

بررسی ارتباط بین نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم

نوراله مرادی*، فردین علی پور گراوند**، شکوفه احمدی***

چکیده: به طور کلی امید به زندگی برای زنان بیشتری از مردان دارند که می تواند متأثر از شرایط بیولوژیکی آنها باشد. امید به زندگی سالم نیز برای زنان بیشتر از مردان است ولی به نظر می رسد که زنان، مخصوصاً در کشورهای کمتر توسعه یافته و توسعه نیافته، به نسبت طول عمری که دارند از امید به زندگی سالم بیشتر برخوردار نیستند. این موضوع نشان می دهد که در این کشورها برابری جنسیتی وجود ندارد و به زنان اجحاف می شود. در این پژوهش رابطه نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم طی چندین سال بررسی شده است. مطالعه حاضر تحلیلی و از نوع همبستگی است. داده های لازم برای متغیر امید به زندگی سالم از گزارش های سازمان جهانی بهداشت استخراج شده است. داده های مربوط به نابرابری جنسیتی نیز از گزارش های توسعه انسانی که هر ساله توسط سازمان ملل متحد منتشر می شود انتخاب شده اند. دوره تحلیلی مورد نظر سال های 2001 تا 2004 است. در پایان با استفاده از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون به بررسی رابطه بین دو متغیر اصلی پرداخته شد.

یافته های این مطالعه نشان می دهد بین شاخص های آموزشی، اقتصادی، درآمد زنان (متغیرهای مربوط به نابرابری جنسیتی) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. بین شاخص های سیاسی زنان با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه آماری معناداری وجود ندارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که شاخص آموزش پیش بینی کننده معنادار فاصله جنسیتی در زمینه امید به زندگی سالم است. نتایج این مطالعه حاکی از نقش پراهمیت متغیرهای اقتصادی - اجتماعی در سلامت است و لزوم توجه به عوامل تعیین کننده سلامت را مورد تأکید قرار می دهد.

کلید واژه ها: نابرابری جنسیتی، سلامت، امید به زندگی سالم.

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، noonallah.moradi@gmail.com.

** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی. گروه مددکاری اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

*** کارشناس ارشد پرستاری. مربی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

سلامتی یکی از موضوع های مطرح در بسیاری از فرهنگ ها است. در واقع هر جامعه ای، به عنوان بخشی از فرهنگ خود، مفهوم خاصی برای سلامتی دارد. پزشکی نوین غالباً متهم به اشتغال بیش از حد به مطالعه بیماری ها و غفلت از بررسی سلامتی است و در نتیجه، بی اطلاعی ما درباره سلامتی همچنان ژرف مانده است. در واقع تاکنون کمتر به عوامل تعیین کننده اجتماعی و مخصوصاً عوامل اجتماعی آن پرداخته شده است و هیچ معیار منفردی برای اندازه گیری سلامتی وجود ندارد.

تعریف قابل قبولی که از سلامتی می شود، تعریف سازمان جهانی بهداشت است که در سال 1948 ارائه شد و در سال های اخیر کامل تر شده است: سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً بیمار یا معلول نبودن و توانایی داشتن یک زندگی اقتصادی و اجتماعی مفید (عزیزی، 1380). اهمیت سلامت و نقش آن در بقای ما حاکی از اهمیت انسان به عنوان یک موجود اجتماعی است (لین¹، 2009).

وضعیت سلامت زنان و تفاوت آن با سلامت مردان غالباً از شاخصه های مهم عدالت در جامعه اند. در گزارشی که در کنفرانس سال 1985 نایروبی درباره وضعیت سلامت زنان ارائه شده است، وضعیت بیشتر زنان چنین توصیف می شود:

در کشورهای در حال توسعه زنان غالباً از لحاظ سلامت در مضیقه هستند و کار طاقت فرسا به آنها تحمیل شده است، بیشتر آنها دچار کم خونی اند، شمار زیادی به سوء تغذیه و بیماری های انگلی مبتلایند و به دلیل بی توجهی شخصی و مراقبت های بهداشتی ناکافی به ویژه در دوران بارداری و زایمان از نداشتن سلامت کافی رنج می برند.

داده های منتشر شده از طرف سازمان های بین المللی نابرابری های موجود در مسایل بهداشتی را به وضوح نشان می دهند. این نابرابری ها نه فقط در بین زنان و مردان، بلکه در بین کشورها، و گروه های مختلف اجتماعی، اقتصادی، نژادی و سنی یک کشور نیز وجود دارد

طرح مسئله

سلامتی را با شاخص های مختلف می توان سنجید. یکی از شاخص های مهم اندازه گیری سلامتی، شاخص امید به زندگی است و آن تعداد سال هایی است که انتظار می رود یک فرد

زندگی کند؛ ولی به علت اینکه این شاخص توانایی محاسبه ناتوانی و بیماری های مزمن را نداشت، متخصصان شاخص امید به زندگی سالم را درست کردند که این نقیصه را پوشش می دهد و تعریف آن عبارت است از تعداد سال هایی که انتظار می رود شخص در سلامت کامل زندگی کند و بیماری یا ناتوانی نداشته باشد (بینگتون، 1996).

زنان و مردان از نظر شاخص امید به زندگی با هم متفاوت هستند. به طور کلی زنان بیشتر از مردان امید به زندگی دارند که می تواند متأثر از شرایط بیولوژیکی آنها باشد. امید به زندگی سالم نیز برای زنان بیشتر از مردان است ولی به نظر می رسد که زنان، مخصوصاً در کشورهای کمتر توسعه یافته و توسعه نیافته، به نسبت طول عمری که دارند از امید به زندگی سالم بیشتر برخوردار نیستند. این موضوع نشان می دهد که در کشورهای یاده شده برابری جنسیتی وجود ندارد و به زنان اجحاف می شود. از این رو نابرابری های اجتماعی و اقتصادی و تأثیر آنها بر سلامت یکی از موضوعاتی است که امروزه به شدت مورد توجه و تمرکز است، زیرا ارتقای سلامت در جوامع بیمار بسیار دشوار از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (پیکرینگ^۱، 2007).

در این پژوهش با استفاده از اطلاعات سازمان های داخلی و بین المللی رابطه نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم طی چندین سال بررسی شده است.

چارچوب نظری

جامعه انسانی از دو جنس زن و مرد تشکیل شده است. زنان نیمی از جمعیت انسانی جوامع را تشکیل می دهند. قبل از پرداختن به نظریه ای نابرابری جنسیتی لازم است به خاستگاه و ریشه تفاوت های زنان و مردان اشاره ای داشته باشیم. در این مبحث سه رویکرد تفاوت های طبیعی، اجتماعی شدن جنسیتی و بر ساختن اجتماعی جنس و جنسیت را مورد بررسی قرار می دهیم. در رویکرد تفاوت های طبیعی بیشتر به جنبه های زیست شناختی انسان از قبیل هورمون ها، کروموزوم ها، و ژن ها که مسبب تفاوت های بین زنان و مردان هستند پرداخته می شود. در این مورد، عوامل زیست شناختی تعیین کننده الگوهای رفتاری زنان و مردان و وجه مشخص نابرابری بین آنها هستند. در رویکرد اجتماعی شدن جنسیتی، اهمیت اصلی به اجتماعی شدن و یادگیری نقش های جنسیتی داده شده است. بر اساس این رویکرد، جنس

نوزادان در هنگام تولد مشخص است، اما جنسیت آنها در جامعه تکوین می یابد، به طوری که عوامل اجتماعی از راه های گوناگون بر هویت جنسیتی آنها تأثیر می گذارند. در رویکرد بر ساختن اجتماعی جنس و جنسیت، جامعه شناسان این استدلال را مطرح می کنند که جنس و جنسیت محصولاتی هستند که در جامعه ساخته می شوند و نه تنها جنسیت را آفریده ای کاملاً اجتماعی می دانند که فاقد جوهره ثابت است، بلکه بدن انسان را نیز متأثر از نیروهای اجتماعی می دانند که به طرق گوناگون به آن دهند و سبب تغییر آن می شوند. بنابر استدلال این نظریه پردازان، هویت های جنسی در اثر تفاوت های تصویری جنسی در جامعه پدید می آیند و خود نیز به شکل گیری این تفاوت ها کمک می کنند (گیدنز، 1386: 163 156).

با وجود پیشرفت هایی که زنان در دنیا کسب کرده اند، تفاوت های جنسیتی هم چنان شالوده نابرابری های اجتماعی است. دیدگاه های نظری متعددی در این زمینه مطرح شده است که در اینجا برخی از مهم ترین آنها را برای تبیین ماهیت نابرابری جنسیتی مورد بررسی قرار می دهیم:

1 رویکردهای کارکردگر: نظریه پردازان این رویکرد معتقدند که جامعه شامل مجموعه ای از اجزای به هم پیوسته است و هنگامی که در حال تعادل باشد به راحتی در جهت انسجام اجتماعی عمل می کند. دیدگاه های کارکردگر در پی نشان دادن این مطلب هستند که تفاوت های جنسیتی به ثبات و یکپارچگی اجتماعی منجر می شوند. این رویکرد به دلیل تأکید بیش از حد بر اجماع و غفلت از کشمکش های موجود در جامعه و ترویج نگرش محافظه کارانه به دنیای اجتماعی مورد انتقاد قرار گرفته است.

2 رویکرد های فمینیستی: فمینیسم انواع مختلفی دارد. تمام فمینیست ها معتقدند باید فرو دستی زنان را فهمید و آنان را آزاد کرد، اما در مورد دلایل این فرودستی یا چگونگی رسیدن به آزادی توافق ندارند.

نقش سیاسی، اقتصادی و اجتماعی زنان

شواهد فراوانی در دست است که هرگاه زنان به فرصت هایی که همواره از آن مردان بوده دست یافته اند، توفیقشان در استفاده از آن کمتر از مردان نبوده است که قرن ها ادعای انحصار آن را داشته اند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تحت شرایط خاصی که معمولاً در اثر مرگ

همسران و پدران پیش آمده است، زنان فرصت دستیابی به بالاترین سطوح سیاسی را یافته اند و از این فرصت ها با نهایت تلاش استفاده کرده اند.

از نظر فعالیت های اقتصادی نیز مشارکت زنان تفاوتی عمده ایجاد می کند. یکی از دلایل مشارکت نسبتاً اندک زنان در فعالیت های اقتصادی روزمره در بسیاری کشورها، دسترسی محدود آنان به منابع اقتصادی است. در کشورهای در حال توسعه، مالکیت زمین و سرمایه تا حد بسیار زیادی در دست مردان است. معمولاً برای یک زن شروع فعالیت اقتصادی حتی در مقیاس کوچک به دلیل فقدان منابع لازم بسیار دشوار است.

افزایش توانمندی زنان در بسیاری از کشورهای جهان امروز یکی از موضوعات محوری فرایند توسعه است. عوامل تشکیل دهنده آن نیز عبارت است از آموزش زنان، الگوی مالکیت، فرصت های اشتغال و چگونگی عملکرد بازار کار. و رای این متغیرهای کلاسیک، عوامل دیگری از قبیل ماهیت ترتیبات حاکم بر اشتغال، برداشت های خانواده و اجتماع از فعالیت های اقتصادی زنان و شرایط اقتصادی و اجتماعی مشوق یا بازدارنده این گونه برداشت ها باید در نظر گرفته شوند. مطالعه روشنی بخش نایلا کبیر درباره اشتغال و مشارکت اقتصادی زنان بنگلادش در داکا و لندن نشان می دهد که ادامه یافتن یا متوقف شدن ترتیبات گذشته تحت تأثیر شدید شرایط اقتصادی و اجتماعی حاکم بر محیط های محلی است. نقش آفرینی در حال تغییر زنان یکی از مهم ترین واسطه های تغییرات اقتصادی و اجتماعی است و هدف ها و نتایج آن با بسیاری از ابعاد مهم فرایند توسعه رابطه تنگاتنگ دارد (آمارتیاسن، 1383:334).

عدالت در سلامت

بر طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، تعریف سلامت بیمار نبودن نیست، بلکه برخورداری از حداکثر سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و داشتن یک زندگی اجتماعی مفید است (حاتمی و همکاران، 1383، 45).

معنای عدالت در سلامت آن است که همه افراد بتوانند از حداکثر سلامت برخوردار شوند و هیچ کس به دلیل وضعیت اجتماعی خویش از چنین موهبتی محروم نماند (اکبری، 1386، 18).

اصل حقوق بشر نیز حکم می کند که همه افراد از بالاترین حد استاندارد سلامت برخوردار شوند. قضاوت در مورد میزان توسعه هر اجتماع مبتنی بر کیفیت سلامت مردم و توزیع عادلانه سلامت در بین طیف های مختلف جامعه و نیز میزان حفاظتی است که از محرومین آن جامعه

در برابر تهدیدهای سلامت و خطر بیماری ها می شود.

مهم ترین علت بیماری و بی عدالتی در سلامت، شرایط جامعه ای است که انسان ها در آن به دنیا آمده اند، زندگی و کار می کنند و پا به سن می گذارند. به مجموعه این شرایط، عوامل اجتماعی سلامت گفته می شود. عوامل اجتماعی بازتاب قدرت، نفوذ، ثروت و وضعیت متفاوت مردم در نردبان اجتماعی است (ایروین و اسکالی، 1384: 17 و 27).

شواهد نشان می دهند که مهم ترین بیماری ها و بی عدالتی در سلامت به سبب عوامل اجتماعی است. در حقیقت نقش عوامل اجتماعی در سلامت حدود 50 درصد است، در حالی که نقش ارائه خدمات حدود 25 درصد، عوامل فیزیکی محیط 10 درصد، عوامل بیولوژیک و ژنتیک حدود 15 درصد است. اصطلاح کلی عوامل اجتماعی سلامت، علاوه بر عوامل اجتماعی شامل عوامل سیاسی، فرهنگی و زیست محیطی و اقتصادی است (مارموت و ویلکینسون، 1387: 22 و 7).

محیط اجتماعی- اقتصادی و سلامت

برای بسیاری از مفسران این فرض آزمایش نشده وجود دارد که نابرابری در سلامت ناشی از نابرابری در مراقبت های بهداشتی است. در یک معنا این دو موضوع متفاوت می تواند ساده کردن مشکل را نشان دهد.

نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی الزاماً تنها دلیل نابرابری در وضعیت سلامتی نیست. برعکس گاهی نابرابری هایی در شروع یک بیماری جدید به چشم می خورد که ارتباطی با موضوع مراقبت های پزشکی ندارد و در برخی از موارد مرگ و میر ناشی از بیماری ها به مداخله های پزشکی پاسخ نمی دهد. دسترسی عمومی به مراقبت های پزشکی با کیفیت و مؤثر باید جزئی از یک جامعه پیشرفته متمدن باشد. فقدان دسترسی به خدمات پزشکی مؤثر می تواند منجر به ناخوشی و رنج هرچه بیشتر گردد. مسئله این است که محیط کودکی، محیط کار، بیکاری، روابط اجتماعی، محدودیت، غذا، رفتارهای اعتیادآور و حمل و نقل با عوامل ایجاد کننده بیماری رابطه دارند، و تمام این موارد مشخص را می توان با فقدان دستیابی به مراقبت پزشکی با کیفیت مناسب توجیه نمود. بدیهی است که قضاوت ما این است روابط علی و عوامل تعیین کننده تفاوت های موجود در میزان بیماری ها در داخل و بین جوامع، مختلف هستند.

این عوامل مشکلاتی را پدید می آورند که نظام مراقبت پزشکی باید با آنها دست و پنجه نرم کند و در واقع نقص های نظام مراقبت پزشکی عامل مشکلات نیستند.

روش شناسی تحقیق

نوع مطالعه

این مطالعه تحلیلی و از نوع همبستگی است.

جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری، کل کشورهای جهان است، ولی چون خواسته ایم کشورهایی را که از نظر امید به زندگی سالم در دو سوی طیف بوده اند حذف کنیم، کشورهایی را انتخاب کرده ایم که در آنها امید به زندگی سالم برای مردان به فاصله نیم انحراف معیار از میانگین باشد. همچنین چون خواسته ایم تفاوت امید به زندگی سالم برای مردان و زنان را بررسی کنیم، از کشورهایی استفاده کرده ایم از امید به زندگی سالم برای مردان حدوداً نزدیک به هم باشند تا ببینیم امید به زندگی سالم برای زنان چقدر است و چقدر با امید به زندگی سالم برای مردان فاصله دارند. با این هدف امید به زندگی سالم برای مردان را در کل کشورهای جهان در یک سال در نظر گرفتیم و میانگین آن را محاسبه کردیم. سپس کشورهایی را که حدود نیم انحراف معیار از میانگین فاصله داشتند، یعنی نیم انحراف معیار از میانگین امید به زندگی سالم برای مردان بالاتر یا پایین تر بودند انتخاب کردیم.

این کشورها عبارت اند از: الجزایر، بهاماس، بنگلادش، بلیز، بولیوی، برزیل، کلمبیا، دومینکن، اکوادور، مصر، السالوادور، ایران، قزاقستان، لیتوانی، لتونی، موریتانی، مغولستان، موروکو، پاکستان، پاراگوئه، پرو، فیلیپین، مولداوی، رومانی، روسیه، سریلانکا، سوریه، تایلند، ترینیداد، ترکیه، اوکراین، ویتنام.

روش جمع آوری داده ها

داده های لازم برای متغیر امید به زندگی سالم با مراجعه به سایت سازمان جهانی بهداشت و گزارش های سالانه این سازمان در مورد کل کشورهای جهان انتخاب شده است. داده های امید به زندگی سالم برای زنان با دو نشانگر بدو تولد و 60 سالگی در 4 سال 2001، 2002، 2003

و 2004 از گزارش های سالانه سازمان جهانی بهداشت انتخاب شده اند. داده های مربوط به نابرابری جنسیتی نیز از گزارش های توسعه انسانی که هر ساله سازمان ملل متحد منتشر می کند انتخاب شده اند. این داده ها نیز مربوط به سال های 2001 تا 2004 هستند.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

با استفاده از همبستگی داده های مربوط به نشانگرهای شاخص نابرابری جنسیتی با فاصله امید به زندگی سالم در زنان و مردان درمی یابیم که کدام یک از این نشانگرها با این فاصله همبستگی مستقیم و کدام یک همبستگی معکوس دارند و درباره اهمیت هر یک نیز بحث می کنیم. سپس با استفاده از رگرسیون تعیین می کنیم که کدام یک از این شاخص ها فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم را تبیین می کند و چ مقدار از این فاصله را شاخص های یاد شده تبیین خواهند کرد. رگرسیون را برای هر دو نشانگر فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم یعنی بدو تولد و 60 سالگی به کار می بریم.

فرضیه پژوهش

فرضیه اصلی

بین متغیرهای نابرابری جنسیتی و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.

فرضیه های فرعی

- بین میزان باسوادی زنان بزرگسال و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.
- بین نسبت ثبت نام ترکیبی ناخالص زنان و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.
- بین میزان فعالیت اقتصادی زنان و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.
- بین نسبت زنان در مناصب حکومتی در سطح وزارت و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.
- بین جایگاه های زنان در مجلس و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.
- بین برآورد درآمد زنان و فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه وجود دارد.

متغیرهای تحقیق

نابرابری جنسیتی به نابرابری غیرمنصفانه و قابل پیشگیری بین دو جنس در زمینه های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی گفته می شود. برای نابرابری جنسیتی شش نشانگر آورده ایم که عبارت‌اند از: میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ثبت نام ناخالص در سه مقطع (ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان)، برآورد درآمد زنان، جایگاه در مجلس شورای ملی فعالیت اقتصادی و حضور زنان در مناصب حکومتی.

اگرچه در ظاهر به نظر می رسد که برای تعیین نابرابری جنسیتی در شاخص های فوق الذکر باید اندازه عددی شاخص های بین دو جنس را از هم کم کرد تا اندازه نابرابری جنسیتی به دست آید، ما در اینجا اندازه عددی شاخص های زنان را به جای نابرابری جنسیتی به کار برده ایم. در عمل، چه از تفاوت داده های دو جنس استفاده کنیم و چه از داده های شاخص زنان تفاوتی در تحلیل ما ایجاد نخواهند کرد.

میزان باسوادی زنان بزرگسال: درصد زنان 15 ساله و بزرگ تری که می توانند یک جمله کوتاه و ساده مرتبط با زندگی شان را هم بخوانند و هم بنویسند. مقدار عددی این نشانگر هر ساله به تفکیک جنس برای کشورهای جهان توسط سازمان ملل متحد منتشر می شود. نسبت ثبت نام ترکیبی ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی: تعداد زنان ثبت نام شده در یک سطح آموزشی، خواه متعلق به آن گروه باشد یا خیر، به صورت درصدی از جمعیت آن گروه بیان می شود. درک این نسبت در مقایسه با نسبت خالص ثبت نام آسان تر است: نسبت خالص شامل تعداد زنان ثبت نام شده در یک سطح آموزشی است که متعلق به گروه سنی مربوطه هستند و به صورت درصدی از جمعیت آن گروه سنی بیان می شود. مقدار عددی آن در گزارش های توسعه انسانی موجود است.

میزان فعالیت اقتصادی زنان: برای افراد بالای 15 سال محاسبه می شود و درصدی از جمعیت زنانی است که در نیروی کار هستند. این نشانگر برای زنان هم به صورت درصدی از میزان فعالیت اقتصادی مردان وهم به صورت میزان فعلیت زنان به طور جداگانه محاسبه می شود و به هر دو صورت آورده شده است. مقدار عددی آن را نیز هر ساله سازمان ملل منتشر می شود.

زنان در مناصب حکومتی در سطح وزارت: بر حسب تعریف هر دولتی از مدیریت اجرایی در سطح ملی محاسبه می شود و ممکن است شامل زنانی که وزیر یا معاون وزیرند یا پست های

وزارتی دیگری دارند. این شاخص به صورت درصدی از کل بیان می شود و مقدار عددی آن در گزارش های توسعه انسانی موجود است.

جایگاه های زنان در مجلس شورای ملی: به صورت درصدی از کل محاسبه می شود، یعنی درصد کرسی های مجلس که به زنان اختصاص دارد. ابتدا جمعیت هر دو جنس را حساب می کنند و بعد با توجه به آن درصد حضور زنان را اندازه می گیرند. مقدار عددی این نشانگر در گزارش های توسعه انسانی که سازمان ملل منتشر می کند وجود دارد.

برآورد درآمد زنان: ابتدا درآمد زنان و مردان با هم محاسبه می شود، پس از آن درآمد هر جنس جداگانه محاسبه خواهد شد و مقدار محاسبه شده آن در گزارش های توسعه انسانی منتشر شده است.

یافته های تحقیق

جدول شماره 1: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال

2001

میزان فعالیت اقتصادی 2	میزان فعالیت اقتصادی 1	حضور در مناصب وزارتی	حضور در پارلمان	درآمد کسب شده	نسبت ثبت نام ترکیبی	سواد زنان بزرگسال	
0/461	0/556	0/397	0/097	0/275	0/571	0/608	فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در بدو تولد
							ضریب همبستگی مقدار احتمال
0/008	0/001	0/067	0/609	0/141	0/001	<0/001	فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در 60 سالگی
							ضریب همبستگی مقدار احتمال
0/196	0/298	0/149	0/148	0/153	0/599	0/639	
0/283	0/098	0/508	0/435	0/420	<0/001	<0/001	

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی و میزان فعالیت اقتصادی آنها با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در بدو تولد در سال 2001 همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای این چهار متغیر به ترتیب برابر است با: کمتر از 0/001، 0/001، 0/001، 0/008.

میزان سواد زنان بزرگسال و میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در 60 سالگی در سال 2001 همبستگی مثبت معنی داری دارند. مقدار احتمال برای این دو متغیر کمتر از 0/001 است.

جدول شماره 2: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال 2002

میزان فعالیت اقتصادی 2	میزان فعالیت اقتصادی 1	حضور در مناصب وزارتی	حضور در پارلمان	درآمد کسب شده	نسبت ثبت نام ترکیبی	سواد زنان بزرگسال		
0/392	0/447	0/323	0/382	0/327	0/730	0/772	ضریب همبستگی	فاصله جنسیتی امید به زندگی
0/026	0/010	0/142	0/034	0/073	<0/001	<0/001	مقدار احتمال	سالم در بدو تولد
0/354	0/385	0/171	0/356	0/364	0/583	0/716	ضریب همبستگی	فاصله جنسیتی امید به زندگی
0/047	0/030	0/447	0/050	0/044	<0/001	<0/001	مقدار احتمال	سالم در 60 سالگی

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، درصد حضور آنها در مجلس شورای ملی، میزان فعالیت اقتصادی زنان (هر دو شاخص) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در بدو تولد در سال 2002 همبستگی مثبت معناداری دارند.

مقدار احتمال برای این پنج متغیر به ترتیب برای دو متغیر اول کمتر از 0/001 و برای متغیرهای بعدی 0/034، 0/010، 0/026 است.

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده، درصد حضور زنان در مجلس شورای ملی، میزان فعالیت اقتصادی زنان (هر دو شاخص) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در 60 سالگی در سال 2002 همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای این شش متغیر به ترتیب برای دو متغیر اول کمتر از 0/001 و برای متغیرهای بعدی 0/044، 0/050، 0/030 و 0/047 است.

جدول شماره 3: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال 2003

میزان فعالیت اقتصادی 2	میزان فعالیت اقتصادی 1	حضور در مناصب وزارتی	حضور در پارلمان	درآمد کسب شده	نسبت ثبت نام ترکیبی	سواد زنان بزرگسال		
0/292	0/416	0/197	0/010	0/510	0/671	0/758	ضریب همبستگی	فاصله جنسیتی
0/105	0/018	0/368	0/957	0/003	<0/001	<0/001	مقدار احتمال	امید به زندگی سالم در بدو تولد
0/202	0/353	0/135	0/065	0/486	0/636	0/696	ضریب همبستگی	فاصله جنسیتی
0/268	0/048	0/540	0/725	0/005	<0/001	<0/001	مقدار احتمال	امید به زندگی سالم در 60 سالگی

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده، میزان فعالیت اقتصادی (نسبت به مردان محاسبه می شود) با فاصله

جنسیتی امید به زندگی سالم در بدو تولد در سال 2003 همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای این چهار متغیر به ترتیب برای دو متغیر اول کمتر از 0/001 و متغیرهای بعدی 0/003، 0/018.

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده، میزان فعالیت اقتصادی (نسبت به مردان محاسبه می شود) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در 60 سالگی در سال 2003 همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای این چهار متغیر به ترتیب برابر است با: دو متغیر اول کمتر از 0/001 و متغیرهای بعدی 0/005 و 0/048.

جدول شماره 4: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال 2004

میزان فعالیت اقتصادی 2	میزان فعالیت اقتصادی 1	حضور در مناصب وزارتی	حضور در پارلمان	درآمد کسب شده	نسبت ثبت نام ترکیبی	سواد زنان بزرگسال		
0/306	0/439	0/439	0/245	0/515	0/709	0/800	ضریب همبستگی	فاصله جنسیتی امید به زندگی
0/088	0/012	0/036	0/192	0/003	<0/001	<0/001	مقدار احتمال	سالم در بدو تولد
0/195	0/350	0/320	0/133	0/469	0/677	0/688	ضریب همبستگی	فاصله جنسیتی امید به زندگی
0/284	0/049	0/136	0/483	0/007	0</001	<0/001	مقدار احتمال	سالم در 60 سالگی

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده، درصد حضور زنان در مناصب وزارتی و میزان فعالیت اقتصادی آنها (نسبت به مردان محاسبه می شود) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در بدو تولد در سال 2004 همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای این 5 متغیر به ترتیب برای دو متغیر اول کمتر از 0/001 و متغیرهای بعدی 0/003، 0/036، 0/012.

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده و میزان فعالیت اقتصادی (نسبت به مردان محاسبه می شود) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در 60 سالگی 2004 همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای این چهار متغیر به ترتیب برابر است با: دو متغیر اول کمتر از 0/001 و متغیرهای بعدی 0/007 و 0/049.

جدول شماره 5: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم

میزان فعالیت اقتصادی 2	میزان فعالیت اقتصادی 1	حضور در مناصب وزارتی	حضور در پارلمان	درآمد کسب شده	نسبت ثبت نام ترکیبی	سواد زنان بزرگسال		
0/353	0/450	0/320	0/135	0/401	0/637	0/709	ضریب	فاصله
							همبستگی	جنسیتی
<0/001	<0/001	0/002	0/136	<0/001	<0/001	<0/001	مقدار	امید به
							احتمال	زندگی سالم
								در بدو تولد
0/222	0/325	0/180	0/118	0/339	0/585	0/635	ضریب	فاصله
							همبستگی	جنسیتی
0/012	<0/001	0/090	0/192	<0/001	<0/001	<0/001	مقدار	امید به
							احتمال	زندگی سالم
								در 60 سالگی

وقتی که داده های متغیرهای مورد مطالعه در چهار سال با هم در نظر گرفته شد نتایج زیر به دست آمد:

میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده، درصد حضور زنان در مناصب وزارتی و میزان فعالیت اقتصادی آنها (هر دو شاخص) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در بدو تولد همبستگی مثبت معناداری

دارند. مقدار احتمال برای همه این متغیرها کمتر از 0/001 است، غیر از متغیر درصد حضور زنان در مناصب وزارتی که دارای مقدار احتمال 0/002 است. میزان سواد زنان بزرگسال، میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع تحصیلی، برآورد درآمد کسب شده و میزان فعالیت اقتصادی زنان (هر دو شاخص) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در 60 سالگی همبستگی مثبت معناداری دارند. مقدار احتمال برای همه این متغیرها کمتر از 0/001 است، غیر از متغیر میزان فعالیت اقتصادی زنان (یکی از دو شاخصی که شامل فعالیت خود زنان م شود) که دارای مقدار احتمال 0/012 است.

جدول شماره 6: تحلیل رگرسیونی مؤلفه های تبیین کننده فاصله امید به زندگی سالم در بدو تولد بین دو جنس

متغیرهای مستقل	ضریب رگرسیونی	خطای معیار	ضریب استاندارد	مقدار احتمال
مقدار ثابت	7/621	1/457	-	<0/001
سواد زنان بزرگسال	0/052	0/016	0/385	0/001
میزان ترکیبی سواد زنان	0/069	0/024	0/309	0/006

ضریب تعیین تعدیل شده برای آزمون فوق برابر 0/565 به دست آمده است. معادله رگرسیون عبارت است از:

میزان ترکیبی سواد زنان (0/069) + سواد زنان بزرگسال (0/052) + 7/621 = فاصله امید به زندگی سالم در بدو تولد

در تفسیر این معادله می توان گفت که در صورت ثابت در نظر گرفتن سایر عوامل موجود در مدل، با افزایش یک واحد به سواد زنان بزرگسال، 0/052 واحد به فاصله امید به زندگی سالم در بدو تولد بین دو جنس افزوده می شود. همچنین با افزایش یک واحد به سواد ترکیبی سه پایه تحصیلی زنان، 0/069 واحد به فاصله امید به زندگی سالم در بدو تولد بین دو جنس افزوده می شود.

جدول شماره 7: تحلیل رگرسیونی مؤلفه های تبیین کننده فاصله امید به زندگی سالم 60 سالگی بین دو جنس

متغیرهای مستقل	ضریب	خطای معیار	ضریب استاندارد	مقدار احتمال
مقدار ثابت	2/125	0/717	-	<0/001
سواد زنان بزرگسال	0/026	0/008	0/437	0/001

ضریب تعیین تعدیل شده برای آزمون فوق برابر 0/436 به دست آمده است.

معادله رگرسیون عبارت است از:

$$\text{سواد زنان بزرگسال} = 2/125 + (0/026) \times \text{فاصله امید به زندگی سالم در 60 سالگی}$$

در تفسیر این معادله می توان گفت که در صورت ثابت در نظر گرفتن سایر عوامل موجود در مدل، با افزایش یک واحد به سواد زنان بزرگسال، 0/026 واحد به فاصله امید به زندگی سالم در 60 سالگی بین دو جنس افزوده می شود.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی این سؤال که آیا میزان باسوادى زنان بزرگسال با فاصله امید به زندگی سالم بین دو جنس رابطه وجود دارد، با توجه به نتیجه تحقیق می توان گفت که وجود همبستگی مثبت معناداری بین دو متغیر وجود دارد و این یافته با نتیجه مطالعه آدریانای لیرز - مونی (2004) که رابطه بین آموزش و مرگ و میر را در آمریکا بررسی کرده است همخوانی دارد. در مطالعه فوق به بررسی این نکته پرداخته شده است که آیا اثر آموزش بر روی سلامت علیتی است یا خیر. از سرشماری های موفق آمریکا برای تخمین اثر آموزش بر روی میزان مرگ و میر و از قوانین آموزش اجباری سال های 1915 تا 1939 به عنوان ابزار آموزش استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش، یک اثر علیتی بر روی مرگ و میر دارد و این اثر شاید از تخمین های منابع قبلی قوی تر باشد.

در بررسی این سؤال که آیا میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع ابتدایی، راهنمایی، و دبیرستان با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه دارد، نتیجه این تحقیق حاکی از وجود همبستگی مثبت معنادار بین دو متغیر است و این یافته با نتیجه کنزبک و همکاران که رابطه بین آموزش و نابرابری های بهداشتی را در 22 کشور اروپایی بررسی کردند

همخوانی دارد. در این مطالعه از داده های پیمایش اجتماعی اروپا در سال 2003 استفاده شد. پیمایش اجتماعی اروپا شامل 42359 نفر بود. سلامتی خودگزارشی و محدودیت های عملکردی به عنوان نشانگرهای سلامتی استفاده شدند. نتایج آنالیز رگرسیون چندگانه نشان داد که آموزش پایین (راهنمایی و یا پایین تر)، خطرات خودگزارشی ضعیف و محدودیت های عملکردی را نشان می دهند.

در بررسی این سؤال که آیا بین درآمد کسب شده زنان با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه وجود دارد، نتیجه این تحقیق حاکی از وجود همبستگی مثبت معنادار بین دو متغیر است و این یافته با نتیجه مطالعه ریچارد جی ویلکینسون و کت ای پیکت (2006) مطابقت دارد و این محققان با مطالعه مروری 155 پژوهش تحقیقاتی که حاوی 168 تحلیل در زمینه رابطه بین توزیع درآمد (شاخص های نابرابری درآمدی) و سلامت عمومی بودند، دریافته اند که در 87 مورد وجود ارتباط کامل بین نابرابری درآمد و سلامت تأیید شده است، 44 مورد رابطه نسبی را نشان داده اند. البته در این مطالعه بقیه موارد رابطه بین دو متغیر را نشان نداده بودند. همچنین مطالعات زیادی در زمینه رابطه بین درآمد و سلامت انجام داده اند که بیانگر رابطه این دو متغیر است. به طور مثال ریتی ریم در سال 2005 با استفاده از شواهد جدید ایالات متحده به بررسی رابطه بین نابرابری درآمد، فقر و سلامت همگانی پرداخت. او با مرور منابع انتقادی خوبی که وجود داشت، در یک مطالعه چند سطحی علاوه بر نابرابری درآمد و مرگ و میر به عنوان شاخص سلامت، متغیرهای نژاد، ترکیب قومی، تحصیلات را نیز کنترل کرد و در نهایت به این نتیجه رسید که با حضور متغیرهای مخدوشگر و حتی در صورت عدم حضور آنها، رابطه بین سلامت همگانی و نابرابری از همبستگی خوبی برخوردار است.

در بررسی این سؤال که آیا بین میزان فعالیت اقتصادی زنان با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه وجود دارد نتیجه این تحقیق حاکی از وجود همبستگی مثبت معنادار بین دو متغیر است و این یافته با نتیجه مطالعاتی که به بررسی رابطه بین متغیرهای اقتصادی و سلامت کلی پرداخته اند هماهنگی دارد نظیر مطالعاتی که در پاسخ به تأیید فرضیه فوق ذکر شدند. همچنین نتیجه این تحقیق با یافته تحقیق دکتر شیرین احمدی نیا مطابقت دارد که در مطالعه ای تحت عنوان اثرات اشتغال بر سلامت زنان، این موضوع را مورد بررسی قرار داده است. وی این بررسی را با روش پیمایش در چارچوب روش های کمی تحقیق انجام داده است و واحد تحلیل و مشاهده نیز مادران ساکن در سطح شهر تهران بوده اند. وی مشاهده کرد

احتمال (odd ratios) اینکه مادران متعلق به طبقات شغلی بالا و متوسط وضعیت سلامت خود را در سطح بد یا متوسط ارزیابی کنند، به ترتیب 52 درصد و 55 درصد کمتر از مادران دارای مشاغل طبقه پایین است. و این مسئله می تواند یادآور تأثیر شدید عامل اقتصادی - اجتماعی بر سلامت باشد که در متون جامعه شناسی پزشکی و بهداشت مورد تأکید واقع شده است.

در مورد چهار فرضیه فوق رابطه بین متغیرهای مستقل با متغیر فاصله امید به زندگی سالم بین دو جنس در دو نشانگر بدو تولد و 60 سالگی معنادار و مثبت است.

در بررسی این سؤال که آیا بین درصد حضور زنان در مناصب حکومتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه وجود دارد نتیجه این تحقیق حاکی از وجود همبستگی مثبت معنادار بین دو متغیر است که البته با نشانگر امید به زندگی سالم در 60 سالگی رابطه آماری معنادار که ما در سطح 0/05 تعریف کرده ایم وجود نداشت.

بررسی متغیر دیگری که مثل نشانگر فوق جنبه سیاسی نابرابری جنسیتی را می سنجد با فاصله امید به زندگی سالم بین دو جنس رابطه آماری معناداری نشان نداد.

باید توجه کرد که قبلاً مطالعه ای قبلاً برای بررسی رابطه متغیرهای اقتصادی - اجتماعی و فاصله امید به زندگی سالم بین دو جنس انجام نگرفته است و ما در اینجا از مطالعاتی که اثر متغیرهای اقتصادی - اجتماعی بر روی سلامت کلی را سنجیده اند مثال آورده ایم. همان طور که قبلاً گفته شد، سلامت دارای شاخص های زیادی است که می توان رابطه آنها با متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی را مورد بررسی قرار داد.

در بین متغیرهای آموزش، اقتصاد و سیاست که آنها را با نشانگرهای مختلفی در این مطالعه سنجیده ایم، متغیر آموزش بیشترین ارتباط را با سلامت داشته است. ما در اینجا سلامت را با شاخص امید به زندگی سالم سنجیده ایم. پس از متغیر آموزش، متغیرهای اقتصادی و پس از آن متغیرهای سیاسی دارای رابطه قوی تری با سلامت بوده اند.

در بین متغیرهای آموزشی تبیین کننده فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم بوده اند، اما متغیرهای اقتصادی و سیاسی این گونه نبوده اند و بنابراین می توان اهمیت تأثیر فوق العاده آموزش بر سلامت را نتیجه گرفت. در پاسخ به این سؤال که چرا متغیرهای اقتصادی و سیاسی تبیین کننده سلامت و به طور خاص فاصله امید به زندگی سالم بین دو جنس نبودند می توان گفت که آموزش یک متغیر فردی است و همه در این متغیر سهیم هستند، یعنی فرد یا سواد

دارد یا ندارد. ولی متغیرهای سیاسی نظیر حضور در مجلس شورای ملی یا حضور در مناصب حکومتی بیشتر به قشر نخبگان مربوط است و در سلامت تأثیر آنی نمی‌گذارد. ولی با حضور درصد بیشتری از زنان در مناصب حکومتی می‌توان امیدوار بود که با پیگیری و اجرای سیاست‌هایی که به نفع برابری جنسیتی است، در درازمدت اثرات آنها بر سلامت آشکار شود. همان طور که قبل از این نیز گفته شد، نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت حدود 50 درصد بوده است و نتیجه تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که متغیر آموزش حدود 50 درصد از تغییرات متغیر وابسته را پیش بینی می‌کند.

منابع

فارسی

- آمارتیا، س. (1385). **توسعه یعنی آزادی**، مترجم: محمد سعید نوری نائینی، چاپ دوم، تهران، نشر نی.
- احمدی نیا، ش. (1384). **اثرات اشتغال بر سلامت زنان**، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره 12.
- اکبری، م. ا. (1386). **فصلنامه سلامت و توسعه پایدار**، چاپ اول، تهران: جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- ایروین، آ. اسکالی، ا. (1384). **عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت: اقدامات انجام شده، درس‌هایی از تجارب پیشین**، مترجم: دکتر محمد حسین نیکنام.
- پاتریشا، ا. (1382). **زنان و سلامت**، مترجم: بتول احمدی، حسن افتخار اردبیلی، داوود شجاعی زاده، الهه میرزایی، چاپ اول، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- حاتمی، ح و همکاران. (1383)، **کتاب جامع بهداشت عمومی**، جلد اول، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- عزیزی، ف. جانقربانی، م. حاتمی، ح و همکاران. (1383). **اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران**، چاپ دوم، تهران، موسسه انتشاراتی خسرو.
- گیدنز، آ. (1374). **جامعه‌شناسی**، ترجمه: منوچهر صبوری، تهران، نشر نی.
- مارموت، م؛ ویلکینسون، ر. (1387)، **مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**، مترجم: علی منتظری، چاپ اول، تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی

انگلیسی

- Bebbington A and Darton R, Pssru Discussion Paper 1205 (1996).
- Liears, M. A. (2004). **The relationship between education and a mortality in the United States**
www.princeton.edu/allers/papers/mortalityrevision2.pdf
- Friedli, L. (2009). **Mental health, resilience and inequalities, Who Regional Office for Europe Publication**, Copenhagen, Denmark.
- Pickering, J. (2007). **Is wellbeing local or global? A perspective from ecopsychology**, In: Haworth J, Graham H. Wellbeing: individual, community and social perspectives, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 149-162.
- UNDP (1999). **human development report**, New York: United Nations WORD HEALTH ORGANISATION (2003) www.who.int