

新疆和安徽农村地区已婚育龄妇女社会性别意识及孕产期保健状况调查

杨丽 吕孟涛 崔颖 邓立娜 田晓波

【摘要】 目的 了解新疆和安徽农村地区已婚育龄妇女社会性别意识及孕产期保健状况,分析孕产期保健行为及其影响因素。方法 采用整群随机抽样方法获得调查对象,由调查员对其进行面对面问卷调查。结果 新疆和安徽农村地区妇女社会经济地位较低,93.2%的妇女文化程度在初中及以下,妇女政治意识和行动不足,只有 63.1%的被调查妇女亲自参与选举并投了票。在家庭日常生活中,妇女家庭地位与男性相当,但家庭重要事务的决策权仍主要掌握在男性手中,如 47.3%的家庭由丈夫当家;37.7%的家庭由丈夫管理钱财;当家庭有大笔开销时,35.2%的家庭都是由丈夫决定;当妇女和丈夫处理同一问题的意见不一致时,“大多数是按照丈夫意见办”占 44.2%，“大多数是按妻子的意见办”占 6.3%。妇女社会性别意识各条目得分普遍不高,尤其表现在性的平等意识以及对男性的领导态度上。在孕产期保健行为上,73.9%的妇女进行了产前检查,未住院分娩的妇女占 30.3%。社会性别意识、文化程度等因素对妇女的孕产期保健行为具有显著影响。**结论** 提高农村妇女社会经济、家庭地位和社会性别意识是加强孕产期保健工作的重要领域,应提高农村妇女的文化程度和社会性别意识,促进孕产期保健水平的提高。

【关键词】 孕产期保健; 社会性别; 妇女; 农村地区

Gender analysis on prenatal care in rural areas of Xinjiang and Anhui province YANG Li, LV Meng-tao, CUI Ying, DENG Li-na, TIAN Xiao-bo. National Center for Women and Children's Health, Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 100013, China

Corresponding author: CUI Ying, Email: cuiying@chinawch.org.cn

【Abstract】 Objective To introduce the gender-specific view to the prenatal care and analysing the health behavior and its influencing factors. **Methods** Random sampling in cluster was used to select those study population and face to face interview was carried out at their residence in Xinjiang and Anhui province. **Results** The overall socioeconomic status of women in rural areas of Xinjiang and Anhui province was low and 93.2% of the women had education level on junior middle school or below. Politically women were less interested in these issues with only 63.1% of them ever participated in the election program or voting. In household daily life, women's status was almost equal to or even higher than men, but men always called the shots when something important in family happened. Men still held the power of decision making. In 47.3% of the families, the husband played a decisive role on decision making. In 37.7% of the families, husbands controlled the money. When getting into expensive expenditure, 35.2% of the families having men made the final approval. When there were different opinions between the couples, husband usually made the final decision in 44.2% of all the families compared to 6.3% of the families that wives made the final decision. 73.9% of women under survey had undergone prenatal examination and the rate on household deliveries reached 30.3%. Both gender consciousness and educational level had influenced the effect on prenatal care. **Conclusion** It is important to better prenatal health service in rural areas and to improve socioeconomic status on gender consciousness of women.

【Key words】 Prenatal care; Gender; Women; Rural areas

2000 年第二期中国妇女社会地位抽样调查结

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2009.010.010

基金项目: 卫生部-嘉道理慈善基金(CHI004)

作者单位: 100013 北京, 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心国际合作项目部

通信作者: 崔颖, Email: cuiying@chinawch.org.cn

果显示, 妇女生育健康水平有了较大幅度的提高, 但男女性社会地位的总体差距依然存在^[1]。为了解我国农村地区社会性别意识现状及其对孕产期保健的影响, 从而更全面地分析和研究孕产期保健行为及其影响因素, 本研究对新疆、安徽农村地区有过孕产史的已婚育龄妇女进行了调查。

对象与方法

1. 调查对象:采用整群随机抽样方法,在安徽、新疆地区11个项目县18个项目乡中根据人口和行政村数目随机抽取新疆4个乡镇和安徽7个乡镇作为调查乡镇,然后在每个乡镇随机抽取3个行政村,每个行政村随机抽取25户家庭接受调查。调查家庭中有过孕产史的已婚育龄妇女为调查对象,两地区调查对象共有600人。调查时间为2007年12月至2008年1月。

2. 调查方法与内容:项目组自行设计调查问卷,由调查员入户进行面对面调查,主要询问调查对象基本人口学特征、妇女社会经济地位、妇女家庭地位、妇女社会性别意识及妇女孕产期保健行为等。社会性别是指人们认识到的基于男女性生理差别之上存在的社会性差异和社会性关系。本次调查中,社会性别意识主要由以下7个问题来进行测量,分别是“女人应该一切都听从丈夫的”、“妻子不愿意,也应该服从丈夫的性要求”、“丈夫的健康比妻子更重要”、“男人比女人更适合做领导”、“男人在婚前与别人发生性行为没有什么关系”、“对女人来说,饿死事小,失节事大”、“生孩子是女人的事,与男人无关”。调查中询问被调查妇女对这7种说法的态度,分别是完全同意、基本同意、不确定、不太同意、完全不同意。有关家庭事务的决策情况,分别询问了被调查妇女家庭由谁当家、钱财管理、家庭大笔开销决定权、子女上学和意见不一致时的处置等5个问题,被调查妇女可以选择“丈夫决策”、“夫妻共同决策”和“妇女自己决策”等选项。妇女的孕产期保健行为为主要调查了被调查妇女产前检查和住院分娩的情况。

3. 统计学分析:对社会性别意识的分析中,规定对每一问题看法的5个等级,即完全同意、基本同意、不确定、不太同意和完全不同意,分别赋值1~5分,调查对象对7个问题的总得分范围为7~35分。对妇女家庭事务决策情况的分析中,规定每一问题答案的3个等级,即丈夫决策、夫妻共同决策和妇女自己决策,分别赋值1~3分,调查对象对5个问题的总得分范围为5~15分。采用SPSS 11.5统计软件进行数据分析, χ^2 检验进行单因素分析,非条件logistic回归进行多因素分析;将是否接受过产前检查、是否进行住院分娩分别作为因变量,单因素分析中有统计学意义的因素作为自变量。

结 果

1. 一般特征:调查对象年龄范围为17~49岁,

平均年龄为35.48岁,年龄在20岁以下的调查对象占调查总数的1.5%。汉族妇女368人,占61.4%;维族妇女227人,占37.9%。婚姻状况以已婚为主,占97.5%。

2. 妇女社会地位:

(1)劳动状况:本研究将农村妇女的劳动或工作状况分为家务、务农、养殖业、非农业体力劳动、脑力劳动和其他劳动者六类。结果显示,妇女就业比重(即除去单纯从事家务劳动者)为68.8%,但务农妇女人数占调查妇女的92.2%,表明妇女劳动的复杂程度较低。

(2)教育状况:调查妇女文盲或半文盲率为24.8%,6.8%的妇女文化程度在高中及以上,68.4%的妇女文化程度为初中或小学。

(3)政治参与:政治参与是农村妇女获取政治权利的重要手段。调查发现,42人不知道村里举行过干部换届选举,占7.0%。其余558人虽然知道村干部选举这件事,但只有354人亲自参与并投了票(占63.1%),141人未参加选举(占25.3%),63人参加选举却未投票(占11.3%)。询问未参加选举或参加选举却未投票原因,认为“选举是男人的事,与我无关”的占26.0%,认为“妇女没有资格参加”的占2.3%,自己不愿意去参加的妇女占19.1%,自己没有时间的妇女占31.8%。可见,农村妇女政治参与的热情不够,没有意识到投票选举等政治活动是自己享有的权利。

3. 妇女家庭地位:

(1)家庭事务决定权:家庭事务决策权的大小是衡量妇女家庭地位的一个重要指标,它直接体现着妇女的家庭地位,可以通过家庭经济知晓、家庭支出等方面加以反映^[2]。调查对象中,47.3%的家庭由丈夫当家,46.3%的家庭由夫妻共同当家,仅有3.7%的家庭由妻子当家。在钱财管理问题上,丈夫管理的占37.7%,夫妻共同管理的占46.2%,仅有14.3%的家庭由妻子管钱。当家庭有大笔开销(如盖房子)时,35.2%的家庭都是由丈夫决定,妇女自己决策的只占2.2%,夫妻协商的比例占60.5%。当孩子到上学年龄后,有19.5%的家庭由丈夫决定孩子是否去上学,有67.8%的家庭由夫妻共同商量,有3.2%的家庭由妻子决定是否去上学。当妇女和丈夫处理同一问题的意见不一致时,“大多数是按照丈夫意见办”占44.2%，“大多数是按妻子的意见办”占6.3%，“根据具体情况决定”占49.4%。可见,在家庭日常生活中,妇女的家庭地位已经上升到和男性相当的水平,

但对于家庭比较重要的事务,决策权仍主要掌握在男性手中。

用上述 5 个问题的计算结果来反映妇女家庭事务决策情况。结果显示,5 个问题最低得分为 5 分(占 12.5%),最高分为 15 分(占 0.5%),平均得分为 8.30 分。

(2)卫生保健决策权:分析在家中经济条件有限时妇女对卫生保健决策权,让妇女选择优先给谁看病并对优先顺序的前 3 位进行排序,结果见表 1。经行列表 χ^2 检验($\chi^2=452.876, P=0.000$),差异有统计学意义。发现在经济条件有限的情况下,大多数农村妇女都以牺牲自己的健康来换取家人的正常生活。

表 1 两省农村地区妇女家庭经济有限时选择的就医顺次(%)

顺位	儿子	女儿	丈夫	自己的父母	丈夫的父母	自己
第一位	251(42.2)	16(2.7)	55(9.2)	195(32.8)	69(11.6)	9(1.5)
第二位	101(16.9)	172(28.9)	98(16.4)	73(12.2)	123(20.6)	29(4.9)
第三位	148(24.8)	83(13.9)	176(29.5)	63(10.6)	58(9.7)	68(11.4)

注:括号外数据为人数,括号内数据为百分比(%)

(3)自我意愿决策权:自我意愿决策权的实质是能否按照自己的意愿行事而不受他人干涉,能较准确地反映家庭权力的内涵^[3]。本研究以婚姻意愿和生育意愿反映妇女的自我意愿决策程度。调查妇女中,117 人(占 19.5%)的婚姻由父母包办,73 人(占 12.2%)是同家人商量后由家人决定的,106 人(占 17.7%)是同家人商量后自己决定的,302 人(占 50.4%)是完全自己决定的。在避孕措施采取上,106 人(占 17.7%)没有采取避孕措施。在采取避孕措施的妇女中,61.5%采用的是宫内节育器,34.6%采用输卵管结扎术,2.6%采用的是避孕套,口服避孕药仅占 0.4%。在避孕方式的选择上,妻子自己决定的占 14.3%,夫妻共同决定的占 50.8%,丈夫单独决定的占 6.1%,由医务或计生人员决定的占 28.4%。可见,在避孕方法选择上,妇女有较大自主性。

4. 妇女社会性别意识:本次调查通过 7 个有关社会性别平等方面的问题调查了妇女的认知和态度。表 2 显示的是妇女对各问题的态度和认知分布情况。计算每个问题的平均得分,发现妇女对于“生孩子是女人的事,与男人无关”的平均得分最高(4.10 分)，“对女人来说,饿死事小,失节事大”的平均得分最低(2.83 分),其他问题的平均得分在 3.01~3.86 分之间,反映妇女的社会性别平等意识普遍不高。

5. 孕产期保健行为:

(1)产前检查:妇女在孕产期的保健行为直接影响胎儿和自身的健康,也是降低孕产妇及胎儿、新生儿死亡率的关键环节。产前检查是保障孕妇及胎儿健康、安全分娩的必要措施^[4-6]。调查显示,73.9%的妇女在围产期进行过产前检查,26.1%的妇女未进行过产前检查。进行过产前检查的妇女中,第一次产前检查是在孕早期(0~3 个月)的有 297 人(占 67.5%),孕中期(3~7 个月)的有 103 人(占 23.4%),孕晚期(7~10 个月)的有 40 人(占 9.1%)。怀孕期间检查总次数 4 次及以下的占 63.7%,5~8 次的占 29.0%,9~12 次的占 7.0%,0.2%的妇女进行了 13 次及以上的产前检查。产前检查地点以乡镇卫生院为主占 75.1%,其余为在县级及以上医院和乡镇计划生育服务站,比例分别为 10.0%和 7.3%。

(2)住院分娩:调查显示,农村妇女住院分娩比例为 69.7%,住院分娩的地点以乡镇卫生院为主(占 72.5%),其次是县级及以上医院(占 17.2%)。未住院分娩的原因是来不及(急产),占 34.7%,其次认为没必要去医院,占 22.4%,交通不便和经济困难分别占 15.3%和 14.7%。

(3)产前检查单因素分析:将可能影响调查对象是否进行产前检查的相关因素与是否进行产前检查进行分析(表 3)。结果显示,妇女年龄、文化程度、职业、怀孕次数、社会性别意识和家庭事务决策权对是否进行产前检查有显著性作用(经 χ^2 检验, P 值均 <0.05)。

表 2 两省农村地区妇女对社会性别平等的态度和认知分布

社会性别角色看法	完全同意	基本同意	不确定	不太同意	完全不同意	平均得分
女人应该一切都听从丈夫	165(27.5)	105(17.5)	7(1.2)	180(30.0)	143(23.8)	3.05
妻子不愿意,也应该服从丈夫的性要求	82(13.7)	44(7.3)	19(3.2)	196(32.7)	258(43.1)	3.84
丈夫的健康比妻子更重要	128(21.4)	164(27.4)	12(0.2)	161(26.9)	133(22.2)	3.01
男人比女人更适合做领导	134(22.3)	136(22.7)	18(0.3)	187(31.2)	125(20.8)	3.06
男人在婚前与别人发生性行为没有什么关系	59(9.9)	69(11.6)	35(5.9)	166(27.9)	267(44.8)	3.86
对女人来说,饿死事小,失节事大	186(31.4)	124(20.9)	21(3.5)	127(21.4)	135(22.8)	2.83
生孩子是女人的事,与男人无关	58(9.7)	34(5.7)	20(3.4)	165(27.6)	320(53.6)	4.10

注:括号外数据为人数,括号内数据为百分比(%)

表3 影响妇女产前检查的单因素分析

因素	检查人数	产前检查		χ^2 值	P值
		人数	比例(%)		
年龄(岁)				65.651	0.000
<25	73	67	91.8		
25~	187	158	84.5		
35~	272	191	70.2		
≥45岁	66	26	39.4		
文化程度				25.308	0.000
文盲/半文盲	125	75	60.0		
小学	210	148	70.5		
初中	225	187	83.1		
高中及以上	36	30	83.3		
职业				11.532	0.042
家务	186	150	80.6		
务农	365	258	70.7		
养殖业	7	4	57.1		
非农业体力劳动	22	18	81.8		
脑力劳动	4	4	100.0		
其他劳动者	14	8	57.1		
怀孕次数				27.071	0.000
1次	160	140	87.5		
≥2次	424	294	69.3		
社会性别意识				14.423	0.001
7~14分	64	36	56.3		
15~28分	361	267	74.0		
≥29分	162	131	80.9		
家庭决策权				8.663	0.013
5~7分	229	157	68.6		
8~12分	361	281	77.8		
≥13分	8	4	50.0		

(4) 产前检查多因素分析: 采用多元 logistic 回归方法, 以是否进行产前检查作为因变量, 以单因素分析中有统计学意义的影响因素作为自变量, 代入多元回归方程, 以分析在单因素分析中有统计学意义的因素的共同作用及作用大小。影响因素的数量化分级见表 4。多因素分析结果显示, 妇女的年龄、文化程度和社会性别意识是影响产前检查的主要因素, 具有年龄较小、文化程度较高、社会性别意识较强等特点的妇女更易进行产前检查(表 5)。

表4 影响因素的数量化分级

影响因素	数量化分级
年龄	<25岁=1, 25~34岁=2, 35~44岁=3, ≥45岁=4
文化程度	文盲/半文盲=1, 小学=2, 初中=3, 高中及以上=4
职业	家务=1, 务农=2, 养殖业=3, 非农业体力劳动=4, 脑力劳动=5, 其他劳动者=6
怀孕次数	1次=1, ≥2次=2
社会性别意识	7~14分=1, 15~28分=2, ≥29分=3
家庭决策权	5~7分=1, 8~12分=2, ≥13分=3

表5 影响妇女产前检查的多元 logistic 回归分析

影响因素	β	s_e	Wald χ^2 值	P值	OR值(95%CI)
年龄	-0.848	0.154	30.366	0.000	0.428(0.317~0.579)
文化程度	0.295	0.128	5.321	0.021	1.344(1.045~1.727)
职业	0.165	0.154	1.151	0.283	0.848(0.628~1.146)
怀孕次数	-0.415	0.290	2.053	0.152	0.660(0.374~1.165)
社会性别意识	0.502	0.189	7.081	0.008	1.653(1.142~2.393)
家庭决策权	0.060	0.210	0.083	0.774	1.062(0.703~1.605)
常数	2.573	0.814	9.983	0.002	13.099

6. 住院分娩影响因素分析:

(1) 单因素分析: 将可能影响妇女是否住院分娩的相关因素与是否进行产前检查进行分析, 结果显示, 妇女的民族、婚姻状况、年龄、文化程度、职业、怀孕次数、社会性别意识和家庭事务决策权对是否进行产前检查有显著性作用, 经 χ^2 检验, P值均<0.05。

(2) 多因素分析: 以妇女是否住院分娩作为因变量, 以单因素分析中有统计学意义的影响因素作为自变量, 代入多元回归方程。结果显示, 妇女的民族、婚姻状况、年龄、文化程度、怀孕次数、社会性别意识对其是否住院分娩有显著性影响(表 6)。

表6 影响妇女住院分娩的多元 logistic 回归分析

影响因素	β	s_e	Wald χ^2 值	P值	OR值(95%CI)
民族	-1.405	0.263	28.527	0.000	0.245(0.147~0.411)
婚姻状况	-0.486	0.437	1.236	0.266	0.615(0.261~1.449)
年龄	-0.745	0.154	23.337	0.000	0.475(0.351~0.642)
文化程度	0.249	0.141	3.120	0.077	1.283(0.973~1.691)
职业	0.023	0.168	0.018	0.892	1.023(0.736~1.422)
怀孕次数	-0.668	0.315	4.500	0.034	0.513(0.277~0.950)
社会性别意识	0.781	0.213	13.427	0.000	2.184(1.438~3.317)
家庭决策权	0.009	0.227	0.002	0.968	0.991(0.635~1.547)
常数	4.331	1.048	17.088	0.000	76.058

讨 论

在孕产期保健领域, 以往的大多数研究主要是从个体或医疗机构角度分析生理因素和卫生服务以及部分社会因素对孕产期保健行为的影响。社会性别这一概念为孕产期保健引入了全新的视角^[7], 而借助社会性别分析也有助于发现孕产期保健中除生物、卫生服务因素以外的其他因素。

社会性别内涵丰富, 本研究从妇女个人的社会性别意识、家庭地位及其社会经济地位 3 个层面探讨了社会性别对妇女孕产期保健行为的影响, 并分析了社会性别因素对妇女孕产期保健行为的影响关系及大小。

调查显示, 农村妇女社会经济地位普遍不高, 农业劳动呈现女性化, 非农就业率和劳动的社会化程

度较低;妇女受教育程度普遍偏低,93.2%的妇女文化程度在初中及以下,严重影响了妇女的孕产期保健行为;妇女政治参与意识和行动不足,没有意识到参与政治活动是自己的权利;妇女具有一定的家庭地位,主要表现在处理家庭日常生活的具体事务上,但家庭比较重要的事务的决策权仍主要掌握在男性手中;与其他研究结果一致^[8-10];妇女社会性别意识各条目得分普遍不高,仍然存在守旧观念,尤其表现在性的平等意识以及对男性的领导态度上。在妇女健康方面,妇女大多将自己的健康位置放在家庭所有成员的最后一位,当经济条件有限时,妇女往往牺牲自己的健康来保证家人的正常生活。在孕产期保健行为上,73.9%的妇女进行了产前检查,未住院分娩的妇女占 30.3%,没有进行产前检查的妇女大多将产前检查视为疾病诊断,而不是将其作为一种常规检查和保健措施;社会性别意识、文化程度等因素对妇女的孕产期保健行为具有显著影响^[11,12];文化程度高的妇女,卫生保健知识和自我保健意识也较好,对产前检查和住院分娩的重要性认识较高;而社会性别意识较强的妇女,有利于获得对家庭资源的使用权,特别是对于住院分娩等费用较高的孕产期保健行为。

随着传统生物学模式向生物-心理-社会医学模式转变,孕产期保健已不仅仅是医学问题,越来越多的人意识到它是一项社会化工程,不仅需要政府的关注,卫生机构的优质服务,还需要广大妇女、丈夫增强对自身健康的关注与参与,突出妇女的社会地位。妇女的社会经济地位、家庭地位以及丈夫的关爱会直接影响孕产期保健行为及服务的利用;而妇女社会性别意识和自我保健意识及知识则会通过其他因素如受教育程度等,间接地影响其保健行为^[13]。可见,妇女对孕产期保健服务的利用情况与其社会性别意识、家庭决策权之间存在一定的关系。因此,提高农村妇女社会经济地位、家庭地位和社会性别意识是开展孕产期保健工作的一个重要领

域,提高农村妇女的文化程度、提高妇女的非农就业率,把多数农村妇女从农业劳动和家务劳动中解放出来;通过各种社会性别项目和健康宣教活动,强化妇女社会性别意识和自我保健意识,从而保证妇女对各种社会及家庭资源的利用,提高孕产期保健水平。

参 考 文 献

- [1] 第二期中国妇女社会地位调查课题组. 第二期中国妇女社会地位抽样调查主要数据报告. 妇女研究论丛, 2001, 5: 4-12.
- [2] 胡锦梁. 四川省安县农村母婴保健的社会性别分析. 四川大学硕士学位论文, 2005, 5: 18-21.
- [3] 左际平. 从多元视角分析中国城市的夫妻不平等. 妇女研究论丛, 2002, 1: 15-17.
- [4] 乐杰. 妇产科学. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 9: 58-72.
- [5] 蔡兰娣. 产前检查在围产保健中的临床意义. 中国优生与遗传杂志, 1999, 1: 65-74.
- [6] Yanik FF. Analysis of the pregnancy-related death with in the last two decades: a university hospital based study from Turkey. *Obstetric Gynecologic Report*, 1999, 12: 87-88.
- [7] Helen Keleher. Why build a health promotion evidence base about gender? *Health Promotion International*, 2004, 19: 277-279.
- [8] Thompson M, Nussbaum R. A survey on mass customization of health care delivery for women. *Women Health Issues*, 2000: 9-10.
- [9] Xu KT, Borders TF. Gender, health, and physician visits among adults in the United States. *American J Public Health*, 2003, 93: 1076-1079.
- [10] 徐安琪. 夫妻权力模式与女性家庭地位满意度研究. 浙江学刊, 2004, 2: 208-213.
- [11] 赵凤敏, 郭素芳, 李伯华, 等. 中国不同地区 1971-2003 年孕产期保健服务状况调查. *中华流行病学杂志*, 2005, 26 (3): 172-176.
- [12] 赵凤敏, 郭素芳, 王临虹, 等. 中国农村已婚妇女社会性别意识、家庭事务决策及孕产期保健状况调查. *中华流行病学杂志*, 2006, 27(9): 780-784.
- [13] 肖扬. 对人口和生殖健康领域的社会性别意识调查与思考. *人口学刊*, 2007, 5: 60-65.

(收稿日期: 2009-01-07)

(本文编辑: 尹廉)