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 رفسنجان۱۳۸۳

دکتر گلرسته خلاصهزاده 1 ، حمید بخشی 3 ، محمد ناظر 3 ، احمدرضا صیادی 3 ، دکتر مسعود پورغلامی 3 عبدالحمید ربانی 7

دریافت مقاله:۸٤/۱۰/۲۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۸٥/۲/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده:۸٥/۱۰/۲۵ پذیرش مقاله: ۸٥/١٢/۲۱

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 (۸۷/۸۶٪) و بیشترین نوع مسامحه محروم کردن از صحبت و توجه (۱۶/۴۴٪) بود. اقدام به کودکآزاری، در ۲۰/۸۲٪ موارد در هنگام قطع مصرف مواد و بیشترین احساس بعد از ارتکاب به کودکآزاری احساس گناه (۳۵/۲۵٪) و احساس غمگینی (۳۵/۲۵٪) توسط نمونهها بیان شد.

نتیجه گیری: 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، در آمد خانواده و سابقه اعتباد 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 اعتباد در والدین در کاهش کودک آزاری احساس می شود.

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، یست الکترونیکی: bakhshi_hamid@yahoo.com

٣- مربى عضو هيأت علمي گروه آموزشي روانپزشكي، دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي 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

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 می شود 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 می دهد بیماریهای روانی و اختلالات خلقی و رفتاری قرار می دهد

بدرفتاری با کودکان در تمامی جوامع بشری و در همه سنین از نوزادی تا بلوغ و اوایل جوانی دیده می شود. 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 مـورد جدیـد سـوء رفتـار جنسی میباشد [۱] طبق گزارش مرجع اطفال ۶۹٪ والدین در مورد کودکان خود سوء رفتار عاطفی، ۵۷٪ سوء رفتار فیزیکی و ۴۳/۸٪ مـسامحه در امنیت کـودک، ۴۶/۱٪ سـوء رفتـار 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]. ترومای 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 می دهد که قریب به ۲۰٪ کودکان ۲۱–۶ 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 ۹۹۸ در رفسنجان نشان داد که ۴۲/۱٪ دانش آموزان ۷ تا ۱۱ ساله توسط معلمین خود آزار دیدهاند ایا آای 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 دیده بودند [۱۲]. همچنین در رفسنجان (۱۳۷۹) مشخص شد

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 [۱۵-۱۶]. عوامل بسیاری در ارتکاب کودکآزاری و مسامحه دخيل هستند. والدين سوء رفتارگرا، خود اغلب قربانيان 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 می تواند 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 می تواند 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 نتایح، برنامهریزی نموده و اقدامات پیشگیرانه را جهت کاهش کودکآزاری به عمل آورد.

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 انحام گرفته است. معیار ورود به مطالعه وابستگی به حداقل یک نوع ماده افیونی و داشتن حداقل یک فرزند کمتـر از ۱۲ سال بود. با توجه به بالا بودن نسبت کودکآزاری در افراد معتاد [7.11-11، 7] حجم نمونه با d=0.7، p=0.7 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 بـر ۱۵ سـؤال در زمینـه کودکآزاری (جهت بررسی متغیرهایی چون اعمال سوء رفتـار 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 اين موضوع(جنس، سن، شغل، درآمد، وضعيت تأهل، تحصیلات، وضعیت سکونت، درآمد و سابقه اعتیاد والدین) بود. روایی و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش روایی محتوی (r = 0.) توسط متخصصین مربوطه و انجام آزمون مجدد تایید گردید. انجام مصاحبه جهت تکمیل پرسشنامه با حضور همـسر فـرد و در اولـین جلـسه حـضور در کلینیـک صـورت می گرفت. تجزیه و تحلیل دادهای آماری با نرم افزار SPSS و کاربرد روشهای آمار توصیفی و تحلیلی از قبیل توزیع فراوانی، درصد، آزمون مجذور کای دو انجام گردید.

نتايج

نتایج بررسی نشان داد که ۸۱/۹٪ نمونهها (۵۳۱ نفر) کودکآزاری داشتهاند (CI ٪۹۵ :۸۰/۰۷–۸۳/۷۳) که

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

کودک آزاری نمونههای پـژوهش بـر حـسب مـدت زمـان وابستگی به مواد افیونی نشان داد کـه بیـشترین درصـد افـراد کودک آزار ۲۰–۱۶ سال بـه مـواد وابـسته بـودهانـد ($p<\cdot \cdot \cdot \cdot \cdot$). کودک آزاری در ۸۱٪ (۹۹ نفر) افـراد دارای مـسکن استیجاری، ۸۲٪ (۳۶۳ نفر) دارای منزل شخصی، ۸۰٪ (۳۷٪ نفر) با مسکن به ارث رسـیده، ۷۰٪ (۷ نفـر) مـسکن دولتـی و نفر) با مسکن به ارث رسـیده، ۷۰٪ (۷ نفـر) مـسکن دولتـی و ۸۰٪ (۱۹) نفر) با مسکن ناپایدار و مشترک بیان شد.

 $^{\,}$ ۸۹٪ (۲۰۱ نفر) افراد با سابقه اعتیاد در خانواده و $^{\,}$ ۷٪ (۳۳۰ نفر) نمونههای بدون سابقه اعتیاد در خانواده کودک آزار بودند که این تفاوت از لحاظ آماری معنیدار بود ($^{\,}$ 0٪ $^{\,}$ 0٪ ($^{\,}$ 0٪ افراد کودک آزار سواد خواندن و نوشتن داشتند که آزمون آماری تفاوت معنیداری بین سطح تحصیلات و کودک آزاری نشان داد ($^{\,}$ 0٪ ($^{\,}$ 0٪ (جدول $^{\,}$ 1٪).

بالاترین میزان کودک آزری بر حسب وضعیت تأهل به ترتیب در خانواده های با سابقه متارکه ۹۴٪، مطلقه ۹۳٪، مطلقه و ترتیب در خانواده های با سابقه متارکه ۹۴٪، مطلقه ۹۳٪، متأهل ۸۱/۸٪ و همسر مرده ۶۶/۶٪ بوده است (۸۱/۸٪ و موسر کودک آزاری ۹۰/۹٪ (۴۴۱ نفر) در نمونه هایی که در دوران کودکی از طرف والدین آزار جسمی دیده بودند و ۹/۸۸٪ (۳۳۵ نفر) نمونه های که دارای سابقه مسامحه از طرف والدین دیده شد ($p< \cdot /\cdot \Delta$). بیشترین میزان کودک آزاری در افراد دارای ۳ فرزند ($p< \cdot /\cdot \Delta$) و کمترین میزان کودک آزاری در افراد دارای ۱ فرزند ($p< \cdot /\cdot \Delta$) گزارش گردید کودک آزاری در افراد دارای ۱ فرزند ($p< \cdot /\cdot \Delta$) گزارش گردید دیده نشان داد که ۴۸٪ از خانواده ها دارای هر دو جنس فرزند، دارای پسر و ۱۹٪ دارای دختر بودند.

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

P.Value	·	کا	ير	خ	ن	بل	ابقه کودکآزاری	
r.vaiue	(درصد)	فراوانی	(درصد)	فراوانی	(درصد)	فراوانی	متغیرهای دموگرافیک	
./.4								
	(1)	۵۳۱	(۱·/Y)	۵٧	(414	ىنس: مرد	
	(1)	117	(۵1/٣)	۶.	(۴ ۸/ Y)	۵۷	زن	
٠/٢	(1)	481	(۲۰/۴)	94	(۲۹/۶)	77 87	Y1- 4 •	
	(1)	١٧٢	(17/7)	۲۱	$(\lambda Y/\lambda)$	۱۵۱	ىن: ۶۰–۴۱	
	(1)	۱۵	(17/7)	٢	(A <i>9</i> /Y)	١٣	9• +	
	(1)	٨٧	(19/8)	١٧	(1.4)	٧.	كشاورز	
	(1)	179	$(1Y/\Delta)$	۲۵	$(\Lambda \Upsilon/\Delta)$	1.4	کارگر	
٠/١٢	(1)	۵۸	(۲۲/۵)	١٣	(YY/Δ)	40	غل: كارمند	
	(1)	84	(14/٢)	11	$(\lambda Y/\lambda)$	۵۳	خانه دار	
	(1)	۶۵	(٩/٣)	۶	(9·/V)	۵۹	غیر شاغل و بازنشسته	
	(1)	740	(٣٠)	74	(Y·)	١٧١	ساير مشاغل	
•/•٣	(1)	۳ ለ۶	(18)	۶۲	(14)	474	کمتر از ۷۰ هزار تومان	
	(1)	191	(۱۸)	٣۴	(۲۸)	۱۵۲	رآمد: ۱۱۰–۷۰	
	(1)	۵١	$(\Upsilon\Delta/\Delta)$	١٣	(44/9)	٣٨	111-10+	
	(1)	۲٠	(4.)	٨	(۶٠)	17	10.+	
	(1)	۵۱۳	(۱۸/۵)	٩۵	(λ ۱/Δ)	417	متأهل	
•/•1	(1)	۶	(٣٣/۴)	٢	(88/8)	۴	ضعیت تأهل: همسر مرده	
	(1)	1.7	(۶)	۶	(94)	98	متاركه	
	(1)	14	(Y)	١	(9٣)	١٣	مطلقه	

جدول ۲- توزیع فراوانی کود ک آزاری نمونه های مورد مطالعه بر حسب مدت زمان وابستگی به مواد افیونی

مدتزماناعتیاد	۵–۱ سال	1۰-۶ سال	11–1۵ سال	16-۲۰ سال	۲۱–۲۵ سال	بالاتر از ۲۵ سال	کل
فراوانی کودکآزاری	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
تود کاراری	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
دارد	181	۱۸۵	٨٢	49	٣١	18	۵۳۱
	(۲۲/۵)	(XY)	(18/4)	(94/7)	$(\Lambda\Lambda/\Delta)$	(A·)	(٨١/٩)
ندارد	84	۲۸	١٣	٣	۴	۴	117
	(ΥΥ/Δ)	(14)	(18/8)	(Δ/Λ)	(11/4)	(۲۰)	(11/1)
جمع	777	717	٩۵	۵۲	٣۵	۲.	841
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)

 $x_2 = ro/ro$ df=0 $p<\cdot/\cdot 0$

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

ميزان تحصيلات	بی سواد	خواندنو نوشتن	ابتدایی	راهنمایی	دبيرستان	دانشگاهی	کل
فراوانی	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
کودکآزاری	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
دارد	٨٢	۶۰	175	١٣٣	99	14	۵۳۱
	$(\lambda V/\Upsilon F)$	$(\lambda\lambda/\Upsilon)$	(8/17)	(YF/Λ)	(Y1)	$(\Lambda Y/\Delta)$	(٨١/٩)
ندارد	17	٨	۲۸	۴.	77	٢	117
	(17/78)	(11/A)	(۱۳/۸)	(۲۳/۲)	(۲۹)	(17/0)	(14/1)
جمع	94	۶۸	7.4	١٧٣	٩٣	18	847
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)

 $x_2=1$ $V/\cdot q$ df=0 $p<\cdot/\cdot 0$

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 نـوع مـسامحه اعمـال شـده در کـودک آزاری، ۱۲/۲۹٪ نمونه ها با محروم کردن کودکان از تفریح، ۱۱/۹۳٪ با محروم نمودن از تماشای تلویزیون، ۱۳/۷۳٪ محروم نمودن از پول پوشیدن و خریدن لباس مناسب، ۴۹/۹٪ از روش نـدادن پـول توجیبی و ۱۶/۴۴٪ با محروم کردن از صحبت و توجه، ۱۸/۸٪ محروم کردن از مهمانی، ۱۸/۸٪ بیش از یکی از موارد و ۹٪ از طریق سایر روشها بوده است.

بیشترین میزان کودک آزاری 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 کودک آزاری نشان داد (۹<۰/۰۵).

۱۹/۵۳٪ نمونه ها، علت کودک آزاری را برای تربیت نمودن کودک، ۲۰/۸۲٪ کمبود مواد مخدر، ۴/۹۷٪ پس از مصرف مواد، ۴/۷۱٪ به دنبال در گیری با فامیل و وابستگان، ۵/۶۵٪ بعد از در گیری 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 ۱/۹۷٪ هیچ علتی را بیان نمودند.

بحث

این مطالعه نشان داد که۸۱/۹٪ افراد وابسته به مواد افیونی کودکآزاری داشتند (CI ٪۹۵ :۸۰/۰۷-۸۳/۷۳) که در مقایسه با یافتههای مطالعه کودکآزاری در نمونههای سالم رفسنجان ۶۸/۶۵٪ در ســال ۱۳۷۹ [۱۳]، در تهــران (۱۳۷۸) ۲۲/۸۳٪ [۱۷] و در تهران (۱۳۸۲) ۱۲/۲٪ [۱۸] بــه طــور قابــل 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، تحریک پذیری و بی ثباتی 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 والـدین ۶۰-۴۱ ساله و کمتـرین میـزان در سنین کمتر از ۴۰ سال دیده شد که در مقایسه با نتایج مطالعه سال ۷۹ در رفسنجان، میزان کودک آزاری در گروههای سنى فوق بيشتر است [١٣]، اين تفاوت احتمالاً به دليل مراجعه معتادان به مراکز ترک خود معرف در سنین بالاتر می باشد که حجم بیشتر نمونه های مورد بررسی را تشکیل

میداد. میزان کودکآزاری در زنان کمی بیش از مردان بود و با نتایج مطالعات امینی و یـزدان.پنــاه [۱۳] احمـدخــانیهــا و همکاران [۲۰] و قریشیزاده و همکاران [۱۹] مشابه بود. میانگین مدت زمان اعتیاد در گروههای کودک آزار و غیر کودکآزار معنی دار بود که این امر احتمالاً می تواند به دلیل افزایش سن و اثرات روانی اعتیاد بر عمل کودکآزاری فرد باشد [۱۹]. بیشترین درصد والدین کودکآزار در این مطالعه مربوط به افراد بی کار و کسانی که درآمید کمتیر از ۷۰ هـزار تومان داشتند، بود که با نتایج بررسیها ی سایر پژوهـشگران در این زمینه مشابهت دارد [۳٬۵٬۱۹]. چون بیکاری یکی از علل عمدہ 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 می توان 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 اسلامی 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 انتقال ژنتیکی و وراثتی را برای اعتیاد کودکان قائل میشود کودکی از میزان کودکآزاری بیشتری برخوردار بودند. یافته کودکی از میزان کودکآزاری و قربانیان

آن در آینده خود به افراد کودکآزار تبدیل می شوند و این روش را به فرزندان خود انتقال می دهند [۳،۵] که در مجموع رفتارهای والدین در بروز کودکآزاری و اعتیاد در فرزندان مؤثر قلمداد می شود [۲۳]. بیشترین میزان کودکآزاری بر روی کودکان ۲۱-۷ ساله و پسران دیده شد که با یافته های امینی (۱۳۷۹) در رفسنجان [۱۳] و حسینی نسب (۱۳۷۸) این و احمدخانی ها (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.

نتيجهگيري

با توجه به یافتههای پژوهش، توجه ویـژه بـه خانوادههای معتاد به مواد مخدر از نظر کـودکآزاری، حمایـت از کودکان، درمان معتادان، تشخیص زودرس کودکآزاری، مداخله، درمان و جلوگیری از بروز عوارض هولناک کـودکآزاری ضـروری بـه نظـر مـیرسـد. آمـوزش و فراگیـری مهـارتهـای مقابلـه بـا بحرانهـای خانوادگی و روشهـای جـایگزینی در برخـورد بـا بحرانها نیز در کاهش کودکآزاری مؤثر است. توجه به کنترل بحمعیت در خانوادههای بی کار، معتاد و یا کم درآمد از وظـایف اساسی حوزههای بهداشتی است که باید بـه آن توجـه عمیـق نمود. ارایه تسهیلات جهت اشتغال پس از توانیـابی معتـادان، سوادآموزی و آموزش تربیت فرزنـدان از رفتـاریهـای مـؤثر و مفید در پیشگیری از این وقایع است. توجه بـه فرزنـدان افـراد معتاد، به عنوان افراد در معرض خطر ابتلا به سوء رفتارگرایـی، معتاد، به عمل آید.

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.
 - [٩] 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. بررســی شــیوع کــودک آزاری روانــی فیزیکی در کودکان۷-۱۲ ساله شهر رفسنجان توسط معلمــین در ســال۸۳، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علــوم پزشــکی و خــدمات بهداشــتی درمانی رفسنجان.

- [۱۲] صفری ن. بررسی سوء رفتار در اطفال مراجعه کننـده بـه درمانگـاه شـهید اسماعیلی تهران از سال ۷۳–۶۲، پایان نامه کارشناسی ارشــد روانــشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۴.
- [۱۳] امینی م، یزدان 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.
- [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 اطفـــال مراجعــه کننده به درمانگاه شهید اسماعیلی تهران فروردین ۱۳۷۳ تا اســفند ۱۳۷۸. پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علــوم پزشــکی و خــدمات بهداشــتی درمانی ایران. ۱۳۷۸.
- [۱۸] باقری یزدی ع، جلیلی ب، خوشابی ک. بررســی کــودک آزاری جــسمانی در شهر تهران، پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اخــتلالات رفتــاری کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۶ الی ۱۸ مهــر مــاه ۸۲، صفحه: ۱۳.
- [۱۹] قریشیزاده م، ترابی ک. بررسی عوامل موثر در وابستگی به مـواد مخـدر در مراجعه کنندگان به مرکز ترک خود معرف تبریز، فصلنامه اندیـشه و رفتـار، 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.

- [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.