مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۴، بهمن ۱۳۹۴، ۹۸۸-۹۷۷

بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران در سال ۱۳۹۳

اکرم مرادی[۱]، حمیرا سجادی[۲]، سید حسین محققی کمال[۳]، مروئه وامقی[۴]، سعید حسینی تشنیزی[۵]، غلامرضا قائد امینی[۶]

دریافت مقاله: ۹۴/۲/۲۷ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۴/۲۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۷/۲۰ پذیرش مقاله: ۹۴/۷/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: سلامت فرد، پایه و بنیان سلامت جامعه است و سلامت افراد جامعه از شاخص‌های مهم توسعه به حساب می‌آید. با در نظر گرفتن این نکته که سلامت کودکان یکی از اولویت‌های اصلی در همه کشورها می‌باشد و امروزه سلامت اجتماعی از مسائل مهم و مطرح در پرداختن به موضوع سلامت است، این مطالعه با هدف بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم‌نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۰۵ کودک کار ۱۳ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به مراکز ارتقاء کیفیت زندگی ایرانیان (ایلیا)، خانه کودک ناصر خسرو، خانه کودک شوش، مرکز همه کودکان مولوی و خانه علم شهر تهران در سال ۱۳۹۳ به روش تمام شماری انتخاب شدند. جهت بررسی سلامت اجتماعی از پرسش نامه بهزیستی اجتماعی Kyes و جهت بررسی اطلاعات دموگرافیک از پرسش‌نامه استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های t در حالت استقلال دو گروه و همبستگی پیرسون بکار گرفته شد.

یافته‌ها: سلامت اجتماعی کودکان کار با میانگین ۱۰/۸۶±۵۴/۴۴ در حد متوسط بود. کمترین و بیشترین امتیاز به ترتیب در حیطه مشارکت اجتماعی (۳/۴۶±۸/۶۷) و حیطه پذیرش اجتماعی (۲/۰۲±۱۳/۴۷) به دست آمد. بین سلامت اجتماعی با متغیرهای ملیت ($p<۰/۰۰۱$)، وضعیت تحصیلی ($p<۰/۰۰۱$) و درآمد ($p=۰/۰۳۲$) ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید ولی با متغیرهای جنسیت ($p=۰/۱۰۴$)، وضعیت اسکان ($p=۰/۲۰۸$) و سن ($p=۰/۲۳۰$) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد سلامت اجتماعی کودکان کار از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. بنابراین ارتقای سلامت اجتماعی و شناسایی و حذف عوامل مؤثر بر پدیده کار کودکان، تلاش مشترک کلیه سطوح جامعه را می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، کودکان کار، مراکز مردم‌نهاد، حقوق کودکان

۱-کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲-(نویسنده مسئول) استاد یار گروه آموزشی رفاه اجتماعی، مرکز مدیریت تحقیقات رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۴۸-۰۲۱، دورنگار: ۲۲۱۸۰۰۴۸-۰۲۱ ، پست الکترونیکی: safaneh_s@yahoo.com
۳- استادیار گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴- استادیار مرکز مدیریت تحقیقات رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۵- مربی گروه پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
۶-دانشجوی دکتری رفاه و سلامت اجتماعی، عضو هیئت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

مقدمه

از نظر جمعیت شناختی به افراد بین سنین ۱۰-۵ سال کودک گفته می‌شود، ولی در قوانین مدنی ایران برای دختر پایان کودکی ۱۵ سالگی و برای پسر ۱۸ سالگی است. بر اساس ماده ۷۹ قانون کار ایران مصوبه ۱۳۶۹ به کارگماردن افراد کمتر از ۵ سال تمام ممنوع است. زیرا این سنین باید برای تفریح، بازی، آموزش عمومی و مهارت‌های شغلی و زندگی برای کودکان باشد تا شهروندانی سالم، آماده و فعال، بانشاط برای کشور باشند [۱].

کار اجباری برای کودکان و به کارگیری آنها در زمانی که جسم و روان آنها در حال رشد است، آسیب‌های جدی را به بار خواهد آورد و آثار آن برای همیشه گریبان آنها را خواهد گرفت. این پدیده یکی از معضلات فراگیر در سراسر جهان به‌خصوص کشورهای در حال توسعه است. بر پایه آمارهای سازمان بین‌المللی کار، در سال ۲۰۰۵، ۲۴۶میلیون کودک کار می‌کرده‌اند و از این تعداد، ۷۳ میلیون نفر کمتر از ۱۰ سال سن داشته‌اند [۲].

در ایران نیز این پدیده طی ده‌های اخیر در اکثر کلان شهرها گسترش یافته و به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی، نه تنها بخش قابل‌توجه‌ای از کودکان و نوجوانان را که سرمایه‌های آینده جامعه هستند در معرض آسیب‌ها قرار داده است، بلکه خانواده و جامعه را هم با زیان‌های جبران‌ناپذیری مواجه ساخته است [۳]. ۹۵٪ کودکان کار را پسران با محدوده سنی ۵ تا ۱۸ سال تشکیل می‌دهند. حدود ۹۰٪ آنها دارای پدر و مادر هستند و اعضای خانواده آنها به طور میانگین ۸ نفر است. ۸۰٪ خانواده‌های این کودکان مهاجرند که ۶۴٪ از روستا و ۳۶٪ از کشورهای دیگر از جمله افغانستان می‌باشند [۴].

یکی از محورهای ارزیابی سلامت اجتماعی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی افراد آن جامعه به‌ویژه کودکان آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی کودکان هر جامعه دارد. از آنجایی که رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای درگرو وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است، شکی نیست که سلامت جسمی و روانی آینده‌سازان جامعه، نقش پر رنگی در این مسیر ایفا می‌کند. وجود آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی در هر جامعه‌ای، کودکان را بیشتر از گروه‌های دیگر در معرض خطر قرار می‌دهد و به رشد و سلامت اجتماعی آنها آسیب می‌رساند. تعداد زیادی از کودکان کار به خانواده‌هایی تعلق دارند که به نحوی از نابسامانی‌های اجتماعی و روانی رنج می‌برند و به علت اختلالات خلقی نیازمند دریافت خدمات تخصصی روان‌شناسی هستند [۵].

امروزه هنگامی که موضوع سلامت مطرح می‌شود، توجه صرف به بعد جسمی نوعی ساده‌اندیشی به حساب می‌آید. سلامت در دنیای امروز چشم‌انداز وسیع‌تری پیدا کرده و ابعاد گسترده جسمانی و روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. مصادیقی همچون شیوه زندگی و وضعیت اقتصادی اجتماعی عامل تأثیرگذار بر سلامت انسان می‌باشند [۶].

Kyes مفهوم سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از ابعاد سلامت، مطرح می‌کند. سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنها هست و بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی‌توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد [۷].

بر اساس مطالعات انجام شده کودکان کار به‌ویژه کودکان کار خیابانی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کمتری نسبت به سایر کودکان برخوردار هستند و میزان بالایی از مشکلات عاطفی، رفتاری و تکلمی در میان این کودکان گزارش شده است. به طور مثال ۸۵٪-۳۵٪ آنها دارای مشکلات عاطفی و رفتاری از قبیل اعتماد به نفس پایین، افسردگی و ارتباطات اجتماعی ضعیف هستند [۸].

اکثریت دانش‌آموزان خانواده‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف از مهارت‌های لازم برای زندگی برخوردار نیستند و سلامت اجتماعی نسبتاً پایینی دارند. ضعف عمده این گروه دانش‌آموزان در مهارت‌های شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری بوده و چه بسا موجب طرد شدن آنها از سوی همسالان، دریافت بازخورد منفی از معلمان و مشکلات تحصیلی نظیر افت تحصیلی و ترک تحصیل می‌شوند [۹].

در مطالعه Hosseini مشاهده شد عواملی چون نارسایی نهادهای اجتماعی‌کننده نظیر خانواده و مدرسه، فقر اقتصادی خانواده‌های کودکان کار و ناتوانی آنها در انطباق با شیوه‌های زندگی شهرهای بزرگ، فقدان نظارت کافی از سوی سازمان‌های مسئول، الگوهای نادرست کنش متقابل بین شهروندان و کودکان کار، همه دست به دست هم داده‌اند تا پدیده کودکان کار به عنوان مشکلی در کشور خودنمایی کند [۳].

آثار زیان‌بار کار کردن کودکان تنها به دوران کودکی ختم نمی‌شود، بلکه تا بزرگسالی هم ادامه دارد و جامعه از تعداد زیادی از افراد کارآمد و شایسته محروم می‌شود [۳].

با وجود آثار و پیامدهای مسأله آفرین پدیده کودکان کار، مطالعات نظامندی در خصوص شناسایی ابعاد سلامت اجتماعی و شرایط زندگی این افراد در ایران انجام نشده است. بنابراین برای ایجاد تغییرات سازنده، دسترسی به اطلاعات توصیفی در مورد وضعیت سلامت اجتماعی کودکان کار و شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر شکل‌گیری این پدیده، اجرای مطالعه در این رابطه ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا این مطالعه با هدف بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم‌نهاد تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

جامعه این پژوهش مقطعی را کودکان کار۱۳ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به سازمان‌های مردم نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران تشکیل می‌دهد. نمونه آماری این مطالعه شامل تمامی ۱۰۵ کودک کاری بود که به ۵ مرکز حمایت از حقوق کودکان (مؤسسه ایلیا، خانه کودک شوش، خانه کودک ناصر خسرو، خانه علم جمعیت امام علی و مرکز همه کودکان مولوی) برای دریافت خدمات مراجعه می‌کردند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسش‌نامه و یک فرم اطلاعات دموگرافیک بود. این پرسش‌نامه توسط Kyes طراحی شده است و سلامت اجتماعی کودکان را در ۵ بعد مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انطباق اجتماعی بر اساس مدل نظری که Kyes از سلامت اجتماعی داشت، می‌سنجد. این ابزار حاوی ۱۵ سؤال است: سؤال‌های ۲ ،۶ و ۱۱ مربوط به عامل انسجام اجتماعی، سؤال‌های ۳، ۱۰ و ۱۴ مربوط به پذیرش اجتماعی، سؤال‌های ۴، ۷ و ۱۵ مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، سؤال‌های ۵، ۹ و۱۳ عامل شکوفایی اجتماعی و سؤال‌های ۱، ۸ و ۱۲ مربوط به عامل انسجام اجتماعی می‌باشد. هر سؤال دارای ۷ امتیاز می‌باشد که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملا موافق با شماره ۷، تا حدودی موافق با شماره ۶، موافق با شماره ۵، نظری ندارم با شماره ۴، مخالف با شماره ۳، تاحدودی مخالف با شماره ۲ و مخالف با شماره ۱ نمره گذاری می‌گردد. به طور کلی این پرسش‌نامه می‌تواند ۱۵ تا ۱۰۵ امتیاز داشته باشد[۱۰]. ضمناً نمره‌گذاری در سؤالات ۲، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۵ با توجه به مفهوم آنها به صورت معکوس انجام گرفت و برای بدست آوردن نمره هر زیر مقیاس نمره سؤالات مربوط به زیر مقیاس‌های مورد نظر با هم جمع و بر تعداد آنها تقسیم شد. Joshanlo در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت Kyes را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی تحلیل‌های همبستگی و تحلیل عامل تأییدی استاندارد نمود [۱۱] ضمن این که Farsinejad پرسش‌نامه مذکور را هنجاریابی کرده و با استفاده از تحلیل عاملی آن را در شرایط فرهنگی، اجتماعی جامعه ایران مورد استفاده قرار داد [۱۲]. در این پژوهش روایی محتوای پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مدل۵ بعدی بکار رفته در پرسش‌نامه توسط Kyes بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن برای از یک نمونه ۶۰ نفری با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ بدست آمد. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی در مورد سن، جنسیت، ملیت، مکان تولد (ایران و افغانستان) وضعیت تحصیل، وضعیت اسکان، درآمد و بعد خانوار بود.

با مراجعه به مراکز، تمامی پرسش‌نامه‌ها به شیوه مصاحبه تکمیل شدند. اطلاعات به دست آمده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، کمترین و بیشترین نمرات، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t در حالت استقلال دو گروه (t-test) تجزیه و تحلیل شدند. برای تمام آزمون‌های آماری $p<۰/۰۵$ به عنوان معنی‌داری آماری در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱/۰۱±۱۴/۶۰ سال بود. تعداد ۲۸ (۲۶/۷٪) نفر ایرانی و ۷۷ (۷۳/۳٪) نفر افغانی در نمونه مورد بررسی وجود داشتند. جنسیت ۹۱ نفر (۸۵/۸٪) مذکر و ۱۴ نفر (۱۳/۲٪) مونث بود. ۸۴ نفر (۸۰٪) از افراد مورد بررسی در حال تحصیل بودند، ۱۸ نفر (۱۷/۱٪) ترک تحصیل کرده و ۳ نفر (۲/۹٪) هم بیسواد بوده‌اند. اکثریت افراد یعنی ۷۰ نفر (۶۶/۷٪) با خانواده، ۲۸ نفر (۲۶/۷٪) با اقوام، ۵ نفر (۴/۸٪) با دوستان، ۱ نفر(۱٪) در مراکز حمایتی و بی‌سرپناه و ۱نفر (۱٪) هم در محل کار زندگی می‌کردند. بعد خانوار افراد نمونه به طور

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

متوسط ۶/۸۵±۰/۳۰ نفر با حداقل ۲ و حداکثر ۱۷ نفر بود. متوسط درآمد ماهیانه کودکان ۵۳۹ هزار تومان با حداقل نود هزار تومان و حداکثر یک میلیون و سیصد هزار تومان بود. میانگین سلامت اجتماعی افراد نمونه ۵۴/۴۴±۱۰/۸۶ به‌دست آمد که کمترین میزان سطح سلامت اجتماعی ۳۰ و بیشترین آن ۷۵ بود. که با توجه به مقدار حداقل و حداکثر نمره سلامت اجتماعی در پرسش‌نامه (۱۵ و ۱۰۵) میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار متوسط می‌باشد. همچنین، کمترین امتیاز در حیطه مشارکت اجتماعی (۸/۶۷±۳/۴۶) و بیشترین امتیاز در حیطه مشارکت اجتماعی (۱۳/۴۷±۲/۰۲) به دست آمد. (جدول ۱).

جدول ۱- شاخص‌های آمار توصیفی سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین کودکان کار

متغیر	حداقل	حداکثر	انحراف معیار±میانگین
مشارکت اجتماعی	۳	۱۶	۸/۶۷±۳/۴۶
انسجام اجتماعی	۳	۱۶	۹/۸۵±۳/۵۷
شکوفایی اجتماعی	۳	۱۶	۱۰/۰۹±۳/۰۹
پذیرش اجتماعی	۷	۱۶	۱۳/۴۷±۲/۰۲
انطباق اجتماعی	۷	۱۶	۱۲/۳۷±۱/۹۶

به طور کلی میانگین نمره سلامت اجتماعی در کودکان کار ایرانی (۶۶/۲۳±۷/۱۹) به طور معنی‌داری بیشتر از کودکان کار افغانی (۵۰/۱۶±۸/۵۷) بود (p<۰/۰۰۱). در خصوص مقایسه سلامت اجتماعی به تفکیک وضعیت تحصیل مشخص شد که میانگین نمره سلامت اجتماعی در کودکان کار در حال تحصیل (۵۱/۲۹±۹/۳۸) به طور معنی‌داری کمتر از کودکان کار ترک تحصیل کرده (۶۷/۰۳±۵/۸۶) می‌باشد (p<۰/۰۰۱). بر این اساس، کودکان کار ترک تحصیل کرده از سلامت اجتماعی مطلوب‌تری برخوردار بودند (جدول ۲).

مقایسه سلامت اجتماعی کودکان دختر و پسر نشان داد از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین سطح سلامت اجتماعی پسرها (۵۵/۱۲±۱۰/۹۷) و دخترها (۵۰/۰۵±۹/۳۴) وجود ندارد (p=۰/۱۰۴). همچنین، سلامت اجتماعی کودکانی که با خانواده زندگی می‌کنند (۵۵/۳۱±۱۱/۷۰) و کودکانی که با دیگران زندگی می‌کنند (۵۲/۷۰±۸/۸۷) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p=۰/۲۰۸).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین سطح سلامت اجتماعی و درآمد کودکان رابطه مثبت و معنی‌دار (p=۰/۰۳۲ و r=۰/۲۰۹) و بین سلامت اجتماعی با سن رابطه مثبت و غیر معنی‌داری (p=۰/۲۳ و r=۰/۱۱۷) وجود دارد. (جدول ۲).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

جدول ۲-همبستگی نمره سلامت اجتماعی با درآمد و سن

		درآمد	سن
سلامت اجتماعی	† ضریب همبستگی	۰/۲۰۹	۰/۱۱۷
	مقدار p	۰/۰۳۲	۰/۲۳

*†آزمون همبستگی پیرسون *: p<۰/۰۵*

بحث

هدف از تحقیق حاضر سنجش سلامت اجتماعی در کودکان کار شهر تهران بود. نتایج مطالعه نشان داد سلامت اجتماعی کودکان کار در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و در دو حیطه مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی کمترین میزان امتیاز را داشتند.

مطالعه Bayat و همکارانش هم نشان داد بیشترین درصد کودکان ساکن در مراکز شبانه‌روزی سطح سلامت روان در حد متوسط دارند [۸]. بررسی‌ها و مطالعات بیشتر نشان می‌دهد کودکانی که خانواده‌های آنها در سطح پایین اقتصادی قرار دارند از سلامت اجتماعی پایین‌تری نسبت به خانواده‌های مرفع برخوردار هستند و میزان بالایی از مشکلات جسمی، عاطفی، رفتاری و تکاملی در میان آنها گزارش شده است [۱۳].

اکثر کودکان کار (۷۳/۳٪) این مطالعه را کودکان افغان تشکیل داده‌اند. در مطالعه Soleimani و همکارش هم بخش بزرگی از کودکان کار خیابانی را اتباع بیگانه غیر مجاز تشکیل داده بودند. همچنین، مقایسه سلامت اجتماعی دو گروه کودکان کار ایرانی و افغان نشان داد سطح سلامت اجتماعی کودکان ایرانی به طور معنی‌داری بهتر از کودکان کار افغان هست [۴].

در این پژوهش، بیشتر کودکان کار پسر (۸۵/۸٪) بودند و نتایج مطالعه Afshani و همکارانش هم که در آن اکثریت کودکان کار خیابانی(۷۵/۴٪) را پسرها تشکیل می‌دادند مؤید این است که پدیده کودکان کار در ایران بیشتر در بین پسرها مرسوم است [۱۴].

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از این است که سطح سلامت اجتماعی کودکان کار پسر نسبتاً بهتر از سلامت اجتماعی دخترها می‌باشد. شاید یکی از دلایل آن را بتوان به زمینه‌های افزایش و فعالیت‌های ارتباطی پسران در مقایسه با دختران و یا اینکه مسئله بدبینی ناشی از ناامنی برای کودکان کار دختر مرتبط دانست. Joghataei [۱۵] و همکارش نشان دادند زنان بیشتر از مردان با مشکلات روحی-روانی، اضطراب افسردگی مواجه هستند. Azpiazu [۱۶] در تحقیق خود سلامت پسران را بیشتر از دختران گزارش کرد. Farahbakhah و همکاران [۱۷] در پژوهشی با بررسی سلامت روانی نشان دادند پسران از سلامت روانی بالاتری نسبت به دختران برخوردارند. این تفاوت، در رشد و بهبود فردی، ظرفیت برقراری ارتباط با دیگران و همچنین، توانایی مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی وجود دارد. تحقیقات زیادی در زمینه رابطه جنسیت و سلامت روان انجام شده که در آنها سلامت پسران بیش از سلامت دختران گزارش شده است [۱۸-۱۶-۱۵].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

یافته‌های تحقیق حاضر بیانگر این است که سطح سلامت اجتماعی کودکان کاری که با غیر از خانواده خود زندگی می‌کنند در وضعیت بهتری نسبت به کودکانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند، می‌باشد. Felsman [۱۹] نشان داد بیش از ۹۰٪ کودکان خیابانی ارتباطشان را با خانواده حفظ کرده‌اند و سلامت روان آنها در مقایسه با کودکان دیگر تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارد. ولی این نتیجه با یافته‌های مطالعات زیادی که نقش انسجام خانواده، وضعیت اجتماعی اقتصادی و حمایت خانواده در تأمین سلامت جسمی روحی و روانی را مورد تأیید قرار داده‌اند [۲۳-۱۰، ۱۵] همسو نبود. ممکن است این نتیجه ناشی از مشکلات و شرایط بد اجتماعی و اقتصادی خانواده‌های کودکان کار باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد کودکان کار ترک تحصیل کرده سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به کودکان کار تحصیل کرده دارند این یافته‌ها با مطالعات دیگر که نقش تحصیلات در افزایش سلامت روحی-روانی و جسمی را گزارش کرده بودند، همخوانی ندارد. بر اساس نظریه آدلر و همکارانش و همچنین اندرسون و آستا، افراد دارای تحصیلات پایین از سلامت اجتماعی کمتری برخوردار هستند [۲۴].

Nazari [۲۵] در مطالعه خود نشان داد تحصیلات تأثیر مثبت بر وضعیت سلامت عمومی دارد. وجود چنین نتیجه‌ای در تحقیق حاضر شاید به دلیل برخوردار بودن کودکان کار ترک تحصیل کرده از متغیرهای دیگر که دارای نقش مثبت در افزایش سلامت اجتماعی هستند مانند داشتن وقت بیشتر در پرداختن به کار که نتیجه آن به دست آوردن درآمد بیشتراست، باشد.

نتایج نشان داد افزایش درآمد تأثیر مثبتی بر افزایش سلامت اجتماعی دارد که این نتایج با مطالعات دیگر که در آنها ارتباط میان وضعیت درآمد و سلامت کودکان در هر سه بعد جسمی، روانی اجتماعی تأیید شده، همسو می‌باشد [۲۹-۲۶]. در این خصوص می‌توان گفت درآمد هم به طور مستقیم و هم از طریق تأثیر بر ابعاد مختلف زندگی کودکان می‌تواند بر سلامت آنها در دوران کودکی و بزرگسالی تأثیر بگذارد.

در این مطالعه، سن تأثیر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی کودکان کار نداشت. در این مورد هم مطالعات ناهمسو با این نتیجه وجود دارد که به نقش افزایش سن در افزایش سلامت اجتماعی تأکید دارند [۳۰] و هم مطالعات همسو مانند Dibajniya و همکارش [۳۱] که نشان دادند سن تأثیر معنی‌داری بر میزان سلامت اجتماعی کودکان ندارد. شاید یکی از دلایل عدم وجود رابطه بین سن و میزان سلامت اجتماعی کودکان کار مربوط به دامنه تغییرات اندک سنین مختلف نمونه‌های مورد بررسی باشد.

مهاجرت از روستاها و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ از دیگر عوامل شکل‌گیری پدیده کودکان کار است [۳]. توسعه روستا از جمله خدماتی است که می‌تواند از پدیده شهر نشینی جلوگیری کند.

نهادهای حمایتی از جمله بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و دیگر نهادهای مردمی با همکاری شهرداری و نیروی انتظامی می‌توانند پس از شناسایی و جلب اعتماد کودکان کار با ایجاد اشتغال، برگزاری دوره‌های آموزش مهارت‌های زندگی، تشویق کودکان ترک تحصیل کرده به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

ادامه تحصیل و در جهت رفع مشکلات اقتصادی خانواده‌ها گام بردارند.

شاید در این مطالعه عوامل تأثیرگذار بر شکل‌گیری پدیده کودکان به درستی شناسایی نشده‌اند. طراحی یک مطالعه مورد شاهدی که در آن گروه شاهد کودکانی باشند که کار نمی‌کنند ولی از سایر جهات دارای ویژگی‌های مشابه با کودکان کار هستند، می‌تواند عوامل مؤثر بر این پدیده را بهتر معرفی کند.

اکثریت کودکان کار این مطالعه را کودکان افغانستانی تشکیل می‌دادند. پیشنهاد می‌شود پس از شناسایی و سازماندهی این کودکان با همکاری پلیس اتباع بیگانه در صورت امکان نسبت به بازگرداندن آنها به کشورشان اقدام گردد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی سلامت اجتماعی کودکان کار این مطالعه در وضعیت مطلوبی قرار نداشت. ارتقای سلامت اجتماعی و حذف اثرات مخرب آن در بین کودکان کار، کوشش مشترک کلیه سطوح جامعه یعنی افراد، اجتماعات و دولت را می‌طلبد. همچنین، تعامل بیشتر سازمان‌های مردم نهاد و دستگاه‌های دولتی برای ارایه خدمات به این گروه کودکان موضوعی است که مسئولین باید بیشتر به آن توجه داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله گزارشی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد. بر خود لازم می‌دانیم از همکاری تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، به خصوص کودکانی که با صبر و حوصله پاسخگوی سؤالاتمان بودند، تشکر و قدردانی نماییم.

References

[1] Zareshahabadi A, Hajizadeh Meymand M, Akbari Qvrtany S. The role of dysfunctional family on the phenomenon of child labor (Case Study: Yazd*). Social Discipline Autumn* 2009; 1(3): 29-52. [Farsi]

[2] Bagheri Tudeshk M. Economic Research (research, development and sustainable development. *Economic Research (Research, Development and Sustainable Development)* 2013; 1(13): 111-32. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

[3] Hosseini S H. The situation of street children in Iran. *Social Welfare* 2005; 5(9): 155-74. [Farsi]

[4] Soleimani M, Hajiyani A. A model of good governance in order to organize street children (Case Study: Tehran). *Cultural Management* 2013; 4 (22): 53-69. [Farsi]

[5] Farzad V, Emamipoor S , Vakiliqahan F. Reliability, validity and norm Early Child Symptom Inventory. *Psychology Researches* 2011; 3(11): 47-57. [Farsi]

[6] Hajnaghizade F, Sharifian M, Rafiey H. The Relationship between Social Health and Child Well Bing**.** *Social Welfare* 2013; 13(48): 7-27. [Farsi]

[7] MohagheghikamalS H, Abdollahtabar H. Social Health, sokhanvaran, Tehran; 2012; 11-2 . [Farsi]

[8] Bayat M ,Naderifar M, Bayat M , Miri M , Foroughi S . Social Health of 7-11 Years Old Children Living in Foster Care Centers. *Iran Journal of Nursing* 2007; 20 (51): 97-105. [Farsi]

[9] Welsh M, Parke RD, Widaman K, Oneil B. Linkages between children's social and academic competence: A longitudinal analysis. *Sch Psychol* 2001; 39(6): 63-82.

[10] Keyes C, M, Shapiro. Social well-being in the u. s: A Descriptive Epidemiology, In Orville Brim, Carol D. Ryff& Ronald C. Kessler(Eds), Healthing Are you? A National Study of well-being of Midlife, university of Chicago Press; 2004.

[11] Joshanlo M, Rostami R, Nosratabadi M. Comprehensive Factor structure scale welfare. *Journal of Iranian Psychologists* 2007; 3(9): 35-51. [Farsi]

[12] Farsinejad M. Investigate the relationship between identity styles and commitment to health and social self-identity second grade secondary school for boys and girls in Tehran.master thesis. Tehran: Psychology department in univercity of Tehran; 2001. [Farsi]

[13] Hansen RL, Mawjee FL, Barton K, Metcalf MB, Joye N. Comparing the Health Status of Low – Income Children in and out of Foster Care. *Child Welfar League Am* 2004; 83(4): 367-80. [Farsi]

[14] Afshani A, Asgari Nodoushan A, Heydari M, Nouri najafabadi M. Analysis of the situation of

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

street children and working in the city. *Pplied Sociology* 2012; (4): 85-102. [Farsi]

[15] Joghataei M, Asadi M. Status of the Elderly and attention to their needs. *Hakim Rraserch Journal* 1999; 2(1): 1-6. [Farsi]

[16] Azpiazu GM, .Using the SF-36 with older Aduits: Across-sectional community-based survey age and aging. British, Geratrics society. 2002.

[17] Farahbakhah S,Gholamrezaei S,Nikpay E. Relatinship between Mental Health and some Background variables in LorestanUnivercity students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2006; 7(4): 79-86. [Farsi]

[18] Silver E, Allbech P. Migration. Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perceptions of life satisfaction, Anxiety and Depression in older Somali Men in East London. *International Journal of social welfare* 2001; 10 (4): 309-20

[19] Felsman, K. Street Urchins of Columbia, Natural History. 1981; 90(1): 41-8.

[20] MahbobiM, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. TheRelationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. *Journal of Military Medocine* 2012; 14(3): 186-91. [Farsi]

[21] Hakim javadi M, Golamalilavasani M. Relationship among depression, anxiety, stress and personality in veteranchildren. *Iran J War Pub Health* 2010; 3(1): 9-16.[Farsi]

[22] Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience onmental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry CliniPsychol* 2007; 3(50): 290-5. [Farsi]

[23] Strazdins L, Broom DH. The mental health costs andbenefits of giving social support. *Int J Stress Manag* 2007;14(4): 370-85.

[24] Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors related to social health teachers in Maragheh. *Journal of Social Welfare* 2012; 47(12): 225-43. [Farsi]

[25] Nazari Z. Report of the first conference of Media, addiction and social health. *Journal of Psychology & Education* 2010; 25-56.[Farsi]

[26] Phipps S. The Impact of Poverty on Health, Canadian Institute for Health Information 2003.

[27] Benzeval M, Taylor J, Judge K. Evidence on the Relationship between low income and poor

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

health: Is the Government Doing Enough?, *Fiscal studies* 2000; 21(3): 375-99.

[28] Doyle O, Harmon C, Walker I. The Impact of Parental Income and education on the Health of their Children. Institute for the Study of Labor. *Fiscal Studies* 2005.

[29] Leigh J, Fries F. Association Among Healthy habits, Age, Gender and Education in a sample of Retirees *International Journal of Aging and Human Development* 2004; 36(2).

[30] Graham H. Social determinants and their unequal distribution. *Clarifying Policy Understandings the Milbank Quarterly* 2004; 82(1): 101-24.

[31] Dibajniya P, Bakhtiyari M. The Mental health of Beheshti university students. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2003; 2(2): 27-32. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]

A Study of Labor Children's Social Health Referring to Non-Govermental Organization in Support of Children's Rights in Tehran in 2014

A.Moradi[1], H. Sajjadi[2], S.H. Mohaqeqikamal[3], M. Vameqi[4], S. Hosseini Teshnizi[5], Q.R. Qaedamini[6]

Received: 17/05/2015 Sent for Revision: 11/07/2015 Received Revised Manuscript: 12/10/2015 Accepted: 20/10/2015

Background and objectives: Every individual's health is the basic foundation for the community health, and public health is considered as one of the important indicators of development. Considering the fact that children's health is one of the key priorities in all countries and today social health is one of the important issues raised in addressing the issue of health. this study is designed to investigate the labour children's social health referring to NGO (Non-Govermental Organization) centers in support of children's rights in Tehran.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study105 children between 13 to 18 years old referring to the promotion of quality of life centers of Iranian (Ilya),NaserKhosrow's house of children's support, Shoush house of children's support, Molavi's children support center, and the house of Elm in the city of Tehran in 2014 Were selected by census method. In order to evaluate social health, Kyes questionnaire and for demographic information a checklist was used. Data was analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and independent sample t-test.

Results: The results showed that social health of children with the mean of 54.44 ±10.86 was in an average level. The minimum and maximum scores obtained for social participation and social acceptance, respectivly. There was a significant relationship between the social health and the variables of nationality ($p<0.001$), educational status ($p<0.001$) and income ($p=0.032$),but there was no significant relationship between the social health and the variables of sex ($p=0.104$), accommodation ($p=0.208$) and age ($p=0.230$).

Conclusion: the results of this study revealed that social health of labour children is not desirable. Therefore, the promotion of public health and Identification and elimination of factors affecting labour children requires a common effort between all levels of society such as individuals, communities and government.

Key words: Social health, Labour children, Non-Govermental Organization, Children's right

Funding; This study did not have any funds

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Researches University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences approved the study.

How to cite this article: Moradi A, Sajjadi H, Mohaqeqikamal SH, Vameqi M, Teshnizi SH, Qaedamini QR.A Study of labour children's social health referring to Non-Govermental Organization in support of children's rights in Tehran in 2014. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2016; 14(10): 977-88. [Farsi]

1- MSc sin Social Welfare ,Dept of Social Walfare ,University of Social Welfare and Rehabilitation Science,Tehran, Iran
2- Assistant prof, Dept of Social Walfare , Social Walfare Management Reserch Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran Iran
(Corresponding Author) Tel: (0121) 22180048 Fax: (0121) 22180048 Email: safane_a @yahoo.com
3- Assistant prof, Dept of Social Walfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran Iran
4- Assistant prof, Social Walfare Management Reserch Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran Iran
5- MSc , Dept of Paramedical School, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran
6- PhD Student in Health and Social Welfare , Dept of Social Walfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.11.6.4]