

## Research Article

## Socioeconomic Determinants of Antenatal Care and Postnatal Care in Afghanistan

Wahed Soroush<sup>1</sup> , Mohammad Torkashvand-Moradabadi<sup>2\*</sup> , Maliheh Alimondegari<sup>3</sup> , Ali Ruhani<sup>4</sup> <sup>1</sup> Ph.D Candidate in Demography, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.<sup>2</sup> Associate Professor of Demography, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.<sup>3</sup> Associate Professor of Demography, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.<sup>4</sup> Associate Professor of Sociology, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

## ARTICLE INFO

Received: 05 October 2025

Accepted: 20 December 2025

**Keywords:**Socioeconomic determinants,  
Antenatal care,  
Postnatal care,  
Women,  
Afghanistan.

## ABSTRACT

This study investigates the utilization of antenatal care services among Afghan women using secondary data from the 2015 Afghanistan Demographic and Health Survey (ADHS). The analysis includes 19,888 ever-married women aged 15–49 who had given birth within the previous five years. Descriptive and inferential statistics were applied using SPSS version 26. The results show that access to antenatal and delivery care is significantly higher among urban women, those with secondary or higher education, and women from wealthier households. Ethnic and cultural factors are also influential, as Uzbek, Tajik, Hazara, and Persian-speaking women demonstrate higher utilization compared to other ethnic groups. Additionally, wanted pregnancies are strongly associated with increased access to maternal health services. Multivariate analysis identifies geographic location, education, economic status, and cultural background as the main predictors of antenatal care utilization. Despite these variations, overall levels of antenatal and delivery care in Afghanistan remain critically low. The situation is particularly concerning in certain provinces and among women with low education or unwanted pregnancies. The study underscores the urgent need for targeted public health interventions and policy initiatives to enhance equitable access to maternal health services across the country.

**Introduction**

Within the broader framework of maternal and child health, antenatal care (ANC) constitutes one of the fundamental pillars for reducing maternal and neonatal mortality and ensuring healthy pregnancies. The World Health Organization identifies ANC as a key protective factor for safe delivery, and has increased the recommended number of standard visits from four to at least eight in order to prevent pregnancy- and childbirth-related complications. Global evidence indicates that more than 95% of maternal and neonatal deaths occur in low-income countries, a pattern closely associated with inadequate access to antenatal services. Although Afghanistan has achieved notable improvements in maternal health indicators over the past two decades—such as a substantial decline in maternal mortality and expanded access to antenatal care—the country

continues to face profound structural, cultural, and economic challenges. Factors such as poverty, illiteracy, women's limited decision-making autonomy, long distances to health facilities, shortages of skilled personnel, and disrespectful or inappropriate provider behavior constrain the utilization of ANC services. Conversely, parental education, household wealth, urban residence, and access to health information serve as important facilitators of service uptake. Overall, socio-economic inequalities and cultural barriers play a decisive role in shaping the use of antenatal care in Afghanistan. This study, therefore, aims to examine the socio-economic correlates of antenatal and delivery care utilization among Afghan women.

\*Corresponding author: Mohammad Torkashvand-Moradabadi. Associate Professor of Demography, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

E-mail address: [m.torkashvand@yazd.ac.ir](mailto:m.torkashvand@yazd.ac.ir)E-ISSN: 2717-3208 / © National Institute for Population Research, Iran. This is an open access article under the CC BY 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).**Cite this article:**Soroush, W., Torkashvand-Moradabadi, M., Alimondegari, M., Ruhani, A. (2025). Socioeconomic determinants of antenatal care and postnatal care in Afghanistan. *Iranian Population Studies Journal*, 9(2), 109-128. <https://doi.org/10.22034/jips.2025.551106.1313>

## Method and Data

This study employs a quantitative approach and secondary data analysis to examine the socio-economic and demographic determinants influencing antenatal care in Afghanistan. The data are drawn from the 2015 Afghanistan Demographic and Health Survey (AfDHS), which surveyed 24,941 households and 29,461 ever-married women. The survey used a two-stage stratified sampling design: in the first stage, 950 clusters (urban and rural) were selected, and in the second stage, 27 households were systematically sampled from each cluster. After data screening, a total of 19,888 women who had experienced their most recent birth within the five years preceding the survey were included in the analysis. The variables examined encompass key socio-economic and demographic indicators of women and their spouses—including education, employment status, ethnicity, household economic standing, age at marriage, the interval between marriage and first birth, and parity. Antenatal care was categorized into three domains: pre-pregnancy care, care during pregnancy, and postnatal care. Data analysis was conducted using SPSS version 26 at two levels. First, descriptive analyses were performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square tests. Subsequently, a three-stage logistic regression modeling strategy was applied to assess the effects of independent variables on patterns of maternal care utilization. For comparative analyses, Nimroz Province was selected as the reference category.

## Findings

Overall, the findings indicate that the socio-economic profile of Afghan women is characterized by low literacy levels, limited employment opportunities, absence of health insurance coverage, and the predominance of extended family structures—factors that structurally constrain access to maternal healthcare. The data show that the utilization of pre-pregnancy, antenatal, and postnatal care is influenced by variables such as place of residence, women's and husbands' education, economic status, age at marriage, age at first birth, and ethnic background. Urban, educated women with literate spouses and higher household wealth demonstrated better utilization across all stages of maternal care, whereas illiterate, poor, rural women and those belonging to marginalized ethnic groups experienced markedly low levels of service use. However, the logistic regression results revealed that, due to the overall low coverage of maternal care across all social groups, a substantial portion of the model coefficients did not reach statistical significance—an indication of systemic deficiencies in the availability and accessibility of maternal health services. Geographic disparities were pronounced, with

provinces such as Nangarhar, Kunduz, Balkh, Baghlan, and Panjshir exhibiting better performance, while provinces like Badakhshan, Sar-e-Pul, and Daikundi ranked among the lowest. Women's education emerged as one of the strongest determinants, exerting consistent effects across all three stages of care. Economic status also demonstrated a reinforcing role, as higher wealth was associated with an increased likelihood of receiving services. Collectively, the findings underscore that maternal healthcare in Afghanistan is not only limited in scope and highly unequal but also profoundly shaped by structural, geographic, and educational determinants. Targeted policy interventions are urgently needed to enhance access and service quality, particularly in underserved regions.

## Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrate that Afghan women's utilization of pre-pregnancy, antenatal, and postnatal care remains low and unequal, with disparities rooted in structural, economic, cultural, and geographic factors. Urban, educated women with favorable economic conditions and planned pregnancies exhibited the highest levels of service uptake, whereas rural, poorly educated, and economically disadvantaged women—particularly those residing in less-developed provinces—faced substantial deprivation. The logistic regression results further reveal that variables such as maternal education, place of residence, household wealth, and ethnic differences are among the strongest predictors of access to maternal health services. While the model shows relatively strong explanatory power for certain indicators—such as tetanus vaccination and blood pressure monitoring—it reveals considerable weaknesses in areas such as counseling on pregnancy-related issues and postnatal home visits, reflecting systemic deficiencies in maternal healthcare provision. These findings align with international evidence emphasizing the critical role of socio-economic determinants in shaping women's health service utilization. Consequently, improving equity in maternal health in Afghanistan requires a multidimensional, evidence-based policy approach. Such an approach must prioritize strengthening healthcare infrastructure in underserved provinces, enhancing women's health literacy, expanding mobile and community-based services, providing economic support to disadvantaged households, and implementing culturally responsive interventions aimed at transforming traditional norms. Only through such comprehensive and targeted strategies can inequalities be reduced and the overall quality of antenatal and maternity care in the country be improved.

مقاله پژوهشی

## همبسته‌های اقتصادی - اجتماعی مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان در افغانستان

واحد سروش<sup>۱</sup>، محمد ترکاشوند مرادآبادی<sup>۲\*</sup>، ملیحه علی‌مندگاری<sup>۳</sup>، علی روحانی<sup>۴</sup><sup>۱</sup> دانشجوی دوره دکتری رشته جمعیت‌شناسی، گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.<sup>۲</sup> دانشیار جمعیت‌شناسی، گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.<sup>۳</sup> دانشیار جمعیت‌شناسی، گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.<sup>۴</sup> دانشیار جامعه‌شناسی، گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

## چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت انجام مراقبت دوران بارداری در میان زنان افغانستان است. روش پژوهش کمی و مبتنی بر تحلیل ثانویه داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵) است. نمونه مورد تحلیل شامل ۱۹،۸۸۸ زن دارای همسر ۱۵ تا ۴۹ ساله است که در پنج سال پیش از پیمایش زایمان داشته‌اند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی، در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان شهری، زنان با تحصیلات متوسطه و عالی، و زنان خانوارهای با وضعیت اقتصادی بهتر، دسترسی بیشتری به خدمات مراقبت‌های بارداری و زایمان دارند. عوامل فرهنگی و قومی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند؛ به‌گونه‌ای که زنان اوزبیک، تاجیک، هزاره و فارسی‌زبان نسبت به سایر گروه‌ها از بهره‌مندی بالاتری برخوردار بوده‌اند. علاوه بر این، خواسته بودن بارداری از عوامل کلیدی ارتقای دسترسی به خدمات سلامت محسوب می‌شود. تحلیل چندمتغیره بیانگر آن است که متغیرهای جغرافیایی، آموزشی، اقتصادی و فرهنگی اصلی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های انجام مراقبت هستند. در نتیجه باید گفت که سطح مراقبت دوران بارداری و زایمان در افغانستان، بسیار پایین است و وضعیت آن در برخی از استان‌ها و به‌ویژه برای زنان با تحصیلات پایین و همچنین باروری‌های ناخواسته در سطح هشدار قرار دارد و نیازمند توجه ویژه است.

## اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

## کلیدواژه‌ها:

تعیین‌کننده‌های اقتصادی-اجتماعی،  
مراقبت‌های دوران بارداری،  
مراقبت‌های پس از زایمان،  
زنان،  
افغانستان.

## مقدمه

(2020) و برای هر بارداری بدون عارضه دست‌کم چهار جلسه مراقبت پیش از زایمان را توصیه کرده است (Yeoh et al., 2016). همچنین، در سال ۲۰۱۶، دست‌کم هشت بار مراجعه و دریافت خدمات مراقبت‌های دوران بارداری را برای آماده‌سازی زن باردار جهت یک زایمان امن و جلوگیری از عوارض ناشی از بارداری و زایمان را پیشنهاد کرده است (Duodu et al., 2022).

مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت مادر، سلامت جنین و بقای کودکان زیر پنج سال است. مراقبت‌های دوران بارداری به مراقبت‌هایی اطلاق می‌شود که از زمان تایید بارداری تا شروع زایمان به زنان باردار ارائه می‌شود (Adegbola, 2008). سازمان جهانی بهداشت مراقبت‌های پیش از زایمان را به عنوان یک عامل محافظتی برای زایمان موفق معرفی کرده (Annoon et al., 2008).

\* نویسنده مسئول: محمد ترکاشوند مرادآبادی، دانشیار جمعیت‌شناسی، گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

نشانی ایمیل: [m.torkashvand@yazd.ac.ir](mailto:m.torkashvand@yazd.ac.ir)

استناد به این مقاله: سروش، واحد؛ ترکاشوند مرادآبادی، محمد؛ علی‌مندگاری، ملیحه؛ روحانی، علی (۱۴۰۴). همبسته‌های اقتصادی - اجتماعی مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان در افغانستان، *دوفصلنامه مطالعات جمعیتی*، ۹ (۲)، ۱۰۹-۱۲۸. <https://doi.org/10.22034/jips.2025.551106.1313>

مادری به کمتر از ۷۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده تا سال ۲۰۳۰ تعیین شده است (WHO, 2023). این هدف نه تنها نشان دهنده اهمیت سرمایه‌گذاری در سلامت مادران است؛ بلکه بر نقش نظام‌های سلامت کارآمد، عدالت در دسترسی و تقویت خدمات مراقبتی مبتنی بر شواهد نیز تأکید می‌کند.

در سال ۱۹۹۷، نرخ مرگ‌ومیر مادری در افغانستان با ۸۲۰ مرگ مادر در هر صد هزار تولد زنده در سال، یکی از بالاترین میزان مرگ‌ومیر مادران در جهان گزارش شد (Turner, 2006). بر اساس برآورد سازمان ملل، نرخ مرگ‌ومیرهای مادری در سال ۲۰۰۰، ۱۱۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بوده است، این میزان با ۶۴ درصد کاهش تا سال ۲۰۱۵ به ۳۹۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده کاهش یافت (Ezadi et al., 2022; Salama & Alwan, 2016). مرور نتایج مطالعات والدمن و والدمن و نیوبراندز<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) و اکسیر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶)، در خصوص مراقبت دوران بارداری در افغانستان نشان از این دارد که از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۳، مراقبت‌های دوران بارداری از ۱۶ درصد تا ۵۳ درصد، حضور پزشکان ماهر در وقت زایمان از ۱۴ درصد تا ۴۶ درصد و زایمان در یک مرکز بهداشتی با تسهیلات نسبتاً مناسب از ۱۳ درصد تا ۳۹ درصد افزایش یافته است. با توجه به این، مرگ‌ومیر مادری و کودکی بیش از نصف کاهش یافته است. با این حال، سلامت مادران و نوزادان و مرگ‌ومیرهای ناشی از بارداری و زایمان هنوز یکی از چالش‌های جدی مردم افغانستان است (Waldman & Newbrander, 2014; Akseer et al., 2016).

کمبود مراقبت‌های دوران بارداری، فقدان خدمات ایمن هنگام زایمان و ناکافی بودن مراقبت‌های پس از زایمان، همراه با آگاهی محدود از چرخه باروری، تغذیه نامناسب و نبود فعالیت بدنی صحیح از جمله عوامل اصلی تهدیدکننده سلامت مادران در بسیاری از کشورها به شمار می‌روند. این وضعیت در شرایطی تشدید می‌شود که زایمان‌ها در غیاب نیروهای متخصص و ماهر انجام می‌گیرد و نظام سلامت قادر به ارائه خدمات استاندارد و به‌موقع نیست (Laksono et al., 2020).

افزون بر این، شواهد نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی - اقتصادی نقش تعیین‌کننده‌ای در سطح دسترسی زنان به خدمات دوران بارداری و کارآمدی این خدمات دارند. این عوامل، نابرابری‌های پایدار و ساختاری را بازتاب می‌دهند که بر کیفیت و پیامدهای سلامت مادران تأثیرات بلندمدت بر جای می‌گذارند (Kim et al., 2018). چنین نابرابری‌هایی معمولاً در قالب تفاوت‌های آشکار سلامت میان گروه‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی نمود می‌یابد (Simoncic et al., 2022).

بهبود و ارتقای سلامت مادران، پنجمین آرمان توسعه هزاره<sup>۱</sup> بوده و دسترسی و انجام مراقبت‌های دوران بارداری از شاخص‌های مهم سنجش روند دستیابی و رسیدن به هدف مذکور است (United Nations, 2015; United Nations, 2024). برای اطمینان از سلامت کامل مادران و تکمیل بارداری بدون عارضه، مراقبت‌های دوران بارداری به عنوان یکی از اجزای اساسی سلامت مادران در دوران بارداری شناخته می‌شود (Shibre et al., 2020). خدمات مراقبت‌های دوران بارداری؛ نه تنها زایمان زودرس، عوارض بارداری و مرگ‌ومیر نوزادان را کاهش می‌دهد؛ بلکه حتی پس از زایمان هم، می‌توانند جان مادران باردار و نوزادان آن‌ها را نجات دهند (Amponsah et al., 2021; Akter et al., 2023a; Pandey & Karki, 2014). این خدمات شامل مکمل‌های تغذیه‌ای، واکسیناسیون، آموزش‌های مرتبط با سلامت، امکانات لازم در دوران بارداری و زایمان، ارزیابی وضعیت سلامت مادر و نوزاد و مشاوره است که برای کاهش مرگ‌ومیر نوزادان نیز مؤثر هستند (Omotosho et al., 2022). زنانی که مراقبت‌های کافی دوران بارداری را دریافت نمی‌کنند، در معرض خطر بیشتری عوارض ناشی از زایمان قرار دارند (Acharya, 2016).

مرگ‌ومیرهای ناشی از بارداری و زایمان همچنان یکی از چالش‌های جدی سلامت عمومی، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط است؛ جایی که عمده این مرگ‌ها به دلیل عوامل قابل پیشگیری رخ می‌دهد. در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳ هزار زن و دختر نوجوان و در سال ۲۰۲۰ حدود ۲۸۷ هزار زن در اثر عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان جان خود را از دست داده‌اند. آماری که اگرچه کاهش نسبی را نشان می‌دهد؛ اما همچنان بسیار نگران‌کننده است (WHO, 2018). تنها در سال ۲۰۲۰ روزانه ۸۰۰ تا ۸۳۰ زن، معادل مرگ یک زن در هر دو دقیقه، به دلیل عوارض قابل پیشگیری دوران بارداری و زایمان فوت کرده‌اند. افزون بر این، تمرکز جغرافیایی مرگ‌های مادری بیانگر تداوم نابرابری عمیق است؛ به‌گونه‌ای که ۹۵ درصد این مرگ‌ومیرها در کشورهای کم‌برخوردار گزارش شده و نشان‌دهنده نقش محدودیت‌های ساختاری، ضعف نظام سلامت، فقر، نابرابری‌های جنسیتی و ناکافی بودن مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان در استمرار این بحران جهانی است (WHO, 2023; Biswas et al., 2020; Laksono et al., 2020). اگر زنان باردار در این کشورها به خدمات مراقبت‌های دوران بارداری جامع و باکیفیت دسترسی می‌داشتند، بخش قابل توجهی از مرگ‌ومیرهای مادری قابل پیشگیری بود (WHO, 2018). این ضرورت، در هم‌سویی کامل با چشم‌انداز توسعه پایدار قرار دارد؛ جایی که یکی از اهداف کلیدی آن، کاهش مرگ‌ومیر

<sup>1</sup> Millennium Development Goal 5

<sup>2</sup> Waldman & Newbrander

<sup>3</sup> Akseer

مسیر گذار قرار گرفته‌اند، در حالی که گروه‌های دیگر همچنان در مراحل ابتدایی توسعه سلامت باروری باقی مانده‌اند. این ناهم‌زمانی موجب نابرابری در دسترسی و کیفیت مراقبت‌های بارداری می‌شود. از سوی دیگر، نظریه سرمایه سلامت چارچوبی روشن برای تبیین رفتار زنان در مراجعه یا عدم مراجعه به مراقبت‌های بارداری فراهم می‌کند. بر اساس این دیدگاه، سلامت نوعی سرمایه زیستی-اقتصادی است که افراد در آن سرمایه‌گذاری می‌کنند و بازده آن در قالب افزایش کیفیت زندگی، کاهش خطر مرگ‌ومیر مادر و نوزاد ظاهر می‌شود (Grossman, 1972). در شرایط افغانستان، زنانی که از سطح آموزش، تصمیم‌گیری، درآمد و آگاهی بالاتری برخوردارند، به‌طور طبیعی میزان بیشتری از این «سرمایه» را در اختیار دارند و بنابراین احتمال بیشتری دارد که مراقبت‌های بارداری، واکسیناسیون کزاز و ویزیت‌های تخصصی را دریافت کنند.

در تکمیل این مباحث، نظریه نابرابری‌های اجتماعی در سلامت نشان می‌دهد که ساختارهای کلیدی مانند طبقه اجتماعی، جنسیت، قومیت، محل سکونت و ساخت قدرت، «علل بنیادین» نابرابری‌های سلامت‌اند (Bruce & Jo, 1995). براساس این نظریه، زنان ساکن مناطق روستایی، گروه‌های کم‌سواد، اقوام حاشیه‌نشین یا خانواده‌های فقیر در صورت در دسترس بودن خدمات کمتر از مراقبت‌های دوران بارداری استفاده می‌کنند، زیرا محدودیت‌های ساختاری (نظیر فقر، فاصله جغرافیایی، تبعیض جنسیتی، محدودیت اجتماعی- فرهنگی و محدودیت تصمیم‌گیری زنان) مانع بهره‌برداری آنها می‌شود. بنابراین، نابرابری در مراقبت بارداری، نه صرفاً نتیجه انتخاب فردی، بلکه ریشه‌دار در ساختارهای اجتماعی و مدیریت منابع است.

با نگاه جمعیت‌شناختی، نظریه کول<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) نیز برای تبیین رفتارهای مراقبتی زنان افغانستان کاربرد دارد. کول، سه پیش‌شرط اساسی برای تغییر رفتار باروری—که به‌صورت مشابه برای رفتارهای مرتبط با مراقبت بارداری نیز صدق می‌کند، برمی‌شمرد: نخست، تصمیم‌گیری درباره باروری و سلامت باید «عقلانی و فردمحور» شود. در افغانستان این پیش‌شرط هنوز در بسیاری از مناطق محقق نشده است؛ زیرا اختیار تصمیم‌گیری درباره باروری و مراجعه به مراقبت‌های بهداشتی غالباً تحت کنترل شوهر، خانواده همسر یا ساختارهای سنتی قرار دارد. دوم، خانواده‌ها باید مراقبت‌های بارداری را «مزیت اجتماعی و اقتصادی» تلقی کنند. در بیشتر خانواده‌ها و گروه‌های قومی، بارداری یک رویداد طبیعی تلقی می‌شود و مراقبت پزشکی ضرورت «اجتماعی» ندارد، که این امر مانع تقاضای مراقبت می‌شود. سوم، دسترسی واقعی به خدمات و ابزارهای مراقبتی باید فراهم باشد؛ در حالی که در

مطالعات انجام‌شده در افغانستان بیانگر آن است که مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی- اجتماعی، فرهنگی و محدودیت‌های ساختاری در نظام سلامت، نقش مهمی در میزان بهره‌مندی زنان از مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان دارند. چالش‌هایی همچون بی‌سوادی، فقدان آموزش‌های بهداشتی، نبود آگاهی از اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری و دوران بارداری، فاصله زیاد تا مراکز درمانی، تنگناهای مالی و هنجارهای فرهنگی از موانع اصلی دسترسی زنان به خدمات سلامت بوده‌اند (Azimi et al., 2019; Kitabo & Damtie, 2020). همچنین، دسترسی به خدمات در مناطق روستایی به‌طور معناداری کمتر از مناطق شهری گزارش شده است (Rasooly et al., 2014; Tappis et al., 2016; Stanikzai et al., 2021). رفتار نامناسب کارکنان بهداشتی و کمبود مراکز درمانی نیز موجب کاهش تمایل زنان به استفاده از این خدمات می‌شود (Rahimi et al., 2022; Rahmani & Brekke, 2013). در سطح خانواده نیز ساختار تصمیم‌گیری مردسالارانه، به‌ویژه نقش محوری شوهر به‌عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی، دسترسی زنان به مراقبت‌های ضروری را محدود می‌کند. با این حال، عواملی چون تحصیلات مادر و همسر، وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر، سکونت در مناطق شهری، برنامه‌ریزی برای بارداری و دسترسی به اطلاعات، از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های استفاده از خدمات مراقبت دوران بارداری و زایمان شناخته می‌شوند (Tawfiq et al., 2023; Kitabo & Damtie, 2020).

با وجود این شواهد، به نظر می‌رسد همبسته‌های اقتصادی- اجتماعی مرتبط با مراقبت‌های بارداری و زایمان زنان افغانستان هنوز به‌طور جامع و نظام‌مند بررسی نشده‌اند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تحلیل این همبسته‌ها و تبیین نقش آن‌ها در استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان در افغانستان انجام گرفته است.

## مبانی نظری

مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان در افغانستان را می‌توان در چارچوب مجموعه‌ای از نظریات جمعیت‌شناختی، سلامت و فرهنگ بررسی کرد. از منظر نظریه گذار جمعیتی، جوامع در فرآیند توسعه از مرحله باروری و مرگ‌ومیر بالا به مرحله باروری و مرگ‌ومیر پایین گذار می‌کنند. این تحول ساختاری معمولاً با بهبود آموزش زنان، ارتقای بهداشت عمومی، شهرنشینی و بهبود تغذیه همراه است (Johnson, 1996; Hanks, 2008; Kirk, 1996). با این حال، در جامعه افغانستان، پاره‌ای از این مؤلفه‌ها به‌صورت نامتوازن تحقق یافته‌اند؛ به‌گونه‌ای که بخش‌های کوچکی از جامعه (خانواده‌های که در پایگاه اجتماعی- اقتصادی بالایی قرار دارند) در برخی استان‌ها یا گروه‌های قومی در

<sup>1</sup> Coale

بارداری در افغانستان، مرور ادبیات این پژوهش مبتنی بر مطالعات تطبیقی صورت گرفته در سایر کشورها است.

تفاوت‌های جغرافیایی و منطقه‌ای نیز نقش قابل توجهی در دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری ایفا می‌کنند. تحقیقات کانگبای<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در سیرالئون و لوکوا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در زیمبابوه، نشان داد که زنان ساکن مناطق شهری و برخوردار از تحصیلات عالی، دسترسی بیشتری به مراکز بهداشتی و خدمات زایمانی ماهرانه دارند (Kangbai et al., 2022; Lukwa et al., 2022). مطالعه پازنده<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در ایران نشان داد که سطح کلی سبک زندگی زنان باردار در استان هرمزگان، پایین‌تر از حد متوسط بوده و در این میان، مدیریت استرس و فعالیت بدنی کمترین امتیاز را داشته‌اند (Pazandeh et al., 2024).

تحصیلات مادر و همسر نیز از عوامل تعیین‌کننده اساسی در میزان بهره‌گیری از مراقبت‌های بارداری محسوب می‌شود. عالم‌گیر و همکاران (۲۰۲۴) در بنگلادش و لی و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۲۳) در تایوان دریافتند که سطوح پایین تحصیلات و درآمد، موانع عمده در دسترسی به خدمات مراقبتی دوران بارداری هستند (Lee et al., 2023; Alamgir et al., 2024). به طور مشابه، آکتر و همکاران (۲۰۲۳a) تأکید کردند که سطح تحصیلات زنان و همسرانشان نقش بسزایی در تکمیل یا ناقص ماندن مراجعات مراقبتی دوران بارداری و زایمان دارد (Akter et al., 2023a). همچنین، یافته‌های لوکوا و همکاران (۲۰۲۲) در زیمبابوه نشان داد که افزایش سطح تحصیلات مادران و همسرانشان منجر به بهبود دسترسی به خدمات مراقبتی دوران بارداری شده است (Lukwa et al., 2022). در همین راستا، رحیمی و همکاران (۱۳۹۹) تأکید کردند که حمایت اجتماعی و آموزش‌های دوران بارداری تأثیر مستقیمی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان دارد.

بررسی‌های گسترده‌ای نشان داده‌اند که قومیت و نژاد به‌عنوان متغیرهای اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر دسترسی و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری دارند. اونیشی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در اسپانیا گزارش کردند که تفاوت‌های معناداری در بروز زایمان زودرس و پره‌اکلامپسی میان زنان سیاه‌پوست و سفیدپوست غیر اسپانیایی وجود دارد که این اختلافات عمدتاً به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نسبت داده می‌شود. (Onishi et al., 2024). در سیرالئون<sup>۶</sup>، دیکسون<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که قومیت و آزادی رفت‌وآمد

افغانستان موانع جغرافیایی، امنیتی و زیرساختی موجب می‌شود بسیاری از زنان نتوانند از این خدمات بهره‌مند شوند (Coale, 1973).

نابرابری‌های مراقبت بارداری در افغانستان را می‌توان همچنین با دو رویکرد نظری «فرضیه همانندی ویژگی‌ها» و «فرضیه اثر قومی/فرهنگی» تحلیل کرد. براساس فرضیه همانندی ویژگی‌ها، تفاوت‌های مراقبت بارداری میان اقوام نه ناشی از فرهنگ، بلکه ناشی از تفاوت در تحصیلات، درآمد، سواد سلامت، سطح شهرنشینی و دسترسی به خدمات است (Nai Peng, 2002; Poston, 2006). مطابق این دیدگاه، اگر زنان هزاره، پشتون، تاجیک یا ازوبیک از سطح مشابهی از آموزش، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، فرصت انتخاب و تصمیم‌گیری و دسترسی برخوردار باشند، الگوهای مراقبت آنها نیز یکسان خواهد شد. بنابراین، تفاوت‌های کنونی در افغانستان نتیجه نابرابری ساختاری است، نه تفاوت فرهنگی.

در مقابل، فرضیه اثر قومی-فرهنگی تأکید می‌کند که ارزش‌ها، هنجارها و باورهای فرهنگی گروه‌های قومی می‌تواند به‌طور مستقل بر رفتارهای مراقبت بارداری تأثیر بگذارد. برای نمونه، در برخی گروه‌ها بارداری پدیده‌ای «طبیعی» تلقی می‌شود و مراجعه به کلینیک نشانه ضعف یا بی‌اعتمادی به مهارت‌های سنتی زنانه محسوب می‌گردد. یا در برخی جوامع، تصمیم‌گیری درباره سلامت زنان تحت کنترل مردان یا بزرگان خانواده است و این هنجار فرهنگی مانع دریافت مراقبت‌های به‌موقع می‌شود. همچنین باورهای فرهنگی مانند ترویج ازدواج زود هنگام، ارزش‌گذاری بر فرزند پسر، و ممنوعیت یا بدبینی نسبت به روش‌های پیشگیری از بارداری می‌تواند موجب تأخیر در مراجعه به مراقبت، عدم تکمیل مراقبت‌های بارداری یا غفلت از مراقبت پس از زایمان شود (Bean & Marcum, 1978; McQuillan, 2004).

### پیشینه پژوهش

مراقبت‌های دوران بارداری تحت تأثیر طیفی از عوامل اقتصادی - اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی قرار دارد که در مطالعات متعددی در مقیاس جهانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند (Aboagye et al., 2025; Tegegne et al., 2018). یافته‌های این پژوهش‌ها بر ضرورت مداخلات هدفمند در راستای کاهش نابرابری‌ها و ارتقای پیامدهای بارداری در جوامع مختلف تأکید دارند. با توجه به محدودیت پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی مراقبت‌های

<sup>1</sup> Kangbai

<sup>2</sup> Lukwa

<sup>3</sup> Pazandeh

<sup>4</sup> Lee et al

<sup>5</sup> Onishi

<sup>6</sup> Sierra Leone

<sup>7</sup> Dickson

برخی مطالعات بر اثربخشی مداخلات یکپارچه و حمایت‌های بهداشتی در بهبود شاخص‌های سلامت دوران بارداری تأکید دارند. ایکوبان<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در رومانی دریافتند که ارائه خدمات مراقبتی یکپارچه پیش از زایمان، منجر به افزایش طول دوره بارداری، افزایش وزن نوزاد هنگام تولد و کاهش عوارض زایمان شده است (Iacoban et al., 2024). در ایالات متحده، شورت و زاگر<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۲) بر نقش عوامل ساختاری و سیاست‌های کلان در شکل‌گیری نابرابری‌های سلامت زنان از جمله دسترسی به خدمات مراقبتی، آموزش و طول عمر تأکید کردند (Short & Zacher, 2022).

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که بهره‌مندی از مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان، در سطح جهانی، تابعی پیچیده از عوامل اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی و مرتبط با خدمات سلامت است. مطالعات متعدد در کشورهای مختلف تأثیر تعیین‌کننده‌ای برای متغیرهایی چون سطح درآمد و ثروت خانوار، تحصیلات زن و همسر، محل سکونت (شهری/روستایی)، قومیت، دسترسی فیزیکی و مالی به خدمات، و هنجارهای اجتماعی قائل شده‌اند. با این وجود، شکاف پژوهشی آشکاری در مورد تحلیل جامع و کمی این تعیین‌کننده‌ها در سطح ملی افغانستان وجود دارد. اغلب شواهد موجود یا کیفی و محدود به مناطق خاص هستند یا به داده‌های کلی و غیرقابل تعمیم متکی می‌باشند.

نوآوری محوری این مطالعه در پر کردن همین شکاف از طریق به کارگیری داده‌های کشوری پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (DHS) برای سال ۲۰۱۵ است. این داده‌ها برای نخستین بار امکان بررسی همزمان و نظام‌مند طیف وسیعی از همبسته‌های اقتصادی-اجتماعی مراقبت‌های بارداری را در تمامی نقاط کشور و در زیرگروه‌های استانی و قومی، فراهم می‌سازد. تحلیل حاضر با استفاده از این منبع معتبر، قادر است تصویری کلان، قابل اعتماد و قابل اتکا از الگوهای نابرابری در دسترسی به این مراقبت‌های حیاتی ارائه دهد. اگرچه داده‌ها متعلق به سال ۲۰۱۵ هستند؛ اما یافته‌های این پژوهش به‌عنوان یک تحلیل جامع می‌تواند وضعیت افغانستان را به‌ویژه پیش از تحولات سیاسی اخیر در این کشور نشان دهد و لذا از ارزش تحلیلی و سیاستی بالایی برخوردار است.

زنان از عوامل کلیدی تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت‌های بارداری است. به طور مشابه، داسون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲) در نیوزیلند<sup>۲</sup> دریافتند که زنان مائوری و آسیایی در مقایسه با زنان اروپایی/نیوزیلندی، به خدمات مراقبتی دوران بارداری دسترسی کمتری داشتند. در ژاپن نیز، اوساوا و کوداما<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) تأثیر عواملی مانند تراکم جمعیت و درصد مهاجران غیرژاپنی را بر تأخیر در شروع یا عدم بهره‌گیری از مراقبت‌های پیش از زایمان مورد تأکید قرار دادند.

عوامل فرهنگی و اجتماعی نظیر مذهب، حمایت اجتماعی و تنظیم خانواده تأثیر چشمگیری در بهره‌گیری از خدمات مراقبت‌های دوران بارداری دارند. یافته‌های اولوآداره<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در نیجریه و دیکسون و همکاران (۲۰۲۳) در سیرالئون نشان داد که متغیرهایی مانند مذهب، دسترسی به رسانه‌های جمعی نظیر رادیو، داشتن اجازه رفت‌وآمد به مراکز درمانی، بهره‌مندی از بیمه سلامت و تعلق قومی، تأثیر معناداری بر میزان استفاده از این خدمات دارند (Dickson et al., 2023; Oluwadare et al., 2024). علاوه بر این، آهینکورا<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۱) در گینه گزارش کردند که زنانی که در معرض رسانه‌های جمعی قرار داشتند یا در خانواده‌هایی با سرپرستی زنان زندگی می‌کردند، دسترسی بیشتری به مراقبت‌های دوران بارداری داشتند (Ahinkorah et al., 2021).

وضعیت اقتصادی خانوار یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر بهره‌مندی از مراقبت‌های دوران بارداری به‌شمار می‌رود. مطالعات سلبانو و آتاگوبا<sup>۶</sup> (۲۰۲۲) و هابونیماننا و باتورا<sup>۷</sup> (۲۰۲۱) بیانگر آن است که زنان متعلق به طبقات اقتصادی مرفه‌تر و شاغل، به‌طور معناداری از مراقبت‌های بارداری بهره بیشتری برده‌اند؛ درحالی‌که زنان دارای وضعیت اقتصادی پایین‌تر، یا اصلاً از این خدمات استفاده نکرده یا مراجعات کمتری به مراکز بهداشتی داشته‌اند (Habonimana & Batura, 2021; Selebano & Ataguba, 2022). افزون بر این، یافته‌های بامیکئولو<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در نیجریه نشان داد که عواملی نظیر بیکاری همسر و عدم بهره‌مندی از مراقبت‌های بارداری، با افزایش نرخ زایمان زودرس ارتباط مستقیم دارند (Bamikeolu et al., 2024).

<sup>1</sup> Dawson

<sup>2</sup> New Zealand

<sup>3</sup> Osawa & Kodama

<sup>4</sup> Oluwadare

<sup>5</sup> Ahinkorah

<sup>6</sup> Selebano & Ataguba

<sup>7</sup> Habonimana & Batura

<sup>8</sup> Bamikeolu

<sup>9</sup> Iacoban

<sup>10</sup> Short & Zacher

## روش پژوهش و داده‌ها

مستقل با مراقبت‌های دوران بارداری، مدل‌سازی رگرسیون- لجستیک در سه مرحله انجام شده و در تحلیل‌های تطبیقی، استان نیمروز به عنوان استان مرجع در نظر گرفته شده است.

## یافته‌ها

جدول ۱، توزیع درصدی ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی این زنان را ارائه می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که سطح سواد در میان زنان مورد مطالعه بسیار پایین بوده و اکثریت آن‌ها در خارج از نیروی کار رسمی قرار دارند. الگوی ازدواج غالب در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی مشاهده شده و اکثر زنان طی دو سال نخست پس از ازدواج، اولین فرزند خود را به دنیا آورده‌اند. از نظر ساختار قومی، بیشترین نمونه در پیمایش جمعیت و سلامت سال ۲۰۱۵، مربوط به پشتون‌ها و تاجیک‌ها است. افزون بر این، درک ذهنی از وضعیت اقتصادی حاکی از آن است که بخش قابل توجهی از زنان خود را در زمره اقشار فقیر جامعه طبقه‌بندی کرده‌اند و تقریباً تمامی آن‌ها فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای بوده‌اند که این امر می‌تواند مانعی اساسی در دسترسی به خدمات سلامت دوران بارداری و زایمان تلقی گردد.

جدول ۲ به بررسی ویژگی‌های خانوادگی زنان پاسخگو پرداخته و متغیرهایی نظیر وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات همسر، گروه‌های سنی همسر و ساختار خانوار را مورد تحلیل قرار داده است. یافته‌ها حاکی از آن است که در افغانستان، مشاغل غالباً در بخش کشاورزی و فعالیت‌های یدی متمرکز بوده و فرصت‌های شغلی در بخش‌های رسمی و تخصصی محدود است. علاوه بر این، سطح تحصیلات همسران به‌طور کلی پایین گزارش شده که بیانگر دسترسی محدود به آموزش و فرصت‌های تحصیلی در این جامعه است. از منظر ساختار خانوار، الگوی خانواده گسترده به‌عنوان الگوی رایج شناخته می‌شود که با ویژگی‌هایی همچون همزیستی چندین نسل در یک واحد مسکونی و تأثیرپذیری تصمیمات خانوادگی از روابط بین‌نسلی همراه است.

این پژوهش با رویکرد کمی و از طریق تحلیل ثانویه داده‌ها، به بررسی عوامل مرتبط با مراقبت‌های دوران بارداری در افغانستان پرداخته است. داده‌های مورد استفاده از پیمایش ملی جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵)، استخراج شده که در آن، ۲۴/۹۴۱ خانوار مورد مطالعه قرار گرفته است. در این پیمایش، از میان ۳۰/۴۳۴ زن دارای همسر ۱۵ تا ۴۹ ساله شناسایی شده برای مصاحبه فردی، اطلاعات ۲۹/۴۶۱ زن گردآوری شده است. روش نمونه‌گیری این پیمایش به صورت طبقه‌بندی شده دو مرحله‌ای طراحی شده است؛ در مرحله نخست، ۹۵۰ خوشه (۲۶۰ خوشه شهری و ۶۹۰ خوشه روستایی) انتخاب و در مرحله دوم، از هر خوشه ۲۷ خانوار به شیوه تصادفی منظم گزینش شدند (Central Statistics Organization (CSO), Ministry of Public Health (MoPH), 2017).

داده‌های مورد استفاده در این پژوهش، حاصل پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط زنان شرکت‌کننده در پیمایش جمعیت و سلامت است. پس از غربالگری داده‌ها، زنانی که در پنج سال پیش از پیمایش، آخرین فرزند خود را به دنیا آورده بودند، وارد تحلیل شده و در مجموع ۹/۸۸۸ زن مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرهای مورد مطالعه شامل ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی زنان و همسرانشان (مانند تحصیلات، اشتغال، قومیت، وضعیت اقتصادی، سن ازدواج، فاصله ازدواج تا اولین تولد فرزند، و تعداد کل فرزندان زنده به دنیا آمده) بوده است. همچنین، مراقبت‌های دوران بارداری در سه بخش مراقبت‌های پیش از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان دسته‌بندی شده‌اند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو سطح تحلیل شده است: در سطح نخست، توصیف داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری مانند فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون کای اسکور صورت گرفته است. در سطح دوم، برای بررسی رابطه متغیرهای

**جدول ۱.** درصد‌های معتبر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی زنان افغانستان بر پایه داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵).  
**Table 1.** The valid percentages of Afghanistan women's socio-economic variables were derived from the data of the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015).

درصد	گروه	متغیر	درصد	گروه	متغیر
۴۳/۱	پشتون	قومیت	۹۸/۳	مدرسه	نوع مدرسه
۲۹/۵	تاجیک		۱/۷	حوزه دینی	
۸/۷	هزاره		۸۵/۱	بی‌سواد	سطح تحصیلات
۶/۸	ازبک		۷/۱	ابتدایی	
۲/۱	ترکمن		۶/۳	متوسطه	
۵/۲	نورستانی	۱/۵	دیپلم	زبان مادری	
۱/۲	بلوچ	۴۳/۱	فارسی		
۱/۹	پشه‌ای	۴۱/۶	پشتو		
۱/۴	سایر	۱۵/۳	سایر	شغل پاسخ	
۱۸/۸	فقیرتر	۸۶/۷	بیکار		
۲۲/۷	فقیرتر	۴/۵	فنی - حرفه‌ای / مدیریتی		
۲۲/۱	متوسط	۰/۰	روحانی		
۲۱/۶	ثروتمند	۵/۳	کشاورز - خود اشتغال		
۱۴/۷	ثروتمندتر	۰/۱	خدمات	وضعیت فعلی رانشوئی	
۹۹/۹	نخیر	۱/۸	یدی کار ماهر		
۰/۱	بله	پوشش بیمه	۱/۶	یدی کار غیرماهر	
۱/۰	ماه ۰		۹۸/۹	متاهل	
۱۶/۸	۱ تا ۹ ماه	فاصله ازدواج تا اولین تولد (ماه)	۰/۹	بیوه	
۳۰/۸	۱۰ تا ۱۴ ماه		۰/۲	مطلقه	
۱۶/۷	۱۵ تا ۱۹ ماه		۰/۱	جدا شده/با هم زندگی نمی‌کنند	
۱۲/۳	۲۰ تا ۲۴ ماه		۴/۳	۱۹-۱۵	
۲۲/۴	۲۵ و بالاتر		۲۴/۴	۲۴-۲۰	
۵۶/۰	بی‌سواد	تحصیلات همسر	۲۸/۸	۲۹-۲۵	سن ازدواج
۱۳/۸	ابتدایی		۱۸/۴	۳۴-۳۰	
۲۲/۲	متوسطه		۱۴/۵	۳۹-۳۵	
۷/۰	دیپلم		۶/۶	۴۴-۴۰	
۱/۱	نمی‌دانم		۳/۰	۴۹-۴۵	

**جدول ۲.** درصد‌های معتبر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی زنان افغانستان بر پایه داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵).  
**Table 2.** presents the valid percentages of Afghanistan women's socio-economic variables based on data from the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015).

درصد	مقوله‌ها	متغیر	درصد	مقوله‌ها	متغیر
۲۱/۴	فنی - حرفه‌ای	شغل همسر	۵/۰	کمتر از ۱۵ سال	سن پاسخ‌دهندگان در اولین تولد
۳/۰	روحانی		۵۲/۳	۱۵ تا ۱۹ سال	
۲۸/۲	کشاورز - خود اشتغال		۳۵/۸	۲۰ تا ۲۴ سال	
۱۵/۵	خدمات/فروشنده		۶/۹	۲۵ و بالاتر	
۱۴/۷	یدی کار ماهر		۷۶/۴	نخیر	وضعیت بارداری فعلی
۱۷/۳	یدی کار غیرماهر	۲۳/۶	بله		
۰/۶	کمتر از ۲۰ سال	سن همسر	۳۰/۵	۱ تا ۲ فرزند	کل فرزندان به دنیا آمده
۳۴/۰	۲۰ تا ۲۹ سال		۲۸/۲	۳ تا ۴ فرزند	
۳۹/۰	۳۰ تا ۳۹ سال		۲۰/۹	۵ تا ۶ فرزند	
۲۶/۴	۴۰ و بالاتر		۲۰/۴	۷ و بالاتر	

نشان داده‌اند. همچنین، زنان فارسی‌زبان در هر سه مرحله مراقبتی نسبت به سایر گروه‌های زبانی مشارکت بیشتری داشته‌اند. سن زنان در نخستین زایمان نیز با میزان دریافت مراقبت‌ها ارتباط داشته است؛ زنانی که اولین فرزند خود را در سن ۲۵ سال و بالاتر به دنیا آورده‌اند، از مراقبت‌های بیشتری برخوردار بوده‌اند. به علاوه، فاصله ازدواج تا تولد نخستین فرزند نیز تأثیر معناداری داشته است؛ زنانی با فاصله زمانی ۲۰ تا ۲۴ ماه و ۲۵ ماه و بالاتر، بیشترین میزان مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت کرده‌اند.

وضعیت تأهل زنان نیز با میزان بهره‌مندی از مراقبت‌ها ارتباط معناداری نشان داده است. زنان متأهل در مقایسه با زنان بیوه و مطلقه میزان بیشتری از مراقبت‌ها را دریافت کرده‌اند. علاوه بر این، وضعیت اقتصادی نقش برجسته‌ای داشته و زنان متعلق به طبقات ثروتمند و ثروتمندتر به میزان قابل توجهی بیشتر از خدمات مراقبتی بهره برده‌اند، در حالی که در میان زنان فقیر این میزان کمتر از ۵۰ درصد بوده است. در نهایت، اشتغال زنان نیز با دسترسی خدمات مراقبتی رابطه‌ی معنادار داشته است؛ زنانی که در مشاغل فنی و مدیریتی، روحانی و یدی کار ماهر فعالیت داشته‌اند، بیشترین میزان مراقبت‌های پیش از بارداری و دوران بارداری را دریافت کرده‌اند، در حالی که مراقبت‌های پس از زایمان در میان زنان شاغل در حوزه خدمات، روحانیت و مشاغل یدی کار ماهر بالاتر بوده است.

جدول ۳ به تحلیل درصد بهره‌مندی زنان از مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان بر مبنای متغیرهای اقتصادی - اجتماعی پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که زنان شهری نسبت به زنان روستایی در تمامی مراحل مراقبتی از خدمات بیشتری بهره برده‌اند. همچنین، سن ازدواج نقش قابل توجهی داشته است؛ به طوری که زنان ازدواج کرده در سنین ۳۵-۳۹ سال، بیشترین میزان مراقبت‌های پیش از بارداری (۵۰/۷۶ درصد) را دریافت کرده‌اند.

تحصیلات زنان رابطه‌ی مستقیم و معناداری با میزان بهره‌مندی آنان از خدمات مراقبتی دارد. زنانی با تحصیلات مدرسه‌ای در مقایسه با تحصیل‌کردگان در حوزه‌های دینی، مراقبت‌های بیشتری دریافت کرده‌اند؛ به طور خاص، زنان دارای مدرک دیپلم بیشترین میزان مراقبت‌ها را تجربه کرده‌اند. در مقابل، زنان بی‌سواد در تمامی مراحل کمتر از ۵۰ درصد از مراقبت‌ها بهره‌مند شده‌اند. سطح تحصیلات همسران نیز رابطه مستقیمی با میزان دریافت مراقبت‌ها داشته است؛ زنانی که همسرانشان تحصیلات دیپلم داشتند، بیشترین بهره‌مندی از مراقبت‌های پیش از بارداری (۶۳/۰۸ درصد)، دوران بارداری (۶۱/۶۰ درصد) و پس از زایمان (۴۰/۸۶ درصد) را تجربه کرده‌اند، در حالی که این میزان در زنان با همسران بی‌سواد، به کمتر از ۴۵ درصد کاهش یافته است. از منظر قومیت، زنان ازبیک، تاجیک، ترکمن و هزاره بیشترین میزان مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت کرده‌اند، در حالی که زنان نورستانی، پشه‌ای و بلوچ پایین‌ترین سطح بهره‌مندی را

جدول ۳. میانگین درصد مراقبت‌های قبل از بارداری، دوران بارداری و زایمان بر اساس متغیرهای اجتماعی - اقتصادی و با اتکا به داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵)

Table 3. reports the mean percentages of preconception, antenatal, and delivery care, calculated according to socio-economic variables and derived from the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015).

متغیرها	مقوله‌ها	مراقبت‌های قبل بارداری	مراقبت‌های دوران بارداری	مراقبت‌های بعد زایمان	متغیرها	مقوله‌ها	مراقبت‌های قبل بارداری	مراقبت‌های دوران بارداری	مراقبت‌های بعد زایمان
نوع سکونت	شهری	۵۷/۵۹	۵۵/۷۰	۳۶/۲۲	نوع محل سکونت	شهری	۵۷/۵۹	۵۵/۷۰	۳۶/۲۲
	روستایی	۴۴/۴۳	۴۵/۰۳	۳۱/۱۰		روستایی	۴۴/۴۳	۴۵/۰۳	۳۱/۱۰
	۱۹-۱۵	۳۹/۴۱	۴۷/۹۲	۳۱/۴۲		۱۹-۱۵	۳۹/۴۱	۴۷/۹۲	۳۱/۴۲
	۲۴-۲۰	۴۷/۵۰	۴۹/۹۰	۳۲/۱۹		۲۴-۲۰	۴۷/۵۰	۴۹/۹۰	۳۲/۱۹
نوع ازدواج زنان	۲۹-۲۵	۴۷/۲۹	۴۷/۲۲	۳۲/۳۱	نوع ازدواج زنان	۲۹-۲۵	۴۷/۲۹	۴۷/۲۲	۳۲/۳۱
	۳۴-۳۰	۴۷/۸۳	۴۷/۰۳	۳۲/۶۷		۳۴-۳۰	۴۷/۸۳	۴۷/۰۳	۳۲/۶۷
	۳۹-۳۵	۵۰/۷۶	۴۷/۲۲	۳۳/۱۰		۳۹-۳۵	۵۰/۷۶	۴۷/۲۲	۳۳/۱۰
	۴۴-۴۰	۴۶/۶۵	۴۵/۶۲	۳۱/۵۲		۴۴-۴۰	۴۶/۶۵	۴۵/۶۲	۳۱/۵۲
نوع تحصیلی	۴۹-۴۵	۴۶/۵۸	۴۵/۰۷	۳۰/۹۳	نوع تحصیلی	۴۹-۴۵	۴۶/۵۸	۴۵/۰۷	۳۰/۹۳
	مدرسه	۶۷/۶۸	۵۹/۷۲	۴۰/۹۶		مدرسه	۶۷/۶۸	۵۹/۷۲	۴۰/۹۶
	حوزه دینی	۵۰/۲۶	۴۶/۴۱	۲۹/۸۸		حوزه دینی	۵۰/۲۶	۴۶/۴۱	۲۹/۸۸
	بی‌سواد	۴۴/۴۰	۴۵/۵۴	۳۰/۶۸		بی‌سواد	۴۴/۴۰	۴۵/۵۴	۳۰/۶۸
وضعیت تحصیلات زنان	ابتدایی	۶۳/۱۱	۵۶/۰۴	۳۹/۲۲	وضعیت تحصیلات زنان	ابتدایی	۶۳/۱۱	۵۶/۰۴	۳۹/۲۲
	متوسطه	۶۹/۳۳	۶۰/۷۶	۴۰/۳۲		متوسطه	۶۹/۳۳	۶۰/۷۶	۴۰/۳۲
	دیپلم	۷۹/۷۹	۶۹/۴۸	۵۰/۴۱		دیپلم	۷۹/۷۹	۶۹/۴۸	۵۰/۴۱
	پشتون	۴۴/۶۶	۴۹/۳۷	۳۲/۲۵		پشتون	۴۴/۶۶	۴۹/۳۷	۳۲/۲۵
قومیت زنان	تاجیک	۵۸/۱۲	۵۱/۹۵	۳۶/۱۱	قومیت زنان	تاجیک	۵۸/۱۲	۵۱/۹۵	۳۶/۱۱
	هزاره	۵۰/۸۱	۴۷/۷۶	۳۰/۸۷		هزاره	۵۰/۸۱	۴۷/۷۶	۳۰/۸۷
	ازبک	۵۹/۱۹	۴۶/۳۷	۳۳/۷۳		ازبک	۵۹/۱۹	۴۶/۳۷	۳۳/۷۳
	ترکمن	۵۲/۸۶	۴۲/۱۷	۳۱/۶۹		ترکمن	۵۲/۸۶	۴۲/۱۷	۳۱/۶۹
وضعیت اقتصادی زنان	نورستانی	۶/۹۵	۲۳/۲۸	۱۵/۰۱	وضعیت اقتصادی زنان	نورستانی	۶/۹۵	۲۳/۲۸	۱۵/۰۱
	بلوچ	۲۹/۲۰	۳۵/۹۱	۱۹/۵۴		بلوچ	۲۹/۲۰	۳۵/۹۱	۱۹/۵۴
	پشه‌ای	۳۴/۲۸	۳۳/۰۹	۲۷/۰۷		پشه‌ای	۳۴/۲۸	۳۳/۰۹	۲۷/۰۷
	دیگران	۶۱/۹۰	۵۱/۶۷	۳۹/۲۴		دیگران	۶۱/۹۰	۵۱/۶۷	۳۹/۲۴
وضعیت شغلی زنان	بی‌سواد	۴۱/۹۱	۴۲/۶۶	۲۹/۳۷	وضعیت شغلی زنان	بی‌سواد	۴۱/۹۱	۴۲/۶۶	۲۹/۳۷
	ابتدایی	۵۳/۳۳	۵۰/۴۳	۶۴/۶۳		ابتدایی	۵۳/۳۳	۵۰/۴۳	۶۴/۶۳
	متوسطه	۵۵/۱۰	۵۳/۹۳	۳۵/۳۱		متوسطه	۵۵/۱۰	۵۳/۹۳	۳۵/۳۱
	دیپلم	۶۳/۰۸	۶۱/۶۰	۴۰/۸۶		دیپلم	۶۳/۰۸	۶۱/۶۰	۴۰/۸۶
زبان	فارسی	۵۵/۹۳	۴۳/۷۶	۳۸/۶۰	زبان	فارسی	۵۵/۹۳	۴۳/۷۶	۳۸/۶۰
	پشتو	۴۴/۵۶	۳۹/۶۶	۳۳/۰۲		پشتو	۴۴/۵۶	۳۹/۶۶	۳۳/۰۲
	دیگران	۳۴/۱۷	۲۸/۷۷	۲۷/۵۳		دیگران	۳۴/۱۷	۲۸/۷۷	۲۷/۵۳
	مادری	۴۴/۵۶	۳۹/۶۶	۳۳/۰۲		مادری	۴۴/۵۶	۳۹/۶۶	۳۳/۰۲
وضعیت تغذیه زنان	یاری کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸	وضعیت تغذیه زنان	یاری کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یاری کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یاری کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲		فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
زبان مادری	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴	زبان مادری	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸		یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲	وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴		کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸	وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲		فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴	وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸		یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲	وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴		کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸	وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲		فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴	وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸		یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲	وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴		کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸	وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲		فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴	وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸		یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲	وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴		کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸	وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲		فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴	وضعیت اشتغال زنان	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸		یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲	وضعیت اشتغال زنان	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷		روحانی	۶۶/۶۷	۶۸/۲۵	۴۱/۶۷
	کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴		کشاورز - خود اشتغال	۱۶/۸۵	۲۸/۶۳	۱۵/۷۴
	خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲		خدمات	۴۳/۳۳	۵۳/۳۳	۳۸/۲۲
وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸	وضعیت اشتغال زنان	یدی کار ماهر	۵۱/۳۰	۴۲/۴۱	۳۴/۸۸
	یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷		یدی کار غیرماهر	۲۴/۹۹	۲۹/۶۹	۲۲/۴۷
	فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲		فنی - حرفه‌ای/ مدیریتی	۵۴/۷۱	۵۰/۱۰	۳۳/۶۲
	روحانی								

(۲۲/۱)، پنجشیر (۲۱/۴) و سمنگان (۱۷/۲) بیشترین مشارکت را در این نوع تعاملات سلامت‌محور داشته‌اند؛ در حالی که بدخشان (۵/۷)، کندز (۷/۳) و بلخ (۷/۴) پایین‌ترین سطوح را ثبت کرده‌اند. این یافته‌ها گویای آن است که سرمایه فرهنگی سلامت و تعاملات ارتباطی مرتبط با بارداری نیز ماهیت فضایی و نابرابر دارد.

در سطح فردی، تحصیلات مادر یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های بهره‌مندی از مراقبت‌های پیش از بارداری است. زنان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر ۳/۳ برابر بیش از زنان با تحصیلات پایین‌تر از این خدمات استفاده کرده‌اند؛ موضوعی که نشان‌دهنده نقش برجسته سواد در ارتقای آگاهی سلامت، افزایش خودکارآمدی و بهبود رفتار جست‌وجوی سلامت است. همچنین، محل سکونت اثر محسوس بر دسترسی داشته است؛ به‌گونه‌ای که زنان شهری دو برابر زنان روستایی از خدمات پیش از بارداری بهره‌مند شده‌اند، امری که ضعف زیرساخت‌های روستایی، محدودیت امکانات بهداشتی، و فاصله جغرافیایی با مراکز درمانی را برجسته می‌کند.

یافته‌های جدول (۴) نشان می‌دهد که الگوی بهره‌مندی زنان از مراقبت‌های پیش از بارداری شامل ویزیت‌های قبل از بارداری، دریافت واکسن کزاز و گفتگو درباره مسائل دوران بارداری به شدت تحت تأثیر مجموعه‌ای از متغیرهای جغرافیایی، تحصیلی، اقتصادی، فرهنگی و باروری قرار دارد. از منظر نابرابری‌های فضایی، نتایج رگرسیون لجستیک بیانگر تفاوت‌های معنادار میان استان‌هاست؛ به‌گونه‌ای که استان‌های ننگرهار  $\text{Exp(B)} = ۶۷/۳$ ، کندز (۳۳/۹)، لغمان (۱۶/۷)، بلخ و لوگر (۱۴/۹) بیشترین احتمال دریافت ویزیت پیش از بارداری را در مقایسه با استان نیمروز (استان مرجع) دارند. در مقابل، استان‌های دایکندی (۶/۲)، سرپل (۶/۵) و بدخشان (۷/۵) کمترین احتمال را نشان می‌دهند. این شکاف‌های بارز، نمود روشنی از ناهم‌ترازی جغرافیایی در توزیع خدمات سلامت باروری در کشور است.

در خصوص واکسیناسیون کزاز نیز تفاوت‌های قابل توجهی مشاهده می‌شود؛ استان لوگر با ضریب ۲۲/۱ بالاترین احتمال دریافت واکسن را دارد. الگوی گفت‌وگوی زنان درباره مسائل بارداری نیز توزیع نامتوازنی را آشکار می‌سازد، به‌طوری‌که زنان ساکن لوگر (۵۷/۱)، غور

جدول ۴. نتایج رگرسیون لجستیک مراقبت‌های قبل از بارداری در افغانستان بر اساس داده‌های پیمایش ملی جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵)

Table 4. Logistic regression results for preconception care in Afghanistan, based on data from the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015).

استان مرجع	استان‌ها	تعداد ویزیت در قبل بارداری	تعداد واکسن کزاز قبل بارداری	صحبت در مورد مسائل بارداری	استان مرجع و متغیرهای اجتماعی و جمعیتی	استان‌ها	تعداد ویزیت در قبل بارداری	تعداد واکسن کزاز قبل بارداری	صحبت در مورد مسائل بارداری
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)			Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
کابل	بلخ	۱۴/۹	۷/۴	۱۶/۳					
کاپیسا	سرپل	۹/۹	۱۵/۵						
وردک	غور	۲۲/۱	۲۲/۱						
لوگر	دایکندی	۱۴/۹	۶/۲	۵۷/۱					
ننگرهار	فاریاب	۶۷/۳	۹/۷						
لغمان	هرات	۱۶/۷	۱۳/۹	۱۶/۶					
پنجشیر	فراه	۲۱/۴	۱۲/۷	۲۱/۴					
بغلان	بی‌سواد	۹/۳	۰/۳	۱۰/۰	سطح تحصیلات				
بامیان	تصمیم ندارم	۱۱/۲	۳/۸	۱۵/۲	بارداری فعلی مورد				
پکتیا	بعداً	۱۳/۳	۴/۶	۱۳/۳					
بدخشان	نوع محل سکونت (شهری، روستایی)	۷/۵	۲/۰	۵/۷					
تخار	سن	۷/۳	۲/۸						
کندز	تعداد اعضای خانواده	۳۳/۹	۱/۱	۷/۳					
سمنگان	شاخص ثروت ترکیبی	۱۷/۲	۱/۳	۱۷/۲					
R <sup>2</sup>		۰/۳۴۸	۰/۵۱۶	۰/۳۲۴	R <sup>2</sup>		۰/۳۴۸	۰/۵۱۶	۰/۳۲۴

افزایش آمادگی روانی، آگاهی و انگیزش برای دریافت مراقبت، رابطه‌ای معنادار دارد. در بعد اقتصادی، شاخص ثروت تأثیر قابل توجهی داشته و زنان متعلق به خانوارهای ثروتمند ۱/۳ برابر بیش از زنان فقیر از این خدمات بهره‌مند شده‌اند؛ موضوعی که بازتاب‌دهنده موانع مالی و

عوامل مرتبط با باروری نیز نقش تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند. زنانی که بارداری برنامه‌ریزی شده داشته‌اند، ۴/۶ برابر و زنان با بارداری ناخواسته ۳/۸ برابر بیشتر از سایرین از مراقبت‌های پیش از بارداری استفاده کرده‌اند. این الگو حاکی از آن است که برنامه‌ریزی باروری با

(۲۹) و بغلان (۲۷/۲) شایع‌تر است. علاوه بر این، اندازه‌گیری فشار خون در دوران بارداری در ننگرهار (۵۹/۸ برابر) و غور (۱۶/۶ برابر) بیشترین احتمال را دارد. در زمینه واکسیناسیون کزاز، زنان استان لغمان ۴/۵ برابر بیشتر از زنان استان مرجع این واکسن را دریافت کرده‌اند. همچنین، چک‌های پیش از زایمان در استان‌های بامیان (۳۸/۱)، پنجشیر (۳۶/۲) و بغلان (۳۴/۸) بیشتر انجام شده و زنان فاریاب (۲۷/۸ برابر) و بغلان (۲۶/۲۴ برابر) بیشترین احتمال زایمان در مراکز بهداشتی را داشته‌اند.

سطح تحصیلات نیز تأثیر قابل‌توجهی بر دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری دارد. زنان با تحصیلات پایین (ابتدایی تکمیل‌نشده و ابتدایی) احتمال کمتری برای دریافت خدماتی مانند مصرف قرص آهن و انجام آزمایش‌های دوران بارداری دارند. در مقابل، زنان با تحصیلات متوسطه و دیپلم به بالا به دلیل آگاهی و دانش بیشتر، شانس بالاتری برای بهره‌مندی از خدمات بارداری دارند. علاوه بر این، زنانی که بارداری آن‌ها برنامه‌ریزی شده و خواسته بوده است، ۳/۷ برابر بیشتر احتمال ویزیت دوران بارداری و ۲/۵ برابر بیشتر احتمال مصرف قرص آهن داشته‌اند؛ این یافته نشان‌دهنده آگاهی و توجه بیشتر به مراقبت‌های دوران بارداری در برنامه‌ریزی شده است.

جغرافیا و محل سکونت نیز نقش مهمی در دسترسی به خدمات بهداشتی ایفا می‌کند. زنان روستایی ۲/۸ برابر بیشتر از زنان شهری واکسن کزاز دریافت کرده‌اند که احتمالاً نتیجه تمرکز برنامه‌های بهداشتی دولتی و بین‌المللی بر مناطق روستایی است. افزایش سن مادر ( $\text{Exp}(B) = 2/8$ )، با افزایش احتمال دریافت مراقبت‌های دوران بارداری همراه بوده که می‌تواند ناشی از تجربه و آگاهی بیشتر مادران مسن‌تر باشد. شاخص ثروت نیز ( $\text{Exp}(B) = 1/2$ )، تا ۱/۳ نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی بهتر، شانس دریافت خدمات بهداشتی را افزایش می‌دهد.

مقادیر  $R^2$  بین ۰/۲۱۷ تا ۰/۵۳۳ قرار دارد که بیانگر قدرت متوسط مدل در توضیح متغیرهای وابسته است. بالاترین مقدار  $R^2$  (۵۳۳) مربوط به اندازه‌گیری فشار خون در دوران بارداری است، که نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی بالاتر این متغیر نسبت به سایر شاخص‌هاست. به‌طور کلی، ارتقای وضعیت تحصیلی، بهبود شرایط اقتصادی و توسعه زیرساخت‌های بهداشتی در مناطق محروم، به ویژه روستاها، می‌تواند منجر به بهبود سلامت مادران در افغانستان شود.

شکاف‌های طبقاتی در سلامت باروری است. افزون بر این، افزایش سن مادر نیز با احتمال بیشتر دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری همراه بوده است ( $\text{Exp}(B) = 2/8$ )، احتمالی که می‌تواند ناشی از تجربه بیشتر، حساسیت بالاتر نسبت به خطرات و تعامل آگاهانه‌تر با خدمات سلامت باشد. در مقابل، تعداد اعضای خانواده تأثیر معناداری در این الگو نداشته است.

ارزیابی کیفیت مدل‌ها نیز نشان می‌دهد که قدرت پیش‌بینی در متغیرهای مختلف متفاوت بوده است؛ به‌طوری‌که مدل رگرسیون برای پیش‌بینی دریافت واکسن کزاز ( $R^2 = 0/51$ ) نسبتاً قوی، برای ویزیت‌های پیش از بارداری ( $R^2 = 0/34$ ) متوسط و برای گفت‌وگو درباره مسائل بارداری ( $R^2 = 0/32$ ) ضعیف‌تر بوده است. این تفاوت‌ها بیانگر آن است که رفتارهای سلامت‌محور مرتبط با تعاملات اجتماعی و فرهنگی، بیش از رفتارهای خدمات‌محور، تحت تأثیر عوامل پنهان و تبیین‌نشده قرار دارند.

به‌طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهد که تحصیلات، محل سکونت، و شاخص ثروت سه محور اصلی تعیین‌کننده مراقبت‌های پیش از بارداری در افغانستان هستند. استان‌هایی همچون کابل، ننگرهار و کندز عملکرد مطلوب‌تری داشته‌اند، در حالی که استان‌های بدخشان، سرپل و دایکندی نیازمند مداخلات هدفمند، توسعه زیرساخت‌های سلامت، تقویت سرمایه فرهنگی سلامت و برنامه‌های آگاهی‌بخشی گسترده‌تر هستند. همچنین پوشش واکسیناسیون کزاز در برخی مناطق همچنان ناکافی بوده و ضرورت مداخلات ملی برای ارتقای آن کاملاً محسوس است.

نتایج مدل رگرسیون لجستیک ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که مراقبت‌های دوران بارداری در افغانستان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل جغرافیایی، تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی قرار دارد. به‌طور خاص، استان‌های ننگرهار ( $\text{Exp}(B) = 74/2$ ) و کندز (۳۶/۳) نسبت به استان مرجع، نیمروز، احتمال بالاتری برای دریافت ویزیت‌های دوران بارداری دارند. این یافته می‌تواند ناشی از دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی و سیاست‌های مؤثرتر در این مناطق باشد.

در زمینه دریافت خدمات مشخص دوران بارداری، نتایج نشان می‌دهد که استان لغمان ۴/۹ برابر بیشتر احتمال استفاده از قرص آهن دارد، در حالی که پنجشیر (۷ برابر) و لوگر (۶/۳ برابر) بالاترین احتمال انجام نمونه خون را نشان می‌دهند. انجام آزمایش ادرار در استان‌های لوگر (۳۹/۲)، کابل (۳۸/۴)، بامیان (۳۸)، ننگرهار (۳۱/۱)، پنجشیر

جدول ۵. نتایج رگرسیون لجستیک مراقبت‌های دوران بارداری در افغانستان بر اساس داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵).

Table 5. presents the logistic regression results for antenatal care in Afghanistan, based on data from the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015)

محل زایمان	انجام چک مادر قبل زایمان	تعداد واکسن کزاز قبل تولد	انجام فشارخون در زمان بارداری	انجام نمونه ادرار در زمان بارداری	انجام نمونه خون در زمان بارداری	دریافت قرص آهن در زمان بارداری	تعداد ویزیت در زمان بارداری	استان‌ها	استان مرجع
Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)		
	۹/۹	۰/۲		۳۸/۴				کابل	
							۱۰/۷	کاپیسا	
	۱۱/۷	-۰/۲		۳۹/۲			۱۵/۵	لوگر	
	۱۰/۱		۵۹/۸	۳۱/۱	۶/۳		۷۴/۲	ننگرهار	
	۱۳/۴		۱۴/۲	۱۲/۰		۴/۹	۱۷/۷	لغمان	
	۳۶/۲	-۰/۲		۲۹/۰	۷/۰		۳/۹	پنجشیر	
۲۶/۲۴	۳۴/۸	۴/۵		۲۷/۲			۱۰/۳	بغلان	
	۳۸/۱		۹/۹	۳۸/۰			۱۱/۲	بامیان	
				۱۳/۷		۰/۲		غزنی	
				۹/۳				پکتیا	
۱۰/۸	۹/۹		۱۲/۵	۱۲/۳			۷/۹	بدخشان	نیمروز
						۰/۳	۷/۴	تخار	
۱۰/۷							۳۶/۳	کندز	
۸/۸						۰/۳		سمنگان	
	۲۴/۷			۱۹/۸			۱۵/۴	بلخ	
	۱۰/۴			۱۳/۴			۶/۶	سرپل	
۱۰/۸	۲۳/۷		۱۶/۶					غور	
۱۵/۵							۶/۳	دایکندی	
	۴/۷		۰/۱	۱۰/۷			۶/۸	قندهار	
	۲۴/۸					۰/۱		جوزجان	
۰/۴۲۷	۰/۴۳۲	۰/۲۱۷	۰/۵۳۳	۰/۳۸۶	۰/۳۹۸	۰/۳۰۱	۰/۳۶۰		R <sup>2</sup>

ادامه جدول ۵. نتایج رگرسیون لجستیک مراقبت‌های دوران بارداری در افغانستان بر اساس داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵).

Continuation of Table 5: Logistic regression results for antenatal care in Afghanistan, based on data from the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015).

استان مرجع	استان‌ها و متغیرهای اجتماعی و جمعیتی	تعداد ویزیت در زمان بارداری	دریافت قرص آهن در زمان بارداری	انجام نمونه خون در بارداری	انجام نمونه ادرار در زمان بارداری	انجام فشارخون در زمان بارداری	تعداد واکسن کزاز قبل تولد	انجام چک مادر قبل زایمان	محل زایمان
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
نیمروز	فاریاب	۱۰/۲						۱۴/۵	۲۷/۸
	بادغیس		۰/۲					۲۴/۵	
	هرات							۲۲/۸	
میزان تحصیلات (دیپلم و بالاتر)	فراه	۱۴/۶	۰/۲						
	ابتدایی نا تکمیل			۰/۲	۰/۳	۰/۳			
	ابتدایی تکمیل کرده			۰/۳	۰/۳	۰/۳	۲/۳		
	متوسطه نا تکمیل			۰/۴	۰/۴	۰/۴			
بارداری فعلی مورد نظر	متوسطه تکمیل کرده			۰/۴					
	تصمیم ندارم	۳/۷	۲/۵						
محل سکونت (شهری، روستایی)	بعداً	۴/۴	۲/۹	۰/۲					
	محل سکونت (شهری، روستایی)						۲/۸	۲/۱	
سن						۲/۸		۲/۹	
تعداد اعضای خانواده		۱/۱							
سن در اولین تولد فرزند									۰/۸
فاصله ازدواج تا اولین تولد فرزند (ماه)		۱/۰					۱/۰		
سن در اولین زندگی مشترک				۰/۸					
سال‌های از زندگی مشترک					۰/۸				
تعداد ایدئال فرزند							۱/۰		
شاخص ثروت ترکیبی		۱/۳					۱/۲		۰/۷
R <sup>2</sup>		۰/۳۶۰	۰/۳۰۱	۰/۳۹۸	۰/۳۸۶	۰/۵۳۳	۰/۲۱۷	۰/۴۳۲	۰/۴۲۷

در شاخص "چک مادر در منزل پس از زایمان" معنادار نبوده که نشان‌دهنده ضعف شدید برنامه‌های بهداشت بعد از زایمان یا عدم آگاهی و تمایل خانواده‌ها به این امر است. سطح تحصیلات مادر به طور مستقیم بر دریافت خدمات بعد از زایمان تأثیر دارد. مادران با تحصیلات بالاتر (دیپلم و بالاتر) بین ۲/۵ تا ۵ برابر بیشتر از مادران کم‌سواد یا بی‌سواد از این خدمات بهره‌مند شده‌اند. به ویژه، مادران بی‌سواد  $Exp(B) = 0/2$  تا  $0/4$  و کسانی که تحصیلات متوسطه ناتکمیل دارند  $Exp(B) = 0/4$  تا  $0/5$ ، احتمال بسیار کمتری برای دریافت این مراقبت‌ها داشته‌اند. زنان قومیت‌های تاجیک و ازبیک ( $Exp(B) = 0/1$ )، در مقایسه با سایر اقوام، ۱۰ برابر کمتر از خدمات چک نوزاد در دو ماه بعد از تولد بهره‌مند شده‌اند. این مسئله احتمالاً به عوامل فرهنگی، اقتصادی یا اجتماعی مرتبط است که بر استفاده از خدمات بهداشتی در این گروه‌ها تأثیر

نتایج مدل رگرسیون لجستیک در جدول ۶، نشان می‌دهد که مراقبت‌های بعد از زایمان در افغانستان تحت تأثیر عوامل جغرافیایی، تحصیلی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. برخی استان‌ها مانند بلخ، ننگرهار و غور در مقایسه با استان مرجع (نیمروز) احتمال بالاتری برای دریافت خدمات پس از زایمان دارند. به طور خاص، استان‌های بلخ ( $Exp(B) = 34/8$ )، ننگرهار ( $18/6$ ) و غور ( $12/3$ ) عملکرد بهتری در انجام چک نوزاد در دو ماه بعد از تولد داشته‌اند. برای دریافت ویتامین A، استان‌های بغلان (۲۱)، غور ( $13/6$ )، لغمان ( $10/7$ ) و بلخ ( $9/8$ ) وضعیت مطلوب‌تری داشته‌اند. همچنین، هرات (۶۶)، بامیان ( $42/1$ ) و بلخ ( $38/2$ ) در شاخص چک مادر پس از زایمان عملکرد بهتری داشته‌اند. در مقابل، استان‌هایی مانند بدخشان، غور و دایکندی دسترسی محدودتری به این خدمات داشته‌اند. شایان ذکر است که هیچ استانی

مقدار  $R^2$  بین  $0/32$  تا  $0/55$  قرار دارد که نشان می‌دهد مدل توانایی متوسطی در تبیین تغییرات متغیر وابسته دارد. بالاترین مقدار  $R^2$  ( $0/553$ ) مربوط به "چک مادر بعد از زایمان در منزل" است که نشان‌دهنده تأثیر قوی‌تر عوامل در نظر گرفته‌شده در مدل برای این شاخص است.

می‌گذارد. زنان روستایی نسبت به زنان شهری  $1/6$  برابر شانس کمتری برای دریافت چک مادر بعد از زایمان داشته‌اند ( $\text{Exp}(B) = 0/6$ ). این امر نشان‌دهنده نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی بین مناطق شهری و روستایی است. تعداد اعضای خانواده تأثیر معناداری بر دریافت خدمات نداشته است. از نظر اقتصادی، وضعیت مالی و دسترسی به منابع بهتر، احتمال بهره‌مندی از خدمات مراقبتی را افزایش داده است.

جدول ۶. نتایج رگرسیون لجستیک مراقبت‌های بعد از زایمان در افغانستان بر اساس داده‌های پیمایش جمعیت و سلامت افغانستان (۲۰۱۵).

Table 6. presents the logistic regression results for postnatal care in Afghanistan, based on data from the Afghanistan Demographic and Health Survey (2015).

انجام چک مادر بعد زایمان در منزل	انجام چک مادر بعد زایمان	دریافت ویتامین A دو ماه بعد تولد	چک کردن نوزاد دو ماه بعد	استان‌ها	استان مرجع و متغیرهای اجتماعی و جمعیتی	انجام چک مادر بعد زایمان	دریافت ویتامین A دو ماه بعد	چک کردن نوزاد دو ماه بعد	استان‌ها	استان مرجع
Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)			Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)		
	۵/۸			دایکندی		۲۰/۶			کابل	
	۷/۲		۷/۳	جوزجان			۵/۲		کاپیسا	
	۱۱/۶			فاریاب	نیمروز	۲۵/۸	۸/۲		لوگر	
	۱۸/۰			هلمند		۱۴/۹	۴/۵	۱۸/۶	ننگرهار	
	۱۵/۰			بادغیس		۲۷/۴	۱۰/۷	۱۱/۷	لغمان	
	۶۶/۰			هرات		۲۳/۸	۶/۲	۶/۸	پنجشیر	
	۳۴/۴			فراه		۶/۸	۲۱/۰	۵/۶	بغلان	
۰/۲	۰/۳	۰/۴	۰/۴	بی‌سواد		۴۲/۱		۷/۹	بامیان	
	۰/۴	۰/۵	۰/۵	متوسطه نا تکمیل	میزان تحصیلات (دیپلم و بالاتر)		۴/۴		غزنی	منطقه (نیمروز)
			۰/۵	متوسطه تکمیل کرده		۴/۵	۰/۲		بدخشان	
			۰/۱	تاجیک	قومیت (سایر)	۷/۸			کندهز	
			۰/۱	ازبیک		۱۰/۴			سمنگان	
	۰/۶			محل سکونت (شهری، روستایی)		۳۸/۲	۹/۸	۳۴/۸	بلخ	
			۱/۰	تعداد اعضای خانواده		۱۱/۷			سرپل	
						۵/۰	۱۳/۶	۱۲/۳	غور	
۰/۵۵۳	۰/۳۵۱	۰/۳۹۲	۰/۳۲۰		$R^2$	۰/۳۵۱	۰/۳۹۲	۰/۳۲۰		$R^2$

رخ می‌دهد؛ پدیده‌ای که نظریه گذار جمعیتی به روشنی آن را پیش‌بینی کرده است.

نتایج تحلیل‌های تک‌متغیره و چندمتغیره (مراقبت‌های قبل از بارداری) نشان داد که تحصیلات زنان و همسران، وضعیت اقتصادی، اشتغال، سن ازدواج و فاصله ازدواج تا نخستین تولد از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مراجعه به خدمات پیش از بارداری‌اند. این یافته‌ها مستقیماً با نظریه سرمایه سلامت همسو است؛ زیرا زنان دارای آموزش، درآمد و قدرت تصمیم‌گیری بیشتر از «سرمایه زیستی - اجتماعی» افزون‌تری برخوردارند و توان بیشتری برای سرمایه‌گذاری در سلامت باروری دارند.

از سوی دیگر، نابرابری‌های گسترده میان استان‌ها و میان گروه‌های قومی (مثلاً وضعیت مطلوب‌تر زنان تاجیک، ازبیک و هزاره در برابر

## بحث و نتیجه‌گیری

در یافته‌های این پژوهش در پرتو چارچوب نظری متشکل از نظریه گذار جمعیتی، سرمایه سلامت، نابرابری‌های اجتماعی در سلامت، نظریه کول و دو فرضیه «همانندی ویژگی‌ها» و «اثر قومی - فرهنگی» مطالعات پیشین تبیین شدند. نتایج نشان می‌دهد که بهره‌مندی زنان افغانستان از مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و مراقبت‌های پس از زایمان محصول برهم‌کنش پیچیده‌ای از ساختارهای اجتماعی - اقتصادی، فرهنگ و ظرفیت‌های نظام سلامت است. این الگوها در مجموع نشان می‌دهد که جامعه افغانستان در مسیر گذار سلامت باروری قرار دارد، اما این گذار نه به صورت یکنواخت، بلکه به شکلی دوپاره و نابرابر میان گروه‌های اجتماعی، اقتصادی، قومی و جغرافیایی

هم‌زمان، بخش عمده‌ای از تفاوت‌های قومی نیز با فرضیه همانندی ویژگی‌ها قابل توضیح است؛ یعنی اگر شرایط تحصیلی، اقتصادی و شهری‌نشینی زنان اقوام برابر شود، تفاوت‌ها از میان می‌رود. این موضوع در یافته‌های پژوهش حاضر نیز قابل مشاهده است؛ زیرا اقوامی که سطوح تحصیلات و اقتصادی بالاتر داشته‌اند، مراقبت‌های بیشتری دریافت کرده‌اند. همچنین نقش رسانه‌ها، حمایت اجتماعی، آموزش و بیمه در افغانستان نیز مهم بوده است؛ زیرا زنان دارای دسترسی به رسانه و آگاهی سلامت نرخ بالاتری از مراقبت داشتند.

این ناهم‌زمانی در توسعه خدمات، در مطالعات کشوری کمتر دیده می‌شود اما در بافت‌های دارای نابرابری منطقه‌ای شدید مانند افغانستان مشهود است. از سوی دیگر، ارتباط مثبت بین برنامه‌ریزی باروری و دریافت مراقبت (مانند مصرف قرص آهن)، همسو با تأکید مطالعاتی مانند **آکتر و همکاران (۲۰۲۳b)** بر نقش آگاهی و تصمیم‌گیری در تکمیل مراقبت‌ها است. موفقیت نسبی پوشش واکسیناسیون در مناطق روستایی نیز ممکن است حاصل کمپین‌های متمرکز مشابه آنچه **آهینکورا و همکاران (۲۰۲۱)** در گینه به نقش رسانه‌ها در افزایش آگاهی اشاره کردند، باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش با مطالعات **کانگبای و همکاران (۲۰۲۲)** در سیرالئون، **لوکوا و همکاران (۲۰۲۲)** در زیمبابوه، **پازنده و همکاران (۲۰۲۴)** در ایران، **اونشی و همکاران (۲۰۲۴)** در اسپانیا، **دیکسون و همکاران (۲۰۲۳)** سیرالئون، **داسون و همکاران (۲۰۲۲)** در نیوزیلند، **اولوآداره و همکاران (۲۰۲۴)** در نیجریه همخوانی دارد.

در مرحله مراقبت‌های پس از زایمان، یافته‌ها نشان داد که بهره‌مندی زنان در افغانستان به‌طور کلی پایین‌تر از دو مرحله دیگر است؛ الگویی که در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد نیز مشاهده شده و ناشی از کم‌اهمیت تلقی شدن این مرحله، ضعف نظام پیگیری سلامت و محدودیت منابع است.

ضعف مطلق مراقبت‌های پس از زایمان، به ویژه شاخص «چک در منزل»، نشان می‌دهد که این خدمات نه در ساختار نظام سلامت جایگاه لازم را دارد و نه به عنوان یک «مزیت اجتماعی» در هنجارهای فرهنگی (چارچوب کول) نهادینه شده است. این شکست هم‌زمان ساختاری و فرهنگی، نمود بارز نظریه نابرابری‌هایی است که ریشه در علل بنیادین دارد. همچنین، معنادار ماندن متغیر قومیت در برخی مدل‌های این مرحله پس از کنترل عوامل اقتصادی-اجتماعی، حاکی از تأثیر مستقل برخی هنجارهای فرهنگی (فرضیه اثر قومی) بر رفتارهای مراقبتی در این دوره خاص است.

فقدان شدید مراقبت پس از زایمان در افغانستان، در تضاد آشکار با یافته مطالعاتی مانند **ایکوپان و همکاران (۲۰۲۴)** در رومانی است که بر اثربخشی بالای مراقبت‌های یکپارچه و پیگیر در بهبود پیامدهای

وضعیت نامطلوب زنان نورستانی، پشه‌ای و بلوچ) تأییدی بر نظریه نابرابری‌های اجتماعی در سلامت است. براساس این نظریه، عوامل ساختاری مانند فقر، مکان سکونت، تبعیض و موقعیت جنسیتی «علل بنیادین» نابرابری در دسترسی به سلامت هستند، نه ترجیحات فردی. یافته‌های این مطالعه این گزاره را ملموس می‌کند: زنان روستایی، فقیر، کم‌سواد و فاقد آزادی رفت‌وآمد کمتر از ۵۰ درصد مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت کرده‌اند.

این الگو همچنین با نظریه **کول (۱۹۷۳)** همخوانی دارد؛ زیرا سه پیش‌شرط کول عقلانی شدن تصمیم‌گیری، درک مزیت اجتماعی مراقبت و دسترسی واقعی در افغانستان هنوز محقق نشده است. به‌ویژه، کنترل سنتی مردان بر تصمیم‌گیری درباره بارداری، تلقی «طبیعی» از بارداری و محدودیت‌های زیرساختی موانع اصلی مراجعه به خدمات پیش از بارداری‌اند.

یافته کلیدی تأثیر قوی تحصیلات مادر بر مراقبت‌های پیشگیرانه، به طور مستقیم با نتایج مطالعاتی مانند **عالم‌گیر و همکاران (۲۰۲۴)** در بنگلادش و **لی و همکاران (۲۰۲۳)** در تایوان هم‌خوان است که سطوح پایین تحصیلات و درآمد را مانع اصلی دسترسی به خدمات می‌دانند. ضعف پوشش این مراقبت‌ها در مناطق روستایی و بین زنان کم‌سواد، نیز با یافته‌های **لوکوا و همکاران (۲۰۲۲)** در زیمبابوه که بر نابرابری جغرافیایی و آموزشی تأکید داشتند، مطابقت دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با مطالعات مانند **آکتر و همکاران (۲۰۲۳a)** و **رحیمی و همکاران (۱۳۹۹)**، **سلیانو و آتاگوبا (۲۰۲۲)**، **هابونیمانا و باتورا (۲۰۲۱)** و **بامیکتولو همکاران (۲۰۲۴)** در نیجریه هم‌خوانی دارد و نتایج مطالعات مزبور یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کنند.

یافته‌های مراقبت‌های دوران بارداری نشان دادند که زنان شهری، تحصیل کرده، از طبقات ثروتمند و دارای همسران باسواد بیشترین بهره‌مندی از مراقبت‌های دوران بارداری را داشته‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که گذار باروری و گذار سلامت در افغانستان عمدتاً طبقه‌محور و فضا محور است و در میان قشرهای مرفه شهری در حال وقوع است، در حالی که زنان فقیر و روستایی همچنان در مراحل ابتدایی این گذار باقی مانده‌اند.

علاوه بر عوامل ساختاری، نتایج نشان داد که قومیت و فرهنگ همچنان نقش قابل توجهی در شکل‌دهی رفتار مراقبتی زنان دارند. زنان متعلق به گروه‌های قومی با هنجارهای سنتی قوی و ساختارهای مردسالارانه سختگیرانه (مانند نورستانی‌ها و برخی گروه‌های پشتون) نرخ بسیار پایین‌تری از مراقبت‌ها داشتند. این یافته‌ها همسو با فرضیه اثر قومی - فرهنگی است که می‌گوید باورها و ارزش‌های فرهنگی، می‌توانند مستقل از عوامل اقتصادی - اجتماعی بر مراقبت‌های بارداری تأثیر بگذارند.

- <https://doi.org/10.1353/prv.0.0000>
- Ahinkorah, B.O., Seidu, A.A., Agbaglo, E., Adu, C., Budu, E., Hagan, J. E., Schack, T., Yaya, S. (2021). Determinants of antenatal care and skilled birth attendance services utilization among childbearing women in Guinea: evidence from the 2018 Guinea Demographic and Health Survey data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (21), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03489-4>
- Akseer, N., Salehi, A.S., Hossain, S.M.M., Mashal, M.T., Rasooly, M.H., Bhatti, Z., Rizvi, A., Bhutta, Z.A. (2016). Achieving maternal and child health gains in Afghanistan: A Countdown to 2015 country case study. *The Lancet Global Health*, 4(6), 395–413. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30002-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30002-X)
- Akter, E., Hossain, A.T., Rahman, A.E., Ahmed, A., Tahsina, T., Tanwi, T.S., Nusrat, N., Nahar, Q., El Arifeen, S., Chowdhury, M.E. (2023a). Levels and determinants of quality antenatal care in Bangladesh: Evidence from the Bangladesh Demographic and Health Survey. *PLoS ONE*, 18(5), e0269767. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269767>
- Akter, M.B., Mahmud, A., Karim, M.R. (2023b). Determinants of Antenatal Care Visits in Bangladesh: A Quantile Regression Analysis. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1177/23333928231168119>
- Alamgir, F., Hossain, M.F., Ullah, M.S., Hossain, M.S., Hasan, M. (2024). Socio-economic status and pregnancy complications and their impact on antenatal care services provided at home and Upazila health complex. *Heliyon*, 10(6), e27716. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27716>
- Amponsah, E., Fusheni, A., Adam, A. (2021). Influence of information, education and communication on prenatal and skilled delivery in the Tano North District, Ghana: A cross-sectional study. *Heliyon*, 7(6), e07245. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07245>
- Annoon, Y., Hormenu, T., Ahinkorah, B.O., Seidu, A.A., Ameyaw, E.K., Sambah, F. (2020). Perception of pregnant women on barriers to male involvement in antenatal care in Sekondi, Ghana. *Heliyon*, 6(7), e04434. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04434>
- Azimi, M.W., Yamamoto, E., Saw, Y.M., Kariya, T., Arab, A.S., Sadaat, S.I., Farzad, F., Hamajima, N. (2019). Factors associated with antenatal care visits in Afghanistan: Secondary analysis of Afghanistan Demographic and Health Survey 2015. *Nagoya Journal of Medical Science*, 81(1), 121–131. <https://doi.org/10.18999/nagjms.81.1.121>
- Bamikeolu, I., Iyabode, F., Florence, O., Timothy, D., Oyenyin, L., Imam, Z., Ogundare, E., Campbell, I. (2024). Determinants and outcomes of preterm births in Nigerian tertiary facilities. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 131, 30–41. <https://doi.org/10.1111/1410528.17869>
- Bean, F. D., Marcum, J.P. (1978). Differential fertility and the minority group status hypothesis: An assessment and review. *In the demography of racial and ethnic groups*. Academic Press New York.
- Biswas, A., Halim, A., Abu, A.S., Rahman, F., Doraiswamy, S. (2020). Factors associated with maternal deaths in a hard-to-reach marginalized rural community of Bangladesh: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4483. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124483>
- مادر و نوزاد تأکید داشتند. این شکاف، فوریت مداخله در این حوزه را نشان می‌دهد. تأثیر قوی تحصیلات حتی در این مرحله، مجدداً با یافته‌های جهانی درباره نقش سواد سلامت هم‌خوانی دارد. ضعف دسترسی زنان روستایی نیز مطابق با الگوی جهانی نابرابری شهری-روستایی است که در بسیاری از مطالعات از جمله **کانگبای و همکاران (۲۰۲۲)** بر آن تأکید شده است.
- در نتیجه، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ارتقای سلامت مادران در افغانستان نیازمند رویکردی چندسطحی و ساختارگرا است که عوامل اجتماعی، اقتصادی و نهادی را همزمان تقویت کند. توسعه زیرساخت‌های بهداشتی در استان‌های محروم، تقویت سواد و آگاهی سلامت زنان، ادغام خدمات پیش از بارداری در مراقبت‌های اولیه، و توجه ویژه به مراقبت‌های پس از زایمان از جمله اقدامات کلیدی برای کاهش نابرابری‌هاست.
- سرمایه‌گذاری در تحصیلات دختران، افزایش دسترسی به خدمات در مناطق شهری و روستایی، و تقویت برنامه‌های سلامت مادران می‌تواند نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد و ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی ایفا کند. علاوه بر این، ارائه خدمات حمایتی برای زنان کم‌درآمد، تقویت مشارکت مردان، و مداخلات فرهنگی-آموزشی برای تغییر نگرش‌های سنتی، از ضرورت‌های برنامه‌ریزی سلامت باروری در افغانستان است.
- این نتایج تأکید می‌کند که سیاست‌گذاری سلامت مادران تنها با اقدامات جزئی و پراکنده کافی نیست و نیازمند راهبردهای جامع، هدفمند و مبتنی بر شواهد است تا دسترسی برابر به مراقبت‌های قبل بارداری، دوران بارداری و بعد از زایمان برای تمامی زنان افغانستان تضمین شود.

## منابع

- رحیمی، طاهره؛ عبداللهی، حسین؛ مهرعلیزاده، اکبر؛ سیدی، فاطمه (۱۳۹۹). پیش‌بینی‌کننده‌های انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۸. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۸(۲)، ۴۶ - ۳۶. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-823-fa.html>
- Aboagye, R.G., Osborne, A., Anyasodor, A.E., Yikindi, S.V., Adnani, Q.E.S., Ahinkorah, B.O. (2025). Utilisation of eight or more antenatal care visits and its associated socio-economic-related inequalities in sub-Saharan Africa: A decomposition analysis. *PLOS ONE*, 20(3), 312-412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312412>
- Acharya, S.K. (2016). Demographic and socio-economic factors affecting antenatal care services utilization in Nepal. *Journal of Development and Administrative Studies*, 24(1-2), 71–87. <https://doi.org/10.3126/jodas.v24i1-2.19668>
- Adegbola, O. (2008). Population Policy Implementation in Nigeria, 1988-2003. *Population Review*, 47(1), 1988–2003.

- utilization of antenatal care services in Ethiopia. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, (2020), 1–11. <https://doi.org/10.1155/2020/8749753>
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D., Kumalasari, M.L.F., Mustika, I., Matahari, R. (2020). Socioeconomic difference of husband's involvement in antenatal care in rural Indonesia. *ResearchSquare*, 1–13. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-114665>
- Lee, Y., Chen, G., Lu, T. (2023). Social determinants of late initiation of prenatal care in Taiwan: A nationwide study. 1–12. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3161743/v1>
- Lukwa, A.T., Siya, A., Odunitan-Wayas, F.A., Alaba, O. (2022). Decomposing maternal socioeconomic inequalities in Zimbabwe: leaving no woman behind. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04571-9>
- McQuillan, K. (2004). When does religion influence fertility? *Population and Development Review*, 30(1), 25–56.
- Nai Peng, T. (2002). Social, economic and ethnic fertility differentials in peninsular Malaysia. *Presented at the IUSSP Conference on Southeast Asia's Population in Changing Asian Context*, Bangkok, Thailand, 10 - 13 June.
- Oluwadare, C.T., Aladejare-Salako, A.A., Sunmola, A.K., Ibikunle, M.A., Ijabadeniyi, O.A. (2024). Socio-economic differentials of antenatal health care utilisation in Ekiti State, Nigeria. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 8(1), 1254–1264. <https://doi.org/10.47772/IJRISS>
- Omotosho, A., Sodeinde, K., Abolurin, O., Adekoya, A., Abiodun, O. (2022). How effective is antenatal care in preparing mothers for newborn care? An exploratory survey of lactating women in a rural Nigerian district. *Heliyon*, 8(11), e11650. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11650>
- Onishi, K., Abuhamad, A., Saade, G., Grobman, W., Silver, R., Greenland, P., Simhan, H., Bairey Merz, N. C., Haas, D., Samuel, P., Kawakita, T. (2024). Social determinants of health and disparities in pregnancy outcomes. *O & G Open*, 1(3), 29. <https://doi.org/10.1097/og9.000000000000029>
- Osawa, E., Kodama, T. (2021). Regional socio-environmental characteristics associated with inadequate prenatal care during pregnancy: an ecological study of 47 prefectures in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 619. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04100-0>
- Pandey, S., Karki, S. (2014). Socio-economic and demographic determinants of antenatal care services utilization in Central Nepal. *International Journal of MCH and AIDS*, 2(2), 212. <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948147/>
- Pazandeh, F., Banihashem, F., Mohseni, S., Mohseni, M., Firouzi, H. (2024). Social determinants of health and health-promoting lifestyle of pregnant women in Hormozgan Province, Southern Iran (In Persian). *Journal of Preventive Medicine*, 10(4), 412–425. <https://doi.org/https://doi.org/10.32598/JPM.10.4.717.1>
- Poston, D. L., Chang, C.F., Dan, H. (2006). Fertility differences between the majority and minority nationality groups in China. *Population Research and Policy Review*, 25(1), 67–101. <https://doi.org/10.1007/s11113-006-0003-5>
- Health*, 17(4), 1184. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041184>
- Bruce, G. L., Jo, P. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94.
- Central Statistics Organization (CSO), *Ministry of Public Health (MoPH), and I. (2017). Afghanistan Demographic and Health Survey 2015*. Central Statistics Organization.
- Coale, A.J. (1973). The Demographic Transition. *International Population Conference, Liege*, 53–72.
- Dawson, P., Auvray, B., Jaye, C., Gauld, R., Hay-smith, J. (2022). Social determinants and inequitable maternal and perinatal outcomes in Aotearoa, New Zealand. *Women's Health*, 18. <https://doi.org/10.1177/17455065221075913>
- Dickson, K.S., Ameyaw, E.K., Akpeke, M., Mottey, B.E., Adde, K.S., Esia-Donkoh, K. (2023). Socio-economic disadvantage and quality Antenatal Care (ANC) in Sierra Leone: Evidence from Demographic and Health Survey. *PLoS ONE*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280061>
- Duodu, P.A., Bayuo, J., Mensah, J.A., Aduse-Poku, L., Arthur-Holmes, F., Dzomeku, V.M., Dey, N.E.Y., Agbadi, P., Nutor, J.J. (2022). Trends in antenatal care visits and associated factors in Ghana from 2006 to 2018. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 2–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04404-9>
- Ezadi, Z., Mohammadi, N., Sarwari, R., Jafari, S.M. (2022). Afghan women and access to health care in the past 25 years. *E Clinical Medicine*, (43), 1. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101235>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 2(80), 223–255.
- Habonimana, D., Batura, N. (2021). Empirical analysis of socio-economic determinants of maternal health services utilisation in Burundi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (21), 684. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04162-0>
- Iacoban, S. R., Piron-dumitrascu, M., Bohiltea, C. L., Suci, I. D., Voinea, S. C., & Suci, N. (2024). Socio-economic disparities in prenatal prognosis and intervention accessibility. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 11(2), 402–411. <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1541>
- Johnson-Hanks, J. (2008). Demographic transitions and modernity. *Annual Review of Anthropology*, (37); 301-315. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.37.081407.085138>
- Kangbai, D.M., Bandoh, D.A., Manu, A., Kangbai, J.Y., Kenu, E., Lartey, A.A. (2022). Socio-economic determinants of maternal health care utilization in Kailahun District, Sierra. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04597-z>
- Kim, M.K., Lee, S.M., Bae, S.H., Kim, H.J., Lim, N.G., Yoon, S.J., Lee, J.Y., Jo, M.W. (2018). Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system. *International Journal for Equity in Health*, (17), 2. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0715-7>
- Kirk, D. (1996). Demographic Transition Theory. *Population Studies*, 50(3), 361–387. <https://doi.org/10.1080/0032472031000149536>
- Kitabo, C.A., Damtie, E. T. (2020). Bayesian multilevel analysis of

- analysis. *PLOS ONE*, 13(8), 130-203.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203130>
- Turner, H. (2006). Literature review: Afghanistan women's health crisis, health service delivery, and ethical issues for international aid. *Health Care for Women International*, 27(8), 748-759.  
<https://doi.org/10.1080/07399330600817832>
- United Nation. (2024). *The Sustainable Development Goals Report (SDGS)*. In United Nation.  
<https://doi.org/10.4324/9780429282348-52>
- United Nations. (2015). *The millennium development goals report*. In United Nations. <https://doi.org/978-92-1-101320-7>
- Waldman, R.J., Newbrander, W. (2014). Afghanistan's health system: Moving forward in challenging circumstances 2002-2013. *Global Public Health*, 9(1), 1-5.  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2014.924188>
- WHO, UNICEF UNFPA, & WORLD BANK GROUP and UNDESA/Population Division. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. In World Health Organization 2023.  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
- WHO (2018). *WHO Recommendation on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary*. In WHO.  
<https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-19.5>
- Yeoh, P.L., Hornetz, K., Dahlui, M. (2016). Antenatal care utilisation and content between low-risk and high-risk pregnant women. *PLoS One*, 11(3), 152-167.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152167>.
- Rahimi, B.A., Mohamadi, E., Maku, M., Hemat, M.D., Farooqi, K., Mahboobi, B.A., Mudaser, G.M., Taylor, W.R. (2022). Challenges in antenatal care utilization in Kandahar, Afghanistan: A cross-sectional analytical study. *PLoS ONE*, 17(11), 1-12.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277075>
- Rahmani, Z., Brekke, M. (2013). Antenatal and obstetric care in Afghanistan - A qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-166>
- Rasooly, M.H., Govindasamy, P., Aqil, A., Arnold, F., Noormal, B., Way, A., Shadoul, A. (2014). Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice Success in reducing maternal and child mortality in Afghanistan. *Global Public Health*, 9(1), 29-42.  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2013.827733>
- Salama, P., Alwan, A. (2016). Building health systems in fragile states: The instructive example of Afghanistan. *The Lancet Global Health*, 4(6), 351-352. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30067-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30067-5)
- Selebano, K. M., Ataguba, J.E. (2022). Decomposing socio-economic inequalities in antenatal care utilisation in 12 Southern African Development Community countries. *SSM - Population Health*, 17, 101004. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101004>
- Shibre, G., Zegeye, B., Idriss-Wheeler, D., Ahinkorah, B.O., Oladimeji, O., Yaya, S. (2020). Socioeconomic and geographic variations in antenatal care coverage in Angola: Further analysis of the 2015 demographic and health survey. *BMC Public Health*, 20, 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09320-1>
- Short, S.E., Zacher, M. (2022). Women's health: Population patterns and social determinants. *Annual Review of Sociology*, 48, 277-298. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-030320-034200>
- Simoncic, V., Deguen, S., Enaux, C., Vandentorren, S., Kihal-Talantikite, W. (2022). A Comprehensive review on social inequalities and pregnancy outcome—identification of relevant pathways and mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16592.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416592>
- Stanikzai, M.H., Wafa, M.H., Wasiq, A.W., Sayam, H. (2021). Magnitude and determinants of antenatal care utilization in Kandahar City, Afghanistan. *Obstetrics and Gynecology International*, 2021, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2021/5201682>
- Tappis, H., Koblinsky, M., Winch, P. J., Turkmani, S., Bartlett, L. (2016). Context matters: Successes and challenges of intrapartum care scale-up in four districts of Afghanistan. *Global Public Health*, 11(4), 387-406.  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1114657>
- Tawfiq, E., Fazli, M.R., Wasiq, A.W., Stanikzai, M.H., Mansouri, A., Saeedzai, S.A. (2023). Sociodemographic predictors of initiating antenatal care visits by pregnant women during first trimester of pregnancy: Findings from the Afghanistan Health Survey 2018. *International Journal of Women's Health*, 15, 475-485.  
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S399544>.
- Tegegne, T.K., Chojenta, C., Loxton, D., Smith, R., Kibret, K.T. (2018). The impact of geographic access on institutional delivery care use in low and middle-income countries: Systematic review and meta-