

ارتباط تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان در باروری

زهرا کیانی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه مامایی و بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

معصومه سیمبر: دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده ی علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران- نویسنده رابط: msimbar@yahoo.com

ماهرخ دولتیان: استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فرید زاپری: دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: توانمندی زنان به معنی قدرت بخشی به زنان برای تصمیم گیری مستقل درباره موضوعات اساسی زندگی است. مهم ترین چالش های سلامت زنان حاکی از ناتوانی در تصمیم گیری باروری بوده است. توانمندی زنان هدف سوم اهداف توسعه هزاره است و تأثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر این اهداف به رسمیت شناخته شده است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان در باروری طراحی گردید.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی بر روی ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. ابتدا مراکز بهداشتی به روش تصادفی ساده و سپس سهمیه ای انتخاب شدند و نهایتاً نمونه گیری به شیوه ی در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه اجتماعی و اقتصادی و پرسشنامه توانمندی زنان در باروری می باشد. برای تجزیه و تحلیل و یافتن روابط از SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد.

نتایج: یافته ها نشان داد زنان از سطح متوسط توانمندی در باروری برخوردار بودند. تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان در باروری ارتباط داشته و در این میان بیش ترین ارتباط با تحصیلات زنان بوده است ($r=0/44$ ، $p=0/001$).

نتیجه گیری: توانمندی زنان در کل و در بعد تنظیم خانواده نیازمند توجه ویژه است. تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان در باروری در ارتباط بوده و بر همین اساس برنامه ریزی گسترده ای برای تقویت جایگاه زنان در خانواده و جامعه باید صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: توانمندی، باروری، تعیین کننده های اجتماعی ساختاری

مقدمه

بسیار مشکل است زیرا ارزش های فرهنگی نقش و جایگاه زن را به صورت فرزندپروری و وظایف خانگی تعیین کرده است (Qureshi and Shaikh 2006). در هر سال بیش از ۲۸۷ هزار مرگ مادر رخ می دهد و در مقابل هر مرگ مادر

توانمندی زنان به معنی قدرت بخشی به زنان برای تصمیم گیری مستقل درباره موضوعات اساسی زندگی است. پذیرش این اصل در ساختارهای اجتماعی و فرهنگی که اعتقادات و هنجارها برای توانمندی زنان مساعد نیست،

بهداشت باروری محسوب می شود (D'Souza et al. 2011). تعیین کننده های اجتماعی سلامت یعنی شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار می کند. این شرایط از عوامل کلیدی تساوی در زمینه سلامت محسوب می شود (Marmot et al. 2012). مدل سازمان جهانی بهداشت در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت به دو گروه اصلی از تعیین کننده های ساختاری و بینابینی توجه کرده است. تعیین کننده های ساختاری عواملی هستند که طبقه اجتماعی را به وجود می آورند مانند: جنسیت، درآمد، تحصیلات، شغل و قومیت (Mackenbach and Bakker 2002)؛ که از آن ها به عنوان تعیین کننده های اجتماعی بی عدالتی در سلامت یاد می شود (Organization WHO 2011).

در اهداف توسعه هزاره (MDGs) تاثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است (Health WCoSDo, Organization WHO 2008). اهداف توسعه هزاره نیز در هدف سوم توسعه دادن برابری جنسیتی و توانمند ساختن زنان را به عنوان مقدمه ای برای دستیابی به سایر اهداف می داند و به عنوان قلب اهداف خود در نظر گرفته است (CARE 2010).

نتایج مطالعات متعددی که اخیراً در زمینه توانمندی زنان صورت گرفت است نشان داده است که توانمندی زنان بر فرآیندهای جمعیتی و نتایج باروری موثر است (Mac Sennott and Yeatman 2009). در مطالعه (Quarrie 2009) از نوع طولی، با عنوان تغییر در ترجیحات باروری نشان دادند که ترجیحات باروری اغلب در پاسخ به شرایط زندگی رخ می دهد و این تغییرات به شرایط اقتصادی حساس تر است (MacQuarrie 2009) در مطالعه ای از نوع توصیفی-تحلیلی، مقطعی با عنوان توانمندی زنان و ساختار خانواده در سراسر دوره زندگی نشان داده شد که در زنان تازه ازدواج کرده منابع اولیه توانمندی فرهنگ شکل-گیری ازدواج، باروری و تحصیلات بوده است. (Nabavi

حدافل ۳۰ زن از بیماری های جدی و جراحی های ناتوان کننده رنج می برند و سالیانه ۸۰ میلیون بارداری ناخواسته اتفاق می افتد که ۴۲ میلیون از این بارداری ها به سقط ختم می شود (Yacobson et al. 2012). ارزیابی بین المللی از لحاظ شاخص توانمندی زنان (GEM) در ایران رتبه ۸۷ از میان ۹۳ کشور را نشان می دهد (UNDP 2008). نتایج صندوق جمعیت سازمان ملل درباره محاسبه و مقیاس این شاخص ها در کشورهای مختلف حاکی از شرایط نامناسب زنان می باشد (Nayak and Mahanta 2009). توافقات بین المللی توانمندی زنان را به عنوان یک پیش نیاز جهت ارتقای بهداشت باروری مطرح کرده است (ICPD 1994). از طرفی مشکلات بهداشت باروری علت منتهی شونده به بیماری و مرگ زنان در سن باروری در سراسر دنیا است (Froozanfar et al. 2012) وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین و نابرابری جنسیتی از عوامل ناتوانی زنان در تصمیم گیری هستند (Heemskerk 2003). نقش های اجتماعی و اقتصادی مردان و زنان در مراحل مختلف زندگی روی سلامت اثر گذار است و تغییرات اجتماعی و اقتصادی با نقش جنسیت تحت تاثیر واقع می شود و تاثیرات ترکیبی این عوامل سبب فاصله جنسیتی می شود (Marmot et al. 2012). این امر می تواند تمام ابعاد زندگی زنان از تحصیل، اشتغال و سلامت را تحت تاثیر قرار دهد (Wusu and Isiugo-Abanihe 2004).

کنفرانس قاهره توانمندسازی زنان را در ۳ حیطه اساسی ارتقای سلامت، دسترسی به منابع اقتصادی و کاهش نابرابری جنسیتی مورد تأکید قرار داد. پس از این کنفرانس برنامه ریزی گسترده ای برای توانمندسازی در حیطه بهداشت باروری صورت گرفت اما وضعیت اقتصادی اجتماعی زنان برای توانمندی کمتر مورد توجه قرار گرفت (Williams 2005)؛ درحالی که وضعیت اجتماعی و اقتصادی یکی از عوامل مهم کیفیت زندگی و شاخص

افسردگی نداشته باشند، وضعیت روانی و ارتباط مناسب برای پر کردن پرسشنامه را داشته باشند، زنان متأهل که در حال حاضر با همسر خود زندگی می کنند و تنها همسر شوهران خویش باشند، زنانی که حداقل یک فرزند داشته باشند و باردار نباشند، زنانی که تحصیلات در حد خواندن و نوشتن دارند، بیش از یک سال سابقه سکونت در شهر تهران را داشته باشند و سابقه نازایی و درمان آن را نداشته باشند، ملیت ایرانی داشته و مسلمان باشند و سپس با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه، مطالعه بر روی ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه- های محقق ساخته جمعیت شناختی حاوی ۹ سوال (سن، سن درهنگام ازدواج، سن در هنگام تولد اولین فرزند، تعداد فرزندان، جنسیت فرزندان، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، بارداری ناخواسته و درآمد) و اجتماعی و اقتصادی حاوی ۱۲ سوال که به منظور بررسی تحصیلات زنان و مردان، درآمد، شغل زنان و همسران طراحی گردیده بود. برای بررسی تحصیلات از تعداد سال های تحصیل، درآمد از شاخص دارایی که از دوازده متغیر اقتصادی (جاروبرقی، آشپزخانه مجزا، کامپیوتر، ماشین لباسشویی، حمام، فریزر، ماشین ظرف شویی، اتومبیل شخصی (نه به منظور کار و کسب درآمد)، موبایل، تلویزیون رنگی، انواع ویدئو و تلفن ثابت) پرسیده شد و نسبت آن بر حسب درصد محاسبه گردید (Baheiraei et al. 2013). و شغل وضعیت اشتغال زنان و مردان که به صورت سوال باز در پرسشنامه سوال می شود و براساس طبقه بندی مشاغل (Rose et al. 1998) (جدول شماره ۲ و ۱) طبقه بندی می شود. این طبقه بندی ۱۷ طبقه اصلی دارد، که هر کدام از این طبقات دارای زیر طبقه هستند که در مجموع ۳۰ طبقه شغلی تعریف گردید که بر حسب قرار داد به طبقه L17 کد اختصاص یافت و بر اساس آن سایر طبقات کد بندی شد و نهایتاً مشاغل در ۳۰ طبقه جای گرفتند و پرسشنامه توانمندی

(et al. 2009) در مطالعه ای از نوع توصیفی با عنوان بررسی برخی عوامل اجتماعی، جمعیت شناسی بر پذیرش نقش مسوولیت اجرای تنظیم خانواده پرداختند و یافته ها حاکی از آن بود که که مدارج بالای علمی برای زنان منجر به اشتغال، درآمد و آگاهی بیش تر زنان در خصوص حقوق و وظایف شان شده و بر قدرت تصمیم گیری در خصوص تنظیم خانواده اثر گذار است.

در ایران نیز خانواده اصلی ترین واحد تصمیم گیری درباره مسائل باروری است زیرا اهداف و تمایلات باروری در آن شکل می گیرد و رفتارهای باروری در شکل واقعی درون آن تحقق پیدا می کند از طرفی دستیابی زنان به یک سلامت باروری خوب در گرو توجه به توانمندسازی زنان در متن همان جامعه است. بنابراین بررسی توانمندی زنان در باروری در خانواده ضروری است و این تحقیق درصدد است که ارتباط تعیین کننده های ساختاری اجتماعی سلامت را با توانمندی زنان در باروری در جامعه ایرانی بررسی کند.

روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی- همبستگی در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. در مرحله اول کلیه مراکز بهداشتی درمانی تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی فهرست گردید و شماره گذاری شد و با روش تصادفی ساده از ۵۴ مرکز ۱۲ مرکز (۵ مرکز شمال، ۵ مرکز شرق و ۲ مرکز شمیرانات) انتخاب گردید و سپس حجم نمونه در داخل هر مرکز به روش سهمیه ای بر حسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز انتخاب شد و نهایتاً نمونه گیری در مراکز بهداشتی درمانی به شیوه ی در دسترس انجام شد. حجم نمونه با توجه به نبود اطلاعات کمی در زمینه توانمندی زنان در باروری با استفاده از یک مطالعه آزمایشی بر روی ۴۰ نفر از زنان که مشخصات واحد پژوهش را داشته اند تعیین گردید. مشخصات واحد پژوهش عبارتند از زنانی که: در محدوده سنی ۱۵-۴۹ سال باشند، سابقه

زنان در باروری (Kohan et al. 2012) حاوی ۳۸ سوال با مقیاس لیکرت پنج گزینه ای (کاملاً موافقم امتیاز ۴، موافقم امتیاز ۳، نظری ندارم امتیاز ۲، مخالفم امتیاز ۱، کاملاً مخالفم امتیاز ۰) در ۴ بعد فرهنگی (۱۱ سوال)، فردی و خانوادگی (۱۰ سوال)، اجتماعی (۹ سوال) و تنظیم خانواده (۸ سوال) است.

سوالات بعد فرهنگی در زمینه نگرش مثبت به فرزندآوری، باور مسئول بودن زن در امر باروری، ارزش داشتن پسر، نگرش جامعه به مسئول بودن زن در امر باروری، زنان بودن ارائه خدمات تنظیم خانواده، سوالات بعد اجتماعی در زمینه تاثیر رسانه بر جایگاه تصمیم گیری زنان در باروری، نقش مدارس در ساخت پایه های توانمندی (جایگاه تمرین مهارت تصمیم گیری و آموزش های مربوط به سیستم باروری) و نقش دوگانه اشتغال (تصمیم گیری آزادانه و مستقل زنان شاغل و یا محدودیت برنامه باروری زنان شاغل)، سوالات بعد فردی و خانوادگی در زمینه مشکلات اقتصادی و برنامه ی باروری اجباری، تسلط مردان در تصمیم گیری در زمینه ی باروری، فرزند آوری برای حفظ زندگی مشترک و ضعف در مهارت های تصمیم گیری و سوالات بعد تنظیم خانواده در زمینه غفلت از مشارکت مردان، مخاطب نشدن مردان، فقدان خدمات سلامت جنسی و مشاوره ای به همسران، نقض در خدمات رایگان مراکز بهداشتی، ضعف در آموزش و اطلاع رسانی و ساختار سنتی ارائه خدمات بوده است.

میانگین نمرات کسب شده در پرسشنامه ی توانمندی و همچنین ۴ حیطه ی آن بر مبنای ۱۰۰ محاسبه شد و به ۵ طبقه تقسیم. ۰ تا ۲۰ خیلی ضعیف، ۲۱ تا ۴۰ ضعیف، ۴۱ تا ۶۰ متوسط، ۶۱ تا ۸۰ خوب، ۸۱ تا ۱۰۰ تقسیم شدند.

به منظور بررسی روایی پرسشنامه های محقق ساخته جمعیت شناختی و اجتماعی و اقتصادی از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه ها از طریق مطالعه کتب و مقالات معتبر علمی (Rose et al. 1998; Baheiraei et al. 2013; Mahmud et al. 2012;

توجه به اهداف پژوهش تدوین شد و پس از تأیید استاد محترم راهنما و مشاور در اختیار ۱۰ تن از اعضای محترم هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت، پیشنهادات بررسی و با نظر اساتید راهنما و مشاور اعمال گردید. به منظور روایی محتوای پرسشنامه توانمندی زنان در باروری از نسبت روایی محتوا CVR و شاخص روایی محتوی CVI استفاده شد. نسبت روایی محتوا توسط (Lawshe 1975) ابداع گردید. برای محاسبه نسبت روایی محتوا نظر ۱۰ تن از اعضای هیات علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گرفته شد. خبرگان در خصوص هر آیتم به سه طیف (آیتم ضروری است، مفید بوده ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) به ترتیب امتیاز ۱ تا ۳ دادند. سپس قضاوت متخصصان با این فرمول محاسبه شد: تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب کرده اند منهای نصف کل ارزیاب ها تقسیم بر نصف کل ارزیاب ها.

عدد حاصله با جدول لاوشه مقایسه گردیده و در صورتی که عدد حاصله از عدد جدول بزرگتر باشد با سطح معناداری آماری قابل قبول (p=۰/۰۵) در این ابزار ضروری تلقی می شوند با توجه به این تعداد متخصصان ۱۰ نفر بوده اند بر اساس جدول لاوشه عدد ۰/۶۲ مورد پذیرش بود.

برای محاسبه شاخص روایی محتوا (CVI) بر پایه معیار Waltz and Bausell میزان مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر یک از عبارات موجود در پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه ای تعیین گردید. امتیاز شاخص روایی محتوا برای هر عبارت به وسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق برای عبارت با رتبه های ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان محاسبه گردید که ابتدا مربوط بودن همه ی عبارات سنجیده شد و سپس پذیرش بر اساس معیار زیر صورت پذیرفت:

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

داده ها پس از استخراج از پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرارگرفت. از آمار توصیفی برای ارائه و توصیف اطلاعات تهیه جداول، محاسبه درصد، میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل و یافتن ارتباطات استفاده شد. در ابتدا توزیع متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف یک طرفه بررسی شد و در صورت دارا بودن توزیع نرمال از آزمون های آماری پارامتری و در غیر این صورت از آزمون های ناپارامتری استفاده گردید. جهت بررسی همبستگی میان متغیرها نیز از ضرایب پیرسون (برای متغیرهای کمی نرمال) و اسپیرمن (برای متغیرهای غیر نرمال و رتبه ای) استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مجموع ۴۰۰ زن در نیمه اول سال ۱۳۹۳ در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرسشنامه ها را تکمیل کردند. مشخصات جمعیت شناختی آنها حاکی از آن است که میانگین سن واحدهای پژوهش ۶/۵۰ ± ۳۱/۱۰ سال، بیش تر افراد یک فرزند داشتند و بیش تر افراد در گروه سنی ۱۸-۲۸ سال ازدواج کرده بودند و بیش تر افراد تولد اولین فرزندشان در همین گروه سنی رخ داد و همچنین میانگین درآمد ۶۴۲۶۵۱ ± ۹۰۸۷۰۰ تومان بوده است. اطلاعات مربوط به پرسشنامه اجتماعی و اقتصادی حاکی از آن است که بیش تر زنان فاقد درآمد مستقل هستند و بیش تر زنان در مطالعه دارای حساب بانکی شخصی بودند. در جدول ۳ اطلاعات مربوط به سال های تحصیل زنان و مردان و شاخص دارایی به عنوان متغیرهای ساختاری تعیین کننده های اجتماعی سلامت، حاکی از آن است که میانگین سال های تحصیل زنان و مردان به ترتیب ۳/۳۰ ± ۱۱/۴۰ و ۳/۵۷ ± ۱۱/۳۰ سال و میانگین شاخص دارایی ۱۵/۱۳ ± ۸۰/۲۱ بوده است. اطلاعات مربوط به طبقه بندی مشاغل

- امتیاز شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۹ مناسب تشخیص داده می شود.

- امتیاز شاخص روایی محتوا ۰/۷۹-۰/۷ سوال بحث برانگیز بوده و نیاز به بازنگری و اصلاح می باشد.

- امتیاز شاخص روایی محتوا ۰/۷ غیر قابل قبول و باید حذف شود (Awad and Voruganti 2004; Hyrk et al. 2003). در ابتدا مربوط بودن همه ی عبارات بررسی گردید و میانگین مربوط بودن ۰/۹۶ به دست آمد و سپس میانگین ساده بودن و واضح بودن عبارات بررسی شد که به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۴ به دست آمد.

برای بررسی پایایی ابزار توانمندی زنان در باروری از دو روش ثبات با بازآزمایی و تعیین همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ صورت پذیرفت. در روش ثبات با بازآزمایی بیست نفر از افراد واجد شرایط پژوهش در دو نوبت و در فاصله ۱۴ روز پرسشنامه توسط همان افراد تکمیل گردید و همبستگی بین پاسخ ها سنجیده شد و همبستگی ۰/۷۷ کسب شد.

پس از اتمام نمونه گیری آلفای کرونباخ به منظور تعیین همسانی درونی محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در بعد فرهنگی ۰/۷۶، بعد اجتماعی ۰/۷۱، بعد فردی- خانوادگی ۰/۷۳ و در بعد تنظیم خانواده ۰/۶۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد. معمولاً ضریب آلفای ۰/۷۰ یا بیش تر، برای برآورد پایایی قابل قبول است و مقادیر پایین تر از آن، پایایی پایین محسوب می شود (Di Lorio 2005). که مقادیر به دست آمده حاکی از آن است که ابزار دارای همسانی درونی مناسبی می باشد.

این طرح توسط شورای پژوهش دانشگاه از لحاظ اخلاقی مورد تایید قرار گرفت و به منظور رعایت این موضوع، اهداف و روند مطالعه برای نمونه های مورد پژوهش توضیح داده شد و قبل از انجام پژوهش، از آنان رضایت نامه آگاهانه گرفته شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنان اطمینان داده شد.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد توانمندی زنان در ابعاد فرهنگی، فردی و خانوادگی خوب و در ابعاد اجتماعی و تنظیم خانواده به ترتیب متوسط و ضعیف بوده است.

به نظر می‌رسد عوامل اجتماعی عمدتاً بصورت مانع برای توانمندی زنان عمل کرده‌اند (Chaudhry and Nosheen 2009). نیز دریافتند در جامعه پاکستان، بافت فرهنگی اجتماعی حامی زنان نیست و توانمندی زنان با بهبود وضعیت اقتصادی اجتماعی و ارتقا هنجارهای فرهنگی تقویت می‌گردد. از طرفی هنجارها و رفتارها در جوامع مختلف متفاوت است و با گذشت زمان نیز این هنجارها در هر جامعه‌ای در حال تغییر است (Malhotra and Schuler 2005).

موانع توانمندی بین زنان و دسترسی واقعی به خدمات و اطلاعات لازم قرار گرفته و آنان را از رسیدن به خواسته‌ها و تصمیمات باروری باز می‌دارد (Campbell et al. 2006). بادر نظر گرفتن تمایلات و خواسته‌های متفاوت زنان ارائه خدمات مناسب با هر فرد باید صورت پذیرد (Creel et al. 2002). برای توانمندسازی زنان و کنترل بیش تر بر باروری ارائه خدمات بهداشتی باید به سمت دیدگاه جامع تر و پوشش بهداشت باروری سوق داده شود (Gwatkin 2009).

مطالعه حاضر نشان داد که بین تحصیلات زنان و مردان به عنوان تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان همبستگی معنی‌دار و مستقیم وجود دارد. مطالعه (MacQuarrie 2009) نیز نشان داد که بین سال-های تحصیل زنان و مردان با توانمندی زنان ارتباط وجود دارد. مطالعه (Mahmud et al. 2012) نشان داد که بین سال‌های تحصیل زنان با امتیاز اعتماد به نفس که از آیتم‌های توانمندی زنان بود ارتباط مستقیم و مثبت وجود دارد. مطالعه (Rahman et al. 2008) نشان داد که تحصیلات مردان بر روی توانمندسازی زنان موثر است. (Sujatha and Reddy 2009) نشان دادند که تحصیلات زنان در حد

زنان و همسران به عنوان متغیر ساختاری تعیین کننده اجتماعی سلامت بر اساس طبقه بندی (Rose et al. 1998) حاکی از آن است که بیش تر زنان در زیر طبقه ۱ به عنوان خانه دار و بیش تر مردان در زیر طبقه ۱۱ (مشاغل فنی) قرار گرفته اند. در جدول ۴ اطلاعات مربوط به توانمندی زنان حاکی از آن است که میانگین امتیاز توانمندی زنان در باروری $14/00 \pm 82/54$ از کل امتیاز ۱۵۲ بوده است به عبارتی $54/3\%$ (متوسط) از کل امتیاز را کسب کرده‌اند و بیش ترین توانمندی زنان در بعد فرهنگی ($63/2\%$) (خوب) و کمترین توانمندی در بعد تنظیم خانواده ($34/7\%$) (ضعیف) بوده است. در جدول ۵ همبستگی میان تحصیلات زنان و مردان، شاخص دارایی و شغل زنان و مردان به عنوان تعیین کننده-های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان در باروری حاکی از آن است که توانمندی با این ۵ متغیر ارتباط مستقیم و معنی داری داشته است و توانمندی بیش ترین همبستگی را با تحصیلات زنان ($r = 0/44$) داشته است ($p = 0/001$).

بحث

این مطالعه برای اولین بار به بررسی ارتباط تعیین های اجتماعی ساختاری سلامت با توانمندی زنان در باروری در جامعه ایرانی پرداخت. توانمندی زنان فرآیند چندبعدی است و عوامل بسیاری در این زمینه نقش دارند. در مطالعه حاضر میزان توانمندی زنان $54/3\%$ (متوسط) بوده است. در مطالعه (Chaudhry and Nosheen 2009) زنان 41% از کل امتیاز توانمندی را کسب کرده اند. مطالعه Chaudhry and Nosheen در کشور پاکستان انجام شده است و این امر حاکی از آن است که تفاوت بافت فرهنگی و اجتماعی بر روی توانمندی زنان موثر است. مطالعه (Froozanfar et al. 2012) نشان داد که بیشتر زنان توانمندی متوسط و پایین داشتند.

سیمانی و سرویس های بهداشتی مدرن و قدیمی بود. در مطالعه حاضر از شاخص دارایی توصیف شده در مطالعه (Baheiraei et al. 2013) که از دوازده متغیر اقتصادی (جاروبرقی، آشپزخانه مجزا، کامپیوتر، ماشین لباسشویی، حمام، فریزر، ماشین ظرف شویی، اتومبیل شخصی (نه به منظور کار و کسب درآمد)، موبایل، تلویزیون رنگی، انواع ویدئو و تلفن ثابت) به جای درآمد استفاده شد. در مطالعه (Badar et al. 2009) نتایج حاکی از بود که بین توانمندی زنان و درآمد ارتباط وجود دارد. درآمد یکی از شاخص های وضعیت اجتماعی و اقتصادی است و شاخص هایی هم چون درآمد و تحصیلات با سلامت در ارتباط هستند و می توانند طیف وسیعی از مفاهیم بهداشتی را تحت تاثیر قرار دهد (Ecob and Davey Smith 1999; Liberatos et al. 1988). دسترسی زنان به درآمد، اشتغال در کارهای با دستمزد و حضور در اجتماع و آزادی تردد، مولفه های اساسی افزایش قدرت زنان می باشد (Haile and Chetkovich 2006). در مطالعه (Enqueselassie 2006; Becker et al. 2007; Pandey et al. 1999) بیان گردید که زنان با درآمد پایین موقع ارتباط با ارائه دهندگان خدمات در طول مراقبت های تنظیم خانواده قادر نبودند در مورد نگرانی های خودشان بحث یا سوال نمایند و ارائه دهندگان نیز به آنها توجه نداشتند و توصیه های بهداشتی مناسب را به آنها نمی کردند.

یافته های این مطالعه نشان داد که بین شغل زنان و مردان با توانمندی زنان در باروری ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد. مطالعه (Pandey and Singh 2008) نشان داد که زنان شاغل احساس توانمندی و برتری بیش تر در اجتماع دارند. مطالعه (Kariman et al. 2013) نشان داد که اشتغال بر روی تصمیم گیری برای تولد اولین فرزند اثر گذار نیست. مطالعه (Froozanfar et al. 2012) نشان داد که شغل تاثیری بر رفتارهای باروری ندارد و مطالعه (Nikkhah et al. 2010) نیز رابطه معنی داری

دیپلم و بالاتر باعث تقویت توانایی تصمیم گیری فرد می گردد. مطالعه (Froozanfar et al. 2012) نشان داد که افزایش سطح تحصیلات و آموزش زنان از عوامل موثر در توانمندی زنان هستند و به عنوان معیار اساسی در بهبود سلامت خانواده، کاهش مرگ و میر کودکان و تغییر رفتار باروری مطرح گردید. دستاوردهای تحصیلی با پیامد بهبود سلامت مرتبط است که بخشی از آن به خاطر اثرات آن بر درآمد، اشتغال و شرایط زندگی می باشد (Ross and Wu 2007; Bloom 1995). مهارت کسب شده از طریق آموزش و پرورش ممکن است شناخت فرد را تحت تاثیر قرار دهد و سبب پذیرفتن بیش تر پیام های بهداشتی، برقراری ارتباط بهتر و دسترسی به خدمات بهداشتی شود (Organization WHO 2011). افزایش آگاهی مادر در زمینه بارداری و زایمان موجب خود مراقبتی (که از مفاهیم توانمندی است) می شود (Jahdi1 et al. 2014). تحصیل دانش و آموزش مهارت، بدون شک زیر بنای اساسی توانمندی زنان در تمام ابعاد دیگر است (Lopez et al. 2006).

در مطالعه حاضر از شاخص دارایی به جای درآمد استفاده شد و نشان داده شد که بین شاخص دارایی به عنوان تعیین کننده ی اجتماعی ساختاری سلامت و توانمندی زنان در باروری همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد. مطالعه (Mahmud et al. 2012) نشان داد که شاخص دارایی خانگی با توانمندی زنان ارتباط دارد اگر چه در مطالعه اخیر آیتم های شاخص دارایی با مطالعه حاضر متفاوت بوده است که این تفاوت به دلیل این امر می باشد که مطالعه (Mahmud et al. 2012) در کشور بنگلادش صورت گرفته بود و آیتم ها با توجه به وضعیت مردم آن کشور تعیین گردید و آیتم ها شامل: داشتن یا نداشتن برق، کمد لباس، میز، صندلی، ساعت، تخت خواب، رادیو، تلویزیون، دوچرخه و حداقل یکی از وسایل زیر بوده است: موتور سیکلت، چرخ خیاطی، تلفن، دیوارهای آجری یا

نتیجه گیری

با توجه به این که توانمندی زنان در باروری در کل متوسط و در بعد تنظیم خانواده ضعیف ارزیابی شده است به نظر می‌رسد با توجه به رویکرد فعلی خدمات تنظیم خانواده در ارائه خدمات، نتوانسته تمایلات باروری زنان را به طور همه جانبه ای حمایت و برآورد نماید و باید برنامه ریزی با شیوه جدید و خصوصاً با تاکید بر تقویت توانمندی زنان در این بعد صورت گیرد. از طرفی مطالعات نشان می‌دهد که توانمندی زنان در جامعه وابسته به مولفه های فرهنگی و اجتماعی است و هنجارها و رفتارها در جوامع مختلف متفاوت هستند و با گذشت زمان نیز این هنجارها در هر جامعه در حال تغییر است و برای افزایش استقلال و اختیار زنان براساس بافت فرهنگی هر جامعه باید اقدام کرد. بنابراین باید سیاست گذاران، برنامه ریزان و متخصصان سلامت و توسعه به اثرات فرهنگی و اجتماعی وضعیت زنان آگاه باشند و سایر عوامل را هم در این زمینه در نظر گرفت. با نگاهی به نتایج دست آمده از داده ها، می‌توان نتیجه گرفت عواملی همچون عوامل اقتصادی و اجتماعی به عنوان تعیین کننده های اجتماعی سلامت با توانمندی زنان در باروری در ارتباط هستند و بر همین اساس برنامه ریزی گسترده ای برای تقویت جایگاه زنان در خانواده و جامعه باید صورت پذیرد. از طرفی در مطالعه حاضر فقط برخی از تعیین کننده‌های ساختاری اجتماعی سلامت که بر روی توانمندی زنان موثر بوده مورد پژوهش قرار گرفته است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه ی کارشناسی ارشد مامایی گرایش بهداشت باروری زهرا کیانی با کد اخلاق ۱۲۷۱۶-۱۳۹۲-۱-۸۶ به راهنمایی دکتر معصومه سیمبر می باشد. بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش، مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بین توانمندی زنان و اشتغال نشان نداد که نتایج به دست آمده در دو مطالعه اخیر به دلیل میزان بالای زنان خانه دار در مطالعه بوده است در حالی که در مطالعه حاضر از طبقه بندی مشاغل (Rose et al. 1998) استفاده شد. اشتغال سبب رشد و ارزشمندی زنان می شود و سبب تعاملات اجتماعی و تقویت ارتباطات و توانایی تصمیم گیری زنان و دسترسی به منابع و در کل باعث بهبود وضعیت اجتماعی زنان می‌شود. زنان شاغل استقلال بیشتری در تصمیم‌گیری دارند (Pandey and Singh 2008). زنان شاغل آگاهی مطلوب نسبت به تنظیم خانواده، وضعیت سلامت و توانمندی دارند (Parvizy et al. 2010).

Kunst and Mackenbach استدلال کرده اند که شاخص های متعددی برای موقعیت اجتماعی و اقتصادی وجود دارد که مهمترین آن ها: وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و درآمد است و هر کدام از این ها جنبه های مختلف اجتماعی را پوشش می دهد و بهتر از ۳ شاخص به جای تک تک آنها استفاده شود (Organization WHO 2011) وضعیت اجتماعی و اقتصادی عامل مهم تعیین کننده سلامت، وضعیت تغذیه، مرگ و میر و ناتوانی است و همچنین روی دسترسی، کاهش قیمت، پذیرش و استفاده واقعی از امکانات مختلف بهداشتی اثر گذار است (Aggarwal al. 2005) مشکلات اقتصادی به عنوان مانع برای رسیدن زنان به نیازهای سلامتی خصوصاً در حین بارداری و زایمان می باشد (Kaddour et al. 2005). از نظر کنفرانس قاهره شرایط اقتصادی مناسب و برابری جنسیتی از عوامل مهم تسهیل کننده توانمندی زنان در حیطه سلامت و بهداشت باروری هستند. وضعیت اجتماعی و نابرابری جنسیتی عامل مهمی در ناتوانی زنان در بسیاری از کشورها است که باید در کنار ارائه خدمات بهداشتی مورد توجه قرار گیرد (Williams 2005).

و پرسنل مراکز بهداشتی که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند ابراز می داریم.

جدول ۱- طبقات اصلی مشاغل بر اساس طبقه بندی (Rose et al. 1998)

طبقات اصلی مشاغل
L1 Employers in large organizations
L2 Managers in large organizations
L3 Professionals
L4 Associate professionals
L5 Managers in small organizations
L6 Higher supervisors
L7 Intermediate occupations
L8 Employers in small organizations
L9 Own account workers
L10 Lower supervisors
L11 Craft and related occupations
L12 Semi-routine occupations
L13 Routine occupations
L14 Never worked and long-term unemployed
L15 Full-time Students
L16 Occupations not stated or inadequately described
L17 Not classifiable for other reasons

جدول ۲- زیر طبقات مشاغل بر اساس طبقه بندی (Rose et al. 1998)

زیر طبقات مشاغل	کد قراردادی زیر طبقات
L17 Not classifiable for other reasons	۱
L16 Occupations not stated or inadequately described	۲
L15 Full-time Students	۳
L14.2 Long-term unemployed	۴
L14.1 Never worked	۵
L13.3 Routine operatives	۶
L13.2 Routine production occupations	۷
L13.1 Routine service occupations	۸
L12.5 Semi-routine agricultural workers	۹
L12.4 Semi-routine operatives	۱۰
L12.3 Semi-routine technical occupations	۱۱
L12.2 Semi-routine service occupations	۱۲
L12.1 Semi-routine sales occupations	۱۳
L11 Craft and related occupations	۱۴
L10 Lower supervisors	۱۵
L9.2 Own account workers in agriculture	۱۶
L9.1 Own account workers (non-professional)	۱۷
L8.2 Employers in small organizations in agriculture	۱۸
L8.1 Employers in small organizations in industry, commerce, services etc	۱۹
L7.3 Intermediate technical occupations	۲۰
L7.2 Intermediate service occupations	۲۱
L7.1 Intermediate clerical and administrative occupations	۲۲
L6 Higher supervisors	۲۳
L5 Managers in small organizations	۲۴
L4.2 New	۲۵
L4.1 Traditional	۲۶
L3.2 New	۲۷
L3.1 Traditional	۲۸
L2 Managers in large organizations	۲۹
L1 Employers in large organizations	۳۰

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت (تحصیلات زنان و مردان و شاخص دارایی) در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۳

تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت	میانگین	انحراف معیار
تحصیلات زنان	۱۱/۴۰	۳/۳۰
تحصیلات مردان	۱۱/۳۰	۳/۵۷
شاخص دارایی	۸۰/۲۱	۱۵/۱۳

جدول ۴- نمرات توانمندی زنان در باروری و ابعاد آن در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۳

متغیر	میانگین	انحراف معیار	درصد نمرات کسب شده
بعد فرهنگی (خوب)	۲۷/۸	۵ /۰۳	۶۳/۲
بعد اجتماعی (متوسط)	۱۸/۶۸	۴/۵۱	۵۱/۹
بعد فردی و خانوادگی (خوب)	۲۴/۹۳	۷/۰۶	۶۲/۳
بعد تنظیم خانواده (ضعیف)	۱۱/۱۲	۵/۷۱	۳۴/۷
امتیاز کل (متوسط)	۸۲/۵۴	۱۴/۰۰	۵۴/۳

جدول ۵- همبستگی تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت (تحصیلات زنان و مردان، شاخص دارایی، شغل زنان و شغل مردان) با توانمندی زنان در باروری در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۳ (تمام مقادیر ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار هستند)

متغیر	توانمندی زنان در باروری	تحصیلات زنان	تحصیلات همسر	شاخص دارایی	شغل زنان	شغل همسر
توانمندی زنان در باروری	۱					
تحصیلات زنان	۰/۴۴	۱				
تحصیلات همسر	۰/۳۶	۰/۶۹	۱			
شاخص دارایی	۰/۳۹	۰/۴۶	۰/۴۴	۱		
شغل زنان	۰/۲۲	۰/۳۲	۰/۲۸	۰/۲۴	۱	
شغل همسر	۰/۲۹	۰/۴۴	۰/۵۷	۰/۳۶	۰/۲۵	۱

References

- Aggarwal, O., Bhasin, S., Sharma, A., Chhabra, P., Aggarwal, K. and Rajoura, O., 2005. A new instrument (scale) for measuring the socioeconomic status of a family: preliminary study. *Indian Journal of Community Medicine*, **30**(4), pp. 10-2005.
- Awad, AG. and Voruganti, LN., 2004. Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale. *Schizophrenia research*, **70**(1), pp. 63-67.
- Badar, S., Manzoor, S. and Chaudhary, AJ., 2007. Women empowerment & fertility behavior. *Professional Med J*, **14**(2), pp. 295-299.
- Baheiraei, A., Hamzehgardeshi, Z., Mohammadi, MR., Nedjat, S. and Mohammadi, E., 2013. Personal and Family Factors Affecting Life time Cigarette Smoking Among Adolescents in Tehran (Iran): A Community Based Study. *Oman medical journal*, **28**(3), P. 184.
- Becker, D., Koenig, MA., Mi Kim, Y., Cardona, K. and Sonenstein, FL., 2007. The quality of family planning services in the United States: findings from a literature review. *Perspectives on sexual and reproductive health*, **39**(4), pp. 206-215.
- Bloom, DE., 2007. Education, health, and development, American Academy of Arts and Sciences Cambridge, MA.
- Campbell, M., Sahin-Hodoglugil, NN. and Potts, M., 2006. Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in family planning*, **37**(2), pp. 87-98.
- CARE., 2010. CARE's perspective on the MDGs: building on success to accelerate Progress towards 2015. CARE International. Available from: <http://www.preventionweb.net/english/professional/publications/v.php?id=16187> [cited 21 Feb 2013].
- Chaudhry, I.S. and Nosheen, F., 2009. The determinants of women empowerment in Southern Punjab (Pakistan): An empirical analysis. *European Journal of Social Sciences*, **10**(2), pp. 216-229.
- Chetkovich, C., Mauldon, J., Brindis, C. and Guendelman, S., 1999. Informed Policy Making for the Prevention of Unwanted Pregnancy Understanding Low-Income Women's Experiences With Family Planning. *Evaluation Review*, **23**(5), pp. 527-552.
- Creel, L.C., Sass, JV. and Yinger, NV., 2002. Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care. *New Perspectives on Quality of Care*, **2**, pp. 1-8.
- D'Souza, MS., Karkada, SN., Somayaji, G. and Venkatesaperumal, R., 2013. Women's well-being and reproductive health in Indian mining community: need for empowerment. *Reproductive health*, **10**(1), P. 24.
- D'Souza, MS., Somayaji, G. and Subrahmanya Nairy, K., 2011. Determinants of reproductive health and related quality of life among Indian women in mining communities. *Journal of advanced nursing*, **67**(9), pp.1963-1975.
- Di Lorio, C., 2005. *Measurement in health behavior: methods for research and evaluation*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Dibaba, Y., Fantahun, M. and Hindin, MJ., 2013. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, **13**(1), P. 135.
- Ecob, R. and Davey Smith, G., 1999. Income and health: what is the nature of the relationship? *Social science and medicine*, **48**(5), pp. 693-705.
- Froozanfar, S., Majlessi, F., Rahimi, FA. and Pourreza, A., 2012. Assessment of the

- relationship between empowerment and reproductive behavior. *Daneshvar medicine*, **18**(99), [In Persian].
- Gwatkin, DR., 2009. Where next for family planning? *The Lancet*, **374**(9702), pp. 1663-1664.
- Health WCoSDo, Organization WHO., 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report: World Health Organization.*
- Haile, A. and Enqueselassie F., 2006. Influence of women's autonomy on couple's contraception use in Jimma town, Ethiopia. *Ethiopian journal of health development*, **20**(3).
- Heemskerk, M., 2003. Self-employment and poverty alleviation: Women's work in artisanal gold mines. *Human Organization*, **62**(1), pp. 62-73.
- Hyrkas, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. and Oksa, L., 2003. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, **40**, pp. 619-625.
- ICPD: International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. Available from: www.un.org/popin/icpd2.htm. [cited 13 Aug 2013].
- Jahdi1, F., Montazeri, A., balouchi, M. and Behboodi Moghadam, Z., 2013. The impact of group prenatal care on pregnant women empowerment. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, **13**(2), pp. 229-234 [In Persian].
- Kariman, N., Simbar, M., Ahmadi, F. and Vedadhir, AA., 2014. Socioeconomic and Emotional Predictors of Decision Making for Timing Motherhood Among Iranian Women in 2013. *Iranian Red Crescent medical journal*, **16**(2), P. 13629.
- Kaddour, A., Hafez, R. and Zurayk, H., 2005. Women's perceptions of reproductive health in three communities around Beirut, Lebanon. *Reproductive Health Matters*, **13**(25), pp. 34-42.
- Kohan, S., Simbar, M. and Taleghani, F., 2012. Empowerment in family planning as viewed by Iranian women: A qualitative study. *Journal of biosocial science*, **44**(2), pp. 209-219.
- Lawshe, CH., 1975. A quantitative approach to content validity¹. *Personnel psychology*, **28**(4), pp. 563-575.
- Liberatos, P., Link, BG. and Kelsey, JL., 1988. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic reviews*, **10**(1), pp. 87-121.
- Lopez, AD., Mathers, CD., Ezzati, M., Jamison, DT. and Murray, CJ., 2006. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, **367**(9524), pp. 1747-1757.
- Mackenbach, JP. and Bakker, M., 2002. *Reducing inequalities in health: a European perspective*, Psychology Press.
- MacQuarrie, K., 2009. Women's empowerment and family formation across the life course in Madhya Pradesh, India: the influence of time-varying and fixed empowerment resources. 2009 [cited 2013 Jan 8].
- Mahmud, S., Shah, NM. and Becker, S., 2012. Measurement of women's empowerment in rural Bangladesh. *World development*, **40**(3), pp. 610-619.
- Malhotra, A. and Schuler, SR., 2005. Women's empowerment as a variable in international development. Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives. pp. 71-88.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. and Goldblatt, P., 2012. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, **380**(9846), pp. 1011-1029.
- Nabavi, H., Ershad, F. and Ahmadi, H., 2009. Socio-demographic factors and pragmatic acceptance of the family

- planning in Ahwaz. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai*, **16** (35), pp. 23-45 [In Persian].
- Nayak, P. and Mahanta, B., 2009. Women empowerment in India. Available from: SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1320071>. [cited 21 Feb 2013].
- Nikkhah, HA., Redzuan, M. and Abu-Samah, A., 2010. The effect of women's socio-demographic variables on their empowerment. *Journal of American Science*, **6**(11), pp. 426-434.
- Organization WHO., 2011. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. 2010.
- Pandey, S. and Singh, M., 2008. Women empowerment and personal values as predictors of reproductive health. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, **34**(2), pp. 309-316.
- Parvizy, S., Naseri, F., Seyed Fatemi, N. and Ghasem Zadeh kakroudi, F., 2010. Social factors contributing in women health in Tehran city: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*, **4**(15), pp. 6-15 [In Persian].
- Qureshi, N. and Shaikh, B., 2006. Women's empowerment and health: the role of institutions of power in Pakistan. *Eastern Mediterranean health journal= La revue de sante de la Mediterranee orientale= al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, **13**(6), pp. 1459-1465.
- Rahman, M., Abedin, S. and Kamruzzaman, IN., 2008. Women's Empowerment and Reproductive Health: Experience from Chapai Nawabganj District in Bangladesh. *Pakistan Journal of Social Sciences*, **5**(9), pp. 883-888.
- Rose, D., O'Reilly K. and Britain, G., 1998. *The ESRC review of government social classification*, Office for National Statistics London.
- Ross, CE. and Wu, Cl., 1995. The links between education and health. *American sociological review*: pp. 719-745.
- Sennott, C. and Yeatman, S., 2012. Stability and change in fertility preferences among young women in Malawi. *International perspectives on sexual and reproductive health*, **38**(1), P. 34.
- Sujatha, DS. and Reddy, GB., 2009. Women's Education, Autonomy, and Fertility Behaviour. *Asia-Pacific Journal of Social Sciences*, **1**(1), pp. 35-50.
- UNDP., 2008. The Human Development Index. Available at: http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_IRN.html.
- Williams, J., 2005. *Measuring gender and women's empowerment using confirmatory factor analysis*. Population Program, Institute of Behavioural Science, University of Colorado, Boulder.
- Wusu, O. and Isiugo-Abanihe, UC., 2004. Family structure and reproductive health decision-making among the Ogu of Southwestern Nigeria: *A qualitative study*. **18**, pp. 27-45.
- Yacobson, I., Christopherson, K. and Michaelides, T., 2012. Facts for family planning, Knowledge for Health Project JHU Center for Communication Programs.

Relationship between structural social determinants of health and women's empowerment in reproductive health

Kiani, Z., MSc. Student, Department of Midwifery and Reproductive Health, Research committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Simbar, M., Ph.D. Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding author: msimbar@yahoo.com

Dolatian, M., Ph.D. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Zayeri, F., Ph.D. Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Sep 4, 2014

Accepted: Apr 13, 2015

ABSTRACT

Background and Aim: Empowering women means enabling them to decide independently on the basic issues of life. The great challenge of fertility and reproductive health of women is indicative of their inability to make decisions. The third objective of the Millennium Development Goals is empowerment of women and the effect of social determinants of health in this regard has been recognized. This study was conducted to assess the relationship between structural social determinants of health and women's empowerment in reproductive health.

Materials and Methods: This was a descriptive-correlation study including 400 women consulting the Shahid-Beheshti University of Medical Sciences health centers in Tehran, Iran. In the first stage, the health centers were selected by the simple random method, followed by quota sampling; the final sampling was done by the convenience sampling method. The tools for data collection were demographic and socio-economic questionnaires, as well as a questionnaire to obtain data on women's empowerment in reproductive health. Data were analyzed using SPSS-17.

Results: That data showed that the women's empowerment in reproductive health was at an intermediate level. Structural social determinants of health were correlated with women's empowerment in reproductive health; the highest correlation was found to be with women's education level ($r= 0.44, P< 0.001$).

Conclusions: Women's general empowerment, as well as their empowerment and in family planning needs special attention. Structural social determinants of health are correlated with women's empowerment in reproductive health. Thus, policies should be adopted and plans executed aiming at strengthening the role of women in the family and the society.

Keywords: Empowerment, Reproductive healthy, Structural social determinants of health