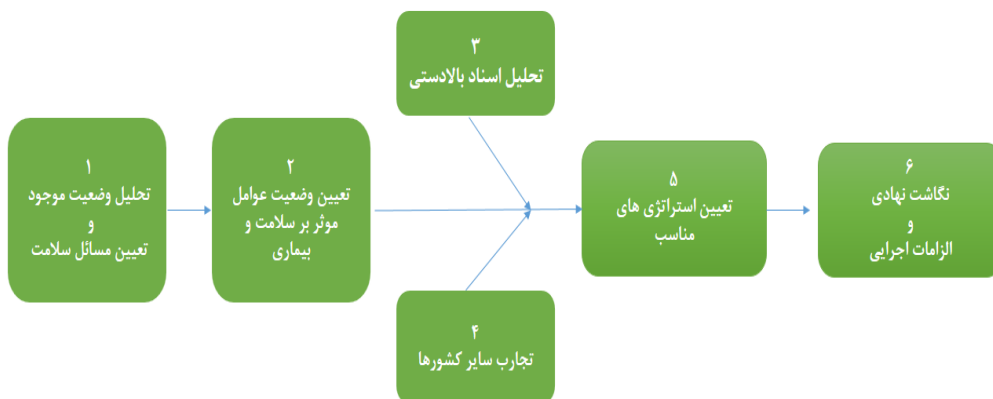
در جمهوری اسلامی ایران علاوه بر اسناد بالادستی ای که بر سلامت و حقوق زنان تاکید دارند؛ اسنادی نیز بر لزوم توسعه سلامت استانی اشاره داشته اند (همانند ماده ۱۵۵ برنامه چهارم توسعه و بند ۱۹ برنامه پنجم توسعه ابلاغیه مقام معظم رهبری). تدوین سند سلامت زنان استان می تواند رویکرد مناسبی جهت پوشش هر دو مورد فوق باشد. از این رو ضروری به نظر رسید علاوه بر تهیه سند توسعه سلامت استان کرمان در سال ۱۳۸۹، سند سلامت زنان استان نیز به دلیل تفاوت در مفهوم سلامت دو جنس، تدوین گردد.

سند حاضر که با همکاری استانداری و دانشگاه علوم پزشکی کرمان تدوین می گردد؛ به دنبال این است که ضمن در نظر گرفتن تفاوت های سلامت زنان، مهمترین چالش های سلامتی زنان استان را معرفی و راهکارها و سیاست های مناسبی را با رویکرد بین بخشی جهت ارتقای سلامت آنها ارائه نماید.

مراحل انجام پروژه سند توسعه سلامت بانوان استان کرمان

در این بخش، مراحل انجام پروژه، در قالب ۶ مرحله ی اصلی، ذکر می گردد. ۶ مرحله ی تدوین سند شامل تحلیل وضعیت موجود و تعیین مسائل سلامت، تعیین وضعیت عوامل موثر بر سلامت و بیماری، تحلیل اسناد بالادستی، تجارب سایر کشورها، تعیین استراتژیهای مناسب و سپس نگاشت نهادی و الزامات اجرایی می باشد. شکل زیر مراحل انجام پروژه را نشان می دهد:

شکل ۱- مراحل انجام پروژه



الف) تحلیل وضعیت موجود و تعیین مسائل سلامت

در این قسمت، به معرفی استان کرمان، به صورت تحلیل موقعیت جغرافیایی، تقسیم بندی های سیاسی، آب و هوایی، فرهنگی و اقتصادی استان پرداخته شده است. در این بخش همچنین توصیف و تحلیل وقایع حیاتی و جمعیتی استان انجام شد. تشریح شایعترین بیماریهای زنان استان و اولویت بندی آنها و همچنین اصلی ترین علل مرگ و میر، تصویری کلی از وضعیت موجود سلامت زنان استان ارائه داده است.

ب) تعیین عوامل موثر بر سلامت و بیماری ها

در این بخش وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان استان شناسایی و تحلیل گردید. همچنین عوامل خطر هر یک از بیماریهای شایع و علل اصلی مرگ و میر زنان استان شناسایی شد.

ج) تحلیل اسناد بالادستی

در این مرحله ضمن شناسایی اسناد بالادستی مرتبط با سلامت زنان در کشور، مهمترین جهت گیری های مربوطه از اسناد استخراج و در دسته بندی های مرتبط موضوعی ذکر گردید.

د) تحلیل تجارب سایر کشورها

در این بخش اسناد و گزارش های معتبر جهانی، در زمینه ی سلامت زنان شناسایی و توصیه های کلیدی هر کدام از این اسناد استخراج و در قالب جداول جداگانه ی مربوط به هر گزارش، ارائه شد.

ه) تعیین استراتژی های مناسب

پس از شناسایی مشکلات و تعیین مسائل و مرور اسناد بالادستی و تجارب بین المللی، به منظور ارائه ی راهکارهای ارتقا سلامت زنان، جلسات بارش افکار با حضور اعضای تیم سند، تشکیل و راهکارهای مناسب جهت کاهش مشکلات، معرفی گردید.

و) نگاشت نهادی و الزامات اجرایی

در مرحله ی آخر به منظور ارتقا سلامت زنان استان، نقش هر کدام از سازمان ها و نهادهای مرتبط جهت اجرای مناسب راهبردهای معرفی شده در مرحله قبل، شناسایی و تعریف گردید.

نحوه نگارش فصول سند

محتوای تولید شده در طی مراحل انجام پروژه، در قالب ۷ فصل تدوین گردید. فصول سند شامل معرفی استان کرمان، وقایع حیاتی و جمعیتی، اولویت های بیماری ها و مرگ و میر، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عوامل خطر بیماری ها و علل مرگ و میر، مرور تجربیات بین المللی و اسناد بالادستی، راهکارها و سیاستهای اجرایی و تعیین نقش سازمانها می باشد. به گونه ای که فصول یک تا سه به تحلیل وضعیت موجود و تعیین مسائل سلامت، فصل چهار و پنج به تعیین وضعیت عوامل موثر بر سلامت و بیماری، فصل شش به تحلیل اسناد بالادستی و تجارب سایر کشورها و فصل هفت با استفاده از اطلاعات فصول قبلی و بارش افکار، به تعیین استراتژی ها و الزامات نهادهای مختلف اختصاص دارد.

در ادامه نحوه ی گردآوری اطلاعات و نگارش فصول سند ذکر گردیده است:

فصول اول و دوم: معرفی استان کرمان و وقایع حیاتی و جمعیتی

داده های مورد نیاز فصل اول و دوم از طریق گزارش های رسمی منتشره توسط سازمان های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال کشور، موسسه ملی تحقیقات، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، سازمان برنامه و بودجه استان کرمان و دیگر سازمانهای مرتبط تهیه شده است. با مرور پایگاه های داده ای و نظام اطلاعات جاری و داده های در اختیار، آخرین آمار و ارقام از وضعیت شاخص های سلامت زنان، در فاصله زمانی ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفته و گزارش گردید.

فصل سوم: اولویت های بیماری ها و علل مرگ و میر زنان استان

محتوای فصل سوم به تشریح اولویت های بیماری های جسمی و روانی در زنان استان کرمان و همچنین اولویت علل اصلی مرگ و میر زنان استان اختصاص دارد. در این قسمت ضمن استفاده از آمارهای موجود، از نظرات خبرگان و آمارهای کشوری استفاده شد. به منظور جمع آوری داده و نگارش این فصل، از داده های موجود در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، معاونت درمان، گزارشات سیمای مرگ و سلامت ملی، اسناد ملی پیشگیری و کنترل بیمار ها، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، مقالات معتبر در زمینه های مرتبط استفاده شده است. سپس به منظور پرداختن به مسائل اصلی و اولویت ها، نظر خبرگان دانشگاه علوم پزشکی کرمان اخذ شد.

فصل چهارم: وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان استان

در فصل چهارم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان با استفاده از مطالعه ی مقالات و پژوهش های انجام شده در این زمینه، شناسایی شدند. سپس شاخص های ملی و استانی مربوط به هر یک از عوامل از طریق گزارش های مختلف موجود در سازمانهای ذیربط، شناسایی و تشریح گردید.

فصل پنجم: شناسایی عوامل خطر بیماری ها و علل مرگ و میر

در این بخش عوامل خطر هر یک از بیماری های شایع و علل اصلی مرگ و میر زنان استان شناسایی شد. نتایج حاصل از این مطالعات در قالب جداول جداگانه ی مربوط به هر بیماری و علت مرگ، ارائه شد.

فصل ششم: مرور اسناد بالادستی و تجربیات بین المللی در زمینه ی سلامت زنان

فصل ششم به بررسی اسناد بالادستی و همچنین مطالعات بین المللی و تجربیات کشورهای دنیا در زمینه سلامت زنان می پردازد. مطالعات ذکر شده در این فصل، حاصل بررسی گزارشات مرتبط با سلامت زنان در کشورهای مختلف و سازمان بهداشت جهانی در دوره های مختلف زمانی از سال ۲۰۰۴ میلادی تا ۲۰۱۶ می باشد که بر اساس نیازهای اجتماعی و فرهنگی کشورها، با توجه و تاکید بر ارزیابی معضلات معمول زنان در سطوح بین المللی و بررسی راهکارهای پیشنهاد شده انجام گرفته است.

فصل هفتم: ارائه راهکارهای ارتقاء سلامت زنان و تعیین نقش سازمان ها و نهادهای مرتبط

در فصل آخر، راهکارها و راهبردها و نقش هر یک از ذینفعان، از طریق بحث های گروهی متمرکز، جلسات بارش افکار و اخذ نظر خبرگان، تعیین گردیدند.

ماموریت، بیانیه چشم انداز و ارزش های حاکم بر سند

ماموریت

با تدوین این سند و پیگیری اجرای آن توسط گروه های ذینفع، انتظار می رود ابعاد زیر در حوزه سلامت زنان تحت پوشش قرار گیرد :

- ❖ حفظ و ارتقا سلامت زنان استان کرمان در ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی با رویکرد عدالت محوری
- ❖ حفظ و ارتقا سلامت زنان استان کرمان در راستای ارزش های متعالی نظام مقدس جمهوری اسلامی
- ❖ تلاش در جهت رفع موانع دسترسی و موانع اجتماعی، فرهنگی، سیاسی سلامت زنان استان

چشم انداز

امید است در آینده ای نه چندان دور، با دنبال کردن استراتژی های ذکر شده در این سند، مدیریت سلامت همه جانبه زنان استان کرمان به عنوان الگویی در سطح کشور مطرح گردد به گونه ای که

درصد قابل توجهی از زنان استان، از هر طبقه و با هر سطح اقتصادی و اجتماعی و در تمام نقاط استان، شاد و دارای عمری طولانی با کمترین ناتوانی جسمی و به دور از معضلات اجتماعی، نقش موثری در بالندگی جامعه ایفا نمایند.

ارزش های حاکم بر سند

- ❖ عدالت محوری در ارائه و استفاده از خدمات
- ❖ محوریت خانواده
- ❖ محوریت پیشگیری از بیماری و ناتوانی
- ❖ پاسخگویی همگانی برای سلامت زنان
- ❖ سلامت اجتماعی زنان مبتنی بر ارزش های اسلامی
- ❖ توجه به مشارکت دادن زنان در ارتقاء سلامت خود و خانواده ها
- ❖ شفافیت و پاسخگویی
- ❖ توجه به رفع موانع جنسیتی در دریافت خدمات سلامت، با حفظ ارزش و جایگاه زن در جامعه
- ❖ توجه به دیگر ابعاد سلامت به غیر از سلامت باروری و جنسی
- ❖ تعاون و همکاری همگانی نهادهای مختلف برای رفع مشکلات سلامت زنان
- ❖ پاسخگویی مناسب به تمامی نیازهای سلامت زنان

فصل اول معرفی استان

مقدمه

بدون شک یکی از مواردی که سلامت افراد را تحت تاثیر قرار می دهد، محیط زندگی و شرایط حاکم بر آن می باشد. شناخت شرایط جغرافیایی، آب و هوایی، مخاطرات محیط و ... می تواند گامی در جهت شناسایی مسائل موثر بر سلامت باشد. برای مثال دلیل اینکه شیوع برخی بیماری ها در برخی نقاط جغرافیایی بیش از سایر مناطق می باشد؛ می تواند ریشه در برخی شرایط آن منطقه داشته باشد. همچنین شناسایی برخی از شرایط حاکم بر محیط می تواند به عنوان فرصتی جهت ارتقاء سلامت محسوب گردد؛ برای مثال برخی شرایط آب و هوایی برای بهبود برخی بیماریها مفید هستند. در این فصل اشاره ی مختصری به برخی شرایط استان کرمان و معرفی این استان شده است. جغرافیای استان، تقسیمات سیاسی، آب و هوا، مخاطرات طبیعی استان کرمان، وضعیت فرهنگی، اقتصادی و تفاوت های دسترسی به تسهیلات در سطح استان، مواردی هستند که در این فصل به آنها پرداخته شده است.

جغرافیای استان

استان کرمان در جنوب شرقی فلات ایران با مساحت 183,285 کیلومتر مربع واقع شده و بیش از ۱۱/۱۵ درصد مساحت کشور را به خود اختصاص داده است. استان کرمان از شمال به استان های خراسان جنوبی و یزد، از جنوب به استان هرمزگان، از شرق به استان سیستان و بلوچستان و از جنوب به استان فارس محدود شده است. تفاوت های زیاد توپوگرافی، تنوع شرایط اقلیمی و شرایط اکولوژیکی زیادی را در این استان شکل داده است.

استان کرمان به علت واقع شدن در محل تلاقی رشته کوههای زاگرس و مناطق پست کویری، ویژگیهای محیطی کم نظیر و اوضاع طبیعی خاصی دارد که سبب گردیده دارای ۵ اقلیم بدین شرح باشد: گرم و فراخشک، گرم و خشک، نیمه معتدل و کوهپایه ای، سرد و کوهستانی و گرم و نیمه مرطوب. استان کرمان به طور کلی در منطقه خشک قرار گرفته و از لحاظ آب در مضیقه می باشد. بارش سالانه در گستره ی استان کرمان حدود ۱۴۵ میلیمتر می باشد و ذخایر آبی حوزه های آبریز در این استان ناچیز می باشد.

استان کرمان، پهناورترین استان ایران و دارای ۲۳ شهرستان، ۵۸ بخش و ۶۳ شهر می باشد. این شهرستان ها عبارت اند از: انار، بافت، بردسیر، بم، جیرفت، رابر، راور، رفسنجان، رودبار جنوب، ریگان، زرنده، سیرجان، شهربابک، عنبرآباد، فهرج، قلعه گنج، کرمان، کهنوج، کوهبنان، منوجان، نما شیر، فاریاب و ارزوئیه.

شکل زیر موقعیت جغرافیایی استان کرمان در کشور و همچنین شهرستانهای استان را نشان می دهد:

شکل ۲- نقشه ی جغرافیایی استان کرمان



آب و هوای استان کرمان

استان کرمان به دلیل گسترش در عرض جغرافیایی، اختلاف ارتفاع زیاد، نوع توده های هوایی و همچنین پهنه ی وسیع و خشک دشت لوت در شرق استان، آب و هوای متنوعی دارد. انواع آب و هوای استانبه سه دسته تقسیم می گردد:

الف) آب و هوای بیابانی و نیمه بیابانی: این نوع آب و هوا بیشترین وسعت را در سطح استان به خود اختصاص داده است. دشت لوت، چاله جازموریان، کفه نمکی سیرجان، دشت رفسنجان انار، راور، بهم، کهنوج، منوجان، قلعه گنج و ارزوئیه این نوع آب و هوا را دارند.

ب) آب و هوای نواحی کوهپایه ای: این نوع آب و هوا در مناطق پایکوهی استان گسترش یافته است. در این مناطق به دلیل ارتفاع بیشتر و نزدیکی به کوه ها شرایط آب و هوایی مناسب تر است. میانگین بارش سالانه در این نواحی بین ۱۵۰ تا ۲۵۰ میلی متر و میانگین دمای سالانه حدود ۱۴ درجه سانتی گراد است. نواحی پایکوهی بافت، رابر، کوهبنان، بردسیر و جیرفت دارای این نوع آب و هوا هستند.

ج) آب و هوای نواحی کوهستانی: این مناطق با ارتفاع بیش از ۲۵۰۰ متر از سطح دریا دارای میانگین دمای سالانه ۱۱ درجه سانتی گراد و میانگین بارش در این مناطق بیش از ۲۵۰ میلی متر بوده و بارش بیشتر به صورت برف است. در این نواحی تابستان ها کوتاه و حداکثر مطلق دما در طی سال از ۳۰ درجه سانتی گراد تجاوز نمی کند.

مخاطرات طبیعی آب و هوا در استان

خشکسالی: استان کرمان در ناحیه خشک و نیمه خشک کشورمان واقع شده است. از ویژگی های شاخص آب و هوایی این نواحی بی نظمی در بارش و دمای زیاد است، این عوامل می تواند احتمال خشکسالی در استان را افزایش دهد. عموماً احتمال وقوع یک دوره خشک و یک دوره مرطوب در استان تحت تأثیر لکه های خورشیدی، هر ۱۱ سال یکبار است. اما امروزه به دلیل افزایش گازهای گلخانه ای، شدت و عملکرد دوره های خشک، به شدت افزایش یافته و سبب افت شدید آب های سطحی و زیر زمینی در استان شده است. در دشت های استان به دلیل برداشت بیش از اندازه از آب های زیرزمینی، سطح آب پایین رفته و احتمال نشست ناگهانی زمین وجود دارد. مثل دشت رفسنجان و زرنند.

سیل: به دلیل دگرگونی در وضعیت آب و هوایی، فقر پوشش گیاهی، بارش های رگباری به خصوص در فصل زمستان و بهار و فصلی و موقتی بودن بسیاری از رودخانه های استان، امکان وقوع سیل در حوضه های آبریز استان وجود دارد. خطر وقوع سیل در نواحی جنوبی استان مثل ارزوئیه، رودبار، جیرفت، کهنوج، منوجان و قلعه گنج بیشتر از نواحی دیگر استان است.

سرما زدگی: یکی از مخاطرات طبیعی استان، سرمازدگی است. در برخی از سال ها افت ناگهانی دما، که خصوصاً در فصل زمستان و بهار به وقوع می پیوندد؛ سبب خسارات جبران ناپذیری به کشاورزان می شود.

هجوم ماسه های روان: آب و هوای گرم و خشک، گسترش پهنه بیابانی لوت در شرق استان، نبود پوشش گیاهی مناسب و اختلاف دمای زیاد سبب وزش بادهای شدید و توفان می شود. این مسئله در اطراف دشت لوت و چاله جازموریان چشمگیرتر است.

خشک سالی های اخیر و مهاجرت روستاییان ساکن در نواحی بیابانی، سرعت هجوم ماسه های روان را تشدید کرده و باعث گسترش بیابان ها می شوند. حرکت ذرات ریز بیابان ها نه تنها سکونتگاه های حواشی بیابان ها را تهدید می کند؛ بلکه سبب انتشار ذرات گرد و غبار به شهرها و دیگر نواحی مسکونی استان نیز می شوند. دشت لوت بیشترین روزهای همراه با گرد و غبار را در سطح کشور به خود اختصاص داده است (۱۵۰ روز در سال) که جهت مقابله با این بلای طبیعی تقویت و گسترش پوشش گیاهی و ... باید مورد توجه قرار گیرد.

شیوه های زندگی در استان

در این قسمت به سه نوع زندگی عشایری، روستایی و شهری در استان کرمان اشاره شده است.

زندگی عشایری

به دلیل تنوع آب و هوایی و مجاورت مناطق گرمسیری (قشلاق) و سردسیری (بیلان) با یکدیگر در بخش وسیعی از مناطق غربی و جنوبی استان یکی از کهن ترین معیشت های اقتصادی؛ یعنی کوچ نشینی در استان کرمان به وجود آمده است. جمعیت عشایری استان ۶۵ درصد مراتع را برای تعلیف دام های خود در اختیار دارد. امروزه چرای بیش از حد دام ها مراتع را در معرض انهدام قرار داده و خشکسالی های اخیر هم علت دیگری بوده که حیات معیشتی عشایر کوچ نشین را به شدت آسیب پذیر کرده است. اخیراً طرح اسکان عشایر در برخی مناطق استان به اجرا در آمده است که در کنار برخی مشکلات پدید آمده، نتایج مفیدی همانند استفاده ی بیشتر عشایر از امکانات آموزشی و بهداشتی را در پی داشته است.

شکل ۳- زندگی عشایری در استان کرمان



زندگی روستایی

در پیدایش سکونتگاه های روستایی در استان کرمان آب از مهم ترین عوامل بوده است. خاک حاصلخیز، دسترسی به راه های ارتباطی و عامل دفاعی از دیگر عوامل مهم محسوب می شوند. در استان کرمان مانند دیگر نواحی خشک و نیمه خشک ایران نوع روستاها متمرکز است. با این تفاوت که در نواحی کوهستانی و دشت های استان، شکل روستاها و مصالح به کار رفته در آن ها تا حدودی متفاوت است.

در نواحی جنوبی استان کرمان که از محروم ترین مناطق ایران است هنوز بیشترین درصد جمعیت در مناطق روستایی زندگی می کنند. عدهی زیادی از آن ها در خانه هایی به نام کَپر زندگی می کنند. که اگر برای اشتغال و مسکن آن ها فکر اساسی نشود در آینده ای نه چندان دور، آن ها نیز به نواحی شهری مهاجرت کرده و بر درصد جمعیت شهرنشین و همچنین مشکلات شهرها می افزایند.

شکل ۴- زندگی روستایی در استان



زندگی شهری

شهرهای استان کرمان به دلیل شرایط آب و هوایی گرم و خشک و کمبود منابع آب در اکثر نواحی استان، دور از یکدیگر واقع شده اند و در فاصله بین آن ها بعضی شهرهای کوچک به صورت اقماری به وجود آمده اند، مانند بروات (بم)، جوپار، چترود و ماهان (کرمان) و ...

شهرهای استان کرمان از نظر نقش و عملکرد وضعیت یکسانی نداشته و از درجات متفاوتی برخوردارند. بیشتر آن‌ها دارای نقش اداری، خدماتی و تجاری اند اما بعضی از این نقش‌ها، بارزتر است؛ مثلاً نقش اداری سیاسی در کرمان، ارتباطی در انار و سیرجان، تاریخی در بم و جیرفت و ... در سال‌های اخیر بر اثر رشد جمعیت و همچنین مهاجرت بی‌رویه روستاییان به شهرها و تحولات دیگر نقش بعضی از شهرها نیز تغییر کرده یا در حال تغییر است.

وضعیت فرهنگی استان کرمان

استان کرمان، محل سکونت مردمی با عقاید مختلف است که هر کدام از آنها آیین و مراسم خاصی دارند. کرمان، همچنین محل کوچ و زیست ایلات مختلف عشایری است که فرهنگ آنها با فرهنگ شهری اختلاف اساسی دارد.

به طور کلی، فرهنگ منطقه کرمان بر بنیاد دو عامل شکل گرفته است. از یک سو شرایط طبیعی و از سوی دیگر تاریخ پرفراز و نشیب این منطقه است که در مجموع به عادت قناعت و صبوری مردم منجر شده است. این همه بدین معناست که فرهنگ استان کرمان از ترکیب جوامع شهری، روستایی و عشایری و همچنین متأثر از جریان‌های تاریخی و آیین‌های مذهبی بوده و همین عوامل باعث پیدایش خرده فرهنگ‌هایی در سطح استان پهناور کرمان شده است. نوع پوشش و لباس مردم مناطق مختلف کرمان نیز تحت تأثیر آداب و سنن و شرایط خاص اقلیمی متفاوت است.

از جمله مشخصه‌های مردم کرمان، پای بندی آنها به آداب و رسوم و سنت‌های ملی و مذهبی است. همچنین مراسمی چون عید نوروز و سنت‌های وابسته، نظیر چهارشنبه سوری، سیزده بدر، خانه تکانی، تهیه سبزه و ... همراه با آداب و رسوم خاصی به گونه‌ای با شکوه برگزار می‌شود.

دین و مذهب

اگر چه بیش از ۹۵ درصد مردم استان کرمان مسلمان و شیعه اند، اما ادیان و مذاهب دیگری چون زرتشتی، کلیمی و مسیحی نیز در کنار مسلمانان، زندگی می‌کنند. به خصوص زرتشتی‌ها که

صاحب محله، مدرسه دخترانه و پسرانه، آتشکده، موزه و گورستان مخصوص اند، مراسمی چون جشن سده را با شکوه برگزار می کنند.

روحیه و منش مردم و زنان استان

روحیه مردم کرمان متأثر از فرهنگ این جامعه است. مردان و زنان کرمانی بسیار مهمان نواز هستند. زنان کرمانی نیز زنانی مقتدر، صبور و قانع می باشند. استان کرمان در طول تاریخ چهره های ماندگار زیادی از زنان این استان خلق کرده است. از این چهره های ماندگار می توان به لاله خاتون که در نیمه دوم قرن هفتم هجری حکومت کرمان را در دولت قراختائیان عهده دار بود؛ اشاره کرد. این بانو از چهره های نادر تاریخ کشور و از زنان مقتدر به شمار می رود که ضمن پرداختن به امور سیاسی در شعر و ادب نیز دستی قوی داشت.

بانوی دیگر کرمانی به نام حیاتی (بی بی جان) بانویی عارف بود که در اواخر قرن ۱۲ هجری در شهر بم چشم به جهان گشود و دیوانی مشتمل بر انواع شعر از غزل و رباعی و قصیده دارد. کمی نزدیک تر به زمان کنونی، از زنان برجسته ی استان می توان به خانم مهناز افخمی فعال حقوق زنان، دومین وزیر زن در ایران اشاره کرد. وی به مدت ۸ سال (۱۳۴۹-۱۳۵۷) دبیر کل سازمان زنان ایران و به مدت ۳ سال (۱۳۵۵-۱۳۵۷) وزیر مشاور در امور زنان بود.

از زنان معاصر نیز می توان به خانم زهرا نعمتی عضو تیم ملی تیراندازی با کمان بانوان معلول ایران اشاره کرد که نخستین زن در تاریخ ورزش ایران است که موفق به کسب مدال طلا در سطح بازی های جهانی المپیک و پارالمپیک شده است. بانوان بسیار دیگری نیز در سطح استان وجود داشته و دارند که جزء چهره های ماندگار کشوری محسوب می گردند و ذکر نام تمامی آنها در این مقال نمی گنجد.

وضعیت اقتصادی استان

استان کرمان به دلیل داشتن منابع متنوع فلز و غیر فلز یکی از غنی ترین استان های معدنی کشور محسوب می شود. جایگاه استان کرمان در زمینه تولید و صادرات مواد معدنی در مقایسه با سایر استان های کشور در ردیف اول می باشد. کشاورزی همچنین یکی از ارکان مهم اقتصادی استان را تشکیل می

دهد. البته در سالهای اخیر تعداد افراد شاغل در بخش کشاورزی در استان کاهش یافته و در بخش های صنعت و خدمات افزایش یافته است.

زنان استان کرمان در دوره های مختلف زمانی تاثیر چشمگیری در پیشرفت اقتصاد استان داشته اند. عمده صنایع دستی استان، حاصل دسترنج زنان استان کرمانی است که به عنوان یکی از منابع درآمدی استان محسوب می گردند. برای مثال پته دوزی از جمله صنایع دستی زنانه دوزی است که با نخ های رنگی، روی پارچه مخصوصی که به آن عریض می گویند، دوخته می شود. پته کرمان که از نظر زیبایی و چشم نوازی شهرت دارد برای رومیزی، سجاده، پرده و ... مورد استفاده قرار می گیرد.

همچنین زنان استان کرمان دستان هنرمندی برای بافت قالی و ترسیم نقشه های زیبا بر روی آن دارند. کرمان پشم بسیار مرغوبی برای قالی بافی دارد و قالی کرمان از قدیم به عنوان نفیس ترین و ظریف ترین قالی ایران و دنیا شهرت دارد. شهرت قالی کرمان به دلیل تلفیق جذاب طرح و رنگ است و یکی از زیباترین و خوش سبک ترین بافته های جهان، قالی راور است.

شکل ۵- پته کرمان



شکل ۶- قالی بافی زنان کرمان



زنان روستایی عشایر سیرجان و بافت با سرپنجه هنر آفرین خود نوعی گلیم به نام گلیم شریکی پیچ می بافند که شهرت جهانی دارد. در این نوع بافته، بود، در پرز گلیم مخفی می شود. گره متن یا آبدوزی نیز به مدد بافت می رود و نقش و نگاری از هنر می آفریند.

زنان استان کرمان دوشادوش مردان بر روی زمین های کشاورزی و مزارع کار میکنند و از این طریق نیز سهم عمده ای در پیشبرد اهداف اقتصادی استان در بخش کشاورزی دارند. میزان مشارکت اقتصادی زنان در بخش کشاورزی در استان کرمان، بسیار نزدیک به همین میزان در مردان استان بوده است و حتی برخی مواقع این میزان در زنان بیشتر گزارش شده است. برای مثال سهم اشتغال زنان در بخش کشاورزی در سال ۱۳۸۵ بیشتر از سهم اشتغال مردان در همان سال بوده است.

تفاوت های دسترسی به انواع تسهیلات در سطح استان

شمال و جنوب استان کرمان از جهات مختلف جغرافیایی، دسترسی های شهری و روستایی، سرانه های خدماتی و به خصوص درآمدهای دولتی و اختصاص اعتبارات تفاوت زیادی دارد. جنوب استان کرمان محرومیت زیادی به خصوص از لحاظ دسترسی به امکانات اولیه ی بهداشتی دارد. در جنوب شرقی کرمان و شهرستان قلعه گنج روستاهایی وجود دارد که مردم آنها در تلفیقی از کپر و خانه های آجری و سیمانی بدون وسیله گرمایشی زندگی می کنند. بسیاری از آنها شناسنامه ندارند و به همین دلیل بی سواد هستند. برخی از روستاهای جنوب استان از لحاظ دسترسی مالی و دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت و همچنین پوشش بیمه ای در مضیقه قرار دارند.

همچنین مطالعات نشان داده اند که در جنوب استان نیز، در میزان دسترسی مردم روستاهایی که در آب و هوای متفاوتی زندگی میکنند تفاوتی وجود دارد. برای مثال مطالعه ای در سال ۱۳۹۵ در استان کرمان نشان داد که وضعیت دسترسی به تغذیه مناسب و امنیت غذایی خانوارهای روستایی جنوب استان در مناطق مختلف آب و هوایی متفاوت است؛ به طوریکه خانوارهای منطقه سرد و معتدل امنیت غذایی بیشتری دارند؛ پس از آن به ترتیب خانوارهای مناطق معتدل و سپس گرم و خشک قرار دارند.

فصل دوم
وضعیت وقایع حیاتی و
جمعیتی استان

مقدمه

شاخص های جمعیتی و وقایع حیاتی، می توانند مبنای تصمیم گیری و برنامه ریزی های مهم قرار گرفته و همچنین به عنوان ابزاری جهت سنجش و ارزیابی عملکردهای مدیریتی در مکان های جغرافیایی مختلف مورد استفاده قرار بگیرند. در این فصل با کمک داده هایی همچون رشد جمعیت، میزان تولد و فوت، میزان ازدواج و طلاق و ... می توان به تصویری کلی درباره ی برخی علل تاثیر گذار بر سلامت زنان استان رسید.

جمعیت، نسبت جنسی و متوسط رشد سالانه ی جمعیت

مطابق با آخرین آمار مرکز آمار ایران، جمعیت استان کرمان در سال ۱۳۹۵ برابر با ۳۱۶۴۷۱۸ نفر بوه که از این تعداد، ۱۵۴۷۰۳۰ نفر زن می باشند. استان کرمان در سال ۱۳۹۵، ۳/۹۶ درصد از جمعیت کل کشور را تشکیل داده است که این میزان، نسبت به سال ۱۳۹۰ (۳/۹۱ درصد)، ۵ صدم درصد افزایش داشته است.

جمعیت استان کرمان در سال ۱۳۹۰ برابر با ۲۹۳۸۹۸۸ بوده است که این عدد در مقایسه با جمعیت سال ۱۳۹۵، نشان دهنده ی افزایش جمعیت استان در طی سال های اخیر بوده است. درصد متوسط رشد سالانه ی جمعیت استان کرمان در مقایسه با میانگین کشوری، خود گویای این مطلب است.

جدول ۱، جمعیت کلی استان کرمان در مقایسه با کل کشور و همچنین جمعیت زنان و مردان، نسبت جنسی و درصد متوسط رشد جمعیت را در استان در مقایسه با کل کشور در سال ۱۳۹۵ نشان میدهد.

جدول ۱- جمعیت، نسبت جنسی و متوسط رشد جمعیت در کشور و استان کرمان در سال ۱۳۹۵

درصد متوسط رشد سالانه جمعیت ۱۳۹۵- ۱۳۹۰	نسبت جنسی (به ازای هر ۱۰۰ نفر زن، چند نفر مرد وجود دارد)	جمعیت		جمعیت	
		مردان	زنان		
۱/۲۴	۱۰۳	40498442	39427828	۷۹۹۲۶۲۷۰	کل کشور
۱/۴۹	۱۰۵	1617688	1547030	3164718	استان کرمان

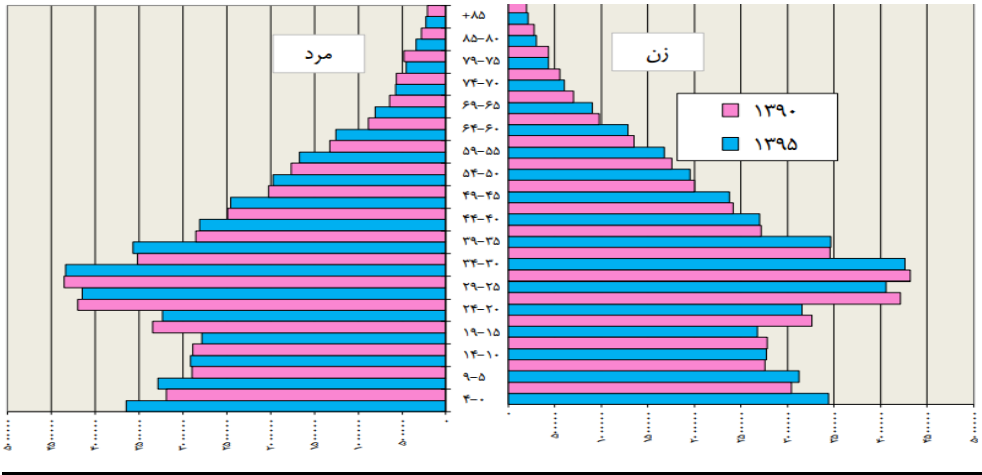
نسبت جنسی عبارت است از نسبت تعداد مردان به زنان که به صورت درصد بیان میشود. میانگین این نسبت در کل کشور برابر با ۱۰۳ بوده که با مقایسه با استان کرمان مشخص می گردد که این نسبت در کرمان بیشتر می باشد. شکل ۱ نسبت جنسی را به تفکیک استان ها در کل کشور نشان می دهد. استان کرمان در میانه قرار دارد.

شکل ۷- نسبت جنسی به تفکیک استان در سال ۱۳۹۰



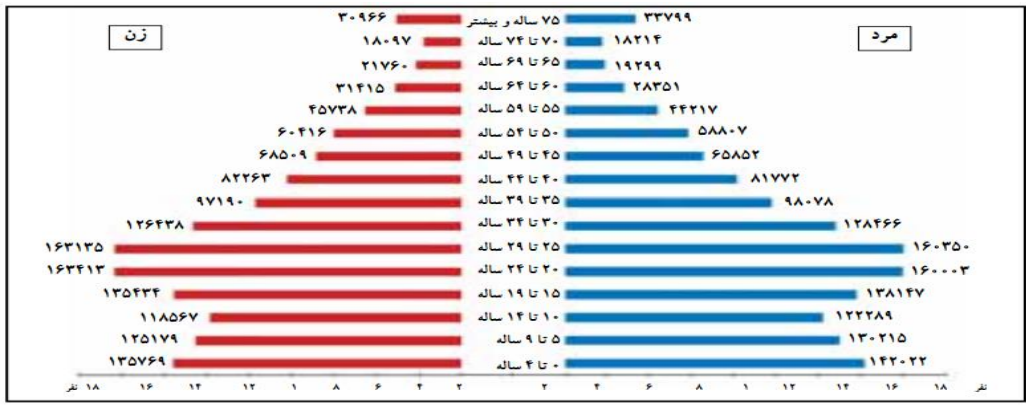
بررسی هرم سنی کشور در سال ۱۳۹۰ در مقایسه با سال ۱۳۹۵ نشان می دهد سالخورده در سال ۹۵ بیشتر شده و جمعیت جوان در حال کم شدن است اما تعداد موالید افزایش یافته است (نمودار ۱).

نمودار ۱- هرم سنی کشور در سال ۱۳۹۰ در مقایسه با سال ۱۳۹۵



هرم سنی و نحوه ی توزیع سنی زنان در استان کرمان نشان می دهد که تعداد زنان گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال از دیگر گروههای سنی زنان و همچنین از همین گروه سنی در مردان، بیشتر می باشد. تعداد زنان مسن بالای ۷۰ سال نیز کمتر از همین گروه سنی در مردان میباشد(نمودار ۲).

نمودار ۲- هرم سنی استان کرمان در سال ۱۳۹۰



تعداد موالید ثبت شده در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۹۴

بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سازمان ثبت احوال کشور در سال ۱۳۹۴ (برای یک سال به طور کامل)، فراوانی تولدهای ثبت شده در کشور و در استان کرمان، نشان می دهد تولد نوزاد دختر در کل کشور کمتر از نوزاد پسر بوده اما در استان کرمان تعداد تولد نوزادان دختر بیش از پسران بوده است.

جدول ۲- موالید ثبت شده سال ۱۳۹۴ در کل کشور و در استان کرمان

نسبت نوزاد دختر به پسر	تولد نوزاد پسر	تولد نوزاد دختر	فراوانی کلی	
۰/۹۴	806456	763763	1570219	کل کشور
۱/۰۳	31581	32549	64130	استان کرمان

از نظر میزان ولادت های ثبت شده در سال ۱۳۹۴، استان کرمان، نهمین استان کشور از لحاظ بالا بودن تعداد موالید بوده است.

نمودار ۳- تعداد موالید ثبت شده در استان کرمان در مقایسه با سایر استانهای کشور در سال ۱۳۹۴



روند تغییرات مولید در نقاط شهری و روستایی در استان کرمان نشان می دهد که میزان تولد در نقاط روستایی در طی سالهای اخیر کاهش و در نقاط شهری افزایش داشته است که یک دلیل آن می تواند مربوط به مهاجرت افراد از روستاها به شهرهای استان باشد.

جدول ۳- روند تغییرات مولید ثبت شده بر حسب جنس در استان کرمان از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰

سال و شهرستان	جمع			نقاط شهری			نقاط روستایی		
	پسر و دختر	پسر	دختر	پسر و دختر	پسر	دختر	پسر و دختر	پسر	دختر
..... ۱۳۶۵	۸۱۷۶۹	...	...	...	...	...	...	...	...
..... ۱۳۷۰	۶۴۶۳۴	...	...	...	...	...	...	...	...
..... ۱۳۷۵	۴۷۷۵۲	۲۴۳۱۶	۲۳۴۳۶	۲۵۲۸۹	۱۲۸۵۴	۱۲۴۳۵	۲۲۴۶۳	۱۱۴۶۲	۱۱۰۰۱
..... ۱۳۸۵	۵۲۵۱۵	۲۶۷۳۷	۲۵۷۷۸	۳۲۷۷۹	۱۶۷۴۴	۱۶۰۳۵	۱۹۷۳۶	۹۹۹۳	۹۷۴۳
..... ۱۳۸۷	۵۴۰۰۰	۲۷۵۴۵	۲۶۴۵۵	۳۱۵۷۷	۱۶۱۴۸	۱۵۴۲۹	۲۲۴۲۳	۱۱۳۹۷	۱۱۰۲۶
..... ۱۳۸۸	۵۵۱۰۶	۲۸۲۵۲	۲۶۸۵۴	۳۳۱۰۶	۱۶۹۲۲	۱۶۱۸۴	۲۲۰۰۰	۱۱۳۳۰	۱۰۶۷۰
..... ۱۳۸۹	۵۵۰۲۴	۲۸۲۰۴	۲۶۸۲۰	۳۳۳۵۹	۱۶۹۹۷	۱۶۳۶۲	۲۱۶۶۵	۱۱۲۰۷	۱۰۴۵۸
..... ۱۳۹۰	۵۵۵۳۴	۲۸۳۹۱	۲۷۱۴۳	۳۵۰۲۲	۱۷۸۶۱	۱۷۱۶۱	۲۰۵۱۲	۱۰۵۳۰	۹۹۸۲

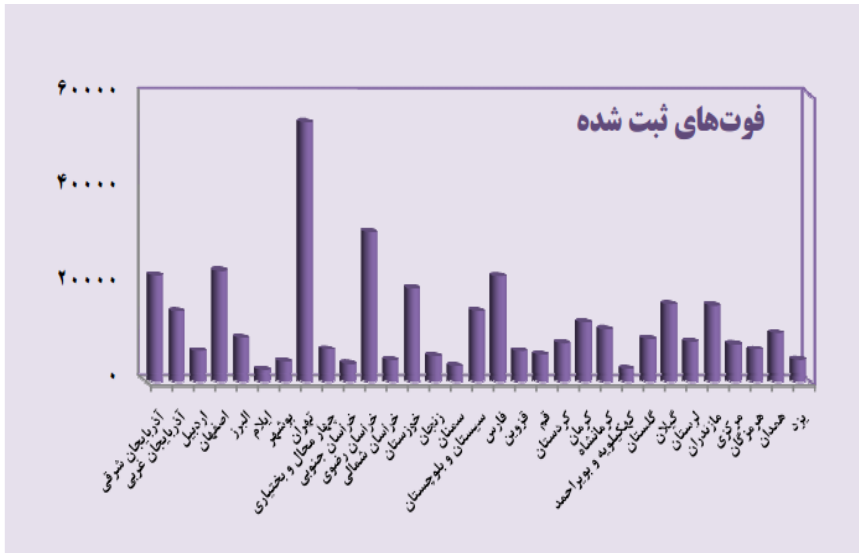
تعداد فوت ثبت شده در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۹۴

بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سازمان ثبت احوال کشور (برای یک سال به طور کامل)، فراوانی فوت های ثبت شده در کل کشور و در استان کرمان به شرح زیر می باشد. همانند آمار کشوری، فراوانی فوت زنان در استان کرمان نیز کمتر از مردان بوده است.

جدول ۴- فوت ثبت شده سال ۱۳۹۴ در کل کشور و در استان کرمان

نسبت فوت زنان به مردان	فراوانی فوت		کل کشور
	فراوانی فوت در زنان	فراوانی فوت در مردان	
۰/۷۸	164590	210117	374827
۰/۷۳	۵۲۵۳	7179	12432
			استان

نمودار ۴- نمودار فوت های ثبت شده در استان کرمان در مقایسه با سایر استانهای کشور در سال ۱۳۹۴



فراوانی فوت در طی سالها در استان کرمان افزایش یافته و هم در نقاط شهری و هم روستایی، فراوانی فوت در زنان استان کمتر از مردان بوده است.

جدول ۵- روند تغییرات فراوانی فوت شدگان ثبت شده بر حسب جنس در استان کرمان از سال ۱۳۶۵ تا سال ۱۳۹۰

سال و شهرستان	جمع			نقاط شهری			نقاط روستایی		
	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن
.....۱۳۶۵	۶۶۱۰	...	...	...	...	...	...	...	...
.....۱۳۷۰	۷۴۲۵	...	...	...	...	...	...	...	...
.....۱۳۷۵	۱۱۹۳۷	۶۶۳۵	۵۳۰۲	۷۴۱۴	۴۱۰۱	۴۳۰۴	۲۳۷۶	۲۳۲۳	۴۵۲۳
.....۱۳۸۵	۱۰۶۹۱	۶۵۹۰	۴۱۰۱	۷۱۳۷	۴۳۰۴	۴۳۰۴	۳۵۵۴	۲۸۲۳	۲۳۸۶
.....۱۳۸۷	۱۰۵۹۴	۶۳۹۲	۴۲۰۲	۷۰۱۳	۴۲۰۱	۴۲۰۱	۳۵۸۱	۲۸۱۲	۲۱۹۱
.....۱۳۸۸	۱۰۸۲۸	۶۵۵۸	۴۲۸۰	۷۱۰۷	۴۲۵۳	۴۲۵۳	۳۷۳۱	۲۸۵۴	۲۳۰۵
.....۱۳۸۹	۱۱۱۵۲	۶۷۳۲	۴۴۲۰	۷۶۶۸	۴۵۱۱	۴۵۱۱	۳۴۸۴	۳۱۵۷	۲۲۲۱
.....۱۳۹۰	۱۲۵۰۹	۷۳۸۱	۵۱۲۸	۸۸۶۸	۵۲۱۹	۵۲۱۹	۳۶۴۱	۳۶۴۹	۲۱۶۲

تعداد ازدواج و طلاق ثبت شده در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۹۴

بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سازمان ثبت احوال کشور (برای یک سال به طور کامل)، فراوانی ازدواج و طلاق ثبت شده در کل کشور و در استان کرمان به شرح زیر می باشد. نسبت ازدواج به طلاق در سال ۹۴ در استان کرمان از میانگین کشوری بیشتر بوده است.

جدول ۶- ازدواج و طلاق ثبت شده سال ۱۳۹۴ در کل کشور و در استان کرمان

نسبت ازدواج به طلاق	فراوانی طلاق	فراوانی ازدواج	
۴/۲	163765	685352	کل کشور
۵/۴	4435	24134	استان کرمان

تعداد ازدواج ها در استان کرمان از سال ۱۳۸۵ تا ۹۰ افزایش داشته است اما همزمان فراوانی طلاق نیز در طی این سالها روند افزایشی را نشان می دهد. اما از سال ۱۳۹۰ تا ۹۴، کاهش قابل توجهی در تعداد ازدواج ها رخ داده است.

جدول ۷- روند تغییرات تعدد ازدواج و طلاق ثبت شده در استان کرمان از سال ۱۳۶۵ تا سال ۱۳۹۰

نقاط روستایی		نقاط شهری		جمع		سال وشهرستان
ازدواج	طلاق	ازدواج	طلاق	ازدواج	طلاق	
...	...	...	...	۱۰۰۹	۱۲۲۶۹	.....۱۳۶۵
...	...	...	...	۱۰۳۸	۱۴۵۷۸	.....۱۳۷۰
۶۵	۶۸۴۰	۹۲۰	۸۹۸۱	۹۸۵	۱۵۸۲۱	.....۱۳۷۵
۲۳۱	۶۰۳۰	۲۴۷۷	۲۴۸۸۱	۲۷۰۸	۳۰۹۱۱	.....۱۳۸۵
۷۸	۴۵۸۸	۲۹۱۳	۲۶۷۴۹	۳۰۰۱	۳۱۳۳۷	.....۱۳۸۷
۱۰۸	۵۳۰۲	۳۲۵۹	۲۵۸۱۶	۳۳۶۷	۳۱۱۱۸	.....۱۳۸۸
۶۳	۵۰۵۰	۳۴۷۷	۲۶۶۵۲	۳۵۴۰	۳۱۷۰۲	.....۱۳۸۹
۸۸	۴۹۹۲	۳۵۱۹	۲۸۹۶۸	۳۶۰۷	۳۳۹۶۰	.....۱۳۹۰

شاخص بعد خانوار

متوسط بعد خانوار عبارت است از متوسط تعداد افراد در خانوار و از تقسیم تعداد جمعیت به تعداد کل خانوار حاصل می شود. طبق آخرین آمار ارائه شده در سرشماری نفوس و مسکن، متوسط بعد خانوار در سال ۱۳۹۵ در استان کرمان ۳/۴ بوده که این میزان نسبت به سال ۱۳۹۰ کاهش داشته است. همانطور که در جدول ۸ مشاهده میگردد، در کل کشور نیز این میزان در فاصله ی سالهای ۱۳۹۰ تا ۹۵ کاهش یافته اما میزان این کاهش در استان کرمان نسبت به میانگین کشوری بیشتر بوده است (۰,۳ در مقابل ۰,۲).

جدول ۸- متوسط بعد خانوار در کل کشور و استان کرمان در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

متوسط بعد خانوار	متوسط بعد خانوار	
۱۳۹۵	۱۳۹۰	
۳/۳	۳/۵	کل کشور
۳/۴	۳/۷	استان کرمان

میزان باروری کلی

میزان باروری کلی عبارت است از متوسط تعداد فرزندان زنده ای است که یک زن، در طی دوران باروری خود به دنیا می آورد. جدول زیر میزان باروری کلی در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ در استان کرمان و کل کشور را نشان می دهد. میزان باروری کلی در استان کرمان نسبت به میانگین کشوری بیشتر بوده ولی در سال ۸۵ نسبت به سال ۸۰ کاهش داشته است.

جدول ۹- میزان باروری کلی در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ در استان کرمان و کل کشور

میزان باروری کلی در سال ۱۳۸۵	میزان باروری کلی در سال ۱۳۸۰	
۱/۹۶	۲/۰	کل کشور
۲/۳	۲/۴	استان کرمان

وقایع حیاتی و جمعیتی استان کرمان در یک نگاه

۱. رشد جمعیت در سال های اخیر در استان کرمان افزایش یافته است.
۲. متوسط رشد سالانه جمعیت در استان کرمان نسبت به میانگین کشوری بیشتر می باشد(در سالهای ۹۵-۹۰).
۳. تعداد زنان جوان (۲۰-۲۹ سال) در استان کرمان، بیش از سایر گروههای سنی زنان و بیش از مردان در همین گروه سنی می باشد(سال ۱۳۹۰).
۴. تعداد تولد نوزاد دختر در استان کرمان، نسبت به نوزاد پسر بیشتر می باشد(سال ۱۳۹۴).
۵. کرمان از لحاظ میزان ولادت ها، نهمین استان کشور می باشد(سال ۱۳۹۴).
۶. تعداد موالید در نقاط روستایی استان، در طی سالهای اخیر کاهش و در نقاط شهری افزایش داشته است-یک دلیل آن می تواند مربوط به مهاجرت افراد از روستاها به شهرهای استان باشد.
۷. فراوانی فوت زنان استان کمتر از مردان می باشد(سال ۱۳۹۴).
۸. تعداد ازدواج در استان کرمان طی سالهای اخیر (سال ۹۴ نسبت به سال ۹۰) کاهش محسوسی داشته است.
۹. تعداد طلاق در استان کرمان طی سالهای اخیر (سال ۹۴ نسبت به سال ۹۰) افزایش داشته است.
۱۰. نسبت ازدواج به طلاق در استان کرمان بیش از متوسط کشوری می باشد(سال ۱۳۹۴).
۱۱. متوسط بعد خانوار در استان کرمان در سال های اخیر کاهش یافته است.

فصل سوم
اولویت های بیماری ها
و مرگ و میر

مقدمه

سیاستگذاران سلامت، با درک صحیح و وضعیت سلامت در یک منطقه؛ می توانند در جهت برنامه ریزی، تدوین و اجرای مناسب ترین سیاست ها گام بردارند. شناسایی وضعیت موجود، علاوه بر شناخت شرایط محیط زیست، شناسایی مهمترین بیماری های شایع و اصلی ترین علل مرگ و میر آن منطقه را نیز می طلبد. در سالهای اخیر پیشرفت های زیادی درباره ی سلامت زنان در کشور صورت گرفته است؛ اما عمده مسائل سلامت شناسایی شده درباره ی زنان به نقش آنها در باروری، به دنیا آوردن فرزند و تجدید نسل بوده است و سایر ابعاد سلامت زنان کمتر دیده شده است. در این فصل به تعیین و تشریح اولویت های بیماری ها و علل اصلی مرگ و میر زنان استان کرمان پرداخته می شود.

اولویت های بیماری های زنان استان کرمان

این بخش از سند به تشریح اولویت های بیماری های جسمی و روانی در زنان استان کرمان اختصاص دارد. در این قسمت ضمن استفاده از آمارهای استانی موجود از نظرات خبرگان و آمارهای کشوری استفاده شد.

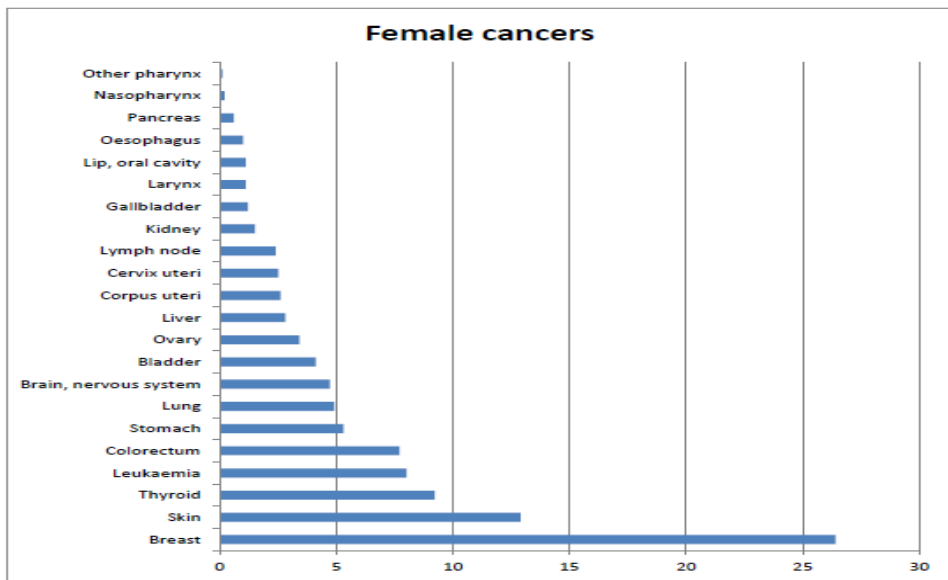
به طور کلی شیوع بیماری های مزمن در زنان استان کرمان، با اختلاف قابل توجهی از میانگین کشوری بیشتر می باشد. طبق مطالعه کشوری انجام شده در سال ۱۳۸۹، در صد زنان با حداقل یک بیماری مزمن در کل کشور ۱۹/۹۹ و در استان کرمان ۲۵/۶۷ بوده است.

سرطان ها، بیماری های قلبی عروقی، بیماری های مفصلی و استخوانی، بیماری های تنفسی، دیابت، اختلالات روانی و افسردگی، فشارخون و اعتیاد بیماری هایی هستند که به عنوان اولویت های مسائل سلامت بانوان استان کرمان شناسایی شدند.

سرطان‌ها

ثبت سالانه هزاران مورد جدید از ابتلا به سرطان در کشور و مرگ و میر بسیاری از افراد مبتلا به سرطان، حکایت از این واقعیت دارد که شیوع سرطان در ایران نگران کننده است. پیشگیری از وقوع سرطان نیازمند شناسایی دلایل و ریشه های وقوع این بیماری و به منظور این امر نیاز به دسترسی به اطلاعات و آمار دقیق از میزان ابتلا به انواع سرطان در استان کرمان در سال ۱۳۹۳ نشان می دهد که سه سرطان شایع زنان استان کرمان به ترتیب عبارتند از سرطان سینه، پوست و تیروئید. نمودار زیر میزان شیوع سرطان‌ها در زنان استان کرمان را در سال ۱۳۹۳ نشان می دهد.

نمودار ۵- شیوع انواع سرطان‌ها در زنان استان کرمان



میزان بروز اختصاصی سنی سه سرطان شایع در زنان استان کرمان در مقایسه با زنان کشور در جدول زیر نشان داده شده است:

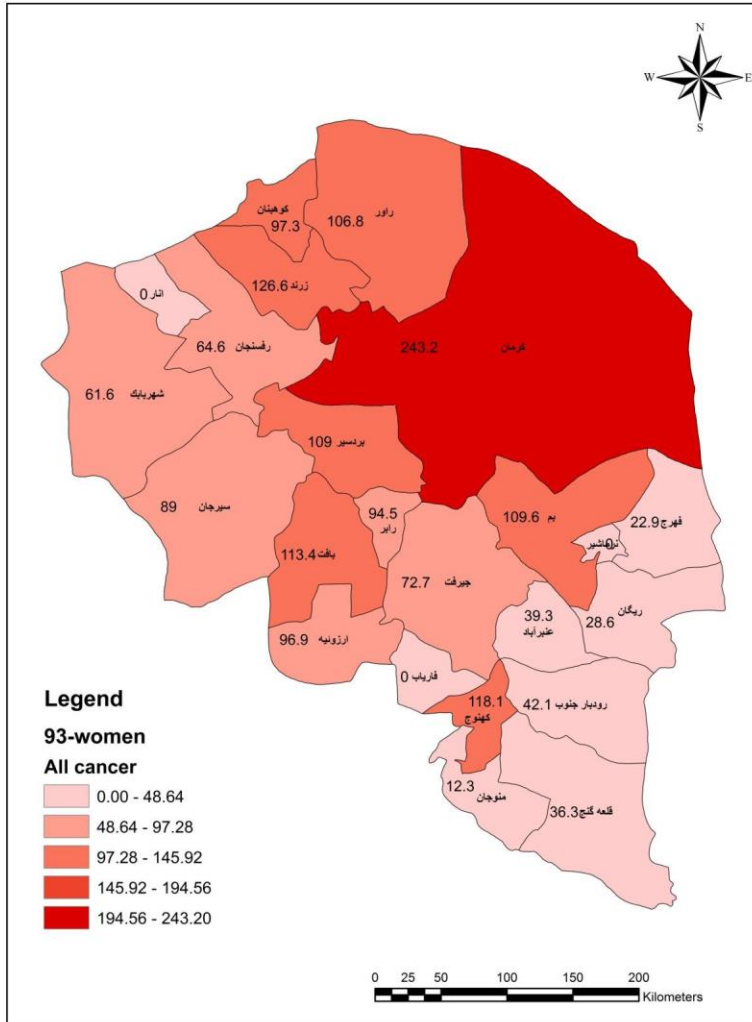
جدول ۱۰- میزان بروز اختصاصی سنی سه سرطان شایع در زنان استان کرمان در مقایسه با زنان کشور در سال ۹۳

سرطان تیروئید	سرطان پوست	سرطان سینه	
۴	۰/۷	۲۸/۱	میزان در زنان کل کشور
۹/۲	۱۳	۲۶/۴	میزان در زنان استان کرمان

لازم به ذکر است که سرطان پوست در مردان استان کرمان نیز دومین سرطان شایع در سال ۱۳۹۴ می باشد که از لحاظ شیوع بالا و اختلاف زیاد آن با آمارهای کشوری، بسیار قابل توجه می باشد.

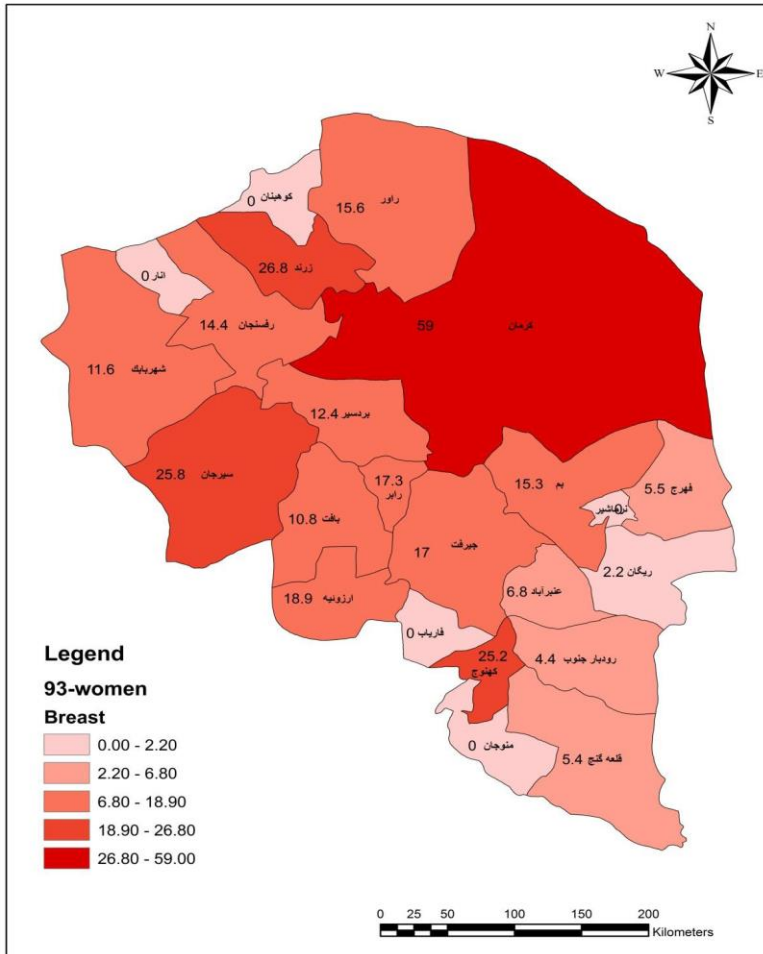
نقشه ی شیوع تمام سرطان ها در زنان استان کرمان نشان می دهد مرکز استان، مرکز شیوع انواع سرطان ها نیز می باشد! شهرهای زرنند، کهنوج، بافت، بم، بردسیر، راور و کوهبنان در رده های بعدی شیوع بالای انواع سرطان قرار دارند (شکل ۸).

شکل ۸- نقشه ی شیوع تمام سرطان ها در زنان استان کرمان در سال ۱۳۹۳

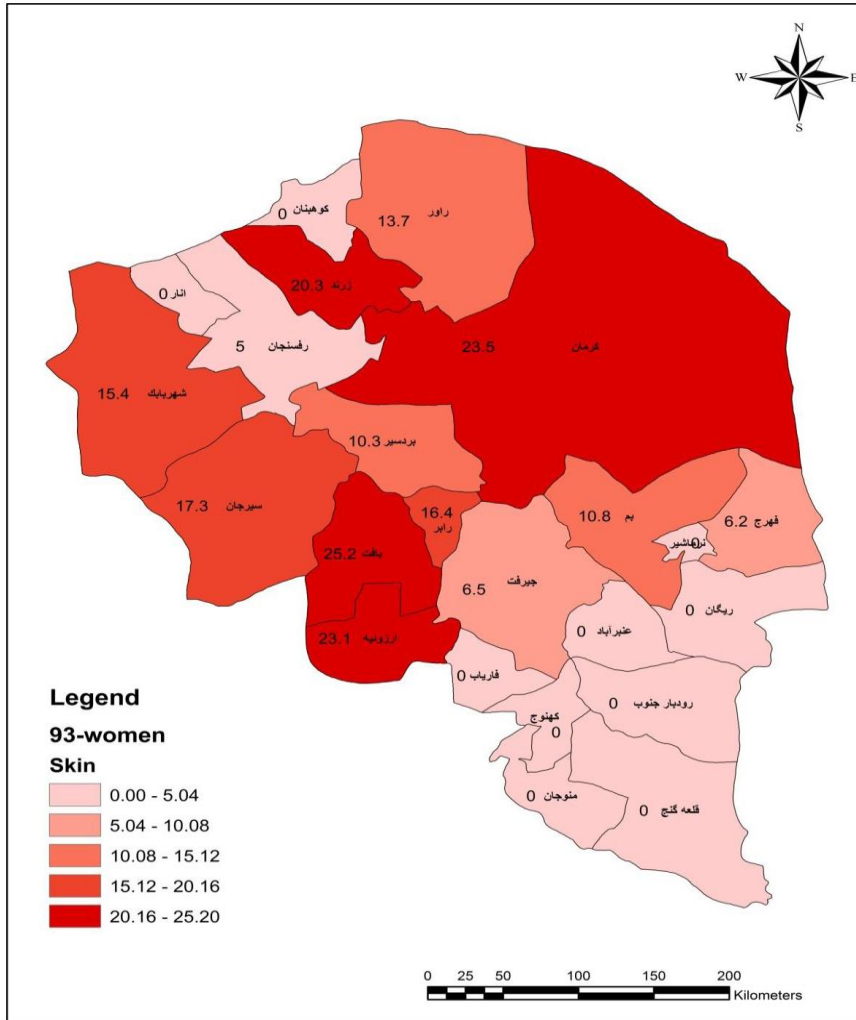


میزان شیوع سرطان سینه در زنان استان کرمان نشان میدهد که بعد از شهر کرمان، شهرهای زرنه، سیرجان و کهنوج به ترتیب بیشترین میزان شیوع سرطان سینه در کل استان را دارا می باشند(شکل

شکل ۹- نقشه ی شیوع سرطان سینه در استان کرمان در سال ۱۳۹۳

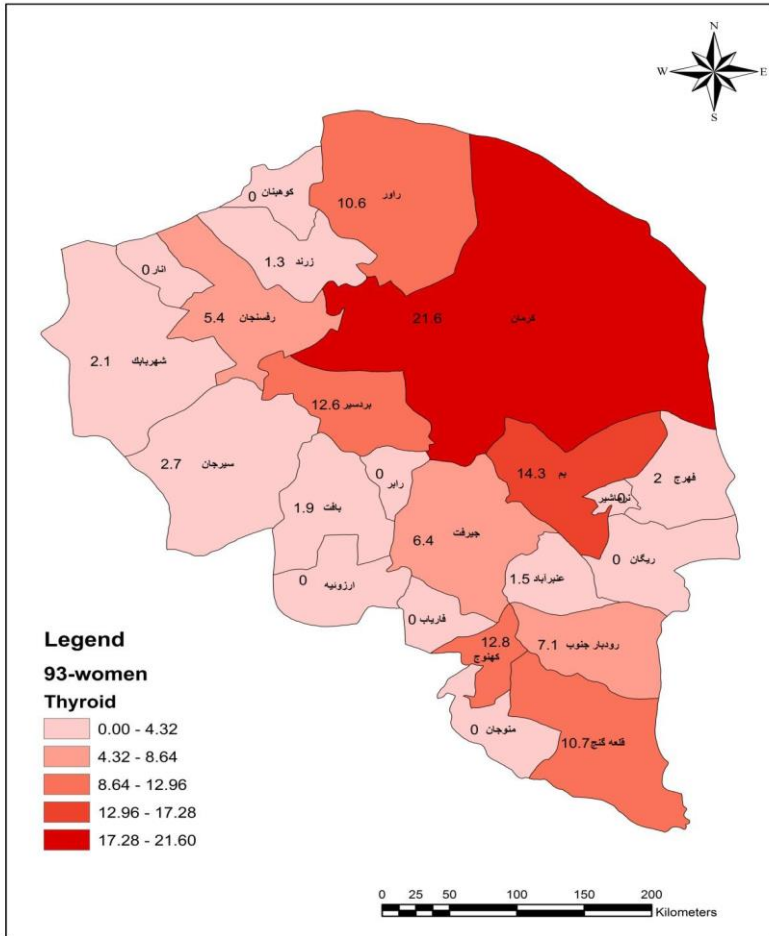


شکل ۱۰ - نقشه ی شیوع سرطان پوست در زنان استان کرمان در سال ۱۳۹۳



میزان شیوع سرطان تیروئید در زنان استان کرمان نشان می دهد که شهرهای کرمان و بم در معرض خطر بیشتری برای ابتلا هستند (شکل ۱۱).

شکل ۱۱- شیوع سرطان تیروئید در زنان استان کرمان در سال ۹۳



بیماری های قلبی عروقی

بیماری های قلبی عروقی شامل بیماریهایی هستند که بر خونرسانی قلب، مغز و نواحی محیطی بدن اثر می گذارند. شیوع بیماریهای قلبی عروقی مخصوصاً بیماری قلبی کرونری، به شدت در کل دنیا و از جمله ایران در حال افزایش است.

موج همه گیری بیماریهای قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه در ابتدا افراد مرفه تر را تحت تاثیر قرار داد، اما با پیشرفت همه گیری، این روند اجتماعی معکوس شد و افرادی که از نظر اجتماعی اقتصادی در سطح پایینتری بودند مستعد آسیب پذیری بیشتری شدند.

بیماری های قلبی عروقی یکی از بیماریهای شایع زنان در کل کشور می باشد. این بیماری همچنین به عنوان یکی از شایع ترین بیماری های زنان استان کرمان از نظر صاحب نظران معرفی شده است. میزان بیماری های قلبی عروقی زنان کل کشور در ۱۰۰ هزار نفر- سال در گروههای سنی مختلف در سال ۱۳۸۰ نشان می دهد که کل موارد بیماریهای قلبی عروقی در زنان ۶۵-۷۴ سال بیشتر از سایر گروههای سنی می باشد همچنین میزان سکته قلبی نیز در این گروه بیشتر می باشد.

جدول ۱۱- میزان بیماری های قلبی عروقی زنان کل کشور در ۱۰۰ هزار نفر- سال در سال ۱۳۸۰

زیر گروه بیماریهای قلبی	۳۵-۴۴	۴۵-۵۴	۵۵-۶۴	۶۵-۷۴	>۷۵
سکته قلبی	۶۷	۱۷۵	۲۰۲	۶۲۵	۲۹۸
آنژین صدری	۱۷۶	۶۴۱	۱۱۵۸	۱۱۴۸	۵۸۹
مرگ ناگهانی قلبی	۲۷	۲۲	۶۷	۶۱۶	۲۹۳
کل موارد CHD	۲۷۰	۸۴۲	۱۴۴۰	۲۴۳۴	۱۱۹۷

شیوع بیماریهای قلبی عروقی در زنان ۵۴-۱۵ سال بر اساس خود اظهاری در استان کرمان در مقایسه با کل کشور در سال ۸۹ نشان می دهد که این مقدار در استان کمتر از میانگین کل کشور بوده است اما این بیماری همچنان یکی از مسائل مهم سلامتی زنان استان محسوب می گردد.

جدول ۱۲- شیوع بیماری قلبی عروقی در زنان ۵۴-۱۵ سال بر اساس خود اظهاری در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۹

مکان	بیماریهای قلبی عروقی
کل کشور	۴/۱۰
استان کرمان	۳/۸۳

دیابت

دیابت شایعترین بیماری متابولیک است و شیوع آن به خصوص دیابت نوع ۲ پیوسته در حال افزایش است، به طوریکه طبق پیشبینی WHO در سال ۲۰۲۵ میلادی دیابت به میزان ۵/۴٪ در جهان شیوع خواهد داشت در حالیکه در سال ۱۹۹۵ این میزان ۴٪ بوده است. عوامل مسبب این وضعیت، بجز افزایش جمعیت و بالا رفتن میزان امید به زندگی (افزایش سن متوسط جامعه) به خاطر زندگی صنعتی و شهرنشینی است که موجب تغییر شیوه زندگی مردم می شود.

مطالعات اخیر نشان میدهد که حداقل ۳ میلیون نفر دیابتی در کشور زندگی می کنند که متأسفانه حدود نیمی از آنها از بیماری خود بی اطلاع هستند و بسیاری از این بیماران هنگامی که دچار یکی از عوارض دیابت می شوند به وجود بیماری خود پی میبرند. مقایسه نتایج مطالعات مختلف سالهای اخیر با مطالعات معدودی که در گذشته در کشور به عمل آمده بیانگر آن است که میزان بروز و شیوع دیابت در ایران همچون کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته پیوسته در حال افزایش است.

در استان کرمان نیز شیوع دیابت در زنان در حال افزایش بوده و به عنوان مشکل سلامتی جدی مطرح می باشد.

آمار بدست آمده از اطلس بیماری های غیرواگیر در ایران در خصوص شیوع دیابت در کشور، نشان داده است که دیابت بین زنان شایع تر از مردان بوده و برابر با ۳،۱۰ و در مردان ۸،۸ درصد گزارش شده است. ۹،۹ مردم مناطق شهری و ۷،۸ درصد مردم مناطق روستایی در کل کشور دارای دیابت هستند.

بیماری های مفصلی و استخوانی

بیماری های مفصلی و استخوانی شامل طیفی از بیماری ها همانند آرتروز، پوکی استخوان، روماتیسم و درد مفاصل و استخوان ها می باشد.

شیوع درد مفاصل کوچک و بزرگ در زنان از همان سنین پایین (۲۰سال) شروع شده و در زنان بیشتر از مردان است. شیوع درد مفاصل در سنین ۵۰-۳۰ سالگی زنان برای مفاصل کوچک حدود ۴ برابر و برای مفاصل بزرگ حدود ۲ برابر بیشتر از مردان می باشد.

همچنین مقایسه آمار اظهار درد یا خشکی صبحگاهی مفاصل کوچک در بین زنان و مردان در گروههای سنی مختلف نشانگر مقدار بالای این علامت در زنان نسبت به مردان است که در سن ۵۹-۵۰ سال این تفاوت به حدود ۶ برابر می رسد (زنان ۱۴/۹ درصد، مردان ۲/۳ درصد).

پوکی استخوان نیز از شایع ترین بیماری های متابولیک می باشد که با ایجاد اختلال ساختاری در استخوان زمینه را برای بروز شکستگی استخوان مساعد می کند. عوامل خطر این بیماری عبارت است از: یائسگی، مصرف داروهای کورتیکو استروئیدی، سابقه خانوادگی و سابقه شکستگی استخوان می باشد. در مطالعه ای که در این زمینه انجام شده در گروههای سنی ۶۹-۶۰ سال ۵۶/۳ درصد از زنان و ۱۶/۷ درصد از مردان دچار پوکی استخوان بوده اند.

در استان کرمان شیوع بیماری های مفصلی در زنان بیش از مردان و در زنان استان کرمان بسیار بیشتر از میانگین کشوری گزارش شده است.

شیوع بیماریهای مفصلی در زنان ۱۵-۵۴ سال بر اساس خود اظهاری در استان کرمان و کل کشور به صورت زیر می باشد:

جدول ۱۳- شیوع بیماریهای مفصلی در زنان ۱۵-۵۴ سال بر اساس خود اظهاری در استان کرمان و کشور در سال ۱۳۸۹

بیماری های مفصلی	مکان
۱۳/۸۰	کل کشور
۲۰/۲۰	استان کرمان

بیماری های تنفسی

بیماری های تنفسی شامل طیفی از بیماری ها همانند آسم، بیماری های انسدادی مزمن ریه^۱، برونشیت و سایر مشکلات تنفسی می باشد. در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای پیشرفته به دلیل عدم اجرای صحیح قوانین زیست محیطی و همچنین رشد سریع شهرسازی، روند افزایش آلودگی هوا از سرعت بیشتری برخوردار است.

ایران به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه در سالهای اخیر با آلودگی هوا در بسیاری از شهرهای بزرگ و صنعتی خود روبه رو بوده است. مطالعات نشان میدهد که شیوع آسم نیز در بسیاری از شهرهای کشور بیش از میزان متوسط جهانی بوده و روندی رو به رشد دارد.

^۱ . مشخصه بیماریهای انسدادی مزمن ریه ، (COPD= Chronic Obstructive Pulmonary Disease) محدودیت پیشرونده در جریان هوا است که ناشی از التهاب مزمن در راههای هوایی، پارانشیم و شبکه عروقی ریه میباشد. بیماری COPD چهارمین علت مرگ در جهان می باشد.

آسم یک بیماری تنفسی چندعللی است که شیوع آن در بسیاری کشورهای طی سالهای اخیر روند رو به رشدی داشته است. فاکتورهای مرتبط با بروز و تشدید آسم شامل عوامل ژنتیکی، عفونت مجرای تنفسی، استرس، تغذیه نامناسب، مواجهه با مواد آلرژیزا مانند گرده گلها و اسپور قارچها، کشیدن سیگار، شرایط آب و هوایی نامطلوب، آلودگی هوا و فاکتورهای اجتماعی است. در بین همه فاکتورها آلودگی هوا و شرایط آب و هوایی نامساعد نقش مهمی در ایجاد و تشدید آسم دارند.

شیوع بیماری آسم در زنان استان کرمان، اختلاف قابل توجهی با این مقدار در کل کشور دارد. مهمترین منابع آلاینده هوا در سطح استان کرمان عبارتند از: وسایل نقلیه موتوری، صنایع و کارخانجات، فعالیتهای معدنی و وسایل گرمای خانگی. این منابع با تولید گازهای سمی و خطرناک به ویژه CO₂ و همچنین گرد و غبار و انتشار آن در سطح وسیع سبب آلودگی شدید هوا می شوند.

کارخانه سیمان کرمان با تولید گازهای SO₂ ، CO₂ و نشر مواد مضر از طریق دود و غبار باعث آلودگی هوای شهر کرمان شده است. بسیاری از وسایل نقلیه و ماشین آلات مورد استفاده در استان به دلیل سیستم قدیمی و مستهلک بودن، علاوه بر تولید گازهای سمی باعث انتشار مقدار زیادی از ذرات آزیست و سرب هنگام ترمز کردن میشوند. علاوه بر آن، کارخانه های کک و قطران و زغالشویی موجب آلودگی هوای زرد گردیده است.

شیوع بیماری آسم در زنان ۵۴-۱۵ سال بر اساس خود اظهاری در استان کرمان و کل کشور در سال ۸۹ به صورت زیر می باشد:

جدول ۱۴- شیوع بیماری آسم در زنان ۵۴-۱۵ سال بر اساس خود اظهاری در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۹

آسم	مکان
۱/۶۷	کل کشور
۲/۶۳	استان کرمان

فشار خون

فشار خون بالا به دلیل شیوع بالای آن و همراهی با بیماری قلبی — عروقی یک مشکل بهداشتی - درمانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه است. به طوری که در کشورهای صنعتی حدوداً ۲۵٪ بزرگسالان و ۶۰٪ افراد بالای ۶۰ سال مبتلا به این بیماری هستند. شیوع فشار خون بالا در کشورهای مختلف متفاوت است. در ایران در نقاط مختلف برحسب جمعیت مورد مطالعه و معیارهای قراردادی مورد استفاده در تعریف فشارخون در صدهای متفاوتی از شیوع آن گزارش شده است. در مورد رابطه بین جنس و فشار خون بالا در سایر کشورها در اغلب مطالعه ها شیوع در مردان بیشتر است اما در مطالعه های انجام شده در ایران این شیوع در زنان بیشتر بوده است و یا تفاوت معنی داری بین دو جنس مشاهده نشده است.

در سال ۱۳۸۵، در صد زنان دارای فشارخون بالا در استان کرمان بیش از میانگین کشوری بوده است. در بررسی ملی سلامت و بیماری در سال ۱۳۸۰ نیز، استان کرمان از نظر شیوع بالای فشارخون در زنان، به عنوان هفتمین استان کشور معرفی شده و میزان فراوانی نسبی فشارخون زنان استان کرمان بالاتر از میانگین کشوری گزارش شده است.

جدول ۱۵- درصد فشار خون بالا در زنان در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۵

میانگین فشار خون سیستولیک زنان	میانگین فشار خون دیاستولیک زنان	درصد فشار خون بالا در زنان	
۱۱۵/۱	۷۳/۳	۸/۱	کل کشور

۱۱۵/۲	۷۲/۳	۸/۹	استان کرمان
-------	------	-----	----------------

اختلالات روانی و افسردگی

در ایران مطالعات زیادی 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 متاهلین است و با افزایش تحصیلات خصوصاً تحصیلات عالی دانشگاهی 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.

بررسی شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در ایران نشان می‌دهد که اختلالات خلقی مانند افسردگی اساسی در بین زنان دو برابر مردان (۵/۹۲ درصد و ۲/۹۷ درصد) و انواع اختلالات اضطرابی نیز در زنان بیشتر بوده و در مجموع نزدیک به سه برابر مردان مشاهده می‌شود. همچنین میزان شیوع اضطراب در زنان استان کرمان بسیار بیشتر از مردان و کمی بیشتر از میانگین کشوری می‌باشد. (میانگین کشوری ۲۵/۴ و استان کرمان ۲۵/۹ درصد). نتایج همین بررسی در مورد افسردگی نیز نشان می‌دهد که میزان افسردگی در زنان استان کرمان از میانگین کشوری بالاتر می‌باشد.

مطالعه ای کشوری در سال ۱۳۸۹، درصد زنان خیلی یا نسبتاً شاد را در استان کرمان کمتر از میانگین کشوری گزارش کرده است که این مسائل لزوم توجه ویژه به امر سلامت روان بانوان استان کرمان را پررنگ می‌سازد.

جدول ۱۶- درصد زنان خیلی یا نسبتاً شاد در کل کشور و استان کرمان در سال ۱۳۸۹

مکان	درصد زنان خیلی یا نسبتاً شاد
------	------------------------------

۶۰/۰۳	کل کشور
۵۳/۰۸	استان کرمان

شواهد نشان می دهد که شیوع بالای اختلالات روانی در زنان قبل از همه به ایفای هم زمان نقش های متعدد آنها در مقام مادری، همسری و نقش های اجتماعی مربوط می شود. لذا نسبت به مردان تحت استرس و فشار بیشتری هستند. علاوه بر عامل فوق محدود بودن زنان در مشارکت های اجتماعی، عوامل بیولوژیکی، استرس های محیطی و ازدواج از جمله عواملی هستند که می توانند زمینه ساز شیوع بیشتر اختلالات روانی در زنان باشند.

اعتیاد

اعتیاد از جمله بیماری هائی است که به مغز انسان آسیب زیادی رسانده و سیستم ارتباطی آن را مختل می سازد. اعتیاد همچنین خود می تواند عامل خطر بروز بسیاری از بیماری ها و آسیبهای جسمی و روانی باشد. گرچه در سالهای اخیر پیشرفت قابل ملاحظه ای در درک این اختلال و یافتن راههای درمان و پیشگیری از آن ایجاد شده است؛ لیکن از انجام تحقیق و بررسی این بیماری در زنان بسیار غفلت شده است. اغلب مداخلات مربوط به سوء مصرف مواد که تا کنون طراحی و اجرا شده اند؛ به طور قابل ملاحظه ای بر اساس ویژگیها و نیازهای مردان شکل گرفته اند. شواهد علمی نشان داده اند که سوء مصرف مواد و اعتیاد چالش های متفاوتی را برای زنان ایجاد کرده و سیر متفاوتی در دو جنس دارد. در کشور ما خدمات اختصاصی برای اعتیاد زنان وجود نداشته و یا بسیار کم وجود دارد و حتی برخی مراکز فقط به مردان اختصاص دارند. لیکن با توجه به اینکه در فرهنگ ما اعتیاد زنان ناهنجارتر از مردان تلقی می شود؛ زنان معمولاً از مراجعه به مراکز درمانی معتادان که اغلب مراجعه کنندگان آنها مردان هستند؛ آکراه دارند و از آنجایی که مراکز درمانی مهمترین مراکز جمع آوری آمار درباره ی معتادین می باشد؛ آمار اعتیاد زنان کمتر از مقدار واقعی تخمین زده می شود.

استفاده از مواد مخدر در میان زنان پیامدها و عواقب جدی در بر دارد که برخی از پیامدها عبارتند از مطرود گردیدن، ایجاد نسل معتاد، از هم گسیختگی خانواده و ... با توجه به آمارهای ارائه

شده، هر چند غیر دقیق، می توان زنان معتاد به مواد را در کشور حدوداً ۱۱۴ هزار نفر تخمین زد (۶ تا ۸٪).

توزیع جغرافیایی سوء مصرف کنندگان تریاک را در کل کشور نشان میدهد که استان کرمان از لحاظ سوء مصرف کنندگان تریاک در گروه خیلی پرخطر قرار دارد (شکل ۱۲).

شکل ۱۲- توزیع جغرافیایی سوء مصرف کنندگان تریاک به تفکیک استان در کشور



در سال های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۷ که آمار تفکیکی اعتیاد زنان موجود است؛ بیشترین میزان زنان معتاد در کشور، از سه استان کرمان، تهران و خراسان شناخته شده اند. به گونه ای که بیش از ۵۰ درصد از کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی سراسر کشور از این سه استان بوده اند.

مطالعه ای در سال ۱۳۹۴ در رابطه با سوء مصرف مواد در زنان شهر کرمان انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد بیشترین نوع ماده مصرفی در بین زنان، دخانیات و قلیان (تقریباً ۱۶٪) و بعد از آن مسکن ها (۱۲٪) و مخدرها خصوصاً تریاک (۸٪) می باشد. کمترین نوع ماده مصرفی نیز توهم زاها (کمتر از ۰٫۵٪) بودند.

همچنین در این مطالعه علل اصلی زمینه ساز اعتیاد زنان از دیدگاه خبرگان به صورت زیر بیان شده است:

- ۱- وجود دیدگاه های نادرست در جامعه در خصوص زنان معتاد و نگرش منفی که در قضاوتها در خصوص این گروه وجود دارد باعث می شود تا شناخت دقیقی نسبت به این گروه پنهان وجود نداشته باشد که در موفقیت برنامه های پیشگیرانه تاثیرگذار است.
- ۱- ضعف برنامه های مبارزه به مصرف مواد در حوزه زنان نیز در مقایسه با مردان باعث می گردد تا توفیق چندانی در زمینه مبارزه با اعتیاد زنان حاصل نگردد.
- ۲- آسیب های اجتماعی و فشارهای مختلف جامعه زنان را بیشتر و سریعتر درگیر مصرف مواد می نماید.
- ۳- مشکلات خانوادگی و تجربیات سخت و ناموفق در زندگی عامل بسیار مهمی در بروز اعتیاد در زنان می باشد.
- ۴- نقص و کمبود قوانین حمایتی در حوزه زنان عامل مهمی در افزایش تعداد زنان وابسته به مواد می باشد.
- ۵- دسترسی به خدمات درمانی برای مردان معتاد بسیار بیشتر از زنان معتاد می باشد.

اولویت های بیماری های شایع زنان استان در یک نگاه

۱. سرطان ها، بیماری های قلبی عروقی، بیماری های مفصلی و استخوانی، بیماری های تنفسی، دیابت، اختلالات روانی و افسردگی، فشارخون و اعتیاد اولویت های بیماری های زنان استان کرمان را تشکیل می دهند.
۲. سه سرطان شایع زنان استان کرمان به ترتیب عبارتند از: سرطان سینه، پوست و تیروئید (سال ۱۳۹۳).
۳. سرطان پوست و تیروئید در زنان استان، بیشتر از میانگین کشوری گزارش شده اند (سال ۱۳۹۳).
۴. شهر کرمان بیش از شهرهای دیگر در معرض خطر انواع سرطان قرار دارد.
۵. شیوع دیابت در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است.
۶. شیوع بیماری های مفصلی در زنان استان کرمان بیشتر از میانگین کشوری می باشد (۱۳۸۹).
۷. شیوع بیماری آسم در زنان استان کرمان بیشتر از میانگین کشوری می باشد (۱۳۸۹).
۸. شیوع بیماری فشارخون در زنان استان کرمان بیشتر از میانگین کشوری گزارش شده است (۱۳۸۵).
۹. درصد زنان شاد استان کرمانی کمتر از میانگین کشوری می باشد (۱۳۸۹).
۱۰. استان کرمان، جزء سه استان اول کشور از لحاظ تعداد زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز درمانی سراسر کشور می باشد (سالهای ۷۷ و ۷۸).

اولویت های مرگ و میر زنان استان کرمان

یکی از مولفه های مهم در برنامه ریزی های مربوط به سلامت هر جامعه، شناسایی صحیح علل مرگ و میر در آن جامعه است. دانستن الگوی تغییرات مرگ و میر در هر کشور، استان و یا منطقه ای

می تواند از اهمیت بالایی برای برنامه ریزی ها و ارائه ی سیاستها به منظور پیشگیری، برخوردار باشد. برنامه ریزی و ارائه ی راهبردهایی به منظور پیشگیری از مرگ زنان و مادران ، منوط به دانستن دلایل مرگ و تشریح و اولویت بندی آنها می باشد.

این بخش از سند به ذکر اولویت های مرگ و میر زنان استان اختصاص دارد. در ابتدا مرگ و میر زنان استان کرمان در اثر بیماری های مختلف، تصادفات و سپس مرگ و میر مادران باردار مورد بحث قرار می گیرند.

میزان مرگ در اثر بیماری ها

در قسمت علل مرگ و میر در اثر بیماریها، ضمن ذکر عمده ترین دلایل مرگ و میر زنان استان کرمان در سالهای اخیر، به توضیح و ارائه آمار موجود در مورد هر یک از علل پرداخته می شود.

علل اصلی مرگ و میر زنان در استان کرمان و میزان هریک از آنها در مقایسه با میانگین کشوری، با توجه به آمار ارائه شده در گزارش سیمای مرگ در ۲۳ استان کشور در سال ۱۳۹۱، به شرح زیر می باشد:

جدول ۱۷- علل اصلی مرگ زنان در کلیه گروه های سنی استان کرمان - سال ۱۳۹۱ (میزان در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)

علت مرگ	استان کرمان	۴۲
سکته قلبی	میزان کشوری	۶۶
بیماری های قلبی و عروقی		۲۴
سکته مغزی		۱۷
بیماری های قلبی ناشی از فشارخون		۱۴
بیماری های مزمن ریه و برونش		۱۴
حوادث مربوط به حمل و نقل		۱۳
دیابت		۸
سایر بیماری های دستگاه تنفس		۷
ناهنجاری های مادر زادی و کروموزومی		۶
پنومونی		۵
سایر بیماری های سیستم عصبی		۵
نارسایی کلیه		۵
سرطان ریه و برونش		۵
سرطان پستان		۴
سرطان معده		۴
اختلالات مربوط به کوتاهی دوره بارداری		۴
سرطان سیستم عصبی مرکزی و مننژ		۳
		...
		۹
		۷
		۶
		۴
		۱۰
		...
		۶
		۸
		۶
		۱۶
		۱۲
		۸
		۲۹
		۳۴

با توجه به جدول فوق علل مرگ و میری که میزان آنها با میانگین کشوری اختلاف چشمگیری دارند به صورت زیر می باشند:

- ❖ بیماریهای قلبی عروقی
- ❖ بیماری های دستگاه تنفسی (به ویژه بیماریهای مزمن ریه)
- ❖ حوادث مربوط به حمل و نقل

در گزارش سیمای سلامت زنان، علل اصلی مرگ و میر زنان در کشور به صورت زیر بیان شده است:

- ❖ بیماریهای قلبی عروقی
- ❖ سرطان ها،
- ❖ حوادث و سوانح،
- ❖ بیماریهای دستگاه تنفسی،
- ❖ بیماریهای حول تولد،
- ❖ بیماریهای دستگاه گوارش،
- ❖ بیماریهای تغذیه ای،
- ❖ بیماریهای دستگاه ادراری،
- ❖ ناهنجاریهای مادرزادی،
- ❖ حوادث عمدی

در همین گزارش ، سه علت اصلی مرگ و میر زنان در استان کرمان به صورت زیر بیان شده است:

- ❖ بیماریهای قلبی عروقی،
- ❖ حوادث و سوانح
- ❖ سرطان ها

به نظر می رسد بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، تصادفات، بیماری های ناشی از فشارخون، بیماری های دستگاه تنفسی و دیابت اولویت های مرگ و میر زنان استان کرمان می باشند.

مرگ در اثر بیماری های قلبی عروقی

مطالعات نشان می دهند ایران مرگ و میری بیش از متوسط میزان جهانی را در اثر بیماری های قلبی عروقی به خود اختصاص داده است، هرچند این میزان به مرور زمان در سالهای مورد مطالعه کاهش نشان میدهد.

مطالعات انجام شده در استان کرمان در سال ۱۳۸۴ نشان می دهد که از میان ۸۷۷۷ مرگ قلبی عروقی، ۴۷۹۴ مرگ متعلق به مردان است که ۵۴/۶ درصد از کل مرگهای قلبی عروقی است. ۳۹۸۳ مرگ هم تعلق به زنان دارد که ۴۵/۴ درصد از کل مرگهای قلبی عروقی است. در همان سال، بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی در بین زنان استان کرمان به ترتیب مربوط به شهرهای کرمان، رفسنجان و سیرجان بوده است.

در سال ۱۳۹۱ بیماری های قلبی عروقی در زنان استان کرمان بیش از میانگین کشوری بوده و در سال ۹۴ یکی از ۵ علل اصلی مرگ و میر زنان استان کرمان شناخته شده است.

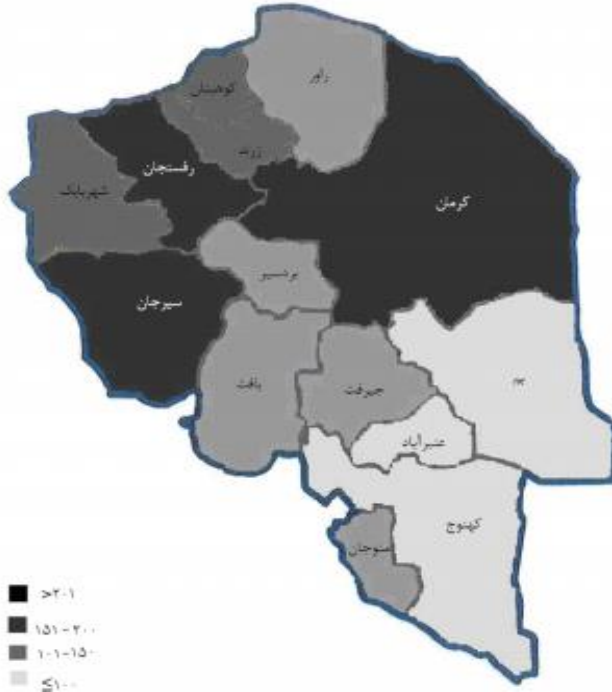
نقشه ی زیر توزیع میزانهای تطبیق یافته مرگ و میر بیماریهای قلبی عروقی در کل جمعیت استان کرمان در هر دو جنس را در سالهای ۱۳۸۴-۱۳۸۳ را نشان می دهد.

مرگ در اثر دیابت

بنابر پروژه های سازمان جهانی بهداشت، دیابت، هفتمین علت سببی مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد بود. رژیم غذایی سالم، انجام منظم فعالیت بدنی، حفظ وزن بدن در حد طبیعی و پرهیز از استعمال دخانیات میتواند از دیابت پیشگیری کند یا وقوع آن را به تاخیر بیندازد.

در استان کرمان نیز، دیابت یکی از دلایل اصلی مرگ و میر زنان استان کرمان در سال ۹۱ با میزان ۷/۹۷۸ در ۱۰ هزار نفر جمعیت بوده است.

شکل ۱۳- توزیع میزانهای تطبیق یافته مرگ و میر بیماریهای قلبی عروقی در استان کرمان در سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۴



مرگ در اثر بیماری های مزمن ریوی و تنفسی

بیماریهای مزمن ریوی مجموعه ای از بیماریها هستند که موجب محدودیت در تبادل هوای ریه ها میشوند. بخش اعظم این بیماریها را بیماریهای انسدادی ریه تشکیل میدهند.

مطالعات نشان می دهند در بین بیماریهای مزمن تنفسی، بیشترین میزان کشندگی مربوط به بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) است که با دارا بودن روند افزایشی در طی ۲۶ سال، در بین زنان در رتبه ۱۲ در بین سایر علل مرگ قرار دارد در حالیکه در مردان پانزدهمین علت مرگ شناخته شده است.

از سویی دیگر بر اساس نتایج مطالعه اطلس ملی بار بیماریها در ایران، تعداد مرگ ناشی از بیماری های تنفسی طی ۲۶ سال گذشته ۳ برابر شده و به شدت در حال افزایش است، بی شک عمده این

تغییرات با مسن شدن و آلودگی هوا در ارتباط خواهد بود. مشکلات مربوط به بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی در برخی از گروه‌های تنفسی ۳۰ برابر افزایش یافته است که بررسی‌های مطالعه ملی بار بیماری‌ها نشان داده است آلودگی هوا در ۱۵ تا ۲۰ سال گذشته تاثیر مخربی بر روی سلامتی افراد گذاشته است.

در سال ۱۳۹۱ میزان مرگ زنان استان کرمان در اثر بیماری‌های تنفسی بیشتر از همین میزان در کل کشور بوده است و در سال ۱۳۹۴ در استان کرمان، مرگ در اثر بیماری‌های تنفسی، دومین عامل مرگ و میر زنان استان کرمان، بعد از سکته قلبی و مغزی- گزارش شده است.

جدول ۱۸- تعداد مرگ در اثر بیماری‌های تنفسی در زنان استان کرمان، سال ۱۳۹۴

نام بیماری	تعداد مرگ زنان استان
بیماری‌های مزمن ریه و برونش	۲۴۰
پنومونی	۹۰
سایر بیماری‌های دستگاه تنفسی	۲۹۵

مرگ در اثر سرطان‌ها

سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته است و به تنهایی بیش از بیماری‌های سل، ایدز و مالاریا افراد را به کام مرگ کشانده است با توجه به نرخ رشد فعلی سرطان اینگونه به نظر می‌رسد که تا سال ۲۰۳۰ سالیانه ۱۳ میلیون مرگ ناشی از سرطان در جهان داشته باشیم که از این تعداد حداقل ۹ میلیون مورد آن مربوط به کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته و شانس ابتلا به سرطان در سال ۲۰۵۰ بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود.

در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر است. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در اثر سرطان جان خود را از دست می دهند. از طرفی انتظار می رود بدون مداخله ی صحیح، بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد.

نتایج اطلس بار بیماری ها، سوانح و حوادث در ۳۱ استان کشور نشان می دهد، ۵ سرطان کشته اول در زنان ایرانی طی سال ۱۹۹۰ به ترتیب سرطان معده، سرطان مثانه، سرطان رحم، سرطان نای، برونش و ریه و سرطان سینه و در ۲۰۱۵ پنج سرطان کشته اول در زنان ایرانی شامل سرطان معده، سرطان سینه، سرطان نای، برونش و ریه، سرطان کولون و رکتوم و سرطان خون بوده اند. در استان کرمان نیز، سرطان به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر شناسایی شده است که با توجه به آمارهای موجود در سال ۱۳۹۱ میزان مرگ در اثر سرطان ریه در زنان استان، از میزان کشوری آن بیشتر بوده است. همچنین در سال ۱۳۹۴ نیز سرطان ریه بعد از سرطان سینه و تومورها، بیشترین مرگ در بین سایر سرطان ها را در زنان استان در پی داشته است که بیشترین این تعداد مربوط به شهر کرمان بوده است.

جدول ۱۹- بیشترین تعداد مرگ در اثر انواع سرطان در زنان استان کرمان در سال ۱۳۹۴

نوع سرطان	تعداد مرگ زنان استان
سرطان سینه	۶۱
تومورها	۵۵
سرطان ریه	۵۱
سرطان معده	۴۸
سرطان سیستم عصبی مرکزی	۴۲

مرگ در اثر بیماری های ناشی از فشارخون

فشار خون ممکن است به دو طریق اندام های بدن را دچار اختلال کند. در روش اول افزایش فشار خون مستقیماً باعث ایجاد عارضه می شود و در روش دوم افزایش فشار خون در روندی به نام آترواسکلروز یا سفت شدن دیواره رگها پیش می آید. به هر حال اگر فشار خون بالا درمان نشود، ۵۰٪ بیماران مبتلا بواسطه نارسایی قلبی و بیماری عروق قلب، ۳۳٪ بعلت سکته مغزی و ۱۵-۱۰ درصد نیز به سبب نارسایی کلیه می میرند.

نارسایی و بزرگ شدن قلب، سکته مغزی، نارسایی کلیه، آثار چشمی، پارگی آئورت، پوکی استخوان، آترواسکلروز و سکته قلبی از عوارض فشار خون بالا هستند که سکته قلبی و نارسایی احتقانی قلب شایعترین علل مرگ ناشی از پرفشاری خون هستند.

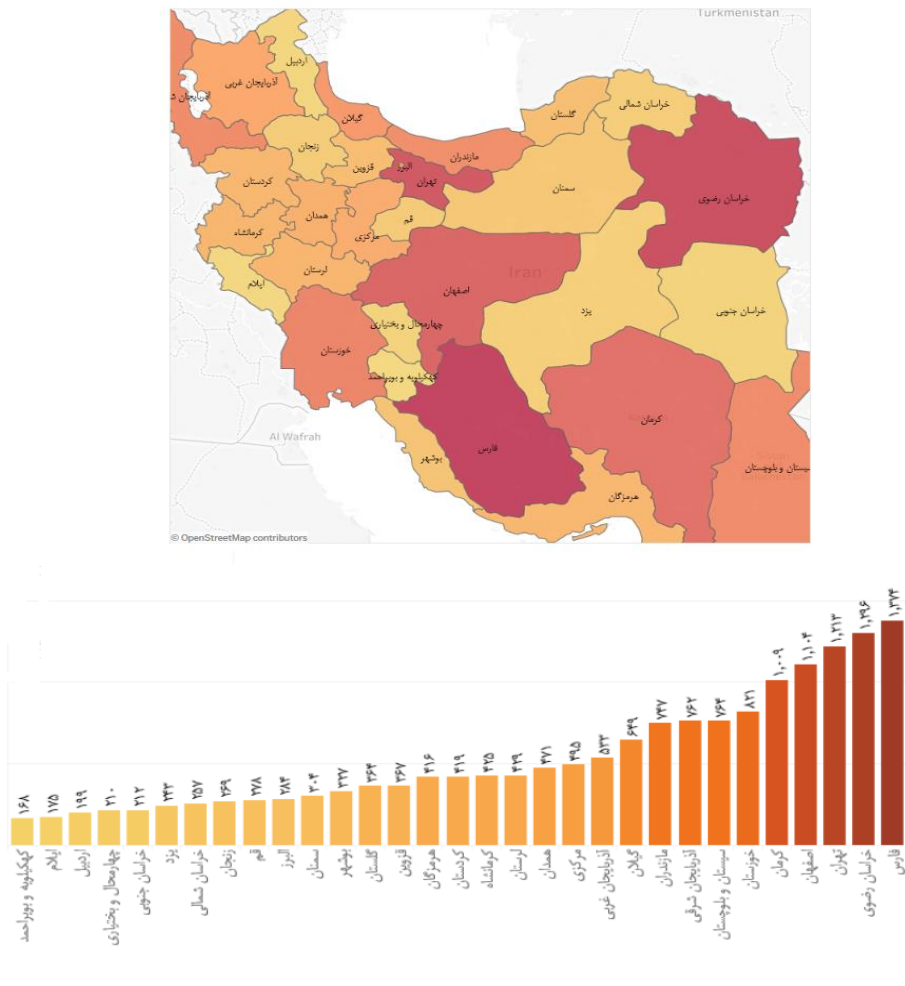
در استان کرمان، سکته قلبی اولین علت، سکته مغزی سومین و سایر بیماریهای ناشی از فشار خون چهارمین علت مرگ زنان استان در سال ۱۳۹۱ گزارش شده است. در سال ۹۴ نیز تعداد ۱۹۹ زن استان کرمانی در اثر بیماری های ناشی از فشارخون فوت شده اند که این تعداد از بیماری های مربوط به دیابت و تصادفات هم بیشتر بوده است.

مرگ در اثر تصادفات

براساس آمار ارائه شده در اطلس بیماریهای غیرواگیر، میزان مرگ و سال های از دست رفته ی عمر، به واسطه سوانح جاده ای، بیشترین مقدار در بین مناطق بررسی شده در چند کشور جهان مربوط به کشور ایران است.

میزان مرگ در اثر تصادفات در استان کرمان نیز بسیار بالا بوده به طوریکه در سال ۱۳۹۴، استان کرمان پنجمین استان از لحاظ میزان تلفات تصادفات در کل کشور بوده است (شکل ۷).

شکل ۱۴- میزان تلفات تصادفات در کل کشور به تفکیک استان در سال ۱۳۹۴



در سال ۱۳۹۱، میزان مرگ در اثر سوانح مربوط به حمل و نقل در زنان استان کرمان بیشتر از میانگین کشوری گزارش شده است. در سال ۱۳۹۴ تعداد زنان استان کرمانی که در اثر تصادفات جان خود را از دست داده بودند بسیار قابل توجه بوده و جزء علل اصلی مرگ زنان در این سال بوده است. بیشترین تعداد مرگ زنان در اثر تصادف، مربوط به تصادف موتورسیکلت با عابر پیاده بوده است.

جدول ۲۰- بیشترین تعداد مرگ زنان استان کرمان در اثر تصادفات در سال ۱۳۹۴

نوع تصادف	تعداد مرگ
تصادف موتور سیکلت با عابر پیاده	۹۷
راننده یا مسافر درون اتوموبیل سواری بوده است	۵۲
سایر حوادث ترافیکی	۵۵

میزان مرگ و میر مادران

شاخص میزان مرگ و میر مادران بازتابی از وضعیت سلامت عمومی در جامعه است و این میزان قابل پیشگیری و بسیار حساس به مداخلات درمانی می باشد. علت انتخاب این شاخص به عنوان یکی از بارزترین نمایه های توسعه، تأثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. بی تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راههای روستائی، دسترسی به فوریت های مامائی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه ارتباطی مخابراتی و درآمد خانوار می باشد آثار نامطلوب بیماری و مرگ و میر م مادر بر سلامت اعضاء خانواده غیر قابل چشم پوشی است. شاخص مرگ مادران در سال ۱۹۷۵ در ایران ۲۷۴ بوده که در سال ۱۹۹۵ به ۹۴، در سال ۲۰۰۵ به ۳۸ و در سال ۲۰۱۳ به ۲۰/۳ مورد مرگ در صد هزار تولد زنده رسیده است.

در استان کرمان تعداد و سهم موالید و مرگ هر دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک دوره پنج ساله ی (۱۳۹۱- ۱۳۸۷) در مقایسه با دوره ی ۵ ساله ی (۱۳۹۰-۱۳۹۴) مورد بررسی قرار گرفته است. با مشاهده این جدول و مقایسه سهم موالید و سهم مرگ در طی پنج سال نشان می دهد که در برخی دانشگاهها سهم مرگ مادر نسبت به موالید بالاتر است. در سالهای ۸۷ تا ۹۱، ۲/۴۸ در صد موالید کشور اختصاص به دانشگاه علوم پزشکی کرمان داشته و ۲/۸۸ در صد از مرگ مادران کشور در این دانشگاه رخ داده است. برخی دانشگاههای علوم پزشکی استان کرمان که درصد مرگ و میر مادر در آنها

بیش از موالید بوده است در جدول زیر به رنگ قرمز مشخص شده اند. در فاصله سالهای ۹۰ تا ۹۴، وضعیت مرگ مادر در دانشگاههای کرمان و جیرفت بهبود یافته است. اما در دانشگاه علوم پزشکی بم همچنان وضعیت به صورت قرمز بوده و درصد مرگ مادر از موالید بیشتر است.

جدول ۲۱- اطلاعات سهم دانشگاههای علوم پزشکی استان کرمان از موالید و مرگ مادر از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۱ در مقایسه با سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴

اطلاعات سهم دانشگاه از موالید و مرگ مادر از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴				اطلاعات سهم دانشگاه از موالید و مرگ مادر از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱				
سهم دانشگاه از	تعداد کل موالید در ۵ سال	تعداد مرگ مادر در طول ۵ سال	تعداد موالید در طول ۵ سال	سهم دانشگاه از		تعداد مرگ مادر در طول ۵ سال	تعداد موالید در طول ۵ سال	
				درصد کل موالید در ۵ سال	درصد کل مرگ مادر در ۵ سال			
۱/۹	۲/۰۲	۲۸	149098	۲/۸۸	۲/۴۸	۴۷	169080	کرمان
۰/۴۱	۰/۴۱	۶	29902	۰/۴۷	۰/۳۹	۷	26803	رفسنجان
۰/۵۴	۰/۴۹	۸	35933	۰/۴۷	۰/۳۰	۷	20334	بم
۱/۰۷	۱/۰۸	۲۵	79350	۱/۱۴	۰/۸۹	۱۷	60343	جیرفت

اولویت های علل مرگ و میر زنان استان کرمان در یک نگاه

۱. بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، تصادفات، بیماری های ناشی از فشارخون، بیماری های دستگاه تنفسی و دیابت اولویت های مرگ و میر زنان استان کرمان را تشکیل می دهند.
۲. میزان مرگ در اثر بیماری های قلبی عروقی در زنان استان کرمان بیش از میانگین کشوری می باشد (سال ۹۴).
۳. بیماری های قلبی عروقی یکی از ۵ علل اصلی مرگ و میر زنان استان کرمان، شناخته شده اند (سال ۹۴).
۴. بیماری های تنفسی در استان کرمان، بیشترین عامل مرگ و میر زنان استان پس از سکته می باشد (سال ۹۴).
۵. سرطان سینه، تومورها و سرطان ریه به ترتیب بیشترین عوامل مرگ و میر زنان استان کرمان را نسبت به سایر سرطان ها به خود اختصاص داده اند (سال ۹۴).
۶. تعداد مرگ در اثر بیماریهای ناشی از فشار خون در زنان استان کرمان، از تعداد مرگ در اثر دیابت و تصادفات هم بیشتر می باشد (سال ۹۴).
۷. استان کرمان پنجمین استان از لحاظ میزان تلفات تصادفات می باشد (سال ۹۴).
۸. تصادف موتور سیکلت با زنان عابر پیاده در استان کرمان، بیشترین علت مرگ در مقایسه با سایر تصادفات می باشد (سال ۹۴).
۹. درصد کل مرگ مادر در برخی دانشگاه های علوم پزشکی استان، بیش از درصد کل موالیید در سالهای مورد مطالعه بوده است.

فصل چهارم
وضعیت اجتماعی
موثر بر سلامت

مقدمه

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماریها میشوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را دشوار می‌نمایند.

عوامل اجتماعی تاثیرگذار در واقع بازگو‌کننده موقعیتهای متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع میباشند. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماریها و قسمت اعظم نابرابریهای سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی میشود.

در اهداف توسعه هزاره (MDGs) تاثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است. چارچوب این اهداف نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها بدون بدست آوردن موفقیت‌های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین و پرجمعیت، دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمیباشد و لذا بدون ایجاد پیشرفت و ترقی در عرصه سلامت، سایر اهداف توسعه هزاره غیر قابل دسترسی خواهد شد.

فصل چهارم سند به ارائه وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان استان کرمان و عوامل خطر هر یک از بیماری‌های اولویت‌دار استان، اختصاص دارد. عوامل موثر بر سلامت زنان که در سند حاضر مورد بررسی قرار گرفته‌اند به صورت زیر می‌باشند:

دسترسی و استفاده از منابع و خدمات

دسترسی به رسانه‌های گروهی، میزان سواد و تحصیلات، مشارکت اقتصادی و میزان بیکاری، دسترسی جغرافیایی، آگاهی صحیح درباره‌ی ایدز در زنان استان کرمان در این قسمت مورد بحث قرار می‌گیرد.

جدول ۲۲- عوامل موثر بر سلامت زنان

شاخص های شیوه ی زندگی	دسترسی و استفاده از منابع و خدمات
رفتارهای تغذیه ای	مشارکت اقتصادی و میزان بیکاری
تحرک و ورزش	میزان سواد و تحصیلات
مصرف دخانیات و مواد مخدر	دسترسی به رسانه های گروهی
زنان سرپرست خانوار	آگاهی صحیح درباره ی ایدز
وضعیت تاهل	دسترسی جغرافیایی
فرهنگ	درصد پوشش مراقبت های زایمانی
رضایت از زندگی	دسترسی مالی
	سواد سلامت
	موانع جنسیتی در دسترسی به خدمات سلامت

مشارکت اقتصادی و میزان بیکاری

مجمع جهانی اقتصاد، ایران را جزء گروه کشورهای دانیسته که سرمایه گذاری های مهمی برای آموزش زنان انجام داده اند، اما عموماً موانعی را که بر سر راه مشارکت زنان در بازار کار وجود دارد، رفع نکرده اند. بنابراین نتوانسته اند بازده سرمایه گذاری خود را از نظر توسعه سرمایه انسانی خود مشاهده کنند. بر اساس آخرین اطلاعات سازمان جهانی کار، نرخ مشارکت زنان در سن کار در فعالیت های اقتصادی ایران در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۳ درصد و نرخ مشارکت اقتصادی مردان حدود ۶۳ درصد بوده است.

مجمع جهانی اقتصاد، موانع استخدام و ترفیع زنان را در شش گروه " تعصب ناخودآگاه میان مدیران"، "فقدان توازن کار-زندگی"، "فقدان الگوهای زنانه"، "نقص مهارت‌های اکتسابی واجد شرایط" و "اعتماد به نفس و آرمان‌های زنان" و سایر موانع طبقه بندی کرده است:

شکل ۱۵- موانع استخدام و ترفیع زنان از منظر مجمع جهانی اقتصاد



در استان کرمان در سال ۱۳۹۰ نسبت به سال ۱۳۸۵، کاهش قابل ملاحظه ای در نرخ فعالیت اقتصادی زنان استان ملاحظه می شود. نرخ بیکاری زنان نیز در این سالها افزایش یافته است. از طرفی نرخ مشارکت اقتصادی مردان نیز در این سالها کاهش یافته اما این مقدار کاهش، به اندازه ی کاهش فعالیت زنان محسوس و قابل توجه نمی باشد (جدول ۲۴). نرخ فعالیت اقتصادی زنان در سال ۹۵ نسبت به سال ۹۲ افزایش قابل توجهی داشته است.

نرخ مشارکت اقتصادی زنان در سال ۱۳۹۲ در استان کرمان، ۸/۶ درصد بوده است که این نرخ در مقایسه با مردان (۶۰/۲ درصد) بسیار کمتر می باشد. اما در سال ۱۳۹۵ نرخ فعالیت اقتصادی زنان افزایش داشته است (۱۵/۱ درصد).

جدول ۲۳- نرخ فعالیت اقتصادی زنان در سال ۹۲ در مقایسه با سال ۹۵

سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۲
۱۵/۱	۸/۶

نرخ فعالیت اقتصادی زنان (درصد)

افزایش نرخ مشارکت اقتصادی زنان می تواند در پویایی، نشاط و سلامت اجتماعی آنها تاثیر به سزایی داشته باشد اما از طرفی فشارها و استرس های محیط کاری به همراه مسئولیت های فرزندان و منزل، می تواند سلامت روان زنان را تهدید کند. به علاوه این امکان وجود دارد که زنان و مادران شاغل کمتر به مباحث تغذیه ی خود و خانواده رسیدگی کنند و از طرفی شغل هایی همانند کار در ادارات که در زنان کل کشور رو به افزایش است؛ میتواند سبب کم تحرکی زنان کارمند و به خطر افتادن سلامت آنها گردد.

در استان کرمان سهم عمده ی مشارکت اقتصادی زنان در بخش خدمات بوده که این میزان در طی سالهای ۱۳۸۵ تا ۹۰ افزایش یافته است اما مشارکت زنان در بخش کشاورزی از سال ۱۳۸۸ تا ۹۰ کاهش قابل ملاحظه ای داشته است.

جدول ۲۴- شاخص های عمده ی نیروی کار در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر در استان کرمان در سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۰

شرح	نرخ مشارکت اقتصادی	نرخ بیکاری	نرخ بیکاری جوانان ۱۵-۲۴ ساله	سهم اشتغال در بخش های عمده ی فعالیت اقتصادی		
				کشاورزی	صنعت	خدمات
مرد و زن ^(۱) ۱۳۸۳	۳۴/۳	۸/۶	۲۳/۰	۲۶/۸	۲۳/۰	۳۸/۶
..... ۱۳۸۴	۳۹/۳	۱۵/۰	۲۸/۶	۳۳/۲	۲۸/۲	۳۸/۶
..... ۱۳۸۵	۴۱/۹	۱۳/۴	۲۵/۵	۳۵/۱	۲۸/۷	۳۶/۲
..... ۱۳۸۶	۳۷/۷	۱۱/۶	۲۷/۳	۳۲/۲	۲۸/۱	۳۹/۷
..... ۱۳۸۷	۳۵/۶	۹/۱	۲۵/۳	۳۳/۱	۲۷/۸	۳۹/۱
..... ۱۳۸۸	۳۴/۶	۱۱/۹	۳۰/۷	۳۶/۳	۲۵/۸	۳۷/۹
..... ۱۳۸۹	۳۴/۱	۱۱/۰	۳۰/۴	۳۱/۹	۲۹/۲	۳۸/۹
..... ۱۳۹۰	۳۴/۳	۱۲/۱	۳۶/۷	۲۹/۱	۳۱/۳	۳۹/۶
مرد ^(۱) ۱۳۸۳	۵۷/۸	۷/۱	۱۸/۶	۳۷/۶	۲۳/۵	۳۸/۷
..... ۱۳۸۴	۶۰/۴	۱۰/۶	۲۱/۱	۳۳/۸	۲۹/۰	۳۷/۲
..... ۱۳۸۵	۶۲/۱	۱۰/۰	۱۹/۰	۳۴/۲	۲۹/۵	۳۶/۳
..... ۱۳۸۶	۵۹/۱	۹/۲	۲۲/۲	۳۲/۶	۲۹/۱	۳۸/۳
..... ۱۳۸۷	۵۹/۰	۷/۵	۲۳/۷	۳۳/۲	۲۸/۸	۳۸/۰
..... ۱۳۸۸	۵۸/۳	۸/۸	۲۴/۵	۳۶/۷	۲۷/۵	۳۵/۸
..... ۱۳۸۹	۵۷/۸	۸/۱	۲۵/۰	۳۲/۹	۳۰/۸	۳۶/۳
..... ۱۳۹۰	۵۸/۵	۹/۲	۳۰/۱	۳۰/۳	۳۳/۱	۳۶/۵
زن ^(۱) ۱۳۸۳	۹/۲	۱۸/۳	۵۰/۴	۳۰/۱	۱۹/۷	۵۰/۱
..... ۱۳۸۴	۱۷/۱	۳۱/۲	۵۱/۴	۳۰/۰	۲۴/۲	۴۵/۸
..... ۱۳۸۵	۲۰/۷	۲۴/۱	۴۳/۷	۳۸/۵	۲۶/۰	۴۵/۴
..... ۱۳۸۶	۱۵/۳	۲۱/۱	۴۹/۱	۳۰/۴	۲۳/۴	۴۶/۲
..... ۱۳۸۷	۱۱/۵	۱۷/۶	۴۰/۰	۳۲/۹	۲۱/۸	۴۵/۳
..... ۱۳۸۸	۱۱/۰	۲۸/۲	۵۵/۱	۳۳/۹	۱۴/۲	۵۱/۹
..... ۱۳۸۹	۱۰/۴	۳۷/۴	۵۷/۵	۲۵/۱	۱۸/۱	۵۶/۸
..... ۱۳۹۰	۱۰/۰	۳۹/۵	۶۸/۶	۱۹/۸	۱۷/۵	۶۲/۷

(۱) اطلاعات ارائه شده سال ۱۳۸۳ مربوط به اردیبهشت است .

سواد و تحصیلات

کلید اصلی دستیابی زنان به قدرت در ابعاد مختلف آن، سواد و تحصیلات می باشد. یعنی، به دنبال باسواد شدن زنان، بسیاری از فرصت های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، توسعه ای و... می تواند در برابر زنان قرار گیرد. به همین خاطر است که مبارزه علیه بیسوادی به طور عام و مبارزه علیه بیسوادی زنان به طور خاص طی نیم قرن اخیر در بسیاری از جوامع آغاز شده است. هدف جامعه جهانی نیز این است

که با گسترش سواد بین زنان در قرن بیست و یکم، از این جمعیت در عرصه های مختلف هر چه بیشتر استفاده گردد. در این رابطه آنچه در جوامع رو به توسعه به چشم می خورد هنوز هم نگران کننده به نظر می آید.

در موارد زیادی تحت تأثیر شرایط فرهنگی، نداشتن تامین اجتماعی و سایر جایگزینها، بسیاری از دختران مجبورند در ابتدای راه سواد آموزی خود (در نیمه های راه) از تحصیل جدا می گردند. در موارد زیادی به دنبال فوت ناگهانی یک مادر، در بسیاری از جوامع رو به توسعه، فرزند دختر (دختران) از تحصیل جدا گردند، صرفاً به خاطر نگهداری از خانه، آماده کردن خانه و خانه داری و نظایر آنها. چنین اتفاقاتی در جوامع صنعتی کمتر به چشم می خورد، ولی در جوامع رو به توسعه به خاطر نداشتن تامین اجتماعی و .. جنبه شرایط مشهود است.

در استان کرمان میزان باسوادی زنان در سال ۹۰ کمتر از میزان باسوادی مردان در همان سال گزارش شده است:

جدول ۲۵- نسبت باسوادی زنان در استان کرمان در سال ۹۰ در مقایسه با مردان

جنسیت	میزان با سوادی زنان و مردان استان کرمان ۱۳۹۰
مردان	۸۴/۵۹ درصد
زنان	۷۹/۷۶ درصد

دسترسی به رسانه های گروهی

آموزش به معنای واقعی یعنی " تغییر رفتار " و نباید آموزش را در کسب آگاهی و انتقال دانش خلاصه کرد. برای تغییر رفتار حداقل 3 پیش شرط ضروری است که عبارتند از: ۱. انتقال دانش ۲. به وجود آمدن اعتقاد و بینش در فرد 3. تمرین و عمل به آنچه دانش آن را پیدا کرده و اعتقاد به آن یافته ایم.

قطعاً رسانه ها جایگاه مهمی در انتقال دانش و ایجاد اعتقاد برای مردم دارند. در تحقیقات مختلف به جز آموزش چهره به چهره آن هم به شرطی که با امکانات مناسب سمعی و بصری و تمرین همراه باشد، آموزش رسانه ای جایگاه بزرگی دارد. آموزش رسانه ای به دلیل فراگیری عمومی و قدرت تکرار، از عوامل اصلی تغییر رفتار بوده و همیشه مورد توجه متخصصین امر سلامت بوده اند.

بررسی میزان دسترسی به رسانه های گروهی در استان کرمان در مقایسه با کل کشور در سال ۸۹ نشان می دهد که میزان دسترسی به تمام انواع رسانه ها در زنان استان کرمان کمتر از میانگین کشوری می باشد. دسترسی به رسانه های گروهی در زنان ۲۴-۱۵ سال در استان کرمان و کل کشور به صورت زیر می باشد.

جدول ۲۶- دسترسی به رسانه های گروهی در زنان ۲۴-۱۵ سال در استان کرمان و کل کشور در سال

۱۳۸۹

خواندن روزنامه یا مجله حداقل یکبار در روز	گوش دادن به رادیو حداقل یکبار در روز	تماشای تلویزیون حداقل یکبار در روز	دسترسی به هر سه رسانه حداقل یکبار در هفته استفاده از رایانه حداقل یکبار در هفته	استفاده از اینترنت حداقل یکبار در هفته	کل کشور	استان کرمان
۱۰/۵۴	۹/۶۰	۹۱/۴۴	۷/۲۹	۳۶/۰۵	۱۸/۲۱	۷/۹۹
۸/۸۱	۷/۷۹	۸۸/۶۵	۶/۴۸	۳۰/۵۲		

آگاهی صحیح درباره ی ایدز

بر اساس آخرین آمار موجود تا اوایل دهه نود در کشور مجموعاً ۲۳۴۹۷ نفر افراد مبتلا به AIDS/HIV شناسایی شده اند که از این میزان ۹۱/۲ درصد آنان را مردان و ۷/۸ درصد را زنان تشکیل می دهند. بر اساس آمار موجود 4/46 درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشته اند که بالاترین نسبت در بین گروه های سنی را به خود اختصاص می دهند.

یکی از اساسی ترین راه کارهای مقابله با بیماری ایدز، ارتقاء سطح آگاهی های عمومی در خصوص ماهیت بیماری و راه های انتقال و پیشگیری از آن می باشد. به عقیده کارشناسان از آنجا که راههای انتقال HIV (تماس جنسی با فرد آلوده، خون و فرآورده های خون آلوده، سوزن و سرنگ مشترک، انتقال از مادر به کودک) محدود است، ارتقاء سطح آگاهی مردم در خصوص AIDS/HIV میتواند کمک بسیاری به کاهش میزان های فزاینده عفونت ایدز نماید.

مکان	درصد زنانی که نگرش صحیح نسبت به افراد مبتلا به ایدز دارند	میزان آگاهی صحیح درباره پیشگیری از ایدز
کل کشور	۸/۹۹	۳۱/۹۳
استان کرمان	۷/۱۲	۳۱/۲۰

دسترسی های جغرافیایی

تعاریف مختلفی از دسترسی به مراقبت سلامت وجود دارد، اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که دسترسی با استفاده بموقع از خدمات با توجه به نیاز مرتبط می باشد. یکی از ابعاد اصلی دسترسی، مربوط به دسترسی جغرافیایی می باشد (فاصله فیزیکی یا زمان مسافرت از مرکز ارائه

خدمات تا استفاده کننده). با توجه به آخرین آمار در دسترس، تعداد قابل توجهی از زنان استان کرمان ساکن روستا هستند. علاوه بر توجه به ایجاد تسهیلاتی برای دسترسی راحت تر زنان روستایی به خدمات سلامت، مسأله مهم دیگر دسترسی به اطلاعات و آگاه سازی زنان روستایی در رابطه با حفظ سلامت خود می باشد. هرچند که در بخش دولتی در روستاها استقرار مراکز بهداشتی درمانی بر اساس استانداردهای جمعیتی و دسترسی عادلانه به خدمات موجب توزیع همگون خدمات در سطح عمومی گردیده است اما در بسیاری از موارد پاسخ به نیازهای تخصصی و فوق تخصصی فقط با مراجعه بیماران به شهرهای بزرگ امکانپذیر است. کمبود بسیاری از رشته های تخصصی و خدمات وابسته در نقاط دور دست استان معضل ساز گردیده است.

پوشش مراقبتهای زایمانی و دوران بارداری

با وقوع مرگ مادران باردار بنیان خانواده و سلامت فرزندان در معرض خطر قرار می گیرد. آسیب ها، عوارض و مرگ و میر ناشی از بارداری در بسیاری از موارد قابل پیشگیری است و با پوشش صحیح مراقبتهای زایمانی و دوران بارداری می توان تا حدود زیادی از این فجایع جلوگیری کرد.

این پوشش در کشور ما طبق معیار اداره کل بهداشت خانواده برای تنظیم خانواده 65 درصد، واکسیناسیون 100 درصد و مراقبت های مادران در طول دوره بارداری حداقل 6 بار در نظر گرفته شده است.

بررسی پوشش مراقبت های زایمانی در زنان استان کرمان در سال ۸۹ نشان می دهد که میزان دریافت مراقبت پس از زایمان، زنان بارداری که فشارخون آنها اندازه گیری و نمونه ادرار از آنها گرفته شده است؛ زنان بارداری که مکمل های آهن، فولیک اسید و مولتی ویتامین گرفته اند و همچنین زنانی که توسط مراقبان تحصیل کرده و دوره دیده زایمان کرده اند؛ از میانگین کشوری کمتر می باشد. این موضوع به خصوص در مورد دریافت مراقبت های پس از زایمان بسیار حادتر است. همچنین درصد زایمان های رخ داده در منزل در استان کرمان از میانگین کشوری بیشتر می باشد که خود می تواند دلیل بسیاری از مشکلات حین و پس از زایمان باشد.

جدول ۲۸- درصد پوشش مراقبتهای زایمانی و دوران بارداری در زنانی که زایمان نوزاد زنده داشته اند در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۹

مکان	مراقبان	تحصیل کرده یا دوره زایمان سزارین	زایمان در منزل	دریافت مراقبت پس از زایمان	زنان بارداری که فشارخون آنها اندازه گیری شده و نمونه	زنان بارداری که مکملهای آهن، فولیک اسید و مولتی ویتامین	کل	استان
	۹۶/۹۲	۴۵/۵۵	۳/۷۹	۷۳/۹۴	۸۹/۲۱	۷۹/۳۰	۹۴/۶۱	۶۷/۴۴

دسترسی مالی

دسترسی مالی خانوارها به مراقبت های بهداشتی درمانی با توجه به ماهیت غیرقابل پیش بینی و کمر شکن برخی هزینه های نظام سلامت دارای اهمیت بسیاری است. حمایت از خانوارها در برابر هزینه های خدمات سلامت به عنوان یک هدف مطلوب و رضایت بخش در خط مشی های نظام سلامت مورد اجماع همگانی می باشد.

با وجودی که پس از طرح تحول سلامت، دسترسی مالی و پرداخت از جیب مردم در کشور کاهش یافته است؛ مطالعات نشان می دهند که در برخی نقاط به خصوص روستاها، همچنان مشکلاتی در دسترسی مالی مردم به خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد. با توجه به اینکه در روستاها تنها غربالگری بیماری های فشارخون و دیابت رایگان انجام می شود؛ رایگان نبودن غربالگری سایر بیماری های مهم یکی از مهمترین موانع دسترسی مالی به خدمات گزارش شده است. همچنین مطالعات در زمینه دسترسی مالی در کشور نشان می دهد که بیشترین مشکل بیماران در حوزه دسترسی مالی مربوط به

انجام آزمایشات، رادیولوژی، سی تی اسکن و ام.آر.آی (۶۵٪). همچنین بیماران روستایی در رابطه با ویزیت متخصص و تهیه داروهای تجویزی پزشک متخصص مشکلات فراوانی دارند.

بدیهی است مشکلات مالی برخی زنان سرپرست خانوار، زنان سالخورده ی بی سرپرست، زنان در خانوارهای با وضعیت اقتصادی نامناسب و زنان معلول، بر دسترسی آنها به خدمات سلامت تاثیر سوئی دارد. بررسی ها نشان می دهند که در برخی روستاهای استان کرمان، برخی خانوارها برای پرداخت هزینه ی ویزیت پزشک خانواده نیز با مشکل مواجهند.

سواد سلامت

سواد سلامتی میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم می باشد. سواد سلامتی شامل مجموعه ای از مهارتهای خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم گیری و توانایی به کار گیری این مهارتها در موقعیت های سلامتی است که لزوماً به سالهای تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی گردد.

بر طبق مطالعات افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می کنند و هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند؛ وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند؛ میزان بستری شدن و استفاده از خدمات اورژانس آنها بیشتر و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند.

بررسی ها نشان داده است که در کشور ما سطح سواد سلامت بالا نیست و تنها حدود ۴۴ درصد از مردم از سطح سواد سلامت محدود برخوردارند. همچنین سواد سلامت زنان در کشور، بالاتر از مردان می باشد. نتایج یک مطالعه در سال ۹۴ نشان داد که سطح سواد سلامت زنان ارتباطی قوی با سلامت عمومی آنها دارد. سطح سواد سلامت در زنان در زمان بارداری نیز دارای اهمیت بسیاری می باشد چرا که سواد سلامت پایین زنان باردار می تواند سلامت نسل آینده را نیز تهدید کند. نتایج یک مطالعه نشان داد که سواد سلامت محدود مشکلی شایع در زنان باردار می باشد. از آنجاکه سواد سلامت محدود

میتواند مانع از درک صحیح پیامها و توصیه های بهداشتی شود، ضروری است که کارکنان بهداشتی از روشهای مؤثر انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده کنند.

گرچه تحصیلات لزوماً ارتباطی با سواد سلامت ندارد اما در مطالعه ای، سطح تحصیلات، قویترین ارتباط را با سطح سواد سلامت داشت و بیشترین پرش در سطح سواد سلامت در کسانی که تحصیلات بیش از 8 سال داشتند، مشاهده شد. پائینتر بودن سواد سلامت در زنان، در گروههای سنی بالاتر و ساکنین روستا، به طور عمده مربوط به پایین تر بودن سطح تحصیلات در این گروهها بود.

یافته های این مطالعه همچنین نشان داد که هر چه وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بالاتر باشد میانگین سطح سواد سلامتی نیز بیشتر میشود.

فارغ از تأثیر فاکتورهای مختلف بر سواد سلامت و تأثیر مخدوش کنندگی برخی از آنها خصوصاً تحصیلات بر سایر متغیرها، زنان خانه دار ساکن در مناطق روستایی خصوصاً با وضع اقتصادی ضعیف و یا بی همسر در معرض عواقب ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت قرار دارند و در برخورد با این گروه از افراد باید از روشهای مناسب و مطمئن آموزشی استفاده کرد.

می کند؛ در برابر بیماری ها آسیب پذیرتر می شوند. برخی زنان از حق انتخاب برای باروری یعنی زمان، تعداد و نوع زایمان و همچنین سقط جنین محروم می باشند.

زنان همچنین بیشتر احتمال کار کردن در بخش های غیر رسمی را دارند که غالباً کار فرمایان آنان را تحت پوشش بیمه قرار نمی دهند و به علاوه به دلیل باورهای غلط زنان همواره مزد کمتری نسبت به مردان دریافت میکنند که آنها را از نظر اقتصادی در سطح پایین تری قرار می دهد.

شاخص های شیوه ی زندگی

تحرک بدنی

توسعه صنعت، افزایش تمایل به شهرنشینی و ماشینی شدن زندگی، تاثیرات عمده ای در شیوه زندگی افراد ایجاد نموده و شیوه زندگی کم تحرک را برای جوامع به ارمغان آورده است. پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر وابسته به کنترل عوامل خطرزایی مانند میزان کم فعالیت بدنی است. در حقیقت، میزان فعالیت بدنی افراد به عنوان یک عامل مستقل موثر در بروز برخی از بیماریهای مزمن از جمله دیابت، فشار خون بالا، بیماریهای قلبی — عروقی و استئوپروز نقش دارد. برآورد جهانی نشان داده علت حدود ۲۲ درصد از سکته های قلبی و حدود ۱۰ تا ۱۶ درصد از سرطانهایی مانند پستان، کلون، پانکراس و رکتوم، پایین بودن فعالیت بدنی افراد است. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶۰ درصد بزرگسالان از فعالیت بدنی کافی برای حفظ سلامت خود، برخوردار نیستند. برآورد میشود به طور تقریبی ۸۰-۷۰٪ از جمعیت ایران نیز دارای شیوه ی زندگی کم تحرک هستند.

سنین پایینتر، سطح تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتر، از جمله عواملی هستند که ارتباط آنها با سطح بالاتر فعالیت بدنی در افراد مشخص شده است. میزان فعالیت بدنی در بسیاری از کشورهای صنعتی در حد پایینی است و در این میان زنان به طور قابل ملاحظه ای فعالیت فیزیکی کمتری نسبت به مردان دارند.

در ایران نیز درصد زنانی که در کل کشور حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند بسیار کم بوده و کم تحرکی زنان مساله ی بسیار قابل توجهی می باشد. میزان تحرک بدنی در زنان استان کرمان از میانگین کشوری کمتر بوده و طبق آمار مربوط به سال ۸۵، تنها ۱۹/۳ درصد از بانوان کرمانی حداقل ۱۰ دقیقه در روز را به ورزش اختصاص می دهند.

جدول ۲۹- درصد زنانی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند در استان کرمان و در کل کشور در سال ۱۳۸۵

مکان	درصد زنانی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند
کل کشور	۲۳/۷
استان کرمان	۱۹/۳

تعداد زنان ورزشکار سازمان یافته نیز در سال ۱۳۹۲ در استان کرمان ۸۵۲۱ نفر بوده که بسیار کمتر از تعداد مردان ورزشکار سازمان یافته (۲۰۹۲۶ نفر) بوده است اما در سال ۹۵ تعداد زنان ورزشکار سازمان یافته در استان کرمان به صورت قابل توجهی افزایش یافته و برابر با ۳۰۲۹۰ نفر شده است که نسبت به سال گذشته نیز ۳۷/۱ درصد افزایش داشته است. این تعداد در مردان در سال ۹۵ برابر با ۵۳۹۶۴ نفر می باشد.

جدول ۳۰- تعداد زنان ورزشکار سازمان یافته در استان کرمان در سال های ۹۲ و ۹۵

تعداد	سال ۹۲	سال ۹۵
تعداد زنان ورزشکار سازمان یافته	۸۵۲۱	۳۰۲۹۰
تعداد مردان ورزشکار سازمان یافته	۲۰۹۲۶	۵۳۹۶۴

استعمال دخانیات

بررسی میزان استعمال دخانیات در زنان استان کرمان در مقایسه با کشور نشان می دهد که مصرف سیگار و قلیان در زنان کرمانی کمتر از متوسط کشوری می باشد اما میزان مصرف دخانیات به صورت

کلی بیشتر از میزان متوسط کشوری گزارش شده است که این امر می تواند به دلیل مصرف بیشتر مواد مخدر در بین زنان استان کرمان نسبت به میانگین کشوری باشد.

جدول ۳۱- میزان استعمال دخانیات قبل از ۱۵ سالگی در زنان ۱۵-۵۴ سال در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۵

مکان	درصد زنان که سیگار می کشند	درصد زنانی که قلیان می کشند	مصرف دخانیات توسط زنان به طور کلی
کل کشور	۰/۷۶	۵/۰۴	۴/۳
استان کرمان	۰/۲۶	۴/۲۳	۴/۵

نتایج مطالعه ای در سال ۱۳۹۵ در شهر کرمان نشان داد که مصرف دخانیات (سیگار و قلیان) در بین زنان با تحصیلات دانشگاهی (به خصوص در میان دختران دانشجوی) بیشتر می باشد. در این مطالعه همچنین سابقه مصرف مواد محرک در بین زنان مطلقه بیشتر از زنان متأهل و مجرد گزارش شده است.

سرپرستی خانوار

شناخت ویژگیهای جمعیت شناختی، اقتصادی و اجتماعی خانوارها و اعضای آنها را به عنوان اصلی ترین واحد جامعه های انسانی در برنامه ریزی برای ارتقاء سطح رفاه جامعه از اهمیت به سزایی برخوردار است. از جمله ابتدایی ترین تقسیم بندی های خانوار می توان به تقسیم بندی آن ها بر اساس جنس سرپرست خانوار اشاره کرد. با توجه به مسائل اجتماعی و فرهنگی حاکم بر جامعه ی ما، در اغلب خانوارهای کشور، مردان سرپرستی خانوار را بر عهده دارند، با این وجود در صد قابل توجهی از جامعه ی خانوارها زن سرپرست هستند که در آنها زنان اغلب به دلایلی از جمله عدم ازدواج، طلاق، فوت، ازدواج یا اعتیاد همسر سرپرستی خانوار را برعهده دارند. زنان از جمله اقشار آسیب پذیر در جامعه هستند که در این میان زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب های اجتماعی هستند.

نتایج یک پژوهش بر روی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران نشان داد که تنها ۲۳ درصد از زنان سرپرست خانوار از سلامت روان برخوردار بوده و ۷۷ درصد دارای سلامت روانی نمی باشند.

در سال های اخیر سهم خانوارهای زن سرپرست از کل خانوارهای جامعه روندی صعودی داشته است. بر اساس داده های، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، ۱۲/۱ درصد خانوارهای جامعه خانوار زن سرپرست و باقی خانوارها مرد سرپرست هستند.

در استان کرمان، تعداد خانوار با سرپرست زن تحت پوشش کمیته امداد در سال ۱۳۹۲، ۵۶۶۳۳ خانوار بوده است که در سال ۱۳۹۵ این میزان کاهش یافته و به ۵۱۳۰۳ خانوار رسیده است. اما مشخص نیست که آیا این کاهش مرتبط با کاهش کلی زنان سرپرست خانوار بوده است و یا مربوط به کاهش پوشش کمیته ای امداد از خانوارهای با سرپرست زن می باشد (جدول ۳۲).

جدول ۳۲- تعداد خانوار سرپرست زن تحت پوشش کمیته امداد در استان، سالهای ۹۲ و ۹۵

سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۲	
۵۱۳۰۳	۵۶۶۳۳	تعداد خانوار با سرپرست زن

وضعیت تاهل

طلاق و جدایی از همسر مهمترین عامل از هم گسیختگی ساختار بنیادی ترین بخش جامعه یعنی خانواده است. متأسفانه در جامعه ما شمار جدایی زن و شوهرها رو به افزایش است و آمار و ارقام نشان از آن دارد که ایران چهارمین کشور پرتلاق در دنیاست. به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد

جامعه را تهدید می کند. ابتلا به اختلالات روانی به خصوص در زنان که ظرافت عاطفی صفت شاخص تشکیل دهنده شخصیت آنان می باشد امری بسیار محتمل است.

گرچه مطالعات نشان داده اند که بیشترین میزان شیوع بیماری های روانی در زنان همسر فوت شده و مطلقه و کمترین میزان مربوط به زنان متاهل بوده است اما نارضایتی از زندگی زناشویی نیز یکی دیگر از عوامل تاثیر گذار بر سلامت جسم و روان است. نتایج مطالعات نشان داده رابطه ی میان نارضایتی زندگی زناشویی و سلامت، به طور قوی تری در زنان، نسبت به مردان، وجود دارد. در نارضایتی از زندگی زناشویی، زنان نسبت به مردان مشکلات بیشتری در مورد مسائل جسمی و روانی ابراز کرده اند.

در سال ۱۳۸۹، مطالعه بر روی درصد زنان همسر دار، همسر فوت شده، مطلقه و مجرد و زنانی که همسرشان بیش از یک زن دارد؛ در استان کرمان در مقایسه با کل کشور، نشان می دهد که در استان کرمان، تعداد زنانی که همسرشان فوت شده و همچنین زنانی که همسرشان بیش از یک زن دارد، از میانگین کشوری بیشتر می باشد. تعداد زنانی که همسرشان چند زن اختیار کرده اند؛ تقریباً دو برابر میانگین کشوری بوده که این می تواند بر سلامت زنان کرمانی به خصوص سلامت روان آنها موثر باشد.

جدول ۳۳- درصد زنان ۱۵-۵۴ سال همسر دار، همسر فوت شده، مطلقه و مجرد و زنانی که

همسرشان بیش از یک زن دارد؛ در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۹

مکان	همسر دار	همسر فوت شده	مطلقه	مجرد	زنانی که همسرشان بیش از یک زن دارد
کل کشور	۶۸/۹۲	۲/۲۲	۱/۶۶	۲۷/۲۰	۲/۹۳
استان	۶۹/۵۱	۲/۵۱	۰/۹۴	۲۷/۰۳	۴/۵۱

رضایت از زندگی

میزان رضایت از زندگی، رضایت از دوستان، رضایت از خود، رضایت از محیط زندگی، شغل فعلی و درآمد در زنان ۱۵-۲۴ سال در استان کرمان در مقایسه با کل کشور نشان می دهد که رضایت از شغل و درآمد در زنان کرمانی کمتر از متوسط کشوری می باشد.

جدول ۳۴- میزان رضایت از زندگی در زنان ۱۵-۲۴ سال در استان کرمان و کل کشور در سال ۱۳۸۹

رضایت از زندگی با دوستان	رضایت از خود	رضایت از محیط زندگی	رضایت از شغل فعلی	رضایت از درآمد	درصد رضایت از شغل فعلی	رضایت از درآمد	رضایت از شغل فعلی	رضایت از درآمد	درصد رضایت از شغل فعلی	رضایت از درآمد
کل	۸۹/۴۸	۷۹/۲۲	۸۶/۸۶	۷۱/۲۲	۸۱/۱۸	۶۴/۲۲	۶۰/۰۳	۶۴/۲۲	۶۰/۰۳	۶۴/۲۲
استان	۹۱/۰۹	۸۵/۲۴	۹۰/۳۱	۷۳/۶۸	۷۱/۷۹	۶۰/۴۴	۵۳/۰۸	۶۰/۴۴	۵۳/۰۸	۶۰/۴۴

فرهنگ

مسائل فرهنگی یکی از مهم ترین مسائل تاثیر گذار بر سلامت به خصوص سلامت زنان جامعه می باشد. فرهنگ حاکم بر جامعه که زنان را جنس دوم و در درجه دوم اهمیت می داند کم کم به ذهن زنان رسوخ کرده و باعث شده در جامعه به وفور امثال زنان و مادران به اصطلاح "فداکاری" را داشته باشیم که خود و سلامت خود را در درجات بعدی اهمیت و پس از اعضای خانواده و به خصوص مردان خانواده قرار می دهند. این فرهنگ سبب شده است که زنان، به خصوص تغذیه بهتر و رفاه بیشتر را برای همسر و خانواده خود بخواهند. علاوه بر تغذیه، مساله ی کم تحرکی زنان نیز تا حدود زیادی متاثر از فرهنگ حاکم بر جامعه است. مسائلی همانند نگرش منفی نسبت به ورزش بانوان در جامعه و کم اهمیتی به این مقوله در رسانه ها از عوامل تاثیر گذار فرهنگی بر میزان تحرک و ورزش زنان است.

مساله ی فرهنگی تاثیرگذار دیگر بر سلامت زنان که اخیراً کل جامعه را درگیر کرده است، مساله ی توجه بیش از اندازه به بدن و ظاهر خود از سوی زنان است که از طریق الگوی فرهنگ غربی وارد فرهنگ کشور شده و زنان زیادی را به رو شهای ناسالم کم کردن وزن و زیبایی، همانند سپردن بدن خود به تیغ جراحی، رژیم های ناسالم غذایی و مصرف انواع داروهای مضر کاهش وزن ترغیب کرده است. انواع فشارهای فرهنگی اجتماعی موثر بر سلامت زنان که بر ارزش های خاص و اندازه های بدنی ایده آل تاکید دارند؛ سبب شده است که این گونه ارزش شها به عنوان اهداف عینی بر رفتارهای افراد بر هماهنگ کردن بدن خود با این ارزش ها - که نمونه ی آن باریک اندامی برای زنان است - سایه بیندازد. این فشارها می توانند عواقب روحی و روانی نیز برای زنان جامعه به همراه بیاورند. باورها و اعتقادات نامناسبی نیز به صورت محدود در استان کرمان درباره ی مساله ی اعتیاد وجود دارد که می تواند دامنگیر زنان استان نیز بشود. برای مثال در برخی افراد و گروهها در استان، اعتیاد به عنوان یک ارزش نبوده و در برخی گروهها نگرش مثبتی به مساله ی اعتیاد ایجاد شده است. مراجعه برخی زنان به درمانگر های محلی، دعانویس و عطاری ها از جمله موارد فرهنگی هستند که سلامت زنان را تحت تاثیر قرار می دهند. همچنین عدم مراجعه ی برخی زنان به پزشک مرد، به خصوص در مورد برخی بیماریهای زنان، به دلیل شرم و حیا- به گفته ی خود آنان- در صورت عدم دسترسی به پزشک زن، از دیگر معضلات فرهنگی محسوب می گردد.

تغذیه

الگوهای غذایی در فرهنگها، نژادها، جنسها و منطقه های جغرافیایی مختلف با هم متفاوت است. ماهیت قابل تغییر عاداتهای تغذیه ای ضرورت برنامه ریزی و در نظر داشتن رویکردهای مناسب برای اصلاح الگوی غذایی ناسالم را به منظور پیشگیری و کاهش عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر مطرح میسازد. کمبودهای مواد مغذی که اغلب به دلیل نیازهای فیزیولوژیکی بالا و تخلیه مواد مغذی در اثر دوران خاص زندگی زنان دیده می شود عبارتند از: کمبودهای ید، آهن، فولیک اسید و ویتامین های A و B. همچنین کمبود ویتامین D در اغلب زنان ایرانی وجود دارد که یکی از دلایل آن تغذیه نامناسب و دیگری عدم جذب این ویتامین از طریق نور خورشید به دلیل وجود حجاب است. همچنین بررسی وضعیت ریز مغذی ها در ایران حاکی این مسئله است کمبود روی در زنان باردار کل کشور در مناطق

روستایی بیش از مناطق شهری بوده است. در حالی که در زنان باردار مناطق شهری کمبود ویتامین A و D بیش از مناطق روستایی می باشد. در استان کرمان، کمبود ویتامین D می تواند یکی از دلایل اصلی بیماری های استخوانی و مفصلی، که یکی از بیماری های مهم زنان استان شناخته شده اند؛ به شمار رود.

وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان استان کرمان در یک نگاه

۱. افزایش قابل ملاحظه‌ی نرخ فعالیت اقتصادی زنان استان (در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۹۰)
۲. سهم عمده‌ی مشارکت اقتصادی زنان طی سال‌های اخیر از بخش کشاورزی به سوی خدمات سوق پیدا کرده است.
۳. تعداد خانوارهای با سرپرست زن تحت پوشش کمیته امداد در سال‌های اخیر کاهش یافته است.
۴. میزان باسوادی زنان در استان کرمان کمتر از باسوادی مردان در همان سال گزارش شده است (سال ۹۰).
۵. تعداد زنانی که همسرشان چند زن اختیار کرده اند؛ بیشتر از میانگین کشوری (سال ۱۳۸۹).
۶. میزان دسترسی به تمام انواع رسانه‌ها در زنان استان کرمان کمتر از میانگین کشوری (سال ۱۳۸۹).
۷. رضایت از شغل و درآمد در زنان کرمانی کمتر از متوسط کشوری (سال ۱۳۸۹).
۸. میزان آگاهی صحیح زنان ۵۴-۱۵ سال درباره‌ی ایدز در استان کرمان کمتر از میانگین کشوری (سال ۱۳۸۹).
۹. مصرف دخانیات به طور کلی، در زنان استان کرمان بیشتر از متوسط کشوری
۱۰. بررسی پوشش مراقبت‌های زایمانی در زنان استان کرمان در سال ۸۹ نشان می‌دهد که میزان دریافت مراقبت پس از زایمان، حین بارداری و همچنین زنانی که توسط مراقبان تحصیل کرده و دوره دیده زایمان کرده اند؛ از میانگین کشوری کمتر می‌باشد.
۱۱. تنها ۱۹/۳ درصد از بانوان کرمانی حداقل ۱۰ دقیقه در روز را به ورزش اختصاص می‌دهند (سال ۱۳۸۵).
۱۲. در سالهای اخیر تعداد زنان ورزشکار سازمان یافته در استان کرمان به صورت قابل توجهی افزایش یافته است.
۱۳. در بسیاری از موارد در روستاها پاسخ به نیازهای تخصصی و فوق تخصصی فقط با مراجعه بیماران به شهرهای بزرگ امکانپذیر است.
۱۴. بسیاری از خدمات تخصصی در شهر کرمان و در خیابانهای خاصی متمرکز هستند.
۱۵. عوامل فرهنگی زیادی که بعضاً کشوری می‌باشند، همانند نگرش منفی نسبت به ورزش بانوان، کمتر پرداختن رسانه‌ها به امر تحرک بدنی بانوان، اختصاص اهمیت کمتر به وضعیت تغذیه و سلامت خود- نسبت به خانواده- از سوی بسیاری از زنان، باورهای نادرست درباره‌ی اعتیاد می‌توانند بر سلامت جسمی و روانی زنان کرمان موثر می‌باشند.

فصل پنجم
عوامل خطر بیماری ها
و مرگ و میر

مقدمه

راه حل کنترل اپیدمی جهانی بیماری های غیرواگیر پیشگیری اولیه می باشد. پایه پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل می باشد. شناسایی عوامل خطر موثر در بیماریهای غیر واگیربه معنی جمع آوری داده ها برای کمک به تصمیم گیری است که موجب تقویت اقدامات مربوط به سلامت عمومی و فعالیتهای انجام شده برای ارتقای سلامت میگردد. سبب شناسی بیماری های غیرواگیر موجب میگردد که بیش از یک عامل خطر برای این قبیل بیماری ها شناخته شود و قدم های موثرتری در جهت پیشگیری برداشته شود.

در ادامه به شناسایی علل و ریشه های علل هر یک از اولویت های بیماری های زنان استان کرمان می پردازیم. عمده ترین دلایل سرطان های زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۳۵- عمده ترین دلایل سرطانهای زنان

عوامل خطر	نام بیماری
<ul style="list-style-type: none"> ❖ سموم کشاورزی ❖ تماس با اشعه X ❖ پارازیت ها ❖ دود سیگار و قلیان در فضا ❖ آلاینده های جوی ❖ مناطق جغرافیایی خاص ❖ برخی لوازم آرایشی سرب دار ❖ ساعات طولانی در معرض آفتاب شدید بودن ❖ تماس زیاد با برخی مواد شوینده ی شیمیایی 	<p>سرطان محیطی</p>

❖ مصرف مواد مخدر و دخانیات ❖ تغذیه نامناسب ❖ استرس ❖ تماس با مواد مخاطره آمیز ❖ کم تحرکی و چاقی ❖ مصرف برخی داروها ❖ مصرف الکل ❖ مشکلات فرهنگی و آگاهی پایین	فردی	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	--

مده ترین دلایل افسردگی زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۳۶- عمده ترین دلایل افسردگی زنان

عوامل خطر		نام بیماری	
❖ از دست دادن دارایی ❖ عدم رضایت از میزان درآمد ❖ عدم توانایی پرداخت هزینه های زندگی (به خصوص در زنان سرپرست خانوار) ❖ عدم داشتن هرگونه درآمد و احساس سرباری	اقتصادی	محیطی	افسردگی
❖ از دست دادن عضو خانواده ❖ ازدواج نا موفق ❖ بیماری فرزند ❖ مشکلات اعضای خانواده	خانوادگی		
❖ مشکل در برقراری ارتباط ❖ مقایسه خود با دیگران ❖ استفاده زیاد از شبکه های اجتماعی مجازی (تاثیر بر کیفیت و میزان خواب، احتمال سرمایه گذاری های عاطفی ناپایدار، تشدید اضطراب و تنش) ❖ کمبود فعالیت های اجتماعی ❖ کمبود مکانهای تفریحی بانوان	اجتماعی		

<ul style="list-style-type: none"> ❖ احساس تبعیض جنسیت در جامعه ❖ احساس عدم آزادی های اجتماعی ❖ وجود چندین مسئولیت_ خانه، کار و فرزندان- و احساس خستگی 			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم رضایت از شغل ❖ احساس فشار کاری زیاد ❖ بیکاری ❖ عدم فعالیت اقتصادی مناسب 	شغلی		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ از دست دادن عضوی از بدن ❖ از دست دادن زیبایی ظاهری ❖ مصرف برخی داروها ❖ تغییرات هورمونی در دوره های خاص ویژه زنان همانند دوران قاعدگی و پیش از قاعدگی، پس از زایمان و یائسگی ❖ ژنتیک ❖ نازایی 	جسمی	فردی	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ توجه بیش از اندازه به ظاهر و احساس نارضایتی از ظاهر خود ❖ عزت نفس پایین ❖ اعتماد به نفس پایین ❖ خود انتقادی ❖ احساس گناه ❖ اعتیاد 	روحی		

عمده ترین دلایل بیماری های تنفسی زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۳۷- عمده ترین دلایل بیماری های تنفسی زنان

عوامل خطر	نام بیماری
❖ استعمال دخانیات در اغلب موارد بیماریهای تنفسی دلیل اصلی بیماری بوده است.	بیماریهای تنفسی (بویژه آسم)
❖ گرد و خاک ❖ آلودگی هوای شهری ❖ زنانی که در خانه های با تهویه نامناسب به پخت و پز غذا می پردازند. ❖ تماس های شغلی خاص مثل کشاورزی، کار در نساجی، قالی بافی و ..	آلودگی هوا
	استرس
	آلرژی

عمده ترین دلایل بیماری های قلبی عروقی زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۳۸- عمده ترین دلایل بیماری های قلبی عروقی زنان

عوامل خطر	نام بیماری	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود استرس ❖ درک نادرست از استرس 	استرس	بیماریهای قلبی عروقی
<ul style="list-style-type: none"> ❖ عادات بد غذایی ❖ عرضه ی گسترده مواد غذایی مضر 	تغذیه	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ کمبود امکانات ورزشی مخصوص بانوان ❖ مشکلات جسمی ❖ عدم آگاهی و مشکلات فرهنگی 	کم تحرکی	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ عرضه گسترده مواد مخدر ❖ سیگار 	دخانیات	

عمده ترین دلایل بیماری های مفصلی و استخوانی زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۳۹- عمده ترین دلایل بیماری های مفصلی و استخوانی زنان

عوامل خطر	نام بیماری
<ul style="list-style-type: none"> ❖ کمبود برخی ویتامینها به خصوص ویتامین D و کلسیم ❖ تظاهرات بعد از یائسگی و عدم توجه به تغذیه مناسب در این دوره 	بیماری های مفصلی و استخوانی
<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم تحرک ❖ عدم کنترل فعالیت های روزمره که باعث وارد شدن استرس بیش از اندازه به مفاصل می گردد. ❖ عدم استفاده صحیح از مفاصل 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شکستگی و دررفتگی ها ❖ صدمات حین زایمان 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ پای پرانتری ❖ زایمان های متعدد 	
مصرف دارو های	
کورتیکو استروئیدی	

عمده ترین دلایل بیماری های فشار خون زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۴۰- عمده ترین دلایل بیماری های فشار خون زنان

عوامل خطر	نام بیماری
❖ احساس فشار کاری ❖ نارضایتی شغلی ❖ تغییر وضعیت مالی	فشارخون
❖ مصرف بالای نمک ❖ مصرف بالای چربیهای اشباع شده	تغذیه
❖	م تحرکی
❖	دخانیات
❖ برخی داروها مثل قرص های ضدبارداری	داروها
	چاقی

عمده ترین دلایل بیماری های اعتیاد زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۴۱- عمده ترین دلایل بیماری های اعتیاد زنان

عوامل خطر	نام بیماری
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تاثیر دوستان ❖ کمبود امکانات تفریحی بانوان ❖ بیکاری ❖ دسترسی راحت به مواد مخدر ❖ کمبود امکانات حمایتی، درمانی و مشاوره ای ❖ تاثیر اعضای خانواده، والدین و به خصوص همسر ❖ محرومیت اقتصادی و اجتماعی ❖ از هم گسیختگی خانوادگی 	اعتیاد محیطی
<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم نگرش منفی به اعتیاد ❖ استرس، اضطراب و افسردگی ❖ ژنتیک 	فرد

عمده ترین دلایل بیماری های دیابت زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۴۲- عمده ترین دلایل بیماری های دیابت زنان

عوامل خطر	نام بیماری
<ul style="list-style-type: none"> ❖ مصرف بالای شیرینی جات ❖ مصرف کم سبزیجات ❖ مصرف برخی غذاهای آماده و منجمد 	دیابت تغذیه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ دیابت بارداری ❖ سندرم تخمدان پلی کیستیک 	برخی شرایط و بیماری ها

	عدم تحرک کافی
	استرس
	افزایش سن
	چاقی
	زندگی صنعتی و شهرنشینی

عمده ترین دلایل بی تصادفات زنان به صورت زیر شناسایی شده اند:

جدول ۴۳- عمده ترین دلایل تصادفات زنان

عوامل خطر		
❖ ضعف در دید و شبکوری	فردی	تصادفات
❖ افت ناگهانی قند در زنان باردار در هنگام رانندگی		
❖ استفاده از الکل و مواد روانگردان		
❖ استفاده از کفش پاشنه بلند هنگام رانندگی که عکس العمل راننده را کند میکند.		
❖ علاقه به سرعت بالا		
❖ خستگی		
❖ استفاده از تلفن همراه هنگام رانندگی		
❖ مهارت پایین راننده		
❖ خطای ادراکی (کم اهمیت پنداشتن خطر و بیش از واقعیت پنداشتن توانایی)		
❖ ضعف فرهنگی			محیط	تصادفات
❖ ضعف قوانین رانندگی		
❖ آزار زنان راننده توسط برخی افراد لابلالی در هنگام رانندگی		
❖ نبود استانداردهای لازم فنی برای وسیله ی نقلیه	وسیله نقلیه	تصادفات

به طور کلی می توان عوامل خطر بیماری های شایع زنان استان کرمان را به صورت زیر خلاصه نمود:

جدول ۴۴- دسته بندی عوامل خطر مشترک بین بیماریها

رفتاری	اجتماعی-اقتصادی	محیطی
رژیم غذایی نامناسب	مشکل اشتغال	سموم کشاورزی
چاقی	وضعیت اقتصادی نامناسب	آلودگی هوا
کم تحرکی	کم سواد	پارازیت ها
استرس	اعتماد به نفس پایین	کمبود اماکن ورزشی و تفریحی ویژه بانوان
مصرف دخانیات	عدم رضایت از شغل	عدم دسترسی مناسب به امکانات بهداشتی- درمانی
تماس زیاد با اشعه های مضر آفتاب	سواد پایین سلامت	
	مشکلات فرهنگی	

فصل ششم

تجربیات بین المللی و اسناد بالادستی

مقدمه

در این مرحله از تدوین سند سلامت بانوان استان کرمان، از تجربیات بین المللی در تدوین اسناد در کشورهای مختلف استفاده می شود. در این بخش علاوه بر مرور راهکارهای سازمان جهانی بهداشت برای ارتقاء سلامت بانوان، سندهای سلامت زنان در دنیا در سال های مختلف، مورد بررسی قرار گرفته و مشکلات شناسایی شده و راهکارهای پیشنهادی در خصوص سلامت زنان در اسناد مذکور به صورت اجمالی در جداول جداگانه به تفکیک ارائه می گردد.

راهکارهای پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت برای ارتقا سلامت زنان

سازمان جهانی بهداشت، بسته سلامت پیشنهادی را به شرح زیر برای ارتقای سلامت زنان رامتاسب با سنین مختلف از کودکی تا بزرگسالی در نظر گرفته است.

دوران نوزادی و کودکی (۰-۸ سالگی)

در این دوران نرخ و علت مرگ در هر دو گروه دختر و پسر مشابه است. تولد زودرس، خفگی حین تولد و عفونت های حین تولد بیشترین علت مرگ در اولین ماه زندگی کودک است.

در پنج سال ابتدای زندگی عفونت ریه، زودرسی، خفگی حین تولد بیشترین علت مرگ هستند. سوء تغذیه بیشترین فاکتور اثرگذار بر ۴۵ درصد مرگ ها در کودکان کمتر از پنج سال است.

دختران نوجوان (۱۰-۱۹ سال)

مراقبت های لازم در زمینه سلامت روان و جراحات: وارد کردن جراحت بر خود، حوادث ترافیکی و غرق شدگی مهم ترین علت مرگ در دختران نوجوان است.

افسردگی: در سنین ۱۵-۱۹ سالگی و اسکیزوفرنی بیشترین بیماری شایع در ۱۰-۱۹ سالگی است.

بطور کلی زنان و دختران بالغ (۱۵-۲۴ سال) دو برابر بیشتر در ریسک ابتلا به ایدز نسبت به مردان قرار دارند که بیشترین علت آن مربوط به روابط جنسی غیرایمن و یا ناخواسته است.

حاملگی نوجوانان: حاملگی زودرس ریسک مادر و جنین را افزایش می دهد با وجود پیشرفت های زیاد در پیشگیری از آسیب به مادر و جنین، بیش از ۱۵ میلیون از ۱۳۵ میلیون بارداری در دختران سنین ۱۹-۱۵ سال اتفاق می افتد. در این سنین بالاترین نرخ سقط غیرایمن نیز گزارش شده است که می تواند مشکلات سلامتی و حتی مرگ را بدنبال داشته باشد.

مصرف مواد: مصرف الکل و مواد مخدر در دختران در برخی موارد و کشورها برابر پسرها گزارش شده است.

تغذیه: در ۲۱ کشور از ۴۱ کشور، کم خونی در دختران سنین ۱۹-۱۵ سال گزارش شده است. این کم خونی اکثرا ناشی از فقر آهن بوده که می تواند در تولد نوزاد منجر به خونریزی یا انتقال عفونت به داخل خون مادر شود.

سنین باروری (۱۵-۴۴ سال) و زنان بزرگسال (۲۰-۵۹ سال)

ایدز: در سنین ۴۴-۱۵ سال مرگ به دلیل نقص ایمنی اکتسابی بدن گسترده است و عمده ترین دلایل آن مربوط است به فاکتورهای بیولوژیکی، کمبود دسترسی به اطلاعات و خدمات سلامت، آسیب پذیر بودن از لحاظ اقتصادی و نداشتن قدرت برابر در روابط جنسی تحمیل شده بر آنان.

بارداری: دومین علت مرگ در سنین باروری زنان مرگ ناشی از بارداری مطرح شده است.

سل: ابتلا به سل اغلب ارتباط با نقص ایمنی اکتسابی بدن دارد و پنجمین علت مرگ در زنان در سنین بارداری است.

جراحات: هر دوی جراحات ناشی از آسیب به خود و جراحات ناشی از سوانح ترافیکی در بین ده علت مرگ زنان ۱۵-۴۴ سال قرار دارد بیشترین علت مرگ جراحات ناشی از سوختگی بدلیل حوادث حین طبخ غذا یا در نتیجه خودسوزی ناشی از خشونت خانواده یا همسر گزارش شده است.

سرطان دهاته رحم: بدلیل عفونت منتقله از راه جنسی از طریق پاپیلوما ویروس ایجاد می شود. دومین علت مرگ زنان در جهان است و بدلیل دسترسی پایین به غربالگری و خدمات درمانی منجر به ۹۰ درصد مرگ در زنان کشورهای با درآمد پایین و متوسط می شود.

خشونت: زنانی که از لحاظ جسمی یا جنسی مورد آزار و اذیت قرار گرفتند نرخ بالاتری از ناخوشی روانی دارند.

افسردگی و خودکشی: زنان بیشتر از مردان در معرض افسردگی قرار دارند. افسردگی پس از بارداری، ۲۰ درصد مادران در کشورهای با درآمد پایین و پایین تر از متوسط را تحت تاثیر قرار می دهد. سالانه بیش از ۸۰۰۰۰۰ نفر بطور کلی در جهان از خودکشی جان خود را ازدست می دهند. تلاش به خودکشی که خودکشی بیش از ۲۰ بار گفته می شود در زنان بیشتر از مردان است و این امر می تواند نشانگر نیاز به خدمات مناسب سلامت را در این گروه بیان نماید.

ناتوانی: ۱۵ درصد جمعی جهان دچار ناتوانی هستند که در زنان بیشتر دیده می شود. زنان دارای ناتوانی ۱،۵ برابر احتمال بیشتری دارد که در معرض خشونت قرار گیرند.

بیماری مزمن ریه: مصرف دخانیات و دود ناشی از طبخ غذا ریسک فاکتورهای اولیه برای بیماری مزمن ریه محسوب می شوند.

زنان مسن (۶۰ سال به بالا)

۵۴ درصد افراد مسن ۶۰ ساله خانم ها هستند که در سنین ۷۵ و ۹۰ سالگی نسبت آن ها ۶۰ و ۷۰ درصد جمعیت را تشکیل می دهند.

بیماری های غیرواگیر: بیماری عای غیرواگیر نظیر بیماری قلبی و سرطان ها، بیشترین علت مرگ در زنان مسن بدون توجه به شرایط اقتصادی کشورشان برآورد شده است. بسیاری از مشکلات سلامتی که زنان در سنین بالا با آن مواجه می شوند ناشی از آن است که در سنین جوانی و بلوغ در معرض آن قرار گرفته اند نظیر مصرف دخانیات، سبک زندگی بدون فعالیت و رژیم غذایی ناسالم.

ناتوانی: سایر مشکلات سلامتی که توسط زنان مسن تجربه شده و فعالیت جسمی شان را مختل نموده عبارتند از: کاهش دید(شامل کاتاراکت)، از دست دادن شنوایی، آرتروز، افسردگی و فراموشی. با وجود آنکه مردان نیز در سنین بالا دچار چنین مشکلاتی می شوند لیکن زنان در بسیاری موارد احتمال حمایت و درمان کمتری نسبت به مردان دارند.

۱۰ نکته در مورد سلامت زنان از منظر سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت ۱۰ نکته در مورد سلامت زنان اشاره نموده که در نظرآوردن آن در سیاست گذاری های سلامت زنان سودمند می باشد:

۱. نرخ مصرف دخانیات در مردان ۱۰ برابر بیشتر از زنان است، لیکن مصرف آن در کشورهای در حال توسعه در میان زنان فزاینده توصیف شده ، زنان شانس کمتری در ترک دخانیات دارند، درمان از طریق جایگزین های نیکوتین کمتر در آنان پاسخ می دهد.
۲. زنان و دختران در مواجهه با آسیب های جنسیتی هستند و این امر نیاز به توجه فوری و ویژه دارد. دسترسی زنان و دختران به تست های نقص ایمنی اکتسابی ، درمان و خدمات حمایتی کمک کننده خواهد بود.
۳. بین ۱۵ تا ۷۱ درصد زنان در سراسر جهان با هر موقعیت اقتصادی اجتماعی، در معرض خشونت های جنسی یا فیزیکی از شریکان جنسی خود هستند، این خشونت اثرات ناگواری همچون عفونت های منتقله از راه جنسی، بارداری های ناخواسته، افسردگی و بیماری های مزمن با بار می آورد.
۴. برخی مطالعات نشان داده اند که از هر پنج زن بیش از یک نفر در معرض سوء استفاده جنسی پیش از سن ۱۵ سالگی قرار داشته است.

۵. با وجود آنکه ازدواج زودرس رو به کاهش است، لیکن تخمین زده شده است که ۱۰۰ میلیون دختر قبل از تولد ۱۸ سالگی شان طی ده سال آینده ازدواج خواهند کرد، که این یک سوم دختران بالغ در کشورهای در حال توسعه است.
۶. حدود ۱۴ میلیون دختر نوجوان هر ساله مادر می شوند و ۹۰ درصد این مادران جوان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.
۷. روزانه ۱۶۰۰ مادر و بیش از ۱۰۰۰۰ نوزاد تازه متولد شده از عوارض قابل پیشگیری در حاملگی و دوران کودکی جان خود را از دست می دهند. تقریباً ۹۹ درصد مرگ مادران باردار و ۹۰ درصد مرگ نوزادان تازه متولد شده در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.
۸. استفاده از توری های حشره کش موارد مالاریا را در زنان باردار و کودکانشان کاهش می دهد.
۹. در بیشتر کشورها زنان عهده دار طبخ غذا هستند. استفاده آنان از اجاق های روباز یا سنتی، منجر به استنشاق بیش از صد ترکیب آلوده توسط آنان می شود. در طول بارداری، اگر جنین در حال رشد در معرض این آلوده کننده های مضر قرار گیرد، ممکن است منجر به کم وزنی یا متولد شدن نوزاد مرده شود.
۱۰. بیماری های غیر واگیر ۸۰ درصد مرگ زنان بالغ در کشورهایی با درآمد بالا و ۲۵ درصد مرگ زنان بزرگسال در کشورهایی با درآمد پایین را موجب می شود.

بررسی اسناد تدوین شده ی سلامت زنان در کشورهای مختلف

مطالعات ذکر شده در این بخش، حاصل بررسی گزارشات مرتبط با سلامت زنان در کشورهای مختلف و سازمان بهداشت جهانی در دوره های مختلف زمانی از سال ۲۰۰۴ میلادی تا ۲۰۱۶ می باشد که بر اساس نیازهای اجتماعی و فرهنگی کشورها، با توجه و تاکید بر ارزیابی معضلات معمول زنان در سطوح بین المللی و بررسی راهکارهای پیشنهاد شده انجام گرفته است چرا که صرفنظر از تفاوت های فرهنگی و ارزشهای منطقه ای، اغلب نیازهای زنان همپوشانی داشته و با بهره مندی از تجربیات سایر دولت ها میتوان به راهبردهایی کارا و پایا در جهت بهبود سلامت زنان و توسعه اجتماعی آنان در کشور و استان دست یافت.

جدول ۴۵- گزارشات بررسی شده در کشورهای مختلف و سازمان بهداشت جهانی در دوره های مختلف زمانی از سال ۲۰۰۴ میلادی تا ۲۰۱۶

بازه زمانی مورد بررسی	نام منطقه/کشور	ردیف
۲۰۱۱	سازمان جهانی بهداشت	۱
۲۰۱۶	سازمان جهانی بهداشت	۲
۲۰۱۳، ۲۰۱۰	استرالیا (نواحی غربی و سیدنی)	۳
۲۰۱۵-۱۹۹۶ ۲۰۱۶	ایالات متحده آمریکا	۴
۲۰۱۴	کانادا	۵
۲۰۱۱	کانادا	۶
۲۰۱۱	قطر	۸
۲۰۰۸	ترکیه	۹
۲۰۱۴	نیوزلند	۱۰
۲۰۰۴-۲۰۰۶	بریتانیا	۱۱
۲۰۱۱	جمهوری خلق چین	۱۲
۲۰۱۶	انگلستان و کشورهای تحت نظر آن (کنفرانس Beijing)	۱۳

جدول ۴۶- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۱-۲۰۱۵)

راهکارهای پیشنهادی	اهداف سلامتی
<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسترسی همگانی به خدمات پیشگیری و مراقبت های لازم ❖ دسترسی به واکسیناسیون و تغذیه ی مناسب ❖ پیشگیری از پنومونی، اسهال، ایدز، مالاریا، سل و بیماری های غیر واگیر ❖ توانمندسازی پرسنل و متخصصین ❖ تمرکز بر قشر آسیب پذیر ❖ سرمایه گذاری بلند مدت و برنامه ریزی شده 	<p>کاهش مرگ و میر مادر به دلیل بارداری و زایمان</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ پشتیبانی بیشتر از تولد نوزادان توسط کارکنان مجرب بهداشتی ❖ درمان بیماری های عفونی نوزادان ❖ افزایش تعداد نوزادان زیر شش ماه که از شیر مادر تغذیه می کنند ❖ واکسینه کردن بیشتر نوزادان در یک سالگی ❖ افزایش کودکان زیر پنج سال دریافت کننده ی مکمل ویتامین A ❖ افزایش تسهیلات و کارکنان بهداشتی 	<p>ارتقا سطح سلامت برای زنان و کودکان</p>

جدول ۴۷- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در ترکیه در سال ۲۰۰۸

راهکارهای پیشنهادی	موارد مرتبط با نظام سلامت
❖ توجه ویژه ی پزشک خانواده به سلامت زنان	پزشک خانواده
❖ توسعه ی ساختار های دسترسی معلولین در مراکز خدمات بهداشتی	معلولین
❖ ایجاد برنامه های آموزشی برای زنان معلول	
❖ ارزیابی خطرات محیطی بر زنان به ویژه زنان باردار	خطرات محیطی
❖ افزایش مراکز خدمات بهداشتی	مراکز خدمات بهداشتی
❖ اطلاع رسانی در رابطه با خدمات خاص زنان	
❖ گسترش تشخیص و درمان پوکی استخوان و سرطان	تشخیص و درمان
❖ توسعه ی برنامه های غربالگری سلامت زنان	غربالگری
❖ ایجاد مرکز تخصصی سالمندان	زنان سالخورده
❖ مراقبت از سلامت شخصی با آموزش عدالت جنسیتی و مقابله با خشونت	عدالت جنسیتی
❖ کاهش آمار مرگ مادران خصوصا در روستاها	امید به زندگی
❖ اطلاع رسانی به زنان در مورد مسائل عمومی سلامت	آگاهی
❖ بهبود آگاهی مردان از سلامت زنان به ویژه برای برنامه ریزی خانواده و انتقال عفونت های جنسی	

مورد مربوط به درون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی	مورد مربوط به بیرون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی
شکوفایی سازی	<ul style="list-style-type: none"> - پایان همه ی انواع سوء تغذیه و پیگیری نیازهای غذایی - اطمینان از دسترسی جهانی به سرویس های مراقبت از سلامت جنسی و تولیدمثلی - دستیابی به پوشش بهداشت جهانی شامل محافظت خطر اقتصادی و -دسترسی به داروها و واکسنها و خدمات ضروری 	رهبری کشور	<ul style="list-style-type: none"> - تقویت ارتباطات بین رهبران سیاسی و اجرایی - تقویت رهبری و مدیریت ارتباطات و ظرفیت ها در همه سطوح - پاسخگویی و نظارت ذینفعان
سرمایه گذاری برای سلامت	<ul style="list-style-type: none"> - تجهیز کردن منابع کافی و پایدار - افزایش حمایت مالی از زنان فقیر - اتخاذ روشهای یکپارچه و ابداعی برای تامین مالی - اطمینان از پوشش همگانی سلامت 	پتانسیل فردی	<ul style="list-style-type: none"> - سرمایه گذاری در پیشرفت و سلامت فردی - پشتیبانی از زنان به عنوان نمایندگان تغییر - حذف موانع برای تحقق بالقوه توانمندی های زنان و جلوگیری از خشونت و تبعیض
انعطاف پذیری	<ul style="list-style-type: none"> - آماده سازی مراقبت با کیفیت - آمادگی برای موقعیت های مختلف سلامت 	فعالیت های بین بخشی	<ul style="list-style-type: none"> - اتخاذ رویکرد بین بخشی برای بهبود سلامت و رفاه زنان

سیستم بهداشتی	-ایجاد نظارت و ظرفیت برای تسهیل فعالیتهای بین بخشی و همکاریهای متقابل
تعهدات دولت -بهبود قوانین، سیاستها و هنجارهای جامعه مرتبط با پیشرفت و ارتقاء سلامت زنان -توانمندسازی فعالیت های جامعه و به رسمیت شناختن نقشهای گروههای مختلف -اطمینان از مشارکت زنان و دختران و درگیر کردن مردان در برنامه های بهداشتی	زمینه های بشر دوستانه -پشتیبانی استفاده از ارزیابی ریسک بهداشتی، حقوق بشر و برنامه ریزی بر مبنای جنسیت برای محافظت بهتر از نیازهای خاص زنان در زمینه های بشردوستانه -یکپارچه سازی پاسخهای فوری به برنامه های بهداشتی و فراهم کردن مداخلات ضروری بهداشتی
	تحقیقات و ابداع -سرمایه گذاری در حوزه وسیعی از تحقیقات، اولویت گذاری نیازها و ظرفیتهای محلی -پیوند شواهد و اسناد به خط مشی و عمل - نوآوری را به مقیاس عمل درآوردن
	پاسخگویی -هماهنگ سازی ارزیابی و گزارش دهی -بهبود ثبت احوال و آمار حیاتی -توسعه دادن تعامل ذینفعان در نظارت، بررسی و عمل

جدول ۴۸- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان سازمان جهانی بهداشت (۲۰۳۰-۲۰۱۶)

جدول ۴۹- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در استرالیا(نواحی غربی و سیدنی) در سال ۲۰۱۳

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به بیرون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به درون نظام سلامت
❖ همکاری در سطح منطقه ای و جهانی	توسعه مشارکت	❖ ارائه ی خدمات بهداشتی عادلانه برای هر فرد ❖ توجه به چالش ها و تفاوت نیازهای بهداشتی زنان	عدالت
❖ ارائه ی خدمات بر پایه ی داده های خاص مرتبط با زنان ❖ -تمرکز سیاست بر استفاده از برنامه های موفق خدماتی با تأثیر بالا بر سلامت	شفافیت	❖ بهبود شرایط اقتصادی با دسترسی به شغل و تحصیلات ❖ تأمین سلامت زنان برای تأمین سلامت خانواده	ارتقای سلامت اجتماعی
❖ افزایش منابع برای ارتقای سلامت زنان	افزایش مشارکت برای سرمایه گذاری	❖ کاهش وقوع بیماری با آموزش به گروه های پر خطر	پیشگیری و مداخله ی زود هنگام

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به بیرون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به درون نظام سلامت
افزایش تعداد سیاستهایی که با همکاری زنان ایجاد میشوند	نقش زنان در تصمیم سازی	❖ توجه به کیفیت زندگی	مراحل زندگی
همکاری اجرایی و ارتقای مدل اجتماعی سلامت	رهبری	❖ بهبود چرخه ی ارزیابی EOC ^۲ ❖ (جمع آوری و تحلیل اطلاعات، اجرا و ارزیابی برنامه ها در ۶ حوزه)	فقدان مراقبت سلامت عمومی
به حساب آوردن جنسیت در جمع آوری و تحلیل اطلاعات برای تشخیص و خدمات موثر	بهترین اجرا و پیشگیری	❖ احترام به ارزش های زنان، ارائه ی سرویس های رایگان، افزایش اعتماد و روابط اطمینان بخش و حفظ حریم	نبود نگاه ویژه به سلامت زنان
ارتقاء یادگیری از طریق آموزش های اجباری، ارزیابی پیشرفت حرفه ای کارمندان، دستیابی به فرصت پژوهشی و استفاده ی کاربردی از یافته های حاصل،	خلا آموزش و پیشرفت فرهنگی	❖ -برآورد ریسک در محیط مسکونی و کاری، بکارگیری احتیاط فراگیر، ارزیابی خطر محیطی برای زنان و مدیریت پیشگیری از انتقال بیماری های عفونی	ریسک سلامت و کمبود برنامه ارتقا امنیت

^۲ Essential of care

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به بیرون نظام سلامت	موارد مربوط به درون نظام سلامت
شرکت در کنفرانس ها و خبرگزاری های به روز شده		
معالجه ی بهنگام، ارتقا اعتماد به نفس، ایجاد -تسهیلات جهت حمایت از خودکفایی سلامت زنان، تهیه ی بسته های آموزش سلامت، اختصاص فرصت شرکت در فعالیت های شغلی و اجتماعی	ضعف استقلال و خودمدیریتی	❖ -مراقبت های فرهنگی-اجتماعی-روانی، غربالگری های تشخیصی، بررسی شاخص های سلامت زنان، مشاوره ی مناسب به منظور کسب اطلاعات کافی از خدمات و روند بهداشتی، معالجه و دارودرمانی منطقی و امکان خودمدیریتی سلامت
		❖ -تداوم مراقبت ها، ارتباط بین ارائه دهنده خدمات سلامت و سازمان های مرتبط، حفظ محرمانگی و وجود منابع و مدارک معتبر در دسترس

فقدان آسایش زنان

ضعف مدارک سلامت و

ارتباطات

جدول ۵۰- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۶-۲۰۱۶

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به نظام سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -رشد طبیعی زنان از بلوغ تا بزرگسالی ❖ -فیزیولوژی طبیعی تولید مثلی از بلوغ تا یائسگی ❖ -فیزیولوژی نرمال پاسخ های جنسی و تشخیص اختلال جنسی ❖ -توصیه به شیردهی با پستان ❖ -توصیه به واکسیناسیون HPV ❖ -ارزیابی و مشاوره ی مناسب با استفاده از دستورالعمل بر پایه ی شواهد شامل تغذیه، غربالگری سرطان و.. ❖ -توجه به خطرات خاص زنان در جامعه مثل فقر و خشونت و مواردی از این قبیل 	<p>ارتقای سلامت و پیشگیری و ارزیابی دوره ای سلامت</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -پیشگیری، درمان، ارزیابی و درمان HPV ❖ -توجه به علائم اندومترئوز و اجرای آزمایشات تشخیصی ❖ -توجه به علائم فیبروئید رحمی ❖ -ارزیابی و درمان تخمدان پلی کیستیک ❖ -تشخیص های افتراقی دردهای مزمن لگنی 	<p>بیماری های دستگاه تولید مثلی</p>

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به نظام سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -اپیدمیولوژی، ارزیابی و درمان عفونت های دستگاه تولید مثلی ❖ -خطرات ابتلا به HIV و توجه به مشاوره آنان 	بیماری های عفونی
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -قاعدگی طبیعی و توجه به آمنوره 	قاعدگی
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -تشخیص یائسگی و دقت به تغییرات فیزیکی و احساسی آن، همچنین توجه به فواید و خطرات مصرف جایگزین های هورمونی ❖ -توجه به اختلالات لگنی 	بیماری های زنان در سالخورده
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -آناتومی و فیزیولوژی بیماری های خوش خیم ❖ -انواع خطرات و تأثیر پروتز سینه ❖ -توصیه هایی برای ارزیابی سرطان سینه با معاینه توسط پزشک و خود فرد 	سلامت پستان
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -پیشنهادات برای مشاوره ❖ -مشاوره برای بارداری ناخواسته ❖ -مشاوره در مورد سقط داوطلبانه ❖ -مدیریت علائم بعد از سقط ❖ -آسیب شناسی ناباروری زنان 	مدیریت خانواده و بارداری
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -توجه به افسردگی و اضطراب ❖ -تشخیص و درمان سندروم پیش قاعدگی و اختلال افسردگی پیش قاعدگی 	سلامت روان

جدول ۵۱- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان کانادا (بریتیش کلمبیا)^۲ و ایالت ایلینویز آمریکا^۳ در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۵

مشکلات درون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی
ضعف مشارکت و همکاری بین بخش های مختلف بهداشت و درمان	- تغییرات ساختاری، تعیین نیازها و وظایف به منظور شناخت، نقد و ارزیابی شرایط موجود نظیر برنامه ریزی های سازمان بهداشت ونکوور (VIHA) ^۴
مشکلات قبل و بعد از زایمان	- وجود برنامه های مراقبت، تشکیل شوراها، آموزش های مراقبت سلامت
نرخ بالای افسردگی پس از زایمان	- بکارگیری الگوی درمان شناختی و رفتاری (CBT) ^۴ ، برگزاری کارگاه ها و دوره های آموزشی توسط متخصصین برای کنترل اختلالات رفتاری، تشکیل کمیته سلامت پیش از تولد در مناطق شهری و روستایی، آموزش ماماها در مناطق روستایی، حمایت از مادران مناطق محروم، ایجاد شبکه ی بین رشته ای ماما- پرستار- متخصص
خلاء و کمبود های قبل و بعد از زایمان	- تمرکز شبکه های بهداشت و درمان بر اهمیت باروری سالم، پایه ریزی پروژه های بهبود مراقبت از زنان، تشویق ذی نفعان و ارائه مدل های مشارکت محلی در مراقبت پایدار، بهبود مراقبت مناطق روستایی، تاکید بر نیازهای بهداشتی آموزشی مادران باردار، اجرای پروژه های ملی

^۲. Vancouver Island Health Authority

^۴. Cognitive Behavioral Therapy

راهکارهای پیشنهادی	مشکلات درون نظام سلامت
<p>- طرح اعتیاد و سلامت روان متناسب با جنسیت، مشاوره ی سلامت روان و اعتیاد (VIHA)، ارائه ی طرح سلامت روان و اعتیاد زنان و دختران، درمان سو مصرف در دوره ی بارداری، برنامه ی بهبود سلامت روانی، ارائه ی خدمات اجتماعی- مددکاری به منظور کنترل عوامل زمینه ساز اعتیاد، مداخلات رسمی دولتی مثل استراتژی درمان ملی کانادا و آموزش های ایالتی HCIP5، شناسایی مناطق پرخطر و استقرار مشاورین روان شناس، ترجمان دانش پژوهش های موجود در سه زمینه خشونت-روان- اعتیاد به چرخه ی سیاستگذاری، تشکیل ائتلاف ذی نفعان کلیدی، کنترل سازمانی چرخه ی بی خانمانی-اعتیاد- سلامت روان و مراقبت ترکیبی</p>	<p>اعتیاد و بیماری های روحی</p>
<p>-آموزش پرستاران منطقه ای متخصص (پرستار خانوار)</p>	<p>تخصصی نبودن خدمات ارائه شده به زنان در زمینه ی بیماری های خاص و مزمن مثل یائسگی، جلوگیری از بارداری و آسم</p>

راهکارهای پیشنهادی	مشکلات درون نظام سلامت
<p>- ایجاد زیرساخت مبتنی بر قوانین و حمایت از ساختارهای سازمانی مرتبط، تعیین اولویت استراتژیک، ارزیابی کارایی و اثربخشی قوانین موجود و مدیریت ارزیابی های جاری</p>	<p>نبود قوانین محکم و پایدار در رابطه با ارزیابی توسعه ی برنامه های سلامت</p>
<p>- افزایش مشارکت ذینفعان در ارزیابی و برنامه ریزی، گزارش مداوم به سازمان های مسئول مثل در جهت پاسخ دهی فعال به نیازها</p>	<p>عدم تناسب ارزیابی ها و نیازهای سلامت دوره های مختلف زندگی زنان</p>
<p>- بررسی استراتژی های زایمان و بهبود کیفیت زایمان طبیعی</p>	<p>بالا بودن نرخ زایمان به شیوه سزارین</p>
<p>- اختصاص بودجه برای ارزیابی پروفایل بهداشتی زنان و دختران، بررسی برنامه های بهداشت عمومی و جمعیت (PPHP) و PHSA^۷، ایجاد مرکز ایالتی بهداشت و سلامت زنان</p>	<p>در دسترس نبودن شواهد پایه برای مداخله و سیاستگذاری بیماری های مزمن</p>

^۶. Population and Public Health Program

^۷. Provincial Health Services Authority

-افزایش ظرفیت های پژوهشی میان رشته ای	افزایش شیوع بیماری های معمول مردان در جمعیت زنان(مثل انسداد مزمن ریوی)
-فراهم آوری نیازهای سلامت محلی و ایجاد توافق عمومی بر مراقبت و نظارت	نبود زیرساخت جامع هماهنگی و اشتراک فعالیت ها در سطح ایالتی
-ایجاد همکاری بین گروه های اجتماعی، دانشگاهی و مقامات بهداشتی با هدف ارائه خدمات بهداشتی، ایجاد طرح های سلامت و بهبود ارائه ی خدمات متناسب با سن جامعه ی هدف، ایجاد شبکه ی بهداشت و درمان ایالتی زنان، تشکیل موسسات، حمایت مالی بهداشت و درمان کانادا، انجام پروژه های آموزشی و فن آوری های سلامت زنان، انتقال آگاهی به زنان از طریق کنفرانس ها، وبسایت ها، واحد های درسی و ابزار SSS ^۸	نبود ظرفیت حمایتی از سلامت زنان

ادامه جدول ۵۱- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان کانادا(بریتیش کلمبیا)^۲ و ایالت ایلینویز آمریکا^۳ در سال ۲۰۱۴-

۲۰۱۵

^۸. Source/Survey/synthesis tool

جدول ۵۲: مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در کانادا در سال ۲۰۱۱

راهنمای پیشنهادی	موارد مربوط به بیرون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به درون نظام سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -حمایت از افراد بی خانمان ❖ -کمک برای کارایی ❖ توانمندسازی زنان ❖ -حمایت از سالمندان 	<p>شرایط اقتصادی و اجتماعی (حمایت از اجاره نشینان، کم درآمدها و معلولین و بهبود امنیت غذایی)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ -افزایش کیفیت خدمات مادر و نوزاد ❖ -توسعه ی کمپ های ترک اعتیاد ❖ -توسعه ی مراقبت های اولیه ❖ -ایجاد ائتلافی برای خدمات سلامت روان ❖ -ایجاد مرکز مراقبت از سلامت سیار روستایی ❖ -گسترش دسترسی به مراقبت پرستاری 	<p>بهبود خدمات</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ایجاد جمعیت های زنانه، برنامه ریزی برای ممانعت از گوشه گیری زنان مهاجر و مسن و 	<p>ایجاد جامعه ای امن برای زنان</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ -عضویت زنان روستایی در شبکه 	<p>ایجاد جامعه ای امن برای زنان</p>

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به بیرون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به درون نظام سلامت
<p>برنامه ریزی برای فعالیت فیزیکی</p>	<p>❖ گسترش استفاده از تکنولوژی مثل ویزیت تلفنی</p> <p>❖ -حمایت مهاجران برای ارتقای آگاهی و کمک به ارتباط با مؤسسات حمایتی و سلامتی مورد نیاز</p>		
<p>-حمایت از زنان سرپرست خانوار از طریق ایجاد اشتغال برای آنها</p> <p>-ارتقای خدمات مراقبت از سلامت معنوی با توجه به جنسیت در ارتباط با دین و فرهنگ</p> <p>-حمایت از زنان سالخورده برای زندگی مستقل</p>	<p>حمایت از زنان</p>	<p>-آموزش های جنسی به زوجین، سلامت باروری و روابط سالم</p>	<p>ارتباطات (مشاوره سلامت، حمایت زنان به ویژه مادران)</p>

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به راهکارهای پیشنهادی بیرون نظام سلامت	موارد مربوط به درون نظام سلامت
	<p>-آموزش تحلیلهای جنسیتی برای سیاستگذاری</p>	<p>سیاستگذاری(بهبود تحلیل های جنسیتی برای سیاستگذاری)</p>
	<p>-حمایت از سایت آموزش جوانان در رابطه با سلامت جنسی و خطرات الکل آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری -ایجاد منابعی برای آموزش معلولین -بهبود دسترسی عموم به منابع آگاهی دهنده، با سایر زبان ها -گسترش کارگاه های خودگردان دختران</p>	<p>آموزش بهداشت عمومی</p>

جدول ۵۳- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در قطردر سال ۲۰۱۱

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به نظام سلامت
<p>جمع آوری آمار بیماری دیابت به کمک گروه متخصص همکاری مبتلایان به دیابت با مشاوران تغذیه حضور متخصصان و پرستاران توانمند در کلینیک دیابت بارداری بیمارستانها استفاده از داروهای خوراکی برای کاهش وقوع افت قند خون در موارد ممکن آموزش کنترل روزانه ی قند خون و ارایه به تیم درمانی برگزاری جلسات هفتگی برای آموزش های رژیمی معاینات پس از زایمان برای تشخیص دیابت نوع ۲ مشاوره های تلفنی</p>	<p>مدیریت دیابت ملیتوس بارداری</p>

جدول ۵۴- کنفرانس جهانی Beijing (انگلستان و کشورهای تحت نظر انگلستان شامل استرالیا، چین، هند) در سال ۲۰۱۶

راهکارهای پیشنهادی	مشکلات
<p>- پایه ریزی سازمانهای متعدده چندگانه ی بین المللی مثل " هر زن یک کودک"، حمایت های مالی بانک جهانی و سرمایه گذاری در سلامت نوزادان، مادران و کودکان، تمرکز WHO روی سلامت نوزادان و ایجاد ظرفیت کافی برای حفظ سلامت زنان، ارائه طرح سلامت والدین و کودکان، کنترل رفتارهای نابهنجار مادران، انعقاد توافق نامه های بین المللی در آگاهی و دستیابی به مراقبت های با کیفیت(خصوصا کشورهای کم درآمد)، کنترل و تحلیل دایمی اطلاعات سلامت مبتنی بر تفاوت های جنسی و فرهنگی، تحلیل نقش تفاوت های فیزیولوژیک و رفتاری جنسی، روند درمانی و تاثیر عوامل خطر در بیماری های مشترک مثل بیماری قلبی و عروقی، افزایش نقش دانشگاه ها، رسانه ها، جراید، بخش خصوصی، موسسات خیریه درمورد اطلاع رسانی سلامت، سرمایه گذاری روی پروژه های تحقیقاتی، بهبود سلامت زنان با مداخله موسسات دولتی، غیردولتی و خیریه و رهبران جامعه</p>	<p>ریسک فاکتورهای کلی مرتبط با بیماری های غیرمسری: مراقبت های سن باروری، حملات قلبی، ایسکمی ها، آلزایمر، بیماری مزمن ریوی، بیماری های متابولیک نظیر دیابت و پرفشاری خون، افسردگی، درد کمردن، سرطان ها(پستان، ریه، کولورکتال، تخمدان)</p>
	<p>ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری های غیرمسری در کشورهایی با درآمد بالا: عفونت تنفسی، آلزایمر، ایسکمی و بیماری های قلبی، سرطان(پستان، ریه، کولورکتال)، بیماری های روحی</p>
	<p>ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری های غیرمسری در کشورهایی با درآمد کم و متوسط: ایسکمی و حملات قلبی، بیماری های مزمن ریوی، بیماری های متابولیک</p>

جدول ۵۵- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در نیوزلند در سال ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به نظام سلامت
<ul style="list-style-type: none"> -اندازه گیری منظم وزن زنان باردار -رژیم غذایی سالم و فعالیت فیزیکی -دوری از اضافه وزن در بارداری -ادامه ی سبک زندگی سالم بعد از زایمان 	سبک زندگی سالم
<ul style="list-style-type: none"> -انجام آزمایش روتین HbA1C برای تشخیص دیابت بارداری -ارجاع زنان دارای HbA1C بالای ۵۰ به متخصص دیابت -انجام آزمایش OGTT برای زنان با HbA1C ۴۹-۱ 	بارداری زودهنگام
<ul style="list-style-type: none"> -ارتباط سریع مبتلایان با متخصص -آموزش کنترل دیابت در هر ویزیت -دستیابی به قند خون مناسب -مصرف داروهای خوراکی یا انسولین در زنانی که از سبک زندگی سالم جواب نمی گیرند -بازنگری درمان وقتی که قند خون، ۱۰ درصد بیش از میزان مطلوب باشد -توصیه به ارزیابی های بیشتر جنین 	مراقبت بعد از تشخیص دیابت بارداری
<ul style="list-style-type: none"> -عدم توصیه به زایمان قبل از ۴۰ هفتگی در شرایط رشد طبیعی جنین و قند خون کنترل شده 	زایمان

راهکارهای پیشنهادی	موارد مربوط به نظام سلامت
<p>-ارزیابی برای تعیین زمان زایمان در زنانی با کنترل ضعیف دیابت -ترویج زایمان طبیعی -توقف فوری درمان کاهنده ی قند خون بعد از زایمان -کنترل قند خون مادر تا ۲۴ ساعت بعد از زایمان</p>	
<p>-آگاه سازی زنان مبتلا به دیابت بارداری به خطر دیابت بارداری در آینده و دیابت نوع ۲ -انجام آزمایش HbA1C تا سه ماه بعد از زایمان و انجام مداوم سالیانه ی آن</p>	بعد از زایمان
<p>-حمایت و مشارکت در طرح های سلامت زنان، سرویس های تحقیقات سلامت زنان، تساوی سلامت زنان و مردان، تحلیل روش های مراقبت سلامت و نیازهای زنان در دوران مختلف زندگی مبتنی بر تفاوت های جنسیتی، مدیریت بیماری های پرخطر و شایع در زنان(بیماری های حاملگی و تناسلی مثل افتادگی ها و بیماری های لگنی و مسمومیت حاملگی)، ثبت استراتژی سلامت جنسی-محیطی-آموزشی-ارزشی به عنوان یک حق رسمی</p>	<p>خشونت علیه زنان ، زنان شاغل و سرپرست خانوار، تبعیض جنسی، فقر و اختلاف طبقاتی</p>

جدول ۵۶ - مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در بریتانیا در سال ۲۰۰۴-۲۰۰۶

مشکلات درون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی
کمبود خدمات مربوط به زایمان	- ارائه خدمات پشتیبانی و با کیفیت برای زایمان سریع و آسان
نبود پشتیبانی از والدین نوزاد	- برخورداری از آموزش مهارت ها توسط متخصصین، ارائه خدمات و تسهیلات حمایتی
عدم وجود ساختار خدمات ملی برای سلامت زنان	- ایجاد ساختار ارائه خدمات کودکان و مادران با تاکید بر سلامت زنان در هنگام بارداری و پس از بارداری بوسیله دپارتمان خدمات سلامت ملی
نرخ پایین مراقبت های دوره ای (مثل نمونه برداری رحم)	- ارائه سرویس های سلامت همگانی بریتانیا و برخورداری از سرویس های نمونه برداری، ماموگرافی، پاپ اسمیر و NCSP ^۹
ضعف بهداشت جنسی (عفونت و سرطان اندام های جنسی مثل پستان و تخمدان)	- برنامه های افزایش آگاهی عمومی در رابطه با مسائل جنسی زنان (قاعدگی، یائسگی، باروری، افتادگی احشایی، افسردگی و...)، ارائه سرویس سلامت همگانی، توسعه ی سلامت و رفاه، تست های هورمون شناسی و میکروبیولوژی دوره ای، معاینات واژینال، ارائه مراقبت های اورژانس، مراقبت های پیش و پس از تولد (مثل سنجش اسیدفولیک، تست ژنتیکی، مصونیت به سرخک، مسمومیت حاملگی، واریس عروق و پوکی استخوان)، بررسی دقیق پرونده ی پزشکی مادران، استانداردسازی دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، ارائه ی خدمات متناسب با ارزش ها و فرهنگ، آموزش مسائل ذکر شده

^۹. National Chlamydia Screening Program

مشکلات درون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی
	از طریق کنفرانس ها، وب سایت ها، کتابخانه ی ملی سلامت، انجمن های سلامت، انجمن یائسگی اروپا، برنامه تنظیم خانواده و دانشکده ی سلطنتی سلامت تولید مثل و بیماری های زنان

جدول ۵۷- مشکلات و راهکارهای پیشنهاد شده در سند سلامت بانوان در جمهوری خلق چین در سال ۲۰۱۱

مشکلات درون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی
هزینه بالای توسعه اجتماعی	-برقراری تساوی در سلامت عمومی با کمک کمیته های بین المللی نظیر سازمان ملل متحد، کاهش نرخ مرگ و میر و نقایص مادرزادی و بهبود سلامت مادران
پایین بودن سلامت و امنیت بهداشتی ازدواج (گسترش بیماری های ارثی، عفونی و نقایص مادرزادی)	-کلینیک های مراقبت سلامت پیش از ازدواج، آموزش مخاطرات و معاینات، مشاوره و آزمایش با هدف شناسایی اختلالات عفونی و ژنتیکی
پایین بودن سطح سلامت والدین	-خدمات سلامت مادران(مراقبت های بارداری و مدیریت بارداری پرخطر) و بهبود شبکه های ارتباطی آزمایشات و مراقبت ها
مشکلات سلامت ناشی از بستری شدن	-سرمایه گذاری دولت و همکاری با مراکز بهداشتی و پرستاران، کاهش مدت بستری بیمارستان های شهری و روستایی، بهبود ظرفیت سرویس سلامت زنان ، آماده سازی مراقبت اضطراری مادران، افزایش فضای فیزیکی برای مراقبت های ضروری،

مشکلات درون نظام سلامت	راهکارهای پیشنهادی
	بهبود ظرفیت اختصاصی برای مدیریت بیماری های کودکان، امکان آموزش های بین المللی برای متخصصین
شیوع بالای بیماری های زنان (عفونت مقاربتی، افتادگی، سرطانها، اختلالات واژینال و قاعدگی)	- ظرفیت های آزمایشات و درمان های بیماری های زنان، مراقبت بیشتر از سلامت جوانان و زنان یائسه و آموزش بلوغ و روابط جنسی
بارداری های ناخواسته	- مشاوره و راهنمایی و جراحی های جلوگیری از بارداری
انتقال بیماری های مقاربتی از مادر به نوزاد	- اختصاص سرویس های رایگان درمانی
فقدان پیشرفت سلامت زنان و کودکان در قالب ضمانت قانونی (تقدم سلامت زنان بر پیشرفت اجتماعی و اقتصادی)	- تصویب قانون حفاظت از سلامت زنان و کودکان، ارائه ی بسته های سرویس سلامتی، تصویب قوانین ازدواج و حفاظت از زن، مقررات حفاظتی کارگران زن، صلاحیت پرسنل سلامت زنان و کودکان، استاندارد های خدمات زنان، استاندارد سلامت پیش از ازدواج، خدمات تشخیص بیماری های قبل از تولد و ثبت قانونی گواهی نامه سلامت مهدکودک و شیرخوارگاه ها
در دسترس نبودن اطلاعات سلامت	- سیستم گزارش دهی سالیانه اطلاعات سلامت کودکان و بانوان، دسترسی به اطلاعات منتشر شده توسط سازمان ملی آمار

راهکارهای پیشنهادی	مشکلات درون نظام سلامت
<p>-تاسیس سایت های آگاهی بخشی در خصوص نواقص مادرزادی، روحیات مادران و مرگ و میر مادران</p>	<p>پایین بودن سطح آگاهی در سطح جامعه</p>
<p>-پایه ریزی پروژه های "کاهش و حذف" برای خدمات سلامت زنان نظیر علل تاثیرگذار بر سلامت و بهبود رتبه ی مراقبت پزشکی کودکان، هماهنگی تکنسین های سلامت و برنامه های مدون، پرداخت کمک هزینه ی زایمان زنان روستایی و کمک هزینه ی بعد از زایمان، غربالگری سرطان پستان و رحم، مکمل های رایگان فولیک اسیداختصاص بیمه به بیماری های خاص در زنان روستایی و ارائه ی سرویس پایه ی سلامت عمومی به صورت رایگان و با سرمایه گذاری دولت</p>	<p>ضعف سیستم بازسازی مراقبت سلامت</p>
<p>-همکاری دولت با سازمان های بین المللی نظیر WHO ، UNICEF^{۱۰} و UNFPA^{۱۱}</p>	<p>محدودیت ارائه خدمات</p>

^{۱۰}. United Nations Children Emergency Fund

^{۱۱}. United Nations Fund for Population

مرور اسناد بالادستی

در این بخش مروری بر اسناد بالادستی جهت تعیین جهت گیری آنها در حوزه ی سلامت زنان، انجام گرفته است.

جدول ۵۸- اشاره اسناد بالادستی به حمایت از زنان در دوران بارداری

حمایت در دوران بارداری	
قانون اساسی جمهوری اسلامی فصل سوم اصل ۲۱	- حمایت مادران، به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست
منشور حقوق ومسئولیت های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران فصل دوم	- حق باروری، بارداری، تنظیم و کنترل آن و بهره مندی از آموزش ها و امکانات مناسب در این زمینه - حق برخورداری و حمایت های مادی و معنوی در ایام بارداری و شیردهی - مسئولیت رعایت حقوق جنین بویژه محافظت از حیات و رشد آن - حق آگاهی و مشارکت زنان در تصمیم گیری های مربوط به کنترل باروری و تنظیم خانواده - حق برخورداری از بهداشت باروری و بارداری، زایمان سالم، مراقبت های بهداشتی پس از زایمان با استفاده از زنان متخصص و پیشگیری و درمان بیماری های شایع زنان، بیماری های مقاربتی و نازایی آنان

حمایت در دوران بارداری

- حق بهره‌مندی از تغذیه سالم خصوصاً در دوران بارداری و شیردهی و وظیفه مراقبت از کودک و تغذیه مناسب او، با اولویت استفاده از شیرمادر

برنامه ششم توسعه ماده ۷۶ و ۱۰۳

- کاهش نسبت مرگ و میر مادران
- کاهش مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه
- افزایش درصد زایمان طبیعی
- کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان

شماره ۵۹- اشاره اسناد بالادستی به حمایت از زنان بی سرپرست و سرپرست خانوار

تأمین اجتماعی	
قانون اساسی جمهوری اسلامی فصل سوم اصل ۲۱	-ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست
برنامه دوم توسعه	-تلاش درجهت تحقق عدالت اجتماعی از طریق:تعمیم،گسترش و بهبود نظام تأمین اجتماعی بوسیله تأمین منابع از محل بودجه عمومی به منظور پرداخت مستمری به اقشار نیازمند، زنان و کودکان بی سرپرست ومعلولین ،توسعه بیمه های اجتماعی و قراردادن همه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی تا آخربرنامه دوم پرداخت سهم سرانه دولت پرداخت سهم دولت مطابق ضوابط بیمه خدمات درمانی
برنامه چهارم توسعه فصل هشتم ماده ۹۶	تأمین بیمه خاص (در قالب فعالیتهای حمایتی برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد بی سرپرست بالولویت کودکان بی سرپرست
برنامه چهارم توسعه فصل هشتم ماده ۹۷-۹۸	- تهیه وتدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خود سرپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمانها و نهادهای ذیربط و تشکلهای غیردولتی وتصویب آن در هیأت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه .

تأمین اجتماعی

- افزایش مستمری ماهیانه خانواده های نیازمند و بی سرپرست زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاههای حمایتی بر مبنای چهل درصد (۴۰٪ حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه)

- تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، در ابعاد حقوقی، اجتماعی، اقتصادی و اجرای آن در مراجع ذیربط

توسعه و ساماندهی امورات صادی معیشتی با اولویت ساماندهی مشاغل خانگی برای زنان سرپرست خانوار و زنان بدسرپرست، تأمین اجتماعی

برنامه پنجم توسعه فصل نهم ماده

۲۳۰

شماره ۶۰- اشاره اسناد بالادستی به حمایت از حقوق زنان

حمایت از حقوق زنان

- حق برخورداری از سلامت جسمی و روانی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی با توجه به ویژگی‌های زنان در مراحل مختلف زندگی و مسئولیت حفاظت از آن
- حق بهره‌مندی از بهداشت (محیط، کار و ...) و اطلاعات و آموزش‌های مورد نیاز
- حق مشارکت زنان در سیاستگذاری، قانونگذاری، مدیریت، اجرا و نظارت در زمینه بهداشت و درمان، بویژه در خصوص زنان
- حق بهره‌مندی از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب جهت پیشگیری از بیماری و درمان بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی زنان
- حق زنان در انتخاب فرد و مرکز ارائه‌کننده خدمت در امر سلامت، بر اساس ضوابط اسلامی و استانداردهای علمی و پزشکی و بهره‌مندی از اطلاعات مناسب و کافی برای انتخاب آگاهانه و بهینه آنان
- حق دسترسی فراگیر و عادلانه به امکانات ورزشی و آموزشی در زمینه تربیت بدنی و تفریحات سالم

منشور حقوق ومسئولیت‌های
زنان در نظام جمهوری اسلامی
ایران فصل دوم

شماره ۶۱- اشاره اسناد بالادستی به توسعه امور زنان و خانواده

سند برنامه جامع توسعه امور زنان و خانواده (ماده ۲۳۰ برنامه پنجم توسعه)	
<p>ارتقاء سطح پیشگیری در سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی</p>	<p>- تمرکز پیشگیری از بیماری و کنترل و مدیریت عوامل خطر سلامت زنان با تاکید بر عوامل شایع و فراگیر در زنان</p> <p>- برنامه ریزی و تخصیص منابع با تمرکز بر پیشگیری و کنترل بیماریهای با اهمیت و شایع در گروههای سنی مختلف و محیط زندگی</p> <p>- برنامه ریزی و تخصیص منابع در پیشگیری بانگه ویژه به گروههای در معرض خطر بالا</p>
<p>نهادینه سازی و ارتقاء نقش محوری و تصمیم گیری زنان در تامین سلامت خود، خانواده</p>	<p>- فرهنگ سازی و ترویج سبک زندگی سالم روحی و جسمی و توانمند سازی زنان و افزایش آگاهی های عمومی در حوزه سلامت جسمی، روانی و معنوی</p> <p>- فرهنگ سازی و جلب مشارکت زنان در پژوهش، سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرای طرحهای توسعه سلامت خود، خانواده و جامعه</p>
<p>ارتقاء بستر های علمی، اجتماعی، فرهنگی و هماهنگی نهادی موثر بر سلامت زنان و خانواده</p>	<p>- تقویت همکاری های بین بخشی جهت پیاده سازی موفق برنامه های توسعه سلامت در کشور</p> <p>- توسعه پژوهشهای کاربردی و انتشار دانش در حوزه سلامت زنان و خانواده</p>
<p>تامین خدمات با کیفیت، جامع و فراگیر سلامت زنان و خانواده متناسب با اولویت های زنان</p>	<p>- توسعه زیر ساختها و اجرای طرح های تامین خدمات مورد نیاز سلامت با تمرکز بر مسایل با اهمیت در گروههای سنی مختلف و محیط زندگی زنان در سراسر کشور</p>

- توسعه زیرساختها و اجرای طرح های تامین خدمات مورد نیاز سلامت با نگاه ویژه به گروههای در معرض خطر بالا در سراسر کشور

- در افق چشم انداز، اقشار مختلف زنان و خانواده های ایرانی از فرصت بهره مندی از نظام تامین اجتماعی گسترده و همه گیر برخوردار بوده و زمینه برای تحقق عدالت اجتماعی و اقتصادی بر پایه اصل ارتقا توانایی های زنان و خانواده در ابعاد اقتصادی و اجتماعی شکل گرفته است.

- توسعه های بیمه های تامین اجتماعی و درمانی در سطوح پایه و تکمیلی به منظور افزایش توانایی گروه های مختلف زنان و خانواده

- توسعه نظام های حمایتی برای گروه های آسیب پذیر و در معرض آسیب زنان و خانواده

ارتقاء هدفمند بیمه های تامین اجتماعی و درمانی و نظام های حمایتی با هدف قرار دادن گروه های مختلف زنان و خانواده (زنان سرپرست خانوار و خانواده های آسیب دیده و نیازمند، زنان روستایی و زنان خانه دار و زنان شاغل)

- توسعه بسترها و زمینه های نهادی، پژوهشی و قانونی لازم برای تامین گروه های مختلف زنان و جامعه

ارتقاء بسترها و زمینه های نهادی، پژوهشی و قانونی لازم برای توسعه تامین نظام اجتماعی گروه های مختلف زنان و خانواده

فصل هفتم

راهبردها و تعیین نقش

سازمان های ذیربط

مقدمه

از آنجایی که زنان سنگ بنای سلامت کل خانواده هستند، تضمین دسترسی به خدمات با کیفیت این گروه می تواند منجر به ارتقای سلامت کودکان و خانواده شود. آخرین فصل سند اختصاص به پیشنهاد راهبردها و راهکارهای ارتقاء سلامت زنان استان دارد. در این بخش سعی شد به نقش سازمان ها و نهادهای مختلف در امر سلامت زنان پرداخته شود.

با مطالعه بیماری های شایع در زنان استان کرمان و ریشه یابی علل مهم ایجاد بیماری، این جمع بندی حاصل شد که عمده بیماری های زنان استان کرمان از عدم تحرک، داشتن استرس و تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، کمبود امکانات تفریحی برای بانوان، مشکلات فرهنگی و آگاهی پایین ناشی می شود؛ لذا در این قسمت با بیان استراتژی های کاهشی هر سازمان سعی شده راه حل هایی جهت بهبود وضعیت سلامت زنان استان ارائه شود.

در این فصل، ابتدا به صورت جداگانه و خاص، به ارائه راهکارها برای هریک از مسائل عمده و دغدغه های اصلی سلامت زنان استان، یعنی تغذیه، تحرک، استرس، مصرف دخانیات و مبارزه با افسردگی پرداخته شد و سپس به بررسی نقش نهادها در بهبود وضعیت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان در استان اشاره گردیده است.

در این نسخه از سند سعی شده است که به ارائه ی راهکار برای مهمترین دغدغه ها و مسائل سلامتی زنان استان پرداخته شود؛ در نسخه های بعدی سند، به مسائل بیشتر و به صورت دقیق تر پرداخته خواهد شد. همچنین در این سند، سعی شده است تا ضمن پرداختن به نقش تمامی نهادها، راهکارها به صورت دقیق، شفاف و ساده بیان گردند. با توجه به پیچیدگی تاثیر عملکرد سازمان های مختلف بر سلامت، به خصوص سلامت بانوان، ممکن است نام و یا تاثیر برخی سازمان ها از قلم افتاده باشد؛ که با بازخورد خوانندگان محترم این جداول کاملتر خواهند گشت.

-اداره کل آموزش و پرورش استان و مدارس:

- ❖ آموزش دانش آموزان دختر در زمینه مدیریت استرس تحصیلی و غیر تحصیلی
- ❖ آموزش دانش آموزان دختر در خصوص بلوغ جنسی و ارتباط آن با مدیریت استرس
- ❖ آموزش دانش آموزان دختر در زمینه کمک به مادران در انجام وظایف منزل و کمک به کاهش استرس مادران
- ❖ آموزش معلمان و مربیان آموزشی و پرورشی برای ایجاد محیط های حمایتی و کاهنده استرس
- ❖ توسعه و اجرای فعالیتهای تفریحی علمی، اجتماعی و فرهنگی
- ❖ توسعه آموزش های مرتبط با مهارت زندگی (Life Skills) در دانش آموزان دختر
- ❖ تدوین و توسعه سیاستهای پیشگیری و مقابله با خشونت و انواع آن در مدارس دخترانه
- ❖ تنظیم سیاستهای حمایتی برای کاهش استرس در محیط مدارس
- ❖ ایجاد محیط های حامی سلامت از طریق فعالیتهایی نظیر نشست های صمیمی بین مربیان مدارس، والدین و دانش آموزان
- ❖ تقویت فعالیتهای اجتماع محور در خصوص کنترل خشم و استرس
- ❖ آموزش دانش آموزان دختر در زمینه مدیریت استرس در امتحانات و....(در قالب برگزاری کارگاهها و یا در کلاسهای درس توسط معلمان)
- ❖ آموزش دانش آموزان دختر در زمینه کمک به مادران در انجام وظایف منزل و کمک به کاهش استرس مادران
- ❖ آموزش معلمان مدارس برای عدم ایجاد استرس در دانش آموزان برای کسب نمره و یا قبولی در آزمونهایی همانند آزمون تیزهوشان و غیره

-سازمان ورزش و جوانان:

- ❖ برگزاری مسابقات مختلف در خصوص ورزش های همگانی نظیر پیاده روی
- ❖ برگزاری دوره های آموزشی مناسبی برای مدیریت استرس و سلامت برای بانوان استان
- ❖ احداث، راه اندازی و گسترش مراکز ورزشی جدید برای زنان در استان همچنین ساماندهی و به روز کردن مراکز ورزشی موجود

-سازمان صدا و سیما استان:

- ❖ تهیه سریال و فیلم تلویزیونی با مضامین سلامت روان
- ❖ ساخت و افزایش برنامه های آموزشی در خصوص روش های کاهش استرس با حضور متخصصین در امر سلامت روان
- ❖ ساخت کلیپ های کوتاه تلویزیونی در خصوص استرس و مدیریت آن
- ❖ آموزش های تغذیه ای به زنان برای معرفی مواد غذایی موثر بر کنترل استرس
- ❖ افزایش سهم تولید برنامه های تلویزیونی شاد و سرگرم کننده
- ❖ تهیه برنامه های تلویزیونی برای آموزش به مردان برای چگونگی رفتار صحیح با همسر و دختران خود

-اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی:

- ❖ برگزاری جشن ها و مولودی های متناسب با مناسبت های دینی به منظور تقویت بعد معنوی
- ❖ برگزاری و گسترش فعالیتهای مختلف مذهبی نظیر انس با قرآن و تحکیم نقش و جایگاه زنان در سلامت زنان
- ❖ برگزاری همایش های تخصصی در زمینه ی مدیریت و کنترل استرس برای بانوان حتی المقدور رایگان یا با هزینه کم
- ❖ گسترش کلاسهای هنری رایگان و ارزان قیمت برای پر کردن اوقات فراغت بانوان
- ❖ افزایش سهم مقالات آموزشی در جراید و رسانه های نوشتاری با موضوع کنترل استرس
- ❖ حمایت از نویسندگان برای نشر آثار بومی مرتبط با تحکیم جایگاه و نقش زنان و سنت ها
- ❖ استفاده از ظرفیت شبکه های اجتماعی برای ساماندهی فعالیتهای آموزشی برای سلامت خانواده و مدیریت استرس در بانوان

-مراکز بهداشتی درمانی:

- ❖ غربالگری زنان دارای درجات بالای استرس و ارجاع آنان به روانشناسان بالینی و متخصصین روانپزشکی و پیگیری روند درمان آنها
- ❖ ارائه آموزش و مشاوره به منظور کاهش بار روانی بیماری به زنانی که در مراحل اولیه ی بیماری های صعب العلاج هستند و خانواده های آنها،
- ❖ آموزش خود مراقبتی در زمینه بیماری های روانی و نحوه کنترل استرس

-شهرداری:

- ❖ برگزاری همایش های عمومی برای بانوان در خصوص سلامت خانواده و مدیریت استرس
- ❖ برگزاری جشنواره های مختلف فرهنگی و هنری برای بانوان .

-کل ادارات استان:

- ❖ زیبا سازی فضای کاری زنان (استفاده از گیاهان و یا آبنما در محیط کار)
- ❖ آموزش به مدیران در زمینه ی برخورد صحیح و شناخت تفاوت های روحی و روانی بانوان شاغل با کارکنان مرد
- ❖ ایجاد تسهیلات جهت بانوان دارای فرزند زیر ۶ سال (همانند اختصاص فضایی برای اتاق شیر و ایجاد مهد کودک در ادارات)
- ❖ آموزش مهارت های زندگی و خودمراقبتی برای بانوان کارمند
- ❖ ایجاد تسهیلات ویژه و قوانین منعطف برای کارمندان خانم؛ برای مثال اعطای مرخصی های کمتر سختگیرانه به خصوص در مورد مرخصی زایمان
- ❖ ایجاد محیط حامی زنان و امن برای خانم ها در ادارات، (پرسنل و مراجعه کنندگان خانم) به منظور ایجاد محیطی عاری از انواع تعرضات به خانم ها(اعم از شوخی یا حرفای نا به جا و ...)

-سازمان تبلیغات اسلامی:

- ❖ کاهش استرس بانوان از طریق تعامل با مساجد و کانون های فرهنگی
- ❖ استفاده از تابلو و یا علائم موثر بر آرامش معنوی و کاهش استرس در اماکن مقدس و امامزاده ها
- ❖ ایجاد مراکز مشاوره مخصوص بانوان در اماکن مقدس

-اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی:

- ❖ متناسب نمودن حجم کار با ساعات موظفی کار بانوان
- ❖ متناسب نمودن شغل با تحصیلات

- ❖ ایجاد امنیت شغلی برای زنان به خصوص شاغلین زن باردار، بیمار و دارای همسر یا فرزند معلول و بد سرپرست و بدون سرپرست
- ❖ ایجاد تسهیلات بانکی جهت حمایت مالی از زنان شاغل دارای شرایط خاص
- ❖ ایجاد تسهیلات ویژه جهت بانوان سرپرست خانوار
- ❖ تضمین محیط کار سالم برای بانوان
- ❖ پرداخت مقرری بیمه بیکاری با قوانین کمتر سختگیرانه به زنان خودسرپرست یا بد سرپرست
- ❖ پرداخت بموقع غرامت دستمزد ایام بیماری و بارداری به زنان
- ❖ اجرای قانون مرخصی ۹ ماهه زایمان و قانون پاس شیر در تمامی ادارات.

-دانشگاهها:

- ❖ برگزاری کارگاههای آموزشی در جهت مدیریت استرس
- ❖ برگزاری اردوهای سیاحتی و زیارتی در طول ترم تحصیلی
- ❖ تسهیل برقراری ارتباط دانشجویان با اساتید
- ❖ ارائه خدمات مشاوره در زمینه مسائل و مشکلات بانوان دانشجویان
- ❖ آموزش خودمراقبتی و مهارتهای زندگی به دانشجویان

-سازمان بهزیستی:

- ❖ برگزاری برنامه های توانمندسازی و حمایت اجتماعی زنان معلول، سرپرست خانوار، بد سرپرست و سالمند تحت پوشش بهزیستی
- ❖ آموزش و مشاوره به زنان سالمند جدیدالورود به خانه های سالمندان به منظور تسهیل پذیرش شرایط و کاهش استرس ورود محیط جدید
- ❖ تاسیس سرای سالمندان نیمه وقت (۶ الی ۸ ساعت مراقبت در روز) با برگزاری برنامه های شاد فرهنگی در آن
- ❖ شناسایی و پیگیری مواردی که زنان مورد خشونت و آزار قرار گرفته اند.
- ❖ شناسایی و رسیدگی به زنان حاشیه شهر که در معرض انواع آسیب و استرس ها قرار دارند.

-سازمان های مردم نهاد حوزه سلامت زنان

- ❖ ایجاد فضای مناسب برای مشارکت زنان مواجهه یافته در آسیب های اجتماعی در جهت رفع مشکلات ایشان

<ul style="list-style-type: none"> ❖ برگزاری همایش های ویژه ی توانمندسازی زنان در مقابله با استرس ❖ شناسایی و رسیدگی به زنان حاشیه شهر که در معرض انواع آسیب و استرس ها قرار دارند. 	
<p style="text-align: center;">-اداره کل آموزش و پرورش و مدارس :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ افزایش ساعات تربیت بدنی دختران، ❖ تنوع بخشیدن به نوع ورزش های دختران دانش آموز ❖ آموزش به دختران در مدارس برای فواید تحرک و ورزش و مضرات عدم تحرک ❖ برگزاری مسابقات ورزشی بین مدارس در سطح استان ❖ برگزاری کارگاههای آموزشی برای والدین در جهت تشویق و حمایت از ورزش دختران ❖ استعداد یابی ورزشی دانش آموزان دختر ❖ ایجاد فضای بازی و ورزش در مدارس و مهدکودک ها <p style="text-align: center;">-سازمان ورزش و جوانان:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تربیت مربیان توانمند ورزشی برای مدارس، ❖ توسعه فرهنگ ورزشی در بین بانوان و بهینه سازی اوقات فراغت ایشان ❖ برقراری ارتباط مناسب با آموزش و پرورش در زمینه برگزاری مسابقات ورزشی مختلف برای دختران، ❖ برگزاری همایش های ورزشی برای دختران و زنان، ❖ افزودن بر کلوپ های ورزشی بانوان و تجهیز آن ها 	نقش، تکالیف و انتظارات نهادها در افزایش میزان تحرک بدنی زنان استان

- ❖ حمایت از برگزاری همایش های کوهنوردی و راهپیمایی بانوان در ایام مختلف سال
- ❖ حمایت مالی از دختران ورزشکار استان
- ❖ فراهم ساختن شرایط مناسب برای استقبال تمامی سنین از ورزش و تحرک بدنی
- ❖ تعامل با مساجد محلات برای توسعه ورزش همگانی و خانواده ها
- ❖ ایجاد بستری برای انجام سایر ورزشها علاوه بر پیاده روی (که اغلب برای زنان در استان کرمان قابل انجام است).

–سازمان صدا و سیما استان:

- ❖ اطلاع رسانی در زمینه همایش های برگزار شده برای بانوان در طول سال.
- ❖ فرهنگ سازی در زمینه ورزش بانوان برای عموم مردم،
- ❖ اطلاع رسانی در زمینه موفقیت زنان در مسابقات ملی و بین المللی ورزشی،
- ❖ ساخت برنامه های آموزشی انگیزاننده بانوان برای انجام ورزش در سنین مختلف
- ❖ فرهنگ سازی برای پیاده روی در مسافت های کوتاه به جای استفاده از وسایل نقلیه
- ❖ آموزش در زمینه ی پرهیز از تحرک نامناسب و آسیب زا به مفاصل

–اداره کل تبلیغات اسلامی – اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی:

- ❖ فرهنگ سازی در رابطه با فعالیت های ورزشی بانوان و توجه به سلامت آنان با رویکرد تغییر نگرش برخی مردان متعصب در رابطه با فعالتهای ورزشی زنان
- ❖ تبیین نقش ورزش برای زنان و مادران از منظر آموزه های دینی
- ❖ تهیه بسته های رایگان فرهنگی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی در زمینه اهمیت تحرک بدنی در سلامت زنان.

–اداره محیط زیست:

- ❖ افزودن بر تعداد پارک های بانوان در سطح شهر

–دفتر امور بانوان و خانواده استانداری:

- ❖ نیازسنجی و حمایت از ورزش بانوان و همچنین حمایت از ورزش ملی و قهرمانی بانوان استان

- ❖ تشکیل شورای سیاستگذاری ورزش بانوان استان
- ❖ پیگیری جهت توسعه پارک ها و فضاها و سالن های ورزشی ویژه بانوان در شهرستانها و روستاها

-اداره کل راه و شهرسازی:

- ❖ فضا سازی مطلوب برای انجام ورزش های دسته جمعی برای بانوان.
- ❖ تعبیه پیست های دوچرخه سواری مخصوص بانوان در سطح شهر

-تمامی ادارات استان:

- ❖ در نظر گرفتن ساعاتی از فعالیت بانوان در باشگاه های ورزشی طرف قرارداد ادارات.
- ❖ آموزش داشتن ارگونومی مناسب در محیط کار

-دانشگاهها:

- ❖ ایجاد تسهیلات ورزشی برای دانشجویان دختر در دانشگاه و خوابگاهها
- ❖ فراهم ساختن بسترهای آموزشی برای تمامی سنین در خصوص تحرک، ورزش و سلامت
- ❖ اختصاص ساعات معین در طول هفته جهت آموزش و انجام فعالیتهای ورزشی مخصوص دانشجویان، کارکنان و اساتید

- اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی:

- ❖ ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای فعالیت های ورزشی بانوان از منظر آموزه های دینی و فرهنگ اسلامی
- ❖ ارائه طرح جهت فرهنگ سازی ورزش بانوان در شورای فرهنگی استان

-حوزه های علمیه و بسیج جامعه زنان:

- ❖ فرهنگ سازی و ایجاد انگیزه برای ورزش بانوان

- نیروی انتظامی:

جلوگیری از مزاحمت خیابانی برای بانوانی که در پارک ها ورزش و یا در خیابان پیاده روی می کنند.

-معاونت غذا و دارو:

- ❖ نظارت بر داروها و مواد غذایی افزایش یا کاهش دهنده ی وزن که برای مصرف بانوان در کشور ساخته یا وارد می شوند.
- ❖ افزایش سطح امنیت غذایی
- ❖ بررسی سطح سموم میوه و سبزیجات و میزان آنتی بیوتیک باقیمانده دام و طیور با همکاری دامپزشکی

-اداره جهادکشاورزی:

- ❖ تهیه مواد غذایی سالم و ارگانیک برای بانوان بالاخص مواد لبنی سالم، آرد سالم و...
- ❖ نظارت بر ورود مواد غذایی سالم
- ❖ استفاده حداقلی و به جا از نهاده های شیمیایی سنتز شده همانند آفت کش ها، کود های شیمیایی و آلوده کننده های غیر آلی
- ❖ ایجاد تسهیلات لازم برای کشاورزان جهت عدم استفاده از آب آلوده برای آبیاری مزارع
- ❖ تعدیل قیمت برخی مواد غذایی حیاتی برای سلامت زنان به منظور دسترسی مالی بهتر (به خصوص زنان باردار)
- ❖ آموزش و در اختیار گذاشتن بذر جهت سبزی کاری خانگی
- ❖ کنترل و بررسی آرسنیک موجود در آب با همکاری بهداشت محیط

-اداره آب:

- ❖ تامین آب سالم و بهداشتی در سراسر استان

❖ تجهیزات لازم برای آب رسانی به روستاهای کم جمعیت

- کمیته امداد امام خمینی:

- ❖ پربار تر نمودن سبد غذایی که بصورت کمکی به بانوان بی سرپرست و سرپرست خانوار ارائه می شود
- ❖ تحت پوشش قرار دادن زنان باردار مددجوی تحت پوشش کمیته امداد

- اداره کل آموزش و پرورش استان و مدارس:

- ❖ تشویق به استفاده از مواد غذایی سالم برای دختران دانش آموز، غربال نمودن دانش آموزان دارای سوء تغذیه
- ❖ ایجاد محیط های حامی سلامت در مدارس (عدم توزیع مواد غذایی مضر در بوفه ی مدارس)
- ❖ توزیع بسته های غذایی سالم و شیر در بین دانش آموزان مناطق محروم
- ❖ توزیع برنامه شیر مدارس، افزایش ماه های توزیع شیر در سال، مکمل یاری دانش آموزان با قرص آهن و ویتامین D و برنامه ریزی غذایی جهت مدارس شبانه روزی
- ❖ توزیع مکمل ویتامین D و آهن بین دختران دانش آموز
- ❖ غربالگری زنان در معرض خطر کمبود ویتامین D، (همانند زنان شاغل در محیط های فاقد نور) و توزیع شیر و مکمل های ویتامین D در بین آنان

- دانشگاه علوم پزشکی:

- ❖ بررسی وضعیت تغذیه ای بانوان حاشیه ی شهر از لحاظ سوء تغذیه و دسترسی مالی به تغذیه ی مناسب به خصوص در زنان باردار و دختران در سن رشد
- ❖ برگزاری همایش های تغذیه ی سالم مخصوص بانوان (در سنین و دوره های مختلف همانند کودکی، بلوغ، باروری و یائسگی)
- ❖ توزیع سبد غذایی به مادران باردار تحت پوشش

- ❖ مکمل یاری زنان باردار از لحاظ قرص یودوفولیک و مولتی ویتامین مینرال و فروس سولفات
- ❖ حمایت و اشتغال زایی زنان سرپرست خانوار

-اداره کل امور بانوان استانداری:

- ❖ برگزاری نمایشگاه های دستاوردهای زنان در حوزه تغذیه سالم و هماهنگی با دستگاههای ذیربط جهت برگزاری جشنواره غذای سالم
- ❖ برنامه ریزی جهت آگاه سازی مادران در خصوص تغذیه سالم

-دانشگاه علوم پزشکی و مراکز بهداشتی درمانی:

- ❖ وجود کارشناس تغذیه در مراکز بهداشتی درمانی در خصوص ارائه مشاوره ی تغذیه به زنان مراجعه کننده به مراکز به خصوص مادران باردار و شیرده
- ❖ آموزش در زمینه ی انواع مواد غذایی پیشگیری کننده از انواع بیماری ها
- ❖ غربالگری زنان در معرض خطر کمبود ویتامین D و ید (همانند زنان شاغل در محیط های فاقد نور)
- ❖ برگزاری دوره آموزشی تغذیه سالم برای کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی و جشنواره غذایی

-دانشگاه ها:

- ❖ ارائه مواد غذایی سالم به دانشجویان دختر ساکن خوابگاه ها متناسب با نیازهای روزانه آن ها به مواد غذایی و برنامه غذایی
- ❖ برگزاری کارگاههای آموزشی در رابطه با تغذیه ی سالم و تاثیر آن بر سلامت در دوره های مختلف زندگی زنان
- ❖ نصب تابلو و یا پخش کلیپ های مرتبط با تغذیه سالم در سلف سرویس های دانشگاهها برای اساتید، کارکنان و دانشجویان

-صدا و سیما استان:

- ❖ تهیه برنامه در زمینه مضرات مواد غذایی پرچرب، قندی و پر نمک برای زنان بالاخص در سنین باروری،
- ❖ ارائه برنامه آموزشی در زمینه مواد غذایی مورد نیاز در سنین و دوره های مختلف زندگی زنان و دختران (همانند دوران قاعدگی، بارداری، شیردهی و یانسگی)
- ❖ فرهنگ سازی در زمینه ی استفاده ی کمتر از فست فودها و استفاده از متخصصین این امر در رابطه با مصاحبه ها و برنامه های صدا و سیما

-سازمان صنعت، معدن و تجارت استان:

- ❖ تشویق و حمایت از صنایع تولید کننده مواد غذایی سالم و دوستدار قلب
- ❖ درج پیام های تغذیه ای روی بسته بندی ها

-اداره کل تعزیرات حکومتی:

- ❖ مبارزه با احتکار و گران فروشی مواد غذایی مورد نیاز بانوان در فصول مختلف سال.

-اداره آموزش پرورش و مدارس:

- ❖ توزیع بسته های تغذیه ای با کیفیت در مدارس دخترانه ی مناطق محروم استان
- ❖ آموزش تغذیه ای به والدین و دانش آموزان متناسب با سن (بالاخص برای دوران بلوغ)
- ❖ مشاوره تغذیه رایگان به دانش آموزان
- ❖ غربالگری سالانه دانش آموزان دختر به منظور شناسایی دختران دچار به سوء تغذیه و یا اضافه وزن

-سازمانهای مردم نهاد در حوزه سلامت زنان:

- ❖ شناسایی زنان و مادران در معرض خطر سوء تغذیه با استفاده از مشارکت زنان آگاه در محلات مختلف شهر و روستاها و کمک به آنها
- ❖ آموزش تغذیه سالم به زنان و دختران در قالب همایش و برگزاری جلسات

-اداره کل آموزش و پرورش استان و مدارس:

- ❖ آموزش مهارت نه گفتن به دختران دانش آموز، مهارت جرات آموزی، تفکر نقاد، تفکر خلاق، خود آگاهی
- ❖ آموزش متناسب با سن دختران در مورد مضرات مصرف سیگار و سایر مواد دخانی
- ❖ نظارت بیشتر بر دخترانی که دارای والد معتاد یا مصرف کننده مواد دخانی هستند.

-صدا و سیما:

- ❖ فرهنگ سازی در زمینه عدم استفاده از مواد دخانی در معابر عمومی،
- ❖ فرهنگ سازی در جامعه در زمینه اجتناب از مصرف مواد دخانی در حضور اعضای خانواده بالاخص زنان باردار، سالخورده و آسیب پذیر
- ❖ فرهنگ سازی و ساخت برنامه های آموزشی در خصوص مضرات مصرف دخانیات و تاثیر سوء آن بالاخص برای سلامت زنان و دختران
- ❖ تبلیغات بیشتر صدا سیمای استان در جهت ایجاد نگرش منفی و ضد ارزش نشان دادن مصرف قلیان و دخانیات در گروه زنان و دختران
- ❖ ساخت فیلم، انیمیشن و کلیپ های کوتاه در باره ی مضرات دخانیات و مواد مخدر و همچنین ترک اعتیاد و انتشار آنها در فضای مجازی
- ❖ تبلیغ نمودن اماکن ترک اعتیاد مخصوص بانوان در شبکه ی استانی
- ❖ برگزاری میزگردهای تخصصی آموزشی در خصوص مضرات دخانیات و اعتیاد، خاص و ویژه ی بانوان

-دانشگاه ها:

- ❖ آموزش مهارت های زندگی
- ❖ نظارت بیشتر بر خوابگاه های دختران،
- ❖ آموزش و مشاوره در زمینه آشنایی با عواقب مصرف قلیان، سیگار و سایر مواد دخانی برای بانوان دانشگاهی
- ❖ فراهم ساختن زمینه برای تفریحات سالم در دانشگاه و خوابگاهها
- ❖ اختصاص سالنهای ورزشی و تفریحی ویژه بانوان در دانشگاهها

-بهبزبستی:

- ❖ کمک به زنان و دختران سیگاری نیازمند با آلوده به مواد مخدر،
- ❖ توانمندسازی زنان و دختران رها شده از مواد، پیگیری نوزادان متولد شده از مادران معتاد و حرفه ای آموزشی به آنها
- ❖ مشاوره برای خانواده های بانوان معتاد
- ❖ ایجاد تیم های سیار مشاوره سلامت در حوزه اعتیاد
- ❖ ایجاد مراکز ترک اعتیاد مخصوص بانوان و مدیریت و پیگیری این زنان تا بهبودی کامل
- ❖ آگاهی دهی به خانواده بانوان معتاد در زمینه بیماری های منتقله از راه اعتیاد نظیر ایدز

-اداره کار و فنی حرفه ای:

- ❖ ایجاد اشتغال و پر کردن اوقات فراغت بانوان بالاحص زنان و دختران در معرض خطر و حرفه آموزشی به آنها
- ❖ ایجاد مراکز اشتغال برای زنان بهبود یافته

-اداره کل امور بانوان استانداری:

- ❖ حمایت از بانوان نیازمند دارای والد یا همسر آلوده به مواد مخدر و توانمند سازی آنها
- ❖ سیاستگذاری و برگزاری برنامه های توانمندسازی برای زنان بهبود یافته
- ❖ پیگیری و نظارت بر اجرای طرح های پیشگیری و درمان اعتیاد از سوی متولیان امر

-شهرداری:

- ❖ منع مصرف سیگار در مراکز عمومی و ایجاد ایستگاه های خاص برای مصرف سیگار
- ❖ برگزاری دوره های مهارتی و آگاه سازی زنان در رابطه با مصرف دخانیات و مواد مخدر، در فرهنگ سراهای شهرداری

-بهبزبستی و شهرداری:

- ❖ ایجاد مراکز نگهداری(گرمخانه) برای زنان آسیب دیده و بدون سرپرست

-دانشگاه علوم پزشکی:

<ul style="list-style-type: none"> ❖ برنامه ریزی در جهت آموزش مهارت های زندگی و فرزند پروری ❖ برنامه ریزی در زمینه سلامت مادران، غربالگری و پیگیری مادران مصرف کننده مواد دخانی، گزارش نوزادان متولد شده از مادران معتاد و پیگیری زنان باردار دارای سوء مصرف مواد بعد از زایمان و ارجاع آنان جهت درمان و پیگیری و وضعیت نوزاد متولد شده و همچنین پیگیری و غربالگری زنان معتاد قبل از بارداری به ویژه در حاشیه شهرها ❖ ایجاد مراکز ترک اعتیاد، مخصوص بانوان در سطح استان ❖ آموزش مهارت های فرزند پروری جهت والدین کودکان زیر ۱۸ سال <p style="text-align: center;">-ستاد مبارزه با مواد مخدر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاهی بخشی و آموزش ویژه با همکاری صدا و سیما رای زنان و دختران جهت شناخت لازم در زمینه اعتیاد، ❖ جلوگیری از عرضه مواد مخدر در استان و دسترسی آسان به مواد مخدر از سوی زنان و دختران ❖ درمان و بازپروری زنان و دختران معتاد و در صورت درمان با همکاری اداره کل کار و فنی حرفه ای جهت حرفه آموزی به ایجاد شغل برای زنان <p style="text-align: center;">-سازمانهای مردم نهاد در حوزه سلامت زنان</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی زنان و دختران معتاد و یا در معرض خطر اعتیاد، با استفاده از مشارکت زنان آگاه در محلات مختلف شهر و روستاها و کمک به بازتوانی آنها و ❖ پایش زنانی که ترک کرده و کمک به آنها برای داشتن زندگی سالم ❖ آموزش خطرات و مشکلات اعتیاد و سوء مصرف مواد به زنان و دختران در قالب همایش و برگزاری جلسات 	
<p style="text-align: center;">-اداره کل آموزش و پرورش استان و مدارس:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش نحوه برخورد با مشکلات زندگی متناسب با سنین دانش آموزان دختر ❖ برگزاری سخنرانی و آموزش برای دختران دانش آموز در مورد سلامت روان و عوامل موثر بر آن در سنین مختلف. 	تشی، تکالیف و انتظارات نهادها در ۸۰۰۰۴

-شهرداری:

- ❖ آموزش خود مراقبتی در زمینه بهداشت روان در فرهنگسراها
- ❖ ایجاد مراکز تفریحی خاص بانوان و برگزاری برنامه های شاد و مفرح
- ❖ افزایش تعداد پارک های بانوان در شهرستان های استان و توزیع مناسب آنها در مناطق مختلف شهرها برای دسترسی آسان تمامی بانوان
- ❖ تجهیز پارک های عمومی سطح شهر به وسایل ورزشی و ایجاد ایستگاه های دوچرخه سواری مختص بانوان
- ❖ ایجاد فضای سبز بیشتر در شهرستانهای استان

-اداره کل امور بانوان استانداری:

- ❖ لغو ممنوعیت استفاده از رنگ های روشن در محیط های اداری
- ❖ رصد وضعیت زنان معتاد -با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر -و زنان دچار افسردگی در استان و برنامه ریزی برای بهبود وضعیت اجتماعی آنان، حرفه آموزی و ایجاد شغل و پیگیری درمان آنها
- ❖ انجام بررسی های لازم و ارایه پیشنهادات بمنظور رفع محرومیت و تبعیض های مغایر با حقوق زنان در شهرها و روستاهای استان به مقامات مافوق.

-محیط زیست:

- ❖ حفاظت از فضاهای سبز موجود و جلوگیری از تخریب آنها

-ادارات کل استان:

- ❖ ایجاد بستر مناسب جهت ارجاع بانوانی که مشکل خانوادگی دارند به مراکز مشاوره رایگان
- ❖ ایجاد محیطی آرام همراه با رعایت عواطف بانوان، عدم تبعیض بین زنان و مردان مانند پرداخت مزایا
- ❖ در نظر گرفتن قسمتی از بودجه ادارات برای فضای سبز و گل آرایشی ادارات،
- ❖ در نظر گرفتن ساعاتی از فعالیت بانوان در باشگاه های ورزشی طرف قرارداد ادارات.
- ❖ برگزاری مسابقات ورزشی بین کارکنان زن ادارات

❖ برگزاری اردوهای برون شهری یا درون شهری

- **کانون های بازنشستگان:**

❖ تامین امکانات مطلوب ورزشی زنان بازنشسته ،

❖ فراهم آوردن امکانات و تسهیلات لازم برای تامین اوقات فراغت زنان بازنشسته عضو کانون

❖ بهره مندی از ظرفیت زنان بازنشسته برای کارآفرینی

❖ برگزاری جلسات هم اندیشی و محول نمودن برخی مسئولیت های طرح های سلامت به بازنشستگان متخصص و با تجربه

-**بهبزبستی:**

❖ ایجاد پایگاه های اورژانس اجتماعی و مراکز مشاوره فعال برای بانوان در خیابان های اصلی شهر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و پیگیری موارد

ارجاعی که مورد آزار و خشونت و ... قرار گرفته اند.

- **صدا و سیما:**

❖ تهیه برنامه های مرتبط با آگاهی دهی به زنان و دختران در سنین مختلف بمنظور داشتن توانایی مقابله روانی با رفتارهای خشونت آمیز

❖ ارائه شخصیت مثبت از زنان خانه دار

❖ آموزش رسانه ای و آگاهی بخشی در زمینه آسیب پذیری فیزیولوژیک و روحی زنان در ادوار مختلف زندگی و آموزش مهارت های کاربردی

-**اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی:**

❖ حمایت از ترویج تسهیل امر ازدواج و تشویق جوانان برای تشکیل خانواده پایدار بر اساس معیارهای صحیح و رفع موانع اقتصادی آن بعنوان عامل

موثر بر سلامت

-**اداره فناوری اطلاعات و ارتباطات:**

❖ گسترش پوشش شبکه اینترنت در سراسر استان

❖ پوشش شبکه رادیو و تلویزیون برای مناطق دورافتاده استان.

-**دانشگاه علوم پزشکی و مراکز بهداشتی درمانی:**

❖ رفع موانع فرهنگی در مراجعه زنان و دختران به مراکز سلامت بمنظور بهره گیری از برنامه های سلامت روان

❖ پیگیری و مراجعه خانه به خانه بهورز بمنظور بررسی وضعیت سلامت روان زنان در مناطقی با باور فرهنگی غلط در مراجعه به مراکز سلامت.

-**اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی - صدا و سیما:**

<ul style="list-style-type: none"> ❖ فرهنگ سازی در زمینه عدم برخورد تبعیضانه میان فرزندان پسر و دختر ❖ فرهنگسازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به زنان در تصمیم گیری و تصمیم سازی آنان در مسایل استان 	
<p style="text-align: right;">صدا سیما:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تهیه برنامه های آموزشی پیشگیری از حوادث ترافیکی مخصوص بانوان ❖ تهیه برنامه های آموزشی برای آقایان، جهت فرهنگ سازی نحوه تعامل با رانندگان زن در خیابانها ❖ فرهنگ سازی و اطلاع رسانی در خصوص میزان حوادث و تصادفات استانی با محوریت عابرین پیاده ❖ آموزش در زمینه احتیاط زنان باردار در زمینه رانندگی در ماه های انتهایی بارداری ❖ فرهنگ سازی در زمینه بستن کمربند ایمنی سرنشین در داخل و خارج شهر <p style="text-align: right;">معاونت حمل و نقل شهرداری:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ایجاد پل های عابر پیاده جهت عبور از بزرگراهها و خیابانهای پر تردد در شهرها <p style="text-align: right;">پلیس راهور:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی نقاط حادثه خیز و اطلاع به سازمانهای مربوطه برای پیشگیری ❖ گذاردن پلیس بر سر چهارراه ها و خیابان های پر تردد ❖ فرهنگ سازی در زمینه خطرات متوجه بانوان در دوران بارداری بعنوان راکب موتور سیکلت ها <p style="text-align: center;">روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی، معاونت فرهنگی شهرداری و صدا و سیما:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ایجاد همکاری های بین بخشی بین سه سازمان یاد شده-با محوریت دانشگاه علوم پزشکی- به منظور اطلاع رسانی بیشتر به مردم در خصوص حوادث و سوانح ترافیکی <p style="text-align: center;">دانشگاه علوم پزشکی، پزشکی قانونی و نیروی انتظامی:</p>	نقش و وظایف نهادها در پیشگیری از حوادث و سوانح

- ❖ ایجاد و راه اندازی سامانه ی مشترک استانی برای آمار دقیق ماهیانه مصدومین(دانشگاه علوم پزشکی)؛ کشته شدگان(پزشکی قانونی) و تصادفات(نیروی انتظامی) به تفکیک جنسیت؛ به منظور شناسایی دقیق ریشه ها و پیشگیری از حوادث
- دانشگاه علوم پزشکی و آموزش پرورش:
- ❖ تشکیل کمیته هایی برای آموزش در زمینه مسایل ترافیکی به دانش آموزان دختر

شیوه پیاده سازی سند

تشکیل کمیته تخصصی سلامت بانوان استان

در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان کرمان و با مشارکت جدی ریاست دانشگاه علوم پزشکی و همچنین امور بانوان استانداری، کمیته تخصصی سلامت زنان با حضور نمایندگان از تمامی نهادهای سازمانهای مربوطه تشکیل می گردد.

تهیه برنامه عملیاتی

به منظور اجرای راهکارهای ارائه شده در این سند، کمیته تخصصی مذکور با نظارت کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان، برنامه عملیاتی با زمانبندی مشخص، تهیه کرده و راهکارهای مشارکت سازمانهای ذیربط را در قالب این برنامه تعریف و وظایف هر سازمان را ابلاغ می کند.

فراهم آوری منابع لازم

پیش از آغاز برنامه مشترک لازم است فعالیت های اولویت دار از دیدگاه کمیته تخصصی سلامت زنان اولویت گذاری و زمان بندی شود و دانش و مهارت لازم، منابع مالی مورد نیاز، منابع انسانی و بانک های اطلاعاتی ضروری برای اجرای برنامه ها مشخص گردد. تامین اعتبار و سایر منابع مورد نیاز، توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و دبیرخانه تخصصی سلامت بانوان انجام خواهد شد. همچنین به منظور ارتقاء دانش و مهارت های لازم و فرهنگ سازی و ایجاد زبان و درک مشترک میان سازمان ها و نهادهای مختلف در باره مسائل سلامت زنان، دوره های توانمندسازی اعضای کمیته تشکیل خواهد شد. به منظور نهادینه شدن مفاهیم سند و توجه ویژه به امر سلامت زنان و تبدیل این مفاهیم به گفتمان غالب در بین گروههای مختلف مخاطب در استان نیز، برگزاری انواع همایش ها و سمینارها می تواند مفید واقع گردد.

پایش و ارزیابی برنامه

مرحله ارزیابی و بازنگری برنامه همزمان با مراحل استقرار و اجرای سند آغاز می‌گردد. پس از تدوین برنامه عملیاتی، توافق نامه‌ها و تفاهم نامه‌های لازم جهت اجرای این برنامه‌ها بین نهادهای مختلف تنظیم می‌گردد. بر اساس این توافق نامه‌ها، سازمانهای مرتبط مکلف می‌باشند گزارش عملکرد خود را هر سه ماه یکبار به دبیرخانه کمیته سلامت بانوان ارائه نمایند. کمیته نیز موظف به ارائه ی بازخورد به سازمانها و کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان، در خصوص عملکرد سازمان در مورد اجرای راهکارهای پیشنهادی سند می‌باشد. کمیته به منظور ارائه ی بازخورد به سازمانها، جلسات منظمی را برای بررسی میزان دستیابی به اهداف، اصلاح فرایندهای اجرایی، روز آوری برنامه، هماهنگی و انسجام و نظارت بر حسن اجرای سند سلامت زنان استان تشکیل خواهد داد.

تهیه ی شاخص‌ها

پایش و ارزیابی برنامه با تمرکز بر اثرات فوری، حدواسط و نهایی هر برنامه نه تنها از لحاظ برونداد برنامه‌ها بلکه از لحاظ کارایی و اثربخشی آن‌ها نیز بایستی بررسی و ارزیابی شوند لذا بهتر است نهادهای مرتبط در حیطه سلامت زنان پیش از شروع برنامه شاخص‌هایی بمنظور سنجش اثرات فعالیت‌هایشان در این راستا طراحی نموده و به تایید کمیته تخصصی سلامت زنان برسانند.

به روز رسانی سند

با توجه به تغییرات در نیازهای سلامت زنان، شرایط محیطی و ... و همچنین با روز شدن آمارها و شاخص‌های موجود، راهبردهای ارائه شده در سند بایستی هر ۲ سال یکبار توسط کمیته ی تخصصی زنان مورد بازنگری قرار گرفته و به روز رسانی گردد.

پیوست.

روندهای آینده سلامت زنان:

مجموعه عوامل موثر بر آینده سلامت زنان

تغییر رتبه علل مرگ زنان در کشور در سال ۱۳۸۵ و ۱۴۱۴

مجموعه عوامل موثر بر آینده سلامت زنان

نوع روند	روندهای مهم	برخی تاثیرات روندها بر سلامت زنان
<u>اجتماعی</u>	❖ افزایش آگاهی و انتظارات زنان،	- با توجه به افزایش تعداد زنان مسن، بالا بودن سن به یک امر عادی تبدیل شده و اثرات روانی منفی ناشی از کهولت سن کاهش می یابد.
	❖ سالمند شدن جمعیت،	- موجب افزایش امید به زندگی شده و به سبب افزایش اعتماد به نفس و استقلال زنان اثر تقویتی بر سلامت روان دارد.
		- با توجه به افزایش میانگین سنی جمعیت و نیروی غیر مولد و کاهش نیروی مولد در بلند مدت می تواند دسترسی مالی به خدمات را کاهش دهد (وابستگی مالی نیروی غیر مولد به نیروی مولد افزایش می یابد). بر همین اساس نیاز سالمندان به افراد در اقلیت بیشتر می شود و با توجه به کم جمعیت بودن خانواده ها سالمندان نیازمند افرادی برای مراقبت هستند که ممکن است این خدمات توسط افراد خانواده شان ارایه نشود.

<p>-افزایش زنان مسن، سبب افزایش بیماریهای مزمن و مرتبط با افزایش سن و نیاز به تسهیلات درمانی بیشتر خواهد شد.</p>		
<p>-افزایش آگاهی، انتظارات زنان را از جایگاه اجتماعی، شغلی و جایگاه شان در خانواده افزایش می دهد و در نتیجه عواملی که موجب نارضایتی از زندگی خانوادگی زنان شود افزایش می یابد.</p>	<p>❖ تغییر سبک زندگی، ❖ افزایش سواد سلامت زنان،</p>	
<p>-گرایش به رفتارهای تغذیه ای ناسالم و غذاهای آماده و کاهش تحرک و ورزش با توجه به سبک زندگی جدید افزایش می یابد.</p>		
<p>-افزایش زنان تک سرپرست و سرپرست خانوار به دلیل افزایش استقلال مالی زنان به وجود می آید.</p>		
<p>-با توجه به آشنایی هر چه بیشتر زنان با حقوق شان و دسترسی به رسانه های جمعی، امکان تبعیض جنسیتی کاهش می یابد.</p>	<p>❖ افزایش تحصیلات و سواد زنان و افزایش توانمندی زنان،</p>	
<p>-کمرنگ شدن نقش زنان در خانواده به دلیل مشغله کاری و تحصیلی و افزایش تنش های محیطی برای زنان نیز مورد انتظار است.</p>		
<p>-نامناسب بودن شرایط بهداشتی در حاشیه شهرها، کمرنگ بودن دریافت مراقبت های مربوط به زنان در حاشیه شهرها</p>	<p>❖ افزایش مهاجرت به شهرها و افزایش حاشیه نشینی شهرها،</p>	
<p>-افزایش گرایش زنان برای استفاده از جراحی های زیبایی و استفاده از داروهای چاقی یا لاغری بدون در نظر گرفتن عوارض آن ها در کوتاه مدت یا بلند مدت</p>	<p>❖ تغییر ارزش های اجتماعی برای استانداردهای زیبایی</p>	
<p>-افزایش گرایشات برای استفاده از کانال های ماهواره ای و ترویج فرهنگ غربی و افزایش روابط خارج از چارچوب</p>	<p>❖ ❖</p>	

<p>خانواده و کم‌رنگ شدن معنویات و اخلاقیات در خانواده ها و افزایش بیماری های آمیزشی مانند ایدز و هپاتیت در زنان</p> <p>- کاهش ازدواج، افزایش طلاق، افزایش ازدواج سفید و افزایش میانگین سن ازدواج که موجب تضعیف شاخص های روان شده و همچنین درصد زنان خودسرپرست و تک سرپرست افزایش می یابد</p> <p>- آسیب به زنان در خصوص فرزند آوری بیشتر بدون توجه به شرایط جسمانی و روحی زنان به خصوص در قشر کم درآمد (افزایش نیاز برآورده نشده در باروری)</p>	<p>❖ سیاستهای افزایش جمعیت</p>	
<p>پیشنهاد برای برخی مداخلات: توجه به مسایل فرهنگی و حساس سازی در خصوص اهمیت تمامی نقش های زنان در خانواده و جامعه و اثرات آن بر سلامت خودشان و افراد خانواده شان- در نظر گرفتن تسهیلات مراقبت از سالمندان برای افرادی که خانواده های شان برای نگهداری ان ها قبول مسئولیت نمی کنند. ارایه مراقبت های بهداشت اولیه برای زنان ساکن در حاشیه شهرها و نقاط محروم</p>		
<p>- رشد فناوری موجب افزایش دسترسی زنان به اطلاعات و شواهد سلامت می گردد</p> <p>- موجب افزایش استفاده از متخصصان از نقاط دور و دسترسی به برخی خدمات سلامت برای زنان از طریق تلفن همراه می گردد</p> <p>- دسترسی زنان به فناوری های اثربخش تر برای مراقبت های بهداشتی و درمانی افزایش می یابد</p> <p>- با توجه به تقویت فناوری های سلامت امید به زندگی در زنان افزایشی می یابد</p>	<p>❖ توسعه بسترهای ارتباطی و زیرساخت های اینترنتی،</p> <p>❖ توسعه تله مدیسین،</p> <p>❖ گسترش استفاده از تلفنهای نسل جدید،</p> <p>❖ افزایش قابلیت فناوریهای سلامت،</p>	<p>فناوری</p>

<p>- بسته به جهت گیری های رشد فناوری اثر دو سویه بر سلامت روان می تواند داشته باشد از یک سو باعث فردگرایی می شود و از سوی دیگر با توانمند سازی زنان در زمینه های مختلف از جمله مشارکت در شبکه های اجتماعی، افزایش آگاهی های زنان در زمینه های مختلف از جمله سلامت باعث بهبود وضعیت سلامت روان می شود.</p> <p>- دسترسی به فناوری ها محدود به جنسیت نبوده و همچنین با رشد فناوری های ارتباطی و رسانه های جمعی، مصادیق تبعیض جنسیتی کاهش می یابد</p> <p>- موجب افزایش اثربخشی غربالگری های مربوط به بیماری های زنان می شود</p>	<p>❖ رشد فناوری های آموزشی، افزایش بهره وری با رعایت استانداردهای بین المللی،</p> <p>❖ افزایش توجه به شواهد در حوزه سلامت و تولید راهنماها...</p>	
<p>پیشنهادهای برای برخی مداخلات: مداخله در ورود و استفاده از فناوری ها در جهت کاهش اثرات منفی فناوری ها مانند فرهنگ سازی در خصوص نحوه و میزان استفاده از شبکه های اجتماعی و فضای مجازی و استفاده از تسهیلاتی که برای خود مراقبتی ها و کاهش عوارض فزاسنده محیطی برای سلامت زنان قابل استفاده باشد. استفاده از فناوری های پزشکی از راه دور و آموزش نحوه استفاده از آنها برای زنان در نقاط محروم، توانمند سازی زنان در خصوص خود مراقبتی ها، استفاده از امکان آموزشی با استفاده از فناوری ها برای افزایش آگاهی و سواد سلامت زنان به ویژه تغذیه، فراهم آوردن امکان تحرک در محیط های کاری با فناوریهای جدید. فناوری های کمکی آموزشی می توانند اثر تقویتی بر رفتارهای تغذیه ای و رفتاری داشته باشند. فرهنگ سازی در خصوص نحوه استفاده از فناوری ها کمک کننده خواهد بود. همچنین ایمن سازی شرایط کاری و محیطی برای زنان جهت کاهش حداکثری عوارض استفاده از فناوری ها و فرهنگ سازی و آموزش در این زمینه به آن ها به ویژه در دوره بارداری</p>		

<u>اقتصادی</u>	
<p>❖ نوسانات اقتصادی و تغییرات بودجه سلامت،</p>	<p>-افزایش اضطراب و تنش در محیط زنان به ویژه موقعیت های شغلی باعث کاهش شاخص های سلامت روان شده همچنین تغییر ساختارهای خانواده از جمله کاهش میزان ساعات فراغت و گذراندن وقت با اعضا خانواده نیز بر سلامت روان زنان اثر دارد.</p>
<p>❖ افزایش سهم زنان در موقعیت های اقتصادی،</p>	<p>-امکان دسترسی به کیفیت بالاتری از خدمات درمانی و بهداشتی با توجه به افزایش دسترسی مالی به خدمات سلامت برای زنان فراهم می شود</p>
<p>❖ افزایش فاصله طبقاتی، افزایش خصوصی سازی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>-دسترسی به مواد مغذی به دلیل افزایش توان مالی و کاهش وابستگی به توان اقتصادی مردان در خانواده، اثر بهبود کننده بر رفتارهای تغذیه ای دارد اما به سبب کاهش زمان فراغت برای تهیه غذا و روی آوردن به غذاهای آماده اثر تضعیف کننده بر تغذیه سالم دارد. این روند اثر تضعیف کننده بر تحرک و ورزش زنان نیز دارد زیرا فرصت لازم برای فعالیت های ورزشی اصولی را با توجه به افزایش مشغله کاری کاهش می دهد.</p>
<p>❖ افزایش فاصله طبقاتی، افزایش خصوصی سازی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>-با توجه به افزایش توان مالی و تقویت جایگاه زنان در جامعه، تبعیض جنسیتی به ویژه در محیط های کاری تعدیل می شود.</p>
<p>❖ افزایش فاصله طبقاتی، افزایش خصوصی سازی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>-با توجه به افزایش توان مالی و بهبود دسترسی به مواد غذایی و مراقبت های لازم در دوره بارداری، بارداری های پر خطر از یک سو کاهش می یابد و با توجه به افزایش میانگین سنی ازدواج افزایش می یابد.</p>
<p>❖ افزایش فاصله طبقاتی، افزایش خصوصی سازی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>-افزایش زنان تک سرپرست و سرپرست خانوار به دلیل افزایش استقلال مالی زنان را سبب می شود.</p>

-تغییر الگوی شغلی برای زنان از کشاورزی به ارایه خدمت

-تمایل زنان برای کار در قبال دریافت مبلغ پول کم تر در مقایسه با مردان با توجه به بهبود شرایط کاری کاهش می یابد

-افزایش فشار ناشی از کسب درآمد از سوی مردان، خانواده و جامعه برای زنان و تبدیل کار و درآمد زایی اختیاری به اجبار (تغییر الگو از انتخاب به اجبار برای زنان برای کسب درآمد) به ویژه در قشر متوسط و پایین جامعه که این امر می تواند فشار روانی مضاعفی را برای ورود به بازار کار به زنان اعمال کند و یا باعث شود تا به مشاغل با شرایط نامناسب مانند ساعات طولانی و .. روی آورند.

-تبدیل شدن زنان در مشاغل با شرایط بهتر به رقیبی برای مردان و تغییر الگوی درآمدزایی و کسب و کار

-افزایش فاصله طبقاتی و افزایش فاصله ی درآمدی، بر سلامت روان زنان تاثیر مخرب خواهد داشت.

پیشنهاد برای برخی مداخلات: در نظر گرفتن شرایط ویژه برای زنان در شرایط کاری آن ها مانند تنش های محیطی موجود در محیط کار، سختی کار، استفاده از مکانیزم های تشویقی ساده برای تعدیل فشارهای روانی در محیط کار، عدم مواجهه زنان با برخی مواد بیماری زا و تهدید کننده سلامت آن ها، استفاده از مکانیزم های کمک کننده در محیط های کاری مانند وجود مهدکودک در محیط کار یا سیستم های تغذیه ای، فراهم آوردن تسهیلات ورزشی برای زنان توسط سازمان ها برای کارکنان زن، انجام چک اپ های لازم برای سلامت زنان توسط محیط های کاری و سازمان ها به طور سالیانه (با توجه به افزایش قابل توجه زنان شاغل

<p>دولت می تواند از مکانیزم اجبار سازمان ها برای انجام غربالگری ها مانند سرطان پستان و دهانه رحم استفاده کند)- اضافه کردن ملاحظات جنسیتی برای مشاوره های تحصیلی قبل از انتخاب رشته برای داوطلبان ورود به دانشگاه ها</p>		
<p>-افزایش عوارض ناشی از آلودگی های زیست محیطی مانند افزایش بیماری های مرتبط با آلودگی های زیست محیطی</p> <p>-افزایش بیماری های تنفسی در زنان به دلیل قرار گرفتن بیشتر آن ها در معرض آلودگی هوا و شرایط نامناسب محیطی</p> <p>-افزایش سقط جنین ناشی از آلودگی های محیطی</p> <p>-مهاجرت های زنان به دلیل شرایط نامناسب آب و هوایی و اقلیمی</p> <p>-استفاده بیشتر از منابع مشکوک آب آشامیدنی به خصوص در مناطق محروم</p> <p>-افزایش بیماری های مرتبط با استفاده بیش از اندازه از فناوری مانند گوشی های همراه و قرار گرفتن در معرض آلودگی های ناشی مانند سیستم های مخابراتی و امواج مضر</p>	<p>❖ خشکسالی و بحران آب،</p> <p>❖ آلودگی های زیست محیطی، ...</p> <p>❖ افزایش پارازیت ها و امواج مضر</p>	<p><u>زیست</u></p> <p><u>محیطی</u></p>
<p>پیشنهاد برای برخی مداخلات: توجه به شاخص های بهداشتی اولیه برای زنان از جمله دسترسی به آب سالم، فاضلاب و تغذیه مناسب در نقاط آسیب پذیر به ویژه برای مادران و انجام مداخله در صورت لازم</p>		

<p>-قرار گرفتن بیشتر زنان در پستهای مدیریتی و سیاست گذاری</p> <p>- شکل گیری تشکل های بیشتر زنان و فعالیت های آن ها در قالب انجمن ها و سازمان های مردم نهاد</p> <p>-امکان تبادلات مالی برای زنان افزایش می یابد.</p> <p>-اثر تضعیف کنندگی بر تبعیض جنسیتی دارد و با توجه به آشنایی هر چه بیشتر زنان با حقوق شان و دسترسی به رسانه های جمعی امکان تبعیض جنسیتی را کاهش می دهد.</p>	<p>❖ پیدا شدن جایگاه ویژه زنان در فعالیت های سیاسی</p>	سیاسی
<p>-افزایش دغدغه کیفیت خدمات دریافتی از سوی زنان</p> <p>-افزایش نقش زنان در جایگاه ارایه دهنده خدمات سلامت</p> <p>-افزایش بیماری های روان مانند اضطراب و افسردگی در میان زنان</p> <p>-افزایش مراقبت های بهداشتی اولیه برای زنان و تاکید بیشتر بر مراقبت های تخصصی مورد نیاز زنان و پوشش بیشتر ارایه این گونه خدمات و توسعه آن به مناطق شهری</p> <p>-افزایش بیماری های غیرواگیر و مزمن با ریسک فاکتور موثر اضطراب و استرس در زنان</p>	<p>❖ افزایش واگذاری به بخش خصوصی،</p> <p>❖ افزایش خود مراقبتی</p> <p>❖ افزایش بیماریهای مزمن و روانی،</p> <p>❖ تغییر الگوی بیماری ها</p>	روند های داخلی حوزه سلامت
<p>پیشنهاد برای برخی مداخلات: در حال حاضر عدم توجه به جنسیت در روش های درمانی و داروها برای زنان (به طور مثال داروی شیمی درمانی برای نوع مشابهی از سرطان برای زنان و مردان به واسطه تفاوت های آن ها در هورمون ها و .. وجود دارد که می تواند این روش های درمانی متفاوت باشد و بررسی شود که تا چه میزان داروها و روش های درمانی برای زنان کارآمد می باشد.</p>	<p>❖ افزایش بیماری ایدز در زنان</p>	

تغییر رتبه علل مرگ زنان در کشور در سال ۱۳۸۵ و برآورد وضعیت سال ۱۴۱۴

جدول ۴ - ۳۸: تغییر رتبه علل مرگ زنان در سال ۱۳۸۵ و سال ۱۴۱۴

سال ۱۳۸۵		سال ۱۴۱۴	
بیماری های قلبی و عروقی	193.63	بیماری های غده، تغذیه و متابولیک	202.966
سرطان ها و تومورها	42.38	بیماری های قلبی و عروقی	132.664
حوادث غیر عمدی	30.49	سرطان ها و تومورها	113.676
بیماری های دستگاه تنفسی	24.46	بیماری های سیستم عصبی	30.2484
بیماری های غده، تغذیه و متابولیک	11.4	بیماری های دستگاه تنفسی	27.4089
بیماری های دستگاه گوارش	8.23	بیماری های دستگاه ادراری و تناسلی	16.1659
بیماری های دستگاه ادراری و تناسلی	8.17	بیماری های دستگاه گوارش	16.095
ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی	8.1	بیماری های عفونی و انگلی	13.4387
بیماری های سیستم عصبی	5.5	حوادث غیر عمدی	6.56739
حوادث عمدی	4.78	ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی	6.48096
بیماریهای روانی و اختلال رفتاری	4.67	بیماری های سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	2.70218
بیماری های عفونی و انگلی	3.41	بیماریهای روانی و اختلال رفتاری	0.8023
بیماری های سیستم خونساز و دستگاه ایمنی	1.75	حوادث عمدی	0.50948

منابع

۱. قطبی مرجان، رفعتی مسعود، احمدنیا هاله. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری ها. نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر. مجموعه دستورالعمل های کشوری. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت. ناشر: سپیدبرگ باغ کتاب، مهرماه ۱۳۸۷. شماره کتابشناسی ملی: ۱۶۳۶۹۹۴
۲. شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، معاونت توسعه، مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت؛ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه مرکز تحقیقات سلامت. ۱۳۸۵.
۳. سیمای سلامت و جمعیت در ایران، ۱۳۸۹، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. طالبی زاده نوشین، حق دوست علی اکبر، میرزازاده علی. مدل اپیدمیولوژی بیماری ایسکمیک قلبی در ایران. پایش :بهار ۱۳۸۸، دوره ۸، شماره ۲؛ از صفحه ۱۶۳ تا صفحه ۱۷۰.
۵. کرم پور روزا، گرجی فرزانه. عوامل اجتماعی موثر بر گرایش زنان بر حفظ سلامت جسمانی. فصلنامه مطالعات جامعه شناختی ایران، سال سوم، شماره دهم، پاییز ۱۳۹۲، صفحات ۶۳ تا ۷۴.
۶. علی اکبری صبا. ویژگی های خانوارهای زن سرپرست در گروه های مختلف وضع زناشوی ی سرپرست خانوار. آمار، شماره ی ۱۹، مرداد و شهریور ۱۳۹۵.
۷. رویا صادقی، مراد علی زارعی پور، حسین اکبری، محمد خان بیگی. وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی. مجله سلامت و مراقبت. سال سیزدهم شماره ۴- زمستان ۱۳۹۰.
۸. حفاریان لیلا، آقایی اصغر، کجیاف محمدباقر، کامکار منوچهر. مقایسه کیفیت زندگی در زنان مطلقه و غیرمطلقه و رابطه آن با ویژگی های جمعیت شناختی در شهر شیراز. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی : پاییز ۱۳۸۸، دوره ۱۱، شماره ۲؛ از صفحه ۶۱ تا صفحه ۸۲.
۹. آقابخش حبیب اله، صداقتی فرد مجتبی، وحید آرزو. مطالعه وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده کمیته امداد امام خمینی (ره) و بررسی مقایسه ای آن در سال

۱۳۸۹. پژوهش اجتماعی : پاییز ۱۳۸۹، دوره ۳، شماره ۳؛ ۸ از صفحه ۱۹ تا صفحه ۴۲

۱۰. حاصلی، غیاثیان، منظر، سیفی فرد، ابراهیم زاده، باسامی، کوروش. بررسی فراوانی و عوامل مؤثر بر مرگ و میر مادران باردار استان ایلام در سالهای ۱۳۸۹-۱۳۸۱. مجله علمی پژوهشی دانشگاه

علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و دوم، شماره هفتم، بهمن ۹۳، صفحات ۳۹-۴۶

۱۱. حلوانی، توکلی، صفری کمال آبادی. اپیدمیولوژی بیماری انسداد مزمن ریه در بیماران بستری.

ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. بهار ۱۳۸۸، جلد ۱۷ شماره

۲ صفحات ۳-۹

۱۲. عرفانیان ظروفی فرزانه، معظمی مهتاب و محمدی محمدرضا. تاثیر تمرینات مقاومتی با باند

الاستیک بر تعادل ایستا و درد زنان سالمند دارای آرتروز و واریوس زانو. علوم پیراپزشکی و

توانبخشی مشهد : تابستان ۱۳۹۵، دوره ۵، شماره ۲؛ از صفحه ۱۴ تا صفحه ۲۴.

۱۳. رمضان پور محمدرضا و عرب خاطره و راتوس واهیک. تاثیر تمرینات کششی بر میزان فلکشن

زانو در زنان میانسال دارای آرتروز. فصلنامه تحقیقات در علوم زیستی ورزشی : زمستان ۱۳۹۲

و دوره ۳، شماره ۳؛ ۱۱ از صفحه ۶۱ تا صفحه ۷۰

۱۴. اطلس بیماری‌های غیر واگیر در کشور. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر پژوهشگاه علوم

دغد و متابولیسم. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران

۱۵. سند ملی پیشگیری و کنترل بیمارهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلام

ایران در بازه زمان ۱۴۰۴-۱۳۹۴. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیمارهای غیرواگیر. تیرماه

۱۳۹۴

۱۶. مرکز ملی آمار ایران <https://www.amar.org.ir>

۱۷. مرکز ملی آمار ایران، استان کرمان <https://www.amar.org.ir> صفحات-اطلاعات-

استانی/استان-کرمان

۱۸. سازمان برنامه و بودجه استان کرمان سالنامه آماری استان کرمان <http://amar.kr.ir>

۱۹. مرکز ملی آمار ایران، گزیده ی شاخص ها و نماگرهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی استان

کرمان ۱۳۹۲

۲۰. گزیده شاخص ها و نماگرهای اقتصادی اجتماعی و فرهنگی استان کرمان ۱۳۹۵

۲۱. مومنان امیرعباس و دلشاد مریم و میرمیران پروین و قنبریان آرش و صفرخانی مریم و عزیزی فریدون. میزان کم تحرکی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت بزرگسال تهرانی: مطالعه قند و لیپید تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران :دی ۱۳۹۰، دوره، ۱۳ شماره ۵ مسلسل ۵۹؛ از صفحه ۴۹۳ تا صفحه ۵۰۳
۲۲. مظلومی محمودآباد سیدسعید و عباسی شوازی معصومه. بررسی آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستان های استان یزد در مورد ایدز. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، طبیب شرق، بهار ۱۳۸۵، دوره، ۸ شماره؛ ۱ از صفحه ۵۳ تا صفحه ۶۴
۲۳. سعید یزدی راوندی، زهرا تسلیمی، فرشید شمسانی، علی قلعه ایها، صابر سالمی شکوری، علی نیکخواه. آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در مورد بیماری ایدز در سال ۱۳۹۳: مقایسه بین دانشکده های پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی. مجله علمی پژوهان دوره 14، شماره 1، پاییز 1394، صفحات 22 تا 29
۲۴. ماشاله جلالی فر، محمدحسین کلانتری، محمد نادری، مهدی مرادی، داود پوردهقان، خوبیار دهش، محمد لطیف کار، احمدعلی نادری و فاطمه بیگم روح الامینی. کتاب استان شناسی کرمان. ناشر: شرکت چاپ و نشر کتاب های درسی ایران. چاپ دوم ۱۳۹۱. شابک: ۹۶۴-۹۷۸-۱۹۴۸-۰۰۵-
۲۵. دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مریم بهشتیان. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن. دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. انتشارات موفق، چاپ دوم ۱۳۸۷
۲۶. صالحی موسی، کیمیگر سیدمسعود، شهبازی محمد، کلاهی علی اصغر، محرابی یداله. تاثیر آموزش های تغذیه و بهداشت به زنان عشایری در سلامت ایل و نقش زنان عشایری در گسترش فرهنگ تغذیه و بهداشت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران : زمستان ۱۳۸۲، دوره 13 شماره؛ 41 از صفحه 55 تا صفحه 64.
۲۷. راضیه خاموطیان؛ عبدالله درگاهی؛ محمد سلطانیان، فرید نجفی؛ علیرضا افشاری. ارتباط سطوح آلاینده های هوا و میزان مراجعه بیماران آسمی به بیمارستانهای شهر کرمانشاه (۱۳۸۸-۱۳۸۷). سامانه مدیریت اطلاعات تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۳۹۳

۲۸. رضایان محسن و دهداری نژاد آرش و اسماعیلی ندیمی علی و طباطبایی سیدضیا. اپیدمیولوژی جغرافیایی مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در شهرستان های استان کرمان. مجله

اپیدمیولوژی ایران : بهار ۱۳۸۷، دوره ۴، شماره ۱؛ از صفحه ۳۵ تا صفحه ۴۱.

۲۹. عصمت رضاییگی داورانی، عابدین ایرانپور، نرگس خانجانی، محبت محسنی، فاطمه نظری رباطی. بررسی عوامل خطر بیماریهای قلبی-عروقی و ارتباط بین میزان آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده از بیماریهای قلبی-عروقی در زنان کرمان. نشریه پژوهش های سلامت محور. جلد ۲ شماره ۲ صفحات ۱۳۲-۱۱۹

۳۰. فاطمه کوهی، حمید صالحی نیا، عبدالله محمدیان هفشجانی. روند تغییرات مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در ایران طی سال های ۱۳۸۹-۱۳۸۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره / شماره ۴/ مهر و آبان

۳۱. سید جمال الدین طبیبی، محمود محمودی. لگوی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲

۳۲. گزارش استانی ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۹۳. دبیرخانه ثبت سرطان جمعیتی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳۳. ماهر علی، بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، جلد ۵ شماره ۱۸ صفحات ۱۴۸-۱۲۹

۳۴. گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره سلامت مادران سال ۹۱

http://mboh.umsha.ac.ir/uploads/gozaresh_marg_madar_91.pdf

۳۵. گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره سلامت مادران سال ۹۴

<http://darman.sums.ac.ir/MNI-healthoffice/images/mni/files/nezam.pdf>

۳۶. داشبورد آماری تصادفات جاده ای کشور

<http://transportsafety.ir/>

۳۷. گزارش اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی تهران. ب اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی تهران. بازتاب مشارکت اقتصادی پایین زنان در شکاف جنسیتی ایران. معاونت بررسی های اقتصادی

http://tccim.ir/images/Docs/TCCIMirBizReport_231.pdf

۳۸. نادری طیبه، کامیابی زهرا. پوشش مراقبت های بهداشت مادر و کودک در عشایر استان کرمان ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی قزوین. شماره ۲۸، پاییز ۱۳۸۲
۳۹. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم. خلاصه گزارش طرح ملی سلامت و بیماری در ایران - ۱۳۷۸. حکیم : پاییز ۱۳۷۹، دوره ۳، شماره ۳؛ از صفحه ۱۷۳ تا صفحه ۱۹۲.
۴۰. لاریجانی باقر. استئوپروز در ایران. چکیده مقالات اولین سمینار بین المللی پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز غدد درون ریز و متابولیسم ۱۳۸۳
۴۱. جهانگیری جهانگیر ورجبی ماهرخ. بررسی فرهنگ و سواد تغذیه ای زنان در شهر شیراز. علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز : بهار ۱۳۸۰، دوره ۱۶، شماره ۲ (پیاپی ۳۲) ویژه نامه علوم اجتماعی : از صفحه ۷۵ تا صفحه ۹۷.
۴۲. خادمیان طلیعه، قناعتیان زهرا. بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران. پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم/شماره چهارم /زمستان ۸۷
۴۳. رحیمی موقر آفرین. شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال سوم شماره ۲۱
۴۴. عزیزی علی، عباسی محمدرضا، عبدلی غلامرضا. شیوع فشار خون و رابطه آن با سن، جنس و نمایه توده بدن در افراد بالای ۱۵ سال جمعیت تحت پوشش عرصه آموزش پزشکی جامعه نگر کرمانشاه (۱۳۸۲). مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران : آبان ۱۳۸۷، دوره ۱۰، شماره ۴ مسلسل ۴۰؛ (از صفحه ۳۲۳ تا صفحه ۳۲۹)
۴۵. احمدی بتول و همکاران. گزارش سیمای سلامت زنان. ۱۳۸۰
۴۶. حق دوست علی اکبر، رضایی پروین، اسماعیلی مریم، دهقانی محمودرضا، باروتی عصمت، طائری سودابه، شفیعیان هاجر. نیمرخ سلامت زنان در سی سال اخیر. انتشارات گرا ۱۳۹۱. شابک ۹۷۸-۶۰۰-۹۲۸۰۳-۰-۸
۴۷. اکبری محمد اسماعیل، سلطانی خلیفه مجید. رسانه ها و سلامت جامعه. شورای سیاستگذاری سلامت صدا و سیما.
- <http://crc.sbmu.ac.ir>
۴۸. نکوئی مقدم محمود، حق دوست علی اکبر، دهنوه رضا، امیراسماعیلی محمدرضا، مهرالحسنی محمدحسین. سند توسعه سلامت استان کرمان. دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳۸۹
۴۹. <https://fa.wikisource.org/wiki/> قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اصل ۲۱

۵۰. برنامه پنج ساله دوم اقتصادی، بخش دوم- خط مشی های اساسی
<http://majlestv.ir/documents/>
۵۱. برنامه چهارم توسعه فصل هشتم ماده ۹۶ بند ج.
<http://www.istt.ir/dorsapax/userfiles/file/Tarho%20Barname-Ghavanin/Asnade%20Kalan/ISTT-Barname%20Chaharom%20Tose-e%20Keshvar.pdf>
۵۲. برنامه چهارم توسعه فصل هشتم ماده ۹۷-۹۸.
<http://www.istt.ir/dorsapax/userfiles/file/Tarho%20Barname-Ghavanin/Asnade%20Kalan/ISTT-Barname%20Chaharom%20Tose-e%20Keshvar.pdf>
۵۳. سند برنامه جامع توسعه امور زنان و خانواده، ماده ۲۳۰ برنامه پنجم توسعه
<http://banovan.ostanas.gov.ir>
۵۴. منشور حقوق ومسئولیت های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران؛ بخش سوم ، فصل اول، بند ۵۳.
- http://www.abfar-wazar.ir/articlep/gavanin/manshor_hogoge_zanan.pdf
۵۵. احمدی ب، فرزندی ف، علی محمدیان م. چالش های سیاستگذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی بر اساس دیدگاه صاحب نظران. پایش. ۱۱(۱). ۱۳۹۰: ۱۲۷-۱۳۷.
۵۶. دماری ب. سهم ونقش دستگاه های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران. پایش. ۱۴(۵). ۱۳۹۴: ۵۱۵-۵۲۴.
۵۷. امینی انابد حسین، مسکرپورامیری محمد. ارزیابی وضعیت دسترسی مالی خانوارها به مراقبت های بهداشتی و درمانی در ایران طی سال های ۱۳۸۶-۱۳۶۱. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، جلد ۱۶ شماره ۱ صفحات ۸-۱
۵۸. مجموعه گزارشات رصد شاخص های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران. بررسی وضعیت اعتیاد. فرهنگستان علوم پزشکی کشور، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشکاه علوم پزشکی کرمان

۵۹. ناصری نادیا. ارتباط سواد سلامت با سلامت عمومی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری دانشکده علوم پزشکی شهرستان نیشابور در سال ۱۳۹۴. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی رازی؛ دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۶۰. قنبری شهلا، مجلسی فرشته، غفاری محتشم، محمودی مجدآبادی محمود. بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دانشور :اسفند ۱۳۹۰، دوره ۱۹، شماره ۱۹۷؛ از صفحه ۱ تا صفحه ۱۲
۶۱. سیاستها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان، جلسه شماره ۶۱۳ | مصوبه شماره ۵۳۹۹/دش | مورخ 1386/09/11
۶۲. سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، یحیی زاده ح، رضانی م. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. ۱۶: ۶۸-۱۰۲.
۶۳. عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی. پرویزی س، قاسم زاده ف، سید فاطمی ن، ناصری ف. پژوهش پرستاری. ۴(۸). ۱۳۸۸: ۱۵-۶.
۶۴. نقش صدا و سیما در ارتقا سلامت؛ مورد مطالعه صدا و سیما مرکز خراسان رضوی. علی مهدی م، قربانی ف. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. جلد ۴ (۳). ۱۳۹۴: ۳۳۸-۳۲۶
۶۵. پیمان ن، عبدالمهی م. ارتباط بین سواد سلامت و خودکارآمدی فعالیت جسمی در زنان پس از زایمان. فصلنامه سواد سلامت / دوره اول، شماره اول، بهار ۱۳۹۵
۶۶. طهرانی بنی هاشمی سیدآرش، امیرخانی محمدامیر، حق دوست علی اکبر، علویان سیدمویذ، اصغری فرد هما، برادران حمید، برغمندی مژگان، پارسی نیا سعید، فتحی رنجبر سحر. سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام های توسعه در آموزش پزشکی : بهار و تابستان ۱۳۸۶، دوره ۴، شماره ۱؛ از صفحه ۱ تا صفحه ۹
۶۷. سازمان جهانی بهداشت <http://www.who.int/life-course/news/commentaries/intl-womens-day/en>
۶۸. مجمع جهانی اقتصاد <https://www.weforum.org>
69. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health 2016-2030. WHO. 2015 Sep 26
http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/g_s_2016_30.pdf
70. Western Australian Women's Health Strategy 2013-2017. Government of Western Australia. Department of Health. 2013

- http://kemh.health.wa.gov.au/health_professionals/WHCSP/docs/WAWomen'sHealthStrategy_SettingtheScene.pdf
71. Essentials of Care for Women's Health Nurses. NSW Department of Health
<http://www.health.nsw.gov.au/nursing/projects/Pages/eoc.aspx>
 72. Women's Health and Gynecologic Care. American Academy of Family Physicians. No 282
http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint282_Women.pdf
 73. Illinois department of public health, two year strategy of office of women's health and family service. 2014
<http://www.midamericacph.com/wp-content/uploads/2014/03/2014-RPHI-Brenda-Jones.pdf>
 74. Report on the Women's Health Strategy for British Columbia. Advancing the Health of Girls and Women. 2004-2008
http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2008_Further-Advancing-the-Health-of-Girls-and-Women.pdf
 75. Theresa Oswald, Jennifer Howard. Manitoba Women's Health Strategy
<https://www.gov.mb.ca/health/women/strategy.pdf>
 76. Population health management: Gestational diabetes mellitus programme at HMC Women's Hospital. Partners Health care
http://www.partners.org/Assets/Documents/International/GDMProgram_HMC.pdf
 77. Norton R. Women's health: a new global agenda. Women's Health. 2016 May
<http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/briefings/women's-health.pdf>
 78. Diabetes in Pregnancy: Quick reference guide for health professionals on the screening, diagnosis and treatment of gestational diabetes in New Zealand. Ministry of Health New Zealand. 2014 Dec 17
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/diabetes-in-pregnancy-quick-reference-guide-dec14-v4.pdf>
 79. a case for women's health strategy in Atearoza- newzealand. women health action. 2014
http://www.womens-health.org.nz/wp-content/uploads/2014/08/Womens_Health_Strategy_A4_web.pdf

80. John Hellerstedt et al. whole women's health. Detroit Timber & Lumber Co. 2016 Jun 27. 15-247
https://www.supremecourt.gov/opinions/15pdf/15-274_new_e18f.pdf
81. Report on Women and Children's Health Development in China. Ministry of Health, People's Republic of China. 2011 August
<http://www.gov.cn/gzdt/att/att/site1/20110921/001e3741a4740fe3dbf02.pdf>
82. Ki-Moon B. Global strategy for women's and children's health. New York: United Nations. 2010
http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf
83. Women's health, WHO
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>
84. 10 facts about women's health, WHO
http://www.who.int/features/factfiles/women_health/en/index9.html
85. Breast cancer: prevention and control, WHO
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>