

## تحلیل رابطه‌ی سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی با شاخص‌های

### محرومیت و بهره‌مندی باروری

مناطق روستایی ایران - سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ \*

مریم (آزاده) مردانی \*\*، فاضله خانی \*\*\*

**چکیده:** در مطالعه‌ی حاضر تلاش می‌کنیم تا تفاوت زنان در مناطق روستایی استان‌های مختلف کشور را در سطح باروری و نیز امکانات بهداشتی و پزشکی در حین باروری با توجه به رتبه‌ی متفاوت این مناطق در شاخص توسعه‌ی انسانی و جنسیتی در سال‌های عنوان شده را مطالعه کنیم. از آن‌جا که متغیرهای باروری بیان‌گر وضعیت خاص زنان است و اشکال و علل محرومیت‌ها و نیازهای غیرمشترک زنان مانع قرارگیری آن‌ها در یک گروه همگن با نیازهای یکسان می‌شود، دستیابی به اطلاعات تفکیکی در مورد گروه‌های مختلف زنان در درون هر یک از مناطق خیلی اهمیت دارد. در این مطالعه استدلال می‌کنیم که قرار گرفتن یک منطقه در گروه مناطق روستایی نمی‌تواند دلیلی بر همگونی و تشابه این مناطق باشد. نامتوازن بودن سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی در مناطق روستایی، انزوای جغرافیایی برخی از مناطق روستایی و شرایط متفاوت اقلیمی، جای‌گاه متفاوت آن‌ها را در سطح باروری (محرومیت باروری) و شاخص میزان دسترسی به امکانات بهداشتی در حین حاملگی و پس از آن (بهره‌مندی باروری) را به‌دنبال دارد. تئوری‌های مورد توجه در این پژوهش شامل؛ تئوری‌های اقتصادی باروری، تئوری تعیین‌کننده‌های بلافاصل و تئوری فرهنگی باروری است. در این پژوهش از روش اسنادی-آماري و به‌منظور تحلیل اطلاعات و روابط علی بین متغیرها از آزمون‌های آماری و ضرایب همبستگی پیرسون، آزمون رگرسیون چندگانه و تحلیل خوشه‌ای و برای شاخص‌سازی از تحلیل عاملی استفاده می‌کنیم. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی با سطح محرومیت باروری رابطه‌ای منفی و با سطح بهره‌مندی باروری رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. گرچه از شدت رابطه در سال ۱۳۸۵ در مقایسه با ۱۳۷۵ کاسته شده، اما رابطه هم‌چنان معنادار است. رابطه‌ی

\* داده‌های این مطالعه از پایان‌نامه‌ای در مقطع کارشناسی ارشد با عنوان «تحلیل سطح توسعه‌یافتگی استان‌های ایران با درجه‌ی محرومیت و بهره‌مندی جنسیتی در دو مقطع زمانی ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵» اقتباس شده است.

maryam.a.mardani@gmail.com

\*\* کارشناس ارشد مطالعات زنان دانشگاه الزهرا

fazliekhani@gmail.com

\*\*\* دانشیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۰۲/۲۸

بین محرومیت و سطح بهره‌مندی باروری بیان‌گر آن است که یکی از دلایل کاهش سطح باروری در برخی مناطق، به‌خصوص در سال ۱۳۸۵، می‌تواند سطح بهره‌مندی باروری باشد؛ چون در هر کجا که زنان بیشتر به امکانات بهداشتی در حین حاملگی و پس از آن دسترسی دارند، تمایل به سطح باروری پایین‌تری را نشان می‌دهند. **واژگان کلیدی:** توسعه‌ی انسانی، توسعه‌ی جنسیتی، بهره‌مندی باروری، محرومیت باروری، مناطق روستایی.

## مقدمه و طرح مسئله

از منظر سازمان ملل متحد، سلامت و بهداشت باروری زنان یکی از شاخصه‌های توسعه‌یافتگی کشورهاست چرا که اولاً؛ بسیاری از خطراتی که سلامت و بهداشت زنان را تهدید می‌کند فقط مربوط به مقطعی از زندگی آنان نیست، بلکه در طول حیات آنان از کودکی تا بزرگسالی و سال‌خوردگی رخ می‌دهد. دوماً؛ زنان به‌علت شرایط فیزیولوژیکی بیشتر از مردان در معرض آسیب قرار دارند و سوماً؛ عوامل فرهنگی - اجتماعی چون جای‌گاه زنان در خانواده، نوع نظام تصمیم‌گیری و سرپرستی خانواده، میزان امنیت زنان در خانواده و جامعه، نگرش موجود نسبت به مسأله‌ی خشونت علیه زنان و کودکان و غیره در بروز زمینه‌های بیماری‌های جسمانی و روانی در زنان (از جمله سقط جنین‌های ناخواسته، زایمان‌های پیش از موعد، حاملگی‌های پرخطر به‌علت سوء‌تغذیه و عوارض ناشی از آن، بروز افسردگی و افسردگی‌های پس از زایمان و غیره) تأثیری به‌سزا دارند (شجاعی، ۱۳۸۴: ۴۷۶).

سالانه نیم میلیون زن در سراسر جهان در اثر عوارض ناشی از حاملگی، زایمان و سقط جنین‌های نادرست و پنج تا هفت میلیون زن در هر سال به‌علت پرولاپس رحم (بیرون‌زدگی رحم) جان خود را از دست می‌دهند. بر اساس گزارشی که به‌تازگی با نام «فقیر، ناتوان و حامله» چاپ شده است، بیش از ۶۰ درصد زنان جهان در وضعیتی زندگی می‌کنند که سلامت آنان همواره در خطر است (بهبادی، ۱۳۸۴: ۱۵۶).

در اواسط ۱۹۸۰، سازمان بهداشت و بانک جهانی و صندوق بین‌المللی<sup>۱</sup> برای مقابله با مشکلات فوق طرح «یک دوران مادری سالم» را ارایه کرد. تا سال ۲۰۰۰ با استفاده از راه‌حل‌های ارزان‌قیمت میزان مرگ‌ومیر به نصف کاهش یافت. در این ارتباط سن ازدواج و اولین زایمان مسأله‌ای بسیار مهم است (همان، ۱۳۸۴: ۱۵۷).

1. IMF

در راستای اجرای برنامه‌ی سازمان‌های بین‌المللی یادشده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران نیز «اداره‌ی مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت» را در وزارتخانه‌ی خود تأسیس کرده است. این اداره متولی کاهش بار بیماری‌های ناشی از بارداری، زایمان و بعد از زایمان در مادران و نوزادان (تا ۱۰ روز اول تولد) در راستای تعهدات ملی و بین‌المللی و با توجه به ارزش‌های سازمانی است. وجه تمایز این اداره با دیگر بخش‌های ارایه‌ی خدمت در مسئولیت آن برای سیاست‌گذاری کلان در ارتقای سلامت مادران و پاسخ‌گویی به تغییرات ناشی از اعمال این سیاست‌هاست. گروه هدف این اداره، زنان خواهان بارداری، زنان باردار، زنان در حین زایمان و تا ۴۲ روز بعد از زایمان و نوزادان تا ۱۰ روز اول تولد هستند. بر این اساس دیدگاه<sup>۲</sup> برنامه بر این است که باید هر مادری با هر وضعیتی از تن‌درستی، در هر زمانی از بارداری، حین زایمان و پس از زایمان (تا شش هفته) به مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات در هر کجای نظام شبکه مراجعه و خدمت اثربخش و کارآمد دریافت کند.

تحلیل‌های مختلف داخلی نشان داده است که در بین مناطق شهری و روستایی (عباسی شوازی، ۱۳۸۰ و ۲۰۰۲) و نیز در بین قومیت‌های مختلف (حسینی، ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴) تفاوتی معنادار در زمینه‌ی باروری وجود دارد. این تحلیل‌ها نشان می‌دهد که هرچند در سال‌های اخیر در تمام استان‌ها و مناطق شهری و روستایی، ایران گذاری سریع از باروری تجربه کرده است، اما هنوز تفاوت‌هایی معنادار در سطح باروری استان‌های ایران، به‌ویژه در مناطق شهری و روستایی وجود دارد (عباسی شوازی، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳).

انتظار می‌رود به‌دلیل تفاوت شرایط جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، وجود نگرش‌های مختلف فرهنگی و سطح توسعه‌ی مناطق شهری و روستایی و حتی هم‌زیستی قومیت‌های مختلف در آن‌ها، در درون هر کدام از این مناطق نیز سطح باروری و نیز میزان بهره‌مندی از تسهیلات پزشکی و بهداشتی در طول باروری متفاوت باشد.

انزوای جغرافیایی، مرزنشینی، شرایط اقلیمی متفاوت، تفاوت در راه‌های عبور و مرور (مثل راه‌های کوهستانی و ناهموار)، دوری و نزدیکی به مراکز استان‌ها و کلان‌شهرها و شرایطی این‌چنین باعث می‌شود که حتی بدون در نظر گرفتن سایر عوامل، با تکیه بر تفاوت‌های جغرافیایی و طبیعی به این نتیجه برسیم که مناطق روستایی کشور شرایط ناهمگون دارند. بنابراین قرار گرفتن یک منطقه در گروه مناطق روستایی

<sup>2</sup>. Vision

نمی‌تواند دلیلی بر همگونی و تشابه‌های این مناطق باشد. این ویژگی‌های ناهمگون، فقدان توازن در برخورداری از تسهیلات و امکانات و سطوح توسعه را به همراه دارد.

باروری در مباحث توسعه، هم از نظر بهداشت و سلامت زنان و نرخ مرگ‌ومیر زنان هنگام زایمان اهمیتی فراوان دارد و هم وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مذهبی جامعه را نشان می‌دهد. شاخص‌های توسعه‌ی انسانی به دلیل آن که با مؤلفه‌هایی چون سطح دانش، سطح سلامت و سطح زندگی سنجیده می‌شوند می‌تواند نقشی مهم در تغییر متغیرهای باروری داشته باشد چون انتظار می‌رود با افزایش سطح دانش و درآمد، میزان بهره‌مندی زنان از امکانات بهداشتی و پزشکی در حین باروری نیز افزایش یابد و بالعکس. «از سوی دیگر، رفتار باروری بازتابی نابرابر در نظام آموزشی است که خود ریشه در توسعه‌ی نامتوازن دارد» (حسینی، ۱۳۸۵: ۱۴۸). بهره‌مندی بیشتر زنان از این امکانات نیز سبب افزایش امید به زندگی زنان می‌شود. شاخص‌های توسعه‌ی جنسیتی از آن‌جا که با توجه به وضعیت زنان و مردان در همان متغیرها محاسبه می‌شود می‌تواند به شکلی واضح‌تر متغیرهای باروری را تحت تأثیر قرار دهد.

تحلیل حاضر متغیرهای باروری در مناطق روستایی کشور را در کانون توجه خویش قرار داده است. پرداختن به این موضوع از چند جهت اهمیت دارد:

همان‌طور که بیان کردیم مطالعه‌های انجام‌شده در سال‌های اخیر بیان‌گر آن بوده که باروری در ایران از سطح باروری طبیعی و در حال گذار در سال‌های دهه‌ی ۷۰، به باروری کنترل‌شده در سال‌های اخیر رسیده است، اما هنوز تفاوت‌هایی معنادار در سطح باروری استان‌های ایران، به‌ویژه در مناطق شهری و روستایی وجود دارد (عباسی شوازی، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳). نامتوازن بودن سطح توسعه در داخل ایران و تفاوت‌های موجود در مناطق مختلف کشور، به‌خصوص مناطق روستایی، باعث شده است تا روند تغییر در متغیرهای باروری از روندی ثابت پیروی نکند. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که در درون هر یک از مناطق، با ارزیابی این تفاوت‌ها و علت‌های آن، به بینشی عمیق‌تر دست یابیم.

در جوامع روستایی که سطح باروری بالاتر است، به‌خصوص امکان حاملگی‌های ناخواسته افزایش می‌یابد و در نتیجه سقط‌جنین‌های غیر بهداشتی باعث مرگ‌ومیر تعداد زیادی از زنان و معلولیت‌های آنان و نوزادان می‌شود. لذا تحلیل تفاوت‌های موجود در درون جوامع روستایی و علل آن می‌تواند موجب دستیابی به اطلاعات در جهت برنامه‌ریزی‌های بومی شود. به‌طور مثال؛ تحلیل‌های حسینی (۱۳۸۵) در بین زنان کرد و ترک آذربایجان غربی نشان می‌دهد که زنان ترک از قدرت چانه‌زنی بیشتری در تعداد فرزند و روش‌های

پیش‌گیری از باروری برخوردارند، حال آن‌که محوریت تصمیم‌گیری در بین مردان کرد باعث می‌شود زنان به حاشیه رانده شوند و در نتیجه تعداد فرزند و سقط جنین‌های ناخواسته و عواقب هر دوی آن‌ها افزایش یابد. از آن‌جا که متغیرهای باروری بیان‌گر وضعیت خاص زنان است و با مفهوم زنانگی ارتباطی تنگاتنگ و ناگسستگی دارد، دست‌یابی به اطلاعات تفکیکی در مورد گروه‌های مختلف زنان در درون هر یک از مناطق موجب دست‌یابی به اشکال و علل محرومیت‌ها و نیازهای غیرمشترک زنان شده است و از قرارگیری زنان در یک گروه همگن با نیازهای یکسان جلوگیری می‌کند، زیرا در واقع گروه‌های زنان با توجه به قومیت‌ها، اقلیت‌ها، طبقه‌ی اجتماعی و غیره ناهمگون و درجه‌ی محرومیت و بهره‌مندی نیز در آنان متفاوت است. گرچه محرومیت‌های مشترک بین تمام زنان وجود دارد، اما برای افزایش قابلیت‌های زنان و توان‌مندسازی آن‌ها و ارتقای سلامتی زنان، توجه به تفاوت‌ها به‌خصوص تفاوت در درون مناطق روستایی مختلف کشور ضروری به نظر می‌رسد.

دست‌یابی به اطلاعات و تفاوت‌های درون مناطق روستایی می‌تواند به نحوه‌ی برنامه‌ریزی‌ها و تدوین سیاست‌گذاری‌ها خیلی کمک کند. همچنین می‌تواند نقاط ضعف و ناکارآمدی و نیز نقاط قوت برنامه‌های گذشته را در زمینه‌ی باروری و توسعه مشخص کند. در واقع، بدون چنین اطلاعاتی تشخیص پیامد سیاست‌ها و برنامه‌های گذشته و حال و تبیین ضرورت و نیاز به تغییر و تحول در وضعیت کنونی غیر ممکن است. از سوی دیگر در تخصیص منابع و امکانات به‌جای در اولویت قرار دادن و بهره‌مندی بیش‌تر مناطق قدرت‌مند که در حوزه‌های تصمیم‌گیری نیز نفوذی بیشتر دارند. با توجه به درجه‌ی محرومیت‌ها و نوع نیازمندی‌های مختلف مناطق، اولویت‌بندی صورت گیرد تا بتوان به هدف اساسی توسعه دست یافت که برقراری عدالت اجتماعی و کاهش شکاف بین شهرها و روستاها و امکان برخورداری تمام گروه‌های زنان بدون در نظر گرفتن قومیت، مذهب، فرهنگ و نگرش‌های فرهنگی است.

مطالعه‌ی حاضر سعی دارد تا تفاوت زنان در مناطق روستایی استان‌های مختلف کشور را در سطح باروری و نیز امکانات بهداشتی و پزشکی در حین باروری با توجه به رتبه‌ی متفاوت این مناطق در شاخص توسعه‌ی انسانی<sup>۳</sup> و جنسیتی<sup>۴</sup> در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ تحلیل کند و به این پرسش‌ها پاسخ بدهد: آیا بین سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی با شاخص‌های سطح باروری (محرومیت باروری) در

3. Human Development Index

4. Gender Development Index

مناطق روستایی استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ رابطه‌ای وجود دارد؟ و نیز آیا بین سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی با شاخص‌های میزان دسترسی به امکانات بهداشتی در حین حاملگی و پس از آن (بهره‌مندی باروری) در مناطق روستایی استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ رابطه‌ای وجود دارد؟

## مبانی نظری

تاکنون نظریه‌ها و مدل‌هایی گوناگون در زمینه‌ی باروری و عوامل مؤثر بر آن ارائه شده است که هر کدام از دیدگاه خاص خود به موضوع نگریسته و به تبیین تغییرات باروری پرداخته‌اند. از جمله تئوری‌هایی که می‌توان برشمرد؛ تئوری بیولوژیک یا زیستی باروری، تئوری‌های اقتصادی باروری، تئوری‌های اجتماعی- فرهنگی باروری، تئوری‌های اقتصادی- اجتماعی باروری، مدل جامعه‌شناختی تبیین باروری، مدل متغیرهای بینابین، تئوری جریان ثروت بین نسلی، فرضیه‌ی الهیات ویژه و غیره است. در این پژوهش به تئوری‌های اقتصادی، تعیین‌کننده‌های بلا فصل و تئوری‌های فرهنگی کرده‌ایم.

«تئوری‌های اقتصادی باروری» بر این فرض مبتنی هستند که تصمیم در مورد اندازه‌ی خانواده تحت تأثیر وضعیت اقتصادی خانوار قرار دارد. این تئوری بر این فرض مبتنی است که منفعت یا فقدان منفعت اقتصادی فرزندان عاملی است که بر تصمیم‌گیری والدین در مورد شمار فرزندان تأثیر می‌گذارد. نظریه- پردازان این دیدگاه بر این باورند که ایجاد نوعی تعادل بین رضایت‌مندی اقتصادی و هزینه‌های نگهداری فرزند، زیربنای اصلی تصمیم‌گیری والدین در مورد شمار فرزندان است. والدین با در نظر گرفتن هزینه و منابع محاسبه می‌کنند که داشتن فرزند تا چه حد می‌تواند به نفع آن‌ها باشد (حسینی، ۱۳۸۰).

از دیگر نظریه‌پردازان این تئوری فرانک نوتشتاین<sup>۵</sup> (۱۹۳۵) است که کاهش باروری را ناشی از فرایند صنعتی شدن، شهرنشینی و به‌طور کلی توسعه‌ی اقتصادی می‌داند. بر اساس این تئوری، فرایند مذکور ابتدا به کاهش در مرگ‌ومیر و بعدها باروری منجر می‌شود. زیرا از طرفی از ارزش‌های اقتصادی کودکان کاسته می‌شود و هزینه‌های آن‌ها افزایش می‌یابد و از طرف دیگر، با افزایش بازماندگی فرزندان انگیزه‌ی والدین برای داشتن فرزند بیشتر کم می‌شود (تامپسون ۱۹۲۹؛ بونگارت و واتکینز<sup>۶</sup>؛ بونگارت، ۲۰۰۵؛ ۱۹۹۶ به نقل از حسینی، ۱۳۸۵ : ۱۴۶).

<sup>۵</sup>. Frank Notestein

<sup>۶</sup>. Bongaarts and Watkins

بونگارت (۱۹۷۸، ۱۹۸۳) با الهام از «تئوری متغیرهای بینابین»<sup>۷</sup> دیویس و بلیک<sup>۸</sup> به ارایه‌ی «مدل تعیین‌کننده‌های بلافضل»<sup>۹</sup> باروری پرداخت و استدلال نمود که برای بهبود شناخت و آگاهی از علل تغییرات باروری باید به تحلیل مکانیزم‌هایی پرداخت که متغیرهای اقتصادی-اجتماعی از طریق آن‌ها بر باروری تأثیر می‌گذارند. از نظر بونگارت، همبستگی‌های مشاهده شده بین توسعه و تغییرات باروری در زمان‌ها و مکان‌های مختلف، هم از نظر اندازه و هم از نظر جهت، متفاوت هستند. مدل تعیین‌کننده‌های بلافضل دربرگیرنده‌ی عوامل زیستی و رفتاری است که به‌طور مستقیم باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. شاخص‌های توسعه‌ی اقتصادی-اجتماعی و زیست‌محیطی به‌طور غیرمستقیم و از طریق تأثیر بر تعیین‌کننده‌های بلافضل باروری راتحت تأثیر قرار می‌دهند (همان: ۱۴۶). از جمله‌ی این تعیین‌کننده‌های بلافضل می‌توان به سن به هنگام ازدواج، استفاده از وسایل پیش‌گیری از حاملگی و تغذیه با شیر مادر اشاره نمود.

«تئوری‌های فرهنگی باروری» بر نقش ارزش‌ها و نظام‌های هویتی در شکل‌گیری رفتارهای باروری و بُعد مطلوب خانواده تأکید دارند. رویکرد فرهنگی باروری تلاش می‌کند تأثیر و نفوذ زمینه اجتماعی و فرهنگی رفتار باروری را در نظر بگیرد و بر عواملی که در ایجاد و تغییر این ارزش‌ها و نظام‌های هویتی مهم‌اند تأکید کند. فرانک لریمر<sup>۱۰</sup> (۱۹۵۴) زمینه‌ها و ارزش‌های فرهنگی را محرک رفتار باروری می‌داند. کارتر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۸) نیز فرهنگ را زمینه و چارچوب اتخاذ تصمیمات عقلانی کنش‌گر در مورد رفتار باروری می‌داند. در همین زمینه همل<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۰) در مقاله‌ای با عنوان «ارایه تئوری فرهنگ برای جمعیت‌شناسی» می‌گوید: «فرهنگ می‌تواند تبیین کند چرا افراد با جوامعی که به ظاهر از نظر اقتصادی در شرایط یکسانی به سر می‌برند، ولی از نظر آداب و رسوم و زبان متفاوت هستند، در زمینه‌های دموگرافیک، متفاوت عمل می‌کنند (صادقی، ۱۳۸۳: ۲۰). هر چند شرایط اقتصادی آنان تغییر می‌یابد. به کارگیری فرهنگ، به عنوان مبنای تحلیل می‌تواند زمینه‌های سیاست چند فرهنگ‌گرایی<sup>۱۳</sup>، پایه و تکیه‌گاهی برای حفظ الگوهای فرهنگی گروه‌های قومی می‌باشد. به موجب این

7. Intermediate Variables

8. Davis and Blake

9. Proximate Determinants

10. Lorchimer Frank

11. A. carter

12. Hammel

13. Multiculturalism Policy

سیاست، گروه‌های قومی هم‌الگوی فرهنگی قومی باروری خود را حفظ می‌کنند و هم خود را با الگوی باروری اکثریت، انطباق می‌دهند (عباس‌شوازی و مکدونالد، ۲۰۰۰: ۲۱۶-۲۱۵).

به همین دلیل، در یک جامعه‌ی چندقومیتی با سیاست چندفرهنگ‌گرایی، هم فرهنگ غالب و هم خرده‌فرهنگ‌های قومی، رفتار قومی باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. فرهنگ قومی دربرگیرنده‌ی شیوه‌ی کلی زندگی، زبان، ایده‌ها، اعتقادات، ارزش‌ها و الگوهای رفتاری است. بر همین اساس، فرضیه‌ی تبیین هنجاری، که متکی بر ملاحظات خرده‌فرهنگی است بیان می‌کند که باروری بالاتر اقلیت‌های قومی عمدتاً ناشی از هنجارها و ارزش‌های فرهنگی است که اهمیت فوق‌العاده برای خانواده و نیازهای جمعی در مقابل فردگرایی و نیازهای شخصی قابل است (بوستون و دیگران، ۲۰۰۳: ۱۱ به نقل از صادقی، ۱۳۸۳: ۲۱).

«رویکرد قابلیت<sup>۱۴</sup>» که اولین بار توسط پرفسور آمارتیا سن<sup>۱۵</sup> (۱۹۸۵) مطرح شد (محمودی، ۱۳۸۴: ۱۲) نیز از جهاتی با نظریه‌های باروری مرتبط است. نظریه‌ی قابلیت حاوی چند مفهوم اساسی از جمله «کارکردها» و «آزادی» است. سن بحث خود را در مورد موضوع عاملیت زنان و تحولات اجتماعی آغاز می‌کند. ابتدا او بین عاملیت و رفاه زنان تمایز قابل می‌شود، به طوری که تمرکز توجه بر نقش عاملیت زنان نتایج مستقیم بر روی رفاه زنان دارد، اما گستره‌ی آن بسیار فراتر از رفاه زنان است. او قدرت عاملیت زنان را در دو حوزه‌ی خاص - ارتقای بقای کودکان و کمک به کاهش نرخ‌های باروری - نشان می‌دهد. به طور کلی هر دوی این موضوعات از موضوعات مورد توجه توسعه است. عاملیت در حال تحول زنان یکی از واسطه‌های اصلی تغییرات اقتصادی و اجتماعی است و تعیین موقعیت و نتایج آن ارتباطی تنگاتنگ با بسیاری از جنبه‌های اصلی فرایند توسعه دارد (سن، ۱۳۸۱) بنابراین میزان عاملیت زنان نیز در شاخص‌های باروری مؤثر است. فقر قابلیت‌ی زنان کنترل آن‌ها را بر باروری کاهش می‌دهد.

## روش تحقیق

در این پژوهش از روش اسنادی - آماری یا به بیان دیگر مطالعات بعد از وقوع<sup>۱۶</sup> (تحلیل ثانویه) است. منابع اطلاعاتی از نتایج سرشماری‌های سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ جمع‌آوری شده است. هم‌چنین با توجه به

14. Capability Approach

15. Sen, A.K

16. Expost-Facto



متغیرهای مختلف مورد مطالعه در این پژوهش از نتایج دو طرح DHS وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز استفاده شده است. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل مناطق روستایی استان‌های کشور بر اساس تقسیم سیاسی سال ۱۳۷۵ است. اطلاعات مربوط به سال ۱۳۸۵ را نیز محاسبه کرده‌ایم. به‌منظور تحلیل اطلاعات و روابط علی بین متغیرها، از برنامه‌های کامپیوتری و در واقع نرم‌افزار SPSS استفاده کردیم. شاخص‌های توسعه‌ی انسانی و جنسیتی بر اساس الگوی استاندارد جهانی آن محاسبه و برای تبدیل شاخص‌های محرومیت و بهره‌مندی باروری به دو شاخص کلی از تحلیل عاملی استفاده شده است. چون میزان بارهای عاملی به‌دست‌آمده برای هر دو گروه از متغیرها بیشتر از ۳۰ است، داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب است. بنابراین مؤلفه‌های مورد نظر به دو شاخص کلی تبدیل شده‌اند.<sup>۱۷</sup>

## یافته‌ها

نتایج محاسبه‌ی مؤلفه‌های شاخص محرومیت باروری<sup>۱۸</sup> را در جدول (۱) آورده شده است. نتایج مندرج در جدول بیان‌گر بالا بودن میزان باروری در تمام مؤلفه‌های آن در سال ۱۳۷۵ است. در بین مناطق روستایی استان‌های مختلف تنها گیلان است که در سطح باروری پایین‌تری نسبت به مناطق دیگر قرار دارد. فاصله‌ی ده سال، به‌شکلی بسیار سریع افت در سطح باروری در تمام مناطق روستایی دیده می‌شود.<sup>۱۹</sup>

---

<sup>۱۷</sup> حداقل اهداف اعلام‌شده برای محاسبه‌ی شاخص بهره‌مندی باروری صفر و حداکثر ۱۰۰ در نظر گرفته شده است. هر یک از مؤلفه‌های بهره‌مندی باروری به‌وسیله‌ی فرمول زیر محاسبه شده و سپس با هم جمع و پر تعداد تقسیم شده‌اند.

حداقل ارزش  $XI$  - ارزش واقعی  $XI =$  شاخص

حداقل ارزش  $XI$  - حداکثر ارزش  $XI$

نمره‌های استاندارد شده‌ی مؤلفه‌های محرومیت باروری را نیز با یکدیگر جمع و بر تعداد مؤلفه‌ها تقسیم و نمره‌ی به‌دست‌آمده را با عدد ثابت ۳۰ جمع شده‌اند.

<sup>۱۸</sup> نسبت کودک به زن؛ نزدیک به ۱۰۰۰ باروری بالا، نسبت کودک به زن زیر ۵۰۰ باروری در سطح جوامع مالتوسی یا جوامع پیشرفته صنعتی، نسبت کودک به زن ۲۰۰ تا ۳۰۰ باروری به شدت کنترل شده (حسینی، ۱۳۷۸). ارزیابی سطح باروری کل؛ بیش از ۶ کودک سطح باروری طبیعی، بین ۳-۵ کودک سطح جای‌گزینی، کمتر از ۳ کودک کنترل شده است (حسینی، ۱۳۸۶).

<sup>۱۹</sup> برای تبیین این کاهش در میزان باروری دلایلی مختلف عنوان شده است از جمله: آقاچانیان و همکاران (۱۹۹۹) برنامه‌های تنظیم خانواده را برای تبیین این کاهش مطرح کردند. عباسی شوازی (۲۰۰۰) تغییرات اجتماعی و اندیشه‌ای، میرزایی (۲۰۰۵) توسعه‌ی اقتصادی- اجتماعی، عرفانی (۲۰۰۵) توسعه‌ی اقتصادی و برنامه‌های تنظیم خانواده و تحلیل حسینی (۱۳۸۶) بر روی پویایی توسعه و هم‌گرایی باروری اقوام در ایران نیز نشان می‌دهد که همبستگی توسعه با هم‌گرایی باروری پایین است و باید تغییرات باروری را در بستر تغییرات اجتماعی و اندیشه‌ای تحلیل کرد.

جدول (۱) مؤلفه‌های محرومیت باروری مناطق روستایی استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

مؤلفه‌های محرومیت باروری										مؤلفه
میزان خام موالید		باروری کل		میزان خالص تجدید نسل		میزان ناخالص تجدید نسل		نسبت کودک به زن <sup>۲۰</sup>		
۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	استان
۲۱/۱	۶۷/۱۷	۲/۴۲	۶/۰۲	۱	۲/۴۹	۱/۱۸	۲/۹۴	-۰/۳۲	-۰/۸	آذربایجان شرقی
۲۷/۳	۷۵/۱۹	۲/۹۴	۶/۵۹	۱/۲۲	۲/۷۳	۱/۴۴	۳/۲۱	-۰/۳۹	-۰/۸۷	آذربایجان غربی
۲۲/۵۳	۷۷/۴۴	۲/۵۴	۶/۷۴	۱/۰۵	۲/۷۹	۱/۲۴	۳/۲۹	-۰/۳۴	-۰/۸۹	اردبیل
۱۶/۶۲	۶۳/۲۹	۲/۰۲	۵/۷۵	-۰/۹۳	۲/۳۸	-۰/۹۹	۲/۸	-۰/۳۹	-۰/۷۶	اصفهان
۱۸/۳۳	۸۶/۶۹	۲/۱۸	۷/۳۷	-۰/۹	۳/۰۵	۱/۰۶	۳/۶	-۰/۲۹	-۰/۹۸	ایلام
۲۰/۸۷	۷۶/۲۷	۲/۴	۶/۶۶	-۰/۹۹	۲/۷۶	۱/۱۷	۳/۲۵	-۰/۳۲	-۰/۸۸	بوشهر
۲۱/۳۸	۶۵/۵۹	۲/۴۴	۵/۹۱	۱/۱۳	۲/۴۵	۱/۱۹	۲/۸۸	-۰/۳۵	-۰/۷۸	تهران
۲۵/۸۲	۸۶/۲۳	۲/۸۲	۷/۳۴	۱/۱۶	۳/۰۴	۱/۳۸	۳/۵۸	-۰/۳۸	-۰/۹۷	چهارمحال و بختیاری
۲۸/۳۶	۷۴/۶۷	۳/۰۳	۶/۵۵	۱/۲۵	۲/۷۱	۱/۴۸	۳/۲	-۰/۴۱	-۰/۸۷	خراسان
۲۹/۷۱	۹۳/۸	۳/۱۵	۷/۸۴	۱/۴۶	۳/۲۵	۱/۵۴	۳/۸۲	-۰/۴۵	۱/۰۴	خوزستان
۱۸/۷۸	۷۷/۸	۲/۲۱	۶/۷۷	۱/۰۲	۲/۸	۱/۰۸	۳/۳	-۰/۳۲	-۰/۹	زنجان
۱۸/۳	۵۱/۹۱	۲/۱۷	۴/۸۷	۱	۲/۲۵	۱/۰۶	۲/۳۸	-۰/۳۱	-۰/۶۹	سمنان
۵۲/۵۵	۱۰۴/۵۱	۴/۹۴	۸/۵۳	۲/۰۵	۳/۵۴	۲/۴۱	۴/۱۶	-۰/۶۶	۱/۱۳	سیستان و بلوچستان
۱۷/۲۶	۷۸/۵۶	۲/۰۸	۶/۸۲	-۰/۹۶	۲/۸۲	۱/۰۱	۳/۳۳	-۰/۳	-۰/۹	فارس
۲۴/۸۹	۵۸/۲۸	۲/۷۴	۵/۴۲	۱/۳۷	۲/۵۱	۱/۳۴	۲/۶۵	-۰/۳۹	-۰/۷۷	قم
۲۲/۴۶	۸۲/۴۶	۲/۵۳	۷/۰۸	۱/۰۵	۲/۹۳	۱/۲۴	۳/۴۶	-۰/۳۴	-۰/۹۴	کردستان
۲۹/۰۷	۷۹/۶۹	۳/۰۹	۶/۹	۱/۲۸	۲/۸۶	۱/۵۱	۳/۳۶	-۰/۴۱	-۰/۹۱	کرمان
۱۹/۹۲	۷۱/۸۲	۲/۳۲	۶/۳۵	-۰/۹۶	۲/۶۳	۱/۱۳	۳/۱	-۰/۳۱	-۰/۸۴	کرمانشاه
۲۴/۷۵	۹۷/۷	۲/۷۳	۸/۰۹	۱/۱۳	۳/۳۶	۱/۳۳	۳/۹۵	-۰/۳۷	۱/۰۷	کهگیلویه و بویراحمد
۱۳/۹۶	۴۱/۵۴	۱/۷۸	۴/۱۵	-۰/۸۲	۱/۹۱	-۰/۸۷	۲/۰۲	-۰/۲۶	-۰/۵۹	گیلان
۲۳/۹۵	۸۷/۸۴	۲/۶۶	۷/۴۴	۱/۱	۳/۰۹	۱/۳	۳/۶۳	-۰/۳۶	-۰/۹۹	لرستان
۱۷/۶۳	۵۵/۸۳	۲/۱۲	۵/۲	-۰/۸۷	۲/۱۵	۱/۰۳	۲/۵۴	-۰/۲۹	-۰/۶۹	مازندران
۱۵/۷۶	۵۹/۳۹	۱/۹۴	۵/۴۶	-۰/۹	۲/۲۶	-۰/۹۵	۲/۶۷	-۰/۲۸	-۰/۷۳	مرکزی
۳۶/۴۸	۹۳/۰۴	۳/۶۹	۷/۷۹	۱/۵۳	۳/۲۳	۱/۸	۳/۸	-۰/۴۹	۱/۰۳	هرمزگان
۱۹/۸۴	۷۰/۰۳	۲/۳۱	۶/۲۷	-۰/۹۵	۲/۹۱	۱/۱۳	۳/۰۶	-۰/۳۱	-۰/۸۹	همدان
۱۹/۲۸	۶۶/۷۱	۲/۲۶	۵/۹۹	۱/۰۴	۲/۴۸	۱/۱	۲/۹۲	-۰/۳۳	-۰/۷۹	یزد

<sup>۲۰</sup> با استفاده از فرمول رله و نسبت کودکان گروه سنی (۹-۵ ساله) و زنان گروه سنی (۵۴-۲۰ ساله).

با توجه به جدول (۲)، در مقایسه‌ی دو سال روند بهبود در مؤلفه‌های بهره‌مندی در تمام نقاط دیده می‌شود. در واقع در سال ۱۳۸۵ تعدادی بیشتر از زنان باردار از امکانات پزشکی بهره‌مند شده‌اند.

جدول (۲) مؤلفه‌های بهره‌مندی باروری مناطق روستایی کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

مؤلفه‌های بهره‌مندی باروری								مؤلفه	استان
میزان انجام زایمان در مراکز زایمانی		میزان انجام زایمان توسط فرد دوره‌دیده		میزان مراقبت از مادران پس از زایمان در فاصله (۶۰-۱ روز) حداقل یکبار		میزان مراقبت از مادران با حداقل شش بار مراقبت در زایمان			
۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵		
۹۶	۷۱/۳	۹۶/۳	۷۴/۹	۷۹/۰۳	۴۰/۶	۹۲/۶	۶۵/۳	آذربایجان شرقی	
۹۱/۱	۵۶/۵	۹۱/۷	۵۹/۴	۷۷/۴۳	۵۹/۶	۹۵/۴	۷۰/۷	آذربایجان غربی	
۹۳/۴	۶۸/۳	۹۴/۹	۷۲/۵	۸۲/۷۷	۴۸/۱	۹۷/۱	۵۶/۶	اردبیل	
۹۹/۷	۹۳/۵	۹۹/۹	۹۴/۳	۸۵/۳۷	۶۸/۳	۹۷/۶۵	۹۲/۳	اصفهان	
۹۶/۹	۷۴/۴	۹۶/۹	۷۵/۸	۷۸/۶	۵۱/۳	۹۳/۸	۷۴/۶	ایلام	
۹۷/۲	۸۵/۲	۹۹/۵	۹۰/۳	۸۹/۶	۶۸/۹	۹۷/۷	۹۴/۲	بوشهر	
۹۷/۰۳	۸۸/۸	۹۷/۳۷	۹۰/۳	۷۰/۲۴	۵۰/۲	۹۲/۱۷	۶۹/۵	تهران	
۹۴/۵	۷۸/۶	۹۵/۹	۸۲/۶	۷۸	۷۹/۹	۹۷/۴	۸۶/۴	چهارمحال و بختیاری	
۸۵/۹	۶۳/۵	۹۲/۹۹	۷۴/۳	۷۶/۸۳	۵۷/۵	۹۵/۶۳	۶۹/۲	خراسان	
۹۰	۶۷	۹۲/۱	۷۱/۴	۷۹/۳	۴۴/۶	۹۲/۲	۶۵/۸	خوزستان	
۹۷	۶۳/۵	۹۷/۶	۶۸/۲	۷۶/۱۲	۴۳	۹۶/۷۵	۵۵/۵	زنجان	
۹۵/۲	۸۰/۶	۹۷/۴۵	۸۷/۲	۸۳/۳۵	۷۲/۳	۹۶/۶۵	۹۰/۹	سمنان	
۷۰/۸	۲۱/۲	۷۹/۲	۲۶/۳	۶۸/۷۳	۳۴/۹	۹۱	۴۲/۲	سیستان و بلوچستان	
۹۶/۸۷	۷۹/۲	۹۷/۶۳	۸۴/۷	۷۸/۷۴	۷۰/۲	۹۵/۷۳	۸۸/۶	فارس	
۱۰۰	۹۰/۵	۱۰۰	۹۲/۱	۷۸/۰۷	۳۷/۱	۸۴/۶	۸۳	قم	
۸۷/۶	۶۱/۶	۸۸/۱	۶۴/۸	۸۱/۱	۶۹/۴	۸۸	۸۰/۸	کردستان	
۸۷/۶	۶۰/۶	۹۳	۷۰/۸	۷۱/۳۲	۳۶/۹	۹۰/۱۵	۶۰/۶	کرمان	
۹۶/۴	۸۰/۸	۹۶/۷	۸۱/۴	۸۵/۹۷	۶۸/۸	۹۴	۷۷/۵	کرمانشاه	
۸۰/۶	۴۶	۸۲/۹	۴۹/۳	۷۳/۵۷	۴۶/۸	۹۳/۳	۶۹/۱	کهگیلویه و بویراحمد	
۹۹/۴	۹۸/۲	۹۹/۵	۹۹/۱	۸۳/۷	۷۷/۲	۹۷/۶	۹۰	گیلان	
۹۴/۴	۶۵/۸	۹۵	۶۶/۴	۷۶/۲	۵۸/۱	۹۴/۶	۷۴/۴	لرستان	
۹۶/۳۵	۹۸/۳	۹۹/۰۵	۹۸/۷	۷۸/۴۳	۶۰/۲	۹۵/۲۵	۹۳/۱	مازندران	
۹۷/۳	۹۲/۲	۹۷/۵	۹۳/۵	۶۵/۶۷	۵۱/۲	۹۷/۷	۸۳/۷	مرکزی	
۸۳/۶	۴۸/۱	۸۶/۴	۵۴/۱	۶۲/۰۳	۳۸/۹	۸۱/۵	۴۹/۷	هرمزگان	
۹۵/۳	۸۹/۳	۹۹/۷	۹۴/۸	۷۸/۶	۵۹/۹	۹۴	۸۳/۱	همدان	
۹۹/۲	۹۲/۹	۹۹/۵	۹۴/۳	۸۵/۸	۷۵	۹۶/۹	۹۰/۳	یزد	

منبع: گزارش توصیفی شاخص‌های برنامه‌ی مراقبت از مادران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ پایین‌ترین میزان شاخص توسعه‌ی انسانی مربوط به مناطق روستایی سیستان و بلوچستان و بالاترین میزان مربوط به تهران و یزد است. در مقایسه‌ی دو سال، کاهش شاخص هزینه‌ی ناخالص سرانه در سال ۱۳۸۵ باعث افت شاخص توسعه‌ی انسانی در برخی مناطق شده است.

جدول (۳) شاخص توسعه‌ی انسانی مناطق روستایی کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

استان	شاخص‌ها در سال ۱۳۷۵				شاخص‌ها در سال ۱۳۸۵			
	امید به زندگی	آموزش	GDP	HDI	امید به زندگی	آموزش	GDP	HDI
آذربایجان شرقی	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۶۱	۰/۷۳	۰/۶۸	۰/۳۸	۰/۶۰
آذربایجان غربی	۰/۶۴	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۵۴	۰/۷۲	۰/۶۰	۰/۳۹	۰/۵۷
اردبیل	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۶۱	۰/۶۳	۰/۷۳	۰/۷۴	۰/۴۲	۰/۶۳
اصفهان	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۵۶	۰/۶۸	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۴۴	۰/۶۵
ایلام	۰/۶۵	۰/۷۰	۰/۵۰	۰/۶۲	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۳۹	۰/۶۰
بوشهر	۰/۶۷	۰/۷۳	۰/۴۹	۰/۶۳	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۳۹	۰/۶۲
تهران	۰/۷۱	۰/۷۷	۰/۶۱	۰/۷۰	۰/۷۸	۰/۸۵	۰/۴۳	۰/۶۹
چهارمحال و بختیاری	۰/۶۶	۰/۶۷	۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۳۶	۰/۶۱
خراسان	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۴۸	۰/۶۰	۰/۷۱	۰/۷۱	۰/۳۳	۰/۵۸
خوزستان	۰/۶۶	۰/۶۰	۰/۵۳	۰/۶۰	۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۳۴	۰/۵۹
زنجان	۰/۶۷	۰/۶۱	۰/۴۶	۰/۵۸	۰/۷۴	۰/۷۰	۰/۴۱	۰/۶۱
سمنان	۰/۷۳	۰/۷۴	۰/۶۰	۰/۶۹	۰/۷۵	۰/۷۱	۰/۳۶	۰/۶۱
سیستان و بلوچستان	۰/۶۲	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۴۸	۰/۶۸	۰/۵۶	۰/۳۰	۰/۵۱
فارس	۰/۷۰	۰/۷۱	۰/۵۶	۰/۶۵	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۴۰	۰/۶۴
قم	۰/۷۴	۰/۶۴	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۷۵	۰/۶۲	۰/۳۷	۰/۵۸
کردستان	۰/۶۲	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۵۳	۰/۶۹	۰/۶۳	۰/۳۶	۰/۵۶
کرمان	۰/۶۸	۰/۶۷	۰/۴۸	۰/۶۱	۰/۷۲	۰/۶۸	۰/۳۵	۰/۵۹
کرمانشاه	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۵۴	۰/۶۱	۰/۷۲	۰/۶۸	۰/۳۷	۰/۵۹
کهگیلویه و بویر احمد	۰/۶۳	۰/۶۴	۰/۴۴	۰/۵۷	۰/۶۹	۰/۷۴	۰/۳۴	۰/۵۹
گیلان	۰/۷۳	۰/۷۴	۰/۵۸	۰/۶۸	۰/۷۸	۰/۶۷	۰/۴۲	۰/۶۲
لرستان	۰/۶۵	۰/۶۶	۰/۴۹	۰/۶۰	۰/۷۱	۰/۷۰	۰/۳۶	۰/۵۹
مازندران	۰/۷۰	۰/۷۴	۰/۵۴	۰/۶۶	۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۴۲	۰/۶۲
مرکزی	۰/۷۱	۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۶۳	۰/۷۴	۰/۶۶	۰/۳۷	۰/۵۹
هرمزگان	۰/۶۸	۰/۵۸	۰/۴۸	۰/۵۸	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۴۱	۰/۶۲
همدان	۰/۶۷	۰/۶۵	۰/۴۸	۰/۶۰	۰/۷۲	۰/۶۹	۰/۳۶	۰/۵۹
یزد	۰/۷۲	۰/۷۴	۰/۶۳	۰/۷۰	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۳۹	۰/۶۲

تحلیل رابطه‌ی سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی با شاخص‌های محرومیت و بهره‌مندی باروری ۴۳

جدول (۴) طبقه‌بندی مناطق روستایی کشور بر اساس سطح توسعه‌ی انسانی در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

پایین	متوسط	بالا	سطح سال
سیستان و بلوچستان	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، زنجان، سمنان، فارس، قم، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، هرمزگان، همدان، یزد		۱۳۷۵
	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، زنجان، سمنان، سیستان و بلوچستان، فارس، قم، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، هرمزگان، همدان، یزد		۱۳۸۵

جدول شماره (۴) نحوه‌ی توزیع تفاوت مناطق روستایی کشور در سطح شاخص توسعه‌ی انسانی را

نشان می‌دهد.

جدول (۵) شاخص توسعه‌ی جنسیتی مناطق روستایی کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

شاخص‌ها در سال ۱۳۸۵				شاخص‌ها در سال ۱۳۷۵				شاخص استان
HDI	GDP	آموزش	امید به زندگی	HDI	GDP	آموزش	امید به زندگی	
-/۵۶	-/۲۷	-/۸۷	-/۷۳	-/۴۷	-/۲۷	-/۵۹	-/۶۷	آذربایجان شرقی
-/۵۱	-/۲۲	-/۸۴	-/۷۱	-/۳۸	-/۲۲	-/۴۸	-/۶۳	آذربایجان غربی
-/۵۹	-/۳۰	-/۸۳	-/۷۳	-/۴۶	-/۳۰	-/۵۸	-/۶۷	اردبیل
-/۶۱	-/۳۱	-/۸۸	-/۷۷	-/۵۵	-/۳۱	-/۷۵	-/۷۲	اصفهان
-/۵۷	-/۲۹	-/۹۰	-/۷۰	-/۴۶	-/۲۹	-/۶۹	-/۶۵	ایلام
-/۵۷	-/۲۱	-/۹۰	-/۷۳	-/۴۲	-/۲۱	-/۷۱	-/۶۷	بوشهر
-/۶۱	-/۲۱	-/۹۰	-/۷۸	-/۴۸	-/۲۱	-/۷۷	-/۷۱	تهران
-/۵۶	-/۲۳	-/۹۱	-/۷۳	-/۴۸	-/۲۳	-/۶۵	-/۶۶	چهارمحال و بختیاری
-/۵۵	-/۲۳	-/۸۸	-/۷۱	-/۴۸	-/۲۳	-/۶۷	-/۶۶	خراسان
-/۵۰	-/۰۹	-/۸۹	-/۷۴	-/۳۸	-/۰۹	-/۵۷	-/۶۶	خوزستان
-/۵۵	-/۲۳	-/۹۰	-/۷۴	-/۳۹	-/۲۳	-/۵۸	-/۶۷	زنجان
-/۵۵	-/۱۸	-/۹۳	-/۷۵	-/۵۲	-/۱۸	-/۷۴	-/۷۳	سمنان
-/۴۶	-/۱۵	-/۷۴	-/۶۷	-/۲۶	-/۱۵	-/۳۷	-/۶۱	سیستان و بلوچستان
-/۵۸	-/۲۲	-/۹۲	-/۷۵	-/۵۱	-/۲۲	-/۷۰	-/۷۰	فارس
-/۵۰	-/۱۲	-/۸۴	-/۷۶	-/۵۳	-/۱۲	-/۶۳	-/۷۴	قم

ادامه‌ی جدول (۵) شاخص توسعه‌ی جنسیتی مناطق روستایی کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

استان	شاخص‌ها در سال ۱۳۸۵				شاخص‌ها در سال ۱۳۷۵			
	HDI	GDP	آموزش	امید به زندگی	HDI	GDP	آموزش	امید به زندگی
کردستان	۰/۵۰	۰/۲۲	۰/۸۴	۰/۶۹	۰/۳۵	۰/۲۲	۰/۴۳	۰/۶۱
کرمان	۰/۵۴	۰/۲۲	۰/۸۹	۰/۷۲	۰/۴۵	۰/۲۲	۰/۶۷	۰/۶۸
کرمانشاه	۰/۵۳	۰/۲۰	۰/۸۸	۰/۷۱	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۶۰	۰/۶۶
کهگیلویه و بویر احمد	۰/۵۳	۰/۱۹	۰/۹۴	۰/۶۹	۰/۴۰	۰/۱۹	۰/۶۲	۰/۶۲
گیلان	۰/۵۸	۰/۳۰	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۵۷	۰/۳۰	۰/۷۳	۰/۷۳
لرستان	۰/۵۵	۰/۲۵	۰/۸۹	۰/۷۱	۰/۴۰	۰/۲۵	۰/۶۴	۰/۶۵
مازندران	۰/۵۷	۰/۲۸	۰/۹۲	۰/۷۳	۰/۵۲	۰/۲۸	۰/۷۳	۰/۷۰
مرکزی	۰/۵۱	۰/۱۴	۰/۹۰	۰/۷۴	۰/۴۸	۰/۱۴	۰/۶۴	۰/۷۱
هرمزگان	۰/۵۶	۰/۲۳	۰/۹۰	۰/۷۳	۰/۳۷	۰/۲۳	۰/۵۶	۰/۶۸
همدان	۰/۵۲	۰/۱۵	۰/۸۸	۰/۷۲	۰/۴۲	۰/۱۵	۰/۶۲	۰/۶۷
یزد	۰/۰۶۱	۰/۳۳	۰/۸۸	۰/۷۷	۰/۵۹	۰/۳۳	۰/۷۴	۰/۷۲

در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ پایین‌ترین میزان شاخص توسعه‌ی جنسیتی در مناطق روستایی سیستان و بلوچستان مشاهده می‌شود. هم‌چنین بالاترین میزان در سال ۱۳۷۵ در یزد و در سال ۱۳۸۵ در اصفهان، تهران و یزد دیده می‌شود. برای درک بهتر مناطق همسان، در سه سطح در جدول (۶) خلاصه شده‌اند.

جدول (۶) طبقه‌بندی مناطق روستایی کشور بر اساس سطح توسعه‌ی جنسیتی در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

سطح سال	بالا	متوسط	پایین
۱۳۷۵	_____	اصفهان، سمنان، فارس، قم، گیلان، مازندران، یزد	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، زنجان، سیستان و بلوچستان، فارس، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، مرکزی، هرمزگان، همدان
۱۳۸۵	_____	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، زنجان، سمنان، فارس، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، هرمزگان، همدان، یزد	سیستان و بلوچستان، قم

در هیچ یک از مناطق روستایی در هر دو سال، سطح بالای شاخص دیده نمی‌شود.

جدول (۷) شاخص محرومیت<sup>۲۱</sup> و بهره‌مندی باروری<sup>۲۲</sup>

شاخص بهره‌مندی باروری		شاخص محرومیت باروری		شاخص
۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	
				استان
۲۹/۶۴	-/۹۱	۲۹/۴۵	۰/۶۳	آذربایجان شرقی
۳۰/۵۱	-/۸۹	۳۰/۰۲	۰/۶۲	آذربایجان غربی
۲۹/۸۴	-/۹۲	۳۰/۱۸	۰/۶۴	اردبیل
۲۹/۱۳	-/۹۶	۲۹/۱۶	۰/۸۷	اصفهان
۲۹/۲۴	-/۹۲	۳۰/۸۲	۰/۶۹	ایلام
۲۹/۶۱	-/۹۶	۳۰/۰۹	۰/۸۵	بوشهر
۲۹/۸۴	-/۸۹	۲۹/۳۳	۰/۷۵	تهران
۳۰/۳	-/۹۱	۳۰/۷۸	۰/۸۲	چهارمحال و بختیاری
۳۰/۶۵	-/۸۸	۲۹/۹۸	۰/۶۶	خراسان
۳۱/۰۶	-/۸۸	۳۱/۳	۰/۶۲	خوزستان
۲۹/۸۵	-/۹۲	۳۰/۲	۰/۵۸	زنجان
۲۹/۳۸	-/۹۳	۲۸/۴۸	۰/۸۳	سمنان
۳۳/۸۵	-/۷۷	۳۲/۰۱	۰/۳۱	سیستان و بلوچستان
۲۹/۲۲	-/۹۲	۳۰/۲۵	۰/۸۱	فارس
۳۰/۳۶	-/۹۱	۲۹/۰۴	۰/۷۶	قم
۲۹/۸۳	-/۸۶	۳۰/۵۳	۰/۶۹	کردستان
۳۰/۷۵	-/۸۶	۳۰/۳۳	۰/۵۷	کرمان
۲۹/۴۷	-/۹۳	۲۹/۷۸	۰/۷۷	کرمانشاه
۳۰/۱۵	-/۸۳	۳۱/۵۶	۰/۵۳	کهگیلویه و بویراحمد
۵۸/۷۲	-/۹۵	۳۷/۷۲	۰/۹۱	گیلان
۳۰/۰۴	-/۹۰	۳۰/۸۹	۰/۶۶	لرستان
۲۹/۱۴	-/۹۲	۲۸/۶۲	۰/۸۸	مازندران
۲۸/۹۹	-/۹۰	۲۸/۸۸	۰/۸۰	مرکزی
۳۱/۷۵	-/۷۸	۳۱/۲۵	۰/۴۸	هرمزگان
۲۹/۴۶	-/۹۲	۲۹/۹۴	۰/۸۲	همدان
۲۹/۵۳	-/۹۵	۲۹/۴۱	۰/۸۸	یزد

<sup>۲۱</sup>. ارزیابی شاخص محرومیت باروری؛ کم‌تر از ۳۰ سطح کم، ۳۰ سطح متوسط، بالاتر از ۳۰ سطح بالا.

<sup>۲۲</sup>. ارزیابی شاخص بهره‌مندی باروری؛ کم‌تر از ۰/۵ بهره‌مندی باروری در سطح کم، بین ۰/۷۹۹ - ۰/۵ بهره‌مندی باروری در

سطح متوسط، بین ۰/۸ تا ۱ بهره‌مندی باروری در سطح بالا.

جدول (۸) طبقه‌بندی مناطق روستایی کشور بر اساس درجه‌ی بهره‌مندی باروری در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

سال / سطح	بالا	متوسط	پایین
۱۳۷۵	اصفهان، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، سمنان، فارس، گیلان، مازندران، مرکزی، همدان، یزد	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، ایلام، تهران، خراسان، خوزستان، زنجان، قم، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان	سیستان و بلوچستان، هرمزگان
۱۳۸۵	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، زنجان، سمنان، فارس، قم، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، گیلان، لرستان، مازندران، مرکزی، همدان، یزد	سیستان و بلوچستان، هرمزگان	_____

جدول (۹) طبقه‌بندی مناطق روستایی کشور بر اساس درجه‌ی محرومیت باروری در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

سال	بالا	متوسط	پایین
۱۳۷۵ سال	آذربایجان غربی، اردبیل، ایلام، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، خوزستان، زنجان، سیستان و بلوچستان، فارس، کردستان، کرمان، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، هرمزگان	_____	آذربایجان شرقی، اصفهان، تهران، خراسان، سمنان، قم، کرمانشاه، گیلان، مازندران، مرکزی، همدان، یزد
۱۳۸۵ سال	سیستان و بلوچستان، خوزستان، هرمزگان	آذربایجان غربی، خراسان، قم، کرمان، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان	آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، تهران، چهارمحال و بختیاری، زنجان، سمنان، فارس، کردستان، کرمانشاه، گیلان، مازندران، مرکزی، همدان، یزد

۱۳۷۵ پایین‌ترین میزان این شاخص شاخص بهره‌مندی باروری در سال (۰/۳۱) مربوط به مناطق روستایی استان سیستان و بلوچستان و بالاترین میزان (۰/۹۱) مربوط به مناطق روستایی استان گیلان می‌باشد. در واقع مناطقی چون سیستان و بلوچستان که میزان شاخص بهره‌مندی باروری کم‌تر از (۰/۵) در سطح پایینی از بهره‌مندی و مناطقی مانند گیلان که شاخص بهره‌مندی باروری بالاتر از (۰/۸) در سطح بالایی از بهره‌مندی قرار دارند. در سال ۱۳۸۵ پایین‌ترین میزان شاخص (۰/۷۷) مربوط به مناطق روستایی استان سیستان و بلوچستان و بالاترین میزان (۰/۹۶) مربوط به اصفهان و بوشهر می‌باشد. بنابراین مناطقی چون سیستان و بلوچستان که میزان شاخص بهره‌مندی باروری کم‌تر از (۰/۷۹۹) در



تحلیل رابطه‌ی سطوح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی با شاخص‌های محرومیت و بهره‌مندی باروری ۴۷

سطح متوسطی از بهره‌مندی و مناطقی مانند اصفهان و بوشهر که شاخص بهره‌مندی باروری بالاتر از (۰/۸) در سطح بالایی از بهره‌مندی قرار دارند.

در سال ۱۳۷۵ پایین‌ترین میزان شاخص محرومیت ناشی از باروری (۲۷/۷۲) مربوط به مناطق روستایی استان گیلان و بالاترین میزان (۳۲/۹۵) مربوط به مناطق مازندران و یزد می‌باشد.

### جدول (۱۰) آزمون همبستگی پیرسون شاخص‌های محرومیت و بهره‌مندی باروری با شاخص‌های

#### توسعه‌ی انسانی و جنسیتی

شاخص توسعه‌ی جنسیتی		شاخص توسعه‌ی انسانی		متغیر وابسته
سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	
۰/۰۰۰	۰/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸	بهره‌مندی باروری
۰/۰۰۰	۰/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۵	محرومیت باروری
۰/۰۰۴	۰/۵۴	۰/۰۰۵	۰/۵۳	بهره‌مندی باروری
۰/۰۰۳	۰/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۵۸	محرومیت باروری

در هر دو سال مورد تحلیل، افزایش در سطح توسعه‌ی انسانی مناطق روستایی سبب افزایش در سطح بهره‌مندی زنان از امکانات بهداشتی و پزشکی در حین حاملگی و پس از آن شده، هرچند در سال‌های اخیر میزان تأثیر شاخص توسعه‌ی انسانی کاهش یافته است. یافته‌ها نشان می‌دهد کاهش در سطح توسعه‌ی انسانی مناطق روستایی باعث افزایش شاخص محرومیت باروری زنان می‌شود. در واقع در مناطق کمتر توسعه‌یافته سطح باروری بالا است. در نتیجه، محرومیت زنان در سطح دانش، سلامت، زندگی و غیره به مخاطره می‌افتد.

افزایش سطح توسعه‌ی جنسیتی مناطق روستایی سبب افزایش در سطح بهره‌مندی زنان از امکانات بهداشتی و پزشکی در حین حاملگی و پس از آن می‌شود. بهبود موقعیت زنان در زمینه‌ی دسترسی به آموزش و تحصیل، درآمد و بهداشت و سلامتی سطح عمومی می‌تواند امکان دسترسی آن‌ها را به خدمات بهداشتی و پزشکی در حین حاملگی و پس از آن افزایش دهد. با افزایش امکان دسترسی به آموزش و تحصیل، داشتن درآمد مستقل و سلامتی و در واقع کاهش اتکا و افزایش توان‌مندی، زنان بیشتر می‌توانند بر جسم و میزان باروری خویش کنترل داشته باشند. نتایج نیز نشان می‌دهد که سطح توسعه‌ی جنسیتی مناطق روستایی باعث افزایش شاخص محرومیت باروری زنان می‌شود. در واقع در مناطق کمتر توسعه‌یافته سطح باروری بالا است.

چون شاخص توسعه‌ی جنسیتی، میزان برخورداری زنان از اشتغال و درآمد، دانش، طول عمر و سلامت را می‌سجد نشان می‌دهد که دستیابی زنان به این حوزه‌ها می‌تواند سبب سپری کردن یک دوره‌ی حاملگی سالم و بهره‌مندی بیشتر از امکانات بهداشتی، پزشکی شود. افزایش سطح دانش زنان می‌تواند به درک تعداد فرزندان ایده‌آل، پیش‌گیری از حاملگی‌های ناخواسته و دانش کافی در زمینه‌ی راه‌های پیش‌گیری از حاملگی منجر شود. زنانی که وابستگی اقتصادی بیشتری دارند و امکان دسترسی آنان به منابع مالی محدودتر است و از امکانات آموزشی کمتری برخوردارند زایمان‌های متعدد را تجربه می‌کنند که این حاملگی‌ها و زایمان‌ها به‌علت فقدان دسترسی به امکانات پزشکی لازم در مواردی باعث معلولیت، بیماری و حتی مرگ آنان می‌شود. از سوی دیگر برخی از این زنان به‌علت مشکلات اقتصادی و بالا بودن تعداد فرزندان، دست به سقط جنین‌های غیر بهداشتی می‌زنند و با خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی، نقص عضو و مرگ روبه‌رو می‌شوند.

جدول (۱۱) آزمون رگرسیون شاخص‌های محرومیت و بهره‌مندی باروری با شاخص‌های توسعه‌ی انسانی

شاخص توسعه‌ی انسانی							متغیر مستقل
آزمون t		ANOVA		ضرایب			
ضریب رگرسیون استاندارد شده	آزمون دو دامنه سطح معناداری	سطح معناداری	F	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	
۰/۷۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۵/۵۶	۰/۴۹۰	۰/۵۱	۰/۷۱۱	بهره‌مندی باروری
-۰/۷۷۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۳۵/۱۱۳	۰/۵۷۷	۰/۵۹۵	۰/۷۷۱	محرومیت باروری
-۰/۵۳۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۹/۷۵۹	۰/۲۵۹	۰/۲۸۹	۰/۵۳۸	بهره‌مندی باروری
-۰/۵۸۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲	۱۲/۴۳۳	۰/۳۱۴	۰/۳۴۱	۰/۵۴۸	محرومیت باروری

جدول (۱۲) آزمون رگرسیون شاخص‌های محرومیت و بهره‌مندی باروری با شاخص‌های توسعه‌ی جنسیتی

شاخص توسعه‌ی جنسیتی							متغیر مستقل
آزمون t		ANOVA		ضرایب			
ضریب رگرسیون استاندارد شده	سطح معناداری	سطح معناداری	F	ضریب تعیین شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	
۰/۷۳۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۸/۹۲۳	۰/۵۲۸	۰/۵۴۷	۰/۷۳۹	بهره‌مندی باروری
-۰/۷۴۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۳۰/۰۳۶	۰/۵۳۷	۰/۵۵۶	۰/۷۴۶	محرومیت باروری
۰/۵۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴	۱۰/۰۹۷	۰/۲۶۷	۰/۲۹۶	۰/۵۴۴	بهره‌مندی باروری
-۰/۵۶۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۱۱/۳۳۲	۰/۲۹۲	۰/۳۲۱	۰/۵۶۶	محرومیت باروری

سطح توسعه‌ی انسانی در سال ۱۳۷۵، نیمی از تغییرات در شاخص بهره‌مندی باروری را تبیین می‌کند در حالی که در طی یک دهه میزان تأثیر آن به کم‌تر از یک‌سوم تغییرات کاهش یافته و این کاهش نشان می‌دهد که توسعه‌ی انسانی در گذشته تأثیری فراوان بر سطح بهره‌مندی زنان به امکانات بهداشتی داشته است هرچند نمی‌توان برنامه‌ریزی‌هایی کلان چون گذراندن یک دوره‌ی مادری سالم و موارد این‌چنینی را خارج از اهداف توسعه تلقی کرد و در واقع زیرمجموعه‌ای از برنامه‌های توسعه است. پس برنامه‌های کلانی که گروه هدف خود را زنان (بدون در نظر گرفتن طبقه، نژاد، قومیت و ...) قرار می‌دهند آثاری ماندگار برای عموم زنان در پی دارند.

دست‌رسی به دانش، درآمد و طول عمر و سلامتی بدون محدودیت‌های جنسیتی در دهه‌های گذشته تأثیری فراوان در تجربه‌ی زیستی زنان برای گذراندن یک دوره‌ی حاملگی سالم و خوش‌آیند با کمترین میزان آسیب و عوارض داشته است. میزان این تأثیر در سال‌های اخیر کم‌رنگ‌تر شده است البته این نتیجه بدین مفهوم نیست که بهبود موقعیت زنان در فاکتورهای عنوان شده سبب ارتقای سطح کیفی و کمی زندگی زنان در تجربه‌ی خاص زنانگی آن‌ها یعنی باروری و روند آن نیست، بلکه نشان می‌دهد که این مسأله نیاز به ارزیابی از زاویه‌های دیگری دارد. هم‌چنین چون در گذشته نوزادان گروه هدف برنامه‌های بهداشت و سلامت بودند بنابراین میزان دست‌رسی زنان به امکانات بهداشتی برای کنترل و ارتقای سلامت خویش محدود بوده است و هرچه زنان از دانش، استقلال درآمدی و سلامت کمتر برخوردار بودند در محرومیت مضاعف در دست‌رسی به امکانات بهداشتی قرار داشتند.

در حدود دوسوم تغییرات سطح باروری و محرومیت باروری زنان در دهه‌ی گذشته را سطح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی تبیین می‌کرد. در واقع افزایش توان‌مندی زنان در ابعاد یادشده به کنترل بیشتر زنان بر سطح باروری خویش، کاهش حاملگی‌های ناخواسته و کاهش محرومیت دست‌رسی زنان به فرصت‌ها منجر شده، در حالی که در دهه‌ی اخیر به حدود یک‌سوم کاهش یافته است.

در جمع‌بندی نهایی می‌توان می‌توان گفت:

سطح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی سبب کاهش سطح باروری (محرومیت باروری) و افزایش میزان دست‌رسی زنان مناطق روستایی به امکانات بهداشتی در حین حاملگی و پس از آن (بهره‌مندی باروری) شده است.

جدول (۱۳) طبقه‌بندی مناطق روستایی استان‌های کشور با توجه به میزان تمام متغیرها در تحلیل

خوشه‌ای در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

استان‌های همگن به لحاظ سطح توسعه‌ی انسانی، توسعه‌ی جنسیتی، محرومیت و بهره‌مندی جنسیتی			
خوشه‌ی سوم (استان‌های همگن گروه سوم)	خوشه‌ی دوم (استان‌های همگن گروه دوم)	خوشه‌ی اول (استان‌های همگن گروه اول)	
ایلام، چهارمحال و بختیاری، خراسان، سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، هرمزگان	اصفهان، سمنان، قم، گیلان، مرکزی، مازندران	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، بوشهر، تهران، خوزستان، زنجان، فارس، کردستان، کرمان، کرمانشاه، همدان، یزد	۵۷۸۱
سیستان و بلوچستان	آذربایجان غربی، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، قم، کرمان، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، هرمزگان	آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، تهران، زنجان، سمنان، فارس، کردستان، کرمانشاه، گیلان، مازندران، مرکزی، همدان، یزد	۵۷۸۱

خوشه‌ی اول مربوط به مناطق روستایی استان‌هایی است که در میانگین تمام شاخص‌ها نمراتی بالاتر را کسب کردند. مقایسه‌ی دو سال روند بهبود و ارتقاء را در بیشتر مناطق نشان می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این تحلیل، تفاوت در شدت ضریب همبستگی پیرسون در سال‌های مورد تحلیل بیان‌گر آن است که در گذشته میزان بهره‌مندی و محرومیت باروری رابطه‌ای قوی‌تر با متغیرهای توسعه‌ی انسانی و جنسیتی داشته است. حال آن‌که در سال‌های اخیر متغیرهای دیگر نیز وجود دارند که تغییرات میزان بهره‌مندی باروری و محرومیت را تبیین می‌کنند. اما این مسأله را نیز باید در نظر داشت که سطح توسعه‌ی انسانی و جنسیتی هر چند شدت همبستگی کم‌تری نسبت به دهه‌ی هفتاد نشان می‌دهد، اما هم‌چنان به دلیل معنادار بودن رابطه، با سطح بهره‌مندی و محرومیت باروری رابطه دارد. بنابراین نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق میرزایی و نیز عرفانی هم‌سو است که بیان‌گر معنادار بودن سطح توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی با سطح باروری بوده است. از سوی دیگر نیز تفاوت در شدت همبستگی در سال‌های مورد تحلیل بیان‌گر آن است که هر چند رابطه‌ی سطح توسعه بر باروری را نمی‌توان انکار نمود، اما این واقعه را نیز باید پذیرفت که در سال‌های اخیر متغیرهایی دیگر نیز وجود دارند که

با میزان محرومیت باروری رابطه نشان می‌دهند و تغییرات آن را تبیین می‌کنند. لذا این کاهش، نتایج تحلیل‌های عباسی شوازی و حسینی را نیز تأکید می‌کنند که تغییرات سطح باروری را بر بستر تغییرات اجتماعی و اندیشه‌ای تبیین می‌کنند.

ضرایب تعیین آزمون رگرسیون نیز نشان داد که سهم شاخص‌های توسعه‌ی انسانی و جنسیتی در تغییرات شاخص‌های بهره‌مندی و محرومیت باروری کاهش یافته است.

این تحلیل نشان داد در مناطقی که زنان به امکانات بهداشتی و پزشکی بیشتری دسترسی داشتند، سطح باروری کنترل‌شده‌تر بود. در واقع این امکانات سبب افزایش تعداد فرزندان زنده‌ی متولدشده، آموزش بیشتر زنان در زمینه‌ی راه‌های پیش‌گیری از باروری و تسهیلات آن شده است. اجرای طرح مادری سالم و مراقبت از مادران و رشد شاخص‌های آن طی دهه‌ی اخیر نشان می‌دهد که چنین طرح‌هایی<sup>۲۳</sup> (بر خلاف طرح‌های گذشته که هدف، بیشتر، سلامت نوزاد و جنین بود) علاوه بر گام برداشتن و کسب موفقیت در زمینه‌ی هدف اصلی، می‌تواند به کارکردهایی پنهان چون کنترل مولید و کاهش باروری منجر شود. گسترش بیشتر این طرح‌ها در مناطقی که سطح باروری بالاتری دارند نیز می‌تواند منجر به کاهش سطح باروری در آن‌ها شود.

در واقع عامل‌های تأثیرگذار دیگری در زندگی زنان و اجتماع پیرامون آن‌ها ایجاد شده است که می‌تواند آثاری بیشتر بر سطح باروری و محرومیت زنان داشته باشد. از جمله این عوامل تغییر و تحول‌هایی است که در زمینه‌ی تغییر الگوی خانواده‌ها از شکل غالب خانوارهای هسته‌ای به خانواده‌های تک‌والد، مادر سرپرست، تفاوت

<sup>۲۳</sup>. هدف‌های برنامه‌ی کشوری مراقبت از مادران شامل یک هدف کلی و چند هدف اختصاصی است که عبارتند از: هدف کلی؛ ارتقای سطح سلامت مادران و ترویج مادری سالم و هدف‌های اختصاصی، کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از بارداری و زایمان و پس از آن، کاهش میزان مرگ و میر حول و حوش تولد، کاهش میزان بیماری و معلولیت‌های ناشی از بارداری و زایمان و پس از آن و نیز به‌کارگیری راه‌کارهای چون: طراحی و اصلاح برنامه‌ی کشوری مراقبت از مادران، حمایت و نظارت بر اجرای برنامه‌ی کشوری جهت افزایش پوشش مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان، افزایش پوشش زایمان ایمن، تأمین و بهبود کیفیت مراقبت‌های مادران و انجام فعالیت‌های برنامه‌ای مطابق با راه‌کارهای فعالیت‌های برنامه مطابق با راه‌کارها، ارائه‌ی خدمات مراقبتی در مراکز بهداشتی و درمانی، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت مطابق پروتکل‌های استاندارد ارائه‌ی خدمات، تدارک و تخصیص منابع مورد نیاز جهت ارائه‌ی خدمات، آموزش و بازآموزی کارکنان، آموزش عمومی جامعه درباره‌ی مراقبت‌های بارداری- زایمان و پس از زایمان، اجازه‌ی فعالیت به بخش خصوصی در ارائه‌ی مراقبت‌های مادران، فراهم کردن محل امن و فرد دوره‌دیده جهت انجام زایمان، مرور و به‌روز درآوردن استانداردهای خدمات در کلیه‌ی سطوح، اجرای نظام پایش و ارزش‌یابی برای کلیه‌ی سطوح ارائه‌ی خدمت و پشتیبانی، نظارت بر واحدهای ارائه‌ی خدمت، هماهنگی با مراکز زایمانی جهت تضمین و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و استقرار نظام سرویلانس مرگ مادر (رسالت اداره سلامت مادر و کودک (۴-۱).

سکونت‌گاه زیستی و اقتصادی زوجین، امکان حرکت بیشتر مکانی زوجین، تغییر کارکرد کودکان و فرزندان از نیروی کار اقتصادی و تولیدی به نیروهای مصرفی در طولانی‌مدت و در واقع کاهش ارزش اقتصادی فرزندان رخ داده است. بنابراین با توجه به تغییر در مؤلفه‌های اقتصادی شاخص توسعه‌ی انسانی و کاهش آن در طی دهه‌ی مورد تحلیل می‌توان با تطبیق آن با تئوری‌های اقتصادی به این نتیجه رسید که در دهه‌ی هفتاد که مؤلفه‌های اقتصادی شاخص توسعه‌ی انسانی رشدی و به همان نسبت نیز نقشی تعیین‌کننده‌تر در شاخص‌های باروری داشته است. کاهش این مؤلفه در دهه‌ی ۸۰ سبب کاهش در نقش شاخص توسعه‌ی انسانی در تبیین تغییرات شاخص‌های باروری شده است. از سوی دیگر بر اساس این تئوری، توسعه‌ی اقتصادی در دهه‌ی هفتاد که پس از یک دهه رشد انفجاری سطح باروری قرار داشت، ابتدا به کاهش در مرگ‌ومیر و بعدها باروری منجر شد زیرا از طرفی از ارزش‌های اقتصادی کودکان کاسته شد و هزینه‌های آن‌ها افزایش یافت و از طرف دیگر، با افزایش بازماندگی فرزندان انگیزه‌ی والدین برای داشتن فرزند بیشتر کم شد. در واقع، قرار گرفتن ایران در مسیر جریان‌ات جهانی مثل کمیسیون حقوقی کودک و تأکید سازمان ملل بر توسعه‌ی انسانی و جنسیتی و یکی از اهداف آن یعنی در معرض آموزش رسمی قرار گرفتن کودکان، همراه با سایر عوامل داخلی از جمله تغییرات فرهنگی - نگرشی است که از نقش اقتصادی کودکان کاست و باعث افزایش هزینه‌های کودکان و فاصله‌ی بیشتر تا بلوغ اقتصادی شد.

نگرش و خرده‌فرهنگ‌های رایج در نقاط مختلف کشور در کنار توسعه‌ی نامتوازن مناطق و تعیین‌کننده‌های بلافصل سطح آموزش متفاوت، تمرکزگرایی، تنوع قومیتی و... بر میزان نامتوازن سطح باروری و محرومیت و سطح بهره‌مندی تأثیرگذار بوده‌اند.

با توجه به نتایج تحقیق، شاخص توسعه‌ی جنسیتی نیز که بیان‌گر وضعیت اقتصادی، اشتغال و آموزش زنان است نشان می‌دهد که افزایش سهم زنان در این فاکتورها یا در واقع افزایش توان‌مندی‌های زنان، نقش عاملیت آن‌ها را در کنترل سطح باروری و بر خورداری بیشتر در شاخص‌های بهره‌مندی باروری افزایش داده است.

توجه به نقش عاملیت زنان از طریق کاهش فقرهای قابلیت‌ی و افزایش توان‌مندی‌های زنان، عاملی است که کمتر به آن توجه می‌شود. در واقع، نقش خود زنان را در نظر نمی‌گیرند در حالی که عاملیت زنان تأثیری مهم در ارتقای بقای کودکان و کمک به کاهش نرخ‌های باروری دارد و یکی از واسطه‌های اصلی

تغییرات اقتصادی و اجتماعی است و تعیین موقعیت و نتایج آن، ارتباطی تنگاتنگ با بسیاری از جنبه‌های اصلی فرایند توسعه دارد.

## منابع

- حسینی، حاتم (۱۳۸۳) «قومیت و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه‌های قومی کرد و ترک در مناطق روستایی شهرستان ارومیه»، طرح پژوهشی مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- حسینی، حاتم (۱۳۸۴) «بررسی رابطه‌ی قومیت و باروری در مناطق روستایی شهرستان قره‌ه»، مجموعه‌ی مقالات سمینار مسایل جمعیتی ایران با تأکید بر جوانان، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- حسینی، حاتم (۱۳۸۰) «جزوه‌ی جمعیت‌شناسی اقتصادی - اجتماعی» دانشگاه بوعلی سینا، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی، همدان.
- حسینی، حاتم و امیر هوشنگ مهریار (۱۳۸۵) «قومیت، نابرابری آموزشی و باروری» فصلنامه‌ی علمی پژوهشی نامه‌ی انجمن جمعیت‌شناسی ایران، انجمن جمعیت‌شناسی ایران، سال یکم، شماره ۱، ص ۱۶۷-۱۴۱.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ حاتم حسینی و تی‌نای پنگ (۱۳۸۶) «پویایی توسعه و همگرایی باروری در ایران: بررسی مورد چهار گروه قومی» همایش جمعیت، برنامه‌ریزی و توسعه‌ی پایدار: انجمن جمعیت‌شناسی ایران با همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، مرکز آمار ایران، چهارمین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ۱۴ و ۱۵ اسفند ماه.
- زنجان، حبیب‌ا... و طه نورالهی (۱۳۷۹)، جدول مرگ‌ومیر ایران برای سال ۱۳۷۵ (بر حسب جنس در کل کشور و استان‌ها به تفکیک شهری و روستایی)، مؤسسه‌ی عالی پژوهش در تأمین اجتماعی، تهران.
- سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۸) اولین گزارش توسعه‌ی انسانی جمهوری اسلامی ایران، ناشر: سازمان برنامه و بودجه، تهران.
- سن، آمارتیا (۱۳۸۱) توسعه به مثابه آزادی، ترجمه: وحید محمودی، چاپ اول، تهران: انتشارات دستان.
- شجاعی، زهرا (۱۳۸۴) «نقش سلامت زنان در توسعه‌ی پایدار»، مجموعه سخنرانی و مقالات برای زنان فردا، سخنرانی به مناسبت روز جهانی بهداشت، سالن اجلاس کشورهای اسلامی.
- صادقی، رسول (۱۳۸۳) «قومیت و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه‌های قومی در ایران»، پایان‌نامه‌ی دوره کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، دانشکده‌ی علوم اجتماعی.
- عباسی شوازی، محمدجلال (۱۳۸۰)، «همگرایی رفتارهای باروری در ایران: میزان، روند و الگوی سنی باروری در استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۵۱ و ۱۳۷۵» نامه‌ی علوم اجتماعی، شماره ۱۸.
- کلانتری، خلیل (۱۳۸۵) پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی، تهران، انتشارات شریف، چاپ دوم.
- مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۲) گزارش توسعه‌ی انسانی سال ۲۰۰۳، ترجمه‌ی: معاونت بررسی و نظارت دبیرخانه‌ی مجمع تشخیص مصلحت نظام، چاپ اول، تهران: دبیرخانه‌ی مجمع تشخیص مصلحت نظام، برنامه‌ی توسعه‌ی سازمان ملل.
- محمودی، وحید و سیدقاسم صمیمی‌فر (تأیستان ۱۳۸۴) «فقر قابلیت»، فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۷، ص ۳۱-۹.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۵) سرشماری عمومی نفوس و مسکن، تهران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵) سرشماری عمومی نفوس و مسکن، تهران.

مسایل زنان در دهه‌ی زن (۱۳۸۴) «بهداشت زنان، تصویری ناخوشایند» ترجمه: آذر بهزادی، فصلنامه‌ی اقتصاد کشاورزی و توسعه، ص ۱۶۱-۱۵۷.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱-۱۳۸۰) گزارش توصیفی شاخص‌های مراقبت از مادران، دفتر سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برگرفته از پژوهش DHS، تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۶) آمارهای غیررسمی شاخص‌های مراقبت از مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت مادران، تهران.

**Abbasi-Shavazi, M.J.** (2002) "Recent Changes and The Future of Fertility in Iran", Paper Presented at the Expert Group Meeting on Continuing Fertility Transition, Population Division of The United Nations, March 13-18, New York.

**Abbasi-Shavazi, M. and others** (2003) "Changes in Family, Fertility Behavior and Attitudes in Iran", Working Paper in demography, No. 88, Demography and Sociology Program, Research School of Social Sciences, Australian National University.

**Organization Of Management and Planning Of Iran** (2006) Human Development Report, Islamic Republic Of Iran.

Archive of SID