

هشدار رهبر فرزانه در مورد ضربه بزرگ سالمندی عمومی
خشونت بر علیه زنان در جهان غرب
ضرورت گفتمان سازی در حوزه زن و خانواده

در این شماره می خوانید:





درباره شماره می خوانید:
هشدار زود هنگام در مورد هزینه بزرگ سلامتی عمومی
مشکلات بر عصبانیت و زود هنگامی
مصرف کتاتین برای در حوزه ن و خانواده

سال پنجم - شماره ۴۶
اردیبهشت ۱۳۹۳

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه
مهارلویی

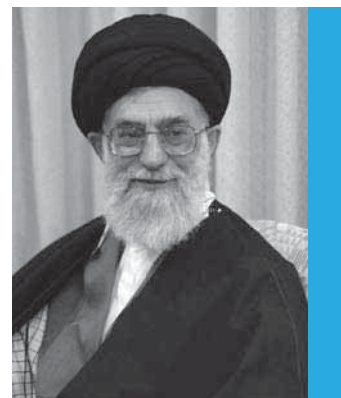
همکاران این شماره:
دکتر نجمه مهارلویی، دکتر بهنام هنرور، سید مهدی احمدی

رئیس شورای سردبیری:
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی
محمدرضا دانش
برای دریافت مجله کلید سلامت به صورت الکترونیکی
به آدرس زیر مراجعه فرمایید.
<http://hkj.sums.ac.ir>



صفحه	عنوان
۴	هشدار رهبر فرزانه در مورد ضربه بزرگ سالمندی عمومی
۵	نگاه اجمالی به بیانات رهبر معظم انقلاب اسلامی در دیدار جمعی از بانوان برگزیده کشور
۷	سرمقاله به قلم مدیر مسئول و سردبیر
۹	مطالبی از خشونت بر علیه زنان در جهان غرب
۱۰	ضرورت گفتمان سازی در حوزه زن و خانواده
۱۲	خطرات تهدید کننده سلامت زنان ایرانی
۱۳	روند مرگ مادر در استان فارس
۱۵	مقالات سومین سمینار بین المللی سلامت زنان
۲۱	اخبار پزشکی
۲۲	مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت از بدو تاسیس تا اردیبهشت ۱۳۹۳



هشدار رهبر فرزانه در مورد ضربه بزرگ سالمندی عمومی

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای رهبر معظم انقلاب اسلامی در دیدار تعدادی از مسئولین جمعیت مامایی ایران همزمان با روز جهانی ماما، نقش این قشر در تأمین سلامت جامعه و همچنین در بقای نسل بشر را بسیار مهم و ارزشمند دانستند و با تأکید بر اهمیت فرهنگ سازی در اقبال عمومی به استفاده از خدمات مامایی بمنظور اجرایی شدن سیاست اساسی افزایش جمعیت کشور، خاطرنشان کردند: مسئله تکثیر نسل و جلوگیری از کاهش جمعیت جوان کشور، یک مسئله حیاتی است و باید بطور جدی دنبال شود.

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای با قدردانی از خدمات و زحمات دلسوزانه جمعیت مامایی کشور که با صبر، دانش و تجربه، وظیفه‌شناسی و احساس مسئولیت حرفه‌ای، مهمترین نقش را در حفظ سلامت مادر و کودک ایفا می‌کنند، افزودند بر همین اساس، تمام مردان و زنان مرهون منت ماماها هستند و این قشر نیز همواره از احترام و تکریم ویژه‌ای در میان مردم برخوردار بوده است.



ایشان، فرهنگ سازی را مسئله مهم و اصلی در ترغیب جامعه‌ی زنان به استفاده از خدمات مامایی و زایمان طبیعی برشمردند و گفتند: متخصصین باید زاینه‌های ناشی از وضع حمل‌های غیر طبیعی و همچنین فواید و آثار مثبت زایمان طبیعی در حفظ سلامت مادر و کودک را مکرراً در مجامع عمومی و رسانه‌ها تبیین کنند.

رهبر انقلاب با اشاره به اهمیت فراوان تولید و افزایش نسل و نقش برجسته‌ی زایمان طبیعی و خدمات مامایی در این فرآیند، خاطرنشان کردند: کثرت جمعیت جوان یکی از امتیازات کشور است و در صورت استمرار سیاستها و اقدامات نادرستی که منجر به تحدید نسل و کاهش شدید جمعیت جوان کشور در طول سالهای آینده خواهد شد، دچار ضربه بسیار بزرگی بنام «سالمندی عمومی» خواهیم شد.

ایشان افزودند: کشور بدون جمعیت جوان، یعنی کشور بدون ابتکار و پیشرفت و هیجان و شور و شوق، بنابراین، برنامه حیاتی تکثیر نسل باید بطور جدی دنبال و پیگیری شود.

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای همچنین با تأکید بر ضرورت حل مشکلات جمعیت مامایی کشور، گفتند: مسئولان دستگاههای دولتی باید در صدد جبران کمبودها و نقائص در این بخش باشند.

در ابتدای این دیدار خانم دکتر معصومه آباد رئیس جمعیت مامایی ایران، از وجود ۵۰ هزار دانش آموخته مامایی در کشور خبر داد و با اشاره به نقش مامایی در مقوله توسعه جمعیت افزود: امروز حدود ۵۰ درصد نوزادان در کشور بصورت غیر طبیعی متولد می‌شوند که این سزارین‌های غیر ضروری و فراوان، یک مانع اساسی در تداوم باروری مادران و افزایش جمعیت است.

وی، تحت پوشش قرار گرفتن خدمات مامایی و اصلاح سامانه ارجاع و همچنین برنامه ریزی برای آموزشهای مرتبط به دختران در مراکز آموزشی را از جمله راهکارهای اصلاح فرهنگ و نوع نگاه به خدمات مامایی برشمرد.

نگاه اجمالی به بیانات رهبر معظم انقلاب اسلامی در دیدار جمعی از بانوان برگزیده کشور ۱۳۹۳/۱/۳۰

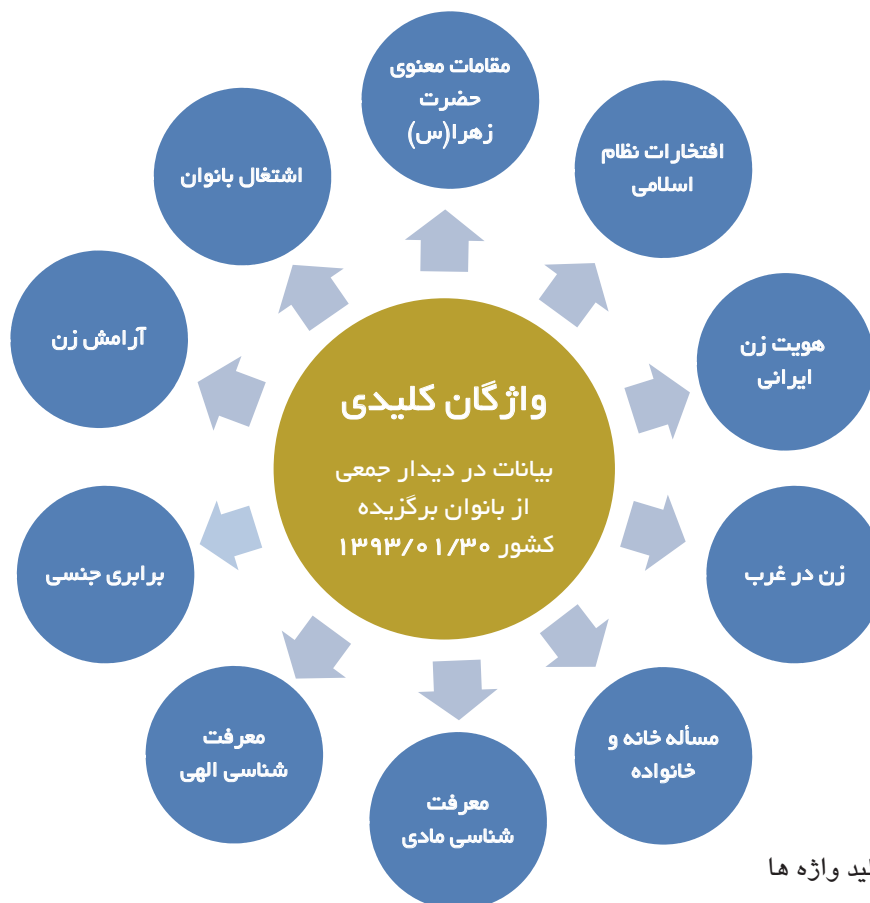
پیشنهاد برای مطالعه بیشتر	جملات طلایی	موضوعات اصلی
<p>بیانات در دیدار جمعی از بانوان فرهیخته‌ی حوزوی و دانشگاهی ۱۳۹۲/۰۲/۲۱</p>	<ul style="list-style-type: none"> • یکی از بزرگ‌ترین افتخارات نظام اسلامی است این است که در سایه‌ی نظام اسلامی این‌همه زن فرزانه و تحصیل کرده و خوش فکر و ممتاز از لحاظ فکری و عملی در جامعه‌ی ما وجود دارند. • این همه همسران شهدا، همسران جانبازان، مادران شهیدان، بازماندگان برجسته‌ی کسانی که رفتند جانشان را در راه خدا دادند و اینها با اراده‌ی محکم، عزم راسخ و با صبر، هر انسانی را در مقابل خودشان خاشع و خاضع میکنند. • یکی از مسائل اصلی زن، مسئله‌ی خانه و خانواده است. مسئله‌ی اشتغال بانوان، جزو مسائل اصلی نیست. البته ما با اشتغال بانوان مخالف نیستیم؛ مادامی که با آن مسائل اصلی معارضه و تنافی پیدا نکند؛ اگر معارضه پیدا کرد، آن مقدم است. • این را که زن نتواند همه‌ی مشاغل را که مرد به عهده میگیرد به عهده بگیرد، نباید ننگ دانست یا نقص دانست؛ نخیر، آن چیزی بد است که متناسب با طبیعت الهی نباشد. • چرا باید کاری که مردانه است به زن داده بشود؟ من متأسفم که گاهی خود خانمها، خود بانوان، روی این مسئله حساسیت نشان میدهند که ما با مردها چه فرقی داریم؟ • نگاه اسلام به زن و مرد، نگاه انسان است؛ در مسئله‌ی انسانیت، سیر مقامات معنوی، استعدادهای فراوان فکری و علمی هیچ تفاوتی نیست. • ببینید عوامل سلب آرامش و سکینه‌ی روحی زن در خانواده چه چیزهایی است؟ دنبال این باشید که با قانون، با روشهای تبلیغی، با روشها و شیوه‌های گوناگون، اینها را برطرف کنید. • زن در خانه مایه‌ی آرامش است؛ مایه‌ی آرامش مرد، و مایه‌ی آرامش فرزندان. اگر خود زن برخوردار از آرامش روانی و روحی نباشد، نمیتواند این آرامش را به خانواده بدهد. • زنی که مورد تحقیر و اهانت قرار بگیرد، مورد فشار کار قرار بگیرد، نمیتواند کدبانو و مدیر خانواده باشد؛ درحالیکه زن، مدیر خانواده است. • در مسأله زن دنباله‌رو فکر رایج در دنیای چهل و خرافه نباید بود؛ فکر اسلامی را باید پیدا کرد و دنبال آن باید رفت. 	<p>مسأله زن در جمهوری اسلامی</p>
<p>بیانات در دیدار جمعی از پرستاران ۱۳۷۰/۰۸/۲۲</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در جوامع به اصطلاح متمدن امروز، ظلم به جامعه‌ی زنان اگر بیشتر از جوامع دیگر نباشد، قطعاً کمتر نیست. • اگر چنانچه کسی بخواهد مسئله‌ی زن را جدای از مسئله‌ی خانواده بحث بکند، دچار اختلال در فهم و در تشخیص علاج خواهد شد؛ این دو را باید در کنار هم دید. • اگر میخواهید درباره‌ی مسئله‌ی زن راهبرد درست را پیدا کنید و به نتیجه برسید، باید ذهنتان را از تفکرات غربی در مورد زن تخلیه کنید. • افکار و نظرات غربی‌ها، در زمینه‌ی مسئله‌ی زن مطلقاً نمیتواند مایه‌ی سعادت و هدایت جامعه‌ی بشری باشد. • در محیط اجتماعی هرچه زن پوشش کمتری داشته باشد، مطلوب‌تر است. در مورد مرد این حرف را نمیزنند؛ این جز برای اینکه چشم هرزه‌ی هوس‌آلود مرد بهره‌مند بشود، هیچ فلسفه و حکمت دیگری ندارد. • یکی از بزرگ‌ترین خطاهای تفکر غربی در مورد مسئله‌ی زن، همین عنوان «برابری جنسی» است. • تصور از زن در خانه، تصور یک موجود درجه‌ی دویی است که موظف به خدمتگزاری به دیگران است؛ این تصور درست نقطه‌ی مقابل آن چیزی است که اسلام بیان کرده است. 	<p>نگاه غرب به زن</p>

جزئیات تکمیلی

مسائل زنان در دنیای امروز
۱- چگونه میتوان به شکل سالمی از جمعیت زنان و استعداد عظیم آن استفاده کرد؟
۲- مسئله جنسیت چگونه میتواند در خدمت تعالی انسان قرار بگیرد، نه در خدمت انحطاط بشر و انحطاط اخلاقی؟
۳- چگونه میتوان - در محیط اجتماعی و خانواده - رفتاری را نهادینه کرد که به زن ظلم نشود؟

مبانی نگاه غرب به زن
۱- مبتنی بر معرفت شناسی مادی و غیر الهی
۲- کاسب کارانه و همراه با نگاه اقتصادی
۳- وسیله‌ای برای اطفای شهوت مردان

الزامات نگاه درست به مسأله زن
۱- ذهنمان را از حرفهایی که غربی‌ها در مورد زن میزنند - در مورد اشتغال، مدیریت و برابری جنسی - بکلی تخلیه کنیم.
۲- دریافت اصول و پایه‌های اصلی نگاه به زن از قرآن و سنت.
۳- پرداختن به مسائل اصلی نه مسائل درجه دو در نگاه به زن



کلید واژه‌ها

سرمقاله

به قلم مدیر مسئول و سردبیر

ببینید عوامل سلب آرامش و سکینه‌ی روحی زن در خانواده چه چیزهایی است؟ دنبال این باشید که با قانون، باروشهای تبلیغی، باروشها و شیوه‌های گوناگون، این‌ها را برطرف کنید. بیانات رهبر فرزانه انقلاب اسلامی در دیدار جمعی از بانوان فرهیخته‌ی حوزوی و دانشگاهی ۲۱/۲/۱۳۹۲ قرن بیستم در نیمه دوم خود شاهد بروز حرکتی اجتماعی به عنوان جنبش‌های فیمینیستی بود. در پاسخ به قرن‌ها مردسالاری مادیرایانه که در غرب نهادینه شده بود، این جنبش در زمان کوتاهی در عرصه‌های اجتماعی نقش‌های برجسته‌ای پیدا کرد. مدعای اول این جنبش حذف همه تفاوت‌های بین زن و مرد بود. با همین نگاه سیاست‌گذاری‌های اجتماعی در برخی از کشورها بازبینی و تصمیمات جدید اتخاذ گردید. امروز بعد از نیم قرن از بروز این حرکت اجتماعی، به خوبی میتوان نتایج این تغییرات را به خصوص در شاخص‌های سلامت ملاحظه کرد. آنچه که به عنوان همگرایی جنسیتی خوانده میشود، عملاً در عرصه سلامت باعث کاهش فاصله شاخص‌های بین زنان و مردان شده است اما این کاهش احتیاج به تحلیل دارد.

مردان به طور کلی در همه جوامع امید به زندگی کوتاهتری نسبت به زنان داشته و دارند. در دهه اول قرن بیست و یکم این شکاف کاهش یافت اما دلیل این کاهش مربوط به بهبود وضعیت سلامت زنان در مقایسه با مردان نبود. بلکه کاملاً بر عکس عمده این همسان شدن امید به زندگی، مربوط به بهبود وضعیت سلامت مردان با سرعتی به مراتب بیش از بهبود وضعیت سلامت زنان و در پاره‌ای از موارد مربوط به افت شاخص‌های سلامت در زنان بود. از چند کشور اروپای شرقی و روسیه که بگذریم، مردان در اغلب نقاط جهان بهبود بهتری در وضعیت سلامت خود داشته‌اند. مرگ و میر ناشی از حوادث قلبی و عروقی در مردان کاهش چشمگیر تری در مقایسه با زنان داشته است. به عنوان مثال در فاصله سال‌های ۱۹۷۱ میلادی تا ۲۰۰۵ میلادی نرخ مرگ و میر ناشی از حوادث قلبی و عروقی در مردان در کشور انگلستان از ۶۹۰ در هر صد هزار نفر به ۲۶۰ کاهش یافت که کاهش معادل ۶۲٪ را نشان میدهد. در همین بازه زمانی کاهش نرخ مزبور برای زنان از ۴۳۰ به ۱۷۰ یعنی معادل ۶۰ درصد بوده است.

شاید این تفاوت دودرصدی به چشم برخی نیاید اما همین دودرصد نظر بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است. چرا که نشان دهنده تفاوت در بهره مندی از سلامت در عرصه ای است که زنان به دلیل عوامل بیولوژیک به نوعی در برابر آن ایمن تر بوده اند.

بالتر از این، تغییر الگوی سرطانها در بین زنان است. به عنوان نمونه در حالیکه در سال ۱۹۵۰ میلادی سرطان ریه فقط ۳ درصد سرطانهای زنان را در آمریکا تشکیل میداد این نرخ به ۲۵ درصد در سال ۲۰۰۰ میلادی رسید. شیوع مصرف سیگار در مردان رو به کاهش ولی در زنان یا رو به افزایش بوده و یا روند کندتری را در کاهش نشان میدهد. درخصوص مصرف الکل نیز همین سیر صدق میکند. ارمغان همگرایی جنسیتی در سیاست های اجتماعی، برای زنان، مرد انگاری و انکار واقعیات موجودی به عنوان زن بوده است.

اکنون این واقعیت بیش از گذشته مورد توجه اندیشمندان جهانی است که نگاه صحیح در این عرصه به رسمیت شناختن تفاوت های دو جنس و سیاست گذاری بر این مبناست نه انکار تفاوتها آن هم با نگاه مردسالارانه. آسیب اصلی سال های اخیر تلاش برای مردانه کردن سیاست های زنان و شبیه سازی زنان به مردان بوده است. حاصل این اقدامات، در عرصه سلامت روان بیش از سایر عرصه ها خود را نشان داده است. بحران شیوع بیماری های افسردگی، اضطراب و همچنین بیماری های روان تنی واقعیت تلخ جوامع مدرن و فیمینیست است که سیری فزاینده دارد. در چنین شرایطی بسیار اشتباه است که تجربه غلط دیگران را بخواهیم مجددا تکرار کنیم. محوریت سلامت زنان در همه عرصه ها کمک خواهد کرد تا از تصمیماتی که به سایر بهانه ها گرفته میشوند ولی سلامت زنان را به مخاطره میاندازند جلوگیری شود. تصمیماتی که این موضوع محوری را به مخاطره میاندازد حتی اگر به بهانه دفاع از حقوق زنان هم گرفته شود، بویژه با توجه به راه رفته دیگران، قابل اتکا نیستند. واقعیت خانواده و واقعیت زن با هویت زنانه و در عین حال واقعیت کرامت انسانی که بین دو جنس تفاوت ندارد را باید محور قرار داد نه چیزهای دیگر را.

مطالبی از خشونت بر علیه زنان در جهان غرب

برگرفته از ماهنامه نشریات غرب

اداره ی سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، خشونت را اصلی ترین مشکل زنان طی دهه گذشته اعلام نموده و تحقیقات جدید نیز حکایت از سیر صعودی این معضل دارد. آمارهای ارائه شده ذیل، ابعاد این مسئله را بهتر روشن می کند.

بر اساس اطلاعات و گزارش های موجود، یک سوم زنان آمریکا در مقطعی از زندگی، به دست شوهر یا دوست پسرهایشان آسیب بدنی دیده و یا مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند. سی درصد زنان مقتول در ایالات متحده به دست همسر، همسران پیشین و یا دوست پسرهایشان کشته می شوند.

یکی از عوامل احتمالی تعیین کننده در این زمینف نحوه ی حضور زنان در رسانه هاست. زنان غالباً به عنوان قربانیان خشونت و آماج تجاوزهای جنسی در رسانه ها مطرح شده اند. محققان به این نتیجه رسیده اند که این گونه تصویر نمودن زنان در رسانه ها تاثیر منفی در طرز تلقی و رفتار جامعه نسبت به زنان خواهد داشت.

تحقیقات صورت گرفته بر روی خشونت های به نمایش درآمده بر پرده سینما یا صفحه ی تلویزیون، نشان داده است که بعد از دیدن دو فیلم از فیلم هایی که دارای مضامین خشن و تحقیر آمیز جنسی است، احساسات عاطفی فرد کور می شود. همچنین مطالعات صورت گرفته نشان داده است، مردانی که شاهد صحنه های خشن و توهین آمیز جنبه های جنسی زنان بوده اند، نسبت به این قربانیان خشونت، بسیار کم تر عواطف خود را ظاهر می سازند.

فیلم های خشنی مثل «قتل عام با اره زنجیری در تگزاس» «جمعه رئز سیزدهم» یا «تجربه ی هولناک خیابان ELM» به طور مرتب صحنه های خشونت علیه زنان منفعلی را نشان می دهد که قربانی اینگونه خشونت ها شده اند.

تحقیقات نشان داده است که تم غالب «روابط عاشقانه» در سروده ها، به طور چشم گیری فزونی یافته است. جهت آن نیز خیز برداشتن به سوی مضامین جنسی عریانی است که اغلب توهین آمیز نیز هست. در میان ۱۰ آلبوم رایج و برتر چند سال گذشته، مضامین محتوایی از آنها، در مورد تجاوز به عنف و خشونت جنسی است.

بازی های کامپیوتری و تلویزیونی

بازی های کامپیوتری نیز می توانند القاء کننده ی خشونت یا توهین علیه زنان باشد. در بسیاری از این بازی ها، به طور معمول، زنان بیشتر شخصیت های منفعل بازی هستند تا فعال و در موارد خاص تر نیز قربانیان بعضی صحنه ها. براساس تحقیقی که روی ۴۷ بازی و پرترفدار نینتندو (Nintendo) انجام شده است، در بین ۱۱۵ شخصیت مذکر و ۹ شخصیت مؤنث، ۲۰ نفر از مردان نقش اصلی و غالب را داشته، در صورتی که هیچ یک از زن ها این گونه نقشی نداشته اند در این تحقیق، ۲۸ مورد از این بازی ها صحنه هایی داشته اند که زن ها را عناصری دهن، پست و ضعیف نشان داده است. برخی از این بازی ها، شخصیت کلیشه ای و منفی از زنان را در ذهن مخاطب خود ثبت نموده و مشوق بازیکن در به کارگیری خشونت علیه زنان است.

در یکی از بازی ها به نام Duke Nukem بازیکن با کشتن زنان روسپی به ازای خسته و بی رمق کردن آن ها، پول نقد جایزه می گیرد.

یکی از تصاویر متحرک بازی های کامپیوتری، شبیح متحرک دختری است که نام «لاراکرافت» (Lare Craft) که ستاره نقش اول در بازی کامپیوتری Tomb Raider می باشد. او «سمبل روابط جنسی آزاد» است. جامعه شناسان می گویند، بازی هایی از قبیل Tomb Raider باعث ترویج جنسیت گرایی شده و شرایط را به نحوی بر نوجوانان تحمیل می کند که جهان را از دریچه ی صفحه ی مانیتور کامپیوتر و مطابع با آنچه در آنجا به وقوع می پیوندد، مشاهده نمایند تصور سمبل های جنس مؤنث، بودن دختران نمونه هایی از این وقایع می باشد.

همزمان با پیشرفت و توسعه امکانات شبکه جهانی اینترنت، بزه کاریهایی از نوع تعقیب و آزار دیگران در شبکه اینترنت آنلاین شده است براساس تخمین های موجود، یک بیستم زنان حداقل یک بار در زندگی خود هدف رفتارهای تعقیبی قرار گرفته و شواهد و مدارک موجود نشان می دهد که اکثریت مزاحمان سایبری (در شبکه اینترنت) مردانی هستند که زنان قربانی آنها می شوند. اینترنت، مزاحمت (به طورخاص مزاحمت سایبری) را برای مرتکبین آن بسیار راحت تر و سهل الوصول تر از ارتکاب آن در شرایط عادی می کند.

مزاحمت مجازی، پدیده ای نسبتاً جدید است، اما شیوع و دامنه فراگیری آن رو به رشد می باشد. در بررسی به عمل آمده از زنان و دختران دانشجو، سیزده درصد این افراد مورد اذیت و آزار قرار گرفته و بیست و پنج درصد از این مزاحمت ها از نوع اینترنتی بوده است.

ضرورت گفتمان سازی در حوزه زن و خانواده

برگرفته از بیانیه دفتر مطالعات و تحقیقات زنان

گفتمان ها بر اثر عوامل اجتماعی، به شکلی غیر ارادی و فرایندی، یا بر اثر عوامل ارادی و مدیریت پذیر ساخته و تقویت یا تضعیف می شوند. بنابراین، می توان سخن از ضرورت گفتمان سازی را سخنی روا دانست. برای تبیین ضرورت گفتمان سازی در حوزه ی زن و خانواده، سزاوار است این پرسش را پیش کشیم، چرا در چند دهه ی گذشته، نهادهای مدیریتی، سیاست گذاران، قانون گذاران و جامعه ی نخبگانی و فرهیختگانف به فهمی مشترک نسبت به مسائل و مشکلات زنان و خانواده نرسیده و در تدوین اسناد راهبردی و قوانین و برنامه ها، ناهماهنگ عمل کرده اند؟ پاسخ به این پرسش نیازمند بررسی عوامل چند، از جمله ضعف کارشناسی و وجود ساختارهای معیوب است. اما بی شک، یکی از عوامل مهم آن، نبود یا ضعف نظام معنایی مشترکی است که در دامنه ی آن، مسائل توصیف و تحلیل، و ارزش ها تبیین شود. الگوهای اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و سیاسی طراحی شود. ساختارهای حقوقی اصلاح شود. اسناد راهبردی تدوین و برنامه های کلان طراحی شود و در مرحله ی اجرا، براساس همان نظام معنایی، ارزشیابی شود. در پاسخ تفصیلی به این پرسش می توان گفت که در جامعه ی سنتی در حوزه ی زن و خانواده، دو گفتمان چیرگی نسبی داشته اند: گفتمان فرودستی زنان و گفتمان خانواده محور. تحقیر صفات زنانه، دیده نشدن مصلحت زنان حتی در ابعاد سلامت و بهداشت، ارزش گذاری کمتر برای فعالیت های زنانه و بی توجهی به مطالبات زنان، نمونه هایی از چیرگی گفتمان فرودستی زنان بود که در جامعه های گوناگون، بیش و کم بازتاب می یافت. چیرگی گفتمان خانواده را می شد در پررنگ بودن پیوندهای خانوادگی، برتری ارزش های گروهی خانواده بر منافع فردی، گرامیداشت والدین و حمایت از سالمندان دید. چیرگی گفتمان خانواده گرا، هم به فطرت خانواده گرای بشر باز می گشت و هم از تجربه ی تاریخی بشر در استفاده از ظرفیت های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و حتی سیاسی خانواده سرچشمه می گرفت و البته، آموزه های دینی نیز در تقویت این گفتمان مؤثر بودند.

تحولاتی که به ویژه در سده ی اخیر، در جامعه های بشری اثر گذاشت، به شکل گیری و تقویت گفتمان هایی رقیب، از جمله گفتمان فردگرایی و گفتمان برابری و گفتمان مصرف انجامید. گفتمان فرودستی زنان به دلیل ناتوانی ذاتی خود و نداشتن پشتوانه ی فطری و علمی، به تدریج به گفتمانی جاشیه ای تبدیل می شود. هرچند می کوشد که خود را در شکل های پیچیده تر و پنهان تر حفظ کند. در برابر گفتمان تشابه، از همین نقطه ضعف علمی و فطری گفتمان فرودستی بهره برده و آشکار کردن شکل های فرودستی و نكوهش آن را زمینه ای برای بخشیدن مشروعیت و عقلانیت به خویش و انتقال خود از حاشیه به متن قرار داده است.

البته، حاشیه نشینی گفتمان خانواده گرا، داستان دیگری دارد. از تلاش شماری اندک از رادیکال فمینیست های اروپایی ضد خانواده، لیبرال فمینیست های مخالف ارزشمندی خانواده و گروهی از مارکسیست ها و چپ گرایان که بگذریم، تلاش های آشکار بر ضد کلیت خانوادهدف چندان پررنگ نبوده استف بلکه در سده ی اخیرف چند علت در حاشیه نشینی گفتمان خانوادهدف تأثیر گذاشته است:

اول. چیرگی گفتمان برابری که در پوشش رویارویی با فرودستی زنان، تمایزات تکوینی را کم اثر می دانست و بر همسانی نقش ها، فرصت ها، حقوق و الگوهای تربیتی و مشارکت اجتماعی تأکید می کرد.

دوم. چیرگی گفتمان فردگرا که شادکامی فردی و اباحه گرایي و استقلال را مفهوم مرکزی خود قرار می داد و نسبت به خانواده و روابط خانوادگی، براساس میزان دسترس به آزادی و منافع فردی داوری می کرد.

سوم. چیرگی گفتمان مصرف که سبب می شد مصرف به عاملی مهم در هویت سازی و هویت نمایی تبدیل شود.

این نظام های معنایی که همگی خرده گفتمان هایی برای گفتمان لیبرالیستی اند- ارزش های خانوادهدف ساختار خانواده، نقش های متمایز خانوادگی و اهمیت تشکیل و حفظ خانواده را زیر سؤال بردند، به گونه ای که هم اکنون، گفتمان خانواده در همه ی جامعه های جدید، البته با آهنگی متفاوت، به حاشیه رانده می شود. نموده های این حاشیه نشینی را در مواردی چون بالا رفتن سن ازدواج، افزایش طلاق، سهل انگاری نسبت به ارزش های خانواده در نظام تربیت رسمی و غیر رسمی، بی



توجهی به خانواده و بدفهمی از مصلحت های خانواده، می توان در سیاست ها و برنامه ریزی ها دید. حاشیه نشینی تدریجی گفتمان خانواده در نیم قرن اخیر، در سطح جامعه ی نخبگانی و عمومی جریان داشته است. به دلیل اثرپذیری خانواده از گفتمان های ضد خانواده است که می بینیم حساسیت خانواده در برابر تضعیف ارزش های خانواده گرایانه کاهش یافته است. اینکه برخی برنامه های رسانه ای، ارزش هایی چون سرپرستی و اقتدار، مرزهای ارتباطی، قناعت و هم گرایی را، بدون دریافت واکنش های مؤثری از مخاطبان خود، زیر سؤال می برند و اینکه نظام تربیت رسمی، خانواده را فقط حمایتگر اقتصادی مدرسه یا نهادی در دامنه ی برنامه های خود ببیند و خانواده در شکل گیری سیاست ها و برنامه های خرد و کلان آموزش و پرورش و نظارت بر عملکرد آن دخالتی فعال نداشته باشد، نمودهایی از حاشیه نشینی گفتمان خانواده در جامعه ی ایران است.

تغییر جهت گیری های مؤثر در زنان و خانواده در دولت های گذشته، می تواند نشانی از چیره نبودن گفتمان تناسب یا گفتمان خانواده باشد. در دولت های پنجم و ششم و در جریان تدوین برنامه های اول و دوم توسعه، توجهی ویژه به موضوع زنان و خانواده نشد. اینکه در دولت های هفتم و هشتم و تدوین برنامه های سوم و چهارم توسعه، بر تقویت مشارکت اجتماعی زنان و حرکت به سوی جهت گیری های تشابه طلبانه ی بین المللی پافشاری می شد و اینکه در دولت های نهم و دهم و در تدوین برنامه ی پنجم توسعه، تا اندازه ای بر خانواده گرایی تأکید می شود، نشانگر آن است که گفتمان تناسب و گفتمان خانواده، از حاشیه به متن نیامده اند و گرنه، چنان گسترش می یافتند که خودآگاه یا ناخودآگاه، در جهت گیری های دولت های مختلف گذشته از سلیقه های سیاسی شان، اثر می گذاشتند.

خطرات تهدید کننده سلامت زنان ایرانی

طرف دیگر مصرف فیبر، میوه و سبزی، بنشن و دانه‌ها خوراکی کمتر از متوسط جهانی است: "مصرف نامطلوب کربوهیدرات چه از نظر کمیت و چه از نظر کیفیت باعث افزایش تری گلیسرید و کاهش HDL کلسترول خوب می شود که در شیوع بالای سندروم متابولیک در زنان ایرانی نقش دارد."

این تحقیق نشان می‌دهد مصرف زیاد روغن نباتی هیدروژنه (جامد) نقش مهمی در افزایش کالری غذا در ایران دارد.

بحران اقتصادی بویژه در سالهای اخیر باعث شده کیفیت تغذیه مردم افت کند و نقش کربوهیدرات‌ها در سبد غذای خانواده بیشتر شود.

۳۳.۷ درصد افراد بالای ۲۵ سال کشور دچار فشار خون هستند و تحقیق مرکز تحقیقات بیماریهای قلبی عروقی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان می‌دهد شیوع فشارخون، دیابت، کلسترول و سندروم متابولیک در زنان ایرانی نسبتاً بالاست: "تعداد زیادی از زنان جوان به بیماریهای قلبی مبتلا می‌شوند و تفاوت شیوع این بیماری بین زنان و مردان کم است بنابراین ایران باید فوراً به مسئله شیوع بیماریهای قلبی رسیدگی کند."

تصحیح الگوی غذایی غذایی بچه‌ها را به عهده بانوان می‌داند و از آنان خواسته تنقلات سنتی را به جای چیپس، پفک، شکلات و نوشابه را به کودکان معرفی کنند.

طولانی بودن زمان پخت غذا بویژه سبزی‌ها که مواد سودمند را از بین می‌برد، و مصرف بیش از حد نوشابه‌های گازدار که باعث پوکی استخوان در زنان می‌شود. این در حالیست که سرانه مصرف نوشابه در ایران ۲ برابر و سرانه مصرف شیر یک سوم استاندارد جهانی است، به عبارت دیگر مهمترین منبع تامین کلسیم و جلوگیری از پوکی استخوان بویژه در زنان جایی در سبد غذایی خانوار ندارد.

تاثیر این وضعیت را در کودکان ایرانی می‌توان دید که به گفته دکتر سیاری (معاون محترم بهداشتی وزارت بهداشت و درمان) با «کمبود ریزمغذی‌هایی مانند آهن، روی، ویتامین A و D مواجه اند و مشکل اضافه وزن و سوءتغذیه را نیز باید به آن اضافه کرد.»

علاوه بر این کمبود ویتامین A در ۵۵ درصد و کمبود ویتامین B۲ در ۶۵ درصد خانواده دیده می‌شود.

کمبود ویتامین D۳ هم زیاد است و پیشنهاد کرده این ویتامین به شیر مصرفی اضافه شود.

وزارت بهداشت ایران با راه اندازی وب سایت «کلیک آموزش تغذیه همگانی» سعی در افزایش اطلاع رسانی کرده و علاوه بر ادامه طرح آهن یاری در مدارس دخترانه، غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک و غنی سازی شیر با ویتامین D را مدنظر گرفته است.

مشکل تغذیه وقتی وخیم می‌شود که کم تحرکی هم به آن اضافه می‌شود: موانع فرهنگی و اجتماعی، محدودیت امکانات و ممنوعیت‌های حکومتی باعث می‌شود دختران به تحرک عادت نکنند و زنان هم برای این فعالیت‌ها با دشواری مواجه باشند.

بررسی شاخص‌های سلامت و نگاهی به آمار نشان می‌دهد مهمترین مسئله ای که سلامت زنان ایرانی را تهدید می‌کند مجموعه ای از تغذیه نامناسب، کم تحرکی و چاقی است که به دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و سندروم متابولیک منجر می‌شود.

در حال حاضر با پیشرفت بهداشت و پزشکی، بیماری‌های غیر واگیر و از همه مهمتر بیماری‌های قلبی-عروقی عامل اصلی مرگومیر در دنیا بشمار می‌روند: ۶۰ درصد موارد مرگ در دنیا که ۸۰ درصد آن در کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط اتفاق می‌افتد.

گزارش دفتر ایران سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد ۷۲ درصد مرگ‌ها در ایران ناشی از بیماریهای غیرواگیر است و "هیچ نشانه ای از بهبود قابل ملاحظه کاهش عوامل خطر ساز بویژه در میان زنان دیده نمی‌شود."

در این میان، مهمترین مسئله ای که سلامت زنان ایرانی را تهدید می‌کند مجموعه ای از تغذیه نامناسب و کم تحرکی و چاقی است که به دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و سندروم متابولیک منجر می‌شود.

۵۰ درصد زنان ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی اضافه وزن دارند و در سنین ۴۵ تا ۵۵ سال شیوع اضافه وزن به ۸۰ درصد می‌رسد: متأسفانه الگوی مصرف غذا در خانوارهای ایرانی به سمت مصرف مواد غذایی پرچرب، پرکالری، چرب، شیرین از جمله فست فودها تغییر کرده است که نیازمند بازنگری فوری است.

مصرف لبنیات کم‌چرب، حبوبات، نان سبوس دار، میوه و سبزی تازه، غذاهای فیبردار و سنتی ایرانی باید جایگزین این الگوی غلط شود تا از بیماری‌های غیرواگیر نظیر دیابت، قلبی و عروقی و چاقی در جامعه جلوگیری شود. روند چاقی کودکان در ده سال گذشته دو برابر شده است که این موضوع خطرناک است و باید مادران رفتارهای غلط تغذیه‌ای و الگوی مصرفشان را اصلاح کنند.

آنچه نگرانی کارشناسان را برانگیخته شیوع زیاد سندروم متابولیک است که بطور ساده می‌توان آن را ترکیبی از چاقی (BMI < ۳۰)، افزایش فشارخون، دیابت و بالا بودن چربی خون تعریف کرد.

بجز زمینه ژنتیکی کم تحرکی و تغذیه نامناسب مهمترین دلایل ایجاد سندروم متابولیک است و آمارها نشان می‌دهد این سندروم در ایران شیوع بسیاری بویژه در میان زنان دارد. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت شیوع سندروم متابولیک را در زنان ایرانی ۲۹.۹ درصد برآورد کرده است.

بررسی مرکز تحقیقات امنیت غذایی نشان می‌دهد یک سوم جمعیت بزرگسال و ده درصد نوجوانان به این سندروم مبتلا هستند. این بررسی نشان می‌دهد عادت‌های تغذیه‌ای جامعه ایران از زمان انقلاب (دهه شصت شمسی) شروع به تغییر کرده و آثار آن از یک دهه بعد ظاهر شده است.

بر اساس این تحقیق کربوهیدرات (نان سفید، برنج، سیب زمینی) غذای اصلی مردم ایران را تشکیل می‌دهد و ایران از این حیث در میان پرمصرف‌ترین کشورهای دنیاست. از



روند مرگ مادر در استان فارس

نویسنده: دکتر نجمه مهارلویی (عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت)

مقدمه: مرگ مادر باردار معمولاً به علت پنج عارضه رخ می دهد: خون ریزی، عفونت، سقطهای غیر ایمن، اختلالات فشار خون در حاملگی و زایمان مشکل یا طولانی. لازم به ذکر است یک اصل مشترک در تمام مادرانی که فوت کرده اند، دریافت درمان ناکافی با شروع دیر هنگام درمان است. پس بر آن شدید تا با مطالعه روند مرگ مادران که در سالهای ۸۹-۸۲ در استان فارس اتفاق افتاده بود، نقاط ضعف را شناسایی کرده، با ارائه نتایج به سیاستگذاران سلامت در جهت رفع آنها اقدامات لازم به عمل آید.

نتایج مطالعه نشان داد که ۷۵٪ موارد مرگ در مقطع زایمان یا پس از زایمان اتفاق افتاده است که نشانه ای از اهمیت مراقبتهای حین و پس از زایمان بوده و لازم است نسبت به آموزش کادر درمان در خصوص بررسی وضعیت مادران در این مقاطع حساسیت لازم ایجاد گردد.

طی این مطالعه ثابت شد علل عمده فوت مادران شامل موارد زیر بوده است:

- ۳۸/۶٪ خونریزی واژینال (شایعترین)،

- ۱۱/۴٪ اکلامپسی،

- ۹/۱٪ عفونت،

- ۸٪ بیماری قلبی عروقی،

- ۵/۷٪ آمبولی

- ۲۷/۳٪ بدلیل سایر علل یا نامشخص بوده است

- ضرورت آسیب شناسی میدانی دلایل عدم تحقق اهداف کشوری کاهش میزان مرگ و میر مادران در کمیته کشوری مربوطه و اتخاذ برنامه های استراتژیک و عملیاتی مبتنی بر شواهد بالا در جهت سیاستگذاریهای جدید کاربردی و مبتنی بر شواهد در این زمینه

- انجام مطالعات ثانویه بر روی کلیه مطالعات کشوری در زمینه مرگ و میر مادران و ارائه مدل‌های مناسب کاهش آسیب در این زمینه

- ۴۰٪ از مرگهای مادران باردار به دلیل خونریزی پس از زایمان رخ داده است که از دلایل قابل پیشگیری می باشد. از جمله پیشنهادات در این خصوص می تواند آموزش مادران در خصوص مقادیر غیر نرمال خونریزی واژینال (پس از زایمان) و نیز آموزش پرسنل بهداشتی بویژه در مناطق روستایی و شهرستانهایی که امکانات تشخیصی و درمانی محدودتری دارند در خصوص ارجاع به موقع بیماران به مراکز و بیمارستانهای مجهزتر می باشد.

سزارین

زایمان به روش سزارین یک پروسیجر پرخطر برای مادر و نوزاد است. فراوانی قابل قبول رخداد سزارین از نظر

سازمان جهانی بهداشت ۱۵-۱۰ درصد می باشد. این در حالی است که این آمار در دنیا در حال افزایش است. در ایران این آمار تا ۸۵٪ در برخی بیمارستانهای خصوصی شهر تهران گزارش شده است. اما به طور میانگین رخداد سزارین در ایران حدود ۴۳٪ تخمین زده می شود که بسیار بالاتر از بسیاری از کشورهای جنوب آسیا و خاورمیانه (حدود ۲۶٪) است. با توجه به مطالعه ای که بر کلیه موارد زایمان که در سالهای ۱۳۸۸-۱۳۸۶ در استان فارس ثبت شده بود، انجام گرفت، ثابت شد که:

- آمار رخداد زایمان به روش سزارین از ۵۱/۶٪ در ۱۳۸۶ به ۵۳/۲٪ در ۱۳۸۸ رسید. بطوریکه اگر سرعت رشد با همین سرعت افزایش یابد طی دو تا سه دهه به ۱۰۰٪ خواهد رسید. طبق این تحقیق آمار سزارین در استان فارس در سال ۱۳۸۸ با توجه به آمار ۸۰۰۰۰ تولد در آن سال در استان فارس) معادل ۴۲۵۶۰ مورد سزارین است.

- شایعترین عوامل مرتبط با سزارین شامل:

- سن مادر

- بیماری زمینه ای مادر

- تاریخچه مثبت سقط قبلی

- تعداد فرزندان زنده (غالب سزارین ها در مادران نخست زا انجام گرفته بود)

پس با توجه به افزایش سن ازدواج و به دنبال آن افزایش سن مادران حین زایمان لزوم تبلیغات بیشتر و ترویج زایمان در سنین پایین تر احساس می شود. همچنین توجه ویژه به کاهش انجام سزارین های غیر ضروری بویژه در مواردی که مادر نخست زا است بسیار مهم است

در یک بررسی که پس از این مطالعه جهت یافتن عوامل دخیل در افزایش آمار سزارین در استان فارس بر روی ۶۹۲۱ مادر باردار که در هفته ۲۰ تا ۳۰ بارداری قرار داشتند، انجام گرفت نشان داد که ۶۲/۲٪ از آنها شیوه زایمان طبیعی، ۳۱/۷٪ سزارین و ۶٪ باقیمانده هنوز تصمیم نهایی خود را خصوص شیوه زایمان نگرفته بودند. در این مطالعه مشخص شد که سطح آگاهی مادرانی که موافق زایمان طبیعی بودند در خصوص عوارض سزارین بیشتر از مادران دو گروه دیگر بود. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که عوامل دخیل در انتخاب شیوه زایمان عبارت بودند از:

- محل دریافت مراقبتهای دوران بارداری در بخش خصوص

- تاریخچه مثبت ناباروری

- تاریخچه مثبت سقط

- تحصیلات دانشگاهی مادر و همسر

- سطح پایین آگاهی مادر در خصوص عوارض سزارین

- نگرش مثبت مادر باردار نسبت به سزارین

- نگرش مثبت همسر نسبت به سزارین

- نگرش مثبت خانواده نزدیک و دوستان مادر باردار نسبت به سزارین

- موانع موجود در خصوص انجام زایمان طبیعی

بنابراین باز هم ضرورت افزایش آگاهی مادر، همسر و خانواده در خصوص عوارض سزارین تاکید می شود. همچنین از جمله مهمترین عوامل رواج دهنده زایمان طبیعی را می توان ترویج شیوه های زایمان طبیعی بدون درد، حضور پزشک متخصص زنان و زایمان بر بالین مادر و نیز اطمینان بخشی مادر، همسر و خانواده نزدیک وی در خصوص ایمن بودن زایمان طبیعی از نظر سلامت مادر و نوزاد دانست.

در ادامه این مطالعه، از مادران پس از زایمان در خصوص شیوه زایمان آنها و عوارض نوزادی پرسشگری شد. در عمل ثابت شد از کل این موارد ۰/۳٪ از مادران فرزند خود را در نیمه دوم بارداری و ۰/۴٪ (در ماه اول (دوران نوزادی) از دست داده بودند.

در کل ۳۷/۶٪ زایمان طبیعی و ۶۲٪ زایمان سزارین داشتند. شواهد موجود نشان داد که ۳۴/۴٪ از سزارینها بصورت اورژانسی و مابقی بر اساس برنامه ریزی قبلی انجام شد. همچنین ۱۴/۹٪ از موارد سزارین صرفاً بنا به درخواست مادر، ۲۲/۲٪ به علت سزارین قبلی، ۱۰/۴٪ بنا به تمایل پزشک معالج، ۲۱/۴٪ به دلیل مشکلات مادر، ۲۸٪ به علت مشکلات جنینی و ۳/۲٪ به دلیل ترکیبی از مشکلات مادری و جنینی انجام شد.

در این مطالعه ارتباطی بین سطح اجتماعی - اقتصادی خانواده ها و آپگار نوزادان، بستری شدن نوزادان در بخش مراقبتهای ویژه و مرگ نوزادان یافت نشد. همچنین فراوانی تروماهای نوزادی ناشی از زایمان شامل شکستگی استخوان بازو، ترقوه، ران، و جمجمه به سطح اجتماعی و بیمارستان محل تولد، و یا عامل زایمان (پزشک متخصص و یا ماما) ارتباطی نداشت. اگرچه عوارضی مانند زردی نوزادی، عفونتهای نوزادی، تشنج نوزادان در گروه اجتماعی - اقتصادی متوسط به صورت معناداری بیشتر از گروه سطح پایین و بالا بود. پس نکته قابل تأمل این است که توجه بیشتری نسبت به گروه متوسط جامعه باید شود. این گروه که قسمت عمده جامعه را تشکیل می دهند، نه از کمکهای ویژه دولت که به قشر محروم جامعه می شود برخوردار هستند و نه توان مالی در حد گروههای مرفه جامعه را دارا هستند که به موقع از امکانات پیشگیرانه و درمانی بهره برند.

گزیده مقالات سومین سمینار بین المللی سلامت زنان

بررسی ارتباط استفاده از سیگار توسط مادر در دوران بارداری با بروز اختلال دو قطبی در فرزندان

نویسنده: لیلا کارگرفرد

مقدمه: سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری با تعدادی از پیامدهای ظاهری ناگوار در فرزندان از کودکی تا بزرگسالی در ارتباط است. شواهد زیادی در خصوص ارتباط مصرف سیگار توسط مادر در دوران بارداری با مشکلات شناختی و رفتاری در فرزندان، از جمله اختلال در توجه، یادگیری و ضعف حافظه و همچنین افزایش خطر بروز اختلالات مغزی همراه با علائم ظاهری مانند بیش فعالی و کاهش توجه وجود دارد. همچنین تأثیر مستقیم نیکوتین بر مغز جنین که منجر به اختلال در مهاجرت سلول های عصبی و اختلال در تکثیر و تمایز سلولی در مطالعات حیوانی به اثبات رسیده است. اما رابطه بین سیگار کشیدن مادر و بروز اختلال دو قطبی در فرزندان به طور عمیق مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین در این مقاله این موضوع که آیا سیگار کشیدن مادر در دوران جنینی خطر بروز اختلال دو قطبی را در فرزند افزایش می دهد، بررسی خواهد شد.

روش مطالعه: در یک مطالعه مورد-شاهدی، ۴۶ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی که دارای مادران سیگاری بودند و با استفاده از منابع بالینی و بانک داده ها شناسایی شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی بیماران مورد مصاحبه قرار گرفتند و با استفاده از معیار های DSM-IV تشخیص داده شدند. افراد مورد مطالعه بر اساس سن، سال تولد (با انحراف معیار ۳۰ روز) و جنس همخوان شدند.

نتایج: پس از تعدیل متغیرهای مخدوش کننده احتمالی، فرزندان که در دوران جنینی در معرض دود سیگار مادر قرار داشته اند، با خطر دو برابری برای ابتلا به اختلال دو قطبی مواجه بودند (odds ratio=2.87,95%confidence interval=1.58-2.35) این ارتباط به صورت اولیه در فرزندان مبتلا به اختلال دو قطبی بدون داشتن ظواهر بیمار روانی بیان شد.

نتیجه گیری: قرار گرفتن فرزندان در معرض دخانیات در دوران بارداری، ممکن از یکی از عوامل مستعد کننده ابتلا به اختلال دو قطبی باشد. با این حال پیشنهاد می شود لزوم بررسی سایر عوامل فامیلی اندازه گیری نشده در این مطالعه، قبل از علت اثرات تراژونیک مد نظر قرار گرفته شود.

نقش زنان ایرانی پس از حوادث غیر مترقبه، یاری رسان یا درمانده؟

نویسنده: دکتر مریم نخعی

مقدمه: مردان و زنان به نسبت مساوی تحت تأثیر حوادث غیر مترقبه و بحران‌ها قرار می‌گیرند، اما آن‌ها به روش‌های مختلف حوادث غیر مترقبه را تجربه می‌کنند. همچنین تفاوت‌های جنسیتی در بهبودی و بازتوانی از تجربیات پس از حوادث وجود دارد. زنان به عنوان قربانیان منفعل از حوادث به تصویر کشیده می‌شوند، اما این مسأله الزاماً درست نمی‌باشد. حوادث غیر مترقبه می‌تواند سلامت زنان را به طور مستقیم یا غیر مستقیم تحت تأثیر قرار دهد. نیازهای زنان برای بهبودی از صدمات ناشی از حوادث به میزان کمی مورد مطالعه قرار گرفته است. به منظور ارائه دانش جدید و ترویج مشارکت بانوان در تمام مراحل چرخه حوادث غیر مترقبه، تصمیم به اخذ دیدگاه‌ها و تجربیات از خود زنان گرفتیم. برای درک زندگی روزمره زنان در حوادث، به عنوان اولین قدم این مطالعه به بررسی وضعیت زنان ایرانی پس از فاجعه زلزله بم می‌پردازد.

روش مطالعه: این مطالعه به صورت یک مطالعه تجزیه و تحلیل محتوای کیفی طراحی شد. بیست نفر از افرادی که در طی یک فاجعه خدمات بهداشتی درمانی ارائه یا دریافت نموده بودند به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات به صورت دقیق و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند از آنها دریافت گردید. تمام مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه بازنویسی شد و محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: سه زمینه اصلی منعکس‌کننده وضعیت زنان پس از حوادث شامل اثرات فردی از حادثه، زنان و خانواده و زنان در جامعه بود. شرکت‌کنندگان در مطالعه اثرات احساسی از دست دادن و آشفتگی امرار معاش خانواده به عنوان یکی از نتایج تخریب و چالش‌های ناشی از آسیب‌های فیزیکی را تجربه کرده‌اند. زنان تغییرات عملکردی را در خانواده به دلیل جدایی و درگیری‌ها تجربه می‌کنند که نیازمند مدیریت پس از وقوع حادثه می‌باشد. فوری‌ترین درخواست آنها ساکن شدن در محل زندگی خود بود این زنان انگیزه زیادی برای کمک و تلاش برای بازسازی داشتند.

نتیجه‌گیری: آگاهی از نیاز زنان پس از حوادث غیر مترقبه بر اساس رویکرد حساس جنسیتی برای برنامه‌ریزی جهت بازسازی و ترمیم آسیب‌های روحی کمک‌کننده خواهد بود.
کلمات کلیدی: حوادث غیر مترقبه، گروه‌های خاص، زنان

روان درمانی حمایتی، قبل، حین و بعد از درمان ناباروری، فرصت یا ضرورت؟

نویسنده: سارا مقدم

مقدمه: ناباروری یک بحران پیچیده در زندگی و یک تجربه احساسی دردناک می باشد. عوامل روانی می تواند ناباروری را تحت تأثیر قرار دهد و ناباروری نیز می تواند پیامدهای روانی به دنبال داشته باشد. زوج های نابارور، علاوه بر مشکلات جسمی به دلیل انجام روشهای تشخیصی و درمانی ناباروری، مشکلات روانی و خسارات متعددی را برای حفظ زندگی زناشویی خود تجربه می کنند.

روش مطالعه: این مقاله بر اساس مرور نظام مند مطالعات ملی ۲۰ سال اخیر و با استفاده از منابع کتابخانه ای و بانک داده های در دسترس و با کلید واژه هایی نظیر عوامل روانی، روان درمانی حمایتی و درمان ناباروری انجام شد. مطالعات منتشر شده به زبان های غیر فارسی، گزارش مورد، و نامه های منتشر از مطالعه حذف شدند و در نهایت ۳۰ مقاله و کتاب به عنوان منابع انتخاب شدند.

نتایج: ۵۳ نوع از آسیب های احتمالی در سه حوزه فردی، بین فردی و فرافردی و در ۵ بعد شناختی، عاطفی، رفتاری، زیستی و محیطی در زندگی زوج های نابارور ایرانی طبقه بندی شدند. مشکلات روانی با حدود ۸۵ درصد، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. ۴۸ درصد از زنان نابارور و ۲۲/۸ درصد از مردان نابارور از درجات مختلف افسردگی و نارضایتی زناشویی رنج می برند و رابطه معکوس معناداری بین اعتماد نفس و عوامل مؤثر در استرس ناباروری (مائل جنسی، ارتباطات، اجتماع، شیوه زندگی بدون فرزند و احساس نیاز به والد بودن) رنج می برند. اما بسیاری از زوج ها، آمادگی شروع فرآیند درمان را ندارند. روش های درمانی، استرس زا، همراه با عوارض جانبی داروها یا اعمال جراحی و دارای هزینه اقتصادی بالا برای بیماران می باشند. به هر حال روان درمانی حمایتی، قبل، حین و بعد از انتخاب روش درمانی در نظر گرفته نشده است و تمام درمان های حاضر فیزیکی و پزشکی می باشند.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع رو به رشد ناباروری و نقش عوامل روانی در زندگی زوج های نابارور، روان درمانی حمایتی به عنوان یکی از مؤثرترین راه های درمان دارای اهمیت می باشد. بنابراین توصیه می شود زوج های نابارور مهارت مدیریت استرس برای شروع درمان، ادامه آن و به اتمام رساندن درمان تحت مشاوره هدفمند قرار بگیرند.

کلمات کلیدی: عوامل روانی، روان درمانی حمایتی، درمان ناباروری

تجربیات زنان نسبت به عوامل مرتبط با انجام جراحی پلاستیک: یک مطالعه کیفی

نویسنده: مریم قاسمی

زمینه و هدف: جراحی زیبایی یکی از مسائل مهم در حوزه پزشکی - فرهنگی و یکی از موضوعات مورد بررسی در جامعه شناسی است. با عنایت به اینکه جراحی زیبایی در جامعه ایران طی سال های اخیر افزایش یافته است، هدف اصلی این مقاله تحلیل و تبیین عوامل مرتبط با انجام عمل جراحی زیبایی توسط زنان است. با ورود به قرن بیست و یکم و بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی مردم و افزایش امید به زندگی در افراد بشر و با تسهیل شرایط علمی و عملی، انجام اعمال جراحی های زیبایی به ویژه در کشورهای پیشرفته صنعتی و همچنین کشورهای توسعه یافته، گسترش روز افزون یافته است.

روش بررسی: این مطالعه به روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا و با استفاده از مصاحبه های فردی باز و ساختار یافته انجام گرفت. با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف، ۲۰ نفر از زنان داوطلب برای انجام عمل جراحی بینی در مرحله آمادگی انتخاب شدند و نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه یافت. داده ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی توصیفی و به روش Graneheim و Lundman تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: متغیر اصلی پدیدار شده در طی مطالعه «احساس زشتی» بود. چالش های عاطفی روانی اصلی ترین تغییرات اولیه بودند. زیر مضمون ها شامل مشکلات روانی، تغییر تصویر ذهنی از ظاهر خود، واکنش های منفی نسبت به خود، احساس زشتی و عدم آمادگی برای فعالیتهای اجتماعی بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که زنان داوطلب، تغییرات عاطفی-روانی متعددی را تجربه می کنند و در بسیاری از موارد، وابسته به احساس زشتی می باشند. این تغییرات نیازمند بررسی و برنامه ریزی در نظام سلامت زنان می باشد. به نظر می رسد استفاده گسترده تر از خدمات مشاوره روانشناسی در متغیرهای سرمایه فرهنگی، فشار هنجاری و پایگاه اقتصادی - اجتماعی، متغیرهای تصور از بدن، و روابط اجتماعی می تواند سودمند باشد و انجام مشاوره بر مبنای تجارب عنوان شده برنامه ریزی شود.

کلمات کلیدی: مطالعه کیفی، جراحی پلاستیک، زنان

نقش تغذیه در بروز سرطان پستان

نویسنده: مهرنوش شیردهی

مقدمه: تغییرات ایجاد شده در ۲۰ سال اخیر، سلامت جامعه ما را نیز تغییر داده است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، بیماری های مزمن ۶۰ درصد علل مرگ را در جهان به خود اختصاص داده است. همچنین سالانه حدود ۳۵ میلیون مرگ در جهان به دلیل این بیماری ها رخ می دهد. نوع تغذیه حداقل در ۳۵ تا ۵۰ درصد از بروز سرطان ها نقش مهمی دارد. هدف این مطالعه تعیین نقش تغذیه در بروز سرطان پستان می باشد.

روش کار: پژوهش مروری حاضر به بررسی مقالات با جستجوی کلمات کلیدی سرطان پستان، تغذیه و رژیم غذایی در بانک های اطلاعاتی مانند الزویر، اسپرینگر، کوکران، مدلاین و پایگاه داده های جهان اسلام (SID) می پردازد. معیارهای ورود مقالات به مطالعه شامل مقالاتی بود که از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۴ منتشر شده باشند. همچنین بیماران مورد مطالعه در مقالات در محدوده سنی ۲۵ تا ۷۵ سال بوده و واجد عوامل خطر سرطان پستان بودند. در مجموع ۱۵ مقاله وارد مطالعه شدند و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: نتایج این مطالعات نشان داد که افزایش مصرف غذاهای آماده حاوی اسیدهای چرب اشباع و مواد نگهدارنده در ایجاد این بیماری مؤثر می باشند. در مقابل مصرف کلم، گل کلم، پیاز، سیر، چای سبز، انگور و مرکبات منجر به توقف تغییرات بدخیم در سلول می باشد. منابع غذایی حاوی اسید فولیک مانند دارای برگ سبزیجات، و منابع غذایی حاوی ویتامین E مانند روغن آفتابگردان، جوانه گندم و غذاهای دریایی به دلیل اسیدهای چرب امگا ۳، سلنیوم، روی، ویتامین E و غیره در پیشگیری از بروز بسیاری از سرطان ها به خصوص سرطان کولون و پستان دارای اهمیت می باشند.

بحث: استفاده از غذای ناسالم نقش مهمی در سرطان های زنان به ویژه سرطان پستان دارند. بنابراین برای پیشگیری از سرطان پستان نیاز به تغییر عادات بد غذایی در زنان در معرض خطر احساس می شود.

توصیه های طب سنتی ایرانی در خصوص زنان باردار

نویسنده: دکتر محمد مهدی پرویزی

مقدمه و هدف: بارداری دوره‌ی بسیار حساسی است که در طی آن بانوان باید از همه لحاظ مراقب سلامتی خودشان باشند زیرا هر اشتباه باعث به خطر افتادن جان فرزندانشان می‌شود. طب سنتی ایرانی برای زنان باردار توصیه‌هایی ارائه کرده است مادران باردار با تصور اینکه هر داروی شیمیایی عوارضی به همراه دارد به سمت مصرف خودسرانه داروهای گیاهی می‌روند. لازم به ذکر است که گیاهان دارویی بسیار قوی وجود دارند که می‌توانند در مقوله سموم وارد شوند. کلاً این گیاهان و دیگر روشهای درمانی طب سنتی از جمله فصد و حجامت باید توسط پزشک متخصص طب سنتی تجویز شوند. در کتب مرجع طب ایرانی نیز به مبحث مراقبت های بارداری بطور کامل پرداخته شده است و توصیه های جالب غذایی و دارویی به خانم های باردار ارائه شده است که در این مقاله به بیان چند مورد می پردازیم. روش کار: این مطالعه مروری بوده، با استفاده از کتاب های اصیل طب سنتی اسلامی شامل ذخیره خوارزم شاهی، طب اکبری، شرح الاسباب، مفرح القلوب، حفظ الصحة ناصری و قانون استفاده شده است.

نتایج: از دیدگاه طبیبان طب ایرانی، حساس ترین زمان بارداری، یک ماه و نیم اول بارداری و ماه هشتم به بعد است و اولین بارداری هر خانم حساس تر می باشد. آنها بهترین غذا برای خانم باردار را نان خوب و همچنین خوردن آش ها و آبگوشت های ساده (بدون ترشی و ادویه)، مویز، به، سیب میخوش و گلابی دانسته اند. حکمای طب ایرانی از اثرات منفی برخی مواد و فعالیت های موثر بر بدن خانمهای باردار مطلع بوده و آنها را منع نموده اند که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد: اجتناب از غم، خشم و خوشحالی بیش از حد؛ اجتناب از استشمام بوهای تند و قوی؛ اجتناب از پرخوری که موجب بیماری تخمه و سپس هیضه (مضرترین بیماری برای بارداران) می شود؛ اجتناب از مصرف مواد ترش مزه به ویژه سرکه، مواد تندمزه مثل فلفل و مواد تلخ مزه؛ اجتناب از مصرف هر ماده ای که موجب خروج خون قاعدگی شود (با اصطلاح مدر طمث در کتب طب ایرانی) مانند لوبیا، نخود، زعفران و خطمی؛ اجتناب از مصرف مواد و غذاهای شدیداً گرم یا سردمزاج.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود که به توصیه های طب سنتی ایرانی و نسخ طب سنتی که به عنوان یک مکتب کامل، پویا، علمی و با مبانی فکری آزموده شده به حساب می آید، توجه بیشتری شود و حتی مطالعات علمی و بالینی جامع تری پیرامون آنها انجام شود. جمع آوری توصیه های علمی حکما و همچنین این مطالعات جهت هدایت مادران باردار و پزشکان ضروری به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: طب سنتی ایرانی، بارداری، سلامت زنان

رژیم های لاغری غلط به بدن آسیب می رساند

امروزه تعداد افرادی که به دنبال رژیم های سریع و آنی برای لاغری می گردند کم نیست اگر شما هم از این رژیم پیروی می کنید به این مطلب توجه کنید. بسیاری از افراد به ویژه بانوان اقدام به رژیم لاغری به روش شخصی می نمایند. سلايق شخصی در رژیم لاغری و غذایی هیچ توجیه علمی نداشته و اثرگذار نیست. چنین روش های خودسرانه نه تنها اقدامی بیهوده می باشد بلکه موجب تنش و بروز رفتارهای عصبی و کسالت روحی نیز می شود.

اولین و رایج ترین اشتباهی که افراد در برنامه کاهش وزن خود مرتکب می شوند محاسبه غلط کالری مصرفی در برنامه رژیم غذایی است. بدترین روش برای شروع رژیم غذایی، کاهش ناگهانی میزان کربوهیدرات و در نتیجه از دست دادن مایع زیادی از بدن است. کاهش مایعات به میزان مایعات دریافتی بستگی ندارد، بلکه مستقیماً به توانایی بدن در نگهداری مایعات ارتباط دارد. در این برنامه ها چربی بدن کاهش نمی یابد، بلکه در واقع تنها پروتئین از دست می رود که برای کلیه ها بسیار خطرناک است. هنگامی که این نوع رژیم ها موقتا قطع شوند فرد مجدداً با افزایش وزن به صورت چربی مواجه می شود و اغلب می بینیم فرد حتی چاق تر از زمان قبل از رژیم شده است. موضوع لاغری و بلعکس چاقی باید علمی و با شناخت از کنش و واکنش اندام های درونی بدن باشد. وقتی افراد کثیری از مکانیسم لاغری در سلول های بدن و این که چگونه و در چه شرایطی چربی می سوزد و یا چگونه توده عضلات و چربی در بدن شکل می گیرد شناختی ندارند، بدیهی است تلاش برای لاغری یا چاقی بیهوده خواهد بود.

وقتی شخصی از چگونگی ترشح انسولین در بدن اطلاعی ندارد و از عملکرد انسولین در بدن آگاه نیست، یا فرق چربی های مفید و چربی های بد را نمی داند، رژیم لاغری وی جز سختی و عذاب چیزی دیگری را برایش به ارمغان نمی آورد. گرسنه ماندن باعث می شود وزن بدن به دلیل ذخیره سازی چربی افزایش یابد. اگر هدفتان از گرسنگی کشیدن کاهش وزن است باید در برنامه رژیمی خود تجدیدنظر کنید.

به جای گرسنگی یک برنامه مناسب ورزشی برای خود تعیین کنید و بیشتر به باشگاه بروید. از میوه جات، سبزیجات، حبوبات، گوشت های کم چرب و ماهی استفاده و سعی کنید ۴ یا ۵ بار در هفته طبق یک برنامه منظم ورزش کنید.

زنان باردار به حداقل ۱۵ گرم پروتئین و زنان شیرده به ۲۰ گرم پروتئین در روز نیازمندند در دوران بارداری سوخت و ساز کل پروتئین بدن افزایش پیدا می کند. وی گفت: مقداری از پروتئین صرف رشد و نمو جنین، تشکیل جفت، خون، مایع آمنیوتیک و حفظ بافت های بدن مادر در این دوران می شود.

میزان پروتئین مورد نیاز در دوران بارداری روزانه ۱۵ گرم و در دوران شیردهی ۲۰ گرم بیش از مقادیر توصیه شده برای زنان قبل از بارداری است و در بارداری های چند قلو نیاز به پروتئین بیش از این مقدار است.

نقش اصلی کربوهیدرات ها تامین انرژی برای سلول های بدن به ویژه مغز، سیستم عصبی، گلبول های قرمز و سفید خون است و در بارداری جنین از گلوکز به عنوان منبع اصلی انرژی استفاده می کند.

چربی منبع بزرگ انرژی برای بدن است و به جذب ویتامین های محلول در چربی و کاروتنوئیدها کمک می کند.

همچنین در مغز در حال تکامل جنین و شیرخوار به مقدار زیاد ماده اولیه اسید چرب امگا ۳ تجمع پیدا می کند.

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت از بدو تاسیس تا اردیبهشت ۱۳۹۳ تهیه و تنظیم: دکتر بهنام هنرور (عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت)

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در مهر ماه سال ۱۳۸۸ و با ریاست **استاد کامران باقری لنکرانی** تاسیس گردید. رسالت این مرکز همواره آن بوده است تا با استفاده از ظرفیت های بالقوه خود شواهد علمی لازم را به منظور سیاستگذاری، ظرفیت سازی و همکاری های بین بخشی در حوزه سلامت فراهم نماید و در این راستا با به کار گیری تمام توان بالقوه منابع تحقیقاتی و آموزشی سطح کشوری و بین المللی نه تنها جایگاه خود را به یکی از مراکز تحقیقاتی اثر گذار بر سیستم سلامت ارتقاء دهد بلکه به عنوان مرکزی پشتیبان در هدایت سیستم سلامت کشورمان و مراکز تحقیقات وابسته به این موضوع به سمت کسب موقعیت برتر و الگوی عملیاتی تحقیقی کشورهای منطقه طبق برنامه ایران ۱۴۰۴ عمل نماید.

- استراتژی های مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت:

توسعه کمی و کیفی تحقیقات، آموزش و توانمندسازی، حمایت طلبی و ارتباطات، تقویت منابع پرسنلی، نرم افزاری، مالی و سخت افزاری، ترویج ترجمان دانش، واکاوی اطلاعات، مطالعات ثانویه و آینده پژوهی می باشد.

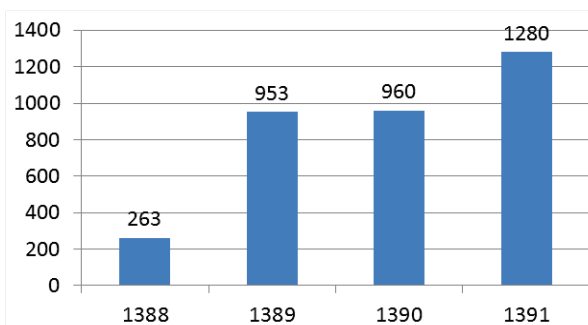
- فعالیت و دستاوردهای مرکز از بدو تاسیس:

- ۹۹ طرح مصوب، ۱۴۹ مقاله چاپ شده، ۴۲۱ استناد به مقالات مرکز، Hindex برابر با ۱۱

پروژه های در دست اجرا و یا برنامه ریزی شده در زمینه های سلامت زنان (همچون پوکی استخوان) از طریق راه اندازی درمانگاه مستمر بانوان (با هدف غربالگری زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امام خمینی (ره)، از نظر سلامت)، بیماری های غیر واگیر (همچون سندرم متابولیک، کوهورت کبد چرب غیر الکلی، کوهورت بیماران پیوند کبد)، ایمنی و تصادفات جاده ای، مدیریت و سیاستگذاری سلامت، فارماکولوژی اجتماعی، ترجمان دانش، آینده پژوهی، سند توسعه سلامت استان، طرح اصلاح نظام سلامت کشور، اعتماد سنجی مردم استان از پزشکان خانواده، خودارزیابی مردم از سلامت و رضایتمندی آن ها از خدمات ارائه شده در بیمارستان ها، تغذیه و چاقی در نوجوانان شیراز، بررسی وضعیت تغذیه ای و ارتباط آن با چاقی در دانش آموزان شیراز، تولید نرم افزارها و بانک های اطلاعاتی کبد چرب، پیوند کبد، سلامت زنان، کاهش بار سوانح ترافیکی، برگزاری ۱۳ سمینار بین المللی (در زمینه سلامت زنان، تغذیه، کاهش بار سوانح ترافیکی، سلامت مدارس، هیپاتیت، حکیم قطب الدین شیرازی)، راه اندازی دوره آموزشی PhD by Research سیاستگذاری سلامت، راه اندازی دوره آموزشی MPH مجازی سیاستگذاری سلامت، تفاهم نامه آموزشی مشترک با دانشگاه جاکسون آمریکا، برگزاری کارگاه های روش تحقیق در سطوح مقدماتی تا پیشرفته، راه اندازی کمیته های تحقیقاتی دانشجویی، برگزاری کارگاه های ترجمان دانش، عضویت در شبکه های مختلف بین المللی همچون World Hepatitis Alliance، شبکه هیپاتیت کشوری، شبکه ملی تحقیقات ضایعات نخاعی کشور، شبکه بیوتکنولوژی دارویی کشوری، چاپ ۳ مجله بین المللی، International Journal of School Health، Shiraz E medical Journal، Women's Health Bulletin و چاپ ماهنامه خبری پژوهشی کلید سلامت، تالیف کتاب های عدالت در سلامت، دستنامه مرور ساختارمند و متا آنالیز، تحلیلی بر شاخص توسعه انسانی ایران از انقلاب اسلامی، تغذیه در بیماری های گوارش و کبد

روند امتیاز ارزشیابی کشوری مرکز:

در سال ۱۳۹۲، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در بین ۳ مرکز اول از مراکز نوبنیاد حیطه بیومدیkal کشور قرار گرفت.



WHEN TO CHECK PROLACTIN IN ABNORMAL UTERINE BLEEDING?

Initial evaluation of anovulatory uterine bleeding should include:

- Prolactin
- TSH
- Pregnancy Test
- History
- Physical Examination

DOSTINEX
cabergoline tablet

تترکت مهندسی آریکونوش کجور

تایمه تخصصی WELD
سنگ نسجین سوم گرایی بر تایل
کاربری آسان با قابلیت اتصال به
LCD و مانیتور 8 اینچ

دقیقت استفاده در تخصص های:

Abdominal, OB-GYN, Urology, Cardiology, ...
Modes: B, B-B, B-M, M, CI
Battery working more than 7 hours
Probes: Convex, Linear, Micro-convex, Transvaginal, Endorectal

Tel: 021-77726379 Web: Arjanyus.com
Fax: 021-77726485 Email: Arjanyus@yahoo.com Mob: 09126175068

Estrace V

پایه دارویی در
تخصص زنان و
گینه ی

Pfizer *Working together for a healthier world™*
www.takipfizer.com
Tel: +9021-48200022

حامیان سومین سمینار بین المللی سلامت زنان

Pfizer | **RYERSON UNIVERSITY** | گیس سلامت آریا | **EXIR PHARMACEUTICAL CO.** | **RoXAN** | شرکت بین المللی رنگین گمان سلامت ایرانیان | **Iranian Health Rainbow International Company**

دانشکده بهداشت و علوم غذایی شیراز | **JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH** | **RAIGO** | **ISR** | **IPPF South Asia Region**

انجمن علمی زنان ایران | **IPPF** | **IPPF** | **IPPF** | **IPPF** | **IPPF** | **IPPF** | **IPPF**

بیمه نوارس

محمول دانمارک

4 biocap[®]
Probiotic

کامل ترین سوش های پروبیوتیک

تأثیر فوق العاده بر:

- رفع یبوست
- دفع شکر
- اسهال مسافرتی
- جوارش منفره آنتی بیوتیک

CHR-HANSEN
Denmark

Tehran Darou
www.td.com

www.4biocap.com

BRONSON[®]

VITAMIN B-1 300 mg
PROMOTES ENERGY METABOLISM
AND NERVOUS SYSTEM HEALTH

Supplement Facts
Serving Size 1 Tablet
Amount Per Serving %Daily Value
Thiamine (as Thiamine Mononitrate) 300 mg 60%

Manufactured according to the current Good Manufacturing Practices (cGMPs) of The United States FDA
www.gsa-b1300.com

BRONSON LABORATORIES
MADE IN USA

BRONSON[®]

GENTLE IRON WITH C
SUSTAINED RELEASE
Dietary Supplement

IRON IS A NECESSARY COMPONENT OF HEMOGLOBIN*

Supplement Facts
Serving Size 1 Tablet
Amount Per Serving %Daily Value
Vitamin C (as Ascorbic Acid) 100 mg 20%
Iron (as Ferrous Fumarate) 27 mg 100%

www.gentleironwithc.com
MADE IN USA

منوبوزفری میکس نچرال[®]

Mix Natural

کمک به کاهش عوارض دوران یائسگی از جمله:

- 1- تغییرات رفتاری و گرگرفتگی
- 2- تهریق شبانه و تپش قلب
- 3- کمک به آرامش و خواب

Menopause Free

EXIR

توزیع توسط: توزیع دارویش، پخش همدان و پخش اصفهان
تهران: ۰۲۱-۸۸۹۱۸۶۶۶
سایت: www.exir.com یا www.exirpharma.com

www.alhavi-pharma.com
تهران: کورس ۱۷، شاه مطهری اوج
تهران: کورس ۱۳۱ و ۱۳۲-۱۳۳
تهران: کورس ۱۳۱ و ۱۳۲-۱۳۳
رشته دارویی: ۱۳۲-۱۳۳


المحوی

Ferrous Fumarate-Alhavi[®]
(Ferrous Fumarate)

برای اولین بار در ایران

- جذابتر جذب آهن
- فاقد عوارض گوارشی (یبوست، حالت تهوع، نفخ و...) ناشی از فرسوس سولفات
- پذیرش بهتر بیمار
- کمک سولفات به دلیل موافق گوارشی بالا به صورت فرسوس دارویش
ایده می شود که این اثر منجر به کاهش جذب آهن می گردد. داروهای
که مانع فومارات آهن شده اند، مانع موافق گوارشی بسیار کمتر است.







شرکت های توزیع کننده:
پخش همدان، فردوس، اوج، خیابان فارسی، همدان دارو، سفید.




WOMEN'S HEALTH Bulletin

"Aware Today, Alive Tomorrow"

Documentation of Science accepts terms and conditions of





WOMEN'S HEALTH Bulletin

WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014

-The first and the only journal on women's health
- One of the best journals in which review process is based on fast track system
- Women's Health Bulletin is an individual journal that welcomes articles on all aspects of women's health.

ISSN: 2345-5036
eISSN: 2343-9544
womenshealthbulletin.com

Nutrition
in
GastroIntestinal & Liver Diseases

تغذیه
در بیماری های



این کتاب با رویکرد پیشگیری و درمان بیماری گوارش به بحث تغذیه می پردازد و به همین لحاظ می تواند مرجع موثقی برای پاسخگویی به سوالات شما باشد. هر فصل کتاب با توضیح مختصری به زبان ساده درباره ی بیماری، نشانه و علائم آن آغاز شده و سپس وارد بحث درمان و تشخیص آن می گردد و در ادامه نکات تغذیه ای هر قالب دستورالعمل کاربردی ارائه می شود.

گوارش و کبد

مادرین کتب از مجموعه کتابهای مرکز تحقیقات با گوارش سلامت

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| دکتر مریم اردبیلی | سید مهدی احمدی |
| دکتر کناوس اشراقیان | دکتر فرهاد اجنهادی |
| دکتر محمدکاظم حسینی اصل | دکتر سیدعلیرضا نفوی |
| دکتر علیرضا رحیمی | دکتر نجف دهباشی |
| دکتر مهوش علیزاده | دکتر منظر طالب زاده |
| دکتر محمد حسن کافلی | دکتر محمدرضا فتاحی |
| دکتر محمد علی نجفی | دکتر مریم معینی |
| دکتر سیدعلیرضا هاشمی | دکتر رامین نیکساز |

محل فروش
غرفه مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
سومین سمینار بین المللی سلامت زنان
۳۱ اردیبهشت و ۱ خرداد

تالیف:
دکتر کامران باقری لنگرانی
و همکاران

یادداشت



Women's Health Conference
www.health-policy.org

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز
Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences
تلفاکس: ۰۷۱۱-۷۱۱-۹۸+۲۳۰۹۶۱۵

کنفرانس بین‌المللی
سلامت زنان
شیراز - ایران



The 3rd Iranian International Conference on **Women's Health**

May 21 and 22, 2014
Shiraz, Iran

TOPIC:

- Healthy Aging
- Communicable & Non-communicable Disease
- Psychosocial Aspects of Women's Health
- Health Promotion
- Reproductive Health
- Nutrition in pregnancy, breast feeding and menopause



with maximum CME credit

Sina and Sadra Conventional Center, Shiraz, Iran

Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences

www.health-policy.ir

Tel/Fax: +98-711-2309615