

مقاله‌ی پژوهشی

عوامل خطر کودک آزاری: مطالعه‌ای در واحد حمایت‌های روانی و اجتماعی کودک و خانواده در بیمارستان کودکان شهر بندرعباس

خلاصه

مقدمه: کودک آزاری و مسامحه از جمله پدیده‌هایی هستند که آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر سلامت جسمی و روانی کودکان تحمیل می‌کنند. این مطالعه، به بررسی تعدادی از عوامل جمعیت‌شناختی و عوامل خطر در کودک و والدین و همچنین رابطه‌ی آنها با سوءرفتار با کودک پرداخته است.

روش کار: این مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی از مهر ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۰ در شهر بندرعباس انجام شد. کودکان مورد آزار، در مراکز بهداشتی و بیمارستان کودکان شهر بندرعباس شناسایی و کودکان و والدین آنها پس از تشخیص اولیه‌ی کودک آزاری و مسامحه، برای درمان و سایر مداخلات به واحد حمایت‌های روانی-اجتماعی واقع در بیمارستان کودکان ارجاع شدند. پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی و کودک آزاری، عوامل خطر، شدت و انواع کودک آزاری را ارزیابی کردند. تحلیل ارتباط بین متغیرها با استفاده از آزمون مجذور خی و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ انجام شد.

یافته‌ها: دختران ($P < 0/01$)، کودکان زیر ۴ سال ($P < 0/01$)، فرزندان دوم و سوم ($P < 0/01$)، کودکان سالم ($P < 0/01$)، فرزندان مادران خانه‌دار ($P < 0/05$)، کودکان والدین کم‌سواد ($P < 0/01$)، فرزندان پدران جوان ($P < 0/01$)، فرزندان خانواده‌های کم‌درآمد ($P < 0/01$) و سوءمصرف‌کنندگان مواد ($P < 0/01$) بیشتر مورد غفلت قرار گرفتند. در حالی که پسران ($P < 0/05$)، کودکان بالای ۴ سال ($P < 0/05$)، فرزندان مادران شاغل ($P < 0/01$) و فرزندان خانواده‌های با درآمد متوسط ($P < 0/05$) بیشتر در خطر کودک آزاری عاطفی و جسمانی بودند.

نتیجه‌گیری: دست‌یابی به یافته‌هایی که مشخص می‌کند عوامل خطر متفاوت، انواع متفاوتی از سوءرفتار با کودک را در پی دارند، باعث ارتقاء اثربخشی و کارآیی مداخلات و برنامه‌های پیشگیرانه از سوءرفتار با کودکان می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: کودک آزاری، مسامحه، عوامل خطر، سلامت روانی

فیروزه درخشانیپور

استادیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان،
مرکز تحقیقات روان‌پزشکی گلستان،
دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

احمد حاجبی

دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم
پزشکی ایران مرکز تحقیقات بهداشت
روان، انسیتو روان‌پزشکی تهران،
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

لیلی پانگی

دانشیار پزشکی اجتماعی، پژوهشکده‌ی
خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی، تهران

*مؤلف مسئول:

ایران، گرگان، دانشگاه علوم پزشکی
گلستان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی
گلستان

f.derakhsanpour@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۲/۱/۳۱

تاریخ تایید: ۹۲/۶/۱۸

پی‌نوشت:

این مطالعه با حمایت مالی دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری اجرایی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام والدین و کودکان عزیزی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند و کارکنان شاغل در بیمارستان کودکان و مراکز بهداشتی شهر بندرعباس که در طول تحقیق در روند اجرای کار همکاری صمیمانه با ما داشتند نیز قدردانی می‌گردد.

*Original Article***Risk factors of child abuse: A study in psychosocial support unit for child and family in pediatric hospital of Bandar Abbas city****Abstract**

Introduction: Child abuse and neglect are phenomena that inflict irreparable damage on physical and mental health of children. This study examines a number of demographic and risk factors in children and their parents as well as their relation to child abuse are discussed.

Materials and Methods: This is a descriptive-correlation study and was carried out in Bandar Abbas from October 2010 to September 2011. The abused children were identified in health centers and Pediatric Hospital of Bandar Abbas, Iran. After initial diagnosis of child abuse and neglect, children and their parents were referred to the psychosocial support unit for treatment and other interventions. Demographic and child abuse questionnaires assessed risk factors, types, and severity of child abuse. Chi-square test was used to analyze the relationship between variables.

Results: Girls ($P<0.01$), children under 4 years ($P<0.01$), the second and third children ($P<0.01$), healthy children ($P<0.01$), children whose mothers were housewives ($P<0.05$), children of families with low literacy ($P<0.001$), young fathers ($P<0.01$), low-income ($P<0.001$), and substance abuse ($P<0.001$) were more prone to neglect. While the boys ($P<0.05$), children over 4 years ($P<0.05$), children of working mothers ($P<0.01$) and middle-income families ($P<0.05$) were at risk for emotional and physical abuse.

Conclusion: Accessibility to the findings- different types of risk factors causes different types of child abuse- improve the effectiveness and efficiency of child abuse prevention programs and interventions.

Keywords: Child abuse, Mental health, Neglect, Risk factor

Firoozeh Derakhshanpour
Assistant professor of child and adolescent psychiatry, Golestan Psychiatric Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan

Ahmad Hajebi
Associated professor of psychiatry, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences

Lilli Panaghi
Associated professor of community medicine, Family Research Center, Shahid Beheshti University, Tehran

***Corresponding Author:**
Golestan Psychiatric Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
f.derakhshanpour@yahoo.com
Received: Apr. 20, 2013
Accepted: Sep. 09, 2013

Acknowledgement:

This study was financially supported by Office of Socio-mental Health, Ministry of Health and Medical Education. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Derakhshanpour F, Hajebi A, Panaghi L. Risk factors of child abuse: A study in psychosocial support unit for child and family in pediatric hospital of Bandar Abbas city. Journal of Fundamentals of Mental Health 2014; 16(1): 47-60.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، کودک آزاری را هر گونه رفتاری می داند که آزار عمدی فیزیکی، هیجانی، جنسی و یا سهل انگاری و غفلت نسبت به کودک را در پی داشته باشد (۱). تحقیقات انجام شده در ایران نشان از شیوع بالای آن در بین خانواده های ایرانی دارد (۵-۲).

سوء رفتار با کودک، پیامدهای پایدار و نامطلوبی را بر قربانیان بر جای می گذارد که از آن جمله می توان به تاخیر در رشد، ارتباطات رشد نیافته، کنش های اجتماعی نامعمول (۶)، تاب آوری پایین در مقابل تنش (۷)، نقص در روابط اجتماعی مثل ضعف در تنظیم هیجانات، حواس پرتی، هیجان منفی و مقاومت در انجام دستورات (۸، ۹)، رفتارهای ضد اجتماعی (۱۰)، افکار خودکشی (۱۱) و عدم رعایت نظم و قانون مندی در مدرسه (۱۲) اشاره کرد.

دامنه ی گسترده ای از عوامل، آسیب پذیری کودکان را در مقابل کودک آزاری توضیح می دهد اما ایجاد فهرستی از عوامل خطر معتبر و قابل شناسایی ممکن نیست، زیرا کنش متقابل بسیاری عوامل مثل خصوصیات زیستی کودک، محیط خانوادگی و اجتماعی که کودک در آن زندگی می کند، سطوح مختلفی از خطر را شکل می دهد و این به آن معناست که برخی کودکان، آسیب پذیرتر از دیگران هستند و هم چنین کودکان در مراحل مختلف عمر، در معرض خطر انواع مختلفی از بدرفتاری قرار دارند (۱۳). مطالعات مختلف، عوامل گوناگونی را به عنوان عامل خطر در بروز کودک آزاری نام برده اند که از آن جمله می توان به تحصیلات کم، سن پایین، بی کاری، اختلال روان پزشکی مانند افسردگی، اضطراب، وابستگی به مواد و آزار جسمی والدین در کودکی، در کنار ناتوانی های جسمی و ذهنی و اختلال روان پزشکی در کودکان اشاره کرد (۱۹-۱۴).

از حیث نظری، برای شناخت عوامل خطر و تبیین آسیب پذیری کودکان در مقابل سوء رفتار، نظریات مختلفی از جمله نظریه ی نظام های خانواده^۱، نظریه ی حمایت اجتماعی^۲، نظریه ی

سرمایه گذاری والدینی^۳، نظریه ی سرایت بین نسلی^۴ و نظریه ی نظام های بوم شناختی^۵ به کار گرفته شده اند.

نظریه ی نظام های خانواده بیان می کند که کنش هر عضو خانواده نمی تواند در خلا درک گردد بلکه باید در زمینه ی خانواده بررسی شود. بسیاری از موقعیت های درون خانواده، به تنش زهای احساسی قوی منجر می شوند که می توانند عوامل خطر وقوع سوء رفتار با کودکان محسوب گردند. خانواده هایی که برخی از این تنش ها مثل بیماری سخت و طولانی، بی کاری، مشکلات مالی و مشکلات رابطه ای را تجربه می کنند، شیوع بالاتری از آزار را نسبت به خانواده های بدون این تنش زها تجربه می کنند (۲۰). والدین بد رفتار، کمتر از فرزندان خود و تجربه ی والدینی لذت می برند. آن ها سبک والدینی استبدادی را که محدود کننده، تقاضا کننده و غیر پاسخگو است، اعمال می کنند (۲۱).

نظریه ی حمایت اجتماعی به کمبود حمایت در دسترس مراقبان برای مقابله با تنش زها اشاره می کند. یک شبکه ی اجتماعی حمایتگر، منبعی اساسی برای اعضای خانواده یعنی برای والدینی که با تنش های زیادی روبه رو هستند و کودکانی که در محیطی پر تنش و بد رفتار زندگی می کنند، می شوند (۲۲). بدون مداخله و حمایت از کودکانی که آزار را در نظام خانواده تجربه می کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که همان عوامل خطر اجتماعی و روان شناختی سوء رفتار به بزرگسالی انتقال داده شوند (۲۰).

بر اساس نظریه ی سرمایه گذاری والدینی، والدین گاه سرمایه گذاری (زمانی و مالی) بر روی فرزندان شان را، وقتی هزینه ها از منافع والدینی سنگین تر شود، کم یا قطع می کنند (۲۳). کودکانی که خصوصیات جسمی ناهنجاری دارند یا از ناتوانی های جسمانی و روانی رنج می برند، در معرض خطر غفلت قرار دارند زیرا والدین کمتر بر روی آن ها سرمایه گذاری کرده و احساس می کنند کودک آن چیزی که انتظار داشتند، نیست و انتظارات آن ها را، چه واقع گرایانه و چه غیر واقع گرایانه، برآورده نکرده است (۱). کمبود سرمایه گذاری والدینی، زمانی

³Parental Investment Theory⁴Intergenerational Transmission Theory⁵Ecological Systems Theory¹Family Systems Theory²Social Support Theory

واقع می‌شود که دلبستگی ناسالم بین والد و کودک شکل گیرد، به عبارت دیگر اگر میزان معنی‌داری از پیوند وجود نداشته باشد، سرمایه‌گذاری والدینی، پایین‌تر می‌آید (۱).

طبق نظریه‌ی سرایت بین نسلی، سطوح مختلف مواجهه با تروما مخصوصاً آزار، احتمال درگیر شدن در روابط خشونت‌آمیز بعدی در زندگی را موجب می‌شود (۲۴). این نظریه، فرض می‌کند که افرادی که قربانی آزار یا شاهد قربانی شدن اعضای خانواده‌شان هستند، رویکردی ناهنجار را از خشونت برمی‌گزینند. بسیاری از زنان، موضوع سرایت بین نسلی از خشونت هستند، زیرا در نتیجه‌ی رابطه‌ی ناسالم با مادر یا پدر در کودکی، به برقراری روابط عاطفی آزارگرانه تمایل دارند (۲۵).

نظریه‌ی دیگری که چهارچوب نظری مفیدی برای بررسی عوامل محافظتی و خطر مرتبط با کودک‌آزاری فراهم می‌کند، نظریه‌ی نظام‌های بوم‌شناختی است. این نظریه که توسط برونفن‌برنر^۱ (۲۶) گسترش یافته، محیط را به عنوان مجموعه‌ای تعاملی از نظام‌های جاگرفته در درون یکدیگر، می‌بیند. تعاملات این نظام‌های گوناگون، زمینه‌ی محیطی را شکل می‌دهد که هم موجب و هم مانع بدرفتاری با کودکان می‌شود. این نظریه، شخص را به صورتی در نظر می‌گیرد که در یک سیستم پیچیده‌ی روابط رشد می‌کند و چندین سطح از محیط اطراف بر او تاثیر می‌گذارند. این چهار سطح شامل سطح کلان (عقاید و ارزش‌های اجتماعی)، سطح میانه (مجموعه‌های اجتماع و محله)، سطح خرد (محیط خانواده) و افراد (خصوصیات افراد و مراحل رشد) است (۲۷).

آن چه مسلم است، تمام کودکان تنها به دلیل ویژگی کودک بودن، در خطر سوءرفتار هستند زیرا آن‌ها به بزرگسالان برای رفع نیازهای پایه‌ای تکیه می‌کنند، از قدرت اجتماعی کافی برخوردار نیستند و از نظر فیزیکی از بزرگسالان آسیب‌پذیرترند (۲۸). با این حال، شناسایی زمینه‌های موثر بر آسیب‌پذیری کودکان برای تعیین عوامل خطر، شناسایی به موقع و پیشگیری از بروز صدمات غیر قابل جبران فردی و اجتماعی، ضروری است. از این رو این مطالعه، با بهره‌گیری از نظریات موجود، به آزمون مجموعه‌ای از عوامل مرتبط با سوءرفتار با کودک در

خانواده می‌پردازد و عوامل خطر مرتبط با ویژگی‌های کودک و والدین را بررسی می‌نماید. فرض اصلی این مطالعه آن است که بر حسب شرایط مختلف زیستی، مراحل سنی، تفاوت‌های جنسی، پایگاه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی، وضعیت شغلی والدین، اندازه‌ی خانواده، خصوصیات روان‌پزشکی والدین و وجود یا عدم سوء‌مصرف مواد در خانواده، آسیب‌پذیری کودکان در برابر کودک‌آزاری تغییر کرده و نوع متفاوتی از کودک‌آزاری تجربه می‌شود.

این مطالعه در واحد حمایت از کودک و خانواده‌ی بیمارستان کودکان شهر بندرعباس با هدف شناسایی موارد کودک‌آزاری در میان کودکان ارجاع شده به این واحد انجام گرفته است.

روش کار

این یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی و بخشی از یک مطالعه‌ی بزرگ‌تر می‌باشد و جامعه‌ی آماری آن، کودکانی بودند که به دلیل بیماری‌های مختلف به اورژانس و درمانگاه بیمارستان کودکان یا برای دریافت مراقبت‌های معمول، به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بندرعباس از مهر ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۰ مراجعه کرده بودند.

در شروع کار، تمام کارکنان و پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و بیمارستان کودکان در کارگاه‌های آموزشی شناسایی موارد کودک‌آزاری، شرکت کرده و قادر به شناسایی کودکان آزاردیده بودند و در طول طرح، تمام کودکان شناسایی شده را برای ارزیابی و تشخیص دقیق‌تر، به مرکز حمایت‌های روانی و اجتماعی از کودک و والدین در بیمارستان کودکان ارجاع می‌دادند. واحد حمایت‌ها، مرکزی تخصصی است که گروهی متشکل از روان‌شناس، یک روان‌پزشک، یک روان‌پزشک کودک و نوجوان، مددکار اجتماعی و متخصص اطفال در آن، به ارائه‌ی خدمات مختلف به کودکان و خانواده‌هایی که به نوعی کودک آن‌ها مورد سوءرفتار قرار گرفته است، می‌پردازند. وظیفه‌ی کارکنان عبارت از پذیرش موارد شناسایی شده‌ی کودک‌آزاری و ارزیابی مورد و تایید کودک‌آزاری، گرفتن شرح حال دقیق و تشکیل پرونده و پی‌گیری تاثیرات درمان و مداخلات توسط روان‌شناس، ویزیت مراجعان توسط روان‌پزشک در صورت

¹Bronfenbrenner

وجود اختلال روان پزشکی است. همچنین مددکاران به برنامه ریزی مداخلات درمانی در سطح کودک و خانواده، چه به صورت انفرادی و چه گروهی و ارایه منابع حمایتی لازم و گروه ویزیت در منزل متشکل از روان شناس و مددکار، به حضور در مداخلات، پی گیری و آموزش مراجعان می پردازند. در صورت عدم همکاری خانواده، وجود موارد بسیار شدید و آسیب زا برای کودک و نیاز به مداخلات قانونی یا قضایی، مددکاران مرکز، اقدامات لازم را انجام می دهند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، شامل پرسش نامه ی جمعیت شناختی و پرسش نامه ی کودک آزاری بود که توسط روان شناس واحد، پس از برقراری رابطه با کودک و والدین و از مجموعه ی یافته ها (مشاهده، معاینه، مصاحبه با والدین و کودک) قبل از شروع مداخلات تکمیل می شد.

الف- پرسش نامه ی جمعیت شناختی: به بررسی مواردی مانند سن، شغل والدین، تحصیلات کودک و والدین، میزان درآمد خانواده و ... می پردازد.

ب- پرسش نامه ی کودک آزاری: این پژوهش قسمتی از یک مطالعه ی مقدماتی بزرگ تر است که از سال ۱۳۸۶ در شهر بندرعباس و در رابطه با پدیده ی کودک آزاری در حال انجام است. پرسش نامه ی کودک آزاری حاصل کار گروه تحقیق در این پروژه می باشد که در طول انجام طرح، بارها مورد بازنگری قرار گرفته تا به شکل کنونی درآمده است و روایی آن توسط چهار روان پزشک کودک، تایید شده است. پرسش نامه به تفکیک به بررسی انواع کودک آزاری می پردازد. این پرسش نامه با ارزیابی دقیق کودک و مصاحبه با خانواده تکمیل می گردد. کارکنان واحد حمایت ها به طور کامل در زمینه ی کودک آزاری آموزش دیده اند و اکثر موارد نیز توسط روان پزشک و متخصص اطفال ویزیت شده و در نهایت، کودک آزاری، تایید می گردید.

محدوده ی سنی کودکان از زمان تولد تا ۱۸ سالگی بوده است و امکان استفاده از پرسش نامه های خود گزارشگر وجود نداشت. از سویی در اکثر موارد، والدین آزاررسان، آسیب به کودک را مخفی می کنند و در نتیجه به نظر می رسد که پرسش نامه های والد نیز که توسط والدین تکمیل می شود،

نمی تواند به طور دقیق پدیده ی کودک آزاری را نشان دهد. برقراری رابطه ی درمانگر با والدین و جمع آوری و ثبت اطلاعات می تواند در این زمینه بسیار تاثیر گذار باشد و به همین دلیل، پرسش نامه ی کودک آزاری تدوین گردید که با مشاهده، معاینه و مصاحبه با والدین و کودک، تکمیل می گردد و در مطالعه ی حاضر، ابزاری برای ثبت دقیق انواع کودک آزاری و مسامحه که در روند ارزیابی کودک و خانواده توسط مصاحبه کننده تشخیص داده شده است، می باشد و طبق تعریف گزارش جهانی از خشونت و بر اساس تعاریف زیر، تهیه و تنظیم شده است. روان شناس واحد حمایت ها که وظیفه ی تکمیل این پرسش نامه را دارد، در طول ارزیابی به بررسی انواع سوء رفتار با کودک می پردازد.

بر اساس گزارش جهانی خشونت و سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ (۲۹)، آزار جسمی، عاطفی و مسامحه به شرح زیر تعریف می شوند:

آزار جسمی: عبارت است از استفاده ی عمدی از قدرت فیزیکی در مقابل کودک که در نتیجه ی آن احتمال آسیب به سلامتی، حیات، تکامل یا عزت نفس کودک وجود دارد. در این مطالعه آزار جسمی کودک طبق تعاریف ذیل طبقه بندی شد.

آزار خفیف: ۱- به گفته ی والد، کودک معمولاً تنبیه می گردد ولی آثاری در بدن او به جا نمی ماند. ۲- کودک در حضور کارکنان، تنبیه می گردد.

آزار متوسط: آثار کبودی در بدن کودک با تعداد اندک (یک یا دو کبودی در حال بهبود) مشاهده می شود.

آزار شدید: وجود خون مردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال، وجود شکستگی در بدن کودک، شکستگی دنده ها، آثار سوختگی (آب جوش، سیگار)، آثار کبودی های متعدد در مراحل مختلف بهبودی و کاهش سطح هوشیاری و علائم همراه.

آزار عاطفی: این نوع کودک آزاری شامل روش و الگوی مراقبتی در پرورش کودک می شود که والدین یا مراقبین، محیط مناسب و لازم برای رشد و تکامل کودک را فراهم نمی آورند. در دسترس بودن مادر یا جانشین او برای کودک

توجه به رفاه و امنیت، مسامحه‌ی پزشکی، فقدان نظارت مناسب، در معرض خطر بودن، مسامحه‌ی عاطفی و مسامحه‌ی آموزشی، به عنوان مولفه‌های مسامحه، مطرح می‌شوند. تمام اطلاعات مندرج در پرونده‌ی کودکان کاملاً محرمانه بوده و فقط افراد شاغل در واحد حمایت‌ها امکان دسترسی به آن‌ها را داشتند. در نهایت داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و فراوانی عددی و درصدی و آزمون مجذور خی تحلیل شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان ارجاع داده شده به مرکز حمایت‌ها و خانواده‌های آنان در جدول ۱ ارایه شده است.

به طوری که کودک بتواند قابلیت‌های اجتماعی و عاطفی خود را در حد تمام و کمال متناسب با توان شخصیتی و شرایط اجتماعی خود رشد و توسعه دهد. اقداماتی مثل محدود کردن بیش از حد فعالیت‌های کودک، دست کم گرفتن، تحقیر، سپر بلا کردن، تهدید، ارباب، تبعیض، تمسخر و هر گونه رفتار خشونت‌آمیز غیر جسمانی در این مطالعه به عنوان مولفه‌های آزار عاطفی محسوب می‌شوند.

مسامحه: عدم برآوردن نیازهای پایه‌ای (غذا، سرپناه، محافظت، نظارت، لباس و سلامت) کودک است. در این مطالعه رها کردن کودک، بیرون کردن کودک از خانه، مسامحه‌ی تغذیه‌ای، مسامحه‌ی پوشاکی، بهداشت ناکافی، عدم

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان ارجاع داده شده به مرکز حمایت و خانواده‌های آنان

متغیر	فراوانی (درصد)	متغیر	فراوانی (درصد)
جنس کودک	پسر ۳۶ (۵۲/۹)	وضعیت اشتغال پدر	شاغل ۶۰ (۸۹/۶)
	دختر ۳۲ (۴۷/۱)	بی‌کار	۷ (۱۰/۴)
سن کودک	زیر ۲ سال ۱۳ (۱۹/۱)	سن پدر	زیر ۳۰ سال ۱۲ (۱۷/۹)
	بین ۲ تا ۴ سال ۱۵ (۲۲/۱)	بین ۳۰ تا ۳۵ سال	۳۰ (۴۴/۸)
	بین ۴ تا ۶ سال ۲۷ (۳۹/۷)	بین ۳۵ تا ۴۰ سال	۱۵ (۲۲/۴)
	بالای ۶ سال ۱۳ (۱۹/۱)	بالای ۴۰ سال	۱۰ (۱۴/۹)
رتبه‌ی تولد	اول ۴۵ (۶۶/۲)	تحصیلات پدر	زیر دیپلم ۳۰ (۴۴/۸)
	دوم ۱۳ (۱۹/۱)	دیپلم	۲۸ (۴۱/۸)
	سوم و بیشتر ۱۰ (۱۴/۷)	دانشگاهی	۹ (۱۳/۴)
تعداد اعضای خانواده	سه نفر ۳۱ (۴۵/۶)	تحصیلات مادر	زیر دیپلم ۲۹ (۴۲/۶)
	چهار نفر ۲۳ (۳۳/۸)	دیپلم	۲۶ (۳۸/۲)
	پنج نفر و بیشتر ۱۴ (۲۰/۶)	دانشگاهی	۱۳ (۱۹/۱)
وضعیت سلامتی کودک	معلولیت ذهنی ۲ (۲/۹)	وضعیت ازدواج والدین	عادی ۶۴ (۹۴/۱)
	بیماری خاص ۸ (۱۱/۸)	طلاق گرفته/ بیوه	۲ (۳/۰)
	سالم ۵۸ (۸۵/۳)	ازدواج مجدد	۲ (۲/۹)
زندگی کودک با والدین	با هر دو والد ۶۶ (۹۷/۰)	سابقه‌ی بیماری روان‌پزشکی در خانواده	بله ۶ (۸/۸)
	با یکی از والدین ۲ (۳/۰)	خیر	۶۲ (۹۱/۲)
سن مادر	زیر ۲۵ سال ۱۸ (۲۶/۵)	سطح درآمد خانواده (تومان)	کمتر از ۳۰۰ هزار ۲۰ (۲۹/۴)
	بین ۲۵ تا ۳۰ سال ۱۹ (۲۷/۹)	بین ۳۰۰ تا ۶۰۰ هزار	۳۵ (۵۱/۵)
	بین ۳۰ تا ۳۵ سال ۲۱ (۳۰/۹)	بالای ۶۰۰ هزار	۱۳ (۱۹/۱)
	بالای ۳۵ سال ۱۰ (۱۴/۷)	زیر ۳۰۰ هزار	۲۰ (۲۹/۴)
وضعیت اشتغال مادر	شاغل ۶ (۸/۸)	سابقه‌ی مصرف مواد مخدر در خانواده	بله ۱۳ (۱۹/۱)
	خانه‌دار ۶۲ (۹۱/۲)	خیر	۵۴ (۷۹/۴)

درصد مورد مسامحه قرار گرفته بودند. حدود ۳۷ درصد از کودکان مورد مسامحه و آزار عاطفی، نزدیک به ۱۲ درصد مورد مسامحه و آزار جسمانی و ۵۰ درصد، مورد آزار جسمانی

جدول ۲، وضعیت کودک‌آزاری را در بین کودکان مورد بررسی نشان می‌دهد که بر این اساس، ۸۸/۲ درصد از کودکان مورد آزار عاطفی، ۵۰ درصد مورد آزار جسمانی و ۴۷/۱

و عاطفی قرار گرفتند. به طور کلی ۲۴ درصد از کودکان فقط یک نوع بد رفتاری، ۶۴/۲ درصد دو نوع بد رفتاری و ۱۲ درصد، هر سه نوع بد رفتاری را تجربه کرده بودند. کودکان مورد آزار عاطفی، توهین کلامی، تهدید و تحقیر را بیش از سایر انواع آزار عاطفی تحمل کردند. هل دادن، پرت کردن و کتک زدن با وسیله از شایع ترین انواع آسیب جسمانی بود.

دست ها، صورت و سر و گردن بیش از سایر اندام های کودکان مورد آسیب جسمانی قرار گرفته بود. ۱۷/۶ درصد از موارد قبل از هم مورد کودک آزاری قرار گرفته بودند. تعداد موارد آزار عاطفی در هر سه سطح خفیف، متوسط و شدید، تقریباً برابر بود. نزدیک به ۴۳ درصد از کودکان نیاز به مداخله اورژانس داشتند.

جدول ۲- وضعیت کودک آزاری کودکان ارجاع داده شده به مرکز حمایت

متغیر	فراوانی (درصد)	متغیر	فراوانی (درصد)
نوع کودک آزاری	۳۲ (۴۷/۱)	نوع آزار جسمانی	۱ (۱/۵)
مسامحه	۶۰ (۸۸/۲)	سوختگی	۲ (۲/۹)
آزار عاطفی	۳۴ (۵۰/۰)	شکستگی	۳ (۴/۴)
آزار جسمانی	۲۵ (۳۶/۸)	کیودی	۳ (۴/۴)
مسامحه و آزار عاطفی	۸ (۱۱/۸)	لگد زدن	۳ (۴/۴)
مسامحه و آزار جسمانی	۳۴ (۵۰)	گاز گرفتن	۳ (۴/۴)
آزار جسمانی و آزار عاطفی	۳۴ (۵۰)	هل دادن و پرت کردن	۱۳ (۱۹/۱)
نوع آزار عاطفی	۴۲ (۶۱/۸)	نیشگون گرفتن	۹ (۱۳/۲)
توهین های کلامی	۸ (۱۱/۸)	سوزاندن	۳ (۴/۴)
مزوی کردن	۲۷ (۳۹/۷)	کتک زدن با دست	۱ (۱/۵)
بی اعتنائی	۳۱ (۴۵/۶)	کتک زدن با وسایل	۱۱ (۱۶/۲)
تحقیر	۴۱ (۶۰/۳)	صورت، سر و گردن	۴ (۵/۸)
تهدید	۵۷ (۸۱/۸)	دست ها	۵ (۷/۴)
فریاد زدن	۲۰ (۲۹/۴)	پاها	۳ (۴/۴)
خفیف	۱۹ (۲۷/۹)	شکم و سینه	۲ (۳/۰)
متوسط	۲۰ (۲۹/۴)	پشت	۳ (۴/۴)
شدید	۱۶ (۲۳/۹)	بله	۲۹ (۴۲/۶)
فقط یک نوع بد رفتاری	۴۲ (۶۴/۲)	نیاز کودک به مداخله اورژانس	۳۹ (۵۷/۴)
دو نوع بد رفتاری	۸ (۱۱/۹)	سابقه آزار جسمانی	۱۲ (۱۷/۶)
هر سه نوع بد رفتاری		خیر	۵۶ (۸۲/۴)

برای بررسی رابطه و ویژگی های زمینه ای کودکان با انواع کودک آزاری از مجذور خی استفاده شد (جدول ۳). یافته ها نشان داد که دختران بیش از پسران مورد مسامحه (۵۸/۱ درصد مقابل ۳۸/۹٪ و $P=0/1$) و پسران بیشتر مورد آزار جسمانی (۶۱/۱٪ در مقابل ۳۷/۵٪ و $P=0/05$) قرار گرفتند. در مورد آزار عاطفی، تفاوت معنی داری بین دو جنس به دست نیامد.

جدول ۳- میزان کودک آزاری بر اساس ویژگی های کودکان ارجاع داده شده به مرکز حمایت

متغیر	مسامحه (۳۲ نفر)		آزار عاطفی (۳۴ نفر)		آزار جسمانی (۶۰ نفر)	
	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
جنس دختر	۱۸ (۵۸/۱)	۱۳ (۴۱/۹)	۲۸ (۸۷/۵)	۴ (۱۲/۵)	۱۲ (۳۷/۵)	۲۰ (۶۲/۵)
پسر	۱۴ (۳۸/۹)	۲۲ (۶۱/۱)	۳۲ (۸۸/۹)	۴ (۱۱/۱)	۲۲ (۶۱/۱)	۱۴ (۳۸/۹)
سن کودک بالای ۴ سال	۱۵ (۳۸/۵)	۲۴ (۶۱/۵)	۳۸ (۹۵)	۲ (۵)	۲۵ (۶۲/۵)	۱۵ (۳۷/۵)
زیر ۴ سال	۱۷ (۶۰/۷)	۱۱ (۳۹/۳)	۲۲ (۷۸/۶)	۶ (۲۱/۴)	۹ (۳۲/۱)	۱۹ (۶۷/۹)
وضعیت سالم	۳۰ (۵۱/۷)	۲۸ (۴۸/۳)	۵۱ (۸۷/۹)	۷ (۲۱/۱)	۲۸ (۴۸/۳)	۳۰ (۵۱/۷)
پزشکی معلول یا بیمار	۲ (۲۲/۲)	۷ (۱۷/۸)	۹ (۹۰)	۱ (۱۰)	۶ (۶۰)	۴ (۱۰)
رتبه تولد فرزند اول	۱۸ (۴۰/۹)	۲۶ (۵۹/۱)	۴۰ (۸۸/۹)	۵ (۱۱/۱)	۲۳ (۵۱/۱)	۲۲ (۴۸/۹)
فرزند دوم و سوم	۱۴ (۶۰/۹)	۹ (۳۹/۱)	۲۰ (۸۷)	۳ (۱۳)	۱۱ (۴۷/۸)	۱۲ (۵۲/۲)

کودکان کم‌سن‌تر بیش از بزرگترها مورد مسامحه قرار گرفتند (۶۰/۷٪ در مقابل ۳۸/۵٪ و $P < ۰/۱$) ولی کودکان بالای ۴ سال به شکل معنی‌داری بیشتر مورد آزار جسمانی (۶۲/۶٪ در مقابل ۳۲/۱٪ و $P < ۰/۰۱$) و عاطفی (۹۵٪ در مقابل ۷۸/۶٪ و $P < ۰/۰۵$) واقع شدند. مسامحه در مورد کودکان سالم بیش از کودکان معلول یا بیمار اعمال شد (۵۱/۷٪ در مقابل ۲۲/۲٪ و $P < ۰/۱$). کودکان اول کمتر از کودکان دوم و سوم مورد مسامحه قرار گرفتند (۴۰/۹٪ در مقابل ۶۰/۹٪ و $P < ۰/۱$). همان طور که در جدول ۴ مشخص است، مادران خانه‌دار بیش از مادران شاغل، از کودکان خود غفلت کرده‌اند (۵۲/۵٪ در مقابل صفر و $P < ۰/۰۱$) اما آزار جسمانی در بین کودکان مادران شاغل بیشتر گزارش شده است (۸۳/۳٪ در مقابل ۴۶/۸٪ و $P < ۰/۱$).

تمام ۶ کودک دارای مادر شاغل، مورد آزار عاطفی قرار گرفته‌اند اما این تفاوت معنی‌دار نشده است. اگر چه کودکان پدران بیکار، بیشتر مورد مسامحه (۷۱/۴٪ در مقابل ۴۵/۸٪) و آزار جسمانی (۵۷/۱٪ در مقابل ۴۸/۳٪) قرار گرفته‌اند، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نشده است. کودکان مادران با تحصیلات زیر دیپلم بیشتر از مادران دیپلمه و با تحصیلات دانشگاهی از کودکان خود غفلت کرده‌اند (۷۵/۹٪ در مقابل ۲۶/۹٪ و ۲۵٪ و $P < ۰/۰۰۱$). آزار جسمانی در بین کودکان مادران تحصیل کرده بیش از مادران زیر دیپلم دیده می‌شود (۶۱/۵٪ در مقابل ۳۷/۹٪) که این تفاوت معنی‌دار نشده است. پدران با تحصیلات زیر دیپلم هم بیشتر از پدران تحصیل کرده فرزندان خود را مورد مسامحه قرار داده‌اند (۶۰/۰٪ در مقابل ۱۲/۵٪ و $P < ۰/۰۵$).

جدول ۴- میزان کودک‌آزاری بر اساس ویژگی‌های والدین کودکان ارجاع داده شده به مرکز حمایت

متغیر	مسامحه (۳۲ نفر)		آزار عاطفی (۳۴ نفر)		آزار جسمانی (۶۰ نفر)	
	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
شغل مادر	۰	۶ (۱۰۰٪)	۰	۶ (۱۰۰٪)	۵ (۸۳٪)	۱ (۱۶٪)
شغل پدر	۲۷ (۴۵/۸٪)	۳۲ (۴۵/۲٪)	۲۹ (۴۷/۵٪)	۰	۳۳ (۵۳/۲٪)	۲۷ (۴۵/۸٪)
تحصیلات مادر	۲۲ (۷۵/۹٪)	۷ (۲۴/۱٪)	۲۶ (۸۹/۷٪)	۳ (۱۰/۳٪)	۱۱ (۳۷/۹٪)	۱۸ (۶۲/۱٪)
تحصیلات پدر	۱۸ (۶۰٪)	۱۲ (۴۰٪)	۲۴ (۸۶/۷٪)	۴ (۱۳/۳٪)	۱۵ (۵۰٪)	۱۵ (۵۰٪)
درآمد خانواده (تومان)	۱۳ (۳۷/۱٪)	۲۲ (۶۲/۹٪)	۱۷ (۸۵٪)	۳ (۱۵٪)	۶ (۳۰٪)	۱۴ (۷۰٪)
سن پدر	۲۲ (۴۰٪)	۱۰ (۹۰/۹٪)	۲۹ (۵۲/۷٪)	۲ (۱۶/۷٪)	۲۶ (۴۶/۲٪)	۸ (۱۳/۳٪)
سن مادر	۲۲ (۴۴٪)	۱۰ (۵۸/۸٪)	۲۸ (۵۶٪)	۶ (۱۲٪)	۲۶ (۵۲٪)	۲۴ (۴۸٪)
سابقه‌ی بیماری روان‌پزشکی	۳ (۵۰٪)	۳ (۵۰٪)	۳ (۵۰٪)	۰	۲ (۳۳/۳٪)	۴ (۶۶/۷٪)
مصرف مواد مخدر	۲۰ (۳۷/۷٪)	۳۳ (۶۲/۳٪)	۲۸ (۵۱/۹٪)	۵ (۹/۳٪)	۲۸ (۵۱/۹٪)	۲۶ (۴۸/۱٪)
در خانواده	۱۲ (۹۲/۳٪)	۱ (۷/۷٪)	۱۰ (۷۶/۹٪)	۳ (۲۳/۱٪)	۵ (۳۸/۵٪)	۸ (۶۱/۵٪)
اندازه‌ی خانواده	۲۳ (۴۳/۴٪)	۳۰ (۵۶/۶٪)	۲۷ (۵۰٪)	۶ (۱۱/۱٪)	۲۷ (۵۰٪)	۲۷ (۵۰٪)
پرجمعیت (بیش از ۵ نفر)	۹ (۶۴/۳٪)	۵ (۳۵/۷٪)	۱۲ (۸۵/۷٪)	۲ (۱۴/۳٪)	۷ (۵۰٪)	۷ (۵۰٪)

جسمانی، ۳۶۷ نفر به عنوان آسیب دیده‌ی جسمانی مشخص شدند یعنی ۱۲/۲ درصد از مراجعین (۱۴/۵٪ پسران و ۹/۶٪ دختران) دچار کودک آزاری جسمانی شده بودند (۳۰). اما یافته‌های حاصل از تحلیل مجذور خی مشخص کرد که دختران بیش از پسران، مورد مسامحه و پسران به میزان بیشتر مورد آزار جسمانی قرار گرفته‌اند. این یافته با برخی از نتایج سایر مطالعات مشابه و با برخی متفاوت است. برخی شیوع بالاتر بدرفتاری مخصوصاً آزار جنسی و عاطفی را در بین دختران (۳۳-۳۱) و برخی در بین پسران (۳۶-۳۴) گزارش داده‌اند. پیشینه‌ی بدرفتاری با کودکان نشان داده که والدین طبق عقاید جنسیتی خود، انتظارات متفاوتی از رفتار دختران و پسران دارند و به خاطر این انتظارات متفاوت، ممکن است به طرز متفاوتی به رفتاری خاص، واکنش نشان دهند. همچنین پسران بیشتر احتمال دارد که تنبیه جسمی شوند چرا که بدرفتاری پسران بیشتر ممکن است پرخاشگری جسمی (مثل دعوا کردن) را در برداشته باشد (۳۷).

بررسی انواع دیگر سوء رفتار مشخص کرد که آزار عاطفی از آزار جسمانی و مسامحه، شیوع بیشتری در بین کودکان مورد مطالعه داشت. اگر چه بدرفتاری عاطفی، شایع‌ترین شکل کودک آزاری و در عین حال مخفی‌ترین نوع آن است که کمترین گزارش و کمترین مطالعه در خصوص آن انجام شده است (۳۸) اما در بیشتر تحقیقات کشورهای غربی، مسامحه بیشترین نوع سوء رفتار با کودک گزارش شده است (۳۹). این ناهمخوانی می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع مطالعه، محل اجرا و اختلاف در تعریف مسامحه و آزار باشد. همچنین این ناهمخوانی می‌تواند ناشی از شباهت حوزه‌ی مفهومی مسامحه‌ی عاطفی و آزار عاطفی باشد که تمایز آن‌ها را در نظام ثبت دشوار ساخته و موجب می‌شود آزار عاطفی کمتر گزارش شود. وجه تمایز غفلت عاطفی از آزار عاطفی در این است که آزار عاطفی کنشی است که طی آن دشمنی زبانی، تحقیر، شتمات و طرد به انجام می‌رسد، در حالی که غفلت عاطفی، کنش فروگذاری است و شکست در برآورده کردن نیازهای عاطفی کودک است. والدی که از نظر احساسی در دسترس

تمام ۹ کودک پدران تحصیل کرده مورد آزار عاطفی قرار گرفته‌اند و آزار جسمانی نیز در بین کودکان دارای پدران با تحصیلات دانشگاهی بیش از پدران دیپلمه دیده می‌شود (۶۶/۷٪ در مقابل ۴۲/۹٪) که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نشده است. مسامحه در بین کودکان خانواده‌های کم درآمد بیش از خانواده‌های متوسط و بالاتر گزارش شده (۸۵٪ در مقابل ۳۷/۱٪ و ۱۶/۷٪ و $P < 0/001$) اما آزار جسمانی در بین خانواده‌های با درآمد متوسط بیش از گروه پایین‌تر به چشم می‌خورد (۶۲/۹٪ در مقابل ۳۰٪ و $P < 0/05$). مسامحه در بین پدران کم‌سن‌تر بیش از سایرین اعمال شده است (۹۰/۹٪ در مقابل ۴۰٪ و $P < 0/01$) اما تفاوتی بین مادران کم‌سن و باتجربه در هیچ یک از انواع کودک آزاری مشاهده نشد. از نظر وجود یا عدم بیماری روان‌پزشکی در بین والدین، تفاوت معنی‌داری در فراوانی کودک آزاری به دست نیامد. کودکانی که در خانواده‌شان، فرد مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر وجود داشت بیش از سایرین مورد غفلت قرار گرفته‌اند (۹۲/۳٪ در مقابل ۳۷/۷٪ و $P < 0/001$). اندازه‌ی خانواده، رابطه‌ی معنی‌داری با کودک آزاری نشان نداد اگر چه کودکان خانواده‌های پرجمعیت بیشتر مورد غفلت قرار گرفتند (۶۴/۳٪ در مقابل ۴۳/۴٪).

بحث

این تحقیق با هدف بررسی عوامل خطر کودک آزاری در بین کودکان مراجعه‌کننده به مرکز حمایت‌های کودک و والدین واقع در بیمارستان کودکان شهر بندرعباس انجام شد.

در این پژوهش دختران و پسران به میزان نسبتاً برابری (۳۲ دختر و ۳۶ پسر) به واحد حمایت‌ها ارجاع داده شده بودند و بیشترین کودکان مراجعه‌کننده، در گروه سنی ۴ تا ۶ سال قرار داشتند. در مطالعاتی که در ایران به بررسی سوء رفتار با کودکان در مراکز بهداشتی-درمانی پرداخته‌اند معمولاً تعداد پسران مورد خشونت بیش از دختران بوده است. در مطالعه‌ای که در ۳ مرکز تخصصی و اورژانس اطفال بیمارستان‌های بهرامی، حضرت علی اصغر (ع) و مرکز طبی کودکان در تهران انجام گرفت، در طول ۱۰ روز با استفاده از پرسش‌نامه‌های پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت در خصوص سوء رفتار

نیست، بی‌علاقه است، اجتنابی است و به نیازها و علایق کودک پاسخ نمی‌دهد، در زمره‌ی والدین مسامحه‌گر به شمار می‌رود (۴۰).

مسامحه در مورد کودکان سالم بیش از کودکان معلول یا بیمار اعمال شد. برخلاف آن چه در نظریه‌ی سرمایه‌گذاری والدینی گفته شد، کودکان معلول کمتر مورد غفلت قرار گرفتند. طبق فرض اولیه این نظریه که تلفیقی از نظریه‌ی اقتصادی و نظریه‌ی روان‌شناسی تکاملی است، والدین بر روی کودکانی سرمایه‌گذاری می‌کنند که منابع^۱ آن‌ها را به موفقیت باروری^۲ تبدیل کند. کودکانی که سالم‌تر بوده و از ارزش باروری بیشتری برخوردارند، بیشتر مورد توجه والدین قرار می‌گیرند (۴۱) اما تلفیق منابع والدین و ارزش باروری کودک مشخص می‌کند که والدینی که منابع بیشتری از پول، زمان و شادابی در اختیار دارند، کمتر به غفلت از کودکان با ارزش باروری کم (ناسالم) دست می‌زنند و بیشتر بر آن‌ها سرمایه‌گذاری می‌کنند (۴۲). بررسی دقیق‌تر داده‌های این تحقیق نیز نشان داد که ۴۰ درصد کودکان ناسالم در خانواده‌های با درآمد بالاتر از ۶۰۰ هزار تومان قرار دارند در حالی که ۱۵/۵ درصد از کودکان سالم در این طبقه قرار دارند. هم‌چنین مصرف مواد مخدر در ۲۱ درصد خانواده‌های دارای کودک سالم و ۱۰ درصد خانواده‌های کودک ناسالم وجود دارد.

مادران خانه‌دار بیش از مادران شاغل از کودکان خود غفلت کرده‌اند اما آزار جسمانی در بین کودکان مادران شاغل بیشتر گزارش شده است. شغل مادر در سایر مطالعات نیز بر سوءرفتار با کودک موثر شناخته شده است (۴۳). بر اساس نظریه‌ی حمایت اجتماعی می‌توان تبیین کرد که چرا مادران بیشترین مرتکبین آزار کودکان هستند. اگر چه وظایف خانه ممکن است بین زوجین تقسیم شده باشند اما در ایران، هنوز مادران مراقبان اولیه هستند و از حمایت‌های مستقیم کمتری برای بچه‌داری برخوردارند. از این‌رو مادران، مخصوصاً مادران خانه‌دار بیشتر احتمال دارد که بیشترین زمان خود را با کودکان‌شان سپری کنند که همین امر فرصت بیشتری را برای

بروز رفتارهای نادرست با کودکان فراهم می‌کند (۴۴). مادران خانه‌دار بیشتر احتمال دارد که از کودکان‌شان غفلت کنند چرا که مسئولیت بیشتری در مراقبت‌های روزانه و نگهداری از کودکان نسبت به مادران شاغل دارند. از سوی دیگر زنانی که در رابطه با شریک خود از نظر جسمانی و روانی، آزار می‌بینند به خاطر دلایلی که در نظریه‌ی سرایت بین نسلی گفته شد، دو برابر بیشتر احتمال دارد که با کودکان خود بدرفتاری کنند. زنان افسرده نیز توانایی ناقصی برای والدگری کارآ داشته، با کودکان خود مشکل ارتباطی دارند و محیطی اغلب خصومت‌آمیز، پرخاشگرانه و طردکننده در خانه فراهم می‌کنند (۲۱).

کودکان پدران بی‌کار بیشتر مورد مسامحه و آزار جسمانی قرار گرفته‌اند، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نشده است. اگر چه بر اساس الگوی تنش خانواده مشخص شده که فشار اقتصادی، پریشانی‌های احساسی مراقبان را افزایش داده و موجب افزایش کج‌خلقی و دشمنی با کودکان می‌شود (۴۵) اما احتمالاً به دلیل حجم کم نمونه‌ی مورد بررسی، این رابطه معنی‌دار نشده است.

مسامحه، توسط پدران کم‌سن‌تر بیش از سایرین اعمال شده است اما تفاوتی بین مادران کم‌سن و با تجربه در هیچ یک از انواع کودک‌آزاری مشاهده نشد. هم‌سو با این یافته استایر^۳ و همکارانش نیز نشان دادند که سن والدین بیش از آن که بر آزار جسمی تاثیرگذار باشد بر مسامحه، موثر است (۴۶). علاوه بر این میزان بدرفتاری والدین جوان، بیش از آن که مستقیماً به سن آن‌ها مربوط باشد درون عوامل دیگری مثل پایگاه اقتصادی، تنش، انزوا و ناآگاهی از بدرفتاری و نیز بی‌تجربگی والد شدن جای گرفته است (۴۷). سایدبوتم^۴ و همکارانش استدلال کرده‌اند که سن والدین، بازتاب‌دهنده‌ی مهارت‌ها، تجربیات و دانش محدود آن‌ها است. والدین جوان‌تر بیشتر در معرض تنش هستند زیرا از منابع مالی کمتری برخوردار بوده و در مقابل پیش‌آمدهای زندگی آسیب‌پذیرترند (۱۵). از سوی دیگر والدین جوان‌تر، شکیبایی کمتری در مقابل رفتارهای نامناسب کودکان بروز می‌دهند و از مهارت‌های والدینی

³Stier⁴Sidebotham¹Resource²Reproductive Success

کمتری برای مقابله با نافرمانی و بدرفتاری های کودکان برخوردارند (۴۸).

مادران و پدران با تحصیلات زیر دیپلم بیشتر از مادران و پدران دیپلمه و تحصیل کرده از کودکان خود غفلت کرده اند. این یافته با نتایج اکثر مطالعات قبلی هم سو است (۴۳، ۵۱-۴۹). در تبیین رابطه ی تحصیلات والدین و کودک آزاری، به نظر می رسد تحصیلات بالاتر والدین به عنوان عاملی محافظتی، از طریق اصلاح عقاید و ارزش های مربوط به تنبیه بدنی، نگرش در مورد فرزندان و بهبود والدگری (۵۲، ۵۳) و افزایش تاب آوری، گسترش ارتباطات اجتماعی، آگاهی از رشد کودک و جستجوی حمایت در هنگام نیاز (۵۴) بر سوء رفتار با کودکان تاثیر بگذارد.

اندازه ی خانواده، رابطه ی معنی داری با کودک آزاری، نشان نداد اگر چه کودکان خانواده های پر جمعیت بیشتر مورد غفلت قرار گرفتند. سایر تحقیقات تایید کردند که اندازه و ساختار خانواده بر سوء رفتار با کودک مرتبط است (۱۵، ۱۸، ۵۱).

کودکان کم سن تر بیش از بزرگترها مورد مسامحه قرار گرفتند اما کودکان بالای ۴ سال به طرز معنی داری بیشتر مورد آزار جسمانی و عاطفی واقع شدند. آسیب پذیری گروه سنی کمتر از ۴ سال در نتیجه ی عوامل رشدی مثل اندازه ی کوچک، وابستگی به دیگران و ناتوانی برای دفاع از خود است (۵۵). با این حال کودکان کم سن تر، کمتر احتمال دارد که از بدرفتاری جسمانی رنج ببرند زیرا والدین انضباط جسمانی را برای کودکان کم سن تر، بالقوه مضر می بینند (۴۸).

کودکان اول، کمتر از کودکان دوم و سوم، مورد مسامحه قرار گرفتند که می تواند نتیجه ی کم تجربگی والدین در زمان تولد فرزند اول باشد.

مسامحه در بین کودکان خانواده های کم درآمد بیش از خانواده های متوسط و بالاتر گزارش شده اما آزار جسمانی در بین خانواده های با درآمد متوسط بیش از گروه پایین تر به چشم می خورد. تحقیقات متعددی ارتباط بین فقر و بدرفتاری را هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماع، تایید کرده اند (۵۸-۵۶).

پایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین بر رابطه ی بین والدین و فرزندان به خاطر منابع و فرصت های محدود اقتصادی و تنش

فرزینده ی والدین، به طور منفی تاثیر می گذارد (۴۸). مطالعه ی ویزو^۱ نشان داد که بین وضع اقتصادی و استفاده از تنبیه بدنی، رابطه ای غیر خطی وجود دارد و تنبیه بدنی در خانواده های با درآمد متوسط بیشتر دیده می شود (۵۹).

کودکانی که در خانواده شان، مصرف کننده ی مواد مخدر وجود داشت بیش از سایرین مورد غفلت قرار گرفتند. هم سو با این یافته، مطالعات پیشین نیز نشان دادند که سوء مصرف مواد، خطر سوء رفتار با کودک را افزایش می دهد (۱۹، ۶۰). محققان پیشنهاد می کنند که والدین مصرف کننده ی مواد کمتر قادرند سرپناه مناسب، مراقبت و ثبات اقتصادی برای فرزندان شان فراهم کنند و از این رو کودکان بیشتر در معرض خطر مسامحه قرار دارند (۶۲، ۶۱). قدرت تشخیص معیوب و بی قاعدگی احساسی نیز در بین والدین مصرف کننده ی مواد، می تواند خطر سوء رفتار را افزایش دهد (۶۳). به تعبیر دوبوویتز^۲ و همکاران سوء مصرف مواد، باعث گرفتار شدن در سبک زندگی متعهد به کسب و مصرف مواد می شود و مادران مصرف کننده، اغلب در دسترس فرزندان شان نیستند (۱۹).

از محدودیت های تحقیق حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که در بسیاری از موارد، پدر کودک جهت ارزیابی دقیق قابل دسترسی و ارزیابی نبود و گروه تحقیق مجبور بود به اطلاعات ارایه شده از مادر بسنده کند. از سوی دیگر، عده ای از کودکان قبل از اتمام بررسی ها با رضایت شخصی والدین از بیمارستان ترخیص و در نتیجه از مطالعه نیز خارج می شدند. در برخی موارد، محل زندگی کودک، خارج از شهر بندرعباس بود و در نتیجه بعد از ترخیص، امکان دسترسی برای ادامه ی کار وجود نداشت.

نتیجه گیری

دستیابی به این شناخت که عوامل خطر متفاوت، انواع متفاوتی از سوء رفتار را در پی دارند، به اثربخشی و کارآیی مداخلات و برنامه های پیش گیرانه از سوء رفتار با کودکان کمک می کند. بنا بر نتایج این تحقیق، احداث واحدهای حمایت از کودک در بیمارستان های کودک، می تواند محل

¹Wisow

²Dubowitz

مناسبی برای شناسایی کودکان در معرض خطر و گامی موثر برای پیشگیری از کودک‌آزاری باشد.

References

- World Health Organization. Child maltreatment: Key facts. [cited 2010]. Available from: URL; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>.
2. Khoushabi K, Habibi Asgarabad M, Farzadfar SZ, Mohammad Khani P. [Investigating prevalence of child abuse among guidance school student, Tehran, 1385-1386]. *Social welfare* 2008; 7: 115-35. (Persian)
 3. Mikaeli N, Zamanloo Kh. [A study of the prevalence of child abuse and its prediction from parents' depression and anxiety, attachment styles and mental health of their adolescent boys]. *Quarterly psychology of exceptional individual* 2012; 2: 145-66. (Persian)
 4. Vizeh Fayaz O, Moradi S, Fadaei Z, Habibi Asgarabad M. [A comparative study of the prevalence of child abuse in high schools based on gender, education and history of divorce in the family]. *Journal of family research* 2008; 4: 145-65. (Persian)
 5. Zahrabi Moghadam J, Noughjah S, Divdar M, Sedaghat Dyl Z, Adibpour M, Spahvand Z. [Frequency of child abuse and related factors in 2-5 years children attending health centers of Ahwaz and Haftgel in 2001]. *Jondishapour* 2012; 3 (1(6)): 237-45. (Persian)
 6. Valentino K, Cicchetti D, Toth SL, Rogosh FA. Mother-child play and emerging social behaviors among infants from maltreating families. *Dev Psychol* 2006; 42: 474-85.
 7. Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 759-82.
 8. Shields A, Cicchetti D. Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 381-95.
 9. Rogosch F, Cicchetti D, Aber J. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Dev Psychopathol* 1995; 7: 591-609
 10. Cicchetti D, Toth S. Developmental processes in maltreated children. In: Hansen D. (editor). *Nebraska Symposium on Motivation. Motivation and child maltreatment*. Lincoln, NE: University of Nebraska; 2000: 85-160.
 11. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconja RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 709-23.
 12. Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 161-9.
 13. Irenyi M, Bromfield L, Beyer L, Higgins D. Child maltreatment in organisations: Risk factors and strategies for prevention. *Child abuse prevention* 2006; 25: 1-23.
 14. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the Children of the Nineties: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 497-522.
 15. Sidebotham P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the Children of the Nineties: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl* 2001; 25(9): 1177-200.
 16. Feng JY, Fetzer S, Chen YW, Yeh L, Huang MC. Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 1483-90.
 17. Lee SJ, Guterman NB, Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 846-58.
 18. Windham A, Rosenbert LA, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Risk of mother-reported child physical and psychological abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 645-67.
 19. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 96-104.
 20. Crosson-Tower C. *Understanding child abuse and neglect*. Boston: Allyn and Bacon; 2005: 24-56.
 21. Mapp S. The effects of sexual abuse as a child on the risk of mothers physically abusing their children: A path analysis using systems theory. *Child Abuse Negl* 2005; 30(11): 1293-310.
 22. Friedman K. *Early childhood abuse and neglect: Exploring the consequences, effects, and treatment*. A senior project presented to the Faculty of the Psychology and Child Development

- Department California Polytechnic State University, San Luis Obispo. [cited 2010]. Available from: URL; <http://digitalcommons.calpoly.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=psycdsp>
23. Maestriperi D, Carroll K. Child abuse and neglect: Usefulness of the animal data. *Psychol Bull* 1998; 123(3): 211-23.
 24. Fox K, Robson S, Gover A. The intergenerational transmission of violence: A gender-based analysis of social learning theory. *American Society of Criminology*. [cited 2005]. Available from: URL; http://www.allacademic.com/meta/p32746_index.html.
 25. Alexander P. Childhood trauma, attachment, and abuse by multiple partners. *Psychol Trauma* 2009; 1(1): 78-88.
 26. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University; 1979: 3.
 27. Lynch M, Cicchetti D. An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Dev Psychopathol* 1998; 10(2): 235-57.
 28. Finkelhor D, Dzuiba-Leatherman J. Victimization of children. *Am Psychol* 1994; 49: 173-83.
 29. World Health Organization. *World report on violence and health*. [cited 2002]. Available from: URL; http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf
 30. Sayyari AA, Bagheri Yazdi SA, Jalili B, Khooshabi K, Shah Mohammadi D, Iman Zadeh F, et al. Physical child-abuse in Tehran, Iran. *Journal of rehabilitation* 2001; 2: 7-13.
 31. Briere J, Elliott D. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population of sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 1205-22.
 32. Reijneveld SA, de Meer G, Wiefferink CH, Crone MR. Detection of child abuse by Dutch preventive child-healthcare doctors and nurses: Has it changed? *Child Abuse Negl* 2008; 32: 831-7.
 33. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 969-84.
 34. Mahoney A, Donnelly WO., Lewis T, Maynard C. Mother and father self reports of corporal punishment and severe physical aggression toward clinic referred youth. *J Clin Child Psychol* 2000; 29: 266-81.
 35. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *J Am Med Assoc* 2003; 290: 621-6.
 36. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 167-80.
 37. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull* 2002; 128: 539-79.
 38. Barnett O, Miller-Perrin CL, Perrin RD. *Family violence across the lifespan: An introduction*. 2nd ed. California: Sage; 2005: 151-178.
 39. Gershater-Molkoa RM, Lutzkerb JR, Sherman JA. Assessing child neglect. *Aggress Violent Behav* 2003; 8: 563-85.
 40. Egeland B. Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 22-6.
 41. Bugental DB, Beaulieu DA, Silbert-Geiger A. Increases in parental investment and child health as a result of an early intervention. *J Exp Child Psychol* 2010; 106: 30-40.
 42. Bugental DB, Beaulieu DA. Maltreatment risk among disabled children: A bio-social-cognitive approach. In: Kail R. (editor). *Advances in child development and behavior*. New York: Academic press; 2003: 129-64.
 43. Slack KS, Holl JL, McDaniel M, Yoo J, Bolger K. Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreat* 2004; 9: 395-408.
 44. Chang J, Theodore A, Martin S, Runyan D. Psychological abuse between parents: Associations with child maltreatment from a population-based sample. *Child Abuse Negl* 2008; 32(8): 819-29.
 45. Conger R, Ge X, Elder G, Lorenz F, Simons R. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* 1994; 65(2): 541-62.
 46. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at an increased risk of child maltreatment? *Pediatr* 1993; 91: 642-8.
 47. Buchholz ES, Korn-Bursztyl C. Children of adolescent mothers: Are they at risk for abuse? *Adolescence* 1993; 28: 361-82.

48. Liao M, Shiulain Lee A, Roberts-Lewis AC, Sung Hong J, Jiao K. Child maltreatment in China: An ecological review of the literature. *Child Youth Serv Rev* 2011; 33: 1709-19.
49. Li F, Godinet MT, Arnsberger P. Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Child Youth Serv Rev* 2011; 33: 139-48.
50. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatr* 2009; 123: 483-93.
51. Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, et al. Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 1253-64.
52. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2009; 14: 13-29.
53. Scannapieco M, Connell-Carrick K. Focus on the first years: Correlates of substantiation of child maltreatment for families with children 0 to 4. *Child Youth Serv Rev* 2005; 27: 1307-23.
54. Shaw R, Kilburn M. Child Abuse and neglect prevention: Reports from the field and ideas for the future. Unpublished document prepared for the Doris Duke Foundation. [cited 2009]. Available from: URL; http://www.rand.org/pubs/working_papers/2009/RAND_WR632.pdf.
55. Walls C. Shaken Baby Syndrome Education: A role for nurse practitioners working with families of small children. *J Pediatr Health Care* 2006; 20 (5): 304-10.
56. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 1065-78.
57. Coulton C, Korbin J, Su M, Chow J. Community level factors and child maltreatment rates. *Child Dev* 1995; 66: 1262-76.
58. Merritt DH. Child abuse potential: Correlates with child maltreatment rates and structural measures of neighborhoods. *Child Youth Serv Rev* 2009; 31: 927-34.
59. Wissow LS. Ethnicity, income, and parenting contexts of physical punishment in a national sample of families with young children. *Child Maltreat* 2001; 6: 118-29.
60. Connell CM, Bergeron N, Katz KH, Saunders L, Tebes JK. Re-referral to child protective services: The influence of child, family, and case characteristics on risk status. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 573-88.
61. Bays J. Substance abuse and child abuse: Impact of addiction on the child. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37: 881-904.
62. Takayama JI, Wolfe E, Coulter KP. Relationship between reason for placement and medical findings among children in foster care. *Pediatr* 1998; 101(2): 201-7.
63. Ammerman RT, Kolko DJ, Kirisci L, Blackson TC, Dawes MA. Child abuse potential in parents with histories of substance abuse disorder. *Child Abuse Negl* 1999; 23(12): 1225-38