



معاونت امور زنان و خانواده
ریاست جمهوری

وضعیت سلامت زنان در ایران

(گزارش شماره ۲)

معاونت بررسی‌های راهبردی

به کوشش: الهام هاشمی

تیرماه ۱۳۹۴

فهرست

مقدمه	۵
بخش اول: تجارب پیشین و رویکرد مناسب	۹
۱.۱. زنان به مثابه گروه‌های آسیب پذیر	۹
۱.۲. زنان در تلاش برای تحقق اهداف کلان کشور	۱۰
۱.۳. رویکرد عدالت جنسیتی	۱۰
بخش دوم: گزاره‌های مبتنی بر اطلاعات نادرست درباره زنان و خانواده	۱۳
۲.۱. همه از نتایج برنامه‌های توسعه برخوردار می‌شوند	۱۳
۲.۲. هنجارهای اجتماعی زنان را از جستجوی کار باز می‌دارد	۱۴
۲.۳. اشتغال زنان باعث کاهش اشتغال مردان می‌شود	۱۶
۲.۴. زنان خانه‌دار فعال اقتصادی نیستند	۱۶
۲.۵. زنان تجربه و علم لازم را برای مدیریت ندارند	۱۸
۲.۶. زنان در پی پست و مقام نیستند چون اولویت آنها چیز دیگری است	۱۸
۲.۷. فقط یک نفر (یعنی مرد) باید تأمین کننده هزینه‌های زندگی باشد	۱۹
۲.۸. امید به زندگی زنان بیشتر از مردان و این دلیل بهتر شدن وضعیت زنان است	۲۰
۲.۹. دختران و پسران نمی‌خواهند ازدواج کنند	۲۰
۲.۱۰. افزایش طلاق نتیجه زیاده خواهی‌ها و ناسازگاری‌های طرفین است	۲۱
۲.۱۱. خانواده‌ها هنوز مقید به رعایت هنجارهای گذشته اند	۲۳
۲.۱۲. آسیب‌های اجتماعی زنانه شده اند	۲۴
جمع بندی	۲۶

۲۹	بخش سوم: گزارش وضعیت زنان (سلامت)
۲۹	خلاصه مدیریتی
۳۳	۱. مقدمه
۳۵	۲. ابعاد اساسی سلامت
۳۵	۲.۱. سلامت جسمی
۳۶	۲.۲. سلامت روان
۳۸	۲.۳. سلامت اجتماعی
۳۹	۲.۴. سلامت معنوی
۴۰	۳. سلامت زنان و تفاوت‌های جنسیتی
۴۳	۳.۱. گروه‌های سنی زنان
۴۴	۳.۲. گروه‌های در معرض خطر بالا
۴۵	۴. مادری سالم
۴۵	۴.۱. سلامت باروری
۴۶	۴.۲. حقوق باروری
۴۶	۴.۳. مادری ایمن
۴۷	۴.۴. مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان
۴۸	۴.۵. سقط جنین
۴۹	۵. نازایی
۵۱	۶. بیماری‌های جنسی
۵۱	۶.۱. عفونت‌های منتقله جنسی
۵۱	۶.۲. بیماری نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)
۵۱	۷. وضعیت سلامت زنان در کشور
۵۱	۷.۱. جمعیت و امید به زندگی زنان
۵۵	۷.۲. بهداشت و سلامت باروری و بارداری
۶۴	۷.۳. زایمان سالم
۶۷	۷.۴. مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان
۶۸	۷.۵. بار بیماری‌های زنان
۷۳	۷.۶. ایدز / اچ ای وی
۷۸	۷.۷. عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در زنان
۸۴	۷.۸. معلولیت در زنان
۸۵	۷.۹. مرگ و میر زنان
۹۱	منابع

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران اصل را بر عدالت اجتماعی برای تمام شهروندان بدون در نظر گرفتن سن، جنس و قومیت نهاده است (رجوع شود به اصول ۳۰، ۲۸، ۲۹ و ۳۱ قانون اساسی) به طور یقین تحت لوای این اصل تحقق «عدالت جنسیتی» به عنوان یک راهبرد مهم در تمامی جنبه‌های زندگی، به صورتی پایدار مد نظر قرار می‌گیرد.

در کشور ما با تجربه‌ای نزدیک به هفتاد سال در برنامه‌ریزی، هنوز عدالت اجتماعی و به تبع آن توسعه متوازن برقرار نشده است. ضرورت شناخت عوامل کلیدی در ناکارآمدی برنامه‌های گذشته، قدمی مهم در جبران این غفلت و توجه بیشتر برنامه‌های توسعه بر کاهش تبعیض‌ها و اصل حیاتی «عدالت اجتماعی» است.

عدم موفقیت در برقراری عدالت اجتماعی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تجربه شده و نظام برنامه‌ریزی کشورها در تلاش برای رفع چنین نقیصه‌ای با رویکردهای متفاوتی عمل کرده‌اند. در برخی از کشورها، برنامه‌ریزان برنامه‌های توسعه را با هدف دستیابی به عدالت اجتماعی، ولی بی‌توجه به مسائل زنان که متفاوت از مردان است و به اصطلاح «برای همه»،

تدوین نموده‌اند که این بی‌توجهی به معنای تداوم تبعیض‌های موجود علیه زنان و عقب ماندگی جامعه است. گروهی دیگر از برنامه‌ریزان با انگیزه‌ای ظاهراً بی‌طرفانه و تصور میدانی باز برای رقابت، برنامه‌های توسعه را تنظیم می‌کنند که این خود به نوعی تبعیض منتهی می‌شود؛ زیرا مردان و زنان از موقعیتی متوازن در آغاز هر برنامه برخوردار نیستند و میدان رقابت بازی نیز مبتنی بر شایسته‌سالاری وجود ندارد، در نتیجه زنان نمی‌توانند از نتایج بدست آمده در پایان برنامه توسعه برخوردار شوند و عدالت جنسیتی و به تبع آن عدالت اجتماعی تحقق نیافته است.

در دهه‌های گذشته برای اطمینان از دستیابی به اهداف برنامه‌های توسعه در تحقق عدالت اجتماعی و عدالت جنسیتی، کشورهای مختلف راهبردها و سیاست‌های گوناگونی را طراحی و اجرا کرده‌اند. کشورهایی در قاره آسیا مانند مالزی، فیلیپین، هند و... و در مجموعه کشورهای آمریکای لاتین؛ شیلی، مکزیک و یا کشورهای افریقایی بسیاری نظیر مالاوی، افریقای جنوبی، تانزانیا، کنیا و...

به دلیل اهمیت بسیار زیاد کاهش تبعیض‌ها برای حکومت‌ها و ضرورت درک و ترویج راهبرد عدالت جنسیتی برای عینیت یافتن عدالت اجتماعی، امروزه عنوان «فمو کرات» برای کسانی به کار برده می‌شود که در دولت‌ها سه هدف و وظیفه را دنبال می‌کنند:

۱. افزایش آگاهی در درون دولت از پیامدهای سیاست‌ها و برنامه‌ها بدون نگاه جنسیتی

۲. وادار کردن دولت‌ها به پاسخگویی به تعهداتشان برای تحقق عدالت

۳. ایجاد تغییرات در سیاست‌ها و بودجه‌ها با هدف ارتقاء پایگاه

اجتماعی و اقتصادی زنان

در کشور ما علیرغم تلاش‌های صورت گرفته، به دلیل این که قانون

گزارش وضعیت زنان ۷

برنامه‌های توسعه بیشتر متمایل به طیف کم توجهی جنسیتی و خنثی نگری در برنامه قرار می‌گیرند، به استثنای برنامه چهارم توسعه که در بیش از یک ماده قانونی مسائل زنان (مواد ۱۰۲، ۹۷، ۵۴، ۲۰، ۱۱۱ و...) دیده شده بود، توفیق چندانی در برقراری عدالت جنسیتی حاصل نشده است.

در این گزارش فرض ما بر این است که برنامه‌ریزان به اهمیت موضوع کاهش تبعیض‌ها مبتنی برجنسیت واقفند و مجریان تمایل به اجرایی سازی این موضوع دارند. بنابراین هدف ما، مروری بر وضعیت زنان در حوزه‌های «مهم‌تر» برای بهبود وضعیت آنان و تقویت نهاد خانواده است. پنج حوزه مهم‌تر بر اساس نظرات کارشناسان حوزه مسائل زنان انتخاب شده است و امیدوار هستیم که این اطلاعات در تدوین برنامه ششم توسعه با درک ضرورت برقراری عدالت اجتماعی و جنسیتی به کار برده شود.

در بخش اول به طور بسیار مختصر به رهیافت‌های متفاوت در پرداختن به مسائل زنان در برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها اشاره می‌شود و سپس مناسب‌ترین چهارچوب و راهبرد متناسب با شرایط کشور برای برقراری عدالت اجتماعی طرح می‌گردد.

در بخش دوم، بر اساس مسائل و اطلاعات طرح شده در گزارش‌های پنجگانه و با استفاده از یافته‌های پژوهش‌های علمی معتبر، خلاصه‌ای از مهم‌ترین گزاره‌ها درباره جنبه‌های مختلف وضعیت کنونی زنان و خانواده ارائه می‌شود.

در بخش سوم گزارش، پنج حوزه دارای اولویت برای ارتقاء و بهبود وضعیت زنان در خانواده و جامعه در پنج گزارش مجزا تنظیم شده است. روش تدوین این گزارش‌ها به عنوان یک مطالعه کتابخانه‌ای، گردآوری آمارها و اطلاعات قابل دسترسی، ارائه آنها با تمرکز بر مهم‌ترین موضوعات و تحلیل ثانویه برخی از شاخص‌های مفید برای برنامه‌ریزی بوده است. هر

یک از گزارش‌های پنجگانه، موضوعات را در بازه زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ مد نظر قرار داده (گرچه در برخی موارد به دلیل ضرورت و یا نبود اطلاعات، فراتر و یا محدودتر از این دوره، اطلاعات ارائه شده است) و سعی شده که تصویری اجمالی از وضعیت زنان در حوزه خانواده، بازار کار، سلامت، تأمین اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی ارائه شود.

بخش اول: تجارب پیشین و رویکرد مناسب

برنامه‌ریزان غالباً با توجه به درک خود از شرایط زنان در کشورشان و با ملاحظه ایدئولوژی حکومت‌ها رویکردی را انتخاب و بر اساس مبانی این رویکرد طرح‌های خاصی را برای زنان طراحی و اجرا کرده‌اند. این رویکردها را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد؛ دسته اول زنان را «گروه‌های آسیب پذیر و فقیر» تعریف کرده‌اند. در دسته دوم زنان امکان و وسیله‌ای هستند که باید برای رسیدن به اهداف کلان جامعه تلاش کنند و دسته سوم رویکردها را «عدالت جنسیتی» می‌نامیم.

۱.۱. زنان به مثابه گروه‌های آسیب پذیر

در این مجموعه از رویکردها بر نقش «تولید مثل» و «تولید کنندگی» زنان تأکید شده است. زنان تقریباً جدای از کل جریان جامعه و بدون تأکید بر روابط اجتماعی و ارزش‌های اکتسابی و دلایل پیدایش تبعیض‌ها و نابرابری‌ها میان زنان و مردان، به عنوان گروه هدف تعریف شده‌اند. رویکردهای رفاه و فقرزدایی را می‌توان به عنوان نمونه در این دسته مطرح کرد.

ارایه خدمات در زمینه‌هایی مانند تغذیه، آموزش مهارت‌های خاص زنان و تأمین امکانات کسب معیشت از راه‌حل‌های اساسی این رویکردها است. اجرای طرح‌های اشتغال‌زا در خانه و این که زنان می‌توانند با ایفای نقش همسری و مادری تولیدکننده نیز باشند و به معیشت خانواده کمک کنند، محتوی اصلی این گونه رویکردها را تشکیل می‌دهد.

۱.۲. زنان در تلاش برای تحقق اهداف کلان کشور

بر اساس این رویکرد که بیشتر بر جنبه‌های اقتصادی تأکید دارد، زنان نیروی کار و منابعی هستند که می‌توانند به رشد و توسعه اقتصادی به عنوان سرمایه‌های انسانی کمک کنند. با پذیرش نقش تولیدکنندگی زنان در مشاغل (زنانه و مردانه) و حضور آنان در عرصه عمومی، قدمی فراتر از رویکردهای دسته اول برداشته شده است.

هدف این رویکرد ارتقاء نقش اقتصادی زنان در توسعه کشور و تأکید بر فراهم آوردن فرصت‌های بیشتر برای آنان است. ارتقاء سرمایه انسانی زنان با آموزش، تأمین فناوری و تکنولوژی‌های مناسب، دسترسی به منابع مالی و سیستم بانکی، برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی و... همه به مشارکت زنان در فرایند رشد و توسعه و برخورداری آنان از مواهب توسعه کمک می‌کند.

۱.۳. رویکرد عدالت جنسیتی

عدم موفقیت برنامه‌های توسعه در تحقق عدالت اجتماعی و ماندگاری تبعیض‌ها، نشانه‌های روشنی از ناکارآمدی رویکردهای پیشین است. امروزه آسیب پذیر دانستن زنان و ترویج باور آسیب پذیری آنان به دلیل «زن بودن» عین تبعیض و نشان دهنده سیاست‌ها و برنامه‌های محروم‌کننده زنان از

حقوق انسانی است. همچنین تأکید صرف بر نقش اقتصادی زنان، آنها را منابع انسانی ارزان قیمتی می‌بیند که لزوماً تأمین کننده همه حقوق انسانی آنها نمی‌تواند باشد.

امروزه موضوع «عاملیت زنان» نه به عنوان گروه‌های آسیب پذیر و نه وسیله‌ای برای رشد اقتصادی، بلکه با تأکید بر هر سه نقش زنان یعنی تولید مثل، تولید کنندگی و اجتماعی طرح می‌شود تا با حفظ خصوصیات طبیعی زنان و مردان، درک تفاوت‌ها و مکمل بودن نقش‌های آنان، رفع تبعیض‌های جنسیتی محور سیاست گذاری‌ها و برنامه‌های توسعه قرارگیرد.

عدالت اجتماعی فقط در صورتی تحقق می‌یابد که منابع انسانی زنان در مجموعه منابع انسانی کشور و برنامه‌ها و بودجه‌های توسعه، حساس به تبعیض‌های روا داشته شده علیه زنان و با هدف ارتقاء جایگاه زنان و تقویت نهاد خانواده تعریف شود. براساس رویکرد عدالت جنسیتی توسعه انسانی پایدار جدا از تغییر و تحول در نگرش‌های جامعه که توسط زنان و مردان تعریف و تداوم یافته اند، قابل دستیابی نخواهد بود.

در نتیجه بر اساس تجربیات ناموفق سایر رویکردها و روند افزایشی تعداد زنان فقیر و باصطلاح آسیب پذیر و افزوده شدن بر فهرست عوامل آسیب زا و ضرورت دستیابی زنان به حقوق انسانی و بهبود وضعیت آنان به عنوان هدف و نه وسیله‌ای برای رشد اقتصادی، رویکرد «عدالت جنسیتی» که سازگاری بیشتری با شرایط کشور ما دارد، پیشنهاد می‌گردد. اساس این رویکرد کسب توازن میان نقش‌های سه گانه زنان و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌هایی است برای تأمین نیازهای عملی و راهبردی آنان در این رویکرد؛ با ارائه فرصت‌های برابر برای همگان (زنان و مردان) در تمامی بخش‌های اجتماعی و فرهنگی، سیاسی و اقتصادی زمینه دستیابی به عدالت اجتماعی فراهم می‌گردد.

استراتژی رویکرد عدالت جنسیتی متفاوت از سایر رویکردها که یکی تأمین حداقل رفاه برای آسیب پذیران و دیگری ارتقاء نقش زنان در رشد اقتصادی بوده، پرداختن به نظام و ساختاری است که برنامه‌های توسعه در آن تدوین می‌شود تا با تحول کلی نهادها، رفاه گروه‌های آسیب پذیر تأمین و زمینه کار و اشتغال برای زنان نیز فراهم شود. این استراتژی را می‌توان «نهادگرا» نامید.

رویکرد عدالت جنسیتی و استراتژی نهادگرا تأکید دارد که تبعیض‌ها علیه زنان تداوم یافته، زیرا در نهادهایی که نقش اصلی و تعیین کننده در ارتقاء جایگاه زنان و بهبود وضعیت آنان در خانواده و جامعه را دارند، تحولی رخ نداده است. بنابراین لازم است که هنجارها، نظام حقوقی، سازمان‌های دولتی و نظام‌های تصمیم گیرنده و سیاستگذار نسبت به عدالت جنسیتی و ضرورت کاهش تبعیض‌ها حساس شوند تا مسائل زنان به علاوه مسائل مردان بخش جدایی ناپذیر فرایند توسعه به حساب آید.

در استراتژی نهادگرا؛ تغییرات فقط برای زنان و حفظ منافع آنان نیست. بهبود جامعه و خانواده در گروه بهبود وضعیت زنان دیده می‌شود. اجرای طرح‌های خاص و محدود برای تأمین معاش گروه خاصی از زنان هدف نیست، فراهم آوردن فضای اجتماعی قابلیت‌زا برای دستیابی مردان و زنان از اهداف اصلی است. اجرای این استراتژی مسئولیت فقط یک دفتر و یا معاونت خاص نیست بلکه مسئولیت همه سازمان‌ها و نهادهای حکومتی است. نظام جامعه شامل باورها، ارزش‌ها، روش‌ها و ارکان سازمان‌های حکومتی و دولتی به عنوان نهادهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی به صورت بهم پیوسته باید درگیر مسائل زنان در جامعه شوند و تأکید بر کاهش تبعیض‌ها و برقراری عدالت اجتماعی و جنسیتی باید در شریان‌های اصلی جامعه و فرایند توسعه نهادینه شود.

بخش دوم: گزاره‌های مبتنی بر اطلاعات نادرست درباره زنان و خانواده

با بررسی دلایل حاکمیت دیدگاه خشتی‌گرایی جنسیتی بر نظام برنامه‌ریزی و نگرش برنامه‌ریزان کشور، به باورها و گزاره‌هایی می‌رسیم که غالباً بر اساس اطلاعات نادرست شکل گرفته‌اند و تحولات فرهنگی سی سال اخیر را نادیده می‌گیرند.

تعدادی از مهم‌ترین باورهای مبتنی بر اطلاعات ناصحیح که به تداوم تبعیض‌ها علیه زنان و عدم تحقق عدالت اجتماعی کمک کرده، برپایه گزارش‌های مستند و پژوهش‌های علمی ارائه می‌شوند:

۲.۱. همه از نتایج برنامه‌های توسعه برخوردار می‌شوند

برنامه‌ریزان کشور ما بیشتر بر این باورند که برنامه‌های توسعه برای همه مردم تدوین می‌شود و تفاوتی میان زنان و مردان در مشارکت و برخورداری از منافع برنامه توسعه وجود ندارد. برای رد این فرضیه کافی است به اطلاعات مربوط به اشتغال و بیکاری کشور نگاه کنیم (گزارش شماره ۳).

اطلاعاتی که وزارت کار در سال ۱۳۸۴ منتشر نموده، نشان می‌دهد که همه شانس برخورداری از فواید برنامه‌های توسعه و خدمات نهادهای دولتی را به طور یکسان ندارند.

در حالی که در کل جویندگان کار ثبت نام شده نزدیک به ۳۴ درصد را زنان تشکیل می‌دهند (جداول ۶ تا ۸)، اما در مجموع از به کار گمارده شدن، سهم بسیار ناچیزی نصیب آنها شده است. در نهایت ۲۰ درصد از جویندگان مرد به کار گمارده شده‌اند ولی فقط ۹ درصد از متقاضیان زن حتی در میان تحصیلکردگان به شغلی دست یافته‌اند. نمونه دیگر گزارش عملکرد صندوق حمایت از فرصت‌های شغلی در سال ۱۳۸۴ است (صفحه ۱۱) که نشان می‌دهد فقط ۸/۸ درصد از دریافت کنندگان تسهیلات را زنان به خود اختصاص داده‌اند و کمی بیش از ۹۱ درصد در اختیار مردان قرار گرفته است. بنابراین همه به یک نسبت از فواید برنامه‌های توسعه و اقدامات دولت برخوردار نمی‌شوند.

۲.۲. هنجارهای اجتماعی زنان را از جستجوی کار باز می‌دارد

درک این رابطه که در جوامعی که نگرش‌های مثبت‌تری نسبت به توانایی‌های زنان وجود دارد، احتمال حضور زنان در فضای عمومی و عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی بیشتر است، چندان دشوار نیست و تمام تحقیقات هم آن را تأیید می‌کند. اما تصور این که امروزه همان وضعیت سی سال پیش نسبت به کار زنان وجود دارد، افسانه‌ای بیش نیست.

پژوهش اسدی و همکارانش در سال ۱۳۵۳ گزارش کرده بود که در مناطق شهری آن دوره نسبت موافقان به مخالفان زنان بسیار اندک بوده (۲۹/۰) و اکثریت مردم با کار کردن زنان در بیرون از خانه مخالف بوده‌اند. همین موضوع در سال‌های بعد از انقلاب در یک طرح ملی در مناطق شهری

مورد بررسی قرار گرفته و در دهه ۱۳۷۰ نسبت موافقان به مخالفان با کار کردن زن بیرون از خانه در میان مردان حدود ۱ و در جامعه زنان به حدود ۹/۱ درصد رسیده است (عبدی و گودرزی ۱۳۷۸ صفحات ۲۹ و ۳۰، محسنی ۱۳۷۹ صفحات ۲۴۱-۲۳۲). پژوهشی دیگر در چهار استان کشور نشان می‌دهد که در مقابل ۴۷ درصد موافقان با اشتغال زنان، ۳۵ درصد مخالف این امر بوده و بیش از نیمی از افراد جامعه معتقدند که زن باید کسب درآمد نماید (ال اقا ۱۳۷۶ صفحات ۲۵۱ تا ۳۱۴).

بنابراین تغییر نگرش نسبت به کار زنان از سال‌های ۱۳۷۰ که هنوز ورود دختران به دانشگاه‌ها اوج نگرفته بود، آغاز شده است. محسنی در پژوهش خود رابطه سطح سواد با تغییر نگرش در میان زنان و مردان را در سال ۱۳۷۹ (صفحه ۲۳۲) گزارش می‌کند. ۴۲ درصد بیسوادان با کار زنان موافق بود هاند و ۶۴ درصد از تحصیل‌کردگان. بنابراین با روند افزایشی سطح تحصیلات مردان و زنان در دهه‌های بعد، پیش بینی افزایش سهم موافقان با کار زنان بیرون از منزل چندان دشوار نیست.

تحولات فرهنگی را در تفاوت نگرش‌های مادران به دنیا آمده پیش از انقلاب با دختران متولد شده در سال‌های بعد از انقلاب، پژوهش‌های بسیاری گزارش کرده‌اند. در باره «ارجحیت در خانه ماندن زن» در سال ۱۳۷۵، نزدیک به ۲۲ درصد مادران و ۴۲ درصد از دختران با چنین ارجحیتی مخالفت کرده‌اند (جلیوند ۱۳۷۵ صفحه ۱۳۶). سهم دو برابری دختران در مقایسه با مادران و افزایش موافقان نسبت به مخالفان با «کار زنان در بیرون از خانه» موضوع بسیار با اهمیتی در سیاست گذاری‌ها می‌توانست باشد.

فراتر از این پژوهش‌ها، در نظر سنجی‌های علمی در سطح ملی در باره مسائل و نیازهای دختران و زنان کشور، درصد قابل توجهی از دختران و زنان اشتغال و بیکاری را به عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل خود اعلام

کرده‌اند (مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری، ۱۳۸۲، مرکز مطالعات جوانان دانشگاه الزهراء، ۱۳۸۸).

داده‌هایی از این دست ضمن نمایش رابطه مثبت متغیر آموزش و اشتغال زنان، نشان دهنده آغاز تحولات فرهنگی و تغییر هنجارهای اجتماعی اجتماعی (عبدی و گودرزی، ۱۳۸۸؛ عسگری خانقاه و آزاد ارمکی ۱۳۸۰؛ اوجاقلو، ۱۳۹۴؛ آزاد ارمکی، ۱۳۸۶) حداقل از بیست سال پیش بوده و علی‌الاصول می‌بایست برنامه‌ریزان را آماده می‌نمود که رد فرضیه «هنجارهای اجتماعی به عنوان مانعی برای ورود زنان به عرصه‌های عمومی از جمله بازار کار» را باور نمایند.

۲.۳. اشتغال زنان باعث کاهش اشتغال مردان می‌شود

با توجه به نرخ بسیار زیاد بیکاری در جامعه، غالباً سیاستگذاران و برنامه‌ریزان کشور نگران افزایش سهم زنان در بازار کار به قیمت تشدید وضعیت بیکاری جامعه می‌شوند. در واقع فرضیه رابطه بین اشتغال زنان و بیکاری جامعه (شامل مردان) را طرح می‌کنند. اطلاعات رسمی بسیاری از کشورهای خاور میانه و شمال آفریقا و تعدادی از کشورهای اروپایی، درستی فرضیه رابطه دو متغیر نرخ بیکاری جامعه و نرخ مشارکت زنان در بازار کار را رد می‌کند. آمارها نشان می‌دهد که کشورهایی که سهم زنان در بازار کار آنها بیشتر است، نرخ بیکاری کمتری دارند و برعکس کشورهایی که زنان آنها سهم بسیار کمی در بازار کار دارند از نرخ بیکاری بالاتری رنج می‌برند. (Chamlou ۲۰۰۶:۲۷۱-۲۸۲)

۲.۴. زنان خانه‌دار فعال اقتصادی نیستند

تأکید بسیار بر نقش زنان در رشد اقتصادی بدون در نظر گرفتن نقش تولید

مثل آنها و نادیده انگاشتن کار زنان خانه‌دار مورد ایراد بسیاری از برنامه‌ریزان و پژوهشگران قرار گرفته و در واقع رابطه بین خانه، اقتصاد رسمی، اقتصاد بازار و معیشتی و اقتصاد مراقبت از دیگران (فرزندان، بیماران، سالمندان در منزل) در تحلیل‌های توسعه و برنامه‌ها کمتر دیده شده است. به طور کلی تبیین این که زنان خانه‌دار فعال اقتصادی نیستند از دو وجه درست نیست:

زنان در خانه بیکار نیستند

گرچه بسیاری از زنان بیکار بر اثر خطای آماری در زمره خانه‌دارها طبقه بندی می‌شوند ولی بسیاری از زنان خانه‌دار نیز با این که در بخش غیر رسمی کار و فعالیت می‌کنند، خانه‌دار محسوب می‌گردند. بنابراین همچنان که نرخ بیکاری رسمی ممکن است درست نباشد، مشارکت واقعی زنان در کشور نیز احتمالاً بیش از مقادیر رسمی اعلام شده است. در پژوهشی قابل تعمیم به شهر تهران (زنان ۱۸ سال به بالا) با این که ۶۹ درصد از زنان خود را خانه‌دار معرفی کرده بودند، نزدیک به ۱۰ درصد فعالیتی را هم برای کسب درآمد در خانه انجام می‌داده‌اند (دیهمیم و همکاران ۱۳۸۲) در واقع شاغل بخش غیر رسمی بوده‌اند.

اقتصاد مراقبت

در هیچ یک از داده‌ها و آمارهای رسمی اثری از اقتصاد منزل مانند غذا پختن و نظافت و یا نقش مراقبتی زنان از کودکان و سالمندان نیست. ترابی (۱۳۷۱) محاسبه کرده است که فعالیت طبخ غذا در منزل توسط زنان معادل ۲۰۴۸ میلیارد ریال به قیمت‌های ثابت و حدود ۱۵ درصد تولید ناخالص داخلی کشور در سال مذکور است. با توجه به این که سهم ارزش افزوده بخش

نفت در تولید ناخالص داخلی کشور در آن دوره حدود ۱۵ تا ۱۹ درصد بوده، می‌توان عنوان کرد که سهم فعالیت‌های زنان در زمینه فقط طبخ غذا کمتر از سهم نفت در کل اقتصاد نیست.

۲.۵. زنان تجربه و علم لازم را برای مدیریت ندارند

در پنجاه سال اخیر، زنان بیشتری وارد بازار کار کشور شده‌اند و تلاش کرده‌اند که سهم بیشتری در عرصه‌های اقتصادی به دست آورند. بنابراین باید تجربه کافی در انجام کارها را در این پنج دهه به دست آورده باشند. مقایسه آمار مربوط به زنان و مردان تحصیلکرده نشان از حداقل سه برابر بودن سهم زنان شاغل تحصیلکرده نسبت به مردان در تمام سه دهه اخیر دارد (گزارش شماره ۳). پس چگونه است که سهم مردان مدیر در کل اشتغال مردان خیلی بیشتر از سهم زنان مدیر در کل اشتغال زنان است. افزایش مشارکت اقتصادی زنان همانند کمیت دستیابی آنان به پایگاه‌های مدیریتی با موانع بسیاری مبتنی بر اطلاعات نادرست مواجه گردیده است (شادی طلب، ۱۳۷۸). این درحالی است که با روند افزایشی سطح تحصیلات زنان، دسترسی به اطلاعات روز و اعتماد به نفس و تجربه کار حداقل در بخش عمومی و سازمان‌های دولتی، زنان نه تنها انتظار دستیابی به شغل مناسبی را دارند بلکه آمادگی کافی برای ارتقاء به پست‌های مدیریتی را نیز به دست آورده‌اند.

۲.۶. زنان در پی پست و مقام نیستند چون اولویت آنها چیز دیگری است

در برخی موارد این فرضیه عنوان می‌شود که زنان تمایلی برای ورود به پست‌های مدیریتی ندارند. البته باید بپذیریم که زنان مانند دیگران می‌توانند حق انتخاب داشته باشند اما این فرضیه در مورد عدم تمایل زنان به تکیه

زدن بر صندلی‌های مدیریت، از نگاه مردان منصوب کننده مدیران، چندان تأیید شده نیست. تحقیقات باطل بودن چنین برداشتی را گزارش می‌کنند؛ در پژوهش محسنی که در سطح ملی انجام شده، اهمیت مقام و انتظار زنان برای دستیابی به موقعیت بالاتر (۱۳۷۹ صفحه ۳۶۲) به روشنی گزارش شده است.

۲.۷. فقط یک نفر (یعنی مرد) باید تأمین کننده هزینه‌های زندگی باشد

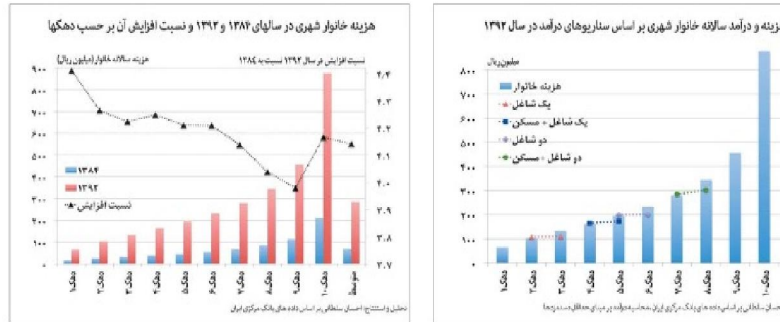
با توجه به هزینه‌های فزاینده زندگی بویژه در جامعه شهری، ارتقاء سطح اطلاعات مردم نسبت به نحوه زندگی در سایر کشورها و تلاش پدر و مادرها برای فراهم آوردن امکان آموزش بیشتر، تغذیه بهتر و تأمین زندگی و آینده فرزندان، اشتغال یک عضو خانواده برای تأمین نیازها و پاسخگویی به چنین انتظاراتی کافی نمی‌تواند باشد.

وضعیت غالباً بد اقتصادی خانواده‌هایی که فقط یک نفر در خانواده شاغل و مسئول تأمین هزینه‌ها است مانند اکثریت خانوارهای زن سرپرست (در کنار سایر عوامل) شاهدهی بر این مدعاست (گزارش شماره ۱). علاوه بر این بررسی‌های کارشناسی نشان می‌دهد که برای رهایی از فقر، اشتغال دو نفر و فراهم بودن مسکن ضروری است (سلطانی، ۱۳۹۴).

بنابراین این باور که مردان تنها نان آوران خانواده باید باشند نه تنها فشار اقتصادی و روانی سنگینی بر مردان تحمیل می‌کند و کمکی به ارتقاء کیفیت زندگی خانواده نمی‌نماید، بلکه دیگرامکان پذیر نیز نیست.

نمودار ۱. کاهش فقر و بهبود وضعیت زندگی با شاغلین بیشتر در خانواده

افزایش هزینه‌های زندگی در شهرها موجب شد
نیاز ۸۰ درصد خانوارها به دو شاغل و یک مسکن



۲.۸. امید به زندگی زنان بیشتر از مردان و این دلیل بهتر شدن وضعیت زنان است

تفاوت امید به زندگی میان زنان و مردان حاکی از آن است که زنان در این شاخص نسبت به مردان وضعیت بهتری دارند (گوارش شماره ۲) اما این که کیفیت زندگی زنان و چه تعداد از سالهای عمر آنها با ناتوانی یا ابتلاء به بیماری‌ها همراه است، فراموش می‌شود.

در ایران زنان معادل دهسال از عمر خود را بدون سلامت کامل زندگی می‌کنند که نشان می‌دهد هنوز وضعیت سلامتی و زندگی آنها با سطح مطلوب فاصله بسیار زیادی دارد.

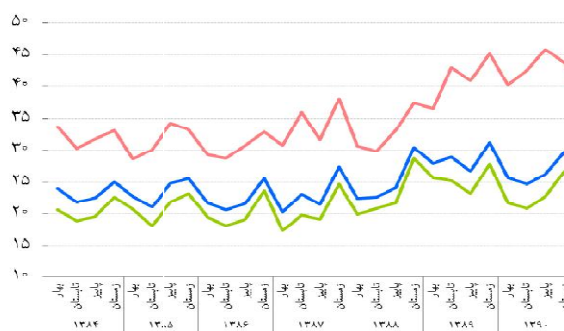
۲.۹. دختران و پسران نمی‌خواهند ازدواج کنند

به استناد فرضیه‌های تأیید شده در پژوهش‌های متعدد، دختران همانند پسران به دلیل ادامه تحصیل در دانشگاه‌ها، ازدواج را به تاخیر می‌اندازند و میانگین سن در اولین ازدواج برای هر دو (البته دختران بیشتر) افزایش یافته است.

گزارش وضعیت زنان ۲۱

بنابراین انتظار می‌رود با تمایل به آموزش و ادامه آن تا سطوح بالاتر همسران و مادران بهتری تربیت می‌شوند. اما آنچه که غالباً نادیده گرفته می‌شود علت‌های دیگر و اصلی این تاخیر در ازدواج یعنی وضعیت بیکاری و اشتغال پسران جوان است. پژوهش‌ها در سطح ملی گزارش می‌کنند که در خانواده‌های متمول دختران زودتر شوهر می‌کنند (ضرابی و مصطفوی ۱۳۹۰) و مکنت مالی خانواده دختر این امر را امکان پذیر می‌سازد. اطلاعات رسمی مرکز آمار ایران در مورد بیکاری جوانان (پسران و دختران) نشان دهنده وضعیت بد اقتصادی جوانان و متغیر تعیین کننده تقاضای ازدواج و تشکیل خانواده است.

نمودار ۲. نرخ بیکاری جوانان ۱۵-۲۴ ساله به تفکیک فصل و جنس در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳



۲.۱۰. افزایش طلاق نتیجه زیاده خواهی‌ها و ناسازگاری‌های طرفین است

به طور یقین عوامل متعدد شخصیتی و اجتماعی در انحلال خانواده و تحمیل هزینه‌های روانی سنگین به هر دو طرف موثر هستند. بنابراین هر نوع آموزشی برای آماده سازی جوانان در پذیرش مسئولیت تشکیل خانواده و یا ارائه آموزش‌ها و مشاوره‌ها برای کاهش اختلاف و یافتن راه‌حل‌های

مسالمت آمیز برای ادامه زندگی ضروری است. اما بر اساس اطلاعات موجود جامعه دچار دو مشکل اساسی شده است که بدون حل یکی، پرداختن به دیگری مشکلی را حل نخواهد کرد:

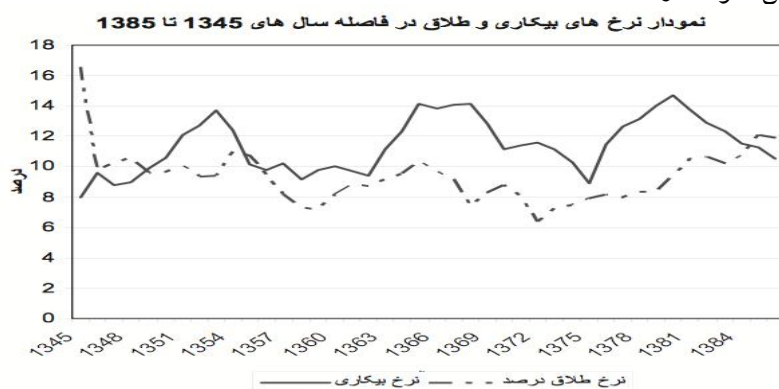
کم اهمیت شمردن مسئله اشتغال و بیکاری (وضعیت اقتصادی خانواده)

اصرار بر تحمیل باورهایی که نسل جدید به آن تعلق خاطری ندارد

تحولات فرهنگی در دهه هشتاد و یا سالهای زمامداری آن دولت یا این دولت، شروع نشده است. پژوهش‌های سال‌های بعد از جنگ، زمانی که فرصتی برای تحقیق فراهم شد، همه تغییر نگرش‌ها و تفاوت‌های نسلی را گزارش کرده‌اند اما برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران توجهی به این یافته‌ها ننمودند. البته منظور این نیست که اگر توجهی می‌کردند می‌توانستند جلوی آن را بگیرند، اما با دقت در این یافته‌های علمی، می‌توانستند موضوع را بهتر درک کنند و بجای مقابله و خصومت، به راه‌های استفاده از این تحولات در جهت پیشبرد اهداف جامعه و کیفیت زندگی‌ها بپردازند.

گزارش‌های سازمان‌های مسئول در باره مهم‌ترین دلایل طلاق بر اساس علت‌های عنوان شده توسط زن و مرد (اولین دلیل «عدم تفاهم» ذکر شده است. گزارش شماره ۱)، در عین درستی احتمالاً همه حقیقت نیست، زیرا «عدم تفاهم» دلیلی است که برای همه چیز و همه موارد می‌توان به کار برد. یافته‌های پژوهش‌ها در پنجاه سال اخیر و نه فقط سال‌های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، رابطه وضعیت اقتصادی و بیکاری و طلاق را به خوبی نشان می‌دهد (عیسی زاده و همکاران ۱۳۹۳). بنابراین تا افزایش فرصت‌های اشتغال و کسب درآمد کافی اعضای خانواده، باید اندکی تامل

کرد و امیدوار بود که با کاهش بیکاری حداقل یکی از عوامل اصلی طلاق از بین خواهد رفت.



۲.۱۱. خانواده‌ها هنوز مقید به رعایت هنجارهای گذشته اند

بررسی پیامدهای دو تغییر اساسی در قانون حمایت از خانواده در سال‌های پایانی دهه پنجاه یعنی کاهش سن ازدواج دختران به ۹ سال و اختیارات بیشتر به مردان برای طلاق همسرانشان و یا چند همسری، می‌تواند به ارزیابی «تناسب» سیاست‌های اتخاذ شده برای تحکیم خانواده با وضعیت فرهنگی و اجتماعی جامعه کمک کند.

بر اساس اطلاعات سرشماری ۱۳۵۵، ازدواج‌های اعلام شده دختران کمتر از ۱۴ سال رقمی نزدیک به ۸/۱ درصد بوده که در دهه شصت پس از تغییر قانون به حدود ۲ درصد افزایش یافت. گرچه ازدواج ۱۱۲ هزار دختر بچه رقم قابل توجهی است ولی واقعیت این است با تغییر سن ازدواج، خانواده‌ها دخترانشان را در ۹ سالگی و بعدها در ۱۳ سالگی، تشویق به تشکیل خانواده نکرده و نمی‌کنند.

در مورد چند همسری، پژوهش‌های انجام شده در سال ۱۳۵۳ گزارش

کرده بودند که نخبگان [تحصیلکردگان] ۸۶ درصد و بیسوادان ۵۶ درصد با چند همسری مخالف هستند (اسدی و همکاران ۱۳۵۳). یافته‌های یک پژوهش ملی در سال ۱۳۷۹ (پس از بیست سال)

نشان می‌دهد که ۹۳ درصد از زنان و ۹۰ درصد از مردان مخالف چند همسری هستند (محسنی صفحه ۹۴) و میزان مخالفت زنان و مردان با سطح سواد افزایش می‌یابد. بدین ترتیب متناسب بودن این گونه سیاست‌ها و میزان اثرگذاری آنها بر تصمیم‌های مردان و زنان در تشکیل و تحکیم خانواده موضوع در خور توجهی است.

به استناد گزارش‌های پژوهشی (عبدی و گودرزی ۱۳۸۸، ازاد ارمکی و ظهیری ۱۳۸۹، ۲۰۰۴ Azadarmaki and Ghafari)، در سه دهه اخیر، نظام درونی خانواده‌ها نیز تحولاتی را تجربه کرده و می‌کند که برنامه‌ریزان از آن غفلت کرده‌اند. در سال‌های قبل از پیروزی انقلاب مرد (پدر) تقریباً تصمیم‌گیر مطلق بوده ولی در سال‌های پایانی دهه هفتاد فقط در یک سوم خانواده‌ها (۳۵/۵٪) پدر تنها تصمیم‌گیر خانواده بوده است (محسنی ۱۳۷۹). این اتفاق نه فقط در شهرها بلکه مطالعات درباره تفاوت‌های نسلی میان پدران و پسران، حاکی از آن است در دورترین نقاط روستایی هم این تغییرات در حال وقوع است (Shaditalab and Mehrabi ۲۰۱۰).

۲.۱۲. آسیب‌های اجتماعی زنانه شده‌اند

طرح فرضیه «زنانه شدن آسیب‌ها» در ایران، با توجه به منطق استفاده از این مفهوم و اطلاعات موجود نادرست است. در دهه هفتاد میلادی برای اولین بار بحث «زنانه شدن فقر» مطرح شد.

(UN ۲۰۰۹، UNIFEM ۱۹۹۵، Moghadam ۱۹۹۷، Marmel and Judie ۱۹۹۱)

و هنوز هم از این عنوان برای زنان بویژه زنان سرپرست خانوار به کار

برده می‌شود. دلایل برقراری چنین رابطه‌ای بین فقر و جنسیت اطلاعات مربوط به فقرا و وضعیت آنها است؛

□ از مجموع ۳/۱ میلیارد فقیر جهان، ۷۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند
□ زنان شاغل در کشورهای در حال توسعه اکثریت (حدود دو سوم) خود اشتغال و یا کارکن فامیلی بدون مزد هستند
□ فقط ۳۰ درصد نیروی کار رسمی را زنان تشکیل می‌دهند بنابراین اکثریت از حمایت‌های قانونی و تأمین اجتماعی برخوردار نیستند (گزارش شماره ۴).

□ زنان ۱۰ درصد از درآمدهای جهان را به دست می‌آورند.

□ فقط ۱ درصد از دارایی‌های جهان متعلق به زنان است.

با چنین سهمی از درآمدها و دارایی‌ها و اشتغال در بخش غیر رسمی و یا بدون مزد، طبیعتاً امید چندانی به رهایی از فقر نیست. بنابراین سهم هفتاد درصدی زنان از فقرای جهان، استفاده از مفهوم «زنانه شدن فقر» را قابل قبول می‌نماید. همچنان که این موضوع در مورد زنان سرپرست خانوار کشور ما نیز که حدود نیمی از آنها در دهک‌های اول و دوم درآمدی (فقیرترین فقرا) قرار می‌گیرند (گزارش شماره ۱) کاملاً صادق است.

اما استفاده از عنوان «زنانه شدن اعتیاد» یا «زنانه شدن آسیب‌های اجتماعی»، به فرض صحت ارقام گزارش شده (حدود ۱۰ درصد مصرف کنندگان مواد) اصولاً درست نیست (گزارش شماره ۵). در مورد سایر جرایم نیز به استناد اطلاعات قابل دسترسی زنانه نشده‌اند. بنابراین این فرضیه تأیید نمی‌شود.

گرچه به طور یقین رد این فرضیه به معنای عدم ضرورت توجه برنامه‌ریزان به این گونه مسائل زنان و دلایلی که این مشکلات ایجاد شده و بروز می‌یا بند، نیست. زیرا در بسیاری از آسیب‌ها زنان قربانی آسیب هستند

و نه عامل آن مانند؛ اجبار به تن فروشی، اجبار به تکدی گری، افزایش مبتلایان به بیماری‌های عفونی مانند ایدز و.....

جمع بندی

در سه دهه گذشته زنان کشور ما شاهد تغییرات بیشماری بوده‌اند. زنانی که اکثریت در حاشیه روابط اجتماعی و سیاسی جامعه قرار داشتند و نقش اقتصادی آنها غالباً نادیده گرفته می‌شد، مسیر بهبود وضعیت و ارتقاء جایگاه خود در خانواده، بازار کار و جامعه را در افزایش سطح آگاهی‌ها با کسب اطلاعات، آموزش و ورود به دانشگاه‌ها یافتند.

اکنون با مجهز شدن به دانش و مهارت، طالب مشارکت بیشتر در مدیریت خانواده و جامعه هستند و انتظار موقعیت‌های بالاتری را در نظام کشور دارند. شاید در سال‌های قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، این فقط انتظار قشر کوچکی از زنان جامعه بود. اما امروز با حضور زنان در عرصه‌های اجتماعی و سیاسی و ملحق شدن گروه قابل توجهی از زنان خانواده‌های به اصطلاح سنتی و گاهی از طبقات اجتماعی و اقتصادی کم درآمد به گروه نخبگان و تحصیلکردگان، این انتظار به یک تقاضای گسترده تبدیل شده است.

بر اساس اطلاعات قابل دسترسی (آمارهای رسمی و پژوهش‌های معتبر) وضعیت موجود زنان و تغییرات دهه گذشته در پنج حوزه اصلی زندگی آنان شامل خانواده، سلامت، بازار کار، تأمین اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی در بخش سوم گزارش ارائه می‌شود. این گزارش‌ها صرفاً بیان وضعیت موجود زنان در سطح ملی، بدون هیچ گونه قضاوتی از سوی پژوهشگران است. تدقیق چالش‌ها و پیشنهاد مناسبترین راهکارها، به کارشناسان خبره در هر یک از حوزه‌ها و برگزاری جلسات هم اندیشی و

جمع بندی تبادل اطلاعات، موکول شده است.
امیدواریم که فرصت کافی برای تدوین همین گزارش‌ها به تفکیک
استان‌ها و یا مناطق همگن‌تر استانی فراهم شود.

بخش سوم: گزارش وضعیت زنان (سلامت)

خلاصه مدیریتی

□ امید به زندگی زنان و مردان طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ افزایش قابل توجهی داشته است اما همواره این میزان برای زنان بیشتر از مردان بوده است. بطوری که میزان امید به زندگی زنان از ۶۹/۸ سال به ۷۴/۶ سال و در مردان از ۶۷ سال به ۷۲/۱ سال افزایش داشته است.

□ سواد سلامت عامل مهمی در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر است. سطح سواد سلامت خام زنان پائین‌تر از مردان بوده است. بدین ترتیب زنان بیشتر در معرض عواقب ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت قرار دارند.

□ روند کاهش باروری در کشور از نیمه دهه ۱۳۶۰ آغاز شده و به سمت باروری زیر حد جایگزینی سوق یافته است. در دوره پنج ساله ۱۳۸۵-۱۳۹۰ میزان باروری کل در مناطق شهری، روستایی و کل کشور به ترتیب ۱/۷، ۲/۳ و ۱/۸ برآورد شده است.

- شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ رشد داشته است. نکته قابل توجه افزایش پوشش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در مناطق روستایی است که از ۶۷/۲ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۷۳/۸ درصد در سال ۱۳۸۹، افزایش یافته است.
- درصد نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده در کشور در بررسی سال‌های ۱۳۷۹، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۹ به ترتیب ۷/۵ درصد، ۵.۹ درصد و ۵/۶ درصد می‌باشد. تفکیک این شاخص در سال ۱۳۸۹ به این شکل بوده است که ۳/۶ درصد زوجین خواهان بارداری بعدی بوده و ۲/۱ درصد آنان دیگر نمی‌خواهند صاحب فرزند شوند. چنین وضعیتی می‌تواند منجر به بارداری برنامه‌ریزی نشده گردد و امکان افزایش سقط جنین و در نتیجه عوارض مرگ و میر مادر به دنبال بارداری و زایمان را در پی داشته باشد.
- میزان باروری دوران بلوغ یا باصطلاح باروری نوجوانان از ۱/۳ میلیون تولد در کشور ۹/۸ درصد را به خود اختصاص داده است. این میزان در سال ۱۳۹۰ کاهش یافته و به ۸/۳ درصد رسیده است. ولی همچنان در برخی استانهای کشور این شاخص حدود ۱۴ درصد می‌باشد.
- پوشش مراقبتهای دوران بارداری یکی از راهکارهای کاهش مرگ و میر و ارتقاء سلامت مادران محسوب می‌شود که طی ده ساله گذشته روند روبه افزایشی داشته است. پوشش حداقل یک مراقبت در دوران بارداری در دو مقطع زمانی ۱۳۷۹ و ۱۳۸۹ به ترتیب ۹۳/۱ و ۹۷/۲ درصد بوده است. پوشش حداقل ۶ بار مراقبت مادران در طول بارداری در مناطق شهری حدود ۹۰/۸ درصد و در روستاها ۸۴/۷ درصد، می‌باشد.
- زایمان توسط افراد دوره دیده و ماهر و در بیمارستان و زایشگاه خطر مرگ را کاهش می‌دهد. آخرین بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۹، حاکی از آن است که ۹۶/۴ درصد زایمان‌ها توسط افراد آموزش دیده و ماهر

انجام شده است. این میزان در شهرها ۹۸/۲ درصد و در روستا ۹۳/۳ درصد گزارش شده است.

□ از هر صد زایمان در کل کشور ۹۵.۳ درصد در مراکز بهداشتی (۸۳ درصد در بخش دولتی و ۱۲.۴ درصد در بخش خصوصی) و ۳/۸ درصد زایمانها در منزل و ۰/۹ در بین راه و... رخ می‌دهد.

□ نرخ مرگ و میر مادران در کشور با کاهش چشمگیری از ۹۱ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۲۱/۷ مرگ در سال ۱۳۹۰ روبرو بوده است که حاکی از اثربخشی اجرای برنامه‌های نظام سلامت می‌باشد.

□ سقط جنین به دلیل عوارض منفی آن مانند خطرنازایی، سلامت زنان را تهدید می‌نماید. در ایران به طور متوسط حدود ۲۵۰ هزار سقط جنین غیرقانونی و حدود ۶ هزار سقط جنین قانونی در سال انجام می‌شود. سقط‌های غیرسالم در دوران نوجوانی و جوانی و در حاملگی‌های ناخواسته فراوان‌تر است.

□ میزان ناباروری در سال ۱۳۹۲ در کشور، ۲۰/۲ درصد اعلام شده (حدود ۳ میلیون زوج نابارور) یعنی به طور میانگین در کل کشور یک زوج از میان هر پنج زوج، نابارور است. ناباروری در بین روستاییان بیشتر از شهرنشینان دیده می‌شود.

□ اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری‌ها در کشور را شامل می‌شوند که این اختلالات مهم‌ترین علت ناتوانی به شمار می‌آیند. اختلالات روانی در زنان شیوع بیشتری دارد و گاه به ۲ تا ۳ برابر میزان شیوع آنها در مردان می‌رسد. بزرگ‌ترین مشکل در جنبه روانی سلامت زنان که از مهم‌ترین علل ایجاد بار بیماریها شمرده شده، افسردگی است.

□ میزان شیوع اچ آی وی در کشور از مرحله شیوع پایین گذشته و به مرحله شیوع متمرکز وارد شده است. بر اساس آخرین آمار تا پایان سال

۱۳۹۲ مجموعاً ۲۷۸۸۸ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۸/۷ درصد آنان را مردان و ۱۱/۳ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

□ میزان مرگ در زنان در برخی از گروه‌های سنی کمتر از مردان است؛ اما زنان آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری و سایر مشکلات خانوادگی و مسائل اجتماعی دارند.

□ نگران‌کننده‌ترین شاخص در جمعیت زنان ایرانی، اضافه وزن و چاقی است بطوری که از ۳۸٪ در سال ۱۳۹۰ به ۵۷٪ در سال ۱۳۹۲ افزایش یافته است، بیش از ۲۰٪ از زنان میانسال کشور به اختلال چربی خون و ۲۵٪ از زنان مسن به فشار خون و بیش از ۲۰٪ نیز به دیابت مبتلا هستند.

□ میانگین سنی مصرف سیگار در دختران کاهش یافته است و رفتارهای پرخطر جنسی در گروه سنی جوانان و نوجوانان نگران‌کننده است.

۱. مقدمه

سلامت مقوله‌ای است که محصول عوامل متعدد با شبکه‌ای از اثرات پیچیده و چندسویه است تعریفی از سلامت که به طور گسترده پذیرفته شده تعریفی است که سازمان بهداشت جهانی در مقدمه اساسنامه خود ارائه کرده است: سلامت عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت. این تعریف در سال‌های اخیر گسترده‌تر شده تا برخورداری از زندگی اجتماعی و اقتصادی را نیز در خود جای دهد.^۱ در واقع سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است که نمی‌توان از آن چشم پوشی کرد و برخورداری از یک زندگی سالم، مولد، باکیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی شمرده می‌شود که پیش شرط تحقق توسعه پایدار است.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد کشور بسیج کند.^۲ زنان که محور اساسی سلامت، پویایی و اعتدالی خانواده و جامعه محسوب می‌شوند، سلامت آنان یکی از مهم‌ترین اولویت‌های برنامه‌های سلامت است که در آن بر اهمیت رویکرد کل نگر و دوره زندگی تأکید می‌گردد. نیازهای سلامت زنان محدود به شرایط فیزیولوژیکی و بیماری‌های خاص آنان نیست بلکه شامل بیماری‌هایی که دارای عوامل خطر و عوارض متفاوت بوده یا دوره‌ای متفاوت از مردان دارند، نیز هست. دیدگاه جنسیتی

۱. مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۹۰)

۲. اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی ج.ا.ا.

یک کلید اصلی در این رویکرد کل نگر است که بر مراقبت‌های سلامت مبتنی بر تفاوت‌های زنان و مردان و تدارک پاسخ مناسب، اجرا، پایش و ارزشیابی خدمات بهداشتی - درمانی متمرکز است.

سلامت زنان مطمئن‌ترین راه نیل به اهداف کلی سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی برای همه انسان‌ها است. وضعیت سلامت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد. زنان اولین مراقبین سلامت خانواده و جامعه هستند، آموزش و فرهنگ سلامت از طریق زنان توسعه می‌یابد. زنان هم دریافت‌کنندگان و هم ارائه‌دهندگان اصلی مراقبت‌ها در نظام سلامت هستند و بخش بزرگی از مراقبین بهداشتی در بخش رسمی سلامت را تشکیل می‌دهند. بنابراین به دلیل نقش با اهمیت زنان در خانواده و اجتماع، حصول اطمینان از سلامتی او در ابعاد مختلف و تأمین نیازهای ویژه او در هر دوره سنی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

هدف از تدوین گزارش سلامت زنان کشور، شناخت وضعیت و چالش‌های موجود است. ارزیابی و پایش وضعیت سلامت زنان موجب می‌شود تا متخصصین سلامت و سیاست‌گذاران با آگاهی از وضعیت کنونی سلامت زنان، پیامد مداخلات پیشین و کنونی بهداشتی را سنجیده و نیاز به برنامه‌های جدید را تعیین نمایند. بدین ترتیب می‌توان اولویت‌های سلامت زنان را نیز مشخص نمود.

این گزارش با استفاده از اطلاعات قابل دسترسی از سازمان‌های مسئول بهداشت و درمان کشور و اسناد و پژوهش‌های معتبر علمی در هشت جهت تدوین شده است. پس از اشاره‌ای به ابعاد اساسی سلامت در قسمت دوم عوامل مرتبط و تفاوت‌های جنسیتی در موضوع سلامت زنان در قسمت‌های سوم ارائه می‌گردد. مهم‌ترین موضوع در دوران زندگی زنان یعنی باروری و مسائل آن بخش چهارم گزارش را تشکیل می‌دهد. مسئله نازایی و خطر

بیماری‌های عفونی موضوعات بعدی در قسمت‌های پنجم و ششم است. اساسی‌ترین بخش گزارش استفاده از مباحث پیشین در شناخت وضعیت موجود سلامت زنان کشور است که براساس اطلاعات موجود، سعی شده تا مهم‌ترین شاخص‌ها در جزئیات ممکن در بخش هفتم ارائه شود.

۲. ابعاد اساسی سلامت

سلامت یک موضوع چند بعدی است که امروزه علاوه بر بعد جسمی، ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی آن را هم در نظر می‌گیرند. ابعاد مختلف سلامت تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند؛ چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد سلامت اثر می‌گذارند بنابراین اقدامات انجام شده برای ارتقاء سلامت می‌باید به تمام جنبه‌های سلامت فردی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه نماید.

۲.۱. سلامت جسمی

شناخته شده‌ترین بعد سلامت، بعد جسمی است که ساده‌تر از ابعاد دیگر می‌توان آن را ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت حاصل عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی، عملکرد مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است.^۱ با توجه به اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن غیرواگیر بیشترین بار بیماری‌ها و مرگ و میر را به زنان ایرانی تحمیل نموده و روند آینده نیز افزایش این بیماری‌ها را به دلیل عدم کنترل عوامل خطر ساز و همچنین سالمندی

جمعیت نشان می‌دهد. بیماری‌های قلبی و عروقی به تنهایی موجب حدود ۴۲ درصد مرگ و میرها می‌شوند. نکته مهم قابل کنترل و مدیریت بودن عوامل خطر این بیماری‌ها است. به طور مثال افزایش وزن در زنان ایرانی به دلیل کم بودن فعالیت‌های فیزیکی بسیار رایج است و این مسئله سلامت روحی، روانی و حتی اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۲.۲. سلامت روان

سلامت روان قدرت سازگاری فرد با شرایط محیطی و عکس العمل مناسب در مقابل مشکلات و حوادث زندگی است.

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را چنین تعریف کرده است: نوعی بهزیستی که افراد را قادر می‌سازد توانایی‌های خود را تشخیص دهند، با عوامل استرس‌زای معمولی زندگی کنار بیایند، به طور مؤثر و با بهره‌وری به جامعه خود کمک کنند.^۱ در واقع سلامت روان بر تمامی جنبه‌های زندگی انسان تأثیر گذار است. این بعد از سلامت هم دارای ارزش مادی و هم غیر مادی یا ذاتی برای فرد، جامعه و فرهنگ است. سلامت روان ارتباطی دو سویه با بهزیستی و بهره‌وری جامعه و افراد آن دارد. اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری‌ها در کشور را شامل می‌شوند که این اختلالات مهم‌ترین علت ناتوانی در کشور به شمار می‌آیند. شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال ایران بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود و در مناطق مختلف کشور از ۹ تا ۳۶ درصد متغیر است. در این میان، اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند.

سنجش سلامت روان نسبت به سلامت جسمی مشکل‌تر است و دیگر

۱. (WHO, ۲۰۰۳)

اینکه ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد. سلامت روان زنان که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی مهم بوده و بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است؛ شامل: اختلالات خلقی و اضطرابی، خودکشی، خشونت و اعتیاد که در این میان اختلالات خلقی و اضطراب از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در زنان به شمار می‌روند.

نتایج تحلیل یافته‌های ۲۹ پژوهش انجام شده در حوزه همه‌گیری شناسی بیماری‌های روانی در ایران، حاکی از آن است که اختلالات روانی در زنان شیوع بیشتری دارد و گاه به ۲ تا ۳ برابر میزان شیوع آنها^۱ در مردان می‌رسد.

بزرگ‌ترین مشکل در جنبه روانی سلامت زنان که از مهم‌ترین علل ایجاد بار بیماری‌ها شمرده شده، افسردگی است و میزان شیوع این بیماری در زنان ایرانی تقریباً دو برابر مردان است.^۲

هرگونه بیماری و خصوصاً بیماری روحی - روانی زنان به شدت ثبات و آرامش خانواده و همچنین سلامت اجتماعی را مختل می‌کند. به طور یقین باورهای فرهنگی حاکم بر جامعه منفی‌نگری، کم بودن اعتمادهای متقابل، فشارهای اقتصادی، کمبود تفریحات سالم و کاهش سرمایه اجتماعی و... از عوامل تشدیدکننده فشارهای روحی و روانی در جامعه است.

در واقع می‌توان گفت بهداشت و سلامت روان، بنیان و اساس سلامت است و هم سطح با پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء کیفیت بهداشتی زندگی، باید به پیشگیری از اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی اولویت داده شود.

۱. احسان منش، ۱۳۸۰

۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - گزارش سلامت در برنامه پنجم توسعه

۲.۳. سلامت اجتماعی

آسیبهای اجتماعی معمولاً پدیده‌هایی اجتماعی هستند که بر اثر عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و روانی بوجود می‌آید. عوامل اجتماعی تأثیرگذار در واقع بازگوکننده موقعیت‌های متفاوت مردم در موقعیت‌های اجتماعی و برخورداری از قدرت و منابع است. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماری‌ها و قسمت اعظم نابرابری‌های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی می‌شود.

انسان یک موجود اجتماعی است بنابراین سلامت او در گرو ارتباط با سایر افراد جامعه است. سلامت اجتماعی فرد حاصل تعامل متقابل فرد و محیط اجتماعی پیرامون اوست.

در بحث سلامت اجتماعی عوامل اجتماعی منفی و مثبت وجود دارد. عوامل اجتماعی مثبت مثل شادی و اوقات فراغت و... برخی عوامل اجتماعی منفی می‌تواند شامل یک یا ترکیبی از موارد زیر باشد: فقر مالی و فرهنگی، بیکاری، حاشیه نشینی، طلاق، اعتیاد، فحشا، خشونت در خانه، خودکشی، فرار از منزل، مهاجرت، عدم امنیت، مسکن نامناسب، تبعیض، ناامنی غذا و دارو و...

از دلایل مهمی که منجر به شکل‌گیری چنین آسیب‌هایی می‌شوند می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

نبود مهارت‌های زندگی، سست شدن ریشه‌های اعتقادی، اخلاقی و معنوی، روابط ناسالم حاکم بر خانواده، مهاجرت بی رویه به شهرها و گسترش سکونت گاه‌های غیر رسمی، ناهماهنگی‌های بین سازمان‌های مسئول، نبود استراتژی مشخص و یکپارچه و وجود نگاه آسیب نگر بجای نگاه سلامت نگر و...

۲.۴. سلامت معنوی

دیدگاه معنوی، بر روی باورها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد که این تأثیر از طریق رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی بر سایر ابعاد سلامت اثرگذار است.^۱

مفهوم و مصادیق سلامت معنوی به مانند سایر ابعاد سلامت در سطح دنیا هنوز به صورت کامل تبیین نشده است و تعریف دقیق و مورد توافقی از آن ارائه نشده است. 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.

یکی از زمینه‌های عمده مشکلات روانی، عوارض جسمی و اجتماعی بیماری‌ها، احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدفدار بودن زندگی، پای بندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب و تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود.

با توجه به نو بودن بحث جنبه معنوی در میان ابعاد سلامت، برای سنجش به این مفهوم کهن و البته عمیق انسانی، هنوز روش‌ها و ابزارهای لازم طراحی نشده و یافته‌های تحقیقاتی قابل استنادی نیز در سطح کشور کمتر وجود دارد.

پیچیدگی و عمیق بودن لایه‌های معنوی سبب دشواری 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 دقیقاً یکی نیستند. باور بر این است که افراد دیندار واقعی که با معارف

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - نقشه تحول نظام سلامت. ۱۳۹۰

والای الهی آشنا هستند از نظر معنوی نیز دارای سلامت کافی هستند، البته با تعاریف معمول عکس این موضوع همیشه صادق نیست و ممکن است افرادی یافت شوند که به ظاهر دیندار نیستند، ولی دارای سلامت معنوی باشند.

سلامت معنوی زنان ایرانی با توجه به بافت جمعیتی کشور و تحولات حاصل از گذر از جامعه سنتی به توسعه یافته و آشنایی با فرهنگ‌های گوناگون موضوع در خور توجه و مهمی است.

۳. سلامت زنان و تفاوت‌های جنسیتی

امروزه سلامت و رفاه اجتماعی زنان که نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده، بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزون یافته است. سلامت زنان در برگیرنده رفاه جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی و معنوی آن هاست و تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارد.^۱ جنس یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است. به دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع و شدت و فراوانی بیماری در دو جنس متفاوت است. به طوری که بر اساس اطلاعات موجود، گزارش بیماری‌ها در زنان بیشتر است و مرگ و میر در مردان بیشتر رخ می‌دهد. علاوه بر جنس، سلامت زنان و مردان به نحو قابل توجهی تحت تأثیر شغل آنها است. انتخاب حرفه خاص در بسیاری از موارد مستقیماً فرد را در معرض عوامل بیماری‌زای مربوط به آن حرفه و بیماری‌های ناشی از آن قرار می‌دهد. مسئولیت‌های زنان در نقش‌های چندگانه‌ای که برعهده دارند

۱. کوهان، ۱۹۹۸.

ممکن است سلامت آنان را به خطر اندازد.

محیط نیز نقش مهمی در وضعیت سلامت و بیماری دارد، از سویی محیط به عنوان یک عامل جداگانه بر سلامت فرد اثر می‌گذارد و از سوی دیگر ویژگی‌های فردی مانند شیوه‌های زندگی نظیر عادات غذایی، تحرک و عدم تحرک، نوع تفریحات و سرگرمی‌ها، وضعیت ایمنی و خصوصیات رفتاری فرد تحت تأثیر محیط قرار می‌گیرد. اثر عوامل محیطی مانند آب، خاک و شرایط جغرافیایی و عوامل بیولوژیک محیط نظیر موجودات و جانوران نیز نقش موثری بر سلامت افراد جامعه دارند.

در نتیجه میزان سلامت زنان به تعاملات پیچیده بین عوامل بیولوژیکی فردی؛ رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی، محیطی و سیاسی زندگانی آنان بستگی دارد. دبیرخانه کشورهای مشترک المنافع، حوزه سلامت زنان را به طور نسبتاً جامع این گونه مشخص نموده است.^۱

۱. موضوعات سلامت زنان همه چرخه زندگی آنان را در بر می‌گیرد و محدود به مشکلات باروری نیست.

۲. مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری‌ها یا نارسایی‌هایی است که یا مختص زنان است یا در زنان شایع‌تر است یا شانس ابتلای زنان به آن بیشتر است.

۳. سلامت باید به طور گسترده، هم در بعد منفی و هم در بعد مثبت در نظر گرفته شود.

زنان علاوه بر تفاوت‌های فیزیولوژیکی دچار برخی از مسائل مرتبط با بهداشت نیز هستند که بیشتر رنگ و بوی اجتماعی و فرهنگی دارد. در این ارتباط، تحلیل‌ها نیز بر تأثیر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری مبتنی بر

۱. احمدی و دیگران، ۱۳۹۰

جنسیت بر سلامت زنان تأکید می‌کنند. جنسیت در اینجا فقط تفاوت‌های جنسی نیست، بلکه به مفاهیم ساخت فرهنگی و اجتماعی اشاره دارد که حول جنس زیستی شکل می‌گیرد.^۱

تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی مانند فقر بر سلامت افراد را نمی‌توان انکار کرد. فقر یکی از عوامل اجتماعی استرس‌زا در به خطر انداختن سلامت زنان است.^۲

زنان به لحاظ ساختار فیزیکی و روحی - روانی خود تمایزاتی با مردان دارند که این امر تفاوت‌هایی را در موضوع بهداشت و سلامت زنان و مردان ایجاد می‌کند. بر اساس اطلاعات موجود درباره امید به زندگی و مرگ، نرخ مرگ و میر در جمعیت زنان کمتر از مردان گزارش شده است. آنچه که در مردان سبب کاهش عمر می‌شود، با آنچه که در زنان عمر را می‌کاهد، کاملاً متفاوت است.

میزان مرگ در زنان در برخی از گروه‌های سنی کمتر از مردان است؛ اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری و سایر مشکلات خانوادگی و مسائل اجتماعی دارند و شیوع برخی از بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های اسکلتی - عضلانی و همچنین بیماری‌های روحی - روانی مانند افسردگی در میان زنان بیشتر است.

تحقیقات نشان می‌دهد که اگر چه سلامت زنان در ایران در دهه‌های اخیر ارتقاء قابل ملاحظه‌ای داشته، ولی هنوز تا وضعیت مطلوب فاصله وجود دارد. هنوز زنان از بیماری‌های جسمی و روحی قابل پیشگیری، آسیب‌های فیزیولوژیکی، عارضه‌های پس از زایمان، فقر حرکتی و فعالیت‌های مؤثر بدنی و... رنج می‌برند همچنین در هر یک از دوره‌های سنی نوع مسائل و مشکلاتی که زنان با آنها روبرو هستند متفاوت است.

۱. آجورلو و دیگران، ۱۳۹۱

۲. سام آرام و دیگران، ۱۳۸۹

بدین ترتیب با نگاهی به تفاوت‌های جنسی و جنسیتی مؤثر بر سلامت زنان می‌توان نتیجه گرفت که علل ریشه‌ای، نوع خدمات و نحوه ارائه آن‌ها و حمایت‌های لازم برای درمان در دو جنس متفاوت است و باید راه کارها و ظرفیت‌های متفاوتی را برای ارتقاء سلامت زنان و مردان در نظر گرفت.

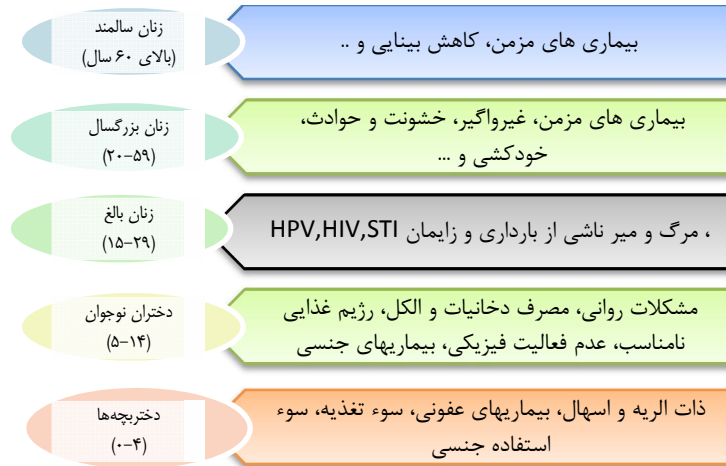
۳.۱. گروه‌های سنی زنان

گروه بندی سنی دختران و زنان به پنج دسته شامل دختر بچه‌ها، نوجوان، زنان بالغ، بزرگسال و سالمند به تفکیک نوع بیماری‌هایی که هر یک از این گروه‌ها در معرض ابتلاء به آن هستند، کمک بسیار زیادی به تشخیص نوع خدمات مورد نیاز و چگونگی ارائه این خدمات می‌نماید.

به طور نمونه، امکان سوء تغذیه و سوء استفاده جنسی و یا اسهال در دختر بچه‌ها تا سن ۴ سالگی بیشتر است و یا مشکلات روانی در دختران نوجوان بیشتر گزارش شده است.

زنان در سن باروری که در گروه «زنان بالغ» قرار گرفته‌اند. بطور طبیعی با مسائل دوران بارداری و مرگ و میرهای ناشی از زایمان مواجه هستند و یا سالمندی جمعیت زنان نیازهای متفاوت جسمی و روانی را به همراه دارد که سیستم درمانی باید به نوع خدمات و ارائه آن‌ها توجه ویژه‌ای داشته باشد.

نمودار ۱. رابطه سن و خطر ابتلاء به انواع بیماری‌ها در جمعیت زنان



۳.۲. گروه‌های در معرض خطر بالا^۱

به دلیل شرایط خاص خانوادگی، اجتماعی، آموزشی، اقتصادی، فرهنگی و ... گروه‌هایی از زنان، دسترسی کافی به خدمات بهداشتی و درمانی نداشته و یا نیازهای درمانی دارند که ویژه این گروه است گرچه هم‌پوشانی بسیاری میان این گروه‌های در معرض خطر وجود دارد اما ضرورت توجه به ارائه خدمات متناسب با شرایط آنها توسط سیستم درمانی مورد تأکید است:

- زنان فقیر و محروم
- زنان سرپرست خانوار
- زنان خود سرپرست
- زنان عشایر و روستایی

۱. معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، ارتقاء سلامت زنان، سند برنامه جامع توسعه امور زنان و خانواده-۱۳۹۲

□ زنان معلول و ناتوان

□ زنان در معرض آسیب مانند (زنان زندانی، زنان پناهنده و...)

۴. مادری سالم

زنان متفاوت از مردان نیازهای بهداشتی و درمانی عمومی و اختصاصی دارند که برای دستیابی به سلامت کامل، تمام این نیازها باید تأمین شوند. موضوعات مطرح در امر بهداشت و سلامت زنان بسیار متعددند که به مهم‌ترین آنها از لحاظ اولویت اشاره می‌شود.

۴.۱. سلامت باروری

سلامت باروری فقط سلامت ارگان‌های باروری و تولید مثل نیست. سلامت باروری، رفتارهای اجتماعی و جنسی و ارتباطاتی را که بر سلامت اثرگذارده و بیماری ایجاد می‌کنند را نیز در بر دارد. در واقع به حالتی از سلامتی کامل جسمی و روانی و رفاه اجتماعی در همه جوانب مربوط به سیستم تولید مثل و روند و کارکرد آن اطلاق می‌شود.^۱ از آنجا که زنان به دلایل بیولوژیک، اجتماعی، فرهنگی، بیش از مردان در معرض خطر هستند، مقوله بهداشت باروری آنان نیز بیشتر از مردان مطرح و مورد بحث می‌باشد.

مبحث سلامت باروری سرفصل‌های گوناگونی دارد که با خلاصه نمودن محتوی اصلی آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

□ توانایی برخوردار بودن از سلامت جسمی و تکامل لازم برای روابط جنسی

□ امکان داشتن فرزند سالم

□ توانایی پیشگیری از بیماری‌ها و ناتوانی‌های مربوط به روابط جنسی

۱. صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۱۹۹۵.

□ رهایی از رفتارهای مضر (خشونت) مربوط به باروری و روابط جنسی در این چهارچوب به موضوع حقوق باروری و فرایند تحقق مادری «ایمن» پرداخته می‌شود.

۴.۲. حقوق باروری

حقوق زنان در امر سلامت، خصوصاً در سلامت باروری، محور اصلی بحث در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ در قاهره و چهارمین کنفرانس جهانی زنان در سال ۱۹۹۵ در پکن بوده که طی آن بر برابری دو جنس در برخورداری از خدمات بهداشتی تولید مثل، برطرف کردن نا آگاهی‌ها و کمبود دانش در زمینه بهداشت تولید مثل، جمع آوری و تحلیل آماری مناسب و پژوهش پیرامون علل اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار بر سلامت تولید مثل خصوصاً در گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر تأکید شد.

۴.۳. مادری ایمن

مادری ایمن، اصطلاحی است که به توانایی زن برای حامله شدن و زایمان بدون خطر اطلاق می‌شود. برای مادری سالم و بی خطر باید به مادران و پدران آموزش‌های لازم داده شود؛ خدمات مورد نیاز پیش از زایمان، خدمات اورژانسی (قبل، هنگام و پس از زایمان) و مراقبت‌های کافی پس از زایمان (یا سقط) باید در اختیار زنان جامعه قرار گیرد.

مراقبت‌های پیش‌زایمانی^۱

مراقبت‌های پیش‌زایمانی از ضرورت‌های «مادری ایمن» است. برای اطمینان از اینکه طی دوره حاملگی و نیز زایمان عارضه عمده‌ای مادر را تهدید نمی‌کند این مراقبت‌ها لازم است. سازمان بهداشت جهانی حداقل ۴ ملاقات را توسط مراقبین بهداشتی آموزشی دیده برای زنان حامله سالم و ملاقات‌های بیشتر را در زنان دچار عارضه، طی دوره حاملگی لازم می‌شمرد.

مراقبت‌های حین زایمان^۲

مراقبت‌های حین زایمان در کاهش عوارض حاملگی سهم زیادی دارند و وجود این مراقبت‌ها تکمیل‌کننده مراقبت‌های قبل از زایمان است. وجود مراقبین بهداشتی متخصص و با تجربه و دسترسی به واحدهای مجهز اورژانس در موارد لزوم می‌تواند نقش عمده‌ای در پیشگیری از مرگ و میر و ناتوانی‌های ناشی از حاملگی داشته باشد.

۴.۴. مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان

میزان خطر مرگ در طول زندگی یک زن وابسته به تعداد حاملگی‌ها و میزان خطر مرگ مادر در هر حاملگی است. مرگ مادران علاوه بر از دست رفتن یک انسان پیامدهای جبران‌ناپذیری برای سلامت جسمی و روحی خانواده، به ویژه فرزندان دارد؛ به نحوی که خطر مرگ کودکان زیر ۵ سال با مرگ مادر ۲-۳ برابر می‌شود. پایش میزان مرگ و میر مادران گام اول در پیشرفت

۱. Prenatal care

۲. Delivery care

به سوی راهکارها و برنامه‌های کاهش‌دهنده آن است و آمار مرگ و میر مادران شاخص خوبی از وضعیت عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی در پاسخگویی به نیازهای زنان است.

عوامل گوناگونی در مرگ و میر مادران یا معلولیت‌های مربوط به حاملگی می‌توانند دخیل باشند:

- عدم دریافت مراقبت‌های پیش از زایمان
- حاملگی‌های متعدد
- ترس از استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی
- وجود سوء تغذیه از آوان کودکی
- ترس از مراجعه به بیمارستان‌ها و استفاه از ماماهاى سنتى
- وجود سقط‌های مخفیانه و غیرقانونی
- عدم آگاهی کافی در مورد حاملگی و عوارض آن و عدم اطلاع از امکان پیشگیری و درمان عوارض
- عدم بضاعت مالی برای استفاده از خدمات بهداشتی — درمانی خصوصاً در مواقع اورژانس

۴.۵. سقط جنین

انواع سقط تهدیدی عمده برای سلامت زنان در جهان است. به گزارش وزارت بهداشت در ایران به طور متوسط حدود ۲۵۰ هزار سقط جنین غیرقانونی و حدود ۶ هزار سقط جنین قانونی در سال انجام می‌شود. سقط غیرسالم یا نایمن^۱ بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، خاتمه روند حاملگی توسط افراد فاقد مهارت‌های لازم، در مکان‌ها و وضعیت‌هایی بدون

۱. Unsafe

حداقل استانداردهای طبی و با استفاده از وسایل غیربهداشتی و قدیمی است. مشکل سقط‌های غیرسالم در کشورهایی که این عمل با محدودیت‌های قانونی و یا اجتماعی - فرهنگی مواجه است، بیشتر است. سقط‌های غیرسالم در دوران نوجوانی و جوانی و در حاملگی‌های ناخواسته فراوان‌تر است. در بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۴^۱، میزان سقط در سنین جوانی در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال معادل ۱۱۵ و در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال حدود ۱۸۱ در هزار حاملگی ناخواسته است. افزایش این میزان سقط در حاملگی‌های خواسته برای دو گروه مذکور به ترتیب ۵۶ و ۷۴ در هزار بوده است که عمدتاً هم به سقط‌های غیرعمدی مربوط است.

میزان سقط در سنین بزرگسالی به میزان ۲۶۳ در هزار افزایش می‌یابد. این افزایش در مورد حاملگی‌های ناخواسته منجر به سقط عمد از شدت بیشتری برخوردار است.

هرچند فقدان اطلاعات و آموزش کافی و عدم دسترسی به تسهیلات تنظیم خانواده از علل عمده سقط گزارش می‌شود. اما سقط جنین در هر صورت به دلیل عوارض منفی آن مانند خطرنازایی، سلامت زنان را تهدید می‌نماید.

۵. نازایی

نازایی پدیده‌ای است که بر کیفیت زندگی مردان و زنان زیادی در دنیا تأثیر می‌گذارد و با فشارهای خانوادگی و اجتماعی فراوانی می‌تواند همراه باشد. نازایی زنان خصوصاً در جوامعی که اعتبار و ارزش زنان به نقش و وظیفه تولید مثل آنان وابسته است، می‌تواند؛ طلاق، ترک از سوی همسر و طرد از

۱. پژوهشکده آمار - ۱۳۹۲.

خانواده، چندهمسری، خشونت‌های خانگی و در برخی موارد خودکشی را در پی داشته باشد.

میزان ناباروری در کشور در سال ۱۳۹۲ طی آمار رسمی، ۲۰/۲ درصد اعلام شده (حدود ۳ میلیون زوج نابارور) یعنی به طور میانگین در کل کشور یک زوج از میان هر ۵ زوج، نابارور است که این میزان از میانگین سازمان جهانی بهداشت بالاتر است. همچنین ناباروری در بین روستاییان بیشتر از شهرنشینان دیده می‌شود به طوری که در مناطق شهری میزان ناباروری ۱۹/۹ و در مناطق روستایی ۲۲ درصد می‌باشد.

براساس آمار جهانی حدود ۴۰ درصد عوامل ناباروری مردانه و ۴۰ درصد آن زنانه است، همچنین حدود ۱۵ درصد عوامل مشترک و حدود ۵ درصد نیز عوامل ناشناخته هستند. اما آنچه که در این زمینه مهم است اینکه عامل ناباروری مردان در ایران به مراتب بیشتر از زنان است.

سن افراد نیز در میزان باروری و ناباروری زوجین مؤثر است. طبق بررسی‌های اخیر^۱ نشان داد که سنین حدود ۲۰ تا ۳۲ سال بهترین زمان برای باروری است و میزان ناباروری در این گروه سنی از تمام سنین دیگر پایین‌تر است. به طوری که میزان ناباروری در سنین ۲۰ تا ۳۲ سال حدود ۱۶ درصد است، اما هرچه باروری از سن ۲۰ سال پایین‌تر و از سن ۳۲ سال بالاتر رود با افزایش میزان ناباروری مواجه می‌شویم. در عین حال میزان نتیجه درمان ناباروری نیز در این سنین به شدت کمتر از سنین دیگر است.

۱. پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی ابن سینا-۱۳۹۲.

۶. بیماری‌های جنسی

۶.۱. عفونت‌های منتقله جنسی

عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند یک خطر عمده برای سلامت زنان محسوب می‌شوند که پیامدهای جدی بهداشتی و اجتماعی ناگواری را هم برای زنان و هم برای مردان و هم برای کودکان به دنبال دارد. علاوه بر روابط جنسی، زایمان در شرایط غیربهداشتی، سقط جنین و اعمالی نظیر ختنه دختران نیز می‌تواند منجر به ایجاد این معضل شود.

۶.۲. بیماری نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)

یکی از چالش‌های جدی و روبه گسترش در امر سلامت زنان افزایش مداوم و نهفته ویروس (HIV) و ابتلا به ایدز است. راه انتقال این عفونت که ابتدا از طریق استفاده از وسایل تزریق مشترک در مصرف مواد مخدر بود امروز به روابط جنسی تغییر یافته و خطر گسترش آن در زنان بیشتر از سایر گروه‌ها است.

۷. وضعیت سلامت زنان در کشور

مطالعه وضعیت موجود سلامت زنان به شناسایی مسائل و موضوع‌های جدید بهداشتی و درمانی کمک می‌نماید. در این قسمت با استفاده از مطالبه بخش‌های پیشین سعی می‌شود تا با اطلاعات موجود و قابل دسترسی، مهم‌ترین شاخص‌های وضعیت سلامت زنان در کشور تنظیم شود.

۷.۱. جمعیت و امید به زندگی زنان

ویژگی‌های جمعیتی زنان، گویای بخش‌هایی از وضعیت اجتماعی و

اقتصادی زنان در کشور است و می‌تواند در مشخص کردن وضعیت توسعه، ارزیابی نتایج برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت زنان به کار گرفته شود. در این قسمت داده‌ها و اطلاعات جمعیتی که بر سلامت زنان مؤثر می‌باشند، ارائه می‌گردد.

جمعیت ایران طبق سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۵ برابر با ۶۰۰۲۳ هزار نفر بوده است و نسبت جنسی ۱۰۳ درصد گزارش شده است. ۴۹ درصد کل جمعیت کشور را زنان تشکیل می‌دهند. در این سال میزان شهرنشینی کشور برابر با ۶۱/۳ درصد و میزان روستانشینی برابر با ۳۸/۷ درصد بوده است.

پس از گذشت ۱۵ سال، در سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰، جمعیت کشور به ۷۵۱۴۹ هزار نفر رسیده است. نسبت جنسی جمعیت کشور در این سال، برابر با ۱۰۲ درصد بوده است، این نسبت در سال ۱۳۹۰ در مقایسه با سرشماری‌های قبل با کاهش همراه بوده است. میزان شهرنشینی کشور با افزایش قابل توجه به ۷۱/۴ درصد رسیده است.

جدول ۱. جمعیت کل کشور به تفکیک شهر و روستا در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ (هزار نفر)

نسبت جنسی	زن	مرد	زن و مرد	شرح	
۱۰۳	۲۹۵۲۶	۳۰۴۹۶	۶۰۰۲۳	۱۳۷۵	کل
۱۰۴	۳۴۶۲۹	۳۵۸۶۶	۷۰۴۹۵	۱۳۸۵	
۱۰۲	۳۷۲۴۴	۳۷۹۰۵	۷۵۱۴۹	۱۳۹۰	
۱۰۴	۱۸۰۰۰	۱۸۷۸۸	۳۶۷۸۸	۱۳۷۵	شهری
۱۰۴	۲۳۶۸۳	۲۴۵۷۶	۴۸۲۵۹	۱۳۸۵	
۱۰۲	۲۶۶۲۳	۲۷۰۲۳	۵۳۶۴۶	۱۳۹۰	
۱۰۲	۱۱۵۲۶	۱۱۷۰۸	۲۳۲۳۴	۱۳۷۵	روستایی
۱۰۳	۱۰۹۴۵	۱۱۲۸۹	۲۲۲۳۵	۱۳۸۵	
۱۰۲	۱۰۶۲۰	۱۰۸۸۲	۲۱۵۰۳	۱۳۹۰	

مأخذ: اطلس وضعیت زنان در کشور، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰

سه متغیر باروری، مرگ و میر و مهاجرت، تعیین‌کننده حجم جمعیت است. مقایسه رشد جمعیت کشور در سالهای ۱۳۹۰ - ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که رشد جمعیت کشور با کاهش نسبی از ۱/۵ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۱/۳ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است.

متوسط رشد سالانه جمعیت در مناطق شهری با روندی کاهش یابنده به ۲/۱ درصد و در مناطق روستایی با رشد منفی به ۰/۶۳- در سال ۱۳۹۰ رسیده است. نرخ رشد سالیانه جمعیت روستایی در بسیاری از استان‌های کشور منفی است که می‌تواند از دو عامل نشأت گرفته باشد: اول اینکه، سطح باروری به شدت کاهش یافته است و دوم اینکه مهاجرت به شهرها افزایش یافته است.

امید به زندگی

امید به زندگی یکی از شاخص‌های مهم در رابطه با پیامد ارائه خدمات در بخش سلامت و بهبود حاکی از ارتقاء سلامت کلی جامعه است. بررسی میزان امید به زندگی نشان می‌دهد که از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ با اینکه میزان امید به زندگی زنان و مردان هر دو افزایش قابل توجهی داشته است، اما همواره این میزان برای زنان بیشتر از مردان بوده است. در سال ۱۳۷۵ میزان امید به زندگی زنان ۶۹/۸ سال و در سال ۱۳۹۰ به ۷۴/۶ سال رسیده است و در مردان از ۶۷ سال در سال ۱۳۷۵ به ۷۲/۱ سال در سال ۱۳۹۰ افزایش داشته است. عمده‌ترین علت افزایش میزان امید به زندگی، بهبود خدمات بهداشتی و بهبود وضعیت معیشتی و کاهش مرگ و میر اطفال است. میزان مرگ و میر مردان به دلیل حوادث و سوانح دلیل اصلی امید به زندگی بیشتر زنان نسبت به مردان است.

گروه‌های عمده سنی

در سال ۱۳۷۵، از کل جمعیت زنان کشور ۳۹/۳ درصد در گروه سنی کمتر از ۱۵ سال، ۵۶/۶ درصد در گروه سنی ۱۵-۶۴ سال و ۴/۱ درصد در گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر قرار داشته‌اند، در مقایسه با جمعیت مردان مشخص می‌گردد که در گروه‌های سنی ۰-۱۴ سال و ۶۵ سال و بیشتر (جمعیت سالمند)، سهم زنان کمتر از مردان و در گروه سنی ۱۵-۶۴ سال، سهم زنان بیشتر از مردان بوده است. تغییرات جمعیت به تفکیک گروه‌های عمده سنی در سال ۱۳۹۰ در مقایسه با ۱۵ سال پیش، تفاوت‌های زیادی را نشان می‌دهد؛ به گونه‌ای که از جمعیت زنان و مردان کمتر از ۱۵ سال به مقدار زیادی کاسته شده و در مقابل به گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال افزوده شده است. بطور کلی تحولات ساختار سنی جمعیت حاکی از تمرکز جمعیت در گروه‌های سنی جوان و حرکت به سوی سالمندی جمعیت در آینده است.

جدول ۲. گروه‌های عمده سنی به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰

زن			مرد			شرح	
+۶۵	۱۵-۶۴	۰-۱۴	+۶۵	۱۵-۶۴	۰-۱۴		
۴۰	۵۶۶	۳۹.۳	۴.۵	۵۵.۸	۳۹.۷	۱۳۷۵	کل
۵.۰	۷۰.۱	۲۴.۹	۵.۴	۶۹.۴	۲۵.۳	۱۳۸۵	
۵.۸	۷۱.۲	۲۳.۱	۵.۷	۷۰.۶	۲۳.۷	۱۳۹۰	
۴.۰	۵۸.۴	۳۷.۶	۴.۰	۵۸.۴	۳۷.۶	۱۳۷۵	شهری
۴.۷	۷۱.۸	۲۳.۶	۴.۸	۷۱.۳	۲۳.۹	۱۳۸۵	
۵.۵	۷۲.۵	۲۲.۰	۵.۳	۷۲.۱	۲۲.۶	۱۳۹۰	
۴.۳	۵۳.۶	۴۲.۰	۵.۴	۵۱.۵	۴۳.۲	۱۳۷۵	روستایی
۵.۶	۶۶.۶	۲۷.۸	۶.۵	۶۵.۱	۲۸.۴	۱۳۸۵	
۶.۴	۶۷.۸	۲۵.۸	۶.۶	۶۷.۰	۲۶.۴	۱۳۹۰	

مأخذ: مرکز آمار ایران

سواد سلامت

سواد سلامتی میزان ظرفیت هر فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم است. سواد سلامت عامل مهمی در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر است. در واقع نوعی از سرمایه اجتماعی است که برای دست‌یابی به اهداف ارتقاء سلامت ضروری است.

در مطالعه‌ای که در ۵ استان کشور^۱ شامل جامعه شهری و روستایی و جمعیت ۱۸ سال و بالاتر انجام شده است، سطح سواد سلامت خام زنان پائین‌تر از سواد سلامت در مردان بوده است. بدین ترتیب زنان بیشتر در معرض عواقب ناشی از پایین بودن سطح سواد سلامت قرار دارند به گونه‌ای که ممکن است اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را کمتر درک کنند و کمتر طبق روش‌های لازم و دستورات عمل نمایند. ولی نکته بسیار جالبی که گزارش شده مربوط به سطح سواد سلامت بیشتر زنان از مردان در صورتی که تعدیل داده‌ها بر پایه میزان تحصیلات است، می‌باشد. این یافته به این معنی است که در میان افراد هم سطح از نظر تحصیلات، زنان سواد سلامت بیشتری نسبت به مردان دارند و این امر در ارتقاء توانایی‌های آنان برای سلامت خود و خانواده می‌تواند مفید واقع شود.

۷.۲. بهداشت و سلامت باروری و بارداری

استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری

شاخص کاربرد روش‌های پیشگیری از بارداری در میان زنان ۱۵ تا ۴۹ سال

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵- عدالت در سلامت و مشارکتهای بین سازمانی در آن

یکی از شاخص‌های مهم برای نشان دادن عملکرد نظام سلامت است. گسترش پوشش روش‌های گوناگون پیشگیری از بارداری در کنار آموزش و مشاوره صحیح نقش موثری در حفظ و ارتقاء سلامت مادر و کودک از طریق کاهش میزان بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده و پرخطر و کاهش سقط‌های عمدی دارد. در واقع میزان استفاده از روش‌های مطمئن تنظیم خانواده در ارتقای سطح سلامت زنان تاثیر گذار است.

علیرغم رویکرد افزایش نرخ باروری و ضرورت بازنگری در برنامه‌های جمعیتی و تغییر دیدگاه تحدید موالید به فرزند آوری مسئولانه، آگاهانه و آزادانه، تأمین خدمات باروری سالم برای گروهی که در حال حاضر شرایط بارداری را ندارند از ضرورت‌های برنامه باروری و مادری سالم است.

درصد شیوع استفاده از کل روشهای پیشگیری از بارداری در زنان ۴۹-۱۵ سال همسردار در سال ۱۳۷۹، معادل ۷۳/۸ درصد، در سال ۱۳۸۴، ۷۸/۹ درصد و در سال ۱۳۸۹، به ۷۷/۴ درصد رسیده است. این روند ضمن نشان دادن افت و خیزهای اندکی، حاکی از افزایش شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ می‌باشد. نکته قابل توجه افزایش پوشش استفاده از روشهای پیشگیری هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی است.

جدول ۳. درصد شیوع و استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در زنان ۴۹-۱۵ سال همسردار کل کشور در سال ۱۳۷۹، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۹

۱۳۸۹	۱۳۸۴	۱۳۷۹	
۷۷.۴	۷۸.۹	۷۳.۸	کل کشور
۷۸.۹	۸۰.۴	۷۷.۴	مناطق شهری
۷۳.۸	۷۵.۷	۶۷.۲	مناطق روستایی

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹

بررسی نسبت استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری نیز نشان می‌دهد که بیشتر زنان از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند. به طوری که در سال ۱۳۷۹ حدود ۵۵/۹ درصد زنان و در سال ۱۳۸۹ حدود ۵۶/۹ درصد زنان در سن ۱۵-۴۹ سال همسر دار از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده‌اند.

جدول ۴. درصد شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری

۱۳۸۹	۱۳۸۴	۱۳۷۹	روش‌های پیشگیری از بارداری
۵۶.۹	۵۹.۷	۵۵.۹	روش‌های مدرن
۲۱.۶	۱۹.۲	۱۷.۸	روش‌های سنتی
۱۵.۰۵	۱۹.۳	۱۸.۴	قرص‌های پیشگیری از بارداری
۸.۱	۸.۱	۸.۵	آی یو دی
۱۳.۷	۹.۳	۵.۹	کاندوم

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سیمای سلامت و جمعیت در ایران - ۱۳۸۹

نیاز برآورده نشده

شاخص نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده یکی از شاخص‌های نشان‌دهنده دسترسی جامعه به خدمات مورد نیاز است. این شاخص به مفهوم نسبت زوجیتی است که خواهان فرزند نبوده ولی از هیچکدام از روش‌های پیشگیری از بارداری نیز استفاده نمی‌نمایند. چنین وضعیتی می‌تواند منجر به بارداری برنامه‌ریزی نشده گردد و امکان افزایش سقط جنین و در نتیجه عوارض مرگ و میر مادر به دنبال بارداری و زایمان را در پی داشته باشد. درصد نیازهای برآورده نشده به تنظیم خانواده در کشور در بررسی سال‌های ۱۳۷۹، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۹ به ترتیب ۷/۵ درصد، ۵/۹ درصد و ۵/۶ درصد به دست آمده است. میزان ۵/۹ درصد گزارش شده برای نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده در سال ۱۳۸۴ میان آنان که می‌خواهند باردار شوند (۱/۵)

درصد) و آنان که دیگر نمی‌خواهند صاحب فرزند شوند (۴/۴ درصد) تقسیم شده است. تفکیک این شاخص در سال ۱۳۸۹ به این شکل بوده است که ۳/۶ درصد زوجین خواهان بارداری بعدی بوده و ۲/۱ درصد آنان دیگر نمی‌خواهند صاحب فرزند شوند. مقایسه اطلاعات این دو سال بیانگر تغییر الگوی این میزان (افزایش تمایل پیشگیری از بارداری در مقایسه با عدم فرزندخواهی در زوجین با نیاز برآورده نشده) است. طبیعتاً باید برای محافظت این گروه در رویارویی با مخاطرات مربوط به این امر مهم برنامه‌ریزی اساسی صورت گیرد.

باروری کل^۱

میزان باروری کل، یکی دیگر از شاخص‌هایی است که به بازنمایی وضعیت سلامت زنان کمک می‌کند. میزان باروری کل در ایران پس از افزایشی که در دهه‌های ۱۳۵۰ و ۱۳۶۰ داشت، به تدریج روندی رو به کاهش را نشان می‌دهد به طوری که از میزان ۷/۰ در سال ۱۳۶۵ به عدد ۱/۸ در سال ۱۳۸۸ کاهش داشته است به عبارت دیگر اگر در سال ۱۳۶۵ زنان ایرانی به طور متوسط ۷ مرتبه تجربه بارداری داشتند، در سال ۱۳۸۸ این میزان به ۱/۸ رسیده است که حکایت از موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده دارد. به استثنای گروه زنان ۱۹-۱۵ ساله که موالید آنها بیشتر تحت تأثیر تغییر سن در اولین ازدواج است در سایر گروه‌های سنی بیشترین موالید مربوط به سالهای دهه نخستین پس از انقلاب اسلامی ۱۳۵۶ تا ۱۳۶۵ بوده است. این امر می‌تواند در درجه اول ناشی از لغو سیاست‌های کنترل جمعیت و برقراری امتیاز برای خانواده‌های پرجمعیت و در درجه دوم تشویق جوانان

۱. تعداد موالیدی که هر زن می‌تواند تا سن ۵۰ سالگی داشته باشد به شرط آنکه در طی سالهای فرزندآوری خود، زنده باشد. (عینی زیناب-۱۳۹۳)

به ازدواج قلمداد شود. در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۶۶ میزان باروری به کمتر از نصف کاهش یافته است که ناشی از گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده با فراهم نمودن تسهیلات، افزایش سطح سواد خانمها و بالا رفتن سن اولین ازدواج است.^۱

میزان باروری کلی براساس رفتار باروری سال ۱۳۷۵ در کل کشور برابر با ۲/۹ فرزند برای هر زن بوده است. در دوره ۵ ساله ۱۳۸۵-۱۳۹۰ این میزان کاهش چشمگیری داشته است بطوری که میزان باروری کلی در سال ۱۳۸۵ در کل کشور برابر با ۱/۹ فرزند برای هر زن که در نقاط شهری حدود ۱/۸ و در نقاط روستایی ۲/۵ فرزند برای هر زن برآورد شده و در سال ۱۳۹۰ این میزان برای کل کشور، مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۱/۸، ۱/۷ و ۲/۳ گزارش شده است.^۲

کاهش باروری و دوران گذار باروری در کشور، در همه سنین و در مناطق شهری و روستایی اتفاق افتاده است و بتدریج فاصله میان شهر و روستا در نرخ باروری کمتر شده است.

الگوی سنی باروری

نکته دیگر، سهم گروه‌های سنی مختلف در میزان باروری کل می‌باشد. بطوری که طی سال‌های ۱۳۷۵ الی ۱۳۹۰، میزان باروری در کلیه گروه‌های سنی کاهش چشمگیری را تجربه نموده است و الگوی باروری نیز به الگوی دیررس باروری تغییر یافته است. سهم باروری گروه‌های سنی ۲۰-۲۴ ساله و ۲۹-۲۵ ساله تا سال ۱۳۷۵ نسبتاً یکسان بوده است ولی از آن به بعد گروه

۱. پژوهشکده آمار- ۱۳۹۲

۲. مطابق نظر جمعیت‌شناسان و کارشناسان بهداشت جهانی وقتی باروری جمعیت یک کشور زیر دو باشد یک تهدید برای آن جامعه به شمار می‌آید.

سنی ۲۵-۲۹ ساله سهم بیشتری به خود اختصاص داده و به تبع آن میزان باروری گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله افزایش یافته است. این تأخیر باروری، ناشی از تأخیر در ازدواج، بالا رفتن سن ازدواج، تمایل به تک فرزندی در خانواده ها، بارداری های پرخطر و افزایش فاصله گذاری بین ازدواج و فرزند اول و نیز افزایش فاصله بین فرزند اول و دوم بوده است.^۱

در واقع طی سال های ۱۳۸۰-۱۳۹۰، با کاهش سهم باروری گروه های سنی ۲۹-۱۵ ساله و افزایش سهم باروری گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله روبرو بوده ایم به طوری که سهم باروری جوانان (۲۹-۱۵ساله) از ۶۶ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۶۰ درصد در سال ۱۳۹۰ و در بزرگسالان (۴۹-۳۰) از ۳۴ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۴۰ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است.

بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران، با وجود اینکه روند جامعه رو به پیری و سالخوردگی است، هنوز هم یک سوم جمعیت کشور معادل ۳۳ درصد خواهان خانواده تک فرزندی و یا بدون فرزند هستند.

کاهش باروری در ایران در دو مرحله اتفاق افتاده است؛ ابتدا زنان، بخصوص در سنین بالا، تعداد فرزندان خود را محدود کردند. سپس زنان جوان فرزندآوری را به تعویق می اندازند. زنان با تحصیلات بالا، شاغل و با موقعیت اقتصادی - اجتماعی بالا پیشگامان کاهش باروری در ایران هستند.^۲

گرچه یافته های پژوهشی نشان می دهد که با افزایش توسعه یافتگی کشورها از میزان زاد و ولد کاسته می شود.^۳ اما در کشور ما یک رابطه معکوس بین میزان زاد و ولد و بر خورداری یا محرومیت وجود دارد؛ تغییر میزان کل باروری فقط یک پدیده شهری نیست و در مناطق روستایی نیز این

۱. پژوهشکده آمار - ۱۳۹۲

۲. عینی زیناب-۱۳۹۳

۳. ضیایی بیگدلی و همکاران، ۱۳۸۵

امر نمایان است هرچند که میزان باروری کل در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری در سطح بالاتری قرار دارد. با اینحال، سطح باروری در نقاط شهری و روستایی در دهه‌های اخیر روند کاهشی مشابهی طی نمودند و همگرایی رفتارهای باروری در نقاط شهری و روستایی در کشور قابل توجه است. با توجه به اینکه حدود ۷۰ درصد جمعیت کشور در نقاط شهری ساکن اند، تأثیر سطح باروری نقاط شهری بر میزان باروری کل کشور بیشتر از تأثیر باروری در نقاط روستایی است.

جدول ۵. میزان باروری جوانان و بزرگسالان در کل کشور و نقاط شهری و روستایی طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰

سال	میزان باروری زنان جوان (۲۹-۱۵ساله)		میزان باروری زنان بزرگسال (۴۹-۳۰ساله)	
	کل کشور	مناطق شهری	کل کشور	مناطق روستایی
۱۳۷۵	۱.۸	۱.۶	۱	۱.۳
۱۳۸۵	۱.۱	۱.۱	۰.۷	۱
۱۳۹۰	۱.۱	۱	۰.۷	۰.۹

مطابق جدول شماره ۵؛ تحصیلات یکی از شاخصهای تعیین‌کننده طبقه اجتماعی است و وجود تفاوت در میانگین تعداد فرزندان بر حسب وضعیت تحصیلی پدر و مادر در کشور نشان می‌دهد که تحصیلکرده‌ها فرزندان کمتری دارند. همچنین تغییر نگرش اجتماعی و فرهنگی نسبت به آموزش و اشتغال زنان و منزلت اجتماعی آنان باعث شده که زنان سالهای بیشتری را صرف تحصیل کرده، سن ازدواج را عقب برانند و در نتیجه کاهش میزان باروری کاهش یابد. از سوی دیگر، رشد شهرنشینی و اجبار افراد در زندگی در آپارتمانهای کوچک، تأثیر منفی در میزان زاد و ولد خانواده‌ها گذاشته است.

میزان زاد و ولد میان طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت بوده و عموماً با طبقه همبستگی منفی داشته است یعنی با ارتقاء موقعیت اقتصادی - اجتماعی، میزان زاد و ولد کاهش می‌یابد. در واقع علاوه بر اینکه تمایل به ازدیاد یا محدود کردن و نیز آرزوی زنان برای داشتن فرزندان بیشتر از حیث طبقاتی متفاوت است، زنان طبقات پایین آرزوی داشتن فرزندان بیشتری نسبت به زنان طبقات بالا دارند. (ضیایی بیگلدرلی و همکاران، ۱۳۸۵) زیرا در جوامع و خانواده‌های فقیر و محروم، فرزندان تا اندازه‌ای یک کالای سرمایه‌گذاری اقتصادی به حساب می‌آیند چرا که از طریق کار کودکان یک بازده و سود مورد انتظار نصیب والدین آنها می‌شود و هنگامی که والدین به سن بازنشستگی و از کارافتادگی می‌رسند این فرزندان حمایت‌کننده مالی خانواده خواهند بود.

میزان باروری ویژه سنی در کلیه گروه‌های سنی طی سال‌های ۱۳۵۵ الی ۱۳۹۰ کاهش چشمگیری را تجربه کرده است و الگوی باروری نیز به الگوی دیررس باروری تغییر یافته است.

جدول ۶. میزان باروری کل، به تفکیک متغیرهای اقتصادی - اجتماعی در دوره ۱۳۸۹ - ۱۳۸۵

میزان باروری کل	متغیر	
۱.۸	شهری	منطقه سکونت
۲.۵	روستایی	
۳.۰	بیسواد	تحصیلات
۲.۲	پایین	
۱.۷	متوسط	
۱.۳	بالا	
۱.۱	شاغل	وضعیت اشتغال
۲.۲	غیر شاغل	
۲.۶	پایین	موقعیت اقتصادی - اجتماعی
۱.۸	متوسط	
۱.۳	بالا	

مأخذ: مرکز آمار ایران

بارداری دوران بلوغ

بر اساس سرشماری‌های انجام شده نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، میانگین سن ازدواج در کشور برای زنان ۲۳/۴ و مردان ۲۶/۷ گزارش شده است. این شاخص در طی سالهای گذشته رو به افزایش بوده است.^۱ نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که ۳/۸ درصد زنان ازدواج کرده کمتر از ۱۵ سال داشتند که این میزان در سال ۱۳۹۱ به ۴/۴ درصد رسیده است.

همچنین در سال ۱۳۸۵ از ۱.۳ میلیون تولد در کشور، ۹/۸ درصد آن مربوط به مادران زیر ۲۰ سال بوده است که به عنوان باروری نوجوانان مصطلح است. این نرخ در سال ۱۳۹۰ هرچند کاهش یافته و به ۸/۳ درصد رسیده است. ولی همچنان در برخی استانهای کشور این شاخص حدود ۱۴ درصد می‌باشد.

پوشش مراقبتهای دوران بارداری^۲

مراقبتهای دوران بارداری از اهمیت بسزایی در تامین سلامت مادر و جنین (نوزاد) برخوردار است و یکی از راهکارهای کاهش مرگ و میر و ارتقاء سلامت مادران محسوب می‌شود. مراقبتهای دوران بارداری یک برنامه جامع است که در شرایط بهینه قبل از حاملگی شروع می‌شود و تا کل دوره قبل از زایمان ادامه می‌یابد این برنامه جامع شامل؛ مراقبتهای قبل از حاملگی، تشخیص به موقع و سریع بارداری، مراجعه اول برای مراقبتهای بارداری و

۱. با توجه به افزایش سن ازدواج در کشور و کم بودن ازدواج در سنین پایین شاخص مذکور در جمع آوری اطلاعات از اولویت ملی برخوردار نیست. بنابراین به عنوان جایگزین، شاخص ازدواج زنان ۱۵-۱۹ ساله که در زمان نخستین ازدواج کمتر از ۱۵ سال تمام داشته اند، بیان می‌شود.

۲. prenatal care

ویزیت‌های پیگیری تا بعد از زایمان است.

مقایسه نتایج دو بررسی سیمای جمعیت و سلامت در یک فاصله ده ساله و دو مقطع زمانی ۱۳۷۹ و ۱۳۸۹ نشان می‌دهد؛ پوشش حداقل یک مراقبت در دوران بارداری به ترتیب ۹۳/۱ و ۹۷/۲ درصد بوده است. شاخص حداقل ۶ بار مراقبت در بارداری نیز از ۷۹/۸ درصد در سال ۷۹ به ۸۸/۶ درصد در سال ۱۳۸۹ افزایش یافته است. براساس آخرین گزارش در مناطق شهری حدود ۹۰/۸ درصد و در روستاها ۸۴/۷ درصد مادران در طول بارداری خود حداقل ۶ بار مراقبت شده‌اند. که نشان‌دهنده روند افزایشی پوشش مراقبت‌های دوران بارداری طی ده سال مذکور است. البته در این راه مشکلاتی از جمله پایین بودن شاخص مراقبت‌های پیش از بارداری زنانی که در آستانه فرزندآوری و باروری هستند نیز وجود دارد.

۷.۳. زایمان سالم

منظور از زایمان سالم، زایمانی است که توسط افراد دوره دیده در مکان‌های مطمئن از نظر بهداشتی و امکانات انجام شده باشد. سازمان‌های مسئول سلامت گزارش می‌کنند که خطر زایمان در منزل به نسبت زایمان در بیمارستان یا زایشگاه و زایمان توسط افراد دوره دیده به نسبت مامای دوره دیده یا پزشک، خطر مرگ را کمی کمتر از دو برابر افزایش می‌دهد.

زایمان توسط افراد دوره دیده و ماهر

آخرین بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۹^۲ حاکی از آن است که ۹۶/۴ درصد زایمان‌ها توسط افراد آموزش دیده و ماهر انجام شده است. این میزان در

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۷۹ و ۱۳۸۹

۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹ - ۱۳۸۹

شهرها ۹۸/۲ درصد و در روستا ۹۳/۳ درصد گزارش شده است. بدین ترتیب شاخص زایمان توسط افراد دوره دیده روند افزایش یابنده‌ای داشته و از ۸۹/۶ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۹۶/۴ درصد در سال ۱۳۸۹ رسیده است. ارتقاء نسبت زایمان‌های انجام شده توسط افراد آموزش دیده و ماهر در کشور که دومین نشانگر هدف پنجم توسعه هزاره نیز هست، در مناطق روستایی نیز دیده می‌شود.

جدول ۷. سهم زنانی که به کمک مراقبان بهداشتی تحصیل کرده یا دوره دیده زایمان کرده اند

سال ۸۹	سال ۸۴	سال ۷۹	
۹۶.۴	۹۶.۳	۸۹.۶	کل کشور
۹۸.۲	۹۸.۷	۹۵.۵	شهری
۹۳.۳	۹۱.۵	۷۹	روستایی

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۹

زایمان در مراکز بهداشتی^۱

وضعیت دسترسی به تسهیلات زایمان در سال‌های اخیر بهبود قابل توجهی یافته است. افزایش وضعیت و کاهش اختلاف میان نقاط شهری و روستایی کشور در دسترسی و بهره مندی از تسهیلات زایمان کاملاً بارز بوده است. با این وجود هنوز در برخی از نقاط محروم کشور مانند زاهدان اختلاف معناداری با سایر نقاط کشور وجود دارد.^۲

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میزان زایمان در مراکز بهداشتی، منزل، بین راه و سایر در کل کشور را گزارش نموده که براین اساس از هر صد زایمان ۹۵/۳ درصد در مراکز بهداشتی بوده است که ۸۳

۱. تعداد زنانی که در مراکز بهداشتی شامل بخش دولتی و بخش خصوصی زایمان کرده‌اند نسبت به

کل زایمانهای انجام شده ضریب ۱۰

۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸

درصد مربوط به بخش دولتی و ۱۲/۴ درصد مربوط به بخش خصوصی بوده همچنین ۳/۸ درصد زایمانها در منزل و ۰/۹ درصد نیز در بین راه و سایر موارد گزارش شده است.

زایمان به طریق سزارین

در سال‌های اخیر گروهی از زنان به دلیل عدم آگاهی کافی از عوارض سزارین برای خود و فرزندشان و همچنین برای رهایی از درد زایمان طبیعی ترجیح می‌دهند از روش سزارین برای زایمان استفاده کنند و همین مسئله موجب افزایش زایمان‌های سزارین در کشور شد و سبب گردید تا زایمان به طریق سزارین که در سال ۱۳۷۹، ۳۵ درصد از کل زایمان‌ها بوده در سال ۱۳۸۹ به ۴۵/۵ درصد افزایش یابد.

جدول ۸. سهم زنان زایمان کرده به تفکیک روش زایمان در مناطق شهری و روستایی کشور

شاخص	سال ۷۹	سال ۸۴	سال ۸۹
زایمان طبیعی			
کل کشور	۶۵	۵۹.۶	۵۴.۴
شهری	۵۸.۱	۵۳.۳	۴۸.۶
روستایی	۷۷.۵	۷۲.۵	۶۴.۳
سزارین			
کل کشور	۳۵	۴۰.۴	۴۵.۵
شهری	۴۱.۹	۴۶.۷	۵۱.۴
روستایی	۲۲.۵	۲۷.۵	۳۵.۶

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۹

۷.۴. مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان^۱

نسبت مرگ مادران یکی از شاخص‌های مهم سلامت و توسعه اجتماعی و اقتصادی هر کشور به حساب می‌آید. کاهش یا افزایش مرگ و میر مادران متأثر از عوامل گوناگون مانند سطح تحصیلات زنان، توسعه شبکه راه‌های روستایی، وجود شبکه‌های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار، دسترسی به فوریت‌های مامایی و زایمان، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، سقط‌های نایمن، آگاهی از مباحث بهداشت باروری، هزینه خدمات درمانی و... است. نرخ مرگ و میر مادران در کشور با کاهش چشمگیری از ۹۱ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۲۱/۷ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۰ رسیده است که حاکی از اثربخشی اجرای برنامه‌های نظام سلامت و سایر بخش‌های توسعه در کشور در این زمینه می‌باشد.^۲

نسبت مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان به مرگ زنان در سنین باروری^۳ (PMDF) نیز از دیگر شاخص‌های سنجش وضعیت مرگ مادران است. این شاخص در بررسی سال ۱۳۷۵ حدود ۴/۱ درصد بوده که در سال ۱۳۹۰ به ۱/۵ درصد رسیده است.^۴

نابرابری شاخص مرگ و میر مادران ناشی از بارداری و زایمان در مناطق مختلف کشور نشان می‌دهد مناطقی که مادران از سطح سواد سلامت کمتر و محرومیت بیشتری برخوردارند به میزان بیشتری در معرض این خطر

۱. شاخص نسبت مرگ مادر عبارت است از اینکه به ازای هر صد هزار تولد زنده، چند نفر از مادران در طول دوران بارداری، حین زایمان و تا ۴۲ روز پس از زایمان به دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند.

۲. خسروی، ۱۳۸۸: ۷۹

۳. Proportion of Maternal Deaths among all deaths of Females of reproductive age

۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲-گزارش ملی ج.ا.ا. در چهارچوب اجرای مصوبات پکن و بیست و سومین نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد.

قرار دارند. به عنوان مثال سیستان و بلوچستان با سهم ۵/۵ درصدی از موالید کشور سهم بیشتری از مرگ مادران کل کشور و حدود ۱۳ درصد از موارد مرگ مادری را به خود اختصاص داده است که حاکی از درصد بالای مرگ مادران نسبت به سهم تولدها در این استان است.^۱

۷.۵. بار بیماری‌های^۲ زنان

شاخص بار بیماری‌ها^۳ نشان می‌دهد که چه میزان از عمر انسانها در یک جامعه به دلایل مختلف از بین می‌رود. این تلف شدن عمر یا به دلیل مرگ زود هنگام و یا به دلیل ناتوانی و از کارافتادگی‌های ناشی از بیماری است. اطلاعات مربوط به بار بیماریها که برآیند سطوح مختلف سلامتی یک جامعه است، این امکان را فراهم می‌آورد که (الف) طول زمان و دوره ابتلا به هر بیماری یا آسیب خارجی و (ب) پی‌آمدهای غیرکشنده آن را برحسب شدت ناتوانی به ازای موارد جدید (بروز) یا قدیم و جدید (شیوع)، (پ) در کنار زمان از دست رفته در اثر مرگ زودرس ناشی از همان بیماری یا آسیب، مشخص گردد.

وضعیت بیماری‌ها در جوامع بر اساس بار بیماری‌ها در آن جامعه سنجیده می‌شود. بار بیماریها در گروههای سنی مختلف برای زنان و مردان متفاوت است. همچنین شرایط آب و هوایی و جغرافیایی تفاوتها و شباهتهایی را در بار بیماریها ایجاد کرده است.

۱. مرندی و همکاران، ۱۳۹۳

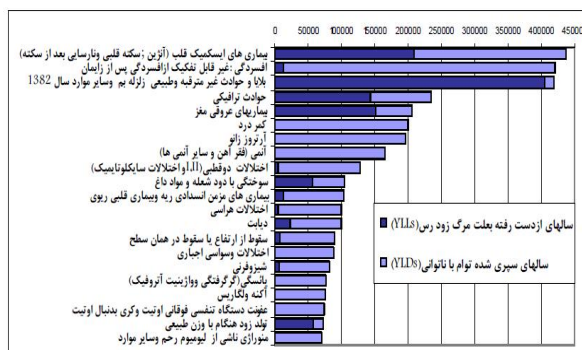
۲. Burden of diseases

۳. سالهای زندگی تعدیل شده با ناتوانی (DALY) شاخصی ترکیبی است که برای هر بیماری و آسیب از مجموع سالهای از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودهنگام (YLL) و سالهای سپری شده با ناتوانی (YLD) بدست می‌آید.

بار بیماری‌های زنان به تفکیک نوع بیماری

با مطالعه بار بیماریها در ایران در سال ۱۳۸۲، اطلاعات گردآوری شده درباره بار بیماری‌ها برای ۲۱ بیماری و آسیب اول بر حسب سال‌های از دست رفته عمر و سالهای سپری شده با ناتوانی^۱ در زنان در همه سنین در کشور، حوادث غیرعمدی و عمدی، بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری و بیماریهای قلب و عروق به ترتیب بیشترین بار بیماریها را به خود اختصاص داده بودند که در مردان حوادث ترافیکی، بیماریهای ایسکمیک قلبی و سوء مصرف مواد مخدر و در زنان اختلالات افسردگی، بیماریهای اسکلتی و عضلانی و بیماریهای قلبی و عروقی، بوده است. در این میان بار بیماریهای اسکلتی - عضلانی زنان حدود ۲ برابر بار آن در مردان است. همچنین بار بیماری ناشی از سالهای زندگی همراه با ناتوانی در زنان زیر ۷۰ سال، بیشتر از مردان گزارش شده است.^۲

نمودار ۲. بار بیماری‌ها و آسیب اول بر حسب سال‌های از دست رفته عمر و سپری شده با ناتوانی در زنان



۱. YLD

۲. در سال ۱۳۸۲ مردان ۵۳ درصد و زنان ۴۷ درصد از DALYs ایجاد شده را به خود اختصاص می‌دهند. ۱ درصد از YLL جامعه به مردان و ۳۹ درصد به زنان اختصاص داشته است. این میزان در مورد YLD ۴۸ درصد در مردان و ۵۲ درصد در زنان است.

بار بیماریها در گروههای سنی متفاوت است. در گروههای سنی پایینتر بیماریهای تنفسی و مادر زادی، در سنین جوانی و میانسالی بیماریهای روانی و در سنین بالا ناتوانیهای جسمانی از عوامل اصلی ناتوانی و مرگ زنان به حساب می آیند.

به طور کلی سهم بیشتری از بار بیماریهای زنان، ناتوانی ناشی از بیماری هاست که به طور عمده در سنین میانه عمر آنان متمرکز شده است.

بار بیماریهای زنان به تفکیک گروههای سنی

□ گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال: افسردگی، اختلالات دو قطبی، حوادث ترافیکی، شیزوفرنی و آنمی سایر بیماری و آسیبهای تاثیر گذار در سلامت زنان بودهاند. در این گروه سنی از زنان در بین ۶ بار بیماری اصلی، سه مورد مربوط به سلامت روان زنان است.

□ گروه سنی ۳۰ تا ۴۴ سال: در زنان این گروه سنی افسردگی، بیماریهای قلبی، کمر درد و آرتروز بیشترین بار بیماری را ایجاد کردهاند. با افزایش سن زنان بیماریهای جسمانی نمود بیشتری پیدا می کنند.

□ گروه سنی ۴۵ تا ۵۹ سال: در میان زنان ۴۵ تا ۵۹ سال بیماریهای قلبی عروقی، مغزی، آرتروز و افسردگی به همراه حوادث ترافیکی بیشترین بار بیماریها را ایجاد کردهاند. مردان این گروه سنی وضعیتی مشابه زنان دارند.

□ گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال: در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ ساله زنان بیماریهای عروقی مغز، ایسکمیک قلبی، بیماریهای مزمن انسدادی ریه و بیماری قلبی ریوی به همراه دمانس و آرتروز بیشترین بار بیماریها را ایجاد کردهاند.

□ گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال: در میان زنان سالمند گروه سنی ۷۰ تا ۷۹

سال بیماریهای درگیرکننده جسم بیشترین بار بیماری را ایجاد کرده‌اند و بیماریها و اختلالات روانی سهم اندکی را به خود اختصاص داده‌اند. سرطانها در این گروه سنی متفاوت از سایر گروههای سنی به ناگهان تاثیر خود بر سلامت فرد را نشان داده‌اند.

□ گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر: زنان ۸۰ ساله و بالاتر مشابه مردان در این گروه سنی درگیر سقوط از ارتفاع یا سقوط در همان سطح هستند. بیماریهای قلبی، مغزی، ریوی، سرطان و دیابت بار اصلی را به خود اختصاص داده‌اند. در مجموع به عنوان نتیجه می‌توان بیان نمود که با توجه به مرور شواهد موجود به نظر می‌رسد در حالی که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند و مرگ و میر کمتری دارند، ولی به دلیل عوارض ناتوان‌کننده بیماری‌ها که ناشی از شیوع بالاتر بیماری‌های روانی و مشکلات جسمی مزمن مانند بیماری‌های متابولیک و استخوانی - عضلانی در آنها می‌باشد؛ از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند.

جدول ۹. مقایسه بار بیماریها در بین زنان و مردان در همه سنین (برحسب طبقات هفده گانه ICD)، بر اساس طبقات بیماریها

ردیف	بار بیماری	زنان	مردان	بار بیماری	ردیف
۱	۱۱۹۱۱۰۵	بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری	حوادث عمدی و غیرعمدی	۲۷۸۹۹۶۶	۱
۲	۱۱۸۱۸۴۶	حوادث عمدی و غیرعمدی	بیماریهای روانی و اختلالات رفتاری	۱۱۱۵۲۷۷	۲
۳	۷۸۲۱۲۸	بیماریهای قلبی و عروقی	بیماریهای قلبی و عروقی	۷۲۵۷۵۳	۳
۴	۵۸۰۵۳۳	بیماریهای دستگاه استخوانی و عضلانی	بیماریها و اختلالات مربوط به دوره حول تولد	۶۲۱۸۷۵	۴
۵	۴۷۹۲۹۴	بیماریها و اختلالات مربوط به دوره حول تولد	بیماریهای دستگاه تنفسی	۳۱۰۵۰۶	۵
۶	۳۹۳۱۰۲	بیماریهای اداری و تناسلی	بیماریهای دستگاه استخوانی و عضلانی	۲۹۲۱۰۵	۶
۷	۳۴۱۳۲۴	بیماریهای دستگاه گوارش	بیماریهای دستگاه گوارش	۲۸۹۱۲۷	۷
۸	۳۰۸۴۳۳	بیماریهای تغذیه‌ای و متابولیک	بیماریهای اداری و تناسلی	۲۵۷۵۴۶	۸
۹	۲۶۹۶۲۴	بیماریهای دستگاه تنفسی	سرطانها	۲۴۵۶۳۶	۹
۱۰	۲۰۴۷۷۷	بیماریهای خونی و دستگاه خونساز	بیماریهای تغذیه‌ای و متابولیک	۱۷۷۹۸۶	۱۰
۱۱	۲۰۰۳۹۳	بیماریهای دستگاه عصبی	بیماریهای عفونی و انگلی	۱۶۹۴۸۸	۱۱
۱۲	۱۹۴۹۸۵	سرطانها	بیماریهای دستگاه پوستی	۱۶۶۰۶۰	۱۲
۱۳	۱۸۶۴۹۵	بیماریهای دستگاه پوستی	بیماریهای دستگاه عصبی	۱۶۴۳۶۸	۱۳
۱۴	۱۲۱۰۷۴	بیماریهای مادرزادی و اختلالات کروموزومی	بیماریهای خونی و دستگاه خونساز	۱۲۹۱۷۸	۱۴
۱۵	۱۱۹۲۲۸	بیماریهای عفونی و انگلی	بیماریهای مادرزادی و اختلالات کروموزومی	۱۱۲۳۶۹	۱۵
۱۶	۸۱۲۲۱	عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان	بیماریهای چشمی	۶۹۸۸۴	۱۶
۱۷	۷۶۶۸۳	بیماریهای چشمی	عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان	۰	۱۷

مأخذ: مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری - ۱۳۹۲

۷.۶. ایدز / اچ ای وی

ایدز یک بیماری واحد نیست^۱ بلکه مجموعه‌ای از حالات و علایم است که وقتی سیستم ایمنی بدن به وسیله ویروسی بنام (اچ آی وی) آسیب می‌بیند به وجود می‌آید. در واقع وقتی ویروس اچ آی وی^۲ سیستم ایمنی بدن انسان را به حدی ضعیف کند که دیگر نتواند فرد را در مقابل بیماری‌هایی که به طور عادی آنها را مهار می‌کرده، محافظت کند، فرد وارد مرحله‌ای از بیماری خود شده که به اختصار ایدز نامیده می‌شود. فاصله بین ابتلا به اچ ای وی و تشخیص ایدز از ۳ ماه تا ۱۰ سال متغیر است. در این مدت گرچه فرد به ظاهر تندرست به نظر می‌رسد، ولی ممکن است ویروس از او به دیگران سرایت کند.

در واقع اچ آی وی مثبت یا حامل ویروس بودن به معنای بیماری ایدز نیست. تنها به معنی وجود ویروس در بدن است. سال‌هاست که با کمک دارو و روش‌های مختلف جلوی تکثیر بیشتر ویروس را می‌گیرند و زمان ورود به مرحله ایدز را به تاخیر می‌اندازند. اگرچه مشکلاتی مثل مقاومت به این داروها وجود دارد ولی تا کنون به طور چشمگیری باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا و تاخیر در پیشرفت بیماری به سمت ورود به مرحله ایدز شده است. همینطور از خطر ابتلای فرزند یک مادر مبتلا به عفونت این ویروس، تا حد مطلوبی کاسته شده است.

ویروس اچ آی وی، بیشتر از طریق اعتیاد تزریقی (استفاده از سرنگ و ابزارهای تزریق مشترک)، آمیزش جنسی محافظت نشده، انتقال خون آلوده و

۱. بیماری ایدز AIDS یا سندرم نقص ایمنی اکتسابی از حروف اول این کلمات گرفته شده Acquired Immune Deficiency Syndrome: که به معنی یک مجموعه از علایم و بیماری‌ها (syndrome) مثل عفونت‌ها و انواع سرطان‌هاست، که به علت نقص ایمنی (immune deficiency) بوجود می‌آید که در فرد به طور طبیعی وجود نداشته و از بیرون از بدن کسب شده است. (acquired)

۲. اچ ای وی تنها نام یک ویروس و به معنای نقص سیستم ایمنی انسانی (Human Immunodeficiency Virus) می‌باشد.

از مادر به فرزند در طول بارداری، زایمان یا شیردهی منتقل می‌گردد. گرچه هنوز هیچ‌گونه درمان یا واکسنی برای پیشگیری از این بیماری وجود ندارد؛ اما چه درمان ضدویروسی می‌تواند باعث کاهش دوره بیماری و امید به زندگی نزدیک به طبیعی گردد.

بر اساس آخرین آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وزارت بهداشت، تا پایان سال ۹۲ مجموعاً ۲۷۸۸۸ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۸/۷ درصد آنان را مردان و ۱۱/۳ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. تا کنون ۵۸۱۳ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۵۷۶۱ نفر از افراد مبتلا فوت کرده‌اند. ۴۵/۸ درصد از مبتلایان به اچ‌آی‌وی که سن زمان ابتلای آنان مشخص بوده در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشته‌اند (۴۶.۳ درصد مردان و ۴۲.۶ درصد زنان) که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص می‌دهند.

جدول ۱۰. موارد مبتلا به ایدز برحسب جنس و سن ابتلا در ایران تا تاریخ ۹۳/۱/۱

سن	مرد		زن		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰-۴	۱۵۰	۰.۷	۱۰۱	۳.۴	۲۵۱	۱.۰
۵-۱۴	۱۱۶	۰.۵	۷۶	۲.۶	۱۹۲	۰.۸
۱۵-۲۴	۲۲۵۱	۱۰.۵	۳۴۹	۱۵.۱	۲۷۰۰	۱۱.۰
۲۵-۳۴	۹۹۴۳	۴۶.۳	۱۲۶۹	۴۲.۶	۱۱۲۱۲	۴۵.۸
۳۵-۴۴	۶۱۶۳	۲۸.۷	۷۳۱	۲۴.۲	۶۸۹۴	۲۸.۱
۴۵-۵۴	۲۳۴۶	۱۰.۹	۲۶۴	۸.۹	۲۶۱۰	۱۰.۷
۵۵-۶۴	۴۶۱	۲.۱	۸۲	۲.۸	۵۴۳	۲.۲
۶۵ به بالا	۶۴	۰.۳	۱۶	۰.۵	۸۰	۰.۳
جمع	۲۱۴۹۴	۱۰۰	۲۹۷۸	۱۰۰	۲۴۴۷۲	۱۰۰
نامشخص	۳۲۵۶ (۱۳.۲ درصد)		۱۶۰ (۵ درصد)		۳۴۱۶ (۱۲.۲ درصد)	
جمع کل	۲۴۷۵۰		۳۱۳۸		۲۷۸۸۸	

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۹۲

شایع‌ترین علت ابتلا به اچ آی وی در بین کل مواردی که از سال ۱۳۶۵ تا کنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۶۷/۶ درصد)، رابطه جنسی (۱۳/۴ درصد) و انتقال از مادر به کودک (۱/۲ درصد) بوده است. راه انتقال در ۱۶/۹ درصد از این گروه نامشخص مانده است.

در مقایسه این آمار با موارد ابتلا آنان در سال ۱۳۹۲، تغییرات چشمگیری اتفاق افتاده است و روش انتقال بیماری از اعتیاد تزریقی در حال تغییر به روابط جنسی است. اعتیاد تزریقی ۴۵/۷ درصد، برقراری روابط جنسی محافظت نشده ۳۷/۹ درصد و انتقال از مادر مبتلا به کودک ۳ درصد را تشکیل داده است. در ۱۳/۵ درصد از موارد شناسایی شده در این سال، راه انتقال نامشخص بوده و هیچ مورد جدید ابتلا از راه خون و فرآورده‌های خونی گزارش نشده است. در واقع ۷۰ درصد موارد شناسایی شده در این سال را مردان و ۳۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

جدول ۱۱. موارد مبتلا به اچ آی وی و ایدز بر حسب جنس و راه انتقال

جنس	اعتیاد تزریقی		آمیزی		خون و فرآورده‌های خونی		مادر به کودک		نامشخص		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۱۸۵۶۵	۹۸.۵	۱۵۱۳	۴۰.۵	۲۲۵	۹۱.۵	۱۹۳	۵۴.۸	۴۲۵۴	۹۰.۵	۲۴۷۵۰	۸۸.۷
زن	۲۸۷	۱.۵	۳۲۲۲	۵۹.۵	۲۱	۸.۵	۱۵۹	۴۵.۲	۴۴۹	۹.۵	۳۱۳۸	۱۱.۳
جمع	۱۸۸۵۲	۱۰۰	۳۷۳۵	۱۰۰	۲۴۶	۱۰۰	۳۵۲	۱۰۰	۴۷۰۳	۱۰۰	۲۷۸۸۸	۱۰۰

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۹۲

عمده‌ترین و شایع‌ترین راه انتقال در ایران مصرف تزریقی مواد می‌باشد. شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۵ درصد است. که سهم مردان ۹۸/۵ درصد و زنان ۱/۵ درصد می‌باشد.

در چند سال اخیر تعداد زنان مبتلا به اچ آی وی افزایش یافته است. سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده تا سال ۱۳۸۵ به طور نسبی ثابت مانده و در حدود ۵ الی ۸ درصد کل موارد بوده ولی از آن پس این نسبت روندی فزاینده یافته و به حدود ۵۹/۵ درصد رسیده است. که شایع‌ترین راه انتقال در میان زنان محسوب می‌شود. زیرا سهم بزرگی از مردان مصرف‌کننده تزریقی مواد و مردان زندانی، متأهل هستند (حدود ۶۰ درصد)^۱ و بیشتر زنانی که تا کنون از راه جنسی به اچ آی وی مبتلا و شناسایی شده‌اند شریک‌های زندگی این دو گروه بوده‌اند. علاوه بر آن رفتارهای پرخطر جنسی قبل از سن ۱۸ سال، ارتباط با بیش از یک شریک جنسی در میان مردان و زنان، افزایش شیوع مصرف ترکیبات «مت آمفتامینی» و افزایش رفتارهای پرخطر جنسی بعد از مصرف این ترکیبات همگی از مواردی است که موجب افزایش موارد ابتلا به اچ آی وی و ایدز در میان زنان شده است.

همچنین تعداد موارد انتقال مادر به کودک نیز با افزایش تعداد مادران باردار مبتلا به اچ آی وی روند افزایشی داشته است. که در این میان ۵۴/۸ درصد از طریق انتقال مرد (پدر) به زن (مادر) که موجب انتقال به فرزند شده است و در ۴۵/۲ درصد از موارد انتقال اچ آی وی و ایدز از مادر به کودک عامل اصلی مادر بوده است.

به این ترتیب میزان شیوع اچ آی وی در کشور بیش از یک دهه است که از مرحله شیوع پایین^۲ گذشته و به مرحله شیوع متمرکز^۳ وارد شده است.

۱. سازمان بهزیستی کشور - ۱۳۹۲

۲. Low Level

۳. Concentrated

جدول ۱۲. موارد مبتلا به ایدز برحسب سن و راه انتقال

جنس	اعتیاد تزریقی		آمیزشی		خون و فرآورده‌های خونی		مادر به کودک		نامشخص		جمع	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۰-۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵-۱۴	۰	۹	۰	۶	۰	۴۷	۰	۱۰۶	۰	۲۲	۰	۱۹۲
۱۵-۲۴	۱۰	۱۷۷۶	۱	۵۳۴	۲	۵۹	۰	۳	۱۱	۳۲۹	۰	۲۷۰۰
۲۵-۳۴	۴۸	۸۴۲۲	۴۳	۱۵۵۷	۲۶	۶۴	۰	۰	۳۹	۱۱۶۹	۰	۱۱۲۱۲
۳۵-۴۴	۲۹	۵۰۹۴	۲۷	۱۰۰۳	۱۵	۳۸	۰	۰	۲۵	۷۵۰	۰	۶۸۸۴
۴۵-۵۴	۹	۱۶۹۱	۱۰	۳۷۹	۷	۱۹	۰	۰	۱۷	۵۲۰	۰	۲۶۱۰
۵۵-۶۴	۱	۲۸۹	۳	۱۱۴	۳	۹	۰	۰	۴	۱۳۲	۰	۵۴۳
۶۵ به بالا	۰	۳۶	۰	۱۸	۱	۳	۰	۰	۰	۲۳	۰	۸۰
جمع کل	۱۰۰	۱۷۳۱۷	۱۰۰	۳۶۱۱	۱۰۰	۲۴۱	۱۰۰	۳۴۷	۱۰۰	۲۹۵۶	۱۰۰	۲۴۴۷۲
نامشخص	*۱۵۲۵ (۸۰ درصد)		۲۴ (۳۰ درصد)		۵ (۲ درصد)		۵ (۱۰ درصد)		۱۷۴۷ (۳۷ درصد)		۳۴۱۶ (۲۰ درصد)	
جمع کل	۱۸۸۵۲		۳۷۳۵		۲۴۶		۳۵۲		۴۷۰۳		۲۷۸۸۸	

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۹۲

۷.۷. عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در زنان

احتمال ایجاد یک پیامد نامطلوب یا هر عاملی که این احتمال را افزایش دهد خطر نامیده شده است. عامل خطر به هر گونه عاملی که بتواند شانس بروز بیماری و یا حوادث را بالا ببرد گفته می‌شود.^۱ برای شناسایی اثر هر عامل خطر بر روی بروز بیماریها از شاخص بار بیماری متناسب به عامل خطر استفاده می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد که با حذف عامل خطر بیماری، چند درصد از موارد بروز بیماری در آینده کاهش خواهد یافت.

با گذشت زمان و کاهش میزان بیماریهای عفونی و واگیردار و افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر^۲، وضعیت سلامت کشور تغییر کرده و حاکی از آن است که بیماریهای غیرواگیر علت بسیاری از بیماریها و مرگ و میرها است؛ این دگرگونی وضعیت سلامت بیشتر به دلیل تغییر الگوی اپیدمیولوژیک کشور است و راه‌حل کنترل اپیدمی جهانی بیماریهای غیرواگیر، پیشگیری اولیه‌ای است که بر برنامه‌های جامع مبتنی بر جامعه استوار است و اساس آن شناسایی عوامل خطر شایع اصلی و پیشگیری و کنترل آنها است. در گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هشت عامل خطر مهم بیماریهای غیرواگیر: مصرف دخانیات، الکل، کم تحرکی، تغذیه ناسالم، اضافه وزن و چاقی، فشار خون بالا و دیابت تعیین شده که عواملی هستند که از یک سو بیشترین نقش را

۱. به عبارت دیگر خطرات حقیقی سلامت، به طور عمده عوامل واقعی بیماریها و همچنین حوادث عمده می‌باشند.

۲. بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، بیماریهای غیرواگیر عامل ۶۰ درصد از کل مرگ و میرها و ۴۷ درصد بار بیماریها بوده که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، به ترتیب به ۷۳ درصد و ۶۰ درصد برسد.

در بروز بیماری‌های غیرواگیر و مرگ و میر ناشی از این بیماریها دارند (۵۰ درصد علل مرگ‌های زودرس را تشکیل می‌دهند به طوری که علت بیش از ۶۰ درصد مرگ‌های سال ۱۳۹۰ را به عوامل خطر غیرواگیر نسبت می‌دهند یعنی از هر سه مرگ، دو مورد مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر بوده است) و از سوی دیگر می‌توان با بکارگیری روشهای پیشگیری اولیه امکان بروز آنها را بطور موثری کاهش داده و تعدیل کرد به طوری که با حذف عوامل اصلی مسبب بیماری‌های غیرواگیر، می‌توان از ۸۰ درصد سگته‌های مغزی، دیابت نوع دوم و بیماری‌های قلبی و عرقی و بیش از ۴۰ درصد سرطان‌ها پیشگیری کرد.

بر اساس نتایج مطالعه عوامل خطر بیماری‌ها، عوامل خطر اصلی تاثیرگذار بر سلامت جسمی زنان را می‌توان در ۶ عامل خلاصه کرد:

جدول ۱۳. عوامل خطر اصلی بیماری‌های جسمی زنان

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

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۹۲

میانگین توده بدنی یکی از کلیدی‌ترین شاخصه‌هایی است که همبستگی فراوانی با میزان کلی چربی بدن (در افراد بزرگسال) دارد که به نوبه خود یکی از عوامل خطر برای سلامتی محسوب می‌شود. با کمک این شاخص نیز اضافه وزن و چاقی تعریف می‌شود.^۱ بر اساس گزارش وزارت بهداشت،

۱. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت افراد دارای اضافه وزن افرادی هستند که نمایه توده

میانگین نمایه توده بدنی در زنان بیشتر از مردان است به طوری که این عدد برای زنان برابر ۲۵/۵ (دارای اضافه وزن) و برای مردان برابر ۲۴/۷ محاسبه شده است.

افزایش فشار خون یکی دیگر از عوامل خطر مهم در جامعه است براساس مطالعه بار بیماریها، فشار خون بالا با دارا بودن ۱۴/۹ درصد از کل بار منتسب به عوامل خطر در رده دوم و بعد از چاقی و اضافه وزن قرار گرفته است. شیوع فشار خون در زنان تقریباً دو برابر مردان است. به طوری که میانگین فشار خون بالا، در زنان ۸/۱ درصد و در مردان ۶/۱ درصد گزارش شده است.

در مورد میانگین کلسترول خون، این میزان در زنان بیشتر از مردان برآورد گردیده که یکی از عوامل خطر برای ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی محسوب می‌شود.

جدول ۱۴. شاخص‌های بیماری‌ها و عوامل خطر

مرد	زن	کل کشور	شاخص‌ها و عوامل
۲۳.۹	۲۵.۵	۲۴.۷	میانگین توده بدنی
۷۰.۹	۷۳.۳	۷۶.۷	میانگین فشار خون دیاستولیک
۱۱۷.۵	۱۱۵.۱	۱۱۹.۹	میانگین فشار خون سیستولیک
۲۰۰	۱۹۴.۳	۱۹۷.۳	شاخص میانگین کلسترول خون (mg/dl)
۸.۱	۶.۱	۴.۱	افزایش فشار خون

نتایج کلی مطالعه بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر که در سال ۱۳۹۰ در جمعیت ۶۴ - ۱۵ سال در کشور انجام شده نشان می‌دهد:

بدنی آنها برابر و یا بیشتر از ۲۵ و کمتر از ۳۰ می‌باشد. همچنین افراد چاق افرادی هستند که نمایه توده بدنی آنها برابر و یا بیشتر از ۳۰ باشد.

مصرف سیگار (دخانیات)

فراوانی مصرف کنندگان سیگار در جمعیت ۶۴ - ۱۵ ساله در کشور ۱۰ درصد، ۱۹/۲ درصد در مردان و ۰/۶ درصد در زنان است. میانگین سن شروع مصرف سیگار در مردان ۱۹/۸ و در زنان ۲۲/۳ و میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز در مردان ۱۲/۵ و تقریباً دو برابر زنان است.

مصرف میوه و سبزی

سهام افرادی که کمتر از ۵ واحد میوه و سبزی در روز مصرف می‌کنند در مردان ۸۹/۲ و در زنان ۸۶/۸ درصد است و میانگین تعداد واحد سبزی مصرفی در روز در مردان ۱/۳ و در زنان ۱/۵ است.

فعالیت جسمانی

میانگین متوسط دقایق فعالیت جسمانی روزانه جمعیت ۶۴-۱۵ سال، ۱۸۹ در مردان و ۷۸/۸ در زنان می‌باشد که ۳۵/۲۲ درصد این افراد دارای فعالیت فیزیکی با شدت کم در هفته هستند.

میانگین متوسط دقایق فعالیت فیزیکی روزانه در هنگام کار ۱۲۰.۴ در مردان و ۴۷.۱ در زنان و در هنگام رفت و آمد ۴۲.۸ در مردان و ۲۴.۴ در زنان و در هنگام تفریح و استراحت ۲۵.۸ در مردان و ۷.۳ در زنان است. درصد افراد با فعالیت فیزیکی کم در مردان ۲۴.۳ و در زنان ۴۶.۳ گزارش شده است.

چاقی و اضافه وزن

میانگین نمایه توده بدنی در مردان ۲۴/۷ و در زنان ۲۵/۹ است. ۴۴/۹ درصد

در مردان و ۵۱/۶ درصد زنان ۱۵ تا ۶۴ ساله دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

فشار خون بالا

فراوانی فشار خون بالاتر با مساوی mmHg ۱۴۰.۹۰ در کشور که ۱۸/۸ درصد در مردان و ۱۹/۲ درصد در زنان است که در هر دو جنس با افزایش سن افزایش می‌یابد. ۵/۷ درصد مردان و ۹/۱ درصد زنان دارای فشار خون بالاتر یا مساوی mmHg ۱۷۰.۹۰ هستند.

قندخون بالا

میانگین قند خون ناشتا در مردان در مجموع ۹۱.۵ و در زنان ۹۱.۸ است.

کلسترول بالا

میانگین کلسترول ۱۹۴.۳ در مردان و ۲۰۰ در زنان است. فراوانی کلسترول بالا در مردان ۲۹.۵۱ و در زنان ۳۶.۳۸ گزارش شده است.

تری‌گلیسیرید بالا

فراوانی تری‌گلیسیرید خون بالا در مردان ۲۱.۸ و در زنان ۱۶.۶ و میانگین تری‌گلیسیرید خون در مردان ۱۵۵.۴ و در زنان ۱۴۰.۴ است.

بر اساس مجموع اطلاعات بدست آمده افرادی که هیچ یک از عوامل خطر را ندارند «افراد کم خطر» نامیده می‌شوند. کمتر از ۳ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهد. (مردان ۳ درصد و زنان ۲/۶ درصد). افراد پرخطر یا کسانی که حداقل ۳ عامل خطر را دارند در گروه‌های سنی متفاوت سهم بسیار بزرگتری در مقایسه با افراد کم خطر را به خود اختصاص داده‌اند. به طوری

که در گروه سنی ۱۵-۴۴ سال ۲۶ درصد مردان و حدود ۲۸ درصد زنان و در گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ سال بیش از نیمی از جمعیت مردان و زنان در گروه افراد پرخطر قرار گرفته‌اند. در هر دو گروه سنی سهم زنان بیشتر بوده، بویژه در گروه سنی بزرگسالان ۴۵ تا ۶۴ ساله که سهم زنان ۵۶/۵ درصد و مردان ۵۲ درصد است.

۷.۸. معلولیت در زنان

یکی از شاخص‌های مهم سلامت، شاخص‌های مربوط به ناتوانی‌ها است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت ناتوانی یک پدیده چندگانه است که شامل نقص عضو، محدودیت در فعالیت بدنی و محدودیت در مشارکت فرد است و حاکی از یک تعامل و عکس‌العمل بین ماهیت بدن افراد و ماهیت جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند.

بر اساس نتایج سرشماری انجام شده در سال ۱۳۸۵، یک میلیون و دوازده هزار نفر از جمعیت کشور دارای حداقل یک نوع معلولیت هستند که ۶۴ درصد آنها را مردان و ۳۶ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

جدول ۱۵. جمعیت معلولین کشور به تفکیک جنس و محل سکونت - ۱۳۸۵ (به هزار نفر)

جنس	کل کشور	شهری	روستایی
جمع	۱۰۱۲	۶۳۳	۳۷۷
مرد	۶۴۷	۴۰۷	۲۳۸
زن	۳۶۵	۲۲۶	۱۳۸

مأخذ: مرکز آمار ایران - ۱۳۸۵

بررسی داده‌های آماری درباره انواع معلولیت حاکی از آن است که در زنان «اختلال ذهنی» به عنوان بیشترین نوع معلولیت شناسایی شده و «نقص پا» در رتبه دوم قرار دارد.

جدول ۱۶. جمعیت معلولین کشور به تفکیک جنس و محل سکونت - ۱۳۸۵

نوع معلولیت	زن	مرد
نابینا	۳۸۶۴۲	۵۵۵۸۹
ناشنوا	۳۹۳۳۰	۵۲۰۱۸
اختلال در گفتار و صدا	۵۸۹۲۹	۹۳۹۷۴
قطع دست	۴۴۵۱	۱۹۰۴۴
نقص دست	۳۹۵۷۸	۱۰۰۳۷۷
قطع پا	۱۲۶۴۴	۲۵۴۶۰
نقص پا	۱۰۵۴۸۴	۱۸۷۱۲۷
نقص تنه	۴۸۷۲۱	۷۰۷۸۶
اختلال ذهنی	۱۱۳۳۳۱	۱۸۱۹۸۷

مأخذ: مرکز آمار ایران - ۱۳۸۵

۷.۹. مرگ و میر زنان

میزان مرگ و میر در یک جامعه نشان‌دهنده وضعیت بهداشت، سلامت و رفاه آن جامعه است. آمار فوت‌های ثبت شده کشور نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال قبل تعداد فوت‌های ثبت شده، ۱/۳ درصد افزایش داشته است.^۱ روند ثبت رویداد فوت در کشور طی پنج سال اخیر بین ۱۲/۱ تا ۱۳ درصد متغیر بوده است. همچنین نرخ خام فوت^۲ در سال ۹۲ برابر با ۴/۸ در هزار می‌باشد. به عبارت دیگر در مقابل هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت کشور تقریباً تعداد ۵ واقعه فوت به ثبت رسیده است. نرخ فوت ثبت شده مردان برابر با ۵/۴ در هزار نفر و در زنان ۴/۳ در هزار نفر گزارش شده است. میانگین سن هنگام مرگ در کلیه گروه‌های سنی در زنان حدود ۵ سال بیشتر از مردان است. بطوریکه میانگین سنی در زنان ۶۳/۸ سال و در مردان ۵۸/۲ سال است. بالاترین درصد ثبت فوت در هر دو گروه جنسی مربوط به

۱. سالنامه آماری جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور-۱۳۹۲

۲. فراوانی نسبی وقوع رویداد حیاتی فوت را در کل جمعیت یک جامعه نشان می‌دهد.

گروه سنی ۸۵ سال و بیشتر است. (مردان با ۱۴/۷ درصد و زنان با ۱۹/۵ درصد)

بررسی علل عمده مرگ در کشور حکایت از آن دارد که اصلی‌ترین علت فوت زنان و مردان در ایران، ابتلا به بیماری‌های دستگاه خون است. در واقع، در این مورد میان زنان (۳۴ درصد) و مردان (۳۰/۷ درصد) تفاوت چندانی وجود ندارد. اما در مورد دومین عامل مرگ، همانطور که در تحلیل میزان امید به زندگی نیز اشاره گردید، مردان بیشتر به دلیل «سوانح، مسمومیت و خودکشی» فوت می‌کنند. به طوری که ۱۶/۴ درصد از مردان در اثر سوانح، مسمومیت یا خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، در حالی که همین نسبت برای زنان معادل ۷/۹ درصد موارد فوت است. در واقع، برای زنان دومین علت مرگ ابتلا به انواع سرطان است. به طوری که، ۱۰/۶ درصد زنان به دلیل ابتلا به انواع سرطان‌ها یا تومورها جان خود را از دست می‌دهند.^۱

مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی

از سنین میانسالی تا اوایل پیری (۶۴-۴۵ سال) سرطان‌ها در زنان و بیماری قلبی در مردان علت عمده مرگ هستند. اما پس از ۶۵ سالگی، زنان بیشتر در معرض خطر ابتلاء به بیماری قلبی می‌باشند. بیماری قلبی - عروقی شامل بیماری عروق کرونر قلب، فشار خون بالا و بیماری عروق مغز است که به علت پیرشدن و تغییر عادات و سبک زندگی غیر سالم، سریعاً اپیدمی شده است. این تصور نادرست که این بیماری فقط سلامت مردان را تهدید می‌کند و باعث شده تا اهمیت این بیماری و پیشگیری از آن در زنان کمتر

۱. سازمان ثبت احوال کشور.

مورد توجه قرار گیرد به نحوی که حتی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه اکثراً نمونه‌ها را فقط از گروه‌های مردان انتخاب کرده‌اند. واقعیت این است که بیماری قلبی - عروقی زنان را بیشتر از مردان مورد تهدید جدی قرار می‌دهد. به طوری که در اثر یک حمله قلبی، زنان دو برابر بیشتر از مردان فوت می‌کنند. عوامل خطر زای عمده عبارتند از: فشار خون بالا، مصرف سیگار، رژیم غذایی ناسالم، سطح کلسترول بالای خون، فقدان فعالیت بدنی، دیابت و...

براساس آمار و اطلاعات در ایران از میان سی علت اول مرگ در تمام سنین، حدود ۴۴ درصد مرگ‌ها به علت بیماری‌های قلبی - عروقی رخ می‌دهد از این میان سکنه‌های قلبی (۲۴/۱ درصد)، سکنه‌های مغزی (۱۱/۳ درصد)، بیماری‌های قلبی ناشی از فشار خون بالا (۴ درصد) و سایر بیماری‌های قلبی (۴/۲ درصد) را شامل می‌گردند. بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت مرگ در بین زنان و مردان ایرانی است اما احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی در زنان بیشتر از مردان است. در واقع زنان بیشتر از مردان در اثر بیماری قلبی جان خود را از دست داده‌اند. در ایران شیوع بیماری‌های قلبی با افزایش سن ارتباط مستقیم دارد.

مرگ ناشی از سرطان

سرطان یکی از علل عمده مرگ و میر محسوب می‌شود و میزان بروز آن در ایران در سال‌های گذشته با شیب آهسته‌ای افزایش یافته است به طوریکه سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر جان خود را بر اثر ابتلا به سرطان از دست می‌دهند و از ۸۵ هزار مورد سرطان جدید در سال ۱۳۸۲، ۵۵/۵ درصد را مردها و ۴۴/۵ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

در کشور بر اساس مطالعه ملی بار بیماریها و آسیبها در سال ۱۳۸۲،

سرطانها در مجموع باعث از دست رفتن ۶۶۲/۴ سال در هر صد هزار نفر شده‌اند که بدین ترتیب سرطان در رده دهمین علت سالهای از دست رفته عمر در کشور قرار گرفته است.

بر اساس آمار وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۹، سرطان پستان با ۲۳/۸ درصد، سرطان پوست با ۹/۵ درصد، سرطان روده با ۷/۸ درصد رایج‌ترین سرطانها در زنان را تشکیل می‌دهند.

سرطان پستان در زنان همچنان در رتبه اول قرار دارد. نکته نگران‌کننده این است که زنان کشور، نسبت به زنان در بسیاری از کشورهای دیگر، در سن پایین‌تری مبتلا به سرطان سینه می‌شوند. از میان بیماران مبتلا به سرطان، جمعیتی ۵۰ تا ۷۵ هزار نفری را مبتلایان به سرطان سینه تشکیل می‌دهند و هر سال حدود ۱۰ هزار نفر به آنها افزوده می‌شود.

سرطانهای رایج زنان

جدول ۱۷. سرطانهای رایج در زنان کشور - ۱۳۸۹

نام بیماری	میزان	درصد
پستان	۸۰۶۹	۲۳.۸
پوست	۳۲۱۸	۹.۵
روده	۲۶۴۱	۷.۸
معدده	۲۲۳۸	۶.۶
تخمندان	۱۱۵۸	۳.۴

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۹

سه عامل اصلی ابتلا به سرطان در ایران وجود دارد که عبارتند از: افزایش سن جمعیت؛ در واقع هرچه سن افزایش یابد احتمال ابتلا به سرطان نیز افزایش می‌یابد. دومین دلیل؛ شاخص‌های محیطی شامل آلودگی هوا، آب و آلودگی‌های محیطی است. به عنوان مثال میزان مصرف انرژی در ایران در سال به ازای هر یک نفر ۲۸۰۰ کیلوگرم بوده که در متوسط جهانی این

میزان حدود ۱۷۰۰ کیلوگرم اعلام شده است و عامل سوم شیوه زندگی ناسالم می‌باشد. (مصرف سیگار، افزایش وزن، مصرف ناکافی میوه و سبزیجات، فعالیت بدنی ناکافی) نکته قابل توجه اینکه ۴۰ درصد از سرطان‌ها قابل پیشگیری می‌باشند که بخش مهم آن مرتبط با بحث‌های خود مراقبتی است.

منابع

- آزاد ارمکی تقی و احمد غیاثوند (۱۳۸۳) «جامعه‌شناسی تغییرات فرهنگی در ایران» نشر آن، تهران.
- آزاد ارمکی تقی (۱۳۸۶) «فرآیند تغییرات نسلی: بررسی فراتحلیلی در ایران»، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، شماره اول (بهار و تابستان) صفحات ۴۲ تا ۶۸.
- آزاد ارمکی تقی و مصطفی ظهیری (۱۳۸۹) «بررسی سنخ‌های ارزشی و تغییرات فرهنگی در خانواده». فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶ (۲۳) صفحات ۲۷۹ تا ۲۹۷.
- آزاد ارمکی تقی و مصطفی ظهیری (۱۳۸۹) «بررسی سنخ‌های ارزشی و تغییرات فرهنگی در خانواده». فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۶ (۲۳) صفحات ۲۷۹ تا ۲۹۷.
- آزاده، منصوره اعظم، سوسن باستانی و افسانه کمالی، (۱۳۸۸) پیمایش ملی بررسی وضعیت، نگرش و مسائل جوانان، با تأکید بر دختران و زنان جوان، مرکز مطالعات جوانان دانشگاه الزهراء.
- آل اقا فریده (۱۳۷۶). «بررسی تحلیلی وضع موجود در فرهنگ عمومی بزرگسالان». مرکز پژوهش‌های بنیادی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- آجورلو، سمیه؛ عباسی، محمود؛ رشوند، مرجان؛ متولیان، علی محمد (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار و سایر زنان. فصلنامه اخلاق زیستی، دوره ۲. شماره ۵، (۶۷-۹۷)
- احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰)، «همه‌گیر شناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده»، اندیشه و رفتار، ش ۲۴.
- احمدی، بتول؛ فرزادی، فرانک؛ علی محمدیان، معصومه (۱۳۹۰). چالش‌های سیاست‌گذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقاء آن - شماره ۱، ۱۲۷-۱۳۷

- احمدی، بتول، فرزانه زاهدی، معصومه علی محمدیان و فرانک فرزادی. (۱۳۸۶)، سیمای سلامت زنان، تهران، شورای فرهنگی - اجتماعی زنان
- اسدی علی و همکاران (۱۳۵۶) «گرایش فرهنگی و نگرش‌های اجتماعی در ایران؛ گزارش یک نظر خواهی در سال ۱۳۵۳»، پژوهشکده علوم ارتباطی و توسعه ایران.
- اسدی علی، مهدی بهکیش و منوچهر محسنی (۱۳۵۸). «گرایش‌های فرهنگی و نگرش‌های اجتماعی در ایران، گزارش از یک نظر خواهی در تهران» (خرداد ماه)
- اوچاقلو سجاد (۱۳۹۴) «تغییرات ارزشی در ایران: تحلیل تغییر سیستم ارزشی خانواده‌ها» [ir.Anthropology](http://ir.Anthropology.ir)://Http آخرین مراجعه ۱/۵/۱۳۹۴
- پژوهشکده آمار مرکز آمار ایران. بررسی وضعیت سلامت خانوارهای زن سرپرست در ایران - ۱۳۹۲
- ترابی تقی (۱۳۷۸) «اندازه‌گیری ارزش افزوده فعالیت‌های زنان خانه دار در منزل (مورد خاص طبخ غذا). مجموعه مقالات زنان و صرفه جویی، صفحات ۴۷ تا ۷۴. مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری
- نقوی، محسن، «سیمای مرگ و میر در هجده استان کشور سال ۱۳۸۰»، معاونت سلامت وزارت بهداشت ۱۳۸۲.
- جلیلود شبرین (۱۳۷۵) «بررسی و مقایسه نگرش مادران و دختران (نسل قدیم و جدید) نسبت به ارزش‌های اجتماعی» مرکز پژوهش‌های بنیادی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- خسروی اردشیر، آقا محمدی سعیده، کاظمی الهه، پورملک فرشاد، شریعتی محمد. سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور طی سالهای ۸۹-۱۳۸۵. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۱
- خسروی، اردشیر، فرید نجفی، رهبر محمدرضا، عاطفی عزیزاله، (۱۳۸۸)، شاخص‌های سیمای سلامت در ج.ا.ا- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- دیهیم و همکاران (۱۳۸۲) «زنان در سیستم بانکی ایران» پژوهش انجام شده در مرکز مطالعات و تحقیقات زنان، دانشگاه تهران
- سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۲) برنامه اول توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۸-۱۳۷۲)
- سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۳) برنامه دوم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۴-۱۳۷۸)
- سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۸) برنامه سوم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۳)

گزارش وضعیت زنان ۹۳

- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (۱۳۸۷) برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳-۱۳۸۷)
- سام آرام، عزت‌اله؛ امینی یغدانی، مریم (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار، نشریه بانوان شیعه. شماره ۲۱.
- ستاره فروزان، آمنه، اسماعیل خدمتی مرصع، (۱۳۹۰)، گزارش وضعیت اجتماعی ایران (۸۸-۱۳۸۰). ۱۰۳-۱۳۹.
- سلطانی احسان (۱۳۹۴) «نیاز ۸۰ درصد خانوارها به دوشاغل». روزنامه شرق، دوشنبه ۸ تیرماه
- سیدنوزادی، محسن (۱۳۹۱). بهداشت عمومی، تهران؛ وزارت بهداشت - معاونت تحقیقات و فناوری.
- شادی طلب، ژاله (۱۳۵۷) «دیدگاه مردان روستایی نسبت به کار زنان» مجله نامه علوم اجتماعی، شماره ۸، صفحات ۸۱ تا ۸۹، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- شادی طلب، ژاله (۱۳۵۷)، «برنامه‌ریزی جنسیتی مبتنی بر واقعیت‌ها» فصلنامه علوم اجتماعی (۸) صفحات ۸۱ تا ۸۹، دانشگاه علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- شادی طلب ژاله (۱۳۷۸) «مدیریت زنان؛ ضرورت تغییر رفتار در نقش مدیریت». چاپ شده در مجموعه مقالات نخستین همایش جامعه‌شناسی مدیریت، سازمان مدیریت صنعتی. صفحات ۲۷۴ تا ۲۹۲
- شادی طلب ژاله و سودابه امیری (۱۳۸۱) «زنان و مسایل جنسیتی در برنامه چهارم توسعه ایران». مرکز مطالعات و تحقیقات زنان، دانشگاه تهران
- ضرابی وحید و سید فرخ مصطفوی (۱۳۹۰) «بررسی عوامل موثر بر سن ازدواج در ایران؛ یک رویکرد اقتصادی» فصلنامه پژوهشهای اقتصادی، سال ۱۱، شماره ۴، زمستان) صفحات ۳۳ تا ۶۴
- ضیایی بیگدلی، محمدتقی و صمد کلانتری و محمدباقر علی زاده اقدم؛ «رابطه بین میزان باروری کل با توسعه اقتصادی و اجتماعی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، ش ۲۱، تابستان ۱۳۸۵
- عباسی شوازی، محمدجلال و همکاران (۱۳۹۲). بررسی وضعیت جمعیتی، اقتصادی - اجتماعی جوانان در ایران، طرح پژوهشی پژوهشکده آمار ایران و دانشگاه تهران.
- عبدی عباس و محسن گودرزی (۱۳۷۸) تحولات فرهنگی در ایران، انتشارات روش، تهران
- عبدی عباس و محسن گودرزی (۱۳۸۸) تحولات فرهنگی در ایران، نشر علم، ایران
- عسگری خانقاه، اصغر و آزاد ارمکی، تقی (۱۳۸۰) «وضعیت پیوستاری تغییرات فرهنگی در ایران»، نامه علوم اجتماعی، دوره ۱۸، شماره ۱۸، صفحات ۲۳۳ تا ۲۵۰ (پاییز و زمستان).
- عیسی زاده سعید، اسماعیل بلالی و علی محمد قدسی (۱۳۹۳) «تحلیل اقتصادی طلاق: بررسی ارتباط بیکاری و طلاق در ایران طی دوره ۱۳۴۵ تا ۱۳۸۵». دانشگاه بوعلی سینای همدان، ایران

- محسنی منوچهر (۱۳۷۹) «بررسی آگاهی‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی فرهنگی در ایران». دبیرخانه شورای فرهنگی عمومی کشور
- مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۹۰)، گزارش وضعیت اجتماعی ایران (۱۳۸۸-۱۳۸۰)
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۲) «احتساب سهم زنان در تولید کشور» دفتر تحقیق و توسعه (نشریه داخلی مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، مجموعه تک‌نگاشت‌های مرکز در محور سیاست‌گذاری و راهبری، برنامه جامع توسعه امور زنان و خانواده، ارتقاء سلامت زنان، ۱۳۹۲
- مرکز آمار ایران، پژوهشکده (۱۳۹۳) «روند شاخص‌های منتخب» دو ماهنامه «آمار» سال دوم، مرداد و شهریور نشریه شماره ۷،
- مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری (۱۳۸۲) «نیاز سنجی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زنان و دختران کشور» (مرداد ماه)
- مرکز پژوهش‌های مجلس، «بهداشت و درمان زنان در ایران»، ۱۳۷۵
- مرکز پژوهش‌های مجلس، «نگاهی بر قانونگذاری بخش سلامت در هشت دوره مجلس شورای اسلامی»
- مرندي، علیرضا، فریدون نجفی، باقر لاریجانی، حمیدرضا جمشیدی، (۱۳۹۳)، سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۹۳-۱۳۵۷
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «بار بیماری‌های حول تولد و بیماری‌های اختصاصی زنان در سال ۱۳۸۲»
- وزارت کار و امور اجتماعی (۱۳۸۹) «تحولات بازار کار زنان طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸» معاونت سرمایه انسانی و توسعه اشتغال، (مرداد ماه)
- Azadarmaki T. and G. Ghaffari (۲۰۰۴) "Generational attitudes towards women", Women's research ۱(۱): ۸۹-۹۷
- Chamlou N. (۲۰۰۶) "Gender, development and the law in the Middle East and North Africa" PACE International Law Review, ۱, vol. xviii, ۲۶۹-۲۸۷(Spring).
- ILO and CWS, (۲۰۰۴) "Gender dimensions of labor markets and employment patterns in the Islamic Republic of Iran". University of Tehran, Iran
- ILO and CWS, (۲۰۰۴) " Review of employment creation policies and programs in the Islamic Republic of Iran". University of Tehran, Iran
- Kabeer, N. (۱۹۹۹) "The conditions and consequences of choice ; reflections on the measurement of women's empowerment ". UNRISD discussion paper No. ۱۰۸, August.

- Kabeer, N. (۲۰۱۲) "Women's economic empowerment and inclusive growth: Labor markets and enterprise development" School of Oriental and African Studies, SIG working paper ۲۰۱۲/ ۱, UK.
- Marmel, A. and S. Judi (۱۹۹۱) " Women and world development ". Oversea Education Fund , Washington, USA.
- Moghadam V. (۱۹۹۷) "The feminization of poverty: Notes on the concept and trend". Illinois State University, Women studies occasional paper, No.۲.
- Norton A. and D. Elson (۲۰۰۲), "What is behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process". Center for Aid and Public Expenditure. Overseas Development Institute, UK.
- saditalab, Jaleh (۲۰۰۸), "Women's entrepreneurship development in Iran", International Labor Organization, India.
- Shaditalab J. and R. Mehrabi (۲۰۱۰) "Patriarchal values; girls are more apt to change". Sociologisk Forskning, Argang ۴۷/nr ۲. pages ۹۸-۱۱۱.
- UNIFEM (۱۹۹۵) " The human cost of women's poverty: perspectives from Latin America and Caribbean" , Mexico City.
- United Nations (۲۰۰۹) "The millennium development goals report ", UN, New York.