

## بررسی روند آزار کودکان در ایران براساس برخی پایه های علت شناختی آن<sup>۱</sup>

سعید مدنی\*

بررسی روند کودک آزاری نیازمند اطلاعات قابل اعتماد درباره میزان شیوع و بروز این پدیده در یک دوره زمانی مشخص است. متأسفانه در حال حاضر هیچ یک از مؤسسات و مراجع مرتبط با آزار کودکان اعم از دستگاههای حقوقی و یا سازمانهای حمایتی دولتی و غیر دولتی اطلاعات منظم و قابل اتکایی درباره آمار شیوع و بروز کودک آزاری ندارند. لذا برای دریافت چگونگی روند کودک آزاری ناچاریم از روشهای غیر مستقیم استفاده نمائیم. در این مقاله براساس برخی مطالعات درباره علل مهم آزار کودکان، تلاش شده با اتکاء به میزان شیوع علل مذکور در سه حوزه یعنی اعتیاد، فقر و اختلالات روانی، ارزیابی مشخصی از روند آزار کودکان در ایران ارائه شود.

### مقدمه

بحث پیرامون روند کودک آزاری در ایران و پاسخ به این پرسش که آیا آزار کودکان در حال افزایش یا کاهش است بخش دشوار مطالعه درباره کودک آزاری است؛ زیرا در واقع پاسخ به این سؤال مستلزم بررسی شیوع و بروز کودک آزاری در دوره زمانی مشخص است، پژوهشی که از قرار معلوم هیچ محقق یا پژوهشگر یا مؤسسه مسئولی در ایران آن را انجام نداده است. در این زمینه تنها می توان با استفاده از روشهای غیرمستقیم، استدلالهایی را در

\*روان شناس

۱-این مقاله حاصل بخشی از مطالعه درباره وضعیت کودک آزادی در ایران است که سرکارخانم لیلا سلیمانی نیا در آن همکاری قابل توجهی داشته اند. به این وسیله از زحمات ایشان تشکر و قدر دان می شود.

تأیید افزایش یا کاهش آزار کودکان مطرح کرد. یکی از روشهای بررسی روند، مطالعه وضعیت علل و عوامل آزار کودکان در یک دوره زمانی مشخص است. در اغلب مطالعات به فقر، اختلالات روانی والدین و آزار دهندگان و اعتیاد به عنوان عوامل مهم زمینه ساز آزار کودکان در خانواده ها، اشاره شده است. در این زمینه جلیلی (۱۳۷۹) یادآور شده "کودک آزاری در میان خانواده های فقیر بیشتر از خانواده های متوسط یا مرفه شایع است." ثناگوی (۱۳۷۹) نیز در مطالعه خود پیرامون کودک آزاری تأکید کرده است. "بیماریهای روانی نظیر افسردگی و اختلالات شخصیت از عوامل مستعد کننده کودک آزاری می باشند" همچنین رزاقی (۱۳۸۰) در پژوهش خود نتیجه گرفته "کودک آزاری در میان سوء مصرف کنندگان مواد، بیش از سایر گروهها شایع است." در این مقاله تلاش خواهد شد با بررسی وضعیت سه عامل یاد شده (فقر، اختلالات روانی و اعتیاد) در جامعه ایران روند آزار کودکان مورد ارزیابی قرار گیرد.

## ۱- تعاریف:

۱-۱- **کودک:** کودک به کسی اطلاق می شود که کمتر از هجده سال سن داشته باشد. این تعریف با عنایت به تناقضهای موجود در قوانین و مقررات ایران در مورد سن طفل و فرد بالغ انتخاب شده است. خاطر نشان می سازد که در قوانین جاری سن تکلیف برای دختران ۹ سال قمری تمام و برای پسران ۱۵ سال می باشد. از سوی دیگر، حداقل سن برای شرکت در فعالیتهای سیاسی اجتماعی از جمله رأی دادن شانزده سال در نظر گرفته شده است.

## ۱-۲- کودک آزاری

۱-۲-۱- **آزار جسمی (Physical Abuse):** هر عملی که منجر به آسیب عمدی جسمی به کودک می شود کودک آزاری است. این آسیبهایی از تنبیه های شدید جسمی یا تنبیه های غیرموجه می باشد. همچنین شامل حمله آگاهانه و عمدی به کودک مثل سوزاندن، گاز گرفتن،

بریدن، هل دادن، تاییدن اندامها، شکنجه، ضربات، زخمها، و شکستگیها می شود (نلسون، ۱۹۹۶، کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

**۱-۲-۲ آزار جنسی (Sexual Abuse):** آزار جنسی هر نوع فعالیت جنسی با یک کودک قبل از سنی که بتواند رضایت قانونی داشته باشد برای لذت بردن یک فرد بزرگسال یا کودکی که تا حد قابل توجهی بزرگ می باشد، اطلاق می شود. این آزار شامل تماس دهانی، تناسلی - تناسلی، تناسلی - مقعدی، دست - تناسلی، دست - مقعدی، دست - پستان، مواجهه با اندامهای جنسی، نگاه جبری به اندامهای جنسی و هرزه نگاری است (نلسون، بهرمن، کلایگمن و آروین، کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

**۱-۲-۳ بی توجهی (Neglect):** بی توجهی به اهمال و غفلت والدین از تأمین نیازهای اساسی کودک که برای بهتر زیستن وی ضروری می باشند تعریف می شود. بی توجهی جسمانی به تأخیر در مراقبت بهداشتی، ترک، اخراج، مراقبت گسیخته، سرپرستی ناکافی، بی پروایی و بی ملاحظگی نسبت به امنیت و رفاه کودک گفته می شود. بی توجهی عاطفی شامل عدم مهرورزی و عاطفه ناکافی، سوء استفاده افراطی یا مزمن از همسر در حضور کودک یا سوء استفاده از داروها و الکل در حضور او و مواجهه او با رفتارهای ناسازگارانه اطلاق می شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

**۱-۲-۴ آزار آموزشی (Educational Abuse):** آزار آموزشی به رفتارهای نامناسب آموزشی و تربیتی در مدارس که آثار سوء بر وضعیت روحی - روانی کودکان دارد، اطلاق می شود. این نوع آزار عمدتاً در سالهای اخیر به طبقه بندی انواع کودک آزاری افزوده شده است.

**۱-۳-۱ روند (Trend):** روند عبارت است از بررسی میزان بروز و شیوع اختلال یا بیماری در یک دوره زمانی. شیوع (Prevalence) به تعداد و موارد بیماری در یک جمعیت، در یک دوره خاص زمان اطلاق می شود. بروز (Incidence) تعداد موارد جدید اختلال یا بیماری در یک دوره زمانی خاص در یک جمعیت خاص است. روند، وضعیت شیوع و بروز اختلال یا بیماری را در چند مقطع زمانی پیوسته یا در واقع سری زمانی مشخص نشان می دهد.

## ۲- زمینه نظری

طبق نظر "شورای ملی پیشگیری از سوء رفتار با کودکان" در سال ۱۹۹۴ سه میلیون مورد سوء رفتار و مسامحه نسبت به کودکان به نهادهای اجتماعی عمومی گزارش شده و حدود یک میلیون مورد به ثبت رسیده است. در ایالات متحده هر سال بین ۲۰۰ تا ۴۰۰۰ مرگ کودکان به علت سوء رفتار و مسامحه و  $150/000$  تا  $200/000$  مورد سوء رفتار جنسی گزارش می شود (کاپلان، ۱۳۷۹).

در گزارشی که توسط اداره خدمات انسانی و سلامت کارولینای شمالی در آمریکا در سال ۲۰۰۱ ارائه شده، برای اولین بار تعداد موارد آزار و غفلت گزارش شده کودکان در فاصله سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ کاهش یافته است. چپ مدلین (Chip Modlin) مسئول بخش خدمات اجتماعی کارولینای شمالی در این زمینه می گوید:

"من مطمئنم این کاهش دلگرم کننده است. هنوز خیلی زود است که از روند صحبت کنیم، اما به اعتقاد من برنامه های پیشگیری اثر مشخصی داشته است". براساس گزارش یاد شده:

- تعداد کل کودکان آزار دیده یا مورد غفلت قرار گرفته از ۱۰۴,۳۲۹ مورد در سالهای ۱۹۹۸-۱۹۹۹ به ۱۰۰,۶۸۲ مورد در سالهای ۱۹۹۹-۲۰۰۰ کاهش یافته است.

- تعداد کودکان آزار دیده و مورد غفلت واقعی که توسط اداره ایالتی خدمات اجتماعی شناسایی شده اند از ۳۲,۱۱۵ مورد در سالهای ۱۹۹۸-۱۹۹۹ به ۳۱,۸۲۸ مورد در سالهای ۱۹۹۹-۲۰۰۰ کاهش یافته است.

- تعداد کودکان مشکوک به آزار از ۹,۷۶۲ مورد در سالهای ۱۹۹۸-۱۹۹۹ به ۸,۵۹۶ مورد در سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۹ کاهش یافته است. (Bruton, H.David, 2001).

برنامه پیشگیری جرایم مدارس کانادا گزارش کرده که براساس نتایج به دست آمده از یک نمونه بسیار بزرگ گزارش خود دانش آموزان درباره آزار جنسی، نسبت دختران مورد آزار جنسی قرار گرفته از ۷ درصد به ۳۶ درصد و پسران از ۳ درصد به ۲۹ درصد افزایش یافته

است (Finkelhor, 1994). وزارت خدمات انسانی و سلامت امریکا گزارش کرده که آمارهای غفلت و آزار کودکان از سال ۱۹۹۷ به وضوح روبه کاهش است. در چهارمین گزارش ادواری دولت فدرال درباره کودک آزاری این مسئله تصریح شده است (Kharfen, 1999). مؤسسه "همبستگی عملی برای کودکان" در امریکا درباره روند کودک آزاری در این کشور گزارش کرده است که: بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۳ کودک آزاری حدود ۵۰ درصد در خانواده های فقیر و سوء مصرف کننده مواد افزایش یافته است (Action Alliance for Children, 1995).

"مرکز تحقیقات کودکان برضد جرم" امریکا اعلام نموده "پس از پانزده سال افزایش کودک آزاری خلاصه داده های سازمان ملی اطلاعات غفلت و کودک آزاری (N. . C. A. N. D. S)\* نشان می دهد موارد آزار جنسی به میزان ۴۰ درصد کاهش یافته است. این ارزیابی حاکی از آن است که موارد آزار جنسی رخ داده از ۱۵۰/۰۰۰/ مورد در سال ۱۹۹۲ به تقریباً ۸۹۵۰۰ مورد در سال ۲۰۰۰ رسیده است. این روند در سطح ملی یکسان رخ نداده، اما بر ایالات مهمی اثر داشته است. ۳۸ ایالت کاهش ۳۰ درصد یا بیشتر را در دهه ۱۹۹۰ تجربه کرده اند. (Crime Against Children Research Central, 2003)

مطالعه دیگری که به بررسی روند آزار کودکان در شهرهای ماساچوست آمریکا در فاصله سالهای ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۷ پرداخته است تأکید می کند. که طی دهه ۱۹۸۷ - ۱۹۹۷ به میزان ۹۸ درصد برگزارشهای موارد آزار و غفلت کودکان افزوده شده است، در حالی که در همین مدت در سطح ملی این افزایش حدود ۵۴ درصد بوده است. براین اساس از یک و نیم میلیون جمعیت کودکان ما ساچوست در سال ۱۹۹۷ و تعداد گزارشهای آزار کودکان در این سال، تقریباً ۴۶ نفر از هر ۱۰۰۰ کودک آزار دیده اند. اگر چه با توجه به آمار آزار کودکان در سال ۱۹۹۸ در سال ۲۰۰۰ نسبت به سال قبل موارد آزار کودکان کاهش یافته است، نکته مهم این است که در فاصله سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۸ آمار کلی جرایم به میزان ۲۱ درصد کاهش یافته است (Massachusetts Citizens for Children, 2001).

\* National child Abuse and Neglect Data System

در مطالعه ای در مورد دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران، میانگین نمره های آزار (جسمی، عاطفی، غفلت) آنها با توجه به وضعیت اقتصادی خانواده شان مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین میانگین نمره های آزار دانش آموزان در سطوح مختلف اقتصادی تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین ترتیب، که هر چه وضعیت اقتصادی خانواده ضعیف تر می شود میانگین نمره آزار گزارش شده از سوی کودکان بالاتر می رود (محمدخانی، ۱۳۷۸)

هاتفی (۱۳۷۸) در مطالعه ۱۷ کودک آزار دیده جنسی که به مراکز پزشکی قانونی مراجعه کرده بودند. با بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی این کودکان دریافت که در اکثر موارد به ویژه زمانی که آزار جنسی توسط پدر نسبت به دختر صورت گرفته بود، خانواده کودک آشفته و در سطح پایین اجتماعی اقتصادی قرار داشت. باقری (۱۳۷۹) در تحقیقی که بر روی کودکان آزار دیده جسمانی مراجعه کننده به سه درمانگاه اطفال شهر تهران انجام داد، در بررسی ویژگیهای خانوادگی کودکان آزار دیده، درآمد کم و ضعیف خانواده را از جمله ویژگیهای مهم مرتبط با آزار کودکان بر شمرده. براساس نتایج به دست آمده ۱۶/۱ درصد خانواده های کودکان آسیب دیده جسمانی متعلق به طبقه ضعیف اقتصادی جامعه بوده و میزان درآمد کمی داشته اند.

نتایج مطالعه دیگری در مرکز شهید اسماعیلی تهران نشان داد که سطح درآمد خانواده با آزار جسمانی کودک ارتباط معنادار آماری دارد و کودک آزاری در خانواده هایی که از نظر اقتصادی در طبقات پایین تر جامعه قرار دارند، بیشتر به چشم می خورد. نتایج حاکی از آن بود که ۳۴/۲ درصد خانواده های کودکان آزار دیده درآمد بسیار کم دارند، ۶۲/۱ درصد درآمد متوسط و تنها ۳/۸ درصد درآمد بالا و مناسب دارند (حسینی نسب، ۱۳۸۰).

در تحقیق دیگری که محمدخانی (۱۳۸۰) بر روی دانش آموزان راهنمایی شهر تهران انجام داد، بررسی ارتباط انواع آزار (جسمی، عاطفی و جنسی) و غفلت با وضعیت اقتصادی

خانواده نشان داد که با ضعیف تر شدن وضعیت اقتصادی خانواده میزان گزارش دانش آموزان از انواع آزار و غفلت به طور معناداری افزایش می یابد.

حسینی سدهی (۱۳۸۰) با مقایسه نوجوانان آزار دیده و آزار ندیده از نظر وضعیت اقتصادی خانواده نشان داد که بین دو گروه از نظر میزان درآمد خانواده تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب، میزان درآمد خانواده نوجوانان آزار دیده، پایین تر از گروه آزار ندیده است.

مرور نتایج به دست آمده از پژوهشهای مختلف مشخص می کند کودک آزاری در خانواده های فقیر و با وضعیت اقتصادی ضعیف شایع تر از سایر طبقات است. در ضمن همه تحقیقاتی که ارتباط وضعیت اقتصادی خانواده را با کودک آزاری مورد آزمون آماری قرار داده اند، این رابطه را معنادار یافته اند. تفاوتی که در درصد شیوع آزار در طبقات ضعیف اجتماعی در پژوهشهای یاد شده مشاهده می شود ناشی از تفاوت در نمونه مورد مطالعه هر تحقیق و عدم همسانی در تعریف دقیق طبقات اجتماعی اقتصادی بین آنهاست.

از سوی دیگر، بررسی روند فقر در ایران نشان می دهد که براساس بسیاری از شاخصها جمعیت زیر خط فقر طی دو دهه اخیر افزایش قابل توجهی داشته است. به اختصار به برخی از مطالعات در این زمینه اشاره می شود.

در یک مطالعه نشان داده شد که ۵۰ درصد خانوارهای کشور در سال ۱۳۶۲ مصرف ماهانه ای کمتر از ۶۶۰۰۰ ریال داشته اند و مصرف ماهانه ۱۰ درصد خانوارها نیز حدود ۸۶۵۶ ریال بوده است، در نتیجه، ۵۰ درصد خانوارها با فقر نسبی دست به گریبان بوده اند، از این میان عده ای در فقر مطلق به سر می برده اند. همچنین در سال ۱۳۶۳ بیش از ۱۰ درصد جمعیت کشور (حدود ۵ میلیون نفر) مصرف سرانه ماهانه ای حدود ۱۸۰۰ ریال داشته اند، در حالی که ۶۰ هزار خانوار در سطح کشور از درآمد ماهانه بیش از ۳ میلیون ریال برخوردار بوده اند (ابریشمی، ۱۳۷۱). اطلاعات استخراج شده از گزارشهای مرکز آمار ایران در سال

۱۳۶۵ نیز نشان می دهد قریب به ۳۰/۴ درصد از خانواده های ۵ نفره شهری زیر خط فقر به سر می برده اند.

جدول شماره ۱ شاخصهای رشد، توزیع درآمد و رفاه اجتماعی طی سالهای (۶۷-)

(۱۳۶۱)

سال	۳۶۱	۱۳۶۲	۱۳۶۳	۱۳۶۴	۱۳۶۵	۱۳۶۶	۱۳۶۷
درآمد سرانه (هزار ریال)	۲۱۹/۹	۲۴۱/۰	۲۳۱/۵	۲۲۱/۹	۱۷۵/۴	۱۷۲/۳	۱۵۵/۱
شاخص بهبود در توزیع درآمد	۰/۵۵۹	۰/۵۴۶	۰/۵۴۷	۰/۵۴۸	۰/۵۳۴	۰/۵۵۴	۰/۵۶۲
شاخص رفاه اجتماعی	۱۲۲/۹	۱۳۱/۶	۱۲۶/۶	۱۲۱/۶	۹۳/۷	۹۵/۵	۸۷/۲

مأخذ: نیلی، فرهاد: رشد اقتصادی، توزیع درآمد و رفاه اجتماعی در سالهای ۱۳۷۲-۱۳۶۱، فصلنامه برنامه و بودجه، شماره اول.

جدول شماره ۱ شاخصهای رشد، توزیع درآمد و رفاه اجتماعی را طی سالهای ۱۳۶۱-۱۳۶۷ نشان می دهد (نیلی، ۱۳۷۲). براساس نتایج به دست آمده طی سالهای پیش از اجرای برنامه اول نه تنها از درآمد سرانه کاسته شده، بلکه شاخص رفاه اجتماعی نیز از ۱۲۲/۹ در سال ۱۳۶۲ به ۸۷/۲ در سال ۱۳۶۷ رسیده است. بنابراین، تا سال ۱۳۶۷ روند فقر در ایران روبه افزایش بوده است. در فاصله سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲ برنامه اول توسعه به اجرا درآمد. مطابق گزارش منتشره از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور طی سالهای ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۲ بر جمعیت زیر خط فقر درسته ها افزوده شد و از ۱۴/۸ درصد به ۱۶/۴ درصد رسید. وضعیت در روستاها نیز مشابه بوده و نسبت جمعیت زیر خط فقر از ۲۶/۷ درصد در سال مبدأ به ۳۰/۴ درصد در سال پایانی (۱۳۷۲) برنامه رسیده است (پژویان، ۱۳۷۶). نتایج این پژوهش در جدول شماره ۲ آمده است:



جدول شماره ۲ درصد فقر و خط فقر سرانه برای شهر و روستا

سال	شهر		روستا	
	درصد فقر	خط فقر ریالی	درصد فقر	خط فقر ریالی
۱۳۶۹	۱۴/۸	۱۷۰۲۴۸	۲۶/۷	۱۳۵۵۱۹
۱۳۷۰	۱۰/۸	۱۹۱۷۵۹	۲۳/۶	۱۸۴۱۷۵
۱۳۷۱	۱۴/۸	۲۸۰۸۲۱	۲۹/۱	۲۳۲۷۱۶
۱۳۷۲	۱۶/۴	۴۷۸۰۲۰	۳۰/۴	۲۸۹۶۳۱

مأخذ: پژوهان، جمشید. نقش نظام تأمین اجتماعی در کاهش فقر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گردهمایی فقر در ایران، ۱۳۷۶.

در برنامه دوم توسعه (۷۸-۱۳۷۴) نیز روند فقر تغییر قابل توجهی نداشته است. مطابق خوش بینانه ترین محاسبات ۱۱ میلیون نفر در سال آغازین برنامه زیر خط فقر مطلق بوده اند. در سال ۱۳۷۲ یعنی یکسال قبل از اجرای برنامه دوم در خصوص کمیت فقر مطالعاتی صورت گرفت. مطابق نتایج حاصل از این بررسی ۱۵/۸ درصد خانوارهای کشور دچار فقر نسبی بوده اند. در این مطالعه مشخص شد که ۱۷ درصد خانوارهای شهری و ۱۵ درصد خانوارهای روستایی جز و اقشار فقیر هستند. (نیلی، ۱۳۷۶). براساس گزارش سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور جمعیت زیر خط فقر در نواحی شهری که در سال ۱۳۷۴ معادل ۲۳/۳ درصد بود، در سال ۱۳۷۸ به ۲۲/۴ درصد رسید. در نواحی روستایی نیز جمعیت زیر خط فقر از ۳۱/۹ درصد در سال ۱۳۷۴ به ۲۹/۷ درصد در سال ۱۳۷۸ رسید (سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، ۱۳۷۹). اگر چه آمار یاد شده مورد نقادی بسیاری از صاحب نظران اقتصادی در ایران قرار گرفت و صحت ارزیابیها خدشه دار شد، اما براساس همین ارزیابی کاملاً خوش بینانه نیز گرچه درصد خانوارهای زیر خط فقر در برنامه دوم اندکی تقلیل یافت، اما با توجه به روند افزایش جمعیت، همچنان بر تعداد خانوارهای زیر خط فقر افزوده شد.

در هر حال مطالعات زیادی نشان می دهد که علاوه بر تعداد جمعیت زیر خط فقر بر نسبت آنان نیز افزوده شده است. برای مثال یکی از پژوهشگران مسائل اقتصادی ایران اعلام

کرد براساس محاسبات وی در فاصله سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ حداقل ۴۵ درصد از جمعیت کشور زیر خط فقر مطلق و ۲۵ درصد زیر خط فقر نسبی قرار گرفته اند (رئیس دانا، ۱۳۷۹). برنامه سوم توسعه از سال ۱۳۷۹ به اجرا درآمد و هم اکنون نیز در دست اجراست. برخی بررسی ها در سال اول برنامه (۸۰-۱۳۷۹) نشان می دهد روند افزایش فقر در ایران در این دو سال نیز ادامه داشته است. در جدول شماره ۳ متوسط سالانه درآمد و هزینه خانوارهای شهری و روستایی مقایسه شده است و نشان داده می شود که شکاف فاصله درآمد و هزینه در شهرها افزایش و در روستاها کاهش یافته است.

جدول شماره ۳ متوسط سالانه درآمد و هزینه خانوارهای شهری و روستایی (۸۰-۱۳۷۹)

(هزار ریال)

روستا		شهر		سال
۱۳۸۰	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۷۹	
۱۵۲۰۰	۱۳۰۴۷	۲۵۸۳۱	۲۲۳۸۷	متوسط درآمد سالانه
۱۷۲۱۹	۱۵۶۷۳	۲۸۰۲۰	۲۴۱۷۵	متوسط هزینه سالانه
-۲۰۱۹	-۲۶۲۶	-۲۱۸۹	-۱۷۸۸	فاصله درآمد - هزینه

در هر حال طی دو سال اول اجرای برنامه سوم هنوز تغییر قابل ملاحظه و جدی در ساختار فقر نسبت و تعداد جمعیت زیر خط فقر ملاحظه نمی شود (مدنی، ۱۳۸۱). با عنایت به موارد یاد شده به نظر می رسد با توجه به افزایش جمعیت زیر خط فقر طی دو دهه اخیر، احتمالاً تعداد و نسبت کودکان آزار دیده بدلیل جمعیت فزاینده کودکانی که در خانواده های فقیر زندگی می کنند نیز افزایش یافته است.

## ۲-۳ شیوع اختلالهای روانی و آزار کودکان

بسیاری از مطالعات به بررسی ویژگیهای روانشناختی بزرگسالان کودک آزار پرداخته اند. در مطالعات اولیه به ویژگیهایی چون داشتن مشکلات عاطفی و رفتاری، مشکلات بین فردی، هوش پایین و فقدان اطلاعات در مورد رشد کودک اشاره شده است. این مطالعات، توصیفی و بر داده های بالینی متکی بوده است. البته برخی مطالعات به دلیل انتخاب گروههای گواه غیرکودک آزار، از دقت علمی بیشتری برخوردار بوده اند، علاوه بر این از ابزارهای سنجش دقیق تری نیز استفاده شده است. (بوالهری، ۱۳۷۷).

در مطالعاتی که والدین کودک آزار و غیرکودک آزار مقایسه می شوند، ویژگیهای مشترکی در والدین آزار دهنده به دست آمده که عبارت است از: مشکلات عاطفی و رفتاری از قبیل افسردگی، تحمل پایین در برابر ناکامی، عزت نفس پایین، انعطاف ناپذیری، مشکلات در کنترل خشم و تکانشی بودن، ناتوانی در برقراری همدلی و اضطراب، میزان فشار روانی درک شده و میزان درماندگی در زندگی همچنین سوء مصرف مواد و الکل نیز توسط آنها، گزارش شده است. این افراد معمولاً مشکلات خانوادگی و بین فردی داشته اند و نمی توانسته اند با کودک یا سایر اعضای خانواده ارتباط مثبت و سازنده ای برقرار نمایند. انزوای و گوشه گیری از دوستان و اجتماع نیز در آنها دیده می شود. برداشت پدران و مادران آزار دهنده از والد بودن، اعمال رفتار توأم با فشار روانی و نارضایتی بوده، و در مهارتهای تربیت کودک و توانایی حل مسئله به ویژه مسائل مربوط به تربیت فرزندانشان مشکل داشته اند. (میلر و دیگران، ۱۹۹۹).

آزار دهندگان جسمانی، نسبت به کودک و رفتار او حساسیت منفی و تحریک پذیری بیشتری نشان داده اند (کمپ، ۱۹۹۸) این ویژگیها و آنچه که در بالا به آنها اشاره شد سبب می شود که با کوچکترین جرقه ای مثل رفتار کودک و یا یک فشار محیطی، خطر کودک آزاری جسمانی افزایش یابد.

افسردگی یکی از اختلالات شایعی است که هم با غفلت و هم انواع آزار نسبت به کودکان مرتبط است؛ چرا که عاطفه سطحی و کمبود انرژی از مشخصات بارز این اختلال است و هر کدام می تواند افزایش دهنده احتمال کودک آزاری و غفلت باشد (کمپ، ۱۹۹۸).

ویژگیهای روانشناختی افرادی که مبادرت به آزار جنسی کودکان می کنند نیز در جای خود می تواند قابل توجه باشد. برخی کودکان، قربانی آزار جنسی افرادی می شوند که مبتلا به نوعی اختلال روانپزشکی به نام پدوفیلیا (بچه گرایی) هستند. پدوفیلیا به میل شدید جنسی یا تحریک جنسی عود کننده ای گفته می شود که فرد در پی آن تمایل به ارتباط با اطفال ۱۳ سال به پایین حداقل بمدت شش ماه پیدا می کند. کسی که این تشخیص بر او گذاشته می شود حداقل باید ۱۶ سال داشته و از قربانی خود نیز حداقل ۵ سال بزرگتر باشد (کاپلان، ۱۹۹۸).

بچه گراها از نظر رشد اجتماعی، عزت نفس، کنترل تکانه و مهارتهای اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند (محمدی فرود، ۱۳۸۰). فراوانی رفتار مربوط به ناهنجاری جنسی بچه گرایی اغلب با فشار روانی - اجتماعی افزایش می یابد و سیر آن معمولاً مزمن است.

مطالعات نشان داده است که وجود یک والد حمایت کننده در طول دوران کودکی، یک ارتباط زناشویی حمایتگر و کمتر بودن وقایع فشار روانی در زندگی بزرگسالی می تواند مانع انتقال کودک آزاری شود (کافمن، زیگلر، ۱۹۸۷).

شناگوی محرر (۱۳۷۹) با هدف مقایسه ویژگیهای شخصیتی مادران کودک آزار با مادران غیر کودک آزار در پسران ۱۲ تا ۱۵ ساله شهر تهران، ابتدا پرسشنامه کودک آزاری C.A.T.S\* را به منظور تفکیک گروه آزار ندیده و آزار دیده بروی کودکان اجرا کرد، و سپس مادران آنها را توسط نیمرخشی که روی پرسشنامه میلون - ۲ (M.C.M.I II) نشان داده بودند، مورد مقایسه قرارداد.

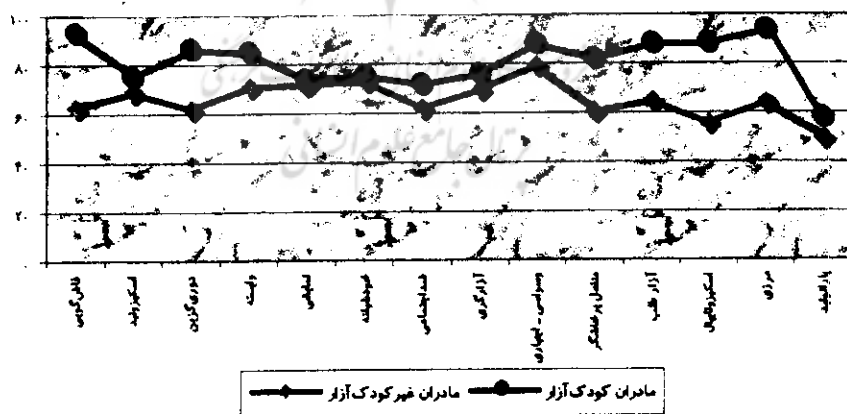
در مقیاسهای شخصیتی پرسشنامه میلون اختلاف بین میانگین نمره مادران کودک آزار و مادران غیر کودک آزار در شاخص های زیر تفاوت معنادار نشان داد: فاش گوئی، دوری

\* (Child Abuse and Traumatic C.A.T.S)

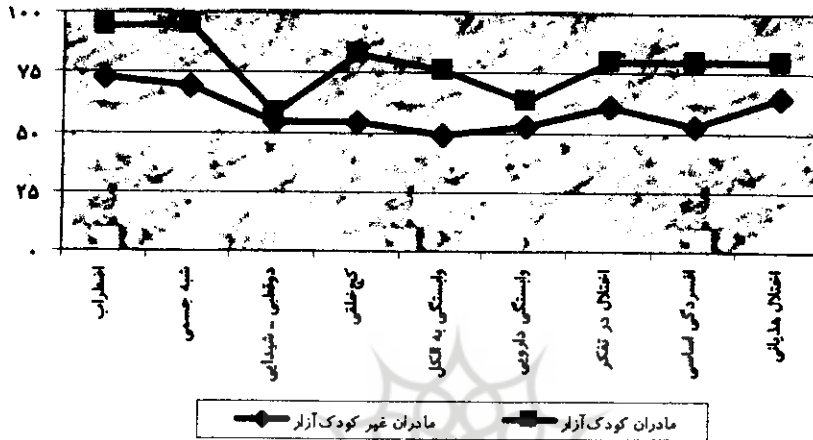
گزینی، وابستگی، ضداجتماعی، آزارگری، وسواسی - جبری، منفعل - پرخاشگر، آزار طلب، اسکیزو تایپال - مرزی و پارانوئید، همچنین اختلاف میانگینها در مقیاسهای اسکیزوئید، نمایشی و خود شیفته معنادار نبود. بررسی انجام شده در مقیاسهای سندرومهای بالینی بین دو گروه مادران کودک آزار و مادران غیر کودک آزار نشان داد که تفاوت‌های این دو گروه در سندرومهای اختلال اضطرابی، کج خلقی، وابستگی دارویی، اختلال تفکر، افسردگی اساسی، اختلال هذیانی، شبه جسمی و وابستگی به الکل معنادار است ولی در مقیاس دو قطبی معنادار نمی باشد.

بر اساس پروفایل به دست آمده از دو گروه و مقایسه آنها در خرده مقیاسهای مختلف این پرسشنامه مشخص شد که تفاوت میانگینها مربوط به اختلالات شخصیت، در گروه مادران کودک آزار و مادران غیر کودک آزار، چشمگیرتر از تفاوت میانگینهای مربوط به سندرومهای بالینی در آنهاست. به عبارت دیگر، می توان گفت قسمت اعظم آسیب شناسی مادران کودک آزار مربوط به اختلال شخصیت است و با شدیدتر شدن اختلال شخصیت (در مقیاسهای آسیب شناسی شدید شخصیت یعنی اسکیزوتایپال، مرزی و پارانوئید) به اوج خود می رسد. نمودار شماره ۱ تفاوت ویژگیهای شخصیتی مادران کودک آزار و غیر کودک آزار

بر اساس آزمون شخصیتی



نمودار شماره ۲ نیمرخ روانی مادران کودک آزار و مادران غیرکودک آزار در مقیاسهای مربوط به سندرومهای بالینی براساس میانگین نمرات دو گروه.



با توجه به یافته های پژوهش حاضر و مشابهت آن با تحقیقات گذشته به نظر می رسد اختلالاتی که بر خلق، نحوه تفکر، قضاوت یا ادراک فرد تأثیر بیشتری می گذارد نقش مهمی در بروز پدیده کودک آزاری دارد. مقیاسهای کج خلقی، منفعل - پرخاشگر، آزارگری، آزار طلب، اختلال در تفکر و اختلال هذیانی، افسردگی اساسی، پارانوئید، ضد اجتماعی با کودک آزاری رابطه دارند. از طرفی، ممکن است همراه بودن آنها با اختلالهای دیگر، پدیده کودک آزاری و بی توجهی را به نحوی شدیدتر کند. اختلال پارانوئید و ضد اجتماعی بودن نیز از انواع اختلالاتی هستند که نحوه تفکر (ادراک)، قضاوت و نیز عواطف فرد را دستخوش آشفتگی می کند و همین شیوه باعث می شود که این دو پدیده کودک آزاری را مستقیم و غیر مستقیم تشدید کند و تعاملات بین والدین و کودکان را آسیب پذیر سازد.

با توجه به مطالب یاد شده احتمالاً می توان نتیجه گرفت که هم اختلالات مربوط به شخصیت و هم اختلالات خلقی با تأثیر مستقیم و غیر مستقیم بر نظام ادراکی و شناختی افراد،

قوه قضاوت و شناخت آنها را تغییر داده و مخدوش می کند و آنها را مستعد بروز پدیده کودک آزاری می کند.

باقری یزدی (۱۳۷۹) درنتایج پژوهش کودک آزاری جسمانی مراجعان سه درمانگاه اطفال در شهر تهران عنوان کرد: ۳۴/۱ درصد عاملان کودک آزاری، آزار جسمی را در کودکی تجربه کرده بودند. ۲۶/۴ درصد آنها سابقه آزار کودکان را در گذشته گزارش کرده بودند. از این میان ۱۹/۳ درصد سابقه اعتیاد به مواد مخدر، ۵/۴ درصد سابقه بیماری روانی، ۴/۴ درصد نیز سابقه سوء پیشینه و محکومیت داشته اند.

بررسی موارد کودک آزاری منعکس شده در روزنامه های کثیرالانتشار در فاصله سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۱ نشان می دهد که نزدیک به یک سوم آزار دهندگان سابقه اعتیاد و دو سوم دیگر سابقه عدم تعادل روانی داشته اند (مدنی، ۱۳۸۱).

افراد دارای اختلالات روانی مثل اسکیز و فرنی و افسردگی نیز ممکن است آزار دهنده باشند (کاهانی، ۱۳۷۵). والدین روان پریش (Psychotic) یا مبتلا به اختلالات شخصیت (Personality Disorder) ممکن است کودکان خود را بد در نظر بگیرند یا اینکه تلاش کنند آنها را به سمت دیوانگی سوق دهند (نامداری، ۱۳۷۷) اگر چه بسیاری از والدین آزار گر از ضعفهای رفتاری یا هیجانی برخوردارند، اما بیماریهای روانی نوعاً نقشی اندکی در بد رفتاری با کودکان دارند، و بیشتر مجموعه ویژگیها یا صفات شخصیتی (Personality Traits) است که به طور مشترک در والدین کودکان آزار دیده به چشم می خورد. با وجودی که مجموعه صفات شخصیتی ثابتی برای والدین آزارگر تعیین نشده است، اما شایع ترین ویژگیهای این والدین عبارت است از: عزت نفس پایین، ضعف الگو، تکانشی بودن و عدم کنترل تکانه، هوشبهر پایین، خشونت، انزوا و تنهایی، اضطراب، افسردگی، انعطاف ناپذیری (Rigidity)، ترس از طرد، تحمل کم در برابر ناکامی، خود شیفتگی، ناپختگی و وابستگی (لودویگ و کرنبرگ، ۱۹۹۲).

بررسی پرونده های مربوط به کودک آزاری جسمی در درمانگاه شهید اسماعیلی نشان می دهد که ۱۱ درصد پدران و ۹ درصد مادران مشکل روانی داشته اند (صفوی ۱۳۷۴). در پژوهشی دیگر، بین وجود بیماری روانی در خانواده با سوء رفتار عاطفی، سوء رفتار جسمی و موارد مشکوک به سوء رفتار جنسی ارتباط معنا دار آماری به دست آمد. به این صورت که در اعضای خانواده ۲۰/۷ درصد کودکانی که سوء رفتار عاطفی را گزارش کرده بودند و ۳۷/۸ درصد کودکانی که به آزار جسمانی اشاره کرده بودند و ۲۲ درصد کودکان مشکوک به سوء رفتار جنسی دارای سابقه بیماری روانی بودند (بخشعلیان ۱۳۷۷).

نتایج به دست آمده از مطالعه نامداری (۱۳۷۷) نشان داد بین فرض وجود بیماری روانی در افراد خانواده و گزارش دهی سوء رفتار جسمانی و عاطفی در دانش آموزان رابطه معنا داری وجود دارد. براساس این مطالعه ۲۷/۸ درصد از دانش آموزانی که آزار جسمانی را به میزان کم یا زیاد گزارش کرده بودند و هم چنین ۲۳/۱ درصد آنهایی که آزار عاطفی کم یا زیاد را تجربه کرده بودند، در افراد خانواده شان سابقه بیماری روانی نیز وجود داشته است. یافته های پژوهشی از کودکان آزار دیده جسمانی که به درمانگاههای اطفال مراجعه کرده بودند روشن کرد که بین اعضای خانواده ۷/۱ درصد کودکان آزار دیده سابقه بیماری مزمن و ۴/۴ درصد سابقه معلولیت جسمی وجود داشته است. همچنین سابقه بیماری روانی اعضای خانواده در ۲/۵ درصد از کودکان آزار دیده مشاهد شد (باقری یزدی، ۱۳۷۹).

قاسم زاده (۱۳۸۰) در بررسی سابقه بیماری در والدین کودکان آزار دیده نتیجه گرفت که ۳۲ درصد از پدران و ۲۴ درصد از مادران کودکان آزار دیده مشکلات روانی داشته اند و ۱۱ درصد پدران و ۱۵ درصد مادران نیز به نوعی متحمل مشکلات جسمانی خاص بوده اند. هوشدار (۱۳۷۸) با هدف بررسی رابطه افسردگی والدین با بدرفتاری با کودکان، والدینی را که تشخیص افسردگی داده بودند با والدینی که ملاکهای افسردگی را نداشتند از نظر بدرفتاری با کودکان مورد مقایسه قرار داد. هر دو گروه حداقل یک فرزند زیر ۱۲ سال داشتند. بدرفتاری با کودکان از طریق مصاحبه با والدین کودکان تشخیص داده شد. نتایج



پژوهش نشان داد که بین افسردگی مادران و شیوع بدرفتاری جسمی، عاطفی و غفلت نسبت به کودکان رابطه آماری معنا داری وجود دارد. اما چنین رابطه ای بین افسردگی پدران و بدرفتاری با کودکان یافت نشد (البته به دلیل محدودیت تعداد پدران مورد مطالعه که تنها ۶ نفر بودند نمی توان در مورد رابطه افسردگی پدران و بدرفتاری با کودکان به نتایج این پژوهش اکتفا کرد). براساس نتایج به دست آمده مشخص شد که ۵۰ درصد از مادرانی که افسرده بودند، با کودکان بد رفتاری جسمانی داشته اند. همچنین ۱۸ درصد از مادران افسرده به آزار عاطفی و ۴۱ درصد آنها به غفلت نسبت به کودکان خود اشاره کرده اند. پیرامون ارتباط شدت افسردگی (خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید) یا هر نوع بدرفتاری نسبت به کودکان ارتباط معنا داری به دست نیامد. بنابراین براساس نتایج مطالعه یاد شده تنها وجود افسردگی در والدین صرف نظر از میزان شدت آن می تواند احتمال بدرفتاری با کودکان را افزایش دهد.

محمدخانی (۱۳۷۸) در پژوهش خود به منظور مقایسه کودکان آزار دیده و آزار ندیده با توجه به میزان سلامت والدین از پرسشنامه سلامت عمومی کلبگ استفاده کرد. در این پرسشنامه علاوه بر نمره کل سلامت عمومی چهار نمره نیز به مقیاسهای ۴ گانه آن (شامل جسمانی کردن اضطراب، بی خوابی، بد کنشی و بد کار کردی اجتماعی، افسردگی شدید) به دست آمد. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین والدین دانش آموزان آزار دیده نسبت به والدین دانش آموزان آزار ندیده در نمره کل و چهار نمره به دست آمده از هر مقیاس، بالاتر است، اما تفاوت بین آن دو علاوه بر نمره کل، تنها در مقیاس افسردگی، به لحاظ آماری معنادار بود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که والدین دانش آموزان آزار دیده، در مقایسه با والدین دانش آموزان آزار ندیده به طور کلی از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. همچنین محاسبات نشان داد که افسردگی والدین با متغیر آزار کودکان همبستگی دارد ( $r = 0/25$ ) و ۶ درصد از واریانس نمره آزار را تعیین می کند.

همه مطالعاتی که ارتباط بیماری روانی یکی از اعضای خانواده و آزار گزارش شده از سوی کودکان را مورد آزمون آماری قرار داده اند به رابطه معنا داری بین آنها دست یافته اند.

قوت این ارتباط زمانی بیشتر می شود که به مطالعه هوشدار در مورد والدین افسرده توجه شود. همان طور که نتایج نشان داده است. ۵۰ درصد مادران افسرده آزار جسمی، ۱۸ درصد آنها آزار عاطفی و ۴۱ درصد غفلت نسبت به کودکانشان را گزارش کرده اند. بنابراین بیماری روانی در خانواده به ویژه افسردگی می تواند یکی از عوامل افزایش دهنده کودک آزاری باشد. با توجه به نتایج کلی مطالعات به نظر می رسد احتمالاً آزار جسمانی نسبت به سایر انواع آزار یا غفلت ارتباط قوی تری با شیوع بیماری روانی در خانواده دارد.

اگر چه مطالعات در زمینه شیوع اختلالات روانی در ایران در یک دوره زمانی مشخص انجام نشده و نتایج حاصله قابلیت توضیح روند شیوع این اختلالات را ندارد، اما در عین حال نتایج مطالعات نشان دهنده شیوع بسالای اختلالات روانی در کشور است. نتایج پژوهشهای انجام شده در زمینه همه گیرشناسی اختلالات روانی در ایران نشان می دهد که شیوع طیف این اختلالات بین ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد در نوسان است.

مطالعاتی که در مورد شیوع اختلالات روانی پیش از انقلاب و در فاصله سالهای ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۰ انجام گرفته است، میزان شیوع اختلالات را بین ۱۱/۹ درصد تا ۱۸/۶ درصد نشان می دهد. پس از پیروزی انقلاب از سال ۱۳۷۱ به بعد پژوهشگران مطالعاتی را در زمینه شیوع اختلالات روانی آغاز کردند. اولین مطالعه گسترده در زمینه سلامت روان افراد جامعه در سال ۱۳۷۸ و در قالب طرح "سلامت و بیماری" توسط نور بالا و دیگران انجام شد. مطابق نتایج به دست آمده از این طرح ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ مردان) مشکوک به اختلالات روانی بودند. بالاترین میزان شیوع اختلالات روانی در کشور مربوط به استانهای چهارمحال بختیاری و گلستان به ترتیب با ۳۸/۹ و ۳۷/۳ درصد بود و پایین ترین میزان مربوط به استان یزد با ۱۱/۷ درصد بوده است. میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳ درصد و در مناطق شهری ۲۰/۹ درصد بود. شیوع علائم افسردگی و اضطراب بیش از علائم اختلال جسمانی سازی و اختلال عملکرد اجتماعی بوده است. یافته های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی با سن همبستگی

معنی داری دارد، بدین معنی که با افزایش سن، میزان شیوع اختلالات روانی افزایش داشته است. میزان شیوع این اختلالات در افراد مطلقه، بیوه، متأهل، بیکار، بازنشسته و زنان خانه دار بیشتر از سایر گروهها بوده است (گزارش بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانپزشکی کشور، ۱۳۸۱)

در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۷۹ در قالب طرح " بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانپزشکی در کشور " توسط محمدی و دیگران انجام شد، شیوع اختلالات روانپزشکی معادل ۱۰/۸۷ درصد (۱۴/۴۳ درصد زنان و ۷/۳۴ درصد مردان) برآورد شد. در این مطالعه میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق روستایی ۹/۳۶ درصد و در مناطق شهری ۱۲/۹۸ درصد گزارش شد. یافته های این پژوهش نشان داد شیوع اختلالات روانپزشکی در سنین ۴۱ سال و بالاتر بیش از سنین ۱۸-۴۰ سال است. همچنین افراد بیکار، بازنشسته و زنان خانه دار بیش از دیگران در معرض اختلالات روانی قرار داشته اند.

باعنایت به نتایج مطالعات مورد اشاره، می توان نتیجه گرفت که بالا بودن شیوع اختلالات روانی در ایران زمینه مستعدی برای شیوع آزار کودکان است. روند فزاینده بیکاری، افزایش فقر و نابرابری، گسترش فشارهای روانی زندگی شهری احتمال اختلال را در جمعیت بیشتر افزایش داده است. به این ترتیب اگر چه اطلاعاتی در زمینه روند شیوع اختلالات روانی در ایران در دست نیست اما از شواهد و قرائن موجود می توان روند فزاینده این دسته اختلالات را مورد تأیید قرار داد.

### ۳-۳ اعتیاد و آزار کودکان

بلسکی (۱۹۹۸) اعتیاد را یکی از عوامل مهمی می داند که براساس زیر بنای شخصیتی والدین بر نظام خانواده شدیداً مؤثر است و سوء رفتار نسبت به کودکان را دامن می زند (نامداری، ۱۳۷۳).

مطالعات نشان می دهد که آزار جسمی کودک با سوء مصرف مواد ارتباط دارد (لئورنارد، ۱۹۹۸). کلی هر و همکاران (۱۹۹۴) نیز اعتیاد را یکی از عوامل پیش بینی کننده آزار و بی توجهی نسبت به کودک قلمداد کرده اند (محمدخانی، ۱۳۷۸)

در خانواده هایی که پدر یا مادر و در بدترین شکل ممکن هر دو معتاد هستند بچه ها تحت شرایط گوناگون مورد آزار قرار می گیرند. والدین معتاد قادر به دنبال کردن یک الگوی رفتاری صحیح با فرزندان خود نیستند. گاه قبل از استفاده از مواد مخدر زمانی که به شدت تحت فشار قرار می گیرند در برابر کوچکترین عمل فرزندانشان واکنشی خشن از خود نشان می دهند و ممکن است زمانی که پس از مصرف مواد مخدر به آرامش رسیدند به کودکانشان به شکل افراطی محبت کنند. فرزندان چنین والدینی هیچ گاه مفهوم درست عمل صحیح و غلط را درک نمی کنند (پورناجی، ۱۳۷۸).

بخشعلیان (۱۳۷۷) در بررسی ارتباط میان وجود فرد معتاد در خانواده و کودک آزاری در گروه مورد مطالعه اش به رابطه آماری معنادار بین اعتیاد در یکی از اعضای خانواده و سوء رفتار عاطفی و جسمی دست یافت. نتایج پژوهش نشان داد که در خانواده ۱۱ نفر از ۱۰۲ کودک آزار دیده جسمی (۱۰/۷ درصد) و ۱۵ نفر از ۲۹۲ کودک آزار دیده عاطفی (۵ درصد) سابقه اعتیاد یکی از اعضای خانواده به چشم می خورد.

نتایج پژوهشی که بر روی دانش آموزان دوره راهنمایی شهر خرم آباد صورت گرفت حاکی از آن بود که اعتیاد افراد خانواده با گزارش سوء رفتار جسمی و عاطفی از سوی دانش آموزان ارتباط معنا داری دارد. داده های تحقیق بدین صورت بود که ۲۳ نفر از ۱۴۰ کودکی که به میزان کم یا زیاد آزار جسمانی را تجربه کرده بودند (۱۶/۴ درصد) وجود حداقل یک فرد معتاد در خانواده شان را گزارش کرده بودند. همچنین ۲۶ نفر از ۲۲۰ دانش آموزی که آزار عاطفی کم یا زیاد دیده بودند (۱۱/۸ درصد) گزارش کردند که در خانواده شان سابقه اعتیاد وجود داشته است (نامداری، ۱۳۷۷).

نتایج مطالعه باقری یزدی (۱۳۷۹) بر روی کودکان مراجعه کننده به سه درمانگاه شهر تهران نشان داد که یکی از مهمترین ویژگیهای خانوادگی کودکان آسیب دیده جسمانی، اعتیاد یکی از اعضای خانواده آنها می باشد.

براساس این مطالعه در خانواده ۲۵/۶ درصد از کودکان آزار دیده جسمانی که مورد مطالعه قرار گرفتند، یکی از اعضای خانواده معتاد گزارش شده بود.

بررسی تاریخیچه خانوادگی ۱۴ کودک آزار دیده جنسی که به منظور مقایسه میزان اثر بخشی دو روش درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند، مشخص کرد که در والدین ۲ نفر از این کودکان (۱۱ درصد) سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر وجود دارد (جابری قادری، ۱۳۸۰). جدول زیر نتایج برخی از مطالعات در زمینه مورد بحث را نشان می دهد (جدول شماره ۴).

#### جدول شماره ۴ - نتایج مطالعات در زمینه ارتباط اعتیاد والدین و آزار کودکان در ایران

نام محقق و سال پژوهش	جمعیت مورد مطالعه	تعداد نمونه	نوع آزار مورد بررسی	درصد شیوع اعتیاد در یکی از اعضای خانواده کودکان آزار دیده
بخشعلیان، ۱۳۷۷	دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران	۴۲۰	جسمی	۱۰/۷٪
نامداری، ۱۳۷۷	دانش آموزان دوره راهنمایی شهر خرم آباد	۲۴۰	جسمی عاطفی	۵٪ ۱۶/۴٪ ۱۱/۸٪
باقری یزدی، ۱۳۷۹	مراجعیین به درمانگاه اطفال شهر تهران	۳۴۷	جسمی	۲۵/۶٪
جابری قادری، ۱۳۸۰	کودکان آزار دیده جنسی اول راهنمایی در شهر تهران	۱۴	جنسی	۱۱٪

باتوجه به تحقیقات صورت گرفته ای که به آنها اشاره شد، سابقه اعتیاد در والدین یا یکی از اعضای خانواده با کودک آزاری ارتباط معناداری وجود داشته است. بدین ترتیب که، شیوع اعتیاد در اعضای خانواده کودکان آزار دیده به طور معناداری بالاتر از شیوع آن در خانواده های کودکان آزار ندیده بوده است.

بررسی شاخصهای اعتیاد و سوء مصرف مواد طی سالهای گذشته همگی دال بر روند فزاینده شیوع سوء مصرف مواد می باشد. در فاصله سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۷ میزان کشفیات سالانه مواد مخدر از ۳۷۷۳۰ کیلوگرم به ۱۸۶۰۲۶ کیلوگرم رسیده است. در واقع، طی ۱۸ سال مورد بحث ۳۹۳ درصد و سالانه به طور متوسط ۲۱/۸ درصد بر میزان مواد مخدر اکتشاف شده افزوده شده است. اگر چه افزایش کشفیات مواد مدیون زحمات مسئولان کاهش عرضه می باشد، اما در عین حال این امر نشان دهنده بازار روبه گسترش مصرف مواد در ایران نیز هست؛ زیرا هزینه های مالی و جانی ورود و توزیع مواد تنها در صورت توجیه اقتصادی برای گروههای توزیع کننده قابل تحمل است.

سرعت افزایش دستگیر شدگان مرتبط با مواد بسیار سریع تر و نگران کننده تر از روند کشفیات مواد است. در سال ۱۳۶۰ جمعاً ۱۶۶۳۰ نفر در ارتباط با مواد بازداشت شدند. این رقم در سال ۱۳۷۷ به ۱۹۱۶۱۵ نفر رسید، به عبارت دیگر طی ۱۸ سال جمعاً ۱۰۵۲/۴ درصد و به طور متوسط سالانه ۵۸/۴ درصد بر تعداد دستگیر شدگان مربوط به مواد مخدر افزود شده است (مدنی، ۱۳۸۱).

در گزارش پیرامون وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (Mokri, 2002) براساس نتایج آزمایشات انجام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت صدور مجوز دریافت گواهینامه، ازدواج و اشتغال، آمده که در سال ۱۹۹۷ از ۶۰۳۲۴۷ آزمایش انجام شده برای ازدواج ۸۰۴۳ مورد مثبت (۱/۳۴ درصد) بوده است. همچنین ۱/۵۸ درصد آزمایشها برای اشتغال و ۳/۹۶ درصد برای دریافت گواهینامه رانندگی نیز مثبت گزارش شده است. در مجموع در سال ۱۹۹۷ از ۹۶۰/۰۰۰ آزمایش انجام شده ۲/۳۹ درصد موارد مثبت بود. خاطر

نشان می سازد در بسیاری از موارد افراد معتادی که ناچارند برای انجام آزمایش اعتیاد به آزمایشگاه مراجعه کنند، تلاش می کنند با تمهیداتی نتیجه آزمایش مثبت نشود، از این رو، موارد مثبت به دست آمده را نباید میزان شیوع واقعی قلمداد کرد، زیرا نتایج منفی غیرواقعی بسیار بالا هستند.

دفتر برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ طی گزارشی راجع به روند مواد غیرقانونی در جهان اشاره دارد به اینکه ایران با  $\frac{2}{8}$  درصد جمعیت سوء مصرف کننده مواد افیونی در مقام نخست آسیا قرار دارد (جزایری، ۱۳۸۱). با عنایت به موارد بالا و نظر به اینکه جمعیت سوء مصرف کننده مواد و در نتیجه خانواده های در معرض آسیب، طی سالهای گذشته رو به افزایش بوده اند، افزایش آزار کودکان نیز محتمل به نظر می رسد.

### نتیجه گیری

با توجه به مباحث ارائه شده، بنظر می رسد روند فقر، اعتیاد و شیوع اختلالات روانی به عنوان سه عامل مهم و اساسی مؤثر در بروز و شیوع آزار کودکان، طی سالهای اخیر زمینه مساعدتری را برای اعمال آزار کودکان توسط والدین یا یکی از نزدیکان کودکان فراهم آورده است. به این ترتیب اگر چه آمار شفاف و روشنی در مورد شیوع کودک آزاری در یک دوره زمانی مشخص موجود نیست تا بتوان روند این مشکل اجتماعی را نشان داد، اما در عین حال رشد عوامل مهم زمینه ساز این آسیب می تواند نشان دهنده آن باشد که به احتمال زیاد روند شیوع و بروز آن طی سالهای گذشته رو به افزایش بوده است.

- ۱- ابریشمی، حمید. ۱۳۷۱، اقتصاد ایران، انتشارات علمی و فرهنگی، تهران.
- ۲- بخشعلیان، فرشته. ۱۳۷۷، بررسی میزان شیوع سوء رفتار والدین و عوامل مؤثر بر آن در دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت.
- ۳- باقری یزدی، سید عباس. ۱۳۷۹، بررسی موارد کودک آزاری جسمانی در مراجعین به سه درمانگاه و مرکز اورژانس اختصاصی اطفال در شهر تهران، وزارت بهداشت، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها.
- ۴- بخشی پور رودسری، عباس؛ ۱۳۷۷، جزوه پیشگیری اولیه از کودک آزادی، انستیتو روانپزشکی ایران.
- ۵- پژویان، جشمید، ۱۳۷۹، نقش تأمین اجتماعی در کاهش فقر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۶- پورناجی، بنفشه، ۱۳۷۸، مرگ خاموش، نگاهی به پدیده کودک آزادی، انتشارات همشهری..
- ۷- ثناگوی محرز، غلامرضا، ۱۳۷۹، مقایسه ویژگیهای شخصیتی مادران کودک آزار با مادران غیر کودک آزار در پسران ۱۲ تا ۱۵ ساله شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۸- جابری قادری، نسرین، ۱۳۷۹، مقایسه میزان اثر بخشی آموزش ایمن سازی در برابر استرس و حساسیت زدایی به وسیله حرکت چشم و بازپردازی در کاهش علائم آسیب دیدگی روانی کودکان آزار دیده جنسی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۹- حسینی نسب، هما، ۱۳۸۰، بررسی فراوانی سوء رفتار جسمی در اطفال مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی شهید اسماعیلی از فروردین ۷۳ تا اسفند ۷۸، پایان نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه ایران.
- ۱۰- حسینی سدهی، نرگس، ۱۳۸۰، ادراک فرسودگی نوجوانان آزار دیده و آزار ندیده: یک بررسی مقایسه ای در دو ناحیه ۶ و ۱۱ شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۱۱- رشیدی فر، ناصر، ۱۳۷۶، بررسی رابطه بین عوامل جمعیت شناختی و ویژگیهای شخصیتی با کودک آزاری و بی توجهی در گروهی از نوجوانان شهر اهر، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۱۲- رئیس دانا، فریبرز، ۱۳۷۹، زیر خط فقر در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.



- ۱۳- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، ۱۳۷۵، مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه فقر در ایران، مؤسسه عالی پژوهش و برنامه ریزی و توسعه.
- ۱۴- صفوی، شیرین، ۱۳۷۴، سوء رفتار با کودک، پایان نامه دکترا در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۱۵- قاسم زاده، فاطمه، ۱۳۸۰، پژوهشی در مورد وضعیت کودک آزاری در ایران.
- ۱۶- کاهانی، علیرضا، ۱۳۷۵، کودک آزاری جسمانی عمومی در تهران، سازمان پزشکی قانونی، مجله علمی پزشکی قانونی، شماره دهم.
- ۱۷- محمدخانی، پروانه، ۱۳۷۸، کودک آزاری، شیوع و انواع، ویژگیهای روانشناختی کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی و سلامت عمومی والدین آنها، پایان نامه دکترای روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۱۸- محمد خانی، پروانه، ۱۳۷۹، کیفیت زندگی والدین کودکان آزار دیده، مجله اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲ و ۳.
- ۱۹- محمدی، محمدرضا و دیگران، ۱۳۸۱، بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.
- ۲۰- مدنی قهرخی، سعید، ۱۳۸۱، فقر و شکاف اجتماعی، تحلیلی بر شاخصهای فقر و نابرابر، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- ۲۱- نامداری، پریسا، ۱۳۷۸، بررسی میزان شیوع سوء رفتار در دانش آموزان دوره راهنمایی شهر خرم آباد و تعیین عوامل مؤثر بر آن، پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۲۲- نیلی، مسعود و دیگران، ۱۳۷۶، بررسی تحولات فقر، توزیع در آمد و رفاه اجتماعی طی سالهای گذشته، مؤسسه عالی پژوهش و برنامه ریزی و توسعه.
- ۲۳- هوشدار، مهسا، ۱۳۷۴، بررسی موارد کودک آزاری جنسی در تهران، سازمان پزشکی قانونی، مجله علمی پزشکی قانونی، سال دوم، شماره پنجم.
- ۲۴- هانفی، جمشید، ۱۳۷۸، استرس در کودکان قربانی آزار جنسی، کنگره سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 25- Action Alliance for Children, 2000, "Fact Sheet: Child Abuse & National, 1995" Committee to Prevent Child Abuse, u.s.  
**WWW. Unh. edu/cerc/fact sheer/ child maltreatment. Htm/22k-11may, 2003**

## References

- 26- Crimes Against Children Research Center, 2002. The Decline of Sexual Abuse Cases".  
**WWW. 4Children.. org/abfacts. htm.**
- 27- Easley, Michad. F. 2001, Child Abuse and Neglect Statistics Show First Decrease in Years", Department of Health and Human Sevices (North Carolina).  
**WWW. Preventchildabusenc. org**
- 28- Massachusetts Citizens For Children. 2001," A State Call to Action: Working to End Child Abuse and Neglect in Massachusetts".  
**WWW. Masskids. org**
- 29- School – Based Violence Prevention Programs , 2002," Child Sexual Abuse", Univevsity of CALGARY.  
**http: //WWW. Ucalgary. Cayresolve/violenceprevention/English Index.htm**
- 30- u.s. Depatment of Health & Human Services, 2003." HHS Reports New Child Abuse and Neglect Statistics".  
**http://WWW.hhs.gov/news**

