نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۹۷، صفحات ۴۷۱ تا ۴۸۶

سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران

نویسنده:
مرضیه وحیددستجردی[۱]

چکیده

زمینه: "سلامت زنان" عبارت است از حالت رفاه کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی زنان و رویکردهای معتبر آن در نظام سلامت کشور شامل ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در زنان است. این نعمت مجهول الهی در بانوان علاوه بر عوامل بیولوژیک و خدمات و مراقبت‌ها، تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی نظیر تحصیلات، فرهنگ و اقتصاد و عوامل معنوی و اخلاقی نیز قرار دارد. از دستاوردهای فاخر نظام سلامت در جمهوری اسلامی‌ایران در حیات ۴۰ ساله پس از پیروزی انقلاب، ارتقای همه‌جانبه سلامت زنان بوده است. در این دوران پر فراز و نشیب، ارتقای شاخص‌های سلامتی، کاهش نابرابری‌ها و افزایش دسترسی زنان به خدمات و مراقبت‌های سلامتی، بسیار بارز و سرآمد بوده است.

روش: مطالعه حاضر عمدتاً کتابخانه‌ای است، از درج تجارب شخصی و مصاحبه تاریخ شفاهی نیز بهره برده شده است.

نتایج: در این گزارش چهل فراز از مسائل مهم و تحول آفرین حوزه سلامت زنان در جمهوری اسلامی‌ایران در دوران چهل ساله پر افتخار بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، ارائه شده است. مطالب منتخب در چهار محور: "بنیادها و **مبانی قانونی**"، "شاخص‌های ارتقاء یافته"، "اقدامات و برنامه‌های تحول‌آفرین مصوب و اجراء شده " و "دستاوردهای حاصله"، تنظیم شده است و با "بحث و پیشنهاد" ادامه یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری: به اعتبار شاخص‌ها و مطالعات، سلامت زنان در دوره ۴۰ ساله اول بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، به‌طور مستمر و با آهنگی پرشتاب ارتقاء یافته و در شرایط جاری (سال ۱۳۹۷) در وضعیت بسیار خوبی نسبت به کشورهای اسلامی، همسایه و منطقه قرار دارد.

کلیدواژه‌ها: ارتقای سلامت، ایران، خدمات بهداشت زنان، سلامت زنان، شاخص‌های بهداشت و تندرستی

مقدمه و بیان مسئله

زنان پشتوانه سلامت و پیشرفت خانواده و جامعه هستند. توجه و تلاش در جهت ارتقای همه‌جانبه سلامت زنان مطمئن‌ترین راه برای دستیابی به اهداف سلامت کل جامعه و برخورداری از جامعه‌ای سالم است. بنابراین برنامه‌های سلامت زنان جزء اصلی‌ترین و مهم‌ترین اقدامات کشورهاست.

در اسناد بالادستی و سیاست‌گذاری‌های ملی جمهوری اسلامی ایران حق بهره‌مندی از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب برای پیشگیری از بیماری و درمان زنان به درستی تشریح شده است. و بر همین اساس برنامه‌ها و مداخلات پیش‌بینی شده است.

حاصل اقدامات چهل ساله در حوزه سلامت زنان در چهار محورشامل؛ بنیادها و شالوده‌های قانونی سلامت زنان در جمهوری اسلامی، مقایسه شاخص‌ها در حوزه سلامت زنان در جمهوری اسلامی‌ایران در دوره چهل ساله، اقدامات و برنامه‌های تحول‌آفرین در حوزه سلامت زنان در دوره ۴۰ ساله انقلاب اسلامی، اشاره به بعضی از دستاوردها و در ۴۰بند در مقاله حاضر ارائه می‌شود.

۱. استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

روش مطالعه

روش مطالعه کتابخانه‌ای و جمع‌آوری اطلاعات از منابع معتبر در محدوده زمانی ۱۳۵۰ تا ۱۳۹۷ بوده است. از اطلاعات موجود در منابع معتبر کتابخانه‌ای در کد واژه‌های مطالعه در محدوده سال‌های ۱۳۵۰ تا ۱۳۹۷، درج تجارب شخصی و مصاحبه تاریخ شفاهی برای تنظیم این گزارش استفاده شد.

یافته‌ها

حاصل اقدامات چهل ساله در حوزه سلامت زنان در چهار محور کلی و چهل موضوع به شرح زیر و به صورت اجمال در این مطالعه ارائه شده است.

محور اول: بنیادها و شالوده‌های قانونی سلامت زنان در جمهوری اسلامی

۱. سلامت زنان در قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران

طبق اصل دهم قانون اساسی: از آنجا که خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی است، همه قوانین و مقررات و برنامه‌ریزی‌های مربوط باید در راستای آسان کردن تشکیل خانواده، پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی برپایه حقوق اسلامی باشد.

طبق اصل ۲۱ قانون اساسی: دولت موظف است حقوق زنان را در همه جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین و امور زیر را انجام دهد:

- ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد زن و احیای حقوق مادی و معنوی
- حمایت مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی‌سرپرست
- ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کیان و بقای خانواده
- اعطای قیمومیت فرزندان مادران شایسته در جهت غبطه آن‌ها در صورت نبودن ولی شرعی
- ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست

۲. سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری

جهت‌گیری این اسناد مهم و راهبردی در راستای ارتقای سلامت آحاد جامعه ایران و خاصه زنان است. این مفهوم در تمام بندهای سیاستی به طور عام و در بعض بندها (بند ۳ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت) به طور خاص مطرح شده است

۳. قانون تأمین کودکان و زنان بی‌سرپرست مصوب ۲۴ آبان ۱۳۷۱

این قانون به منظور حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست و زدودن آثار فقر در جامعه اسلامی و به موجب اصل ۲۱ قانون اساسی به تصویب رسیده است. مشمولان این قانون زنان بیوه، سالخورده و ازکار افتاده و کودکان بی‌سرپرست هستند. در این قانون حمایت‌هایی منظور شده است که مشمولان قانون باید از آن برخوردار باشند. مجری این قانون سازمان بهزیستی کشور است و هم‌اکنون نیز معتبر است.

۴. آیین‌نامه اجرایی قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست مصوب ۲۴ آبان ماه ۱۳۷۱

در راستای سیاست توانمندسازی و کاهش فقر افراد نیازمند و اجرای مفاد ماده ۹۵ و بند ج ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اعتبار مورد نیاز به مبلغ ۵۰۰ میلیارد ریال از محل ردیف ۵۰ ۳۹۳۵ قسمت چهارم این قانون به تناسب جمعیت مستمری‌بگیر در اختیار کمیته امداد امام خمینی قدس سره و سازمان بهزیستی کشور قرار می‌گیرد تا صرف موارد مزبور شود.

۵. قانون الزام تزریق واکسن کزاز برای بانوان قبل از ازدواج مصوب ۲۳ فروردین ۱۳۶۷

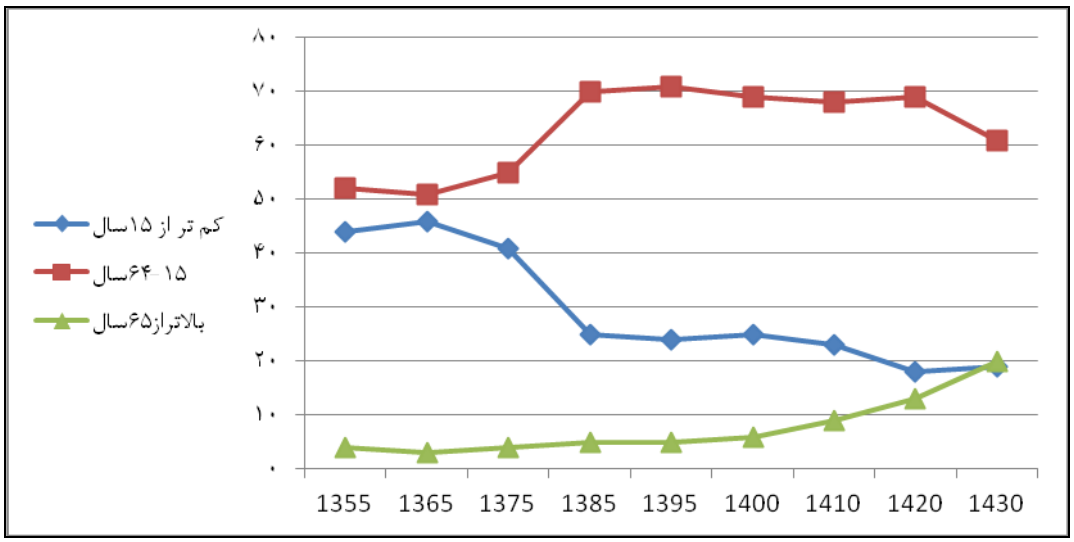
مجلس شورای اسلامی قانون مزبور را را در راستای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران، تصویب کرده است. این قانون هم‌اکنون معتبر است.

سایر قوانین موضوعه

بعضی از موارد قانونی که در راستای تأمین سلامت و رعایت حقوق بانوان تصویب شده‌اند به شرح زیر است:

- قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست. (مصوب ۱۳۷۱/۸/۲۴ و مرداد ۱۳۷۴)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار ۱ ـ **تغییرات سه گروه عمده سنی جمعیت کشور از سال ۱۳۵۵ تا ۱۴۳۰**

- ممنوعیت ارجاع کارهای سخت و زیان‌آور به زنان. (قانون کار، ماده ۷۵، مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹)
- ممنوعیت کار شب برای زنان. (قانون کار، مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹)
- ممنوعیت کار برای زنان باردار از ۶ هفته قبل از زایمان تا ۴ هفته بعد از آن. (قانون کار، مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹)

نتیجه‌گیری از محور ۱: به استناد موارد بالا و سایر جهت‌گیری‌های قانونی، استنباط می‌شود که سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران از زیرساخت مستحکم قانونی برخوردار است.

محور دوم: مقایسه شاخص‌ها در حوزه سلامت زنان در جمهوری اسلامی‌ایران در دوره چهل ساله:

۶. تغییرات هرم سنی و ترکیب جمعیت در فاصله ۱۳۵۵ تا به حال و پیش‌بینی تا ۱۴۴۰

میانه سنی زنان در سال ۱۳۵۵، ۱۷,۷ بوده، در سال ۱۳۹۰ به ۲۷ و در سال ۱۳۹۵ به ۳۱,۳ سال افزایش یافته است[1]. تغییرات سه گروه عمده سنی جمعیت کشور از سال ۱۳۵۵ تا ۱۴۰۰ در نمودار ۱ ملاحظه می‌شود. تغییرات به وجود آمده در هرم سنی جمعیت ایران در دهه‌های اخیر انتقال جمعیتی نامیده می‌شود. ایران از دوره زمانی که در آن میزان‌های موالید و مرگ‌ومیر بالا بود گذشته و به دوره زمانی می‌رسدکه میزان‌های مرگ‌ومیر و موالید پایین است. بنابراین ازدوره جوانی عبور و وارد دوره پنجره جمعیتی فرصت‌ها می‌شود (از اواسط دهه ۱۳۸۰). دوره‌ای که حدود دوسوم جمعیت ایران در سنین کار و فعالیت قرار دارند (۱۵-۶۴ سالگی). نکته مهمی که می‌بایست به آن توجه کرد این است که فقط تا چند دهه دیگر فرصت استفاده از این پنجره وجوددارد تا بتوان به سوی توسعه اجتماعی اقتصادی گام برداشت(۱).

۷. شاخص امید به زندگی

امید به زندگی یکی از شاخص‌های مهم در رابطه با پیامد ارائه خدمات در بخش سلامت و بهبود حاکی از ارتقای سلامت کلی جامعه است. از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴ با اینکه میزان امید به زندگی زنان و مردان هر دو افزایش قابل‌توجهی داشته است، اما همواره این میزان برای زنان بیشتر از مردان بوده است. در سال ۱۳۸۵ میزان امید به زندگی زنان ۷۴/۶ سال و در سال ۱۳۹۴ به ۷۵/۶ سال رسیده است و در مردان از ۷۲/۱ سال در سال ۱۳۸۵ به ۷۲/۸ سال در سال ۱۳۹۵ افزایش داشته است. عمده‌ترین علت افزایش میزان امید به زندگی، بهبود خدمات بهداشتی به ویژه در مناطق روستایی و محروم، بهبود وضعیت معیشتی و کاهش مرگ‌ومیر اطفال است(۲، ۳).

۸. نرخ باسوادی جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور(با تأکید بر جمعیت زنان کشور)

نرخ سواد جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور در فاصله سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۳ برای مردان ۵۰/۹۳ درصد و برای ۱۲۶/۱۹ درصد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۱ ـ امید به زندگی طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۴

سال / جنس	۱۳۹۰-۱۳۸۵	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
مردان	۷۲/۱	۷۱/۷	۷۲/۲	۷۲/۸
زنان	۷۴/۶	۷۴/۵	۷۵	۷۵/۶

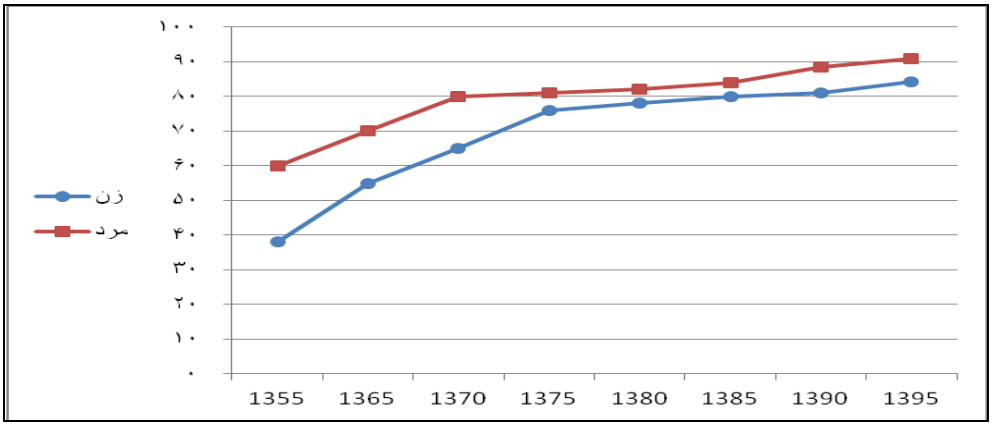
رشد داشته است. طبق آخرین سرشماری نسبت باسوادی زنان در جمعیت ۶ سال و بیشتر به ۸۴/۲ درصد رسیده، درحالی‌که نسبت باسوادی کل جمعیت در مناطق شهری ۸۸ و در مناطق روستایی ۷۲/۹ درصد است. به علت فرهنگ حاکم بر جامعه در قبل ازپیروزی انقلاب اسلامی‌و عدم وجود امکانات یکسان برای زنان در زمینه ادامه تحصیل، طبق (نمودار ۲) نرخ باسوادی مردان بالاتر از نرخ باسوادی زنان بوده است. ولی به علت فراهم شدن زمینه‌های آموزش در سال‌های بعد، این میزان سیر صعودی داشته است[1]. شایسته است، "شاخص نسبت باسوادی" برای همه زنان و مردان ایرانی ۶ ساله و بالاتر به صددرصد بالغ شود.

۹. نرخ رشد باسوادی جمعیت جوان کشور (با تأکید بر جمعیت زنان کشور)

این شاخص در گروه مردان طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۴ برابر ۳۸/۰۵ درصد بوده که در مقایسه با زنان در همین گروه سنی که برابر ۱۲۵/۴۵ بوده می تواند بیانگر فرهنگ‌سازی مناسب و فراهم آمدن بسترهای اجتماعی، برای رشد و بالندگی زنان جوان جامعه در سایه امنیت اخلاقی حاکم باشد (نمودار ۳). باسوادی زنان جوان در سال‌های اخیر (نمودار ۳) از یک روند صعودی برخوردار شده و شکاف موجود میان باسوادی زنان و مردان جوان به شدت کاهش یافته است. با تداوم این روند رو به رشد امید می‌رود در سال‌های آتی، میزان اختلاف موجود کاهش بیشتری یافته، به حداقل برسد.

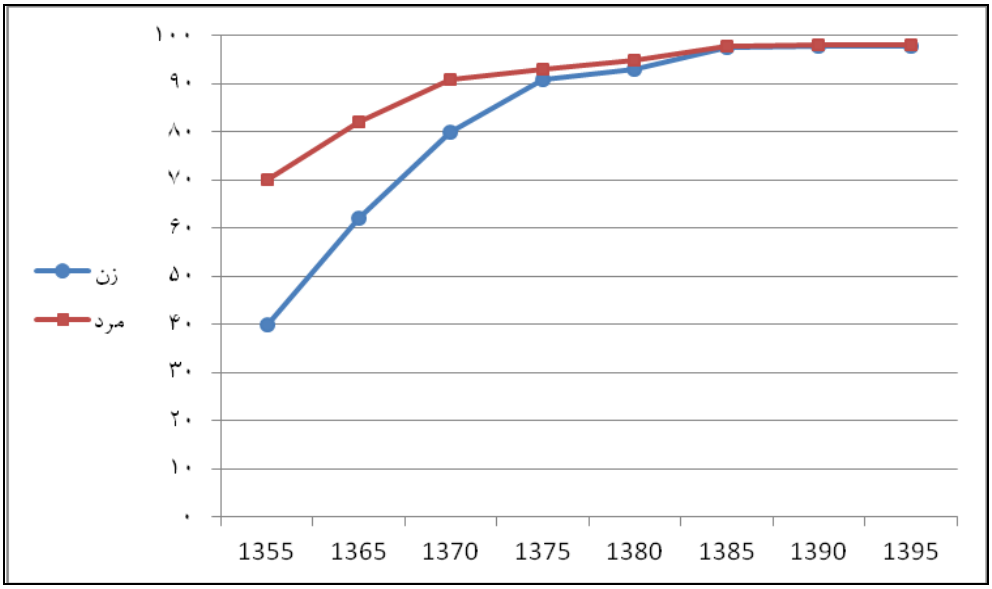
۱۰. روند رو به رشد آموزش پزشکی و شرکت زنان در این حیطه و طی مدارج عالی

افزایش چشمگیر زنان متخصص و فوق تخصص در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در دهه‌های اخیر بسیار محسوس و افتخار آفرین بوده است (جداول ۲ و ۳). درصد زنان دارای مدارک فوق تخصصی از ۹ درصد در دهه ۵۵-۶۵ به ۳۰ درصد، در دهه ۷۵- ۸۶ افزایش یافته است. همچنین درصد زنان متخصص از ۱۵ درصد در دهه ۶۵ - ۵۵ به ۴۰ درصد در دهه۷۵ - ۸۶ افزایش یافته است. پزشکان عمومی زن با رشد ۱۶ برابری از ۳۵۰۰ نفر در سال ۱۳۵۵ به ۶۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده و بانوان پزشک متخصص از ۵۹۷ نفر به ۳۰ هزار نفر رسید که نشان از رشد ۵۰ برابری در این حوزه است و انقلاب اسلامی در راستای ارائه خدمات پزشکی به بانوان ۵۳۰۰ پزشک فوق تخصص نیز تربیت‌کرده است.



نمودار ۲ ـ نرخ باسوادی جمعیت ۶ ساله و بالاتر طی سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۹۵

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار ۳ ـ درصدباسوادی در جمعیت جوان(۱۵تا۲۴ساله) طی سال‌های۱۳۵۵-۱۳۹۵

جدول ۲ ـ نسبت زنان متخصص به مردان متخصص در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در سه دهه اخیر(۴)

	۱۳۵۵ -۱۳۶۵		۱۳۶۵ – ۱۳۷۵		۱۳۷۵ – ۱۳۸۶	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زنان متخصص	۵۹۷	۱۵	۲۳۰۴	۳۵	۴۲۱۰	۴۰
مردان متخصص	۳۴۶۵	۸۵	۴۳۲۲	۶۵	۶۲۵۷	۶۰

جدول ۳ ـ نسبت زنان فوق‌تخصص به مردان فوق‌تخصص در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در سه دهه اخیر(۴)

	۱۳۵۵ -۱۳۶۵		۱۳۶۵ – ۱۳۷۵		۱۳۷۵ – ۱۳۸۶	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زنان فوق تخصص	۱۰	۰/۰۹	۳۳	۰/۰۹	۱۲۱	۳۰
مردان فوق تخصص	۱۰۰	۰/۹۱	۳۱۸	۰/۹۱	۲۸۶	۷۰

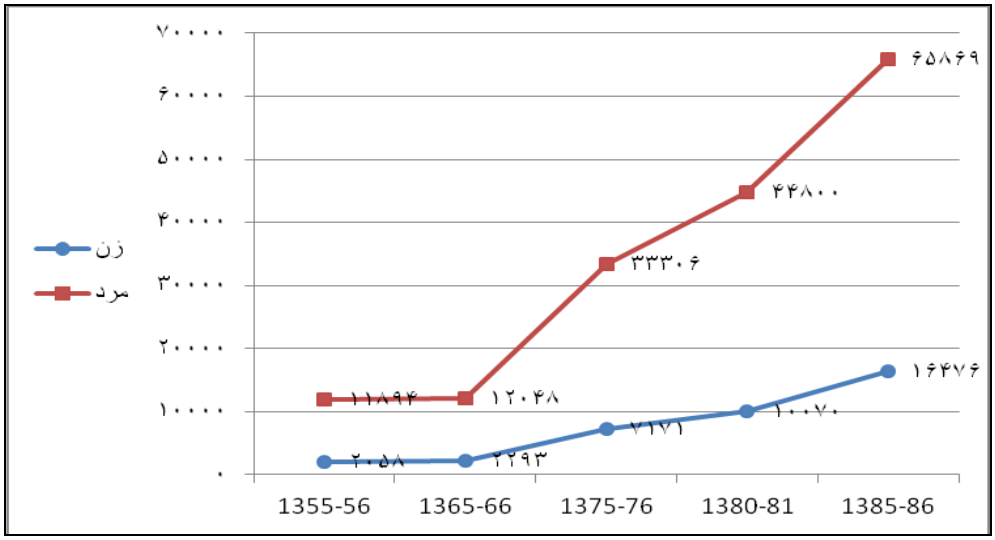
۱۱. بهبود شاخص‌های سواد و آموزش درزنان پس از انقلاب

افزایش نرخ باسوادی زنان ۶ ساله و بالاتر از ۳۵/۵ در سال ۱۳۵۵ به ۸۰/۳۴ در سال ۱۳۸۵ و افـزایش ۲۸/۴۵ درصـدی توزیـع نسـبی زنان باسواد نسبت به کل باسوادان کشور نمونه ای از این ارتقاء اسـت. به عنوان مثال افزایش رشـد در تحصـیلات دانشـگاهی دختـران نیـز بسیار قابل توجه بوده و سهم ۳۱/۱ درصـدی دختـران از دانشـجویان دانشگاه‌های دولتی و دانشگاه آزاد اسلامی در سال ۱۳۶۵ را به حـدود ۵۱ درصـد در سـال ۱۳۸۴ رسـانده اسـت. در سـال ۱۳۹۰ از کـل دانشجویان آمـوزش عـالی ۵۰،۰۱ درصـد زن و ۴۹،۹۹ درصـد مـرد بوده‌اند. همچنین از کل دانشجویان آموزش عالی در مقطـع دکتـری، بیشترین درصد مربوط به دانشجویان مرد بـا ۶۸ درصـد و در مقطـع لیسانس بیشترین درصد مربوط به زنان با ۵۴ درصـد بـوده اسـت. در سال۱۳۹۵، ۵۶ درصد از دانشـجویان دانشـگاه‌هـای دولتـی کشـور را زنان تشکیل دادند که سهم دختـران از کـل دانشـجویان رشـته‌هـای علوم پزشکی ۵۳ درصد، در رشته‌های علـوم انسـانی ۵۸ درصـد و در گروه‌های علوم پایه به ۶۹ درصد رسیده است.

۱۲. کارکنان آموزشی در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی

پس از انقلاب اسلامی تعداد کـادر علمـی دانشـگاه‌هـا، از رونـد افزایشی برخوردار بوده است. طبق آمار در سال‌های ۷۰ الی ۷۵، ۴۱

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار۴ ـ **تعداد کادر آموزشی دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی دولتی ۱۳۵۵تا سال ۱۳۸۵**

جدول ۴ ـ **تعداد اعضای هیأت علمی زن و مرد دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال۱۳۸۸**

مرتبه	تعداد زنان	تعداد مردان	درصد زنان
استاد	۶۳	۳۵۴	۱۵/۴
دانشیار	۲۱۷	۹۰۷	۱۹/۳
استادیار	۱۶۲۷	۴۴۸۷	۲۶/۵۹
جمع کل	۱۹۰۷	۵۷۴۸	حدود ۳۰

درصد، در سال‌های ۷۵ الی ۸۰، ۴۳ درصد و طی سال‌های ۸۰ الی ۸۵، ۵۵ درصد از شاغلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را زنان تشکیل داده‌اند که نشانگر رشد فزاینده حضور زنان در صحنه بهداشت و درمان کشور، پس از پیروزی انقلاب اسلامی بوده است. تعداد کارکنان آموزشی زن در مراکز آموزش عالی دولتی در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۵، حدود ۱۶۴۷۶ نفر گزارش شده است که این رقم نسبت به سه دهه قبل ۷ برابر شده است (نمودار ۴). این روند در دانشگاه آزاد اسلامی‌نیز در این شاخص، از سیر افزایشی برخوردار بوده است.

در عرصه آموزش پزشکی نیز طبق آمار سال ۱۳۸۸، خانم‌ها حدود ۳۰ درصد از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته را تشکیل می‌دهند که در مقایسه با آمار سال‌های قبل بسیار چشمگیر است (جدول ۴).

۱۳. ارتقای جایگاه زنان در سلامت و آموزش پزشکی و افزایش چشمگیر تعداد اساتید، دانشجویان، پزشکان و متخصصان پزشکی زن در جامعه

مقایسه آمارها نشانگر افزایش چشمگیر زنان فوق‌تخصص و متخصص در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور است. درصد زنان فوق تخصص از ۹ درصد در دهه ۶۵-۵۵ به ۳۰ درصد، در دهه ۸۶-۷۵ و درصد زنان متخصص از ۱۵ درصد در مدت مشابه به ۴۰ درصد افزایش یافته است. همچنین درصد پزشکان عمومی زن از ۲۵ به ۳۹، و درصد زنان متخصص و فوق‌تخصص دررشته بیماری‌های زنان و زایمان، از ۱۶ درصد به رقم قابل توجه ۹۸ درصد رسیده است.

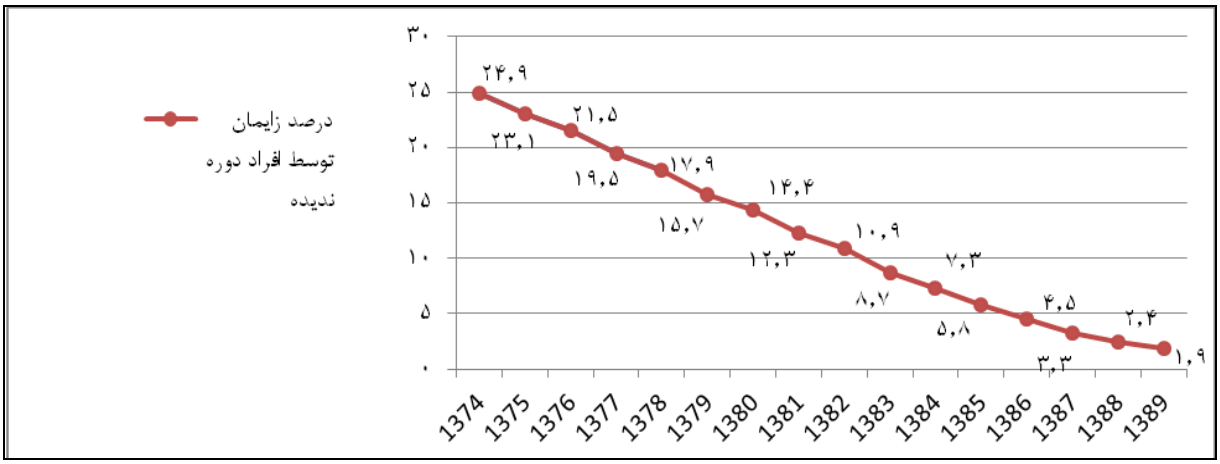
۱۴. بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دور افتاده با تربیت ماماهای تحصیل کرده، بهورز ماما و ماماروستا (نمودار ۵)

دردهه هفتاد تربیت ماما روستا انجام گرفت ولی در سال‌های بعد (از سال۸۷) و بدلیل تمایل خانم‌های روستایی به مراجعه به بهورزان، دوره‌های تربیت بهورزان ماما برای کمک به زایمان طبیعی کم خطر درمناطق محروم و دور افتاده آغاز شد. در واحدهای تسهیلات زایمانی که توسط کارشناسان مامایی اداره می‌شود علاوه برانجام زایمان طبیعی، مراقبت مادران و پشتیبانی علمی و عملی از ماماهای روستایی و بهورز ماماها توسط این مراکز انجام می‌شود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۵ ـ **درصد زنان و مردان پزشک در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در سال ۱۳۸۵-۱۳۵۵**

دوره زمانی		۱۳۶۵-۱۳۵۵	۱۳۷۵-۱۳۶۵	۱۳۸۶-۱۳۷۵
پزشک عمومی	زنان	۲۵/۱۹	۲۹/۹	۳۹/۴۹
	مردان	۷۴/۸۱	۷۰/۱	۶۰/۵۱
پزشک متخصص	زنان	۱۵	۳۵	۴۰
	مردان	۸۵	۶۵	۶۰
فوق تخصص	زنان	۹	۹	۳۰
	مردان	۹۱	۹۱	۷۰
متخصص و فوق‌تخصص بیماری‌های زنان	زنان	۱۶	۹۳	۹۸
	مردان	۸۴	۷	۲



نمودار ۵ ـ **روند "کاهش شاخص زایمان توسط افراد دوره ندیده" در روستاهای کشور (۱۳۸۹-۱۳۷۴)**

۱۵. درصد پوشش تنظیم خانواده مدرن

جدول ۶ ـ **درصد شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری مدرن در زنان ۱۵-۴۹سال همسردار طی سال‌های۷۹-۸۹**

	MIDHS89	IMES84	DHS79
شهری	۷۸/۹۷	۸۰/۴	۷۷/۴
روستایی	۷۳/۷۸	۷۵/۷	۶۷/۲
کل کشور	۷۷/۴۲	۷۸/۹	۷۳/۸

۱۶. میزان باروری کلی و تحولات آن در دوره ۴۰ ساله

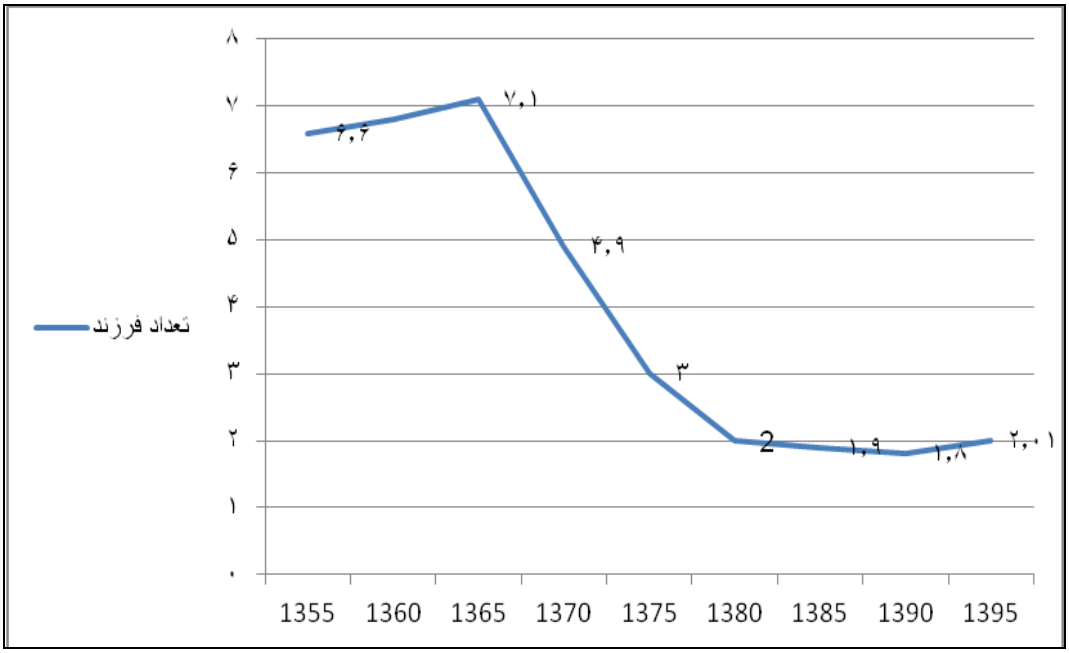
آمارها نشان می‌دهد که نرخ باروری طی سال‌های ۶۵ تا ۸۰ کاهش و سپس در سال‌های اخیر با تثبیت همراه بوده است.با افزایش سن ازدواج در سال‌های اخیر نرخ باروری زنان بالای ۳۰ سال در حال افزایش بوده که باتوجه به بالا رفتن سهم این گروه سنی می‌توان انتظار افزایش نرخ باروری را داشت.

براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ "میزان باروری کل" ایران رقمی‌برابر با ۲/۰۱ فرزند محاسبه شد. این شاخص براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ برابر ۱/۸ فرزند بود. میزان باروری کل ایران برای نقاط شهری کمتر از سطح جانشینی و برابر ۱/۸۶ فرزند و در نقاط روستایی بالاتر از سطح جانشینی و برابر ۲/۴۸ فرزند است.

۱۷- میزان خام موالید

براساس موالید ثبت شده این آمار در سال‌های گذشته مثبت بوده است. در سال ۱۳۸۵این میزان ۱۶/۴در هزار نفر جمعیت و درسال۱۳۹۳به ۱۹/۷درهزار نفر (نقاط شهری ۲۱/۱ در هزار نفر و روستایی ۱۵/۹در هزار نفر) رسیده است[۵]. در سال‌های ۹۳ و ۹۴ هم این افزایش ادامه می‌یابد. ولی از سال ۹۵ نرخ منفی می‌شود. طبق آمار سازمان ثبت احوال میزان موالید در ۹ ماهه ابتدایی سال ۹۶ نسبت به مدت مشابه در سال ۹۵ کاهش ۱/۲ درصدی داشته است(۵).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار۶ ـ **روند تغییر نرخ باروری کل در کشور طی سال‌های۱۳۵۵-۱۳۹۵**

۱۸. سایر روندهای بهداشت باروری

الف ــ روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری- جدول۶

ب ــ بارداری ناخواسته و سقط جنین

طبق تعریف نسبت زنان ۱۵-۴۹ سال همسردار که باردار بوده و مایل به فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها یا محدود کردن تعداد فرزندان هستند ولی درحال‌حاضر از روش‌های پیشگیری استفاده نمی‌کنند یا حاملگی آن‌ها ناخواسته بوده با شاخص درصد نیاز برآورده نشده پیشگیری از بارداری سنجیده می‌شود. روند این شاخص نزولی بوده است (جدول۷).

پ ــ نسبت زایمان طبیعی به زایمان به روش سزارین

به دلایل مختلف از جمله افزایش سن ازدواج، افزایش سن مادران در زایمان نخست، دسترسی به خدمات بهداشتی و روش‌های پیشرفته و گاهی تقاضاهای القایی، در برهه ای از زمان شاهد افزایش سه برابری زایمان سزارین نسبت به دهه ۵۰ بودیم(۶) (جدول۸) ولی با توجه به سیاست‌های نظام بهداشتی و ارتقای آگاهی عمومی انتظار می‌رود در سال‌های اخیر این روند کنترل شده و روبه کاهش باشد.

جدول ۷ ـ **درصد نیاز برآورده نشده پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال در مطالعات سال‌های ۷۹، ۸۴ و ۸۹**

	IrMIDHS-89	IMES-84	DHS-79
کل کشور	۵/۶۹	۶/۲	۷/۵
شهری	۵/۴۶	-	۵/۸
روستایی	۶/۲۱	-	۱۰/۴

ت ــ زایمان‌های غیرایمن- نمودار ۵

ث ــ بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز

در مطالعه MIDHS-94، درصد زنان ۱۵ تا ۵۴ سال که آگاهی صحیح درباره پیشگیری از ایدز دارند؛ ۱۹/۱درصد است.

در مطالعه IrMIDHS-89، درصد زنان ۱۵ تا ۵۴ سال که آگاهی صحیح درباره پیشگیری از ایدزداشتند. ۳۱/۹۳ درصد بود.

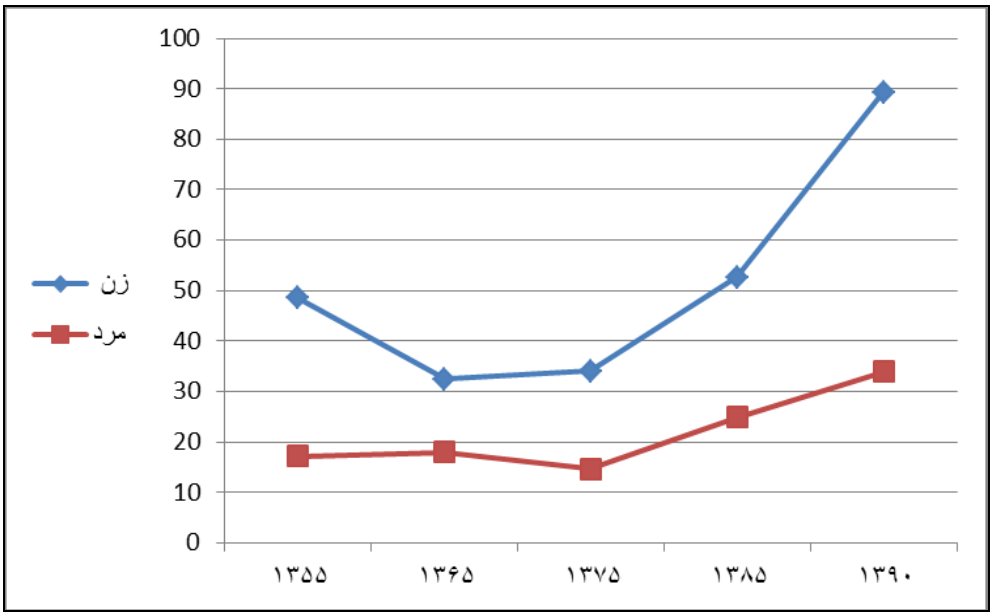
ج ــ بهداشت بلوغ دختران

مطالعات متعدد اهمیت تأثیر آموزش بهداشت بلوغ را به اثبات رسانده‌اند و بهترین زمان برای شروع آموزش را از سن پایین‌تر (۹ تا ۱۰ سالگی) و گسترش آن به دختران گروه سنی بالاتر با رعایت فرهنگ و باورهای مردمی دانسته اند(۷).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۸ ـ **درصد زایمان طبیعی – درصد زایمان سزارین – درصد دریافت مراقبت پس از زایمان درمطالعات سال‌های ۷۹، ۸۴ و ۸۹**

	MIDHS-94	IrMIDHS-89	IMES-84	DHS-79
زایمان طبیعی	۴۶/۸	۵۴/۴۵	۵۹/۶	۶۵
سزارین	۵۰/۰۷	۴۵/۵۵	۴۰/۴	۳۵
دریافت حداقل یک بار مراقبت پس از زایمان	۶۶/۷۴	۷۳/۹۴	۸۶/۵	۶۱/۲



نمودار ۷ ـ **میزان بی‌همسری براثر طلاق در جوانان در سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۹۰(در هر ده هزار نفر جمعیت جوان)**

چ ـ مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن

در مطالعه MIDHS-۹۴ پوشش مراقبت‌های دوران بارداری در زنانی که دوسال قبل از مطالعه زایمان نوزاد زنده داشته‌اند(توسط مراقبان تحصیل کرده یا دوره دیده) ۹۴/۳۱ درصد زنانی که هیچ مراقبتی نداشته‌اند ۵/۴۷ و بقیه توسط مامای محلی یا سایرین مراقبت شده اند. در این مطالعه ۷۳/۹۴ درصد حداقل یک بار مراقبت پس از زایمان داشته‌اند. (جدول۸)

۱۹. روندهای عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان (ازدواج – طلاق – اعتیاد و خشونت علیه زنان)

میانگین سن در اولین ازدواج برای مردان از ۲۴/۱ سال در سال ۱۳۵۵ به ۲۷/۴ سال در سال ۱۳۹۵ و برای زنان از ۱۹/۷ سال به۲۳ سال طی این دوره رسیده است. تغییرات ساختار و مناسبات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در کشور باعث تغییر درالگوی زناشویی زنان جوان، بالارفتن سن ازدواج، بالارفتن آمار طلاق و در نتیجه افزایش بی‌همسری در زنان جوان می‌شود. طی سرشماری ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰ کاهش ۱۰/۵درصدی در نسبت زنان دارای همسر دیده می‌شود (نمودار۷)(۸). علاوه برجمعیت جوان، افزایش روند بی‌همسری بر اثر طلاق به‌طورکلی در جامعه دیده می‌شود به‌طوری که در میان جمعیت زنان، درصد جمعیت بی‌همسر بر اثر طلاق از ۰/۶۳ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۱/۴ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. این نرخ در میان جمعیت مردان از ۰/۳۱ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۰/۶۷ در سال ۱۳۹۰ رسیده است.

هرچند اعتیاد زنان در مقایسه با مردان آمار پایین‌تری دارد ولی دراین‌خصوص آمار دقیقی وجود ندارد. مطالعات روند رو به افزایشی از انواع اعتیاد در زنان را نشان می‌دهند(۹).

خشونت خانگی طیف وسیعی از خشونت‌ها را شامل می‌شود (خشونت زبانی، فیزیکی، حقوقی، جنسی، اقتصادی، روانی، آموزشی و مخاطرات). در یک مطالعه ملی در ۲۸ استان کشور ۶۶درصد زنان حداقل یکبار مورد خشونت قرار گرفته بودند. در مطالعات استانی بیشترین خشونت از نوع زبانی و روانی است(۱۰). هرچند مطالعات ملی در سال‌های اخیر برای مقایسه روند خشونت‌هادر دسترس

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۹ ـ **شاخص نابرابری جنسیتی**

۲۰۱۷	۲۰۱۶	۲۰۱۵	۲۰۱۴	۲۰۱۳	۲۰۱۲	۲۰۱۱	۲۰۱۰	۲۰۰۵	۲۰۰۰	۱۹۹۵
۰/۴۶۱	۰/۴۵۹	۰/۵۱۲	۰/۵۲۶	۰/۵۲۵	۰/۵۲۴	۰/۵۳	۰/۵۲۶	۰/۵۱۲	۰/۶۰۱	۰/۶۶۴

جدول ۱۰ ـ **شاخص توسعه جنسیتی در سال ۲۰۱۷**

	امید به زندگی	سال‌هایی که انتظار می‌رود تحصیل نمایند	میانگین سال‌های تحصیل	سرانه درامد ناخالص ملی	شاخص توسعه انسانی	شاخص توسعه جنسیتی
زنان	۷۷/۳	۱۴/۶	۹/۷	۶۰۹۴	۰/۷۲۶	۰/۸۷۱
مردان	۷۵/۱	۱۵/۱	۹/۹	۳۲۰۱۷	۰/۸۳۴	

نیست ولی آنچه بسیار اهمیت دارد؛ توجه وتلاش در برطرف کـردن عواملی است که تأثیر بیشتری بر خشونت دارند.

۲۰. شاخص توسعه انسانی و ارتقای سلامت عمومی زنان

در گزارش‌های توسعه انسانی، ایـران جزءکشـورهای بـا توسـعه انسانی بالا قرار می‌گیرد به‌طوری که در طول سـال‌هـای ۱۹۹۰ تـا ۲۰۱۷ شاخص توسعه انسانی ایران از ۰/۵۷۷ به ۰/۷۹۸ و بـه رتبـه شصتم در جهان رسیده است[۱۶]. سیاست‌های کشور در ارتقـای ایـن شاخص نقش قابل‌توجهی داشته است. ولی یکی از شاخص‌هایی که برنامه توسعه سازمان ملل متحد برای مقایسه توسعه یـافتگی زنـان معرفی می‌کند شاخص نابرابری جنسیتی است. این شاخص سه بُعد بهداشت (نرخ مرگ‌ومیر مادران، تعداد بـارداری در زنـان نوجـوان)، توانمندسازی (تعداد نمایندگان زن در مجلس، تعـداد نسـبی زنـان بالای ۲۵ سال که دست‌کـم مـدرک تحصـیلی راهنمـایی دارنـد) و مشارکت زنان در بازار کار را لحاظ می‌نماید. این شـاخص در طـول سنوات گذشته در کشور، در جهت کاهش نـابرابری‌هـا بـوده اسـت (جدول ۹)(۱۱).

شاخص توسعه جنسیتی باتقسیم شاخص توسعه انسانی زنان بر شاخص توسعه انسانی مردان محاسبه می‌شود.این شـاخص شـکاف شاخص توسعه انسانی زنان و مردان را نشان می‌دهد. طی سال‌هـای ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۷ این شاخص از ۰/۷۵ به ۰/۸۷۱ ارتقـا یافتـه اسـت (جدول ۱۰)(۱۲).

با لحاظ کردن مجموعه مراتـب بـالا، رونـد سـلامت عمـومی زنـان کشور در چهار دهه بعد از انقلاب آهنگ پیشرفت سـریع داشـته اسـت. برای تداوم این حرکت نیاز به برنامه‌ریزی و آینده‌نگری وجود دارد.

محور سوم: اقدامات و برنامه‌های تحول‌آفـرین در حوزه سلامت زنان در دوره ۴۰ ساله انقلاب اسلامی

۲۱. اقدامات تحول آفرین در حوزه بهداشت زنان در ۴ دهه اخیر

فهرستی از اهم اقدامات تحـول‌آفـرین در حـوزه سـلامت زنـان به‌شرح زیر است:

- طرح آموزش‌های قبل از ازدواج در سال ۱۳۷۰
- برنامه زایمان ایمن و بهداشتی
- احداث واحدهای تسهیلات زایمانی از سال ۶۹
- تربیت ماما روستا از سال ۶۹
- برنامه پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان پستان با ادغـام در سیستم شبکه از سال ۱۳۷۶
- برنامه پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان سرویکس از سـال ۱۳۷۵
- برنامه آموزش بهداشت خانواده از سال ۱۳۷۳
- برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر از ۱۳۶۵
- حمایت‌های قانونی از مادران شاغل مرخصی زایمان به مـدت ۹ ماه و مرخصی ساعتی برای تغذیه شیرخوار روزانه یک ساعت

۲۲. اختصاص بودجه در اجرای مفاد قـانون تـأمین زنـان و کودکان بی‌سرپرست مصوب ۲۴ آبان ماه ۱۳۷۱ و آیین‌نامـه اجرایی مربوطه

در راستای سیاست توانمندسازی و کاهش فقر افـراد نیازمنـد و اجرای مفاد ماده ۹۵ و بند ج ماده ۹۷ قانون برنامـه چهـارم توسـعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اعتبـار مـورد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

نیاز به مبلغ ۵۰۰ میلیارد ریال از محل ردیف ۵۰ ۳۹۳۵ قسمت چهارم این قانون، به تناسب جمعیت مستمری‌بگیر در اختیار کمیته امداد امام خمینی (قدس‌سره) و سازمان بهزیستی کشور قرار گرفت تا صرف موارد مزبور شود.

۲۳. اقدامات حوزه ارتقای بهداشت باروری

- پوشش ابعاد فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی مراقبت‌های لازم در چرخه زندگی زنان
- مادری ایمن، بهداشت خانواده، پیشگیری و مدیریت عفونت‌های منتقله از طریق جنسی
- غربالگری سرطان‌های پستان و دهانه رحم،
- پیشگیری از سقط غیرایمن،
- بهداشت باروری نوجوانان
- ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری در شرایط بحران

۲۴. اقدامات پیشگیری از کزاز

- قبل از اجرای برنامه، در بررسی خوشه‌ای با مشارکت سازمان جهانی بهداشت، پوشش کزاز در سنین باروری با دو نوبت واکسیناسون توکسوئید، در روستاها ۵ درصد و در شهرها ۳ درصد بود.
- شروع برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران از سال ۱۳۶۳
- با گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی، تقویت برنامه گسترش ایمن‌سازی، تقویت نظام مراقبت و تصویب قانون ایمن‌سازی اجباری زنان قبل از ازدواج در سال ۱۳۶۸، پوشش ایمن‌سازی افزایش قابل‌توجهی یافت.
- در بررسی خوشه‌ای یونیسف در سال ۱۹۹۷ میلادی پوشش واکسیناسیون کزازدر سنین باروری ۷۷ درصد و در زنان دارای کارت ایمن‌سازی ۸۹/۵ درصد گزارش شده است
- درحال‌حاضر سالانه حدود ۱۰ الی ۱۵ مورد مشکوک در کل کشور گزارش می‌شود
- درحال‌حاضر پوشش زایمان تمیز و سالم برای زنان باردار و دسترسی به تسهیلات زایمانی در روستاها و آموزش و تربیت ماماهای تحصیل کرده در مورد بیماری کزاز بر مبنای تعریف WHO در این شاخص به مرتبه حذف بیماری کزاز رسیده‌ایم[1].

۲۵. پیشگیری از کم خونی فقر آهن و کنترل کمبود آهن در زنان کشور

این برنامه کشوری با اجرای روش‌های مکمل یاری، غنی‌سازی مواد غذایی، آموزش تغذیه به منظور بهبود رژیم غذایی، تولید و مصرف مواد غذایی غنی از ریز مغذی‌ها، ارتقاء سطح سلامت عمومی و کنترل بیماری‌های عفونی وانگلی، به نتایج مهمی دست یافته است. رئوس برنامه‌های اجرایی به شرح زیر است:

- برنامه مکمل یاری ریزمغذی‌ها، شامل مکمل یاری آهن، برای گروه‌های سنی ۶ تا۲۴ ماهه، زنان باردار و شیرده و دختران سنین بلوغ اجرا می‌شود.
- مکمل ویتامین A+D، مولتی ویتامین و اسید فولیک برای کودکان زیر ۲ سال و مادران باردار و شیرده اجرا می شود.
- مکمل آهن (فروسولفات) شامل ۵۵ تا ۶۰ میلی‌گرم آهن المنتال، در بین تمام زنان باردار تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور توزیع می‌شود
- از ماه چهارم بارداری تا سه ماه پس از زایمان مکمل اسید فولیک در پیشگیری از NTD[2]، از سه ماه قبل از بارداری تا زایمان توزیع می‌شود.
- توزیع کپسول مولتی‌ویتامین ساده یا همراه با مینرال از ماه چهارم بارداری تا انتها
- مکمل یاری دختران سنین بلوغ

توضیح: براساس مطالعه منطقه ساوجبلاغ، برنامه کشوری مکمل یاری دختران دبیرستانی با عنوان برنامه ارتقای سطح سلامت دختران دانش آموز دبیرستانی از طریق آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی در استان‌های کشور اجرا می شود. (از سال ۱۳۸۰)

غنی‌سازی مواد غذایی با آهن، روی، کلسیم، ویتامین‌های B، فولیک اسید

توضیح: شروع برنامه غنی‌سازی آرد از خرداد ۱۳۸۰ در استان بوشهر و به عنوان برنامه ملی از سال ۱۳۸۶ به صورت غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک در سطح کارخانجات آرد کشور که تاکنون

---

۱. شاخص حذف، کاهش میزان بروز بیماری به کمتر از ۱ در ۱۰۰۰ تولد زنده در هر شهرستان

2. Neural Tube Defects

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۱۱ ـ **شاخص MMR براساس داده‌های نظام مراقبت مرگ مادری در کشور**

سال	نسبت مرگ مادران در صدهزار تولد زنده(MMR)
۱۳۷۵	۳۷/۴
پس از اجرای نظام مراقبت مرگ مادری	
۱۳۸۱	۲۷/۴
۱۳۸۵	۲۱/۷
۱۳۸۹(۲۰۱۰)	۲۲ (براساس گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت ۲۷)
۱۳۹۴(۲۰۱۵)	۲۰(براساس گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت ۲۵)

نیز علی‌رغم هدفمندسازی یارانه‌ها و آزادسازی قیمت آرد و نان تداوم یافته است.

طرح غنی‌سازی شیر با ویتامین D در سال ۱۳۸۲ در شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفت و با توجه به موفقیت برنامه مجوز تولید شیر با ویتامین D داده شد.

غنی‌سازی کیک و کلوچه با ویتامین A و آهن. این برنامه از سال ۱۳۸۳ آغاز شد و در سال ۱۳۸۹ با ریزمغذی روی تکمیل شد.

۲۶. نظام کشوری مراقبت مرگ مادر

طراحی و اجرای این نظام از سال ۱۳۷۹ آغاز شد و هم‌اکنون نیز ادامه دارد. این طرح با هدف شناسایی علل و عوامل مؤثر بر مرگ مادر در بارداری، زایمان و پس از زایمان، شناسایی عوامل مؤثر در هر مورد مرگ، طراحی مداخله برای حل مشکلات و پیشگیری از وقوع مرگ‌های مشابه، طراحی و اجرا می‌شود. مرگ‌ومیر مادران به عنوان نمایه توسعه شناخته می‌شود. براساس اهداف هزاره شاخص MMR تا سال۲۰۳۰باید به دوسوم ۲۰۱۰ برسد که ایران به این هدف دست یافته است (جدول۱۱)(۱۱).

۲۷. تأمین مراکز اسکان مادران در معرض خطر در جوار بیمارستان

هدف از این اقدام دسترسی بهتر و بهره مندی به موقع مادران یارداری است که بارداری پرخطر دارند و باید از مناطق دوردست، عشایری، روستایی یا سیار به بیمارستان‌ها وزایشگاه‌ها انتقال یابند.

۲۸. مراقبت‌های ادغام یافته، مادری ایمن (خدمات خارج بیمارستانی) از سال ۱۳۸۵

این طرح با اهداف افزایش اثر بخشی، کیفیت، پوشش مراقبت‌های مرتبط با سلامت مادران، و بهبود زیر ساخت نظام ارائه خدمات سلامتی، تنظیم و اجرا شده و در شرایط جاری نیز ادامه دارد.

۲۹. بیمارستان‌های دوست دار مادر

این طرح در ادامه استاندارد سازی مراقبت‌های ویژه مادران در قالب نهضت بیمارستان‌های دوست دار مادر و با اهداف زیر طراحی و اجرا شده است:

- افزایش کیفیت خدمات در فوریت‌های مامایی و زایمان
- تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان برای مادر و همراه وی
- ترویج زایمان طبیعی کم درد یا بی درد با استفاده از روش‌های دارویی و غیردارویی
- کاهش سزارین
- کاهش هزینه‌های غیرضروری

در این راستا در سال ۱۳۹۰، تعداد ۸ بیمارستان نمونه دوست‌دار مادر در سطح کشور انتخاب شده است.

۳۰. بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دور افتاده با تربیت مامای تحصیل کرده، بهورز ماما و ماما

با اجرای این طرح زایمان توسط افراد دوره ندیده کاهش یافته و به صفر نزدیک شده است (نمودار ۵).

۳۱. احداث مراکز حمایت و اسکان مادران در معرض خطر در جوار بیمارستان

این طرح به منظور برای اقامت موقت مادران باردار اعزامی از مناطق سیاری، عشایری کوچ رو و روستاهای که مشکل دسترسی دارند، برنامه‌ریزی و اجراء شده است و هم‌اکنون نیز ادامه دارد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

۳۲. طرح استاد معین

این طرح با هدف کاهش مرگ‌ومیر مادران ناشی از خطای پزشکی و تأخیر در شروع درمان برنامه‌ریزی و اجراء شده و همچنان ادامه دارد. در این طرح تیم‌های کاری متخصص زنان، بیهوشی، داخلی، قلب، جراحی برای هر شهرستان، جهت مشاوره و کمک فکری در موارد اورژانس، تشکیل شده است.

۳۳. برنامه سطح‌بندی خدمات پیش از تولد

این طرح با هدف دسترسی به خدمات تخصصی مادر و نوزاد، بهبود کارایی خدمات، تضمین کیفیت خدمات، فراهم کردن خدمات در نزدیک‌ترین زمان و مناسب‌ترین مکان، و تعیین مسیر مناسب برای ارجاع، تنظیم و اجراء شده و همچنان ادامه دارد. در راستای این طرح " دستورالعمل کشوری ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر " نیز تدوین و اجراء می‌شود.

۳۶. اجرای نظام کشوری مراقبت حاملگی پرخطر

در این طرح بسته‌های مراقبتی مورد نیاز در بحران تهیه و اجرایی شده است.

محور چهارم: اشاره به بعضی از دستاوردها

۳۷. گزارش سازمان جهانی بهداشت مبتنی بر تحقق اهداف هزاره

- روند مرگ‌ومیر مادران (MMR) از سال ۱۹۹۰ لغایت ۲۰۰۸ میلادی، رقم شاخص در کشور ۳۰ در صدهزار تولد زنده برآورد و دستیابی ایران به پنجمین هدف توسعه هزاره (کاهش مرگ مادران) رسماً تأیید شده است. طبق این گزارش بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸ میلادی حدود ۱۴۷ کشور مرگ مادر را ۴۰ درصد یا بیشتر کاهش دادند که ایران نیز با ۸۰ درصد کاهش در این گروه قرار می‌گیرد.
- هدف تعیین شده برای شاخص مرگ مادر دستیابی به میزان ۱۵ مرگ در صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه پنجم توسعه یعنی پایان سال ۱۳۹۴ است
- این شاخص که در سال ۱۳۵۶ به میزان ۲۳۵ مورد مرگ در صد هزار تولد زنده بوده، در سال ۱۳۹۵ به ۱۹ مورد مرگ در صد هزار تولد زنده کاهش یافته است.
- شاخص ایده‌آل پیشگیری و حذف تمام مرگ‌های قابل اجتناب در تمام زایمان‌ها است.

۳۸. ارتقای شاخص پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (چهار بار و بیشتر)

این شاخص در سال ۱۳۹۴ به ۹۶/۳ درصد ارتقاء یافته است و در شرایط جاری باید به مرز ۱۰۰ درصد نزدیک شود.

۳۹. ارتقای شاخص پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (یک بار و بیشتر)

این شاخص که در سال ۱۳۷۹ به میزان ۹۳/۱ درصد بوده است، در سال ۱۳۸۹ به ۹۶/۹۱ درصد و در سال ۱۳۹۴ به ۹۸ درصد افزایش یافته و در ادامه به مرز ۱۰۰ درصد نزدیک شده است.

۴۰. ارتقای شاخص امید به زندگی زنان

این شاخص که در سال ۱۳۵۴ حدود ۵۶ سال بوده است، در سال ۱۳۹۶ به ۷۸ سال افزایش یافته است.

بحث و پیشنهاد

منزلت زنان بر اساس قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران و «منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در نظام جمهوری اسلامی‌ایران»:

وفق این قانون خانواده واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان است و توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده که زمینه‌ساز اصلی حرکت تکاملی و رشدیابنده انسان است اصل اساسی بوده و فراهم کردن امکانات جهت نیل به این مقصود از وظایف حکومت اسلامی‌است. بعضی از مصادیق سلامت زنان به شرح زیر است:

- حق بهره‌مندی از بهداشت محیط کار، حق دسترسی فراگیر و عادلانه به امکانات ورزشی و آموزشی و تفریحات سالم از حقوق مندرج در قانون است.
- زنان حق دارند از برنامه‌ها و تسهیلات بهداشتی و درمانی و خدمات مشاوره ای و آزمایش‌های پزشکی به منظور اطمینان کامل در ازدواج بهره‌مند شوند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

- حق بهره‌مندی زنان و دختران آسیب دیده جسمی، ذهنی، روانی و در معرض آسیب از امکانات توان‌بخشی مناسب و حق بهره‌مندی از تغذیه سالم خصوصاً در دوران بارداری و شیردهی از اولویت‌های حقوق اجتماعی زنان جمهوری اسلامی ایران بوده است.
- براساس قانون و حفظ کرامت انسانی، محکومین زن در دوران اقامت در زندان باید از امکانات مناسب بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و تربیتی برای اصلاح و بازگشت به زندگی سالم اجتماعی برخوردار شوند.

رئوس سیاست‌ها و برنامه‌های معطوف به سلامت زنان که در ۴ دهه اول بعد از انقلاب روند شکوفایی و تعالی داشته و در آینده باید تحکیم و به والاترین جایگاه شایسته نائل شوند:

۱. تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی در باره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی -ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی خدمات بهداشتی و درمانی (بند ۴ سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری)
۲. اجرایی و عملیاتی کردن سایر بندهای سیاست‌های کلی جمعیت
۳. اهتمام به اجرایی کردن همه بندهای سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری در همه مصادیق و خاصه مصادیق مرتبط با سلامت زنان
۴. ارتقای جایگاه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی مرتبط با سلامت زنان در برنامه‌های کلان ارتقای سلامت کشور
۵. و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری
۶. برنامه‌های مراقبت از زنان باردا ر و خدمات بهداشت باروری
۷. تداوم و ارتقای دائمی مراقبت‌های اولیه بهداشتی از طریق گسترش نظام شبکه بهداشتی - درمانی کشور
۸. حضور قشر زنان در سطوح عالی علمی، پژوهشی و مدیریتی
۹. اصلاح و ارتقای نظام جمع‌آوری داده‌های سلامت زنان و پوشش کامل پرونده الکترونیکی سلامت برای جمعیت زنان کشور
۱۰. اهتمام بیشتر کمی و کیفی در حوزه تربیت نیروی متخصص زن در همه حوزه‌های سلامت زنان نقش‌آفرینی بیشتر نهادهای فعال در امور سلامت و سایر امور زنان (نظیر مرکز مشارکت زنان ریاست جمهوری، شور ای فرهنگی اجتماعی زنان، دفترکمیسیون امور بانوان وزارت کشور، کمیسیون خانواده، زنان و جوانان مجلس شورای اسلامیو دفتر امور زنان قوه قضائیه و شورای فرهنگی اجتماعی زنان، وابسته به شورای عالی انقلاب فرهنگی)
۱۱. تقویت و توسعه دفاتر امور زنان در بسیاری از دستگاه‌های دولتی، از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در سطح ملی) و دانشگاه‌های علوم پزشکی (در سطح منطقه‌ای)
۱۲. اهتمام بیشتر و شایسته به عوامل فرهنگی اجتماعی، مؤثر بر سلامت زنان
۱۳. برنامه‌ریزی‌های کلان و اختصاصی در حوزه "ارتقاء و توسعهٔ سلامت زنان در ابعاد مختلف و دوره‌های مختلف زندگی" شامل پیشگیری از بیماری‌ها، بهر ه‌مند شدن زنان و خانواده او زندگی سالم و مولد، تقو یت سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی (نظیر افزایش آگاهی در زمینهٔ نیازهای سلامت زنان و نقش آنان در توسعه -تقویت نقش محوری زنان در تأمین سلامت خود و خانواده و جامعه..)
۱۴. برنامه‌ریزی‌های کلان و اختصاصی در حوزه "کاهش عوامل خطر سلامت زنان" و رفع موانع فرهنگی اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان
۱۵. اهتمام ویژه به بعد سلامت معنوی در زنان و سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اقدامات ترویجی و آموزشی و سایر اقدامات ضروری در این حیطه مهم و مغفول سلامت
۱۶. افزایش مشارکت زنان در سطوح مختلف تصمیم گیری و اجرایی در حوزه سلامت
۱۷. ارتقای سواد سلامت زنان و افزایش دسترسی به اطلاعات و خدمات و مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای آنان و
۱۸. اجرای برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر و تدوین قانون حمایت از مادران در دوران شیردهی و افزایش مدت مرخصی زایمان به ۹ ماه
۱۹. توسعه خدمات پرستاری در کشور و افزایش تعداد پرستار شاغل در مراکز دولتی از ۷ هزار پرستار در سال ۵۷ به بیش از ۶۰ هزار پرستار درحال‌حاضر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

۲۰. ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی - ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی. این اصل در جمیع سیاست‌های سلامت زنان باید تسری داشته باشد

۲۱. اتخاذ رویکرد پژوهش محور نسبت به سلامت زنان در کشور جمهوری اسلامی ایران

نتیجه‌گیری

به اعتبار شاخص‌ها و مطالعات، سلامت زنان در دوره ۴۰ ساله اول بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، بطور مستمر و با آهنگی پرشتاب ارتقاءیافته و در شرایط جاری (سال ۱۳۹۷) در وضعیت بسیار خوبی نسبت به کشورهای اسلامی، همسایه و منطقه قرار دارد.

Women's Health in the Islamic Republic of Iran

Marzieh Vahid-Dastjerdi[1]

Abstract

Background: "Women's health" comprises a state of complete physical, mental, social and spiritual well-being in women. This includes health promotion and disease prevention. In addition to biological factors, healthcare services and well-being, women are also influenced by social determinants such as education, culture, economics, spiritual and ethical factors. One of the great achievements of the health system in the Islamic Republic of Iran after the revolution has been the comprehensive promotion of women's healthcare thus improving health indicators, reducing health inequity and increasing women's access to healthcare services during this period of time.

Method: The present study was mainly conducted by reviewing library documents and collecting data and information from the electronic literature.

Results: The important transformative points worthy of mention in the field of women's health in the Islamic Republic of Iran now 40 years after the victory of the Islamic Revolution relate to progress made in four main areas namely relating to legal issues , improvement in Indicators, transformational programs and discussion forums.

Conclusion: According to the indicators and documented studies, women's health in the first 40 years after the victory of the Islamic Revolution has been constantly and rapidly improving and is in good condition compared to other neighboring and regional Islamic countries.

Key words: Health Promotion, Health Status Indicators, Iran, Women's Health, Women's Health Services

منابع

1. Fathi E, Javid NM. Econimic, Social and Demographic Characteristics based on Statistical Information of Year 2016. Tehran: Statistical Centre of Iran; 2017. [In Persian]
2. Fathi E. A look at the past, present and future of Iran's population. Available at: http://fathielham.blogfa.com/post/195 [In Persian]
3. Askari-Nodoushan A, Sasanipour M, Koosheshi M, Khosravi A. Patterns of Sex Differences in Mortality in Iran, 2006-2015. Woman in Development & Politics 2018; 16(3): 415-438. [In Persian]
4. Vice Presidency for Women and Family Affairs. Report of Women's Health Status in Iran. Available at: women.gov.ir [In Persian]
5. Percent Decrease in Births in 2016 Compared to 2015. Available at: https://geraf.media/1396/10/264813.html [In Persian]
6. Miri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Caesarean Section Change Trends in Iran and Some Demographic Factors Associated with them in the Past Three Decades. JABS 2012; 2 (3) :127-134. [In Persian]
7. Zare M, Malek Afzeli H, Jandghi J, Alammeh M, Kolahdoz M, Asadi A. Effect of Training Regarding Puberty on Knowledge, Attitude and Practice of 12-14 year old Girls. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2006; 14(56) :18-26. [In Persian]
8. Report on the situation of young girls, policies and measures. 2017. Available at: https://women.gov.ir/ [In Persian]
9. Ghorbani M, Ansari Talebi S. A Review of Two Decades of Research on Studies of the Prevalence of Women's Addiction in Iran (1995-2015). Social Health and Addiction 2016; 3(9): 61-90. [In Persian]

1. Fellow of the Academy of Medical Sciences IR. Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

10. Hasanpoor AzghadiI B, Simbar M, Kermani M. Domestic Violence against women: Review of theories, prevalence and its effective factors. Advances in Nursing & Midwifery 2011; 20(73): 45-52. [In Persian]
11. UNDP (United Nations Development Programme). Statistical Update 2018: Human Development Indices and Indicators. 2018. Available at: https://hdr.undp.org/content/statistical-update-2018
12. National Maternal Mortality Surveillance System. 3rd ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2016. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]