

مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ششم، شماره اول، بهار ۱۳۸۶، ۴۴-۳۷

بررسی شیوع کودک آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۸۳

دکتر گلوسته خلاصه‌زاده^۱، حمید بخشی^۲، محمد ناظر^۳، احمد رضا صیادی^۴، دکتر مسعود پورغلامی^۵، عبدالحمید ربانی^۶

دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۵/۲/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۵/۱۰/۲۵ ارسال مقاله به نویسنده: ۸۵/۱۰/۲۱ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: تجاوز به حقوق کودکان، آسیب‌رسانی بدنی و روانی، سوء رفتار یا رفتار مسامحه گرانه و نادرست، کودک آزاری اطلاق می‌شود که در اثر این اعمال، سلامتی و آسایش کودک آسیب می‌بیند. با توجه به اهمیت موضوع، این بررسی جهت تعیین میزان شیوع کودک آزاری در افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ترک خود معرف دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۶۴۸ نفر از والدین وابسته به مواد افیونی به صورت تصادفی نظامدار انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با کمک پرسشنامه پژوهشگر ساخته و تجزیه تحلیل داده‌ها با آزمون مجدور کای انجام شد.

یافته‌ها: از بین نمونه‌های مورد مطالعه ۸۱/۹٪ کودک آزار بودند. ۸/۸٪ آن‌ها در گروه سنی ۴۱-۶۰ سال قرار داشتند. در ۹۳/۳٪ نمونه‌های وابسته تزییقی، ۸/۹٪ والدینی که سابقه اعتیاد در خانواده خود داشتند، ۹۵٪ از والدینی که سابقه طلاق را ذکر نمودند، ۹۰/۹٪ از والدینی که سابقه آزار جسمی و ۸۷/۹٪ والدینی که تجربه آزارهای مسامحه در دوران کودکی خود داشتند، کودک آزار بودند. بیشترین نوع آزار جسمی سیلی زدن به صورت (۱۷/۸۶٪) و بیشترین نوع مسامحه محروم کردن از صحبت و توجه (۱۶/۴۴٪) بود. اقدام به کودک آزاری، در ۸۲/۲۰٪ موارد در هنگام قطع مصرف مواد و بیشترین احساس بعد از ارتکاب به کودک آزاری احساس گناه (۳۶/۸۷٪) و احساس غمگینی (۳۵/۲۵٪) توسط نمونه‌ها بیان شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که ارتباط مستقیمی بین کودک آزاری و وابستگی به مواد افیونی وجود دارد. همچنین عوامل دیگری در ارتباط با کودک آزاری وجود دارند از جمله: سطح تحصیلات، درآمد خانواده و سابقه اعتیاد در خانواده والدین، سابقه طلاق در خانواده والدین. بنابراین ضرورت پایش کودکان، تدوین قوانین جهت مداخله و حمایت از قربانیان، ایجاد مراکز حمایتی و آموزش مهارت‌های غلبه بر استرس و اعتیاد در والدین در کاهش کودک آزاری احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کودک آزاری، اعتیاد، مواد افیونی، ترک، خود معرف

۱- استادیار گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یزد

۲- (نویسنده مسؤول) مرتبی عضو هیأت علمی، گروه توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
تلفن: ۰۲۲۰۰۱۹، فاکس: ۰۲۲۰۰۱۹، پست الکترونیکی: bakhshi_hamid@yahoo.com

۳- مرتبی عضو هیأت علمی گروه آموزشی روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۴- مرتبی عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۵- استادیار گروه آموزشی رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۶- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

کودک آزاری است [۷]. ۱۰٪ تروماهای شدید کودکان در نیویورک در سال ۲۰۰۰ به علت کودک آزاری بوده است [۸]. گزارشات نشان می‌دهد که قریب به ۲۰٪ کودکان ۶-۱۱ سال ایرانی مورد کودک آزاری قرار گرفته‌اند [۹]. در مطالعه‌ای در مصر مشخص گردید ۷۹/۹۶٪ پسران و ۶۲٪ دختران مدارس مصر در سال ۱۹۹۹ مورد تنبیه جسمی قرار گرفته‌اند [۱۰] بررسی در سال ۸۳ در رفسنجان نشان داد که ۶۲/۱٪ دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ ساله توسط معلمین خود آزار دیده‌اند [۱۱]. مطالعه پرونده‌های درمانگاهی در تهران نشان داد که ۶۹٪ صد مورد کودک بالای شش سال توسط والدین خود، آزار دیده بودند [۱۲]. هم‌چنین در رفسنجان (۱۳۷۹) مشخص شد که ۷-۱۲ سال انسواع آزارهای جسمی و یا مسامحه را از طرف والدین خود تجربه نموده بودند [۱۳].

میزان بروز کودک آزاری با مصرف الکل، اعتیاد والدین و استرس‌های احتمالی آنان رابطه نزدیکی دارد [۱۴] به طوری که وجود رفتارهای ضد اجتماعی و اعتیاد و اختلالات شبه جسمی در والدین، درصد اعتیاد را در فرزندان افزایش می‌دهد [۱۵-۱۶]. عوامل بسیاری در ارتکاب کودک آزاری و مسامحه دخیل هستند. والدین سوء رفتارگرا، خود اغلب قربانیان کودک آزاری جسمی و جنسی می‌باشند و این یک عامل قوی جهت ترغیب آن‌ها به رفتارهای تهاجمی است. زندگی در خانواده‌های تهی دست و پر جمعیت و شرایط پر استرس به رفتار تهاجمی کمک می‌کند و می‌تواند منجر به کودک آزاری جسمی شود [۱۴]. عدم وجود ارتباط مناسب با دیگران و خانواده‌های بسته و منزوی در والدینی که سوء مصرف مواد دارند و عدم وجود سیستم‌های حمایتی مناسب می‌تواند زمینه ارتکاب به کودک آزاری و سهل انگاری را افزایش دهد [۱۱]. این بررسی با توجه به اهمیت موضوع وجود رابطه بین کودک آزاری و اعتیاد والدین، جهت آگاهی از میزان شیوع کودک آزاری در افراد وابسته به مواد افیونی، طراحی و اجراء گردید تا بتوان با کمک نتایج، برنامه‌ریزی نموده و اقدامات پیشگیرانه را جهت کاهش کودک آزاری به عمل آورد.

کودک آزاری شامل طیف وسیعی از اعمال سوء رفتار گرایانه یا انجام ندادن وظایف و مسؤولیت‌هایی است که نتیجه آن بروز حوادث و حالات مرضی و مرگ کودک است [۱-۲]. کودک آزاری شامل آزارهای جسمی، جنسی، مسامحه، روانی خلقی و مراسم و آیین خرافی است [۳] و موجب بروز طیف وسیعی از علایم و نشانه‌های خلقی روانی و جسمی چون اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، افکار پارانویید، اختلال استرس پس از حادثه، افسردگی و افزایش خطر رفتارهای انتحاری در کودک می‌شود و به طور کلی وی را در معرض بیماری‌های جسمی و اختلالات ناشی از تروما، سوء تغذیه و یا انواع بیماری‌های روانی و اختلالات خلقی و رفتاری قرار می‌دهد [۱].

بدرفتاری با کودکان در تمامی جوامع بشری و در همه سنین از نوزادی تا بلوغ و اوایل جوانی دیده می‌شود. بالغ بر ۳ میلیون قربانی کودک آزاری در آمریکا در سال ۱۹۹۴ و ۱۹۹۷ به کمیته‌های حمایت از کودکان گزارش شده است از این میان یک میلیون مورد کودک آزاری اثبات شده بود که ۵۴٪ شامل انسواع مسامحه، ۲۲٪ آزارهای جسمی، ۸٪ آزارهای جنسی، ۴٪ آزارهای روانی و ۱۲٪ سایر موارد بود [۴]. تخمین مرگ و میر ناشی از کودک آزاری سالانه در حدود ۲۴ هزار مورد است و حدود ۱۵۰-۲۰۰ هزار مورد جدید سوء رفتار جنسی می‌باشد [۱] طبق گزارش مرجع اطفال ۶۹٪ والدین در مورد کودکان خود سوء رفتار عاطفی، ۵۷٪ سوء رفتار فیزیکی و ۴۳٪ مسامحه در امنیت کودک، ۴۶٪ سوء رفتار آموزشی و ۵۳٪ سوء مراقبت پزشکی داشته‌اند [۳]. در طی ۱۰ سال بررسی مشخص شد که ۱۰٪ تروماهای غیر نافذ کودکان زیر ۵ سال در اثر کودک آزاری بوده است [۵]. شیوع کودک آزاری در آمریکا بین ۴۲-۱۵٪ گزارش شده است و سالانه حدود یک میلیون نفر به بیمارستان مراجعه می‌کنند [۶]. ترومای فک و صورت در استرالیا یکی از ملاک‌های

۸۹/۲۶ آنان را (۴۷۴ نفر) مردان تشکیل می‌دادند. هم‌جنین

بیشترین درصد کودک‌آزاری در نمونه‌های گروه سنی ۴۱-۶۰ سال، بی‌کار و بازنشسته و دارای درآمد کمتر از هفتاد هزار تومان در ماه بود (جدول ۱).

کودک‌آزاری نمونه‌های پژوهش بر حسب مدت زمان وابستگی به مواد افیونی نشان داد که بیشترین درصد افراد کودک آزار ۱۶-۲۰ سال به مواد وابسته بوده‌اند ($p < 0.05$) (جدول ۲). کودک‌آزاری در ۸۱٪ (۹۹ نفر) افراد دارای مسکن استیجاری، ۸۲٪ (۳۶۹ نفر) دارای منزل شخصی، ۸۰٪ (۳۷) نفر) با مسکن به ارث رسیده، ۷۰٪ (۷ نفر) مسکن دولتی و ۹۰٪ (۱۹ نفر) با مسکن ناپایدار و مشترک بیان شد.

۸۹٪ (۲۰ نفر) افراد با سابقه اعتیاد در خانواده و ۷۸٪ (۳۰ نفر) نمونه‌های بدون سابقه اعتیاد در خانواده کودک آزار بودند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0.05$). ۸۸٪ افراد کودک آزار سواد خواندن و نوشتن داشتند که آزمون آماری تفاوت معنی‌داری بین سطح تحصیلات و کودک‌آزاری نشان داد ($p < 0.05$) (جدول ۳).

بالاترین میزان کودک‌آزاری بر حسب وضعیت تأهل به ترتیب در خانواده‌های با سابقه متارکه ۹۴٪، مطلقه ۹۳٪، متأهل ۸۱٪ و همسر مرد ۶۶٪ بوده است ($p < 0.01$). (جدول ۱). بیشترین درصد کودک‌آزاری ۹۰٪ (۴۴۱ نفر) در نمونه‌هایی که در دوران کودکی از طرف والدین آزار جسمی دیده بودند و ۸۷٪ (۳۳۵ نفر) نمونه‌هایی که دارای سابقه مسامحه از طرف والدین دیده شد ($p < 0.05$). بیشترین میزان کودک‌آزاری در افراد دارای ۳ فرزند ($88/2\%$) و کمترین میزان کودک‌آزاری در افراد دارای ۱ فرزند ($67/4\%$) گزارش گردید ($p < 0.05$). میزان کودک‌آزاری بر حسب جنس کودکان آزار دیده نشان داد که ۴۸٪ از خانواده‌ها دارای هر دو جنس فرزند، ۳۳٪ دارای پسر و ۱۹٪ دارای دختر بودند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی مقطعی است که از بهمن ماه ۸۲ لغاًیت تیر ماه ۸۳ بر روی ۶۴۸ نفر از معتادان به مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام گرفته است. معیار ورود به مطالعه وابستگی به حداقل یک نوع ماده افیونی و داشتن حداقل یک فرزند کمتر از ۱۲ سال بود. با توجه به بالا بودن نسبت کودک‌آزاری در افراد معتاد [۲، ۱۱-۱۲] حجم نمونه با $p = 0.05$ و حدود اطمینان ۹۵٪، ۶۴۸ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌ها از بین ۳۵۰ نفر مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد، به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر ۱۵ سؤال در زمینه کودک‌آزاری (جهت بررسی متغیرهایی چون اعمال سوء رفتار و عدم انجام وظایف و مسؤولیت‌ها)، انواع کودک‌آزاری (جسمی، جنسی، مسامحه، روانی و خلقی) و نحوه آن و ۱۲ سؤال در مورد اطلاعات جمعیت شناختی و عوامل مرتبط با این موضوع (جنس، سن، شغل، درآمد، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت سکونت، درآمد و سابقه اعتیاد والدین) بود. روایی و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش روایی محتوی توسط متخصصین مربوطه و انجام آزمون مجدد ($r = 0.88$) تایید گردید. انجام مصاحبه جهت تکمیل پرسش‌نامه با حضور همسر فرد و در اولین جلسه حضور در کلینیک صورت می‌گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با نرم افزار SPSS و کاربرد روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی از قبیل توزیع فراوانی، درصد، آزمون مجذور کای دو انجام گردید.

نتایج

نتایج بررسی نشان داد که ۸۱٪ نمونه‌ها (۵۳۱ نفر) کودک‌آزاری داشته‌اند ($CI: 73/83-7/80$ ٪) که

جدول ۱- توزیع فراوانی کودک آزاری نمونه های مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

P.Value	سابقه کودک آزاری				متغیرهای دموگرافیک
	کل	خیر	بلی	فراوانی (درصد)	
۰/۰۴					
	(۱۰۰) ۵۳۱	(۱۰/۷) ۵۷	(۸۹/۳) ۴۷۴		جنس: مرد
	(۱۰۰) ۱۱۷	(۵۱/۳) ۶۰	(۴۸/۷) ۵۷		زن
۰/۲					
	(۱۰۰) ۴۶۱	(۲۰/۴) ۹۴	(۷۹/۶) ۳۶۷		۲۱-۴۰
	(۱۰۰) ۱۷۲	(۱۲/۲) ۲۱	(۸۷/۸) ۱۵۱		۴۱-۶۰
	(۱۰۰) ۱۵	(۱۳/۳) ۲	(۸۶/۷) ۱۳		۶۰+
۰/۱۲					
	(۱۰۰) ۸۷	(۱۹/۶) ۱۷	(۸۰/۴) ۷۰		کشاورز
	(۱۰۰) ۱۲۹	(۱۷/۵) ۲۵	(۸۲/۵) ۱۰۴		کارگر
	(۱۰۰) ۵۸	(۲۲/۵) ۱۳	(۷۷/۵) ۴۵		کارمند
	(۱۰۰) ۶۴	(۱۷/۲) ۱۱	(۸۲/۸) ۵۳		خانه دار
	(۱۰۰) ۶۵	(۹/۲) ۶	(۹۰/۷) ۵۹		غیر شاغل و بازنشسته
	(۱۰۰) ۲۴۵	(۳۰) ۷۴	(۷۰) ۱۷۱		سایر مشاغل
۰/۰۳					
	(۱۰۰) ۳۸۶	(۱۶) ۶۲	(۸۴) ۳۲۴		کمتر از ۷۰ هزار تومان
	(۱۰۰) ۱۹۱	(۱۸) ۳۴	(۸۲) ۱۵۷		درآمد: ۷۰-۱۱۰
	(۱۰۰) ۵۱	(۲۵/۵) ۱۳	(۷۴/۵) ۳۸		۱۱۱-۱۵۰
	(۱۰۰) ۲۰	(۴۰) ۸	(۶۰) ۱۲		۱۵۰+
۰/۰۱					
	(۱۰۰) ۵۱۳	(۱۸/۵) ۹۵	(۸۱/۵) ۴۱۸		متاهل
	(۱۰۰) ۶	(۳۳/۴) ۲	(۶۶/۶) ۴		وضعیت تأهل: همسر مرد
	(۱۰۰) ۱۰۲	(۶) ۶	(۹۴) ۹۶		متارکه
	(۱۰۰) ۱۴	(۷) ۱	(۹۳) ۱۳		مطلقه

جدول ۲- توزیع فراوانی کودک آزاری نمونه های مورد مطالعه بر حسب مدت زمان وابستگی به مواد آگیونی

کل	مدت زمان اعتیاد								کودک آزاری فراوانی	
	بالاتر از ۲۵ سال		۲۱-۲۵ سال		۱۶-۲۰ سال		۱۱-۱۵ سال			
	تعداد	تعداد (درصد)	تعداد	تعداد (درصد)	تعداد	تعداد (درصد)	تعداد	تعداد (درصد)		
۵۳۱	۱۶	۳۱	۴۹	۸۲	۱۸۵	۱۶۸			دارد	
(۸۱/۹)	(۸۰)	(۸۸/۵)	(۹۴/۲)	(۸۶/۴)	(۸۷)	(۷۲/۵)			ندارد	
۱۱۷	۴	۴	۳	۱۳	۲۸	۶۴			جمع	
(۱۸/۱)	(۲۰)	(۱۱/۵)	(۵/۸)	(۱۳/۶)	(۱۳)	(۲۷/۵)				
۶۴۸	۲۰	۳۵	۵۲	۹۵	۲۱۳	۲۳۲				
(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)				

$$x_2=25/70 \quad df=6 \quad p<0.05$$

جدول ۳- توزیع فراوانی کودک‌آزاری نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب میزان تحصیلات والدین

کل تعداد (درصد)	دانشگاهی تعداد (درصد)	دیبرستان تعداد (درصد)	راهنمایی تعداد (درصد)	ابتدایی تعداد (درصد)	خواندن و نوشت تعداد (درصد)	بی سواد تعداد (درصد)	میزان تحصیلات فرهانی کودک آزاری
							دارد
							ندارد
۵۳۱	۱۴	۶۶	۱۳۳	۱۷۶	۶۰	۸۲	
(۸۱/۹)	(۸۷/۵)	(۷۱)	(۷۶/۸)	(۸۶/۲)	(۸۸/۲)	(۸۷/۲۴)	
۱۱۷	۲	۲۷	۴۰	۲۸	۸	۱۲	
(۱۸/۱)	(۱۲/۵)	(۲۹)	(۲۳/۲)	(۱۳/۸)	(۱۱/۸)	(۱۲/۷۶)	
۶۴۸	۱۶	۹۳	۱۷۳	۲۰۴	۶۸	۹۴	جمع
(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	

$$x_2=17/0.9 \quad df=0 \quad p<0.05$$

و ۲۶/۴۷٪ بیش از یکی از موارد بالا را ذکر نمودند. ابراز واکنش پس از ارتکاب در ۳۶/۸٪ نمونه‌های دارای کودک‌آزاری به صورت احساس گناه، ۳۵/۲۵٪ احساس غمگینی، ۳/۳۹٪ رفع اضطراب و نگرانی و ۱۰/۹۱٪ احساس آرامش، ۲۰/۷۶٪ بیش از یکی از موارد و ۱/۷٪ هیچ علتی را بیان نمودند.

بحث

این مطالعه نشان داد که ۸۱/۹٪ افراد وابسته به مواد افیونی کودک‌آزاری داشتند (۷۳/۷۳-۸۳/۶۸٪: ۸۰/۰۷٪ CI: ۹۵٪-۹۰٪) که در مقایسه با یافته‌های مطالعه کودک‌آزاری در نمونه‌های سالم رفسنجان ۶۸/۶۵٪ در سال ۱۳۷۹ [۱۳]، در تهران (۱۳۷۸) ۲۲/۸۳٪ [۱۷] و در تهران (۱۳۸۲) ۱۲/۲٪ [۱۸] به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر می‌باشد و احتمالاً می‌تواند به علت بالا بودن رفتارهای آزار دهنده نزد معتادان به مواد افیونی به دلیل ضعف کنترل تکانه‌ای و پایین بودن آستانه عمل، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی خلقی در این افراد به خصوص در هنگام بروز سندروم قطع مواد [۲]، شیوع اختلالات روانی (۹۰٪) و پایین بودن مهارت‌های لازم در مقابله با بحران باشد [۱۹]. بیشترین میزان کودک‌آزاری در والدین ۴۱-۶۰ ساله و کمترین میزان در سنین کمتر از ۴۰ سال دیده شد که در مقایسه با نتایج مطالعه سال ۷۹ در رفسنجان، میزان کودک‌آزاری در گروه‌های سنی فوق بیشتر است [۱۳]. این تفاوت احتمالاً به دلیل مراجعه معتادان به مراکز ترک خود معرف در سنین بالاتر می‌باشد که حجم بیشتر نمونه‌های مورد بررسی را تشکیل

بر حسب بیشترین آزارهای جسمی اعمال شده توسط نمونه‌ها نتایج نشان داد که ۱۷/۸۶٪ نمونه‌ها کودک‌آزاری را به وسیله سیلی زدن، ۱۱/۸۶٪ با لگدزدن، ۷/۸۴٪ با پیچاندن گوش، ۱۰/۷۷٪ نیشگون گرفتن، ۹/۳۸٪ ضربه با چوب، ۴/۳۸٪ با شلاق، ۴/۶٪ با زندانی کردن، ۱/۲۶٪ کشیدن مو، ۵٪ به وسیله سوزاندن عضو و ۲۱/۵۵٪ بیش از یک مورد بیان نموده‌اند.

بر حسب نوع مسامحه اعمال شده در کودک‌آزاری، ۱۴/۲۹٪ نمونه‌ها با محروم کردن کودکان از تفریح، ۱۱/۹۳٪ با محروم نمودن از تماشای تلویزیون، ۱۳/۷۳٪ ۶/۳۹٪ محروم نمودن از پوشیدن و خریدن لباس مناسب، ۷/۵۹٪ از روش ندادن پول توجیبی و ۱۶/۴۴٪ با محروم کردن از صحبت و توجه، ۱۸/۸٪ بیش از یکی از موارد و ۹٪ از طریق سایر روش‌ها بوده است.

بیشترین میزان کودک‌آزاری به ترتیب: ۹۲/۹٪ افراد با سابقه مصرف شیره، ۸۷/۵٪ افراد مصرف کننده هروپین، ۸۴/۶٪ با سابقه مصرف سوخته و ۷۸/۳٪ با سابقه مصرف تریاک وجود داشت. که آزمون آماری تفاوت معنی داری را بین نوع ماده مصرفی و کودک‌آزاری نشان داد ($p<0.05$).

۱۹/۵۳٪ نمونه‌ها، علت کودک‌آزاری را برای تربیت نمودن کودک، ۲۰/۸۲٪ کمبود مواد مخدر، ۴/۹۷٪ پس از مصرف مواد، ۴/۷۱٪ به دنبال درگیری با فامیل و وابستگان، ۵/۶۵٪ بعد از درگیری با همسر و ۲/۸۲٪ بعد از درگیری در محل کار

آن در آینده خود به افراد کودک آزار تبدیل می شوند و این روش را به فرزندان خود انتقال می دهند [۳,۵] که در مجموع رفتارهای والدین در بروز کودک آزاری و اعتیاد در فرزندان مؤثر قلمداد می شود [۲۳]. بیشترین میزان کودک آزاری بر روی کودکان ۷-۱۱ ساله و پسران دیده شد که با یافته های امینی (۱۳۷۹) در رفسنجان [۱۳] و حسینی نسب (۱۳۷۸) [۱۷] در تهران و احمدخانی ها (۱۳۸۰) در سوء رفتار جنسی کودکان خیابانی شهر تهران [۲۰] همسو بود.

بیشترین میزان کودک آزاری در معتادان به مصرف شیره دیده شد. که با یافته های سایر پژوهش ها که شدت اعتیاد را در بروز عوارض اعتیاد و ظهور نشانگان قطع در معتادین به مواد افیونی قوی، را بیشتر می دانند [۱۹] هم خوانی دارد. مهم ترین انگیزه کودک آزاری ابراز شده از طرف نمونه ها کمبود و عدم دسترسی به مواد مخدر بود و بیشترین احساس این گروه، گناه و غمگینی پس از ارتکاب کودک آزاری بیان شده است که این مسئله را نیز می توان ناشی از سندروم قطع مصرف مواد (برخاشگری، بی حوصلگی و بی ثباتی خلقی) دانست.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش، توجه ویژه به خانواده های معتاد به مواد مخدر از نظر کودک آزاری، حمایت از کودکان، درمان معتادان، تشخیص زودرس کودک آزاری، مداخله، درمان و جلوگیری از بروز عوارض هولناک کودک آزاری ضروری به نظر می رسد. آموزش و فراغیری مهارت های مقابله با بحران های خانوادگی و روش های جایگزینی در برخورد با بحران ها نیز در کاهش کودک آزاری مؤثر است. توجه به کنترل جمعیت در خانواده های بی کار، معتاد و یا کم درآمد از وظایف اساسی حوزه های بهداشتی است که باید به آن توجه عمیق نمود. از این تسهیلات جهت اشتغال پس از توان یابی معتادان، سواد آموزی و آموزش تربیت فرزندان از رفتارهای مؤثر و مفید در پیشگیری از این وقایع است. توجه به فرزندان افراد معتاد، به عنوان افراد در معرض خطر ابتلا به سوء رفتار گرایی، بایستی به عمل آید.

می داد. میزان کودک آزاری در زنان کمی بیش از مردان بود و با نتایج مطالعات امینی و یزدان بناء [۱۳] احمدخانی ها و همکاران [۲۰] و قریشی زاده و همکاران [۱۹] مشابه بود. میانگین مدت زمان اعتیاد در گروه های کودک آزار و غیر کودک آزار معنی دار بود که این امر احتمالاً می تواند به دلیل افزایش سن و اثرات روانی اعتیاد بر عمل کودک آزاری فرد باشد [۱۹]. بیشترین درصد والدین کودک آزار در این مطالعه مربوط به افراد بی کار و کسانی که درآمد کمتر از ۷۰ هزار تومان داشتند، بود که با نتایج بررسی های سایر پژوهشگران در این زمینه مشابه است دارد [۳,۵,۱۹]. چون بیکاری یکی از علل عدمه اعتیاد و بروز کودک آزاری است به طوری که افزایش سوء رفتارها با فقر خانواده ارتباط دارد [۱۰]. میزان کودک آزاری با افزایش میزان تحصیلات والدین رابطه معکوس داشت که با نتایج مطالعات مشابه [۱۲, ۱۹-۲۰] که کم سوادی والدین را از علل اعتیاد و کودک آزاری و سوء رفتار ذکر نموده اند، همسو است.

نمونه های دارای وضعیت ناپایدار مسکن دارای بیشترین میزان کودک آزاری بودند که با یافته های پژوهش احمد خانی ها [۲۰] همسو است به طوری که می توان ثبات و وضعیت مسکن مشخص و پایدار را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در کاهش بروز کودک آزاری دانست گرچه بروز این مشکل ریشه در فقر اقتصادی دارد.

کودک آزاری در نمونه های که متأرکه کرده بودند یا مطلقه بودند بیشتر مشاهده گردید که با نتایج مطالعات مشابه [۱۲-۱۳] هم خوانی داشت که احتمالاً عدم ثبات در بنیان خانواده و دخالت روش های تربیتی و رفتارهای سوء گرایانه در این گروه نقش به سزا دارد [۲۱] در این مطالعه سابقه اعتیاد والدین نمونه ها نیز یکی از عوامل افزایش کودک آزاری است و مؤید نظریه تئودور در سال ۲۰۰۰ است که دو نوع انتقال ژنتیکی و وراثتی را برای اعتیاد کودکان قائل می شود [۲۲]. نمونه های با سابقه آزار جسمی و مسامحه در دوران کودکی از میزان کودک آزاری بیشتری برخوردار بودند. یافته سایر مطالعات حاکی از این است که کودک آزاری و قربانیان

References

- [1] Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry, behavioral Science, clinical Psychiatry*, 8th ed, New York: Lippincott Willia and wilkins. 2000; pp: 847-56 .
- [2] National institutes of health (NIH). *Consensus Development Conference Statement* , Nor. 1997; p: 17-19.
- [3] Behyman RE, Kliegman M R , Arvin M Ann . Senior editor. *Nelson text Book of pediatrics*. Nelson W E. 17 th ed, 2004; pp: 243-54.
- [4] Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive text book of psychiatry* Philadelphia. lippincott williams & wilkins. 7th ed. 2000; pp: 1038-62, 2878-89 .
- [5] Discala C, Seje R, Li G, Reece RM. *Child Abuse and Unintentional Injuries: a 10-year retrospective*. *Arch Pediar Adolesc Med*, 2000; 154 (1): 16-22.
- [6] Kocher MS, Kasser JR. *Orthopedic Aspects of child abuse*. *J Am Acad Orthop surg*, 2000; 8(1): 10-20.
- [7] Jhon V, Messer LA, Arora R, Fung S, Hatzis Nguyer T, Thomas K. *Child Abuse and Dentistry a study of knowledge and Attitudes among dentist in victorio Australalias*. *Aust Dent J*, 1999; 44(4): 259-67.
- [8] Rocher MS, Kasser JR. *Orthopedic aspects of child abuse*. *J Am Acad Orthop Surg*, 2000; 8(1):10-20.
- [۹] دفتر یونیسف در ایران <http://www.iranianchildren.com/news/?id=4436315>.
- [10] Yousef RM, Atifa MS, Kamal MI. *Child experiencing violence and determinates of corporal punishment in school*, Department of health, Alexandria, Egypt 22 oct 1999.
- [۱۱] عباسپور ر، خلاصه‌زاده گ، صیادی ار. بررسی شیوه کشیدگی از روانی فیزیکی در کودکان ۱۲-۷ ساله شهر رفسنجان توسط معلمین در سال ۸۳. پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان.
- [۱۲] صفری ن. بررسی سوء رفتار در اطفال مراجعه کننده به درمانگاه شهید اسماعیلی تهران از سال ۷۳-۶۲، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۴.
- [۱۳] امینی م، بیزان پناه ش. بررسی همه گیر شناسی کودک آزاری در شهر رفسنجان سال ۱۳۷۹. پایان نامه دکترای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان.
- [۱۴] Harter SI, taylor TL. *Parental alcoholisms Child abuse and adult adjustment*. *Substance Abuse*. 2000; 11 (1): 31-44 .
- [۱۵] Taylor J, Carey G. *Antisocial behavior, Substance use, and somatization in families of adolescent drug abusers and adolescent controls*. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1998; 24(4): 635-46.
- [۱۶] Theodore R, Stern JB. *Psychiatry update and board preparation* New York. MC Graw Hill. 2004; pp: 89-95 .
- [۱۷] حسینی نسب رابری ه. بررسی فراوانی سوء رفتار جسمی در اطفال مراجعه کننده به درمانگاه شهید اسماعیلی تهران فورین ۱۳۷۳ تا اسفند ۱۳۷۸ پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. ۱۳۷۸.
- [۱۸] باقری بزدی ع، جلیلی ب، خوشابی ک. بررسی کودک آزاری جسمانی در شهر تهران، پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۶ الی ۱۸ مهر ماه ۸۲، صفحه: ۱۳.
- [۱۹] قریشی زاده م، ترابی ک. بررسی عوامل موثر در واپستگی به مواد مخدر در سال هشتم، شماره ۱، تابستان ۱۳۸۱، صفحات: ۳۳-۳۶.
- [۲۰] احمدخانی ها ح، ترکمن نژاد ش، حسینی مقدم م. بررسی همه گیر شناسی افسردگی و سوء رفتار جنسی در کودکان خیابانی. *فصلنامه اندیشه و رفتار* سال هشتم، شماره ۱، تابستان ۱۳۸۱، صفحات: ۱۴-۱۹.

- [21] Keleher K. Alcohol and drug disorders among abusive parent. *Am J Public Health*, 1994; 84(10): 1589-90.
- [22] Woody GE. Severity of Psychiatric Symptoms as A Predictor of Benefits from Psychotherapy: the Veterans Administration-Penn study. *Am J Psychiatry*, 1989; 146(12): 1651.
- [23] Bonney S, Richard S. Healing addiction. The vulnerability model of recovery, New York, Delmor publish. 1997; pp: 3-26.