

بررسی و تبیین جمعیت‌شناختی نابرابری‌های مرگ‌ومیر زنان در مناطق شهری و روستایی ایران

شفیعه قدرتی^۱

محمد میرزایی^۲

علی قاسمی اردهانی^۳

یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها در علوم انسانی و به تبع آن جمعیت‌شناسی، توجه به نابرابری‌ها است. نابرابری‌های مرگ‌ومیر، یکی از شاخص‌های مهم در شناخت شکاف عمیق در توزیع منابع است. هدف از این مطالعه بررسی نابرابری‌های مرگ‌ومیر در بین زنان در مناطق شهری و روستایی ایران است. بدین منظور از داده‌های گزارش شده توسط "طرح ثبت و طبقه‌بندی علل مرگ" استفاده شده است. ابتدا داده‌ها از نظر کم‌ثبتي و گزارش غلط سن تصحيح شد، سطوح مرگ‌ومیر برآورد و نهایتاً با استفاده از تکنیک تجزیه سهم گروه‌های سنی و علل مرگ سه گانه در نابرابری‌های امید زندگی نشان داده شد. نتایج نشان می‌دهد که امید زندگی در بدو تولد برای زنان شهری ۳/۹ سال بیش از زنان روستایی است و فزونی مرگ‌ومیر نوزادان کمتر از یک سال در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری، مسئول ۳۰/۶ درصد از این تفاوت در امید زندگی می‌باشد. بیماری‌های غیرواگیر بیشترین نقش را در کاستی امید زندگی زنان روستایی دارند و پس از آن مرگ‌های ناشی از حوادث و سوانح و مرگ‌هایی که عمدتاً به دلیل بیماری‌های عفونی و انگلی هستند به ترتیب سهمی هر چند اندک در این نابرابری دارند.

واژگان کلیدی: نابرابری‌های مرگ‌ومیر، زنان شهری، زنان روستایی، تکنیک تجزیه، علل مرگ

۱. استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، s.ghodrati@hsu.ac.ir

۱. استاد جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، mmirzaie@ut.ac.ir

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه پیام‌نور، ardahae@ut.ac.ir

مقدمه و طرح مسأله

مرگ و میر فرایندی محوری در پژوهش‌های جمعیت‌شناختی است که طولانی‌ترین مطالعات را به خود اختصاص داده است، رد پای مطالعات جمعیتی در حوزه ی مرگ‌ومیر به قرون ۱۶ و ۱۷ میلادی و آثار گرانت برمی‌گردد. این پدیده دارای دو جنبه ی بیولوژیکی است که آنها را پهنه ی زندگی^۱ و طول عمر می‌نامند. منظور از پهنه ی زندگی بالاترین سنی است که انسان می‌تواند تا آن سن زنده بماند و طول عمر^۲ اشاره به توان مقاومت در برابر مرگ دارد. پهنه ی زندگی را می‌توان کاملاً بیولوژیکی در نظر گرفت اما طول عمر، مؤلفه‌هایی بیولوژیکی و نیز اجتماعی دارد. دانشمندان پهنه ی زندگی را ۱۲۰ سال می‌دانند، در حالی که طول عمر انسانها بسیار کمتر از آن است. علی‌رغم قدرت و ضعف زیست‌شناختی در انسان‌ها، سطوح مرگ‌ومیر برای هر جنس، در هر سن و در هر جامعه متفاوت است (ویکس، ۱۹۹۲). به منظور تبیین این نابرابری‌ها نظریه پردازان به عوامل مختلفی از جمله جنسیت، سطح توسعه، منطقه ی جغرافیایی، و پایگاه اجتماعی اشاره نموده‌اند و تلاش‌های زیادی در جهت ارائه ی چارچوب‌های نظری انجام شده است.

منطقه ی جغرافیایی نقش مهمی در تبیین نابرابری‌های مرگ‌ومیر دارد، تا جایی که لئون^۳ (۲۰۰۱) در تحلیلی از نظریات مربوط به نابرابری‌های مرگ‌ومیر، دو جریان عمده را در نظر می‌گیرد که در دسته ی اول، تفاوت‌ها بر اساس مناطق جغرافیایی تبیین می‌شود و گروه دوم برویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی متمرکز شده‌اند. این دو گروه ارتباط نزدیکی با هم دارند. در تبیین‌های مبتنی بر مناطق جغرافیایی، فرض بر این است که می‌توان تعیین‌کننده‌های بنیادین شکاف عظیم در امید به زندگی بین شمال و جنوب را در تفاوت ویژگی‌هایی چون فقر مطلق و محرومیت یافت. شهرنشینی به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه، زمینه ای را فراهم می‌کند که تأثیر بسزایی بر کاهش مرگ‌ومیر دارد اما از سوی دیگر، منجر به شکل‌گیری نابرابری عظیمی در مرگ‌ومیر بین مناطق شهری و روستایی شده است. مطالعه ی حاضر بر نابرابری‌های امید به زندگی زنان در مناطق شهری و روستایی تأکید دارد و سعی بر آن است تا نکاتی که کمتر به آنها توجه شده است، مدنظر قرار گیرد.

اهمیت شناخت وضعیت مرگ‌ومیر و نابرابری‌های موجود، در آن است که می‌تواند گامی در جهت بهبود درک فرایند توسعه محسوب گردد، زیرا می‌توان به شناسایی علل و عوامل مؤثر بر این پدیده پرداخت و با ارائه راهکارهای لازم به دست اندرکاران امور برنامه ریزی و اجرایی، زمینه را جهت بهبود علل و عوامل تأثیرگذار بر این پدیده فراهم کرد و بدین وسیله شرایط را برای توسعه ای همه‌گیر و همه

1. Life Span
2. Longevity
3. Leon

جانیه مهیا نمود. از سوی دیگر مرگ‌ومیر مؤلفه‌ای اساسی در پویایی‌های جمعیت است و برای شناخت بهتر تغییرات جمعیتی، لازم است توجه خاصی به سطوح و نابرابری‌های مرگ‌ومیر گردد.

مطالعات مربوط به تبیین نابرابری‌های مرگ‌ومیر عمدتاً از محدودیت‌هایی رنج می‌برد و یکی از آنها تمرکز بر تحلیل مرگ‌ومیر به عنوان یک کل است. اگر چه در مورد برآورد سطوح مرگ‌ومیر در مناطق شهری و روستایی مطالعات گوناگونی وجود دارد اما در مورد علل مرگ و نقش آنها در این نابرابری تحقیقات اندکی وجود دارد. پرستون (۱۹۷۶) استدلال می‌کند که غفلت از علل مرگ در مطالعه‌ی مرگ‌ومیر مشابه آن است که در مطالعه‌ی باروری به اثرات قابلیت باروری، وسایل پیش‌گیری از بارداری و نیز میزان‌های سقط جنین توجه نشود. علت‌های مرگ، متغیرهای بیولوژیکی هستند که عوامل اجتماعی و محیطی از طریق آنها بر میزان‌های مرگ‌ومیر اثر می‌گذارند. شناخت نقش و اثر علل مرگ، ما را به فهم تعیین‌کننده‌ها و پیامدهای ساختاری مرگ‌ومیر، نزدیک‌تر می‌کند.

تفاوت‌های مرگ‌ومیر در مناطق شهری و روستایی همواره یکی از عمیق‌ترین نابرابری‌ها در ایران بوده است و نتایج برآوردهای مطالعات مختلف که در بخش پیشینه‌ی تحقیق، مرور خواهد شد، نشان می‌دهد که در طی سال‌های ۱۳۵۲ تا سال ۱۳۸۵ امید زندگی مناطق شهری و روستایی، تفاوتی از ۱۰ سال تا ۴ سال را تجربه کرده‌اند. هر چند این نابرابری کاهش یافته است اما از بین نرفته و مطالعاتی که بر علل بلافاصله در این نابرابری‌ها پیردازد، بسیار اندک است. بدین ترتیب درحالی که در مورد تلاش برای بهبود شرایط زندگی در مناطق روستایی، توافق نظر وجود دارد، اما در مورد اینکه گروه‌های هدف برای کاهش این نابرابری چه گروه‌های سنی و کدام یک از علل مرگ هستند، توافقی وجود ندارد. در این مطالعه سعی بر آن است که به دوسوال اساسی پاسخ داده شود. اول آنکه سطوح مرگ‌ومیر در بین زنان ساکن در مناطق شهری و روستایی چگونه است و دوم آنکه هر یک از گروه‌های سنی و نیز علل سه‌گانه‌ی مرگ چه نقشی در نابرابری امید زندگی دارند؟

پیشینه تحقیق

بخش عمده‌ای از مطالعات مرتبط با مرگ‌ومیر در مناطق شهری و روستایی، محدود به نواحی خاصی است که به آنها پرداخته نمی‌شود. بخش دیگر تحقیقات، که مربوط به کل کشور است، عمدتاً بر برآورد سطح مرگ‌ومیر در مناطق شهری و روستایی تمرکز دارد. جدول ۱ برآورد امید زندگی در بدو تولد برای زنان در مناطق شهری و روستایی را در تحقیقات مختلف نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، برآوردها در برخی موارد در تعارض با هم قرار دارند که علت عمده‌ی آن، نبود داده‌های قابل اطمینان در مورد مرگ‌ومیر است. در مجموع روند تغییرات امید زندگی به صورت افزایشی بوده و در طی یک دوره‌ی

۳۰ ساله (۱۳۸۵-۱۳۵۲) امید زندگی زنان شهری و روستایی به تقریب ۱۲ سال و ۱۸ سال افزایش یافته است. از سوی دیگر شکاف امید زندگی زنان در مناطق شهری و روستایی رو به کاهش است.

جدول ۱. برآورد امید زندگی در بدو تولد برای زنان در مناطق شهری و روستایی به همراه سال ارجاع داده‌ها

روستا	شهر	
۵۱/۴	۶۲	نهایتیان و خزانه (ارقام نهایی ۵۳-۱۳۵۲)
۵۴	۶۳/۸	طرح ارج ۵۵-۱۳۵۲
۶۸/۶	۷۰	ملک افضلی و دیگران، ۱۳۶۴
۵۹/۳	۶۶/۸	زنجانی و کوششی، ۱۳۶۵
۵۴/۶	۶۳/۳	نوراللهی، ۱۳۶۵
۵۵/۲	۶۵/۵	میرزایی و دیگران، ۱۳۶۵
۶۰/۳	۶۶/۶	میرزایی و دیگران، ۱۳۷۰
۶۰/۹	۶۳/۳	نوراللهی، ۱۳۷۰
۶۵/۹	۷۰	زنجانی و نوراللهی، ۱۳۷۵
۷۰/۳	۷۴/۱	آقا، ۱۳۸۵

(نهایتیان و خزانه، ۱۳۵۶)، (ملک افضلی، پبله رودی و رضایی، ۱۳۶۵)، (میرزایی، کوششی و ناصری، ۱۳۷۵)، (زنجانی و نوراللهی، ۱۳۷۹)، (آقا، ۱۳۸۷)

مطالعاتی که نتایج آنها در جدول ۱ نشان داده شد، عمدتاً بر برآورد امید زندگی تمرکز دارند، اما علاوه بر آن برخی محققان به شاخص‌های دیگر مرگ‌ومیر پرداخته‌اند. از جمله نقوی و همکاران (۱۳۸۴) روند مرگ‌ومیر روستایی در طی دهه‌ی ۱۳۸۲-۱۳۷۲ را با استفاده از داده‌های زیج حیاتی مطالعه نموده‌اند. در این پژوهش میزان خام مرگ‌ومیر و شاخص‌های مختلف مربوط به مرگ‌ومیر کودکان و نوزادان برآورد شده است. این محققان نتیجه می‌گیرند که گرچه سطوح مرگ‌ومیر در مناطق روستایی بالاتر از مناطق شهری است اما در این مناطق نیز گذار مرگ‌ومیر و روند کاهش آن تجربه شده است.

موحدی و همکاران (۱۳۸۶) با استفاده از اطلاعات زیج حیاتی، میزان مرگ‌ومیر نوزادان، میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال، و میزان مرگ‌ومیر کودکان کمتر از پنج سال را برآورد نمودند. یافته‌های مربوط به شاخص‌های مرگ‌ومیر نشان می‌دهد که میزان‌های مرگ‌ومیر کودکان کمتر از پنج سال، زیر یک سال، و نوزادان کمتر از یک ماه روندی نزولی داشته است اما کاهش مرگ‌ومیر نوزادان شیب کمتری دارد. این مطالعه نشان می‌دهد که علی‌رغم بهبود و ارتقاء شاخص‌های سلامت کشور در مناطق روستایی، این بهبود در بین استان‌ها به صورت همگون و متعادل نبوده است (موحدی و همکاران، ۱۳۸۶).

روش تحقیق

این مطالعه براساس داده‌های مرگ‌ومیر در سال ۱۳۸۷ است که در قالب «طرح ثبت و طبقه بندی علل مرگ» گردآوری شده است. این طرح توسط معاونت بهداشت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان ثبت احوال و گورستان‌های مجاز اجرا می‌شود. در سال ۱۳۸۷ تعداد کل مرگ‌ومیر ثبت شده ۲۵۶۶۶۷ مورد است که ۹۵۷۹ مورد از آنها مربوط به مرده زایی است، همچنین ۶۰۹۴ مرگ مربوط به استان تهران است که به دلیل پایین بودن ثبت در این استان (طرح ثبت و طبقه بندی علل مرگ، شهر تهران را پوشش نمی‌دهد) از مطالعه حذف می‌شوند. این مطالعه در مورد زنان در مناطق شهری و روستایی است و با حذف مرده زایی و مرگ‌های مربوط به زنان در استان تهران، در مجموع ۵۹۳۸۹ مورد مرگ برای زنان در مناطق شهری و ۳۸۱۵۶ مورد در مناطق روستایی ثبت شده است. در این مطالعه علل مرگ به سه گروه تقسیم می‌شوند. گروه اول شامل بیماری‌های عفونی و انگلی، علل مرتبط با عوارض حاملگی و زایمان، بیماری‌های حول تولد، و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه است. گروه دوم تمام بیماری‌های غیرواگیر را شامل می‌شود. در گروه سوم مرگ‌های ناشی از صدمات و جراحات هستند که حوادث عمدی و غیر عمدی را در بر می‌گیرد. در ثبت علت مرگ، دو گروه عمده با عنوان «علائم و حالات بد تعریف شده» و «نامعلوم» وجود دارد که در دیگر علل مرگ بازتوزیع شده‌اند. سهم این دو گروه از کل علل مرگ در زنان شهری و روستایی به ترتیب ۷/۹ درصد و ۸/۷ درصد است.

حجم جمعیت زنان در مناطق شهری و روستایی در سال ۱۳۸۷ به کمک درون‌یابی خطی جمعیت کشور در طی سرشماری‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ به دست آمده است.

با توجه به اهداف این مطالعه، ابتدا داده‌های مرگ‌ومیر ارزیابی و تصحیح شده و سپس سطوح مرگ‌ومیر به تفکیک زنان شهری و روستایی برآورد می‌شود. پس از آن به تحلیل علل مرگ به کمک تکنیک تجزیه می‌پردازیم.

به منظور تصحیح کم‌ثبتی مرگ‌ومیر، کم‌ثبتی در جمعیت کمتر از پنج سال و بالاتر از پنج سال به صورت مجزا بررسی شده است. تصحیح کم‌ثبتی کودکان کمتر از پنج سال از طریق مقایسه‌ی میزان مرگ‌ومیر ثبت شده با برآوردهای مطالعات دیگر^۱، انجام شد. تصحیح کم‌ثبتی مرگ‌ومیر بزرگ سالان به کمک روش موازنه‌ی رشد براساس^۲ و ضریب تصحیح حاصل از آن صورت می‌گیرد. روش براس براساس

۱. براساس مطالعه‌ی میزایی و قدرتی (۱۳۹۰) میزان مرگ و میر دختران کمتر از پنج سال در کل کشور در سال ۱۳۸۷، ۲۷/۵ مرگ به ازای هر هزار تولد در نظر گرفته شد. با استفاده از نتایج پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (رشدی‌دان و همکاران، ۱۳۸۹)، نسبت میزان مرگ دختران کمتر از پنج سال در کل کشور به مناطق شهری و روستایی محاسبه و نهایتاً میزان مرگ دختران شهری و روستایی به ترتیب ۲۳/۵ و ۳۴/۶ مرگ در هر هزار تولد به دست آمد.

2. Brass Growth Balance

معادله ای است که در هر جمعیت بسته رخ می دهد. این معادله همان معادله ی توازن است اما به جای مقادیر ولادت از نسبت جمعیتی که در سنین بالاتر از یک سن خاص هستند، استفاده می شود. بدین ترتیب خواهیم داشت:

$$r(x+) = b(x+) - d(x+)$$

در این معادله

$$r(x+) \text{ و } d(x+)$$

نرخ رشد و مرگ برای بخشی از جمعیت است که در سنین بالاتر از x سالگی هستند.

$$d(x+) \text{ و } b(x+)$$

میزان جزئی مرگ و میر و ولادت نام دارند. محاسبه ی آنها بدین ترتیب است:

$$d(x+) = D(X+)/N(X+) \quad b(x+) = N(X)/N(X+)$$

در این معادلات

$$N(X) \text{ و } N(X+)$$

به ترتیب جمعیت در سنین x تا $x+5$ سال در میانه ی سال و مجموع جمعیت در سنین بالاتر از x سال است. $D(X+)$ مجموع مرگ‌ها در سنین بالاتر از x سال است (پرستون، هاولین و گیو، ۲۰۰۵: ۲۱۸). با فرض ثابت بودن جمعیت، می توان گفت $r(x+) = r$. از سوی دیگر با این پیش فرض که کم ثبیتی در تمام سنین مشابه است می توان گفت در تمام گروه‌های سنی، مرگ و میر عبارت است از حاصل تقسیم مرگ و میر گزارش شده بر نسبت مرگ‌های گزارش شده به واقعی.

برای محاسبه ضریب تصحیح که همان نسبت مرگ‌های گزارش شده به واقعی است، پراکندگی میزان‌های جزئی مرگ و میر و ولادت در نموداری بررسی می شود. اگر نقاط مذکور فقط تحت تأثیر خطاهای تصادفی باشند، نمودار قطعاً خطی است و برای برآورد ضریب اصلاح، شیب خط این نمودار محاسبه می شود. اما به دلیل عدم دقت در داده‌ها، به ویژه گزارش غلط سن مرگ یا جمعیت در سنین بالا، نقاط روی خط راست قرار نمی گیرند و انحراف‌هایی از خط راست دیده می شود. با توجه به تأثیر زیاد نقاط مربوط به سنین بالا و همچنین شایع بودن گزارش غلط در این سنین، براس پیشنهاد می کند که از نقاط مربوط به سنین بالاتر که از خط راست نیز منحرف شده اند، چشم پوشی شود. برای محاسبه ی ضریب اصلاح می توان از میانگین گیری ساده و یا میانگین وزنی استفاده نمود. بدین ترتیب ضریب اصلاح کم ثبیتی مرگ که با k نشان داده می شود به صورت زیر محاسبه می شود:

$$K = (Y2 - Y1) / (X2 - X1)$$

در این معادله Y_1 و Y_2 میانگین مقادیر جزئی ولادت به ترتیب در گروه‌های سنی ۵ تا ۳۴ سال و ۴۰ تا ۶۹ سال است. X_1 و X_2 میانگین مقادیر میزان جزئی مرگ در همین گروه‌های سنی است. به منظور تصحیح ساختار سنی مرگ‌ومیر ابتدا از طریق مقایسه با الگوی سنی مورد انتظار (ابوزهرا و همکاران، ۲۰۱۰) و سپس با استفاده از روش یکنواخت سازی^۱ اصلاحاتی انجام می‌شود. تحلیل سن و علل مرگ به کمک تکنیک تجزیه خواهد بود و در این مجال به طور خلاصه این تکنیک معرفی می‌گردد. تکنیک تجزیه به دنبال تفکیک سنجه‌های جمعیتی به مؤلفه‌های اثرگذار بر آن است. یکی از مهم‌ترین کاربردهای این تکنیک، استفاده از آن در جداول عمر است. مدت‌ها است که جمعیت‌شناسان به دنبال توسعه‌ی روش‌هایی هستند که به کمک آنها مقدار افزایش امید زندگی در نتیجه‌ی کاهش مرگ‌ومیر را تعیین کنند. تغییر در احتمال مرگ در یک سن مفروض، اثر دوگانه‌ای بر امید زندگی دارد. اثر اصلی به صورت تغییر در تعداد مرگ‌ها در آن سن بخصوص است و تأثیر دیگر آن به صورت اثر تعاملی است که با تغییر در تعداد بازماندگان در سن بعدی ایجاد می‌شود و به نوبه‌ی خود بر تعداد مرگ‌ها در تمام سنین بعدی اثر می‌گذارد (والن و کسلی^۲، ۲۰۰۶). بدین ترتیب شناخت اثرات مرگ‌ومیر بر امید زندگی، پیچیدگی‌هایی دارد و مستقیماً نمی‌توان آن را محاسبه کرد. اولین مطالعات در قالب جداول عمر کاهشی منفرد بود، اما مطالعات بعدی بر هیافت تجزیه متمرکز شد. تکنیک تجزیه به ما امکان می‌دهد که در تحلیل تغییرات امید زندگی در یک جمعیت و با تفاوت‌های امید زندگی در دو جمعیت، سهم هر یک از گروه‌های سنی را مشخص کنیم. در ابتدا هدف محققان، تجزیه‌ی امید زندگی بر حسب سن بود اما به تدریج به علل مرگ و تجزیه‌ی آنها توجه شد. تجزیه‌ی تغییرات در امید زندگی بر حسب سن و علل مرگ، در اوایل دهه‌ی ۱۹۸۰ تداوم و بسط داده شد. در این روش اهمیت هر یک از علل مرگ در تغییرات مرگ نشان داده می‌شود (بلترن - سانچز، پرستون و کانوداس - رومو^۳، ۲۰۰۸: ۱۳۲۶ و بلترن - سانچز و سنجی^۴، ۲۰۱۱). با ابداع روش‌های مختلف برای تجزیه‌ی امید زندگی، گزینه‌های زیادی برای استفاده‌ی محققین بوجود آمده است اما مطالعاتی همچون تحقیق مورتی^۵ (۲۰۰۵) نشان می‌دهند که نتایج حاصل از این روش‌ها بسیار به هم نزدیک است. مطالعه حاضر از روش آریاگا استفاده می‌نماید و در این روش برای محاسبه‌ی سهم علت i در تغییرات مرگ‌ومیر بین سنین X و $X+1$ لازم است داده‌های مربوط به سه متغیر جمعیت در هر گروه سنی،

1. AbouZahr
2. Smoothing
3. Vallin and Caselli
4. Beltrán-Sánchez, Preston and Canudas Romo
5. Beltrán-Sánchez and Soneji
6. Murthy

تعداد مرگ‌ها در هر گروه سنی و تعداد مرگ‌های ناشی از علت i در هر گروه سنی در دست باشد. از طریق فرمول سهم ویژه i تغییرات میزان مرگ‌ومیر ناشی از علت i بین سنین x و $x+n$ سالگی بدست می‌آید.

$$n\Delta x_i = n\Delta x \cdot [nm_{xi}(2) - nm_{xi}(1)] / [nm_x(2) - nm_x(1)]$$

نشان Δx نشان دهنده i سهم تفاوت‌های مرگ‌ومیر تمام علل مرگ در گروه سنی x تا $x+n$ به تفاوت‌ها در امیدهای زندگی است و براساس مولفه‌های موجود در جدول عمر به دست می‌آید. m_x^i و m_x به ترتیب میزان‌های مرگ‌ومیر ناشی از علت i و کل علل مرگ است که در زمان‌ها x و $x+n$ جمعیت‌های اول و دوم محاسبه می‌شود (پرستون، هاولین و گیو، ۲۰۰۵).

یافته‌های تحقیق

نتایج و یافته‌های تحقیق در سه بخش ارائه می‌گردد. ابتدا سطوح مرگ‌ومیر زنان در مناطق شهری و روستایی، قبل و بعد از تصحیح نشان داده می‌شود. در بخش دوم به یافته‌های توصیفی علل مرگ می‌پردازیم. در انتها نقش ساختار سنی و علل مرگ را بر نابرابری‌های امید زندگی بررسی می‌کنیم.

۱- سطح مرگ‌ومیر

یافته‌های مربوط به سطوح مرگ در زنان شهری و روستایی در جدول ۲ نشان داده شده است. در این جدول، میزان مرگ‌ومیر خام و امید زندگی در بدو تولد قبل و بعد از تصحیح مشاهده می‌شود. تصحیح مرگ‌ومیر شامل تصحیح کم‌ثبتي و ساختار سنی مرگ‌ومیر است و چنانکه نشان داده شده است، هر دو شاخص پس از تصحیح، تغییر زیادی می‌کنند که نشان دهنده i وجود اشکالات زیادی در ثبت مرگ‌ومیر می‌باشد. در نهایت امید زندگی زنان شهری و روستایی در سال ۱۳۸۷ به ترتیب ۷۵/۹ و ۷۲/۰ سال است که تفاوت ۳/۹ سال را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میزان مرگ‌ومیر خام و امید زندگی زنان شهری و روستایی کل کشور به غیر از استان تهران قبل و بعد از تصحیح، ۱۳۸۷.

زنان روستایی	زنان شهری	
۳/۷	۳/۲	میزان مرگ‌ومیر خام قبل از تصحیح
۵/۹	۵/۴	میزان مرگ‌ومیر خام بعد از تصحیح
۷۷/۶	۷۷/۹	امید زندگی در بدو تولد قبل از تصحیح
۷۲/۰	۷۵/۹	امید زندگی در بدو تولد بعد از تصحیح

۲- علل مرگ

جدول ۳ «نسبت و میزان مرگ‌ومیر ویژه ی گروه‌های سه گانه ی علل مرگ»^۱ را به تفکیک زنان در مناطق شهری و روستایی نشان می دهد. نسبت مرگ‌ومیر ویژه ی علل مرگ که همان توزیع درصدی علل مرگ است نشان می دهد که تفاوت چندانی در نقاط شهری و روستایی وجود ندارد. گروه دوم از علل مرگ که بیماری‌های غیر واگیر را شامل می شود، بیشترین سهم از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داده است. در زنان شهری پس از بیماری‌های غیر واگیر، گروه اول و سوم با تفاوت بسیار کم در جایگاه دوم و سوم قرار دارند، اما در زنان روستایی ابتدا گروه سوم و پس از آن با تفاوتی بسیار کم، گروه اول قرار دارد. مقایسه ی مناطق شهری و روستایی نشان می دهد که میزان‌های مرگ‌ومیر ویژه ی علل مرگ در هر سه گروه زنان روستایی بیش از زنان شهری است. این تفاوت‌ها در گروه دوم از علل مرگ بیش از دیگر گروه‌ها است.

جدول ۳. نسبت و میزان مرگ‌ومیر بر حسب گروه‌های سه گانه ی علل مرگ به تفکیک زنان در مناطق شهری و روستایی کل کشور به غیر از استان تهران، ۱۳۸۷.

شهر	نسبت مرگ‌ومیر ویژه ی علل مرگ			میزان مرگ‌ومیر ویژه ی علل مرگ***		
	گروه اول*	گروه دوم**	گروه سوم**	گروه اول*	گروه دوم**	گروه سوم**
شهر	۷/۵	۸۵/۵	۷/۰	۰/۴۰۷	۴/۶۱۴	۰/۳۷۷
روستا	۸/۵	۸۲/۵	۸/۹	۰/۵۰۵	۴/۸۸۸	۰/۵۲۹

* بیماری‌های عفونی و انگلی، علل مرتبط با عوارض حاملگی و زایمان، بیماری‌های حول تولد، و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه
 ** بیماری‌های غیر واگیر
 *** حوادث عمدی و غیر عمدی
 **** به ازای هزار نفر

جدول ۴ توزیع درصدی پنج علت عمده ی مرگومیر را در زنان شهری و روستایی نشان می دهد^۱. براین اساس بیماری های قلبی - عروقی و سرطان و تومورها بیشترین علل مرگ در زنان شهری و روستایی هستند و سهم بیماری های قلبی - عروقی در زنان روستایی نسبت به شهری اندکی بالاتر است. پس از دو علت اول و دوم مرگومیر، در علل بعدی تفاوت هایی دیده می شود. از جمله اینکه در مناطق شهری، رتبه ی سوم و چهارم به بیماری های دستگاه تنفسی و حوادث غیر عمدی اختصاص دارد، در حالی که در مناطق روستایی ابتدا حوادث غیر عمدی و پس از آن دستگاه تنفسی قرار دارد. تفاوت بارز دیگر در پنجمین علت مرگ دیده می شود. پنجمین علت شایع مرگ در مناطق شهری بیماری های غدد، تغذیه و متابولیک هستند، اما در مناطق روستایی بیماری های حول تولد^۲ این رتبه را دارد.

جدول ۴. توزیع درصدی پنج علت عمده ی مرگومیر در زنان شهری و روستایی

زنان روستایی		زنان شهری	
۵۳/۰	قلبی و عروقی	۴۹/۷	قلبی و عروقی
۱۲/۳	سرطان و تومورها	۱۲/۹	سرطان و تومورها
۷/۲	حوادث غیر عمدی	۸/۰	دستگاه تنفسی
۵/۴	دستگاه تنفسی	۷/۵	حوادث غیر عمدی
۵/۰	بیماری های حول تولد	۴/۶	غدد، تغذیه و متابولیک
۸۲/۹	مجموع	۸۲/۷	مجموع

۳- الگوی سنی علل مرگومیر

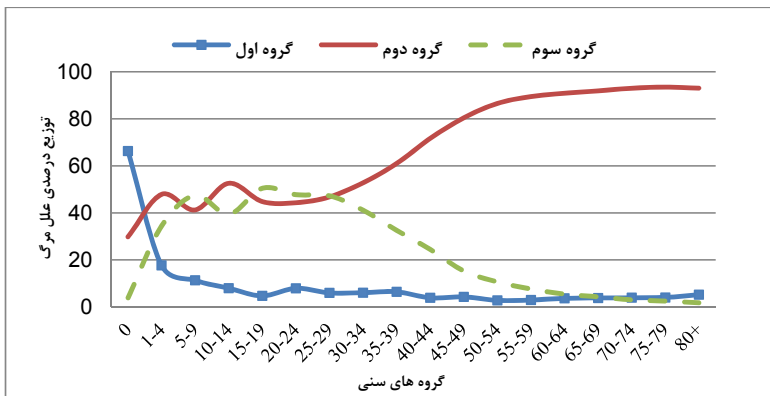
به منظور بررسی دقیق تر، الگوی سنی مرگ در مناطق شهری و روستایی نیز بررسی می شود. الگوی سنی علل مرگومیر از قاعده ی خاصی پیروی می کند و این قاعده براساس مطالعات اپیدمیولوژیک در طی ده ها سال به دست آمده است. این الگوهای سنی با افزایش امید زندگی تغییر زیادی نمی کند. برای دست یابی به الگوی سنی علل مرگ در هر گروه سنی توزیع درصدی مرگ های ناشی از علل سه گانه محاسبه می شود. بدین ترتیب در هر گروه سنی، مجموع نسبت ها برابر با صد درصد می شود. به طور معمول انتظار می رود که نسبت مرگ های ناشی از گروه اول در کودکان زیاد باشد. پس از آن به سطح پایینی برسد و در سنین بالا (۸۰ سال و بالاتر) دوباره افزایش یابد. افزایش مرگ های ناشی از گروه اول در سنین بالا به دلیل افزایش ذات الریه در این سنین است (ابوزهر و همکاران، ۲۰۱۰).

۱. این توزیع براساس طبقه بندی علل مرگ به بیست و دو گروه به دست آمده است
 ۲. بیماری هایی که در دوران جنینی و ابتدای تولد بروز می یابد و منجر به مرگ نوزاد می شوند.

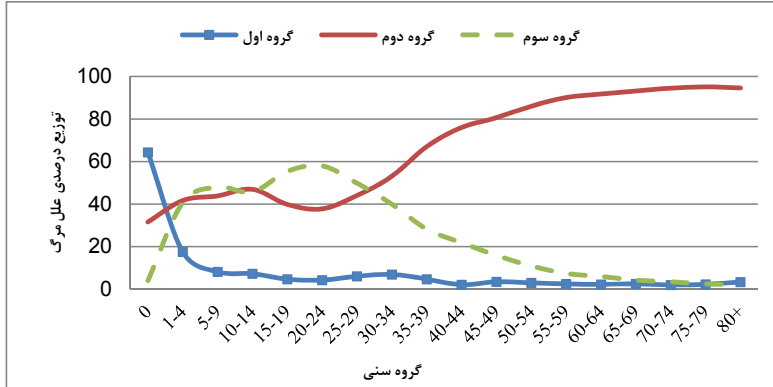
الگوی سنی مرگ‌های ناشی از گروه دوم علل مرگ بدین صورت است که نسبت این مرگ‌ها در کودکان نسبتاً زیاد است، البته در سنین زیر یک سال، بیشترین مرگ‌ها ناشی از گروه اول است. بیماری‌هایی مانند سرطان در کودکان منجر به بالا بودن نسبت مرگ‌های ناشی از گروه دوم علل مرگ در کودکان می‌شود. در بزرگ سالی کاهش می‌یابد، اما به طور معناداری در سنین بالاتر افزایش می‌یابد که علل عمده‌ی آن افزایش سرطان، بیماری‌های قلبی، عروقی، و بطور کلی بیماری‌های غیرواگیر است. نسبت مرگ‌های ناشی از گروه سوم که شامل تصادفات و خشونت می‌شود، در سنین جوانی بسیار بالا است و این پدیده در مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود (ابوزهر و همکاران، ۲۰۱۰).

الگوی سنی علل مرگ سه گانه، در هر جمعیت دقیقاً مانند آنچه گفته شد نیست، اما انحرافات معنادار از آن نشان دهنده‌ی مشکلاتی همچون ضعف در گزارش مرگ و کدگذاری و گزارش غلط سن مرگ است. نمودارهای ۱ و ۲ الگوی سنی علل مرگ در زنان شهری و روستایی را نشان می‌دهد. بر این اساس نمودارهای مذکور از الگوی مورد بحث تبعیت می‌کنند و می‌توان گفت گزارش مربوط به علل مرگ در این جمعیت‌ها از خطاهای شدیدی رنج نمی‌برد.

نمودار ۱. الگوی سنی علل مرگ سه گانه در زنان شهری، کل کشور به غیر از استان تهران، ۱۳۸۷



نمودار ۲. الگوی سنی علل مرگ سه گانه در زنان روستایی، کل کشور به غیر از استان تهران، ۱۳۸۷



یکی دیگر از شاخص‌های مورد بررسی در حوزه ی علل مرگ، استفاده از نسبت مرگ‌های گروه دوم به گروه اول است. این نسبت نشان دهنده ی جایگاه جمعیت مورد مطالعه در گذار اپیدمیولوژیک است و در ارزیابی کیفیت داده‌های علل مرگ نیز به کار می رود. ابوزهر و همکاران (۲۰۱۰) چنین استدلال می کنند که در کشورهایی که نظام بهداشتی خود را توسعه داده اند، بیماری‌های واگیر و همچنین خطرات ناشی از سوءتغذیه، شرایط مادری و تولد، کنترل شده است و افراد بیشتری به سن بزرگ سالی می رسند. این در حالی است که بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی ایسکمیک، سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن انسداد ریوی، مسئول مرگ افراد بیشتری هستند. بدین ترتیب انتظار می رود به موازات گذار اپیدمیولوژیک، نسبت مرگ‌های گروه دوم به اول افزایش یابد. در سال ۱۳۸۷، این نسبت در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۱۱/۳ و ۹/۷ است، که در زنان شهری، بیش از زنان روستایی است و به عبارت دیگر زنان شهری در مقایسه با زنان روستایی، در مراحل آخر گذار اپیدمیولوژیک هستند، اما این نسبت در زنان روستایی نیز بالا است و نشان می دهد که زنان روستایی نیز گذار اپیدمیولوژیک را تا حد زیادی پیموده اند. مقایسه ی این نتایج با ارقام مربوط به کشورهای دیگر می تواند به شناخت جایگاه ایران کمک کند. در سال ۲۰۰۴ میلادی، این نسبت در کشورهای با درآمد بالا، کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای با درآمد پایین به ترتیب ۱۴، ۵ و ۱ بوده است. این ارقام نشان می دهد که جمعیت زنان شهری و روستایی، گذار اپیدمیولوژیک را به سرعت طی می کنند و عمده ی مرگ‌ها در این مناطق ناشی از بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها است.

۴- اثرات ساختار سنی و علل مرگ بر نابرابری‌های امید زندگی

برآوردهای این مطالعه حاکی از آن است که امید زندگی زنان در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۷۵/۹ و ۷۲/۰ سال است و تفاوت امید زندگی آنها ۳/۹ سال می‌باشد. اکنون این سوال مطرح می‌شود که مرگ‌ومیر و الگوی سنی آن در زنان شهری و روستایی چه تأثیری بر این نابرابری دارند. آیا مرگ‌ومیر در تمام سنین سهم یکسانی بر تفاوت‌های امید زندگی دارد و یا برخی گروه‌های سنی، نقش بیشتری در نابرابری دارند. جدول ۵ نتایج تجزیه‌ی سنی تفاوت‌های امید زندگی میان زنان شهری و روستایی را نشان می‌دهد. در این جدول $n\Delta x$ نشان می‌دهد که هر گروه سنی چه سهمی از این نابرابری‌ها را بر عهده دارد. ستون درصد نیز مقادیر مربوط به $n\Delta x$ را به صورت توزیع درصدی نشان می‌دهد. بدین ترتیب می‌توان گفت در تمام گروه‌های سنی، میزان‌های مرگ‌ومیر به گونه‌ای است که امید زندگی زنان در مناطق شهری بر روستایی فزونی یابد. بیشترین تفاوت‌ها در سن ۰-۱ سال است و ۳۰/۶ درصد از این نابرابری را تبیین می‌کند. پس از آن گروه‌های سنی ۶۰-۶۴ سال و ۶۵-۶۹ سال قرار دارند. گروه‌های سنی ۱۴-۱۰ سال و ۵-۹ سال کمترین تأثیر را در نابرابری مرگ‌ومیر زنان در مناطق شهری و روستایی دارد.

جدول ۵. نتایج تجزیه‌ی سنی تفاوت امید زندگی میان زنان مناطق شهری و روستایی، ۱۳۸۷

گروه سنی	$n\Delta x$	درصد	گروه سنی	$n\Delta x$	درصد
۰-۱	۱/۲۰	۳۰/۶	۴۰-۴۴	۰/۱۲	۳/۰
۱-۴	۰/۲۷	۶/۹	۴۵-۴۹	۰/۱۵	۲/۹
۵-۹	۰/۰۶	۱/۶	۵۰-۵۴	۰/۲۰	۵/۰
۱۰-۱۴	۰/۰۵	۱/۴	۵۵-۵۹	۰/۲۴	۶/۲
۱۵-۱۹	۰/۰۹	۲/۳	۶۰-۶۴	۰/۲۸	۷/۲
۲۰-۲۴	۰/۱۰	۲/۴	۶۵-۶۹	۰/۲۹	۷/۵
۲۵-۲۹	۰/۰۸	۲/۱	۷۰-۷۴	۰/۲۷	۶/۸
۳۰-۳۴	۰/۰۸	۲/۰	۷۵-۷۹	۰/۲۰	۵/۰
۳۵-۳۹	۰/۰۹	۲/۳	۸۰+	۰/۱۵	۳/۸
			مجموع	۳/۹۲	۱۰۰

حال که نشان دادیم سهم هر یک از گروه‌های سنی از نابرابری‌های امید زندگی چقدر است، می‌توان گامی فراتر نهاد و به نقش علل مرگ توجه نمود. جدول ۶ یافته‌های حاصل از تجزیه‌ی تفاوت‌های امید زندگی را بر اساس علل مرگ سه‌گانه نشان می‌دهد. این جدول نشان می‌دهد که هر یک از علل مرگ چه نقشی در این نابرابری دارند. $n\Delta x$ نشان دهنده‌ی سهم هر یک از گروه‌های سه‌گانه‌ی علل مرگ در تفاوت‌های امید زندگی زنان و مردان است. بدین ترتیب می‌توان گفت گروه دوم از علل مرگ بیشترین

تأثیر را در تفاوت امید زندگی زنان در مناطق شهری و روستایی دارند. از کل شکاف ۳/۹ سال در امید زندگی زنان شهری و روستایی، ۲/۷۷ سال مربوط به بیماری‌های غیرواگیر است، پس از آن گروه اول و در آخر گروه سوم علل مرگ بر تفاوت‌های مذکور اثر می‌گذارند.

در گروه اول از علل مرگ، مرگ‌ومیر در سال اول تولد، منجر به بیشترین تفاوت شده است و کمترین تفاوت در سنین ۳۹-۳۵ سال دیده می‌شود. در گروه دوم از علل مرگ بیشترین تأثیر مربوط به سنین ۷۹-۷۵ سال و پس از آن ۱-۰ سال است. کمترین تفاوت به ترتیب در سنین ۱۴-۱۰ سال، ۲۴-۲۰ سال و ۱۹-۱۵ سال دیده می‌شود. در گروه سوم علل مرگ، عمده‌ی تفاوت‌ها به ترتیب توسط گروه‌های سنی ۱-۴ و ۲۴-۲۰ سال تبیین می‌شود. کمترین تفاوت‌ها نیز در آخرین گروه‌های سنی دیده می‌شود.

جدول ۶. نتایج تجزیه‌ی سنی تفاوت امید زندگی در بدو تولد میان زنان مناطق شهری و روستایی به تفکیک علل مرگ آنان در کل کشور به غیر از استان تهران، ۱۳۸۷

***	**	*	گروه سنی	***	**	*	گروه سنی
nΔ3x	nΔ2x	nΔ1x		nΔ3x	nΔ2x	nΔ1x	
۰/۰۲۰	۰/۰۹۷	-	۴۰-۴۴	۰/۰۵۱	۰/۳۹۸	۰/۷۴	۰-۱
۰/۰۲۶	۰/۱۲۴	۰/۰۰	-۴۹	۰/۱۲۴	۰/۱۰۰	۰/۰۴	۱-۴
۰/۰۲۳	۰/۱۶۸	۰/۰۰	۵۰-۵۴	۰/۰۳۱	۰/۰۳۲	۰/۰۰۱	۵-۹
۰/۰۱۷	۰/۲۲۴	۰/۰۰	-۵۹	۰/۰۳۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰	۱۰-۱۴
۰/۰۲۲	۰/۲۶۶	-	۶۰-۶۴	۰/۰۵۸	۰/۰۲۸	۰/۰۰	۱۵-۱۹
۰/۰۱۲	۰/۲۸۵	-	۶۵-۶۹	۰/۰۷۴	۰/۰۲۴	-	۲۰-۲۴
۰/۰۱۳	۰/۲۶۳	-	۷۰-۷۴	۰/۰۴۶	۰/۰۳۲	۰/۰۰	۲۵-۲۹
۰/۰۰۹	۰/۴۵۵	-	-۷۹	۰/۰۳۰	۰/۰۴۳	۰/۰۰	۳۰-۳۴
۰/۰۰۲	۰/۱۳۶	۰/۰۱۰	۸۰+	۰/۰۱۶	۰/۰۷۵	۰/۰۰۰	-۳۹
۰/۶۰۵	۲/۷۷۱	۰/۵۴	مجموع				

* بیماری‌های عفونی و انگلی، علل مرتبط با عوارض حاملگی و زایمان، بیماری‌های حول تولد، و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه
** بیماری‌های غیرواگیر *** حوادث عمدی و غیر عمدی

جدول ۷ توزیع درصدی نتایج تجزیه را نشان می‌دهد. این توزیع به گونه‌ای است که مجموع ستون‌های جدول، صد می‌شود. بدین ترتیب می‌توان نشان داد که کدام گروه سنی و از طریق کدام یک از گروه علل مرگ‌ومیر، بیشترین تأثیر را در تفاوت امید زندگی زنان شهری و روستایی دارند. بر این اساس ۱۳/۹ درصد از نابرابری امید زندگی زنان در مناطق شهری و روستایی مربوط به گروه اول از علل مرگ است. این مقدار برای گروه دوم علل مرگ ۷۰/۷ درصد است که بیشترین سهم را نشان می‌دهد و برای گروه سوم ۱۵/۴ درصد می‌باشد.

اگرچه تفکیک گروه‌های سنی بنگریم، اهمیت علل مرگ متفاوت خواهد بود. بیشترین سهم از تفاوت‌های امید زندگی مربوط به نقش علل مرگ گروه اول در سنین ۱-۰ سال است و ۱۹/۱ درصد از فزونی امید زندگی زنان شهری نسبت به روستایی را تبیین می‌کند. مطالعه‌ی حاضر بر تجزیه‌ی علل سه‌گانه تمرکز دارد و برای بررسی علل جزئی‌تر در هر یک از این سه گروه، از میزان‌های مرگ‌ومیر ویژه علت و سن استفاده شده است. مقایسه میزان‌های مرگ‌ومیر ویژه علت در سنین کمتر از یک سال نشان می‌دهد که عمده‌ی تفاوت‌های میزان مرگ‌های ناشی از گروه اول در این سن در بیماری‌های حول تولد و سپس بیماری‌های عفونی و انگلی دیده می‌شود.

دومین عامل مهم در افزایش نابرابری‌های امید زندگی مربوط به علل گروه دوم در سنین ۷۹-۷۵ سال است و بر اساس میزان مرگ‌ومیر ویژه علت و سن می‌توان گفت در بین زیرگروه‌های گروه دوم از علل مرگ، بیماری‌های قلبی - عروقی بیشترین تفاوت را در میزان مرگ ایجاد می‌کنند. سومین عامل تأثیرگذار در تفاوت‌های امید زندگی مربوط به سهم گروه دوم در سنین ۱-۰ سال است و ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی بیشترین نقش را دارد.

کمترین تأثیر مربوط به اثرات گروه اول علل مرگ از طریق سنین ۹-۵ سال، ۳۹-۳۵ سال و ۴۴-۴۰ سال است، که سهم آنها در مجموع ۰/۰۱ درصد از تفاوت‌های امید زندگی زنان در مناطق شهری و روستایی است. در برخی گروه‌های سنی از جمله ۲۴-۲۰ سال و ۴۴-۴۰ سال، گروه اول علل مرگ در خلاف جهت تفاوت امید زندگی زنان شهری و روستایی عمل می‌کنند و بدین معنی است که مرگ‌های ناشی از گروه اول علل در این سنین به گونه‌ای عمل می‌کنند که امید زندگی زنان روستایی در مقایسه با شهری بهبود می‌یابد. البته سهم آنها بسیار اندک است و ممکن است ناشی از گزارش نادرست علت مرگ و یا سن متوفی باشد.

جدول ۷. توزیع درصدی نتایج تجزیه ی سنی تفاوت امید زندگی در بدو تولد زنان در مناطق شهری و روستایی به تفکیک علل مرگ آنان در کل کشور به غیر از استان تهران، ۱۳۸۷

گروه سنی	nΔ1x*	nΔ2x**	nΔ3x***	گروه سنی	nΔ1x*	nΔ2x**	nΔ3x***
۰-۱	۱۹/۱	۱۰/۲	۱/۳	۴۰-۴۴	۰/۰	۲/۵	۰/۵
۱-۴	۱/۲	۲/۶	۳/۲	۴۵-۴۹	۰/۱	۳/۲	۰/۷
۵-۹	۰/۰	۰/۸	۰/۸	۵۰-۵۴	۰/۲	۴/۳	۰/۶
۱۰-۱۴	۰/۱	۰/۵	۰/۸	۵۵-۵۹	۰/۱	۵/۷	۰/۴
۱۵-۱۹	۰/۱	۰/۷	۱/۵	۶۰-۶۴	-۰/۲	۶/۸	۰/۶
۲۰-۲۴	-۰/۱	۰/۶	۱/۹	۶۵-۶۹	-۰/۱	۷/۳	۰/۳
۲۵-۲۹	۰/۱	۰/۸	۱/۲	۷۰-۷۴	-۰/۳	۶/۷	۰/۳
۳۰-۳۴	۰/۲	۱/۱	۰/۸	۷۵-۷۹	-۶/۹	۱۱/۶	۰/۲
۳۵-۳۹	۰/۰	۱/۹	۰/۴	۸۰+	۰/۳	۳/۵	۰/۱
				مجموع	۱۳/۹	۷۰/۷	۱۵/۴

* بیماری‌های عفونی و انگلی، علل مرتبط با عوارض حاملگی و زایمان، بیماری‌های حول تولد، و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه، **بیماری‌های غیرواگیر، *** حوادث عمدی و غیر عمدی

بدین ترتیب می توان گفت در بین گروه‌های سنی، وضعیت سلامت کودکان کمتر از یک سال بیشترین سهم را در کاهش امید زندگی زنان روستایی نسبت به شهری دارند و در بین علل مرگ، مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر منجر به تشدید نابرابری امید زندگی در زنان شهری و روستایی می گردد.

نتیجه‌گیری

نابرابری‌های مرگ‌ومیر در تمام جوامع و در بین طبقات اجتماعی مختلف و یا مناطق جغرافیایی متفاوت به چشم می خورد. وظیفه ی جمعیت‌شناسان توصیف دقیق و تبیین این پدیده است، تا گامی در جهت کاهش این نابرابری نهاده شود. مروری بر مطالعات پیشین نشان داد که عمده ی تحقیقات مربوط به مرگ‌ومیر در مناطق شهری و روستایی بر برآورد شاخص‌های مختلف مرگ‌ومیر تمرکز دارد و تفاوت‌ها در الگوی علل مرگ و نقش آن در نابرابری‌های مرگ‌ومیر مطالعه نشده است. هدف از این مطالعه بررسی نابرابری‌های امید زندگی در بین زنان شهری و روستایی در کل کشور در سال ۱۳۸۷ بود و بدین منظور بر متغیرهای جمعیت‌شناختی مرتبط با مرگ یعنی سن و علل مرگ تمرکز شد. در مطالعات مربوط به

مرگ‌ومیر، اولین گام بررسی کیفیت گزارش و ثبت مرگ و علت مرگ است^۱. در راستای تصحیح داده‌ها روش‌های مختلفی به کار رفت و در نهایت میزان مرگ‌ومیر خام و امید زندگی در بدو تولد برآورد شد. پس از آن به کمک تکنیک تجزیه، نقش سن و علل مرگ در این نابرابری بررسی شد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در سال ۱۳۸۷ میزان‌های مرگ‌ومیر خام برای زنان شهری و روستایی، تفاوت چندانی ندارد. از آنجا که این شاخص تحت تأثیر ساختار سنی است، نمی‌تواند معیاری برای ارزیابی و مقایسه مرگ‌ومیر در دو جمعیت مذکور باشد. برآورد امید زندگی در بدو تولد برای زنان شهری و روستایی (به غیر از استان تهران) به ترتیب ۷۵/۹ و ۷۲/۰ سال است و بدین ترتیب متوسط طول عمر زنان روستایی ۳/۹ سال کمتر از زنان شهری است. می‌توان مرگ‌ومیر و تغییرات آن را از دریچه‌ی گذارهای مرگ‌ومیر و اپیدمیولوژیک نگاه کرد. از دیدگاه گذار مرگ‌ومیر، زنان شهری و روستایی هر دو در مراحل نهایی انتقال مرگ‌ومیر قرار دارند، چرا که سطح امید زندگی در بدو تولد فراتر از هفتاد سال می‌باشد. این در حالی است که سطوح مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان در بین مناطق شهری و روستایی تفاوت زیادی دارد و نابرابری‌های وضعیت سلامت در دختران کمتر از یک سال، مسئول ۳۰/۶ درصد از تفاوت‌های امید زندگی زنان شهری و روستایی است.

در بررسی علل مرگ، یافته‌ها نشان داد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر (علل مرگ گروه دوم) ۷۰/۷ درصد از نابرابری‌های امید زندگی را تبیین می‌کند. اما اگر به تفکیک گروه‌های سنی بنگریم مهم‌ترین علل مرگ به ترتیب مربوط به گروه اول از علل مرگ در دختران کمتر از یک سال، علل مرگ گروه دوم در سنین ۷۵-۷۹ سال و علل مرگ گروه اول در دختران کمتر از یک سال است.

اگرچه این مطالعه بر گروه‌های سه‌گانه‌ی علل مرگ متمرکز بود، اما میزان‌های مرگ‌ومیر ویژه‌ی علت‌های بیست و دوگانه در سنین ۰-۱ سال و ۷۵-۷۹ سال بررسی شد. بدین ترتیب می‌توان گفت چنانچه تلاش‌هایی در جهت کاهش مرگ‌های ناشی از بیماری‌های حول تولد، بیماری‌های عفونی و انگلی در دختران کمتر از یک سال و ناهنجاری‌های مادرزادی و کروموزومی در مناطق روستایی صورت گیرد، تأثیر بسزایی در کاهش نابرابری‌های امید زندگی در زنان شهری و روستایی خواهد داشت و نزدیک به ۳۰ درصد از این نابرابری کاهش می‌یابد. اولویت دوم در بحث کاهش نابرابری، توجه به وضعیت سلامت زنان روستایی در سنین سالخوردگی و کاهش بیماری‌های غیرواگیر، به ویژه بیماری‌های قلبی -

۱. یکی از محدودیت‌های این مطالعه وجود کم‌ثبیتی و گزارش غلط در داده‌ها است که به دلیل ورود ما به تقسیمات جغرافیایی، بیش از پیش خود را نشان می‌دهد. این اشکالات تا حدی است که ممکن است داده‌های مربوط به مناطق شهری و روستایی با برآوردهای کل کشور همخوانی لازم را نداشته باشد. با این وجود، از آنجا که تمام روندهای مربوط به تصحیح در مورد داده‌ها اعمال شده است، برآوردهای این مطالعه قابل دفاع است و می‌توان گفت تصویری نزدیک به واقع از مرگ و میر را ارائه می‌دهد.

عروقی است. نتایج تجزیه نشان داد که بیماری‌های غیرواگیر در گروه‌های سنی ۶۹-۶۵ سال تا ۷۹-۷۵ سال، تأثیر زیادی بر نابرابری‌های مرگ‌ومیر دارند و مسئول ۳۲ درصد از تفاوت‌های امید زندگی هستند. در بین علل مرگ سه گانه، مرگ‌های ناشی از سوانح و حوادث در تمام گروه‌های سنی، سهم اندکی در نابرابری امید زندگی دارند. آمارها نشان می‌دهد که نزدیک به نیمی از مرگ‌های مربوط به سوانح و حوادث در زنان، ناشی از حوادث مربوط به وسایل نقلیه موتوری است و با توجه به اینکه زنان روستایی در مقایسه با زنان شهری، کمتر از اتومبیل و وسایل نقلیه استفاده می‌کنند، انتظار می‌رود که مرگ ناشی از سوانح و حوادث عمدی و غیر عمدی در زنان شهری نسبت به زنان روستایی بیشتر باشد. اما میزان‌های سوختگی و خودکشی در زنان روستایی بیش از زنان شهری است و باعث می‌شود که علل مرگ گروه سوم نیز نقشی هر چند کم رنگ در افزایش نابرابری‌های امید زندگی زنان شهری و روستایی ایفا کند. سوانحی همچون سوختگی نشان می‌دهد که مخاطرات طبیعی در روستا یکی از عوامل اثرگذار بر نابرابری‌های امید زندگی است. نتایج تجزیه نشان داد که بیشترین تأثیر حوادث عمدی و غیر عمدی بر نابرابری‌های مذکور از طریق گروه سنی ۴-۱ سال است و چنانچه به دنبال کاهش اثرات سوانح و حوادث بر نابرابری امید زندگی باشیم، لازم است خطراتی که این گروه سنی را در معرض مرگ قرار می‌دهد، بیش از دیگر سوانح مدنظر قرار دهیم. در پایان پیشنهاد می‌شود که محققان در مطالعات بعدی به زیرگروه‌های علل مرگ و سهم آنها در نابرابری‌های امید زندگی به ویژه مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر توجه نمایند.

منابع

- آقا، هما (۱۳۸۷). محاسبه‌ی جدول عمر خلاصه و کامل استان‌های ایران برای سال ۱۳۸۵. تهران: طرح پژوهشی مصوب مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- رشیدیان، آرش، اردشیر خسروی، رقیه خبیری نعمتی، الهام خدایاری معز، الهام الهی، محمد عرب وزیبا ردایی (۱۳۹۱). سیمای سلامت و جمعیت در ایران سال ۱۳۸۹؛ بررسی شاخص‌های چنگانه سلامت و جمعیت. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- زنجانی، حبیب‌ا... و طه، نوراللهی (۱۳۷۹). جداول مرگ‌ومیر ایران برای سال ۱۳۷۵. تهران: موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۲). مرگ‌ومیر کودکان در ایران، روندها و شاخص‌ها (۱۴۰۰-۱۳۳۵). تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- ملک افضل‌ی، حسین، سیروس پیله رودی و پرویز رضایی (۱۳۶۵). "امید زندگی در مردان و زنان روستایی ایران". مجله دارو و درمان. شماره ۳۳، صص ۶۲-۵۸.
- موحدی، محمد و همکاران (۱۳۸۶). "روند تغییرات شاخص مهم سلامت و الگوی نابرابری

جغرافیایی آنها در جمعیت روستایی کشور". مجله پژوهشی حکیم. دوره دهم، شماره چهارم، صص ۱۰-۱.

میرزایی، محمد (۱۳۸۴)، جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. میرزایی، محمد و شفیعه قدرتی (۱۳۹۰). "سطح و الگوی مرگ‌ومیر در ایران با تأکید بر علل مرگ، ۱۳۸۷" نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران. شماره ۱۲، صص: ۷۵-۴۷.

میرزایی، محمد، مجید کوششی و محمد باقر ناصری (۱۳۷۵). برآورد و تحلیل شاخص‌های حیاتی - جمعیتی کشور در سرشماری‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۰. تهران: بخش تحقیقات جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

نقوی، محسن، ناهید جعفری، عصمت جمشید بیگی، سید حسین واثق، امیرمسعود آزاد و محمد اسماعیل اکبری (۱۳۸۴). دگرگونی سیمای سلامت روستانشینان ایران. تهران: انتشارات برگ رضوان.

نهایتیان، وارنکس و حبیب خزانه (۱۳۵۶). میزانهای حیاتی ایران، باروری، رشد جمعیت و جدول عمر. تهران: انتشارات دانشکده بهداشت دانشگاه تهران شماره ۷، چاپ اول.

AbouZahr, C, L Mikkelsen, R Rampatige and A Lopez(2010). "Mortality Statistics: A Tool to Enhance Understanding and Improve Quality." Working Paper Series No13 ., University of Queensland.

Beltrán-Sánchez, H and S Soneji (2011) "A Unifying Framework for Assessing Changes in Life Expectancy Associated with Changes in Mortality: The Case of Violent Deaths." *Theoretical Population Biology*, 80(1): 38-48.

Beltrán-Sánchez, H, S H. Preston and V Canudas Romo, V (2008). "An Integrated Approach to Cause-of-Death Analysis: Cause-Deleted Life Tables and Decompositions of Life Expectancy." *Demographic Research*. 19: 1323-1350.

Canudas R, V (2003). *Decomposition Methods in Demography*. Rijksuniversiteit Groning: Rosenberg.

Leon, David (2001). "Common Threads: Underlying Components of Inequalities in Mortality Between and Within Countries," in Leon, David and Gill, Walt (eds.), *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.

- Murthy, P.K. (2005). "A Comparison of Different Methods for Decomposition of Changes in Expectation of Life at Birth". *Demographic Research*, 12: 141-172.
- Preston, S H (1976). *Mortality Patterns in National Populations: With Special Reference to Recorded Causes of Death*, New York: Academic Press.
- Preston, Samuel H, Patriick Heuvline and Michel Guillot (2005). *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*, USA: Blackwell.
- Vallen, J and Graziella Caselli (2006). "Relationships Between Age-Specific Rates and Synthetic Indicators: Decomposition of a Difference," in: C, Graziella et al (eds.), *Demography: Analysis and Synthesis*, Vol1 .. USA: Academic Press.
- Weeks, Jhon R (1992). *Population: An Introduction to Concepts and Issues*, California: Wadsworth.