

زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹: ۲۰۲-۱۸۳

## اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از

### خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران

محمد میرزایی\*، علی یاراحمدی\*\*

**چکیده:** در طول یک قرن اخیر تلاش‌های بسیاری برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان انجام گرفته است که از جمله آن‌ها می‌توان به بهره‌مندسازی زنان از مراقبت‌های سلامت دوران بارداری و حین زایمان اشاره کرد. این مراقبت‌ها تأثیری عمده در کاهش مرگ‌ومیر مادر و کودک و بهبود زندگی سالم نوزاد داشته‌اند. بر اهمیت این مراقبت‌ها در کنفرانس‌های متعدد از جمله کنفرانس جمعیت و توسعه ۱۹۹۴ قاهره تأکید شده است. با وجود تلاش‌های به‌کار گرفته شده برای توسعه‌ی استفاده از مراقبت‌های سلامت باروری، هنوز عده‌ی زیادی از زنان از این مراقبت‌ها استفاده نکرده یا استفاده‌ی کافی نداشته‌اند. در این مطالعه نیز با طرح این سؤال که چرا تعداد زیادی از زنان از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده نمی‌کنند سعی می‌کنیم میزان و عوامل مؤثر بر استفاده از این مراقبت‌ها در کشور را مورد مطالعه قرار دهیم. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که به‌طور کلی ۸/۶ درصد زنان در دوران بارداری خود برای استفاده از این خدمات به هیچ مرکز بهداشتی مراجعه نکرده و ۷ درصد زنان نیز استفاده‌ی مناسب نداشته‌اند که با توجه به میزان‌های اخیر باروری در کشور به‌طور معمول بیش از صد هزار نفر از زنان حامله را در بر می‌گیرد. تحصیلات و وضعیت اقتصادی از بین متغیرهای اقتصادی-اجتماعی و رتبه‌ی تولد از بین متغیرهای جمعیتی، مهم‌ترین عوامل در تبیین استفاده از مراقبت‌های سلامت باروری در دوره حاملگی است. **واژه‌های کلیدی:** سلامت بارداری، بهداشت باروری، دوران حاملگی، استفاده از خدمات.

### طرح مسئله

هر سال در دنیا نیم‌میلیون مادر به‌علت مشکلات مربوط به حاملگی و وضع حمل جان خود را از دست می‌دهند و در نتیجه‌ی مشکلات مربوط به دوران حاملگی و وضع حمل، در حدود ۴ میلیون مرده‌زایی و سه میلیون مرگ نوزادی<sup>۱</sup> رخ می‌دهد (ربکا<sup>۲</sup> و هم‌کاران ۲۰۰۱).

mirzaie@ut.ac.ir

ahmadi\_78@yahoo.com

\* استاد گروه جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

\*\* استادیار بخش جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۰۷/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۰۱/۱۷

1. Neonatal

2. Rebecca J.

۱۸۴ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

گزارش دالی<sup>۳</sup> که نشان گر سال‌های از دست‌رفته‌ی عمر ناشی از وجود ناتوانی و نبود زندگی سالم است نشان می‌دهد که برای زنان واقع در سن ۱۵-۴۹ سالگی در کشورهای درحال توسعه، ۱۸ درصد بار بیماری‌ها ناشی از شرایط مربوط به حاملگی، ۱۵/۵ درصد ناشی از بیماری‌های مقاربتی و ویروس اچ. آی. وی «ایدز»، و بیش از ۲/۵ درصد ناشی از کم‌خونی است. علاوه بر این، برای کودکان زیر ۵ سال، ۱۸/۶ درصد موارد فقدان زندگی سالم ناشی از شرایط قبل از تولد و مشکلات حاملگی و وضع حمل است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

داده‌های مربوط به ایران نیز نشان می‌دهد که اختلالات مرتبط با طول دوره‌ی بارداری و رشد جنین، بعد از حوادث رانندگی، سکته‌ی قلبی و سکته‌ی مغزی در رده‌ی چهارم علت‌های مرگ قرار دارد در حالی که اگر اختلالات تنفسی جنین یا نوزاد (که به دوره‌ی حول تولد مرتبط است) نیز در نظر گرفته شود، اختلالات مربوط به حول دوران حاملگی و تولد در رده‌ی سوم علت فوت قرار می‌گیرد (نقوی و جعفری<sup>۵</sup>، ۱۳۸۶). با توجه به عوارض و تلفات ناشی از بیماری‌ها و مشکلات مربوط به دوران حاملگی، استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت دوران بارداری از اهمیتی شایان توجه برخوردار است.

مراقبت ویژه برای زنان در طول دوره‌ی حاملگی امری جدید در خدمات بهداشت باروری است. تقریباً ۳۰ سال بعد از معرفی زایمان بیمارستانی و مراقبت زایمان در اواخر دهه‌ی ۱۹۳۰، مسئولان بریتانیایی کبیر و ایرلند شمالی تصمیم گرفتند که همه‌ی زنان را در طول دوره‌ی حاملگی تحت مراقبت و کنترل منظم قرار دهند. اگرچه مرگ‌ومیر مادران در نتیجه کنترل خونریزی و مشکلات زایمان تا اندازه‌ی زیادی در سال‌های اول قرن بیستم کاهش یافته بود، اما در ارتباط با مرگ‌های مرتبط با تشنج حاملگی<sup>۶</sup> چنین کاهشی رخ نداد. از بین بردن این نوع مشکلات نیازمند مداخلات و مراقبت ویژه در طول دوره‌ی حاملگی بوده است. اندازه‌گیری فشار خون، تشخیص زنان در معرض تشنج‌های حاملگی و تلاش برای کاهش فشار خون در موارد نیاز از اهمیتی بالا برخوردار بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳).

در نیمه‌ی دوم قرن بیستم، کمک‌های تکنیکی و مالی سازمان‌های بین‌المللی برای تضمین دسترسی زنان حامله به مراقبت‌های مادری به کشورهای درحال توسعه افزایش یافت. از آنجا که فراهم آوردن همه‌ی امکانات لازم برای لحظه‌ی زایمان مشکل و هزینه‌بر بود، توجه عمده به مراقبت‌های دوران

<sup>3</sup>. Disability Adjusted Lost Years (DALY)

<sup>4</sup>. World Health Organization (WHO)

<sup>5</sup>. Naghavi, Mohsen and Nahid Jafari

<sup>6</sup>. Eclampsia

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۸۵

حاملگی معطوف شد. به همین علت بسیاری از برنامه‌ها متوجه خدمات مراقبتی قبل از زایمان به جای مراقبت‌های حین زایمان شد.

بر اهمیت مراقبت قبل از تولد برای سلامت مادر و کودک در کنفرانس‌های متعددی تأکید شده است. کنفرانس جهانی کودکان<sup>۷</sup> در سال ۱۹۹۰، مراقبت قبل از زایمان را یک هدف ویژه عنوان کرد و خواهان دسترسی همه‌ی زنان حامله به مراقبت حاملگی، حضور مامای آموزش‌دیده در هنگام زایمان و وجود امکانات مورد نیاز در موارد اضطراری شد. توجه به مراقبت‌های دوران بارداری در کنفرانس‌های بین‌المللی دیگر از جمله کنفرانس جمعیت و توسعه‌ی قاهره در ۱۹۹۴، کنفرانس ۱۹۹۵ زنان در پکن و جلسه‌ی ویژه‌ی کودکان در مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ مورد تأکید قرار گرفته است.

با وجود اذعان مطالعات بسیار مبنی بر تأثیر بسیار مهم و تعیین‌کننده‌ی استفاده از خدمات بهداشت باروری به‌خصوص خدمات مراقبت حاملگی و تولد، در سلامت مادر و کودک، بسیاری از زنان از این مراقبت‌ها در دوران بارداری خود استفاده نمی‌کنند. سؤال اساسی این تحقیق نیز این است که چرا به‌رغم مفید بودن مراقبت‌های سلامت مادری، باز هم عده‌ای از این مراقبت‌ها استفاده نمی‌کنند. بنابراین نظر به اهمیت موضوع، در این مطالعه عواملی که در استفاده نکردن از مراقبت‌های سلامت باروری مؤثرند را با تأکید بر عامل تحصیلات و پایگاه اقتصادی مطالعه می‌کنیم.

## مبانی نظری

### پیشینه‌ی تحقیق

اکثر مطالعات در زمینه‌ی استفاده از مراقبت‌های سلامت باروری قسمتی از چهارچوب مفهومی موجود یا قسمتی از تئوری‌های مرتبط را آزموده‌اند. به‌طور کلی عواملی را که مطالعات مختلف به‌عنوان عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت‌جویانه‌ی باروری عنوان کرده‌اند می‌توان به‌صورت کلی به عوامل جمعیت‌شناختی، اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی تقسیم کرد.

در ارتباط با عوامل جمعیت‌شناختی می‌توان به مطالعه‌ی ماگادی<sup>۸</sup> و هم‌کاران (۲۰۰۷) اشاره کرد. آنان نشان داده‌اند که استفاده از خدمات مراقبت سلامت در میان گروه‌های سنی نوجوان کمتر از دیگر مادران است.

7. World Summit for the Children

8. Magadi Monhka A.

۱۸۶ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

فوسو<sup>۹</sup> (۱۹۹۴) نیز در مطالعه‌ی خود در مورد استفاده از خدمات سلامت، سن مادر را عاملی مهم در استفاده از خدمات معرفی می‌کند. سن مادر ممکن است به‌عنوان تقریبی برای دانش انباشتی فرد باشد که تأثیری مثبت بر استفاده از خدمات داشته باشد، اما در جوامع در حال توسعه به‌علت بهبود فرصت‌های تحصیلی زنان، زنان جوان‌تر ممکن است دانش و آگاهی بیشتری در مورد خدمات سلامت داشته باشند (نیتای<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). باتیا و کله‌لند<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۵) نیز بر تأثیر سن در استفاده از خدمات سلامت تأکید داشته‌اند. پراتا<sup>۱۲</sup> و هم‌کاران (۲۰۰۴) نیز نشان می‌دهند بین گروه‌های سنی از نظر استفاده از خدمات سلامتی وضعیتی متفاوت مشاهده شده است به‌گونه‌ای که زنانی که در سنین نوجوانی بوده‌اند الگوهای استفاده‌ی متفاوتی نسبت به دیگر زنان نشان داده‌اند.

رتبه‌ی تولد نیز یکی از عوامل مهم در استفاده از خدمات سلامتی معرفی شده است. سپه‌ری<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۸) تأثیر رتبه‌ی تولد بر استفاده از خدمات سلامت را معکوس می‌داند که این تأثیر به‌دلیل تجربه‌ی انباشتی و اطمینان به‌دست‌آمده از فرزندان قبلی است. مطالعه‌ای که ونگ و هم‌کاران<sup>۱۴</sup> (۱۹۸۷) در فیلیپین انجام داده‌اند نیز بر تأثیر رتبه‌ی تولد تأکید کرده است. آن‌ها معتقدند که به‌علت ریسک ادراک‌شده‌ی مرتبط با حاملگی اول، جست‌وجوی مراقبت سلامت برای فرزند اول بیشتر است.

علاوه بر رتبه‌ی تولد، بُعد خانوار به‌عنوان یک متغیر جمعیتی و نیز تقریبی برای وضع اقتصادی خانوار، بر استفاده از خدمات سلامتی تأثیرگذار بوده است. نیتای (۲۰۰۳) بعد خانوار را به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ساز مطرح کرده است. زنانی که دارای خانواده‌ی بزرگ‌تر هستند به‌علت محدودیت زمانی و محدودیت منابع خانوار، استفاده‌ی کمتری از انواع خدمات سلامت دارند.

تحصیلات مهم‌ترین متغیر تأثیرگذار بر استفاده از خدمات سلامتی شناخته شده است. بکر<sup>۱۵</sup> و هم‌کاران (۱۹۹۳) نیز تحصیلات مادر را مهم‌ترین و استوارترین تعیین‌کننده‌ی استفاده از خدمات مادر و نوزاد اظهار کرده‌اند. الو<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۲) در مطالعه‌ای بر روی داده‌های پیمایش جمعیتی بهداشتی پرو، تأثیر تحصیلات را مهم‌ترین و استوارترین تعیین‌کننده‌ی خدمات سلامت مادر و نوزاد معرفی کرده است. در مطالعات دیگر از جمله در مطالعه‌ی فوسو (۱۹۹۴) نیز بر اهمیت تحصیلات تأکید شده است.

9. Fosu

10. Nitai

11. Bhatia J, Cleland J

12. Prata

13. Sepehri A., S. Sarma, W. Simpson and S. Moshiri

14. Wong et al.

15. Becker

16. Elo

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۸۷

پراتا و هم‌کاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای با عنوان «قدرت پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت مادری»، به مطالعه تأثیر عوامل ساختاری بر استفاده از خدمات سلامت مادری پرداخته‌اند. آن‌ها در این مطالعه نشان می‌دهند که چگونه تغییر در قیمت‌های خدمات مراقبت سلامت و هزینه‌های حمل‌ونقل، استفاده از مراقبت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اهمیت هزینه و شرایط اقتصادی در مطالعات دیگر نیز مورد توجه بوده است. فوسو (۱۹۹۴) در مطالعه‌ی خود نشان می‌دهد که افزایش درآمد تأثیری مثبت بر استفاده از خدمات سلامتی دارد. از متغیرهایی که می‌تواند به خوبی نشان‌گر وضعیت اقتصادی خانوار باشد شغل شوهر است. شغل شوهر می‌تواند به‌عنوان تقریبی از درآمد خانوار و نیز پایگاه اجتماعی آن در نظر گرفته شود. نیتای (۲۰۰۳) معتقد است شغل به‌عنوان یک تقریب برای درآمد با فراهم کردن توانایی بیشتر برای استفاده از خدمات سلامت به‌عنوان یک متغیر توان‌مندساز نمایش داده می‌شود (نیتای و هم‌کاران ۲۰۰۳). زنان ساکن در مناطق فقیرتر دسترسی کمتری به خدمات سلامت مادری دارند که به احتمال زیاد بازگوکننده‌ی شرایط ساختاری و خیم‌تر این اجتماعات شامل فقدان تسهیلات مناسب، شرایط جاده‌ای و خیم‌تر و دسترسی کمتر به حمل‌ونقل است (سپهری و هم‌کاران، ۲۰۰۸).

اشتغال زنان در کارهای مهارت‌طلب بیرون از خانه (آدای<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۸) نیز یک پیش‌بینی‌کننده‌ی خوب در احتمال استفاده از خدمات سلامت بهداشت باروری معرفی شده است.

لیندسترم و فرانکو<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه خود در زمینه تأثیر مهاجرت بر استفاده از خدمات سلامت باروری نشان می‌دهند خانوارهایی که یکی از افراد خانواده‌ی آن‌ها مهاجرت کرده است و برای خانواده پول می‌فرستد از خدمات سلامت باروری بیشتر استفاده می‌کنند. در این مطالعه شواهدی از تأثیر مثبت ارسال وجه<sup>۱۹</sup> بر استانداردهای زندگی و زیرساخت‌ها وجود دارد.

احمد<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۵) نیز در مطالعه‌ای در میان افراد فقیر در بنگلادش به این نتیجه رسیده است که جمعیت‌های بی‌بهره یا محروم به‌علت ناتوانی در مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی-اجتماعی، معمولاً در حاشیه قرار می‌گیرند و کمتر از دیگر گروه‌ها از خدمات سلامتی استفاده می‌کنند. علاوه بر این، موانعی از قبیل مسافرت، فاصله، ارتباط با فراهم‌کنندگان و مشکلات مسیریابی، گروه‌های محروم را بیشتر از دیگران تحت تأثیر قرار

17. Addai

18. Lindsrom and Franco

19. Remittance

20. Ahmed

۱۸۸ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

می‌دهد. او معتقد است که افراد فقیر در مناطق روستایی به‌علت دسترسی جغرافیایی کم به خدمات سلامتی در شرایط ضعیفی قرار دارند. هاتچیکس<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ی خود در نپال نشان می‌دهد که دسترسی به تسهیلات خدمات سلامتی تأثیری معنادار بر استفاده دارد. در نپال، دسترسی به خدمات سلامت به‌علت ناهموار بودن سرزمین، فقدان منابع مالی و زیرساخت‌های سلامتی محدود بسیار پایین است. هلتنون و هم‌کاران<sup>۲۲</sup> (۲۰۰۷) به مطالعه‌ی کیفیت خدمات مراقبت باروری و تأثیر آن‌ها بر استفاده پرداخته‌اند. این مطالعه (که نتایج یک تحلیل موقعیت بر روی کیفیت مراقبت در مراکز مادری در یک منطقه‌ی فقیرنشین در یکی از شهرهای هند است) نشان می‌دهد که بی‌تفاوتی پرسنل و نیز فقدان حریم خصوصی، یکی از عامل‌های مهم در عدم اقبال مراجعان و رضایت پایین آن‌ها از این مراکز بوده است. یکی از متغیرهایی که تأثیر آن بر روی استفاده از خدمات سلامتی کمتر مورد آزمون قرار گرفته است، تجربه‌ی از دست دادن فرزندان است. فرانچی و ساموئل<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۹) نشان می‌دهند که حاملگی‌هایی که بعد از مرگ نوزاد یا جنین صورت می‌گیرند با اضطراب بالاتری همراه است. افرادی که تجربه‌ی سقط یا مرده‌زایی هم داشته‌اند در حاملگی‌های خود نگرانی‌های بیشتری را گزارش کرده‌اند. نش و گیلبرت<sup>۲۴</sup> (۱۹۹۲) در مطالعه‌ی خود نیز موانعی را که زنان در رفتارهای سلامتی با آن‌ها روبرو هستند به چهار گروه طبقه‌بندی کرده‌اند که شامل موارد زیر است:

۱. موانع نهادی<sup>۲۵</sup>: برخورد نابرابر و نامناسب عاملان و تهیه‌کنندگان سلامت؛
۲. موانع اقتصادی<sup>۲۶</sup>: نداشتن درآمد شخصی و وابسته بودن به خانواده یا شوهر؛
۳. موانع فرهنگی<sup>۲۷</sup>: پایگاه اجتماعی زنان که آنان را در موقعیت فرودست‌تر قرار می‌دهد و نیز وجود پزشکان مرد در ارتباط با شرایط حساس زنان؛
۴. موانع تحصیلی<sup>۲۸</sup>: زنان نسبت به مردان دسترسی کمتری به آموزش و تحصیلات دارند. در ایران نیز مطالعات گسترده‌ای در حوزه‌ی بهداشت باروری انجام گرفته است که بخشی از آن‌ها به‌طور خاص به مراقبت‌های دوران بارداری می‌پردازد. در این میان مطالعاتی که به مرگ‌ومیر مادران پرداخته‌اند

<sup>21</sup> Hotchkiss

<sup>22</sup> Hulton L. A, Z. Matthews, and R W. Stones

<sup>23</sup> Franche R. L and S. F. Mikail

<sup>24</sup> Nash Ojanuga, D. & Gilbert

<sup>25</sup> Institutional Barriers

<sup>26</sup> Economic Barriers

<sup>27</sup> Cultural Barriers

<sup>28</sup> Educational Barriers

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۸۹

بیشتر به چشم می‌خورد (نقوی، ۱۳۷۵؛ آبیلی، ۱۳۷۸؛ بیرامی، ۱۳۷۹؛ مستأجران، ۱۳۸۱)<sup>۲۹</sup>. مطالعاتی نیز سلامت مادر و کودک را مورد کنکاش قرار داده‌اند که تعداد آن‌ها محدودتر است. در مطالعه‌ای در ارتباط با علل روی‌گردانی مادران باردار از مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ساری توسط سید آقامیری و هم‌کاران<sup>۳۰</sup> (۱۳۸۶)، نامناسب بودن فضای فیزیکی مراکز بهداشتی، کمبود تجهیزات، استفاده نکردن از نیروهای ماهر برای کنترل و برخورد مناسب با عوارض و درمان بارداری‌های پرخطر، آگاهی ناکافی کارکنان بهداشتی در زمینه بهداشت باروری از مهم‌ترین علل کاهش مقبولیت و روی‌گردانی زنان باردار از مراکز بهداشتی-درمانی شمرده شده است. مطالعه‌ی دیگری در شهر یزد (مجاهد و هم‌کاران<sup>۳۱</sup>، ۱۳۸۴) در مورد مراجعه برای خدمات حین حاملگی نشان می‌دهد که بین سن مادر، میزان تحصیلات او، رتبه‌ی حاملگی و فاصله‌ی حاملگی قبلی با مراقبت حاملگی اخیر ارتباط معنادار وجود دارد. مطالعه‌ای نیز در میان ایرانیان مقیم سوئد انجام شده است که نشان می‌دهد تضادهای فرهنگی برای استفاده از مراقبت‌های حاملگی در کشور میزبان وجود دارد. مطالعه نشان می‌دهد زنانی که احساس ناراحتی بیشتری در مورد تابوها و احساس مسئولیت بیشتری نسبت به انجام آن‌ها داشته‌اند از ناراحتی و مشکلات بیشتری در هفته ۳۲ به بعد رنج برده‌اند (الکویست و ویرفالت<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۰).

به‌طور کلی پیشینه‌ی تحقیق نشان می‌دهد که عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت‌جویانه‌ی دوران بارداری در سه دسته‌ی جمعیت‌شناختی، اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی قابل طبقه‌بندی است. در بعد جمعیت‌شناختی؛ سن، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، مرتبه‌ی تولد، بعد خانوار، از دست دادن فرزندان و تجربه‌ی سقط و مرده‌زایی و در بعد اقتصادی-اجتماعی؛ تحصیلات مادر، محل سکونت، پایگاه اقتصادی، هزینه‌ی خدمات و اشتغال زنان و در بعد فرهنگی؛ مذهب، قومیت، نگرش در مورد رفتارهای سلامت‌جویانه و ترجیحات فرهنگی برای رفتارهای خاص، زبان و موانع فرهنگی و در بعد کلان؛ سطح توسعه‌ی جامعه، فاصله تا محل ارائه‌ی خدمات، حمل‌ونقل، شرایط جاده‌ای، بعد جغرافیایی دسترسی دارای اهمیت بوده‌اند. بنابراین در چهارچوب مفهومی مطالعه و مدل‌های تبیینی آینده این دسته‌بندی مبنای کار قرار گرفته است.

<sup>29</sup>. Naghavi, Mohsen; Abily, Hamid; Beyramy, Bahram; Mostajeran, Mahnaz

<sup>30</sup>. Seyed Aqamiry, Z. Beigum, M. Vizheh, M. Sedaghat and M. Sabery Namin

<sup>31</sup>. Mujahid, Shahnaz, R. Dehghani Firuzabadi and M. Dafei

<sup>32</sup>. Ahlqvist, M. and Wirfalt, E.

### ملاحظات تئوریک

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت عبارت است از: «وضعیت سلامت و بهزیستی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری». دو ویژگی مهم این تعریف، جامعیت و مثبت بودن است. این تعریف جنبه‌های مثبت اجتماعی-روانی سلامت، و رای جنبه‌های بیوپزشکی از قبیل مرگ، بیماری و ناتوانی را در نظر دارد. تأکید بر جوانب مثبت سلامت، متخصصان سلامت را به سوی کار بر روی ارتقای سلامت<sup>۳۳</sup> و پیش‌گیری و مراقبت قبل از بروز خطر و نه فقط درمان بیماری‌ها سوق داده است. با این تعریف، سلامت ممکن است همگی افعال انسانی را در بر گیرد. مراقبت‌های دوران بارداری و حین تولد نیز به‌عنوان مراقبت‌های پیش‌گیرانه در نظر گرفته می‌شوند که در متن این رویکرد معنی می‌یابند.

در حوزه‌ی رویکرد اخیر، نظریه‌های مختلفی برای تبیین رفتارهای سلامتی مطرح شده است. از جمله می‌توان به تئوری عمل منطقی (آیساک آیزن<sup>۳۴</sup> و مارتین فیشباین<sup>۳۵</sup>، ۱۹۷۵)، رفتار برنامه‌ریزی‌شده (آیزن، ۲۰۰۲) و تئوری شناخت اجتماعی باندورا<sup>۳۶</sup> (باندورا، ۱۹۸۹) اشاره کرد.

در این مطالعه تأکید عمده بر روی دو مدل مورد استفاده در تحقیقات سلامتی است. مدل اول، مدل ایده‌ی سلامتی<sup>۳۷</sup> است که در سال ۱۹۵۰ توسط روان‌شناسان اجتماعی خدمات سلامت عمومی ایالات متحده برای تبیین این موضوع به کار رفت که چرا افراد در برنامه‌های بهداشت عمومی یا تست سرطان سینه و رحم شرکت نمی‌کنند. این مدل توسط روزنستاک (سویدی<sup>۳۸</sup>، ۱۹۸۹) در سال ۱۹۶۶ برای تبیین رفتارهای سلامتی پیش‌گیرانه توسعه یافته است.

به‌طور خلاصه، مدل ایده‌ی سلامتی پیشنهاد می‌کند برای این که فرد برای اجتناب از بیماری عملی انجام دهد باید معتقد باشد که: ۱- در معرض بیماری و نسبت به آن آسیب‌پذیر است (حساسیت ادراک‌شده)<sup>۳۹</sup>. ۲- بیماری می‌تواند تأثیری جدی بر برخی مؤلفه‌های زندگی‌اش بگذارد (جدیت ادراک‌شده)<sup>۴۰</sup>. ۳- رفتارهایی

33 . Health Promotion

34 . Icek Ajzen

35 . Martin Fishbein

36 . Bandura Albert.

37 . Health Belief Model

38 . Subedi, J.

39 . Perceived susceptibility

40 . Perceived Severity



اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۹۱

معین می‌تواند در کاهش آسیب‌پذیری یا شدت بیماری تأثیر بگذارد (فایده‌ی ادراک‌شده)<sup>۴۱</sup>. ۴- عواملی از قبیل هزینه، درد یا شرمندگی مانع انجام این رفتار نمی‌شود (موانع ادراک‌شده)<sup>۴۲</sup>.

*مدل اجتماعی/اندرسون* مدل دیگری است که در این مطالعه مدنظر بوده است. در بین مدل‌های ارائه‌شده، مدل اندرسون (۱۹۷۳) مدلی شناخته می‌شود که بیشتر از بقیه روی کردی اجتماعی و همه‌جانبه دارد که تقریباً همه‌ی جنبه‌های استفاده از خدمات سلامت را در نظر گرفته است. این مدل بر سه نکته شامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی، سیستم مراقبت سلامت و تعیین‌کننده‌ی فردی استفاده از خدمات تأکید دارد. در مدل اندرسون تعیین‌کننده‌های اجتماعی و سیستم خدمات سلامتی، از طریق تأثیر بر تعیین‌کننده‌های فردی بر رفتار سلامتی تأثیر می‌گذارند.

تعیین‌کننده‌های فردی نیز خود به سه طبقه تقسیم می‌شوند که شامل متغیرهای زمینه‌ساز، توان‌مندساز و نیز سطح بیماری یا شدت خطر ادراک‌شده است. ویژگی‌های فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، اندازه‌ی خانواده و گروه قومی، به‌عنوان متغیرهای زمینه‌ساز و تحصیلات رسمی، شغل، دارایی، سهام، درآمد و روابط درون شبکه‌ی اجتماعی به‌عنوان متغیرهای توان‌مندساز و ویژگی‌های بیماری یا ناتوانی و ادراک مربوط به آن و مزایای مورد انتظار به‌عنوان سطح بیماری مدنظر است (هاوسمن و هم‌کاران<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۳).

هسته‌ی اصلی چهارچوب مفهومی مطالعه‌ی حاضر را مدل اجتماعی اندرسون تشکیل می‌دهد. در سطوح فرد متغیرهایی که سنجش تأثیر آن‌ها مورد نظر است عبارتند از متغیرهای جمعیتی شامل سن، رتبه‌ی تولد، محل سکونت، سابقه‌ی سقط و سابقه‌ی مرده‌زایی. متغیرهای اجتماعی- اقتصادی عبارت خواهند بود از تحصیلات، اشتغال، بهره‌مندی از تسهیلات رفاهی و وضعیت استانداردهای زندگی و بهداشتی.

متغیرهای جمعیتی از جمله سابقه‌ی حاملگی و زایمان، یا سابقه‌ی مرده‌زایی و سقط جنین برگرفته از مدل ایده‌ی سلامتی است که عنوان می‌کند سابقه‌ی داشتن یک مشکل سلامتی بر ریسک برداشت‌شده‌ی<sup>۴۴</sup> افراد از وضعیت مورد نظر و در نتیجه در استفاده از خدمات سلامت تأثیرگذار است. متغیرهای تحصیلات، اشتغال، شاخص اقتصادی و متغیرهای جمعیتی دیگر برگرفته از تعیین‌کننده‌های فردی مدل اجتماعی اندرسون می‌باشد.

41. Perceived Benefits

42. Perceived Barriers

43. Hausmann-Muela, S.

44. Perceived Risk

### روش تحقیق

این پژوهش، یک تحلیل ثانویه است و داده‌های آن برگرفته از پیمایش جمعیتی بهداشتی ایران<sup>۴۵</sup> که در سال ۱۳۷۹ اجرا شد می‌باشد. برای انجام مطالعه، بر اساس وزن جمعیتی مناطق روستایی و شهری در هر استان و وزن جمعیتی هر استان در کشور وزنی برای داده‌ها تهیه شد. وزن مورد نظر با استفاده از جدول نمونه‌گیری لین به‌گونه‌ای فراهم شد تا احتمال افتادن در دام خطای نوع دوم در آزمون فرضیه‌ها را به حداقل ممکن کاهش دهد.

در مطالعه‌ی حاضر، متغیر وابسته استفاده از مراقبت حین حاملگی و قبل از تولد بوده است. این مراقبت به مراجعه به مراکز بهداشتی و انجام آزمایشات مورد نیاز در دوران حاملگی اشاره دارد. مراقبت بارداری یا قبل از تولد کودک به‌صورت ایده‌آل شامل کنترل حاملگی از نظر نشانه‌های مشکل حاملگی، کنترل فشار خون، دادن مشاوره در مورد مراقبت پیش‌گیرانه، تغذیه در طول حاملگی، تشویق زایمان بیمارستانی و همچنین ارائه‌ی مکمل آهن، اسید فولیک، واکسن کزاز و تشخیص عفونت و بیماری جنسی است.

مراجعه به مراکز بهداشتی در دسترس برای بهره‌مندی از مراقبت‌های حین حاملگی به‌عنوان یک متغیر دوجوهی مورد نظر بوده است. در تحلیل‌های استنباطی، از تحلیل رگرسیون لجستیک برای تبیین تفاوت‌های موجود در احتمال استفاده از مراقبت‌های سلامت باروری و پیش‌بینی این احتمال در گروه‌های مختلف متغیرهای وابسته استفاده شده است.

متغیرهای مستقل در این مطالعه شامل متغیرهای جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی است. این متغیرها شامل محل سکونت (دارای دو گویه‌ی شهر و روستا)، سن (گروه‌بندی شده در سنین ۱۹-۱۵، ۲۴-۲۰، ۲۹-۲۵، ۳۴-۳۰، و بیشتر)، سابقه‌ی حاملگی (دارای سابقه یا بدون سابق)، سابقه‌ی سقط (دارای سابقه یا بدون سابقه)، سابقه‌ی مرده‌زایی (دارای سابقه یا بدون سابقه)، تحصیلات (شامل بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاه) و اشتغال (شامل شاغل یا غیرشاغل) است. علاوه بر متغیرهای فوق متغیرهای دیگری نیز از طریق جمع نمرات یا حاصل از بار عاملی متغیرها توسعه داده شده است. این متغیرها شامل آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده است که از طریق جمع گویه‌ها ایجاد شده است. گویه‌های مورد استفاده برای ساختن این متغیر از هم‌نوایی درونی بالایی برخوردار بوده‌اند به‌طوری که آلفای کرونباخ این شاخص برابر با ۷۹/۴ به‌دست آمده است. در مدل‌های تحلیلی، آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده به‌صورت یک متغیر رتبه‌ای دارای گویه‌های پایین، متوسط، و بالا مورد استفاده قرار گرفته است.

<sup>45</sup>. Demographic and Health Survey (DHS)

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۹۳

شاخص بهره‌مندی از تسهیلات زندگی و شاخص استاندارد بهداشت محیط خانوار دو متغیر دیگری هستند که از طریق بار عملی نمرات تحلیل عامل توسعه داده شده‌اند. در شاخص بهره‌مندی از تسهیلات زندگی «کی ام<sup>۴۶</sup>» مدل برابر با  $KMO=0/76$  بوده است که قابلیت خوب گویه‌ها برای ایجاد شاخص را نشان می‌دهد. شاخص استاندارد بهداشت محیط خانوار نیز با کی ام<sup>۴۶</sup> برابر با  $KMO=0/78$  ایجاد شده است.

### یافته‌های تحقیق

مطالعه نشان می‌دهد که به‌طور کلی ۸۶ درصد افراد در زمان حاملگی خود از هیچ‌گونه مراقبت حاملگی استفاده نکرده‌اند و بنابراین هیچ‌گونه مراجعه‌ای به پزشک، ماما، مراکز بهداشتی یا خانه‌های بهداشت نداشته‌اند. این نسبت از این جهت که جمعیت زنانی که در وضعیت حاملگی قرار دارند زیاد است اهمیت فراوانی دارد. با در نظر گرفتن تعداد این زنان در سال که بیش از یک میلیون نفر است، این نسبت رقمی نزدیک به صد هزار نفر را در بر می‌گیرد که در زمان حاملگی خود هیچ‌گونه مراجعه‌ای به مراکز بهداشتی نداشته‌اند. علاوه بر این، تقریباً ۵/۶ درصد زنان نیز مراجعه‌ی غیرکافی در زمان حاملگی داشته‌اند که اگر ۱۲ درصدی که مراجعه‌ی متوسط داشته‌اند را در نظر بگیریم، جمعیتی قابل توجه است. بیش از ۷۲ درصد زنان، تعداد مراجعه‌ی خوب (بالا تر از ۶ مورد مراجعه) و تقریباً ۵۰ درصد زنان بیش از ۹ بار به مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات دوران حاملگی مراجعه داشته‌اند.

جدول (۱)، میزان عدم مراجعه و تعداد دفعات مراجعه را برای زنان نمایش داده است. از این حیث در ارتباط با اکثر متغیرها تفاوت‌های چشم‌گیری مشاهده می‌شود. میزان عدم مراجعه در مناطق شهری ۶ درصد و در مناطق روستایی ۱۲ درصد است. در ارتباط با دفعات مراجعه، تفاوت زیادی بین مراکز شهری و روستایی از نظر دفعات مراجعه وجود ندارد. در ارتباط با متغیر شاخص اقتصادی تفاوت‌ها چشم‌گیر است. در گروه با وضعیت پایین، از لحاظ بهره‌مندی از تسهیلات زندگی ۳۰ درصد افراد به هیچ مرکزی در دوران حاملگی خود مراجعه نکرده‌اند. این نسبت برای گروه با بهره‌مندی بالا ۴/۵ درصد است. افراد بی‌سواد نیز با نسبت ۲۵ درصد، عدم مراجعه‌ی بالایی داشته‌اند. این نسبت در بین باسوادن بسیار کاهش یافته است به طوری که در تحصیلات ابتدایی به ۶/۵ درصد و در تحصیلات دبیرستان به کمتر از ۲ درصد می‌رسد. از نظر کیفیت مراجعه نیز افراد بی‌سواد مراجعات ضعیف و متوسط بیشتری نسبت به افراد باسواد داشته‌اند. شاخص بهداشتی نیز تفاوت در میزان استفاده را نشان می‌دهد. نسبت عدم مراجعه برای گروه با شاخص پایین ۲۲ درصد است که به ۶/۶ درصد در گروه بالا می‌رسد.

<sup>46</sup>. KMO

۱۹۴ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

جدول شماره (۱): نسبت‌های عدم استفاده و میزان استفاده از خدمات مراقبت دوران حاملگی بر حسب متغیرهای مطالعه

متغیرها	میزان استفاده				
	عدم استفاده	میزان استفاده (تعداد مراجعات)			
		ضعیف (۱-۳)	متوسط (۴-۶)	خوب (۷-۹)	عالی (۱۰ و بیشتر)
محل سکونت	شهری	۶/۱	۵/۸	۱۱/۸	۲۴/۲
	روستایی	۱۲	۷/۶	۱۳/۵	۲۱
شاخص اقتصادی	پایین	۳۰/۸	۱۰/۳	۱۵/۴	۱۷/۹
	متوسط	۱۲/۴	۸/۲	۱۴/۷	۲۱/۸
	بالا	۴/۵	۵/۷	۱۱/۶	۲۳/۷
شاخص بهداشتی	پایین	۲۲/۷	۱۱/۴	۱۵/۹	۱۹/۳
	متوسط	۸/۲	۶/۳	۱۳/۳	۲۲/۴
	بالا	۶/۶	۶	۱۱/۵	۲۳/۷
تحصیلات	بی‌سواد	۲۵	۱۱/۶	۱۴/۹	۱۹/۵
	ابتدایی	۶/۵	۵/۷	۱۴/۸	۲۴/۱
	راهنمایی	۲/۶	۵/۷	۱۱/۹	۲۴/۴
	دیپلستان	۱/۴	۴/۱	۸/۳	۲۲
	دانشگاه	۰/۵	۳/۳	۸/۲	۲۶/۲
اشتغال	شاغل	۷/۵	۵/۶	۱۱/۳	۲۲/۵
	بی‌کار	۷/۷	۹/۱	۹/۱	۱۸/۲
	خانه‌دار	۸/۹	۶/۶	۱۲/۹	۲۳
رتبه‌ی تولد	۱	۴/۱	۵/۱	۹/۴	۲۱/۸
	۲-۳	۶/۶	۵/۴	۱۳/۲	۲۴/۹
	۴-۵	۱۳/۸	۸/۷	۱۷/۴	۲۲/۵
	۶-۸	۲۲/۵	۱۳/۸	۱۶/۳	۲۰
	+۹	۳۶	۱۶	۱۲	۱۶
سن	۱۵-۱۹	۸/۵	۶/۴	۱۰/۶	۲۱/۳
	۲۰-۲۴	۷/۶	۶/۱	۱۱/۵	۲۲/۹
	۲۵-۲۹	۷/۵	۵/۳	۱۱/۵	۲۴/۵
	۳۰-۳۴	۸/۳	۶/۴	۱۴/۷	۲۲/۱
	۳۵+	۱۴/۶	۱۱/۵	۱۵/۴	۲۰/۸
آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده	پایین	۴۵	۱۳/۲	۱۳/۲	۱۰/۵
	متوسط	۱۲/۴	۷/۵	۱۳/۸	۲۲/۹
	بالا	۴/۵	۵/۷	۱۱/۶	۲۳/۶
تجربه‌ی سقط	دارد	۸/۹	۶/۵	۱۲/۵	۲۲/۶
	ندارد	۸/۵	۶/۵	۱۲/۶	۲۲/۹
تجربه‌ی مرده‌زایی	دارد	۱۳/۵	۹/۶	۱۳/۵	۲۵
	ندارد	۸/۴	۶/۳	۱۲/۵	۲۲/۸
	کل کشور	۸/۶	۶/۵	۱۲/۵	۲۲/۹

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۹۵

زنانی که در رتبه‌های بالای تولد فرزند بوده‌اند نیز استفاده‌ی کمتری از خدمات داشته‌اند. نسبت مراجعه نکردن برای زنان با ۹ فرزند و بیشتر ۳۶ درصد، رتبه‌ی تولد ۸-۶، ۲۲/۵ درصد، رتبه‌ی تولد ۵-۴، ۱۳/۸ درصد و برای رتبه‌های پایین‌تر کمتر از این بوده است. نسبت مراجعه نکردن در میان زنان ۳۵ ساله به بالا نیز بالاتر از بقیه‌ی گروه‌های سنی است. کمترین میزان استفاده متعلق به گروه با آگاهی پایین در مورد تنظیم خانواده است. در میان این زنان، ۴۵ درصد عدم استفاده از مراقبت‌های سلامت باروری وجود داشته است. در میان زنانی که در این گروه از مراقبت‌ها استفاده کرده‌اند، میزان بهره‌مندی خوب و عالی نیز نسبت به بقیه‌ی گروه‌ها در همه‌ی متغیرهای مطالعه کمترین بوده است. افرادی که تجربه‌ی مرده‌زایی داشته‌اند نیز نسبت استفاده‌ی کمتری نسبت به افراد فاقد این تجربه نشان داده‌اند. در ارتباط با سقط جنین و نیز گروه‌های مختلف وضعیت اشتغال، تفاوت‌ها بسیار ناچیز بوده است.

#### تحلیل استنباطی:

در جدول (۲)، نتایج رگرسیون لجستیک گزارش شده است. در ستون مربوط به تحلیل تک‌متغیره، تأثیر هر کدام از متغیرها در احتمال استفاده از خدمات مراقبت سلامت باروری گزارش شده است. همان‌طور که در جدول نمایش داده شده است سن تأثیری معنادار بر تغییر احتمال استفاده از خدمات مراقبت سلامت باروری ندارد. کسر برتری<sup>۴۷</sup> چهار گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ نزدیک به ۱ است که نشان می‌دهد تفاوتی معنادار وجود ندارد. قرار گرفتن در گروه سنی بالاتر از ۴۰ بیشترین تأثیر را در کاهش احتمال استفاده از خدمات سلامت باروری دارد.

رتبه‌ی تولد نیز تأثیرات معناداری نشان می‌دهد. هرچه رتبه‌ی تولد بالاتر رود احتمال استفاده از خدمات مراقبت سلامت کاهش می‌یابد. کسر برتری آزمون برای رتبه‌ی ۵-۴ برابر با ۰/۲۷، برای رتبه‌های ۶ تا ۸ برابر با ۰/۱۵ و برای رتبه‌ی تولد ۹ و بیشتر ۰/۰۷ است که نشان از احتمال استفاده‌ی کمتر در رتبه‌های بالا دارد. این تفاوت‌ها برای همه‌ی گروه‌ها معنادار بوده است. متغیرهای تجربه‌ی سقط و مرده‌زایی تأثیراتی معنادار را در تحلیل یک‌متغیره نشان نمی‌دهند. کسر برتری برای هر دو متغیر نزدیک به ۱ است.

محل سکونت تأثیری معنادار بر استفاده از خدمات مراقبت سلامتی نشان می‌دهد. سکونت در شهر احتمال استفاده از خدمات سلامت را افزایش می‌دهد. کسر برتری برای سکونت در شهر ۲/۱ است. در

<sup>47</sup>. Odds Ratio (Exp  $\beta$ )

۱۹۶ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

ارتباط با متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، بهره‌مندی از تسهیلات زندگی تأثیری معنادار بر استفاده از خدمات سلامت باروری دارد. افرادی که در این شاخص متوسط هستند با کسر برتری ۳/۱ و افراد واقع در گروه بالا با کسر برتری ۹/۲۵، احتمال بیشتری برای استفاده از خدمات سلامتی نشان داده‌اند. در ارتباط با متغیر اشتغال اگرچه افراد بی‌کار و خانه‌دار نسبت به گروه شاغلان احتمال کمتری در استفاده از خدمات سلامتی نشان داده‌اند، اما این تفاوت معنادار نیست. بهره‌مندی از شرایط بهداشتی محیط خانوار نیز در استفاده از خدمات مؤثر بوده است. کسر برتری برای گروه متوسط ۳/۳ و برای گروه بالا ۴/۲ بوده است.

از میان متغیرهای تحقیق، تحصیلات تأثیری قابل توجه نشان می‌دهد. کسر برتری زنان با تحصیلات ابتدایی، ۴/۸ در مقابل ۱ برای افراد بی‌سواد است. این تأثیر در تحصیلات دبیرستان و دانشگاه بسیار افزایش یافته به نحوی که کسر برتری برای زنان با تحصیلات دبیرستان ۲۷ و برای زنان با تحصیلات دانشگاهی ۵۶ است.

آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده نیز در این تحقیق یک تقریب برای آگاهی از خدمات سلامت باروری است. این متغیر تأثیری عمده بر استفاده داشته به طوری که کسر برتری برای زنان با آگاهی متوسط ۵/۸ و برای زنان با آگاهی بالا ۱۷/۷ است. نتایج تحلیل تک‌متغیره نشان می‌دهد که از بین متغیرهای جمعیتی؛ سن ازدواج، رتبه‌ی تولد، محل سکونت و از بین متغیرهای اقتصادی-اجتماعی؛ شاخص بهره‌مندی از تسهیلات زندگی، شاخص بهداشت محیط خانوار، تحصیلات و میزان آگاهی، تأثیرات معناداری را نشان می‌دهند.

### تحلیل چندمتغیره:

در این بخش، مدل‌های مختلفی برای آزمون هم‌زمان تأثیر متغیرهای مختلف- به‌منظور برآورد تأثیر هر کدام از متغیرها با کنترل متغیرهای دیگر- ارائه شده است. برای این منظور ۴ مدل مختلف مورد آزمون قرار گرفته است. مقدار درست‌نمایی<sup>۴۸</sup> مدل‌ها که تأثیر ورود متغیرهای جدید در قدرت پیش‌بینی مدل را نشان می‌دهد نیز گزارش شده است.

<sup>۴۸</sup>. شاخص  $2 \log \text{likelihood}$  که هرچه کاهش بیشتری پیدا کند نشان از قدرت بیشتر مدل است.

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۹۷

در مدل ۱، تأثیر هم‌زمان متغیرهای جمعیتی مدنظر بوده است. همان‌طور که در مدل نمایش داده شده است، از بین متغیرها تنها رتبه‌ی تولد تأثیر معنادار خود را حفظ کرده است. تأثیر متغیر سن نیز در این آزمون معنادار و تحت تأثیر کنترل متغیرهای دیگر بوده است.

در مدل ۲، تأثیر هم‌زمان متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مدنظر بوده است. در بین متغیرهای وارد شده، متغیر اشتغال هم‌چنان غیرمعنادار است. محل سکونت و شاخص بهداشت محیط خانوار نیز معناداری خود را از دست می‌دهند و این نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن تحصیلات و شاخص بهره‌مندی از تسهیلات، این دو متغیر عامل تعیین‌کننده‌ای نیستند. در این مدل، متغیر بهره‌مندی از تسهیلات زندگی، تحصیلات و آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده تأثیری مهم و پایدار را نشان می‌دهند. شاخص درست‌نمایی مدل برابر با ۴۷۳ است که نسبت به شاخص مربوط به مدل اول که برابر با ۵۴۶ است قدرت تبیین بالاتری را نشان می‌دهد.

در مدل ۳، تنها متغیرهایی که در دو مدل قبلی تأثیر معنادار داشته‌اند وارد مدل می‌شوند تا تأثیر هم‌زمان آن‌ها و قدرت مدل آزمون شود. در این مدل، رتبه‌ی تولد کمی از اهمیت خود را از دست می‌دهد که شاید نشان‌گر تأثیر زمینه‌ای و استوارتر متغیرهای شاخص اقتصادی، تحصیلات و آگاهی بر استفاده و نیز بر خود رتبه‌ی تولد باشد. شاخص درست‌نمایی این مدل ۴۶۴ است که از مدل ۲ کمی پایین‌تر است. در مدل ۴، همه‌ی متغیرها وارد مدل شده است. این مدل نیز نشان می‌دهد که متغیرهای مدل ۳ تأثیر پایدار خود را نشان می‌دهند. شاخص درست‌نمایی مدل کمی کاهش یافته که در مقایسه با متغیرهای وارد شده به مدل ناچیز است. این کاهش نیز تحت تأثیر متغیر سن و شاخص بهداشتی و محل سکونت بوده است. متغیرهای سقط جنین، تجربه‌ی مرده‌زایی و شغل هیچ کمکی به قدرت تبیین مدل نداشته‌اند.

۱۹۸ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

جدول (۲): پیش‌بینی احتمال استفاده از خدمات سلامت باروری در هنگام حاملگی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک<sup>۴۹</sup>

مدل ۴		مدل ۳		مدل ۲		مدل ۱		تحلیل تک‌متغیره		مدل رگرسیون لجستیک
Ex(B)	Sig	Ex(B)	Sig	Ex(B)	Sig	Ex(B)	Sig	Ex(B)	Sig	متغیر مستقل
(مرجع) ۱۵-۱۹										
۱/۴	ns					۱/۶	ns	۱/۰۸	Ns	۲۰-۲۴
۲	ns					۳	*	۱/۰۸	Ns	۲۵-۲۹
۲/۹	ns					۵/۳	*	۰/۹۹	Ns	۳۰-۳۴
۴/۵	*					۷/۹	*	۰/۵۸۱	Ns	۳۵-۳۹
۲/۳	ns					۵/۸	*	۰/۰۲۰	*	۴۰ و بیشتر
فرزند اول (مرجع)										
۰/۵۶	ns	۰/۷۲	ns			۰/۳۸	**	۰/۶۱	Ns	۲-۳
۰/۳۲	**	۰/۵۴	*			۰/۱۱	**	۰/۲۷	**	۴-۵
۰/۱۸	**	۰/۴۰	*			۰/۰۵	**	۰/۱۵	**	۶-۸
۰/۱۱	**	۰/۲۵	*			۰/۰۲	**	۰/۰۷	**	+۹
تجربه‌ی سقط										
۰/۹۵	ns					۱/۰۵	ns	۱/۰۷	ns	دارد
مردده‌زایی										
۱/۱	ns					۰/۹۴	ns	۱/۶۴	ns	دارد
محل سکونت										
۰/۶۱	ns			۰/۶۴	ns	۱/۵	ns	۲/۱	**	شهری
شاخص اقتصادی										
پایین (مرجع)										
۱/۹	*	۲	*	۲/۱	**			۳/۱۴	**	متوسط
۳/۳	**	۳/۲	**	۳/۴۱	**			۹/۲۵	**	بالا
شاغل (مرجع)										
۰/۵۴				۰/۵۷	ns			۰/۸۰	ns	بی‌کار
۰/۹۲				۰/۸۸	ns			۰/۸۲	ns	خانه‌دار
شاخص بهداشتی										
پایین (مرجع)										
۱/۵	ns			۱/۷۳	ns			۳/۳	**	متوسط
۱/۲	ns			۱/۳۲	ns			۴/۲۴	**	بالا
تحصیلات										
بی‌سواد (مرجع)										
۲/۳	**	۲/۲	**	۳/۱	**			۴/۸	**	ابتدایی
۵/۳	**	۴/۸	**	۷/۱	**			۱۱/۹	**	راهنمایی
۹/۱	**	۸/۱	**	۱۴/۹	**			۲۷	**	دبیرستان
۱۳/۱	Ns	۱۵/۷	ns	۲۷/۵	*			۵۶/۲	*	دانشگاه
آگاهی از روش										
پایین (مرجع)										
۳/۱	**	۳/۲	**	۲/۹	**			۵/۸	**	متوسط
۵/۳	**	۵/۶	**	۴/۹	**			۱۷/۷	**	بالا
۴۵۱		۴۶۴		۴۷۳		۵۴۶				-2 log likelihood

<sup>۴۹</sup> \* معناداری در سطح ۰/۰۵ \*\* معناداری در سطح ۰/۰۱



اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۱۹۹

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که تحصیلات، آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده و رتبه‌ی تولد عواملی مهم هستند که تأثیری معنادار در استفاده از خدمات مراقبت سلامت دارند. از میان این متغیرها، تحصیلات و آگاهی از روش‌ها بایاترین تأثیر را در همه‌ی مدل‌ها نشان دادند که حاکی از اهمیت عوامل ایده‌ای<sup>۵۰</sup> در مباحث بهداشت باروری است. این نتیجه به‌خوبی با یافته‌های مورد اشاره در پیشینه هماهنگ بوده است. به‌طور معمول زنان تحصیل کرده بیشتر از مشکلات سلامتی آگاهند، اطلاعات بیشتری در مورد دسترسی به خدمات مراقبت دارند و از این اطلاعات نیز به نحو بهتری برای حفظ سلامتی استفاده می‌کنند. همچنین تحصیلات مادر می‌تواند به‌عنوان یک تقریب برای متغیرهای زمینه‌ای دیگر از جمله وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر فرد در نظر گرفته شود. اوبرمایر<sup>۵۱</sup> (۱۹۹۱) معتقد است که تحصیلات از طریق افزایش قدرت تصمیم‌گیری زنان، افزایش آگاهی از خدمات سلامتی و تغییر الگوهای ازدواج، بر استفاده از خدمات سلامتی تأثیر می‌گذارد.

آگاهی از روش‌های تنظیم خانواده نیز می‌تواند به‌عنوان یک تقریب برای آگاهی از خدمات سلامت در نظر گرفته شود. زنانی که اطلاعات بیشتری در مورد روش‌های تنظیم خانواده و مراکز ارائه‌ی این خدمات دارند به احتمال زیاد اطلاعات بیشتری نسبت به خدمات مراقبت بارداری دارند و از طرف دیگر، مراکزی که روش‌های تنظیم خانواده ارائه می‌دهند در معرفی و ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت نیز فعال هستند.

رتبه‌ی تولد از جمله متغیرهای تأثیرگذار بر استفاده از خدمات بوده است. مطالعه نشان داد که هر چه رتبه‌ی تولد بیشتر شود احتمال استفاده از مراقبت‌های سلامت کمتر می‌شود. تأثیر رتبه‌ی تولد در ارتباط با مدل ایده‌ی سلامتی بهتر قابل فهم است. چون ریسک ادراک‌شده‌ی مرتبط با حاملگی اول بالاتر است، احتمال بیشتری وجود دارد که زن برای فرزند رتبه‌ی اول بیشتر از رتبه‌های بعدی دنبال جست‌وجوی مراقبت سلامت باشد. داشتن فرزندان بیشتر با محدودیت منابع و نیز با تحصیلات پایین نیز مرتبط است که تأثیر منفی بر استفاده‌ی آنان از خدمات سلامتی دارد. از طرف دیگر، نوعی عادی شدن، اطمینان خاطر یا ریختن ترس ایجاد می‌شود که می‌تواند یکی از دلایل مهم در نظر گرفته شود.

به‌طور کلی می‌توان گفت که تأثیر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی شامل تحصیلات، آگاهی و شاخص اقتصادی از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین، توجه به تحصیلات عاملی مهم در شناخت وسایل و

50. Ideational

51. Obermayer

۲۰۰ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

خدمات سلامتی است و داشتن شرایط اقتصادی خوب نیز کمک می‌کند که خانواده به راحتی از عهده‌ی موانع و هزینه‌های استفاده از خدمات برآید.

## منابع

- آبیلی، حمید (۱۳۷۸) «بررسی علل مرگ‌ومیر مادران و تعیین میزان مترنال مورثالیتی در بیماران بستری در زایشگاه قدس طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۱»، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- بیرامی، بهرام (۱۳۷۹) «بررسی توزیع علل مرگ‌ومیر مادران در استان کرمانشاه از سال ۱۳۷۴-۱۳۷۸»، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- سیدآقامیری، زهرا بیگم، محسن ویژه، مجتبی صداقت و مریم صابری نمین (۱۳۸۶) «علل روی‌گردانی مادران باردار از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهری (شهرستان ساری) جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی»، فصل‌نامه‌ی پایش، سال ششم، شماره ۲، صص ۱۲۳-۱۲۹.
- مجاهد، شهناز؛ راضیه دهقانی فیروزآبادی و مریم دافعی (۱۳۸۴) «آگاهی و عمل‌کرد پرسنل پرستاری و ماما‌یی بیمارستان‌های شهر یزد در رابطه با انجام خودآزمایی پستان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد، دوره سیزدهم، شماره ۳، صص ۶۷-۷۲.
- مستأجران، مهناز (۱۳۸۱) «بررسی روند و علل مرگ‌ومیر مادران استان اصفهان ۸۰-۱۳۷۵»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز.
- نقوی محسن (۱۳۷۵) «بررسی عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر مادران در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت در سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۷۲ و ۱۳۷۳»، پایان‌نامه دکتری تخصصی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- نقوی، محسن و ناهید جعفری (۱۳۸۶) «سیمای مرگ در ۲۹ استان کشور: تحلیل و تدوین، تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی».

**Addai I.** (1998) "Demographic and sociocultural factors influencing use of maternal health service in Ghana". *African Journal of Reproductive Health*, 2(1):73-80.

**Ahmed S. Masud** (2005) Exploring health-seeking behaviour of disadvantaged populations in rural Bangladesh, MPH Thesis, Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden .

**Ajzen, I.** (2002) "Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior", *Journal of Applied Social Psychology*, 32:1-20.

**Anderson Ronald and J. F. Newman** (1973) "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51, (1): 95-124.

اهمیت آموزش و پایگاه اقتصادی زنان در استفاده از خدمات سلامتی دوران بارداری در ایران ۲۰۱

- Anuja J. S, and C.T. Gebreselassie** (2008) "Factors Affecting Maternal Health Care Seeking Behavior in Rwanda Demographic and Health Reasearch, DHS Working Paper, Us Agency for international Development.
- Bandura, A.** (1989). Social cognitive theory, In R. Vasta (Ed.), Annals of child development, Vol. 6, Six theories of child development, Greenwich, CT: JAI Press.
- Becker, S., Peters, D. H., Gray, R. H., Gultiano, C. and Blake, R. E.** (1993) "The Determinants of use of maternal and child health services in Metro Cebu, The Philippines", Health Transition Review, 3: 77-89.
- Bhatia J, and Cleland J.** (1995) "Determinants of maternal care in a region of South India". Health Transition Review, 5: 127-142.
- Elo, T. I.** (1992) "Utilization of maternal health-care services in Peru: the role of women's education", Health Transition Review, 2: 49-69.
- Fishbein, M., & Ajzen, I.** (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley.
- Fosu, G. B.** (1994) "Childhood morbidity and health services utilization: cross-national comparisons of user-related factors from DHS data". Social Science and Medicine, 38: 1209-1220.
- Franche R. L and S. F. Mikail** (1999) "The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent Pregnancy", Social Science and Medicine, 48: 1613-1623
- Hotchkiss David R.** (2001) "Expansion of rural health care and the use of maternal services in Nepal", Health & Place: 7, 39-45.
- Hulton L. A, Z. Matthews, and R W. Stones** (2007) "Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India", Social Science and Medicine, 64: 2083-2095.
- Kaplan R. M., James F. Sallis, and T. L. Patterson** (1993) Health and Human Behavior, Mcgraw-Hill Inc., New York.
- Lindstrom, D. P, and E. M. Franco** (2006) "Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala" , Social Science and medicine, 63: 706-721.
- Magadia M. A., A. O. Agwanda, and Francis O. Obare** (2007) "A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys", Social Science and Medicine, 64, 1311-1325.
- Nash Ojanuga, D. and Gilbert, C.** (1992) "Women's access to health care in developing countries", Social Science and Medicine, 35:613-617.
- Nitai Chakraborty, M. A. Islam, R. I. Chowdhury, W. Bari and H. Hanum Akhter** (2003) "Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh" Health Promotion International, 18 (4): 327-337.
- Obermeyer CM., and Potter JE.** (1991) Maternal health care utilization in Jordan: a study of patterns and determinants. Studies in Family Planning, 22(3):177-187.

۲۰۲ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

- Prata N. Fiona G. Julia W. and Anna W.** (2004) "Ability to pay for maternal health services: what will it take to meet who standards", *Health Policy*, 70: 163-174.
- Rebecca J. Cook, J.D. and Bernard M.** (2001) *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, World Health Organization Publications, Geneva Michele March.
- Sepehri A., S. Sarma, W. Simpson and S. Moshiri** (2008) "How important are individual, household and commune characteristics in explaining utilization of maternal health services in Vietnam", *Social Science and Medicine* 67: 1009-1017.
- Subedi, J.** (1989) "Modern Health Services and Health Care Behavior: A Survey in Kathmandu, Nepal", *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (4): 412-420.
- WHO** (2003) *Antenatal Care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2000*.
- WHO** (2004) *Reproductive Health, Fifty-Seventh World Health Assembly, Provisional Agenda*.
- Wong, E. L., Popkin, B. M., Gullkey, D.K. and Akin, J. S.** (1987) "Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines". *Social Science and Medicine*, 24: 927-944.