

## بررسی رابطه طرد اجتماعی و سلامت زایمان زنان

فریبا سیدان<sup>۱</sup>

بهار ضمیران<sup>۲</sup>

### چکیده

طرح مسئله: بارداری و زایمان یکی از علل عمده بیماری، معلولیت و مرگ زنان است. اختلاف فاحش سطح سلامت زایمان زنان ایرانی با سطح استانداردهای جهانی و بالابودن شاخص مرگ زنان در اثر زایمان و عواقب ناشی از آن و تلاش برای کاستن از عواقب آن، این پدیده را به یکی از ضرورت های مهم ملی و جهانی تبدیل کرده است. هدف از این پژوهش بررسی اثرات طرد اجتماعی بر سلامت زایمان زنان است.

روش: روش تحقیق پیمایش بوده و از طریق ابزار پرسشنامه گردآوری اطلاعات صورت گرفته است. جامعه نمونه مورد مطالعه ۱۸۵ نفر از زنان بستری در بخش زایمان بیمارستان دولتی شهرستان جوانرود بوده است.

یافته ها: نتایج ضریب همبستگی نشان می دهد که بین میزان سلامت زایمان زنان و میزان طرد اجتماعی و ابعاد آن شامل طرد مدنی، طرد از رفاه اجتماعی، طرد از تولید اجتماعی و طرد اقتصادی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین انزوای اجتماعی و هر یک از ابعاد آن شامل احساس یاس، عجز و تنهایی با سلامت زایمان رابطه معناداری دارند.

نتایج: نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان می دهد که به ترتیب طرد از رفاه اجتماعی و طرد از تولید اجتماعی بیشترین تاثیرات را بر سلامت زایمان دارند. شاخصی که بیشترین

---

- دکترای جامعه شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء (fariseyeda@yahoo.com)

- کارشناس ارشد مطالعات زنان، کارشناس پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (bahar5121@yahoo.com)

تاثیرگذاری را بر سلامت زایمان دارد، طرد از رفاه اجتماعی است. این شاخص به شرایط بخش‌های زایمان مربوط است و اصلاح آن تأثیرات سریعتری را در بر دارد. نکته جالب توجه در نتایج این پژوهش اثر قابل توجه طرد از تولید اجتماعی و طرد مدنی به ترتیب در انزوای اجتماعی می باشد که گویای این مسئله است که برای تاثیر برانزوای اجتماعی و نهایتاً سلامت زایمان، ابتدا باید مؤلفه‌های طرد از تولید اجتماعی (که عموماً به روابط اجتماعی و اثر حمایتی آنها و مشارکت در امر بهداشت و درمان توسط زنان مربوط است) را مورد نظر قرار دهیم. با افزایش ارتباطات مؤثر در امر سلامت زایمان و مشارکت افراد در امر بهداشت و درمان، انزوا کاهش یافته و سلامت زایمان نیز بیشتر تأمین می‌شود. کنترل و کاهش تبعیض‌های جنسیتی، خشونت، تبعیض قومی و رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان با کاهش طرد مدنی و در نتیجه کاهش انزوا باعث افزایش سلامتی زایمان می‌گردد. طرد مدنی که با مؤلفه‌های تبعیض جنسیتی، خشونت، تبعیض قومی و عدم رعایت حقوق درمانی سنجیده شده است، امروزه بسیار بیشتر از عوامل زیستی (به تنهایی) بر سلامت افراد مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت زایمان، طرد مدنی، طرد اقتصادی، طرد از رفاه اجتماعی،

طرد از تولید اجتماعی، زنان.

## مقدمه

امروزه شاخص مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه به شمار می‌آید و یکی از اولویت‌های از پیش تعیین شده سازمان برنامه ریزی برای توسعه ملل متحد<sup>۱</sup> در حیطه نظری و عملی، سلامت زنان می‌باشد (دبوره ماین و دیگران، ۱۵، ۱۳۸۰). کاهش مرگ و میر مادران و بهبود سلامت آنها یکی از ۸ هدف هزاره سوم است. همه ساله بیش از نیم میلیون زن در اثر عوارض ناشی از بارداری و زایمان جان می‌سپارند. در برابر هر زنی که جان خود را از دست می‌دهد ۲۰ زن یا بیشتر با مشکلات جدی در این زمینه روبرو هستند. علاوه بر مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان تعداد بیشماری از مادران گرچه نمی‌میرند اما به دلیل عوارض جدی ناشی از بارداری و زایمان و عدم برخوردار نبودن از سطح قابل قبولی از بهداشت باروری در بهترین سالهای زندگی از ناتوانی در رنجند. در جوامعی که بهداشت باروری

<sup>۱</sup>- UNDP

مطلوب نیست معمولا مشکلات بسیاری نظیر فقر، بیسوادی، وضعیت نامطلوب بهداشتی زنان، سوء تغذیه، فقدان آب آشامیدنی سالم، امکانات نامناسب حمل و نقل، عدم آرایه مناسب خدمات بهداشتی-درمانی و... وجود دارد (همان منبع). سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان ملل متحد تخمین می‌زند که هر سال ۵۸۵۰۰۰ (نیم میلیون نفر) زن به دلایل مرتبط با بارداری و زایمان در دنیا جان خود را از دست می‌دهند که ۰/۹۹ این مرگها در کشورهای در حال توسعه است. (مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه ۱۰۰ برابر کشورهای توسعه یافته است). اختلاف فاحشی میان شاخص‌های سلامت زایمان و سایر شاخص‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته وجود دارد. بنابر این امروزه شاخص مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه به شمار می‌آید. برای ارتقای سطح سلامت زنان باید مداخلات مؤثر را یافت که جز با پژوهش‌های هدفمند امکان پذیر نیست. مسئله سلامت مادران و یافتن راه‌های ارتقای آن نه تنها یک مسئله ملی بلکه یک مسئله جهانی است. گسترش هشدار دهنده ویروس ایدز در میان زنان، یادآور این مسئله فاجعه انگیز است که در بسیاری از نقاط دنیا، زنان قدرت حمایت از سلامت خود را ندارند. ۰/۴۰ از زنان باردار (هر سال ۵۰ میلیون نفر) مشکلات سلامتی در رابطه با بارداری را در طول مدت بارداری و یا بعد از آن تجربه می‌کنند و ۰/۱۵ از عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آنها را همراهی می‌کند، رنج می‌برند. در نتیجه امروزه ۳۰۰ میلیون زن از مشکلات و ناتوانی‌های سلامتی در رنجند (همان منبع). طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت، ارقام واقعی مرگ، بیماری و ناتوانی مادران چندین برابر این ارقام است. زیرا بیشتر این رخدادها در جوامعی اتفاق می‌افتد که ثبت آمار حیاتی منسجم و قابل اعتمادی نداشته و گزارش‌دهی مناسبی ندارند و تشخیص علل مرگ یا بیماری و ناتوانی از دقت کافی برخوردار نیست. مسایل مذکور و همچنین فاصله سطح بهداشت باروری و سلامت زایمان زنان ما با استانداردهای جهانی، ضرورت و اهمیت تحقیق در این زمینه را دو چندان می‌نماید چنانکه پژوهش در این باره قدمی بزرگ در راه توانمندسازی زنان است. هدف کلی این پژوهش بررسی تاثیرات طرد اجتماعی بر

سلامت زایمان زنان است. در این راستا سعی بر آن داریم دریابیم آیا طرد اجتماعی با سلامت زایمان ارتباط دارد؟ تاثیر هر یک از ابعاد طرد اجتماعی بر سلامت زایمان چیست؟

### چهارچوب نظری

طرد اجتماعی با توجه به نابرابری‌های ساختاری و ابعاد مختلف این نابرابرها در میان گروه‌های مختلف اجتماعی توصیف می‌گردد. این پدیده با ناتوانی گروهها یا افرادی خاص برای مشارکت کامل اجتماعی مرتبط است که بدلیل نابرابری‌های ساختاری دسترسی آنها به منابع ارزشمند اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کاهش یافته است. این نابرابری‌ها در ارتباط با نژاد، طبقه اجتماعی، جنسیت، ناتوانی، مهاجرت، مذهب و قومیت ایجاد می‌شود (گالاباز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). برخی از گروهها بدلیل انواع تبعیضات نژادی، مذهبی، قومی، جنسیتی، طبقه، سن، معلولیت و نقص جسمی، و سایر مشخصه‌های اجتماعی از فرصتهایی که برای دیگران وجود دارد، طرد می‌شوند. تبعیض در نهادهای اجتماعی مانند سیستمهای قانونی یا آموزشی و سرویسهای ارائه خدمات بهداشتی رخ میدهد. طرد اجتماعی مردم را از انتخابها و فرصتهایی برای رهایی از فقر و احقاق حقوقشان محروم می‌سازد. طرد اجتماعی اغلب یکی از دلایل فقر، تضاد و ناامنی است (پورتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰، ۷۷). طرد اجتماعی ناشی از این است که گروه‌های معینی برای به حداکثر رساندن رفاه و صعود خود در سلسله مراتب اجتماعی منابع لازم را در دسترس گرفته و مانع از دسترسی دیگران می‌شوند. چنانچه دولت قادر به مبارزه با این پدیده نباشد، انسجام اجتماعی از بین خواهد رفت، لیکن همبستگی درون هر گروه تقویت خواهد شد (غفاری و تاج‌الدین، ۱۳۸۴ به نقل از دی‌هان، ۲۰۰۲، ۳۸).

اشکال مختلف طرد اجتماعی هر کدام به نحوی بر سلامتی تاثیر می‌گذارند و با پایین آمدن سطح سلامتی دوباره طرد اجتماعی باز تولید می‌شود.

<sup>۱</sup>- Galabuzi

<sup>۲</sup>- porter

رویکردهای جدید بهداشت و در مان نیز از همین نگرش سرچشمه می‌گیرند. عدالت در سطوح مختلف سیستم‌های بهداشتی مطرح است و با توجه به اینکه کارآیی (نسبت بازده به منابع مصروفه)، تنها معیار قضاوت درباره توزیع منابع نیست، اقتصاددانان و سایر تحلیلگران بهداشت، باید عدالت و انصاف را به عنوان یک معیار پراهمیت در نظر بگیرند. جهت برنامه‌ریزی عادلانه در بخش بهداشت، کالاهای اساسی خدمات بهداشتی را میتوان به چند دسته شامل بیمه خدمات بهداشتی، داده‌های خدماتی بهداشتی، دسترسی به بیمه خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، بهره‌مندی از مراقبت بهداشتی، منابع ایجاد شده به وسیله موارد فوق (شامل رفاه، نتایج با اثرهای خاص بهداشتی) تقسیم کرد. هر یک از اجزای فوق برای ایجاد تندرستی و رفاه تا حدی بستگی به مورد قبل از خود دارند، مثلاً برخورداری از سیستم بهداشتی بر تندرستی تأثیر می‌گذارد در حالیکه برخورداری و دسترسی جمعیت وابسته به خدمات بوده و خود مؤلفه تندرستی نیز تابع موجود بودن خدمات است. اما این ارتباط قطعی نیست، چرا که دسترسی به بیمه خدمات درمانی الزاماً به معنای دستیابی به خدمات مؤثر نیست. همچنین سلامتی و رفاه علاوه بر مراقبت‌های بهداشتی با آموزش، تغذیه، رعایت اصول بهداشتی، صلح و اشتغال در ارتباط است. دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی مستلزم شناخت هنجارهای فرهنگی مربوط به توزیع کالاها و همچنین شناخت موانع دسترسی به خدمات شامل زبان، تعلیم و تربیت، حمل و نقل و غیره مرتبط می‌باشد که باید مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام بهداشتی قرار گیرد. چنین بنظر می‌رسد عوامل تعیین کننده نابرابری سلامت همزمان در سطوح مختلف فردی، محلی، منطقه‌ای، استانی و ملی وجود دارند و هویت فرهنگی نظیر ویژگی‌های قومی، دینی یا زبانی و نیز تأثیرات محیطی و زیست محیطی در آن مؤثرند (جاریانی، ۱۳۸۵، ۲).

از نظر گالاباز انواع طرد اجتماعی شامل طرد اقتصادی، طرد مدنی، طرد از تولید اجتماعی و طرد از رفاه اجتماعی بر سلامت افراد مؤثرند (گالاباز، ۲۰۰۲، ۱). فقیرترین مردم و کسانی که دچار طرد اقتصادی هستند سودی از موفقیتها و اهداف برنامه توسعه هزاره در امر بهداشت و آموزش نمی‌برند. بدون کفایت و

رضایت بخشی برنامه‌های بهداشتی-آموزشی، کسانیکه مدت طولانی تری را در معرض این آسیب‌ها بوده‌اند، بیشتر در معرض خطر هستند. زیرا فقر خانواده‌ها بطور مزمن در بهداشت و آموزش بچه‌ها تاثیر می‌گذارد و اصلاح و تغییر آن می‌تواند از انتقال آن از نسلی به نسل دیگر جلوگیری کند (دی.اف. آی.دی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶، ۵). برخی از مردم ممکن است فقر بهداشتی داشته باشند بخاطر اینکه درآمد پایینی دارند، اما عده‌ای دیگر درآمد پایین دارند چون بیماریهای مزمنی دارند. گرچه درآمد پایین در زمان کودکی اثرات بسیار مهمی دارد اما بیشترین تاثیر را روی سطح آموزش، بهداشت و سلامت در بزرگسالی می‌گذارد (سانتانا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸، ۱۴). بنظر می‌رسد اقلیت‌های قومی عموماً وضعیت بهداشتی بدتری نسبت به سایر افراد جامعه دارند. مشکلات اصلی از نابرابری‌های قومی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامطلوب ناشی می‌شود. بطور کلی سلامتی و بهداشت بوسیله عوامل متفاوتی شکل می‌گیرند مانند: روش زندگی، امنیت شغلی، وضعیت اسکان، فشارهای روانی-اجتماعی، تبعیض، ثروت و داراییهای مادی، نحوه ارائه خدمات بهداشتی و دستیابی به آموزش. که این عوامل گاهی باهم روی سلامتی افراد اثر می‌گذارند و همچنین میتوانند از نسلی به نسل دیگر منتقل شوند (هریس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷، ۲).

در گزارش بیستمین نشست کمیته فرعی سلامتی زنان و توسعه از کمیته اجرایی سازمان بهداشت جهانی منطقه آمریکا در مارس ۲۰۰۳ بر طرد اجتماعی بعنوان ابزاری برای ارزیابی مداخلات انجام شده در جهت ارتقاء وضعیت بهداشتی مردم تاکید شده است. شناختن عواملی که باعث طرد می‌شوند امکان تعیین راهکارهای مناسب تامین سلامتی برای گروه‌های مختلف اجتماعی را فراهم می‌سازد.

در پروتکل اختصاصی توسعه برای اندازه‌گیری و تشخیص طرد اجتماعی در بهداشت و استفاده از آن در کشورهای مورد تحقیق، ابتدا یکسری از عوامل

<sup>۱</sup>-P.a.h.o

<sup>۲</sup>-santana

<sup>۳</sup>-harri

تعیین کننده طرد از بهداشت در رابطه با جنسیت معین شده، که بدین شرح است: مرگ و میر در ۵ گروه سنی و به نسبت جنس، درصد تولدهای انجام شده در بیمارستان یا آنهایی که بدون مراقبت بوسیله کادر تخصصی صورت می‌گیرد، درصد زنانی که مراقبت زمان بارداری نداشته اند، مرگ مادر باردار با توجه به درآمد، سالهایی که بدلیل ناتوانی از دست رفته‌اند به نسبت سن و جنس، سطح فقر به نسبت سن و جنس، سطح فقر به نسبت جنس سرپرست خانوار، درصد جمعیت بیکار به نسبت جنس، ترکیب جمعیتی کارگران مشاغل غیررسمی به نسبت سن و جنس، تجزیه و تحلیل اطلاعات با توجه به سیستمهای پیشگیری بهداشت عمومی یا خصوصی به تفکیک جنس، تجزیه و تحلیل اطلاعات با توجه به جنس افراد در پوشش خدمات بهداشتی، هزینه و استفاده از برنامه‌های بهداشتی در دسترس ( پی.ای.اچ.او، ۲۰۰۳، ۸). در پروژه‌ها و طرحهای رسیدن به اهداف هزاره سازمان ملل توجه خاصی به بهداشت کودکان و مادران، نه تنها بعنوان ایجاد مکانیسمهایی برای مداخلات تکنیکی و تخصصی، بلکه مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی شده است. امروزه در کشورهایی با مرگ و میر بالا، سیستمهای بهداشتی، خصوصاً در مورد فقیرترین مردمان، مراجعی برای هزینه‌های مصیبت بار و فاجعه انگیز و درمانهای همراه با اهانت، تحقیر و تعمیق طرد اجتماعی هستند. سیستمهای بهداشتی اغلب رسانه‌ای برای شمارش مرگ و میر بارداری و زایمان سالانه که بالغ بر نیم میلیون نفر است، شده‌اند. سرویسهای ارائه خدمات بهداشتی، بهداشت باروری، جنسی و حقوقی، اگر بخواهند مؤثر عمل کنند باید روی بهداشت زنان و کودکان تأثیرگذار باشند. مراقبتهای تخصصی در زایمان، خصوصاً دسترسی به خدمات اورژانسی بارداری در موارد توأم با عارضه، باعث کاهش مرگ و میر مادران می‌شوند (زیپر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). مورد غفلت واقع شدن، آزار و اذیت و در حاشیه قرارگرفتن بوسیله سیستمهای بهداشتی (در کشورهایی با مرگ و میر بالا) قسمتی از تجربیات فقرا هستند. عوامل اجتماعی شامل جنس، نژاد، قومیت، آموزشهای سنتی و محلی،

---

<sup>۱</sup>-zipper

شهرنشینی و اشکال مختلف حاشیه نشینی از بزرگترین عوامل خطر ساز بهداشتی هستند (فریدمن<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۵، ۹۹۸). براساس رشته نوین پرستاری بین فرهنگی، تفاوت‌ها و تشابهات بین فرهنگها در ارتباط با بهداشت، سلامتی، مراقبتهای بهداشتی و بیماریها با توجه به باورها و رفتار و ارزشها استوار است. مراقبت واجد صلاحیت فرهنگی یعنی مراقبتی که ارزشهای فرهنگی را لحاظ نموده و نسبت به فرهنگ حساس باشد و مهارتهای فرهنگی را شامل شود. مراقبت متناسب فرهنگی، مستلزم دارا بودن دانش نسبت به اطلاعات خاص فرهنگی و آگاهی و حساسیت نسبت به تأثیر فرهنگ بر شرایط مراقبت است. مراقبت واجد صلاحیت فرهنگی، مستلزم تلفیق دانش فرهنگی و آگاهی از دیدگاههای فرهنگی خود و دیدگاههای فرهنگی بیمار در برنامه مراقبت است. شناخت باورهای فرهنگی خود و چگونگی تعارض آنها با باورهای بیمار، اولین گام در کسب صلاحیت فرهنگی است. خرده فرهنگها ممکن است حساسیتهای خاص خود را داشته باشند. مقررات و سیاستهایی که امکان ارائه مراقبتهای متناسب با فرهنگ را فراهم می‌کند شامل انعطاف در مقررات مربوط به ملاقاتها (تعداد، طول مدت و دفعات)، ارائه خدمات ترجمه برای بیمارانی که به زبان دیگری صحبت می‌کنند، فراهم کردن محیط متناسب از نظر فرهنگی با برقراری ارتباط مؤثر است. ارتباط نه تنها بوسیله واژه‌ها بلکه از طریق تن گویند (ارتباط غیرکلامی) و سایر نشانه‌ها مانند تون صدا و بلندی آن برقرار می‌شود (اسملتر و بیر، ۲۰۰۴-۵۳). سطح اضطراب تجربه شده توسط زن انعکاسی از انتظارات فرهنگی، تجربه قبلی او، احساس آسیب و میزان آگاهی از تغییرات فیزیولوژیکی اش است. بطور ایده‌آل یک رابطه صمیمی که ترجیحاً قبل از زایمان باید بوجود آمده باشد در هنگام زایمان، اضطرابهای محیطی زن را به حداقل کاهش خواهد داد و او را به آرامش و پاسخ مثبت به نیروهای زایمان تشویق خواهد کرد (براون، ۱۹۹۶، ۲۵۱). مرگ و میر مادران اغلب در عدم دسترسی برابر به مراقبتهای بهداشتی بارداری اورژانس، بهنگام عوارض بارداری، صورت می‌گیرد که اغلب



دلایل آن تعلل در تصمیم‌گیری در سطح فردی، خانواده و سطوح اجتماعی، تاخیر و تعلل در رسیدن به تسهیل‌کننده‌های زایمان و امدادهای بهداشتی و تعلل در برنامه‌ریزی حرفه‌ای مناسب در تسهیل‌زایمان است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

هر مداخله درمانی یا اقدام تشخیصی باید از طریق بدن مادر صورت گیرد. که این مسئله در حیطه اخلاق پزشکی و حرفه‌ای در زمینه طب زنان، ملاحظات خاصی را می‌طلبد. گاهی نیز ممکن است مادر در مداخلات و درمانهایی که صرفاً برای منافع جنین است با تجربیات منفی مواجه شود. ماماها و متخصصین زنان باید نقش اطلاع‌رسانی همراه با آموزش و مشاوره را ایفا کنند. منافع و خطرات اقدامات پزشکی را هم برای مادر و هم برای جنین در نظر بگیرند و قضاوت‌ها و داوری‌هایشان را قطعی و غیرقابل‌تغییر ندانند. آنها باید به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی که این تصمیمات گرفته می‌شود و به قضاوت‌های اخلاقی که نابرابری‌های جنسیتی، نژادی و طبقه‌ای را تقویت می‌کند، توجه داشته باشند (مورالز و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به مطالعات مذکور فرض اصلی این پژوهش آن است که بین میزان‌های طرد اجتماعی، میزان انزوای اجتماعی و میزان سلامت زایمان زنان رابطه معنادار وجود دارد.

### روش کار

روش مورد استفاده در این پژوهش، کمی و تکنیک به کار برده شده پیمایشی است. پایایی پرسشنامه پس از انجام پیش‌آزمون و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شده و اصلاحات لازم در پرسشنامه داده شد. و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها نیز مجدداً از سنجه آلفای کرونباخ استفاده شده که مجموعاً پایایی محاسبه شده برای هرکدام از پرسشها بیشتر از ۸۰ درصد بود.

در این پژوهش جامعه آماری کل زنان مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جوارود می‌باشد. با استفاده از فرمول

<sup>۱</sup>-Who

کوکران و پس از آزمون مقدماتی (پره تست) تکمیل پرسشنامه‌ها تعداد ۱۸۵ نفر از زنان مراجعه کننده به بیمارستان حضرت رسول (ص) بصورت نمونه‌گیری در دسترس و با مراجعه روزانه مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه پرسشنامه‌ها توسط محقق و با مصاحبه‌های حضوری، در اتاق درد (لیبر)، اتاق زایمان تکمیل شده‌اند.

### ابزار پژوهش

جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه توأم با مصاحبه انجام گرفته است. در این پژوهش برای بدست آوردن روایی ابزار از روایی صوری و برای به دست آوردن پایایی از الفای کرونباخ استفاده شده که میزان آن برای هر یک از سازه‌های سلامت زایمان و طرد اجتماعی بیش از (۰/۸) می باشد. لازم به ذکر است سلامت زایمان با توجه به ابعاد سلامت زایمان با توجه به ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سنجیده شده است. طرد اجتماعی با توجه به ابعاد طرد مدنی، طرد از رفاه اجتماعی، طرد از تولید اجتماعی و طرد اقتصادی مورد سنجش واقع شده است. طرد مدنی با شاخص‌هایی چون میزان تبعیض جنسیتی و قومی، طرد از تولید اجتماعی با میزان طرد از مشارکت اجتماعی در خصوص مسائل باروری و زایمان و طرد از شبکه اجتماعی سنجیده شده است. طرد از رفاه اجتماعی با شاخص‌هایی چون میزان نگرش‌های کلیشه‌ای پرسنل درمانی و میزان برخورداری از برنامه و تسهیلات ویژه برای گروه‌های قومی زنان اندازه‌گیری شده است. طرد اقتصادی با شاخص‌هایی چون میزان دستیابی به خدمات بهداشتی- درمانی، درآمد خانوار و شرایط اسکان و... سنجش شده است. منظور از سلامت زایمان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در مسائل مربوط به زایمان است، بصورتیکه مادر مراحل زایمان را بدون خطر و عوارض قابل پیشگیری برای خود و نوزادش بگذراند. به منظور اندازه‌گیری و سنجش سلامت زایمان از شاخص‌هایی چون رفاه جسمی (میزان عوارض جسمی ایجاد شده در زایمان، سابقه ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای، موارد خطر حین زایمان، انجام مراقبت‌ها و آزمایشات دوران بارداری و نظافت و تمیزی بخش و امکانات رفاهی-بهداشتی) و رفاه روانی (میزان رضایت بیمار و برآورده کردن نیازهای او، ارتباط با زائو و حمایت‌های روانی و

عاطفی، دسترسی به تلفن و همراهان، رعایت حریم زن و رضایت از نوع و رنگ لباس، رعایت نکات ضروری حین معاینات و دادن آگاهی‌های لازم به زائو) استفاده میشود.

داده‌های حاصل از تحقیق با استفاده از نرم افزار (SPSS) توصیف و تبیین شده است. در سطح توصیفی از توزیع فراوانی متغیرها، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی استفاده شده و برای تحلیل چند متغیره از آماره‌های همبستگی رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر استفاده شده است.

## نتایج

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌کنیم میانگین همه متغیرها بجز سلامت جسمی زایمان در حد بالایی است چنانکه به نحو بارزی شاهد بالابودن میزان‌های طرد اجتماعی، انزوا، احساس عجز، احساس تنهایی، احساس یأس، سلامت روانی- اجتماعی زایمان هستیم.

جدول ۱- آماره‌های مختلف شاخص‌های مستقل و وابسته

نمره خام	کشیدگی	چولگی	انحراف معیار	میانگین از صد	شاخص
۱۹۰	-۰/۹۰۷	-۰/۰۲۹	۱۹/۰۹	۵۲	عدم سلامت زایمان
۷۳	-۰/۱۶	-۰/۰۵۶	۴/۵	۲۲	عدم سلامت جسمی زایمان
۱۱۷	-۱/۰۱۳	-۰/۰۱۵	۷۶	۶۵	عدم سلامت روانی-اجتماعی زایمان
۳۸۵	-۰/۳۶۲	-۰/۴۸۲	۴۰/۶۵	۶۵	طرد اجتماعی
۱۱۷	-۰/۳۷۸	-۰/۱۶۷	۱۵/۰۷	۶۵/۳۵	طرد اقتصادی
۶۶	-۱/۰۱۵	-۰/۳۵۸	۷/۸۴۱	۶۵/۵۶	طرد از رفاه اجتماعی
۶۱	-۰/۵۸۳	۰/۱۴۷	۸/۸۱۶	۶۹/۸۸	طرد از تولید اجتماعی
۱۳۷	-۰/۶۶۳	-۰/۱۳	۱۳/۸۵	۶۲/۴۸	طرد مدنی
۷۰	-۱/۱۴	-۰/۰۹۷	۱۴/۳۳	۶۱	انزوای اجتماعی
۲۵	-۱/۰۶	۰/۱۱۷	۵/۰۷	۵۳	احساس یأس
۲۵	-۱/۲۹	-۰/۱۸۹	۶/۴۴	۶۸	احساس عجز
۲۰	-۰/۸۱۹	-۰/۰۸	۴/۲۴	۶۲	احساس تنهایی

در جدول شماره (۲) ضرایب همبستگی طرد اجتماعی و ابعاد آن، انزوای اجتماعی و پیامدهای آن با سلامت جسمی، روانی- اجتماعی و سلامت کلی زایمان آمده است.

جدول (۲)- ضرایب همبستگی طرد اجتماعی و شاخص های آن با سلامت زایمان

شاخصهای مستقل	عدم سلامت جسمی حین زایمان	عدم سلامت روانی حین زایمان	عدم سلامت کل حین زایمان
طرد اقتصادی	۰/۳۳۵	۰/۴۶۵	۰/۴۷۴
طرد مدنی	۰/۴۷۷	۰/۶۴۹	۰/۶۶۵
طرد از رفاه اجتماعی	۰/۳۷۵	۰/۷۵۷	۰/۷۳۶
طرد از تولید اجتماعی	۰/۳۴۹	۰/۶۱۵	۰/۶۰۸
طرد اجتماعی	۰/۴۸	۰/۷۴۱	۰/۷۴۲
احساس یاس	۰/۴۲۴	۰/۶۵۸	۰/۶۶۴
احساس عجز	۰/۳۳۶	۰/۶۳۱	۰/۶۱۹
احساس تنهایی	۰/۳۳۷	۰/۵۹	۰/۵۸۳
انزوای اجتماعی	۰/۴۰۴	۰/۶۹۱	۰/۶۸۵

بر این اساس بین شاخص ترکیبی طرد اجتماعی و سلامت زایمان رابطه وجود دارد. ارتباط بین طرد اجتماعی و بعد سلامت روانی زایمان قویتر است. از میان ابعاد مختلف طرد اجتماعی، طرد از رفاه اجتماعی قویترین رابطه و به ترتیب طرد مدنی، طرد از تولید اجتماعی و طرد اقتصادی قرار دارند که بیانگر رابطه قویتر سایر ابعاد طرد اجتماعی نسبت به طرد اقتصادی با سلامت زایمان است. نکته جالب توجه دیگر ارتباط قویتر طرد اجتماعی و ابعاد آن با سلامت روانی حین زایمان است که اغلب در تحقیقاتی که صرفاً با دید پزشکی انجام می شود کمتر به آن پرداخته شده است. از میان ابعاد انزوای اجتماعی نیز احساس یاس با عدم سلامت روانی حین زایمان ارتباط قویتری دارد و به ترتیب پس از آن احساس عجز و احساس تنهایی قرار دارند که مجموعاً همه آنها با سلامت زایمان رابطه ای قوی دارند. شاخص ترکیبی انزوای اجتماعی نیز دارای رابطه ای قوی با سلامت زایمان است که این میزان آن بویژه در مورد سلامت روانی بیشتر است.

با توجه به جدول شماره (۲) طرد از تولید اجتماعی بیشترین همبستگی را با انزوای اجتماعی دارد. بنظر می رسد با توجه به شاخصهای آن که با میزان طرد از مشارکت اجتماعی و میزان طرد از روابط اجتماعی سنجیده می شود این همبستگی قوی کاملاً منطقی باشد زیرا افراد در شرایطی انزوای بالاتری تجربه می کنند که از روابط ضعیف تر و علی الخصوص روابط خارج خانوادگی و دوستانه

و یا پیوندهای انجمنی کمتری برخوردار باشند و سپس به ترتیب طرد مدنی، طرد از رفاه اجتماعی و طرد اقتصادی در این زمینه موثرند. طرد مدنی با توجه به تبعیض جنسیتی، خشونت، عدم آشنایی به زبان فارسی و عدم رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان، موجبات انزوا را فراهم می‌سازد. با اینکه همه ابعاد طرد اجتماعی با پیامدهای انزوا همبستگی مستقیم و قوی دارند اما بیشترین همبستگی بین طرد از تولید اجتماعی و احساس یاس به چشم می‌خورد و اثر مشارکت اجتماعی در بهداشت و درمان و برخورداری از شبکه روابط پاسخگوی نیازهای زنان در امر باروری و زایمان را مشخص می‌سازد. پس از آن نیز طرد مدنی با احساس یاس و احساس تنهایی همبستگی بالاتری نشان می‌دهد. در نهایت شاخص ترکیبی طرد اجتماعی و انزوای اجتماعی ( $r=0/823$ ) دارای همبستگی قوی هستند.

### تحلیل‌های چندمتغیره

با توجه به جدول شماره (۳) طرد اجتماعی و انزوای اجتماعی نزدیک به ۶۸ درصد تغییرات سلامت زایمان را تبیین می‌کنند که میزان بالایی می‌باشد و بیانگر انتخاب درست شاخصها برای تبیین سلامت زایمان است.

جدول شماره ۳- رگرسیون طرد اجتماعی و انزوا با عدم سلامت زایمان (متغیروابسته)

متغیر مستقل	عدم سلامت زایمان (متغیروابسته)	R	R2
طرد اجتماعی	بتا = ۰/۴۴۱	۰/۸۲۳	۰/۶۷۷
انزوای اجتماعی	بتا = ۰/۳۶		

با توجه به آنچه که در جدول (۴) آمده است و با مقایسه ضرایب بتا و همچنین معناداری آنها در میابیم که طرد اقتصادی و طرد از تولید اجتماعی رابطه معناداری با سلامت زایمان ندارند. دو متغیر طرد مدنی (بتا = ۰/۲۳۹) و طرد از رفاه اجتماعی (بتا = ۰/۵۱۶، Sig=0/000) با سلامت زایمان رابطه معنادار داشته و با توجه به ضرایب بتا، طرد از رفاه اجتماعی رابطه قویتر و معنادارتری با سلامت داشته با  $R2=0/637$  حدود ۶۴ درصد تغییرات سلامت زایمان را با ابعاد طرد از رفاه اجتماعی و طرد مدنی می‌توان تبیین کرد.

جدول شماره ۴- رگرسیون ابعاد طرد اجتماعی و سلامت زایمان

طرد از رفاه اجتماعی	طرد از تولید اجتماعی	طرد مدنی	طرد اقتصادی	
بتا = ۰/۵۱۶ Sig=0/000	بتا = ۰/۰۱۵ Sig=0/885	بتا = ۰/۲۳۹ Sig=0/021	بتا = ۰/۱۵۵ Sig=0/071	عدم سلامت زایمان
بتا = ۰/۱۱۹ Sig=۰/۰۷۵	بتا = ۰/۵۲ Sig=۰/۰۰۰	بتا = ۰/۲۵۷ Sig=۰/۰۰۳	بتا = ۰/۰۶۲ Sig=۰/۳۸۱	انزوای اجتماعی

با دقت در جدول (۴) در میابیم که طرد از تولید اجتماعی با بتای ۰/۵۲ و معناداری (۰/۰۰۰) بیشترین اثر را در انزوای اجتماعی دارد. طرد اقتصادی (بتا=۰/۰۶۲ و معناداری= ۰/۳۸۱) و طرد از رفاه اجتماعی (بتا= ۰/۱۱۹ و معناداری= ۰/۰۷۵) با توجه به سطح معناداری قابل قبول، رابطه معناداری با انزوای اجتماعی ندارند. در نتیجه متغیرهای مزبور از طریق انزوای اجتماعی اثر غیرمستقیمی روی سلامت زایمان نمی گذارند که با توجه به مفاهیم رفاه اجتماعی و طرد اقتصادی و با توجهی دوباره به پیشینه تحقیق در می یابیم که تاثیر مشارکت اجتماعی و روابط اجتماعی ناشی از تولید اجتماعی و اثرات تبعیض های قومی و جنسیتی و نادیده گرفتن حقوق درمانی در انزوای اجتماعی بسیار موثرتر از طرد اقتصادی و طرد از رفاه اجتماعی هستند. امروزه در مباحث آموزش بهداشت و ارتقای سلامتی بحث مشارکت مردم و برخورداری از شبکه روابط اجتماعی بسیار بیشتر از گذشته نیز مطرح شده است. در این معادله ( $R^2 = ۰/۷۵$ ) بوده که به معنای تبیین ۷۵ درصد تغییرات انزوای اجتماعی توسط طرد از تولید اجتماعی و طرد مدنی است. پس از آن نیز به ترتیب طرد مدنی، طرد از رفاه اجتماعی و طرد اقتصادی قرار دارند. مسئله مهم در بررسی این جدول اثر کمتر طرد اقتصادی در انزوای است. با توجه به نقش سرمایه اجتماعی و قابلیت های غیرمادی در انزوا و طرد، بنظر میرسد که ارتقای روابط اجتماعی و گسترش آنها و نیز بالابردن مشارکتهای اجتماعی نقش بسیار انکار ناپذیری در کاهش انزوای اجتماعی دارند.

برای تایید یا اصلاح مدل از متد رگرسیون فور وارد استفاده گردید. ابتدا در معادله رگرسیون ابعاد طرد اجتماعی و انزوا به عنوان متغیرهای مستقل و

سلامت زایمان بعنوان متغیر وابسته وارد شده و طرد از رفاه اجتماعی و انزوا بیشترین تاثیر را داشتند. در مدل (۱) طرد از رفاه اجتماعی در معادله با سلامت زایمان در ارتباط گذارده شده که ( $R^2 = 0/541$ ) بدست آمده است و در مدل دوم هم انزوا و هم طرد از رفاه اجتماعی در معادله رگرسیون با سلامت زایمان آورده شدند که ( $R^2 = 0/653$ ) بدست آمد. با توجه به اینکه در مدل شماره (۲) ضریب تبیین کنندگی افزایش یافته است، هر دو شاخصی که بیشترین تأثیر را گذارده بودند، تایید شدند و بار دوم این کار با شاخص‌های ترکیبی طرد اجتماعی و انزوا به عنوان متغیر مستقل و سلامت زایمان بعنوان متغیر وابسته صورت گرفت و با توجه به ضرایب بدست آمده (در مدل ۱ ضریب  $R^2$  معادل  $0/55$  و در مدل ۲ ضریب  $R^2$  معادل  $0/589$ ) هیچکدام از متغیرها از معادله حذف نشدند و مدل تایید شد. زیرا ضریب تبیین کنندگی مدل دوم چه در روش فوروارد (۱) و چه در فوروارد (۲) افزایش یافته است و مدل فعلی با شاخص‌های در نظر گرفته شده برای سلامت زایمان مناسب است.

جدول شماره ۵- رگرسیون به روش فوروارد (ابعاد طرد اجتماعی و انزوا با سلامت زایمان)

مدل	بتا	R	R2
(۱) طرد از رفاه اجتماعی بعنوان متغیر مستقل)	$0/738$	$0/738$	$0/541$
۲) طرد از رفاه اجتماعی و انزوا بعنوان متغیرهای مستقل)	بتای طرد از رفاه اجتماعی = $0/459$ بتای انزوا = $0/431$	$0/808$	$0/653$
مدل ۲	بتا	R	R2
(۱) طرد اجتماعی بعنوان متغیر مستقل)	$0/742$	$0/742$	$0/550$
۲) طرد اجتماعی و انزوا بعنوان متغیرهای مستقل)	بتای طرد اجتماعی = $0/441$ بتای طرد اجتماعی و انزوا = $0/360$	$0/768$	$0/589$

با توجه به فرآیند تحلیل مسیر، طرد از رفاه اجتماعی تأثیرگذارتر از بقیه متغیرها بنظر رسید. طرد از تولید اجتماعی با اثر کل  $0/207$  بعد از طرد از رفاه اجتماعی قرار دارد و طرد مدنی با اثر کل برابر با  $0/102$  بعد از دو متغیر گفته شده قرار می‌گیرد و با توجه به نتایج بدست آمده طرد اقتصادی از مدل حذف شده و طرد مدنی و طرد از تولید اجتماعی دارای اثرات غیر مستقیم بوده و طرد

از رفاه اجتماعی با اثر مستقیم روی سلامت زایمان موثر است. با توجه به ضریب ( $R^2=0/677$ ) حدود ۶۸ درصد تغییرات سلامت زایمان توسط این مدل تبیین می‌گردد. به طور کلی نتایج تحقیق حاکی از آن است که به ترتیب طرد از رفاه اجتماعی و طرد از تولید اجتماعی بیشترین تاثیرات را بر سلامت زایمان دارند. شاخصی که بیشترین تاثیرگذاری را بر سلامت زایمان دارد، طرد از رفاه اجتماعی است. این شاخص به شرایط بخش‌های زایمان مربوط است و اصلاح آن تأثیرات سریعتری را در بر دارد. اگر نگرش‌های کلیشه‌ای پرسنل کنترل شده و دخالت آنها در امر درمان محدود گردد، از پرسنل بومی و آشنا به زبان مادری استفاده شده و شرایط ارتباط زبانی و عاطفی بیشتری فراهم گردد، از وسایل کمک آموزشی و تصاویر و پوسترها در بخش زایمان با در نظر گرفتن زبان، فرهنگ و قومیت بهره گرفته، امکان حضور فردی آشنا به زبان مادری با انتخاب فرد وجود داشته و محلی برای دیدار همسر در طول زمان بستری در نظر گرفته شود، تشکیل کلاسهای آموزشی زنان باردار به زبان محلی و استفاده از فیلمهای آموزشی به زبان مادری امکان پذیر باشد، ایمنی و سلامت زایمان بیشتری فراهم می‌شود. گرچه به تنهایی بدون اصلاح سایر مؤلفه‌ها قادر به حذف یا کاهش طرد اجتماعی نمی‌باشیم. طرد از تولید اجتماعی با تاثیر بارزی که روی انزوا دارد، در سلامت زایمان موثر است. نکته جالب توجه در نتایج این پژوهش اثر قابل توجه طرد از تولید اجتماعی و طرد مدنی به ترتیب در انزوای اجتماعی می‌باشد که گویای این مسئله است که برای تاثیر بر انزوای اجتماعی و نهایتاً سلامت زایمان ابتدا باید مؤلفه‌های طرد از تولید اجتماعی (که عموماً به روابط اجتماعی و اثر حمایتی آنها و مشارکت در امر بهداشت و درمان توسط زنان مربوط است) را بررسی کنیم. با افزایش ارتباطات مؤثر در امر سلامت زایمان و مشارکت افراد در امر بهداشت و درمان، انزوا را باید کاهش دهیم تا سلامت زایمان نیز بیشتر تأمین شود. کنترل و کاهش تبعیض‌های جنسیتی، خشونت، تبعیض قومی و رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان با کاهش طرد مدنی و در نتیجه کاهش انزوا باعث افزایش سلامتی زایمان می‌گردد. طرد مدنی که با مؤلفه‌های تبعیض جنسیتی، خشونت، تبعیض قومی و عدم رعایت حقوق درمانی



سنجیده شده است، شاید امروزه بسیار بیشتر از عوامل زیستی (به تنهایی) بر سلامت افراد مؤثر باشد. زیرا بهداشت و درمان در شرایطی اجازه مداخله پیدا می کند که زنی با نگرشهای تبعیض آمیز، با باروری بالا، عدم فاصله گذاری مناسب بین تولدها، خشونت، عدم مشارکت مردان در تنظیم خانواده، عدم آشنایی با زبان فارسی و... مواجه شده و بارداری و زایمان پرخطری را تجربه کند. با رعایت منشور حقوق بیمار و ایجاد همراهی و مشارکت او در امر درمان و مهمتر از همه بالابردن سطح شناخت افراد از حقوق خود نیز به ارتقای سلامت زایمان میتوان کمک کرد. از دیگر نتایج این تحقیق بی توجهی به سلامت روانی -اجتماعی زنان در گذراندن مراحل زایمان است. نتایجی که از مطالعات و تحقیقات مختلف برمی آید بیانگر این است که با فراهم کردن امکان آسایش و راحتی و امنیت خاطر برای مادران، هم از عوارض جسمی کاسته می شود و هم به ایجاد احساس بهتری از زایمان برای مادر، همسر و سایر همراهان بیمار کمک می شود که خود عامل مؤثری در عدم تعمیق و تثبیت طرد اجتماعی در محیطهای بهداشتی-درمانی است. نکته قابل تأمل در نتایج این تحقیق تأثیر و مداخله طرد مدنی هم در انزوای اجتماعی، طرد اجتماعی زنان و هم سلامت زایمان است. آنچه که بیش از سایر موارد در این پژوهش جالب توجه و حایز اهمیت است ارتباط منطقی و هماهنگی شاخصها و متغیرهاست. به نحوی که ما با شبکه ای از متغیرها و شاخصها مواجهیم که در امر سلامت زایمان هر کدام نقشی دارند و علاوه بر نقش منحصر به فرد خود روی سایر شاخصها نیز تأثیر می گذارند که به تعریف اولیه ای که از سلامت کردیم بسیار نزدیک است زیرا سلامت و بطور خاص سلامت زایمان تنها یک امر بیولوژیک و جسمی نیست که فقط با فراهم کردن رفاه و ایمنی جسمی و رعایت استانداردهای انعطاف ناپذیر پزشکی به آن دست یابیم بلکه نتایج بیانگر آن است که برای ارتقای سلامت زایمان به انعطاف پذیری بیشتری براساس خصوصیات زنان طبقات مختلف و دخالت دادن مسایل روانی-اجتماعی چه کوتاه مدت و چه بلند مدت نیاز داریم، چیزی که در اغلب موارد در نظر گرفته نمی شود.

بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود که در امر سلامت که امروزه در جهان (خصوصاً با توجه به آخرین تعریف سازمان جهانی بهداشت از آن) حیطه‌های بیشتری از زندگی (اعم از جسمی، روانی و اجتماعی) را در بر می‌گیرد ملاحظات اجتماعی و اخلاق پزشکی و پرستاری بیشتر لحاظ گردد. به جای متمرکز کردن بیشتر برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده روی زنان و مشاهده اثر کوتاه مدت آن (به صورت پوشش تنظیم خانواده و کنترل جمعیت) به اصلاح نگرش‌های غالب پرداخته و موانع اساسی دستیابی زنان به سلامت و بهداشت باروری از میان برده شود. برای زنان با قومیت‌ها و زبان‌های مختلف، تسهیلات ویژه‌ای قائل شده و بخش‌های زایمان را با نگرش جدیدی بازسازی کرد. زیرا نه زایمان به خودی خود بیماری محسوب می‌شود و نه زائو بیمار است و نه مداخلات پزشکی و مامایی صرفاً مداخلات درمانی است. پس بخش زایمان تفاوت عمده و اساسی با سایر اماکن درمانی دارد و تجربه یک زن از زایمان در هویت فردی او بطور عام و در تحکیم هویت جنسیتی اش بطور خاص بسیار مؤثر است. آموزش زنان رابطه معنی‌داری با سلامت زایمان دارد که حاکی از نقش مهم و اساسی آموزش و توانمندی زنان در ارتقای سلامت باروری آنهاست. همانطور که مطالعات پیشین (پیران، ۱۳۸۳، ۱۹۲) تاکید می‌کنند به نظر می‌رسد بهبود وضعیت اقتصادی به تنهایی بدلیل تبعیض جنسیتی و عدم برخورداری از حقوق مدنی و عدم امکان مشارکت و تصمیم‌گیری در سلامت باروری دارای تأثیرات چشمگیری در سلامت زنان نیست.

## منابع:

- اسملتزر، سوزان و برنداجی، بیر (۲۰۰۴)، پرستاری داخلی - جراحی برونر سودارث: مفاهیم بیوفیزیکی و روانی - اجتماعی، ترجمه: ژیلا عابد سعیدی، ۱۳۸۳، تهران: نشر سالمی.
- براون، نیک (۱۹۹۶)، درسنامه مامایی میلز، ترجمه: سید افشین شرونی و همکاران، انتشارات چهر.
- پیران، پرویز (۱۳۸۳)، "مرد سالاری و بهداشت باروری زنان"، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۳.
- تیلور، کارول (۲۰۰۳)، اصول پرستاری تیلور، مترجم: فاطمه احمد لاریجانی و دیگران، ۱۳۸۲، تهران: نشر بشری. (جلد دوم).
- جاریانی، ابوالفضل (۱۳۸۵)، "عدالت و برابری در نظام سلامت"، مجله اینترنتی فصل نو، سال دوم، شماره ۴۳.
- دیوره ماین و دیگران (۱۳۸۰)، طراحی ارزشیابی برنامه های پیشگیری از مرگ مادری، مترجمان: فرشاد فرزادفر و دیگران. تهران: نشر تکنوا.
- دوگاس، بوری ویت (۲۰۰۲)، نگرشی جامع بر پرستاری (اصول مراقبت از بیمار)، ترجمه: فروزان آتش زاده و دیگران، ۱۳۸۱، تهران: نشر گلبن.
- غفاری، غلامرضا، تاج الدین، محمدباقر (۱۳۸۴)، "شناسایی مؤلفه های محرومیت اجتماعی". فصلنامه علمی، پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۱۷.
- هیلارد، اپائولود دیگران (۱۹۹۶)، بیماریهای زنان نواک، ترجمه: رامین اشتیاقی و همکاران، ۱۳۷۵، تهران، نشر اشتیاق.
- Freedman, Lynn and others (2005), "Transforming health systems to improve the live of women and children". The Lanset, Vol .365 :997- 1000.
- Galabuzi, Grace-Edward (2002), "Social inclusion as a determinant of health ".Toronto, the life span conference.
- Harriss, Kavery (2007), " Ethnicity and Health ".The Parliamentary office of Science and Technology, 276. (www. Parliament.Uk/Post)
- Morales, Arlene etal (2004), Patient Choice in The Meternal-Fetal Relationship".The American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (www.acog.org).
- Porter, Fenella (2000). " Social Exclusion: What's in a Name?" .development in practice, Vol 10, No 1.

- 
- Pan American health organization (PAHO) (2005), "Report on PAHO advances on gender, health and development"(Rev).21 Session of the subcommittee on women, health, and development of the executive committee.
  - Pan American health organization (PAHO) (2003), "Program advances and strategies for incorporating the gender perspective".20 Session of the subcommittee on women, health, and development of the executive committee.
  - Santana, Paula (2002), "Poverty, Social Exclusion and Health". Department of Geography, University of coimbra, Portugal. (www.Elsevier.com)
  - Zipper, Ben and Schmitt, John (2006), "Is the u.s a good model for reducing social exclusion Europe?" www.cepr.net).
  - WHO (2007), " Division of Family and Reproductive Health- Primary Health Care and ReproductiveHealth Challenges".