

Identification and prioritization of factors influencing women's poverty (with an emphasis on health indicators)

Mahmoud Sharifpour^{*}, Hosein Sadeghi^{}**

Lotfali Agheli^{*}, Alimohammad Ahmadi^{****}**

Abstract

Today, the status of women in any country has become one of the most important indicators of assessing social justice. On the other hand, international research in recent decades describes the status of women in the world as "feminization of poverty". This research seeks to identify and prioritize the factors influencing the feminization of poverty with an emphasis on health indicators. This research is exploratory in nature. The research community consists of experts and active professionals in the field of poverty, and the sampling method in this stage was judgmental, continuing using snowball sampling method until theoretical saturation, with 10 individuals selected. In the technical dimension, fuzzy logic was used to address the uncertainty of data gathered from experts, and for pairwise comparison of factors, the "Analytic Hierarchy Process" method was utilized to increase accuracy in prioritization. This research presents a novel approach in modeling poverty in Iran. Out of 92 variables affecting

^{*} Ph.D student of health economics, Department of Economic Development and Planning, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, mahmoudsharifpour@modares.ac.ir

^{**} Associate Professor of Economics, Department of Economic Development and Planning, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding Author), sadeghih@modares.ac.ir, ORCID:0000-0002-0719-5539

^{***} Associate Professor of Economics, Economics Research Institute, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, aghelik@modares.ac.ir

^{****} Assistant professor of Economics, Economics Research Institute, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, aahmadi@modares.ac.ir

Date received: 25/11/2023, Date of acceptance: 03/03/2024



women's poverty in Iran, 27 top variables were identified and prioritized. According to the results, variables such as increased out-of-pocket payments, decreased human capital, household size exceeding 4 members, ratio of oil revenues to GDP, and poor governance have the highest impact on women's poverty.

Keywords: Poverty, women's poverty, health, electricity type 3.



شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر فقر زنان (با تأکید بر شاخص‌های سلامت)

محمود شریف‌پور*

حسین صادقی**، لطف‌علی عاقلی***، علی‌محمد احمدی****

چکیده

امروزه وضعیت زنان در هر کشوری به یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی عدالت اجتماعی تبدیل شده است. از سوی دیگر پژوهش‌های بین‌المللی در دهه‌های اخیر وضعیت زنان در جهان را با واژه «زنانه شدن فقر»، توصیف می‌کنند. این تحقیق می‌کوشد تا عوامل مؤثر بر زنانه‌شدن فقر را با تأکید بر شاخص‌های سلامت شناسایی و اولویت‌بندی کند. این تحقیق براساس هدف در دسته تحقیقات اکتشافی می‌باشد. جامعه تحقیق شامل متخصصان و خبرگان فعال در زمینه فقر است که روش نمونه‌گیری در این مرحله قضاوتی بوده و با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی تا مرحله اشباع نظری ادامه پیدا نموده و ۱۰ نفر انتخاب شدند. در بُعد فنی نیز به منظور توجه به نااطمینانی داده‌های گردآمده از خبرگان، از روش فازی استفاده شد و همچنین به جهت مقایسه زوجی عوامل، از مقایسه غیر رتبه‌ای روش «الکتره سه» بهره گرفته شد تا دقت در اولویت‌بندی افزایش یابد. در این تحقیق به ارائه رویکردی نوین در مدل‌سازی فقر در ایران اقدام شده است. از ۹۲ متغیر مؤثر بر فقر زنان در ایران، ۲۷ متغیر برتر شناسایی و اولویت‌بندی شدند. بر اساس نتایج به ترتیب متغیرهای افزایش پرداخت از جیب، کاهش

* دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، گروه توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، mahmoudsharifpour@modares.ac.ir

** دانشیار گروه توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، sadeghih@modares.ac.ir، شناسه اراکید: ۵۵۳۹-۰۷۱۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

*** دانشیار اقتصاد، پژوهشکده اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، aghelik@modares.ac.ir

**** استادیار اقتصاد، پژوهشکده اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، aahmadi@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۴، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۳



سرمایه انسانی، بُعد خانوار بیش از ۴ نفر، نسبت درآمدهای نفتی به GDP و حکمرانی بد بالاترین تأثیر را بر فقر زنان دارند.

کلیدواژه‌ها: فقر، فقر زنان، شاخص‌های سلامت، الکره نوع ۳.

طبقه‌بندی JEL : I10, I30.

۱. مقدمه

تداوم فقر در سراسر جهان یکی از جدی‌ترین مشکلاتی است که بشریت با آن مواجه است؛ بنابراین برای آگاهی بخشی ضروری است که اندازه‌گیری چنین مشکلی بهبود یابد (García, 2019). فقر موضوعی است که در ادبیات اقتصادی بسیار مورد توجه قرار گرفته است؛ اما قبل از پرداختن به علل و پیامدهای بالقوه چنین پدیده‌ای، با این موضوع باید روبرو شویم که بهترین راه برای سنجش فقر کدام است، زیرا فقر پدیده‌ای پیچیده است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). فقر تحت تأثیر عوامل زیادی است و می‌تواند از دیدگاه‌های مختلف مورد مطالعه قرار گیرد؛ بنابراین، تفسیر فقر کار ساده‌ای نیست. کشورهای در حال توسعه تفاوت‌های منطقه‌ای و جنسیتی قابل توجهی در فقر دارند (Fimoff, 2015). میزان بروز فقر زنان بسیار بیش‌تر از مردان است و وضعیت در حال بدتر شدن است (Jinzi, 2014). «زنانه‌شدن فقر»، به پدیده‌ای اشاره دارد که زنان و کودکان به طور نامتناسبی در میان فقرای جهان در مقایسه با مردان حضور دارند (Christensen, 2019). بر اساس گزارش‌های مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ جمعیت زنان سرپرست خانوار ۱۶۴۱۰۴۴ بوده است (مرکز آمار ایران، ۲۰۰۶). این جمعیت در سال ۱۳۹۰، ۲۵۶۳۴۶۳ خانوار از کل ۲۱ میلیون خانوارهای کشور بوده است (مرکز آمار ایران، ۲۰۱۱). جمعیت خانوارهای فقیر در سرشماری ۱۳۹۵ به ۳۰۶۱۳۳۱ افزایش یافته است که این آمار به تفکیک در نقاط شهری ۲۳۰۳۰۹۷ و در نقاط روستایی ۷۵۶۲۳۵ بوده است (مرکز آمار ایران، ۲۰۱۶).

طبق گزارش کمیسیون سازمان ملل متحد در مورد وضعیت زنان (۲۰۰۰)، «زنان، فقرای جهان هستند». تقریباً در همه جوامع، نرخ فقر زنان بالاتر از مردان است (Casper, 1994). در واقع، در میان ۱.۵ میلیارد نفری که با یک دلار یا کم‌تر در روز زندگی می‌کنند، اکثر آنها، زنان و کودکان هستند (United Nations, 2015). طبق آمار بانک جهانی (۲۰۲۰)، در سه دهه اخیر بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت افراد بسیار فقیر (با درآمدی کم‌تر از ۱/۹ دلار در روز)، کاسته شده

است، با این حال، هنوز هم بیش از ۶۰۰ میلیون نفر از فقر شدید رنج می‌برند و بحران‌هایی همانند شیوع ویروس کووید ۱۹ این شرایط را وخیم‌تر کرده است. ایران هم که در زمره کشورهای با درآمد متوسط است، در دهه‌های اخیر شاهد کاهش فقر بوده؛ ولی بحران‌های اقتصادی همانند رکود تورمی سال ۱۳۹۷ موجب افزایش تعداد فقرا شده است (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۲۰۲۱). این الگوی پایدار نابرابری اقتصادی، جامعه‌شناس آمریکایی، دایانا پیرس (Diana Pearce) را بر آن داشت تا پس از مستندسازی چگونگی حضور نامتناسب زنان و کودکان در میان جمعیت افراد کم‌درآمد در ایالات متحده و در سطح جهان، اصطلاح زنانه شدن فقر را ابداع کند. به طور خاص، پیرس دریافت که در ایالات متحده، دو سوم افراد فقیر بالای ۱۶ سال، زن هستند (پیرس، ۱۹۷۸). تا سال ۱۹۸۳، تقریباً نیمی از خانواده‌های فقیر سرپرست زن بودند (پیرس، ۱۹۸۴).

رابطه دو سویه‌ای میان فقر و شاخص‌های سلامت وجود دارد (Witrick, 2023). یکی از شایع‌ترین مسائل عمومی در سراسر جهان، فقر و نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی است (Wilkinson & Marmot, 2005). آسیب‌های اجتماعی-اقتصادی در سطح جامعه اثرگذار بوده و با افزایش خطر بیماری، ناتوانی و مرگ مرتبط است (Marmot, 2005; Grant, 2005; Levin, 2017; Wilkinson & Braveman, 2010; Han et al., 2015).

به طور خلاصه، افرادی که دچار فقر می‌شوند، عمر کوتاه‌تری دارند و به بیماری‌های بیش‌تری مبتلا می‌شوند (Petrovic, 2018; Stringhini, 2017; Stringhini, 2010; Levin, 2017). با بیمارشدن فرد، چرخه فقر-بیماری تداوم یافته و فزونی می‌گیرد. بر اساس آخرین گزارش سرشماری آمریکا شاخص‌های سلامت جزو مهم‌ترین علل فقر در آمریکا هستند (United States Census Bureau). گزارش‌های فقر در حوزه یورو بر نقش شاخص‌های سلامت بر تداوم فقر تأکید دارند (Witrick, 2023).

در ایران، در دوران قبل از انقلاب، سیاست‌ها و برنامه‌های فقرزدایی به صورت مستقیم وجود نداشت و سیاست و اهداف برنامه‌ها بیش‌تر در راستای ایجاد زیرساخت‌ها و افزایش رفاه جامعه بوده است. پس از پیروزی انقلاب اسلامی موضوع فقر به صورت گسترده مورد توجه قرار گرفت. به گونه‌ای که اصول ۳، ۲۱، ۲۹، ۳۱ و ۴۳ قانون اساسی، فقر و رفاه اقشار آسیب‌پذیر را صراحتاً مورد توجه قرار داده است. در این راستا علاوه بر تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه میان‌مدت (پنج ساله)، اقدامات دیگری در جهت مقابله با فقر طراحی و اجرا شده است؛ ولی علیرغم تلاش‌های صورت گرفته در این زمینه، کشور ما در مواجهه با مسئله

فقر با چالش‌های بسیاری روبه‌رو است (ارشادی و کریمی ۱۳۹۲؛ فطرس و شهبازی ۱۳۹۴؛ زروکی و همکاران ۱۳۹۹). در ایران تاکنون مطالعات فراوانی در زمینه فقر و مسائل مربوط به آن صورت گرفته است؛ ولی این مطالعات توجه کمی به فرآیند زنانه شدن فقر در ایران نموده‌اند. این تحقیق بر آن است که به شناسایی عوامل مؤثر بر زنانه‌شوندگی فقر در ایران با تأکید بر شاخص‌های سلامت اقدام نماید.

۲. مبانی نظری

فقر زنان علل متعددی دارد و شکل‌گیری آن متأثر از نظام فرهنگی، جامعه، خانواده و افراد است. محققان حوزه فقر، تحقیقاتی را در مورد علل فقر زنان از دیدگاه‌های مختلف انجام داده‌اند و در درجه اول بر جنبه‌های زیر تمرکز کرده‌اند.

۱.۲ سازکار فقر زنان از منظر اقتصادی

سطح درآمد عاملی مستقیم است که بر سطح فقر اثرگذار است. به دلیل تأثیر و محدودیت تقسیم کار، زنان بیش‌تر بر امور خانواده تمرکز دارند و سهم درآمد کم‌تری نسبت به مردان دارند (Xiaoqing, 2018). سازکار اثرگذاری درآمد زنان بر فقر آن‌ها از دو مسیر قابل بررسی است: (۱) اثرات مستقیم: هنگامی که خانواده‌ها در فقر فرو می‌روند یا زنان در خانواده وابستگی اقتصادی خود به مردان را از دست می‌دهند، در معرض فقر اقتصادی قرار می‌گیرند. (۲) اثرات غیرمستقیم: به علت مسائل نهادی و فرهنگی و تفاوت‌های جنسیتی بین زنان و مردان در خانواده؛ مالکیت دارایی‌های زندگی، منابع، توزیع فیزیکی، متفاوت است. عموماً مردان سهم بالاتری از دارایی‌های فیزیکی را در خانواده دارند (Peng, 2022).

۲.۲ سازکار فقر زنان از منظر اجتماعی

ضعف نسبی زنان در تقسیم کار و مسائلی مانند زایمان و آداب و رسوم سنتی، بازده سرمایه‌گذاری در زنان را از مردان کم‌تر می‌سازد (Weihua, 2015) و منجر به کاهش سرمایه‌گذاری زنان در سطح خانواده و جامعه می‌شود. وقتی منابع خانواده محدود است، مردان نسبت به زنان در تغذیه بهتر، آموزش و استفاده از خدمات اجتماعی در اولویت قرار می‌گیرند (Xiaogang & Hua, 2014 ; Xiaogang & Hua, 2011). منابع محدود، فقدان دسترسی به آموزش و

منابع آموزشی و تولیدی برای زنان موجب کاهش کارایی اقتصادی آن‌ها نسبت به مردان می‌گردد (Junwen,2013).

سرمایه اجتماعی نقش مثبتی در بهبود فقر دارد اما این تأثیر در جنس‌های مختلف متفاوت است (Min,2008) زنان از نظر توانایی بسیج منابع ضعیف‌تر از مردان هستند؛ از این‌رو، آن‌ها در مقایسه با مردان سرمایه اجتماعی پایین‌تری دارند (Qianyun,2007) و به همین دلیل است که زنان در برابر فقر آسیب‌پذیرند.

۳.۲. طردشدگی اجتماعی

به محرومیتی که از سوی گروه فرادست و غالب اجتماع بر گروه‌های فقیر و ضعیف جامعه تحمیل می‌شود طردشدگی اجتماعی می‌گویند (Renwei,2018). هزینه زایمان زنان و تربیت فرزندان از کارایی بیشتر آنان می‌کاهد و سبب‌ساز مواجهه با آسیب‌هایی در بازار کار می‌شود. تعصب جنسیتی در جامعه به کمبود فرصت برای زنان برای کسب قدرت، آموزش و توسعه منجر می‌شود (Xiaoyun et al.,2004). نبود مشارکت اجتماعی دامنه‌دار، طردشدگی اجتماعی و محرومیت از قدرت، فقر زنان را در دوران پیری بدتر می‌کند.

۴.۲. سیاست تأمین اجتماعی

پرداخت‌های انتقالی سیستم تأمین اجتماعی و کمک هزینه‌های معیشتی بر میزان فقر و سطح سلامتی مؤثر است (Jie,2012; Yafang,2014; Wanting,2015; Yiwei,2018). اکثر زنان در مشاغل غیررسمی هستند و انعطاف‌پذیری کافی در برابر شوک‌های غیر طبیعی و اجتماعی ندارند (Yunxiang,2017)؛ از این‌رو نیازمندی بیشتری به تأمین اجتماعی نسبت به مردان دارند (Wenli,2005). زنان غالباً در کارهایی وارد می‌شوند که درآمد اندکی دارد؛ چنانکه به عنوان کارگران غیررسمی پذیرفته می‌شوند و در نتیجه آن‌ها در ساز کار تأمین اجتماعی در تنگنا هستند (Wenhui & Jing,2014; Cailong & Manxiu,2015).

۵.۲. انتقال بین نسلی فقر

نگرانی بین نسلی فقر از دهه ۱۹۵۰ مورد مطالعه قرار گرفته است. «Blauer-DuncanMode» یک چارچوب تحلیلی قابل سنجش برای انتقال بین نسلی فقر ارائه می‌کند. فرزندان خانواده‌های کم‌درآمد از نظر آموزش، اشتغال و سلامت در تنگنا قرار دارند و این کمبود منجر به تکرار فقر و

اثرگذاری بر نسل‌های آینده می‌شود و در نهایت انتقال بین نسلی فقر را شکل می‌دهد (Ruili & Mingang, 2012). اکثر فرزندان فقیر، با وجود بهبود وضعیت مالی خود، همچنان به جایگاهی استوار و ایمن از حیث مالی نمی‌رسند و هنوز هم احتمال بازگشت آن‌ها به فقر بیش‌تر است (Lidong, 2013; Jianhua, 2016). به عنوان مراقب اصلی خانواده، خاص بودن نقش زنان در تربیت فرزندان و رشد آینده خانواده این امکان را برای آنها فراهم می‌کند تا شرایط و عواملی که منجر به فقر می‌شود را به فرزندان خود منتقل کنند (Aijun, 2009; Chun & Yuanfo, 2011). شوگو (Shuguo, 2018)، شیوه انتقال بین‌نسلی فقر فکری بین مادران و کودکان را تشریح کرد. از دید وی سطح تحصیلات پایین، ثروت پایین، سرمایه اجتماعی اندک، نسل بعدی را دچار فقر نگاه می‌دارد.

۶.۲ سازکار فقر زنان از منظر نهادی

نبود قوانین و مقررات کارا و منابع حمایتی در برابری حقوق زنان، آداب و رسوم رایج ازدواج، نادیده گرفته شدن و محرومیت از حقوق‌شان موجب کاهش سطح ظرفیت‌های بالقوه زنان جهت کسب درآمد و بدتر شدن وضعیت فقر در آن‌ها شده است (Huiyong & Puwan, 2011). علاوه بر این، سیاست‌های کشورهای در حال توسعه در دوره‌های دگرگونی اجتماعی، ارتقای صنعتی و تعدیل ساختاری اغلب دارای نقاط کور جنسیتی است و ارزیابی جنسیتی از تعدیل سیاست‌ها وجود ندارد (Yihong, 2016).

۷.۲ سازکار فقر زنان از منظر فرهنگی

از آنجایی که فقرا برای مدت طولانی در فقر زندگی کرده‌اند، سبک زندگی، هنجارهای رفتاری ویژه‌ای را بر ساخته‌اند که این موارد از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود و فرهنگ منحصر به فردی از فقر را می‌سازد (Lewis, 1959). فقر فرهنگی زنان حالتی عقب مانده است که در آن زنان از نظر آموزش، ذهنیت فردی، ادراک فردی، ارزش‌ها، الگوهای رفتاری و سبک زندگی از توسعه اقتصادی و اجتماعی معاصر عقب مانده‌اند که بر بقا و توسعه آن‌ها تأثیر می‌گذارد. جنسیت بر اساس فرهنگ‌سازی اجتماعی شکل می‌گیرد و مفهوم سنتی جنسیت انگیزه‌ای حیاتی برای فقر زنان است. تقسیم کار جنسیتی و سنت‌های قدیمی، زنان را در قید کلیشه‌های جنسیتی قرار می‌دهد و دسترسی زنان به آموزش، پتانسیل توسعه و بهبود کیفیت‌های شخصی را محدود می‌کند (Qinqin, 2018). زنان مشروط به فرهنگ فقر با کمال میل نقش زنان

خانواده سنتی را ایفا می‌کنند. فقدان دانش فرهنگی و بی‌تفاوتی نسبت به مفاهیم و اندیشه‌های اجتماعی مدرن، آن‌ها را در یک نگاه فقیرانه به زندگی محدود می‌کند. آن‌ها نمی‌خواهند وضعیت موجود زندگی خود را تغییر دهند.

۸.۲ سازکار سلامت و فقر زنان

پیشرفت توسعه انسانی مستلزم گسترش فرصت‌های واقعی است. مردم به شرایطی نیاز دارند که به آن‌ها اجازه دهد از مرگ زودرس در اثر بیماری یا آسیب اجتناب کنند، در محیطی سالم زندگی کنند، سبک زندگی سالمی داشته باشند، مراقبت‌های پزشکی با کیفیت دریافت کنند و به بالاترین استاندارد ممکن سلامت دست یابند (CANNING,2010; Chen & Lee,2009; Comia,2007). سلامت جسمی و روانی از عوامل اثرگذار در سیاست‌گذاری کاهش فقر هستند. فقر و سلامت ضعیف ارتباط نزدیکی با هم دارند؛ زیرا سلامت ضعیف خطر انتقال فقر به نسل بعدی را افزایش می‌دهد (Zwi & Mills,1995) و سرمایه‌گذاری در سلامت ضامن توسعه اقتصادی و کاهش فقر در کشورها می‌شود (Cutler,2006). مؤسسات بین‌المللی تأثیر سیاست‌های سلامت را با ایجاد دستورالعمل‌ها و برنامه‌هایی برای مدیریت منابع و قابلیت‌های سلامت برای اجرای اقدامات مناسب ارزیابی کرده‌اند (Strauss & Thomas,1998; Miller & Cutler,2005). شوک‌های بهداشتی به مهم‌ترین علت آسیب‌پذیری در برابر فقر تبدیل شده‌اند (Leive,2008). ماهیت فقر، محرومیت از حیات و از دست دادن فرصت است (Sen,1976). دسترسی نداشتن به حمل و نقل، امکانات پزشکی و آگاهی بهداشتی، افراد را در معرض فقر بهداشتی قرار می‌دهد (اقبال و همکاران، ۲۰۱۷). در کشورهای در حال توسعه، که جایگاه زنان بی‌ثبات‌تر بوده و سیستم مراقبت‌های بهداشتی اغلب ناکافی است، شاخص‌های سلامت نقش پررنگ‌تری بر افزایش فقر زنان دارند. این عوامل به مخارج بهداشتی فاجعه‌بار کمک می‌کند (Xiong et al.,2018). شوک‌های بهداشتی، مانند بیماری یا جراحی، نه تنها می‌توانند هزینه‌های پزشکی را افزایش دهند و فشار مالی را بر خانوارها تحمیل کنند، بلکه از دارایی‌ها و ظرفیت درآمد آتی افراد درون خانوار نیز می‌کاهند. این کاهش به دلیل کم‌شدن زمان کار و کارایی ناشی از شوک‌های بهداشتی است (Schultz,1981). هنگامی که بیماری شدید در خانواده‌ای شیوع یابد، نه تنها بر بهره‌وری عضو بیمار تأثیر می‌گذارد، بلکه با الزام سایر اعضای خانواده به مرخصی گرفتن از کار یا کاهش بهره‌وری برای مراقبت از عضو بیمار، درآمد اقتصادی خانواده

را کاهش می‌دهد. این تعامل بین سلامت و فقر یک چرخه معیوب از «فقر ناشی از بیماری» و «بیماری ناشی از فقر» ایجاد می‌کند (Quadika, 2020).

۳. پیشینه تحقیق

استندسیاه (Erma Standsyah) و همکاران (۲۰۲۳)؛ به بررسی تأثیر متغیرهای اقتصادی، بهداشتی و منابع انسانی (HR) بر فقر در استان‌های کشور اندونزی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که متغیرهای اقتصادی و بهداشتی تأثیر معناداری بر فقر داشتند. در حالی که منابع انسانی به اندازه ۰/۰۳ بر فقر تأثیر دارد؛ اما این تأثیر غیرمعنادار است. پنگ (۲۰۲۲)؛ به بررسی فقر نسبی چندبُعدی زنان روستایی در چین پرداخته است. این محقق از روش اندازه‌گیری چندبُعدی (Alkire-Foster) و داده‌های پیمایش ردیابی «نظرسنجی پیگیری خانواده چین»، از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ استفاده نموده است. از این دیدگاه، شش بعد اقتصادی، سلامت، علوم انسانی، زندگی معنوی، روابط اجتماعی و عوامل حقوقی برای اندازه‌گیری و مقایسه آنان در زنان و مردان در خانوارهای روستایی چین پرداخته است. نتایج نشان داد که فقر نسبی زنان در خانوارهای روستایی، به ویژه در ابعاد اقتصادی، علوم انسانی و حقوقی، گسترده و بسیار بیش‌تر از مردان است. سطح تحصیلات، سلامت جسمانی، ایدئولوژی و وضعیت خانوادگی عوامل اولیه مؤثر بر فقر نسبی چندبُعدی زنان هستند. این مطالعه نشان می‌دهد که فقر نسبی زنان روستایی در خانواده وجود دارد و چندبُعدی است.

جلایی و همکاران (۲۰۲۰)؛ به بررسی تأثیر جمعیت روستایی، تورم، کنترل فساد، اثربخشی دولت، حقوق مالکیت و آزادی تجارت بر شاخص فقر با استفاده از رویکرد ترکیبی شبکه‌های فازی و عصبی مصنوعی با الگوریتم‌های تکاملی پرداختند. نتایج بیانگر این واقعیت است که جمعیت روستایی و تورم موجب افزایش فقر شده و متغیرهای کنترل فساد، اثربخشی دولت، حقوق مالکیت و آزادی تجارت بر فقر تأثیر منفی دارند.

کراتزر (Kratzer) (۲۰۱۸)؛ در رساله دکتری خود فقر چندبُعدی در ایالات متحده را با روش (Factor Analysis) مورد بررسی قرار داده و ۹ نماگر را در سه بُعد (آموزش، بهداشت و وضعیت اقتصادی)، انتخاب کرده است. برای انتخاب نماگرهای هر بُعد از تحلیل تناظر چندگانه استفاده شده است تا نماگرهای مشابه در یک بعد جای گیرند و برای تأیید ساختار بعدی مورد نظر نیز تحلیل عاملی تأییدی به کار رفته است. یکی از نتایج این پژوهش آن است که فقر چندبُعدی در ایالت‌های جنوبی نسبت به ایالت‌های شمالی و در ایالت‌های غربی نسبت به شرقی بیش‌تر

است؛ همچنین در بین نژادها، اسپانیایی تبارها، سیاهان، آسیایی تبارها، و سفیدپوستان بیش‌ترین تا کم‌ترین فقر سرشمار چندبُعدی را دارند. تقریباً همین ترتیب نژادی در سایر نسبت‌های فقر نیز مشاهده می‌شود؛ اما از نظر جنسیتی، تفاوت چندانی به چشم نمی‌خورد. بین سه رده سنی کم‌تر از ۱۸ سال، بین ۱۸ تا ۶۴ سال و ۶۵ سال و بالاتر، کم‌ترین نسبت سرشمار مربوط به گروه ۱۸ تا ۶۴ سال و بیش‌ترین نسبت سرشمار مربوط به افراد زیر ۱۸ سال است. برای نسبت سرشمار تعدیل شده و شاخص شدت فقر نیز همین ترتیب برقرار است.

گودرزی و مرادی (۱۴۰۱)؛ به بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر پدیده فقر شهری در کلان‌شهر اهواز پرداختند. نتایج این پژوهش بیانگر این بوده است، در بُعد اقتصادی بیش‌ترین تأثیر را نداشتن شغل و درآمد پایدار داشته است و در بُعد اجتماعی- فرهنگی بیش‌ترین تأثیر را عدم مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌ها داشته است و همچنین در بُعد مدیریتی- نهادی بیش‌ترین تأثیرپذیری فقر شهری در کلان‌شهر اهواز از عامل تحریم‌ها، داشته است. پدیده فقر شهری از دیدگاه شاخص‌های کالبدی و زیرساختی بیش‌ترین تأثیرپذیری را از عامل عدم زیرساخت فعالیت‌های فرهنگی، حاشیه‌نشینی داشته‌اند. آخرین مؤلفه از عوامل تأثیرگذار بر الگوی فقر شهری که در این تحقیق به آن پرداخته‌شده عوامل محیطی- جغرافیایی است که گویه‌های موقعیت جنگ‌تحمیلی و موقعیت خاص منطقه، بیش‌ترین اثرگذاری را بر وجود پدیده فقر شهری را در کلان‌شهر اهواز داشته است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پرسشنامه نشان می‌دهد، بخش عمده‌ای از ساکنین شهر اهواز را اقشاری با وضعیت نامناسب اقتصادی تشکیل می‌دهند؛ همچنین معضل بیکاری و حاشیه‌نشینی در این شهر به‌عنوان یکی از عوامل اصلی ایجاد و گسترش فقر بشمار می‌آید.

اندایش و همکاران (۱۴۰۰)؛ به بررسی اندازه‌گیری شاخص‌های فقر چندبُعدی در استان خوزستان با استفاده از تعدیل روش آلکایر - فوستر و با در نظر گرفتن ابعاد اشتغال و مسکن پرداختند. آنها به تبعیت از روش آلکایر و فوستر، ابعاد سلامت، آموزش، مسکن، اشتغال و استانداردهای زندگی را با هدف اندازه‌گیری شاخص فقر چندبُعدی در استان خوزستان برای سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ مورد استفاده قرار دادند. یافته‌ها حاکی از آن است اندازه فقر چندبُعدی در استان خوزستان در دو سال مورد بررسی به ترتیب ۲۵ و ۲۸ درصد است که از متوسط کشوری بالاتر و شدت فقر ۳۴/۴ و ۳۴/۷ درصد است. بیش‌ترین محرومیت به ترتیب در ابعاد اشتغال، سلامت، مسکن، استانداردهای زندگی و آموزش است. تحقیق حاضر از دو بُعد در پرکردن شکاف تحقیقاتی در حوزه فقر می‌کوشد؛ بُعد اول: بر اساس اطلاعات ارائه شده،

۹۲ شاخص مؤثر بر ایجاد فقر مورد بررسی قرار گرفته است؛ مشاهده می‌گردد در تحقیقات دیگر این تعداد متغیر مؤثر بر فقر زنان مورد بررسی قرار نگرفته است. بُعد دوم: با توجه به مبانی نظری و تجربی ارائه شده تاکنون تحقیقی که تأکید بر نقش شاخص‌های سلامت در ایجاد فقر داشته باشد؛ انجام نشده است. به عنوان مثال در کار آقایاری و همکاران (۱۳۹۵)، صرفاً بر مخارج بهداشتی تأکید شده است، در حالیکه در تحقیق حاضر بر متغیرهای پرداخت از جیب، هزینه‌های کمر شکن، عمل‌های جراحی سال گذشته، نسبت مخارج بهداشتی به کل مخارج دولت، تغذیه، بیمه درمانی، شاخص قیمت کالاها و مراقبت‌های سلامت، نرخ مرگ و میر، شاخص توزیع علل مرگ و میر، شاخص مراقبت مادران، شاخص مراقبت کودکان، شاخص واکسیناسیون، شاخص بهداشت محیط، شاخص DALYS، شاخص QALYS، شاخص امید به زندگی، شاخص منابع انسانی در حوزه سلامت، شاخص منابع فیزیکی در حوزه سلامت، شاخص تنظیم خانواده، شاخص کنترل کیفیت دارویی، شاخص فقر سلامت، عدالت سلامت و اثرات اجرای طرح جامع سلامت بر فقر تأکید خواهد شد.

۴. روش

این تحقیق بر اساس هدف جزء تحقیقات اکتشافی بوده و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها یک تحقیق پیمایشی می‌باشد و از لحاظ ماهیت و روش جزء تحقیقات توصیفی است. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز تحقیق از مصاحبه و مطالعات کتابخانه‌ای جهت شناسایی شاخص‌های پیشنهادی اولیه بهره گرفته شد. پرسشنامه تحقیق حاضر پرسشنامه باز بود. بر اساس رویکرد دلفی - فازی نوع ۱، نوع ۲ و الکره نوع ۳ نظرات خبرگان جمع‌آوری گردید. پرسشنامه‌های تحقیق حاضر برای نخبگان در بخش رویکرد دلفی دارای طیف لیکرت ۱-۹ بود. دوره زمانی تحقیق حاضر سال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۱ است. متغیرهای مؤثر بر فقر زنان با توجه به مبانی نظری و تجربی ارائه شده در جدول (۱)، ارائه شده است.

جدول ۱. عوامل مؤثر بر فقر زنان

عامل	زیر شاخص‌ها	شاخص‌ها
		ابعاد سلامتی مؤثر بر فقر
افزایش پرداخت از جیب (X1)، هزینه‌های کمرشکن (X2)، عمل‌های جراحی سال گذشته (X3)، نسبت مخارج بهداشتی به کل مخارج دولت (X4)، تغذیه (X5)، بیمه درمانی (X6)، شاخص قیمت کالاها و مراقبت‌های سلامت (X7)، نرخ مرگ و میر (X8)، شاخص توزیع علل مرگ و میر (X9)، شاخص مراقب مادران (X10)، شاخص مراقبت کودکان (X11)، شاخص واکسیناسیون (X12)، شاخص بهداشت محیط (X13)، شاخص DALYS (X14)، شاخص QALYs (X15)، شاخص امید به زندگی (X16)، شاخص منابع انسانی در حوزه سلامت (X17)، شاخص منابع فیزیکی در حوزه سلامت (X18)، شاخص تنظیم خانواده (X19)، شاخص کنترل کیفیت دارویی (X20)، شاخص فقر سلامت (X21)، ناعدالتی در سلامت (X22)، اجرای ناقص طرح جامع سلامت (X23)	عوامل سلامت	
تحریم (X24)، حکمرانی بد (X25)، فساد (X26)، کاهش کیفیت نهادی (X27)	عوامل سیاسی	ابعاد کلان مؤثر بر فقر
سن (X28)، جنسیت (X29)، داشتن معلولیت (X30)	عوامل فردی	
نسبت مخارج آموزش و پرورش به کل مخارج دولت (X31)، کاهش سرمایه انسانی (X32)، شاخص هافستد (X33)	عوامل فرهنگی - اجتماعی	
کاهش سطح جهانی شدن (شاخص kof) (X34)، کاهش میزان سرمایه‌گذار خارجی (X35)، بدتر شدن ضریب جینی (X36)، بدهی خارجی (X37)، نسبت درآمدهای نفتی به GDP (X38)، درجه بسته بودن اقتصاد (X39)، نرخ بیکاری (X40)، اشتغال بخش رسمی (X41)، اشتغال بخش غیررسمی (X42)، تورم (X43)، افت رشد اقتصادی (X44)، سیاست مالی (X45)، سیاست پولی (X46)، پرداخت‌های انتقالی (X47)، مالیات (X48)، نسبت شهرنشینی (X49)	عوامل اقتصادی	ابعاد زندگی مؤثر بر فقر
مرد (X50)، زن (X51)	جنسیت سرپرست	
استان‌های بزرگ (X52)، استان‌های کوچک (X53)، استان‌های مرزی (X54)، استان‌های محروم (X55)، استان‌های سنی نشین (X56)	استان محل سکونت	
۱ نفره (X57)، ۲ نفره (X58)، ۳ و ۴ نفره (X59)، بیش‌تر از ۴ نفر (X60)	بعد خانوار	ابعاد دموگرافیک مؤثر بر فقر
کم‌تر از ۳۰ سال (X61)، ۳۰ تا ۴۰ سال (X62)، ۴۰ تا ۵۰ سال (X63)، ۵۰ تا ۶۰ سال (X64)، ۶۰ تا ۷۰ سال (X65)، بیش‌تر از ۷۰ سال (X66)، نسبت جوانی (X67)، نسبت سال‌خوردگی (X68)	سن سرپرست	
در حال تحصیل سرپرست (X69)، بی‌سواد (X70)، زیردیپلم (X71)، لیسانس (X72)، فوق لیسانس و بالاتر (X73)	وضعیت تحصیل سرپرست	

وضع فعالیت سرپرست	شاغل (X74)، بیکار (X75)، دارای درآمد بدون شغل (X76)، خانه دار (X77)
وضع زناشویی سرپرست	دارای همسر (X78)، بی همسر بر اثر فوت همسر (X79)، بی همسر بر اثر طلاق (X80)، هرگز ازدواج نکرده (X81)
نحوه تصرف محل سکونت	مالکیت محل سکونت (X82)، اجاره یا رهن (X83)، سایر (X84)
تعداد اتاق در اختیار خانوار	۱ اتاق (X85)، ۲ اتاق (X86)، ۳ اتاق (X87)، بیش‌تر از ۳ اتاق (X88)
سطح زیربنا به ازای هر فرد	کم‌تر از ۱۵ متر مربع (X89)، ۱۵ تا ۲۰ متر مربع (X90)، ۲۰ تا ۳۰ متر مربع (X91)، بیش‌تر از ۳۰ متر مربع (X92)

منبع: تحقیقات مختلف

در این بخش به معرفی مدل‌های به کار گرفته شده در تحقیق پرداخته می‌شود.

الف: رویکرد دلفی: در تحقیق حاضر از رویکرد دلفی جهت تأیید عوامل مؤثر بر فقر زنان پرداخته شده است.

ب: مدل‌های فازی: منطق فازی قادر است بسیاری از مفاهیم و متغیرها و سیستم‌هایی را که غیردقیق و مبهم هستند صورت‌بندی ریاضی بخشد و زمینه را برای استدلال استنتاجی و تصمیم‌گیری در شرایط نبود اطمینان فراهم آورد و این در حالی است که استفاده از روش‌های دقیق با اطلاعات و داده‌های غیردقیق به نتایج غیردقیق و مبهم منجر می‌شود. در این تحقیق از این رویکرد جهت اعمال نااطمینانی در پاسخ‌دهی خبرگان بهره گرفته شده است.

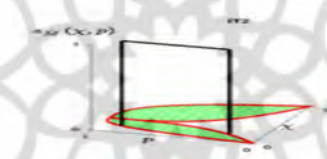
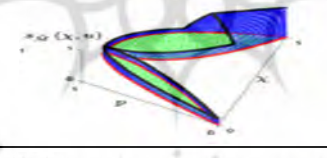
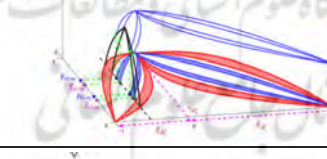

ج: تکنیک الکترون نوع ۳: این روش جهت حذف عوامل کم اهمیت در عوامل مؤثر بر فقر زنان در تحقیق به کار گرفته شده است. در این روش کلیه گزینه‌ها با استفاده از مقایسه‌ها غیر رتبه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفته و بدان طریق گزینه‌های غیر مؤثر حذف می‌شوند. کلیه مراحل اجرای این روش بر مبنای یک مجموعه هماهنگ و یک مجموعه غیرهماهنگ پایه‌ریزی می‌شوند که به این دلیل این روش معروف به آنالیز هماهنگی هم می‌باشد (ستایش و همکاران، ۱۴۰۱).

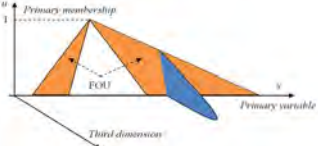
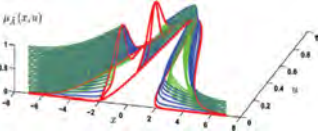
۵. نتیجه‌گیری

در مرحله دوم، با توجه به شناسایی مهمترین عوامل مؤثر بر فقر زنان از طریق مصاحبه با خبرگان و احتمال وجود سوگیری در نظرات آنها، به منظور حصول اطمینان از صحت، دقت، کاربردی بودن و جامعیت مراحل شناسایی شده و برای رفع سوگیری‌های احتمالی از تکنیک

دلفی فازی جهت دستیابی به توافق گروهی بین خبرگان استفاده شد. در این بخش بر اساس دیدگاه خبرگان مرحله تحلیل مضمون و اصل اشباع اطلاعاتی از رویکرد دلفی فازی بهره گرفته شده است. در این تحقیق از سه نوع مدل فازی نوع اول، دوم و سوم در حالت کلاسیک و لجستیک بهره گرفته خواهد شد. مدل‌های فازی لجستیک تحت شرایط چالش برانگیز مانند متغیرهای زمانی و دینامیک ناشناخته یا تنوع در جامعه مورد بررسی (خبرگان حوزه فقر)، بهتر عمل می‌نمایند (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۲). در تحقیق حاضر، خبرگان افرادی تعریف شده‌اند که حداقل دارای مدرک کارشناسی ارشد و دارای بیش از ۵ مقاله علمی پژوهشی در مجلات وزارتین در حوزه فقر بوده و یا حداقل سابقه تدریس ۱۰ سال اقتصاد توسعه را در دانشگاه‌های مادر کشور داشته باشند. در جدول (۲)، نتایج رویکرد فازی ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه نتایج رویکرد فازی نوع ۱، ۲ و ۳ در حالت لجستیک و کلاسیک

میانگین کارایی	فرم تابع	نوع فازی
۰/۷۶۶		فازی نوع ۱ لجستیک
۰/۸۷۴		فازی نوع ۲ لجستیک
۰/۹۶۴		فازی نوع ۳ لجستیک
۰/۵۵۲		فازی نوع ۱ عادی

۰/۶۱۹		فازی نوع ۲ عادی
۰/۷۷۷		فازی نوع ۳ عادی

منبع: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج مشاهده می‌گردد دقت فازی نوع سه در حالت لجستیک بالاتر است؛ در نتیجه فازی نوع ۳ لجستیک در مدل دلفی فازی اعمال شده است.

در ادامه نتایج انجام سه دور دلفی و در هر دور عواملی که امتیاز کافی را کسب نموده‌اند از مدل حذف شده‌اند؛ در صورتی که اختلاف بین مرحله دوم و سوم از حد آستانه (۰/۵)، کوچک‌تر باشد، در این صورت فرایند نظرسنجی متوقف می‌شود (Cheng & Lin, 2002). در دو دور دلفی، تعداد ۳۹ عامل از میان عوامل تعریف شده مورد تأیید قرار گرفتند.

۱.۵ روش فازی

در این بخش بر اساس نظرات جمع‌آوری شده از خبرگان معیارهای سنجش شاخص‌های مؤثر بر فقر زنان به شرح جدول (۳)، شناسایی شدند. در روش فازی این شاخص‌ها بیانگر x_j خواهند بود.

جدول ۳. معیارهای سنجش عوامل مؤثر بر فقر زنان

تعداد خبرگان	عامل	ردیف
۸	قابلیت محاسبه	۱
۸	قابلیت و سهولت دسترسی به داده‌های مورد نیاز محاسبه	۲
۸	دقت یک معیار	۳
۷	قابل فهم بودن	۴
۳	به صرفه بودن جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز محاسبه	۵

۵	ارزش اطلاعاتی	۶
۴	قابلیت تحلیل	۷
۹	کاربردی بودن شاخص	۸

منبع: محاسبات محقق و نظرات خبرگان

۲.۵ نتایج روش الکتراه ۳

در مراحل پیشین امتیاز ارزیابی هر استراتژی بر اساس هر شاخص به دست آمد. با توجه به سایر ورودی‌های روش ELECTRE III لازم است میزان اهمیت یا وزن هر یک از شاخص‌ها و مقدار حدود آستانه هر یک از آن‌ها مشخص گردد. گاهی تعیین اهمیت وزن شاخص‌ها در روش ELECTRE III بحرانی و حساس می‌باشد. تعیین میزان برتری گزینه‌ها نسبت به یکدیگر تا حدودی دشوار بوده و هنگامی که چندین تصمیم‌گیرنده وجود دارد، با توجه به ترجیحات گوناگون و حتی متضاد افراد، شرایط پیچیده‌تر می‌شود؛ به همین منظور باید از برخی تکنیک‌های خارجی برای تبدیل ترجیحات به ارزش وزن شاخص‌ها استفاده نمود.

در این تحقیق ده پرسش‌نامه از ده خبره فعال در مبحث فقر زنان تکمیل شده است. با فرض همگن بودن خبرگان با استفاده از میانگین‌گیری ساده نظرات خبرگان به یک عدد واحد تبدیل شده است. در ادامه بر اساس نظرات کارشناسان، ماتریس زوجی بین معیارهای سنجش عوامل مؤثر بر فقر زنان معرفی می‌شود. سپس، ماتریس هم‌هنگی تعیین می‌شود:

$$I_{KI} = \sum W_j \quad , j \in S_{ki} \quad (1)$$

برای «تشکیل ماتریس هم‌هنگی»؛ بر اساس مجموعه‌های هم‌هنگ عمل می‌گردد. مثلاً برای محاسبه میزان (درجه) هم‌هنگی ترجیح گزینه‌ی اول بر دوم، بر اساس $S_{12}=(1,2,3,4)$ وزن‌های شاخص‌های اول، دوم، سوم و چهارم با هم جمع می‌گردد. اکنون حد آستانه ماتریس هم‌هنگ محاسبه می‌گردد.

$$\bar{I} = \left(\frac{\text{جمع مقادیر ماتریس هم‌هنگ}}{\text{تعداد مقادیر ماتریس هم‌هنگ}} \right) \quad (2)$$

با توجه به اینکه مجموع اعداد داخل ماتریس ۷۱/۳۶ است و تعداد عناصر ماتریس ۱۴۸۲ است، در نتیجه حد آستانه در این ماتریس ۰/۴۸ خواهد بود، حال با استفاده از این حد آستانه اعداد بالای آن یک و مابقی صفر قرار می‌گیرد، تا ماتریس هم‌هنگ مؤثر حاصل گردد (شرح محاسبات و پیوست‌ها در صورت درخواست خوانندگان قابل ارسال است).

در ادامه ماتریس ناهماهنگ مؤثر و نامؤثر محاسبه می‌گردد. که پس از آن لازم است به محاسبه حد آستانه ماتریس ناهماهنگ اقدام گردد.

$$\overline{NI} = \left(\frac{\text{جمع مقادیر ماتریس ناهماهنگ}}{\text{تعداد مقادیر ماتریس ناهماهنگ}} \right) \quad (۳)$$

با توجه به اینکه مجموع اعداد داخل ماتریس ۱۳۱۸/۹۸ است و تعداد عناصر ماتریس ۱۴۸۲ است، در نتیجه حد آستانه در این ماتریس ۰/۹۸ خواهد بود، حال با استفاده از این حد آستانه اعداد بالای آن یک و مابقی صفر منظور می‌شوند، تا ماتریس ناهماهنگ مؤثر حاصل گردد.

در ادامه بر اساس رابطه (۴)، ماتریس اعتبار بررسی می‌شود:

$$S(a,b) = \begin{cases} C(a,b) & \text{اگر } d_j(a,b) \leq C(a,b) \\ C(a,b) \cdot \prod_{j \in J(a,b)} \frac{1-d_j(a,b)}{1-C(a,b)} & \end{cases} \quad (۴)$$

از حاصل ضرب ماتریس هماهنگ مؤثر و ناهماهنگ مؤثر، ماتریس اعتبار حاصل خواهد شد که بر اساس مجموع اعداد یک هر سطر عوامل مؤثر بر فقر زنان اولویت‌بندی شده است.

جدول ۴. ماتریس اعتبار

رتبه	نماد	رتبه	نماد	رتبه	نماد	رتبه	نماد
۱	x1	۸	x21	۲۰	x34	۱۳	x49
۲۱	x2	۲۳	x22	۱۹	x36	۳۷	x55
۳۲	x4	۶	x23	۴	x38	۳	x60
۳۱	x5	۷	x24	۳۸	x39	۱۷	x68
۲۲	x6	۵	x25	۳۹	x40	۳۶	x70
۳۰	x7	۱۸	x26	۱۱	x42	۳۵	x77
۱۰	x16	۹	x27	۱۵	x43	۲۵	x79
۲۹	x17	۲۴	x29	۱۶	x44	۳۳	x80
۲۸	x18	۲	x32	۱۴	x45	۲۷	x82
۱۲	x20	۲۶	x33	۳۸	x46		

منبع: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج به ترتیب ۵ متغیر اول مؤثر بر فقر زنان به ترتیب متغیرهای افزایش پرداخت از جیب، کاهش سرمایه انسانی، بعد خانوار بیش از ۴ نفر، نسبت درآمدهای نفتی به GDP و حکمرانی بد بالاترین تأثیر را بر این متغیر دارند.

۶. نتیجه‌گیری

در این تحقیق برای اولویت‌بندی زنانگی فقر سعی گردید با یک مرور سیستماتیک ابعاد مختلف عوامل مؤثر بر فقر زنان با استفاده از روش دلفی، فازی نوع ۱، ۲ و ۳ و الکترون نوع ۳ شناسایی گردد. از ۹۲ متغیر مؤثر بر زنانگی فقر در ایران ۲۷ متغیر برتر اولویت‌بندی شدند. بر اساس نتایج به ترتیب متغیرهای پرداخت از جیب، سرمایه انسانی، بعد خانوار بیش از ۴ نفر، نسبت درآمدهای نفتی به GDP و حکمرانی بد بالاترین تأثیر را بر فقر زنان دارند.

بر اساس نتایج، فقط عوامل اقتصادی نیستند که موجب افزایش فقر می‌شوند؛ بلکه عوامل غیراقتصادی بیش از عوامل اقتصادی بر فقر زنان اثرگذارند. چرا که از متغیرهای ۳۷ گانه شناسایی شده صرفاً ۱۱ متغیر (۲۹ درصد)، مرتبط با متغیرهای اقتصادی مؤثر بر فقر بوده‌اند. تحقیق حاضر در راستای تحقیقات گودرزی و مرادی (۱۴۰۱)؛ اندایش و همکاران (۱۴۰۰)؛ ارما استندسیاه و همکاران (۲۰۲۳)؛ پنگ (۲۰۲۲)؛ جلابی و همکاران (۲۰۲۰)؛ کراتزر (۲۰۱۸)؛ قرار دارد. بر اساس نتایج تحقیق، پیشنهادات زیر قابل ارائه است.

اول، با توجه به تأثیر پرداخت از جیب بر فقر زنان بایستی سیاست‌های کارا نمودن فعالیت‌های بیمه‌ای و اجرای طرح تحول نظام سلامت دنبال شود تا بتواند موجب کاهش سطح اثرگذاری این متغیر بر فقر زنان شود.

دوم، با توجه به تأثیر سرمایه انسانی بر فقر زنان می‌توان گفت که یکی از راه‌های نجات خانواده‌های فقیر، فراهم کردن آموزش برای این خانوارها است تا خانوارهای فقیر بتوانند با کسب آموزش و ارتقای سرمایه انسانی و کسب فرصت‌های شغلی و درآمدی مناسب، خود را از زیر خط فقر برهانند.

سوم، با توجه به تأثیر نسبت درآمدهای نفتی به GDP بر فقر زنان می‌توان گفت که تخصیص هدفمند درآمدهای نفتی به گروه‌های زنان و به سرمایه‌گذاری در دوره‌های آموزشی و فنی حرفه‌ای ضرورت دارد. تثبیت درآمدهای نفتی از کانال صندوق‌های تثبیت‌کننده، ذخیره پس‌انداز و صندوق‌های مجازی (تأمین مالی)، عقیم‌سازی درآمدهای نفتی می‌تواند تا حد بالایی زیان‌های ناشی از پیامدهای رکود تورمی بر فقر را کاهش دهد. تخصیص هدفمند درآمدهای

نفتی به اقشار کم درآمد و فقرزایی در مناطق محروم می‌تواند موجب بهبود سطح فقر در جامعه شود.

چهارم، با توجه به تأثیر حکمرانی خوب بر فقر زنان پیشنهادات می‌توان گفت که سیاست‌های بهبود جایگاه زنان، افزایش سطح مشارکت زنان؛ آزادی زنان، سیاست‌های یکسان‌سازی حقوق زنان و مردان، بهبود جایگاه زنان در حوزه سیاست و اختصاص مناصب مدیریتی به زنان در این حوزه باید پیگیری شود.

پنجم، در پذیرش تفاوت‌های جنسیتی، جامعه باید نقش جنسیتی را تضعیف کند، به نقش زنان در تولید و زندگی، توسعه اقتصادی و سازندگی اجتماعی اهمیت دهد، سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی زنان را تقویت کند و از حقوق اجتماعی زنان حمایت کند. از دسترسی برابر به مزایای اجتماعی مانند آموزش، مراقبت‌های پزشکی و امنیت اجتماعی حمایت کند، پتانسیل آن‌ها برای مشارکت در ساخت و سازهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را کشف کرده و آن‌ها را تشویق نماید تا در فعالیتهای مختلف اجتماعی و اقتصادی برای احیای نقش خود در جامعه شرکت کنند.

ششم، برای کاهش شکاف فقر جنسیتی باید به ناهمگونی درون خانوارها توجه شود. دولت باید نیازهای زنان را هدف قرار دهد و سیاست‌های هدفمند کاهش فقر را تدوین کند، آگاهی جامعه در مورد مشارکت زنان در همه جنبه‌های تولید و زندگی خانواده را افزایش دهد و جایگاه آن‌ها را به عنوان بدنه اصلی خانواده ارتقاء دهند.

هفتم، برانگیختن آگاهی خود-توسعه‌ای زنان و ارتقای قابلیت‌های کیفی جامع آن‌ها ضرورت دارد. دولت باید با آموزش‌های فرهنگی، حرفه‌آموزی، هدایت شغلی، حمایت از کار و حقوق زنان، احیای فرهنگی و با دگرگونی در آداب و رسوم سنتی مانع توسعه زنان، عزت نفس آنان را تقویت کند.

این مطالعه محدودیت‌هایی دارد؛ ممکن است برخی متغیرها نادیده گرفته شده باشند. به دلیل محدودیت داده‌های بودجه خانوار، عوامل محیطی مؤثر بر فقر زنان، کنترل نشده است. به عنوان مثال، عواملی مانند تحرک جمعیت و اقتصاد دیجیتال ممکن است بر فقر نسبی زنان تأثیر بگذارند؛ اما داده‌های مربوطه در دسترس نبود.

پی‌نوشت‌ها

۱. هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت به این معنی است که پرداخت برای دریافت خدمات سلامت از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود که منجر به سقوط خانوار در فقر گردد. سازمان جهانی سلامت زمانی خانوار را مواجه با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت از ۴۰ درصد توانایی پرداخت خانوار بیش‌تر شود که منظور از توانایی پرداخت خانوار، درآمد کل خانوار منهای هزینه‌های غیراحتیاطی است.
۲. همزمان با تغییر در ترتیب و توالی بیماری‌ها که از آن به «انتقال اپیدمیولوژیک بیماری‌ها»، نام برده می‌شود و با هدف همسان‌سازی و سنجش مشترک مرگ‌های زودرس و ناتوانی‌ها، استفاده از یک مبنای مشترک ضرورت دارد. از اواخر دهه‌ی ۱۹۴۰، پژوهشگران «زمان»، را به عنوان معیار مشترک سنجش مرگ‌های زودرس و ناتوانی‌ها تعیین و بر مبنای آن شاخص DALYs را معرفی کرده‌اند. این شاخص که از آن در ارزیابی‌های اقتصادی و محاسبه‌ی هزینه‌ها و عملکردهای بهداشتی استفاده می‌شود، متشکل از دو عامل «سال‌هایی از عمر که با مرگ زودرس از بین می‌رود» و «سال‌هایی از عمر که همراه با نوعی ناتوانی با شدت و طول مدت خاص سپری می‌شود»، می‌باشد.
۳. مفهوم Quality - Adjusted Life - Years شاخصی برای سنجش میزان سلامت فرد است. از آنجایی که سلامتی، تابعی از طول عمر و کیفیت آن است، QALY به عنوان مقداری برای تجمیع اثرگذاری این عوامل به کار می‌رود. محاسبه این مقدار کار ساده‌ای است، بدین صورت است که از میزان تغییر ارزش به درمان در طول مدت درمان بدست می‌آید.
۴. با توجه به اینکه متغیر وابسته تحقیق فقر می‌باشد از بار منفی متغیرها در تحقیق بهره گرفته شده است.
۵. با توجه به اینکه هدف تحقیق حاضر مدلسازی عوامل مؤثر بر فقر بوده است؛ سعی نموده با تفکیک عوامل سعی در ارتقای دقت نتایج بنماید.
۶. در بخش اعظم مدل‌های تصمیم‌گیری چند معیاره عدد نیم ملاک تصمیم‌گیری است. اگر معیاری دارای وزن بیش از نیم باشد عامل مذکور در تصمیم‌گیری نهایی مؤثر خواهد بود و در غیر این صورت عامل مورد نظر از تصمیم‌گیری حذف می‌شود. در مدل‌های الگوریتم نوع ۳ به خاطر شاخص حدود آستانه بی‌تفاوتی (q) آستانه و تو (v) و آستانه برتری (p)، این مقدار از نیم متفاوت خواهد بود.

کتاب‌نامه

- احمدی، سپیده. امیرمظاهری، امیرمسعود. صفاری نیا، مجید. (۱۴۰۱)، تحلیل روایت فرهنگ فقر در بین زنان سرپرست خانواده در منطقه ۱۹ شهر تهران رفاه اجتماعی، ۲۲ (۸۷)، ۱۸۲-۱۴۹.
- ارشدی، علی. کریمی، عبدالعلی. (۱۳۹۲). «بررسی وضعیت فقر مطلق در ایران در سال‌های برنامه اول تا چهارم توسعه»، فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، (۱)، ۴۲-۲۳.

اندایش، یعقوب. افقه، سید مرتضی. حسن زاده، فروزان. (۱۴۰۰). اندازه‌گیری شاخص‌های فقر چندبعدی در استان خوزستان با استفاده از تعدیل روش آکایر - فوستر و با در نظر گرفتن ابعاد اشتغال و مسکن. فصلنامه علمی پژوهشی اقتصاد مقداری، (در دست انتشار).

زروکی، شهریار. کریمی موغاری، زهرا. اعتمادی، سحر. (۱۳۹۹). تحلیل عوامل مؤثر بر احتمال فقر خانوار در ایران با تأکید بر نوع فعالیت، فصلنامه مطالعات اقتصادی کاربردی ایران، ۹(۳۶)، ۸۹-۱۲۱.

فطرس، محمدحسن. شهبازی، فاطمه. (۱۳۹۴). «بررسی وضعیت فقر و نابرابری در مناطق شهری و روستایی ایران طی سال‌های پیش و پس از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌های نقدی (۱۳۹۱-۱۳۸۱)». فصلنامه سیاست‌های مالی و اقتصادی، ۳(۹)، ۳۶-۷.

گودرزی، مجید. مرادی، هوشنگ. (۱۴۰۱). بررسی و تحلیل عوامل مؤثر بر پدیده فقر شهری در کلان‌شهر اهواز. جغرافیای اجتماعی شهری، ۹(۲)، ۴۷-۶۴.

- Aijun W. (2009). Female poverty, intergenerational transmission and harmonious growth [J]. Science of Finance and Economics. 6, 47-54.
- Braveman, P.A., Cubbin, C., Egerter, S., Williams, D.R., Pamuk, E., 2010. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. Am. J. Publ. Health 100 (S1), S186-S196.
- Brian Witrick, Timothy S. Dotson, Frank Annie, Wesley Kimble, Emily Kemper, Brian Hendricks, (2023), Poverty and population health – The need for A Paradigm shift to capture the working poor and better inform public health planning, Social Science & Medicine, Volume 336, 116249
- Canning, D. Progress in Health around the World; PNUD-HDRO: New York, NY, USA, 2010.
- Casper LM, McLanahan SS, Garfinkel I (1994) The gender poverty gap: what we can learn from other countries. Am Sociol Rev 59:594-605
- Chen, Y.; Li, H. Mother's education and child health: Is there a nurturing effect. J. Health Econ. 2009, 28, 413-426.
- Chun H., Yuanfu C. (2011). Pay attention to impoverished women to break the trap of poverty intergenerational transmission [J]. Frontier. 12, 13-15.
- Cornia, G.A.; Rosignoli, S.; Tiberti, L. Globalisation and Health: Impact Pathways and Recent Evidence; Center for Global, International and Regional Studies, University of California Santa Cruz: Santa Cruz, CA, USA, 2007.
- Cuenca García, Eduardo, Margarita Navarro Pabsdorf, and Juan Carlos Moran Alvarez. 2019. "Factors Determining Differences in the Poverty Degree among Countries" Resources 8, no. 3: 122. <https://doi.org/10.3390/resources8030122>
- Cutler, D.; Deaton, A.; Lleras-Muney, A. The determinants of mortality. J. Econ. Perspect. 2006, 20, 97-120.
- Cutler, D.; Miller, G. The role of public health improvements in health advances: The twentieth-century United States. Demography 2005, 42, 1-22.

- Finnoff K. (2015). Gender disparity in access to the Rwandan mutual health insurance scheme. *Fem. Econ.* 22, 26–50. doi: 10.1080/13545701.2015.1088658.
- Grant, U., 2005. Chronic Poverty Research Centre Working Paper. In: *Health and Poverty Linkages: Perspectives of the Chronically Poor*, pp. 2008–2009.
- Han, X., Nguyen, B.T., Drope, J., Jemal, A., 2015. Health-related outcomes among the poor: medicaid expansion vs. non-expansion states. *PLoS One* 10 (12), e0144429.
- Houghton J, Khandker SR. *Handbook on Poverty and Inequality* [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2009 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <http://hdl.handle.net/10986/11985>.
- Hong Y., Zhihong T. (2014). Economic analysis of rural women's human capital investment decision. *Learning and Practice.* 6, 114–118. doi: 10.3969/j.issn.1002-462X.2014.06.020. <https://www.census.gov/topics/income-poverty/pove rty/guidance/poverty-measures.html>.
- Hua Y., Xiaogang H. (2011). Declining fertility rate and the equalization trend of Chinese male and female education. *Sociol. Res.* 5, 153–177.
- Iqbal N, Nawaz S. Spatial differences and socioeconomic determinants of health poverty. *Pak Dev Rev.* 2017;56:221–248. <https://www.jstor.org/stable/44986416>
- Jianhua Z. (2016). Analysis of educational factors in the intergenerational transmission of poverty [J]. *Educational Development Res.* 3, 36–44.
- Jie C. (2012). The poverty reduction effect of social security on urban and rural elderly [J]. *Social Security Res.* 3, 52–66. doi: 10.3969/j.issn.1674-4802.2012.03.006.
- Jing C., Wenhui J. (2014). Women: aging, pauperization and social security—based on the perspective of social exclusion [J]. *J. Hubei Institute of Techn.* 5, 93–97. doi: 10.3969/j.issn.2095-4824.2014.05.016
- Jinzi Z. (2014). The causes of rural women's cultural poverty and its governance: from the perspective of social ecological system theory [J]. *J. Northwest Sci-Tech University Agriculture and Forestry (Social Science Edition).* 5, 91–95.
- Junwen W. (2013). Discussion on the development of rural women's human resources in poverty-stricken areas in my country. *Hunan Soc. Sci.* 6, 101–104.
- Kratzer, N. (2018). *A Multidimensional Poverty Index for The United States*, Doctoral Dissertation, University of Kentucky.
- Leive A. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bull World Health Org.* 2008;86:849–856. doi: 10.2471/BLT.07.049403
- Levin, J., 2017. An antipoverty agenda for public health: background and recommendations. *Publ. Health Rep.* 132 (4), 431–435.
- Lewis O. (1959). Five Families[J]. *Marriage and Family Living* 22, 9–13. doi: 10.2307/347664.
- Lidong Z. (2013). An empirical study on the intergenerational transmission of poverty in rural China [J]. *China Popul. Resour. Environ.* 6, 45–50. doi: 10.3969/j.issn.1002-2104.2013.06.007.
- MacKenzie A. Christensen, (2019), *Feminization of Poverty: Causes and Implications*, Part of the Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals book series (ENUNSDG).

- Manxiu N., Cailong J. (2015). The connotation, causes and policy considerations of the feminization of poverty[J]. *J. Univ. Electronic Sci. Techn. China (Social Sciences Edition)*. 6, 5–9. doi: 10.14071/j.1008-8105(2015)06-0005-05
- Marmot, M., Wilkinson, R., 2005. *Social Determinants of Health*. Oup Oxford.
- Mingang L., Ruili Z. (2012). Rural poor family generations inter-communication research—analysis based on CHNS data [J]. *Agricultural Techn. Econ*. 1, 29–35.
- Ouadika SAB. Health shocks and vulnerability to poverty in Congo. *Humanit Soc Sci Commun*. 2020;7:1–8. doi: 10.1057/s41599-020-00674-w
- Pearce D (1978) The feminization of poverty: women, work, and welfare. *Urban Soc Chang Rev* 11:28–36
- Pearce D (1984) Farewell to alms: women's fare under welfare. In: Freeman J (ed) *Women a feminist perspective*, 3rd edn. Mayfield, Palo Alto, pp 493–506
- Peng Y (2022) Multidimensional relative poverty of rural women: Measurement, dynamics, and influencing factors in China. *Front. Psychol*. 13:1024760. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1024760.
- Petrovic, D., de Mestral, C., Bochud, M., et al., 2018. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: a systematic review. *Prev. Med*. 113, 15–31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.003>.
- Puwan Y., Huiyong J. (2010). The current situation of rural women's poverty in my country, reasons and countermeasures [J]. *Theoretical J*. 9, 61–64. doi: 10.3969/j.issn.1002-3909.2010.09.014.
- Qianyun L. (2007). Interpretation of poverty feminization from the perspective of social capital [J]. *Gui. Hai. Lun. Cong*. 6, 81–83. doi: 10.3969/j.issn.1004-1494.2007.06.023.
- Qinqin N., Li X. (2018). Breaking through the shackles of poverty culture on education—also on poor women and their education status [J]. *Contemporary Education Forum*. 2, 33–45.
- Rahmawati Erma Standsyah; Bambang Widjanarko Otok; Agus Suharsono, (2023), Estimation of poverty model effect size in Indonesia using meta-analytic structural equation modeling (MASEM), *AIP Conference Proceedings*, Volume 2588, Issue 1, 23–24.
- Renwei H. (2018). Research progress on the formation mechanism of rural poverty in China and the construction of a research framework for poverty problems [J]. *Guangxi Social Sciences*. 7, 166–176. doi: 10.3969/j.issn.1004-6917.2018.07.032.
- Schultz TW. *Investing in people: the Economics of population quality*. Berkeley: University of California Press; 1981.
- Sen A. Poverty: an ordinal approach to measurement. *Econometrica*. 1976;44:219–231. doi: 10.2307/1912718
- Shuguo G. (2018). Cause analysis and deterrent strategies of the intergenerational transmission of intellectual poverty[J]. *Chinese J. Educ*. 1, 21–25.
- Strauss, J.; Thomas, D. Health, nutrition and economic development. *J. Econ. Lit*. 1998, 36, 766–817.
- Stringhini, S., 2010. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 303 (12), 1159. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.297>.

- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., et al., 2017. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and metaanalysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 389 (10075), 1229–1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7).
- United for ALICE, 2023b. ALICE in the Crosscurrent. United for ALICE, 2023c. Consequences: Health Care. Published. <https://www.unitedforalice.org/health-care>. (Accessed 9 March 2023).
- United for ALICE. RESEARCH CENTER • NATIONAL OVERVIEW. Published. <https://www.unitedforalice.org/national-overview>. (Accessed 9 March 2023).
- United Nations (2015) The world's women 2015: trends and statistics. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, New York, Statistics Division. Sales No. E.15.XVII.8
- United States Census Bureau, 2023. How the Census Bureau measures poverty. Published January 30, March 1, 2023.
- Wanting H. (2015). Analysis of the anti-poverty effect of Xinjiang rural social security[J]. *J. Xinjiang University (Philosophy, Humanities and Social Sciences Edition)*. 3, 42–47.
- Weihua H. (2015). Analysis of the impact of female human capital on the miniaturization of family size. *Frontier*. 3, 128–131.
- Wenli X. (2005). Promoting the development of women with social security—analysis from the perspective of social gender China's social security system reform [J]. *J. Jiangxi Administration Institute*. 3, 65–67. doi: 10.3969/j.issn.1008-6463.2005.03.023.
- Xiaoyun L., Xiaoyun L., et al.. (2004). Poverty issues from the perspective of gender [J]. *Agricultural Economic Issues*. 10, 13–17. doi: 10.3969/j.issn.1000-6389.2004.10.003.
- Xiong X, Zhang Z, Ren J, Zhang J, Pan X, Zhang L, et al. Impact of universal medical insurance system on the accessibility of medical service supply and affordability of patients in China. *PLoS One*. 2018;13:e0193273. doi: 10.1371/journal.pone.0193273
- Yafang N. (2014). The mitigation effect of the rural minimum living security system: evidence from the western ethnic regions [J]. *Guizhou Soc. Sci.* 11, 164–168. doi: 10.3969/j.issn.1002-6924.2014.11.029.
- Yihong J. (2016). Discussion on the deep mechanism of women's poverty [J]. *Collection of Women's Stud.* 6, 10–12.
- Yiwei L. (2018). “Dislocation” or “accuracy”: minimum living guarantee and multidimensional poverty of farmers [J]. *Modern Economic Res.* 4, 109–115.
- Yunxiang L. (2017). A review on the research of gender welfare regimes [J]. *J. Public Administration*. 3, 184–201. doi: 10.3969/j.issn.1674-2486.2017.03.009.
- Zwi, A.B.; Mills, A. Health policy in less developed countries: Past trends and future directions. *J. Int. Dev.* 1995, 7, 299–328.