

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

عنوان :

بررسی شیوع کودک آزاری در وابستگان به

مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک خود

معرف شهر یزد

فصل اول

مقدمه

کودک آزاری^۱

کودک آزاری و مسامحه به کلیه صدمات و آزارهای جسمی^۲، آزارهای روانی و خلقی^۳،

آزارهای جنسی^۴ و سهل انگاری^۵ یا بدرفتاری^۱ با کودک گفته می شود که توسط شخصی

که عهده دار مسئولیت سلامتی جسمی و روانی و آسایش و رفاه کودک است، اعمال

می شود و در نتیجه آن سلامتی جسمی، روانی، بهداشتی و یا آسایش و رفاه کودک صدمه

دیده و آسیب می بیند و شامل طیف وسیعی از اعمال سوء رفتار گرایانه یا انجام ندادن

وظایف و مسئولیت هایی است که در نتیجه آن رخداد حوادث و حالات مرضی و مرگ

است و بر اساس طبقه بندی DSMIV کودک آزاری به سه نوع آزارهای جسمی، آزارهای

جنسی و مسامحه می باشد ولی دو نوع دیگر کودک آزاری نیز ذکر شده که روی هم به

پنج نوع زیر می باشد:

1- Child abuse

2- Physical abuse

3- Pshychological abuse

4- Sexual abuse

5- Neglect

۱- آزارهای جسمی ۲- مسامحه ۳- آزارهای جنسی ۴- آزارهای روانی و خلقی ۵-

آزارهای مراسم و آئین خرافی^۲.

۱- آزارهای جسمی: به کلیه اعمالی گفته می شود که نتیجه آن صدمات جسمی کودک

است و عامدانه انجام می شود. از قبیل کتک زدن، گاز گرفتن، سوزن زدن، لگد زدن،

سوزاندن و مسموم کردن که در اثر این اعمال آسیب به پوست و بافت سطحی بدن، صدمه به

سر، صدمه به ارگان های داخلی بدن و اسکلتی بدن کودک وارد می شود.

۲- مسامحه و اهمال کاری: عبارت است از انواع سهل انگاری و مسامحه و کوتاهی کردن

در فراهم آوردن مناسب و کافی عواملی که در نگهداری مناسب از کودکان لازم است و به

عبارت دیگر سهل انگاری در حفاظت کودک از خطرات و صدماتی که وی را تهدید می

کند که این خطرات ممکن است خطرات محیطی و یا صدماتی باشد که از طرف دیگران یا

به صورت جاهلانه و یا بدخواهانه به کودک وارد می شود که شامل صدمات فیزیکی یا

خلقی و یا تربیتی است. کلاً مسامحه و سهل انگاری به انواع سهل انگاری های جسمی و یا

سهل انگاری های خلقی و روانی، سهل انگاری های تربیتی و سهل انگاری در درمان بیماری

های کودک و سهل انگاری های بهداشتی می باشد، این نوع کودک آزاری شایع ترین نوع

کودک آزاری است.

1- Maltreatment

2- Ritual abuse

۳- آزارهای جنسی: شامل طیف وسیعی از سوء رفتارهای جنسی با کودک می باشد که توسط یک فرد بالغ و یا کودکی دیگر که از او بزرگتر است از روی اجبار و زور اعمال می شود و از دستکاری و دستمالی از روی لباس تا زناى به عنف را شامل می شود. این اعمال می تواند بین دو جنس یکسان و یا دو جنس مختلف باشد. بزرگسالان و فامیل های کودک که ممکن است نسبت دوری با وی داشته باشند ولی بی واسطه در رابطه با کودک می باشند، بیشترین موارد کودک آزاری جنسی را مرتکب می شوند. بدین صورت کودکان معمولاً شخص آزاردهنده را می شناسند و او شخصی است که معمولاً مورد اعتماد و اطمینان و یا دارای شخصیت مثبت و مقبول در نزد خانواده می باشد و دسترسی وسیع به کودک دارد. کودک آزاری جنسی به علت طبیعت زشت و ناپسند آن و به علت احساس شرم و احساس گناه قربانیان آن و یا جهالت و نادانی آنها و یا به علت عادی شدن مسئله برای آنها و یا به علت تهدید از طرف متجاوزین جنسی که قربانیان را از بازگو کردن مسئله به شدت می ترسانند و به علل مختلف دیگر کمتر گزارش و ثبت می شود.

۴- آزارهای روانی و خلقی: آزارهای روانی معمولاً به اعمالی مانند حبس کردن و جدا کردن طفل و عدم دوست داشتن وی و یا واپس زدن کودک و یا بی ارزش جلوه دادن و یا خوار و ذلیل کردن وی و جلوگیری از ارتباطات اجتماعی کودک و تهدید کردن و ترساندن وی گفته می شود.

آزارهای خلقی به حملات و تهدیدها و ایجاد رعب و وحشت و هتک حرمت کودک و فحش و ناسزاگویی به صورت لفظی و شفاهی گفته می شود.

۵- آزارهای مراسم و آیین خرافی: شامل آزارهایی است که به سبب عقاید خرافی به کودک اعمال می شود و شامل آزارهای جسمی و جنسی و روانی و خلقی می باشد که در اثر اعتقادات خرافی و شیطانی کودک و ادار به انجام کارهایی می شود که نتیجه آن رخداد حوادثی است که به صدمات فیزیکی و انواع دیگر صدماتی که ذکر شد می انجامد. به عبارت دیگر کودک آزاری آئینی یک مفهوم ستیزه جویانه از نظر صاحب نظران است که یک پدیده وحشتناک در آمریکا می باشد. در صورتی که کسانی که کودکان را وادار به این اعمال می کنند، ممکن است عمیقاً مدعی باشند که دلایل و طرح و نقشه قانع کننده درباره اینگونه رفتارها دارند.

تاریخچه

از گذشته های دور و از هزاران سال قبل در همه قسمت های زمین سرکوب اطفال و انواع بدرفتاری با کودکان قسمتی از رفتارهای بشری بوده است.

از زمان های درازی در تاریخ اروپا و آمریکا تمایل ایجاد شد که در این زمینه جار و جنجال و سر و صدا ایجاد شود (کودک آزاری هایی که از نظر اجتماعی قابل قبول بود).

از دوره دوم تا اواخر دوره سوم بعضی از رفتارها مورد نکوهش قرار گرفت ولی کماکان تا حدود سال ۱۸۶۰ بدرفتاری با کودکان چندان مورد توجه قرار نگرفته بود تا چارلز دیکنز^۱ در کتاب (اولیور توئیست^۲ ۱۸۳۹-۱۸۷۳) و ویکتور هوگو^۳ در کتاب (بینوایان^۴ ۱۸۶۲) در مورد کودکان رنج دیده مطلبی نوشتند. از آن زمان بدرفتاری با کودکان بیشتر مورد توجه قرار گرفت. در سال ۱۸۶۰ یک فرانسوی پاتولوژیست به نام آمبریوس تاردیو^۵ یافته های خود را در مورد کودکانی که به شدت مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند و فوت کرده بودند بعد از اتوپسی از آنان بیان کرد که در سال ۱۸۷۴ در نیویورک ماری الن^۶ در مدت ۸ سال در مورد دخترانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند، تحقیقاتی انجام داد و مطاب زیادی با کارهایی که در کلیسا انجام داد، کشف کرد. اما آنها فهمیدند تنها مرکزی که موجود است و می تواند به آنها کمک کند تنها یک مرکز حمایت از حیوانات می باشد بدین طریق آنها یک جامعه ای جهت پیشگیری از بی رحمی نسبت به کودکان یافتند.

بدین طریق نیویورک در سال ۱۸۷۵ اولین ایالتی بود که قانونی جهت حمایت از کودکان در آنجا وضع شد و این ایالت الگویی برای ایالات دیگر در آمریکا شد. در دوره چهارم

¹ - Charls Dickens

² - Oliver Twist

³ - Victor Hugo

⁴ - Les Miserables

⁵ - Ambroise Tardieu

⁶ - Mary Ellen

تاریخی در سال ۱۹۴۶ در مورد کودک آزاری بازنشاسایی جدید و کامل تری صورت گرفت این عمل توسط یک متخصص کودک و رادیولوژیست به نام جان کافی^۱ انجام شد. وی متوجه سندرمی در کودکان به نام صدمات جسمی متعدد و هماتوم های مزمن ساب دورال شد. در سال ۱۹۶۲ هنری کمپ^۲ و همکارانش جهت توجه پزشکان در هنگام گرفتن شرح حال و تاریخچه، به بدرفتاری با کودکان هشدارهایی دادند که تحت عنوان «سندرم کودک کتک خورده»^۱ می باشد.

در سال ۱۹۷۴ حکومت فدرال فعالیت هایی جهت جلوگیری و حمایت و درمان کودکان آزار دیده انجام داد. از جمله دادن اطلاعات یکسان و استاندارد جهت حمایت از کودکان آزار دیده. قانون مبارزه با کودک آزاری در ابتدا به پیدا کردن افرادی که مرتکب کودک آزاری می شدند و مجازات آنها می پرداخت اما اکنون توجه اصلی جهت متحد کردن خانواده ها و احیاء کانون خانواده و پیشگیری از بروز کودک آزاری می باشد. در سال های بعد مفهوم سوء رفتار به صورت طیفی از بدرفتاری ها شامل فقدان محبت، اهمال کاری، سوء تغذیه و... درآمد. با پیشرفت مطالعات و تحقیقات مشخص شد که آماري که از کودک آزاری منتشر می شود مانند قسمت بیرونی کوه یخ است که آن قسمتی که ما می توانیم ببینیم تنها بخش کودکی از آن است و قسمت عمده آن زیر آب قرار گرفته است.

¹- John Caffey

²- Henry kempe

با وجود قوانین فوق هنوز هم سالیانه هزاران کودک از طرف والدین خود و یا افراد دیگر

که سرپرستی کودک را به عهده دارند و یا در مدرسه، کتک می خورند، محبوس و زندانی

می شوند، گرسنه می مانند، سوزانده می شوند و مورد تجاوز جنسی قرار می گیرند.

کودک آزاری در طبقه بندی علمی تشخیص بیماری های روانی

در اولین و دومین DSM (DSMI, DSMII) اشاره ای به بدرفتاری با کودکان نشده بود و

فقط در کودکان با اختلالات مغزی اثرهای زیان آور سهل انگاری و مسامحه مانند سوء

تغذیه و صدمات جسمی ذکر شده بود. در طبقه بندی در این سیستم که توسط گروه مجرب

روانپزشکی انجام شد، اگرچه در مورد مسامحه و آزارهای جسمی اشارات خوبی شده بود،

با این وجود این بدرفتاری با کودکان به طور مشخص در این سیستم در نظر گرفته نشده بود.

در DSM II که توسط (APA)^۲ منتشر شد، پنج مشخصه برای شرایطی که کودک در گروه

کودکان با اختلالات مغزی گنجانده نشده بود در نظر گرفته شد. این ۵ مشخصه در واقع

تمرینی برای طبقه بندی بین المللی بیماری بود در نهمین تجدید نظر (ICD-9-CM)

مشخصات دقیقی برای بدرفتاری با کودکان در نظر گرفته نشده بود و یا وجود این کودک

آزاری را در قالب (مشکل والدین - کودک)^۳ گنجانده بودند.

¹ - The battered child syndrome

² - American Psychiatric Association

³ - Parent child problem

DSM II به طور اختصاصی مشخص کرد که به عنوان مثال (مشکل والدین - کودک) شامل

کودک آزاری هایی نیز هست که ارتباطی به اختلالات مغزی والدین ندارد.

در بازنگری سومین چاپ از DSM (DSM III-R) یکسری یافته های مشترکی برای (مشکل

والدین - کودک) پیش بینی شده بود. این یافته ها هم برای والدین و هم برای کودک، وقتی

که رفتارهای آنها مورد توجه است و ظاهراً غیرمرتبط با ناهنجاری های مغزی در شخص

است قابل استفاده بود.

در DSM IV قسمتی اختصاص یافته به حالت های دیگر، که ممکن است در کودک

آزاری باشد، با تکیه بر یافته های بالینی، همچنین قسمت مخصوص دیگری به مسائل مربوط

به بدرفتاری و مسامحه اختصاص یافته، که شامل جزء دیگری نیز هست که ارتباط با

بدرفتاری با کودکان دارد.

برای اولین بار تشخیص واضح کودک آزاری جسمی، آزارهای جنسی در کودکان و سهل

انگاری و مسامحه با کودکان آسان شد. به علاوه DSM IV تشخیص را آسان کرد، ائم از

اینکه شخص آزاردهنده مورد ارزیابی قرار گرفته باشند و یا اینکه قربانی و کودک آزار

دیده مورد ارزیابی قرار بگیرد. البته در DSMIV طبق دهمین بازنگری طبقه بندی آماری بین

المللی^۱، بیماری ها و مسائل بهداشت روانی (1-CD-10) یک ترم مشترکی می باشند و فقط
کد آنها با هم مختلف است.

شیوع و همه گیرشناسی

کمیته ملی پیشگیری از کودک آزاری هر سال اطلاعات مربوط به میزان وقوع بدرفتاری با
کودکان را جمع آوری می کند. طبق برآورد این کمیته در سال ۱۹۹۷ در حدود ۳/۲ میلیون
نفر قربانی بدرفتاری به سرویس های حمایتی گزارش شده است. در این گزارشات حدود ۱
میلیون نفر با دلیل و مدرک، مورد آزار قرار گرفتند به اثبات رسیده بود که این نشان
دهنده این است که از هر ۱۰۰۰ کودک ۱۵ نفر مورد کودک آزاری واقع شده اند. از این
یک میلیون نفر ۵۴ درصد مورد مسامحه و سهل انگاری و ۲۲ درصد مورد آزارهای جسمی
و ۸ درصد مورد سوء رفتار جنسی واقع شده بودند. همچنین آزارهای روانی، خلقی ۴ درصد
و موارد دیگر آزارها، ۱ درصد را به خود اختصاص داده بودند. همچنین این کمیته گزارش
کرد که در سال ۱۹۹۶ بالغ بر ۱۰۰۰ کودک در اثر بدرفتاری فوت کرده اند که ۳۸ درصد
این موارد را کودکان زیر ۱ سال تشکیل می دادند.

طبق گزارش مرکزی ملی پیشگیری از کودک آزاری و مسامحه در سال ۱۹۹۵، میانگین
سنی کودکان آزار دیده حدود ۷ سالگی بوده است که در حدود ۵۳ درصد آنها، دختر و ۴۷
درصد آنها، پسر بودند. در این گزارش ۷۹ درصد قربانیان توسط والدین خود و ۱۰ درصد

¹ - International statical classification

توسط بستگان دیگرشان مورد کودک آزاری قرا گرفته بودند. همچنین ۵ درصد توسط

افراد غیره و ۲ درصد توسط ناپدری و نامادری خود مورد آزار قرار گرفته بودند.

بر اساس اظهارات کمیته ملی پیشگیری از کودک آزاری حدود ۳ میلیون مورد کودک

آزاری و مسامحه در سال ۱۹۹۴ به مراکز و آژانس های مربوطه گزارش شده است که

حدود ۱ میلیون مورد آنها مورد آزار قرار گرفتند و به اثبات رسیده بود. هر سال در

ایالات متحده حدود ۲۰۰۰ نفر در اثر کودک آزاری می میرند و هر ساله حدود ۱۵۰۰۰۰ تا

۲۰۰۰۰۰ مورد جدید سوء رفتار جنسی گزارش می شود. تقریباً از هر سه یا چهار دختر و از

هر هفت یا هشت پسر یک نفر تا سن ۱۸ سالگی مورد تهاجم جنسی واقع می شدند. بروز

واقعی، احتمالاً بالاتر از این ارقام می باشد، زیرا بسیاری از کودکان قربانی بدرفتاری

شناسایی نمی شدند و بسیاری نیز تمایل به گزارش سوء رفتار ندارند. طبق این گزارش در

حدود ۲۴ درصد کمتر از ۵ سال سن داشتند و ۲۷ درصد بین ۵ تا ۹ سال و ۲۷ درصد بین ۱۰

تا ۱۴ ساله و ۱۴ درصد حدود ۱۵ تا ۱۸ ساله بودند. بیش از ۵۰ درصد کودکان قربانی سوء

رفتار و مسامحه هنگام تولد نارس و یا وزن هنگام تولد پایین داشتند. ۷۵ درصد فرد سوء

رفتارگر، یکی از والدین کودک و ۱۵ درصد، بستگان، دیگر حدود ۱۰ درصد، مراقبین

غیرخویشاوند کودک بوده است.

اخیراً حملات جنسی به کودکان از سوی دیگر افزایش یافته است. ۱۶۰۰ جوان که کودکان

را مورد تهاجم جنسی قرار داده بودند، در یک مرکز دانشگاهی پیشگیری از سوء رفتار مورد

مطالعه قرار گرفتند و نتیجه آن این بود که ۲۵٪ این جوانان قب از ۱۲ سالگی مبادرت به تهاجم جنسی را شروع کرده اند، رهبران گروه اغلب خودشان مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته بودند. برآوردهای مربوط به میزان بروز بدرفتاری و سهل انگاری در کودکان متفاوت است و بستگی به تعریف و منبع آن دارد. در هر سال حدود ۱٪ کودکان تحت انواع بدرفتاری و سهل انگاری قرار می گیرند که حدود $\frac{2}{3}$ آنها مورد بدرفتاری جسمی و حدود $\frac{1}{4}$ آنها مورد سوء استفاده جنسی و ۵٪ این کودکان رشد ناکافی در اثر تغذیه نامناسب و ناکافی دارند و درصد کمتر دیگر مورد سهل انگاری بهداشتی درمانی، عدم مراقبت کافی و مناسبی، دارو خوراندن، مسموم شدن و بدرفتاری های هیجانی قرار گرفته بودند. در هر حال برآوردهایی که با بازدیدهای خانه به خانه در مورد کودک آزاری به دست آمده است به رقمی در حدود ۱ تا ۴ میلیون مورد در سال بالغ می شود.

میزان گزارش بدرفتاری در مواردی که کودک سفید پوست و از خانواده مرفه است یا اگر مسئولیت بدرفتاری به مادر نسبت داده شود و یا اگر بدرفتاری جنبه عاطفی و روانی داشته باشد، کمتر می باشد. در خلال سال های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۲ گزارشات مربوط به انواع بدرفتاری با کودکان در حدود ۵۰٪ افزایش نشان می دهد و از ۳۰ مورد از هر ۱۰۰۰ کودک یا به عبارتی ۳٪ به ۴۵ مورد از هر ۱۰۰۰ کودک ($\frac{4}{5}$ ٪) افزایش یافته است. در سال ۱۹۹۲ حدود ۹۲۰۰۰۰۰ نه میلیون و دویست هزار مورد به سرویس های حمایت از کودکان گزارش شده

است. همچنین ۱۲۶۱ کودک در اثر بدرفتاری جان سپرده اند، البته افزایش گزارشات عموماً به دلیل پیشرفت موردیابی و اصلاح روش های گزارشگری بوده است، تا افزایش مطلق میزان بروز کودک آزاری. با ایجاد و پیدایش گروه های بازنگری در مرگ کودکان انتظار می رود موارد بیشتری از مرگ های ناشی از بدرفتاری با کودکان کشف گردد. با این حال میزان بروز واقعی کودک آزاری نامشخص است و حدس زده می شود که تقریباً ۱۵-۱۰٪ حوادث اطفال که در اورژانس های بیمارستان ها درمان می شوند در نتیجه کودک آزاری است. در بیش از ۸۰٪ از موارد کودک آزاری، فردی که مرتکب این سوء رفتار با کودکان شده بود، یکی از افرادی بوده که در همان خانه سکونت داشت. در این بین پدر ۲۱٪، مادر ۲۱٪، پرستار ۸٪، ناپدری ۵٪ و حدود ۸٪ موارد کودک با هر دو والد زندگی می کردند و در ۲۰٪ موارد والدین از هم جدا شده بودند و سن مادر حدود ۲۶ و سن پدر حدود ۳۰ سال بوده است.

سبب شناسی

فاکتورهای زیای در ارتکاب به کودک آزاری و انواع مسامحه دخیل می باشد، والدین سوء رفتارگر خود اغلب قربانیان کودک آزاری جسمی و جنسی می باشند و به مدت طولانی در خانواده های جابر و سختگیر زندگی کرده اند و در معرض درد و زجر شدید بوده اند و این یک عامل قوی جهت ترغیب آنها به رفتارهای تهاجمی می باشد. بدین طریق والدینی که خود قربانی تنبیه بدنی خشن و بدرفتاری های بی رحمانه هستند، این روش را به صورت

عرف و سنت به خانواده خود انتقال می دهند و خود به یک سوء رفتارگر تبدیل می شوند، در بعضی موارد آنها معتقدند که این یک راه و روش مناسب جهت تعلیم و آموزش نظم و انضباط به کودکان می باشد.

در موارد دیگر والدین دچار دودلی و شک و تردید نسبت به این روش می باشند. اما معتقدند که آنها از روش والدینشان پیروی نمی کنند ولی در حقیقت رفتارشان با کودکانشان، چیزی شبیه به رفتار والدینشان با خودشان می باشد. همیشه اطفال مورد سوء رفتار از نظر والدینشان، کودکانی متفاوت یا عقب افتاده و مشکل برای تربیت تلقی می شوند یا اینکه از کودکانشان، توقعات نامناسب دارند. زندگی در خانواده ها تهدست و یا پرازدحام و زندگی در شرایط پراسترس، به رفتارهای تهاجمانه کمک می کند و ممکن است به اقدام به کودک آزاری جسمی بیانجامد. نداشتن ارتباط با دیگران و خانواده های بسته و منزوی، نداشتن سیستم حمایتی همچنین در والدینی که سوء مصرف مواد دارند، زمینه ارتکاب به کودک آزاری و سهل انگاری و انواع مسامحه را افزایش می دهد.

اگرچه کودک آزاری در هر طبقه اجتماعی و جغرافیایی اتفاق می افتد ولی در ارتباط نزدیکی با استرس های اجتماعی روانی و استرس های شدید مخصوصاً استرس های اقتصادی دارد همچنین کودک آزاری ارتباط مستقیمی با میزان تحصیلات و سطح پایین تربیتی والدین، بیکاری، فقر و رفاه کم و زندگی با یکی از والدین دارد. همچنین کودک آزاری ارتباط نزدیکی با خصوصیات خانوادگی از جمله خانواده های سختگیر و محدود از

نظر روابط اجتماعی، بیماری های روانی پدر و مادر و والدینی که سوء مصرف مواد، به خصوص الکلیسم دارند دارد. ریسک فاکتورهایی که بد رفتاری با کودکان را ممکن است افزایش دهد عبارتند از داشتن کودکان نارس، عقب افتاده ذهنی و مشکلات جسمی حرکتی. فاکتورهای اجتماعی، جغرافیایی، فیزیولوژیکی و روانشناختی، همه اینها می توانند عاملی جهت شکستن دیوار و حریم تجاوز جنسی به محارم باشند. رفتارهایی چون زنا با محارم ارتباط نزدیکی با اعتیاد به الکل دارد. زندگی در جوامع پرازدحام که برخوردهای فیزیکی را افزایش می دهد، همچنین زندگی در جوامع بسته و محدود روستایی که از نظر برخوردهای اجتماعی خارج از فامیل محدود می باشند، چنین رفتارهایی را افزایش می دهد. ممکن است در بعضی جوامع نسبت به رفتارهای جنسی با محارم اغماض بیشتری صورت گیرد. اختلالات مهم مغزی و نقصان فکری در بسیاری از کسانی که مرتکب انواع آزارهای جنسی و زنا با محارم می شوند دیده شده است. از یک لحاظ زنا با محارم ممکن است فرمی از کودک آزاری باشد یا اینکه در اثر یک نوع اشتیاق و علاقه غیرطبیعی به اطفال^۱ و یا اینکه یک نوع زنا با محارم باشد. از عوامل دیگری که کودک آزاری را افزایش می دهد عبارتند از: نارس بودن کودکان، عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی جسمی، گریه های زیاد، انتظارات غیر معمول از کودک و کودکان بیش فعال به خصوص زمانی که توانایی والدین آنها برای تربیت کودک محدود است. همچنین در یک مطالعه ای، بروز کودک آزاری در

افرادی که وابستگی به خانه و خانواده نداشته اند بیش از افرادی بود که به خانه و خانواده وابستگی داشتند.

مطالعات نشان داده است که کودک آزاری ارتباط مستقیم و تنگاتنگی با اختلالات سوء مصرف مواد و اعتیاد، به خصوص اگر پدر و مادر هر دو مصرف کننده باشند دارد.

از عوامل دیگر، فرار کودکان از خانواده است. در یک بررسی که در تهران انجام شد، میزان

شیوع کودک آزاری جنسی در کودکان خیابانی حدود ۲۰/۸٪ بود و در این کودکان

افسردگی ۴۸/۲٪ مشاهده شد. مادران بیش از پدران مرتکب سوء رفتار جسمی می شوند و

معمولاً یکی از والدین آزاردهنده فعال است و دیگری نظاره گر منفعل. در یک مطالعه که

روی مرتکبین به کودک آزاری انجام گرفته است، ۱۰٪ افراد کودک آزار در همان خانه‌ای

که کودک زندگی می کند بوده اند. در این مطالعه بیش از ۸۰٪ کودکان آزار دیده با

والدینی که رسماً ازدواج کرده اند زندگی می کردند و حدود ۲۰٪ دیگر کودکانی بودند

که با یکی از والدین زندگی می کردند. اکثراً کودکان آزار دیده در خانواده های فقیر و از

لحاظ اجتماعی منزوی زندگی می کنند همچنین والدین کودک آزار توقعات نامناسب از

فرزندانشان دارند و در واقع این وارونگی نیازهای^۲ آنهاست. بدین معنی که والدین طوری با

کودک رفتار می کنند که گویی کودک بزرگتر از آنهاست و پدر یا مادر اغلب برای به

1- Pedo phillia

2- Role reverse

دست آوردن آرامش و اطمینان خاطر و محافظت به کودک روی می آورند و انتظار واکنش محبت آمیز از کودک دارند. ۹۰٪ چنین والدینی خود مورد آزار شدید جسمی از سو پدر یا مادرشان قرار گرفته بودند. آزارهای جنسی اغلب توسط مردان انجام می شود، گرچه زنان نیز به تنهایی یا همراه با مردان در آزار جنسی کودکان شرکت دارند. ۹۵٪ سوء رفتار جنسی با دختران بوده و ۸۰٪ با سوء رفتار جنسی با پسران به دست مردان انجام می شود. در برخی موارد بچه بازی عامل آزار جنسی است و مرتکب بالغ با بچه ها بیشتر از افراد بزرگسال تحریک می شود، ولی در بسیاری از موارد دیگر فرد ارتکاب کننده هیچ برتری خاصی برای کودکان به عنوان شریک جنسی قائل نیست. لازم به ذکر است که در مواردی ممکن است سوء رفتار جنسی با آزار جسمی همراه باشد.

از علل مهم کودک آزاری خصوصاً جسمی خشونت والدین است که این خشونت الزاماً نه پاتولوژیک است و نه سرشتی و ژنتیکی. حدود ۹۹/۹٪ از خشونت ها دلیل قابل ملاحظه پاتولوژیک ندارد. خشونت یک مشکل رفتاری است و کنترل آن بالطبع از طریق رفتاری امکان پذیر است.

در سال های اخیر کوشش های فراوانی برای یکپارچه کردن یافته های پژوهش های مربوط به کودک آزاری و الگوهای سبب شناسی آزار صورت گرفته است و عوامل مختلفی از جمله بوم شناختی، پدیده های فردی، عوامل فرهنگی، عوامل اجتماعی، عوامل خانوادگی مورد بحث قرار گرفته اند. در الگوی بوم شناختی عوامل شخصیتی براینفن برینر، والدین

فاقد اعتماد به نفس بالا، ضعف کنترل تکانشی، عدم امکان کنترل بیرونی عواطف منفی، واکنش های شدید آنها در برابر استرس ها به عنوان عوامل فردی معرفی شده اند. ساختار خانواده و فشارهای روانی مزمن مانند از دست دادن شغل و یا مرگ یکی از اعضای خانواده و روش های حل مشکلات میان پدران و مادران به عنوان عوامل اجتماعی مورد توجه قرار گرفته اند. در این الگو زمینه های بوم شناختی عبارتند از: شرایط اقتصادی اجتماعی برای مثال فقر، عدم ارائه خدمات خانواده، انزوای اجتماعی و نبود همبستگی اجتماعی در جامعه براینفن برینر عامل چهارم را زمینه اجتماعی و فرهنگی خانواده می داند که مواردی چون نظام ارزش ها و باورهای مردم در به کاربردن تنبیه های بدنی، افراط در محروم سازی را دربر می گیرد. همچنین یافته های مربوط به عواملی چون فقر، محیط های خانوادگی نامساعد، آشفتگی و بی سر و سامانی خانواده در پیشینه پژوهش مورد توجه قرار گرفته است. در الگوی نظری لاچاریت، ایدر و کوتر، بی توجهی نسبت به کودک به عنوان متغیری فرش شده که نه تنها به الگوی ارتباط واقعی والدین و کودک مربوط می شود بلکه با الگوی روابط زناشویی و تاریخچه رشد والدین نیز رابطه دارد.

گاربارینو^۱ (۱۹۷۶) از بدرفتاری با کودکان به عنوان نشانه های اجتماعی کیفیت زندگی خانواده ها یاد کرده است. او به رابطه بدرفتاری با کودک با عواملی مانند استرس های شدید و عدم حمایت خانواده و اطرافیان، وضعیت اقتصادی نامناسب و برخی ویژگی های

روانشناختی اشاره کرده است. بررسی رابطه میان کیفیت زندگی والدین و ویژگی های جمعیت شناختی نشان داده که کیفیت زندگی با متغیر شغل پدر رابطه معنی داری ندارد، اما با متغیرهای دیگر مانند شغل مادر، تحصیلات پدر و مادر و وضعیت اقتصادی خانواده رابطه معنی داری نشان می دهد. نتایج یاد شده نشان می دهد که خانواده های دارای مادران شاغل در مقایسه های دارای مادران غیرشاغل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. لاچاریت^۲ و همکارانش در سال ۱۹۹۸ الگویی را مطرح کردند که در آن بی توجهی نسبت به کودک نه تنها با الگوی خاص ارتباط میان کودک و والدین مربوط می باشد بلکه با الگوی روابط زناشویی و نگاره رشد هر یک از والدین ارتباط دارد. گاربارینو نیز از بدرفتاری با کودک به عنوان نشانه های اجتماعی کیفیت زندگی خانواده ها یاد می کند. وی استرس های شدید خانواده، عدم دریافت حمایت های اجتماعی و وضعیت بد و نامناسب رفتاری والدین را در خانواده های سوء رفتارگر مؤثر می داند. آگاتونس و برادرانش در بررسی و مطالعه ای روابط زناشویی نامناسب را در خانواده های کودک آزار مورد توجه قرار داده است. همچنین در مطالعه ای که دکتر حمیدرضا احمدخانی ها و همکارانش در مورد تجاوز جنسی در کودکان خیابانی تهران انجام دادند، میزان سوء استفاده جنسی در این کودکان ۲۰/۸٪ گزارش شده است.

1- Garbarino

2- Lacharit

علائم بالینی و تشخیص

مقدمه

برای تشخیص کودک آزاری هیچگونه علائم و نشانه های اختصاصی و تشخیصی خاصی وجود ندارد. تشخیص کودک آزاری با مجموعه ای از یافته های بالینی و شناخت خصوصیات والدین سوء رفتارگر و همچنین با کمک یک مصاحبه از والدین کودک و به دست آوردن اطلاعات جانبی میسر می گردد. کودکان آزار دیده سیمای متنوعی از انواع تأثیرات خلقی، رفتاری و جسمی را نشان می دهند، هر چند این علائم روان شناختی ممکن است بدون سابقه کودک آزاری نیز در کودکی مشاهده شود. مجموعه ای از علائم روانشناسی در کودکان آزار دیده به اضافه رفتارهای والدین کودک آزار ممکن است الگویی بالینی جهت تشخیص کودک آزاری در اختیار ما قرار دهد، هر چند در بسیاری از موارد این الگو کمک کننده است اما نباید فراموش کرد که به تنهایی نمی تواند جهت تشخیص کودک آزاری معیار قطعی محسوب شود.

علائم و خصوصیات کودکان آزار دیده جسمی

در بسیاری از موارد معاینه بالینی و بررسی های رادیولوژیک جراحات متعدد و مشکوک را به وضوح نشان می دهد. این کودکان معمولاً از خود رفتارهایی بروز می دهند که شک به کودک آزاری را برمی انگیزاند. به عنوان مثال ممکن است این کودکان حالت ترس و وحشت غیرمتعارف داشته باشند یا بسیار کم حرف و سربه زیر باشند و یا ممکن است

بدگمان و بی اعتماد و حالت جبهه گرفته از خود نشان دهند. آنها ممکن است حالت محتاطانه در برخوردهای فیزیکی داشته باشند و معمولاً انتظار ندارند از کارهایی که می کنند دیگران و بزرگترها راضی باشند و انتظارات آنها را برآورده کند. آنها ممکن است دائماً در حال گوش به زنگ نسبت به اطراف و همچنین خطرات پیرامون خود باشند و یا ممکن است از رفتن به خانه ترس داشته باشند در نوشته های مربوط به اهمیت روانشناختی کودک آزاری جسمی و مسامحه طیف وسیعی از اثرات در این کودکان ذکر شده است از جمله آثارهای نامنظم بودن و رفتارهای تهاجمی - داشتن الگوهای ارتباطی غیرطبیعی. همچنین اگر به دقت بنگریم آثار محرومیت اجتماعی و رفتارهای تهاجمی حاکی از گرفتاری بزرگ و آسیب دیدگی آنها می باشد. کودکان آزاردیده جسمی دامنه گسترده ای از علائم اختلالات آسیب شناختی روانی از قبیل افسردگی، اختلالات ارتباطی، اختلالات بیش فعالی و نقص توجه و اختلال جسارت متناقض، اختلالات تجزیه ای و PTSD¹ را دارا می باشند. افرادی که معاینه بالینی کودک را انجام می دهند، می بایست توجه کافی به کودک آزاری داشته باشند.

هنگامی که کودکی جراحات و کوفتگی هایی دارد که والدین کودک برای آن توضیح مناسب و دلیل کافی و قانع کننده ای ندارند باید شک به کودک آزاری کرد. این جراحات و کوفتگی ها معمولاً یک شکل و شبیه هم و متقارن می باشند. مثلاً جراحات در هر دو

¹ - Posttraumatic stress disorder

سمت صورت دیده می شود و شکل منظمی در پشت و باسن و پاها دارد. جراحات تصادفی و اتفاقی معمولاً متقارن و هم شکل نیستند. کوفتگی ها ممکن است به شکل وسیله ای باشد که از آن جهت کودک آزاری و ایجاد ضرب و جرح استفاده شده است. مثلاً ممکن است شکل تسمه و یا سگک کمر بند و یا شکل طناب روی بدن مشخص باشد. سوختگی و اسکار باقیمانده از آن در اثر سیگار معمولاً متعدد و شبیه یکدیگر و گرد می باشد. سوختگی در اثر فروبردن عضوی از کودک در آب جوش شبیه به جوراب یا دستکش می باشد و یا شبیه شیرینی دونات می باشد. صدمات فیزیکی معمولاً شکستگی های متعدد و ماریچی به خصوص در بچه های کم سن و سال ایجاد می کند. همچنین خونریزی های شبکه در نوزادان ممکن است در اثر تکان های^۱ شدید ایجاد شود.

در کودکانی که مکرراً به علت صدمات و جراحات عجیب و غریب به اورژانس آورده می شوند و برای دلایل گیج کننده ای ارائه می کنند باید شک به کودک آزاری کرد. همچنین در مسمومیت با دارو و سموم و دهیدراتاسیون هیپوناترمیک باید شک به عمدی بودن آن به خصوص توسط والدین با اختلالات روانی کرد و بررسی های لازم را به عمل آورد. در اورژانس های بیمارستان ها معمولاً کودکان آزار دیده جسمی با جراحات و کوفتگی ها و بریدگی ها و کبودی هایی در قسمت خارجی بدن مشاهده می شوند. همچنین له شدگی بافت نرم، سوختگی، پارگی و هماتوم ها و دهیدراتاسیون هایپوناترمیک بعد از

¹ - Shaken baby syndrome

یک دره محرومیت از آب توسط والدین به خصوص مادر روانی از دیگر اشکال کودک آزاری می باشد. ناتوانی حرکتی بخصوص در انتهاها به علت در رفتگی ها و شکستگی ها همراه با علائم نورولوژیک اینتراکرنیال معمولاً می تواند نشان دهنده وارد آمدن تروما باشد. نشانه ها و علائم بالینی دیگر تروماها در اثر آزارهای فیزیکی شامل جراحات احشایی، پارگی معده و روده و کبد و یا پانکراس می باشد که در اثر تروماهای شکم ایجاد می شود. این کودکان معمولاً به کلینیک ها یا مطب های خصوصی و یا اورژانس ها به حالت کما یا تشنج آورده می شوند و بعضی از آنها فوت می کنند. کودکانی که تحت آزارهای رفتاری بوده اند ممکن است ظاهر گوشه گیر و ترسیده داشته باشند یا رفتارهای تهاجمانه نشان دهند.

خصوصیات والدین سوء رفتارگر جسمی

والدین سوء رفتارگر جسمی معمولاً جهت طلب کمک در موارد بروز صدمات و جراحات جسمی با تأخیر اقدام می کنند. شرح حالی که والدین در مورد یافته های بالینی می دهند غیر موجه و منافی با هم می باشد. این والدین ادعا می کنند که مقصر اصلی در رابطه با صدمات وارده به کودکان خود کودکانشان می باشند. شخصیت والدین سوء رفتارگر شامل تاریخچه ای از مورد سوء رفتار قرار گرفتن در اوایل زندگیشان می باشد «یک عدم هم احساسی و درک متقابل برای کودک» و در نتیجه توقع غیرواقع بینانه از کودک دارند و یک رابطه تخریب شده بین کودک و والدین مخصوصاً در مورد کودکانی که به نحوی ناقص می باشند، حاکم می باشد.

معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی

اگرچه هیچ روش آزمایشگاهی و پاراکلینیکی جهت تشخیص قطعی کودک آزاری وجود ندارد ولی وقتی به اعمال سوء رفتار در کودک شک می کنیم معاینات جسمی جهت شناسایی موارد کودک آزاری توصیه می شود. در مواردی که به تأخیر رشد و نمو برخورد می کنیم تست های غربالگری از نظر غدد داخل ضروری است. در مواردی که شک به سوء رفتار جنسی با کودک می کنیم معاینات قسمت خارجی دستگاه تناسلی برای آشکار نمودن علائم پارگی و جراحات و عفونت های دستگاه تناسلی ضروری است. شواهد و نشانه های رادیولوژیک شکستگی ممکن است در مراحل مختلف تغییرات ترمیمی استخوان دیده شود، با این وجود اگر در معاینه بالینی شکستگی و دررفتگی مشهود نباشد ممکن است ظرف چند هفته پس از ضربه استخوانی نشانه های خاص آشکار شود. کوفتگی و کبودی های تصادفی معمولاً بر روی پیشانی، تیبیای قدامی و برجستگی های استخوانی دیده می شود. کبودی هایی که محدود به باسن و ناحیه تحتانی پشت می باشد، اکثراً در اثر بدرفتاری با کودک و عمدی می باشد. پورپورای هنج شونن لاین ممکن است به صورت اکیموزهای ناحیه باسن باشد و معمولاً پورپورای ناشی از علل عضوی انتشار محدود دارد مشخصه کبودی های ایجاد شده در اثر بدرفتاری با کودک را ندارد. سوختگی های ناشی از سیگار که در مرحله التیام می باشد، ممکن است با زرد زخم یا درماتیت اتوپیک یا درماتیت تماسی

اشتباه شود، البته در موارد کودک آزاری شدید ابدأ چنین تشخیص را ممکن است مطرح نکند.

هماتوم ساب دورال ممکن است در اثر تکان های خشونت آمیز ایجاد کودک ایجاد شود که منجر به پارگی عروق مغزی بدون آسیب به پوست سر یا جمجمه می باشد. صدمات و آسیب های شدید شکمی ممکن است در اثر فشرده شدن شکم و ترومای غیرنافذ شکم ایجاد شود. مانند پارگی کبد یا طحال یا عروق خونی، پانکراتیت تروماتیک، هماتوم های درون جداری. کودکانی که دچار اینگونه جراحات می باشند ممکن است با علائم و نشانه های شکم حاد مراجعه نمایند ولی شواهدی از ضربه خارجی که شک به کودک آزاری را برانگیزاند را نداشته باشند. یکبار علائم کودک آزاری شدید پارگی آدرنال است. یکی از مواردی که در تشخیص کودک آزاری کمک کننده است بررسی و معاینات دهان و حلق و دندان ها توسط دندانپزشک می باشد، با بررسی و معاینه دقیق به این موارد می توان پی برد. آموزش دندانپزشکان در این موارد می تواند گام مهمی در تشخیص این معضل باشد.

پزشک باید کودک را به صورت مستقیم و با دقت کامل معاینه کند، علاوه بر ضربدیدگی و پرت شدن، ممکن است کودک عمداً سوزانده یا مجروح شده ابدش. اگر ضایعات دارای شکل خاص و متقران باشند و یا در مناطق پوشیه بدن باشد شک به کودک آزاری و ضربات عمدی را برمی انگیزد. گاهی با توجه به شکل ضایعه می توان به وسیله ای که از آن استفاده

شده است پی برد، کمر بند و دست و یا سایر ابزارها اثر خاصی را به جای می گذارند.

کبودی های ایجاد شده با گذشت زمان تغییر رنگ می دهند. می توان از رنگ کبودی ها

جهت تعیین زمان صدمات و تعیین صحت و سقم تاریخچه و شرح حال ارائه شده توسط

والدین در مورد علت ضایعات استفاده کرد. اگر ضایعات دارای رنگ های متفاوت باشند،

با سانحه واحد برای همه آنها متضاد است.

کبودی ها در روزهای اول و دوم به رنگ آبی مایل به قرمز و در روز سوم تا چهارم بنفش و

آبی و در روز ششم و هفتم سبزرنگ و در روز هشتم تا دهم قهوه ای مایل به بزرده و از روز

سیزدهم تا بیست و هشتم جذب می شوند. بسیاری از شکستگی های عمدی در نتیجه

صدمات ناشی از کشیدن و پیچاندن می باشد و به متافیز صدمه می رساند. شکستگی لب

پریده^۱ یک یافته کلاسیک در مورد سوء رفتار با کودک است که در آن گوشه ای از متافیز

استخوان کنده می شود و به اپی نیز و پریوست آن صدمه وارد می شود. شکستگی در بدنه و

تنه استخوان بیشتر شکل مارپیچی دارد تا عرض. شکستگی های استخوان ران به خصوص

قبله از به راه افتادن کودک در بیشتر موارد عمدی می باشد.

زمان وقوع شکستگی ها را هم می توان تخمین زد و در مراجع اول بهبودی که تشکیل کال

است حدوداً در ۱۲-۱۰ روز اول می باشد. کشیدن موها باعث ایجاد کچلی های تکه ای

می گردد که در محل ضایعه موها در طول های مختلف شکسته می شوند. سوختگی ها در

۱۰٪ موارد در اثر سوء رفتار جسمی می باشند. شکل سوختگی اگر مشخصه هندسی یک

شکل یا یک روش آسیبی را داشته باشد می تواند کمک کننده باشد. سوختگی ناشی از

فروبردن کودک در آب جوش که والدین معمولاً به عنوان مجازات شب ادراری یا مقاومت

در برابر آموزش و روش توالت کردن به کار می برند بدین صورت است که کودک را

روی شکم تا کرده و کپل ها و پرنیه کودک را در آب جوش فرو می برند و اگر غوطه ور

کردن در آب جوش شدید باشد خط سوختگی به کمر و ران ها می رسد ولی دست و پای

کودک سالم است که با ایستادن اتفاقی در ظرف آب جوش مغایرت دارد. فرو بردن دست

و پا در آب جوش شکل به خصوصی دارد مانند طرح دستکش و جوراب ایجاد می کند.

شایع ترین علت مرگ ناشی از سوء رفتار به دنبال ضربه به سر در ۲۹٪ موارد کودک آزاری

از یک بیمارستان اطفال گزارش شده است. بیش از ۹۵٪ صدمات شدید جمجمه در سال اول

زندگی در اثر سوء رفتار است. شیرخوران صدمه دیده ممکن است با اغماء، تشنج، آپنه و

افزایش فشار داخل جمجمه (RICP) مشاهده شدند و پونکسیون مایع مغزی نخاعی خونی

باشد. هماتوم های تحت سخت شامه ای (سال دوران هماتوما) ممکن است در اثر ضربه به

سر ایجاد شود ولی هیچگونه علامتی روی پوست یا علامتی از شکستگی جمجمه مشاهده

نمی شود. خونریزی شبکیه ممکن است در اثر صدمات ایجاد شده در اثر بالا و پایین

انداختن و تکان های شدید کودک ایجاد شود^۱. اکیموز دوراربيت یا دررفتگی عدسی و جداشدگی شبکیه در معاینات یافت می شود، صدمات ناشی از پیچاندن نرمه گوش و کبودی لاله گوش هرماه با خونریزی و تشکیل هماتوم ناشایع نیست.

صدمات احشاء داخلی شکم دومین علت مرگ و میر در کودکانی که دچار تروما شده اند می باشد. این کودکان ممکن است با استفراغ های شدید و مکرر، اتساع شکم، فقدان صداهای روده ای و سرفه های حساسیتی^۲ یا شوک آورده شوند. پوست روی شکم می تواند فاقد کبودی باشد. شایع ترین یافته پارگی کبد یا طحال است و دهیدراتاسیون هیپرناترمیک

بعد از محرومیت از آب توسط مادران سایکوتیک شکل دیگری از سوء رفتار است. والدین ممکن است ظاهراً بسیار قابل اعتماد باشند و کودک را به علت مشکلات خاص و پیچیده به بیمارستان بیاورند که ممکن است قربانی سندرم مان جاورن^۱ که ساختگی است آسیبی است که به صورت مزمن با تزریق یا خوراندن سموم یا داروها به کودک ایجاد می شود با تابلوی بالینی اسهال و دهیدراتاسیون مراجعه می کنند و والدین کودک که کودک را می آورند، متأسفانه خوب پنهان کاری می کنند و خود را ناراحت نشان می دهند تشخیص این والدین پاتولوژیک مشک است. آسیب استوانی در ۲۰-۱۰ کودکان دچار بدرفتاری دیده می شود. بنابراین بعد از معاینه و در شک به شکستگی باید گرافی درخواست شود، شکستگی هایی

¹- Shaken baby syndrome

²- Coughsign

که به شدت ظن به بدرفتاری را برمی انگیزد شامل شکستگی های متانیز دنده ها، شانه ها، ترقوه، مهره ها و انگشتان در کودکی که هنوز راه نمی رود می باشد.

همچنین شکستگی های دوطرفه و در زمان های مختلف و نیز شکستگی های مرکب مجمله را نیز شامل می گردد. جدایی اپی فیز و پارگی پریوست و زاویه دار شدن استخوان، قطعه قطعه شدن متافیز که به وسیله کنده شدن یا پیچاندن ایجاد می شود. خونریزی زیرپوست به صورت یک برجستگی اطراف تنه استخوان در گرافی ها ظاهر می شود. چون در کودکان پریوست به استخوان نچسبیده است از آن جدا می شود. وقتی که شیرخوار شدیداً صدمه دیده است حتی اگر علائم آسیب سیستم عصبی مرکزی مشاهده نشود باید CT اسکن از مجمله و در صورت لزوم MRI درخواست کرد. در شک به ترومای شکم باید جهت جستجوی خون در ادرار^۲ و مدفوع^۱ آزمایشات مربوطه را درخواست کرد. باید در کلیه مواردی که با کبودی مواجه می شویم، جهت افتراق یک زمینه خونریزی دهنده تست های مربوطه شامل BT. PTT. PT. PLT را انجام داد. البته کودکانی که دچار بیماری مزمن یا خونی می باشند، نیز ممکن است مانند سایر کودکان مورد بدرفتاری قرار گیرند. کودک قربانی سوء رفتار معمولاً نشانه آشکاری از کتک و آزار ندارد و بلکه شواهد و نشانه های جسمی متعددی از محرومیت عاطفی و گاه تغذیه ای، مسامحه و سوء رفتار را نشان می دهد.

¹- Mun chavsen syndrome

²- UA: (urine analysis)

چنین کودک که معمولاً به مطب خصوصی یا بیمارستان برده می شود و معمولاً سابقه ای از تأخیر رشد و نمو، سوء تذیه، بهداشت ناکافی پوست، تحریک پذیری، گوشه گیری و سایر علائم بی توجهی جسمی و روانی را دارا می باشد. کودکانی که مورد بی توجهی واقع می شوند، اغلب پس از سن یک سالگی دچار تأخیر در رشد می شوند و رشد جسمی و هیجانی آنان کاملاً مختل می گردد. این کودکان معمولاً جثه کوچکی داشته و نمی توانند تعاملات مناسب اجتماعی داشته باشند. گرسنگی، عفونت های مزمن، بهداشت ضعیف، لباس نامناسب و سوء تغذیه ممکن است دیده شود. در کودکانی که مدت زمان زیادی مورد بی توجهی قرار گرفته اند از لحاظ رفتاری ممکن است بدون تفاوت قائل شدن بین آشناها و غریبه ها با هر دو مهربان باشند و یا ممکن است از لحاظ اجتماعی حتی در موقعیت مواجهه با آشناها بی تفاوت باشند. کودکان قربانی مسامحه ممکن است از خانه فرار کنند و یا دچار اختلال رفتاری باشند. کوتولگن روانی، اجتماعی نوع شدیدی از تأخیر رشد در کودکان ۵ ساله یا بزرگتر است در این اختلال کودکی که به مدت طولانی دچار محرومیت بوده است، رشد و نمو پیدا نمی کند. حتی اگر مقدار کافی غذا وجود داشته باشد چنین کودکانی ابعاد جسمی متناسبی دارند اما نسبت به سن خود بسیار کوچکتر هستند و اغلب دچار تغییرات نموی قابل برگشت شده اند که منجر به کاهش ترشح هورمون رشد می شود که برای مدتی رشد آنها را متوقف می کند. کودکانی که دچار این اختلال می باشند، رفتارهای تغذیه ای

¹ - Ob: (Occult Blood)

غیرعادی دارند و روابط اجتماعی آنها نیز مختل می باشد. پرخوری دوره ای، خوردن مواد

غیرخوراکی و زباله و نوشیدن آب توالت و استفراغ عمدی نیز گزارش شده است.

بررسی های پاراکلینیکی کودکانی که مورد سوء استفاده های جنسی قرار گرفته اند: شامل

تهیه نمونه اسپرم از واژن و دهان و رکتوم و مواد آسپیره شده از دهانه رحم و بررسی از نظر

عفونت و کشت از نظر گنوکوک، گاردنلا واژینالیس و تهیه لام و بررسی از نظر کاندیدا به

کمک پتاس از نمونه مهبل و تهیه لام مرطوب از نمونه مهبل برای تریکوموناس واژینالیس

و کشت نمونه های تهیه شده از دهانه رحم و یا مهبل جهت کلامیدیا، کاندیدا و هرپس و دو

نمونه آزمایش سرولوژی سیفلیس در ابتدا و ۶ هفته بعد می باشد. همچنین اگر کودک بالغ

باشد، آزمایشات سرمی و ادراری جهت حاملگی باید صورت گیرد و در آخر نمونه های

لازم جهت گزارش به مراجع قانونی در صورت لزوم تهیه گردد که علاوه بر آزمایشات ذکر

شده در این موارد باید مواد حاصل از تراشیدن ناخن ها برای بررسی وجود ناخن و یا مواد

دیگر که نشانگر نزاع می باشد تهیه شود و موهای کنده شده یا نخ های پارچه از بدن و لباس

جمع آوری گردد.

تشخیص های افتراقی

در مواردی که مرگ ناگهانی در کودکی رخ می دهد و احتمال مرگ در اثر سوء رفتار

می رود باید اتوپسی انجام شود تا نشانه های صدمات استخوانی یا احشایی، مسمومیت یا

دیگر نشانه های سوء رفتار آشکار گردد. به خصوص اگر کودک بزرگتر از سن معمولی

برای سندرم مرگ ناگهانی نوزاد باشد. تشخیص های افتراقی مطرح شده عبارتند از بیماری سیفلیس، اسکوربوت و یک متانیز استخوان در حال رشد طبیعی، لکه های مغولی، کاپلری همانژیوم خاگل های پیگمانته، ضایعات عفونی پوست سر، مسائل مادرزادی و آلرژیک که ممکن است با کودک آزاری اشتباه گرفته شوند. ممکن است افتراق یک ضایعه منظم یک سانتی متری ایمپتیگو از سوختگی ساده با سیگار مشکل باشد. تاول ها می توانند در اثر سوختگی تصادفی ایجاد شده باشند و یا در اثر یک سوء رفتار باشد. اختلالات انعقادی و دیسکرازی های خونی باعث ایجاد استعداد بیشتر جهت ایجاد کبودی می گردند. مونیلیای شدید ناحیه کمر ممکن است شبیه سوختگی به نظر آیند.

اکثر سوختگی های متعدد ممکن است نشانگر سوء رفتار باشند، اما گاهی حوادث اتفاقی می تواند موجب آن باشد. یکی از مواردی که ممکن است با کودک آزاری اشتباه شود VCP¹ که پدیده نادری است البته این ضایعه ممکن است با لیکن پلان، اسکروزیس، بیماری پاژه، پمفیگوس و گلاریس و عوارض دارویی اشتباه شود. یکی دیگر از مواردی که ممکن است با آن مواجه شویم این است که کودک تحت فشار قدامی، خلفی قرار گرفته و فرد ایجاد کننده آن اظهار کند که CPR² انجام شده است که باید این دو از هم افتراق داده شود در مواردی که فرد مورد آزار قرار گرفته باشد، فشار قدامی، خلفی موجب شکستگی

¹ - Vulvitis Circumscripita Plasmacellularis

² - Cardio Pulmonary Resuscitation

جانبی دنده ها و خونریزی به داخل احشاء و در موارد شدید پارگی عروق بزرگ رخ

می دهد.

عوارض کودک آزاری

مقدمه: معایب تنبیه

از قرن ها پیش این باور وجود داشته است که تنبیه شیوه مؤثری جهت کنترل رفتارهای نادرست است. جریمه کردن و زندانی کردن شکلهایی از این کنترل های اجتماعی می باشند که در تمام حکومت ها جنبه قانونی دارد، اما بحث بر سر محاسن و معایب اینگونه رفتارها و رفتارهای ملامت آمیز از قبیل دادن پاداش به رفتار خوب و برخورد سختگیرانه مانند تنبیه کردن خطاها همچنان ادامه دارد.

تنبیه خشن ترین و نامطلوب ترین روش برای تغییر رفتار است. در واقع تنبیه برای کاهش احتمال بروز پاسخ نامطلوب در شرایط آتی به کار می رود، ولی در واقع آن کار قبلاً انجام شده است. مثلاً پدری که کودک خود را به علت حرف زشتی کتک می زند می خواهد از این نوع رفتار در آینده جلوگیری کند. کتک زدن باعث نابود شدن رفتار نامطلوب نمی شود و تنها اثر آن این است که ممکن است رفتار نامطلوب را موقتاً پس بزند. دیگر اینکه تنبیه عوارض جانبی بسیاری دارد که از نظر پرورشی بسیار نامطلوب است از جمله اینکه احساس ناخوشایند تنبیه در لحظه تنبیه شدن از طریق شرطی شدن کلاسیک با شرایط تنبیهی و شخص یا اشخاص تنبیه کننده تداعی می شوند و سبب انزجار و تنفر تنبیه شونده از خود

تنبيه کننده می شود. حتی اگر فرد تنبيه شونده بداند که این تنبيه به صلاح اوست و تنبيه کننده از روی دلسوزی او را تنبيه می کند، باز هم احساس نامطلوب حاصل از تنبيه به صورت پاسخ شرطی در می آید و شخص مورد آزار نسبت به شخص آزاررسان احساس تنفر و انزجار پیدا می کند.

مشکل دیگر این است که عمل کتک زدن و تنبيه کردن عملی مسری است و بارها دیده شده که کودکانی که مرتباً از پدر و مادر خود کتک می خورند و در غیاب آنها به کتک زدن فرزندان کوچک خانواده می پردازند. پرخاشگری عارضه دیگر تنبيه است و اسکینر معتقد است که به طور طبیعی در انسان ها این استعداد ارثی وجود دارد که به کسانی که با آنها رفتار محبت آمیز دارند با محبت رفتار می کنند و نسبت به کسانی که با آنها رفتار خصمانه دارند با پرخاشگری رفتار می کند.

الف) عوارض سوء رفتار جسمی

یکی از عوارض دیگر سوء رفتار این مسئله است که کودکان مورد سوء رفتار اغلب با مشکلات ناشی از تغذیه درگیرند. خلیات منفی مانند حزن، رنج، کج خلقی و احساسات سطحی و انزواطلبی در این کودکان دیده می شود. آنها اغلب علاقه کمی به مادر و مراقبینشان نشان می دهند. اضطراب جدایی کاهش یافته دارند و اضطراب عجیب و غریبی در آنها دیده می شود، آنها اغلب در رشد حرکتی و صحبت کردن و زبان باز کردن تأخیر نشان می دهند و شدیداً گوش به زنگ هستند. کودکان پیش دبستانی مکرراً مراقبین و

همسایه های خود را تهدید می کنند و اغلب نسبت به بالغین بی اطمینانند. آسیب سیستم

عصبی مرکزی در این گروه بسیار دیده می شود.

دو دسته وسیع تروما و تهدید حاد جسمی و روحی، کودکان در سنین مدرسه را با ترس از

طرد شدن مواجه می کند. تربیت خشن و مجازات کودک سپر بلا قرار دادن کودک و

محرومیت از مادر، آسیب سیستم عصبی مرکزی را در این گروه به دنبال دارد. کودکان

مورد سوء رفتار مکرراً آسیب ذهنی و شناختی پیدا می کنند که همراه با تأخیر رشد و

عملکرد در سیستم عصبی مرکزی است، تعداد مشخصی از این کودکان که شرح حال تأخیر

رشد و نقص عملکرد دستگاه عصبی مرکزی در صحبت کردن و زبان باز کردن دارند و

مرحله رشد شخصیت آنها و شکل گیری مجدد آن که با افزایش سن کودک باید حاصل

شود دچار اشکال است. تعدادی از اطفال توسط سوء رفتار با ایجاد ترس از تهدیدهای

جسمی و روحی پایمال می شوند و احساس خطر می کنند. آنها ترس شدید از بی پشتیبانی،

کابوس شبانه، رفتار واپس گرا و... را تجربه می کنند و تمایل زیادی به نمایش مجدد صحنه

حادثه تروما در رفتارهای عمدی و نمایش در خیال پردازی و حرفهایشان نشان می دهند.

ترومای مجدد می تواند یک واکنش تدافعی ایجاد کند که اجازه می دهد کودک فعالانه

سعی در کنترل تروما بکند. این کنترل همیشه گوش به زنگ هستند و از تنبیه فاصله

می گیرند، این علائم پیش سازهای علائم پارانوئیدی آینده هستند. این کودکان علاقه به

ریاست دارند و شخصیت مازوخیستیک پیدا می کنند، اعتماد به نفسشان ضعیف شده و در

مواجهه با انسان ها از مکانیسم های دفاعی اولیه استفاده می کنند. مانند افکار برون فکنی، تفکیک و جدای از آنچه که به آن وابسته یم شوند. بدی والدین را انکار کرده و این بدی را به دیگران فرافکنی می کنند. گاهی خصوصیات این کودکان با خصوصیات والدین یکی شده و قدرت پاسخ دادن به بد رفتاری ها را پیدا می کنند و برای جدایی از آثار دردناک همراه سوء رفتار به انکار و انزوا پناه می برند.

کودکان مورد سوء رفتار به صورت مشخصی رفتار مخرب و مهاجم پیدا می کنند. کودکان کوچکتر رفتارهای آسیب رسان مقابله ای و تهدید کردن همتاها و خواهر و برادرها را بروز می دهند. کودکان بزرگتر، مکرراً درگیر رفتارهای ضداجتماعی و ارتکاب جرم می شوند و این تقلید از غضب والدین است که به این صورت بروز می دهند. این کودکان اغلب غمگین و افسرده و خود کم بین هستند که نتیجه نهایی، هراس جسم و روحی و تحقیر و سپر بلا شدن است که شاید مجدداً در معرض بد رفتاری قرار گیرند. آنها خودشان را هم گناهکار می دانند. این کودکان اغلب اشکال واضحی از رفتارهای خودزنی را نمایش می دهند مبادرت به خودکشی، حرکات، آسیب ها و انواع خودآزاری. این افراد به درد وابستگی پیدا می کنند. این کودکان اغلب در مدرسه مشکلات آموزشی و رفتاری دارند مانند اختلال یادگیری در صحبت و گفتار مخلوط با عدم تمرکز، بیش فعالی و یادگیری ضعیف. این کودکان مکرراً از قدرت یادگیری شکایت دارند، مانند یاد نگرفتن کلمات مشکل و درک جملات، مشکل سیستم عصبی مرکزی، کندی رشد و نمو و کنترل ضعیف تکانه باعث

مشکلات رفتاری با دوستان و معلمان می شود. والدین اغلب به مدرسه فراخوانده می شوند که این مسئله آنها را به سوء رفتار بیشتر مجبور می کند که نتیجه آن افت آموزش بیشتر است. اغلب مشاهده می شود تعدادی از کودکان آزار دیده، شکستگی های جمجمه و هماتوم ساب دورال و عارضه نورولوژیک دارند و در تعدادی از آنها هم نقص سیستم عصبی را به دنبال دارد. نظریات متعدد پیشنهاد می کنند که نقص سیستم عصبی مرکزی در کودکانی که ضربه به سر بزرگی نداشته اند، اهمیت دارد. تکان های شدید سر کودک ممکن است هموراژی های نقطه ای در مغز ایجاد کند، اهمال کاری و بد رفتاری و محرومیت از صحبت والدین نیز چنین عارضه ای دارد. به صورت خلاصه خصوصیات کودک مورد سوء رفتار شامل تحریک پذیری، منفی گرایی، طبیعت و مزاج دشوار، بیش فعالی، گوشه گیری و افسردگی می باشد.

ب) عوارض سوء رفتار جنسی

سوء رفتار جنسی منجر به هیچ نشانه روانی خاصی که در همه موارد به طور یکسان مشاهده شود نمی گردد. آسیب پذیری بستگی به خصوصیات و یا مختصات سوء رفتار جنسی از جمله نوع سوء رفتار، طول مدت آن، سن کودک و روابط کلی و فرد سوء رفتار گر بستگی دارد. اثرات روانشناختی و جسمانی سوء رفتار جنسی ممکن است ویرانگر و دیرپا باشد. کودکانی که از سوی فرد بالغی تحریک جنسی شده اند، ممکن است دچار احساس اضطراب و برانگیختگی مفرط شوند. اعتماد به نفس را از دست بدهند و نسبت به افراد

بزرگسال بی اعتماد شوند. اغواگری، زنا به عنف، زنا با محارم عوامل زمینه ساز مهمی برای پیدایش نشانه های بعدی اختلالات روانی و خلقی مانند انواع هراس ها، اضطراب و افسردگی هستند.

کودکانی که قربانی سوء رفتار می باشند، اغلب نسبت به پرخاشگری بسیار حساس هستند که این امر در ناتوانی آنها برای مدارا با تکانه های پرخاشگری خود نسبت به دیگران یا پرخاشگری دیگران نسبت به خود مشهود است. احساس افسردگی که معمولاً همراه با شرم، احساس گناه و احساس آسیب دیدگی دائمی است، اغلب در کودکان قربانی سوء رفتار جنسی گزارش شده است و گفته می شود در نوجوانانی که قربانی سوء رفتار جنسی بوده اند، میزان کنترل ضعیف تکانه و رفتارهای انتحاری و خود تخریبی بالاتر است. اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) و اختلالات تجزیه ای در بالغینی که در کودکی در معرض سوء رفتار بوده اند شایع تر است و سوء رفتار جنسی عامل زمینه ای شایعی در اختلال تجزیه ای هویت محسوب می شود. علائم تجزیه ای به صورت دوره هایی توصیف می شود که طی آن کودک دچار فراموشی است، دردی احساس نمی کند و یا احساس می کند در جای دیگر است در برخی از قربانیان سوء رفتار جنسی اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است و در بین نوجوانانی که در کودکی در معرض سوء استفاده جنسی بوده اند میزان سوء

مصرف موارد نیز بالا گزارش شده است. همچنین در مطالعه ای که تایلور^۱ در سال ۱۹۹۸

انجام داد نشان داد که وجود رفتار ضد اجتماعی و اعتیاد و اختلالات شبه جسمی در والدین،

درصد اعتبار به مواد را در فرزندان بالا می برد.

جی ای وودی^۲ در سال ۲۰۰۱ نشان داد که روش های تربیتی والدین در وابستگی به مواد

افیونی تأثیر دارد.

در مطالعه ای، دکتر احمد خانی ها و همکارانش نشان دادند که ۲۰/۹٪ کودکان خیابانی

مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته و ۸۶/۷٪ از دختران و ۴۸/۲٪ از پسران خیابانی مورد

مطالعه، افسردگی داشتند.

مبانی روانشناختی و خصوصیات والدین سوء رفتارگر

والدین سوء رفتارگر معمولاً نسبت به دیگران بدگمان هستند و این در اثر رانده شدن به

وسیله نخستین کسی است که در زندگی به او علاقمند شده اند. این امر منحصر به دوری از

همتایان و فامیل و در نهایت انزوای اجتماعی و کاهش سیستم حمایتی می گردد ارتباط با

همسر نیز خشونت آمیز است. فرد سوء رفتارگر اغلب از طفل برای تخلیه ناراحتی های خود

استفاده می کند. در خانواده های سوء رفتارگر ارتباط والدین با کودک کم است و تماس

مثبت کمتر و رفتارهای منفی بیشتر، بعضی از مادران جوان و بی تجربه و از لحاظ اجتماعی

¹- Taylor

²- J.E. Woody

منزوی و ناآگاه ممکن است موقتاً توانایی مراقبت از فرزند خود را نداشته باشند و مادران افسرده و فقیر و بیکار و یا در مواقعی که یکی از والدین حضور ندارند و همچنین سوء مصرف مواد ممکن است از عوامل مسامحه و بی توجهی به کودکان باشد. اغلب والدین سوء رفتار گر خود در کودکی قربانی سوء رفتار بوده اند و این رفتار را در بزرگسالی به صورت ذاتی بروز می دهند و یا اینکه بعضی از والدین این روش را به عنوان روشی مناسب جهت آموزش نظم و انضباط می دانند. با کتک زدن فرد سعی می کند در عمل ضربه زدن به قربانی نقش فاعل داشته باشد در مقابل نقش مفعولی که در بچگی داشته است.

انتخاب یک کودک بدین منظور ممکن است تصادفی باشد و یا عواملی نظیر زمان تولد، شکل ظاهری، مزاج و طبیعت کودک، جنسیت، تکامل جسمی و روانی دخیل باشد. والدینی که نسبت به کودکان خود بی توجهی نشان می دهند اغلب در هم شکسته و افسرده و تنها هستند. بیکاری، غیبت یکی از والدین و سوء مصرف مواد ممکن است وضع را وخیم تر سازد. مادران بی توجه اغلب در خانواده های آشفته و بی توجه و خشن بزرگ شده اند در این موارد وضعیت مورد توجه یک مؤسسه حمایت از کودک قرار گرفته و مادر اغلب از کمک آنها استقبال می کند. کمک به مادرانی که دارای اختلالات روانی هستند و کودک را شرور می دانند و یا معتقدند فرزندانشان عمداً آنها را به طرف جنون می کشانند مشکل است. اکثر موارد رفتار بدجنسی با کودک را افراد بزرگسال در خانواده نزدیک یا گسترده مرتکب می شوند و فرد سوء رفتار گر جنسی شخصی مورد اطمینان محسوب می شود که

دسترسی گسترده و بی حد و مرز به کودک دارد و در مقام اقتدار می باشد. بنابراین اکثر

افراد سوء رفتارگر جنسی برای کودکان قربانی افراد آشنا هستند.

از عوامل دیگر دخیل در بروز سوء رفتار به عوامل اجتماعی، فرهنگی، از قبیل وضعیت

خانواده و ارتباط والدین با هم و کمک هایی که آشنایان در پاسخ به درخواست کمک

خانواده در مواجهه با بحران های خانوادگی می دهند می توان اشاره کرد. همچنین مشکلات

اجتماعی خانواده و سابقه رفتارهای تهاجمی و درگیری و جر و بحث در خانواده و

اختلالات جسمی والدین و مشکلات آنها می تواند در این امر دخیل باشد. از دیگر عوامل،

روابط والدین و کودک و دانش کم توانایی پایین در پاسخ والدین به نیازهای جسمی،

روانی کودک و انتظارات غیرمعقول از کودک و روش های تربیتی وادین می باشد.

برداشت های نادرست از رفتارهای کودک و درک نامناسب آنها و سابقه سوء رفتار در

دوران کودکی والدین و فاکتورهای محیطی، از قبیل استرس های محیطی فرهنگ پایین

خانواده و حمایت های ضعیف خانوادگی می تواند در این امر تأثیرگذار باشد. اختلالات

شخصیتی والدین، استرس های شغلی، محیطی، بیکاری و بی ثباتی وضع اقتصادی خانواده و

فقر و تنگدستی و برخوردهای پرفشار و خانواده پرجمعیت و پرازدحام و زندگی در شرایط

پراسترس، می تواند موجب بروز سوء رفتار شود.

همچنین از عوامل اجتماعی، فرهنگی مؤثر در بروز کودک آزاری می توان به باورها و

ارزش ها و هنجارهای مورد قبول جامعه در رابطه با خشونت و پذیرش اجتماعی تنبیه بدنی

اشاره کرد. ساختار ناعادلانه اجتماعی و اختلاف طبقاتی و وجود طبقه فقیر و عدم وجود نظام حقوقی و سازمان یافته و سیستم آموزشی و رفاهی و مراقبت های بهداشتی و نبودن تفریحات سالم و ورزش از عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر در بروز سوء رفتار با کودکان می باشد و این عوامل در تقابل با یکدیگر می تواند تشدید یابد. استرس های خانوادگی از جمله استرس های مرتبط با کودک از قبیل تفاوت جنسی و سرشتی کودکان با هم، مانند کودکان مشکل فرزند خواندگی، تفاوت های رفتاری کودکان مانند بیش فعالی و تفاوت های ذهنی و هوشی و عقب ماندگی و معلولیت های جسمی و حرکتی کودکان و عوامل مرتبط با والدین از قبیل مشکلات والدین و ناهماهنگی و ناتوانی آنها در برخورد با کودک و در برخورد با یکدیگر و تراحم و برخوردهای فیزیکی والدین و الگوهای سلطه پذیر و سلطه گر (پدر سالاری یا مادر سالاری) در برخی خانواده ها می تواند از عوامل بروز کودک آزاری باشد.

همچنین سپر بلا قرار دادن کودکان در درگیری های والدین با هم و جابجایی نقش ها از تشدید کننده های بروز چنین رفتارهایی است که در این حالت والدین به جای ایفای نقش واقعی خود و مراقبت از کودک و توجه به نیازهای او از کودک انتظار برآورده کردن نیازهای آنها و محبت به آنها را دارند، گویی جای آنها با کودک عوض شده و والدین از ایفای نقش واقعی خود و نقش پدر و مادر بودن را فراموش کرده و انتظارات غیرمعقول از

کودکان خود دارند. مشکلات زایمان و استرس های قبل و بعد از زایمان، مشکلات خلقی و عدم اعتماد به نفس کافی نزد والدین، پایین بودن احترام به خود، افسردگی و بیماری های روانی والدین، مورد بدرفتاری و سوء استفاده قرار گرفتن در دوران کودکی و مصرف نابجای دارو و سوء مصرف مواد از تشدید کننده های بروز رفتارهای آزاردهنده با کودکان می باشد.

از زمینه های آشکار کننده کودک آزاری می توان به سختگیری و رفتار جابرانه و اعتقاد افراطی به نظم و انضباط و درگیری و جر و بحث در خانواده و مشکلات محیطی حاد و مصرف نابجای دارو سوء مصرف مواد مخدر در والدین اشاره کرد.

سیر و پیش آگهی

نتیجه نهایی انواع کودک آزاری از جمله سوء رفتارهای جسمی و جنسی و انواع مسامحه به عوامل متعددی از جمله شدت، طول مدت و ماهیت سوء رفتار و میزان آسیب پذیری کودک بستگی دارد. نتیجه نهایی کودک آزاری در کودکان با عقب ماندگی ذهنی، اختلالات رشد و نمو شدید و معلولیت های جسمی در مقایسه با کودکانی که این مشکلات را ندارند بدتر است.

کودکانی که سال های زیادی از کودکی تا نوجوانی مورد سوء رفتار واقع شده اند، آسیب عمیق تری در مقایسه با کودکانی که دوره کوتاهی در معرض سوء رفتار بوده اند می بینند.

¹ - Role reverse

ایجاد اختلالات روانی نظیر افسردگی ماژور، رفتار طولانی مدت را پیچیده می کند. ماهیت رابطه بین قربانی و سوء رفتارگر و حمایت افراد بعد از فاش شدن موضوع نیز در پیش آگهی مؤثر است. بهترین پیش آگهی مربوط به دوره ای می شود که کودک از نظر شناختی سالم است و سوء رفتار در مراحل اولیه تشخیص داده شده و متوقف می گردد و تمام خانواده توانایی شرکت در درمان را دارا می باشند.

درمان در مراحل ابتدایی زمانی که هنوز کودک آسیب جدی ندیده است، بهترین نتیجه را داشته است. چنانچه امکان بهتری از آن وجود نداشت باید کودک را به خانواده هایی که توانایی مشارکت در درمان را داشته باشند سپرد. مطالعات اولیه در مورد کودکانی که مورد سوء رفتار قرار دارند و بدون هیچگونه مداخله درمانی نزد والدین بازگردانده شده اند نشان می دهد که حدوداً ۵٪ آنها کشته شده و ۲۵٪ این کودکان مجدداً صدمه شدید خواهند دید. با درمان جامعه ۹۰-۸۰٪ از خانواده هایی که درگیر سوء رفتار و انواع مسامحه و اهمال کاری می باشند، می توانند توانای لازم جهت مراقبت از کودکانشان را پیدا کنند.

تقریباً ۱۵-۱۰٪ این خانواده ها بخصوص آنهایی که اعتبار لازم را دارند می توانند ثبات لازم را به دست آورند و تا زمانی که کودکانشان آنقدر بزرگ شود که بتواند منزل را ترک نماید تحت حمایت و ارائه خدمات حمایت از خانواده خواهند بود. از جمله مانیتورینگ دارویی و در ۲ تا ۳٪ موارد جدا کردن کودک از والدین و ادامه زندگی در پرورشگاه ضرورت دارد.

اگر والدین قادر به نگهداری از کودک نباشند باید ابتدا این موضوع به اثبات برسد تا کودک از شانس پرورش یافتن در یک منزل سالم و دائمی محروم نگردد.

کودکانی که مکرراً دچار صدمات سیستم عصبی مرکزی می شوند ممکن است دچار عقب افتادگی ذهنی، سندرم های عضوی مغزی، تشنج، هیدروسفالی یا آتاکسی شوند و رفتارهای هیجانی در کودک مورد سوء رفتار قرار گرفته شامل ترسویی، ترحم، بیش فعالی، گوش به زنگ بودن، انکار، برون فکنی، فقدان اعتماد به نفس و کمبود اتکاء می باشد و ممکن است این کودکان در آینده بزهکار یا گرفتار سوء مصرف مواد گردند و در آینده بزهکاران جوان و افراد خشن اجتماع و نسل جدید سوء رفتارگران را تشکیل بدهند.

پیشگیری

برای جلوگیری از سوء رفتار با کودک و انواع مسامحه، بالینگران باید خانواده های پرخطر را شناسایی کرده و پیش از قربانی شدن کودک مداخله نمایند. بعد از شناسایی خانواده های پرخطر باید برنامه ای جامعه شامل کنترل روانپزشکی خانواده ها و کودک در معرض خطر طرح ریزی و اجرا گردد و باید به خانواده ها آموزش داد که چه مواقعی سوء رفتار و مسامحه ایجاد می شود و روش های کارآمد دیگری برای کنار آمدن و مدارا پیشنهاد کرد. و به طور کلی برنامه های پیشگیرانه و درمان کودک آزاری باید شامل موارد زیر باشد:

۱- تا جایی که ممکن است از جدایی والدین و کودک جلوگیری شود.

۲- حتی الامکان از سپردن کودکان به مؤسسات جلوگیری شود.

۳- والدین به مراقبت از کودکان تشویق شوند.

۴- والدین را به کسب خودکفایی تشویق کند و به عنوان آخرین راه نجات و پیشگیری در

کودک آزاری و مسامحه کاری و سهل انگاری، اگر لازم شود کودک را از خانواده هایی

که مایل یا قادر به استفاده از مزایای برنامه درمانی نیستند بیرون آورد. در مواردی که سوء

رفتار جنسی وجود دارد داشتن مجوز رسمی برای مراکز مراقبت روزانه و غربالگری ادواری

کارکنان آنها برای پیشگیری از سوء رفتارهای بیشتر باید اجباری شود. همچنین آموزش

متخصصین اطفال و افرادی که در رشته های بهداشتی فعالیت دارند و همه کسانی که به

نحوی با کودکان در تماس می باشند، به کشف به موقع موارد سوء رفتار با کودکان کمک

می کند.

تأمین خدمات برای خانواده های تحت فشار در پیشگیری از وقوع مسئله مؤثر است.

بازدیدهای خانگی توسط مددکار اجتماعی، برنامه های مراقبت منظم از اطفال، طرح هم

اتاق بودن مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد. آموزش والدین بی کفایت و توجه به نیازهای

عاطفی والدین و کودکان و آگاهی دادن و اقدام عمومی جهت تسهیل تشخیص و

گزارش موارد سوء رفتار از اقدامات مناسب جهت پیشگیری از وقوع کودک آزاری و

عوارض آن می باشد.

درمان

درمان کودک آزاری به دو بخش عمده درمان کودک و درمان والدین می باشد.

الف- درمان کودک:

ابتدا باید کودک را از خانواده سوء رفتارگر بیرون آورد و تا حصول اطمینان از حفاظت از او در خانواده، تحت حمایت مراکز خاص قرار داد. البته ممکن است در محیط ناآشنا از نظر هیجانی کودک آسیب پذیرتر باشد ولی به جهت اینکه علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی در کودکان مورد سوء رفتار قرار گرفته بسیار زیاد می باشد ارزیابی جامع روانپزشکی از تمامی این کودکان در مرحله اول ضروری است. در مرحله بعد در مانگر ممکن است همزمان با درمان کودک به اقدامات درازمدت درمان سوء رفتار و مسامحه بپردازد. درمانگر باید به مسائل روان درمانی از جمله درمان ترس ها و اضطراب ها و عزت نفس پایین کودک توجه نماید. مطلوب ترین روش درمانی برای کودک قربانی سوء رفتار، طراحی یک طرح جامع مداخله، بر اساس ارزیابی عوامل مسبب و مسئول آسیب روانی والدین، که دربرگیرنده مواردی از قبیل:

برنامه ای برای دستیابی والدین به مهارت های لازم، وظایف پدر و مادر بودن، تخمین برنامه زمانی برای دستیابی بدین هدف، مشخص کردن وظایف والدین در مورد کودک و یا اینکه آیا عمده کار والدین منحصر به این کودک است یا کودک دیگری را نیز در برمی گیرد، مشخص کردن اینکه آیا اختلال عملکرد والدین منحصر به شیرخوار یا طفل است و یا اینکه کودکان بزرگتر را نیز دربر می گیرد می باشد.

و علاقمند کردن افراد ذی مدخل در شرکت در برنامه درمانی، مشخص کردن اینکه
کودک اگر در خانه بماند آیا خطر سوء رفتار مجدد جسمی و یا جنسی وی را تهدید
می کند می باشد.

ب- درمان والدین:

برای بهبود عملکرد والدین می بایست ابتدا با روش هایی استرس های اجتماعی و محیطی را
کاهش یا رفع کرد. سپس اثرات مضر عوامل اجتماعی، بر والدین را کاهش داد و فشار
کاری ماد را تا امکان با سپردن کودک به مراکز مراقبت روزانه و یا با استخدام فردی مناسب
برای اداره امور منزل یا مراقبت از کودک و تشویق و همدردی و آموزش بچه داری و برنامه
ریزی جهت برآوردن نیازهای شیرخوار و یا کودک و مددکاری اجتماعی روان درمانی و
درمان مشکلات روانی والدین است.

ج) درمان سوء رفتارهای جنسی

برای کاهش و درمان سوء رفتارهای جنسی ابتدا باید مسئله آشکار شود و از تبانی افراد
جهت مخفی کردن قضیه جلوگیری کرد. وقتی طرفین درگیر دچار آسیب های روانی
می باشند، ابتدا باید بیماری های زمینه ای درمان شود و در همان حال که طرفین مهارت های
درونی و راه های مناسب ارضای نیازهایشان را می آموزند کنترل بیرونی، مانع بروز بیشتر و
مجدد رفتارهای زنائی می شود. گاهی برای این امر مداخله مراجع قانونی ضروری می شود
به خصوص در مواجهه با رخداد های جنایی باید با مقامات ذیربط تماس گرفت و قبل از

مشورت با این مراکز از مرخص کردن کودک جلوگیری کرد و از نظر روانی کودک باید ارزیابی جامعی شود و قبل از بروز عوارض هولناک کودک آزاری راهکارهای مناسب را به کار برد. در مواقعی که نیاز به بستری کردن کودک است از جمله جهت تشخیص و یا درمان طبی و جراحی طفل و یا جهت تشخیص و اهراز قطعیت وقوع کودک آزاری در موارد مشکوک و در جهت تشخیص دقیق در موارد مشکوک و یا در صورت عدم امکان نگهداری و عدم وجود مکان امن و مناسب برای کودک باید اقدام به بستری کردن طفل کرد.

لازم به ذکر است دیگر اعضای خانواده نیز باید طی ۲۴ ساعت اول پس از کشف سوء رفتار در یک کودک و قبل از قربانی شدن آنها اقدام کرد.

هدف اصلی

هدف اصلی این طرح بررسی شیوع کودک آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک خود معرف شهر یزد بود.

اهداف فرعی

۱- بررسی فراوانی نمونه های مورد مطالعه برحسب ن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت مسکن، وضعیت تأهل، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه بیماری جسمی، سابقه اعتیاد در خانواده، سابقه طلاق در خانواده، سابقه آزار جسمی از طرف والدین در دوران کودکی نمونه های مورد مطالعه، سابقه انواع مسامحه از طرف والدین در دوران

کودکی نمونه های مورد مطالعه، تعداد فرزندان و بررسی توزیع فراوانی کودک آزاری

برحسب جنس کودکان آزار دیده، تعداد موارد کودک آزاری، انواع آزار جسمی اعمال

شده، انواع آزارهای مسامحه اعمال شده در کودکان.

۲- بررسی میزان فراوانی کودک آزاری در نمونه های مورد مطالعه برحسب مدت زمان

وابستگی و اعتیاد، نوع ماده مخدر مصرفی، طریقه مصرف مواد و سابقه مصرف مشروبات

الکلی در حد افراط و مستی.

۳- بررسی فراوانی کودک آزاری در نمونه های مورد مطالعه برحسب انواع حالات قبل از

اقدام به کودک آزاری و بعد از اقدام به کودک آزاری.

تعریف واژه ها

وابسته به مواد افیونی: به کلیه افرادی گفته می شود که طبق ملاک های DSM IV وابسته به

یکی از انواع مواد مخدر (تریاک - شیره - سوخته - هروئین) می باشد.

کودک آزاری:

عبارت از است کلیه صدمات و آزارهای جسمی و روانی و سوء رفتارهای جنسی و غفلت‌های رفتاری یا بدرفتاری با کودک توسط شخصی که عهده دار مسئولیت سلامت و رفاه وی می باشد و شامل انواع زیر می باشد؛

۱- سهل انگاری و اهمال و غفلت:

شایع ترین فرم بدرفتاری با کودکان می باشد و عبارتست از کوتاهی کردن و سهل انگاری در آماده کردن مناسب و کافی کلیه عوامل مراقبت و نگهداری مناسب از کودک و به عبارت دیگر سهل انگاری در حفاظت از کودکان در مقابل خطرات که بدخواهانه یا جاهلانه صورت گیرد و می تواند فیزیکی - خلقی یا تربیتی باشد و کلاً سهل انگاری و مسامحه شامل انواع سهل انگاری های فیزیکی - خلقی - تربیتی و بهداشتی درمانی می باشد.

۲- آزارهای فیزیکی:

به کلیه اعمالی که نتیجه آن صدمات جسمی به کودک می باشد و از روی عمد انجام شود، گفته می شود این اعمال شامل کتک زدن - سوزن زدن - لگد کردن - گاز گرفتن - سوزاندن - مسموم کردن و غیره می باشد.

۳- آزارهای روانی:

آزارهای روانی عبارتست از اینکه شخصی به کودک انتقال دهد که وی بی ارزش یا بی بها یا دارای نقص و عیب است و یا او را حبس نماید و از روابط اجتماعی وی جلوگیری نماید یا او را خوار و ذلیل نماید و یا از محبت و دوست داشتن محروم نماید.

آزارهای خلقی عبارتند از: تهدیدها و هتک حرمت و ناموس و حملات شفاهی و زبانی

۴- آزارهای جنسی:

به کلیه رفتارهای جنسی بین یک بزرگسال و یک کودک گفته می شود و زمانی که یکی از آنها بزرگتر از دیگری است و از روی اجبار وی را به این عمل وادار می کند این اعمال می تواند بین دو کودک نیز اتفاق افتد. زمانی که یکی از دیگری بزرگتر باشد و دیگری را مجبور به این کار بکند، همچنین این اعمال می تواند مابین دو جنس یکسان و یا دو جنس مخالف باشد. آزارهای جنسی طیف وسیعی از دستکاری و یا تماس از روی لباس تا تجاوز جنسی را هم شامل می شود.

۵- آزارهای مراسم و آئین خرافی:

عبارتست از کلیه آزارهایی که به سبب اعتقادات و عقاید خرافی به کودک اعمال می شود مثلاً «اعتقادات شیطانی» این آزارها می تواند فیزیکی - خلقی - روانی و یا جنسی باشد.

محدودیت های پژوهش

۱- محدودیت های مکانی، این پژوهش در مراکز ترک خود معرف و از بین مراجعه به این مراکز انجام شد و دربرگیرنده همه ویژگی های معتادان به مواد افیونی نمی تواند باشد به

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

علت ویژگی های خاص مراجعین به این مراکز و تنها بیانگر یک جمعیت از معتادان به مواد افیونی است.

۲- در بعضی نمونه ها به علت عدم همکاری آنها این نمونه ها حذف و نمونه های دیگری جایگزین شد.

۳- در این پژوهش به دلیل محدودیت های فرهنگی- قانونی و شرعی کودک آزاری جنسی حذف شده است.

۴- در این پژوهش آزارهای آئین خرافی و اعتقادات شیطانی به علت عدم شیوع آن در کشور ما و نداشتن تعریف دقیق از اینگونه اعتقادات و عدم شناخت حد و مرز اینگونه آزارها در اهداف این طرح این نوع آزار گنجانده نشده و مورد بررسی قرار نگرفته.

فصل دوم

مروری بر مطالعات انجام شده

مروری بر مطالعات انجام شده

سوء مصرف مواد از علل عمده کودک آزاری در خانواده ها است و قربانیان آن در

بزرگسالی کودک آزار می شوند. در این مطالعه که توسط تایلور و همکارانش در سال

۱۹۹۴ بر روی ۴۳۹ نفر که سوء مصرف مواد داشتند انجام شد، نشان داد که ۷۰٪ این افراد

در بزرگسالی سوء رفتارگر می شوند. همچنین تعداد زیادی از سوء مصرف کنندگان مواد

چه زن و چه مرد در کودکی سابقه مورد سوء رفتار قرار گرفتن جسمی و جنسی را داشتند و

در واقع سوء مصرف با کودک آزاری یک رابطه دو سویه دارد.

تایلور در سال ۱۹۹۸ در پژوهشی نشان داد که وجود رفتار ضداجتماعی و اعتیاد و اختلالات

شبه جسمی در والدین، درصد اعتیاد در فرزندان را بالا می برد.

در یک مطالعه که توسط اسمیت و واینمن انجام شد در این مطالعه ۳۳ مرد جوان شرکت

کرده بودند و در مورد نتایج و عوارض کودک آزاری بررسی شدند در این زمینه ۹ بیمار

کودک آزاری قرار گرفته بودند و اکثر آنها معتقد بودند که سوء مصرف مواد و مصرف

الکل و خودکشی از پیامدهای کودک آزاری می تواند باشد.

در مطالعه گذشته نگر که بر روی پرونده های اطفال مراجعه کننده به درمانگاه شهید

اسماعیلی تهران از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۷۳ توسط نسرین صفری در سال ۱۳۷۴ انجام شد فراوانی

کودک آزاری در یکصد مورد بررسی شد که نتایج این مطالعه نشان داد میانگین سنی

کودکان آزار دیده در ۱۴ مورد در سنین ۱-۶ سالگی بوده است و ۸۶ مورد از یکصد مورد

بالای شش سالگی بوده که ۷۶٪ آنها پسر و ۲۴٪ دختر بوده اند.

در مطالعه ای که در مورد کودک آزاری و انواع آن توسط برمن و همکارانش در سال

۱۹۹۹ صورت گرفت نتایج نشان داد که ۶۹٪ از والدین کودک آزار آنها رفتار بدعاطفی و

۵۷٪ رفتار بدفیزیکی و ۴۳/۸٪ مسامحه و سهل انگاری داشته اند.

در پژوهشی که توسط فلمینگ در سال ۱۹۹۹ بر روی زنان استرالیایی که در کودکی قربانی

کودک آزاری بوده اند انجام شد، نشان داد که این کودکان در بزرگسالی دچار عزت نفس

پایین و عدم توانایی در ایجاد رابطه صمیمانه با دیگران بودند.

سال ۲۰۰۰ بررسی انجام شده طی ۱۰ سال بر روی کودک آزاری توسط دروکس و

همکارانش نشان داد که حدود ۱۰٪ میزان تروماهای غیرنافذ در کودکان زیر ۵ سال در اثر

کودک آزاری می باشد.

در سال ۲۰۰۰ در بررسی که طی ۷ سال بر روی کودک آزاری در نیویورک توسط روکر و

همکارانش انجام شد نشان داد که ۱۰٪ تروماهای شدید در کودکان در اثر کودک آزاری

بوده است.

در تحقیقی که توسط خانم ها مرجان امینی و شهره یزدان پناه بر روی ۲۰۰۰ دانش آموز ۷-۱۲ ساله در مدارس ابتدایی شهر رفسنجان در سال ۱۳۷۹ انجام شد و ۸۰۴ نفر دختر و ۱۱۹۸ نفر پسر در این مطالعه شرکت داشتند شیوع کودک آزاری ۶۸/۶۵٪ گزارش شده است که از ۸۰۴ مورد دختر ۴۳۲ نفر با ۵۳/۷۴٪ آنها و از میان ۱۱۹۸ نفر پسر، ۹۴۱ نفر یا ۷۸/۶۷٪ آنها مورد کودک آزاری قرار گرفته بودند نتایج به این شکل بود که فاکتورهای جمعیتی و فرهنگی و اقتصادی خانواده ها در میزان بروز کودک آزاری تأثیر فراوان دارد و عواملی چون سوء مصرف مواد در بروز کودک آزاری تأثیر دارد.

جی. ای- وودی در سال ۲۰۰۱ نشان داد که روش های تربیتی والدین در وابستگی به مواد افیونی در فرزندان اثر دارد.

در مطالعات انجام شده توسط هما حسینی نسب در زمینه کودک آزاری و بدرفتاری با کودکان ۲۰۰۰ مورد مرگ و میر سالانه و ۱۸۰۰۰ مورد ناتوانی های شدید سالانه و ۱۴۱۷۰۰ مورد جراحت های شدید سالانه گزارش شده است. فراوانی اثبات شده کودک آزاری سالانه ۹۹۳۶/۷ و گزارش های کودک آزاری ۲/۹ میلیون شامل ۱/۹ میلیون کودک بوده است و موارد رسیدگی شده ۱/۶ میلیون مورد بوده است. در مواردی که در خانه یکی از والدین تنها زندگی می کند خطر کودک آزاری افزایش می یابد و ۷۷٪ خطر سوء رفتار جسمی و ۸۷٪ خطر مسامحه و اهمال کاری بیشتر می شود. همچنین افزایش خطر سوء رفتار با فقر خانواده رابطه مستقیمی داشته و ۲۲ بار بیشتر می باشد.

در مطالعه ای که توسط کارپ و همکارانش در سال ۱۹۸۹ در کودکان مورد سوء رفتار قرار گرفته انجام شد، در یک جمعیت فقیر شهری دو گروه کودک مورد سوء رفتار فیزیکی و کودکان بدون سوء رفتار فیزیکی واقع شده مقایسه شدند و از نظر قد و وزن و نسبت این دو به هم در ۱۹۶ کودک ۲-۶ ساله مقایسه ها نشان داد که ۵۳ مورد از این کودکان مورد سوء رفتار جسمی قرار گرفته بودند و توقف رشد^۱ و تحلیل رفتن^۲ بدن در کودکان مورد سوء رفتار قرار گرفته ۱۶/۳٪ در مقایسه با اطفال گروه شاهد که ۰/۷٪ بود، می باشد. نتایج در مقایسه با گروه شاهد نشان داد که ۵۰٪ بیماران دچار سوء تغذیه بودند. شرح حالی از سوء رفتار جسمی می دادند و ۲۵٪ آنها سابقه ای از سوء رفتار جنسی را می دادند که در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بود.

در یک مطالعه که در سال ۱۳۷۸ به صورت توصیفی گذشته نگر از سال ۱۳۷۳ الی ۱۳۷۸ در درمانگاه شهید اسماعیلی تهران توسط هما حسینی نسب بر روی ۳۱۹ مورد سوء رفتار جسمی با اطفال مراجعه کننده به آن مرکز انجام شد نتایج تحقیق بدین صورت بود:

درصد کودک آزاری جسمی ۲۲/۸۳٪ و میانگین اطفال ۸/۵ سال بود. حداکثر سن ۱۶ و حداقل آن ۱ سال و بیشتر در سنین ۵-۱۱ ساله بود که ۶۸/۷٪ آنها پسر و ۳۱/۳٪ دختر بودند. میانگین سنی مادران سوء رفتار گر ۳۳/۲۸ سا و میانگین سن پدران سوء رفتار گر ۴۰/۴۷ بود.

1- Stunning

2- Wasting

۴۳/۲٪ خانواده ها درآمد بسیار کم و ۶۲/۱٪ درآمد متوسط و ۳/۸٪ درآمد بالا داشتند و

کودک آزاری در والدین جوانتر و در والدین با درآمد کم و بیکار بیشتر بود.

در یک مطالعه که توسط هارتر و همکارانش در سال ۲۰۰۰ به بررسی تأثیر مصرف الکل

توسط والدین و ارتباط آن با کودک آزاری انجام شد نشان داده شده که مصرف الکل به

عنوان یک عامل غیروابسته موجب افزایش بروز میزان کودک آزاری می گردد. همچنین

استرس و عدم تطابق با جامعه پس از مصرف الکل موجب تشدید این امر می گردد.

در مطالعه ای که در جنوای ایتالیا توسط برمن و همکارانش در سال ۱۹۹۹ بر روی کودک

آزاری جنسی انجام شد ۱۱۶ نفر شرکت داشتند که میانگین سنی ۱۶-۱۴ سالگی داشتند و

نتایج بدین صورت بود که ۲۵۲ نفر از این افراد سابقه سوء رفتار جنسی را ذکر می کردند

که ۳۳/۸٪ آنها دختر و ۱۰/۹٪ آنها پسر بودند.

در این مطالعه که توسط شوئینگر و همکارانش در سال ۱۹۹۶ بر روی تأثیرات عواملی

محیطی در عملکرد خانواده و تأثیر آن در بروز کودک آزاری انجام شد. نتایج نشان داد که

فاکتورهای جمعیتی و فرهنگی و اقتصادی خانواده ها در میزان بروز کودک آزاری تأثیر

فراوان دارد.

در این مطالعه که در دانشگاه کالیفرنیا توسط کلروه همکارانش در سال ۱۹۹۴ در یک دوره

۲ ساله برای بررسی کودک آزاری انجام شد، ۴۱۹ بیمار شرکت داشتند که نتایج بدین

صورت بود با ۶۶ مورد کودک آزاری جسمی تأیید شده داشتند و ۱۰۶ مورد دیگر قربانی سهل انگاری و سوء رفتار جنسی بودند.

۸۰٪ علائم آسیبافت نرم با آثاری بر روی صورت و تنه و باسن و ۲۰٪ سوختگی داشتند. برخی از کودکان فقط آسیب بافت نرم داشتند و تعدادی از آنها قبلاً به دلیل شکستگی بستری شده بودند و ۵۰٪ آنها سابقه آزار جسمی مکرر را می دادند.

در مطالعه ای که توسط عبدالحمید ربانی در سال ۱۳۸۳ در رفسنجان بر روی ۶۴۸ نفر از والدین وابسته به مواد افیونی به صورت نظام دار انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت. از بین نمونه های مور مطالعه ۸۱/۹٪ کودک آزار بودند. ۸۷/۸٪ آنها در گروه سنی ۶۰-۴۱ سال قرار داشتند و در ۹۳/۳٪ نمونه های وابسته تزریقی ۸۹٪ والدینی که سابقه اعتیاد در خانواده خود داشتند. ۹۵٪ از والدینی که سابقه طلاق را ذکر نمودند، ۹۰/۹٪ از والدینی که سابقه آزار جسمی و ۸۷/۸٪ والدینی که تجربه آزارهای مسامحه در دوران کودکی خود داتند کودک آزار بودند. نتایج به این شکل بود که ارتباط مستقیمی بین کودک آزاری و وابستگی به مواد افیونی وجود دارد. همچنین عوامل دیگری در ارتباط با کودک آزاری وجود دارند از جمله سطح تحصیلات، درآمد خانواده، سابقه اعتیاد در خانواده والدین، سابقه طلاق در خانواده والدین.

در یک مطالعه که دکتر قریشی زاده و دکتر ترابی در بررسی عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر- در مراجعین به مرکز ترک خود معرف تبریز در سال ۱۳۸۱ انجام دادند با

بررسی ۲۰۰ معتاد به مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک خود معرف که به صورت تصادفی نظام دار انتخاب و به وسیله مصاحبه بالینی روانپزشکی نیم ساختاری و پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند یافته ها به این صورت بود که گروه سنی ۲۵-۳۴ ساله با (۴۶٪) بیشتری گروه سنی مراجعه کننده را تشکیل می دادند که ۶۵٪ آنها تحصیلات زیردیپلم و ۷۸٪ آنها متأهل بودند، ۳۵٪ آنها سابقه اعتقاد در والدین و ۱۸٪ سابقه بیماری روانی در خانواده خود را می دادند. ۵۵٪ پدر معتادان و ۸۶٪ مادران معتادان بیسواد بودند و ۹۶ نفر (۴۸٪) آنها در خانواده های ۳-۵ فرزندی زندگی می کردند. از یافته های دیگر این پژوهش وجود اختلال های روانی در مراجعین بود و ۹۰٪ موارد یک تشخیص روانپزشکی در محورا I یا II یا هر دو داشتند که شایع ترین اختلال در محورا I اختلال افسرده خلقی^۱ با (۶۷٪) و اختلال اضطرابی با (۳۶٪) بود در محورا II تشخیص شخصیت ضد اجتماعی با فراوانی ۴۶٪ قرار داشت. بیشتر علت گرایش به سوء مصرف مواد در این بررسی مسائل اجتماعی- فرهنگی و اقتصادی و روانی بود.

بونی و ریچارد در یک مطالعه در سال ۱۹۹۷ بیان کردند که همه معتادان به خاطر لذت جویی به مواد روی نمی آورند و گروهی نیز برای رهایی از احساسات بد و ناراحتی جسمی یا روانی به اعتیاد روی می آورند و به بیان دیگر مصرف مواد یک نوع خوددرمانی برای

¹ - Dysthymia

کاهش احساس گناه و عصبانیت و اضطراب نزد بعضی از معتادان است و این قبیل افراد معمولاً آستانه تحمل پایین در مقابله با ناکامی ها و استرس ها دارند.

در مطالعات انجام شده در سال ۱۹۷ در زمینه علل و عوامل عود اعتیاد نشان داده شد که در پدیده عود افزون بر علل گرایش و مصرف اولیه علائم نشانگان قطع نیز دخالت دارند، به ویژه تغییرات پایداری که قطع مواد در سامانه دوپامینرژیک و مراکز پاداش مغز (هسته آکومبوس) و سامانه اوپوئید درونی و گیرنده های آنها و سایر پروتئین های داخل سلولی به وجود می آورند و تحریک پذیری، ناخشنودی^۱ خلقی و بی ثباتی خلقی را به دنبال دارد.

در مطالعه ای که آقایان دکتر احمد خانی ها، دکتر شریف ترکمن نژاد و دکتر حسینی مقدم بر همه گیرشناسی افسردگی و سوء استفاده جنسی در کودکان خیابانی بر روی ۸۷ کودک خیابانی در منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۳۸۱ انجام دادند نشان دادند که میانگین سنی کودکان فرق $۲/۳ + ۱۱$ سالی بود و ۶۴٪ (۵۶ نفر) از این کودکان پسر و ۳۶٪ (۳۱ نفر) دختر بودند. یافته های این بررسی نشان داد که ۲۶ نفر (۸۶/۷٪) از دختران و ۲۷ نفر (۴۸/۲٪) از پسران افسردگی داشتند و ۱۸ نفر (۲۰/۸٪) از این کودکان مورد سوء استفاده جنسی واقع شده بودند. روش این مطالعه با استفاده از پرسشنامه K-SADS و مصاحبه بالینی بود. فرد سوء استفاده کننده جنسی در ۵/۵۵٪ موارد، فرد غریبه بود. همچنین نتایج نشان داد که از ۸۷ نفر مورد مطالعه ۸۰ نفر آنها مهاجر و ۴۰ نفر آنها (۴۶٪) بی سواد بودند. در ۱۷ نفر آنها

(۱۹٪) سابقه طلاق در خانواده داشتند و میانگین تعداد خانوار در این افراد $2/8 + 7/81$ نفر در

خانواده بود و شغل والدین آنها بدین صورت بود. ۴۱ نفر (۴۸/۲٪ دستفروش) و ۱۴ نفر

(۱۶/۵٪ کارگر) و ۴ نفر (۴/۷٪ راننده) و ۲۱ نفر (۲۴/۷٪ بیکار) و ۶۴ نفر (۷۴/۴٪ مادران

بیسواد) داشتند. از میان ۱۸ نفر از این افراد که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند، ۴

نفر پدر بیکار و ۱۱ نفر پدر بی سواد و ۵ نفر پدر با سابقه زندان رفتن و ۶ نفر پدر معتاد به

مواد مخدر و ۱۳ نفر مادر بیسواد داشتند.

¹ - Dysphoria

جدول ۳-۱: متغیرها

مقیاس	تعریف	نوع	نقش	متغیرها/ مشخصات
پرسشنامه	انواع آزارهای جسمی و مسامحه	کیفی اسمی	وابسته	۱- کودک آزاری
پرسشنامه	وابستگان به مواد افیونی طبق ملاک های DSM IV	کیفی اسمی	مستقل	۲- وابسته به مواد افیونی
پرسشنامه	مرد- زن	کیفی اسمی	زمینه ای	۳- جنس
پرسشنامه	سن تقویمی یا شناسنامه ای	کمی پیوسته	زمینه ای	۴- سن
پرسشنامه	بیسواد، خواندن و نوشتن ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دانشگاهی	کیفی رتبه ای	زمینه ای	۵- تحصیلات
پرسشنامه	کشاورز، کارگر، کارمند، خانه دار، بازنشسته، بیکار، آزاد	کیفی اسمی	زمینه ای	۶- شغل
پرسشنامه	متاهل، همسر مرده، متارکه، مطلقه، ازدواج مجدد	کیفی اسمی	زمینه ای	۷- وضعیت تأهل
پرسشنامه	میزان در آمد ماهانه خانواده	کیفی اسمی	زمینه ای	۸- وضعیت اقتصادی
پرسشنامه	۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و بیش از ۵ فرزند	کمی گسسته	زمینه ای	۹- تعداد فرزندان
پرسشنامه	سابقه اعتیاد به مواد افیونی در پدر و مادر والدین کودک	کیفی اسمی	مداخله گر	۱۰- سابقه اعتیاد در خانواده والدین
پرسشنامه	سن تقویمی یا شناسنامه ای	کمی پیوسته	زمینه ای	۱۱- سن کودکان آزار دیده
پرسشنامه	دختر- پسر	کیفی اسمی	زمینه ای	۱۲- جنس کودکان آزار دیده
پرسشنامه	سابقه جدایی و طلاق پدر و مادر والدین کودک	کیفی اسمی	مداخله گر	۱۳- سابقه طلاق در خانواده والدین
پرسشنامه	سابقه انواع آزارهای جسمی و انواع مسامحه در دوران کودکی والدین کودک	کیفی اسمی	مداخله گر	۱۴- سابقه آزار جسمی و مسامحه در والدین
پرسشنامه	سابقه هر نوع بیماری روانی شناخته شده در والدین کودک	کیفی اسمی	مداخله گر	۱۵- سابقه بیماری روانی در والدین
پرسشنامه	سابقه هر نوع بیماری جسمی شناخته شده در والدین کودک	کیفی اسمی	مداخله گر	۱۶- سابقه بیماری جسمی در والدین

پرسشنامه	سابقه مصرف مشروبات الکلی در حد افراط و مستی	کیفی اسمی	مداخله گر	۱۷- سابقه مصرف مشروبات الکلی در حد افراط و مستی
پرسشنامه	انواع آزارهای جسمی مانند سیلی زدن، سوزن زدن، کشیدن گوش، کشیدن مو و...	کیفی اسمی	وابسته	۱۸- انواع آزارهای جسمی اعمال شده
پرسشنامه	انواع سستی و کوتاهی در نگهداری و حفاظت کودک از خطرات و یا محروم کردن وی از محبت، توجه، تفریح، سرگرمی و...	کیفی اسمی	وابسته	۱۹- انواع آزارهای مسامحه اعمال شده
پرسشنامه	هروئین، تریاک، شیر، سوخته	کیفی اسمی	مستقل	۲۰- نوع مصرف مواد
پرسشنامه	مدت زمان وابستگی به مواد مخدر (به سال)	کمی گسسته	مستقل	۲۱- مدت زمان اعتیاد
پرسشنامه	میزان مصرف مواد به گرم در ۲۴ ساعت	کمی گسسته	مستقل	۲۲- میزان مصرف مواد
پرسشنامه	طریقه مصرف مواد از قبیل: تزریق، خوردن، تدخین با وافور، سیخ و سنگ و قلیان	کیفی اسمی	مستقل	۲۳- روش مصرف مواد
پرسشنامه	تعدد موارد تکرار کودک آزاری در روز، هفته، ماه و سال	کمی گسسته	وابسته	۲۴- تعداد موارد کودک آزاری
پرسشنامه	انواع حالات و شرایط و یا بیشترین انگیزه فرد قبل از اقدام به کودک آزاری	کیفی اسمی	مداخله گر	۲۵- حالات قبل از اقدام به کودک آزاری
پرسشنامه	انواع احساسات و حالات پس از اقدام به کودک آزاری	کیفی اسمی	زمینه ای	۲۶- حالات پس از اقدام به کودک آزاری

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: sadegh
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/11/2012 8:42:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/11/2012 8:42:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 64
Number of Words: 10,476 (approx.)
Number of Characters: 59,719 (approx.)