

## مرور نظام‌مند مطالعات کودکان خیابانی در دههٔ اخیر در ایران:

### عوامل خانوادگی مرتبط و پیامدهای خیابانی شدن کودکان

مروئه وامقی،\* حسن رفیعی،\*\* حمیرا سجادی،\*\*\* آرش رشیدیان\*\*\*\*

#### چکیده

این پژوهش با جمع‌آوری مطالعات مرتبط با کودکان خیابانی ایران تلاش کرده است تا به جمع‌بندی و تحلیلی از یافته‌های مربوط به عوامل خانوادگی مرتبط و پیامدهای خیابانی شدن کودکان در مطالعات دههٔ اخیر کشور بپردازد و در عین حال با توجه به نقاط قوت و ضعف مطالعات انجام‌شده برای پژوهش‌های مفید در آینده راهگشا باشد. مطالعه از نوع مطالعات ثانویه است و به روش مرور نظام‌مند انجام شده است. پس از جستجوی بانک‌های اطلاعاتی، مراکز علمی و سازمان‌های مرتبط چهل پژوهش کمی وارد مطالعه شد. داده‌های این مطالعات طبقه‌بندی و در مورد برخی از متغیرها که همگونی کافی وجود داشت، یافته‌ها فراتحلیل (متاآنالیز) شدند.

نتایج نشان داد تعدادی از کودکان خیابانی در خانواده‌های خود تحت آزارهای جسمی، جنسی و روانی قرار گرفته‌اند و بخشی از خانواده‌های کودکان درگیر اعتیاد، حبس و ازهم‌پاشیدگی و بی‌سرپرستی کودکان هستند. مجموعهٔ یافته‌های مربوط به وضعیت اقتصادی کودکان و خانواده‌های آنها شامل اشتغال ۸۰ درصد از کودکان خیابانی به کار، بالابودن بعد خانوار، شیوع بالای بیکاری و مشاغل کم‌درآمد پدران، درآمد پایین خانواده و سطح پایین سواد والدین، ارتباط شرایط اقتصادی و فقر

\* روان‌پزشک، عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

m\_vameghi@yahoo.com

\*\* روان‌پزشک، استادیار گروه آموزشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

\*\*\* متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه آموزشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

\*\*\*\* دکتری مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکدهٔ بهداشت،

معاون پژوهشی مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

خانواده را با ورود کودکان به خیابان تأیید می‌کند. ترکیبی از عوامل اقتصادی و شرایط نامطلوب زندگی در خانواده مهم‌ترین عوامل خیابانی شدن کودکان هستند. به علاوه، ورود کودکان به خیابان با مخاطرات جسمی، روانی، اعتیاد و بزهکاری همراه است. لیکن در این زمینه انجام مطالعات بیشتر ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** کودکان خیابانی، خیابانی شدن، فراتحلیل، مرور نظام‌مند، ایران.

#### مقدمه

مسئله کودکان خیابانی بیش از یک دهه است که در زمره مشکلات اجتماعی کشور شناخته می‌شود. حضور و کار کودکان در خیابان به‌عنوان پدیده‌ای نوظهور و مغایر با فرهنگ و ارزش‌های کشور سبب شد تا مسئله کودکان خیابانی منشأ مباحثات و مطالعات فراوانی به منظور شناخت این کودکان و عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر ورود آن‌ها به خیابان و پیامدهای آن در ایران شود. مروری بر مطالب منتشرشده در روزنامه‌ها و مجلات غیرعلمی پژوهشی کشور در بانک اطلاعات نمایه در فاصله سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۵ انتشار حداقل ۱۰۰ مصاحبه، گزارش و مقاله در مورد کودکان خیابانی را نشان می‌دهد (مؤسسه فرهنگی و اطلاع‌رسانی نمایه، سال‌های مختلف). همچنین، به موازات گسترش مسئله و به منظور شناخت بیشتر ابعاد آن در سازمان‌ها و نهادهای اجرایی و مراکز علمی و دانشگاهی نیز گرایش به موضوع کودکان خیابانی افزایش یافته و به اجرای پژوهش‌های متعددی در این حوزه در دهه اخیر انجامیده است.

در میان اظهارنظرهای مسئولان و صاحب‌نظران این حوزه، ورود کودکان به خیابان عمدتاً معلول شرایط نامطلوب کودکان در خانواده‌های نابه‌سامان و ازهم گسیخته، آزار کودک در خانواده و فرار از خانه شمرده شده (پورکاظمی، ۱۳۸۰) و در پاره‌ای موارد خیابانی شدن کودکان را پیامد فقر و ناتوانی خانواده‌های کودکان در تأمین هزینه‌های زندگی و کودکان خیابانی را بخشی از کودکان کار دانسته‌اند (واعظ مهدوی، ۱۳۸۳). گاه نیز مجموعه‌ای از عوامل خانوادگی چون طلاق، بی‌سرپرستی و بدرفتاری با کودکان در خانواده و مشکلات

اقتصادی در پدید آمدن کودکان خیابانی مؤثر شناخته شده‌اند. مروری اولیه بر مطالعات مربوط به کودکان خیابانی در کشور، تنوع نسبی اطلاعات مربوط را که متأثر از عوامل مختلف، از جمله وجود زیرگروه‌های مختلف کودکان خیابانی و تنوع روش‌شناختی مطالعات بوده است، آشکار ساخت. تعداد قابل توجه مطالعات مربوط به کودکان خیابانی در کشور و نیاز به برنامه‌ریزی و مداخلات مبتنی بر شواهد علمی، بررسی و جمع‌بندی از نتایج مطالعات را به منظور استفاده از یافته‌های آنها در سیاست‌گذاری و خدمت‌رسانی ضروری می‌سازد. از آنجا که تاکنون مرور نظام‌داری در مورد مطالعات کودکان خیابانی در ایران انجام نشده است، مطالعه حاضر تلاش کرد با جمع‌آوری و طبقه‌بندی شواهد تحقیقی در مورد کودکان خیابانی به جمع‌بندی از سبب‌شناسی و پیامدهای خیابانی شدن کودکان براساس شواهد علمی در ایران دست یابد و با مستندسازی آنها، در کاربردی کردن این نتایج بکوشد. در این مقاله، دو سؤال در مورد مسئله کودکان خیابانی مورد نظر بوده است:

عوامل مرتبط با خیابانی شدن کودکان در ایران چیست و اثر این عوامل چه اندازه است؟  
 خیابانی شدن کودکان چه پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی برای کودکان دارد و اثر این عوامل چه اندازه است؟

#### ۱) چارچوب مفهومی

##### کودک خیابانی

هرچند تعریف دقیق کودکان خیابانی مورد مناقشه است، اما «بسیاری از متخصصان و سیاست‌گذاران از مفهوم مورد نظر صندوق کودکان سازمان ملل استفاده می‌کنند که بر اساس آن کودکان خیابانی پسران و دختران زیر ۱۸ سالی را شامل می‌شوند که خیابان برای آنها به منزله خانه یا منبع معاش آنهاست و کودکانی که از مراقبت یا نظارت کافی برخوردار نیستند» (بلک، ۱۹۹۳).

دیدگاه‌ها در مورد مشخصات کودکان خیابانی متفاوت است، چنان‌که آپتکار معتقد است تعریف دقیقی از کودکان خیابانی وجود ندارد و نمی‌توان فرض کرد که همه کودکانی که در خیابان به سر می‌برند بی‌خانمان هستند، بلکه نزدیک به سه چهارم تا ۹۰ درصد کودکانی که در خیابان‌های کشورهای مختلف در حال توسعه هستند، در خیابان‌ها کار می‌کنند، اما در خانه

زندگی می‌کنند و برای به دست آوردن پولی برای خانواده مشغول به کارند (آپتکار، ۱۹۹۴). مشخصات کودکان خیابانی، از جمله سن، جنسیت و روش کار و زندگی آن‌ها تحت تأثیر خصوصیات اقتصادی - اجتماعی جوامعی که در آن زندگی می‌کنند متفاوت و بر تعریف از کودکان خیابانی تأثیرگذار است. در هندوستان، گروهی از کودکان خیابانی دیده می‌شوند که با خانواده‌های خود در خیابان کار و زندگی می‌کنند و ساکنان پیاده‌رو خوانده می‌شوند (پاتل، ۱۹۸۳). در کشورهای در حال توسعه کودکان کوچک‌تر، به دلیل ظاهر کودکانه و احساس ترحمی که در مردم ایجاد می‌کنند، بیشتر از بزرگ‌ترها به کار خیابانی می‌پردازند، در حالی که در کشورهای توسعه یافته، اجباری بودن تحصیل و ممنوعیت کار کودکان مانع از دسترسی کودکان کوچک‌تر به کار در خیابان می‌شود (آپتکار، ۱۹۹۴). گاه توجه تفاوت‌ها بر اساس خصوصیات اجتماعی نیز دشوار است، چنانچه در کنیا برخی از کودکان خیابانی از پدران و مادرانی به دنیا آمده‌اند که خود کودک خیابانی بوده‌اند (کلارک، ۱۹۸۲). در حالی که در اتیوپی و در همسایگی کنیا تقریباً تمامی کودکان خیابانی پس از کار به خانه‌های خود بازمی‌گردند و در سودان در همسایگی هر دو کشور تا شروع درگیری‌های قومی کودک خیابانی وجود نداشت (آپتکار، ۱۹۹۴). در تلاش برای شناخت و مطالعه کودکان خیابانی صاحب‌نظران این حوزه طبقه‌بندی‌های مختلفی از کودکان ارائه داده‌اند. اوپوکو در ۱۹۹۶ کودکان خیابانی را در سه گروه طبقه‌بندی کرد:

کودکان خیابانی یا "در خیابان": این گروه کودکانی را شامل می‌شوند که به نوعی فعالیت اقتصادی در خیابان مشغول‌اند. بیشتر آن‌ها در پایان روز به خانه بازمی‌گردند و درآمد خود را در اختیار خانواده می‌گذارند. این کودکان ممکن است به مدرسه بروند و احساس تعلق به خانواده در آن‌ها وجود دارد، اما به دلیل شکنندگی وضعیت اقتصادی خانواده این کودکان ممکن است در نهایت خیابان را برای زندگی دائمی خود انتخاب کنند.

کودکان "خیابان": کودکان خیابان عملاً در خیابان یا خارج از محیط خانوادگی طبیعی زندگی می‌کنند. بستگی‌های خانوادگی در این کودکان ممکن است وجود داشته باشد، اما

<sup>1</sup> Children on the street

<sup>2</sup> Children of the street

بسیار ضعیف و تصادفی یا گاه به گاه است. بیشتر این کودکان محل اقامت دائمی ندارند و مرتباً از مکانی به مکانی یا از شهری به شهر دیگر جابه‌جا می‌شوند.

"کودکان ره‌اشده": کودکان ره‌اشده کاملاً بی‌سرپناه‌اند و به‌هیچ‌وجه تماسی با خانواده‌هایشان ندارند. بعضی از این کودکان در سنین بسیار پایین ره‌اشده‌اند و آگاهی اندکی درباره‌ی خانواده‌شان دارند یا اصلاً اطلاعی ندارند. به این جهت ندرتاً راه موفقی برای ادغام مجدد آن‌ها در محیط خانوادگی اصلی‌شان وجود دارد (لمبا، ۲۰۰۲). در برخی از منابع نیز طبقه‌بندی متناسب به یونیسف کودکان به دو بخش کودکان خیابان و در خیابان مورد استفاده قرار می‌گیرد که براساس آن عملاً دو گروه آخر طبقه‌بندی اوپوکو یکی فرض شده‌اند. علاوه بر این‌ها، در منابع دیگر (حسینی، ۱۳۸۵) نیز طبقه‌بندی‌های متفاوتی از کودکان خیابانی ارائه شده است که عمدتاً بر مبنای شاخص‌هایی چون میزان ارتباط با خانواده، محل اقامت و ارتباط با فعالیت‌های بزه‌کارانه صورت گرفته است. با وجود مفیدبودن طبقه‌بندی‌های فوق، هم‌پوشانی‌هایی در تعاریف گروه‌ها وجود دارد، از جمله ممکن است برخی از کودکان در خیابان با خانواده قطع ارتباط کنند و به گروه دوم بپیوندند.

#### ۱.۱. عوامل مرتبط با خیابانی‌شدن کودکان

کودکان خیابانی را بسیاری محصول فقر دانسته‌اند و برخی نیز، به جد، خانواده‌ی معیوب را در خیابانی‌شدن کودکان مسئول می‌دانند. در تأیید کامل یا نسبی نظر نخست، مطالعات فراوانی وجود دارد. مطالعه‌ی بیش از هزار کودک خیابانی زامبیا توسط سازمان‌های غیردولتی این کشور با حمایت یونیسف نشان داده است که پدران بیش از ۹۰ درصد این کودکان بیکار هستند و زندگی کودکان در خیابان‌ها بیشتر از ارتباط با وضعیت خانواده‌ی آن‌ها، ارتباط بسیار قوی با فقر دارد (لمبا، ۲۰۰۲). لاسک نیز که به مطالعه‌ی کودکان خیابانی در کشورهای مختلف امریکای لاتین مانند برزیل، کلمبیا، اکوادور و پرو پرداخته است، می‌گوید طی مصاحبه‌های او با صدها کودک خیابانی امریکای لاتین بارها این مفهوم از سوی کودکان تکرار شده که آن‌ها برای کار کردن و پول درآوردن در خیابان هستند، چرا که خانواده پول کافی ندارند (لاسک، ۱۹۹۲). با این حال، همه‌ی مطالعات این نظر را تأیید نمی‌کنند.

پاتل (۱۹۹۰) پس از مصاحبه با هزار کودک خیابانی در بمبئی ادعا می‌کند که علت اصلی وجود کودکان در خیابان فقر نیست، بلکه خشونت در خانواده است. مطالعه دیگری نیز در هندوستان، در مورد کودکان خیابانی که در خیابان‌ها کار می‌کنند اما از حمایت خانواده برخوردار نیستند، نشان داد که اگرچه فقر یک نمود مهم مسئله کودکان خیابانی است اما مسئله اصلی نزاع‌های خانوادگی هستند (سابرامانیام و سانھی، ۱۹۹۰).

ارزیابی سریع وضعیت کودکان خیابانی در قاهره و اسکندریه (ورلد فود پروگرام، ۲۰۰۱)<sup>۱</sup> عوامل منجر به خیابانی شدن کودکان را در دو گروه طبقه‌بندی می‌کند: عللی که غیرمستقیم به هموارشدن مسیر خیابانی شدن کودکان کمک می‌کنند، اما مستقیماً باعث ورود کودکان به خیابان نمی‌شوند و علل مستقیم و بی‌واسطه که منجر به ورود کودکان به خیابان می‌شوند و معمولاً خود کودکان آن‌ها را عامل خیابانی شدن خود ذکر می‌کنند. براساس یافته‌های این مطالعه، درآمد پایین و سطح پایین تحصیلات در خانواده یکی از علل غیرمستقیم خیابانی شدن کودکان است، به گونه‌ای که ۹۸ درصد نمونه‌های مطالعه متعلق به خانواده‌های کم‌درآمد و ۶۶ درصد کودکان از خانواده‌های دارای تحصیلات پایین هستند. ازهم‌گسیختگی خانواده، خروج کودک از چرخه تحصیل، بعد خانواده، مهاجرت‌های برنامه‌ریزی نشده و کاهش نقش خانواده در حل مشکلات کودکان، به‌خصوص در مناطق شهری نیز سایر علل غیرمستقیم خیابانی شدن کودکان را در این مطالعه تشکیل می‌دهند. در میان علل مستقیم نیز نقش دوستان مهم‌ترین عامل خروج کودکان از خانه و شروع زندگی خیابانی شمرده شده است (همان).

آپتکار معتقد است برای درک اینکه چرا کودکان خیابانی می‌شوند، همواره باید وضعیت روان‌شناختی کودکان و خانواده‌های آن‌ها، درک از زندگی در خیابان و درجه وجود فرهنگ کودک خیابانی را در نظر گرفت. به علاوه، وی به مطالعه روزا و همکاران (۱۹۹۲) در برزیل اشاره می‌کند که از سویی دلایل اقتصادی را مهم‌ترین علت بودن کودکان در خیابان دانسته و از سوی دیگر نشان داده‌اند که پدران کودکان خیابانی دو برابر بیش از پدران گروه شاهد کودکان فقیر خانه را ترک کرده‌اند (آپتکار، ۱۹۹۴). وی معتقد است که تفاوت‌های فرهنگی

<sup>1</sup> World Food Program

نیز در این امر مؤثرند، به گونه‌ای که در جوامع در حال توسعه ممکن است فقر عامل ضروری برای ورود کودکان به خیابان و طرد از خانواده فرآیندی ثانویه باشد، اما در جهان توسعه‌یافته نقش این دو عامل وارونه می‌شود (همان). در مجموع، باید گفت با وجود تفاوت در نتایج ارزیابی از نقش عوامل مختلف در خیابانی‌شدن کودکان و چندعاملی بودن مسئله کودکان خیابانی، فقر و مشکلات خانوادگی چون بدرفتاری با کودکان در خانواده و فقدان سرپرست مؤثر همواره برخی از مهم‌ترین علل ورود کودکان به خیابان شناخته شده‌اند.

### پیامدهای خیابانی‌شدن کودکان

در ادبیات رفاه، امروزه کودکان خیابانی در طبقه "کودکان در معرض خطر" جای گرفته‌اند. پانتر - بریک به نقل از والتین (۱۹۹۹) مدعی می‌شود «درحقیقت در ادبیات جدید اصطلاح کودکان شهری در معرض خطر، جایگزین اصطلاحات کودکان خیابانی و کودکان کار شده است» (پانتر - بریک، ۲۰۰۲). حتی با توجه به مشکلاتی که در طبقه‌بندی کودکان خیابانی وجود دارد، هاتز و کولر (۱۹۹۹) طبقه‌بندی کودکان خیابانی را براساس مخاطراتی چون تماس با دارودسته‌های خیابانی، مصرف مواد، ترک تحصیل و عدم برخورداری از راهنمایی والدین و عوامل محافظت‌کننده این کودکان مانند مدرسه، شبکه‌های حمایت اجتماعی و مراقبت بزرگسالان راه مناسب‌تری می‌دانند، هرچند خود به پیچیدگی ارزیابی خطر در مطالعات کودکان خیابانی واقف‌اند (همان). اگرچه پانتر - بریک با زیر سؤال بردن روایی بسیاری از مطالعات کودکان خیابانی انتقاداتی را بر میزان خطر ارزیابی شده در این مطالعات، به دلیل مشکلات روش‌شناختی، مانند حجم نمونه اندک، نامعرف بودن نمونه‌ها برای جمعیت کودکان خیابانی، تعاریف نامشخص یا نبود گروه مقایسه مناسب - از جمله مقایسه این کودکان با کودکان طبقه متوسط غربی به جای کودکان غیرخیابانی جوامع فقیر محلی که جانشین واقعی‌تری برای کودکان خیابانی محسوب می‌شوند - وارد می‌داند (همان)، مرور ادبیات کودکان خیابانی در کشورهای مختلف جهان وجود مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی کودکان خیابانی را مورد تأیید قرار می‌دهد. تودوریک - گمو در مرور مطالعات کودکان خیابانی در کشورهای مختلف جهان، مانند روسیه، لاتویا، کشورهای امریکای لاتین، کلمبیا، گواتمالا، بلغارستان، هند و کشورهای آفریقایی شامل رواندا، کنیا، آفریقای جنوبی،

سوازیلند و زیمبابوه به این نتیجه رسید که زندگی در خیابان، کودکان خیابانی را در معرض بیماری‌های فراوانی قرار می‌دهد که در شرایط عادی قابل درمان هستند. آن‌ها با لبان ترک‌خورده و چشمان قرمز دچار مشکلات ناشی از سرما مانند گلودرد، سردرد و سوزش بینی، همچنین تهوع، کاهش وزن شدید، سینه‌پهلو، مالاریا و سوء‌تغذیه هستند. وی به نقل از شرانک (۱۹۹۹) می‌گوید بسیاری از کودکان خیابانی از بیماری‌های پوستی مانند شپش، گال، زخم‌ها و لک‌های دور دهان رنج می‌برند. وی از لورو (۱۹۹۵) نیز نقل کرده است که ۲۵ درصد کودکان مورد مطالعهٔ او دارای مشکلات دندانی، ۶/۲۵ درصد سل و ۶/۲۵ درصد شکستگی‌های ناشی از سوانح خیابانی، درگیری با دسته‌های خیابانی یا نزاع و آزار از سوی پسران بزرگ‌تر هستند. وی به نتیجهٔ مطالعهٔ شورینک (۱۹۹۳) اشاره می‌کند که براساس آن، تأثیرات درازمدت بیماری در کودکان خیابانی سبب آسیب به سیستم عصبی مرکزی و سایر اعضای داخلی مانند قلب، کبد، کلیه و مغز استخوان شده و در نتیجهٔ این مخاطرات، کودکان در خطر بالاتر مرگ و میر قرار دارند (تودوریک - گمو، ۲۰۰۵). وان رویان (۲۰۰۲) معتقد است کودکان خیابانی علاوه بر مشکلات جسمی متعدد به لحاظ روان‌شناختی نیز به گونه‌ای مورد بی‌توجهی قرار دارند که امکان رشد کافی نمی‌یابند. از جمله آدلاف و زیدانوویچ (۱۹۹۹) نشان دادند که ۳۰ تا ۴۰ درصد کودکان مورد مطالعهٔ آن‌ها افسردگی، افکار پارانویید، اختلال سلوک و خودکشی را گزارش کرده‌اند. مطالعهٔ طولی که توسط وستنیس، گراتان و کوملا (۱۹۹۸) در مورد کودکان خیابانی شهر لندن انجام شده، نشان داده است که تأخیر رشد مهارت‌های حرکتی، عیوب شخصیتی و اجتماعی و مشکلات یادگیری در این کودکان شایع است. همچنین شیوع بالاتری از اختلالات رفتاری مانند مشکلات خواب، خشم، خجالتی بودن، مشکلات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس پایین و آسیب به خود در این کودکان دیده می‌شود (تودوریک - گمو، ۲۰۰۵).

کودکان خیابانی در معرض مخاطرات دیگری نیز قرار دارند. بر اساس مطالعهٔ خشونت علیه کودکان سازمان ملل، نوجوانان خیابانی در کانادا عمدتاً کودکان فراری با سابقهٔ آزار جنسی و جسمی هستند که به شدت در معرض بهره‌برداری جنسی قرار دارند. آن‌ها فعالانه توسط واسطه‌ها به کار گرفته و مجبور به همکاری در تجارت جنسی می‌شوند. بسیاری نیز



برای مراقبت از خود در گیر گدایی، قاچاق مواد، دزدی، روسپی گری یا رابطه جنسی برای زنده ماندن (پیشنهاد رابطه جنسی در برابر غذا، سرپناه، دارو) می شوند (محافظت کودکان، ۲۰۰۵). در بدترین اشکال خشونت نسبت به کودکان خیابانی، در برزیل در فاصله سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۶ در حدود ۳۰۰۰ کودک خیابانی در ریودوژانیرو به قتل رسیدند که غالباً معتقدند به دست جوخه های مرگ، پلیس یا سایر دسته ها انجام شده است (ا بی سی تراست،<sup>۱</sup> ۲۰۰۷). در مجموع، یافته های مطالعات متعدد نشان دهنده آن است که کودکان خیابانی در معرض خطرات جسمی، روانی و اجتماعی شدید قرار دارند.

## ۲) روش مطالعه

۱.۲. نوع مطالعه و روش جمع آوری داده ها: این مطالعه از نوع مطالعات ثانویه و روش اجرای آن مرور نظام مند یا سیستماتیک بوده است. مرورهای نظام مند، پژوهش های انجام شده درباره یک موضوع خاص را به صورت مختصر و مفید در اختیار می گذارند و برخلاف رویکرد سنتی برای مرور مقالات، مانند پژوهش های اولیه، از اصول و قواعد دقیق و سختگیرانه ای متابعت می کنند. رویکرد آن ها کاملاً نظام مند بوده و روش انجام آن ها نیز به صورت از پیش طراحی شده در پروتکل مرور نظام مند مشخص شده است (رجب نژاد و دیگران، ۱۳۸۵). به عبارت دیگر، مرورهای نظام مند مطالعاتی پژوهشی اند و از اصول مشخصی متابعت می کنند.

۲.۲. جستجوی منابع: در این مطالعه کلیه مطالعات کمی ایرانی مرتبط با کودکان خیابانی ایران به زبان فارسی و انگلیسی که در بازه زمانی ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۶ انجام شده بودند، مورد جستجو قرار گرفتند. به منظور یافتن این مطالعات بانک های اطلاعاتی ایرانی (پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی - ایران مد کس - بانک اطلاعات مشکلات اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی، ایران سایک،<sup>۲</sup> بانک اطلاعات نشریات کشور (مگیران)، بانک اطلاعات کودکان کار و خیابان و مؤسسه فرهنگی و اطلاع رسانی نمایه و همین طور بانک های اطلاعاتی بین المللی<sup>۳</sup> نیز جستجو

<sup>1</sup> ABC Trust

<sup>2</sup> Iran Psych

<sup>3</sup> Index Medicus of EMRO, ISI Web of Science, Embase, Medline

شدند. به علاوه، به کتابخانهٔ دانشکده‌های هفت دانشگاه، چهار مرکز تحقیقات، هشت سازمان دولتی و ده سازمان غیردولتی مرتبط با موضوع مطالعه در تهران مراجعه و اطلاعات آن‌ها جستجو شد. برای جمع‌آوری مطالعات از همجده کلیدواژهٔ فارسی و شش کلیدواژهٔ انگلیسی استفاده شد.

۳.۲. ارزیابی مطالعات جمع‌آوری شده: در جستجوی اولیه براساس کلیدواژه‌ها، ۱۸۴۴ عنوان مطالعه جمع‌آوری شد. در این مرحله براساس معیارهای ورود و خروج مطالعات، عناوین بررسی شده و ۲۴۲ مطالعهٔ انتخاب شده توسط دو نفر اعضای تیم جداگانه بررسی و در صورت عدم توافق به نفر سوم ارجاع گردید و در نهایت ۶۱ سند مرتبط تشخیص داده شد. در مرحلهٔ بعد، با مطالعهٔ متن کامل مطالعات، ۱۳ مطالعهٔ دیگر به دلیل ترکیبی بودن جمعیت نمونهٔ مطالعات که علاوه بر کودکان خیابانی، کودکان کار غیرخیابانی را نیز شامل می‌شد، حذف و به این ترتیب ۴۸ مطالعه مرتبط تشخیص داده شدند.

برای ارزیابی کیفیت مطالعات، واری نامهٔ خاصی از تلفیق سؤالات تعدادی از واری نامه‌های موجود با اضافه کردن سؤالاتی تهیه شد که معیارهای آن بسته به نوع مطالعه عبارت بودند از تناسب نوع مطالعه با اهداف، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری و پایایی و روایی ابزار مطالعه، انتخاب صحیح موردها و شاهدها، کنترل عوامل مخدوش‌کننده، سوگیری در اندازه‌گیری، تناسب روش تحلیل با مطالعه و دقت اندازه‌گیری.

۴۸ مطالعه با استفاده از واری نامه توسط سه نفر اعضای تیم ارزیابی شدند. از ۴۸ مطالعهٔ یادشده، ۲۹ مطالعه توصیفی (مقطعی) و ۱۹ مطالعه تحلیلی بودند. در ارزیابی کیفیت مطالعات، داده‌های توصیفی و تحلیلی مطالعات تحلیلی جداگانه ارزیابی شدند تا در صورتی که مطالعه‌ای در ارزیابی بخش تحلیلی حائز معیارهای کافی نبود، اما بخش توصیفی آن مورد قبول بود، امکان استفاده از داده‌های توصیفی آن فراهم گردد (مطالعات مورد استفاده در جدول ۱ پیوست معرفی شده‌اند).

<sup>1</sup> Guide line for evaluating prevalence studies

در مورد روش نمونه‌گیری برای مطالعاتی که محل دسترسی به آن‌ها خیابان و مراکز باز بود، با توجه به دشواری داشتن چارچوب نمونه‌گیری، مطالعات با نمونه‌گیری در دسترس یا عدم ذکر روش پذیرفته شدند. اما در مورد مطالعات مراکز بسته، تنها نمونه‌گیری به روش تصادفی و تمام‌شماری پذیرفته شدند.

در مورد ابزار مطالعه، اگر با توجه به نوع متغیر استفاده از چک‌لیست مناسب بود، ابزار پذیرفته شد و در غیر این صورت پایایی و روایی مناسب ابزار، در مقاله چاپ شده یا در مقالات قبلی، معیار تأیید ابزار قرار گرفت.

۴.۲. طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها: یافته‌های مربوط به هر سؤال به تفکیک متغیرهای آن توصیف و در صورت امکان فراتحلیل (متاآنالیز) داده‌ها با توجه به وضعیت همگونی یافته‌ها انجام شد. جهت ارزیابی امکان فراتحلیل داده‌های مطالعات، با توجه به ناکافی بودن ارزیابی‌های آماری در شناسایی میزان همگونی یا ناهمگونی یافته‌ها (کان و دیگران، ۲۰۰۳) وضعیت همگونی یافته‌ها به صورت مشاهده‌ای ارزیابی شد. سپس حجم نمونه هر مطالعه معادل وزن مطالعه تعیین شد و در صورت همگونی کافی یافته‌ها به منظور فراتحلیل، میانگین وزنی از داده‌های هر متغیر در مطالعات مختلف محاسبه گردید. در صورت وجود ناهمگونی تحلیل براساس زیرگروه‌ها صورت گرفت. در صورت توجیه ناهمگونی بر اساس زیرگروه‌ها، یافته‌ها در زیرگروه‌ها فراتحلیل (متاآنالیز) شدند و در غیر این صورت جمع‌بندی کیفی داده‌ها انجام شد.

### ۳) یافته‌ها

بر اساس ارزیابی کیفیت مطالعات ۴۰ مطالعه شامل ۲۱ مطالعه توصیفی مقطعی و ۱۹ مطالعه تحلیلی (۶ مطالعه مورد - شاهد، ۶ مطالعه علی - مقایسه‌ای و ۷ مطالعه همبستگی) شناسایی و وارد مرور نظام‌مند شدند. بخش تحلیلی ۱۵ مطالعه به دلیل برخوردار نبودن از معیارهای کیفیت مورد استفاده قرار نگرفتند و فقط بخش توصیفی آن‌ها استفاده شد و در مجموع ۴ مطالعه دارای داده‌های تحلیلی وارد مرور شد.

فاصلهٔ زمانی انتشار اسناد از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۶ و شامل ۸ مقاله، ۸ گزارش طرح پژوهشی و ۲۴ پایان‌نامهٔ مقطع کارشناسی (۱۳ مورد)، کارشناسی ارشد (۸ مورد) و ام‌فیل<sup>۱</sup> (۱ مورد) و دو مورد با مقطع نامشخص بودند. به‌جز یک مورد مقالهٔ انگلیسی، زبان کلیهٔ اسناد فارسی بود. ۲۷ مطالعه در تهران، دو مطالعه در مشهد، بقیه در استان‌های اصفهان، قم، کرمانشاه، اراک، اهواز، بندرعباس، ارومیه، گیلان و بندر ترکمن - گنبد کاووس انجام شده‌اند. دو مطالعه نیز در بیش از یک استان انجام شده است.

مطالعات برحسب محل دسترسی به کودکان در دو زیرگروه اصلی قرار گرفتند:

زیرگروه اول شامل ۱۵ مطالعه، نمونه‌های خود را از میان کودکان خیابانی در سطح شهر و مراکز باز<sup>۲</sup> سازمان‌های غیردولتی در تهران و شهرستان‌ها انتخاب کرده بودند. در زیرگروه دوم شامل ۱۸ مطالعه نمونه‌ها از مراکز بسته<sup>۳</sup> کودکان خیابانی شامل مراکز سازمان بهزیستی و خانهٔ سبز شهرداری و در یک مطالعه از سه مرکز خانهٔ سبز، خانهٔ ریحانه و سرای احسان کهریزک انتخاب شده‌اند. در یک مطالعه نمونه‌ها از بیش از یک نوع مرکز انتخاب شده بودند و در ۶ مطالعه محل دقیق دسترسی به کودکان مشخص نبود.

جدول ۱. خلاصهٔ یافته‌های تعدادی از متغیرهای مطالعات

متغیرهای کودک و خانواده	کمترین فراوانی در مطالعات	بیشترین فراوانی در مطالعات	میانگین وزنی	حجم نمونه مطالعات فرا تحلیل شده	حجم نمونه کل مطالعات
جنس	دختر	٪۰	٪۹/۴	۹۹۷۹	۱۴۷۸۳
	پسر	٪۳۸	٪۹۰/۶		
تحصیلات	بی‌سواد	٪۲/۹	٪۸۲/۹	۱۱۰۷۳	۱۱۰۷۳
	ابتدایی	٪۱۵			
	راهنمایی	٪۶			
	دیپلمات	٪۱۲/۱			

<sup>۱</sup> MPH

<sup>۲</sup> مراد از مراکز باز آن دسته از مراکز کودکان خیابانی است که در آن‌ها ورود و خروج کودکان به مرکز در اختیار خود کودکان است و عمدتاً شامل مراکز سازمان‌های غیردولتی است.

<sup>۳</sup> مراد از مراکز بسته آن دسته از مراکز کودکان خیابانی است که در آن‌ها ورود و خروج کودکان به مرکز به‌طور کامل با اجازهٔ مسئولان مرکز بوده و عمدتاً شامل مراکز سازمان‌های دولتی است.

۱۴ ۳۰۳			%۵۰-/%۸۰	%۲۰-/%۵۰	کمتر از ۱۲ سال	سن
	----	----	%۵۰-/%۱۰۰	%۰-/%۵۰	بالای ۱۲ سال	
۸۷۱۴	----	----	%۸۳/۳	%۱۵/۱	داخلی	مهاجرت
۱۳۱۲۷	۱۲۴۵۳	%۲۵	%۳۳	%۱۲/۵	خارجی	
۴۳۵۱	۱۴۴۱	%۸۰/۱	%۱۰۰	%۸/۸		درآمد کمتر از ۱۰۰ هزار تومان در ماه خانواده
۴۶۲۲	۱۴۲۴	%۲۳/۳۸	%۸۰	%۶/۶		بیکاری پدران
۴۶۵۴	۴۲۸۲	%۹۱/۳	%۹۸	%۸۴	بی سواد یا کمتر از دبیرستان	تحصیلات پدر
۴۵۵۶	۳۷۶۲	%۸۵/۵	%۱۰۰	%۸۲/۴	بی سواد یا کمتر از دبیرستان	تحصیلات مادر
۵۷۳۲	۵۷۳۲	%۸۱/۱۸	%۱۰۰	%۶۲/۶		اشتغال به کار کودک
۵۹۱۰	۵۹۱۰	%۸۰	%۱۰۰	%۵۷/۵		ارتباط با خانواده
۸۶۰۹	۸۴۰۶	%۲۹/۳	%۹۳/۲	%۴/۵		طلاق و جدایی والدین
۷۶۹۶	۷۶۲۷	%۳/۶	%۱۱	%۱/۲		فقدان سرپرست
۱۷۰۳	----	----	%۱۰۰	%۴/۶		آزار جسمی کودک
۹۹۹	----	----	%۲۷	%۱/۶		آزار جنسی کودک
۵۱۱۲	۴۵۴۷	%۱۸/۸	%۵۶/۷	%۱۰		سابقه زندان در خانواده
۶۲۰	۳۷۳	%۵۵/۸	%۶۸	%۷/۷	بدون تفکیک اعضا	سابقه اعتیاد در خانواده
۸۸۰	۶۱۲	%۴۴/۴	%۷۸/۳	%۳/۴	اعتیاد پدر	
۸۵۰	۵۶۲	%۲۱/۳	%۵۰	%۴	اعتیاد مادر	
۸۵۱۴	----	----	%۶/۲	%۱	عقب ماندگی ذهنی	وضعیت هوشی
	----	----	%۳۱/۵	%۹/۴	هوش مرزی	
	----	----	%۴۳/۴	%۴۲	هوش طبیعی	
۴۸۴۸	۴۷۳۰	%۷/۹	%۵۰	%۱۰/۳		مصرف سیگار کودک
۴۸۴۷	----	----	%۷۰	%۱/۸		مصرف مواد کودک
۵۳۳۸	----	----	%۷۵	%۲/۲		سابقه بزهکاری کودک

تعدادی از متغیرهای این مطالعات را می توان بالقوه عامل خطر و/یا پیامد خیابانی شدن فرض کرد، اما از آنجا که طراحی بیشتر مطالعات مقطعی بوده و از نتایج مطالعات رابطه علت و معلولی میان اکثر این متغیرها و خیابانی شدن کودکان را نمی توان استنباط کرد، یافته های

<sup>۱</sup>. با حذف یک مطالعه با شیوع ۳/۴ درصد

مطالعات بدون تفکیک متغیرها به عامل خطر و پیامد توصیف شده‌اند. متغیرهای مربوط به شرایط اقتصادی کودکان و خانواده‌ها به‌عنوان عامل خطر در مقاله‌ای دیگر ارائه شده (وامقی و دیگران، ۱۳۸۹) و در این جا تنها به بیان خلاصه‌ای از آن در جدول ۱ اکتفا شده است. جدول ۱ خلاصه‌ای از یافته‌های مطالعات و جدول ۲ (ضمیمه) فهرست مشخصات مطالعات را نشان می‌دهد.

### ۳.۱. مشخصات کلی کودکان خیابانی

برخی از مشخصات کلی کودکان خیابانی شامل سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت مهاجرت و ارتباط کودکان با خانواده در جدول ۱ آمده است.

### ۳.۲. طلاق یا جدایی والدین

براساس دو مطالعه آرزومندی (۱۳۸۲) و احمدی خوئی (۱۳۸۳) تفاوت میان دو گروه خیابانی و غیرخیابانی از نظر فراوانی جدایی و/یا طلاق والدین معنادار بوده و مطالعه گلپذیرسرخه (۱۳۸۴) نیز نشان داده است که طلاق والدین شانس خیابانی شدن کودکان را ۵/۷ برابر افزایش می‌دهد.

### ۳.۳. آزار جسمی، جنسی و روانی کودک

به دلیل پراکندگی زیاد داده‌های آزار جسمی و جنسی، تعاریف مختلف به کار گرفته شده در مورد آزار جسمی و تنوع مصداق‌های مورد بررسی آزار روانی (مانند تنبیه لفظی یا کلامی، بی‌توجهی، بی‌تفاوتی و سهل‌انگاری) در خانواده امکان ادغام داده‌ها فراهم نبود. در دو مطالعه کاشانی (۱۳۸۶) و آرزومندی (۱۳۸۲) نیز تفاوت میان دو گروه خیابانی و غیرخیابانی از نظر فراوانی وقوع آزار نسبت به کودک معنادار نبوده است. در یک مطالعه وقوع آزار و بدرفتاری از سوی مأموران نیروی انتظامی و شهرداری نسبت به کودکان غیرکارتن خواب مشهود از سوی مأموران شهرداری ۳۱ درصد و از سوی مأموران نیروی انتظامی ۱۰/۱ درصد ذکر شده است. این ارقام در مورد کودکان کارتن خواب این مطالعه به ترتیب ۹/۴ درصد و ۴۰/۶ درصد بوده است (کاشفی اسماعیل زاده، ۱۳۷۹). در سه مطالعه دیگر وقوع آزار در خارج از محیط خانواده و در خیابان، ۱۹/۵ درصد (شریفی، ۱۳۸۳)، ۷۰ درصد (آرزومندی، ۱۳۸۲) و ۵۵ درصد (احمدخانی‌ها، ۱۳۸۱) گزارش شده است.

### ۳. ۴. سابقه زندان در خانواده

تنها مطالعه احمدی خوئی (۱۳۸۳) به بررسی رابطه میان سابقه زندان در خانواده و خیابانی شدن کودک پرداخته و براساس یافته‌های این مطالعه تفاوت میان دو گروه خیابانی و غیرخیابانی از نظر سابقه زندان در افراد خانواده معنادار است.

### ۳. ۵. سابقه اعتیاد در خانواده

براساس یافته‌های دو مطالعه کاشانی (۱۳۸۶) و احمدی خوئی (۱۳۸۳) تفاوت میان دو گروه خیابانی و غیرخیابانی از نظر سابقه اعتیاد در خانواده معنادار بود، اما این تفاوت در مطالعه آرزومندی (۱۳۸۲) معنادار نبوده است.

### ۳. ۶. وضعیت روان‌شناختی کودک

۹ مطالعه ( $n=8917$ ) دارای داده‌هایی در مورد وضعیت روان‌شناختی کودکان است. از ۴ مطالعه مربوط به افسردگی و خودکشی براساس مطالعه معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی (۱۳۷۹،  $n=2527$ ) فراوانی افسردگی و ضعف روانی در میان کودکان ۱۲/۳ درصد بوده است. در مطالعه احمدخانی‌ها (۱۳۸۱)، ۶۱/۴ درصد کودکان دارای سابقه افسردگی قبلی بوده یا در زمان مطالعه افسرده بوده‌اند و در مطالعه قاسم‌زاده (۱۳۸۲) نیز ۴۵ درصد کودکان دارای علائم افسردگی بوده‌اند. همچنین بر اساس مطالعه‌ای در شهر قم (غلامی‌پور، ۱۳۷۸) ۶/۳ درصد کودکان سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند.

در چهار مطالعه وضعیت بهره هوشی یا وجود عقب‌ماندگی ذهنی در این کودکان بررسی شده است. در حالی که فراوانی هوش مرزی به ترتیب ۹/۴ درصد، ۳۱/۵ درصد و ۲۶/۶ درصد گزارش شده است، در دو مطالعه ۷/۷ درصد کودکان دارای هوش بسیار ممتاز و ۲/۱ درصد دارای هوش بهر بالاتر از ۱۱۵ بوده‌اند. در مجموع، می‌توان گفت بالاترین فراوانی وضعیت هوشی در کودکان هوش متوسط بوده و عقب‌ماندگی ذهنی از شیوع اندکی برخوردار بود، اما تعداد قابل توجهی از کودکان دارای هوش مرزی بوده‌اند.

### ۳. ۷. وضعیت جسمی کودک

۷ مطالعه ( $n=4922$ ) دارای یافته‌های مربوط به وضعیت جسمی کودکان است. در یک مطالعه (وحدانی، ۲۰۰۶) ۳ درصد کودکان دارای هپاتیت بی<sup>۱</sup> مثبت بوده و هیچ کودک‌کی اچ آی وی<sup>۲</sup> مثبت نبوده است. در مطالعهٔ دیگر (فلاح، ۱۳۸۷) ۳ درصد کودکان هپاتیت بی مثبت و ۵/۳ درصد هپاتیت سی<sup>۳</sup> مثبت بودند.

در ۴ مطالعه وضعیت سلامتی کودکان (کاشفی اسماعیل زاده، ۱۳۷۹؛ جعفری سدهی، ۱۳۸۷؛ شریفی، ۱۳۸۳؛ قاسم‌زاده، ۱۳۸۲) با گزارش کودکان از وضعیت سلامت خود بررسی شده، اما فقط در یک مطالعه ارزیابی کلی وضعیت سلامت با انجام معاینات پزشکی و آزمایشات پاراکلینیک در مراکز بهداشتی کشور صورت گرفته است (معاونت اجتماعی سازمان بهداشتی، ۱۳۷۹). در مطالعهٔ کاشفی (۱۳۷۹) در شهر مشهد ۱۲/۷ درصد کودکان غیر کارتن خواب و ۲۵ درصد کودکان کارتن خواب احساس سلامت جسمی نداشته‌اند. همچنین به ترتیب ۴/۵ درصد و ۱۲/۵ درصد کودکان غیر کارتن خواب و کارتن خواب اظهار کرده‌اند که معلولیت جسمی دارند. ۱۰/۵ درصد کودکان مطالعهٔ جعفری سدهی در گیلان وضعیت سلامتی خود را بد توصیف کرده‌اند. در مطالعهٔ شریفی (۱۳۸۳) در ترمینال‌های شهر تهران ۳/۶ درصد کودکان وجود بیماری پوستی و ۱/۲ درصد وجود بیماری مقاربتی را گزارش داده‌اند.

بر اساس نتایج مطالعهٔ سازمان بهداشتی در استان‌های کشور ( $n=3983$ ، ۱۳۷۹)، ۱۲/۶ درصد کودکان دارای حداقل یک بیماری بوده‌اند. شایع‌ترین نوع بیماری در میان کودکان بیماری‌های پوستی (۳۱/۶ درصد) و پس از آن بیماری‌های داخلی (۱۱/۹ درصد) و بیماری‌های عضلانی و اسکلتی (۹/۱ درصد) بوده است. شایع‌ترین بیماری پوستی سالک (۴۰/۴۷ درصد) و پس از آن بیماری‌های قارچی پوست (۱۷/۸۵ درصد) گزارش شده است. از سوی دیگر ۲۴/۷ درصد کودکان نیز دارای سوء تغذیه گزارش شده‌اند. در این مطالعه فقط ۲۵ درصد کودکان واکسیناسیون کامل داشته‌اند.

<sup>1</sup> HBs Ag

<sup>2</sup> HIV

<sup>3</sup> HCV Ab



## ۳. ۸. مصرف سیگار و مواد در کودکان

براساس نتایج این مطالعات، کمترین میزان شیوع مصرف سیگار ۶/۹ درصد (معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی، ۱۳۷۹) و مربوط به مراکز بهزیستی در استان‌های کشور و بالاترین فراوانی ۸۹ درصد (اداره کل زندان‌های استان خوزستان، ۱۳۷۸) مربوط به کودکان خیابانی پسر زندانی در سطح شهر اهواز بوده که در این مطالعه اطلاعات مربوط به کودکان زندانی و غیرزندانی به تفکیک ذکر نشده است. به نظر می‌رسد در چهار مطالعه‌ای که نمونه‌های آن‌ها دختران را نیز شامل می‌شده است (احمدخانی‌ها، ۱۳۸۱؛ معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی، ۱۳۷۹؛ شریفی، ۱۳۸۳ و فلاح، ۱۳۸۷)، شیوع مصرف سیگار به ترتیب با ۱۶/۱ درصد، ۶/۷ درصد، ۱۴/۳ درصد و ۱۳ درصد پایین‌تر از مطالعاتی بوده که همه نمونه‌هایشان پسر بوده‌اند. تفاوت قابل توجهی میان شیوع مصرف مواد در کودکان غیرکارتن خواب (۴/۱ درصد) و کودکان کارتن خواب (۳۴/۴ درصد) در شهر مشهد (کاشفی اسماعیل‌زاده، ۱۳۷۹) ملاحظه می‌شود. به علاوه، شیوع مصرف مواد نیز مانند سیگار در سه مطالعه که دختران را نیز شامل می‌شده (احمدخانی‌ها، ۱۳۸۱؛ معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی، ۱۳۷۹ و شریفی، ۱۳۸۳)، پایین‌تر (۹/۱ درصد، ۱/۸ درصد و ۴/۳ درصد) بوده است. با توجه به پراکندگی داده‌ها امکان ادغام آن‌ها فراهم نیست.

در ۵ مطالعه انواع مواد مصرفی هم مورد بررسی قرار گرفته‌اند. انواع مواد در مطالعات شامل تریاک، هروئین، حشیش، ماری‌جوآنا، الکل، چسب و قرص بوده است. بالاترین فراوانی مصرف در دو مطالعه کودکان کارتن خواب سطح شهر مشهد (کاشفی اسماعیل‌زاده، ۱۳۷۹) و کودکان خیابانی زندانی و سطح شهر اهواز (اداره کل زندان‌های استان خوزستان، ۱۳۷۸) مربوط به حشیش (۶۳/۳ درصد و ۳۴ درصد) و در دو مطالعه دیگر در خانه سبز شهر تهران (نصرت نظامی، ۱۳۸۰) و مرکز حورا در رودهن و سطح شهر تهران (هادیان، ۱۳۸۴) مربوط به هروئین (۴۶ درصد و ۳۲ درصد) و در یک مطالعه کودکان غیرکارتن خواب مشهد (کاشفی اسماعیل‌زاده، ۱۳۷۹) مربوط به الکل (۷۲ درصد) بوده است. کمترین شیوع مصرف در مطالعات مربوط به ماری‌جوآنا (۴ درصد) و چسب و هروئین (۹ درصد) بوده است.

فقط یک مطالعه (آرزومندی، ۱۳۸۲) به بررسی رابطه میان مصرف مواد مخدر و خیابانی شدن کودکان پرداخته است. بر اساس نتیجه این مطالعه، تفاوت میان دو گروه خیابانی و غیرخیابانی از نظر فراوانی اعتیاد معنادار نبوده است.

### ۳. ۹. سابقه بزهکاری

در ۱۱ مطالعه ( $n=5338$ ) سابقه کیفری یا بزهکاری کودکان مورد بررسی قرار گرفته و از ۲/۲ درصد تا ۷۵ درصد (کاشفی اسماعیل زاده، ۱۳۷۹) به ترتیب مربوط به کودکان غیرکارتن خواب و کارتن خواب شهر مشهد گزارش شده است. در مطالعه معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی (۱۳۷۹) در همه استان‌های کشور در مجموع ۱۷/۲ درصد کودکان سابقه محکومیت کیفری داشته‌اند. با توجه به تنوع تعاریف مربوط به سابقه کیفری و پراکندگی داده‌ها امکان ادغام آن‌ها فراهم نبود.

در مورد انواع بزه ارتكابی اطلاعات مختصری در مطالعات وجود داشت و فقط در برخی مطالعات به دزدی (۱۷/۴ درصد - ۰/۷)، تن فروشی (۲/۳ درصد)، نزاع (۶ درصد) و مصرف و توزیع مواد (۴۱/۳ درصد) اشاره شده است.

### ۴) بحث و نتیجه‌گیری

از آن‌جا که تعدادی از متغیرهای مطالعات مرور شده در این مقاله را می‌توان بالقوه عامل خطر و/یا پیامد خیابانی شدن کودکان در نظر گرفت و غالب مطالعات صورت گرفته فقط فراوانی متغیرهای فوق در مقطع زمانی مطالعه انجام شده را در جمعیت کودکان خیابانی ارزیابی کرده و موارد اندکی رابطه میان تعدادی از متغیرها و خیابانی شدن را مورد بررسی قرار داده‌اند، در تفسیر یافته‌های این متغیرها به عنوان عامل خطر یا پیامد باید نکات یادشده را در نظر داشت. مطالعات جمع‌آوری شده مربوط به آزار جسمی، جنسی و روانی کودک نشان داد که بسیاری از کودکان خیابانی در خانواده مورد آزار جسمی، جنسی و روانی قرار می‌گیرند. از آن‌جا که به جز دو مطالعه تحلیلی، داده‌های سایر مطالعات رابطه سبب‌شناختی میان آزار در خانواده و خیابانی شدن کودکان را روشن نمی‌سازد، بررسی بیشتر این رابطه با طراحی مطالعاتی که نتیجه‌گیری در مورد این رابطه را امکان‌پذیر سازد ضرورت دارد. براساس نتایج

دو مطالعه تحلیلی نیز میان کودک آزاری و خیابانی شدن رابطه معناداری وجود نداشته است. از آنجا که تقدم و تأخر زمانی میان شروع آزار کودک و خیابانی شدن کودکان بر اساس این مطالعات روشن نیست، لازم است یافته‌های این دو مطالعه با احتیاط تفسیر گردد. به علاوه، ممکن است معنادار نبودن ارتباط میان آزار یا خیابانی شدن به شیوع بالای کودک آزاری در دو گروه خیابانی و غیرخیابانی، هر دو، مرتبط باشد.

یافته‌های مطالعات نشان داد که والدین ۲۹/۳ درصد کودکان خیابانی از یکدیگر طلاق گرفته یا جدا شده‌اند و سه مطالعه نیز رابطه خیابانی شدن و طلاق والدین را معنادار گزارش کرده یا عامل خطر خیابانی شدن دانسته است. طلاق والدین یکی از علل ضعف در سرپرستی کودکان است. به علاوه، خانواده‌های زن سرپرست برای تأمین درآمد ممکن است از نیروی کار کودکان استفاده کنند.

یافته‌های تعدادی از مطالعات نشان داد که تنها ۳/۶ درصد کودکان خیابانی فاقد سرپرست هستند. به عبارت دیگر، این یافته نشان می‌دهد که این کودکان هر چند ساعت‌های زیادی از روز در خیابان‌ها به سر می‌برند، نزدیک به ۹۷ درصد آن‌ها سرپرست دارند و با خانواده‌های خود در ارتباط‌اند.

یافته‌های مطالعه نشان داد که در ۱۸/۸ درصد کودکان عضوی از خانواده دارای سابقه زندان بوده و بیش از نیمی از کودکان خیابانی دارای سابقه اعتیاد در خانواده هستند. نبود پدران در خانه ضرورت ورود کودکان به بازار کار و کسب درآمد را افزایش می‌دهد. کودکان ممکن است در غیاب والدین سالم و فعال برای تأمین درآمد خانواده و حتی اعتیاد افراد خانواده به کار در خیابان مشغول شوند. همچنین اعتیاد با وقوع بالاتر کودک آزاری همراه بوده و نظارت ضعیف‌تر بر شرایط زندگی و تحصیل کودکان را سبب می‌گردد که هر دو عامل در ورود بیشتر کودکان به خیابان مؤثرند. وجود سابقه زندان در خانواده حکایت از مشکلاتی مانند درگیری با مواد مخدر، نزاع و خشونت، جرایم اقتصادی و سایر عوامل منجر به حبس در خانواده دارد که احتمال درگیری‌های درون خانواده و تنش‌های داخلی، بدرفتاری با کودکان، فرار کودک از خانه و وادار کردن کودکان به کار و در اولویت قرار ندادن تحصیل برای کودک را موجب می‌شود.

بر اساس نتایج مطالعات، می‌توان جمع‌بندی کرد که علت ورود تعدادی از کودکان به خیابان شرایط نامطلوب زندگی کودکان در خانواده مانند آزار کودک، اعتیاد و زندانی شدن والدین و ازهم‌پاشیدگی و بی‌سرپرستی کودکان است. همچنین مجموعه یافته‌های مرتبط با وضعیت اقتصادی خانواده‌ها شامل بعد بالای خانوار، شیوع بالای بیکاری و مشاغل کم‌درآمد پدران، درآمد پایین خانواده، سطح پایین سواد والدین و اشتغال بیشتر کودکان خیابانی به کار و ارتباط بیشتر کودکان با خانواده احتمال خیابانی شدن کودکان تحت تأثیر شرایط اقتصادی خانواده را مورد تأیید قرار می‌دهد. به علاوه، ترکیبی از این دو گروه عوامل در ورود گروه‌های مختلف کودکان به خیابان نیز محتمل است. به این جهت انجام مطالعات تحلیلی تکمیلی با طراحی مناسب به منظور بررسی دقیق‌تر نقش عوامل فوق در خیابانی شدن کودکان توصیه می‌شود. مرور مطالعات در سایر کشورها نیز مجموعه‌ای از عوامل خانوادگی، شامل شرایط اقتصادی خانواده و وضعیت کودک در خانواده‌های از هم‌گسیخته و آزار کودک را به عنوان علت یا عامل خطر خیابانی شدن کودکان نشان می‌دهد (لمبا، ۲۰۰۲؛ لاسک، ۱۹۹۲، سایرامانیام و سانهی، ۱۹۹۲؛ آبتکار، ۱۹۹۴).

بر اساس یافته‌های مطالعه سازمان بهزیستی ۱۲/۶ درصد کودکان حداقل دارای یک بیماری جسمی هستند. بیماری‌های شایع در کودکان خیابانی با شرایط آن‌ها یعنی ساعات طولانی حضور در خیابان و عدم دسترسی کافی به امکانات بهداشتی یا آگاهی ناکافی نسبت به ضرورت رعایت بهداشت و روش‌های آن هم‌خوانی دارد. چنان‌که بیماری‌های پوستی شایع‌ترین بیماری‌های این کودکان‌اند. با توجه به اهمیت موضوع ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی شناخت بهتر این وضعیت در میان کودکان خیابانی نیازمند مطالعات بیشتر است.

افسردگی را می‌توان پیامد حضور درازمدت کودکان با فشارهای جسمی و روانی متعدد در خیابان و مشکلات درون خانواده به شمار آورد. بالاترین فراوانی وضعیت هوشی در کودکان خیابانی نیز هوش متوسط بود و عقب‌ماندگی ذهنی از شیوع اندکی برخوردار است. این یافته‌ها با احتمال کمتری عقب‌ماندگی ذهنی را به عنوان عامل خطر خیابانی شدن کودکان مطرح می‌سازد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که ۷/۹ درصد کودکان خیابانی مصرف سیگار دارند. به نظر می‌رسد این یافته و پایین بودن شیوع مصرف سیگار تحت تأثیر شیوع پایین مصرف و حجم بالای ( $n=3983$ ) نمونه مطالعه سازمان بهزیستی باشد. با توجه به منع مصرف سیگار در مراکز دولتی، در صورتی که مصرف سیگار در هنگام اقامت در مرکز مورد سؤال قرار گرفته باشد، پاسخ‌ها بسیار پایین‌تر از سابقه مصرف سیگار خواهد بود. به علاوه، تعدادی از کودکان ممکن است از گزارش مصرف سیگار در مراکز دولتی خودداری کرده باشند.

پراکنندگی زیاد داده‌ها در مورد مصرف مواد، با توجه به تنوع تعاریف اعتیاد و نامشخص بودن پرسش در مورد سابقه مصرف یا مصرف فعلی مانع ادغام داده‌ها و نتیجه‌گیری کلی است. کمترین میزان مصرف مواد با ۱/۸ درصد مربوط به مطالعه معاونت اجتماعی با حجم نمونه یادشده در همه مراکز کشور است که به‌طور قابل ملاحظه‌ای با ارقام دیگر فاصله دارد و احتمال گزارش محدودتر در مراکز دولتی را مطرح می‌کند. از جمله با توجه به شیوع بالای مصرف مواد مخدر در استان کرمانشاه، شیوع صفر درصدی مصرف مواد توسط کودکان خیابانی در این استان مورد تردید است. با این حال، برخی مطالعات دیگر از مراکز دولتی نیز شیوع بالا و برخی مطالعات مراکز باز و سطح شهر نیز شیوع پایین‌تر را گزارش کرده‌اند. این مسئله لزوم مطالعه بیشتر اعتیاد کودکان خیابانی را با استفاده از ابزارهای مناسب مطرح می‌سازد. نکته قابل توجه تفاوت روشن مصرف مواد در کودکان کارتن خواب و غیر کارتن خواب شهر مشهد است که نشان می‌دهد کودکان مرتبط با خانواده به‌طور نسبی محافظت بیشتری در مقابل ابتلا به مصرف مواد دارند. نکته دیگر آنکه بالاترین ارقام شیوع نوع ماده مصرفی در ۵ مطالعه‌ای که انواع مواد را مشخص کرده است حشیش، هروئین و در یک مطالعه الککل بوده، اما تریاک نبوده است. همچنین چسب و قرص کمترین شیوع مصرف را داشته است. با توجه به آنکه بالاترین شیوع در میان مواد مصرفی در کشور تریاک است، مصرف بالای هروئین در این دو مطالعه زنگ خطر است که انتقال ایدز و تب‌های دیگر ناشی از اعتیاد تزریقی در این گروه پرخطر را هشدار می‌دهد و نیازمند مطالعه بیشتر در مورد روش‌های مصرف مواد در کودکان خیابانی است.

تنوع تعاریف و داده‌های جمع‌آوری شده در مورد بزه‌کاری کودکان نیز مانع از به دست آمدن رقم دقیقی در مورد بزه‌کاری کودکان است. در مورد بزه‌کاری نیز تفاوت قابل توجهی

میان سابقه کیفی در دو گروه کارتن‌خواب و غیرکارتن‌خواب شهر مشهد وجود دارد، به طوری که شیوع ۷۵ درصدی سابقه کیفی کودکان کارتن‌خواب در مقابل شیوع ۲/۲ درصدی در کودکان غیرکارتن‌خواب مانند وضعیت اعتیاد در این دو گروه می‌تواند نشان‌دهنده نقش ارتباط با خانواده در محافظت از کودکان در مقابل بزه کاری باشد. در مورد بزهکاری نیز مانند اعتیاد موارد گزارش شده، به خصوص در مراکز دولتی، می‌تواند کمتر از میزان واقعی باشد. بالاترین بزه گزارش شده خرید و فروش مواد بوده که مجدداً نیاز به بررسی بیشتر درگیری کودکان خیابانی با اعتیاد را مطرح می‌کند. رقم بسیار پایین تن‌فروشی در کودکان خیابانی نیز می‌تواند ناشی از گزارش کم موارد به دلیل حساسیت موضوع باشد.

فقط یک مطالعه آشکار ساخته است که کودکان توسط سیستم‌های انتظامی که کودکان را از خیابان جمع‌آوری می‌کنند مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند. سایر مطالعات به آزار کودکان در مراکز حمایتی یا سیستم‌های جمع‌آوری کودکان توجهی نداشته‌اند. این مسئله نیز توجه ویژه سازمان‌های حمایت‌کننده کودکان را در ارزیابی خدمات و صدمات احتمالی وارده به کودکان در مراکز ضروری می‌سازد.

در مجموع، یافته‌های مطالعات به‌خوبی نشان می‌دهند که تعداد قابل توجهی از کودکان خیابانی از شرایط نامطلوب جسمی و روانی برخوردارند و هرچند اعتیاد به مواد مخدر در میان کودکان خیابانی گزارش شده است، برای شناخت بهتر آن، مطالعات با طراحی خاص برای کودکان خیابانی در زمینه اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد. براساس نتایج مطالعات خارجی نیز کودکان خیابانی در معرض مخاطرات مختلف جسمی، روانی و جنسی قرار دارند و مصرف مواد و ارتکاب به جرم در آن‌ها گزارش شده است (تودوریک - گمو، ۲۰۰۵؛ پاتر - بریک، ۲۰۰۲؛ محافظت کودکان، ۲۰۰۵).

در نتیجه‌گیری کلی از یافته‌های مطالعات می‌توان گفت متغیرهای مرتبط با عوامل اقتصادی فراوانی بالایی داشتند و به نظر می‌رسد در کشور ما عامل خطر مهمی برای ورود کودکان به خیابان باشد. اما تعدادی از کودکان نیز از شرایط نامطلوب در خانواده رنج می‌برند. از آنجا که هدف اصلی مرورهای نظام‌دار جمع‌آوری و ادغام شواهد موجود به منظور استفاده دستگاه‌های اجرایی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است (یوسفی، نورایی و دیگران، ۲۰۰۹)،

یافته‌های این مطالعه بیان‌گر ضرورت استفاده از سیاست‌های حمایت و رفاه اجتماعی در مبارزه با پدیدهٔ کودکان خیابانی است و می‌تواند به این منظور مورد توجه دست‌اندرکاران مسئلهٔ کودکان خیابانی در کشور قرار گیرد.

#### منابع

- ابراهیمی، پروانه (۱۳۸۲) بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی کودکان خیابانی (استان تهران، سرای احسان)، پایان‌نامهٔ مقطع کارشناسی، واحد تهران شمال، دانشکدهٔ مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی.
- احسانی کلخوران، صمد (۱۳۸۳) تأثیر حاشیه‌نشینی بر پیدایش کودکان خیابانی در شهر تهران (با تأکید بر مناطق ۱۸ و ۱۹)، پایان‌نامهٔ مقطع کارشناسی ارشد، واحد تهران شمال، دانشکدهٔ مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی.
- احمدخانی‌ها، حمیدرضا (۱۳۸۱) «همه‌گیرشناسی افسردگی و سوء استفادهٔ جنسی در کودکان خیابانی»، *مجلهٔ اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شمارهٔ ۱: ۱۴-۲۰.
- احمدی خوئی، شاپور (۱۳۸۳) بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر شکل‌گیری کودکان خیابانی در شهر ارومیه، پایان‌نامهٔ مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- اداره کل زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان خوزستان (۱۳۷۸) کودکان خیابانی مطروودین اجتماع.
- آرزومندی، نیره (۱۳۸۲) بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های خانوادگی - اجتماعی کودکان خیابانی و غیرخیابانی، پایان‌نامهٔ مقطع کارشناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- بهزیستی استان تهران (۱۳۸۰) مرکز کودکان خیابانی مجتمع بهزیستی ولیعصر، مرکز کودکان خیابانی ولیعصر، سازمان بهزیستی منطقه شرق تهران.
- بهزیستی استان تهران (۱۳۸۳) بررسی عوامل پیدایش پدیدهٔ کودکان خیابانی (گزارش عملکرد ستاد ساماندهی کودکان خیابانی از نگاه آمار)، ستاد ساماندهی کودکان خیابانی یاسر، بهزیستی استان تهران.

- پور کاظمی، شهلا (۱۳۸۰) «بررسی وضعیت کودکان خیابانی، علل پیدایش و راهکارها»، نشریه اصلاح و تربیت، سال هفتم، شماره ۷۸: ۷-۱۰.
- جانقلی، مصطفی (۱۳۸۳) «بررسی وضعیت کودکان خیابانی»، مقالات اولین همایش آسیب‌های اجتماعی در ایران، خرداد ۱۳۸۱، جلد پنجم، روسپی‌گری، کودکان خیابانی و تکدی، تهران: آگاه.
- جعفری، فاطمه (۱۳۸۰) بررسی عوامل مؤثر بر خیابانی‌شدن کودکان، پایان‌نامه مقطع نامشخص، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- جعفری سدهی، رضا و مهیار عدالتخواه (۱۳۸۷) بررسی ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کودکان خیابانی استان گیلان، معاونت امور اجتماعی بهزیستی استان گیلان.
- حسینی، حسن (۱۳۸۴) «وضعیت کودکان کار و خیابان در ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹: ۱۵۵-۱۷۳.
- حسینی، حسن (۱۳۸۵) مجموعه تحلیل‌های آسیب‌های اجتماعی در ایران: کودکان کار و خیابان، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران: سلمان.
- رجب‌نژاد، مریم، آرمین شیروانی و شهاب خزانه‌داری (۱۳۸۵) مرور نظام‌مند شواهد، مرکز تعالی دانشگاه، دفتر تعالی خدمات بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.
- زرورای، هادی (۱۳۸۴) بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پیدایش کودکان خیابانی شهر تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- زندى مهر، علی (۱۳۸۰) بررسی آسیب‌شناسی کودکان و نوجوانان خیابانی در تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، واحد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی.
- سلکی، عباس (۱۳۸۲) بررسی عوامل اجتماعی حمایت‌کننده از کودکان خیابانی در منطقه ۱۰ تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- سلمانی باروق، نسرين (۱۳۸۲) «خودپنداری و عوامل مؤثر بر آن در کودکان خیابانی سنين ۱۲ - ۶ سال»، مجله حیات، شماره ۱۷: ۶-۳۷.



سید کریمی، منیژه (۱۳۷۹) عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اجتماعی کودکان خیابانی، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، واحد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی.

شریفی، الهام (۱۳۸۳) بررسی، تحلیل و مقایسه ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی کودکان خیابانی، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. صالح، علیرضا (۱۳۷۹) بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی کودکان خیابانی و شبانه‌روزی شهر تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.

علوی‌نیا، اشرف‌السادات (۱۳۸۴) مطالعه و بررسی علل اجتماعی مؤثر بر اشتغال کودکان خیابانی ۵ تا ۱۶ ساله منطقه ۸ شهر تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

غلامی‌پور، فاطمه (بی‌تا)، شناخت عوامل مؤثر در پیدایش و گسترش پدیده کودکان خیابانی در شهر قم، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشکده توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی فاطمیه قم.

فاضل‌زاده دینان، کوثر (بی‌تا) بررسی عوامل مؤثر بر خیابانی‌شدن کودکان و نوجوانان در تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی. فلاح، فاطمه (۱۳۸۷) «بررسی شیوع هیپاتیت B و C در کودکان خیابانی شهر تهران از فروردین تا شهریور ۱۳۸۶»، مجله پژوهش در پزشکی، تابستان ۱۳۸۷، دوره ۳۲، شماره ۲: ۱۴۷-۱۵۱.

فیضی، عبدالجلیل (۱۳۸۲) مقایسه خودپنداری و عزت نفس کودکان عادی با کودکان خیابانی، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. قاسم‌زاده، فاطمه (۱۳۸۲) «کودکان خیابانی در تهران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۷: ۲۴۹-۲۶۶.

کاشانی، شیرین (۱۳۸۶) بررسی عوامل مؤثر بر خیابانی‌شدن کودکان، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

کاشفی اسماعیل‌زاده، حسن (۱۳۷۹) وضعیت کودکان خیابانی مشهد، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.

کاظمی، سعید (۱۳۸۲) فرار کودکان خیابانی پسر در سنین ۷ تا ۱۸ ساله شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۸۲، دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی استان کرمانشاه.

کامرانی فکور، شهربانو (۱۳۸۵) «شیوع خشونت‌های خانوادگی تجربه‌شده در کودکان فراری و غیرفراری»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۲: ۱۹۷-۲۱۸.

گلپدیر سرخه، آرش (۱۳۸۴) بررسی پدیده کودکان خیابانی پسر منطقه زینبیه اصفهان و برخی عوامل مؤثر در آن (شهریور ۸۱ تا ۸۳)، پایان‌نامه مقطع MPH، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

معاونت امور اجتماعی بهزیستی استان مرکزی (۱۳۸۲) بررسی وضعیت کودکان خیابانی و کودکان کار در سال ۱۳۸۲، مرکز مداخله در بحران‌های اجتماعی معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی استان مرکزی.

معاونت امور اجتماعی بهزیستی استان هرمزگان (۱۳۸۲) بررسی وضعیت فردی، خانوادگی و اقتصادی کودکان خیابانی شهر بندرعباس در سال ۱۳۸۱، بهزیستی استان هرمزگان.

معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی (۱۳۷۹) بررسی خصوصیات زیستی، روانی و اجتماعی کودکان خیابانی در ایران، سازمان بهزیستی کل کشور.

مقصودی، مفید (۱۳۸۲) مقایسه عزت نفس و اختلالات رفتاری کودکان عادی و خیابانی، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

مؤسسه فرهنگی و اطلاع‌رسانی نمایه (سال‌های مختلف)، مصاحبه‌ها و گزارش‌های مرتبط با کودکان خیابانی، تهران.

مهدیزاده، هاشم (۱۳۸۱) بررسی عوامل مؤثر در بروز و شیوع پدیده کودکان خیابانی در شهرستان مشهد، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

نصرت نظامی، پونه (۱۳۸۰) بررسی وضعیت اقتصادی بچه‌های خیابانی مستقر در خانه سبز، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشگاه آزاد واحد رودهن.

و ارتانیان، آنی (۱۳۷۹) بررسی وضعیت کودکان و نوجوانانی که از خانه فرار کرده‌اند، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.  
واعظ مهدوی، محمدرضا (۱۳۸۳) «سرانجام کودکان خیابانی در پیش‌نویس وزارت رفاه»،  
روزنامه راه مردم.

وامقی، مروئه، حمیرا سجادی و حسن رفیعی (۱۳۸۹) «مرور نظام‌مند مطالعات کودکان خیابانی در یک دهه اخیر در ایران (فقر عامل خطر خیابانی شدن کودکان)»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۵: ۳۳۷-۳۷۸.

هادیان، مریم (۱۳۸۴) بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی کودکان کار و خیابانی مجتمع حورا و کودکان خیابانی منطقه ۱۳ تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

یاوری، سوزان (بی‌تا)، مقایسه میزان سلامت عمومی کودکان کار شاغل در خیابان‌ها و کارگاه‌های شهر تهران، پایان‌نامه مقطع کارشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی واحد تهران مرکز دانشگاه آزاد اسلامی.

ABC Trust (2007) *Brazilian Street Children*, p. 3, by Jubilee Action [Online], Available at:  
[http://www.abctrust.org.uk/useful\\_docs/Jubilee\\_Action\\_EN.pdf](http://www.abctrust.org.uk/useful_docs/Jubilee_Action_EN.pdf)  
( Accessed 19 July 2007)

Aptekar, L. (1994) "Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition", *Cross-Cultural Research*, 28 (3): 195-224.

Black, M. (1993) *Street and Working Children: Global Seminar Report*, Florence: UNICEF.

Clark, M. (1982) "Support Networks and Survival Strategies of the Urban Poor: A Review of the Kenyan Literature", *Urban and Regional Reports* 82-89, New York: The World Bank.

Khan, S.; R. Kunz; J. Kleignen & G. Antes (2003) *Systematic Review to Support Evidence Based Medicine: How to Review and Apply Findings of Healthcare Research*, London: Royal Society of Medicine Press Ltd.

Lemba, M. (2002), Rapid Assessment of Street Children in Lusaka, Fountain of Hope, FLAME, Jesus Cares Ministries, Lazarus Project, Zambia.

- Lusk, M. (1992) "Street Children of Rio de Janeiro", *International Social Work*, 35: 293-305.
- Panter-Brick, C. (2002) *Street Children, Human Rights and Public Health: A Critique and Future Directions*, *Annul. Rev. Anthropol.*
- Patel, A. (1983) *An Overview of Street Children in India*, New York: Covenant House.
- Patel, S. (1990) "Street Children Hotel Boys and Children of Pavement Dwellers and Construction Workers in Bombay: How They Meet Their Daily Needs", *Environment and Urbanization*, 2: 9-26.
- Save the Children (2005) "Global Submission by the international Save the Children Alliance: UN Study on Violence against Children", [online] Available at:  
[http://www.crin.org/docs/resources/publications/violence/Save\\_Alliance\\_Global\\_Submission.pdf](http://www.crin.org/docs/resources/publications/violence/Save_Alliance_Global_Submission.pdf).
- Subrahmanyam, Y., & Sondhi, R. (1990) "Child Porters: Psychosocial Profile of Street Children", *International Journal of Social Work*, 51: 577-582.
- Thuderic-Ghemo, A. (2005) "Life on the Street and the Mental Health of Street Children: A Developmental Perspective", a Dissertation Master on Psychology", Faculty of Art, University of Johannesburg.
- UNICEF, (1990), *Children and Development in the 1990s: A ATICEF Sourcebook. Proceedings of The World Summit for Children*, New York: United Nations Children's Fund.
- Vahdanai, P. (2006) "Prevalence of Hepatitis B, Hepatitis C, Human Immunodeficiency Virus, and Syphilis Among Street Children Residing in Southern Tehran", Iran, *Archives of Iranian Medicine*, 9 (2).
- World Food Program of United Nations Children's Fund & United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. (2001), Rapid Situation Assessment Report on the Situation of Street Children in Cairo and Alexandria Including the Children's Drug Abuse and Health/Nutritional Status, WHO*

Yousefi Nooraie, R.; A. Rashidian; S. Nedjat (2009) "Promoting Development and Use of Systematic Reviews in a Developing Country", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16 (6): 1029-1034.

Archive of SID

پیوست

جدول ۱. مشخصات عمومی مطالعات

ردیف	نام نویسنده یا سازمان	نوع مطالعه	مکان مطالعه	محل دسترسی به کودکان	حجم نمونه
۱	اداره کل زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان خوزستان، ۱۳۷۸	مقطعی	اهواز	سطح شهر، کانون اصلاح و تربیت (بسته)	۱۰۴ کودک خیابانی
۲	وارتانیان، ۱۳۷۹	مقطعی	تهران	خانه سبز (بسته)	۲۴ کودک خیابانی
۳	صالح، ۱۳۷۹	علی-مقایسه‌ای	تهران	خانه سبز (بسته)	۳۰ کودک خیابانی و ۳۰ کودک غیر خیابانی
۴	کاشفی اسماعیل زاده، ۱۳۷۹	مقطعی	مشهد	زندان، کانون اصلاح و تربیت (بسته)، سطح شهر	۳۰۰ کودک خیابانی
۵	معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی، ۱۳۷۹	مقطعی	تهران	مراکز بهزیستی (بسته)	۳۹۸۳ کودک خیابانی
۶	سید کریمی، ۱۳۷۹	مورد-شاهدی	تهران	خانه سبز (بسته)	۱۰۰ کودک خیابانی و ۸۰ کودک غیر خیابانی
۷	نصرت نظامی، ۱۳۸۰	مقطعی	تهران	خانه سبز (بسته)	۵۰ کودک خیابانی
۸	زندئ مهر، ۱۳۸۰	همبستگی	تهران	خانه سبز (بسته)	۱۰۰ کودک خیابانی
۹	جعفری، ۱۳۸۰	مقطعی	تهران	خانه سبز (بسته)	۶۹ کودک خیابانی
۱۰	بهزیستی استان تهران، ۱۳۸۰	مقطعی	تهران	نامشخص	۲۸۰ کودک خیابانی
۱۱	احمد خانی‌ها، ۱۳۸۱	مقطعی	تهران	فرهنگسرای شهید هرندی (باز)	۸۷ کودک خیابانی
۱۲	مهدیزاده، ۱۳۸۱	همبستگی	مشهد	مرکز بهزیستی (بسته)	۲۲۷ پرونده (۲۲۵ پسر و ۲ دختر)
۱۳	قاسم زاده، ۱۳۸۲	مقطعی	تهران	سطح شهر	۳۶۸ کودک خیابانی پسر و دختر
۱۴	فیضی، ۱۳۸۲	علی-مقایسه‌ای	گنبد کاووس و بندر ترکمن	سطح شهر	۲۵ کودک خیابانی دختر و ۲۵ دختر غیر خیابانی
۱۵	آرزومندی، ۱۳۸۲	مورد-شاهدی	تهران	خانه کودک شوش (باز)	۵۰ کودک خیابانی و ۵۰ کودک غیر خیابانی
۱۶	معاونت امور اجتماعی بهزیستی استان مرکزی، ۱۳۸۲	مقطعی	اراک	نامشخص	۷۰ کودک خیابانی شامل ۶۳ پسر و ۷ دختر
۱۷	کاظمی، ۱۳۸۲	مقطعی	کرمانشاه	نامشخص	۶۰ کودک خیابانی پسر
۱۸	سلمانی باروق، ۱۳۸۲	همبستگی	تهران	فرهنگسرای خواجوی کرمانی (باز)	۱۴۰ کودک خیابانی دختر و پسر

۱۹	ابراهیمی، ۱۳۸۲	مقطعی	تهران	خانه سبز (بسته)، خانه ریحانه (بسته)، احسان سرای کهریزک (بسته)	۵۰ کودک خیابانی شامل ۱۰ دختر و ۴۰ پسر
۲۰	سلکی، ۱۳۸۲	همبستگی	تهران	سطح شهر	۵۰ کودک خیابانی شامل ۱۰ دختر و ۴۰ پسر
۲۱	مقصودی، ۱۳۸۲	علی- مقایسه‌ای	تهران	مراکز بهزیستی (بسته)	۶۳ کودک خیابانی پسر و ۵۰ پسر غیر خیابانی
۲۲	معاونت امور اجتماعی بهزیستی استان هرمزگان، ۱۳۸۲	مقطعی	بندرعباس	سطح شهر	۱۴۴ کودک خیابانی شامل ۱۲۶ پسر و ۱۸ دختر
۲۳	احمدی خونی، ۱۳۸۳	مورد- شاهدی	ارومیه	سطح شهر	۲۰۰ نفر شامل ۱۰۰ کودک خیابانی پسر و ۱۰۰ پسر غیر خیابانی
۲۴	جانقلی، ۱۳۸۳	مقطعی	تهران	خانه سبز	۴۱۳۳ کودک خیابانی پسر
۲۵	شرفی، ۱۳۸۲	علی- مقایسه‌ای	تهران	سطح شهر	۸۳ کودک خیابانی دختر و پسر
۲۶	بهزیستی استان تهران، ۱۳۸۳	مقطعی	تهران	مرکز بهزیستی (بسته)	۱۶۰۱۲ نفر (پذیرش در استان تهران) و ۳۰۵۴ کودک خیابانی (پذیرش در ستاد یاسر)
۲۷	احسانی کلخوران، ۱۳۸۳	مورد- شاهدی	تهران	سطح شهر	۸۰ کودک خیابانی و ۸۰ کودک غیر خیابانی
۲۸	هادیان، ۱۳۸۴	مقطعی	تهران و رودهن	سطح شهر، مرکز (نامشخص)	۵۰ کودک خیابانی
۲۹	زرواری، ۱۳۸۴	مقطعی	تهران	مرکز بهزیستی (بسته)	۳۰ کودک خیابانی پسر
۳۰	علوی‌نیا، ۱۳۸۴	همبستگی	تهران	سطح شهر	۶۵ کودک خیابانی شامل ۲۰ دختر و ۴۵ پسر
۳۱	گلپذیر سرخه، ۱۳۸۴	مورد- شاهدی	اصفهان	مرکز بهزیستی (مرکز بسته)	۱۴۸ کودک خیابانی پسر و ۱۴۸ پسر غیر خیابانی
۳۲	وحدانی، ۲۰۰۶	مقطعی	تهران	مرکز هفتگی شوش (باز)	۱۰۲ کودک خیابانی شامل ۳۹ پسر و ۶۳ دختر
۳۳	حسن حسینی، ۱۳۸۴	همبستگی	تهران، مشهد، شیراز، اهواز، رشت	نامشخص	۵۰۶ کودک خیابانی (تهران ۲۰۰، مشهد ۹۷، شیراز ۷۰، اهواز ۹۸)

مرور نظام‌مند مطالعات کودکان خیابانی در دههٔ اخیر در ایران

رشت (۴۱)					
۱۵ کودک خیابانی پسر و ۱۵ کودک غیر خیابانی	مرکز بهزیستی (بسته)	تهران	علی - مقایسه‌ای	کامرانی فکور، ۱۳۸۵	۳۴
۶۰ کودک خیابانی شامل ۴۶ پسر و ۱۴ دختر و ۵۰ کودک غیر خیابانی	خانه کودک شوش و خانه کودک ناصر خسرو (باز)	تهران	مورد-شاهدی	کاشانی، ۱۳۸۶	۳۵
۸۶ پرونده	مرکز بهزیستی (بسته)	گیلان	مقطعی	جعفری سدهی، ۱۳۸۷	۳۶
۲۰۳ کودک خیابانی دختر و پسر	مرکز بهزیستی (بسته)	تهران	مقطعی	فلاح، ۱۳۸۷	۳۷
۷۰ کودک خیابانی شامل ۴۲ پسر و ۲۸ دختر	خانه کودک شوش و خانه کودک ناصر خسرو (باز)	تهران	همبستگی	فاضل زاده دینان، نامشخص	۳۸
۳۰ کودک خیابانی	مرکز مهرپرو (بسته)	قم	مقطعی	غلامی پور، نامشخص	۳۹
۲۰ کودک خیابانی پسر و دختر و ۲۰ کودک کار پسر و دختر	سطح شهر	تهران	علی - مقایسه‌ای	باوری، نامشخص	۴۰