



مطالعات فرهنگی  
مجموعه‌ی علمی-پژوهشی

پبلیک تاجری

الاجین



کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

مؤثرترین شیوه‌ی برخورد با پدیده‌ی کودک‌آزاری، پیشگیری از شیوع این پدیده و کاهش درصد موارد آن است. در خانواده‌هایی که با پدیده‌ی کودک‌آزاری و خشونت خانوادگی درگیرند، شرایطی وجود دارد که مراقبت شایسته از کودک را دشوار می‌سازد و زمینه‌ی کودک‌آزاری را فراهم می‌کند. این شرایط شامل اعتیاد، مراقبت پزشکی، فقر و بی‌کاری، تغذیه، اشتغال والدین و پذیرش اجتماعی خشونت است. در کنار این عوامل، پرداختن به مسأله‌ی سوءاستفاده‌ی جبری از کودک و پیشگیری از آن نیز ضروری به نظر می‌رسد. در مقاله‌ی حاضر، عوامل فوق و نقش زمینه‌ساز آن‌ها در شکل‌گیری این پدیده، در چارچوب نظریه‌ی اکولوژیکی که به طور جامع و هدفمند به تبیین این پدیده می‌پردازد، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

**مقدمه**  
**بدرفتاری یا کودک با کودک آزاری**، پیامدهای زیانبار و پرهنزینه ای از جمله آسیب بدنی و هیجانی، تداوم بین نسلی، رفتار خشونت آمیز و بزهکاری را در پی دارد و در این راستا، تلاش برای کاهش مشکلات بالقوه ای این کودکان و شناسایی عوامل مرتبط با این پدیده، اثربخش و سودمند است. در عین حال، از آن جا که اطلاعات در زمینه ای علل بدرفتاری یا کودک محدود است، توسعه ی برنامه های پیشگیری دشوار به نظر می رسد. در واقع، بدون آگاهی از علل بدرفتاری، دانستن این که کجا و به چه نحوی مداخله ی درمانی صورت گیرد مشکل است ضمن این که، تحقیقات موجود در زمینه ی برنامه های پیشگیری نیز محدودترند. بدرفتاری یا کودک در نتیجه ی عوامل چندگانه ای صورت می گیرد که این عوامل در عین حال در تعامل نزدیک باهم هستند. در این مقاله برخی از عوامل اصلی کودک آزاری را بررسی خواهیم کرد و راهبردهایی نیز پیشنهاد خواهد شد.

می تردید، مداخله در حوزه ی کودک آزاری ابعد سیاسی، فرهنگی و بهداشتی دارد و هماهنگی بین این بخش ها را می طلبد. مؤثرترین شیوه ی برخورد با این پدیده، پیشگیری از شیوع کودک آزاری و کاهش در صد موارد کودک آزاری است. در سال ۱۹۶۴، کاپلان مدل پیشگیری سه مرحله ای بهداشت عمومی را به حیطه ی بهداشت روانی تغییر می داد و از آن موقع، این مدل بارها مورد استفاده قرار گرفته است. مداخلات پیشگیری اولیه معمولاً در مورد گروه هایی به کار می رود که می گویند بهداشت عمومی خود را بالا ببرند و پریشانی ها یا مشکلات خود را کاهش دهند یا حذف کنند. این مداخله به فرآیند آموزش می دهند، مهارت های اجتماعی خود را (مثل افزایش احساس خودارزشمندی، تعلق و اشتراک اجتماعی) ارتقا دهند که متعاقباً آن، تغییرات اجتماعی مورد تشویق قرار می گیرند و موجب افزایش شبکه های اجتماعی مورد تشویق قرار می گیرند و موجب افزایش شبکه های اجتماعی فردی می شوند.

### نظریه ی اکولوژیکی کودک آزاری

این نظریه، کودک آزاری را پدیده ای چندبندی در نظر می گیرد که از تعامل عوامل فردی، موقعیتی و اجتماعی ناشی می شود، در محدوده ی فرد، والدین، خانواده، اجتماع و فرهنگ اجتماعی صورت می گیرد و به وسیله ی والدین به تنهایی، در انزوا و مستقل از تجربه های گذشته و شرایط اجتماعی صورت نمی گیرد.

عوامل تاریخی- فردی کودک آزاری که هر فردی آن را در روابط و رفتارهایش بروز می دهد، عبارت از ویژگی های فردی و

تجربه های گذشته ی فرد است. معمولاً مرتکبین بدرفتاری، آشنای کودک هستند و در بسیاری موارد، خود قربانی آزار جسمانی یا جنسی بوده اند. والدینی که خود آماج تنبیه بدنی خشونت بار و رفتار بی رحمانه در خانواده ی خود بوده اند، ممکن است به دلیل فقدان ساز و کارهای مدارا، ناگزیر به تقلید از رفتار پدر و مادر متوسل شوند. والدین آزارگر در مقایسه با والدین دیگر، گرایش بیش تری به افسردگی و مشکلات بهداشتی بیش تری دارند. در عین حال، والدین افسرده ی سایکوتیک و اختلال شدید شخصیت ممکن است کودک خود را شرور بدانند و یا تصور کنند که فرزندشان قصد دیوانه کردن آن ها را دارد. کودکان نارس، کم توان ذهنی، معلول جسمی یا کودکان دشوار، بیش تر در معرض آسیب هستند. اگر والدین توانایی محدودی برای پرورش کودک داشته باشند، کودکان بیش فعال نیز آسیب پذیری بیش تری نسبت به بدرفتاری دارند [مناذوک<sup>۲</sup> و سادوک، ۲۰۰۳].

ویدم<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) گزارش می کند، والدینی که در کودکی مورد آزار قرار گرفته اند، احتمال بیش تری وجود دارد که با کودکان خود بدرفتاری کنند. این امکان نیز وجود دارد که بعضی از کودکان آزار دیده در بزرگسالی، والدین کارآمد و موفق باشند. از نظر رویکرد اکولوژیکی، عوامل دیگری همچون حمایت اجتماعی، در این که فرد آزار دیده در بزرگسالی چگونه رفتار خواهد کرد، می تواند مؤثر باشد.

بدرفتاری، در چارچوب خانواده و در سایر روابط خویشاوندی رخ می دهد. محیط خانواده نیز شامل کودکان، والدین و هر عضو دیگر مؤثر در فرایند خانواده است. برخی محققان، از جمله ویل<sup>۴</sup> و همکارانش (۱۹۹۹) گزارش کرده اند که ویژگی های فردی کودک تأثیر چندانی در کودک آزاری ندارند. با این حال، حتی اگر ویژگی های فردی کودک اثر مستقیمی در کودک آزاری نداشته باشند، می توانند با ویژگی های فردی والدین تعامل کنند (مثلاً تعامل کودکی که مزاج دشوار دارد و والدینی که آستانه ی تحمل پائینی دارند) و به طور غیرمستقیم روابط آن دو را تحت تأثیر قرار دهند و به کودک آزاری بینجامند. اعضای دیگر خانواده نیز می توانند در این فرایند مؤثر باشند. مثلاً ممکن است، والدین خشم خود را متوجه کودک کنند و یا حتی یک پدر بزرگ حمایت کننده سپری برای کودک در برابر آزارهای والدین باشد.

شرایط زندگی خانوادگی پراسترس، مثل تراکم، فقر و تبعیض نیز می تواند زمینه ی رفتارهای پرخاشگرانه را فراهم آورد و در این شرایط، انزوای اجتماعی، فقدان نظام حمایتی و اعتیاد والدین، احتمال کودک آزاری را افزایش می دهد.

**عوامل تاریخی - فردی کودک آزاری که هر فردی آن را در روابط و رفتارهایش بروز می دهد، عبارت از ویژگی های فردی و تجربه های گذشته ای فرد است. معمولاً ترکیب بد رفتاری، آشنای کودک هستند و در بسیاری موارد، خود قربانی آزار جسمانی یا جنسی بوده اند**

اکثر کودکان آزار دیده متعلق به خانواده های فقیرند و خانواده های آن ها از نظر اجتماعی منزوی هستند. انزوای اجتماعی موجب می شود که این خانواده ها، حمایت مادی و عاطفی کمتری از جامعه دریافت کنند و به خاطر ارتباط کم تر با دیگران و جامعه، الگوهای رفتاری والدین موفق جامعه را کم تر یاد بگیرند [گابارابارینو<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰]. ساختارهای اجتماعی از طریق شرایط کاری، منابع اجتماعی، حمایت های اجتماعی رسمی و غیر رسمی، و نیز ارائه مدل های متفاوت ایفای نقش برای والدین، کودک آزاری را تحت تأثیر قرار می دهند. بحران های محیطی، مثل بی کاری، بی خانمانی و فقدان منابع مالی نیز با بالا بردن سطح استرس می تواند بروز خشونت و کودک آزاری را تسهیل کند [سادوک و سادوک، ۲۰۰۳]. فرهنگ نیز از طریق نگرش ها و نظراتی که به خشونت، بد رفتاری و تنبیه جسمانی کودکان دارد، بر میزان کودک آزاری مؤثر است. جامعه ای که تنبیه جسمانی کودکان را پذیرفته است، نظام مردسالارانه، خشونت های تلویزیونی و بازی های رایانه ای خشونت آمیز می توانند، میزان کودک آزاری را افزایش دهند.

در حالی که سبب شناسی کودک آزاری، به دلایل روش شناختی محدودیت هایی دارد، شناخت عوامل مؤثر در این پدیده برای طرح ریزی و تحقق برنامه های پیشگیری ضروری است. در این حوزه نظریه ای اکولوژیکی کاملاً مقبول به نظر می رسد، چرا که با در نظر گرفتن عوامل کودک آزاری در چهار سطح، می تواند رویکرد جامع و هدفمندی در بررسی این پدیده باشد. در واقع، در بسیاری از خانواده هایی که کودک آزاری در آن ها مشاهده می شود، شرایطی وجود دارد که مراقبت شایسته ای کودک را دشوار، و زمینه ای کودک آزاری را فراهم می کند. شرایطی مثل بی کاری و فقر، اشتغال والدین، فقدان مراقبت بهداشتی، سوء تغذیه، اعتیاد و پذیرش اجتماعی خشونت بد رفتاری و کودک آزاری ارتباط تنگاتنگی دارند. در ادامه ی مقاله ی حاضر، این عوامل و نقش زمینه ساز آن ها در شکل گیری این پدیده بررسی می شود.

## اعتیاد

خانواده هایی که در آن ها خشونت فراوان دیده می شود، فرزندان مستبد، بدون اعتماد به نفس و نابهنجار پرورش می یابند که در روابط اجتماعی از خود تزلزل و عدم اطمینان نشان می دهند و تمایل بسیار زیادی به خودکشی و مصرف مواد مخدر دارند. کودکان اعتیاد، توانایی کمتری در پوشش دادن به پریشانی هیجانی خود دارند. بعضی کودکان، برای برگرداندن توجه از کانون مرکزی خانواده ی اعتیادی (معتاد) سپر بلا می شوند و رفتارهای

ضد اجتماعی یا پر خاشگرانه نشان می دهند [تاجری، ۱۳۸۳].

اشتغال ذهنی مداوم با مواد می تواند به بی توجهی یا سوء رفتار عاطفی منجر شود. ناتوانی والدین در بر آوردن نیازهای طبی، خواب و تغذیه، زمینه ی طرد کودک را نیز فراهم می کند. غیبت یا حضور نداشتن والدین نیز با کودک آزاری ارتباط مستقیمی دارد. بررسی فینکلهر<sup>۶</sup> و پارون<sup>۷</sup> (۱۹۸۶) نشان داد، بیش تر مادران کودکان آزار دیده از بیماری هایی مثل الکلیسم، افسردگی و سایکوز رنج می برند. در این خانواده ها، کودکان ممکن است نقش کارکردی والدین را به عهده بگیرند که این نقش های وارونه و انتظارات غیر منطقی از کودک می تواند، نوعی بد رفتاری محسوب شود. در این شرایط، کودکان حتی مسؤولیت های مورد غفلت والدین را که ممکن است با سن آن ها هم، متناسب نباشد به عهده می گیرند. این مسؤولیت ها شامل مراقبت عاطفی و جسمانی از والدین، مراقبت از خواهران و برادران کوچک تر و انجام تکالیف و وظایف خانگی است. [تاجری، ۱۳۸۴].

کودکان بسیاری در طول دوره ی جنینی و حین تولد با مشکلات گوناگونی مواجه می شوند. مصرف الکل در طول دوره ی بارداری می تواند با وزن کم هنگام تولد (در مقایسه با رشد جنینی نرمال)، میکروسفالی، مسؤولیت پذیری پائین آتی، تحریک پذیری، بازتاب های غیر طبیعی و ماهیچه ای، انقباض عضلانی ضعیف، به علاوه ی ریش دیررس، تأخیر در رشد و کودک آزاری ارتباط داشته باشد. همچنین، والدین معتاد اساساً در تربیت فرزندان ناتوانی هایی دارند. برآورد شده است که ۳۰ تا ۹۰ درصد از کل موارد کودک آزاری با سوء مصرف الکل یا داروهای مخدر ارتباط دارد و وجود سابقه ی خشونت و بد رفتاری، امکان انجام خشونت را در فرد تا ۲۴ درصد افزایش می دهد [Gaines, Kaune & mipper, 2001: 384].

مایر<sup>۸</sup> و بلاک<sup>۹</sup> (۱۹۷۷) به این نتیجه رسیدند که ۱۳ درصد از والدین معتاد، با کودکان خود بد رفتاری فیزیکی یا جسمانی دارند، ۳۱ درصد در کنترل خشم و رفتار تکانشی ناتوانند که خود دلالت بر استعداد بالای بروز بد رفتاری دارد، و ۶۳ درصد نیز در تربیت فرزندان و مهارت های فرزند پروری دچار مشکلاتی هستند.

بی تردید در مورد تمام مادران و والدین، درمان دارویی مناسب

ضروری است. در حین برنامه‌های درمانی، نیازهای ویژه‌ی مادران معنادار و کودکان آن‌ها باید در نظر گرفته شود. ایجاد مراکزی در بیمارستان‌ها برای ارجاع معتادان باردار به درمان ضرورت دارد. مداخله‌ی به موقع و سریع‌تر، امکان پیشگیری آسان‌تر را فراهم خواهد ساخت. در عین حال، باید توجه داشت که در اکثر موارد نابخردانه است که یک متخصص بی‌تجربه، در امر درمان بدرفتماری جسمانی و جنسی درگیر شود. این عمل ممکن است به افزایش خشونت منجر شود. زنان باردار، به دلیل نگرانی از وضعیت جنین خود، احتمال بیش‌تری دارد که به جست‌وجوی درمان مناسب بپردازند. بنابراین لازم است، انواع برنامه‌های درمانی مورد نیاز زنان باردار و والدین معتاد، مثل درمان‌های سرپایی ترک اعتیاد و محیط‌های اقامتی همراه با تسهیلات برای کودک، گسترش یابند. در حال حاضر، برنامه‌های پیشگیری عمدتاً بر کاهش عمدتاً خطرزا و گسترش عوامل نگه‌دارنده یا حمایتی متمرکز شده‌اند. درحالی که برنامه‌های رشد کفایت اجتماعی فرد، افزایش توانایی حل مسأله و تصمیم‌گیری، تقویت مهارت‌های ارتباطی، استفاده از مهارت‌های حل تعارض نیز ضرورت دارند. ضمن اینکه اعتیاد اغلب در نتیجه‌ی واکنش ناکارآمد به تعارض‌ها بروز می‌کند. در مجموع، پیشگیری اولیه نیاز به پرداختن به عوامل زیربنایی اعتیاد دارد و محیط مدرسه مناسب‌ترین موقعیت برای پیشگیری اولیه است.

### مراقبت پزشکی

شایع‌ترین مسأله در میان خانواده‌های کم‌درآمد و اقلیت‌ها، نامعلوم‌بودن وضعیت بیمه‌ی درمانی آن‌هاست. در اکثریت قریب به اتفاق این خانواده‌ها، دسترسی به مراقبت بهداشتی مناسب با وضعیت بیمه مرتبط است. مراقبت شایسته‌ی والدین و سلامتی مادر، در حفظ بهداشت نوزاد بسیار مؤثر است. چه بسیار زنانی که از خدمات بیمه‌ی درمانی و مزایای آن برخوردار نیستند و استرس بالایی را بابت آن تحمل می‌کنند. دسترسی محدود به مراقبت بهداشتی که مشکلات بهداشتی روزافزونی قراروی این مادران قرار می‌دهد، شرایط آن‌ها را پیچیده‌تر می‌کند. در این شرایط، بسیاری از این خانواده‌ها در معرض خطر فزاینده‌ی سلامتی ضعیف و نامناسب قرار می‌گیرند که می‌تواند استرس کارکردی این خانواده‌ها را افزایش دهد. برای مثال، سطح بهداشت ضعیف کودک، نیازهای بهداشتی فزاینده‌ای را به والدین تحمیل می‌کند که امکان دارد، والدین قادر به برآوردن آن‌ها نباشند و امکانات مالی برای تهیه‌ی داروها و درمان ضروری را نداشته باشند. در نتیجه، از

نیازهای مهم مراقبت پزشکی کودکان غفلت می‌شود و به طور غیرمستقیم، شکل‌های دیگر بدرفتماری یا کودک‌آزایی به وقوع می‌پیوندد.

از این رو لازم است، اصلاحاتی در زمینه‌ی خدمات درمانی برای گسترش مراقبت‌های بهداشتی در خانواده‌های کم‌درآمد به عمل آید. بیمه‌ی درمانی و بهداشتی مادران باردار و کودکان زیر شش سال نیز به نظر ضروری می‌رسد. برای مثال، قانون مراقبت بهداشتی آمریکا، ایالات را موظف می‌کند که همه‌ی مادران باردار و کودکان زیر شش سال را در خانواده‌هایی که سطح درآمد آن‌ها زیر خط فقر دولت فدرال است، بیمه کنند. در مورد خانواده‌های به شدت فقیر، سطح مراقبت‌ها تا کودکان سنین بالا نیز گسترش پیدا می‌کند.

با وجود توافق عمومی در مورد تأمین مراقبت همگانی بهداشتی، در زمینه‌ی هزینه‌های روزافزون مراقبت‌های بهداشتی و نیاز به اصلاح سیستم مراقبت بهداشتی، دقت زیادی لازم است. برای مثال، گسترش برنامه‌های بهداشتی جامعه‌مدار، مثل پوشش بیمه‌ی بهداشتی برای زنان باردار و کودکان زیر ۱۸ سال، کمک گرفتن از تلاش‌های داوطلبانه‌ی بهداشتی و گسترش برنامه‌های مراقبتی دولتی می‌تواند تورم‌زا باشد که خود این مسأله در طولانی مدت، به از دست دادن شغل و کاهش سطح دستمزدها منجر می‌شود و کارفرمایان را تشویق می‌کند، افراد متأهل را استخدام نکنند. در عوض، پیشنهاد می‌شود، مسؤلیت اولیه‌ی مراقبت بهداشتی بر عهده‌ی خود افراد باقی بماند و بیمه‌ی درمانی از طریق ارتباطات کارفرما-کارمند و یا نوعی مشارکت متقابل بخش عمومی-بخش خصوصی فراهم آید.

در هر صورت، مراقبت بهداشتی زنان باردار و کودکان باید در اولویت قرار داشته باشد. در واقع، مراقبت بهداشتی اصولاً جزو

خانواده‌هایی که در آن‌ها خشونت فراوان دیده می‌شود، فرزندان مستند، بدون اعتماد به نفس و نابینا، پرورش می‌یابند که در روابط اجتماعی از خود تزلزل و عدم اطمینان نشان می‌دهند و نیامال بسیار زیادی به خود کشی و مصرف مواد مخدر دارند

حقوق اساسی افراد است، نه امتیازی از طرف سیستم بهداشتی حاکم و برخی مشکلات اجرایی در این زمینه باید حل شوند. افزایش حمایت از مراکز خدمات بهداشت عمومی، مراقبت بهداشتی را بهبود خواهد بخشید. و هم‌زمان، اجرای برنامه‌های ایمن‌سازی دوران کودکی یا تأکید بر نیازهای کودکان و زنان کم‌درآمد نیز ضرورت دارد.

### فقر و بی‌کاری

فقر و بی‌کاری با کودک آزاری ارتباط نزدیکی دارد. در حال حاضر طبق آمار رسمی، ۱۲ درصد از جمعیت کشور زیر خط فقر مطلق زندگی می‌کنند. در حالی که مبلغ ماهانه‌ی ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال به عنوان خط فقر تعیین شده، حداقل حقوق کارمندی برابر با ۱/۳۰۰/۰۰۰ ریال و حداقل دستمزد کارگری ۱/۲۶۰/۰۰۰ ریال است. با توجه به این که حدود ۲۵ درصد از این قشر از حق بیمه محروم هستند، میزان فقر موجود در جامعه را در بین قشر حقوق بگیر می‌توان استنباط کرد [آفتاب یزد، ۱۳۸۴].

این در حالی است که طبق اظهارات رسمی وزیر محترم کار و امور اجتماعی، در پایان سال ۱۳۸۳ میزان بی‌کاری ۱۲/۳ درصد بوده است و حدود ۶ درصد نیز به اشتغال

ناقص مشغولند. به این ترتیب، میزان بی‌کاری در کشور در حدود ۱۸/۳ درصد برآورد شده است [ماه‌نامه‌ی روند اقتصادی، آبان ماه ۱۳۸۴].

با توجه به میزان فقر و بی‌کاری موجود در جامعه، در خانواده‌های بی‌کار یا تک سرپرست، مادرانی که معمولاً به صورت تمام وقت در شغلی با حداقل دستمزد کار می‌کنند و درآمد نازلی دارند، قادر نخواهند بود شرایط زندگی خود و فرزندانشان را به بالای خط فقر برسانند.

این وضعیت به خودی خود، شکل‌هایی از بدرفتاری (مثل: خطرات محیطی،

فرصت‌های آموزشی نازل‌تر، سوءتغذیه و

مسکن نامناسب) را به دنبال خواهد داشت.

فقر، با آسیب‌های مستقیم و غیرمستقیمی که از طریق آن به بهداشت و سلامتی کودکان وارد می‌شود، به نظر می‌رسد استرس‌های متفاوتی به خانواده‌ها تحمیل می‌کند (از جمله مشکلات تهیه‌ی مسکن و تغیه‌ی مناسب)، این استرس‌ها می‌توانند زمینه‌ی آسیب‌های متفاوت اجتماعی، چون کار کودکان و کودکان خیابانی را فراهم سازند [هالپرن، ۱۹۹۰].

فقر فرهنگی از جمله بی‌سوادی و افت تحصیلی، به‌ویژه در مناطق مرزی و دو زبانه، این پدیده را می‌تواند تشدید کند. در شرایطی که ارتباط عاطفی مناسب بین کودکان این مناطق و محتوای آموزشی رسمی برقرار نمی‌شود، ممکن است مشکلات ارتباطی این کودکان در چارچوب محیطی که زبان مادری را ترویج می‌کند، با محتوای مطالب آموزش رسمی مدرسه و معلمان تشدید شود و عواقب روانی-اجتماعی نامطلوب را به دنبال آورد. از سوی دیگر، بی‌کاری به عنوان یک معضل اجتماعی، صرفاً به معنی نداشتن کار نیست. آمار بالای جرم و جنایت و آسیب‌های اجتماعی در محیط‌هایی که میزان بی‌کاری بالاست، نشانگر اهمیت اشتغال است. از نظر روانی نیز، داشتن کار، با رضایت بالا از زندگی، عزت نفس و بازاریابی‌های اجتماعی بالا ارتباط دارد.

در بررسی پدیده‌ی کودک آزاری، معمولاً با تعداد بسیار زیاد خانواده‌های کم‌درآمد برخورد می‌کنیم، با این حال، در موارد زیادی هم بسیاری از والدین فقیر، والدین کارآمد و موفق هستند. تلاش‌هایی هم که برای پیشگیری از کودک آزاری صورت گرفته در درجه‌ی نخست بر رفتارهای والدین مشکل‌آفرین تمرکز کرده و جنبه‌ها و زمینه‌های وسیع‌تر اجتماعی را کم‌تر مورد توجه قرار داده است؛ در حالی که در خیلی از موارد، مشکلاتی مثل فقر، بی‌کاری و سوءتغذیه، نقش فزاینده‌ای در شکل‌گیری این پدیده دارند.

فقر، با آسیب‌های مستقیم و غیرمستقیمی که از طریق آن به بهداشت و سلامتی کودکان وارد می‌شود، به نظر می‌رسد استرس‌های متفاوتی به خانواده‌ها تحمیل می‌کند (از جمله مشکلات تهیه‌ی مسکن و تغیه‌ی مناسب)، این استرس‌ها می‌توانند زمینه‌ی آسیب‌های متفاوت اجتماعی، چون کار کودکان و کودکان خیابانی را فراهم سازند



ارائه‌ی یارانه‌های گوناگون در سطح جامعه، توزیع شیر در سطح مدرسه‌ها، بیمه‌ی دانش‌آموزی، و یا کالایرگ‌های کالاهای اساسی، نه تنها کمک حیاتی برای خانواده‌های کم‌درآمد در زندگی روزمره فراهم می‌آورند، در پیشگیری از کودک‌آزاری نیز مؤثرند و کارکرد سالم این خانواده‌ها را تا حدودی تسهیل می‌کنند. با وجود این، به خاطر هدف مند نبودن یارانه‌ها، بعضی از خانواده‌ها به طور کامل از آن‌ها برخوردار نمی‌شوند. به علاوه، این امتیازات در مورد اغلب این خانواده‌ها ناکافی است. شناسایی این خانواده‌ها، و آموزش‌های ویژه‌ی مهارت‌های ارتباطی و راهکارهای دریافت حمایت‌های اجتماعی، در کمک به چنین خانواده‌هایی بسیار مؤثرتر خواهد بود. بارث<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۹) به این نتیجه رسید که آموزش به مادران در زمینه‌ی مهارت‌های کمک‌خواهی از مؤسسات اجتماعی حمایتی، و نحوه‌ی تأمین غذای مناسب از طریق کاهش تأثیرات منفی فقر، با کاهش میزان کودک‌آزاری ارتباط دارد. وی در عین حال هشدار می‌دهد، در خانواده‌هایی که در معرض شدیدترین خطر کودک‌آزاری هستند، لزوماً این مهارت‌ها اثربخشی مناسبی ندارند.

بی‌تردید، فقر و بی‌کاری مسائل پیچیده‌ای هستند که راه‌حل‌های ساده‌ای ندارند. با وجود این، افزایش دسترسی به خانواده‌های کم‌درآمد، کاهش بی‌کاری، افزایش حداقل دستمزدها و ارائه‌ی یارانه‌های ویژه می‌تواند شرایط را بهبود دهد. در زمینه‌ی تأمین مالی طرح‌هایی چون: کالایرگ‌های اساسی، کمک‌های طبی، ارائه‌ی سرویس‌های غذایی در مدرسه‌ها، تقویت امور خیریه و ارتباط مناسب با افراد خیر و سازمان‌های غیردولتی، ارائه‌ی وام‌های کم‌بهره، و گسترش پوشش سازمان‌های حمایتی، به گونه‌ای باید اقدام شود که این برنامه‌های حمایتی، برای همه‌ی خانواده‌های کم‌درآمد فراهم شود؛ چرا که گفتیم، با کاهش میزان فقر بروز کودک‌آزاری نیز کاهش می‌یابد. علاوه بر این برنامه‌ها، آموزش فرصت‌های شغلی آتی، مهارت‌های فنی و حرفه‌ای، و آموزش مهارت‌های اساسی طوری گسترش یابد که خانواده‌های بیش‌تری را پوشش دهد و زمینه‌ی دلگرمی نوجوانان را برای ادامه‌ی تحصیل در مدرسه فراهم آورد.

## تغذیه

تغذیه‌ی مناسب، به ویژه برای زنان باردار و کودکان، اهمیت زیادی دارد. سوءتغذیه می‌تواند به پتانسیل رشد و تکامل کودکان لطمه بزند. وضعیت تغذیه‌ی مادر در طول دوره‌ی بارداری، با وزن هنگام تولد نوزاد ارتباط دارد. این مسأله با کارکرد اجتماعی و تحولی آتی کودک نیز ارتباط نزدیکی دارد [پارکر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۸]. سوءتغذیه می‌تواند به بارداری و تأخیر در رشد و بهداشت ضعیف منجر شود.

البته ارائه‌ی کمک‌های یارانه‌ای، مثل توزیع شیر در مدرسه‌ها و کوپن‌های کالاهای اساسی، تا حدودی این مشکل را کاهش داده است. با این حال در سال‌های اخیر، درصد ویژه‌ای از درآمد خانواده که باید صرف سبد غذایی خانواده شود، به طور مداوم در حال کاهش است و در مقابل، میزان پرداختی بخش مسکن بالا رفته است و در نتیجه، وضعیت تغذیه‌ی کودکان را نامناسب کرده است. در واقع، با وجود یارانه‌های دریافتی، احتیاجات خانواده‌ها فراتر از این‌هاست. گسترش برنامه‌های حمایتی غذایی، برنامه‌ی ارائه‌ی غذا در مدرسه‌ها، آموزش‌های مربوط به نحوه‌ی تهیه و تدارک غذای مناسب برای دانش‌آموزان و مادران، آگاهی‌دادن در زمینه‌ی تغذیه‌ی مناسب و عادات سالم غذاخوردن، این فرایندها را بهبود می‌دهند.

## اشتغال والدین

والدین شاغل نیز استرس‌های ویژه‌ی خود را تجربه می‌کنند که امکان دارد، ثبات شغلی‌شان را نیز به خطر اندازد. مراقبت از کودک، نیازمند مراقبت والدین شاغل و کودکان دیگر است که به چند دلیل، امکان فراهم آوردن این شرایط به ندرت وجود دارد: اول، کیفیت مراقبت از کودک در این خانواده‌ها اغلب ضعیف یا بی‌ثبات است. دوم، به مراقبان، از جمله پرستاران کودک، در جامعه کم‌تر بها داده می‌شود و از این رو، آن‌ها به خاطر محدودیت دستمزدها تغییر شغل می‌دهند. سوم، مراقبت صحیح از کودک نسبتاً

پرهزینه است. در صورتی که مراقبت صحیح و کارآمد امکان پذیر نباشد، والدین ممکن است قادر به ادامه ی این کار نباشند و کودکان خود را به مراکز نامناسب و فاقد معیارهای تربیتی بسپارند که در این صورت، بی توجهی به کودک و بدرفتاری با او، مایه ی نگرانی خواهد بود.

بسیاری از والدین، از فرصت های شغلی مناسب و پاره وقت، مرخصی بابت تولد فرزند جدید یا بیماری های اعضای خانواده، و مزایای کافی شغلی، مثل بیمه ی درمانی برخوردار نیستند که در نتیجه در برآوردن نیازهای خانواده با استرس روزافزون و مشکلات مالی فزاینده ای روبه رو می شوند. همان طور که قبلاً گفتیم، حداقل دستمزد فعلی در شرایط حاضر برای تأمین بهینه و نگهداری کامل صرفاً یک کودک (به تنهایی) ناکافی است.

مرخصی ندادن به مادران می تواند بر روابط بنیادی اعضای خانواده تأثیر بگذارد. وقتی به والدین اجازه ی صرف زمان کافی در کنار نوزادشان داده نمی شود، نوعی تداخل در «پیوند»<sup>۱۲</sup> والد - کودک دیده می شود؛ پیوندی که به فرایند دلبستگی بین کودکان و والدین می انجامد. در حالی که بسیاری از متخصصان رشد کودک بر این باورند که فرایند پیوند طی دوران بعد از تولد (دوره ی بحرانی)، مخصوصاً برای دلبستگی بسیار مهم است. دلبستگی ایمن، در رشد احساس امنیت و توانایی اعتماد به دیگران نقش حیاتی دارد. کودکان آزاردیده نسبت به کودکان آزارندیده، از نظر ایمنی دلبستگی به مادر در سطوح پایین تری قرار دارند. [Egeland & Srouf, 1988:1080-1088]

با افزایش دستمزدها و تغییر در سیاست های کاری می توان شرایط حمایتی تری برای خانواده ها فراهم کرد؛ شرایطی که طی آن، امکان دستیابی خانواده های کم درآمد یا متوسط به مراقبت های مورد نیاز، امکان ارجاع به منابع اجتماعی موجود و نیز دسترسی بیش تر به تسهیلات مراقبت از کودک در محل های کار فراهم آید. در هر صورت، کودکان تازه به دنیا آمده باید با خانواده ای که شرایط آن می تواند استرس زا باشد، انطباق پیدا کنند. دراین شرایط ممکن است، والدین در نقش های جدید اجتماعی خود سردرگم شوند. با دادن مرخصی به موقع می توان این فرایند گذار به نقش های جدید والدین را تقویت کرد. کیفیت مراقبت مطلوب کودک را می توان به چند روش بهبود بخشید:

۱. کیفیت مطلوب و بهینه ی مراقبت از کودک بیمه شود که معیارهای آن باید توسط ارگان های تصمیم گیرنده تعریف شود.
۲. حقوق مراقبان یا پرستاران کودک افزایش یابد.
۳. به والدین شاغلی که هم زمان از کودک مراقبت می کنند،

یارانه داده شود.

۴. برنامه های قابل تغییر کاری نیز می توانند، برای بسیاری از والدین امکان مراقبت بهتر از کودک را فراهم سازند.

### نگرش جامعه به خشونت

در نظام اجتماعی پدرسالارانه، مردان از طریق سلطه بر دیگر اعضای خانواده و انحصار نهادهای اجتماعی، موقعیت برتری پیدا می کنند و خشونت را به کار می گیرند، اشتراوس در تحقیقات خود به این نتیجه می رسد که درمیان زوج هایی که سبک تصمیم گیری مردسالارانه دارند، میزان بالایی از بدرفتاری مشاهده می شود [تاجری، ۱۳۸۴].

فارلی (۱۹۹۳) به این نتیجه رسید که جامعه پذیری خشونت آمیز، از طریق تأثیر مستقیم بر گرایش به پذیرش خشونت، نگرش منفی به نقش های اجتماعی زنان، و مداخله ی متغیرهای رضایت اجتماعی و اسنادهای منفی، بر خشونت کلی تأثیر می گذارد. اعتقاد به ایدئولوژی پدرسالاری، تأثیری مستقیم بر خشونت عاطفی دارد و از طریق کاهش رضایت زناشویی، بر خشونت کلی و فیزیکی اثر می گذارد. نگرش منفی به نقش اجتماعی زنان نیز، ایدئولوژی پدرسالاری و گرایش مردان به پذیرش خشونت زناشویی را به طور بالقوه تقویت می کند. احتمال ارتکاب به خشونت فیزیکی مردان معتقد به ایده هایی که از پذیرش خشونت فیزیکی حمایت می کنند، ۲/۱۷ برابر افزایش می یابد و این افزایش احتمالاً از طریق افزایش اسنادهای منفی مردان و کاهش رضایت زناشویی تقویت می شود [همتی، ۱۳۸۳].

از سوی دیگر، هنوز هم به نوعی تنبیه بدنی در مدرسه ها زواج دارد. در این شرایط، معلمان به عنوان الگوی منفی برای خود والدین مطرح می شوند. چه بسا که بدرفتاری نیز سطح تشدید شده و پذیرفته ی تنبیه جهانی باشد و در واقع، رفتار معلم این پیام را به والدین بدهد که آن ها در تنبیه کودک صاحب حق هستند.

نگرش به تنبیه جسمانی کودکان نیاز به تغییر دارد. طبق مصوبه ی مجلس و وزارت آموزش و پرورش، تنبیه دانش آموزان در مدرسه ها ممنوع است. اخیراً نیز «انجمن حمایت از کودکان»، تلاش هایی قانونی را برای منع انواع کودک آزاری در سطح جامعه آغاز کرده است. معلمان و مدرسه ها باید از روش های ترجیحی دیگری استفاده کنند و به والدین آموزش داده شود که چگونه بدون تنبیه کودکان، با رفتارهای مشکل آن ها برخورد کنند. پذیرش مسؤلیت فردی رفتارها، آموزش مدیریت خشم، و راه حل های تضادهای میان فردی بین والدین نیز در این فرایند مؤثرند. والدین و

اولیای مدرسه باید از مشاجره‌ی لفظی و غیرلفظی در حضور بچه‌ها پرهیز کنند و در زمینه‌ی شیوه‌های مناسب تشویق و توبیخ، روش‌های مسالمت‌آمیز ارضای نیازهای کودکان، و پرهیز از برخورد خشونت‌آمیز با کودکان در مدرسه و خانواده تنویر شوند. آگاهی از واقعیت کودکان کار و خیابان، و آموزش‌های ویژه به نیروهای پلیس نیز در این زمینه ضرورت دارد.

با گسترش فرهنگ مذاکره و فرایند حل تعارض بین اعضای خانواده، همراه با اقدامات آموزشی مستمر، می‌توان درساختارهای اجتماعی، قوانین، آداب و رسوم، و نگرش‌های اجتماعی که از نابرابری اعضای خانواده حمایت می‌کنند، نفوذ کرد و تا حدودی فضای درون خانواده‌ها را بهبود بخشید [همتی، ۱۳۸۳].

### گسترش خدمات حمایت از خانواده‌های در معرض خطر

در خانواده‌های کم‌درآمد و تک‌سرپرست، مشکلات بیش‌تری مشاهده می‌شود و این خانواده‌ها به حمایت نیاز دارند. عواملی که قبلاً ذکر شدند، مشکلاتی را به دنبال دارند که بسیاری از والدین با آن‌ها درگیر هستند. والدینی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، برای این که کودکانشان را در آینده مورد بدرفتاری قرار ندهند، به کمک‌ها و حمایت‌های خاصی نیاز دارند، فقر مانعی عمده در فراهم ساختن مواد غذایی، سرپناه و مراقبت بهداشتی کافی و مناسب است. در عین حال، ناآگاهی والدین از مراحل رشد روانی-اجتماعی کودک، بدرفتاری را تشدید خواهد کرد [Taylor & Beavchpamp, 1988:343-354].

علاوه بر این، نبود آترناتیوی برای مراقبت از کودک به این معنی است که والدین تحت فشارند و زمان کم‌تری به خود و نیازهای عاطفی خود اختصاص می‌دهند. این شرایط می‌تواند بروز خشم، رفتار نکانشی یا بی‌توجهی به نیازهای کودکان را افزایش دهد.

مطالعاتی نیز در زمینه‌ی حمایت از والدین صورت گرفته است. بررسی ایگلند (۱۹۸۸) نشان داد، مادرانی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، اگر در دوران کودکی ارتباط متقابل حمایتی پایدار با بزرگسالان دیگر داشته و تحت درمان قرار گرفته باشند، بدرفتاری کم‌تری با کودکان خود خواهند داشت. این مسأله نشان می‌دهد که ارائه‌ی خدمات درمانی برای کودکان آزار دیده و دسترسی به والد یا بزرگسال حمایت‌کننده، می‌تواند احتمال بدرفتاری آتی را کاهش دهد. ملاقات در خانه نیز ممکن است، در کاهش بروز کودک‌آزاری مؤثر باشد.

اولدز<sup>۱۳</sup> و همکارانش (۱۹۸۶)، با بررسی اثر ملاقات‌های

خانگی پس از تولد در کاهش کودک‌آزاری در خانواده‌هایی که مادران نوجوان دارند، به این نتیجه رسیدند که ارائه‌ی خدمات کامل حمایتی به کودکان در معرض خطر، نه تنها بدرفتاری آتی را کاهش می‌دهد، بلکه تعاملات مثبت‌تری بین والدین و کودکان را در پی دارد. بررسی‌های دیگر نشان داده‌اند، خانواده‌هایی که در معرض خطر متوسط بدرفتاری با کودک هستند، آمادگی همکاری بیش‌تری در زمینه‌ی دریافت خدمات متنوعی مثل مشاوره، مراقبت طبیی، حمایت اجتماعی و شرکت در جلسات غنی‌سازی رابطه‌ی والد-

والدین شاغل نیز استرس‌های ویژه‌ی خود را تجربه می‌کنند که امکان دارد، ثبات شغلی‌شان را نیز به خطر اندازد. مراقبت از کودک، نیازمند مراقبت والدین شاغل و کودکان دیگر است

کودک (در مطب یا در خانه) برخورد دارند. در این گونه موارد، احتمال تقلیل برخی مشکلات خاص بیش‌تر است، برای مثال، بیش از نیمی از خانواده‌ها پیشرفت بارزی در حوزه‌های تعامل والد-کودک، ارتباطات، سرگرم کردن و تفریحات کودک نشان دادند و در مورد خانواده‌هایی که در زمینه‌ی انضباط کودک، کودک دشوار، یادگیری ضعیف و یا تعارض‌های والد-کودک مشکل داشتند، بهبودی کم‌تری دیده شد. در مورد خانواده‌هایی که مشکل اعتیاد داشته‌اند، بهبود کم‌تر از ۷ درصد مشاهده گردید.

به خاطر احتمال بدرفتاری و بی‌توجهی، برنامه‌ریزی مناسبی برای کمک به خانواده‌هایی که در معرض خطر قریب‌الوقوع کودک‌آزاری هستند، در جهت تدارک اسکان مناسب برای کودکان ضروری است. در این گونه شرایط لازم است، برنامه‌ی فشرده‌ی مداخله در بحران، در کنار ملاقات خانگی منظم به وسیله‌ی درمانگران کارآزموده، و ارائه‌ی حمایت عینی از کودکان، از قبیل تأمین غذا، پوشاک و سرپناه، و در ادامه، خدمات پیگیری، از جمله درمان و کمک به کودک با فراهم‌سازی خدمات در مؤسسات



### پیشگیری از سوءاستفاده‌ی جنسی از کودک

ماهیت پیشگیری از سوءاستفاده‌ی جنسی متفاوت از سوءاستفاده جسمانی است. ما در این قسمت اشاره‌ای کلی به برنامه‌های پیشگیری قابل استفاده در این زمینه خواهیم کرد.

برای پیشگیری از سوءاستفاده‌ی جنسی، استفاده از کتاب، برنامه‌های تلویزیونی و تصویری، و آموزش در سطح مدرسه‌ها می‌تواند مؤثر باشد. بعضی کودکان نمی‌دانند منظور از «سوءاستفاده‌ی جنسی» چیست. می‌توان به آن‌ها آموزش داد، از طریق تقویت مهارت‌هایی مثل «نه گفتن» به تماس‌های ناخواسته، با جسارت، بین تماس ایمن و نایمن تفاوت قائل شوند. این مسأله در پیشگیری یا اجتناب از سوءاستفاده مؤثر خواهد بود.

برنامه‌های آموزش و پیشگیری یا اجتناب، از نظر مواد آموزشی و دامنه‌ی مطالب ارائه شده، با هم متفاوت خواهند بود. مدت زمانی که برای ارائه‌ی پیام به کودک طول می‌کشد، مفاهیم استفاده شده در توصیف این مسأله، مکان ارائه‌ی مواد آموزشی (مثلاً در خانه، مدرسه و...)، چارچوب ارائه‌ی برنامه (مثلاً تصویری، آموزش از طریق معلمان و مواد چاپی)، میزان تعامل کودک با موضوعات (مثلاً کتاب‌خوانی، گوش دادن و پرسیدن سؤالات)، الگوسازی، ایفای نقش و آموزش سلسله مراتب مهارت‌ها، مواردی هستند که در تهیه‌ی برنامه‌ی پیشگیری باید مدنظر قرار گیرند. همچنین، دامنه‌ی تعداد افرادی که در سیستم حمایتی کودک قرار دارند تا کودک بتواند موضوعات را با آن‌ها در میان بگذارد، بسیار حائز اهمیت است.

هر برنامه‌ی آموزشی پیشگیری، سه راهبرد را در برخورد با پدیده‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی یا موقعیت‌های پرخطر به کودکان آموزش می‌دهد: کودکان یاد بگیرند «نه» بگویند، از موقعیت‌های خطرناک دوری کنند و در صورت وقوع هر اتفاقی، موضوع را با یک بزرگسال مطمئن در میان بگذارند. برای سنجش میزان یادگیری این

اجتماعی، به اجرا درآید. با توجه به شرایط حاکم بر مراکز نگهداری این کودکان و احتمال مجاورت با گروه‌های ناهمگونی از کودکان در شرایط مختلف، کمک به خانواده‌ها برای نگهداری کودکان در خانه، و اجتناب از جابه‌جا کردن این کودکان، مناسب‌تر خواهد بود. تقویت مهارت‌های ارتباطی و فرزندپروری و...، فرایند حل مسأله، آموزش به خانواده‌ها در زمینه‌ی نگاهش تنبیهات بدنی، توصیه به استفاده از منابع حمایتی جامعه در کنار خدمات مداخله‌ای فشرده، و ملاقات‌های خانگی پرستار و درمانگر کارآزموده، حداقل در کوتاه‌مدت می‌تواند اثربخش باشد.

استفاده از نوارهای تصویری تعاملات کودک - مادر، برای مادران امکان نقد رفتارهایشان را فراهم می‌کند و آموزش اضافی درباره‌ی مهارت‌های کنترل کودک نیز مثمرتر خواهد بود. ولف<sup>۱۱</sup> و همکارانش به این نتیجه رسیدند که آموزش فنون کنترل کودک همراه با حمایت اجتماعی می‌تواند، به رفع نیازهای خانواده‌هایی که در معرض خطر کودک‌آزاری هستند، مساعدت بیش‌تری کند.

در مجموع، مداخلات مرتبط با ملاقات خانگی به‌عنوان مداخله‌ی اولیه برای کاهش کودک‌آزاری، به ویژه در مورد خانواده‌های خاص، مثل خانواده‌هایی که سرپرست آن‌ها مادران فقیر و خیلی جوان هستند، کودکان نارس دارند، یا... می‌تواند مثمرتر باشد. این‌گونه مداخلات در سطوح متفاوتی به خانواده کمک می‌کنند. در سطح فردی، ملاقات‌گر خانگی (درمانگر کارآزموده) می‌تواند حمایت، مشاهده و رویکردهای مطلوب‌تر تربیت خانوادگی را ارائه کند. در سطح خانواده، درگیری و حمایت اعضای دیگر خانواده نیز در مراقبت کودک تقویت می‌شود. و بالاخره، در سطح اجتماعی، امکان ارجاع‌های مناسب و کمک گرفتن از منابع محلی برای خانواده‌ها فراهم می‌آید. به این ترتیب، این‌گونه مداخلات اولیه می‌تواند راهبرد اثربخشی در کمک به خانواده‌های پرخطر در جهت پیشگیری از انواع کودک‌آزاری باشد.

**با گسترش فرهنگ مذاکره و فرایند حل تعارض بین اعضای خانواده، همراه با اقدامات آموزشی مستمر، می‌توان در ساختارهای اجتماعی، قوانین، آداب و رسوم، و نگرش‌های اجتماعی که از نابرابری اعضای خانواده حمایت می‌کنند، نفوذ کرد و تا حدودی فضای درون خانواده‌ها را بهبود بخشید**

1. Kaplan
2. Sadock
3. Widom
4. Whipple
5. Garbarino
6. Finkelhor
7. Baron
8. Mayer
9. Black
10. Barth
11. Parker
12. Bonding
13. olds
14. Wolfe
15. Bad or Worthless

مهارت‌ها توسط کودک از چند طریق می‌توان اقدام کرد. از جمله می‌توان با استفاده از پرسش‌نامه‌های چندگزینه‌ای، سؤالانی را برای کودکان مطرح کرد. روش دیگر سنجش این مهارت‌ها، ارائه‌ی سناریوهای رفتاری متفاوت، مثلاً تماس مناسب و نامناسب، و پرسش از کودک در این مورد است که در این چنین موقعیت‌هایی چه باید کرد.

این نکته را نیز باید در نظر داشت که سوءاستفاده‌ی جنسی از کودک حتی ممکن است برای کودک حکم تروما داشته باشد. در این شرایط، ترومای کودک مطابق با سطح تحولی کودک ابراز می‌شود. کودکی ممکن است احساس خشم شدید، ترس و گناه کند و یا رفتارهای کناره‌گیری، پرخاشگرانه یا آزارگرانه نشان دهد. کودکی دیگر ممکن است، در شرایط دل‌بستگی ضعیف رشد کند و خود را «بدبایی ارزش»<sup>۱۵</sup> بداند. این احساسات ممکن است با سازوکارهای جابه‌جایی یا طرد کودک وخیم‌تر شوند.

کودک‌آزاری همراه با عوامل خطر ساز، در همه‌ی سطوح نظریه‌ی اکولوژیکی قابل ردیابی است؛ برای مثال، مهارت‌های تربیت ضعیف خانوادگی، فقدان بلوغ فکری و اجتماعی در مادران جوان در سطح فردی، تعارض بین والدین در سطح خانواده، انزوای اجتماعی، و پذیرش بدرفتاری با کودک در سطح جامعه. در بسیاری از موارد، کودک‌آزاری نتیجه‌ی تعامل این عوامل در سطوح متفاوت است. پرداختن به این مسأله در یک سطح کافی نیست و باید از طریق راهبردهای متنوع پیشگیری، به پدیده‌ی کودک‌آزاری نگریست.

طی سال‌های اخیر، تحقیق در مورد کودک‌آزاری پیشرفت‌های چشمگیری داشته است. با این حال، تشکیل کمیته‌ای ملی برای پرداختن به مسائل زیربنایی مؤثر در بروز پدیده‌ی کودک‌آزاری (از قبیل فقر و نگرش جامعه نسبت به کودک‌آزاری) ضروری است. همچنین، برای تقویت و گسترش برنامه‌های پیشگیری در زمینه‌ی شناخت ارتباط متقابل بین بدرفتاری، رشد روانی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سبک‌های فرزندپروری لازم است، تحقیقات مبسوطی صورت گیرد. به اطلاعات بسیار زیادی نیز درباره‌ی این که کدام راهبردهای پیشگیری مؤثر هستند و میزان تناسب آن‌ها با این خانواده‌ها، نیاز داریم. اگرچه با برنامه‌های ویژه‌ای می‌توان در مورد برخی خانواده‌ها، مثل خانواده‌هایی که با معضل اعتیاد درگیرند، پیشگیری‌های لازم را به عمل آورد، ولی در مورد خانواده‌های بسیاری، به خاطر پیچیدگی نیازهای چندگانه‌ای که دارند، خدمات جامع و گسترده‌ای باید ارائه شوند.

## منابع

۱. آفتاب یزد (روزنامه‌ی رسمی صبح)، دتی‌ماه ۱۳۸۴.
۲. تاجری، بیوک. «باورهای ناکارآمد و سوء مصرف مواد». فصل‌نامه‌ی علمی-پژوهشی اجتماع درمان‌مدار. سال دوم. شماره‌ی ۳.
۳. «سوء مصرف مواد و خشونت خانوادگی». فصل‌نامه‌ی علمی-پژوهشی صدای مشاور. سال دوم. شماره‌ی ۶.
۴. «پویایی‌ها و اشکال خشونت در خانواده اعتیادی». فصل‌نامه‌ی علمی-پژوهشی صدای مشاور. سال دوم. شماره‌ی ۷.
۵. روند اقتصادی (ماهنامه‌ی اقتصادی)، آبان ۱۳۸۴.
۶. سادوک و سادوک. خلاصه‌ی روانپزشکی (ج ۳). ترجمه‌ی نصرت‌الله پورافکاری. ۱۳۸۳.
۷. همتی، رضا. «عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان». فصل‌نامه‌ی علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی. سال سوم. بهار ۱۳۸۳.
8. Barth, R. P (1989). Evaluation of a task-centered child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 6.
9. Egeland, B.; Jacobvitz, D. & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59.
10. Finkelhor, D. & Baron, L. (1986). High-risk children. In D. Finkelhor (Ed.). *Sourcebook on child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
11. Gaines, K; Kaune, Michael & Miller, roger (2001). *Criminal Justice in action the core*. wadsworth.
12. Hal pern, R. (1990). Poverty and early childhood parenting: Toward a framwork for intervention. *American Journal of orthopsychiaty*, 60.
13. Taylor, D. K. & Beavchamp, C. (1988). Hospital-based primary prevention strategy in child abuse: A Multi-level needs addressment. *Child Abuse & Neglect*, 12.
14. Whipple, E. E. & Webster-stratton, C. (1991). The role of Parental stress in physically abusive families. *Child Abuse & Neglect*, 15.