



مرکز تحقیقات و اقتصاد سلامت  
Health Economics Center

پاینامه خبری پژوهشی  
مرکز تحقیقات و اقتصاد سلامت



سال سوم - شماره ۲۴ - خرداد ۱۳۹۱

ISSN: 2251-6018



## در این شماره می خوانید:

۲

### سخن نخست

۳

**سلامت زنان: اهمیت ها و اولویت ها**  
- نقش زنان در سلامت جامعه  
- نقش زنان در سلامت خانواده  
- اولویت های سلامت زنان

۴

سبا (سلامت بانوان ایرانی)

۶

سلامت زنان محور سلامت خانواده «۲۸ مهر ماه، روز ملی سلامت زنان»

۸

**سلامت زنان در جهان**  
- جایگاه زن در مکتب اسلام  
- مشکلات زنان در ایام سلامت در جهان  
- محورهای مورد نظر در سلامت زنان  
- نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی  
- وضعیت آموزش زنان  
- سلامت و بیماری در دختران و زنان  
- اصلاح وضع سلامت زنان و کودکان

۱۳

**میزان شیوع و عوامل خطر عفونت های مجرای دستگاه تناسلی در میان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی**  
- مقدمه  
- مواد و روش ها  
- نتایج  
- بحث و نتیجه گیری  
- منابع

۲۰

**تازه های دنیای پزشکی**  
- بارهای ضد بارداری آهسته رهش ۲۰ براتر موثر تر از روش های کوتاه اثر مثل قرص  
- تعیین خطر مرده زایی در زائمان دوم  
- مصرف قرص های پیشگیری از بارداری خطر سرطان سینه را افزایش می دهد  
- سابقه خانوادگی ابتلا به آندومتریوز در زنان ۹ برابر افزایش می دهد  
- مصرف آسپرین باعث کاهش عود ترومبوازمیولی وریدی می شود  
- تکامل های تکسیم ممکن است ریسک سکتة قلبی را افزایش دهند  
- آندروتناسین و مرگ ناشی از حلق قلبی عروقی  
- خودکشی و خطر مرگ قلبی عروقی بعد از اعلام خبر ابتلا به سرطان

۲۳

گزیده مقالات اولین کنگره بین المللی سلامت زنان



سال سوم - شماره ۲۴

خرداد ۱۳۹۱

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیات تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی،  
دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:

دکتر پیام بیسانی، دکتر مجتبی محمودی  
دکتر مریم نطقان خلیلی، سید مهدی  
احمدی، یاسر ساریخانی خرمی

رئیس شورای سردبیری:

دکتر فریبرز نظاریسند

مدیر اجرایی:

محمد خوش سیما

طراحان و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

# سخن نخست

سلامت از مهم‌ترین مولفه‌های توسعه پایدار بوده و دسترسی به خدمات پایه سلامت از اجزای اصلی حقوق بشر می‌باشد. زنان به دلیل گذراندن دوره‌های خاص از جمله حاملگی، زایمان، شیردهی و بلوغ، گروه آسیب پذیر جامعه از نظر سلامت محسوب شده. نیازمند خدمات ویژه پیشگیری، سلامت و درمان می‌باشند. بر اساس آمار WHO، سالانه ۱۰ میلیون زن در جهان دچار عوارض حاملگی و زایمان می‌شوند. بیش از نیمی از مبتلایان به HIV و ایدز در جهان، زنان می‌باشند. از طرفی افزایش میزان بی‌سوادی، فقر اقتصادی و بیکاری، دسترسی به خدمات پایه بهداشتی و سلامت را برای زنان دشوارتر ساخته است. این در حالیست که تأمین سلامت زنان نه تنها به افزایش شاخص‌های سلامت جامعه کمک خواهد کرد، بلکه باعث ارتقای سلامت خانواده نیز می‌گردد.

در حال حاضر برخی شاخص‌های بهداشتی کشور ما در مقایسه با برخی از کشورهای همسایه مانند ترکیه، سوریه، مصر و اردن وضعیت بهتری ندارد. در ایران شاخص مرگ و میر مادران، نوزادان و واکسیناسیون، به مراتب بهتر از کشورهای نامبرده است. همچنین در مواردی همچون سرطان دهانه رحم که در برخی کشورهای در حال توسعه و حتی توسعه یافته به دلیل فرهنگ حاکم بر جامعه، یک معضل بهداشتی است. میزان ابتلا در ایران ۲۳٪ در ۱۰۰ هزار است که البته عواملی چون شرایط مذهبی حاکم بر جامعه، در کاهش این مهم تأثیر بسزایی داشته است. در سال‌های اخیر در بعد سلامت زنان پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در کشور ما صورت گرفته. تا جایی که امید به زندگی در زنان ایرانی به‌طور متوسط به ۶۲ سال رسیده است. که این امر مرهون موفقیت در برنامه‌هایی هستند که برای ارتقای سلامت زنان در برنامه‌های پیشگیرانه وزارت بهداشت گنجانده شده‌اند.

بر واضح است که تمامی برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت و به خصوص سلامت زنان باید بر اساس شواهد موجود بوده، با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه هم‌خوانی داشته باشد. در غیر اینصورت این تلاش‌ها و برنامه‌ها موفقیت‌آمیز نخواهد بود و این مهم بر عهده تمامی متخصصین و مراکز تحقیقاتی است که شواهد لازم برای اتخاذ برنامه‌های سلامت زنان را فراهم آورده تا تحقیقات انجام شده در این زمینه به اتخاذ مناسب برنامه‌های غربالگری-پیشگیری و درمانی در زمینه سلامت زنان منجر شود.

دکتر نجمه مهارلویی

استادیار مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

و

دبیر علمی اولین سمینار بین‌المللی سلامت زنان در ایران

## سلامت زنان: اهمیت ها و اولویت ها

دکتر مرضیه وحید دستجردی، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیماری و مرگ و میر مادر بر سلامت اعضای خانواده، غیر قابل چشم پوشی است. زنان به عنوان مادر در خانواده، محور سلامت خانواده اند و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آنها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد. از جمله این موارد می توان تاثیر خطرات نهدیدگسند سلامت مادران بر سلامت سایر گروه های سنی در خانواده را نام برد (انتقال بیماری از مادر به جنین، اثر سوءتغذیه و دیابت و فشارخون مادر بر جنین، اثر استعمال دخانیات بر سلامت جنین و سایر افراد خانواده و...) به علاوه، با توجه به یادگیری رفتار در خانواده و نقش مادران در شبکه یادگیری اجتماعی، آثار رفتارهای زنان و مادران بر جنبه های مختلف سلامت و بیماری و تاثیر آن در فرهنگ رفتاری همه اعضای خانواده بر هیچ کس پوشیده نیست. همچنین بررسی ها نشان داده است که نرخ مرگ و میر کودکانی که مادرشان را از دست داده اند، افزایش قابل توجهی داشته است. افزایش موارد کت و کاهش تحصیل در فرزندان مادر از دست داده نیز از سایر آثار نامطلوب مرگ مادر است. مرگ مادر نه فقط به دلایل مرتبط با بارداری و زایمان، بلکه به دلایل دیگر نیز به همان اندازه برای خانواده فاجعه آمیز است و در تمامی ابعاد دردناک و جبران ناپذیر است.

### اولویت های سلامت زنان:

طبق بررسی های انجام شده در کشور، بیماری های قلبی عروقی و بیماری های عروقی مغز و همه عوامل خطرناک و زمینه ای که به آنها منجر می شوند (مانند دیابت، فشار خون و چاقی) از اولویت ویژه ای در سلامت زنان برخوردارند. درست است که میزان مرگ و میر زنان، به ویژه مرگ و میر مادران باردار، در سال های پس از انقلاب شگوهمند اسلامی ایران، روند رو به کاهش چشمگیر و قابل توجهی داشته است اما از فاصله ای که تا وضعیت مطلوب وجود دارد، نباید غافل بود. از طرف دیگر، اگرچه مرگ و میر زنان در بعضی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما بر اساس بررسی ملی بار بیماری ها، زنان در مقایسه با مردان آسیب پذیرترند و ناتوانی های ناشی از بیماری های مزمن در آنها به مراتب بیشتر از مردان است.

براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ زنان در همه گروه های سنی ۲۴ میلیون نفر، یعنی حدود ۴۸ درصد از جمعیت کشور را به خود اختصاص می دهند. قاعده پهن هرم سنی جمعیت در کشورهای جوانی مانند ایران در سال های آینده به گروه های سنی بالاتر، یعنی میانه هرم، تعلق خواهد گرفت و جمعیت زنان میانسال که در حال حاضر جمعیت ۱۸ میلیون نفری را به خود اختصاص می دهد، به سرعت رو به فزونی خواهد گذاشت. همه گروه های زنان، از دختران تا زنان میانسال و سالمند، نیازمند حمایت جدی برای ارتقای همه جانبه کیفیت زندگی و سلامت هستند. در خصوص نقش و اهمیت سلامت زنان به نکته مهم باید اشاره کرده اول، اهمیت نقش زنان در سلامت خانواده و جامعه و دوم اهمیت سلامت این قشر مهم زنان، چه به عنوان آرایه کننده خدمات بهداشتی و چه به عنوان گیرندگان خدمات، باید در برنامه ریزی ها در نظر گرفته شوند و از وظایف اصلی دولت هاست که این شرایط را فراهم کند.

### نقش زنان در سلامت جامعه:

در خصوص نکته اول، رشد حضور اجتماعی زنان در سال های پس از پیروزی انقلاب، به کارگیری نیروهای زن در سطوح مختلف تخصصی (به خصوص برای بهداشت و سلامت جامعه) قابل تأمل است و یکی از افتخارات جمهوری اسلامی ایران درگیر کردن زنان در نظام سلامت است. حضور زنان گروه های پزشکی در صحنه های جنگ و بحران و بلاهای طبیعی، ثباتی بر شجاعت آنان در قبول مسوولیت های اجتماعی است.

### نقش زنان در سلامت خانواده:

زنان، تضمین کننده سلامت خانواده هستند. آنها به طور معمول، مدیریت و برنامه ریزی سلامت خانواده، از واکنشهای کودکان گرفته تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس های بزرگ ترها و آرایه خدمات به سالمندان را به عهده دارند. بخش سلامت تغذیه، از مزرعه تا سفره، نیز معمولاً عرصه تصمیم گیری بانوان است. از طرف دیگر، آثار نامطلوب

بحران های ازدواج و طلاق، فرار از خانه، بزه های اجتماعی و... از زندگی اجتماعی زنان رخت بر بندد و همه مردم، چه زن و چه مرد، از منافع آن بهره مند شوند.

## سبا (سلامت بانوان ایرانی)

نویسنده: دکتر معصومه صفاری-کارشناس مسئول سلامت میانسالیان، گروه سلامت خانواده و جمعیت معاونت بهداشتی

سلامت زنان مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی بهتر برای همگان است و ظرفیت سازی و توانمند سازی آنان جهت مشارکت در برنامه های بهداشتی پیش نیاز اصلی برای ارتقاء بهداشت و نایل به اهداف سلامت جامعه می باشد. آگاهی روز افزون در مباحث سلامت زنان موجب فزونی تلاش های بهداشت همگانی در سازماندهی فعالیت ها و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در اقشار مختلف زنان شده است. نکته قابل توجه اینکه ویژگی های جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی جوامع در حال توسعه و وضعیت زنان در این جوامع متفاوت بوده و موجب پیامدهای متفاوتی بربعاد مختلف بهداشت و سلامت آنان می گردد که باید در برنامه ریزی بهداشت و توسعه به آنها توجه لازم را مبذول داشت. مسئولیت و نقشهای چند گانه و متعدد زنان در خانواده و اجتماع، سلامت آنان را مورد تهدید قرار می دهد. با توجه به مسئولیت های سنگین زنان در جامعه و توجه به محوریت بودن نقش آنها در تحکیم خانواده و حضور فعال آنان در اجتماع ضروری است جهت تأمین بهداشت و سلامت این گروه کوشش نموده تا بتوان از این طریق در جامعه سلامتی را به ارمغان آورد. در این راستا بازنگری مستمر، ارزشیابی و نظارت بر اجرای سیاستها و برنامه های سلامت زنان، طراحی و استقرار نظام پایش و مراقبت سلامت زنان در نظام سلامت کشور از اولویت های برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. سابقه برنامه سلامت زنان همزمان با شروع برنامه تنظیم خانواده در سیستم نظام مراقبت های بهداشتی درمانی و ارائه گسترده خدمات پاپ اسمیر ویژه زنان گروه سنی ۲۰-۶۵ سال (حدائق یکبار ازدواج کرده) می باشد و پس از آن ارتقا آگاهی زنان در زمینه سرطان های شایع زنان (سرطان پستان، سرطان دهانه رحم) از جمله اهداف کشوری برنامه سلامت زنان منظور گردید.

مرگ و میر مادران به علت بارداری و زایمان نیز از علل مهم مرگ و میر زنان است که نمی توان به سادگی از آن گذشت. بارداری های ناخواسته، بارداری های پرخطر، عدم برخورداری از مراقبت های شش گانه دوران بارداری و زایمان غیرایمن از علل مهمی هستند که باید از آنها پیشگیری کرد.

سرطان ها از علل اصلی مرگ و میر زنان هستند. در ایران، بار اصلی سرطان ها در زنان، مربوط به سرطان پستان است و البته سرطان دهانه رحم نیز به علت سیر بالارونده ای که دارد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. سرطان پستان در زنان ایران همچنان در رتبه اول سرطان ها قرار دارد و همه ساله به تعداد موارد بروز آن افزوده شده و به رقمی حدود ۷ هزار مورد در سال رسیده است. از طرف دیگر، از مهم ترین اولویت هایی که بیماری مزمن و ناتوان کننده برای زنان ایجاد می کنند، بیماری های اعصاب و روان (به خصوص افسردگی)، بیماری های عضلانی اسکلتی (به ویژه کمردرد و آرتروز)، کم خونی و پائینگی هستند که البته در گروه های سنی مختلف زنان رتبه آنها تغییر می کند. به عنوان مثال، پائینگی و مشکلات ناشی از آن در زنان ۴۵ تا ۶۰ سال، رتبه دوم علل عوارض را به خود اختصاص می دهد و همچنین گرفتاری های عضلانی اسکلتی رتبه بالایی در بار بیماری های این گروه سنی دارد.

بی تردید یکی از مهم ترین عوامل پیشگیری کننده از همه اولویت های فوق، شیوه زندگی سالم و مطلوب است که متأسفانه در زنان ایران، به ویژه در خصوص فعالیت جسمانی و تغذیه سالم و صحیح، مشکلات مهمی وجود دارد. آمار چاقی و عدم تحرک جسمانی در زنان بسیار بالا است. بنابراین اتخاذ شیوه سالم زندگی برای زنان ایرانی یک امر مهم در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آنها است و محور برنامه های روز ملی سلامت زنان در سال ۸۹ نیز همین امر است. بنابراین در این روز ملی به همه زنان میهن اسلامی توصیه می کنیم که برای زندگی خود برنامه ریزی صحیحی داشته باشند و تغذیه سالم و فعالیت جسمانی کافی روزانه را در آن بگنجانند تا از آثار مطلوب آن بر سلامت خود بهره مند شوند. البته نباید و نمی توان از آثار و عوالب آسیب های اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آنان چشم پوشی کرد. در جامعه اسلامی ایران همه باید دست به دست هم دهند تا ریشه های خشونت مزاحمت

در این راستا تقویت همکاری و هماهنگی بین بخشی مهم از سازمان‌های غیردولتی و انجمن‌های علمی و تخصصی مرتبط با سلامت، تدوین برنامه‌های موثر بر ارتقای سلامت بانوان، شناسایی و تلاش جهت رفع موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی موثر و توسعه آگاهی زنان در خانواده و اجتماع، فرهنگ سازی و اصلاح باورها نسبت به جایگاه زنان، فراهم کردن دسترسی به خدمات مناسب و حمایت ویژه، بهبود وضعیت سلامت محیط کار و تاثیر آن بر سلامت، حمایت و تسهیل امر ازدواج، اتخاذ تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هرگونه ظلم و خشونت علیه زنان، توسعه مهارت و ظرفیت‌های شغلی از اولویت‌های برنامه‌های مرتبط با زنان است که در دستور کار برنامه های اجرایی سیا قرار گرفته است.

در پایان زنان به عنوان پایه های اصلی خانواده و محور اساسی سلامت، رشد، پویایی و اعتدالی خانواده و جامعه هستند از این رو لازم است نگاه ویژه ای به «سلامت» این فشر داشته باشیم «سلامت زن» باید در ابعاد مختلف تأمین و دیدگاه های متفاوت به نقش این موجود استثنایی به گونه ای معطوف شود که جایگاه واقعی خود را بیابد.



در استان فارس پس از گزارش نتایج پژوهش انجام شده در طی ده سال (۶۷-۷۷) در زمینه بررسی شیوع سرطان پستان در استان فارس و مرور دیگر مطالعات مختلف در کشور و دنیا و اطلاعات گرد آمده از گزارشات پاتولوژی در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، برنامه غربالگری سرطان پستان از سال ۱۳۷۸ با تربیت پزشکان و کارشناسان ماهایی در زمینه معاینه کلینیکی پستان و راه اندازی مرکز تخصصی رفرا ل تشخیص و درمان زودرس سرطان پستان در مرکز استان با حضور اساتید صاحب امر آغاز گردید و سپس روند ارائه خدمات با توسعه مراکز غربالگری سرطان پستان در بیست شبکه بهداشت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز از سال ۱۳۸۲ همراه با برگزاری کارگاه های آموزشی مداوم در زمینه مراقبت های اقدام یافته سلامت زنان در سطوح دانشگاهی و شبکه های بهداشت درمان در حال اجرا می باشد.

همزمان با تشکیل اداره سلامت میانسالیان از سال ۱۳۸۶ برنامه های سلامت زنان تحت عنوان سیا (سلامت بانوان ایرانی) با هدف ارزیابی دوره ای - پیشگیری و تشخیص بیماری های شایع در دو مقطع سنی ۲۵-۴۵ سال (میانسالیان جوان) و ۴۵-۶۰ سال (میانسالیان بزرگسال) در دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت و درمان برنامه ریزی و به صورت پیلوت منطقه ای در دانشگاه های علوم پزشکی کشور اجرا می گردد.

در استان فارس برنامه های بهبود شیوه زندگی میانسالیان در کتبه شبکه های بهداشت درمان و ارائه مراقبت های اقدام یافته دوران پائینگی در شهرستان شیراز از سال ۱۳۹۰ اجرا گردیده و هم اکنون تدوین شناسنامه سلامت کارکنان دولت از اهم اهداف اجرایی برنامه سلامت میانسالیان به ویژه سلامت بانوان در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.

با توجه به اهمیت سلامت زنان در جامعه، از سال ۱۳۸۶ روز ۲۸ مهرماه در کشور به عنوان «روز ملی سلامت بانوان» نامگذاری گردیده و هدف از برگزاری این روز، جلسه سازی جامعه زنان و سایر بخش‌های مرتبط با سلامت بانوان است.

## سلامت زنان محور سلامت خانواده «۲۸ مهر ماه، روز ملی سلامت زنان»

نویسنده: دکتر حسن جوانی - استادیار مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

آمارها نشان می‌دهد، ۳۰ درصد از زنان بین ۱۵ تا ۴۹ ساله دچار کم‌خونی هستند یا کمبود ید در زنان ایرانی دو برابر مردان است. این نتایج گویا بر این است که تامین سلامت زنان نسبت به مردان بسیار مشکلتر است. عواملی نظیر تبعیض، فرصت‌های نابرابر اقتصادی، شغلی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، عدم دسترسی به آموزش مناسب و کافی، بویژه نداشتن سواد بهداشتی، مهمترین موانع تحقق سلامت زنان کشور را تشکیل می‌دهند.

با آن که آمار، حاکی از طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان است ولی کیفیت زندگی آنان به گونه‌ای جدی و با مشکل همراه است که زنان به نسبت بیش از مردان دچار عوارض حاد، شرایط مزمن و معلولیت‌های طولانی مدت و کوتاه مدت می‌شوند، چنانچه این مشکلات و مشکلاتی اهم از سوء تغذیه، کار طاقت فرسا، زایمان‌های مکرر و دیگر مسائل فرهنگی و اجتماعی موثر بر سلامت آنها نادیده انگاشته شود. سلامت خانواده آنان در کنار سلامت خودشان آسیب خواهد دید لذا برنامه ریزی و انجام اقدامات عملی در جهت تضمین و ارتقای سلامت زنان با رویکردی جنسیتی و ایجاد فرصت‌های برابر برای آنها، راهکار منطقی برای حل معضلات بهداشتی سلامتی زنان است.

با توجه به نقش موثر زنان در انجام مسوولیت‌های تامین بهداشت و سلامت خانواده و جامعه و با توجه به آمار که نیمی از جمعیت کشور زنان هستند، به همین منظور براساس سیاست‌های کلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر بهبود سلامت زنان از نظر کاهش مرگ و میر مادران حین زایمان، پیشگیری از معلولیت‌ها و بیماری‌ها، ارتقای کیفی تغذیه، تنظیم خانواده، مراقبت اطفال، بهداشت محیط و غیره و شاخص‌های بهداشتی بهبود داشته و در نتیجه موجب بهبود سلامت زنان شده است.

تحقیقات جهانی حاکی از آن است که همه ساله ۷۰ هزار مادر در سراسر دنیا از سقط جنین‌های غیر بهداشتی می‌میرند که مرگ مادر یکی از دردناک‌ترین حوادث برای هر خانواده به شمار می‌رود.

بازنگری مستمر و ارزشیابی و نظارت بر اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت زنان، طراحی و استقرار نظام پایش و مراقبت سلامت زنان در نظام سلامت کشور از اولویت‌های برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. با توجه به اهمیت سلامت زنان در جامعه، از سال ۱۳۸۶ روز ۲۸ مهرماه در کشور به عنوان «روز ملی سلامت زنان» نامگذاری شده است. در این راستا تقویت همکاری و هماهنگی بین بخشی اهم از سازمان‌های غیردولتی و انجمن‌های علمی و تخصصی مرتبط با سلامت، تدوین برنامه‌های موثر بر ارتقای سلامت، شناسایی و تلاش جهت رفع موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی موثر و توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش و مسوولیت‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع، فرهنگ سازی و اصلاح باورها نسبت به جایگاه زنان، افزایش دسترسی زنان به نیروهای متخصص و همگن خدمات سلامت، توسعه فرهنگ ورزش در بین زنان و دختران و رفع موانع موجود، فراهم کردن دسترسی به خدمات مناسب و حمایت ویژه، بهبود وضعیت سلامت محیط کار و تاثیر آن بر سلامت، حمایت و تسهیل امر ازدواج، اتخاذ تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هرگونه ظلم و خشنونت علیه زنان، توسعه مهارت و ظرفیت‌های شغلی از اولویت‌های برنامه‌های مرتبط با زنان است که در دستور کار این وزارتخانه قرار گرفته است. هدف از برگزاری روز ملی سلامت زنان، حساس سازی جامعه زنان و سایر بخش‌های مرتبط با سلامت می‌باشد. محوریت برنامه بر روی بحث‌های مراقبتی و پیشگیرانه است تا برای بیماری‌ها با تشخیص زودهنگام، درمان مناسب ارایه شود. در سال جاری زنان با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی سراسر کشور خدمات مراقبتی پیشگیرانه را دریافت می‌کنند و با آموزش ضمن دریافت خدمات مناسب از کیفیت و طول عمر بیشتری برخوردار می‌شوند.

برخورداری از سلامت، حق همه انسان‌هاست بویژه برای زنان که در تامین بهداشت و سلامت جامعه نقش موثرتر و مهمتری از مردان عهده دار هستند.

از نظر تاریخی یک قدم عقب تر از مردان بوده اند. از سوی دیگر نیازهای زنان و مردان متفاوت است لذا ضرورت نگاه جنسیتی در برنامه ریزی ها اول به دلیل همین عقب ماندگی تاریخی زنان از مردان، دوم تفاوت در نیازها و سوم به دلیل تفاوت بیولوژیکی زن و مرد است.

گرایش به غذاهای آماده و انتخاب جایگزین فرنگی برای غذاهای سنتی ایرانی از جمله عواملی است که سلامت جسمانی زنان را تهدید می کند. البته در کنار مساله تغذیه باید تحرک و بهره وری کم از آفتاب را هم در نظر گرفت که به مشکلات زنان دامن می زند. فقر حرکتی در دختران به رشد آنان آسیب می رساند. طبق آمار اعلام شده، سرانه فضای ورزشی دختران در مدارس ۱۷ سانتی متر است در حالی که فضای استاندارد برای این کار، ۲۵۰ سانتی متر است. عجب نیست اگر بدانید قابلیت جسمانی زنان ۱۸ تا ۲۶ سال ایرانی مساوی با قابلیت جسمانی زنان ۵۰ ساله فرانسوی برآورد شده است. فقر حرکتی در زنان که بر اثر بالا رفتن سن، چاقی، پائستگی و کم تحرکی ایجاد می شود، یوکی استخوان به بار می آورد.

با توجه به بهبود شاخصهای ذکر شده که همگی در رابطه با ارتقای سطح سلامت زنان است و نیز برای قوانین حمایتی در خصوص سلامت زنان جامعه هنوز راه بسیار زیادی در پیش است تا به ابدۀ ال های شاخصها دست یابیم. برنامه ریزی در جهت ارتقای سطح سلامت زنان جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. چرا که سلامت ۷۵ درصد از جامعه یعنی زنان و فرزندان به طور مستقیم و سلامت ۲۵ درصد جامعه به طور غیر مستقیم (مردان) تأمین می گردد. لذا اگر سلامت محور توسعه پایدار است، زن محور سلامت است.

شاید مهمترین عامل مرگ و میر زنان در سالهای گذشته، مرگ و میر مادران ناشی از بارداری بوده است که با رشد خدمات سلامت و افزایش آگاهی بهداشتی زنان از این مساله، امروزه به وضعیت مطلوبی رسیده ایم. اما وضعیت زنان چه به لحاظ جمعیت شناسی و چه از نظر مسائل بهداشتی ایجاب می کند که یک طرح جامع و ملی برای بهبود سلامت زنان نسین شود. در همین زمینه توسعه مشارکت های فرهنگی اجتماعی زنان، به میزان ۰.۲۵ درصد با در نظر گرفتن اولویت های کشوری سلامت زنان در محورهای بهداشت باروری، بهداشت روان، اصلاح فرهنگ تغذیه، تقویت سازمان های غیردولتی زنان مرتبط با سلامت زنان و مسائل فرهنگی موثر بر سلامت دانشجویان دختر هزینه شده است.

مسائل بهداشتی زنان امروز، آسیبهای خود را در حوزه بهداشت روانی نشان می دهد. میزان بالای افسردگی و خودکشی در زنان، طلاق، زنان خیابانی و مسائلی از این دست گواه بر این مدعاست. از طرحهای در دست اقدام برای ارتقای سلامت روانی زنان، طرحهای مداخله ای آموزش مهارت های زندگی است که هدف آن، بررسی آموزش نحوه برقراری ارتباط بین افراد خانواده در افزایش کیفیت زندگی و تهیه مدل آموزشی متناسب با فرهنگ ایرانی است. وجود فرهنگ غالب مردسالاری در جامعه و خانواده، حضور بیشتر مردان در پستهای مدیریتی و تصمیم گیری و وجود اهرم اقتصادی در دست آنان، متأسفانه برنامه ریزی برای مشارکت مردان در عرصه سلامت نسبتاً ضعیف بود لذا اثرات نامطلوبی که موجب محدودیت پیشرفت در عرصه سلامت ما شود، بیشتر متوجه زنان خواهد بود.

از آنجا که در فرآیند توسعه، نیروی انسانی از ارکان اصلی است و زنان به عنوان نیمی از جمعیت انسانی از جایگاه ویژه ای برخوردارند. بنابراین عدالت اجتماعی ایجاب می کند هیچ گونه تبعیضی وجود نداشته باشد و همه اقشار جامعه از نتایج توسعه یکسان بهره مند شوند. در این میان، از یک طرف وضعیت زنان و مردان به صورت متعادل نبوده و همواره زنان



## سلامت زنان در جهان

نویسنده: سیده الهام دکتر محمد مهدی بهداری - دکتری علوم اجتماعی

### مقدمه

با نظری گذرا در می یابیم که بیش از نصف جوامع بشری را زنان تشکیل می دهند. نظام آفرینش و اقتضای خلقت چنان است که دوام و استمرار و بقای نوع انسان وابسته به وجود توأم «مرد و زن» می باشد و کمال وجودی هر یک از این دو به وسیله دیگری کامل می گردد. کفه های ترازوی تلوخ و برتری هر یک از این دو بر دیگری در سیر تکاملی تاریخ، فراز و نشیب هایی طی نموده و شاهد نوسانات فراوانی بوده است.

با ظهور آئین نجات بخش اسلام، ورق تازه ای در تاریخ زده شد و نظریات جدیدی در باره زنان به جهانبیان عرضه گردید. پس از گسستن زنجیرهای ذلت و برداشتن بارهای سنگین که به نام حمایت از زنان در جوامع رایج بود، کلام الله مجید بدون کوچک ترین شک و شبهه ای با صدای رسا اعلام نمود:

هَمَّ مَعْمَلٍ صَالِحًا مَن ذَكَرَ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيٰوةً طَيِّبَةً وَ لَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ؛ هر مؤمنی که کارهای نیکو انجام دهد چه زن باشد چه مرد او را به حیات طیبه و زندگی پاک و پاکیزه زنده می داریم و پاداش اعمال صالح او را خیلی بهتر از آنچه عمل کرده است به او می دهیم. (سوره نحل، آیه ۹۷)

### جایگاه زن در مکتب اسلام

در اسلام زنان برای جامعه انسانی در حکم منبع عاطفی و معنوی پرارچی هستند که اگر جامعه در جهت رشد و اعتلای خود از این سرچشمه هستی بخش استفاده به عمل نیاورد به جهت فقر عاطفی و معنوی به تدریج از محتوای انسانی خویش تهی شده و از ارزش های انسانی جامعه فاصله خواهد گرفت. در سراسر جهان دست بافتن به سلامتی برای زنان نسبت به مردان بسیار مشکل تر است. با وجود آنکه پیشرفت های مهم علمی و فن آوری در برخی از زمینه ها انجام شده است و لیکن زنان زیادی از مرگ و میر قابل پیشگیری رنج می برند.

### مشکلات زنان در ابعاد سلامت در جهان

در کشورهای جهان سوم بسیاری از مسائل، عادات و سنت های فرهنگی منجر به افزایش سوء تغذیه و کم خونی در بین زنان می گردد و برای برخی دیگر آستنی و زایلمان، مرگ زودرس را به همراه دارد. با وجود آنکه آمار حاکی از طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان است ولیکن کیفیت زندگی آنان به گونه ای جدی دچار مشکل می باشد. زنان به نسبت بیش از مردان دچار عوارض حاد، شرایط مزمن و معلولیت های طولانی مدت و کونا مدت می گردند.

### محورهای مورد نظر در سلامت زنان

سلامت زنان تحت تأثیر عوامل بیولوژیک، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیست قرار می گیرد و نتیجه پدیده ای است که از دوران جنینی شروع شده سپس هر مرحله از آن (شیرخوارگی و کودکی، نوجوانی، جوانی، سال های باروری و کهنولت) بر روی مرحله قبلی بنا می شود. زنان در انجام مسئولیت جهت تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مهم تر و مؤثرتری از مردان عهده دار هستند، زیرا آنان نه تنها مسئول سلامت خود می باشند بلکه بیشترین مراقبت ها را برای سلامت و بهداشت خانواده خود انجام می دهند. بنابراین چنانچه مشکلات اعم از سوء تغذیه، کار طاقت فرسا، زایلمان های مکرر و دیگر مسائل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت آنها نادیده انگاشته شود، سلامتی خانواده آنان در کنار سلامتی خودشان دچار آسیب خواهد شد. توجه به سلامت زنان علاوه بر این دلیل که تقریباً نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می دهند ناشی از این است که بر اساس تحقیقات سه دهه اخیر، وضعیت سلامت زنان تأثیر بسزایی بر سلامت فرزندان، خانواده، جامعه و محیط پیرامون آن دارد.

۱۸ الی ۳۰ درصد خانواده‌ها در سطح جهان منحصرأ توسط زنان اداره می‌شوند و در خانواده‌های بی‌شماری، کمک مالی مادر سهم عمده‌ای را به خود اختصاص می‌دهد. متأسفانه این تلاش‌ها و کمک‌های اساسی غالباً فراموش شده و به حساب نمی‌آید. از طرف دیگر هر چند که زنان ۳۱ نیروی انسانی رسمی کار را تشکیل می‌دهند ولی عملاً ۳۳ کل ساعات کار به عهده آنان است و متأسفانه فقط ۱۰۱ درآمدهای دنیا به آنان اختصاص یافته و مالک کمتر از یک درصد اموال در سطح جهان هستند. اگر چه وضعیت اجتماعی زنان در مقایسه با دهه‌های قبل پیشرفت قابل توجهی داشته اما فعالیت در نقش‌های کلیدی هنوز به سطح ایده‌آلی نرسیده است. با این وصف مشاغل مدیریتی زنان در کلبه نقاط جهان رو به افزایش است. به‌طور متوسط در سطح جهان ۵۰ درصد معلمان در سطح ابتدایی، ۳۱ درصد در سطح متوسطه و ۲۶ درصد مدرسان در سطوح آموزشی بالاتر، زن هستند. یکی از جنبه‌های سلامت اجتماعی زنان، سرپرستی خانواده‌ها توسط آن است. تعداد خانواده‌های تحت سرپرستی زنان و خانواده‌هایی که تنها از وجود یکی از والدین بهره‌مند هستند، رو به فزونی است. این خانواده‌ها از وضع نامطلوب اقتصادی رنج برده و افزایش تعداد آنها شرایط فقر را در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته وخیم‌تر می‌کند. در کشوری مثل بوسونیا حدود ۴۵ درصد، مالاوی ۲۹ درصد، مراکش ۱۶ درصد، لهستان ۲۷ درصد، سودان ۲۳ درصد، انگلستان ۲۶ درصد و آمریکا ۳۳ درصد گزارش شده است.



در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی اولیه، زنان به سه دلیل اهمیت ویژه‌ای دارند:

۱. به عنوان افرادی که مستقیماً در این مراقبت‌ها بهره‌مندی می‌برند.
۲. به عنوان مادران و اعضای خانواده.
۳. به عنوان کارکنان خط مقدم بهداشت در خارج از منزل برای اینکه بتوان مرگ و میر زنان را در کشورهای در حال توسعه کاهش داد، باید بر هر سه نقش فوق‌الذکر تأکید لازم به عمل آید.

علی‌رغم اینکه دخترها با نوعی برتری بیولوژیک نسبت به پسرها به دنیا می‌آیند که آنها را در برابر عفونت‌ها و سوء تغذیه مقاوم می‌کند، این امتیاز طبیعی اغلب به دلیل رفتارهای تغذیه‌ای متفاوت، فشارهای بیش از حد ناشی از کار، فقدان آموزش کافی و رسمی و بارداری‌های زودرس و متعدد، از بین می‌رود. سلامت خود زن و بخصوص وضعیت تغذیه‌وی، نقش تعیین‌کننده و کلیدی در ارتباط با بقای کودکش به ویژه در دوران نوزادی و در تمام طول مدت شیردهی دارد. موقعیت زن در خانواده که خود بستگی به درآمد، تحصیلات و سلامت او دارد، بر نحوه تقسیم غذا در خانواده و تصمیم‌گیری در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی، تأثیر فوق‌العاده‌ای می‌گذارد.

#### نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی

سهم بزرگی از مسئولیت تولید در جهان چه در خانواده و چه در جامعه به زنان تعلق دارد، علاوه بر وقتی که صرف کاشت و برداشت محصول، جمع‌آوری آب و سوخت می‌نمایند و برابر آن مدت صرف مراحل مختلف آماده‌سازی مواد غذایی می‌گردد. در آفریقا زنان ۶۰ تا ۹۰ درصد بارکشوری را به دوش می‌کشند و در بنگلادش ۹۰ درصد زنان به امر کشاورزی اشتغال دارند. در چین، کره جنوبی، مالزی و بسیاری دیگر از کشورهای آسیای جنوب شرقی، علی‌رغم کمی دستمزد، زنان ستون فقرات بسیاری از صنایع جدید به حساب می‌آیند.

### وضعیت آموزش زنان

آموزش و تحصیل به زنان آگاهی بیشتر، حق انتخاب بهتر و اعتماد به نفس بیشتری می بخشد. ارزش و مقام او در نظر همسر، خانواده و جامعه بالاتر می رود. باسواد بودن زن اولین قدم در پیشرفت وی در زمینه های گوناگون توسعه اجتماعی است. فراگیری سریع تر فن آوری و روش های جدید کاری، کسب توانایی بیان نظرات و ایده ها در مجامع عمومی، به کارگیری و تنظیم صحیح بودجه خانواده، شرکت فعال تر در تصمیم گیری های گوناگون خانواده از جمله تعداد فرزندان، زمان بچه دار شدن و نحوه مراقبت از کودکان و خود همه از پیامدهای انگارناپذیر ارتقای سطح سواد زنان هستند. منظور از آموزش صرفاً شرکت در دوره های رسمی و کلاس درس نیست. اگر چه زنان برای دستیابی به موقعیت های بهتر اجتماعی ناگزیر از گذراندن دوره های تحصیلی رسمی هستند اما آنچه اغلب زنان برای برخورداری از سلامت بهتر بدان نیاز دارند، از طریق دیگر نیز قابل اشتغال است. در حال حاضر در کشورهای رو به توسعه ۶۵ درصد دخترها و ۷۸ درصد پسرها در دوره آموزش ابتدایی شرکت می کنند که به ترتیب ۲۰ و ۱۱ درصد بیشتر از دهه گذشته است. اگر چه ثبت نام در دوره های متوسط کمتر است و تنها ۳۵ درصد از دخترها و ۴۸ درصد از پسرها به این سطح از تحصیلات می رسند، با این حال این ارقام ۲۹ و ۱۶ درصد بیشتر از دهه قبل است.

### سلامت و بیماری در دختران و زنان

دختران از زمان تولد از امتیاز بیولوژیک خاصی برخوردار هستند که آنها را در مقابل عفونت و سوء تغذیه مقاوم تر می سازد. در بعضی از جوامع به دلیل مشکلات اجتماعی، اثر این امتیاز بیولوژیک از بین می رود. فرقی گذارن بین دختر و پسر، فشار کار بیشتر بر زنان در داخل و خارج از منزل، تأمین نکردن نیازهای خاصی بهداشتی زنان بخصوص در سنین باروری از جمله این مشکلات می باشند. در بعضی از نقاط دنیا که ارزش های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آنان فرزندان پسر را ترجیح می دهند، دختران از مراقبت کمتری برخوردار می شوند.

مطالعه در بحرین، عمان و تونس نشان داده که طول مدت شیردهی برای نوزادان پسر طولانی تر از دختران است. برخی از مطالعات در آمریکای لاتین نشان داده که تغذیه کمکی برای پسرها زودتر از دخترها شروع می شود. در مطالعه ای که توسط هیئت علوم و فن آوری برای توسعه بین المللی صورت گرفته، مشاهده شده است که علی رغم اینکه در تحقیقات به عمل آمده، میزان بروز عفونت های حاد تنفسی در دخترها و پسرها تفاوت بسیار اندکی دارد (کمی در پسرها شایع تر است) اما در مراکز درمانی و بیمارستان ها مراجعه سرپایی و بستری شدن پسرها بسیار بیشتر از دختران است. به عنوان مثال در پاکستان ۷۴ درصد از موارد بستری به دلیل عفونت تنفسی فوقانی و ۶۶ درصد از موارد بستری به دلیل عفونت تنفسی تحتانی را پسرها تشکیل می دهند. پتانسیل بارداری و تولید مثل، قبل از اینکه دختران از نظر جسمی و اجتماعی از بلوغ لازم برخوردار شوند فرا می رسد. بارداری و بچه دار شدن در دوران بلوغ و بخصوص در اوایل این دوران، مخاطرات قابل ملاحظه ای را برای مادر و کودک به همراه دارد. از طرف دیگر آنهایی که زودتر بچه دار می شوند، معمولاً نهاناً فرزندان بیشتر و با فواصل زمانی کمتر پیدا می کنند. سالیانه بیش از نیم میلیون زن در سرتاسر جهان عمدتاً به دلیل عوارض حاملگی و زایمان جان خود را از دست می دهند. در کشورهای رو به توسعه امید به زندگی هم برای مردان و هم برای زنان کوتاه تر از کشورهای توسعه یافته است. در کشورهای رو به توسعه به طور متوسط طول عمر مردان ۱۰ سال و طول عمر زنان ۱۵ سال کوتاه تر است. سلامت زنان در سنین ۱۵ تا ۴۵ سالگی عمدتاً تحت تأثیر نقش باروری و مادری آنان است. در بیشتر نقاط دنیا زنان در قسمت عمده ای از این دوران یا حامله اند و یا شیر می دهند. سلامت آنان در این مدت بر سلامت درازمدت خود و اعضای خانواده و بخصوص کودکانشان اثر می گذارد. در بنگلادش ۶۳ درصد، پاکستان ۵۲ درصد، سوریه ۴۰ درصد و اندونزی ۴۳ درصد از سنین باروری زنان به حاملگی و شیردهی اختصاص دارد. تنظیم خانواده نقش حیاتی در نجات جان ها و کیفیت زندگی زنان دارد. از طریق تنظیم خانواده می توان از حاملگی های ناخواسته و سقط های غیر قانونی و خطرناک جلوگیری نمود.

مادر اغلب به کمی وزن نوزاد در زمان تولد منجر می شود و حلقه معیوبی تشکیل می گردد. نیازهای غذایی در دوران شیردهی مساوی و یا بیشتر از زمان بارداری است. نیمی از زنان جهان در همه سنین و ۲۲ آنان در دوران بارداری کم خون بوده و در نتیجه ضعیف و مستعد بیمار شدن هستند. البته این مطلب درست است که بسیاری از مردان و پسران هم دچار سوء تغذیه هستند ولی بالاتر بودن موقعیت جنس مذکر، اغلب موجب می شود که آنها هم اول غذا بخورند و هم بهترین قسمت غذا را تناول کنند.

علی رغم تصور عمومی که برای زنان خله دار خطرات ناشی از عوامل محیطی را ناچیز می شمارند، مشکلات ناشی از دود آشپزی آنها را در معرض خطر ابتلا به برونشیت مزمن و بیماری های وحیم قرار می دهند. در گزارشی از سوی گروه تحقیق سازمان جهانی بهداشت آمده که استنشاق ماده سرطان زای بتزو - ۱ - پیرن توسط زنانی که در اتاق های در بسته بر روی آتش های روباز آشپزی می کنند، به گونه ای است که می توان آن را معادل با کشیدن ۲۰ بسته سیگار در روز دانست. مسئول برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد می گوید: «قرار گرفتن در معرض دود و گازهای سمی ناشی از آشپزی، احتمالاً شایع ترین عامل شغلی تهدیدکننده سلامت است که تا به حال شناخته شده است.»

عدم استفاده صحیح از فن آوری مناسب در امور روزمره خانواده ها در مرحله اول تهدیدکننده سلامت زنان جامعه است. وسایل بسیار ساده ای که هزینه چندانی در بر ندارند از ساعات کار طاقت فرسای روزانه میلیون ها زن می کاهد و وقت و انرژی بیشتری در اختیار کارهای سازنده تر قرار می دهد. جمع آوری آب و چوب در اغلب مناطق روستایی بر عهده زنان است و حمل انبساط سنگین، یکی دیگر از خطرات تهدیدکننده سلامت جسمانی آنان است.

اگر چه سرطان شایع ترین علت مرگ و میر انسان نیست ولی به دلیل ماهیت ناشناخته آن همواره توجه جامعه پزشکی را به خود جلب کرده است. به علاوه با دقت در الگوی توزیع مرگ و میر ناشی از سرطان ها در گروه های مختلف می توان منشأ علل به وجود آورنده آنها را به دست آورد. از جمله می توان به افزایش شیوع سرطان ریه در زنان اشاره کرد که عمدتاً در کشورهای توسعه یافته اتفاق می افتد.

تنظیم خانواده می تواند از ساعتی که زنان روزانه به کار منزل و کودکان اختصاص می دهند، بکاهد و انرژی و فرصت بیشتری برای فعالیت در عرصه های دیگر باقی گذارد. به علاوه راه اصلی پیشگیری از مرگ و میر ناشی از حاملگی و زایمان در مادران، جلوگیری از حاملگی های ناهنگام و ناخواسته است. به همین دلیل برنامه های تنظیم خانواده علاوه بر پیامدهای متعدد اجتماعی و اقتصادی مستقیماً با جان و سلامت زنان ارتباط دارد. اگر زمان وضع حمل برنامه ریزی و به نحو مناسب فاصله گذاری شده باشد و تعداد حاملگی ها محدود گردد، همه ساله از مرگ حدود ۶۱۵ میلیون شیرخوار و ۲۰۰۰۰۰۰ مادر جلوگیری می شود. نباید فراموش کرد که حتی حاملگی های خواسته و مطلوب هم می تواند برای مادر و کودک مشکل آفرین باشد. حاملگی های ناخواسته بهایگر نیز بیشتر زنان به دسترسی و آموزش راههای کنترل جمعیت است. طبق مطالعات انجام شده در کشور نیز نزدیک به ۴۰ درصد حاملگی ها ناخواسته هستند (زن، شوهر و با هر دو) و به طور کلی ۱۱۵۱ درصد از زوج ها از روش های مطمئن جلوگیری از بارداری استفاده می کنند.

اما در کنار پیشگیری از مرگ و میر مادران باید امکانات لازم برای حاملگی و زایمان بدون خطر را نیز در سطح گسترده در اختیار زنان قرار داد. مرگ و میر مادران حتی ممکن است با بهبود وضع بهداشت عمومی و تغذیه زنان نیز کاهش عمده ای پیدا نکند. بین ۲۰ تا ۴۵ درصد زنان سنین باروری در کشورهای در حال توسعه به طور معمول رژیم غذایی توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت را که حاوی ۲۲۵۰ کالری است، مصرف نمی کنند. در یک برآورد کلی بیشتر از ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان به سوء تغذیه دچار هستند.

نکته اینجاست که اغلب اوقات زنان آخر از همه و کمتر از همه می خورند و سعی در برآورد نیازهای افراد دیگر خانواده قبل از خود هستند. کم خونی ناشی از سوء تغذیه و فقر آهن در بیشتر از ۴۰ درصد زنان کشورهای رو به توسعه دیده می شود. در دوران کودکی، در صورت وقوع سوء تغذیه به هر دلیل که باشد و از جمله تبعیض بین دختر و پسر در خانواده، این امر موجب محدودیت رشد و کاهش وزن زنان شده و جنبه نحیف

در عمل مشخص شده است که بهبود وضع بهداشت و سلامت دختران جوان در گرو ارتقا و بهبود بخشیدن شرایط عمومی اجتماعی و اقتصادی بانوان است. از طریق تبلیغات لازم و فراگیر باید این مسئله را روشن کرد که تبعیض در امر تغذیه و موقعیت پایین اجتماعی را برای کل جامعه به دنبال خواهد داشت. مهم تر از همه اینکه مشارکت کامل زنان به عنوان برنامه ریز، مجری و ارزیاب جهت بهبود کیفی وضعیت موجود امری اساسی می باشد.

#### منابع

1. World Health Organization, *Women's Health: Across age and frontier*, Geneva, 1992.
2. Sneyke P. *Women and Health*, London, Zed book, 1991.
3. Unicef, *Progress of nations*, 1993.
4. Unicef, *Progress of nations*, 1994.
5. Malekafzali H. *The health situation of mothers and children in I.R. IRAN*, Tehran, 1992.
6. *Child to child trust, children for Health*, 1993.
7. *UN the World's Women, trends and Statistics, 1970-1990: New York 1991*.
8. Sivard RL. *Women's Health, a World Survey*, Washington D.C 1985.
9. *Women, Health and Development, Progress report by the Director General, EB 87122, December 1990*, Who, Geneva.
10. *Women and health, information for Action, Issue Paper, World Federation of Public Health Associations, Geneva, Switzerland, 1986*.
11. *Health implications of sex Discrimination in childhood*, Who/UNICEF/FHE 80.2 Geneva 1986.
12. *Preventing maternal deaths*, Edited by Boyston E., Armstrong, Who, Geneva 1989.
13. *Women, Health and development, a report by the Director General*, Who Geneva, 1985.

۱۴. اسپوز، صمد، برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده، ۱۳۷۲.

از جمله مشکلات شایع دیگر در زنان، بیماری های روانی گوناگون هستند که وضعیت نامطلوب بهداشت روانی و روابط ناسالم اجتماعی از عوامل مهم ایجاد و تشدید آنها به شمار می روند. رفتارهای خشونت آمیز و نامطلوب در خانواده و جامعه از جمله عوامل تشدیدکننده این بیماری ها به شمار می روند.

#### اصلاح وضع سلامت زنان و کودکان

اصلاح وضع سلامت کودکان و زنان بدون توجه کافی به وضع اجتماعی - اقتصادی، وضعیت سلامت و فشار کار و فعالیت های روزانه آنان نوفیقی نخواهد داشت. دو عامل بسیار اساسی مراقبت های بهداشتی اولیه یعنی مشارکت مردم و همکاری های بین بخش - حیاتی است. در حالی که شرایط و وضعیت زنان بسیار متفاوت است. بیشتر برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه باید ابعاد زیر را شامل گردند:

۱. تلاش برای اصلاح وضعیت تغذیه زنان و دختران
۲. تنظیم خانواده برای تأخیر در اولین حاملگی، برای فاصله گذاری بین حاملگی ها محدود کردن تعداد حاملگی ها و جلوگیری از حاملگی های ناخواسته و در سن بالا
۳. اقدامات لازم جهت جلوگیری از خشونت و سایر اشکال آزار

#### جسمی

علاوه بر تقویت و حمایت از برنامه های مناسب، خدمات بهداشتی باید بیشتر در جهت نیازهای زنان باشد، و بیشتر از زنان جهت ارائه خدمات بهداشتی استفاده شود. همکاری بین بخش جهت افزایش نام نویسی دختران در مدارس، افزایش آموزش زنان بالغ و افزایش امکان اشتغال زنان ضروری است. برای اینکه زنان بتوانند از کودکان خویش بهتر مراقبت کنند و قادر باشند از خدمات بهداشتی ارائه شده جهت خانواده بیشتر استفاده کنند، باید از فشار کارهای آنها در منزل کاسته شود و از وقت زیادی که صرف تهیه مواد غذایی، آب و سوخت می کنند نجات یابند. تنظیم خانواده را هم به دو جهت یکی به واسطه اثرات فیزیولوژیک آن و دیگری به خاطر اینکه زنان فرصت تحصیل و پرداختن به مشاغل خود را داشته باشند، باید امکان پذیر ساخت.

## میزان شیوع و عوامل خطر عفونت های مجرای دستگاه تناسلی در میان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی

نویسندگان: نغمه مهرنویس،<sup>۱</sup> عصمت بازوی،<sup>۲</sup> فرخنده شریعتی،<sup>۳</sup>  
حامد حسینی،<sup>۴</sup> گلران باقری لشکری،<sup>۵</sup>

مركز تحقیقات سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
مجلس زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دانشگاه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
دانشگاه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران



### مقدمه

عفونت دستگاه تناسلی تحتانی، شایعترین علت مراجعه زنان به مراکز بهداشتی درمانی و کلینیکهای تخصصی زنان می باشد که سالانه بالغ بر ۵ تا ۱۰ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا می شوند. علاوه بر آن مطالعات نشان داده اند که ۲۰ تا ۵۰ درصد موارد واژینیتها عود کننده اند و چند بار در طول سال بازگشت می نمایند و همچنین ۱۰ تا ۵۰ درصد بدون علامت کلینیکی و با تظاهرات بالینی می باشند (۴-۲). مطالعات مختلف نشان داده اند که عامل ۹۵ درصد موارد واژینیتها یکی از سه ارگانیزم عمده یعنی کاندیدا آلبیکانس، گاردنرلا واژینالیس و تریکوموناس واژینالیس است (۶و۵) که در یک جمعیت نمونه از زنان در سن باروری سهم گونه های کاندیدایی به تنهایی در حدود ۲۵ درصد می باشد (۷).

علامت این بیماری شایع و معمولاً مزمن می باشد این اختلال می تواند در عملکرد جنسی زنان تأثیر منفی گذاشته و باعث کاهش احساس سلامتی در زنان مبتلا شود. واژینیت به دنبال جایگزینی فلور طبیعی واژن با باکتری های پاتوژن و بی هوازی از جمله لاکتوباسیل ایجاد می شود. این باکتری های پاتوژن (گاردنرلا واژینالیس، کاندیدا آلبیکانس، باکترئید، پینواستریپتوکوکوس) معمولاً به صورت طبیعی در واژن وجود دارند ولی به صورت فعال نیستند (۳). میزان شیوع و بروز عفونت های دستگاه تناسلی زنان در کشورهای متفاوت و نژادهای مختلف متفاوت می باشد (۴). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند که عوامل خطر این عفونت ها حتی در گروه های مشابه اجتماعی، متفاوت می باشد. یکی از دلایل تفاوت خصوصیات اپیدمیولوژیک عفونت های دستگاه تناسلی زنان، تفاوت ویژگی های جمعیت های مورد مطالعه می باشد. دلیل دیگر این است که در کشورهای در حال توسعه اکثر زنان مبتلا به پزشک مراجعه نکرده و از درمان های سنتی استفاده می کنند (۵). میزان شیوع عفونت های باکتریال واژن بین ۸٪ تا ۷۵٪ متغیر است؛ این در حالی است که میزان شیوع عفونت کاندیدا آلبیکانس بین ۲٪ تا ۲۱٪ و تریکومونیاز ۰٪ تا ۳۴٪ متغیر است (۶و۷). در مطالعه ای که در شمال کشور ایران صورت گرفته است میزان شیوع واژینیت کاندیدا، تریکومونیاز و باکتریایی به ترتیب ۱۷٪، ۱۸٪ و ۲۸٪ گزارش شده است (۹و۸).

هر یک از مراجعه کنندگانی که در این مطالعه شرکت کرده اند به طور جداگانه توسط اجزای این تیم ویزیت می شوند و فرم های مخصوصی برای آنها تکمیل می گردد. در طی این مطالعه از شرکت کنندگان سؤالاتی از قبیل وضعیت اقتصادی-اجتماعی (سطح تحصیلات، موقعیت و محل زندگی، سن متازک و سن پائینگی) در صورت وجود پرسیده می شود. پرسشنامه این طرح شامل ۴ قسمت می باشد قسمت اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک مثل تعداد افراد خانواده، سن، تعداد حاملگی ها و روش جلوگیری از بارداری می باشد. سطح تحصیلات، شغل و سیگار کشیدن نیز در قسمت اول این فرم گنجانده شده است. قسمت دوم فرم مذکور شامل سابقه پزشکی، نتایج معاینات و نتایج آزمایشگاهی می باشد. قسمت سوم این فرم شامل نتایج سونوگرافی و ماموگرافی می باشد و قسمت چهارم در برگزیده نتایج پاپ اسمیر و معاینات واژن می باشد.

مماخچه چهره به چهره توسط دو پزشک به صورت جداگانه صورت گرفت. اندازه گیری های آنتروپومتریک توسط یک پرستار انجام گرفت. معاینات بالینی شامل اندازه گیری وزن، قد، دور کمر، دور باسن، شاخص توده بدنی (BMI)، ضربان قلب و فشار خون بود. آزمایش های انجام شده نیز شامل قند خون ناشتا (FBS)، تری گلیسرید (TG)، کلسترول، لیپوپروتئین با دانسیته کم (LDL)، لیپوپروتئین با دانسیته بالا (HDL)، هورمون تحریک کننده تیروئید (TSH) و شمارش کامل گلبول های خون (CBC) می باشد.

معاینه واژینال توسط پزشک و ماما در وضعیت تیلت انجام گرفت. در زمان معاینه توسط اسپکولوم، دو سوآب از فورتیکس خلفی گرفته شد. ترشحات واژن نیز برای رنگ آمیزی گرم، تست KOH و کشت ارسال گردید. نمونه خشک نشده، ۱۵ دقیقه بعد از معاینه جهت شناسایی تریکوموناز مورد بررسی قرار گرفت. تشخیص واژینیت باکتریال با توجه به معیار Amsel داده شد. در این معیار ۳ علامت از ۴ علامت زیر باید وجود داشته باشد: ۱) ترشحات هموزن واژن، ۲) تست Whiff مثبت بعد از اضافه کردن هیدروکسید پتاسیم ۱۰٪، ۳) pH واژن بیشتر از ۴/۵ و ۴) وجود سلول ها کف در ترشحات واژن.

تا کنون عوامل خطر متعددی برای عفونت های دستگاه تناسلی زنان گزارش شده است که عبارتند از سن، تحصیلات، شغل، دپسمنوره (درد قاعدگی)، تعداد زایمان ها، رعایت بهداشت فردی، سیگار های قاعدگی، نامنظمی سیکل های قاعدگی، سقط و فاصله بین سقط و رابطه جنسی، سطح آگاهی در زمینه عفونت های دستگاه تناسلی و تعدد رابطه جنسی (۱۰). مطالعات قبلی نشان داده اند که میزان شیوع واژینیت باکتریایی در بین گروه های پایین اجتماعی اقتصادی ایران بالاتر است (۱۱). با توجه به اینکه اطلاعات اپیدمیولوژیک در این زمینه در ایران اندک است. هدف از مطالعه حاضر بررسی میزان شیوع و عوامل خطر عفونت های دستگاه تناسلی زنان در زنان تحت سرپرستی کمیته امداد امام خمینی می باشد.

#### مواد و روش ها

##### جمعیت مورد مطالعه

این مطالعه یک مطالعه مقطعی می باشد که در کشور ایران در طی یک دوره دو ساله از سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۸۸ صورت گرفته است که در طی این مطالعه ۲۸۴۸۲ زن خانه دار که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. زنانی که در این مطالعه مورد بررسی قرار می گیرند توسط پرسشنامه سلامت زنان سرپرست خانوار (VH-WHAT) ارزیابی می گردند (۱۲). این مطالعه قسمتی از یک مطالعه وسیع تر می باشد که با حمایت دفتر ریاست جمهوری به منظور شناسایی مشکلات سلامت این گروه از زنان و همچنین ارائه خدمات بهداشتی رایگان به آنها اجرا می شود. این مطالعه در سطح ایران، در بازده شهر بزرگ شامل تهران، شیراز، مشهد، کرمان، کرمانشاه، قزوین، اصفهان، گرگان، رشت و یزد صورت گرفته است. اطلاعات بیماران به صورت آینده نگر ثبت گردید.

##### روش اجرا

نیمی از کارکنان سلامت شامل دو پزشک عمومی، یک رزیدنت زنان و زایمان، دو ماما و یک پرستار در هر کلینیک سلامت زنان سرپرست خانوار، به ارزیابی و بررسی زنان مراجعه کننده می پردازند.

### تجزیه و تحلیل های آماری

تجزیه و تحلیل های آماری این مطالعه از طریق نرم افزار SPSS انجام گرفت. از تست مجذور کای برای مقایسه داده های کیفی بین زنان مبتلا به عفونت واژینال و زنان سالم استفاده شد. از تست T مستقل برای مقایسه داده های کمی پیوسته بین زنان مبتلا به عفونت واژینال و زنان سالم استفاده شد. نتایج به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار و درصد بیان گردید. مقادیر p-value کمتر از 0.05 به صورت معنی دار تلقی گردید.

### نتایج

در کل تعداد 28282 زن سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی از 11 استان کشور مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان  $48/7 \pm 10/1$  (بین 13 و 104) سال بود. میانگین سن متازک  $13/2 \pm 1/05$  (بین 9 و 17) سال و میانگین سن ازدواج  $17/4 \pm 4/2$  (بین 9 و 47) سال بود. تعداد حاملگی ها از 1 تا  $10/5$  (تا 14) متغیر بود. اغلب شرکت کنندگان (49/6%) بیوه بودند و اکثر آنها (27/2%) تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند و (38/2%) بیسواد بودند. تنها 9/8% درصد از شرکت کنندگان شاغل بودند و 90/2% از آنها خانه دار بودند. تقریباً نیمی (52%) از شرکت کنندگان از قرص های جلوگیری از بارداری خوراکی استفاده می کردند و 4/9% درصد از شرکت کنندگان سابقه مصرف سیگار داشتند. اغلب شرکت کنندگان (38/5%) از شهر مشهد بودند و به دنبال آن تهران (22/2%) و شیراز (15/9%) دارای بیشترین شرکت کنندگان بودند. ویژگی های اقتصادی-اجتماعی شرکت کنندگان در جدول 1 آورده شده است.

میزان شیوع عفونت های دستگاه تناسلی زنان در جدول 2 خلاصه شده است. به طور کلی 13472 (47/3%) مبتلا به عفونت دستگاه تناسلی بودند. کاندیدا آلبیکنس عامل واژینیت در 4718 (31/6%) بیمار بود و شایع ترین عامل بود. بعد از آن تریکومونیاز (11/2%) و واژینیت باکتریال (10/6%) شایع ترین عفونت ها بودند.

عفونت هرپس واژن (1/3%) و گاردنلوز (4/3%) دارای کمترین میزان شیوع بودند. میزان شیوع عفونت های واژن در زنانی که چند بار حاملگی داشته اند بیشتر بود ( $p < 0.001$ ). بیماران مبتلا به واژینیت بیشتر متاهل بودند ( $p < 0.001$ ). سطح تحصیلی بیماران مبتلا به واژینیت به صورت معنی داری پایین تر بود ( $p < 0.001$ ). استفاده از قرص های جلوگیری از بارداری ( $p = 0.001$ ) و شاغل بودن ( $p < 0.001$ ) به عنوان عوامل محافظت کننده از واژینیت بودند (جدول 3).

### بحث و نتیجه گیری

عفونت دستگاه تناسلی زنان یکی از شایع ترین مشکلات سلامت زنان می باشد. این عفونت ها دارای عوارض بسیاری از جمله بیماری التهاب لگن، حاملگی ناجاد نازایی، سقط و سرطان دهانه رحم می باشند. علاوه بر آن نشان داده شده است که این عفونت ها باعث افزایش خطر انتقال HIV می شوند (4). اطلاع از خصوصیات این عفونت ها و عوامل خطر آن ها در هر ناحیه جغرافیایی و گروه های خاص به شناسایی و درمان موثر و همچنین برنامه ریزی های سلامت کمک می کند. با این هدف، این مطالعه در تمام سطح کشور ایران صورت گرفته است. عفونت های دستگاه تناسلی در زنان در این مطالعه 47/3% بود که نشان دهنده بالا بودن میزان شیوع این عفونت ها در جمعیت زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی می باشد. با این حال، این میزان شیوع در مقایسه با مطالعات دیگر از ایران و کشورهای در حال توسعه (6-11) کمتر است. ژانگ و همکاران (10) میزان شیوع عفونت های دستگاه تناسلی در چین را در حدود 50% گزارش کردند. عفونت کاندیدا آلبیکنس شایع ترین عفونت دستگاه تناسلی در این مطالعه بود که در 16/6% زنان گزارش گردید. تریکومونیاز عامل 11/2% از عفونت ها بود. واژینیت باکتریال دارای شیوع 10/6% بود. در مطالعات قبل که در ایران صورت گرفته است نشان داده شده است که شیوع واژینیت باکتریال 28/5% می باشد. در حالیکه عفونت های کاندیدا آلبیکنس در حدود 17/2% می باشد.



کاندیدا آبیگنس شایع ترین عامل عفونت دستگاه تناسلی در آمریکا می باشد (۱۲) اگر چه در کشور ما نیز عفونت های کاندیدا از اصلی ترین عامل ایجاد کننده عفونت دستگاه تناسلی می باشند (۱۴،۹۸). افزایش مصرف قرص های ضد بارداری-هورمون درمانی، افزایش بیماران مبتلا به نقص های ایمنی اکتسابی (درمان با کورتیکواستروئید، HIV، تغییر عادات جنسی و استفاده بی رویه از آنتی بیوتیک های موضعی و سیستمیک از عوامل افزایش میزان شیوع عفونت های کاندیدا می باشند. آداد و همکاران (۱۵) در طی یک مطالعه اپیدمیولوژیک، میزان شیوع ۳ عامل اصلی ایجاد کننده عفونت های واژن در آمریکا را مورد بررسی قرار دادند. آن ها نشان دادند که میزان شیوع تریکومونیا در طی سال های اخیر بسیار کاهش یافته است. در مطالعه حاضر نیز این کاهش قابل مشاهده است: ۱۱٪ در مطالعه حاضر در مقایسه با ۱۸٪ (۸) و ۱۶٪ (۹) در مطالعات قبلی. دلیل این کاهش را می توان درمان با مترونیدازول و بهبود بهداشت فردی دانست. با این حال، شیوع تریکومونیا در کشورهای در حال توسعه مثل ونزوئلا هنوز بسیار بالاست (۳۴٪) (۱۶). میزان شیوع گارترا و نیخال تناسلی در این مطالعه با گزارش های قبلی از ایران مشابه است (۸-۱۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که تعدد حاملگی ها، متاهل بودن و سطح تحصیلات پایین از عوامل خطر برای ابتلا به عفونت دستگاه تناسلی هستند. این یافته ها مشابه مطالعات قبلی از ایران است (۸-۱۱). نشان داده شده است که عوامل اقتصادی-اجتماعی مثل سن، تحصیلات و شغل نیز می تواند در میزان شیوع عفونت های دستگاه تناسلی تأثیر گذار باشد (۱۰). در مطالعه ای که بر روی زنان آفریقایی-آمریکایی انجام گرفت، نشان داده شد که پایین بودن سطح تحصیلات و استفاده از ترکیبات هورمونی و قرص های پیشگیری از بارداری در افزایش ریسک ابتلا به واژینیت باکتریال موثرند (۱۷).

این نتایج بعداً توسط مطالعه کولپتاسی و همکاران تایید شد (۱۸). هلیگ و همکاران (۱۹) نشان دادند که مصرف سیگار از عوامل خطر اصلی ابتلا به واژینیت می باشد. با این حال در مطالعه حاضر سیگار ارتباطی با میزان شیوع این عفونت ها نداشت که می تواند به علت پایین بودن میزان مصرف سیگار در این مطالعه باشد. باتن و همکاران نشان دادند که مصرف داروهای ضد بارداری خوراکی باعث افزایش عفونت کلامیدیا و کاهش واژینیت باکتریال می شوند (۲۰) که شبیه مطالعه حاضر است. کارگذاری IUD نیز از عوامل مهم ابتلا به این عفونت ها می باشد (۲۱ و ۲۲).

در حدود نیمی از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد خمینی از عفونت های دستگاه تناسلی رنج می برند. شایع ترین این عفونت ها کاندیدا و تریکومونیا می باشند. تعدد حاملگی، متاهل بودن و سطح تحصیلات از عوامل خطر و مصرف ضد بارداری های خوراکی و شافل بودن از عوامل محافظ در برابر این عفونت ها می باشند. با توجه با شیوع بالای این عفونت ها، غربالگری و درمان صحیح در این گروه خاص اجتماعی باید صورت پذیرد.

جدول ۱. میزان شیوع عفونت های دستگاه تناسلی در ۲۸۹۴ زن سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی

| نوع عفونت           | میزان شیوع  |
|---------------------|-------------|
| کاندیدا             | ۴۷۱۸ (۱۶٪)  |
| تریکومونیا          | ۳۳۰۶ (۱۱٪)  |
| واژینیت باکتریال    | ۳۰۳۶ (۱۰٪)  |
| نیخال مهبل          | ۱۸۱۰ (۶٪)   |
| شایعات هرسی واژن    | ۱۷۵۸ (۶٪)   |
| نیخال واژن          | ۱۳۷۰ (۵٪)   |
| کونایلوما آکومیناتا | ۱۳۶۲ (۵٪)   |
| گاردنلوز            | ۱۳۳۴ (۴٪)   |
| شایعات هرسی مهبل    | ۳۷۸ (۱٪)    |
| واژوواژینیت         | ۱۳۳۷۲ (۴۷٪) |

جدول ۲ مشخصات TAPAP (ن سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی)

| مقدار (تعداد-تأسیسات) | متغیر                     |
|-----------------------|---------------------------|
| ۳۸/۲۴۱-۰/۱            | سن                        |
| ۱۲/۲۴+۱/۵             | سن متراکب                 |
| ۱۳/۲۴+۲/۲             | سن ازدواج                 |
| ۱۹/۱+۵/۱              | سن اولین حاملگی           |
| ۲/۲۴+۲/۱۸             | تعداد حاملگی              |
|                       | وسعت نااهل                |
| (۲/۱۵) ۶/۲            | مجرد                      |
| (۲/۱۸۷) ۵/۲۴          | متاهل                     |
| (۲/۲۹۶) ۱/۲۴          | بیوه                      |
| (۲/۲۹۲) ۸/۲۱۸         | مطلوبه                    |
|                       | تحصیلات                   |
| (۲/۲۸۲) ۱-۸۸۰         | بی سواد                   |
| (۲/۲۹۲) ۱۲۴۴۵         | زیر دیپلم                 |
| (۲/۱۱) ۳/۲۴           | دیپلم                     |
| (۲/۹/۸) ۱-۲۴          | دانشگاه                   |
|                       | شغل                       |
| (۲/۹-۲) ۲۵/۲۴         | خانه دار                  |
| (۲/۹/۸) ۲/۲۴          | شاغل                      |
|                       | مصرف خدماتداری های خوراکی |
| (۲/۲۸/۱) ۱۲۷-۰        | هرگز                      |
| (۲/۲۵/۲) ۱۲۹-۳        | ۱۰ سال                    |
| (۲/۲۹/۷) ۱۸۸۱         | بیشتر از ۱۰ سال           |
|                       | پاشگی                     |
| (۲/۲۲/۱۸) ۱۷/۲۷       | بی                        |
| (۲/۲۵/۲) ۱-۰-۲۷       | خیر                       |
|                       | مصرف سیگار                |
| (۲/۲۵/۱) ۲۷-۸۸        | هرگز                      |
| (۲/۱/۶) ۴۵۵           | ترک کرده                  |
| (۲/۲/۳) ۹/۶           | سیگاری                    |
|                       | استان محل اقامت           |
| (۲/۲۸/۵) ۸۱-۵         | مشهد                      |
| (۲/۲۳/۲) ۴۵/۶         | تهران                     |
| (۲/۱۵/۹) ۴۵/۵         | شیراز                     |
| (۲/۷/۱) ۲-۲۷          | اسفهان                    |
| (۲/۵/۱) ۱/۴۵۲         | کرمانشاه                  |
| (۲/۵) ۱/۴۴۰           | رشت                       |
| (۲/۲/۲) ۱۲-۴          | کرمان                     |
| (۲/۲/۹) ۱۱-۳          | گرگان                     |
| (۲/۲/۳) ۹-۳           | تبریز                     |
| (۲/۲/۸) ۸-۷           | یزد                       |
| (۲/۱/۲) ۳/۳           | قم                        |

جدول ۳ مشخصات ۲۸۲۸ زن سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بین مبتلایان به ولوووزائینیت و افراد سالم

| p-value | ولوووزائینیت (تعداد=۱۳۳۷۲) | سالم (تعداد=۱۵۰۱۲) |                            |
|---------|----------------------------|--------------------|----------------------------|
| ۰/۰۸۵   | ۴۸/۵±۹/۵                   | ۴۹/۱±۱۰/۶          | سن                         |
| ۰/۷۸۹   | ۱۳/۴±۱/۵                   | ۱۳/۴±۱/۵           | سن متازک                   |
| ۰/۲۵۱   | ۱۷/۲±۳/۹                   | ۱۷/۶±۴/۴           | سن ازدواج                  |
| ۰/۳۶۲   | ۱۸/۸±۳/۹                   | ۱۹/۲±۵/۹           | سن اولین حاملگی            |
| <۰/۰۰۱  | ۳/۸±۲/۹                    | ۲/۱±۲/۷            | تعداد حاملگی<br>وضعیت ناهل |
|         | (۳۱/۷) ۳۳۹                 | (۳/۲۳) ۳۸۲         | مجرد                       |
| <۰/۰۰۱  | (۳۲۱/۵) ۲۸۹۶               | (۱۶/۲) ۳۳۳۱        | متاهل                      |
|         | (۳۷۴/۴) ۶۳۸۵               | (۵۱/۶) ۳۷۴۶        | بیوه                       |
|         | (۳۹/۴) ۳۹۶۲                | (۳۹) ۳۳۵۳          | مطلقه                      |
|         |                            |                    | تحصیلات                    |
|         | (۳۳/۵) ۵۷۲۵                | (۳۳) ۱۰۸۸۰         | بی سواد                    |
| <۰/۰۰۱  | (۳۷/۳) ۶۳۷۲                | (۳۷) ۱۳۴۴۵         | زیر دیپلم                  |
|         | (۸/۲) ۱۱۰۴                 | (۱۳/۷) ۳۱۳۳        | دیپلم                      |
|         | (۲) ۳۷۱                    | (۵/۳) ۱۰۳۶         | دانشگاه                    |
|         |                            |                    | شغل                        |
| <۰/۰۰۱  | (۹۳/۱) ۱۳۶۸۲               | (۸۶/۸) ۱۳۰۳۳       | خانه دار                   |
|         | (۵/۹) ۷۹۰                  | (۱۳/۳) ۱۹۸۹        | شامل                       |
|         |                            |                    | مصرف ضدبارداری های خوراکی  |
| ۰/۰۰۱   | (۳۹/۱) ۶۶۱۴                | (۳۷/۳) ۷۰۸۵        | هرگز                       |
|         | (۳۴/۷) ۶۰۳۱                | (۴۵/۸) ۶۹۸۶        | ۱۰ سال                     |
|         | (۶/۳) ۸۳۷                  | (۷) ۹۴۱            | بیشتر از ۱۰ سال            |
|         |                            |                    | باتسکی                     |
| ۰/۶۹۰   | (۶۴/۹) ۸۷۳۳                | (۶۴/۷) ۱۸۲۵۷       | بلی                        |
|         | (۳۵/۱) ۳۷۳۹                | (۳۵/۳) ۱۰۰۳۷       | خبر                        |
|         |                            |                    | مصرف سیگار                 |
| ۰/۲۱۸   | (۳۹/۱) ۶۶۱۴                | (۳۷/۳) ۳۷۰۸۸       | هرگز                       |
|         | (۳۴/۷) ۶۰۳۱                | (۴۵/۸) ۴۵۵         | ترک کرده                   |
|         | (۶/۳) ۸۳۷                  | (۷) ۹۴۱            | سیگاری                     |

منابع

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginitis. ACOG Practice Bulletin No. 72. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1195-206.
2. Anderson MR, Klöck K, Cochrane A. Evaluation of vaginal complaints. *JAMA* 2004;291:1368-79.
3. Allsworth JE, Peipert JF. Prevalence of bacterial vaginosis: 2001-2004 national health and nutrition examination survey data. *Obstet Gynecol*. 2007;109:114-20.
4. Aboud S, Abumarega G, Read J, Mwatha A, Chen YQ, Potter D, et al. Genital tract infections among HIV-infected pregnant women in Malawi, Tanzania and Zambia. *Int J STD AIDS*. 2008;19:824-32.
5. García P, Cárcamo C, Chiappe M, Holmes K. Sexually transmitted and reproductive tract infections in symptomatic clients of pharmacies in Lima, Peru. *Sexually Transmitted Infections*. 2007;83:142-6.
6. Brotman R, Klebanoff MA, Nansel T, Andrews W, Schwabke J, Zhang J, et al. A longitudinal study of vaginal douching and bacterial vaginosis- A marginal structural modeling analysis. *Am J Epidemiol*. 2008;168:188-96.
7. Murta EF, Silva AO, Silva EA, Adad SJ. Frequency of infectious agents for vaginitis in non- and hysterectomized women. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;273:152-6.
8. Shobeiri F, Nazari M. Prospective study of genital tract infections in Hamadan, Iran. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2006;37:174-7.
9. Anini B, Baghchezraie H, Torabi Z. Prevalence of Bacterial Vaginosis and Impact of Genital Hygiene Practices in Non-Pregnant Women in Zanjan, Iran. *Oman Med J*. 2009; 24: 288-93.
10. Zhang XJ, Shen Q, Wang GY, Yu YL, Sun YH, Yu GB, et al. Risk factors for reproductive tract infections among married women in rural areas of Anhui Province, China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;147:187-91.
11. Ashraf-Ganjoei T. Risk factors for bacterial vaginosis in women attending a hospital in Kerman, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2005;11:410-5.
12. Barooti E, Haghdoost A, Hosseini H, Tabibzadeh Z, Bahmani S, Tayeri S, et al. Vulnerable Household Women's Health Assessment (VH-WIAT): Protocol Design and Implementation. *Iran Red Crescent Med J*. 2010;12:358-64.
13. Taylor BN, Stubb P, Binder A, Biesenmeier A, Sebmal M, Rollinghoff M, et al. Profile of *Candida albicans*-secreted aspartic proteinase elicited during vaginal infection. *Infect Immun*. 2005;73(3):1828-35.
14. Mahmoudi Rad M, Zafarfarhadi S, Abbasabadi B, Tavallaei M. The epidemiology of *Candida* species associated with vulvovaginal candidiasis in an Iranian patient population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;155(2):199-203.
15. Adad SJ, de Lima RV, Sasson ZT, Silva ML, de Souza MA, Saldanha JC, et al. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. *Sao Paulo Med J*. 2001;119(6):200-5.
16. Rossi GG, Mendoza M. Incidencia de trichomoniasis vaginal en la consulta externa de ginecología. *Boletín Médico de Postgrado* 1996;12:34.
17. Holtzman C, Leventhal JM, Qiu H, Jones NM, Wang J; BV Study Group. Factors linked to bacterial vaginosis in non-pregnant women. *Am J Public Health*. 2001;91(10):1664-70.
18. Calhane JF, Rauh V, McCollum KF, Hogan VK, Agnew K, Wadlwa PD. Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. *Matern Child Health J*. 2001;5(2):127-34.
19. Hellberg D, Nilsson S, Mårild PA. Bacterial vaginosis and smoking. *Int J STD AIDS*. 2000;11(9):603-6.
20. Boeten JM, Nyunge PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(2):380-5.
21. Hodoghigi NN, Aslan D, Bertan M. Intrauterine device use and some issues related to sexually transmitted disease screening and occurrence. *Contraception*. 2000;61(6):359-64.
22. Schmidt H, Hansen JG. Bacterial vaginosis in a family practice population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(11):999-1005.

## تازه های پزشکی

ترجمه و تنظیم: دکتر فریبرز غفاریستند - پژوهشگر مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

### تعیین خطر مرده زایی در زایمان دوم

در سراسر جهان سالانه ۶۱۲ میلیون مرده زایی رخ می دهد و مطالعات قبلی نشان داده اند که سابقه مرده زایی در حاملگی های قبلی باعث افزایش خطر مرده زایی در حاملگی های بعدی می شود. محققین استرالیایی یک مطالعه کوهورت جمعیتی را برای بیش بینی خطر مرده زایی در حاملگی های بعدی طراحی و اجرا کردند. در این مطالعه پرونده ۵۲۱۱۰ نفر از زنان حامله ای که دوبار بین سال های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۶ زایمان کرده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. خطر ابتلا به مرده زایی بر اساس نتیجه حاملگی اول مورد محاسبه و مقایسه گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که مرده زایی در اولین زایمان، افزایش قابل توجهی در خطر مرده زایی در حاملگی دوم ندارد. با این حال، تولد نوزاد کوچک سرشتی (SGA) باعث افزایش قابل توجه خطر مرده زایی در حاملگی بعدی می شود. تولد نوزاد نارس نیز به همین ترتیب ریسک مرده زایی در حاملگی بعدی را افزایش می دهد. بیشترین ریسک مرده زایی در حاملگی بعدی در زنانی مشاهده شد که اولین فرزندشان SGA و نارس بود. زایمان سزارین قبلی هیچ تاثیری بر روی مرده زایی بعدی نداشت. محققان پیشنهاد کردند که زنانی که سابقه تولد نوزاد نارس یا SGA را دارند در حاملگی های بعدی تحت نظارت دقیق تری قرار گیرند.

### داروهای ضد بارداری آهسته رهش ۲۰ برابر مؤثر تر از روش های کوتاه اثر مثل قرص، برچسب و حلقه

مطالعه ای که اخیراً در مجله New England Journal of Medicine به چاپ رسیده است، نشان می دهد که روش های جلوگیری از بارداری بلند مدت بسیار مؤثرتر از روش های کوتاه اثر هستند. در این مطالعه ۷۵۰۰ خانم در سنین باروری تحت مشاوره قرار گرفته و سپس به مدت ۳ سال به آنها اجازه داده شد که یکی از روش های بلند مدت پیشگیری از بارداری مثل IUD یا ایمپلنت های زیر پوستی و یا کوتاه اثر مثل قرص یا برچسب را به صورت رایگان انتخاب کنند. نتایج نشان دادند که ریسک حاملگی ناخواسته به صورت معنی داری در افراد استفاده کننده از روش های کوتاه اثر مثل قرص، برچسب یا حلقه بالاتر از افراد استفاده کننده از روش های بلند مدت مثل IUD می باشد (Hazard Ratio: ۲۱/۸). ریسک حاملگی ناخواسته در زنان زیر ۲۱ سال استفاده کننده از روش های کوتاه اثر تقریباً دو برابر زنان بالای ۲۱ سال بود. در حالیکه این میزان در بین گروه های سنی استفاده کننده از روش های بلند مدت تفاوت معنی داری نداشت. نتایج این مطالعه نشان می دهد که برای کاهش حاملگی های ناخواسته در زنان جوانتر، باید از روش های بلند مدت استفاده کرد.



### مصرف قرص های پیشگیری از بارداری خطر سرطان سینه را افزایش می دهد

نتایج تحقیقات جدید حاکی از آن است مصرف قرص های پیشگیری از بارداری می تواند زنان را در خطر سرطان سینه و سرطان دهانه رحم قرار دهد. به گزارش دهبی میل، محققان خدمات آزمایشگاهی بهداشت عمومی در زوهانسبورگ (NHLS) و دانشگاه ملی استرالیا (ANU) در این بررسی داروهای پیشگیری از بارداری تریبی و خوراکی را مورد مطالعه قرار دادند. این مطالعه بر پایه یافته های پیشین مبنی بر اینکه زنانی که داروهای پیشگیری از بارداری مصرف می کنند به طور موقت خطر سرطان را در خود افزایش می دهند استوار است. همچنین برای نخستین بار نشان داده شد مصرف داروهای هورمونی تریبی پیشگیری از بارداری نیز به طور مستقل خطر سرطان سینه و دهانه رحم را افزایش می دهد و البته این خطر ها به تدریج در طول زمان کم می شوند. این تحقیق نشان داد افرادی که اخیراً از شکل های تریبی و خوراکی داروهای پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند نسبت به آنهایی که هرگز از این داروها مصرف نکرده بودند، حدود ۷۱٪ برابر بیشتر در خطر ابتلا به سرطان سینه و ۴۱٪ برابر در خطر سرطان دهانه رحم قرار داشتند. این خطر چند سال بعد پس از آنکه زنان مصرف این داروها را کنار گذاشتند از بین رفت. محققان این پروژه می گویند افزایش موقتی خطر سرطان سینه و دهانه رحم و محافظت طولانی مدت در برابر سرطان رحم و آندومتر (پوشش داخلی رحم) باید همراه با تاثیر زیاد پیشگیری از بارداری که این داروها ایجاد می کنند، در نظر گرفته شود. نتایج این تحقیقات در نشریه PLoS Medicine منتشر شده است.

### سابقه خانوادگی ابتلا به اندومتروپوز در زنان را ۹ برابر افزایش می دهد

سابقه خانوادگی مبتلایان به اندومتروپوز می تواند این بیماری را تا ۹ برابر افزایش دهد. شیوع این بیماری در زنانی که سابقه خانوادگی دارند بیشتر دیده شده و عامل ژنتیک در ابتلای بروز این بیماری در زنان دخیل است. این بیماری چندعاملی است که هم عوامل محیطی و هم ژنتیکی نقش دارد. این بیماری ها از شیوع بالایی برخوردار است و از نظر اقتصادی هزینه های سنگینی را بر کشورها تحمیل می کند.

تنها راه تشخیص این بیماری از طریق لاپاراسکوپی است به طوری که این کار بسیار مشکل بوده و تعداد نمونه ها و کنترل های آزمایشگاهی محدود است. به گفته وی در این مرکز تابلوری مشکلی از لحاظ تعداد نمونه ها برای انجام آزمایش های ژنتیکی وجود ندارد. حدود ۳ تا ۱۰ درصد زنان به این بیماری مبتلا هستند و این بیماری عامل وقوع ۲۰ تا ۵۰ درصد نابالوری ها در کشور است. ابتدا به بیماری اندومتروپوز در خوشایونندان نزدیک تر فرد نسبت به جمعیت غیر خوشایونان ۶ تا ۹ برابر است. صنعتی شدن جوامع، وارد شدن سموم ناشی از آلودگی هوا به بدن و نوع رژیم غذایی غرب به شیوع این بیماری منجر شده است. در کشور های در کشور فرانسه در خصوص اندومتروپوز برگزار شد اولویت های جهانی تحقیقاتی اندومتروپوز عنوان شد و تشخیص زودرس، اپیدمیولوژیک، آسیب شناسی و درمان از جمله اولویت های تحقیقاتی این بیماری در سطح جهان هستند. تحقیقات لازم در این حیطه باید میان رشته ای و با همکاری متخصصان رشته های بیولوژی، پاتولوژی، ایمونولوژی، اپیدمیولوژی، آنکولوژی، جراحی، آمار و ژنتیک صورت پذیرد.

### مصرف آسپیرین باعث کاهش عود ترومبوآمبولی وریدی می شود

محققان به تازگی نشان داده اند که مصرف آسپیرین باعث کاهش میزان عود ترومبوآمبولی وریدی می شود. این مطالعه بر روی ۴۰۰ بیمار مبتلا به ترومبوآمبولی پایدار وریدی انجام گرفت. تمامی بیماران ۶ تا ۱۸ ماه تحت درمان با آنتی کوآگولان خوراکی (آنتاگونیست های ویتامین K) بودند. سپس به صورت تصادفی به ۲ گروه تقسیم شدند. برای گروه اول آسپیرین با دوز ۱۰۰ میلی گرم در روز برای ۲۴ ماه تجویز شد و به گروه دوم دارو نما (پلاسیبو) میزان بروز ترومبوآمبولی وریدی در بیماران تحت درمان با آسپیرین ۷٪ در سال و در گروه پلاسیبو ۱۱٪ در سال بود. میزان عوارض جانی بین دو گروه مساوی بود. میزان عود ترومبوآمبولی وریدی در بیماران مبتلا به آمبولی روی نیز بین دو گروه برابر بود. با اینکه نتایج این مطالعه نشان می دهد که درمان با آسپیرین می تواند از عود ترومبوآمبولی وریدی در بیماران فاقد آمبولی روی جلوگیری کند ولی به مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است. نتایج این مطالعه در مجله New England Journal of Medicine به چاپ رسیده است.

### مکمل های کلسیم ممکن است ریسک سکته قلبی را افزایش دهند

براساس نتایج مطالعه ای که در مجله Heart به چاپ رسیده است، استفاده از مکمل های کلسیم باعث افزایش ۳ برابری ابتلا به سکته قلبی می شود. محققین آلمانی ۳۴۰۰۰ شهروند را که از مکمل های دارویی یا غذایی کلسیم استفاده می کردند را مورد بررسی و پیگیری ۱۱ ساله قرار دادند. در کل ۳۵۰ نفر از این افراد دچار سکته قلبی شدند. بیمارانی که میزان مصرف کلسیم غذایی آنها در صدک سوم بود نسبت به افرادی که این میزان در پایین ترین مقدار بود، ریسک سکته قلبی کمتری داشتند (Hazard ratio: ۰.۶۹). با این حال، افرادی که از مکمل های دارویی کلسیم استفاده می کردند دارای ریسک افزایش یافته برای ابتلا به حوادث قلبی عروقی بودند (Hazard ratio: ۱.۸۹). محققین نتیجه گرفتند که استفاده از مکمل های کلسیم باید با احتیاط صورت بگیرد چرا که بعضی مطالعات مؤثر بودن آنها را نیز مورد سوال قرار داده اند.



### آزیترومایسین و مرگ ناشی از حمل قلبی عروقی

آزیترومایسین به علت دارا بودن خواص آریتمی زا، می تواند باعث افزایش مرگ قلبی عروقی گردد. نتایج مطالعه ای که اخیراً در مجله New England Journal of Medicine به چاپ رسیده است، نشان می دهد که تجویز این آنتی بیوتیک مرگ قلبی عروقی را افزایش می دهد. در این مطالعه سه گروه از افراد شامل ۳۵۰۰۰۰ نفر بیماری که آزیترومایسین دریافت کرده بودند، ۱/۴ میلیون نفر که آنتی بیوتیک نگرفته بودند و ۱/۸ میلیون نفر که آنتی بیوتیک هایی به جز آزیترومایسین گرفته بودند مورد بررسی فرا گرفتند. تجویز آزیترومایسین باعث افزایش سه برابری در میزان مرگ قلبی عروقی و دو برابری کلیه انواع مرگ و میر در ۵ روز اول درمان، در مقایسه با گروه بدون درمان گردید. آزیترومایسین در مقایسه با آموکسی سیلین باعث ۴۷ مورد مرگ بیشتر به ازای هر یک میلیون دوره درمانی شد. در بیمارانی که دارای عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی در ابتدای مطالعه بودند، آزیترومایسین باعث ۲۲۵ مورد مرگ بیشتر به ازای هر یک میلیون دوره درمانی در مقایسه با آموکسی سیلین شد. میزان مرگ قلبی عروقی آزیترومایسین در مقایسه با سیروفلوکساسین نیز بالاتر بود ولی با لووفلوکساسین برابر بود.

### خودکشی و خطر مرگ قلبی عروقی بعد از اعلام خبر

ابتلا به سرطان

وقتی انسان از تشخیص سرطان فر حوش آگاه می شود، بار روحی سنگینی را باید تحمل نماید که این بار روحی منجر به عوارض نامناسب سلامت در بیمار می گردد. در مطالعه ای که در سوئد انجام گرفت، بیس سال ها ۱۹۹۱ و ۲۰۰۶، تعداد ۶۰۷۲۲۴۰ بیمار که تشخیص سرطان به آن ها اعلام شده بود، از نظر میزان مرگ و میر حاصل از علل قلبی عروقی و خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که خطر نسبی خودکشی در بیمارانی که تشخیص سرطان به آن ها اعلام شده است در مقایسه با افراد سالمه ۱۲.۶ برابر در طول هفته اول و ۲.۱ برابر در طول سال اول است. همچنین خطر نسبی مرگ قلبی عروقی در طول هفته اول ۵.۱۶ برابر و در طول سال اول ۲.۳ برابر بود. میزان مرگ قلبی عروقی و خودکشی در سرطان ها دارای پیش آگهی ضعیف، به مراتب بالاتر بود. همچنین این میزان در سال اول به تدریج کاهش می یابد. نتایج این مطالعه به روشنی نشان می دهد که اعلام خبر سرطان به بیمار، خطر مرگ قلبی عروقی و خودکشی را در وی افزایش می دهد.

## گزیده مقالات اولین کنگره بین المللی سلامت زنان

### Assessing the Map of Health System Reform

*Batool Ahmadi, Sima Rafiei  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

**Introduction:** Today, health and social welfare of women is not only recognized as a human right but also its impact on family health and community care has increased. This paper has tried to review the map of health system reform and national archives of women's health in Iran to summarize the results and formulate recommendations for inclusion in health system reform plan in Iran.

**Methods:** In this qualitative study which has been done with focus group discussion method, after identification and coordination with scientific, executive experts and policy makers in different sectors, the meeting was convened in two working groups. Comments presented at the meeting recorded by two individuals. Data were coded and classified in several occasions by qualitative data analyses methods.

**Results:** During the meeting at academy of medical sciences attended by experts and honorable professors of MOH, research centers, academic areas and other health system sectors a draft of health system reform map was reviewed to ensure that in perspectives, values, objectives, policies and actions there has been a serious regard to women's health.

**Conclusion:** The most important proposals in the areas of health development plan were: developing and training human resources to respond women's needs, awareness of women and men from their rights and responsibilities for improving the noble values in care giving, using the capacity of service providing environment for growth and promoting cultural and moral values in society, modifying society believes toward women position in decision making and their role in family and society health. The objective was to improve women in formation, consolidation and excellence of family foundations, modify communication and behavioral patterns with the purpose of improving social capital, life expectancy, physical and moral exhilaration.

**Keywords:** Health system; Reform; Women's health



## The Effect of an Educational Intervention based on Health Belief Model on Mammography Screening Stage of Change in Women 40 Years of Age and Older, Isfahan, Iran

*Moodi Mitra, Sharifirad Gholam Reza, Rezaeian Mohsen, Mostafavi Firoozeh, Abbasi MohammadHadi*  
*Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

**Introduction:** Educational programs play an important role in promoting breast cancer screening behaviors and women health. Stages of Change and Health Belief Models (HBM) are the most common models have been applied in Mammography screening behaviors. The aim of study was to determine the effect of BC screening education using HBM on stage of change of mammography screening behavior.

**Methods:** In this Population-based randomized trial, 290 women 40 years and older were divided randomly into experimental and control groups. Mammography screening behavior determined using the Rakowski stage of change measure and HBM components were determined by Persian version of Champion's HBM scale. Four educational sessions were holden lasting 90 minutes based on HBM constructs. Questionnaires were completed before and three months after intervention. The obtained data were analyzed by SPSS at the significant level of  $\alpha = 0.05$ .

**Results:** In the experimental group, stage of change after intervention had a significant positive progress ( $p < 0.001$ ). Mean scores of perceived susceptibility, benefits, barriers, self-efficacy and health motivation in the experimental group had significant difference in comparison with the control group ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results of this study have confirmed the efficiency of educational intervention based on HBM in improving mammography screening stage of change. Hence, implementing appropriate educational programs with focus on benefits of Mammography in early detection of breast cancer and creating positive motivation for health among women, can increase their adherence and transition into action and maintenance stages.

**Keywords:** Breast cancer; Mammography Screening; Education intervention; Stage of change; HBM

### A Randomized Controlled Trial of Comparing the Effects of Continuous Hormone Replacement Therapy and Tibolone on the Urogenital System in Post-Menopausal Women

*Maasoumi Raziyeh, Ziaei Saideh, Faghihzadeh Soghrot  
Medical Science Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

**Introduction:** Many postmenopausal women who are on hormone replacement therapy discontinue medications due to vaginal bleeding. Tibolone, a synthetic steroid, has minimal stimulatory effect on the endometrium. The aim of this study was to assess the effects of continuous HRT regimen and tibolone on the onset of vaginal bleeding and vaginal maturation value.

**Methods:** 150 healthy postmenopausal women were randomly enrolled in this controlled clinical trial. Patients were randomly allocated into three groups, and were followed for six months. The first 50 women received 2.5mg tibolone plus a Cal+D tablet daily, the second 50 women received 0.625 mg conjugated equine estrogen and 2.5 mg medroxy progesterone acetate (CEE/MPA) plus one Cal+D tablet daily, and the remaining 50 received only one Cal+D tablet per day and served as the control group. Vaginal bleeding or spotting, vaginal dryness and intention to continue the medications were assessed. Vaginal maturation value was assessed by examining vaginal smears before and after the treatment.

**Results:** In comparison with the control group, CEE/MPA and tibolone increased vaginal maturation value and decreased the frequency of vaginal dryness ( $P < 0.01$ ). Women in tibolone group were more likely to continue the treatment regimen than those in the CEE/MPA or the control groups ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Tibolone can serve as an appropriate choice for HRT as it has low rates of vaginal bleeding/spotting episodes and high acceptance rate in postmenopausal women.

**Keywords:** HRT; Menopause; Tibolone; Vaginal bleeding; Vaginal maturation value

## Impact of Regular Exercise on Cognitive Status of Overweight Type 2 Diabetic Women

*Farah Madarshahian, Mohsen Hassanabadi  
Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.*

**Introduction:** Diabetes mellitus and overweight/obesity have been related individually to cognitive dysfunction especially in women. The exercise may prevent or improves existent cognitive impairment. However, the precise impact of regular exercise on the cognitive status in overweight type 2 diabetic patients remains uncertain. This study compared the cognitive status between two groups of overweight type 2 diabetic women: those who exercised regularly and those who did not.

**Material and Methods:** In this comparative study the 80 consecutive overweight type 2 diabetic women from a diabetes clinic were recruited in two groups. The cognitive status of the active group (n=40) who exercised regularly, at least 15-30 minutes at a time, three times per week during the past six months, compared to control group (n=40) who did not exercise regularly for past 12 months. The two groups had similar distributions in terms of sex, age, educational class, diabetes duration, body mass index and hemoglobin A1C. Mini Mental Status examination (MMSE) was employed for all participants to estimate cognitive status.

**Results:** Results found significant difference in MMSE scores between the two groups (p=0.01). There was significant positive correlation between MMSE scores and minutes of exercise per week in active group (r= 0.4, P=0.03). We further found that the likelihood of cognitive decline was 3.32 and 7/21 times higher with increasing body mass index and age, respectively.

**Conclusion:** This study supports the findings of previous studies in terms of improved cognitive status with regular exercise. Health care providers should be aware of possible cognitive impairments in overweight type 2 diabetic women, especially in those who did not exercise regularly and should give them appropriate evidence-based guidance on promoting exercise and weight control.

**Key words:** Diabetes mellitus type 2; Exercise; Cognition disorders; Overweight; Women

## Prediction of Preeclampsia using Plasma Selenium Level in Primigravida Women

*Seyede Zahra Ghaemi, Sedighe Forouhari, Mohammad Hossein Dabbaghmanesh, Faride Vaziri, Zohreh Tavana, Estahban Azad University*

**Introduction:** Hypertension disorders which complicate the pregnancy are common disorders that along with hemorrhage and infection form a deadly triad. The first step in preventing preeclampsia is early detection and treatment of women at risk. This study according to the theory of oxidative stress in the pathogenesis of preeclampsia and the role of Selenium as an antioxidant in prevention and detection of preeclampsia was designed to determine the predictive ability of preeclampsia using plasma selenium level in primigravida women.

**Method:** In a nested case-control study, first a sample of 600 normal primigravida women of 24-28 weeks entered the study and the first blood sampling was performed on them. After all, subjects followed for 3 months, 39 were affected by preeclampsia. They formed the cases and second phase of blood sampling was performed on them. Among remaining subjects those that till 48 hours after gestation were healthy, with matching gestational age and receiving supplemental in a systematic method formed the controls and the second phase of blood sampling was performed. After delivery, the amount of selenium in blood samples of first and second cases and controls was measured.

**Results:** Based on the first results, the mean level of selenium in blood plasma of the cases was significantly lower than the controls ( $p < 0.05$ ) but in the second stage of measuring the difference was not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** It seems that plasma levels of selenium test have an acceptable sensitivity and specificity for predicting preeclampsia.

**Key words:** Selenium; Preeclampsia; Primigravida

## Cytologic Comparison of Liquid Based and Conventional Pap Smear With Histologic Evaluation of Cervix in High Risk Woman

*Leila Kargarfard, Sedigheh Forohari, Akbar Saffari, Minoo Robati, Mojdeh Momtahn, Zahra Saraf Shiraz University of Medical Sciences*

**Introduction:** Early diagnosis of cervical cancer is an effective step in health promotion of women. The aim of this study was to compare liquid-based and conventional Pap smear with histologic evaluation of cervix in high risk woman.

**Method:** This was a cross-sectional study of 150 qualified women. They were screened with 2 methods. Generally for half of patients conventional Pap smear was performed initially and then using liquid-based sampling was conducted and then colposcopies were performed.

**Results:** Average of inadequate cell was in Liquid-based method 6.7% and 2.7% in the conventional method. Rate of bloody smears in the conventional method was 0.66 %, and there were no bloody smears in liquid-based Pap smear. Liquid-based Pap smear had sensitivity of 66%, specificity of 99.2 %, the prevalence of cervical intra epithelial lesions and SCC was 4.7%, PPV of 85%, NPV of 97.9%, false positive of 0.8% and false negative of 33.3%. Conventional Pap smear had sensitivity of 66%, specificity of 98.5%, the prevalence of cervical intra epithelial lesions and SCC was 4.7%, PPV of 75 %, NPV of 97.8%, false positive results of 1.42% and false negative result of 33.3%.

**Conclusion:** This study indicates that liquid-based cytology does not perform better than conventional Pap tests in terms of relative sensitivity and PPV for detection of cervical cancer.

**Key word:** Liquid Based Cytology; Conventional Cytology; Colposcopy

### Effect of Diclofenac Rectal Suppository in Pentazocin Intake in Pain after Cesarean Section in Patients Referred to Shahid Sadougi Hospital

Mahnaz Emami Maybodi, Behnaz Enjezab, Mahshid Bokaei, Tahmineh Farajkhoda, Mahsa Khodayarian  
Shahid Sadoughi University of Medical Sciences

**Introduction:** Now, according to statistics reports the incidence of cesarean in Iran is two times higher than the global statistics. For the relief of severe pain after cesarean is required strong analgesic such as Pentazocin. Diclofenac suppository as analgesic has not the Opioid side effects. There for, this study was performed to show effect of Diclofenac suppository on Pentazocin intake for relief of pain after cesarean.

**Methods:** RCT was carried out on 80 women that had undergone cesarean before, by the same anesthesia method, and were selected randomly in two groups of 40 persons of diclofenac and Pentazocin. Diclofenac group received 100mg Diclofenac suppository immediately after surgery, at 12, 24 and 36 hours 50mg. Also if pain continued Pentazocin Amp 30mg was injected IM. In Pentazocin group was injected the Pentazocin Amp 30mg IM ( QID) PRN. IN both groups, the number of Pentazocin given, pain severity was measured by VAS at 3,12 and 24 hours after surgery and discharge time, and the side effects was determine. The results were analyzed sing SPSS software Version 16, statistical t-test, non-parametric Mann-Whitney test, and Chi-square tests.

**Results:** Average number of Pentazocin used in the diclofenac group was  $1.075 \pm 0.615$  and in Pentazocin group was  $1.750 \pm 0.493$  ( $p=0.001$ ). There was no significant difference between mean of pain in 3, 12 and 24 hours after surgery and discharge time in both groups.

**Conclusion:** Use of the suppository Diclofenac after cesarean as analgesic is effective for reducing Pentazocin dosage. It is also economical and an accessible method for relief pain.

**Key words:** Rectal suppository Diclofenac; Pentazocin; Pain; Cesarean

## Health Status of Women Living in Sharifabad, Korangi Industrial Area, Karachi

*Owais Raza, Syed Sanowar Ali  
Ziauddin University, Karachi, Pakistan*

**Introduction:** The Declaration of Alma-Ata Conference in 1978 setting the goal of Health for all by 2000 has a new philosophy of equity, and adopted an innovative approach, the Primary health care. In developing countries like Pakistan, the primary health care program for community development cannot be solely relied on government resources. The main purpose of the survey was to collect baseline information regarding the demographic characteristics and reproductive health status of women.

**Methods:** A cross sectional study was conducted in an area with 12000 populations. Systemic random sampling procedure was adopted to select 292 households. The data was collected through interviews based on pre-tested questionnaire. Data was analyzed using SPSS software.

**Results:** The study population comprised 2164 persons. Majority (75.68 %) of the families were having non – RCC housing structure. Small number (7.08%) of women contributing the income generation of their family. Majority (64%) of married women of 15-45 years of age has been pregnant 4 times or more, they have average 5 children alive. Eighteen percent had never got ante-natal care, 46.27% did three to six ante-natal visits. The T.T coverage among Child – Bearing Age (CBA) was 17.10%, 65.67% were delivered at hospital.

**Conclusion:** In existing poor socio-economical & developmental indicators, only health measures cannot bring the desired improvement. There is need for policy makers, planners and implementers to enhance commitment for bringing real change. Thus establishing community – based health centers in collaboration of all the stakeholders.

**Keywords:** Health assessment, Women's Health, Tetanus Toxioid, Child – bearing age (CBA)

**The First Iranian International Conference on Women's Health**  
 June 14 and 15, 2012  
 Shiraz, Iran

**TOPICS:**

- Healthy Aging
- Risk & Cardiovascular Diseases
- Communicable Diseases
- Psychological Aspects of Women's Health
- Health Transition
- Reproductive Health
- Maternal & Pregnancy Issues: Training and Management

Abstract Submission Deadline: **March 31, 2012**

Sina and Saba Conventional Center, Shiraz, Iran  
 Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences

[www.health-policy.ir](http://www.health-policy.ir)  
 Tel: +98 71 339412

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی) می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.  
[www.health-policy.ir](http://www.health-policy.ir)  
 نشانی: شیراز اخیان زنده دانشکده پزشکی شماره ۳ طبقه ۸  
 مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت  
 صندوق پستی: ۱۸۷۷-۷۱۳۳۵  
 تلفن و فکس: ۷۱۱-۳۳-۹۶۱۵