

## عدالت اجتماعی و سلامت کودکان در ایران<sup>۱</sup>

(در چارچوب مدل تعیین کننده‌های اجتماعی

سلامت سازمان بهداشت جهانی)

حمیرا سجادی\*، مروئه وامقی\*\*، سعید مدنی قهفرخی\*\*\*

**بیان مسئله:** در این تحقیق تلاش شده تا نتایج حاصل از مطالعات درباره چهار تعیین کننده درآمد، جنسیت، آموزش و قومیت با سلامت کودکان ایران بررسی شود. روش: این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی با مرور اسناد و منابع کتابخانه‌ای است. کلیه اسناد منتشر شده در فاصله زمانی ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵ در زمینه چهار تعیین کننده اجتماعی ساختاری مرتبط با سلامت کودکان (براساس مدل سازمان جهانی بهداشت) جمع‌آوری و پس از طبقه‌بندی، بررسی و تحلیل شدند. یافته‌ها: اکثر مطالعات، فراوانی مشکلات سلامت کودکان را در خانواده‌هایی نشان می‌دهد که سطح درآمدشان پایین است. مطالعات بسیاری نیز ارتباط آموزش‌های رسمی و غیررسمی و سلامت را تایید می‌کنند. مطالعات محدود در زمینه سلامت کودکان در قومیت‌های مختلف تاییدکننده تفاوت‌های معنادار شیوع بیماری‌ها در اقوام مختلف است. نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های این مطالعه نقش چهار تعیین کننده ساختاری بر سلامت کودکان در ایران را تایید می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** آموزش، ایران، درآمد، سلامت، قومیت، کودکان

تاریخ پذیرش: ۱۹/۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۹/۴/۳۰

۱. این مقاله بخشی از نتایج پژوهشی تحت عنوان «مرور مطالعات مرتبط با تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی، در ایران (۱۳۸۸)» است که با حمایت مالی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اجرا شده است.

\* متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <Safaneh-S@yahoo.com>

\*\* روانپزشک، عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\* دکتری جرم‌شناسی، عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

## مقدمه

طی سال‌های اخیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از پیچیده‌ترین و بحث‌انگیزترین موضوعات در حیطه سیاست‌گذاری سلامت بوده‌اند. چرا در بعضی کشورها وضع سلامتی بهتر و امید به زندگی بالاتر است؟ علت اختلاف سلامتی بین گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی - اجتماعی مختلف چیست؟ چه عواملی بیشتر از وراثت، مصرف سیگار، رژیم غذایی و... زمینه‌ساز ابتلاء افراد به دیابت در بزرگسالی، حمله قلبی و یا دیگر بیماری‌هاست؟ پاسخ، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است که بر سلامت فرد، محله، جامعه و حتی الگوی سلامتی تأثیر می‌گذارند؛ عواملی که علاوه بر خدماتی که به افراد بیمار داده می‌شود به آن‌ها کمک می‌کنند سالم بمانند (Diderichsen and Whitehead, 2001). این مقوله از یک سو با جنبه‌های کلیدی زندگی مردم، بی‌عدالتی در شرایط و اوضاع کاری، سبک زندگی آنان و از سوی دیگر با سیاست‌های اجتماعی - اقتصادی هر کشور ارتباط دارد. حتی در ثروتمندترین کشورها، مردم فقیر سلامت کمتر امید به زندگی کوتاه‌تر و ناخوشی بیشتری در مقایسه با اغنیا دارند.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که اختلاف مرگ و میر در طبقات اجتماعی مختلف فقط به دلیل تفاوت‌های فردی نیست، بلکه در این زمینه عامل بی‌عدالتی ساختاری که افراد در آن زندگی می‌کنند نقش مهمی دارد (الک واسکالی، ۱۳۸۴). بی‌عدالتی در درآمد، اشتغال، حرفه، مسکن، آموزش، تغذیه، استرس، خشونت و ... به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، هم بر استعداد افراد در ابتلا به بیماری و هم بر سرعت بهبودی بیماری آن‌ها تأثیرگذار است.

وقتی صحبت از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌شود می‌خواهیم بفهمیم چه ارتباطی بین بیماری و سلامت افراد با بی‌عدالتی اجتماعی وجود دارد (Rose, 1985). چرا یک رابطه معنادار بین وضع اجتماعی و وضع سلامت مشاهده می‌کنیم؟ آیا تأثیر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت برای همه یکسان است؟ در کجا و برای چه کسانی بی‌عدالتی به بیماری بیشتر و سلامت کمتر منجر می‌شود؟ (Jackson, 2002) علی‌رغم دستاوردهای

قابل توجه در حوزه سلامت در سال‌های اخیر، تداوم مشکلات در برخی حوزه‌ها ضرورت توجه به نقش عوامل دیگر، به‌ویژه عوامل اجتماعی و استراتژی‌های مرتبط در بهبود وضعیت سلامت، را نشان می‌دهد. به عنوان مثال، مهم‌ترین عوامل موثر بر مرگ و میر شیرخواران در ایران به ترتیب وضعیت اقتصادی خانوار، سواد مادر، زندگی در مناطق روستایی و فاصله مخاطره‌آمیز میان تولدهاست. با این حال مقایسه استانی مرگ و میر شیرخواران نیز نشان‌دهنده نرخ بالاتر مرگ و میر شیرخواران در روستاها و مناطقی است که میزان بی‌سوادی در آن‌جا بیشتر است (WHO، ۲۰۰۶). مطالعات بسیاری در ایران در مورد وضعیت برخی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و یا ارتباط آن‌ها با شاخص‌های مختلف وضعیت سلامت در گروه‌های جمعیتی متفاوت، از جمله کودکان، صورت گرفته است؛ در این مطالعات به نقش برخی مولفه‌ها، به‌ویژه جنسیت، وضعیت درآمدی و اقتصادی خانوارها و چگونگی تأثیر آموزش و تحصیلات والدین بر سلامت کودکان بیشتر توجه شده است. در این تحقیق تلاش شده است تا ضمن در نظر گرفتن مدل سازمان بهداشت جهانی نتایج حاصل از مطالعات در مورد چهار تعیین‌کننده درآمد، جنسیت، آموزش و قومیت و ارتباط آن‌ها وضعیت سلامت کودکان در ایران بررسی و جمع‌بندی شده و سپس به‌منظور ارائه برنامه‌های مداخله‌ای موثر در اختیار سیاست‌گذاران حوزه سلامت و یا سایر حوزه‌های مرتبط قرار گیرد.

## (۱) چارچوب نظری

در طی سال‌ها مدل‌های متفاوتی جهت نشان دادن مکانیسم اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر پیامدهای سلامتی ارائه شدند. یک مدل جامع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت باید موارد ذیل را مشخص کند:

الف) سازوکارهایی که توسط آن‌ها تعیین‌کننده‌های اجتماعی، بی‌عدالتی‌های سلامت را ایجاد می‌کنند؛

ب) نشان دهد تا چه اندازه تعیین‌کننده‌های اجتماعی به هم مربوط‌اند؛

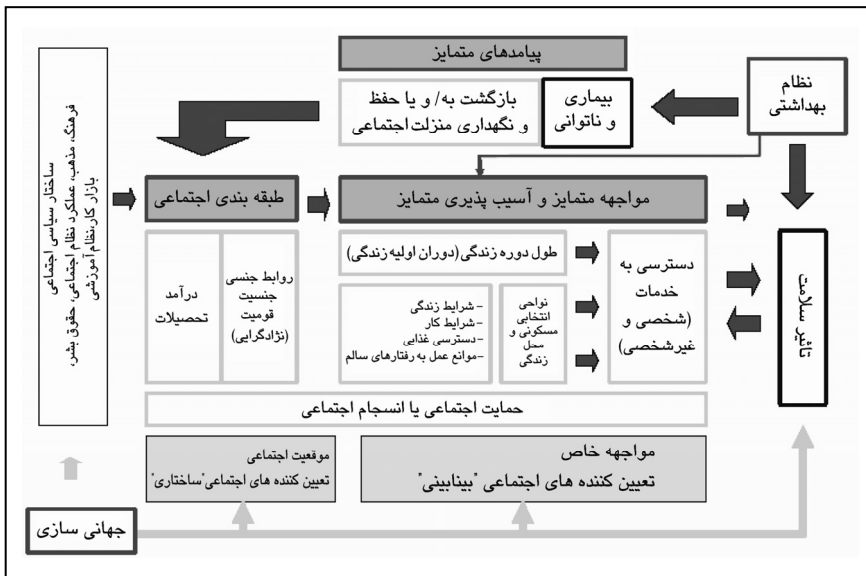
ج) چارچوبی ارائه کند که در آن به نقش مهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توجه شده باشد؛

د) مراحل خاص مداخله و سیاست‌گذاری برای کار در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را طرح‌ریزی کند.

مدل‌های ارائه شده هر کدام به یک یا چند مورد از موارد بالا اشاره کرده‌اند. Dahlgren and Whitehead (1991); Diderichsen and Hallqvist (1998, subsequently adapted in Diderichsen, Evans and Whitehead 2001); Mackenbach (1994); Marmot and Wilkinson (1999). (به نقل از: WHO, 2005)

از این رو کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سازمان بهداشت جهانی مدلی را ارائه کرد که همه موارد را در بر گیرد.

### نمودار شماره ۱: مدل سازمان جهانی بهداشت در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت



در سمت چپ مدل، ساختار اجتماعی و سیاسی را مشاهده می‌کنیم (شامل نهادهای سیاسی و فرایندهای اقتصادی) که سبب به‌وجود آمدن گروهی از موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی نابرابر می‌شود. گروه‌ها برطبق سطح درآمد، تحصیلات، وضعیت حرفه‌ای، جنسیت، نژاد/ قومیت و عوامل دیگر طبقه‌بندی شده‌اند. این ستون سازوکارهای اصلی طبقه‌بندی اجتماعی و ایجاد بی‌عدالتی‌های اجتماعی را تعیین کرده است. این سازوکارها می‌توانند به‌عنوان تعیین‌کننده‌های ساختاری سلامت یا تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر بی‌عدالتی‌های سلامت توصیف شوند. این سازوکارها فرصت‌های سلامت گروه‌های اجتماعی را براساس جایگاه آن‌ها درون سلسله مراتب قدرت، وجهه و دسترسی آن‌ها به منابع شکل می‌دهند.

در ستون میانی مدل مشاهده می‌کنیم که چطور موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی به تعیین‌کننده‌های خاص وضعیت سلامت فرد، که منعکس‌کننده موقعیت اجتماعی فرد درون نظام طبقه‌بندی شده است، منجر می‌شوند. براساس وضعیت اجتماعی مربوطه، افراد آسیب‌پذیری و مواجهه متفاوتی نسبت به عوامل خطر ساز سلامت دارند. این مدل نشان می‌دهد که موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد بر سلامت وی اثر می‌گذارد، ولی این اثر مستقیم نیست. تاثیر موقعیت اجتماعی - اقتصادی بر سلامت به‌واسطه تعیین‌کننده‌های بینابین خاص‌تری صورت می‌گیرد. این عوامل بینابینی شامل شرایط محیطی، (مثل شرایط کار و مسکن) شرایط روانی - اجتماعی، (مثل استرس‌های روانی - اجتماعی) و همچنین عوامل رفتاری، (مثل سیگار کشیدن) هستند. این مدل نشان می‌دهد که اعضای گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر شرایط مادی نامساعدتری در مقایسه با گروه‌های اجتماعی - اقتصادی بالاتر دارند، و مردمی که به سطوح پایین اجتماعی تعلق دارند بیشتر به عادت‌های مضر سلامتی و کمتر به عادت‌های مفید سلامتی روی می‌آورند (Mackenbach, et al, 2002).

چارچوب مورد اشاره به دو گروه اصلی از تعیین‌کننده‌ها، بینابینی و ساختاری، توجه کرده است. تعیین‌کننده‌های ساختاری، عواملی هستند که طبقه‌بندی اجتماعی را به‌وجود می‌آورند. مثل: جنسیت، درآمد، تحصیلات و قومیت. تعیین‌کننده‌های بینابینی، که از ترکیب

طبقه‌بندی اجتماعی ناشی می‌شوند، به ترتیب، تفاوت‌ها را در مواجهه و آسیب‌پذیری با شرایط خطرآفرین برای سلامت تعیین می‌کنند. در مجموعه تعیین‌کننده‌های بینایی، شرایط زندگی، شرایط کار، دسترسی به غذا، عادت‌های جامعه و موانع انتخاب روش زندگی سالم گنجانده شده‌اند. گروه‌های اجتماعی برحسب تعیین‌کننده‌های بینایی به طرق گوناگونی دسته‌بندی شوند. دو نمونه از این دسته‌بندی‌ها شامل: آسیب‌پذیری بالاتر (مثلاً در کودکان) و شرایط جغرافیایی (مثلاً در ساکنین محله‌های فقیرنشین) می‌شود. به‌علاوه نظام بهداشتی نیز باید به‌عنوان یک تعیین‌کننده بینایی در نظر گرفته شود. نقش نظام بهداشتی به‌ویژه به موضوع دسترسی مربوط می‌شود، که به ایجاد تفاوت‌ها در مواجهه و آسیب‌پذیری کمک می‌کند.

مهم‌ترین عوامل زمینه‌ای، آن‌هایی هستند که بیشترین نقش را در ایجاد نابرابری‌های اجتماعی ایفا می‌کنند و ممکن است از کشوری به کشور دیگر تفاوت داشته باشند (Macenbach, et al., 2002). مثلاً، در برخی از کشورها مذهب عامل مهمی است، در صورتی که در برخی کشورها مذهب عامل مهمی محسوب نمی‌شود. با توجه به متفاوت بودن عوامل مؤثر بر طبقه‌بندی اجتماعی در ساختارهای گوناگون، ممکن است سیاست‌ها یا مداخلات قطعی بر یک ساختار اجتماعی - سیاسی معین مؤثر باشد ولی برای ساختارهای دیگر مؤثر نباشد. پس متناسب با ویژگی‌ها و مشخصه‌های ساختاری در هر طبقه باید نسبت به برنامه‌ریزی در جهت بهبود سلامت افراد اقدام کرد (Benzeval, 2003). در این مطالعه نقش چهار تعیین‌کننده اجتماعی - ساختاری سلامت یعنی جنسیت، درآمد، آموزش و قومیت در مدل مورد اشاره، که بی‌عدالتی و نابرابری در آن‌ها نقش مؤثری در سلامت دارد، بررسی شده‌اند.

### ۱-۱) جنسیت

میزان سلامت زنان و مردان در شرایط متفاوت فرق می‌کند. برآوردهای بار جهانی بیماری در سال ۲۰۰۲ نشان می‌دهد که از ۱۲۶ عامل سلامت و عوامل خطرزای سلامتی ۶۸ مورد

آن بین زنان و مردان متفاوت است. (Snow, 2007) با در نظر گرفتن HIV، عفونت‌های مقاربتی و سرطان‌ها، زنان ۱/۲۲ برابر مردان، از سال‌های زندگی خود را با ناتوانی تعدیل شده (DALYs)<sup>۱</sup> تجربه می‌کنند. این رقم با در نظر گرفتن سرطان‌های دستگاه تناسلی، زنان هفت برابر مردان می‌شود. اگر شیوع بیماری، ناتوانی و مرگ و میر مرتبط با زایمان زنان، به این محاسبه اضافه شود، زنان ۲/۱۹ برابر مردان سال‌های زندگی خود را با ناتوانی تعدیل شده ادامه می‌دهند.

پس از بررسی آثار تبعیض میان کودکان دختر و پسر در خانه‌ها به این نتیجه می‌رسیم زمانی که دختران و پسران به مراقبت‌های سلامت نیاز دارند و خانواده با محدودیت‌های مالی مواجه است، نیازهای سلامت پسران در اولویت قرار می‌گیرد و به این ترتیب مراقبت‌های درمانی ارزان‌تر در اختیار دختران قرار داده می‌شود (Iyer, 2005; Lane, 1987).

در اکثر کشورها وقتی مادران برای کسب درآمد مشغول کار می‌شوند، دختران مأمور مراقبت از خواهران یا برادران می‌شوند - حتی اگر این کار به قیمت از دست دادن آموزش و سلامت خودشان تمام شود (Herz Sperling, 2004).

وقتی والدین در اثر ویروس HIV می‌میرند، اغلب پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها یا کودکان (اغلب دختران) هستند که وظیفه مراقبت از کودکان کوچک‌تر را برعهده دارند و درست به همین دلیل سلامت آنان به شدت تهدید می‌شود (Monash & Buerma, 2004). مطالعات دربارهٔ مردان دارای ویروس HIV نشان داده که احتمال روابط جنسی آنان با دختران بسیار زیاد که این امر سبب خطرات جدی برای کودکان دختر می‌شود. (Brown, et al., 2001).

مطالعات نشان داده‌اند که سطح بالای توجه به نیازهای پسران در مقایسه با دختران اغلب منجر به غفلت از نوزادان دختر می‌شود که این امر تا پایان نوزادی و اوایل کودکی ادامه دارد (Arnold, 1997).

---

۱. این سال‌های تنظیم شده زندگی برای از کار افتادگی که با شرایط زمان زایمان برآورد می‌شود و برای نوزادان پسر ۱/۱۸ برابر نوزادان دختر است.

در تحقیقات صورت گرفته به فراگیر بودن برخی بیماری‌ها در دختران نیز توجه شده است مثلاً احتمال مبتلا شدن دختر بچه‌ها به بیماری سل بسیار بیشتر از پسر بچه‌هاست. هنوز به اندازه کافی دلایل این امر روشن نشده ولی تفاوت‌های زیستی دو جنس و همچنین تفاوت در مراقبت و رسیدگی به آن‌ها از مهم‌ترین عوامل این بیماری محسوب می‌شوند. (Thorson, WHO 2002)

## ۲-۱) درآمد

بسیاری از مطالعات ارتباط مستقیم فقر و درآمد خانواده با وضعیت سلامت کودکان را تأیید کرده‌اند. (Doyle, et al., 2005; Phipps, 2003). مه‌یر نشان داد درآمد ممکن است نقش تجمعی ایفا کند که این امر به ویژه برای کودکان، هم به دلیل تاثیر بر ابعاد مختلف بهزیستی آن‌ها و هم به دلیل تاثیرگذاری گلوله برفی‌گونه پیامدها در دوره زندگی بسیار مهم به نظر می‌رسد (Phipps, 2003). فیپس از جمع‌بندی یافته‌های مطالعات مربوط به ارتباط درآمد و سلامت کودکان به این نتایج دست یافت:

الف) میزان سلامتی در میان کودکانی که وضع اجتماعی - اقتصادی نازل‌تری دارند، پایین‌تر است. البته در مورد میزان آن توافق عام وجود ندارد و تا حد زیادی به معیارهای انتخاب شده برای سلامت و وضع اجتماعی - اقتصادی حساسیت دارد.

ب) دوره‌های زمانی که در آن وضع اجتماعی - اقتصادی خانواده پایین است، اهمیت دارد؛ اما آنچه در سال‌های اولیه زندگی کودک اتفاق می‌افتد، مهم‌تر است.

ج) تاثیر وضع اجتماعی - اقتصادی بر سلامت کودکان غیرخطی است و این نکته به ویژه برای کم‌درآمدترین کودکان اهمیت دارد.

د) اگرچه سطح درآمد بیشترین اهمیت را دارد اما «شوک‌های درآمدی» هم مهم‌اند و شوک‌های منفی در مقایسه با شوک‌های مثبت تاثیر بیشتری دارند.

برخی مطالعات نیز در کانادا به نتایجی دست یافته‌اند که ارتباط مستقیمی میان وضعیت سلامت و درآمد را نشان نمی‌دهد (Phipps, 2003).



برخی محققان نیز به بررسی وضع درآمد در دوران کودکی و تاثیر آن بر سلامت در بزرگسالی پرداخته‌اند. بنزوال و همکارانش (2000) با مرور مطالعاتی که نقش فاکتورهای دوران کودکی را بر سلامت بزرگسالی بررسی کرده‌اند، نتیجه می‌گیرند که مشکلات اقتصادی در دوران کودکی خطر سلامتی نامطلوب در بزرگسالی را به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد.

### ۳-۱) آموزش

برخی پژوهشگران ارتباط بین آموزش و سلامت را از طریق کار و شرایط اقتصادی توضیح می‌دهند؛ به این معنی که هرچه میزان تحصیلات بالاتر باشد احتمال استخدام در مشاغل و محیط‌های کاری سالم‌تر با درآمد بالاتر و مشاغلی که به فرد اجازه کنترل بیشتر بر زندگی را می‌دهد، بیشتر است و این شرایط زمینه‌ساز سلامتی اعضای خانواده می‌شود. منابع مالی بیشتر زمینه اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر، تغذیه بهتر و دسترسی به خدمات سلامتی مناسب‌تر را برای افراد فراهم می‌کند. برخی پژوهشگران نیز با بررسی عوامل درآمد و شرایط کاری، ارتباط مثبتی بین آموزش و سلامت گزارش کرده‌اند (Ross & Wu, 1995). برخی مطالعات نشان می‌دهند تحصیلات بالاتر احتمالاً به ارتباطات حمایتی بیشتر منتهی می‌شود (Ross & Wu, 1995) و این ارتباطات ممکن است احساس خود کنترلی فرد و توانایی درک خطراتی که سلامتی‌اش را تهدید می‌کند، افزایش دهد.

برخی دیگر از پژوهشگران معتقدند که تحصیلات بیشتر به اتخاذ سبک‌های زندگی سالم‌تر منتهی می‌شود (Ross & Wu; 1995-1996; Leigh & Fries 1993; Millar & Stephens 1993).

صرف‌نظر از مکانیسم‌هایی که ممکن است تحصیلات بالاتر را با سلامتی مرتبط سازد، آموزش با سلامت در افراد ارتباط قوی داشته و یک پیش‌بینی‌کننده قوی سلامتی در تمامی گروه‌های سنی است. مطالعاتی که در زمینه آموزش و سواد انجام شده، نشان می‌دهد که سواد بر توانایی دسترسی افراد به اطلاعات، هدایت در محیط‌های علمی، توانایی‌های

شناختی و زبانی و خود کارآمدی تاثیر دارد (Parikh, Snow, 1991; Dexteet, et al., 1998).  
(et al., 1996).

#### ۴-۱) قومیت

در مطالعات مختلف درباره قومیت نوعی اختلالات مفهومی وجود دارد که گاه مقایسه داده‌ها را با یکدیگر دشوار می‌کند. قومیت، اقلیت، نژاد، رنگین پوست و... اصطلاحاتی هستند که علاوه بر برخی اشتراکات، تفاوت‌های بسیاری با یکدیگر دارند. یک قومیت ممکن است جزء اقلیت هم باشد، اما هر اقلیتی - مثل اقلیت‌های مذهبی - قومیت نیست. از این رو در نتایج مطالعات باید دقت زیادی داشت.

در مطالعات مختلف به علل، عوامل و مانع دسترسی اقلیت‌های قومی به خدمات بهداشتی و در نتیجه کاهش سلامت آنان اشاره شده است. از جمله این عوامل می‌توان به محل سکونت نامطلوب (William, 2000; William & House, 2000)، نگاه خرافی به سلامت و بیماری باوری، کیفیت خدمات پایین‌تر ارائه شده به اقلیت‌ها، عدم دسترسی به موقع به این خدمات (Thomas, 1992; Navarro, 1990)، سطوح درآمد پایین، نوع شغل سخت اقلیت‌ها (Navarro, 1990)، سبک زندگی پرخطر (Thomas, 1992)، کیفیت پایین آموزش و دسترسی به آن (William, 2000) اشاره کرد. در تمامی این موارد کودکان نیز از نتایج حاصل از وابستگی قوی تأثیر می‌پذیرند.

#### ۲) روش

##### ۱-۲) نوع مطالعه

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی با مرور اسناد و منابع کتابخانه‌ای است.

##### ۲-۲) جامعه آماری

کلیه اسناد موجود در زمینه عوامل اجتماعی ساختاری مرتبط با سلامت (براساس مدل

سازمان بهداشت جهانی) یعنی تعیین‌کننده‌های درآمد، آموزش، جنسیت و قومیت شامل کتاب‌ها، پایان‌نامه‌های دوره دکترا، کارشناسی ارشد، مقالات و گزارش‌های رسمی، که در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵ انجام شده بودند، از کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های شهر تهران، منابع الکترونیکی شامل پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران ([www.sid.ir](http://www.sid.ir))، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ([www.irandoc.ac.ir](http://www.irandoc.ac.ir))، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران ([www.iranmedex.com](http://www.iranmedex.com))، بانک اطلاعات نشریات کشور ([www.magiran.com](http://www.magiran.com)) و موسسه فرهنگی و اطلاع‌رسانی نمایه جمع‌آوری شد. سپس تمامی اسناد مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در دوره زمانی ذکر شده با توجه به کلید واژه‌ها و معیارهای ورود و خروج، بررسی، جمع‌آوری، تنظیم و گزارش شدند که از میان آن‌ها ۴۰ مطالعه درباره رابطه سلامت و جنسیت، ۱۶ مطالعه در مورد وضعیت درآمد و سلامت، ۴۰ مطالعه درباره آموزش و سلامت و ۶ مطالعه در زمینه رابطه قومیت و سلامت بودند.

### ۲-۳) روش اجرا

طی مرور منابع و مستندات مرتبط، ۲۸ کلیدواژه در چهار طبقه تعیین‌کننده بررسی و عناوین مطالعات بر اساس این کلیدواژه‌ها جستجو شدند. کلیه عناوین این فهرست اولیه توسط دو نفر از داوران، با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعات، ارزیابی شدند. این معیارها از این قرار بودند:

- الف) مطالعاتی که به توصیف وضعیت موجود تعیین‌کننده‌ها در ایران پرداخته باشد.
  - ب) مطالعاتی که به بررسی ارتباط بین تعیین‌کننده با وضعیت سلامت، بیماری و آسیب‌ها پرداخته باشد.
  - ج) مطالعاتی که به بررسی وضعیت سلامت، بیماری یا آسیب در ایران پرداخته باشد.
  - د) مطالعاتی که در فاصله سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۵ انجام شده باشد.
- بعد از عبور از چند مرحله غربال مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی،

ساختاری و سلامت وارد نرم‌افزار Reference Manager و سپس اکسل شدند تا طبقه‌بندی و بررسی و توصیف داده‌ها امکان‌پذیر گردد.

## ۲-۴) تعاریف

### ۲-۴-۱) جنسیت

در این مطالعه مراد از جنسیت دختر است که با کلید واژه‌های جنس، جنسیت، زن (زنان)، مرد (مردان)، دختر (دختران) و پسر (پسران) تعریف شده است.

### ۲-۴-۲) درآمد

در این مطالعه مراد از درآمد شرایط اقتصادی بوده و با مجموعه کلید واژه‌های درآمد، فقر، نابرابری، امنیت، عدالت، بی‌عدالتی، انصاف، تبعیض، اختلاف طبقاتی، شکاف طبقاتی، تبعیض، طبقه اجتماعی و هزینه تورم و رفاه مشخص شده است.

### ۲-۴-۳) آموزش

در این مطالعه مراد از آموزش شرکت در فرایند آموزش تحصیلی رسمی و غیررسمی و همچنین آموزش‌هایی است که از سوی نهادهای رسمی و غیررسمی به منظور یادگیری و ارتقا مهارت‌های پایه‌ای بدون تمرکز بر یک مشکل خاص و با تمرکز بر جمعیت عمومی صورت گرفته است. مانند آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش‌های بهداشتی عام و... در این مطالعه آموزش با کلید واژه‌های تحصیلات، آموزش، آگاهی، یادگیری و مهارت مشخص شده و مطالعات مربوط به تحصیلات بر والدین و مطالعات مربوط به آموزش بر کودکان متمرکز بوده است.

### ۲-۴-۴) قومیت

قومیت به دیدگاه‌ها و شیوه‌های عمل فرهنگی که اجتماع معینی از مردم را متمایز می‌کند،

اطلاق می‌شود. برای تشخیص گروه‌های قومی از یکدیگر، از ویژگی‌های بسیار متفاوتی می‌توان استفاده کرد؛ اما معمول‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: زبان، تاریخ یا تبار (حقیقی یا خیالی)، مذهب و شیوه‌های پوشش، آرایش، اختلافات قومی (گیدنز، ۱۳۷۴). در این مطالعه قومیت با کلید واژه‌های قومیت و فرهنگ مشخص شده است.

### ۳) یافته‌ها

در این بخش یافته‌های مطالعات دربارهٔ رابطهٔ چهار تعیین‌کنندهٔ اجتماعی، ساختاری و سلامت در ایران به تفکیک ارائه می‌شوند.

#### ۳-۱) جنسیت و سلامت کودکان در ایران

در این بخش نتایج ۴۰ مطالعه که به بررسی رابطهٔ سلامت و جنسیت در کودکان پرداخته‌اند، اشاره می‌شود. ویژگی‌های روش‌شناختی این مطالعات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات روش‌شناختی مطالعات مرتبط با رابطهٔ سلامت کودکان و جنسیت

| نام نویسنده          | نوع مطالعه      | جامعه آماری   | حجم نمونه (نفر) | روش نمونه‌گیری              |
|----------------------|-----------------|---|-----------------|-----------------------------|
| اقبالیان، ۱۳۸۶       | مقطعی           | نوزادان زنده متولد شده                                  | ۱۵۰۰            | تصادفی                      |
| کریمیان، ۱۳۸۲        | مقطعی           | نوزادان متولد شده                                       | ۱۹۲۷            | تصادفی                      |
| هلاکویی نائینی، ۱۳۸۴ | مورد -<br>شاهدی | کودکان ۶ تا ۳۰ ماهه                                     | ۱۷۲۵            | تصادفی                      |
| گلعلی‌پور، ۱۳۷۹      | مقطعی           | نوزادان طبیعی متولد شده سال ۱۳۷۵                        | ۲۱۹۰            | تصادفی                      |
| زاهد پاشا، ۱۳۸۳      | مقطعی           | نوزادان متولد شده در بیمارستان‌ها                       | ۲۲۲۸            | تمام شماری                  |
| سادات، ۱۳۸۴          | مورد -<br>شاهدی | کودکان زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی | ۱۲۵             | هدفمند                      |
| نادر، ۱۳۸۴           | مقطعی           | دانش‌آموزان مقطع ابتدایی                                | ۱۳۰۰            | تصادفی چند مرحله‌ای خوشه‌ای |

ادامه جدول ۱

|                       |                 |   |                               |             |
|-----------------------|-----------------|---|-------------------------------|-------------|
| امانی، ۱۳۸۴           | مورد -<br>شاهدی | نوزادان زنده یا مرده متولد شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی    | ۸۰ نوزاد مرده و ۸۰ نوزاد زنده | - نامشخص -  |
| حسینی شریفی، ۱۳۸۰     | مقطعی           | کودکان مبتلا به گاستروانتریت حاد  | ۵۰۰                           | تمام شماری  |
| رفیع نژاد، ۱۳۸۵       | مقطعی           | شامل کلیه دانش‌آموزان مدارس مقطع ابتدایی  | ۴۳۳۴                          | تمام شماری  |
| جعفری نیا، ۱۳۸۲       | مقطعی           | کودکان زیر ۵ سال  | ۸۱۱                           | تمام شماری  |
| عباسی، ۱۳۸۱           | مقطعی           | کودکان مبتلا به اسهال زیر ۵ سال در خانه‌های بهداشت و مرکز بهداشتی               | ۷۰۸                           | تمام شماری  |
| دربانی، ۱۳۸۴          | مقطعی           | از دانش‌آموزان ۲۴ مدرسه ابتدایی   | ۱۰۷۰                          | تصادفی      |
| میرمیران، ۱۳۸۲        | مقطعی           | نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله  | ۴۲۰                           | تصادفی      |
| مصطفوی، ۱۳۸۱          | مقطعی           | زنان و مردان ۹۹-۱۳ ساله   | ۴۰۴۵                          | تصادفی      |
| خزاعی، ۱۳۸۲           | مقطعی           | دانش‌آموزان دبیرستانی   | ۴۸۰                           | تصادفی      |
| سلطان‌زاده، ۱۳۸۲      | مقطعی           | نوزادان تازه متولد شده  | ۳۱۴۰                          | تمام شماری  |
| زبید، ۱۳۸۳            | مقطعی           | بیماران مبتلا به لوسمی  | ۱۳۲                           | - نامشخص -  |
| فاتحی<br>میبدی، ۱۳۷۸  | مقطعی           | کلیه بیماران مراجعه کننده به انستیتو کانسر                                      | ۳۶۴                           | تمام شماری  |
| قاسمی، ۱۳۸۵           | مقطعی           | دختران و پسران ۱۷-۷ سال مبتلا به آسم  | ۲۹۰                           | در دسترس    |
| پدرام رازی، ۱۳۸۶      | مقطعی           | بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به درمانگاه ریه                               | ۳۸۶                           | تصادفی ساده |
| دارائی، ۱۳۸۱          | مقطعی           | کلیه افراد بین سنین ۳۰-۱۰ سال که به علت عیب انکساری به درمانگاه مراجعه کرده‌اند | ۳۰۰                           | در دسترسی   |
| مجاهد، ۱۳۸۳           | مقطعی           | دانش‌آموزان مقطع دبیرستان   | ۵۰۰                           | تصادفی      |
| گلعلی‌پور، ۱۳۸۴       | مقطعی           | متولدین در مرکز درمانی طی شش سال  | ۳۷۹۵۱                         | تمام شماری  |
| قندهاری مطلق،<br>۱۳۸۳ | مقطعی           | بچه‌های ۳۲ کودکان تحت نظارت سازمان بهزیستی                                      | ۴۰۰                           | تصادفی      |
| گلعلی‌پور، ۱۳۸۲       | مقطعی           | تمام نوزادانی که زنده و یا مرده با نقایص لوله عصبی متولد شده‌اند                | ۲۶۲۸۰                         | تمام شماری  |

ادامه جدول ۱

|                 |                    |   |                        |            |
|-----------------|--------------------|---|------------------------|------------|
| حاتمی، ۱۳۷۸     | مقطعی              | کودکان مراجعه کننده به بیمارستان<br>علی اصغر                    | ۲۵                     | پی در پی   |
| مسعودزاده، ۱۳۸۳ | مقطعی              | دانش آموزان مقطع دبیرستان                                       | ۱۰۶۸                   | تصادفی     |
| آقاجانی، ۱۳۸۱   | تجربی              | دانش آموزان سال اول مقطع متوسطه<br>دخترانه دولتی منطقه ۷ تهران  | ۱۵ مورد +<br>۱۵ شاهد   | تصادفی     |
| پورحسین، ۱۳۸۱   | مقطعی              | تمام دانش آموزان دختر و پسر<br>۶ تا ۱۲ ساله                     | ۲۶۳                    | تصادفی     |
| احسان منش، ۱۳۸۰ | تحلیل ثانویه       | مطالعات انجام شده از ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹                               | ۲۹ تحقیق               | -نامشخص -  |
| امیدی، ۱۳۸۲     | مقطعی              | افراد ۱۵ سال و بالاتر مناطق شهری                                | ۶۵۰ نفر                | تصادفی     |
| متقی، ۱۳۸۱      | هم گروهی<br>تاریخی | کلیه دانش آموزان دختر و پسر دوم ابتدایی<br>شهرکرد               | ۱۰۶ مورد +<br>۱۰۰ شاهد | تصادفی     |
| خدیبوی، ۱۳۸۴    | مقطعی              | کلیه زنان و دختران شهرستان اردل با تاکید<br>بر دختران دبیرستانی | ۳۶۰                    | تصادفی     |
| خضری، ۱۳۸۱      | مقطعی              | دانش آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه                              | ۲۴۰                    | تصادفی     |
| اعتصام، ۱۳۸۱    | مقطعی              | دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی                                | ۸۸۹                    | تصادفی     |
| ظهیرالدین، ۱۳۸۳ | مقطعی              | دانش آموزان دبیرستانی شهر فیروزکوه                              | ۶۰۴                    | تمام شماری |
| علانی، ۱۳۸۳     | مقطعی              | کودکان زیر سن مدرسه در مهدکودک ها                               | ۳۲۰                    | تصادفی     |
| عزیزی، ۱۳۸۰     | مقطعی              | دانش آموزان مقطع ابتدایی  | ۳۷۱۱                   | تصادفی     |

۱-۱-۳) سلامت جسمی

در سه مطالعه درباره عوامل مرتبط با کم وزنی هنگام تولد، مشخص شد که میان جنسیت و کم وزنی هنگام تولد ارتباط معنی داری وجود ندارد (اقبالیان، ۱۳۸۶؛ کریمیان و همکاران، ۱۳۸۲؛ هولاکویی نائینی و همکاران، ۱۳۸۴). برخلاف نتایج این تحقیقات، در دو پژوهش دیگر نتایج متفاوتی به دست آمد به طوری که میانگین وزن بدو تولد به تفکیک جنسیت در نوزادان پسر و دختر از نظر آماری تفاوت معنی داری داشت. (گلعلی پور و همکاران، ۱۳۷۹؛ زاهدپاشا و همکاران، ۱۳۸۳).

با افزایش سن و در نتیجه افزایش تاثیر عوامل محیطی، همچون ساختارهای جنسیتی، تفاوت در سلامت دختران و پسران بیشتر مشاهده می‌شود. (سادات و همکاران، ۱۳۸۴؛ نادر و آرامش، ۱۳۸۴). البته، در چنین مواردی، دختر بچه‌ها وضعیت نامطلوب‌تری دارند. این در حالی است که در برخی پژوهش‌ها میان پوسیدگی دندان، اختلال بینایی و اختلال شنوایی با جنسیت کودکان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است (نادر و آرامش، ۱۳۸۴). در مواردی نیز گزارش شده است که وضعیت سلامت جسمی نوزادان دختر بهتر از پسران است (امانی و همکاران، ۱۳۸۴).

مروری بر تحقیقات انجام شده درباره بیماری‌های گوارشی در کودکان نشان می‌دهد که در برخی موارد جنسیت، متغیری تاثیرگذار در ابتلا به این نوع بیماری محسوب می‌گردد. در برخی بیماری‌ها از جمله گاستروانتریت، پسران بیشتر از دختران در معرض بیماری بوده‌اند (حسینی شریفی، ۱۳۸۰). در موارد دیگر رابطه معنی‌داری بین بیماری گوارشی و جنسیت تایید نشده است (جعفری‌نیا و همکاران، ۱۳۸۲؛ عباسی و یوسفی، ۱۳۸۱؛ دریانی و اتحاد، ۱۳۸۴).

تحقیقات مختلفی به بررسی ارتباط بیماری‌های قلبی - عروقی از جمله انفارکتوس، روماتیسم قلبی، پرفشاری خون، عوامل خطر بیماری‌های قلبی با متغیر جنسیت پرداختند. تحقیقات درباره شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی در نوجوانان تفاوت معنی‌داری را بین فشار خون سیستولی در پسران نوجوان و دختران نشان داد (میرمیران و همکاران، ۱۳۸۲؛ مصطفوی، ۱۳۸۱).

تحقیقاتی نیز در مورد بیماری‌های خونی مثل کم‌خونی، فقر آهن، لوسمی و لنفوم انجام شده است. در مورد فقر آهن، اغلب تحقیقات بر این موضوع تاکید داشتند که دختران بیشتر از پسران دچار فقر آهن می‌شوند (خزاعی و همکاران، ۱۳۸۲؛ زبید، ۱۳۸۳). در مقابل، در مورد سرطان‌های خون، اگرچه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است، لوسمی و لنفوم در جنسیت مذکر بیشتر مشاهده شده است (فاتحی مبدی، ۱۳۷۸).

در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم نیز مشاهده شد که متغیر جنسیت



تاثیرگذار است و کیفیت زندگی بیماران دختر از بیماران پسر نامطلوب‌تر است (قاسمی، ۱۳۸۵؛ پدرام رازی و همکاران، ۱۳۸۶). در تحقیقاتی که به مصرف سیگار پرداخته‌اند، نشان داده شده است که در مقطع دبیرستان پسران عموماً بیشتر از دختران سیگار می‌کشند یا مواد مخدر مصرف می‌کنند. (مجاهد و بخشانی، ۱۳۸۳).

در بررسی بیماری‌های عفونی، مطالعه دربارهٔ اپیدمیولوژی شپش سر در دانش‌آموزان نشان داد میزان آن در دختران بیشتر از پسران است (رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵). در زمینهٔ بیماری‌های دهان و دندان، تنها دو پژوهش یافت شد که نقش متغیر جنسیت را در این نوع بیماری‌ها بررسی کرده بودند؛ البته، در هر دو این پژوهش‌ها، متغیر جنسیت تفاوت معنی‌داری را نشان نداده است. با وجود این، در پسران بیشترین فراوانی بیماری دهان و دندان به‌صورت شکاف کام (۴۲ درصد) و در دختران بیشتر شکاف کام و لب با هم (۴۳ درصد) مشاهده گردید (گلعلی پور و همکاران، ۱۳۸۴؛ قندهاری مطلق و همکاران، ۱۳۸۳).

تحقیقات انجام شده در زمینهٔ بیماری‌های چشمی که در آن‌ها متغیر جنسیت نیز در نظر گرفته شده، شامل مواردی همچون عیوب انکساری، نزدیک‌بینی، توانایی‌های تعادلی، التهاب ملتحمهٔ نوزادی، و عوارض چشمی بیماری بهجت، است. مرور یافته‌ها حاکی از آن است که جنسیت تأثیر معنی‌داری بر بروز این بیماری‌ها ندارد (سلطان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۲؛ دارائی، ۱۳۸۱).

بررسی تحقیقاتی که به بیماری‌های دستگاه عصبی پرداخته‌اند، همچون ناهنجاری‌های لوله عصبی یا میلومنگوسل در نوزادان، حاکی از آن است که اگرچه تفاوت‌هایی از نظر توزیع جنسیتی وجود دارد، این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نیستند (گلعلی پور و همکاران، ۱۳۸۲؛ حاتمی، ۱۳۷۸).

## ۲-۱-۳ سلامت روانی

بررسی سلامت روان، عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام می‌شود. در تحقیقات

انجام شده در این زمینه، عموماً زنان و دختران بیشتر از مردان دچار اختلالات روانی بوده‌اند (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۳؛ آقاجانی، ۱۳۸۱؛ احسان منش، ۱۳۸۰). البته برخی تحقیقات نیز نتیجه گرفته‌اند که مردان اختلالات روانی یا رفتاری بیشتری دارند (متقی، ۱۳۸۱). همچنین، پژوهش در مورد خودپنداشت در کودکان و جنسیت آن‌ها، رابطه معناداری گزارش نکرده‌اند (پورحسین، ۱۳۸۱).

تحقیقاتی که در زمینه خودکشی انجام شده‌اند را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: الف) اقدام به خودکشی و ب) خودکشی‌های موفق (منجر به مرگ). عموماً بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت که زنان اقدام به خودکشی بیشتری در مقایسه با مردان دارند، این در حالی است که خودکشی‌های منجر به مرگ در مردان بیشتر است (خزاعی و همکاران، ۱۳۸۲؛ خدیوی و همکاران، ۱۳۸۴). مرور تحقیقاتی که درباره اضطراب و استرس انجام شده، نشان می‌دهد که عموماً دختران بیشتر از پسران اضطراب و استرس دارند (خضری، ۱۳۸۱). در بررسی تحقیقاتی که درباره افسردگی انجام شده است، دو تحقیق بر بالاتر بودن شیوع افسردگی در دختران تاکید دارند (اعتصام و مودب، ۱۳۸۱؛ ظهیرالدین و همکاران، ۱۳۸۳). دیگر تحقیقات انجام شده در زمینه اختلالات روانی به مواردی همچون اختلال عدم توجه و بیش‌فعالی، اختلال وسواسی - جبری، اسکیزوفرنی و خشونت روانی پرداخته‌اند، که به جز اختلال عدم توجه و بیش‌فعالی که شیوع آن در پسران بیشتر از دختران گزارش شد (عزیزی و جاسمی، ۱۳۸۰) در سایر موارد میان جنسیت کودک و بیماری ارتباط معنی‌داری یافت نشد. (علائی و همکاران، ۱۳۸۳)

## ۲-۳) درآمد و سلامت در ایران

در مرور مطالعات مرتبط با سلامت، که جمعیت هدف آن‌ها را کودکان تشکیل می‌داد، ۱۶ مطالعه وضعیت درآمد خانواده و سلامت کودکان را بررسی کرده بودند. جدول شماره ۲ فهرست مطالعات را بر اساس ویژگی‌های روش شناختی آن‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۲: مشخصات روش شناختی مطالعات مرتبط با درآمد و سلامت کودکان

| نام نویسنده          | نوع مطالعه         | جامعه آماری   | حجم نمونه (نفر)   | روش نمونه‌گیری |
|----------------------|--------------------|---|-------------------|----------------|
| نظری، ۱۳۸۲           | نیمه تجربی         | دانش آموزان دختر دبستانی چابهار                           | ۴۰ مورد و ۴۰ شاهد | تصادفی         |
| هلاکویی نائینی، ۱۳۸۴ | مورد شاهدی         | کودکان ۶ تا ۳۰ ماهه خانوارهای استان هرمزگان               | ۱۷۲۵              | تصادفی         |
| رفیع، ۱۳۸۲           | مقطعی              | کودکان ۱۲-۵ ساله شهر تبریز                                | ۳۱۷               | احتمالی        |
| ایمان زاده، ۱۳۸۳     | مورد شاهد          | کودکان مراجعه کننده به بیمارستان مفید                     | ۴۷ مورد و ۴۷ شاهد | مستمر          |
| شهرکی، ۱۳۸۰          | مقطعی              | دانش آموزان ابتدایی یاسوج                                 | ۱۲۰۰              | تصادفی         |
| رفیع نژاد، ۱۳۸۵      | مقطعی              | دانش آموزان مقطع ابتدایی                                  | ۲۳۳۴              | تمام شماری     |
| ضاریان، ۱۳۸۵         | نیمه تجربی - تجربی | دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر زابل                    | ۱۰۶۶              | تصادفی         |
| عربزاده، ۱۳۸۶        | مقطعی              | مادران باردار و نوزادان آن‌ها در شهر کرمان                | ۳۹۷               | نامشخص         |
| راهنورد، ۱۳۸۵        | مقطعی              | نوجوانان دختر منطقه ۱۷ شهرداری تهران                      | ۷۶۰               | تصادفی         |
| قندهاری مطلق، ۱۳۸۳   | مقطعی              | کودکان کودکان‌های شهر تهران                               | ۴۰۰               | تصادفی         |
| کبیری، ۱۳۸۲          | مقطعی              | کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرج   | ۳۰۰               | نامشخص         |
| نادر، ۱۳۸۴           | مطالعه روند        | دانش آموزان مقطع ابتدایی شیراز                            | ۱۳۰۰              | تصادفی         |
| بیگلری ابهری، ۱۳۸۱   | مقطعی              | دختران دانش آموز مدارس راهنمایی منطقه ۸ تهران             | ۳۶۳               | تصادفی         |
| اعتصام، ۱۳۸۱         | مقطعی              | دانش آموزان دبیرستان‌های شهر تهران                        | ۸۸۹               | تصادفی         |
| صبحائی، ۱۳۸۵         | مورد - شاهد        | دانش آموزان دختر پایه پنجم ابتدایی دبستان‌های دولتی تهران | ۱۳۰۰              | تصادفی         |
| قاسمی، ۱۳۸۵          | مقطعی              | دختران و پسران مبتلا به آسم شهر زنجان                     | ۲۹۰               | در دسترس       |

### ۱-۲-۳) سلامت جسمی

در خصوص رابطه وضعیت درآمد و تغذیه، مطالعه هولاکوئی نائینی و همکاران (۱۳۸۴) در هرمزگان نشان داد که میان وضعیت اشتغال پدر به عنوان شاخصی از وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده در دو گروه کودکان مبتلا به سوءتغذیه و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. نظری (۱۳۸۲) نیز به این نتیجه رسید که ارتباط معنی‌داری بین عملکرد تغذیه‌ای دختران و درآمد خانواده وجود دارد.

بر اساس نتایج مطالعه رفیع و بازمانی (۱۳۸۲) شیوع انترویبازیس در کودکان با شغل پدر و مادر ارتباط معنی‌داری دارد. ایمانزاده و همکاران هم (۱۳۸۳) نشان دادند که خانواده کودکان دارای مشکل گوارشی و هلیکوباکتر پیلوری مثبت درآمد کمتری داشته‌اند.

چهار مطالعه رابطه درآمد و بیماری‌های عفونی در کودکان را بررسی کرده است. سه مطالعه مرتبط با آلودگی کودکان به شپش سر بوده که هر سه مطالعه وجود رابطه میان درآمد و بیماری را تایید کرده است (رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵؛ شهرکی، ۱۳۸۰؛ ضاربان و همکاران، ۱۳۸۶). اما در مطالعه عربزاده و همکاران (۱۳۸۶) در کرمان رابطه میان درآمد خانواده و عفونت سیتومگالوویروس در مادران و نوزادان معنی‌دار نبود. یافته‌های مطالعه راهنورد و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری میان وضعیت اقتصادی خانواده و سبک زندگی مرتبط با بیماری پوکی استخوان مشاهده می‌شود.

مطالعه فندهاری و همکاران (۱۳۸۳) نشان داد که شغل پدران اثر معنی‌داری بر تعداد دندان‌های دائمی پوسیده<sup>۱</sup> کودکان نداشته است، اما بیشترین میزان تعداد دندان‌های دائمی پوسیده در کودکانی دیده شد که پدرشان کارگر بوده‌اند و کمترین تعداد دندان‌های دائمی پوسیده مربوط به کودکان افراد کارمند بوده است.

کبیری و همکاران (۱۳۸۴) نشان دادند بین متغیر وزن کودک با وضعیت اشتغال پدر که می‌تواند مؤید وضعیت اقتصادی خانواده باشد رابطه مستقیمی وجود دارد. بالاخره بر اساس نتایج مطالعه نادر و آرامش (۱۳۸۵) شیوع اختلالات بینایی، شنوایی، اضافه وزن، پوسیدگی دندان در مناطق مختلف آموزش و پرورش شیراز تفاوت معنی‌داری نداشت. اما کمبود وزن در مناطق مختلف معنی‌دار بود.

### ۲-۲-۳ سلامت روانی

در ارتباط با سلامت روانی - اجتماعی پنج مطالعه یافت شد. از این مطالعات دو مطالعه درباره شیوع افسردگی و ارتباط آن با وضعیت درآمد خانواده بود. مطالعه بیگلری (۱۳۸۱) در مورد افسردگی دختران مدارس راهنمایی تهران نشان داد که ۶/۱ درصد دختران مشکل مالی را علت افسردگی خود می‌دانستند. بر اساس نتایج پژوهش اعتصام و مودب (۱۳۸۱) شیوع علائم افسردگی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه با وضعیت اشتغال پدر و مادر، محل سکونت، وضعیت مالکیت منزل مسکونی، تعداد اتاق‌های منزل، مسافرت و مالکیت اتومبیل شخصی ارتباط معنی‌داری داشت.

بررسی ارتباط عوامل اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی دخترانه تهران توسط صحبائی و همکاران (۱۳۸۵) نیز نشان‌گر آن بود که بین دو گروه مورد و شاهد از نظر وضع اقتصادی تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. اما در مطالعه مقایسه کیفیت زندگی دختران و پسران مبتلا به آسم (قاسمی، ۱۳۸۵) بین وضعیت اقتصادی خانواده و کیفیت زندگی در دو جنس ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد.

### ۳-۳ آموزش و سلامت کودکان در ایران

در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی آموزش به دلیل تفاوت مفاهیم آموزش و تحصیلات پژوهش‌ها در دو گروه «آموزش و سلامت» و «تحصیلات و سلامت» انجام شد که مطالعات هر گروه به تفکیک ذکر می‌گردد.

### ۳-۳-۱) آموزش و سلامت کودکان

۲۰ سند در این طبقه قرار گرفتند. جدول شماره ۳ مشخصات روش شناختی این اسناد را نشان می‌دهد.

جدول ۳: مشخصات روش شناختی مطالعات مرتبط با آموزش و سلامت کودکان

| روش نمونه‌گیری | حجم نمونه (نفر)  | جامعه آماری  | نوع مطالعه      | نویسنده اول     |
|----------------|------------------|--|-----------------|-----------------|
| تصادفی         | ۷۲               | دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمای منطقه ۲ تهران و کیفی                      | نیمه تجربی      | الحانی، ۱۳۸۲    |
| تصادفی         | ۳۶ مورد، ۳۶ شاهد | دانش‌آموزان پسر دبستانی ساکن حومه شهر خوی                                | نیمه تجربی      | دیدارلو، ۱۳۷۹   |
| تصادفی         | ۱۰۶۶             | دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر زابل                                   | تجربی           | ضاربان، ۱۳۸۵    |
| تصادفی         | ۴۵ مورد، ۴۵ شاهد | دانش‌آموزان دختر سال دوم راهنمایی مدارس دولتی منطقه ۱۰ تهران             | نیمه تجربی      | فیروزان، بی تا  |
| تصادفی         | ۴۰ مورد، ۴۰ شاهد | دانش‌آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی شهر چابهار                            | نیمه تجربی      | قهرمانی، ۱۳۸۲   |
| تصادفی         | ۴۰ مورد، ۴۰ شاهد | دانش‌آموزان دختر پایه چهارم ابتدایی شهر چابهار                           | نیمه تجربی      | نظری، ۱۳۸۲      |
| تصادفی         | ۱۵۲              | کلیه دانش‌آموزان اول ابتدایی مدارس دولتی منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران | هم گروهی تاریخی | شریف نیا، ۱۳۷۹  |
| تصادفی         | ۵۰ مورد، ۵۰ شاهد | دختران سنین ۶ تا ۱۲ سال در مدارس ابتدایی شهر اندیشه شهرستان شهریار       | نیمه تجربی      | صادقی، ۱۳۸۵     |
| تصادفی         | ۱۶۰              | کودکان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان                    | تجربی           | جلیلی، ۱۳۸۰     |
| تصادفی         | ۲۱۱              | کودکان دبستان شهر ایلام  | تجربی           | شریفی‌راد، ۱۳۸۰ |

ادامه جدول ۳

|         |                        |   |                    |                      |
|---------|------------------------|---|--------------------|----------------------|
| تصادفی  | ۴۸۷                    | دانش‌آموزان ابتدایی مدارس شهر تبریز   | تجربی              | پورعبداللهی،<br>۱۳۸۴ |
| تصادفی  | ۲۴۸                    | پسران و دختران دانش‌آموز پایه اول دبیرستان‌های شهرستان بوکان                | تجربی              | شریفی‌راد،<br>۱۳۸۶   |
| خوشه‌ای | ۱۲۰ دانش‌آموز          | دانش‌آموزان دبیرستانی شهر قزوین   | نیمه تجربی         | بهرامی، ۱۳۸۴         |
| تصادفی  | ۳۶۰                    | دختران شهرستان اردل (از استان چهارمحال و بختیاری)                           | مقطعی              | خدیوی،<br>۱۳۸۴       |
| تصادفی  | ۳۵۰                    | دانش‌آموزان پسر دچار اختلال رفتار هنجاری                                    | تجربی              | محمدی،<br>۱۳۸۱       |
| تصادفی  | ۱۰۶ آزمون،<br>۱۰۰ شاهد | دانش‌آموزان دختر و پسر دوم ابتدایی شهر کرد                                  | هم‌گروهی<br>تاریخی | متقی،<br>۱۳۸۱        |
| تصادفی  | ۶۲                     | دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان پیرانشهر                                   | تجربی              | آرزو،<br>۱۳۸۵        |
| تصادفی  | ۳۰ مورد،<br>۳۰ شاهد    | دانش‌آموزان پایه اول مقطع متوسطه شهر تبریز                                  | تجربی              | هزاری،<br>۱۳۸۴       |
| تصادفی  | ۱۵ مورد،<br>۱۵ شاهد    | دانش‌آموزان سال اول مقطع متوسطه یکی از مدارس دخترانه دولتی در منطقه ۷ تهران | تجربی              | آفاجانی،<br>۱۳۸۱     |
| تصادفی  | دانش‌آموزان دختر       | دانش‌آموزان دختر سوم راهنمایی و سوم دبیرستان در شهرستان میانه               | تجربی              | قوطاسلو،<br>۱۳۸۵     |

۱-۱-۳ سلامت جسمی

نتایج دو مطالعه نشان می‌دهد که آموزش بهداشت بر بهبود رفتارهای بهداشتی موثر است و منجر به افزایش میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی دانش‌آموزان در تغذیه، ورزش، استحمام، فعالیت روزانه نظافت فردی (فیروزان، بی‌تا) و فعالیت‌های پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار (شریفی‌راد و همکاران، ۱۳۸۶) می‌شود. همچنین آموزش

پیش‌دبستانی نیز منجر به افزایش آگاهی بهداشتی در زمینه تغذیه و بهداشت فردی شده (شریف‌نیا، ۱۳۷۹) و آموزش بهداشت بلوغ جنسی نیز موجب ارتقای آگاهی نگرش و عملکرد دانش‌آموزان دختر می‌شود (قهرمانی، ۱۳۸۲).

مطالعه صادقی (۱۳۸۵) در زمینه تغذیه از تاثیر آموزش تکنیک‌های اصلاح رفتارهای تغذیه و فعالیت حرکتی بر چاقی دختران سن مدرسه براساس تغییر در میزان صدک نمایه توده بدنی، شیوه غذا خوردن، واکنش در برابر محرک‌های محیطی خوردن حاصل از گرسنگی در پایان ماه سوم پس از آموزش دارد. همچنین آموزش تغذیه موجب بهبود آگاهی و عملکرد مناسب دانش‌آموزان ابتدایی در مصرف تنقلات (پورعبداللهی و همکاران، ۱۳۸۴)، رفتارهای تغذیه‌ای و مصرف صبحانه دانش‌آموزان دختر چابهار شد (نظری، ۱۳۸۲).

بررسی نقش برنامه‌های آموزشی در زمینه پیشگیری از کم‌خونی و فقر آهن، این اقدامات را موثر نشان داد؛ به طوری که علاوه بر بهبود دانش و نگرش و رفتارهای تغذیه‌ای بهداشتی پیشگیری‌کننده، میزان مصرف آهن و ویتامین ث نیز به طور معنی‌داری افزایش یافت و شاخص‌های خونی نیز این بهبود را نشان دادند (الحانی و همکاران، ۱۳۸۲؛ جلیلی و همکاران، ۱۳۸۰).

مطالعه انجام شده در زمینه بیماری‌های انگلی نیز نشان داد که آموزش بهداشت هم موجب بهبود آگاهی و رفتار فرد می‌شود؛ مثل شست‌وشوی دست‌ها با آب و صابون، کوتاه بودن ناخن‌ها و شستن میوه قبل از خوردن و کاهش آلودگی مجدد به ژیا‌ردیازیس (دیدارلو، ۱۳۷۹) و کاهش آلودگی انگلی روده‌ای (شریفی‌راد، ۱۳۸۰) و هم باعث بهبود آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی دانش‌آموزان و مادران‌شان و کاهش قابل ملاحظه آلودگی به شپش سر می‌شود. (ضاربان و همکاران، ۱۳۸۵).

## ۲-۱-۳ سلامت روانی

بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روان شناختی دانش‌آموزان، نشان داد که این آموزش موجب افزایش سلامت شناختی از نظر مهارت حل مسئله و حل



تعارض بین فردی و جرات‌مندی می‌شود (قوطاسلو، ۱۳۸۵). همچنین آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش میزان نشانه‌های جسمانی اضطراب (آقاجانی، ۱۳۸۱)، بهبود سلامت روانی و عزت نفس و کاهش علائم افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان (هزاری، ۱۳۸۴) و پیشگیری از اقدام به خودکشی (خدیوی، ۱۳۸۴) می‌شود. البته مطالعه دیگری نشان داد گرچه آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود و به‌طور موثر مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی به بیماری خود و مرگ را کاهش می‌دهد ولی در کاهش مشکلات عاطفی، احساس گناه و افزایش عزت نفس و خوشی و لذت دانش‌آموزان اثر معنی‌داری ندارد (آرزو، ۱۳۸۵).

مطالعات انجام شده در زمینه اختلالات رفتاری نشان می‌دهد که آموزش و پرورش پیش‌دبستانی منجر به کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان (متقی، ۱۳۸۱) و آموزش مهارت‌های منجر به کاهش پرخاشگری در آن‌ها (بهرامی، ۱۳۸۴) می‌شود. همچنین آموزش توانایی‌های اجتماعی نیز منجر به افزایش معنادار سازگاری اجتماعی و توانایی مقابله با مشکلات اختلال رفتار هنجاری می‌شود (محمدی، ۱۳۸۱).

## ۲-۳-۳) تحصیلات و سلامت کودکان

در این بخش ۲۰ سند بررسی شد که جدول شماره ۴ مشخصات روش‌شناختی این مطالعات را نشان می‌دهد.

جدول ۴: مشخصات روش‌شناختی مطالعات در زمینه رابطه تحصیلات و سلامت کودکان

| نویسنده اول          | نوع مطالعه | جامعه آماری                                       | حجم نمونه (نفر) | روش نمونه‌گیری |
|----------------------|------------|---|-----------------|----------------|
| هلاکویی نائینی، ۱۳۸۴ | مورد-شاهدی | کودکان ۶ تا ۳۰ ماهه خانوارهای ساکن استان هرمزگان  | ۱۷۲۵            | تصادفی         |
| افتخاری، ۱۳۸۱        | مقطعی      | مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی لار | ۲۲۳۸            | تمام‌شماری     |
| ضاریان، ۱۳۸۵         | تجربی      | دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر زابل            | ۱۰۶۶            | تصادفی         |

ادامه جدول ۴

|            |                    |  |                   |                       |           |
|------------|--------------------|--|-------------------|-----------------------|-----------|
| تصادفی     | ۱۰۷۰               | دانش‌آموزان مدارس ابتدایی نواحی یک و دو شهر اردبیل   | مقطعی             | ۱۳۸۳                  | دریانی،   |
| تصادفی     | ۱۵۰۰               | نوزادان متولد شده در بیمارستان فاطمیه  | مقطعی             | ۱۳۸۶                  | اقبالیان، |
| تصادفی     | ۷۶۰                | نوجوانان دختر دبیرستان‌ها و مرکز پیش دانشگاهی منطقه ۱۷ شهرداری تهران                                       | مقطعی             | ۱۳۸۵                  | راهنورد،  |
| تمام شماری | ۴۳۳۴               | دانش‌آموزان مدارس مقطع ابتدایی (شهری و روستایی، دولتی و غیرانتفاعی، دخترانه و پسرانه)                      | مقطعی             | رفیع نژاد،<br>۱۳۸۵    |           |
| تصادفی     | ۴۰۰                | کودکان ۳۲ کودکستان تحت نظارت سازمان بهزیستی در شهر تهران   | مقطعی             | قندهاری مطلق،<br>۱۳۸۲ |           |
| مستمر      | ۴۷ مورد<br>۴۷ شاهد | کودکان مبتلا به بیماری های گوارشی مراجعه کننده به بیمارستان مفید   | مورد شاهدهی       | ایمان زاده،<br>۱۳۸۳   |           |
| نامشخص     | ۳۰۰                | کودکان ۱ روزه تا ۲ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرج                                   | مقطعی             | کبیری،<br>۱۳۸۲        |           |
| تصادفی     | ۳۱۷                | دانش‌آموزان ۱۲-۵ ساله کودکستان‌ها و دبستان‌های شهر تبریز   | مقطعی             | رفیع،<br>۱۳۸۲         |           |
| تمام شماری | ۲۲۲۸               | نوزادان متولد شده در بیمارستان‌های شهر بابل  | مقطعی             | زاهد پاشا،<br>۱۳۸۳    |           |
| تصادفی     | ۷۰                 | دانش‌آموزان شهر بیرجند   | موردی -<br>شاهدهی | ۱۳۸۵                  | نصیری،    |
| تصادفی     | ۳۶۰                | کلیه زنان و دختران شهرستان اردل (یکی از شهرستان‌های استان چهارمحال و بختیاری) با تاکید بر دختران دبیرستانی | مقطعی             | ۱۳۸۴                  | خدیبوی،   |
| تصادفی     | ۱۳۰۰               | دانش‌آموزان دختر پایه پنجم ابتدایی شاغل به تحصیل در دبستان‌های دولتی دخترانه شهر تهران                     | موردی -<br>شاهدهی | ۱۳۸۵                  | صبحائی،   |
| تصادفی     | ۳۲۰                | کودکان زیر سن مدرسه در مهدکودک‌های شهر تبریز   | مقطعی             | ۱۳۸۳                  | علائی،    |
| تمام شماری | ۶۰۴                | دانش‌آموزان دبیرستانی شهر فیروزکوه   | مقطعی             | ظهير الدين،<br>۱۳۸۳   |           |

ادامه جدول ۴

|        |                      |   |       |                 |
|--------|----------------------|---|-------|-----------------|
| تصادفی | ۱۵ آزمون،<br>۱۵ شاهد | دانش‌آموزان سال اول مقطع متوسطه یکی از مدارس دخترانه دولتی در منطقه ۷ تهران | تجربی | آقاجانی، ۱۳۸۱   |
| تصادفی | ۱۰۶۸                 | دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر ساری  | مقطعی | مسعودزاده، ۱۳۸۳ |
| تصادفی | ۸۸۹                  | دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران  | مقطعی | اعتصام، ۱۳۸۱    |

۱-۲-۳-۳ سلامت جسمی

نتایج تحقیقات در زمینه بهداشت باروری نشان می‌دهد با افزایش سطح تحصیلات مادر تمایل به تغذیه با شیر مادر (افتخاری و مظلوم، ۱۳۸۱) افزایش می‌یابد. همچنین شیوع نوزادان کم‌وزن در مادران با تحصیلات پایین‌تر بیشتر است (اقبالیان، ۱۳۸۶؛ زاهد پاشا و همکاران، ۱۳۸۳). در ضمن رابطه معناداری بین تحصیلات مادر و وزن کودک (کبیری و همکاران، ۱۳۸۲) و نیز زمان شروع تغذیه کمکی (افتخاری و مظلوم، ۱۳۸۱) مشاهده شده است. با این حال ارتباط معنادار آماری بین تحصیلات مادر و مدت زمان تغذیه با شیر مادر (افتخاری و مظلوم، ۱۳۸۱) به دست نیامده است.

در زمینه تغذیه و رشد، مطالعه هلاکویی نائینی و همکاران (۱۳۸۴) ارتباط معنادار معکوسی بین سطح تحصیلات پدر و مادر و سوءتغذیه کودکان را نشان می‌دهد. نصیری و خزاعی (۱۳۸۵) رابطه معنادار آماری بین تحصیلات پدر و چاقی کودکان نشان داده‌اند. در مورد بیماری‌های عفونی - انگلی نیز نتایج مطالعات ارتباط معنادار آماری معکوسی بین سطح تحصیلات (والدین) و آلودگی به شپش سر (ضاربان و همکاران، ۱۳۸۵؛ رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵)، انترویبازیس (رفیع و بازمانی، ۱۳۸۲)، عفونت هلیکو باکتر (ایمان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳) را نشان می‌دهد. همچنین ارتباط معنادار آماری بین مقطع تحصیلی و آلودگی به شپش سر (ضاربان و همکاران، ۱۳۸۵) و انگل روده‌ای (دریانی و اتحاد، ۱۳۸۳) وجود نداشت.

بررسی اپیدمیولوژیک تعداد دندان‌های دائمی پوسیده در کودکان ۳-۵ ساله

کودکستان‌های تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر تهران نشان داد که با افزایش میزان تحصیلات والدین، به‌طور معنی‌داری از تعداد دندان‌های دائمی پوسیده کودکان کاسته می‌شود (قندهاری مطلق و همکاران، ۱۳۸۳).

نتایج مطالعه بر روی سبک زندگی نوجوانان دختر در ارتباط با پیشگیری از پوکی استخوان نشان داد که بین پایه تحصیلی و میزان تحصیلات مادر با سبک زندگی ارتباط معناداری مشاهده می‌شود (راهنورد و همکاران، ۱۳۸۵).

### ۲-۳-۳ سلامت روانی

نتایج مطالعات در مورد ارتباط بین تحصیلات و سلامت روان یک‌دست نیست به‌طوری‌که مطالعه مسعودزاده (۱۳۸۳) رابطه معنادار آماری بین مقطع تحصیلی با سلامت روان را نشان داد، اما ارتباط بین تحصیلات مادر و سلامت روان معنادار نبود؛ در حالی‌که در مطالعه آقاجانی (۱۳۸۱) این رابطه معنادار بود. در برخی مطالعات بین سلامت روانی دانش‌آموزان و تحصیلات پدر، در برخی ابعاد آزمون، تفاوت معنادار بود (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۳).

بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در دختران شهرستان اردل، ارتباط معنی‌داری را بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، وضعیت تحصیلی با تمایل به خودکشی نشان داد (خدیوی و همکاران، ۱۳۸۴).

مطالعات بررسی شیوع افسردگی و عوامل همراه آن نشان داد که شیوع علایم افسردگی ارتباط معنی‌داری با تحصیلات پدر و مادر و وضعیت تحصیلی فرد (افت تحصیلی تجدیدی و مردودی) دارد (ظهیرالدین، ۱۳۸۳)؛ اما با مقطع تحصیلی در دبیرستان ارتباط معنادار ندارد (اعتصام مودب، ۱۳۸۱).

در مورد کودک‌آزاری نیز، بررسی ارتباط عوامل خانوادگی، روانی و اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی دخترانه تهران نشان داد که سطح تحصیلات والدین کودکان آزار دیده به‌طور معناداری پایین‌تر است (صحبائی و همکاران، ۱۳۸۵).

در بررسی ارتباط بین ویژگی‌های روانی - اجتماعی خانواده و بروز علایم اختلال

کمبود توجه (ADHD) و پیش‌فعالی کودکان، بین تحصیلات والدین و بروز علائم این نوع اختلالات ارتباط معنی‌داری یافت نشد (علائی و همکاران، ۱۳۸۳). بیشترین شیوع این اختلال در پسران در پایه تحصیلی سوم و در دختران پایه پنجم بود، کمترین شیوع در دختران در پایه سوم و در پسران پایه چهارم بود. بیشترین افت تحصیلی نیز مربوط به اختلال کمبود توجه و کمترین افت تحصیلی در نوع عمدتاً بیش فعال بوده است (عزیزی و جاسمی، ۱۳۸۰).

#### ۳-۴) قومیت و سلامت کودکان در ایران

متأسفانه تعداد مطالعات و اسنادی که عامل قومیت را به عنوان یک تعیین‌کننده سلامت کودکان بررسی کرده‌اند بسیار محدودند. در این پژوهش تنها ۶ سند در این زمینه یافت شد. جدول شماره ۵ مشخصات روش شناختی اسناد مورد اشاره را نشان می‌دهد.

جدول ۵: مشخصات روش شناختی مطالعات در زمینه رابطه قومیت و سلامت کودکان

| نام نویسنده / سال | نوع مطالعه | جامعه آماری   | حجم نمونه (نفر) | روش نمونه‌گیری     |
|-------------------|------------|---|-----------------|--------------------|
| رمضانی، ۱۳۸۳      | مقطعی      | زنان ۴۹-۱۰ ساله ایرانی که حداقل یکبار ازدواج کرده‌اند       | ۹۰۷۳۹           | خوشه‌ای            |
| گلعلی‌پور، ۱۳۸۲   | مقطعی      | نوزادانی که زنده و یا مرده با نقایص لوله عصبی متولد شده‌اند | ۲۶۲۸۰           | تمام شماری         |
| عباسی، ۱۳۸۱       | مقطعی      | کودکان مبتلا به اسهال زیر ۵ سال                             | ۷۰۸             | تمام شماری         |
| گلعلی‌پور، ۱۳۷۹   | مقطعی      | نوزادان طبیعی متولد شده سال ۱۳۷۵                            | ۲۱۹۰            | تصادفی سیستماتیک   |
| گلعلی‌پور، ۱۳۸۴   | مقطعی      | متولدین در مرکز آموزشی درمانی طی شش سال                     | ۳۷۹۵۱           | تمام شماری         |
| حاتمی، ۱۳۷۸       | مقطعی      | کودکان مراجعه کننده به بیمارستان علی اصغر                   | ۲۵              | متوالی و غیرتصادفی |

عوامل متعددی در رشد و نمو کودکان موثرند؛ از جمله مسایل ژنتیکی، بیماری مادر، مصرف داروها، عوامل اجتماعی، اقتصادی و بالاخره قومیت و عوامل متاثر از آن. گلعلی پور و همکاران (۱۳۷۹) در مطالعه‌ای که درباره ۲۱۹۰ نوزاد از قومیت‌های مختلف انجام داد و در آن وزن و قد نوزادان شهر گرگان را بررسی کرد نشان داد، میانگین وزن نوزادان فارس بومی در بدو تولد  $482 \pm 3257$  گرم، در نوزادان ترکمن  $531 \pm 3306$  گرم و در نوزادان سیستانی  $517 \pm 3110$  گرم است که این اختلاف‌ها با توجه به آزمون برابری میانگین‌ها معنی‌دارند. در این مطالعه همچنین میانگین قد بدو تولد در گروه‌های فارس بومی، ترکمن و سیستانی به ترتیب  $2/23 \pm 49/53$ ،  $2/3 \pm 49/78$ ،  $2/09 \pm 49/06$  گرم برآورد شد که این اختلاف‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود. میانگین وزن و قد بدو تولد نوزادان پسر در همه گروه‌های قومی بیشتر از میانگین وزن و قد نوزادان دختر بود، ولی این اختلاف تنها در گروه فارس بومی معنی‌دار بود (گلعلی پور و همکاران، ۱۳۷۹).

گلعلی پور و همکاران (۱۳۸۴) همچنین در بررسی اپیدمیولوژیک شکاف لب و کام که بر روی ۳۷۹۵۱ کودک شهر گرگان انجام شد، نشان دادند که شیوع این ناهنجاری در گروه قومی سیستانی بیشتر از گروه‌های قومی دیگر مثل فارس بومی و ترکمن در این منطقه است. بر این اساس، شیوع شکاف لب و کام در فارس‌های بومی  $0/86$  در هزار و در ترکمن‌ها و سیستانی‌ها به ترتیب  $0/89$  و  $1/47$  در هزار نوزاد برآورد گردید. البته ارتباط بین ضریب فراوانی شکاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (گلعلی پور و همکاران، ۱۳۸۴). در این مطالعه شیوع ناهنجاری در گروه قومی سیستانی بیشتر از گروه‌های قومی دیگر مثل فارس، بومی و ترکمن بوده است.

گلعلی پور و همکاران (۱۳۸۲) همچنین با مطالعه ناهنجاری لوله عصبی نوزادان ارتباط این بیماری را با قومیت در شهر گرگان بررسی کرده و نشان دادند شیوع این ناهنجاری در قومیت‌های مختلف تفاوت معناداری دارد. وی بیشترین شیوع این ناهنجاری را در قوم ترکمن ( $6/78$  در  $1000$ )، سپس در قوم سیستان ( $4/76$  در  $1000$ ) و کمترین شیوع را در قوم فارس بومی ( $2/41$  در  $1000$ ) گزارش کرده است (گلعلی پور و همکاران، ۱۳۸۲).

عباسی و یوسفی (۱۳۸۱) در مطالعه‌ای که درباره عوامل مرتبط با اسهال پایدار ۷۰۸ کودک زیر ۵ سال در روستاهای شهرستان گرگان انجام دادند، گزارش کردند میزان پایداری اسهال حاد در افراد سیستانی و بلوچ ۱۱/۸ درصد، افراد ترکمن ۵/۳ درصد، کودکان فارس مبتلا به اسهال ۱۱/۵ درصد و در سایرین، که افغانی‌های مهاجر را نیز شامل می‌شود، ۳۳/۳ بوده است که پس از انجام محاسبات آماری مشخص شد فرهنگ قومی در پایدار شدن اسهال حاد نقش دارد. براساس این مطالعه در ترکمن‌ها نسبت پایداری اسهال کمترین درصد را داشته است. در مجموع، ۸۸/۲ درصد اسهال کودکان سیستانی و بلوچستانی و ۹۴/۷ درصد اسهال کودکان ترکمن حاد بوده است. در مورد فارس‌ها، ۸۸/۵ درصد اسهال کودکان، و در مورد سایرین ۶۶/۷ درصد اسهال کودکان حاد بوده است. شاید بتوان این اختلاف را به فرهنگ و عادات غذایی و یا مقاومت نژادی قومیت‌های مختلف نسبت داد. باید توجه شود که ترکمن‌های منطقه مورد مطالعه، که کمترین درصد پایداری اسهال را داشته‌اند، از وضعیت اقتصادی بهتری در مقایسه با سایر گروه‌های مورد مطالعه برخوردار بوده‌اند که شاید بتوان این اختلاف را به وضعیت بهتر تغذیه کودک نیز نسبت داد. در مورد گروه سایرین که قومیت‌هایی غیر از سه قوم ترکمن، سیستانی و بلوچ و فارس را تشکیل می‌دهند، خطر پایداری، بسیار بالا (۳۳/۳ درصد) بود که شاید علت آن غیر بومی بودن و وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف باشد (عباسی و یوسفی، ۱۳۸۱).

نوع زایمان اثرات مهمی بر سلامت نوزادان دارد. پیری (۱۳۸۰) در بررسی شیوع و علل انواع زایمان نشان داد نوع زایمان در اقوام مختلف، متفاوت است. این تفاوت‌ها نقش مهمی در سلامت طفل هنگام تولد دارد. بر اساس این مطالعه بیشترین میزان سزارین در خانم‌های فارس و کمترین میزان سزارین در خانم‌های افغانی گزارش شده است. همچنین بیشترین میزان استفاده از فورسپس یا واکيوم در خانم‌های کرد و کمترین آن در خانم‌های افغانی مشاهده می‌شود. بر اساس محاسبات انجام شده رابطه بین نوع زایمان و قومیت مادر از لحاظ آماری معنادار ارزیابی شده است.

در این مطالعه همچنین میزان شیوع زایمان اقوام مختلف در بیمارستان‌های خصوصی و

دولتی نیز بررسی شد که ۳۷/۲ اقوام ترک، ۵۰ درصد قوم فارس، ۳۵/۷ درصد قوم لر و ۷/۲ درصد اقوام کرد و افغانی، در بیمارستان‌های خصوصی زایمان داشتند که آزمون آماری نشان داد رابطه معناداری بین قومیت و نوع بیمارستان محل زایمان وجود دارد (پیری، ۱۳۸۰).

#### ۴) بحث و نتیجه‌گیری

اغلب مطالعات ارتباط بین چهار تعیین‌کننده اجتماعی (جنسیت، قومیت، درآمد و آموزش) و سلامت کودکان را تایید کرده‌اند.

شواهد حاکی از آن است که رفتار با نوزادان کمتر تحت تاثیر کلیشه‌های جنسیتی و تبعیض‌های حاصل از آن است (کریمیان و همکاران، ۱۳۸۲؛ هولاکویی نائینی و همکاران، ۱۳۸۴). البته، برخی تحقیقات دیگر نتایج متفاوتی گزارش کرده‌اند (گلعلی‌پور و همکاران، ۱۳۷۹؛ زاهدپاشا و همکاران، ۱۳۸۳). با افزایش سن و در نتیجه افزایش تاثیر عوامل محیطی، همچون ساختارهای جنسیتی، تفاوت در سلامت دختران و پسران بیشتر مشاهده می‌شود (سادات و همکاران، ۱۳۸۴). البته در همین زمینه به گزارش‌هایی با نتایج متفاوت نیز اشاره شد؛ مثلا میان پوسیدگی دندان، اختلال بینایی و اختلال شنوایی با جنسیت کودکان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است (نادر و آرامش، ۱۳۸۴۹).

در موارد محدودی گزارش شده که وضعیت سلامت جسمی نوزادان دختر بهتر از پسران است (امانی و همکاران، ۱۳۸۴). یافته‌های مورد اشاره تا حدود زیادی با «فرضیه فرسایش» همخوانی دارد که نشان می‌دهد سلامت زنان آفریقایی - امریکایی در دوران نوجوانی نسبت به دوران اولیه بزرگسالی بیشتر است (Geronimus and Thompson, 2004, Geronimus, et al., 2006). «فرضیه فرسایش» در مورد دختران و زنان امریکایی - مکزیکی متولد ایالات متحده که نرخ بالای مرگ و میر نوزادان را دارند و در سال‌های اولیه بزرگسالی از فشار خون مرتبط با بارداری رنج می‌برند نیز بررسی و تصدیق شده است (Wildsmith, 2002).



اکثر مطالعات صورت گرفته در این پژوهش بر ارتباط معنی دار بین وضع سلامت جسمی - روانی کودک و میزان درآمد خانواده تاکید کرده‌اند. به طوری که میزان سلامتی کودکان در خانواده‌های کم درآمد، پایین تر است. از ۱۶ مطالعه انجام شده در این زمینه فقط دو مطالعه نتیجه متفاوتی گزارش کرده‌اند: یکی مطالعه عربزاده و همکاران (۱۳۸۶) که ارتباط معنادار میان ابتلا نوزادان به ویروس سیتومگال و درآمد خانواده را تایید نکرده‌اند؛ که البته این مسئله ممکن است به دلیل عدم تفاوت اساسی در رفتارهای بهداشتی و امکان آلودگی یکسان در طبقات مختلف اقتصادی - اجتماعی مورد مطالعه یا ارزیابی نادرست از وضعیت اقتصادی - اجتماعی در این مطالعه باشد. همچنین مطالعه قاسمی (۱۳۸۵) نیز ارتباط معنادار کیفیت زندگی و وضعیت درآمد را تایید نکرد.

در عین حال در سایر مطالعات ارتباط میان وضعیت درآمد و سلامت کودکان در هر سه بعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تایید شد، هر چند در نتیجه گیری و جمع بندی یافته‌ها، باید محدودیت تعداد مطالعات و نبود مطالعات منطقه‌ای و ملی را در نظر داشت. در مجموع، یافته‌های این مطالعه با نتایج بسیاری از مطالعات (Phipps, 2003; Doyle, et al., 2005) در خصوص ارتباط میان درآمد و سلامت کودکان هماهنگی دارد. علاوه بر مطالعات ملی در برخی کشورها مطالعات بین کشوری نیز ارتباط میان وضعیت درآمد کشورها و سلامت کودکان را تایید کرده‌اند. والدمن (۱۹۹۲) داده‌های ۷۰ کشور ثروتمند و فقیر را بررسی کرد و دریافت که وقتی درآمدهای فقرا (۲۰ درصد پایین) در میان کشورها برابر شود، مرگ و میر کودکان به طور مثبتی به سهم درآمد ثروتمندان (۵ درصد بالاترین توزیع درآمد) وابسته می‌شود. فلگ (۱۹۸۲) عوامل پیش‌بینی کننده نرخ‌های مرگ و میر کودکان را در ۴۶ کشور در حال توسعه بررسی کرد. یک مدل رگرسیونی که تنها شامل تولیدات ناخالص داخلی سرانه و ضریب جینی بود، ۵۵ درصد تفاوت‌های مرگ و میر کودکان در کشورها را توضیح می‌داد که هر دو متغیر از نظر آماری پیشگویی کننده‌های مهمی بودند. فلگ سپس پیامدهای مبتنی بر سیاست توزیع مجدد درآمد را برآورد کرد و نشان داد که ۱ درصد کاهش در ضریب تفاوت درآمدها (یعنی میزانی که درآمدها از

متوسط خود دور می‌شوند) نرخ مرگ و میر کودکان را حدود ۰/۴۷۱ درصد کاهش می‌دهد (به نقل از سجادی و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به روش و طراحی مطالعات انجام‌شده در مقاله حاضر، در خصوص ارتباط علت و معلولی میان سلامت کودکان و وضعیت درآمد نمی‌توان به جمع‌بندی قطعی دست یافت. اما چنان‌که دوپل (۲۰۰۵) از مرور نتایج مطالعات در این حوزه نتیجه گرفته است، وضعیت درآمد با تاثیر بر ابعاد مختلف زندگی کودکان، اثر تجمعی آن‌ها و تاثیر فزاینده در طول زندگی می‌تواند بر سلامت آن‌ها در دوران کودکی و بزرگسالی (Benzeval, 2000) تاثیرگذار باشد.

مطالعات بسیاری ارتباط بین آموزش‌های رسمی و غیررسمی و سلامت را تایید کرده‌اند. بهرامی (۱۳۸۴)، خدیوی و همکاران (۱۳۸۴)، آرزو (۱۳۸۵) هزاری (۱۳۸۴)، آقاجانی (۱۳۸۱) و قوطاسلو (۱۳۸۵) آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش افسردگی، اقدام به خودکشی، پرخاشگری و بهبود سلامت روان موثر می‌دانند. این مهارت‌ها شامل مهارت‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های تفکر انتقادی، مهارت‌های ارتباطی و خود ارزیابی است. افراد دارای این مهارت‌ها احتمالاً سبک زندگی سالم‌تری را برای خود برمی‌گزینند (Luthra, 2007).

در زمینه بهداشت باروری نتایج نشان داد با افزایش سطح تحصیلات مادر تمایل به تغذیه با شیر مادر (افتخاری و مظلوم، ۱۳۸۱) افزایش می‌یابد. همچنین شیوع نوزادان کم‌وزن در مادران با تحصیلات پایین‌تر بیشتر است (اقبالیان، ۱۳۸۶؛ زاهد پاشا و همکاران، ۱۳۸۳). در ضمن ارتباط معناداری بین تحصیلات مادر و وزن کودک (کبیری و همکاران، ۱۳۸۲) و زمان شروع تغذیه کمکی (افتخاری و مظلوم، ۱۳۸۱) مشاهده شده است. البته ارتباط معنادار آماری بین تحصیلات مادر و مدت زمان تغذیه با شیر مادر (افتخاری و مظلوم، ۱۳۸۱) به‌دست نیامده است.

لوترا (Luthra, 2007) آموزش و تحصیلات را موجب بهبودی سلامت مادران می‌داند؛ زنان تحصیل‌کرده، تمایل بیشتری به مراقبت پزشکی و بهداشتی از فرزندانشان را دارند. این یافته با نتایج مطالعه روی ۱۰۲۸ کودک مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اطفال تهران منطبق

است. هنگامی که دختران با کسب تحصیلات مقدماتی وارد بزرگسالی می‌شوند، نسبت به زنان بی‌سواد، به احتمال بیشتری بعد خانواده خود را مطابق امکانات‌شان تنظیم می‌کنند و از کودکان خود بهتر مراقبت کرده، آن‌ها را به مدرسه می‌فرستند (Veneman, 2007). آموزش زنان افزایش رفاه خانواده را به‌دنبال دارد؛ زنان تحصیل‌کرده بهتر می‌توانند در مورد موقعیت‌شان در خانواده و بهبود این موقعیت مذاکره کنند. سن و سنگوبتا (Sen & Sengupta, 1983) در مطالعه خود نشان دادند که بچه‌های مادران تحصیل‌کرده مواد مغذی بیشتری در مقایسه با بچه‌های مادران بی‌سواد دریافت می‌کنند. طبق مطالعات انجام شده یک تا سه سال تحصیل مادر، خطر مرگ نوزاد را تا ۲۰ درصد کاهش می‌دهد. بورن و واکر (Bourne & Walker, 1991) نشان دادند که بین تحصیلات مادران و شاخص‌های مختلف مرگ و میر نوزادان ارتباط قوی وجود دارد و این عامل در بقای دختران نسبت به پسران نقش بیشتری دارد. به‌علاوه، تحصیلات دختران به کاهش میزان باروری، کاهش مرگ و میر اطفال و کودکان و ارتقاء سلامت خانواده از طریق تاثیر مراقبت‌های بهداشتی - تغذیه‌ای و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان منتهی می‌شود (Word Bank, 1997).

در زمینه تغذیه و رشد، مطالعه هلاکویی نائینی و همکاران (۱۳۸۴) ارتباط معنادار معکوسی بین سطح تحصیلات پدر و مادر و سوءتغذیه کودکان را نشان داد. ارتباط معناداری نیز بین تحصیلات پدر و چاقی کودکان توسط نصیری و خزاعی (۱۳۸۵) نشان داده شد. مطالعه کودکان زیر ۲ سال مناطق شهری ساری، سواد مادر را یکی از عوامل موثر در سوءتغذیه می‌داند (به نقل از هلاکویی، ۱۳۸۴). به نظر می‌رسد آموزش بیشتر مادران در مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی و یا از طریق رسانه‌های جمعی در مورد سن شروع و الگوی تغذیه تکمیلی، از بروز عفونت‌های زودرس یا سوءتغذیه پیشگیری کرده و تاثیرگذار خواهد بود (ایمانی، ۱۳۸۰). همچنین سطح پایین تحصیلات با رفتارهای غیربهداشتی ضعیف مرتبط است. مثلاً در زمینه رژیم غذایی، ورزش، خطر اضافه وزن و چاقی این مسئله کاملاً مشهود است (مارموت، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعات در زیر گروه بیماری‌های عفونی انگلی ارتباط معنادار آماری معکوسی بین سطح تحصیلات (والدین) و آلودگی به شپش سر (ضاریان و همکاران، ۱۳۸۵؛ رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵)، انتروبیازیس (رفیع و بازمانی، ۱۳۸۲)، عفونت هلیکو باکتر (ایمان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳) را نشان داد. البته ارتباط معنادار آماری بین مقطع تحصیلی و آلودگی به شپش سر (ضاریان و همکاران، ۱۳۸۵) و انگل روده‌ای (دریانی) وجود نداشت. در مطالعه دهقانی و همکاران نیز بین پایه تحصیلی و میزان آلودگی به شپش سر ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید (به نقل از ضاریان و همکاران، ۱۳۸۵).

نتایج برخی مطالعات ارتباط مثبت و معنادار آماری بین تحصیلات و بهداشت دهان و دندان کودکان نشان داد. مطالعات انجام شده در لهستان توسط دونر (Downer)، در استرالیا توسط سنو (Snow) و آماراتونگو (Amaratungo)، در اردن توسط رجایی (Rajabi) و هامدان (Hamdan)، و در تهران توسط افشار و شفیع‌زاده، این نتیجه را تایید می‌کند. لیکن مطالعات ارنات (Eronat) و عدن (Eden) نشان داد هر چند تحصیلات و به دنبال آن آگاهی والدین بر وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان موثر است، این تاثیر نمی‌تواند مانعی بر سر راه پوسیدگی دندان‌ها باشد (به نقل از: قندهاری مطلق و همکاران، ۱۳۸۳).

در نهایت باید اشاره کرد که نقشه بی‌سوادی در جهان با نقشه فقر، سوء تغذیه، بیماری و بالا بودن میرایی شیرخواران و کودکان در جهان مطابقت دارد (پارک و پارک، ۱۳۸۰). در سالیان اخیر در محافل علمی و اجرایی کشور مطالعات مربوط به اقوام ایرانی رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. ایران از دیرباز محل اسکان و زندگی قومیت‌های مختلف بوده است و در طول تاریخ طولانی خود، هیچ‌گاه یک کشور تک قومیتی، یک زبانی یا تک فرهنگی نبوده است. از این رو، جامعه ایران در عین یگانگی و وحدت تکثر و تنوع قومی گسترده‌ای دارد. در حالی که حدود نیمی از جمعیت ایران فارس زبان هستند، ترک‌ها و کردها یک سوم (۳۴ درصد) و سایر گروه‌های قومی یک ششم جمعیت کشور (۱۶ درصد) را تشکیل می‌دهند (عباسی و یوسفی، ۱۳۸۴). در برنامه‌های توسعه توجه به اقوام ایرانی

به تدریج افزایش یافت. به گونه‌ای که تصمیم‌گیرندگان در بخش توسعه کشور در بخشی از برنامه چهارم توسعه در فصل آمایش سرزمین و توازن منطقه‌ای و برخی مواد سایر فصل‌ها به توسعه مناطق مختلف کشور توجه زیادی کردند. (ماده ۷۲، بند "ز" ماده ۷۵، بنده ماده ۱۰۰، ماده ۱۰۹)

با توجه به این‌که مطالعات محدودی در زمینه ارتباط بیماری و سلامت کودکان با قومیت‌های آن‌ها انجام شده است، با این حال همین مطالعات محدود درباره وزن و قد نوزادان (بهشتی پور، ۱۳۷۷)، شکاف لب و کام، ناهنجاری لوله عصبی نوزادان (NTD) و اسهال پایدار (ملک افضلی، ۱۳۷۰) در آنان تاییدکننده تفاوت‌های معنادار شیوع این بیماری‌ها در اقوام مختلف است. این یافته با گزارش‌ها درباره نابرابری قومیتی در بسیاری کشورها، از جمله امریکای لاتین، همخوانی دارد. به عنوان مثال بررسی‌ها در پرو شیوع بالای مرگ و میر کودکان را در ایالت‌هایی نشان می‌دهد که مهاجرین آفریقایی پرویی بیشتر هستند، مثل پیورا (Piura) (۹۳/۱۰۰۰)، لامبایکو (Lambayeque) (۶۸/۱۰۰۰) موالید زنده، و تاکنا (Tacna) (۶۴/۱۰۰۰) موالید زنده، در حالی که کمترین میزان در لیما (Lima) و الکالو (El Callao) به ترتیب با ۴۵ و ۴۱/۱۰۰۰ دیده شده است. در پاناما احتمال مرگ قبل از اتمام اولین سال زندگی در میان کودکان بومی ۳/۵ برابر کودکان غیربومی است. مرگ‌ومیر کودکان در برزیل بر اساس داده‌های سال ۱۹۹۶ ناهمگونی‌های شدیدی را آشکار می‌کند: در هر ۱۰۰۰ موالید زنده، ۶۲ مرگ برای گروه‌های آفریقایی و ۳۷ مرگ برای سفیدپوستان گزارش شده است (به نقل از سجادی و همکاران، ۱۳۸۸). مطالعات بو (Boo, 1994) و سایر (Sayers, 1993) نیز در تایید یافته‌های این گزارش نشان می‌دهد میانگین وزن نوزادان در بدو تولد در قومیت‌های مختلف در مالزی و استرالیا متفاوت و دارای اختلاف معنی‌داری است (به نقل از گلعلی‌پور، ۱۳۷۹).

برخی مطالعات ایرانی (گلعلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۴)، ارتباط میان قومیت و شکاف لب و کام را تایید کرده است (Croen, 1998). مطالعات دیگر نشان‌دهنده تفاوت شیوع شکاف کام و لب در قومیت‌ها و نژادهای مختلف دنیا است (Croen, 1998; Chapman, )

همچنین بعضی گزارش‌ها نشان‌دهنده فراوانی این ناهنجاری‌ها در سفیدپوستان در مقایسه با سیاه‌پوستان و افزایش آن در ژاپنی‌ها نسبت به سیاه‌پوستان آفریقایی است (Derijcke, 1996; Neel JV, 195; Chapman, 1983; Yoneda, 1982). مطالعه انجام شده در سری‌لانکا (Amartunga, 1989) نشانگر تفاوت شیوع شکاف کام و لب در نژادهای تامیل و مورواست (به نقل از گلعلی‌پور، ۱۳۸۴).

تکثر و تنوع قومی جامعه ایران منجر به رفتار جمعیتی متفاوتی برای قومیت‌های ایرانی شده است. تفاوت‌های قومی در الگوهای ازدواج و رفتار باروری در ایران نمونه بارزی از این تفاوت رفتارهاست (عباسی و یوسفی، ۱۳۸۴) که آثار آن در بیماری‌های زنان و زایمان ملاحظه می‌شود. الگوهای ازدواج از آن جهت اهمیت دارند که می‌توانند اثرات مشخصی بر سلامت زوجین و فرزندان آن‌ها داشته باشند. والادرز و والریا (۱۹۸۸) نشان دادند که در برزیل، در مقایسه با فقط ۱۶ درصد زنان غیربومی، ۵۳/۴ درصد زنان بومی در سن تولید مثل آموزش ندیده بودند که این امر تاثیر مشخصی بر رفتار باروری آنان داشت. در این زمینه مطالعه نیوتن و همکاران در سال ۲۰۰۱ در آمریکا یافته‌های مورد اشاره را تایید می‌کند؛ زیرا مطالعات آن‌ها نشان داد که شیوع واژینوز باکتریایی در امریکاییان آفریقایی تبار بیشتر است که این موضوع احتمالاً نشان‌دهنده ارتباط آن با سطح اقتصادی پایین‌تر ناشی از محدودیت‌های قومی است (به نقل از سجادی و همکاران، ۱۳۸۹).

در مجموع یافته‌های مورد اشاره نقش عوامل ساختاری و اقتصادی - اجتماعی را در مدل سازمان بهداشت جهانی درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تایید می‌کنند.

- احسان‌منش، مجتبی. (۱۳۸۰)، «همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده»، اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴، بهار.
- اعتصام، گلبرگ و مودب، مامک. (۱۳۸۱)، بررسی شیوع علائم افسردگی و عوامل موثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع متوسطه در شهر تهران، پایان‌نامه دکتری عمومی. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- افتخاری، محمدحسن و مظلوم، زهره. (۱۳۸۱)، «بررسی رفتار شیردهی مادران شهرستان لارستان و حومه و ارتباط آن با وضعیت تحصیلی مادر و اقتصاد خانواده»، مجله طب و تزکیه، شماره ۴۵.
- آفاجانی، مریم. (۱۳۸۱)، بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهراء.
- اقبالیان، فاطمه. (۱۳۸۶)، «بررسی عوامل مرتبط با کم‌وزنی هنگام تولد»، مجله بیماری‌های کودکان ایران، دوره ۱۷.
- الحانی، فاطمه؛ نیکامی، شمس‌الدین؛ کیمیایگر، سیدمسعود؛ کاظم نژاد، انوشیروان و حیدرینیا، علیرضا. (۱۳۸۲)، «طراحی مدل توانمندسازی خانواده محور و سنجش اثر آن بر پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن در دختران نوجوان»، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۸، شماره ۴.
- الک، ایروین و اسکالی، النا. (۱۳۸۴)، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تهران (ترجمه محمد حسین نیکام)، انتشارات وفاق.
- امانی، فیروز؛ براك، منوچهر؛ امینی ثانی، نیره و دهقان، محمدحسین. (۱۳۸۴)، «عوامل مرتبط با مرگ و میر نوزادی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۸۲-۱۳۸۱»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره پنجم، شماره چهارم.
- امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سیدعلی و عکاشه، گودرز. (۱۳۸۲)، «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان»، اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۴.
- ایمان‌زاده، فرید؛ اقبالی، عزیز؛ سیاری، علی‌اکبر و ولایی، ناصر. (۱۳۸۳)، «بررسی عوامل خطر مرتبط با بروز عفونت هلیکوباکتر پیلوری در کودکان مبتلا به بیماری پپتیک»، فصلنامه پژوهشی پژوهنده، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۹، شماره ۳۸.

- بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۴)، کارایی آموزش مهارت حل مساله در کاهش پرخاشگری دختران دانش آموز
- بیگلری ابهری، مریم. (۱۳۸۱)، بررسی شیوع و فراوانی علل افسردگی در دختران دانش آموز مدارس راهنمایی تحصیلی منطقه ۸ آموزش و پرورش ۸۱-۱۳۸۰، پایان نامه دکتری پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- پارک، پارک. (۱۳۸۰)، **درسنامه جامع بهداشت** (ترجمه روزینا صدرایی)، چاپ اول، انتشارات کتاب میر.
- پدرام رازی، شادان؛ بصام پور، شیواسادات و کاظم نژاد، انوشیروان. (۱۳۸۶). «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم»، **مجله دانشکده پرستاری مامایی حیات**، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۱۳، شماره ۱.
- پور حسین، رضا. (۱۳۸۱)، **بررسی تحولی خودپنداشت در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و رابطه آن با جنس و طبقه اجتماعی**، پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
- پورعبداللهی، پروین؛ زرانی، میترا؛ رضویه، سیدولی؛ دستگیری، سعید؛ قائم مقامی، سیدجمال و فتحی آذر، اسکندر. (۱۳۸۴)، «تأثیر آموزش تغذیه بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان ابتدایی در مورد مصرف تنقلات»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان**، دوره ۱۳، شماره ۵۱.
- پیری، شیفته. (۱۳۸۰)، «بررسی شیوع و علل انواع زایمان و تأثیر عوامل دموگرافیک بر آنان»، **دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور**، دانشگاه شاهد، سال نهم، شماره ۳۵.
- جعفری نیا، نغمه؛ فراز، ابوالحسن؛ آخوندزاده، شهرزاد و قهقهایی، زهرا. (۱۳۸۲)، «بررسی میزان و عوامل سوء تغذیه پروتئین انرژي بر اساس طبقه بندی های تغذیه ای در کودکان زیر ۵ سال روستاهای اراک در سال ۱۳۸۱»، **مجله ره آورد دانش**، دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ششم، شماره دوم.
- جلیلی، زهرا؛ حیدر نیا، علیرضا؛ فقیه زاده، سقراط؛ دبیری، شهریار؛ هزاوه ای، مهدی و محمد علیزاده، سکینه. (۱۳۸۰)، «کنترل کم خون فقر آهن در کودکان ۵-۱ ساله با استفاده از الگوی آموزشی پرسید در شهر کرمان»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد**، سال نهم، شماره ۴.
- حاتمی، گیسو. (۱۳۷۸)، «خصوصیات اپیدمیولوژیک و بالینی نوزادان مبتلا به میلومنگو سل در بوشهر»، **طب جنوب**، سال دوم، شماره اول.
- حسینی شریفی، سیدحسین. (۱۳۸۰)، **بررسی ۵۰۰ کودک مبتلا به گاستروانتریت از**



- نظر سن جنس علائم بالینی و آزمایشگاهی، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- خدیوی، رضا؛ معزی، معصومه؛ شاکری، مصطفی و برجیان، محمدتقی. (۱۳۸۴)، «تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان شهرستان اردل»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره سیزدهم، شماره اول.
- خزاعی، طیبه؛ زردست، محمود و سعادت‌جو، علیرضا. (۱۳۸۲)، «شیوع آرمی فقر آهن در نوجوان‌های دبیرستان‌های بیرجند»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، دوره دهم.
- خضری، حسن. (۱۳۸۱)، *بررسی رابطه اضطراب ریاضی و سبک‌های یادگیری دانش‌آموزان با توجه به جنسیت و مقطع تحصیلی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- دارایی، غلامرضا. (۱۳۸۱)، «بررسی ارتباط عوامل شغلی با نوع عیوب انکساری در سنین ۳۰-۱۰ ساله»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، جلد ۱، سال اول، شماره ۲.
- دریانی، احمد و اتحاد، غلامحسین. (۱۳۸۴)، «شیوع عفونت‌های انگلی روده‌ای در بین دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر اردبیل، ۱۳۸۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره پنجم، شماره سوم.
- دیدارلو، علیرضا. (۱۳۷۹)، *ارزشیابی میزان تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر پیشگیری از ژیاوردیازیس در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خوی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس.
- راهنورد، زهرا؛ ذوالفقاری، میترا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان و زارعی، لیلا. (۱۳۸۵)، «سبک زندگی نوجوانان دختر در ارتباط با پیشگیری از پوکی استخوان»، *مجله حیات*، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۱۲، شماره ۲.
- رفیع، عبدالناصر و بازمانی، احد. (۱۳۸۲)، «شیوع انتروبیازیس و ارتباط آن با عوامل اجتماعی و رفتاری در کودکان استان‌ها و دبستان‌های دو منطقه از شهر تبریز»، *مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۲۱.
- رفیع‌نژاد، جواد؛ نوراللهی، ایوب؛ جوادیان، عزت‌الدین؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان و شمشاد، خدیجه. (۱۳۸۵)، «بررسی اپیدمیولوژی شپش سر و فاکتورهای موثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان املش، استان گیلان سال ۸۳-۱۳۸۲»، *مجله*

- تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱، شماره ۴.
- رضائی، مژده. (۱۳۸۵)، ارزیابی وضعیت نابرابری سلامت باروری و عوامل مرتبط با آن در ایران، پایان‌نامه تخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- زاهد پاشا، یداله؛ اسماعیلی دوکی، محمدرضا؛ حاجی احمدی، محمود؛ عسگردون، قربان؛ قدیمی، رضا؛ بالغی، مهرانگیز و بیژنی، علی. (۱۳۸۳)، «تأثیر برخی از عوامل خطر بر تولد نوزادان کم وزن (LBW)»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، سال ششم، شماره ۲.
- زبید، امیر. (۱۳۸۲)، تعیین شیوع فاکتورهای سن، جنس، ارگانومگالی و شمارش سلولی در زیررده‌های لوسمی لنفوبلاستیک حاد در بیمارستان کودکان مفید بخش خون از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱، پایان‌نامه دکتری عمومی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
- سادات، زهره؛ عابدزاده، معصومه و صابری، فرزانه. (۱۳۸۴)، «بررسی ارتباط BMI مادر و جنس کودک با سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال»، *فصلنامه علمی پژوهشی فیض*، شماره ۳۴.
- سجادی، حمیرا؛ مدنی قهقرخی، سعید و وامقی، مروئه. (۱۳۸۸)، مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی (گزارش پژوهشی)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سلطان‌زاده، محمدحسین؛ رجوی، ژاله؛ اربابی، امیرهوشنگ؛ بهزادی‌فر، افشین؛ بادامی، ناصر؛ خدای، ملیحه و اشرفی، فاطمه. (۱۳۸۲)، «بررسی اپیدمیولوژیک عوامل باکتریال التهاب ملتحمه نوزادی در بیمارستان‌های امام حسین، رسالت و شهید اکبرآبادی، سال‌های ۸۱-۱۳۸۰»، *مجله پژوهش در پزشکی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال ۲۷، شماره ۲.
- شریف‌نیا، مسعود. (۱۳۷۹)، *بررسی نقش آموزش پیش دبستانی بر آگاهی‌های بهداشتی دانش‌آموزان اول ابتدایی منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شریفی‌راد، غلامرضا؛ حیدرنیا، علیرضا؛ دلیمی اصل، عبدالحسین و غفرانی‌پور، فضل‌الله. (۱۳۸۰)، «تأثیر آموزش بهداشت در کاهش میزان آلودگی انگلی روده‌ای در شهر ایلام با استفاده از مدل پری‌سید»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد*، سال نهم، شماره ۴.
- شریفی‌راد، غلامرضا؛ هزاه‌ای، محمدمهدی؛ حسن‌زاده، اکبر و دانش‌آموز، عبدالباسط.

- (۱۳۸۶)، «بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکردهای پیش‌گیری‌کننده از کشیدن سیگار در دانش‌آموزان اول دبیرستان»، **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک**، سال دهم، شماره ۱.
- شهرکی، غلامحسین. (۱۳۸۰)، «عوامل موثر در شیوع پدیکلوزیس در مدارس ابتدایی شهری»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج**، سال ششم، شماره ۲۳.
- صادقی، طاهره. (۱۳۸۵)، **بررسی تاثیر آموزش تکنیک‌های اصلاح رفتارهای تغذیه و حرکتی بر چاقی دختران سن مدرسه شهر اندیشه شهرستان شهریار**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت پرستاری اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- صحبائی، فائزه؛ دواجی، اقدس و زراعتی نجفی، زهرا، (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه عوامل خانوادگی، روانی و اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی دخترانه تهران»، **مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی**، دوره ۱۶، شماره ۱.
- ضاربان، ایرج؛ عباس‌زاده بزی، محمد؛ مودی، میترا؛ مهرجوفرد، حسن و غفاری، حمیدرضا. (۱۳۸۵)، «ارزشیابی برنامه آموزش بهداشت به منظور کاهش میزان آلودگی به شپش سر در بین دانش‌آموزان دختر مدارس ابتدایی»، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند**، دوره ۱۳، شماره ۱.
- ظهیرالدین، علیرضا؛ حسینی، سیدمحمد و سمنانی، یوسف. (۱۳۸۳)، «بررسی شیوع افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی فیروزکوه»، **فصلنامه پژوهشی پژوهنده**، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۹، شماره ۳۷.
- عباسی، عبدالله و یوسفی، محمدرضا. (۱۳۸۱)، «عوامل مرتبط با اسهال پایدار در کودکان زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان گرگان و آق‌قلا»، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان**، سال چهارم، شماره ۱۰.
- عرب‌زاده، سیدعلی محمد؛ مساوات، سیدآرمان و افتخاری، ناهید. (۱۳۸۶)، «سرواپیدمیولوژی عفونت سیتو مگالو ویروس در مادران و نوزادان آن‌ها در زایشگاه‌های شهر کرمان»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان**، دوره چهاردهم، شماره ۴.
- عزیززی، بهرام و جاسمی، وحید. (۱۳۸۰)، **بررسی اپیدمیولوژیک اختلال عدم توجه بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی شهر کرمانشاه**، پایان‌نامه دکتری عمومی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه.

- علائی، واحد؛ مرادی، آذر و علیزاده، سکینه. (۱۳۸۳)، «بررسی ارتباط بین ویژگی‌های روانی - اجتماعی خانواده و بروز علایم اختلال کمبود توجه و پیش‌فعال کودکان»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ششم، شماره ۲۱ و ۲۲.
- فاتحی میبیدی، ابوالفضل. (۱۳۷۸)، بررسی بیماران مبتلا به لنفوم غیر هوچکین (ان اچ ال) در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی بر اساس سن، جنس، محل سکونت، محل آناتومیک لنف نود، گرید و ساب تایپ هیستو پاتولوژیک در ۱۰ سال اخیر، پایان‌نامه دکتری عمومی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- فتاح، آرزو. (۱۳۸۵)، اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم افسردگی دانش‌آموزان؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره (گرایش خانواده)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- فیروزان، آزیتا. (بی‌تا)، بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان در دوران عادت ماهیانه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش، دانشگاه تربیت مدرس.
- قاسمی، ایران. (۱۳۸۵)، مقایسه کیفیت زندگی دختران و پسران مبتلا به آسم در گروه سنی ۱۷-۷ ساله شهر زنجان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.
- قندهاری مطلق، مهدی؛ زراعتی، حجت و جمشیدی، شمس السادات. (۱۳۸۳)، «بررسی اپیدمیولوژیک dmft در کودکان ۳-۵ ساله کودکان‌های تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۸۲»، مجله دندانپزشکی، جامعه اسلامی دندانپزشکان.
- قهرمانی، لیلا. (۱۳۸۲)، بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بلوغ جنسی بر رفتارهای بهداشتی دختران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس.
- قوطاسلو، حوریه. (۱۳۸۵)، بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- کبیری، محمود؛ پارسی نیا، میترا؛ گودرزی، ماندانا و بابایی، غلامرضا. (۱۳۸۲)، «بررسی رابطه رشد جسمی کودکان ۰ تا ۲ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرج با وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و والدین آنان با

- استفاده از مدل رگرسیون لجستیک»، **مجله بیماری‌های کودکان ایران**، سال سیزدهم، شماره ۱.
- کریمیان، صغری؛ ملامحمدی، محسن و جندقی، غلامرضا. (۱۳۸۲)، «بررسی شیوع نوزادان متولد شده با وزن پایین و عوامل مرتبط با آن در زایشگاه‌های استان قم در سال ۱۳۷۹»، **فصلنامه علمی پژوهشی فیض**، شماره ۲۷.
- گلعلی‌پور، محمدجعفر؛ مبشری، الهام؛ میرفاضلی، آرزو؛ وکیلی، محمدعلی و کلنگی میاندوره، فاطمه. (۱۳۸۲)، «ناهنجاری لوله عصبی و ارتباط آن با ازدواج فامیلی، قومیت و سن مادر در شهر گرگان»، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان**، سال پنجم، شماره ۱۲.
- گلعلی‌پور، محمدجعفر؛ محمدیان، سکینه؛ تازیکی، محمدحسین؛ مبشری، الهام و برقی، افسانه. (۱۳۸۴)، «بررسی اپیدمیولوژیک شکاف کام و لب در یک دوره شش ساله در گرگان (۱۳۷۶-۸۲)»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل**، سال هفتم، شماره ۲.
- گلعلی‌پور، محمدجعفر؛ وکیلی، محمدعلی و احمدپور، موسی. (۱۳۷۹)، رابطه وزن و قد نوزادان با سن، قومیت، تعداد و نوع زایمان مادر»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین**، شماره ۱۶.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۳)، **جامعه‌شناسی**، (ترجمه منوچهر صبوری)، تهران، نشر نی.
- مارموت، مایکل و ویلکینسون، ریچارد. (۱۳۸۷)، **مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**، (ترجمه علی منتظری)، چاپ اول، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- متقی، شکوفه. (۱۳۸۱)، **بررسی تاثیر تجربه آموزش و پرورش پیش دبستانی بر اختلالات رفتاری و کارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پایه دوم ابتدایی**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- مجاهد، علیرضا و بخشانی، نورمحمد. (۱۳۸۳)، «شیوع مصرف سیگار و مواد مخدر در دانش‌آموزان دبیرستانی زاهدان»، **مجله طبیب شرق**، سال ششم، شماره ۱.
- محمدی، نوراله. (۱۳۸۱)، **بررسی اثر درمانی آموزش توانش اجتماعی بر اختلال رفتار هنجاری در نوجوانان**، پایان‌نامه دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مسعودزاده، عباس؛ خلیلیان، علیرضا؛ هشرفی، مهسا و کیمیاییگی، کامران. (۱۳۸۳)، «بررسی وضعیت سلامتی روانی دانش‌آموزان دبیرستان شهر ساری سال ۸۲-۱۳۸۱»، **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، سال چهاردهم، شماره ۴۵.

- مصطفوی، حبیب الله. (۱۳۸۱)، «تعیین توزیع و میزان شیوع فشارخون در شهر شیراز»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی اهواز**، شماره ۳۳.
- میرمیران، پروین؛ آزادبخت، لیلا و عزیزی، فریدون. (۱۳۸۲)، «شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در نوجوانان تهرانی: مطالعه قند و لیپید تهران»، **مجله پژوهش در پزشکی**، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال ۲۷، شماره ۳.
- نادر، فروز و آرامش، کیارش. (۱۳۸۴)، «بررسی وضعیت سلامت جسمانی کودکان در دبستان‌های شهر شیراز طی سال تحصیلی ۱۳۸۰-۱۳۸۱»، **فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، سال پانزدهم، شماره ۴۶.
- نصیری، احمد و خزاعی، طیبه. (۱۳۸۵)، «مقایسه عوامل خطر چاقی در کودکان مبتلا و دارای وزن طبیعی بیرجند سال ۱۳۸۵»، **فصلنامه دنا**، دوره ۱، شماره ۳.
- نظری، مهین. (۱۳۸۲)، **بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر رفتارهای تغذیه‌ای دختران مدارس ابتدایی شهر چابهار**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس.
- هزاری، زلیخا. (۱۳۸۴)، **بررسی تاثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز.
- هلاکویی نائینی، کورش؛ فتوحی، اکبر؛ برهانی، مهرداد و پویا، بهزاد. (۱۳۸۴)، «عوامل موثر بر سوء تغذیه کودکان ۶ تا ۳۰ ماهه تحت مراقبت مراکز بهداشتی استان هرمزگان»، **مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران**، دوره ۱، شماره ۲.
- Arnold, F. (1997), Gender preferences for children Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 23., Macro International Inc Calverton, Maryland.
- Benzeval, M. (2003), National evaluation of Health Action Zone ,The final report of the tackling inequalities in health module.
- Benzeval, M.; Taylor, J. & Judge, K.(2000). Evidence on the Relationship between low income and poor health: Is the Government Doing Enough?, Fiscal studies, vol. 21, 3.
- Bourne, K. & Walker, G., (1991), The differential effect of mothers' education

- on mortality of boys and girls in India, *Population Studies*, 45.
- Brown, L., Trullillo, L. & Macintyre, K. (2001b), Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What have we learned? *Horizons Program*,. Washington, The Population Council.
  - Dexter, E.R. LeVine, S.E. Velasco, P.M. (1998), Maternal schooling and health-related language and literacy skills in rural Mexico. *Comp Educ Rev*.42;
  - Diderichsen, E. & Whitehead (2001), The social basis of disparities in health. *Challenging inequities in health: from ethics to action*, New York: Oxford University.
  - Doyle, O.; Harmon, C. & Walker, I. (2005), The Impact of Parental Income and education on the Health of their Children. *Institute for the Study of Labor, Fiscal Studies* (2000) vol. 21.
  - Geronimus, A. & Thompson, J. P. (2004), To denigrate, ignore, or disrupt: racial inequality in health and the impact of a policy-induced breakdown of African American communities, *Du Bois Rev*, 1.
  - Geronimus, A. T., Hicken, M., Keene, D. & Bound, J. (2006), "Weathering" and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. *Am J Public Health*, 96.
  - Herz, B. & Sperling, D. (2004), What works in girl's education: evidence and policies from the developing world. New York, Council on Foreign Relations.
  - House js, Williams d. (2000), understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health, *Capitalizing on social science and behavioral research to improve the public's health* Atlanta.
  - Iyer, A. (2005), Gender, caste, class, and health care access: Experiences of rural households in Koppal district, Karnataka. Trivandrum, Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology.
  - Jackson, A. (2002), The Unhealthy Canadian Workplace. Paper given at The Social Determinants of Health across the Life-Span Conference, Toronto.
  - Lanesd, I. M. (1987), The 'hierarchy of resort' examined: status and class

- differentials as determinants of therapy for eye disease in the Egyptian delta, *Urban Anthropology* 16.
- Leigh, J. Fries F. (1993), Association Among Healthy habits, Age, Gender, and Education in a sample of Retirees, *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 36(2).
  - Luthra, R. (2007), Improving Maternal Health Through Education Safe Motherhood is a Necessity, Volume XLIV, Number 4.
  - Mackenbach, Bakker, & Diderichsen (2002), Socioeconomic inequalities in health, Part 1, Reducing Inequalities in health: European Perspective.
  - Millar, W. & Stephens, T. (1993), Social status and health risks in Canadian adults: 1985 and 1991, *Health Rep.*
  - Monash, R. & Buerma, J. (2004), Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries, *AIDS*.
  - Novarro, V. (1990), Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States, *Lancet*.
  - Phipps, Sh. (2003), The Impact of Poverty on Health, Canadian Institute for Health Information.
  - Prikh, N.S.; Parker, R.M., Nurss, J.R.; Baker, D.W. & Williams, M.V. (1996), Shame and health literacy: The unspoken connection, *Patient Education Counseling*, 27(1).
  - Rose, G. (1985), Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, Vol 14.
  - Ross C.E. & Wu, C.L. (1995), The links between education and health, *American Sociological Review*, 60.
  - Ross C.E. and Wu, C.L. (1996), Education, age, and the cumulative advantage in health, *Journal of Health and Social Behavior*, 37.
  - Sen, A. K & Sengupta, S. (1983), Malnutrition of rural children and sex bias, *Economic and Political Weekly*.
  - Snow, C.E. (1991), The theoretical basis for relationships between language and literacy development. *Journal of Research in Childhood Education*, 6



- Fall/Winter, 5.
- Snow, R. (2007), Sex, Gender and Vulnerability. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network.
  - Thomas, VG. (1992), Explaining Health Disparities between African-American and White Populations: Where Do We Go From Here? Journal of the National Medical Association.
  - Thorson, A. (2002), Gender and TB, WHO.
  - Veneman, A. (2007), Education Is Key to Reduction Child Mortality The Link Between Maternal Health and Education, UN Chronicle, Volume XLIV Number 4.
  - WHO. (2005), Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health.
  - Wildsmith, E. M. (2002), Testing the weathering hypothesis among Mexican-origin women. *Ethn Dis*, 12.
  - William, D. (2000), Race and Health: Trends and Policy Implications, Paper presented at the Conference: Income on Equality, Socioeconomics Status and Health. Washington D.C.
  - Williams D. & House J. (2000), Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health, (Paper) Atlanta: Institute of Medicine of the National Research Council.
  - World Bank. (1997), Primary Education in India, Washington, D.C., World Bank.
  - World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2006), Country Cooperation study for WHO and Islamic Republic of Iran, 2005-2009, Cairo.