

گزارش
طرح تحقیقاتی

تبیین چارچوب نظری سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن در ایران

به سفارش
فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
گروه علمی سلامت زنان

مجری: دکتر بتول احمدی

۱۳۹۲

اعضاء گروه تحقیق:

مجری طرح: دکتر بتول احمدی، Ph.D.، MPH ، Pharm. D. ، گروه علوم مدیریت و اقتصاد
بهداشت ، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو و سرپرست گروه علمی
سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی

همکاران:

۱. دکتر فرانک فرزندی، PhD ، MPH ، MD ، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ، عضو گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی
۲. دکتر معصومه دژمان، PhD ، MD ، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، عضو گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی
۳. دکتر مروئه وامقی ، MD ، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، عضو گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی
۴. دکتر فرحناز محمدی، PhD ، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، عضو گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی
۵. بتول محتشمی، کارشناس ارشد مسائل زنان، عضو گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی
۶. دکتر ژيلا صديقي، PhD ، MPH ، MD ، گروه بهداشت خانواده مرکز تحقیقات سنجش سلامت ، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، عضو گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی
۷. دکتر مریم تاجور، PhD ، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی



چکیده:

سابقه و هدف: سلامت زنان به عنوان نیمی از جمعیت و بدلیل نقش اساسی آنها در تامین ، حفظ و ارتقاء سلامت سایر اعضای خانواده از اهمیت ویژه ای برخوردار است. به عبارت دیگر تامین سلامت زنان تاثیر بسزایی در ارائه خدمات مراقبت سلامت در بخش رسمی و غیر رسمی داشته و در نهایت باعث ارتقاء سلامت کل جامعه می شود . سلامت زنان شامل سلامت جسمی ، روانی ، اجتماعی ، فرهنگی و معنوی آنها بوده و تحت تاثیر عوامل اجتماعی سیاسی اقتصادی و بیولوژیک قرار دارد. این تعریف سلامت زنان چارچوب مفهومی برای رویکردی موثر و مرتبط برای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت زنان ارائه می دهد. یک پیشرفت مهم در درک مفهوم سلامت زنان ، تأکید بر تأثیر پذیری وضعیت سلامت نه تنها از عوامل بیولوژیک و مراقبتهای سلامت ، بلکه در حد وسیعتر از تعیین گره های گسترده تر سلامت مانند تحصیلات ، فرهنگ و اقتصاد است. از این رو تبیین چارچوب نظری مدل سلامت زنان می تواند زمینه علمی و نظری لازم در شناخت و ارزیابی عوامل موثر بر ارتقاء سلامت زنان را فراهم نموده و از طریق سیاستگذاری مناسب تأمین نماید. چارچوب های مفهومی نقشه ای برای شناخت و تعریف ارتباط و روابط علیتی مابین مشکلات و عوامل موثر بر آنها می باشند. چارچوب های مفهومی سلامت در پی نشان دادن شاخص های سلامت و ارتباط بین آنها می باشند. این چارچوبها باید قادر باشند عوامل موثر و مرتبط با سلامت را نشان داده و ارتباط بین آنها را در سطوح مختلف نمایش دهند .

مواد و روشها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوایی انجام شد. داده ها به روش مثنائی (triangulation) با جستجوی مستندات مرتبط ، مصاحبه عمیق (۶ جلسه) و ۸ جلسه بحث گروهی متمرکز با صاحب نظران کلیدی در علوم مرتبط با سلامت جمع آوری شد. به منظور درک و مفهوم سازی یافته ها ، ایجاد ارتباط و تفسیر آنها ، مستندات مورد تحلیل محتوی قرار گرفت و بر اساس گامهای تحلیل داده ها نمودار مدل در ترسیم روابط بین مفاهیم طراحی گردید. سپس مدل اولیه سلامت زنان در طی بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با صاحب نظران و سیاستگذاران کلیدی حوزه سلامت مورد نظرخواهی و اصلاح قرار گرفت. این مدل در گروه سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی ایران نهایی و مدل سلامت زنان فرمهر نامیده شد.

یافته ها: مدل سلامت زنان فرمهر به ابعاد ملی و بومی ، مذهبی و فرهنگی زندگی زنان ایرانی توجه نموده است. عناصر تشکیل دهنده آن شامل ۵۳ عامل است که به ترتیب عبارتند از: ۱۷ عامل در سطح فرد ، ۸ عامل در سطح خانواده که هریک در سه گروه موضوعی ، و ۲۴ عامل در سطح اجتماع که در چهار گروه موضوعی دسته بندی شده اند. ۴ عامل یا عنصر زیربنایی موثر بر سلامت زنان نیز در یک گروه موضوعی در مدل قرار دارند

نتیجه گیری: چارچوب مفهومی و مدل سلامت زنان فرمهر بعنوان ابزاری برای درک بهتر ابعاد سلامت زنان و عوامل موثر بر آن ، تحلیل اطلاعات و ارزیابی مورد استفاده قرار می گیرد. در این چارچوب و مدل روابط بین ابعاد مختلف سلامت زنان و نقشهای متعدد در زندگی زنان و عوامل موثر خارجی در یک مجموعه در نظر گرفته شده و کاربرد آن در توصیف روابط جنسیتی در خانواده ، جامعه ، و تعیین شاخص های مناسب و سازگار با شرایط است که ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت زنان و مراقبتهای آنان را با پایداری و اعتبار لازم در سطح ملی و بین المللی امکان پذیر می نماید

کلمات کلیدی: سلامت زنان ، چارچوب مفهومی ، مدل سلامت ، ایران

فهرست

فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه	۴
بیان مسأله	۴
اهداف پژوهش	۷
فرضیه یا سؤال پژوهش	۸

فصل دوم: مبانی نظری و مروری بر مطالعات مربوطه

مقدمه	۹
تعریف سلامت و ابعاد آن	۹
سلامت جسمی	۱۰
سلامت روانی	۱۰
سلامت اجتماعی	۱۰
سلامت معنوی	۱۱
سلامت زنان: تاریخچه، تعاریف و مفاهیم	۱۲
مروری بر وضعیت سلامت زنان در ایران	۱۵
امید به زندگی	۱۵
مرگ زنان	۱۵
اولویت های بیماری های زنان	۱۶
سلامت زنان ایرانی در ابعاد مختلف	۱۷
سلامت جسمی زنان	۱۷
سلامت اجتماعی زنان	۱۹
سلامت روحی - روانی زنان	۲۰
سلامت معنوی زنان	۲۲
مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه سلامت زنان در ایران	۲۳
چار چوب مفهومی و مدل سلامت	۲۶
چار چوب مفهومی مدل سلامت زنان ایرانی	۲۶
مروری بر مدل های موجود سلامت و عوامل موثر بر آن	۲۸
مدل های ویژه سلامت زنان	۴۰
مطالعات انجام شده در زمینه پژوهش در خارج از کشور	۴۵
خلاصه و نتیجه گیری	۴۸

فصل سوم: مراحل انجام پژوهش

روش و نوع پژوهش	۵۰
نمونه ی مطالعه	۵۱
نتایج مورد انتظار از اجراء طرح و کاربرد احتمالی این نتایج	۵۱
ملاحظات اخلاقی	۵۱

مشکلات احتمالی اجرایی در انجام طرح و روش حل مشکلات	۵۲
نحوه انتشار نتایج اجرایی طرح	۵۲
روش گردآوری و تحلیل داده ها	۵۲

فصل چهارم: یافته های پژوهش

مقدمه	۵۴
الگوی عوامل تعیین کننده سلامت زنان	۵۶
جدول الف: عوامل موثر بر سلامت زنان به تفکیک سطوح فرد ، خانواده ، اجتماع	۵۶
جدول ب : عوامل زیربنایی موثر بر سلامت زنان	۵۸
جدول ج : عوامل موثر بر سلامت زنان به تفکیک سطوح و گروه ها	۵۸
جدول شماره ۱ - تعاریف سطوح فرد خانواده و اجتماع	۶۱
جدول شماره ۲ - تعاریف سلامت زنان	۶۱
جدول شماره ۳ - تعاریف وضعیت زیست شناختی	۶۲
جدول شماره ۴ - تعاریف وضعیت توانمندی	۶۲
جدول شماره ۵ - تعاریف شیوه زندگی	۶۳
جدول شماره ۶ - تعاریف حمایت خانوادگی	۶۴
جدول شماره ۷ - تعاریف حقوق و مسئولیت های خانوادگی	۶۵
جدول شماره ۸ - تعاریف روابط خانوادگی	۶۶
جدول شماره ۹ - تعاریف سرمایه اجتماعی	۶۷
جدول شماره ۱۰ - تعاریف شرایط زندگی و کار	۶۸
جدول شماره ۱۱ - تعاریف سیاست ها و ساختار ها	۷۰
جدول شماره ۱۲ - تعاریف شرایط کلی ملی، منطقه ای و جهانی	۷۱
جدول شماره ۱۳ - تعاریف دین و معنویت با تاکید بر اسلام	۷۲
نمودار الگوی سلامت زنان و عوامل موثر بر آن (مدل سلامت زنان فرمهر)	۷۳

فصل پنجم: ارائه مدل پیشنهادی عوامل تعیین کننده سلامت زنان:

ضرورت ، عناصر ، ویژگی های مدل ، بحث و نتیجه گیری	
مدل عوامل تعیین کننده سلامت زنان (مدل سلامت زنان فرمهر)	۷۴
ضرورت چارچوب نظری و مدل سلامت زنان در ایران (فرمهر)	۷۵
عناصر تشکیل دهنده چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر:	۷۶
ویژگی های الگو و مدل سلامت زنان فرمهر	۷۶
بحث و نتیجه گیری	۷۶
ویژگی های کلیدی چارچوب نظری و مدل سلامت زنان "فرمهر"	۸۲
کاربردهای الگو و مدل سلامت زنان "فرمهر"	۸۴
فهرست منابع	۸۶

فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه

سلامت موهبتی الهی و یکی از حقوق اساسی و اولیه هر انسان است و تحقق آن واجب می باشد. حق سلامتی به معنای برخورداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است. سلامت زنان نه تنها به عنوان نیمی از جمعیت، بلکه به عنوان عضوی از خانواده که نقش مهمی در تامین، حفظ و ارتقاء سلامت سایر اعضای خانواده و جامعه دارند، حائز اهمیت فراوان است. زنان هم دریافت کنندگان و هم ارائه دهندگان اصلی مراقبت ها در نظام سلامت هستند و بنابراین به عنوان مراقبین بهداشتی خانواده که در نهایت باعث ارتقاء سلامت جامعه می شوند مراقبت و تامین سلامت آنان یک مسئولیت همگانی و جهانی است و باید به طور محوری در ارائه خدمات بهداشتی درمانی ملاحظه گردند.

بیان مسأله

سلامت زنان دارای مفهومی وسیع بوده و ابعاد آن شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی است و تحت تأثیر عوامل اجتماعی سیاسی اقتصادی و بیولوژیک قرار دارد. این تعریف سلامت زنان خود یک چارچوب مفهومی برای رویکردی مؤثر و مرتبط برای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت زنان ارائه می دهد. یک پیشرفت مهم در درک مفهوم سلامت زنان، تأکید بر تأثیر پذیری وضعیت سلامت نه تنها از عوامل بیولوژیک و مراقبتهای سلامت، بلکه در حد وسیعتر از تعیین گرهای گسترده تر سلامت مانند تحصیلات، فرهنگ و اقتصاد است (۱).

ارتقای سلامت زنان مرهون توجه ویژه به تفاوت‌های جنسیتی شناخته می‌شود که به طور خاص در تعریف سلامت زنان به آن تاکید شده است. در تعاریف پذیرفته شده و جدید از سلامت زنان با توجه به تمامی دوره های زندگی آنها تنها به دوران باروری تمرکز نمی‌شود. سلامت زنان در برگیرنده تمامی تجارب سلامت آنها در طی دوره های مختلف زندگی از جمله نقشهای گسترده اجتماعی و اقتصادی آنها، و تاثیر عوامل فرهنگی روانشناختی و اجتماعی تعریف می‌شود که به عبارتی می‌توان آنرا مدل زیست روانی اجتماعی (Biopsychosocial) نامید. در این تعریف سلامت زنان تنها شامل شرایط و بیماریهای خاص زنان نیست و شامل تفاوت در شیوع، شدت، عوامل خطر و پیامدهای همه بیماریها و شرایط مشترک بین مرد و زن می‌باشد بلکه در اولویت های شناخته شده سلامت توسط خود زنان، عوامل تعیین گر سلامت و همچنین تاثیر جنسیت بر سلامت نیز می‌باشد (۲،۱). این تعریف سلامت زنان نیز یک چارچوب مفهومی را برای یک رویکرد مؤثر و مرتبط برای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت زنان ارائه می‌دهد.

تعریف چارچوب مفهومی به عنوان محصولی است که حاصل از اندیشه و شناخت است و به صورت نوشتاری یا دیداری ارایه می‌گردد. چارچوب مفهومی به شکل گرافیکی یا داستانی موضوع مورد نظر را شرح می‌دهد و عناصر خود را که شامل مفاهیم و متغیرهای مرتبط با آن پدیده می‌باشند، تبیین می‌کند. چارچوب های مفهومی نقشه راهی برای شناخت و تعریف ارتباط و روابط علیتی مابین مشکلات و عوامل مؤثر بر آنها می‌باشند. چارچوب های مفهومی سلامت در پی نشان دادن شاخص های سلامت و ارتباط بین آنها می‌باشند. این چارچوبها باید قادر باشند عوامل مؤثر و مرتبط با سلامت را نشان داده و ارتباط بین آنها را در سطوح مختلف نمایش دهند (۳). از این رو تبیین یک چارچوب نظری و مدل برای سلامت زنان ایرانی می‌تواند زمینه علمی و نظری لازم در شناخت و ارزیابی عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت آنان را فراهم نموده و از طریق سیاستگذاری مناسب تأمین نماید. نظریه ها و رویکردهای متعددی در خصوص ارتقای سلامت و چارچوب مفهومی آن وجود دارد. هر یک از آنها سعی کرده اند از دریچه ای به مقوله سلامت پرداخته و راهبرد های مؤثر را در حفظ و ارتقای سلامت ارایه دهند. در رویکرد اکولوژیکال می‌توان سه سطح را برای نظریه های موجود در حوزه سلامت و ارتقای آن طبقه بندی کرد. این سطوح شامل سطح درون فردی، بین فردی و اجتماعی می‌باشند (۴). یکی از چالش بر انگیزترین رویکردهای سلامت بر این استوار است که سلامت عمومی و به ویژه سلامت زنان متأثر از تعیین کننده های مختلفی فراتر از عوامل زیستی است. زنان دارای نقش و مسئولیتهای های جنسیتی خاصی هستند که بشدت سلامت آنان را متأثر از منابع اقتصادی، سیاسی، اطلاعاتی / آموزشی و محیط ایمن و بدور از خشونت می‌نماید. بیانیته اوتوا در خصوص ارتقای سلامت عوامل

مهم موثر بر سلامت را شامل صلح، سرپناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم ثابت، منابع پایدار، برابری و عدالت اجتماعی معرفی می کند (۵). امروزه بر نقش عوامل اجتماعی در سلامت تاکید ویژه ای می شود.

بکارگیری واژه جنسیت (Gender) نیز در اواخر دهه نود میلادی نیز مفهوم جدید و چارچوب جدید تحلیلی از وضعیت زنان بود که بخصوص در ارزیابی سیاستهای سلامت و وضعیت سلامت زنان کاربرد آن گسترش یافت. تفاوتهای بیولوژیکی مربوط به جنس (sex) بین زن و مرد ریشه نیازهای متفاوت آنها برای سلامت می باشد ولیکن سلامت زنان تنها به تفاوتهای بیولوژیکی مربوط به جنس آنها یا سلامت باروری و تولید مثل خلاصه نمی شود و تفاوتهای اجتماعی یا جنسیتی (gender) که با ویژگی های بیولوژیکی و جنسی زن و مرد در تعامل می باشد تأثیر بسیار بارزی بر سلامت زن و مرد دارد. جنسیت به عنوان عاملی برای شناخت عمیق تر شرایط و فرایندهای اجتماعی متفاوتی است که در مورد زن و مرد تعریف می شود و بیشتر در نتیجه هنجارهای فرهنگی اجتماعی و فراتر از بیولوژی بوجود می آید. ساختار اجتماعی جنسیت تعیین کننده دیدگاهها و نگرشها، چگونگی رفتار و نقشهای تعریف شده و تصویر ذهنی و موقعیت قدرتی در باره زن و مرد می باشد. جنسیت بر تمامی ابعاد زندگی زن و مرد، نیازها، فرصتها و دسترسی آنها به منابع اثرگذار است. در طی زمان این مفهوم بجای محوریت زنان که فقط حاکی از نوع جنس بود در برنامه ها و سیاستها به شکل تحلیل جنسیتی کاربرد پیدا کرد. تحلیل جنسیتی مفهوم آنست که تمامی موضوع های سلامت می بایست مورد تحلیل جنسیتی قرار گرفته و منافع و مضرات آن برای زنان مشخص گردد. تحلیل جنسیتی یک چارچوب تحلیل اطلاعات است که در شناسایی نقشهای جنسیتی و مطالعه سیستماتیک شرایط و موقعیت های متفاوت زنان در مقایسه با مردان بکار می رود. تحلیل جنسیتی این چارچوب اطلاعاتی را در تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست ها و برنامه ها بکار می برد (۶).

بنابراین برای درک بهتر ابعاد سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن وجود یک چارچوب نظری لازم است که بعنوان ابزاری برای تحلیل نتایج و اطلاعات و ارزیابی مورد استفاده قرارگیرد. در این چارچوب روابط بین ابعاد مختلف سلامت زنان و نقشهای متعدد در زندگی زنان و عوامل مؤثر خارجی که بر هر دو اثر خواهد داشت در یک مجموعه تئوریک در نظر گرفته می شود. با ارائه چارچوب مفهومی سلامت زنان می توان یک مجموعه هماهنگ و سازگار از شاخص های سلامت زنان را ایجاد نمود که ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت و مراقبتهای آنها در سطح ملی و بین المللی امکان پذیر می نماید. بدین ترتیب با تعیین شاخص های مناسب براساس چارچوب نظری طراحی شده وضعیت سلامت آنان و روند آنها در طول زمان مورد تحلیل و ارزیابی قرار داده و پیچیدگی های وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن به نحو مناسبی مدنظر قرار گیرد و نحوه ارتباط و تعامل این عوامل از یک سو با یکدیگر و از سوی دیگر بر وضعیت سلامت مشخص و تعریف گردد. بدین

ترتیب مدل جامع سلامت زنان تبیین می گردد. توجه به اطلاعات کیفی نیز چگونگی و چرایی پیامدهای سلامت را توصیف می نماید و می تواند بر کیفیت این ارزیابی ها افزوده و اطلاعات کمی را کامل نماید (۷). با توجه به نکات فوق گروه بانوان متخصص فرهنگستان علوم پزشکی کشور تصمیم گرفت در قالب سلسله ای از طرحهای پژوهشی به ارزیابی قوانین، سیاستها و برنامه های ملی مرتبط با سلامت زنان در ایران بپردازد تا بدین وسیله زمینه علمی و نظری لازم را برای ارزیابی، بهبود و ارتقای وضعیت این قوانین فراهم نماید. بالطبع پیشنهادات در اصلاح و بهبود قوانین و سیاستها به نوبه خود زمینه بهبود و ارتقاء سلامت زنان را نیز فراهم خواهد نمود.

در اولین مرحله از این پژوهشها با هدف "تبیین چارچوب نظری سلامت زنان و عوامل موثر بر آن در ایران" قصد بر این است که ضمن مرور و ارزیابی چارچوب های نظری، الگوها و نظریه های موجود در ارتقای سلامت زنان، چارچوب نظری و الگوی عوامل موثر بر سلامت زنان ایرانی با ملاحظه جنبه های بومی، ملی، اعتقادی و فرهنگی زندگی آنان تدوین شود. در تدوین این چارچوب محققین طرح بر اساس تجارب و دانش خود و همچنین با استفاده از نتایج تحقیقات دیگران در زمینه سلامت و زنان و نظرات دیگر صاحب نظران و متخصصین در حوزه های ذیربط، تلاش نموده اند این چارچوب در توصیف روابط جنسیتی در خانواده، جامعه، و سلامت و رفع نیاز به شاخص های مناسب و سازگار با شرایط و دارای پایداری و اعتبار لازم در سنجش وضعیت سلامت زنان در ایران بصورت کاربردی تدوین گردد

اهداف پژوهش:

هدف کلی:

تبیین چارچوب نظری سلامت زنان و عوامل موثر بر آن در ایران

اهداف اختصاصی:

۱. تعیین مقالات علمی و منابع تحقیقاتی موجود در خصوص سلامت زنان ، عوامل مؤثر بر آن و مدل های سلامت
۲. تعیین چارچوبهای نظری موجود سلامت زنان
۳. تعیین امکان عملی بودن چارچوبهای نظری موجود در ایران
۴. تعیین عوامل مؤثر بر سلامت زنان در ایران
۵. طراحی چارچوب نظری اولیه سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن در ایران
۶. تعیین اعتبار چارچوب نظری اولیه سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن در ایران از دیدگاه متخصصین

فرضیه یا سؤال پژوهش:

۱. چارچوبهای نظری سلامت زنان در متون علمی کدامند؟
۲. آیا چارچوبهای نظری موجود سلامت زنان می تواند در ایران کاربرد عملی داشته باشد؟
۳. عوامل مؤثر بر سلامت زنان در ایران کدامند؟
۴. چارچوب نظری سلامت زنان متناسب با شرایط ایران کدامست؟

فصل دوم: مبانی نظری و مروری بر مطالعات مربوطه

مقدمه

این فصل به تبیین چارچوب مفهومی پژوهش حاضر پرداخته و مروری بر مطالعات مرتبط در جهان و ایران دارد. در این فصل تلاش گردیده است تا مدل‌های موجود عوامل موثر بر سلامت مرور گردیده و به بحث و بررسی در مورد آنها پرداخته شود. این فصل به سؤالات زیر بطور خلاصه پاسخ می‌دهد:

۱. مفهوم و تعریف سلامت و ابعاد آن چیست؟
۲. اختصاصاً سلامت زنان و ابعاد آن چگونه تعریف می‌شود، تاریخچه مفهوم سازی سلامت چیست و جنسیت زن چگونه می‌تواند بر سلامت وی تاثیر گذارد؟
۳. تعاریف و مفاهیم ابعاد مختلف سلامت زنان بخصوص در رابطه با زنان ایرانی چیست؟
۴. مطالعات در زمینه سلامت زنان در ایران چه سابقه ای دارد؟
۵. چه مدل‌هایی تاکنون در مورد عوامل موثر بر سلامت و همچنین سلامت زنان طراحی گردیده است و چه نقدهایی بر این مدل‌ها وارد است؟
۶. مبانی و اصول طراحی و ویژگی‌های چارچوب مفهومی مدل عوامل موثر بر سلامت زنان چیست؟

تعریف سلامت و ابعاد آن

در این قسمت به تعریف مفهوم سلامت و ابعاد مختلف آن بطورعام پرداخته شده است و سپس در قسمت بعد این مفاهیم با در نظر گرفتن شرایط و ویژگی‌های زنان بطور اختصاصی تعریف می‌گردند. سلامت موهبتی الهی و یکی از حقوق اساسی و اولیه هر انسان است و تحقق آن واجب می‌باشد. حق سلامتی به معنای برخورداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است.

تعریف واژه سلامت مشکل است و همواره در تعریف آن بین محققین عدم توافق وجود داشته است. در تعاریف سنتی، تاکید بر "بیماری" بود و "داشتن سلامتی" به طور منفی بر عدم وجود بیماری دلالت داشت در حالیکه در تعاریف جدید تاکید بر پیشگیری از بیماری است. معروف ترین تعریف سلامت که بیشترین

استفاده را در تحقیقات سلامت داشته است تعریف چند بعدی سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۱۹۴۸ ارائه گردیده است. بر مبنای این تعریف سلامت شامل وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و عدم وجود بیماری یا ناتوانی به تنهایی به معنای سلامت کامل نیست. در این پژوهش مبنای تعریف سلامت همین تعریف سازمان جهانی بهداشت است و برگرفته از این تعریف ابعاد سلامت به شرح زیر می باشند که در مدل پیشنهادی نیز مورد استفاده قرار گرفته است.

سلامت جسمی:

سلامت جسمی وضعیت رفاه و تندرستی جسمی و بدنی است و بخش مهمی از سلامت کامل یک فرد را تشکیل می دهد. سلامت جسمی کامل به این معنا است که تمام اعضای خارجی و داخلی بدن عملکرد و کارکرد مناسب خود را اعمال کنند. سلامت جسمی نشان‌دهنده عمل کردن کامل بدن است که سلامت زیست‌شناختی را به عنوان حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن و با هماهنگی کامل با بقیه اعضا در نظر می گیرد (WHO).

سلامت روانی:

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت روانی در سال ۱۹۸۶ به شرح زیر ارائه گردیده است: "سلامت روانی وضعیت مثبتی از رفاه و بهزیستی است و تنها فقدان بیماری‌های روانی در فرد دلیل بر سلامت روان او بطور کامل نیست بلکه همچنین شامل توانایی سازش پذیری با اجتماع و محیط، توانایی به انجام رساندن مسئولیتهای زندگی، داشتن عملکرد موثر در زندگی روزانه، کسب رضایت و خشنودی از روابط با سایر افراد، و در نهایت توانایی پاسخ گویی به نیازهای شخصی خود بدون وجود تعارض (درون ستیزی) است". در سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت تعریف جدید تری را ارائه داد که کمی با تعریف قبلی تفاوت دارد و شامل "وضعیتی از رفاه و بهزیستی است که در آن هر فرد قادر به تشخیص پتانسیل های شخصی خود است ، می تواند بر استرس های طبیعی زندگی خود فائق آید ، می تواند بطور سود بخش و سازنده ای کار کند و قادر است در جامعه خود به نحوی مشارکت موثر داشته باشد." همچنین تعریف دیگری از سلامت روانی توسط Townsend در سال ۱۹۹۶ به شرح زیر ارائه شد: " سلامت روانی شامل سازگاری و تطبیق یافتن با عوامل تنش زای درونی و بیرونی بطور موفق است که در افکار، احساسات و رفتارهای فرد نمود داشته و متناسب با سن او باشد و همچنین با هنجار های فرهنگی و محلی او نیز تناسب و مطابقت داشته باشد" (۷، ۸) .

سلامت اجتماعی:

واژه سلامت اجتماعی اولین بار توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۷ پیشنهاد گردید و مطرح شد که سلامت اجتماعی نقش مهمی در سلامت کلی دارد. همچنین مطرح شد که سلامت اجتماعی دو بعد دارد: سلامت اجتماعی فرد و سلامت اجتماعی اجتماع. سلامت اجتماعی اجتماع به حالتی اطلاق می شود که در آن تمام شهروندان آن اجتماع فرصت های برابری در برخورداری از منابع و خدمات اجتماعی داشته باشند و بتوانند کارکرد و عملکرد مناسبی در مشارکت های اجتماعی ایفا کنند.

در این پژوهش تمرکز بیشتر بر بعد فردی سلامت اجتماعی است. در بعد فردی، هر قدر که فرد بتواند با سایر مردم رفتار و تعاملات بهتری داشته باشد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار است. سلامت اجتماعی فرد بر سایر ابعاد سلامت وی نیز تاثیر می گذارد. فردی با سلامت اجتماعی بالا قادر به دوست یابی و کار با مردم با روی باز است و در یک گروه برخورد دوستانه با سایر اعضا دارد. همچنین وقتی رفتارهای فرد در انطباق با هنجارها و اخلاقیات یک جامعه باشد این فرد از سلامت اجتماعی برخوردار است. برخورد و تعامل سایر افراد با فرد همچنین تعیین کننده سلامت اجتماعی فرد است. بعد از سازمان جهانی بهداشت، بلوک و برسلو کسانی بودند که برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با "درجه عملکرد اعضای جامعه" مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (۹). این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری ها و قابلیت های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد (۱۰).

سلامت معنوی:

هم اکنون مفهوم سلامت معنوی به مثابه بعد چهارم گفتمان سلامت و در کنار سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی در مجامع و مراکز معتبر بین المللی در حوزه سلامت به گونه ای جدی مورد توجه قرار گرفته است زیرا که استنباط شده است که سه بعد سلامت یاد شده به اندازه کافی برای تعریف سلامت کافی نیستند و خلاء بعد روحی و معنوی سلامت با ابعاد دیگر قابل پوشاندن نیست (۱۱). در سال ۱۹۹۸ گروه ویژه هیات اجرائی سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد تغییر در اساسنامه تعریف سلامت را به شرح زیر مطرح و به انجمن بهداشت

جهانی برای تغییر نهایی در اساسنامه پیشنهاد داد. "سلامت عبارتست از حالت پویایی از رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی و نه تنها نبودن بیماری یا ناتوانی". با این حال هنوز بحث بر سر آن ادامه دارد و به دلیل عدم اجماع بین المللی، سلامت معنوی هنوز در تعریف سال ۱۹۴۸ سلامت سازمان جهانی بهداشت وارد نشده است.

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تاثیر عمیق دارد و بر وضعیت بیوشیمی و فیزیولوژی بدن انسان موثر است. این تاثیر روی فکر و بدن به نام تندرستی یا سلامت معنوی نامیده می‌شود. تعمیق معنویت در افراد موجب پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، افزایش آستانه تحمل و بهبود سریع‌تر بیماری‌ها، کاهش منطقی میزان استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقاء سلامت جامعه می‌شود.

با این حال تاکنون تعریف جامع و واحدی از سلامت معنوی ارائه نگردیده است.

سلامت زنان: تاریخچه، تعاریف و مفاهیم

علم "سلامت زنان" از قبل از نیم قرن اخیر شناخته شده است و بخصوص در دو دهه اخیر شناخت بیشتری حاصل شده است. قبل از این دوره، سلامت زنان مبتنی بر این فرض بود که سلامت زنان تنها مرتبط با عملکرد جنسی و تولید مثل هست و فیزیولوژی و پاتولوژی سیستم تناسلی آنها اصل کلیدی برای شناخت ویژگیهای اخلاقی، جسمی و روانی آنها بود. بحث سلامت زنان همواره بطور سنتی بر مسائل باروری زنان تمرکز داشته است و حتی هم اکنون نیز همچنان مباحث اصلی سلامت زنان مربوط به زایمان، قاعدگی و یائسگی آنهاست. در پایان قرن ۱۹ بر این باور بودند که هر نوع اختلال و ناخوشی در کارکرد جنسی زنان تاثیر سو بر سلامت او بر جای می‌گذارد. در اوایل قرن ۲۰ سلامت زنان با تمرکز بر سلامت عملکرد تولید مثلی به موضوعات مرتبط مانند زاد و ولد و یائسگی معطوف گردید. لذا کلیه مداخلات در حوزه ارتقای سلامت زنان صرفاً بر رویکردهای درمانی استوار شد.

با این حال در دو دهه اخیر تغییرات مهمی در طرز نگرش نسبت به سلامت زنان رخ داده است. در رویکرد جدید به بیماریها و موقعیت‌هایی اشاره شده است که برای زنان خاص بوده و از علل و تظاهرات متفاوت نسبت به مردان برخوردار می‌باشد به طوریکه نیازمند مداخلات ویژه می‌باشند. در سال ۱۹۸۵ مرکز خدمات بهداشت عمومی آمریکا بیماریهای مرتبط با زنان را بصورت کلی به شکل زیر تعریف کرده است: "بیماریها یا شرایطی که یا مختص زنان است و یا در زنان شایع‌تر است و یا دارای عوارض جدی‌تری در

آنهاست. بیمارهایی که علل مشخصی دارند و خود را بطور متفاوتی در زنان بروز می دهند یا دارای نتایج متفاوتی در زنان هستند و یا نیاز به مداخلات متفاوتی برای درمان یا کنترل آن نسبت به مردان است" (۱۲). با این حال نقدی که بر این تعریف وارد است اینست که این تعریف بیشتر بر بیماری تاکید دارد تا بر سلامت. برای اثربخشی بیشتر و کمک به ارتقای سلامت زنان، برنامه های مربوطه می بایست براساس یک تعریف جامع و شناخت عوامل مختلف مؤثر بر سلامت زنان طراحی شود. همچنین شناسایی موانعی موجود در دستیابی زنان به سلامت بهینه نیز دارای اهمیت می باشد و این تعریفی است که بر بیماری و نه بر سلامت تأکید دارد.

تعریف سلامت زنان در طی چند دهه اخیر بویژه در دهه اول قرن جدید بسیار تغییر یافته و تکامل یافته است. آموزه های قدیمی تر درباره سلامت زنان براساس تأکید بر کارکرد باروری و فیزیولوژی و آسیب شناسی سیستم تولیدمثل زنان بوده که کلید اصلی ویژگیهای سلامت جسمی روانی آنان شناخته می شد. در دو دهه اخیر یک تغییر و جابجایی عمده ای در نگرش و شناخت سلامت زنان روی داده است. دیدگاه سلامت زنان در یک پیوستاری که در طول دوره زندگی شکل گرفته و تحت تأثیر شرایط زندگی آنها می باشد مطرح شد. سلامت زنان وابسته به تعامل پیچیده مابین بیولوژی فردی، رفتارهای سلامت و پیشینه چارچوب اقتصادی اجتماعی و فرهنگی زندگی زنان دیده می شود. در اثر این تغییر دیدگاه از سلامت زنان مراکز مختلف علمی و بین المللی در اوایل دهه نود میلادی تعاریف جدیدی از سلامت زنان ارائه نمودند که بر سلامت عاطفی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی و جسمی زنان تأکید داشته و آنرا تحت تأثیر شرایط سیاسی، اجتماعی و اقتصادی زندگی و بیولوژی آنها می دانست. این دیدگاه گسترده ارزش تجربه زندگی، عقاید بهداشتی و پیشینه سلامتی زنان را نیز مورد توجه قرار داده است.

بدین ترتیب در حال حاضر سلامت زنان دامنه وسیعتری را در بر می گیرد. سلامت زنان به عنوان پیوستاری تلقی می شود که طول دوره زندگی او را می پوشاند و در ارتباط با شرایطی است که تحت آن شرایط زنان زندگی می کنند. بر اساس تعاریف اخیر، سلامت زنان بستگی به فعل و انفعالات پیچیده ای دارد که بین شرایط زیست شناختی آنها، رفتارهای بهداشتی آنها، و شرایط زمینه ای زندگی آنان از جمله بستر تاریخی، اقتصادی و سیاسی- اجتماعی وجود دارد. موسسه پزشکی امریکا سلامت زنان را در برگرفته شرایط سلامتی و بیماری هایی که خاص زنان، یا با شیوع بیشتر، یا عوارض شدیدتر در زنان، یا دارای علل یا تظاهرات خاص، یا با پیامدها و درمان متفاوت، یا دارای مرگ و میر زیاد در زنان تعریف می نماید (۱۳). این تعریف نیز به عنوان یک چارچوب مفهومی در تحقیقات و برنامه ریزی های مربوطه در این کشور مورد استفاده است.

در نتیجه این تغییر نگرش که نسبت به مسئله سلامت زنان بوجود آمده، کمیته سلامت زنان اونتاریو کانادا، بر اساس کاری که دفتر سلامت زنان دانشگاه مک مستر، همیلتون و اونتاریو در مورد سلامت زنان انجام داده بیان می کند که "سلامت زنان شامل بهزیستی عاطفی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی و جسمی است و خود توسط زمینه های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی محیط زندگی و همچنین عوامل بیولوژیک بدن تعیین می شود". این تعریف جامع از سلامت زنان همچنین موید اهمیت تجربیات زندگی زنان و اعتقادات آنها بر روی سلامت آنها می باشد و لذا معتقد است که لازم است برای تمامی زنان فرصت تأمین، حفظ و ارتقای وضعیت سلامت تا حداکثر پتانسیل ممکن آنها فراهم شود. این تعریف همچنین توسط سازمان ملل متحد و در چارمین کنفرانس جهانی سلامت زنان که در پکن در سال ۱۹۹۵ برگزار شد مورد تأیید قرار گرفت (۱، ۱۴، ۱۵).

تعریف مشابه دیگری نیز از سلامت زنان توسط دبیرخانه کشورهای مشترک المنافع بریتانیا منتشر شد و گستره سلامت زنان تحت سه محور تعریف شد: "۱) سلامت زنان به کل دوره زندگی آنان مربوط می شود نه تنها به دوران باروری آنها ۲) مشکلات و اختلالات مربوط به سلامت زنان شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نیست: اختلالاتی که مختص زنان، یا در میان زنان شایع تر است و یا عوامل خطر یا دوره های متفاوتی نسبت به مردان دارد و ۳) سلامت زنان باید به شکل یک مفهوم گسترده ای هم به صورت مثبت و هم بصورت منفی مورد توجه قرار گیرد. ابعاد سلامت زنان شامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۱۶). نکته ای که در این تعریف مهم است توجه به این نکته است که زنان را نباید بصورت یک گروه همگن تصور کرد بلکه گروه های مختلف زنان با هم متفاوتند و تفاوت های قومی- قبیله ای، سنی، توانایی/ ناتوانی، طبقه اقتصادی اجتماعی، سطح آموزش و رفتارهای جنسی آنها باید در تعریف سلامت زنان مورد ملاحظه قرار گیرد.

یکی از سازمان های بین المللی که نقش مهمی در پیشرفت های ایجاد شده در امر سلامت زنان داشته است، سازمان جهانی بهداشت است. این مرکز به عنوان بازوی اصلی سازمان ملل در امر سلامت در سال ۱۹۴۸ بنیانگذاری گردید و هدف آن حصول بالاترین سطح سلامت ممکن برای تمام افراد می باشد. شاخه سلامت خانواده و جامعه این سازمان در بخش سلامت خانواده، واحد "زن، سلامت و توسعه" (WHD) را ایجاد نموده است تا برنامه ها و عملکردهای سلامت زنان را در جهان تقویت نماید. دفاتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت نیز بطور فعال در این زمینه با سازمان های دولتی و غیر دولتی همکاری دارند. کمیسیون جهانی سلامت زنان (۱۷) که در سال ۱۹۹۲ تحت پوشش سازمان بهداشت جهانی تشکیل شد نیز برنامه عملی خود را "سلامت برای زنان در طول زندگی" قرار داده است. برنامه مراقبت های بهداشتی اولیه (P.H.C) یکی از مهمترین راهکارهای عملی سازمان بهداشت جهانی در ارتقاء وضعیت سلامت زنان و کودکان بوده است که

نتایج مثبت چشمگیری را در پی داشته است. این برنامه که با تاکید بر مشارکت جامعه آغاز شد بسیاری از زنان را قادر ساخت که در بحث ها و موضوعات سلامت بصورت محلی برای اولین بار شرکت کنند (۱۸).

مروری بر وضعیت سلامت زنان در ایران

در این قسمت مختصراً وضعیت سلامت زنان ایرانی بر اساس برخی از شاخصهای مهم و موجود توصیف می گردد و هر جا داده ها فراهم باشد وضعیت این شاخصها در مردان و زنان با هم مقایسه می گردد. اکثر آمارهای ارائه شده در این قسمت بر اساس کتاب سیمای سلامت زنان نوشته احمدی و همکاران (۱۳۸۶) می باشد (۱۹).

ارزشیابی نظام مند وضعیت سلامت زنان، مسئولین سیاست گذاری و متخصصین بهداشتی را قادر می سازد که از پیامدهای سیاست ها و برنامه های گذشته و حال آگاه شوند و بتوانند برنامه ها و سیاست های مناسب جدید را برای آینده تدوین نمایند. شناخت روند وضعیت سلامت زنان به شناسایی مسائل و موضوعات مهم بهداشتی کمک می نماید.

امید به زندگی

امید به زندگی در بدو تولد در طی سه دهه ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ در ایران افزایش چشمگیری داشته است که مانند بقیه نقاط جهان این رقم برای زنان کمی بیشتر از مردان بوده است. امید به زندگی زنان در بدو تولد از ۵۶ سال در سال ۱۳۵۵ به ۷۴ سال در سال ۸۵ رسیده است. در سالهای مشابه این رقم برای مردان از ۵۲ سال به ۷۰ سال رسیده است (مرکز آمار ایران ۱۳۸۲). در سال ۱۳۹۰ امید به زندگی مردان به ۷۱.۶ و امید به زندگی زنان به ۷۶.۵ رسیده است (۲۰). با توجه به افزایش امید به زندگی و به تبع آن افزایش جمعیت سالمندان توجه به نیازهای سلامت سالمندان و تمرکز بیشتر بر مراقبتهای بهداشتی این دوره از زندگی زنان لازم و ضروری است.

مرگ زنان

بررسی علل مرگ در زنان در ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۰ حاکی از آنست که سه علت عمده مرگ در زنان به ترتیب عبارتند از بیماریهای قلبی-عروقی، سرطان و حوادث و سوانح (۲۱).

بیماریهای قلبی-عروقی اولین علت مرگ در بین زنان و مردان ایرانی بوده و بر سلامت میلیونها نفر تاثیر می گذارد. شیوع کلسترول بالای خون در بین زنان کل کشور بیشتر از مردان است. بررسی میزان های اختصاصی مرگ ناشی از سرطان زنان در سال ۱۳۸۰ نشان می دهد که شایع ترین سرطان های منجر به فوت در زنان به ترتیب اولویت عبارتند از سرطان معده، ریه، کبد و مجاری صفراوی، خون و پستان. با این وجود سرطان پستان در ۱۸ استان مورد بررسی کشور بالاترین مرگ ناشی از سرطان های خاص زنان را به خود اختصاص می دهد (۲۲).

همچنین بررسی روند میزان مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان در طی سالهای ۱۳۶۴ - ۱۳۷۵ حاکی از آنست که میزان مرگ و میر مادران از ۱۴۰ در هر صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۴ به ۳۷ مورد در هر صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۶ کاهش یافته است (۱۹). بر اساس آمار اخیر (۲۲)، در سال ۱۳۸۶ این شاخص به رقم ۲۵ در صد هزار تولد زنده کاهش یافته است که حاکی از اثر بخشی اجرای برنامه های نظام سلامت و سایر بخش های توسعه در کشور در این زمینه می باشد.

اولویت های بیماری های زنان

اختلالات روانی: بر اساس اطلاعات حاصل از بررسی سلامت و بیماری در ایران در سال ۱۳۸۰، شیوع اضطراب در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور برای زنان ۲۵٪ در مقابل ۴٪ مردان است. همچنین شیوع افسردگی در همین سن برای زنان ۲۴٪ در مقابل ۱۶٪ مردان است (۲۱). طبق بررسی ها شیوع اضطراب و افسردگی زنان در تمامی استانها حدود ۱.۵ تا ۲ برابر بیشتر از مردان است. همچنین محاسبه شاخص DALY ناشی از ۲۵ بیماری و آسیب اول در زنان بر اساس اطلاعات سال ۱۳۸۱ کشور توسط وزارت بهداشت نشان می دهد که اختلالات افسردگی بالاترین نسبت DALY را در زنان دارا است (۲۳).

بیماریهای مفصلی استخوانی: نتایج حاصل از بررسی سلامت و بیماری در سال ۱۳۸۰ نشان می دهد درد مفاصل در زنان از شیوع بالایی برخوردار است. شیوع درد در زنان نسبت به مردان برای مفاصل کوچک حدود ۴ برابر و برای مفاصل بزرگ حدود ۲ برابر است (۲۱). در محاسبه شاخص DALY ناشی از ۲۵ بیماری و آسیب اول در زنان بر اساس اطلاعات سال ۱۳۸۱ استوآرتريت دومین نسبت DALY بود (۲۳). پوکی استخوان از دیگر اختلالات شایع استخوانی در زنان است. در مطالعه انجام شده در برخی از استانهای کشور

طی سالهای ۱۳۸۳ - ۱۳۷۹ ، ۵۶٪ از زنان در مقابل ۱۷٪ از مردان ۶۰-۶۹ سال دچار پوکی استخوان بودند (۲۴).

تغذیه و ورزش: براساس نتایج مطالعات وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰ میزان کم خونی در زنان باردار در کل کشور ۲۱٪ و میزان فقر آهن ۴۳٪ است. فقر آهن در دختران نوجوان بیش از ۲ برابر پسران و کم خونی فقر آهن حدود ۳ برابر بیشتر از پسران است. علاوه براین، کمبود ید در زنان ایرانی دوبرابر مردان اعلام شده است. همچنین نتایج این مطالعه بیانگر آنست که شیوع چاقی در تمام گروههای سنی زنان حدود ۲-۳ برابر مردان است (۲۱). در سال ۱۳۸۳ درصد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند ۴۲٪ مردان در مقابل ۲۴٪ زنان بود که این مسئله می تواند بدلیل کمبود امکانات و فرصتهای ورزشی برای زنان در ایران باشد (۲۱).

پرفشاری خون: از شایع ترین بیماریهای زنان پر فشاری خون با فراوانی ۲۱٪ در مقابل ۸٪ مردان در گروه سنی ۴۰-۶۹ سال در سال ۱۳۸۰ بود. در گروه سنی بالای ۷۰ سال ۴۴٪ زنان در مقابل ۲۳٪ مردان در سال ۱۳۸۰ مبتلا به پرفشاری خون بودند (۲۱). بدون ملاحظه سن درصد فشار خون بالا بر حسب اعلام پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در یک سال گذشته در سال ۱۳۸۳، در زنان ۸٪ و در مردان ۴٪ بود (۲۱).

دیابت و تیروئید: میزان ابتلا به دیابت در زنان نزدیک به دو برابر مردان (۳.۴٪ در مقابل ۰.۹٪) در کشور گزارش شده است. طبق اطلاعات سال ۱۳۸۱، نسبت بار این بیماری در زنان در کل رتبه پنجم را در بین بار بیماریها دارد. در مورد تیروئید میزان کشوری آن در زنان بیش از دو برابر مردان (۶٪ در برابر ۲.۵٪) گزارش شده است. عوارض این دو بیماری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان قابل بررسی و دارای اهمیت جدی است (۲۱).

سلامت زنان ایرانی در ابعاد مختلف

چنانچه در بخش قبلی گفته شد طبق آخرین تعاریف پذیرفته شده، ابعاد سلامت زنان شامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در زیر توضیحات بیشتری در خصوص این ابعاد با محوریت مختصات سلامت زنان ایرانی ارائه گردیده است:

سلامت جسمی زنان:

با توجه به تغییرات اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن غیرواگیر بیشترین بار بیماری‌ها و مرگ و میر را به زنان ایرانی تحمیل نموده و پیش بینی می‌شود که این روند در دو دهه آینده نیز ادامه یافته و این بیماری‌ها به دلیل عدم کنترل عوامل خطر ساز و همچنین مسن شدن جامعه افزایش خواهند یافت.

در ایران نیز از بالاترین ارگانهای دولتی که به نوعی در خصوص زنان فعالیت می‌کنند شامل مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری^۱، شورای فرهنگی اجتماعی زنان^۲، دفتر کمیسیون بانوان وزارت کشور، کمیسیون خانواده، زنان و جوانان مجلس شورای اسلامی، و نیز دفتر امور زنان قوه قضائیه می‌باشند. با این حال رسیدگی به امر سلامت زنان کشور ما عمدتاً توسط وزارت بهداشت و با الگوی برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی به انجام می‌رسد. اجرای موفق برنامه مراقبت بهداشتی اولیه و حصول اهداف مورد نظر در ایران که تأیید و تشویق سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های بین‌المللی دخیل در امر سلامت زنان را در پی داشت، با برنامه ریزی و حمایت همه جانبه دولت جمهوری اسلامی ایران به انجام رسیده است. سایر سیاست‌های وزارت بهداشت در خصوص سلامت زنان به شرح زیر می‌باشد (۲۵، ۲۶):

- اولویت دادن به مسائل بهداشتی جامعه خصوصاً بهداشت باروری
- افزایش سطح آگاهی مادران و دختران جامعه از طریق آموزش‌های عمومی از طریق وسایل ارتباط جمعی با گنجاندن برخی دروس آموزشی و یا آموزش‌های غیر رسمی
- توجه به آگاه نمودن بیش از پیش پزشکان جامعه از مشکلات سلامت زنان از طریق کارگاه‌ها و برنامه‌های عملی ویژه

- ایجاد مراکز مشاوره برای زنان

- برنامه ریزی و حمایت اجرایی از تحقیقات سلامت زنان

این سیاست‌ها نقش عمده‌ای در پیشرفت سلامت زنان جامعه داشته است به گونه‌ای که آمارها بخوبی نمایانگر آن هستند.

علاوه بر وزارت بهداشت برخی دیگر از سازمانهای دولتی و غیر دولتی نیز در زمینه سلامت زنان در ایران فعالیت می‌کنند. تاسیس دفتر و انتخاب مشاور در امور زنان و شکل‌گیری ارتباطات و گروه‌های تحقیقاتی مابین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از آن جمله است (۲۷).

گزارش زیر توسط دفتر امور بانوان وزارت بهداشت ایران در سال ۱۳۸۸ ارائه شده است:

^۱ URL: <http://www.women.org.ir>
^۲ URL: <http://www.iranwomen.org>

چاقی در خانم‌های ایرانی شایع بوده و بنا بر شواهد بیشتر به دلیل کمبود فعالیت فیزیکی است تا الگوی غذایی و دریافت کالری بالا. فعالیت فیزیکی کمک مؤثری به کاهش چربی‌های خون می‌کند، در درمان و کنترل فشارخون و دیابت نیز مفید می‌باشد؛ فعالیت فیزیکی پایین در زنان ایرانی بسیار رایج است. فعالیت کم فیزیکی سلامت روحی و روانی و حتی اجتماعی زنان را نیز تحت تأثیر قرار داده و کنترل و اصلاح این عامل خطر با هزینه کم، ولی برنامه‌ریزی مؤثر قابل رفع می‌باشد.

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

با توجه به توضیحات ذکر شده فوق، دفتر امور بانوان وزارت بهداشت در قالب راهبردهای کلان سلامت زنان در ایران به صورت خلاصه وار مهم‌ترین اقدامات پیشگیری را بر اساس ۴ محور زیر پیشنهاد کرده است:

- افزایش فعالیت‌های فیزیکی مؤثر در زنان.
- اصلاح الگوی غذایی.
- کنترل مصرف دخانیات و کاهش روند افزایشی مصرف در زنان.
- غربال‌گری فعال در زمینه سرطان‌های رایج زنان شامل سرطان‌های پستان، پوست و دهانه رحم (۲۸).

سلامت اجتماعی زنان:

بعد اجتماعی شاید مهم‌ترین و جامع‌ترین بعد از میان جنبه‌های مختلفی باشد که می‌توان سلامت زنان را بررسی کرد. عوامل اجتماعی از جنبه‌های مختلف بر سلامت زنان مؤثر است. مشکلات ناشی از فقر زنان در ادبیات توسعه اجتماعی و سلامت زنان موضوع قابل توجه و با اهمیتی است. فقر زنان به شکل مصرف غذای ناکافی، زندگی در مسکن نامناسب، دسترسی نداشتن به خدمات بهداشتی درمانی و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در مورد شرایط زندگی خود نشان داده شده است. بیشتر زنان در کارهای کم درآمد و سطح پایین مشغولند و به دلیل مشکلات اشتغال، در تمام جهان با خطراتی مواجهند که سلامت، زندگی و رفاه آنان را تهدید می‌کند (۲۹). اشتغال، تبعیض جنسیتی، ویژگیها و ایفای وظایف و نقش‌های متعدد آنها، فقر، خشونت،

تحصیل و مالکیت برخی از عوامل اجتماعی هستند که در جوامع و فرهنگ های مختلف به گونه های متفاوتی دیده می شوند. آنچه که در یک جامعه رویای شیرین زنانه است، مانند داشتن حق اشتغال برای زنان کشورهای در حال توسعه (۳۰)، و یا مشارکت شوهر در امور منزل برای زنان چینی (۳۱) در جامعه دیگر یک حق مسلم و بدیهی شمرده می شود و به جای آن چاقی و تناسب اندام (۳۲) و یا رضایت از شغل و درآمد بیشتر (۳۲)، در جامعه دیگر اهمیت بیشتری داشته است. به این ترتیب رویکرد باز و دیدگاه عمیق تحقیق های کیفی می تواند با کند و کاو، تفاوت ها و تفسیرهای متفاوت زنان هر جامعه را مشخص نموده و در روایت های گوناگون و میزانهای متفاوت برخورداری یا محرومیت از سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی سلامت را بشناساند. از این رو با توجه به دامنه گسترده عوامل اجتماعی و نقش مؤثر این عوامل بر سلامت زنان، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می رسد. (۳۴)

سلامت روحی - روانی زنان:

وضعیت سلامت روحی و روانی زنان ایرانی توسط دفتر امور بانوان وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸ چنین توصیف شده و متتابعاً پیشنهاداتی برای ارتقاء سطح سلامت روان زنان توسط این دفتر داده شده است: حیطه های سلامت روان زنان که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی مورد اهمیت قرار گرفته است شامل: اختلالات خلقی و اضطرابی، خودکشی، خشونت و اعتیاد می باشد. بر اساس مستندات موجود بزرگترین چالش در سلامت روانی زنان افسردگی است به شکلی که میزان شیوع این بیماری در زنان ایرانی تقریباً دو برابر مردان است و در بعضی مطالعات شیوع تا حدود ۴۰ درصد نیز گزارش شده است. این افسردگی بیشتر بیرونی است و عواقبی همچون خشونت و خودکشی و مشکلات زناشویی و بسیاری از آسیب های اجتماعی را به دنبال دارد. لذا همان گونه که انتظار می رود اختلال در سلامت روحی - روانی به شدت سایر ابعاد سلامت جامعه و اختصاصاً سلامت زنان را تحت تأثیر قرار می دهد.

از آنجایی که زنان رکن اصلی خانواده می باشند، هرگونه بیماری و خصوصاً بیماری روحی - روانی به شدت ثبات و آرامش خانواده را به هم می ریزد و به صورت مشهودی سلامت اجتماعی را نیز مختل می کند. زمینه تربیتی فرزندان با بیماری های مادران با اشکالات جدی مواجه شده و آینده جامعه را نیز متأثر می نماید. بر اساس این پیش فرض ها، باید سلامت روحی و روانی را به خصوص در زنان بسیار مهم تلقی نمود و برای اصلاح آن اقدامات جدی مبذول داشت.

پرواضح است که این اقدامات بیشتر باید با تکیه بر روش‌های پیشگیری باشد تا درمان و جامعه‌نگر باشند تا بیمارمدار. در این خصوص بدون شک مهم‌ترین ابزار پیشگیری، توانمندسازی زنان جامعه در مواجهه با فشارهای زندگی و کنترل هیجانات و احساسات خود به شکل مناسب و تا حد امکان مستقل از دیگران است. به همین دلیل باید به‌عنوان اولویت اول به آموزش مهارت‌های زندگی در کلیه اقشار جامعه و خصوصاً خانم‌ها اقدام نمود و آنها را در تصمیم‌گیری‌های درست برای مقابله با ناملایمالات زندگی مدد رساند. البته در مرحله بعدی باید به فراهم نمودن شرایط مناسب برای دریافت مشاوره مؤثر در زمان‌های بحرانی و خطرناک فکر نمود و برنامه‌ریزی کرد.

باید توجه داشت که این آموزش‌ها باید در فرهنگ جامعه جا افتاده از کودکی در برنامه‌های درسی گنجانده شود تا بتوان این مهارت‌ها را نهادینه کرد و ارتقاء سلامت روان جامعه در گرو ارتقاء آگاهی مردم در کسب این مهارت‌ها می‌باشد.

البته بعضی باورهای فرهنگی حاکم بر جامعه ایرانی همانند منفی‌نگری، کم بودن اعتمادهای متقابل، کمبود تفریحات سالم برای اقشار مختلف، فشارهای اقتصادی و کاهش سرمایه اجتماعی همه از عوامل اصلی تشدید کننده فشارهای روحی و روانی است که برای یک برنامه‌ریزی کلان و جامع باید این موارد را نیز مدنظر قرار داد.

پس به‌نظر می‌رسد که علاوه بر افزایش دانش و مهارت‌های افراد جامعه در مدیریت استرس‌های روانی باید در زمینه فرهنگ‌سازی و اصلاح هنجارهای فرهنگی جامعه نیز اقدامات جدی صورت پذیرد و بدین شکل احتمالاً راهکارهای ارتقاء سلامت روحی- روانی پیوست بسیار قوی‌تری با سلامت اجتماعی خواهد داشت و در نتیجه برای اقدامات جامع نیاز به ارتباطات و همکاری‌های قوی بین‌بخشی خواهد بود.

در زمینه مدیریت سلامت روحی- روانی زنان جامعه اقدامات زیر به‌عنوان راهکارهای اصلی توسط دفتر امور بانوان وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸ پیشنهاد شده است:

- تقدم پیشگیری بر درمان و تکیه بر روش‌های جامعه‌نگر.
- تقویت توانمندی زنان در مقابله با استرس‌های جامعه از طریق آموزش مؤثر مهارت‌های زندگی.
- فراهم نمودن زمینه استفاده از مشاوره مؤثر در زمان‌های بحرانی برای نجات فرد از وارد شدن در یک چرخه معیوب و پیش‌رونده.

- فرهنگ‌سازی و اصلاح باورهای اجتماعی غلط که سلامت روحی- روانی و همچنین سلامت اجتماعی و حتی معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نشاط و شادابی جامعه را مخدوش می‌کند (۲۸).

سلامت معنوی زنان:

در کل مفهوم و مصادیق سلامت معنوی همانند سایر ابعاد سلامت در سطح دنیا به خوبی تبیین نشده است و تعریف دقیق و مورد توافقی از آن موجود نیست. با این وجود به نظر می‌رسد نتیجه عملی چنین سلامتی افزایش مکارم اخلاقی در جامعه و توجه جدی به رشد و بالندگی معنوی در کنار رفاه و آسایش جسمی و روحی- روانی خواهد بود.

با توجه به جدید بودن نگاه سلامت معنوی به این مفهوم کهن و البته عمیق انسانی، هنوز ابزارهای خوبی برای سنجش دقیق آن وجود ندارد و یافته‌های تحقیقاتی قابل استناد در سطح کشور کمتر تولید شده است و همین امر نشان می‌دهد در اولین قدم باید در برنامه‌ریزی‌ها به امر پژوهش در این حوزه بیشتر توجه گردد.

در حال حاضر به نظر می‌رسد با کاهش سرمایه اجتماعی در جامعه و کاهش اعتمادهای متقابل، رسوخ نگاه صرف مادی‌گرایانه و تهی شدن انسان‌ها از باورهای عمیق مذهبی، سلامت معنوی در کل دنیا تحت تأثیر قرار گرفته است و ایران نیز از این دایره خارج نیست. سلامت معنوی جامعه زنان ایرانی بدلیل وجود بافت جمعیتی جوان، در حال گذر از جامعه سنتی به جامعه توسعه‌یافته و ورود غیرقابل کنترل فرهنگ مادی‌گرایانه از دنیای غرب همراه با روابط جنسی باز به شدت نیاز به توجه دارد.

پیچیده بودن و عمیق بودن لایه‌های معنوی باعث پیچیده شدن شیوه‌های عملی در ارتقاء سلامت معنوی جامعه می‌شود. اگرچه ارتباط تنگاتنگی بین باورهای معنوی و باورهای دینی و مذهبی وجود دارد، ولی این دو مقوله صد در صد یکی نیستند. باور ما این است که افراد دیندار واقعی که با معارف والای الهی آشنا هستند از نظر معنوی نیز دارای سلامت کافی می‌باشند، البته با تعاریف معمول عکس این موضوع همیشه صادق نیست و ممکن است افرادی یافت شوند که به ظاهر دیندار نیستند، ولی تا حدودی دارای سلامت معنوی باشند.

لذا برای ارتقاء سلامت معنوی جامعه توجه خاص به اشاعه باورهای عمیق مذهبی و توسعه اخلاق والای انسانی-اسلامی به شکل جامع لازم است. به‌عنوان راهکارهای اجرایی ارتقای سلامت زنان در کشور، ابتدا

بزرگ‌ترین چالش‌ها شناسایی و برای حل آنها اقدامات جدی صورت پذیرد. با وجود کم بودن منابع علمی و مستندات پژوهشی در این زمینه به نظر می‌رسد مهم‌ترین چالش‌های موجود در این زمینه عبارت هستند از: گسستگی نسبی بین باورهای نسل‌های قبلی با باورهای نسل جوان، کاهش اعتماد عمیق جوانان به یکدیگر، کاهش بار معنایی منفی بعضی از ضد ارزش‌ها در جامعه مانند دروغ‌گویی، دزدی و حتی بعضی بزه‌کاری‌های اجتماعی در اثر تبلیغات غیرصحیح، الگوبرداری غیردرست و شایع به نظر رسیدن این منش‌های غیراخلاقی در مقابل بی‌پاسخ ماندن سؤالات جدی بسیاری از جوانان در حوزه دینی و مذهبی. بر این اساس برای مدیریت بهتر سلامت معنوی زنان باید بعد از شناخت ریشه‌های، به صورت هدفمند بزرگ‌ترین آفت‌های اجتماعی و فرهنگی کاهنده مکارم اخلاقی در جامعه شناسایی و با استفاده از تمامی ابزارهای موجود از جمله اصلاح ارزش‌های فرهنگی و مقابله با باورهای رایج غیراخلاقی با نگاه مشارکت‌جویانه، الگوسازی و ارائه الگوهای موفق، به جریان انداختن روال‌های تشویقی و احیاناً تنبیهی در جهت تقویت فرهنگ‌های اخلاقی و یافتن زبان مشترک مؤثر برای انتقال مفاهیم والای دینی و معنویات به جوانان با گرایش‌ها و سلیق مختلف می‌توان زمینه رشد و توسعه مکارم اخلاقی را در جامعه فراهم نمود (۲۸).

مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه سلامت زنان در ایران

مروری کلی بر حجم مطالعات انجام شده در ایران با موضوعیت سلامت زنان نشان می‌دهد که تاکنون تنها پژوهش‌های مختصر و ناکافی در این زمینه انجام شده است در حالیکه در حال حاضر تولید و انجام پژوهش‌های علمی و کارشناسانه در راستای شناسایی همه جانبه این حوزه و رفع مشکلات و عوامل ایجادکننده آنها، از نیازهای اساسی کشور و جامعه ما محسوب می‌شود. انتشار تحقیقات و نتایج آنها درباره سلامت زنان می‌تواند توجه متخصصین و دست‌اندرکاران علمی را به اهمیت تحقیقات در مورد نیازهای سلامتی زنان جلب نموده و به ایشان کمک نماید تا با درک یافته‌ها، نقاط قوت و ضعف آنها و حوزه‌های ناشناخته یا کمتر شناخته شده، به تولیدات این بخش بیفزایند و در پیشبرد آن گام‌های بیشتر و بهتری بردارند.

در حین مرور مطالعات انجام شده در ایران در زمینه سلامت زنان به مطالعه‌ای توسط ودادهیر و همکاران دست یافتیم که در سال ۱۳۸۷ انجام شده بود. این مطالعه با هدف تعیین میزان و چگونگی دانش تولید شده در زمینه سلامت زنان در ایران، به مرور مطالعات در این زمینه و تحلیل محتوای کمی مقالات منتشره در عرض ده سال بین ۱۳۷۵-۱۳۸۵ در پنج مجله علمی - پژوهشی فعال در حوزه بهداشت و سلامت شامل مجلات "

دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی"، "پژوهنده"، "آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت"، "پایش" و "انجمن بهداشت ایران" پرداخته است. این مطالعه مروری در پی یافتن آن بود که مجلات علمی و دانشگاهی ایران، بالاخص مجلاتی که در پایتخت کشور به چاپ میرسند در چه سطحی به تولید دانش ومقاله اقدام نموده اند. همچنین از این طریق، به شکلی غیر مستقیم شیوه سیاستگذاریها و بینش متولیان آنها در این حوزه و در واقع اولویتهای مورد نظر ایشان در این حوزه قابل شناسایی بود بدین معنی که رویکرد پزشکان محقق نیز درباره بهداشت و سلامت زنان قابل استخراج بود.

طبق نتایج به دست آمده از مطالعه ودادهیر و همکاران (۱۳۸۷)، در مجلات مذکور مورد بررسی در بین سالهای یاد شده مجموعاً ۱۰۶۹ مقاله فارسی در ۱۰۲ شماره و در زمینه بهداشت و سلامت به چاپ رسیده است که در این میان ۱۷۷ مقاله (۱۶.۵٪) در ارتباط با موضوعات مربوط به بهداشت زنان تشخیص داده شده و از این تعداد نیز ۱۶۰ مقاله (۱۴.۹٪) به موضوعات مرتبط با اولویتهای سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران - با توجه به پژوهش انجام گرفته توسط شورای فرهنگی اجتماعی زنان - پرداخته اند. این در حالی است که مجلات علمی مورد تحلیل، تنها به ۱۵ موضوع از ۲۳ موضوع اولویت دار مشخص شده در این پژوهش پرداخته و مابقی ۸ موضوع را به هیچ وجه مورد توجه قرار نداده بودند. همچنین در میان این ۱۵ موضوع نیز ۵۱٪ حجم مطالب اختصاص به ۳ موضوع نخست (یعنی "مراقبت های دوران بارداری و پس از آن"، "سوء تغذیه" و "سرطان های زنان") داشته است.

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، مجلات منتخب علمی حوزه بهداشت و سلامت و جامعه محققین علوم پزشکی، در انجام تحقیقات و ارائه مقاله های علمی، "سلامت و بهداشت زنان" را تا حد نسبتاً زیادی مورد غفلت قرار داده اند و از این طریق نقشی حاشیه ای برایشان قائل شده اند. چنانکه مشاهده شد، چنین دیدگاهی، در انجام تحقیقات و ارائه مقاله های علمی نیز بروز یافته و آن را تحت تأثیر قرار میدهد، به طوریکه حدود چهل درصد موضوعات مربوط به اولویتهای سلامت زنان شامل ویژگیهای اجتماعی فرهنگی زنان، بیماریهای منتقله جنسی و ایدز در زنان، بیماری های مفصلی و استخوانی زنان، اختلالات روانی در زنان، سلامت شیوه زندگی زنان، خشونت علیه زنان، روشهای پیشگیری از بارداری، بهداشت بلوغ دختران، بارداری ناخواسته و سقط جنین، استفاده از زایمان به روش سزارین، مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال مورد نادیده انگاری نسبی و حدود چهل درصد نیز شامل سلامت ازدواج زنان، اعتیاد زنان، بیماریهای گوارشی

زنان، پرفشاری خون در زنان، خودکشی در زنان، زایمانهای غیر ایمن زنان، طلاق زنان، مرگ و میر زنان، مرگ و میر مادران مورد نادیده انگاری مطلق قرار گرفته اند^۳(۳۵).

در کل به نظر می رسد که مسائل سلامت و بیماریهای زنان، به خصوص اولویتهای سلامت زنان، توسط محققین علوم پزشکی و نیز از نظر نشر تحقیقات در مجلات علمی حوزه بهداشت و سلامت به شکل نسبتاً زیادی نادیده گرفته شده اند. با توجه به اهمیت و مشکلات سلامت زنان در ایران، بایستی بیش از پیش به موضوع بهداشت و سلامت زنان توجه شده و نیازهای پژوهشی فراوانی که در این حوزه هنوز بر زمین مانده جزو اولویتهای پژوهشی قرار گیرد.

یکی از تحقیقاتی که بطور نسبتاً جامع به بررسی وضعیت سلامت زنان در ایران پرداخته است مطالعه ای است که به سفارش شورای فرهنگی اجتماعی زنان توسط احمدی و همکاران در سالهای ۱۳۸۴-۱۳۸۰ به انجام رسیده است و نتایج آن در سال ۱۳۸۴ منتشر شد. هدف این مطالعه کاربردی بررسی و ترسیم روند وضعیت سلامت زنان و شناخت چالشهای این مسیر و بررسی میزان پیشرفت‌های مربوطه بود. این مطالعه در دو فاز به اجرا درآمد: در فاز اول مدل شاخص‌های مورد نیاز جهت سنجش سطح سلامت، بر اساس منابع و اطلاعات موجود و نظرات کارشناسی طراحی و شاخص‌های کلیدی شناسایی گردید و در مرحله بعد، میزان این شاخص‌ها بر پایه اطلاعات موجود محاسبه شد. نتایج اجرای این فاز در سه مجلد شامل مروری بر مطالعات سلامت زنان در ایران و جهان، شاخص‌های کلیدی سلامت زنان و گزارش سیمای سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران ارائه گردیده است. در این مطالعه به تناسب ارتباط به بخش‌هایی از نتایج مطالعه مذکور ارائه شده است(۱۹).

بررسی "چارچوب مفهومی مدل عوامل موثر بر سلامت زنان ایرانی"، به عنوان یک موضوع پایه ای و اساسی که می تواند برای بسیاری از مطالعات سلامت زنان در ایران به عنوان مرجع چارچوب مفهومی مورد استفاده پژوهشگران بسیاری قرار گیرد، موضوعی است که تاکنون در ایران مورد بررسی و تدوین علمی قرار نگرفته است. این پژوهش برای اولین بار در ایران در تلاش برای تدوین چارچوب مفهومی مدل سلامت زنان ایرانی است.

^۳ عبارت "نادیده انگاری مطلق" بدین دلیل مورد استفاده قرار گرفته است که هیچ مقاله‌ای در زمینه مورد اشاره در هیچ کدام از مجلات مورد نظر به چاپ نرسیده است و استفاده از عبارت "نادیده انگاری نسبی" نیز بدین دلیل بوده که تعداد مسائل مورد بحث قرار گرفته در مجلات مذکور، کمتر از مقالاتی بوده است که به سایر موضوعات مربوط به سلامت زنان یعنی موضوعات غیراولویت دار اختصاص داشته است

چارچوب مفهومی و مدل سلامت

چارچوب مفهومی محصول اندیشه و شناخت است که به صورت توصیفی (نوشتاری) یا گرافیکی، موضوع مورد نظر را شرح می دهد و عناصر خود را که شامل مفاهیم و متغیرهای مرتبط با آن پدیده می باشند، تبیین می کند. چارچوب های مفهومی سلامت در پی نشان دادن متغیرهای سلامت و ارتباط بین آنها می باشند. این چارچوبها باید قادر باشند عوامل موثر و مرتبط با سلامت را نشان داده و ارتباط بین آنها را در سطوح مختلف نمایش دهند (۳). چارچوبهای مفهومی معمولاً بر پایه نظریه ها طراحی می شوند و به درک موضوع خاص در یک بستر و زمینه کمک می کنند ولی به اندازه نظریه ها خاص نیستند. چارچوبهای مفهومی به انتخاب مفاهیم ضروری برای بازنمایی پدیده مورد نظر و تعیین ارتباطات بین مفاهیم کمک کرده و در نتیجه برای توسعه نظریه ها مفید می باشند. همچنین چارچوبهای مفهومی امکان دستکاری مفاهیم بر روی کاغذ را پیش از انجام آزمون واقعی میسر می سازند. به علاوه چارچوبهای مفهومی توصیف قابل مشاهده ای از اجزای و عناصر نظریه ایجاد می کنند (۸۶).

محققین و عاملان سلامت از نظریه ها برای یافتن پاسخ به اینکه چرا، چه و چگونه مشکلات سلامت باید رفع شوند استفاده می کنند. نظر به اینکه ارتقائ سلامت مقوله ای چند رشته ای است نظامهای گوناگون علمی درگیر آن شده و نظریه های گوناگون از دیسیپلین های مختلف نیز در هم ادغام می گردند. نظریه ها مبنا و پایه ای را برای برنامه ریزی ها و توسعه سلامت فراهم می سازند (۴).

چارچوب مفهومی مدل سلامت زنان ایرانی

مدل یا چارچوب نظری سلامت زنان ایرانی نیز مدلی است که بر اساس نظریه های موجود در ادبیات جهانی سلامت تدوین می شود. این مدل بر مفهوم سلامت زنان و عوامل مرتبط با آن استوار می باشد و بر این باور است که سلامت زنان مقوله ای جامع محسوب شده و ابعاد عاطفی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی و جسمی را در بر می گیرد. این ابعاد به لحاظ ماهیت خود تحت تاثیر عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و زیستی قرار دارند. تعاریف سلامت زنان که در قسمت های بعد به آن پرداخته شده است چارچوب مفهومی را برای اتخاذ رویکرد مناسب برای بررسی و مداخله در حوزه سلامت زنان به روی محققین و سیاستگذاران می گشاید. از این مدل چنین بر می آید که فعالیت در حوزه سلامت زنان امری فراتر از درمان و پیشگیری از بیماری هاست. بنابراین در

این مدل توجه به اولویتهای سلامت زنان مبتنی بر اولویت سنجی از خود زنان، تفاوت بین اقشار زنان و به ویژه تعیین کننده های سلامت آنان مد نظر قرار می گیرد.

امروزه پذیرفته شده است که سلامت زنان مقوله ای متفاوت از سلامت مردان است به طوریکه جنسیت (gender) عامل تعیین کننده مهمی به حساب می آید. واژه جنسیت یا gender شامل "دسته هنجارها، ارزشها، رفتارها، انتظارات و فرضیات که بطور متفاوت به زنان و مردان منتسب می شود" می باشد (۴) در حالیکه واژه sex یا جنس تنها دلالت بر ویژگیهای بیولوژیکی زنان و مردان دارد. عبارت دیگر جنسیت نقشهای اجتماعی، مسئولیتها و فرصتهایی است که جامعه و خانواده برای زنان و مردان تصور می کند (۳۷). از نظر کوهن جنسیت تنها بر تفاوتهای بیولوژیکی دلالت ندارد بلکه تفاوتهای اجتماعی را که سبب تمایز ویژگی زنان از مردان می شود را نیز در بر دارد. بدین سبب جنسیت بر مشخصه های فردی، نگرش، احساسات، ارزشها، رفتارها و عملکرد فرد که توسط جامعه برای زنان و مردان به طور منفک تعریف و مرز بندی می شود، دلالت می ورزد. لذا جنسیت پدیده ای بیشتر فرهنگی و اجتماعی است تا اینکه مقوله ای فیزیکی و زیستی باشد (۱). جنسیت بر عوامل خطر ساز سلامت، رفتارهای بهداشتی، برآیند های سلامت زنان و مردان تاثیر داشته و همچنین بر نحوه دسترسی آنان به نظامهای بهداشتی و حتی پاسخ دهی نظامها به مشتریان زن و مرد اثر متفاوت می گذارد. لذا برنامه ها و عملکردهای سیاستگذاران، عواملان و سازمانهای غیر دولتی و نهاد های مدنی با اتخاذ رویکردهای جنسیتی در تدوین سیاستها، اجرای برنامه ها و عملکرد ها و تحقیقات می توانند بر سلامت زنان اثر بگذارند (۳۹).

در سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت در بیانیه مادرید اعلام کرد که "برای دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت لازم است که سیاستهای بهداشتی با رویکرد جنسیتی و متناسب با نیازها و ویژگیهای مردان و زنان جداگانه طراحی گردند زیرا زنان و مردان به دلیل تفاوتهای بیولوژیکی و نقشهای جنسیتی متفاوتشان دارای نیازها، موانع و فرصت های متفاوتی هستند" (۴۰). بنابراین به نظر می رسد که تبیین مدلها یا چارچوبهای نظری سلامت که پایه ای برای سیاستگذاری های بهداشتی هستند نیز بهتر است مبتنی بر رویکردهای جنسیتی باشد تا بتواند روابط بین متغیرهای سلامت و نحوه تاثیر آنها را که می تواند بر دو جنس زن و مرد متفاوت باشد به درستی مورد توجه قرار دهد. از اینرو پژوهش حاضر نیز مدل سلامت را صرفا با رویکرد جنسیتی و برای زنان آنهم زنان ایرانی طراحی می نماید چرا که تفاوتهای فرهنگی، جغرافیایی و غیره می توانند تاثیر عوامل مختلف را بر سلامت زنان در نقاط مختلف جهان متفاوت سازد. مدل سلامت زنان ایرانی ضمن تاکید بر ابعاد زیستی روانی، اجتماعی و معنوی برای زنان ایرانی بر اساس مفاهیم موجود برای هر بعد عوامل گوناگونی

را در نظر دارد که مستقیماً سلامت زن ایرانی را دستخوش تغییر می سازد. چنانچه گفته شد پیش فرض این مدل آن است که ارتقا و حفظ سلامت زنان نیازمند رویکردهایی خاص جنسیتی است.

مروری بر مدل‌های موجود سلامت و عوامل موثر بر آن

در این قسمت حاصل مروری وسیع بر ادبیات جهانی موجود در زمینه مدل‌های موجود عوامل موثر بر سلامت و همچنین سلامت زنان که تاکنون در جهان مورد طراحی و تدوین قرار گرفته ارائه می شود و تا حد ممکن مدل‌های موجود مورد بحث و نقد و بررسی قرار می گیرد. بدیهی است که برای تدوین و طراحی چارچوب مفهومی مدل عوامل موثر بر سلامت زنان ایرانی، قبل از همه لازم بود که مدل‌های موجود در جهان مورد شناسایی و بررسی قرار گیرند و از آنها در مرحله تدوین مدل ایرانی که متناسب با شرایط و مختصات زنان ایرانی باشد کمک گرفته شود. در حقیقت یکی از پایه های اصلی این پژوهش در ابتدا مبتنی بودن بر یک مرور وسیع بر مدل‌های موجود در جهان است.

با این حال گفتنی است که حاصل مطالعه مروری اولیه ما نشان داد که علیرغم تلاش محققان زیادی برای طراحی مدل‌های سلامت که کل افراد را مد نظر قرار داده اند، مدل‌هایی که صرفاً با رویکرد جنسیتی و برای زنان طراحی شده باشند بسیار اندکند. در مورد مدل‌های موجود سلامت در جهان چنانچه در صفحات بعد نیز نشان داده خواهد شد، مدل‌ها عمدتاً عوامل نسبتاً مشابهی را به عنوان عوامل موثر بر سلامت در طراحی خود معرفی کرده اند. با این حال بنا بر هدفی که هر یک از این پژوهشها دنبال می کرد، مدل‌های مختلف بعضی از عوامل را مهمتر برای سلامت و با اولویت بیشتری مد نظر قرار داده اند.

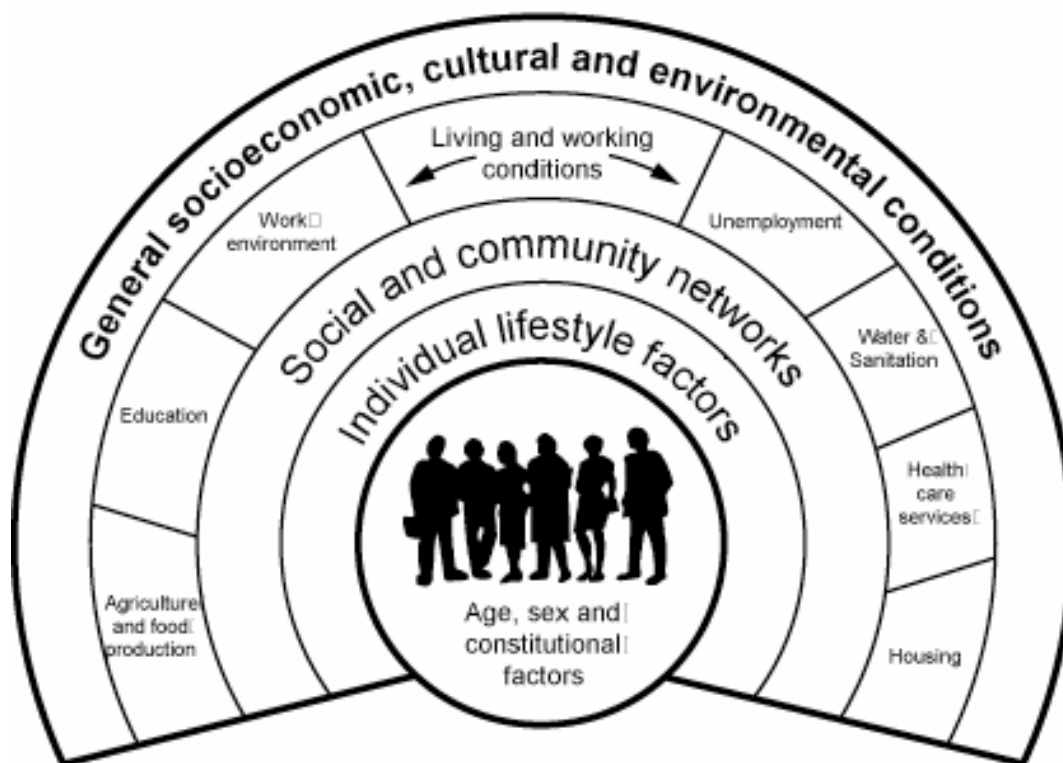
در زیر بعضی از مهمترین و معروفترین مدل‌ها مورد ارائه و بحث قرار می گیرند که ابتدا مدل‌های عام عوامل موثر بر سلامت و سپس چند مدل موجود مخصوص زنان ارائه می گردد. لازم به توضیح است که ارائه مدل‌ها بر اساس تقدم و تاخر زمانی آنهاست بطوریکه از قدیمی ترین مدل‌ها شروع و به مدل‌های جدید تر ختم خواهد شد.

۱. مدل (Dahlgren and Whitehead (1991)

این مدل که در شکل شماره ۱ نشان داده شده است به مدل لایه ای معروف است و یکی از مدل‌های شناخته شده عوامل موثر بر سلامت است. درونی ترین لایه شامل خصوصیات فرد از جمله سن ، جنس و عوامل ژنتیکی است و تفاوت آن با سایر لایه ها اینست که عوامل این لایه قابل تغییر نیستند اما سایر عوامل موثر در لایه های بعدی قابل مداخله و بهبود هستند و با برنامه ریزی در مورد آنها می تواند ارتقاء سلامت صورت پذیرد (۴۱).

لایه های بعد به ترتیب نزدیک بودن بر مرکز دایره تاثیر مستقیم تری بر فرد دارند. لایه دوم سبک زندگی یا شیوه زندگی فرد است و پس از ویژگیهای شخصی بیشترین تاثیر را بر سلامت فرد دارد. لایه هایی که لایه های زیرین تر را می پوشانند بر آنها تاثیر می گذارند و به تناسب بیرونی تر بودن لایه ها تاثیر بر ابعاد مختلف زندگی فرد گسترده تر است. بطوریکه برای مثال شرایط عمومی اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی جامعه که بیرونی ترین لایه است بر تمام عوامل زیرین موثرند. این مدل و دایره ای بودن آن نشان می دهد که همه عوامل علاوه بر تاثیر بر سلامت فرد با همدیگر نیز ارتباط دارند.

با وجود اینکه این مدل یکی از قدیمی ترین مدل‌های ارائه شده سلامت است هنوز هم منبع اصلی بسیاری از مطالعات جدید است و در واقع این مدل به نوعی پایه اصلی طراحی و تدوین مدل‌های جدید تر قرار گرفته است.

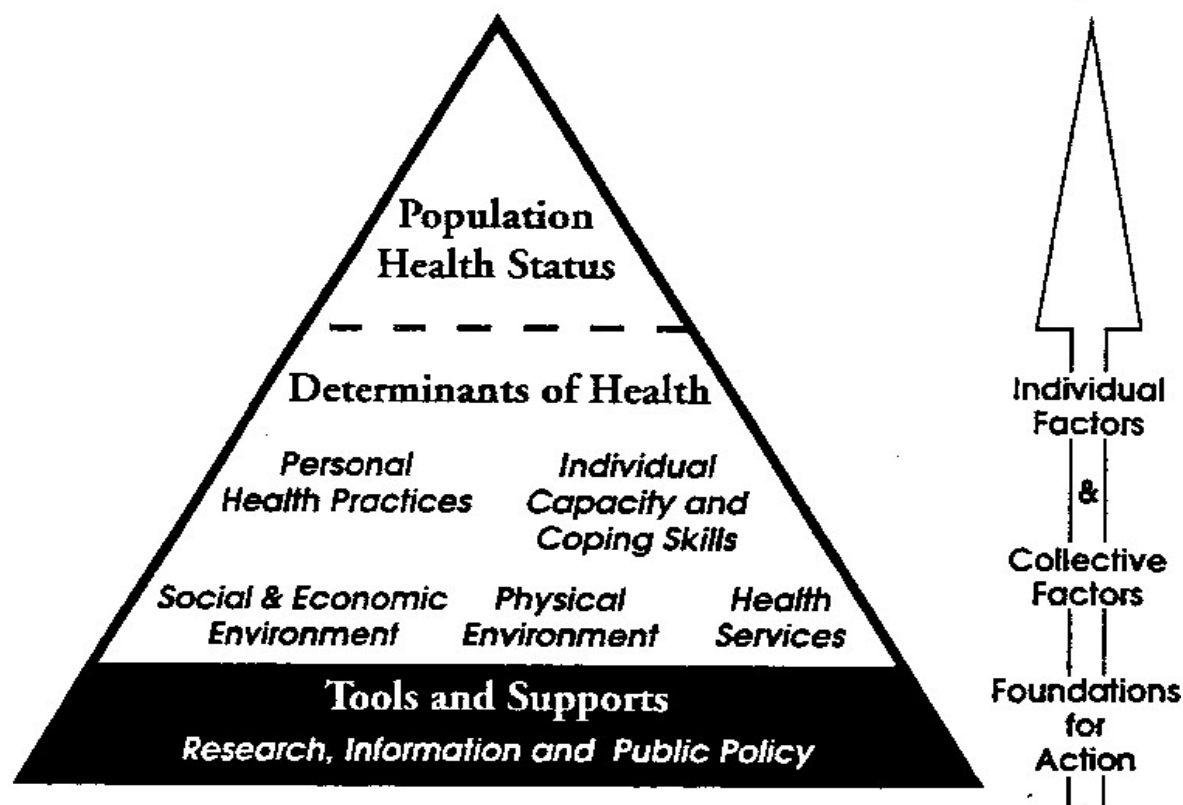


شکل ۱. Dahlgren and Whitehead model (1991)

۲. مدل مثلثی کمیته مشورتی کانادا (۱۹۹۴)

این مدل مثلثی شکل (شکل ۲) توسط کمیته مشورتی کانادا در سال ۱۹۹۴ ارائه گردیده است (۴۲). بر اساس این مدل هدف نهایی ارتقاء وضعیت سلامتی افراد است که در نوک مثلث قرار گرفته است. در این مدل ۵ دسته از تعیین کننده های سلامت تعریف شده اند که خود در دو لایه قرار گرفته اند: لایه بالایی عوامل مربوط به فرد است مانند ظرفیت تحمل و سازگاری فرد و لایه پایینی عوامل جمعی مانند عوامل محیطی و خدمات بهداشتی و درمانی است. بدین دلیل لایه عوامل جمعی پایین تر از عوامل فردی قرار گرفته اند که نشان دهند که عوامل محیطی خود پایه عوامل فردی موثر بر سلامت هستند. بنای مثلث تعیین کننده های سلامت بر

"ابزارها و حمایت ها" بنا شده است. که شامل تحقیقات، اطلاعات و سیاستهای عمومی است بدین معنا که برای ارتقاء سطح سلامت افراد در نهایت باید مداخلات از این قسمت و بر روی این موارد انجام شود.



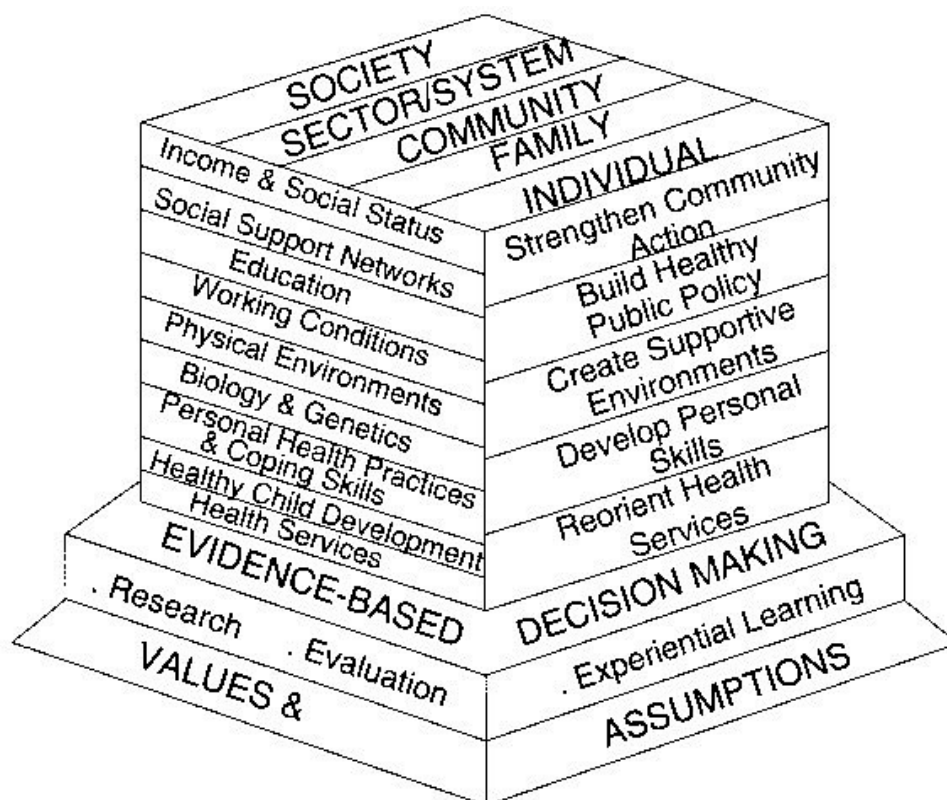
شکل ۲: Advisory Committee on Population Health Framework (1994)

۳. مدل تلفیق یافته Hamilton and Bhatti (۱۹۹۶)

مدل تلفیق یافته همیلتون و بتی که در سال ۱۹۹۶ ارائه گردیده است. این مدل یک مدل مکعبی شکل و دارای دو بعد اصلی است (شکل ۳): این مدل جامع در یک بعد، یک دسته وسیعی از تعیین کننده های سلامتی را که توسط مدل های قبلی نیز مطرح شده بود با بعد دیگر که شامل مداخلات پیشنهادی است و در مدل های قبلی مورد غفلت قرار گرفته شده بود با هم تلفیق کرده است.

در این مدل، در یک بعد تعیین کننده ها و سطوح قرار گرفته اند: تعیین کننده ها در محور سمت چپ هستند و سقف شکل شامل لایه ها یا سطوح تعیین کننده ها از جمله فرد، خانواده، جامعه هستند که تعیین کننده ها می توانند هر یک در این سطوح مورد اندازه گیری قرار گیرند. بعد دوم هم همانطور که گفته شد شامل مداخلاتی است که اگر در تعیین کننده ها انجام شود منجر به ارتقاء سطح سلامتی می گردد (۵).

بنظر می رسد که این مدل نسبت به مدل های قبل دارای یک ابتکار مفید است که مسائل مختلف را در یک شکل تلفیق کرده است. خاصیت دیگر منحصر بفرد این مدل پایه شکل است. بر اساس این شکل، سیکل تحقیقات - سیاستها - آموزش و از طرفی نیز ارزشها و فرضیات حاکم بر جامعه پایه اساسی تعیین کننده ها و مداخلات بعدی را تشکیل می دهند

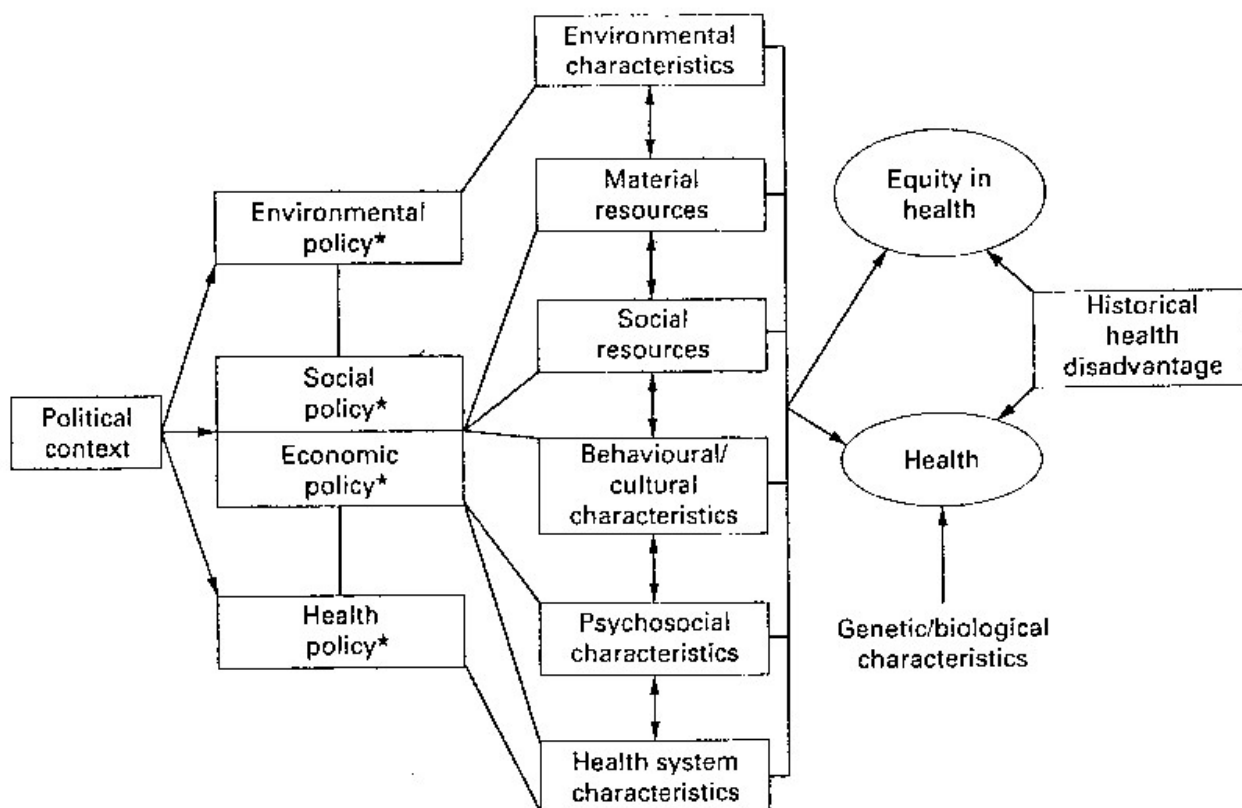


شکل ۳: Hamilton and Bhatti Integrated Framework for Population Health Promotion (1996)

۴. مدل Barbara Starfield (2001)

این مدل که در شکل ۴ نشان داده شده است توسط Barbara Starfield در سال ۲۰۰۱ ارائه شده است (۴۳). بر اساس این مدل سلامت افراد توسط ۶ دسته تعیین کننده های اصلی سلامت شامل خصوصیات محیط، منبع مادی، منابع اجتماعی، ویژگیهای فرهنگی-رفتاری، ویژگیهای روانی-اجتماعی و ویژگیهای سیستم بهداشتی و درمانی تعیین می شود. خود این عوامل تعیین کننده نیز تحت تاثیر زمینه های سیاسی حاکم بر جامعه تعیین می شوند. از طرفی هم علاوه بر ۶ دسته تعیین کننده های یاد شده سلامت، سلامت افراد همچنین تابع ویژگیهای ژنتیکی و بیولوژیکی آنهاست که بر اساس این مدل نزدیکترین عامل به سلامت فرد است و

بنابراین مهمتر است. از طرف دیگر در این مدل تاکید شده است که محرومیت های تاریخی فرد مانند محرومیت های دوران کودکی نیز عامل مهم و بلاواسطه در تعیین سلامت فرد است.



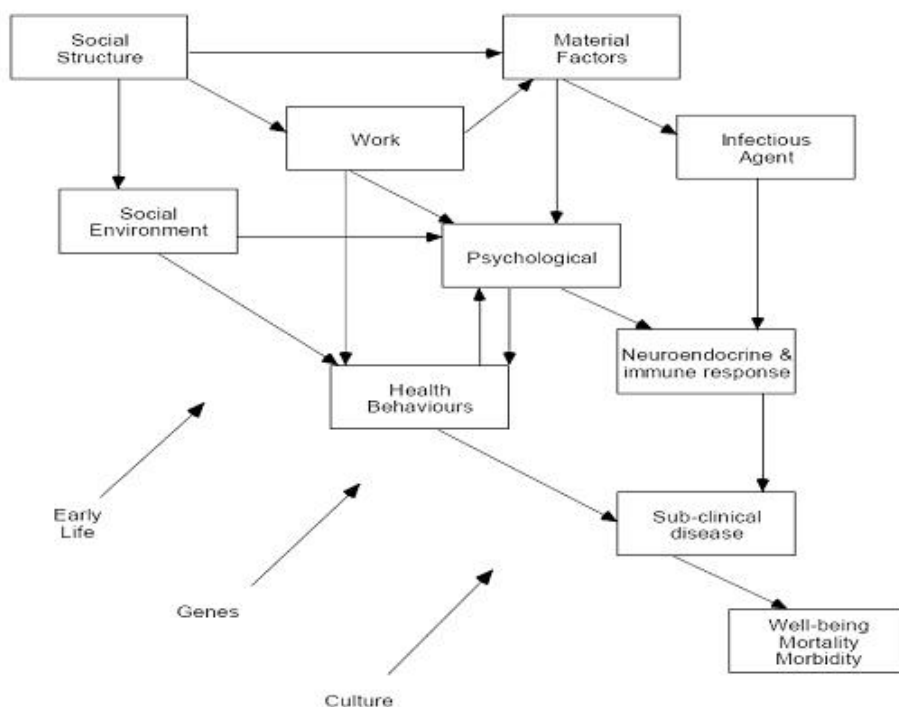
شکل ۴. Barbara Starfield (2001)

۵. مدل Marmot & Brunner (2004)

این مدل که ابتدائاً در سال ۱۹۹۹ توسط مارموت و برونر طراحی شده بود، در سال ۲۰۰۴ توسط آنان مورد ویرایش قرار گرفت و در سال ۲۰۰۶ چاپ شد (۴۴). شکل شماره ۵ مربوط به مدل ویرایش شده می باشد.

این مدل، مدل ساده و شفافی است که ارتباطات بین ساختارهای اجتماعی و وضعیت سلامتی را نشان می دهد. براساس این مدل، عوامل روانی-اجتماعی، رفتاری و مادی سه لینک اصلی بین ساختارهای اجتماعی و وضعیت سلامتی هستند. همچنین در این مدل عامل ژنتیک، عوامل فرهنگی و مراحل اولیه زندگی (کودکی)، به عنوان ۳ عامل مهم شناخته شده اند که خود بر کل عوامل موثر بر سلامت که در شکل نشان داده شده است تاثیر می گذارند.

Brunner and Marmot, 2004



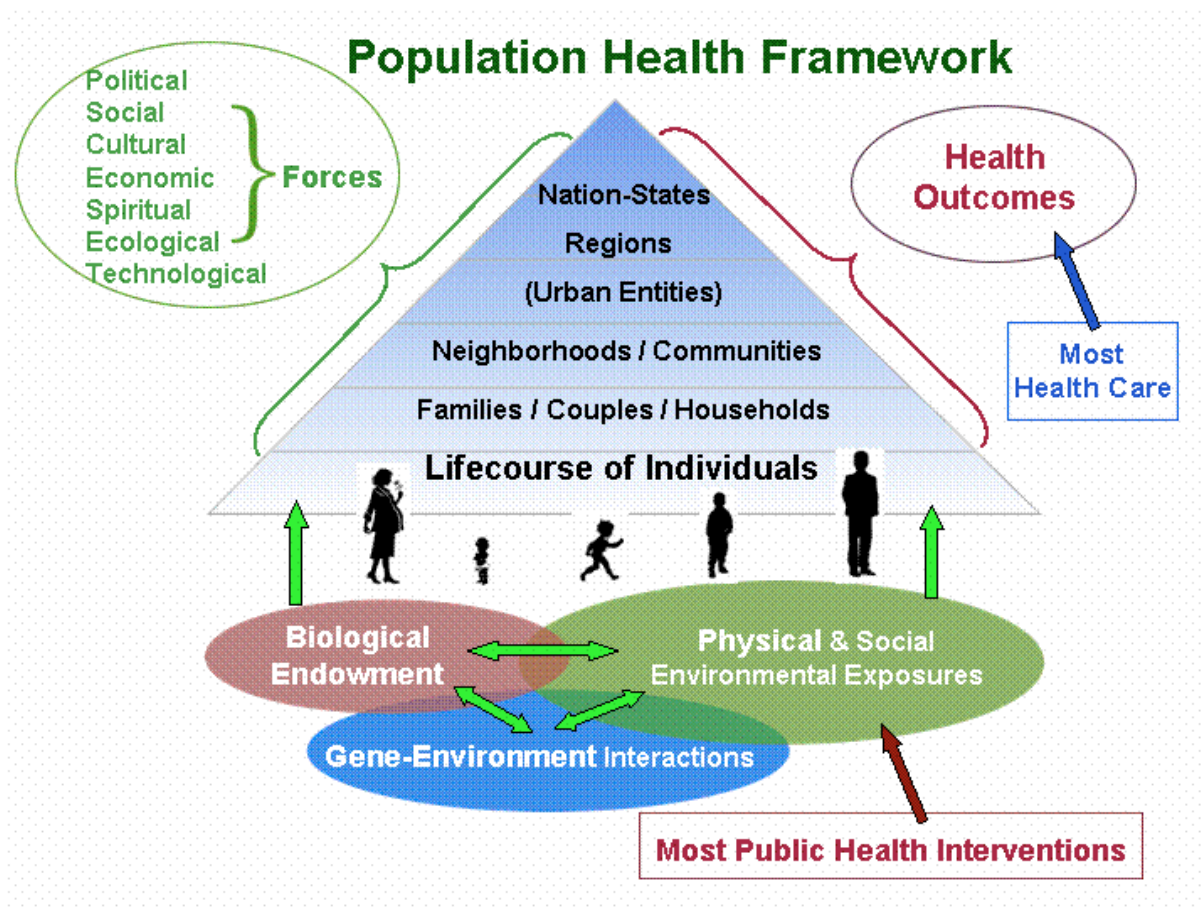
E. Brunner and M. Marmot. (2006). Social organization, stress, and health. In M. Marmot and R.G. Wilkinson (eds) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 6-30.

۵. مدل Marmot & Brunner (2004)

۶. مدل هرمی بهداشت جمعیت (Etches & Frank 2006)

این مدل که در شکل شماره ۶ نشان داده شده است، توسط اچز و فرانک در انستیتوی بهداشت جمعیت واقع در انستیتوی کانادایی تحقیقات بهداشتی در سال ۲۰۰۶ ارائه شده است (۴۵). در این مدل یکسری از عوامل شامل بیولوژی، محیط فیزیکی - اجتماعی و کنش و واکنش بین ژنتیک و محیط فرد به عنوان عوامل پایه ای افراد معرفی شده اند که بر سلامت آنها تاثیر مستقیم دارند. هرمی که در میانه شکل دیده می شود از فرد در پایه هرم تا خانواده، جامعه و شهر و استان و منطقه در نوک هرم گسترده شده اند. هفت دسته از نیروها شامل نیروهای سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، معنوی، بوم شناسی و تکنولوژیکی نیز معرفی شده اند که بر سطوح مختلف هرم تاثیر می گذارند.

بنابراین فرض شده همه عوامل گفته شده فوق در شکل بر وضعیت سلامت از فرد گرفته تا سطوح بالاتر تاثیر می گذارند. با این حال مراقبتهای بهداشتی موجود در جامعه در این مدل به عنوان یک رکن اساسی در نظر گرفته شده است که بر وضعیت سلامت فرد و جامعه تاثیر مستقیم دارند.



شکل ۶. مدل Etches & Frank (2006)

۷. مدل کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت (CSDH) در سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)

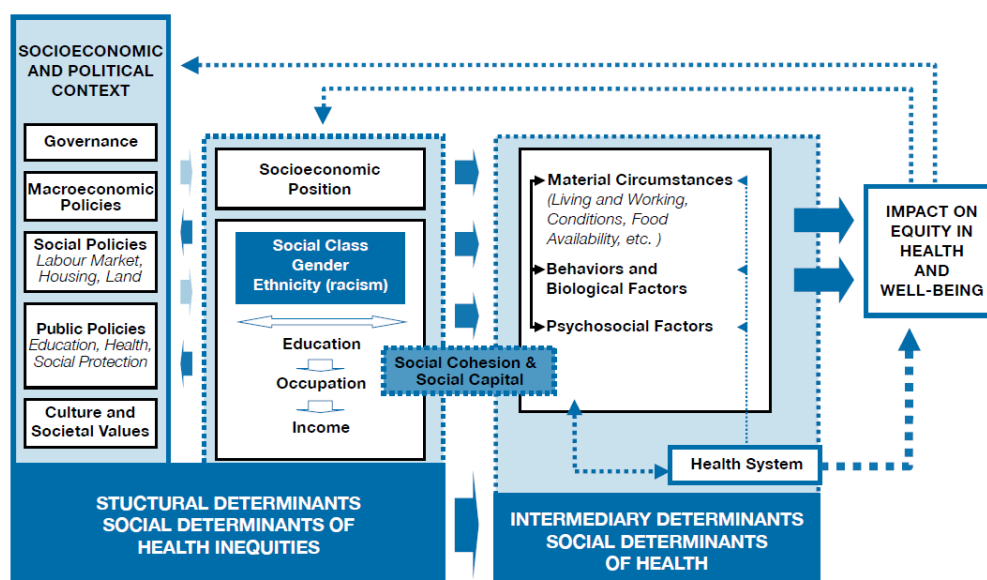
مدل CSDH که در شکل شماره ۷ نشان داده شده است دسته های عوامل اصلی موثر بر سلامت و همچنین فرآیندها و مکانیزمهای را که این عوامل بر سلامتی و به تبع آن بر نابرابریهای سلامت تاثیر می گذارند را نشان می دهد (۴۶).

این مدل، تعیین کننده ها را به دو دسته اصلی تعیین کننده های ساختاری (structural determinants) و تعیین کنند های میانی یا میانجی (Intermediary determinants) تقسیم می کند. دسته تعیین کننده

های ساختاری نیز خود به دو دسته تقسیم می شوند که یکی کلی تر و مربوط به عوامل زمینه ای اقتصادی-اجتماعی و سیاسی جامعه است و دسته دوم موقعیت اقتصادی-اجتماعی فرد شامل تحصیلات، شغل و درآمد و طبقه اجتماعی او و ... می باشد. همچنین فرض شده است که بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی جامعه و فرد ارتباط دو سویه برقرار است. دسته دوم عوامل یا تعیین کننده های میانجی یا میانی که از وضعیت اقتصادی-اجتماعی فرد تاثیر می پذیرند شامل شرایط مادی فرد (شرایط کاری و زندگی فرد، دسترسی به غذا و...)، فاکتورهای رفتاری و بیولوژیکی فرد و همچنین عوامل روانی-اجتماعی اوست. در این شکل سرمایه اجتماعی و انسجام اجتماعی نقش واسطه ای بین دو دسته تعیین کننده های اصلی یاد شده بازی می کنند. همچنین در دسته عوامل میانجی، "سیستم بهداشتی" به عنوان یک عامل مهم بین وضعیت سلامتی فرد و ویژگیهای یاد شده او ارتباط برقرار می کند. در نهایت فاکتورهای یاد شده فرد، وضعیت سلامتی و رفاه او را تعیین می کنند. البته فرض شده است که در مرحله بعد وضعیت سلامتی افراد نیز بر می تواند بر ساختارهای جامعه تاثیر داشته باشد.

ضمناً لازم به یادآوری است که خطوط نقطه چین موجود در شکل نشان دهنده مرزهای تقریبی یا به عبارتی ارتباطات غیر حتمی است که مورد توافق همگان قرار نگرفته است و هنوز بر سر آن بحث است.

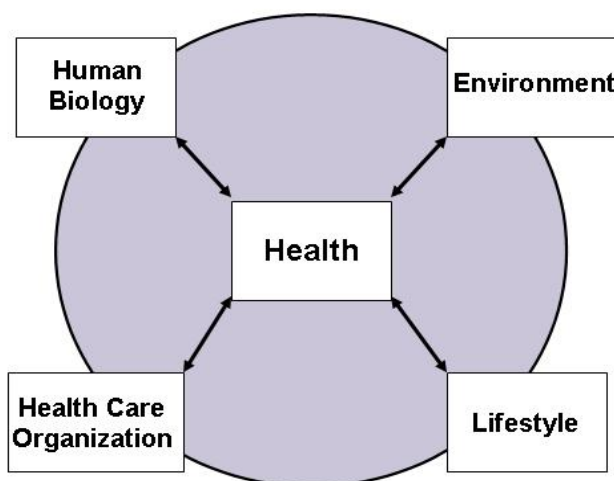
Figure A. Final form of the CSDH conceptual framework



شکل ۷. مدل (2008) CSDH

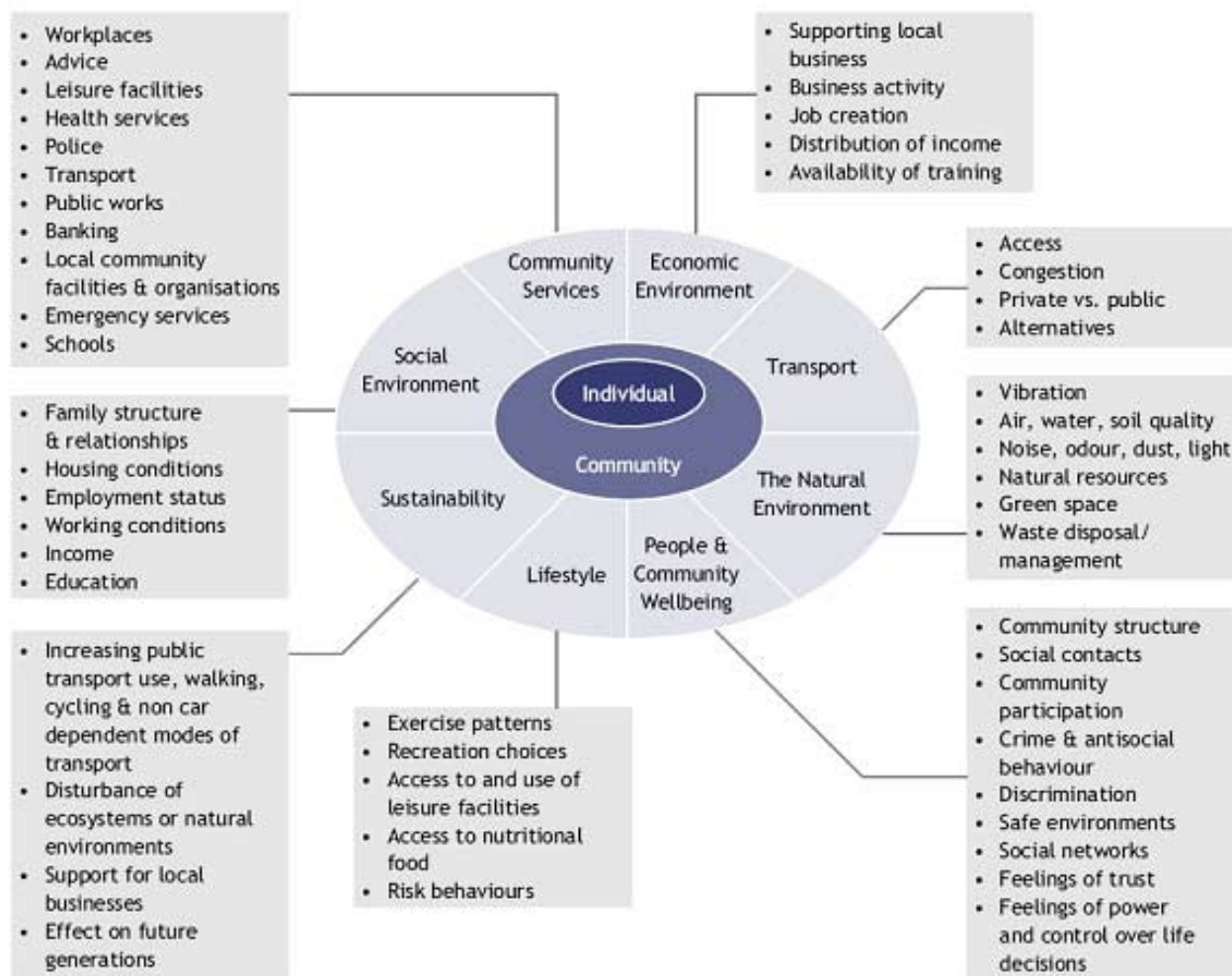
چنانچه در بالا دیده شد مدل‌های مختلف عوامل موثر بر سلامت هر یک عوامل مختلفی را با اولویت‌های متفاوت به عنوان عوامل موثر بر سلامت شناسایی کرده‌اند که از نظر درجه پیچیدگی هم با هم متفاوتند. بعضی از مدل‌ها مانند مدل سلامت لالوندز که در شکل شماره ۸ نشان داده شده است از نظر درجه پیچیدگی بسیار پایین و ساده ارائه شده و عوامل موثر را تنها در چهار دسته نشان داده است که شامل بیولوژی انسانی، محیط، سبک زندگی و سازمان‌های بهداشتی-درمانی هستند (۴۷). ضمناً در این مدل جهت فلش‌ها دو سویه است به این معنی که کنش و واکنش متقابلی بین عوامل موثر یاد شده و سلامت وجود دارد.

Lalonde's Health Field Concept



شکل ۸. Lalonde's Health Field

در مقابل این مدل که بسیار ساده طراحی شده است، مدل پیشنهاد شده توسط وزارت بهداشت کشور انگلیس در سال ۲۰۰۶ که در شکل شماره ۹ نشان داده شده است نسبتاً پیچیده و دارای جزئیات فراوانی است (۴۸). در این مدل فرد در مرکز مدل توسط جامعه احاطه شده است به این معنی که عوامل مربوط به جامعه بر سلامت فرد موثر است. در دور دایره عوامل موثر بر سلامت در ۸ دسته طبقه‌بندی شده‌اند که شامل: محیط اقتصادی، حمل و نقل، محیط طبیعی، وضعیت رفاه فردی و اجتماعی، سبک زندگی، پایداری شرایط محیطی، محیط اجتماعی و خدمات اجتماعی می‌باشند. علاوه بر آن مصادیق مربوط به هر یک دست از وامل موثر یاد شده خود بطور جزئی در حاشیه شکل ذکر شده است. این مدل را می‌توان یکی از مدل‌های جزئی نگر سلامت به حساب آورد.



Source: Department of Health 2006

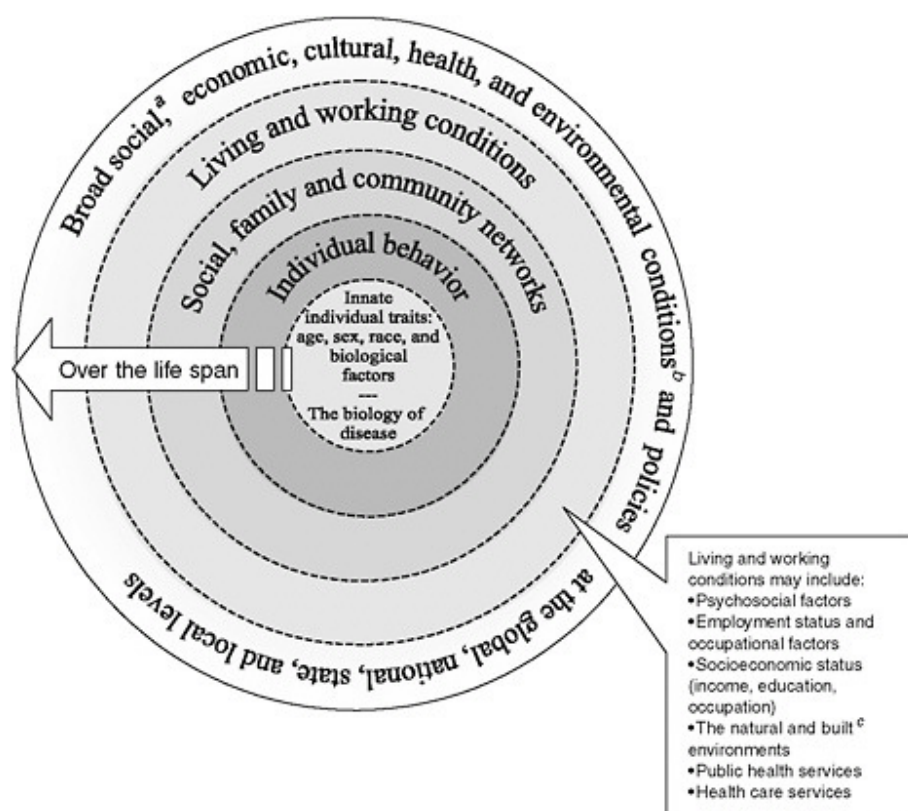
شکل ۹. وزارت بهداشت انگلیس (۲۰۰۶)

مدلهای ویژه سلامت زنان

علاوه بر مدل‌هایی که در بالا توضیح داده شد و همگی مدل‌های عام عوامل موثر بر سلامت بدون رویکرد جنسیتی هستند چند مدل نیز در نتیجه بررسی متون یافت گردید که با رویکرد سلامت زنان طراحی شده اند که در زیر دو مورد از معروفترین آنها شرح داده می شود:

۱. مدل کمیته تحقیقات سلامت زنان واشنگتن (2002)

مدل ارائه شده توسط کمیته تحقیقات زنان آمریکا برگرفته از مدل Dahlgren and Whitehead (1991) است که قبلاً درباره آن صحبت شد (شکل ۱۰ را ببینید). بر اساس این مدل تعیین کننده های سلامت متشکل از عوامل اجتماعی، رفتاری و بیولوژیک هستند که در لایه های پوشاننده همدیگر قرار گرفته اند (۴۹). این مدل تصریح می کند که بین عوامل تعیین کننده در هر لایه و همچنین لایه های مختلف کنش و واکنش متقابل برقرار است و به همین دلیل خط حایل بین هر لایه بصورت نقطه چین طراحی شده است. نکته ای که در شکل برگرفته از این مدل حائز اهمیت است فلسفی است که نشانگر موثر بودن عوامل تعیین کننده سلامت در طول دوره زندگی زنان بر سلامت آنها است. این نکته خود برگرفته از جدیدترین تعاریف



شکل ۱۰. مدل کمیته تحقیقات سلامت زنان واشنگتن

سلامت زنان است که قبلاً به آنها اشاره شد و در آن تعاریف تصریح شده بود که سلامت زنان نباید تنها در دوره های خاصی از زندگی آنان مثل بارداری و زایمان دیده شود بلکه باید در گستره زندگی آنها و بنا بر دوره های زندگی آنان مورد ملاحظه قرار گیرد.

گر چه در شکل امکان گنجاندن عوامل فرعی تر و یا مصادیق هر یک از لایه ها ممکن نبود در داکيومنتهای منتشره مربوط به این مدل این عوامل مشخص شده است که بعضی از مهمترین آنها شامل موارد زیر است:

۱. عوامل بیولوژیک: در این جا مجال بحث نیست چون در این مدل عوامل بیولوژیک بر اساس ارتباط با بیماریهای مختلف بحث شده است.

۲. عوامل رفتاری: سیگار کشیدن، عادات غذایی، فعالیت فیزیکی، رفتارهای پرخطر جنسی، و مصرف

الکل

۳. عوامل اجتماعی و وابسته به جامعه: نابرابری اقتصادی، شهر نشینی، تحرکات و مهاجرت های جمعیتی، خشونت علیه دختران و زنان، ارتباطات اجتماعی، استرس، و محرومیت های اجتماعی، عوامل و ارزشهای فرهنگی و مراقبتهای بهداشتی-درمانی، نگرشها و سیاستهای مرتبط با تبعیضات اجتماعی، نژاد گرایی و جنس گرایی در جامعه، بحران اقتصادی، جنگ و فروپاشی دولت، سیستم حمل و نقل، آب آشامیدنی بهداشتی، مسکن

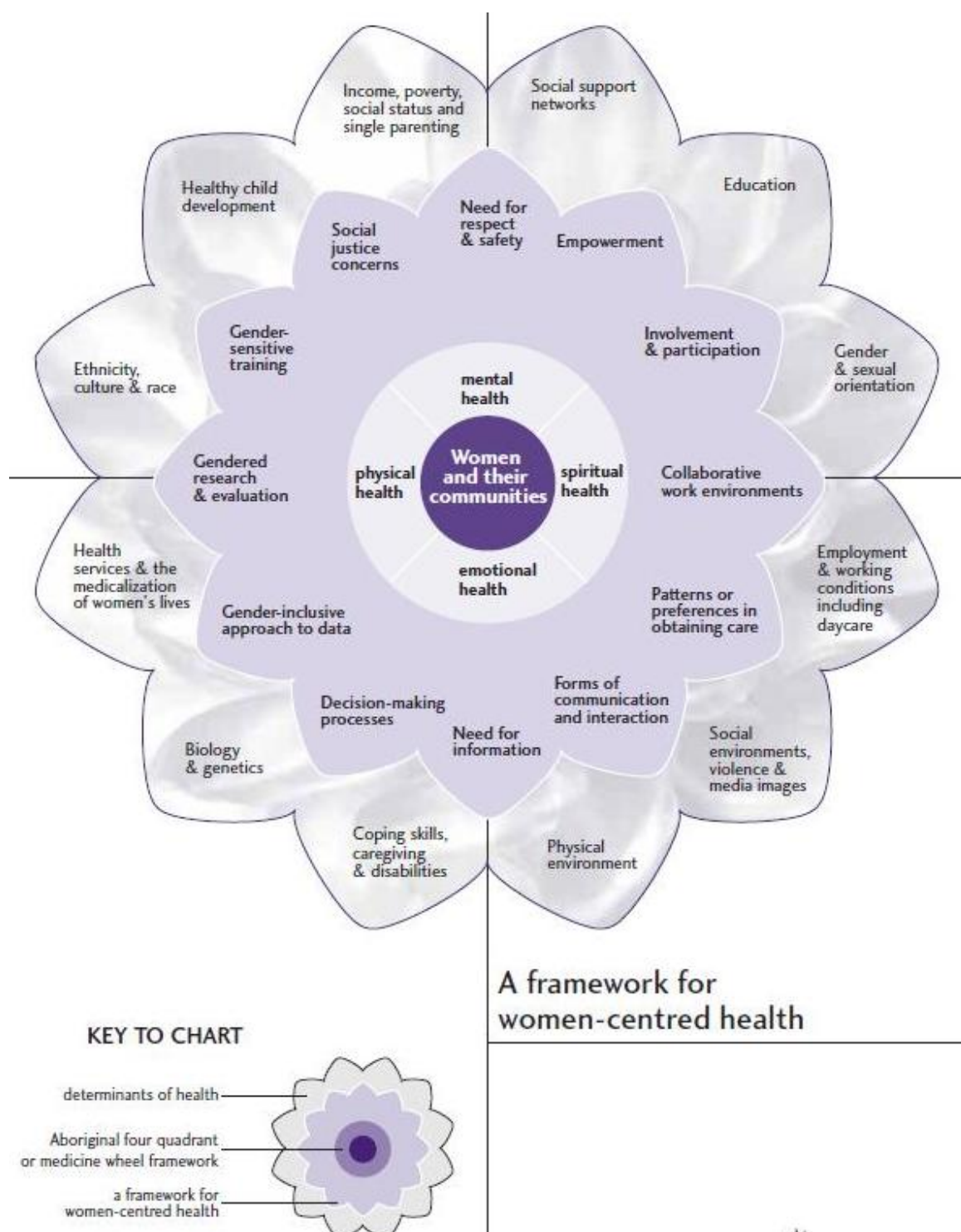
۲. مدل مرکز سلامت زنان کانادا- انتاریو (۲۰۰۱)

این مدل در مرکز دایره شامل ۴ بعد اصلی سلامت شامل سلامت جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی است. در لایه بعد چارچوبی شامل ۱۲ عامل تعیین کننده سلامت زنان ارائه شده است که مرکز سلامت زنان کانادا بر روی این ۱۲ عامل فوکوس کرده است و مبتنی بر نظرات خود زنان کانادایی است که در مطالعات قبلی گردآوری شده بود. ۱۲ عامل مذکور شامل موارد زیر است: نیاز به احترام و تکریم و امنیت، توانمند سازی، مشارکت در امور جامعه، محیط های کاری مبتنی بر تشریک مساعی، الگوها یا ترجیحات در دریافت خدمات مراقبتی، اشکال مرادوات و ارتباطات، نیاز به اطلاعات، فرآیندها تصمیم گیری، شیوه دسترسی به اطلاعات مبتنی بر جنسیت، مطالعات و ارزشیابی جنسیتی، آموزشهای حساس به جنس، عدالت اجتماعی برای زنان (۵۰)

در لایه بعدی یکسری عوامل عمومی تر که در سایر مدلها نیز عموماً وجود داشتند جزو عوامل تعیین کننده سلامتی شناخته شده اند از جمله شبکه حمایت اجتماعی، آموزش، جهت گیری های جنسیتی و جنسی، شرایط شغل و کاری شامل مراقبتهای روزانه، محیط اجتماعی و خشونت و تصاویر رسانه های جمعی در این خصوص، محیط فیزیکی، مهارتهای مقابله با استرس و ناتوانی، بیولوژی و ژنتیک، خدمات بهداشتی و تدارک امکانات پزشکی در طول زندگی زنان، قومیت، فرهنگ و نژاد، توسعه سالم دوران کودکی، درآمد، فقر، وضعیت اجتماعی و تک والدی

چنانچه در عوامل فوق دیده میشود در این مدل که عمدتاً مبتنی بر نظرات خود زنان طراحی شده است تلاش شده عواملی که بر سلامت زنان تاثیر بیشتر یا ویژه ای می گذارند شناسایی و مطرح شود.

ضمناً فرض این مدل بر اینست که عوامل موثر بر روی سلامت زنان خود نیز با هم ارتباطات متقابل دارند و بر هم تاثیر می گذارند. شکل شماره ۱۱ مدل حاضر را به تصویر کشیده است.



شکل ۱۱. مدل مرکز سلامت زنان کانادا- انتاریو (۲۰۰۱)

مطالعات انجام شده در زمینه پژوهش در خارج از کشور

برای اثربخشی بیشتر و کمک به ارتقای سلامت زنان، برنامه های مربوطه می بایست براساس یک تعریف جامع و شناخت عوامل مختلف مؤثر بر سلامت زنان طراحی شود. همچنین شناسایی موانعی موجود در دستیابی زنان به سلامت بهینه نیز دارای اهمیت می باشد و این تعریفی است که بر بیماری و نه بر سلامت تأکید دارد. تعریف سلامت زنان در طی چند دهه اخیر بویژه در دهه اول قرن جدید بسیار تغییر یافته و تکامل یافته است. آموزه های قدیمی تر درباره سلامت زنان براساس تأکید بر کارکرد باروری و فیزیولوژی و آسیب شناسی سیستم تولیدمثل زنان بوده که کلید اصلی ویژگیهای سلامت جسمی روانی و معنوی آنان شناخته می شد. در دو دهه اخیر یک تغییر و جابجایی عمده ای در نگرش و شناخت سلامت زنان روی داده است. در حال حاضر سلامت زنان در یک پیوستاری ترسیم می شود که در طول دوره زندگی شکل گرفته و تحت تأثیر شرایط زندگی آنها می باشد. سلامت زنان وابسته به تعامل پیچیده مابین بیولوژی فردی، رفتارهای سلامت و پیشینه چارچوب اقتصادی اجتماعی و فرهنگی زندگی زنان دیده می شود. در اثر این تغییر دیدگاه از سلامت زنان، دانشگاه مک مستر کانادا در اوایل دهه نود میلادی تعریف جدیدی از سلامت زنان ارائه نمود که در برگیرنده سلامت عاطفی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی و جسمی زنان بوده و بواسطه شرایط سیاسی، اجتماعی و اقتصادی زندگی و بیولوژی آنها شکل می گیرد. این تعریف گسترده ارزش تجربه زندگی، عقاید بهداشتی و پیشینه سلامتی زنان را نیز مورد تأکید قرار داده است. این تعریف در بحث ها و توصیه های بخش سلامت زنان در چهارمین کنفرانس جهانی زنان در چین سال ۱۹۹۵ به عنوان چارچوب نظری مورد استفاده قرار گرفت (۱). موسسه پزشکی امریکا سلامت زنان را در برگیرنده شرایط سلامتی و بیماری هایی که خاص زنان، یا با شیوع بیشتر، یا عوارض شدیدتر در زنان، یا دارای علل یا تظاهرات خاص، یا با پیامدها و درمان متفاوت، یا دارای مرگ و میر زیاد در زنان تعریف می نماید (۱۲). این تعریف نیز به عنوان یک چارچوب مفهومی در تحقیقات و برنامه ریزی های مربوطه در این کشور مورد استفاده است.

Bhatti و Hamilton سال ۱۹۹۶ چارچوب جامعی را برای ارتقای سلامت جمعیت ارائه دادند. این مدل یک طیف گسترده ای از عوامل تعیین گر سلامت مورد توجه مدل های دیگران را مورد لحاظ قرار داده و بعد عملکردی را هم اضافه کرده است. عوامل تعیین گر سلامت در دو محور دسته بندی عوامل و سطحی که اندازه گیری می شوند تقسیم شده اند. این به نظر یک نوآوری مفید در مقایسه با مدل های قبلی است. یک وجه تمایز آن نیز پایه این مدل است که ایده های پژوهش - تحقیق - سیاست - و سیکل آموزش را در بر می گیرد و به ارتباط ارزشها در تمامی فرایند توجه می کند (۵).

Mathers و Fogarty در سال ۱۹۹۶ چارچوبی را برای شاخص های سلامت پیشنهاد کردند که توسط موسسه سلامت و رفاه استرالیا در سال ۱۹۹۹ با اصلاحاتی مورد پذیرش قرار گرفت. این چارچوب پایه ای برای چارچوب اطلاعات در طرح توسعه ملی اطلاعات سلامت فراهم آورد. این چارچوب ۴ بعد وضعیت سلامت، عوامل سلامت، زیر ساخت و مداخلات سلامت را در بر می گرفت. از نظر این محقق چارچوب مفهومی باید ابعاد اصلی و فرعی مناسبی را تعریف کند که برای توصیف سلامت جامعه و عملکرد سیستم مراقبتهای بهداشتی دارای تنوع و وسعت لازم باشد. یک چارچوب مفهومی سلامت می تواند انتخاب و تفسیر معنی دار ابعاد سلامت را میسر کند و اطلاعات مورد نیاز برای ارائه سئوالاتی درباره سلامت و مراقبتهای بهداشتی و ارتباط بین آنها را تعیین می کند (۵۱).

چارچوب شاخص های سلامت در کانادا نیز که بطور خاص در مورد جنس و جنسیت نمی باشد در چهار حوزه وضعیت سلامت، عوامل غیر پزشکی سلامت، عملکرد سیستم سلامت، و ویژگیهای جامعه و سیستم سلامت تدوین شده است. این چارچوب در حوزه وضعیت سلامت شامل وضعیت کلی سلامت و بیماری، ناتوانی و مرگ در جمعیت و در حوزه عوامل مؤثر بر سلامت از جمله زمان و چگونگی استفاده از مراقبتهای سلامت، و همچنین کیفیت عملکرد سیستم سلامت است (۵۲).

Strobino و همکارانش از محققین مرکز سلامت زنان و کودکان دانشکده بهداشت دانشگاه جان هاپکینز امریکا نیز چارچوب نظری را برای شناسایی و سازماندهی نیازهای سلامت زنان لازم دانسته و ابعاد مختلفی از جمله وضعیت سلامت، خدمات سلامت و کیفیت را مورد توجه قرار می دهند. آنها ابراز می دارند که تعریف سلامت زنان تحت تأثیر فلسفه شناخت تأثیر نقشهای متعدد زنان در جامعه بر سلامت است که ضمن رد اشتباه تناقض بین سلامت باروری و غیر باروری بر واقعتهای سلامت زنان و نه فقط مشکلات تأکید دارد. بر این اساس چهار دیدگاه اصلی در تبیین چارچوب مفهومی باید در نظر داشت: (۱) یک دیدگاه کل نگر که نفوذ عوامل متعدد بیولوژیکی، روانشناختی، و اجتماعی را بر سلامت زنان در نظر گرفته و رویکرد سلامت نگر و نه مسئله محور را در نظر دارد. این دیدگاه بر واقعتهای مهم زنان تأکید داشته و ظرفیت و توانایی آنها برای قدرتمند بودن، خوشبخت و موفق بودن پس از حوادث و مشکلات و عوامل مثبتی که بر سلامت آنها تأثیر دارند را بیان می دارد. (۲) دیدگاه دوره زندگی به مفهوم چارچوب سلامت دوران بارداری جزئی از مفهوم سلامت کلی زنان دارد. بارداری به عنوان یک رویداد مهم زندگی و نه تنها رویداد مهم در زندگی زنان شناخته می شود. (۳) دیدگاه نقش اجتماعی که زنان معمولاً نقشهای متعدد و همپوشان اجتماعی را ایفا می نمایند. (۴) دیدگاه زن محور (women-centered) که تجربیات جنسیتی خاص زنان به عنوان یک هنجار لحاظ شده و تنوع از لحاظ نیازهای مراقبت سلامت و دسترسی به منابع کافی سلامت را در بین زنان تأیید می نماید. این

چارچوب با مروری بر چارچوبهای نظری مختلف سلامت زنان تدوین شد و از پویایی برخوردار بوده و عوامل غیر پزشکی سلامت را تعیین کننده های اصلی وضعیت سلامت دانسته و پیامدهای سلامت فردی و جمعی را بواسطه ویژگیهای جامعه و نظام سلامت و عملکرد آن شناخته است. این چارچوب جنس و جنسیت را بر چگونگی تأثیر این عوامل بر تجارب فردی در مراقبتها و پیامدهای سلامت دخیل می شناسد (۵۳).

مرکز سازمان بهداشت جهانی در کوبه ژاپن چارچوب اطلاعات سلامت زنان را در سال ۲۰۰۲ طراحی و ارائه کرده است. این چارچوب برای مقایسه بین المللی شاخص های سلامت و افزایش ظرفیت ارزیابی عدالت جنسیتی و سلامت به کار گرفته می شود. در این چارچوب علاوه بر توجه بر ابعاد زیست پزشکی، بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نیز تأکید شده است. طیفی از عوامل فردی، جمعیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در این مدل در چهار دسته: (۱) وضعیت سلامت، (۲) عوامل مؤثر بر سلامت، (۳) عملکرد نظام سلامت، (۴) ویژگی های جامعه، و نظام سلامت و رفاه در نظر گرفته شده است (۵۴).

سازمان جهانی بهداشت شاخص های سلامت زنان را بر اساس چارچوب اطلاعات سلامت زنان کوبه ژاپن استخراج نموده است. این شاخص ها بدون در نظر گرفتن دسته چهارم این چارچوب با عنوان ویژگی های جامعه و نظام سلامت و رفاه تعیین شده اند. علت حذف این دسته از شاخص ها موانع موجود در سنجش آنها ذکر می شود. شاخص های استخراج شده با عنوان شاخص های سلامت زنان در سطح جهانی ارائه و بصورت گسترده ای برای سنجش و پایش وضعیت سلامت زنان مورد استفاده قرار می گیرد (۵۴).

یکی دیگر از چارچوب های مطرح در سطح بین الملل که دارای ویژگی های خاص می باشد چارچوب نظری عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است که در سال ۲۰۰۸ از سوی کمیسیون ویژه تحت همین عنوان در سازمان جهانی بهداشت ارائه گردید. این چارچوب عوامل مختلف اجتماعی اقتصادی و سیاسی از قبیل هنجارها و ارزشهای حاکمیتی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی را به عنوان عوامل اساسی سلامت و مسئول ارتقای موقعیت های اجتماعی مانند آموزش، اشتغال، درآمد، و جنسیت شناسایی می نماید. اگرچه چارچوب شاخص های کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سازمان جهانی بهداشت یک چارچوب خاص سلامت زنان نیست ولی جنسیت را به عنوان یک بعد اساسی موقعیت اجتماعی و یک عامل مهم در پایش هر گروهی از شاخص های سلامت ضروری می شناسد (۵۵).

خلاصه و نتیجه گیری

در این فصل تلاش ما بر این بود تا به تبیین چارچوب مفهومی پژوهش حاضر پرداخته و چشم اندازی بر مطالعات مرتبط در جهان و ایران داشته باشیم. در این فصل تلاش گردید تا مفهوم سلامت و ابعاد آن هم بصورت عام و هم با رویکرد جنسیتی و برای زنان ارائه گردد. سپس بدنبال مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه سلامت زنان در ایران تلاش شد تا مدلهای موجود عوامل موثر بر سلامت مرور گردیده و به بحث و بررسی در مورد آنها پرداخته شود.

طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت : بهره مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری در سراسر دنیا از این حق اساسی بشری محروم هستند. این بیانیه در ادامه می افزاید که برخی مشکلات سلامت زنان توسط بیولوژی فردی تعیین میشود، ولی بسیاری از مشکلات آنان ناشی از عوامل اجتماعی - اقتصادی است و یا به واسطه این عوامل تشدید میگردد (۲۰)

چنانچه گفته شد ادبیات جهانی سلامت زنان عموماً را متأثر از عوامل زیر می داند: آموزش، وضعیت اقتصادی، اسکان، محیط زیست، نژاد، قومیت، داشتن کنترل بر سر نوشت خویش (۱)، عوامل اجتماعی - فرهنگی، عوامل جسمی، عوامل روانشناختی، مسئولیتها و نقشهای وابسته به جنس (همسری، مادری)، عوامل اقتصادی و سیاسی، اطلاعاتی / آموزشی، زمان، محیط عاری از خشونت، اعتماد به نفس، ابتکار و خلاقیت، مذهب، ظرفیت عملکردی، محیط اجتماعی، منابع و امکانات پایدار، صلح و آرامش، پناهگاه، غذا، در آمد، ثبات اکو سیستم، عدالت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، اشتغال، شرایط محیط کار، عوامل بیولوژیک و ژنتیک، مهارتهای مقابله ای، دوران تکامل کودکی و عملکرد و رفتارهای بهداشتی (۴۷).

یکی از چالش بر انگیز ترین رویکردها به سلامت بر این استوار است که سلامت عمومی متأثر از تعیین کننده های مختلفی فراتر از عوامل زیستی است. بیانیه اوتاوا در خصوص ارتقای سلامت عوامل مهم موثر بر سلامت را شامل صلح، سرپناه، آموزش، غذا، در آمد، اکوسیستم ثابت، منابع پایدار، برابری و عدالت اجتماعی معرفی می کند (۴۷).

تجربه سایر کشورها نشان داده است که سلامت عمومی جامعه و اختصاصاً زنان تأمین نخواهد شد، مگر آنکه بعضی از مؤلفه ها و تعیین کننده های کلان آن مانند فقر، حمایت های اجتماعی و همچنین بی سوادى نیز مدنظر قرار گیرند؛ چرا که همه ابعاد سلامت زنان تحت تأثیر این عوامل قرار می گیرند. این موضوع نشان می دهد که نقشه سلامت زنان در کشور برنامه درون سازمانی وزارت بهداشت نخواهد بود و می طلبد که کلیه سازمان های ذیربط و مرتبط نظام برای تحقق اهداف آن تلاش کنند.

در هر جامعه ای بر حسب شرایط گوناگون اقتصادی، اجتماعی، حمایتی، فرهنگی و مذهبی الگوی متفاوتی برای ارتقای سلامت زنان دیده می شود. تدوین و توسعه الگوها مبانی نظری قابل استنادی را به لحاظ نظری و عملی برای ارتقای سلامت فراهم می سازد .

امید است الگوی طراحی شده در این پژوهش بتواند مبانی نظری مورد لزوم را برای مطالعات بعدی در زمینه سلامت زنان فراهم نموده و بدین ترتیب بتواند در راستای ارتقاء سلامت زنان ایرانی گام مفیدی را بردارد.

فصل سوم : مراحل انجام پژوهش

روش و نوع پژوهش

در این مطالعه از روش های بررسی منابع و مطالعه کیفی تحلیل محتوایی درونی (Latent) و باتمركز بر روش تحلیل محتوایی متعارف (Conventional) استفاده شد. مرور منابع از طریق بررسی منابع کتابخانه ای و بررسی در فضای مجازی انجام گرفت. با استفاده از مثلث سازی (triangulation) روشهای مختلف داده ها جمع آوری شد. بدین ترتیب که در ابتدا متون و مقالات معتبر در حوزه سلامت و ارتقاء آن با هدف بررسی مدل های سلامت معرفی شده در سطح بین المللی جمع آوری گردید. بدین منظور واژه های فارسی شامل: زن، سلامت، الگوی مفهومی سلامت، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دیاگرام سلامت، مدل سلامت، الگوی سلامت، و واژه های انگلیسی شامل: health, health model, health conceptual framework, health context, determinant of health, health related factors, health definition, health diagram, health chart, health pattern در پایگاههای معتبر علوم پزشکی داخلی و خارجی ثبت شده بودند جستجو و جمع آوری شد. در این رابطه پایگاههای، PROQUEST, SCIENCE DIRECT, EBSCO, PUBMED, MAGIRAN, SID, GOOGLE SCHOLAR, SPRINGER, WEILLY, مورد جستجو قرار گرفتند. با برگزاری ۲۳ نشست تخصصی ۳ ساعته مستمر با حضور ۸ نفر از متخصصان مستندات مورد تحلیل محتوایی قرار گرفت و ماتریکس تحلیل محتوی با استناد بر مفاهیم و مضامین بر گرفته از مدل های موجود طراحی گردید. در حین تحلیل در صورت تبیین طبقه جدید، ماتریکس تحلیل داده ها توسعه داده می شد. در طول برگزاری جلسات نتایج مراحل تحلیل به اطلاع گروه متخصص رسانده شده و حسابرسی تحلیل داده ها، انجام می شد. در طی تحلیل از روش ترسیم دیاگرام های مستمر نیز برای تسهیل در درک و مفهوم سازی یافته ها استفاده شد. دیاگرامها بر اساس تاریخ استخراج بایگانی و جهت تحلیل غنی تر در اختیار تیم تحقیق قرار می گرفت.

پس از تدوین مدل اولیه با ۶ نفر از صاحب نظران، پژوهشگران و سیاستگذاران درجه اول حوزه سلامت مصاحبه نیمه ساختار مند به عمل آمد. طی این مرحله تعداد ۶ مصاحبه فردی با میانگین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه در هر جلسه در زمان و مکان مورد نظر شرکت کننده، انجام شد. هنگام دعوت از افراد، اهداف و چکیده پیش نویس طرح پژوهشی و پیش نویس اولیه مدل و چارچوب نظری تدوین شده توسط گروه تحقیق، در اختیار آنان قرار داده شد و بر اساس اظهار تمایل مصاحبه ها ضبط گردید. مصاحبه ها با سوالات کلی از تجارب شرکت کنندگان در زمینه سلامت زنان ایرانی آغاز و بتدریج با سوالات شفاف کننده، ادامه یافت. سپس مصاحبه ها باز نویسی و متون به دست آمده تحلیل محتوایی شدند. جهت تحلیل داده ها طی مراحل مطالعه، متون مورد روخوانی مکرر قرار گرفت، و واحد های معنایی در غالب کلمات، عبارات، جملات و پاراگراف ها معین شدند. در این مرحله سعی شد برای هر واحد معنایی نام مناسب بر اساس واژه های به کار رفته توسط شرکت کنندگان و یا نظر پژوهشگر، تخصیص داده شود. به این ترتیب کد ها

استخراج گردیدند و بر حسب مشابهت و ارتباط معنایی در طبقات و زیر طبقات قرار گرفتند. سعی شد بر اساس تشابهات، وجوه تمایز و ارتباطات، طبقات در ساختاری هرمی شکل جای داده شوند تا ارتباطات روش‌تر شده و خوشه های معنایی به دست آیند. بدین ترتیب ارتباطات نمود یافت و سعی شد بر اساس معانی، تفسیر و ترجمان محتویات مستتر در مکتوبات استخراج گردند. کد های استخراج شده در ماتریکس تحلیل، جایگذاری و در صورت لزوم ماتریکس توسعه داده شد. مصاحبه تا اخذ اشباع داده ها یعنی عدم تکرار داده ها و کیفیت مفاهیم توسعه یافته در طی تحلیل، ادامه داشت. رعایت اصل بی نامی و تمایل به شرکت شرکت کنندگان، ضبط مصاحبه ها با موافقت شرکت کنندگان، ذخیره مطمئن و دقیق اسناد و مکتوبات در محل مناسب از موارد رعایت اخلاق در این مطالعه بود. تیم تحقیق در نشست های تخصصی تعاریف را با استفاده از منابع استخراج و براساس اطلاعات این منابع و متناسب شده با مدل بیان نمودند

به منظور ارتقای سطح اطمینان پذیری (trustworthiness) از نگارش مبسوط یافته ها و تحلیل تیمی و member check اعضای تیم مطالعه بهره گرفته شد. همچنین از روش بحث گروهی ۷ ساعته با شرکت ۱۵ نفر از صاحب نظران حوزه سلامت زنان (منفک از افراد شرکت کننده در مصاحبه های فردی) جهت تایید یافته ها استفاده شد. در این مرحله نیز قبل از برگزاری جلسه، جدول های حاصل از تحلیل داده ها و دیاگرام های مرتبط برای افراد ارسال گردید. طی این جلسات نظرات و تایید صاحب نظران اخذ گردید. همچنین معیارهای درگیری طولانی مدت پژوهشگران با موضوع پژوهش و تخصیص فرصت مناسب به شرکت کنندگان برای مصاحبه فردی، بازخوانی کد ها و طبقات، توسط همکاران مد نظر قرار گرفت.

نمونه ی مطالعه

در طی اجرای مطالعه و شناسایی منابع تعداد افراد صاحب نظر جهت مصاحبه و کارگاه مشورتی تعیین شدند و ملاک تعداد بر اساس اشباع داده ها بود.

نتایج مورد انتظار از اجراء طرح و کاربرد احتمالی این نتایج:

نتایج حاصل در این مرحله می تواند در موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

۱. سیاستگذاری و برنامه ریزیهای ملی مرتبط با سلامت زنان در ایران

۲. ارزیابی وضعیت سلامت زنان

۳. ارزیابی سیاستها و برنامه های ملی سلامت زنان

ملاحظات اخلاقی

مصاحبه با افراد در چارچوب کسب رضایت آگاهانه از افراد انجام گرفت.

مشکلات احتمالی اجرایی در انجام طرح و روش حل مشکلات:

با توجه به کیفی بودن پژوهش امکان عدم امکان دسترسی به تعداد کافی متخصصین در این زمینه و جلب همکاری مورد نیاز پیش بینی شد که گروه تحقیق با شناسایی افراد و توجیه مناسب آنها در خصوص ضرورت طرح در کاهش این محدودیت تلاش نمود

نحوه انتشار نتایج اجرای طرح با ذکر عناوین مقالات و نام نویسندگان هر مقاله به ترتیبی که در مقاله ارسالی برای انتشار خواهد آمد.

در هر نوشته یا مقاله که در نتیجه این طرح تهیه شود بایستی ذکر شود که این طرح با پشتیبانی مالی فرهنگستان علوم پزشکی ایران انجام شده است

روش گردآوری و تحلیل داده ها:

مراحل اجرایی برنامه :

۱. مرور منابع در زمینه های:

- تعریف سلامت زنان و ابعاد آن
 - عوامل موثر بر سلامت زنان
 - تحلیل یافته ها از طریق تحلیل محتوی
 - تهیه چارچوب های نظری موجود سلامت زنان و نحوه ارتباط ابعاد سلامت و عوامل موثر
- برای اجرای این مرحله ابتدا گروه تحقیق فهرستی از کلید واژه های مناسب را برای بررسی کتابخانه ای و فضای مجازی مقالات و گزارشات مربوط و محورهای اصلی مطالعه تهیه نمودند. سپس چارچوبی برای ثبت یافته ها بمنظور ارزیابی آنها طراحی گردید. اطلاعات با توجه به این چارچوب جمع آوری شد.

۲. مطالعات کیفی:

- نشست تخصصی^۴ به منظور تحلیل اطلاعات جمع آوری شده و طراحی پیش نویس چارچوب نظری انجام شد
- مصاحبه عمیق با افراد صاحب نظر جهت نهایی نمودن پیش نویس چارچوب انجام شد
- آنالیز یافته های کیفی با روش تحلیل محتوی و تبیین درافت اولیه چارچوب نظری انجام شد
- برگزاری کارگاه مشورتی به منظور اعتبار سنجی چارچوب نظری تدوین شده انجام شد
- نشست تخصصی به منظور نهایی کردن چارچوب نظری انجام شد

^۴Expert panel

برای اجرای مرحله دوم پس از استخراج داده ها با محورهای فوق در طی نشستهای تخصصی کارشناسان به روش تحلیل محتوی ، پیش نویس چارچوب نظری و مدل پیشنهادی سلامت زنان طراحی و تدوین شد. در مرحله بعد فهرستی از افراد صاحب نظر که سابقه فعالیت علمی و تحقیقاتی در خصوص سلامت و زنان دارا بودند برای اجرای مصاحبه فردی تهیه گردید. بعد از تهیه راهنمای سئوالات، مصاحبه عمیق با افراد انتخاب شده به منظور ارزیابی و ارائه نظر در خصوص پیش نویس چارچوب نظری انجام گرفت. یافته ها از طریق تحلیل محتوی آنالیز شد. در ادامه طی یک گارگاه مشورتی و بحث گروهی با افراد صاحب نظر و نمایندگان سازمانهای مرتبط با سلامت زنان ، چارچوب نظری و تعاریف مربوطه نهایی شدند.

فصل چهارم: یافته های پژوهش

مقدمه

گروه تحقیق در مرحله اول طرح بر اساس اطلاعات حاصل از بررسی الگوها و نظریه های موجود در ارتقای سلامت زنان، در طی نشستهای کارشناسی الگوی اولیه عوامل مؤثر بر سلامت زنان را با ملاحظه جنبه های بومی، ملی، اعتقادی و فرهنگی زندگی زنان ایرانی تدوین نموده است. این الگو و چارچوب مفهومی با هدف شناخت و تعریف ارتباط بین وضعیت سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن تدوین شده و ارتباط بین آنها را در سطوح مختلف نمایش می دهد. این چارچوب مفهومی دستیابی به توافق در اولویتهای سیاستگذاری، قانون گذاری و برنامه ریزی خدمات سلامت را ممکن می سازد و امید است به عنوان ابزاری جهت نیل به اهداف سلامت زنان و ارتقای برنامه ها مورد استفاده قرار گیرد.

در طی نشستهای کارشناسی (Expert panel) شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت زنان در مرحله اول به روش بارش افکار انجام شد. در طی این مرحله اعضای گروه براساس اطلاعات علمی در گرایش تخصصی خود و همچنین با لحاظ وضعیت جامعه زنان ایرانی براساس تجارب و شناخت خود، عوامل مؤثر را شناسایی و فهرست نمودند. سپس تیم تحقیق در نشست های تخصصی تعاریف را با استفاده از منابع استخراج و براساس اطلاعات این منابع و متناسب شده با مدل بیان نمودند. در مرحله بعدی نتایج حاصل از بررسی متون و منابع علمی در گروه مطرح و مورد مطالعه قرار گرفت. فهرست و تعاریف عوامل مؤثر شناسایی شده با نتایج این مطالعات تطبیق و اصلاحات تکمیلی در مورد آن انجام شد.

فهرست تهیه شده در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی و معنوی دسته بندی گردید (جدول الف) عوامل مؤثر بر هر سطح براساس ابعاد مختلف مطرح در هر سطح، ماهیت آن، و شواهد علمی گروه بندی و نام گذاری شدند (جدول ب).

مفاهیم مورد نظر برای هریک از عوامل، گروهها و سطوح تدوین و با اطلاعات منابع علمی تطبیق شد و در صورت نیاز اصلاح و تکمیل شدند.

مشروح این تعاریف تهیه و در جدولی همراه با ذکر منابع مورد استفاده و واژگان معادل انگلیسی آنها تهیه گردید. خلاصه ای کاربردی از این تعاریف در جدول شماره یک تا ده تدوین گردید. این جداول ضمیمه الگوی پیشنهادی قرار گرفت.

الگوی اولیه چارچوب نظری سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن در ایران براساس مفاهیم تدوین شده برای عوامل مؤثر (جداول ۱۰-۱) بصورت لایه های مختلف و شماتیک در الگو طراحی و نشان داده شد. محل قرار گرفتن هر لایه ، وضعیت تقدم و تأخر سلامت نسبت به عوامل موجود در لایه های بالایی و لایه های زیرین را نشان می دهد.

هر لایه با نام گروه مرتبط با عوامل مؤثر قرار گرفته در آن لایه ، نامگذاری شده است
لایه های مربوط به هر سطح فردی ، خانوادگی ، اجتماعی و معنوی به صورت رنگهای متفاوت در الگو مشخص گردیده است.

عوامل مؤثر مورد هدف در سطوح مختلف برنامه های پیشگیری نظام سلامت با فلش در کنار الگو نمایش داده شده است. نقش سهم کاری بخش سلامت نیز در این الگو مشخص گردیده است.
منابع مورد استفاده در تعریف عوامل به ترتیب شماره آنها در انتهای جداول یکجا آورده شده است و متن کامل آنها در انتهای گزارش آمده است.

الگوی عوامل تعیین کننده سلامت زنان

جدول الف: عوامل مؤثر بر سلامت زنان به تفکیک سطوح فرد، خانواده، اجتماع

سطح	عامل موثر
فرد (Individual)	<ul style="list-style-type: none"> • ژنتیک • ویژگی های جنس زن • گروه سنی • دوره زندگی • توانایی جسمی روانی و ذهنی • تاب آوری و آسیب پذیری اجتماعی • مصرف مواد، الکل و دخانیات • فعالیت فیزیکی • الگوی تغذیه • الگوی مصرف دارو • رفتارهای جنسی • کنترل استرس • فعالیت های نشاط آور و خلاقانه در اوقات فراغت • رفتارهای ارتباطی • مراقبت از خود • پایبندی به قوانین و مقررات • رفتارهای دینی و معنوی
خانواده (Family)	<ul style="list-style-type: none"> • بعد و ترکیب خانوار • دسترسی و بهره مندی از منابع مادی و معنوی • امنیت در خانواده • توزیع قدرت (اختیار و مشارکت در تصمیم گیری) • قوانین و عرف خانوادگی • روابط درون خانواده با توجه به نقشهای جنسیتی در خانواده (دختری - خواهری - همسری - مادری و اجتماعی)

<ul style="list-style-type: none"> • روابط برون خانواده با توجه به نقشهای جنسیتی در خانواده (دختری - خواهری - همسری - مادری واجتماعی) • شیوه تربیتی خانواده 	
<ul style="list-style-type: none"> • حمایت اجتماعی • شبکه اجتماعی • اعتماد عمومی • هنجارهای اجتماعی • آموزش و تحصیلات • شغل • درآمد • خدمات سلامت • سواد سلامت • وضعیت مسکن • شرایط محل زندگی (امنیت وامکانات و...) • ایمنی و امنیت غذایی • شرایط زیست محیطی • قومیت • نقشهای جنسیتی در جامعه • منزلت زن در جامعه • رویکرد جنسیتی به قوانین، سیاستها و برنامه ها • حقوق و قوانین اجتماعی زنان (سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و...) • مشارکت زنان در تصمیم گیری در سطوح مختلف (سیاستگذاری، قانون گذاری، برنامه ریزی، اجرا و نظارت) • ساختارهای ویژه زنان • امنیت زنان در جامعه • نظام سلامت • شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و حقوقی • شرایط فناوری 	<p>اجتماع (Society)</p>

جدول ب : عوامل زیربنایی مؤثر بر سلامت زنان

سطح	معادل انگلیسی	عامل موثر
دین و معنویت با تأکید بر اسلام	Religion and Spirituality with emphasize on Islam	<ul style="list-style-type: none"> • باورها و اعتقادات (جهان‌بینی) • ارزش‌ها • اخلاق • سرمایه دینی معنوی در جامعه

جدول ج : عوامل مؤثر بر سلامت زنان به تفکیک سطوح و گروهها

سطح	گروه	عامل مؤثر
فرد (Individual)	عوامل زیست‌شناختی	<ul style="list-style-type: none"> • ژنتیک • ویژگی‌های جنس زن • گروه سنی • دوره زندگی
	وضعیت توانمندی	<ul style="list-style-type: none"> • توانایی جسمی، روانی و ذهنی • تاب‌آوری و آسیب‌پذیری اجتماعی

<ul style="list-style-type: none"> • مصرف مواد، الکل و دخانیات • فعالیت فیزیکی • الگوی تغذیه • الگوی مصرف دارو • رفتارهای جنسی • کنترل استرس • مراقبت از خود • پایبندی به قوانین و مقررات • رفتارهای دینی و معنوی • فعالیتهای نشاط آور و خلاقانه در اوقات فراغت • رفتارهای ارتباطی 	شیوه زندگی	فرد (Individual)
<ul style="list-style-type: none"> • بعد و ترکیب خانوار • دسترسی و بهرهمندی از منابع مادی و معنوی • امنیت در خانواده 	حمایت خانوادگی	خانواده (Family)
<ul style="list-style-type: none"> • توزیع قدرت (اختیار و مشارکت در تصمیم‌گیری) • قوانین و عرف خانوادگی 	حقوق و مسئولیت‌های خانوادگی	
<ul style="list-style-type: none"> • روابط درون خانواده با توجه به نقشهای جنسیتی در خانواده (دختری - خواهری - همسری - مادری واجتماعی) • روابط برون خانواده با توجه به نقشهای جنسیتی در خانواده (دختری - خواهری - همسری - مادری واجتماعی) • شیوه تربیتی، دینی و معنوی خانواده 	روابط خانوادگی	
<ul style="list-style-type: none"> • حمایت اجتماعی • شبکه اجتماعی • اعتماد عمومی • هنجارهای اجتماعی • کنش اجتماعی 	سرمایه اجتماعی	اجتماع (Society)

<ul style="list-style-type: none"> • آموزش و تحصیل • شغل • درآمد • امنیت زنان در جامعه • خدمات سلامت • سواد سلامت • وضعیت مسکن • شرایط محل زندگی (امنیت وامکانات و...) • ایمنی و امنیت غذایی • قومیت 	شرایط زندگی و کار	اجتماع (Society)
<ul style="list-style-type: none"> • نقشهای جنسیتی در جامعه • منزلت زن در جامعه • رویکرد جنسیتی به قوانین، سیاستها و برنامه ها • حقوق و قوانین اجتماعی زن (سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و...) • مشارکت زنان در تصمیم گیری در سطوح مختلف (سیاستگذاری، قانون گذاری، برنامه ریزی، اجرا و نظارت) • ساختارهای ویژه زنان در جامعه • نظام سلامت 	سیاست ها و ساختارها	
<ul style="list-style-type: none"> • شرایط اجتماعی • شرایط اقتصادی • شرایط سیاسی • شرایط فرهنگی • شرایط حقوقی و قانونی • شرایط زیست محیطی • شرایط فناوری 	شرایط کلی ملی، منطقه ای و جهانی	

جدول شماره ۱ - تعاریف سطوح فرد خانواده و اجتماع

سطح	معادل انگلیسی	تعریف
فرد	Individual	شامل عوامل مؤثری که برگرفته از ویژگی ها و توان بالقوه فرد است.
خانواده	Family	شامل عوامل مؤثری که برگرفته از موقعیت فرد در خانواده (مانند همسری، مادری، فرزندی و خواهری) است.
اجتماع	Society	شامل عوامل مؤثری که برگرفته از موقعیت فرد در اجتماع است.

جدول شماره ۲ - تعریف سلامت زنان

سلامت زنان	معادل انگلیسی	تعریف
	Women's Health	سطوح مختلف طیف سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی زنان شامل سلامت کامل، سلامت نسبی، بیماری پنهان، بیماری آشکار خفیف و بیماری آشکار شدید که محصول یا نتیجه اثر عوامل مختلف است. سلامت زنان با توجه به ویژگی های فیزیولوژیک جنس زن و جایگاه او در خانواده و اجتماع می تواند از نظر شیوع، شدت، علل و مخاطرات متفاوت باشد.

جدول شماره ۳ - تعاریف وضعیت زیست شناختی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
وضعیت زیست شناختی	Biological Condition	ویژگی های فردی ناشی از شرایط زیستی فرد (آناتومی، فیزیولوژی و ژنتیک) است. این ویژگیها در میان افراد انسانی با هم متفاوت است و این تفاوتها منشا تغییرات و تفاوت های بعدی از جمله تفاوت در وضعیت سلامتی میان افراد یک گروه از یک طرف و میان گروهها و جمعیت های مختلف انسانی از طرف دیگر می شود.
ژنتیک	Genetic	وضعیت ژنوم فرد که بر سلامتی و توانمندی های او تاثیر می گذارد.
ویژگی های جنس زن	Sex	نوع جنس زن که از لحاظ زیست شناختی (ساختاری و عملکردی) آنها را مستعد بیماریهای خاص می کند ، و یا آنان را با فراوانی، شدت ، و یا عوارض متفاوت از بیماریها مواجه می سازد.
گروه سنی	age group	مراحل سنی مختلف شامل جنینی، نوزادی، شیرخوارگی، کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی بزرگسالی و سالمندی که هر مرحله توان ها و آسیب پذیری های خود را به همراه دارد.
دوره زندگی	Life cycle	مراحل زندگی ناشی از رشد فیزیولوژیک شامل بلوغ، باروری (زایمان و شیردهی) و یائسگی که فرد را با توان ها و آسیب پذیری های خاص همراه می کند.

جدول شماره ۴ - تعاریف وضعیت توانمندی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
وضعیت توانمندی	Empowerment	مجموعه ای از ظرفیت های ذاتی و اکتسابی پایه فرد.
توانایی جسمی، روانی و ذهنی	Physical, psycho-mental ability	میزان برخورداری از توانهای جسمی در ابعاد ساختاری و عملکردی، توان های روانی چون ویژگی های شخصیتی و خلقی ، و توان های ذهنی چون ضریب هوشی و استعداد یادگیری که بر سلامت فرد تاثیر گذار است. بیماری های زمینه ای جسمی ، روانی ، و محدودیتهای ذهنی تأثیرگذار بر این توان ها می باشند.
تاب آوری و آسیب پذیری اجتماعی	Resiliency and social vulnerability	میزان برخورداری از موقعیت ، اطلاعات و مهارت های اجتماعی که توان پذیرش و حل مسائل را بدون آسیب دیدن به فرد می دهد.

جدول شماره ۵ - تعاریف شیوه زندگی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
شیوه زندگی	Life style	الگوی رفتارهای فردی منتج شده از تعامل بین خصوصیات فرد، تعاملات اجتماعی و شرایط اقتصادی و محیطی او که ابعاد مختلفی میتوان برای آن در نظر گرفت.
مصرف مواد، الکل و دخانیات	Drugs, substance, alcohol and tobacco usage	شیوه رفتار فرد در خصوص مصرف یا عدم مصرف دخانیات (توتون و تنباکو)، الکل و مواد مخدر (موادی که مصرف آن در انسان حالت لذت و خوشی کاذب ایجاد و وابستگی جسمی و روانی بوجود می آورد.
فعالیت فیزیکی	Physical activity	مجموعه فعالیتهای فرد که همراه با حرکت ماهیچه اسکلتی و مصرف انرژی است.
الگوی تغذیه	Diet	الگوی مصرف مواد غذایی فرد از نظر تامین مواد مغذی و انرژی مورد نیاز.
الگوی مصرف دارو	Medicine usage	الگوی مصرف دارو با هدف تامین، حفظ و ارتقاء سلامت خود.
رفتارهای جنسی	Sexual behavioral	فعالیت یا الگوی فعالیت جنسی فرد که بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد مؤثر باشد.
کنترل استرس	Stress control	شیوه رفتاری فرد در درک، تفسیر، پاسخ و سازگاری با موقعیت های چالش برانگیز زندگی.
مراقبت از خود	Self Care	مجموعه عملکرد عمدی فرد به منظور حفظ سلامت و زیبایی خود که میتواند شامل انواع مراقبت های مربوط به بهداشت عمومی و پزشکی باشد.
پایبندی به قوانین و مقررات	Adherence to rules and regulations	میزان یا الگوی هماهنگی رفتارها با قوانین و مقررات خانوادگی و اجتماعی.
رفتارهای دینی و معنوی	Religious and Spiritual behaviors	مجموعه فعالیت هایی که با قصد قربت و جهت گیری الهی انجام می شود و می تواند موجب ارتباط فرد با مبدأ هستی و خود شود.
فعالتهای نشاط آور و خلاقانه در اوقات فراغت	Creative activities in leisure time	مجموعه ای از فعالتهای اختیاری فرد (آموزشی، تفریحی، هنری و انس با طبیعت که با هدف کسب نشاط و آرامش و لذت انجام می شود.
رفتارهای ارتباطی	Communication behaviors	مجموعه رفتارهای ارتباطی فرد با دیگران (دوستان خانواده و فامیل، همکاران و شهروندان) است.

جدول شماره ۶ – تعاریف حمایت خانوادگی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
حمایت خانوادگی	Family support	حمایت خانواده به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی اطلاق میشود که افراد خانواده به عضو خانواده عرضه می کنند
بعد و ترکیب خانواده	Family size and composition	خانواده به گروهی اطلاق می شود که از طریق نسب یا سبب و رضاع یا فرزند خواندگی به هم پیوند خورده اند. تعداد اعضای خانواده و جایگاه (پدر، مادر، فرزند، مادر بزرگ ...) آنها بعد و ترکیب خانواده و شکل همزیستی آنان را مشخص می کند.
دسترسی و بهره مندی از منابع مادی و معنوی	Access to family resources	امکانات مادی، معنوی، فرهنگی و تربیتی لازم برای رشد هم جانبه اعضاء خانواده که بصورت رسمی یا غیر رسمی از ان برخوردار و بهره مند می شوند
ایمنی و امنیت در خانواده	Safety and Security in family	خانواده بامیزان تامین نیاز های جسمی، روانی و عاطفی بر سلامت اعضاء اثر می گذارد. خانواده میتواند با حمایت از اعضای خود و حفاظت از ثبات و حریم فردی و جمعی اعضاء محیط امنی را برای آنان فراهم کند.

جدول شماره ۷ - تعاریف حقوق و مسئولیت های خانوادگی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
حقوق و مسئولیتهای خانوادگی	Family rights and responsibilities	حقوق و مسئولیتهای خاص جنسیتی هریک از اعضای خانواده با توجه به ویژگیهای جسمی، روانی و ایفای نقش آنها شکل می گیرد و به عملکرد و ساختار و نیاز های خانواده وابسته است.
قوانین و عرف خانوادگی	Family rules and laws	قوانین و عرف مربوط به تشکیل، تحکیم و حمایت خانواده که چگونگی رفتار، تقسیم کار، ارتباط و همکاری اعضای خانواده را برای انجام وظایف و مسئولیتهای فردی و جمعی مشخص می کند.
توزیع قدرت (اختیار و مشارکت در تصمیم گیری)	Power distribution (authority and decision making participation)	نحوه و میزان کنترل، اختیار و داشتن نفوذ هریک از اعضاء بر دیگر اعضای خانواده می باشد و در هر خانواده الگوی توزیع قدرت متفاوت است. نقشها، توانمندی و منزلت اجتماعی زن بر توزیع قدرت در خانواده تاثیر دارند.

جدول شماره ۸ - تعاریف روابط خانوادگی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
روابط درونی خانواده	Family internal relations	شبکه و الگوی ارتباط، همبستگی و ائتلاف ما بین اعضاء و خرده نظامهای درون خانواده که با توجه به نقشهای جنسیتی (زن در خانواده همسری، مادری، دختری و خواهری) و بر پایه حقوق و اخلاق و سنت متفاوت بوده و بر سلامت و عملکرد خانواده تأثیر می گذارد.
روابط برونی خانواده	Family external relations	عبارت است از روابط هر عضو خانواده با خارج آن در قالب ارتباطات خانوادگی که می تواند تحت تأثیر قوانین و عرف حاکم بر خانواده و جامعه است.
شیوه تربیتی خانواده	Educational style in the Family	نظام ارزشی و اخلاقی مبتنی بر اعتقادات، دین و معنویت حاکم بر خانواده که میزان رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد و جهان بینی، اخلاق، آداب، و مسئولیت پذیری افراد را شکل می دهد.

جدول شماره ۹ - تعاریف سرمایه اجتماعی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
سرمایه اجتماعی	Social capital	سرمایه حاصل از تعاملات و هنجارهای گروهی و اجتماعی که ناشی از روابط انسانی (پیوند ذهنی)، شبکه های اجتماعی (پیوند عینی) و حمایت های اجتماعی است. به عبارتی جنبه هایی از سازمان اجتماعی از قبیل هنجارها، شبکه های اجتماعی و اعتماد عمومی است که همبازی و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک، تسهیل می کند.
شبکه های اجتماعی	Social networks	مجموعه ای از افراد را شامل می شوند که به نوعی دارای مشارکت اجتماعی یا مشارکت مدنی هستند. هر چه انسجام اجتماعی بین افراد شبکه بیشتر باشد، شبکه های اجتماعی از کیفیت بالاتری برخوردار می باشد. این مفاهیم در زیر تعریف شده است: ۱. مشارکت اجتماعی Social participation : انواع مشارکت که هم برای فرد رضایت به بار می آورد و هم عامل شکل دهی به روابط و سازنده شبکه های حمایتی بالقوه است مانند دیدار با دوستان، شرکت در مراسم شادی و ترحیم دیگران، رفتن به گردشهای دسته جمعی. ۲. مشارکت مدنی Civil participation : فعالیت هایی که در ارتباط با فضای سیاسی، حکومتی، مدیریت باشگاهها و انجمن ها و نیز سازمانهای غیر دولتی بوده و معمولاً در قالب عضویت رسمی فرد در گروه های مختلف خود را نشان می دهد و تابع مقررات و سلسله مراتب است. ۳. انسجام اجتماعی Social cohesion : بهره مندی از احساس پذیرش از سوی دیگران و احساس راحتی در محیط همسایگی و اجتماع محلی و گروههایی که افراد در آنها عضویت داشته و یا در آنها مشارکت دارند. به تعریف دیگر انسجام اجتماعی فرآیند ساختن ارزشهای مشترک، کاهش فاصله های طبقاتی بین افراد جامعه و بطور کلی کمک به افراد برای داشتن این حس که آنها با افراد دیگر در انجام کارهای مشترک درگیرند و با آنها دردها و مشکلات مشترکی دارند و اینکه اعضای یک پیکرند.
اعتماد عمومی	Public Trust	اعتماد دارای جنبه های مختلفی است شامل میزان اعتماد فرد به خانواده و آشنایان، اعتماد به غریبه ها، اعتماد به سازمانهای مختلف و اعتماد به حکومت. قابلیت اعتماد میزان ریسک پذیری و قابل اعتماد دانستن محیط زندگی از نظر فرد است.
هنجارهای اجتماعی	Social Norms	قوانین رسمی و عرفی حاکم بر رفتارهای افراد در جامعه یا گروهها.

واکنش فردی و اجتماعی در خصوص رعایت یا عدم رعایت هنجارهای اجتماعی در جامعه	Social action	کنش اجتماعی
کمک هایی که توسط سایرین برای توسعه رفاه مادی و معنوی فرد فراهم می شود. این حمایت ها دارای دو بعد ذهنی یا درک شده و بعد عینی یا دریافت شده است و شامل انواع مختلف از جمله حمایت های عاطفی، ابزاری، مالی، اطلاعاتی و ارزشی یا اخلاقی هستند.	Social support	حمایت اجتماعی

جدول شماره ۱۰ - تعاریف شرایط زندگی و کار

تعریف	معادل انگلیسی	عامل موثر
آموزش فرایندی است که از طریق آن ارزش ها و دانش موجود در یک جامعه از یک نسل به نسل بعد منتقل می شود. منظور از آموزش شرکت در فرایند آموزش تحصیلی رسمی و غیر رسمی و همچنین آموزش هایی است که از سوی نهادهای رسمی و غیر رسمی و یا آموزشهایی که از طریق رسانه ها و یا الگوبرداری و یا خودآموزی منتقل می شود. و به منظور یادگیری و ارتقا مهارتهای پایه ای بدون تمرکز بر یک مشکل خاص و با تمرکز بر جمعیت عمومی صورت گرفته است.	Education	آموزش و تحصیلات
سواد سلامتی مهارتهای شناختی و اجتماعی را نشان میدهد که انگیزه و توانایی افراد را در دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات به شکلی که سبب ارتقا و حفظ سلامت مطلوب گردد، باعث میشود. با بهبود دسترسی افراد به اطلاعات سلامت و ظرفیت استفاده موثر از آن، سواد سلامتی عنصری ضروری برای توانمند سازی است.	Health Literacy	سواد سلامت
بازتاب شرایط اجتماعی اعم از دیدگاه ها، قوانین و رویکردها در ایجاد آرامش و ایمنی برای زنان جامعه.	Women's security	امنیت زنان
منظور از امنیت غذایی خانوار دسترسی فیزیکی، اقتصادی و اجتماعی اعضای خانوار در تمام اوقات به غذای سالم، کامل و کافی که احتیاجات رژیمی و تمایل آنها را به غذا برای گذران یک زندگی سالم و فعال رفع کند، است.	Food Security	امنیت غذایی
ایمنی غذایی یعنی اطمینان از اینکه غذایی که مردم جامعه استفاده می کنند بطور کامل سالم و فاقد هرگونه آلودگی باشد؛ این آلودگی می تواند شامل آلودگی میکروبی، انگلی و یا شیمیایی باشد.	Food Safety	ایمنی غذایی

درآمد	income	درآمد یعنی هر آنچه انسان از راه تلاش و کار مانند کشاورزی، تجارت و حرفه و فن بدست می‌آورد، و یا آنچه بدون تلاش بدست می‌آید مانند ارث که پیش‌بینی نشده است.
قومیت	Ethnicity	قومیت به دیدگاه‌ها و شیوه‌های عمل فرهنگی (از جمله زبان، تاریخ یا تبار و شیوه‌های پوشش و آرایش) که اجتماع معینی از مردم را متمایز می‌کند، اطلاق می‌شود. اعضای گروه‌های قومی خود را از نظر فرهنگی متمایز از گروه‌بندی‌های دیگر جامعه می‌دانند، و دیگران نیز آنها را همین‌گونه در نظر می‌گیرند.
ملیت	Nationality	ملیت عبارت است از عضویت در یک ملت که معمولاً با شهروندی آن مشخص می‌گردد اما گاهی نیز با قومیت یا محل اقامت یا احساس هویت ملی تعیین می‌شود.
شغل	Employment	ویژگی‌های مختلف شغلی شامل نوع و شأن، امنیت شغلی (Job security) و شرایط محیط کار (Working condition) است. نوع و شأن شغلی هویت خانوادگی و اجتماعی فرد را متأثر می‌سازد. میزان تداوم اشتغال بیانگر میزان امنیت شغلی است. شرایط کار شامل ساعات کار، ابعاد فیزیکی، قانونی و مسئولیت شغلی است.
مسکن	Housing	مکان، فضا و یا محوطه‌ای که یک یا چند خانوار در آن سکونت داشته و به یک یا چند ورودی راه داشته باشد. شرایط مسکن می‌تواند بر سلامت افراد ساکن بر آن تأثیر داشته باشد. این شرایط شامل میزان تطابق با ضوابط اعتقادی و فرهنگی، دسترسی و امنیت فیزیکی؛ امنیت مالکیت؛ پایداری و دوام سازه‌ای؛ روشنایی؛ تهویه و سیستم گرمایش و سرمایش؛ زیر ساخت‌های اولیه از قبیل آب و فاضلاب و دفع زباله است.
شرایط محل زندگی	Living Condition	محیط اجتماعی، نظام‌های خدمات اجتماعی و سلامت، و ویژگی‌های جمعیت‌های شهری و روستایی محل زندگی فرد که با یکدیگر در تاثیرگذاری بر سلامت تعامل دارند: شامل شرایط خانه، خیابانها، محل‌های کار، سیستم‌های حمل و نقل، محلات، آژانس‌های اجتماعی، مراکز سلامت، مدارس، سازمانهای شهری، بازارها و محیط فرهنگی.
خدمات سلامت	Health Services	میزان فراهمی، دسترسی (جغرافیایی، اقتصادی و فرهنگی)، بهره‌مندی و کیفیت انواع خدمات ارتقایی، پیشگیرانه یا توانبخشی که با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد در خانه، جامعه، محل کار یا مراکز بهداشتی درمانی ارائه می‌شوند و بر سلامت افراد مؤثر می‌باشد.

جدول شماره ۱۱ – تعاریف سیاست ها و ساختارها

تعریف	معادل انگلیسی	عامل موثر
سیاست ها و ساختارها	Policies and structures	سیاست های کلی و ساختارهای اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان.
نظام سلامت	Health System	مجموعه منابع ، سازمانها ، سیاستها و برنامه های اجرایی بخشهای مختلف جامعه اعم از بخش بهداشت و درمان و سایر بخشها که بصورت مستقیم بر سلامت زنان تأثیر می گذارند.
منزلت زن در جامعه	Women status	دیدگاه، باورها و عملکرد جامعه در خصوص جایگاه و نقش زن، نشأت گرفته از اعتقادات، آداب و رسوم و فرهنگ جامعه.
نقشهای جنسیتی در جامعه	Gender roles in society	هنجارهای اجتماعی و رفتاری برای هریک از دو جنس که در یک فرهنگ خاص شناخته می شود . نقشهای جنسیتی در فرهنگها و زمانهای مختلف متفاوت بوده و می تواند تحت تأثیر تفاوت های بیولوژیک و فیزیولوژیک باشد.
رویکرد جنسیتی در سیاستها و قوانین و برنامه ها	Gender approach in making policies , laws and plans	سیاستگذاری، قانون گذاری و برنامه ریزی براساس لحاظ ویژگیها، نقشها ، حقوق و مسئولیتهای مرتبط با جنس زن
حقوق و قوانین اجتماعی زنان	Social legal and Women Rights	میزان برخورداری زنان از حقوق و مزایای اجتماعی منتج از ایفای نقشها، مسئولیتهای و بر اساس عدالت جنسیتی
ساختارهای ویژه زنان	Women's Infrastructure	سازمانهای سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارتی با هدف دیده بانان جامعه از نظر وضعیت مرتبط با زنان و بهبود و ارتقاء آن
مشارکت زنان در تصمیم گیری در سطوح مختلف (سیاستگذاری، قانون- گذاری، برنامه ریزی، اجرا و نظارت)	Women's Participation in decision making at different levels (policy and law making, planning, executing and control)	مکانیزم های مختلف برای بیان نظرات و اثرگذاری مطلوب افراد بر تصمیم گیری سطوح مختلف سیاستگذاری، قانونگذاری، برنامه ریزی، اجرا و نظارت در حوزه های اقتصادی ، سیاسی، مدیریتی، فرهنگی و خانوادگی.

جدول شماره ۱۲ - تعاریف شرایط کلی ملی، منطقه ای و جهانی

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف
شرایط ملی، منطقه ای و جهانی	National, Regional and Global Conditions	مجموعه فعل و انفعالاتی که منجر به ساختارها و فرایندهای فرهنگی اقتصادی سیاسی اجتماعی زیست محیطی و فناوری در سطوح ملی منطقه ای و جهانی می شود
شرایط زیست محیطی	Living Environment	شرایط زیست محیطی که به طور مستقیم و غیر مستقیم بر افراد تأثیر دارد. شامل وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، پوشش گیاهی و جانوری، خاک، آب، هوا، عوامل میکروبیولوژی، فیزیکی و شیمیایی آسیب زای محیط زیست است.
شرایط فرهنگی	Cultural Conditions	مجموعه ارزش ها، دیدگاهها و نگرش ها، باورها و عقاید، آداب و رسوم، هنر، ایده ها و سبک رفتارها و روابطی که در بین افراد یک جامعه وجود دارد. نوع مذهب، زبان، تحصیل و آموزش و سازمان اجتماعی ناشی از شرایط فرهنگی جامعه می باشد.
شرایط سیاسی	politicalConditions	شرایط سیاسی ناشی از نظام سیاسی و نظام حزبی و رویدادهای سیاسی است که در یک جامعه در زمانهای مختلف روی می دهد
شرایط اجتماعی	Social Conditions	مجموعه سازمان ها، قالب ها و فرم ها، الگوها و فرآیندهای اجتماعی و فرهنگی که بر زندگی افراد یا اجتماع تأثیر دارند
شرایط حقوقی و قانونی	Legal Conditions	مجموعه سیاست های قانونی، مقررات و هنجارهایی که سازمان ها در سطوح مختلف برای حفاظت از مردم و جامعه باید بدانها عمل کنند
شرایط فناوری	Technological Conditions	نیرو ها در ایجاد و توسعه فناوری که بواسطه ابداع محصولات جدید و سایر پیشرفت های فنی بر زندگی افراد و جامعه اثر می گذارد.

جدول شماره ۱۳ – تعاریف دین و معنویت با تأکید بر اسلام

عامل موثر	معادل انگلیسی	تعریف عامل موثر
دین و معنویت با تأکید بر اسلام	Religion and Spirituality with emphasize on Islam	دین به معنی معرفت و دیدگاه فردی و اجتماعی برگرفته از ادیان و مکاتب در خصوص آفرینش، مبدأ، معناداری و روند تکاملی خلقت، هماهنگ با معارف اسلامی است. دین مجموعه ای از معارف مربوط به مبدأ و معاد و قوانین اجتماعی، از عبادات و معاملات است که از طریق وحی و نبوت به بشر رسیده است. اعتقاد به این عقاید و انجام این دستورها، سبب سعادت و خوشبختی انسان در دو جهان است
باورها و اعتقادات (جهان بینی)	Ideology/Credence (World view/Weltanschauung)	دیدگاه و شناخت فرد یا جامعه نسبت به جهان هستی و انسان و نظم و قوانین حاکم بر آن.
ارزش ها	Values	باید و نبایدهای حاکم بر نگرش و رفتارهای فردی، خانوادگی و اجتماعی.
اخلاق	Ethics	میزان منش و عملکرد فرد یا جامعه براساس ارزشها و جهان بینی
سرمایه دینی معنوی در جامعه	Religious and Spiritual Capital in Society	مجموعه منابع، اسوه ها، آموزه ها و هنجارهای دینی معنوی جامعه که با تأثیر بر دیدگاه ها رفتارهای فرد بر سلامت او تأثیر می گذارد.

***منابع مورد استفاده در جداول تعاریف به ترتیب از شماره های ۵۶-۱۱۳ می باشند

الگو سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن

(مدل سلامت زنان فرم مهر)



فصل پنجم

ارائه مدل پیشنهادی عوامل تعیین کننده سلامت زنان:

• ضرورت ، عناصر ، ویژگی های مدل

• بحث و نتیجه گیری

مدل عوامل تعیین کننده سلامت زنان (مدل سلامت زنان فرمهر)

موضوع سلامت زنان توجه سیاستگذاران ، مدیران ، محققین و ارائه کنندگان را از سالهای قبل به خود جلب می کرد و بخصوص در دو دهه اخیر این موضوع از آنجا اهمیت بیشتری یافت که مسئله کنترل جمعیت و سلامت باروری به عنوان یک ضرورت و سیاست ملی مورد توجه جدی قرار گرفت و سیاستگذاری و برنامه ریزی در این زمینه توسعه یافت و بدنبال آن نتایج چشمگیری در بهبود و توسعه سلامت جامعه و بویژه جامعه زنان کشور حاصل شد. در دهه اخیر با تغییر اپیدمیولوژی بیماریهای واگیر به بیماری های غیر واگیر و مزمن این موضوع اهمیت بیشتری را به خود اختصاص می دهد و سلامت زنان ابعاد وسیعتری فراتر از سلامت باروری مطرح می شود و غفلت سیستم سلامت از توجه و پاسخ به نیازهای سلامت روانی و اجتماعی زنان احساس می شود.

مدل پیشنهادی این مطالعه مدل عوامل تعیین کننده سلامت زنان جمهوری اسلامی ایران است که به نام « فرمهر » نام گذاری شده است. نام مدل از ترکیب دو کلمه «فر» و « مهر» تشکیل شده است. کلمه «فر» برگرفته از نام فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است که مدل توسط پژوهشگران گروه علمی سلامت زنان آن طراحی شده است. همچنین این کلمه به مفهوم شکوه اشاره گر به اهمیت مدل و کاربرد آن در سلامت زنان و بواسطه آن سلامت جامعه دارد. کلمه «مهر» به مفهوم خورشید مصداق نمای ظاهری مدل می باشد و به

مفهوم روشنی و گرمی بخش اشاره به نقش زنان به عنوان کانون سلامت، رشد، و محبت در خانواده است. تلفیق این دو کلمه بصورت «فرمهر» شکوه و عظمتی چون خورشید را نشان می دهد.

ضرورت چارچوب نظری و مدل سلامت زنان در ایران (فرمهر)

تفاوت های بیولوژیکی مربوط به جنس (sex) بین زنان و مردان ریشه نیازهای متفاوت سلامت آنهاست ولیکن سلامت زنان تنها به تفاوت های بیولوژیکی مربوط به جنس آنها یا سلامت باروری آنها خلاصه نمی شود و تفاوت های اجتماعی یا جنسیتی (Gender) که با ویژگی های بیولوژیکی و جنسی زن و مرد در تعامل می باشد دارای اثرات بسیار بارزی بر سلامت آنها می باشد. جنسیت به عنوان عاملی برای شناخت شرایط و فرایندهای اجتماعی متفاوت است که در مورد زن و مرد تعریف می شود و بیشتر بواسطه هنجارهای فرهنگی فراتر از بیولوژی بوجود می آید. ساختار اجتماعی جنسیت تعیین کننده دیدگاهها و نگرش ها، ظرفیت ها و قابلیت ها، چگونگی رفتارها، نقش ها، و تصویر ذهنی و موقعیت قدرتی درباره زن و مرد می باشد. جنسیت بر تمامی ابعاد زندگی زن و مرد، نیازها، فرصت ها و دسترسی آنها به منابع اثرگذار است.

مطالعات نشان می دهند وضعیت بد سلامت با بی عدالتی جنسیتی مرتبط می باشد. این نتایج به عواملی مانند طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل، درآمد و اشتغال اشاره می کنند. شواهد روزافزونی نیز حاکی از وجود تفاوت در وضعیت سلامت، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت بین زن و مرد می باشد.

بسیاری از عوامل تعیین کننده در چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر ممکن است هم اکنون هم در برخی از مراکز بهداشتی درمانی بکار گرفته و استفاده می شود بدون آنکه محوریت سلامت زنان در نظر گرفته شده باشد. امکان دارد برخی از ارائه کنندگان خدمات سلامت ضرورت یک رویکرد با محوریت سلامت زنان را پذیرفته و یا حمایت نمایند ولیکن فرصت یافتن راه حل برای پاسخ به نیازهای سلامت زنان را نداشته باشند. رویکرد براساس چارچوب سلامت زنان می تواند امکان تحلیل و عمل برای فهم بیشتر از تأثیر متفاوت سیاست ها و برنامه های سلامت بر زنان و مردان را فراهم آورد.

بدین منظور جمعی از محققین و اساتید دانشگاه اعضای گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران این موضوع را مورد توجه و بحث و بررسی قرار دادند و بمنظور اینکه نظام سلامت کشور در کنار بخش های دیگر کشور بتواند بصورت همه جانبه به نیازهای سلامت زنان پرداخته و پاسخ های مناسب به آنها را تدارک دیده و اثربخشی سیاست ها و برنامه ها و مداخلات را افزایش دهند، اقدام به مطالعه و تدوین چارچوب سلامت زنان ایرانی نمودند.

چارچوب ارائه شده در این گزارش حاصل فعالیت علمی تحقیقاتی و همکاری بیش از سی نفر از محققین علمی دانشگاهی از بخش های علمی و اجرایی نظام سلامت می باشد. هدف اصلی این افراد شناخت بیشتر از تجارب زنان در ارتباط با نظام سلامت و بهبود سیاست ها و برنامه های این نظام برای پاسخگویی بهتر به نیازهای جامعه زنان ایرانی بود. این چارچوب حاصل بحث هایی بود که با آگاهی از مطالعات قبلی در سطح ملی و بین المللی مرتبط با موضوع سلامت زنان صورت گرفته است. استفاده از روش های مختلف کیفی مانند مصاحبه عمیق، بحث گروهی متمرکز با صاحب نظران و دست اندرکاران نظام سلامت و آمار و اطلاعات موجود درباره وضعیت سلامت زنان ایرانی و همچنین بررسی چارچوب ها و مدل های مفهومی سلامت زنان در جهان انجام شده است. این بحث ها بواسطه دیدگاههای متنوع و همه جانبه و تجربیات علمی اجرایی افراد شرکت کننده در این مطالعه از نظر کیفیت بسیار عمیق تر و با محتوا تر گردید.

عناصر تشکیل دهنده چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر:

عناصر تشکیل دهنده مدل فرمهر شامل 53 عامل یا عنصر هستند که به ترتیب عبارتند از:

- ۱۷ عامل در سطح فرد که در سه گروه موضوعی دسته بندی شده اند
- ۸ عامل در سطح خانواده که در سه گروه موضوعی دسته بندی شده اند
- ۲۴ عامل در سطح اجتماع که در چهار گروه موضوعی دسته بندی شده اند
- ۴ عامل یا عنصر زیربنایی مؤثر بر سلامت زنان که در یک گروه موضوعی و جدول قرار دارند

سه مورد اول عوامل فوق در جدول الف به تفکیک سطوح فرد، خانواده و اجتماع قرار دارند. در جدول ب این سه مورد عوامل به تفکیک سطوح و گروههای موضوعی قرار دارند. در جدول ج چهار عامل زیربنایی قرار دارند.

جداول ۱ تا ۶ شامل تعاریف و معادل انگلیسی کلیه واژه های بکار رفته در مدل، عوامل و موضوع گروههای دسته بندی شده می باشند

ویژگی های الگو و مدل سلامت زنان فرمهر

این الگو از نوع مفهومی و تئوریک می باشد که در آن سعی شده است تمامی عوامل موثر بر سلامت زنان ارائه شود این عوامل می توانند خاص سلامت زنان بوده یا بطورکلی به سلامت افراد تأثیر گذار باشند.

- عوامل موثر با توجه به منشأ آن در سه سطح فرد، خانواده، و اجتماع دسته بندی شده اند.

- عوامل موثر در هر یک از سطوح فرد، خانواده و اجتماع بر حسب ماهیت و موضوع گروه بندی شده اند.
- عوامل موثر در چارچوب با هدف تسهیل در به کارگیری و درک روابط متقابل این عوامل با هم و تأثیرگذاری آنها بر سلامت زنان در قالب مدل فرمهر نمایش داده شده است.
- مدل فرمهر نیم دایره ای با مرکزیت سلامت زنان است که بر روی محور پایه ای قرار گرفته است.
- بر روی مدل فرمهر (نمایش الگو) عوامل موثر در هر گروه به شکل لایه ای نمایش داده شده است.
- در برش مرکزی نیم دایره عنوان گروه های هر لایه ارائه شده است.
- ترتیب لایه ها در مدل فرمهر تقدم و تأخر و تأثیر عوامل هر لایه نسبت به لایه های دیگر بالایی و پایین را بر سلامت زنان نشان می دهد
- تمامی عوامل موثر که در لایه های مختلف در مدل فرمهر نشان داده شده اند همگی در نهایت بر سلامت زنان تأثیر گذارند.
- لایه ها از سمت مرکز به محیط به ترتیب مربوط به سطوح فرد، خانواده، و اجتماع هستند.
- محیطی ترین لایه مربوط به لایه شرایط منطقه و جهان است.
- عوامل مؤثر در گروه منطقه و جهان مشابه با عوامل مؤثر در گروه شرایط کلی ملی است
- علت جداسازی لایه شرایط منطقه و جهان از لایه شرایط کلی ملی به دلیل تفاوت در میزان اثرگذاری اقدامات ملی بر این عوامل است
- محور پایه ای که نیم دایره بر روی آن سوار شده است. عوامل موثر گروه دین و معنویت با تأکید بر اسلام را نمایش می دهد.
- عوامل موثر قرار گرفته در گروه دین و معنویت به دلیل اثر زیر بنایی، زمینه ساز و همه جانبه بر سلامت زنان و همچنین متأثر سازی سایر عوامل موثر به صورت محور پایه در مدل فرمهر نمایش داده شده است.
- عوامل موثر در الگو جایگزین وضعیت مطلوب نمی باشند و بر حسب وضعیت، می توانند اثری مثبت یا منفی بر سلامت زنان داشته باشند.
- این الگو با در نظر گرفتن مستندات علمی روز در خصوص سلامت و عوامل مؤثر بر آن، شرایط خاص فردی، خانوادگی و اجتماعی زنان، ویژگی های بومی و منطقه ای جامعه زنان ایرانی و وجوه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، اعتقادی حاکم بر جامعه ایران طراحی شده است.
- با توجه به مشترکات ویژگی های زنان و شرایط فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان این الگو برای زنان سایر جوامع می تواند قابل استفاده باشد. به منظور متناسب کردن هر چه بهتر این الگو برای سایر جوامع لازم است با توجه به تفاوت های این جوامع یا جامعه زنان ایرانی تغییراتی جهت بومی سازی این الگو انجام شود.

با توجه به ارتباط ما بین عوامل موثر سطوح فرد، خانواده و اجتماع و نحوه قرار گیری لایه ها در حول مرکزیت آن (سلامت زن) به گونه ای قرار گرفته است که از مرکز تا محیط به ترتیب لایه های مربوط به سطح فرد، خانواده و اجتماع است. این موضوع بر روی مدل فرمهر در قطر افقی نمایش داده شده است. با توجه به نمایش تمامی عوامل موثر بر سلامت زنان الگو و مدل فرمهر علاوه بر کاربرد در قابلیت بخش سلامت کاربردهای بین بخشی را در بخش های مختلف جامعه داراست. با دور شدن از مرکز به محیط مدل فرمهر حجم بیشتر برنامه های بخش سلامت شامل برنامه های ارتقاء سلامت می باشند و نقش و سهم کاری سایر بخش ها افزایش می یابد. این امر ناشی از حرکت از عوامل فردی به عوامل اجتماعی است. فلش های کنار مدل فرمهر این موضوع را به تصویر کشیده اند.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه با مرور الگوهای موجود سلامت و سلامت زنان در ادبیات بین المللی و با استفاده از دیدگاه های صاحب نظران حوزه ی سلامت کشور، چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر و عوامل موثر بر آن تهیه گردید. این پژوهش تلاش نموده است تا عوامل تعیین کننده مرتبط با سلامت زنان را شناسایی و تعریف نموده و در یک شمای کلی این عوامل و زیر مجموعه های آن را نمایش دهد. عوامل در سه سطح کلی مرتبط با فرد، خانواده و اجتماع قرار داشته و در ده لایه ی عوامل زیست شناختی، وضعیت توانمندی و شیوه زندگی، حمایت خانوادگی، حقوق و مسئولیت های خانوادگی، روابط خانوادگی، سرمایه اجتماعی، شرایط زندگی و کاری، سیاست ها و ساختارهای مربوط به زنان و شرایط ملی نشان داده شده اند. همچنین هر لایه خود از مجموعه ای از عوامل تشکیل شده اند که در عرض هر لایه مشخص شده اند و مجموعه عوامل مدل از عوامل زیربنایی دین و معنویت و عوامل شرایط منطقه ای و جهانی فراگیر تاثیر می پذیرند.

بررسی انجام گرفته در خصوص مطالعات مرتبط با چارچوب ها و مدل های سلامت زنان در کشور نشان میدهد که، هرچند تلاش های با ارزشی جهت شناخت ابعاد سلامت زنان، عوامل موثر بر آن، اولویت بندی مشکلات سلامت و ارائه راهبردهایی جهت بهبود سلامت زنان در نهادهای مرتبط صورت گرفته است (۱۹)، اما در حوزه ی سلامت زنان، پیش از این مدلی که بتواند به شکلی منسجم کلیه عوامل مرتبط با سلامت زنان در کشور را در قالب یک مدل نشان دهد، تهیه نشده است.

رویکرد محوری مدل توجه به نقش سطوح مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی عوامل تاثیرگذار، بر سلامت زنان است. به این معنا که سلامت زنان نه تنها از ویژگیهای ژنتیکی و زیست شناختی آنها تاثیر می پذیرد بلکه زنان در موقعیت ها و نقش های متفاوت خود، به عنوان عضوی از خانواده، محله و فردی از افراد جامعه، در

خانه، خیابان، مدرسه، دانشگاه، محیط کار و دیگر جایگاه های خود در رابطه ی با مجموعه ای از عوامل قرار دارند که ابعاد مختلف سلامت آنان را تحت تاثیر قرار میدهد. با این نگرش، تهیه کنندگان مدل فرمهر در رویکرد خود به سلامت زنان، توجه جدی به نقش عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان داشته اند. در عین حال در همه ی لایه های مدل تلاش شده است تا در انتخاب و طرح مهمترین عوامل در هر لایه، اهمیت آن عوامل و ساز و کارهای تاثیرگذاری آنها بر سلامت زنان به طور خاص در نظر گرفته شود. از آنجا که مدل فرمهر رویکرد کل نگری بر سلامت زنان دارد، می توان انتظار داشت که عواملی که در این مدل برشمرده شده اند، در دیگر نقاط جهان نیز با وزن های متفاوتی بر سلامت زنان موثرند و از این رو کاربرد مدل فرمهر محدود به زنان ایرانی نخواهد بود.

مقایسه مدل سلامت زنان فرمهر با سایر مدل های سلامت و سلامت زنان دیگر کشورها، حکایت از وجود شباهت های و تفاوت هایی دارد. بخشی از تفاوت هایی که در محتوا (چارچوب) و فرم مدل ها دیده میشود، به ماهیت کاربردی مدل های مختلف سلامت مرتبط است، به گونه ای که برخی مدل ها به منظور نشان دادن روابط علتی و برخی به منظور نشان دادن مداخلات موثر طراحی شده اند و پاره ای نیز مجموعه ای از این دو هستند (۵، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷).

مقایسه مدل فرمهر با سایر مدل های سلامت در سطح جهانی بیانگر تفاوت هایی است. این تفاوت ها در متغیرهای موجود در مدل، نحوه دسته بندی، چیدمان و نمایش تأثیرگذاری و تعامل آن ها می باشد. تفاوت در متغیرهای مدل فرمهر با مدل های کلی سلامت که در سطح جهان نشر یافته اند برخاسته از تفاوت در وضعیت فردی، خانوادگی و اجتماعی زنان نسبت به سایر افراد جامعه است.

منشأ تفاوت در متغیرهای مدل فرمهر سلامت زنان جمهوری اسلامی ایران با سایر مدل های سلامت زنان عبارتند از:

- وضعیت خاص اجتماعی، خانوادگی زنان بدلیل تفاوت در ساختارهای اجتماعی همچون خانواده و قوانین حاکم بر آن
- وضعیت خاص جغرافیایی
- دیدگاهها و باورهای حاکم بر جامعه/ دانش برخاسته از سایر علوم
- ساختار فرهنگی حاکم بر جامعه

- تفاوت در نگاه و مفهوم سلامت (توجه به همه ی ابعاد سلامت و با در نظر گرفتن جایگاه خاص برای سلامت روح)

از جمله این مدل با مدل تعیین کننده های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی (۱۹۶۶)، مدل دالگرن و وایتهد و مدل تلفیق یافته همیلتون و بتی (۱۹۶۱، ۵) از حیث تعدادی از سطوح و عوامل اصلی تاثیرگذار بر سلامت شبیه است. به نظر میرسد که سلامت افراد در جهان و زنان به طور خاص، در مجموع تحت تاثیر دسته هایی از عوامل مشابه قرار دارند. مدل فرمهر از حیث شکل لایه ای و نیم دایره آن بیش از همه به مدل دالگرن شباهت دارد. از حیث ترتیب لایه ها از بیرون به درون نیم دایره نیز در مدل فرمهر مانند مدل دالگرن بیرونی ترین لایه ها مربوط به عوامل کلان مرتبط با جامعه بوده و هر چه به درون نزدیک میشویم عوامل به سطح فردی نزدیک تر میشود. اما در مدل سلامت زنان فرمهر لایه های دیگری نیز اضافه شده است که از شکسته شدن عوامل در سطوح مختلف به لایه های مجزا ایجاد شده اند. از جمله در سطح خانواده، سه لایه به منظور تاکید بر نقش خانواده و روابط درونی آن بر سلامت زنان، اضافه بر لایه های مدل دالگرن مشخص شده اند. مدل همیلتون و بتی که به صورت یک مکعب نشان داده میشود، هر چند از حیث سطوح اصلی عوامل و مداخلات شامل جامعه، بخش / نظام، اجتماع، خانواده و فرد و برخی از عوامل موثر بر سلامت مانند درآمد و موقعیت اجتماعی، آموزش، شبکه های حمایت اجتماعی و محیط فیزیکی با مدل فرمهر سلامت زنان مشابه است، اما در حالیکه این مدل در پی نشان دادن عوامل است، مدل همیلتون و بتی عمدتاً مدلی برای ارتقای سلامت است که یک وجه از وجوه مکعب آن را لایه ها یا طبقات عوامل و وجه دیگر را راهبردهای مداخله ای مانند تقویت کنش اجتماع و ساختن سیاستهای عمومی سلامت نگر، تشکیل میدهند.

علاوه بر عوامل تاثیرگذار در لایه های مختلف، بر نقش یک عامل زیربنایی دیگر در مدل فرمهر نیز باید تاکید نمود. همه ی لایه های مدل بر روی پایه ای قرار گرفته اند که نشان دهنده ی تاثیر پذیری مجموعه ی عوامل از باورهای دینی و معنوی و اعتقادی افراد و مجموعه ی جامعه است. به گونه ای که ارزشها، اخلاق، باورها و سرمایه ی معنوی افراد و جوامع که بر رفتارهای فردی و جمعی، بر روابط و نقش های خانوادگی آنها و همچنین بر کلیه ی روابط آنها با محیط پیرامونی تاثیر گزار هستند بر وضعیت سلامت افراد نیز تاثیرگذارند. تهیه کنندگان مدل فرمهر بر این باورند که مجموعه ی ویژگی های یاد شده بر درک و تفسیر افراد از سلامت خود و دیگران، رفتارهای سلامتی فرد، رفتارهای تاثیرگذار بر سلامت در خانواده و جامعه و حتی سیاستگذاری ها و برنامه ریزی های سلامت در مجموعه ی نظام سلامت با مفهوم عام آن نقش ایفا میکنند. تاثیر عوامل معنوی در برخی دیگر از مدل های سلامت مانند مدل تعیین کننده های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی تحت

عنوان ارزشهای اجتماعی و فرهنگ (۴۶)، در مدل هرمی بهداشت جمعیت تحت عنوان نیروهای فرهنگی و معنوی (۴۵) و در مدل تلفیقی همپلتون و باتی با واژه ارزشها و پیش فرض ها^۵ بیان شده است و در سایر مدل ها مانند مدل استارفیلد (۴۳) و برونر و مارموت (۴۴) نزدیک ترین مفهوم به آن فرهنگ^۶ است.

مدل سلامت زنان فرمهر همچنین نقش عوامل منطقه ای و جهانی را که بر کلیه ی لایه های زیرین مدل سایه انداخته و آنها را تحت تاثیر قرار میدهد با یک لایه ی خاص در بالای مدل نشان داده است. دیگر مدل های سلامت کمتر این لایه را جدا ساخته اند اما اهمیت این لایه و تاثیری که تغییرات جهانی و منطقه ای بر لایه های زیرین آن از جمله بر شرایط اقتصادی و فرهنگی در کشورها دارد سبب گردید تا این لایه در مدل در نظر گرفته شود.

در میان معدود مدل های ارائه شده سلامت زنان در جهان، مدل سلامت زنان فرمهر با مدل کمیته تحقیقات زنان آمریکا که خود برگرفته از مدل دالگرن و وایتهد است نیز مشترکات زیادی دارد. بر اساس این مدل تعیین کننده های سلامت متشکل از عوامل اجتماعی، رفتاری و زیست شناختی هستند که در لایه های پوشاننده همدیگر قرار گرفته اند و بین عوامل تعیین کننده در هر لایه و همچنین لایه های مختلف کنش و واکنش متقابل برقرار است. نکته ای که در این مدل حائز اهمیت است، موثر بودن عوامل تعیین کننده سلامت در طول دوره های زندگی زنان است. در مدل فرمهر نیز دوره های زندگی زنان به عنوان یکی از اجزا لایه ی عوامل زیست شناختی در نظر گرفته شده است. در مقایسه، در مدل فرمهر سلامت زنان ایران، لایه ها بسط بیشتری یافته و برای هر حوزه ی فرد، خانواده و اجتماع لایه های بیشتری برای نشان دادن مهمترین عوامل در هر دسته از عوامل اختصاص داده شده است. به عنوان مثال نقش عوامل خانوادگی در سه لایه ی حمایت خانوادگی، حقوق و مسئولیت های خانوادگی و روابط خانوادگی نشان داده شده است. همچنین یک لایه به طور خاص به ساختارهای مربوطه زنان اختصاص یافته است.

مدل دیگر سلامت زنان، مدل مرکز سلامت زنان کانادا- انتاریو (۲۰۰۱) است. در این مدل گروهی از عوامل از جمله شبکه حمایت اجتماعی، آموزش، جهت گیری های جنسیتی و جنسی، شرایط اشتغال و کاری شامل مراقبتهای روزانه، محیط اجتماعی و خشونت و تصاویر رسانه های جمعی در این خصوص، محیط فیزیکی، مهارتهای مقابله با استرس و ناتوانی، بیولوژی و ژنتیک، خدمات بهداشتی و تدارک امکانات پزشکی در طول زندگی زنان، قومیت، فرهنگ و نژاد، توسعه سالم دوران کودکی، درآمد، فقر، وضعیت اجتماعی و تک

^۵ Values & Assumptions
^۶ Culture

والد بودن به عنوان عوامل موثر بر سلامت زنان شناخته شده اند (۵۰). ضمن آنکه فرض این مدل بر اینست که عوامل موثر بر روی سلامت زنان خود نیز با هم ارتباطات متقابل دارند و بر هم تاثیر می گذارند. این مدل نیز از حیث در نظر گرفتن عوامل شبکه‌ی حمایت اجتماعی، آموزش، شرایط اشتغال و کاری، مهارت های مقابله با استرس و ناتوانی، عوامل زیست شناختی و ژنتیک، خدمات بهداشتی، قومیت، فرهنگ و نژاد، با مدل فرمهر این مطالعه مشابهت دارد.

ویژگی های کلیدی چارچوب نظری و مدل سلامت زنان « فرمهر »

به استناد دستاوردهای دین و دستاوردهای نوین علمی در سطح جهانی که تأثیر اعتقادات و معناداری زندگی بر سلامت انسان ها را به نمایش می گذارند ، به دلیل حاکمیت دین و آموزه های آن به طور عام و اسلام به طور خاص بر سیاستگذاری و قانونگذاری در ایران به عنوان یک جامعه دینی ، دین و معنویت به عنوان یک سطح زیربنایی در مدل سلامت زنان فرمهر در نظر گرفته شده است که بر تمامی عوامل سطوح دیگر اعم از فردی ، خانوادگی و اجتماعی تأثیر گذاشته و از این طریق بر سلامت زنان مؤثر است. از طرف دیگر باورهای دینی و معنوی افراد جامعه بر توانمندی ها و رفتارهای آنان تأثیرگذار است. توانمندی ها ، رفتارهای افراد جامعه و همچنین نحوه ی ارتباطات بین فردی ، خانوادگی و اجتماعی افراد جامعه تحت تأثیر باورها و آموزه های دینی و معنوی آنان و حتی آداب و سننی که به دین نسبت داده می شود قرار می گیرد. و از این طریق بر سلامت مؤثر می باشند. باور انطباق و تناسب دستورات و توصیه های دینی و مذهبی بر فطرت انسان ها بیانگر اثر رعایت این دستورات و توصیه ها بر سلامت انسان ها در تمامی ابعاد و حتی متضمن سعادت انسان و خوشبختی و آسایش آنها در هر دو دنیا محسوب می شود.

دین و معنویت با مفهوم "معرفت و دیدگاه فردی و اجتماعی برگرفته از ادیان و مکاتب الهی در خصوص خالق هستی ، آفرینش ، مبداء و معاد ، معنا داری و هدفمندی و روند تکاملی خلقت هماهنگ با معارف اسلامی" در مدل آورده شده است.

این معرفت و دیدگاه الهی موجب شکل گیری دیدگاه و شناخت خاص در فرد و جامعه نسبت به جهان هستی ، انسان و نظم و قوانین حاکم بر آن می شود. این موضوع با عنوان باورها و اعتقادات (جهان بینی) به عنوان عاملی از لایه دین و معنویت در مدل فرمهر در نظر گرفته شده است.

باورها و اعتقادات فرد و جامعه اساس باید و نبایدهای حاکم بر نگرش و رفتارهای فردی، خانوادگی و اجتماعی را شکل می دهد و تحت عنوان ارزشها در این لایه مطرح شده است.

اخلاق با مفهوم میزان منش و عملکرد فرد یا جامعه بر اساس ارزش ها و جهان بینی دینی در لایه در نظر گرفته شده است

از سوی دیگر مجموعه منابع، اسوه ها، آموزه های و هنجارهای دینی معنوی جامعه که با تأثیر بر دیدگاه ها و رفتارهای فرد بر سلامت او تأثیر می گذارند نیز در این لایه جای گرفته است.

خانواده در ایران از جایگاه خاص برخوردار است و هم چنان ساختار اصلی جامعه در ایران است که نه تنها از اصالت و ارزش در سطح افراد جامعه برخوردار است در سیاستگذاری های کلان کشوری به عنوان محور اصلی مطرح می باشد. در چنین جامعه ای شرایط و عوامل نشأت گرفته از خانواده جزء عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت افراد محسوب می شود. با توجه به نقش های متعدد و جایگاه خاص زنان در خانواده این عوامل بر سلامت آنان می تواند تأثیر قابل توجه ای داشته باشد. لذا در مدل فرمهر خانواده به صورت سطحی تأثیرگذار جدا از سطح اجتماع در نظر گرفته شده است و تمامی عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت زنان در آن سطح به تفکیک موضوعات مختلف در نظر گرفته شده است.

خانواده از طریق سه حیطه روابط، حقوق و مسئولیت ها و حمایت خانوادگی بر سلامت افراد خانواده تأثیر گذار می باشد. روابط خانواده را می توان در قالب روابط درونی و روابط بیرونی خانواده در نظر گرفت.

۱. روابط درونی خانواده شامل شبکه و الگوی ارتباط، همبستگی و اعتلاف ما بین اعضاء و خرده نظام های درون خانواده است. این روابط با توجه به نقش های مختلف جنسیتی زن در خانواده شامل همسری، مادری، دختر، و خواهری متفاوت و نشأت گرفته از حقوق، اخلاق، و سنت حاکم بر خانواده است.

۲. روابط بیرونی خانواده عبارت است از روابط هر عضو با محیط خارج از خانواده در قالب ارتباطات خانوادگی که می تواند تحت تأثیر قوانین و عرف حاکم بر خانواده و جامعه باشد.

۳. حقوق و مسئولیت های خاص جنسیتی هریک از اعضای خانواده با توجه به ویژگیهای جسمی، روانی و ایفای نقش آن ها شکل می گیرد و به عملکرد ساختار و نیازهای خانواده وابسته است.

۴. حمایت خانواده نیز به مفهوم مراقبت، محبت، احترام، عزت، تسلی و کمکی که افراد خانواده به یکدیگر عرضه می کنند، در نظر گرفته شده است.

کاربردهای الگو و مدل سلامت زنان «فرمهر»

چارچوب سلامت زنان می تواند به عنوان یک چارچوب تئوریک در تعیین شاخصهای مرتبط در ایجاد ابزاری برای سیاستگذاران، ارائه دهندگان مراقبتها، و جامعه با یکدیگر و دستیابی به توافق در اولویتها و نیل به اهداف سیاستهای سلامت زنان در ایران عمل نماید. این چارچوب یک نقشه راه برای طراحی مطالعات بعدی و همچنین پایش مداخلات و مفهوم سازی اهداف این مداخلات خواهد بود. چارچوب نظری و الگو به عنوان ابزاری برای مقایسه وضعیت موجود با وضعیت بهینه و جامع آن که در الگو لحاظ شده است استفاده خواهد شده و به عبارت دیگر شناسایی شکاف های موجود در مجموعه قوانین و سیاستها و برنامه های مرتبط با سلامت زنان و یا مشکلات اجرایی آن ها با کمک این الگو میسر خواهد بود. پس از شناسایی این شکاف ها و نارسایی ها، در نهایت می توان بر مبنای آن پیشنهاد های لازم برای بهبود وضعیت سلامت زنان و اصلاحات در قانون گذاری و سیاستگذاری و برنامه ریزی مداخلات ارائه گردد.

در الگو و مدل «فرمهر»، حوزه های مختلف تأثیرگذار بر سلامت زنان (لایه ها)، اجزای هر حوزه (عوامل مؤثر در سطوح و گروههای موضوعی مختلف)، نحوه ی ارتباط این حوزه ها با یکدیگر (ترتیب لایه ها) و نمای کلان این ارتباطات (مدل) با انواع برنامه های بخش سلامت و میزان نقش سایر بخشها (فلش های کنار مدل) تعیین شده است. این الگو هم چنین متناسب با شرایط بومی جامعه زنان ایرانی طراحی شده است. این ویژگی ها موجب می شود الگو و مدل فرمهر بتواند به عنوان ابزاری برای بررسی و کنترل اثر این عوامل و به منظور حفظ و ارتقای سلامت زنان مورد استفاده قرار گیرد. چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر به عنوان یک راهنما در تمامی سیاست ها، برنامه ها، خدمات و ساختارهای مربوط به سلامت در ایران استفاده می شود. این چارچوب نظری به وزارت بهداشت کمک خواهد کرد که در راستای تحقق اهداف ارتقای سلامت زنان، رویکردهای مراقبت های سلامت با محوریت سلامت زنان به عنوان یک پایه و اصل شکل گیرد. الگو و مدل فرمهر قابلیت کاربرد در تمامی مراحل اعم از ارزیابی و تحلیل وضع موجود، بررسی اثربخشی مداخلات انجام شده و پایش روند تغییرات و دیده بانی سلامت زنان در ایران را دارا می باشد. این موارد می تواند به ترتیب ذیل باشند:

- ارزیابی وضعیت موجود عوامل مؤثر بر سلامت زنان در سطوح فرد، خانواده، و اجتماع و گروههای موضوعی مختلف

- ارزیابی سیاست ها و قوانین و برنامه های مرتبط با عوامل مؤثر و تأثیرگذار بر سلامت زنان
- شناسایی خلأهای موجود در زمینه سلامت زنان در ابعاد سیاستگذاری ، قانون گذاری و برنامه ریزی
- اثربخشی مداخلات انجام شده
- تبیین شاخص های سلامت زنان و تعیین کننده های آن
- ارزیابی روند تغییر شاخص های سلامت زنان و تعیین کننده های آن

References:

1. Cohen M. Toward a framework for woman's health. Patient education and counselling. 1998, 33:187-196.
2. Grason, H, et al. State Strategies for Improving Data on Women's Health. Baltimore, MD: Women's and Children's Health Policy Center, Johns Hopkins University. Bloomberg School of Public Health. 2002.
3. Shi L, Singh D, Conceptual framework of health determinants In: The nation's health. 8th edition. Jones & Bartlett, 2011:43-55.
4. National Cancer Institute ; U.S. National Institutes of Health. Theory at a glance. A Guide For Health Promotion Practice. Second Edition .2005.
5. Hamilton N. and Bhatti T., "Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion," Working Paper, Health Promotion Development Division, Health Canada, October 1995. Also reproduced by the Canadian Federal Government Health Promotion Development Division, February 1996.
6. Saulnier C., Bentley S., Gregor F., MacNeil G., Rathwell T., Skinner E., Gender Mainstreaming - Developing Conceptual Framework for En-Gendering Healthy Public Policy. Maritime Centre of Excellence for Women's Health. Women's Health Bureau, Health Canada. 1999.
7. WHO, Mental health context.(Mental health policy and service guidance package) , World Health Organization, 2003
8. Townsend, M.C. Psychiatric mental health nursing: Concepts of care. (2nd ed). Philadelphia: F.A. Davis, 1996
9. Breslow, L., 'A quantitative approach to the world health organization definition of health: Physical, mental and social well-being', International Journal of Epidemiology 1972
10. Donald C.A. Ware J. E., Brook R. H., et al. Conceptualization and measurement of health for adults in health insurance study, vol. IV, Social Health. Santa Monica, CA: Rand Corporation R- 1978
11. Larson J. S., The World Health Organization's Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health, Social Indicators Research, 1996, 38: 181-192.
12. Women's Health. Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues: Vol. 2. DHHS Pub. #PHS85-50206, May 1985
13. Committee on Women's Health Research; Institute of Medicine, Women's Health Research: Progress, Pitfalls, and Promise, US- Washington, the National Academy of Sciences, 2010.
14. Phillips S. The Social Context of Women's Health: Goals and Objectives for Medical Education. Can Med Assoc J; 1995, 154(4):507-511
15. Kosny A. The social deterrents of health: equity across the lifespan. Maritime centre of excellence for women's health, 1999
16. The Commonwealth Secretariat, Models of Good Practice Relevant to Women and Health, London, England. December 1996.
17. Global Commission on Women's Health to Promote (1992), "health security throughout the life span", press release who/ 32, URL: <http://www.who.int/archives/inf-pr-1996/pr.96-32.html>

18. WHO, Women's health; WHO position paper, Geneva, "prepared for fourth world conference on women", Beijing, China, 4-15 Sep, 1995

۱۹. احمدی بتول و همکاران ، سیمای سلامت زنان مطالعه موردی در ایران ، شورای فرهنگی اجتماعی زنان، روابط عمومی ۱۳۸۶

۲۰. مرکز آمار ایران ، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰

۲۱. نقوی محسن . سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور . تهران : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران. سال ۱۳۸۰.

۲۲. اردشیر خسروی، فرید نجفی، محمد رضا رهبر، محمد اسماعیل مطلق و محمد جواد کبیر، شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول. سال ۱۳۸۸

۲۳. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی . سیمای سلامت دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استانها، معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، معاونت سلامت، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، نشر تبور، سال ۱۳۸۱

۲۴. مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، استنوپروز در ایران. سال ۱۳۸۳

۲۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . کمیته مطالعه و برنامه ریزی سلامت زنان، گزارش کارگاه مشورتی بررسی روش های ارتقاء سلامت زنان، تهران، سال ۱۳۷۳

۲۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه مشاورت در امور زنان، کمیته مطالعه و برنامه ریزی سلامت زنان، گزارش کارگاه مشورتی بررسی سلامت دختران نوجوان و جوان، تهران، سال ۱۳۷۵

۲۷. احمدی، بتول و دیگران . بررسی نیازهای تحقیقاتی سلامت زنان در ایران، گزارش طرح تحقیقاتی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. سال ۱۳۸۶

۲۸. دفتر امور بانوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی . راهبردهای کلان سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران. سال ۱۳۸۸

29. Martha N., Proctor S., Regev H., Barnes D., Sawyer L., Messias D., Yoder L., Meleis A. I. International Population and Development: The United Nations' Cairo Action Plan for Women's Health. Image: Journal of Nursing Scholarship, 1996 28U: 75-80.

30. Carolyn MM, Mark E, Pamela D, Victoria C, Marcia K. Multidisciplinary Women's Health Research. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine; 2000, 9(7): 717-724.

31. Lau J., et al. Gender power and marital relationship as predictors of sexual dysfunction and sexual satisfaction among young married couples in rural China: A population-based study. Urology, 2006, 67(3): 579-585

32. Hildingh C., luepker I., Beigi A., Lidell E., Stress, health complaints and self-confidence: a comparison between young adult women in Sweden and USA. Scandic Journal of Caring Sciences, 2006, 20: 202-208.

33. Harrison ME., Hobby or Job? Mexican female health workers, 1994. 15 (5): 397-412.

۳۴. پرویزی سرور ، قاسم زاده کاکرودی فرزانه ، سید فاطمی نعیمه ، ناصری فروغ ، عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران :یک پژوهش کیفی ، پژوهش پرستاری سال ۱۳۸۸ دوره ۴ شماره ۱۵ ص ۶ الی ۱۵

۳۵. ودادهیر ابوعلی، ساداتی سیدمحمدنایی، احمدی بتول . سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی -پژوهشی بهداشت و سلامت)، پژوهش زنان، سال ۱۳۸۷ دوره ۶، شماره ۲، ص ۱۵۵-۱۳۳

۳۶. رفیعی فروغ. اصول نظریه پردازی در پرستاری. تهران :دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۸۷. ص ۹۸و۹۹

37. Love R., Jackson L., Edwards, R. and Pederson, A., Gender and its relationship to other determinants of health. Paper presented at the Fifth National Health Promotion Research Conference, Gender and Health: From Research to Policy, Dalhousie University, Halifax, NS. 1997.
38. Status of Women Canada (SWC), Gender-based analysis: A guide for policy-making. Ottawa: SWC, Government of Canada. 1996.
39. World Health Organization (WHO). Women, aging and health: a framework for action. France, 2007
40. World Health Organization (WHO), Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement. 2001.
41. Dahlgren G. and Whitehead M., Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.
42. Federal, Provincial, and Territorial Advisory Committee on Population Health Framework for Population Health, 1994.
43. Starfield B., Basic concepts in population health and health care, Journal of Epidemiology and Community Health, 2001;55:452-454
44. Brunner E., and Marmot M., social organization, stress and health. In M. Marmot & R.G. Wilkinson (eds) Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 6-30.
45. Etches V., Frank J., DiRuggerio E., and Manuel D., Measuring population health: a review of indicators. Annual Review of Public Health, 2006, Volume 27, p. 29-55.
46. Commission on Social Determinants of Health, closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on Social determinants of Health, Geneva: World Health Organisation, 2008. P.43.
47. Ottawa charter for health promotion .The Canadian journal of public health, 1986, p 426-427.
48. Department of Health, UK , 2006.
49. Committee on Women's Health Research; Institute of Medicine, Women's Health Research: Progress, Pitfalls, and Promise, US- Washington, the National Academy of Sciences, 2010.
50. Women health centre of Canada, A framework for women centred health, Canada-Vancouver / Richmond Health Board, 2001.
51. AIHW: National Public Health Information Development Plan: directions and recommendations. 1999; 1-6
52. Statistics Canada. Canadian health indicators framework. vol. 2004, no. 1. at http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departamental_units/mchp/protocol/media/Canadian_Health_Indicators_Framework.pdf

53. Strobino D., Grason H., Minkovitz C., Charting a course for the future of women's health in the United States: concepts, findings and recommendations. *Social Sciences & Medicine*. 2002;54:839-848.
54. Lin V, Gruszyn S, Silburn K, and Wilson G. Comparative evaluation of indicators for gender equity and health. Prepared for WHO Kobe Centre. 2003:7-24
55. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper. 2007
56. Phillips S. The social context of women's health. *CMAJ* 1995;152(4):507-11.
57. Karney P., *J Gen Intern Med*. 2000 August; 15(8): 600-602. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.00623.x
58. Stanhope M, Lancaster J. *Community & Public Health Nursing*, 5th ed. St.Louis; Mosby, 2000.
59. Allender, J., & Spradley, B. (2005). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams
60. Hanson, Shirley M. H. Boyd, Sheryl Thalman *Family health care nursing: Theory, practice, and research*, F.A. Davis (Philadelphia) 1996
61. Gerlach P.K. Use family system concepts to improve your members' harmony. available: <http://sfhelp.org/fam/system.htm>, 11/8/2012.
62. Masika R., Baden S., *Woman's infrastructure: A Gender Analysis*, Report prepared for the Gender Equality Unit, Swedish International Development Cooperation Agency (Sida), Institute of Development Studies, BRIDGE (development - gender), University of Sussex Brighton BN1 9RE, UK, 1997.
63. Australian Bureau of Statistics. ABS Draft Social Capital Indicators for Discussion at Workshop, 2003.
64. Barrera, M. J., Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 1986;14:413-455
65. Berkman L.F., Syme S.L. , Social networks, host resistance, and mortality: a 9 year follow up of Alameda county residents, *American Journal of Epidemiology*, 1979;109:186-204
66. Blazer D., Social support and mortality in an elderly community population, *American Journal of Epidemiology*, 1982;115:684-94
67. Bourdieu, P., The Forms of Capital, In Richardson, J. (ed), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood Press, 1986.
68. Bullen P., Onyx J., Measuring Social in five Communities in NSW, Neighbourhood and community Centers. in: *Journal of Applied Behavior*, 1998: vol. 36, No 1, 2000.
69. Cobb, S., Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 1976: 38, pp. 300-314
70. Cohen S., Syme S.L., Issues in the study and application of social support. In S.Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*, Orland, Academic Press, Inc.1985: pp. 3-22.
71. Coleman, JS. "Social capital in the creation of human capital" *American Journal of Sociology*1990: 94: 95-120.
72. Cooper, H., Arber, S., Fee, L. and Ginn, J. The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. London, Health Education Authority, 1999: 1-179.

73. Cullen M. and White ford H. The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health; discussion paper, Published by the Commonwealth of Australia, 2001. Available at: <http://www.mentalhealth.gov.au>
74. Fukuyama, F., Social Capital and Civil Society, IMF Working Paper Wp/00/74, 2000.
75. Grootaert C.; Narayan D.; Jones V. N. and Woolcick M., Measuring Social Capital An integrated Questionnaire, World Bank Working Paper, No. 18, 2005.
76. Kawachi I., Berkman LF. Social Cohesion, Social Capital, and Health. Social Epidemiology. Oxford, Oxford University Press 2000: 174 - 90.
77. Kawachi I., Kennedy BP., and Glass, R (). "Social capital and self-rated health: a contextual analysis" American Journal of Public Health, 1999: 89(8): 1187-93.
78. Kawachi I., Kennedy BP., and Wilkinson, R. Income inequality and health. New York, the New York Press, 1999.
79. Anirudh K., Shrader E., Cross – Cultural Measure of Social Capital: a Tool and Result from India and Panama, Washington DC, World Bank Social Capital Initiative Paper, No. 21, 2000.
80. Maxwell J., Social dimensions of economic growth. Eric John Hanson Memorial Lecture Series. University of Alberta, p.13, 1996.
81. McCulloch A., "Social environments and health: cross-sectional national survey." British Medical Journal 2001;323: P.208 - 9.
82. McKenzie K, and Harpham T., Social capital and mental health, Jessica Kingslet publishers, London and Philadelphia, 2006.
83. Putnam R. D., Bowling Alone: America's Declining Social Capital, Journal of Democreacy, Vol. 6, 1995.
84. Rose, R., Getting Things Done in an Anti-Modern Society: Social Capital Networks in Russia, Washington DC, World Bank Social Capital Initiative Paper, No. 6, 1998.
85. Shumaker S.A. & Brownell A., Toward a Theory of social support: closing conceptual gaps. Journal of Social Issues, 1984: 40(4): 11-36
86. Wetherington E., & Kessler R. C., Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behaviour, 1986:27:78–89.
87. Wilkinson and Marmot (ed.) Social determinants of health; The Solid Facts, 2nd edition., World Health Organization, 2003.
88. Yeh S.C.J., and Liu Y.Y. Influence of social support on cognitive function in the elderly. BMC Health Services Research, 2003:3:9, available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/9>.
89. Sarafino E. An overview of psychology and health. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 1994:2-33.
90. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health: World Health Organization; 2008.
91. Uth TC. Definitions of Life Style and its Application to Travel Behavior. A Paper Presented for Trafikdage på AUC, Aalborg, Denmark; 1996.
92. Health policy council SotsdoH. Life style. Tehran: Health Ministry 2011 .
93. Reuben DB. Quality indicators for the care of undernutrition in vulnerable elders. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55:S438-S442

94. Beauman C, Cannon G, Elmadfa I, Glasauer P, Hoffmann I, Keller M, et al. The principles, definition and dimensions of the new nutrition science. PUBLIC HEALTH NUTRITION-CAB INTERNATIONAL-. 2005;8(6A):695.
95. Pierre V, Candeias V, Merchez P, Collazos V. Global recommendations on physical activity for health. Switzerland: World Health Organization, 2010.
96. Asia. WhoRoF S-E. self-care in the context of primary health care. Bangkok-thailand: 2009 343.
97. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? Psychopharmacology (Berl), 2001:158, 343-359
۹۸. سازمان خوار و بار و کشاورزی، ۱۹۹۸، مبانی نظری و وضعیت اجرای حق دسترسی به غذا، (مترجم فریبا باقری)، موسسه پژوهش های برنامه ریزی و اقتصاد کشاورزی
99. Freudenberg, N., Galea, S., Vlahov, D., Beyond Urban Penalty And Urban Sprawl: Back To Living Conditions As The Focus Of Urban Health. Journal of Community Health, 2005. Vol. 30, No. 1.
100. Estant R. Economy indexes analysis. Tehran: 2002, p 49.
101. Satin M., Food Alert: The Ultimate Sourcebook for Food Safety, Facts on File, Inc., September 2008, 2nd ed.
۱۰۲. میرزا امینی، محمد رضا. توسعه چیست؟ اندیشگاه شریف، سازمان همیاری اشتغال فارغ التحصیلان ۱۳۸۷.
103. South Australian Council of Social Service, The Social Determinants of Health, SACOSS Information Paper, 2008.
104. Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU), Official Journal of the European Union, 2010:30.3.
105. Siaenes & Wodon, 2001 به نقل از صادقی، حسین و مسائلی، ارشک. رابطه رشد اقتصادی و توزیع درآمد با روند فقر در ایران با استفاده از رویکرد فازی. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، بهار ۱۳۸۷
۱۰۶. خداداد کاشی، فرهاد، باقری، فریده، حیدری، خلیل، خداداد کاشی، امید، اندازه گیری شاخص های فقر در ایران کاربرد انواع خط فقر، شکاف فقر، شاخص فقر ۱۳۶۳-۱۳۷۹، گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی ۱۳۸۱.
107. Karasek, R. A., Russel R., Theorell T. G., Physiology of stress and regeneration in job related cardiovascular illness. Jpurnal of human Stress. 1982:3: 29-42.
108. Siegrist J., Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1996 : 1(1), pp.27 - 43.
۱۰۹. مرکز آمار ایران، دومین اجلاس اسکان بشر (۱۹۹۶)
110. WHO, Health Service Delivery, 2012
۱۱۱. سالوادر مینوچین، خانواده و خانواده درمانی (چاپ دوم)، ترجمه باقر ثنائی ذاکر، تهران: انتشارات امیر کبیر (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۷۴) سال چاپ ۱۳۷۵.
۱۱۲. آیت اللهی، زهرا، شرح مختصر منشور حقوق و مسئولیت های زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان، روابط عمومی، ۱۳۹۲.
۱۱۳. منشور حقوق و مسئولیت های زنان مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی <http://www.mcls.gov.ir/fa/law/293> accessed 20013