

## ارتباط نابرابری جنسیتی با شیوع HIV

حسین رحیمی\*، حمیرا سجادی\*\*

**مقدمه:** بحث درباره ارتباط تبعیض جنسیتی و سلامت، موضوع تازه‌ای نیست. نابرابری و تبعیض جنسیتی تأثیر چشمگیری بر سلامت دارد؛ لذا توجه کافی به تعیین کننده‌های جنسیتی اساسی است. این تحقیق با هدف بررسی ارتباط نابرابری جنسیتی در چهار حوزه اقتصاد، آموزش، سیاست و سلامت با درصد شیوع HIV انجام گرفته است. روشن: در این تحقیق از تحلیل ثانویه استفاده شده است. داده‌های این پژوهش از دو منبع «گزارش سالانه مجمع اقتصاد جهانی از شاخص شکاف جنسیتی» و آمار بخش ایدز سازمان ملل متحد برداشته شده است. نمونه تحقیق شامل ۱۱۵ کشور از مناطق مختلف جهان است که اطلاعات آن‌ها وجود داشت.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده حاکی از این است که از میان چهار زیرمقیاس شاخص شکاف جنسیتی، فقط زیرمقیاس دسترسی به آموزش و نشانگرهای آن، به جز نشانگر نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح ابتدایی به مردان، ارتباط منفی معناداری با درصد شیوع HIV دارد و در این میان، نشانگر نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان، بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک دارد ( $r = -0.351$ ).  
بحث: می‌توان نتیجه گرفت که دسترسی بیشتر زنان به آموزش، به ویژه تحصیلات بالاتر از ابتدایی، عامل مهمی در کاهش میزان شیوع HIV است.

**کلیدواژه‌ها:** نابرابری جنسیتی، شیوع HIV، مشارکت اقتصادی، آموزش، مشارکت

سیاسی، سلامت

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۰

\* دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.  
\*\* دکتر پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.  
< safaneh\_s@yahoo.com > (نویسنده مسئول)

## مقدمه

از سال ۱۹۸۱ که ایدز و عوامل بیماری‌زای آن کشف شد، HIV به یکی از بزرگ‌ترین عوامل مرگ‌زا در جهان تبدیل شده و تاکنون جان حداقل ۳۳ میلیون نفر را گرفته است (اشفورد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). در مراحل اولیه شیوع این بیماری، HIV در میان مردان کشورهای صنعتی و بعضی از کشورهای در حال توسعه غالب بود؛ اما در پایان سال ۲۰۰۵، تقریباً ۵۰ درصد (۱۷/۵ میلیون نفر) از ۳۸ میلیون نفر بزرگ‌سال مبتلا به ایدز در جهان را زنان تشکیل می‌دادند و این نسبت، در کشورهای قاره آفریقا حدود ۶۰ درصد بود. زنان جوان مستعدترین گروه برای ابتلا به HIV هستند. بر طبق گزارش سازمان ملل، روزانه حدود ۷۰۰۰ نفر زن و دختر به عفونت HIV دچار می‌شوند و ۶۷ درصد افراد ۱۵ الی ۲۴ سال مبتلا به ایدز را زنان تشکیل می‌دهند (تماه<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

موضوع ابتلای روزافزون زنان به بیماری ایدز، مستلزم بررسی دقیق در چارچوب نقش‌های جنسیتی، میزان دسترسی به سرمایه‌های اقتصادی و اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی است (موس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). چنان‌که به وضوح می‌توان دید، بیشتر ابعاد اقتصادی و اجتماعی زندگی بر طبق الگویی از نابرابری‌های جنسیتی بین زنان و مردان شکل می‌گیرد که به طور معمول، مردان را نسبت به زنان برتر می‌داند (تماه، ۲۰۰۷).

در بسیاری از جوامع، زنان نسبت به مردان فرصت‌های آموزشی کمتری دارند و دسترسی آن‌ها به منابعی مانند غذا و درآمد و سایر عوامل تأثیرگذار بر سلامتی، محدود است. این روابط ناموزون در قدرت، زنان را به موقعیت‌های پایین‌تر سوق می‌دهد و آن‌ها را از لحاظ اقتصادی و اجتماعی به مردان وابسته نگه می‌دارد و دسترسی آنان را به منابع مالی، اشتغال، آموزش و مراقبت سلامت محدود می‌کند (کای<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). نابرابری جنسیتی و محرومیت زنان به طرق مختلف می‌تواند سلامت جامعه را (به‌عنوان یک کل) تحت تأثیر قرار دهد (عثمانی و سن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

1- Ashford

2- Temah

3- Moss

4- Kaye

5- Osmani and Sen

اُور<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) نشان داد شاخص‌هایی نظیر میزان مشارکت زنان در مراکز شهری و فاصله بین سطح سواد زنان و مردان با شیوع HIV/AIDS ارتباط دارد. در آن دسته از مراکز شهری که درصد مردان ۲۰ تا ۳۹ ساله بیشتر از زنان بود، شیوع HIV/AIDS نیز بیشتر بود. همچنین در کشورهایی که زنان در مقایسه با مردان سطح سواد و تحصیلات پایین‌تری داشتند، شیوع بالاتری از این بیماری را نشان می‌دهند (اُور، ۱۹۹۸).

در مطالعات مشابه نیز نشان داده شده است که خطر اکتساب بیماری‌های منتقل شونده از راه جنسی<sup>۲</sup> در زنان متأهل به شدت خشونت خانوادگی بستگی دارد (مارتین<sup>۳</sup> و دیگران، ۱۹۹۹). علاوه بر این، زنانی که قدرت اقتصادی کمی دارند، توانایی کمتری برای محافظت از خود در مقابل خطر HIV دارند (جنکینز و آروبالینو، ۱۳۸۶). ایدا باه<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) نیز در تحقیقی در زمینه ارتباط نابرابری جنسیتی و شیوع HIV در زامبیا به این نتیجه رسید که نابرابری جنسیتی بر قدرت تصمیم‌گیری و پذیرش رفتارهای پرخطر توسط زنان تأثیر می‌گذارد و نقش اصلی را در گسترش HIV به ویژه در بین زنان دارد (باه، ۲۰۰۵).

برای سنجش نابرابری جنسیتی از شاخص‌های متعددی استفاده می‌شود که سازمان ملل آن‌ها را به‌عنوان شاخص‌های سنجش عدالت جنسیتی برمی‌شمارد. در تازه‌ترین تلاش در سال ۲۰۰۶، مجمع اقتصاد جهانی، معیاری به نام «شاخص جهانی شکاف جنسیتی»<sup>۵</sup> معرفی کرده است. این شاخص، ابزاری است که برای محک‌زدن و نشان دادن نابرابری‌های مبتنی بر جنسیت براساس چهار معیار اقتصادی، سیاسی، آموزشی و بهداشتی هدف‌گذاری شده است و کشورهای جهان را براساس میزان نابرابری جنسیتی و بدون توجه به سطح توسعه یافتگی آن‌ها رتبه‌بندی می‌کند (گزارش شکاف جنسیتی جهانی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷).

پژوهش‌های متعددی در زمینه ارتباط نابرابری جنسیتی با متغیرهای سنجش سلامت از جمله میزان شیوع HIV، میزان سلامت باروری و... صورت گرفته است که عمدتاً از

1- Over 2- sexually transmitted disease  
5- the global gender gap index

3- Martin 4- Ida Bah  
6- global gender gap report

داده‌های حاصل از سرشماری‌های محلی یا شاخص‌های محقق ساخته برای سنجش نابرابری جنسیتی استفاده کرده‌اند و تحقیقی که ارتباط این متغیرها را با استفاده از یک شاخص جهانی بررسی کرده باشد، کمتر صورت گرفته است؛ لذا این مطالعه در نظر دارد با استفاده از شاخص ذکر شده، ضمن بررسی وضعیت نابرابری جنسیتی و شیوع HIV در ۱۱۵ کشور جهان، مهم‌ترین متغیرهای اثرگذار در این زمینه را توصیف کرده و رابطه هر یک از آن‌ها را با درصد شیوع HIV بررسی کند.

## روش

در این تحقیق، از روش تحلیل ثانویه استفاده شده است. داده‌های این پژوهش با استفاده از دو منبع «گزارش سالانه مجمع اقتصاد جهانی از شاخص شکاف جنسیتی» و آمار بخش ایدز سازمان ملل متحد جمع‌آوری شد. گزارش مذکور حاوی اطلاعاتی مربوط به شاخص کلی، زیرمقیاس‌ها و نشانگرهای آن در سال ۲۰۰۶ بوده که در سال ۲۰۰۷ منتشر شده است. همچنین آمار مربوط به متغیر «درصد شیوع HIV» در سال ۲۰۰۶ جمع‌آوری شده و در گزارش آماری سالانه بخش ایدز سازمان ملل در سال ۲۰۰۷ انتشار یافته است؛ بنابراین می‌توان گفت که هم‌زمانی جمع‌آوری اطلاعات مربوط به متغیرهای ملاک و پیش‌بین رعایت شده است.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** در این پژوهش، همه کشورهایایی که داده‌های مورد نیاز درباره آن‌ها از طریق منابع رسمی گفته شده در بالا در دسترس بود، وارد تحلیل شده و بدین ترتیب، ۱۱۵ کشور از سراسر جهان بررسی شدند.

جدول ۱- کشورهای مورد مطالعه به تفکیک منطقه

جمهوری چک، استونی، مجارستان، لتونی، لیتوانی، مولداوی، لهستان، رومانی، روسیه، اسلواکی، اسلونی، اکراین، ترکیه، آلبانی، بلغارستان، کرواسی، قبرس، مقدونیه	اروپای شرقی
بنگلادش، کامبوج، چین، هند، اندونزی، ایران، ژاپن، قزاقستان، کره جنوبی، فرقیستان، مالزی، مغولستان، نپال، پاکستان، فیلیپین، سنگاپور، سریلانکا، گرجستان، تایلند، ازبکستان	آسیا
اتریش، بلژیک، دانمارک، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، لوگزامبورگ، هلند، نروژ، پرتغال، اسپانیا، سوئد، سوئیس، انگلستان، مالت	اروپای غربی و شمالی
آرژانتین، بولیوی، برزیل، شیلی، کلمبیا، کاستاریکا، جمهوری دمینکن، اکوادور، السالوادور، گواتمالا، هندوراس، جامائیکا، مکزیک، نیکاراگوئه، پاناما، پاراگوئه، پرو، ترینیداد و توباگو، اروگوئه، ونزوئلا	آمریکای جنوبی و لاتین
الجزایر، بحرین، مصر، اسرائیل، اردن، کویت، مراکش، عربستان، تونس، امارات متحد عربی، یمن	خاورمیانه و جهان عرب
ایالات متحده آمریکا، کانادا	آمریکای شمالی
استرالیا، نیوزلند	اقیانوسیه
آنگولا، بنین، بوستون، بورکینافاسو، کامرون، چاد، اتیوپی، گامبیا، غنا، کتیا، لستونی، ماداگاسکار، مالاوی، مالی، موریتانی، موریتوس، نامیبیا، نیجریه، آفریقای جنوبی، تانزانیا، اوگاندا، زامبیا، زیمبابوه، لسوتو	آفریقا

## ابزارهای پژوهش

**شاخص شکاف جنسیتی جهانی:** این شاخص، سه مفهوم پایه را در خود جای داده است: اول، به اندازه‌گیری نابرابری در دسترسی به منابع و فرصت‌ها، بدون در نظر گرفتن سطح توسعه یافتگی کشورها، تمرکز دارد؛ دوم، پیامدها و نتایج وجود نابرابری را اندازه می‌گیرد و نه متغیرهای به وجود آورنده نابرابری و سوم، برابری جنسیتی<sup>۱</sup> را اندازه می‌گیرد، نه توانمندسازی زنان<sup>۲</sup>.

این شاخص با در نظر گرفتن سه اصل مذکور، شکاف و نابرابری بین زنان و مردان را در چهار بُعد اساسی اقتصادی، آموزشی، سیاسی و بهداشتی اندازه می‌گیرد. بیشترین مقدار ممکن در نمره کلی شاخص و در هر یک از زیرمقیاس‌ها و نشانگرها، عدد یک (برابری

1- gender equality

2- women's empowerment

کامل) و کمترین مقدار ممکن، عدد صفر (نابرابری کامل) می‌باشد. جدول ۲ این چهار زیرمقیاس و ۱۴ نشانگر تشکیل دهنده آن‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۲- زیرمقیاس‌ها و نشانگرهای شاخص جهانی شکاف جنسیتی

نسبت مشارکت نیروی کار زن به مرد برابری دستمزد بین زنان و مردان به‌ازای کار مشابه (براساس نسبت زن به مرد) نسبت درآمد برآورد شده زنان به مردان نسبت زنان به مردان در پست‌های قانون‌گذاری، مدیریتی و مناصب دولتی نسبت کارگران حرفه‌ای و فنی زن به مرد	فرصت و مشارکت اقتصادی
نسبت زنان باسواد به مردان باسواد نسبت خالص ثبت‌نام زنان ندر سطوح ابتدایی به مردان نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح متوسطه به مردان نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان	دسترسی به آموزش
نسبت زنان به مردان در کرسی‌های مجلس نسبت وزرای زن به مرد تعداد سال‌هایی که یک زن تصدی دولت را به عهده داشته است (در ۵۰ سال گذشته)	توانمندسازی سیاسی
نسبت زنان به مردان در امید به زندگی سالم نسبت جنس در زمان تولد (براساس نسبت زن به مرد)	سلامت و بقا

### یافته‌ها

**الف. توصیف داده‌ها:** در این بخش، ابتدا به توصیف متغیرهای پژوهش و تفاوت‌های آماری آن‌ها در نمونه مورد مطالعه به تفکیک منطقه جغرافیایی پرداخته می‌شود و سپس ارتباط بین متغیرها و نقش هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین تغییرات متغیر ملاک تحلیل می‌شود.

در جدول ۳، زیر مقیاس‌ها و نشانگرهای شاخص شکاف جنسیتی و درصد شیوع HIV نشان داده شده است.

جدول ۳- توصیف متغیرهای پژوهش

سال جمع‌آوری داده	بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانگین	تعداد کشور	متغیر	نوع متغیر
						آماره	
۲۰۰۶	۰/۸۱۳	۰/۴۵۹	۰/۰۵۷	۰/۶۶۱	۱۱۵	شاخص جهانی شکاف جنسیتی	شاخص کلی
۲۰۰۶	۰/۸۰۹	۰/۲۴	۰/۱۱۱	۰/۵۹۶	۱۱۴	فرصت و مشارکت اقتصادی	زیرمقیاس‌های شاخص شکاف جنسیتی
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۴۶۸	۰/۰۹۸	۰/۹۳۹	۱۱۵	دسترسی به آموزش	
۲۰۰۶	۰/۵۵	۰/۰	۰/۱۱	۰/۱۳۷	۱۱۵	توانمندسازی سیاسی	
۲۰۰۶	۰/۹۸۷	۰/۹۲۳	۰/۰۰۹	۰/۹۷۲	۱۱۵	سلامت و بقا	
۲۰۰۶	۰/۹۵	۰/۲۲	۰/۱۶	۰/۶۸۶	۱۱۵	نسبت مشارکت نیروی کار زن به مرد	جنسیتی
۲۰۰۶	۰/۸۶	۰/۴۱	۰/۱۰۳	۰/۶۳۹	۱۱۱	برابری دستمزد بین زنان و مردان به‌ازای کار مشابه	
۲۰۰۶	۰/۹۳	۰/۲۱	۰/۱۴۳	۰/۵۲۴	۱۱۵	نسبت درآمد برآورد شده زنان به مردان	نشانه‌های شاخص شکاف جنسیتی
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۰۲	۰/۲۱۳	۰/۳۵۸	۱۰۶	نسبت زنان به مردان در پست‌های قانون‌گذاری، مدیریتی و مناصب دولتی	
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۰۶	۰/۲۶۱	۰/۷۹۳	۹۵	نسبت کارگران حرفه‌ای و فنی زن به مرد	
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۳۱	۰/۱۴۵	۰/۹۰۴	۱۱۳	نسبت زنان باسواد به مردان باسواد	
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۶۸	۰/۰۵۹	۰/۹۷۳	۱۱۵	نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح ابتدایی به مردان	
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۳۳	۰/۱۲	۰/۹۴۳	۱۱۳	نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح متوسطه به مردان	
۲۰۰۶	۱/۰۰	۰/۱۷	۰/۲۲۹	۰/۸۶	۱۱۰	نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان	
۲۰۰۶	۰/۹	۰/۰	۰/۱۶۶	۰/۲۱۶	۱۱۵	نسبت زنان به مردان در کرسی‌های مجلس	
۲۰۰۶	۱/۱	۰/۰	۰/۲۰۸	۰/۲۱	۱۱۵	نسبت وزرای زن به مرد	
۲۰۰۶	۰/۷۲	۰/۰	۰/۱۱۶	۰/۰۴۲	۱۱۵	تعداد سال‌هایی که یک زن تصدی دولت را به عهده داشته است (در ۵۰ سال گذشته)	
۲۰۰۶	۱/۰۶	۰/۹۶	۰/۰۲۲	۱/۰۴	۱۱۵	نسبت زنان به مردان در امید به زندگی سالم	
۲۰۰۶	۰/۹۴	۰/۸۶	۰/۰۰۹	۰/۹۳۷	۱۱۵	نسبت جنس در زمان تولد (براساس نسبت زن به مرد)	
۲۰۰۶	۲۴/۳	۰/۱	۴/۶۹	۲/۰۳	۱۰۰	درصد شیوع HIV	ملاک

همان‌گونه که در جدول ۳ مشخص است، میانگین شاخص شکاف جنسیتی در ۱۱۵ کشور مورد بررسی، ۰/۶۶۱ با انحراف معیار ۰/۰۵۷ است که کمترین مقدار آن ۰/۴۹۵ و بیشترین مقدار آن ۰/۸۳ می‌باشد. میانگین زیرمقیاس فرصت و مشارکت اقتصادی در ۱۱۴ کشور ۵۹۶/۰ با انحراف معیار ۰/۱۱۱ است. در این زیرمقیاس، نشانگر نسبت کارگران حرفه‌ای و فنی زن به مرد بالاترین نمره را (میانگین: ۰/۷۹۳؛ انحراف معیار: ۰/۲۶۱) دارد و

کمترین نمره مربوط به نشانگر نسبت زنان به مردان در پست‌های قانون‌گذاری، مدیریتی و مناصب دولتی است (میانگین: ۰/۳۵۸؛ انحراف معیار: ۰/۲۱۳). میانگین زیرمقیاس دسترسی به آموزش در ۱۱۵ کشور ۰/۹۳۹ با انحراف معیار ۰/۰۹۸ است که کمترین مقدار آن ۰/۴۶۸ و بیشترین مقدار آن ۱/۰۰ می‌باشد. در این زیرمقیاس سطوح برابری به نسبت بالاتر است؛ به طوری که میانگین نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان ۸۶/۰ با انحراف معیار ۰/۲۲۹ است.

در سطوح پایین‌تر میزان برابری بیشتر است: میانگین نشانگر نسبت زنان باسواد به مردان باسواد در ۱۱۳ کشور ۰/۹۰۴ با انحراف معیار ۰/۱۴۵ است. میانگین نشانگر نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح ابتدایی به مردان در ۱۱۵ کشور ۰/۹۷۳ با انحراف معیار ۰/۰۵۹ بوده و میانگین نشانگر نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح متوسطه به مردان در ۱۱۳ کشور ۰/۹۴۳ با انحراف معیار ۰/۱۲ می‌باشد. این در حالی است که در زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی و نشانگرهای ذیل آن با نمرات پایینی مواجهیم. میانگین نمره در زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی ۰/۱۳۷ با انحراف معیار ۰/۱۱ بوده و بالاترین نمره در میان نشانگرهای این زیرمقیاس، در نسبت کرسی‌های مجلس مشاهده می‌شود (میانگین: ۰/۲۱۶ و انحراف معیار: ۰/۱۶۶). در زیرمقیاس سلامت و بقا برابری به حداکثر رسیده است (میانگین: ۰/۹۷۲، انحراف معیار: ۰/۰۰۹) و حتی در نشانگر امید به زندگی سالم، میزان نابرابری به نفع زنان مشاهده می‌شود (میانگین: ۱/۰۴ و انحراف معیار: ۰/۰۲) و میانگین متغیر درصد شیوع HIV در ۱۰۰ کشور ۲/۰۳ با انحراف میانگین ۶۹/۴ است که کمترین مقدار آن ۰/۱ و بیشترین مقدار آن ۲۴/۰۳ می‌باشد.

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای مناطق تفکیک شده و کل نمونه (n=۱۱۵) مورد بررسی در جدول ۴ آمده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بیشترین میزان برابری جنسیتی در شاخص شکاف جنسیتی جهانی، در منطقه اقیانوسیه با میانگین ۰/۷۷۳ و انحراف معیار ۰/۰۲۴ و



بیشترین میزان نابرابری جنسیتی، در منطقه خاورمیانه و جهان عرب با میانگین ۰/۵۹ و انحراف معیار ۰/۰۵۹ است. به همین ترتیب، در زیرمقیاس فرصت و مشارکت اقتصادی، بیشترین میزان برابری جنسیتی در منطقه آمریکای شمالی (میانگین: ۰/۷۴۴؛ انحراف معیار: ۰/۰۲) و بیشترین میزان نابرابری جنسیتی، در منطقه خاورمیانه و جهان عرب (میانگین: ۰/۴۳؛ انحراف معیار: ۰/۱۱۸) وجود دارد. در زیرمقیاس دسترسی به آموزش، بیشترین میزان برابری جنسیتی در منطقه اقیانوسیه (میانگین: ۰/۹۹۹؛ انحراف معیار: ۰/۰۰) و بیشترین میزان نابرابری جنسیتی، در منطقه آفریقا (میانگین: ۰/۸۳۷؛ انحراف معیار: ۰/۱۳۴) مشاهده می‌شود. در زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی، بیشترین میزان برابری جنسیتی در منطقه اقیانوسیه (میانگین: ۰/۲۴؛ انحراف معیار: ۰/۱۰۸) و بیشترین میزان نابرابری جنسیتی، در منطقه خاورمیانه و جهان عرب (میانگین: ۰/۰۴۴؛ انحراف معیار: ۰/۰۴۷) است. در زیرمقیاس سلامت و بقا، بیشترین میزان برابری جنسیتی در منطقه آمریکای شمالی (میانگین: ۰/۹۷۹؛ انحراف معیار: ۰/۰۰۱) و بیشترین میزان نابرابری جنسیتی، در منطقه خاورمیانه و جهان عرب (میانگین: ۰/۹۶۲؛ انحراف معیار: ۰/۰۰۵) دیده می‌شود و بیشترین درصد شیوع HIV در منطقه آفریقا با میانگین ۷/۶۹ و انحراف معیار ۷/۹۴ می‌باشد.

جدول ۴- توصیف متغیرهای پژوهش برحسب منطقه جغرافیایی

متغیر	شاخص شکاف جنسیتی جهانی		فرصت و مشارکت اقتصادی		دسترسی به آموزش		توانمندسازی سیاسی		سلامت و بقا		درصد شیوع HIV	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اروپای شرقی	۰/۶۷۸	۰/۳۰۱	۰/۶۵۱	۰/۰۶۹	۰/۹۸۴	۰/۰۲۹	۰/۱۰۴	۰/۰۶۱	۰/۹۷۵	۰/۰۰۷	۰/۶	۰/۵۷۸
آسیا	۰/۶۴۸	۰/۰۵۳	۰/۵۹	۰/۱۳	۰/۹۲۷	۰/۰۹	۰/۱۱۴	۰/۰۹۳	۰/۹۶۶	۰/۰۱۶	۰/۳۱۸	۰/۳۶۵
اروپای غربی و شمالی	۰/۷۲	۰/۰۵۲	۰/۶۳۲	۰/۰۷۸	۰/۹۹۲	۰/۰۱۱	۰/۲۸	۰/۱۵۲	۰/۹۷۵	۰/۰۰۴	۰/۲۴۷	۰/۱۵۴
آمریکای جنوبی و لاتین	۰/۶۶۳	۰/۰۲۴	۰/۵۵۸	۰/۰۷۶	۰/۹۸	۰/۰۲۸	۰/۱۳۴	۰/۰۴۹	۰/۹۷۸	۰/۰۰۳	۰/۶۵۲	۰/۴۰۴
خاورمیانه و جهان عرب	۰/۵۹	۰/۰۵۹	۰/۴۳	۰/۱۱۸	۰/۹۱۵	۰/۱۱۶	۰/۰۴۴	۰/۰۴۷	۰/۹۶۲	۰/۰۰۵	۰/۱	۰/۰
آمریکای شمالی	۰/۷۱	۰/۰۰۸	۰/۷۴۴	۰/۰۲	۰/۹۹	۰/۰۱۲	۰/۱۲۸	۰/۰۴۳	۰/۹۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۲۱۲
اقیانوسیه	۰/۷۳۳	۰/۰۲۴	۰/۷۲	۰/۰۰۸	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۱۰۸	۰/۹۷۴	۰/۰۰۲	۰/۱۵	۰/۰۷
آفریقا	۰/۶۳۳	۰/۰۴۷	۰/۶۱۸	۰/۰۸۱	۰/۸۳۷	۰/۱۳۴	۰/۱۰۷	۰/۰۶۵	۰/۹۶۹	۰/۰۰۷	۷/۶۹	۷/۹۴
کل	۰/۶۶۱	۰/۰۵۷	۰/۵۹۶	۰/۱۱۱	۰/۹۳۹	۰/۰۹۸	۰/۱۳۷	۰/۱۱	۰/۹۷۲	۰/۰۰۹	۲/۰۷	۴/۸۴

ب. تحلیل داده‌ها: هم‌بستگی بین زیرمقیاس‌های شاخص شکاف جنسیتی و نشانگرهای آن‌ها با درصد شیوع HIV در جدول‌های ۵، ۶، ۷ و ۸ نشان داده شده است.

جدول ۵- هم‌بستگی بین زیرمقیاس فرصت و مشارکت اقتصادی و نشانگرهای آن با درصد شیوع HIV

درصد شیوع HIV		متغیر
مقدار p	ضریب هم‌بستگی	
۰/۳۱۸	۰/۰۴۸	زیرمقیاس فرصت و مشارکت اقتصادی
۰/۲۴۹	۰/۰۶۹	نسبت مشارکت نیروی کار زن به مرد
۰/۱۱۵	۰/۱۲۳	برابری دستمزد بین زنان و مردان
۰/۱۸۴	۰/۰۹۱	نسبت درآمد برآورد شده زنان به مردان
۰/۴۹۵	۰/۰۰۱	نسبت زنان به مردان در پست‌های قانون‌گذاری، مدیریتی و مناصب دولتی
۰/۲۲۵	-۰/۰۸۵	نسبت کارگران حرفه‌ای و فنی زن به مرد

جدول ۵ رابطه بین زیرمقیاس فرصت و مشارکت اقتصادی و نشانگرهای آن را با درصد شیوع HIV نشان می‌دهد. همان‌گونه که از داده‌های این جدول نمایان است، زیرمقیاس فرصت و مشارکت اقتصادی و نشانگرهای آن ارتباط معناداری با درصد شیوع HIV ندارند.

جدول ۶- هم‌بستگی بین زیرمقیاس دسترسی به آموزش و نشانگرهای آن با درصد شیوع HIV

درصد شیوع HIV		متغیر
مقدار p	ضریب هم‌بستگی	
۰/۰۰۲	-۰/۲۹	زیرمقیاس دسترسی به آموزش
<۰/۰۰۱	-۰/۳۲۸	نسبت زنان باسواد به مردان باسواد
۰/۲۹۳	-۰/۰۵	نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح ابتدایی به مردان
۰/۰۰۵	-۰/۲۶	نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح متوسطه به مردان
<۰/۰۰۱	-۰/۳۵۱	نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان

جدول ۶ رابطه بین زیرمقیاس دسترسی به آموزش و نشانگرهای آن را با درصد شیوع HIV نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، زیرمقیاس دسترسی به آموزش با ضریب هم‌بستگی ( $r = -0.29$ ) ارتباط منفی معناداری با درصد شیوع HIV دارد

( $P=0/002$ )؛ بدین معنی که هر اندازه برابری در دسترسی به آموزش بیشتر باشد، شدت شیوع HIV کاهش می‌یابد. همچنین همه نشانگرهای این زیرمقیاس به جز نشانگر نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح ابتدایی به مردان، ارتباط منفی معناداری با متغیر ملاک نشان می‌دهند. نشانگر نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان با ضریب هم‌بستگی ( $r=-0/351$ ) در مقدار  $P$  ( $P<0/001$ ) بیشترین ارتباط را با متغیر ملاک نشان می‌دهد. پس از آن، نسبت زنان باسواد به مردان باسواد ( $r=-0/328$  و  $P<0/001$ ) و نسبت خالص ثبت‌نام زنان در سطوح متوسطه به مردان ( $r=-0/26$  و  $P=0/005$ ) قرار دارد.

جدول ۷- هم‌بستگی بین زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی و نشانگرهای آن با درصد شیوع HIV

درصد شیوع HIV		متغیر
مقدار p	ضریب هم‌بستگی	
0/874	-0/016	زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی
0/478	-0/072	نسبت زنان به مردان در کرسی‌های مجلس
0/151	0/145	نسبت وزرای زن به مرد
0/067	-0/240	تعداد سال‌هایی که یک زن تصدی دولت را به عهده داشته است

جدول ۷ رابطه بین زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی و نشانگرهای آن را با درصد شیوع HIV نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، زیرمقیاس توانمندسازی سیاسی و نشانگرهای آن ارتباط آماری معناداری با درصد شیوع HIV ندارند.

جدول ۸- هم‌بستگی بین زیرمقیاس سلامت و بقا و نشانگرهای آن با درصد شیوع HIV

درصد شیوع HIV		متغیر
مقدار p	ضریب هم‌بستگی	
0/951	-0/006	زیرمقیاس سلامت و بقا
0/252	-0/116	نسبت زنان به مردان در امید به زندگی سالم
0/151	0/18	نسبت جنس در زمان تولد (براساس نسبت زن به مرد)

همان‌گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، زیرمقیاس سلامت و بقا و نشانگرهای آن ارتباط آماری معناداری با درصد شیوع HIV ندارند. برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده متغیرهای پیش‌بین از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. با توجه به اینکه فقط زیرمقیاس دسترسی به آموزش و نشانگرهای آن ارتباط معناداری با درصد شیوع HIV نشان داده‌اند، فقط این متغیرها وارد تحلیل رگرسیون شدند. از آنجاکه توزیع داده‌های متغیر ملاک غیرنرمال بود، ابتدا نمرات به لگاریتم طبیعی (مبنای ۱۰) تبدیل شده و سپس وارد معادله رگرسیون شدند.

جدول ۹- پیش‌بینی تغییرات درصد شیوع HIV به وسیله دسترسی به آموزش و نشانگرهای آن

متغیر پیش‌بین	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مقدار F	ضریب هم‌بستگی	ضریب تعیین	B غیر استاندارد	Beta	آماره t	سطح معناداری
				چندگانه (R)	(R <sup>2</sup> )				
مدل	۳۰/۹۱	۳۰/۹۱	۱۵/۶۴	۰/۳۹۶	۰/۱۵۷				
باقیمانده	۱۶۵/۹۹	۱/۹۷							
نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان						-۲/۷۲	-۰/۳۹۶	-۳/۹۵	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۹، مشاهده می‌شود فقط نشانگر نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان، هم‌بستگی معناداری با متغیر ملاک دارد و توانسته است ۱۵/۷ درصد از تغییرات پراکنش متغیر درصد شیوع HIV را تبیین کند ( $R^2=0/157$ ). براساس ضریب Beta به دست آمده، تغییر یک انحراف استاندارد در متغیر نسبت ناخالص ثبت‌نام زنان در تحصیلات عالی به مردان، باعث تغییر ۰/۳۹۶ انحراف استاندارد در متغیر درصد شیوع HIV می‌شود.

## بحث

بحث درباره ارتباط تبعیض جنسیتی و سلامت، موضوع تازه‌ای نیست. دلایل محکمی برای اعتقاد به این باور وجود دارد که سلامت زنان نه تنها از سطح درآمد و آموزش آنها، بلکه همچنین از مقدار سهم آنها از ثروت و آموزش در مقایسه با مردان تأثیر می‌پذیرد. نابرابری و تبعیض جنسیتی تأثیر چشمگیری بر سلامت دارد که این موضوع، لزوم توجه کافی را به تعیین کننده‌های جنسیتی یادآور می‌شود. این تحقیق با هدف بررسی ارتباط نابرابری جنسیتی در چهار حوزه اقتصاد، آموزش، سیاست و سلامت با درصد شیوع HIV انجام گرفت. برای سنجش نابرابری جنسیتی از شاخص شکاف جنسیتی جهانی استفاده شد که برابری جنسیتی را در چهار حوزه مذکور با استفاده از ۱۴ نشانگر اندازه می‌گیرد. نتایج به دست آمده حاکی از این است که از میان چهار زیرمقیاس شاخص شکاف جنسیتی، فقط زیرمقیاس دسترسی به آموزش و نشانگرهای آن ارتباط منفی معناداری با درصد شیوع HIV نشان می‌دهد و در این میان، نشانگر نسبت ناخالص ثبت نام زنان در تحصیلات عالی به مردان، بیشترین هم‌بستگی را با متغیر ملاک دارد ( $r = -0.351$ ). تحلیل رگرسیون صورت گرفته نیز بر صحت نتایج به دست آمده تأکید کرد. تنها متغیر باقی مانده در معادله رگرسیون، نسبت ناخالص ثبت نام زنان در تحصیلات عالی به مردان است که توانسته ۱۵/۷ درصد از تغییرات پراکنش درصد شیوع HIV را پیش‌بینی کند که بیانگر این حقیقت است که نابرابری زنان و مردان در احراز تحصیلات عالی، به‌طور درخور توجهی بر شیوع HIV تأثیر می‌گذارد.

نتایج تجزیه و تحلیل مؤسسه تحقیقات سلامت و جمعیت<sup>۱</sup> (به نقل از وندموورتل<sup>۲</sup>)، از ۳۲ بررسی پیمایشی، نشان می‌دهد که نزدیک به نیمی از زنان بی‌سواد، درباره حقایق اساسی و پایه بیماری ایدز در جهالت کامل به سر می‌برند. دسترسی آنها به حداقل اطلاعات مرتبط با ایدز، تقریباً ۵ برابر کمتر از زنانی است که تحصیلاتی بالاتر از سطح

1- demographic and health surveys

2- Vandemoortele

ابتدایی دارند؛ همچنین کلی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) بیان می‌کند که شواهد موجود از آفریقا نشان می‌دهد دخترانی که ترک تحصیل کرده‌اند، سه برابر بیشتر از هم‌سن‌های محصل خود، در معرض خطر ابتلا به HIV هستند (کلی، ۲۰۰۵).

تحصیلات یا به‌طور کلی آموزش به افراد، به ویژه زنان جوان، فرصت درک مناسب و صحیح اطلاعات و درونی کردن آن‌ها را می‌دهد و به آنها کمک می‌کند در جهت تغییر الگوی رفتار جنسی خود از آن استفاده کنند. گسترش آموزش، همچنین می‌تواند خانواده و جامعه را برای پذیرش تغییر الگوهای سستی رفتار آماده کند. درحقیقت، زنان جوانی که می‌خواهند در مقابل HIV از خود محافظت کنند، غالباً ناچارند از راه‌هایی وارد شوند که با ارزش‌ها و سنت‌های موجود در جامعه در تضاد هستند.

در بسیاری از کشورها، بحث در مورد HIV و حواشی آن در خانه، مدرسه یا اماکن عمومی هنوز به وسیله دیواری از سکوت احاطه شده است. در کشورهای درحال توسعه، چهار عامل اصلی به گسترش هرچه بیشتر بیماری ایدز کمک می‌کنند که عبارت است از سکوت، شرم، ننگ دانستن و خرافه‌پرستی. همگی این عوامل در محیط‌هایی بروز و رونق می‌یابند که جهل و بی‌سوادی حاکم باشد؛ بنابراین آموزش می‌تواند کلید اصلی مبارزه علیه این عوامل باشد. سازوکار عمل آموزش از سه طریق که به نوعی مکمل یکدیگرند قابل اجراست:

- ۱- آموزش با تکیه بر دانش و مهارت‌های ضروری لازم برای درمان ماندن از HIV، سیستم‌های ارزشی افراد را تقویت می‌کند؛
- ۲- آموزش، ظرفیت و توانایی عمومی افراد را برای جذب اطلاعات، ارزیابی موقعیت‌ها و آینده‌نگری افزایش می‌دهد؛
- ۳- آموزش نقش مهمی در از بین بردن جهل، فقر و ناتوانی که هر یک به تنهایی می‌توانند مردان و زنان را در برابر HIV آسیب‌پذیرتر کنند، بازی می‌کند.

1- Kelly

هم آموزش پایه و هم ارائه اطلاعات اختصاصی در مورد ایدز، هر دو اهمیت دارند. جدا کردن اهمیت هر کدام و اولویت دادن به یکی از این دو جنبه، اگر غیرممکن نباشد، بسیار مشکل است؛ زیرا که از یک طرف، می‌توان گفت اطلاعات اختصاصی در مورد ایدز به وسیله افراد باسواد بیشتر جذب می‌شود و از طرف دیگر، آموزش پایه، حتی بدون ارائه اطلاعات ویژه درباره ایدز، برای شناسایی و مبارزه با چهار عامل مذکور در بالا اساسی است.

- پارک، ک. (۱۳۸۲)، *درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی* (ترجمه خسرو رفایی شیرپاک)، تهران، ایلیا.
- جنکینز، ک. و آروبالینو، د. (۱۳۸۶)، *HIV/AIDS در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا* (ترجمه فرزاد فیروزی و دیگران)، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- شریفی، م. و سمندری، ن. (۱۳۸۵)، نقش ابعاد روانشناختی و اجتماعی بیماری ایدز در پیشگیری از این بیماری، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، (۱): ۸۵ تا ۱۰۶.
- گزارش سازمان جهانی بهداشت از اهداف توسعه هزاره، هدف شماره ۶، قابل دسترسی در:  
<http://www.who.int/hiv/topics/mdg/info/en/> Ashford, L. How **HIV and AIDS affect populations**, World, 1, 38,600,000.
- Bah, I. (2005), Gender inequality and HIV/AIDS in Zambia, **Stockholm, Sweden: Department of Political Science, Sodertorn University College, Institutionen för statsvetenskap, Nationalekonomi och juridik, Retrieved August, 17, 2006.**
- Cincotta, S. H. a. R. P. (2006), Closing the Gender Gap in Education: Is There Evidence of Short-term Declines in Adolescent Fertility? **Research Commentary**, 1(5).
- Demetriades, J. (2007), Gender Indicators: What, Why and How?, 5.
- HauSMann, R., TySon, L., & ZaHIDI, S. (2007), The Global Gender Gap Index 2007, **Ricardo Hausmann, Laura D. Tyson and Saadia Zahidi, The Global Gender Gap Report**, 3–27.
- Kaye, D. (2004), Gender inequality and domestic violence: implications for human immunodeficiency virus (HIV) prevention, **African health sciences**, 4(1), 67.
- Kelly, M., & Bain, B (2005), **Education and HIV/AIDS in the Caribbean**: Ian Randle Publishers.
- Martin, S., Kilgallen, B., Tsui, A., Maitra, K., Singh, K., & Kupper, L. (1999), Sexual behaviors and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India, **Jama**, 282(20), 1967.
- Moss, N (2002), Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health, **Social Science & Medicine**, 54(5), 649-661.



- Osmani, S., & Sen, A. (2003), The hidden penalties of gender inequality: fetal origins of ill-health, **Economics & Human Biology**, 1(1), 105-121.
- Over, M. (1998), The effects of societal variables on urban rates of HIV infection in developing countries: An exploratory analysis, **Confronting AIDS: Evidence from the developing world**, 40-51.
- Sheldon, N. (2009), **The Relationship Between Gender Inequality and HIV/AIDS in Africa**, Subtitle: California Polytechnic State University.
- TEMAH, c. T. (2007), Gender inequality and HIV/AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa.
- Vandemoortele, J., & Delamonica, E. (2000), The “education vaccine” against HIV, **Current Issues in Comparative Education**, 3(1), 6-13.