.آنچه سیاستگذاران، تصمیم سازان و تصمیم گیران در اهمیت سلامت زنان می دانند:

سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است. سیستمهای بهداشتی ورفاهی در دنیا به طور روز افزون اهداف خود را از "ارائه مراقبتهای بهداشتی" به سمت "ایجاد چامعه سالم" ارتقاء می دهند و شاخصهای کلی سلامت مانند بهزیستی جایگزین شاخصهای محدود و نارسایی مانند میزان مرگ و میر می شود. سلامت زنان بنا بر تعریف تنها فقدان بیماری و ناتوانی نیست بلکه حالتی از آسایش و رفاه کامل جسمی ، روانی ، اجتماعی و معنوی زنان در دوره های مختلف زندگی از نوزادی ، کودکی ، نوجوانی ، جوانی ، میانسالی و سالمندی می باشد. نیازهای سلامت زنان محدود به شرایط فیزیولوژیکی و بیماریهای خاص زنان نبوده و شامل بیماریهایی است که در زنان شایعتر ، یا دارای ، عوامل خطر و عوارض متفاوت بوده و یا دارای دوره ای متفاوت از مردان می باشند.

پژوهشها نشان می دهد که سلامت جامعه زنان به دلایل مختلف آسیب پذیر تر ازمردان است و علاوه بر ویژگیهای بیولوژیکی،تحت تاقیر عوامل اجتماعی،اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارد. موضوع مدیریت توسعه سلامت زنان در زمره اولویتهای سازمان جهانی بهداشتت فرار دارد و به عنوان زمینه های اصلی توسعه استراتژیک بهداشت مورد توجه مراکز علمی ذیربط قرارگرفته است که بر سییتمهای ادغام یافته ارائه خدمات بهداشتی و گسترش وبهبود روشهای سنتی تاکید دارند.الگوهای جدید، ارائه خدمات را در شکلهای سازمانی ومراکز ویژه با برنامه ریزی خدمات ادغام یافته ،جامع وبنابر دوره های مختلف زندگی زنان ، پیشنهاد کرد ه اند.

زنان تنها نیمی از جامعه به شمار نمی آیند بلکه به عنوان تولیدکننده و تربیت کننده یک نسل، جایگاه و سهم منحصر به فرد در سیستم سلامت دارند. زنان با قابلیت و ظرفیتهای بسیار، از جمله عوامل تاثیرگذار در پیشرفت و توسعه جوامع محسوب می‌شوند. پژوهشها نشان می دهند که سلامت زنان مطمئن ترین راه نیل به اهداف کلی سلامت و ارتقای کیفیت زندگی برای همه انسانها می باشد. وضعیت سلامت زنان تاثیر مهمی بر سلامت کودکان ، خانواده ، جامعه و محیط زیست دارد. زنان اولین مراقبین سلامت خانواده و جامعه هستند ، آموزش و فرهنگ سلامت از طریق زنان توسعه می یابد. زنان هم دریافت کنندگان و هم ارائه دهندگان اصلی مراقبتها در نظام سلامت هستند و بخش بزرگی از مراقبین بهداشتی در بخش رسمی سلامت را تشکیل می دهند. اما در زمینه بهبود توانمندی ، ظرفیتها و قابلیتهای آنان در رهبری و تصمیمگیری بخش سلامت در جامعه هنوز گامهای زیادی را باید برداشت. آنها را باید در ایفای این نقشهای حساس حمایت کرد تا بتوانند برای سلامت خود و سعادت خانواده ، جامعه بهتر عمل کنند

در دنیای امروز حیطه سلامت زنان بسیار وسیع‌تر از سلامت باروری و جنسی می‌باشد. این شناخت که بین زنان و مردان نه تنها از لحاظ بیولوژیکی بلکه از نظر پیامدهای اجتماعی نیز تقاوت وجود دارد بسیار مهم است. درست است که میزان مرگ در زنان در

برخی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری و سایر مشکلات خانوادگی و معضلات اجتماعی دارند و شیوع برخی از بیماریهای جسمی مانند بیماریهای اسکلتی-عضلانی و همچنین بیماریهای روحی-روانی مانند افسردگی در میان زنان بیشتر است. به علل ریشه ای نوع ارایه خدمات سلامت و حمایت های لازم برای درمان در دو جنس متفاوت هستند ودر جامعه باید راه کارهاو ظرفیت های متفاوتی را برای ارتقاء سلامت دید.عدالت جنسیتی با تاکید برحفظ ارزش و کرامت زن، تفاوت های اساسی موجود میان زن و مرد را مورد توجه قرار می دهد.

حق زنان در برخورداری از بالاترین سطح دستیابی به سلامت جسمی،روانی واجتماعی نیازمند دسترسی آنان به اطلاعات، مرافبتها وخدمات بهداشتی،درمانی کیفی و متناسب با دور ه های مختلف زندگی و نقشهای متعدد خانوادگی و اجتماعی آنان است. در بسیاری از موارد ، وضعیت سلامت زنان نتیجه عملکرد توام فرایند های متعدد مدیریتی، اجتماعی، سیاسی واقتصادی است که به ناتوانی زنان و محرومیت از حق سلامت آنها کمک می کند. بررسی در باره سلامت زنان علاوه بر آنکه باید با رویکردی کل نگر، چند تخصصی و چند بخشی به خدمات مورد نیاز آنان همراه باشد در ضمن باید دوره زندگی آنها را نیز مد نظر قرارداد. شرایط هر مرحله نه تنها بر مراحل بعدی زندگی تاثیر دارد، بلکه بر نسل بعدی نیز تاثیر گذار است و این ارتباط بین نسلی از ویژگیهای خاص زنان بوده و بسیار حائز اهمیت ازنظر توسعه انسانی، برنامه ریزیهای استراتژیک وتوسعه و پیشرفت جامعه ها می باشد. بنابر این شناخت و درک صحیح تفاوت های بیولوژیکی،جسمی، روانی و اجتماعی وتامین و تسهیل فرصت های مناسب جهت رشد و باروری استعداد های فردی آنان یکی از مهمترین مکانیسم های ایجاد خانواده و جامعه سالم و پایدار و توسعه اجتماعی و فرهنگی خواهد بود.

بطور مثال امید به زندگی در زنان بیشتر است(امید به زندگی دربدو تولد زنان ۷۶,۶ومردان ۷۲,۱ سال ۲۰۱۱ براساس مطالعه steps)، در نتیجه سالمندان زن نسبت به مردان جمعیت بیشتری را به خود احتصاص میدهد. این مطلب ممکن است از این لحاظ گمراه کننده باشد که زنان به دلیل اینکه سالم ترند عمر بالاتر ی دارند. در حالی که اگر شاخص های دیگر را در نظر بگیریم به همان دلیل که زنان عمر بیشتری دارند به همان اندازه در معرض بیماری ها و معلولیت ها و مشکلات بیشتر نیز قرار دارند . طو لانی بودن عمر زنان باعث می شود در معرض فشار های اقتصادی و فقر قرار گیرند و سال های پایان عمر را توام با بیماری ودر بسیاری از مواقع از نظر مادی ودسترسی به امکانات رفاهی شرایط نا مناسبی را تجربه کنند. یک جور رنج مضاعف(پیری و ناتوانی و فقر) . واین دلیلی دیگر از اینکه سلامت زنان را علاوه بر دریچه ساختار فیزیولوژیک خاص خود با لحاظ نقش های متعدد ی که ایفا می کند و نیز تاثیر گذاری و تاثیر پذیری از عوامل اجتماعی واقتصادی و فرهنگی نیز باید رصد کرد و براساس آنها برنامه ریزی و اقدام نمود. درباره سلامت زنان و نظام های سلامت بر رویکردهای ادغام یافته سلامت در طی دوره زندگی تاکید می شود و آن را نکته ای کلیدی و با اهمیت در برنامه های پژوهشی و برنامه ریزی بشمار می آورند . در چنین رویکردی ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی اقتصادی، فرهنگی و معنوی زندگی زنان همانند ایفای نقشهای چندگانه فردی و شغلی آنان در خانواده و جامعه ودرطول همه دور ه های زندگی، مدنظر قرار می گیرد .

.تحقیقات نشان می‌دهد که اگر چه سلامت زنان در ایران در دهه‌های اخیر ارتقاء قابل ملاحظه‌ای داشته ولی هنوز تا وضعیت مطلوبی که شایسته زنان کشور است فاصله وجود دارد و هنوز از بیماری‌های جسمی و روحی قابل پیشگیری، آسیب‌های فیزیولوژیکی، عارضه‌های پس از زایمان، فقر حرکتی و فعالیت‌های مؤثر بدنی و ... رنج می‌برند که باید برای ارتقاء آنها اقدامات جدی و منسجم صورت پذیرد.
با توجه به این توضیحات مسأله مدیریت توسعه سلامت زنان در ایران همانند بسیاری از کشورهای دیگر دنیا در زمره اولویت‌های مهم کشور قرار داشته و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین زمینه‌های اصلی توسعه استراتژیک جامعه نیاز به توجه خاص و

برنامه‌ریزی دقیق متناسب با نرم‌های ایرانی و اسلامی دارد. سلامت زن از موضوعات استراتژیک در قالب مشکل (problem) و درقالب موضوع توسعه ای (Subject Development) قرار دارد که ناظر بر خط و مشی سازمان بوده و بر تعهدات، رسالت و ارزش هاو سطح خدمت سازمان تاثیر ژرف و پایدار می گذارد.

لازم به ذکر است که بر اساس توافقات بین‌المللی و البته سیاست‌های مورد پذیرش کشور، فراهم آوردن بهترین شرایط زندگی و سلامت برای کلیه افراد جامعه خصوصاً زنان از تکالیف دولت بوده و لذا داشتن یک برنامه راهبردی مؤثر و مناسب جزو اولویت‌های کلان کشور می‌باشد. در ایران با توجه به تغییرات بسیار سریع اجتماعی، سیاسی و اقتصادی در دهه‌های گذشته به خصوص بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و ایجاد فضای مناسب برای حضور زنان در جامعه و حرکت به‌سوی یک جامعه توسعه‌یافته، بسیاری از زنان نقش خود را عوض کرده، از نقش‌های سنتی خود خارج و به عنوان یکی از بازوهای فعال اجتماعی در سطوح مختلف فعال شده‌اند. این در حالی است که بافت فرهنگی و مذهبی و ارزش‌های مربوطه در جامعه وجود داشته و زنان در قالب‌های خاص و منطبق با ارزشهای اسلامی و بسیار متفاوت از کشورهای غربی به بالندگی اجتماعی می‌رسند.
این حرکت سریع و تحول عمیق اجتماعی زنان مسلماً مدیریت خاص و دقیقی را نیز می‌طلبد که بدون آن احتمالاً اهداف خاص اجتماعی با تأخیر و گاه با هزینه‌های بسیار سنگین محقق می‌گردد. بر این اساس لازم بوده است که راهبردهای کلان کشوری در زمینه مدیریت زنان به شکل مناسبی تدوین و بعد از تصویب، مبنای کار همه سازمان‌های متولی قرار گیرد. که البته در این خصوص قدم‌های بسیار مؤثری برداشته شده است. پرواضح است که باید این برنامه‌ریزی از سطوح کلان به سطوح خرد با یک پیوستگی خاص ادامه یابد.
تجربه سایر کشورها نشان داده است که سلامت عمومی جامعه و اختصاصاً زنان تأمین نخواهد شد مگر آنکه بعضی از مؤلفه‌ها و تعیین کننده‌های کلان آن مانند فقر، حمایت‌های اجتماعی و همچنین بی‌سوادی نیز مدنظر قرار گیرند چرا که همه ابعاد سلامت زنان تحت تأثیر این عوامل قرار می‌گیرند. این موضوع نشان می‌دهد که نقشه سلامت زنان در کشور برنامه درون سازمانی وزارت بهداشت نخواهد بود و می‌طلبد که کلیه سازمان‌های ذی‌ربط و مرتبط نظام برای تحقق اهداف آن تلاش کنند.

با توجه به توضیحات فوق و به‌صورت کلی می‌توان بیان نمود که ضرورت داشتن یک "*برنامه جامع مدیریت سلامت زنان در کشور*" به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اجزای "*برنامه کلان مدیریت زنان*" امری ضروری بوده و این برنامه حتماً باید برنامه بین سازمانی و با مرکزیت وزارت بهداشت باشد و نوع نگاه آن مشارکت‌جویانه و با مداخله مستقیم زنان در کلیه مراحل تدوین تا اجرا و پایش برنامه باشد.
چشم انداز راهبرد سلامت زنان مشتمل بر تحقق اهداف عالی جامعه اسلامی و در راستای تحقق چشم‌انداز بیست ساله، نظام جمهوری اسلامی ایران خود را موظف می‌داند تا برای ارتقاء سلامت همه‌جانبه زنان در حیطه‌های جسم، روان، اجتماعی و معنوی با تمام ظرفیت بکوشد و در این راستا سعی نماید تا تفاوت‌های بین زیر گروه‌های مختلف به حداقل رسیده و با مدیریت مشارکتی و تأکید بر عوامل ریشه‌ای مانند فقر فرهنگی و اطلاعاتی، توسعه‌ای پایدار در سلامتی زنان ایجاد نماید به گونه‌ای که بتوان در پایان زمان چشم‌انداز بیست ساله، به‌عنوان کشوری نمونه در زمینه سلامت زنان با رویکردی بومی، و با تأکید به ارزش‌های ایرانی و اسلامی و اصالت خانواده و حفظ و تحکیم بنیان آن عمل نموده و در رشد شاخص‌های کلانی مانند امید زندگی (life expectancy)، نرخ باسوادی (literacy rate)، کیفیت زندگی (quality of life) و سرمایه اجتماعی (social capital) در بین کل جامعه و اختصاصاً در بین زنان به‌صورت متوازن و مستمر بهترین عملکرد را در منطقه نشان دهد. فرهنگ حاکم بر جامعه ایران با اصالتی عمیق و متأثر از باورهای دینی و سنت‌های بومی دارای ارزش‌های مورد پذیرش اجتماعی هستند که بدون در نظر گرفتن کامل این ارزش‌ها طراحی برنامه جامع و عملیاتی نمودن آنها تقریباً غیرممکن می‌باشد. اهم ارزش‌های مرتبط با سلامت جامعه به شرح زیر می‌باشند:

۱. حفظ کرامت انسانی به معنای عمیق و گسترده و احترام به حقوق اصیل ایشان

۲. رویکردی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی و ایرانی و توجه به رفاه در کنار آسایش

۳. اصالت خانواده به‌عنوان رکن پایه جامعه و محیط اصلی آسایش و بالندگی افراد

۴. ارتقاء سلامت برای همه احاد جامعه و نگاهی عدالت‌محور و گسترده برای کاهش تفاوت‌ها و تبعیض‌ها

۵. رویکردی مشارکتی و بین بخشی با استفاده از تمامی ظرفیت‌ها و توانمندی‌ها

۶. توجه و احترام به تفاوت‌های بیولوژیک بین زنان و مردان و فراهم آوردن زمینه رشد استعدادهای ذاتی انسان‌ها متناسب با توانمندی

راهبردها ی سلامت زنان بر اساس تحلیل عوامل محیط داخلی و خارجی موثر بر سلامت زنان عبارتند از:

۱. تدوین برنامه جامع مدیریت سلامت زنان در جامعه و افزایش همکاری و تعامل بین بخشی مؤثر در جهت تدوین برنامه-های عملیاتی مدیریت سلامت زنان در جامعه متناسب با نیازهای سلامت زنان و توجه به موالفه‌های اجتماعی سلامت، و ایجاد نظام مناسب پایش (monitoring) عملکردها و مراقبت (surveillance) به شکلی که نه تنها نیازهای فعلی بلکه مسائل و مشکلاتی که در آینده نیز سلامت زنان را تهدید خواهد نمود (مانند اچ- آی- وی/ ایدز) نیز مدنظر باشند. برای تحقق این مهم باید سه مرحله اصلی و مهم را مدنظر قرار داد:

i. برنامه‌ریزی کلان ، و در قدم بعدی و بعد از تصویب، برنامه‌های عملیاتی دقیق با رویکردی مشارکتی تنظیم گردد.

ii. زیرساخت‌های تشکیلاتی و منابع اختصاص یافته موجود برای اجرایی نمودن این برنامه‌ها تغییر و ارتقاء یابد تا ظرفیت کافی برای مدیریت برنامه در زمان اجرا به وجود آید.

iii. ترسیم و تدوین پرتکل دقیق پایش عملکردها با رویکردی درونی و با جلب نظر کلیه ذی‌نفعان و پرتکل دقیق ارزشیابی با رویکردی بیرونی و متکی بر نتیجه‌ها و خروجی‌ها (outputs and impacts).

۲. تبیین سبک مناسب زندگی برای افزایش سلامت جسم با تأکید به تغذیه سالم و تحرک بدنی کافی متناسب با شرایط کشور و در نظر گرفتن محدودیت‌ها و معذوریت‌ها و استفاده از کلیه ابزارها و ظرفیت‌های قانونی برای فرهنگ‌سازی لازم در جهت نزدیک نمودن سبک زندگی زنان به سبک پیشنهادی.

۳. افزایش مهارت‌های زندگی جهت مقابله بهتر و مؤثرتر زنان در برابر استرس‌ها و فشارهای روانی و کاهش تأثیر فشارهای مختلف بر کیفیت زندگی فردی و خانوادگی و اجتماعی ایشان.

۴. کشف زمینه‌های تخلفات و ریزه‌کاری‌های اجتماعی و تلاش برای از بین بردن ریشه‌ای آنها از طریق کاهش تبعیض‌ها، افزایش حمایت‌های اجتماعی از گروه‌های آسیب‌پذیر، افزایش امنیت اجتماعی و ارتقاء دانش و فرهنگ جامعه و آگاه نمودن زنان به حقوق قانونی خود.

۵. با ملموس نمودن مصادیق سلامت معنوی در زندگی روزمره مردم، شناسایی مکارم والای اخلاقی دین مبین اسلام و ظرفتهای بالای آن و توجه خاص و اشاعه آنها با استفاده از روش‌های قابل قبول در بطن جامعه زنان ایرانی، بایست مفهوم مکارم اخلاقی والای دین اسلام که مورد نیاز جامعه می‌باشند مانند توحید به معنای عالی آن، نوع دوستی و انسان دوستی، صداقت و اعتماد و کاهش مادی‌گرایی متناسب با شرایط موجود جامعه تعیین شده و برای نهادینه نمودن این مفاهیم با الگوسازی و با استفاده از زیرساخت‌های مردمی مانند انجمن‌ها، خیره‌ها مساجد و مراکز فرهنگی و سازمان‌های غیردولتی ظرفیت‌سازی و ساختارسازی گردد. باید تلاش گردد تا این مفاهیم در مردم جامعه درونی‌سازی شده و با باز تعریف عملیاتی از ارزش‌ها و ضد ارزش‌ها و بها دادن به مکارم اخلاقی ولی بدور از پاداش‌های مادی، شرایط رشد و بالندگی این مفاهیم تقویت گردد. همچنین تأکید شود که این مبانی از دوران کودکی و در سنین پایین باید در بطن کودکان حک گردد و لذا توجه خاص به تقویت بنیان خانواده و تقویت آن برای پرورش کودکان در محیط امن، صمیمی و مملو از صداقت بسیار ضروری است.

مختصات سلامت جسمی زنان ایرانی (راهبردهای اول و دوم):

برای تشریح رویکرد خاص حاکم بر راهبرد اول و دوم نوشته شده لازم است مختصات فعلی و آینده سلامت جسمی جامعه و مشکلات زنان جامعه بر اساس مستندات قوی تعیین گردد تا مسیر نوشتن برنامه‌ها بر اساس واقعیت‌ها شکل بگیرد. این قسمت از بحث شیوه بسط برنامه‌های مرتبط به این دو راهبرد را تعیین می‌نماید.

با توجه به اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن غیرواگیر بیشترین بار بیماری‌ها و مرگ و میر را به زنان ایرانی تحمیل نموده و روند آینده نیز در دو دهه آینده افزایش این بیماری‌ها به دلیل عدم کنترل عوامل خطرساز و همچنین مسن شدن جامعه می‌باشد. بیماری‌های قلبی- عروق به تنهایی حدود 46/11 درصد از کل مرگ ها در سال ۹۰ به‌عهده دارد. نکته قابل توجه قابل کنترل و مدیریت بودن عوامل خطر این بیماری‌ها است که تجربیات سایر کشورهای جهان در این خصوص بسیار مؤثر و مفید می‌باشد.

عوامل خطر اصلی بیماری‌های جسمی زنان

عامل خطر	گستردگی عامل خطر	بیماری‌های مهم تحت تأثیر	میزان امکان مداخله و اصلاح
افزایش وزن	۵۹٪ زنان جامعه و روند افزایش آن	بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	بسیار زیاد
اختلالات چربی خون	بیش از ۲۰٪ جامعه زنان میان‌سال و مسن از این مشکل رنج می‌برند و روند آن افزایشی است	بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	زیاد
پرفشاری خون	بیش از ۲۵٪ جامعه زنان میان‌سال و مسن از این مشکل رنج می‌برند و روند آن افزایشی است	بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	زیاد
دیابت	بیش از ۲۰٪ جامعه زنان میان‌سال و مسن از این مشکل رنج می‌برند و روند آن افزایشی است	بیماریهای قلبی-عروقی، سرطانها و حتی مشکلات روحی- روانی به دلیل بیماری و عوارض آن	زیاد
فعالیت بدنی کم	میانه فعالیت‌های بدنی زنان در جامعه صفر دقیقه است که بسیار نگران کننده است	بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت، مشکلات روحی و روانی و حتی سلامت اجتماعی زنان	بسیار زیاد
تغذیه نامناسب	بیش از ۶۰٪ زنان الگوی مناسب غذایی را رعایت نمی‌کنند	بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان‌ها و سندرم‌های متابولیک مانند دیابت	بسیار زیاد

نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر ایران به عنوان یک نظام جامع کشوری با همکاری دانشگاههای علوم پزشکی ، ششمین دوره پایش ملی خود را در اردیبهشت سال ۹۰ ، بر اساس رویکرد گام به گام سازمان بهداشت جهانی برای پایش عوامل خطر مشترک بیماری های غیر واگیر(STEPS) خود را با توجه به جمع آوری اطلاعات استاندارد شده،به مرحله اجرا در آورد که بر اساس این گزارش:

میانگین فعالیت بدنی کم (MET-MHNUTES/WEEK > ۶۰۰)	زنان ٪۴۰/۱۲	مردان ٪۴۸/۸۲
میانگین متوسط دقایق فعالیت جسمانی روزانه	۴۹/۴۲دقیقه	۱۳۴/۸۳ دقیقه
درصد افراد دچار اضافه وزن و چاقی (BMI > ۲۵ تا ۳۰ و مساوی یا بیشتر از ۳۰)	٪۵۱/ ۵۹	٪۴۴/۹۶
درصد افراد دچار چاقی (BMIمساوی یا بیشتر از ۳۰)	٪ ۲۱/۹	٪۱۱/۹
فشار خون بالا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۴۰	٪ ۱۹/۲۱	٪۱۸/۸۳
شیوع کلسترول بالا (بیش از ۲۰۰ میلی گرم در میلی لیتر)	٪۳۰/۹۸	٪۲۵/۸۹
میانگین تری گلیسرید (mg/dl)	۱۴۱ /۳۷	۱۵۷/۲۳
HDL (mg/dl)	۴۷/۰۳	۴۱/۶۲
دیابت(شیوع قند ناشتا ی بالا):	٪۱۴/۵۷	۱۳/۰۲
شیوع مصرف کم میوه و سبزیجات: (کمتر از ۵ واحد در روز)	٪۸۶/۷۸	٪۸۹/۵
درصد افراد کم خطر: (هیچ یک از ۵ عامل خطر را ندارند)	٪۲/۵۸	٪۳
درصد افراد پر خطر سنی۴۴-۱۵سال (حداقل دارای ۳ عامل خطر باشند)	٪۲۶/۴	٪۲۷/۹۱
درصد افراد پر خطر سنین۶۴-۴۵سال (حداقل دارای ۳ عامل خطر باشند)	٪۵۶/۴۸	٪۵۲/۱۳

۵ عامل پرخطر شامل: مصرف روزانه سیگار، فشارخون بالا،مصرف میوه و سبزیجات کمتر از ۵ واحد در روز ،کم تحرکی

با توجه به برآورد خطر، با افزایش سن، درصد زنان در معرض خطر بالا افزایش می یابد . اگراین شرایط با عوامل خطرتهدید کننده سلامت اجتماعی شامل فقر، ناتوانی، بیکاری و....همراه گردد سالمندی پرخطری را تجربه خواهند کرد.

چاقی خصوصاً در خانم‌های ایرانی بیشتر به دلیل کمبود فعالیت فیزیکی است تا دریافت کالری بالا و فعالیت فیزیکی کمک مؤثری به کاهش چربی‌های خون می‌کند، در درمان و کنترل فشارخون و دیابت نیز مفید می‌باشد؛ فعالیت فیزیکی پایین در زنان ایرانی بسیار رایج است و نیمی از زنان حتی در روز یک دقیقه نیز فعالیت مؤثر فیزیکی ندارند. فعالیت کم فیزیکی سلامت روحی و روانی و حتی اجتماعی زنان را نیز تحت تأثیر قرار داده و کنترل و اصلاح این عامل خطر با هزینه کم ولی برنامه‌ریزی مؤثر قابل رفع می-باشد. لذا اولین سیاست پیشنهادی در زمینه کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن می‌تواند برنامه‌ریزی برای افزایش فعالیت فیزیکی در خانم‌ها باشد. البته در اولویت‌های بعدی اصلاح سبد تغذیه زنان جامعه و همچنین کنترل روند افزایشی مصرف سیگار و سایر دخانیات باید در برنامه مدنظر باشد.
لازم به ذکر است که سرطان‌های شایع زنان در ایران مانند سرطان پستان، پوست و سرطان دهانه رحم نیز باید در برنامه جامع سلامت مدنظر قرار گیرند چرا که این سرطان‌ها قابل پیشگیری هستند و با مدیریت بهینه می‌توان بار این بیماری‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار داد. البته با تعدیل سبک زندگی، و با کنترل عوامل خطر ذکر شده در جدول بالا، به‌صورت مستقیم بروز بعضی از این سرطان‌ها نیز تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. علاوه بر آن برای کنترل سرطان‌های اصلی زنان، بیماریابی فعال خصوصاً در گروه-های پرخطر باید به‌عنوان یک راهکار مدنظر قرار گیرد.
با توجه به توضیحات ذکر شده فوق به‌صورت خلاصه مهم‌ترین اقدامات پیشگیری باید بر اساس ۴ محور زیر تنظیم گردد.

۱. افزایش فعالیت‌های فیزیکی مؤثر در زنان.
۲. اصلاح الگوی غذایی.
۳. کنترل مصرف دخانیات و کاهش روند افزایشی مصرف در زنان.
۴. غربال‌گری و بیماریابی فعال در زمینه سرطان‌های رایج زنان شامل سرطان‌های پستان، پوست و گردن دهانه رحم.

مختصات بهداشت باروری زنان ایرانی (راهبردهای اول و دوم، سوم و چهارم):

در حال حاضر ۲۷/۵۴ درصد از جمعیت ایران بین سنین ۲۴-۱۰ سال می‌باشد (سرشماری ۱۳۹۰). توجه به نیازهای بهداشت باروری نوجوان و جوانان که مادران آینده را تشکیل می‌دهند از مهم‌ترین الویت‌های بهداشتی می‌باشد. از عمده‌ترین خطرات سلامتی مرتبط با بهداشت باروری در زنان بیماری‌های منتقله جنسی، حاملگی زودرس و ناخواسته و سقط‌های خطرناک می‌باشند. شواهد موجود نشان می‌دهد که خطرات جدی برای سلامت نوجوانان، خصوصاً برای دختران، زمانی اتفاق می‌افتد که فعالیت جنسی در آنها آغاز گردد. هر چه سن شروع فعالیت جنسی پائین‌تر باشد، خطرات احتمالی و عوارض بیشتر خواهد بود.

عوامل خطر اصلی در بهداشت باروری زنان:

تماس‌های جنسی غیر ایمن و خارج از چارچوب روابط مشروع تعریف شده به‌عنوان بزرگ‌ترین تهدید سلامت باروری برای زنان ایرانی محسوب می‌شود که اگر چه نسبت به سایر کشورها از فراوانی پایین‌تری برخوردار است ولی روند افزایشی آن باید به‌عنوان یک تهدید جدی تلقی گردد. عوامل مهم چنین رفتارهایی را می‌توان به‌صورت خلاصه به شرح زیر بیان نمود.

۱. جوان بودن جمعیت.

۲. مهاجرت بالای جوانان برای تحصیل و یا کسب درآمد.

۳. بالا رفتن سن ازدواج به دلایل متعدد اجتماعی و اقتصادی.

۴. رسوخ فرهنگ‌های غربی در جامعه.

۵. تغییر نگاه‌های مذهبی و کم شدن نقش باورهای دینی به‌عنوان مهم‌ترین عامل کنترل رفتارهای جنسی خارج از چارچوب خانواده.

۶. دانش کم و محدود جوانان و اختصاصاً زنان در سنین پایین به مباحث بهداشت باروری.

۷. گسیختگی کانون گرم خانواده در درصدی از جامعه که به‌صورت مسری می‌تواند در تخریب کانون سایر خانواده‌ها و سلامت جامعه تأخیر مخرب بگذارد.

با توجه به دلایل فوق‌الذکر باید سعی گردد تا به صورت هماهنگ با افزایش دانش کاربردی نوجوانان و جوانان، نشان دادن عینی خطرات تماس‌های جنسی غیرکنترل شده به خصوص خارج از چارچوب تعریف‌شده خانواده به جوانان و بزرگ نمودن عواقب غیرقابل برگشت آن، ترغیب آنها به محدود نگاه داشتن روابط جنسی در دایره زناشویی، ترویج استفاده از روش‌های مؤثر پیش-گیری، تقویت کانون‌های خانواده و تلاش در جهت کاهش سن ازداوج با آسان‌سازی شرایط زمینه بروز آلودگی‌های مربوطه را به حداقل رساند.

البته لازم به ذکر است که روابط جنسی غیرسالم در جامعه علاوه بر سلامت جسم، سلامت روح و روان، و سلامت اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سلامت معنوی را نیز تخریب می‌کند

مختصات سلامت روحی- روانی (راهبردهای اول و سوم تا پنجم):

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان چنین شرح داده شده‌است:

«سلامت روان ظرفیت هر فرد، گروه یا محیط در برقراری ارتباط با دیگران است به‌طوری‌که باعث ارتقاء احساس خوب بودن فرد، رسیدن به حداکثر توانایی‌های روانی (شناختی، عاطفی، ارتباطی) و به‌دست آوردن شرایطی که قضاوت و عدالت در آن شرایط برقرار شود می‌باشد».

حیطه‌های سلامت روان زنان که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی مورد اهمیت قرار گرفته است شامل: اختلالات خلقی و اضطرابی، خودکشی، خشونت و اعتیاد می‌باشد .

بر اساس مستندات موجود بزرگ‌ترین چالش در سلامت زنان در این بعد، افسردگی است به شکلی که میزان شیوع این بیماری در زنان ایرانی تقریباً دو برابر مردان است و در بعضی مطالعات شیوع حدود ۴۰ درصد نیز گزارش شده است. این افسردگی بیشتر بیرونی است و عواقبی هم‌چون خشونت و خودکشی و مشکلات زناشویی و بسیاری از آسیب‌های اجتماعی را به‌دنبال دارد. لذا

همان‌گونه که انتظار می‌رود اختلال در سلامت روحی- روانی به شدت سایر ابعاد سلامت جامعه و اختصاصاً زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
از آنجایی که زنان رکن اصلی خانواده می‌باشند، هرگونه بیماری و خصوصاً بیماری روحی- روانی به شدت ثبات و آرامش خانواده را به‌هم می‌ریزد و به‌صورت مشهودی سلامت اجتماعی را نیز مختل می‌کند. زمینه تربیتی فرزندان با بیماری‌های مادران با اشکالات جدی مواجه شده و آینده جامعه را نیز متأثر می‌نماید. بر اساس این پیش‌فرض‌ها، باید سلامت روحی و روانی را به خصوص در زنان بسیار مهم تلقی نمود و برای اصلاح آن اقدامات جدی مبذول داشت.
پرواضح است که این اقدامات بیشتر باید با تکیه به روش‌های پیشگیری باشد تا درمان و جامعه‌نگر باشند تا بیمارمدار. در این خصوص بدون شک مهم‌ترین ابزار پیشگیری، توانمندسازی زنان جامعه در مواجه با فشارهای زندگی و کنترل هیجانات و احساسات خود به شکل مناسب و تا حد امکان مستقل از دیگران است. به همین دلیل باید به‌عنوان اولویت اول به آموزش مهارت‌های زندگی در کلیه اقشار جامعه و خصوصاً خانم‌ها اقدام نمود و آنها را در تصمیم‌گیری‌های درست برای مقابله با ناملایمات زندگی مدد رساند. البته در مرحله بعدی باید به فراهم نمودن شرایط مناسب برای دریافت مشاوره مؤثر در زمان‌های بحرانی و خطرناک فکر نمود و برنامه‌ریزی کرد.
باید توجه داشت که این آموزش‌ها باید در فرهنگ جامعه جا افتاده از کودکی در برنامه‌های درسی گنجانده شود تا بتوان این مهارت‌ها را نهادینه کرد و ارتقاء سلامت روان جامعه و گروه ارتقاء آگاهی مردم در کسب این مهارت‌ها می‌باشد.

البته بعضی باورهای فرهنگی حاکم بر جامعه ایرانی همانند منفی‌نگری، کم بودن اعتمادهای متقابل، کمبود تفریحات سالم برای اقشار مختلف، فشارهای اقتصادی و کاهش سرمایه اجتماعی همه از عوامل اصلی تشدید کننده فشارهای روحی و روانی است که برای یک برنامه‌ریزی کلان و جامع باید این موارد را نیز مدنظر قرار داد.

پس به‌نظر می‌رسد که علاوه بر افزایش دانش و مهارت‌های افراد جامعه در مدیریت استرس‌های روانی باید در زمینه فرهنگ‌سازی و اصلاح نرم‌های فرهنگی جامعه نیز اقدامات جدی صورت پذیرد و بدین شکل احتمالاً راهکارهای ارتقاء سلامت روحی- روانی پیوست بسیار قوی‌تری با سلامت اجتماعی خواهد داشت و در نتیجه برای اقدامات جامع نیاز به ارتباطات و همکاری-های قوی بین‌بخشی خواهد بود.

خلاصه و چکیده کلام در زمینه مدیریت سلامت روحی- روانی زنان جامعه باید اقدامات زیر را به‌عنوان راهکارهای اصلی مد نظر قرار داد.

۱. تقدم پیشگیری بر درمان و تکیه بر روش‌های جامعه‌نگر.

۲. تقویت توانمندی زنان در مقابله با استرس‌های جامعه از طریق آموزش مؤثر مهارت‌های زندگی.

۳. فراهم نمودن زمینه استفاده از مشاوره مؤثر در زمان‌های بحرانی برای نجات فرد از وارد شدن در یک چرخه معیوب و پیش‌رونده.

۴. فرهنگ‌سازی و اصلاح باورهای اجتماعی غلط که سلامت روحی- روانی و همچنین سلامت اجتماعی و حتی معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نشاط و شادابی جامعه را مخدوش می‌کند.

مختصات سلامت معنوی زنان (راهبردهای اول و پنجم):

نتیجه عملی چنین سلامتی افزایش مکارم اخلاقی در جامعه و توجه جدی به رشد و بالندگی معنوی در کنار رفاه و آسایش جسمی و روحی- روانی خواهد بود.
در حال حاضر به‌نظر می‌رسد با اُفت سرمایه اجتماعی در جامعه و کاهش اعتمادهای متقابل، رسوخ نگاه صرف مادی‌گرایانه و تهی شدن انسان‌ها از باورهای عمیق مذهبی، سلامت معنوی در کل دنیا تحت تأثیر قرار گرفته است و ایران نیز از این دایره خارج نیست.
سلامت معنوی جامعه زنان ایرانی با توجه به توضیحات ارائه شده در قسمت‌های قبلی و در اثر وجود بافت جمعیتی جوان، در حال گذر از جامعه سنتی به جامعه توسعه‌یافته و ورود غیرقابل کنترل فرهنگ مادی‌گرایانه از دنیا غرب همراه با روابط جنسی باز به شدت نیاز به توجه دارد.
پیچیده بودن و عمیق بودن لایه‌های معنوی باعث پیچیده شدن شیوه‌های عملی در ارتقاء سلامت معنوی جامعه می‌شود. اگر چه ارتباط تنگاتنگی بین باورهای معنوی و باورهای دینی و مذهبی وجود دارد ولی این دو مقوله صد در صد یکی نیستند. باور ما این است که افراد دیندار واقعی که با معارف والای الهی آشنا هستند از نظر معنوی نیز دارای سلامت کافی می‌باشند. لذا برای ارتقاء سلامت معنوی جامعه توجه خاص به اشاعه باورهای عمیق مذهبی و توسعه اخلاق والای انسانی-اسلامی به شکل جامع لازم است که متضمن توسعه اخلاق والای انسانی گردد.
به‌عنوان راهکارهای اجرایی، باید در نقشه جامع سلامت زنان در کشور، ابتدا بزرگ‌ترین چالش‌ها شناسایی و برای حل آنها اقدامات جدی صورت پذیرد. با وجود کم بودن منابع علمی و مستندات پژوهشی در این زمینه به‌نظر می‌رسد مهم‌ترین چالش‌های موجود در این زمینه عبارت هستند از گسستگی نسبی بین باورهای نسل‌های قبلی با باورهای نسل جوان، کاهش اعتماد عمیق جوانان به یکدیگر، کاهش بار معنایی منفی بعضی از ضد ارزش‌ها در جامعه مانند دروغ‌گویی، دزدی و حتی بعضی بزه‌کاری‌های اجتماعی در اثر تبلیغات غیر صحیح، الگوبرداری غیر درست و شایع به‌نظر رسیدن این منش‌های غیراخلاقی، در مقابل بی‌پاسخ ماندن سؤالات جدی بسیاری از جوانان در حوزه دینی و مذهبی بر این اساس برای مدیریت بهتر سلامت معنوی زنان باید بعد از شناخت ریشه‌های، به‌صورت هدف‌مند بزرگ‌ترین آفت‌های اجتماعی و فرهنگی کاهنده مکارم اخلاقی در جامعه شناسایی و با استفاده از تمامی ابزارهای موجود از جمله اصلاح ارزش‌های فرهنگی و مقابله با باورهای رایج غیراخلاقی با نگاه مشارکت‌جویانه، الگوسازی و ارایه الگوهای موفق، به جریان انداختن روال‌های تشویقی و احیاناً تنبیه‌ای در جهت تقویت فرهنگ‌های اخلاقی و یافتن زبان مشترک مؤثر برای انتقال مفاهیم والای دینی و معنویات به جوانان با گرایش‌ها و سلایق مختلف می‌توان زمینه رشد و توسعه مکارم اخلاقی را در جامعه فراهم نمود.

برای استفاده حداکثری از ظرفیت‌های موجود جامعه در ارتقاء سلامت زنان و افزایش ثبات برنامه‌ها، راهکارهای اصلی زیر باید در تمام مراحل به دقت مدنظر قرار گیرد.

۱- فرهنگ‌سازی: فرهنگ‌سازی به معنای نهادینه نمودن قوانین و اصول برنامه‌ها در رفتارهای اجتماعی و هنجارهای مورد قبول غالب مردم است. زمانی می‌توان فعالیت بدنی را به‌صورت یک رفتار خودآگاه در جامعه رسوخ داد و باور نمود که به‌صورت مستمر ادامه می‌یابد که مردم این مهم را به‌عنوان نرم و هنجار پذیرفته و در فرهنگ غالب جامعه، مفهومی آشنا تلقی گردد. نمی‌توان انتظار جهش در بهداشت باروری، سلامت روحی-روانی، اجتماعی و حتی معنوی در جامعه داشت مگر آنکه بتوان با رسوخ در لایه‌های فرهنگی جامعه و جلب

مشارکت حداکثری راهکارهایی اصلاحی را در بطن ناخودآگاه و قوانین نانوشته جامعه تزریق نمود که البته این هنر و این مهارت تنها با باز تعریف مهندسی فرهنگی جامعه میسر خواهد بود.

۲- هماهنگی بین بخشی: نظام نهادینه کردن رفتار سلامتی در جامعه میسر نمی‌شود مگر با همکاری تمامی آحاد و نهادهای موجود در جامعه. به‌عنوان مثال گرچه ترویج ورزش و فعالیت فیزیکی منسوب به سازمان تربیت بدنی است، اما از یک‌طرف فرهنگ‌سازی که در بالا اشاره شد و از طرف دیگر ایجاد امکانات و افزایش آگاهی‌ها به همکار سازمان‌هایی مانند صدا و سیما، شهرداری،آموزش وپرورش، دانشگاه‌های و ... دارد. در مورد خدمات شهری ایجاد بانوان که گرچه در شهرهای بزرگ وجود دارد، اما بسیار کم می‌باشند. از طرف دیگر می‌توان با تهیه فضاهای اختصاصی بانوان برای ورزش و فعالیت فیزیکی بسیار اهمیت دارد. تأسیس فضاهای سبز و پارک‌های مخصوص بسته‌های خدمتی افزایش فعالیت فیزیکی در خانم‌ها این امر را در تمامی ادارات و سازمان‌ها نهادینه کرد. چرا که بند پ ماده ۱۱۷ برنامه پنجم توسعه تمامی دستگاه‌های اجرایی را مکلف کرده است تا یک درصد (۱٪) از اعتبارات جاری خود را صرف ورزش نمایند. البته مشارکت بین‌بخشی به معنای مشارکت دادن فعال خود زنان در مدیریت امور خویش نیز هست و برای این کار باید زیرساخت‌ها و راهکارهای مربوطه نیز باز تعریف گردد و زمینه توانمندسازی زنان در شاخه‌های مختلف و در اقصا نقاط کشور باید به‌عنوان یک مهم مد نظر قرار گیرد.

۳- حرکت هدفمند، با برنامه‌ریزی برای مقابله با شرایط جدید و آینده‌نگاری عمیق که باید در برنامه راهبردی کشوری دیده شود.

۴- تأکید زیاد بر سرمایه اجتماعی (social capital) و تقویت آن خصوصاً در بین اقشار مختلف جامعه، به خصوص زنان و ورود به این مبحث به‌صورت جدی در برنامه راهبردی کشور. تضمین رشد و بالندگی اجتماعی و پیاده‌سازی ریشه‌ای و پاینده برنامه‌ها تنها در سایه جلب مشارکت جامعه است و بدون جلب اعتماد عمومی و بالا بردن سرمایه اجتماعی رسیدن به این مهم ممکن نخواهد بود.