

فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۱

## الگوی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان ایران

بتول احمدی\*، سید جمال‌الدین طبیبی\*\*، محمود محمودی\*\*\*

**طرح مسئله:** در این مقاله با مقایسه ساختار سازمانی مدیریت توسعه سلامت زنان در کشورهای کانادا، امریکا، ژاپن و انگلستان، الگوی مناسب ایران طراحی گردید. روش: در این مطالعه توصیفی تطبیقی تلاش شده است تا با تمرکز، مقایسه و تحلیل محتوایی متون داخلی و خارجی، نتایج عینی از موقعیتهای موجود ارائه شده سپس با استفاده از تکنیک دلفی در طراحی، الگوی مناسب و کاربردی در کشور به کار برده شود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که وضعیت مدیریت توسعه سلامت زنان کشورهای امریکا و کانادا نسبت به انگلیس و ژاپن متمرکز و هماهنگ‌تر است. الگوهای جدید ارائه خدمات و اشکال نوین سازمانی ویژه سلامت زنان در امریکا و کانادا نسبتاً موفق بوده و نتایج خوبی را نشان داده‌اند. کشورهای ژاپن و انگلستان نیز با توجه به ویژگیهای نظام بهداشت و درمان خود با برنامه‌های خاص سلامت مادر و کودک در این مسیر حرکت می‌کنند.

**نتایج:** الگوی پیشنهادی ساختار تشکیلاتی با توجه به اصول منتج از یافته‌های پژوهش و مطابق با شرایط ایران طراحی گردیده است.

**کلید واژه‌ها:** توسعه، ساختار سازمانی، سلامت زنان، مدیریت

\* دکتر مدیریت بهداشت و درمان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران <ahmadi@sptums.com>

\*\* دکتر مدیریت بهداشت و درمان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

\*\*\* دکتر اپیدمیولوژی و آمار زیستی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه

«سلامت» با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است. سیستمهای بهداشتی و رفاهی در دنیا به طور روزافزون اهداف خود را از «ارائه مراقبتهای بهداشتی» به سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقا می دهند و شاخصهای کلی سلامت مانند بهزیستی، جایگزین شاخصهای محدود و نارسایی مانند میزان مرگ و میر می شود. پژوهشها نشان می دهد که سلامت جامعه زنان به دلایل مختلف آسیب پذیرتر از مردان است و علاوه بر ویژگیهای بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل تعیین گر فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارد. موضوع مدیریت توسعه سلامت زنان در زمره اولویتهای سازمان جهانی بهداشت قرار دارد و به عنوان زمینه های اصلی توسعه استراتژیک بهداشت در دهه آینده میلادی مورد توجه مراکز علمی ذیربط قرار گرفته است که بر سیستمهای ادغام یافته ارائه خدمات بهداشتی و گسترش و بهبود روشهای سنتی تأکید دارند. اکثر این مطالعات الگوهای جدید ارائه خدمات را در شکلهای سازمانی جدید مراکز ویژه با برنامه ریزی خدمات ادغام یافته و جامع و بنابر نیاز دوره های مختلف زندگی زنان پیشنهاد کرده اند که در کشورهایی نظیر ایالات متحده امریکا و کانادا و اخیراً در ژاپن به مرحله اجرا درآمده و در ارزیابی نیز نتایج خوبی را نشان داده اند (Strobino, 2004).

در ایران نیز توجه به زنان در دو دهه اخیر موجب بهبود وضعیت کلی آنان در همه شاخصهای توسعه و به ویژه سلامت بوده که با هیچ دوره ای قیاس پذیر نیست. کاهش مرگ و میر مادران و کودکان، افزایش سطح آگاهی و تحصیل زنان، اجرای موفقیت آمیز برنامه های بهداشتی، همگی تغییرات شگفت آوری را در امر توسعه و بهداشت زنان به وجود آورده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹). البته هنوز موانع زیادی باقی است از جمله نبود مدیریت کارآ، استراتژیها و برنامه های هماهنگ و همه جانبه ای که بتواند مطابق با شرایط کنونی و با تکیه بر تجارب علمی و موفق کشورهای پیشرو در امر سلامت، موجب پیش بینیهای مناسب آینده و تدارک برنامه ها و خدمات مبتنی بر نیازهای بهداشتی زنان و تسهیل در اجرای آنها شود. سیاستگذاری و

برنامه‌ریزی توسعه سلامت زنان در ایران می‌بایست مبتنی بر شناخت دقیق از وضعیت و برنامه‌های موجود در سیستم بهداشت و درمان ایران و با توجه به استانداردها و روشهای موجود در سطح بین‌المللی و تجارب سیستمهای موفق جهان انجام گیرد. کمبود اطلاعات در مورد نیازهای سلامتی زنان در ایران، پراکندگی پژوهشها و ضعف ارتباط بین پژوهش، مدیریت و برنامه‌ریزی و ارائه خدمات، محدودیت منابع و نیروی انسانی متخصص از مشکلات اصلی توسعه سلامت در ایران است. این مطالعه با بررسی و مقایسه ساختار سازمانی مدیریت توسعه سلامت زنان در کشورهای کانادا، ایالات متحده امریکا، انگلستان و ژاپن، و بهره‌جویی از تجارب و چگونگی عملکرد آنها، الگوی جدید ساختار مدیریت توسعه بهداشت زنان در ایران را پیشنهاد می‌دهد.

### (۱) چارچوب نظری

حق زنان در برخورداری از بالاترین سطح دستیابی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیازمند دسترسی آنها به اطلاعات، مراقبتها و خدمات بهداشتی - درمانی کیفی و متناسب با دوره‌های مختلف زندگی و نقشهای متعدد خانوادگی و اجتماعی آنان است. در بسیاری از موارد، وضعیت سلامت زنان نتیجه عملکرد توأم فرآیندهای متعدد مدیریتی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است که به ناتوانی زنان و محرومیت از حق سلامت آنها کمک می‌کند. بررسی ما درباره سلامت زنان علاوه بر آنکه باید با رویکردی کل‌نگر، چندتخصصی و چندبخشی به خدمات مورد نیاز آنان همراه باشد در ضمن باید دوره زندگی آنها را نیز مدنظر قرار داد. شرایط هر مرحله از زندگی زنان نه تنها بر مراحل بعدی زندگی تأثیر دارد، بلکه بر نسل بعدی نیز تأثیرگذار است و این ارتباط بین نسلی از ویژگیهای خاص و مهم زنان است (Goldman, Hatch).

### (۲) روش پژوهش

در این پژوهش توصیفی، تطبیقی، مقطعی و کاربردی سعی شد با تمرکز، مقایسه و

تحلیل محتوایی متون مورد مطالعه داخلی و خارجی، نتایج عینی از موقعیتهای موجود استخراج و الگوی مناسب و کاربردی برای ساختار مدیریت توسعه بهداشت و سلامت زنان در کشور ارائه شود.

انتخاب کشورها براساس ویژگیهای عمومی و اختصاصی قابل مقایسه آنها در پاسخ به سؤالات پژوهش بوده است و از معیارهایی نظیر پیشرفته بودن نظام سلامت، مطلوبیت شاخصهای بهداشتی، قرار داشتن در یکی از محورهای معتبر تقسیم‌بندی کشورها مانند تقسیم‌بندی فولاند (Folland, 2001)، دارا بودن الگویی مشخص و تعریف‌پذیر به‌منظور مدیریت توسعه سلامت زنان، قابلیت دستیابی به اطلاعات مورد نیاز، امکان الگوبرداری و قابلیت اجرای شیوه‌های جدید، استفاده شد که کشورهای کانادا، امریکا، انگلیس و ژاپن انتخاب شدند.

شاخصها و عوامل قابل مقایسه تعیین شدند. در جمع‌آوری داده‌ها، گزارشهای سازمانهای بین‌المللی، نشریات و متون معتبر علمی، بانکهای اطلاعاتی و سایتهای اینترنتی مربوط در کشورها به‌کار گرفته شد. در برخی موارد پژوهشگر با برقراری ارتباط مستقیم با محققان، و مراجع ذیربط و استفاده از فرصتهای شرکت در اجلاسهای ملی و بین‌المللی به کسب اطلاعات پرداخته است. تحلیلهای انجام‌شده در این پژوهش عمدتاً به روش کیفی بوده است. الگوی پیشنهادی به‌منظور سنجش میزان تناسب با شرایط و مقتضیات کشور از دیدگاه علمی و عملیاتی با بهره‌گیری از تکنیک دلفی انجام شد و در دو مرحله توسط پژوهشگر اصلی با ۳۰ نفر از صاحب‌نظران و متخصصان علمی و اجرایی در دانشگاه و بخشهای ذیربط در وزارت بهداشت به نظرسنجی و اصلاح گذاشته شد و نهایی گردید. پرسشنامه مشتمل بر ۲۲ سؤال در ۶ بخش دربارهٔ مسائل مختلف و تناسب الگوی پیشنهادی ساختار توسعه سلامت زنان در سطوح ملی و استانی، و پیشنهاداتی در بهینه‌سازی آن بود. ملاک انتخاب هر پیشنهاد برای ورود به الگو، بهره‌گیری از پاسخهای گزینه برتر انتخابی در بین پنج گزینه بود. دو سؤال باز به‌منظور «نظر پاسخگو» و پیشنهادات کلی در نقاط ضعف و قوت الگو در نظر گرفته شد. نتایج با استفاده از آزمون آماری مورد تحلیل قرار گرفت و

حداقل ۷۵٪ پاسخ مثبت برای تأیید الگو در نظر گرفته شد. در مرحله دوم نیز با استفاده از دیدگاههای متخصصان در سؤالات باز، الگوی اولیه اصلاح و دوباره به نظرخواهی متخصصان گذاشته شد و دقیقاً مانند مرحله اول عمل گردید.

### ۳) یافته‌ها

#### ۳-۱) ساختار مدیریت سلامت زنان در کشورهای امریکا و کانادا

این کشورها با تدوین استراتژیهای خاص، منابع قابل ملاحظه‌ای را به این موضوع اختصاص داده‌اند. نظام بهداشتی و درمانی این دو کشور یکسان نبوده ولی هر دو دارای مدیریت هماهنگ و پیشرفته‌ای در امر توسعه سلامت زنان می‌باشند و می‌توان نوع مدیریت توسعه را در بین سیستمهای متفاوت آنها بهتر مقایسه کرد. کشور کانادا دارای بیمه بهداشت ملی است که نظام بیمه بهداشت را در سطح ملی ارائه می‌نماید. کشور ایالات متحده امریکا دارای نظام مختلط است این کشورها در زمره کشورهای پیشرفته صنعتی و از بهترین شاخصهای بهداشتی درمانی به‌ویژه در مورد سلامت زنان برخوردارند (Lassey, 1997).

توجه جدی این کشورها به اهمیت مدیریت توسعه سلامت زنان متأثر از فعالیت دیرینه گروههای طرفدار حقوق زنان در این کشورها و همکاریهای متعدد بین دو کشور در سطح علمی و پژوهشی است. سلامت زنان در دیدگاه این دو کشور علاوه بر ابعاد فیزیولوژیک، جنسیت<sup>۱</sup> را نیز به‌عنوان یک شاخص اصلی در سنجش و ایجاد آسیب‌پذیری نسبت به بیماریها و مشکلات درونی سیستم مراقبتهای بهداشتی و چگونگی دسترسی و استفاده از خدمات مورد توجه قرار داده است. بدین لحاظ توجه به ابعاد جنسیتی در برنامه‌های سلامت یکی از راهبردهای اصلی توسعه بهداشت در هر دو کشور می‌باشد (Health Canada, 2004).

1. Gender

### ۳-۱-۱ ساختار سازمانی و هماهنگ کننده

وزارت بهداشت آمریکا در آژانسهای زیرمجموعه خود بر سلامت زنان تمرکز و تأکید داشته با تشکیل دفاتر نمایندگی در مجموعه وزارت به عنوان یک پایه اصلی عملی در آژانس مربوط عمل می کنند. تأسیس دفتر پژوهشهای سلامت زنان در بدنه سازمانی پژوهشهای سلامت دو کشور آمریکا و کانادا در اوایل دهه ۱۹۹۰ از جمله اقدامات اساسی و نقطه شروع مؤثر برنامه های توسعه سلامت زنان در این کشورها بود. وظایف عمده این دفاتر شامل تقویت و گسترش پژوهشهای سلامت زنان و افزایش زنان پژوهشگر بود. اقدام اساسی دیگر بررسی وضعیت پژوهشهای مرتبط و برنامه ریزی پژوهشی در سطح ملی بود که تحت عناوینی همچون برنامه جامع پژوهشهای سلامت زنان در قرن ۲۱ اعلام شده است (U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1999). پژوهشهای متعددی را نیز به منظور تدوین الگوهای خاص مراقبتهای مورد نیاز سلامت زنان متناسب با سطوح مختلف نظامهای بهداشتی درمانی انجام داده اند که بر سیستمهای ادغام یافته ارائه خدمات، مراقبت چند تخصصی و متناسب با ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان و نیازهای دوره های متفاوت زندگی آنان تأکید می کنند (Mazure, 2001).

تأسیس اداره سلامت زنان در سطح معاونت وزیر نیز در هر دو کشور در نتیجه اقدامات این بخش قوت یافت. در آمریکا پس از گذشت زمان کوتاهی در بین آژانسهای فدرال وزارت بهداشت آمریکا علاوه بر دفتر سلامت زنان تحت مجموعه دفتر وزیر، سه دفتر سلامت زنان به طور جداگانه و تحت حمایت در انستیتو ملی بهداشت، مرکز نظارت و پیشگیری از بیماری، و اداره غذا و دارو به وجود آمد. چهار آژانس فدرال دیگر هم هر یک دارای مشاور ارشد یامدیر هماهنگ کننده رسمی برای سلامت زنان شدند. سه آژانس دیگر نیز رابطانی به منظور تأمین سلامت زنان دارند. این واحدها در کنار سایر واحدهای وزارت بهداشت نظیر اداره سلامت مادر و کودک و اداره جمعیت در تهیه سیاستها و برنامه های سلامت زنان نقش مؤثر داشته با واحدهای

مشابه در وزارتخانه‌های دیگر مثل وزارت کار، و دادگستری به منظور تأمین سلامت و رفاه زنان همکاری و ارتباط دارند. ساختار سازمانی این دفاتر در جدول ۱ نشان داده شده است. فعالیت و عملکرد آنها به واسطه پشتیبانی پرسنلی و تکافوی مالی مستمر و اختصاص یافته به آنها می‌باشد که در تعیین میزان تأیید و پذیرش سیستم بهداشتی و برنامه‌هایی در خصوص اهمیت سلامت زنان در سلامت دو کشور نقش کلیدی ایفا کرده است (Mazure, 2001). در کانادا اداره سلامت زنان در سال ۱۹۹۳ تأسیس شد. جایگاه آن در بخش سیاستهای سلامت و ارتباطات واقع شده و هسته اصلی سلامت زنان در دولت مرکزی است. برای این اداره به عنوان یک آژانس برنامه و بودجه‌ای منظور نشده است و مسئولیت اصلی آن بر محور راهبردهای سلامت زنان و پیشبرد اهداف آن دور می‌زند (Health Canada, 2004).

جدول ۱: ساختار سازمانی سلامت زنان در وزارت بهداشت و خدمات انسانی امریکا<sup>۱</sup>

دفتر وزیر، معاونت سلامت و پزشکی ارشد <sup>۲</sup> ، دفتر سلامت زنان
اداره منابع و خدماتی بهداشتی: مشاور ارشد سلامت زنان
اداره خدمات سلامت سرخپوستان: مدیر سلامت زنان
اداره کودکان و خانواده: رابط سلامت زنان
اداره سالمندی: رابط سلامت زنان
اداره امور مالی مراقبتهای بهداشتی: رابط سلامت زنان
انستیتو ملی بهداشت: دفتر پژوهشهای سلامت زنان
مرکز نظارت و پیشگیری بیماریها: دفتر سلامت زنان
اداره غذا و دارو: دفتر سلامت زنان
اداره سوء مصرف مواد و خدمات سلامت روان: مدیر مسئول خدمات زنان
آژانس پژوهشها و کیفیت مراقبتهای بهداشتی: مشاور ارشد سلامت زنان

1. US Department of Health and Human Services
2. Assistant Secretary for Health and Surgeon General

### ۳-۱-۲) استراتژیهای سلامت زنان

در ابتدای دهه نود برنامه راهبردی سلامت زنان در هر دو کشور با تلاش و هماهنگی اداره سلامت زنان و تأیید وزیر تدوین گردید و در برنامه‌های ملی توسعه سلامت قرار گرفت. تعیین این راهبردها به‌عنوان نقطه‌عطفی در سرعت اقدامات انجام‌شده در هر دو کشور تأثیر گذاشت. مسئولیت اصلی و وظایف این واحدها به‌عنوان هسته اصلی سلامت زنان در دولت مرکزی، هماهنگی و کار با سایر واحدها و بخشهای وزارت بهداشت در پیشبرد راهبردهای سلامت زنان است و با سایر بخشهای مرکزی و دولتهای ایالتی و سازمانهای خارج از وزارت بهداشت در سطوح داخلی و بین‌المللی نیز ارتباط برقرار می‌نمایند (Women's Health Strategic Plan 2001-2006, 2004).

### ۳-۱-۳) برنامه ملی مراکز عالی سلامت زنان

تدوین این برنامه در سال ۱۹۹۶ توسط دفتر سلامت زنان وزارت بهداشت امریکا به مؤسسات علمی دانشگاه اجازه داد که با جذب کمک بودجه از دولت فدرال و دیگر بودجه‌ها به ایجاد این مراکز اقدام نمایند. تأسیس این مراکز نیز از جمله عوامل مهم و کلیدی مدیریت توسعه سلامت زنان در دو کشور بود که در طی ارزیابیهای متعدد موفقیت آنها به‌عنوان الگوی مراکز بهداشتی دانشگاهی موجب رسمیت یافتن و قانونی شدن آنها و گسترش دیدگاه سلامت زنان در بین دانشگاهها، تقویت همکاری و هماهنگی محققان و پزشکان و جذب منابع بیشتر شده است (Collins, 2002). دفتر سلامت زنان وزارت بهداشت امریکا اهمیت نقش این مراکز را در بهبود خدمات سلامت زنان مورد توجه جدی قرار داد و در توسعه این الگو همت گماشت و بدین منظور بودجه فدرال تخصیصی این مراکز در امریکا در طی پنج سال به بیش از ده برابر افزایش یافت (Health Canada. Center of Excellence for Women's Health Program, 2004, Gwinner, 2000). توسعه پژوهشهای سلامت زنان زمینه مطلوبی



برای دستیابی شمار روزافزون زنان پزشک و فارغ‌التحصیلان با استعداد علوم پزشکی به سمت‌های مدیریت علمی و ایجاد تغییرات مثبت در سلامت زنان و الگودهی برای دیگر زنان می‌باشد. برنامه مراکز عالی سلامت زنان بر این ارتباط تأکید دارد و هر مرکز می‌بایست مطابق اساسنامه خود برنامه‌ای را برای حمایت از مدیریت زنان در دانشکده‌های پزشکی تدوین نماید (Carne, 2001). از اهداف مشترک برنامه‌های بالینی این مراکز استفاده از فضای علمی دانشگاهی مؤسسات مادر برای انتقال یافته‌های جدید سلامت زنان در الگوهای جدید و مؤثر مراقبت‌های بالینی است (Millikan, 2001).

#### ۳-۱-۴) مرکز اطلاعات سلامت زنان

این مرکز در بخش اطلاع‌رسانی سلامت وزارت بهداشت امریکا قرار دارد که مشابه شبکه سلامت زنان وابسته به دفتر سلامت زنان کانادا است. در هر دو کشور، مراکز عالی سلامت زنان، علاوه بر مسئولیت آموزش همگانی، وظیفه اطلاع‌رسانی و انتقال یافته‌های پژوهشی را برای مسئولان و محققان بر عهده دارند. طبق یافته‌های پژوهشی این ساختار سازمانی مدیریت سلامت زنان در امریکا و کانادا عملکرد بسیار مطلوبی را در ارزیابیها نشان داده است (Health Canada, Centers of Excellence for Women's Health Program, 2004).

#### ۳-۲) مدیریت توسعه سلامت زنان در انگلیس و ژاپن

کشورهای فوق از نظر ساختار سازمانی عمدتاً به همان رویکرد سنتی سلامت مادر و کودک بر محوریت آسیب‌پذیری زنان در نقش باروری و تولیدمثل و توجه خاص به ویژگیهای فیزیولوژیک زنان و نیازهای آنان تکیه دارند و مجموعه سازمانی وزارت بهداشت مسئول سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلی در زمینه‌های مختلف برای زنان و مردان است. این دیدگاه در سالهای اخیر با پیگیری اجرای سیاستهای برابری جنسیتی و برنامه عمل کنفرانس جهانی زنان در پکن موجب گسترش قابل توجه در بخش بهداشت شد و سیاستگذاریها و

برنامه‌ریزی در وزارت بهداشت به صورت پراکنده درباره موضوعاتی همچون بهداشت جنسی و ایدز، غربالگری سرطانهای زنان، بهداشت روان و پیشگیری از خشونت خانگی انجام شده است (Women & Equality. Unit, 2002, Women in Japan Today, 2002).

### ۳-۲-۱ ساختار سازمانی

در کشورهای انگلیس و ژاپن ساختار سازمانی اجرایی و خدماتی از یکدیگر متفاوت است. در سیستم ملی بهداشت انگلیس زنان مانند مردان از ارائه خدمات بهره‌مند می‌شوند و فقط در زمینه‌های خاص مربوط به سلامت مادر و کودک این خدمات در مراکز خاص یا به صورت متفاوت ارائه می‌گردد. در این کشور با توجه به ویژگیهای ساختار نظام بهداشت ملی<sup>۱</sup> (NHS)، ساختار سازمانی خاص سلامت زنان در سطح دولتی وجود ندارد. برابری جنسیتی در بخشی، از طریق بهبود دسترسی و کیفیت مراقبتهای اولیه تأمین می‌شود. برنامه‌ها و خدمات تخصصی سلامت زنان با تأکید بر شکل سنتی و دیرینه خود در قالب کمیته‌هایی نظیر خدمات تخصصی سلامت مادر و کودک و یا خدمات غربالگری بیماریها طرح‌ریزی می‌شوند. این کمیته‌ها در سیستم بهداشت ملی NHS مسئولیت تدوین و تأیید برنامه‌ها و یا اصلاحات آنها را در بخشهای مختلف NHS بر عهده دارند. نسبت مشارکت زنان در عضویت این گروهها و کمیته‌ها در سالهای اخیر و در اثر اجرای برنامه‌های ملی برابری زنان افزایش یافته است (Ham, 1999). کشور ژاپن دارای بهترین شاخصهای جهانی سلامت در زمینه مرگ مادران و کودکان و امید به زندگی می‌باشد. جامعه ژاپنی با تکیه بر سوابق دیرینه فرهنگ سنتی و شرقی خود اهمیت خاصی برای سلامت زنان در نقشهای خانوادگی و اجتماعی قائل است. تشکیلات مرتبط با سلامت زنان در وزارت بهداشت و رفاه ژاپن مختص به اداره کودکان و خانواده است. اداره سلامت و رفاه سالمندان نیز از جمله تشکیلات مرتبط با

1. National Health System

زنان سالمند است (Anderson, Oscarson, 1995). پس از کنفرانس جهانی زنان در پکن و پایان دهه زنان سازمان ملل در سال ۱۹۹۵ فعالیتهای واحد برابری جنسیتی در دفتر نخست‌وزیر ژاپن تقویت شد. در سال ۲۰۰۱ شورای برابری جنسیتی و اداره برابری جنسیتی در دفتر کابینه تأسیس شد که امور زنان را در دستگاههای مختلف دولتی از جمله بخش سلامت پیگیری می‌کند (Women in Japan Today, 2002).

### ۳-۲-۲) کلینیکهای سلامت زنان

در سال ۲۰۰۱ در گردهمایی افراد صاحب‌نظر دانشگاهی و مسئولان بخشهای مختلف وزارت بهداشت ژاپن، اداره سلامت مادر و کودک و پژوهشگران بهداشت عمومی ضمن تأکید بر محدود بودن بینش کنونی ژاپن نسبت به سلامت زنان در حد سلامت مادر و کودک، درباره روند شکل‌گیری این دیدگاه به‌عنوان محور اصلی مراقبتهای سلامت زنان و تأثیر آن بر سیاستهای بهداشتی، و اهمیت عملکرد سیستم بهداشتی بر پیامدهای سلامت زنان راهبردهای گوناگونی را مورد توجه قرار دادند. از جمله این راهبردها، الگوهای خاص ارائه مراقبتهای سلامت زنان بود که پرداختن به اموری نظیر هماهنگی، پاسخگویی و اعتبار آنها در نظام بهداشتی درمان مورد تأکید قرار گرفت. این راهبرد در سالهای اخیر از طرف سازمان بهداشت جهانی نیز مطرح بوده است. رئیس بخش بهداشت عمومی ژاپن با استقبال از این ایده بر اجرای اقدامات مورد نیاز در زمینه طرح این مسائل و بهبود سیستم و خدمات پزشکی و رفاهی زنان نه‌تنها در سطح بیمارستانها و کلینیکها بلکه در سطح مدیریتی کلی تأکید کرد. حمایت از این دیدگاه از طرف اعضای زن شوراهای مناطق مختلف کشور و نیز ابتکارات زنان پزشک، منجر به ارائه پیشنهاد کلینیکهای سلامت زنان در بیمارستانها شد. در طی مدتی کمتر از دو سال ۱۱۱ کلینیک سلامت زنان در بیمارستانهای دانشگاهی، بیمارستانهای عمومی دولتی در سطح ملی، ایالتی، شهری و بیمارستانهای خصوصی در مناطق مختلف سراسر ژاپن تأسیس شد. اکثر این مراکز به ابتکار و خواست مسئولان آنها و نه با مدیریت متمرکز

دولت و یا اعمال سیاست خاص، ایجاد شده است. کلینیکهای سلامت زنان مورد تأیید جامعه علمی و پزشکی ژاپن قرار دارد و ارزشمندی زنان به عنوان منابع اطلاعات بهداشتی مورد تأیید بوده است و گمان می‌رود بتواند الگویی برای پاسخ هماهنگ‌تر و نظام معتبرتر مراقبتهای بهداشتی باشد (Amano, 2003).

جدول ۲: ساختار سازمانی مدیریت توسعه سلامت زنان در کشورهای منتخب

ساختار سازمانی

سیاستگذاری کلان در بدنه وزارت بهداشت	سیاستگذاری، هماهنگی، نظارت سلامت زنان در بخشهای مختلف وزارت بهداشت	ارائه خدمات سلامت زنان
امریکا		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- دفتر پژوهشهای سلامت زنان</li> <li>- اداره سلامت زنان</li> <li>- کمیته هماهنگی سلامت زنان</li> <li>- اداره سلامت مادر و کودک</li> <li>- مرکز اطلاعات سلامت زنان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دفتر سلامت زنان در مدیریت خدمات بهداشت همگانی</li> <li>- دفتر خدمات سلامت زنان در مدیریت خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد</li> <li>- دفتر سلامت زنان در مدیریت منابع و خدمات سلامت</li> <li>- دفتر سلامت زنان در مراکز نظارت بر بیماریها و ارتقای سلامت</li> <li>- دفتر سلامت زنان در اداره دارو و غذا</li> <li>- دفتر پژوهشهای سلامت زنان در مؤسسه ملی سلامت امریکا</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مراکز عالی سلامت زنان</li> <li>- بیمارستانهای خاص زنان و مامایی</li> <li>- مراکز تحقیقاتی و خدماتی سلامت زنان وابسته به دانشگاه</li> </ul>
کانادا		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اداره سلامت زنان</li> <li>- انستیتو پژوهشی سلامت و جنسیت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مؤسسه جنسیت و سلامت در موسسات ملی پژوهشهای سلامت کانادا</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مراکز عالی سلامت زنان</li> <li>- بیمارستانهای خاص زنان و مامایی</li> </ul>

ادامه جدول ۲

<p>- مراکز تحقیقاتی و خدماتی سلامت زنان وابسته به دانشگاه</p>	<p>- کمیته پایش و مراقبت از سلامت زنان در کانادا در مرکز مهار بیماریها با پیشنهاد طرح تأسیس دفتری با همین نام - گروههای ملی مشورتی با همکاری مراکز عالی سلامت زنان</p>	<p>- شبکه سلامت زنان</p>
انگلستان		
<p>- کلینیکهای آسان - بیمارستانهای دارای بخشهای جداگانه زنان و مردان - مراکز تحقیقاتی و خدماتی سلامت زنان وابسته به دانشگاه - بیمارستانها و مراکز خاص بیماریهای زنان و مامایی</p>	<p>- کمیته‌های تخصصی سلامت مادر و کودک</p>	<p>- واحد برابری جنسیتی در دفتر نخست‌وزیر</p>
ژاپن		
<p>- کلینیکهای سلامت زنان - مراکز بهداشتی درمانی خاص زنان و مامایی - نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات به زنان</p>	<p>- دفتر سلامت خانواده و کودک - دفتر سلامت و رفاه سالمندان</p>	<p>- واحد برابری جنسیتی در دفتر نخست‌وزیر</p>
ایران		
<p>- خانه بهداشت - پایگاههای شهری - تسهیلات زایمانی - بیمارستانهای زنان و زایمان</p>	<p>- مشاور رئیس در امور زنان در کلیه معاونتها، دانشگاهها و سازمانهای تابعه وزارت بهداشت - واحد سلامت خانواده و جمعیت در معاونتهای بهداشتی کلیه دانشگاهها - مراکز تحقیقاتی بهداشتی دانشگاه</p>	<p>- مشاور وزیر در امور زنان - دفتر امور زنان - دفتر سلامت جمعیت و خانواده و واحدهای اداری تابعه</p>

### ۳-۳) ساختار مدیریت سلامت زنان در ایران

در ایران از لحاظ سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، توجه به سلامت زنان در چارچوب تعریف سلامت باروری با تکیه اصلی بر نقش باروری زنان و توجه به دیگر ابعاد متأثر از آن می‌باشد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۹۹۷). در سال ۱۳۷۲ با تعیین مشاور وزیر در امور زنان، گامی مهم و مثبت در جهت مدیریت توسعه سلامت زنان برداشته شد و اگرچه این جایگاه رسمی نبود، موجب تقویت توجه به امر سلامت زنان در کل مجموعه وزارت بهداشت گردید. دفتر امور زنان در سطح وزارت بهداشت تحت نظر مشاور وزیر بهداشت می‌باشد که جایگاه مصوب سازمانی ندارد. برخی از معاونتها و سازمانهای تابعه وزارت بهداشت دارای رابط سلامت زنان هستند و در سطح رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی استانها نیز مشاورانی در امور زنان منصوب هستند که برخی از آنها دارای دفتر و امکانات محدود می‌باشند (دفتر امور زنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲). همگی این موارد فاقد جایگاه سازمانی رسمی هستند که وضعیت آنها تحت تأثیر تغییر مسئولان قرار می‌گیرد. مجموعه دفتر سلامت خانواده و جمعیت شامل اداره سلامت مادر و کودک و اداره زنان و سالمندان در اجرای سیاستهای مربوط نقش محوری داشته‌اند و با توجه به نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور تا حد زیادی موفق عمل کرده‌اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۹۹۷). لیکن نیازمند جهت‌دهی، هماهنگی و تمرکز از لحاظ برنامه و منابع لازم می‌باشند تا بدین وسیله هم مانع از پراکندگی و اتلاف منابع محدود موجود شده و هم یاری‌رسان تحقق طرحها و برنامه‌ها شود.

شورای عالی سلامت از مراجع اصلی تصمیم‌گیری و مسئول سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی و نظارت بر اجرا در امر سلامت است که متشکل از وزرا و رؤسای سازمانهای مرتبط به ریاست رئیس جمهور و دبیری وزارت بهداشت می‌باشد. این شورا پس از تأسیس در سال ۱۳۸۲ براساس برنامه چهارم توسعه با شورای عالی تغذیه ادغام گردید و شورای عالی سلامت و تغذیه نامیده شد (شورای عالی سلامت،

۱۳۸۵). کمیته‌های تخصصی شورا مسئول بررسی موضوعها و برنامه‌های پیشنهادی و ارائه نتایج به شورا می‌باشند. رویکرد وزارت بهداشت در ایران در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی سلامت زنان هرچند در قالب سیاستگذاریهای عمده ملی بوده است در امتداد راهبردها و سیاستهای مشخص، مدون و مصوب نبوده است و در ضمن با پراکنده‌کاری و دشواریهای خاص اداری و تأمین منابع لازم روبه‌رو بوده است. تهیه برنامه عمل ملی پس از برگزاری کنفرانس جهانی زنان در پکن (از جمله اقدامات اصولی تشکیلات ملی امور زنان کشور در سال ۱۳۷۵ بود که بخش بهداشت آن با کمک مجموعه وزارت بهداشت و مسئولیت مشاور وزیر در امور زنان تحقق پذیرفت (Center for Women's Participation, 2005) که به دلیل عدم پیگیری و موانع دیگر در عمل بلااستفاده باقی ماند.

سیاستها و برنامه‌های پژوهشی نیز از جمله زمینه‌ها و ابزارهای راهبردی مدیریت سلامت زنان در کشور محسوب می‌گردد. نهادهای پژوهش در آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت، توسعه تحقیقات علوم پزشکی و ایجاد نظام اطلاعات مدیریتی مناسب و تقویت و توسعه نظام اطلاع‌رسانی از جمله راهبردها اصلی نظام سلامت در ایران است که به‌رغم پایین بودن سهم اعتبارات تحقیقاتی گروه پزشکی از مجموع اعتبارات فصل تحقیقات و برنامه تحقیقات دانشگاهی در بودجه عمومی دولت از رشد قابل ملاحظه‌ای در طی یک دهه اخیر برخوردار بوده است. تعداد طرحهای تحقیقاتی، مراکز تحقیقاتی، مجلات و مقالات علمی پژوهشی، و پایگاههای عرضه اطلاعات در کشور رشد بسیار چشمگیری داشته‌اند (سیاری، مفتون، ۱۳۸۱). این بهبود وضعیت عملاً بستر مناسبی برای رشد تحقیقات سلامت زنان فراهم آورده است و پژوهشهای سلامت زنان در سطح دانشگاهها و مؤسسات تحقیقاتی وابسته، توسعه قابل توجهی یافته‌اند. در این میان بهداشت باروری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و به دلیل اولویت سیاستهای جمعیتی از جمله مباحث مطرح در برنامه‌های پژوهشی می‌باشد که اطلاعات مناسبی را برای انجام دادن مداخلات در اختیار سیاستگذاران قرار داده است

(وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۹۹۷). مراکز متعددی در این باره فعالیتهای تحقیقاتی دارند از آن جمله مرکز تحقیقات بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه پژوهشی بهداشت باروری در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، و انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران (سازمان غیردولتی و غیرانتفاعی عضو فدراسیون بین‌المللی با حمایت مالی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد) را می‌توان نام برد که پژوهشهای متعددی درباره مسائل روانی اجتماعی و نیازهای بهداشت باروری زنان انجام داده‌اند. به‌طور کلی شواهد حاکی از آن است که تحقیقات سلامت زنان با وجود کمبود منابع مالی و انسانی هماهنگی لازم را ندارد و فاقد راهبرد و برنامه‌ریزی دقیق است. لذا مشکلاتی از قبیل عدم بازگشت نتایج تحقیقات به مدیران بخش سلامت، کمبود منابع و تحقیقات کاربردی، تحقیقات موازی و دوباره‌کاری، کمبود محقق متخصص و نیز نبود مراکز تحقیقاتی خاص، موجب کاهش اثربخشی تحقیقات در امر توسعه سلامت زنان در ایران می‌گردد.

#### ۳-۴ الگوی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان

یافته‌های پژوهش درباره الگوی پیشنهادی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان در سطوح ملی و منطقه‌ای در ایران که با استفاده از روش دلفی به‌دست آمده عبارت است از:

الف) دفتر سلامت زنان وزارت بهداشت در مجموعه دفتر وزیر و تحت نظر مستقیم او و مسئولیت مستقیم مشاورش در سلامت زنان، عهده‌دار نقش مشاور اصلی در تدوین سیاستها و برنامه‌های سلامت زنان و نظارت بر هماهنگی و ثبات آنها و دارنده نقش رابط و مرجع اصلی سلامت زنان به‌منظور تضمین دسترسی عادلانه آنان به خدمات و منابع اصلی و مورد نیاز می‌باشد.

ب) دفتر سلامت زنان دانشگاه علوم پزشکی در استان و منطقه تحت نظر مستقیم رئیس دانشگاه و با مسئولیت مستقیم مشاور رئیس دانشگاه در سلامت زنان، عهده‌دار



مسئولیت هماهنگی، پایش، ارزیابی و نظارت بر برنامه‌ها و فعالیتهای سلامت زنان و گسترش ظرفیتهای استان در زمینه توسعه سلامت زنان و وسعت بخشیدن برنامه‌های پژوهشی و تحلیل سیاستهای بهداشتی در منطقه خواهد بود.

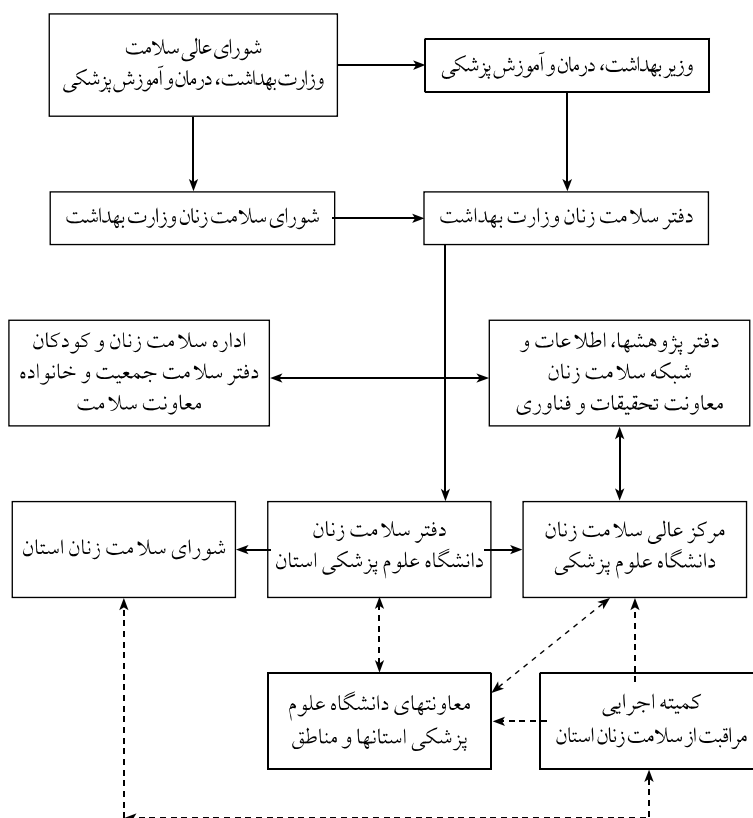
ج) دفتر پژوهشها، اطلاعات و شبکه سلامت زنان در معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، عهده‌دار تدوین اهداف و سیاستهای پژوهشی سلامت زنان در بخشهای پژوهشی نظام سلامت کشور خواهد بود.

د) اداره سلامت زنان و کودکان معاونت سلامت این دفتر نقش اصلی را در ارتباط و هماهنگی با مجموعه‌های اجرایی برنامه‌های سلامت در سطح ملی و منطقه‌ای خواهد داشت و با شناسایی نیازها و منابع مورد نیاز در مناطق، ضمن هماهنگی با دفتر سلامت زنان در وزارت و دانشگاه به حمایت‌های لازم از آنها خواهد پرداخت.

ه) مراکز عالی سلامت زنان در دانشگاههای علوم پزشکی استانها و مناطق کشور در مجموعه مراکز تحقیقاتی دانشگاههای علوم پزشکی قرار دارند و مجموعه وقت، دانش و تجارب طیف گسترده‌ای از متخصصان و کارشناسان مورد نیاز سلامت زنان را گرد هم آورده، آنها را در فهم بیشتر مسائل کلیدی سلامت زنان در منطقه به‌کار می‌بندد. این مراکز به تعیین و تبیین وضعیت سلامت زنان در ایران و شناخت مسائل اولویت‌دار پژوهشی و اجرایی کمک کرده با توصیه و گردآوری اطلاعات مورد نیاز، زمینه‌های لازم را برای تحلیل مسئولان دولتی و سازمانهای سلامت فراهم می‌آورند. مراکز عالی سلامت زنان در دانشگاههای استانها بازوهای اجرایی دفتر سلامت زنان بوده با تکیه بر نقش مهم دانشگاهها در ابداع رویکردهای جدید و تدارک الگوهای نوین مدیریتی و تدارک خدمات چندتخصصی، ادغام‌یافته، جامع و سازگاری فرهنگی در توسعه سلامت زنان پیشرو خواهند بود. این مراکز به تدوین استانداردهای خدمات مورد نیاز سلامت زنان، اجرای پژوهشهای جامعه‌نگر، رهبری، تربیت و آموزش خواهند پرداخت. جایگاه سازمانی آن در مجموعه مراکز علمی تحقیقاتی و بهداشتی درمانی دانشگاه و تحت نظر مستقیم رئیس دانشگاه با مسئولیت مستقیم رئیس مرکز و

در ارتباط مستقیم با دفتر سلامت زنان وزارت بهداشت و دفتر پژوهشها، اطلاعات و شبکه سلامت زنان در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، دفتر سلامت زنان دانشگاه، شورای سلامت زنان استان و معاونتها و بخشهای تابعه دانشگاه خواهد بود.

نمودار ۱: الگوی پیشنهادی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان



ساختار مشورتی مدیریت سلامت زنان نیز به ترتیب زیر است:  
الف) شورای سلامت زنان وزارت بهداشت تحت ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری مشاور وزیر در سلامت زنان و در ارتباط مستقیم با شورای عالی سلامت وزارت بهداشت و دارای شعب در مناطق خواهد بود.

ب) شورای سلامت زنان استان در دانشگاههای علوم پزشکی در استانها و مناطق تحت ریاست رئیس دانشگاه و دبیری شورا با مشاور رئیس دانشگاه در سلامت زنان و در ارتباط مستقیم با شورای سلامت زنان وزارت بهداشت و مراکز عالی سلامت زنان دانشگاهها خواهد بود.

ج) کمیته اجرایی مراقبت از سلامت زنان دانشگاه در سطح استانی و منطقه، جایگاه نظارت، مهار و پایش سلامت زنان و ارزیابی برنامه‌های سلامت زنان در استانها و مناطق خواهد بود. اعضای این کمیته‌ها از بین افراد متخصص، و پژوهشگران و افراد صاحب‌نظر علمی و اجرایی دانشگاه علوم پزشکی استان و بخشهای تابعه و دیگر سازمانهای ذیربط و مؤثر منطقه به انتخاب رئیس دانشگاه منصوب می‌شوند. این کمیته به طراحی سیستم پایش و مراقبت از سلامت زنان و تدوین شاخصهای مناسب در سطح منطقه تحت پوشش دانشگاه با همکاری معاونتهای ذیربط در دانشگاه خواهد پرداخت.

#### ۴) بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مطالعه شناخت و مقایسه وضعیت ساختار سازمانی مدیریت توسعه سلامت زنان در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران بوده است. یافته‌های مطالعه حاکی از آن است که ساختار و برنامه‌ریزی مدیریت توسعه سلامت زنان در هر یک از کشورها براساس دیدگاهها، سیاستها و خط‌مشی‌های کلی حاکم بر نظام سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و همچنین ویژگیهای نظام بهداشتی درمانی

آنها، دنبال می‌شود. در طی قرن اخیر، سلامت زنان در کشورهای توسعه‌یافته تغییرات زیادی کرده است. به‌ویژه در طی سه دهه اخیر این تغییرات چشمگیرتر بوده است که انعکاسی از تغییر در زندگی اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زنان می‌باشد. روند تغییرات اخیر در وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان به‌ویژه در سطوح تحصیلی، اشتغال و حق انتخاب آنها در باروری و حقوق خانواده به پیچیدگی روزافزون زندگی خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت آنها اشاره دارد و برای بخش سلامت و بهداشت با چالش درک و شناخت بیشتر از مفهوم سلامت زنان همراه است (Goldman, M. Hatch, M.).

در مقایسه، روند توسعه مدیریت سلامت زنان در کشورهای منتخب، گروه اول شامل کشورهای امریکا و کانادا، مدیریت و برنامه‌ریزی در سطح کلان و مرکزی متمرکز و بسیار پیشرفته مورد تأکید بوده و تا پایین‌ترین سطوح امتداد یافته است. توجه جدی به سلامت زنان به‌طور همزمان در ارتباطی نزدیک و با همکاریهای متعدد بین دو کشور شکل گرفته است که به سابقه دیرینه آنها در دفاع از حقوق و آزادی زنان برمی‌گردد. مبنای فکری راهبردهای سلامت زنان در هر دو کشور براساس تغییر فلسفه مراقبتهای بهداشتی زنان از الگوی پزشکی با محوریت باروری و تولید مثل به الگوی است که سلامت زنان را و نیز تمامیت رویدادهای دوره زندگی آنها را به شیوه کل‌نگرانه وصف می‌نماید از جمله نقشهای گسترش‌یافته اجتماعی و اقتصادی آنها و تأثیر فرهنگ، روانشناختی و عوامل اجتماعی و به‌عبارت دیگر الگوی زیستی روانی اجتماعی سلامت زنان را (Goldman, M. Hatch, M. 2000). این دیدگاه فراتر از درک تفاوت‌های بیولوژیکی، نابرابریهای جنسیتی اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. به‌طور کلی می‌توان گفت که کشورهای امریکا و کانادا در زمینه مدیریت توسعه سلامت زنان بسیار هماهنگ و سازمان‌یافته عمل کرده‌اند. دولت نقش اصلی را ایفا کرده و به‌موازات آن نقش کلیدی دانشمندان و پژوهشگران سلامت زنان از مراکز دانشگاه و پژوهشی گسترده در این دو کشور به شکل‌گیری و پایه‌ریزی مستند ضرورت و اهمیت توسعه سلامت زنان بسیار مؤثر بوده است (Carnes, 2001).

گروه دوم شامل کشورهای انگلیس و ژاپن در مقایسه با گروه اول بسیار متفاوت و طبق پیشینه تاریخی و فرهنگی خود با تأمل بیشتری روبه‌جلو حرکت می‌کنند. کشور انگلیس با محافظه‌کاری بیشتری به این امر توجه کرده است و به‌رغم سابقه فعالیتهای علمی پژوهشی در مورد اهمیت و تأثیر جنسیت در مدیریت و ارائه مراقبتهای سلامت زنان، عملکرد دولت آن بیشتر حول رویکرد سنتی تأکید بر سلامت مادر و کودک و ابعاد فیزیولوژیک و باروری سلامت زنان بوده است و در بخش بهداشت آن برنامه‌های مدیریتی، راهبردها و یا ساختار خاصی در تدارک توسعه سلامت زنان در ابعادی جامع و فراتر از ابعاد ذکرشده وجود ندارد. ژاپن هم تا قبل از سال ۲۰۰۳ در عمل همین رویکرد را دنبال می‌کرد (Amano, 2003). تشکیلات دولتی مرتبط با سلامت زنان در وزارت بهداشت و رفاه در ژاپن مختص به اداره کودکان و خانواده و تا حد کمی با اداره سلامت و رفاه سالمندان بود که تأسیس کلینیکهای سلامت زنان با ابتکار زنان دانشگاهی و پشتوانه مردمی این روند را متحول ساخت. با وجود استقبال خوب از این برنامه باید منتظر نتایج ارزیابی پیامدهای آن در آینده بود. در این باره گروهها و سازمانهای علمی، غیردولتی و مدافعان حقوق زنان در هر دو کشور، ضرورت گسترده‌تر شدن این دیدگاه و توجه به دیگر عوامل تعیین‌گر سلامت زنان افزون بر ابعاد فیزیولوژیک را در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی خواستار هستند (Women in Japan Today, 2002).

جدول ۲ مقایسه الگوی مدیریت توسعه سلامت زنان را در کشورهای منتخب تشریح می‌نماید. ساختار سازمانی خاص مدیریت و سیاستگذاری سلامت زنان در سطوح مختلف و بخشهای گوناگون وزارت بهداشت در نیمی از کشورهای مورد مطالعه به‌صورت هماهنگ و سازمان‌یافته وجود دارد. این ساختار دربارهٔ پژوهشهای سلامت زنان در نیمی از کشورها، و در ارتباط با سلامت مادر و کودک به‌نوعی در همگی کشورها وجود دارد. ساختار سازمانی مدیریت توسعه سلامت زنان در امریکا و کانادا در سطح دولت متمرکز و به‌صورت دفاتر سلامت زنان در سطوح مختلف

مدیریتی از سطح وزیر، معاونتها و آژانسها و سازمانهای زیرمجموعه وزارت بوده، مسئول هماهنگ‌کننده در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرا می‌باشد. علاوه بر آن بخش پژوهشهای سلامت زنان نیز در درون مؤسسات ملی پژوهشهای دو کشور به‌صورت دفتر یا مؤسسه جداگانه، مسئول هماهنگی و برنامه‌ریزی پژوهشهای سلامت زنان و تهیه برنامه جامع و اولویتهای ملی آنها می‌باشند. مدیریت توسعه سلامت زنان در کشورهای انگلیس و ژاپن از نظر ساختار سازمانی مبتنی به همان رویکرد سنتی سلامت مادر و کودک است. کمیته‌ها و ادارات مادر و کودک در مجموعه وزارت بهداشت، مسئول سیاستگذاری و برنامه‌ریزیهای مربوط می‌باشند. سیاستگذاریها و برنامه‌ریزی در وزارت بهداشت به‌صورت پراکنده درباره برخی موضوعها همچون بهداشت جنسی یا غربالگریهای سرطانهای زنان نیز انجام می‌شود (Women & Equality Unit, 2002).

بررسی ساختار سازمانی سلامت زنان در وزارت بهداشت کشورها نشان‌دهنده اهمیتی است که سیستم بهداشتی آنها در تعهد به سلامت زنان قائل است. یک راهبرد در محک این تعهد، بررسی نمایندگیهای سلامت زنان و منابع مالی اختصاص‌یافته به برنامه‌های مربوط در ساختار اصلی مدیریت دولتی، و برنامه‌های مراقبتهای بهداشتی در مجموعه واحدهای مختلف وزارت بهداشت این کشورها است. نقش مشاوران سلامت زنان و رابطان ذیربط نیز در درون وزارت بهداشت بسیار مهم است. بخش بهداشت همگانی همه کشورها نقش کلیدی را در سطح ملی دارا می‌باشد و در کشورهای گروه اول این نقش در تأسیس اداره سلامت زنان در سطح معاونت وزیر و تشکیل دفاتر و ادارات مرتبط با سیاستگذاری و پژوهشهای سلامت زنان به‌خوبی ایفا شد و در نتیجه اقدامات این بخش پس از گذشت زمان کوتاهی، ایجاد دفاتر سلامت زنان در بخشهای دیگر وزارت بهداشت و آژانسهای وابسته نیز تحقق یافت (Mazure, 2001, U. S. ) (DHHS, 2001).

مراکز اجرای برنامه‌ها و ارائه خدمات خاص (مادر و کودک) سلامت زنان در

همگی کشورهای منتخب وجود دارد که علاوه بر آن در سه کشور مورد مطالعه، برنامه‌های ویژه‌ای منطبق با الگوهای جدید خدمات جامع چندتخصصی و متناسب با دوره‌های زندگی زنان در نظر گرفته شده که در مراکز بهداشتی خاص در ابعاد پژوهش، آموزش و ارائه خدمات اجرا می‌شوند. ساختار اجرایی و خدماتی سلامت زنان در کشورهای امریکا و کانادا با تأسیس مراکز عالی سلامت زنان روند بسیار مطلوب‌تری را به دست آورده است زیرا تأسیس این مراکز در مجاورت دانشگاهها توانست به اجرای پژوهشهای سلامت زنان و جمع‌آوری اطلاعات از محیط و تحلیل علمی آنها و توصیه‌های مناسب جهت سیاستها و برنامه‌های کاربردی کمک کند و در حقیقت پشتوانه خوبی برای این مدیریت فراهم کرد (US DHHS, 2002).

در انگلیس زنان مانند مردان از ارائه خدمات بهره‌مند می‌شوند و این خدمات فقط در زمینه‌های خاص مربوط به سلامت مادر و کودک در مراکز خاص سنتی و یا به صورت متفاوت ارائه می‌گردد. در ژاپن علاوه بر بیمارستانها و مراکز سنتی، در سالهای اخیر تأسیس کلینیکهای سلامت زنان در سطح بیمارستانهای مناطق، موجب تحول و استقبال زیادی از طرف سیستم سلامت و زنان مراجعه‌کننده شد. به طوری که در طی مدت کوتاهی همگی بیمارستانها خود داوطلب راه‌اندازی این کلینیکها شدند. دولت مرکزی در این باره سیاست خاصی اعلام نکرده بود. تأکید سازمان بهداشت جهانی بر الگوهای راهبردی خاص، ارائه مراقبتهای سلامت زنان، استفاده از فرصتهای مناسب، اساس علمی برنامه، حمایت و پیگیری جامعه زنان دانشگاهی و اعضای شوراهای محلی و منطقه‌ای ژاپن، بالا بودن ظرفیت پذیرش و استقبال مراکز مردمی بوده است که این موارد از جمله عوامل اصلی در تحقق این برنامه به شمار می‌رود. در ایران نیز تأکید بیشتر بر بهداشت باروری بوده است و مراکز ارائه خدمات به شکل مراکز و بیمارستانهای خاص بیماریهای زنان و زایمان با الگوهای سنتی وجود دارند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵).

همگی کشورها دارای مراکز تحقیقاتی - خدماتی سلامت زنان هستند که در عین

وابستگی به دانشگاهها، مستقل، غیرانتفاعی و خصوصی هستند که در نیمی از کشورها رویکرد آنها سنتی است و بر نقش باروری زنان تأکید دارند.

مرکز اطلاعات سلامت زنان در امریکا و یا شبکه سلامت زنان در کانادا و پایگاههای اینترنتی و اطلاع‌رسانی آنها به صورت یک ساختار سازمانی رسمی و مشخص در وزارت بهداشت این کشورها تشکیل و به اطلاع‌رسانی علمی و آموزش سلامت مشغول هستند. حال آنکه در انگلیس و ژاپن این فعالیتها بیشتر در سطح سازمانهای علمی و دانشگاه و یا سازمانهای غیردولتی دنبال می‌شود. طبق یافته‌های پژوهشی، ساختار سازمانی مدیریت سلامت زنان در امریکا و کانادا عملکرد بسیار مؤثر و مطلوبی را در ارزیابیها نشان داده‌اند (Crandall, 2001). در ایران به رغم ضرورت بسیار زیاد آن هنوز چنین مراکز مشابهی از طرف وزارت بهداشت در سطح کشور فعال نشده است و به طور اخص در مورد سلامت زنان هیچ‌گونه برنامه‌ریزی خاصی وجود ندارد.

کمیته‌ها و شوراهای علمی مشورتی مربوط به موضوعهای سلامت زنان نیز از جمله ساختارهای مشورتی موجود در مدیریتهای مرتبط وزارت بهداشت این کشورها هستند که با ترکیب نمایندگان بخشهای مختلف، عهده‌دار هماهنگی، نظارت و سیاستگذاری سلامت زنان می‌باشند. در ایران این هماهنگی درباره سلامت زنان دیده نمی‌شود و گاه به‌گاه به صورت پراکنده، اقدامات خودجوش در مراکز ذیربط علمی و اجرایی انجام می‌شود.

##### **(۵) الگوی پیشنهادی ساختار مدیریت توسعه سلامت زنان در ایران**

هدف اصلی مطالعه مدیریت توسعه سلامت زنان در کشورهای منتخب، مدیریت هماهنگ و فراهم آوردن امکان اقدامات مناسب به منظور ارتقای سلامت زنان و بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت و پاسخگویی به نیازهای سلامتی‌شان می‌باشد. براساس نتایج مطالعه تطبیقی، الگوی مناسب ایران با توجه به شرایط اقتصادی اجتماعی



و وضعیت نظام سلامت کشور طراحی شده است به نحوی که در عین تقویت مدیریت ویژه توسعه سلامت زنان در وزارت بهداشت با کمترین تغییر در ساختار موجود و با بهره‌گیری از نقاط قوت ساختار مدیریتی و نظام سلامت کشور به هماهنگی لازم دست یابد. با تکیه بر یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد اصول مورد توجه در طراحی الگوی مناسب مدیریت توسعه سلامت زنان در ایران می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

- اصلاح نگرش در مورد سلامت زنان فراتر از باروری و توجه به ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی؛

- اهمیت پژوهش در شناخت و آگاهی از ابعاد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی زنان و پژوهشهای کاربردی در چگونگی تأثیر شیوه‌های ارائه خدمات مورد نیاز زنان بر سلامت آنان؛

- تدوین برنامه‌ها و تدارک خدمات بهداشتی ادغام‌یافته، جامع و هماهنگ برای رفع نیازهای سلامت زنان در طی دوره زندگی و با توجه به نقشهای متعدد آنان؛  
- و آموزش ارائه‌کنندگان خدمات درباره نیازها و عوامل مؤثر بر سلامت زنان.

با توجه به شرایط و وضعیت ایران به نظر می‌رسد که الگوی مناسب ایران با الهام از نقاط قوت الگوی دو کشور کانادا و امریکا براساس اصول ذکر شده و با تکیه بر نقش محوری دولت می‌بایست دارای ابعاد ملی، استانی منطقه‌ای و محلی باشد. در ابعاد ملی، دفتر سلامت زنان وزارت بهداشت با مسئولیت مشاور وزیر در سلامت زنان به صورت متمرکز نقش رهبری و هماهنگ‌کننده اصلی را ایفا می‌کند. دفتر سلامت زنان دانشگاه‌های علوم پزشکی استانها و مناطق این نقش را به صورت نیمه‌متمرکز در سطح استان و منطقه عهده‌دار می‌شوند. دفتر پژوهشها، اطلاعات و شبکه سلامت زنان نیز در معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، نقش اطلاع‌رسانی و هماهنگ‌کننده را در پژوهشهای سلامت زنان و نقش پشتیبانی علمی اطلاعاتی را جهت سیاستها و برنامه‌های سلامت زنان ایفا می‌کند. اداره سلامت زنان و کودکان معاونت سلامت، در

مجموعه معاونت سلامت بازوهای اجرایی در ایفای سیاستهای مرتبط هستند. اجرای الگو و ارتباطات لازم در نمودار ارائه شده است.

مراکز عالی سلامت زنان در دانشگاهها، ساختار اجرایی و خدماتی را در برنامه‌های پژوهشی، آموزشی و ارائه خدمات سلامت زنان در سطح استانها و مناطق عهده‌دار خواهند بود. این مراکز بازوهای پشتیبانی اصلی اجرای برنامه‌های دفتر سلامت زنان وزارت بهداشت و دانشگاهها در حوزه کاری هستند. در ساختار مشورتی برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در سطح ملی، شورای سلامت زنان وزارت بهداشت و در سطح استانی و منطقه‌ای، شورای سلامت زنان استان در دانشگاهها مسئول اجرای این وظیفه خواهند بود. کمیته‌های اجرایی مراقبت از سلامت زنان دانشگاههای علوم پزشکی نیز نقش نظارت و پایش سلامت زنان و ارزیابی برنامه‌های سلامت زنان در استانها و مناطق را ایفا می‌کنند.

- دفتر امور زنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۲)، **خلاصه‌ای از گزارشات مشاورین رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی در امور زنان**.
- سیاری، علی‌اکبر. مفتون، محمدعلی. (۱۳۸۱)، **عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آیینہ قضاوت، اداره کل روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۷۵)، **سیری در وضعیت بهداشت، درمان و آموزش و پژوهش پزشکی، مرکز تدوین سیاستها و برنامه‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۷۹)، **سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران، با همکاری مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد**.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۷۹)، **گزارش سومین ارزشیابی استراتژیهای بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰**.
- Amano, K. (2003), **Findings on Gender-Sensitive Medicine**, Japan, Chiba Prefecture.
- Anderson, J. Oscarson, R. (1995), **Japan's Health Care System: Western and East Asian Influences, Global perspectives on Health Care**, England Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Carnes, M. Vandenbosche, G. Agatasa, P. Hirshfeld, A. Dan, A. Shaver, J. (2001), **Using Women's Health Research to Develop Women Leaders in Academic health Sciences: The National Centers of Excellence in Women's Health**, *Journal of Health & Gender- Based Medicine*, Vol. 10, No.1, pp 39-47.
- Center for Women's Participation. (2005), **National Report on Women's Status in the Islamic Republic of Iran (Beijing + 10)**
- Collins, Karen Scott. (2002), **Evaluation of the National Centers of Excellence in Women's Health: Sustaining the Promise**, *Women's Health Issues*, Vol. 12, No.6, November / December
- Crandall, C. Zitzelberger, T. Rosenberg, M. Winner, C. Holaday, L.(2001), **Information Technology and the National Centers of Excellence in Women's Health**, *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, Vol. 10, No. I, pp49-55.

## References

منابع

- Folland, S. Goodman, A. Stano, M. (2001), **Economics of Health and Health Care**, New Jersey, Prentice Hall Inc.
- Goldman, M. Hatch, M. (2000), **Women & Health**, U.S.A., Academic Press.
- Gwinner, V. Strauss, J. Milliken, N. Donohue, G. (2000), **Implementing a new model of integrated women's health in academic health centers: Lessons learned from the national centers of excellence in women's health**, *Journal of women's Health & Gender-based Medicine*, Vol. 9, No.9.
- Ham, C. (1999), **Health Policy in Britain**, 4th edition, London England, Macmillan Press LTD.
- Health Canada, Centers of Excellence for Women's Health Program (CEWHP). (2004), **Women's Health Bureau**, available at: <<http://www.hc-sc.gc.ca/women>> March (2004).
- Health Canada, (2004). **women's Health Bureau**, available at: <<http://www.hc-sc.gc.ca/English/women/aboutus.htm>> March (2004).
- Health Canada. (2004), **Women's Health, Exploring Concepts on Gender and Health**, available at: <<http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/cewh.htm>> April (2004).
- Lassey, M. Lassey, W. Jinks, M. (1997), **Health care systems Around the World: Characteristics Issues Reforms**, New Jersey, Prentice Hall.
- Mazure, C. Arons, A. Vital, A. (2001), **Examining Structured Representation and Designated Fiscal Support for women's health in the U.S. Department of Health and Human Resources**, *Journal of Women is Health & Gender Based Medicine*, Vol. 10, No.9.
- Mlliken, N. (2001), **Academic Models of Clinical Care for Women's Health: The National Centers of Excellence in Women's Health**, *Journal of Women's Health & Gender- Based Medicine*, Vol. 10, No.7.
- Strobino, D. Grason, Helly. Minkovitz, Cynthia. (2002), **Charting a course for the future of women's health in the United States: Cencepts, finding and recommendations**, *Social Science & Medicine*, 54: 830-848
- U.S. **Department of Health and Human Services, National Institutes of Health**. (1999), **Agenda for Research on Women's Health for the 21st**

## References

منابع

- Century, A Report of task force on the NIH Women's Health Research Agenda for the 21st Century, Volume 1, Executive summary, No. 99- 4385, Bethesda MD, NIH Publication
- U.S. DHHS. (2001), **Report to congress on women's health offices. Programs and Activities in the Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services**
  - US. DHHS. (2002), **An Evaluation of the National Centers of Excellence in Women's Health, Department of Health and Human Services, Office on Women's Health,**
  - Women & Equality Unit. (2002), **Interim update of key indicators of women's position in Britain,** available at: <<http://www.women and equality unit.gov.uk>> April (2004).
  - Women in Japan Today. (2002), available at: <<http:// www. gender. go.jp/english-contents/women2002/a02.html>> April (2004).
  - **Women's Health- Strategic Plan 2001- 2006.** (2004), available at: <[http:// www.hrsa.gov/womenshealth/aboutistrategic\\_plan.htm](http:// www.hrsa.gov/womenshealth/aboutistrategic_plan.htm)> April (2004).