

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شاخص‌های اجتماعی بهداشت باروری

مترجمان:

سیده سمیرا مخلصی (دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری - عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم)

آذر مشهوری (کارشناس ارشد بهداشت باروری - دانشگاه تربیت مدرس)

لیدا مقدم بنائم (دانشیار گروه بهداشت باروری دانشگاه تربیت مدرس)

عنوان و نام پدیدآور: تعیین‌کننده‌های اجتماعی بهداشت باروری / نویسنده سازمان جهانی بهداشت؛ مترجمین سیده سمیرا مخلصی، آذر مشهوری، لیدا مقدم بنائم.
مشخصات نشر: قم: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری: ۱۸۲ ص.

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۱۰-۴۷۴۲-۱
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
موضوع: بارداری -- جنبه‌های بهداشتی
موضوع: Pregnancy -- Health aspects
موضوع: زنان -- سلامتی و بهداشت
موضوع: Women -- Health and hygiene
موضوع: زنان -- رفتار جنسی
موضوع: Women -- Sexual behavior
شناسه افزوده: مخلصی، سیده سمیرا، ۱۳۶۴
شناسه افزوده: مشهوری، آذر، ۱۳۵۱
شناسه افزوده: مقدم بنائم، لیدا، ۱۳۵۱
شناسه افزوده: World Health Organization
شناسه افزوده: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم
رده بندی کنگره: ۷۱۳۹۶/ت
رده بندی دیویی: RG۵۲۵۶۱۸/۲۴
شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۵۵۱۲۲

شاخص‌های اجتماعی بهداشت باروری

مترجمان سیده سمیرا مخلصی، آذر مشهوری، لیدا مقدم بنائم
 ناشر دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم
 صفحه‌آرایی <http://Taketab.com/cg>
 چاپ اول ۱۳۹۶
 شمارگان ۱۰۰۰ جلد
 قیمت ۱۵۰,۰۰۰ ریال

دانشگاه آزاد اسلامی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم
 Islamic Azad University of Qom



فصل اول: ۱۱

نگاهی به بهداشت جنسی و باروری از دریچه عدالت

فصل دوم: ۱۵

در داخل سیستم بهداشتی

۱. مقدمه ۱۷
۲. زمینه‌های تأثیر متقابل کارکنان و مددجویان ۱۸
۳. تأثیر رفتار کارکنان در دستیابی به خدمات ۲۱
- ۱-۳. روانداشتن خدمات ۲۳
- ۲-۳. دلسرد نمودن افراد از دریافت خدمات ۲۹
- ۳-۳. عدم اطلاع‌رسانی صحیح ۳۳
۴. شاخص‌های رفتاری مراقبان سلامتی ۳۵
۵. توسعه تعامل بین مراقبان و مددجویان ۳۶
- جعبه ۱: دستیابی به کیفیت از طریق تقاضای مددجو ۳۸
- جعبه ۲: شبکه پزشکان خصوصی سقط جنین (کنیا) ۳۹
- جعبه ۳: سندروم STI و آموزش مراقبان (آفریقای شمالی) ۴۰
- ۶- نتیجه‌گیری و پیشنهاداتی برای آینده ۴۱

فصل سوم | ۴۵

سیاست‌های مالی تساوی ارائه خدمات

۱. مقدمه ۴۷
- ۲- نتایج ناخواسته سیاست‌های سرمایه‌گذاری بین‌المللی ۴۸
- ۱.۲- سیاست Mexico City ۴۸
- ۳- خط مشی ملی کاهش هزینه‌ها ۴۹
- ۴- خط مشی ملی سازمان دهی هزینه‌ها ۵۱
- ۵- تساوی حقوق و منابع مالی جدید ۵۲
- ۱.۵- هدفمند سازی ۵۳
- ۲.۵- هزینه مراقبت‌های دولتی ۵۶
- ۳.۵- کمک‌های مالی تقاضامحور ۵۹
- ۴.۵- تحمل‌پذیری ۶۰
- ۶- نتیجه‌گیری ۶۲

فصل چهارم | ۶۵

نوآوری در سیستم بهداشتی جامعه

- ۱- مقدمه ۶۷
- ۲- تجربه متلب ۶۹
- ۳- CHPS: برنامه‌ای که کار می‌کند ۷۰
- ۴- راه طولانی برای طراحی برنامه‌ای که کار می‌کند ۷۱
- ۱.۴- ناامیدی‌های اولیه ۷۱
- ۲.۴- جستجوی راه‌های دیگر ۷۲
- ۳.۴- جبران هزینه ۷۲
- ۴.۴- مراقبان بهداشت جامعه ۷۳
- ۵- ایجاد پاسخ غنا ۷۶

فقرو بهداشت جنسی - باروری

۱- مقدمه ۸۵

۲. تعریف فقر و بهداشت جنسی - باروری ۸۶

۳. اسناد فقر و بهداشت جنسی - باروری ۸۸

۱.۳ مطالعات در سطح ماکرو ۸۸

۲.۳ مطالعات در سطح میکرو ۹۱

افزایش باروری، تولدهای ناخواسته و سقط‌های غیرایمن ۹۱

دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری ۹۳

عقوت‌های مقاربتی ۹۴

۴. عوامل موثر در فقر و بهداشت جنسی - باروری ۹۵

۱.۴ جنس ۹۵

۲.۴ فقر در شهر و روستا ۹۷

۳.۴ جوانی و بلوغ ۹۹

۴.۴ تحصیلات ۱۰۰

۵. برنامه‌ریزی برای دسترسی افراد فقیر به خدمات ۱۰۱

۱.۵ اسناد مداخلات ۱۰۱

واگذاری پول نقد مشروط: ترویج استفاده، از طریق پاداش‌های مالی ۱۰۱

توسعه ارائه خدمات: بهبود دسترسی مالی و جغرافیایی ۱۰۲

- ۲.۵. شرکای مهم در اجرای برنامه ها ۱۰۳
۶. پیشنهادات برای آینده ۱۰۵

فصل ششم | ۱۰۹

مهاجرت و بهداشت باروری زنان

- ۱- مقدمه ۱۱۱
- ۲- مشخصات مهاجران ۱۱۲
- ۳- مطالعه مورد شاهی از وضعیت مهاجران کار چین ۱۱۴
- ۴- وضعیت بهداشت باروری در جمعیت مهاجر ۱۱۷
- ۱.۴ آگاهی و استفاده از وسایل تنظیم خانواده ۱۱۷
- ۲-۴ جستجو و دستیابی به خدمات بهداشت باروری ۱۱۹
- ۳-۴ پیامدهای بهداشت مادران ۱۲۲
- ۴-۴ بیماری‌های مقاربتی و HIV ۱۲۲
- ۵-۴ سقط القایی ۱۲۴
- ۵- اشاره به نیازهای بهداشت جنسی و باروری مهاجران ۱۲۵
- ۱-۵ تغییر سیاست‌ها ۱۲۶
- ۲-۵ نزدیک نمودن مراکز ارائه خدمات به مهاجران ۱۲۸
- ۳-۵ مشکلات راهبردی در مسیر ایجاد مداخلات بهداشت باروری ۱۲۹
- Community outreach ۱۳۰
- ۴-۵ خدمات بهداشتی متناسب با فرهنگ برای مهاجران ۱۳۲
- ۵-۵ نگاه بشر دوستانه به سلامت مهاجران ۱۳۲
- ۶-۵ جمع‌آوری اطلاعات در زمینه نیازهای بهداشتی مهاجران ۱۳۳

دانشگاه آزاد اسلام

فصل هفتم | ۱۳۵

نقش مدارس در اشاعه بهداشت باروری و جنسی در میان نوجوانان در کشورهای در حال توسعه

- ۱- مقدمه ۱۳۷
- ۲- الگوها و تمایلات نوجوانان برای شرکت در مدارس ۱۳۸
- ۳- بهداشت جنسی و باروری در میان نوجوانان ۱۴۲
- ۴- ارتباط بین تحصیل و بهداشت جنسی و باروری ۱۴۳
- ۴-۱ پیامدهای بهداشت باروری و جنسی با در نظر گرفتن وضعیت دانش‌آموزان ۱۴۴
- ۴-۲ کیفیت مدارس و بهداشت جنسی و باروری نوجوانان ۱۴۶
- ۵- سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت باروری و جنسی در مدارس ۱۴۸
- ۵-۱ برنامه‌های بهداشتی مدارس ۱۴۹
- ۵-۲ سیاست‌های آموزشی و منافع بهداشتی ۱۵۱
- ۶- نتیجه‌گیری ۱۵۳

فصل هشتم | ۱۵۵

آزار و خشونت جنسی

- ۱- مقدمه ۱۵۷
۲. تعریف و تخمین خشونت و اجبار جنسی ۱۵۸
۳. الگوها و شیوع خشونت و اجبار جنسی ۱۶۱
- ۳.۱ اجبار و خشونت جنسی در اولین نزدیکی جنسی و/یا در دوران کودکی ۱۶۱
- ۳.۲ تجربه مادام‌العمر اجبار جنسی توسط شریک جنسی محرم ۱۶۲
- ۳.۳ تجربه مادام‌العمر اجبار جنسی توسط غیر از شرکاء جنسی (non-partners) ۱۶۳
- ۳.۴ خشونت جنسی علیه زنان در شرایط جنگ و تغییر مکان ۱۶۳
- ۳.۵ خشونت و اجبار جنسی علیه مردان ۱۶۴
۴. پیامدهای اجبار و خشونت جنسی ۱۶۵
- جدول ۱: پیامدهای اجبار و خشونت جنسی ۱۶۶

- ۱۰۴ پیامدهای بهداشت باروری و جنسی ۱۶۷
- ۲۰۴ رابطه جنسی محافظت نشده و حاملگی ناخواسته ۱۶۷
- ۳۰۴ سقط القایی ۱۶۸
- جدول ۲. پیامدهای حاملگی متعاقب تجاوز جنسی در ایالت متحده ۱۶۹
- ۴۰۴ عفونت‌های منتقله از راه جنسی، شامل HIV و ایدز ۱۶۹
- ۵۰۴ اختلالات دستگاه تناسلی زنانه ۱۷۰
- ۶۰۴ رفتارهای پرخطر بعدی ۱۷۰
- ۷۰۴ پیامدهای اجتماعی اجبار و خشونت جنسی ۱۷۱
۵. فاکتورهای مرتبط با خشونت و اجبار جنسی ۱۷۱
- ۱۰۵ فقر و خشونت و اجبار جنسی ۱۷۲
- ۵-۲ هنجارهای جنسیتی و اجبار جنسی قبل از ازدواج ۱۷۵
- ۵-۳ هنجارهای جنسیتی و واکنش خانواده‌ها و جوامع به اجبار جنسی ۱۷۶
- ۶- استراتژی‌های امیدبخش برای پیشگیری و پاسخ ۱۷۷
- ۶-۱ تشکیل و انتشار دانش پایه ۱۷۸
- ۶-۲ پیشگیری از اجبار و خشونت جنسی ۱۷۹
- ۶-۳ ترویج خدمات جامع پاسخ به خشونت جنسی ۱۸۰
- ۷- نتیجه‌گیری و پیشنهادها ۱۸۳

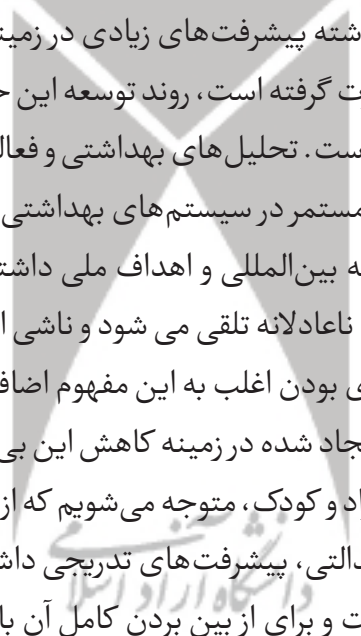


فصل اول:

نگاهی به بهداشت جنسی و
باروری از دریچه عدالت

دانشگاه آزاد اسلامی





با مروری بر پیشرفت‌های ایجاد شده در زمینه کاهش این بی‌عدالتی‌ها در حیطه‌های کلیدی نظیر بهداشت مادر، نوزاد و کودک، متوجه می‌شویم که از سال ۱۹۹۰ بیشتر کشورها برای کاستن فاصله‌های بی‌عدالتی، پیشرفت‌های تدریجی داشته‌اند، با این حال هنوز هم این فاصله بسیار بزرگ است و برای از بین بردن کامل آن باید دو برابر گذشته تلاش نمود که بتوان از هم اکنون تا سال ۲۰۱۵ به سطح پوشش مطلوب در این زمینه و سایر

مداخلات مورد نیاز برای اهداف توسعه هزاره ۴ و ۵ رسید. به طور کلی الگوی عدم تساوی در همه کشورها پایدار است و فقط می‌توان تدریجاً آن را تغییر داد که البته این مهم، با مشکلات چندی در انجام مداخلات روبرو خواهد شد.

همچنین در بررسی شاخص‌های پوشش وسایل تنظیم خانواده مدرن و پیشرفته متوجه می‌شویم که افراد متمول سریع‌تر از فقرا به این برنامه رو می‌آورند؛ بنابراین هرگونه تلاش در جهت استغنای مردم به کاهش فاصله موجود بین استفاده از خدمات و نتایج متعاقب آن، از جمله کاهش موالید خواهد انجامید. وجود فاصله بین افراد فقیر و توانمند در مقوله سلامت و استفاده از خدمات بهداشتی، بسیار مورد توجه برنامه‌های بهداشت عمومی، سیاست‌گذاران و جوامع مدنی است و همین تفاوت‌های کلی در شاخص‌های بهداشت عمومی در رفع نیازهای اقشار آسیب‌پذیر جامعه، بی‌عدالتی را به خوبی در جوامع نشان می‌دهد.

رابطه بین فقر و بهداشت باروری ضعیف به خوبی شناخته شده است.

Greene و Merrick تبعات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی را بر شاخص‌های کلیدی بهداشت باروری از جمله میزان زنده ماندن مادران، حاملگی در سنین نوجوانی و حاملگی‌های ناخواسته بررسی کردند. بنا به گزارش ایشان در این موارد خطر مرگ مادر و عدم اشتغال کودکان به تحصیل در خانواده‌های پرجمعیت افزایش می‌یابد. حاملگی ناخواسته نیز با خطرات ناشی از سقط عفونی ارتباط مستقیم و مثبت دارد. از طرفی وجود فاصله سنی اندک بین فرزندان، تأثیر سوء بر میزان زنده ماندن کودک دارد. همچنین حاملگی‌های نوجوانی نیز با خطر موربیدیت‌های متعدد در طول زندگی همراه است. محققان اذعان می‌کنند که احتمال فقر در خانواده‌های پرجمعیت بیشتر و شانس نجات از تنگدستی در ایشان کمتر از خانواده‌های کم جمعیت است.

در یک برآورد جهانی مشخص شده است زنانی که در کشورهای کم درآمد یا متوسط از لحاظ اقتصادی زندگی می‌کنند، نسبت به زنانی که در کشورهای ثروتمند زندگی می‌کنند،

بیشتر در معرض مورتالیتته و موربیدیتته های جنسی و باروری قرار می گیرند. همان طور که در زیر آمده است:

♦ بسیاری از کشورهای در حال توسعه با رشد سریع جمعیت دست و پنجه نرم می کنند و در حالی که میزان باروری در کشورهای کمتر توسعه یافته در حال نزول است، هنوز هم ۲ برابر (۲/۹ در مقابل ۱/۶ تولد به ازای هر زن) میزان آن در کشورهای توسعه یافته است. به استثنای چین، متوسط تعداد تولد به ازای هر زن در کشورهای توسعه یافته ۳/۴ و در کشورهای توسعه نیافته بیش از ۵ است.

♦ تعداد متوسط موارد سقط القایی که یک زن ممکن است در طول زندگی خود تجربه کند، تقریباً بدون توجه به این که در کشوری توسعه یافته یا در حال توسعه زندگی می کنند، یکسان است. اما احتمال مرگ مادر در اثر سقط عفونی منحصراً بسته به این که در کدام کشور زندگی می کند، متفاوت است و تقریباً همه مورتالیتته های ناشی از سقط عفونی در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. خطر مرگ مادر در اثر سقط عفونی به خصوص در صحرای آفریقا بسیار بالاست و زنانی که در صحرای آفریقا زندگی می کنند، ۱۵ مرتبه بیشتر از زنانی که در آمریکای لاتین زندگی می کنند و ۷۵ مرتبه بیشتر از زنانی که در کشورهای توسعه یافته زندگی می کنند در خطر مرگ ناشی از سقط عفونی قرار دارند. زنان جوان در کشورهای در حال توسعه بیشتر در معرض خطر هستند و تقریباً نیمی از مورتالیتته های ناشی از سقط عفونی در زنان کمتر از ۲۵ سال اتفاق می افتد.

♦ بر طبق آمار GBD در کشورهایی که سطح اقتصادی پایینی دارند، بیش از ۹۰٪ موارد ناتوانی انسان ها در طول زندگی (DALY) توسط عفونت های مقاربتی به جز HIV ایجاد می شود و بیش از ۵۰٪ بیماری های جهان به زنان کشورهای کم درآمد تحمیل می شود.

♦ بر طبق گزارش محققان ۸-۱۲٪ زوج های جهان در دوره ای از زندگی خود ناباروری را تجربه نموده اند و هنوز هم شمار قابل ملاحظه ای از زوج ها در کشورهای در حال توسعه از ناباروری رنج می برند. پژوهشگران بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از خصوصیات دموگرافیک و پایش های سلامت، تخمین زده اند که از هر ۴ زن متأهل در سنین باروری

۱ نفر دچار ناباروری خواهد بود. عفونت‌های ناشی از سقط عفونی و قرار گرفتن در معرض عفونت‌های مقاربتی به صورت بلند مدت، شایع‌ترین دلایل ناباروری شناخته شده است.

❖ ویروس HPV انسانی که در حین مقاربت منتقل می‌شود، عامل ۱۰۰٪ موارد سرطان سرویکس، ۹۰٪ موارد سرطان آنوس و ۴۹٪ موارد سرطان ژنیتال خارجی است. از کل بیماران مبتلا به سرطان‌های ناشی از HPV، ۹۴٪ را زنان تشکیل می‌دهند. در آمریکای لاتین، کارائیب و اروپای شرقی، سرطان سرویکس بیش از سل، عوارض مادری یا AIDS، باعث از دست رفتن سال‌های زندگی افراد می‌شود.

❖ پیشرفت‌های حاصل در شناخت و درمان سریع سرطان سرویکس، تغییر محسوسی در شانس زنده ماندن زنان مبتلا به آن ایجاد نموده است. در یک مطالعه مروری تفاوت زیادی در شانس زنده ماندن زنان مبتلا به سرطان سرویکس در کشورهای مختلف مشاهده شده است. زنانی که در کشورهای کم‌درآمد نظیر گامبیا، اوگاندا و زیمبابوه زندگی می‌کنند، در مقایسه با زنان در کشورهای پردرآمد مانند چین، هنگ‌کنگ، جمهوری کره و سنگاپور شانس بقای کمتر از ۵ سال دارند.

همین آمار و ارقام جهانی متوسط بیماری، تفاوت‌های مهم بین کشورها را بیان می‌کند، اما با وجودی که این ارقام برای دفاع از حقوق باروری در جهان لازم و ضروری است، کمک چندان زیادی برای درک علت بی‌عدالتی بهداشتی و یا طراحی برنامه‌ای برای کاهش این بی‌عدالتی‌ها ننموده است. بنابراین ضرورت تحلیل‌هایی فراتر از آمار و ارقام به وجود می‌آید تا نه تنها مشخص شود که چه گروه‌هایی از جمعیت در معرض خطر افزایش یافته تبعات نامطلوب بهداشتی قرار دارند؛ بلکه ساختارهای خاص اجتماعی که به خدمات بهداشت باروری دسترسی دارند و از آن‌ها به نحو مؤثر و مطلوب استفاده می‌کنند، شناسایی شوند.

اولین نگرانی برنامه‌های بهداشتی وجود فاصله زیاد بین اطلاع‌رسانی، دستیابی به خدمات و استفاده از آن‌ها است. مطالعات مبتنی بر جمعیت نشان می‌دهد که زنان خانواده‌های فقیر کمتر از زنان خانواده‌های متمول از برنامه‌های پیشگیری و درمانی

خدمات بهداشت جنسی و باروری نظیر وسایل مدرن پیشگیری از بارداری، مراقبت‌های قبل از بارداری، زایمان توسط مامای آموزش دیده و درمان عفونت‌های مقاربتی بهره‌مند می‌شوند. اطلاعات ۳۲ کشور جهان بیانگر آن است که به زنانی که در مناطق محروم زندگی می‌کنند، نسبت به زنان ثروتمند اطلاع‌رسانی و ارسال پیام‌های تنظیم خانواده کمتر صورت می‌گیرد.

اخیراً بسیاری از محققان توجه خود را بر ارتباط بین فقر و شاخص‌های بهداشتی متمرکز کرده‌اند. با این حال توجه کمتری به سایر تبعات نامطلوب معطوف شده است و سیاست‌گذاران به ندرت ارتباط بین عوامل چندگانه و پیامدهای آسیب‌پذیری بهداشت جنسی و باروری را بررسی می‌کنند. به طور مثال نوجوانانی که در فقر زندگی می‌کنند، به خصوص بسیار آسیب‌پذیر هستند. مستندات کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که یک نوجوان در یک خانواده فقیر ۱/۷ از ۴ مرتبه بیشتر از زنان جوان در خانواده‌های غنی در معرض حاملگی قرار دارد.

اطلاعات به دست آمده از شهرها همواره فاصله محسوس موجود در استفاده از خدمات SRH و پیامدهای بهداشتی که با سلامتی، قومیت، اقامتگاه، تحصیلات، سن و سایر فاکتورهای اجتماعی ارتباط دارد را بیان می‌کند. این متغیرها بیشتر از جهت روشنگری و نه به عنوان نشانه‌هایی برای برنامه‌ریزی توسط محققان و مدیران برنامه‌ها استفاده می‌شود. در اینجا یک سؤال مطرح می‌شود: آیا بی‌عدالتی در بهداشت و استفاده از خدمات بهداشتی اجتناب‌ناپذیر است؟

تلاش‌هایی که اخیراً برای روشن ساختن شاخص‌های اجتماعی و بهداشتی انجام شده است، در چالش است تا فاصله موجود بین استفاده از خدمات و پیامدهای بهداشتی غیر قابل اجتناب و راه جبران آن‌ها را بیان کند. پیشرفت‌هایی در این زمینه در بعضی از کشورها صورت گرفته است و این فاصله در مداخلات بهداشتی کلیدی کاهش یافته و دسترسی به خدمات برای جمعیت عمومی آسان گردیده است. ظرفیت بالقوه برنامه‌های بهداشتی برای دسترسی یکسان و استفاده مساوی از خدمات در بین افراد مختلف جامعه در مثال

بنگلادش مشخص شده است. اگر هدف برنامه‌های بهداشت عمومی فراهم ساختن شرایط یکسان برای دسترسی به خدمات باشد، آنگاه می‌توان از تفاوت‌ها در استفاده از خدمات به عنوان شاخص مهمی در بررسی نیل به اهداف برنامه‌ها سود جست.

با بررسی تفاوت‌های کلی در پیامدهای بهداشتی و تعیین عوامل ایجادکننده این فاصله‌ها، برنامه‌های بهداشت عمومی قادر خواهند بود که خدمات بهتری طرح‌ریزی کنند تا به نتایج مطلوبی در زمینه پیشرفت و حمایت جامعه و تأثیرات مثبت بر بهداشت جامعه دست یابند و در حرکت به سوی عدالت اجتماعی نقش کلیدی ایفا کنند. برای شناسایی تفاوت‌های بهداشتی و نقش زمینه‌های اجتماعی در پیامدهای بهداشتی، سازمان بهداشت جهانی کمیته شاخص‌های اجتماعی بهداشت (CSDH) را بنیان‌گذاری نمود.

در سال ۲۰۰۵ کمیته CSDH کلیه اطلاعات ضروری برای درک نقش زمینه‌های اجتماعی در شاخص‌های بهداشتی را جمع‌آوری کرد. در راستای همین هدف، دپارتمان بهداشت باروری و تحقیقات (RHR) به فعالیت‌های کمیته ملحق شد و به سنجش بی‌عدالتی در بهداشت باروری و جنسی پرداخت. در فصل‌های آتی این کتاب، درباره روابط بین شاخص‌های اجتماعی و بهداشت باروری و جنسی، همچنین برنامه‌های آتی در جهت کاهش بی‌عدالتی‌های مشاهده‌شده در بهداشت یا در ساختار اجتماعی جامعه که مانع از دستیابی به خدمات بهداشت باروری و جنسی می‌شود، صحبت خواهد شد.

هدف این کتاب صرفاً اشاره به همه شاخص‌های اجتماعی که در ارتباط با بهداشت باروری و جنسی هستند، نیست؛ بلکه موضوعات با توجه به نقش و تأثیر بالقوه هر کدام بر بهداشت باروری، با توجه به اسناد و مدارک موجود و متناسب با برنامه‌های بهداشت عمومی انتخاب شده است. با این حال برخی از شاخص‌های اجتماعی مهم از جمله تأثیر چارچوب‌های قانونی و سیاسی بر هنجارهای جنسیتی، در این جلد آورده نشده است. لذا این فصل می‌تواند نقطه آغازی برای سیاست‌گذاران، مدیران و پژوهشگران در زمینه عدالت و طرح توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی باشد.

بخش اول تحت عنوان «درون سیستم بهداشتی» در سه فصل به بررسی روابط بین

ساختار سیستم بهداشتی و بهداشت جنسی و باروری می‌پردازد. در فصل اول Tavrow توضیح می‌دهد که چگونه انتظارات افراد از کیفیت مراقبت‌ها و به طور اختصاصی‌تر، طرز تلقی و عمل کارکنان بهداشتی، بر میزان استفاده از خدمات تأثیر می‌گذارد. از بین تمام خدمات بهداشتی، اغلب در مورد خدمات بهداشت باروری و جنسی، برخوردهای مبتنی بر قضاوت و اصول اخلاقی - هم در میان ارائه‌دهندگان خدمت و هم در میان اعضای جامعه - صورت می‌گیرد که بر میزان و نحوه استفاده از این خدمات تأثیر می‌گذارد.

Tavrow در مورد پیچیدگی نیروی محرک بین ارائه‌دهندگان خدمت و مددجویان و چگونگی تأثیر ایشان بر محرومیت بعضی مددجویان از خدمات توضیح می‌دهد. اغلب این مددجویان کسانی هستند که به ضعم کارکنان بهداشتی رفتارهایی غیر اخلاقی دارند (به عنوان مثال روابط جنسی خارج از محدوده خانواده دارند یا روابط خود را در سنین کم آغاز نموده‌اند)، به علت بی‌سوادی شایستگی دریافت خدمات یا اطلاعات بهداشتی را ندارند یا لایق صرف وقت برای دریافت خدمات مشاوره نیستند. حتی گاهی اوقات ارائه‌دهندگان خدمت به علت عدم تطابق بعضی از خدمات با باورها و عقاید خود، نظیر مشاوره در مورد سقط القایی، از ارائه خدمت سر باز می‌زنند. در فصل بعدی Montagu و Graff در مورد اهمیت اتخاذ تصمیم با توجه به نوع خدمات در دسترس (از جمله درمانی یا پیشگیری، روش‌های پیشگیری طولانی یا دائمی)، محل ارائه خدمات (از جمله حومه یا مراکز شهر و به صورت سرپایی یا بستری) و ارائه‌دهندگان خدمات (از جمله کارکنان رسمی درمانگاه‌ها، پزشکان محلی غیر رسمی، عمومی یا خصوصی) در اصلاح یا تشدید عدالت در دست‌یابی و استفاده از خدمات را توضیح می‌دهند. در این بخش نویسنده در مورد حمایت‌های مالی و سیاسی از خدمات بهداشت باروری و جنسی، فضایی که نسبت به ترقی و تنزل در فشارهای سیاسی و عقاید عموم بسیار آسیب‌پذیر است و محصولات آن بحث می‌نماید.

Williams - Awoonor با انجام مطالعات موردی در تقویت و بازسازی سیستم‌های بهداشتی مطابق با سطوح اجتماعی جوامع، بسیاری از پیش‌زمینه‌های مطرح شده توسط Montagu و Graff را تأیید می‌کنند. نویسنده در مورد چالش‌ها و فواید بالقوه ایجاد

و طبقه‌بندی ظرفیت‌های اجتماعی و نگاه جامعه‌نگر به سیستم‌های خدماتی توضیح می‌دهد. تأثیر سیاست‌های توسعه بین‌الملل در مقایسه با تجربیات برنامه‌های تقویتی مشابهی که بیش از ۲ دهه قبل در بنگلادش اجرا شد، مشهود است. مطالعات موردی بیانگر چالش‌های انجام شده در طبقه‌بندی ساختارهای مداخله‌ای در جهت ایجاد زمینه‌های اجتماعی برای استفاده از خدمات در دنیای توسعه‌یافته کنونی است.

بخش دوم با عنوان «در فراسوی دیوارهای درمانگاه‌ها» به روابط بین موقعیت‌های آسیب‌پذیر اجتماعی (فقر، مهاجرت، طردشدگی اجتماعی و...)، سازمان‌ها (مدارس، دانشگاه‌ها و...)، نوع رفتار (خشونت یا جبر) و بهداشت جنسی و باروری می‌پردازد. فصل اول مروری بر استنباط روابط بین فقر و بهداشت جنسی و باروری ارائه می‌دهد. Channon و همکاران از رابطه چندبعدی فقر و شاخص‌های بهداشت باروری صحبت می‌کنند. در این فصل تأثیر سیاست‌های کلان از جمله سرمایه‌گذاری‌های ملی در توسعه انسانی تا عوامل شخصی و خانوادگی که در چگونگی استفاده از خدمات بهداشت باروری تأثیرگذار است، بررسی می‌شود. در فصل اول تأکید شده است که درک ذات و جهت تأثیر فقر بر بهداشت باروری بسیار مشکل است. این مشکلات در مقولاتی از جمله هنجارهای جنسیتی تهدیدکننده و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و ارتباط آن‌ها با فقر در جامعه مطرح می‌شود و با توجه به این مهم که ارتباط محکمی بین فقر و استفاده کمتر از وسایل پیشگیری از بارداری مشاهده شده است، نویسنده پیشنهاد می‌کند که علت این ارتباط، تفاوت در موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی زنان و عدم استقلال مالی و متعاقباً عدم توانایی در اتخاذ تصمیم در مورد زندگی خود است.

در فصل بعدی Smith و Qian از نگرانی در مورد مهاجران صحبت می‌کنند. در سال‌های اخیر جابه‌جایی جمعیت به صورت محلی یا بین‌المللی توجه زیادی را به خود جلب نموده است و آمار و ارقام نشان می‌دهند که زنان جوان، بخش بزرگی از مشکلات مهاجرت را متحمل می‌شوند. نویسنده در مورد علت و عواقب مهاجرت بر بهداشت جنسی و باروری زنان بحث می‌کند. با وجود تحقیقات اندک در این زمینه، اطلاعات موجود نشان می‌دهد

که برنامه‌های بهداشت جنسی و باروری از رسیدگی به این جمعیت بی‌جا و مکان و در حال گذر، عاجز است و لذا در مورد تمام موانع قانونی، اجتماعی و فرهنگی موجود بر سر راه استفاده از خدمات توضیح داده می‌شود.

مرور برنامه‌های نوجوانان، اخیراً نشان داده است که آموزش بهداشت باروری و جنسی در مدارس، یک روش اثبات شده در جهت توانمندسازی نوجوانان در زمینه بهداشت باروری و جنسی است. در یکی از فصول پیش رو، Lioryd در مورد ارتباط بین بهداشت باروری و شرکت در مدرسه صحبت می‌کند. نویسنده نیز تأثیرات مثبت توسعه اجتماعی در حین شرکت در برنامه‌های آموزشی مؤسسات بر رفتار جنسی دختران را برمی‌شمارد. بنابراین هرگونه تلاش برای تثبیت تعادل جنسیتی و آموزش با کیفیت بالا، بر بهداشت باروری نوجوانان تأثیر مثبت خواهد داشت. همچنین در این فصل چالش‌های انجام شده برای بنیان‌گذاری برنامه‌های بهداشت باروری و جنسی در مدارس و در شرایطی که سیستم آموزشی بسیار ضعیف است، بررسی می‌شود.

در فصل آخر، Bott وقایع و شاخص‌های خشونت جنسی و جبر را تحلیل می‌کند. روند رو به رشد وقایع نشان می‌دهد که خشونت جنسی و اجبار جنسی بر تحصیلات و وضعیت اقتصادی زنان و مردان در گروه‌های سنی مختلف تأثیر می‌گذارد.

در مجموع کلیه فصول، مطالبی مستند و محکم ارائه می‌شود که نشان می‌دهد عواملی فراتر از کنترل شخصی می‌تواند بر بهداشت جنسی و باروری افراد تأثیر بگذارد. عقیده عموم بر این است که این عوامل باعث بی‌عدالتی در استفاده از خدمات بهداشتی و متعاقباً تفاوت در بهداشت جنسی و باروری می‌شود. برنامه‌هایی که بدون در نظر گرفتن اثر عوامل خارجی طراحی شده باشند، کمتر محتمل است که بتوانند وضعیت بهداشت باروری و جنسی را در میان افراد آسیب‌پذیر توسعه بخشند.

مطالعات نشان می‌دهند که گروه‌های جمعیتی خاص از جمله افراد فقیر، زنان کم‌سواد، افرادی که در حومه شهرها و مناطق دورافتاده زندگی می‌کنند و نوجوانان، هرگز مورد عنایت خدمات کنونی قرار ندارند. همین‌طور مطالعات نشان داده‌اند که هیچ‌یک از نیازهای سایر

گروه‌ها از جمله مهاجران، گروه‌های قومی و نژادی خاص و افراد معلول نیز تأمین نمی‌شود. قدم اول برای اصلاح بی‌عدالتی، شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و بررسی شاخص‌های کلیدی اجتماعی و نقش آن‌ها در کاهش و یا نابودی بی‌عدالتی در سطح محلی است.

شاخص‌های اجتماعی در سطوح مختلف عمل می‌کنند و میزان قرارگیری در معرض حاملگی ناخواسته، عفونت‌های مقاربتی، رفتارهای پرخطر و نیازمند مراقبت، دسترسی یا استفاده از خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت را بیان می‌کند. در هر فصل مروری مختصر از دیدگاه برنامه‌ریزی به شاخص‌های اجتماعی بهداشتی ارائه می‌شود. برنامه‌ریزی مداخلاتی در زمینه‌های تدارکات خدمات بهداشتی؛ قابلیت پذیرش خدمات (مداخلاتی که به منظور تغییر هنجارهای اجتماعی انجام می‌شود.) و قابلیت دسترسی به خدمات و قابلیت ارزیابی خدمات (آن چه که با تدبیر بر منابع و قدرت به دست می‌آید.) طبقه‌بندی می‌شود. با مرور بر این فصول متوجه تشابه برنامه‌های اجرایی که به منظور توسعه بهداشت جنسی و باروری انجام می‌گیرد، می‌شویم.

بعضی از نویسندگان به برنامه‌های طرح‌ریزی سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی در محل کار یا زندگی مددجویان اشاره می‌کنند تا بدین ترتیب دسترسی به خدمات با حداقل هزینه‌های اجتماعی و مالی امکان پذیر شود. با وجود کمپانی‌ها و رسانه‌های جمعی، social marketing و برنامه‌های آموزش جامعه، امید می‌رود که دستیابی به خدمات بهداشت باروری و جنسی افزایش یابد و آگاهی عموم از اثرات زیان‌بخش خدمات سنتی یا فواید سرویس‌های خدماتی بهداشت باروری و جنسی افزایش یابد.

در نهایت هدف از بعضی مداخلات اعمال شده در این کتاب، افزایش دسترسی به بهداشت جنسی از طریق تغییر در قدرت است. این مداخلات شامل افزایش کیفیت و دسترسی دختران به تحصیل، سازمان‌دهی جوامع به طریقی که پذیرای خدمات بهداشت با کیفیت بالا و پاسخگوی نیازهایشان باشد و توسعه سیستم‌های مالی که امکان دسترسی به خدمات و انتخاب‌های بیشتر را برای افراد فراهم می‌سازد، است.