

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تأثیر مرگ و میرکودکان بر روی باروری در شهر شیراز

بوسیله
رفائیل آزادیان دلسم

پایان نامه

ارائه شده به معاونت تحصیلات تکمیلی به عنوان بخشی از فعالیتهای
تحصیلی لازم برای اخذ درجه فوق لیسانس

در رشته
جمعیت شناسی
از
دانشگاه شیراز
شیراز، ایران

01328

ارزیابی و تصویب شده توسط کمیته پایان نامه با درجه: عالی
امضاء اعضاء کمیته پایان نامه:

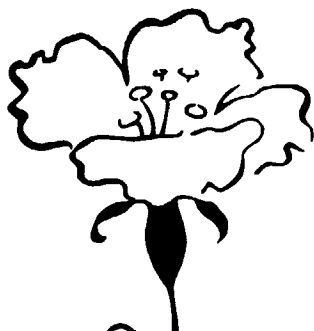
دکتر محمد کریم منصوریان، استادیار بخش جامعه شناسی (رئیس کمیته).....

دکتر جلیل ایران محبوب، استادیار بخش جامعه شناسی.....

دکتر عبدالعلی لهسایی زاده، دانشیار بخش جامعه شناسی.....

۳۹۳۵۵

آذرماه ۱۳۷۹



تقدیم به :

شهادی راه دق ودقیقت

**ومادرم
اسطوره ایثارومحبت**

وهمسر مهربانم

۳۴۲۵۵

سپاسگزاری

حمد و سپاس مخصوص ذات لایزال الهی است ، که بار دیگر لطف بیکرانیش نصیب من شد تا در مسیر زندگی ام قدمی دیگر بسوی پیشرفت و تعالی بردارم. و اما بعد، به مصداق حدیث (مَنْ لَمْ يَشْكُرِ الْمَخْلُوقَ لَمْ يَشْكُرِ الْخَالِقَ) برخوردارم. فرض می دانم ، از تمامی کسانی که با عنایت و کمکشان این پایان نامه به سرانجام رسید ، صمیمانه سپاسگزاری و تشکر نمایم ، لذا از اساتید ارجمند، آقایان دکتر محمد کریم منصوریان استاد راهنمای این پایان نامه ، دکتر جلیل ایران محبوب و دکتر عبدالعلی لهسایی زاده اساتید مشاور این پایان نامه تشکر و قدردانی می نمایم . همچنین از پرفسور راندال جی السن استاد اقتصاد دانشگاه اهلیو که در طی مراحل این پایان نامه از طریق اینترنت مرا مورد لطف خویش قرار داده و راهنمایی نمودند، مدیریت و دانش آموزان دبیرستان خدیجه کبری ناحیه ۲ شیراز و مرکز کامپیوتر دبیرستان دانش و فن شهرستان نوشهر قدردانی و تشکر می نمایم .

در آخر بر خود واجب می دانم از اساتید محترم دکتر علی اصغر مقدس، دکتر سید سعید زاهد زاهدانی و خانم هما آقا که در طی این دوره تحصیلی از وجود علمی شان فیض بردیم و همچنین از دوستان بسیار خوبم ، دانشجویان کارشناسی ارشد رشته جمعیت شناسی ورودی ۷۶ دانشگاه شیراز که چون برادر و خواهر در سختی ها و مشکلات یار و همدم من بودند، از صمیم قلب تشکر و قدردانی بنمایم.

ومن ...توفیق

چکیده

تأثیر مرگ و میر کودکان بر روی باروری در شهر شیراز

توسط

رفائیل آزادیان دلسم

موضوع این تحقیق بررسی "تأثیر مرگ و میر کودکان بر روی باروری در شهر شیراز" می باشد. اطلاعات این تحقیق با استفاده از روش پیمایشی و پرسشنامه جمع آوری شده است. تعداد نمونه شامل ۸۱۰ زن همسر دار شیرازی ۴۹-۱۵ ساله می باشد که از این تعداد ۱۴۲ پاسخگو مرگ و میر کودک را تجربه کرده بودند و بقیه مرگ و میر کودک نداشتند. اطلاعات این تحقیق با استفاده از داده های گذشته نگرمورد تحلیل واقع شد.

متغیر وابسته در این تحقیق، باروری می باشد. متغیرهای مستقل شامل سن، سطح تحصیلات، تعداد مرگ و میر کودک، تعداد مرگ و میر محیطی کودک (مثل مرگ و میر فرزندان اقوام ...)، تعداد فرزند ایده آل، استفاده از وسایل جلوگیری، مرگ و میر فرزند پسر و وضعیت اقتصادی پاسخگو می باشد.

برای بررسی روابط دومتغیره از آزمون های معنی داری از قبیل: مقایسه میانگین ها (آزمون T) ، وضرب همبستگی پیرسون استفاده شده است، و برای تحلیل چند متغیره از روش رگرسیون اینتر استفاده شده است.

براساس آزمون های دو متغیره تمام فرضیات که دلالت بر رابطه بین متغیروابسته با متغیرهای مستقل داشتند، مورد تأیید واقع شد. بنظر می رسد نتیجه این بررسی تأثیر جایگزینی را نشان می دهد. اختلاف میانگین باروری کسانیکه مرگ ومیر کودک را تجربه کردند با آنهایی که مرگ ومیر کودک نداشتند ۲/۲۴ بوده است. بطور متوسط، فاصله موالید برای کسانیکه مرگ ومیر کودک را تجربه کردند کوتاه تر از آنهایی بود که مرگ ومیر کودک نداشتند. مجموع متغیرها توانسته اند ۶۶٪ از واریانس متغیروابسته را تبیین نمایند.

فهرست مطالب

صفحه		عنوان
۱	مقدمه	فصل اول:
۷	مروری بر تحقیقات پیشین	فصل دوم:
۹	۱-۲-تحقیقات خارجی	
۱۷	۲-۲-تحقیقات داخلی	
۲۵	چارچوب نظری تحقیق	فصل سوم:
۲۶	۱-۳-مروری بر نظریه های مرگ و میر و باروری	
۲۶	۱-۱-۳-نظریه انتقال جمعیت	
۲۷	۲-۱-۳-نظریه پزشکی	
۳۰	۲-۱-۳-نظریه جمعیتی دیویس و بلیک	
۳۲	۲-۱-۳-نظریه اقتصادی تقاضا برای بچه	
۳۳	۲-۱-۳-نظریه های انسان شناختی درباره	
	رشد جمعیت	
۳۴	۲-۱-۳-نظریه ژوزف لوپری تو	
۳۷	۲-۱-۳-نظریه مبادله	
۳۸	۲-۲-چارچوب نظری مورد استفاده در تحقیق	
۴۱	۳-۳-مدل تحقیق	
۴۳	۴-۳-فرضیه ها	
۴۴	روش شناسی	فصل چهارم:
۴۴	۱-۴-روش تحقیق	
۴۴	۲-۴-جامعه آماری	
۴۴	۳-۴-واحد مورد مطالعه	

صفحه	عنوان
۴۵	۴-۴- روش نمونه گیری
۴۵	۴-۵- تعیین حجم نمونه
۴۶	۴-۶- ابزار جمع آوری اطلاعات
۴۶	۴-۷- تنظیم پرسشنامه و اجرای آن
۴۷	۴-۸- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۴۷	۴-۹- تعاریف مفاهیم و متغیرها
۵۰	تجزیه و تحلیل داده ها
فصل پنجم:	
۵۰	۵-۱- توصیف متغیرها
۵۰	۵-۱-۱- سن
۵۲	۵-۱-۲- تجربه مرگ و میرمستقیم کودک
۵۲	۵-۱-۳- مرگ و میرمحیطی کودک
۵۵	۵-۱-۴- مرگ و میرفرزند پسر
۵۶	۵-۱-۵- استفاده از وسایل تنظیم خانواده
۵۷	۵-۱-۶- تعدادفرزند ایده آل
۵۹	۵-۱-۷- وضعیت اقتصادی
۶۰	۵-۱-۸- تحصیلات
۶۶	۵-۲- تجزیه و تحلیل دو متغیره
۷۲	۵-۳- تحلیل چند متغیره
۷۲	۵-۳-۱- ارزیابی معادله رگرسیونی اینتر
۷۹	نتیجه گیری، محدودیت ها و پیشنهادات
فصل ششم:	
۸۲	۶-۱- محدودیت ها
۸۳	۶-۲- پیشنهادات
۸۴	منابع و ماخذ

فهرست جداول

صفحه		جدول
۲۴	پاره ای از خصوصیات جمعی مناطق مختلف جهان و ایران براساس برآوردهای سازمان ملل متحد - ۱۹۸۴.	جدول ۱-۲:
۵۱	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب سن.	جدول ۱-۵:
۵۲	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب تجربه مرگ و میر مستقیم کودک.	جدول ۲-۵:
۵۴	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب مرگ و میر محیطی کودک.	جدول ۳-۵:
۵۵	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب مرگ و میر فرزند پسر.	جدول ۴-۵:
۵۶	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب استفاده از وسایل تنظیم خانواده.	جدول ۵-۵:
۵۷	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب فرزندایده آل.	جدول ۶-۵:
۵۹	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب وضعیت اقتصادی.	جدول ۷-۵:
۶۱	جدول توزیع تعداد باروری بر حسب تحصیلات.	جدول ۸-۵:
۶۳	جدول میانگین مولید بر حسب مرگ و میر کودک.	جدول ۹-۵:
۶۴	جدول توزیع فراوانی استفاده از وسایل جلوگیری در حال حاضر.	جدول ۱۰-۵:
۶۵	جدول توزیع فراوانی تأثیرپذیری پاسخگویان درباره تصمیم گیری تنظیم خانواده.	جدول ۱۱-۵:

۶۶	جدول آزمون مقایسه میانگین ها (T) بین دو متغیر باروری و تجربه مرگ و میر مستقیم کودک.	جدول ۵-۱۲:
۶۷	جدول ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر باروری و وضعیت اقتصادی.	جدول ۵-۱۳:
۶۷	جدول ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر باروری و تحصیلات.	جدول ۵-۱۴:
۶۸	جدول آزمون مقایسه میانگین ها (T) بین دو متغیر باروری و استفاده از وسایل تنظیم خانواده.	جدول ۵-۱۵:
۶۹	جدول همبستگی پیرسون بین دو متغیر باروری پاسخگویان و تعداد فرزندان آید.	جدول ۵-۱۶:
۶۹	جدول ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر باروری و مرگ و میر محیطی کودکان.	جدول ۵-۱۷:
۷۰	جدول آزمون مقایسه میانگین ها (T) بین دو متغیر باروری و تجربه مرگ و میر پسر.	جدول ۵-۱۸:
۷۰	جدول همبستگی پیرسون بین دو متغیر سن پاسخگویان و باروری.	جدول ۵-۱۹:
۷۲	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل اول.	جدول ۵-۲۰:
۷۲	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل دوم.	جدول ۵-۲۱:
۷۳	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل سوم.	جدول ۵-۲۲:
۷۴	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل چهارم.	جدول ۵-۲۳:
۷۴	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل پنجم.	جدول ۵-۲۴:
۷۵	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل ششم.	جدول ۵-۲۵:
۷۶	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل هفتم.	جدول ۵-۲۶:
۷۷	شاخص های آماری رگرسیون اینتر، مدل هشتم.	جدول ۵-۲۷:

فهرست اشكال

صفحه	شكل
۲۷	نمودار ۱: الكوى نظرى انتقال جمعيت.
۲۹	نمودار ۲: الكوى شيردهى ووسيله جلوگيرى: تأثير بارورى.
۴۲	نمودار ۳: مدل تحقيق

فصل اول

مقدمه

یکی از مسائلی که در عصر حاضر مورد توجه بسیاری از اندیشمندان جهان می باشد توجه به توسعه و پیشرفت علمی و تکنولوژیک می باشد. اکثر کشورها در آستانه سال ۲۰۰۰ میلادی با تلاش وجدیت فراوان سعی در تکمیل و بهبود فرآیند توسعه خویش را دارند. امروزه بدلیل انقلاب فرهنگی واجتماعی، دموکراسی، اشاعه تکنولوژی، ورود رایانه و شبکه های جهانی در عرصه ارتباطات ...، تقریباً بعضی از مرزهای بین المللی برداشته شده است و جهان بسوی یکپارچه شدن می رود. گرچه هنوز قطب بندی دوگانه کشورهای توسعه یافته^(۱) و در حال توسعه^(۲) برقرار می باشد، ولی از حالت بردگی دوران گذشته بیرون آمده است، اکثر کشورها استقلال یافته اند و خودشان در اداره امور خویش تصمیم می گیرند.

حال درچنین عصری که توسعه محور آن است کشورها هرچه بیشتر سعی در بهبود عوامل مداخله گر در توسعه می باشند. یکی از عوامل مهم توسعه عنایت و توجه به مسائل جمعیتی می باشد. کشورهای توسعه یافته از سالها پیش، زمانی که مسئله افزایش جمعیت و آغاز بحران را متوجه شدند کنترل جمعیت را بعنوان راهی مناسب و کارا برای پیشبرد توسعه دانستند و بدان عمل کردند.

افزایش رشد بی رویه جمعیت^(۳) سبب گسترش فقر اقتصادی واجتماعی در کشورهای در حال توسعه شده و باعث بحران های حاد در نظام اجتماعی^(۴) این

-
- 1- Developed countries
 - 2- Developing countries
 - 3- Population
 - 4- Social system

نوع جوامع شده است ، همچنین این عامل بعنوان مهمترین مانع توسعه کشورهای در حال توسعه است.

بر اساس برآورد های انجام شده در اواسط سال ۱۹۹۲ جمعیت جهان به ۵/۵ میلیون نفر رسید که بیانگر نرخ رشد سالیانه حدود ۱/۷ درصد است به عبارتی در سال ۱۹۹۲ تعداد ۹۳ میلیون نفر به جمعیت جهان اضافه شده است. از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۹۲ جمعیت جهان به بیش از دو برابر افزایش پیدا کرد، یعنی از رقم ۲/۵ میلیارد نفر به ۵/۵ میلیارد نفر بالغ شده است ، تا پایان قرن بیستم جمعیت کل جهان با افزایش ۷۴۹ میلیون نفر به آن به ۶/۲ میلیون نفر می رسد. پیش بینی می شود این افزایش تا سال ۲۰۲۵ با توجه به روند نرخ رشد و مطابق نتایج پیش بینی با گزینه حد وسط^(۱) سازمان ملل متحد به ۸/۵ میلیارد نفر برسد. (نشریه مرکز جمعیت شناسی ، ۱۳۷۸) در روز بیستم مهر ۱۳۷۸ برابر با دوازدهم اکتبر ۱۹۹۹ جمعیت جهان به ۶ میلیارد نفر رسید. (روشن روان، ۱۳۷۸)

همبستگی شاخص های توسعه با متغیر های جمعیتی در اکثر نقاط جهان به اندازه ای است که بالا بودن نرخ رشد جمعیت و نرخ مرگ و میر کودکان^(۲) در بیشتر جوامع به معنای پایین بودن میزان توسعه یافتگی محسوب می شود و به عبارت دیگر اغلب پژوهشگران جمعیتی معتقدند که رابطه ای دوجانبه و معکوس بین توسعه و افزایش جمعیت و مرگ و میر کودکان وجود دارد.

در علم جمعیت شناسی^(۳) چهار واقعه حیاتی بیشتر مورد توجه می باشد که عبارتند از: موالید^(۴)، مرگ و میر^(۵)، ازدواج^(۶)، طلاق^(۷). در بین چهار واقعه باروری و مرگ و میر بیشتر مورد عنایت جمعیت شناسان می باشد. رشد جمعیت در ایران نیز که در اوایل قرن حاضر یعنی در سال ۱۳۰۰ (ه.ش) اندک و حدوداً ۱ درصد برآورد شده بود، به دلیل کاهش سریع مرگ و میر تا سال ۱۳۶۵ به ۳/۷

1- Medium variant

$$2- \text{Infant mortality rate (I.M.R.)} = \frac{d-1}{B}$$

3- Demography

4- Birth

5- Mortality or death

6- Marriage

7- Divorce

درصد یعنی در زمره بالاترین نرخ رشد‌ها در جهان رسید. این افزایش سبب شد که موانع فراوانی در اجرای برنامه های توسعه بوجود آمده و روند مطلوب پیشرفت اقتصادی اجتماعی تحت الشعاع مشکلات جمعیتی قرار گیرد. کوشش های دولت در کاهش مرگ و میر عمومی و مرگ و میر اطفال نرخ مرگ و میر را کاهش داده و به ۱۰ در هزار رسانده است. بنابه گفته محمدفرهادی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چشماخص مرگ و میر کودکان و مادران باردار در ایران کمتر از متوسط آمار جهانی است و همچنین شبکه بهداشتی درمانی و ایمن سازی ایران امروز به عنوان یک الگو در کشورهای پیشرفته دنیا مورد پذیرش قرار گرفته است. (فرهادی، ۱۳۷۸) با وجود آنکه ایران از چند سال پیش موفق شد تا حدودی نرخ رشد را نسبت به گذشته کاهش دهد، اما هنوز در ایران رشد جمعیت به حد متعادلی نرسیده است. بطوری که جمعیت کشور از حدود ۶۱ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به حدود ۷۳ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ خواهد رسید و همچنین ایران از مقام پانزدهمین کشور پر جمعیت جهان (در سال ۱۳۷۲) به نهمین کشور پر جمعیت جهان خواهد رسید. در ایران دلایل عمده نرخ بالای افزایش جمعیت علاوه بر کاهش فوق العاده مرگ و میر کودکان زیر یکسال نرخ بالای باروری^(۱) زنان نیز می باشد. (نشریه مرکز جمعیت شناسی، ۱۳۷۸) در کشور ما از آنجایی که بین رشد اقتصادی و رشد جمعیت موازنه برقرار نیست رشد جمعیت یک عامل مختل کننده توسعه اقتصادی می باشد. یکی از سیاست های عمده توسعه اقتصادی در ایران کنترل رشد بی رویه جمعیت و متعاقب آن کنترل باروری است.

استان فارس^(۲) یکی از استان های بزرگ کشور است که ۶/۴ درصد از سهم جمعیت کشور را در خود جای داده است و از این لحاظ پس از استان های تهران، خراسان، مازندران و اصفهان قرار دارد. جمعیت این استان در سال ۱۳۳۵ کمتر از یک میلیون نفر بوده که در سال ۱۳۷۵ به بیش از ۳/۵ میلیون نفر بالغ شده است. رشد سریع جمعیت و جوان شدن ساخت جمعیت باعث افزایش

1- Fertility

۲- استان فارس در جنوب ایران بین مدارهای ۲۷ درجه و ۲ دقیقه و ۳۱ درجه و ۴۲ دقیقه عرض شمالی و ۵۰ درجه و ۲۶ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار گرفته است.

نسبت وابستگی^(۱) و عقب ماندن تدریجی رشد اشتغال نسبت به افزایش جمعیت در این استان شده است.

در عصر حاضر رشد شتابان جمعیت بواسطه فرزندزایی^(۲) نیست بلکه نتیجه بهبود شرایط زندگی و کاهش مرگ و میر است. انسان کنونی بسیار جلوتر از آنکه به اهمیت کنترل باروری خود در ارتباط با کاهش مرگ و میر پی برده باشد توانسته است با بکار گیری فن آوری و سازمان اجتماعی مرگ و میر را کنترل کند. ارتباط متقابل بین مرگ و میر کودکان و باروری یکی از معنی دارترین حوزه های تحقیقات جمعی معطوف به سیاست گذاری است. بررسی ارتباط بین این دو متغیر علاقه بسیاری از جمعیت شناسان را بخود جلب کرده است و در طی دهه ۱۹۷۰ تحقیقات زیادی به بررسی تأثیر مرگ و میر کودکان بر باروری معطوف شد، این نوع تحقیق در آسیا بیشتر در آسیای جنوب شرقی صورت گرفته است. متأسفانه در ایران چنین تحقیقات آنقدر کم می باشد که حتی نمی توان گفت تعداد آنها انگشت شمار است.

علیرغم مخالفت های بالقوه در چهار دهه گذشته پذیرش و اجرای بسیاری از طرح های ملی تنظیم خانواده^(۳) بر اساس تحقیقات مستند باروری رابطه معکوس بسیار قوی با بهداشت و مرگ و میر داشته است. چنین اطلاعاتی همچنین یک سیاست کلیدی عقلانی برای مشارکت دانشمندان بهداشت، مجریان و وزرای بهداشت و درمان در برنامه های کنترل جمعیت را فراهم می نماید.

بررسی دو واقعه مورد بررسی در دو سطح می تواند مطرح باشد: سطح خرد^(۴) (فردی) سطح کلان^(۵) (اجتماعی). سطح خرد نگرش و تصمیم زوجین در باره بعد مطلوب خانواده با توجه به مرگ و میر کودکان می باشد. در سطح

$$1- \text{Dependency ratio (D.R)} = \frac{\sum_0^{14} P + \sum_{65}^{\infty} P}{\sum_{15}^{64} P}$$

2- Childbearing

3- Family planning

4- Micro-level

5- Macro-level

کلان تجربه مرگ و میرکودک ممکن است موجب شکل گیری هنجارهای تولید نسل و رفتارهای اجتماع در بین زوجین سبب تأثیر مرگ و میر قبل کودکان بر باروری افتراقی^(۱) گردد.

اما آنچه که در این پایان نامه بررسی خواهد شد تأثیر مرگ و میر کودکان بر باروری در شهر شیراز می باشد. شیراز مرکز استان فارس می باشد و در جنوب ایران واقع شده است. وسعت شهر شیراز ۱۰۳۰۰ کیلومترمربع است که از شمال به سپیدان، مرودشت و ارسنجان، از جنوب به جهرم و فیروزآباد، از مشرق به استهبان و فسا و از مغرب به کازرون و ممسنی محدود می شود. ارتفاع شیراز از سطح دریا ۱۵۴۰ متر است. دشت شیراز در میان حصاری کوهستانی واقع شده است. هوای شیراز بطورکلی معتدل است، زمستان های ملایم و تابستان های گرم دارد، اما طول فصل تابستان کوتاه می باشد. چهار فصل بخوبی در شیراز محسوس است. جمعیت شیراز برابر سرشماری سال ۱۳۷۵ بیش از ۱/۴ میلیون نفر بوده است. (همچنین جمعیت شیراز در سرشماری های ۱۳۲۵-۱۳۳۵-۱۳۴۵-۱۳۵۵-۱۳۶۵-۱۳۷۵ به ترتیب: ۱۷۰۶۵۹-۲۶۹۸۶۵-۴۲۵۸۱۳-۸۴۲۸۴۶-۱۰۳۰۹۹۴ نفر بوده است). این شهرستان از نظر تقسیمات کشوری دارای بخش های زرکان، سروستان، کربال (خرامه)، کوار، ارژن و مرکزی می باشد.

در این بررسی می خواهیم تأثیر جایگزینی^(۲) را بسنجیم و ببینیم نگرش زوجین با توجه به ارزش فرزند^(۳) در باره تنظیم خانواده چیست و از نظر زوجین بعد مطلوب خانوار باید چقدر باشد...

در باره اهمیت این موضوع همین قدر کافی است که بدانیم که یکی از عوامل سربلندی و عزت یک جامعه وجود افراد سالم و متعالی از هر لحاظ مخصوصاً نسل آینده ساز جامعه می باشد. پس توجه به مسائل جمعیتی بطور اعم و موضوع مورد بررسی بطور اخص برای پیشرفت و بالندگی جامعه دارای نقش کلیدی می باشد.

1- Differential fertility

2- Replacement effect

3- Value of children