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

بررسی شیوع کودک‌آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان۱۳۸۳

دکتر گلرسته خلاصه‌زاده[۱]، حمید بخشی[۲]، محمد ناظر[۳]، احمدرضا صیادی[۴]، دکتر مسعود پورغلامی[۵]، عبدالحمید ربانی[۶]

دریافت مقاله:۸۴/۱۰/۲۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۸۵/۲/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده:۸۵/۱۰/۲۵ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۲۱

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 کودک‌آزاری 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 مجذور کای انجام شد.

یافته‌ها: از بین نمونه‌های مورد مطالعه ۸۱/۹٪ کودک‌آزار بودند. ۸۷/۸٪ آن‌ها در گروه سنی ۶۰-۴۱ سال قرار داشتند. در ۹۳/۳۰ ٪ نمونه‌های وابسته تزریقی، ۸۹٪ 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، کودک‌آزار 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 کودک‌آزاری، در۲۰/۸۲٪ موارد در هنگام قطع مصرف مواد و بیشترین احساس بعد از ارتکاب به کودک‌آزاری احساس گناه (۳۶/۸۷٪) و احساس غمگینی (۳۵/۲۵٪) توسط نمونه‌ها بیان شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که ارتباط مستقیمی بین کودک‌آزاری و وابستگی به مواد افیونی وجود دارد. همچنین عوامل دیگری در ارتباط با کودک‌آزاری 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 کودک‌آزاری احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کودک‌آزاری، اعتیاد، مواد افیونی، ترک، خود معرف

۱- استادیار گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یزد
۲- (نویسنده مسئول) مربی عضو هیأت علمی، گروه توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
تلفن: ۸۲۲۰۰۱۹، فاکس: ۸۲۲۰۰۱۹، پست الکترونیکی: bakhshi_hamid@yahoo.com
۳- مربی عضو هیأت علمی گروه آموزشی روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۴- مربی 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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

مقدمه

کودک‌آزاری 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 [۲-۱]. کودک‌آزاری 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 کودک‌آزاری در آمریکا در سال ۱۹۹۴ و ۱۹۹۷ به کمیته‌های حمایت از کودکان گزارش شده است از این میان یک میلیون مورد کودک‌آزاری اثبات شده بود که ۵۴٪ شامل انواع مسامحه، ۲۲٪ آزارهای جسمی، ۸٪ آزارهای جنسی، ۴٪ آزارهای روانی و ۱۲٪ سایر موارد بود [۴]. تخمین مرگ و میر ناشی از کودک‌آزاری سالانه در حدود ۲۴ هزار مورد است و حدود ۲۰۰-۱۵۰ هزار مورد جدید سوء رفتار جنسی می‌باشد [۱] طبق گزارش مرجع اطفال۶۹٪ والدین در مورد کودکان خود سوء رفتار عاطفی، ۵۷٪ سوء رفتار فیزیکی و ۴۳/۸٪ مسامحه در امنیت کودک، ۴۶/۱٪ سوء رفتار آموزشی و ۵۳/۳٪ سوء مراقبت پزشکی داشته‌اند [۳]. در طی ۱۰ سال بررسی مشخص شد که ۱۰٪ تروماهای غیر نافذ کودکان زیر ۵ سال در اثر کودک‌آزاری بوده است [۵]. شیوع کودک‌آزاری در آمریکا بین ۴۲-۱۵٪ گزارش شده است و سالانه حدود یک میلیون نفر به بیمارستان مراجعه می‌کنند [۶]. تروماهای فک و صورت در استرالیا یکی از ملاک‌های کودک‌آزاری است [۷]. ۱۰٪ تروماهای شدید کودکان در نیویورک در سال ۲۰۰۰ به علت کودک‌آزاری بوده است [۸].

گزارشات نشان می‌دهد که قریب به ۲۰٪ کودکان ۱۱-۶ سال ایرانی مورد کودک‌آزاری 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 صد مورد کودک بالای شش سال توسط والدین خود، آزار دیده بودند [۱۲]. هم‌چنین در رفسنجان (۱۳۷۹) مشخص شد که ۶۹٪ کودکان ۱۲-۷ سال انواع آزارهای جسمی و یا مسامحه را از طرف والدین خود تجربه نموده بودند [۱۳].

میزان بروز کودک‌آزاری 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 [۱۶-۱۵]. عوامل بسیاری در ارتکاب کودک‌آزاری و مسامحه دخیل هستند. والدین سوء رفتارگرا، خود اغلب قربانیان کودک‌آزاری جسمی و جنسی می‌باشند و این یک عامل قوی جهت ترغیب آن‌ها به رفتارهای تهاجمی است. زندگی در خانواده‌های تهی‌دست و پرجمعیت و شرایط پراسترس به رفتار تهاجمی کمک می‌کند و می‌تواند منجر به کودک‌آزاری 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 کودک‌آزاری و سهل انگاری را افزایش دهد [۱]. این بررسی با توجه به اهمیت موضوع و وجود رابطه بین کودک‌آزاری و اعتیاد والدین، جهت آگاهی از میزان شیوع کودک‌آزاری در افراد وابسته به مواد افیونی، طراحی و اجراء گردید تا بتوان با کمک نتایج، برنامه‌ریزی نموده و اقدامات پیشگیرانه را جهت کاهش کودک‌آزاری به عمل آورد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی مقطعی است که از بهمن ماه ۸۲ لغایت 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 [۱۲-۱۱، ۲] حجم نمونه با p=۰/۵، d=۰/۴ و حدود اطمینان ۹۵٪، ۶۴۸ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌ها از بین ۳۵۰۲ 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 =۰/۸۸) 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 ۸۱/۹٪ نمونه‌ها (۵۳۱ نفر) کودک‌آزاری داشته‌اند (۸۳/۷۳-۸۰/۰۷: ۹۵٪ CI) که ۸۹/۲۶٪ آنان را (۴۷۴ نفر) مردان تشکیل می‌دادند. هم‌چنین بیشترین درصد کودک‌آزاری در نمونه‌های گروه سنی ۶۰-۴۱ 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 آزار۲۰-۱۶ سال به مواد وابسته بوده‌اند (p<۰/۰۵) (جدول ۲). کودک‌آزاری در۸۱٪ (۹۹ نفر) افراد دارای مسکن استیجاری، ۸۲٪ (۳۶۹ نفر) دارای منزل شخصی، ۸۰/۵٪ (۳۷ نفر) با مسکن به ارث رسیده، ۷۰٪ (۷ نفر) مسکن دولتی و ۹۰/۵٪ (۱۹ نفر) با مسکن ناپایدار و مشترک بیان شد.

۸۹٪ (۲۰۱ نفر) افراد با سابقه اعتیاد در خانواده و ۷۸٪ (۳۳۰ نفر) نمونه‌های بدون سابقه اعتیاد در خانواده کودک آزار بودند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). ۸۸/۲٪ افراد کودک آزار سواد خواندن و نوشتن داشتند که آزمون آماری تفاوت معنی‌داری بین سطح تحصیلات و کودک‌آزاری نشان داد (p<۰/۰۵) (جدول ۳).

بالاترین میزان کودک‌آزری بر حسب وضعیت تأهل به ترتیب در خانواده‌های با سابقه متارکه ۹۴٪، مطلقه ۹۳٪، متأهل ۸۱/۵٪ و همسر مرده ۶۶/۶٪ بوده است (p<۰/۰۱) (جدول ۱). بیشترین درصد کودک‌آزاری ۹۰/۹٪ (۴۴۱ نفر) در نمونه‌هایی که در دوران کودکی از طرف والدین آزار جسمی دیده بودند و ۸۷/۹٪ (۳۳۵ نفر) نمونه‌های که دارای سابقه مسامحه از طرف والدین دیده شد (p<۰/۰۵). بیشترین میزان کودک‌آزاری در افراد دارای ۳ فرزند (۸۸/۲٪) و کمترین میزان کودک‌آزاری در افراد دارای ۱ فرزند (۶۷/۴٪) گزارش گردید (p<۰/۰۵). 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.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

جدول ۱- توزیع فراوانی کودک‌آزاری نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

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

جدول ۲- توزیع فراوانی کودک‌آزاری نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب مدت زمان وابستگی به مواد افیونی

مدت‌زمان‌اعتیاد / فراوانی کودک‌آزاری	۱-۵ سال	۶-۱۰ سال	۱۱-۱۵ سال	۱۶-۲۰ سال	۲۱-۲۵ سال	بالاتر از ۲۵ سال	کل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
دارد	۱۶۸ (۷۲/۵)	۱۸۵ (۸۷)	۸۲ (۸۶/۴)	۴۹ (۹۴/۲)	۳۱ (۸۸/۵)	۱۶ (۸۰)	۵۳۱ (۸۱/۹)
ندارد	۶۴ (۲۷/۵)	۲۸ (۱۳)	۱۳ (۱۳/۶)	۳ (۵/۸)	۴ (۱۱/۵)	۴ (۲۰)	۱۱۷ (۱۸/۱)
جمع	۲۳۲ (۱۰۰)	۲۱۳ (۱۰۰)	۹۵ (۱۰۰)	۵۲ (۱۰۰)	۳۵ (۱۰۰)	۲۰ (۱۰۰)	۶۴۸ (۱۰۰)

x_2=۲۵/۷۵ df=۵ p<۰/۰۵

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

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

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

$x_2=۱۷/۰۹$ $df=۵$ $p<۰/۰۵$

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، ۰/۵٪ 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٪ محروم نمودن از پوشیدن و خریدن لباس مناسب، ۶/۳۹٪ از روش ندادن پول توجیبی و ۱۶/۴۴٪ با محروم کردن از صحبت و توجه، ۷/۵۹٪ محروم کردن از مهمانی، 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 هرویین، ۸۴/۶٪ با سابقه مصرف سوخته و ۷۸/۳٪ با سابقه مصرف تریاک وجود داشت. که آزمون آماری تفاوت معنی‌داری را بین نوع ماده مصرفی و کودک‌آزاری نشان داد ($p<۰/۰۵$).

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 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 ۱/۹۱٪ احساس آرامش، ۲۰/۷۶٪ بیش از یکی از موارد و ۱/۷٪ هیچ علتی را بیان نمودند.

بحث

این مطالعه نشان داد که۸۱/۹٪ افراد وابسته به مواد افیونی کودک‌آزاری داشتند (۸۳/۷۳-۸۰/۰۷: ۹۵٪ CI) 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 سندرم قطع مواد [۲]، شیوع اختلالات روانی (۹۰٪) و پایین بودن مهارت‌های لازم در مقابله با بحران باشد [۱۹]. بیشترین میزان کودک آزاری در والدین ۶۰-۴۱ 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

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

می‌داد. میزان کودک‌آزاری در زنان کمی بیش از مردان بود و با نتایج مطالعات امینی و یزدان‌پناه [۱۳] احمدخانی‌ها و همکاران [۲۰] و قریشی‌زاده و همکاران [۱۹] مشابه بود. میانگین مدت زمان اعتیاد در گروه‌های کودک آزار و غیر کودک‌آزار معنی‌دار بود که این امر احتمالاً می‌تواند به دلیل افزایش سن و اثرات روانی اعتیاد بر عمل کودک‌آزاری فرد باشد [۱۹]. بیشترین درصد والدین کودک‌آزار در این مطالعه مربوط به افراد بی‌کار و کسانی که درآمد کمتر از ۷۰ هزار تومان داشتند، بود که با نتایج بررسی‌ها ی سایر پژوهشگران در این زمینه مشابهت دارد [۳،۵،۱۹]. چون بیکاری یکی از علل عمده اعتیاد و بروز کودک‌آزاری است به طوری که افزایش سوء رفتارها با فقر خانواده ارتباط دارد [۱۰]. میزان کودک‌آزاری با افزایش میزان تحصیلات والدین رابطه معکوس داشت که با نتایج مطالعات مشابه [۲۰-۱۹، ۱۲] که کم سوادی والدین را از علل اعتیاد و کودک‌آزاری و سوء رفتار ذکر نموده‌اند، همسو است.

نمونه‌های دارای وضعیت ناپایدار مسکن دارای بیشترین میزان کودک‌آزاری بودند که با یافته‌های پژوهش احمد خانی‌ها [۲۰] همسو است به طوری که می‌توان ثبات و وضعیت مسکن مشخص و پایدار را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در کاهش بروز کودک‌آزاری دانست گرچه بروز این مشکل ریشه در فقر اقتصادی دارد.

کودک‌آزاری در نمونه‌های که متارکه کرده بودند یا مطلقه بودند بیشتر مشاهده گردید که با نتایج مطالعات مشابه [۱۳-۱۲] هم‌خوانی داشت که احتمالاً عدم ثبات در بنیان خانواده و دخالت روش‌های تربیتی و رفتارهای سوء گرایانه در این گروه نقش به سزایی دارد [۲۱] در این مطالعه سابقه اعتیاد والدین نمونه‌ها نیز یکی از عوامل افزایش کودک‌آزاری است و مؤید نظریه تئودور در سال ۲۰۰۰ است که دو نوع انتقال ژنتیکی و وراثتی را برای اعتیاد کودکان قائل می‌شود [۲۲]. نمونه‌های با سابقه آزار جسمی و مسامحه در دوران کودکی از میزان کودک‌آزاری بیشتری برخوردار بودند. یافته سایر مطالعات حاکی از این است که کودک‌آزاری و قربانیان آن در آینده خود به افراد کودک‌آزار تبدیل می‌شوند و این روش را به فرزندان خود انتقال می‌دهند [۳،۵] که در مجموع رفتارهای والدین در بروز کودک‌آزاری و اعتیاد در فرزندان مؤثر قلمداد می‌شود [۲۳]. بیشترین میزان کودک‌آزاری بر روی کودکان ۱۱-۷ ساله و پسران دیده شد که با یافته‌های امینی (۱۳۷۹) در رفسنجان [۱۳] و حسینی‌نسب (۱۳۷۸) [۱۷] در تهران و احمدخانی‌ها (۱۳۸۰) در سوء رفتار جنسی کودکان خیابانی شهر تهران [۲۰] همسو بود.

بیشترین میزان کودک‌آزاری در معتادان به مصرف شیره دیده شد. که با یافته‌های سایر پژوهش‌ها که شدت اعتیاد را در بروز عوارض اعتیاد و ظهور نشانگان قطع در معتادین به مواد افیونی قوی، را بیشتر می‌دانند [۱۹] هم‌خوانی دارد.

مهم‌ترین انگیزه کودک‌آزاری ابراز شده از طرف نمونه‌ها کمبود و عدم دسترسی به مواد مخدر بود و بیشترین احساس این گروه، گناه و غمگینی پس از ارتکاب کودک‌آزاری بیان شده است که این مسئله را نیز می‌توان ناشی از سندرم قطع مصرف مواد (پرخاشگری، بی‌حوصلگی و بی‌ثباتی خلقی) دانست.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش، توجه ویژه به خانواده‌های معتاد به مواد مخدر از نظر کودک‌آزاری، حمایت از کودکان، درمان معتادان، تشخیص زودرس کودک‌آزاری، مداخله، درمان و جلوگیری از بروز عوارض هولناک کودک‌آزاری ضروری به نظر می‌رسد. آموزش و فراگیری مهارت‌های مقابله با بحران‌های خانوادگی و روش‌های جایگزینی در برخورد با بحران‌ها نیز در کاهش کودک‌آزاری مؤثر است. توجه به کنترل جمعیت در خانواده‌های بی‌کار، معتاد و یا کم درآمد از وظایف اساسی حوزه‌های بهداشتی است که باید به آن توجه عمیق نمود. ارایه تسهیلات جهت اشتغال پس از توان‌یابی معتادان، سوادآموزی و آموزش تربیت فرزندان از رفتاری‌های مؤثر و مفید در پیشگیری از این وقایع است. توجه به فرزندان افراد معتاد، به عنوان افراد در معرض خطر ابتلا به سوء رفتارگرایی، بایستی به عمل آید.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

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 8 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 Australlias. *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, Alexanderia, Egypt 22 oct 1999.

[۱۱] عباسپور ر، خلاصه‌زاده گ، صیادی ار. بررسی شیوع کودک‌آزاری روانی فیزیکی در کودکان۷-۱۲ ساله شهر رفسنجان توسط معلمین در سال۸۳، 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، یزدان‌پناه ش. بررسی همه گیر شناسی کودک آزاری در شهر رفسنجان سال ۱۳۷۹، پایان نامه دکترای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان.

[14] Harter SI, taylor TL. Parental alcoholisms Child abuse and adult adjustment. *Substance Abuse*. 2000; 11 (1): 31-44 .

[15] 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.

[16] Theodore R, Stern JB. Psychiatry update and board preparation New York. MC Graw Hill. 2004; pp: 89-95 .

[۱۷] حسینی‌نسب رابری ه. بررسی فراوانی سوء رفتار جسمی در اطفال مراجعه کننده به درمانگاه شهید اسماعیلی تهران فروردین ۱۳۷۳ تا اسفند ۱۳۷۸. پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. ۱۳۷۸.

[۱۸] باقری یزدی ع، جلیلی ب، خوشابی ک. بررسی کودک‌آزاری 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] قریشی‌زاده م، ترابی ک. بررسی عوامل موثر در وابستگی به مواد مخدر در مراجعه کنندگان به مرکز ترک خود معرف تبریز، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۱، تابستان ۱۳۸۱، صفحات: ۳۶-۲۳.

[۲۰] احمدخانی‌ها ح‌ر، ترکمن‌نژاد ش، حسینی مقدم مم. بررسی همه‌گیرشناسی افسردگی و سوء رفتار جنسی در کودکان خیابانی. فصلنامه اندیشه و رفتار سال هشتم، شماره ۱، تابستان ۱۳۸۱، صفحات: ۱۹-۱۴.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]

[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.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1386.6.1.5.7]