

## سلامت اجتماعی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی

\*محبوبه بیات<sup>۱</sup> مهین نادری فر<sup>۲</sup> مقداد بیات<sup>۳</sup> مجید میری<sup>۴</sup> سعید فروغی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مسایل بحرانی و عمده زمان کنونی، برقراری محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان که بزرگترین منابع ملی هر جامعه هستند، می باشد. زیرا عواملی که موجب برهم زدن محیط زندگی کودک می شوند، می توانند سلامت وی را نیز تحت تاثیر قرار دهند. مشکلاتی از قبیل عملکرد نادرست خانواده، سوء رفتار، فقر، تک والدی، سوء مصرف مواد توسط والدین و بی سرپرستی از جمله این عوامل می باشند که در اغلب موارد منجر به سپردن کودکان به مراکز نگهداری شبانه روزی می شوند. از سوی دیگر ورود به مراکز نگهداری شبانه روزی و زندگی در این محیط نیز کودکان را در معرض مشکلات اجتماعی و بهداشتی فراوانی قرار می دهد. با توجه به این مسئله مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت اجتماعی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران انجام شد.

**روش بررسی:** مطالعه مقطعی و بر روی ۱۰۵ کودک (۵۷ پسر و ۴۸ دختر) در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. در این پژوهش نمونه گیری از نوع سرشماری بوده و اطلاعات مورد نیاز در رابطه با سلامت اجتماعی کودکان از طریق مقیاس رفتار انطباقی وای نلند و توسط مربیانی که بیشترین شناخت را از کودکان و رفتار آنها داشتند، جمع آوری گردید.

**یافته ها:** نتایج بدست آمده نشان داد ۴۵/۷ درصد کودکان از نظر سلامت اجتماعی در حد متوسط بوده و حدود ۱۹/۱ درصد از نظر وضعیت سلامت اجتماعی آنان ضعیف بودند. آزمون کای اسکوئر نیز نشان داد بین سلامت اجتماعی و جنس ( $P = ۰/۰۵$ ) ارتباط معنی دار وجود داشت ولی بین سلامت اجتماعی و سن ( $P = ۰/۴۶۲$ ) و سلامت اجتماعی با مدت زمان سکونت در مراکز ( $P = ۰/۵۳۴$ ) ارتباط معنی دار به دست نیامد.

**بحث و نتیجه گیری:** از آنجا که کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی از نظر سلامت اجتماعی جزو گروه های پرخطر در جوامع محسوب می شوند لذا با توجه به یافته های بدست آمده در مطالعه حاضر و سایر تحقیقات انجام شده در کشورهای دیگر، توجه بیشتر و رسیدگی به وضعیت سلامت اجتماعی این گروه از کودکان، همچنین انجام مطالعات بیشتر در خصوص بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی آنها توصیه می گردد.

### کلمات کلیدی: کودکان - کودکان پرورشگاهی - بهداشت روانی - مراکز نگهداری شبانه روزی

تاریخ دریافت: ۸۶/۳/۷، تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۰/۵

<sup>۱</sup> مربی آموزش پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران (\*مؤلف مسئول)

<sup>۲</sup> مربی آموزش پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

<sup>۳</sup> کارشناس بهداشت حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

<sup>۴</sup> مربی آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

## مقدمه

یکی از مسایل بحرانی و عمده زمان کنونی، برقراری محیط‌های فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان که بزرگترین منابع ملی هر جامعه هستند، می‌باشد. زیرا عواملی که موجب برهم زدن محیط زندگی کودک می‌شوند، می‌توانند سلامت وی را نیز تحت تأثیر قرار دهند.<sup>(۱)</sup> مشکلاتی از قبیل عملکرد نادرست خانواده، سوءرفتار، فقر، تک‌والدی، سوء مصرف مواد توسط والدین و بی‌سرپرستی از جمله این عوامل می‌باشند که در اغلب موارد منجر به سپردن کودکان به مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌شوند.<sup>(۲)</sup>

هر ساله هزاران کودک به‌دلایل مختلف در مراکز نگهداری شبانه‌روزی پذیرفته می‌شوند.<sup>(۳)</sup> در دو دهه اخیر جمعیت کودکان بی‌سرپرست ساکن این مراکز افزایش چشمگیری داشته است، به‌طوری‌که در ایالات متحده آمریکا بیش از ۵۵۵۰۰۰ کودک در این مراکز نگهداری می‌شوند.<sup>(۴)</sup> علی‌رغم تلاش‌هایی که جهت جلوگیری از کاهش میزان موارد سکونت در خارج از منزل و افزایش میزان پذیرش و قبول حضانت این کودکان می‌شود، باز هم تعداد آنان در جوامع مختلف در حال افزایش است.<sup>(۴)</sup> طبق آمار به‌دست آمده از مرکز اطلاعات و آمار ایران بیش از ۴۰۰۰ کودک در مراکز نگهداری شبانه‌روزی استان تهران نگهداری می‌شوند.<sup>(۶)</sup>

در هر جامعه شماری از کودکان بی‌سرپرست زندگی می‌کنند که مسلماً جامعه مسئول مستقیم پرورش آنان است و در صورتی‌که این کودکان نیازهای اساسی‌شان برآورده نشود، پایه شخصیت آن‌ها متزلزل شده، قادر نخواهند بود در آینده به‌عنوان یک فرد مستقل و خودکفا از توانایی‌های خود استفاده نمایند و منبعی برای

وجود آوردن مشکلات شخصی و اجتماعی خواهند شد.<sup>(۷)</sup>

Jenson و Kliegman و Behrman (۲۰۰۲) از این گروه به‌عنوان «کودکانی که در معرض خطرات جدی قرار دارند» نام برده و می‌نویسند: این کودکان غالباً دچار مشکلات مزمن بهداشتی می‌باشند که مسایل روانی - آموزشی در رأس آن‌ها قرار دارد. این کودکان اغلب دچار افسردگی و احساس عدم امنیت بوده و ممکن است در تمام طول عمر خویش در برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران مشکلات فراوانی داشته باشند.<sup>(۲)</sup> بررسی‌ها و مطالعات فراوان نیز نشان می‌دهد کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کمتری نسبت به کودکان دیگر برخوردارند و میزان بالایی از مشکلات عاطفی، رفتاری و تکاملی در میان این کودکان گزارش شده است.<sup>(۸)</sup> به‌طور مثال بین ۸۵-۳۵ درصد از این کودکان دارای مشکلات عاطفی و رفتاری از قبیل اعتماد به نفس پایین، افسردگی و ارتباطات اجتماعی ضعیف می‌باشند.<sup>(۸)</sup> این کودکان اغلب دارای اختلالات رفتاری و اختلال در سازگاری و روابط مؤثر بین فردی می‌باشند.<sup>(۵)</sup>

Kools و Kennedy (۲۰۰۳) در رابطه با میزان ابتلا این کودکان به اختلالات تکاملی می‌نویسند: بیشتر از ۶۰ درصد این کودکان دارای تأخیر در روند تکاملی خود هستند که این امر در سنین مختلف موجب بروز اشکالاتی برای کودکان می‌شود از جمله این‌که در سنین مدرسه در برقراری ارتباط با همسالان، اعتماد به دیگران، صداقت، مهارت‌های درسی و اجتماعی دچار مشکل می‌شوند.<sup>(۹)</sup> در واقع می‌توان گفت: هرچند این

کودکان از محیط‌های خطرناک و غفلت والدین و اطرافیان خود رهایی می‌یابند ولی با ورود به این مراکز نیز با مشکلات فراوان دیگری روبرو می‌شوند و ورود به این سیستم مراقبتی نیز آن‌ها را در معرض مشکلات رفتاری، روانی و اجتماعی فراوانی قرار می‌دهد.<sup>(۱۰)</sup> بنابراین نظر به این‌که کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی از نظر محیط رشد فعلی و وضعیت قبلی خانوادگی با کودکان دیگر متفاوت هستند، پژوهشگر بر آن شد مطالعه‌ای در خصوص بررسی وضعیت سلامت اجتماعی کودکان سن مدرسه ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران انجام دهد. هدف از انجام این مطالعه تعیین وضعیت سلامت اجتماعی کودکان سن مدرسه ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران بود و آیا بین سلامت اجتماعی با متغی‌های جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز ارتباط وجود دارد؟ به عنوان سؤال پژوهش مطرح گردید.

### روش بررسی

در این مطالعه مقطعی ۱۰۵ کودک ۷-۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران به روش سرشماری وارد مطالعه شدند و توسط ابزاری به نام مقیاس رفتار انطباقی (بلوغ اجتماعی) وای‌نلند وضعیت سلامت اجتماعی کودکان مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه مربوطه توسط مربیانی که طبق اظهار نظر مسئولین مراکز بیشترین شناخت را از کودک و رفتار وی داشتند تکمیل گردید. این پرسشنامه ذکر شده حاوی سؤالاتی مجزا برای سنین صفر تا ۱۸ سال بوده که در پژوهش حاضر از سؤالات مربوط به سنین ۷-۱۱ سال موجود در این ابزار جهت بررسی

سلامت اجتماعی کودکان استفاده شد. پاسخ به سؤالات این مقیاس به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای (۰، ۱ و ۲) بود. روش نمره‌دهی بدین ترتیب بود که وقتی کاری به‌طور معمول و از روی عادت توسط کودک انجام می‌شد، نمره ۲ اگر بعضی وقت‌ها و یا با یادآوری انجام می‌شد نمره ۱ و در صورتی‌که کار مورد نظر هرگز توسط کودک انجام نمی‌شد و یا کودک قادر به انجام آن نبود، نمره صفر به فعل موردنظر تعلق می‌گرفت. همچنین در مواردی که به علت محدودیت شرایط بیرونی، کار موردنظر توسط کودک انجام می‌شد، نمره N یا امتیاز مطلوب به وی داده می‌شد. نقطه شروع سؤالات بر اساس سن تقویمی کودکان بود (اعشار سن کودکان در نظر گرفته نمی‌شد) به‌طور مثال برای کودکان ۷ سال و چند ماه از سؤالات سن ۷ سالگی استفاده شد.

جهت بررسی سلامت اجتماعی در این ابزار، ۳ قلمرو شامل قلمروهای ارتباطی، مهارت‌های روزمره زندگی و اجتماعی شدن وجود دارد که به‌طور کلی برای کودکان سنین ۷-۱۱ سال در این ابزار، ۲۰ سؤال در قلمرو ارتباطی، ۱۸ سؤال در قلمرو مهارت‌های روزمره زندگی و ۱۲ سؤال نیز در قلمرو اجتماعی شدن طراحی شده است. در این پژوهش ابتدا امتیاز کسب شده از قلمروهای نامبرده به‌طور جداگانه برای هر سن محاسبه و در سه گروه خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی شد. سپس جهت تعیین وضعیت سلامت اجتماعی کودکان امتیاز کسب شده از هر ۳ قلمرو ارتباطی، مهارت‌های زندگی روزمره و اجتماعی شدن با یکدیگر جمع گردید و سلامت اجتماعی کودکان در سنین مجزا بدین ترتیب طبقه‌بندی گردید: برای سن ۷ سال امتیاز ۱۹-۲۸ به عنوان «خوب»، ۹-۱۸ «متوسط» و ۸-۰ «ضعیف»، برای سن ۸ سالگی ۲۲-۳۲ «خوب»، ۲۱-

حفظ و رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش موارد زیر رعایت گردید: قبل از شروع پژوهش، طرح مقدماتی آن در اختیار مسئولین بهداشتی قرار داده شد و توضیحات کامل در رابطه با چگونگی انجام مطالعه و اهداف موردنظر به مسئولین بهداشتی، مسئولین مراکز و مراقبین ارائه گردید. با سپردن تعهد کتبی، به مسئولین اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده در مورد کودکان به‌طور صحیح حفظ می‌گردد. به دلیل این‌که تمام امور مربوط به کودکان حتی دیدار آن‌ها با کسانی که حامی‌شان محسوب می‌شدند تحت نظارت و کنترل مدیران مسئول در مراکز صورت می‌گرفت، پژوهشگر نیز جهت رعایت ملاحظات اخلاقی حین پژوهش علاوه بر کسب اجازه‌نامه کتبی از مسئولین، صرفاً در ساعات اداری جهت انجام نمونه‌گیری به مراکز مراجعه نمود.

پس از انتخاب واحدهای پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه مربوطه در اختیار مراقبین یا مربیانی قرار گرفت که طبق اظهار نظر مسئولین مراکز بیشترین آگاهی و شناخت را از کودک و رفتار وی داشتند. معیار حذف نمونه شامل ابتلای کودک به عقب‌ماندگی ذهنی بود. نمونه‌گیری حدود ۱/۵ ماه به طول انجامید. سپس تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS و از روش آمار توصیفی و آزمون‌های ارتباطی (کای اسکوئر) انجام شد.

#### یافته‌ها

طبق نتایج به‌دست آمده در پژوهش از نظر ویژگی‌های دموگرافیک نشان داد ۵۴/۳ درصد کودکان پسر و ۴۵/۷ درصد دختر بودند. از نظر توزیع سنی نیز ۵۱/۴ درصد گروه سنی ۱۱ سال و ۳/۸ درصد در گروه سنی

۱۱ «متوسط» و ۱۰-۰ «ضعیف»، برای ۹ سالگی ۲۴-۱۶ «خوب»، ۱۵-۸ «متوسط» و ۷-۰ «ضعیف» و برای سنین ۱۰ و ۱۱ سالگی نیز از ۳۶-۲۴ «خوب»، ۲۳-۱۲ «متوسط» و ۱۱-۰ به عنوان سلامت اجتماعی «ضعیف» در نظر گرفته شد.

روایی ابزار پژوهش با استفاده از روش اعتبار محتوی ارزیابی شد. در رابطه با پایایی ابزار نامبرده نیز لازم به ذکر است این ابزار فرم تجدیدنظر شده نهایی از مقیاس رشد اجتماعی واینلند است که با همکاری و کوشش ۳ کارشناس شناخته شده در زمینه روانشناسی، عقب‌ماندگی ذهنی و رشد کودک و آمار در سال ۱۹۸۴ تدوین شده است: ۱- Sara Sparrow استاد روانشناسی و سرپرست روانشناسان مرکز تحقیقات کودک در دانشگاه یالی، ۲- David Balla استاد روانشناسی و دستیار تحقیقاتی در مرکز تحقیقات کودک در دانشگاه یالی و ۳- Domenic Ciecchetti سرپرست محققین روانشناسی و متخصص آمار حیاتی و خدمات روانشناسی در دانشگاه یالی. این مقیاس بسیاری از ویژگی‌های اصلی مقیاس بلوغ اجتماعی Vianland (Edgar Dall ۱۹۶۵) را دارا می‌باشد. فرم زمینه‌یابی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است در حقیقت نزدیکترین فرم تجدیدنظر شده به Vianland اصلی است که برای کودکان عادی مورد استفاده قرار می‌گیرد.<sup>(۱۱)</sup> این فرم از مؤسسه خدمات مشاوره‌ای آمریکا خریداری و برای نخستین بار در سال ۱۳۷۳ توسط براهنی و همکاران در گروه‌های سنی مختلف از صفر تا ۱۸ سال هنجاریابی شده بود. لازم به ذکر است این مقیاس برای اولین بار توسط براهنی و اخوت برای استفاده در مراکز نگهداری شبانه‌روزی ترجمه و به کار گرفته شده است.<sup>(۱۲)</sup> جهت

همچنین نتایج به دست آمده از وضعیت سلامت اجتماعی کودکان در سه قلمرو ارتباطی، مهارت‌های روزمره زندگی و اجتماعی شدن در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت سلامت اجتماعی کودکان

ساکن مراکز شبانه‌روزی، تهران ۱۳۸۵	
تعداد (درصد)	سلامت اجتماعی
۳۷ (۳۵/۲)	خوب
۴۸ (۴۵/۷)	متوسط
۲۰ (۱۹/۱)	ضعیف
۱۰۵ (۱۰۰)	کل

۷ سال قرار داشتند. همچنین ۹/۵ درصد آن‌ها در سن ۸ سال، ۱۴/۳ درصد در سن ۹ سال و ۲۱ درصد در سن ۱۰ سال بودند. از نظر مدت زمان سکونت در مراکز نگهداری شبانه‌روزی نیز ۲۰ درصد از کودکان کمتر از ۱ سال، ۳۱/۴ درصد بین ۱-۳ سال و ۴۸/۶ درصد نیز بیشتر از ۳ سال در این مراکز سکونت داشتند. در مورد کودکانی که بیشتر از ۳ سال سابقه سکونت در مراکز نگهداری شبانه‌روزی را داشتند نیز میانگین مدت زمان سکونت ۵/۷ سال با انحراف معیار ۲/۲ بدست آمد. نتایج نشان داد که ۴۵/۷ درصد کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی از نظر وضعیت سلامتی در حد متوسط می‌باشند (جدول شماره ۱).

جدول ۲- توزیع فراوانی وضعیت سلامت اجتماعی کودکان ساکن مراکز شبانه‌روزی، تهران ۱۳۸۵

وضعیت سلامت	خوب	متوسط	ضعیف	کل
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ارتباطی	۲۴ (۲۲/۹)	۴۴ (۴۱/۹)	۳۷ (۳۵/۲)	۱۰۵ (۱۰۰)
مهارت‌های روزمره زندگی	۵۶ (۵۳/۳)	۳۲ (۳۰/۵)	۱۷ (۱۶/۲)	۱۰۵ (۱۰۰)
اجتماعی شدن	۵۴ (۵۱/۴)	۳۷ (۳۵/۲)	۱۴ (۱۳/۳)	۱۰۵ (۱۰۰)

### بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با هدف پژوهش: «تعیین وضعیت سلامت اجتماعی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران» نتایج بدست آمده نشان داد که کودکان از نظر برقراری ارتباط نسبت به سایر قلمروهای سلامت اجتماعی ضعیف‌تر بودند چرا که بیشتر از ۷۷ درصد آنان از نظر برقراری ارتباط در حد متوسط و ضعیف قرار داشتند. Karlson (۲۰۰۰) نیز

همچنین در بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی با متغیرهای جنس، سن و مدت زمان سکونت در مراکز آزمون کای اسکوئر نشان داد: بین اجتماعی و جنس ( $P = 0/05$ ) ارتباط معنی‌دار وجود دارد، ولی بین سلامت اجتماعی و سن ( $P = 0/462$ ) و سلامت اجتماعی با مدت زمان سکونت در مراکز ( $P = 0/534$ ) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی از نظر سلامت اجتماعی در سطح ضعیف و ۶۲/۸ درصد آنان در حد متوسط بودند.<sup>(۱۳)</sup> مطالعه فتحی و همکاران (۱۳۷۸) نیز که در کودکان ۱۲-۶ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی شهر تهران انجام شده است نشان داد ۸۰/۳ درصد نمونه‌ها دارای رشد اجتماعی متوسط و ضعیف بودند.<sup>(۱۷)</sup> در مطالعه بوستانی و تشکری (۱۳۷۵) در شیراز نیز نتایج نسبتاً مشابه به دست آمده است.<sup>(۱۸)</sup> مطالعه Hazel and Sweeney (۲۰۰۵) نیز نشان داد. ۵۰/۶ درصد از این کودکان دارای رشد اجتماعی ضعیف بودند.<sup>(۱۹)</sup> که به مراتب بالاتر از نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. در رابطه با عوامل مؤثر بر رشد اجتماعی کودکان Wong و همکاران (۲۰۰۵) می‌نویسند: رابطه عاطفی بین کودک و اطرافیان بویژه مادر در اولین سال زندگی در رشد اجتماعی او نقش تعیین کننده دارد. در واقع نحوه رضای نیازهای کودک زیربنای نگرش او را نسبت به دیگران مشخص می‌سازد.<sup>(۱۵)</sup> کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی در زندگی خود با حوادثی نظیر خشونت‌ها و ناپایداری‌های خانوادگی روبرو بوده‌اند که منجر به بروز مشکلاتی در سازگاری و ارتباطات بین فردی آن‌ها می‌شود. این مشکلات به همراه جابجایی‌های متعدد مکانی می‌تواند موجب تشدید مسایل مرتبط با رشد اجتماعی کودکان گردد.<sup>(۹)</sup> از دیگر عوامل مرتبط با بروز ضعف ارتباطات اجتماعی در این کودکان، متعدد بودن مراقبین، افزایش طول مدت نگهداری در مراکز و وجود اختلالات رفتاری در این کودکان می‌باشد که می‌تواند سازگاری مؤثر در کودکان را با اختلالاتی مواجه نماید.<sup>(۱۹)</sup> از سوی دیگر کودکانی که بیمار بوده، سلامت و رشد جسمی نامناسب دارند همواره می‌خواهند از دیگران دوری

در مطالعه خود به نتایج مشابه با نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر دست یافته و اظهار می‌نمایند: این گروه از کودکان اغلب دارای ارتباطات ضعیف اجتماعی می‌باشند.<sup>(۱۳)</sup> در مطالعه Honsen و همکاران (۲۰۰۴) نیز ۴۱ درصد از واحدهای پژوهش از نظر ارتباطی در حد ضعیف قرار داشتند که مشابه نتایج به‌دست آمده در این مطالعه می‌باشد.<sup>(۴)</sup> Silver و همکاران (۱۹۹۹) نیز میزان ارتباطات ضعیف اجتماعی در این گروه از کودکان را ۶۲ درصد عنوان نموده‌اند<sup>(۱۴)</sup> که در مقایسه با نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر به مراتب بسیار بیشتر می‌باشد.

Wong و همکاران (۲۰۰۵) مهمترین علت این مسئله را محیط خانوادگی کودکان می‌دانند و می‌نویسند: زندگی در محیط ایمن خانواده موجب تکامل حس استقلال و اعتماد به نفس کودکان می‌شود و حس اعتماد به نفس موجب می‌شود کودک احساس ارزشمند بودن داشته باشد و قادر به برقراری ارتباط مؤثر و مناسب با دیگران باشد.<sup>(۱۵)</sup> از سوی دیگر نتایج نشان می‌دهد ۸۳/۸ درصد کودکان از نظر مهارت‌های روزمره زندگی در حد «خوب و متوسط» بودند. احتمال می‌رود یکی از دلایل این امر زندگی کردن در مکان‌های دسته جمعی و کم بودن تعداد مراقبین نسبت به کودکان باشد که موجب می‌شود آموزش‌های لازم در رابطه با چگونگی انجام وظایف فردی و کسب استقلال در انجام امور روزانه و در نتیجه بالا بردن مهارت‌های روزمره زندگی کودکان به آن‌ها داده شود.<sup>(۱۶)</sup>

نتایج به‌دست آمده از در رابطه با سلامت اجتماعی واحدهای مورد پژوهش نیز نشان داد ۴۵/۷ درصد کودکان از نظر سلامت اجتماعی در حد متوسط و ۱۹/۱ درصد آنان در محدوده ضعیف قرار داشتند. مطالعه Karlson (۲۰۰۰) نیز نشان داد ۱۳ درصد از

و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### فهرست منابع

1- Lundy KS, Janes S. Community Health Nursing, Caring for the public Health. Bosten: Jones and Bartlett publishers; 2001.p.772.

2- Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Text Book of pediatric .17 th ed. london: W.B. saunders company; 2004. p.105, 106,133-137.

3- Simms DM, Bolden JB. The Family Reunification project: Facilitating Regular Contact Among Foster children, Biological Family and Foster Families. Child wellfar League Am; 2003. 12(3):19.

4- 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):367-380.

5- Connell CM, Katz KH, Saunders I, Tebes JM. Leaving foster care: The influence of child and case characteristic on foster care exit rates. Child youth Serv Rev; 2005. 10: 1-19.

6- Ministry of Interior's office of statistics and budjeting. Annals of statistics and census, Tehran: The office of statistics and planning; 2001: p. 51.

7- Netwton RR, Litronik AJ, Landswerk JA. Children and Youth In Foster Care. Child Abuse Neglect; 2000. 24(10): 1363-1374.

8- Halfon N. children In foster care in california: An Examination of Medical Riembursed Health service utilization. Pediatr; 1998.89(9): 1230-1237.

9- Kools Sg, kennedy C. Foster child Health and Development :Implication for Primary Care. PediatrNurs; 2003.29(1): 39-42.

10- Leslie LK, Harburt MS, Landsverk J, Rolls JA. Comprehensive Assessment for Children Entering foster care: A National Perspective. Pediatr Nurs; 2003. 112(1): 134.

کنند و این انزوا آن‌ها را از تحول صحیح اجتماعی باز می‌دارد. برای مثال ضعف بینایی و شنوایی علاوه بر تأثیر نامطلوبی که بر فهم مطالب و روند تحصیلی کودکان سن مدرسه می‌گذارد می‌تواند رفتارهای نامناسب اجتماعی از قبیل گوشه‌گیری و عدم برقراری ارتباط مناسب را برای کودک به دنبال داشته باشد و حتی موجب شود کودک توانایی محافظت از خود را نداشته باشد.<sup>(۲۰ و ۲۱)</sup> علاوه بر موارد ذکر شده از آنجا که بازی با همسالان یکی از عوامل اصلی و مؤثر بر رشد اجتماعی کودکان در سنین مدرسه می‌باشد احتمال می‌رود نداشتن فضای کافی و مناسب بازی، عدم استفاده از اسباب‌بازی‌ها و سرگرمی‌های متناسب با سن کودکان و توجه کمتر به مسایل عاطفی، روانی و اجتماعی کودکان نیز در بروز ارتباطات ضعیف و رشد اجتماعی این کودکان مؤثر باشد.<sup>(۱۵)</sup> طبق نتایج به‌دست آمده در این پژوهش ۳۵/۲ درصد از واحدهای مورد مطالعه از نظر برقراری ارتباط ضعیف بودند در حالی که ۵۳/۳ درصد آنان از نظر مهارت‌های زندگی روزمره خوب بودند توصیه می‌شود علل ضعیف بودن ارتباطات اجتماعی این کودکان همچنین دلایل مرتبط با رشد مهارت‌های روزمره‌گی زندگی آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود در پژوهشی مقایسه‌ای وضعیت سلامت اجتماعی این کودکان با سایر کودکان سنین مدرسه که با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند، نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری همچنین معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسئولین بهزیستی

- 17-Fathi A., Pazand A. Comparison of social growth of the children 8 to 12 years old living in foster care centers and normal children. Unpublished dissertation. Tehran, Islamic Azad University, faculty of Psychology and social sciences; 1999. p. 68.
- 18-Tashakkori M., Boostani N. The study of meeting adolescent needs living in foster care centers of Shiraz. Unpublished dissertation. Tehran, Iran University of Medical Sciences; 1997. p. 34
- 19-Sweeney MT, Hazell P. The Mental Health and Socialization of Sibling in Care. *Children and Youth Services Review*. Cent Ment Health Stud *Pediatr Nurs*;2005.p.821-40.
- 20-Troutman B, Ryan S, Michelle cardi MA. The effect of foster care placement on young children's mental Health. 4 th ed.washington: American psychiatry Association;2000.p.213-215.
- 21-B runner L, Sodarh J. Text Book of Mecial Surgical Nursing. 8 th ed. Philadelphia: lippincot; 2004.p.15-1532.
- 11-Tavakolli M.A. Normalization of accommodative behavior and Inland scale for children under 6 in Iran. Unpublished dissertation. Iran Institute of Psychiatry; 1997. p. 56.
- 12-Ghamat-Boland H.R. Normalization of accommodative behavior and Inland scale for ages 11 to 18 in Iran. Unpublished dissertation. Iran Institute of Psychiatry; 1997: P. 117.
- 13-Karlson KL. Providing health care for children In foster care: A Role for advanced practice nurses. *Pediatr Nurs*; 2000. 22(5): 418-421.
- 14-Silver J, Heacker T, Forkey h. Health care for young children in foster care. young, children and foster care. Baltimore: paul H.Brookes publishing co;1999.p.161-193.
- 15-Wong DL, Hockenberry M, Wilson D, Winkelstein M, Schwartz P. Nursing care of infant and children. 7th ed. St.louis: Mosby; 2005.p.698-670.
- 16-Austin L. Mental Health Needs of Youth in Foster Care: Challenges and Strategies. *Q Mag Natl CASA Assoc*;2004.20(4): 6-13.



## Social Health of 7-11 Years Old Children Living in Foster Care Centers

\*M. Bayat<sup>1</sup> MS    M.Naderifar<sup>2</sup> MS    M. Bayat<sup>3</sup> BC    M. Miri<sup>4</sup> BC  
S. Foroughi<sup>4</sup> MS

### Abstract

**Background & Aim:** Nowadays, one of main and critical subject is preparation of a healthy and fair environment for children who are biggest national sources in every society, because, factors that disturb children living environment can affect children's health. Some problems such as families' bad function, abuse, poverty, divorce and parental substance abuse are the reasons usually lead to place children in foster care centers. On the other hand, entry to these foster care centers and living in these centers face children with lot of social and health problems.

**Material & Method:** In regard to this issue for assessing social health status of 7-11 years children living in foster care centre in Tehran, we performed a cross sectional study with 105 children (57 boy, 48 girl). In this research, sampling was of census type and information about children social health was obtained through Vienland Adoptive Behavior Scale by guardians who recognized these children and their behavior.

**Result:** Results showed that 45.7% of participants in this research were considered as moderate regarding social health, and 19.1% were considered as poor. Chi-square test also showed that between social health and sex ( $p=0.053$ ) was a statistically significant relationship, but there was no significant relationship between social health and age ( $p=0.462$ ) and social health with duration of stay in these centers.

**Conclusion:** While children in foster care centers are one of the high risk groups in societies related to their social health status, based on findings of current study and results of researches in other countries, full attention should be directed towards social health of children and conducting more studies is recommended to survey factors that affect their social health.

**Key words:** Social health, Child, Institutionalized, Mental Health, Foster Care Centers

**Accepted for Publication: 26 Desember 2007**

**Submitted for Publication: 28 May 2007**

---

<sup>1</sup>MS in Pediatric Nursing, Lorestan University of Medical Science, Lorestan, Iran(\*Corresponding Author). E-mail: m\_bayat2007@yahoo.com.

<sup>2</sup>MS in Pediatric Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

<sup>3</sup>BC in Occupational Health, Hamedan University of Medical Sciences.

<sup>4</sup>MS in Nursing Education, School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences.