

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد

عنوان:

بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان در ایران

نگارنده:

فاطمه حاج نقی زاده

استاد راهنما:

دکتر مریم شریفیان ثانی

اساتید مشاور:

دکتر حسن رفیعی

دکتر کرم حبیب پور

خرداد ماه ۱۳۹۰

شماره ثبت: ۱۵۱-۲۰۰۰



دانشگاه علوم پزشکی توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

تاییدیه اعضای هیات داوران

پایان نامه: خانم فاطمه حاج نقی زاده

مقطع: کارشناسی ارشد

در رشته: رفاه اجتماعی

به شماره دانشجویی: ۸۷۱۴۰۰۰۰۴

تحت عنوان: "بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان"

بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه و با حضور هیأت داوران در تاریخ: ۹۰/۰۳/۰۸
دفاع گردید و نمره ۱۹٫۶۰ (نوزده و شصت و سه صد) با امتیاز: عالی به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

۱. استاد راهنما: سرکار خانم دکتر مریم شریفیان نائی

۲. اساتید مشاور: (۱) جناب آقای دکتر حسن رفیعی

(۲) جناب آقای کرم حبیب پور

۳. اساتید داور: (۱) جناب آقای دکتر محمد علی محمدی

(۲) جناب آقای دکتر میر طاهر موسوی

۴. نماینده دفتر تحصیلات تکمیلی:

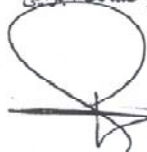
تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه یا رساله های دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد بنابراین اینجانب **فاطمه حاج نقی زاده** دانش آموخته رشته **رفاه اجتماعی** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم.

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خوداری کنم.
۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.
۳. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:
"کتاب حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته رفاه اجتماعی می باشد که در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی سرکار خانم **دکتر مریم شریفیان ثانی** و مشاوره جناب آقای **دکتر حسن رفیعی انجام و در سال ۱۳۹۰ از آن دفاع شده است.**"
۴. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک در صد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم.
(دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).
۵. در صورت عدم رعایت بند ۴، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۶. قبول می نمایم و تعهد می کنم که در صورت خوداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند. بعلاوه به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حق می دهم به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه معادل وجه مذکور در بند ۵ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

اینجانب **فاطمه حاج نقی زاده دانشجوی رشته رفاه اجتماعی مقطع کارشناسی ارشد** تعهد فوق و ضمانت اجرایی آنرا بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.



نام و نام خانوادگی

امضاء و تاریخ ۹۵ - ۳ - ۱۷

تقدیم به

پدرم و مادرم که مشوق
آموزش من بودند و تکیه گاه استادانم و
همسرم که همراه تمامی خطاتم بود.

تشکر و قدردانی

پروردگار بزرگم را در گذراندن مرحله‌ای دیگر از مراحل زندگی‌ام، شکر می‌گویم و از او به خاطر قرار دادن بهترین استادان در مسیر رشد و شکوفایی‌ام، سپاسگزارم.

از خانواده‌ام که در تمام مراحل، ضمن شکیبایی همواره پشتیبان و مشوقم بودند بسیار سپاسگزارم.

از همسر مهربانم به خاطر همراهی و همدلی‌اش سپاسگزارم.

بر خود لازم می‌دانم از استاد گرانقدرم سرکار خانم دکتر شریفیان ثانی به خاطر رهنمودهای بی‌دریغ و ارزشمندشان نهایت سپاس و قدردانی به عمل آورم.

از اساتید بزرگوام جناب آقای دکتر رفیعی و جناب آقای دکتر حبیب‌پور به خاطر راهنمایی‌های رهگشا و کمک‌های ارزنده‌شان، قدردانی می‌کنم.

شایسته است از اساتید بزرگوام جناب آقای دکتر صفی‌خانی به خاطر بهره‌مندی از دانش و تجارب حرفه‌ای ایشان در دوران کار و تحصیل تشکر نمایم.

از اعضای محترم هیات داوران که زحمت داوری این پایان‌نامه را برعهده گرفتند، کمال تشکر را دارم.

در انتها از کارکنان شرکت بیمه معلم به خاطر همکاری صمیمانه‌شان تشکر می‌نمایم.

چکیده

طرح مسئله : نقش مولفه‌های مربوط به یک جامعه‌ی سالم به عنوان تاثیرگذاران بر بهروزی کودکان برای داشتن جامعه‌ای دوستدار کودک و آینده‌ای بهتر انکارناپذیر است. هدف این مطالعه بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان و شناخت تاثیرات سلامت اجتماعی بر بهروزی کودکان می‌باشد.

روش تحقیق: مطالعه از نوع همبستگی اکولوژیک بوده که در آن داده‌های مربوط به هر یک از ۳۰ استان کشور در سه سال ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ جمع‌آوری و توسط نرم افزار SPSS تحلیل ثانویه شده‌اند.

یافته‌ها: بین بهروزی کودکان و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، میزان باسوادی و پوشش بیمه به عنوان بیانگرهای سلامت اجتماعی رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین جهت رابطه در مورد متغیرهای فقر و رشد طبیعی جمعیت منفی و در مورد میزان باسوادی و پوشش بیمه رابطه مثبت می‌باشد. در مجموع پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه‌ی بهروزی کودکان و سلامت اجتماعی کل، رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان در ایران، با مقدار همبستگی 0.49 ($p \text{ value}=0.001$) تایید شده است.

نتایج: رابطه‌ی منفی بین بهروزی کودکان با فقر و رشد طبیعی جمعیت را می‌توان اینگونه توضیح داد که هرچه وضعیت توسعه یافتگی اجتماعی نامناسبتر باشد، هر چه میزان فقر و رشد جمعیت بالاتر باشد، میزان دسترسی به امکانات بهداشت و درمان، تسهیلات آموزشی پایینتر خواهد بود و بالعکس هر چه میزان باسوادی و پوشش بیمه در جامعه‌ای بالاتر باشد، خانواده و به دنبال آن کودک از وضعیت رفاهی بیشتری بهره‌مند بوده و در سطح بهروزی بالاتری قرار می‌گیرد. بنابراین توجه به این مولفه‌های سلامت اجتماعی و در نظر گرفتن آنها در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با کودکان باعث ارتقا و بهبود بهروزی کودکان در جامعه‌ی ایران خواهد شد.

کلید واژه: سلامت اجتماعی، بهروزی کودکان، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

فهرست مطالب

۱- کلیات تحقیق	۱
۱-۱- مقدمه	۲
۲-۱- بیان مسئله	۴
۳-۱- اهمیت و ضرورت	۶
۴-۱- اهداف پژوهش	۷
۴-۱-۱- هدف کلی	۷
۴-۲- اهداف اختصاصی	۷
۵-۱- فرضیه‌های پژوهش	۸
۵-۱-۱- فرضیه‌ی کلان	۸
۵-۲-۱- فرضیه‌های خرد	۸
۲- پیشینه تحقیق	۲
۲-۱- بهروزی کودکان	۱۰
۲-۱-۱- اکولوژی رشد کودک	۱۰
۲-۱-۲- حقوق کودکان به عنوان حقوق بشر	۱۰
۲-۱-۳- جامعه‌شناسی "نوین" کودک	۱۱
۲-۲- تاریخچه‌ی رفاه کودکان	۱۱
۲-۲-۱- سال‌های ابتدایی	۱۱
۲-۲-۲- افزایش مسولیت دولت در قبال کودکان: قرن نوزده	۱۲
۲-۲-۳- جنبش خانه‌ی موقتی مراقبت از کودک رایگان	۱۳
۲-۲-۴- خدمات آغازین محافظت از کودک	۱۳
۲-۲-۵- تأمین‌هایی برای نوجوانان بزهکار	۱۴
۲-۲-۶- اواخر قرن نوزدهم: اثرات دوره‌ی پیشرفت	۱۴
۲-۲-۷- توسعه‌های ابتدای قرن بیستم	۱۵
۲-۲-۸- تأمین کودکان سیاه‌پوست	۱۵
۲-۲-۹- دوره‌ی پس از جنگ جهانی دوم	۱۵
۲-۳- از رفاه کودک به بهروزی کودک	۱۷
۳-۱- شاخص‌های اجتماعی کودکان	۱۷
۴-۲- "دیدگاه‌های "نوین" روش شناختی	۱۸

۱۸	۲-۴-۱- ظهور دیدگاه ذهنی
۱۸	۲-۴-۲- کودک به عنوان واحد مشاهده.....
۱۹	۲-۴-۳- ظهور داده‌های administrative و تنوع منابع داده.....
۱۹	۲-۴-۵- ظهور جنبش شاخص کودک
۲۱	۲-۴-۶- انواع شاخص‌های مربوط به کودکان.....
۲۲	۲-۶-۱- شاخص توسعه‌ی انسانی (HDI)
۲۲	۲-۶-۲- سنجه‌ی خطر کودک (CRM)
۲۳	۲-۶-۳- شاخص بین‌المللی بهروزی کودکان (یونیسف).....
۲۳	۲-۶-۴- بازنگری دالیرازار (۲۰۰۲)
۲۴	۲-۶-۵- شاخص بهروزی کودکان اتحادیه‌ی اروپا
۲۴	۲-۷-۱- سلامت اجتماعی
۲۵	۲-۷-۱- سلامت جسمی
۲۶	۲-۷-۲- سلامت روان.....
۲۶	۲-۷-۳- سلامت اجتماعی
۲۸	۲-۷-۴- سلامت معنوی
۲۹	۲-۸-۱- انواع شاخص‌های مربوط به سلامت اجتماعی
۲۹	۲-۸-۱- شاخص آسایش و رفاه اجتماعی و رمنت.....
۲۹	۲-۸-۲- شاخص مشکلات اجتماعی (Social Problem Index [SPI]).....
۳۰	۲-۸-۳- شاخص آسایش زندگی شهری در شهرهای ایالت میشیگان.....
۳۱	۲-۸-۴- شاخص کیفیت زندگی اونتاریو (Ontario Quality of Life Index, 2003).....
۳۲	۲-۸-۵- شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران.....
۳۳	۲-۹-۱- بررسی متون تجربی
۳۳	۲-۹-۱- خارجی
۳۵	۲-۹-۲- داخلی
۳۹	۲-۱۰- جمع‌بندی و چارچوب نظری
۴۱	۲-۱۱- مدل نظری تحقیق.....
۲	۳- روش‌شناسی تحقیق
۴۳	۳-۱- مقدمه
۴۳	۳-۲- نوع مطالعه

۳-۳-جامعه مورد پژوهش.....	۴۵
۳-۴-محیط پژوهش.....	۴۵
۳-۵-معرفی متغیرها.....	۴۵
۳-۵-۱-متغیر مستقل: سلامت اجتماعی.....	۴۵
۳-۵-۲-متغیر وابسته: بهروزی کودکان.....	۵۰
۳-۶-نحوه گردآوری داده‌ها.....	۵۲
۳-۷-روش اجرا.....	۵۶
۳-۸-روش تجزیه تحلیل داده‌ها.....	۵۶
۳-۹-تحلیل عاملی.....	۵۶
۳-۹-۱-مراحل شاخص‌سازی.....	۵۸
۳-۱۰-ملاحظات اخلاقی.....	۶۲
۴-یافته‌های تحقیق.....	۲
۴-۱-مقدمه.....	۶۵
۴-۲-آمار توصیفی.....	۶۵
۴-۳-آمار استنباطی.....	۶۸
۴-۳-۱-یافته‌های همبستگی پیرسون.....	۶۸
۴-۳-۲-تحلیل عاملی.....	۷۱
۵-بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهاد.....	۲
۵-۱-مقدمه.....	۷۸
۵-۲-نتایج.....	۷۸
۵-۳-نتیجه‌گیری.....	۸۲
۵-۴-پیشنهادها.....	۸۳
۵-۵-محدودیت‌ها.....	۸۳
-منابع و مأخذ.....	۸۴

فهرست جدول‌ها

- جدول ۳-۱: میانگین مولفه‌های بهروزی کودکان در هر یک از مراکز استانهای کشور* ۵۲
- جدول ۳-۲: داده‌های خام و محاسباتی بیانگرهای سلامت اجتماعی در سال‌های ۱۳۸۵، ۸۶، ۸۷ ۵۴
- جدول ۳-۳: متغیرهای موجود در مطالعه بر حسب نقش، سطح مقیاس، ابزار گردآوری و نحوه سنجش ... ۶۳
- جدول ۴-۱: توزیع میانگین و انحراف معیار بیانگرهای بهروزی کودکان در ایران ۶۵
- جدول ۴-۲: مقدار و رتبه‌ی بهروزی کودک در هر یک از استان‌های کشور بر اساس شاخص ترکیبی
بهروزی کودک در ایران ۶۶
- جدول ۴-۳: رتبه‌بندی بهروزی کودکان و مقایسه‌ی آن با رتبه‌ی سلامت اجتماعی ۶۷
- جدول ۴-۴: آزمون کولموگروف اسمیرنوف ۶۸
- جدول ۴-۵: همبستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و میزان مرگ و میر کودکان ۶۸
- جدول ۴-۶: همبستگی پیرسون میان سلامت اجتماعی و سوء تغذیه‌ی کودکان ۶۹
- جدول ۴-۷: همبستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و آموزش کودکان ۶۹
- جدول ۴-۸: همبستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان ۷۰
- جدول ۴-۹: آزمون کایزر_میر_الکین (KAISER-MEYER-OLKIN) و آزمون بارتلت (BARTLETT) داده‌های
بهروزی کودکان ۷۱
- جدول ۴-۱۰: آزمون کایزر_میر_الکین (KAISER-MEYER-OLKIN) و آزمون بارتلت (BARTLETT) داده‌های
سلامت اجتماعی ۷۲
- جدول ۴-۱۱: مقدار ویژه و درصد کل واریانس تبیین شده‌ی داده‌های بهروزی کودک ۷۲
- جدول ۴-۱۲: مقدار ویژه و درصد کل واریانس تبیین شده‌ی داده‌های سلامت اجتماعی ۷۴
- جدول ۴-۱۳: ماتریس چرخش عامل‌های سلامت اجتماعی ۷۴
- جدول ۴-۱۴: رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان (میانگین سال‌های ۸۵، ۸۶ و ۸۷) ۷۵
- جدول ۴-۱۵: همبستگی مولفه‌های سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان ۷۶

فهرست شکل‌ها

- شکل ۳-۱: مدل مربوط به مراحل شاخص‌سازی..... ۶۲
- شکل ۴-۱: نمودار سنگ‌ریزه‌ای مولفه‌های بهروزی کودک..... ۷۳
- شکل ۴-۲: نمودار سنگ‌ریزه‌ای مولفه‌های سلامت اجتماعی..... ۷۵

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

امروزه هنگامی که موضوع سلامت مطرح می‌شود، توجه صرف به بعد جسمانی نوعی ساده اندیشی تلقی می‌گردد. سلامت در دنیای امروز چشم‌انداز وسیع‌تری پیدا کرده و ابعاد گسترده‌ی جسمانی، روانی و اجتماعی را شامل می‌گردد. با در نظر گرفتن چنین دیدگاهی نظر به عوامل تعیین‌کننده‌ی غیر پزشکی سلامت معطوف می‌شود. از این عوامل می‌توان به مواردی همچون شیوه‌ی زندگی، محیط زیست و وضعیت اقتصادی اجتماعی اشاره کرد (مارموت، ۱۹۹۹). از طرفی با توجه به اینکه رویکرد گذشتگان به سلامت اغلب دیدگاهی عینی و معطوف به آثار جسمانی سلامت و یا بیماری و به تبع درمان محور بوده، با مطرح شدن ابعاد ذهنی سلامت می‌توان نظر به عواملی که در نگاه اول بی‌ارتباط با سلامت و یا بیماری به نظر می‌رسند افکنده و به دنبال آن به رویکرد پیشگیری محور نیز گریزی زد (مارموت، ۱۹۹۹). در دنیای مدرن صرف هزینه و زمان برای پیشگیری از مسائل، بسیار عقلایی‌تر و کارا تر از برنامه‌ریزی برای حل و یا درمان مشکلات است.

سلامت مردم با ویژگی‌های جامعه و ساختار اجتماعی و اقتصادی آن مرتبط است. این واقعیت بسیار مهم مبنای سیاست‌گذاری موثر برای ارتقای سطح سلامت مردم به شمار می‌رود. اگرچه به حق توجه زیادی صرف سرمایه‌گذاری و تامین خدمات بهداشتی مناسب و تضمین اثربخشی خدمات (بر اساس شواهد علمی) شده است، اما سلامت مسأله‌ای فراتر از تامین خدمات بهداشتی است. سیاست‌هایی که توسط بخش دولتی و نیز بخش خصوصی دنبال می‌شود در هر دو سطح ملی و محلی تاثیر شگرفی بر سلامتی می‌گذارد.

از طرفی دوران کودکی یکی از سرنوشت‌سازترین دوران در تعیین مسیر زندگی هر یک از افراد جامعه محسوب می‌گردد. فرد در این دوران چه به لحاظ جسمانی، چه به لحاظ روانی و چه اجتماعی، مراحل را طی می‌کند که اثرات آن در اغلب موارد غیرقابل برگشت و اصلاح می‌باشد، تجربیات فرد در دوران کودکی تا به آخرین لحظات عمر با او همراه بوده و بر تفکر، تصمیم‌گیری و انتخاب‌های او اثر می‌گذارد.

ویژگی این دوران در آسیب‌پذیر بودن، توانایی بالای انسان برای یادگیری و فرصت برای پی‌ریزی آینده می‌باشد.

همچنین با در نظر داشتن دیدگاه پیشگیری محور، توجه به نقش مهم دوران کودکی در سلامت یک جامعه و اهمیت توجه به این دوران برای سعادت آیندگان بیش از پیش مطرح می‌گردد.

شرایط اجتماعی اقتصادی خانواده به شدت به فرصت‌های تحصیلی کودک مربوط است (Wadsworth, 1991. Douglas et al, 1968). فرصت‌های تحصیلی نیز به نوبه‌ی خود با حرفه و درآمد آینده مرتبط هستند (Kuh and Wodsworth, 1991. Montgomery et al, 1996). شرایط اجتماعی اقتصادی خانواده احتمالاً به دلیل تغذیه‌ی مناسب و فرصت ورزش با رشد کودک نیز ارتباط دارد.

مک کورد و انسمینگر (۱۹۹۷) معتقدند این فرض که شرایط فقیرانه یا پر تنش خانواده همه‌ی انواع مسائل را توجیه می‌کند اشتباه است. آنها پیامدهای خاصی را با خطرات خاصی مرتبط یافتند: تجربه‌ی زود هنگام پر خاشگری پیش‌بینی‌کننده‌ی خشونت است، همچنین در زنان این مسئله به افسردگی هم منجر می‌شود. کتک خوردن زیاد در دوره‌ی کودکی با اعتیاد به الکل رابطه داشته ولی افسردگی و خشونت را پیشگویی نمی‌کند. در کل رفتار والدین، مهمتر از ساختار خانواده است (McCord, ۱۹۹۱) و تجربه مثبت تعامل خانوادگی در دوران کودکی با پیشرفت بهتر فرد ارتباط دارد (Sylva, 1997).

قوی‌ترین جنبه‌ی بستر اجتماعی که با سلامت ارتباط پیدا می‌کند، فقر است. فقر با تغذیه‌ی نامناسب و در نهایت با احتمال رشد و توسعه‌ی نامناسب (Barker, 1994) ارتباط دارد که این خود افزایش خطر عفونت‌ها، سیگار کشیدن مادر و کاهش عزت‌نفس والدین را دربردارد. فقر همچنین با دسترسی کمتر به خدمات درمانی ارتباط دارد.

بیکاری با افزایش خطر سلامت جسمی و روانی افراد بالغ ارتباط دارد (Montgomery et al, 1996). چون بیکاری در میان افراد غیرماهر و دارای پیشرفت تحصیلی کم، شیوع بیشتری دارد و از آنجا که در بسیاری از کشورها شغل و حرفه، پایگاه اجتماعی-اقتصادی فرد را تعیین می‌کند، تجربه‌ی بیکاری باعث کاهش درآمد و انزوای اجتماعی می‌شود. مطالعات انجام گرفته در مورد اثرات روانی دوره‌های بیکاری

وسیع در افراد بالغ و کودکان نشان‌دهنده‌ی تاثیرات نامطلوب بر روی خلق و خوی مهارت‌های فرزندپروری در میان کسانی است که این بیکاری را تجربه کرده بودند (Elder et al, 1984). رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان^۱ با مطالعه‌ی نشانگرهای سلامت اجتماعی و تأثیر آن بر مولفه‌های بهروزی کودکان در جامعه قابل بررسی می‌باشد.

۱-۲- بیان مسئله

مطالعات نشان داده است که در بین تعیین‌کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات سلامت ۲۵ درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی ۱۵ درصد، سهم عوامل مادی محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد، و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد (مرندی، ۱۳۸۵). در سراسر جهان سالانه ۱۰ میلیون کودک به علت فقر، سوءتغذیه و عدم دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی قبل از تولد ۵ سالگی خود می‌میرند (Black, Morris & Bryce, 2003) اکثریت این مرگ‌ها در میان کودکانی رخ می‌دهد که در کشورهای دارای درآمد پایین یا متوسط متولد شده‌اند و در این کشورها نیز میان خانوارها و اجتماعات با آسیب‌پذیری بالاتر، بیشتر شاهد اینگونه مرگ‌ها می‌باشیم (Houweling, 2007).

مطلب مهم شایان توجه دیگر این است که حداقل ۲۰۰ میلیون کودک به پتانسیل‌های رشد کامل خود نمی‌رسند که این به نوبه‌ی خود پیامدهای جبران‌ناپذیری برای سلامتی آنها در ابعاد گسترده‌تر برای جامعه به بار می‌آورد (Grantham, mc Gregor et al., 2007).

تجارب دوران کودکی پایه‌های حیاتی را برای تمامی طول دوران زندگی فراهم می‌کنند (ECDKN., 2007a) هم برای کشورهای با درآمد پایین و هم کشورهای پر درآمد فراهم کردن آغازی

^۱ برای واژه‌ی wellbeing ترجمه‌هایی از قبیل بهزیستی، آسایش و حتی رفاه هم آورده شده است. در این متن از واژه‌ی بهروزی برای ترجمه‌ی این کلمه استفاده می‌کنیم.

مثبت برای کودکان جامعه بسیار به صرفه‌تر از صرف هزینه برای درمان آسیب‌های ناشی از قصور در دوران کودکی می‌باشد (ECDKN, 2007a).

شرایط اجتماعی همچون فقر دلیل اصلی واکسینه نشدن کودکان، پائین بودن امید به زندگی، تأمین نشدن آب سالم و بهداشتی و عدم دسترسی به داروها و خدمات درمانی می‌باشد. فقر و نابرابری دلیل اصلی تولد کودکان کم وزن، مرگ و میر بیشتر مادران و کودکان، معلولیت و ناتوانی، بیماری‌های روانی، از هم پاشیدگی خانواده، خودکشی و ... می‌باشد. (پارک، ۱۳۸۴).

از دیگر سو بنیان بسیاری از آسیب‌های سلامتی از همان اوان کودکی گذارده می‌شود به این ترتیب که:

کودک ناتوان به لحاظ جسمانی، از سوء تغذیه رنج برده، ممکن است در اثر عدم اقدام به موقع جهت واکسینه شدن در معرض ابتلا به بسیاری از بیماری‌های عفونی قرار گیرد و در نهایت از امید به زندگی پایین تری نسبت به کودک هم سن خود برخوردار باشد.

همچنین به لحاظ شناختی و ذهنی و روانی توانایی کمتری برای یادگیری و رسیدن به پتانسیل‌های خود دارا می‌باشد که این به خودی خود منجر به قرار گرفتن در سطح اجتماعی پایین تر و در خطر قرار گرفتن سلامت فرد می‌گردد.

و بار دیگر آنچه که توجه را به سوی خود جلب می‌کند رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان می‌باشد.

بهروزی یا آسایش که ترجمه‌ی لغت wellbeing می‌باشد به ساختار چندبعدی مرکب از ابعاد ذهنی-روانی، جسمانی و اجتماعی اطلاق می‌گردد. (Elizabeth I. Pollard ۲۰۰۶)

کودک طبق تعریف صندوق بین‌المللی کودکان به گروه سنی افراد از زمان تولد تا پایان سن هجده سالگی اطلاق می‌شود (UNICEF, ۲۰۰۹).

در این مطالعه با توجه به شاخص انتخاب شده، کودک به گروه سنی افراد تا سن ۱۲ سالگی اطلاق می‌گردد.

در تعریف جامعه‌ی سالم «کار گروه سلامتِ جماعت» در کارولینای شمالی که با حمایت فرماندار ایالت تشکیل شده، این ویژگی‌ها را بر می‌شمارد (Franklin et al, 2000): امنیت؛ مسکن قابل خرید؛ سامانه‌ی ترابری قابل دسترس؛ شغل برای جویندگان؛ محیط زیست سالم و امن و بوم سامان (اکوسیستم) پایدار؛ و خدمات سلامت قابل دسترس با تأکید بر پیشگیری.

۱-۳- اهمیت و ضرورت

قطع نظر از روش‌ها و نحوه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های پزشکی و ویژگی‌های فرهنگی جوامع، تقریباً در تمام کشورها بین فقر، نابرابری و محرومیت اجتماعی با بهروزی و سلامت کودکان رابطه‌ی معناداری دیده می‌شود (Williams et al.1994, Helman 1994). بهروزی و سلامت کودکان برای آینده‌ی سلامت یک کشور بیشترین اهمیت را دارد نه تنها به دلیل آنکه کودکان امروز رشد می‌یابند تا نسل آینده‌ی والدین و کارکنان یک کشور باشند، بلکه به دلیل آنکه پژوهش‌های جدید در خصوص رفاه کودک نشان می‌دهد که رفاه در سنین آغاز برای هر کودک پایه‌ی سلامتی دوران بلوغ است. بنابراین سرمایه‌گذاری در رفاه کودکان اثرات سودمندی به خصوص بر آینده سلامت یک جامعه و نیز آینده کارکرد شهروندان آن دارد (Wadsworth,1999).

بهروزی کودک، تصویری از یک کودک شاد و سلامت، این که هر کودک فرصتی برای رسیدن به پتانسیل‌های کامل خود را داشته باشد، داشتن یک زندگی خانوادگی با ثبات، این‌ها اهداف بهروزی کودکان می‌باشد که هر شهروندی خود را موظف به تلاش جهت تحقق آنها می‌داند (Costin,1972) از طرفی کودکان جمعیت آسیب‌پذیری هستند. اتخاذ رویکردی جامع نگر و توجه به جمعیت کودکان به طور فراگیر، نه تنها به سود کل جمعیت کودکان بوده، بلکه به خودی خود کودکان آسیب دیده و فقیر را نیز بیشتر یاری می‌رساند. تاریخ ۵۰ سال اخیر در رفاه کودکان شاهد نهضت نوینی بوده است. این نهضت حرکت از یک سیاست معطوف به جبران آسیب‌ها به سیاستی توسعه‌ای، حرکت از سیاست مبتنی بر استحقاق به کل جمعیت کودکان، و حرکت از رفاه کودکان به بهروزی کودکان می‌باشد.

(Kamerman,2010) به اختصار می‌توان این نهضت را اینگونه تشریح کرد که در عوض در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر کودکان به تمامی کودکان توجه شده و به جای صرف وقت و هزینه برای از بین بردن آثار سوء شرایط ناگوار، سعی بر مساعد کردن شرایط بوده است.

شناخت برنامه‌ریزان ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی از این حقیقت که مولفه‌های سلامت اجتماعی چه نقشی در تعیین وضعیت بهروزی کودکان دارد، سبب می‌گردد توجه بیشتر خود را برای برنامه‌ریزی کوتاه مدت و بلندمدت در این زمینه مبذول دارند. هماهنگ نمودن سیاست‌های بهداشتی درمانی با نیازهای کودکان، به راحتی باعث تصحیح شیوه‌ها و روش‌های نادرست و تغییر آنها به سمت جامعه‌ای دوستدار کودک و متناسب با رشد و توسعه‌ی کودک می‌باشد. لذا ضرورت انجام این پژوهش احساس می‌شود.

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف کلی

تعیین رابطه‌ی سلامت اجتماعی با بهروزی کودکان

۱-۴-۲- اهداف اختصاصی

۱. تعیین رابطه‌ی فقر با بهروزی کودکان
۲. تعیین رابطه‌ی قتل عمد با بهروزی کودکان
۳. تعیین رابطه‌ی ضرب و جرح با بهروزی کودکان
۴. تعیین رابطه‌ی رشد جمعیت با بهروزی کودکان
۵. تعیین رابطه‌ی آموزش با بهروزی کودکان
۶. تعیین رابطه‌ی بیکاری با بهروزی کودکان
۷. تعیین رابطه‌ی نابرابری با بهروزی کودکان

۸. تعیین رابطه‌ی پوشش بیمه با بهروزی کودکان

۱-۵- فرضیه‌های پژوهش

۱-۵-۱- فرضیه‌ی کلان

۱. سلامت اجتماعی با بهروزی کودکان رابطه دارد.

۱-۵-۲- فرضیه‌های خرد

۱. بین فقر و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۲. بین قتل عمد و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۳. بین ضرب و جرح با بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۴. بین رشد جمعیت و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۵. بین باسوادی و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۶. بین بیکاری و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۷. بین نابرابری و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.
۸. بین پوشش بیمه و بهروزی کودکان همبستگی آماری معناداری وجود دارد.