

چارچوب نظری سلامت زنان ایران: مدل فرمهر

بتول احمدی^۱، فرانک فرزادی^{۲*}، معصومه دژمان^۳، مروّنه وامقی^۴، فرحناز محمدی^۴، بتول محتشمی^۵، ژیلا صدیقی^۵،

مریم تاجور^۵

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی ۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ۴- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۵- گروه پشتیبان سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی ۶- مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۷- گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴، شماره: ۶۶۴۸۰۸۰۵

پست الکترونیکی: faranakfarzadi@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۵/۶ پذیرش: ۹۲/۸/۱۹

چکیده

مقدمه: سلامت زنان دارای مفهومی وسیع بوده و ابعاد آن شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی است و تحت تأثیر عوامل اجتماعی سیاسی اقتصادی و بیولوژیک قرار دارد. این تعریف خود یک چارچوب مفهومی برای رویکردی مؤثر و مرتبط برای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت زنان ارائه می‌دهد. درک صحیح مفهوم سلامت زنان با تأکید بر تأثیرپذیری آن نه تنها از عوامل بیولوژیک و مراقبت‌های سلامت، بلکه در حد وسیع‌تر از تعیین‌کننده‌های سلامت مانند تحصیلات، فرهنگ و اقتصاد است. تاکنون مدل جامعی از سلامت زنان که بتواند مفاهیم، عوامل تأثیرگذار بر سلامت و ارتباطات آن‌ها را در یک مجموعه توصیف نموده و در تعیین شاخص‌های سلامت، اولویت‌ها و استراتژی‌های ارتقای سلامت زنان ایرانی مورد استفاده قرار گیرد، شناخته نشده است. گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران این مطالعه را در جهت تبیین چارچوب نظری و مدل عوامل مؤثر بر سلامت زنان ایرانی اجرا نمود.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوایی انجام شد. داده‌ها به روش مثلثی با جستجوی مستندات مرتبط، ۶ مصاحبه عمیق و یک جلسه بحث گروهی متمرکز با ۱۵ نفر از صاحب‌نظران کلیدی در علوم مرتبط با سلامت جمع‌آوری شد. به منظور درک و مفهوم‌سازی یافته‌ها، ایجاد ارتباط و تفسیر آن‌ها، مستندات در طی ۲۳ نشست تخصصی توسط گروه تحقیق مورد تحلیل محتوایی قرار گرفت و بر اساس گام‌های تحلیل داده‌ها نمودار مدل در ترسیم روابط بین مفاهیم طراحی گردید. سپس مدل اولیه سلامت زنان در طی بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران کلیدی حوزه سلامت مورد نظرخواهی و اصلاح قرار گرفت. این مدل در گروه سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی ایران نهایی و مدل سلامت زنان فرمهر نامیده شد. **یافته‌ها:** مدل سلامت زنان فرمهر به ابعاد ملی و محلی، مذهبی و فرهنگی زندگی زنان ایرانی توجه نموده است. عناصر تشکیل‌دهنده آن شامل ۵۳ عامل است که به ترتیب عبارتند از: ۱۷ عامل در سطح فرد، ۸ عامل در سطح خانواده که هر یک در سه گروه موضوعی، و ۲۴ عامل در سطح اجتماع که در چهار گروه موضوعی دسته‌بندی شده‌اند. ۴ عامل یا عنصر زیربنایی مؤثر بر سلامت زنان نیز در یک گروه موضوعی در مدل قرار دارند.

نتیجه‌گیری: چارچوب مفهومی و مدل سلامت زنان فرمهر به عنوان ابزاری برای درک بهتر ابعاد سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن، تحلیل اطلاعات و ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این چارچوب و مدل روابط بین ابعاد مختلف سلامت زنان و نقش‌ها و دوره‌های زندگی زنان و عوامل مؤثر خارجی در یک مجموعه در نظر گرفته شده و کاربرد آن در توصیف روابط جنسیتی در خانواده، جامعه، و تعیین شاخص‌های مناسب و سازگار با شرایط است که ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت زنان و مراقبت‌های آنان را با پایداری و اعتبار لازم در سطح ملی و بین‌المللی امکان‌پذیر می‌نماید. مدل فرمهر در مقایسه با سایر مدل‌ها علاوه بر در نظر گرفتن تمامی حوزه‌های مؤثر از بسط بیشتری در هر حوزه در تعداد لایه‌ها و عوامل تعیین‌کننده هر لایه برخوردار است. این امر در حوزه خانواده و باورهای دینی و معنوی و اعتقادی بارز است.

کل واژگان: سلامت زنان، چارچوب مفهومی، مدل سلامت، ایران

زمستان ۹۲، دوره شانزدهم، شماره چهارم

مقدمه

سلامت زنان دارای مفهومی وسیع بوده و ابعاد آن شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی است و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و بیولوژیک قرار دارد. این تعریف خود یک چارچوب مفهومی برای رویکردی مؤثر و مرتبط برای پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت زنان ارائه می‌دهد. یک پیشرفت مهم در درک مفهوم سلامت زنان، تأکید بر تأثیرپذیری وضعیت سلامت، نه تنها از عوامل بیولوژیک و مراقبت‌های سلامت، بلکه در حد وسیع‌تر از تعیین‌کننده‌های گسترده‌تر سلامت مانند تحصیلات، فرهنگ و اقتصاد است (۱). ارتقای سلامت زنان مرهون توجه ویژه به تفاوت‌های جنسیتی است که به طور خاص در تعریف سلامت زنان به آن تأکید شده است. در تعاریف پذیرفته شده و جدید از سلامت زنان، با توجه به تمامی دوره‌های زندگی آن‌ها، تنها به دوره مهم و اثرگذار باروری تمرکز نمی‌شود. سلامت زنان در برگیرنده تمامی تجارب سلامت آن‌ها در طی دوره‌های مختلف زندگی از جمله نقش‌های گسترده اجتماعی و اقتصادی آن‌ها، و تأثیر عوامل فرهنگی، روان‌شناختی و اجتماعی تعریف می‌شود که به عبارتی می‌توان آن را مدل زیست، روانی، اجتماعی نامید. در این تعریف، سلامت زنان تنها شامل شرایط و بیماری‌های خاص زنان نیست بلکه شامل تفاوت در شیوع، شدت، عوامل خطر و پیامدهای همه بیماری‌ها و شرایط مشترک بین مرد و زن و همچنین اولویت‌های اظهار شده توسط خود زنان، عوامل تعیین‌کننده سلامت و تأثیر جنسیت بر سلامت نیز می‌باشد (۱ و ۲). این تعریف نیز حاکی از یک چارچوب مفهومی سلامت زنان برای برنامه‌ریزی در پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت می‌باشد.

بکارگیری واژه جنسیت در اواخر دهه نود میلادی نیز مفهوم جدید و چارچوب جدید تحلیلی از وضعیت زنان بود که کاربرد آن، به خصوص در ارزیابی سیاست‌های سلامت و وضعیت سلامت زنان گسترش یافت. تفاوت‌های بیولوژیکی مربوط به جنس بین زن و مرد، ریشه نیازهای متفاوت آن‌ها برای سلامت می‌باشد؛ ولیکن سلامت زنان تنها به تفاوت‌های بیولوژیکی مربوط به جنس آن‌ها یا سلامت باروری و تولیدمثل خلاصه نمی‌شود و تفاوت‌های اجتماعی یا جنسیتی که با ویژگی‌های بیولوژیکی و جنسی زن و مرد در تعامل می‌باشد تأثیر بسیار بارزی بر سلامت زن و مرد دارد. جنسیت به عنوان عاملی برای شناخت عمیق‌تر شرایط و فرآیندهای اجتماعی متفاوتی است که در مورد زن و مرد تعریف می‌شود و بیشتر در نتیجه هنجارهای

فرهنگی اجتماعی و فراتر از بیولوژی به وجود می‌آید. ساختار اجتماعی جنسیت، تعیین‌کننده دیدگاه‌ها و نگرش‌ها، چگونگی رفتار و نقش‌های تعریف شده و تصویر ذهنی و موقعیت قدرتی درباره زن و مرد می‌باشد. جنسیت بر تمامی ابعاد زندگی زن و مرد، نیازها، فرصت‌ها و دسترسی آن‌ها به منابع اثرگذار است. در طی زمان، این مفهوم به جای محوریت زنان که فقط حاکی از نوع جنس بود، در برنامه‌ها و سیاست‌ها به شکل تحلیل جنسیتی کاربرد پیدا کرد. تحلیل جنسیتی به مفهوم آن است که تمامی موضوع‌های سلامت می‌بایست مورد تحلیل جنسیتی قرار گیرد و منافع و مضرات آن برای زنان مشخص گردد. تحلیل جنسیتی، یک چارچوب تحلیل اطلاعات است که در شناسایی نقش‌های جنسیتی و مطالعه سیستماتیک شرایط و موقعیت‌های متفاوت زنان در مقایسه با مردان بکار می‌رود. تحلیل جنسیتی این چارچوب اطلاعاتی را در تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌ها بکار می‌برد (۳).

چارچوب مفهومی، محصولی است که حاصل اندیشه و شناخت است و به صورت نوشتاری یا دیداری ارائه می‌گردد. چارچوب مفهومی به شکل گرافیکی یا داستانی، موضوع مورد نظر را شرح می‌دهد و عناصر خود را که شامل مفاهیم و متغیرهای مرتبط با آن پدیده می‌باشند تبیین می‌کند. چارچوب‌های مفهومی، نقشه راهی برای شناخت و تعریف ارتباط و روابط علیتی مابین مشکلات و عوامل مؤثر بر آن‌ها می‌باشند. چارچوب‌های مفهومی سلامت در پی نشان دادن شاخص‌های سلامت و ارتباط بین آن‌ها می‌باشند. این چارچوب‌ها باید قادر باشند عوامل مؤثر و مرتبط با سلامت را نشان داده و ارتباط بین آن‌ها را در سطوح مختلف نمایش دهند (۴). نظریه‌ها و رویکردهای متعددی در خصوص چارچوب مفهومی سلامت وجود دارد. هر یک از این رویکردها از دریچه‌ای به مقوله سلامت پرداخته و راهبردهای مؤثر را در حفظ و ارتقای سلامت ارائه داده‌اند. در رویکرد اکولوژیکی می‌توان سه سطح را برای نظریه‌های موجود در حوزه سلامت و ارتقای آن طبقه‌بندی کرد. این سطوح شامل سطح درون‌فردی، بین‌فردی و اجتماعی می‌باشند (۵). یکی از چالش‌برانگیزترین رویکردهای سلامت بر این استوار است که سلامت عمومی و به ویژه سلامت زنان، متأثر از تعیین‌کننده‌هایی فراتر از عوامل زیستی است. زنان دارای نقش و مسؤولیت‌های جنسیتی خاصی هستند که به شدت سلامت آنان را از منابع اقتصادی، سیاسی، اطلاعاتی/آموزشی و محیط ایمن و

کمک کند. مطالعات درباره مدل و چارچوب نظری سلامت زنان در ایران بسیار نادر می‌باشد. یک چارچوب مناسب، چارچوبی است که با در نظر گرفتن همه جوانب به طور کامل و منسجم، مناسب شرایط جامعه زنان ایرانی تدوین شده و بتواند در مطالعات و برنامه‌های مربوطه جهت فعالیت‌ها را مشخص نموده و در تعیین شاخص‌های سنجش وضعیت سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن در طول زمان مورد استفاده قرار گیرد و اولویت‌ها را نشان داده و به استراتژی‌های ارتقای سلامت برای ایجاد تغییر کمک کند. مطالعه احمدی و همکاران در ترسیم سیمای سلامت زنان در ایران، یک چارچوب نظری را تبیین نموده است که با توجه به طیف سلامت و دوره‌های مختلف روند رشد فیزیولوژیک و اجتماعی بر شاخص‌های پیامدی سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن‌ها متمرکز شده است تا بتواند با حداقل اطلاعات تصویری مناسب از وضعیت سلامت زنان و روند آن آرایه دهد. لیکن تاکنون مدلی که بتواند علاوه بر شناسایی عوامل تأثیرگذار، روابط و ارتباطات عوامل را در یک مجموعه نشان دهد در ایران شناخته نشده است. گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، با شناخت این ضرورت در جهت تبیین یک چارچوب نظری و مدل سلامت زنان ایرانی با نام مدل «فرمهر» اقدام نمود.

در تبیین چارچوب نظری سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن در ایران قصد بر این است که ضمن مرور و ارزیابی چارچوب‌های نظری، الگوها و نظریه‌های موجود در ارتقای سلامت زنان، چهارچوب نظری و الگوی عوامل مؤثر بر سلامت زنان ایرانی با ملاحظه جنبه‌های بومی، ملی، اعتقادی و فرهنگی زندگی آنان تدوین شود. کاربرد این چارچوب در توصیف روابط جنسیتی در خانواده، جامعه، و سلامت و تعیین شاخص‌های مناسب و سازگار با شرایط و دارای پایداری و اعتبار لازم در سنجش وضعیت سلامت زنان در ایران خواهد بود. چارچوب سلامت زنان و شاخص‌های آن می‌تواند به عنوان ابزاری برای سیاست‌گذاران، آرایه‌دهندگان مراقبت‌ها، و جامعه با یکدیگر و دستیابی به توافق در اولویت‌ها و سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری مناسب سلامت زنان در ایران عمل نماید. این چارچوب، زمینه علمی و نظری لازم را برای درک بهتر ابعاد سلامت زنان و عوامل مؤثر بر آن، ارزیابی، بهبود و ارتقای وضعیت این قوانین فراهم می‌نماید و یک نقشه راه برای طراحی مطالعات بعدی و همچنین ارزیابی و پایش مداخلات و مفهوم‌سازی اهداف این مداخلات خواهد بود.

به دور از خشونت متأثر می‌نماید. بیانیه اوتاوا در خصوص ارتقای سلامت، عوامل مهم مؤثر بر سلامت را شامل صلح، سرپناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم ثابت، منابع پایدار، برابری و عدالت اجتماعی معرفی می‌کند (۶). امروزه بر نقش عوامل اجتماعی در سلامت تأکید ویژه‌ای می‌شود.

استروبینو^۱ و همکارانش نیز چارچوب نظری را برای شناسایی و سازمان‌دهی نیازهای سلامت زنان لازم دانسته و ابعاد مختلفی از جمله وضعیت سلامت، خدمات سلامت و کیفیت را مورد توجه قرار می‌دهند. آن‌ها ابراز می‌دارند که تعریف سلامت زنان تحت تأثیر فلسفه شناخت تأثیر نقش‌های متعدد زنان در جامعه بر سلامت است که ضمن رد اشتباه تناقض بین سلامت باروری و غیر باروری بر واقعیت‌های سلامت زنان و نه فقط مشکلات تأکید دارد. بر این اساس، چهار دیدگاه اصلی در تبیین چارچوب مفهومی باید در نظر داشت: (۱) یک دیدگاه کل‌نگر که نفوذ عوامل متعدد بیولوژیکی، روان‌شناختی، و اجتماعی را بر سلامت زنان در نظر می‌گیرد و رویکرد سلامت‌نگر و نه مسأله‌محور را در نظر دارد. این دیدگاه بر واقعیت‌های مهم زنان تأکید داشته و ظرفیت و توانایی آن‌ها برای قدرتمند بودن، خوشبخت و موفق بودن پس از حوادث و مشکلات و عوامل مثبتی که بر سلامت آن‌ها تأثیر دارند را بیان می‌دارد؛ (۲) دیدگاه دوره زندگی به مفهوم چارچوب سلامت دوران بارداری جزئی از مفهوم سلامت کلی زنان دارد. بارداری به عنوان یک رویداد مهم زندگی و نه، تنها رویداد مهم در زندگی زنان شناخته می‌شود؛ (۳) دیدگاه نقش اجتماعی که زنان معمولاً نقش‌های متعدد و همپوشان اجتماعی را ایفا می‌نمایند؛ (۴) دیدگاه زن‌محور که در آن تجربیات جنسیتی خاص زنان به عنوان یک هنجار لحاظ شده و تنوع از لحاظ نیازهای مراقبت سلامت و دسترسی به منابع کافی سلامت را در بین زنان تأیید می‌نماید. این چارچوب با مروری بر چارچوب‌های نظری مختلف سلامت زنان تدوین شده است و از پویایی برخوردار می‌باشد. این چارچوب، عوامل غیرپزشکی سلامت را تعیین‌کننده‌های اصلی وضعیت سلامت دانسته و پیامدهای سلامت فردی و جمعی را به واسطه ویژگی‌های جامعه و نظام سلامت و عملکرد آن شناخته است. این چارچوب، جنس و جنسیت را بر چگونگی تأثیر این عوامل بر تجارب فردی در مراقبت‌ها و پیامدهای سلامت دخیل می‌شناسد (۷). بررسی چارچوب‌های مفهومی و مدل‌های مختلف سلامت زنان و دیدگاه‌های محوری آن‌ها می‌تواند در تبیین یک دیدگاه جامع منطبق با شرایط و ویژگی‌های ملی و بومی مناسب جامعه به ما

¹ Strobino

روش کار

این مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوایی درونی^۲ و با تمرکز بر روش تحلیل محتوایی متعارف^۳ انجام شد (۸). در ابتدا روش تحلیل محتوایی معمول، به عنوان توصیفی کمی و نظام‌مند از ظاهر محتواها به حساب می‌آید، لیکن امروزه به عنوان روشی مشتمل بر تفسیر محتوای درونی نیز به کار گرفته می‌شود (۹). با استفاده از مثلث‌سازی^۴ روش‌های مختلف، داده‌ها جمع‌آوری شد. بدین ترتیب که در ابتدا متون و مقالات معتبر در حوزه سلامت و ارتقای آن با هدف بررسی مدل‌های سلامت معرفی شده در سطح بین‌المللی جمع‌آوری گردید. بدین منظور واژه‌های فارسی شامل: زن، سلامت، الگوی مفهومی سلامت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دیاگرام سلامت، مدل سلامت، الگوی سلامت، و واژه‌های انگلیسی شامل: health, health model, health conceptual framework, health context, determinant of health, health related factors, health definition, health diagram, health chart, health pattern که در پایگاه‌های معتبر علوم پزشکی داخلی و خارجی ثبت شده بودند جستجو و جمع‌آوری شد. در این رابطه پایگاه‌های EBSCO, PubMed, Magiran, SID, ScienceDirect, Proquest, Wiley, Springer مورد جستجو قرار گرفتند. با برگزاری ۲۳ نشست تخصصی سه ساعته مستمر با حضور هشت نفر از اعضای گروه تحقیق، مستندات مورد تحلیل محتوایی قرار گرفت و ماتریکس تحلیل محتوای با استناد بر مفاهیم و مضامین بر گرفته از مدل‌های موجود (۱۰) طراحی گردید. در حین تحلیل در صورت تبیین طبقه جدید، ماتریکس تحلیل داده‌ها توسعه داده می‌شد. در طی تحلیل از روش ترسیم دیاگرام‌های مستمر نیز برای تسهیل در درک و مفهوم‌سازی یافته‌ها استفاده شد.

پس از تدوین مدل اولیه با شش نفر از صاحب‌نظران، پژوهشگران و سیاست‌گذاران درجه اول حوزه سلامت مصاحبه نیمه‌ساختارمند به عمل آمد. طی این مرحله تعداد شش مصاحبه فردی با میانگین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه در هر جلسه، در زمان و مکان مورد نظر شرکت‌کننده انجام شد. هنگام دعوت از افراد، اهداف و چکیده پیش‌نویس طرح پژوهشی و پیش‌نویس اولیه مدل و چارچوب نظری تدوین شده توسط گروه متخصص، در اختیار آنان قرار داده شد و بر اساس اظهار تمایل، مصاحبه‌ها ضبط گردید. مصاحبه‌ها با سؤالات کلی از تجارب

شرکت‌کنندگان در خصوص تعریف سلامت زنان، عوامل مؤثر سلامت زنان، نحوه گروه‌بندی عوامل، عناوین انتخابی برای هر گروه از عوامل، نحوه لایه‌بندی و تقدم و تأخر لایه‌ها در مدل سلامت زنان ایران آغاز شد و به تدریج با سؤالات شفاف‌کننده ادامه یافت. سپس مصاحبه‌ها بازنویسی شدند و متون به دست آمده تحلیل محتوایی شدند. جهت تحلیل داده‌ها طی مراحل مطالعه، متون مصاحبه‌ها مورد روخوانی مکرر قرار گرفت و واحدهای معنایی در قالب کلمات، عبارات، جملات و پاراگراف‌ها معین شدند. در این مرحله سعی شد برای هر واحد معنایی نام مناسب بر اساس واژه‌های به کار رفته توسط مصاحبه‌شوندگان و یا نظر گروه تحقیق، تخصیص داده شود. به این ترتیب کدها استخراج گردیدند و طبقه‌بندی شدند. سعی شد بر اساس تشابهات، وجوه تمایز و ارتباطات، کدهای طبقه‌بندی شده در ساختاری هرمی شکل جای داده شوند تا ارتباطات روشن‌تر شده و خوشه‌های معنایی به دست آیند. بدین ترتیب ارتباطات نمود یافت و سعی شد بر اساس معانی، تفسیر و ترجمان محتویات مستتر در مکتوبات استخراج گردند (۸ و ۱۱). کدهای استخراج شده در ماتریکس تحلیل، جای‌گذاری شد و در صورت لزوم ماتریکس توسعه داده شد. مصاحبه تا اخذ اشباع داده‌ها یعنی عدم تکرار داده‌ها و کیفیت مفاهیم توسعه یافته در طی تحلیل ادامه داشت. رعایت اصل بی‌نامی و تمایل به شرکت مصاحبه‌شوندگان، ضبط مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان، ذخیره مطمئن و دقیق اسناد و مکتوبات در محل مناسب از موارد رعایت اخلاق در این مطالعه بود.

به منظور ارتقای سطح اطمینان‌پذیری^۵ از نگارش مبسوط یافته‌ها و تحلیل گروهی بهره گرفته شد. همچنین از روش بحث گروهی هفت ساعته با شرکت ۱۵ نفر از صاحب‌نظران حوزه سلامت زنان (منفک از افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌های فردی) جهت تأیید یافته‌ها استفاده شد. در این مرحله نیز قبل از برگزاری جلسه، جدول‌های حاصل از تحلیل داده‌ها و دیاگرام‌های مرتبط برای افراد ارسال گردید. طی این جلسات نظرات و تأیید صاحب‌نظران اخذ گردید. همچنین معیارهای درگیری طولانی مدت پژوهشگران با موضوع پژوهش و تخصیص فرصت مناسب به شرکت‌کنندگان برای مصاحبه فردی، بازخوانی کدها و طبقات، توسط همکاران مد نظر قرار گرفت (۹ و ۱۱). مدل نهایی با نام «مدل سلامت زنان فرمهر»

² Latent

³ Conventional

⁴ Triangulation

⁵ Trustworthiness

سلامت زنان فرمهر قرار گرفت. در این مقاله به منظور پرهیز از حجم بالای مقاله، فقط خلاصه‌ای کاربردی از تعریف مفهومی هر گروه در ذیل ارائه شده‌اند:

وضعیت زیست‌شناختی: ویژگی‌های فردی ناشی از شرایط زیستی فرد (آناتومی، فیزیولوژی و ژنتیک) است. این ویژگی‌ها در میان افراد انسانی با هم متفاوت است و این تفاوت‌ها منشأ تغییرات و تفاوت‌های بعدی از جمله تفاوت در وضعیت سلامتی میان افراد یک گروه از یک طرف و میان گروه‌ها و جمعیت‌های مختلف انسانی از طرف دیگر می‌شود.

وضعیت توانمندی: مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ذاتی و اکتسابی پایه فرد است.

شیوه زندگی: الگوی رفتارهای فردی منتج شده از تعامل بین خصوصیات فرد، تعاملات اجتماعی و شرایط اقتصادی و محیطی او که ابعاد مختلفی می‌توان برای آن در نظر گرفت.

حمایت خانوادگی: حمایت خانواده به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی اطلاق می‌شود که افراد خانواده به عضو خانواده عرضه می‌کنند.

حقوق و مسؤولیت‌های خانوادگی: حقوق و مسؤولیت‌های خاص جنسیتی هر یک از اعضای خانواده با توجه به ویژگی‌های جسمی، روانی و ایفای نقش آن‌ها شکل می‌گیرد و به عملکرد و ساختار و نیازهای خانواده وابسته است.

روابط خانوادگی: شبکه، نظام ارزشی و الگوی ارتباط، همبستگی و ائتلاف ما بین اعضاء و هر عضو خانواده با خارج آن در قالب ارتباطات خانوادگی می‌باشد.

سرمایه اجتماعی: سرمایه حاصل از تعاملات و هنجارهای گروهی و اجتماعی که ناشی از روابط انسانی (پیوند ذهنی)، شبکه‌های اجتماعی (پیوند عینی) و حمایت‌های اجتماعی است. به عبارتی جنبه‌هایی از سازمان اجتماعی از قبیل هنجارها، شبکه‌های اجتماعی و اعتماد عمومی است که همیاری و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک تسهیل می‌کند.

شرایط زندگی و کار: مجموعه ساختارها، قوانین و وضعیت کاری و زندگی افراد را شکل می‌دهد.

سیاست‌ها و ساختارها: سیاست‌های کلی و ساختارهای اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان می‌باشد.

شرایط ملی، منطقه‌ای و جهانی: مجموعه فعل و انفعالاتی که منجر به ساختارها و فرآیندهای فرهنگی اقتصادی سیاسی اجتماعی زیست‌محیطی و فن‌آوری در سطوح ملی منطقه‌ای و جهانی می‌شود.

نامیده شد که واژه «فرمهر» از ترکیب دو کلمه «فر» و «مهر» تشکیل شده است. کلمه «فر» برگرفته از نام فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است و به مفهوم شکوه است و اشاره به اهمیت مدل و کاربرد آن در سلامت زنان و به واسطه آن، سلامت جامعه دارد. کلمه «مهر» به مفهوم خورشید مصداق نمای ظاهری مدل و به مفهوم روشنی و گرمی‌بخش، اشاره به نقش زنان به عنوان کانون سلامت، رشد، و محبت در خانواده است.

نتایج

چارچوب نظری و مدل عوامل تعیین کننده سلامت زنان جمهوری اسلامی ایران با نام «مدل سلامت زنان فرمهر» با هدف شناخت و تعریف ارتباط بین سلامت زنان و عوامل مختلف بر آن تدوین شده و ارتباط بین عوامل را در سطوح مختلف نمایش می‌دهد. قابل ذکر است که در این مقاله، مدل به معنای نمایش شماتیک چارچوب نظری است. برای طراحی مدل، در ابتدا فهرست عوامل تعیین کننده بر سلامت زنان در سطوح فرد، خانواده، اجتماع دسته‌بندی گردید. با وجودی که خانواده واحد بنیادی اجتماع محسوب می‌شود اما در این مدل به عنوان سطحی مستقل از سطح اجتماع لحاظ شده است. این امر ناشی از تفاوت در نوع مداخلات مرتبط و میزان تأثیرگذاری آن‌ها با توجه به جایگاه و نقش چندگانه زنان در خانواده است. در مرحله بعد، عوامل تعیین کننده در هر سطح گروه‌بندی و نام‌گذاری شد. معیار گروه‌بندی عوامل عبارت از ماهیت و جایگاه تأثیرگذاری هر کدام از عوامل بر سلامت زنان بودند. قابل ذکر است که "دین و معنویت با تأکید بر اسلام" به عنوان سطح زیربنایی و تأثیرگذار بر سلامت شناسایی شد و عوامل تعیین کننده در این سطح تبیین شدند (جدول ۱). عناصر تشکیل دهنده مدل سلامت زنان فرمهر شامل ۵۳ عامل هستند که به ترتیب عبارتند از: ۱۷ عامل در سطح فرد که در سه گروه موضوعی دسته‌بندی شده‌اند؛ ۸ عامل در سطح خانواده که در سه گروه موضوعی دسته‌بندی شده‌اند؛ ۲۴ عامل در سطح اجتماع که در چهار گروه موضوعی دسته‌بندی شده‌اند؛ ۴ عامل یا عنصر زیربنایی مؤثر بر سلامت زنان که در یک گروه موضوعی در جدول قرار دارند.

مفاهیم و تعاریف مورد نظر برای هر یک از عوامل، گروه‌ها و سطوح تدوین و با اطلاعات منابع علمی تطبیق شد و در صورت نیاز اصلاح و تکمیل شدند. مشروح این تعاریف در جداولی همراه با ذکر منابع و معادل انگلیسی آن‌ها تهیه گردیده و خلاصه کاربردی این تعاریف در جداول ضمیمه چارچوب نظری و مدل

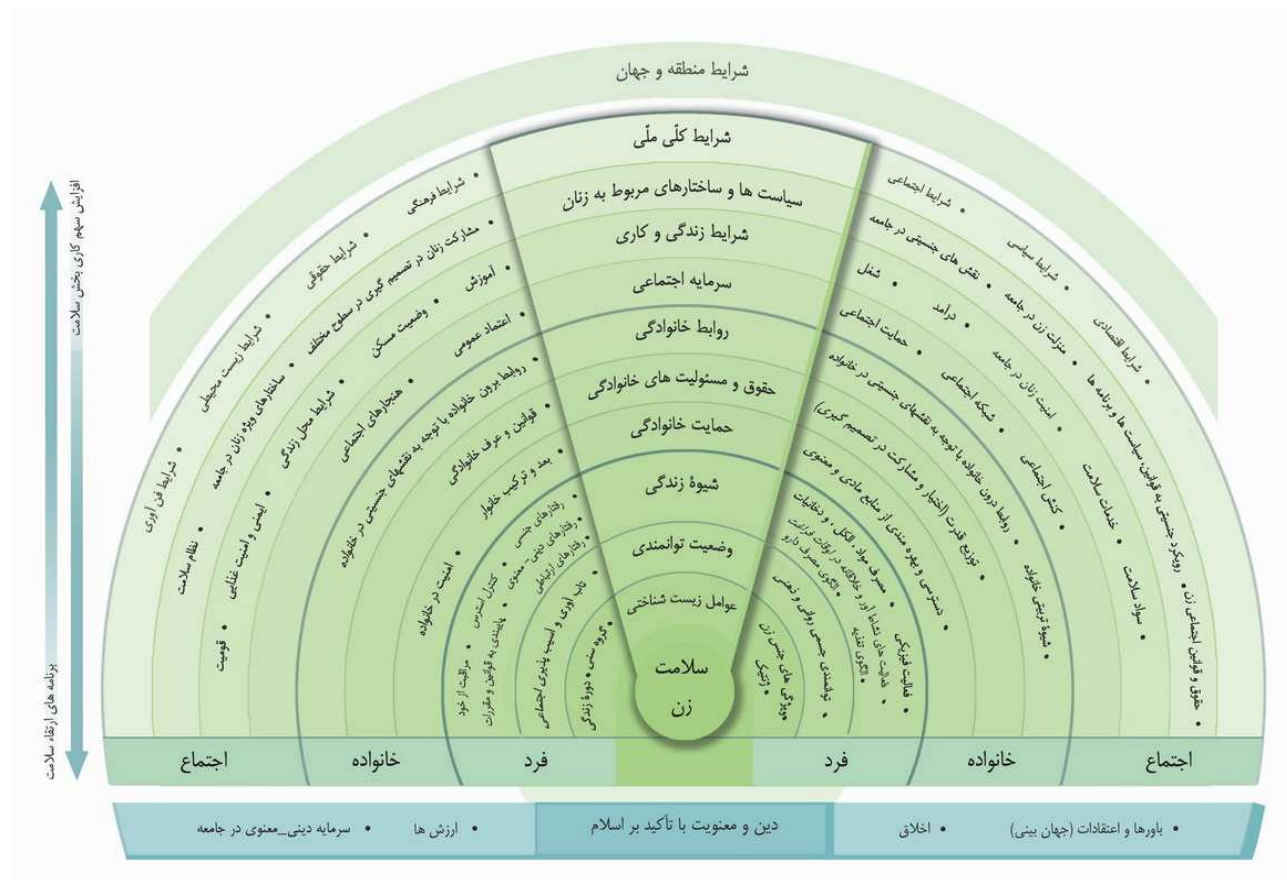
دین و معنویت با تأکید بر اسلام: دین به معنی معرفت و دیدگاه فردی و اجتماعی برگرفته از ادیان و مکاتب در خصوص آفرینش، مبدأ، معناداری و روند تکاملی خلقت، هماهنگ با معارف اسلامی است. دین مجموعه‌ای از معارف مربوط به مبدأ و معاد و قوانین اجتماعی، از عبادات و معاملات است که از طریق وحی و نبوت به بشر رسیده است. اعتقاد به این عقاید و انجام این دستورها، سبب سعادت و خوشبختی انسان در دو جهان است.

جدول ۱- عوامل مؤثر بر سلامت زنان به تفکیک سطوح و گروه‌ها

سطح	گروه	عامل مؤثر	
فرد (Individual)	عوامل زیست‌شناختی Biological Condition	ژنتیک Genetic	
		ویژگی‌های جنس زن Sex	
	وضعیت توانمندی Empowerment	گروه سنی Age Group	
		دوره زندگی Life Cycle	
	خانواده (Family)	حمایت خانوادگی Family Support	توانایی جسمی، روانی-ذهنی Physical, Psycho-Mental Ability
			تاب‌آوری و آسیب‌پذیری اجتماعی Resiliency and Social Vulnerability
		حقوق و مسؤولیت‌های خانوادگی Family Rights and Responsibilities	مصرف مواد، الکل و دخانیات Drugs, Substance, Alcohol and Tobacco Usage
			فعالیت فیزیکی Physical Activity
		روابط خانوادگی Family Relations	الگوی تغذیه Diet
			الگوی مصرف دارو Medicine Usage
سرمایه اجتماعی Social Capital		رفتارهای جنسی Sexual Behavioral	
		کنترل استرس Stress Control	
شرایط زندگی و کار Work-life Situations		مراقبت از خود Self Care	
		پایبندی به قوانین و مقررات Adherence to Rules and Regulations	
اجتماع (Society)	شرایط کلی ملی، منطقه‌ای و جهانی National, Regional and Global Conditions	رفتارهای دینی و معنوی Religious and Spiritual Behaviors	
		فعالیت‌های نشاط‌آور و خلاقانه در اوقات فراغت Creative Activities in Leisure Time	
	سیاست‌ها و ساختارها Policies and Structures	رفتارهای ارتباطی Communication Behaviors	
		بعد و ترکیب خانوار Family Size and Composition	
	شرایط اقتصادی Economic Conditions	دسترسی و بهره‌مندی از منابع مادی و معنوی Access to Family Resources	
		امنیت در خانواده Safety and Security in Family	
	شرایط فرهنگی Cultural Conditions	توزیع قدرت (اختیار و مشارکت در تصمیم‌گیری) Power Distribution (Authority and Decision Making Participation)	
		قوانین و عرف خانوادگی Family Rules and Laws	
	شرایط زیست‌محیطی Living Environment	روابط درون‌خانواده با توجه به نقش‌های جنسیتی در خانواده (دختری، خواهری، همسری، مادری و اجتماعی) Family Internal Relations	
		روابط برون‌خانواده با توجه به نقش‌های جنسیتی در خانواده (دختری، خواهری، همسری، مادری و اجتماعی) Family External Relations	
شرایط فناورانه Technological Conditions	شیوه تربیتی، دینی و معنوی خانواده Educational Style in the Family		
	حمایت اجتماعی Social Support		
دین و معنویت با تأکید بر اسلام Religion and Spirituality with emphasize on Islam	شبکه اجتماعی Social Networks		
	اعتماد عمومی Public Trust		
ارزش‌ها Values	هنجارهای اجتماعی Social Norms		
	کنش اجتماعی Social Action		
اخلاق Ethics	آموزش و تحصیل Education		
	شغل Employment		
سرمایه دینی معنوی در جامعه Religious and Spiritual Capital in Society	درآمد Income		
	امنیت زنان در جامعه Women's Security		
شرایط سلامت Health Services	خدمات سلامت Health Services		
	سواد سلامت Health Literacy		
وضعیت مسکن Housing	وضعیت مسکن Housing		
	شرایط محل زندگی (امنیت و امکانات و...) Living Condition		
ایمنی و امنیت غذایی Food Safety and Security	ایمنی و امنیت غذایی Food Safety and Security		
	قومیت Nationality		
نقش‌های جنسیتی در جامعه Gender Roles in Society	نقش‌های جنسیتی در جامعه Gender Roles in Society		
	منزلت زن در جامعه Women Status		
رویکرد جنسیتی به قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها Gender Approach in Making Policies, Laws and Plans	رویکرد جنسیتی به قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها Gender Approach in Making Policies, Laws and Plans		
	حقوق و قوانین اجتماعی زن (سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و...) Social Legal and Women Rights		
مشارکت زنان در تصمیم‌گیری در سطوح مختلف (سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت) Women's Participation in Decision Making at Different Levels (policy and law making, planning, executing and control)	مشارکت زنان در تصمیم‌گیری در سطوح مختلف (سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت) Women's Participation in Decision Making at Different Levels (policy and law making, planning, executing and control)		
	ساختارهای ویژه زنان در جامعه Women's Infrastructure		
نظام سلامت Health System	نظام سلامت Health System		
	شرایط اجتماعی Social Conditions		
شرایط اقتصادی Economic Conditions	شرایط اقتصادی Economic Conditions		
	شرایط سیاسی political Conditions		
شرایط فرهنگی Cultural Conditions	شرایط فرهنگی Cultural Conditions		
	شرایط حقوقی و قانونی Legal Conditions		
شرایط زیست‌محیطی Living Environment	شرایط زیست‌محیطی Living Environment		
	شرایط فناورانه Technological Conditions		
باورها و اعتقادات (جهان‌بینی) Ideology & Credence (World view/Weltanschauung)	باورها و اعتقادات (جهان‌بینی) Ideology & Credence (World view/Weltanschauung)		
	ارزش‌ها Values		
دین و معنویت با تأکید بر اسلام Religion and Spirituality with emphasize on Islam	دین و معنویت با تأکید بر اسلام Religion and Spirituality with emphasize on Islam		
	اخلاق Ethics		
سرمایه دینی معنوی در جامعه Religious and Spiritual Capital in Society	سرمایه دینی معنوی در جامعه Religious and Spiritual Capital in Society		

سلامت زنان فرمهر در قطر افقی نمایش داده شده است. محیطی‌ترین لایه مربوط به لایه شرایط منطقه و جهان است. قابل ذکر است که عوامل تعیین کننده در گروه منطقه و جهان مشابه با عوامل تعیین کننده در گروه شرایط کلی ملی است. علت جداسازی لایه شرایط منطقه و جهان از لایه شرایط کلی ملی به دلیل تفاوت در میزان اثرگذاری اقدامات ملی بر این عوامل است. محور پایه‌ای که نیم‌دایره بر روی آن سوار شده است، عوامل زیربنایی تحت عنوان دین و معنویت با تأکید بر اسلام را نمایش می‌دهد. عوامل تعیین کننده قرار گرفته در گروه دین و معنویت به دلیل تأثیر زیربنایی، زمینه‌ساز و همه‌جانبه بر سایر عوامل تعیین کننده بر سلامت زنان به صورت محور پایه در مدل سلامت زنان فرمهر نمایش داده شده است. با دور شدن از مرکز به محیط مدل، حجم بیشتر برنامه‌های بخش سلامت شامل برنامه‌های ارتقای سلامت می‌شوند و لذا نقش و سهم کاری سایر بخش‌ها افزایش می‌یابد. این امر ناشی از حرکت از عوامل فردی به عوامل اجتماعی است. فلش‌های کنار مدل این موضوع را به تصویر کشیده‌اند.

عوامل تعیین کننده در چارچوب نظری با هدف تسهیل در بکارگیری و درک روابط متقابل این عوامل با هم و تأثیرگذاری آن‌ها بر سلامت زنان در قالب مدل نمایش داده شده است. مدل سلامت زنان فرمهر به صورت مدل نیم‌دایره‌ای با مرکزیت سلامت زنان است که بر روی محور پایه‌ای قرار گرفته است (نمودار ۱). عوامل تعیین کننده بر روی مدل در هر گروه به شکل لایه‌ای نمایش داده شده است. در برش مرکزی نیم‌دایره عنوان گروه‌های هر لایه ارائه شده است. ترتیب لایه‌ها در مدل سلامت زنان فرمهر تقدم و تأخر و تأثیر عوامل هر لایه نسبت به لایه‌های دیگر بالایی و پایین را بر سلامت زنان نشان می‌دهد. تمامی عوامل تعیین کننده که در لایه‌های مختلف در مدل نشان داده شده‌اند همگی در نهایت بر سلامت زنان تأثیرگذارند. لایه‌ها از سمت مرکز به محیط به ترتیب مربوط به سطوح فرد، خانواده و اجتماع هستند. با توجه به ارتباط مابین عوامل تعیین کننده سطوح فرد، خانواده و اجتماع و نحوه قرارگیری لایه‌ها در حول مرکزیت آن (سلامت زنان) به گونه‌ای قرار گرفته است که از مرکز تا محیط به ترتیب لایه‌های مربوط به سطح فرد، خانواده و اجتماع است. این موضوع بر روی مدل



نمودار ۱- مدل عوامل تعیین کننده سلامت زنان ایران: مدل سلامت زنان فرمهر

سلامت زنان فرمهر رویکرد کل‌نگری بر سلامت زنان دارد، می‌توان انتظار داشت که عواملی که در این مدل برشمرده شده‌اند، در دیگر نقاط جهان نیز با وزن‌های متفاوتی بر سلامت زنان مؤثرند و از این رو کاربرد مدل سلامت زنان فرمهر محدود به زنان ایرانی نخواهد بود.

مقایسه مدل سلامت زنان فرمهر با سایر مدل‌های سلامت و سلامت زنان دیگر کشورها، حکایت از وجود شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارد. بخشی از تفاوت‌هایی که در محتوا (چارچوب) و فرم مدل‌ها دیده می‌شود، به ماهیت کاربردی مدل‌های مختلف سلامت مرتبط است؛ به گونه‌ای که برخی مدل‌ها به منظور نشان دادن روابط علتی و برخی به منظور نشان دادن مداخلات مؤثر طراحی شده‌اند و پاره‌ای نیز مجموعه‌ای از این دو هستند (۶ و ۲۱-۱۴). مقایسه مدل سلامت زنان فرمهر با سایر مدل‌های سلامت در سطح جهانی بیانگر تفاوت‌هایی است. این تفاوت‌ها در متغیرهای موجود در مدل، نحوه دسته‌بندی، چیدمان و نمایش تأثیرگذاری و تعامل آن‌ها می‌باشد. تفاوت در متغیرهای مدل سلامت زنان فرمهر با مدل‌های کلی سلامت که در سطح جهان نشر یافته‌اند برخاسته از تفاوت در وضعیت فردی، خانوادگی و اجتماعی زنان نسبت به سایر افراد جامعه است.

منشأ تفاوت در متغیرهای مدل سلامت زنان فرمهر فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران با سایر مدل‌های سلامت زنان عبارتند از: وضعیت خاص اجتماعی - خانوادگی زنان به دلیل تفاوت در ساختارهای اجتماعی همچون خانواده و قوانین حاکم بر آن، وضعیت خاص جغرافیایی، دیدگاه‌ها و باورهای حاکم بر جامعه/ دانش برخاسته از سایر علوم، ساختار فرهنگی حاکم بر جامعه، تفاوت در نگاه و مفهوم سلامت (توجه به همه ابعاد سلامت، با در نظر گرفتن جایگاه خاص برای سلامت روح).

از جمله این مدل با مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی (۲۱)، مدل دالگرن^۶ و وایتهد^۷ و مدل تلفیق یافته همیلتون^۸ و بهاتی^۹ (۱۹۹۶) از حیث تعدادی از سطوح و عوامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت شباهت دارد. به نظر می‌رسد که سلامت افراد در جهان و زنان به طور خاص، در مجموع تحت تأثیر دسته‌هایی از عوامل مشابه قرار دارند. مدل

در این مطالعه با مرور الگوهای موجود سلامت و سلامت زنان در ادبیات بین‌المللی و با استفاده از دیدگاه‌های صاحب‌نظران حوزه سلامت کشور، چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر و عوامل مؤثر بر آن تهیه گردید. این پژوهش تلاش نموده است تا عوامل تعیین‌کننده مرتبط با سلامت زنان را شناسایی و تعریف کند و در یک شمای کلی این عوامل و زیر مجموعه‌های آن را نمایش دهد. عوامل در سه سطح کلی مرتبط با فرد، خانواده و اجتماع قرار داشته و در ده لایه عوامل زیست‌شناختی، وضعیت توانمندی و شیوه زندگی، حمایت خانوادگی، حقوق و مسؤولیت‌های خانوادگی، روابط خانوادگی، سرمایه اجتماعی، شرایط زندگی و کاری، سیاست‌ها و ساختارهای مربوط به زنان و شرایط ملی نشان داده شده‌اند. همچنین هر لایه، خود از مجموعه‌ای از عوامل تشکیل شده‌اند که در عرض هر لایه مشخص شده‌اند و مجموعه عوامل مدل از عوامل زیربنایی دین و معنویت و عوامل شرایط منطقه‌ای و جهانی فراگیر تأثیر می‌پذیرند.

بررسی انجام گرفته در خصوص مطالعات مرتبط با چارچوب‌ها و مدل‌های سلامت زنان در کشور نشان می‌دهد که هر چند تلاش‌های با ارزشی جهت شناخت ابعاد سلامت زنان، عوامل مؤثر بر آن، اولویت‌بندی مشکلات سلامت و آرایه راهبردهایی جهت بهبود سلامت زنان در نهادهای مرتبط صورت گرفته است (۱۲)، اما در حوزه سلامت زنان، پیش از این مدلی که بتواند به شکلی منسجم کلیه عوامل مرتبط با سلامت زنان در کشور را در قالب یک مدل نشان دهد تهیه نشده است. رویکرد محوری مدل، توجه به نقش سطوح مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی عوامل تأثیرگذار بر سلامت زنان است. به این معنا که سلامت زنان نه تنها از ویژگی‌های ژنتیکی و زیست‌شناختی آن‌ها تأثیر می‌پذیرد بلکه زنان در موقعیت‌ها و نقش‌های متفاوت خود، به عنوان عضوی از خانواده، محله و فردی از افراد جامعه، در خانه، خیابان، مدرسه، دانشگاه، محیط کار و دیگر جایگاه‌های خود در رابطه با مجموعه‌ای از عوامل قرار دارند که ابعاد مختلف سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این نگرش، تهیه‌کنندگان مدل سلامت زنان فرمهر در رویکرد خود به سلامت زنان، توجه جدی به نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان داشته‌اند. در عین حال در همه لایه‌های مدل تلاش شده است تا در انتخاب و طرح مهم‌ترین عوامل در هر لایه، اهمیت آن عوامل و ساز و کارهای تأثیرگذاری آن‌ها بر سلامت زنان به طور خاص در نظر گرفته شود. از آن جا که مدل

⁶ Dahlgren
⁷ Whitehead
⁸ Hamilton
⁹ Bhatti

در مدل تلفیقی همیلتون و بهاتی با واژه ارزش‌ها و پیش‌فرض‌ها^{۱۰} بیان شده است و در سایر مدل‌ها مانند مدل استارفیلد، برونر^{۱۱} و مارموت^{۱۲} نزدیک‌ترین مفهوم به آن فرهنگ^{۱۳} است (۶ و ۱۶-۱۳). مدل سلامت زنان فرمهر همچنین نقش عوامل منطقه‌ای و جهانی را که بر کلیه لایه‌های زیرین مدل سایه انداخته و آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد با یک لایه خاص در بالای مدل نشان داده است. دیگر مدل‌های سلامت کمتر این لایه را جدا ساخته‌اند اما اهمیت این لایه و تأثیری که تغییرات جهانی و منطقه‌ای بر لایه‌های زیرین آن از جمله بر شرایط اقتصادی و فرهنگی در کشورها دارد سبب گردید تا این لایه در مدل در نظر گرفته شود.

در میان محدود مدل‌های ارایه شده سلامت زنان در جهان، مدل سلامت زنان فرمهر با مدل کمیته تحقیقات زنان آمریکا که خود برگرفته از مدل دالگرن و وایتهد است نیز مشترکات زیادی دارد. بر اساس این مدل تعیین‌کننده‌های سلامت متشکل از عوامل اجتماعی، رفتاری و زیست‌شناختی هستند که در لایه‌های پوشاننده همدیگر قرار گرفته‌اند و بین عوامل تعیین‌کننده در هر لایه و همچنین لایه‌های مختلف کنش و واکنش متقابل برقرار است. نکته‌ای که در این مدل حائز اهمیت است، مؤثر بودن عوامل تعیین‌کننده سلامت در طول دوره‌های زندگی زنان است (۱۷). در مدل سلامت زنان فرمهر نیز دوره‌های زندگی زنان به عنوان یکی از اجزای لایه عوامل زیست‌شناختی در نظر گرفته شده است. در مقایسه، در مدل سلامت زنان فرمهر، لایه‌ها بسط بیشتری یافته و برای هر حوزه فرد، خانواده و اجتماع لایه‌های بیشتری برای نشان دادن مهم‌ترین عوامل در هر دسته از عوامل اختصاص داده شده است. به عنوان مثال نقش عوامل خانوادگی در سه لایه حمایت خانوادگی، حقوق و مسؤولیت‌های خانوادگی و روابط خانوادگی نشان داده شده است. همچنین یک لایه به طور خاص به ساختارهای مربوط به زنان اختصاص یافته است.

مدل دیگر سلامت زنان، مدل مرکز سلامت زنان کانادا-انتاریو (۲۰۰۱) است. در این مدل گروهی از عوامل از جمله شبکه حمایت اجتماعی، آموزش، جهت‌گیری‌های جنسیتی و جنسی، شرایط اشتغال و کاری شامل مراقبت‌های روزانه، محیط اجتماعی و خشونت و تصاویر رسانه‌های جمعی در این خصوص، محیط فیزیکی، مهارت‌های مقابله با استرس و ناتوانی، بیولوژی و ژنتیک، خدمات بهداشتی و تدارک امکانات پزشکی در

سلامت زنان فرمهر از حیث شکل لایه‌ای و نیم‌دایره آن بیش از همه به مدل دالگرن شباهت دارد. از حیث ترتیب لایه‌ها از بیرون به درون نیم‌دایره نیز در مدل سلامت زنان فرمهر مانند مدل دالگرن، بیرونی‌ترین لایه‌ها مربوط به عوامل کلان مرتبط با جامعه بوده و هر چه به درون نزدیک می‌شویم عوامل به سطح فردی نزدیک‌تر می‌شود. اما در مدل سلامت زنان فرمهر لایه‌های دیگری نیز اضافه شده است که از شکسته شدن عوامل در سطوح مختلف به لایه‌های مجزا ایجاد شده‌اند. از جمله در سطح خانواده، سه لایه به منظور تأکید بر نقش خانواده و روابط درونی آن بر سلامت زنان، اضافه بر لایه‌های مدل دالگرن مشخص شده‌اند. مدل همیلتون و بهاتی که به صورت یک مکعب نشان داده می‌شود، از حیث سطوح اصلی عوامل و مداخلات شامل جامعه، بخش/نظام، اجتماع، خانواده و فرد و برخی از عوامل مؤثر بر سلامت مانند درآمد و موقعیت اجتماعی، آموزش، شبکه‌های حمایت اجتماعی و محیط فیزیکی با مدل سلامت زنان فرمهر مشابه است؛ در حالی که این مدل در پی نشان دادن عوامل است، مدل همیلتون و بهاتی عمدتاً مدلی برای ارتقای سلامت است که یک وجه از وجوه مکعب آن را لایه‌ها یا طبقات عوامل و وجه دیگر را راهبردهای مداخله‌ای مانند تقویت کنش اجتماع و ساختن سیاست‌های عمومی سلامت‌نگر تشکیل می‌دهند (۶ و ۱۷).

علاوه بر عوامل تأثیرگذار در لایه‌های مختلف، بر نقش یک عامل زیربنایی دیگر در مدل سلامت زنان فرمهر نیز باید تأکید نمود. همه‌ی لایه‌های مدل بر روی پایه‌ای قرار گرفته‌اند که نشان دهنده تأثیرپذیری مجموعه عوامل از باورهای دینی و معنوی و اعتقادی افراد و مجموعه جامعه است. به گونه‌ای که ارزش‌ها، اخلاق، باورها و سرمایه معنوی افراد و جوامع که بر رفتارهای فردی و جمعی، بر روابط و نقش‌های خانوادگی آن‌ها و همچنین بر کلیه روابط آن‌ها با محیط پیرامونی تأثیرگذار هستند بر وضعیت سلامت افراد نیز تأثیرگذارند. تهیه‌کنندگان مدل سلامت زنان فرمهر بر این باورند که مجموعه ویژگی‌های یاد شده بر درک و تفسیر افراد از سلامت خود و دیگران، رفتارهای سلامتی فرد، رفتارهای تأثیرگذار بر سلامت در خانواده و جامعه و حتی سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سلامت در مجموعه نظام سلامت با مفهوم عام آن نقش ایفا می‌کنند. تأثیر عوامل معنوی در برخی دیگر از مدل‌های سلامت مانند مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان ارزش‌های اجتماعی و فرهنگ (۲۱)، در مدل هرمی بهداشت جمعیت تحت عنوان نیروهای فرهنگی و معنوی (۱۵) و

¹⁰ Values & Assumptions

¹¹ Brunner

¹² Marmot

¹³ Culture

و تعیین‌کننده‌های آن، ارزیابی روند تغییر شاخص‌های سلامت زنان و تعیین‌کننده‌های آن.

محدودیت این مطالعه عبارتست از آن که برای اصلاح و تأیید مدل اولیه مربوط به سلامت زنان از نظرات عده‌ای از صاحب‌نظران استفاده شد. هر چند تعدادی از افراد در موقعیت‌های کلیدی و مسؤولیت‌های بهداشتی در سطح کشوری قرار داشته‌اند، این صاحب‌نظران محدود به شهر تهران بوده و امکان استفاده از دیدگاه‌های صاحب‌نظران در شهرهای دیگر فراهم نگردید. به علاوه دیدگاه‌های مردم عادی در این مطالعه مورد نظر قرار نگرفته است که می‌تواند در یک مرحله تکمیلی مدل از نظر افراد غیر صاحب‌نظر نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

این چارچوب مفهومی و مدل سلامت زنان فرمهر به عنوان ابزاری برای تحلیل نتایج و اطلاعات و ارزیابی مورد استفاده خواهد گرفت و موجب خواهد شد که روابط بین ابعاد مختلف سلامت زنان و نقش‌های متعدد در زندگی زنان و عوامل مؤثر خارجی که بر هر دو اثر خواهد داشت در یک مجموعه و مدل در نظر گرفته شود. با ارایه چارچوب مفهومی سلامت زنان در ایران می‌توان یک مجموعه هماهنگ و سازگار از شاخص‌های سلامت زنان را ایجاد نمود که ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت و مراقبت‌های آن را در سطح ملی و بین‌المللی امکان‌پذیر می‌نماید. بدین ترتیب با تعیین شاخص‌های مناسب بر اساس چارچوب نظری و مدل طراحی شده وضعیت سلامت آنان و روند آن را در طول زمان مورد تحلیل و ارزیابی قرار داده و پیچیدگی‌های وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن به نحو مناسبی مدنظر قرار گیرد و نحوه ارتباط و تعامل این عوامل از یک سو با یکدیگر و از سوی دیگر بر وضعیت سلامت مشخص و تعریف گردد. بدین ترتیب مدل جامع سلامت زنان تبیین می‌گردد. توجه به اطلاعات کیفی نیز چگونگی و چرایی پیامدهای سلامت را توصیف می‌نماید و می‌تواند بر کیفیت این ارزیابی‌ها افزوده و اطلاعات کمی را کامل نماید (۶).

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس مطالعه انجام شده در گروه سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی ایران انجام شده است.

طول زندگی زنان، قومیت، فرهنگ و نژاد، توسعه سالم دوران کودکی، درآمد، فقر، وضعیت اجتماعی و تک والد بودن به عنوان عوامل مؤثر بر سلامت زنان شناخته شده‌اند. ضمن آن که فرض این مدل بر این است که عوامل مؤثر بر روی سلامت زنان خود نیز با هم ارتباطات متقابل دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند (۱۸). این مدل نیز از حیث در نظر گرفتن عوامل شبکه حمایت اجتماعی، آموزش، شرایط اشتغال و کاری، مهارت‌های مقابله با استرس و ناتوانی، عوامل زیست‌شناختی و ژنتیک، خدمات بهداشتی، قومیت، فرهنگ و نژاد، با مدل سلامت زنان فرمهر این مطالعه مشابهت دارد.

در مدل سلامت زنان فرمهر، حوزه‌های مختلف تأثیرگذار بر سلامت زنان (لایه‌ها)، اجزای هر حوزه (عوامل مؤثر در سطوح و گروه‌های موضوعی مختلف)، نحوه ارتباط این حوزه‌ها با یکدیگر (ترتیب لایه‌ها) و نمای کلان این ارتباطات (مدل) با انواع برنامه‌های بخش سلامت و میزان نقش سایر بخش‌ها (فلش‌های کنار مدل) تعیین شده است. این ویژگی‌ها موجب می‌شود الگو و مدل طراحی شده بتواند به عنوان ابزاری برای بررسی و کنترل اثر این عوامل و به منظور حفظ و ارتقای سلامت زنان مورد استفاده قرار گیرد. چارچوب نظری و مدل سلامت زنان فرمهر که در فرهنگستان علوم پزشکی ایران طراحی شده است به عنوان یک راهنما در تمامی سیاست‌ها، برنامه‌ها، خدمات و ساختارهای مربوط به سلامت کشور می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. این چارچوب نظری به وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها کمک خواهد کرد که در راستای تحقق اهداف ارتقای سلامت زنان، رویکردهای مراقبت‌های سلامت با محوریت سلامت زنان به عنوان یک پایه و اصل شکل گیرد. الگو و مدل طراحی شده قابلیت کاربرد در تمامی مراحل اعم از شاخص‌گذاری، ارزیابی و تحلیل وضع موجود، بررسی اثربخشی مداخلات انجام شده و پایش روند تغییرات و دیده‌بانی سلامت زنان در ایران را دارا می‌باشد. این موارد می‌تواند به ترتیب ذیل باشند: ارزیابی وضعیت موجود عوامل مؤثر بر سلامت زنان در سطوح فرد، خانواده، و اجتماع و گروه‌های موضوعی مختلف، ارزیابی سیاست‌ها و قوانین و برنامه‌های مرتبط با عوامل مؤثر و تأثیرگذار بر سلامت زنان، شناسایی خلأهای موجود در زمینه سلامت زنان در ابعاد سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی، اثربخشی مداخلات انجام شده، تبیین شاخص‌های سلامت زنان

References

- 1- Cohen M. Toward a framework for woman's health, patient education and counseling 1998; 33:187-196.
- 2- Grason H, Weisman C, Silver G. State Strategies for Improving Data on Women's Health. Prepared by Women's

and Children's Health Policy Center with funding from the Maternal and Child Health Bureau, HRSA, Johns Hopkins University. Bloomberg School of Public Health. Baltimore, MD, 2002.

- 3- Saulnier C, Bentley S, Gregor F, MacNeil G, Rathwell T, Skinner E. Gender Mainstreaming - Developing Conceptual Framework for En-Gendering Healthy Public Policy. Maritime Centre of Excellence for Women's Health, Women's Health Bureau, Health Canada. 1999.
- 4- Kerieger N. Conceptual framework of health determinants. In: Shi L, Singh D. *The nation's health*. 8th edition. USA, MA: Jones & Bartlett; 2011:43-55.
- 5- National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health. Theory at a glance. *A Guide for Health Promotion Practice. Intervention Toolkits*. 2nd ed. 2005. Available from: URL:<http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>
- 6- Hamilton N, Bhatti T. Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion, Working Paper, Health Promotion Development Division, Health Canada, October 1995. Also reproduced by the Canadian Federal Government, Health Promotion Development Division, February 1996.
- 7- Strobino D, Grason H, Minkovitz C. Charting a course for the future of women's health in the United States: concepts, findings and recommendations. *Social Sciences & Medicine* 2002; 54: 839-848.
- 8- Hsieh H, Shanon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005;15(9):1277-1288.
- 9- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2):105-112.
- 10- Averill JB. Matrix Analysis as a Complementary Analytic Strategy in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research* 2002; 12(6):855-866.
- 11- Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report* 2003; 8(4):597-607.
- 12- Ahmadi B, Farzadi F, Shariati B, Alimohamadian M, Mahmoodi M. Women's Health Profile (Case study in Iran). Tehran: Women's Social and Cultural Council; 2008 (in Persian)
- 13- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health, Geneva: World Health Organization; 2008; P.43.
- 14- Etches V, Frank J, DiRuggerio E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Annual Review of Public Health* 2006; 27:29-55.
- 15- Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55:452-4.
- 16- Brunnr E, Marmot M. Social organization, stress and health. In: Marmot M, Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2006: pp. 6-30.
- 17- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.
- 18- Women Health Centers of Canada. A framework for women centered health, Canada- Vancouver/Richmond Health Board; 2001.
- 19- Federal, Provincial, and Territorial Advisory Committee on Population Health Framework for Population Health, 1994.
- 20- Ottawa Charter for Health Promotion. *The Canadian Journal of Public Health* 1986: 426-427.
- 21- Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper. WHO. 2007

Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework

Ahmadi B^{1,2} (Pharm D, MPH, PhD), Farzadi F^{2,3*} (MD, PhD), Dejman M^{4,5} (MD, MPH, PhD), Vameghi M^{5,6} (MD), Mohammadi F^{4,5} (PhD), Mohtashami B⁵ (MSc), Sadighi J^{5,7} (MD, PhD), Tajvar M^{1,5} (PhD)

¹ School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Women's Health Scientific group, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Health Services Management Group of Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

⁴ Social Determinant of Health Research center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ Women's Health Scientific group, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁷ Mother and child Health Group of Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Received: 28 Jul 2013, Accepted: 10 Nov 2013

Abstract

Introduction: Women's health is a broad concept that includes physical, psychological, social, cultural, and spiritual aspects, and is influenced by social, political, economic and biological factors. This definition offers a conceptual framework for an effective and relevant approach to women's health promotion and disease prevention. Understanding women's health is not only an emphasis on influences of biological factors and health care but also in a wider range of determinants of health such as education, culture and economy. There is no known national women's health model to identify influencing factors, show their relationships and correlations in a schematic collection, and able to be used as a tool in defining indicators of health status, health promotion strategies and priorities for Iranian women. Women's Health Scientific group in IRI Academy of Medical Sciences recognized this need and attempted for a theoretical model to explain the factors affecting health of Iranian women. This paper reviews and evaluates existing theoretical frameworks and models for health, and introduces a designed women's health model (Farmehr) regarding aspects of the national, local, religious and cultural life of Iranian women.

Methods: In this qualitative study, authoritative medical information were searched and collected from national and international databases. Documents were content analyzed by holding 23 expert meetings and based on concepts from existing models by which the content analyzed matrix was designed. Analyzing was used to facilitate the understanding and conceptualization of the findings; and preliminary model was developed. Then in two stages of six deep interviews and one focus group discussions with 15 key health experts and policy makers, their comments were considered and applied to the model. The women's health model for I.R.I. Academy of Medical Sciences (Farmehr) was finalized.

Results: The constituent elements in Farmehr women's health model include 53 elements, in which 17 elements are in individual level, 8 elements are in family level, and 24 elements are in social level. They all are divided in four subject groups. There are also four basic and fundamental elements affecting women's health in an underlying subject group in the model.

Conclusion: The Farmehr conceptual framework and model can be used as a tool for better understanding of women's health, its affecting factors, data analysis and evaluation. In this model, relations between different aspects of women's health, their multiple roles in life and external affecting factors are considered in one collection. It can be used to describe gender relations in the family, community, and to define appropriate health indices compatible with the conditions. So it makes possible to compare and evaluate women's health care and status more sustainable and credible in national and international levels.

Key words: women's health, conceptual framework, health model, Iran

Please cite this article as follows:

Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, Mohtashami B, et al. Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework. Hakim Research Journal 2014; 16(4): 337- 348.

*Corresponding Author: Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR., No. 51 Vahid Nazari St., South Felestin St., Enghelab Ave., Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 66951876-9, Fax: +98- 21- 66480805. E-mail: faranakfarzadi@yahoo.com