

رابطه سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان

فاطمه حاج نقی زاده*، مریم شریفیان ثانی**، حسن رفیعی***

مقدمه: طرح بحث تأثیر مؤلفه‌های مربوط به جامعه سالم بر بهروزی کودکان برای داشتن جامعه‌ای دوستدار کودک و همچنین داشتن آینده‌ای بهتر، انکارناپذیر است. از آنجاکه عوامل اجتماعی بیش‌ترین نقش را در تعیین سلامتی و بهروزی جوامع دارند و با در نظر گرفتن دیدگاه پیشگیری‌محور و نقش مهم دوران کودکی در توسعه و سلامت جامعه، توجه به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و تأثیر آن‌ها بر دوران کودکی برای سعادت آیندگان بیش از پیش مطرح می‌شود. هدف این مطالعه، بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان است.

روش: مطالعه از نوع هم‌بستگی بوم‌شناختی گذشته‌نگر و به روش کتابخانه‌ای انجام شد که در آن داده‌های مربوط به سلامت اجتماعی طبق شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران با مؤلفه‌های فقر، خشونت، رشد جمعیت، آموزش، پوشش بیمه، بیکاری و توزیع عادلانه درآمد‌ها و داده‌های بهروزی کودکان با مؤلفه‌های میزان مرگ‌ومیر نوزادان، میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، میزان سوء‌تغذیه کودکان زیر ۵ سال، میزان ثبت‌نام در دبستان‌ها و درصد کودکانی که به پایه پنجم دبستان می‌رسند، در ۳۰ استان کشور بررسی شد. ابزارهای تحقیق شامل شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران: رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) و مرور ۲۰۰۲ دالیرازار بر شاخص بین‌المللی بهروزی کودکان یونیسف بود. از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، آزمون هم‌بستگی پیرسون تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها: بین بهروزی کودکان و متغیرهای فقر، رشد جمعیت، میزان باسوادی و پوشش بیمه به‌مثابه مؤلفه‌های سلامت اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین جهت رابطه متغیرهای فقر و رشد جمعیت، منفی و جهت میزان باسوادی و پوشش بیمه، مثبت است. در مجموع، پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه نمره بهروزی کودکان و سلامت اجتماعی کل، رابطه بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان در ایران، با هم‌بستگی $0/49$ ($p \text{ value} = 0/001$) تأیید شد.

بحث: در بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان، یافته‌ها حاکی از آن است که هرچه میزان فقر و رشد جمعیت بیش‌تر باشد، میزان دسترسی به امکانات بهداشتی و درمان و تسهیلات آموزشی، پایین‌تر خواهد بود و بالعکس، هرچه میزان باسوادی و پوشش بیمه در جامعه‌ای بیش‌تر باشد، خانواده و به‌دنبال آن کودک از وضعیت رفاهی عالی‌تری بهره‌مند بوده و بهروزی بیش‌تری دارد؛ بنابراین توجه به این مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و در نظر گرفتن آن‌ها در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با کودکان، باعث ارتقاء و بهبود بهروزی کودکان در جامعه ایران خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: استان‌های ایران، بهروزی کودکان، سلامت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۲/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۰

* کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توان‌بخشی.

** دکتر علوم اجتماعی (سیاست اجتماعی)، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توان‌بخشی، رایانامه: <sharifian@uswr.ac.ir>

(نویسنده مسئول)

*** روان‌پزشک، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توان‌بخشی.

مقدمه

امروزه هنگامی که موضوع سلامت مطرح می‌شود، توجه صرف به بُعد جسمانی، نوعی ساده‌اندیشی به حساب می‌آید. سلامت در دنیای امروز، چشم‌انداز وسیع‌تری پیدا کرده و ابعاد گسترده جسمانی و روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. با در نظر گرفتن چنین دیدگاهی، نظر به عوامل تعیین‌کننده غیرپزشکی سلامت معطوف می‌شود. از این عوامل می‌توان به مصادیقی همچون شیوه زندگی و محیط‌زیست و وضعیت اقتصادی اجتماعی اشاره کرد (مارموت^۱، ۱۹۹۹).

از طرفی دوران کودکی از سرنوشت‌سازترین دوران در تعیین مسیر زندگی هریک از افراد جامعه محسوب می‌شود. فرد در این دوران چه به لحاظ جسمانی و چه به لحاظ روانی و اجتماعی، مراحل را طی می‌کند که آثار آن در اغلب مواقع برگشت‌ناپذیر است، تجربیات فرد در دوران کودکی تا آخرین لحظه‌های عمر با او همراه بوده و بر تفکر و تصمیم‌گیری و انتخاب‌های او اثر می‌گذارد. ویژگی این دوران در آسیب‌پذیر بودن و توانایی بسیار انسان برای یادگیری و فرصت برای پی‌ریزی آینده است.

کودکان ما برحسب اینکه در کجا به دنیا می‌آیند، به‌طور چشمگیری فرصت‌های متفاوتی را برای زندگی کردن دارند. در ژاپن یا سوئد، آن‌ها ممکن است انتظار داشته باشند، بیش‌تر از ۸۰ سال عمر کنند، در برزیل ۷۲ سال، در هند ۶۳ سال و در یکی از چندین کشور افریقایی، کم‌تر از ۵۰ سال. در درون کشورها نیز تفاوت‌های فاحشی در شانس زندگی وجود دارد و این در تمام جهان مشاهده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۱۳۹۰).

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 زیست‌محیطی و عوامل رفتاری (شیوه زندگی فردی) ۱۰ درصد و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد (مرندی، ۱۳۸۵).

1- Marmot

2- WHO

در سراسر جهان، سالانه ۱۰ میلیون کودک به علت فقر و سوء تغذیه و نداشتن دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی قبل از تولد، در ۵ سالگی می‌میرند (موریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). اکثریت این مرگ‌ها در میان کودکانی رخ می‌دهد که در کشورهایی با درآمد کم یا متوسط متولد شده‌اند و در این کشورها نیز میان خانوارها و اجتماع‌ها با آسیب‌پذیری فراوان، بیش‌تر شاهد این‌گونه مرگ‌ها هستیم (هاوولینگ^۲، ۲۰۰۷).

مطلب مهم دیگر این است که حداقل ۲۰۰ میلیون کودک به نیروهای رشد کامل خود نمی‌رسند که این خود پیامدهای جبران‌ناپذیری برای سلامتی آن‌ها و در ابعاد گسترده‌تر برای جامعه به بار می‌آورد (مک‌گرگور و همکاران^۳، ۲۰۰۷؛ گرانتهم^۴، ۲۰۰۷). تجارب دوران کودکی، پایه‌های حیاتی را برای تمامی دوران زندگی فراهم می‌کنند (ECDKN، ۲۰۰۷). هم برای کشورهای کم‌درآمد و هم کشورهای پردرآمد، فراهم‌کردن آغازی مثبت برای کودکان جامعه بسیار به‌صرفه‌تر از صرف هزینه برای درمان آسیب‌های ناشی از قصور در دوران کودکی است (ECDKN، ۲۰۰۷).

اهمیت و ضرورت مطالعه

قطع نظر از روش‌ها و نحوه ارائه مراقبت‌های پزشکی و ویژگی‌های فرهنگی جوامع، تقریباً در تمام کشورها بین فقر و نابرابری و محرومیت اجتماعی با بهروزی و سلامت کودکان رابطه معنی‌داری وجود دارد (ویلیامز و همکاران^۵، ۱۹۹۴؛ هلمن^۶، ۱۹۹۴). بهروزی و سلامت کودکان برای آینده کشور بیش‌ترین اهمیت را دارد، کودکان امروز رشد می‌یابند، تا در نسل آینده والدین و کارکنان کشور باشند؛ افزون‌براین نتایج پژوهش‌های جدید درخصوص رفاه کودک نشان می‌دهد که رفاه در سنین آغاز برای هر کودک پایه سلامتی دوران بلوغ است. بنابراین سرمایه‌گذاری در رفاه کودکان، آثار سودمندی به‌خصوص بر آینده سلامت جامعه و نیز آینده کارکرد شهروندان آن دارد (وادسورت^۷، ۱۹۹۹).

1- Morris, et al
5- Williams et al

2- Houweling
6- Helman

3- Mc Gregor et al
7- Wadsworth

4- Grantham

هدف این مطالعه، بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان با مطالعه نشان دهنده‌های سلامت اجتماعی و تأثیر آن بر مؤلفه‌های بهروزی کودکان در جامعه ساکنان استان‌های ایران است.

چارچوب نظری:

سه نظریهٔ هنجاری زیر در دههٔ ۷۰ مطرح شده است:

الف. نظریه‌های اکولوژیکی رشد کودک؛

ب. مفهوم هنجاری حقوق کودکان؛

ج. جامعه‌شناسی نوین دوران کودکی به‌مثابه دوره‌ای قائم به نفس و مجزا.

سه موضوع روش‌شناختی که در ظهور جنبش شاخص‌های اجتماعی کودکان نقش داشته‌اند شامل این مصادیق است:

الف. اهمیت یافتن دیدگاه‌های ذهنی؛

ب. قرارگرفتن کودک به‌مثابه واحد تحلیل؛

ج. گسترش استفاده از داده‌های اداری^۱ و منابع دادهٔ متنوع و درنهایت اقبال یافتن تحقیق‌های سیاست‌محور در سالیان اخیر.

نظریهٔ کاربردی در این مطالعه، اکولوژی رشد کودک است که گاربارینو در سال ۱۹۹۲ مطرح کرد. پیش‌فرض‌های این تئوری، سه اصل است: ۱. کودکان، مشارکت‌کنندگان فعال در ساختن محیط اطراف بوده و به‌مثابه موجودات منفعل از آن تأثیر نمی‌پذیرند؛ ۲. کودکان نیز مانند بزرگسالان، خود را با محیط تطبیق داده و به مرور زمان تغییر می‌کنند؛ ۳. یک‌سری از سطوح، از داخل مرتبط با هم بر رشد و توسعهٔ کودکان تأثیر می‌گذارند.

امروزه، ظرفیت‌های رشد و رفاه کودک درک می‌شود. آن‌ها با محیط خود در تعامل‌اند و از منابع استفاده می‌کنند و به تنش‌های بیرونی واکنش نشان می‌دهند. کودک با همهٔ خصیصه‌های شخصی خود، در ابتدا و بیش از همه با خانواده‌اش در تماس است. همچنین

1- administrative

است تعامل او با دوستان، همسایه‌ها، سیستم مراقبت سلامت و مراقبت از کودک، مدرسه و... این تعاملات مستقیم در میکروسیستم^۱ اتفاق می‌افتد. در این سطح از بهروزی کودک می‌توان به مؤلفه‌های سوء تغذیه و میزان سلامت نوزاد و کودک اشاره کرد، عوامل مربوط به سلامت اجتماعی را که در این سطح می‌توان در بهروزی کودک دخیل دانست، عبارت‌اند از: میزان خشونت‌ی که در محیط اطراف کودک مثل خانواده و محله وجود دارد؛ مثل میزان قتل عمد و وقوع ضرب و جرح و خدمات آموزشی و بهداشتی که در دسترس خانواده و کودک قرار دارد؛ مثل میزان پوشش بیمه و تأمین آموزش.

ارتباط میان ساختارهای مختلف میکروسیستم، مثل والدین و مدرسه در مزوسیستم^۲ صورت می‌گیرد. در این مطالعه، مؤلفه خاصی قرار نمی‌گیرد.

در سطح بعدی، اگزوسیستم^۳، بافتار اجتماعی است که خانواده در آن زندگی می‌کند؛ مثل شبکه‌های اجتماعی والدین، موقعیت‌های اجتماعی محله، داشتن دسترسی و کیفیت خدمات عمومی، محل کار والدین و رسانه‌ها که به صورت غیرمستقیم و از طریق اثر بر میکروسیستم بر کودک تأثیر می‌گذارند. در این سطح می‌توان به عواملی از قبیل میزان بیکاری و میزان باسواد و میزان فقر در اجتماع و جامعه کودک اشاره کرد.

در سطح بالاتر، ماکروسیستم^۴، بافتار اجتماعی، هنجارهای فرهنگی، ارزش‌ها، سیاست‌ها، موقعیت اقتصادی و توسعه جهانی این سیستم‌ها که دائماً در حال تغییرند با هم در ارتباط بوده و بر کودک تأثیرگذارند. عوامل تشکیل دهنده جامعه سالمی که می‌توان در این لایه بیان کرد، عبارت‌اند از: نابرابری؛ فقر در جامعه گسترده‌تر؛ میزان خدماتی که تحت عنوان تأمین و خدمات اجتماعی به افراد ارائه می‌شود؛ مثل میزان پوشش بیمه. هنجارها، فرهنگ و عرف جامعه، ارزش‌ها و سیاست‌های مربوط به کنترل رشد جمعیت و سیاست‌های مربوط به خانواده و کودک (لیپمن^۵، ۲۰۰۴؛ اولک^۶، ۲۰۰۴؛ استیون و همکاران^۷، ۲۰۰۵). درباره بهروزی کودک می‌توان به سیاست‌های مربوط به نظام آموزشی و نظام بهداشت کشور اشاره کرد.

1- micro system
5- Lippman

2- meso system
6- Olk

3- exo system
7- Steven et al

4- macro system

الف. ظهور دیدگاه ذهنی: تاکنون تحقیق دربارهٔ کودکان بر توضیحات عینی تمرکز داشته و با کودکان به مثابه ابزارهایی منفعل برخورد شده است که در دنیای بزرگسالان زندگی می‌کنند. امروزه دیدگاه ذهنی کودکان نیز باید در مطالعات لحاظ شود (کاساس^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ مورس^۲، ۲۰۰۶). توجه کردن به نگاه آنان نه تنها به این دلیل اهمیت دارد که متفاوت است؛ بلکه احترام به حقوق آنان نیز محسوب می‌شود (لیمبر^۳ و ملتون^۴، ۱۹۹۲). داده‌های عینی، در مصادیقی همچون وضعیت اقتصادی خانوار و نمرات مدرسه کارایی دارد؛ ولی در مواردی مثل سلامت روان نیاز به گزارش دیدگاه ذهنی کودک است (مورفای^۵ و لوهان^۶، ۲۰۰۱؛ اوهانزن و همکاران^۷، ۱۹۹۵؛ شیک^۸، ۱۹۹۸).

ب. کودک به مثابه واحد مشاهده: مقیاس‌هایی که زندگی فرد را آن‌طور می‌سنجد که جریان دارد، مناسب‌تر از مقیاس‌هایی است که منابع در اختیار آن‌ها و ابزارهای‌شان را می‌سنجند (سن^۹، ۱۹۹۷). رویکرد سن، انتخاب‌ها و محدودیت‌ها و توانایی‌های فرد را برای رسیدن به استانداردها، ارجح در نظر می‌گیرد؛ بنابراین با در نظر گرفتن چنین رهیافتی، برای ارزیابی موقعیت زندگی کودک، تمرکز روی اوست و نه اجتماع یا خانوار محل زندگی‌اش (بن-آریه و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۱).

ج. ظهور داده‌های اداری و تنوع منابع داده: سه منبع اطلاعاتی عبارت‌اند از: داده‌های اداری و پیمایش‌ها و سرشماری‌ها و مطالعات اجتماعی (طولی و هم‌گروهی). دو منبع آخر از دیرباز وجود داشته است؛ ولی منبع اول دستاورد عصر اطلاعات بوده که منبع قدرتمندی را برای مطالعات تشکیل می‌دهد (گیورج^{۱۱}، ۱۹۹۷). این منبع، اطلاعات را به صورت محلی و با جزئیات ریز در بر داشته و برای انجام تحقیقات و سیاست‌گذاری‌های کوتاه‌مدت بهترین منبع اطلاعاتی به‌شمار می‌آید.

1- Casas
6- Lohan
11- George

2- Mores
7- Ohannessian, et al

3- Limber
8- Shek

4- Melton
9- Sen

5- Murphy
10- Ben-Arieh et al

روش

نوع پژوهش: مطالعه از نوع هم‌بستگی بوم‌شناختی گذشته‌نگر بوده و روش گردآوری آن اسنادی کتابخانه‌ای است. نوع ویژه‌ای از مطالعه هم‌بستگی را که واحد مطالعه آن گروه است، نه فرد، همه‌گیرشناسان مطالعه بوم‌شناختی^۱ یا مطالعه انبوهه^۲ خوانده‌اند. در این مطالعات، واحد مطالعه، یا جمعیت‌هایی هستند که در مقطع زمانی در مکان‌های مختلف به سر می‌برند یا جمعیت واحدی است در مقاطع مختلف زمانی که روند تغییر میانگین‌ها یا میزان‌ها را در آن تحلیل می‌کنند.

جامعه آماری و نمونه‌گیری و روش نمونه‌گیری: با استفاده از آخرین آمار موجود، جامعه آماری شامل ساکنان ۳۰ استان کشور است. استان‌ها به‌مثابه واحد تحلیل و با توجه به تمایزات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی و برحسب در دسترس بودن داده‌های سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان و همچنین اعتبار داده‌ها مطالعه می‌شوند.

ابزارهای تحقیق: الف. شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران: رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای با عنوان «تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران» با هدف دستیابی به تعریف بومی برای سلامت اجتماعی و سپس تدوین شاخص پذیرفتنی برای آن، به روش دلفی، به تدوین شاخص سلامت اجتماعی اقدام کردند. در پایان دلفی سه ویژگی برای سلامت اجتماعی در ایران تعیین شد که به شرح زیر است:

دسته نخست، ویژگی‌هایی از جامعه سالم است که بیش‌ترین اجماع بر سر آن‌ها وجود دارد. براساس این ویژگی‌ها جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن، ۱. کسی زیر خط فقر نباشد؛ ۲. خشونت در جامعه وجود نداشته باشد؛ ۳. رشد جمعیت کنترل شده باشد.

دسته دوم، ویژگی‌هایی از جامعه سالم را در بر می‌گیرد که شرکت‌کنندگان بر سر آن‌ها توافق کم‌تری داشتند. هرگاه براساس ویژگی‌های دسته اول، تفاوتی یافت نشود می‌توان ویژگی‌های دسته دوم را به تعریف جامعه سالم افزود. جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن علاوه بر ویژگی‌های پیش‌گفته، ۴. تبعیض جنسیتی نداشته باشد؛ ۵. قانون همه را در

1- ecologic

2- aggregate study

اجرا و حمایت، برابر بدانند؛ ۶. پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان‌ها رعایت شود؛ ۷. آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان باشد؛ ۸. همگان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند؛ ۹. امنیت وجود داشته باشد؛ ۱۰. آزادی عقیده وجود داشته باشد؛ ۱۱. افراد احساس رضایت از زندگی خود بکنند.

دسته سوم نیز به‌نحو مشابهی، بخش دیگری از ویژگی‌های جامعه سالم آرمانی را بیان می‌کند. جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن علاوه بر ۱۱ ویژگی پیشین، ویژگی‌های دیگری نیز داشته باشد: ۱. همه مردم تحت پوشش بیمه باشند؛ ۲. توزیع درآمدها عادلانه باشد، حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد، فرصت مساوی داشته باشند؛ ۳. بیکاری وجود نداشته باشد؛ ۴. حکومت نزد مردم مشروعیت داشته باشد؛ ۵. حاکمان به‌شیوه مردم‌سالارانه انتخاب شوند؛ ۶. تحت نظارت مردم‌سالارانه باشند.

ب. مرور ۲۰۰۲ دالیرازار^۱ بر شاخص بین‌المللی بهروزی کودکان^۲ یونیسف: دالیرازار در سال ۲۰۰۲، دو شاخص سلامت و تحصیلات را به شاخص یونیسف اضافه کرد:

۱. میزان مرگ‌ومیر نوزادان؛
۲. میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال؛
۳. میزان سوءتغذیه در کودکان زیر ۵ سال؛
۴. میزان ثبت‌نام در مدارس ابتدایی؛
۵. درصد کودکانی که به پایه پنجم ابتدایی می‌رسند.

خصیصه این شاخص آن است که کشورهای درحال توسعه را نیز در نظر می‌گیرد. گفتمنی است، تلقی ما از سلامت اجتماعی در این مطالعه، ویژگی‌های دسته اول به‌علاوه آموزش، پوشش بیمه، بیکاری و توزیع عادلانه درآمدها از دسته دوم و سوم است و درصددیم به تعیین رابطه بین بهروزی کودکان با متغیرهای مذکور، به‌مثابه برخی بیانگرهای سلامت اجتماعی، بپردازیم.

1- Dalirazar's (2002) revision

2- child well being

تعاریف عملیاتی مؤلفه‌ها:

شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران:

۱. فقر: در این مطالعه برای سنجش فقر از نسبت هزینه خوراکی به غیرخوراکی استفاده شده است که در آن هرچه هزینه خوراکی به غیرخوراکی بیش‌تر باشد، نشان دهنده فقر بیش‌تر است. کاهش این نسبت، بدین معناست که خانوار از سطح نیازهای پایه‌ای عبور کرده و توانایی رفع نیازهای ثانویه را یافته است (نوری، ۱۳۸۷).
۲. خشونت: در این پژوهش منظور از خشونت، قتل عمد و ضرب و جرح است که به صورت زیر تعریف می‌شوند:
قتل عمد: کشتن با اراده و اختیار است که شخص عالماً و عامداً با قصد فعل و نتیجه، مرتکب سلب حیات شخص یا اشخاص دیگر می‌شود، خواه عمل کشنده باشد یا نباشد.
ضرب و جرح: به معنی وارد آوردن ضرب و جرح اعم از عمدی یا غیرعمدی است. هرگونه ضایعه‌ای در عضو چنانچه توأم با خونریزی و از بین رفتن نسج باشد، جرح نامیده می‌شود. در صورتی که ضایعه ایجاد شده منجر به خونریزی نشده باشد، ضرب نامیده می‌شود (سالنامه آماری، ۱۳۸۷).
۳. میزان رشد طبیعی جمعیت نماینده ازدیاد یا کاهش جمعیت بدون در نظر گرفتن روند مهاجرت است و صرفاً از طریق آمار مرگ و میر و موالید خام به طریق زیر محاسبه می‌شود و نشان می‌دهد که در هر سال به ازای هزار نفر، چند نفر به جمعیت اضافه می‌شود (حلم‌سرشت و دل‌پیشه، ۱۳۸۳).

$$NGR = \frac{\text{تفاضل تعداد مرگ‌ها از موالید در مدت یک سال}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 1000$$

۴. باسواد: فردی است که می‌تواند به فارسی یا هر زبان دیگری متن ساده‌ای را بخواند و بنویسد، خواه مدرک رسمی داشته یا نداشته باشد (<http://tar.sci.org.ir>).

در این پژوهش، برای سنجش وضعیت سواد در استان‌های کشور از شاخص میزان باسوادی به ترتیب زیر استفاده کرده‌ایم:

$$\text{میزان باسوادی} = \frac{\text{تعداد باسوادان}}{\text{جمعیت ۶ ساله و بیش‌تر}} \times 100$$

۵. پوشش بیمه: میانگین تعداد بیمه‌شدگان اصلی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در سه سال ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷، شامل بیمه‌های دولتی، غیردولتی، اختیاری، حرف و مشاغل آزاد، رانندگان و بیمه‌های خاص.

۶. بیکاری: فردی که در دوره زمانی مرجع ۱. فاقد کار باشد، اشتغال مزد و حقوق‌بگیری یا خوداشتغالی نداشته باشد؛ ۲. آماده برای کار باشد، برای مزد و حقوق‌بگیری و خوداشتغالی آمادگی داشته باشد؛ ۳. جویای کار باشد، به‌منظور جست‌وجوی کار به‌صورت مزد و حقوق‌بگیری یا خوداشتغالی، اقدامات مشخصی را انجام داده باشد (<http://tar.sci.org.ir>). میزان بیکاری، عبارت است از نسبت جمعیت بیکار به جمعیت فعال (نظری، ۱۳۸۶).

$$\text{میزان بیکاری} = \frac{\text{تعداد بیکار}}{\text{جمعیت فعال}} \times 100$$

۷. نابرابری: در این مطالعه، برای سنجش نابرابری در هر استان از نسبت هزینه کل سالانه دهک ثروتمند جامعه به هزینه کل سالانه دهک فقیر هر استان استفاده شده است.

شاخص بین‌المللی بهروزی کودکان یونیسف
الف. مرگ‌ومیر نوزادان

$$\text{تعداد نوزادان فوت‌شده زنده به دنیاآمده قبل از یک‌سالگی}$$

$$\text{تعداد نوزادان زنده متولدشده}$$

ب. مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال

$$\text{تعداد کودکانی که قبل از رسیدن به ۵سالگی فوت می‌کنند}$$

$$\text{جمعیت کودکان زیر ۵ سال}$$

ج. میزان سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال

شیوع کم‌وزنی و کوتاه‌قدی و لاغری کودکان زیر ۵ سال

جمعیت کودکان زیر ۵ سال

د. میزان ثبت‌نام در مدارس ابتدایی

تعداد کودکانی که در مدارس ابتدایی ثبت‌نام کرده‌اند

جمعیت کودکان بین ۶ تا ۱۱ سال

ه. درصد کودکانی که به پایه پنجم ابتدایی رسیده‌اند

درصد کودکان ۱۲ ساله‌ای که تا پایه پنجم ابتدایی درس خوانده‌اند

جمعیت کودکان ۱۲ ساله

ی. طبق تعریف صندوق بین‌المللی کودکان به گروه سنی افراد از زمان تولد تا پایان ۱۸

سالگی کودک گفته می‌شود (یونیسف^۱، ۲۰۰۹).

در این مطالعه با توجه به شاخص انتخاب شده به گروه سنی افراد از ابتدای تولد تا ۱۲

سالگی کودک گفته می‌شود.

روش آماری: این مطالعه از طریق تحلیل ثانویه داده‌های جمع‌آوری شده توسط وزارت

بهداشت در ایران (بررسی شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، سال

۱۳۸۵)، داده‌های مرکز آمار ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، معاونت طرح و

برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی ناجا و سالنامه‌های آماری ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ انجام گرفت؛ بدین صورت

که با استفاده از داده‌ها و اطلاعات به دست آمده از طرح مذکور و با مراجعه به مراکز

یادشده، داده‌های مدنظر آماده‌سازی و تفکیک و سپس تجزیه و تحلیل شدند. بدیهی است،

هدف از درخواست اطلاعات و نگارش مطالعه در نامه‌ای بیان شد که برای درخواست این

اطلاعات از سازمان‌های ذی‌ربط تنظیم شده بود.

پس از گردآوری و تفکیک و آماده‌سازی، داده‌ها به نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ وارد

شدند. در ابتدا، با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن متغیرها بررسی

1- UNICEF

شد. در ادامه، با استفاده از آزمون هم‌بستگی پیرسون رابطه بین سرمایه اجتماعی و بیانگرهای سلامت اجتماعی بررسی شدند. سپس به منظور کاهش داده‌های سلامت اجتماعی و استخراج عوامل از متغیرها، تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها

در بین ۳۰ استان کشور از نظر میزان مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، در استان تهران نسبت به بقیه استان‌ها میزان مرگ‌ومیر کم‌تر است. خراسان جنوبی بیش‌ترین مقدار مرگ‌ومیر در بین نوزادان و کودکان زیر ۵ سال را از آن خود کرده است.

جدول ۱. توزیع میانگین و انحراف معیار بیانگرهای بهروزی کودکان در ایران

ثبت نام پنجم ابتدایی	ثبت نام ابتدایی	سوء تغذیه	مرگ‌ومیر کودکان	مرگ‌ومیر نوزادان		
۰/۸۴۱۵	۷۰۱۰.	۴/۷۳۵۷	۲۱/۹۸۴۷	۱۸/۶۴۸۵	میانگین	
۰/۰۸۷۰۷	۰/۰۹۳۰۴	۲/۳۷۶۱۷	۴/۲۴۶۲۲	۳/۶۴	انحراف معیار	
۰/۵۹	۰/۵۸	۱/۷۶	۱۲/۰۹	۹/۸۵	مقدار	حداقل
آذربایجان شرقی	مازندران	اردبیل	تهران	تهران	استان	
۰/۹۹	۰/۸۵	۱۳/۱۰	۳۲/۹۳	۲۸/۰۳	مقدار	حداکثر
خراسان شمالی	هرمزگان	سیستان و بلوچستان	خراسان جنوبی	خراسان جنوبی	استان	

با استناد به نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون و با اطمینان ۹۵ درصد و خطای کم‌تر از ۰/۰۵، رابطه آماری معنی‌داری میان فقر، باسوادی، رشد جمعیت و پوشش بیمه با مرگ‌ومیر کودکان مشاهده می‌شود. در آخر نیز به‌طور کلی شاهد معنی‌دار شدن رابطه میان سلامت اجتماعی و مرگ‌ومیر کودکان هستیم (جدول ۲).

جدول ۲. هم‌بستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و میزان مرگ‌ومیر کودکان

مرگ‌ومیر کودکان		متغیرها
مقدار p	مقدار هم‌بستگی r	
۰/۰۱۹	۰/۴۲۶	فقر
۰/۹۳۵	۰/۰۱۶	بیکاری
۰/۴۱۴	-۰/۱۵۵	ضرب‌وجرح
۰/۹۶۶	۰/۰۰۸	قتل عمد
۰/۰۰۵	-۰/۴۷۷	سواد
۰/۰۱۳	۰/۴۴۸	رشد جمعیت
۰/۴۷۶	-۰/۱۳۵	نابرابری
۰/۰۳۷	-۰/۳۸۳	پوشش بیمه
۰/۰۲۱	-۰/۴۲۰	سلامت اجتماعی

در جدول (۳)، شاهد ارتباط معنی‌دار باسوادی و رشد جمعیت با سوء‌تغذیه کودکان هستیم. نتیجه نهایی این جدول، حاکی از آن است که بین سلامت اجتماعی و سوء‌تغذیه هم‌بستگی منفی وجود دارد؛ ولی این ارتباط با سطح اطمینان ۹۵ درصد و مقدار احتمال کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار نیست.

جدول ۳. هم‌بستگی پیرسون میان سلامت اجتماعی و سوء‌تغذیه کودکان

سوء‌تغذیه کودکان		متغیرها
مقدار p	مقدار هم‌بستگی r	
۰/۰۹۰	۰/۳۱۵	فقر
۰/۹۶۸	-۰/۰۰۸	بیکاری
۰/۴۶۴	-۰/۱۳۹	ضرب‌وجرح
۰/۴۵۵	۰/۱۴۲	قتل عمد
۰/۰۱۴	-۰/۴۴۲	سواد

سوء تغذیه کودکان		متغیرها
مقدار p	مقدار هم‌بستگی r	
۰/۰۰۰	-۰/۶۴۸	رشد جمعیت
۰/۳۵۳	-۰/۱۷۶	نابرابری
۰/۱۴۸	-۰/۲۷۱	پوشش بیمه
۰/۱۱۴	-۰/۲۹۵	سلامت اجتماعی

جدول (۴) نتایج هم‌بستگی بین سلامت اجتماعی و آموزش کودکان را با اطمینان ۰/۹۹ و خطای کم‌تر از ۰/۰۱ نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که رابطه معنی‌دار و معکوسی میان فقر و رشد جمعیت با سلامت اجتماعی وجود دارد. همچنین رابطه معنی‌دار و مستقیمی بین باسوادی و میزان پوشش بیمه با سلامت اجتماعی مشاهده می‌شود. درنهایت، رابطه معنی‌دار و نسبتاً قوی میان سلامت اجتماعی و آموزش کودکان دیده می‌شود.

جدول ۴. هم‌بستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و آموزش کودکان

آموزش کودکان		متغیرها
مقدار p	مقدار هم‌بستگی r	
۰/۰۰۱	-۰/۵۹۳	فقر
۰/۳۷۶	۰/۱۶۸	بیکاری
۰/۰۹۵	-۰/۳۱۱	ضرب و جرح
۰/۱۸۲	۰/۲۵۰	قتل عمد
۰/۰۰۰	۰/۷۶۱	سواد
۰/۰۰۵	-۰/۵۰۰	رشد جمعیت
۰/۹۸۰	۰/۰۰۵	نابرابری
۰/۰۰۲	۰/۵۴۵	پوشش بیمه
۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	سلامت اجتماعی

جدول (۵) نتایج همبستگی بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان را با اطمینان ۰/۹۹ و خطای کم تر از ۰/۰۱ نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که رابطه معنی‌دار و معکوسی میان فقر و رشد جمعیت با بهروزی وجود دارد. همچنین رابطه معنی‌دار و مستقیمی بین باسوادی و میزان پوشش بیمه با بهروزی مشاهده می‌شود. در نهایت، رابطه معنی‌دار و نسبتاً قوی میان سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان دیده می‌شود.

جدول ۵. همبستگی پیرسون بین سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان

بهروزی کودکان		متغیرها
مقدار p	مقدار همبستگی r	
۰/۰۰۰	-۰/۶۲۴	فقر
۰/۶۹۰	-۰/۰۷۶	بیکاری
۰/۱۰۹	-۰/۲۹۹	ضرب و جرح
۰/۲۸۱	۰/۲۰۴	قتل عمد
۰/۰۰۰	۰/۶۷۰	سواد
۰/۰۰۴	-۰/۵۰۸	رشد جمعیت
۰/۶۸۷	-۰/۰۷۷	نابرابری
۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	پوشش بیمه
۰/۰۰۶	۰/۴۹۳	سلامت اجتماعی

بحث

در این قسمت، به تبیین و توضیح یافته‌های به دست آمده از این تحقیق خواهیم پرداخت و نتایج مربوط به آزمون هریک از فرضیه‌ها و توجیه‌های لازم در ارتباط با آن‌ها آورده می‌شود.

بین فقر و بهروزی کودکان همبستگی معنی‌دار و منفی تأیید شد. منفی شدن جهت رابطه را می‌توان این چنین توضیح داد که فقر در استان‌های فقیرتر از طریق تأثیر بر میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و خدمات آموزشی و همچنین دسترسی به تغذیه مناسب، بر بهروزی

کودکان تأثیر می‌گذارد و این یافته‌ها مطابق با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات است (جورجنسن و همکاران^۱، ۲۰۱۰؛ پتروویک و همکاران^۲، ۲۰۰۰؛ یونیسف^۳، ۲۰۱۰؛ ای. موری^۴، ۲۰۰۴).

رابطه ضعیف و مثبت و غیرمعنی‌دار میان قتل عمد و بهروزی کودکان وجود دارد. بین ضرب‌وجرح با بهروزی کودکان هم‌بستگی ضعیف و منفی و غیرمعنی‌دار وجود داشت. علت معنی‌دار نبودن رابطه قتل عمد و ضرب‌وجرح با بهروزی کودکان را می‌توان این‌طور توضیح داد که این مؤلفه‌ها معمولاً در مطالعات مربوط به رفاه کودکان و در رابطه با کودکان درگیر با مشکلات اجتماعی بررسی می‌شوند، مطالعه رفاه کودکان نسل گذشته، مطالعه در حوزه کودکان بوده که بیش‌تر به حیطه مشکلات کودکان و آسیب‌های اجتماعی می‌پردازد که کودکان با آن مواجه‌اند؛ حال آنکه مطالعات بهروزی کودکان رویکردی مثبت‌نگر داشته و به ارتقای سلامت و بهزیستی کودکان توجه دارد؛ بنابراین به‌دست‌نیاموردن رابطه میان مؤلفه خشونت و بهروزی کودکان توجیه می‌شود.

وجود هم‌بستگی نسبتاً قوی و منفی و معنی‌دار بین رشد جمعیت با بهروزی کودکان نشان دهنده آن است که هرچه میزان رشد جمعیت در استانی بیش‌تر باشد، امکانات و تسهیلات رفاهی بین جمعیت بیش‌تری تقسیم شده و در نتیجه کودکان بهروزی کم‌تری دارند. این یافته‌ها در گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی نیز مشاهده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی^۵، ۲۰۰۸).

مشخص شد که رابطه میان باسوادی و بهروزی کودکان هم‌بستگی نسبتاً قوی و مثبت و معنی‌داری دارد. در توجیه این رابطه می‌توان این توضیح را آورد که هرچه افراد استان باسوادر باشند، میزان ثبت‌نام کودکان نیز در مدارس بیش‌تر است، آگاهی‌ها به فراهم‌کردن مؤلفه‌های زندگی سالم بالاتر بوده و وضع اجتماعی و اقتصادی این افراد نسبت به افراد با تحصیلات کم‌تر، مناسب‌تر است. این یافته‌ها مطابق با نتایج به‌دست‌آمده است (بگدی و همکاران^۶، ۲۰۰۵؛ شو و همکاران^۷، ۲۰۰۹؛ پتروویس و همکاران^۸، ۲۰۰۰؛ مارشال^۹، ۲۰۰۵).

1- Jorgensen, et al

2- Petrovic, et al

3- UNICEF

4- A Moore

5- WHO

6- Bagdi et al

7- Sheu et al

8- Petrovic et al

9- Marshal

در بررسی بیکاری با بهروزی کودکان شاهد هم‌بستگی منفی بسیار ضعیف و غیرمعنی دار هستیم. این یافته مغایر با یافته‌های پژوهش‌های افرادی مثل بگدی و همکاران، ۲۰۰۵ و براشو^۱، ۲۰۰۹ و یونیسف، ۲۰۱۰ است. این‌طور به نظر می‌رسد که برای سنجش اثر بیکاری بر بهروزی کودکان به بررسی مؤلفه‌ها در دوره‌ای طولانی‌تر نیاز است.

شاهد هم‌بستگی بسیار ضعیف منفی و غیرمعنی دار برای دو مؤلفه نابرابری با بهروزی بودیم. پژوهشگرانی همچون برادشو (۲۰۰۹) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند. در توجیه این نتیجه می‌توان گفت، نابرابری معمولاً در ارتباط با بهروزی جامعه بررسی می‌شود و نه در ارتباط با کودکان. نسبتی که در این مطالعه برای سنجش نابرابری به کار برده‌ایم، عبارت است از نسبت هزینه کل سالانه دهک ثروتمند جامعه به هزینه کل سالانه دهک فقیر جامعه. هرچه تفاوت میان غنی و فقیر در استانی بیش‌تر باشد، رتبه آن استان از نظر نابرابری بالاتر است، هرچه نتیجه این تقسیم بزرگ‌تر باشد، استان از نظر نابرابری در وضعیت نامناسب‌تری قرار می‌گیرد. در این نسبت، خانواده واحد معیار است و به هزینه‌های مرتبط با سلامت و تغذیه و آموزش کودکان، به‌طور اختصاصی توجه نشده است.

در پاسخ به فرض «پوشش بیمه با بهروزی کودکان هم‌بستگی آماری معنی‌داری وجود دارد» شاهد هم‌بستگی مثبت و معنی‌دار هستیم. در توضیح این رابطه می‌توان این‌طور توضیح داد که هرچه میزان افراد تحت پوشش بیمه در استانی بیش‌تر باشد، میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و پیشگیرانه از جمله دسترسی به واکسیناسیون، خدمات مربوط به بهداشت خانواده نیز بیش‌تر بوده و در نتیجه با تأثیر کاهنده بر مؤلفه مرگ‌ومیر کودکان، بهروزی مطلوبی برای کودکان رقم می‌زند.

در جوامع در حال گذار امروزی همچون ایران شاخص سلامت اجتماعی روزبه‌روز در حال تغییر است؛ چراکه در فرایند ارتباط با جهان مدرن، مهاجرت و تغییرات اجتماعی و اجرای برنامه‌های نوسازی را دولت‌ها از بالا تعیین می‌کنند. در چنین جوامعی، توجه خاص به تأثیر تغییرات سلامت اجتماعی بر بهروزی کودکان نقش بسزایی در داشتن جامعه سالم نسل آینده ایفا خواهد کرد.

1- Bradshaw

در استان‌های توسعه‌یافته‌تر ایران سلامت اجتماعی از وضعیت مناسب‌تری برخوردار است و در برخی مواقع این الگو لزوماً درباره‌ی بهروزی کودکان این‌گونه مشاهده نمی‌شود. توجه خاص و برنامه‌ریزی هدفمند با کودکان، لازمه‌ی داشتن سطح عالی‌تر برای بهروزی آنان است. با استناد به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه و نقش اساسی و انکارناپذیر سلامت اجتماعی در بهروزی کودکان، مباحث مربوط به سلامت اجتماعی می‌بایست در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با بهروزی کودکان مدنظر قرار گیرد. به‌علاوه، براساس همبستگی‌های به‌دست‌آمده، نقاط مداخله برای ارتقا و بهبود بهروزی کودکان در ایران می‌تواند ارتقای میزان سواد و خدمات اجتماعی مثل پوشش بیمه و کنترل رشد جمعیت و کاهش فقر باشد.

- حلم‌سرشت، پ و دل‌پیشه، ا. (۱۳۸۳)، *جمعیت و تنظیم خانواده*، تهران، چهره.
- سالنامه آماری کشور. (۱۳۸۷)، مرکز آمار ایران.
- سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۹۰)، *رفع بی‌عدالتی در طی یک نسل، عدالت در سلامت از طریق اقدام در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت*.
- شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۸)، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.
- شادپور، ک. (۱۳۸۹)، *مراقبت اولیه سلامت؛ اکنون بیش از هر زمان دیگر*، سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸.
- مرن‌دی، س.ع. (۱۳۸۵)، *عوامل اجتماعی سلامت، جامع سلامت عمومی*، وزارت سلامت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، چ ۲.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۶)، *نتایج عمومی سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵*.
- نظری، م. (۱۳۸۶)، *مبانی علم اقتصاد*، تهران، نگاه دانش.
- نوری، ر. (۱۳۸۷)، *تحلیل روند اعتیاد در دو دهه اخیر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توان‌بخشی.
- A. Moore, K. (2004), *Indicators of child well-being indicators in the child welfare system*, Presentation to a meeting on "Strengthening Abuse and Neglect Courts in America".
- Bagdi, A., Vacca, J. (2006), "Supporting early childhood social-emotional well-being: the building blocks for early learning and school success", *Early Childhood Education Journal*, Vol. 33, No. 3.
- Ben-Arieh, A., Kaufman, H. N., Andrews, B. A., George, R., Lee, B. J., & Aber, J. L. (2001), *Measuring and monitoring children's wellbeing*, The Netherlands: Kluwer
- Bradshaw, J., Richardson, D. (2009), "An index of child wellbeing in europe", *Child Ind Res*, 2:319-351.
- Casas, F., Gonzales, M., Figuer, C., & Coender, G. (2004), "Subjective well-being, values and goal achievement: the case of planned versus by chance searches on the Internet", *Social Indicators Research*, 66, 123-141.
- J. Curtis, L., D. Dooley, M., L. Lipman, E., & H. Feeney, D. (2001), "The role of permanent income and family structure in the determination of child health in Canada", *Journal of Health Economics*, 10:287-302.
- George, R. M. (1977), *The use of administrative data in measuring the state of children*, In A. Ben-Arieh & H. Wintersberger (Eds.) *Monitoring and measuring the state of children: Beyond survival*. Eurosocial Report.
- Grantham-McGregor, S.M., et al. (1997), "Effects of early childhood

- supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children", p. 247-53
- Helman, C. (1994), *Culture, health and illness* (3rd edn), Butterworth Heinemann, London.
 - Houweling, T.A., A.E. Kunst, and J.P.Mackenbach, (2003), "Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator of economic status matter", p. 8.
 - Jorgensen, A., C. H. Lai, L., Z. Housechild, M. (2009), *Assessing the validity of impact pathways for child labour and well-being in social life cycle assessment*, Springer-Verlag
 - Knowledge Network for Early Child Development, commission on the social determinants of health, World Health Organization (2005).
 - Lohan, J. A., & Murphy, S. A. (2001), "Parents perception of adolescent sibling grief responses after an adolescent or adult child's sudden, Violent death", *Omega-Journal of Death and Dying*, 44(3), 195-213.
 - Melton, G., & Limber, S. (1992), "What children's rights mean to children: Children's own views, In M, Freeman & P, Weerman" (Eds.), *The ideologies of children's rights*, pp. 167-187.
 - Marmot, M. Wilkinson, R.G. (1999), *Social determinants of health*, Oxford University Press. Oxford.
 - Moore, K. A., Lipman, L., & Brown, B. (2004), "Indicators of child well-being: The promise for positive youth development", *ANNALS, AAPSS*, 591, 125-145.
 - Marsall, s. (2005), *Wellbeing is central to learning, The department of Education and Children's Services*, The State of South Australia.
 - Ohannessian, C. M., Lerner, R. M., Lerner, J.V., & Voneye, A. (1995), "Discrepancies in adolescents and parents perception of family functioning and adolescent emotional adjustment", *Journal of Early Adolescence*, 15(4), 490-516.
 - Sen, A. (1997), *On economic inequality*: Oxford: Oxford University Press.
 - Sheu, H, B, W.Lent, R. (2009), "A social cognitive perspective on well-being in educational and work settings: Cross-cultural considerations", *Int J Educ Vocat Guidance*, 9:45-60.
 - Shek, D. T. L. (1998), "A longitudinal study of Hong Kong adolescents' and parents' perception of family functioning and well-being", *Journal of Genetic Psychology*, 159(4), 389-403.
 - UNICEF. (2007), *Child poverty in perspective: An overview of child well0being in rich countries*, Innocenti Report Card 7. Florence, Italy: UNICEF Research Center.
 - Wadsworth, M.E.J. (1996), *Family and education as determinants of health*. In: *Health and social organization*.
 - Williams, C.D., Baumslag, N. and Jelliffe, D.B. (1994), *Maternal and child health* (3rd edn), Oxford University Press, Oxford.

مدل ساختاری رابطه سطح سلامت با خدمات بهداشتی- درمانی

حسنعلی فرجی سبکبار*، نرگیس وزین**

مقدمه: سلامت از پایه‌های رشد اقتصادی اجتماعی جامعه و حق همگانی است و دولت‌ها باید با برنامه‌ریزی مناسب زمینه ایجاد آن را فراهم کنند. در این بین، برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی به‌عنوان پایه سلامت، از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه است.

روش: پژوهش کاربردی حاضر با روش توصیفی و تحلیلی و هم‌بستگی و با گردآوری اطلاعات از طریق اسنادی و کتابخانه‌ای به تبیین رابطه سطح سلامت با سطح خدمات بهداشتی درمانی موجود در شهرستان‌های استان خراسان رضوی پرداخته است. برای جمع‌آوری اطلاعات از داده‌های آماری و برای مدل‌سازی از مدل معادلات ساختاری لیزرل در محیط نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد بین متغیرهای بهداشت باروری و خدمات درمانی و تسهیلات ایمن‌سازی موجود و متغیرهای سطح جسمی و سلامت فردی شهرستان‌ها در سطح ۰/۰۵ رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بحث: ارتقای سطح سلامت به خدمات بهداشتی درمانی وابسته است و شهرستان‌هایی که خدمات بهداشتی درمانی پیش‌تری دارند، از سطح سلامت بهتری برخوردار هستند. لذا بعد سرمایه‌گذاری و ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی برای شهروندان، توسعه زیرساخت‌ها و منابع و عوامل تأثیرگذار بهداشتی در سطح سلامت مهم است و با برنامه‌ریزی مناسب برای بهبود عدالت و برابری منطقه‌ای در زمینه شاخص‌های بهداشتی درمانی، شاهد ارتقای سطح تندرستی و سلامتی در سکونت‌گاه‌ها و شهرستان‌های استان خواهیم بود.

کلیدواژه‌ها: استان خراسان رضوی، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، سطح

سلامت، مدل معادلات ساختاری LISREL

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۹/۰۷

* دکتر جغرافیا، دانشگاه تهران، رایانامه: <hfaraji@ut.ac.ir> (نویسنده مسئول)

** دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تربیت مدرس.

مقدمه

به گزارش سازمان بهداشت جهانی، امروزه وضعیت سلامت و بهداشت میلیون‌ها نفر از مردم جهان پذیرفتنی نیست و نیازمند توزیع بهینه و برابر زیرساخت‌ها و منابع و عوامل تأثیرگذار بر سلامت است، تا از زندگی پرثمر اقتصادی و اجتماعی بهره‌مند شوند (اسپورک^۱، ۲۰۰۶). از دیدگاه علمی، سلامت فرایندی چندمحوری است که از سویی عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش ایفا می‌کنند و نتیجه مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی جامعه است و از سوی دیگر، تأثیر درخور توجهی بر بخش‌های دیگر جامعه دارد. به همین علت در برنامه‌های توسعه هزاره سوم، مقوله سلامت از شاخص‌های اصلی توسعه‌یافتگی جوامع شمرده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی^۲ نیز در سال ۲۰۰۷، به‌منظور جلب توجه جهانی و ضرورت سرمایه‌گذاری و توجه بیش‌تر مردم و دولت‌ها به موضوع امنیت بین‌المللی سلامت، شعار «سرمایه‌گذاری در سلامت» را مطرح کرد (بازارنوی، ۱۳۸۹)؛ چراکه در وضعیت کنونی، سلامتی مهم‌ترین عامل پیشرفت و توسعه جامعه است. همچنین در منشور سازمان بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بیش‌ترین استاندارد سلامتی از حقوق بنیادی هر انسان، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی مطرح شد (بارتون^۳ و سورو^۴، ۲۰۰۰). در این میان، برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقا و حفظ و تأمین سلامت افراد، از ارکان مهم پیشرفت سلامت در هر جامعه است. در کشور نیز در اصول سوم و بیست‌ونهم و چهل و سوم قانون اساسی، به ضرورت تأمین بهداشت و درمان به‌عنوان نیازهای اساسی مردم تأکید شده است. بخش بهداشت و درمان کشور به‌منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی و روانی و اجتماعی جامعه با توجه به سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین‌شده، مجموعه‌ای نظام‌یافته از فعالیت‌ها و عملیات را اجرا می‌کند که مهم‌ترین آن‌ها شامل این‌هاست: آموزش بهداشت، پیشگیری و ایمن‌سازی علیه بیماری‌های واگیردار،

1- Spork

2- world health organisation (WHO)

3- Barton

4- Tsourou

بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط‌زیست، مبارزه با بیماری‌ها و تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد مراکز و واحدهای ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری، تأمین و آموزش نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های مختلف (امینی و همکاران، ۱۳۸۵).

بنابراین، هدف مطالعه حاضر این است که وضعیت شهرستان‌های استان خراسان رضوی را به‌عنوان منطقه نمونه در مقوله سلامت عمومی مشخص کرده و وضعیت سطح سلامت را با مدل‌سازی رابطه سطح بهره‌مندی از خدمات و امکانات بهداشتی درمانی و سطح سلامت آشکار کند. موضوعی که این پژوهش را ضروری می‌کند، این است که در زمینه خدمات‌رسانی سلامت و بهداشت، برنامه‌هایی در استان اجرا شود تا هم شهرستان‌های استان در موضوع سلامت عمومی به‌سطح یکنواختی دست یابند و هم به بهبود وضعیت استان در کل کشور بینجامد؛ چراکه برای تدوین و اجرای هر برنامه‌ای، شناخت وضعیت فعلی مکانی که برنامه برای آن تهیه می‌شود، ضروری است. گفتنی است که بررسی پیشینه فعالیت‌های پژوهشی سلامت بسیار غنی است و تحقیقات بسیاری در این زمینه وجود دارد؛ اما درخصوص تبیین سطح سلامت با مدل‌سازی رابطه آن با سطح بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از معادلات ساختاری در کشور، پژوهشی مشاهده نشده است؛ لذا از ویژگی‌های اساسی این تحقیق به‌کارگیری مدلی جدید برای سنجش سطح سلامت شهروندان و ارتباط با برخورداری و دسترسی به خدمات بهداشتی است که از اصول زمینه‌ساز تحقق عدالت اجتماعی و پایداری اجتماعی است. بر این اساس، مقاله در پی پاسخ‌گویی به این پرسش است که با استفاده از معادلات ساختاری لیزرل^۱ سلامت در شهرستان‌های استان خراسان رضوی از لحاظ متغیرهای بررسی شده درخصوص دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی چگونه است؟

1- Lisrel

چارچوب نظری تبیین‌کننده: توسعه پایدار از مهم‌ترین قالب‌های فکری توسعه در قرن حاضر است که به تمامی عرصه‌های زندگی آدمی در کنار هم با محوریت سلامت انسان و جامعه توجه می‌کند، نظیر اقتصاد، سیاست، فرهنگ، محیط، امنیت، آموزش، بهداشت و اخلاق. به عبارتی، عرصه نوینی است که هم‌زمان، هم به سیاست و فرهنگ و هم اقتصاد توجه می‌کند و هم از محیط‌زیست و همزیستی با طبیعت و هم از حقوق و سلامت برابر انسان‌ها حمایت می‌کند (هدایتی و زینالی، ۱۳۸۷).

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با موقعیت‌های گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد (نایدو^۱، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، سلامت مفهومی نسبی است و معانی و جلوه‌های آن در فرهنگ‌های مختلف باهم متفاوت است؛ از این‌رو، عوامل اجتماعی که از دیدگاه‌های مختلف بر آن مؤثر هستند نیز متفاوت خواهد بود. درک و کشف معنای سلامت که مفهومی بنیادین، گسترده، سیال و فردی است، ممکن است در بخش‌های مختلف برنامه‌های توسعه مؤثر باشد (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸)؛ لذا طراحی و تدبیر و اجرای برنامه‌های بهداشتی، بیش از هر چیز به زیربنا و ساختار نظری و روشن شدن دیدگاه‌ها درباره مفاهیم اصولی همچون سلامت نیازمند است (اسپیر^۲، ۲۰۰۱) تا بتواند سلامت را به‌عنوان حقوق اولیه انسانی در قالب سیستم‌های بهداشتی و رفاهی برای شهروندان از هدف‌گذاری «برای مراقبت‌های بهداشتی» به‌سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقا داده و سطح شاخص‌های کلی سلامت را مانند بهزیستی توسعه و ارتقا دهد (استروبینو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲).

در سلامت عمومی، این اعتقاد به‌وجود آمده است که سلامت نه‌تنها با عوامل رفتاری و زیستی و ژنتیکی، بلکه از طریق مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی و محیطی و اجتماعی نیز تعیین می‌شود (پیلکینگ‌تن^۴، ۲۰۰۲). در دهه‌های اخیر، برای بیان ارتباط میان سلامتی و کل محیط، از الگوهای توصیفی و تعاملی مختلفی استفاده شده است؛ برای مثال، مورگان

1- Naidoo

2- Spear

3- Strobino

4- Pilkington

تعیین‌کننده‌های سلامت را به چهار فاکتور ارثی، مراقبت پزشکی، سبک زندگی و محیط تقسیم‌بندی می‌کند (مورگان، ۲۰۰۳). وایتهد^۱ الگویی را با چهار لایه مؤثر در سلامتی ترسیم می‌کند که در مرکز آن، افراد با خصوصیات متفاوت ارثی و ذاتی قرار دارند و دیگر لایه‌های تأثیرگذار به ترتیب اولویت پیرامون آن قرار دارند. هر تلاش سیستماتیک برای بهبود سلامت باید شامل فعالیت‌هایی در تمام سطح باشد (بارتون و همکاران، ۲۰۰۴).

سازمان بهداشت جهانی نیز دو مدل پزشکی و اجتماعی متمایز برای سلامت مطرح می‌کند. مدل پزشکی سلامت براساس بیماری و سلامتی جسمی انسان است و بر اقدامات پیشگیرانه شامل ایمن‌سازی و غربالگری به‌عنوان اصل اولیه در ایجاد و حفظ سلامت فردی تأکید دارد. مدل اجتماعی سلامت رویکردی مغایر با آن دارد. این مدل، به سلامت به‌عنوان پیامدی از آثار تمام عواملی که بر زندگی افراد و خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد، توجه می‌کند (هو^۲، ۱۹۹۷).

همچنین امروزه، برنامه‌ریزی سلامت به‌وسیله آن دسته از برنامه‌ریزان شهری و منطقه‌ای پا به عرصه نهاده است که همواره در پی آن‌اند تا محیط جامعه را با سلامت فیزیکی و روحی جوامع پیوند دهند (تامپسون^۳، ۲۰۰۷) که براینند آن شکل‌گیری جامعه سالم به‌عنوان مقوله سلامت عمومی است. سازمان جهانی بهداشت برای داشتن جامعه سالم، عوامل و شاخص‌هایی را در چهار بُعد پیشنهاد کرده است که عبارت‌اند از شاخص‌های سلامت یا سلامت فردی شامل مرگ‌ومیر، علل مرگ‌ومیر، مرگ‌ومیر با وزن کم هنگام تولد، نرخ مرگ‌ومیر نوزادان، نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال. شاخص‌های خدماتی بهداشتی شامل وجود سازمان‌های خودیاری در جامعه، برنامه آموزش جامعه سالم، درصد ایمنی کامل کودکان زیر شش سال، تعداد ساکنان نسبت به پزشک عمومی، دسترسی مردم به خدمات اورژانسی و پزشکی و بهداشتی است.

1- Whitehead

2- WHO

3- Thompson

شاخص‌های محیطی شامل آلودگی هوا و آب و کیفیت جمع‌آوری زباله و کمیت آب آشامیدنی است. شاخص‌های اجتماعی اقتصادی شامل متر مربع فضای زندگی، درصد جمعیت ساکن در مسکن غیراستاندارد، باسواد و بیکاری است (فرهادی، ۱۳۸۶).

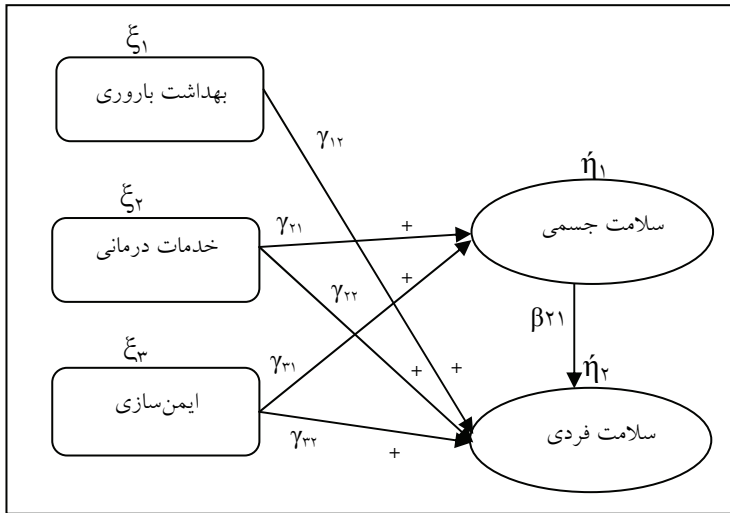
همان‌طور که از مطالب بالا برمی‌آید با وجود گسترش حوزه و دامنه مفهوم سلامت، همچنان پایه سلامت، مقوله بهداشت و سلامت اجتماعی و فردی است و با ابعاد وسیع فرابخشی و بین‌رشته‌ای خود، حجم گسترده‌ای از موضوعات مرتبط با توسعه پایدار کشورها را نیز متوجه خود می‌سازد.

امروزه، در نتیجه پیچیده‌تر شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین و حفظ و ارتقای سطح سلامت به دغدغه و چالش فراروی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران و مردم تبدیل شده است؛ به طوری که در ارزشیابی سیاست‌ها، در شاخص‌سازی برنامه توسعه سازمان ملل، از مؤلفه امنیت بهداشتی سلامت به عنوان ابعاد اصلی ارزشیابی و ماهیت سیاست‌های اجرایی و برنامه‌ریزی و همچنین یکی از ابزارهای سنجش جایگاه کشورها در روند توسعه و پیشرفت بحث شده است (رفیعیان، ۱۳۸۷). در ادبیات اقتصاد نیز، بهداشت و سلامت انسان سرمایه تلقی می‌شود و موضوعات بهداشتی و درمانی با عملکرد خود به افزایش سطح سلامت انسان‌ها (سرمایه‌گذاری خالص) یا به جایگزین کردن سلامت از دست‌رفته به دلیل بروز بیماری یا حوادث (سرمایه‌گذاری جایگزین) می‌پردازد (امینی و همکاران، ۱۳۸۵).

چنانچه از کل مباحث برمی‌آید، از دو بُعد بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و سلامت اجتماعی و فردی به مقوله سلامت نگریسته می‌شود. هدف نهایی نظام سلامت هر کشور، ارتقای سلامت مردم و برقراری عدالت بهداشتی در میان آنان است؛ لذا شناخت و ارزیابی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و سطح سلامت را می‌توان به عنوان شاخصی از عدالت اجتماعی در بخش بهداشت و سلامت تلقی کرد.

اهمیت ارزیابی خدمات مراقبت و سلامت در این است که نتایج به دست آمده ممکن است به بهبود تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع در بخش نظام سلامت منجر شود (باباخانی، ۱۳۸۸)؛ ضمن آنکه به گفته ماینارد (۲۰۰۳) انتظار می‌رود بیش‌تر نظام‌های مراقبت سلامت به گونه‌ای سمت‌گیری کنند که تخصیص منابع بر پایه هزینه‌ها و فایده انجام گیرد و بر مبنای هدف‌های تأمین عدالت، وزن‌دهی شود (ماینارد، ۲۰۰۳). مطالعه شاخص‌های سلامت و بهداشت جمعیت، از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد دولت‌ها در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت تحت پوشش است (صادقی بازرگانی و همکاران، ۱۳۸۴). به این منظور، شناخت سطح سلامت فردی و جسمی بر اساس دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی، پزشکی و تسهیلات ایمن‌سازی در منطقه مطالعه شده ضرورت دارد تا بر پایه آن به تدوین برنامه و تخصیص منابع و سرمایه‌گذاری در استان پرداخت.

چارچوب نظری: چارچوب نظری الگویی مفهومی مبتنی بر روابط تئوریک میان شماری از عوامل و متغیرهاست که درباره مسئله مورد پژوهش مهم هستند. این چارچوب نظری با بررسی سوابق پژوهشی در قلمرو مسئله به گونه‌ای منطقی جریان پیدا می‌کند. تعاریف و مرور تحقیقات گذشته نشان می‌دهد سطح سلامت با شاخص‌های خدماتی بهداشتی در ارتباط است. موضوع اصلی این تحقیق این است که آیا می‌توان افزایش و کاهش سطح سلامت (شامل سطح سلامت جسمی و سلامت فردی) را به عنوان نتایج سطح خدمات بهداشتی درمانی شامل سه متغیر بهداشت باروری و ایمن‌سازی و دسترسی به خدمات درمانی به‌شمار آورد؟ به عبارت دیگر، آیا بین متغیرهای علی مدل تحقیق روابط معنی‌داری در جهت مثبت تعیین شده، وجود دارد؟ مدل زیر به منظور بررسی نحوه تأثیرگذاری دسترسی به خدمات درمانی و ایمن‌سازی و بهداشت باروری بر سطح سلامت جسمی و فردی ارائه شده است.



نمودار ۱. مدل تحقیق

روش

تحقیق از نظر هدف کاربردی، از نظر نحوه گردآوری اطلاعات اسنادی و کتابخانه‌ای و از لحاظ روش توصیفی تحلیلی و هم‌بستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری^۱ است. برای تشریح رابطه بین متغیرهای علی مدل، از داده‌های خام سرشماری عمومی نفوس و مسکن و سالنامه آماری و سازمان بهداشت و علوم پزشکی استان در سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ استفاده شد. منطقه مطالعه شده نیز استان خراسان رضوی به تفکیک شهرستان است.

از روش‌های موجود برای بررسی رابطه بین متغیرها، مدل معادلات ساختاری یا تحلیل چندمتغیری با متغیرهای وابسته است. رویکرد آماری جامعی برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط بین متغیرهای مشاهده شده^۲ و متغیرهای وابسته است و از طریق آن می‌توان مقبول بودن مدل‌های نظری را آزمود (سگارس^۳، ۱۹۹۷). لذا برای آزمون فرضیه‌ها نیز از

1- structural equation modeling

2- observed variables

3- Segares

روش مدل ساختاری لیزرل در محیط نرم افزار لیزرل استفاده شده است. در مدل تحلیلی تحقیق، بهداشت باروری، دسترسی به خدمات درمانی و ایمن سازی متغیرهای برونزا یا متغیرهای نهفته^۱ و سطح سلامت جسمی و فردی متغیرهای درونزا یا متغیرهای نهفته^۲ وابسته هستند. گفتنی است منظور از متغیرهای مستقل بهداشت باروری، خدمات درمانی و ایمن سازی، دسترسی و بهره‌مندی از امکانات و تسهیلات ارائه شده و موجود در شهرستان‌های استان است. منظور از متغیر وابسته سلامت جسمی، بیماری و تعداد افراد دارای بیماری و آگیر در شهرستان‌هاست و متغیر وابسته سلامت فردی، شاخص‌های سلامت فردی یا شاخص‌های میرایی و ذیح حیاتی و وضعیت مرگ‌ومیر در شهرستان در بین افراد در گروه‌های مختلف سنی است و با توجه به منابع جمع‌آوری داده‌ها شامل آمارنامه‌ها و سازمان بهداشت و درمان و تحقیقات استفاده شده در مقاله طبقه‌بندی شده است.

متغیرهای وابسته		متغیرهای تحقیق	
سلامت فردی	سلامت جسمی		
+		بهداشت باروری	متغیرهای مستقل
+	+	دسترسی به خدمات درمانی	
+	+	ایمن سازی	

در این مدل از ۵ متغیر نهفته و ۱۲ متغیر آشکار استفاده شده است که هر یک با تعداد متفاوتی گویه اندازه‌گیری شد. عوامل مؤثر بر سطح سلامت جسمی و سلامت فردی شهرستان در این تحقیق، متغیرهای بهداشت باروری، دسترسی به خدمات درمانی و ایمن سازی است. متغیرهای نهفته مستقل تحقیق و گویه‌های سنجش آن به شرح جدول ۱ است.

1- exogenous latent variables

2- endogenous latent variable

جدول ۱. شاخص‌های منعکس‌کننده متغیرهای نهفته مستقل تحقیق و نحوه اندازه‌گیری آن‌ها

متغیرهای نهفته	متغیرهای (شاخص‌ها) آشکار	نحوه اندازه‌گیری
بهداشت باروری	میزان باروری عمومی در هر هزار نفر؛ درصد مشارکت زنان در تنظیم خانواده.	
دسترسی به خدمات درمانی	دسترسی به خدمات فیزیکی	تعداد مراکز بهداشتی درمانی (درمانگاه، کلینیک، پلی‌کلینیک و مرکز بهداشت) در هر صد هزار نفر؛ تعداد مؤسسات درمانی فعال (شامل بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه) در هر صد هزار نفر؛ تعداد تخت‌های موجود در مؤسسات درمانی (شامل بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه) در هر صد هزار نفر؛ تعداد خانه بهداشت روستایی به‌ازای هر ده هزار نفر؛ تعداد مراکز بهداشتی درمانی به‌ازای هر ده هزار نفر؛ تعداد آزمایشگاه در هر صد هزار نفر؛ تعداد داروخانه در هر صد هزار نفر؛ تعداد مرکز پرتونگاری در هر صد هزار نفر؛ تعداد مرکز توانبخشی در هر صد هزار نفر
دسترسی به خدمات انسانی	دسترسی به خدمات انسانی	تعداد به‌ورز روستایی به‌ازای هر ده هزار نفر؛ تعداد کل پزشکان در هر ده هزار نفر؛ تعداد پزشکان متخصص در هر صد هزار نفر؛ تعداد متخصص اطفال در هر صد هزار نفر؛ تعداد متخصص قلب در هر صد هزار نفر؛ تعداد متخصص داخلی در هر صد هزار نفر؛ تعداد پزشک عمومی در هر ده هزار نفر؛ تعداد پیراپزشکان در هر ده هزار نفر
ایمن‌سازی	واکسیناسیون	واکسیناسیون‌های انجام‌شده در خصوص دیفتری، کزاز، سیاه‌سرفه در هر هزار نفر؛ واکسیناسیون‌های انجام‌شده در خصوص سرخک در هر هزار نفر؛ واکسیناسیون‌های انجام‌شده در خصوص فلج اطفال در هر هزار نفر
	ایمنی کودکان	درصد کودکان زیر یک سال ایمن‌شده با واکسن ثلاث (دیفتری و کزاز و سیاه‌سرفه)؛ درصد کودکان زیر یک سال ایمن‌شده با واکسن پولیو (فلج اطفال)؛ درصد کودکان زیر یک سال ایمن‌شده با واکسن سرخک ۱؛ درصد کودکان زیر یک سال ایمن‌شده با واکسن هپاتیت ۳.

برای سنجش متغیرهای نهفته وابسته (درون‌زا) تحقیق شامل سطح سلامت جسمی و فردی از متغیرها و شاخص‌ها و گویه‌هایی به شرح جدول شماره ۲ استفاده شد.

جدول ۲. شاخص‌های منعکس‌کننده متغیرهای نهفته وابسته تحقیق و نحوه اندازه‌گیری آن‌ها

متغیرهای نهفته	متغیرهای (شاخص‌ها) آشکار	نحوه اندازه‌گیری
سلامت جسمی	معکوس تعداد تشخیص بیماری واگیر در معاینات بالینی	معکوس تعداد تشخیص بیماری سیاه‌زخم در هزار نفر؛ معکوس تعداد تشخیص بیماری سوزاک در هزار نفر؛ معکوس موارد تشخیص بیماری سل در هزار نفر؛ معکوس موارد تشخیص بیماری اسهال خونی در هزار نفر؛ معکوس موارد تشخیص بیماری مننژیت (مننگوکسیت) در هر هزار نفر؛ معکوس موارد تشخیص بیماری حصبه و شبه‌حصبه در هر هزار نفر؛ معکوس موارد تشخیص بیماری جذام در هر هزار نفر؛ معکوس موارد تشخیص بیماری تب‌مالت در هر هزار نفر.
	معکوس میزان خام مرگ‌ومیر در هر هزار نفر؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر مادران در صد هزار تولد زنده؛ معکوس درصد متولدین با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم؛	
سلامت فردی	میزان مرگ‌ومیر در نوزادان و کودکان کم‌تر از ۵ سال	معکوس میزان مرگ‌ومیر در نوزادان کم‌تر از یک‌ماه؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر یک‌ماه به‌علت کمبود وزن؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر در کودکان زیر یک‌سال؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ده‌هزار تولد زنده به‌علت عفونت‌های تنفسی؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ده‌هزار تولد زنده به‌علت اسهال؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ده‌هزار تولد زنده به‌علت حوادث؛ معکوس میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ده‌هزار تولد زنده به‌علت سایر علل.

مقادیر عددی محاسبه‌شده و ترکیب‌شده^۱ متغیرهای نهفته مستقل و وابسته تحقیق به تفکیک شهرستان در استان خراسان رضوی به شرح جدول ۳ است.

1- compute

جدول ۳. مقادیر عددی محاسبه شده متغیرهای تحقیق به تفکیک شهرستان

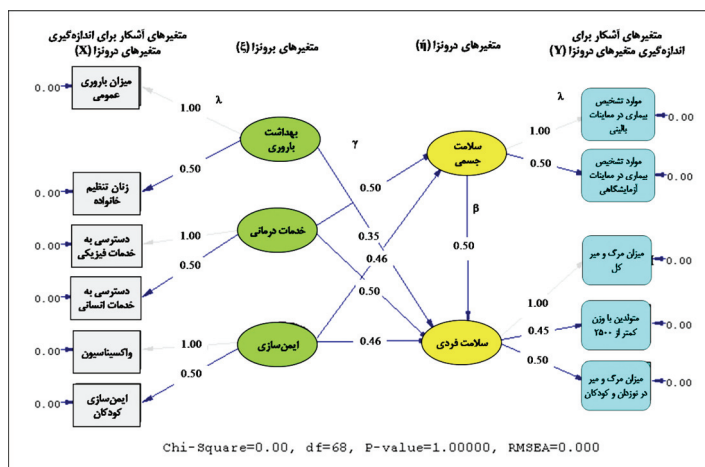
شهرستان	بهداشت باروری	خدمات درمانی	ایمن سازی	سلامت جسمی	سلامت فردی
بردسکن	۶۶	۱۹	۶۴	۱	۳/۵
تایباد	۵۸	۱۵	۹۶	۲	۲/۷
تربت جام	۶۲	۱۴	۹۳	۲	۲/۷
تربت حیدریه	۵۹	۱۷	۷۶	۲	۳/۶
چناران	۶۳	۱۴	۶۸	۴	۳/۷
خلیل آباد	۶۷	۹	۷۱	۳	۳/۷
خواف	۵۷	۱۳	۹۱	۳	۱/۴
درگز	۶۲	۲۰	۶۶	۲	۳/۱
رشتخوار	۵۷	۹	۷۴	۲	۳/۶
سبزوار	۵۴	۲۱	۷۰	۳	۱/۴
سرخس	۶۱	۱۸	۸۰	۱	۴/۰
فریمان	۶۰	۱۶	۷۳	۲	۳/۵
قوچان	۶۱	۱۷	۷۱	۲	۳/۵
کاشمر	۶۸	۲۱	۷۵	۴	۳/۷
کلات	۶۲	۱۴	۶۸	۲	۳/۴
گناباد	۵۷	۲۷	۶۹	۴	۳/۱
مشهد	۶۴	۲۰	۷۹	۸	۴/۰
مهولات	۵۷	۹	۶۶	۲	۳/۵
نیشابور	۵۹	۱۴	۷۳	۲	۳/۶

یافته‌ها

آزمون مدل معادلات ساختاری

مدل تابع ساختاری روابط علی بین متغیرهای نهفته را مشخص می‌کند و با پارامترهای γ ، β ، ϕ و ψ سؤالات قوت روابط علی بین متغیرهای نهفته و مقدار پراکنش تبیین شده و نشده در کل مدل را پاسخ می‌دهد. ضرایب γ نشان دهنده تأثیر متغیرهای نهفته مستقل (برون‌زا) بر متغیرهای نهفته وابسته (درون‌زا)؛ ضرایب β تأثیر متغیرهای نهفته وابسته بر دیگر متغیرهای نهفته وابسته یا ارتباط بین دو متغیر نهفته درونی؛ ضرایب ϕ هم‌پراکنش

بین متغیرهای نهفته مستقل؛ ضرایب γ میزان پراکنش تبیین‌نشده در مدل علی و کمیت‌تی نشان‌دهنده معنی‌داری مسیر مدنظر است.



نمودار ۲. خروجی لیزرل در آزمون فرضیات (مدل تخمین)

همان‌طور که از نمودار ۲ مشاهده می‌شود، مدل از نظر شاخص‌های تناسب دارای وضعیت مناسبی بوده و اعتبار و برازندگی مناسب این مدل تأیید می‌شود. مقدار مربع خبی (X^2) برای برازش مدل صفر (با درجه آزادی ۴۵) و مقدار p -value=۱ به دست آمده است که نشان‌دهنده پرازش قوی مدل است؛ به علاوه، مقدار صفر آماره RMSEA نیز حاکی از برازش قوی مدل است؛ لذا بین متغیرهای نهفته مستقل و وابسته و متغیرهای آشکار رابطه معنی‌داری وجود دارد و مدل نظری تحقیق پذیرفتنی است. درباره روابط بین اجزای مدل نتایج زیر به دست آمده است:

الف. بررسی تأثیر متغیرهای نهفته مستقل بر متغیرهای نهفته وابسته: ضرایب گاما $\gamma_{۲۱}$ و $\gamma_{۲۲}$ نشان می‌دهد که خدمات درمانی موجود در شهرستان‌ها دارای اثر مثبت و مستقیم و معنی‌داری برابر با $\gamma=۰/۵$ بر سطح جسمی و فردی شهرستان‌های استان دارد. بررسی

کمیت تی نیز نشان دهنده تأثیر معنی دار و مثبت خدمات درمانی بر سطح سلامت جسمی با مقدار $t=1/72$ و بر سطح سلامت فردی با مقدار $t=1$ در سطح آلفا $0/05$ معنی دار است ($Sig=0/00$)؛ لذا دو فرضیه H_1 و H_2 تأیید می شوند. ضریب گاماها γ_{21} و γ_{22} نیز نشان دهنده تأثیر مستقیم و معنی داری برابر با $\gamma=0/46$ ایمن سازی بر سلامت جسمی و سلامت فردی شهرستان های استان است. کمیت رابطه نیز بیانگر این موضوع است و نشان می دهد ایمن سازی با مقدار $t=1/72$ بر سلامت جسمی و مقدار $t=1$ بر سطح سلامت فردی در سطح آلفا $0/05$ معنی دار است ($Sig=0/00$)؛ لذا دو فرضیه H_3 و H_4 نیز تأیید شده است. ضریب گامای γ_{12} ($\gamma=0/35$) و نیز مقدار t ($t=1/93$) نشان دهنده اثربخشی و معنی داری خدمات بهداشت باروری صورت گرفته در شهرستان ها بر سطح سلامت فردی است و فرضیه H_5 نیز پذیرفته شد (جدول ۴).

جدول ۴. تأثیر متغیر نهفته مستقل بر متغیرهای نهفته تابع

فرضیه	مبدأ رابطه/ متغیر نهفته مستقل	مقصد رابطه/ متغیر نهفته وابسته	گاما (γ)	ارزش آماره تی	مقدار احتمال	تأیید/رد
H_1	خدمات درمانی	سلامت جسمی	γ_{21} ۰/۵	۱/۷۲	< ۰/۰۰۱	تأیید
H_2	خدمات درمانی	سلامت فردی	γ_{22} ۰/۵	۱	< ۰/۰۰۱	تأیید
H_3	ایمن سازی	سلامت جسمی	γ_{31} ۰/۴۶	۱/۷۲	< ۰/۰۰۱	تأیید
H_4	ایمن سازی	سلامت فردی	γ_{32} ۰/۴۶	۱	< ۰/۰۰۱	تأیید
H_5	بهداشت باروری	سلامت فردی	γ_{12} ۰/۳۵	۱/۹۳	< ۰/۰۰۱	تأیید

ب. بررسی تأثیر متغیر نهفته میانی بر متغیر نهفته وابسته: ضریب بتای β_{21} نشان می دهد متغیر سلامت جسمی رابطه مثبتی با مقدار $p=0/05$ بر سطح سلامت فردی داشته است. کمیت تی با مقدار $0/8$ همراه با این ضریب نیز نشان دهنده تأثیر معنی دار ($Sig=0/00$) سطح سلامت جسمی شهروندان در شهرستان های استان بر سطح سلامت فردی آن ها است؛ لذا فرضیه H_6 در سطح ۹۵ درصد تأیید می شود (جدول ۵). در نهایت اینکه فرضیه های تحقیق یا رابطه بین متغیرهای سطح خدمات بهداشتی درمانی و سطح سلامت و مدل مذکور تأیید شده است.

جدول ۵. تأثیر متغیر نهفته میانی تابع بر متغیر نهفته تابع

فرضیه	مبدأ رابطه/متغیر نهفته مستقل	مقصد رابطه/متغیر نهفته وابسته	گاما (γ)		ارزش آماره تی	مقدار احتمال	تأیید/رد
H _۵	سلامت جسمی	سلامت فردی	۰/۵	$\beta_{۲۱}$	۰/۸	<۰/۰۰۱	تأیید

بحث

گفته شد برنامه‌ریزی سلامت برای ایجاد محیط زندگی با سلامت فیزیکی و روحی با کیفیت برای تمامی شهروندان از اصول برنامه‌ریزی هر سکونت‌گاهی است. در این بین، بررسی جنبه‌های بهداشتی و سلامت ضروری بوده که شامل مواردی است؛ از جمله وضعیت سلامت شهروندان و متعاقب آن، تجزیه و تحلیل الزامات آن در بخش‌های مختلف توسعه؛ لذا پژوهش آن از طریق اطلاع‌رسانی و ارائه رهنمود در جهت طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی، می‌تواند نقش بسزایی در نیل نظام سلامت به این هدف ایفا کند؛ چراکه برنامه‌ریزان را قادر خواهد ساخت تا با داشتن شناختی کافی از منطقه، به برنامه‌ریزی مناسب آن بپردازند. بدون چنین شناختی برنامه‌ریزی در جهت پارادایم توسعه پایدار با دشواری روبه‌روست. با این نگرش در مطالعه حاضر، موضوع سطح سلامت و ارتباط آن با وضعیت خدمات بهداشتی درمانی موجود و ارائه شده توسط مسئولان و برنامه‌ریزان در شهرستان‌های استان خراسان رضوی، با تکیه بر وضعیت موجود خدمات و امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی شهرستان‌های استان مطالعه شده است.

نتایج به دست آمده براساس مدل معادلات ساختاری لیزرل نشان می‌دهد که وضعیت تمام متغیرهای تحقیق مناسب است و رابطه مثبت و معنی‌داری بین متغیرهای نهفته وابسته و مستقل تحقیق وجود دارد؛ به عبارتی ارائه خدمات درمانی، پوشش خدمات واکسیناسیون، مراقبت اولیه سلامت و فعالیت‌های بهداشتی باروری بر سلامت جسمی و فردی شهروندان در شهرستان‌های استان در مقدار $p < 0/05$ معنی‌دار بوده و تأثیر مثبتی داشته است. این نتیجه بدین معناست که در استان، شهرستان‌های بهره‌مند از خدمات بهداشتی و پوشش‌های مراقبت‌های اولیه و ایمن‌سازی مناسب، سطح سلامت (سلامت فردی و جسمی) شهروندان آن شهرستان‌ها تقریباً در سطح بالاتری در مقایسه با سایر شهرستان‌ها قرار دارد و پایین

بودن سطح سلامت جسمی و فردی هر شهرستان حاکی از پایین بودن و دسترسی نامناسب شهروندان آن به خدمات بهداشتی و سلامتی است.

نتیجه به دست آمده بیانگر آن است که ارتقای سلامت وابسته به امکانات بهداشتی درمانی است؛ همان طور که گفته شد مقوله سلامت مفهومی نسبی است و ابعاد اقتصادی و اجتماعی و محیطی فراوانی دارد و تمامی عوامل اقتصادی و اجتماعی و محیطی نیز در آن مؤثر هستند؛ اما همان طور که از مبانی نظری تحقیق برمی آید و پژوهش حاضر نیز بدان دست یافته، با وجود گسترش حوزه و دامنه مفهوم سلامت، همچنان پایه سلامت، مقوله بهداشت و سلامت اجتماعی و فردی است و پایه سلامت فردی و عمومی نیز بهره‌مندی از خدمات و تسهیلات بهداشتی درمانی است؛ لذا در برنامه‌ریزی سلامت برای هر جامعه باید به سلامت فردی و عمومی توجه کرد و برای دستیابی به سلامت فردی و عمومی نیز در ابتدا به معنی تسهیلات و امکانات خدمات بهداشتی و درمانی و دسترسی مناسب به خدمات مدنظر و اساس برنامه‌ریزی است. به طور خلاصه سلامت جامعه در صورتی تحقق می‌یابد که جامعه از سطح مناسبی از خدمات و تسهیلات بهداشتی و درمانی برخوردار باشد؛ لذا دستیابی به سطح مناسب سلامت به عنوان هدف نظام سلامت هر کشور، متکی به سرمایه‌گذاری مناسب و کافی در بخش خدمات بهداشتی درمانی خواهد بود و با توسعه خدمات و زیرساخت‌های بهداشتی درمانی می‌توان شاهد ارتقای سطح سلامت بود.

همان طور که دپارتمان سلامت و خدمات انسانی سازمان ملل نیز می‌گوید، زیرساخت‌های سالم عمومی به عنوان یکی از فاکتورهای ضروری از دو شیوه می‌تواند بر سطح سلامت تأثیرگذار باشند: ۱. افزایش کیفیت و طول عمر سالم اجتماع؛ ۲. کاهش و حذف تباین و تفاوت‌های سلامتی جوامع (US/DHHS, 2000)؛ لذا بُعد سرمایه‌گذاری و ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی برای شهروندان، توسعه زیرساخت‌ها و منابع و عوامل تأثیرگذار بهداشتی در سطح سلامت مهم است و با برنامه‌ریزی مناسب برای توسعه برخوردای خدمات و بهبود عدالت و برابری منطقه‌ای در زمینه شاخص‌های بهداشتی درمانی می‌توان شاهد ارتقای سطح سلامتی در سکونت‌گاه‌ها و شهرستان‌های استان بود تا همه افراد جامعه از زندگی پرثمر اقتصادی اجتماعی با طول عمر سالم و با کیفیت خوب بهره‌مند شوند.

- امینی، ن. و همکاران. (۱۳۸۵)، رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور، رفاه اجتماعی، ۵، ش ۲۰.
- باباخانی، م. راغفر، ح. (۱۳۸۸)، رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵، مدیریت سلامت، ش ۱۲ (۳۷).
- بازارنوی، م. (۱۳۸۹)، بررسی نظام سلامت در ایران، گرفته‌شده از سایت دانشگاه علوم پزشکی و توان بخشی: www.uswr.ac.ir.
- پرویزی، س. و همکاران. (۱۳۸۸)، عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی، پژوهش پرستاری، دوره ۴، ش ۱۵، ص ۱۵ تا ۱۵۹.
- رفیعیان، م. تاجدار، و. (۱۳۸۷)، سنجش وضعیت سلامت با رویکرد منطقه‌ای در مجموعه شهری مشهد، جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای، ش ۱۰، بهار و تابستان.
- صادقی بازرگانی، ه. و همکاران. (۱۳۸۴)، مطالعه وضعیت شاخص‌های بهداشت سلامت در عشایر استان اردبیل، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل؛ دوره پنجم، ش ۲، تابستان، ص ۱۵۰ تا ۱۵۹.
- فرهادی، ر. (۱۳۸۶)، ارزیابی پروژه شهر سالم و ارائه الگوی بهینه، مورد شهر ری؛ رساله دکتری، به راهنمایی دکتر شکوئی و پرهیزکار، دانشگاه تربیت مدرس.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۵)، نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن استان خراسان رضوی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۷)، سالنامه آماری استان خراسان رضوی.
- هدایتی، ع. زینالی، ص. (۱۳۸۷)، سلامت؛ محور توسعه پایدار، فصلنامه پایش، س ۸، ش ۱.
- Barton, H. Tsourou, C. (2000), Healthy Urban Planning, Spon Press.
- Barton, H. Marcus, G. Richard, G. (2004), Shaping Neighborhoods: a Guide for health, sustainability and vitality, London, new york & Canada, Spon press.
- Maynard A, McDaid D. (2003), Evaluating health interventions: exploiting the potential, health policy, 63 (2), pp. 215-226.
- Morgan, T.M. (2003), Environmental Health, Wadsworth, Canada.
- Naidoo Jennie , wills Jane. (2000), Health Promotion Foundations for Practice, Second Edition, Harcourt Publishers, PP. 5-64.

- Pilkington, P. (2002), Social capital and health: measuring and understanding social capital at local level could to tackle health inequalities more effectively, journals of public health medicine, No 24, pp. 156-159.
- Segares A.H. (1997), Assessing the unidimensionality of measurement: a paradigm and illustration within the context of information system, International Journal of Management Science ,Vol.25, No.1.
- Spear Hila, kulbok. (2001), Adeolescent health behaviors and related factors: a review study, public health nursing, No. 18 ,Pp. 82-93.
- Spork, H. (2006), Building Healthy Communities, Griffith University and the Department of the Environment.
- Strobino, D. G. Helly. Minkovitz, Cynthia. (2002), Charting a course for the future of women's health in the United States: Concepts, finding and recommendations, Social Science & Medicine, No.54, Pp. 830-848.
- Thompson, S. (2007), Health planning Forum, premier's Council.
- US Department of Health and Human Services (US/DHHS). (2000), Healthy People 2010, 2nd edn; vol II. Washington, DC: US Government Printing Office.
- World Health Organisation (WHO). (1997), City planning for health and sustainable development, Europea Sustainable Development and health series 2.