

مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست‌ها و تحقیقات و خدمات

بتول احمدی^{*}، سعیده باباشاهی^{**}

مقدمه: سلامت زنان یکی از اولویت‌های اساسی سلامت جامعه و اهداف توسعه هزاره سوم است. عوامل مختلفی طی دوره‌های زندگی زنان بر سلامت آن‌ها تأثیرگذار هستند. این مقاله، ضمن بررسی پیشینه تاریخی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت زنان در سطح بین‌المللی و ملی و رویکردهای مهم و تأثیرگذار در زمینه تحقیقات، شاخص‌های ارزیابی و اطلاعات سلامت زنان را در شناخت نیازها و خدمات و مراقبت‌های سلامت زنان و امر مشارکت آنان در تصمیم‌گیری را بررسی و پیشنهادهایی در جهت بهبود عملکرد نظام سلامت و مدیریت آن در ارتقای سلامت و نقش زنان ارائه می‌کند. روش: این مطالعه مروری، با استفاده از مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، مجلات، کتاب‌ها و گزارش‌های داخلی و خارجی و با در نظر گرفتن کلیدواژه‌های منتخب انجام شده است. همچنین، از آمار و گزارشات بین‌المللی و ملی در بخش‌هایی از مقاله استفاده شده است. علاوه بر آن، پژوهشگر از نظرات تخصصی و تجربیات علمی و اجرایی خود نیز در این زمینه استفاده کرده است.

یافته‌ها: پژوهش، به‌عنوان ابزاری برای تأمین اطلاعات مبتنی بر جامعه برای هرگونه تصمیم‌گیری در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و رفع موانع و تنگناهای سلامت زنان از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین تعامل مفید بین ساختارهای رسمی علمی پژوهشی و برنامه‌ریزی و اجرایی مؤثر بر سلامت زنان با هدف آگاهی از برنامه‌ها و شناخت نیازهای اطلاعاتی و خلأهای پژوهشی اولویت‌دار، موجب ارتقای مدیریت و تصمیم‌گیری‌ها درباره سلامت زنان در سطح ملی خواهد شد. ارزیابی مستمر وضعیت سلامت زنان و شناسایی عوامل مؤثر بر بهبود آن نیز نیازمند طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعاتی در حوزه سلامت زنان است.

بحث: با وجود برگزاری کنفرانس‌ها و تحولات به وجود آمده در خط‌مشی‌ها و سیاست‌های سلامت زنان در سطح بین‌الملل، هنوز کاستی‌های زیادی نسبت به این قشر آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، به‌خصوص در کشورهای فقیر نسبت به کشورهای توسعه یافته یا در بین مناطق مختلف جغرافیایی یا طبقات مختلف اجتماعی در کشورها دیده می‌شود. هدف این مطالعه بررسی عوامل مرتبط با سلامت زنان و همچنین ارائه پیشنهاداتی در جهت ارتقا مدیریت، تحقیقات و پایش سلامت زنان می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: تحقیقات سلامت زنان، خدمات سلامت زنان، شاخص‌های سلامت

زنان، مدیریت سلامت زنان

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۷

* دکتر مدیریت خدمات بهداشت‌درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

** کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. <Babashahy@health.gov.ir> (نویسنده مسئول)

مقدمه

سلامت زنان، به دلیل ویژگی‌های بیولوژیکی و نقش باروری آن‌ها و همچنین، نقش محوری و اساسی آن‌ها در ارائه مراقبت‌های سلامت در خانواده و جامعه با مردان متفاوت بوده و اهمیت ویژه‌ای دارد. براساس اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، زنان به دلیل ایفای نقش‌های متعدد در خانواده و جامعه، گذراندن دوره‌های فیزیولوژیکی مختلف مانند بلوغ، قاعدگی، بارداری، زایمان و یائسگی و همچنین، احتمال خطر بیشتر در ابتلا به فقر، گرسنگی و سوء تغذیه، بار کاری زیاد و تبعیض جنسیتی، گروه پرخطر محسوب می‌شوند. سلامت زنان به دلایل مختلف آسیب‌پذیر است و علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. زنان در دسترسی به آموزش و مراقبت‌های بهداشتی و اطلاعات و خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز، از فرصت‌های عادلانه و مشابه با مردان برخوردار نیستند و هرچقدر تفاوت در دسترسی و بهره‌مندی از این فرصت‌ها بیشتر باشد، وضعیت آن‌ها و فرزندان و خانواده‌هایشان وخیم‌تر است و از محرومیت بیشتری رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت،^۱ ۲۰۰۹؛ احمدی و همکاران، ۱۳۸۶).

توجه به سلامت زنان طی سه دهه گذشته و شناخت شرایطی که آنان را تحت تأثیر متفاوت از مردان قرار می‌دهد، موجب به وجود آمدن چارچوب‌های مفهومی جدید در پیشرفت علم پیشگیری و درمان بیماری‌ها و رفع مشکلات بهداشتی خاص یا شایع‌تر و جدی‌تر در زنان نسبت به مردان در سنین مشابه شد. در این چارچوب مفهومی جدید، سلامت زنان با توجه به ویژگی‌های دوره‌های مختلف زندگی آنان تعریف شده است و فقط شامل مسائل باروری نیست. تأکید سستی بر موضوع‌های سلامت باروری زنان، منشأ تعاریف اصلی سلامت زنان بر مبنای شرایط بچه‌آوری و عادت ماهیانه و یائسگی بود که نیازمند مراقبت‌های پزشکی بودند. این برداشت از سلامت زنان، بر مدل زیست‌پزشکی تکیه دارد.

1- WHO

در دهه‌های اخیر، تحقیقات نشان داده است در رویکرد مسیر زندگی، سلامت زنان تحت تأثیر عوامل مختلفی است که در دوره‌های زندگی آنان نیز تأثیرگذارند. وضعیت سلامت زنان شامل شرایط و بیماری‌هایی است که مختص زنان بوده یا دارای شیوع، شدت، عوارض و پیامدهای متفاوت در زنان است یا از نظر عوامل خطر و دوره زمانی با مردان متفاوت است. این تعریف مستلزم رویکردی جامع، کل‌نگر، نظام‌مند و ادغام یافته است و با مشارکت تمامی بخش‌های سلامت، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی سیاسی شکل می‌گیرد (گلدمن^۱، ۲۰۰۰). آموزش و فرهنگ سلامت، از طریق زنان توسعه می‌یابد. زنان هم دریافت کننده و هم ارائه دهندگان اصلی مراقبت‌ها در نظام سلامت هستند و بخش بزرگی از مراقبان بهداشتی در بخش رسمی سلامت را تشکیل می‌دهند (عمادزاده، ۱۳۸۰). در این میان، تحقیقات در زمینه شناخت تفاوت‌ها در نیاز به مراقبت‌های سلامت و دسترسی نامناسب به خدمات سلامت طی دوره‌های مختلف زندگی و همچنین، تأثیر نقش‌های متفاوت فردی و خانوادگی و اجتماعی، در بهبود سلامت زنان جامعه و مراقبت‌های سلامت آن‌ها اثر جدی گذاشته و مداخلاتی را مدنظر قرار می‌دهد که در رفع نیازهای موجود آن‌ها بیشترین اثربخشی را دارند (پیزورکی^۲، ۱۹۹۳؛ احمدی، ۱۳۸۵).

توجه به نیازهای سلامت جمعیت بیش از ۳۵ میلیون زن ایرانی و بار بیماری‌ها و علل مرگ در این قشر، نشان دهنده اهمیت تأثیر شرایط فیزیولوژیک و عوامل اجتماعی بر سلامت آنان و درک چگونگی پاسخ مناسب نظام سلامت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب و رفع نیازهای سلامت آنان و ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه شده است. سلامت زنان در ایران، طی دو دهه اخیر، پیشرفت چشمگیری داشته است و با توجه به شاخصه‌ای رایج و بین‌المللی و برنامه‌ها و مداخلات انجام شده در بخش سلامت و آموزش و اشتغال (سفیری، ۱۳۷۷)، تغییرات چشمگیری در امر توسعه سلامت زنان روی داده است؛ ولی هنوز سلامت زنان در ایران بسیار آسیب‌پذیر است و مشکلات مربوط به جایگاه و نقش

1- Goldman

2- Pizurki

آنان در نظام سلامت و دستیابی آنان به سلامت مطلوب ممکن است موانع جدی بر سر راه توسعه بهداشت خانواده و جامعه یا کند کردن سرعت آن ایجاد نماید.

طبق آمار منتشر شده از سوی سازمان ملل متحد، سلامت زنان در اکثر کشورها بسیار آسیب پذیر است. لذا این امر، به عنوان یکی از شاخص های توسعه یافتگی کشورها محسوب می شود که تأکید عمده آن بر ارتقا و تقویت نقش زنان در دستیابی به سلامت مطلوب و ارتقای جایگاه آنان در سیستم مراقبت های بهداشتی کشورهاست (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲). سیاست گذاری و برنامه ریزی توسعه سلامت زنان در ایران باید مبتنی بر شناخت دقیق از وضعیت و برنامه های موجود در سیستم بهداشت و درمان ایران و با توجه به استانداردها و روش های موجود در سطح بین المللی انجام شود. کمبود اطلاعات درباره نیازهای سلامتی زنان در ایران و پراکندگی پژوهش ها و ضعف ارتباط بین پژوهش، مدیریت، برنامه ریزی و ارائه خدمات و محدودیت نیروی انسانی متخصص از مشکلات اصلی توسعه سلامت زنان در جهان است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵).

این مقاله، ضمن بررسی پیشینه تاریخی سیاست ها و برنامه های سلامت زنان در سطح بین المللی و ملی، به ابعاد مختلف مدیریت سلامت زنان می پردازد. در این راستا، رویکردهای مهم و تأثیرگذار در زمینه تحقیقات و شاخص های ارزیابی و اطلاعات سلامت زنان را در شناخت نیازها و خدمات و مراقبت های سلامت زنان و امر مشارکت آنان در تصمیم گیری بررسی کرده و در نهایت، پیشنهادهایی برای بهبود عملکرد نظام سلامت و مدیریت آن در ارتقای سلامت و نقش زنان ارائه می کند.

روش

این تحقیق در سال ۱۳۸۹، به روش تحلیلی توصیفی و با استفاده از منابع کتابخانه ای در دسترس و جست و جو در پایگاه های اطلاع رسانی داخلی و بین المللی انجام شد. جست و جو در منابع با استفاده از کلیدواژه های اصلی ذیل انجام شد:

Women's Health, Women's Health Policies, Women's Health Indicators, Women's Health Services, Women's Health Plans, Women's Health Information, Women's Health Needs, Women's Health Studies, Women's Health Research, Women and Management, Women in Health Care.

معیار انتخاب منابع، ارتباط داشتن با موضوعات و مستندات مستقیم موجود راجع به کلیدواژه‌ها درباره سلامت زنان در سطح ملی و بین‌المللی بود. همه مقالات و گزارشات، جمع‌آوری و ثبت و بازنگری شد. فاصله زمانی جست‌وجو از منابع سال‌های ۱۹۸۷ تا ۲۰۱۰ بود. با توجه به سابقه مطالعات علمی پژوهشی نویسنده در زمینه سلامت زنان، پژوهشگر علاوه بر نتایج سایر مطالعات، از دیدگاه‌های تخصصی و تجربیات علمی و اجرایی و یافته‌های خود نیز در این زمینه استفاده کرده است.

یافته‌ها

سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت زنان در سطح بین‌المللی و ملی: اولین گام حرکت بین‌المللی در خصوص سلامت زنان، با حرکت سازمان ملل متحد آغاز شد. طی سه دهه گذشته، موضوعات زنان از سطح طرح عمومی در یافته‌های تحقیقاتی به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری ملی دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی ارتقا یافت. برنامه‌های مربوط به نشست‌ها و گردهمایی‌های جهانی و به دنبال آن سیاست‌گذاری در سطح جهانی و ملی از این تغییرات بوده است. اکثر این برنامه‌ها، براساس رویکرد برنامه‌های زنان و توسعه شکل گرفته‌اند که محور اصلی آن، تأکید بر اهمیت در حاشیه قرارنگرفتن زنان در برنامه‌های توسعه است. اکثر زنان در جریان‌های اصلی تصمیم‌گیری اجتماعی و اقتصادی حضور نداشته و در نتیجه، منافع این برنامه‌ها کمتر متوجه زنان و توسعه بوده است. کمیسیون مقام زن، یکی از اولین تشکیلاتی بود که توسط سازمان ملل تأسیس شد. سپس با تعیین دهه زنان سازمان ملل، کنفرانس‌های متعدد بین‌المللی در خصوص وضعیت زنان و در جهت ارتقای جایگاه حقوقی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی آنان در مکزیکوئیسیتی و کپنهاک و نایروبی برگزار شد.

استراتژی‌های آینده‌نگر توسعه زنان مصوب کنفرانس نایروبی در سال ۱۹۸۵، ضمن بررسی مشکلات و موانع زنان در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و تبعیض‌های اساسی، اهداف و اولویت‌هایی را تعیین کرد. از جمله استراتژی‌های کنفرانس نایروبی، مقدرسازی زنان به منظور ارتقای سلامت و جایگاه آنان و رفع موانع موجود برای مشارکت فعالانه در همه زمینه‌ها از طریق سهم عادلانه و همه جانبه در اقتصاد، اجتماع، فرهنگ و تصمیم‌گیری است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۴).

تصویب برنامه عمل کنفرانس جهانی زنان در پکن در سال ۱۹۹۵، توسط دولت‌ها، نقطه عطفی در فعالیت‌های سازمان ملل با شعار برابری و توسعه و صلح برای زنان در جهان محسوب می‌شود که شامل برنامه‌ای جامع در زمینه مقدرسازی اجتماعی و اقتصادی و سیاسی زنان بود (سازمان ملل متحد،^۱ ۱۹۹۵).

نتایج کنفرانس‌های جهانی زنان هماهنگ با بیانیه کنفرانس آلماتا و تأکید در برقراری اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی، موجب پیوند بین سلامت زنان و پیشرفت‌های کلی در زمینه توسعه و سلامت جامعه شد؛ به گونه‌ای که جمع‌آوری اطلاعات و تحقیقات درباره این نیمه نامرئی جمعیت را ترویج کرده و دیدگاه‌های زنان را در برنامه‌های بهداشتی مختلف به کار گرفت. برخی از پیامدهای مثبت دهه ۹۰ سازمان ملل درباره زنان شامل: توجه به نیازها و مشکلات زنان در برنامه‌های توسعه دولت‌ها و تشکیل سازمان‌ها و تشکلات مردمی، تغییر در قوانین و تدوین سیاست‌ها، استقرار ساختارهای مناسب در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرایی برای زنان و توسعه و پژوهش و شناخت مشکلات زنان با تکیه بر بهبود مبانی اطلاعاتی است. دیدگاه اصلی این گردهمایی‌ها در زمینه شرایط نامطلوب زنان در رابطه با سلامت و توسعه و بی‌عدالتی، بدین مفهوم شکل گرفت که وضعیت زنان، عامل اصلی عقب‌ماندگی در توسعه شناخته شد و چالش اصلی این بود که چگونه می‌توان زنان را به‌طور مؤثر و منسجم در فرایند توسعه مشارکت داد.

سازمان بهداشت جهانی با هدف سلامت برای همه در دهه‌های گذشته، توجه جامعه جهانی را به موضوعات اساسی همچون دسترسی و برابری در سلامت جلب و لزوم بازنگری اصولی در استراتژی‌های سلامت را مطرح کرده است. این سازمان با تشکیل کمیسیون جهانی سلامت زنان، به‌عنوان بدنه مشورتی سازمان در سال ۱۹۹۳، قبل از کنفرانس جهانی زنان پکن، در رابطه با سلامت زنان گام بزرگی را برداشت. هدف از تشکیل این کمیسیون، تصویب و اجرای برنامه‌ها و اقدامات مؤثر در رابطه با موضوعات سلامت زنان و اهمیت دادن به آن‌ها در سطح ملی و بین‌المللی و رسانه‌ها بود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۴).

در ایران، سیاست‌ها و برنامه‌های معطوف به سلامت زنان در سطح ملی در دهه اول انقلاب بیشتر شامل برنامه‌های مراقبت از زنان باردار و خدمات بهداشت باروری بوده است. گسترش نظام شبکه بهداشتی و اجرای موفق برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و حصول اهداف موردنظر که تأیید و تشویق سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های بین‌المللی دخیل در امر سلامت زنان و سلامت مادر و کودک را در پی داشت، اغلب بر پایه شناخت نقش اساسی زن در باروری و عملکرد جنسی وی تعریف شده بود که کلید شناخت مشکلات سلامت جسمی و روانی و معنوی او محسوب می‌گردید و بیشتر بر تفاوت‌های فیزیولوژیکی با مردان و آسیب‌پذیری ناشی از آن تأکید می‌شد (احمدی، ۱۳۸۶).

طی دهه اخیر، سلامت زنان از موضوعاتی است که در دانشگاه‌ها و مؤسسات علمی تحقیقاتی ایران نیز به آن توجه شده است، به نحوی که طرح‌های پژوهشی و تحقیقاتی متعددی در ابعاد مختلف سلامت، به ویژه سلامت باروری آنان، اجرا شده است. در بررسی‌های کشوری نیز جمع‌آوری داده‌های سلامت به تفکیک جنسیت موردتوجه قرار گرفته و تحلیل‌های متعددی در زمینه‌های مختلف سلامت انجام شده است و از طرفی، حضور قشر زنان در سطوح عالی علمی پژوهشی به پیشرفت داده‌های علمی درباره سلامت زنان کمک مؤثری کرده است. سیاست‌های وزارت بهداشت در تربیت نیروی

انسانی زن در بخش سلامت نیز شامل حمایت جدی از رشد زنان در علوم پزشکی و بهداشتی و تربیت نیروی متخصص در این بخش بوده است (احمدی، ۱۳۸۴).

حضور زنان و مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود نیز طی دو دهه گذشته تقویت شد؛ به طوری که تشکیلات فعال در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی امور زنان شامل مرکز مشارکت زنان ریاست جمهوری، شورای فرهنگی اجتماعی زنان، دفتر کمیسیون امور بانوان وزارت کشور، کمیسیون خانواده، زنان و جوانان مجلس شورای اسلامی و دفتر امور زنان قوه قضائیه از بالاترین مراجع حکومتی فعال در این زمینه هستند. علاوه بر این، دفاتر امور زنان در بسیاری از دستگاه‌های دولتی، از جمله وزارت بهداشت در سطح ملی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح منطقه‌ای، به سرپرستی مشاوران امور زنان در این زمینه فعالیت می‌کنند. شورای فرهنگی اجتماعی زنان، وابسته به شورای عالی انقلاب فرهنگی و اولین ساختار رسمی تشکیلاتی است که با مشارکت نمایندگان دستگاه‌های مختلف از جمله وزارت بهداشت، به سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی امور زنان می‌پردازد. این شورا، با تدوین منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در جمهوری اسلامی ایران در حوزه‌های مختلف فردی و خانوادگی و اجتماعی زنان به عنوان سند ملی مربوط به زنان که به تصویب قانونی نیز رسیده است، توانسته است تاکنون سیاست‌های ملی زنان را در بسیاری از حوزه‌ها از جمله سلامت، اشتغال، امور خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی اجتماعی، هنری و امور بین‌الملل زنان به تصویب قانونی رسانیده و به دستگاه‌های مربوطه ابلاغ نماید (پایگاه اطلاعاتی دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۸۹). در بخش سلامت این منشور، بر حق سلامت زنان و دسترسی و بهره‌مندی آنان به خدمات و حمایت‌ها و مراقبت‌های مورد نیاز سلامت با کیفیت مناسب تأکید شده است.

در حوزه سلامت در سال ۱۳۸۳، موضوع وضعیت سلامت زنان، مورد توجه جدی شورای فرهنگی اجتماعی زنان قرار گرفت و طی پروژه‌های پژوهشی، گزارش وضعیت سلامت زنان در ایران تهیه شد. این گزارش، مبنای تدوین و تصویب سیاست‌ها و

راهبردهای ارتقای سلامت زنان در ایران شد. شاید بتوان گفت که این سیاست‌ها از و برنامه‌ها و سیاست‌های کلان و مهم در زمینه مسائل زنان است که در این شورا تدوین و تصویب و برای اجرا به وزارت بهداشت ابلاغ شد. این برنامه، شامل اهداف و سیاست‌ها و راهبردهایی است که برای تضمین سلامت زنان و دستیابی آنان به مراقبت‌های همه جانبه و مورد نیاز در دوره‌های مختلف زندگی تدوین شده است. این سیاست‌ها با تکیه بر پژوهش‌های انجام شده در ابعاد مختلف سلامت و با تأکید بر عوامل فرهنگی اجتماعی، بر سلامت زنان تأثیرگذار است. اهداف این سیاست‌ها شامل موارد زیر است:

- ارتقاء و توسعه سلامت زنان در ابعاد مختلف و دوره‌های مختلف زندگی در پیشگیری از بیماری‌ها، به منظور بهره‌مند شدن زنان و خانواده از زندگی سالم‌تر و مولدتر
- کاهش عوامل خطر سلامت زنان و تقویت سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی در این جهت
- افزایش آگاهی در زمینه نیازهای سلامت زنان و نقش آنان در توسعه
- تقویت نقش محوری زنان در تأمین سلامت خود و خانواده و جامعه
- افزایش مشارکت زنان در سطوح مختلف تصمیم‌گیری و اجرا
- افزایش دسترسی زنان به اطلاعات و خدمات و مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای آنان
- رفع موانع فرهنگی اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان

در مواد سیاست‌ها، به مسئولیت‌ها و نقش‌های متعدد زنان، لزوم انسجام خدمات بهداشتی براساس دوره‌های مختلف زندگی، ابعاد مختلف سلامت زنان و تأثیر شرایط فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی بر آن توجه شده است. در این راستا، ۲۶ راهبرد اصلی در زمینه نیازهای مختلف سلامت زنان در حوزه‌های پژوهش و آموزش و ارائه خدمات تدوین گردیده است (پایگاه اطلاعاتی دبیرخانه شورای عالی فرهنگی، ۱۳۸۹).

تحقیقات و شاخص‌های سلامت زنان: تلاش در جهت توسعه تحقیقات سلامت زنان و قابلیت ارزشمند آن در بهبود وضعیت و مراقبت‌های سلامت زنان اهمیت ویژه‌ای دارد. بدین لحاظ، فعالیت‌های علمی پژوهشی در این زمینه، اساسی و تأثیرگذار است. تحقیق درباره مشکلات و وضعیت سلامت زنان در گزارش‌های جهانی و دیدگاه‌های جدید در این زمینه، طی دو دهه گذشته در سطح کشورهای مختلف و سازمان‌های بین‌المللی، توسعه چشمگیری یافته است. طی دو دهه اخیر، پژوهش‌های سلامت زنان در جهان از تمرکز بر سلامت باروری، به سوی توجه به تمامی مشکلات سلامتی آنان که طی دوره‌های مختلف زندگی از نوجوانی تا سالمندی و در چارچوب زندگی فردی و خانوادگی و اجتماعی خود تجربه می‌کنند، چرخیده است.

از سوی دیگر، پژوهش به‌عنوان ابزاری برای تأمین اطلاعات مبتنی بر جامعه برای هرگونه تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب در جهت رفع نیازها و تنگنای سلامت زنان و بهبود وضعیت آنان از جایگاه و اهمیت خاصی برخوردار است. در تحقیقات سلامت زنان باید دیدگاه جامعی را در نظر داشت؛ زیرا سلامت زنان نقطه عطفی است که بیشترین تأثیر را بر سلامت جامعه دارد (رویندرن،^۱ ۲۰۰۷).

هم‌اکنون، برنامه‌های تحقیقاتی گسترده‌ای در کشورهای پیشرفته و مجامع بین‌المللی درباره شرایط و بیماری‌هایی که خاص زنان بوده یا بین زنان و مردان مشترک است، طرح‌ریزی شده است. تحقیقات جدید در پی بررسی و شناسایی تفاوت‌ها در وضعیت سلامت، پیامدهای بیماری و ناتوانی، نیازهای سلامت و الگوهای دسترسی و استفاده از مراقبت‌های سلامت بین زنان و مردان هستند. مفاهیم و دیدگاه‌های سنتی که بر نقش باروری زنان تأکید داشت، با شناخت بیشتر از اهمیت نقش‌های متعدد زنان و تأثیر جنسیت بر ابعاد مختلف سلامت آنان توسعه و تغییر یافته است. توجه به نیازهای سلامت جسمی روانی و اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان، فراتر از مسائل باروری آنان در

1- Ravindran

تحقیقات علوم پزشکی و سلامت مدنظر قرار دارد. این موضوعات، در دستور کار تحقیقات و برنامه‌های مؤسسات و سازمان‌های علمی و آکادمیک دنیا قرار گرفته است. یکی از نیازهای ویژه در این راستا، آگاهی از وضعیت و اولویت‌های سلامت جمعیت زنان در هر کشور است که اساس تدوین سیاست‌های مربوط و طراحی برنامه‌های ملی مداخله‌ای و تحقیقاتی خدمات سلامت زنان قرار می‌گیرد. توجه به این امر موجب شد که شاخص‌های تحقیقاتی سلامت زنان و عدالت جنسیتی به منظور ارزیابی وضعیت و تحلیل آن در سطح سازمان‌های علمی و بین‌المللی اهمیت یافته و معرفی شوند.

ارزیابی تطبیقی شاخص‌های عدالت جنسیتی و سلامت، به‌عنوان اولویت‌های برنامه زنان و سلامت در سال ۲۰۰۲ مطرح شد. متون زیادی در خصوص شاخص‌های عدالت جنسیتی و سلامت تدوین و بارها بر جمع‌آوری و گزارش داده‌های سلامتی براساس جنسیت و ارائه تحلیل از وضعیت زنان و سلامت آن‌ها نیز تأکید شد. شاخص‌ها برای افزایش آگاهی از مسائل و همچنین، گسترش تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، حائز اهمیت هستند و در شناسایی روند وضعیت و مسائل اولویت‌دار در زمان حال و آینده مورد نیاز و مفید هستند. شاخص‌های سلامت زنان، برای پاسخ‌گویی بهتر بخش بهداشت و ارتقای عملکرد سیستم سلامت نقش مهمی را ایفا می‌کنند. گسترش ظرفیت‌ها در همه سطوح برای سنجش این شاخص‌ها و به‌کارگیری سیستم‌هایی برای پایش وضعیت سلامت زنان ضروری است (احمدی، ۱۳۸۲).

در سال ۱۹۹۵، معیار جدیدی برای بررسی وضعیت سلامت زنان و کاهش نابرابری آنان با مردان در جوامع مختلف پیشنهاد شد که شاخص توسعه جنسیتی^۱ است. در محاسبه این شاخص، از همان متغیرهای شاخص‌های توسعه انسانی استفاده می‌شود؛ با این اختلاف که تفاوت بین زن و مرد در آن لحاظ می‌شود. به عبارت دیگر، شاخص توسعه جنسیتی، همان شاخص توسعه انسانی است که با نابرابری جنسیتی تطبیق داده شده است. از آنجاکه

1- Gender Development Index

نابرابری جنسیتی در تمام کشورها وجود دارد، شاخص توسعه جنسیتی همیشه کمتر از شاخص توسعه انسانی است. طبق آمار برنامه توسعه سازمان ملل سال در سال ۲۰۰۷، بیشترین شاخص توسعه جنسیتی به کشورهای استرالیا با ۰/۹۹۶ و نروژ با ۰/۹۶۱ و کمترین آن به افغانستان با ۰/۳۱ و نیجریه با ۰/۳۰۸ تعلق داشته است. در این میان، ایران با ۰/۷۷ در جایگاه ۷۶ قرار دارد. شاخص مقدرسازی زنان نیز شاخصی وابسته به جنس است که نابرابری جنسیتی را از نظر اقتصادی و سیاسی اندازه می‌گیرد. طبق آمار برنامه توسعه سازمان ملل (۲۰۰۹) در سال ۲۰۰۷، بیشترین شاخص مقدرسازی زنان به کشورهای سوئد با ۰/۹۰۹ و نروژ با ۰/۹۰۶ و کانادا با ۰/۸۳ و کمترین آن به یمن با ۰/۱۳۵ و بنگلادش با ۰/۲۶۴ تعلق داشته است. در این میان، ایران با ۰/۳۳۱ در جایگاه ۱۰۳ قرار دارد (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۹).

انتقادهای زیادی در خصوص این شاخص‌ها وجود دارد. از آن جمله می‌توان به مشکلات فنی، همچون ضعف در سازگار بودن تعاریف و ناتوانی در پایش تغییرات در طول زمان و مشکلات مفهومی چون توصیف نامناسب نسبت‌های جنسیتی در جامعه اشاره کرد. پیامدهای متدولوژیکی زیادی در خصوص اینکه چگونه این تعاریف را به شاخص‌ها مرتبط کنیم یا اینکه چگونه از مفید بودن آن‌ها برای توسعه خط‌مشی‌ها اطمینان حاصل کنیم، وجود دارند. برخی از شاخص‌های اصلی و رایج در ارزیابی وضعیت سلامت زنان شامل میزان امید به زندگی، مرگ‌ومیر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، نرخ باروری، میزان مشارکت اجتماعی سیاسی، جایگاه زن در خانواده و جامعه، خودکشی، طلاق و خشونت‌های خانگی ثبت شده است. در جدول (۱)، مدلی از چارچوب جامعی از شاخص‌های سلامت زنان ارائه شده است (احمدی، ۱۳۸۴).

جدول ۱- مدل چارچوب جامع شاخص‌های سلامت زنان

نمونه شاخص	دسته شاخص‌های تحقیقاتی	
تولد و باروری، مرگ، امید به زندگی، ازدواج و طلاق، گروه‌های اجتماعی	وقایع حیاتی و جمعیتی	وضعیت سلامت زنان
سلامت جسمی و سلامت روانی و سلامت اجتماعی	شاخص‌های ابتلا به بیماری‌ها (بروز و شیوع)	
کیفیت زندگی، رضایتمندی، شیوه زندگی، پیامدهای اجتماعی بیماری‌ها	شاخص‌های رفاه	
خدمات آموزشی و اطلاع‌رسانی؛ فرصت‌های شغلی و کسب درآمد؛ منابع و خدمات اجتماعی و سیاسی و قانونی؛ منابع و مدیریت زمان؛ خدمات بهداشتی.	دسترسی و استفاده از منابع و خدمات	شاخص‌های عوامل مؤثر بر سلامت زنان
در سطح فردی؛ در سطح خانوادگی؛ در سطح اجتماعی.	مشارکت و تصمیم‌گیری	

برای شناسایی و اولویت‌بندی و توسعه شاخص‌های عملکردی سلامت زنان در زمینه‌های حیاتی، مجموعه‌ای از ضوابط باید در نظر گرفته شود که مرتبط بودن و دقت علمی و عملی بودن سنجش شاخص‌ها را شامل شود. مرتبط بودن به این معنی است که آیا اطلاعات به دست آمده از این شاخص‌ها، موضوع مهم سلامت زنان است؟ آیا مراقبت‌های مناسب و هزینه اثربخش را ارائه کرده است؟ و آیا پیشرفت‌های بالقوه را نشان داده و دربرگیرنده اختلاف موجود میان برنامه‌های مختلف مربوط به سلامت زنان است؟

شاخص‌ها و ضوابط دیگر عبارت‌اند از: داشتن دقت علمی، مبتنی بودن بر شواهد علمی، داشتن اعتبار و قابلیت تولید مجدد و قابلیت تعدیل چندموردی شاخص‌ها. درنهایت، عملی بودن این شاخص‌ها شامل ارزیابی آن‌ها براساس آن چیزی است که به وضوح تعریف‌پذیر باشد، از لحاظ عملیاتی سنجیدنی و محاسبه‌پذیر و از منابع اطلاعاتی موجود قابل اندازه‌گیری و دارای روش‌های استاندارد جمع‌آوری داده‌ها و گزارش‌دهی باشد. همچنین، در برنامه‌های سلامت با هزینه معقول قابل سنجش باشد (مک‌کینلی^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

جدول ۲- برخی شاخص‌های وضعیت زنان در ایران در سال ۲۰۰۹ (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹).

میزان	نام شاخص
۵/۷۲	امید به زندگی زنان در بدو تولد (سال)، ۲۰۰۷
۲/۷۷	سطح سواد بزرگسالان زن (۱۵ سال به بالا، درصد)، ۱۹۹۷-۲۰۰۷
۷۳	نسبت خام ثبت‌نام ابتدایی زنان (درصد)، ۲۰۰۷
۵۳/۴	برآورد درآمد متوسط زنان (قدرت برابری خرید و دلار امریکا)، ۲۰۰۷
۱۳	مدیران و مدیران ارشد و قانون‌گذاران زن (درصد)، ۱۹۹۷-۲۰۰۷
۳۴	کارکنان فنی و حرفه‌ای زن (درصد)، ۱۹۹۷-۲۰۰۷
۳۲/۰	درآمد کسب شده (تخمینی)، نسبت زنان به مردان، ۲۰۰۷
۳	زنان در پست‌های وزارتی (درصد، جایگاه)، ۲۰۰۸
۳/۷۳	شیوع روش‌های پیشگیری از بارداری (درصد)
۹۸	پوشش مراقبت‌های حین بارداری (درصد)
۱۰۳	رتبه مقیاس مقتدرسازی جنسیتی، ۲۰۰۷ (در ۱۰۹ کشور دنیا)

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، تأمین داده‌های پژوهشی و آمار ارائه خدمات به تفکیک جنس، همراه با تحلیل جنسیتی و نتیجه‌گیری مناسب برای بهبود خدمات سلامت زنان، از وظایف دولت‌هاست. این داده‌ها در جهت تدارک شاخص‌های جدید و سنجش دقیق‌تر سلامت زنان در قالب پژوهش‌های پزشکی و اجتماعی استفاده می‌شود. همچنین، این سازمان

1- Mckinly

در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی براساس تحقیقات مبتنی بر شواهد تأکید می‌کند. سازمان جهانی بهداشت، برای ارتقای جایگاه سلامت زنان در حوزه تحقیقات، به بیان سیاست‌های خاصی پرداخته است که از میان آن‌ها نمونه‌های زیر را می‌توان نام برد:

۱- **سنجش سلامت زنان:** از آنجاکه سنجش وضعیت سلامت زنان، مشکلات ناشی از فقدان اطلاعات مورد نیاز سیاست‌گذاران را برطرف می‌کند، این سازمان در تحکیم و توسعه تحقیقات سلامت زنان تأکید کرده است. هم‌اکنون، براساس تحقیقات، شاخص‌های فرایندی جدید شناسایی شده‌اند که علاوه بر ثبت وقایع حیاتی و وضعیت سلامت، طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی مؤثر را نیز پوشش می‌دهند. لذا، مسئولان و سیاست‌گذاران می‌توانند در جهت پایش سلامت زنان و ارتقا و وضعیت آن‌ها از این شاخص‌ها استفاده کنند.

۲- **شمول زنان در پژوهش‌های زیست‌پزشکی:** مشارکت کمتر زنان در عرصه‌های پژوهشی پزشکی، چه در قالب پژوهشگر و چه به‌عنوان موضوع پژوهش، نگرانی‌هایی در خصوص انحراف و خطا در پژوهش‌های پزشکی به وجود آورده است. لذا، در اولویت قرار دادن پژوهش‌های زنان از راهکارهای موجود در ارتقای این پژوهش‌ها و همچنین، ارتقای سلامت زنان است.

۳- **گسترش مرزهای رشته‌های تخصصی در پژوهش‌های سلامت:** پژوهش‌های علوم اجتماعی نیز برای درک عوامل مؤثر بر سلامت زنان لازم است و دولت‌ها باید از پژوهش‌های چندتخصصی شامل پژوهش‌های اقتصادی اجتماعی و زیست‌پزشکی و زیست‌محیطی برای پیشبرد سیاست‌های جامع سلامت زنان استفاده کنند.

۴- **دریافت تصویر کامل از سلامت زنان:** سیاست‌ها و استراتژی‌های بهبود سلامت زنان باید براساس تحلیل دقیق طیف کامل فعالیت‌ها و نقش‌های زنان بوده و نگاه پژوهش‌های سلامت زنان برحسب شرایط، دوره‌های زندگی و نقش‌های مختلف آن‌ها تغییر یابد (احمدی، ۱۳۸۴).

گسترش فیلد تحقیقات سلامت زنان، نیازمند تقویت تحقیقات موجود است. این به معنی ادامه تأکید بر لزوم برنامه‌ریزی و انجام پژوهش براساس جنس و جنسیت و توسعه ابزارهای پژوهشی حمایتی است. پژوهش‌های آینده باید براساس دستاوردهای علمی موجود در انجام این مطالعات باشند؛ وگرنه بدون داشتن دیدگاه و شناخت کافی، درک چالش‌های اصلی سلامت زنان ممکن نیست. برای شناخت عمیق‌تر این چالش‌ها به تحقیق پیرامون عوامل فرهنگی اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت نیاز است (دومینو،^۱ ۲۰۱۱).

در ایران، سیاست‌های تحقیقاتی مسائل زنان از دیگر برنامه‌های ملی مدون و مصوب در سطح کشور است که توسط شورای فرهنگی اجتماعی زنان تدوین گردیده است (پایگاه اطلاعاتی دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۳۸۹) که شامل موارد زیر است:

- ۱- هدایت تحقیقات مسائل زنان براساس مبانی اعتقادی و فرهنگی نظام اسلامی و کاربردی کردن آن
- ۲- توسعه منابع و امکانات تحقیقات مسائل زنان، تربیت نیروی انسانی محقق و حمایت از گسترش مراکز تحقیقاتی و خدمات علمی و اطلاع‌رسانی ویژه موضوعات زنان
- ۳- هدایت بخشی از برنامه‌های تحقیقاتی کشور در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی و حوزوی در جهت حل مسائل زنان
- ۴- هماهنگی و نظارت و ارزیابی تحقیقات مسائل زنان در راستای تحقق برنامه‌های توسعه فرهنگی و اجتماعی کشور و رفع مشکلات زنان
- ۵- اهتمام برای ایجاد و گسترش منابع و مراکز اسناد علمی و کتابخانه‌های تخصصی و بانک‌های اطلاعاتی و تخصیص بخشی از منابع موجود به موضوعات زنان
- ۶- گسترش فرهنگ تحقیق و تتبع در زمینه مسائل زنان و تقویت نقش زنان محقق دانشگاهی

1- Steven E Domino

- ۷- اتخاذ تدابیر مقتضی به منظور مشارکت بیشتر بانوان در تحقیقات و مشارکت زنان محقق در برنامه‌های تحقیقاتی کشور
- ۸- بهره‌گیری از دستاوردها و نتایج تحقیقات برای بهبود وضعیت فرهنگی و اجتماعی زنان و حل معضلات آن‌ها

اطلاعات سلامت زنان: داده‌های معتبر و به‌روز در خصوص میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری در زنان و اوضاع و بیماری‌هایی که بر زنان تأثیر می‌گذارند، در بسیاری از کشورها در دسترس نیست. در خصوص عوامل اقتصادی و اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت دختران و زنان در سنین مختلف، تأمین خدمات سلامتی برای آنان، الگوهای استفاده آنان از خدمات و برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامتی آنان، اطلاعات کمی در دسترس است. درباره موضوعات با اهمیت سلامت زنان، به اندازه کافی تحقیق و بررسی نشده است و تهیه اطلاعات سلامت زنان، اغلب در اولویت قرار نگرفته و با کمبود منابع مالی مواجه است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸).

ارزیابی مستمر وضعیت سلامت زنان و شناسایی عوامل مؤثر بر بهبود آن و اتخاذ شیوه‌های تقویت و توسعه سلامت آنها، نیازمند طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعاتی در حوزه سلامت زنان است. بدین ترتیب، آگاهی زنان و خانواده‌ها از اهمیت نقش‌ها و مسئولیت‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع توسعه خواهد یافت. همچنین، آگاهی از نیازهای سلامت زنان در مراحل مختلف زندگی، اعم از کودکی، بلوغ، ازدواج، باروری، شیردهی، یائسگی و سالمندی که از راهبردهای اساسی برای تضمین سلامت زنان است، امکان دستیابی آنان را به مراقبت‌های همه‌جانبه و مورد نیاز با تکیه بر اطلاعات جمع شده در ابعاد مختلف میسر می‌سازد. در جمع‌آوری اطلاعات و سیاست‌گذاری‌ها برای تأمین و تداوم سلامت زنان و مردان جامعه، به جای تأکید تنها بر برابری جنسیتی، مطرح کردن حساسیت جنسیتی و توجه به تفاوت‌های دو جنس و نیازهای خاص آن‌ها نیز مهم تلقی

می شود. به طور کلی، مراکز ارائه خدمات سلامت زنان باید شامل بخش‌های: آموزش، اطلاع‌رسانی، تحقیقات و خدمات بالینی و اجتماعی باشند (احمدی، ۱۳۸۵؛ دومینو، ۲۰۰۷). یک تجربه موفق در دنیا، ایجاد گفتمان علمی به منظور سهیم شدن در اطلاعات درباره موضوعات کلیدی سلامت زنان و آموختن از تجارب دیگر محققان در تحقیقات بین‌رشته‌ای است که علاوه بر تکمیل اطلاعات، در شناسایی زمینه‌های مشترک موردعلاقه بین محققان نیز کمک می‌کند.

پژوهش‌های پزشکی، نواقص و سوگیری‌هایی را که در اثر فقدان اطلاعات کافی و عدم ارزیابی صحیح نیازهای سلامت زنان وجود دارند، نمایان می‌سازند. در حال حاضر، در کشورهای جهان و خصوصاً کشورهای در حال توسعه، اطلاعات خام قابل توجهی پیرامون وضعیت سلامت زنان وجود دارد که از طریق سازمان‌های دولتی و غیردولتی جمع شده است. این اطلاعات، به منظور تعیین اولویت‌های بهداشتی و فراهم‌سازی آگاهی‌های لازم پیرامون مراقبت‌های فردی و خدمات بهداشتی آنان استفاده می‌شود (پین، ۲۰۱۱).

نیازها و خدمات سلامت زنان: زنان، مهم‌ترین مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند، لیکن به نیازهای آنان در طول دوره زندگی و محدودیت‌هایشان در محافظت از سلامتی یا در دستیابی به خدمات سلامتی توجه کافی نمی‌شود. نگرانی‌های زنان در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، شامل دسترسی و پاسخ‌گویی به نیازهای همه‌جانبه سلامت آنان، احترام، اعتماد و محرمانه بودن اطلاعات است که در اغلب مراکز، خصوصاً میان گروه‌های سنی و اجتماعی رعایت می‌شود (کارلسون، ۲۰۰۰^۲؛ کاواچی، ۱۹۹۹^۳).

شناخت و پژوهش درباره نیازهای سلامت زنان از اولویت‌هاست. اطلاعات و داده‌های تحقیقاتی موجود، از نظر متغیرهای سنی، جغرافیایی (شهری و روستایی)، درآمد و طبقه اجتماعی، فرهنگ و مذهب، و در نهایت گروه‌های قومی و نژادی در بیان وضعیت اختصاصی زنان ناموفق بوده‌اند و شناسایی تفاوت‌های موجود میان زنان در گروه‌های

1- Pinn VW

2- Carlson

3- Kawachi

مختلف با چالش‌هایی روبه‌رو بوده است (رجایی‌پور، ۱۳۸۶).

مداخلات سلامتی بیشتری باید در خصوص شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت و زندگی زنان انجام شود. همچنین، برای مواجهه با تغییر نیازهای سلامت زنان در طول زمان و دوره‌های مختلف زندگی آنان، به اجرای مداخلات جامع‌تری نیاز است که دربرگیرنده تحقیقات ابداعی و چندتخصصی است. درک وسیع‌تر نیازهای سلامت زنان و درنهایت، آگاهی از محدودیت‌ها و فرصت‌ها، با پاسخ به این نیازها مرتبط است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹).

سیاست‌های سلامت باید در جهت پاسخ به نیازهای سلامت زنان از جمله دسترسی به خدمات و پوشش بیمه‌ای و نیازهای آموزشی باشد. فرصت مشارکت در فرایند تدوین و توسعه سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها باید به صورت برابر برای زنان هم فراهم شود. برگزاری گردهمایی‌ها در جهت ارائه توصیه‌های سیاستی مرتبط با مسائل خاص زنان و ارتقای سلامت آنان در همه سطوح از جمله در سطح ملی حائز اهمیت بوده و در بسیاری از کشورها به مرحله ظهور رسیده است. موردهدف قرار دادن گروه‌های در معرض خطر و همچنین، تشویق بخش سلامت برای پاسخ‌گویی بهتر به نیازهای سلامتی زنان در همه ابعاد، از اهداف سیاست‌های سلامت زنان است که از سوی سازمان جهانی بهداشت تأکید شده است (گلدین،^۱ ۲۰۰۶؛ پائولیسو،^۲ ۱۹۹۵).

اصلاح قوانین در جهت کاهش خطرات بهداشتی کار زنان و ارتقای سطح سلامت آنان و خانواده در جامعه، از نیازهای دیگر زنان است. از جمله اقدامات قانونی دیگر در حمایت از این قشر عبارت است از: ۱- حمایت از زنان سرپرست خانوار، به ویژه در روستاها و مناطق محروم در شهرها و ایجاد فرصت‌های شغلی مناسب برای آن‌ها؛ ۲- سرمایه‌گذاری دولت در بخش ورزش برای زنان برای افزایش سطح سلامت جسم و روان آنان؛ ۳- فراهم کردن زمینه‌های فرهنگی مناسب و بازنگری در سنت‌های اشتباه فرهنگی اجتماعی که مانع از پیشرفت زنان در عرصه‌های مختلف.

1- Goldin

2- Paolisso

تمرکز بر تفاوت‌های بیولوژیکی بین زن و مرد و نیازهای سلامت آن‌ها، این گرایش را ایجاد می‌کند که تمامی این تفاوت‌ها را با تفاوت‌ها و مسائل بیولوژیکی مرتبط بدانند. پیامد این امر آن است که برنامه‌های سلامت زنان، به خدمات سلامت مادر و کودک خلاصه منتهی شود و آن را پاسخی کافی به تفاوت‌های بین دو جنس بشناسند و نیاز به بررسی و شناخت مباحث جنسیتی در مشکلات سلامت زنان از جمله در ارائه خدمات، ناشناخته و مبهم باقی بمانند. دومین چالش با وجود تجارب مشکلات زنان در بخش‌هایی نظیر آموزش و اشتغال و مشارکت سیاسی است که با داده‌های موجود کاملاً مستند و ثابت شده است، ولی در مورد سلامت بسیار پیچیده و سخت‌تر است. در اغلب کشورهای جهان، زنان بیش از مردان عمر می‌کنند و به دلیل مشکلات متعدد مرتبط با سلامتی، میزان مرگ مردان بیش از زنان است و بسیاری از سیاست‌گذاران و مدیران برنامه‌ها درباره نابرابری‌های جنسیتی در سلامت و توجه مورد نیاز به سلامت زنان توجیه نیستند. ابعاد دیگر نابرابری جنسیتی در سلامت از جمله ابتلا به بیماری‌ها و دسترسی به مراقبت‌های سلامت و پیامدهای اقتصادی اجتماعی ناشی از بیماری‌ها به ندرت مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد (راویندران و خامبت،^۱ ۲۰۰۷؛ سوندربرگ،^۲ ۲۰۰۷).

مدل پزشکی ادغام یافته^۳ که حیطه‌ای نوپدید و مرتبط با ارائه کنندگان مراقبت‌های سنتی و طب مکمل در سوئد است، تلاشی برای ترکیب درمان‌های پزشکی سنتی با درمان‌های مکمل مبتنی بر شواهد تعریف می‌شود. به این نکته نیز اشاره شده است که مفهوم پزشکی ادغام یافته، تنها به معنی افزودن درمان‌های تکمیلی به مراقبت‌های سنتی نیست، مدل‌های پزشکی ادغام یافته باید بر سلامتی و درمان بیماری و از بین بردن علائم بیماری تأکید کنند و همه مداخلات زیست‌پزشکی، اجتماعی، معنوی و روانی را در بر

1- Ravindran and Khambete

2- Sundberg

3- Integrative Medicine (IM)

گیرند. این مدل، با تأکید بر بیمارمحوری، درمان‌های پزشکی سنتی و مکمل و چندتخصصی و مدیریت بیمار، مورد توجه مراکز زیادی قرار گرفته است (جیاردینا،^۱ ۲۰۱۱؛ کاتز^۲ و همکاران، ۱۹۸۷).

مراکز ملی برتر ارائه خدمات سلامت نیز با عنوان قطب‌های سلامت زنان، به‌عنوان مدل جدیدی از مراقبت‌های زنان، در سال ۱۹۹۶، توسط وزارت بهداشت و مرکز خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا برای برنامه‌های سلامت زنان مستقر در دانشگاه‌ها آغاز به کار کردند. این مراکز با هدف ارتقا و تکامل مراقبت‌های سلامتی و آموزش در داخل و خارج ساختار دانشگاه طراحی شدند. این مدل، در اشکال مختلفی شکل گرفته و خصوصیات اصلی هر مرکز ملی برتر منتخب، شامل مراقبت‌های جامع و مناسب و چندتخصصی است. این مدل، شامل ۵ جزء است: تحقیقات، مراقبت‌های بالینی، تحصیلات حرفه‌ای، رهبری و توسعه جامعه. موفقیت دائمی این برنامه کلینیکی جامع، به حمایت همه‌جانبه رهبران این مراکز بهداشتی بستگی دارد که اهمیت برنامه‌های چندتخصصی مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به زنان و اهمیت آموزش ارائه‌کنندگان آتی مراقبت‌های بهداشتی زنان را به‌خوبی درک کنند (بریتل،^۳ ۲۰۰۷).

مشارکت زنان در تصمیم‌گیری: امروزه، مقتدرسازی زنان و مشارکت کامل آنان بر پایه عدالت در همه زمینه‌ها از جمله در فرایند تصمیم‌گیری و مدیریت جامعه، یکی از پیش نیازهای توسعه پایدار است. در جوامعی که هنوز تعادل مطلوب و قابل قبول و مشارکت عادلانه زن و مرد در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی فراهم نشده و فرصت منصفانه بروز خلاقیت و استعداد انسانی آن‌ها برقرار نگردیده، فرایند توسعه، آن‌گونه که انتظار داشته‌اند، موفق نبوده است. تداوم و شتاب توسعه هنگامی رخ خواهد داد که زن و مرد، دوشادوش یکدیگر در مسئولیت‌پذیری و پیشرفت و توسعه جامعه مشارکت کنند.

1- Giardina

2- Katz

3- Brittle

در ایران، علی‌رغم آنکه قانون اساسی کشور راه را برای تصدی اکثر مناصب تصمیم‌گیری برای زنان باز گذاشته، تنها ۸/۲ درصد مشاغل مدیریتی در کشور به زنان اختصاص یافته است (رجایی‌پور و همکاران، ۱۳۸۶). از سوی دیگر، کسب مشاغل مدیریتی توسط زنان، علاوه بر آنکه زنان را در دسترسی به معیارهای استخدامی و دستمزدهای عادلانه، بهره‌مندی از فرصت‌های آموزشی حرفه‌ای و تخصصی، دسترسی برابر به منابع تولیدی و امکانات در ارتقای شغلی توانمندتر می‌کند، سبب بالا رفتن اعتماد به نفس و ارتقای هویت و رشد اجتماعی آنان نیز می‌گردد که کل جامعه از آن منتفع خواهد شد (رجایی‌پور و همکاران، ۱۳۸۶).

طی سه دهه گذشته، پیشرفت‌های آموزشی و تحصیلی زنان در حیطه‌های مختلف، به ویژه علوم پزشکی موجب افزایش حضور فنی تخصصی زنان در بازار کار بالاخص در سیستم بهداشت و درمان شده است. این امر، موجب تغییرات جدی در زندگی اجتماعی و خانوادگی زنان شده و افزایش ظرفیت توانمندی آنان و امکان حضور پررنگ‌تر در عرصه‌های مدیریتی و مشارکت در تصمیم‌گیری را فراهم کرده است. زنان در سیستم سلامت، نقش‌های متعددی را به‌عنوان مصرف‌کننده یا ارائه‌کننده خدمات ایفا می‌کنند، لذا حضور آنان در تصمیم‌گیری‌های سطوح مختلف سیستم سلامت، لازمه کارکرد بهینه این سیستم است که بر افزایش اثربخشی و عملکرد آن و پاسخ به نیازهای این قشر و خانواده‌ها نیز مؤثر است.

به نظر می‌رسد که با افزایش حضور زنان در رده‌های تخصصی و حرفه‌ای نظام رسمی سلامت، باید شاهد حضور بیشتر آنان در رده‌ها و موقعیت‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری شامل سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه در سطح ملی باشیم. این حضور شامل موقعیت‌ها و منصب‌های کلیدی سازمانی است، مانند: وزارت بهداشت، معاونت و مدیران کل بخش‌های مختلف اجرایی، منصب‌هایی نظیر مدیریت مراکز بهداشتی، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و رؤسای بخش‌های درمانی. در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نیز شاهد هستیم، مانند کشورهای مختلف جهان، هنوز اصطلاح رایج سقف شیشه‌ای برای دسترسی زنان به موقعیت‌های برابر و عادلانه در تصدی منصب‌های مدیریتی مشاهده می‌شود و حضور آن‌ها در رأس دانشگاه‌ها و معاونت‌ها و ریاست دانشکده‌ها با آنچه گفته می‌شود، فاصله داشته و تفاوت دیده می‌شود. به‌طورکلی، این مسأله نگران‌کننده است که زنان متخصص و توانمند ما در علوم پزشکی، به ویژه در امر سلامت کشور، جایگاه مناسب و متناسب با شرایط در بدنه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ندارند (احمدی، ۱۳۸۶). از سوی دیگر، تأکید فزاینده بر دسترسی همگانی به مراقبت‌های اولیه سلامت و حقوق و مسئولیت جامعه در مشارکت فردی و جمعی مدیریت مراقبت‌های سلامت خود اهمیت حیاتی نقش و موقعیت زنان را در ارائه مراقبت‌ها و در چارچوب اهداف سیستم سلامت مشخص می‌کند. علاوه بر این، در بسیاری از کشورهای جهان، نیازهای مراقبتی خاص عملکرد باروری زنان، نشان دهنده ضرورت حضور بیشتر کارکنان حرفه‌ای و متخصص زن در ارائه مراقبت توسط جنس همگن برای زنانی است که مایل نیستند توسط مردان درمان شوند. اغلب اوقات زنان، تنها به‌عنوان قشر نیازمند مراقبت‌ها و منشأ بسیاری از مشکلات بهداشتی در نظر گرفته می‌شوند و از نگاه به آن‌ها از دیدگاه منبع و منشأ حل بسیاری از مشکلات سلامت قشر زنان و خانواده و جامعه غفلت شده است. استراتژی‌ها و برنامه‌هایی که با این نگاه به زنان تدوین می‌گردد، ضامن موقعیت پیشبرد اهداف سلامت جامعه است. گاهی اوقات این ابهام به وجود می‌آید که شاید با توجه به نقش کلیدی زنان در مراقبت‌های اولیه سلامت و اهمیت ندادن به این سطح خدمات و امر پیشگیری، به ویژه از سوی مردان، به کم بودن مشارکت زنان در مدیریت سیستم سلامت منجر می‌شود. در پاسخ به این نکته باید تأکید کرد، ضمن آنکه حضور بیشتر زنان در عرصه‌های تخصصی فراهم شده است، باید راه‌هایی یافت که موجب افزایش موقعیت و پرستیژ مراقبت‌های اولیه سلامت شود.

بحث

با وجود برگزاری پیوسته کنفرانس‌ها و تحولات به وجود آمده در خط‌مشی‌ها و سیاست‌های اتخاذشده برای جامعه زنان در سطح بین‌الملل، هنوز کاستی‌های زیادی نسبت به این قشر آسیب دیده و آسیب‌پذیر، به خصوص در کشورهای فقیر نسبت به کشورهای توسعه یافته یا در بین مناطق مختلف جغرافیایی یا طبقات مختلف اجتماعی در کشورها دیده می‌شود.

در ایران، مدیریت کلان مسائل زنان، ضعف‌ها و قوت‌های همراه با فرصت‌ها و تهدیدات خاص خود را دارد. با توجه به دیدگاه مثبت و تأکید مسئولان و وجود ساختارهای مربوط به امور زنان، به ویژه در بخش سیستم بهداشت و درمان و همچنین، سیاست‌ها و برنامه‌ها و راهبردهای بلندمدت در زمینه سلامت زنان که رسمی و دارای پشتوانه قانونی است، شاید بتوان گفت که پیش‌زمینه‌های اصلی برای اجرای برنامه‌های پیشرفت وضعیت و رفع موانع ارتقای سلامت زنان تا حد قابل قبولی فراهم شده و نیازمند آن است که تشکیلات زنان، با استفاده از ابزارهای قانونی و جدیت هرچه بیشتر، زمینه عملیاتی کردن این مصوبات را پیگیری کرده و سازمان‌های مسئول با اختصاص منابع مورد نیاز و نظارت بر اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌ها به اهداف موردنظر نزدیک شوند. گفتنی است که با وجود پیشرفت چشمگیر زنان در حوزه‌های علمی و اجتماعی، به خصوص در حوزه پزشکی و سلامت، به دلیل حضور کمتر زنان در مدیریت‌ها و تصمیم‌گیری‌های مربوطه و تجربه کمتر در زمینه‌های اجرایی بسیاری از سیاست‌ها و برنامه‌های موجود، پیشرفت و توسعه زنان محقق نشده و از فرصت‌های موجود، بهره‌برداری لازم نشده است. به نظر می‌رسد مسئولان بخش سلامت باید با به‌کارگیری زنان و استفاده از نظرات و مشارکت آنان در مدیریت و برنامه‌ریزی و اجرا، زمینه عملی هرچه بیشتر برای استفاده از ظرفیت‌های موجود زنان را فراهم کرده و عملاً کارکرد جایگاه تشکیلاتی و مشورتی آنان را در دستگاه‌ها و دانشگاه‌ها به بهروری لازم ارتقا دهند.

شناخت وضعیت سلامت زنان در هر جامعه، نیازمند به‌کارگیری شاخص‌های متناسب آن جامعه است که مشکلات و نیازهای اولویت‌دار سلامت زنان در زمان حال و آینده آن جامعه را مشخص نماید. ارزیابی کفایت شاخص‌های موجود و رایج سلامت زنان در ایران، در ترسیم وضعیت سلامت آنان نیازمند توسعه و تکمیل شاخص‌هاست؛ به نحوی که به ایجاد دیدگاه وسیع‌تر سلامت شامل عوامل مؤثر و توجه به ابعاد جنسیتی و برخورداری از توان نمایش تأثیر این عوامل و برنامه‌ها به تفکیک سطح سلامت و مراحل مختلف زندگی زنان کمک کند. استفاده از شاخص‌های مناسب در سنجش وضعیت سلامت زنان جامعه، موجب پیشگیری از سردرگمی اطلاعات و اتلاف منابع شده و ارائه تصویر واقعی‌تر و تصمیم‌گیری مؤثر و کارآمد براساس شواهد را میسر خواهد ساخت. بدین ترتیب، امکان پایش وضع سلامت زنان و امکان توسعه خدمات مورد نیاز و عملکرد کارآمدتر سیستم در پاسخ‌گویی به انتظارات این قشر فراهم می‌شود.

همچنین پژوهش، به‌عنوان ابزاری برای تأمین اطلاعات مبتنی بر جامعه برای هرگونه تصمیم‌گیری در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و رفع موانع و تنگناهای سلامت زنان و بهبود وضعیت آنان در کشور، از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار است. تعامل مفید بین ساختارهای رسمی علمی پژوهشی و برنامه‌ریزی و اجرایی مؤثر بر سلامت زنان با هدف آگاهی از برنامه‌ها و شناخت نیازهای اطلاعاتی و خلأهای پژوهشی و اولویت‌دار و تلاش در گسترش و تقویت پژوهش‌ها، موجب ارتقای مدیریت و تصمیم‌گیری‌ها درباره سلامت زنان در سطح ملی خواهد شد. محدودیت منابع تحقیقاتی و ناپایداری آن‌ها نیازمند توجه و تلاش بیشتر مسئولان در اولویت‌بندی و تعیین نیازهای تحقیقاتی در کشور، به‌خصوص در این زمینه است. اولویت‌بندی و توسعه تحقیقات به استمرار این پیشرفت، اجتناب از تحقیقات تکراری، جبران کمبودها و بهبود سلامت زنان کمک می‌کند. در این راستا، اولویت‌بندی و تعیین نیازهای تحقیقاتی سلامت زنان گامی اساسی به‌شمار می‌آید.

از سوی دیگر، ترتیب اجرایی اولویت‌های تحقیقاتی سلامت زنان، عوامل مؤثر بر سلامت زنان، ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط، براساس منابع اطلاعاتی سلامت

زنان انجام می‌شود. لذا، بر مبنای اطلاعاتی که از صاحب‌نظران و متخصصان و مسئولان سلامت به دست می‌آید، می‌توان به توصیه‌هایی برای تعیین شکاف‌های موجود در تحقیقات پرداخت. همچنین، ایجاد سیستم اطلاع‌رسانی فعال در سلامت زنان با همکاری مراکز علمی و متخصصان ذی‌ربط به منظور تهیه و نشر و اطلاع‌رسانی دستاوردهای تحقیقاتی و ایجاد منابع اطلاعاتی سلامت زنان، از راهکارهای فعلی در ارتقای وضع موجود است. تهیه اطلاعات به تفکیک جنسیتی برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری، با استفاده از علم فناوری اطلاعات در پیشبرد اهداف سلامت زنان، دسترسی به اطلاعات به‌روز و ایجاد و تقویت بانک اطلاعاتی سلامت زنان، به ویژه در بخش سلامت، بسیار ثمربخش است.

سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی توسعه خدمات سلامت زنان در ایران، باید براساس شناخت نیازها و برنامه‌ریزی برای پاسخ‌گویی به آن‌ها و ایجاد بسته‌های خدماتی مورد نیاز و مبتنی بر مطالعه دقیق از وضعیت و برنامه‌های موجود در سیستم ارائه خدمات بهداشت و درمان ایران انجام شود و پیش‌بینی‌های لازم مطابق با استانداردها و روش‌های موجود در سطح بین‌المللی و استفاده از تجارب سیستم‌های موفق جهان به عمل آید. تمرکز بر تمامی ابعاد سلامت زنان و نه تنها باروری، برنامه‌ریزی مداخله‌ای و خدمات جامع و ادغام یافته سلامت براساس نیازهای سلامت زنان و توجه به آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد برای پاسخ به نیازهای خاص سلامت زنان و مدیریت سلامت پیامدهای شرایط مزمن آنان از راهبردهای اساسی در این راستا است.

شواهد حاکی از آن است که در کشور ما نیز مانند سایر کشورها، بهبود موقعیت زنان نسبت به مردان در سیستم مراقبت‌های سلامت ضرورت دارد و می‌توان امید داشت توسعه سیستم سلامت به نحوی صورت پذیرد که در مدیریت و کنترل منافع و پیامدهای سیستم، مسئله جنسیت مطرح نباشد و زن و مرد به میزان توانمندی و مشارکت خود در تصمیم‌گیری و عملکرد سیستم و اثربخشی مدیریت آن تأثیرگذار و سهمیم باشند.

نتایج

با گذشت بیش از یک دهه از قرن بیست‌ویکم و هزاره سوم میلادی و با نگاه به چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، فرصت مناسبی برای توجه به وضعیت کلی زنان و سلامت و مراقبت‌های مورد نیاز آنان در دو دهه آینده است. بهبود چشمگیری در وضعیت سلامت و بهداشت زنان، طی سه دهه گذشته حاصل شده است، ولی تنها طی سال‌های اخیر موضوعات سلامت زنان و تأثیر عوامل اجتماعی اقتصادی بر آن مورد توجه محققان و دانشگاه‌ها و تاحدی مجامع سیاست‌گذار و برنامه‌ریز قرار گرفته است.

موارد متعددی از مسائل و مشکلات سلامت زنان ایران در سیاست‌های سلامت زنان مصوب سال ۱۳۸۶، لحاظ شده است. شاید بتوان گفت یکی از موارد مهم، ایجاد سیستم اطلاعات جامع سلامت زنان و برقراری سیستم پایش و مراقبت از سلامت آنان است. ارتقای وضعیت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه سلامت زنان، نیازمند ایجاد سیستم مدیریتی همه‌جانبه در این زمینه است. ساختار مدیریتی و زمینه‌های اجرایی و تحقیقاتی موجود در این حوزه، نیازمند تقویت منابع و قدرت اجرایی و ایجاد انگیزه و علاقه‌مند کردن محققان به موضوعات سلامت زنان است.

این مقاله، با توجه به تمامی ابعاد و زوایای مسائل سلامت زنان، موارد ذیل را به‌عنوان اهداف راهبردی توسعه سلامت زنان پیشنهاد می‌کند:

ایجاد بانک اطلاعات و سامانه پایش و مراقبت از سلامت زنان که با به‌کارگیری نشانگرها و شاخص‌های مناسب، وضع سلامت زنان را به‌صورت مستمر و دوره‌ای می‌سنجد و روند تغییرات و علل آن را طی زمان مشخص می‌کند. این کار، گام مهمی در ارزیابی عملکرد منابع و اجرای برنامه‌های وزارت بهداشت در این خصوص است. برای تسریع این امر، به تخصیص بودجه و پشتیبانی‌های ویژه نیاز است.

ایجاد شبکه تحقیقات سلامت زنان در سطح منطقه‌ای و ملی به منظور هدایت تحقیقات و مشخص کردن اولویت‌ها و نیازهای سلامت زنان، موجب ایجاد ارتباط و همکاری بین

محققان در رشته‌های مرتبط و توسعه کمی و کیفی تحقیقات و بهره‌مندی از نتایج پژوهش‌ها می‌شود. این شبکه، از طریق ارتباط و تعامل پویا بین واحدهای تحقیقاتی علوم پزشکی، توزیع و بهره‌برداری بهینه از منابع انسانی و مالی را فراهم خواهد کرد.

ایجاد مرکز تحقیقات سلامت زنان، در راستای هدف اصلی بهبود سلامت آنان به وسیله ایجاد دانش، اطلاعات و پیشنهاد سیاست‌ها و راهکارهای مناسب و مبتنی بر شواهد علمی، در ساختن سیستم سلامت با پاسخ‌گویی بیشتر به نیازهای آنان بسیار مؤثر است. این مرکز، پژوهش‌هایی را با مشارکت پژوهشگران دانشگاهی، ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، گروه‌ها و سازمان‌های مردمی انجام می‌دهد و ابعاد سیستم سلامت را مانند تأثیر رفورم‌های انجام شده بر زنان و سلامت آنان، الگوهای موفق خدمات سلامت زنان، تجارب زنان از سیستم سلامت و نیازهای سلامتی در گروه‌های خاص زنان را بررسی می‌کند.

گسترش فرهنگ مسئولیت‌پذیری و حضور زنان عالم و متخصص در منصب‌های مدیریتی سطوح مختلف سیستم سلامت و افزایش مشارکت زنان در مراجع تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری سلامت کشور، به‌عنوان هدف اصلی در توسعه سیستم سلامت کشور مورد توجه قرار گیرد و روند آن پایش و تقویت شود.

سیاست‌گذاری ارتقای سلامت زنان و مدیریت و اجرایی‌سازی سیاست‌ها و استراتژی‌های مرتبط، با توجه به فرهنگ ایرانی‌اسلامی، نیازمند تربیت متخصص و پژوهشگر در این حوزه است که با دانش و درک عمیق از موضوع‌ها و مسائل و مشکلات سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی زنان، ضمن فعالیت‌های آموزشی و تحقیقاتی بتواند در حوزه مدیریت و برنامه‌ریزی پژوهش‌ها و مراقبت‌ها و خدمات مورد نیاز جامعه زنان فعالیت کند؛ لذا آموزش مباحث سلامت زنان، به‌عنوان گرایشی در سطح کارشناسی ارشد یا واحد درسی در رشته‌های مرتبط یا بخشی از دروس مرتبط در رشته‌های علوم پزشکی و بهداشت پیشنهاد می‌شود.

- احمدی، ب. و طبیبی، ج. و محمودی، م. (۱۳۸۵)، الگوی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان ایران، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۵ (۲۱): ۹.
- احمدی، ب. و فرزندی، ف. و شریعتی، ب. (۱۳۸۴)، بررسی نیازهای تحقیقاتی سلامت زنان در ایران، *گزارش طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران*.
- احمدی، ب. و فرزندی، ف. و شریعتی، ب. و علی محمدیان، م. و محمودی، م. (۱۳۸۶)، *سیمای سلامت زنان (۱) کلیات*، روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- احمدی، ب. (۱۳۸۲)، بررسی تطبیقی شاخص‌های سلامت زنان در جهان و تدوین شاخص‌های مناسب ایران، پژوهش در پزشکی، *مجله دانشکده پزشکی*، سال ۲۷ (۴).
- اصول و مبانی سیاست‌های تحقیقاتی مسائل زنان، برگرفته از سایت دبیرخانه شورای عالی فرهنگی (<http://www.iranculture.org>)، سال ۱۳۸۹.
- رجایی‌پور، س. و پیرعلی، ز. و سلیمی، قربانعلی. (۱۳۸۶)، رابطه میزان مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی با سطح روحیه اعضای هیئت علمی، *مدیریت اطلاعات سلامت*، سال ۱ (۱): ۹۹ تا ۱۰۵.
- سفیری، خدیجه. (۱۳۷۷)، *جامعه‌شناسی اشتغال زنان*، تهران، تیبان: ۹۱.
- عمادزاده، م. (۱۳۸۲)، اهمیت سرمایه‌گذاری در آموزش زنان، *فصلنامه پژوهش زنان*، سال ۸۲ (۷): ۱۲۵ تا ۱۲۹.
- Goldman M, C Hatch M. (2000), **Woman and Health**, Academic press.
- Brittle Christine and et al. (2007), Literature Review on Effective, Sex- and Gender-Based Systems, **Models of Care**, January 30.
- Carlson KJ. (2000), Multidisciplinary Women's Health Care and Quality of Care, **Women's Health Issues**, Volume 10, Issue 5: 219-225.
- McKinley E.D, Thompson J, Briefer-French J, Wilcox L and Weisman C, Andrews W. (2000), Performance indicators in women's health: incorporating women's health in the health plan employer data and information set (HEDIS), **Women's Health Issues** Vol.12, and NO. 1 January/February.
- Domino SE, Smith YS, Johnson TRB. (2007), Opportunities and challenges of interdisciplinary research career development: Implementation of a women's health research training program. **J Womens Health**; 16:256-261.

- Elsa-Grace V. Giardina, Robert R. Sciacca, JoAnne M. Foody, Gail D'Onofrio, Amparo C. Villablanca, Shantelle Leatherwood, Anne L. Taylor, Suzanne G. Haynes, and The DHHS Office on Women's Health Initiative to Improve Women's Heart Health: Focus on Knowledge and Awareness Among Women with Cardiometabolic Risk Factors, **Journal of Women's Health**. Jun 2011, Vol. 20, No. 6: 893-900.
- United Nations Organization. (2009) Human Development Report 2009 Overcoming Barriers: Human Mobility and Development, **the United Nations Development Programme**.
- Goldin C. (2006), The Quiet Revolution that Transformed Women's Employment, Education and Family, Richard T., Ely Lecture.
- Paolisso M., Leslie J., Meeting the Changing Health Needs of Women in Developing Countries, **Social Science & Medicine** Volume 40, Issue 1, January 1995, Pages 55-65.
- Kawachi I, Kennedy BP, Gupta V, Prothrow-Stith D., Women's status and the health of women and men: a view from the States, 2005 **Social Science and Medicine**. 1999 Jan; 48(1):21-32.
- Pinn VW, Blehar MC. Interdisciplinary women's health research and career development. In: Rayburn WF, Schulkin J, eds. changing landscape of academic women's health care in the United States. International Library of Ethics, **Law and the New Medicine** 48. New York: Springer, 2011:53.
- Pizurki H., Mejía-a A., Butter I., Ewart L., Tã-tulo. (1987), **Women as providers of health care**. Geneva; World Health Organization, Page163.
- Ravindran TK Sundari, Kelkar-Khambete Aarti. (2007), **Women's Health Policies and gender-mainstreaming in health policies**, programmes and within health sector institutions, Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Sundberg T, Halpin J, Warenmark A. and Falkenberg T. (2007), Towards a Model for Integrative Medicine in Swedish Primary Care, **BMC Health Services Research**, 7:107 doi:10.1186/1472-6963-7-107. accessed <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/107>.
- Domino Steven E., Joann Bodurtha. (2011), BIRCWH Program Leadership, Interdisciplinary Research Career Development: Building Interdisciplinary Research Careers in Women's Health Program Best Practices, **Journal of women's health**, Volume 20 (11).
- Katz M., Gavin M., and Hessner, The women health care program at Columbia University. 1987 Am **J Public Health** 77 (10):1352-53.
- United Nation organization. (septembar 1995) Women Platform for Action and the Beijing Declaration, **Fourth World Conference on Women, United Nation, China**.

- World Health Organization. (August 1994), Women's Health toward a Better World, Report of the first meeting of the global commission on women's health, world health organization geneva switzerland, p14.
- World Health Organization. (2009), women and Health: Today's evidence tomorrow's agenda. **World Health Organization Geneva.**
- World Health Organization. (1992), Women, Health and Development Progress Report by the director-general, **World Health Organization, Geneva.**
- World Health Organization. (28 September-2 October 1998), Women and Health Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector, **World Health Organization**, United Nations Population Fund (UNFPA), Report of the Expert Group Meeting, Tunis (Tunisia), No. 99.IV.4.