

«سلامت زنان» از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی - پژوهشی بهداشت و سلامت)

ابوعلی ودادهیر*، سیدمحمدحانهی ساداتی**، بتول احمدی***

چکیده: این مقاله به دلیل اهمیت فراوان و روزافزون موضوع «سلامت زنان» و با هدف تعیین میزان و چگونگی دانش علمی تولید شده در این زمینه، به تحلیل محتوای کمی مقالات منتشره در ده سال اخیر پنج مجله علمی - پژوهشی فعال در حوزه بهداشت و سلامت پرداخته است. طبق نتایج به دست آمده، در مجلات مورد بررسی و بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ (دهه اخیر)، مجموعاً ۱۰۶۹ مقاله فارسی در ۱۰۲ شماره و در زمینه بهداشت و سلامت به چاپ رسیده است که در این میان ۱۷۷ مقاله (۱۶/۵٪) در ارتباط با موضوعات مربوط به «بهداشت زنان» تشخیص داده شده و از این تعداد نیز ۱۶۰ مقاله (۱۴/۹٪) به موضوعات مرتبط با اولویت‌های سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران - با توجه به پژوهش انجام گرفته توسط شورای فرهنگی اجتماعی زنان - پرداخته‌اند. این در حالی است که مجلات علمی مورد تحلیل، تنها به ۱۵ موضوع از ۲۳ موضوع اولویت‌دار مشخص شده در این پژوهش پرداخته و مابقی ۸ موضوع را به هیچ وجه مورد توجه قرار نداده بودند. همچنین در میان این ۱۵ موضوع نیز ۵۱٪ حجم مطالب اختصاص به ۳ موضوع نخست (یعنی «مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن»، «سوء تغذیه» و «سرطان‌های زنان») داشته است. با توجه به نتایج به دست آمده، مجلات منتخب علمی حوزه بهداشت و سلامت و جامعه محققین علوم پزشکی، در انجام تحقیقات و ارائه مقاله‌های علمی، سلامت و بهداشت زنان را تا حد نسبتاً زیادی مورد غفلت قرار داده‌اند، به طوری که حدود چهل درصد موضوعات مربوط به اولویت‌های سلامت زنان مورد نادیده‌انگاری نسبی و حدود چهل درصد نیز مورد نادیده‌انگاری مطلق ایشان قرار گرفته‌اند. در کل به نظر می‌رسد که بایستی بیش از پیش به موضوع بهداشت و سلامت زنان توجه شده و این حوزه جزو اولویت‌های پژوهشی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت زنان، تحلیل محتوا، مجلات بهداشتی.

Vedadhir@gmail.com

h.sadati@gmail.com

*** استادیار گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت و سرپرست کمیته تحقیقات سلامت زنان دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ahmadiba@tums.ac.ir

* استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه تبریز

** کارشناس ارشد علوم اجتماعی - مطالعات زنان دانشگاه تهران

بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه و طرح مسئله

سلامت^۱ چه به صورت فردی و چه جمعی بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. از نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن اینکه از برعهده گرفتن مسئولیت ناتوانی خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می‌شود، از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است. تعریف ناتوانی به عنوان یک بیماری، مشروعیتی پدید می‌آورد که در پناه آن افراد می‌توانند از انجام نقش عادی و تعهدات هر روزه خود معاف گردند (سگال^۲، ۱۹۷۶: ۱۶۲). درست است که تعاریف مختلفی از مفهوم سلامت مطرح شده، اما پذیرفته‌شده‌ترین آنها، تعریف «سازمان جهانی بهداشت»^۳ است: «سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست» (محسنی تبریزی، ۱۳۷۶: ۴۶).

اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می‌آید، بایستی در به کار بردن این مفهوم دقت کنیم، چرا که مفهومی متغیر در بین دو جنس محسوب می‌شود. درست است که میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه‌های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری‌ها در میان آنان بیشتر است، و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعدتری دارند. «سازمان جهانی بهداشت» بر این عقیده است که این نوع تفاوت‌ها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است. اطلاعات آماری این سازمان نشان می‌دهد که سرعت ابتلاء به بیماری ایدز در زنان بیشتر از مردان است، هرچند که ویروس HIV عملاً بر هر دو جنس به یک میزان می‌تواند مؤثر باشد (همان: ۱۴۵).

بر این اساس، در حوزه بهداشت و سلامت زنان بایستی بر نکاتی چند توجه داشت. نخست اینکه مطالعات حوزه سلامت زنان در طی نیم قرن گذشته و به‌ویژه در دو دهه اخیر رشد چشمگیری داشته و تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است. طی دهه اخیر، سلامت زن به عنوان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طول چرخه زندگی وی گسترده است و ارتباط بسیار نزدیک و اساسی با شرایط زندگی او دارد. به نظر

^۱. Health

^۲. Segall

^۳. World Health Organization

می‌رسد سلامت زنان به تعاملات پیچیده بین بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگانی زنان بستگی دارد. به عنوان یک تعریف نسبتاً جامع، دبیرخانه کشورهای مشترک المنافع، حوزه سلامت زنان را این‌گونه تعریف نموده است: (۱) موضوعات سلامت زنان فراگیر چرخه زندگی آنان می‌باشد و محدود به مشکلات باروری نیست. (۲) مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری‌ها یا نارسایه‌هایی است که مختص زنان، شایع‌تر در زنان، یا دارای عوامل خطر یا دوره‌های متفاوت در زنان نسبت به مردان است. (۳) سلامت باید به طور گسترده، هم در بُعد منفی و هم در بُعد مثبت در نظر گرفته شود. ابعاد سلامت شامل فیزیکی، روانی، اجتماعی و روحانی است (احمدی، ۱۳۸۶: ۱۵).

دوم آنکه، علاوه بر موارد خاص فیزیولوژیکی فوق، زنان ممکن است دچار برخی از مسائل مرتبط با بهداشت نیز باشند که بیشتر رنگ و بوی اجتماعی و فرهنگی دارد، به عنوان مثال برنامه‌های مایه‌کوبی ناکافی و نامناسب برای دختران، سهل‌انگاری در درمان کم‌خونی زنان و دختران، بی‌کفایتی یا فقدان مراقبت‌های عمومی مربوط به پزشکی زنان و برنامه تنظیم خانواده و آموزش‌های جنسی و نیز مراقبت‌های پیش از زایمان و پس از زایمان، مصرف داروهای غیر ایمن، توجه ناکافی دولت به بیماری‌هایی که عمدتاً زنان به آنها دچار می‌شوند، از قبیل سرطان پستان، تحقیق‌های زیر نظر دولت در زمینه بهداشت که بر اساس نمونه‌گیری از مردان قرار دارند و مانع از آن می‌شوند که زنان از شیوه‌های صحیح درمان بهره‌مند گردند، کمبود زن به عنوان مشاور، پزشک و پژوهشگر کارآموده در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، فقدان آموزش زنان درباره مراقبت از کودک، بهداشت، تغذیه و دیگر امور مربوط به بهداشت، فقدان مراقبت‌های بهداشتی مناسب و دلسوزانه برای زنانی که در نواحی روستایی به سر می‌برند؛ زنان مهاجر، پناهنده و آواره، زنان سالمند، زنان معلول، زنان اقلیت‌های قومی و نژادی، و زنان زندانی، که در نهایت، این مشکلات ممکن است زن را از برخورداری سایر حقوق انسانی خود و نیز حق زیست سالم باز دارد. زنان و دخترانی که بیمارند غالباً نمی‌توانند در جامعه مشارکت داشته باشند. مثلاً شاید نتوانند به مدرسه بروند، بیرون از خانه به کار بپردازند، یا گروه تشکیل دهند و در گروه‌ها شرکت کنند (مرتوس، ۱۳۸۲: ۱۲۰)، تمامی این موارد به معنی تأثیر غیرمستقیم وضع سلامت جسمی زنان در فعالیت‌های اجتماعی‌شان است.

در این ارتباط، تحلیل‌های فمینیستی نیز به تأثیر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری مبتنی بر جنسیت در سلامت زنان تأکید می‌کنند. از نظر ایشان، پایگاه و وضعیت بهداشتی و سلامت، متأثر از جنسیت افراد است. البته، جنسیت در اینجا صرفاً به «تفاوت‌های جنسی» اشاره ندارد، بلکه به معناها و مفاهیم ساخت‌یافته

فرهنگی و اجتماعی نیز اشاره دارد که حول جنس زیستی شکل می‌گیرد و مفاهیم مرتبط با مردانگی و زنانگی و رفتارهای مرتبط با آن را نشان می‌دهد (دیک، ۲۰۰۱: ۴). طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری در سراسر دنیا از این حق اساسی بشری محروم هستند. این بیانیه در ادامه می‌افزاید که برخی مشکلات سلامت زنان توسط بیولوژی فردی تعیین می‌شود، ولی بسیاری از مشکلات آنان ناشی از عوامل اجتماعی-اقتصادی است و یا به واسطه این عوامل تشدید می‌گردد (احمدی، ۱۳۸۶: ۱۵).

سومین نکته که نزدیکی بسیاری با نکته دوم دارد، این است که مسئولیت‌های زنان در نقش‌های چندگانه‌ای که بر عهده دارند ممکن است سلامت‌شان را به خطر بیندازد. در بسیاری از جوامع، زنان بار مضاعفی را تحمل می‌کنند، از آنان انتظار می‌رود که هم در بیرون از خانه برای کسب درآمد کار کنند و هم مسئول کارهای داخل خانه باشند و به نیازهای شوهر و فرزندان‌شان و گاه نیازهای خویشاوندان دیگر نیز رسیدگی کنند. حتی هنگامی که زنان به کار کردن در بیرون از خانه هم نپردازند، باز کارهای داخل خانه ممکن است دشوار و تمامی‌ناپذیر باشند. در سراسر جهان در بسیاری از خانه‌ها، زنان نخستین کسانی هستند که صبح از خواب برمی‌خیزند و آخرین کسانی هستند که شب به بستر می‌روند. چنین زنانی که خسته و کوفته از کارند، در وهله آخر، آن هم با شرایط خاصی، می‌توانند به نیازهای بهداشتی خود بیندیشند. در برخی از جوامع، زنان فقط موقعی می‌توانند به پزشک مراجعه کنند که شوهر یا پدر همراهشان باشد. در نتیجه، ممکن است معالجه زنان به تأخیر افتد یا اصلاً برای معالجه اقدامی نشود (مرتوس، ۱۳۸۲: ۱۲۵).

تحقیقات انجام یافته در ایران نیز نشان می‌دهند که جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می‌برند، به طوری که در دسترسی به آموزش، اشتغال و خدمات بهداشتی-درمانی و بهره‌مندی از حقوق حقه خود از وضعیت یکسانی برخوردار نیستند و هر جا که این تفاوت بیشتر باشد، وضعیت کودکان آنان وخیم‌تر و به طبع خانواده‌هایشان محروم‌تر به نظر می‌آیند. محققان ایرانی به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت زنان در ایران نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و همگام با زنان دیگر کشورها، کمبودهای بدنی، آسیب‌های فیزیولوژیکی، عارضه‌های پس از بارداری و زایمان و مرگ و میر مادران را تجربه می‌کنند. آمارهای منتشر شده از سوی مرکز امور مشارکت زنان نشان می‌دهد که حدود ۳۰ درصد از زنان بین ۱۵ تا ۴۹ ساله دچار کم‌خونی هستند، علاوه بر این، کمبود ید در زنان ایرانی دوبرابر مردان اعلام شده

1. Dyck

است که البته به اینها کمبود آهن، روی و ویتامین‌ها و به‌طور کلی سوءتغذیه را هم بایستی اضافه نمود. از دیگر مشکلات زنان ایرانی، «فقر حرکتی» ایشان است که در تمام مراحل رشدی دختران، از کودکی گرفته تا بلوغ و میانسالی دیده می‌شود. همچنین آمارهای منتشره راجع به اعتیاد، خودکشی، طلاق و بیماری‌های منتقله جنسی نیز حکایت از وضعیت نه چندان مطلوب دارند (دانشنامه فارسی عالم. آی آر، ۱۳۸۷).

با توجه به چنین نکاتی، می‌توان نتیجه گرفت که گرچه مسائل و مشکلات بهداشتی در هر دو جنس دارای اهمیت می‌باشد لکن توجه به سلامت زنان و دختران از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که به‌ویژه دختران به لحاظ جنسیت خود و به تبع آن مسئولیت و ایفای نقش مورد انتظار جامعه دارای شرایط خاصی می‌باشند. دختران امروز، مادران فردا هستند و به واسطه این شرایط قادرند نقش کلیدی در وضعیت بهداشت و سلامت خود، خانواده و جامعه پیرامون‌شان ایفا نمایند (اسکندری، به نقل از پریوش حلم‌سرشت، ۱۳۷۷: ۴). هدف رسیدن به جامعه‌ای سالم در گرو سلامت زنان، مادران و دختران آن جامعه است. از این رو، بنابر اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آنان در توسعه همه‌جانبه کشور، اطلاع از وضعیت سلامت و بهداشت زنان و شناخت عوامل مؤثر بر آن می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب در جهت اصلاح وضعیت و پیشرفت زنان قرار گیرد. نتیجه بررسی‌های مشابه در کشورمان نیز مؤید این مدعاست. مشاهده تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامت زنان، تجارب، انتظارات و اولویت‌های گروه‌های مختلف زنان به معنی آن است که هنوز درباره آنچه پیشرفت آنان محسوب می‌شود، جای بحث و گفتگو است و از همه مهم‌تر پژوهش و تحقیق بیشتری مورد نیاز است (احمدی، ۱۳۸۴: ۲). بنابراین بایستی تأکید نمود که تولید و انجام پژوهش‌های علمی و کارشناسانه در راستای شناسایی همه‌جانبه این حوزه و رفع مشکلات و عوامل ایجادکننده آن، از نیازهای اساسی کشور و جامعه ما محسوب می‌شود.

به‌طور کلی، پژوهش‌های سلامت زنان به صورت مشخص در دو حوزه سودمند خواهد بود، حوزه اول در ارتباط با ارتقاء دانش پزشکی عموم جامعه قابل تعریف است، یعنی مردمی که در زندگی روزمره خود با تمامی مسائل و مشکلات ذکر شده، دست و پنجه نرم می‌کنند و به نوعی درگیر مسئله سلامت و مصائب پزشکی و بهداشتی می‌باشند. دوم، انتشار تحقیقات و نتایج آنها درباره سلامت زنان می‌تواند توجه متخصصین و دست‌اندرکاران علمی را به اهمیت تحقیقات و کمبود اطلاع از نیازهای سلامتی زنان جلب نموده و به ایشان کمک نماید تا با درک یافته‌ها، نقاط قوت و ضعف آنها و حوزه‌های ناشناخته یا کمتر شناخته شده، به تولیدات این بخش بیفزایند و در پیشبرد آن گام‌های بیشتر و بهتری بردارند. بایستی توجه داشت که اگرچه آموزش یکی

از معیارهای کلیدی یادگیری و پیشرفت است و آموزش زنان دری است که به ایشان کمک می‌کند تا به حیطة توانمندی وارد شوند (کلندر^۱، ۱۹۹۹: ۲)، اما آموزش در رابطه با بهداشت و سلامتی تنها شامل تحقیق و مطالعه در موضوعات و عوامل پیشگیری و درمان اختلالات و بیماری‌ها نیست بلکه شامل انتشار و توزیع این اطلاعات به عموم مردم نیز هست، چنانچه بعضاً عنوان می‌شود ترویج سلامتی و تندرستی مهم‌تر از تعلیم و تربیت است. (کلندر، ۱۳۸۰: ۱۵). با توجه به منافع متصور از این سرمایه‌گذاری است که سازمان جهانی بهداشت، نیازهای آموزشی زنان و دختران را به‌ویژه در زمینه بهداشت و سلامت به عنوان یک اولویت مشخص کرده است (اسکندری، به نقل از پریش حلم‌سرشت، ۱۳۷۷: ۴). شکی نیست که اقدام به انتشار و توزیع این اطلاعات از جمله وظایف اصلی نهادها و مجامع علمی-پژوهشی و مجلات و نشریات فعال در این حوزه محسوب می‌شود. از این رو، بر پژوهشگاه‌ها و مراکز علمی و دانشگاهی کشورها و به‌ویژه کشورمان فرض است تا با پرداختن به موضوعات یاد شده، دغدغه‌های موجود در این زمینه را روزبه‌روز کاهش داده و افق‌های تازه‌ای را پیش روی نیم مهمی از جمعیت کشور بگشایند.

در همین راستا، پرسشی که آغازگر این تحقیق بود، بدین شکل نمود یافت که مجلات علمی و دانشگاهی ایران، بالاخص مجلاتی که در پایتخت کشور به چاپ می‌رسند در چه سطحی به تولید دانش در حوزه یاد شده اشتغال داشته‌اند؟ به عبارتی دیگر مجلات علمی-پژوهشی بهداشتی ایران چه مقدار در زمینه بهداشت و سلامت زنان تولید مقاله و دانش جدید نموده‌اند؟ و نیز این تولیدات جدید بیشتر چه حوزه‌هایی را شامل می‌شود؟ مضافاً، از آنجایی که مجلات انتخاب شده هر کدام ارگان نهادی علمی یا دانشگاهی است، از این طریق، به شکلی غیر مستقیم نیز می‌توان شیوة سیاست‌گذاری‌ها و بینش متولیان آنها در این حوزه را شناخت و در واقع با اولویت‌های مورد نظر ایشان در این حوزه آشنایی یافت. بدین معنی که رویکرد پزشکان محقق نیز درباره بهداشت و سلامت زنان قابل استخراج است.

از نظر پیشینه پژوهشی و ادبیات موجود در حوزه تحلیل محتوا و سلامت زنان در ایران شواهد اندکی در دست است، اما مطالعات نشان می‌دهند که در دیگر کشورها به این موضوع از زوایای مختلفی نگریسته شده است. به عنوان مثال پژوهشی تحت عنوان «تحلیل محتوای مسائل سلامت زنان در نمایش‌های تلویزیونی خانوادگی^۲» توسط ترسا ال. تامسون^۳ و دیگران در دانشگاه دایتون^۴ انجام گرفته و بررسی چگونگی بازنمایی

1. Kolander

2. Women's Health Problems in Soap Operas: A Content Analysis

3. Teresa L. Thompson

4. Dayton

مسائل و مشکلات سلامت و بهداشت زنان را در سریال‌های روزانه ادامه‌دار، هدف خود قرار داده است. نتایج این تحلیل‌ها فزونی به تصویر کشیدن مشکلاتی نظیر بدرفتاری جسمی، غش و ضعف‌های منجر به مرگ یا جراحت و بی‌هوشی، مسائل مرتبط با سلامت روانی، ایدز، تصادفات رانندگی، اعتیاد و خشونت‌های منجر به جراحت را نشان داده و اشاره می‌کند که مسائلی مانند سرطان‌های سینه و دهانه رحم و نیز بیماری‌های قلبی در این برنامه‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (تامپسون^۱، ۲۰۰۰: ۲۰۲). پژوهش دیگری با عنوان «فراتحلیلی درباره توانمندسازی زنان برای ارتقاء سلامت^۲» توسط اسهندو بی. کار^۳ و همکاران در دانشگاه کالیفرنیا انجام شده که هم از نظر موضوع و هم روش شباهت نزدیکی با مقاله حاضر دارد (کار^۴، ۱۹۹۹: ۱۴۳۱).

در ایران، به دلیل اندک بودن پژوهش‌های انجام یافته با شیوه تحلیل محتوا در حوزه سلامت زنان یا حتی سلامت، تحقیقی با روش تحلیل محتوا اما با موضوع «تحلیل محتوای مقالات مجلات کشاورزی»، از حیث روش‌شناختی مورد توجه مقاله حاضر قرار گرفت. نویسنده تحقیق، اهداف خود را از انجام تحلیل محتوا چنین عنوان نموده است: ارائه آمار و ارقام مقالات کشاورزی در مجلات دانشگاه‌های کشور، آگاهی از محل تحقیقات انجام شده در هر یک از مقالات در گرایش‌های مختلف، آگاهی از تعداد مقالات، سابقه تحقیقات انجام شده، کمیت مقاله‌ها و پی‌بردن به تعداد استنادهای مقالات به زبان فارسی و خارجی (شاهمیری، ۱۳۷۸: ۳).

چارچوب نظری

با توجه به اینکه مسئله طرح شده در این تحقیق، جزو مباحث حوزه نابرابری جنسیتی است، طبیعتاً بایستی برای انجام آن از نظریه‌های تبیین‌کننده این نابرابری‌ها استفاده می‌شد. بدین ترتیب، با در نظر گرفتن نوع مسئله تحقیق و نظریه‌های موجود در این زمینه، نظریه فمینیستی به عنوان یکی از نظریات مطرح در حوزه علوم اجتماعی، که در تبیین مسائل حوزه نابرابری جنسیتی سهم دارد، انتخاب گردید. در قالب این نظریه است که مجلات منتخب از بُعد جامعه‌شناسی پزشکی و نگاه پزشکان به زنان مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. البته بایستی توجه نمود که فمینیسم نظریه واحد و یکپارچه‌ای نبوده و مکاتب گوناگونی را دربر

1 . Thompson

2 . Empowerment of Women for Health Promotion: A Meta-analysis

3 . Snehendu B. Kar

4 . Kar

می‌گیرد، اما این تحقیق بر هیچکدام از مکاتب، به طور مشخص تمرکز ننموده و بیشتر، نکات نظری مشترک در میان ایشان را مد نظر قرار داده است.

نظریه فمینیستی بخشی از یک رشته پژوهش درباره زنان است که به طور ضمنی یا رسمی، نظام فکری گسترده و عامی را درباره ویژگی‌های بنیادی زندگی اجتماعی و تجربه انسانی از چشم‌انداز زن، ارائه می‌کند. این نظریه از سه جهت متکی به زنان است. نخست آنکه «موضوع» عمده تحقیق و نقطه شروع همه بررسی‌هایش موقعیت (یا موقعیت‌ها) و تجربه‌های زنان در جامعه است. دوم آنکه، این نظریه، زنان را به عنوان «موضوع‌ها»ی کانونی در فراگرد تحقیق در نظر می‌گیرد، یعنی در صدد آن است که جهان را از دیدگاه (یا دیدگاه‌های) متمایز زنان در جهان اجتماعی نگاه کند. سوم اینکه، نظریه فمینیستی دیدگاه انتقادی به مسائل زنان دارد و در پی ادعای آن است که جهان بهتری را برای زنان بسازد- که به نظر آنها، بدین ترتیب جهان برای بشریت نیز بهتر خواهد شد. جامعه‌شناسان فمینیست، تنها بخشی از کوشش‌هایشان را در جهت بسط رشته اصلی‌شان به کار می‌بندند. چیزی که برای همه پژوهشگران فمینیست اهمیت اساسی دارد، همانا رشد یک فهم انتقادی از جامعه است تا از این طریق جهان اجتماعی دگرگون شده و در مسیرهایی عادلانه‌تر و انسانی‌تر بیفتد (ریترز، ۱۳۷۹: ۴۶۰).

نیروی محرک نظریه فمینیستی معاصر، یک پرسش به ظاهر ساده است: «درباره زنان چه می‌دانیم؟» به عبارت دیگر، زنان در تحقیقات انجام گرفته کجا هستند؟ در صورت عدم حضور آنها در این تحقیقات، دلیل عدم حضورشان چیست و در صورت حضور، دقیقاً چه کار می‌کنند؟ موقعیت‌شان را چگونه تجربه می‌کنند؟ و ... پیامدهای کوشش برای پاسخ دادن به این پرسش بنیادی فمینیستی- درباره زنان چه می‌دانیم- پیامدهایی انقلابی بوده‌اند. اجتماع پژوهشی معاصر، به گونه‌ی نمایی کشف کرده است که آنچه که به عنوان عالم تجربه پنداشته شده است، در واقع شرح جزئی‌بینانه‌ای از کنشگران مرد و تجربه‌شان بوده است. برای آنکه درباره هر موقعیت اجتماعی فهم و الگوی تازه‌ای داشته باشیم، باید مجموعه کلی جدیدی از کنشگران را بازشناسی کنیم (همان: ۴۶۱).

هرچند که زنان در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی فعالانه حضور داشته‌اند، اما پژوهشگران و خود کنشگران اجتماعی حضورشان را نادیده گرفته‌اند. وانگهی با آنکه نقش زنان در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی اساسی بوده است، باز با نقش مردان در همین موقعیت‌ها برابر نبوده است. در مجموع نقش زنان از نقش مردان

تفاوت داشته، جامعه برایش امتیاز کمتری قائل شده و در پایه‌ای پایین‌تر از نقش مردان جای داشته است. در معرض دید نبودن آنها خود نشانه‌ای دال بر همین نابرابری است (همان: ۴۶۲).

البته، همین چون و چراها ما را به دومین پرسش بنیادی سوق می‌دهد: «چرا وضع زنان به این صورت است؟» همچنان که نخستین پرسش مستلزم توصیفی از جهان اجتماعی است، این پرسش دوم نیز به تبیینی از همین جهان نیاز دارد. توصیف و تبیین جهان اجتماعی، دو روی سکه هرگونه نظریه جامعه‌شناختی‌اند. کوشش برای پاسخ دادن به این دو پرسش بنیادی، نظریه‌ای را به بار آورده است که برای جامعه‌شناسی اهمیت جهانی دارد. این دو پرسش ما را به این کشف سوق می‌دهند که هرآنچه که ما به عنوان دانش کلی و مطلق از جهان قلمداد کرده‌ایم، در واقع دانشی است که از تجارب بخش قدرتمند جامعه، یعنی مردان به عنوان «سروران» سرچشمه می‌گیرد. اگر همین جهان را از دیدگاه زنان که تاکنون نامرئی، پنهان و بی‌اعتبار بوده‌اند دوباره کشف کنیم، دانش تک‌بعدی ما نسبت پیدا می‌کند. همین کشف دوباره درباره همه چیزهایی که می‌پنداشتیم درباره جامعه می‌دانیم، پرسش‌هایی را مطرح می‌سازد (همان: ۴۶۳).

گفتنی است که به نظر تمامی فمینیست‌ها، در فرهنگ توده‌ای امروز، به طور کلی زنان به عنوان ابژه و یا موجودی ایزاری و حاشیه‌ای بازنمایی می‌شوند. بدین ترتیب، هم در نظریه‌های فرهنگی و هم در فرهنگ توده‌ای، زنان بدین‌سان به عنوان یک مقوله اجتماعی نادیده گرفته و به حاشیه رانده شده‌اند (بشیریه، ۱۳۷۹: ۱۱۴).

با توجه به پرسش نخست است که برخی پزشکان، زنان را در نظام بهداشت و سلامت مورد توجه قرار داده‌اند و به نوعی سؤال نخست را بدین صورت تعمیم داده‌اند که «درباره سلامت زنان چه می‌دانیم؟». از این رو کوشش خود را به بررسی حوزه پزشکی معطوف نموده و دریافته‌اند که همانند حوزه‌های دیگر، زنان در این بخش نیز مورد نادیده‌نگاری قرار می‌گیرند. ایشان دریافته‌اند که نگاه به زنان در حیطه پزشکی نیز متأثر از نگاه مردسالارانه‌ای است که در جوامع جریان دارد و «ساختار بنیادی تمام جوامع معاصر را تشکیل می‌دهد» (کاستلز، ۱۳۸۴: ۱۷۵).

فمینیست‌ها دانش پزشکی را وسیله‌ای می‌دانند که تقسیمات جنسی را در جامعه برقرار نگه می‌دارد. پزشکی نه‌تنها نگاه تبعیض‌گری به زنان دارد، بلکه با کلیشه‌سازی فعالانه و کنترل زنانی که با این نگاه مطابقت نمی‌کنند به تقویت و تکثیر آن مدد می‌رساند. نمونه‌ای از این نوع نگاه را حرفه پزشکی در سده نوزدهم داشت، که زنان را موجوداتی ضعیف و نیازمند به استراحت دائم می‌پنداشت و بر همین اساس، مثلاً کنار گذاشتن آنان را از تحصیلات عالی توجیه می‌کرد. هلن رابرتز (۱۹۸۵) نیز در تحقیق خود نشان می‌دهد که پزشکان از بیماران

مؤنث خود تصویری قالبی دارند و از درک ماهیت مشکل‌زای نقش زن خانه‌دار عاجزند. زنان به تجربه دریافته‌اند که نظام بهداشت و درمان مرد محور است و تجربیات و معلومات زنان را ناچیز می‌شمارد یا نادیده می‌گیرد... (آبوت، ۱۳۸۳: ۱۴۰). همچنین از نظر ایشان، دستگاه پزشکی دولت و محققان پزشکی، عموماً به نیازهای زنان به مراقبت‌های بهداشتی، توجه کافی و مناسبی ندارند و در پژوهش‌ها، اعم از بخش خصوصی و بخش دولتی، در زمینه مراقبت‌های بهداشتی معمولاً موضوعات و نمونه‌های جمعیت از میان افراد مذکر انتخاب می‌شوند (همان: ۱۴۸). فمینیست‌ها و پزشکان فمینیست با تجزیه و تحلیل کتاب‌های درسی پزشکی نیز نشان می‌دهند که در آنها «حقایقی» درباره زنان ارائه می‌شود که جز پیش‌داوری و تعصب نیست. در این کتاب‌ها تأکید می‌شود که دانش عینی و تجربیات بالینی پزشکان، بر ادراکات ذهنی زن - حتی زمانی که احساس خود او تحت معاینه است - برتری دارد. در برنامه درسی پزشکی، جدا از مسائل مربوط به آبستنی و زایمان به دیگر مشکلات خاص زنان عنایت چندانی نمی‌شود؛ به این ترتیب ناراحتی‌های رایج زنانه را جدی نمی‌گیرند (همان: ۱۵۳). بسیاری از بیماری‌هایی که بیشتر نزد زنان یا گروه‌های خاصی از زنان یافت می‌شود کمتر مورد مطالعه جدی قرار می‌گیرد. در مورد بیمار چنان صحبت می‌شود که گویی تفاوتی میان مردان و زنان وجود ندارد و در نتیجه به موقعیت‌های خاص و متفاوت زنان توجهی نمی‌شود و معیارهای مربوط به مردان به آنها بسط می‌یابد. در برنامه‌های پژوهشی در بسیاری از موارد چنان‌که باید به زنان توجه نمی‌شود (مشیرزاده، ۱۳۷۹: ۸۲).

با توجه به این بینش نظری است که تحقیق حاضر نیز رویکرد خود را به بررسی جایگاه زنان در تحقیقات انجام گرفته و دانش تولید شده در حوزه سلامت و بهداشت قرار داده است. این تحقیق با بررسی میزان توجه مجلات منتخب بهداشت و سلامت (در واقع جامعه پزشکان محقق) به بحث سلامت و بهداشت زنان، درصدد ارزیابی نظریه طرح شده، در میان پژوهش‌ها و مقالات علمی مجلات و پزشکان محقق داخل کشور است.

روش تحقیق

مقاله حاضر از حیث روش‌شناختی در زمره تحقیقات کیفی قرار دارد که تکنیک مورد استفاده در آن، تحلیل محتوا می‌باشد. شیوه کار از این قرار است که موضوعات مطرح شده در مجلات فعال در حوزه بهداشت که به زبان فارسی منتشر شده‌اند، با توجه به اولویت‌های سلامت زنان که در پژوهش شورای فرهنگی اجتماعی زنان مشخص گردیده است، پس از کدگذاری و دسته‌بندی، مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. لازم به ذکر است که بازه زمانی در نظر گرفته شده برای این تحلیل، مجلات ده سال اخیر، یعنی شماره‌های

سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت ۱۴۳

مربوط به سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ را شامل می‌گردد که این کار به دو دلیل انجام گرفته است، یکی اینکه، مهم در این تحقیق، مد نظر قرار دادن مسائل و مشکلات و نیازهای فعلی و اخیر زنان بود و دوم اینکه پژوهش اولویت‌های سلامت زنان، اولویت‌های ده سال اخیر را مد نظر خود قرار داده بود.

جامعه آماری ما را مجلات فعال در حوزه بهداشت و سلامت تهران تشکیل می‌دهند که از این میان، بنا بر میزان دسترسی به آرشیو کامل مجلات، پنج مجله (سه مجله مربوط به سه دانشگاه مستقر در تهران که دارای دانشکده بهداشت، با نام‌های «آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت»^۱، «پژوهنده»^۲ و «مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی»^۳ و نیز دو مجله مربوط به دو نهاد علمی کشور با نام‌های «مجله انجمن بهداشت ایران»^۴ و «پایش»^۵) به عنوان نمونه انتخاب گردیدند.

اولویت‌های سلامت زنان در ایران

مشورت، تبادل نظر و مشارکت محققین علمی و دانشگاهی و اجرایی بخش سلامت و دیگر بخش‌های مؤثر بر سلامت جامعه در روند تدوین برنامه‌های مؤثر و کارآمد، اهمیت فراوانی در موفقیت این برنامه‌ها دارد. این امر با توجه به منافع و اولویت‌های جامعه، بهترین راه جهت نیل به هدف ارتقاء سلامت جامعه بوده و نیازمند همکاری و تعهد طیف وسیعی از سازمان‌ها و دستگاه‌های بخش‌های مختلف دولتی و غیردولتی می‌باشد. بدیهی است مد نظر قرار دادن اولویت‌ها به دلیل محدودیت منابع، اعم از مالی و انسانی، مهم‌ترین مسائل موجود را پیش روی محققان قرار داده و با ساماندهی و مدیریت صحیح، مانع از تلف شدن و به هدر رفتن این منابع برای حل موضوعات غیرضروری و جزئی می‌گردد.

۱. ارگان گروه آموزش بهداشت دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. با توجه به تعداد اندک شماره‌های منتشر شده توسط این نشریه، تنها دو عامل موجب انتخاب آن برای انجام تحقیق بود: نخست اینکه، این مجله، تنها نشریه‌ای بود که گروه آموزش بهداشت دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس منتشر و در حوزه بهداشت فعالیت می‌نمود و دو اینکه، تعداد ۳ شماره در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵، به هر حال نشان‌دهنده عملکرد نشریه و ارگان متبوع آن در این زمینه می‌باشد.

۲. فصلنامه دانشکده بهداشت دانشگاه شهیدبهشتی

۳. فصلنامه دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران

۴. فصلنامه انجمن بهداشت ایران

۵. فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

بنابر این برای رسیدن به پاسخ سؤال خود مبنی بر اینکه دانش تولیدی توسط مجلات علمی بهداشتی تا چه میزان اولویت‌های واقعی سلامت زنان جامعه را پوشش می‌دهد، از پژوهشی کمک گرفته شد که به منظور شناسایی اولویت‌های سلامت زنان در ده سال اخیر و به سفارش شورای فرهنگی اجتماعی زنان، وابسته به شورای عالی انقلاب فرهنگی، با عنوان «اولویت‌های سلامت زنان؛ سیاست‌ها، راهبردها، راهکارها» توسط جمعی از اساتید و محققان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافته و مسائل مهم بهداشت و سلامت زنان را، که نیازمند توجه و بررسی بیشتری است، برجسته نموده است. اشاره به این نکته لازم است که نتایج این تحقیق در سال ۱۳۸۴ منتشر شده، اما اطلاع‌رسانی کاملی درباره آن به عمل نیامده است، که در این خصوص نیز، به منظور استفاده محققین، بایستی آگاهی بخشی بیشتری صورت پذیرد (احمدی، ۱۳۸۴).

در بررسی و تعیین این اولویت‌ها، معیارها به شرح زیر در نظر گرفته شده‌اند:

- بالا بودن شیوع: میزان بالای مبتلایان زن نسبت به سایر بیماری‌ها
 - خطیر بودن: عوارض یا خطر بیشتر در زنان
 - تفاوت بارز شیوع نسبت به مردان: بالاتر بودن قابل توجه شیوع بیماری در زنان نسبت به مردان
 - روند نامناسب: روند صعودی یا بدون تغییر وضعیت نامطلوب ابتلا
 - نیاز به مداخلات خاص: بهبود وضعیت سلامت در زنان نیازمند مداخلات خاص و یا متفاوت با مردان است.
- اولویت‌های سلامت زنان در ایران با توجه به معیارهای فوق، به تفکیک، در حیطه‌های سلامت باروری، مرگ و بیماری و عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر سلامت و بیماری زنان شناسایی و دسته‌بندی گردید. لازم به ذکر است که اولویت‌ها در هر حیطه نیز به ترتیب اهمیت، اولویت‌بندی شده‌اند.

اولویت‌های سلامت باروری

۱. مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان
۲. مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال
۳. پوشش روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری
۴. بارداری ناخواسته و سقط جنین
۵. استفاده از زایمان به روش سزارین
۶. زایمان‌های غیر ایمن در منزل و توسط افراد دوره ندیده در نقاط دور افتاده و محروم
۷. بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز

۸. بهداشت بلوغ دختران

۹. مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن

اولویت‌های مرگ و بیماری

۱. اختلالات روانی (ناشی از مسائل فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک)

۲. خودکشی

۳. سرطان‌های زنان

۴. بیماری‌های مفصلی و استخوانی (پوکی استخوان، درد مفاصل)

۵. سوء تغذیه (کمبود ریزمغذی‌ها، آنمی فقر آهن، چاقی)

۶. بیماری‌های گوارشی (زخم اثنی‌عشر و معده، سرطان، سندرم روده‌ تحریک‌پذیر)

۷. پرفشاری خون

۸. مرگ زنان (تفاوت زنان سالمند روستایی و شهری، تفاوت در استان‌های مختلف)

۹. شیوه زندگی (فعالیت بدنی)

اولویت‌های عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان

۱. ازدواج (میانگین سن ازدواج، جمعیت دختران و پسران در سن ازدواج، معیارها و شرایط ازدواج)

۲. طلاق

۳. اعتیاد

۴. خشونت علیه زنان

۵. ویژگی‌های اجتماعی- فرهنگی (اشتغال، درآمد، سواد و تحصیلات)

با توجه به مطالب ذکر شده، شکی نمی‌ماند که انجام تحقیقی در جهت تحلیل محتوای این مجلات برای فهم و استخراج نقاط قوت و ضعف آنها و نهادهای متولی‌شان، خود، از ضرورت‌ها می‌باشد. چرا که درک این‌گونه عملکرد، منجر به تقویت نقاط قوت و بازبینی در نقاط ضعف شده و در نهایت به سعادت و رفاه قشر عظیمی از مردم جامعه‌مان خواهد انجامید.

یافته‌ها

داده‌های استخراج شده از مجلات، پس از دسته‌بندی موضوعی و انجام اقدامات مورد نیاز، در جداول ۳-۱

نشان داده شده است:

جدول (۱) اطلاعات کلی درباره مشخصات مجلات و فراوانی مقالات چاپ شده در آنها

ردیف	نام مجله	محل انتشار	شماره چاپ شده در ده سال (۷۵ تا ۸۵)	کل تعداد مقالات چاپ شده	مقالات مربوط به سلامت زنان		مقالات مربوط به اولویت‌های سلامت زنان	
					درصد	تعداد	درصد	تعداد
۱	آموزش بهداشت و ارتقای سلامت	دانشگاه تربیت مدرس	۳	۲۶	۳۰/۷٪	۸	۳۰/۷٪	۸
۲	انجمن بهداشت ایران	انجمن بهداشت ایران	۱۶	۹۵	۱۰/۵٪	۱۰	۱۰/۵٪	۱۰
۳	دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی	دانشگاه علوم پزشکی تهران	۱۳	۱۰۲	۱۴/۷٪	۱۵	۱۴/۷٪	۱۵
۴	پژوهنده	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۵۲	۶۹۱	۱۴/۷٪	۱۰۲	۱۴/۷٪	۸۷
۵	پایش	جهاد دانشگاهی	۱۸	۱۵۵	۲۷/۶٪	۴۲	۲۷/۶٪	۴۲
جمع	-----	-----	۱۰۲	۱۰۶۹	۱۶/۵٪	۱۷۷	۱۶/۵٪	۱۶۰

جدول (۲) فراوانی نسبی و مطلق موضوعات اولویت سلامت زنان به تفکیک مجله

ردیف	اولویت‌های سلامت زنان	آموزش بهداشت و ارتقای سلامت	انجمن بهداشت ایران	دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی	پژوهنده	پایش	جمع فراوانی
۱	مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۲	مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال	-----	۴ %۴۰	۲ %۱۳/۳	۹ %۸/۸	۲ %۴/۸	۱۷
۳	برنامه‌های تنظیم خانواده و پوشش روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری	۱ %۱۲/۵	-----	۱ %۶/۷	۲ %۲	۲ %۴/۸	۶
۴	بارداری ناخواسته و سقط جنین	-----	-----	۲ %۱۳/۳	۳ %۲/۹	۱ %۲/۴	۶
۵	استفاده از زایمان به روش سزارین	-----	-----	-----	۷ %۶/۹	۳ %۷/۸	۱۰
۶	زایمان‌های غیر ایمن در منزل و توسط افراد دوره ندیده در نقاط دور افتاده و محروم	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۷	بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز	-----	-----	-----	۲ %۲	-----	۲
۸	بهداشت بلوغ دختران	۳ %۳۷/۵	۱ %۱۰	-----	۲ %۲	۱ %۲/۴	۷
۹	مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن	۱ %۱۲/۵	-----	-----	۲۵ %۲۴/۵	۱۰ %۲۳/۸	۳۶
۱۰	اختلالات روانی (ناشی از مسائل فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک)	-----	-----	-----	۲ %۲	۲ %۴/۸	۴
۱۱	خودکشی	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۱۲	سرطان‌های زنان	-----	۱ %۱۰	۲ %۱۳/۳	۱۶ %۱۵/۷	۸ %۱۹	۲۷

ادامه جدول (۲) فراوانی نسبی و مطلق موضوعات اولویت سلامت زنان به تفکیک مجله

ردیف	اولویت‌های سلامت زنان	آموزش بهداشت و ارتقای سلامت	انجمن بهداشت ایران	دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی	پژوهنده	پایش	جمع
۱۳	بیماری‌های مفصلی و استخوانی (پوکی استخوان، درد مفاصل)	-----	-----	-----	۲ ٪۲	۲ ٪۴/۸	۴
۱۴	سوء تغذیه (کمبود ریز مغذی‌ها، آنمی فقر آهن، چاقی)	۱ ٪۱۳/۵	۴ ٪۴۰	۴ ٪۲۷/۷	۱۲ ٪۱۱/۸	۸ ٪۱۹	۲۹
۱۵	بیماری‌های گوارشی (زخم اثنی عشر و معده، سرطان، سندرم روده تحریک پذیر)	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۱۶	پرفشاری خون	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۱۷	مرگ زنان (تفاوت زنان سالمند روستایی و شهری، تفاوت در استان‌های مختلف)	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۱۸	شیوه زندگی (فعالیت بدنی)	-----	-----	۱ ٪۶/۷	۳ ٪۲/۹	۱ ٪۲/۴	۵
۱۹	ازدواج (میانگین سن ازدواج، جمعیت دختران و پسران در سن ازدواج، معیارها و شرایط ازدواج)	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۲۰	طلاق	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۲۱	اعتیاد	-----	-----	-----	-----	-----	-----
۲۲	خشونت علیه زنان	-----	-----	۱ ٪۶/۷	۳ ٪۳	۲ ٪۴/۸	۵
۲۳	ویژگی‌های اجتماعی - فرهنگی (اشتغال، درآمد، سواد و تحصیلات)	۱ ٪۱۳/۵	-----	-----	-----	-----	۱
۲۴	سایر	-----	-----	۲ ٪۱۳/۳	۱۵ ٪۱۴/۷	-----	۱۷
جمع	-----	۷ ٪۱۰۰	۱۰ ٪۱۰۰	۱۵ ٪۱۰۰	۱۰۲ ٪۱۰۰	۴۲ ٪۱۰۰	۱۷۶

جدول (۳) فراوانی و درصد فراوانی اولویت‌های سلامت زنان (به ترتیب فراوانی)

ردیف	اولویت‌های سلامت زنان	فراوانی	درصد فراوانی
۱	مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن	۳۶	۲۰/۳٪
۲	سوء تغذیه (کمبود ریزمغذی‌ها، آنمی فقر آهن، چاقی)	۲۹	۱۶/۴٪
۳	سرطان‌های زنان	۲۷	۱۵/۳٪
۴	سایر	۱۷	۹/۶٪
۵	مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال	۱۷	۹/۶٪
۶	استفاده از زایمان به روش سزارین	۱۰	۵/۶٪
۷	بارداری ناخواسته و سقط جنین	۷	۴٪
۸	بهداشت بلوغ دختران	۷	۴٪
۹	پوشش روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری	۶	۳/۴٪
۱۰	خشونت علیه زنان	۵	۲/۸٪
۱۱	شیوه زندگی (فعالیت بدنی)	۵	۲/۸٪
۱۲	اختلالات روانی (ناشی از مسائل فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک)	۴	۲/۳٪
۱۳	بیماری‌های مفصلی و استخوانی (پوکی استخوان، درد مفاصل)	۴	۲/۳٪
۱۴	بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز	۲	۱/۱٪
۱۵	ویژگی‌های اجتماعی - فرهنگی (اشتغال، درآمد، سواد و تحصیلات)	۱	۰/۵٪
۱۶	ازدواج (میانگین سن ازدواج، جمعیت دختران و پسران در سن ازدواج، معیارها و شرایط ازدواج)	۰	۰
۱۷	اعتیاد	۰	۰
۱۸	بیماری‌های گوارشی (زخم اثنی عشر و معده، سرطان، سندرم روده تحریک‌پذیر)	۰	۰
۱۹	پرفشاری خون	۰	۰
۲۰	خودکشی	۰	۰
۲۱	زایمان‌های غیر ایمن در منزل و توسط افراد دوره ندیده در نقاط دور افتاده و محروم	۰	۰
۲۲	طلاق	۰	۰
۲۳	مرگ زنان (تفاوت زنان سالمند روستایی و شهری، تفاوت در استانهای مختلف)	۰	۰
۲۴	مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان	۰	۰

اگر بخواهیم یافته‌های تحقیق را با توجه به نادیده‌انگاری مسائل زنان در مجلات منتخب تحلیل کنیم، می‌توان آن را در مقوله‌هایی مربوط به موضوعات جزئی و کلی اولویت‌های سلامت زنان و نیز مقوله اصلی برآمده از ایشان، به شرح زیر دسته‌بندی نمود:

مقوله‌های جزئی^۱:

- نادیده‌انگاری مطلق مسائل:

سلامت ازدواج زنان، اعتیاد زنان، بیماری‌های گوارشی زنان، پرفشاری خون در زنان، خودکشی در زنان، زایمان‌های غیر ایمن زنان، طلاق زنان، مرگ و میر زنان، مرگ و میر مادران در مجلات علمی حوزه بهداشت و سلامت.

- نادیده‌انگاری نسبی مسائل:

ویژگی‌های اجتماعی فرهنگی زنان، بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز در زنان، بیماری‌های مفصلی و استخوانی زنان، اختلالات روانی در زنان، سلامت شیوه زندگی زنان، خشونت علیه زنان، روش‌های پیشگیری از بارداری، بهداشت بلوغ دختران، بارداری ناخواسته و سقط جنین، استفاده از زایمان به روش سزارین، مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال در مجلات علمی حوزه بهداشت و سلامت.

مقوله‌های کلی^۲

- نادیده‌انگاری نسبی مسئله سلامت باروری زنان

- نادیده‌انگاری نسبی مسئله مرگ و بیماری در زنان

- نادیده‌انگاری نسبی عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان

۱. عبارت «نادیده‌انگاری مطلق» بدین دلیل مورد استفاده قرار گرفته است که هیچ مقاله‌ای در زمینه مورد اشاره، در هیچ کدام از مجلات مورد نظر به چاپ نرسیده است. و استفاده از عبارت «نادیده‌انگاری نسبی» نیز بدین دلیل بوده که تعداد مسائل مورد بحث قرار گرفته در مجلات مذکور، کمتر از مقالاتی بوده است که به سایر موضوعات مربوط به سلامت زنان (یعنی موضوعات غیراولویت‌دار) اختصاص داشته است (مراجعه کنید به جدول ۳).

۲. دلیل استفاده از عبارت «نادیده‌انگاری نسبی» این بوده که در مجلات مورد تحقیق، مسائلی از مقولات «سلامت باروری» مانند «مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن» و «نسبی مرگ و بیماری» مانند «سرطان‌های زنان» مورد توجه نسبتاً زیاد مجلات بوده و مابقی مسائل نادیده گرفته شده است. همچنین باینکه در مقوله «عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان» تنها یک مقاله به چاپ رسیده، اما این حوزه نیز به صورت «نادیده‌انگاری نسبی» در نظر گرفته شده است.

مقوله اصلی:

در اینجا مقوله اصلی به دست آمده را بدین شکل می‌توان بیان نمود:

- مسائل سلامت و بیماری‌های زنان، به خصوص اولویت‌های سلامت زنان، توسط محققین علوم پزشکی و نیز از نظر نشر تحقیقات در مجلات علمی حوزه بهداشت و سلامت به شکل نسبتاً زیادی نادیده گرفته شده‌اند.

نتیجه‌گیری

چنانچه در جدول یافته‌ها نیز مشاهده شد، پس از بررسی موردی هر کدام از مجلات، در می‌یابیم که در بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ (دهه اخیر) و در بین پنج مجله علمی و دانشگاهی معتبر کشور، مجموعاً ۱۰۶۹ مقاله فارسی در ۱۰۲ شماره و در زمینه بهداشت و سلامت به چاپ رسیده است که در این میان ۱۷۷ مقاله (۱۶/۵٪) در ارتباط با موضوعات مربوط به «بهداشت زنان» تشخیص داده شده است و از این تعداد نیز ۱۶۰ مقاله (۱۴/۹٪) به موضوعات مرتبط با اولویت‌های سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران مربوط بوده است. در همان نگاه نخست به دست می‌آید که از میان کل موضوعات مربوط به اولویت بهداشتی زنان که بایستی نهادها و دستگاه‌های متولی این امر و فعالان در این حوزه بدان اهتمام ورزند و شامل ۲۳ مورد مطرح شده در پژوهش شورای فرهنگی-اجتماعی زنان می‌باشد، مجلات علمی مورد تحلیل، مجموعاً، تنها به ۱۵ موضوع پرداخته و مابقی ۸ موضوع به هیچ وجه مورد توجه قرار نگرفته‌اند. شایان ذکر است که در میان این ۱۵ موضوعی که مطرح شده‌اند نیز ۵۱٪ حجم مطالب اختصاص به ۳ موضوع نخست، یعنی «مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن»، «سوءتغذیه (کمبود ریزمغذی‌ها، آنمی فقر آهن، چاقی)» و «سرطان‌های زنان» داشته و این امر نشان دهنده آن است که به دیگر موضوعات نیز، با وجود اینکه مقاله‌هایی درباره‌شان موجود بوده، اهمیت اندکی داده شده است.

عدم توجه به موضوعاتی نظیر «مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان» که اتفاقاً در صدر لیست اولویت‌های سلامت زنان قرار گرفته است و دارای بیشترین اهمیت می‌باشد، یا «زایمان‌های غیر ایمن در منزل و توسط افراد دوره ندیده در نقاط دور افتاده و محروم»، «خودکشی»، «اعتیاد» و دیگر موضوعاتی که در طرح مقالات مورد توجه نبوده‌اند، با توجه به افزایش آماری این پدیده‌ها در سال‌های اخیر مؤید این مطلب است که ظاهراً سیاست و برنامه‌ای مدون برای پرداختن به موضوعات مورد نیاز جامعه

توسط مجامع علمی کشور (حداقل در تهران و ارگان‌های مربوط به مجلات مورد تحلیل) وجود نداشته و یا برنامه‌ریزی مناسب و امکانات انجام پژوهش‌ها در این مورد فراهم نبوده است.

توجه به آمار ارائه شده از سوی منابع دولتی گویای واقعیتی است که قطعاً حل آنها نیازمند دیدی علمی و برخوردی کارشناسانه است، به عنوان مثال، با مروری به اخبار و وقایع سال‌های اخیر به این دست از آمارها برمی‌خوریم: «از مجموع مرگ و میر زنان حدود یک سوم تا یک چهارم یعنی ۶۰ تا ۸۰ درصد مرگ و میر مادران در حین بارداری و یا پس از زایمان اتفاق می‌افتد» (تهرانی، ۱۳۸۶: صفحه اجتماعی)، «سالانه ۱۰۰ هزار زایمان غیرایمن در کشور انجام می‌شود و همچنین سالانه ۳۳ هزار مرگ حول و حوش تولد در ایران رخ می‌دهد» (دلاور، ۱۳۸۳: ۴)، «طبق آمارهای ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت، میزان اقدام به خودکشی در ایران سه در ۱۰۰ هزار برای زنان و یک در ۱۰۰ هزار برای مردان است» (ایران آینده، ۱۳۸۶)، که این امر نشان‌دهنده سه برابر بودن میزان اقدام به خودکشی زنان نسبت به مردان و نیز اهمیت‌دار بودن مسئله می‌باشد. همچنین آمار درباره اعتیاد زنان نگران‌کننده است: «آمار اعتیاد زنان کشور روبه افزایش است و بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار زن معتاد در کشور وجود دارد. که ۴ تا ۹ هزار زن، معتاد تزریقی هستند و ۱۱۰ هزار زن هم به تریاک اعتیاد دارند... که اگر داروهای آرام‌بخش اعتیاد آور را هم مدنظر بگیریم به احتمال زیاد آمار اعتیاد زنان در ایران بیشتر هم می‌شود» (گزارش مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۶)، این در صورتی است که پژوهش‌های مختلف پیامدهای جبران‌ناپذیری مانند ابتلا به بیماری‌های روانی، ابتلا به بیماری‌های جسمی، ابتلا به بیماری‌های جنسی، کاهش فرصت ازدواج دختران معتاد، طرد از خانواده، مشکلات در ایفاء نقش مادری، فروپاشی خانواده، عدم نظارت بر رفتار فرزندان، ارائه الگوی نامناسب رفتاری و... را برای زنان معتاد پیش‌بینی نموده‌اند. نهایتاً اینکه «در حال حاضر حدود ۵۰ درصد زندانیان زن در رابطه با مواد مخدر و اعتیاد هستند که این آمار در چند سال اخیر برای زنان بی سابقه بوده است» (سالارکیا، ۱۳۸۵: ۵).

همچنین، با وجود این که در ارتباط با بیماری‌های منتقله جنسی و مخصوصاً ایدز اخبار نگران‌کننده‌ای مانند «تغییر سریع الگوی ابتلا به ایدز در کشور از اعتیاد تزریقی به انتقال از طریق تماس جنسی و هشدار صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در مورد زنان و دختران ایران» (میرزآزاده، ۱۳۸۵: ۵۰) به گوش می‌رسد، شاهد چاپ تنها ۲ مقاله در ارتباط با «بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز» در میان ۱۰۶۹ مقاله مربوط به بهداشت و سلامت در مجلات ذکر شده و در دهه اخیر هستیم، که این امر خود، به اندازه وجود بیماری‌ها

نگران‌کننده به نظر می‌رسد و نیاز به تغییر سیاست‌ها و دیدگاه‌ها درباره موضوعاتی از این دست را به صورت محسوسی بیان می‌کند.

در نهایت می‌توان نتیجه‌گیری کلی به دست آمده از این پژوهش را بدین شکل خلاصه نمود که محققین علوم پزشکی، زنان و مسائل مربوط به ایشان را نادیده گرفته و از این طریق نقشی حاشیه‌ای برایشان قائل می‌شوند. چنان‌که مشاهده شد، چنین دیدگاهی، در انجام تحقیقات و ارائه مقاله‌های علمی نیز بروز یافته و آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که حدود چهل درصد موضوعات مربوط به اولویت‌های سلامت زنان مورد نادیده‌انگاری نسبی و حدود چهل درصد همان موضوعات مورد نادیده‌انگاری مطلق محققین قرار گرفته‌اند (رجوع کنید به جداول یافته‌ها).

حق بهره‌مندی از تندرستی و بهداشت را باید در چارچوب رشد و پیشرفت جامع زنان مدنظر قرار داد. برای آنکه زنان تندرست باشند، باید نیازهای اساسی آنان را برآورد. این نیازها مشتمل‌اند بر: درآمد تضمین شده، شرایط سالم کار و زیست، خوراک و آب کافی و پاک، تعلیم و تربیت، و مراقبت‌های بهداشتی. علاوه بر موارد یاد شده، داشتن مقام و پایگاه مناسب در جامعه، تقسیم عادلانه کار (از جمله تولید، مراقبت از فرزند، کارهای خانه)، و رهایی از خشونت را نیز می‌توان از نیازهای بهداشتی زنان به شمار آورد (سابالا^۱، ۱۹۹۵: ۴۷). چنین حقی به مراتب وسیع‌تر از حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. «مراقبت بهداشتی» فقط بر دسترسی به بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، داروها و متخصصان بهداشت دلالت دارد. این دسترسی، اگرچه مهم است، اما برای «تندرستی» کامل کافی نیست.

از این رو به نظر می‌رسد که محققین علوم پزشکی کشور و نیز مجلات علمی حوزه بهداشت و سلامت، بایستی بیش از پیش به موضوع بهداشت و سلامت زنان توجه نموده و کوشش در جهت تحقیق و نیز نشر آثار علمی و کارشناسانه را در این حوزه جزو اولویت‌های کاری خویش قرار دهند، همین‌طور بر دولت‌ها، سازمان‌های دولتی، دانشگاه‌ها و دستگاه‌های اجرایی، به ویژه وزارت بهداشت فرض است که سهم سلامت زنان در سیاست‌گذاری‌های کلان مربوط به بهداشت و درمان را جدی‌تر از قبل لحاظ نموده و تشویق نهادهای وابسته و موجود در عرصه عمومی برای انجام تحقیقات و سرمایه‌گذاری‌های بیشتر در این زمینه را جزو اولویت‌های خویش به شمار آورند، چرا که، «بهداشت و سلامت جهان، یک کشور، یک شهر، یا حتی

¹ . Sabala

یک اجتماع کوچک، به بهداشت و تندرستی زنان و کودکان آن بستگی دارد، نه فقط بهداشت مردان آن.» (کلندر، ۱۹۹۹: ۲).

تقدیر و تشکر

شایان ذکر است که این پژوهش با استفاده از نقطه نظرات خانم دکتر باستانی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا و راهنمایی‌های ارزنده جناب آقای دکتر قاضی طباطبایی، عضو هیئت علمی گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، انجام و غنا یافته است که بدین وسیله از زحمات ایشان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- آبوت، پاملا و کلر والاس (۱۳۸۳) جامعه‌شناسی زنان، ترجمه: منیژه نجم عراقی، تهران، نشر نی، چاپ سوم.
- احمدی، بتول (۱۳۸۴) اولویت‌های سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان وابسته به شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- احمدی، بتول و دیگران (۱۳۸۶) بررسی نیازهای تحقیقاتی سلامت زنان در ایران، گزارش طرح تحقیقاتی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- اصولی، پریسا (۱۳۸۵) افزایش شیوع ایدز در زنان، هفته‌نامه سلامت، شماره نود و هشت، شنبه، هجدهم آذر، تهران.
- ایران آینده (۱۳۸۳): <http://www.iranayandeh.com/zanan/htm/Z194.htm>
- بشیریه، حسین (۱۳۷۹) نظریه‌های فرهنگ در قرن بیستم، تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی آینده پویان، چاپ اول.
- تهرانی، فرنوش (۱۳۸۶) سزارین در ایران چهار برابر استاندارد جهانی است، تهران: روزنامه حیات نو، شماره ۱۱۷۲، شنبه ۱ اردیبهشت.
- خوش‌نمک، زهره (۱۳۸۵) ورود به حوزه‌ای که ممنوع نیست، تهران: روزنامه شرق، سال سوم، شماره ۸۲۴ چهارشنبه ۱۱ مرداد.
- دانشنامه فارسی عالم. آی آر (۱۳۸۷): «بررسی سلامت زنان ایرانی»:
<http://alem.ir/%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C/1169>
- دلاور، بهرام (۱۳۸۳) هشدار مدیرکل دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، تهران: روزنامه ایران، شماره ۳۰۸۲، شنبه، ۲۲ اسفند.
- ذکایی، محمدسعید (۱۳۸۱) نظریه و روش در تحقیقات کیفی، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره بیست و سه، زمستان هشتاد و یک، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- رفائی شیرپاک، خسرو (۱۳۸۴) کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران.
- سالارکیا، محمود (۱۳۸۵) گزارش از معاون دادستان در امور زندان‌ها، تهران: روزنامه اعتماد ملی، شماره ۱۳۰، تیر هشتاد و پنج.
- شاهمیری، سیداحمد (۱۳۷۸) تحلیل محتوای مقالات مجلات کشاورزی به زبان فارسی در دانشکده‌های کشاورزی دانشگاه‌های ایران از آغاز نشر تا پایان سال ۱۳۷۵، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه آموزشی کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- کلندر، چریل و دیگران (۱۳۸۰) بهداشت زنان: از دوران نوزادی تا یائسگی، مترجمین: کبری فلاح حسینی و مریم مقدم، تهران: انتشارات شهرآب، چاپ اول.

گزارش مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۶):

<http://www.irec.ir/Contents.aspx?p=99920e49-3808-4518-b159-00a6b26283e0>

گزارش مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۶):

<http://www.irec.ir/Contents.aspx?p=99920e49-3808-4518-b159-00a6b26283e0>

محسنی، منوچهر (۱۳۷۶) جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات طهوری، چاپ پنجم (با تجدید نظر).
مرتوس، جولی (۱۳۸۳) آموزش حقوق انسانی زنان و دختران، ترجمه فریبرز مجیدی، تهران: انتشارات دنیای مادر، چاپ اول.

میرزآزاده، شیرین (۱۳۸۵) زنان و ایدز در ایران: از انکار تا پذیرش، مجله زنان، شماره ۱۳۵، تابستان.
وکیلی، محمد مسعود (۱۳۷۲) بررسی و مقایسه میزان تأثیر روش‌های مستقیم و غیر مستقیم آموزش بهداشت بر آگاهی و نگرش دانشجویان پسر دانشگاه پیام نور سقز در زمینه ایدز، دانشنامه کارشناسی ارشد مدرسی علوم بهداشتی، رشته آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.

Dyck, Isabel. et.al. (2001) "Geographies of Women's Health", Routledge: First Published.

Sabala, Kranti; Sadgopal, Mira; Nadhi, Na Shariram (ed.) (1995) "My Body Is Mine", Bombay.

Kar, Snehend B. et.al. (1999) "Empowerment of Women for Health Promotion: A Meta-analysis", School of Public Health, University of California, Los Angeles, Elsevier Science.

Kolander, Cheryl A. (1999) "Contemporary Women's Health", MC Graw Hill Press: First edition.

Segall, Alexander (1976) "The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 17, No. 2. (Jun., 1976), pp. 162-169.

Thompson, Teresa L. et.al. (2000) "Women's Health Problems in Soap Operas: A Content Analysis", Department of Communication, University of Dayton, Ohio, The Jacobs Institute of Women's Health, Published by Elsevier Science Inc.