

مقالات پژوهشی

بررسی کودک آزاری جسمانی در مراجعان سه درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان در شهرستان تهران

چکیده

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که به منظور بررسی وضعیت کودک آزاری جسمانی در کودکان شهر تهران، در آذر ۱۳۷۹ به مدت ده روز انجام گرفته است. در این پژوهش، ۴۵ دستیار آموزش دیده تخصصی کودکان، ۳۰۱۹ کودک زیر ۱۸ سال مراجعه کننده به سه مرکز آموزشی کودکان تهران (بیمارستان‌های بهرامی، حضرت علی اصغر (ع) و مرکز طبی کودکان) را مورد مطالعه قرار دادند که از این تعداد، ۱۵۷۸ پسر و ۱۴۴۱ دختر بودند. با انجام مصاحبه بالینی، معاینه فیزیکی و تکمیل پرسش نامه بررسی کودک آزاری جسمانی روی مراجعان این مراکز، در مجموع ۳۶۷ کودک، یعنی ۱۲/۲ درصد آنها (۱۴/۵ درصد پسران و ۹/۶ درصد دختران) دچار آزار جسمانی شده بودند. علائم آسیب، بیشتر در صورت، اندام فوقانی، پشت و اندام تحتانی بود. شدت آسیب وارده، در ۱۲/۸ درصد موارد شدید و ۸۷/۲ درصد موارد در حد متوسط بوده است. والدین بیش از سایرین، عامل کودک آزاری جسمانی بوده‌اند. بیشترین عامل مستعدکننده کودک آزاری جسمانی در نمونه‌های مورد مطالعه را بیش فعالی، شب ادراری و ناخواسته بودن تشکیل داده‌اند.

۳۴/۱ درصد عاملان کودک آزاری جسمانی، دارای سابقه آزار جسمی در کودکی بودند و ۲۶/۴ درصد آنها نیز در گذشته سابقه اعمال کودک آزاری داشته‌اند. عوامل مستعدکننده کودک آزاری جسمانی در خانواده کودکان آسیب دیده، بیشتر مربوط به پر اولاد بودن، اعتیاد یکی از اعضای خانواده و وجود استرس حاد و شدید در طول ۶ ماه گذشته بوده است.

با انجام آزمون χ^2 ، ارتباط معنی داری بین اقدام به کودک آزاری جسمانی با سن، جنس، محل سکونت، جدایی والدین و سابقه آزار جسمانی در کودکی والدین، مشاهده شد ($Pvalue < 0.001$).

دکتر علی اکبر سناری

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی

سیدعباس باقری یزدی

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

دکتر بهروز طلیلی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر کتابون خوشای

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و

توانبخشی

دکتر داود شاه محمدی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر فرید ایمان زاده

استادیار دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی

دکتر حسن کرمی

متخصص اطفال

واژگان کلیدی: کودک آزاری جسمانی / درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان / شهر تهران

مقدمه

یکی از مسایل مهمی که امروزه متخصصان علوم رفتاری و پزشکی، سازمان پزشکی قانونی و متخصصان کودکان با آن روبه‌رو هستند، مسئله آزار جسمی، روانی و جنسی کودکان توسط والدین، و یا مراقبان آنها است. (۱)

کودک آزاری از جمله آسیب‌های اجتماعی است که به دلیل گستردگی عوامل مؤثر و تأثیرات عمیقی که این عوامل بر رشد و شخصیت کودک، خانواده وی و اجتماع دارند، می‌تواند به عنوان یکی از اولویت‌های مسائل بهداشتی و درمانی، در کشورهای مختلف جهان مورد توجه قرار گیرد. (۲)

حدود کودک آزاری از محروم ساختن کودک از غذا، لباس، سرپناه و محبت پدر و مادری، تا مواردی که در آن، کودکان از نظر جسمی توسط یک فرد بالغ مورد آزار و بدرفتاری قرار می‌گیرند و ممکن است موجب صدمه دیدن و مرگ آنان شود، گسترده است. (۳)

پس از انتشار مقاله «سندرم کودک کتک خورده»^(۱) توسط کمپ^(۲) و همکاران در سال ۱۹۶۲ بود که توجه به مسئله آزار در کودکان آغاز شد و از آن تاریخ به بعد، پژوهش‌های بسیاری در این زمینه صورت گرفت. (۸)

طبق گزارش لودویگ و کورنبرگ^(۳) (۱۹۹۲)، میزان کودک آزاری در ایالات متحده، از سال ۱۹۷۶ لغایت ۱۹۸۳، هر ساله افزایش داشته است، به طوری که این میزان در سال ۱۹۷۶، ۱۰/۱ در هزار و در سال ۱۹۸۳، ۲۳/۶ در هزار بوده است. در طول این مدت، بیش از ۵۰ هزار کودک به دست والدینشان کشته شده‌اند و بیش از ۲۵ میلیون کودک، مورد آزار و بی‌توجهی قرار گرفته‌اند. (۹)

بر اساس آمار کمیته ملی پیشگیری از کودک آزاری در ایالات متحده در سال ۱۹۹۴، بیش از سه میلیون کودک، به دلیل این که مورد آزار قرار گرفته بودند، به مؤسسات خدمات حفاظت از کودک ارجاع شدند. بر طبق همین آمار، ۴۵ کودک از هر ۱۰۰۰ کودک، قربانی بدرفتاری والدین خود بوده‌اند و این برآورد از یک افزایش ۵۰ درصدی از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۳ حکایت دارد. (۱۰)

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۹، حدود ۴۰ میلیون کودک ۴-۵ ساله در سراسر جهان در معرض آزار و غفلت والدین یا مراقبان خود بوده‌اند، به نحوی که نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی، درمانی و اجتماعی پیدا کرده‌اند. (۱۱)

بررسی دیگری که در ایالات متحده روی ۲/۴ میلیون مورد

کودک آزاری انجام شد، نشان داد که ۲۷ درصد مورد آزار جسمانی، ۱۶ درصد آزار جنسی، ۸ درصد بدرفتاری عاطفی و ۵۵ درصد مورد بی‌توجهی قرار گرفته‌اند. طبق این گزارش، فقر، سطح بالای خشونت در اعضای خانواده و ابتلای یک یا هر دو والد به مواد مخدر، از جمله عوامل مستعد کننده به شمار می‌روند. (۱۲)

کودک آزاری رفتاری است که عوامل متعددی در بروز آن دخالت دارند. بخشی از این عوامل را فاکتورهای محیطی و خانوادگی (وضعیت روانی والدین، مشکلات اقتصادی، درگیری‌های خانوادگی، قوانین مربوط به حقوق کودک در جامعه و نگرش‌های مربوط به تعلیم و تربیت) تشکیل داده و بخشی نیز به خود کودک (مسایل جسمی و روانی آنها) مربوط می‌شود. (۱۱)

وجود بیماری روانی یا جسمی مزمن، اعتیاد یا سابقه کودک آزاری جسمانی در گذشته والدین، هم‌چنین شلوغ بودن خانواده، وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین و وجود تاریخچه خشونت و کودک آزاری در اعضای خانواده، از جمله عوامل مستعد کننده کودک آزاری جسمانی به شمار می‌روند. نارس بودن، ناخواسته بودن، معلولیت و بیش‌فعالی کودک، از جمله عوامل دیگری هستند که می‌توانند در بروز کودک آزاری نقش بسزایی داشته باشند. (۱۳)

تک والدی بودن، سابقه جدایی و طلاق والدین، از دست دادن شغل یا مرگ یکی از اعضای خانواده نیز از عوامل دیگر مستعد کننده کودک آزاری جسمانی به شمار می‌روند. (۱۴ و ۱۵)

مطالعاتی که در زمینه کودک آزاری در ایران انجام گرفته، دلالت بر شیوع بیشتر کودک آزاری جسمانی نسبت به سایر انواع سوء رفتار و هم‌چنین، شیوع بیشتر آن در پسران نسبت به دختران داشته است. (۷-۴) در این مطالعات، وضعیت اقتصادی پایین، خانواده پرجمعیت، سطح تحصیلات پایین والدین، بیماری‌های روانی و جسمی مزمن اعضای خانواده و مشکلات و درگیری‌های خانوادگی با کودک آزاری جسمانی ارتباط داشته است. این مطالعات، اکثراً در شهر تهران و روی دانش‌آموزان مقاطع مختلف تحصیلی صورت گرفته است.

با توجه به عدم وجود آمار در زمینه حجم مشکل کودک آزاری جسمانی در سطح جامعه، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با حمایت و همکاری دفتر صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) مطالعه‌ای در زمینه موارد کودک آزاری جسمانی در مراجعان مراکز درمانی اختصاصی کودکان شهر تهران

1-The battered child syndrom 2-Kempe
3-Ludwig and korenberg

ج - اطلاعات مربوط به عامل کودک آزاری جسمانی (۵ سؤال): این قسمت، شامل سؤال‌هایی پیرامون نسبت فرد کودک آزار با کودک آسیب دیده، میزان سواد، شغل، سن و سابقه عامل کودک آزاری جسمانی است.

روش اجرا

به منظور رعایت یکسانی و هم‌آهنگی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از دستیاران متخصص اطفال (سال دوم و سوم) استفاده شده است. این دستیاران، به طور جداگانه در مراکز تحصیل خود، مدت سه ساعت درباره پرسش‌نامه و نحوه پرسشگری آموزش دیدند. پس از حصول اطمینان از توانمندی پرسشگران و رفع نواقص و پاسخ به سؤال‌های آنها، مرحله اجرا به طور همزمان در سه مرکز آغاز و اطلاعات آن با استفاده از مصاحبه و معاینه بالینی تکمیل شد. در طول زمان اجرای طرح، نحوه کار پرسشگران توسط همکاران علمی اجرایی طرح مورد نظارت قرار گرفت. تعداد دستیاران همکار این طرح، ۴۵ نفر بودند.

روش تجزیه و تحلیل

در این مطالعه، موارد کودک آزاری جسمانی، عمدتاً براساس مشاهده علائم و آثار آسیب بر روی بدن مراجعه‌کنندگان و مصاحبه بالینی با والدین یا همراهان کودک، و تأیید آنها بوده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پرسش‌نامه‌ها، نرم‌افزار کامپیوتری Epi6 مورد استفاده قرار گرفت و نتایج آن، براساس آمار توصیفی و آزمون χ^2 گزارش شده است.

یافته‌ها

از مجموع ۳۰۱۹ کودک مراجعه‌کننده، ۱۵۷۸ نفر پسر (۵۲/۳ درصد) و ۱۴۴۱ نفر دختر (۴۷/۷ درصد) بودند. از نظر سنی، ۱۶/۷ درصد زیر یکسال، ۳۷/۸ درصد ۵-۱ سال، ۲۳/۵ درصد ۱۰-۶ سال و ۲۲ درصد نیز ۱۸-۱۱ سال سن داشتند. میانگین وانحراف معیار سن پسران مورد مطالعه به ترتیب، ۴/۹۳ و ۴/۴۵ سال و دختران مورد مطالعه، ۵/۵۵ و ۴/۲۴ سال بوده است.

از مجموع ۳۸/۸ درصد کودکانی که به سن مدرسه رسیده بودند، ۲ درصد ترک تحصیل کرده و ۱/۱ درصد نیز اصلاً به مدرسه نرفته بودند.

بیشتر کودکان مورد مطالعه (۸۳/۹ درصد) در مناطق شهری

انجام داد. هدف این مطالعه، بررسی موارد کودک آزاری جسمانی در مراجعان این مراکز و شناسایی عوامل مستعدکننده آن بوده، تا با استفاده از نتایج بررسی بتوان زمینه طراحی مطالعات کاربردی مربوط به پیشگیری از کودک آزاری در کشور را فراهم آورد.

مواد و روش تمکین

روش بررسی

جامعه آماری این بررسی عبارت بودند از سه مرکز اورژانس و درمانگاه اختصاصی کودکان شهر تهران به شرح زیر:

- ۱- مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت علی اصغر (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۲- مرکز طبی کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- بیمارستان کودکان بهرامی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

نمونه‌های مورد مطالعه در این بررسی را کلیه مراجعان زیر ۱۸ سال درمانگاه و مراکز اورژانس کودکان بیمارستان‌های یاد شده، در طول ۱۰ روز اجرای طرح (از تاریخ ۷۹/۹/۲۰ تا ۷۹/۹/۳۰) تشکیل می‌دادند.

به منظور انجام این پژوهش، از پرسش‌نامه پروتکل سوءرفتار جسمانی با کودکان، استفاده شد که از طرف سازمان جهانی بهداشت سری ۹۴/۱ (WHO/FHG/CHD) پیشنهاد شده است. پس از ترجمه پرسش‌نامه، به منظور تطابق با فرهنگ ایرانی، بعضی سؤال‌ها و گزینه‌های آن تغییر یافت و سؤال‌هایی نیز به آن اضافه شد. اعتبار محتوی سؤال‌ها، توسط اعضای کمیته علمی پیشگیری از کودک آزاری، بررسی و پس از اجرای آزمایشی بر روی ۵ نفر و رفع نواقص و ایرادهای آن، به تأیید رسید.

این پرسش‌نامه از سه بخش تشکیل شده است:

الف - بخش اطلاعات دموگرافیک (۲۵ سؤال): این بخش، اطلاعاتی راجع به سن، جنس، میزان تحصیلات، اشتغال به کار، محل سکونت کودکان مراجعه‌کننده به مراکز و همچنین، اطلاعاتی راجع به سن، سواد و شغل والدین آنها به دست می‌دهد.

ب - اطلاعات پزشکی (۱۱ سؤال): سؤال‌های این بخش، پس از معاینه و مصاحبه اولیه تکمیل می‌شد و در صورت مشکوک شدن دستیاران مراکز به وجود کودک آزاری، موارد به ثبت می‌رسید. سؤال‌ها عبارت بودند از، محل آسیب، شدت آسیب، علل بروز کودک آزاری، ویژگی‌های کودک آسیب دیده و محل رویداد کودک آزاری.

درصد و سابقه طلاق در ۲/۶ درصد والدین کودکان مورد بررسی وجود داشته است.

با انجام مصاحبه بالینی و معاینه فیزیکی دستیاران از مراجعان، در مجموع ۳۶۷ نفر (۱۲/۲ درصد) از کودکان زیر ۱۸ سال مورد مطالعه، علائمی از آزار جسمانی در بدن خود داشته‌اند که این میزان در پسران با ۱۴/۵ درصد، بیش از دختران بوده است (جدول ۱).

سکونت داشته‌اند، ۵۲ درصد در منازل شخصی، ۴۵/۱ درصد در منازل استیجاری و ۲/۹ درصد نیز در منازل سازمانی زندگی می‌کردند.

از مجموع ۳/۸ درصد کودکانی که در هنگام بررسی، به کار اشتغال داشته‌اند، ۱/۶ درصد در کارگاه‌ها، ۱/۲ درصد دست‌فروشی در خیابان‌ها، ۰/۶ درصد در کارخانه‌ها و ۰/۴ درصد در منازل دیگران کار می‌کردند. سابقه جدایی در ۴/۹

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی موارد کودک‌آزاری جسمانی در نمونه‌های مورد مطالعه (n=۳۰۱۹)

کلی	دختر		پسر		مستغیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۳۶۷	۹/۶	۱۳۸	۱۴/۵	۲۲۹	۷/۷
خیر	۲۶۵۲	۹۰/۴	۱۳۰۳	۸۵/۵	۱۳۴۹	۴۴/۳

اعضای خانواده ذکر شده است. (۳/۵ درصد موارد) بالاترین درصد ویژگی کودکان آسیب دیده جسمانی مورد مطالعه، مربوط به بیش فعالی با ۲۳/۴ درصد، شب‌اداری با ۱۲/۸ درصد و ناخواسته بودن با ۱۰/۹ درصد و کمترین درصد مربوط به بیماری روانی در کودکان مورد بررسی بوده است. اطلاعات مربوط به سابقه عامل کودک‌آزاری جسمانی، در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

یافته‌های این مطالعه، هم‌چنین نشان دادند که بالاترین درصد عامل کودک‌آزاری جسمانی در کودکان آسیب‌دیده، مربوط به پدر با ۴۸/۵ درصد و مادر با ۲۸/۳ درصد بوده است. در مجموع، ۶/۸ درصد کودک‌آزاری جسمانی، توسط ناپدری و نامادری کودکان صورت گرفته بود. اطلاعات مربوط به ویژگی خانواده کودکان آسیب دیده جسمانی، در جدول شماره ۳ آورده شده است.

یافته‌های این بررسی نشان داد، بالاترین درصد محل آسیب در کودکان آسیب دیده جسمانی مورد مطالعه مربوط به صورت (۴۱/۷ درصد)، بازو یا دست‌ها (۳۰/۸ درصد)، پشت یا شانه‌ها (۲۶/۷ درصد) و... و کمترین درصد مربوط به کاسه سر با ۱/۱ درصد بوده است. بالاترین درصد روش احتمالی آسیب‌رسانی در کودکان آسیب‌دیده جسمانی مورد مطالعه، استفاده از دست‌ها توسط عامل کودک‌آزار (۷۷/۷ درصد موارد)، زدن با مشت و کمر بند (۳۱/۳ درصد موارد) و... کمترین درصد مربوط به مسموم کردن در ۲/۲ درصد موارد بوده است. شدت آسیب وارده در ۱۲/۸ درصد کودکان آسیب دیده در حد شدید و ۸۷/۲ درصد موارد در حد متوسط بوده است. شدت آسیب در ۶/۹ درصد موارد، باعث بستری شدن کودک آسیب دیده در مراکز درمانی شده است. محل وقوع کودک‌آزاری جسمانی در نمونه‌های مورد مطالعه، در ۹۰/۷ درصد موارد در خانه، ۳/۳ درصد در محل کار، ۱/۴ درصد در مدرسه، ۰/۳ درصد در مرکز نگهداری کودک و ۴/۳ درصد نیز نامشخص بوده است. بالاترین ملاک تشخیص کودک‌آزاری جسمانی در نمونه‌های مورد مطالعه، گزارش خود کودک (۳۷/۶ درصد)، گزارش اطرافیان و همراهان (۳۴/۳ درصد) و اقرار کودک‌آزار (۲۲/۶ درصد) بوده است. کمترین درصد ملاک تشخیص کودک‌آزاری جسمانی در کودکان مورد مطالعه، وجود سابقه قبلی کودک‌آزاری جسمانی در سایر

جدول ۲ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی سابقه عامل کودک‌آزاری جسمانی در نمونه‌های مورد مطالعه

متغیر	پسر (n=۲۲۹)		دختر (n=۱۳۸)		کل (n=۳۶۷)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سابقه آزار جسمی در کودکی	۷۷	۳۳/۶	۴۸	۳۴/۸	۱۲۵	۳۴/۱
سابقه کودک‌آزاری در گذشته	۶۰	۲۶/۲	۳۷	۲۶/۸	۹۷	۲۶/۴
سابقه بیماری روانی	۱۱	۴/۸	۹	۶/۵	۲۰	۵/۴
سابقه اعتیاد به مواد مخدر	۴۸	۲۱	۲۳	۱۶/۷	۷۱	۱۹/۳
سابقه سوء پیشینه و محکومیت	۱۰	۴/۴	۶	۴/۳	۱۶	۴/۴
نامشخص	۲۳	۱۰	۱۵	۱۰/۹	۳۸	۱۰/۴

جدول ۳ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های خانواده کودکان آسیب دیده جسمانی مورد مطالعه

متغیر	پسر (n=۲۲۹)		دختر (n=۱۳۸)		کل (n=۳۶۷)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پراولاد بودن (تعداد فرزندان ۴ به بالا)	۹۰	۳۹/۳	۴۶	۳۳/۳	۱۳۶	۳۷/۱
اعتیاد یکی از اعضای خانواده	۵۱	۲۲/۲	۴۳	۳۱/۲	۹۴	۲۵/۶
سابقه بیماری روانی در اعضای خانواده	۵	۲/۲	۴	۳	۹	۲/۵
سابقه بیماری جسمی مزمن در خانواده	۱۷	۷/۴	۹	۶/۵	۲۶	۷/۱
سابقه معلولیت جسمی در خانواده	۹	۳/۹	۷	۵/۱	۱۶	۴/۴
سابقه سوء پیشینه و محکومیت در خانواده	۷	۳/۱	۹	۶/۵	۱۶	۴/۴
استرس حاد و شدید در طول ۶ ماه گذشته	۶۵	۲۴/۵	۳۵	۲۵/۴	۹۱	۲۴/۸
تک سرپرستی	۱۷	۷/۴	۳	۲/۲	۲۰	۵/۴
درآمد کم و وضعیت پایین اقتصادی	۳۹	۱۷	۲۰	۱۴/۵	۵۹	۱۶/۱

* در بعضی موارد بیش از یک گزینه انتخاب شده، لذا جمع درصدها بیش از ۱۰۰ است.

جدول ۴ - بررسی ارتباط کودک‌آزاری جسمانی با عوامل دموگرافیک در نمونه‌های مورد مطالعه

معنی داری سطح	X ²	کودک‌آزاری جسمانی		متغیر	
		وجود نداشته	وجود داشته	پسر	دختر
P<۰/۰۰۱	۱۶/۷۲	۱۳۴۹	۲۲۹	پسر	جنس
		۱۳۰۳	۱۳۸		
P<۰/۰۰۱	۲۵/۶۹	۲۲۴۲	۲۷۱	زیر ۱۰ سال	سن
		۴۱۰	۹۶		
P<۰/۰۰۱	۸۱/۵۵	۳۶۶	۱۱۹	روستا	محل سکونت
		۲۲۸۶	۲۴۸		
P<۰/۰۰۱	۸۸/۴۶	۱۴۷	۷۰	بله	سابقه جدایی والدین
		۲۵۰۵	۲۹۷		
P<۰/۰۰۱	۲۱۳/۸۱	۵۷	۶۸	بله	سابقه کودک‌آزاری در کودکی والدین
		۲۵۹۵	۲۹۹		

بحث و نتیجه‌گیری

شدید در خانوار طی ۶ ماه گذشته نیز از دیگر عوامل مستعد کننده کودک آزاری بوده و دیدگاه بررسی‌های ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۱) را مورد تأیید قرار می‌دهد و نشان‌دهنده این است که عوامل روانی و اجتماعی می‌تواند نقش بسزایی در بروز کودک آزاری جسمانی ایفا کند.

همان‌طور که یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد، ۳۴/۱ درصد کودک آزاران جسمانی، در کودکی خود سابقه آزار جسمی داشته‌اند و ۲۶/۴ درصد آنها نیز در گذشته سابقه کودک آزاری داشته‌اند. بیشترین درصد کودک آزاری، توسط افرادی روی داده که بی‌سواد یا کم‌سواد بوده و عمدتاً بی‌کار بوده‌اند.

ارتباط معنی‌داری بین وجود کودک آزاری جسمانی با متغیرهای سن، جنس، سابقه جدایی و طلاق والدین، فوت والدین و محل سکونت آنها مشاهده شد که یافته‌های ارائه شده توسط امری، لامن بیلینگز (۱۹۹۸)، ساید بوتام و همکاران (۲۰۰۱)، جلیلی (۱۳۷۴) و رحیمی موقر (۱۳۷۶) را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که تأمین و حفظ بهداشت روانی خانواده، تأثیری مستقیم و مؤثر بر کاهش کودک آزاری در سطح جامعه دارد. بهبود وضعیت اجتماعی، شناسایی به موقع افراد آسیب‌پذیر و فراهم آوردن شرایطی که فرد از نظر روانی کمتر در معرض استرس و آسیب قرار گیرد، می‌تواند به کاهش کودک آزاری منجر شود.

آموزش کلیه افراد جامعه به خصوص والدین، مربیان و کودکان، در دستیابی به شرایط فوق نقش اساسی و کلیدی دارد. این آموزش‌ها موجب افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد جامعه شده، اصلاح رفتار کودک آزاری را سبب می‌شود.

برنامه‌ریزی‌های آموزشی در راستای بالابردن آگاهی خانواده‌ها از اثرات مخرب و منفی کودک آزاری بر شخصیت و رشد کودکان و همچنین، تغییر نگرش آنها و استفاده از روش‌های مثبت تربیتی (تشویق) به جای تنبیه، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش بروز کودک آزاری جسمانی داشته باشد.

آموزش مهارت‌های زندگی و اجتماعی به کودکان در سنین مدرسه و شیوه‌های مناسب مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا به کودکان و والدین آنها، موجب بهبود شرایط رفتاری والدین با کودکان شده، نهایتاً کاهش موارد کودک آزاری را در پی خواهد داشت.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

۱- نتایج این مطالعه هر چند تخمینی از حجم و اندازه مشکل را

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، تاکنون مطالعه جامع و گسترده‌ای در زمینه کودک آزاری در ایران انجام نشده، لیکن گزارش‌های محدود و پراکنده‌ای که در خصوص این رفتار انتشار یافته‌اند، ضمن تأیید وجود کودک آزاری جسمانی در سطح جامعه، نتوانسته‌اند وضعیت واقعی سوء رفتار با کودکان را نشان دهند. از سوی دیگر، به دلیل محدودیت‌ها، وجود فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌ها و همچنین تعاریف متفاوت، بررسی‌های جامع و گسترده‌ای پیرامون این موضوع، در دیگر کشورهای جهان نیز انجام نشده است.

این بررسی، نخستین گام برای برآورد تقریبی حجم مشکل کودک آزاری در ایران است. با استفاده از نتایج این مطالعه و تدوین برنامه‌های دقیق و منسجم، و همچنین، مطالعات ساختار یافته دیگر، می‌توان شیوع واقعی کودک آزاری و انواع آن را در کشور به دست آورد. براساس معاینه فیزیکی کودکان مراجعه کننده و مصاحبه بالینی با آنها و والدینشان توسط پزشکان عمومی، در مجموع ۱۲/۲ درصد نمونه‌ها، دچار کودک آزار جسمانی شده بودند که این میزان در پسران بیش از دختران بوده است. هر چند مقایسه میزان موارد کودک آزاری جسمانی به دست آمده در این بررسی، با دیگر مطالعات، اجرا شده در ایران، به دلیل متفاوت بودن ابزار و جامعه آماری آنها، امکان‌پذیر نیست، لیکن همگی مؤید وجود مشکل سوء رفتار با کودکان در ایران هستند و با توجه به تأثیر کودک آزاری بر رشد و شخصیت کودکان، خانواده آنها و اجتماع، به نظر می‌رسد که در ایران نیز همانند سایر کشورهای جهان، باید این مشکل به عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج این بررسی در زمینه عوامل مستعد کننده کودک آزاری، نشان داد که بیشترین ویژگی کودک آسیب دیده، بیش فعالی، شب‌اداری و ناخواسته بودن ذکر شده و این کودکان، با کتک خوردن و بیشتر به وسیله کمر بند و تسمه، توسط والدین یا مراقبان خود مورد ضرب و جرح قرار گرفته بودند. این یافته مؤید نتایج بررسی‌های انجام شده لودویگ و کورنبرگ (۱۹۹۲)، امری و لامن بیلینگز^(۱) (۱۹۹۸)، ساید بوتام^(۲) و همکاران (۲۰۰۱)، نوروزی (۱۳۷۲) و محمدخانی (۱۳۷۸) است. پایین بودن سن والدین، شلوغی خانواده، ضعف والدین در تربیت فرزندان و عدم آگاهی از مشکلات آنها، احتمالاً می‌تواند از دلایل بروز کودک آزاری در خانواده افراد مورد مطالعه به شمار آید. علاوه بر موارد فوق، وجود اعتیاد در یکی از اعضای خانواده و استرس حاد و

فرهنگی می‌تواند تغییر پیدا کند. بنابراین، در تجدید نظر این پرسش‌نامه لازم است از متخصصان مردم‌شناس و جامعه‌شناس استفاده شود تا با لحاظ کردن عنصر فرهنگ در پرسش‌نامه، میزان اعتبار و پایایی آن افزایش یابد.

تقدیرنامه

از جناب آقای دیالو نماینده محترم یونیسیف در ایران، دکتر محمد مهدی گویا رئیس محترم مرکز مدیریت بیماری‌ها، دکتر بهرامی، دکتر مسعود موحدی رئیس محترم مرکز طبی کودکان، دکتر شهربانو نخعی رئیس محترم بیمارستان حضرت علی اصغر(ع)، دکتر ماندانا عسکری نسب و شیرین نیرنوری کارشناسان ارشد محترم یونیسیف در ایران و کلیه اعضای کمیته علمی پیشگیری از کودک‌آزاری این معاونت، که ما را در به انجام رسیدن این پژوهش یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کند.

ارائه می‌دهد، ولی این یافته‌ها قابل تعمیم به کل جامعه نیستند، زیرا، اولاً کلیه کودکان آسیب‌دیده، برای درمان به این مراکز مراجعه نمی‌کنند؛ ثانیاً، به دلیل تخصصی بودن، بخش اعظم مراجعان مراکز را مراجعان ارجاعی از سایر مراکز درمانی و مطب‌های خصوصی تشکیل می‌دهند، لذا این مراکز نمی‌توانند نشانگر وضع کلی جامعه باشند، هم‌چنین، میزان شیوع انواع پاتولوژی مراجعان این مراکز، منطبق با شیوع واقعی آنها در سطح جامعه نیست.

۲- پرسش‌نامه اجرا شده در این بررسی، که توسط سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد شده است، گرچه توسط اعضای کمیته علمی پیشگیری از کودک‌آزاری مورد تجدید نظر قرار گرفت، لیکن فاقد سؤال‌هایی راجع به وضعیت اقتصادی اجتماعی و نگرش افراد نسبت به کودک‌آزاری است، لذا پیشنهاد می‌شود، این پرسش‌نامه برای استفاده در بررسی‌های جامع و گسترده، مجدداً مورد تجدید نظر قرار گرفته، اصلاحاتی روی آن انجام شود.

۳- تعاریف فعلی رفتار کودک‌آزاری، تحت تأثیر مسایل



- ۱- کاهانی، علیرضا و توفیقی، حسن. (۱۳۷۵). کودک‌آزاری جسمانی عمدی. تهران: مجله علمی پزشکی قانونی، شماره دهم، ص ۵۶-۵۱.
- ۲- رحیمی، شهرام و قاسم‌زاده، فاطمه. (۱۳۷۷). راهنمای آموزش پیمان‌نامه حقوق کودک. از مجموعه انتشارات دفتر یونیسیف در ایران.
- ۳- کاپلان، هارولد و سادوک، بنجامین. (۱۹۸۸). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: دکتر نصرت‌اله پورافکاری، ۱۳۶۹، تبریز، انتشارات تابش، جلد چهارم ص ۹۵-۲۸۹.
- ۴- نوروزی، فاطمه. (۱۳۷۲). بررسی پیشینه کودک‌آزاری و بی‌توجهی در دانش آموزان ۱۸-۱۴ ساله تهرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران.
- ۵- جلیلی، بهروز (۱۳۷۴). سوء رفتار جسمانی با کودک. تهران: پایان‌نامه دکتری پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ۶- رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۷۶). بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در کوی سیزده آبان شهری و ناحیه‌ای از منطقه ۳ تهران در سال ۱۳۷۵. تهران، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- ۷- محمدخانی، پروانه. (۱۳۷۸). کودک‌آزاری، شیوع، ویژگی‌های روانشناختی کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی و سلامت عمومی والدین آنها، پایان‌نامه رساله دکتری روانشناسی، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.

8-Kempe, Alan. (1998). Abuse in the family. Chapter 2: Child physical abuse, Broobs/cole publishing company, page 41-69.

9-Ludwing, S. and Korenberg, A.E. (1992). Child abuse: a medical reference. NewYork, Churchill-Linington.

10-Kaplan, H.I. and Sadock. B.J. (1995). Comprehensive testbook of psychiatry. VI Volume, william & wilking company.

11-WHO.(1994). Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children. Geneva, WHO/FHE/CHD/94.1.

12-Daro, D. and Mitchel, L. (1990). Current trend in child abuse reporting & fatalities: the result of the 1989 Annual fifty state survey. NCFPCA, Chicago.

13-WHO. (1999). Report of the consultation on child abuse prevention. Geneva.

14-Sidebotham, peter; Goldin, Jean and et al (2001). Children maltreatment in the children of the nineties. A longitudinal study of parental risk factors. Child abuse and neglect, 25, 1177-1200.

15-Emery, R.E.S. Laumman-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes and consequences of abusive family, relationships toward differentiating maltreatment and violence. Journal of American psychologist, Volume 53, No.2, P 121-135.