

مرگ و میر کودکان و محرومیت اجتماعی^(۱)

(نمونه تجربی: استان ایلام)^(۲)

دکتر یارمحمد قاسمی*

اسحاق قیصریان**

تاریخ دریافت: ۸۶/۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۸۷/۳/۵

چکیده

هدف اصلی این مقاله، شناخت عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان در استان ایلام با تأکید بر محرومیت اجتماعی است. بر این اساس، مهمترین سؤال پژوهشی مورد نظر عبارت است از این که محرومیت اجتماعی و شاخص‌های جمعیتی، چه رابطه‌ای با مرگ و میر کودکان دارند.

۱- نویسندگان مقاله از مباحث جناب آقای دکتر محمد میرزایی استاد گروه جمعیت شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران سود فراوان برده و لازم می‌دانند که از ایشان صمیمانه تشکر نمایند.

۲- این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه ایلام با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان در استان ایلام است از معاونت مذکور به خاطر حمایت مالی تشکر می‌شود.

ym_ghasemi2004@yahoo.com

** استادیار دانشکده علوم انسانی دانشگاه ایلام

ghaysaryane@yahoo.com

** کارشناس ارشد جمعیت شناسی

روش تحقیق مورد استفاده برای بررسی موضوع و سؤالات تحقیق، روش پیمایشی است و جامعه آماری مورد نظر عبارت است از کلیه زنان ازدواج کرده ۱۵-۴۹ ساله استان ایلام که حداقل یک بچه زنده بدنیا آورده‌اند. مبنای نظری برای تحلیل و تبیین موضوع این مقاله، مشتمل بر نظریه‌های محرومیت اجتماعی و نظریه‌های مربوط به مرگ و میر کودکان است که در نهایت با استفاده از نظریه‌های مطرح شده، مدل نظری مقاله ترسیم شده است. بر اساس اطلاعات به دست آمده، متوسط بعد خانوار در نمونه تحت بررسی، ۴/۹ نفر، میانگین فاصله بین موالید، ۴۲ ماه، میانگین تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده، ۳/۰۵ و میانگین تعداد فرزندان زنده مانده، ۲/۸ بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح دو متغیره و چند متغیره، صورت گرفته است. در سطح تحلیل چند متغیره از رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر این اساس در سطح کل استان، شاخص‌های جمعیتی، محرومیت اجتماعی و نوع ازدواج، در مدل باقی مانده‌اند، اما در نقاط شهری، محرومیت اجتماعی، نوع ازدواج و آگاهی از مراقبت‌های کودکان، در مدل باقی مانده‌اند و در نهایت در نقاط روستایی، شاخص‌های جمعیتی، محرومیت اجتماعی، بهداشت تغذیه و نوع ازدواج، در مدل باقی مانده‌اند. به منظور تأیید مدل تحلیلی مطالعه حاضر، از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است که در این مدل به استثنای بهداشت تغذیه، تمامی متغیرهای انتخاب شده به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر متغیر وابسته تأثیر داشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: مرگ و میر کودکان، محرومیت اجتماعی، شاخص‌های

جمعیتی، نوع ازدواج، بهداشت تغذیه، آگاهی از مراقبت‌های کودکان

مقدمه

با توجه به مهم بودن وقایع جمعیتی در مطالعات و تحقیقات اجتماعی، از گذشته دور به عوامل جمعیتی، توجه خاصی شده است. اما این توجهات در زمان‌های مختلف، متفاوت بوده است. مرگ و میر نیز به عنوان یکی از مهمترین عوامل جمعیتی از این قاعده مستثنی نبوده و انسان‌ها به صورت‌های گوناگونی با این مسأله برخورد کرده‌اند. در گذشته به موضوع مرگ و میر صرفاً از دیدگاه طبیعی و بیولوژیک می‌نگریستند، ولی بعدها بشر به این نکته پی برد که عوامل

اقتصادی، اجتماعی و صنعتی، سبب تغییرات چشمگیری در آن شده است. در سیصد سال پیش در شرایط عرضه کافی مواد غذایی در بخش‌های کشاورزی، حداقل حدود نیم تا یک درصد افزایش جمعیت به ثبت رسیده است (شیخی، ۱۳۷۵: ۶۸).

تردیدی نیست که سطح مرگ و میر در زمان‌های گذشته نسبت به حال حاضر خیلی بالا بوده است، به طوریکه میزان عمومی مرگ و میر تا قبل از انقلاب صنعتی در همه کشورهای جهان، از ۳۰ در هزار پایین‌تر نبوده و حتی در برخی شرایط نامساعد، به ۵۰ در هزار نیز می‌رسید. ولی امروزه سطح مرگ و میر در کل جهان پایین آمده و در واقع اکثر کشورهای جهان وارد مرحله انتقالی شده‌اند. اختلاف در زمان ورود به مرحله انتقالی باعث شده که در برخی از مناطق جهان تحقیقات و مطالعات مرتبط با مرگ و میر نسبت به جاهای دیگر از قدمت و رشد بیشتری برخوردار باشد. شاید بتوان گفت مطالعه تجربی جمعیت‌شناسی با مطالعه مرگ و میر آغاز شده است. مطالعه کلاسیک جان گراونت (John Graunt) در نیمه دوم قرن هفدهم تحت عنوان مشاهدات طبیعی و سیاسی ارائه شده در یک شاخص بر اساس فهرست مرگ و میر معمولاً به عنوان نقطه شروع مطالعه آماری مرگها و اولین مطالعه تجربی جمعیت‌شناسی تلقی می‌شود (لوکاس، ۱۳۸۰: ۵۹).

بر اساس آمارهای منتشر شده از سوی مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۷۵ استان ایلام بعد از استانهای سیستان و بلوچستان، کردستان و کهگیلویه و بویر احمد، داری بیشترین میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال بوده است. همچنین بر اساس اطلاعات حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، در سال ۱۳۸۳ میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال، ۱۸/۷ در هزار و در سال ۱۳۸۴، ۱۷/۶ در هزار برآورد شده است. بر همین اساس، مقاله حاضر در پی آن است که عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان را در استان ایلام مورد بررسی قرار دهد.

این مقاله پس از مرور اجمالی ادبیات موضوع، به معرفی چارچوب نظری تحقیق می‌پردازد و به دنبال آن، روش پژوهش معرفی شده، سپس یافته‌ها گزارش می‌شوند. در پایان، خلاصه و نتیجه مطالعه به اختصار ارائه می‌گردد.

ملاحظات نظری

در ایران مسأله مرگ و میر مورد توجه محققین این رشته بوده و به تدریج بر کیفیت و

تعداد تحقیقات مرتبط با مرگ و میر افزوده می‌شود. شاید بتوان گفت اولین اطلاعاتی که در زمینه سطح مرگ و میر و بهداشت در ایران به دست آمده مربوط به کارهای جاکوب ادوارد پولاک (Jacob Edward Pollak) در میانه قرن نوزدهم است. بر اساس این مطالعه، بیشتر کودکان به علت مصرف شیر مادر تا دو سالگی زنده مانده و پس از این سن، میزان مرگ و میر کودکان افزایش یافته است. به عقیده پولاک، فقدان فاصله‌گذاری مناسب بین حاملگی‌ها، آبله و مالاریا، عمده‌ترین عوامل مرگ و میر کودکان در ایران بوده است (مه‌ریار ۱۹۹۴، ۱۹). در این مطالعه به نظر می‌رسد که جنبه‌های پزشکی و بهداشتی مرگ و میر کودکان در فاصله‌گذاری مناسب بین حاملگی‌ها خلاصه شده است. این در حالی است که علی‌رغم مهم بودن این عامل، عوامل تأثیرگذار دیگری هستند که در این بررسی نامی از آن‌ها برده نشده است. اما باید گفت بررسی ذکر شده، مدخلی برای مطالعات جمعیتی در زمینه مرگ و میر بوده است.

مطالعات مربوط به مرگ و میر از دهه ۱۳۶۰ به بعد از رشد قابل توجهی برخوردار بوده و این رشد هر دو جنبه کمی و کیفی را در بر می‌گیرد. اما مانع عمده‌ای که باعث عدم گسترش بیشتر این مطالعات شده، ثبت ناقص مرگ و میر و عدم دسترسی به داده‌های دقیق است. از نکات قابل توجه دیگر در این مطالعات، توجه کمتر به جنبه‌های کیفی است؛ در حالی که صرف توجه به جنبه‌های کمی نمی‌تواند تبیین شایسته‌ای از مسأله باشد. البته در مطالعات انجام گرفته در سال‌های اخیر، برخی از عوامل کیفی تأثیرگذار بر مرگ و میر کودکان مورد توجه قرار گرفته است و در کنار عوامل کمی به این عوامل نیز توجه شده است که این توجه در جهت کاهش فراتر مرگ و میر کودکان بوده است. جهت غنا بخشیدن به مطالعات مرتبط با مرگ و میر کودکان می‌توان از عوامل کیفی دیگری نیز استفاده کرد که محرومیت اجتماعی از آن جمله است. در مطالعات قبلی نیز برخی از شاخص‌های این مفهوم مورد توجه بوده ولی در این بررسی سعی شده ارتباط این مفهوم در ساختاری کلی تر با مرگ و میر کودکان مورد مطالعه قرار گیرد.

رابطه بین فقر، محرومیت اجتماعی و مرگ و میر کودکان و ارائه مدل تحلیلی

محرومیت اجتماعی اصطلاحی رایج در مباحث مربوط به نابرابری اجتماعی

است. محرومیت اجتماعی به فقدان نسبی پاداش‌های جامعه‌ای نظیر حیثیت، قدرت، منزلت اجتماعی و فرصت‌های مشارکت در فعالیت‌ها و سازمان‌های مختلف اشاره دارد (Johanson, 1992: 90). البته این نوع محرومیت معمولاً با محرومیت مادی همراه است؛ به این معنی که منزلت اقتصادی پایین احتمالاً به معنای حیثیت، احترام پایین، نفوذ یا قدرت پایین بر دیگران و محرومیت از اکثر فعالیت‌های سازمانی و اجتماعی جامعه است. اما باید گفت که محرومیت اجتماعی ضرورتاً با محرومیت اقتصادی و آن هم به طور کامل، همبسته نیست. محرومیت اجتماعی را به عنوان مفهومی چند بعدی، پویا (دینامیک)، چند سطحی و رابطه‌ای می‌دانند. پویا است، زیرا فرایندی است که قویاً مشروط به زمان، مکان و شرایط است. چند سطحی است، چون ممکن است از دیدگاه یک گروه کوچک، محرومیت وجود نداشته باشد، در حالی که از دید گروهی دیگر، وجود داشته باشد. مهمتر این که محرومیت را معمولاً به صورت رابطه‌ای در نظر می‌گیرند. محرومیت، صرفاً موقعیتی فردی نیست، بلکه بخشی از روابطی است که افراد در آن شکل گرفته‌اند.

محرومیت اجتماعی، توزیع منابع و جنبه‌های مرتبط با آن را در بر می‌گیرد. بدین معنی که برخی مردم یا گروه‌ها ممکن است از دسترسی به منابع یا خدماتی که در دسترس دیگران است محروم باشند. از این دیدگاه، تحلیل محرومیت، تمایل به تأکید و تمرکز به فقر (Poverty) در دسترسی به خدمات دارد. از طرف دیگر، محرومیت بیان می‌کند که برخی مردم یا گروه‌ها با شبکه‌های اجتماعی یا سازمان‌های اجتماعی در دسترس دیگران، آمیخته نشده‌اند. از این دیدگاه، تحلیل محرومیت بر روابط اجتماعی، ورود یا خروج از فقر و مشارکت در انواع مختلف سازمان‌های اجتماعی تمرکز و تأکید دارد (Reimer, 2002: 2).

محرومیت اجتماعی به عنوان یکی از اصطلاحات رایج در بحث‌های نابرابری‌های اجتماعی، تأکید بر توجه به ضعیف شدن امکانات مشارکت در زندگی اجتماعی به صورت چند بعدی و دینامیکی دارد. یک سری از فرضیات مربوط به محرومیت اجتماعی بیان می‌کنند که محروم بودن یک شخص بیشتر مربوط به اصطلاحات مرتبط به توزیع همانند درآمد پایین، پایین بودن استاندارد زندگی، موقعیت نامناسب استاندارد زندگی، موقعیت نامناسب مسکن، روابط اجتماعی ضعیف و ضعف در مشارکت اجتماعی است. ترکیب جنبه‌های ضعف در توزیع و مشارکت افراد، کلید اصلی محرومیت اجتماعی است (Room, 1995: 1-9).

رابطه بین فقر و محرومیت اجتماعی، چندان مشخص نیست. هر دو این مفاهیم با همدیگر آمیخته شده‌اند. فقر (در اصطلاح درآمد یا استاندارد زندگی) مقوله‌ای کوچک از مفهوم گسترده محرومیت است. در واقع فقر شرط لازم برای محرومیت از نظر اجتماعی است. فقر، به منابع مالی محدود است، در حالی که مفهوم محرومیت اجتماعی، فراتر از بعد مادی، تأکید گسترده‌تری بر فرآیند ضعف‌ها و نواقص اجتماعی دارد. در واقع محرومیت اجتماعی صرفاً به توزیع منابع محدود نمی‌شود، بلکه تأمین یگانگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. در چنین دیدگاهی، فقر می‌تواند یکی از جنبه‌های مهم محرومیت اجتماعی باشد.

محرومیت اجتماعی باعث تفاوت در توزیع منابع و امکانات در بین افراد جامعه می‌شود و همین تفاوتها در ایجاد مشکلات و مصایب اقتصادی - اجتماعی، نقش مهمی دارد. از جمله آثار محرومیت اجتماعی در یک جامعه، مسأله مرگ و میر کودکان است. این امر از آنجا ناشی می‌شود که مرگ و میر کودکان یکی از شاخص‌های مهم توسعه و پیشرفت در هر کشوری محسوب می‌شود. بر این اساس معمولاً امکانات و تسهیلات لازم برای یک زندگی سالم، هم باعث احتمال بقای بیشتر افراد جامعه می‌شود و هم باعث توسعه و پیشرفت آن جامعه جهت پی بردن به رابطه بین محرومیت اجتماعی و مرگ و میر کودکان، عواملی از قبیل درآمد، تغذیه، تحصیلات والدین، باروری، تبعیض جنسی و فاصله بین مولید باید مد نظر قرار گیرند.

کمبود مراقبت از کودکان در بین فقرا، کمبود و نقص آموزش و ترجیح جنسی (همانند علاقه و توجه به فرزند پسر) از جمله عوامل بالا بودن مرگ و میر کودکان به شمار می‌آیند. کودکان ناسالم و مریض در یک کشور مانع بهبود و پیشرفت اقتصادی در خیلی از زمینه‌ها می‌شوند. آن‌ها نمی‌گذارند از منابعی که تحت موقعیت‌های بهداشتی می‌توان استفاده کرد بهره برد. بنابراین، موقعیت‌های بهداشتی سالم، جامعه را به سوی برتری اقتصادی در سطح ملی هدایت می‌کند.

اگر چه بین درآمد خانوار و مرگ و میر کودکان، رابطه‌ای قوی وجود دارد، اما این رابطه با شدتی یکسان تا سطوح بالا استمرار نمی‌یابد و در سطوحی از درآمد، این رابطه یکنواخت می‌شود. سطحی از درآمد که در آن، منحنی افقی می‌شود، بسته به ساختار

جامعه و وضعیت اقتصادی آن است. در واقع این رابطه با آن بخش از درآمد که صرف نیازهای آموزشی و بهداشتی می‌شود، حالت مستقیم و با بقیه، حالت افقی دارد. (میرزایی، ۱۳۷۳: ۱۱۸-۱۰۷).

البته این رابطه ممکن است در برخی از موارد که فرهنگ مصرف به دلیل پایین بودن سطح آموزش به گرایش‌های مضر می‌انجامد، معکوس شود. پس در تحلیل رابطه مرگ و میر و درآمد باید به فرهنگ مصرف توجه کافی اعمال شود. زیرا برخی از مطالعات نشان داده که بالاترین درآمدها دارای پایین‌ترین مرگ و میرها نبوده‌اند به طوری که فلگ (Flegg) اظهار می‌کند ممکن است رسیدن به کاهش سریع در میزان‌های مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه ای همانند نپال به دلیل پایین بودن میزان تحصیلات و آگاهی زنان، مشکل باشد (Flegg, 1982: 441). میزان‌های درآمد تنها یک بعد از فقر را نشان می‌دهد و دیگر جنبه‌های فقر به طور پیچیده ای با آن همبسته هستند. زیرا فقیر تمایل دارد به طور نامتناسبی سوء تغذیه را تحمل کند. کاهش دادن گرسنگی به نظر می‌رسد پیش‌نیازی برای کاهش عمده و اساسی فقر و در نهایت کاهش مرگ و میر باشد. پس می‌توان از عامل تغذیه به عنوان یک متغیر میانجی بین فقر و مرگ و میر کودکان نام برد. مک کیون (Mckeoun) بهبود تغذیه را عامل افزایش جمعیت و کاهش مرگ و میر می‌داند. شواهد نشان می‌دهد که انگلستان بعد از انقلاب صنعتی از تغذیه بهتری برخوردار شده که این امر در کاهش مرگ و میر در انگلستان مؤثر بوده است (میرزایی، ۱۳۸۱). کودکان به دلیل نیازهای ویژه غذایی جهت تأمین رشد، به طور قابل توجهی در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه هستند، لذا بررسی وضع تغذیه کودکان از مهمترین اقدامات برای اجرای روش‌های کنترل و پیش‌گیری از سوء تغذیه محسوب می‌شود. براساس آمارهای منتشره توسط یونسف در سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۸۰ در صد کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سوء تغذیه در کشورهای کمتر توسعه یافته، ۴۲ درصد و در کشورهای در حال توسعه، ۳۶ درصد بوده است (مردانی، ۱۳۷۸: ۹۴). تحلیل روابط بین سوء تغذیه و ابتلا به بیماری و تأثیر آن بر مرگ و میر کودکان، موضوعی جدید نیست. ماهیت و اندازه این پیچیدگی می‌تواند در سطوح مختلفی توضیح داده شود. سوء تغذیه از یک طرف موجب بیماری اسهال و بیماری‌های تنفسی می‌شود و از طرف دیگر، مقاومت بدن را در مقابل بیماری‌ها پایین می‌آورد (Preston, 1980: 60).

نقش اساسی تغذیه با شیر مادر در سلامت، رشد و تکامل شیرخواران، امری شناخته شده است و نقش مؤثری در حفاظت شیرخوار در برابر بیماری‌های عفونی و مرگ و میر دارد. سه علت عمده مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه، سوء تغذیه، عفونتهای تنفسی و اسهال است و تغذیه با شیر مادر، از بروز چنین بیماری‌هایی تا حد قابل توجهی می‌کاهد (فریمانی، ۱۳۸۱: ۴۶).

فراهم آوردن تحصیلات به عنوان یکی از سرمایه‌های اجتماعی جهت بهبود توسعه اقتصادی و کاهش فقر، شناخته شده است. اصولاً منابع انسانی، پایه اصلی ثروت است و سرمایه و منابع طبیعی، عوامل تبعی هستند. انسان‌ها عوامل فعالی هستند که سرمایه‌ها را متراکم می‌سازند. روابط بین تحصیلات و مرگ و میر کودکان بالا و از نظر آماری، معنی‌دار است. اهمیت تحصیلات مادران به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان در تحقیقات و پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است. کالدول (Caldwell) بر اساس تحلیل داده‌های بررسی نیجریه اظهار می‌کند که تحصیلات مادران به تنهایی، عاملی مؤثر بر مرگ و میر کودکان است. این نتیجه به وسیله این واقعیت تقویت شده که نویسنده دیگر متغیرها، همانند تحصیلات پدر، شغل پدر، شغل مادر، محل سکونت، نوع ازدواج، در دسترس بودن و استفاده از امکانات مدرن بهداشتی را که ممکن است بر مرگ و میر کودکان مؤثر باشند، کنترل کرده است. کالدول اظهار می‌کند که سه دلیل عمده برای این یافته وجود دارد: ۱- مادران تحصیل کرده معمولاً سعی می‌کنند سنت‌های رایج در مورد بیماری‌ها را بشکنند و کمتر در مورد بیماری‌های وابسته به تقدیر اعتقاد دارند. ۲- یک مادر تحصیل کرده، هم نسبت به یک مادریسواد از آگاهی بیشتری در ارتباط با مسؤلیت پرستاران و پزشکان در قبال مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی کودک برخوردار است و هم آگاهی بیشتری در مورد امکانات بهداشتی و استفاده صحیح از آن‌ها دارد. ۳- عامل نهایی و مهم این است که تحصیلات زنان، روابط سنتی خانوادگی را با تأثیرات بنیادی و اساسی بر مراقبت از کودک تغییر می‌دهد (Caldwell, 1979).

(395)

در مطالعه‌ای که اولسن (Olsen) در دانمارک انجام داد، به این نتیجه رسید که بالاترین مرگ و میرهای کودکان برای بچه‌های متولد شده به وسیله مادرانی با پایین‌ترین سطح تحصیلات به دست آمده است. به طوری که مرگ و میر کودکانی که مادرشان دارای پایین‌ترین سطح

تحصیلات بوده‌اند و برابر بیشتر از کودکانی بوده که مادرشان از بالاترین سطح تحصیلات برخوردار بوده‌اند. در تحقیق مذکور، حتی بعد از کنترل متغیرهای سن مادر و فاصله مولید، باز هم تحصیلات مادر، همان تأثیر قبلی را داشته است (Olsen, 1999: 28).

از دیگر آثاری که فقر بر جای می‌گذارد می‌توان به میزان بالای زاد و ولد و باروری اشاره کرد. تجربه تاریخی نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل در بالا و پایین رفتن میزان باروری، فقر و پیشرفت اقتصادی است. به طور کلی میزان باروری با فقر ملی در ارتباط است هر چقدر فقر کمتر باشد، میزان باروری، تمایل به کاهش نشان می‌دهد. اگر به تاریخ تحولات جمعیتی نگاه کنیم می‌بینیم که تا پیش از انقلاب صنعتی به دلیل پایین بودن راندمان تولید، میزان باروری، بالا و میزان مرگ و میر نیز در اثر عوامل مختلف، بالا بوده است. پس در موقعیت‌های اقتصادی پایین، این دو میزان بالا هستند. اما هنگامی که اقتصاد توسعه پیدا می‌کند آن‌ها شروع به پایین آمدن می‌کنند و سرانجام هر دو کاهش می‌یابند. مرگ و میر ممکن است از باروری تأثیر پذیرد و هم، باروری از مرگ و میر.

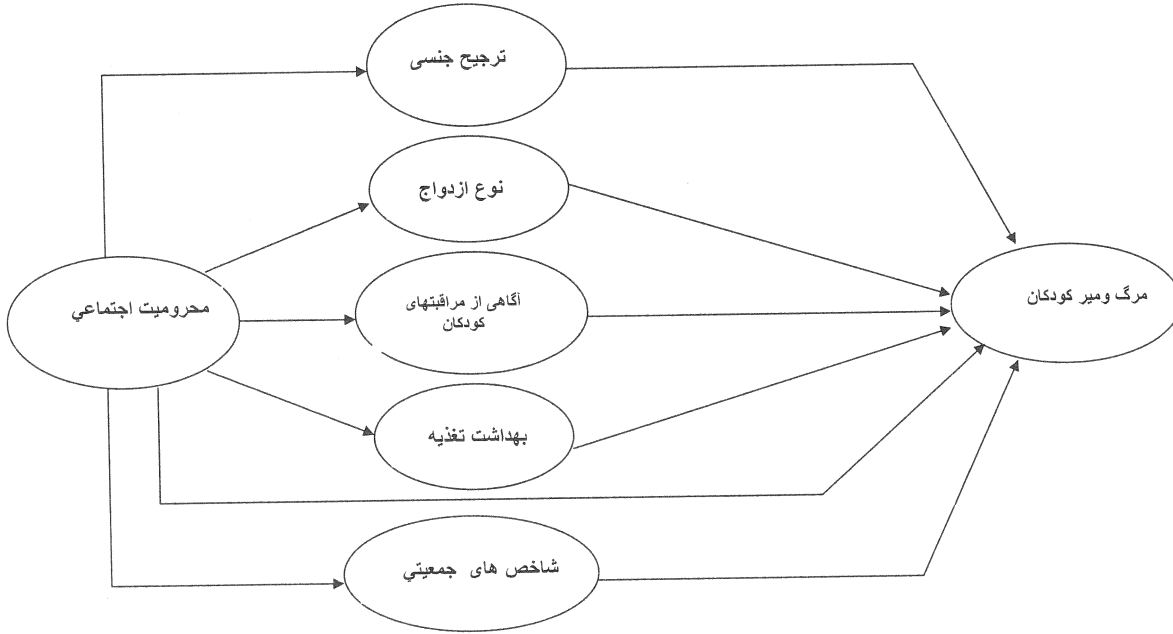
مطالعات زیادی نشان داده‌اند که میزان‌های باروری و میزان‌های مرگ و میر کودکان به هم وابسته‌اند. به طوری که مطالعات انجام گرفته در مورد باروری، به تأثیر مرگ و میر اطفال بر باروری تأکید داشته‌اند. در این پژوهش‌ها عمدتاً از نظریه تغییر و پاسخ کینگزلی دیویس استفاده شده است. بر مبنای این نظریه، کاهش میزان باروری در کشورهای غربی، پاسخی به کاهش مرگ و میر در آن کشورها بوده است. اما در کشورهای در حال توسعه، تغییر و کاهش سطح مرگ و میر طبیعتاً پاسخ مشابهی را به دنبال نداشت؛ چراکه کاهش مرگ و میر، ثبات یا حتی افزایش باروری و نهایتاً افزایش جمعیت، مازاد جمعیت را برای پیدا کردن شغل، روانه شهرها کرده و بدون آنکه الگوی باروری را تغییر داده باشد آن را در مناطق شهری نیز اشاعه داده است. (عبدالملکی، ۱۳۷۵: ۷۰).

خانواده‌های روستایی - برای این که بتوانند حداکثر استفاده را از فرزندان ببرند، معمولاً فاصله بین مولید را به حداقل می‌رسانند که این امر بر روی احتمال بقای کودکان تأثیر می‌گذارد. تأثیر فاصله بین مولید به طور گسترده‌ای وابسته به متن اجتماعی، فرهنگی و تاریخی مکانی است که مطالعه در آنجا صورت می‌گیرد. به طور واضح همانند تغییرات

اجتماعی، زندگی در درون خانواده‌ها هم تغییر می‌کند. برای مثال، همان طوری که میزان‌های باروری کاهش می‌یابد و سیاست‌های خانواده بهبود پیدا می‌کند، برتری نسبی فاصله موالید ممکن است تغییر پیدا کند یا ناپدید شود در نتیجه، تأثیر فاصله موالید همیشه به صورت یک الگوی خطی پدیدار نمی‌شود، حقیقت این است که تأثیرات و روند فاصله موالید در زمان و مکان تغییر می‌کند. نوزادانی که در فاصله کوتاه بعد از یک تولد قبلی به دنیا می‌آیند، در معرض خطر بیشتری برای مرگ قرار دارند. دو دلیل برای این امر ذکر شده است: ۱- ضعف مادرانه (Maternal deplet)، جایی که مادر با داشتن حاملگی‌های نزدیک به هم، ضعیف می‌شود. ۲- رقابت بین فرزندان، جایی که دو فرزند جوان برای منابع کمیاب خانواده رقابت می‌کنند و این رقابت غالباً به زیان فرزند کم سن‌تر منتهی می‌شود (لوکاس، ۱۳۸۱: ۶۹). فاصله کم، باعث رقابت کودکان برای منابعی مانند غذا و لباس خواهد شد. چنین امری ممکن است در بین خواهر و برادرانی که فاصله تولدشان کم است، باعث سرایت بیماری‌های عفونی گردد. فاصله کوتاه موالید، علاوه بر این که بر سلامتی کودک تأثیر می‌گذارد بر سلامت مادران نیز بی‌تأثیر نیست، زیرا در چنین موقعیتی، مادر فرصت کافی جهت جبران ضایعات جسمانی و روحی ناشی از حاملگی ندارد و همین امر باعث کوتاه شدن دوره شیردهی و سوء تغذیه کودکان می‌شود. احتمال مرگ در شیر خوارانی که با فاصله کمتر از ۲ سال از یکدیگر بدنیا آمده‌اند دو برابر آن‌هایی است که با فاصله ۲ تا ۴ سال متولد شده‌اند. لذا اگر در همه تولدها، حداقل ۲ سال فاصله رعایت شود، میزان مرگ در شیر خواران ۱۰ درصد و میزان مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال تا ۱۶ درصد کاهش خواهد یافت (امیدی، ۱۳۸۰: ۲۹۷).

با تشریح عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان، می‌توان به یک مدل تحلیلی رسید. در مدل تحلیلی ترسیم شده در این مطالعه، مهمترین مفهومی که رابطه آن با مرگ و میر کودکان مورد توجه بوده، فقر و محرومیت اجتماعی است. در مدل طراحی شده، محرومیت اجتماعی، هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم از طریق متغیرهای دیگر با مرگ و میر کودکان رابطه دارد.

مدل تحلیلی عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان



فرضیات پژوهش

- بین محرومیت اجتماعی و وضعیت زنده مان‌ی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین آگاهی از مراقبت‌های کودکان و وضعیت زنده مان‌ی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین ترجیح جنسی و وضعیت زنده مان‌ی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین نوع ازدواج (فامیلی و غیر فامیلی) و وضعیت زنده مان‌ی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین بهداشت تغذیه و وضعیت زنده مان‌ی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین شاخص‌های جمعیتی و وضعیت زنده مان‌ی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.

روش شناسی تحقیق

مطالعه حاضر مبتنی بر روش پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل آن دسته از زنان ۴۹-۱۵ ساله استان ایلام است که حداقل دارای یک فرزند شده‌اند، اعم از این که فرزندان‌ش هم اکنون زنده باشند یا فوت کرده باشند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۵۰۰ به دست آمده که متناسب با تعداد افراد ساکن در نقاط روستایی و شهری، بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای در مدت یک ماه بین پاسخگویان توزیع و جمع‌آوری گردید.

متغیرهای مورد مطالعه

متغیر وابسته: در مطالعه حاضر، متغیر وابسته مرگ و میر کودکان است که در دو مقوله «کودکان تا قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی زنده مانده‌اند و کودکان تا قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی فوت کرده‌اند» قرار گرفته است.

متغیرهای مستقل: متغیرهای مستقل شامل شاخص‌های جمعیتی، بهداشت تغذیه، آگاهی از مراقبت‌های کودکان، نوع ازدواج و ترجیح جنسی است که از طریق گویه‌های مختلفی مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند.

شخصها	نام مفهوم
تحصیلات والدین، امنیت اجتماعی، ارتباط اجتماعی، محرومیت مادی، وضعیت محله مسکونی	محرومیت اجتماعی
نوع تغذیه کودکان، نحوه شستشوی میوه‌ها و سبزیها	بهداشت تغذیه
بعد خانوار، فاصله بین موالید، سن به هنگام ازدواج، سن به هنگام تولد اولین فرزند	شاخص‌های جمعیتی
درآمد خانوار، منزل مسکونی، مساحت منزل، هزینه خانوار	محرومیت مادی

اعتبار (Validity) و روایی (Reliability)

روایی

روایی، یکی از ویژگی‌های فنی ابزار اندازه‌گیری است. این مفهوم با این امر سروکار دارد که ابزاراندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. برای محاسبه ضریب روایی، شیوه‌های مختلفی وجود دارد که در مطالعه حاضر از روش آلفای کرونباخ (Cronbachs Alpha) استفاده شده است و نتایج حاصل از آن در جدول ذیل آورده شده است:

ضریب روایی شاخص‌ها

شاخص	ضریب آلفا
ترجیح جنسی	۰/۷۷
امنیت اجتماعی	۰/۷۰
ارتباط اجتماعی	۰/۶۵
وضع محله مسکونی	۰/۶۷
آگاهی از مراقبت‌های کودکان	۰/۶۸

اعتبار

اعتبار به این سوال پاسخ می‌دهد که ابزاراندازه‌گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می‌سنجد. بدون آگاهی از اعتبار ابزاراندازه‌گیری، نمی‌توان به دقت داده‌های حاصل

از آن اطمینان داشت (سرمد، ۱۳۸۱: ۱۷۰). تحقیق حاضر مبتنی بر اعتبار سازه‌ای است. لذا در مدل اندازه‌گیری لیزرل ضرایب مشاهده شده بر روی متغیر پنهان به عنوان اعتبار آن شاخص در نظر گرفته شده است، یعنی هر چه ضرایب حاصل بالاتر باشد، اعتبار سازه افزایش می‌یابد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در مطالعه حاضر به منظور بررسی فرضیات / با توجه به دو مقوله‌ای بودن متغیر وابسته / از رگرسیون لجستیک استفاده شده است. همچنین برای تأیید مدل نظری ارائه شده، مدل معادلات ساختاری بکار گرفته شده است.

یافته‌ها و نتایج تحقیق

کل کودکان مورد مطالعه در این بررسی ۱۵۲۵ نفرند که از این تعداد، ۱۲۹ نفر یا ۸/۵ درصد، قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی فوت کرده‌اند و ۱۳۹۶ تن تا سن ۵ سالگی زنده مانده‌اند. ۷۹/۶ درصد از مادران پاسخگو، با واقعه فوت فرزند مواجه نبوده‌اند و ۲۰/۴ درصد بقیه، از یک تا چهار فرزند خود را از دست داده‌اند. در این میان، ۱۵/۶ درصد پاسخگویان، یک فرزند و ۰/۴ درصد، سه و چهار فرزند را که سن هر کدام از این فوت شدگان کمتر از پنج سال بوده، از دست داده‌اند.

بیشترین فراوانی کودکان فوت شده مربوط به سنین زیر یک سال است به طوری که ۸۳/۷ درصد از کل فوت شدگان را به خود اختصاص داده است که دلیل عمده این امر، آسیب‌پذیری بیشتر کودکان در سنین پایین است و هر چه سن بالاتر می‌رود. احتمال مرگ و میر هم کاهش پیدا می‌کند. میانگین سن ازدواج (۱۸/۷) در جامعه مورد بررسی نشان می‌دهد که اکثر زنان مورد مطالعه در سنین پایین ازدواج کرده و تعداد کمی از آن‌ها در سنین بالا اقدام به ازدواج کرده‌اند. این امر ممکن است به دلیل توقعات پایین این زنان و همچنین تحصیلات پایین آن‌ها در هنگام ازدواج باشد.

۲۹/۲ درصد مادران تا زمان بررسی فقط یک بچه و ۵۲ درصد آن‌ها کمتر از ۳ بچه به دنیا

آورده‌اند. تنها ۳ درصد مادران فاصله بین مولیدشان ۱۲ ماه است و ۲۹/۲ درصد، از آن‌ها فاصله بین مولید شان به طور متوسط سه سال بوده است. ۲۹ درصد پاسخگویان را زنانی تشکیل می‌دهند که در زمان بررسی تنها دارای یک فرزند بوده‌اند. این امر نشان از تأثیر برنامه‌های تنظیم خانواده بر روی میزان باروری زنان دارد. میانگین فاصله بین مولید به طور متوسط ۴۱/۸ ماه بوده است.

تعداد فوت شدگان دختر و پسر در جامعه مورد بررسی با همدیگر تقریباً یکسان است؛ به طوری که ۴۹/۶ درصد فوت شدگان را پسر و ۵۰/۴ درصد را دختر تشکیل می‌دهد. از این وضعیت می‌توان چنین استنباط کرد که توجه و مراقبت از دختران و پسران در این جامعه تا حدودی یکسان است.

تحلیل روابط آماری

با توجه به این که جامعه آماری در مطالعه حاضر جمعیت زنان ۴۹-۱۵ ساله ازدواج کرده‌ای است که حداقل یک فرزند زنده به دنیا آورده‌اند، به منظور مطالعه دقیق تر عوامل مؤثر بر زنده ماندن کودکان، ابتدا تحلیل داده‌ها برای کل استان، سپس برای نقاط روستایی و شهری به طور جداگانه انجام گرفته است.

زمانی که متغیر وابسته مورد نظر دو مقوله‌ای است، معمولاً مفروضات زیربنایی مدل خطی به ندرت قانع کننده است زیرا پیش بینی‌ها ممکن است خارج از فاصله صفر و یک قرار گیرند. لذا ضرورت استفاده از رگرسیون لجستیک در چنین مواقعی احساس می‌شود.

نتایج و تحلیل مدل رگرسیونی در سطح استان

پس از ورود متغیرهای مستقل محرومیت اجتماعی، شاخص‌های جمعیتی، آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان، ترجیح جنسی، بهداشت تغذیه و نوع ازدواج، چهار مدل ایجاد شد که هر مدل نسبت به مدل قبلی از توانایی بیشتری برخوردار بود. مدل نهایی رگرسیون و ضرایب برآورد شده در جدول صفحه بعد آورده شده است :

ضرایب برآوردشده برای عوامل باقی مانده در مدل نهایی رگرسیون لجستیک در کل استان ایلام

Exp(B)	Sig	df	Wald	S.E	B	
۷/۹۲۷	۰/۰۰۰	۱	۵۱/۳۴۶	۰/۲۸۹	۲/۰۷۰	محرومیت اجتماعی
۲۴/۷۰۱	۰/۰۰۰	۱	۴۱	۰/۵۰۱	۳/۲۰۷	نوع ازدواج
۳/۲۶۰	۰/۰۰۰	۱	۱۶/۶۰۷	۰/۲۹۰	۱/۱۸۲	آگاهی از مراقبت‌های کودکان
۲/۴۶۵	۰/۰۰۰	۱	۸/۱۶۱	۰/۳۱۶	۰/۹۰۲	شاخص‌های جمعیتی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱	۹۱/۳۶۵	۱/۶۶۹	۱۵/۹۵۵	عرض از مبدا

تابع لجستیک، تابعی است که در آن الگوریتم طبیعی بخت‌های متغیر وابسته، به وسیله تابعی خطی از متغیرهای مستقل پیش بینی می‌شود. حال می‌توان معادله رگرسیون لجستیک را برای وضعیت زنده ماندن کودکان تا قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی برای کل استان ایلام از طریق ضرایب B به صورت ذیل نوشت:

(نوع ازدواج) $+۳/۲۰۷$ (محرومیت اجتماعی) $+۲/۰۷۰$ $- ۱۵/۹۵۵ =$ عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان

(شاخص‌های جمعیتی) $+۰/۹۰۲$ (آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان) $+۱/۱۸۲$

نتایج و تحلیل مدل رگرسیونی در نقاط شهری استان

پس از بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته در کل استان ایلام، اینک به بررسی و تحلیل مدل‌های رگرسیونی در نقاط شهری و روستایی به طور جداگانه می‌پردازیم. با انتخاب پاسخگویان نقاط شهری و پس از ورود متغیرهای مستقل در مدل رگرسیونی، سه مدل از طریق تغییر در تعداد متغیرهای مستقل به دست می‌آید. مدل نهایی رگرسیون و ضرایب برآورد شده در جدول صفحه بعد آورده شده است:

ضرایب برآوردشده برای عوامل باقی مانده درمدل نهایی رگرسیون لجستیک در نقاط شهری استان

Exp(B)	Sig	df	Wald	S.E	B	
۸/۱۳۶	۰/۰۰۰	۱	۳۰/۸۱۳	۰/۳۷۸	۲/۰۹۶	محرومیت اجتماعی
۲۶/۵۴	۰/۰۰۰	۱	۲۹/۸۸	۰/۶۰۰	۳/۲۷۹	نوع ازدواج
۶/۶۲۵	۰/۰۰۰	۱	۲۱/۷۰	۰/۴۰۶	۱/۸۶۱	آگاهی از مراقبت‌های کودکان
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱	۶۳/۳۸	۲	۱۵/۹۴	عرض از مبدا

حال می‌توان معادله رگرسیون لجستیک را برای وضعیت زنده ماننی کودکان تا قبل از سن ۵ سالگی برای نقاط شهری استان ایلام از طریق ضرایب B به صورت ذیل نوشت:

(نوع ازدواج) $3/279 +$ (محرومیت اجتماعی) $2/096 +$ $15/94 -$ = عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان

(آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان) $1/891 +$

نتایج و تحلیل مدل رگرسیونی در نقاط روستایی استان

در این قسمت از مطالعه، تأثیر متغیرهای مستقل بر زنده ماننی کودکان در نقاط روستایی مورد بررسی قرار می‌گیرد. پس از ورود متغیرهای مستقل، چهار مدل مختلف از طریق تغییر در تعداد متغیرهای مستقل به دست آمده است. مدل نهایی رگرسیون و ضرایب برآورد شده در جدول ذیل آورده شده است:

Exp(B)	Sig	df	Wald	S.E	B	
۱۲/۲۸۲	۰/۰۰۰	۱	۱۴/۹۰۷	۰/۶۵۰	۲/۵۰۸	محرومیت اجتماعی
۵۸/۹۹۳	۰/۰۰۱	۱	۱۲/۰۵۱	۱/۱۷۵	۴/۰۷۷	نوع ازدواج
۷/۸۴۳	۰/۰۰۲	۱	۹/۲۹۸	۰/۶۷۵	۲/۰۶۰	شاخص‌های جمعیتی
۳/۲۳۶	۰/۰۲۲	۱	۵/۲۲۹	۰/۵۱۴	۱/۱۷۴	بهداشت تغذیه
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱	۲۸/۲۱۴	۳/۹۴۲	۲۰/۹۳۷	عرض از مبدا

حال می‌توان معادله رگرسیون لوجستیک را برای وضعیت زنده ماننی کودکان تا قبل از سن ۵ سالگی برای نقاط روستایی استان ایلام از طریق ضرایب B به صورت ذیل نوشت:

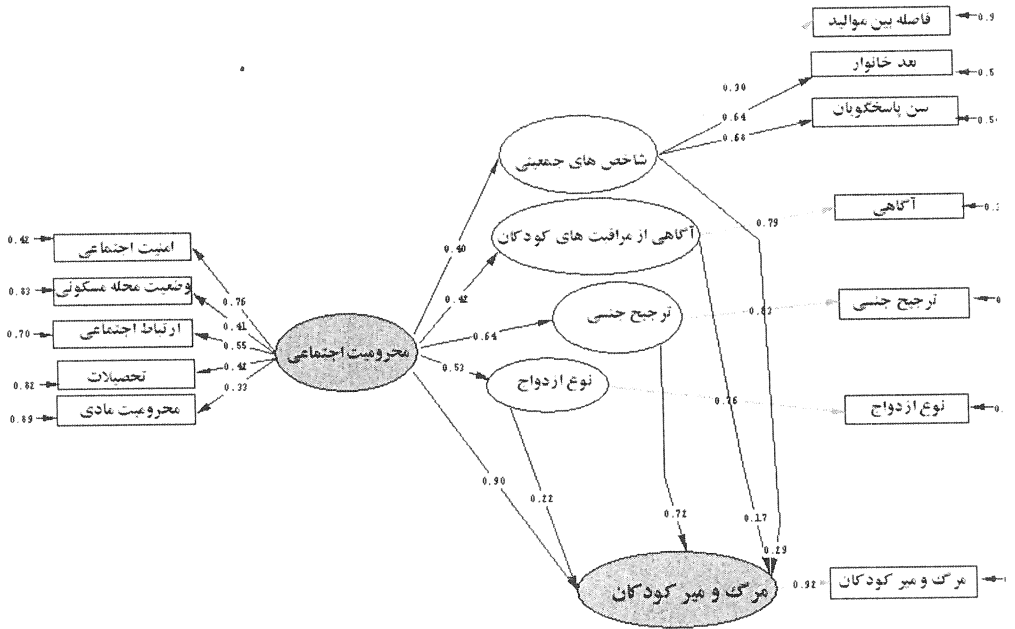
$$+ (\text{محرومیت اجتماعی}) \left(\frac{2}{508} + \frac{20}{937} \right) = \text{عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان}$$

$$(\text{بهداشت تغذیه}) \frac{1}{174} + (\text{شاخص‌های جمعیتی}) \frac{2}{060} + (\text{نوع ازدواج}) \frac{4}{077}$$

الگوسازی معادلات ساختاری (Structural Equations Modelling)

مدل الگوسازی معادلات ساختاری (SEM) شامل مجموعه‌ای از مدل‌های شناخته شده به نام‌های گوناگون از جمله تحلیل ساختار کواریانس، تحلیل متغیر پنهان و تحلیل عامل تأییدی است. آنالیز ساختار کواریانس برای اولین بار توسط «پاک و باگ من» برای توصیف روش تحلیل عوامل تأییدی به کار گرفته شد این روش تلاش می‌کند که روابط بین مجموعه‌ای از متغیرهای عینی مشاهده شده در قالب تعداد محدودتری متغیرهای نهفته بیان نماید (قاضی طباطبایی، ۹۹: ۱۳۷۴). الگوسازی معادلات ساختاری به محقق اجازه می‌دهد تا به تحلیل علی متغیرهای مکنون و متغیرهای مشاهده شده به طور همزمان بپردازد بر این اساس، در مطالعه حاضر سعی شده است تا ارتباط بین متغیرهای مکنون و مشاهده پذیر به طور ساختاری بررسی شود. برای آزمون اعتبار سازه‌ای وسیله اندازه‌گیری و آزمون نیکویی برازش ساختار مورد نظر با استفاده از نرم‌افزار لیزرل و با در اختیار داشتن داده‌های مربوط به متغیرها تحلیل عوامل تأییدی به عمل آمد. پس از انتقال داده‌ها از نرم افزار Spss به نرم افزار Lisrel و با توجه به مدل نظری ارائه شده در چارچوب نظری تحقیق، مدلی به دست آمده که شرح کامل آن در پی آمده است:

مدل لیزرل مؤثر بر مرگ و میر کودکان



معیارهای نیکویی برازش مدل با داده‌ها

۱- Goodness of index یا معیار (GFI) Adjusted Goodness of index یا معیار (AGFI):

هر دو این معیارها بین صفر و یک متغیر هستند و هر چه به عدد یک نزدیکتر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است (قاضی طباطبایی، ۱۰۳: ۱۳۷۷). بر اساس مدل طراحی شده، مقدار شاخص $GFI = 0/92$ است. بنابراین مدل، دارای برازش نسبتاً خوبی است و مقدار شاخص AGFI به عنوان تصحیح یافته شاخص GFI، $0/85$ است.

۲- Root mean squared residual یا (RMR): RMR معیاری است برای اندازه‌گیری

متوسط باقی مانده‌ها که تنها در ارتباط با اندازه واریانس و کوواریانس قابل تفسیر است. مقدار این شاخص در مطالعه حاضر، $0/036$ است.

۳- Chi - square یا کمیت کی دو: یکی دیگر از آماره‌هایی که به منظور برازش کلی مدل به

کار می‌رود، کمیت کی دو است. معمولاً مقادیر بزرگ کی دو حاکی از برازش بد و مقادیر کوچک آن نشان از خوبی برازش مدل دارد. برای قضاوت در مورد کوچکی و بزرگی کی دو باید از درجه آزادی و P-Value استفاده نمود (سلطانی تیرانی ۱۳۷۸، ۱۲۵). بدین منظور از شاخص نسبی کی دو استفاده می‌شود که ارزش عددی آن در مدل مورد نظر ۶ است که تا حدودی نزدیک به گفته هورمن و گارسون است. از این رو، براساس کی دو به دست آمده می‌توان گفت که مدل، از برازش مناسبی برخوردار است. جدول صفحه بعد، آزمون نیکویی برازش ساختار نظری مطرح شده با داده‌های مشاهده شده و اعتبار سازه‌ای وسیله اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

محرومیت اجتماعی به عنوان یکی از مفاهیم اساسی در پژوهش حاضر، به بحث در مورد نابرابری‌های اجتماعی می‌پردازد. این مفهوم از طریق پنج شاخص امنیت اجتماعی، محرومیت مادی، تحصیلات والدین، وضع محله مسکونی و ارتباط اجتماعی، مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است که بر اساس تحلیل چندمتغیره، مفهوم محرومیت اجتماعی با زنده مانی کودکان رابطه داشته به طوری که به ازای هر واحد بهبود در محرومیت اجتماعی، به میزان $7/927$ برابر از مرگ و میر کودکان کاسته می‌شود. در مدل معادلات ساختاری نیز به عنوان یکی از مفاهیم

Latent Variables Model (Multiple items per construct)						
Path	Standardized path estimates					
۱۶	۰/۹۰					
۲۶	-۰/۶۴					
۳۶	-۰/۵۳					
۴۶	۰/۴۲					
۵۶	۰/۴۰					
۱۲	-۰/۷۲					
۱۳	-۰/۲۲					
۱۴	۰/۱۷					
۱۵	۰/۲۹					
۲۴	۰/۰۲					
Latent Variables	X2	df	GFI	AGFI	R.MR	P-Value
Model	۲۶۱/۶	۴۳	۰/۹۲	۰/۸۵	۰/۰۳۶	۰/۰۰۰

تأثیرگذار در مدل نهایی باقی مانده و معنی دار بوده است. وضعیت بهداشتی و تغذیه کودکان نیز مفهومی است که به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر مرگ و میر کودکان در مدل تحلیلی آورده شده است. در مدل رگرسیون لجستیک مربوط به نقاط روستایی معنی دار بوده و رابطه آن با متغیر وابسته بدین صورت بوده که به ازای هر واحد بهبود در بهداشت تغذیه کودکان، به میزان ۳/۲۳۶ برابر از مرگ و میر کودکان کاسته می شود. نوع ازدواج‌ها یکی دیگر از متغیرهای مستقلی است که رابطه آن با متغیر وابسته، مورد مطالعه قرار گرفته است. رابطه این متغیر با متغیر وابسته در مدل‌های رگرسیونی در نقاط شهری و روستایی، معنی دار بوده و در مدل معادلات ساختاری، آورده شده و معنی دار بوده است.

ترجیح جنسی نیز یکی دیگر از متغیرهای کیفی مطالعه حاضر است. رابطه این متغیر با متغیر وابسته در سطح تحلیل دو متغیره، معنی دار بوده اما در مدل‌های رگرسیونی، معنی دار

نبوده است.

در کنار عوامل کیفی، رابطه شاخص‌های جمعیتی با زنده مانی کودکان مورد بررسی قرار گرفته است. رابطه شاخص‌های جمعیتی در سطح تحلیل چند متغیره به عنوان مفهومی با مرگ و میر کودکان مورد مطالعه قرار گرفته است که کسر برتری به دست آمده برای این مفهوم ۲/۴۶۵ بوده که نشان می‌دهد به ازای افزایش یک واحد از این عامل، از میزان احتمال مرگ و میر کودکان ۲/۴۶۵ برابر کاسته خواهد شد.

در مجموع می‌توان گفت که با توجه به سطح تحلیل متغیرها، رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته، به صورت‌های گوناگون بوده است؛ زیرا میزان ارتباط و نحوه تأثیرگذاری متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، در سطح تحلیل دو متغیره و چندمتغیره متفاوت است، به طوری که تمامی مفاهیم و متغیرهای مستقل در سطح تحلیل دو متغیره، معنی‌دار بوده و با متغیر مستقل، ارتباط داشته‌اند. در سطح تحلیل چندمتغیره، رابطه متغیرهای مستقل به طور همزمان با متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است؛ به طوری که در مورد کل استان، متغیرهای محرومیت اجتماعی، نوع ازدواج، آگاهی از مراقبت‌های کودکان و شاخص‌های جمعیتی در مدل نهایی باقی مانده‌اند. در نقاط شهری استان، متغیرهای محرومیت اجتماعی، نوع ازدواج و آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان در مدل نهایی باقی مانده‌اند. در نقاط روستایی استان، متغیرهای محرومیت اجتماعی، نوع ازدواج، شاخص‌های جمعیتی و بهداشت تغذیه در مدل نهایی رگرسیون لجستیک باقی مانده‌اند. در واقع در مدل‌های گوناگون اجرا شده، متغیرهای محرومیت اجتماعی و نوع ازدواج در مدل نهایی باقی مانده‌اند و تأثیرگذاری این متغیرها بیش از متغیرهای دیگر بوده است. بنابراین مرگ و میر نزد خانواده‌هایی که دچار محرومیت اجتماعی هستند و یا ازدواج‌های فامیلی را انتخاب کرده‌اند بیش از دیگر خانواده‌ها است. علاوه بر این، آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان، شاخص‌های جمعیتی و بهداشت تغذیه نیز بر زنده مانی کودکان مؤثر بوده‌اند.

به منظور تأیید مدل تحلیلی مطرح شده، از معادلات ساختاری استفاده شده است که مدل طراحی شده تمامی متغیرهای مستقل مطرح شده را به استثنای بهداشت تغذیه تأیید می‌کند و هر کدام از متغیرهای مستقل به طور مستقیم یا غیرمستقیم، با متغیر وابسته در ارتباط هستند. در این میان، متغیر محرومیت اجتماعی هم به طور مستقیم و هم با تأثیرگذاری بر متغیرهای

دیگر، در زنده‌مانی کودکان تأثیر داشته است در واقع محرومیت اجتماعی سبب افزایش ترجیح جنسی، تمایل خانواده‌ها به ازدواج‌های فامیلی، پایین بودن آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان و رعایت نکردن شاخص‌های جمعیتی خواهد شد آگاهی از مراقبت‌های ویژه کودکان نیز سبب می‌شود که خانواده‌ها تفاوتی بین فرزندانشان قایل نشوند و از همه آن‌ها به طور یکسان مراقبت کنند.

پیشنهادها

با توجه به تأثیرگذاری شاخص‌های جمعیتی (سن پاسخگویان، بعد خانوار و فاصله بین مولید) بر مرگ و میر کودکان، ضروری است که این‌گونه تغییرات رفتاری از طریق سیاست‌های خاص اجتماعی و برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و بومی انجام گیرد.

- به نظر می‌رسد کاهش فراتر مرگ و میر کودکان، در گرو توجه بیشتر به جنبه‌های رفتاری است، چرا که آرامش روحی و روانی مادر، ارتباط اجتماعی مناسب و برخورداری از محله مسکونی مطلوب، تأثیر زیادی بر مرگ و میر کودکان دارد.

- تشویق و ترغیب خانوارها، بالاخص مادر به شرکت در گروه‌ها و سازمان‌های غیر دولتی تا هم ارتباط اجتماعی مطلوب حفظ گردد و هم بر آگاهی‌ها و دانش افراد خانوار اضافه گردد .
- با توجه به تأثیرپذیری مرگ و میر کودکان از نوع ازدواج‌ها (فامیلی، غیر فامیلی)، در صورت امکان از ازدواج‌های فامیلی که باعث تولد فرزندان معیوب می‌شود، جلوگیری به عمل آید.

- افزایش آگاهی زوجین از طریق رسانه‌ها و مراکز مشاوره خانواده که داشتن فرزندان سالم، در مقایسه با جنس فرزند، از اهمیت بیشتری برخوردار است.

منابع:

- امید، افسر و دیگران. ۱۳۸۰. بررسی فاصله‌گذاری بین مولید با رشد جسمی کودکان زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان کرج. مجله پژوهشی ادویه، سال دوازدهم، شماره ۴، زمستان.

- سرمد، زهره و دیگران. ۱۳۸۱. روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات آگاه.

- سلطانی تیرانی، فلورا. ۱۳۷۸. کاربرد تجزیه و تحلیل علی در پژوهش‌های علوم اجتماعی و علوم رفتاری. تهران، مرکز آموزش مدیریت دولتی.
- شیخی، محمد تقی. ۱۳۷۵. جمعیت شناسی اقتصادی اجتماعی. تهران، شرکت سهامی انتشار.

- عبدالملکی، احمد. بررسی رابطه میزان باروری با عوامل اجتماعی، جمعیتی در شهرستان‌های ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ۱۳۷۵.
- فریمانی، مرضیه. ۱۳۸۱. بررسی رابطه نوع زایمان با موفقیت در شیر دهی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، سال نهم، شماره یک.
- قاضی طباطبایی، محمود. ۱۳۷۴. مدل‌های ساختار کوواریانس یا مدل‌های لیزرل در علوم اجتماعی. تبریز، نشریه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تبریز، سال اول شماره مسلسل ۲.

- قاضی طباطبایی، محمود. ۱۳۷۷. روش‌های لیزرل و ساختار آن‌ها. تبریز، نشریه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تبریز، سال ۴۱ شماره مسلسل ۲.
- لوکاس، دیوید و دیگران. ۱۳۸۱. درآمدی بر مطالعات جمعیت شناسی. ترجمه حسین محمودیان. انتشارات دانشگاه تهران.

- مردانی و همکاران. ۱۳۷۸. سوء تغذیه و عوامل مؤثر در کودکان لرستان. حکیم، دوره ۲، شماره ۲.

- میرزایی، محمد. ۱۳۷۳. ملاحظات جمعیتی مرتبط با توسعه در ایران. فصلنامه جمعیت، شماره ۱۰، زمستان.

- میرزایی، محمد. ۱۳۸۱. جزوه درسی مرگ و میر دوره کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.

- Caldwell, J.C., 1979. " Educational as a Factor in Mortality Decline :An Examination of Nigeria Data ", Population Studies (33).

- Flegg, A.T., 1982. " Inequality of Income Helitracy and Medical Care as Determinants of Infant Mortality in Undeveloped Country ,Population Studies (36).

- Johnson, Allan. 2000. The Bleek Well Dictionry of Sociology :A Guide to Sociological Language ,Oxford & masachusetts :Blackweel.

- Mehryar ,Amir H, 1994. Changing Pattern of Mortality in Iran:A Reeviw of Available Evidence ,Working paper ,Tehran.
- Olson.O & etal. 1999. Effect of Maternal Education on Infant Mortality and Stillbirths in Denmark,Danish Institute for Clinical Epidemiology ,Swanemollevej 25,Dk-2100 Copenhagen,Denmark.
- Preston,S.H, 1975. The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development ,Population Studies (2).
- Reimer .B, 2002. Social Exclusion in a Comparative context ,April 27.
- Room .G, 1995. Beyond the Threshold :The Measurement and Analysis of Social Exclusion ,Great Britain:The Policy Press.

