

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی

عنوان

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

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر حسن رفیعی

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر آمنه ستاره فروزان

استاد مشاور آمار:

جناب آقای دکتر مسعود صالحی

دانشجو:

نوراله مرادی کله لو

سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷

شماره ثبت: ۱۳۷-۲۰۰۰

پیشکش بہ:

استاد ارجمندم کہ از آنہا بسیار آموختم:

آقای دکتر حسن رفیعی

خانم دکتر آمنہ ستارہ فروزان

آقای دکتر مسعود صالحی

بہ دوستان عزیزم کہ سرمایہ عمرم محبوب می شوند.

بہ اعضای خانوادہ ام کہ حق زیادہی برگردنم دارند.

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

طرح مسأله

به طور کلی زنان امید به زندگی بیشتری از مردان دارند که می تواند متأثر از شرایط بیولوژیکی آنها باشد. امید به زندگی سالم زنان نیز از مردان بیشتر است ولی به نظر می رسد که زنان، مخصوصاً در کشورهای کمتر توسعه یافته و توسعه نیافته، به نسبت طول عمری که دارند از امید به زندگی سالم بیشتری برخوردار نیستند. این موضوع حاوی این نکته است که در این کشورها برابری جنسیتی رعایت نمی شود و در حق زنان اجحاف صورت می گیرد. در این پژوهش به بررسی رابطه نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم در چندین سال می پردازیم.

روش

مطالعه حاضر تحلیلی و از نوع همبستگی می باشد. داده های لازم برای متغیر امید به زندگی سالم از گزارش های سازمان جهانی بهداشت استخراج شده است. داده های مربوط به نابرابری جنسیتی نیز هر ساله توسط سازمان ملل متحد که به صورت گزارش های توسعه انسانی منتشر می شوند انتخاب شده اند. دوره تحلیلی مورد نظر سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ است. در پایان با استفاده از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون به بررسی رابطه بین دو متغیر اصلی پرداخته شد.

یافته ها

یافته های این مطالعه نشان می دهد بین شاخص های آموزشی، اقتصادی، درآمد زنان (متغیرهای مربوط به نابرابری جنسیتی) با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. بین شاخص های سیاسی زنان با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم رابطه آماری معنی داری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که شاخص آموزش پیش بینی کننده معنی دار فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم است.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه حاکی از اهمیت متغیرهای اقتصادی - اجتماعی در سلامت می باشد.

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

فهرست مطالب

۱	فصل اول (مقدمه و کلیات)
۲	مقدمه
۳	بیان مسئله
۵	اهمیت و ضرورت
۱۰	اهداف پژوهش
۱۰	الف) هدف کلی
۱۰	ب) اهداف اختصاصی
۱۰	ج) هدف کاربردی
۱۱	سؤال ها و فرضیه ها
۱۱	متغیرها
۱۱	الف: متغیر مستقل
۱۱	تعریف نظری
۱۲	تعریف عملیاتی
۱۳	ب: متغیر وابسته
۱۳	تعریف نظری
۱۴	تعریف عملیاتی
۱۵	فصل دوم (دیدگاه های نظری موجود و مروری بر پژوهش های انجام شده)
۱۶	برابری
۱۷	نظریات فمینیستی
۲۱	حقوق بشر و حقوق زنان
۲۲	نقش سیاسی، اقتصادی و اجتماعی زنان
۲۳	اندازه گیری شکاف جنسیتی جهانی
۲۵	تعریف بهداشت عمومی

۲۶	تعریف های سلامتی
۲۶	تعریف بیماری
۲۷	تعریف سلامت نرمال (از دیدگاه آماری)
۲۸	تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت
۲۹	الگوی زیست شناختی سلامت
۲۹	الگوی کلیت سلامت
۳۰	عوامل موثر بر سلامتی (تعیین کننده های سلامتی)
۳۰	عوامل ژنتیکی و فردی
۳۰	جنس
۳۰	شغل و طبقه اجتماعی
۳۱	عوامل محیطی
۳۱	محیط اجتماعی اقتصادی
۳۱	شیوه های زندگی مردم
۳۲	وسعت و کیفیت ارائه خدمات
۳۲	عوامل دیگر
۳۲	عدالت در سلامت
۳۵	سلامت زنان در نگاه کلی
۳۶	عوامل مؤثر بر سلامت زنان
۳۷	محیط اجتماعی و اقتصادی و سلامت
۳۸	مرگ و میر اضافی و نرخ پایین و ساختگی طول عمر زنان
۳۹	امید به زندگی
۴۰	بررسی متون
۴۹	فصل سوم (روش تحقیق)
۵۰	مقدمه
۵۱	روش شناسی تحقیق

۵۱	نوع مطالعه
۵۱	جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری
۵۲	معیارهای ورود به مطالعه
۵۲	معیارهای خروج از مطالعه
۵۲	روش جمع آوری داده ها
۵۳	روش اجرا
۵۳	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۳	ملاحظات اخلاقی
۵۴	فصل چهارم (یافته های پژوهش)
۵۵	مقدمه
۵۶	یافته های توصیفی
۵۷	یافته های تحلیلی
۵۷	الف- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۱
۵۹	ب- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۲
۶۱	ج- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۳
۶۳	د- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۴
۶۵	ذ- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم
۶۸	ر- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۱
۷۰	ز- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۲
۷۲	س- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۳
۷۴	ش- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۴
۷۷	ص- رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم به طور کلی
۷۹	ض- تحلیل رگرسیونی مؤلفه های تبیین کننده فاصله امید به زندگی سالم بدو تولد بین دو جنس
۸۰	ط- تحلیل رگرسیونی مؤلفه های تبیین کننده فاصله امید به زندگی سالم ۶۰ سالگی بین دو جنس
۸۱	فصل پنجم (نتیجه گیری و پیشنهادات)

۸۲	.....	مقدمه
۸۲	.....	خلاصه یافته ها
۸۵	.....	بحث و نتیجه گیری
۸۸	.....	پیشنهادات
۸۸	.....	محدودیت ها
۸۹	.....	منابع فارسی
۹۲	.....	منابع لاتین

فهرست جداول

- جدول شماره ۱: فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در کشورهای منتخب ۵۶
- جدول شماره ۲: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۱ ۵۷
- جدول شماره ۳: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۲ ۵۹
- جدول شماره ۴: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۳ ۶۱
- جدول شماره ۵: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۴ ۶۳
- جدول شماره ۶: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با امید به زندگی سالم ۶۵
- جدول شماره ۷: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۱ ۶۸
- جدول شماره ۸: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۲ ۷۰
- جدول شماره ۹: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۳ ۷۲
- شماره ۱۰: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم در سال ۲۰۰۴ ۷۴
- جدول شماره ۱۱: رابطه متغیرهای نابرابری جنسیتی با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم ۷۷
- جدول ۱۲: تحلیل رگرسیونی مؤلفه های تبیین کننده فاصله امید به زندگی سالم بدو تولد بین دو جنس ۷۹
- جدول ۱۳: تحلیل رگرسیونی مؤلفه های تبیین کننده فاصله امید به زندگی سالم ۶۰ سالگی بین دو جنس ۸۰

فصل اول

مقدمه و کلیات

مقدمه:

سلامتی یک موضوع شایع در بسیاری از فرهنگ ها است. در واقع هر جامعه ای، به عنوان بخشی از فرهنگ خود، مفهوم خاصی از سلامتی دارد. پزشکی نوین غالباً متهم به اشتغال بیش از حد به مطالعه بیماری ها و غفلت از بررسی سلامتی می شود و به دنبال این نادانی ما درباره سلامتی همچنان ژرف می ماند. بطوریکه کمتر تا کنون به عوامل تعیین کننده اجتماعی و مخصوصاً عوامل اجتماعی آن پرداخته شده است و هیچ معیار منفردی برای اندازه گیری سلامتی وجود ندارد.

در سطح بین الملل تا زمانی که پس از جنگ جهانی اول اساسنامه مجمع ملل تهیه می شد، سلامت از یاد رفته بود و تنها در آخرین لحظه، بهداشت جهان به یاد تهیه کنندگان پیش نویس آمد. در پایان جنگ جهانی دوم هم، هنگامی که نمودار تشکیلاتی سازمان ملل نوشته می شد، بهداشت فراموش شده بود. در کنفرانس سازمان ملل در شهر سانفرانسیسکو در سال ۱۹۵۴، موضوع بهداشت به عنوان یک موضوع خاص مطرح شد. سی امین گردهمایی جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ تصمیم گرفت که هدف اصلی دولت ها و WHO در دهه های آینده باید « رساندن همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ به سطحی از سلامتی که بتواند یک زندگی اجتماعی و اقتصادی بارآور داشته باشند.» باشد (پارک، ۱۳۸۲).

با قرار دادن بهداشت به عنوان بخش تلفیق یافته ی توسعه اقتصادی و اجتماعی - توسط سازمان ملل (۱۹۷۹) - بهداشت وسیله ی عمده ای برای پیشرفت اقتصادی اجتماعی در ایجاد نظم نوین اجتماعی می شود (همان).

تعریف قابل قبولی که از سلامتی می شود، تعریف سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۱۹۴۸ ارائه شده و در سالهای اخیر کامل تر شده است: سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیماری و یا معلول نبودن و توانایی داشتن یک زندگی از نظر اقتصادی و اجتماعی مثمر (عزیزی، ۱۳۸۰).

سلامتی را با شاخصهای مختلف می توان سنجید. یکی از شاخص های مهم اندازه گیری سلامتی، شاخص امید به زندگی است و آن تعداد سالهایی است که انتظار می رود یک فرد زندگی کند؛ ولی به علت اینکه این شاخص توانایی محاسبه ناتوانی و بیماری های مزمن را نداشت، متخصصین شاخص امید به زندگی سالم را درست کردند که این نقیصه را پوشش می دهد و تعریف آن عبارت است از تعداد سالهایی که انتظار می رود شخص در سلامت کامل زندگی کند و بیماری یا ناتوانی نداشته باشد (بینگتون، ۱۹۹۶). زنان و مردان در این دو شاخص با هم متفاوت هستند. بطور کلی زنان امید به زندگی بیشتری از مردان دارند که می تواند متأثر از شرایط بیولوژیکی آنها باشد. امید به زندگی سالم زنان نیز از مردان بیشتر است ولی به نظر می رسد که زنان، مخصوصاً در کشورهای کمتر توسعه یافته و توسعه نیافته، به نسبت طول عمری که دارند از امید به زندگی سالم بیشتری برخوردار نیستند. این موضوع حاوی این نکته است که در این کشورها برابری جنسیتی رعایت نمی شود و در حق زنان اجحاف صورت می گیرد. در این پژوهش به بررسی رابطه نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم در چندین سال می پردازیم.

بیان مسئله:

اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم قرن شیوع بیماریهای واگیردار و عفونی بود که در اثر آن تعداد زیادی از زنان و مردان هلاک می شدند. با پیشرفت دانش پزشکی و بهداشت بعد از نیمه قرن بیستم از شیوع این بیماریها کاسته شد و بیماریهایی ظهور کردند که نقش عوامل اجتماعی و سبک زندگی در آنها برجسته بود (نیکنام، ۱۳۸۴). در نتیجه این پیشرفت ها سلامتی بشر نیز رو به بهبود نهاد. امید به زندگی به عنوان یکی از شاخصهای سلامت افزایش یافت بطوریکه از میانگین ۳۰ سال در ۱۹۰۰ به میانگین ۶۲ سال در ۱۹۸۵ رسید. برای مدت طولانی از امید به زندگی به عنوان یک نشانگر سلامتی استفاده می شد. با این حال این شاخص دارای معایبی بود که متخصصان شاخص دیگری را ساختند که این عیب را پوشش می داد و آن را امید به زندگی سالم نامیدند (ویکی پدیا، ۲۰۰۰).

عیب اساسی امید به زندگی که در تعریف آن نیز آمده این است که فقط تعداد سال هایی را که امید می رود فرد از ابتدای تولد زنده بماند منظور می کند؛ در حالی که ممکن است این طول عمر با سلامتی همراه نباشد که نشان از عدم توجه این شاخص به بعد کیفی زندگی دارد و فقط کمیت عمر مورد توجه قرار گرفته است. اما

امید به زندگی سالم تعداد سالهایی که شخص در سلامت کامل و بدون بیماری است را محاسبه می کند(سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲).

یکی از متغیرهای مورد توجه در این نشانگرها جنسیت فرد می باشد. به طور کلی امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان می باشد. با نگاه به آمارهای منتشره از سوی سازمان جهانی بهداشت این نکته روشن است که امید به زندگی سالم نیز در زنان به طور کلی بیشتر از مردان می باشد. انتظار می رود که با توجه به خصوصیات بیولوژیکی زنان، امید به زندگی و امید به زندگی سالم در آن ها بیشتر از مردان باشد؛ ولی آن چه مهم است این است که در تعدادی از کشورها که بیشتر شامل کشورهای توسعه یافته هستند امید به زندگی سالم زنان در مقایسه با مردان فاصله بیشتری از کشورهای کمتر توسعه یافته دارد. در چرایی این موضوع می توان گفت رعایت عدالت جنسیتی در کشورهای توسعه نیافته مد نظر قرار گرفته نشده است.

بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت عدالت جنسیتی در سلامت عبارتست از تمایزهای غیر منصفانه که در سطوح جسمی، روانی و عاطفی در گروه های اجتماعی مختلف وجود دارد. این تمایزات که به عنوان نابرابری ها تعریف می شوند در نتیجه تفاوت های در جنسیت، طبقه اقتصادی - اجتماعی، قومیت و سن هستند و یا منشأ جنسی و منطقه ای دارند. بر هم کنش دو یا تعداد بیشتری از این خصوصیات می تواند این تمایزات را در بین گروه ها تشدید کند(آناند، ۱۹۹۵).

دستیابی به عدالت جنسیتی در سلامت به معنی از بین بردن بی عدالتی های غیر ضروری و قابل پیشگیری در سلامت است که در نتیجه ساختار اجتماعی جنسیت وجود دارد و آن به این معنی است که زن و مرد فرصت مشابهی برای لذت بردن از شرایط زندگی و خدماتی که آنها را قادر می سازد در سلامت خوبی باشند را دارند، بدون آن که دچار بیماری، ناتوانی یا مرگ به علت های غیر منصفانه و قابل جلوگیری شوند. چشم انداز جنسیت در سلامت شامل تفاوت در قدرت و نیروی کار بین زن و مرد در تاریخچه اپیدمیولوژیکی شان می باشد که بوسیله آن می توانیم توضیح دهیم که چرا و چگونه تاریخچه زنان و مردان متفاوت است(همان).

برقراری عدالت به خصوص عدالت در سلامت در جوامع بشری باید از اهمیت فوق العاده ای برخوردار باشد، زیرا عدالت بالاترین فریضه بشری می باشد. برای سنجش عدالت جنسیتی از نشانگرهای متعددی استفاده می شود که سازمان ملل آنها را به عنوان نشانگرهای سنجش عدالت جنسیتی بر می شمارد. یکی از مشکلات اساسی در روند بررسی این نشانگرها عدم وجود اطلاعات دقیق و کافی بین کشورها می باشد. بنابراین ما در

این پژوهش پس از بررسی های کارشناسانه و با توجه به در دسترس بودن آمارهای موجود در سطح بین المللی اقدام به گزینش چند نشانگر نموده ایم که نشانگرهای مهم سنجش عدالت جنسیتی بوده و قابل مقایسه با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم هستند. در ابتدا حدود پانزده شاخص برای بررسی در نظر گرفته شد، پس از بررسی ها و در نظر گرفتن مشکلات فوق ذکر نشانگرهای میزان سواد بزرگسالان، میزان ثبت نام ناخالص سه پایه، برآورد درآمد کسب شده، جایگاه کسب شده در پارلمان، میزان فعالیت اقتصادی در زنان و درصد حضور زنان در مناصب حکومتی در سطح وزارت به عنوان سنجش عدالت جنسیتی انتخاب شدند.

اهمیت و ضرورت:

عوامل گوناگونی بر سلامت تأثیر گذار می باشند که این عوامل هم در درون شخص و هم از بیرون او و هم در جامعه ای که او زندگی می کند قرار دارد. جز حقیقت نگفته ایم اگر بگوییم اینکه انسان هر آنچه هست و قربانی چه نوع بیماری می شود، بستگی به ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی دارد که با آن مواجه می شود. این عوامل با یکدیگر کنش متقابل دارند و این کنش های متقابل می توانند باعث بهبود سلامتی شده یا مضر باشند. سازمان جهانی بهداشت عوامل متعددی را که بر سلامت تأثیر گذار است را در چهار حیطه اجتماعات، جوامع، افراد و خانواده تقسیم بندی نموده است؛ که دو زیرشاخه مهم و تأثیر گذار در این نمودار جنسیت، تساوی و عدالت اجتماعی می باشد (پارک، ۱۳۸۱).

عدالت اساسی ترین مفهوم در حقوق انسانی است. عدالت یکی از عالی ترین مفاهیم زندگی بشری است بطوریکه می توان گفت عدالت فضیلت اولیه و اساسی است؛ تا حدی که انسان ها ممکن است در مورد آزادی، رفاه و حتی برابری شک نمایند لکن نمی توانند به مذموم بودن عدالت رأی بدهند. عدالت ایجاد رابطه خاص میان اهداف عالی انسان و نوع زندگی انسان ها مثل رفاه و معرف بهره برداری از مواهب جامعه چون ثروت و منزلت است (شریف زادگان، ۱۳۸۶).

یکی از حوزه های مهم عدالت توجه به عدالت جنسیتی است. جنسیت حوزه حوزه مرکزی زندگی همه ما است. وقتی نوزادی متولد می شود اولین سؤال در مورد دختر یا پسر بودن اوست. اگر چه طی روند اجتماعی

شدن ما به بی عدالتی جنسیتی که تقریباً از نظر کاربردی یک مقوله جهانی است توجه چندانی نشان نمی دهیم؛ اما رفته رفته آگاهی جنسیتی رو به افزایش است (گیدنز، ۲۰۰۶).

لازم است به تفاوت جنس و جنسیت توجه نماییم. جنس به تفاوت های زیست شناختی مردان و زنان اطلاق می شود. طبق تعریف، جنسیت عبارت است از ساختار اجتماعی که به تفاوت های بیولوژیکی مرد و زن نسبت داده می شود. جنسیت شامل جدا کردن انتظارات از خصوصیات در رفتار زن و مرد می شود که به زنانگی و مردانگی توصیف می شود. بر خلاف عقیده عموم، جنسیت معنی زن یا زنانگی نمی دهد اما به روابط قدرت بین زن و مرد که در نتیجه تعاریف اجتماعی از زنانگی و مردانگی است ارجاع می شود. با توجه به تعریف فوق، جنسیت بر خلاف جنس در حیطه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت قرار می گیرد (بروم، ۱۹۹۶).

اهمیت مضاعف نابرابری جنسیتی در این است که نابرابری جنسیتی هم به عنوان یک عامل اجتماعی بر سلامت مؤثر است و هم خود نابرابری جنسیتی و ظلمی که بر زنان می رود مهم است. ابتدا لازم است نکاتی در باره خود نابرابری جنسیتی ذکر شود و بعد از آن در باب اهمیت آن در سلامت گفته شود.

جامعه انسانی متشکل از دو نیمه است؛ مرد و زن. زن و مردی که برای بقاء و گذران زندگی به همدیگر نیازمندند. زن و مردی که به هم پیوستن آنان، اساس تشکیل نمادی در جامعه است که اگر سالم باشد امن ترین محیط برای فرد اعضای جامعه است؛ خانواده می تواند محل آسایش، تجدید قوای ذهنی و جسمی و تأمین امنیت روانی باشد. زن و مرد بابت متمایز بودن در ساختار بدنی خود، دو گروه مجزا را در جامعه انسانی تشکیل می دهند. این در واقع بزرگترین گروه بندی است که در هر جامعه ای می توان انجام داد، اما این گروه بندی به دنبال خود تفکرات قالبی و کلیشه های جنسیتی را به همراه داشته است.

به دنبال طرح مسأله نابرابری های طبقاتی، نژادی و قومی و سایر نابرابری های اجتماعی، در جوامع غرب و سپس در سایر جوامع اذهان متوجه نابرابری های حاصل از تمایزات جنسی شد. گرچه این مسئله در جوامع مختلف به شیوه های گوناگون مطرح شد ولی عامل مشترک در تمام آنها رشد آگاهی امروز جامعه نسبت به تفاوت ها و تمایزات و سپس نابرابری های جنسیتی در حوزه های گوناگون زندگی روزمره بود (اعظم زاده، ۱۳۸۴).

نادیده گرفتن زنان در طول تاریخ در تمامی جوامع به اشکال و صور مختلف وجود داشته است. تاریخ جوامع کنونی نشان دهنده آن است که نظام پدر سالاری، نظام مسلط در جوامع بشری بوده است و تا کنون هیچ مورد شناخته شده از جامعه ای که در آن زنان قدرتمند تر از مردان باشند یافت نشده است (گیدنز، ۱۳۷۳).

تقریباً در تمامی جوامع شناخته شده نابرابری های جنسیتی وجود داشته است و به طور کلی تفاوت میان دو جنس همواره بر اساس برتری مردان نسبت به زنان شکل گرفته است. به عبارت دیگر تاریخ جامعه بشری تا کنون تاریخ مردان بوده است که در آن عملاً نقش زنان نادیده گرفته شده است.

به عقیده آندره میشل تبعیض جنسی در کنار تبعیض طبقاتی و نژادی، مثلث شوم تبعیض ها و نابرابری ها را می سازد که از دیر باز در چهار گوشه جهان مایه رنج و عذاب نوع بشر بوده است. تبعیض جنسی یعنی اعمال، رفتار، پیشداوری ها و جهان بینی هایی که زنان را فرودست و کم ارزش تر از مردان دانسته و جنس مذکر را مسلط بر جنس مؤنث می داند. اگرچه این تبعیض و نابرابری در ادوار تاریخ بشری امری طبیعی و نشأت گرفته از نظام طبیعی و تفاوت های زیستی زنان دانسته می شد، اما در پی فعالیت های گسترده طرفداران حقوق زنان و سایر عوامل، ماهیت اجتماعی و تاریخی این تبعیض روشن گردید و این نکته مبرهن گشت که تبعیض های تحقیر کننده جنس زن نه محصول نظام طبیعی، بلکه نتیجه نظام اجتماعی تبعیض آمیز و رفتار اجتماعی نادرست و ناعادلانه با زنان بوده است (میشل، ۱۳۷۳).

کنوانسیون رفع تبعیض از زنان عبارت " تبعیض علیه زنان را هر گونه تمایز، استثناء (محرومیت) یا محدودیت بر اساس جنسیت که نتیجه یا هدف آن خدشه دار کردن یا لغو شناسایی، بهره مندی یا اعمال حقوق بشر و آزادی های اساسی در زمینه های سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، مدنی یا هر زمینه دیگر زنان صرف نظر از وضعیت زناشویی شان و بر اساس تساوی میان زنان و مردان اطلاق می کند (کار، ۱۳۷۸ و ۱۳۵۷).

علاوه بر این یونسف سال ۱۹۹۰ را سال فرزند دختر اعلام نمود تا توجه بیشتری را به مسئله نابرابری جنسیتی جلب نماید. آمار ها نشان می دهد که با وجود این که بیشترین ساعات کار جهان ۶۸ درصد متعلق به زنان است آنها ۱۰ درصد درآمد جهان را کسب می کنند. به عبارت دیگر زنان کمترین کنترل را بر سرمایه و تکنولوژی دارند از این رو برخی زنان را متعلق به جهان چهارم دانسته اند. از نظر دستیابی به امکانات آموزشی، بهداشتی و درمانی نیز بین زنان و مردان نابرابری های زیادی وجود دارد. حدود ۷۸ درصد بی سوادان جهان را

زنان تشکیل می دهند و بخش عمده ای از این زنان به دلایل مسائل بهداشتی و مسائل ناشی از سقط جان خود را از دست می دهند (سازمان ملل، ۱۹۹۰).

جوآنا (۲۰۰۳) نیز در مطالعه خود در جامعه آمریکا ابعاد متفاوت نگرش زنان نسبت به شکاف جنسیتی را مورد مطالعه قرار داده و به این نتایج دست می یابد که افزایش سطح تحصیلات زنان، اشتغال و رشد جنبش های رهایی بخش زنان تأثیر بسزایی در گوناگونی نقش های سنتی و افزایش و رشد آگاهی جنسیتی در بین آنها داشته است (موحد و همکاران، ۱۳۸۴).

کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه قاهره در سال ۱۹۹۴، حق زنان بر کنترل تمامی جنبه های سلامت و بهداشت را مورد اشاره قرار داده و برابری زن و مرد در روابط جنسی را مورد تأکید قرار داد. این توجه با برنامه عملیاتی چهارمین کنفرانس جهانی زنان در سال ۱۹۹۵ که بر یک دیدگاه کلی نگر و مبتنی بر چرخه زندگی در مورد بهداشت و سلامت زنان استوار بود دنبال شد (صندوق جمعیت سازمان ملل، ۱۹۹۹). معاهده حذف تمامی اشکال تبعیض بر علیه زنان که چارچوب قانونی را برای توسعه برابری جنسیتی آماده می کرد، توسط اکثریت قریب به اتفاق کشورها مورد تصویب قرار گرفت (برنامه توسعه سازمان ملل، ۱۹۹۹).

تبعیض جنسیتی بین زنان و مردان را می توان در مسایل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی مشاهده نمود:

عوامل اقتصادی:

- زمان هایی که زنان به کارهای مختلف مشغول هستند محاسبه نمی شود.
- برای زنان فرصت های شغلی خارج از خانه نیز نامتناسب تقسیم می شود. مثلاً کار پاره وقت، موقت یا از نظر درآمد پایین است که همین موارد زنان را بیشتر در معرض فقر قرار می دهد.
- اولویت فرصت های شغلی اغلب به مردان اعطا می شود.

عوامل اجتماعی:

- دسترسی زنان و دختران به فرصت‌ها و امکانات آموزشی ناعادلانه است.

- زنان در کل از سطح سواد پایین‌تری برخوردارند.

عوامل سیاسی:

- فقدان حق رأی عمومی و همگانی.

- دسترسی زنان به مشاغل و ساختارهای قدرتی تصمیم‌گیرنده محدود است.

عوامل فرهنگی:

- جبر فرهنگی فرودستی زنان نسبت به مردان (این وضعیت که غالباً بنا بر توجهات مذهبی ایجاد شده است، نقش بسیاری در محدودیت، تحرک و فعالیت زنان بازی می‌کند).

- آسیب‌پذیری به سبب خشونت جنسی و خانگی (مارین، ۱۳۸۲).

توجه به عدالت جنسیتی در بحث سلامت از اهمیت شایانی برخوردار است چراکه این رویکرد به ما کمک می‌کند اثر جنسیت را بر موارد زیر ببینیم:

- موقعیت سلامت مردان و زنان و تعیین‌کننده‌های آن.

- موانع مرتبط با جنسیت در دسترسی به منابع و خدمات سلامتی.

- اثر برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت.

- مشارکت در تصمیم‌سازی و سیاست سلامت (تیلی، ۱۹۹۶).

اهداف پژوهش:

الف) هدف کلی:

تعیین رابطه نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.

ب) اهداف اختصاصی:

۱. تعیین رابطه میزان با سواد زنان بزرگسال با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.
۲. تعیین رابطه میزان ترکیبی ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.
۳. تعیین رابطه برآورد درآمد کسب شده زنان با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.
۴. تعیین رابطه میزان جایگاه های کسب شده زنان در مجلس شورای ملی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.
۵. تعیین رابطه میزان فعالیت اقتصادی زنان با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.
۶. تعیین رابطه درصد زنان در مناصب حکومتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم.
۷. تعیین اهمیت هر کدام از شاخص های فوق در تبیین فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم.

ج) هدف کاربردی:

۱. ارتقاء دانش بنیادی در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان.
۲. تلاش در جهت تغییر رویکرد پزشکی به عوامل اجتماعی در سلامت.
۳. تأکید بر اهمیت نابرابری جنسیتی در زمینه های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و اثر آن در سلامت

سؤال ها و فرضیه ها:

۱. هر چه میزان با سوادى زنان بزرگسال بیشتر باشد شکاف جنسیتی امید به زندگى سالم بیشتر است.
۲. هر چه میزان ترکیبى ثبت نام ناخالص زنان در سه مقطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان بیشتر باشد، شکاف جنسیتی امید به زندگى سالم بیشتر است.
۳. هر چه برآورد درآمد کسب شده زنان بیشتر باشد شکاف جنسیتی امید به زندگى سالم بیشتر است.
۴. هر چه میزان جایگاه های کسب شده زنان در مجلس شورای ملی بیشتر باشد شکاف جنسیتی امید به زندگى سالم بیشتر است.
۵. هر چه میزان فعالیت اقتصادى زنان بیشتر باشد شکاف جنسیتی امید به زندگى سالم آنها نیز بیشتر است.
۶. هر چه درصد زنان در مناصب حکومتی بیشتر باشد شکاف جنسیتی امید به زندگى سالم بیشتر است.

متغیرها :

الف: متغیر مستقل:

نابرابرى جنسیتی را به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته ایم که با ۶ نشانگر میزان سواد بزرگسالان در زنان، میزان ثبت نام ناخالص سه پایه در زنان، برآورد درآمد کسب شده در زنان، جایگاه کسب شده در پارلمان توسط زنان، میزان فعالیت اقتصادى زنان و حضور زنان در مناصب حکومتی در سطح وزارت به دست می آوریم.

تعریف نظری:

به نابرابرى بین دو جنس در زمینه های اقتصادى، اجتماعى، سیاسى و فرهنگى گفته می شود که غیرمنصفانه و قابل پیشگیری است. برای نابرابرى جنسیتی ۶ نشانگر آورده ایم که عبارت اند از: میزان سواد بزرگسالان در زنان، میزان ثبت نام ناخالص سه مقطع (ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان) در زنان، برآورد درآمد کسب شده زنان، جایگاه های کسب شده در مجلس شورای ملی توسط زنان، میزان فعالیت اقتصادى زنان و حضور زنان در مناصب حکومتی.