

حوزه‌ها، مؤلفه‌ها و نشانگرهای بهزیستی کودکان در ایران: یک مطالعه دلفی

حمیرا سجادی^۱، مروئه وامقی^۲، فرحناز محمدی شاه‌بلانگی^۳، دلارام علی^۴، سید حسین محقق کمال^۵

^۱متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲روانپزشک، دانشیار پژوهش، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳دکترای پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴کارشناس مددکاری اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۵دکترای مدیریت رفاه اجتماعی، استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نویسنده رابط: مروئه وامقی، نشانی: تهران، بزرگراه همت، بین شیخ فضل اله نوری و بزرگراه شهید چمران، جنب برج میلاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت،

تلفن: ۸۸۶۰۴۶۴۵، پست الکترونیک: m_vameghi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۲؛ پذیرش: ۹۶/۰۸/۰۶

مقدمه و اهداف: بهزیستی کودکان یک سازه چندبعدی است که به جنبه‌های مختلف زندگی کودکان می‌پردازد. مطالعه در پی شناخت حوزه‌های اصلی زندگی کودکان، مؤلفه‌ها و نشانگرهای آن‌ها در ایران است تا در سنجش بهزیستی کودکان در ایران مورداستفاده قرار گیرد.

روش کار: در این مطالعه ابعاد، مؤلفه‌ها و نشانگرهای بهزیستی کودکان که از طریق مرور منابع و دیدگاه‌های مطلعین و کودکان استخراج شده بود، از طریق سه دور مطالعه دلفی توسط ۳۰ نفر از صاحب‌نظران دارای سابقه آموزشی، پژوهشی یا اجرایی در حوزه‌های مختلف زندگی کودکان موردبررسی قرار گرفت. ابعاد و مؤلفه‌های دارای نمره بالاتر از میانگین انتخاب و درصد موافقت اعضا دلفی با نشانگرهای مرتبط با آن‌ها موردسنجش قرار گرفت.

یافته‌ها: شش بعد بهزیستی کودکان شامل سلامت جسمی، مخاطرات و ایمنی، وضعیت اقتصادی، خانواده، بهزیستی فردی و اجتماعی، آموزش و مسکن و محیط زندگی و ۲۵ مؤلفه و ۱۱۰ نشانگر مربوط به ابعاد مختلف بهزیستی کودکان توسط اعضا دلفی انتخاب شدند. در مورد مرتبط بودن نشانگرها با مؤلفه‌ها و ابعاد موافقت ۱۰۰٪، واضح و روشن بودن توافق ۹۶٪، در نظر گرفتن وضعیت حال و آینده کودک ۹۵٪، در بر گرفتن گروه‌های سنی مختلف ۹۵٪، جامع بودن نشانگرها توافق ۸۶٪ و تناسب کلی نشانگرها با مؤلفه‌ها توافق ۹۵٪ حاصل شد.

نتیجه‌گیری: مؤلفه‌ها و بیانگرهای پیشنهادی این مطالعه جهت ساخت شاخص ترکیبی بهزیستی کودکان می‌تواند با پایش و مقایسه وضعیت بهزیستی کودکان ایرانی بین استان‌های کشور و سال‌های متفاوت نقاط قوت و ضعف سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط را مشخص کرده و دولت را در اتخاذ سیاست‌های مناسب و بومی در کشور استان‌ها یاری دهد.

واژگان کلیدی: بهزیستی کودکان، حوزه، مؤلفه، بیانگر، ایران، دلفی

مقدمه

کودک در درون و در تعامل با محیط گسترده‌ای که خانواده، جماعت و جامعه را شامل می‌شود، رشد می‌کند (۳). اندروز بهزیستی کودکان را "عملکرد شخصی سالم و موفقیت‌آمیز، روابط اجتماعی مثبت و یک محیط اجتماعی فراهم آورنده امنیت، حقوق انسانی و مدنی، عدالت اجتماعی و مشارکت در جامعه مدنی" تعریف می‌کند (۴).

رویکردهای مختلفی در خصوص بهزیستی کودکان ارائه شده است. از جمله رویکرد رشدگرایانه به بهزیستی کودکان، نگاه درازمدت داشته و بر انباشت سرمایه انسانی و مهارت‌های اجتماعی

در سال‌های اخیر بهزیستی کودکان و سنجش آن در سطح جهانی موردتوجه روزافزون بوده است (۱-۲). بهزیستی کودکان یک سازه چندبعدی است که به زندگی کودکان و جنبه‌های مختلف آن چون سلامت، شرایط اقتصادی، محیط زندگی و روابط اجتماعی آن‌ها می‌پردازد. مفهوم بهزیستی که ارتباط تنگاتنگی با واژه‌هایی چون رفاه و شادکامی دارد، در حوزه کودکان از مدل کل‌نگر سلامت انسان برگرفته شده و می‌توان آن را مرتبط و برخاسته از رویکردهای بوم‌شناختی اندیشمندانی چون برون فن برنر و اندروز در مورد رشد انسان در نظر گرفت که بر اساس آن

نشانگر کلیدی است و بهزیستی کودکان را در هفت حوزه بهزیستی اقتصادی خانواده، رفتار ایمن/پرخطر، روابط اجتماعی، بهزیستی هیجانی/معنوی، فعالیت اجتماعی، دستیابی آموزشی و سلامت اندازه‌گیری می‌کند (۱۱).

سنجش بهزیستی کودکان امر چندوجهی و دشواری است، چراکه ابعاد مختلف بهزیستی کودکان و شرایط زندگی آن‌ها در حال و آینده متأثر از عوامل متعددی است که بر اساس زیرگروه‌های مختلف جمعیتی و شرایط جغرافیایی و فرهنگی که افراد در آن زندگی می‌کنند، می‌تواند بسیار متفاوت باشد (۳). به‌علاوه از آنجا که مفهوم خوشحال بودن و اهداف زندگی در جوامع مختلف متفاوت است و چگونگی زندگی روزمره، ارزش‌ها و باورهای افراد امری وابسته به فرهنگ است، در مطالعه بهزیستی، در نظر داشتن فرهنگ جوامع راهی برای پیشگیری از آن است که تحقیقات اهداف و معیارهای از پیش تعیین‌شده برای بهزیستی در نظر بگیرند (۱۲).

کشور ما در سه دهه اخیر پیشرفت‌های قابل توجهی در برخی حوزه‌های زندگی کودکان داشته است. در حوزه سلامت برخی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت کودکان مانند مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال، بهبود قابل توجهی نشان می‌دهند (۱۳) و در حوزه آموزش برخی از شاخص‌ها مانند نرخ پوشش واقعی دوره دبستان و راهنمایی تحصیلی افزایش مناسبی داشته است (۱۴). جمع‌آوری نسبتاً منظم داده‌های کشوری مانند اطلاعات سلامت زنان و کودکان از سال ۱۳۷۶ توسط وزارت بهداشت، امکان بررسی وضعیت برخی ابعاد زندگی کودکان و روند آن را در طول سال‌های اخیر فراهم نموده است. با این وجود این گزارش‌ها دارای کمبودهایی مانند نبود اطلاعات سلامت روان یا سلامت جنسی کودکان هستند. همچنین ابعاد دیگر زندگی کودکان مانند شرایط اقتصادی، وضعیت مسکن و محیط زندگی و روابط کودکان با خانواده و هم‌تایان مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار نگرفته و به تبع آن ارزیابی وضعیت و روند این حوزه‌های زندگی کودکان دشوار است.

نظر به ماهیت وابسته به شرایط اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی زندگی کودکان در هر کشور و نبود اطلاعات کافی در بخش‌های مختلف زندگی کودکان در ایران، در این مطالعه برای نخستین بار در کشور تلاش شده است تا با در نظر گرفتن بهزیستی کودکان به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی که زندگی حال و آینده کودکان را در برمی‌گیرد و با رویکرد به برخورداری و سنجش بهزیستی کودکان به‌عنوان بخشی از حقوق آن‌ها، با مشارکت خود کودکان و

برای فردا و به شدن تمرکز دارد. درحالی‌که دیدگاه حقوق کودک بر حقوق کودکان به‌عنوان انسانی که در زمان حال، بهزیستی را تجربه می‌کند، تأکید دارد و نظر کودک در فرایند تصمیم‌گیری در مورد چیسستی بهزیستی و نحوه سنجش آن را جستجو می‌کند. رویکرد کمبودی، تمرکز خود را بر پیامدهای نامطلوب بهزیستی کودکان قرار می‌دهد، درحالی‌که در رویکرد مبتنی بر قوت بهزیستی کودکان یک متغیر مثبت و ادامه‌دار در نظر گرفته می‌شود (۵).

در سنجش بهزیستی کودکان نیز دو رویکرد مهم وجود دارد: یکی رویکردی که بهزیستی کودک را یک مفهوم چندبعدی می‌داند و پس از انتخاب مهم‌ترین ابعاد، آن‌ها را با نشانگرهایی قابل اندازه‌گیری می‌کند و دوم رویکردی که به طور مستقیم وضعیت بهزیستی کودکان را از خود آن‌ها مورد پرسش قرار می‌دهد (۵). پاره‌ای از سنجش‌های بهزیستی نیز ترکیبی از این دو رویکرد را به کار می‌گیرند. بن آریه و فرونز (۲۰۰۷) بر اساس دیدگاه نخست بهزیستی کودکان را کیفیت زندگی آن‌ها در یک مفهوم وسیع و مشتمل بر شرایط اقتصادی کودک، روابط با هم‌تایان، حقوق سیاسی و فرصت‌های رشد دانسته و تأکید می‌کنند که بیشتر مطالعات بر جنبه‌های خاصی از بهزیستی کودکان تمرکز کرده‌اند، درحالی‌که هر تلاشی برای فهم بهزیستی در تمامیت آن، باید نشانگرهایی از ابعاد مختلف آن را در برگیرد (۶).

به این ترتیب هرچند برای سنجش بهزیستی کودکان تعاریف و چارچوب یکسانی وجود ندارد، اما در یک موضوع توافق وجود دارد و آن ماهیت چندبعدی سنجش‌هاست که معرف پیچیدگی زندگی و روابط کودکان است (۷). یک نمونه از این سنجش‌ها، شاخص EU25 است که توسط اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ برای ارزیابی بهزیستی کودکان در ۲۵ کشور اروپایی ساخته شد (۸) و بر اساس دیدگاه سازندگان شاخص، زندگی کودکان از حوزه‌های متعددی تشکیل شده که شامل هفت بعد سلامت، بهزیستی ذهنی، روابط شخصی، منابع مادی، آموزش، رفتارها و مخاطرات و مسکن و محیط است. صندوق کودکان سازمان ملل متحد نیز در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۱۱، دو گزارش از ارزیابی جامع زندگی و بهزیستی کودکان در کشورهای جهان صنعتی (OECD) انجام داده و بهزیستی کودکان را در شش بعد مختلف بهزیستی مادی، سلامت و امنیت، آموزش، روابط با خانواده و هم‌تایان، رفتارها و مخاطرات و احساس ذهنی بهزیستی کودکان ترسیم می‌کند (۹، ۱۰). در آمریکا نیز برای سنجش بهزیستی کودکان از شاخص بهزیستی کودک و نوجوان (CWI) استفاده می‌شود که یک سنجش ترکیبی دارای ۲۸

این مطالعات ۳۰ نفر بودند. در جدول شماره ۱ فهرست اعضا دلفی بر اساس رشته تخصصی و سمت‌های آن‌ها ارائه شده است.

روش اجرا: مطالعه دلفی در سه دور انجام شد. پیش از شروع دور اول مطالعه با اعضا دلفی از طریق تلفن، پیامک یا پست الکترونیکی تماس گرفته شد و ضمن توضیح اهداف مطالعه، موافقت آن‌ها برای شرکت در مطالعه گرفته شد.

ابزار و روش اجرای دور اول: در دور اول مطالعه دلفی، ۹ بعد و ۴۸ مؤلفه بهزیستی کودکان در پرسشنامه دور اول به اطلاع اعضا دلفی رسید (جدول شماره ۲). این ابعاد و مؤلفه‌ها از تجمیع اطلاعات حاصل از مرور منابع و تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام شده با مطلعین کلیدی و بحث‌های گروهی با کودکان در مراحل قبلی مطالعه استخراج شده بود. در مقدمه پرسشنامه ضمن ارائه هدف مطالعه، تعریف نظری و عملیاتی از بهزیستی کودک ارائه گردید. بهزیستی کودکان به‌طور ساده عبارت بود از "مطلوب بودن وضعیت زندگی کودکان در ابعاد یا حوزه‌های مختلف زندگی آن‌ها". منظور از ابعاد، حوزه‌های اصلی زندگی کودکان مانند سلامت و منظور از مؤلفه‌ها اجزا کوچک‌تر هر بعد بهزیستی کودکان مانند مؤلفه تغذیه از بعد سلامت بود. از اعضا تقاضا شد تا با توجه به تعریف ارائه شده و با در نظر گرفتن دو معیار شامل میزان تناسب هر مؤلفه پیشنهادی با بعدی که مؤلفه به آن متعلق است (مثلاً تناسب مؤلفه اشتغال والدین با بعد وضعیت اقتصادی) و میزان اهمیت هر یک از مؤلفه‌ها برای سنجش بهزیستی کودکان، نمره مؤلفه را بر اساس یک طیف شش گزینه‌ای از "مؤلفه مناسبی نیست" تا "تناسب خیلی زیاد" مشخص کنند و در صورت تمایل دلایل خود برای انتخاب گزینه را بیان کنند. همچنین توصیه شد در صورتی که مؤلفه‌های دیگری برای هر بعد می‌شناسند در پرسشنامه اضافه نمایند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات دور اول: نمره هر مؤلفه در هر پرسشنامه بر اساس میزان تناسب و اهمیت تعیین شده توسط اعضا مشخص شد، به طوری که گزینه‌ها از "مناسب نبودن مؤلفه" تا "تناسب خیلی زیاد" از نمره صفر تا ۵ گرفت. مجموع نمرات هر مؤلفه در مجموع ۲۰ پرسشنامه محاسبه شد و میانگین نمره برای ۴۸ مؤلفه از زیاد به کم فهرست شدند. میانگین این میانگین‌ها نیز برای تعیین نقطه برش و انتخاب مؤلفه‌های دارای اهمیت بیشتر محاسبه شد. این میانگین که معادل رقم ۴ بود به عنوان نقطه برش برای انتخاب متغیرها استفاده شد، به طوری که از ۴۸ مؤلفه، ۲۸ مؤلفه دارای میانگین بالاتر از ۴ به عنوان مؤلفه‌های منتخب

افراد صاحب نظر در حوزه‌های مختلف زندگی آن‌ها، مهم‌ترین حوزه‌ها، مؤلفه‌ها و مجموعه‌ای از نشانگرها که بتوان از آن‌ها در ساخت شاخصی برای سنجش وضعیت بهزیستی کودکان استفاده نمود، تعیین گردد.

روش کار

این مطالعه بخشی از یک مطالعه کاربردی است که با هدف تدوین شاخص ترکیبی سنجش بهزیستی کودکان در ایران در سال ۹۵-۱۳۹۴ در شهر تهران انجام گرفت. در شروع مطالعه، منابع بین‌المللی مرتبط با شاخص‌های بهزیستی کودکان جمع‌آوری و اطلاعات مربوط به ابعاد، مؤلفه‌ها و بیانگرهای بهزیستی کودکان استخراج شد. سپس طی یک مطالعه کیفی دیدگاه‌های افراد مطلع کلیدی و کودکان در مورد ابعاد و مؤلفه‌های بهزیستی کودکان از طریق مصاحبه‌های عمیق فردی با کودکان دختر و پسر در دو گروه سنی ۸ تا ۱۱ سال و ۱۳ تا ۱۶ سال در سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی در مناطق ۱، ۵، ۶، ۱۲ و ۲۰ شهر تهران و از طریق فرهنگسراها و مراکز ارائه خدمات حمایتی به کودکان جمع‌آوری شد. مصاحبه با مطلعین با استفاده از پرسشنامه نیمه ساختاریافته‌ای که بر اساس مرور منابع تهیه گردید و بحث‌های گروهی با کودکان با استفاده از پرسشنامه نیمه ساختاریافته و منطبق شده برای بحث‌های گروهی با کودکان انجام شد. هدف از انجام بحث‌های گروهی با کودکان شنیدن صدای کودکان و درک دیدگاه‌های آن‌ها در خصوص مهم‌ترین جنبه‌های زندگی آن‌ها و استفاده از آن در سنجش بهزیستی ایشان بود. سپس مجموعه ابعاد، مؤلفه‌ها و نشانگرهای بهزیستی کودکان که از مرور منابع بین‌المللی، مصاحبه با مطلعین و بحث‌های گروهی با کودکان در مراحل قبلی مطالعه جمع‌آوری شده بود، در سه دور مطالعه دلفی مورد بررسی توسط عده‌ای از صاحب‌نظران قرار گرفته و انتخاب شدند. این مقاله به ارائه یافته‌های مطالعه دلفی و چگونگی انتخاب نهایی این ابعاد، مؤلفه‌ها و مجموعه بیانگرها پرداخته است.

جمعیت هدف و نمونه‌گیری: جمعیت هدف مطالعه یا اعضا دلفی شامل افراد دارای سابقه آموزشی و/یا پژوهشی، کارشناسان و مدیران سازمان‌های مرتبط دولتی و غیردولتی بودند که در حوزه‌های مختلف زندگی کودکان فعالیت داشته و نمونه‌گیری آن‌ها هدفمند و انتخاب آن‌ها بر اساس بارش افکار تیم تحقیق انجام گرفت. تعداد اعضا دلفی با توجه به حجم نمونه مرسوم در

مرحله نیز، با توجه به دیدگاه‌های اعضا دلفی مجدداً برخی مؤلفه‌ها در سایر ابعاد ادغام شده و به این ترتیب تعداد مؤلفه‌ها به ۲۸ و تعداد ابعاد به هفت بعد کاهش یافت.

ابزار و روش اجرای دور سوم: این مرحله سومین و آخرین دور مطالعه دلفی بود و به ارزیابی نشانگرهای مربوط به مؤلفه‌های منتخب در دور دوم اختصاص داشت. در پرسشنامه دور سوم ۷ بعد و ۲۸ مؤلفه منتخب دور دوم با زیر مؤلفه‌های هر یک (اجزا کوچک‌تر مؤلفه‌ها) و برای هر زیر مؤلفه نیز یک یا تعداد بیشتری نشانگر به اطلاع اعضا دلفی رسید. زیر مؤلفه‌های این دور نیز از مراحل قبلی مطالعه اصلی به دست آمده و جمع‌آوری نشانگرهای مرتبط با زیر مؤلفه‌ها از مرور منابع بین‌المللی شاخص‌های بهزیستی کودکان و منابع داخلی مرتبط صورت گرفت. در جمع‌آوری نشانگرها برای ورود به پرسشنامه دور سوم برای مجموعه نشانگرها پنج ویژگی در نظر گرفته شد تا اعضا دلفی بر اساس این ویژگی‌ها مناسب بودن نشانگرها را مورد ارزیابی قرار دهند: در برگرفتن گروه‌های سنی مختلف کودکان (۰ تا ۱۸ سال)، مرتبط بودن نشانگرها با مؤلفه‌های موردسنجش، جامع بودن نشانگرها که نشان‌دهنده پوشش مطلوب مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌های مختلف آن بعد بهزیستی کودکان است، واضح و روشن و قابل فهم بودن نشانگرها و در برگرفتن وضعیت حال و آینده کودکان. در این مرحله تیم تحقیق از اعضا خواست تا میزان موافقت خود با ویژگی‌های مربوط به مجموعه نشانگرهای هر بعد بهزیستی کودکان و کلیه ابعاد را با انتخاب یکی از گزینه‌های مقابل آن (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم) مشخص کنند و در صورتی که با نشانگری موافق نیستند یا مایل به اضافه کردن نشانگرهای دیگری نیز هستند نظر خود را ارائه نمایند.

منابع نشانگرهای داخلی در این مرحله عبارت بودند از سیمای سلامت و جمعیت در ایران ۱۳۹۰، سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰، سالنامه آماری و مجموعه آمارهای جمعیتی سازمان ثبت‌احوال کشور ۱۳۹۰، آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۰، گزارش پیشرفت کنترل ایدز در جمهوری اسلامی، پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۹۳، سیمای بهداشت ۱۳۹۱ و طرح گذران اوقات فراغت ۱۳۹۴.

تجزیه و تحلیل داده‌های دور سوم: فراوانی‌های موافقت اعضا با ویژگی‌های هر حوزه و کل پرسشنامه به درصد محاسبه گردید و در جدولی ارائه شد. همچنین دیدگاه‌ها و پیشنهادهای اعضا دلفی در خصوص نشانگرها نیز مورد بررسی و طبقه‌بندی قرار گرفت.

دور اول مشخص شدند. در این دور، پیشنهادهایی توسط اعضا دلفی ارائه شد، یعنی علاوه بر مؤلفه‌های ارائه شده در پرسشنامه، ۷ مؤلفه هم توسط اعضا دلفی پیشنهاد شدند. همچنین پیشنهادهایی مبنی بر ارائه توضیح در مورد مفهوم برخی مؤلفه‌ها، تغییر نام، جداسازی، حذف یا ادغام برخی مؤلفه‌ها داده شده بود که پس از بررسی پیشنهادهای در جلسه تیم تحقیق، موارد مورد توافق تیم تحقیق در پرسشنامه دوم اعمال شد.

ابزار و روش اجرای دور دوم: در دور دوم، ۲۸ مؤلفه منتخب، ۲۰ مؤلفه رد شده و ۷ مؤلفه‌ی پیشنهادی اعضا دلفی در دور اول، در یک پرسشنامه به اطلاع اعضا دلفی رسید. در مقدمه پرسشنامه توضیحات یا تعاریفی به منظور روشن شدن برخی مفاهیم و مؤلفه‌ها ارائه گردید. از آنجاکه مطالعه دلفی روشی است که امکان اطلاع افراد مطلع از دیدگاه‌های دیگر مطلعین و ارائه نظرات و پیشنهادهای خود را به صورت بی‌نام و بدون شناخت ایشان از یکدیگر فراهم می‌کند، در دور دوم برای هر مؤلفه منتخب و حذف شده، میانگین، کمترین و بیشترین نمره و رتبه آن در مقابل آن نوشته شد تا اعضا دلفی با اطلاع از نمرات به دست آمده از دور قبلی و نظرات سایر مطلعین مجدداً اهمیت و تناسب همه مؤلفه‌ها را مشخص نمایند. همچنین در این دور بر اساس نظر اعضا دلفی و اجماع تیم تحقیق تعدادی از مؤلفه‌ها از یکدیگر تفکیک شدند و مجموعاً در مورد ۵۸ مؤلفه از اعضا نظرخواهی شد. نظر اعضا دلفی در مورد ادغام برخی مؤلفه‌ها نیز به صورت دو سؤال در پرسشنامه مطرح شد. به منظور توجه بیشتر اعضا به دیدگاه‌های کودکان در این دور ۶ مؤلفه پیشنهادی از میان مؤلفه‌های انتخاب شده که در مراحل نخست مطالعه، در بحث‌های گروهی تنها از سوی کودکان مطرح شده یا کودکان تأکید و توجه بیشتری نسبت به آن‌ها داشتند، در پرسشنامه با ستاره مشخص شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌های دور دوم: مانند دور اول مجدداً میانگین‌های نمره هر مؤلفه در مجموع پرسشنامه‌ها محاسبه شد و مؤلفه‌ها برحسب بالاترین تا پایین‌ترین نمره میانگین فهرست شدند. از مجموع میانگین‌ها نیاز میانگین‌گیری شد تا با تعیین این میانگین به عنوان نقطه برش مؤلفه‌های دارای اهمیت بالاتر از سایر مؤلفه‌ها جدا شوند. به این ترتیب عدد ۳۶۹ به عنوان نقطه برش تعیین شد. از مجموع ۵۸ مؤلفه این دوره، ۴ مؤلفه بر اساس پاسخ مثبت اکثریت اعضا در نتایج دور دوم در دو مؤلفه ادغام شدند و تعداد مؤلفه‌ها به ۵۶ کاهش یافت. سپس با توجه به نقطه برش محاسبه شده، ۳۱ مؤلفه دارای نمره بالای میانگین به عنوان مؤلفه‌های منتخب تعیین و ۲۵ مؤلفه دیگر حذف شدند. در همین

ملاحظات اخلاقی

کلیه مراحل تحقیق پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با کد IR.USWR.REC.1393.243 انجام شد. بحث‌های گروهی با کودکان پس از گرفتن موافقت مسئولین هر موسسه انجام گرفت. اهداف مطالعه به گونه قابل‌درک برای کودکان توضیح داده شد و از آن‌ها برای شرکت در بحث و ضبط صدای آن‌ها اجازه گرفته شد. کودکان با نام کوچک آن‌ها که خود را با آن معرفی کرده بودند، مخاطب قرار گرفتند و برای خروج از مکان مصاحبه در طول آن آزاد بودند. برای انجام مصاحبه‌ها با مطلعین و ضبط صدای آن‌ها نیز ضمن توضیح اهداف مطالعه از آن‌ها اجازه گرفته شد. کلیه مراحل مطالعه دلفی نیز با کسب اجازه از صاحب‌نظران و بدون اطلاع اعضا از نام یکدیگر انجام شد.

یافته‌ها

نتایج دور اول مطالعه دلفی

در دور اول مطالعه ۷۰٪ اعضا دلفی در تکمیل پرسشنامه مشارکت داشتند و در پایان دور اول بر اساس نمرات کسب‌شده، از مجموع ۴۸ مؤلفه مربوط به ۹ بعد بهزیستی کودکان، ۲۸ مؤلفه توسط اعضا دلفی انتخاب شدند و ۲۰ مؤلفه نمره کمتر از میانگین به دست آوردند (جدول شماره ۳). چنانکه در جدول آمده است، پنج مؤلفه بهره‌مندی از خدمات سلامت؛ مصرف سیگار، الکل و مواد؛ امنیت در جامعه؛ بیماری و ناتوانی؛ و جرم و خشونت دارای بالاترین رتبه بوده‌اند.

علاوه بر نمره دهی به مؤلفه‌ها، در این دور پیرامون مؤلفه‌ها نظراتی از سوی اعضا دلفی ارائه شد که مهم‌ترین دیدگاه‌های آن‌ها عبارت بود از:

- جداسازی و ادغام برخی مؤلفه‌ها: با توجه به پیشنهادها اعضا، دو مؤلفه بیماری و ناتوانی، درآمد و فقر و سوانح و اقدام به خودکشی از یکدیگر تفکیک شدند. همچنین دو مؤلفه حمایت اجتماعی در تأمین اجتماعی و ایمن‌سازی در بهره‌مندی از خدمات ادغام شدند.

- پیشنهاد مؤلفه‌های جدید: تعدادی مؤلفه جدید نیز توسط اعضا دلفی در دور اول پیشنهاد شده بود. از میان مؤلفه‌های پیشنهادی اعضا در دور اول، ۷ مؤلفه جدید شامل دسترسی به اطلاعات، هنر و فعالیت‌های فرهنگی، مطالعه کتاب، خشونت در جامعه، بهداشت محیط زیست، آمادگی برای شغل و درآمدزایی و حقوق قضایی کودکان برای ورود به دور دوم انتخاب گردیدند.

تیم تحقیق نظر به اهمیت دیدگاه‌های کودکان در تعیین مؤلفه‌ها، شش مؤلفه مورد تأکید کودکان در بحث‌های گروهی مراحل قبلی مطالعه شامل بازی و ورزش، مدرسه، محله، روابط خانوادگی، گردش و مهمانی و مسافرت را در پرسشنامه دور دوم به عنوان مؤلفه‌های مورد تأکید کودکان با علامت ستاره مشخص نمودند.

نتایج دور دوم مطالعه دلفی

در این دور ۷۷٪ اعضا دلفی در مطالعه مشارکت نمودند و ۳۱ مؤلفه به‌عنوان مؤلفه‌های نهایی انتخاب شدند (جدول شماره ۴). چنانکه ملاحظه می‌شود شش مؤلفه بهره‌مندی از خدمات سلامت، امنیت در جامعه، جرم و خشونت، شرکت در آموزش، بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی و کار کودک ۵ رتبه اول و ۵ مؤلفه درک ذهنی از فقر، سلامت دهان و دندان، ارزیابی ذهنی سلامت، درک ذهنی از مسکن و محیط و داشتن حیوان خانگی ۵ رتبه آخر را در دور دوم کسب کردند. در مقایسه با دور اول سه مؤلفه بهره‌مندی از خدمات سلامت، امنیت در جامعه و جرم و خشونت همچنان در میان ۵ رتبه اول قرار داشتند، اما دو مؤلفه شرکت در آموزش رسمی و بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی از دو رتبه ۱۵ و ۱۸ در دور اول به رتبه چهارم صعود کردند. از میان مؤلفه‌های حذف‌شده دور اول، دو مؤلفه روابط خانوادگی (از مؤلفه‌های بحث‌های گروهی کودکان) و هویت کودک و از بین ۷ مؤلفه پیشنهادی اعضا در دور اول، مؤلفه حقوق قضایی کودکان در دور دوم در میان ۳۱ مؤلفه منتخب قرار گرفتند.

بر اساس نتایج این دور و به دلیل ارتباط فراوان دو مؤلفه از سه مؤلفه بعد جامعه شامل امنیت در جامعه و حقوق قضایی کودکان با بعد جرم و خشونت، این دو مؤلفه در بعد جرم و خشونت ادغام شد و مؤلفه باقیمانده نابرابری و احساس تبعیض نیز به بهزیستی فردی و اجتماعی ملحق شد. همچنین تنها مؤلفه بعد اوقات فراغت نیز به مؤلفه مخاطرات و ایمنی ملحق شد. تیم تحقیق در بررسی مجدد مؤلفه‌ها به این نتیجه رسید که علیرغم اهمیت مؤلفه سلامت والدین در بهزیستی کودکان، از آنجاکه این مؤلفه در حقیقت مربوط به سلامت و بهزیستی والدین می‌باشند و به‌صورت غیرمستقیم بر سلامت کودک تأثیر می‌گذارند، از مجموعه مؤلفه‌ها حذف گردد و به‌این‌ترتیب تعداد مؤلفه‌ها به ۲۸ و تعداد ابعاد به هفت بعد کاهش یافت.

نتایج دور سوم دلفی

در دور سوم مجموعه ابعاد، مؤلفه‌ها، زیر مؤلفه‌ها و نشانگرهای بهزیستی کودکان جهت بررسی نظرات اعضا در خصوص میزان موافقت با ویژگی‌های مختلف نشانگرها ارسال شد (جدول ۵). در

بهزیستی کودکان موافقت کامل (۳۸٪) و موافقت (۵۷٪) داشتند. همه اعضا دلفی (۱۰۰٪) با مرتبط بودن کلی نشانگرها با مؤلفه‌ها، ۸۶٪ با جامع بودن نشانگرها، ۹۵٪ با در برگرفتن گروه‌های سنی مختلف، ۹۶٪ با واضح و روشن بودن نشانگرها و ۹۵٪ با در نظر گرفتن حال و آینده کودکان به‌وسیله نشانگرها موافق کامل و موافق بودند. سایر ویژگی‌های مربوط به نشانگرها در هر حوزه در جدول ۵ آمده است.

حوزه سلامت ۳۰ نشانگر، در حوزه مخاطرات و ایمنی ۲۵ نشانگر، در حوزه وضعیت اقتصادی ۱۳ نشانگر، در حوزه مسکن ۶ نشانگر، در حوزه آموزش ۱۴ نشانگر، در حوزه خانواده ۱۳ نشانگر، در حوزه بهزیستی فردی و اجتماعی ۹ نشانگر و مجموعاً ۱۱۰ نشانگر در این پرسشنامه ارائه شد. در این دور مطالعه دلفی ۷۰٪ اعضا مشارکت داشتند. بر اساس نتایج این دور ۹۵٪ اعضا با تناسب کلی نشانگرها برای مؤلفه‌های

جدول شماره ۱ - خروجی مدل رگرسیون خطی عوامل مؤثر بر نمره سلامت عمومی

ردیف	رشته تخصصی	سمت
۱	کارشناسی ارشد اقدامات بشردوستانه	کارشناس سابق یونیسیف ایران
۲	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	مدیرکل سابق دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی
۳	پزشکی عمومی	مسئول در UNAIDS ایران
۴	حقوق	پژوهشگر حقوق کودک
۵	روان‌پزشکی	مسئول اورژانس اجتماعی (کودک‌آزاری) سازمان بهزیستی کل کشور
۶	دکترای روانشناسی	مسئول سازمان غیردولتی کودکان ایلینا
۷	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	پژوهشگر و مسئول سابق خانه کودک شوش
۸	روان‌پزشکی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه و دارای سابقه پژوهش در حوزه مشکلات اجتماعی کودکان
۹	دکترای جرم‌شناسی	پژوهشگر دارای سوابق پژوهشی در حوزه کودکان
۱۰	دکترای روانشناسی	مسئول سازمان غیردولتی حقوق کودکان
۱۱	حقوق	رئیس مرکز تحقیقات کاربردی پلیس پیشگیری و مطلع حقوق کودکان
۱۲	کارشناسی ارشد بهزیستی کودکان، جوانان و خانواده	کارشناس سابق یونیسیف ایران
۱۳	دکترای فیزیولوژی	مسئول در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
۱۴	دکترای اقتصاد	مسئول در وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی
۱۵	دکترای جمعیت‌شناسی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه تهران
۱۶	پزشک متخصص اطفال	عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
۱۷	متخصص تغذیه	عضو هیئت‌علمی بازنشسته دانشگاه تهران و دارای سوابق پژوهشی و اجرایی تغذیه کودکان
۱۸	پزشک متخصص اطفال	مسئول در اداره سلامت کودکان معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۹	دکترای روانشناسی کودکان استثنایی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
۲۰	پزشک متخصص بهداشت مادر و کودک	عضو هیئت‌علمی مرکز تحقیقات جهاد دانشگاهی
۲۱	کارشناسی ارشد مطالعات پیشرفته در حقوق کودک	کارشناس یونیسیف ایران
۲۲	دکترای مددکاری اجتماعی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
۲۳	روان‌پزشکی	کارشناس دفتر سلامت روان و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۴	دکترای اقتصاد	عضو هیئت‌علمی دانشگاه الزهرا و دارای سوابق پژوهشی در حوزه فقر کودکان
۲۵	دکترای جامعه‌شناسی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه تهران
۲۶	دکترای روانشناسی	کارشناس در سازمان غیردولتی کودکان
۲۷	دکترای روانشناسی بالینی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه شهید بهشتی و خانواده درمانگر
۲۸	روان‌پزشکی	عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲۹	مهندسی پلیمر	پژوهشگر حوزه مسائل اجتماعی
۳۰	کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی	فعال حقوق کودک

جدول شماره ۲- ابعاد و مؤلفه‌های ارائه‌شده در دور اول مطالعه دلفی

مؤلفه‌ها	ابعاد	مؤلفه‌ها	ابعاد
بازی و ورزش	اوقات فراغت	تغذیه	سلامت جسمی
مسافرت		سلامت صفر تا ۵ سال	
گردش و مهمانی	وضعیت اقتصادی	ایمن‌سازی	مخاطرات و ایمنی
وضعیت درآمد و فقر		بهره‌مندی از خدمات	
اشتغال والدین		داشتن بیماری و ناتوانی	
تأمین اجتماعی		ظرفیت‌های سلامت	
درک کودک از فقر	مسکن و محیط	سلامت دهان و دندان	خانواده
مسکن		مرگ‌ومیر	
محله	آموزش	ارزیابی ذهنی از سلامت	جامعه
درک کودک از مسکن و محله		مصرف سیگار، الکل و مواد	
نابرابری آموزش		رفتار جنسی	
شرکت در آموزش رسمی		رفتار سلامت	
دستاوردهای آموزشی		جرم و خشونت	
محتوای آموزش		کار کردن کودکان	
مدرسه	بهبودی فردی و اجتماعی	سوانح و اقدام به خودکشی	جامعه
بهبودی ذهنی و روان‌شناختی		سواد سلامت	
مشارکت		کودکان تحت مراقبت	
تعامل با هم‌تایان		ساختار خانواده	
بهبودی معنوی	وضعیت سیاسی	روابط خانوادگی	جامعه
هویت		سلامت افراد خانواده	
شکوفایی استعدادها		وضعیت سیاسی	
داشتن حیوان خانگی		حمایت اجتماعی	
		زیرساخت‌های اولیه	
		نابرابری و احساس تبعیض	
		دسترسی به اینترنت	
		امنیت در جامعه	

جدول شماره ۳- میانگین، کمترین و بیشترین نمرات مؤلفه‌های منتخب دور اول دلفی

رتبه در دور اول	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
۱	بهره‌مندی از خدمات سلامت	۴/۸۳	۰/۵۷	۴	۵
۲	سیگار، الکل و مواد	۴/۶۹	۰/۵۷	۳	۵
۳	امنیت در جامعه	۴/۶۸	۰/۵۷	۳	۵
۴	بیماری و ناتوانی	۴/۶۷	۰/۷۶	۲	۵
۵	جرم و خشونت	۴/۶۵	۰/۶۸	۳	۵
۶	سلامت جنسی	۴/۶۳	۰/۶۰	۳	۵
	وضعیت درآمد و فقر اقتصادی	۴/۶۳	۰/۶۹	۳	۵
۷	سوانح و اقدام به خودکشی	۴/۵۸	۰/۶۱	۳	۵
۸	مرگ و میر	۴/۵۵	۱/۱۹	۰	۵
	تأمین اجتماعی	۴/۵۵	۰/۹۲	۲	۵
۹	کار کودکان	۴/۵۳	۰/۹۱	۲	۵

۵	۳	۰/۷۰	۴/۵۳	کودکان تحت مراقبت	
۵	۳	۰/۸۵	۴/۴۷	بازی و ورزش	۱۰
۵	۳	۰/۷۸	۴/۴۴	مشارکت	۱۱
۵	۲	۰/۹۱	۴/۴۲	ساختار خانواده	۱۲
۵	۱	۱/۰۶	۴/۴۱	نابرابری و احساس تبعیض	۱۳
۵	۰	۱/۲۸	۴/۳۷	تغذیه	۱۴
۵	۰	۱/۴۹	۴/۳۶	شرکت در آموزش رسمی	۱۵
۵	۳	۰/۵۷	۴/۳۱	مسکن	۱۶
۵	۰	۱/۲۷	۴/۲۸	ایمن‌سازی	۱۷
۵	۰	۱/۶۲	۴/۲۳	بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی	۱۸
۵	۰	۱/۴۳	۴/۲۲	نابرابری آموزشی	۱۹
۵	۰	۱/۲۶	۴/۲۲	حمایت اجتماعی	
۵	۰	۱/۲۳	۴/۱۶	مدرسه	۲۰
۵	۰	۱/۱۸	۴/۱۶	سلامت والدین	
۵	۰	۱/۶۰	۴/۱۱	سلامت ۰ تا ۵ سال	۲۱
۵	۰	۱/۲۵	۴/۱۰	تعامل با هم‌تایان	۲۲
۵	۰	۱/۲۵	۴/۰۵	اشتغال والدین	۲۳

جدول شماره ۴- فهرست مؤلفه‌های منتخب دور دوم مطالعه دلفی

رتبه در دور دوم	مؤلفه	میانگین نمره	انحراف معیار	رتبه در دور دوم	مؤلفه	میانگین نمره	انحراف معیار
۱	بهره‌مندی از خدمات سلامت	۴/۸۶	۰/۳۴		نابرابری و احساس تبعیض	۴/۲۳	۰/۷۴
۲	امنیت در جامعه	۴/۷۷	۰/۶۵	۱۲	سلامت والدین	۴/۲۳	۰/۷۳
۳	جرم و خشونت	۴/۷۳	۰/۵۱		اشتغال والدین	۴/۲۳	۰/۸۹
	شرکت در آموزش	۴/۵۹	۰/۶۵	۱۳	مشارکت	۴/۲۲	۱/۱۲
۴	بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی	۴/۵۹	۰/۵۸	۱۴	مسکن	۴/۱۸	۱/۸۳
	کار کودکان	۴/۵۴	۰/۵۳		نابرابری آموزشی	۴/۱۸	۱/۶۵
۵	سیگار، الکل و مواد	۴/۵۰	۰/۵۸	۱۵	وضعیت درآمد	۴/۱۴	۱/۹۳
	بیماری	۴/۵۰	۰/۶۲	۱۶	مدرسه	۴/۰۹	۰/۷۷
۶	ناتوانی	۴/۵۰	۰/۷۷		تعامل با هم‌تایان	۴/۰۹	۰/۵۷
	سلامت جنسی	۴/۵۰	۰/۶۹	۱۷	مراقبت کودکان	۳/۹۱	۰/۸۳
۷	تغذیه	۴/۴۵	۱/۴۳		ساختار خانواده	۳/۹۱	۰/۸۸
۸	سلامت ۰ تا ۵ سال	۴/۳۶	۱/۳۰	۱۸	حقوق قضایی کودکان	۳/۹۰	۰/۹۹
۹	فقر اقتصادی	۴/۳۵	۰/۷۶	۱۹	سوانح	۳/۸۶	۰/۷۹
	تأمین اجتماعی	۴/۲۸	۰/۵۸	۲۰	مرگ‌ومیر	۳/۸۲	۰/۹۳
۱۰	بازی و ورزش	۴/۲۷	۰/۹۹		روابط خانوادگی	۳/۸۲	۱/۱۵
۱۱	هویت کودک	۴/۲۷	۰/۹۹	۲۱		۳/۷۳	۰/۹۵

جدول شماره ۵- مؤلفه‌ها، زیر مؤلفه‌ها و نشانگرهای پیشنهادی دور سوم دلفی

بعد	مؤلفه	زیر مؤلفه	نشانگرهای
		قد	درصد کودکان زیر ۵ سال دارای کوتاه‌قدی/کوتاه‌قدی شدید
	تغذیه	وزن	درصد کودکان زیر ۵ سال دارای لاغری/لاغری شدید درصد کودکان زیر ۵ سال دارای کم‌وزنی/کم‌وزنی شدید میزان کودکان و نوجوانان دارای اضافه‌وزن/ چاقی ۹ تا ۱۶ سال
	سلامت ۵-۰ سال	مرگ‌ومیر	میزان مرگ نوزادان زیر یک ماه در کل کشور میزان مرگ شیرخواران زیر یک سال در کل کشور میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در کل کشور
	تغذیه با شیر مادر		درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان ۰-۶ ماهه درصد استفاده از شیر مادر به‌عنوان غذای اصلی تا ۶ ماهگی درصد تداوم شیردهی تا ۱۲-۱۵ ماهگی و ۲۰-۲۳ ماهگی
	وزن کم هنگام تولد		درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲.۵ و ۱.۵ کیلوگرم
	پیشگیری		در صد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ایمن‌سازی شده(به‌موقع و هر زمان) علیه سیاه‌سرفه، دیفتری و کزاز درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه ایمن‌سازی شده(به‌موقع و هر زمان) علیه فلج اطفال در صد کودکان زیر یک سال ایمن‌سازی شده علیه سرخک
سلامت جسمی	بهره‌مندی از خدمات	غربالگری	تعداد نوزادان تحت پوشش برنامه غربالگری تیروئید در طول یک سال به جمعیت متولدین زنده در همان سال نسبت نوزادان غربالگری شده برای فنیل کتونوری به متولدین زنده در جمعیت تحت پوشش هر دانشگاه برحسب درصد در سال
		توان‌بخشی	درصد کودکان دارای معلولیت تحت پوشش خدمات توان‌بخشی
		درمان	نسبت نیازهای سرپایی که برای رفع آن‌ها خدمتی دریافت شده به کل نیازهای افراد ۰ تا ۱۴ سال نسبت نیازهای سرپایی که برای رفع آن‌ها خدمتی دریافت شده به کل نیازهای مراجعه شده افراد ۰ تا ۱۴ سال متوسط بار مراجعه هر فرد ۰ تا ۱۴ سال برای هر نیازی که برای رفع آن خدمت دریافت شده است متوسط بار مراجعه هر فرد ۰ تا ۱۴ سال برای هر نیاز سرپایی درصدی از افراد ۰ تا ۱۴ سال با نیاز بستری که بستری شده‌اند(زیر یک سال، ۱ تا ۴ سال و ۵ تا ۱۴ سال)
	بیماری	ابتلا به بیماری حاد و مزمن	درصد کودکان زیر ۵ سال مبتلا به مشکل حاد تنفسی درصد ابتلا به اسهال در کودکان زیر ۵ سال درصد کودکان مبتلا به کم‌کاری تیروئید درصد کودکان مبتلا به آسم و دیابت
	نا توانی	معلولیت	نسبت کودکان ۰-۴ ساله، ۵-۹ سال و ۱۰-۱۴ سال دارای معلولیت به کل کودکان هر گروه سنی
	مرگ‌ومیر	مرگ‌ومیر کلی مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات و سوانح	نسبت مرگ کودکان ۵-۹ سال، ۱۰-۱۴ سال و ۱۵ تا ۱۹ سال نسبت مرگ ناشی از تصادفات در افراد ۱۰ تا ۱۹ سال
	مرگ‌ومیر	مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی	شیوع افکار خودکشی/اقدام به خودکشی در جمعیت ۱۵ تا ۱۹ سال
	مصرف سیگار و الکل و مواد	سیگار الکل مواد	شیوع مصرف سیگار در یک ماه گذشته در افراد ۱۵ تا ۱۹ سال شیوع مصرف الکل در یک ماه گذشته در افراد ۱۵ تا ۱۹ سال شیوع مصرف انواع مواد در یک ماه گذشته در افراد ۱۵ تا ۱۹ سال شیوع مصرف حشیش در یک ماه گذشته در افراد ۱۵ تا ۱۹ سال
مخاطرات و ایمنی	سلامت جنسی	رابطه جنسی در نوجوانی	درصد دختران و پسران ۱۵ تا ۱۹ سال، که تماس جنسی قبل از سن ۱۵ سالگی داشته‌اند درصد دختران و پسران ۱۵ تا ۱۹ سال که در ۱۲ ماه گذشته، با بیش از یک شریک، ارتباط جنسی داشته‌اند درصد زنان و مردان ۱۵ تا ۱۹ ساله‌ای که در ۱۲ ماه گذشته رابطه‌ی جنسی با بیش از یک شریک جنسی داشته‌اند و در آخرین ارتباطشان از کاندوم استفاده کرده‌اند میزان زایمان در نوجوانان کمتر از ۱۵ سال
		بیماری‌های مقاربتی و ایدز	درصد نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ سال مبتلا به اچ‌آی‌وی
	اطلاعات، دانش و رفتار		درصد دختران و پسران جوان سنین ۱۹-۱۵ سال که راه‌های پیش‌گیری از انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را به‌درستی

	پیشگیری	می‌دانند و باورهای غلط و مهم درباره‌ی انتقال اچ‌آی‌وی را نمی‌پذیرند.
	خشونت و جرم توسط کودکان	شیوع هر نوع پرخاشگری فیزیکی و پرخاشگری فیزیکی جدی در ۱۲ ماه گذشته در جمعیت ۱۵-۱۹ سال میزان جرائم ثبت‌شده نوجوانان در هر صد هزار جمعیت ۱۷-۱۴ سال درصد کودکانی که در دو ماه گذشته تجربه قلدری و درگیری را دارند
جرم و خشونت	خشونت و جرم علیه کودکان	میزان قربانیان ۱۲ تا ۱۹ سال جرائم خشن درصد کودکانی که خود را قربانی خشونت معرفی می‌کنند
	حقوق قضائی کودکان	درصد نوجوانان دارای پرونده قضائی که دسترسی به وکیل دارند
	کار کودک	نسبت جمعیت ۱۰ تا ۱۴ و ۱۵ تا ۱۹ سال شاغل به‌کل جمعیت همان گروه سنی درصد کودکان بیکار و جویای کار درصد کودکان ۵-۱۱ ساله‌ای که کار با و بدون دستمزد انجام می‌دهند درصد دانش آموزان ۶ تا ۱۴ ساله‌ای که کار می‌کنند
سوانح و تصادفات		میزان بروز حادثه منجر نشده به مرگ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۰ تا ۹ و ۱۰ تا ۱۹ سال شیوع جراحت در منزل در کودکان زیر ۷ سال درصد کودکان زیر ۵ سال که بازی یارانه‌ای می‌کنند
بازی و ورزش		متوسط زمان سپری‌شده توسط جوانان ۱۵-۱۹ ساله به فعالیت‌های تفریحی و فرهنگی درصد کودکان با فعالیت فیزیکی کم
وضعیت درآمد	درآمد خانواده	میان درآمد سالانه کلیه خانواده‌های دارای کودک ۱۸-۰ سال درصد کودکان ۰ تا ۱۷ ساله‌ای که در خانواده‌هایی با درآمد معادل درآمد میان جمعیت زندگی می‌کنند
	فقر خانواده	درصد کودکانی که در خانه‌هایی با درآمدی زیر ۵۰ درصد میانه کشوری زندگی می‌کنند درصد کودکانی که مساعدت‌های مالی و غیرمالی دریافت می‌کنند
وضعیت اقتصادی	فقر اقتصادی سطح برخورداری	تعداد خانوارهای دارای کودک که حداقل یک خودروی سبک (سواری، وانت) دارند تعداد خانوارهای دارای کودک که حداقل یک رایانه در محل سکونت دارند نسبت کودکانی که خود را از خانواده‌های کم برخوردار می‌دانند (داشتن ماشین، اتاق خواب، رایانه، رفتن به تعطیلات)
	اشتغال والدین	تعداد خانوارهای دارای کودک و سرپرست بیکار میزان اشتغال والدین کلیه خانواده‌های دارای کودک ۱۸-۰ سال درصد کودکانی که در خانواده‌هایی بدون بزرگ‌سال شاغل زندگی می‌کنند درصد کودکان با والدین دارای اشتغال غیرمطمئن
	تأمین اجتماعی داشتن بیمه سلامت	درصد کودکان دارای پوشش بیمه پایه و بیمه مکمل میزان بیمه سلامت کودکان کلیه خانواده‌های دارای کودک ۱۸-۰ سال
	زیرساخت‌ها	درصد خانوارهای دارای کودک که از سیستم دفع بی‌بینه و بهداشتی فاضلاب نوال استفاده می‌کنند درصد دفع بهداشتی فضولات کودکان ۰-۲ سال نسبت خانوارهای دارای کودک که منبع تأمین آب مصرفی برای آشامیدن و سایر مصارفشان، شبکه آب‌رسانی عمومی شهر یا آبادی است
مسکن و محیط	مسکن تراکم	نسبت خانوارهای دارای کودک در واحدهای مسکونی دارای لوله‌کشی گاز درصد کودکانی که در خانه‌هایی با بیش از سه نفر در هر اتاق یا کمتر از شش مترمربع برای هر نفر زندگی می‌کنند
	فضای اختصاصی کودک	نسبت کودکانی که دارای فضای اختصاصی در خانه هستند
	نابرابری آموزشی	شاخص برابری جنسیتی در آموزش ابتدایی شاخص برابری جنسیتی در آموزش راهنمایی شاخص برابری جنسیتی در آموزش متوسطه
آموزش	پیش‌دبستانی شرکت در آموزش دبستان	درصد کودکان زیر ۵ سال که در آموزش‌های اولیه دوران کودکی حضور داشته‌اند میزان خالص ورود به‌موقع کودکان به آموزش ابتدایی میزان خالص حضور در آموزش ابتدایی درصدی از دانش آموزان پایه اول ابتدایی که به پایه پنجم ابتدایی می‌رسند

میزان خالص حضور در آموزش راهنمایی	راهنمایی و دبیرستان	
میزان خالص حضور در دبیرستان		
درصد نوجوانانی که موفق به دریافت مدرک دیپلم نشده‌اند		
درصد کودکان ۱۵ تا ۱۹ سال که در آموزش، یادگیری و استخدام نمی‌باشند		
درصد کودکان ۱۵ ساله‌ای که ۱۰ یا کمتر از ۱۰ کتاب در منزل دارند	مدرسه	هزینه‌های آموزش
درصد کودکان زیر ۵ سالی که ۳ یا بیشتر از سه کتاب کودک دارند		
درصد کودکانی که منابع آموزشی خود را محدود گزارش می‌کنند		
تعداد کودکان زیر ۵ سال و ۱۰ تا ۱۴ سال که در موسسه‌ها زندگی می‌کنند	نگهداری در مؤسسات	مراقبت کودکان خارج از خانواده
نسبت کودکان ۰ تا ۱۷ ساله‌ای که توسط والدین یا مراقبین جانشین نگهداری می‌شوند به کودکانی که در شیرخوارگاه نگهداری می‌شوند		
درصد کودکان ۰ تا ۱۷ سال که حداقل با یکی از والدینشان زندگی نمی‌کند		ساختار خانواده
میزان کودکان ۰ تا ۱۸ سال که سرپرستی آن‌ها را یک والد انجام می‌دهد		
درصد کودکانی که با هیچ‌یک از والدین خود زندگی نمی‌کنند		
نسبت کودکانی که نظراتشان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن‌ها در خانه مورد توجه قرار می‌گیرد	مشارکت کودکان در تصمیم‌گیری	
درصد کودکانی که گزارش کرده‌اند والدین آن‌ها زمانی را مختص گفتگو با آن‌ها قرار می‌دهد		خانواده
درصد والدینی که با کودکان خود غذا می‌خورند		
نسبت کودکانی که ارتباط خود را با یک یا هر دو والد خود خیلی خوب گزارش می‌کنند	روابط والدین و کودک	
درصد کودکان ۳۶ تا ۵۹ ماهه‌ای که یک بزرگ‌تر در ۴ یا بیش از ۴ فعالیت (که برای یادگیری آن‌ها ضروری است) با آن‌ها مشارکت کرده است		روابط خانوادگی
درصد کودکان ۲-۱۴ ساله‌ای که هر نوع تنبیه جسمی را توسط هر عضوی از خانواده یک بار یا بیش از یک بار در یک ماه گذشته تجربه کرده‌اند	خشونت در خانواده	
درصد کودکان زیر ۵ سال که حداقل یک‌بار در هفته گذشته و حداقل یک ساعت تنها یا تحت مراقبت یک کودک زیر ۱۰ سال بوده‌اند		
درصد کودکانی که در خانواده‌های دارای پدر یا مادر معتاد زندگی می‌کنند	سلامت روانی - اجتماعی والدین	
درصد کودکانی که بیشتر اوقات احساس شادی دارند	شادی	
درصد کودکانی که بیشتر اوقات احساس رضایت از زندگی دارند	رضایت از زندگی	بهبودی ذهنی و روان‌شناختی
درصد افراد جوانی که اصلاً یا بندرت احساس تنهایی می‌کنند	مشکلات سلامت روان	
شیوع افسردگی در کودکان ۱۵ تا ۱۹ سال		
متوسط زمان سپری‌شده توسط نوجوانان ۱۵-۱۹ ساله به فعالیت‌های داوطلبانه و خیریه در طول روز	مشارکت	بهبودی فردی و اجتماعی
درصد افراد ۱۶ تا ۱۸ ساله شرکت‌کننده در انتخابات ریاست جمهوری		
درصد کودکانی که ارتباط خود را با اعضای گروه همتایان خوب و خیلی خوب گزارش می‌کنند	تعامل با همتایان	
درصد کودکان زیر ۵ سال با سرپرست ایرانی که شناسنامه دارند (ثبت تولد)	هویت	
	نابرابری و احساس تبعیض	
درصد نوجوانانی که بیشتر اوقات احساس تبعیض و نابرابری را تجربه می‌کنند		

جدول شماره ۶- نتایج دور سوم مطالعه دلفی، درصد توافق اعضا با ویژگی‌های مختلف نشانگرهای هر حوزه بهزیستی کودکان

حوزه	میزان توافق (درصد)	مرتبط بودن	جامع بودن	در بر گرفتن گروه‌های سنی مختلف	واضح و روشن بودن	در نظر گرفتن وضعیت حال و آینده کودک	تناسب کلی نشانگرها
سلامت جسمی	کاملاً موافق	۷۱	۲۴	۱۹	۵۲	۳۳	۳۳
	موافق	۲۹	۶۲	۶۲	۳۸	۵۷	۶۲
	مخالف	۰	۱۴	۱۹	۱۰	۱۰	۵
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مخاطرات و ایمنی	کاملاً موافق	۵۷	۱۴	۲۹	۳۸	۲۴	۲۹
	موافق	۴۳	۶۷	۵۲	۵۲	۶۷	۶۲
	مخالف	۰	۱۹	۱۴	۱۰	۹	۹
	کاملاً مخالف	۰	۰	۵	۰	۰	۰
وضعیت اقتصادی	کاملاً موافق	۵۲	۱۹	۳۸	۴۳	۲۴	۲۹
	موافق	۴۸	۵۷	۵۷	۴۳	۵۲	۵۲
	مخالف	۰	۲۴	۵	۱۴	۲۴	۱۹
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مسکن و محیط	کاملاً موافق	۶۲	۴۹	۳۸	۴۳	۳۳	۲۹
	موافق	۳۸	۴۸	۴۸	۳۸	۴۸	۵۲
	مخالف	۰	۲۳	۱۴	۱۹	۱۹	۱۹
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰
آموزش	کاملاً موافق	۷۱	۲۹	۴۸	۵۲	۴۳	۳۳
	موافق	۲۹	۶۲	۳۳	۴۸	۵۲	۵۷
	مخالف	۰	۱۹	۱۹	۰	۵	۱۰
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰
خانواده	کاملاً موافق	۸۲	۴۳	۵۲	۶۲	۶۲	۳۸
	موافق	۱۸	۴۸	۴۳	۲۹	۲۴	۵۲
	مخالف	۰	۹	۵	۹	۱۴	۱۰
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بهزیستی فردی و اجتماعی	کاملاً موافق	۵۷	۳۳	۳۸	۴۳	۴۳	۴۳
	موافق	۴۳	۴۸	۴۳	۴۳	۳۸	۴۳
	مخالف	۰	۱۹	۱۹	۱۴	۱۹	۱۴
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کل حوزه‌ها	کاملاً موافق	۵۳	۱۰	۲۴	۴۸	۳۳	۳۸
	موافق	۴۷	۷۶	۷۱	۴۸	۶۲	۵۷
	مخالف	۰	۱۴	۵	۴	۵	۵
	کاملاً مخالف	۰	۰	۰	۰	۰	۰

بحث

مؤلفه‌های بهزیستی، از مشارکت و تجربه و برداشت خود کودکان در مورد مهم‌ترین جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها استفاده نمود، سپس با استفاده از روش دلفی، این امکان را فراهم نمود تا مجموعه‌ای از افراد متخصص در حوزه‌های مختلف بهزیستی کودکان و از گرایش‌های مختلف در انتخاب این ابعاد و نشانگرها دیدگاه‌های خود را مطرح و مشارکت نموده و به توافقی قوی دست یابند. این اجماع بر بهزیستی

این مطالعه نخستین پژوهشی است که در کشور به بررسی و تعیین حیطه‌های بهزیستی کودکان و مؤلفه‌ها و نشانگرهای آن می‌پردازد. این مطالعه با در نظر گرفتن بهزیستی کودکان به عنوان یک مفهوم چندبعدی، در وهله نخست برای دستیابی به ابعاد و

در این مطالعه اکثر مؤلفه‌هایی که به ارزیابی ذهنی کودکان از بهزیستی خود مربوط بودند، مانند ارزیابی ذهنی کودک از فقر، مسکن و سلامت نمره پایین‌تری گرفته و حذف شدند. به نظر می‌رسد که از نگاه مطلعین سنجش بهزیستی بر اساس نشانگرهای عینی، بر شاخص‌های مبتنی بر برداشت‌های کودکان از وضعیت خود ارجحیت دارد. این موضوع با دیدگاه‌های اخیر در خصوص لزوم مشارکت کودکان در مطالعه و سنجش بهزیستی کودکان (۲۳، ۱۵، ۵) مغایرت دارد. همچنین از مؤلفه‌هایی که در مراحل اول مطالعه به طور خاص از سوی کودکان مطرح شده یا کودکان تأکید بیشتری بر آن‌ها داشتند، چهار مؤلفه مسافرت، گردش و مهمانی، داشتن حیوان خانگی و محله حذف شدند. به نظر می‌رسد جنبه‌هایی از زندگی کودکان به ویژه بخش‌هایی که به وضعیت حال کودکان، مرتبط است، اهمیت کمتری را در دیدگاه صاحب نظران دلفی به خود اختصاص داده است. به این جهت پی‌شهاد می‌گردد تا در مطالعات آتی از نظر کودکان نیز در انتخاب نهایی ابعاد، مؤلفه‌ها و نشانگرها استفاده شود. مطالعه حاضر می‌تواند شروعی برای توجه هم‌زمان به ابعاد مختلف زندگی کودکان ایرانی در حوزه‌های پژوهش، سیاست‌گذاری و ارائه خدمات تلقی شود. یافته‌های این مطالعه می‌تواند منبعی برای تدوین شاخص به منظور سنجش وضعیت موجود، پایش و روند بهزیستی کودکان و مقایسه آن در میان استان‌های مختلف کشور و ارزیابی نتایج سیاست‌ها و بوده و دولت را در اتخاذ سیاست‌های مناسب و بومی در کل کشور و استان‌ها یاری دهد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز هست. ازجمله همه مطلعین این مطالعه از شهر تهران انتخاب شده‌اند. همچنین علیرغم تنوع ابعاد زندگی کودکان مجموعه نشانگرهای انتخابی در دور آخر مطالعه توسط همه‌ی مطلعین مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. پی‌شهاد می‌گردد تا در مطالعات بعدی هر یک از مجموعه نشانگرهای ابعاد بهزیستی کودکان توسط گروه‌های صاحب نظر در همان حوزه به روش‌های تکمیلی دیگری مانند پانل صاحب نظران مورد بررسی مجدد قرار گرفته و دقیق‌تر شود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی انجام شده است که به این وسیله قدردانی می‌گردد.

کودکان به عنوان یک موضوع چندبعدی تأکید نموده و نشان می‌دهد که از دید مطلعین علاوه بر شاخص‌های مرسوم وضعیت کودکان در کشور مانند سلامت جسمی و آموزش، دیگر جنبه‌های زندگی آن‌ها شامل وضعیت اقتصادی، محیط زندگی، مخاطرات و ایمنی، روابط خانوادگی و روابط فردی و اجتماعی آن‌ها نیز حائز اهمیت هستند. از این حیث این مطالعه با دیدگاه‌های بسیاری از مطالعات اخیر در خصوص ماهیت چندبعدی بهزیستی کودکان مشابهت دارد (۱۸-۱۵، ۱۱-۷).

در مورد نشانگرها، توافق قابل توجهی میان اعضا دلفی در مورد تناسب کلی (۹۵٪) و مرتبط بودن (۱۰۰٪) آن‌ها با مؤلفه‌های منتخب، واضح و روشن بودن، پوشش گروه‌های مختلف سنی و در نظر گرفتن وضعیت حال و آینده کودکان (۹۵٪ و بالاتر) حاصل شد. اما در خصوص جامع بودن نشانگرها توافق کمتری (۸۶٪) وجود داشت که بخشی از آن به حذف تعدادی از مؤلفه‌ها در دو دور نخست دلفی و برخی به محدودیت نشانگرهای موجود کشوری در مورد مؤلفه‌های منتخب بازمی‌گردد. تعدادی از مطالعاتی که در سطح ملی جمع‌آوری می‌شوند مانند پیمایش کشوری سلامت روان تنها بزرگ سالان یا حداکثر محدوده سنی ۱۸-۱۵ سال را در برمی‌گیرد و برخی مطالعات مانند مطالعات امنیت غذایی نیز به طور منظم انجام نمی‌شود. به علاوه دسترسی به برخی نشانگرهای موجود مانند داده‌های مربوط به جرائم نوجوانان بسیار دشوار است و حساسیت‌ها مانع از جمع‌آوری داده‌هایی مانند سلامت جنسی کودکان و نوجوانان است که برای شناخت وضعیت کودکان ضروری است.

ابعاد بهزیستی کودکان حاصل از این تحقیق، با تفاوت‌هایی مختصر در شاخص‌های بهزیستی کودکان دیگر کشورها ازجمله شاخص‌های بهزیستی کودکان یونیسف (۹، ۱۰)، ایرلند (۱۵)، کشورهای اروپایی مرکزی و شرقی (۱۷)، اسکاتلند (۱۸)، آمریکا (۲۰، ۱۹، ۱۱)، مالزی (۲۱) و اتحادیه اروپا (۲۲) در نظر گرفته شده‌اند. مانند اغلب شاخص‌ها بیشترین تعداد مؤلفه‌ها و نشانگرهای تعیین شده مربوط به بعد سلامت جسمی بوده و پس از آن به بعد مخاطرات و ایمنی تعلق دارند که سه مؤلفه آن نیز به طور مستقیم به سلامت کودک مرتبط هستند. اما برخی مؤلفه‌های مطالعه حاضر مانند بهره‌مندی از خدمات در حوزه‌های مختلف از بعد سلامت جسمی، مؤلفه کار کودکان از بعد مخاطرات و ایمنی، مؤلفه نابرابری آموزشی و مؤلفه‌های نابرابری و تبعیض و هویت از بعد بهزیستی فردی و اجتماعی، بیش از شاخص‌های بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته که می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت این مؤلفه‌ها با توجه به شرایط و نیازهای کشور و تأثیر بستر اجتماعی در انتخاب این مؤلفه‌ها باشد.

- 1-Ben-Arieh, A. Beyond Welfare: Measuring and Monitoring The State Of Children - New Trends And Domains, Social Indicators Research,2000; 52: 235. doi:10.1023/A:1007009414348
- 2-Ben-Arieh. Indicators and Indices of Children's Well-being: towards a More Policy-oriented Perspective, European Journal of Education, 2008; 43: 1.
- 3-Casseltes R, Manamara J, Wicks P. Well-being among Australian Children: A Review of Frameworks and Measurements, Nstern, University of Canberra, 2011.
- 4-Andrews A, Ben-Arieh A, Carlson M, Damon W, Dweck C, Earls F, Garcia-Coll C, Gold R, Halfon N, Hart R, Lerner RM, McEwen B, Meaney M, Offord D, Patrick D, Peck M, Trickett B, Weisner T, Zuckerman B. (Ecology Working Group). Ecology of Child Well-Being: Advancing the Science and the Science-Practice Link. Georgia:Centre for Child Well-Being, 2002.
- 5-Fattore, T, Mason J, Watson E, (2007), "Children's Conceptualization(s) of their Well-being", Social Indicators Research, 2007; 80: 1-4.
- 6-Ben-Arieh, A, and I, Frønes. Indicators of Children's Well being: What should be Measured and Why? Social Indicators Research, 2007; 84:249-250.
- 7-Bradshaw, J, Hoelscher, P, Richardson, D.Comparing Child Well-Being in OECD Countries: Concepts and Methods'. Innocenti Working Paper No. 2006-03. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre
- 8- Bradshaw J, Hoelscher, and Richardson D. An index of child well-being in the European Union, Social Indicators Research.2006; 80: 133-77.
- 9-UNICEF, Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7, 2007 UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- 10- UNICEF Office of Research, Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, Innocenti Report Card 11,2013; UNICEF Office of Research, Florence.
- 11- Lamb VL, Land KC. Methodologies Used in the Construction of Composite Child Well-Being Indices. In Asher Ben-Arieh (ed.), Handbook of Child Well-Being Theories, Methods and Policies in Global Perspective, New York: Springer, 2014.
- 12- Weisner, TS. Culture Context and Child Well-being. In Asher Ben-Arieh(ed), Hand Book of Child Well-being, Theories, Methods and Policies in Global Perspective, New York: Springer, 2014.
- 13- Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M and Radaie Z. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey, (IrMIDHS) 2012. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2012.
- 14- Ministry of Education, Assessment of education for all program, Tehran, 2010.
- 15- Hanafin S, Brooks AM, Carroll ED, Fitzgerald E, Gabhainn SN, Sixsmith J, Achieving Consensus in Developing a National Set of Child Well-Being Indicators. Social Indicators Research, 2007; 80: 79-104.
- 16- Conti G, Heckman J. The economics of child wellbeing, Discussion Paper Series, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, 2012; 6930.
- 17- Richardson, D., Hoelscher, P. and Bradshaw, J. Child Well-Being in Central and Eastern European Countries (CEE) and the Commonwealth of Independent States (CIS). Child Ind Res, 2008; DOI 10.1007/s12187-008-9020-8
- 18- Bernardo's Scotland (2007). Index of Wellbeing for Children in Scotland (IWCS). http://www.barnardos.org.uk/wellbeing_for_children_in_scotland.
- 19- Moore KA, Mbwana K, Theokkas Ch, Lippmann L, Bloch M, Vandiver Sh, O'hare W, Child Wellbeing: a Index Based on Data of Individual Children, 2011; Trends child research brief
- 20- General health status, 2000-2011, Northern Kentucky Child Well-Being Survey, 2011, Cincinnati
- 21- Faisal, M, and Karunan V.(2013). Monitoring of Children's Well-Being In Malaysia." 12th National Convention on Statistics (NCS). 10 1
- 22- Bradshaw J, Richardson D. An Index of Child Well-Being in Europe, Child Ind Res, 2009; DOI 10.1007/s12187-009-9037-7
- 23- Ben-Arieh A. Where Are The Children? Children's Role in Measuring and Monitoring Their Well-being. Social Indicators Research, 2005, 74: 573-96.

Domains, Components and Indicators of Children's Wellbeing in Iran: A Delphi Study

Sajjadi H¹, Vameghi M², Mohammadi Shahboulaghi F³, Ali D⁴, Mohaqeqi Kamal SH⁵

1- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- PhD in Nursing, Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4- Bachelor of Social work, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

5- PhD in Social Welfare and Social Health, Assistant Professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Vameghi M, m_vameghi@yahoo.com

(Received 22 April 2017; Accepted 28 October 2017)

Background and Objectives: Children's well-being is a multidimensional construct that precedes various aspects of children's lives. This study sought to identify the main areas of children's wellbeing in Iran and their domains, components, and indicators that can be used to measure the well-being of children in Iran.

Methods: In this Delphi study, 30 experts that had educational, research, and executive experiences in various areas of children's life were consulted. The dimensions, components, and indicators of children's wellbeing were extracted through a review of the literature and views of the experts and children. The Delphi method was applied in three rounds. The dimensions and components with a higher-than-average score were selected and the percentage of Delphi members' agreement with related indicators was measured.

Results: Generally, 25 components and 110 indicators related to 7 domains (physical health, safety and risks, economical situation, family, personal and social well-being, education, housing and living conditions) were selected by Delphi members. Consensus on the relevancy of indicators, proportionality, and comprehensiveness was 100%, 95%, and 86%, respectively.

Conclusion: The components and indicators suggested in this study can help to create a composite index for monitoring and comparing the status of the children's wellbeing between different provinces of Iran in different times. It can also show the strengths and weaknesses of the policies and programs related to children's wellbeing and help the government to adopt appropriate policies for the whole country as well as each province.

Keywords: Child wellbeing, Domains, Components, Indicators, Delphi, Iran