

مقدمه

مقوله سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است که نمی توان از آن چشم پوشی کرد. برخورداری از یک زندگی سالم، مولد، باکیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی شمرده می شود که پیش شرط توسعه پایدار است و در اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده (۲۵)، مورد تأکید قرار گرفته است.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول ۴۳، ۲۹، ۳) با محوریت برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد کشور بسیج کند.

زنان که محور اساسی سلامت، پویایی و اعتدالی خانواده و جامعه محسوب می شوند، سلامت آنان یکی از مهم ترین اولویت های برنامه های سلامت است که در آن بر اهمیت رویکرد کل نگر و دوره زندگی تأکید می گردد. نیازهای سلامت زنان محدود به شرایط فیزیولوژیکی و بیماری های خاص آنان نیست بلکه شامل بیماری هایی که دارای عوامل خطر و عوارض متفاوت بوده یا دوره ای متفاوت از مردان دارند، نیز هست. دیدگاه جنسیتی یک کلید اصلی در این رویکرد کل نگر است که بر مراقبت های سلامت مبتنی بر تفاوت های زنان و مردان و تدارک پاسخ مناسب، اجرا، پایش و ارزشیابی خدمات بهداشتی - درمانی متمرکز است.

سلامت زنان مطمئن ترین راه نیل به اهداف کلی سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی برای همه انسان ها 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 می یابد. زنان هم دریافت کنندگان و هم ارائه دهندگان اصلی مراقبت ها در نظام سلامت هستند و بخش بزرگی از مراقبین بهداشتی در بخش رسمی سلامت را تشکیل می دهند. 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.

جمهوری اسلامی ایران حق بهره مندی از برنامه ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب جهت پیشگیری از بیماری و درمان بیماری های جسمی و اختلالات روانی زنان را در اسناد فرادستی و سیاست گذاری های ملی خود مورد ملاحظه قرار داده است.

در این راستا اجرای طرح ها و برنامه های توسعه ای همچون اقدامات بنیادین در برنامه های بهبود تغذیه جامعه و رشد مطلوب شاخص های مربوط به تغذیه زنان و دختران، تخصیص منابع مالی به حوزه ورزش زنان کشور، ارائه خدمات جامع سلامت باروری و باروری سالم، مراقبت از مادران و نوزادان، غربالگری سرطان های شایع زنان، توسعه کمی و کیفی درمان های ناباروری و استفاده از

آخرین نوآوری‌های فناوری ضمن بهره‌گیری از منابع فقهی، فعالیت‌های افزایش یادگیری و توانمندی ذهنی دختران و کاهش کم‌خونی و کمبود آهن، راه‌اندازی مراکز مشاوره ژنتیک، کنترل بیماری‌های زمینه‌ای مادران، اجرای طرح واکسیناسیون عمومی، آموزش در زمینه شناخت عوارض و نحوه پیشگیری بیماری‌هایی چون ایدز و اعتیاد و ... قابل ذکر می‌باشد.

وضعیت سلامت زنان در کشور

مطالعه وضعیت موجود سلامت زنان به شناسایی مسائل و موضوع‌های جدید بهداشتی و درمانی کمک می‌نماید.

✓ **جمعیت:** 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.

سه متغیر باروری، مرگ و میر و مهاجرت، تعیین‌کننده حجم جمعیت است که تغییرات باروری مهمترین عامل تبیین‌کننده تغییرات رشد جمعیت می‌باشد. 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. این نرخ در مناطق شهری ۲/۱ درصد و در مناطق روستایی با رشد منفی به ۰/۶۳- در سال ۱۳۹۰ روبرو بوده است. نرخ رشد سالیانه جمعیت روستایی در بسیاری از استان‌های کشور منفی 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 در کشور نشان می‌دهد که از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴ 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 ۱۳۸۵ میزان امید به زندگی زنان ۷۴/۶ سال و در سال ۱۳۹۴ به ۷۵/۶ سال رسیده است و در مردان از ۷۲/۱ سال در سال ۱۳۸۵ به ۷۲/۸ سال در سال ۱۳۹۵ افزایش داشته است. عمده‌ترین علت افزایش میزان امید به زندگی، بهبود خدمات بهداشتی به ویژه در مناطق روستایی و محروم، بهبود وضعیت معیشتی و کاهش مرگ و میر اطفال می‌باشد.

جدول ۱: امید به زندگی طی سالهای ۹۴-۱۳۸۵

سال	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۸۵-۱۳۹۰	سال / جنس
زنان	۷۵.۶	۷۵	۷۴.۵	۷۴.۶	
مردان	۷۲.۸	۷۲.۲	۷۱.۷	۷۲.۱	

منبع: سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۵

✓ **میزان موالید:** میزان موالید ثبت شده حکایت از این دارد که این میزان از ۱۶.۴ در هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۵ به ۱۹.۷ در هزار نفر در سال ۱۳۹۳ (نقاط شهری ۲۱.۱ در هزار نفر و نقاط روستایی ۱۵.۹ در هزار نفر) رسیده است و نسبت جنسی ۱۰۲ می باشد. (در مقابل هر ۱۰۰ ولادت دختر ۱۰۲ ولادت پسر به ثبت رسیده است).

✓ **میزان باروری کل:** این شاخص 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 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. بطوریکه میزان باروری کلی براساس رفتار باروری در سال ۱۳۸۵ برابر با ۱/۹ فرزند برای هر زن (نقاط شهری حدود ۱/۸ و نقاط روستایی ۲/۵ فرزند) و در سال ۱۳۹۰ برابر با ۱/۸ فرزند برای هر زن گزارش شده است (نقاط شهری حدود ۱/۷ فرزند و نقاط روستایی ۲/۳) و در سال ۱۳۹۴ این شاخص به ۱.۹ فرزند رسیده است.

عواملی از جمله دسترسی به خدمات تنظیم خانواده، کاهش مرگ و میر نوزادان و نیز افزایش تحصیلات نقش قابل توجهی در کاهش باروری دارند. ولی زمانی که باروری به سطح پایینی رسید و بویژه زمانی که باروری واقعی به سطح پایین تر از حد جانشینی رسیده و باروری ایده آل زوجین نیز نزدیک به سطح جانشینی است. دسترسی به وسایل پیشگیری نقش کمتری در کاهش یا افزایش باروری خواهند داشت. در چنین شرایطی تأثیر سن ازدواج و یا به عبارتی تأخیر ازدواج و افزایش سن باروری و فاصله بین فرزند اول و دوم به مراتب تأثیر بیشتری در کاهش باروری دارد.

روند تحولات میزان های حیاتی جمعیت ایران، طی سال های ۱۳۵۵-۱۳۹۰

سال	میزان باروری کل
۱۳۷۵	۲/۹
۱۳۸۰	۲/۴
۱۳۸۵	۱/۸
۱۳۹۰	۱/۸
۱۳۹۲	۱.۸۵
۱۳۹۳	۱.۸۵
۱۳۹۴	۱.۹

ماخذ: سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۵

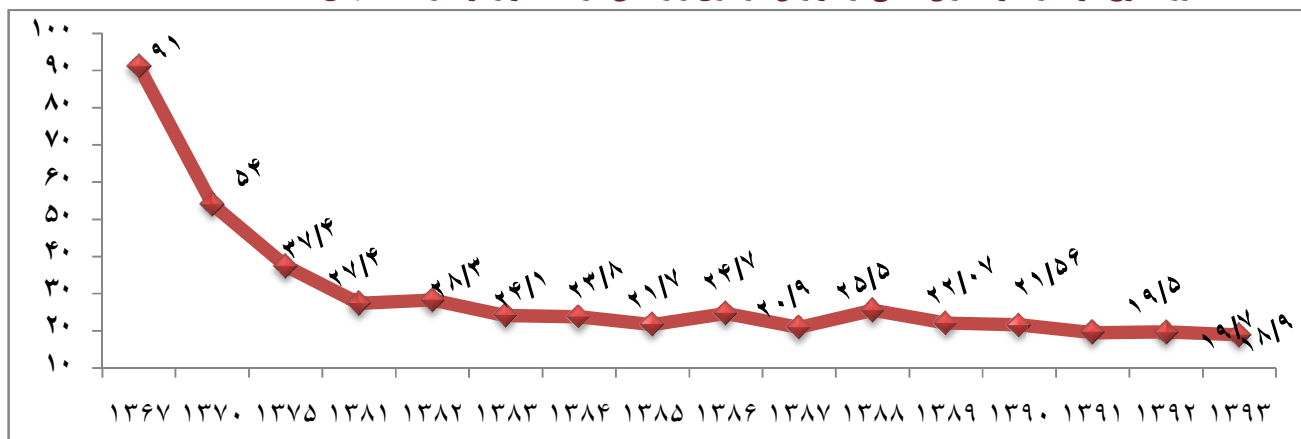
✓ **مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان:** یکی از مهمترین مشکلات سلامت زنان، مسائل ناشی از باروری است. نرخ مرگ و میر مادران یکی از شاخص های مهم سلامت و توسعه اجتماعی و اقتصادی هر کشور است که در اهداف توسعه هزاره لحاظ

شده است. 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.

با توسعه شبکه بهداشتی و درمانی در سراسر کشور به ویژه از طریق تاسیس خانه‌های بهداشت در مناطق شهری و روستایی، جمهوری اسلامی، این شاخص در کشور با کاهش چشمگیری روبرو بوده است بطوری که در سال ۱۳۸۵ نسبت مرگ مادران حدود ۲۱.۷ در هزار تولد زنده برآورد شد و این رقم در سال ۱۳۹۳ به ۱۸.۹ در هزار تولد زنده کاهش داشته است و این کاهش، حاکی از اثربخشی اجرای برنامه‌های نظام سلامت و سایر بخش‌های توسعه در کشور در این زمینه می‌باشد.

نسبت مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان به مرگ زنان در سنین باروری (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.

روند نرخ مرگ و میر مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان در صد هزار تولد زنده سالهای ۹۳-۱۳۶۷



✓ پوشش مراقبت‌های دوران بارداری؛ یکی از راهکارهای کاهش مرگ و میر و ارتقاء سلامت مادران، مراقبت‌های دوران بارداری است. پوشش حداقل یکبار مراقبت در دوران بارداری از ۹۳.۱٪ در سال ۱۳۷۹ به ۹۷.۲٪ در سال ۱۳۸۹ افزایش داشته است. شاخص حداقل ۶ بار مراقبت در بارداری نیز از ۷۹.۸٪ در سال ۱۳۷۹ به ۸۸.۶٪ در سال ۱۳۸۹ رشد داشته است. طبق آخرین گزارش ۹۰.۷٪ زنان باردار در مناطق شهری و ۸۴.۷٪ زنان باردار روستایی در طول بارداری خود حداقل ۶ بار مراقبت شده‌اند.

✓ زایمان توسط افراد آموزش دیده و ماهر؛ آخرین بررسی کشوری 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. بدین ترتیب شاخص زایمان توسط افراد دوره دیده روند صعودی قابل توجهی از ۵۱ درصد به ۹۸.۲ درصد دارد. 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. 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؛ 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. از هر صد زایمان در کل کشور ۹۵.۳ درصد در مراکز بهداشتی اتفاق افتاده است که ۸۳ 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 روش 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 شده زایمان به طریق سزارین در کل کشور در سال ۱۳۷۹، ۳۵ درصد در سال ۱۳۸۹ به ۴۵.۶ درصد رسیده است.

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

✓ **سقط جنین:** انواع سقط جنین تهدیدی عمده برای سلامت زنان می باشد بطوری که در سال ۱۳۹۱ حدود ۲۲۷ هزار سقط عمدی (القایی) در کشور گزارش شده که از این تعداد ۱۲۰ هزار سقط غیرپزشکی، ۱۰۰ هزار سقط به دلایل پزشکی و ۷ هزار سقط با مجوز پزشکی قانونی بوده است همانگونه که مشاهده می شود تعداد سقط های غیرپزشکی بیشتر از پزشکی بوده که بیشترین دلیل آن نخواستن فرزند، ۲۰ تا ۳۶ درصد به دلیل مسائل اقتصادی و ۵٪ به دلیل تداخل با تحصیلات عنوان می شود.

✓ **ناباروری اولیه:** ناباروری یکی از موضوعات مهم در حیطه بهداشت باروری و همچنین یک بیماری منحصر به فرد پزشکی همراه با پیامدهای روانی، اقتصادی و جمعیتی است که بر کیفیت زندگی مردان و زنان زیادی در دنیا تأثیر می گذارد و با فشارهای خانوادگی و اجتماعی فراوانی می تواند همراه باشد. سبک زندگی در سال های اخیر، نقش مهمی در کاهش باروری و افزایش استفاده از روش های کمک باروری داشته است. افزایش سن مادر و تأخیر در دنیا آوردن اولین فرزند به دلیل تعویق در تشکیل خانواده در زنان، استرس، وزن بالا(چاقی)، افزایش بیماری های منتقله از راه جنسی و ... از جمله موارد سبک زندگی هستند که می تواند سبب کاهش باروری شوند.

شیوع ناباروری اولیه در ایران، از ۲۴.۹ درصد در سال ۱۳۸۴ به ۲۰.۱۷ در سال ۱۳۹۲ رسیده است. در واقع در سال ۱۳۹۲، حدود ۳ میلیون زوج نابارور وجود دارد یعنی به طور میانگین در کل کشور یک زوج از میان هر پنج زوج نابارور است که این میزان از میانگین سازمان جهانی بهداشت بالاتر می باشد. همچنین ناباروری در بین روستاییان بیشتر از شهرنشینان دیده می شود به طوری که در مناطق شهری میزان ناباروری ۱۹/۹ و در مناطق روستایی ۲۲ درصد می باشد.

علت ناباروری اولیه در ایران شامل ناباروری با فاکتور زنانه (۴۴.۵٪)، فاکتور مردانه (۱۸.۵٪)، علت توأم زنانه و مردانه (۱۰٪)، علت نامشخص (۲.۶٪) و علت ذکر نشده (۲۴.۴٪) بوده است.

بیماری های مزمن در زنان: در سطح کشور نسبت زنان واقع در سنین ۱۵ تا ۵۴ سالگی که دست کم دچار یک بیماری مزمن هستند، حدود ۲۰ درصد یا یک پنجم زنان کشور را در برمی گیرد. این نسبت در مناطق شهری (۱.۲۰ درصد زنان) اندکی بالاتر از مناطق روستایی (۳.۱۸ درصد زنان) گزارش شده است. در میان انواع بیماری های مزمن در کل کشور، بالاترین نسبت ابتلا به ترتیب در خصوص بیماری های مفصلی (۸.۱۳ درصد)، سپس در مورد بیماری های قلبی، عروقی (۱.۴ درصد) و پس از آن دیابت (۷.۲ درصد) مشاهده می شود.

میزان مرگ و میر در زنان: میزان مرگ و میر در زنان در یک جامعه نشاندهنده وضعیت بهداشت، سلامت و رفاه و همچنین سطح توسعه آن جامعه است. آمار فوت های ثبت شده کشور نشان می دهد که در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال قبل تعداد فوت های ثبت شده، ۱/۳ درصد افزایش داشته است. نرخ خام فوت در سال ۹۲ برابر با ۴/۸ در هزار می باشد. به عبارت دیگر در مقابل هر

۱۰۰۰ نفر جمعیت کشور تقریباً تعداد ۵ واقعه فوت به ثبت رسیده است.

شاخص نسبت جنسی حاصل از ثبت رویداد فوت در سال ۱۳۹۲ برابر با ۱۲۹ می باشد به عبارت دیگر در مقابل هر ۱۰۰ واقعه فوت ثبت شده برای زنان تعداد ۱۲۹ فوت برای مردان به ثبت رسیده است. از مجموع فوت های ثبت شده در سال ۱۳۹۲؛ ۷۶.۶ درصد در نقاط شهری و ۲۳.۴ درصد در مناطق روستایی اتفاق افتاده است.

میانگین سن هنگام مرگ در کلیه گروههای سنی در زنان حدود ۵ سال بیشتر از مردان است. بطوریکه میانگین سنی در زنان ۶۴/۹ سال و در مردان ۵۹/۷ سال است. بررسی علل عمده مرگ در کشور حکایت از آن دارد که اصلی ترین علت فوت زنان و مردان در ایران، ابتلا به بیماری های دستگاه خون است. در واقع، در این مورد میان زنان (۳۴ درصد) و مردان (۳۰/۷ درصد) تفاوت چندانی وجود ندارد. برای زنان دومین علت مرگ ابتلا به انواع سرطان است. ۱۰/۶ درصد زنان به دلیل ابتلا به انواع سرطان ها یا تومورها جان خود را از دست می دهند. ژ

سرطان در زنان؛ با توجه به آمارهای ارائه شده از میان سرطان های رایج در زنان، سرطان پستان با ۲۳.۸٪ همچنان در رتبه اول قرار دارد. اوج سنی سرطان پستان در زنان ۵۵-۵۰ سال است. بعد از آن سرطان پوست با ۹/۵ درصد، سرطان روده با ۷/۸ درصد رایج ترین سرطانها در زنان را تشکیل می دهند. سرطان پستان در زنان همچنان در رتبه اول قرار دارد. نکته نگران کننده این است که زنان کشور، نسبت به زنان در بسیاری از کشورهای دیگر، در سن پایین تری مبتلا به سرطان سینه می شوند.

عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در زنان؛ با توجه به اینکه سیمای سلامت به بیماری های غیرواگیر که علت بسیاری از بیماری ها و مرگ و میرها می باشد؛ گذار کرده است. براساس مطالعات انجام شده شیوع عوامل خطر در مورد زنان ایرانی زیاد است این عوامل شامل؛ افزایش وزن (۵۹٪)، اختلالات چربی خون (۲۱٪)، کلسترول بالا (۲۴٪)، پرفشاری خون (۱۹٪) و کمبود ویتامین D (۵۰٪ الی ۸۰٪) و بیش از ۶۰٪ زنان الگوی مناسب غذایی را رعایت نمی کنند و میزان فعالیت فیزیکی در خانم های ایرانی بسیار پایین تر از متوسط جهانی است.

در حوزه سلامت اجتماعی، موارد نگران کننده بیماری HIV/ایدز می باشد که حدود ۱۱/۳ درصد از جمعیت مبتلایان را زنان (حدود ۳۰ درصد) تشکیل می دهند. موضوع نگران کننده روش انتقال بیماری از اعتیاد تزریقی در حال تغییر به روابط جنسی است که زنان قربانیان آن می باشند.

اقدامات و برنامه های جمهوری اسلامی ایران

جنس یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است. زنان به لحاظ ساختار فیزیکی و روحی - روانی خود (دوران بارداری، شیردهی و نیز یائسگی) تمایزاتی با مردان دارند که این امر تفاوت هایی را در موضوع بهداشت و سلامت زنان و مردان ایجاد می کند. سلامت زنان در ایران در دهه های اخیر ارتقاء قابل ملاحظه ای داشته، شاخص ها و رویه های مثبتی در حوزه سلامت زنان دیده می شود همچون؛ افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر مادران، افزایش زایمان توسط افراد دوره دیده و ماهر و زایمان در بیمارستان و یا مراکز بهداشتی، افزایش پوشش مراقبت های دوران بارداری، راه اندازی بیمارستان های دوستدار مادر، زایمان ایمن (۹۷ درصد) و ... که همگی این موارد نتیجه اجرای برنامه ها و اقدامات موثر در راستای ارتقاء سلامت و بهداشت زنان و دختران می باشد. جمهوری اسلامی ایران حق بهره مندی از برنامه ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب جهت پیشگیری از بیماری و درمان بیماریهای جسمی و اختلالات روانی زنان را در اسناد فرادستی و سیاستگزاری های ملی خود مورد ملاحظه قرار داده است.

اقدامات در حیطه درمانی

در این راستا اجرای طرح ها و برنامه های توسعه ای همچون اقدامات بنیادین در برنامه های بهبود تغذیه جامعه و رشد مطلوب شاخص های مربوط به تغذیه زنان و دختران، تخصیص منابع مالی به حوزه ورزش زنان کشور، ارائه خدمات جامع سلامت باروری و باروری سالم، مراقبت از مادران و نوزادان، غربالگری سرطان های شایع زنان، توسعه کمی و کیفی درمان های ناباروری و استفاده از آخرین نوآوری های فناوری ضمن بهره گیری از منابع فقهی، فعالیت های افزایش یادگیری و توانمندی ذهنی دختران و کاهش کم خونی و کمبود آهن، راه اندازی مراکز مشاوره ژنتیک، کنترل بیماری های زمینه ای مادران، اجرای طرح واکسیناسیون عمومی، آموزش در زمینه شناخت عوارض و نحوه پیشگیری بیماریهایی چون ایدز و اعتیاد قابل ذکر می باشد.

تقویت برنامه های پیشگیرانه جهت ارتقاء بهداشت زنان

چهارمین و پنجمین برنامه پنج ساله توسعه کشور نیز سیاست ها و اقداماتی را در زمینه بهداشت مادران و توانمندسازی زنان به منظور ارتقای سلامت آنها را دنبال کرده است. مهم ترین این برنامه ها عبارتند از: ایجاد برنامه مراقبت پیش از بارداری، ارتقای کمی و کیفی مراقبت های دوران بارداری، تأمین خدمات کمی و کیفی باروری سالم و تنظیم خانواده، توسعه الگوی زندگی سالم، کاهش رفتارهای پرخطر، گسترش بیمه ها با جهت گیری بهداشتی، افزایش زایمان توسط افراد دوره دیده و گسترش بیمارستان های فوق تخصصی زنان و دوستدار مادر. آموزش های بهداشتی پیش از ازدواج، حین ازدواج، آموزش و ارائه خدمت پس از ازدواج، مراقبت مرگ مادری، ترویج تغذیه با شیر مادر و ادغام مراقبت های توانبخشی و حمایتی مبتنی بر جامعه برای میانسالان در سطوح مختلف شبکه ارائه خدمت.

ابتکارات حساس به جنسیت مقابله کننده با انتقال بیماری های جنسی، HIV ایدز و موضوعات بهداشت جنسی و

باروری

برنامه‌های پنج ساله توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور در دوره‌های مختلف موارد مربوط به این امر را همانند سوادآموزی، اشتغال، توانمندسازی زنان. مدنظر قرار داده‌اند. برخی از فعالیت‌هایی که در این ارتباط صورت گرفته‌اند عبارت‌اند از: اتخاذ تمهیدات حمایتی برای زنان کارگر و کارمند در حین بارداری و پس از زایمان از طریق اعطای امتیازاتی چون مرخصی ۹ ماهه ایام بارداری و دوران شیردهی برای ترویج تغذیه با شیر مادر، مراقبت از مادران معلول، در دوران بارداری و ارائه معاینه و مشاوره زمان‌مند رایگان به منظور تولد کودکان سالم، ارائه خدمات حمایتی گروه‌های بهداشت باروری به زنان باردار در حوادث غیر مترقبه همچنین در ارتباط با بیماری‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی و پیشگیری از آنها اقدامات درخور توجهی در کشور انجام شده است از جمله فعالیت‌ها: اجرای برنامه‌های سیار کاهش آسیب، اتخاذ استراتژی‌هایی چون "استراتژی آموزش هم‌تایان" و "پیشگیری از انتقال جنسی"، تشکیل مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری (کلینیک‌های مثلثی)، کاهش شیوع اچ آی وی در زندانیان، تشکیل کمیته علمی اجرایی مراقبت و درمان HIV، گسترش ارائه خدمات پیشگیرانه شامل آگاهی‌رسانی هدفمند به زنان برای کاهش خطرات اچ آی وی، کاهش انگ و تبعیض، ارائه وسایل پیشگیری، آزمایش و مشاوره اچ آی وی، بهداشت باروری، کاهش آسیب‌پذیری و درمان جایگزین

ارتقاء تحقیقات و انتشار اطلاعات مرتبط با زنان

در این زمینه در برخی موارد با مشارکت سایر سازمان‌های دست‌اندرکار به فراهم نمودن برخی اطلاعات اختصاصی که منجر به درک بهتری از وضعیت سلامت مادر و کودک و بهداشت باروری می‌شود، اقدام شده است. از جمله تحقیقات و بررسی‌های انجام شده در این رابطه شامل: تدوین نقشه راه حاملگی‌های پرخطر و ناخواسته در جمهوری اسلامی ایران ۹۰-۹۱، تعیین وضعیت ناباروری (اولیه و ثانویه) در کشور، بررسی کیفیت ارائه خدمات مشاوره /آموزش هنگام ازدواج در مراکز ارائه‌کننده این خدمت در واحدهای دولتی، سن ازدواج و عوامل تأثیرگذار بر آن، بررسی کیفی علل افزایش استفاده از روش طبیعی به عنوان روش پیشگیری از بارداری، بررسی نیاز آموزشی زوجین در شرف ازدواج، بررسی کیفی نیاز آموزشی مربیان آموزش‌های هنگام ازدواج، مقایسه دو استراتژی آموزشی هنگام ازدواج بر رضایت جنسی، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره حین ازدواج شهرهای کرمان، بررسی وضعیت سزارین و تهیه یک مدل جامع برای کاهش آن، ارزشیابی برنامه سلامت مادران

برنامه های سلامت باروری

همه برنامه‌های سلامت باروری در کشور مستند به برنامه‌های عملیاتی تدوین شده و بر مبنای برنامه‌های استراتژیکی است که براساس اسناد بالادستی، قوانین برنامه‌های توسعه، مأموریت وزارت بهداشت و اولویت‌های نظام سلامت تدوین می‌گردد. پایش و نظارت در هر بخش نیز با توجه به سیاست‌های برنامه‌های مختلف سلامت و نیز شاخص‌های از قبل تعیین شده صورت می‌گیرد.

رویه های مثبتی که در زمینه سلامت زنان صورت گرفته یا در حال انجام است:

اهداف چشم انداز و نقشه تحول نظام سلامت - اهداف مرتبط حوزه	راهکارها و اقدامات
اقدامات اجرائی در زمینه سلامت زنان	ایجاد بیمارستان جامع زنان (۲ بیمارستان)، اجرای طرح انطباق در بیمارستان ها
اقدامات اجرائی در زمینه سلامت مادران باردار	راه اندازی بیمارستان های تک تخصصی زنان و زایمان: ۳۸ عدد راه اندازی بیمارستان های دوستدار مادر: ۸ عدد
توسعه سیاست گذاری، مدیریت و توسعه خدمات	تدوین سند سیاست ارتقای خدمات مامائی، تدوین و ابلاغ آئین نامه تعیین حدود صلاحیت ماما، تدوین و ابلاغ آئین نامه مامای همراه، تدوین استاندارد خدمات مامائی، تدوین استاندارد نیروی انسانی مامائی، تدوین ضوابط و مقررات بهداشتی دفاتر کار مامایی
مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم مادر باردار	تدوین منشور حقوق مادر باردار، تهیه بسته آموزشی تکریم مادر باردار، برگزاری سمینار آموزشی تکریم مادربرادر برای مدیران گروه زنان، مدیر گروه های مامائی، مسئولین امور مامائی دانشگاهها
میزان رعایت اخلاق حرفه ای در پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی و درمانی	تدوین کد های اخلاقی مامائی و زنان، برگزاری سمینار آموزشی اخلاق حرفه ای در زنان و مامائی
توسعه رشته ها و مقاطع آموزشی در حوزه های اولویت دار در نظام سلامت	تصویب برنامه آموزشی مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامائی
تعداد زنان شاغل در حیطه بهداشت باروری در حوزه درمان	تعداد کارشناس /کارشناس ارشد مامائی شاغل در مراکز درمانی ۸۰۰۰ نفر، تعداد متخصصین زنان شاغل در مراکز درمانی دولتی ۲۰۰۰ نفر
افزایش ظرفیت تولید دانش، تشویق و تسهیل انتشار کتب	ترجمه و تالیف کتاب راهنمای آموزش دوران بارداری، تالیف کتاب
حیطه تعالی کیفیت و ایمنی خدمات مادران باردار	بررسی روند ۴ ساله مرگ مادری به منظور تعیین علل، طراحی ابزار ارزیابی کیفیت خدمات در بلوک زایمان در قالب حاکمیت بالینی، طراحی الگوی مدیریت ریسک در بلوک زایمان، تدوین استاندارد خدمات مامائی، مشارکت در تدوین استاندارد نیروی انسانی مامائی در سطح دو خدمات، تدوین استاندارد فضای فیزیکی اتاق زایمان، تدوین استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن (بخش زایمان)، تدوین استاندارد های اعتبار بخشی بلوک زایمان، تدوین بسته خدمتی نوزاد سالم، تدوین بسته خدمتی هم آغوشی مادر و نوزاد، تدوین راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و ارائه روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان، طراحی الگوی مراقبتی Midwifery led care
توسعه خدمات	مشارکت در تدوین آئین نامه مراکز مشاوره مامائی، تدوین آئین نامه مامای همراه، مشارکت در تدوین راهنمای کشوری برنامه پزشک خانواده شهری، تدوین استاندارد خدمت مراقبت در منزل بعد زایمان
نظارت اثربخش بر تمامی فعالیتهای مرتبط با سلامت	بازدید ادواری از بلوک های زایمان دانشگاههای سراسر کشور
برقراری عدالت در دسترسی تمام نقاط کشور به خدمات متخصص زنان	برای دسترسی زنان در نقاط محروم و صعب العبور کشور به خدمات متخصص زنان از دو مکانیسم برای ایجاد انگیزه برای حضور متخصص استفاده شده است که می تواند به عنوان

اهداف چشم انداز و نقشه تحول نظام سلامت - اهداف مرتبط حوزه	راهکارها و اقدامات
	یک مدل و الگو در دنیا مطرح شود، (مکانیسم افزایش پرداخت برای شاغلین در نقاط محروم، تخفیف زمانی در گذراندن تعهدات خدمتی)

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران دربردارنده اصول مراقبت ها و استانداردهای خدمت در مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان خارج از بیمارستان و پس از زایمان، مراقبت ویژه و اقدامات لازم در زنجیره ارجاع است. این پروتکل ها به عنوان بسته های خدمت در برنامه پزشک خانواده روستایی نیز استفاده می شود. که در ذیل به ذکر چند نمونه می پردازیم.

برنامه بیمارستان های دوستدار مادر «خدمات بیمارستانی»

در ادامه استاندارد سازی مراقبت های معمول و ویژه مادران در سطح خارج بیمارستانی، استاندارد سازی مراقبت های تخصصی در دوران پیش از بارداری تا پس از زایمان در سطوح بیمارستانی در قالب نهضت بیمارستان های دوستدار مادر مطرح و محتوی آن توسط کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران تهیه شد. هدف این طرح بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی بویژه در فوریت های مامایی و زایمان، تشکیل کلاس های آمادگی برای زایمان برای مادر و همراه وی در دوران بارداری، ترویج زایمان طبیعی کم درد یا بی درد جهت کاهش سزارین و کاهش هزینه های غیر ضروری و در نهایت کاهش مرگ و میر مادران می باشد. در این برنامه اصلاح گردش کارها و تغییر محتوای آرایه خدمات و اصول حاکم بر آن در بخش زایمان و مامایی بیمارستان های فعلی کشور مد نظر است. در راستای اجرای برنامه تاکنون ۸ بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار مادر معرفی شده اند. پیش بینی می شود این برنامه به تدریج به همه بیمارستان های کشور گسترش یابد. یکی از چالش های امروز سلامت مادران نسبت سزارین به کل زایمان هاست. یکی از راهکارهای انتخابی برنامه سلامت مادران برای کاهش سزارین «ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش های دارویی و غیر دارویی کنترل درد» است و در این راستا راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان و مجموعه آموزشی کلاس های آمادگی برای زایمان، استانداردهای فضای فیزیکی، وسایل و تجهیزات و نیروی انسانی اتاق زایمان در بیمارستان ها تهیه و به دانشگاه ها ابلاغ شده است.

بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دورافتاده

با توجه به اینکه سیاست کشور، زایمان در بیمارستان و مراکز زایمانی است و شاخص زایمان ایمن در کشور نیز نسبت به سایر کشورهای منطقه از وضعیت مطلوبی برخوردار می باشد (حدود ۹۷٪)، از این روی تربیت عامل زایمان (ماماروستا و بهورزماما) یکی از برنامه های کوتاه مدت سیستم بهداشتی درمانی کشور برای تحقق زایمان ایمن و اطمینان از حضور فرد دوره دیده در انجام زایمان ها در مناطق محروم و دورافتاده است. البته با اجرای طرح پزشک خانواده در روستا، نیروهای مامایی تیم پزشک خانواده نیز

در انجام زایمان در اینگونه مناطق دخالت دارند. همزمان با طرح تربیت عامل زایمان در مناطق روستایی، طرح راه اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی نیز جهت ترویج زایمان ایمن شروع شد. در حال حاضر کارکنان مامای شاغل در این واحدها ضمن مدیریت مامایی منطقه و نظارت بر عملکرد ماماها روستایی و بهورزان تحت پوشش خود، انجام زایمان و مراقبت های لازم در بارداری تا پس از زایمان را (بطور شبانه روزی) ارایه می دهند.

تامین مراکز اسکان مادران در معرض خطر در جوار بیمارستان (Maternity Waiting Home)

در کنار استراتژی های موجود برای بارداری و زایمان ایمن در کشور، تدابیری جهت تامین محل اسکان موقت مادران در معرض خطر در مجاورت بیمارستان اتخاذ شده است. هدف این مداخله فراهم نمودن تسهیلاتی در جوار بیمارستان ها و زایشگاه های مرجع هر شهرستان (طبق ضوابط اعلام شده) برای اقامت موقت مادران باردار اعزامی از مناطق سیاری، عشایری کوچ رو و روستاهایی که مشکل دسترسی دارند، بوده تا مادرانی که احتمال بروز خطر در بارداری و زایمان برای آنها وجود دارد بتوانند در اسرع وقت از خدمات بیمارستانی بهره مند شوند.

طرح استاد معین

این طرح در سال های اخیر با هدف کاهش مرگ و میر مادران ناشی از خطاهای پزشکی و تاخیر در شروع درمان تهیه و به دانشگاه ها ارسال شد. در این طرح تشکیل تیم های کاری مشتمل بر متخصصین زنان، بیهوشی، داخلی، قلب، جراحی برای هر شهرستان تحت عنوان استاد معین پیش بینی شده تا با مشاوره و کمک فکری درموارد اورژانس، همکاران خود را یاری و شرایط تصمیم گیری و پذیرش را برای آنان تسهیل نمایند.

تامین ابزار ارتقای کیفیت خدمت برای ارایه کنندگان خدمت

ارتقای کیفیت برنامه ها، فعالیت ها و خدمات سلامت باروری در اولین گام رضایت گیرنده خدمت را که اصلی ترین فرد در خدمات سلامت و به ویژه سلامت باروری است به دنبال داشته و همراه با خود رضایت ارایه دهنده خدمت را ایجاد خواهد کرد. افزایش رضایت ارائه دهنده و گیرنده خدمت نیز سبب افزایش پوشش برنامه ها و ارتقای کمیت خدمت خواهد شد. با توجه به اینکه ارایه خدمات باروری سالم در فرم های فاصله گذاری موجود در پرونده خانوار ثبت می شود، استفاده از این فرم ها و بهبود آن ها می تواند به عنوان ابزار مهمی برای ارتقای کیفیت خدمت و جلب رضایت هرچه بیشتر گیرندگان خدمت تلقی گردد. که با انجام این مهم مشخص گردید تا متناسب با انتخاب روش از سوی گیرنده خدمت، صرفا اطلاعات مرتبط مورد بررسی قرار گرفته و مراقبت های پیگیری با تاکید بر نیاز های دوره ای همان روش صورت گیرد.

اقدامات معاونت جهت ارتقاء سلامت زنان

از آنجا که زنان مقام والا و پر ارزشی در جامعه دارند و سلامت آنان یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر بهره‌وری خانواده و جامعه محسوب می‌شود؛ معاونت زنان و خانواده ریاست جمهوری به سهم خود با طراحی مداخلات و سیاست‌های اجرایی فرابخشی با همکاری دستگاه‌های ذینفع حول سه محور بهبود وضعیت فعلی سلامت، ارتقاء سطح سواد و دانش سلامت و سرمایه‌گذاری در کاهش عوامل خطر در جهت ارتقاء بهداشت و سلامت زنان و خانواده کشور اقداماتی به شرح ذیل انجام داده است.

- راه‌اندازی کلینیک‌های سلامت خانواده با رویکرد زمینه‌سازی ارائه خدمات متمرکز و جامع مشاوره‌های تخصصی، تدوین برنامه‌های آموزشی با هدف ارتقاء سلامت زنان و مردان شاغل متناسب با نیازهای آنان در حوزه خودمراقبتی و ورزش، حمایت از برگزاری دوره‌های آموزشی، مشاوره و توانبخشی برای ارتقاء سلامت جسمی، روحی و روانی و اجتماعی زنان با همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط، مشارکت و حمایت از برگزاری همایش‌ها و میزگردهای ملی در حوزه سلامت به منظور تبیین و الگوسازی و ارتقاء سطح سواد سلامت در زنان و خانواده، راه‌اندازی کارگروه تخصصی سلامت، بهداشت و محیط زیست در معاونت، تدوین گزارش ملی وضعیت سلامت زنان در کشور، پیگیری پیش‌نویس سند ملی امنیت بانوان و کودکان در روابط اجتماعی، تبادل تفاهم نامه مشترک با وزارت بهداشت با هدف ارتقاء سلامت اجتماعی، روانی و جسمی زنان از طریق فرهنگ‌سازی و اجرای برنامه‌های مؤثر در خصوص توانمندسازی خانواده‌ها جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی با اهمیت و شایع در گروه‌های سنی مختلف و محیط زندگی، تبادل موافقت‌نامه همکاری مشترک با وزارت بهداشت در انجام برنامه‌های ساماندهی مشاوره قبل از ازدواج در جهت بهبود سبک زندگی زناشویی، حمایت از سیاست‌های باروری و حفظ پروسه طبیعی تولد، حمایت از تهیه و ارائه مکمل‌های غذایی مورد نیاز زنان باردار و شیرده مناطق نابرخوردار و کمتربرخوردار، سنجش و آموزش در جهت ارتقاء سطح بهداشت و سلامت دانش آموزان دختر مدارس شبانه‌روزی مناطق محروم، تدوین پیش‌نویس پروژه اجرایی پیشگیری و اقدام علیه رویه‌های سنتی مضر برای سلامت دختران (ختنه دختران)، شناسایی آسیب‌ها و تعیین امکانات مورد نیاز زنان، حمایت و مشارکت در برگزاری همایش تغذیه با شیر مادر و ارتقاء سلامت مادران و کودکان، جلب مشارکت و همکاری‌های بین‌دستگاهی جهت راه‌اندازی محیط‌های دوستدار مادر برای زنان باردار و شیرده به منظور تلفیق کار و پرورش کودک، ارائه پیشنهادات لازم در خصوص سیاست‌های کلی جمعیت در راستای سلامت باروری، ارائه پیشنهاد جهت اصلاح قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی، ارائه پیشنهاد در خصوص ایجاد مهد کودک در دستگاه‌های اجرایی یا مجاورت آن‌ها، مشارکت و حمایت از برگزاری همایش‌ها و میزگردهای ملی در حوزه سلامت به منظور تبیین و الگوسازی و ارتقاء سطح سلامت در زنان و خانواده، تقویت ظرفیت ملی برای تدوین و اجرای برنامه‌های حمایتی نهاد خانواده و کاهش فقر زنان سرپرست خانوار، حمایت از اجرای

طرح تقویت شیوه‌های ارتباطی و مهارتی برای دانش آموزان دختر در سراسر کشور، حمایت از برگزاری دوره های آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد دینی و ارائه مشاوره خانواده، مشارکت در برگزاری همایش ها و جشنواره های مرتبط از جمله طرح مادرانه و مهربانو " ازدواج پایدار، خانواده سالم"، بررسی و ارائه پیشنهاد بر آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت مراکز تخصصی مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده جوانان، ارائه راهکارها در راستای کنترل و کاهش طلاق، پیشنهاد و پیگیری تدوین بسته جامع حمایتی زنان شاغل به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور