

بررسی رابطه بین مردسالاری و بهداشت باروری در شهر یزد

اکبر زارع شاه‌آبادی*

زینب میرعلی سیندخواندی☆

در این مقاله کوشش شده است تا به بحث در باب مردسالاری و بهداشت باروری پرداخته شود. بهداشت باروری و بهره‌مند شدن زنان از حقوق باروری خود به عنوان بخشی از حقوق بشر و همین‌طور مردسالاری، از مسائل اساسی زنان محسوب می‌شود. هدف این مطالعه بررسی رابطه بین مردسالاری و بهداشت باروری و در پی پاسخ‌گویی به آن است که: آیا مردسالاری در خانواده‌ها وجود دارد؟ آیا مردسالاری به عنوان یک واقعیت اجتماعی بر بهداشت باروری تأثیر می‌گذارد؟

این تحقیق به صورت پیمایشی و با ابزار پرسش‌نامه در بین زنان حداقل یک بار ازدواج کرده محله خرمشاد یزد در سال ۱۳۸۸ انجام شده است. روش نمونه‌گیری سیستماتیک بوده و حجم نمونه پژوهش ۱۳۱ نفر می‌باشد. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ و اعتبار آن از طریق اعتبار محتوا به دست آمده است.

مهم‌ترین یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که مردسالاری رابطه معکوس با بهداشت باروری دارد. هم‌چنین بین سطح بهداشت باروری و سطح تحصیلات زنان، سطح تحصیلات همسران آنان و سن زنان به هنگام ازدواج رابطه معناداری مشاهده می‌شود. تحلیل رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که از ۱۰ متغیر مستقل وارد شده به معادله رگرسیونی، ۳ متغیر بهداشت باروری مردان، مردسالاری مردان و مردسالاری زنان در تبیین بهداشت باروری زنان سهم معنی‌داری دارند. در این میان بهداشت باروری مردان بیشترین تأثیر را در پیش‌بینی میزان بهداشت باروری زنان داشته است.

واژگان کلیدی: مردسالاری، بهداشت باروری، نوع ازدواج، زنان، مردان

a_zare@yazduni.ac.ir

* استادیار دانشگاه یزد

☆ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی از دانشگاه یزد

مقدمه

امروزه مسائل و مفاهیم بهداشت باروری، با توجه به اهمیت و ضرورت تنظیم خانواده بسیار مورد تأکید قرار گرفته است که در فرایند تأمین سلامت انسان و تعامل مثبت با محیط زیست و نهایتاً توسعه متوازن، نقش انکارناپذیری دارد. اهمیت مقوله بهداشت باروری تا آنجاست که امروزه بهداشت باروری به عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تأیید همگان قرار گرفته است و بالا بردن سطح اطلاعات مادران درباره عوامل اجتماعی و زیستی که سلامت آنان و کودکانشان را تهدید می‌کند به عنوان جزئی از برنامه‌های بهداشت باروری به شمار می‌رود (زنجانی و دیگران، ۱۳۸۲: ۱۱۶-۱۱۷).

با توجه به رشد جمعیت جهان و رشد بی‌رویه آن در کشور ما در اواخر دهه پنجاه و اوایل دهه شصت خورشیدی و پیامدهای منفی آن مانند سیل جمعیت جوان جوای کار و در آستانه ازدواج، امروزه توجه به بهداشت باروری اهمیت بسیاری یافته است (اسپندار و دیگران، ۱۳۸۰: ۱۲۰).

بهداشت باروری تنها متکی به برنامه‌های بهداشتی، دسترسی به متخصصان تعلیم دیده، در دسترس بودن امکانات و ابزار و وسایل نیست. گرچه تمامی این‌ها لازم است، اما کافی نیست. تأثیر عوامل فرهنگی گاه چنان قدرتمند است که وجود این امکانات را بی‌تأثیر می‌کند. در شرایطی که در برخی از گروه‌های قومی، اگر زن هر دو سال یک بار حامله نشود شوی او همسر دیگری اتخاذ می‌کند، چگونه می‌توان عوامل فرهنگی را نادیده گرفت؟ (پیران، ۱۳۸۳: ۱۷۲-۱۷۳).

بنا بر تعریف کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (قاهره-۱۹۹۴)، بهداشت باروری عبارت است از سلامت کامل فیزیکی، روانی و رفاه اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا نقص که همه جوانب مربوط به سیستم تولیدمثل، روند و عملکرد آن را در بر می‌گیرد و به این معناست که مردم آزادانه و آگاهانه قابلیت تولید مثل داشته و در مورد چگونگی، وقت و تناوب آن زمان بچه‌دار شدن، خود تصمیم بگیرند. اجزاء بهداشت باروری عبارتند از: مشاوره، اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط درباره تنظیم خانواده، ارائه خدمات تنظیم خانواده، فراهم ساختن مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، پیشگیری از نازایی و درمان مناسب ناباروری‌ها، پیشگیری از سقط جنین و درمان به موقع و مناسب عوارض ناشی از آن، درمان عفونت‌های دستگاه تولید مثل و برخورد درست با بیماری‌های منتقله از راه جنسی و درمان مناسب آن‌ها. مظلومی و دیگران، پژوهشی در مورد بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در مورد بهداشت باروری در هفت شهر مرکزی ایران در سال ۱۳۸۴ انجام داده‌اند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که ۶۲٪ زنان با اصطلاح بهداشت باروری آشنایی داشتند و ۶۶/۴٪ آنان روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری را به کار می‌بردند و به‌طور کلی نگرش زنان در خصوص بهداشت

باروری مطلوب بود ولی در شهرهای مختلف تفاوت معنی‌داری داشت (مظلومی و دیگران، ۱۳۸۴). نظر به اهمیت این مقوله تحقیق دیگری با عنوان «سنجش نیازهای آموزشی دختران نوجوان پیرامون بهداشت باروری و تعیین راهبردهای مناسب برای تأمین آن، در قزوین» انجام شده است که نتایج آن نشان می‌دهد، آگاهی دختران در مورد بهداشت باروری ضعیف است (الفتی و فروزان، ۱۳۸۷). میزان آگاهی دانش‌آموزان پسر شهر شیراز نیز در زمینه بهداشت باروری بسیار کم و غیرقابل قبول گزارش شده است (هادی و دیگران، ۱۳۸۱). توجه به بهداشت باروری در میان دانشجویان از وضعیت بهتری برخوردار است. چنان‌چه دانشجویان دانشگاه بین‌المللی قزوین اهمیت زیادی برای بهداشت باروری قائل بودند و نگرشی مثبت نسبت به آموزش بهداشت باروری داشتند (سیمبر و دیگران، ۱۳۸۲).

محمدی و دیگران (۱۳۸۱) نیز به بررسی آگاهی، نگرش و رفتار پسران نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله تهرانی در مورد بهداشت باروری پرداختند که نشان داد درصد زیادی از نوجوانان (حدود ۵۱ درصد) در مورد فیزیولوژی باروری اطلاعات ضعیفی داشتند.

بهداشت باروری ابعاد گوناگون دارد و از جمله آن‌ها نقش و جایگاه مردان است (شهریاری افشار و دیگران، ۱۳۷۶: ۳۶). در بیانیه کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه (قاهره ۱۹۹۴) به تغییر در آگاهی، نگرش و رفتار مرد و زن به عنوان پیش‌نیازهای ضروری برای دست یافتن به شراکت متعادل و هماهنگ میان زن و شوهر تأکید شده است. از آن‌جایی که مردان به‌ویژه در جوامع سنتی‌تر، نقش رئیس و قدرت برتر را برای خود در خانواده قائل‌اند، اتخاذ تصمیمات آن‌ها در زمینه‌هایی مانند بهداشت باروری، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، فاصله‌گذاری بین فرزندان، استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری می‌تواند پیامدهای مثبت و منفی بسیاری در بر داشته باشد. وجود پرخاشگری در مردان (پدیده‌ای زیست‌شناختی)، علت اصلی غلبه مردان بر زنان تلقی شده است. همین امر در نهایت به مردسالاری انجامیده تا آن‌جا که تحولات فن‌آورانه دنیای معاصر نیز قادر نشده است بر مردسالاری غلبه کند (گیدنز، ۱۳۷۳: ۱۷۵-۲۱۶). ایجاد یک فرهنگ مذکر و ساختن جهان از دید مردان، نبود حمایت همه‌جانبه از زنان خصوصاً زنان بی‌سرپرست باعث شده تا این پدیده نهادینه شود. اولین اعتراض زنان دگراندیش به این موضوع به قرن هجدهم میلادی برمی‌گردد و تاکنون نیز ادامه دارد.

در نگاهی کوتاه به تعریف مردسالاری در نظریه‌های فمینیستی، مشخص می‌شود که درباره علت آن توافقی وجود ندارد. برخی آن را پدیده‌ای جهان‌شمول در نظر می‌گیرند و دیگرانی هم آن را با ساختار اجتماعی مرتبط می‌دانند. مردسالاری، نامی است برای نظام و ساختاری که از راه نهادهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی خود، زنان را زیر سلطه دارد. میزان قدرت مردان نسبت به

زنان در جوامع مختلف، متفاوت است. با این حال در تمام این جوامع مردسالار، مردان سهم بیشتری از مزایای اجتماعی همچون قدرت، ثروت و احترام دارند. تداوم قدرت نظام مردسالاری ناشی از دسترسی بیشتر مردان به مزایای ساختارهای قدرت در درون و بیرون از خانواده، و همچنین واسطه تقسیم بودن این مزایای اجتماعی در جامعه است (آبوت و کلر، ۱۳۸۵: ۳۲۴).

در دیدگاهی، مردسالاری دربرگیرنده نظارت بر نیروی کار، و در دیدگاهی دیگر دربرگیرنده نظارت بر کار خانگی بدون دستمزد زنان، هم‌چنین تمایلات جنسی و بازتولید است. با وجود این می‌توان در تعریفی گسترده، مردسالاری را به عنوان سازمانی نظام‌یافته از فرادستی مردان و فرودستی زنان برشمرد (استیسی^۱، ۱۹۹۳: ۵۳). تعریف ادریان ریچ^۲ (۱۹۹۷) نیز که مردسالاری را تنها به عوامل اقتصادی محدود نکرده است، تعریفی عمومی از مردسالاری است. از دید او مردسالاری فقط در محدوده خصوصی خانواده باقی نمی‌ماند، بلکه تعریفی که از آن ارائه می‌شود آن را به عنوان نظامی خانوادگی-اجتماعی، ایدئولوژیکی و سیاسی معرفی می‌کند که در آن مردان از طریق به کارگیری زور و فشار مستقیم یا از طریق سنت‌ها، قانون و زبان، آداب و رسوم، آداب معاشرت، آموزش و تقسیم کار مشخص می‌کنند که سهم زنان در جامعه چیست و مجاز به انجام چه فعالیت‌هایی هستند و از چه فعالیت‌هایی باید دوری کنند.

ایدئولوژی مردسالاری را مجموعه منسجمی از ارزش‌ها یا نظریه‌ها در مورد تفاوت‌های زیست‌شناختی زن و مرد که نابرابری را توجیه می‌کند، تعریف کرده‌اند. این ایدئولوژی مبنای تمام چیزهایی است که اعضای جامعه درست، طبیعی و مناسب می‌پندارند (به نقل از گروسی، ۱۳۸۴: ۱۷۰). به لحاظ نظری در باب نگرش مردسالارانه باید گفت مردسالاری در مفهوم حکومت مردان، زمانی واقع می‌شود که «مناصب اجتماعی منحصرأ به مردان سپرده می‌شود» (ساروخانی، ۱۳۷۰: ۲۶). به لحاظ عملیاتی نیز نگرش مردسالارانه حاکم بر مناسبات زنانه را می‌توان در ایران در قالب شاخص‌هایی چون قدرت مردان در عرصه تصمیم‌گیری، نابرابری دسترسی به امکانات و فرصت‌ها به نفع مردان، توجیه ایدئولوژیک تابعیت زن و نفوذ مردان بر کلیه جوانب رفتاری و شخصیتی زنان مشاهده کرد (محمدی اصل، ۱۳۸۳: ۱۰۳).

با توجه به نکات اصلی نظریه‌های فمینیستی و تعریف مردسالاری نمی‌توان تأثیر مردسالاری را بر دیگر پدیده‌ها و اثرپذیری آن را نادیده گرفت. در تحقیقی کیفی که در زمینه مردسالاری و بهداشت باروری زنان در ۵ روستای ۵ استان کشور انجام گرفته است نشان می‌دهد مردسالاری، آشکارا تأثیری بسیار منفی بر بهداشت باروری زنان، حداقل در افراد شرکت‌کننده

1. Stacy

2. Rich

دارد و مردان شرکت‌کننده در تحقیق، بهداشت باروری را موضوعی زنانه پنداشته و حتی گفت‌وگو در این باب را نوعی تابو تلقی می‌کنند (پیران، ۱۳۸۳). تأثیر ایدئولوژی و فرهنگ مردسالاری را می‌توان بر نابرابری جنسیتی در جامعه نیز مشاهده کرد. احمدی و دیگران (۱۳۸۳) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی بر نابرابری جنسیتی در خانواده‌های شهر کرمان به این نتیجه رسیده‌اند که یکی از این عوامل مؤثر، ایدئولوژی مردسالاری است. یکی از متغیرهای مورد بررسی در پژوهش نبوی و احمدی (۱۳۸۶) با عنوان «بررسی تأثیر عوامل اجتماعی در نابرابری جنسیتی نمادی در خانواده»، ایدئولوژی مردسالاری بوده است. این‌که هر چه پذیرش ایدئولوژی مردسالاری در زنان بیشتر باشد قدرت تصمیم‌گیری آنان در خانواده کاهش می‌یابد.

چارچوب نظری

بهداشت باروری به عنوان مفهومی عینی و مشخص تاکنفرانس جهانی جمعیت و توسعه در قاهره، صرفاً از دیدگاه زیستی-پزشکی تعریف می‌شد. بر پایه این دیدگاه، بهداشت باروری عبارتست از «تمامی فعالیت‌های مرتبط با بهداشت که در راه کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، یا تمامی مرگ و میرهای ناشی از حاملگی و فرزندآوری به فرجام می‌رسد» (پیران، ۱۳۸۳: ۱۶۹). دیدگاه تجربه‌گرایانه به توسعه کشورها، این است که توسعه در تمامی اجزای آن، امری است سخت‌افزاری و بر این پایه، بهداشت و از جمله بهداشت و سلامت باروری، با افزایش تأسیسات، احداث مؤسسات خدمات بهداشتی و ارائه و در دسترس بودن چنین خدماتی، ارتقا می‌یابد و مشکلات، کاهش می‌یابد. به همین علت سلامتی و بهداشت باروری عبارت بود از وجود برنامه تنظیم خانواده و خدمات پایه‌ای مراقبت از زنان حامله و ارائه خدمات پایه‌ای بهداشت عمومی که در قالب آن‌ها خدمات مختص زایمان سالم و طبیعی و بدون عارضه، خدمات مختص بیماری‌های زنان و زایمان، فوریت‌های زایمانی و مراقبت از زائو تا ۴۲ روز پس از وضع حمل ارائه می‌شد. پس از کنفرانس توسعه و جمعیت منعقد در قاهره و در پرتو نقدهای جدی‌ای که بر دیدگاه زیستی-پزشکی وارد آمد، و از آن مهم‌تر، شکست برنامه‌های توسعه، آن هم علی‌رغم هزینه کردن میلیاردها دلار و عمیق‌تر شدن شکاف بین کشورهای ثروتمند و عقب‌مانده، توجه اندیشمندان، سیاست‌گذاران و مجریان و دست‌اندرکاران بهداشت، از جمله سلامت و بهداشت باروری، به این نکته جلب شد که برای درک واقعی این مفهوم و افزایش کارایی برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری، چاره‌ای جز تلقی آن به عنوان جزء کوچکی از توسعه پایدار انسانی-زیست محیطی وجود ندارد. از این روی اتخاذ نگرشی

همه جانبه نگر الزامی شد که در کنار ایجاد مؤسسات بهداشتی و همه گیر ساختن دسترسی آحاد مردم به خدمات بهداشتی و سلامتی، بر ویژگی های ساختار اجتماعی، تاریخی و نمودها و مصداق های آنها، هم چنین اجزای ساختار اجتماعی یعنی اقتصاد، فرهنگ و سیاست و نقش آنها در بهداشت باروری توجه شایانی شود (پیران، ۱۳۸۳: ۱۷۰).

در ایده توسعه پایدار تأکید عمده بر توانمندسازی زنان قرار دارد. لذا توجه به موضوع برابری جنسیتی اهمیت قابل توجهی یافته است مطالعات نظری مرتبط با این موضوع بیشتر به دیدگاه های فمینیستی مرتبط می باشد این دیدگاه ها پایین بودن موقعیت زنان را ناشی از نبود فرصت های لازم برای زنان، پایین بودن سطح تحصیلات آنها و محدودیت های مختلفی که در مورد زنان در خانواده اعمال می شود می دانند به زعم آنها زنان باید همانند مردان از فرصت های لازم در جامعه استفاده کنند (ژاگر^۱، ۱۹۸۳: ۳۷؛ سارجنت^۲، ۱۹۹۹: ۱۳۳؛ والر^۳، ۱۹۹۹: ۱۰). از نظر جمعیت شناسی، موضوع موقعیت زنان بسیار مهم می باشد. زنان نقش اساسی را در فرایندهای جمعیتی بازی می کنند و بهبود موقعیت آنها تأثیر زیادی بر وقایع جمعیتی نظیر تولد، مرگ، مهاجرت و بهداشت اعمال خواهد کرد. دلایل زیادی برای این اهمیت وجود دارد: زنان تحصیل کرده منابع و سرمایه انسانی را از طریق دخالت در بهداشت، آموزش و تغذیه فرزندان خود افزایش می دهند؛ زمانی که زن دارای شغل دارای درآمد بوده و بر منابع اقتصادی کنترل داشته باشد، میزان درآمد و استاندارد زندگی خانوار بهبود می یابد؛ و مشارکت سیاسی زنان، فرایند اولویت در سیاست های عمومی را دگرگون کرده و حکومت را به سوی مساوات و برابری بیشتر هدایت می کند (دالر و گتی^۴، ۱۹۹۹: ۱؛ رضوی^۵، ۱۹۹۷؛ صندوق جمعیت سازمان ملل^۶، ۲۰۰۵: ۱۱).

بلاد و ولف معتقد هستند که تعادل و توازن قدرت در تصمیم گیری ها به نفع کسی است که منابع و امکانات بیشتری را به خانه می آورد. هر چه منابعی که فرد در اختیار دارد، بیشتر باشد از قدرت بیشتری برخوردار است و چنین فردی حق دارد تصمیمات مهمی را که بر کل خانواده تأثیر می گذارد اتخاذ کند. آنها نیز معتقدند که افزایش سطح تحصیلات مرد و پایگاه شغلی او منابعی هستند که مرد می تواند از آن جهت کسب قدرت بیشتر در روابط خانوادگی استفاده نماید (بلاد و ولف^۷، ۱۹۶۰: ۲۹).

1. jagar

3. valerie

5. razavi

7. Blood and wolf

2. sargent

4. dollar and gatti

6. UNFPA

از نظر کالینز در بین زنان و مردان آنچه که می‌تواند سبب برتری یکی بر دیگری شود مانند سن، تحصیل، شغل، تعداد برادر و خواهر، درآمد و دارایی، قدرت باروری، زمینه طبقاتی و حتی زیبایی و تناسب اندام که همگی جزء سرمایه‌های فرهنگی انسان‌ها هستند. هر چقدر زنان از میزان بیشتری از این منابع برخوردار باشند، در رابطه عادلانه‌تری با مردان قرار خواهند داشت. در مجموع هر چه منابع یک زن بیشتر گردد، توان بیشتری برای اعتراض به نابرابری‌ها داشته و نگرش منفی‌تری را نسبت به نابرابری‌های جنسیتی خواهند داشت (کالینز^۱، ۱۹۷۵: ۲۸۱-۲۸۲).

رسیدن به اهداف بهداشت باروری و از جمله کنترل جمعیت بدون آگاهی، بینش و مشارکت مردان ممکن نخواهد شد، نقش مردان در این زمینه، به دلایل گوناگونی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. در بیانیه کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه (قاهره، ۱۹۹۴) تأکید شده است: تغییر در آگاهی، نگرش و رفتار مرد و زن، از پیش‌نیازهای ضروری برای دست یافتن به شراکت متعادل و هماهنگ میان زن و شوهر است. بهبود ارتباط میان زن و شوهر در رابطه با موضوعات مربوط به رفتارهای جنسی و بهداشت باروری و شناخت مسئولیت‌های مشترک آنان اهمیت دارد تا این دو در حیات مشترک یا فردی خویش همواره یاور و شریک یکدیگر باشند (هادی و دیگران، ۱۳۸۱: ۵۰).

مردسالاری در بدایت امر از تفاوت‌های جسمانی (البته به لحاظ ظاهر) و تفاوت در توان جسمانی بین زن و مرد نشأت گرفته است. به عقیده آنتونی گیدنز رابطه مردسالاری و عوامل زیست‌شناختی گرچه موضوع تحقیقات فراوان بوده است، لیکن آن‌چنان به یافته‌های متضادی ختم شده است که پذیرش قطعی رابطه یا عدم وجود رابطه را غیرممکن می‌سازد. بررسی مقایسه‌ای - تاریخی نشان داده که جنس مذکر حداقل در تمامی جوامع ماقبل صنعتی، امور مربوط به شکار و جنگ را بر عهده داشته است. نتیجه مهم مطالعات انجام شده، تأکید بر وجود پرخاشگری در مردان به عنوان پدیده‌ای زیست‌شناختی است و همین امر علت غلبه مردان بر زنان تلقی شده است که منجر به مردسالاری شده و با گذر ایام نهادینه گردیده است تا بدان‌جا که تحولات فن‌آورانه دنیای معاصر نیز قادر نشده است بر مردسالاری نهادینه شده غلبه یابد (گیدنز^۲، ۱۳۷۳: ۱۷۵-۲۱۶).

آنتونی گیدنز در کتاب جامعه‌شناسی خود به سه نظریه تبیین‌کننده جنسیت و تمایلات جنسی اشاره کرده است که عبارتند از نظریه زیگموند فروید، نظریه نانسو چودروف^۳ و نظریه کارول گیلیگان^۴ به نظر می‌رسد که از بین این سه نظریه مهم، نظریه گیلیگان پذیرفتنی‌تر است. گیلیگان در واقع مبحث محوری نظریه چودروف را تکامل بخشیده است. به نظر این دو، از آن‌جا

1. Collins

2. Giddens

3. Nancy chodrow

4. Carol Gilligan

که زنان حامله می‌شوند و علاوه بر نه ماه بارداری تا مدت‌ها پس از تولد فرزند، نگهداری مستقیم از او را بر عهده دارند، همین موضوع به تدریج به نهادینه شدن نقش مراقبت و پرستاری، به عنوان نقشی عمدتاً زنانه، منجر شده است. چنین نقشی با بارداری‌های پی در پی سبب شده است تا زنان از «مدیریت امور جمعی فراتر از خانواده» به دور مانند و با گذشت زمان چنین تقسیم‌کاری امری قطعی تلقی شود و به قول سیمون دوبووار «جنس دوم» به دنیا آید (گیدنز، ۱۳۷۳: ۲۰۱-۲۰۵).

سابقه چند هزار ساله مردسالاری باعث ساختن جهان انسانی از نگاه مردان شده است. بر این اساس زنان همواره باید از نظر مادی، از نظر حمایت‌های اجتماعی و به لحاظ به حساب آمدن و ارزش داشتن وابسته به مردان تعریف شوند و به حساب آیند و اگر از این قاعده مستثنی شوند با نگاهی آسیب‌شناختی روبه‌رو خواهند شد. (پیران، ۱۳۸۳: ۱۷۵).

مبارزات سازمان‌یافته زنان علیه جهان مردسالاری، فرهنگ مذکر و تبعیض بر پایه جنس، تاریخی کهن‌سال ندارد و به قرن هیجدهم میلادی بازمی‌گردد که زمینه‌ساز جنبش‌های فمینیستی محسوب می‌شود. جنبش اجتماعی آزادی زنان در ایالات متحده از سال ۱۸۴۸ کاملاً سازمان یافته شد. اما این جنبش تا مدت‌ها در مجموعه کلیسا و در قالب آن نهاد به فعالیت می‌پرداخت و بر شرایط زنان زندانی و مسئله روسپی‌گری زنان تأکید می‌کرد. این جنبش به تدریج مسئله حق رأی زنان، اجازه تحصیل در آموزش عالی، لغو ممنوعیت تحصیل بردگان و بالأخره القای بردگی را در دستور کار خود قرار داد. محدودیت مصرف الکل نیز از جمله اولین گام‌های زنان در راستای مبارزه با خشونت مردان علیه زنان به حساب می‌آمد.

اصلاح محدودیت‌های پوشش زنان، بحث فرصت‌های شغلی برابر، حق انتخاب در زمینه رفتار جنسی و مسئله سقط جنین، خواست‌های بعدی جنبش زنان را تشکیل می‌دادند. چنین درخواست‌هایی که با مبارزه سازمان‌یافته‌ای همراه بود، جنبش‌های اجتماعی زنان را به جنبشی قدرتمند بدل ساخت و به تدریج آن را به سوی جهانی شدن سوق داد. (پیران، ۱۳۸۱: ۳۹-۴۰). از میان دیدگاه‌های فمینیستی، برخی بر ویژگی‌های زیست‌شناختی زنان مانند قدرت تولید مثل تکیه کرده و آن را عامل نابرابری در نقش‌های جنسیتی می‌دانند و برخی نیز بر اساس تبیین‌های زیست‌شناختی، پرخاشگری طبیعی مردان را عامل سلطه‌جویی آن‌ها می‌دانند. فمینیست‌های رادیکال مسئله سلطه مردان بر زنان و جایگاه فرودستی زنان را در چارچوب مفهوم کلی پدرسالاری نقد می‌کنند. به اعتقاد سیمون دوبووار در فرهنگ مردسالار، مرد، مثبت یا معیار و زن، منفی یا دیگری تلقی می‌شود و زنانگی یک ساخت اجتماعی است (دوبووار، ۱۳۸۰).

فرضیه‌های تحقیق

بین مردسالاری و بهداشت باروری رابطه وجود دارد.
 بهداشت باروری با توجه به وضعیت تأهل، محل تولد و نسبت فامیلی تفاوت دارد.
 مردسالاری با توجه به نوع ازدواج (تحمیلی و اختیاری) تفاوت دارد.

روش‌شناسی

روش تحقیق در این مقاله پیمایشی است. جامعه آماری زنان ۱۵-۴۹ ساله حداقل یک بار ازدواج کرده محله خرمشاد یزد می‌باشد که با استفاده از فرمول کوکران ۱۳۱ نفر از آن‌ها به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه ساخت یافته حاوی ۱۵ سؤال دموگرافیک، ۵ گویه مربوط به سنجش میزان اعتقاد زنان به مردسالاری و ۶ گویه مربوط به سنجش مردسالاری مردان در خانواده و ۱۲ گویه درباره نگرش و رفتار بهداشت باروری توسط زنان و ۸ گویه مربوط به بهداشت باروری توسط مردان است. در ابتدا ۴۳ گویه برای سنجش میزان مردسالاری و بهداشت باروری بر اساس طیف پنج قسمتی لیکرت در نظر گرفته شد. گویه‌های انتخاب شده به تعدادی از اساتید علوم اجتماعی به عنوان داور ارائه گردید که پس از آن، تعدادی از گویه‌های نامرتبط حذف و بعضی نیز تصحیح و تعدیل گشت و در واقع از این طریق ابزار تحقیق به اعتبار صوری یا محتوایی دست یافت. هم‌چنین این پرسش‌نامه به صورت پیش‌آزمون (pretest) در بین ۳۰ نفر از زنان ازدواج کرده به صورت اتفاقی اجرا گردید که پس از آن گویه‌هایی که همبستگی زیادی نداشتند یا از قدرت سنجش خوبی برخوردار نبودند و یا گویه‌هایی که برای مخاطبان مفهوم نبوده و یا از روایی بالایی برخوردار نبودند حذف شدند^۱. پایایی ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد در جدول شماره (۱) متغیرها و سؤالات و گویه‌های مربوط و ضرایب آلفای کرونباخ نشان داده شده است. اطلاعات جمع‌آوری شده وارد کامپیوتر گردید و به وسیله نرم‌افزار spss مورد تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌های از تکنیک تحلیل عاملی، آزمون t ضریب همبستگی و رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است.

۱. شش گویه حذف شده برای سنج مردسالاری پس از پیش‌آزمون عبارتند از: اعتقاد به ضعیف‌تر بودن زنان - عدم توانایی زنان در به عهده گرفتن مسئولیت‌های مهم - اختصاص مناصب مهم برای مردان - عقلانی‌تر بودن مردان - در نظر گرفتن حق تصمیم‌گیری برای مردان. و پنج گویه حذف شده برای سنجش بهداشت باروری پس از پیش‌آزمون عبارتند از: مصرف مکمل‌های غذایی توسط مادر در دوران شیردهی - عدم استفاده از بعضی از وسایل آرایشی در دوران حاملگی - انجام ورزش‌های سبک در دوران حاملگی - استحمام به موقع بعد از آمیزش - انجام رفتارهای پرخطر در هنگام آمیزش.

جدول ۱. متغیرها و شاخص‌های تحلیل به تفکیک متغیرهای مستقل و وابسته و سؤالات و گویه‌های مربوط

نوع متغیر	تعداد سؤالات یا گویه‌ها	سؤال یا گویه	مجموع نمرات براساس ملیف لیکرت (حناقل و حداکثر نمرات)	آلفای کربنباخ
متغیرهای مستقل: ۱- ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی	۱۵ سوال	سن، سن هنگام ازدواج زن و همسر، تحصیلات زن و همسر، وضع اشتغال زن، درآمد خانواده، محل تولد (شهر یا روستا) تعداد مطلوب بچه‌ها از نظر زن و شوهر، تعداد فرزندان، نسبت فاصیلی زن و شوهر (خویشاوندی و غیر خویشاوندی) و نوع ازدواج (اختیاری و یا تحمیلی)	- - -	-
۲- مرد سالاری کل	۱۲ گویه	تحمیل نظرات شوهر به اعضا - زورگویی مرد در خانه - عدم دخالت زن در تصمیم‌گیری - مخالفت با اشتغال زن - کنترل تماسها و رفت و آمدها - جلوگیری از فعالیتهای اجتماعی زن	۶۰-۱۲	۰/۹۱
الف- مردسالاری مردان در خانواده	۶ گویه	مردان بهتر از عهده فعالیت‌های سیاسی - اجتماعی بر می‌آیند- پیشگیری و تنظیم خانواده وظیفه زن است- تعیین زمان بچه‌دار شدن و تعداد بچه‌ها به عهده مرد است- وظیفه زن انجام امور داخل منزل است- زن جنس دوم است	۳۰-۶	۰/۸۷
ب- اعتقاد زنان به مردسالاری	۵ گویه	مردان بهتر از وسایل پیشگیری، آشنایی با روش پیشگیری اورژانسی، آشنایی با روش پیشگیری طبیعی، اهمیت دادن به بهداشت تناسلی، کاندوم را در پیشگیری از آیدز موثر می‌داند، بچه آوردن زیاد را مضر می‌داند، شیر دادن مادر برای سلامتی اش مفید است، خودداری از آمیزش در دوران قاعدگی زن.	۲۵-۵	۰/۸۴
متغیر وابسته: بهداشت باروری کل	۲۰ گویه	استفاده از وسایل پیشگیری، آشنایی با روش پیشگیری اورژانسی، آشنایی با روش پیشگیری طبیعی، اهمیت دادن به بهداشت تناسلی، کاندوم را در پیشگیری از آیدز موثر می‌داند، بچه آوردن زیاد را مضر می‌داند، شیر دادن مادر برای سلامتی اش مفید است، خودداری از آمیزش در دوران قاعدگی زن.	۱۰۰-۲۰	۰/۸۱
الف- بهداشت باروری مردان	۸ گویه	استفاده از وسایل پیشگیری مناسب در تنظیم خانواده، آشنایی با روش پیشگیری اورژانسی، آشنایی با روش پیشگیری طبیعی، اهمیت دادن به بهداشت اندامهای تناسلی، اعتقاد به اینکه وسیله تنظیم خانواده مضر نیست، پرهیز از آمیزش در دوران قاعدگی، اعتقاد به مضر بودن زایمان کمتر از ۲ سال، بهتر بودن زایمان طبیعی از سزارین، خوردن غذاهای آهن دار در دوران قاعدگی، اعتقاد به اینکه زایمان زیاد به سلامت مادر لطمه می‌زند شیر دادن برای سلامت مادر مفید است، کاندوم در پیشگیری از آیدز موثر است.	۳۰-۸	۰/۸۵
ب- بهداشت باروری زنان	۱۲ گویه	استفاده از وسایل پیشگیری مناسب در تنظیم خانواده، آشنایی با روش پیشگیری اورژانسی، آشنایی با روش پیشگیری طبیعی، اهمیت دادن به بهداشت اندامهای تناسلی، اعتقاد به اینکه وسیله تنظیم خانواده مضر نیست، پرهیز از آمیزش در دوران قاعدگی، اعتقاد به مضر بودن زایمان کمتر از ۲ سال، بهتر بودن زایمان طبیعی از سزارین، خوردن غذاهای آهن دار در دوران قاعدگی، اعتقاد به اینکه زایمان زیاد به سلامت مادر لطمه می‌زند شیر دادن برای سلامت مادر مفید است، کاندوم در پیشگیری از آیدز موثر است.	۶۰-۱۲	۰/۸۴

یافته‌های تحقیق

میانگین سنی پاسخ‌گویان ۳۵ سال و فاصله سنی آنان بین ۱۵ تا ۵۸ سال بوده است، ۸۶ درصد آنان متأهل و ۱۴ درصد مطلقه بوده‌اند. ۴۲ درصد از پاسخ‌گویان با همسر خود نسبت خویشاوندی داشته و ۵۸ درصد نسبت فامیلی نداشتند. همچنین حدود ۱۴ درصد از پاسخ‌گویان ازدواج تحمیلی و از روی اجبار و حدود ۸۴ درصد از آنان ازدواج اختیاری داشتند. سن زنان به هنگام ازدواج بین ۱۳ تا ۳۷ سال بوده است. همچنین همسران آنان به هنگام ازدواج بین ۱۹ تا ۳۸ سال داشته‌اند. از مجموع کل پاسخ‌گویان ۲۹/۲ درصد آنان فرزند نداشته، ۲۰/۸ درصد یک فرزند، ۱۳/۸ درصد دو فرزند، ۱۶/۹ درصد سه فرزند، ۱۰ درصد چهار فرزند، ۶/۲ درصد پنج فرزند، ۰/۸ درصد شش فرزند و مابقی بالای شش فرزند داشته‌اند.

در مجموع باروری کل در نمونه مورد بررسی ۱/۹۲ بچه می‌باشد و میانگین تعداد فرزندان خواسته ۱/۵۸ بوده که کمتر از تعداد فرزندان واقعی است میانگین تعداد فرزندان مطلوب شوهر ۲/۵۸ و میانگین تعداد فرزندان مطلوب زن ۲/۴ می‌باشد که از تعداد مطلوب شوهران کمتر است همچنین ترکیب جنسی مطلوب فرزندان از نظر زن و شوهر متفاوت است مردان تعداد بیشتری دختر می‌خواهند در حالی که زنان تعداد پسر بیشتری می‌خواهند از نظر مردان میانگین تعداد مطلوب پسر و دختر به ترتیب ۱/۱۷ و ۱/۲ ولی از نظر زنان میانگین تعداد مطلوب پسر و دختر ۱/۵ و ۱/۳ بوده است. بر اساس اطلاعات جدول شماره (۲)، میزان بهداشت باوری با وضعیت تأهل، یعنی متأهل و مطلقه، محل تولد، یعنی افراد با منشأ شهری و روستایی و نوع ازدواج، تحمیلی و اختیاری تفاوت معنی‌داری دارد ولی بهداشت باروری با نسبت فامیلی خویشاوندی و غیرخویشاوندی تفاوت معنی‌داری ندارد. همچنین بر اساس اطلاعات این جدول، میانگین میزان بهداشت باروری در افراد متأهل بیشتر از مطلقه یا همسر فوت شده و افراد شهری بیشتر از روستایی و ازدواج‌های غیرخویشاوندی بیشتر از خویشاوندی و ازدواج‌های اختیاری بیش از تحمیلی بوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون t مقایسه بهداشت باروری در متغیرهای مختلف

متغیر	مقولات	میانگین	انحراف معیار	تی	سطح معنی‌داری
وضعیت تأهل	متاهل	۹۴/۰۲	۱۷/۵۴	۲/۳۱	۱۰۰۲۹
	مطلقه	۸۳/۴۰	۱۶/۰۶		
محل تولد	شهر	۹۳/۶۸	۱۷/۳۹	۲/۸۳	۱۰۰۰۵
	روستا	۷۳/۳۳	۱۰/۵۷		
نسبت فامیلی	خویشاوندی	۸۹/۱۷	۱۳/۸۷	-۱/۷۷	۱۰۰۷۹
	غیر خویشاوندی	۹۵/۰۷	۱۹/۵۶		
نوع ازدواج	تحمیلی	۷۸/۸۷	۱۴/۰۸	-۳/۵۳	۱۰۰۰۱
	اختیاری	۹۵/۰۳	۱۷/۲۶		

با توجه به اطلاعات داده شده در جدول شماره ۳، میزان مردسالاری با نوع ازدواج، تحمیلی و اختیاری و همچنین با نسبت فامیلی خویشاوندی و غیرخویشاوندی تفاوت معناداری دارد. بدین معنا که مردسالاری در ازدواج‌های تحمیلی بیش از اختیاری و خویشاوندی بیش از غیرخویشاوندی مشاهده می‌گردد.

جدول ۳. نتایج آزمون t مقایسه مردسالاری در متغیرهای مختلف

متغیر	مقولات	میانگین	انحراف معیار	تی	سطح معنی داری
نسبت فامیلی	خویشاوندی	۵۰/۴۰	۱۷/۰۲	۳/۷۹	۰/۰۰۰
	غیر خویشاوندی	۳۷/۹۶	۱۶/۹۶		
نوع ازدواج	تحمیلی	۵۳/۶۶	۱۰/۸۳	۷/۷۸	۰/۰۰۰
	اختیاری	۲۹/۴۷	۱۶/۵۷		

جدول ۴. نتایج آزمون پیرسون بین مردسالاری و میزان بهداشت باروری

بهداشت باوری	ضریب همبستگی	بعد
-۰/۴۴۶	ضریب پیرسون	مردسالاری مردان
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
-۰/۴۶۹	ضریب پیرسون	مردسالاری زنان
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	

بر اساس جدول شماره ۴، بین مردسالاری و بهداشت باروری رابطه معناداری مشاهده می‌گردد. هم‌چنین این ضریب همبستگی قوی و منفی می‌باشد. به این معنا که هر چه مردسالاری افزایش می‌یابد، بهداشت باروری کاهش می‌یابد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌گردد، مردسالاری از نظر زنان و همسران آنان پرسیده شده بود که همین رابطه بین هر دو متغیر مشاهده می‌گردد.

جدول ۵. نتایج آزمون پیرسون بین بهداشت باروری زنان با متغیرهای مختلف

سطح معنی داری	ضریب همبستگی پیرسون	بعد
۰/۰۵	۰/۱۷۷	درآمد خانواده
۰/۰۹۷	-۰/۱۵۱	سن زنان
۰/۰۰۰	۰/۴۲۳	تحصیلات زنان
۰/۰۰۰	۰/۴۴۵	تحصیلات همسران
۰/۰۰۴	۰/۲۶۰	سن زنان به هنگام ازدواج
۰/۲۰	۰/۱۱۷	سن همسران زنان به هنگام ازدواج
۰/۲۰	۰/۱۱۷	فاصله سنی زوجین
۰/۰۹۵	-۰/۱۵۳	تعداد فرزندان خواسته
۰/۲۲	-۰/۱۱۲	تعداد فرزندان ناخواسته
۰/۰۰۰	-۰/۳۱۲	تعداد فرزندان

با توجه به اطلاعات جدول بالا، بین بهداشت باروری زنان با سن زنان، سن همسران زنان به هنگام ازدواج، فاصله سنی زوجین، تعداد فرزندان خواسته و ناخواسته تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود. اما می‌توان بیان داشت که بین بهداشت باروری زنان با تحصیلات آنان، تحصیلات همسران آنان و درآمد خانواده رابطه معناداری وجود دارد. در این میان سن زنان و تعداد فرزندان خواسته و ناخواسته با بهداشت باروری رابطه منفی دارند یعنی با افزایش سن زنان و تعداد فرزندان، بهداشت باروری کاهش می‌یابد اما ضریب همبستگی بین درآمد و تحصیلات و سن ازدواج و فاصله سنی مثبت می‌باشد که بیانگر آن است که هر چه این متغیرها، افزایش یافته است، بر بهداشت باروری نیز افزوده می‌گردد.

جدول ۶. نتایج آزمون پیرسون بین مردسالاری با متغیرهای مختلف

سطح معنی داری	ضریب همبستگی پیرسون	بعد
۰/۰۰۰	-۰/۵۵	بهداشت باروری
۰/۰۰۰	-۰/۶۶	تحصیلات مردان
۰/۰۰۰	-۰/۵۸۵	تحصیلات زنان
۰/۰۰۵	۰/۱۸۹	تعداد فرزندان خواسته
۰/۰۰۱	۰/۳۲۹	تعداد فرزندان ناخواسته
۰/۰۰۰	۰/۳۵۴	فاصله سنی زوجین

با توجه به داده‌های جدول بالا و نتایج آزمون پیرسون بین مردسالاری با بهداشت باروری، یعنی فرضیه اصلی این پژوهش رابطه معنی داری وجود دارد که با توجه به ضریب منفی پیرسون این رابطه معکوس است. یعنی هر چه مردسالاری در خانواده‌ها افزایش پیدا می‌کند، بهداشت باروری آنان کاهش پیدا می‌کند. تحصیلات مردان و تحصیلات زنان نیز با سطح معنی داری (۰/۰۰۰) با مردسالاری آنان رابطه معنادار و منفی وجود دارد. هر چه تحصیلات زنان و مردان افزایش پیدا می‌کند مردسالاری آنان کاهش پیدا می‌کند. تقریباً می‌توان گفت بین مردسالاری و تعداد فرزندان خواسته رابطه مثبتی وجود دارد (سطح معنی داری ۰/۰۵). هم‌چنین مشاهده می‌شود که هر چه مردسالاری افزایش پیدا می‌کند تعداد فرزندان ناخواسته و خواسته افزایش پیدا می‌کند. اما در این تعداد فرزندان ناخواسته معنی داری بیشتری را نشان می‌دهد. بین مردسالاری و فاصله سنی زوجین نیز رابطه از نوع مثبت است. به این معنی که هر چه فاصله سنی زوجین افزایش می‌یابد، مردسالاری نیز افزایش یافته است.

به منظور تبیین بهداشت باروری زنان بر اساس متغیرهای وضعیت تأهل، درآمد خانواده، تحصیلات زنان، تحصیلات همسران آنان، محل اقامت، نوع ازدواج، سن زنان به هنگام ازدواج و سن همسران آنان به هنگام ازدواج، از رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام استفاده شده است. در مجموع از ۱۰ متغیر وارد شده به معادله رگرسیونی ۳ متغیر مستقل مهم در این تحلیل باقی ماندند که ضریب همبستگی آن‌ها با بهداشت باروری برابر با $R = 0/803$ و ضریب تعیین برابر با $R^2 = 64/5$ و ضریب تعیین خالص برابر با $R^2 = 63/2$ شده است. این ضرایب بیانگر آن است که حدود ۶۳ درصد از واریانس بهداشت باروری توسط متغیرهای مستقل موجود در معادله

رگرسیون تبیین می‌شود. هم‌چنین مدل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده، خطی و معنادار است، زیرا مقدار آزمون $F=51/37$ با سطح معنی‌داری $P=0/000$

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیونی تأثیر متغیرهای مستقل بر بهداشت باروری زنان

متغیرهای مستقل	ضرایب خام (β)	Std.Error	ضرایب استاندارد شده (Beta)	t	sig
مقدار ثابت α	۲۵/۹۹۷	-	-	-	-
بهداشت باروری مردان	۱/۰۳۲	۰/۱۱۲	۰/۷۱۴	۹/۲۱۸	۰/۰۰۰
مردسالاری مردان	۰/۳۱۴	۰/۰۶۶	-۰/۳۷۰	۴/۷۵۲	۰/۰۰۰
مردسالاری زنان	-۰/۷۱۱	۰/۱۶۴	-۰/۳۴۷	-۴/۳۲۶	۰/۰۰۰

در مجموع طبق اطلاعات جدول فوق و با توجه به ضرایب بتاهای استاندارد شده ملاحظه می‌شود که بهداشت باروری مردان با $\beta=0/714$ ، مردسالاری مردان با $\beta=0/370$ و مردسالاری زنان با $\beta=-0/347$ در تبیین بهداشت باروری سهم معنی‌داری دارند. ملاحظه می‌گردد که بهداشت باروری مردان بیشترین تأثیر را در پیش‌بینی میزان بهداشت باروری زنان دارد؛ به این معنا که هر چه مردان بهداشت باروری را بیشتر رعایت نمایند و به آن قائل باشند، بهداشت باروری زنان نیز افزایش می‌یابد همچنین مردسالاری تأثیر منفی بر بهداشت باروری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مردسالاری، نامی است برای نظام و ساختاری که از راه نهادهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی خود، زنان را زیر سلطه دارد. میزان قدرت مردان نسبت به زنان در جوامع مختلف متفاوت است. با این حال در تمام جوامع مردسالار، مردان سهم بیشتری از مزایای اجتماعی همچون قدرت، ثروت و احترام دارند. تداوم قدرت نظام مردسالاری ناشی از دسترسی بیشتر

مردان به مزایای ساختارهای قدرت در درون و بیرون از خانواده و هم‌چنین به واسطه تقسیم شدن این مزایای اجتماعی در جامعه است (آبوت و کلر، ۱۳۸۵: ۳۱۲-۳۲۴) از آن‌جا که مردان در جوامع سنتی، نقش اساسی در تصمیمات و سرنوشت خانواده دارند توجه به جنبه‌ها و آثار مختلف اجتماعی و جمعیتی این مقوله، حائز اهمیت می‌باشد.

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین مردسالاری و بهداشت باروری زنان در محله خرمشاد یزد انجام گرفته که ۱۳۱ زن حداقل یک بار ازدواج کرده به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند.

بر اساس نتایج این تحقیق، میزان باروری کل در نمونه مورد بررسی ۱/۹۲ فرزند بوده است که این نتیجه با تحقیقات (عباسی شوازی و دیگران، ۱۳۸۳) و (زارع شاه‌آبادی، ۱۳۸۵) که میزان باروری در شهر یزد را به ترتیب ۲/۳ و ۲/۲۸ به دست آورده بودند بسیار نزدیک می‌باشد علاوه بر این که با گذشت چند سال از این تحقیقات و افزایش درجه توسعه یافتگی یزد، کاهش جزئی در میزان باروری دور از انتظار نمی‌باشد.

هم‌چنین میزان بهداشت و کنترل باروری در افراد شهری بیشتر از روستایی بوده است که این نتیجه نیز با تحقیقات مشابه در استان یزد (عباسی شوازی و دیگران ۱۳۸۳، زارع شاه‌آبادی ۱۳۸۵) همسو می‌باشد با توجه به بالاتر بودن سطح تحصیلات، آگاهی‌ها و امکانات در شهرهای این نتیجه نیز مورد انتظار بوده است. علاوه بر آن، نوع ازدواج (اختیاری و تحمیلی) نیز با بهداشت و کنترل باروری رابطه معناداری را نشان می‌دهد بدین معنا که بهداشت و کنترل باروری در ازدواج‌های اختیاری بیش از تحمیلی است این نتیجه با تحقیق زارع شاه‌آبادی ۱۳۸۵ نیز هم‌خوانی دارد.

هم‌چنین بین متغیرهای درآمد، میزان تحصیلات و سن ازدواج با بهداشت باروری رابطه مثبت و معناداری مشاهده می‌گردد و بدین معنا که هر چه این متغیرها افزایش می‌یابند بر بهداشت باروری نیز افزوده می‌گردد با توجه به این‌که با افزایش این متغیرها امکانات و آگاهی‌های فرد نیز افزایش می‌یابد طبیعی است که بهداشت باروری نیز افزوده گردد و باروری کاهش یابد معکوس بودن رابطه بین درآمد، تحصیلات و سن ازدواج با باروری در تحقیقات متعدد نشان داده شده است. هم‌چنین تحلیل آماری داده‌ها نشان می‌دهد که بین بهداشت باروری و تعداد فرزندان رابطه منفی وجود دارد یعنی هر چه بهداشت باروری افزایش می‌یابد تعداد فرزندان (باروری) کاهش می‌یابد.

از نتایج دیگر این تحقیق این است که نسبت فامیلی زن و شوهر (خویشاوندی و غیر خویشاوندی) با نوع ازدواج (اختیاری و تحمیلی) با مردسالاری رابطه معناداری دارند به عبارت

دیگر میزان مردسالاری در ازواج‌های خویشاوندی و تحمیلی بیشتر است. هم‌چنین مردسالاری با تحصیلات زن و شوهر رابطه منفی و معناداری دارد یعنی هر چه تحصیلات افزایش می‌یابد مردسالاری در خانواده کاهش می‌یابد. این نتیجه، نظر کالینز را، که معتقد است هر چه تحصیلات افراد بالاتر باشد ایدئولوژی جنسیتی آن‌ها مساوات طلب‌تر و نگرش آن‌ها به نابرابری جنسیتی منفی‌تر خواهد بود (کالینز، ۱۹۷۵: ۲۸۱-۲۸۲) تأیید می‌کند.

این بررسی همچنین نشان می‌دهد که بین مردسالاری و بهداشت باروری رابطه معکوس و معناداری وجود دارد یعنی هر چه مردسالاری افزوده می‌گردد بهداشت باروری کاهش می‌یابد و بالعکس. که این نتایج با پژوهش (پیران ۱۳۸۳) که نشان داده است مردسالاری تأثیر منفی بر بهداشت باروری زنان دارد همسو می‌باشد.

با توجه به این‌که تحقیقات معدودی راجع به این موضوع در کشور ما صورت گرفته است منابع مطالعاتی محدودی در دسترس بود به خصوص در بخش تئوریک، مطالب و منابع بسیار کمی وجود داشت. امید است این تحقیق فتح بابی باشد تا توجه جمعیت‌شناسان به این زمینه‌ها جلب گردد پیشنهاد می‌گردد تحقیقات دیگری در این باره در نقاط مختلف کشور صورت گیرد تا با مقایسه نتایج به رهیافت‌های نظری در این زمینه نیز دست یابیم.

با توجه به این‌که مردسالاری و بهداشت باروری با نوع ازدواج‌ها (تحمیلی و اختیاری) و خویشاوندی و غیرخویشاوندی رابطه معناداری را نشان می‌دهد پیشنهاد می‌گردد از طریق آموزش خانواده و جوانان از میزان این نوع ازدواج‌ها به خصوص ازدواج‌های تحمیلی کاسته گردد. این تحقیق نشان داد که مردسالاری به عنوان واقعیتی اجتماعی، در جامعه ما غیر قابل انکار بوده و قائل نبودن به حقوقی برابر برای زنان، عمیقاً در جامعه ریشه دارد که در این رابطه آموزش خانواده‌ها و تغییر نگرش مردان و زنان، اصلاح و وضع قوانین مناسب، اصلاح متون و کتب درس در مقاطع مختلف و برنامه‌سازی در رسانه‌های جمعی به خصوص رسانه ملی و آگاهی‌بخشی و حساس‌سازی بخش‌های مختلف تصمیم‌گیری در خصوص این مسئله ضرورت دارد.

منابع

- آبوت، پالما و کلر، والاس (۱۳۸۵)، فرهنگ واژه‌ها و اصطلاحات جامعه‌شناسی زنان، (ترجمه منیژه نجم عراقی)، چاپ چهارم، تهران: نشر نی.
- دکتر حبیب، احمدی و گروسی، سعیده (۱۳۸۳)، «بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی بر نابرابری جنسیتی در خانواده‌های شهر کرمان و روستاهای پیرامون آن فصلنامه مطالعات زنان، سال دوم، شماره ۳ (پیاپی ۶)، زمستان: صص ۲۴-۴۸».

- اسپندار، ایوب و رفایی شیرپاک خلیل و عیوض خانی شبنم و همکاران (۱۳۸۰)، *مجموعه آموزش‌های عمومی بهداشت باروری*، تهران: اندیشمند.
- الفتی، محمد و فروزان، علیقلی (۱۳۸۷)، «سنجش نیازهای آموزشی دختران نوجوان پیرامون بهداشت باروری و تعیین راهبردهای مناسب برای تأمین آن در قزوین»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، سال دوازدهم، شماره ۲: صص ۹۳-۱۳۰.
- دوبووار، سیمون (۱۳۸۰)، *جنس دوم*، (ترجمه قاسم صنعوی)، جلد اول و دوم، تهران: نشر توس.
- پیران، پرویز (۱۳۸۱)، «ساختار فرصت‌های سیاسی»، *ماهنامه آفتاب*، شماره ۱۷. صص ۳۷-۵۱.
- _____، (۱۳۸۳)، (مردسالاری و بهداشت باروری زنان)، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱۳: ۱۹۶-۱۶۷.
- زنجانی، حبیب‌اله و امیرهوشنگ مهریار، حبیب‌الله زنجانی، کامل شادپور، محمد میرزایی. (۱۳۷۸)، *جمعیت، توسعه و بهداشت باروری*، تهران: نشر بشری.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر. (۱۳۸۵)، تبیین جامعه‌شناختی کاهش باروری زنان در شهر یزد، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۰)، *دایرةالمعارف علوم اجتماعی*، تهران: انتشارات کیهان.
- سیمبر، معصومه، فهیمه رضائی تهرانی، زینب هاشمی (۱۳۸۲)، «نیازهای بهداشت باروری دانشجویان قزوین»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین*، شماره ۲۸. صص ۴۳-۵۵.
- شهریاری افشار، صفیه و سپیده یوسف زاده (۱۳۷۴)، *راهنمای بهداشت باروری*، اداره کل بهداشت خانواده، شیراز: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- عباسی شوازی، محمد جلال، میمنت حسینی چاوشی، پیتز مک دونالد و بهرام دلاور، (۱۳۸۳)، *تحولات باروری در ایران شواهدی از چهار استان منتخب*، بخش تحقیقات جمعیت‌شناسی مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران و اداره کل سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- کریمی زنجانی اصل، محمد (۱۳۸۰)، *زنان پرده‌نشین و نخبگان جوشن‌پوش*، ترجمه ملیحه مغازه‌ای، تهران: نشر نی.
- گروسی، سعیده (۱۳۸۴)، «بررسی تأثیر باورهای قالبی بر نابرابری جنسیتی، مورد مطالعه شهر کرمان و روستاهای پیرامون آن»، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۳)، *جامعه‌شناسی*، (ترجمه منوچهر صبوری)، چاپ هفتم، تهران: نشر نی.
- محمدی اصل، عباس (۱۳۸۳)، «موانع مشارکت سیاسی زنان در ایران» *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱۲: صص ۹۳-۱۳۰.
- مشیرزاده، حمیرا (۱۳۸۱)، *از جنبش تا نظریه اجتماعی*، تاریخ دو قرن فمینیسم، تهران: نشر شیرازه.
- مظلومی محمودآباد، سید سعید، فاطمه شهیدی، معصومه عباسی شوازی، فاطمه شهری‌زاده (۱۳۸۴)، «بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان در مورد بهداشت باروری در هفت شهر مرکزی ایران»، *فصلنامه باروری و ناباروری*، سال سوم، شماره ۱۲: صص ۵۰-۶۳.
- نبوی، سید عبدالحسین و لیلا احمدی... (۱۳۸۶)، «بررسی تأثیر عوامل اجتماعی در نابرابری جنسیتی نمادی در خانواده»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره هشتم، شماره ۲: صص ۵۹-۸۲.

هادی، نگین، کیارش آرامش، مسعود عزیزی (۱۳۸۱)، «بررسی سطح آگاهی دانش‌آموزان در مورد بهداشت باروری در دبیرستان‌های پسرانه شیراز»، *مجله پزشکی هرمزگان*، سال هشتم، شماره اول. صص ۴۳-۵۵.

Blood, R.O & Wolf, D.M. (1960), *Husband and Wives: The Dynamics of Married Living*, Glencoe, IL: Free Press.

Collins, R. (1975), *Conflict Sociology*, New York, Academic Press Inc.

Cunningham, F., P. Mac Donald, K. Leveno, N. Gant, and L. Gilstrap (1993), *William's Obstetrics* 19th ed., Prentice-Hall International Inc., USA.

Dollar, D. and R. Gatti (1999), *Gender inequality, income and growth: are good times good for women?* World Bank, Development Economic Research Group, Poverty Reduction and Management Network, Working Paper series, No. 1

Gaggar, A.M. (1983), *Feminist Politics and Human Nature*, Totowa, N.J: Rowman and Allanheld.

Razavi, S. (1997), "Fitting gender into development institutions", *World Development*, 25: 1111-1125.

Sargent, L.T. (1999), *Contemporary Political Ideologies*, Philadelphia: Fort Worth.

UNFPA (2005), *The State of World Population 2005*, New York: United Nations.

Valerie, B. (1999), *Feminist Debates*, London: Macmillan.