

بررسی عوامل جمعیت‌شناختی و خانوادگی مؤثر در بروز کودک آزاری در شهر اصفهان

فاطمه زرگر*، دکتر حمید طاهر نشاط دوست**

چکیده:

هدف این تحقیق بررسی میزان کودک آزاری به تفکیک جنس، سن، نوع آزار جسمی، جنسی، روانی، اجتماعی و مسامحه و غفلت، همچنین بررسی تأثیر عوامل اعتیاد والدین و میزان تحصیلات آنان بر پدیده کودک آزاری است. بدین منظور اطلاعات مذکور از کلیه گزارش‌های تلفنی که در سال ۱۳۸۴ در زمینه کودک آزاری با خط تلفن کودک سازمان بهزیستی استان اصفهان برقرار شده بود، استخراج گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون خی‌دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که فراوانی کودک آزاری در دختران و پسران تفاوت معناداری ندارد. فراوانی کودک آزاری روانی - عاطفی نسبت به دیگر انواع آزار، به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/05$). گروه سنی ۱۰-۵ سال از بیشترین فراوانی کودک آزاری برخوردار است ($P < 0/05$). تحصیلات پایین والدین در بروز کودک آزاری مؤثر بوده، فراوانی کودک آزاری در والدین بیسواد و کم‌سواد به‌طور معنی‌داری بیش از والدین تحصیل‌کرده بود ($P < 0/05$). نتایج پژوهش حاضر بر آموزش عمومی والدین، در سطح جامعه در زمینه حقوق کودکان، خصوصاً در مورد نیازهای عاطفی آنها و توجه ویژه به کودکان سنین ۱۰-۵ سال تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: کودک آزاری، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و خانواده

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

✉ نویسنده مسئول: اصفهان - خ هزار جریب - دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی - گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۰۰

دورنما: ۰۳۱۱-۶۶۸۳۱۰۷

پست الکترونیک: h.neshat@edu.ui.ac.ir

مقدمه

از دیدگاه روان‌شناسی، کودک آزاری^۱ رفتاری است که باعث آزار جسمی^۲، ذهنی، عاطفی^۳ و روانی^۴ کودک می‌گردد و به روند طبیعی و سلامت وی آسیب می‌رساند (خضروی افلاک‌فر، ۱۳۷۵). آزار به اشکال جسمی، جنسی، عاطفی، اجتماعی^۵ و غفلت و بی‌توجهی^۶ وجود دارد (کاپلان و سادوک^۷، ۱۳۸۳).

براساس گزارش استراوس^۹ و گلس^{۱۰} (۱۹۹۰) هر ساله ۶/۹ میلیون کودک در معرض آزار جسمی قرار می‌گیرند. برخلاف آزار جسمانی کودک که نمادی آشکار دارد، مسئله سوءاستفاده جنسی از کودکان، بیشتر اوقات به صورت رازی پنهان میان سوءاستفاده شونده (کودک) و سوءاستفاده کننده باقی می‌ماند. به‌همین دلیل آمار گزارش‌های رسیده در زمینه سوءاستفاده جنسی از کودکان بسیار کمتر از میزان واقعی شیوع این پدیده در هر جامعه‌ای است.

مطالعات انجام شده در دهه اخیر بیانگر این موضوع است که هم آزار جسمی و هم آزار جنسی کودک، به شدت با مشکلات روان‌شناختی بعدی کودک در ارتباط است. افسردگی، احساس گناه، سرزنش کردن خود، اضطراب و اعتماد به نفس پایین (فرانکلین^{۱۱} و هافربری^{۱۲}، ۲۰۰۰)، احساس غم و ناخرسندی (جلن^{۱۳}، کارول^{۱۴} و تایر^{۱۵}، ۲۰۰۱)، استرس پس از ضربه^{۱۶}، مشکلات سازگاری اجتماعی و احساس عدم امنیت (زاچمن^{۱۷} و موسکارلا^{۱۸}، ۲۰۰۰)، اجتناب از برقراری روابط صمیمانه، گوشه‌گیری و بیش‌فعالی (والکر^{۱۹} و رابرتز^{۲۰}، ۲۰۰۱) به همراه آزار و از آثار آن محسوب می‌شوند. در معرض آزار جسمی و جنسی قرار داشتن در دوران کودکی، آسیب‌پذیری در مقابل سوءمصرف مواد^{۲۱} را ۲ تا ۴ بار افزایش می‌دهد (فرانکلین و هافربری، ۲۰۰۰). بدرفتاری و بی‌توجهی نسبت به کودکان اثرات عصب‌شناختی^{۲۲} متعددی نیز بر مغز کودکان دارد و منجر به اختلال عملکرد قسمت‌هایی از مغز می‌گردد که مسئول حافظه، یادگیری، تنظیم عواطف، همدلی و حالات هیجانی هستند (کامینو^{۲۳}، ۲۰۰۰). براین^{۲۴} (۱۹۹۶) نیز نمرات بالای استرس پس از ضربه، افسردگی و اضطراب را در نوجوانان مورد آزار جنسی گزارش داد. از بین کودکانی که مورد سوءرفتار جسمی قرار می‌گیرند ۲۴٪ کمتر از ۵ سال، ۲۷٪ بین ۵ تا ۹ سال، ۲۷٪ بین ۱۰ تا ۱۴ سال و ۱۴٪ بین ۱۵ تا ۱۸ سال سن دارند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۳). باقری یزدی (۱۳۷۹) نشان داد که ۱۴/۵٪ پسران و ۹/۶٪ دختران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر تهران، مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند. نوروزی (۱۳۷۹) در مطالعه خود بر روی ۲۲۴۰ دانش آموز دبیرستانی در شهر تهران، شایع‌ترین نوع آزار را آزار جسمی اعلام کرد هرچند که ۷۱٪ گزارش‌ها، آزار را به‌عنوان ترکیبی از آزار مورد شناسایی قرار داده‌اند. هم‌چنین مطالعات، شیوع آزار جنسی را برای دختران، بسیار بالا گزارش داده‌اند (سدلاک^{۲۵}، ۱۹۹۶؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳ و کار^{۲۶}، ۱۹۹۹). هاتی^{۲۷}، دیویس^{۲۸} و بروک^{۲۹} (۱۹۹۴) معتقدند که اکثر کودکان و

نوجوانانی که از خانه فرار می‌کنند، اظهار می‌دارند که در خانواده از نظر جسمی و روانی مورد آزار قرار گرفته بودند. آن‌ها در پژوهش خود دریافتند که تقریباً ۶۵٪ نمونه مورد مطالعه، از نظر جسمی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند. نیمی از آنها از طرف پدر و نامادری خود مورد سوءاستفاده جنسی و بیش از ۸۰٪ آن‌ها از نظر عاطفی به وسیله اعضای خانواده مورد آزار قرار گرفته‌اند. استراوس و گلس (۱۹۹۰)، امری^{۳۰} و بیلینگز^{۳۱} (۱۹۹۸) اظهار داشته‌اند چنانچه موارد تنبیه فیزیکی را به‌عنوان آزار جسمی طبقه‌بندی کنیم، بیش از ۶۰٪ را شامل می‌شود اما اگر فقط جراحات جدی به‌عنوان آزار جسمی در نظر گرفته شود، این آمار به کمتر از یک درصد در سال می‌رسد.

عوامل زیادی در بروز سوءرفتار و مسامحه در مورد کودکان نقش دارند. والدین آزاردهنده، اغلب خود قربانی سوءرفتار جنسی و جسمی بوده‌اند. شرایط زندگی پر استرس نظیر تراکم و فقر، انزوای اجتماعی، فقدان نظام حمایتی و سوءمصرف مواد از سوی والدین، سطح استرس را در خانواده‌های آسیب‌پذیر بالا برده و احتمال رفتار خشن و مسامحه را در مورد کودکان افزایش می‌دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). لئونارد^{۳۲} و جاکوب^{۳۳} (۱۹۸۸) نشان دادند که ۴۰٪ بزرگسالانی که ملاک‌های مربوط به رفتارهای آزار جسمی کودک را از خود نشان داده بودند، مبتلا به اختلال مصرف دارو و الککل در طول زندگی‌شان بوده‌اند. باردی^{۳۴} و تارلی^{۳۵} (۲۰۰۱) نیز به ویژگی‌هایی مثل طبقه اجتماعی، بیکاری پدر و اعتیاد او در وقوع آزار اشاره کرده‌اند. میلنر^{۳۶} (۱۹۹۲) نشان داد که نمرات کودک آزاری به‌طور معناداری با دو عامل درآمد و سطح سواد والدین رابطه دارد. نتایج پژوهش خضروی افلاک‌فر (۱۳۷۵) بر روی ۱۱۲ کودک که به بخش روان‌پزشکی اطفال مراجعه کرده بودند حاکی از آن است که وضعیت اقتصادی - اجتماعی ضعیف، پایین بودن تحصیلات والدین، داشتن مشکلات یادگیری در کودکان، پایین بودن سن والدین و فرزند اول تا سوم بودن، با شیوع بالاتر کودک آزاری ارتباط دارد ضمن آن‌که شایع‌ترین نوع آزار، آزار جسمی و شایع‌ترین آزار جسمی، کتک شدید منجر به اختلالات جسمی می‌باشد.

آزار عاطفی گرچه برخلاف آزارهای جسمانی اثری قابل رؤیت بر جسم کودک برجای نمی‌گذارد، اما آثار آن به مراتب عمیق‌تر و فاجعه‌آمیزتر است. مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی و بروز کودک آزاری و غفلت^{۳۷}، آزار عاطفی را این‌گونه تعریف می‌کند: آزار عاطفی عبارتست از رفتارهایی شبیه محبوس کردن کودک مثل بستن به صندلی، تهدید و یورش کلامی یا هیجانی و رفتارهای آزاردهنده که شامل طبقه آزار جنسی و جسمی نباشد. می‌باشد (به نقل از لويس^{۳۸}، ۱۹۹۶).

شایع‌ترین نوع آزار، غفلت یا بی‌توجهی است و شامل بی‌توجهی جسمی که غفلت از سلامت کودک و رها کردن او یا ترک وی و بی‌ملاحظه‌گری در وضعیت بهداشت، تغذیه و سلامت او، عدم حمایت‌های مادی و فیزیکی، تنها نگهداشتن او به مدت طولانی در خانه بدون در نظر گرفتن و تأمین

نیازهای او، تربیت آزردهنده یا تنبیه‌کننده و اجازه به کودک برای مصرف دارو و الکل و انجام رفتارهای ناسازگارانه و غیرانطباقی می‌باشد (لويس، ۱۹۹۶).

محمدخانی (۱۳۷۸) در پژوهشی روی دانش‌آموزان شهر تهران، میزان شیوع کودک آزاری را ۳/۹٪ ذکر کرده و آن را مشتمل بر آزار جسمی، عاطفی و غفلت دانسته است. در این پژوهش، آزار عاطفی ۸۳/۱٪، آزار جسمی ۲/۶٪ و غفلت و بی‌توجهی ۱۴/۲٪ ذکر شده است. رشیدی‌فر (۱۳۷۴) طی مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان ۱۸ - ۱۴ ساله نشان داد که ۳۲/۹٪ دختران و ۳۶/۸٪ پسران مورد مطالعه، بدرفتاری والدین با خود را گزارش کرده‌اند. نتایج تحقیق قاسم‌زاده (۱۳۷۷) طی بررسی ۴ ساله مشاوره‌های تلفنی از ۳۲۱۴ مورد مشاوره عبارتند از: ضرب و جرح کودکان توسط والدین ۲٪، تنبیه بدنی کودکان توسط والدین یا معلمان ۴۸٪ و آزارهای عاطفی کودکان توسط والدین یا معلمان ۶۵٪ در این تحقیق بعضی موارد کودک آزاری، همپوشی داشتند.

با توجه به شیوع فزاینده کودک آزاری در جهان و ایران و تحقیقات اندکی که در کشورمان در زمینه عوامل مؤثر در بروز این پدیده صورت گرفته، بررسی‌های جمعیت‌شناختی و علت‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. هدف این پژوهش، بررسی میزان شیوع کودک آزاری در مراجعین خط تلفن کودک^{۳۹}، انواع کودک آزاری، گروه‌های سنی آسیب‌پذیرتر قربانی کودک آزاری و بررسی ویژگی‌های والدین دارای کودکان آزار دیده است.

روش

روش این پژوهش، روش توصیفی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان ۶ ماه تا ۱۸ سال شامل می‌شود که در سال ۸۴ و طبق گزارش تلفنی خود، بستگان، آشنایان یا معلمان آنان، مشکل کودک آزاری در موردشان گزارش شده بود. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس^{۴۰} استفاده شد.

شیوه اجرا

از بین کلیه تماس‌های تلفنی شهروندان ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۸۴ با خط تلفن کودک، ۲۵۱ مورد کودک آزاری شناسایی و اثبات گردید و اطلاعاتی در زمینه جنسیت، گروه سنی و نوع آزار اعمال شده نسبت به کودکان اخذ گردید. هم‌چنین میزان تحصیلات و اعتیاد والدین نیز به عنوان عوامل تأثیرگذار بر کودک آزاری مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از اطلاعات بدست آمده از فرم‌های مددکاری در زمان تماس تلفنی اولیه گزارش‌دهندگان کودک آزاری، جمع‌آوری

گردیده است. بنابراین با توجه به محدود بودن امکان تماس‌های تلفنی مجدد و محرمانه بودن پرونده‌ها، نتایج ارائه شده در پژوهش، محدود به تماس‌های اولیه می‌باشد. در این پژوهش پس از بدست آوردن فراوانی‌ها، در سطح آمار توصیفی، فراوانی درصدی داده‌ها و در سطح آمار استنباطی، معناداری فراوانی‌ها با استفاده از آزمون χ^2 (مجذور خی) مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد موارد (فراوانی) مشاهده شده و مورد انتظار و درصد فراوانی کودکان دختر و پسر آزرده در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- فراوانی مشاهده شده و مورد انتظار و درصد فراوانی دختران و پسران آزرده

ردیف	جنسیت	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	اختلاف	فراوانی درصدی
۱	پسر	۱۳۳	۱۲۵/۵	-۷/۵	۵۳٪
۲	دختر	۱۱۸	۱۲۵/۵	۷/۵	۴۷٪

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، درصد پسران مورد آزار از درصد دختران بیشتر است. ۵۳٪ کودکان آزرده این نمونه را پسران و ۴۷٪ کودکان آزرده این نمونه را دختران تشکیل داده‌اند. نتایج آزمون خی دو نشان داد تفاوت فراوانی کودک آزاری در مورد دختران و پسران مورد مطالعه معنادار نیست [$\chi^2(1) = 0.1896, P = 0.344$]. یعنی بین میزان کودک آزاری در پسران و دختران نمونه مورد مطالعه، تفاوتی وجود ندارد. جدول ۲ نشان دهنده فراوانی کودک آزاری در گروه‌های مختلف سنی است.

جدول ۲- فراوانی مشاهده شده و مورد انتظار و فراوانی درصدی

گروه‌های سنی کودکان آزرده

گروه سنی	زیر ۲ سال	۲-۵ سال	۵-۱۰ سال	۱۰-۱۵ سال	۱۵-۱۸ سال
فراوانی مشاهده شده	۱۶	۴۰	۸۱	۷۱	۴۳
فراوانی مورد انتظار	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۰/۲
اختلاف	-۳۴/۲	-۱۰/۲	-۷/۲	۲۰/۸	۳۰/۸
فراوانی درصدی	۶/۴٪	۱۵/۹٪	۳۲/۸٪	۲۸/۳٪	۱۷/۱٪

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بیشترین درصد کودک‌آزاری در گروه سنی ۱۰-۵ سال (۳۲/۸٪) صورت گرفته و کمترین درصد کودک‌آزاری در گروه سنی زیر ۲ سال (۶/۴٪) اعمال شده است. ضمن آن‌که کودک‌آزاری در گروه سنی ۱۵-۱۰ سال (۲۸/۳٪) از نظر فراوانی در مقام دوم، ۱۵-۱۸ سال (۱۷/۱٪) در مقام سوم و ۵-۲ سال (۱۵/۹٪) در مقام چهارم قرار دارند. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد معناداری تفاوت فراوانی کودک‌آزاری در سنین مختلف، تأیید گردید [$\chi^2(4)=53/20, P<0/001$]، به عبارت دیگر فراوانی کودک‌آزاری با گروه سنی کودک، ارتباط دارد. جدول ۳، فراوانی مشاهده شده، مورد انتظار و فراوانی درصدی انواع کودک‌آزاری جسمی، جنسی، روانی - عاطفی، اجتماعی و غفلت را نشان می‌دهد.

جدول ۳- فراوانی مشاهده شده و مورد انتظار و فراوانی درصدی و فراوانی درصدی انواع موارد کودک‌آزاری

نوع کودک‌آزاری	جسمی	جنسی	روانی عاطفی	مسامحه و غفلت	اجتماعی
فراوانی مشاهده شده	۷۵	۱۱	۹۰	۶۵	۱۰
فراوانی مورد انتظار	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۰/۲
اختلاف	۲۴/۸	-۳۹/۲	۳۹/۸	۱۴/۸	-۴۰/۲
فراوانی درصدی	٪۲۹/۹	٪۴/۴	٪۳۵/۹	٪۲۵/۹	٪۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود کودک‌آزاری روانی - عاطفی، بیشترین درصد فراوانی (۳۵/۹٪) را به خود اختصاص داده، در حالی که کودک‌آزاری اجتماعی و جنسی، کمترین درصد (۴٪) و (۴/۴٪) را داشته‌اند. کودک‌آزاری جسمی و مسامحه و غفلت، به ترتیب بیشترین درصد فراوانی را پس از کودک‌آزاری روانی - عاطفی داشته‌اند (۲۹/۹٪ و ۲۵/۹٪). نتایج آزمون خی‌دو نشان داد معناداری تفاوت فراوانی انواع کودک‌آزاری، تأیید گردید [$\chi^2(4)=110/972, P<0/001$]، به عبارتی تعداد موارد کودک‌آزاری در انواع مختلف آزار، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. جدول ۴ به بررسی میزان تحصیلات والدین کودکان آزاردیده پرداخته است.

جدول ۴- فراوانی مشاهده شده و مورد انتظار و درصد فراوانی گروه‌های تحصیلی والدین کودکان آزاردیده

میزان تحصیلات والدین	بی‌سواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دانشگاهی
فراوانی مشاهده شده	۱۷۲	۱۲۸	۸۹	۶۰	۵۳
فراوانی مورد انتظار	۱۰۰/۴	۱۰۰/۴	۱۰۰/۴	۱۰۰/۴	۱۰۰/۴
اختلاف	۷۱/۶	۲۷/۶	-۱۱/۴	-۴۰/۴	-۴۷/۴
فراوانی درصدی	٪۳۴/۱	٪۲۵/۵	٪۱۷/۷	٪۱۲	٪۱۰/۶

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح تحصیلات والدین رابطه معکوسی با کودک آزاری دارد؛ به‌گونه‌ای که عدم داشتن تحصیلات، منجر به بروز بیشترین میزان کودک‌آزاری (۰/۳۴/۱) شده است و داشتن تحصیلات دانشگاهی والدین، کمترین تعداد کودک‌آزاری (۰/۱۰/۶) را منجر شده است. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد تفاوت فراوانی گروه‌های تحصیلی والدین کودکان آزاردیده، معنادار است [$\chi^2(4) = 98/578, P < 0/001$] لازم به توضیح است که وضعیت تحصیلی مربوط به هر دو والد بوده و به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته است. به‌عبارتی والدین ۲۵۱ کودک آزاردیده (که ۵۰۲ نفر می‌باشند) از نظر میزان تحصیلات مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج جدول ۵، میزان تأثیر اعتیاد والدین بر کودک‌آزاری را نشان می‌دهد.

جدول ۵- فراوانی مشاهده شده و مورد انتظار و درصد فراوانی اعتیاد در والدین کودکان آزاردیده

اعتیاد والدین	پدر	مادر	هر دو	هیچ‌کدام
فراوانی مشاهده شده	۸۵	۷	۱۰	۱۴۹
فراوانی مورد انتظار	۶۲/۸	۶۲/۸	۶۲/۸	۶۲/۸
اختلاف	۲۲/۳	-۵۵/۸	-۵۲/۸	۸۶/۳
فراوانی درصدی	٪۳۳/۹	٪۲/۸	٪۴/۳	٪۵۹

اگرچه بیشترین کودک‌آزاری از سوی والدین غیرمعتاد (۵۹٪) صورت گرفته، اما پدران معتاد، آزار نسبت به کودکان را با درصد بالایی (۳۳/۹٪) اعمال می‌کنند. مادران معتاد کودک‌آزار در این پژوهش تنها ۲/۸٪ موارد کودک‌آزاری را به خود اختصاص داده‌اند و پدران و مادرانی که هر دو معتاد بوده و نسبت به کودکان خود آزار نشان داده‌اند ۴/۳٪ نمونه را در برداشته‌اند. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد میزان کودک‌آزاری از سوی والدین معتاد و غیرمعتاد، تفاوت معنی‌داری دارد [$P < 0/001$] ، $\chi^2(3) = 220/315$. لازم به ذکر است که اعتیاد در والدین، به‌صورت خانوار (۲۵۱ خانواده) مورد بررسی قرار گرفته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی فراوانی کودک‌آزاری در دختران و پسران، فراوانی انواع آزارهای صورت گرفته نسبت به کودکان، بیشترین سن شیوع وقوع کودک‌آزاری و بعضی عوامل مؤثر در بروز کودک‌آزاری از جمله تحصیلات و اعتیاد والدین کودکان آزاردیده است. از آن‌جا که نمونه مورد مطالعه و نتایج پژوهش حاضر، برگرفته از موارد گزارش تلفنی می‌باشد، یافته‌ها به گروه‌های بدون

تلفن یا نامطلع از خط تلفن کودک و همچنین به تمام موارد سوءرفتار در مورد کودکان قابل تعمیم نیست.

در این پژوهش، درصد فراوانی کودک‌آزاری در پسران بیش از دختران بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود. این یافته با نتیجه پژوهش رشیدی‌فر (۱۳۷۴) که درصد کودک‌آزاری را در پسران ۱۸-۱۴ ساله بیش از دختران همین گروه سنی ذکر کرده بود، مطابقت دارد. هرچند پژوهش رشیدی‌فر (۱۳۷۴)، تفاوت درصد کودک‌آزاری در دختران و پسران نمونه خود را از نظر معناداری مورد بررسی قرار نداده است. همچنین این یافته پژوهش، با نتایج پژوهش باقری یزدی (۱۳۷۹) که نشان داد ۱۴/۵٪ پسران در برابر ۹/۶٪ دختران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اطفال شهر تهران مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند، همسو است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این است که بیشترین میزان کودک‌آزاری در گروه سنی ۱۰-۵ سال (۳۲/۸٪) رخ داده است. این نتیجه تاحدی با یافته‌های کاپلان و سادوک (۱۳۸۳) که بیشترین درصد کودک‌آزاری را در گروه‌های سنی ۹-۵ و ۱۴-۱۰ سال گزارش نموده‌اند، مطابقت دارد. هرچند طبقه‌بندی گروه‌های سنی کودکان آزرده در این پژوهش، با پژوهش کاپلان و سادوک (۱۳۸۳) متفاوت بوده است، اما در کل نتایج هر دو تحقیق نشان می‌دهد که بیشترین درصد کودک‌آزاری در سنین ۱۵-۵ سال صورت گرفته است. تفاوت درصدهای این دو پژوهش در مورد گروه‌های سنی زیر دو سال و ۱۸-۱۵ سال است که در پژوهش کاپلان و سادوک (۲۰۰۳)، گروه سنی ۱۸-۱۵ سال کمترین درصد فراوانی را داشته است در حالی که در پژوهش حاضر کمترین درصد را گروه سنی زیر ۲ سال داشته است.

در این تحقیق، شایع‌ترین نوع آزار، آزار روانی - عاطفی (۳۵/۹٪) است و آزار جسمی، از نظر فراوانی در رتبه دوم (۲۹/۹٪) قرار دارد. اگرچه در تحقیق افلاک‌فر (۱۳۷۵) و نوروزی (۱۳۷۹)، شایع‌ترین نوع آزار، آزار جسمی بوده است، در این پژوهش نیز از درصد بالایی برخوردار است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هاتی و همکاران (۱۹۹۴) که بیان داشته‌اند بیش از ۸۰٪ کودکان و نوجوانانی که از خانه فرار کرده و زندگی در خیابان‌ها را ترجیح می‌دهند، از نظر عاطفی به‌وسیله اعضای خانواده مورد آزار قرار گرفته‌اند و این نوع آزار را بیش از آزار جسمی و جنسی در بروز فرار، مؤثر دانسته‌اند، همخوانی دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق محمدخانی (۱۳۷۸) که به بررسی شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان شهر تهران پرداخته بود و آزار عاطفی را با درصد بالاتری (۸۳/۱٪) نسبت به بی‌توجهی و آزار جسمی ذکر کرده بود، مطابقت دارد.

فراوانی پایین آزار جنسی (۴/۴٪) با تبیین‌های استراوس و گلس (۱۹۹۰) قابل پیش‌بینی بود. آنان بیان کرده‌اند آمار آزار جنسی کودکان، بسیار کمتر از شیوع واقعی این پدیده در هر جامعه‌ای

است. در جامعه ایران عوامل فرهنگی و مذهبی بر عوامل دیگری که منجر به کتمان این نوع آزار می‌گردد، افزوده می‌شود.

یافته دیگر تحقیق این است که تحصیلات پایین والدین به‌عنوان یک عامل مؤثر در بروز کودک‌آزاری نقش داشته است. هر چه تحصیلات والدین پایین‌تر باشد، میزان کودک‌آزاری بیشتر است به طوری که ۳۴/۳٪ والدین کودک آزار بی‌سواد و ۱۰/۶٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این نتیجه با یافته میلنر (۱۹۹۲) که نشان داد نمرات کودک آزاری به‌طور معناداری با دو عامل درآمد و سطح سواد والدین رابطه دارد، هماهنگ است. نتایج پژوهش خضروی افلاک‌فر (۱۳۷۵) نیز که با مطالعه مراجعین بخش‌های روان‌پزشکی اطفال، پایین بودن تحصیلات والدین را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز کودک‌آزاری متذکر شده بود، همخوانی دارد.

آخرین نتیجه تحقیق حاضر این بود که اعتیاد پدر می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم در کودک‌آزاری تلقی شود (۳۳/۹٪ پدران کودک آزار این پژوهش، معتاد بوده‌اند). اگرچه تعداد والدین غیرمعتاد کودک آزار در پژوهش حاضر بیشتر از والدین معتاد کودک آزار بود، این موضوع از چند جنبه قابل بحث است: درصد افراد معتاد از کل جامعه محدودتر می‌باشد. میزان شیوع سوءمصرف مواد در طول عمر در ایالات متحده در جمعیت بالای ۱۸ سال، ۱۶/۷٪ است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۳) و در ایران معتادین رقمی در حدود ۵۷۰ هزار تا ۱/۲ میلیون نفر را شامل می‌شوند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۹). بنابراین احتمال یافتن موارد کودک‌آزاری در جامعه محدودتر، کمتر خواهد بود. در این تحقیق تنها اعتیاد به مواد مخدر، مورد بررسی قرار گرفته است و اعتیاد نسبت به سایر مواد و داروها مورد بررسی قرار نگرفته است. هم‌چنین معتادین و وابستگان به مواد مخدر مدنظر بوده‌اند و نه سوءمصرف‌کنندگان مواد که در ایران حدود ۶ میلیون نفر را شامل می‌شوند که شیوع آن تقریباً ۶ برابر معتادین است (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۹). حدود ۲۵٪ معتادین به مواد مخدر، دچار انواع اختلالات شخصیت^{۴۲} از جمله اختلال شخصیت ضداجتماعی^{۴۳} هستند (وفایی، ۱۳۸۱). با توجه به این‌که این اختلال طیف وسیعی از اعمال ضداجتماعی را شامل می‌شود، کودک‌آزاری نسبت به سایر جرایم، تظاهر کمتری داشته و احتمال این‌که این مشکل گزارش شود، کمتر خواهد بود. با این‌حال درصد بالای کودک‌آزاری در والدین معتاد این نمونه با یافته‌های کاپلان و سادوک (۱۳۸۳) که سوءمصرف مواد از سوی والدین را به‌عنوان عامل افزایش‌دهنده رفتارهای خشن و مسامحه در مورد کودکان معرفی کرده بودند، مطابقت دارد. هم‌چنین با نتایج یافته‌های لئونارد و جاکوب (۱۹۸۸) که نشان دادند بین اختلالات استفاده از دارو و الکل و کودک‌آزاری رابطه معناداری وجود دارد، هماهنگی دارد. هم‌چنین با نتایج تحقیق باردی و تارلی (۲۰۰۱) که به ویژگی‌هایی مثل طبقه اجتماعی، بیکاری پدر و اعتیاد او در وقوع آزار اشاره کرده‌اند، همسو است. در پژوهش حاضر مادران معتادی که کودکان خود را مورد آزار قرار می‌دادند، تنها ۲/۸٪ نمونه را به خود اختصاص داده‌اند که

این درصد کم می‌تواند به علت فراوانی کمتر زنان معتاد نسبت به مردان در سطح جامعه باشد و نه به این علت که زنان معتاد نسبت به مردان معتاد، فرزندان خود را کمتر مورد آزار قرار می‌دهند؛ همان‌طور که بررسی‌های انجام شده در مراکز ترک اعتیاد و بازپروری، فراوانی مردان وابسته به مواد را ۱۰ برابر زنان نشان داده‌اند (به نقل از رعدی، ۱۳۸۰).

در حال حاضر، سوءرفتار و آزار کودکان، به‌عنوان یک مسئله عمده اجتماعی در سراسر دنیا مطرح است و عوامل بسیاری در بروز کودک‌آزاری مؤثر هستند. این پژوهش در پی آن بود تا در زمینه عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری اطلاعاتی ارائه دهد تا هشدار باشد برای والدین، معلمان و مسئولین تا با اجرای برنامه‌های گسترده آموزشی و مداخله‌ای به موقع و کارا از شیوع این پدیده در خانواده‌ها و در سطح جامعه جلوگیری شود.

یادداشت‌ها

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Child abuse | 24. Briere, J. |
| 2. Physical abuse | 25. Sedlak, A. J. |
| 3. Emotional abuse | 26. Carr, A. |
| 4. Psychological abuse | 27. Hatty, S. |
| 5. Social abuse | 28. Davis, N. |
| 6. Neglect | 29. Burke, S. |
| 7. Kaplan, H. | 30. Emery, R. E. |
| 8. Sadock, B. | 31. Billings, L. |
| 9. Straus, M. A. | 32. Leonard, K.E. |
| 10. Gelles, R. J. | 33. Jacob, T. |
| 11. Franklin, N. B. | 34. Bardi, M. |
| 12. Haferbry, B. | 35. Tarli, S. M. |
| 13. Jellen, L. K. | 36. Milner, J.S. |
| 14. Caroll, J. E. | 37. National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect |
| 15. Thayer, L. E. | 38. Lewis, M. |
| 16. Posttraumatic Stress disorder | 39. Child Telephone Line |
| 17. Szuchman, L. E. | 40. Accessible sampling |
| 18. Muscarella, F. | 41. Khi square test (χ^2) |
| 19. Walker, C. E. | 42. Personality disorders |
| 20. Roberts, M. C. | 43. Antisocial personality disorder |
| 21. Substance abuse | |
| 22. Neurogical affects | |
| 23. Camino, L. | |

منابع

باقری یزدی، احمد (۱۳۷۹). بررسی کودک‌آزاری جسمانی در مراجعین به سه درمانگاه اختصاصی و اورژانس اطفال در شهر تهران، پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی (چاپ نشده)، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

خضروی افلاک‌فر، احمد (۱۳۷۵). بررسی عوامل مؤثر بر کودک آزاری جسمانی در کودکان ارجاعی به بخش روان‌پزشکی اطفال بیمارستان شهید اسماعیلی تهران، پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی (چاپ نشده)، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رعدی، منوچهر (۱۳۸۰). بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش بازگشت به اعتیاد در معتادان خودمعرف سازمان بهزیستی استان کردستان، پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد مشاوره (چاپ نشده)، اصفهان: دانشکده روان‌شناسی.

سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۹). گزارشی درباره وضعیت اعتیاد در ایران، ماهنامه پیام بهزیستی، شماره ۴۳. قاسم زاده، فاطمه (۱۳۷۷). کودک آزاری، مقاله مندرج در راهنمای آموزش پیمان جهانی حقوق کودک، انتشارات دفتر یونیسف در ایران.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. جی (۱۳۸۱). خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه عباس رفیعی، جلد دوم، تهران: ارجمند.

محمدخانی، پروانه (۱۳۷۸). کودک‌آزاری، شیوع و انواع. ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی و سلامت عمومی والدین آنها، پایان‌نامه جهت اخذ دکترای روان‌شناسی عمومی (چاپ نشده)، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

نوروزی، فاطمه (۱۳۷۲). بررسی پیشینه کودک‌آزاری و بی‌توجهی در دانش‌آموزان ۱۸-۱۴ ساله تهرانی، پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی (چاپ نشده)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

وفایی، بهرام (۱۳۸۱). تشخیص‌های توأم با وابستگی به مواد در مراجعه‌کنندگان بیمارستان رازی در خلال سال‌های ۷۹-۷۷، زنجان: دانشگاه علوم پزشکی.

- Bardi, M. & Tarli, S. M. (2001). A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child abuse and neglect*, 6, 836-853.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children (TSCC) professional Manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child & adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Camino, L. (2000). *Treatment sexually abused boys, A practical guild for therapists and counselors*. San Francisco: Jossey publishers.
- Emery, R. E. & Billings, L. (1998). An overview of nature, causes and consequences of abusive family relationships toward differentiating maltreatment. *American Psychologists*, 53, 121-135.
- Franklin, N, B. & Haferbry, B. (2000). *Reaching out in family therapy, Home based, school and community Interventions*, Guilford Press.
- Hatty, S., Davis, N. & Burke, S. (1994). No Exit Violence. *Gender and The Streets Australian Journal Of Social Issues*, 24, 230-240.
- Jellen, L. K., Carroll, J. E. & Thayer, L. E. (2001). Child emotional maltreatment: A years study of U.S army cases. *Child abuse and neglect*, 25, 623-639.
- Leonard, K. E., and Jacob, T. (1988). *Handbook of family violence: Alcohol, alcoholism & family violence*. New York: Plenum.

- Lewis, M. (1996). *Child and Adolescent Psychology*. USA: Williams & Wilkins.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The child abuse potential inventory. *Family Violence*, 6, 547-583.
- Sedlak, A. J. (1996). *Third national incidence on child abuse & neglect*. Washington: Department of Health & Service.
- Straus, M. A. & Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families*, New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Szuchman, L. T. & Muscarella, F. (2000). *Psychological Perspectives on Human Sexuality*. London: John Wiley & Sons.
- Walker, C. E., & Roberts, M.C. (2001). *Handbook of clinical child psychology* (3rd edition). London: John Wiley & Sons.