

The Relationship between Gender Inequality and Health Service Coverage in the Member Countries of the United Nations

Hatam N¹, Khammarnia M^{2*}, Ghorbanian A²

¹Associated Professor, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²PhD Candidate, Student Research Committee, School of Management and Medical Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: In the recent years, women's health has been proposed as one of the indicators of countries' development because women are more vulnerable to damage in comparison to men. The present study aimed to investigate the effect of gender inequality on women's health indicators in 2011.

Methods: The statistical community of this cross-sectional, descriptive - analytical study included all the countries of the world. However, due to the lack of access to all the countries' data, convenient sampling was used. All the data were related to 2011 and were based on the report by World Health Organization. The data were entered into the SPSS statistical software (version 16) and analyzed using Pearson correlation coefficient and one-way ANOVA.

Results: The study findings revealed significant negative relationships between gender inequality index and all the indicators of access to health services, including births attended by skilled health personnel ($r=-0.73$, $P<0.0001$), contraceptive prevalence ($r=-0.66$, $P<0.0001$), antenatal care coverage - at least four visits ($r=-0.54$, $P<0.0001$), antenatal care coverage - at least one visit ($r=-0.66$, $P<0.0001$), and unmet need for family planning index ($r=-0.55$, $P<0.0001$). Besides, the rate of gender inequality was different in the countries with four different income groups ($F=82.138$, $P<0.0001$). Also, the rate of gender inequality was higher in low-income countries compared to high-income ones.

Conclusions: Increase in gender inequality was negatively associated with the indicators of access to health services. Therefore, by reducing gender inequality, access to health services can be enhanced thereby leading to prosperity and sustainable development.

Keywords: Gender inequality, Health service coverage, Gender Inequality Index (GII)

Sadra Med Sci J 2013; 2(1): 21-30

Received: Sep. 29th, 2013

Accepted: Oct. 8th, 2013

*Corresponding Author: **Khammarnia M.** PhD Candidate, Student Research Committee, School of Management and Medical Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, m_khammar1985@yahoo.com

مقاله پژوهشی
(Original Article)

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۲، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۲، صفحات ۲۱ تا ۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۷/۱۶ تاریخ دریافت: ۹۲/۰۷/۰۷

بررسی ارتباط نابرابری جنسیتی و پوشش خدمات سلامت در کشورهای عضو سازمان ملل متحد ناهید حاتم^۱، محمد خمرنیا^{۲*}، عظیمه قربانیان^۳

^۱دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۳کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- شیراز- ایران

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر سلامت و بهداشت زنان به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها مطرح می‌باشد؛ زیرا زنان بیشتر از مردان در معرض آسیب قرار دارند. هدف مطالعه حاضر بررسی تعیین ارتباط نابرابری جنسیتی بر شاخص‌های سلامت زنان در سال ۲۰۱۱ بود.

مواد و روش: این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی بود که به روش اکولوژیک و با اهداف کاربردی انجام شد. در این پژوهش، جامعه آماری شامل کل کشورهای جهان بودند و با توجه به عدم دسترسی به تمام داده‌های کشورها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. داده‌ها مربوط به سال ۲۰۱۱ و بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (one-way ANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بین شاخص نابرابری جنسیتی با تمام شاخص‌های دسترسی به خدمات سلامت که شامل درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده ($P < 0/0001$ و $r = -0/73$)، درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ($P < 0/0001$ و $r = -0/66$)، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان حداقل چهار بار ($P < 0/0001$ و $r = -0/54$)، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان حداقل یک بار ($P < 0/0001$ و $r = -0/66$) و شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده ($P < 0/0001$ و $r = -0/55$) می‌شود؛ ارتباط معنی‌دار و منفی وجود داشت. همچنین میزان نابرابری جنسیتی در کشورهای چهار گروه درآمدی (درآمد بالا، متوسط رو به بالا، متوسط رو به پایین و کم درآمد) با هم متفاوت بود ($F = 82/138$ ، $P < 0/0001$) و میزان نابرابری جنسیتی در کشورهای با درآمد پایین بیشتر از کشورهای با درآمد بالا بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به آنکه افزایش نابرابری جنسیتی با شاخص‌های دسترسی به خدمات سلامت رابطه منفی دارند؛ لذا با کاهش نابرابری جنسیتی می‌توان دسترسی به خدمات سلامت را افزایش داده و از این طریق گامی در جهت رفاه عمومی و توسعه پایدار برداشت.

واژگان کلیدی: نابرابری جنسیتی، پوشش خدمات، شاخص نابرابری جنسیتی

* نویسنده مسئول: محمد خمرنیا، دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران m_khammar1985@yahoo.com

مقدمه

یکی از مهم‌ترین راهکارها در مسیر نیل به عدالت اجتماعی، برابری در سیستم‌های نظام سلامت کشورها، دسترسی آسان و مستمر تمام افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد (۱). سلامت خوب و دسترسی عادلانه به مراقبت‌های با کیفیت صرف نظر از سن، جنس، نژاد و محل جغرافیایی هدف مهم نظام‌های سلامت در همه کشورها می‌باشد (۲) و موجب شده است که موضوع مهم گذشته و حال حاضر کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات بهداشتی-درمانی مناسب باشد (۱).

همچنین بر اساس اهداف سازمان ملل یکی از شاخص‌های اهداف توسعه هزاره در جهت بهبود و توسعه پایدار کشورهای جهان، شاخص دسترسی به خدمات سلامت (Health service coverage) می‌باشد که هر ساله توسط سازمان بهداشت جهانی مورد توجه قرار می‌گیرد. این شاخص دارای پنج مولفه اصلی به شرح زیر می‌باشد؛ شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده (Unmet need for family planning (% (نسبت زنان ۱۵ - ۴۹ سال که خود یا همسر آن‌ها از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند، اما ضمناً نمی‌خواهند صاحب فرزند شوند)، درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ((Contraceptive prevalence (%))، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان (حداقل یک بار ویزیت) (Antenatal care coverage-at least one visit (%))، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان (حداقل چهار بار ویزیت) (Antenatal care coverage (at least four visits (%))، درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده (Births attended by skilled health personnel (%)) است. بنابراین افزایش و بهبود این شاخص‌ها نشان‌دهنده بهبود سلامت و توسعه اجتماعی اقتصادی آن کشور می‌باشد (۳).

همچنین در سال‌های اخیر سلامت و بهداشت زنان به عنوان یکی از شاخص‌های مهم توسعه کشورها مطرح می‌باشد زیرا زنان بیش از مردان در معرض آسیب قرار دارند و عوامل فرهنگی-اجتماعی همچون خشونت علیه زنان و جایگاه زن در خانواده تاثیر به‌سزایی در سلامت آن‌ها دارد (۴).

توجه به برابری جنسیتی تا دهه ۱۹۹۰ مورد توجه دقیق دولت‌ها قرار نگرفته بود (۲). مطالعه‌ای در ۳۱ کشور در حال توسعه در مورد دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی نشان می‌دهد که رابطه مثبتی بین دسترسی زنان به خدمات بهداشتی و افزایش سطح سلامت کودکان آن‌ها وجود دارد (۴). همچنین مطالعه دیگری در اسپانیا نشان داد که زنان به دلیل نابرابری جنسیتی وضعیت سلامت پایین‌تری نسبت به مردان دارند (۵). توجه به مقوله‌ی برابری جنسیتی به عنوان یکی از مباحث مرتبط با توسعه‌ی اقتصادی-اجتماعی در هزاره‌ی جدید از اهمیت خاصی برخوردار است. در گزارش بانک جهانی ۲۰۰۳ بیان شده است که «اکنون کشورهای توسعه یافته متوجه شده‌اند سیاست‌ها و اقدامات توسعه‌ای که نابرابری جنسیتی را نادیده گرفته و از کنار نابرابری میان زنان و مردان بی‌تفاوت می‌گذرند، کارایی کمتری دارند و هزینه‌های مضاعفی را تحمیل می‌کنند» (۶). شاخص نابرابری جنسیتی (Gender Inequality Index (GII)) سنجه‌ای ترکیبی است که منعکس کننده نابرابری بین زنان و مردان در سه بعد بهداشت باروری، توانمندسازی و بازار کار است. مقدار این شاخص عددی بین صفر (زمانی که زنان و مردان برابرند) و یک (هنگامی که در همه ابعاد بین زنان و مردان در مقایسه با هم کاملاً نابرابری وجود دارد) متفاوت است. بعد سلامت توسط دو شاخص نسبت مرگ و میر مادران و نرخ باروری نوجوانان اندازه‌گیری می‌شود. بعد توانمندسازی نیز توسط دو شاخص سهم از کرسی‌های پارلمانی برگزار شده توسط هر جنس و سطح دستیابی متوسطه و بالاتر در آموزش و پرورش اندازه‌گیری

زنان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، منجر به ایجاد منافع اجتماعی از طریق کاهش باروری و مرگ و میرنوزادان، بهبود بهداشت کودکان و خانواده، افزایش امید به زندگی و افزایش کیفیت و کمیت سطوح آموزشی فرزندان می‌شود. آن‌ها با در نظر گرفتن سرمایه‌ی انسانی زنان و مردان به صورت مجزا، به این نتیجه رسیدند که با توزیع متعادل‌تر آموزش میان زنان و مردان منجر به درآمد سرانه بالاتری در شرایط پایدار خواهد شد. چنین اثراتی برای مناطقی چون خاورمیانه که نابرابری جنسیتی قابل توجه است، نسبتاً چشمگیر است (۱۱).

بر اساس یافته‌های منتشر شده از گزارش توسعه انسانی در سال ۲۰۱۱ کشور ایران از لحاظ شاخص نابرابری جنسیتی با امتیاز (۰/۴۸۵) دارای رتبه ۸۸ در بین کشورهای جهان می‌باشد (۱۲). همچنین بر اساس مطالعه‌ای در ایران (۱۳۸۸) مشخص شد که سطح سلامت زنان کمتر از سلامت مردان می‌باشد که یکی از دلایل آن را نابرابری‌های جنسیتی بین این دو گروه بیان کرده‌اند (۱۳).

با توجه به اهمیت نابرابری جنسیتی بر شاخص‌های سلامت زنان مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه نابرابری‌های جنسیتی و شاخص‌های دسترسی به خدمات سلامت (شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده، درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان (حداقل یک بار ویزیت)، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان (حداقل چهار بار ویزیت)، درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده) انجام شده است. از طرفی بر اساس مطالعات، زنان در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط تحت تاثیر آسیب پذیری‌های ناشی از نابرابری جنسیتی، فقر و عوامل محیطی قرار می‌گیرند (۱۴). همچنین بر اساس مطالعات انجام شده بهبود و افزایش شاخص‌های توسعه موجب افزایش درآمد سرانه کشورها می‌شود (۱۵). لذا نابرابری جنسیتی در کشورهای چهار گروه

می‌شود. بعد کار نیز با مشارکت زنان در نیروی کار اندازه گیری می‌شود (۷). این ابعاد سه گانه در واقع جنبه‌هایی از توسعه انسانی هستند که بوسیله نابرابری جنسیتی از بین می‌رود. به عبارتی شاخص نابرابری جنسیتی برای نشان دادن میزان دستیابی ملی در این جنبه‌ها ایجاد شده است. همچنین این شاخص بنیان‌های تجربی برای تحلیل خط مشی و تلاش‌های حقوقی را فراهم می‌کند (۷). بر اساس تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر رابطه نزدیکی بین GDI (شاخص توسعه یافتگی تعدیل شده بر اساس جنسیت) و شاخص‌های دسترسی به درآمد، آموزش و امید به زندگی در زنان وجود دارد و همچنین با افزایش درآمد، آموزش و امید به زندگی و در نهایت افزایش شاخص توسعه انسانی، موقعیت اجتماعی زنان افزایش می‌یابد. همچنین مطالعه‌ای نشان داده است که با افزایش درصد جمعیت محروم از تسهیلات زندگی و خدمات بهداشتی درمانی، نابرابری بین زنان و مردان بیشتر می‌شود (۸).

نابرابری اجتماعی و جنسیتی از جمله عواملی است که تاثیر بسیار زیادی بر سطح زندگی، دسترسی به آموزش و سلامت به عنوان نیازهای اولیه و اساسی افراد جامعه دارد. موقعیت متفاوت افراد در دسترسی به خدمات و امکانات بهداشتی، اقتصادی و آموزشی ناشی از نابرابری در فرصت‌های دسترسی آنان می‌باشد. زنان و دختران به دلیل قرار گرفتن در موقعیت‌های تبعیض آمیز و فشار ناشی از نابرابری و طرد اجتماعی که در نتیجه موقعیت حاشیه ای و نگاه اقلیتی به آنها شکل گرفته، در معرض نابرابری جنسیتی بیشتری می‌باشند (۹). شواهد تجربی متعددی نقش برابری جنسیتی را در سلامت زنان و در نتیجه سلامت خانواده نشان داده‌اند. به عنوان مثال آموزش بالاتر زنان منجر به افزایش آگاهی و دانش مادران می‌شود و به کاهش نرخ مرگ و میر و سوء تغذیه نوزادان کمک می‌نماید (۱۰). کلاسن و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند شواهدی وجود دارد که آموزش

برای انتخاب شاخص‌های پوشش خدمات سلامت مربوط به اهداف توسعه هزاره و برای تقسیم کشورها به چهار گروه درآمدی به گزارش آمار سلامت جهان مربوط به سال ۲۰۱۲ استناد شده است (۳). برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی چون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (آنوا) استفاده شد.

یافته ها

یافته‌های این مطالعه نشان داد که کشورهای با درآمد بالای متوسط ۵۲ درصد کل کشورها را تشکیل می‌دهند (جدول شماره ۱). همچنین بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک طرفه میزان نابرابر جنسیتی در بین کشورهای چهار گروه درآمدی (درآمد بالا، متوسط رو به بالا، متوسط رو به پایین و کم درآمد) تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ($F=۸۲/۱۳۸P<$ (جدول شماره ۲)، بر اساس آزمون تعقیبی (LSD) میزان نابرابری جنسیتی در کشورهای با درآمد بالا از سه گروه کشور دیگر کمتر بوده است. کمترین میزان نابرابری جنسیتی در کشورهای با درآمد بالا ($GII= ۰/۱۹$) و به ترتیب با افزایش میزان درآمد کشورها میانگین میزان نابرابری جنسیتی کاهش یافته است به طوری که در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، میانگین میزان نابرابری جنسیتی ۰/۳۹، در کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین این میزان ۰/۵۰ و در کشورهای با درآمد پایین بیشترین میزان نابرابری جنسیتی ($GII= ۰/۵۸$) مشاهده شد.

بر اساس جدول شماره ۳- در کشورهای با درآمد بالا رابطه آماری معنی‌داری بین شاخص نابرابری جنسیتی و شاخص‌های دسترسی به خدمات مشاهده نشد، در کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط هم تنها درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده با نابرابری جنسیتی رابطه معنی‌دار و در جهت عکس داشت ($P= ۰/۰۴$). اما بین کشورهای با درآمد

درآمدی (درآمد بالا، درآمد متوسط رو به بالا، درآمد متوسط رو به پایین و کشورهای کم درآمد) بررسی و مقایسه شده است و رابطه این نوع نابرابری با شاخص‌های دسترسی به خدمات سلامت در هر گروه از کشورها نیز مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش

این مطالعه پژوهشی توصیفی- تحلیلی است که به روش اکولوژیک و با اهداف کاربردی انجام شده است. در این پژوهش جامعه آماری شامل تمام کشورهای جهان بود و از بین آنها کشورهایی انتخاب شدند که آمار شاخص نابرابری جنسیتی برای سال ۲۰۱۱ در دسترس بود. در برخی از این کشورها هر چهار شاخص پوشش خدمات سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره (شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده، درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان (حداقل یک بار ویزیت)، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان (حداقل چهار بار ویزیت)، درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده) به طور رسمی اعلام شده بود و در برخی کشورها داده‌های آن موجود نبود. لذا آن کشور در بررسی رابطه آن شاخص با شاخص نابرابری جنسیتی در نظر گرفته نشد. بر این اساس نمونه‌های پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، و با مراجعه به سایت سازمان بهداشت جهانی و سایت سازمان ملل متحد و مطالعه گزارش آمار سلامت جهان مربوط به سال ۲۰۱۲ و نیز گزارش توسعه انسانی ۲۰۱۱ داده‌های لازم استخراج گردید. شایان ذکر است تمام داده‌ها مربوط به سال ۲۰۱۱ است و تنها در مورد دو شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده و درصد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری جدیدترین داده‌های موجود مربوط به سال ۲۰۱۰ بود.

حداقل چهار بار ($P=0/009$ و $t=-0/50$)، درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار ($P<0/0001$) و $t=-0/58$) و شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده

پایین تر از متوسط شاخص نابرابری جنسیتی با درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری ($P<0/0001$) و $t=-0/74$)، درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان

جدول شماره ۱- تقسیم بندی کشورهای نمونه پژوهش به چهار گروه درآمدی

ردیف	گروه درآمدی	تعداد کشور	درصد	درصد تراکمی
۱	کشورهای با درآمد بالا	۴۹	۲۶/۲	۲۶/۲
۲	کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا	۵۲	۲۷/۸	۵۴/۰
۳	کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین	۵۱	۲۷/۳	۸۱/۳
۴	کشورهای با درآمد پایین	۳۵	۱۸/۷	۱۰۰
	کل کشورهای نمونه پژوهش	۱۸۷	۱۰۰	

جدول شماره ۲- مقایسه شاخص نابرابری جنسیتی و شاخص های پوشش خدمات سلامت در چهار گروه درآمدی

P-value	ANOVA		متغیر	ردیف
	F	df		
$P<0/0001$	۸۲/۱۳۸	۱۴۵	شاخص نابرابری جنسیتی	۱
$P<0/0001$	۵۱/۴۷۱	۱۶۱	درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده	۲
$P<0/0001$	۱۳/۶۹۸	۱۰۳	درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۳
$P<0/0001$	۱۵/۵۲۰	۸۶	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار	۴
$P<0/0001$	۱۲/۰۶۲	۱۳۸	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار	۵
$P<0/0001$	۸/۳۳۳	۵۶	شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده	۶

در نهایت یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که شاخص نابرابری جنسیتی با تمام شاخص های دسترسی به خدمات سلامت ارتباط منفی معنی داری داشت، ($P<0/0001$) بدین صورت که با افزایش نابرابری جنسیتی دسترسی به خدمات سلامت کاهش می یافت (جدول شماره ۴).

($P=0/018$ و $t=-0/53$) رابطه آماری معنی دار داشت. در کشورهای کم درآمد نیز تمام شاخص های دسترسی به خدمات سلامت به جز درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار و نیاز برآورده نشده تنظیم خانواده با نابرابری جنسیتی رابطه منفی معنی دار داشت ($P<0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- میانگین و ضرایب همبستگی اسپیرمن شاخص نابرابری جمعیتی و شاخص های منتخب پوشش خدمات سلامت برای کشورهای چهارگروه درآمدی

ردیف	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی اسپیرمن	P-value
۱	شاخص نابرابری جنسیتی	۴۴	۱۹/۰	۰/۱۲	-	-
۲	درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده	۳۵	۲۸/۹۹	۱/۰۲	۰/۷۶۶	۰/۰۵۳
۳	درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۱۱	۶۶/۹۹	۱۹/۹۴	۰/۱۷۰	-۰/۴۴۵
۴	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار	۱۰	۸۷/۴۰	۲۳/۶۸	۰/۸۶۴	-۰/۰۶۷
۵	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار	۲۱	۹۸/۸۶	۰/۴۹	۰/۲۱۳	-۰/۲۹۱
۶	شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده	۲	۴/۵۰	۳/۵۳	-	-
۱	شاخص نابرابری جنسیتی	۳۷	۳۹/۰	۰/۰۹	-	-
۲	درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده	۴۷	۹۴/۵۷	۱۰/۱۹	۰/۰۴۴	-۰/۳۵۳
۳	درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۲۳	۵۴/۴۸	۲۰/۸۵	۰/۳۹۹	۰/۲۱۲
۴	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار	۲۱	۷۷/۸۱	۱۹/۱۷	۰/۲۰۸	۰/۳۱۲
۵	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار	۴۰	۹۴/۳۰	۷/۸۵	۰/۷۸۲	۰/۰۵۷
۶	شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده	۱۱	۱۱/۷۳	۷/۳۶	۰/۵۴۴	-۰/۲۰۵
۱	شاخص نابرابری جنسیتی	۳۷	۰/۵۰	۰/۱۲	-	-
۲	درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده	۵۰	۷۳/۳۲	۲۱/۶۰	<۰/۰۰۰۱	-۰/۶۴۸
۳	درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۴۴	۴۸/۳۹	۲۰/۹۵	<۰/۰۰۰۱	-۰/۷۴۴
۴	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار	۳۴	۶۶/۸۵	۱۹/۰۸	۰/۰۰۹	-۰/۵۰۹
۵	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار	۴۹	۸۵/۱۴	۱۵/۷۸	<۰/۰۰۰۱	-۰/۵۸۲
۶	شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده	۲۷	۱۸/۷۸	۱۰/۶۲	۰/۰۱۸	۰/۵۳۶
۱	شاخص نابرابری جنسیتی	۲۸	۰/۵۸	۰/۱۳	-	-
۲	درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده	۳۰	۵۵/۲۰	۲۳/۸۸	۰/۰۳۴	-۰/۴۱۷
۳	درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۲۶	۲۷/۳۵	۱۵/۳۵	۰/۰۰۸	-۰/۵۵۰
۴	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار	۲۲	۴۴/۶۴	۱۸/۱۴	۰/۸۸۰	۰/۰۳۸
۵	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار	۲۹	۸۰/۱۷	۱۷/۴۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۱
۶	شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده	۱۷	۲۶/۸۲	۷/۲۱	۰/۷۴۱	۰/۰۹۷

جدول شماره ۴- میانگین و ضرایب همبستگی اسپیرمن مربوط به شاخص نابرابری جنسیتی و شاخص های پوشش خدمات سلامت کشورهای جهان

ردیف	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی اسپیرمن	P-value
۱	شاخص نابرابری جنسیتی	۱۴۹	۰/۳۹۴۲	۰/۱۸۸	-	-
۲	درصد زایمان بوسیله پرسنل آموزش دیده	۱۹۵	۶۷/۹	۳۷/۳	۰/۷۳۰	<۰/۰۰۰۱
۳	درصد استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۱۰۴	۴۶/۴	۲۲/۹	-۰/۶۶۲	<۰/۰۰۰۱
۴	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل چهار بار	۸۴	۶۶/۲	۲۳/۸	-۰/۵۴۷	<۰/۰۰۰۱
۵	درصد پوشش مراقبت های پیش از زایمان حداقل یک بار	۱۳۹	۸۸/۸	۱۴/۵	-۰/۶۶۷	<۰/۰۰۰۱

۶	شاخص نیاز برآورده نشده در تنظیم خانواده	۵۷	۱۹/۳	۱۰/۶	-۰/۵۵۲	<۰/۰۰۰۱
---	---	----	------	------	--------	---------

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی رابطه نابرابری جنسیتی و پوشش خدمات سلامت در کشورهای عضو سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۱ بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد میزان نابرابری جنسیتی در کشورهای گروه‌های مختلف درآمدی (درآمد بالا، متوسط رو به بالا، متوسط رو به پایین و کم درآمد) متفاوت است و کمترین میزان نابرابری جنسیتی در کشورهای با درآمد بالا و بیشترین آن در کشورهای کم درآمد مشاهده شد. این موضوع نشان‌دهنده آن است که افزایش درآمد کشورها موجب می‌شود تا شرایط اجتماعی زنان بهبود پیدا کرده و نابرابری بین آن‌ها و مردان به کمترین میزان برسد. در مورد ارتباط جنسیت و سلامت آمارها نشان می‌دهند که زنان عمر طولانی‌تری نسبت به مردان دارند، اما باید توجه داشت آنان در طول زندگی خود بیشتر از بیماری‌ها رنج می‌برند (۱۶) و میزان ناخوشی و ابتلا در بین آنان بیشتر گزارش شده است (۱۷). گرچه بخشی از اختلاف سلامت زنان و مردان مربوط به تفاوت‌های بیولوژیک است اما قسمتی از آن ناشی از شرایط اجتماعی زنان و مردان می‌باشد. به عبارتی بخشی از ناخوشی و ابتلا به بیماری‌ها در زنان ناشی از پایین بودن دسترسی آنان به خدمات سلامت می‌باشد. به این ترتیب نابرابری جنسیتی به عنوان شرایط اجتماعی حاکم بر جامعه موجب کاهش دسترسی زنان به خدمات سلامت می‌شود، که قابل بهبود بوده و کشورها می‌توانند در جهت رفع آن اقدام نمایند.

بر اساس مطالعه حاضر درصد تامین این شاخص‌ها در کشورهای جهان در حد متوسط می‌باشد و این نشانگر آن است که تمام کشورها به پوشش کامل خدمات بهداشتی درمانی دست نیافته‌اند. همچنین بین میزان نابرابری جنسیتی و دسترسی به خدمات سلامت رابطه منفی معنی‌دار

وجود دارد. در همین راستا رویدا (Rueda) و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی رابطه نابرابری جنسیتی و دسترسی به خدمات بارداری برای زنان را بررسی کردند. ایشان بیان کردند که با افزایش میزان نابرابری جنسیتی دسترسی به خدمات بارداری برای زنان کمتر شده است (۵). این نتایج یافته‌های مطالعه حاضر را تایید می‌کند.

باروترا (Bhalotra) (۲۰۰۰) در پژوهش خود دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی را در ۳۱ کشور درحال توسعه بررسی نمود، بر اساس یافته‌های مطالعه وی رابطه مثبتی بین دسترسی زنان به خدمات بهداشتی و افزایش سطح سلامت کودکان آن‌ها وجود دارد (۴).

بر اساس مطالعات پیشین، بین نابرابری جنسیتی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری رابطه منفی وجود دارد (۱). بنابراین باید به نابرابری‌های جنسیتی که مانع مهمی در دسترسی و استفاده برابر از خدمات سلامت می‌باشند، بیشتر توجه نمود. خیاطیان نیز بیان کرده است جنسیت به عنوان یکی از عوامل موثر در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد (۱).

همچنین بوی (Bui) (۲۰۱۲) در مطالعه انجام شده در ویتنام بیان می‌کند که نابرابری جنسیتی بر بهداشت باروری زنان تاثیر دارد به گونه‌ای که افزایش نابرابری‌های منجر به اختلال در روابط زوجین و کاهش دسترسی به خدمات و روش‌های پیشگیری از بارداری می‌شود (۱۸). نتایج مطالعه ناماسیوا (Namasiva) (۲۰۱۲) در چهار کشور توسعه یافته نشان داد که نابرابری جنسیتی ارتباط منفی با دسترسی به خدمات بهداشتی باروری به خصوص دسترسی به مراقبت‌های بارداری دارد و موجب کاهش دسترسی به این خدمات می‌شود (۱۹). این نتایج نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

کسب کرسی‌های سیاسی از راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش نابرابری جنسیتی در کشورها محسوب می‌شود.

References

1. Khaiatian M, Nasiri poor A. Factors affecting on access to services from the employee's perspective on ray urban health care centers. Journal of Health Pyavord 2010; 4(4): 18-29. [In Persian]
2. Jonsson PM, Schmidt I, Sparring V, Tomson Gr. Gender equity in health care in Swedenan Minor improvements since the 1990s. Health Policy. 2006;77(1):24-36.
3. World Health Organization. World health statistics 2012. Accessible at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
4. (UNFPA) UN. State of World Population 2005. New York 2005. Accessible at: www.unfpa.org/swp/2005/pdf/en_swp05.pdf
5. Park k. text book of prevention and social medicine. Translated by Rafei Shripak kh. Tehran: Ilia publication; 2002.
6. Rueda J, Pontusson J. the politics of inequity: vote mobilization and left parties in advanced industrialia state. Published by Sage Publication. 2010.
7. World Bank. Gender Equality and the Millennium Development Goals. Washington 2003.
8. United Nations Development Programme(UNDP). Frequently Asked Questions (FAQs) about the Gender Inequality Index (GII) 2012. Accessible at: http://hdr.undp.org/en/media/FAQs_2011_GII.pdf.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نابرابری جنسیتی موجب کاهش زایمان‌ها توسط پرسنل آموزش دیده می‌شود و این شاخص در کشورهای در حال توسعه پایین‌تر از کشورهای پیشرفته می‌باشد. از سوی دیگر نتایج مطالعه مومتاز (Mumtaz) (۲۰۱۲) در پاکستان نشان داد نابرابری‌های اجتماعی موجب کاهش تعداد زایمان‌ها به وسیله افراد آموزش دیده می‌شود (۲۰). لذا در جوامعی که زنان از حقوق اجتماعی پایینی برخوردار هستند، دسترسی آنها به بسیاری از خدمات به خصوص خدمات سلامت که بر اساس سازمان بهداشت جهانی حق هر انسانی است محروم می‌باشند که این خود عاملی برای عدم توسعه کشورها و سیکل معیوب فقر و بیماری می‌باشد.

مطالعات اکولوژیک دارای محدودیت‌هایی از جمله وجود اطلاعات ناقص در پژوهش می‌باشد که در این مطالعه نیز پژوهشگران با آن مواجه بودند و برای رفع آن کشورهایی انتخاب شدند که اطلاعات کاملی در مورد شاخص‌های مورد نظر داشتند.

نتیجه گیری

دسترسی به خدمات سلامت در راستای اهداف توسعه هزاره بوده و تمام کشورهای عضو سازمان ملل ملزم شده‌اند شرایط خود را در این حوزه ارتقاء دهند، از طرفی با توجه به رابطه منفی نابرابری جنسیتی و دسترسی به خدمات سلامت، به نظر می‌رسد سیاستگذاران و تصمیم سازان کشورها همگام با سیاستگذاران بخش سلامت، برای افزایش پوشش دسترسی خدمات سلامت تلاش نمایند. یکی از حوزه‌های اثربخش در راستای ارتقای این شاخص، کاستن از نابرابری جنسیتی می‌باشد. تلاش برای کاهش میزان مرگ و میر مادران و کاهش باروری در سنین نوجوانی همچنین توانمندسازی زنان در تحصیلات و پر رنگ نمودن حضور آنان در اشتغال و

16. Baba Kani M. economic development and Income Inequality and health in Iran. *Journal of social welfare* 2008; 7(28): 39-289. [In Persian]
17. Rosenberg MW, Wilson K. Gender, poverty and location: how much difference do they make in the geography of health inequalities? *Social Science & Medicine*. 2000;51(2): 87-275.
18. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2002;54(5):693-706.
19. Bui TC, Markham CM, Ross MW, Williams ML, Beasley RP, Tran LT, et al. Perceived gender inequality, sexual communication self-efficacy, and sexual behaviour among female undergraduate students in the Mekong Delta of Vietnam. *Sex Health*. 2012;9(4):314-22.
20. Namasivayam A, Osuorah DC. The role of gender inequities in women's access to reproductive health care: A population-level study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *International Journal of Women's Health* 2012; 4(1):351-64.
21. Mumtaz Z, O'Brien B, Bhatti A, Jhangri G. Are community midwives addressing the inequities in access to skilled birth attendance in Punjab, Pakistan? Gender, class and social exclusion. *BMC Health Services Research* 2012;10(33):326.
9. Zangi Abadi A, Mosavi M. The analysis of gender inequality and Indicators relating to it in Middle East. *Journal of Amaesh Geographical* 2009 ;(7): 39-55. [In Persian]
10. Khani F. Analytical frame work for the study of gender inequality in World. *Journal of Women* 2010; 8(3): 7-30. [In Persian]
11. Knowles S, Lorgelly K, Owen P. Are Educational Gender Gaps a Brake On Economic Development? Some Cross-Country Empirical Evidence. *Oxford Economic Papers*. 2002;54(1):94- 118.
12. Klasen S. Low Schooling For Girls, Slower Growth For All? Cross Country Evidence on the Effect of Gender Equality in Education on Economic Development. *The World bank Economic Review*. 2002;16(3):345-73.
13. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 2011 Sustainability and Equity: A Better Future for All*. New York 2011.
14. Mardani M, Khani F. Analysis of the relationship between human development and gender with Indicators of Deprivation and reproductive enjoyment. *Journal of Women* 2009; 7(3): 38-54. [In Persian]
15. Hasnain SF, Johansson E, Mogren I, Krantz G. Young adults' perceptions on life prospects and gender roles as important factors to influence health behaviour: a qualitative study from Karachi, Pakistan. *Glob J Health Sci*. 2012;4(3):87-97.