

## بهداشت باروری؛ اهمیت درآمد یا آموزش؟

مطالعه تطبیقی کشورهای جهان با تأکید بر مناطق آسیای میانه، خاورمیانه و شمال آفریقا

### Reproductive Health; Importance of Income or Education? Comparative Analysis of World Countries, with Emphasize on The Middle East, North Africa and Central Asia

A. Madanipour, M. A. ✉

Sh. Ahmadnia, Ph.D.

Z. Rostami, B. A.

Z. Ahmadabadi, M. A.

علی معدنی پور ✉

دانشجوی دکتری جامعه شناسی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر شیرین احمدنیا

استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

زهرا رستمی

دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه الزهرا

زهرا احمدآبادی

کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی

#### Abstract

Reproductive health is one of the necessities and prerequisites of sustainable development in contemporary world. In recent years, global attendance to this issue has been raised. Since the international conference on population and development in 1994 at Cairo, some countries have tried to improve the standards of reproductive health.

#### چکیده:

بهداشت باروری یکی از ضرورت‌ها و پیش‌نیازهای رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به‌شمار می‌رود. از همین‌رو در سال‌های اخیر جامعه جهانی به مسئله بهداشت باروری توجه ویژه‌ای نشان داده است. یکی از مهم‌ترین نشست‌ها در این خصوص کنفرانس بین‌المللی قاهره در مورد جمعیت و توسعه است که در سال ۱۹۹۴ تشکیل شد و در آن برنامه

✉Corresponding author: Ph.D student at Shahid Beheshti University Department of Sociology, Shahid Beheshti University, Evin, Tehran  
Tel: +9821-29902460  
Fax: +9821-22431709  
Email: a.madanipour@gmail.com

✉نویسنده مسئول: تهران - دانشگاه شهید بهشتی - دانشکده ادبیات و علوم انسانی - گروه جامعه‌شناسی  
تلفن: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۴۶۰ دورنما: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۷۰۹  
پست الکترونیکی: email: a.madanipour@gmail.com

However, high differences between world countries in reproductive health indicators are remained yet.

In this article, first, we have demonstrated different aspects of reproductive health in many regions of the world. Second, most important factors which affect reproductive health have been explained. Secondary analysis is applied as our research method. Data are used from Reproductive Health Report (2006) and Environmental Sustainability Index (2005). The sample constitute of 167 countries that their data were accessible.

Findings show that the mean of reproductive health in Western Europe and North America is more than other regions of the world. Also, the least amount of reproductive health found in Africa and Asia. In addition, we have clarified that cultural variables especially education is very important in explaining dependent variable besides economic variables such as income per capita.

**KeyWords:** Reproductive Health, Reproductive Rights, Family, Women, Middle East and North Africa, Central Asia.

عمل کشورها در خصوص موضوعات مربوط به جمعیت و توسعه تدوین گردید پس از آن برخی کشورها در جهت رشد استانداردهای بهداشت باروری تلاش‌های زیادی انجام داده‌اند. با این وجود امروز تفاوت‌های قابل توجهی بین کشورهای مختلف جهان از حیث میزان بهداشت باروری وجود دارد. هدف این مقاله اولاً معرفی ابعاد مختلف بهداشت باروری و نمایش وضعیت مناطق مختلف جهان در خصوص شاخص‌های مختلف بهداشت باروری و ثانیاً بررسی مهم‌ترین متغیرهای اثرگذار بر آن می‌باشد. در این تحقیق از روش تحلیل ثانویه استفاده شده است. داده‌ها از گزارش بهداشت باروری (۲۰۰۶) و مجموعه شاخص‌های پایداری زیست محیطی گرفته شده‌اند. نمونه تحقیق شامل ۱۶۷ کشور از مناطق مختلف جهان که اطلاعات آن‌ها در خصوص معرف‌های بهداشت باروری موجود بود، می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهند که تفاوت معناداری در میزان بهداشت باروری بین مناطق مختلف دنیا وجود دارد، به این صورت که این میزان در کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی بیشتر از مناطق دیگر دنیاست. همچنین کمترین میزان بهداشت باروری در بین کشورهای آفریقا و بعد آسیا یافت می‌شود. همچنین در تبیین عوامل مؤثر بر بهداشت باروری نشان داده شده است که با وجود متغیرهای اقتصادی مثل درآمد سرانه کشورها، تأثیر متغیرهای فرهنگی و به خصوص شاخص آموزش به مراتب بیشتر است.

**کلیدواژه‌ها:** بهداشت باروری، حقوق باروری، خانواده، زنان، خاورمیانه و شمال آفریقا، آسیای مرکزی

## مقدمه

مفهوم بهداشت باروری<sup>۱</sup> از زمان کنفرانس بین‌المللی قاهره در مورد جمعیت و توسعه به مرکز بحث‌های سیاست‌های جمعیتی کشیده شده است. در سال ۱۹۹۴ سران حدود ۱۷۹ کشور در

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره<sup>۲</sup>، در مورد بهبود وضعیت جامعه بشری و ارتباط فقرزدایی با توانمندسازی زنان و دسترسی جهانی به بهداشت باروری به توافق قابل توجهی دست یافتند.

کنفرانس قاهره در مورد جمعیت و توسعه در مورد دستور کار بهداشت باروری بحث کرده و توجه جهانی را به موضوعاتی سوق داد که پیش از این، مورد غفلت واقع شده بود. به علاوه بحث مشارکت زنان و سازمان‌های غیردولتی از بحث‌هایی بود که در کنفرانس‌های ۱۹۷۴ و ۱۹۸۴ کمتر مورد توجه قرار گرفته بود.

بهداشت باروری در کنفرانس قاهره این‌طور تعریف شد: «بهداشت باروری یک حالت از سلامت کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است و تنها فقدان بیماری یا ضعف در تمام موضوعات مرتبط با سیستم باروری و کارکردها و جریان‌های آن نیست. بنابراین بهداشت باروری بر این‌که مردم توانایی داشتن زندگی جنسی رضایت‌بخش و ایمن را دارند، دلالت دارد و همین‌طور ظرفیت بازتولید و آزادی برای تصمیم‌گیری در مورد این‌که کی و چطور آن را انجام دهند را نیز در برمی‌گیرد» (وانگ و پیلا، ۲۰۰۱).

برخلاف تصور موجود، بهداشت باروری تنها محدود به برنامه‌های تنظیم خانواده نیست، بلکه شامل توجه گسترده‌تر به شرایط اجتماعی است که بر سلامت و عاملیت کلی زن در باروری و رابطه جنسی تأثیر می‌گذارند. در واقع این‌که چه‌طور فرهنگ بر بهداشت باروری اثر می‌گذارد و چه‌طور دیدگاه‌های محلی با ایده‌های جهانی بهداشت باروری پیوند می‌خورند، موضوع بهداشت باروری می‌باشد (مخلوف اوبرمایر، ۲۰۰۱).

برخی تعاریف بهداشت باروری تنها بر جنبه‌های فیزیولوژیکی بهداشت تأکید می‌کنند. اما بهداشت باروری شامل رفتار، دانش، گرایش‌ها و پیامدها می‌شود. یک بعد از بهداشت باروری به رفتار جنسی و پیامدهای آن تأکید می‌کند. رفتار جنسی شامل سن اولین رابطه جنسی، تعداد شرکای جنسی، ویژگی‌های شرکای جنسی، تعداد رابطه جنسی، استفاده از روش‌های پیشگیری و فعالیت‌های همزمان مثل خوردن مشروب و استفاده از مواد مخدر که با فعالیت‌های جنسی خطرناک پیوند می‌خورند، می‌باشد (دریسکل، بیگز، برینیز و یانکا، ۲۰۰۱).

زورایک، یونیس و خطاب (۱۹۹۴) می‌گویند که بهداشت باروری زنان شامل توانایی بقا در سال‌های باروری و بعد از آن همراه با بارداری موفق و آزادی از بیماری‌ها و خطرات ژنتیکی است. بنابراین بهداشت باروری دلالت بر این دارد که زنان می‌توانند به‌طور ایمن از مرحله بارداری و زایمان عبور کنند و تنظیم باروری می‌تواند بدون به خطر افتادن سلامت به‌دست آید و مردم می‌توانند در رابطه جنسی ایمن باشند. حقوق باروری زنان هم که مستقیماً با بهداشت باروری در رابطه است به‌عنوان حق تصمیم‌گیری آزاد و مسئولانه در مورد تعداد و فاصله سنی بچه‌ها، آموزش و شناخت در این

زمینه، دسترسی به خدمات بهداشت باروری و داشتن کنترل بر جسم خود و دستیابی به بالاترین میزان استانداردهای بهداشت باروری تعریف می‌شود.

### جدول ۱: معرف‌های بهداشت باروری براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی

تعداد فرزندی که یک زن در پایان دوره بارداری خود دارد.	نرخ کلی باروری <sup>۳</sup>
درصد زنان در سن باروری که خودشان یا شریک جنسی‌شان در یک زمان مشخص از یک روش پیشگیری استفاده می‌کنند.	نرخ رواج پیشگیری از بارداری <sup>۴</sup>
تعداد مرگ و میر سالیانه مادران در هر ۱۰۰۰۰ تولد.	نرخ مرگ و میر مادران <sup>۵</sup>
درصد زنانی که لااقل یک‌بار در طول دوره بارداری تحت مراقبت (رسیدگی) پرسنل بهداشتی آموزش دیده قرار گرفته‌اند.	مراقبت پیش از تولد <sup>۶</sup>
-----	تولدها به‌وسیله پرسنل بهداشتی آموزش دیده <sup>۷</sup>
تعداد امکانات برای مراقبت‌های اساسی زایمان به ازای هر ۵۰۰۰۰ نفر	وجود مراقبت‌های اساسی زایمان <sup>۸</sup>
تعداد امکانات برای مراقبت‌های اساسی فراگیر زایمان به ازای هر ۵۰۰۰۰ نفر	وجود مراقبت‌های اساسی وسیع زایمان <sup>۹</sup>
تعداد مرگ و میر قبل از تولد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد. این مرگ و میرها شامل دوران بارداری، هنگام تولد و تا هفت روز پس از تولد می‌شود.	نرخ مرگ و میر پیش از زایمان <sup>۱۰</sup>
درصد نوزادان کمتر از ۲۵۰۰ گرم	شیوع کم وزنی تولد <sup>۱۱</sup>
درصد زنان بارداری که در طول دوره بارداری علائمی از آبله‌مرغان در خونشان مشاهده شود.	شیوع سرخچه در زنان باردار <sup>۱۲</sup>
درصد زنان در سن بارداری به میزان هموگلوبین آن‌ها کمتر از ۱۱۰ گرم در لیتر برای زنان باردار و کمتر از ۱۲۰ گرم در لیتر برای زنان غیرباردار باشد.	شیوع کم‌خونی در زنان <sup>۱۳</sup>
-----	درصد پذیرش زایمانی به خاطر سقط جنین <sup>۱۴</sup>
-----	بارداری گزارش شده زنان همراه با نقص عضو <sup>۱۵</sup>
درصد زنان در سن باروری که گزارش شده باشد برای دوسال یا بیشتر به خاطر بارداری تلاش کرده‌اند.	شیوع ناباروری زنان <sup>۱۶</sup>
درصد مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله که طی مصاحبه در پیمایش اعلام کرده‌اند که در طول ۱۲ ماه گذشته به ورم مجاری ادراری مبتلا شده‌اند.	گزارش شیوع مرض ورم مجاری ادراری در مردان <sup>۱۷</sup>
درصد زنان باردار که دارای ویروس ایدز هستند.	شیوع ایدز در زنان باردار <sup>۱۸</sup>
درصد پاسخگویانی که به‌درستی هر سه روش اصلی پیشگیری از انتقال جنسی HIV را شناخته و سه تصور غلط از انتقال یا پیشگیری HIV را رد کرده‌اند.	دانش در مورد اعمال پیشگیرانه مرتبط با ایدز <sup>۱۹</sup>
منبع: سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶)	

برنامه‌های بهداشت باروری باید طوری طراحی شوند که در خدمت نیاز زنان بوده و آنان را در رهبری، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، مدیریت، اجرا، سازماندهی و ارزیابی خدمات مشارکت دهند. هزینه‌های اجتماعی و بهداشتی پنهان که به‌طور خاص بر زنان اثر دارد باید در تعیین اولویت‌بندی متغیرهای مداخله‌ای بهداشت باروری وارد شود. به‌علاوه موضوعات جنسیت و روابط جنسی نمی‌تواند جدای از برنامه مناسب تنظیم خانواده و مراقبت‌های بهداشت باروری باشد و بنابراین آن‌چه که مهم است این است که ما اثر تعیین‌کننده‌ای بر بهبود بهداشت باروری حال و نسل آینده داشته باشیم (اسپایساندلر، ۱۹۹۷).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بهداشت باروری شامل هفده معرف می‌باشد که در جدول ۱ مطرح شده‌اند. از میان این معرف‌ها اسپایساندلر (۱۹۹۷) چهار معرف اصلی را که همگان بر سر آن‌ها اتفاق نظر دارند، این‌گونه تفکیک می‌کند: برنامه تنظیم خانواده شامل روش‌های مختلف پیشگیری؛ مراقبت‌های باروری بی‌خطر شامل مراقبت‌های پیش از زایمان، در حین زایمان و پس از زایمان مادر و نوزاد با توجه به عواقب زایمانی و ترویج تغذیه با شیر مادر؛ پیشگیری از سقط جنین خطرناک؛ پیشگیری، کشف و درمان STDها و ایدز.

تغییرات در باروری تحت تأثیر یک حوزه پیچیده از عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. بعضی از توضیحات ممکن برای تغییرات اخیر در باروری شامل تغییرات در آموزش، درآمد زنان و تغییرات در هنجارها و ارزش‌های حول بارداری می‌شود. از نظر اقتصادی با وجود باروری نقش اقتصادی زنان تغییر می‌کند و این تغییر با تغییرات در نگرش‌ها و گرایش‌ها همراه می‌باشد. از طرفی داشتن بچه هزینه‌های دیگری را نیز به دنبال می‌آورد از جمله هزینه نگهداری، آموزش و... این عامل سبب به تأخیر انداختن و کاهش باروری می‌گردد. کاهش باروری همچنین متأثر از تغییرات درآمد در سیستم‌های ارزشی، شامل اهمیت زیاد به استقلال فردی از جمله آزادی فردی است که منجر به افزایش تصمیم‌گیری فردی حول باروری و نپذیرفتن شیوه زندگی سنتی و نقش‌های سنتی زن شده است (اندرتون، ماهاری، ویلسون، دالزیل و هوبز، ۲۰۰۳).

چاپاگن (۲۰۰۶) معتقد است دگرگونی در طرز تفکر غالب جنسی می‌تواند منجر به تغییر الگوی باروری گردد. در بسیاری از جوامع تحت تأثیر سیستم ارزشی پدر سالارانه، روابط جنسی تحت سلطه مرد می‌باشد. در این شرایط و در این بستر فرهنگی که هنجارهای اجتماعی بسیار تأثیرگذار بر روابط می‌باشند، آگاهی دادن به زنان می‌تواند یک نکته حیاتی برای توانا ساختن آن‌ها برای کسب کنترل بیشتر بر بدن و روابط جنسی و حق تصمیم‌گیری آن‌ها برای باردار شدن و یا نشدن باشد.

دریسل و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیقی در زمینه روابط جنسی در میان نوجوانان به این نتیجه رسیدند که پایگاه اجتماعی - اقتصادی، خانواده، شریک جنسی، خواستگاه قومی و میزان فرهنگ‌پذیری<sup>۲۰</sup> مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهداشت باروری هستند.

در پی کنفرانس قاهره و سایر کنفرانس‌های اخیر که بر مباحث جمعیتی تأکید داشته‌اند، بر آموزش زنان و دختران نیز سرمایه‌گذاری اجتماعی بزرگی شده است، چرا که یکی از پیامدهای مهم آموزش زنان، کاهش باروری است. بانک جهانی نیز در سال ۲۰۰۴ با هشتصد میلیون دلار سرمایه‌گذاری در زمینه آموزش زنان سعی در از میان برداشتن موانع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و بالا بردن کیفیت آموزش داشته است (شورای بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). کاجان و مارشال به تجربه موفق برنامه «آگاهی از بهداشت باروری»<sup>۲۱</sup> که در کشورهای اکوادور، پرو، مکزیک و بولیوی انجام شد، اشاره کرده‌اند که به نقش مهم آموزش و شناخت در مورد دست‌یابی به بهداشت باروری تأکید می‌کند (کاجان و مارشال، ۱۹۹۷؛ ۳۶۶). هدف کلی برنامه «آگاهی از بهداشت باروری» توانمندسازی افراد برای پیگیری سلامتی خودشان، ایجاد اجتماعی برای دست‌یابی به خدمات قابل دسترس و باکیفیت در خصوص بهداشت باروری و کمک به مؤسسات برای ایجاد برنامه‌های مرتبط با نیاز آن‌ها بوده است (کاجان و مارشال، ۱۹۹۷؛ ۳۶۳). برخی از مهم‌ترین اهداف این برنامه عبارتند از: افزایش دانش در مورد موضوعات بهداشت باروری، افزایش توانایی تصمیم‌گیری فرد و اجتماع در مورد موضوعات بهداشت باروری، افزایش مهارت در ارتباط با بهداشت باروری در ارتباط با شریک و به‌علاوه در ارتباط با تأمین‌کنندگان سلامت، افزایش استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده و خدمات بهداشت باروری، کاهش در باروری ناخواسته و... (کاجان و مارشال، ۱۹۹۷؛ ۳۶۷).

به‌علاوه پالیکا داوات، جایا چاندران و استونز (۲۰۰۵) هم در مطالعه‌ای که در دو ایالت هند انجام دادند، به بررسی میزان آگاهی زنان از ایدز پرداختند. نتایج رگرسیون لجستیک در مورد داده‌های آن‌ها نشان داد که احتمال آگاهی زنان از ابعاد مختلف ایدز با بالا رفتن سطح آموزش آن‌ها در هر دو ایالت افزایش قابل توجهی پیدا کرد.

در ایران هم همان‌طور که احمدنیا، صالحی و معدنی‌پور (۱۳۸۷) اشاره کرده‌اند، نقش خانه‌های بهداشت روستایی و به‌ورزان در ارتقای قابل توجه شاخص‌های بهداشتی در سطح روستاها بسیار حائز اهمیت است، چراکه سهم قابل توجهی از دستاوردهای بهداشتی دو دهه اخیر به‌خصوص در زمینه کاهش میزان مولید، کاهش میزان باروری کل و همچنین کاهش مرگ و میر مادران در ارتباط مستقیم با تلاش و همت به‌ورزان روستایی بوده است که در افزایش آگاهی افراد به‌خصوص زنان روستایی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند. ما در این تحقیق در پی این هستیم که بدانیم بهداشت باروری چیست و شامل چه شاخصه‌هایی می‌باشد؟ وضعیت بهداشت باروری در ۱۶۷ کشور از مناطق مختلف جهان چگونه است و آیا تفاوت‌های معناداری بین مناطق مختلف جهان وجود دارد؟ و با تأکید بر مناطق آسیای میانه، خاورمیانه و شمال آفریقا، مهم‌ترین متغیرهای اثرگذار بر بهداشت باروری کدام‌ها هستند؟

## روش

در این تحقیق از روش تحلیل ثانویه<sup>۲۲</sup> استفاده شده است. داده‌های این پژوهش با استفاده از دو منبع گزارش بهداشت باروری سال ۲۰۰۶<sup>۲۳</sup> و مجموعه شاخص‌های پایداری زیست محیطی<sup>۲۴</sup> به دست آمده‌اند.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه تحقیق شامل همه کشورهای مناطق مختلف جهان می‌باشد. نمونه‌گیری هم به این شکل انجام گرفت، که همه کشورهایی که داده‌های مورد نیاز را دارا بودند وارد تحلیل شدند. بنابراین نمونه تحقیق شامل ۱۶۷ کشور است که در جدول ۲ مشخص شده‌اند.

جدول ۲: کشورهای نمونه تحقیق

اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه	اتریش، بلژیک، دانمارک، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، لوکزامبورگ، هلند، نروژ، پرتغال، اسپانیا، سوئد، سوئیس، انگلستان، کانادا، ایالات متحده، استرالیا، زلاندنو
صحرای آفریقا	آفریقای جنوبی، آنگولا، برونڈی، چاد، اتیوپی، گینه، لیبیا، مالی، موریتانی، نیجر، رواندا، سیرالئون، سومالی، بنین، بورکینافاسو، کامرون، جمهوری آفریقای مرکزی، کنگو، جمهوری دموکراتیک کنگو، گامبیا، گینه بیسائو، کنیا، مالاوی، موزامبیک، نیجریه، سنگال، تانزانیا، توگو، اوگاندا، زامبیا، موریتانی، رئونین، کوموروس، دجیبوتی، گابون، غنا، لسوتو، ماداگاسکار، نامیبیا، ساوتام، سودان، سوازیلند، صحرای غربی، زیمبابوه
آمریکای مرکزی و کارائیب	باربادوس، السالوادور، هندوراس، مکزیک، نیکاراگوئه، پاناما، ترینیداد و توباگو، کاستاریکا، کوبا، جمهوری دومینیکن، جامائیکا، جزیره مارتینیک، پورتوریکو، گواتمالا، هائیتی، آرزانتین، اکوادور، گویانا، پاراگوئه، پرو، سورینام، ونزوئلا، برزیل، شیلی، کلمبیا، اروگوئه، بولیوی
اروپای شرقی	آلبانی، بلاروس، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، لتونی، لیتوانی، لهستان، رومانی، صربستان و مونتنگرو، اوکراین، کرواسی، جمهوری چک، استونی، مجارستان، مقدونیه، مالتا، روسیه، اسلواکی، اسلوانی
آسیا	اندونزی، کره جنوبی، مالزی، مغولستان، فیلیپین، سریلانکا، ویتنام، تیمور، چین، ژاپن، کره شمالی، سنگاپور، تایلند، بنگلادش، بوتان، کامبوج، هند، لائوس، مالدیو، میانمار، نپال، پاکستان
آسیای مرکزی	ارمنستان، آذربایجان، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، ترکمنستان، ازبکستان، تاجیکستان،
خاورمیانه و شمال آفریقا	الجزایر، بحرین، مصر، ایران، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، فلسطین، قطر، عربستان، سوریه، تونس، ترکیه، امارات، افغانستان، یمن، قبرس، عراق، عمان

## ابزارهای پژوهش

با توجه به این که برای ابعاد مختلف بهداشت باروری، داده‌ها موجود نبود، بنابراین به ناچار برای ساختن شاخص بهداشت باروری از معرف‌هایی که داده آن‌ها برای اکثر کشورهای مورد بررسی موجود بود استفاده شد. این معرف‌ها و هم‌چنین میزان بار عاملی آن‌ها که در نتیجه تحلیل عاملی

به‌دست آمده، در جدول ۳ نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود همه آن‌ها با بار عاملی بسیار بالا در یک عامل بار شده‌اند. میزان آلفای کرونباخ هم برای این متغیرها برابر ۰/۹۴ است که نشان‌دهنده پایایی<sup>۲۵</sup> مناسب این شاخص است.

جدول ۳: معرف‌های به‌کار رفته در شاخص بهداشت باروری و بار عاملی آن‌ها

۰/۹۲۶	نرخ کلی باروری
۰/۸۹۸	نرخ رواج پیشگیری از بارداری انواع روش‌ها
۰/۸۳۵	نرخ رواج پیشگیری از بارداری روش‌های مدرن
۰/۸۸۲	نسبت مرگ و میر مادران
۰/۹۰۱	نرخ مرگ و میر مادران
۰/۷۹۳	تولدها به وسیله پرسنل بهداشتی آموزش دیده
۰/۷۴۱	نرخ مرگ و میر پیش از زایمان

### یافته‌ها

یافته‌های تحقیق در دو بخش ارائه می‌شوند. در بخش اول به توصیف و تحلیل معرف‌های بهداشت باروری و تفاوت‌های آماری در بین مناطق مختلف دنیا پرداخته خواهد شد. هدف اصلی در این بخش این است که تفاوت‌های بین مناطق مختلف دنیا از حیث میزان بهداشت باروری و معرف‌های تشکیل‌دهنده آن مورد آزمون قرار گیرند. در بخش دوم با تأکید بر منطقه آسیای میانه و هم-چنین خاورمیانه هدف اصلی این است که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر میزان بهداشت باروری در مناطق مذکور آزمون شوند.

**توصیف و تحلیل بهداشت باروری در جهان:** در جدول ۴ معرف‌های بهداشت باروری نشان داده شده‌اند. میانگین نرخ باروری کلی در میان ۱۶۷ کشور مورد بررسی ۳/۲ است، که نشان می‌دهد متوسط بارداری در دنیا برای هر زن بیش از ۳ فرزند می‌باشد. متوسط پیشگیری از بارداری با انواع روش‌ها ۴۷/۹٪ است. اما میانگین پیشگیری با روش‌های مدرن کمتر و در حدود ۳۷/۶٪ می‌باشد. تعداد مرگ و میر مادران در بین ۱۶۴ کشور ۳۳۳۸ نفر است که بالاترین میزان برای آن ۱۳۶۰۰۰ نفر می‌باشد. اما خطر مرگ و میر مادران در دوره زندگی ۱۸۸۲ نفر در هر صد هزار نفر است که بالاترین میزان برای آن ۲۹۸۰۰ نفر بود. هم‌چنین متوسط نسبت مرگ و میر مادران ۲۲ می‌باشد که دامنه آن بین ۲ تا ۵۴ بوده است. بدین معنا که متوسط نرخ مرگ و میر مادران در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، ۳۳۰ نفر است که حداکثر آن ۲۰۰۰ نفر می‌باشد. متوسط مراقبت‌های قبل از بارداری ۷۸٪ است



یعنی ۷۸٪ زنان حداقل یکبار در طول دوره بارداری تحت مراقبت (رسیدگی) پرسنل بهداشتی آموزش دیده قرار گرفته‌اند. اما متوسط مراقبت‌های قبل از بارداری (حداقل چهار بار) ۶۱/۶٪ است که دامنه آن بین ۸ تا ۱۰۰٪ می‌باشد. به علاوه متوسط میزان تولدها به وسیله پرسنل بهداشتی آموزش دیده ۷۴/۱٪ است. میانگین نرخ مرگ و میر پیش از زایمان یعنی تعداد مرگ و میر قبل از تولد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد ۳۴ نفر است. این مرگ و میرها شامل دوران بارداری، هنگام تولد و تا هفت روز پس از تولد می‌شود که دامنه آن بین ۴ تا ۱۱۱ نفر است. متوسط شیوع کم وزنی تولد ۱۰/۹٪ است بدین معنا که ۱۰/۹٪ نوزادان، کمتر از ۲۵۰۰ گرم وزن داشته‌اند. میانگین بارداری زنان همراه با نقص عضو در ۱۹ کشور مورد بررسی ۴۷/۸ نفر می‌باشد که دامنه آن بین ۱/۴ تا ۹۵/۸ نفر بوده است. متوسط درصد بزرگسالان مبتلا به ایدز در ۱۲۳ کشور مورد بررسی ۲/۵٪ بوده است که حداقل آن ۰/۱ و حداکثر آن ۳۳/۴٪ است. با وجود دانش در مورد اعمال پیشگیرانه مرتبط با HIV (یعنی پاسخگویی که به درستی هر سه روش اصلی پیشگیری از انتقال جنسی HIV را شناخته و سه تصور غلط از انتقال یا پیشگیری HIV را رد کرده‌اند) به‌طور متوسط ۲۸/۶٪ از مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله و ۲۰/۱٪ از زنان در این سن مبتلا به ایدز بوده‌اند.

جدول ۴: توصیف معرف‌های باروری

معرف‌های بهداشت باروری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
نرخ کلی باروری	۱۶۷	۳/۲	۱/۸	۱/۱	۷/۹
پیشگیری از بارداری (انواع روش‌ها)	۱۴۵	۴۷/۹	۲۳/۶۶	۴/۳	۸۴
پیشگیری از بارداری (روش‌های مدرن)	۱۴۵	۳۷/۶	۲۳/۰۶	۲/۱	۸۳/۳
تعداد مرگ و میر مادران	۱۶۴	۳۳۳۷/۸	۱۱۸۴۷/۸۶	۰	۱۳۶۰۰۰
خطر مرگ و میر مادران در دوره زندگی	۱۶۴	۱۸۸۱/۹	۳۹۶۶/۹۱	۰	۲۹۸۰۰
نسبت مرگ و میر مادران	۹۱	۲۲	۱۴/۳۵	۲	۵۴
نرخ مرگ و میر مادران هر ۱۰۰۰۰ نفر	۱۶۴	۳۲۹/۷	۴۴۰/۴۸	۰	۲۰۰۰
مراقبت‌های قبل از بارداری حداقل ۱ بار	۸۶	۷۸	۱۸/۳	۲۷	۱۰۰
مراقبت‌های قبل از بارداری حداقل ۴ بار	۹۵	۶۱/۶	۲۶/۳۹	۸	۱۰۰
تولدهای تحت مراقبت پرسنل بهداشتی ماهر	۱۵۰	۷۴/۱	۲۷/۴۱	۵/۶	۱۰۰
نرخ مرگ و میر قبل از تولد در هر ۱۰۰۰ نفر	۱۶۵	۳۴/۱	۲۵/۶۹	۴	۱۱۱
شیوع کم وزنی نوزادان	۱۵۵	۱۰/۹	۵/۷۴	۳	۳۲
بارداری زنان همراه با نقص عضو	۱۹	۴۷/۸	۳۵/۰۹	۱/۴	۹۵/۸
درصد بزرگسالان دارای ایدز	۱۲۳	۲/۵	۵/۲	۱	۳۳/۴
درصد شیوع ایدز در زنان باردار ۲۴-۱۵ ساله	۲۱	۱۱/۳	۹/۵۲	۱,۸	۳۷/۳
مردان ۲۴-۱۵ ساله با دانش وسیع در مورد ایدز	۲۴	۲۸/۶	۱۴/۰۱	۷	۵۴
زنان ۲۴-۱۵ ساله با دانش وسیع در مورد ایدز	۴۹	۲۰/۱	۱۳/۸۱	۰	۵۲

در ادامه با توجه به نتایج داده‌های حاصل از مناطق مختلف، اول میزان بهداشت باروری و معرف‌های آن در مناطق مختلف جهان بررسی می‌شود و بعد با استفاده از تحلیل واریانس به این سؤال پاسخ داده می‌شود که آیا تفاوت‌های مشاهده شده بین مناطق مختلف جهان از نظر آماری معنادار است یا خیر؟ در مرحله بعد به دنبال مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آن‌ها خواهیم بود، که برای این کار از تحلیل رگرسیون استفاده شده است.<sup>۲۶</sup>

جدول ۵: توصیف معرف‌های بهداشت باروری در مناطق جهان

کل	آسیای مرکزی	آسیا	اروپای شرقی	آمریکای جنوبی	آمریکای مرکزی	صحرای آفریقا	خاورمیانه و شمال آفریقا	اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه	
۳/۲۶	۲/۳۴	۳/۰۵	۱/۳۷	۲/۷۴	۲/۶۸	۵/۳۶	۳/۳۸	۱/۶۵	نرخ باروری کلی
۴۷/۹۹	۵۵/۶۸	۵۱/۴۹	۶۱/۰۴	۶۲/۳۶	۶۰/۲۹	۲۳/۶۴	۴۶/۶۹	۷۴/۷۱	پیشگیری از بارداری (انواع روش‌ها)
۳۷/۶۶	۳۷/۳۵	۴۲/۹۰	۳۷/۸۳	۵۰/۸۵	۵۴/۳۶	۱۶/۳۲	۳۴/۵۱	۶۹/۲۰	پیشگیری از بارداری (روش‌های مدرن)
۲۲/۰۳	۴/۲۵	۱۳/۶۹	۳/۰۰	۱۲/۲۹	۱۴/۸۰	۳۲/۸۶	۱۵/۵۰		نسبت مرگ و میر مادران
۱/۷۹ ۳۲۹	۸۲/۰۰	۲۶۵/۴۵	۲۸/۶۹	۱۶۹/۶۷	۱۵۹/۰۷	۸۶/۷۶	۱۹۳/۰۰	۹/۰۰	نرخ مرگ و میر مادران- در هر ۱۰۰۰۰ نفر
۷۸/۰۸	۸۳/۷۵	۶۶/۷۳	۹۲/۳۳	۸۲/۵۷	۸۹/۱۷	۷۹/۰۹	۶۷/۳۸		مراقبت‌های قبل از بارداری (درصد حداقل یکبار)
۶۱/۶۰	۷۵/۰۰	۵۲/۰۰	۴۲/۰۰	۸۴/۷۰	۸۱/۲۳	۴۹/۸۶	۶۳/۷۶		مراقبت‌های قبل از بارداری- حداقل چهاربار
۷۴/۱۰	۹۲/۲۹	۶۳/۵۳	۹۸/۷۶	۸۴/۸۴	۸۱/۵۹	۵۱/۰۹	۸۱/۷۶	۹۹/۵۰	تولدهای تحت مراقبت پرسنل بهداشتی ماهر
۳۴/۱۱	۴۸/۷۵	۳۸/۵۵	۱۳/۱۱	۲۱/۵۰	۲۱/۸۱	۶۱/۷۳	۲۸/۸۱	۶/۸۶	نرخ مرگ و میر قبل از تولد- در ۱۰۰۰
۱۰/۹۶	۸/۳۸	۱۳/۹۵	۵/۸۴	۹/۶۷	۱۱/۸۷	۱۵/۱۱	۱۰/۶۰	۶/۳۸	شیوع کم وزنی نوزادان
۴۷/۸۶						۴۶/۵۳	۵۹/۳۰		بارداری زنان همراه با نقص عضو
۱۱/۳۵					۳/۷۰	۱۱/۷۳			درصد شیوع ایندز در زنان باردار ۱۵-۲۴ ساله
۲۸/۶۷	۷/۵۰	۳۳/۵۰		۱۸/۰۰	۲۸/۰۰	۳۱/۱۱			مردان ۱۵-۲۴ ساله با دانش وسیع در مورد ایندز
۲۰/۱۰	۴/۲۰	۲۷/۸۰	۰/۰۰	۳۱/۵۰	۳۳/۳۳	۲۰/۳۱	۱۲/۰۰		زنان ۱۵-۲۴ ساله با دانش وسیع در مورد ایندز

میانگین معرف‌های بهداشت باروری در مناطق جهان در جدول ۵ آمده است که برای بررسی تفاوت مناطق در هر کدام از معرف‌ها از آزمون F استفاده شده است.

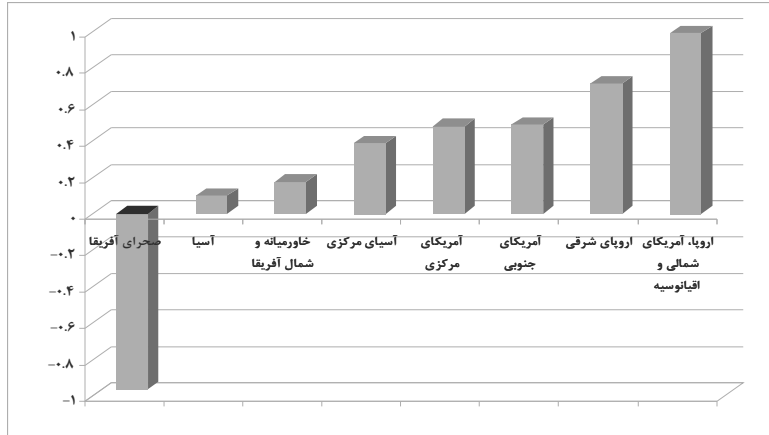
همان‌طور که مشاهده می‌شود متوسط نرخ کلی باروری در منطقه صحرای جنوبی آفریقا از بقیه بیشتر و ۵/۳ نفر، در کشورهای خاورمیانه ۳/۴ و در کشورهای اروپای شرقی ۱/۳ نفر است. این تفاوت براساس آنالیز واریانس و آزمون F معنادار است ( $P < 0.000$ ،  $P = 0.000$ ،  $df = 7$ ،  $F = 40.277$ ). میانگین پیشگیری از بارداری با انواع روش‌ها در کشورهای اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه از بقیه

بیشتر و ۷۴/۷٪ و در مقابل در صحرای آفریقای جنوبی ۲۳/۶٪ است. اما کشورهای خاورمیانه از نرخ متوسط ۴۶/۶٪ برخوردارند ( $P < 0/000$ ،  $df = 137$  و  $F = 22/835$ ). متوسط پیشگیری از بارداری با روش‌های مدرن در کشورهای اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه ۶۹/۲٪ و در صحرای آفریقای جنوبی ۱۶/۳٪ است ( $P < 0/000$ ،  $df = 137$  و  $F = 22/7$ ). همان‌طور که مشاهده می‌شود نسبت مرگ و میر مادران در کشورهای اروپای شرقی ۳٪، خاورمیانه ۱۵/۵٪ و در صحرای جنوبی آفریقا ۳۲/۸٪ است ( $P < 0/000$ ،  $df = 84$  و  $F = 17/7$ ). از طرفی نرخ مرگ و میر مادران در کشورهای اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بسیار کم و برابر با ۹٪، در خاورمیانه و آفریقای شمالی ۱۹۳ نفر است. اما این میزان در کشورهای صحرای جنوبی آفریقا بیشتر از همه و برابر با ۸۶۷/۶ نفر است ( $P < 0/000$ ،  $df = 156$  و  $F = 31/2$ ). در مورد مراقبت‌های قبل از بارداری باید گفت که در اروپای شرقی ۹۲٪ از افراد حداقل ۱ بار مراقبت‌های قبل از بارداری داشته‌اند اما این آمار در کشورهای آسیا و هم‌چنین خاورمیانه کمتر از بقیه مناطق و تقریباً ۶۶٪ است. مشاهده می‌شود این تفاوت‌ها هم براساس تحلیل واریانس معنادار است ( $P < 0/011$ ،  $df = 6$  و  $F = 3/0$ ). متوسط تولدهای تحت مراقبت پرسنل بهداشتی ماهر در کشورهای اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه ۹۹/۵٪، در کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی ۸۱/۷٪ و در کشورهای صحرای جنوبی آفریقا ۵۱٪ است ( $P < 0/000$ ،  $df = 7$  و  $F = 15/9$ ). نتایج نشان می‌دهند که میانگین نرخ مرگ و میر قبل از تولد در هر ۱۰۰۰ نفر در کشورهای اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه ۶/۸٪ و در کشورهای صحرای جنوبی آفریقا نزدیک به ده برابر و معادل ۶۱/۷٪ است. البته این تفاوت‌ها کاملاً معنادار است ( $P < 0/000$ ،  $df = 7$  و  $F = 35/1$ ). هم‌چنین متوسط شیوع کم‌وزنی در میان نوزادان کشورهای صحرای جنوبی آفریقا ۱۵/۱٪ و در اروپای شرقی ۵/۸٪ است ( $P < 0/000$ ،  $df = 7$  و  $F = 12/2$ ).

برای این‌که تصویر جامعی از وضعیت بهداشت باروری در مناطق مختلف دنیا نشان داده شود در شکل ۱ توصیف متغیر وابسته بهداشت باروری در مناطق مختلف جهان ارائه شده است. قبلاً و در بخش سنجش گفته شد که شاخص بهداشت باروری از ترکیب نرخ کلی باروری، نرخ رواج پیشگیری از بارداری (انواع روش‌ها)، نرخ رواج پیشگیری از بارداری (روش‌های مدرن)، نسبت مرگ و میر مادران، نرخ مرگ و میر مادران، میزان تولدها به‌وسیله پرسنل بهداشتی آموزش دیده و بالاخره نرخ مرگ و میر پیش از زایمان ساخته شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود متوسط میزان بهداشت باروری در کشورهای اروپا، آمریکای شمالی و اقیانوسیه از بقیه مناطق جهان بیشتر و برابر ۰/۹۸ است. پس از آن اروپای شرقی با ۰/۷۱ بیشترین امتیاز را از نظر بهداشت باروری آورده است. آمریکای جنوبی و مرکزی نیز میانگینی تقریباً برابر و حدود ۰/۴ دارند. کشورهای آسیای مرکزی متوسطی برابر با ۰/۳۸ آورده‌اند و پس از آن‌ها کشورهای خاورمیانه و آسیا به ترتیب با میانگین ۰/۱۷ و ۰/۰۹ از بهداشت باروری کمتری برخوردارند. اما متوسط این شاخص در صحرای جنوبی آفریقا از

همه قسمت‌های جهان کمتر و برابر با ۰/۹۶- است. این تفاوت‌ها با آزمون F سنجیده شده است که نتایج این آزمون حکایت از معناداری این تفاوت‌ها دارد ( $P < ۰/۰۰۰$ ،  $df = ۷$  و  $F = ۴۴/۲$ ).

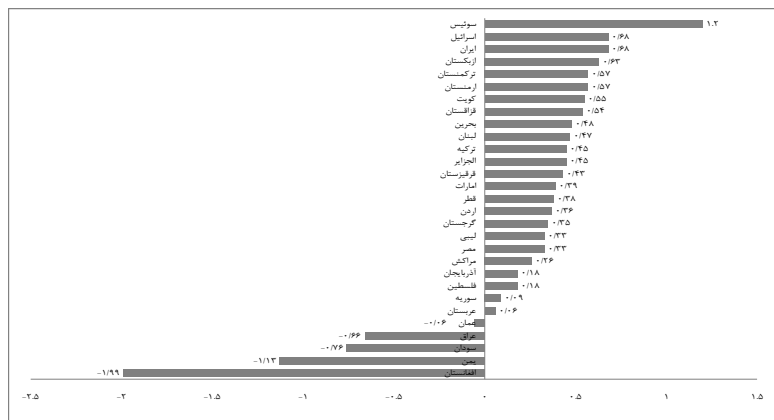
شکل ۱: وضعیت بهداشت باروری در بین مناطق مختلف جهان



### توصیف و تحلیل بهداشت باروری در آسیای میانه، خاورمیانه و شمال آفریقا:

میزان بهداشت باروری در کشورهای مورد بررسی در شکل ۲ نشان داده شده است. در این شکل برای این‌که تصویری از وضعیت بهداشت باروری در منطقه خاورمیانه و آسیای مرکزی ارائه شود، نمره این کشورها از حیث میزان بهداشت باروری نشان داده شده است.

شکل ۲: نرخ بهداشت باروری در کشورهای مورد بررسی



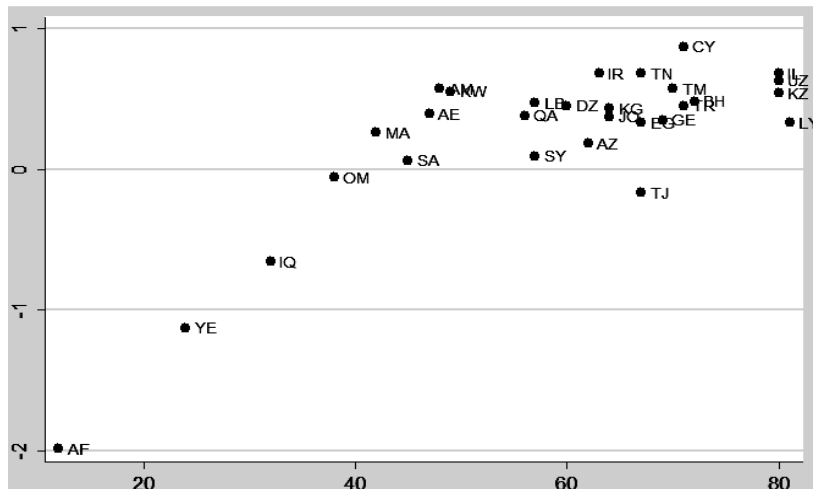
براساس شاخص ساخته شده کشورهای سوئیس، انگلستان، اسپانیا، بلژیک، آلمان، فنلاند، کره جنوبی، هلند، کانادا و دانمارک کشورهای هستند که بالاترین میزان بهداشت باروری را به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل وضعیت بهداشت باروری در افغانستان، نیجر، چاد، رواندا، سومالی، سیرالئون، گینه، آنگولا، موریتانی و لیبریا در کمترین حد در میان کشورهای بررسی شده قرار دارد. در این شکل علاوه بر کشورهای منطقه تنها به ذکر کشورهایی که دارای حداقل و حداکثر بهداشت باروری هستند اکتفا شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در میان کشورهای خاورمیانه یک دوگانگی به چشم می‌خورد. با این‌که بهداشت باروری اغلب کشورهای خاورمیانه مثل اسرائیل، ایران، کویت، بحرین، لبنان و ترکیه در مقایسه با بقیه نسبتاً بالاست، اما کشورهایی مثل یمن، سودان، عراق و عمان جزء کشورهای ضعیف از حیث بهداشت باروری هستند. در بین کشورهای آسیای میانه هم وضعیت ازبکستان، ترکمنستان و ارمنستان بهتر از کشورهای چون آذربایجان و گرجستان می‌باشد.

اما سؤال اصلی این است که این تفاوت‌ها از کجا ناشی می‌شوند. به عبارت دیگر چه عواملی در کاهش یا افزایش میزان بهداشت باروری در این کشورها نقش عمده‌ای دارند. بنابراین در گام بعد به تبیین این مسئله در این دو منطقه پرداخته شد. به همین دلیل برای پاسخ به این سؤال اصلی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. بدین منظور در حوزه‌های اقتصادی و فرهنگی شش متغیر مهمی را که بر میزان بهداشت باروری مؤثرند، مورد تحلیل قرار گرفت. در بعد اقتصادی سه متغیر درآمد سرانه، درصد جمعیتی که با کمتر از ۱ دلار در روز زندگی می‌کنند و ضریب جینی و در بعد فرهنگی شاخص آموزش، میزان دسترسی به اطلاعات دیجیتال و نرخ زنانی که دوران ابتدایی را به پایان رسانده‌اند، مورد تحلیل واقع شده‌اند. برای شناخت اثر همزمان متغیرهای مختلف بر متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون و از روش گام به گام<sup>۲۷</sup> استفاده شده است. از میان این شش متغیر براساس روش گام به گام تنها دو متغیر وارد مدل شده‌اند: شاخص آموزش و نرخ زنانی که دوران ابتدایی را به پایان رسانده‌اند. بقیه متغیرها اجازه ورود به مدل را پیدا نکرده‌اند. بنابراین تحلیل رگرسیون شامل دو مدل می‌باشد که در جدول ۸ نشان داده شده است. در هر مدل پنج ستون وجود دارد که در ستون اول ضرایب غیر استاندارد رگرسیون و در دومی مقادیر انحراف استاندارد آمده است. ضرایب استاندارد (مقادیر بتا) هم در ستون سوم ذکر گردیده‌اند. دو ستون آخر هم مربوط به آزمون معناداری ضرایب رگرسیونی است که با توجه به این‌که از روش گام به گام استفاده شده است، طبعاً تنها ضرایب معنادار باقی مانده‌اند و بقیه متغیرها از جمله متغیرهای اقتصادی که دارای ضرایب غیر معنادار بودند، از مدل حذف شده‌اند.

جدول ۸: نتایج رگرسیون اثر متغیرهای مستقل بر میزان بهداشت باروری در خاورمیانه و آسیای مرکزی

مدل ۲			مدل ۱			عدد ثابت
Beta	SD	B	Beta	SD	B	
	۰/۹۸۹	-۳/۸۲۸***		۰/۳۷۰	-۱/۳۳۱***	
شاخص آموزش	۰/۶۲۵	۰/۰۰۵	۰/۸۶۴	۰/۰۰۶	۰/۰۲۶***	
نرخ آموزش ابتدایی زنان	۰/۴۳۹	۰/۱۲				
ضریب تعیین	۰/۸۸۲		۰/۷۴۶			
ضریب تعیین تعدیل شده	۰/۸۲۴		۰/۷۰۹			

مدل اول در جدول ۸ نشان می‌دهد که شاخص آموزش به تنهایی میزان بهداشت باروری را در کشورهای آسیای مرکزی و خاورمیانه تا حد زیادی تبیین می‌کند، این بدان معناست که کشورهایی که روی آموزش سرمایه‌گذاری کرده‌اند و وضعیت آموزش در آن‌ها در حد بالایی است، میزان بهداشت باروری آن‌ها هم افزایش می‌یابد. مشاهده می‌شود که تنها شاخص آموزش به تنهایی حدود ۷۱٪ از کل تغییرات میزان بهداشت باروری را توضیح داده است.



آموزش

شکل ۳: رابطه بهداشت باروری و آموزش در آسیای مرکزی، خاورمیانه و شمال آفریقا

افغانستان	AF	سوریه	SY	اردن	JO	قزاقستان	KZ
یمن	YE	قطر	QA	مصر	EG	لیبی	LY
عراق	IQ	لبنان	LB	گرجستان	GE	اسرائیل	IL
عمان	OM	الجزایر	DZ	ترکیه	TR	ارمنستان	AM
عربستان	SA	آذربایجان	AZ	ترکمنستان	TM	کویت	KW
مراکش	MA	تاجیکستان	TJ	تونس	TN	قرقیزستان	KG
امارات	AE	ایران	IR	قبرس	CY	ازبکستان	UZ

در مدل دوم علاوه بر متغیر نمره آموزش، داشتن تحصیلات ابتدایی زنان نیز اضافه شده است که با ورود این متغیر به مدل قدرت تبیین مدل نسبت به مدل قبلی بهبود یافته و به ۰/۸۴ رسیده است. ملاحظه می‌شود که تنها این دو متغیر فرهنگی در مجموع ۰/۸۴ از تغییرات متغیر وابسته را توضیح داده‌اند. برای این‌که تصویر بهتری از تأثیر شاخص آموزش بر میزان بهداشت باروری این کشورها نشان داده شود، در شکل ۳ رابطه این دو شاخص برای کشورهای مذکور نشان داده شده است.

### بحث

در سال ۱۹۹۴ سران حدود ۱۷۹ کشور در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره، به توافق قابل توجهی در مورد بهبود وضعیت جامعه بشری و ارتباط فقرزدایی با توانمندسازی زنان و دسترسی جهانی به بهداشت باروری دست یافتند. کنفرانس قاهره هم‌چنین بر تغییرکنون سیاست‌های جمعیتی از شمار انسان‌ها به حقوق افراد و فرصت‌هایی که می‌تواند در زندگی در اختیار آنان قرار گیرد توجه نشان داد. سرمایه‌گذاری روی انسان‌ها کلید رشد پایدار اقتصادی، توسعه پایدار و هم‌چنین تعادل سطوح جمعیتی مناسب با محیط و منابع قابل دسترس است.

اما بی‌تردید یکی از مهم‌ترین عوامل جایگاه امروز کشورها از نظر برخورداری از بهداشت باروری را باید در کنفرانس قاهره جست‌وجو کرد. در کنفرانس قاهره مسائل زیادی در خصوص بهداشت باروری مورد تأکید قرار گرفت. برای مثال در زمینه تنظیم خانواده اقداماتی برای کمک به زوج‌ها و افراد در برآوردن اهداف تولید مثلی خود، جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته و کاهش وقوع بارداری‌های پرخطر و بیماری و مرگ و میر، ارائه همگانی خدمات پرکیفیت، کم‌هزینه و قابل قبول به همه کسانی که به آن‌ها نیاز داشته و خواستار آنند؛ بهبود کیفیت نصاب، اطلاعات آموزش، ارتباطات، مشاوره و خدمات؛ افزایش مشارکت و سهم مسئولیت مردان در انجام واقعی تنظیم خانواده و ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور بهبود فاصله‌گذاری بین فرزندان پیشنهاد شد. در رابطه با بهداشت، بیماری و مرگ و میر تأکید شد که همه کشورها باید دسترسی به مراقبت‌های اساسی بهداشتی و ترویج بهداشت را به‌عنوان استراتژی‌های اصلی در کاهش مرگ و میر و بیماری به حساب آورند.

تخصیص منابع کافی برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی تا همه مردم را پوشش دهد. در زمینه آموزش و پرورش هم دستیابی همگانی به تحصیلات با کیفیت بالا به‌ویژه تحصیلات ابتدایی و فنی و آموزش شغلی؛ مبارزه با بی‌سوادی و از بین بردن تفاوت‌های جنسیتی در فرصت‌های تحصیلی و حمایت از آن؛ ترویج و بهبود تحصیلات غیررسمی برای جوانان؛ ارائه و بهبود محتوای مواد درسی به نحوی که باعث قبول مسئولیت بیشتر درباره روابط متقابل بین جمعیت و توسعه پایدار، مشکلات بهداشتی، همچنین بهداشت باروری و برابری جنسیتی شده و آگاهی را در این موارد افزایش دهد، مورد تأکید قرار گرفت (جهانفر، ۱۳۷۷)<sup>۲۸</sup>.

تحلیل‌های این مقاله شامل دو بخش می‌شوند. در بخش اول مهم‌ترین هدف ارائه تصویری از وضعیت بهداشت باروری به همراه تک‌تک مؤلفه‌های آن در مناطق مختلف جهان است. همان‌طور که گفته شد وضعیت بهداشت باروری در صحرای آفریقا در بدترین شرایط قرار دارد. پس از آن منطقه آسیا، خاورمیانه و شمال آفریقا و منطقه آسیای میانه قرار دارند. از طرفی اروپا و آمریکای شمالی از این حیث مناطقی هستند که در وضعیت مطلوبی قرار دارند. بعد از آن می‌توان از اروپای شرقی و آمریکای مرکزی و جنوبی نام برد. همچنین نشان داده شد که نسبت تفاوت‌های بین گروهی به درون گروهی آن‌قدر هست که همه این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار باشد. اما سؤال این‌جاست که این رشد ناموزون چرا وجود دارد؟ چه عواملی دست‌اندرکار هستند تا میزان بهداشت باروری در یک منطقه کم و در منطقه دیگر بالا باشد؟ براساس گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل در سال ۲۰۰۳ با این‌که کشورها تلاش‌های زیادی را در جهت تصویب لوایح و قوانین مربوط به حقوق زنان، ایجاد تغییراتی در سیاست‌ها و قوانین ملی به منظور شناسایی حقوق باروری، ادغام خدمات بهداشت باروری در خدمات اولیه بهداشتی، ارتقای تسهیلات و آموزش‌های مربوطه و توسعه روش‌های تنظیم خانواده نموده‌اند، اما شکاف قابل ملاحظه بین فقیر و غنی در دستیابی آنان به خدمات بهداشتی در سراسر جهان وجود دارد. نیاز حدود ۲۰۰ میلیون زن فقیر در کشورهای در حال توسعه به لوازم پیشگیری از بارداری مؤثر هنوز هم برآورده نشده است. در سال ۲۰۰۳ حدود ۳ میلیون انسان در اثر بیماری ایدز جان باختند و حدود ۵ میلیون انسان (که زنان نیمی از آن را تشکیل می‌دادند)، به تازگی مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی گردیده‌اند که نیمی از کل موارد جدید ابتلا در میان گروه سنی جوانان بین ۱۵-۲۴ سال است (عبید، ۱۳۸۳). به‌علاوه مرگ و میر مادران هم یک شاخص بسیار مهم در بهداشت باروری و یکی از مهم‌ترین نشانه‌های تفاوت کشورهای فقیر و غنی است. در حالی‌که در اروپا ۹ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است در آفریقا حدود ۸۷۰ نفر می‌باشد. طبیعی است که یکی از مهم‌ترین فاکتورها در تبیین این مسئله بحث‌های اقتصادی و توانمندی‌های مالی متفاوت در مناطق مختلف دنیا می‌باشد. به همین دلیل هم هست که در برنامه عمل کنفرانس قاهره تأکید شده است



که کشورهای غنی باید در این زمینه به کشورهای فقیر کمک کنند و کشورها هم متعهد به کمک به کشورهای فقیرتر شده‌اند.

ما در پی نفی این واقعیت مهم که ثروت یک کشور و برخورداری از مواهب مادی کمک زیادی به افزایش میزان بهداشت باروری می‌کند، نیستیم. اما آنچه که در تحقیق حاضر و در تحلیل دو منطقه آسیای میانه و خاورمیانه و شمال آفریقا (که از حیث میزان بهداشت باروری به طور متوسط در رده‌های میانی و پایین مناطق جهان قرار دارند) مشخص شد، این است که آنچه بیش از همه بر افزایش میزان بهداشت باروری در این کشورها به طور مستقیم اثرگذار است، نه درآمد سرانه و عدم فقر، که شاخص آموزش این کشورهاست. این مسئله نتایج تحقیقات مختلف از جمله مطالعه کاچان و مارشال (۱۹۹۷)، پالیکا داوات و همکاران (۲۰۰۵) و هم‌چنین احمدنیا و همکاران (۱۳۸۷) را که به اهمیت برنامه‌های آموزش رسمی و غیررسمی به‌خصوص آموزش زنان در خصوص دست‌یابی بهتر به شاخص‌های بهداشت باروری اشاره کرده‌اند را تأیید می‌کند. در تحلیل مجزا که برای همه کشورهای دنیا انجام شد، نتایج به‌دست آمده مبنی بر اهمیت دو متغیر آموزش و نرخ سواد زنان تأیید شد. بدیهی است که یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آموزش، درآمد سرانه است. به عبارت دیگر کشورهایی که درآمد سرانه بالایی دارند، از نظر میزان شاخص آموزش هم در حد بالایی هستند. ضریب پیرسون برای این دو متغیر برای همه کشورها حدود ۰/۶۶ است که مقدار بالایی را نشان می‌دهد. اما با این‌همه با کنترل درآمد سرانه رابطه بسیار قوی بین آموزش و بهداشت باروری هم‌چنان پابرجاست. رابطه این دو متغیر حدود ۰/۹۰ است که با کنترل درآمد سرانه ضریب همبستگی تفکیکی این دو متغیر به ۰/۸۴ می‌رسد که نشان از رابطه قوی آموزش و بهداشت باروری دارد. بنابراین می‌توان گفت که مسئله بهداشت باروری بیشتر از آن‌که ابعاد اقتصادی داشته باشد (که البته نقش و اهمیت آن‌ها را نمی‌توان نادیده گرفت)، ریشه در مسائل فرهنگی از جمله تمرکز روی آموزش و به‌خصوص آموزش زنان دارد.

## یادداشت‌ها

1. Reproductive Health
2. ICPD (International Conference on Population and Development)
3. Total fertility rate
4. Contraceptive prevalence
5. Maternal mortality ratio
6. Antenatal care coverage
7. Births attended by skilled health personnel
8. Availability of basic essential obstetric care
9. Availability of comprehensive essential obstetric care
10. Perinatal mortality rate

11. Prevalence of low birth weight
12. Prevalence of positive syphilis serology in pregnant women
13. Prevalence of anaemia in women
14. Percentage of obstetric and gynaecological admissions owing to abortion
15. Reported prevalence of women with genital mutilation
16. Prevalence of infertility in women
17. Reported incidence of urethritis in men
18. Prevalence of HIV infection in pregnant women
19. Knowledge of HIV-related preventive practices
20. Acculturation
21. Reproductive health awareness
22. Secondary analysis
23. Reproductive Health Report 2006
24. Environmental Sustainability Index 2005
25. reliability

۲۶. لازم به یادآوری است، از آنجا که اطلاعات و داده‌های لازم در خصوص برخی از معرف‌ها در دسترس نبوده است، بنابراین اطلاعات ارائه شده، فقط منحصر به معرف‌های قابل دسترس است. هم‌چنین در خصوص برخی از معرف‌ها، در بعضی مناطق اطلاعات بیشتر و در برخی مناطق اطلاعات کمتری در اختیار بوده است که این مسئله در تفاوت‌های تعداد موارد در شاخص‌های مختلف نمایان است.

27. Stepwise

۲۸. هم‌چنین مراجعه شود به <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

29. Partial correlation

## منابع

- احمدنیا، ش.، صالحی، ن و معدنی‌پور، ع. (۱۳۸۷)، مقایسه جنسیتی رضایت شغلی به‌روزان ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، (در حال انتشار).
- جهانفر، م. (۱۳۷۷). *جمعیت و تنظیم خانواده*. تهران: انتشارات دهخدا.
- عبید، ثریا (۱۳۸۳). توافق‌نامه قاهره پس از یک دهه: جمعیت، بهداشت باروری و تلاش جهانی برای پایان دادن به فقر، گزارش وضعیت جمعیت جهان در سال ۲۰۰۴، مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد. قابل دسترسی در: <http://www.unic-ir.org/pr/farsi/4842004.htm>

- Anderton, J., Maharey, S., Wilson, M., Dalziel, L., & Hobbs, M. (2003). *Population and sustainable development* [On-Line]. Available: <http://www.msds.govt.nz/documents/publications/strategic-socialpolicy/population-sustainabledevelopment.pdf>.
- Cahan, J., & Marshall, M. (1997). Implementing reproductive health awareness: Progress to date. *Advances in Contraception*, 13, 363-371.
- Chapagain, M. (2006). Conjugal power relations and couples' participation in reproductive health decision-making: Exploring the links in Nepal. *Gender, Technology and Development Journal*. London: Sage Publications, pp.159-189

- Driscoll, A. K., Biggs, M. A., Brindis, C. D., & Yankah, E. (2001). Adolescent Latino reproductive health: A review of the literature. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23(3), 255-326.
- Global health council. (2004). *Banking on reproductive health: The world bank's support for population, the Cairo Agenda and the millennium development goals* [On-Line]. Available: [www.globalhealth.org](http://www.globalhealth.org).
- Pallikadavath, S., Jayachandran, A. A., & Stones, R. W. (2005). Women's reproductive health, sociocultural context and AIDS knowledge in Northern India. *Journal of Health Management*, 7(1), 109-128.
- Spicehandler, J. (1997). Issues to consider in operationalizing reproductive health. *Advances in Contraception*, 13, 345-350.
- United Nations Population Information Network. (1994). *Report of the international conference on population and development* [On-Line]. Available: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
- Makhlouf O. C. (2001). *Cultural perspectives on reproductive health*. Oxford: Oxford University Press.
- Wang, G., & Pillai, V. (2001). Measurement of women's reproductive health and reproductive rights: An analyses of developing countries. *Social Indicators Research*, 54, 17-35.
- World Health Organization. (2006). Reproductive health indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. *Reproductive Health and Research*, ISBN: 92 4 156315X, 1-67.
- Zurayk, H., Younis, N., & Khattab, H. (1994). Rethinking family planning policy in the light of reproductive health research. *International Social Science Journal*, 46(3), 423-438.