

رابطه سلامت مادران با کیفیت زندگی در استان‌های جمهوری اسلامی ایران

غلامعلی ارسلانی*، حمیرا سجادی**، حسن رفیعی***، کرم حبیب‌پور گنابی****

مقدمه: کیفیت زندگی به‌عنوان برون‌داد نهایی برنامه‌های توسعه در نظر گرفته می‌شود و در نتیجه، توجه به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی برای حفظ و ارتقای آن مورد توجه جدی می‌باشد. پژوهش حاضر یک مطالعه اکولوژیک است که رابطه بین سلامت مادران و کیفیت زندگی را در استان‌های کشور در سال ۱۳۸۸ بررسی نموده است.

روش: در این پژوهش، با استفاده از شاخص کیفیت زندگی واحد اطلاعات اکونومیست و شاخص مادران سازمان بین‌المللی نجات کودکان، کیفیت زندگی کل و سلامت مادران در تمام استان‌های ایران در سال ۱۳۸۸ بررسی شده و با روش توکسونومی عددی، رتبه‌بندی استان‌ها انجام و با استفاده از ضریب همبستگی، به بررسی ارتباط بین این دو متغیر پرداخته شده است. یافته‌ها: بین سلامت مادران و کیفیت زندگی کل در ایران، همبستگی معنی‌دار و قوی و مثبتی وجود داشت. استان تهران دارای بالاترین سطح سلامت مادران و بالاترین سطح کیفیت زندگی کل بود. استان سیستان و بلوچستان نیز در پایین‌ترین سطح سلامت مادران و پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی کل قرار داشت.

بحث: با استناد به نتایج به‌دست آمده از این مطالعه و نقش اساسی و انکارناپذیر سلامت مادران در کیفیت زندگی، مباحث مربوط به سلامت مادران می‌بایست در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های ارتقای کیفیت زندگی مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: استان‌های ایران، سلامت مادران، کیفیت زندگی، مطالعه اکولوژیک
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲۹/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۲۵/۱۲

- این مقاله برگرفته از پایان‌نامه غلامعلی ارسلانی بر او دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته رفاه اجتماعی با عنوان سلامت مادران، کیفیت زندگی و رابطه آن‌ها در استان‌های جمهوری اسلامی ایران به راهنمایی استاد راهنما سرکار خانم دکتر حمیرا سجادی و مشاوره استاد مشاوره جناب آقای دکتر حسن رفیعی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می‌باشد.
* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
** دکتر تخصصی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. < safaneh_s@yahoo.com > (نویسنده مسئول)
*** روان‌پزشک مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
**** دکتر جامعه‌شناسی توسعه، دانشگاه تهران.

2. save the children

مقدمه

کیفیت زندگی به عنوان تعادلی در تأمین و ارضای نیازهای زیست‌شناختی و انسانی و یکپارچه‌سازی مردم در عرصه‌ها و موقعیت‌های اجتماعی‌شان تعریف می‌شود که با تعیین قواعد تجربی نیازهای بشر مرتبط است (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸) و می‌تواند به نوعی بیانگر وضعیت افراد ساکن در یک کشور یا منطقه باشد (رویگ^۱، ۱۹۸۲). کیفیت زندگی، مفهومی چندسویه و مبهم است که در سطوح مختلف، از سنجش اجتماع محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی به کار می‌رود (فلس^۲ و پری^۳، ۱۹۹۵). نظریات اولیه مربوط به کیفیت زندگی، بیشتر بر نگرانی‌ها و اولویت‌های فردی تأکید داشتند؛ اما در سال‌های اخیر، مباحث نظری، از فردمحوری به سمت نگرانی‌های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی، ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه تغییر یافته است (اشمیت^۴، ۲۰۰۲).

از دهه‌های پایانی قرن بیستم، در پی بروز پیامدهای منفی حاصل از رویکردهای توسعه‌ای متمرکز بر رشد اقتصادی و همچنین برجسته شدن جنبه‌های اجتماعی توسعه در قالب مباحث توسعه و سیاست اجتماعی، سازه کیفیت زندگی به عنوان شاخصی برای ارزیابی و جهت دادن به برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه در سطوح مختلف و همچنین اصلاح و تقویت رویکردهای جدید توسعه با محوریت توسعه اجتماعی مورد توجه قرار گرفت (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸)؛ به طوری که بسیاری از جوامع با اندازه‌گیری و مقایسه کیفیت زندگی در سطوح ملی و منطقه‌ای و حتی بین‌المللی توانستند تصاویر گویا و عینی از موفقیت و شرایط زندگی در جوامع خود به دست دهند و بدان وسیله زمینه را برای مطالعات بیشتر و جامع‌تر فراهم آورند. همین‌طور با مطالعه و ارزشیابی کیفیت زندگی، زمینه برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی، هرچه بیشتر در سایر عوامل مؤثر بر ارتقای کیفیت زندگی نیز فراهم می‌آید و بدین گونه، جامعه هرچه سریع‌تر می‌تواند خود را با شرایط مورد نیاز هماهنگ و هم‌نوا سازد.

1. Roback

2. Felce

3. Perry

4. Schmitt

بهبود کیفیت زندگی، از خواسته‌های مشروع مردم می‌باشد؛ از این رو، دولت‌ها در سراسر جهان، روزبه‌روز، بیشتر به بهبود کیفیت زندگی مردم توجه می‌کنند و می‌کوشند ابتلا و میرایی را کم، خدمات بهداشتی اولیه را تأمین و رفاه جسمی و روانی و اجتماعی را بیشتر کنند و می‌پذیرند که افزایش استاندارد زندگی مردم، برای رضایت خاطر و خشنودی آن‌ها کافی نیست و باید کیفیت زندگی هم افزایش یابد (باقیانی مقدم و احرام‌پوش، ۱۳۸۲). از طرف دیگر، سلامت، محور توسعه اقتصادی اجتماعی تلقی شده و سلامت مادران و زنان در هر جامعه‌ای، به‌عنوان یکی از ارکان سلامت آن کشور محسوب می‌گردد. به عبارت دیگر، سلامت مادران، زیربنای سلامت خانواده و جامعه بوده و سلامت آنان به‌عنوان نیمی از جمعیت و مشارکتشان در تأمین و حفظ و ارتقای سلامت خانواده و جامعه، دارای اهمیت ویژه‌ای است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان بوده و علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل تعیین‌کننده فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارند. زنان و مادران در دسترسی به آموزش، مراقبت‌های بهداشتی، اطلاعات و خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز، از وضعیت یکسان با مردان برخوردار نیستند و هرچا این تفاوت بیشتر باشد، وضعیت کودکان و خانواده آنان وخیم‌تر و خانواده‌های آنان محروم‌تر هستند (سن و همکاران، ۲۰۰۷). از آنجاکه سلامت مادران به‌عنوان یک عامل کلیدی، زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع می‌باشد و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد و همچنین به‌عنوان یکی از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است؛ بنابراین می‌توان تصور کرد که بهبود سلامت مادران می‌تواند موجب ارتقای سلامت جامعه شود.

براساس گزارش نشریه اینترنتی زندگی بین‌المللی^۱ (۲۰۱۰) در مورد شاخص کیفیت زندگی، کشور فرانسه رتبه نخست، استرالیا رتبه دوم، سوئیس رتبه سوم و آلمان رتبه چهارم را به‌خود اختصاص دادند. ایران نیز در بین ۱۹۴ کشور جهان، رتبه ۱۵۰ را به‌خود

1. International living

اختصاص داد که بهترین رتبه در چهار سال اخیر می‌باشد. ایران در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۹، ۱۳ رتبه صعود داشت؛ به طوری که از رتبه ۱۶۳ به رتبه ۱۵۰ بهبود یافت (زندگی بین‌المللی، ۲۰۱۰). با این حال، شاخص کیفیت زندگی ایران در مقایسه با سایر کشورهای جهان، از جایگاه مناسبی برخوردار نبوده و در انتهای فهرست این رتبه‌بندی قرار دارد؛ اما وضعیت کیفیت زندگی ایران نسبت به کشورهای منطقه چندان ضعیف نیست و بالاتر از کشورهایی چون قزاقستان، عمان، عربستان سعودی، عراق، افغانستان، پاکستان و یمن و پایین‌تر از کشورهای ترکیه، اردن، لبنان، سوریه، ارمنستان، بحرین، قطر، امارات، قرقیزستان و ازبکستان قرار دارد (سجادی، ۱۳۸۹). از نظر شاخص سلامت مادران در سال ۲۰۱۰ نیز که توسط مؤسسه نجات کودکان هر ساله منتشر می‌گردد، نروژ، استرالیا، ایسلند و سوئد به ترتیب، رده‌های اول تا چهارم را به خود اختصاص دادند. بدترین کشورها در این لیست به ترتیب شامل افغانستان، نیجر، چاد و گینه بودند. ایران از میان ۱۶۰ کشور از نظر سلامت مادران در رتبه ۴۲ قرار گرفته است که نسبت به سال قبل، یک رتبه کاهش داشت؛ هرچند که نسبت به برخی کشورهای منطقه از جمله ترکیه، عربستان، امارات متحده عربی و عمان رتبه بهتری داشت (سازمان نجات کودکان^۱، ۲۰۱۰).

اغلب تحقیقاتی که در ایران و سایر کشورها انجام شده، در مورد کیفیت زندگی بر روی افراد یا گروه‌های خاص بوده و تحقیقاتی که کیفیت زندگی را در سطح عموم مردم در یک منطقه مطالعه کرده باشند، کمتر انجام شده است. ضمن اینکه، بررسی وضعیت سلامت مادران و ارتباط آن با کیفیت زندگی جامعه، نقش بسزایی در ارزیابی و اصلاح سیاست‌های اجرایی دولت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مجریان برنامه‌های سلامت و ارتقای کیفیت زندگی دارد و انجام پژوهش‌های علمی و کارشناسانه در راستای شناسایی همه‌جانبه این حوزه و رفع مشکلات و عوامل ایجادکننده آن، از نیازهای اساسی کشور و جامعه ما محسوب می‌شود؛ از این رو، این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی در

1. Save The Children

سطح کلان و سنجش سلامت مادران به تفکیک استان‌ها، به بررسی رابطه سلامت مادران با کیفیت زندگی پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی از نوع هم‌بستگی اکولوژیک است که وضعیت کیفیت زندگی و سلامت مادران را با استفاده از داده‌های منتشر شده از سازمان‌ها و نهادهای مربوط، در مورد ۳۰ استان مصوب کشور در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار داد. جهت سنجش کیفیت زندگی، از شاخص کیفیت زندگی واحد اطلاعات اکونومیست^۱ (۲۰۰۵) که توسط آن وضعیت کیفیت زندگی در کشورهای مختلف بررسی می‌شود، استفاده شد. این پژوهش یکی از موفق‌ترین مطالعاتی بوده است که مجموعه‌ای جامع از متغیرها را برای محاسبه شاخص کیفیت زندگی مورد استفاده قرار داده است و با در نظر گرفتن ابعاد اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، جغرافیایی و بهداشتی، شاخص‌های نه‌گانه‌ای را به‌عنوان نمایانگر کیفیت زندگی در نظر می‌گیرد. این شاخص‌ها شامل رفاه مادی، امید به زندگی، امنیت و ثبات سیاسی، زندگی خانوادگی، زندگی اجتماعی، آب‌وهوا و جغرافیا، امنیت شغلی و نرخ بیکاری، آزادی‌های سیاسی و مدنی و نابرابری جنسیتی می‌باشد. لازم به ذکر است که جهت سنجش دقیق‌تر رفاه مادی، به دلیل اینکه درآمد ناشی از نفت، به‌طور کاذب، درآمد ناخالص داخلی را در بعضی استان‌ها بالا می‌برد، درآمد ناخالص داخلی بدون نفت در هر استان محاسبه شد. در مورد بیانگر زندگی اجتماعی نیز با توجه به اینکه در کشور ما فقط آمار تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد جمع‌بندی شده و میزان حضور افراد در این سازمان‌ها محاسبه نشده است، از شاخص سرمایه اجتماعی در هر استان استفاده شد. در مورد زندگی خانوادگی، نسبت طلاق به ازدواج در هر استان و در مورد نابرابری جنسیتی، از آنجاکه در ایران درآمد زنان و مردان به تفکیک محاسبه نمی‌گردد، بلکه درآمد خانوار،

1. economist intelligence unit (EIU)

سنجیده می‌شود، از نسبت مشارکت اقتصادی زنان به مردان استفاده شد. در مورد بیانگرهای امنیت و ثبات سیاسی و آزادی‌های سیاسی و مدنی با توجه به اینکه عملاً کشور ایران به صورت ایالتی اداره نمی‌گردد و تمام استان‌ها تحت لوای حکومت مرکزی و قوانین کشوری یکسان می‌باشند، بنابراین این بیانگرها در تمام استان‌ها یکسان است و به همین علت، تأثیری در محاسبه نخواهد داشت؛ لذا در محاسبه، شاخص کیفیت زندگی وارد نگردید. در خصوص بیانگر آب‌وهوا و جغرافیا، چون این مطالعه تأثیر سلامت مادران را بر کیفیت زندگی مورد واکاوی قرار می‌دهد و به نظر می‌رسد بهبود یا نقصان سلامت مادران، عملاً تأثیری بر وضعیت آب‌وهوای جغرافیایی ندارد؛ لذا از محاسبه کنار گذاشته شد.

به منظور بررسی وضعیت سلامت مادران، از شاخص مادران که توسط سازمان بین‌المللی نجات کودکان طراحی گردیده است، استفاده شد. این شاخص شامل چهار بخش با نشانگرهای مرتبط می‌باشند: الف) وضعیت سلامت: میزان مرگ مادر به دلیل بارداری، درصد استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری مدرن، درصد زایمان انجام شده توسط فرد متخصص و امید به زندگی در زنان؛ ب) وضعیت آموزش: سال‌های مورد انتظار آموزش برای زنان؛ ج) وضعیت سیاسی: درصد کرسی‌های پارلمان در اختیار زنان؛ د. وضعیت اقتصادی: نسبت درآمد متوسط زنان به مردان و مزایای مورد استفاده برای زایمان زنان. در مورد آموزش زنان، از درصد زنان باسواد بالای شش سال در هر استان استفاده شد. همچنین بیانگر نسبت درآمد متوسط زنان به مردان در بررسی وضعیت اقتصادی، در محاسبه کیفیت زندگی وارد گردیده است و عملاً در محاسبه دو شاخص بایستی از بیانگرهایی استفاده گردد که از هم متباین باشند؛ لذا فقط در محاسبه شاخص کیفیت زندگی از آن استفاده گردید. بیانگر مزایای مورد استفاده برای زایمان زنان، به دلیل عدم گردآوری داده‌ها در کشور و فقدان یک بیانگر جایگزین دارای داده آماری در کشور، از شاخص سلامت مادران کنار گذاشته شد. لازم به ذکر است که هر یک از شاخص‌ها، جداگانه مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند تا ضمن کاهش حجم داده‌ها، مهم‌ترین متغیرهای مؤثر تعیین گردند.

داده‌ها به تفکیک استان، از داده‌های آماری منتشر شده توسط مرکز آمار ایران، مرکز آمار زنان ریاست جمهوری، وزارت بهداشت و همچنین از یافته‌های تحقیق صادقی شاهدانی و مقصودی (۱۳۸۸) جهت سنجش سرمایه اجتماعی استفاده گردید.

جهت تحلیل‌های توصیفی و تحلیل عاملی، مشخص نمودن وزن هر بیانگر و تعیین هم‌بستگی بین بیانگرهای تحقیق، از نرم‌افزار Exel و Spss استفاده شد. همچنین، با روش توکسونومی عددی و تحلیل عاملی، رتبه هر استان در هر دو شاخص محاسبه گردید.

سپس با استفاده از ضریب هم‌بستگی، به بررسی ارتباط بین نشانگرها پرداخته شد. با توجه به اینکه این شاخص‌ها تماماً از یک مقیاس تبعیت نمی‌کنند و در تحلیل چند متغیره که قصد برساخت یک شاخص ترکیبی می‌باشد، جمع کردن این شاخص‌ها با مقیاس‌های متفاوت امکان‌پذیر نمی‌باشد، ضروری است که این شاخص‌ها به واحدهای استاندارد تبدیل شوند تا امکان جمع کردن آن‌ها فراهم گردد. به همین منظور، هر یک از نشانگرها بر میانگین آن تقسیم شد و حاصل، در مقدار وزنشان در قالب شاخص ضرب شده و با توجه به علامت مثبت یا منفی آن در عوامل چرخش یافته، باهم جمع یا منها گردید (کلانتری، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

از نظر شاخص سطح سلامت مادران استان‌های تهران، اصفهان، خراسان رضوی و چهارمحال و بختیاری، به ترتیب، دارای بالاترین سطح و استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، آذربایجان غربی و کرمان دارای پایین‌ترین سطح بودند. همچنین استان‌های تهران، اصفهان، خراسان رضوی و خوزستان، به ترتیب، دارای بالاترین سطح کیفیت زندگی و استان‌های سیستان و بلوچستان، مرکزی، چهارمحال و بختیاری، ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، به ترتیب، از نظر کیفیت زندگی در پایین‌ترین سطح قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. رتبه استان‌های کشور از نظر سلامت مادران و کیفیت زندگی.

رتبه کیفیت زندگی	مقدار کیفیت زندگی	استان	رتبه سلامت مادران	مقدار سلامت مادران	استان	ردیف
۱	۱۰/۳۸	تهران	۱	۴/۸۴	تهران	۱
۲	۲/۲۸	اصفهان	۲	۲/۹۳	اصفهان	۲
۳	۲/۱۹	خراسان رضوی	۳	۲/۷۱	خراسان رضوی	۳
۴	۱/۹۹	خوزستان	۴	۲/۱۹	چهارمحال و بختیاری	۴
۵	۱/۶۳	مازندران	۵	۲/۰۴	مازندران	۵
۶	۱/۵۸	مرکزی	۶	۱/۹۸	یزد	۶
۷	۱/۴۹	فارس	۷	۱/۹۷	زنجان	۷
۸	۱/۲۰	آذربایجان شرقی	۸	۱/۹۴	گیلان	۸
۹	۱/۱۰	گیلان	۸	۱/۹۴	همدان	۹
۱۰	۱/۰۹	کرمان	۹	۱/۸۴	کرمانشاه	۱۰
۱۱	۱/۰۴	قم	۱۰	۱/۸۳	قزوین	۱۱
۱۲	۰/۹۴	قزوین	۱۱	۱/۸۲	فارس	۱۲
۱۳	۰/۸۶	آذربایجان غربی	۱۲	۱/۷۸	اردبیل	۱۳
۱۴	۰/۷۵	بوشهر	۱۳	۱/۷۸	قم	۱۴
۱۴	۰/۷۵	هرمزگان	۱۴	۱/۷۴	آذربایجان شرقی	۱۵
۱۵	۰/۷۳	گلستان	۱۵	۱/۶۹	خراسان شمالی	۱۶
۱۶	۰/۶۹	کرمانشاه	۱۶	۱/۶۶	گلستان	۱۷
۱۷	۰/۶۴	همدان	۱۷	۱/۶۳	کردستان	۱۸
۱۸	۰/۶۲	کردستان	۱۸	۱/۶۲	خراسان جنوبی	۱۹
۱۹	۰/۴۳	سمنان	۱۹	۱/۶۱	مرکزی	۲۰
۲۰	۰/۴۱	یزد	۲۰	۱/۵۹	بوشهر	۲۱
۲۱	۰/۴۰	لرستان	۲۱	۱/۴۷	لرستان	۲۲
۲۲	۰/۲۶	خراسان شمالی	۲۱	۱/۴۷	سمنان	۲۳
۲۳	۰/۱۹	خراسان جنوبی	۲۱	۱/۴۷	ایلام	۲۴
۲۴	۰/۱۶	اردبیل	۲۲	۱/۴۳	خوزستان	۲۵
۲۴	۰/۱۶	زنجان	۲۳	۱/۴۱	کهگیلویه و بویراحمد	۲۷
۲۵	-۰/۰۴	کهگیلویه و بویراحمد	۲۴	۱/۲۸	کرمان	۲۶
۲۶	-۰/۱۲	ایلام	۲۵	۱/۲۷	آذربایجان غربی	۲۸
۲۷	-۰/۱۷	چهارمحال و بختیاری	۲۶	۱/۱۵	هرمزگان	۲۹
۲۸	-۰/۴۷	سیستان و بلوچستان	۲۷	۰/۳۵	سیستان و بلوچستان	۳۰

یافته‌های استنباطی

تحلیل عاملی

در ابتدا، بعد از انجام آزمون KMO و تبیین درصد واریانس و درصد واریانس تجمعی، تعداد عامل‌ها مشخص گردید و در نهایت، با دسته‌بندی بیانگرها در عامل‌ها، بیانگرهایی که بیشترین و بزرگ‌ترین بار را روی یک عامل خاص داشتند، از همدیگر جدا کرده و براساس تعریفی که بیانگرهای هر عامل دارند، مفهوم‌سازی جدیدی از آن‌ها ارائه شد. سه گروه عامل، تحت عنوان‌های عامل بهداشتی (شامل بیانگرهای مرگ مادر ناشی از بارداری، درصد زایمان انجام شده توسط فرد متخصص و امید به زندگی در زنان و آموزش زنان) و عامل کنترل (شامل استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری مدرن) و عامل سیاسی (درصد کرسی‌هایی که در مجلس به زنان اختصاص دارد)، عوامل تشکیل دهنده سلامت مادران و عامل اجتماعی و اقتصادی (شامل درآمد ناخالص داخلی، امید به زندگی، نسبت طلاق به ازدواج و سرمایه اجتماعی) و عامل اشتغال (شامل نرخ بیکاری و نسبت مشارکت اقتصادی زنان به مردان)، عوامل تشکیل دهنده کیفیت زندگی در نظر گرفته شدند (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل عاملی کیفیت زندگی و سلامت مادران.

بیانگر	کیفیت زندگی		سلامت مادران			
	عامل اجتماعی اقتصادی	عامل اشتغال	بیانگر	عامل بهداشتی	عامل کنترل	عامل سیاسی
درآمد ناخالص داخلی	۰/۸۴۹		مرگ مادر ناشی از بارداری	-۰/۷۹۵		
امید به زندگی	۰/۶۹۸		درصد زایمان انجام شده توسط فرد متخصص	۰/۹۴۸		
نسبت طلاق به ازدواج	۰/۸۲۷		استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری مدرن		-۰/۹۴۳	
نرخ بیکاری		۰/۸۰۰	امید به زندگی در زنان	۰/۷۱۷		
نسبت مشارکت اقتصادی زنان به مردان		-۰/۶۲۴	آموزش زنان	۰/۷۴۶		
سرمایه اجتماعی	۰/۸۱۶		وضعیت سیاسی			۰/۹۷۶
درصد پراکنش	۴۵/۰۳۷	۱۸/۶۴۶	-	۵۰/۱۸۷	۱۲/۰۸۵	۱۱/۸۰۱
کل پراکنش تبیین شده	۶۳/۶۶۳		-	۷۴/۰۷۳		

نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون

نتایج آزمون هم‌بستگی نشان داد که هم‌بستگی آماری منفی و معنی‌داری میان مرگ‌ومیر مادران با امید به زندگی در جامعه ($r = -0/446$ ، $p = 0/13$) و نسبت طلاق به ازدواج ($r = -0/424$ ، $p = 0/020$) وجود دارد. همچنین زایمان انجام شده توسط فرد متخصص با امید به زندگی در جامعه ($r = 0/663$ ، $p = 0/000$) و نسبت طلاق به ازدواج ($r = 0/446$ ، $p = 0/013$) هم‌بستگی مثبت و معنی‌دار و با سرمایه اجتماعی، هم‌بستگی منفی و معنی‌دار داشت ($r = -0/385$ ، $p = 0/036$).

نتایج نشان می‌دهد که میان امید به زندگی در زنان با درآمد ناخالص داخلی ($r = 0/480$ ، $p = 0/007$)، امید به زندگی جامعه ($r = 0/909$ ، $p = 0/000$)، نسبت طلاق به ازدواج ($r = 0/552$ ، $p = 0/002$) و کیفیت زندگی کل ($r = 0/531$ ، $p = 0/003$) هم‌بستگی آماری مثبت و معنی‌دار وجود دارد. میان امید به زندگی در زنان با نرخ سرمایه اجتماعی، هم‌بستگی آماری منفی و معنی‌دار بود ($r = -0/422$ ، $p = 0/020$). هم‌بستگی میان آموزش زنان با درآمد ناخالص داخلی ($r = 0/466$ ، $p = 0/009$)، امید به زندگی جامعه ($r = 0/801$ ، $p = 0/000$)، نسبت طلاق به ازدواج ($r = 0/521$ ، $p = 0/003$) و کیفیت زندگی کل، هم‌بستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($r = 0/529$ ، $p = 0/003$). هم‌بستگی بین آموزش زنان و سرمایه اجتماعی ($r = -0/490$ ، $p = 0/006$) منفی و معنی‌داری بود.

میان وضعیت سیاسی (دسترسی به کرسی‌های مجلس توسط زنان) با درآمد ناخالص داخلی ($r = 0/944$ ، $p = 0/000$) و نسبت طلاق به ازدواج ($r = 0/685$ ، $p = 0/000$) و کیفیت زندگی کل ($r = 0/928$ ، $p = 0/000$) هم‌بستگی معنی‌دار و مثبتی وجود داشت. همچنین هم‌بستگی منفی و معنی‌داری میان وضعیت سیاسی با سرمایه اجتماعی مشاهده شد ($r = -0/544$ ، $p = 0/002$ ، $**$). لازم به ذکر است که هیچ‌یک از عوامل سلامت مادران با عامل اشتغال کیفیت زندگی هم‌بستگی معنی‌دار نداشتند (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون همبستگی بین عامل های سلامت مادران و کیفیت زندگی.

		کیفیت زندگی										
		عامل سیاسی - اقتصادی					عامل اشتغال					
		درآمد ناخالص داخلی	امید به زندگی در جامعه	نسبت طلاق به ازدواج	سرمایه اجتماعی	کل	نرخ بیکاری	نسبت مشارکت اقتصادی زنان به مردان	کل	کل		
سلامت مادران	مقدار همبستگی											
	عامل بهداشتی	مرگ مادر ناشی از بارداری	-۰/۲۰*	-۰/۴۵*	-۰/۴۵**	۰/۱۱	-۰/۲۴۸	-۰/۰۷	-۰/۱۳	-۰/۱۵۵	-۰/۲۴	
		درصد زایمان های انجام شده توسط فرد متخصص	۰/۱۸	۰/۶۶**	۰/۵۱**	-۰/۳۹*	۰/۲۷۳	-۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۵۳	۰/۲۷	
		امید به زندگی در زنان	۰/۴۸**	۰/۹۱**	۰/۵۵**	-۰/۴۲*	۰/۵۲۹**	-۰/۰۷	-۰/۱۶	-۰/۱۸	۰/۵۳**	
		آموزش زنان	۰/۴۷**	۰/۸**	۰/۵۲**	-۰/۴۹**	۰/۵۱۹**	-۰/۰۶	-۰/۳۴	-۰/۳۴۰	۰/۵۳**	
	کل	۰/۲۸۰	۰/۶۰۳**	۰/۵۰۸**	-۰/۲۲۹	۰/۲۲۸	۰/۰۴۰	۰/۰۵۷	۰/۰۷۲	۰/۳۳۱		
	عامل کنترل	استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری مدرن	-۰/۱۸	-۰/۲۵۰	-۰/۰۹	۰/۰۵	-۰/۱۶۳	۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۴۱۱*	-۰/۱۸	
عامل سیاسی	درصد کرسی هایی که در مجلس به زنان اختصاص دارد	۰/۹۴**	۰/۳۴	۰/۶۹**	-۰/۵۵**	۰/۹۳۰**	۰/۰۱	-۰/۱۸	-۰/۱۶۳	۰/۹۳**		
کل		۰/۸۳۳**	۰/۵۴۲**	۰/۷۵۴**	-۰/۵۲۱**	۰/۸۵۱**	۰/۰۳۱	-۰/۱۰۵	-۰/۸۱	۰/۸۴۵**		

* Correlation is significant at the 0.05 level

** Correlation is significant at the 0.01 level

نتایج به طور کلی نشان داد که عامل بهداشتی از شاخص سلامت مادران با دو عامل اقتصادی اجتماعی و اشتغال همبستگی مثبت ولی بی معنی دارد؛ اما همبستگی میان عامل سیاسی شاخص سلامت مادران با عامل اقتصادی اجتماعی و کیفیت زندگی کل ($r=0/930$)، همبستگی مثبت و معنی دار دارد. همچنین عامل کنترل شاخص سلامت مادران با عامل مربوط به اشتغال شاخص کیفیت زندگی ($r=0/411$ ، $p=0/024$) همبستگی مثبت و معنی دار داشت.

به طور کلی، بین سلامت مادران و کیفیت زندگی کل در ایران با سطح اطمینان $0/99$ و سطح خطای کوچک تر از $0/01$ همبستگی مثبت و معنی دار ($r=0/85$ ، $p=0/000$) مشاهده شد.

بحث

همان‌گونه که بررسی تجربیات سنجش کیفیت زندگی نشان می‌دهد، موضوع کیفیت زندگی تاکنون بیشتر در سطح فردی و در ارتباط با سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. تاکنون ارزیابی روشنی از وضعیت کیفیت زندگی در استان‌های مختلف ایران ارائه نشده و تنها، گاه، کیفیت زندگی در سطح ملی توسط مؤسسات بین‌المللی مورد ارزیابی قرار گرفته است. این مطالعه اکولوژیک از این نظر منحصر به فرد می‌باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد، در اکثر استان‌ها مقدار شاخص سلامت مادران از میانگین کشوری آن پایین‌تر بوده و در استان‌هایی توسعه نیافته و مرزی، نظیر سیستان و بلوچستان و هرمزگان، این مقدار در پایین‌ترین مقدار و در استان‌های توسعه یافته‌تر، نظیر تهران و اصفهان، در بالاترین مقدار می‌باشد.

در شاخص خلاصه شده سلامت مادران در سه گروه عامل بهداشتی و کنترل و سیاسی، در عامل بهداشتی، بالاترین رتبه مربوط به استان چهارمحال و بختیاری و پایین‌ترین رتبه مربوط به استان سیستان و بلوچستان، در عامل کنترل بالاترین درصد استفاده از وسایل پیشگیری مدرن مربوط به استان آذربایجان شرقی و پایین‌ترین رتبه مربوط به استان هرمزگان و در عامل سیاسی نیز بالاترین رتبه مربوط به استان تهران بود. این نتایج با نتایج مطالعه امینی و همکاران (۱۳۸۴) همخوانی دارد؛ به‌طوری‌که در آن، رتبه‌های اول تا سوم سلامت در استان‌ها به استان‌های اصفهان و تهران و مرکزی و رتبه انتهایی به استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان اختصاص یافته است.

مقادیر بیشینه و کمینه شاخص کیفیت زندگی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در استان‌هایی نظیر سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری پایین و در استان‌های تهران و اصفهان بهتر می‌باشد؛ گرچه بین استان‌های کشور، به‌طور کلی، میانگین کیفیت زندگی متوسط رو به پایین است و در بیش از ۶۰ درصد استان‌ها، کیفیت زندگی از میانگین کشوری پایین‌تر است. حتی در بعضی استان‌ها بیانگرهای منفی کیفیت زندگی، وزن

بالاتری نسبت به بیانگرهای مثبت داشته و باعث منفی شدن مقادیر کیفیت زندگی گردیده‌اند. غفاری و امید (۱۳۸۷) نیز نشان داده‌اند که کیفیت زندگی هنوز در سطح سیاست‌گذاری کلان مطرح نبوده است. این امر را شاید بتوان این‌گونه توجیه کرد که علی‌رغم افزایش سطح توسعه یافتگی، سیاست‌گذاران در سطح استان‌ها نتوانسته‌اند از این توان بالقوه جهت بهبود کیفیت زندگی در سطح کلان استفاده نمایند و نیاز به برنامه‌ریزی و ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز ضروری است؛ ولی با وجود این، همچنان بیشتر استان‌های مرزی به دلیل عدم توجه و برنامه‌ریزی در سطح کلان، رتبه پایینی در کیفیت زندگی دارند. از نظر شاخص خلاصه شده کیفیت زندگی به دو گروه عامل اقتصادی اجتماعی و عوامل مربوط به اشتغال، مشاهده می‌گردد که از نظر عامل اقتصادی اجتماعی، بهترین رتبه مربوط به استان تهران و بدترین رتبه مربوط به استان سیستان و بلوچستان می‌باشد. در عامل مربوط به اشتغال، بهترین رتبه مربوط به استان اردبیل و بدترین رتبه مربوط به استان هرمزگان می‌باشد. با وجود پیشینه نظری در خصوص هم‌بستگی مثبت مشارکت اقتصادی زنان نسبت به مردان با کیفیت زندگی، مشاهده می‌گردد که در این تحقیق، این هم‌بستگی منفی است. این رابطه را شاید این‌طور بتوان تبیین کرد که در این استان‌ها، به دلیل پایین بودن میزان درآمد ناخالص داخلی و بالا بودن نرخ بیکاری، زنان به دلیل فقر، مجبور به کار می‌باشند و این امر عملاً باعث پایین آمدن کیفیت زندگی در این استان‌ها گردیده است.

نتایج تحلیل عاملی نشان داد، درآمد در کیفیت زندگی کل وزن بالاتری نسبت به سایر بیانگرها دارد که با نتایج مطالعه رتبه‌بندی کیفیت زندگی در استان‌های کشور که توسط باسنا (۱۳۸۷) انجام گرفته است همخوانی دارد (باسنا و همکاران، ۱۳۸۷)؛ به طوری که اقتصاد و رفاه مادی در تعیین رتبه کیفیت زندگی دارای نقش قابل توجهی می‌باشد و درآمد به عنوان یک عامل کلیدی در کیفیت زندگی، هم در بُعد کلان و هم در بُعد خرد نقش دارد. نتایج مطالعات نشان داده است که درآمد بالاتر به طور مشخصی همراه با کیفیت زندگی

بالاتر است (عبدالحکیم^۱، ۲۰۱۰). بعد از درآمد، بالاترین وزن و عامل مؤثر در کیفیت زندگی، مربوط به نسبت طلاق به ازدواج و بعد از آن، مربوط به سرمایه اجتماعی است؛ به این معنا که هرچه نسبت طلاق به ازدواج در استان افزایش می‌یابد، کیفیت زندگی کل ارتقا می‌یابد. گرچه این نتایج با نتایج دیگر مطالعات همخوان نیست، به نظر می‌رسد زنان ایرانی با افزایش و ارتقای میزان تحصیلات و درآمد، در رویاروی با مسائل زندگی متأهلی، بستر موجود را تحمل نکرده و بیشتر تمایل به جدایی دارند. همچنین از نظر کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی، مطالعه عبدالحکیم و همکاران نشان داد سرمایه اجتماعی نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی دارد (عبدالحکیم، ۲۰۱۰)؛ اما در این مطالعه افزایش نرخ سرمایه اجتماعی در یک استان منجر به کاهش کیفیت زندگی گردید. توجه به این نکته مهم است که سرمایه اجتماعی در استان‌های ایران از نوع سرمایه اجتماعی درونی و سنتی بوده است و از طرف دیگر، این سرمایه اجتماعی، بیرونی و نوین است که باعث کیفیت زندگی بالاتر و توسعه اجتماعی بیشتر می‌گردد (موسوی، ۱۳۸۶).

هم‌بستگی بین بیانگرهای مرگ‌ومیر مادران، درصد زایمان‌های انجام شده توسط فرد متخصص، استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری مدرن و کیفیت زندگی کل، معنی‌دار نبود. با توجه به گسترش نظام مراقبت بهداشتی در بیشتر استان‌ها و به تناسب آن، در شبکه‌های بهداشت و درمان و نیز سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی قابل توجهی در کشور در این زمینه‌ها، موجب کاهش چشمگیر این بیانگرها در بیشتر استان‌ها شده است؛ به طوری که تفاوت چندانی در استان‌ها مشاهده نمی‌شود.

براساس نتایج این پژوهش، هم‌بستگی مثبت و معنی‌دار بین آموزش زنان و کیفیت زندگی وجود داشت که با نتایج دیگر مطالعات از جمله مطالعه (گلو^۲، ۱۹۹۹)، (مایگا^۳ و راس^۴ و ویلیگن^۵، ۱۹۹۷) همخوانی داشت، افزایش میزان تحصیلات در هر جامعه، کلید توسعه پایدار و به دنبال آن، افزایش سطح درآمدهای ملی و افزایش حضور زنان متخصص

1. Abdul-Hakim

2. Glewwe

3. Maiga

4. Ross

5. Willigen

در بیشتر حوزه‌ها می‌گردد که این، خود، می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی گردد. شاخص سواد در جوامع رو به توسعه به‌عنوان نشانه‌ای از توسعه یافتگی و کیفیت بالاتر زندگی تلقی می‌گردد؛ بنابراین توجه به این امر را می‌توان به‌عنوان یک نقطهٔ مداخله جهت ارتقای سلامت مادران و درنهایت، ارتقای کیفیت زندگی در سطح سیاست‌گذاری‌های کلان کشور مدنظر قرار داد.

در آخر، نتایج نشان داد که هم‌بستگی معنی‌دار و قوی و مثبتی بین سلامت مادران و کیفیت زندگی کل در ایران وجود دارد؛ به‌طوری‌که هرچه مادران در یک استان از سلامتی بیشتری بهره‌مند باشند، کیفیت زندگی در جامعهٔ آن استان نیز ارتقا می‌یابد.

با استناد به نتایج به‌دست آمده از این مطالعه و نقش اساسی و انکارناپذیر سلامت مادران در کیفیت زندگی، مباحث مربوط به سلامت مادران می‌بایست در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های ارتقای کیفیت زندگی مدنظر قرار گیرد و با افزایش مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌ها و نیز ایجاد ساختارهای مورد نیاز برای حضور آنان در صحنه، موجب افزایش توسعه یافتگی کشور شد.

در برنامه‌ریزی توسعه برای استان‌های مختلف کشور، بایستی ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها از طرفی و تنگناها و محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی و زیست محیطی از طرف دیگر مدنظر قرار گیرد. به عبارت دیگر، برای نیل به افزایش کیفیت زندگی در استان‌های مختلف، راهبرد توسعه نامتوازن با لحاظ تفاوت‌های منطقه‌ای مفید می‌باشد.

استفاده از نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای برای برنامه‌ریزی در دستگاه‌های اجرایی مرتبط و تخصیص منابع مورد نیاز در حیطهٔ برنامه‌های سلامت مادران و کیفیت زندگی براساس استان‌های برخوردار یا کم برخوردار قرار گرفته و با سنجش و مقایسهٔ این شاخص‌ها در طول زمان، میزان نیل به اهداف و اثربخشی برنامه‌ها را مورد بررسی قرار داد.

- امینی، ن. (۱۳۸۴)، رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۵ (۲۰): ۴۸ تا ۲۷.
- باسنا، م. (۱۳۸۷)، رتبه‌بندی شاخص کیفیت زندگی در استان‌های کشور، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱۰ (۳۷): ۱۱۲ تا ۹۵.
- باقیانی مقدم، م و احرام‌پوش، م. (۱۳۸۲)، اصول و کلیات خدمات بهداشتی، تهران: چراغ دانش.
- سجادی، ه. (۱۳۸۹)، کیفیت زندگی در گزارش وضعیت اجتماعی در ایران (۲۰۰۹-۲۰۰۱)، تهران: مؤسسه رحمان.
- صادقی شاهدانی، م و مقصودی، ح. (۱۳۸۸)، سنجش سرمایه اجتماعی استان‌های کشور با استفاده از روش تحلیل سلسله‌مراتبی، دانش سیاسی. سال ششم، ۱۳۹ تا ۱۷۶.
- غفاری، غ و امید، ر. (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی؛ شاخص توسعه اجتماعی، تهران: شیرازه.
- غفاری، غ و امید، ر. (۱۳۸۷)، کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۸ (۳۰ و ۳۱): ۳۳ تا ۹.
- کلاتری، خ. (۱۳۸۰)، برنامه‌ریزی و توسعه منطقه‌ای (تئوری‌ها و تکنیک‌ها)، تهران: خوشبین.
- موسوی، م. ط. (۱۳۸۶)، سنجش سرمایه اجتماعی در ایران، تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Abdul-Hakim, R., Ismail, R., Abdul-Razak, N. (2010), The Impact of Social Capital on Quality of Life: Evidence from Malaysia, *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, ISSN. 2010: 1450-2275.
- Felce, D., Perry, J. Quality of Life: Its Definition and Measurement, *Res Dev Disabil*, 1995; 16 (1):51-74.
- Maïga H, *The Impact of Mother's Education On Child Health And Nutrition In Developing Countries: Evidence From A Natural Experiment In Burkina Faso*, African Center For Economic Transformation (ACET)
- Glewwe, P. (1999), Why Does Mother's Schooling Raise Child Health in Developing Countries? Evidence from Morocco, *The Journal Of Human Resources*, 34 (1):124-159.

- Internationalliving magazine 2010, Quality-Of-Life Index,.
- Roback, J. (1982), Wages, Rents and The Quality Of Life, *Journal of Political Economy*, 90 (6):1257-78.
- Ross CE, Van Willigen M. (1997), Education and The Subjective Quality Of Life, *J Health And Soc Behav*, 38 (3):275-97.
- Save The Children2010. Women On The Front Lines Of Health Care. State Of The World's Mothers 2010.
- Schmitt R. B. (2002), Considering Social Cohesion In Quality Of Life Assessments: Concept And Measurement, *Social Indicators Research Series*, 11 (3):403-28.
- The Economist Intelligence Unit (2005), Quality-Of-Life Indexation.
- Seng, G., Ostlin, P.,Geogr A.(2007)Unequal, Unfair, Ineffective And Inefficient, Gender Inequity In Health: Why It Exists And How We Can Change It, Final Report To The, WHO Commission On Social Determinants Of Health, *Women And Gender Equity Knowledge Network*.