



## مدیریت شاخصه‌های حقوق سلامت زنان

### مختار بیداروند

دکترای تخصصی حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشگاه پیام نور بناب، ایران (نویسنده مسئول)

Mokhtar.bidarvand@gmail.com

### هانیه علی‌پاشایی

دانشجوی کارشناسی رشته حقوق، دانشگاه پیام نور بناب، ایران

hanyhlypashayy@gmail.com

### شایسته اعظمی

دانشجوی کارشناسی رشته حقوق، دانشگاه پیام نور بناب، ایران

shayestehazami1381@gmail.com

### حامد نیازمند بناب

دانشجوی کارشناسی رشته پرستاری، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

Hamedniazmandbonab98@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت زنان یکی از الویت‌های اساسی سلامت جوامع و اهداف توسعه هزاره‌ی سوم است. عوامل مختلف طی دوره‌های زندگی زنان بر سلامت آنان تاثیرگذار هستند.

**روش تحقیق:** این مطالعه مروری، با تکیه بر روش کتاب‌خانه‌ای و استفاده از مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، مجلات، کتب، گزارش‌های داخلی و خارجی و با در نظر گرفتن کلیدواژه‌های منتخب انجام شده است. علاوه بر آن پژوهشگر از نظرات تخصصی و تجربیات علمی و اجرای خود نیز در این زمینه استفاده کرده است.

**یافته‌ها:** این مقاله، ضمن بررسی پیشینه تاریخی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت زنان در سطح بین‌المللی و ملی و رویکردهای مهم و تاثیرگذار در زمینه تحقیقات، شاخص‌های ارزیابی و اطلاعات سلامت زنان را در شناخت نیازها و خدمات و مراقبت‌های سلامت زنان و امر مشارکت آنان در تصمیم‌گیری را بررسی و پیشنهادهایی در جهت بهبود عملکرد نظام سلامت و مدیریت آن در ارتقاء سلامت و نقش زنان ارائه می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** تحقیق و تعامل مفید بین ساختارهای رسمی علمی پژوهشی و برنامه‌ریزی و اجرایی موثر بر سلامت زنان با هدف آگاهی از برنامه‌ها و شناخت نیازهای اطلاعاتی و خلاءهای پژوهشی اولویت دار، موجب ارتقای مدیریت و تصمیم‌گیری‌ها در مورد سلامت زنان در سطح ملی خواهد شد.

**واژگان کلیدی:** شالوده سلامت، زن، شاخصه سلامت، مدیریت سلامت.



## مقدمه

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند. از نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن اینکه از برعهده گرفتن مسئولیت ناتوانی خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می‌شود، از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است. تعریف ناتوانی به عنوان یک بیماری، مشروعیتی پدید می‌آورد که در پناه آن افراد می‌توانند از انجام نقش عادی و تعهدات هر روزه خود معاف گردند. درست است که تعاریف مختلفی از مفهوم سلامت مطرح شده، اما پذیرفته شده‌ترین آن‌ها، تعریف (سازمان جهانی بهداشت World Health Organization) است: (سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست). اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می‌آید، بایستی در به کار بردن این مفهوم دقت کنیم چرا که مفهومی متغییر در بین دو جنس محسوب می‌شود. درست است که میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه‌های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری‌ها در میان آنان بیشتر است، و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعد تری دارند. (سازمان جهانی بهداشت) بر این عقیده است که این نوع تفاوت‌ها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است. اطلاعات آماری این سازمان نشان می‌دهد که سرعت ابتلاء به بیماری‌های ایدز در زنان بیشتر از مردان است، هرچند که ویروس (Human Immunodeficiency Virus: HIV) عملاً بر هر دو جنس به یک میزان می‌تواند موثر باشد. به طور کلی، پژوهش‌های سلامت زنان به صورت مشخص درد و حوزه سودمند خواهد بود، حوزه اول در ارتباط با ارتقاء دانش پزشکی عموم جامعه قابل تعریف است، یعنی مردمی که در زندگی روزمره خود با تمامی مسائل مشکلات ذکر شده، دست و پنجه نرم می‌کنند و به نوعی درگیر مسئله سلامت و مصائب پزشکی و بهداشتی می‌باشند دوم، انتشارات تحقیقات و نتایج آن‌ها درباره سلامت زنان می‌تواند توجه متخصصین علمی را به اهمیت تحقیقات و کمبود اطلاع از نیازهای سلامتی زنان جلب نموده و به ایشان کمک نمایند 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 (محسینی تبریزی، 1376: 46).

## مفاهیم تحقیق

تندرستی یا سلامتی عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمانی و روانی و اجتماعی انسان بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، تندرستی تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست بلکه «نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است.» سلامتی جسمی شامل همه قابلیت‌های جسمی بدن است. به فرد یا پدیده‌ای که دارای تندرستی باشد، تندرست یا سالم گفته می‌شود (ویکی پدیا، 1402).

زن یک انسان بالغ ماده است. عموماً دختری را که دوران بلوغ و نوجوانی خود را تمام کرده و به سنی که در اکثر فرهنگ‌ها و جوامع معمولاً ۱۸ سالگی می‌باشد برسد را زن گویند (ویکی پدیا، 1402).

مدیریت اطلاعات سلامت (Health Information Management)، شاخه‌ای از مدیریت اطلاعات است که در زمینه سلامت و مراقبت‌های آن استفاده می‌شود. این مدیریت شامل اخذ، تحلیل و محافظت از اطلاعات پزشکی حیاتی، چه به صورت سنتی و چه به صورت دیجیتال، به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیمار است (ویکی پدیا، 1402).

از سال 1370، مطالعات زیادی در مورد نابرابری در سلامت و شاخص‌های بیماری بین مردان و زنان در سطح ملی یا بین المللی انجام شده است اما تقریباً می‌توانیم شکاف واضحی را در تحقیقات در توسعه بینیم. کشورهای جهان سوم عمدتاً به این دلیل است که بیشتر مطالعات در کشور های غربی انجام شده است و تفاوت فرهنگ بین کشورها آن را برای سایر کشورها ضروری کرده است. در کشورهای مانند ایران واقع در خاورمیانه، مطالعات در مورد سلامت زنان و عوامل مرتبط با آن هنوز در سطوح ابتدایی است. در پژوهش‌های صورت گرفته سعی شده است برخی از خلاءها و مشکلات موجود در بررسی وضعیت سلامت زنان نشان داده شود. این مطالعه مروری، با استفاده از مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، مجلات، کتب، گزارش‌های داخلی و خارجی و با در نظر گرفتن کلید واژه‌های منتخب انجام شده است. علاوه بر آن پژوهشگران نظرات تخصصی و تجربیات علمی و اجرایی خود نیز در این زمینه استفاده کرده است. تحقیق و تعامل مفید بین ساختارهای رسمی علمی پژوهشی و برنامه ریزی و اجرایی موثر بر سلامت زنان با هدف آگاهی از برنامه‌ها و شناخت نیازهای اطلاعاتی و خلاءهای پژوهشی اولویت دار، موجب ارتقای مدیریت و تصمیم‌گیری‌ها در مورد سلامت زنان در سطح ملی خواهد شد (احمد نیا، 1383: 1).

## شالوده‌ها و بنیادهای قانونی سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران



1- طبق اصل دهم قانون اساسی از آنجا که خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی است همه قوانین باید در راستای آسان کردن تشکیل خانواده و پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی برپایه حقوق اسلامی باشد. و طبق اصل بیست و یکم قانون اساسی دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد (دستجری، 1397، 3-5) :

1-1: ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او

1-2: حمایت مادران بخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند

1-3: ایجاد دادگاه صالح برای حفظکیان و بقای خانواده

1-4: ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست

1-5: اعطای قیمومت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آن‌ها در صورت ولی شرعی

2- سیاست‌های کلی سلامت (General Health Policies) و سیاست‌های کلی جمعیت: جهت‌گیری این اسناد مهم و راهبردی در راستای ارتقای سلامت آحاد جامعه ایران و خاصه زنان است، این مفهوم در تمام بندهای سیاستی به طور عام و در بعضی بندها (بند 3 و 11 سیاست‌های کلی سلامت) به طور خاص مطرح شده است.

3- روند روبه رشد آموزش زنان در حیطه‌های دانشگاهی و جامعه: افزایش چشمگیر زنان در دانشگاه در دهه‌های اخیر بسیار محسوس و افتخار آفرین بوده است و درصد زنان فوق تخصص از 9% در دهه 55-65 به 40% درصد در دهه 68-75 افزایش یافته است که این نشان از رشد پنجاه برابری در این حوزه است و طبق تحقیقات به دست آمده روند روبه رشد آموزش زنان رابطه مستقیمی بر عزت نفس آنان گذاشته و باعث ارتقای سلامت جسمی و روانی آنان شده است.

پرسش: آیا زنان منعی برای مشارکت در امر قانون‌گذاری دارند؟

پاسخ: هیچ یک از اصول قانون اساسی، زنان را از مشارکت در قانون‌گذاری منع نکرده است؛ زیرا همه افراد ملت اعم از زن و مرد در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی برخوردارند، مشروط به اینکه موازین اسلام را رعایت نمایند. مشارکت زنان در احراز سمت نمایندگی مجلس شورای اسلامی، هم قابل توجه است و هم نشان دهنده فراهم بودن زمینه فعالیت برای زنان در عرصه قانون‌گذاری.

پرسش: آیا دولت قوانینی در رابطه با تامین زنان بیوه، فقیر، سالخورده، بی‌سرپرست به تصویب رسانده است؟

پاسخ: بله، با تصویب قانونی به دولت اجازه داده شد، چنانچه شوهر بیمه شده‌ای فوت کند و همسر وی، شوهر دایمی دومی اختیار نماید و او هم فوت شود، به آن زن از محل بیمه شوهر اول مستمری پرداخت کند و اگر شوهر دوم وی تحت شمول بیمه تأمین اجتماعی قرار داشت، همسر در انتخاب مستمری از شوهر اول یا دوم مختار گردد.

پرسش: قانون اساسی و مجلس به عنوان نهاد قانون‌گذاری برآمده از آن، برای آینده زنان چه اندیشیده‌اند؟

پاسخ: یکی از مهم‌ترین قوانینی که آینده زنان را شکل می‌دهد و مصوب شده، برنامه چهارم توسعه است.

برنامه چهارم توسعه کشور، اولین قانون برنامه‌ای است که مبتنی بر یک برنامه درازمدت (سند چشم انداز بیست ساله) تنظیم شده است، در حالی که سه برنامه اول، دوم و سوم، حداکثر به یک دایره زمانی پنج ساله محدود می‌شدند. با توجه به راهبرد دراز مدت تر سند چشم انداز بیست ساله، برنامه توسعه چهارم با تاسی از بند 14 سند، به مسائل زنان پرداخته است. در این بند، بر استیفای حقوق شرعی و قانونی بانوان تأکید شده و برای دست یابی به آن، هم در نهاد خانواده و هم در صحنه سیاسی - اجتماعی، نقش سازنده زن مورد توجه قرار گرفته است.



## عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان زنان

در سال 1384 مطالعه‌ای جهت بررسی وضعیت سلامت زنان و عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا شد. در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی 400 زن جوان 20-40 ساله به روش خوشه‌ای از سطح شهرکاشان انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده جهت بررسی سلامت روان، پرسشنامه سلامت عمومی 28 سوالی بود. همچنین یک پرسشنامه جمعیت شناختی (مشخصات فردی، خانوادگی) شامل متغیرهای سن، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، سن ازدواج، تفاوت سنی با همسر، سن اولین بارداری و تعداد فرزندان برای زنان 9 نمونه تکمیل گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه 11 و با استفاده از آزمون مجذورکای مورد تحلیل قرار گرفت و یافته‌ها نشان داد که 40% زنان مورد مطالعه شهرکاشان مشکوک به اختلال روانی (Mental Disorder)، در دو زیرمقیاس اضطراب (9/23) و علائم جسمانی (8/68) میانگین نمرات بالاتری داشتند. سلامت روانی زنان مورد مطالعه ارتباط معناداری با سن، تعداد فرزندان، سابقه بیماری اعصاب و روان، سابقه بیماری جسمی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی داشت. سلامت روان زنان وضع شغلی، تاهل، سن ازدواج، رابطه معناداری نداشت و در نتیجه با توجه به نتایج فوق و درصد بالای زنان جوان و عوامل مرتبط با آن در سایر نقاط ایران پیشنهاد می‌شود تا با تشخیص عوامل دخیل در سلامت روان زنان به پیشگیری و درمان به موقع این اختلالات پرداخته شود و با بهبود سلامت روان زنان جوان، سلامت روان کودکان را فراهم کنیم (سپهر منش، 1388، 1).

## تاثیر اشتغال زنان بر سلامت زنان

مطالعه در زمینه بررسی رابطه زن و مرد و اشتغال زنان تا کنون عمدتاً در کشورهای غربی انجام رسیده و شواهد حاکی از غلبه تاثیر مثبت کاربرد سلامت زنان است اما در مورد جامعه ایران در سطح جامعه شهری الزاماً رابطه معنی دار مشابه در غرب به دست نیامده است، در جامعه ایران با توجه به غلبه فرهنگی سنتی و مذهبی به نظر می‌رسد همچنان تاکید زیادی بر الویت نقش‌های خانگی زنان در مقایسه با نقش جدید اشتغال در خارج از خانه وجود داشته باشد. هرچند افزایش قابل توجه سطوح سواد و تحصیلات که در سال‌های اخیر شاهد آن هستیم ممکن است در بلند مدت شرایط پذیرش نقش اشتغال را برای زنان ایرانی تسهیل نماید، تفاوت چشمگیر موجود میان نسبت اشتغال زنان و نسبت با سواد زنان در حال حاضر در ایران می‌تواند حکایت از این داشته باشد که بستر فرهنگی لازم جهت برخورداری زنان از امکان احراز نقش شغلی در شرایط روانی و روحی مناسب دور از استرس‌های درونی و بیرونی که ارضای خاطر عزت نفس ارتقا یافته و کنترل بیشتر را برایشان به ارمغان بیاورد و از سوی دیگر منجر به تشدید احساس تضاد نقش نشود، همچنان فراهم نشده است. در مورد اشتغال زنان با توجه به اهمیت ویژه و جایگاه والایی که نقش‌های سنتی همچون همسری و مادری در نظر زنان و همسرانشان در فرهنگ ایرانی داراست مسئله استرس و احساس تضاد نقش و احساس تقصیر و گناه مادران شاغل نسبت به عدم پاسخگویی به نیازهای همسر و فرزندان مانع از آن میشود که نقش شغلی امتیازات و پاداش‌های معمول در غرب را برای زنان در این فرهنگ متفاوت نیز به همان نسبت به همراه داشته باشد و همچنین می‌توان به اهمیت نگرش و همراهی همسر در پشتیبانی از نقش اشتغال زنان اشاره داشت بنظر می‌رسد زندگی زنان در ایران تا حدود زیادی تحت تاثیر نگرش و رفتارهای مردان زندگی ایشان عمدتاً پدران و همسرانشان باشد که معمولاً شرایط دست یابی ایشان به فرصت‌های پیشرفت از طریق ادامه تحصیل یا اشتغال در ازای درآمد را برایشان تسهیل می‌کنند یا نمی‌کنند! (احمدنیا، 1384، 176)

## سلامت جسمی زنان

سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است به طوری که سیستم‌های بهداشتی در دنیا به طور روز افزون اهداف خود را از ارائه مراقبت‌های بهداشتی به سمت ایجاد جامعه سالم ارتقا می‌دهند و شاخص‌های کلی سلامت مانند بهزیستی، جایگزین شاخص‌های محدود و نارسایی مانند مرگ و میر شده است (1). با توجه به به اینک، پذیرفته شده‌ترین تعریف سلامت، تعریف سازمان جهانی بهداشت است، بر اساس آن سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو است، امروزه سلامت و رفاه زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده است بلکه تاثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روز افزون یافته است (2). به طور مثال، سرطان پستان را یکی از مهمترین بیماری‌های بدخیم در میان زنان و به خصوص در کشورهای در حال توسعه گزارش داده‌اند که پیش آگهی بدی در مراحل پیشرفته دارد و تاثیر مهمی بر روی سلامت خانواده می‌گذارد (3). به علاوه، زنان به دلایل مختلف آسیب پذیرتر از مردان هستند و افزون بر ویژگی‌های بیولوژیکی، تحت تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارند. به عنوان مثال زنان نسبت به مردان در ارتباط با HIV از سطح بالاتری از استیگما برخوردارند (4). همچنین، اگر چه زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند با این حال آنها بیماری‌های جسمی بیشتری

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۳۷۲۵۵۸۸۲ - ۰۴۳۷۲۵۲۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۲

<https://hamayesh.maragheh.iau.ir/salamat1402>





به خصوص بیماری های حاد و وضعیت های مزمن غیرکنشنده دارند و همچنین مصرف دارو در آنها بیشتر است (5، 6). گزارشات سازمان جهانی بهداشت نیز بر این عقیده است که تفاوت های جنسیتی از بدو تولد و در سراسر جهان در حوزه سلامت مطرح بوده است. اشتغال، تبعیض جنسیتی، وظایف و نقش های مادری و همسری، فقر، خشونت، تحصیل و مالکیت، برخی از عواملی هستند که در جوامع و فرهنگ های مختلف به گونه های متفاوتی دیده می شود. آنچه که در یک جامعه رویای شیرین زنانه است مثل داشتن حق اشتغال برای زنان کشورهای در حال توسعه و یا مشارکت شوهر در امور منزل برای زنان چینی، در یک جامعه دیگر یک حق مسلم و بدیهی شمرده می شود و به جای آن تناسب اندام و یا رضایت از شغل و درآمد بیشتر، اهمیت زیادتری داشته است (7). مشاهده تفاوت های موجود در وضعیت سلامت زنان، تجارب، انتظارات و اولویت های گروه های مختلف زنان به معنی آن است که هنوز درباره آنچه پیشرفت سلامت آنان محسوب می شود، جای بحث و گفتگو است.

یافته هایی در خصوص ابعاد سلامت زنان طی پژوهش هایی بدست آمده که نشان داد ابعاد سلامت زنان در سه طبقه عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی جای می گیرند. در حقیقت، یافته های حاضر می تواند جمع بندی از مطالعات کیفی باشند، که به ابعاد سلامت زنان از نگاه خود آنان پرداخته است.

### عوامل فردی

مطالعه حاضر نشان داد عوامل فردی سلامت زنان حیطه های جسمی، روانی-عاطفی و معنوی را در بر می گیرد و سلامتی زمانی امکان پذیر است که تعادل بین این حیطه ها برقرار گردد. این طبقه با تعدادی از مطالعات دیگر، همسو بود. در حیطه جسمی، دوره های فیزیولوژیک و وضعیت های پاتولوژیک قرار گرفت. آنچه در مرور متون بدست آمد نشان داد بیشتر مطالعات در ایران در حوزه سلامت زن به یکی از مسائل فیزیولوژیک زن یعنی یائسگی پرداخته شده است. همچنان که نتایج مطالعه ای نیز اذعان داشت، مطالعاتی که تاکنون روی زنان انجام شده حول محور یائسگی، باروری و قاعدگی بوده است. به هر حال مرور نظامند حاضر نشان داد، در ایران بیشتر در زمینه یکی از مسائل فیزیولوژیک زنان یعنی یائسگی به صورت کیفی مطالعاتی انجام شده است. در هر حال به نظر می رسد هر یک از دوره های فیزیولوژیک زندگی زنان از جمله بلوغ، بامسائل خاصی همراه است که برای شناخت آن انجام مطالعات بارویکردهای مختلف کیفی کمک کننده است تا نیازهای ناشناخته زنان در دوره های فیزیولوژیک آنان شناخته شود.

در زیر طبقه دیگر حیطه جسمی، مشکلات پاتولوژیک قرار گرفته که این خود شامل تطابق با بیماری، دیگران و بیماری، اجتماع و بیماری بود. بررسی ها نشان داد مطالعات کیفی در زمینه مسائل پاتولوژیک زنان در ایران به موضوعاتی همچون سرطان پستان، مشکلات جسمانی زنان دیابتی و تجربه زنان مبتلا به وتیلگو پرداخته است. با این وجود به نظر می رسد جای خالی بسیاری از مطالعات از جمله بیماری های پوکی استخوان، کم خونی، پرمویی و لکه های ماندگار از بارداری (Melasma) که به نحوی در عملکرد و ظاهر زن تاثیرگذار است، خالی می باشد. مطالعات انجام شده با رویکرد کمی تنها توانسته اند اطلاعات آماری در اختیار پژوهشگران قرار دهد و در واقع نتوانسته اند مشکلات زنان در اینگونه موارد را برطرف نمایند. به نظر می رسد برای شناسایی بهتر مشکلات و یافتن راه حل برای آنها انجام مطالعات با رویکرد کیفی ضروری است تا به علت مشکلات و یافتن راه حل برای آنها از زبان خود مشارکت کنندگان پی برد. این در حالی است که بررسی ها نشان داد مطالعاتی همچون مرور نظامند مطالعات کیفی بر روی ارتباط جنس با سوءهاضمه (dyspepsia) انجام شده است. این نشان می دهد مطالعاتی از این قبیل از گستردگی لازم برخوردار بوده که این امکان فراهم شود تا مطالعه ای به صورت نظامند انجام شود، در حالیکه مرور ما نشان داد با محدودیت تعداد مطالعات در هر یک از حوزه های مختلف امکان انجام این دست از مطالعات که از بالاترین سطح شواهد برخوردار باشد امکان پذیر نیست.

در حیطه روانی-عاطفی سلامت زنان، نگرش و واکنش های اولیه و ثانویه آنان قرار گرفت. در این زمینه نیز مطالعات به بیماران مبتلا به سرطان سینه و یائسگی اختصاص داشت. این در حالی است که در مطالعات انجام شده در بافت های دیگر اختصاصا به آن پرداخته شده بود. همچنین در مطالعه ای کیفی استفاده از تکنیک خود مراقبتی را در حیطه سلامت روانی مهم دانسته بود. به نظر می رسد این حیطه سلامت جایگاه ویژه ای در سلامت دارد به نحوی که قادر است بر روی سایر حیطه های سلامتی نیز تاثیر بگذارد با این وجود ضرورت دارد مطالعات کیفی با رویکردهای مختلف با این نگاه بخصوص در موقعیت های مختلف انجام شود. حیطه روانی عاطفی اگر چه نگرش و واکنش های اولیه و ثانویه را در بر می گیرد که گویای این مسئله است که واکنش های عاطفی زن در موقعیت های مختلف، با شدت و ضعف های متفاوتی بروز می نماید که می تواند متاثر از نگرش های او باشد اما با این حال هر اظهار نظری در حیطه روانی عاطفی با توجه به شرایط زمینه، نیازمند انجام مطالعات کیفی در حوزه های مختلف سلامت زنان در شرایط سلامت و یا بیماری است.



در حیطه معنوی، کنار آمدن و مثبت اندیشی قرار گرفت. این حیطه در یافته‌های تعدادی از مطالعات با عناوین باورهای مذهبی و سیستم حمایت معنوی به عنوان یکی از مضامین اصلی در سرطان سینه و به عنوان تنها سیستم حمایتی زن در مواجهه با انواع آزارها مطرح شده بود. در پژوهش حاضر نیز مطالعه ای که صرفاً به این حیطه سلامت پرداخته باشد یافت نشد و این مضامین از میان سایر مطالعات بدست آمد. در مطالعه ای نیز بکارگیری رویکرد مذهبی با عنوان تسلیم به بیماری و تقدیر الهی و استمداد مذهبی نام برده شده بود. در هر حال این مطالعات نشان داد بکارگیری باورهای مذهبی در جوامع گوناگون سبب آرامش درونی افراد می شود. در هر حال با توجه به اهمیت باورهای مذهبی در تمامی شئون زندگی، در جامعه ما بهتر است چگونگی شکل گیری این باورها در حیطه های مختلف سلامت زنان مورد بررسی قرارگیرد (رضائی، صلصالی، جهانتیغ، 1394، 123-124).

### عوامل خانوادگی

در طبقه عوامل خانوادگی سلامت زنان، زیر طبقات باروری، حمایت همسر و نقش‌های زیر بنایی قرار گرفت. بُعد باروری زن Dimension Fertility شامل تجارب جنسی و بارداری بود.

تجارب جنسی مشتمل بر، زیر طبقات ارگاسم، خشونت، اولین رابطه و آرامش پس از رابطه جنسی می‌باشد. در رابطه با موضوعات لذت جنسی، مسائل جنسی زنان در دوران یائسگی و مسائل جنسی پس از زایمان مطالعات کیفی در ایران انجام شده است در هر یک از این پژوهش ها، عدم تمایل به برقراری روابط جنسی و یا کاهش آن در زنان شرکت‌کننده عنوان شده بود. این در حالی است که در جوامع دیگر علاوه بر موضوعاتی از این قبیل، موضوعات دیگری از قبیل خشونت جنسی توسط شریک جنسی و خشونت جنسی از سوی فامیل هم مورد توجه بوده است. در هر حال نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد، ضروری است مسائل جنسی زنان که نقش مهمی در ثبات خانواده دارد، همچنین آزارهای مختلف جنسی که ممکن است زنان با آن درگیر باشند و هنوز ناشناخته است از زبان خودشان مورد شناسایی قرارگیرد مطالعات نشان داده علی‌رغم تابو بودن پرداختن به مسائل جنسی در کشور، در حوزه پژوهش تلاش شده است به آن پرداخته شود. بارداری زیر طبقه دیگر عوامل خانوادگی است. مطالعاتی در این حوزه با عناوین "تجارب زایمانی زنان اول زان" و "تبیین احساسات روان شناختی بیماران مبتلا به نازایی" در ایران انجام شده است. در مطالعه‌ای گزارش شد که زایمان یکی از مهم‌ترین بحران‌ها در زندگی زنان است و تجربه زایمانی یکی از مهم‌ترین تجربه‌ها در طول زندگی زنان می‌باشد که برای همیشه در ذهن مادر می‌ماند. همچنین محققین در مطالعاتی دیگر مضامین تغییرات روانی، تغییرات جسمانی، حمایت ماما، کنار آمدن و تغییر دیدگاه و رفتار را به عنوان تجارب زایمانی استخراج کردند. مطالعات نشان می‌دهند همانطور که تجربه مادری برای همیشه در ذهن مادر ماندگار است اما در مقابل، زنانی که با پدیده نازایی مواجه هستند در طول زندگی خود با مشکلات روانشناختی، مشکلات خانوادگی و مشکلات درمانی مواجه اند؛ که جا دارد به هر یک از این موضوعات با انجام مطالعات کیفی توجه شود. این در حالی است که مرور نظامند نشان داده است در کشور موضوعات مرتبط با بارداری بیشتر حول و حوش تجربه زایمان بوده است لیکن سایر مطالعات به مواردی همچون مرحله گذر به مادری، حمایت‌های مورد نیاز در این دوران و حضور همسر هنگام مادر شدن نیز توجه داشته اند. بررسی مطالعات اخیر نشان می‌دهد مباحث زایمان علی‌رغم اینکه به نظر می‌رسد نسبت به سایر موضوعات بیشتر به آن پرداخته شده است، با این وجود هنوز ابعاد ناشناخته‌ای دارد که نیازمند مطالعات بیشتر و منسجم‌تر در این حوزه است.

حمایت همسر یکی دیگر از زیر طبقات عوامل خانوادگی است که درک مسائل زنان و مشارکت در تنظیم خانواده را در برمی‌گیرد. در مطالعه‌ای که به تبیین دیدگاه زنان به مشارکت مردان و پیامدهای آن پرداخته بود؛ یافته‌های آن نشان داد، علی‌رغم تأکیدی که در پژوهش‌ها به موضوعاتی مانند تغییر نگرش مردان نسبت به وظایف همسرانشان و نیز مشارکت مردان در تنظیم خانواده شده بود ولی در مراکز درمانی و یا بسیاری از درمانگاه‌های مربوط به مراقبت حین بارداری و یا تنظیم خانواده حتی اجازه ورود به مردان داده نمی‌شود این در حالی است که در سایر جوامع مطالعاتی در خصوص حضور همسر در حین زایمان انجام شده بود. البته به نظر می‌رسد با توجه به گستردگی نقش زن در خانواده و ابعاد مختلف آن، برای شناخت بهتر آن نیاز است مطالعات در زمینه نقش‌های دیگر زن در خانواده همچون نقش عاطفی زن در خانواده و یا نقش زن در اقتصاد و مدیریت خانواده و از این دست مطالعات بصورت کیفی انجام شود تا جایگاه زن در جامعه شناخته شود و آنگاه با شناسایی این پتانسیل، در جهت ارتقا سلامت خود زنان، خانواده هایشان و جامعه بهره برد. حتی به نظر می‌رسد با توجه به گوناگونی فرهنگی در جامعه این مطالعات با رویکردهایی همچون قوم‌شناسی دریافت‌های مختلف انجام شود.

(رضائی، صلصالی، جهانتیغ، 1394، 124-125).



## عوامل اجتماعی

عوامل اجتماعی طبقه دیگر در رابطه با عوامل موثر بر سلامت زنان است که زیر طبقات عوامل فرهنگی، حمایت اجتماعی- اقتصادی و مدیریت مسائل زنان را در بر گرفت. عوامل فرهنگی شامل، تبعیض جنسی، طرد شدگی، ازدواج و طلاق، تحصیل و سبک زندگی بود. نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد عوامل فرهنگی از مشکلات پیش روی زنان می‌باشند بطوری که یافته‌های حاصل از پژوهش‌های کیفی در جوامع دیگر نیز نشان داد زنان در موضوعات مشابه با مردان نسبت به آنان از سطح استیگمای بالاتری برخوردارند (رضائی، صلصالی، جهان‌تینگ، 1394، 125).

در حالی که هم مردان و هم زنان دچار بیماری‌های مختلفی می‌شوند، برخی از مسائل سلامتی زنان را به‌طور متفاوت و بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهند. علاوه بر این، بسیاری از شرایط سلامت زنان تشخیص داده نمی‌شوند و اکثر آزمایش‌های دارویی شامل افراد مورد آزمایش زن نمی‌شود. حتی در این صورت، زنان نگرانی‌های انحصاری سلامتی خود را دارند، مانند سرطان سینه، سرطان دهانه رحم، یائسگی و بارداری. افسردگی و اضطراب در بین بیماران زن بیشتر نشان داده می‌شود. بیماری‌های دستگاه ادراری بیشتر در زنان ظاهر می‌شود و بیماری‌های مقاربتی می‌تواند آسیب بیشتری به زنان وارد کند. دانشمندان در حال افزایش درک خود از تفاوت بین نیازهای سلامت مردان و زنان هستند. حقیقت این است که آرایش بیولوژیکی زنان بر استعداد ابتلا زنان به برخی بیماری‌های تأثیر می‌گذارد. اگرچه مردان و زنان در برخی از خطرات سلامت مشترک هستند، زنان بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌ها و آسیب‌های خاصی هستند. زنان و مردان یکسان نیستند، به خصوص در مورد خطرات سلامتی آنها. پوکی استخوان، خشونت جنسی (sv)، سیستمیت بینابینی، اندومتریوز، آلزایمر، سرطان سینه، بیماری‌های جنسی، عفونت‌های دستگاه ادراری، دیابت، سکتة مغزی، بیماری قلبی، از جمله بیماری‌های شایع در زنان می‌باشند که سلامت زنان را در معرض تهدید و خطر قرار می‌دهند.

-بیماری قلبی علت شماره یک مرگ و میرزنان است. علائم حمله قلبی شامل درد قفسه سینه، تنگی نفس و ضعف در بازوها است. زنان همچنین احتمالاً تنگی نفس و حالت تهوع یا استفراغ را تجربه می‌کنند. با این حال، زنان ممکن است علائم خود را به عنوان یک حمله قلبی تشخیص ندهند، و آن را به عنوان علائم بعد از ورزش بیش از حد سخت یا سوزش سر دل رد کنند؛ در حالی که یائسگی باعث بیماری قلبی نمی‌شود، برخی از عوامل خطر پس از یائسگی شایع‌تر هستند، مانند فشار خون و کلسترول بالاتر و کاهش استروژن.

-سکتة مغزی سالانه ۵۵,۰۰۰ زن را بیشتر از مردان مبتلا می‌کند. دو نوع سکتة مغزی وجود دارد: هموراژیک یا خونریزی در مغز و ایسکمیک یا انسداد رگ خونی که باعث اختلال در جریان خون می‌شود. اگرچه علائم ممکن است بسته به علت زمینه‌ای سکتة متفاوت باشد، علائم مشخصه شامل مشکل در گفتار و بی‌حسی اندام‌ها است. همچنین احتمالاً رابطه ای بین بارداری و سکتة مغزی وجود دارد. پره اکلامپسی، وضعیتی که با فشار خون بالا در دوران بارداری مشخص می‌شود، می‌تواند خطر سکتة مغزی را افزایش دهد. رویدادهای عصبی که در آنها اختلالات لخته شدن خون بیشتر به دلیل انعقاد بیش از حد یا لخته شدن بیش از حد خون رخ می‌دهد که می‌تواند در دوران بارداری نیز رخ دهد. این لخته‌های خون می‌توانند جریان خون را به مغز زنان محدود کنند.

اگرچه دیابت مطمئناً مختص زنان نیست، اما خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی را تا چهار برابر در زنان افزایش می‌دهد. زنان همچنین بیشتر مستعد ابتلا به عوارض مرتبط با دیابت، مانند نابینایی، بیماری کلیوی و افسردگی هستند.

-از کم خونی ناشی از فقر آهن گرفته تا فشار خون بالا، تغییراتی که یک زن در دوران بارداری تجربه می‌کند بر سلامت زنان تأثیر می‌گذارد.

-عفونت‌های دستگاه ادراری (UTIs) زمانی رخ می‌دهد که میکروب‌ها وارد مجرای ادرار شده و شروع به تکثیر کنند. آنها به ویژه در زنان شایع هستند، زیرا مجرای ادراری آنها کوتاه‌تر از مردان است. این کوتاهی باعث کاهش طول زمان مورد نیاز باکتری‌ها برای رسیدن به مثانه می‌شود.

- بیش از ۳۰ نوع عفونت مقاربتی (STIs) وجود دارد. امروزه بیماری‌های مقاربتی به عنوان یک معضل بزرگ بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مطرح می‌باشند و مطالعات قبلی نشان داده که هر روز حدود یک میلیون نفر به یکی از بیماری‌های مقاربتی (سالانه 333 میلیون مورد در جهان) آلوده می‌شوند یکی از رایج‌ترین ویروس‌ها، ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) است که با واکنس HPV قابل پیشگیری است. حدود ۸۰ درصد از مردان و زنان فعال جنسی در مقطعی از زندگی خود به HPV آلوده می‌شوند. HPV





فوق العاده رایج است. بیش از ۱۰۰ نوع سویه ی ویروسی HPV وجود دارد که حداقل 14 نوع آن با سرطان مرتبط است. پرخطرترین انواع در ایالات متحده انواع ۱۶ و ۱۸ هستند که هر دو با پیش سرطان دهانه رحم مرتبط هستند. سرطان دهانه رحم زمانی یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر زنان بود. اکنون، با اختراع پاپ اسمیر، ارائه دهندگان می توانند سلول‌های پیش سرطانی را شناسایی کرده و درمان برای از بین بردن آنها ارائه دهند که به طور چشمگیری میزان سرطان دهانه رحم را کاهش می دهد ( استوار، نصیری، تعاونی، حقانی، ۱۳۸۵، 47).

-بعد از سرطان پوست، سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در زنان است. سرطان سینه یکی از معمول‌ترین بدخیمی‌های زنان، در سراسر جهان است. ژن‌های متعددی مرتبط با سرطان سینه کشف شده است، اما محققان تعداد کمی از آنها را به خوبی شناخته‌اند. CRISPR، فناوری جدید ویرایش ژنومی می باشد که به تازگی مورد استفاده قرار گرفته اما در همین مدت کوتاه کاربرد گسترده‌ای در زمینه تحقیقات سرطان داشته است. در واقع، زنان در طول زندگی خود ۱۲ درصد شانس ابتلا به سرطان سینه را دارند ( غلامی، قاسمی، مطیعی، باباپور روش، لطفی نودهی، روزبه ۱۴۰۱، 1).

-پوکی استخوان بیماری است که باعث ضعیف شدن استخوان ها می شود و آنها را مستعد شکستگی می کند. زنان در معرض خطر بیشتری برای شکستگی های مرتبط با پوکی استخوان هستند. با توجه به این که استئوپروز (پوکی استخوان) یک مشکل بهداشتی شناخته شده‌ای می‌باشد که با بالا رفتن سن متوسط جامعه و تغییر شیوه زندگی اهمیت آن روز به روز بیشتر می شود، از توجه به فرایند صنعتی شدن کشور ایران که به افزایش جمعیت سالمند به دلیل بهبود مراقبت‌های بهداشتی منجر می شود نباید غافل شد (باقری، حقدوست، درتاج رابری، حلیمی، وفایی، فرهنگ نیا، شایان 1390، 315).

-بیماری آلزایمر نوعی انحطاط مغزی است که در آن ذرات غیرطبیعی به نام پلاک‌ها و درهم‌تنیدگی‌های نوروفیبریلاری در مغز ایجاد می‌شوند و سلول‌های سالم مغز را از بین می‌برند. با توجه به وفور بیماری آلزایمر و عدم درمان قطعی آن، مطالعات متعددی جهت یافتن درمان‌های موثر آلزایمر در حال انجام است. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که مصرف استروژن و هورمون درمانی ممکن است بتواند سیر این بیماری را کند یا متوقف سازد. یافته ها نشان داد هورمون درمانی با استروژن و پروژسترون موجب بهبودی MMSE و نیز بهبود تغییرات EEG می گردد؛ این روش ضمن دارا بودن حداقل عوارض، در درمان بیماران زن مبتلا به آلزایمر مفید می‌باشد. از 5 میلیون نفر که مبتلا به بیماری آلزایمر هستند، بیش از دو سوم زن هستند ( ایرانمنش، صیادی، فایق، شفیع ۱۳۸۵، 36).

-اندومتریوز، یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های زنان است.

یک بیماری خوش خیم سیستم ژنیتال زنان است که اغلب در سنین باروری دیده می شود و میانگین سنین شایع 34 سالگی می باشد. اندومتریوز مشکلی است که رحم زن را تحت تأثیر قرار می‌دهد - جایی که کودک در زمان بارداری در آن رشد می‌کند (کدیور، وفا، فرح زادی، خانی 1393، 20).

-سیستیت بینابینی (IC) یک بیماری مزمن مثانه است که منجر به ناراحتی یا درد مکرر در مثانه یا ناحیه اطراف لگن می‌شود. افراد مبتلا به IC معمولاً دارای دیواره‌های مثانه ملتهب یا تحریک شده هستند که می‌تواند باعث زخم و سفت شدن مثانه شود. سیستیت بینابینی می‌تواند هرکسی را تحت تأثیر قرار دهد. با این حال، در زنان شایع‌تر از مردان است.

- خشونت جنسی یک مشکل مهم در سراسر دنیا است. SV (Sexual Violence) به فعالیت جنسی اطلاق می‌شود که در آن رضایت کسب نشده است. هر کسی می‌تواند SV را تجربه کند، اما بیشتر قربانیان زن هستند.

## سلامت زنان و کووید- 19

شیوع بیماری نوظهور کووید 19 که در سال 2019 در شهرهان چین شناسایی شد و در دسامبر 2019 توسط سازمان بهداشت جهانی به صورت همهگیری اعلام شد چالش‌هایی در حین همهگیری ویروس و بعد از پایان همهگیری برای اشخاص ایجاد کرد که زنان نیز بی بهره نبودند.

کرونا مانند یک سارق بر جهان اثر گذاشت و زنان آسیب بیشتری دیدند. کووید 19 آسیب های اقتصادی و اجتماعی و روحی و جسمی بر زنان جوامع گذاشت که تک به تک رابطه تنگاتنگی با سلامت زنان دارد.





"زنان در اقتصاد غیررسمی آسیب پذیرتر هستند. بسیاری از آنها با ظهور COVID-19 مجبور به ترک کار خود شدند، بنابراین کووید ۱۹ نه تنها بر معیشت زنان بلکه بر خانواده و فرزندان آنها نیز تاثیر گذاشته است".

یافته‌های پژوهشی در مورد آثار روانی و تغییر سبک زندگی زنان در دوران اپیدمی کرونا نشان می‌دهد که اثرات جانبی اپیدمی کرونا بسیار چشمگیر است و زنان را در معرض خطر آسیب‌های روانی قرار می‌دهد. همچنین به دلیل تغییرات به وجود آمده در سبک زندگی در اثر شیوع ویروس کرونا ممکن است زنان در معرض خطر خشونت قرار بگیرند؛ بنابراین با ارائه مداخلات و پیگیری‌های به موقع توسط فرد و اقدامات مؤثر از سوی جامعه می‌توان اثرات جانبی ویروس کرونا بر سلامت روان و خشونت علیه زنان را به حداقل رساند (ایمانی، نادری، محمدی، امام جمعه 1401، 345).

"در همه‌گیری کووید 19، زنان باردار به دلیل بروز تغییرات گسترده در سیستم بدنی مستعد ابتلا به بیماری‌های عفونی قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های مطالعات انجام شده، افراد باردار در مقایسه با سایر زنان در معرض خطر شدید ابتلا به بیماری کووید 19 و احتمال مرگ و میر قرار دارند. هم چنین، ممکن است که آن‌ها در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سایر عوارض جانبی مانند زایمان زودرس (زایمان پیش از 37 هفته) باشند. نوزادان متولد شده از مادران باردار مبتلا به کووید 19، در صورت تماس با ترشحات تنفسی آلوده مادر یا ارائه‌دهندگان مراقبت، به کووید 19 مبتلا می‌شوند که گاهی علائم خفیف تری در آن‌ها بروز پیدا می‌کند و گاهی نیز بدون علامت هستند. هم چنین تاکنون شواهدی نیز دال بر انتقال عمودی ویروس به جنین یافت نشده است." این گفته‌ها حاکی از آثار گسترده کووید 19 بر روی سلامت زنان حتی زنان باردار می‌باشد (شریعت زاده، سرفراز، الازمنی نوده، عزیز، احمدی 1399، 5-8).

"حتی نتایج تحقیقات و یافته‌ها در مورد تاثیر کووید 19 بر روان زنان نشان داد بین اضطراب کرونا (علائم روانی)، با اختلال و سواس فکری عملی، رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $r = 41/0, p < 001/0$ ). همچنین بین اضطراب کرونا (علائم جسمانی)، با اختلال و سواس فکری عملی در سطح رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $r = 31/0, p < 001/0$ )"، و این حاکی از این است که کووید 19 هم در حین شیوع و همچنین بعد از شیوع و اتمام کووید 19 رابطه تنگاتنگی با سلامت روان زنان داشته است (خسروی، کجباف 1400، 77).

#### آگاهی زنان از منشور حقوق مربوط به سلامت زنان

از حقوق زنان این است که از حق و حقوق خود آگاهی داشته باشند و با اطلاع کامل از مزایا و معایب هر روش درمانی در روند تصمیم‌گیری درمان و مراقبت خود نقش فعال داشته باشند.

در یک مطالعه مقطعی و آزمایشی 60 مادر 19-35 ساله که از زمان زایمان آن‌ها 1 تا 3 ماه گذشته بود و جهت برخورداری از خدمات تنظیم خانواده یا بهداشت و سلامت کودک خود به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مادران در زمان خاتمه بارداری خود از نوع و چگونگی برنامه بهداشتی قبل و پس از اجرا آگاهی کافی نداشتند گر چه کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه و خانواده آنان رضایت خود را قبل از بستری اعلام نموده بودند، 6.83 درصد آنان اظهار نمودند اطلاعات کافی در حین اخذ رضایت در اختیار آنان قرار داده نشده است. 43.2 درصد زنان در زمان دریافت خدمات مراقبتی، سلامتی و بهداشتی حین و بعد از زایمان، احساس راحتی کامل داشتند. حدود 87 درصد زنان ابراز نمودند که هرگز در مورد مزایا و مضرات نوع زایمان اطلاعاتی دریافت نکرده بودند. 73 درصد زنان در طی بارداری 10 بار یا بیش تر سونوگرافی شده بودند و 93 درصد زنان بدون داشتن درد زایمان و در تاریخ تقریبی بستری شده بودند. بسیاری از زنان باردار نه تنها مراقبت استاندارد و مناسب دریافت ننموده بودند، بلکه در مورد عوارض و مزایای مداخلات انجام شده (دارو، آزمایشات، سونوگرافی، ایندکشن، پروسه درمان و جراحی و...) در طی بارداری و زایمان خود اطلاعات کافی از تیم درمانی خود (پزشک، ماما، پرستار) دریافت نکرده بودند. به نظر می‌رسد که زنان باردار ایرانی از حقوق کامل خود در زمینه درمان و مراقبت‌های ضروری و استاندارد مطلع نبوده و در عملکرد تیم درمان نیز در اجرای پروتکل‌ها و مداخلات درمانی و مراقبتی منطبق با اصول اخلاقی و استاندارد فاصله معنی‌داری مشاهده می‌شود. مطالعات وسیع‌تر در زمینه حقوق بهداشت باروری و اخلاق حرفه‌ای زنان و مامایی پیشنهاد می‌شود زیرا عدم آگاهی از منشور حقوق سلامت توسط زنان آثار سوئی بر سلامتشان خواهد گذاشت و زنان با افزایش آگاهی از حقوق مربوط به سلامت خود می‌تواند قدم موثری در این زمینه بردارند (خدا کرمی، جانثاری 1387، 51).



## اسیدپاشی و سلامت زنان

یکی از پدیده‌های نوظهوری که حقوق و سلامت زن و در نتیجه حریم انسانیت و امنیت جامعه را خدشه دار نموده، عمل شنیع اسیدپاشی بر بدن و چهره زنان و دختران جوان است. خشونت اسیدی به عنوان شکلی نوین از خشونت علیه زنان، بازتاب نابرابری جنسیتی و تبعیض در جامعه به شمار می‌رود. این عمل، نه تنها خود قربانی و سلامت زنان را، بلکه خانواده او و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اسیدها مواد شیمیایی بسیار خطرناک هستند که در اثر تماس با پوست بدن و چشم‌ها آسیب‌های بسیار شدید و در مواردی جبران‌ناپذیری برجای می‌گذارند و نابودکننده سلول‌ها و اعضای بدن زنان به شمار می‌روند. در صورت وقوع اسیدپاشی، پوست توان بازسازی را از دست می‌دهد و دیگر نمی‌تواند خود را بازسازی کند چراکه ساختمان و ضمایم پوست از جمله غدد و موهای سطح پوست از بین می‌رود و روند بازسازی پوست مختل و درمان آن بسیار مشکل و در مواقعی غیرممکن می‌شود.

زنان بعنوان قربانیان اسیدپاشی معمولاً دچار تروما یا آسیب شدید روانی می‌شوند زیرا در موقعیتی قرار می‌گیرند که نمی‌توانند واکنش مناسبی به رویداد داشته باشند و به همین دلیل دچار 'اختلال استرس حاد روانی' می‌شود. استرس حاد روانی، کابوس‌های زیاد، ضربه شدید هویتی و... از عوارض روحی اسیدپاشی بر روی زنان می‌باشد که به مراتب بیشتر بر روی سلامت زنان اثر گذار می‌باشد.

اسیدپاشی در فقه اسلامی از نظر نوع سلاح ذیل محاربه قرار می‌گیرد و از لحاظ تکرار عمل، افساد فی الارض محسوب می‌شود. این عمل در نظام بین‌المللی حقوق بشر نوعی تبعیض و خشونت مبتنی بر جنسیت علیه زنان و در نتیجه نقض حقوق بشری بنیادین آنان بوده و بی‌گمان ممنوع است. بر این اساس، دولت‌ها باید در پیشگیری، تحقیق و مجازات مرتکبین اسیدپاشی، مساعی مقتضی را به کار گیرند (مشهدی، کرمی، حبیبی 1397، 175).

## رابطه جرایم زنان و سلامت زنان

بی‌تردید جرایم زنان ابعاد پیچیده‌ای دارد که در بسترهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه ریشه دارد و با شناخت و فهم این ریشه‌ها می‌توان به دلایل زنان در ارتکاب جرم پی برد و زوایای پنهان آن را آشکار کرد. از دید کنشگران اجتماعی، جرایم زنان با عواملی چون فقر، نیاز مالی، اوضاع نامساعد زندگی، نارضایتی از همسر، استیلاي مردانه قابل تبیین است. انجام این‌گونه تحقیقات زمینه‌ای را فراهم می‌سازد تا فاصله میان واقعیت اجتماعی جرایم زنان و ذهنیت اجتماعی شناسایی شود. ذهنیت اجتماعی در باب جرایم زنان برحسب جنسیت می‌تواند تصاویر متفاوتی ارائه کند.

مرور تاریخچه جرم‌شناسی نشان می‌دهد جرایم زنان همواره در جامعه شناسی سنتی بخشی حاشیه‌ای بوده است چراکه جرم زنان در مقابل مردان به لحاظ تعداد کم است و در برخی کشورها تعداد زنان زندانی حتی کمتر از ده درصد کل زندانیان را تشکیل داده است همچنین بررسی‌های جرم‌شناسانه حکایت از آن دارد که جرایم زنان و مردان به لحاظ کیفیت و نوع جرم نیز تفاوت‌های درخور ملاحظه‌ای دارد. چنانکه این تحقیقات نشان می‌دهد، بیشتر مجرمان زن به خاطر جرایم سبک نظیر دزدی‌های کوچک یا جرایم اخلاقی به زندان افتاده‌اند، در حالیکه مردان بیشتر مرتکب جرایم سنگین و خشونت‌بار می‌شوند که افکار عمومی را متهیج می‌کند. در مجموع این عوامل سبب شده است که آمار جرایم زنان کمتر مورد تجزیه و تحلیل‌های آماری قرار گیرد. هرچند که این موارد دلایل قابل قبولی برای کنار گذاشتن و نپرداختن به علل جرایم زنان نیست. از اینرو از دهه ۱۹۶۰ و گسترش موج فیمینیسم و فعالیت زنان در عرصه‌های اجتماعی جرم‌شناسی نیز نگاه ویژه‌ای به جرایم زنان داشته و نظریه پردازان پیشین را بدلیل غفلت از متغیر مهم جنسیت سرزنش کرده است.

در نتیجه می‌توان گفت که پیشگیری اجتماعی از جرایم زنان و دختران، فقط وظیفه پلیس زن نیست، بلکه کلیه نهادهای مسئول در جامعه باید با هم همکاری داشته باشند و با اتحاد با یکدیگر به این مهم عمل کنند. چنانچه هر دستگاه وظیفه خود را به شایستگی انجام دهد و از آن غفلت نرزد، قرار گرفتن در مسیر پیشگیری اجتماعی و اتحاد دستگاه‌ها با یکدیگر بسیار ساده‌تر خواهد بود. در پایان پیشنهاد می‌شود که برای تحقق پیشگیری اجتماعی در جامعه، کلیه واحدهای مسئول در این امر، دست به دست یکدیگر بدهند و به پلیس اعتماد کنند (صادقی، میرحسینی، 1379، 23).



## قربانی شدن زنان و سلامت زنان

ترس از قربانی جرایم شدن در بین زنان یکی از موضوعات برجسته در مطالعات جرم‌شناسی و جامعه‌شناسی انحرافات است. یافته‌ها حاکی از آن است که حدود 48 درصد زنان در حد زیاد، 33 درصد در حد متوسط و 19 درصد در حد کم در فضاهای شهری نسبت به تهدید جرایم دچار ترس و واکنش می‌اند. به بیان دیگر حدود نیمی از زنان به هنگام تردد در شهر احساس امنیت ندارند. در بین زنان تحصیل کرده و دارای درآمد بالا، زنانی که در محله آن‌ها ساختمان‌ها و زمین‌های متروکه کمتر بوده و زنانی که از فعالیت‌های پلیس رضایت بیشتری داشته‌اند میزان ترس از جرم کمتر بوده است. یافته‌ها حاکی از این است که بین سلامت زنان در همه ابعاد و احساس امنیت رابطه مستقیم وجود دارد (علی‌خواه، نجیبی 1385، 109).

## بحث و نتیجه‌گیری

زنان و مردان مشکلات بهداشتی مشابهی دارند، اما زنان مسائل مربوط به سلامت خود را دارند که باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. زندگی زنان در طول قرن‌ها تغییر کرده است. در گذشته، زندگی برای اکثر زنان بسیار دشوار بود. گذشته از خطرات و بیماری‌های متعدد، زنان اغلب هنگامی که هنوز کودک بودند، همسر و مادر میشدند. بسیاری از زنان بارداری‌های زیادی داشته‌اند که ممکن است خواسته یا ناخواسته باشد. در گذشته، زایمان خطرناک بود و اغلب منجر به مرگ مادر می‌شد. اکثر زنان در گذشته آنقدر عمر نمی‌کردند که نگران یائسگی یا کهولت سن باشند. امروزه با وجود آزمایشات چکاپ دقیق می‌توان به سرعت به بیماری‌های زنان پی برد و از آن پیشگیری کرد.

اهمیت سلامت جسمی و روحی زنان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و به مخاطره افتادن سلامت جسمی و روحی آنها زمینه ساز بروز بیماری‌های جسمی و روحی مختلفی خواهد شد؛ چراکه مادر بیمار خود می‌تواند پرورش دهنده فرزندی بیمار باشد. به دلیل نقش حساس «زن» و موقعیت و جایگاه بسیار با اهمیت او در سلامت و سازندگی خانواده و جامعه، مراقبت و توجه به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی و معنوی او نیز از اهمیت خاصی برخوردار است و دقت بیشتری را می‌طلبد. وجود بیماری‌ها و عوامل تاثیرگذار مانند نا مساعد بودن محیط شغلی، بیماری‌های شایع زنان، بیماری‌های روحی و روانی مانند افسردگی، خودکشی، اعتیاد، برخی جرایم مختص زنان، مورد خشونت قرار گرفتن در بستر جامعه و خانواده، عدم امنیت کافی در فضای شهری، عدم رعایت حقوق زنان در همه ابعاد، عدم برنامه‌ریزی‌ها و خط مشی و سیاست‌های دقیق دولت می‌تواند عاملی تهدیدکننده بر سر راه سلامت جسمی، روحی و روانی، جنسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی زنان باشد که در صورت رفع و کاهش این عوامل تهدیدکننده می‌توان شاهد سلامت زنان در همه ابعاد شد.

از سوی دیگر زنان به عنوان فرد مؤثر در تغذیه خانواده و بعنوان محور تغذیه خانواده در صورتی که آموزش‌های لازم را در مورد تغذیه و سلامت فرا بگیرند بخش عمده‌ای از مشکلات مربوط به بیماری‌های زنان رفع خواهد گردید و با افزایش سلامت جسمی، ابعاد دیگر سلامت نیز افزایش قابل توجهی خواهد یافت، زیرا بعد روحی و جسمی تاثیر پذیری متقابلی بر روی یکدیگر دارند.

در سال 1900، طول عمر یک زن حدود 50 سال بود. در حال حاضر، در هزاره جدید، میانگین امید به زندگی برای زنان 82 سال است و همچنان در حال افزایش است. زنان نه تنها عمر طولانی‌تری دارند، بلکه می‌توانند کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند. بنابراین ضروری است که زنان مسئولیت بدن خود را بر عهده بگیرند و درک کنند که چگونه می‌توانند سلامت و تناسب اندام شخصی خود را به حفظ کنند. همچنین بهتر است که جامعه و مردان نگرانی‌های سلامتی زنان را درک کرده و از آنها حمایت می‌کنند.

## پیشنهادها

با در نظر گرفتن میزان مشکلات مختص این قشر اجتماعی، در عصر حاضر و بروز مشکلاتی چون کرونا و جریان مسمومیت در مدارس دخترانه، آنچه مورد اهتمام است این خواهد بود که مسئولین و سردمداران سیاست‌گذاری تعاملی در راستای حمایت بیشتر در جهت مصوب نمودن قوانین و آیین‌نامه‌ها در بخش‌های مختلف اجتماعی حمایت هر چه بیشتری برای رفع چالش‌های فرارو، اقدام سریع بنمایند. همچنین تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هر گونه ظلم و خشونت خانوادگی و اجتماعی در تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان و حمایت از قربانیان خشونت توسط قوه قضائیه، نهادهای فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اتخاذ گردد و آنچه که مورد تاکید است





شفاف سازی در حیطه مسئولیت و تقویت نقش و عملکرد دستگاه‌ها و سازمان‌های مختلف در پیشگیری، ایمن‌سازی و کنترل آسیب‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت زنان در راستای برنامه چهارم توسعه کشور میباید. مسئولین نظام سلامت باید مشکلات زنان را از نگاه خود آنان مورد شناسایی قرار دهند و سپس برنامه‌های خود را عملیاتی سازند. به هر حال در صورتی که نظام مدیریت سلامت نیازهای زنان را نشناسد برنامه ریزی‌هایی که در این زمینه خواهد کرد راه به جایی نخواهد برد.

## منابع و ماخذ

1. احمدنیا، شیرین (۱۳۸۳). اثرات اشتغال بر سلامت زنان، دوره ۳ شماره ۱۲
2. ایرانمنش، فرهاد؛ صیادی اناری، احمدرضا؛ فایق، عاده؛ شفیع، زهرا (۱۳۸۵). تأثیر هورمون‌های استروژن و پروژسترون بر وضعیت نوار مغزی و MMSE در بیماران زن مبتلا به آلزایمر، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۳ (۲)
3. استوار، معصومه؛ نصیری، فریبا؛ تعاونی، سیمین؛ حقانی، حمید (۱۳۸۵). آگاهی و نگرش زنان در مورد بیماری‌های مقاربتی و ایدز و عوامل مرتبط با آن، نشریه پرستاری ایران، ۱۹ (۴۸)
4. ایمانی، مهدی؛ نادری، زهرا؛ سلطان محمدی، آرزو؛ امام جمعه، مرجان؛ شرفی زادگان، میلاد (۱۴۰۰). تغییرات سبک زندگی سلامت روان و خشوکت علیه زنان در دوران شیوع کرونا، مقاله پژوهشی ۱۶.۳.۱۲.۴
5. باقری، پژمان؛ حدقوست، علی اکبر؛ درتاج رابری، اسحاق؛ حلیمی، لیلیا؛ شایان، لیلیا (۱۳۹۰). فرا تحلیل شیوع پوکی استخوان در زنان ایرانی، ۱۳ (۳)
6. خداکرمی، ناهید؛ جانثاری، شراره (۱۳۸۷). بررسی آگاهی مادران از منشور حقوق زنان باردار، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۲ (۱)، صفحه ۵۷-۵۱
7. دستجردی، وحید (۱۳۹۷). سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران، شماره ۱۵
8. رضائی، نسرین؛ صلصالی، مهنوش؛ جهانتیغ، مژگان (۱۳۹۴). شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی، مرور مطالعات کیفی، نشریه پژوهش پرستاری، ۱۰ (۳)، صفحه ۱۱۸-۱۳۰
9. سپهرمنش، زهرا (۱۳۸۸). سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان، نشریه مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۱۲ (۱)، صفحه ۳۱-۴۱
10. شریعت زاده، مریم؛ سرفراز، زهرا؛ الازمنی نوده، فرشید؛ عزیزی، حمید رضا؛ احمدی، یزدان (۱۳۹۹). بررسی وضعیت زنان باردار مبتلا به کووید ۱۹ و نوزادان متولد شده از آن‌ها، مطالعه مروری سیستماتیک، ۹ (۱)، صفحه ۴-۱۴
11. صادقی، سهیلا؛ میرحسینی، زهرا (۱۳۹۳). تحلیل جامعه‌شناختی درک و تصورکنشگران اجتماعی نسبت به جرایم زنان، مسائل اجتماعی ایران، شماره ۲
12. علی خواه، فردین؛ نجیبی ربیعی، مریم (۱۳۸۵). زنان و ترس از جرم در فضاهای شهری، دوره ۶، شماره ۲۲
13. غلامی، عالم آرا؛ قاسمی، مبینا؛ مطیعی، فاطمه؛ باباپور روش، محمد رضا؛ لطفی نوده، محمد جواد؛ روزبه، سامان (۱۴۰۱). سرطان سینه و ژن‌های مرتبط و GRISPR، دوره ۴
14. کجباف، محمد باقر؛ خسروی، زهرا (۱۴۰۰). رابطه اضطراب کرونا با بروز اختلال وسواس فکری عملی در زنان خانه دار، ۱۳ (۴)، صفحه ۸۵-۷۷
15. کدیور، مریم؛ عاطفه، وفا؛ فرحزادی، آتنا؛ خانی، سپیده (۱۳۹۳). بررسی ۶ ساله فراوانی اندومتریوز جدار شکم در بیماران مبتلا به اندومتریوز با تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی بستری در بیمارستان‌های رسول اکرم، علوم پزشکی رازی، شماره ۱۸، صفحه ۲۰-۲۶
16. مردی، علیرضا (۱۳۸۳). جهانی شدن و سلامت، شماره ۱۳
17. مشهدی، علی؛ کرمی، موسی؛ حبیبی کجیدی، حسین (۱۳۹۶). اسید پاشی بر روی زنان از منظر نظام حقوقی اسلام و نظام بین‌المللی حقوق بشر، دوره ۴، شماره ۲

1. Ahmadnia, Shirin (1383). Effects on women's health, volume 3, number 12

2. Iranmanesh, Farhad; Sayadi Anari, Ahmad Reza; Faiq, Adele; Shafiei, Zahra (2008). The effect of estrogen and progesterone hormones on EEG and MMSE status in female patients with Alzheimer's disease, Birjand University of Medical Sciences, 13(2)

3. Stewar, Masoumeh; Nasiri, Fariba; Cooperative, Simin; Haqqani, Hamid (1385). Women's knowledge and attitude about sexually transmitted diseases and AIDS and related factors, Iranian Nursing Journal, 19(48)

4. Imani, Mehdi; Naderi, Zahra; Sultan Mohammadi, Arzoo; Friday imam, Marjan; Sharfizadegan, Milad (1400). Lifestyle changes, mental health and violence against women during the outbreak of Corona, research paper 12.4.16.3



5. Bagheri, Pejman; Haqdoost, Ali Akbar; Dartaj Rabari, Ishaq; Halimi, Leila; Shayan, Leila (2019). Analyzing the prevalence of osteoporosis in Iranian women, 13(3)
6. Khodakarmi, Nahid; Janthari, Sharare (2008). Examining mothers' awareness of the bill of rights of pregnant women, Iranian Journal of Medical Ethics and History, 2(1), page 51-57
7. Dastjardi, Vahid (2017). Women's health in the Islamic Republic of Iran, number 15
8. Rezaei, Nasreen; Salsali, Mehnoosh; Jahantigh, Mozghan (2014). Identification of dimensions of Iranian women's health, a review of qualitative studies, Journal of Nursing Research, 10(3), pp. 118-130
9. Sephermanesh, Zahra (2008). Mental health and factors related to it in young women of Kashan city, Journal of Iranian Obstetrics and Infertility Women, 12(1), page 41-31
10. Shariatzadeh, Maryam; Sarfraz, Zahra; Al-Azmani Nodeh, Farshid; Azizi, Hamid Reza; Ahmadi, Yazdan (2019). Investigating the status of pregnant women infected with Covid-19 and their babies, a systematic review, 9(1), page 14-4
11. Sadeghi, Soheila; Mirhosseini, Zahra (2013). Sociological analysis of social activists' understanding and perception of women's crimes, Iran's social issues, number 2
12. Alikhah, Fardin; Najibi Rabiei, Maryam (2015). Women and fear of crime in urban spaces, volume 6, number 22
13. Gholami, Alam Ara; Ghasemi, Mobina; Matiei, Fatima; Babapour Roush, Mohammad Reza; Lotfi Nodehi, Mohammad Javad; Rouzbeh, Saman (1401). Breast cancer and related genes and GRISPR, grade 4
14. Kajbaf, Mohammad Baqer; Khosravi, Zahra (1400). The relationship between Corona anxiety and obsessive-compulsive disorder in housewives, 13(4), page 77-85
15. Kadivar, Maryam; affection, loyalty; Farhzadi, Athena; Khani, Sepideh (2013). A 6-year study of the frequency of endometriosis of the abdominal wall in patients with endometriosis with definitive histopathological diagnosis admitted to Rasul Akram Hospitals, Razi Medical Sciences, No. 18, pages 20-26
16. Marandi, Alireza (2013). Globalization and health, number 13
17. Mashhadhi, Ali; Kerami, Musa; Habibi Kajidi, Hossein (1396). Acid spraying on women from the perspective of the Islamic legal system and the international human rights system, volume 4, number 2



## Management of Indicators of Women's Health Rights

**Mokhtar Bidarvand**

Ph.D in Criminal Law & Criminology, Payam Noor Bonab University, Iran (Author)

Mokhtar.bidarvand@gmail.com

**Haniyeh Ali Pashaei**

Bachelor student of Law, Payam Noorbanab University, Iran

hanyhlypashayy@gmail.com

**Shaishte Azami**

Bachelor student of Law, Payam Noor Bonab University, Iran

shayestehazami1381@gmail.com

**Hamed Niazmand Bonab**

Bachelor's student in Nursing, Bonab Azad University, Iran

hamedniazmandbonab@gmail.com

### Abstract

Women's health goal is one of the basic priorities of the health of societies and the development goals of the third millennium. Various factors affect women's health during their life periods. This article, while examining the background of historical policies and women's health programs at the international level and important and influential approaches in the field of research, provides indicators for evaluating and valuing women's health, health and its management in promoting women's health and role. Method: This review study, relying on the library method and using the articles available in the database In formation, magazines, books, internal and external reports have been done considering selected keywords. In addition to that, the researcher has used his expert opinions and scientific and practical experiences in this field. Findings: Research and useful interaction between official scientific research structures and effective planning and implementation on women's health with the aim of knowing the programs and recognizing information needs and priority research gaps, leads to promotion Management and decisions about women's health will be at the national level.

**Key words:** Health Foundation, Women, Health Indicators, Health Management.