

سوء رفتار با کودکان

دکتر محمود ساعتچی

روانشناس

دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

منظور از سوء رفتار با کودکان، هر نوع کوتاهی و غفلت با ارتکاب هر نوع عملی است که بنحوی بهداشت و سلامت روانی کودک را به خطر می‌اندازد یا در آن خدشه وارد می‌کند و مانع از رشد بهنجار وی می‌شود (۱). بعضی از زمینه‌های سوء رفتار با کودک عبارت‌اند از (۸):

- الف. سوء رفتار بدنی و تشبیهات جسمی که منجر به مجروح شدن کودک می‌شود.
- ب. سوء رفتار هیجانی (عاطفی) با کودک.
- ج. محرومیت هیجانی (عاطفی) کودک (۲۷).
- د. مورد غفلت قرار دادن جسمی یا نظارت و سرپرستی ناکافی کودک.
- ه. سوء رفتار جنسی یا استثمار جنسی کودک.

الف. سوء رفتار بدنی و آزار و تشبیهات جسمی

غالباً وارد آوردن جراحت جسمی بر کودک نشان دهنده اعمال تشبیهات شدید و غیر معقول از طرف اولیاء کودک است (۲۹). تشبیهات بدنی کودک در مواردی گزارش می‌شود که معمولاً اولیاء کودک تحت فشارهای روانی شدید قرار گرفته‌اند. پدر یا مادر خشمگین کودک خود را شدیداً به این طرف و آن طرف حرکت می‌دهد یا او را کتک می‌زند. حملات عمدی و یا برنامه قبلی مثل سوزاندن کودک، گاز گرفتن، بریدن اعضای بدن، با سیخ داغ کردن، چرخاندن دست و پویای کودک و بالاخره هرگونه اعمال شکنجه بر کودک نیز تحت عنوان سوء رفتار با کودک مورد توجه روانشناس، روانپزشک و مددکار اجتماعی قرار می‌گیرد.

در مواردی که اولیاء کودک در حالت خشم و پرخاشگری به تشبیه بدنی او می‌پردازند، این رفتار اثری بر تغییر مطلوب رفتار کودک ندارد حتی می‌تواند برای کودک مضرک‌آور نیز باشد (۲۳). نظم دادن به رفتار کودک و تشبیه بدنی مفهوم یکسانی ندارند. برای اینکه بتوانیم به رفتار کودک نظم بدهیم، باید بین خود و «فرزندان» روابط احترام آمیزی برقرار کنیم (۲).

علائم و نشانه‌های سوء رفتار بدنی عبارت‌اند از (۲۲):

۱. صدماتی که به پوست و نسوج سطحی بدن کودک وارد شده است (مثل انواع

کوفتگیها، سوختن، خراشهای سطحی پوست، پارگی، ورم کردن پوست (...).

۲. صدماتی که به مفرز کودک وارد آمده است و با علائم مرضی نظیر تشنج، حالات تحتفیر عقلی مثل اغماص یا تحریک پذیری، عقبماندگی فرآیند رشد، یا تغییر در میزان رشد سر.

۳. صدماتی که به اعضای داخلی دیگر کودک وارد شده است و با نشانه‌های مرضی نظیر شوک، درد شکم یا خونریزی داخلی نشان داده می‌شود.

۴. صدماتی که به استخوان بندی کودک وارد شده است و با نشانه‌های مرضی نظیر ورم کردن، درد در هنگام حرکت یا تغییر شکل ظاهری بدن نشان داده می‌شود. در موارد ذیل می‌توان حدس زد یا کودک سوء رفتار شده است:

۱. کودک اظهار می‌دارد صدمات وارد آمده بر او در نتیجه سوء رفتار اولیاء وی بوده است.

۲. صدمه‌های «غیرعادی» بر بدن کودک مثل وقتی نوزاد دچار شکستگی دست یا پاشی شود.

۳. اولیاء کودک نمی‌توانند دلیل واقعی صدمات وارد شده بر بدن کودک را بیان کنند و سخنان آنان با واقعیت همخوانی ندارد.

۴. آثار ضربه و کیبودی غیر عادی در بعضی از قسمت‌های بدن کودک مثل جای سگک، کمر بند، جای انگشتان دست، نیشگون و گازگرفتگی که غیر طبیعی جلوه می‌کند.

۵. شواهد و دلائلی مبتنی بر سوء نظارت و سرپرستی (از پله افتادنهای مکرر، بلبیندن مکرر اشیاء زیان‌آور، و نظایران) در دست است.

۶. شواهدی در دست است که نشان می‌دهد کودک مورد غفلت و بی‌توجهی اولیاء خود قرار گرفته است (۳۰).

۷. دلائلی وجود دارد که نشان می‌دهد اولیاء کودک وی را تهدید به قتل کرده‌اند. انواع سوختگی در اثر سوء رفتار با کودک (مثلاً ارزیابی و تشخیص سوختگی در اثر سوء رفتار با کودک مشکل است) عبارتند از:

۱. کودکان بطور غریزی از درد گریزان‌اند. اگر دلائلی وجود داشته باشد که نشان دهد کودک در هنگام سوختگی خود را به عقب نکشیده است باید احتمال سوء رفتار با کودک مطرح شود.

۲. سوختگی روی بدن کودک شکل یک شیئی را دارد (مثل میله بخاری، قسمت داغ بناری و نظایر آن).

۳. در قسمت پهن پشت شانه‌ها آثار تاول و سوختگی با آبداغ مشاهده می‌شود.

۴. نشانه‌هایی در دست است که دست است که دست پایی کودک گرفته شده و به زور در آب داغ گذاشته شده است.

انواع کوفتگی و ضربدیدگی: در مواردی احتمال سوء رفتار با کودک می‌رود که:

۱. کوفتگی یا ضربدیدگی در نقاط مختلف بدن کودک مشاهده می‌شود.

۲. سن کودک از دوازده سال کمتر است (کودکان در این سن کمتر دچار ضربید دیدگی مضاعف می‌شوند).

۳. ضربید دیدگیها در اعضای تناسلی و دهان کودک مشاهده می‌شود.

۲. ضربید دیدگیها دارای الگوی خاصی از (شکل نیشگون، در اثر فشار در ریه‌سمان، یا «سیم»، جای حلقه انگشت ...)

۵. ضربید دیدگی در دو طرف صورت کودک دیده می‌شود (مثل دو چشم نبود).

۶. روی بدن کودک آثار کبودی در اثر گاز گرفتگی و جای‌دندان مشاهده می‌شود.

۷. روی بدن کودک آثار کبودی در اثر ضربه شلاق و کسربند مشاهده می‌شود.

۸. شواهدی و نشانه‌هایی دال بر وارد آوردن جراحات منفری بر کودک وجود دارد (۱۰).

۹. کودک در نتیجه حرکات شدید که بر او وارد می‌شود دچار خونریزی داخلی می‌شود.

۱۰. کودک به دلایل مشکوک دچار خونریزی داخلی می‌شود و متعاقب آن می‌میرد (۴).

۱۱. کودکی که تازه راه افتاده است دچار شکستگی در نقاط مختلف بدن می‌شود.

۱۲. اطفال خردسال دچار جراحاتی در پشت‌گردن و نقاط پایین‌تر پشت می‌شوند.

۱۳. لباسهای اضافی بر بدن کودک پوشانیده می‌شود (این وضع خاصه هنگامی مؤظن در مورد سوء رفتار با کودک را مطرح می‌سازد که هوا نیز گرم باشد).

۱۴. کودک «خود» درباره سوء رفتار اولیاء خود سخن می‌گوید (۲۸).

ب. سوء رفتار عاطفی با کودک

سختگیری و شقاوت عاطفی نیز می‌تواند مانند جراحات بدنی آثار مضر بی بر

کودک باقی بگذارد و باعث شود کودک از نظر هیجانی رفتاری و عقلی دچار وقفه و

عقب‌ماندگی شود (۶). مشکلات عاطفی و رفتاری بدرجات گوناگون در بین کودکانی که

مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند پیش از کودکان دیگر است. تعیین کردن، داد زدن

بر سر کودک، تهدید کردن، سرزنش کردن و طعن زدن، پاسخهای غیر قابل پیش‌بینی

به کودک دادن، خلق منفی مداوم اولیا، اختلاف و بگو مگوهای مداوم پدر و مادر در

خانه، واسطه قرار دادن کودک برای کسب خیر و استفاده از کودک به عنوان «رابطه»

نمونه‌هایی از سوء رفتار عاطفی با کودک است (۵).

در مواردی احتمال سوء رفتار عاطفی برای روانشناس، مددکار اجتماعی و

روانپزشک مطرح می‌شود که (۱۳):

۱. کودک کناره‌گیری می‌کند، افسرده است و عواطف مناسب نشان نمی‌دهد (۹).

۲. بطور کلی کودک در زمینه‌های گوناگون پیشرفت‌ی نشان نمی‌دهد (قادر به

انجام اعمال یاد گرفته شده مناسب سن خودش نیست و مثلاً راه نمی‌رود، حرف نمی‌زند و...

۳. از خود رفتارهای ضداجتماعی (مثل پرخاشگری، فرار از خانه) یا رفتارهای مبتنی بر بزهکاری (مثل دزدی و...) نشان می‌دهد.

۴. برای جلب توجه بزرگترهای خود (مثل معلم، همسایه‌ها و...) مرتباً باعث مزاحمت و آزار آنان می‌شود.

ج. توجه ناکافی نسبت به تغذیه و رشد کودک (۲۱)

منظور از بی‌توجهی بدنی، قصور یا شکست‌مادر یا پرستار در فراهم آوردن غذای کافی، پناهگاه، لباس، حمایت، سرپرستی و مراقبت‌های پزشکی و دندانپزشکی است. در مواردی باید نسبت به مسأله سوء رفتار با کودک مشکوک شویم که:

۱. محیط زندگی کودک غیربهداشتی و کثیف است (۳).

۲. محیط زندگی کودک بدلیل «بی‌توجهی» و نه فقر، فاقد امکانات لازم مثل لوله‌کشی آب، حرارت کافی و غیره است (۱۱).

۳. محل زندگی کودک از نظر ایمنی مناسب نیست و احتمال آتش‌سوزی در آن زیاد است.

۴. کیفیت تغذیه کودک بدلیل کم توجهی «مراقبت» یا اولیاء او نامناسب است (۱۲).

۵. غذا در مواقع خاص و مهمین برای کودک حاضر نمی‌شود و او ناچار است برای جلوگیری از گرسنگی خود را با کمی غذا قانع کند.

۶. در یخچال و قفسه‌های خانه غذای فاسد نگهداری می‌شود.

۷. امکانات پزشکی و دندانپزشکی لازم برای کودک فراهم نمی‌شود.

۸. کودک همیشه کثیف است و بهداشت فردی او در سطح پایینی است (۱۵).

۹. کودک غالباً در حال چرت‌زدن یا احساس گرسنگی است.

۱۰. لباسهای کودک همیشه کثیف و با توجه به شرایط آب‌وهوا نامناسب و ناکافی است.

۱۱. کودک کوچکتر از ۴ سال، درخانه تنها گذاشته می‌شود یا در شرایط دیگر به‌حال خودش رها می‌شود (در ماشین، در خیابان...).

د. توجه ناکافی نسبت به رشد داخلی و پرورش جسمی وی

غالباً تشخیص اینکه یک کودک بطور مناسب رشد کرده یا در این موارد با مشکلاتی همراه است، برای پزشک مشکل است. اگر موارد استثناء را کنار بگذاریم،

که دلیل رشد ناچیز کودک ارثی و از هنگام تولد وجود داشته است، وزن عده‌ای از کودکان کمتر از هنجار است. این کودکان، غالباً به‌عملت فقدان امکانات لازم برای

ارضای نیازهای خود گرسنگی و (نیازهای عاطفی)، کوچک باقی مانده‌اند. گاه دلیل رشد ناکافی کودکان بیماریهای جسمی ناشناخته است که در اثر عدم پیگیری اولیاء

کودک به آن توجه نشده است.

ه. سوء رفتار جنسی یا استثمار جنسی کودک

بنظر می‌رسد در جوامع گوناگون سوء رفتار جنسی یا کودک کمتر مورد توجه قرار گرفته و غالباً کمتر بررسی شده است. بعضی از محققان معتقدند ممکن است درصد موارد سوء رفتار جنسی یا کودک (لااقل در جوامع غربی) بیش از سوء رفتار جسمی با کودک باشد. شخصی که قبلاً سوء رفتار جنسی نداشته است، ممکن است در «خلوت زندگی خانوادگی» نسبت به سوء رفتار جنسی با کودک خود، اغوا شود. وقتی اولیاء یا «مراتب» کودک تحت فشار روانی‌اند یا روابط خانوادگی تیره و تار است، احتمال سوء رفتار جنسی با کودک بیشتر می‌شود. در این صورت شخص می‌کوشد تا کودک را متقاعد سازد روابط جنسی یکتوح بازی خاص است یا اگر بخواهد مورد قبول و علاقه بزرگترهای خود باشد، باید به این روابط تهنه دهد. اگر کودک کسی بزرگتر باشد، ممکن است متقاعد شود که تقصیر او بوده است و او باعث اغواء «ولی» یا سرپرست خود شده است. در این صورت ممکن است از رسوا شدن یا از نظر افتادن، از نفرت یا سرزنش ناشی «از هم پاشیدگی خانواده» بترسد و راز خود را فاش نسازد.

گاه اولیاء کودک خود را در مورد سوء رفتار جنسی با کودک متعصر نمی‌دانند و خود را قانع می‌سازند که وظیفه آنان است تا حقایق زندگی را به کودک نشان دهند (۱۴). در مواردی پدر گفته است «قصدها داشته است نرزدنش را از ضایع شدن توسط غریبه‌ها مانع شود و به همین دلیل خود با او رفتار جنسی داشته است». گاه اولیاء احساس می‌کنند که خود «بورد غفلت» قرار گرفته‌اند و حق خود می‌دانند در شرایط اضطراری، از تنها فردی که در دسترس آنان است، بهره‌برداری جنسی کنند. غالباً سوء رفتار جنسی با کودک منجر به احساس گناه در «اولیاء» و کودک می‌گردد. برای مثال، وقتی پدر به‌دختر خود تجاوز می‌کند، گرفتار احساس گناه می‌شود و در وحشت آن است که راز او در پرده باقی نماند. علی‌رغم نگرانی اولیاء یا سرپرست کودک در مورد روابط جنسی یا شروع اینگونه رفتار، رفتار جنسی تکرار می‌شود و سالها نیز ادامه می‌یابد. پس از گذشت مدتی، معمولاً کودک می‌پذیرد که خودش باعث اغوا و تحریک بزرگتر خود شده است و از این جهت خودش را سرزنش می‌کند و گرفتار احساس گناه می‌گردد (۷). تحقیقات نشان می‌دهد غالباً پدر یا مرد دیگری که سرپرست خانواده است، آغازگر سوء رفتار جنسی با کودک است. هرچند غالباً دخترهای خانواده بیش از پسران قربانی سوء رفتار جنسی می‌شوند، اما لاقلاً این نکته روشن است در کشورهای غربی سوء رفتار جنسی با پسر بچه‌ها بیشتر از آن است که قبلاً تصور می‌شده است. احساس پریشانی و شرمندگی دختر بچه‌ها باعث می‌شود درباره اینگونه سوء رفتار جنسی با فرد دیگری سخن نگویند. از طرف دیگر آثار پریشانی و احساس شرمندگی برای پسران خانواده بیشتر است چون ماهیت سوء رفتار جنسی مبتنی بر

همجنس‌گرایی است.

وقتی سوء رفتار با دختر بچه مطرح می‌شود، باید احتمال سوء رفتار جنسی با پسر بچه خانواده نیز مطرح گردد. سوء رفتار جنسی در تمام سنین از طفولیت تا نوجوانی اتفاق می‌افتد. تعداد مراددی که دختران کمتر از «پانزده سال گرفتار سوء رفتار جنسی می‌شوند بیش از موارد دیگر است. معمولاً فعالیت‌های جنسی از نوع سوء رفتار جنسی با کودک، «مکرر» و «پیش‌رونده» است. قربانی این مصیبت که کودک است راه فراری برای اجتناب از این موقعیت ندارد، مگر آنکه به‌سن تشخیص برسد و متوجه نادرستی رفتار اولیاء یا قیم خود گردد یا به‌میزانی قدرت پیدا کند که از دیگران کمک بگیرد. در این موارد معمولاً مادر، «بر خلاف انتظار»، کمتر از فرزند خود حمایت می‌کند و می‌کوشد به‌دلایل مختلف خودش را از مشکل دور نگهدارد، یعنی:

۱. گاه ملار خود را دور از دسترس کودک قرار می‌دهد.

۲. گاه مادر چنان با کودک رفتار کرده است که کودک جسرات ندارد در این موارد با مادر خود صحبت کند.

۳. در مواردی مادر خود احساس ناامنی می‌کند و میزان ترس مادر در زمینه از دست دادن شوهر یا شریک زندگی و ترس از آبروریزی و رسوایی تا آن میزان زیاد است که به‌خود اجازه نمی‌دهد این واقعت را باور کند (از مکانیزم دفاعی انکار استفاده می‌کند).

۴. ممکن است مادر خود در دوران کودکی مورد سوء رفتار قرار گرفته باشد و ملرد شده باشد. در این صورت احتمال دارد تسببت به‌تفاوت خود یا نسبت به‌حق خود برای مبارزه کردن با مرد زندگی خود تردید پیدا کند.

۵- بعضی از مادران عملاً می‌دانند که فرزند آنان مورد سوء رفتار جنسی شوهر قرار می‌گیرد ولی به‌دلایل گوناگون نمی‌خواهند آنرا باور کنند یا آنرا به‌نحو دیگری می‌بینند.

گاه کودکی که در این زمینه از دیگران کمک می‌طلبد متهم به‌تقصیر پنداری می‌شود دلیل این وضعیت‌های خاص نیز آن است که بسیاری از مردم نمی‌توانند باور کنند شخصی که ظاهراً در زندگی خود سازگاری مناسب نشان داده است، می‌تواند با فرزند یا فرزندخوانده خود چنین کند. در مواردی که مشکل سوء رفتار جنسی با کودک به اطلاع مقامات قضایی و نظایر آن می‌رسد، ممکن است کودک تحت فشار روانی اولیاء یا قیم خود قرار گیرد و در نتیجه سرگونه سوء رفتار جنسی را انکار کند. حتی در مواردی که کودک در حمایت مقامات مسئول قرار می‌گیرد، از گرفتار آمدن اولیاء خود و از هم پاشیدن خانواده خود احساس ترس و گناه می‌کند و در نتیجه از شکایت‌شود چشم می‌پوشد. به‌دلایل فوق بسیاری از مردم درباره شکایت کودکان در زمینه سوء رفتار جنسی به‌آنان با تردید نگاه می‌کنند و همین وضعیت باعث می‌شود کودک از اینکه این همه مشکل ایجاد کرده است دچار پریشانی و احساس گناه شدید شود. در این شرایط همه چیز بصورت یک راز درمی‌آید، سوء رفتار جنسی با کودک ادامه می‌یابد

۱. فعالیت جنسی نامشروع باعث می‌شود که سنگینی بار این مشکل به‌دوش کودک خردسال بیفتد.

کلیات

معمولا در خانواده‌های آشفته یکی از اعضای خانواده بتواند وجه‌المصالحه یا «سپر بلا» انتخاب می‌شود. این فرد می‌تواند یکی از اولیاء یا یکی از کودکان خانواده باشد. در همه مواردی که مسأله سوء رفتار با کودکان مطرح است، باید حتی در مواردی که صدمه بدنی جدی به نظر نمی‌رسد، کودک را به بیمارستان ببریم و موجباتی را فراهم سازیم تا کودک مورد معاینه «دقیقه» قرار گیرد. تا هنگامی که کودک تحت معاینه کابل پزشکی و روان‌پزشکی و روانشناختی قرار نگرفته است، نباید هیچگونه اتهامی را بر اولیاء او وارد کنیم یا برخوردی خشونت‌آمیز با اولیاء وی داشته باشیم. چون تجربیات نشان داده است در این صورت ممکن است اولیاء کودک دچار وحشت از عقوبت کار خود شوند و مشکلاتی را در «معاینه» و «درمان» کودک فراهم سازند. وقتی با اولیاء چنین کودکانی جلسه داریم، لازم است با آنان به‌تنهایی مصاحبه کنیم. گاه بررسی سوابق و شرح حال اولیاء این کودکان نشان می‌دهد خود نیز در تاریخچه زندگی، مورد ضرب و شتم پدر و مادر خود قرار گرفته‌اند. محرومیت‌های عاطفی اولیاء در دوران کودکی می‌تواند یکی از علل پایین بودن سطح اعتماد به‌نفس، انزوای اجتماعی و فقدان مهارت‌های مربوط به مراقبت از کودک باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که «اگر کودکی مورد سوء رفتار قرار می‌گیرد گاه به‌آن دلیل است که اولیاء وی احساس می‌کرده‌اند هیجانها و انگیزه‌های او مانند افراد بزرگسال است». در این موارد نوعی سکوس شدن تنشها مشاهده می‌شود و ممکن است مادر کودک خود را به‌چشم مادر خودش ببیند و شتم خود را بر او خالی کند.

غالباً زنان خانواده پیش از مردان مرتکب سوء رفتار با کودک می‌شوند. معمولا یکی از اولیاء در سوء رفتار با کودک فعال است و دیگری با حالتی فعل‌پذیر، سوء رفتار با کودک را قبول می‌کند. بررسی‌ها نشان داده است ۸۰ درصد از مرتکبین سوء رفتار با کودکان در همان خانواده زندگی می‌کنند که کودک در آن زندگی می‌کند. در یک بررسی نشان داده شد «بیش از ۸۰ درصد از کودکانی که مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند یا با اولیاء خود یا با کسانی زندگی می‌کرده‌اند که جانشین اولیاء آنها بوده‌اند و ۵۰ درصد با پدر یا فقط با مادر مجرد خود زندگی می‌کرده‌اند». در یک بررسی، سن متوسط مادرانی که با کودک خود سوء رفتار داشته‌اند ۲۶ سال بوده است و متوسط سن پدر ۳۰ سال بوده است در این بررسی معلوم شد وضعیت اقتصادی ۵۷ درصد فقیرانه و ۴۰ درصد در حد راحت و مناسب بوده است.

مادرانی که با کودک خود سوء رفتار دارند ممکن است دوران طفولیت را در یتیمخانه‌ها و نظایر آن بزرگ شده باشند (۲۰). این مادران قادر به واکنش نشان دادن طبیعی در مقابل نیازهای کودکان نیستند. معمولا چنین پدر و مادرانی نابالغ، «نارسیتیک»، «خودمحرور» و طلبکارند و رفتار آنان پر خاشجویانه و همراه با نگیختگی‌های

آنی است. به نظر می‌رسد این دسته از اولیاء، تمایلی نسبت به قبول مسئولیت کودکان خود ندارند و گاه نیز نشانه‌هایی از «ملرد کودک» از خود نشان می‌دهند. بررسی‌ها نشان می‌دهد بیش از ۵۰ درصد از کودکانی که مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند یا مورد بی‌توجهی واقع شده‌اند، قبل از رشد کامل به دنیا آمده‌اند یا هنگام تولد وزن آنان کمتر از کودکان سالم بوده است. معمولاً رشد این کودکان کندتر از کودکانی است که بطور طبیعی متولد شده‌اند و اولیاء این کودکان غالباً توانایی مقابله مؤثر و سازنده با «رشد کند» کودک خود را ندارند. شاید بخشی بودن این اطفال در بیمارستان برای درمان و جبران رشد ناکافی، نقشی در بعضی از سوء رفتارهای بعدی اولیاء داشته باشد. از طرف دیگر، عواملی مانند طلاق، الکلیسم، اعتیاد به مواد مخدر، عقب ماندگی عقلی، بیماریهای روانی، بیکاری، و پریشانیهای اقتصادی می‌تواند نقش زیادی در سوء رفتار اولیاء با کودک داشته باشد.

در يك بررسی وسیع نتایج حاصل نشان داد:

۱. اکثریت کودکان کمک‌خورده فرزند اول خانواده بودند و تقریباً نیمی از این کودکان تنها فرزند خانواده بودند (۳۳).

۲. بعضی از کودکان هرچه را که به آنان گفته می‌شد بدون درنگ اطاعت می‌کردند و تسلیم محدودیت‌هایی بودند که بر آنها تحمیل شده بود. در بعضی موارد رفتار آنان «بطور کامل» بوسیله اولیاء کنترل می‌شد.

۳. در بعضی از کودکان عقب‌ماندگی در زبان و سخن گفتن به میزان زیادی مشاهده شده است.

۴. بیست و نه درصد از پدران قبل از ارتکاب سوء رفتار با کودک خود دارای سوابق جنایی بوده‌اند.

۵. شانزده نفر از اولیاء (در يك تعقیق) حاضر شدند در بزه رواهت جنسی خود در هنگامی که کودک آنان گرفتار سوء رفتار شده بود سخن گویند پانزده نفر از آنان اظهار داشتند طی سال گذشته روابط جنسی آنان رضایت‌بخش نبوده و واضطراب‌آور بوده است.

۶. اکثریت اولیاء با کودک خود در اطلاق مشترکی می‌خوابیده‌اند.

۷. بیشتر پدران از ناراحتیهای پشت‌وکشی شکایت داشته‌اند و مادران از میگرن در رنج بودند.

احتمال اینکه سوء رفتار با کودک در خانواده تکرار شود بسیار زیاد است (۲۱). هر چند سوء رفتار با کودکان را در آغاز به چند دسته کلی تقسیم کردیم، ولی باید در نظر داشته باشیم که شکلهای دیگری از سوء رفتار با کودک وجود دارد که عبارت‌اند از: متاد ساختن کودکان، واداشتن آنان به کارهای خلاف اخلاق مثل دزدی، پخش مواد مخدر و... واداشتن آنان به کارهای گوناگون و خارج از ظرفیت سنی آنان. مانع شدن از تفریح و آزادی سالم آنان (۲۴).

گاهی مسئولیت سوء رفتار با کودکان به عهده معلمین است. درصد قابل توجهی

از معلمین کشور به دلیل آشنا نبودن با روشهای نوین یادگیری و تدریس دانش آموزان را تنبیه بدنی می کنند یا با تحقیر آنان به خالی کردن فشارهای روانی خود اقدام می کنند. تأسف آور اینکه غالباً این معلمان در توجیه رفتار نادرست خود آن را برای تربیت کودکان لازم می دانند.

اطلاعات آماری در زمینه سوء رفتار با کودک

بدست آوردن اطلاعات و آمار لازم در زمینه سوء رفتار با کودک بسیار مشکل است و این وضعیت در اغلب کشورها مشاهده می شود. اما بطور کلی پذیرفته شده است که سوء رفتار با کودکان یکی از دلایل مهم مرگ و میر آنان است. در بسیاری از کشورها مقامات دولتی (و آمارهایی که دلایل مرگ و میر را اعلام می دارد)، مرگ و میر کودکان به علت سوء رفتار را برحسب اصطلاحات پزشکی، بیان می دارند (۱۹). برای مثال، کودکی که در اثر ذات الریه فوت کرده است، ممکن است بعلم عدم مراقبت و نداشتن پوشش و لباس کافی، تغذیه ناکافی، محل نامناسب خواب یا بی توجهی نسبت به درمان پزشکی به این سرنوشت موم گرفتار آمده باشد. به همین دلیل بسیاری از متخصصان بررسی در زمینه سوء رفتار با کودکان، احساس می کنند احتمالاً سوء رفتار و بی توجهی به کودکان دلیل اساسی بسیاری از مرگ و میرهای کودکان است (۲۶). برای مثال، براساس اطلاعات موجود، برآورد شده است که بیش از یک میلیون کودک آمریکایی از سوء رفتار در رنج اند و حدود یک چهارم این عده از کودکان در طی زندگی خود و به علت سوء رفتار والدین مجروح و زخمی می شوند.

در طی چند سال اخیر تعداد موارد سوء رفتار با کودکان (که به مقامات مربوط اطلاع داده می شوند) بشدت در آمریکا رو به افزایش است (۱۸). اما مشخص نیست آیا این افزایش آمار رسمی سوء رفتار با کودکان افزایش واقعی سوء رفتار را نشان می دهد یا آنکه دلایل دیگری (مثل ششای مردم نسبت به این پدیده) در کار است. دلایل دیگر افزایش آمار سوء رفتار با کودک می تواند آگاه شدن مردم نسبت به این واقعیت باشد که کودکان را نباید آزار داد و تنبیه کرد. آسادگی مردم برای گزارش دادن موارد سوء رفتار با کودکان دلیل دیگری برای این افزایش است.

در کشورهایی که جمع آوری اطلاعات مربوط به این پدیده با اهمیت تلقی می شود، مشکلاتی نیز وجود دارد. اما در این کشورها کوشش می شود تا سیستمهای صحیحتری برای جمع آوری اطلاعات و تعیین میزان و درجه سوء رفتار با کودکان به دست آید (۲۵). براساس گزارشهای مربوط به سال ۱۹۸۲، چهل و دو درصد از موارد سوء رفتار با کودک جسمی، در حدود ۲۰ درصد غفلت و فراموشی و عدم مراقبت جدی و ۴۰ درصد سوء رفتار جنسی با کودک بوده است. توزیع فراوانی سنی کودکان که مورد سوء رفتار بزرگترهای خود بوده اند نیز جالب است. اعداد و ارقام نشان می دهد که بیشترین موارد سوء رفتار با کودکان تنبیه های بدنی اطفال زیر چهار سال بوده است. این موارد در طی سالی ۵ تا ۸ سالگی کاهش پیدا می کند و در حدود

سنین ۹ تا ۱۵ سالگی بتدریج کمتر و کمتر می‌شود. بعد از سنین ۱۶ سالگی درصد سوء رفتار جسمی بشدت کاهش پیدا می‌کند. در زمینه بی‌توجهی، عدم مراقبت و فراموش کردن کودک نیز بالاترین درصد مربوط به سنین پایین ۴ سالگی است. در این مورد نیز درصد سوء رفتار با کودک بعد از سنین ۱۶ سالگی کاهش پیدا می‌کند. بر خلاف آمارهای فوق، سوء رفتار جنسی با کودکان در سنین ۹ تا ۱۲ سالگی بیشتر از سنین دیگر است و درصد آن در سنین «۵ تا ۸» سالگی و نیز «۱۳ تا ۱۵» سالگی کمی کمتر است. سوء رفتار جنسی با کودکان زیر چهار سال کمتر است و همچنین وضعیت برای سنین ۱۶ به بعد نیز صادق است.

بررسی اطلاعات و آمار منابع موجود و گوناگون نشان می‌دهد که بطور کلی بیشترین درصد سوء رفتار گزارش شده در سنین کمتر از چهار سال به وقوع می‌پیوندد (۳۲). البته باید به یاد داشته باشیم که در بسیاری از موارد سوء رفتار با کودکان گزارش نمی‌شود. غالباً مسأله سوء رفتار با نوجوانان باندازه کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. مسأله سوء رفتار با نوجوانان بحث مفصل دیگری است که باید به آن نیز توجه کافی شود.

در سال ۱۹۶۲ در يك پژوهش در سطح کشور آمریکا، نتایج نشان داد که در طی يك سال ۷۴۹ کودک بر اساس گزارش پلیس مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند و از این عده ۷۸ کودک مرده‌اند و ۱۱۶ کودک از صدمات دایمی مغزی در نتیجه سوء رفتار در رنج‌اند فقط در يك سوم این موارد تشخیص پزشکی مناسب داده شده است و مسأله در دادگاههای مربوط مطرح گردیده است. در شهر نیویورک، در طی ۱۹۶۱ تا ۱۹۷۰ بیش از ۵۰۰ درصد بر میزان سوء رفتار با کودکان افزوده شده است. در سال ۱۹۷۳ بیش از ۱۹ هزار مورد سوء رفتار با کودک گزارش شده است (۲۶).

نتایج حاصل از يك پژوهش در کالیفرنیا نشان داد که طی سال ۱۹۷۷ تعداد ۷۲۸۱۶ مورد سوء رفتار با کودکان گزارش شده است. همین ارقام در سال ۸۳، شش سال بعد، ۱۲۶۸۵۵ نفر بوده است. بمبارت دیگری طی ۶ سال حدود ۷۵ درصد بر موارد سوء رفتار با کودکان افزوده شده است. گزارشهای گوناگون در آمریکا نشان می‌دهد که هر سال حدود يك میلیون مورد افزایش سوء رفتار با کودک وجود دارد (۲۷). در آغاز فقط پزشکان، روانشناسان و معلمین حاضر بودند درباره سوء رفتار با کودکان سخن گویند. ولی امروز در جوامع مختلف آگاهی مردم نسبت به سوء رفتار با کودکان افزایش پیدا کرده است و باید این آگاهی در کشور نیز بوجود آید. یکی از دلایل اینکه مسأله سوء رفتار با کودکان در بعضی از کشورها مثل ایران مورد توجه محققان قرار نگرفته آن است که طی قرون متعادی کودکان مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند و هر نسل آنچه را که بر سرش آمده بر سر نسل بعدی خود آورده و این وضع بصورت يك عادت و نوعی روش تربیتی پذیرفته شده است (۱۶).

1. Audi R: philosophical perspective on child abuse. J Am Med Wom Assoc 1979 May; 34(5): 193 - 202.
2. Baer Am, Wathey RB: Covert forms of child abuse: a preliminary study. Child Psychiatry Hum Dev 1977 Winter; 8(2): 115 - 28.
3. Belsky J: Child maltreatment: an ecological integration. Am Psychol 1980 April; 35(4): 320 - 35.
4. Blount HR, Chandler TA: Relationship between childhood abuse and assaultive behavior in adolescent male psychiatric patients. Psychol Rep 1979 June; 44(pt 2): 1126
5. Bottom WD: The sociological phenomenon of child abuse. Ala J Med Sic 1977 April; 14(2): 215 - 21.
6. Burgess RL, Conger RD: Family interaction in abusive, neglectful, and normal families. Child Dev 1978 Dec; 49(4): 1163 - 73.
7. Egeland B, Breitenbucher M, Rosenberg D: Prospective Study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. J. Consult Clin Psychol 1980 April; 48(2): 195 - 295.
8. Egeland B, Brunnell D: An at - risk approach to the study of child abuse: some preliminary findings. J Am Acad Child psychiatry 1979 Spring; 18(2): 219 - 35.
9. Evans AI: An Eriksonian measure of personality development in child - abusing mothers. Psychol Rep. 1979 June; 44(3 pt 1): 963 - 6
10. Foster HH Jr: Violence toward children: medicolegal aspects. Bull Am Acad Psychiatry Law 1976; 4(4): 336 - 40.
11. Garbarino J, Sherman D: High - risk neighborhoods and high - risk families: the human ecology of child maltreatment. Child Dev 1980 March; 51(1): 168 - 98.
12. Garbarino J: A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: the impact of socioeconomic stress on mothers. Child Dev Mar 76; 47(1): 178 - 85.
13. George C, Main M: Social interactions of young abused children: approach, avoidance, and aggression. Child Dev 1979 June; 50(2): 306 - 17.
14. Green AH: Child - abusing Fathers. J Am Acad Child psychiatry 1979 Spring; 18(2): 270 - 82.
15. Green AH, Liang V, Gaines R, et al: Psychopathological assessment of child - abusing, neglecting, and normal mothers. J Nerv Ment Dis 1980 Jun; 168(6): 356 - 60
16. Green AH: A psychodynamic approach to the study and treatment of child - abusing parents.
17. Guirguis WG: Housing and violence to children (letter) Br Med J 1978 1 Jul; 2(6129): 57 - 8.

18. Horenstein D: The dynamics and treatment of child abuse: can primate research provide the answers? *Clin Psychol* 1976 Apr; 33(2): 563 - 5.
19. Justice B, Duncan DF: Life crisis as a precursor to child abuse. *Public Health Rep Mar - Apr* 76; 91(2): 110 - 5.
20. Le Blang TR: The family stress consultation team: an Illinois approach to protective services. *Child Welfare* 1979 Nov: 58(9): 597 - 604.
21. McDanal CE, Watson J, Siegel BL, et al: The child and spouse abuse residential center (letter) *Am J Psychiatry* 1977 Feb; 135(2): 256 - 7.
22. Milner JS, Wimberley RC: An inventory for the identification of child abusers. *J Clin Psychol* 1979 Jan; 35(1); 95 - 100.
23. Passman RH, Mulhern RK Jr: Maternal punitiveness as affected by situational stress: an experimental analogue of child abuse. *J Abnorm Psychol* 1977 Oct; 86(5): 565 - 9.
24. Paulson MJ, Schwemer GT, Afifi AA, et al: Parent Attitude Research Instrument (PARI): clinical vs. statistical inferences in understanding abusive mothers. *J Clin Psychol* 1977 Jul; 33(3): 848 - 54.
25. Paulson MJ, Afifi AA, Chaleff A, et al: A discriminant function procedure for identifying abusing parents. *Suicide Summer* 75; 5(2): 104 - 14.
26. Pelton LH: Interpreting family violence data. *Am J Orthopsychiatry* 1979 Apr; 49(2) 194, 372 - 4.
27. Polansky NA, Chalmers MA, Buttenwieser E, et al: Isolation of the neglectful family. *Am J Orthopsychiatry* 1979 Jan; 49(1): 149 - 52.
28. Rosen B: Self - concept disturbance among mothers who abuse their children. *Psychol Rep* 1978 Aug; 43(1): 323 - 6.
29. Shapiro D: A CWLA study of factors involved in child abuse. *Child Welfare* 1980 Apr; 59(4): 242 - 3.
30. Shengold LL: Child abuse and deprivation: soul murder. *J AM Psychoanal Assoc* 1979; 27(3): 533 - 59.
31. Smoller B, Lewis AB Jr: A psychological theory of child abuse. *Psychiatry Q*, 1977 Spring; 49(1): 38 - 44.
32. Synder C, Spietz A: Characteristics of abuse: a report of five families. *Nurse Pract* 1977 Nov - Dec; 2(8): 27 - 7.
33. Spinetta JJ: Parental personality factors in child abuse. *J Consult Clin Psychol* 1978 Dec; 46(6): 1409 - 14.
34. Lewis DO, Shanok SS, Pincus JH, et al: Violent juvenile delinquents: psychiatric neurological psychological and abuse factors *J Am Acad Child Psychiatry* 1979 Spring; 19(2): 307 - 19.