

مقایسه انواع کودک آزاری در افراد معتاد و عادی

فخرالسادات خسروانی*، مختار ملک پور*، احمد عابدی***، مریم حریری****

مقدمه: خشونت در قبال کودکان، در نگاه اول پدیده‌ای فردی به نظر می‌رسد؛ اما با توجه به پیامدهای انحرافی همچون سوء مصرف مواد و الکل، فحشا، فرار از خانه، رفتارهای بزهکارانه و جرائم جنسی، همراهی خشونت در قبال کودکان و همسر آزاری و بالا بردن تحمل روابط خشونت‌آمیز در زندگی زناشویی، پدیده‌ای اجتماعی و چندوجهی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه سابقه انواع کودک آزاری در افراد معتاد و عادی شهر اصفهان انجام گرفت.

روش: جامعه آماری پژوهش، افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در سال ۱۳۸۹ و افراد عادی بودند. نمونه‌های این پژوهش، پنجاه نفر معتاد و پنجاه نفر افراد عادی بودند. که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. روش پژوهش، تحلیلی علی-مقایسه‌ای بود. ابزار استفاده‌شده عبارت است از: پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، مقیاس خودگزارشی کودک آزاری و پرسش‌نامه سلامت عمومی. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری تحلیل پراکنش چندمتغیری مانوا (MANOVA) بر داده‌ها اعمال شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد بین انواع کودک آزاری (جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) در گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=27/70$ ، $p \geq 0/001$).

بحث: نتایج پژوهش نشان داد که در دوران کودکی، انواع کودک آزاری در افراد معتاد بیش‌تر از افراد عادی بوده است.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، کودکی، کودک آزاری

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۸/۲۹

* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه خوراسگان، رایانامه: <afsaneh_mn2004@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

** دکتر روان‌شناس، دانشگاه اصفهان.

*** دکتر روان‌شناس، دانشگاه اصفهان.

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علوم تحقیقات اصفهان.

مقدمه

کودک‌آزاری^۱ یکی از معضلات شایع و پیچیده روانی اجتماعی جامعه امروزی است. این پدیده و تجربیات ناگوار دوران کودکی دارای آثار و پیامدهای درازمدت و ناخوشایندی بر تحول و سازگاری شخصیت در دوران بزرگسالی است (آندا^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). کودک‌آزاری طیف گسترده‌ای داشته و در هر جامعه‌ای، دارای شدت و ضعف است. در مجموع، کودک‌آزاری به روش‌های مختلف از جمله کار، استثمار کردن، ایذای کودکان توسط والدین یا ناپدری و نامادری یا ناپدری و ناخواهری، نظام آموزشی ناکارآمد و... ظهور می‌یابد (ویندهام و روزنبرگ^۳، ۲۰۰۴).

بدرفتاری با کودکان از دیدگاه‌های مختلف قانونی، پزشکی، اجتماعی و... تعریف شده است و شامل هرگونه بدرفتاری جسمی و جنسی و روانی با کودک یا غفلت فرد بالغ (بالای ۱۸ سال) از کودک (زیر ۱۸ سال) است. معیار قضاوت بدرفتاری معمولاً قضاوت اجتماعی یا به عبارت دیگر، همه اعمال خشونت‌آمیز یا غیرخشونت‌آمیز یا غفلت است که کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد (ریبر^۴، ۲۰۰۱ و ایتزن^۵، ۲۰۰۲).

چارچوب نظری: پژوهش‌های بسیاری نشان داده که سابقه بدرفتاری دوران کودکی که پیامدهای منفی و فراوانی دارد، ممکن است منجر به اختلالات و آسیب‌های روانی گردد (لانس فورد^۶ و همکاران، ۲۰۰۴). امروزه پدیده کودک‌آزاری و عوارض ناشی از آن، بخش وسیعی از مطالعات و تحقیقات را دربرگرفته است. از سال ۱۹۹۰ به بعد، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان، پزشکان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی سالانه بیش از ۵۰۰ مقاله، درباره موضوع کودک‌آزاری منتشر کرده‌اند که این پژوهش‌ها خود شهادی بر اهمیت موضوع است (برنر و والکر^۷، ۱۹۹۹). برطبق آمار موجود، سالانه حدود ۳ میلیون کودک یعنی ۴ درصد تمام کودکان زیر ۱۷ سال، به شدت مورد ضرب و جرح قرار می‌گیرند (لوین^۸، ۱۹۹۵). طبق گزارش اداره خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا (USDHHS)^۹، در سال ۲۰۰۰ از هر ۱۰۰۰ کودک آمریکایی،

1- child abuse

2- Anda

3- Windham and Rosenberg

4- Reber

5- Eitzen

6- Lansford

7- Bornner and Walker

8- Lewin

9- U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS)

۳۰ کودک مورد غفلت قرار گرفته و ۱۸ کودک از نظر جسمی و جنسی و روانی آزار دیده‌اند. فشار روانی، فقر، ارزش‌های پدرسالارانه، بیماری روانی و اختلال شخصیتی را عوامل عمده در سبب‌شناسی بدرفتاری با کودک یا خشونت خانوادگی ذکر کرده‌اند (وندنبرگ^۱، ۲۰۰۴). انزوا، بیکاری، مشکلات، خانوادگی، بی‌سوادی و نداشتن مهارت‌های سرپرستی نیز به‌عنوان علل کودک‌آزاری مطرح شده است (تیو^۲، ۲۰۰۱).

در خانواده‌هایی که پدر یا مادر یا در بدترین حالت ممکن، هر دو معتاد هستند، کودکان در شرایط گوناگون در معرض آزار قرار می‌گیرند. والدین معتاد قادر نیستند یک الگوی رفتاری صحیح را با فرزندان خود دنبال کنند. گاهی قبل از استفاده از مواد مخدر، یعنی زمانی که به شدت تحت فشار قرار می‌گیرند، در برابر کوچک‌ترین عمل فرزندان‌شان واکنشی خشن از خود نشان می‌دهند؛ اما ممکن است پس از مصرف مواد مخدر، یعنی زمانی که به آرامش رسیدند، به شکل افراطی به کودکان‌شان محبت کنند. فرزندان چنین والدینی هیچ‌گاه مفهوم درست عمل صحیح و غلط را درک نمی‌کنند (پورناجی، ۱۳۷۸).

اغلب، کودک‌آزاری را باید نشانه‌ای از یک اختلال در کل خانواده تلقی کرد و فقط، با درک عواملی که در رویداد چنین امری دخیل هستند، می‌توان اقدام مقتضی برای رفع آن انجام داد (کلیگمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۷) اعتیاد والدین اثری طولانی بر سلامتی و ایمنی کودکان دارد (بایس^۴، ۱۹۹۰). یکی از ریسک‌فاکتورهای کودک‌آزاری را وابستگی به مواد و تغییرات خلقی ناشی از آن ذکر کرده‌اند (کرنیز^۵، ۲۰۱۰). مصرف الکل و سایر مواد از ریسک‌فاکتورهای کودک‌آزاری جسمی است (هرم^۶ و همکاران، ۲۰۰۸).

هیچ‌کدام از دو فرد آزارگر دقیقاً مانند یکدیگر نیستند؛ اما عوامل مشترکی برای شناسایی آزارگران مستعد وجود دارد. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که احتمال کودک‌آزاری در والدین با سابقهٔ افسردگی، اضطراب، مشکلات سلامت روانی و عمومی بیش‌تر است (کوهی^۷، ۲۰۰۶، پیتمن و باکلی^۸، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، به‌نظر می‌رسد برخی ویژگی‌های کودکان نیز ممکن است در آزار دیدن آنها نقش داشته باشد؛ البته بسیاری از این ویژگی‌ها

1- Vandenburg
5- Carneys

2- Thio
6- Hurme

3- Kilegman
7- Coohy

4- Bays
8- Pittman and Buckley

خود جزو پیامدهای آزار محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، بین ویژگی‌های کودک و آزار دیدن آن‌ها رابطه متقابل وجود دارد (بایرد^۱، ۱۹۸۸).

تحقیقات نشان می‌دهد بین کودک‌آزاری و مشکلات سلامت روان در والدین، رابطه وجود دارد. بایرد (۱۹۸۸) نشان داد که پدرهایی با سابقه مشکلات روانی همچون افسردگی و اضطراب، کودک‌آزاری بیش‌تری مرتکب می‌شوند. این پدرها برای حل مشکلات درون خانواده، غالباً از زور و قدرت بدنی استفاده می‌کنند. ادلسون^۲ (۱۹۹۹) نیز دریافت که بین ویژگی‌های مادر و کودک‌آزاری رابطه وجود دارد. مادرهای کودک‌آزار، اغلب دارای مشکلات سلامت روان، به‌ویژه افسردگی و اضطراب بوده و مهارت‌های والدینی ضعیفی دارند.

کوهی (۲۰۰۶) به‌منظور تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های خشونت مجدد پدرها درقبال فرزندان، ۱۳۷ خانواده با سابقه کودک‌آزاری را بررسی کرد. تحلیل‌ها بیانگر این بود که مسئولیت‌ناپذیری پدر و شخصیت منفعل مادر و افسردگی و اضطراب پدر و مادر، ازجمله عوامل پیش‌بینی‌کننده احتمال کودک‌آزاری مجدد در خانواده است. محمدخانی (۱۳۷۸) در پژوهشی درباره ۱۴۴۳ دانش‌آموز پسر سال دوم راهنمایی شهر تهران، سلامت عمومی والدین کودک‌آزار و غیرکودک‌آزار را بررسی کرد. نتایج پژوهش نشان داد که والدین دانش‌آموزان آزار دیده در مقایسه با والدین دانش‌آموزان آزار ندیده، به‌طورکلی سلامت عمومی کم‌تری دارند. ملک‌پور (۲۰۰۴) می‌گوید در کودکان آزار دیده، سطوح بالایی از افسردگی و ناامیدی و اعتمادبه‌نفس پایین مشاهده می‌شود و کودکان آزار دیده صمیمیت کم‌تر و برخوردهای بیش‌تری با دوستان نزدیک خود دارند.

هیلدیارد و ولف^۳ (۲۰۰۲) نیز به بررسی ویژگی‌های خاص کودکان آزار دیده پرداخته‌اند. در مطالعه‌ای معلوم شد کودکانی که از آن‌ها غفلت شده است، کم‌تر در تعاملات اجتماعی با سایر کودکان شرکت می‌کنند و سازگاری اجتماعی و تحصیلی این کودکان ضعیف بوده و به‌طور مداوم، از تعاملات دوری می‌کنند. همچنین پولاک^۴ و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیقی درباره کودکانی که از آن‌ها غفلت شده است، متوجه شدند کودکانی که از لحاظ جسمی و روانی مورد غفلت واقع شده‌اند، نسبت به هم‌سن‌وسالان خود، در سازگاری شخصی و هیجانی، رشد

1- Baird

2- Edleson

3- Hildyard and Wolfe

4- Pollack

شخصیت و تعدیل و تنظیم هیجانات خود مشکلات چشمگیری دارند. ایرلند^۱ و دیگران (۲۰۰۲) با مطالعه گروهی از نوجوانان دریافتند که آزارهای دوران کودکی، با رفتارهای ناسازگارانه و ضداجتماعی و سازش‌ناپذیری با هم‌سالان در نوجوانی رابطه دارد. سرزنش خود و احساس گناه به خاطر حادثه رخ داده و مشکل در تنظیم هیجانات از دیگر مشکلات کودکان آزاردیده است. کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند، عزت نفس و اعتماد به نفس پایینی دارند و خود را کم‌تر از دیگران می‌دانند (مارگولین^۲، ۲۰۰۰)

کودک‌آزاری به هر شکل که صورت گیرد، پیامدها و عواقب ناگواری دارد؛ اما خطر مشکلات عاطفی و سازشی زیادتر است (آنتونی^۳ و همکاران، ۲۰۰۷، کوهی، ۲۰۰۶). پیامدهای کودک‌آزاری را می‌توان در دو جلوه جسمانی و روانی بررسی کرد: شکستگی‌ها، کبودی بدن، معلولیت جسمانی و درنهایت، فوت کودک جلوه‌های جسمانی کودک‌آزاری است و اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، پرخاشگری و... تظاهرات روانی کودک‌آزاری می‌باشد (جانسون^۴، ۲۰۰۴؛ مدنی، ۱۳۸۳؛ رودریگز^۵، ۲۰۱۰). رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری، به همراه ترس و اضطراب، پیامدهای دیگر کودک‌آزاری است. سوء مصرف مواد و الکل و افسردگی نیز از دیگر مشکلات رفتاری کودکان آزاردیده محسوب می‌شود (مارگولین، ۲۰۰۰؛ هارتر و تیلور^۶، ۲۰۰۰؛ بارتولومو^۷، ۲۰۰۰؛ سوانستون^۸، ۲۰۰۳).

با توجه به تأثیرات منفی کودک‌آزاری بر جنبه‌های مختلف رفتاری و عاطفی فرد و پیامدهای منفی آن از جمله گرایش به مواد مخدر، هدف این تحقیق بررسی این نکته است: آیا بین کودک‌آزاری در دوران کودکی و اعتیاد در دوران جوانی و بزرگ‌سالی رابطه وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر با توجه به اهداف و ماهیتش از نوع علی-مقایسه‌ای است. به عبارت دیگر، این پژوهش به مقایسه سابقه انواع کودک‌آزاری بین افراد معتاد و عادی شهر اصفهان پرداخته است.

1- Ireland
5- Rodriguez

2- Margolin
6- Harter and Taylor

3- Anthony
7- Bartolomew

4- Johson
8- Swanston

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش همه افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در طول سال ۸۹ و افراد عادی بوده‌اند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای، از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد، ۵۰ نفر انتخاب شدند. از بین افراد عادی نیز ۵۰ نفر انتخاب شدند. این افراد پرسش‌نامه سلامت عمومی را پر کرده بودند و سلامت آن‌ها تأیید شده بود و همچنین، از نظر سن و جنس با ۵۰ نفر افراد معتاد هم‌تاسازی شده بودند.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسش‌نامه مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری: محمدخانی (۱۳۸۱) پرسش‌نامه مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری را تنظیم کرد. این مقیاس متشکل از ۳۸ سؤال است که ۴ حوزه آزار جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت را مورد تشخیص و ارزیابی قرار می‌دهد. از میان سؤالات این مقیاس، ۸ سؤال برای آزار جسمی کودک، ۵ سؤال برای آزار جنسی، ۱۴ سؤال برای آزار عاطفی و ۱۱ سؤال برای بی‌توجهی و غفلت در نظر گرفته شده است. محمدخانی (۱۳۸۱) با استفاده از آلفای کرونباخ و روش بازآزمون، ضریب پایایی پرسش‌نامه خودگزارشی کودک‌آزاری را محاسبه کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری ۰/۹۲ به دست آمد. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. این ضرایب برای خرده‌مقیاس‌های آزار جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۸۵ و ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ):^۱ این مقیاس در پژوهش‌های متعدد (گلدبرگ^۲، ۱۹۸۱، ۱۹۷۲؛ بانکز^۳، ۱۹۸۰، هندرسون^۴ و همکاران ۱۹۷۹؛ به نقل از: عریضی و همکاران، ۱۳۸۲) به کار رفته است. پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت روانی گلدبرگ، دارای ۴ خرده‌مقیاس است که آسیب جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد

1- General Health Questionnaire (GHQ)

2- Goldberg

3- Banks

4- Henderson

اجتماعی را بررسی می‌کند. پایایی این آزمون در پژوهش عریضی (۱۳۸۲) با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است. همچنین، در مطالعه حقیقی و همکاران (۱۳۷۸) ضریب آلفا برای ۴ خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. تقوی (۱۳۸۰) در ایران ضریب پایایی پرسش‌نامه مزبور را با ۳ روش دوبارسنجی و تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. این محقق برای مطالعه‌ی روایی پرسش‌نامه از ۳ روش روایی هم‌زمان و هم‌بستگی خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌کل و تحلیل عوامل استفاده کرده است. روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه میدل‌سکس، ضریب هم‌بستگی ۰/۵۵ را به دست داده است. ضرایب هم‌بستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است.

تحلیل آماری

به منظور مقایسه کودک‌آزاری در دو گروه معتاد و عادی از تحلیل پراکنش چندمتغیری (مانوا) استفاده شده است.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار انواع کودک‌آزاری در افراد معتاد و عادی

انواع کودک‌آزاری				گروه‌ها	
غفلت	عاطفی	جنسی	جسمی		
۳۱/۶۸	۲۶/۵۸	۶/۴۰	۱۲/۹۲	میانگین	معتاد
۰/۵۵	۱/۲۲	۱/۶۷	۴/۹۸	انحراف معیار	
۲۱/۷۲	۲۱/۱۷	۵/۷۴	۱۰/۳۰	میانگین	عادی
۰/۶۸	۰/۶۸	۱/۵۲	۲/۲۶	انحراف معیار	

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار انواع کودک‌آزاری را در افراد معتاد و عادی نشان می‌دهد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین انواع کودک‌آزاری در گروه معتاد، از گروه افراد عادی در همه‌ی زیرمقیاس‌ها بالاتر است.

جدول ۲. نتایج تحلیل پراکنش چندمتغیری (مانوا) تفاوت دو گروه افراد معتاد و عادی در کودک‌آزاری

منبع	لامبدا ویلکز	F	p	مقدار اتا	توان آماری
گروه	۰/۴۵۵	۲۷/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱۰۰

نتایج جدول ۲، نتایج تحلیل پراکنش چندمتغیری (مانوا)، تفاوت دو گروه افراد معتاد و عادی را در کودک‌آزاری نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های جدول، بین دو گروه معتاد و عادی در متغیر کودک‌آزاری در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مقدار اتا ۰/۸۱ است؛ یعنی ۸۱ درصد تفاوت دو گروه را کودک‌آزاری تبیین می‌کند. درضمن، توان آزمون ۱۰۰ است و نشان دهنده کفایت حجم نمونه می‌باشد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل پراکنش چندمتغیری (مانوا) مقایسه میانگین نمرات انواع کودک‌آزاری

(جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) در گروه‌های معتاد و عادی

منبع	انواع کودک‌آزاری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	p	مقدار اتا	توان آماری
گروه	جسمی	۱۷۶/۷۰۳	۱	۱۷۶/۷۰۳	۱۱/۴۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰	۰/۹۱۷
	جنسی	۱۰/۸۱۲	۱	۱۰/۸۱۲	۴/۲۳۶	۰/۰۴۲	۰/۰۴۴	۰/۵۱۳
	عاطفی	۶۸۷/۳۴۲	۱	۶۸۷/۳۴۲	۱۴/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷	۰/۹۶۵
	غفلت	۲۱۴۸/۷۱۴	۱	۲۱۴۸/۷۱۴	۱۰۸/۷۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲	۱/۰۰۰

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌های پژوهش که در جدول ۴ آورده شده است، نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه معتاد و عادی در انواع کودک‌آزاری (جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. یافته‌های پژوهش نشان داد بین انواع کودک‌آزاری (جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) در دو گروه معتاد و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ بدین‌صورت که میانگین نمرات در هر ۴ نوع کودک‌آزاری (جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) در گروه معتادان بیش‌تر از گروه عادی بود.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد بین انواع کودک‌آزاری (جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) افراد معتاد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس، افراد معتاد در دوران کودکی نسبت به افراد عادی، بیش‌تر در معرض انواع کودک‌آزاری قرار گرفته‌اند. یافته‌های تحقیق حاضر همسوست با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات اریکسون و دیگران (۱۹۸۹)، وداراسکی^۱ و دیگران (۱۹۹۰)، مارگولین (۲۰۰۰)، پولاک و دیگران (۲۰۰۰)، گاترمن و لی (۲۰۰۵)، تایلور (۲۰۰۵)، کوهی (۲۰۰۶)، ایرلند و دیگران (۲۰۰۲) و نیز شاورز^۲ و دیگران (۲۰۰۶). آن‌ها در این تحقیقات نشان دادند کودکانی که از لحاظ جسمی و روانی مورد غفلت واقع شده‌اند، نسبت به هم‌سن و سالان خود، مشکلات درخور توجهی در سازگاری شخصی و رفتارهای پرخطر هیجانی از جمله اعتیاد خود دارند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقاتی از جمله بخش‌علیان (۱۳۷۷)، نامداری (۱۳۷۸)، خمیس (۲۰۰۰)، تایلور (۲۰۰۵) و شاورز و دیگران (۲۰۰۶)، همخوانی دارد. آن‌ها در تحقیقات خود نشان دادند که آزارهای عاطفی دوران کودکی با رفتارهای ناسازگارانه و رفتارهای پرخطر همچون اعتیاد در نوجوانی رابطه دارد. سرزنش خود، احساس گناه به‌خاطر حادثه رخ داده و مشکل در تنظیم هیجانات، از دیگر مشکلات کودکان آزاردیده است. کودکان آزاردیده عزت نفس و اعتماد به نفس پایینی دارند و خود را کم‌تر از دیگران می‌دانند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقاتی از جمله ایرلند و دیگران (۲۰۰۰)، شاورز و دیگران (۲۰۰۶)، تایلور (۲۰۰۵) همسو است. آن‌ها در تحقیقات خود نشان دادند که بین داشتن سابقه اعتیاد با کودک‌آزاری ناشی از غفلت، ارتباط معنی‌داری وجود داشته است؛ بدین ترتیب که شیوع اعتیاد در خانواده کودکان آزاردیده، به‌طور معنی‌داری بالاتر از شیوع آن در خانواده‌های کودکان آزارندیده بوده است.

1- Wodarski

2- Showers

در تبیین نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت آزاردیدگی در دوران کودکی، به‌عنوان عامل زمینه‌ساز برای بروز بسیاری از نابسامانی‌های بزرگ‌سالی شناخته شده است. تاکنون در ایران مطالعات درخور توجه و تحقیقات منسجمی درخصوص افرادی که در کودکی آزار دیده و در بزرگ‌سالی مبتلا به اعتیاد شده‌اند، انجام نشده است. در تبیین دیگری می‌توان گفت روابط معیوب و نامطلوب خانواده، به‌کارگیری شیوه‌های نادرست تربیتی مانند طرد و نبود مواظبت و مراقبت صحیح، ضرب و شتم، محرومیت از مهر و محبت والدین، کودک‌آزاری و خشونت علیه فرزندان، باعث احساس ناامنی و اضطراب و خودپنداره منفی و کینه‌توزی به دیگران می‌شود (مدنی، ۱۳۸۳). طلاق و جدایی والدین و قصور در مراقبت از فرزندان و ارضاء نشدن نیازهای عاطفی کودکان و نوجوانان (اسدالهی، ۱۳۸۴)، باعث می‌شود تا آن‌ها به دسته‌ها یا گروه‌هایی از بزه‌کاران ملحق شده و به‌دنبال آن، رفتار و اعمال ضداجتماعی را مرتکب شوند. درواقع، آن‌ها نیازهای عاطفی خود را در بیرون از خانه می‌جویند و به‌اصطلاح، نگاه به بیرون دارند. نتیجه این امر، نارضایتی از محیط تحصیل می‌باشد که ممکن است عکس‌العمل‌هایی را موجب شود؛ مانند فرار و غیبت از مدرسه، بی‌انضباطی، سرکشی، پرخاشگری، بدرفتاری، بی‌اعتنایی به مقررات و قوانین و زیرپا گذاشتن آن‌ها و سرانجام، فرار از منزل و ارتکاب به جرائم مختلف از جمله گرفتارشدن در دام اهریمن اعتیاد.

همچنین، از نتایج این تحقیق چنین استنباط می‌شود که سوءرفتار و آزار کودکان، به‌عنوان مسئله عمده اجتماعی در سراسر دنیا مطرح است و عوامل بسیاری در بروز کودک‌آزاری مؤثر هستند. این پژوهش در پی آن است تا برای والدین و معلمان و مسئولان هشداری باشد تا با اجرای برنامه‌های گسترده آموزشی و مداخله‌ای به‌موقع و کارا، از شیوع این پدیده در خانواده‌ها و در سطح جامعه جلوگیری شود. شایع‌ترین آزار، آزار جسمی و شایع‌ترین آزار جسمی، کتک شدید منجر به اختلالات جسمی است. صاحب‌نظران معتقدند، نوجوانانی که از خانه فرار می‌کنند، چنین اظهار می‌دارند که در خانواده از نظر جسمی و روانی آزار دیده‌اند. چنانچه تنبیه فیزیکی به‌عنوان آزار جسمی طبقه‌بندی گردد،

بیش از ۶۰ درصد افراد را شامل می‌شود؛ اما اگر فقط جراحات جدی به‌عنوان آزار جسمی در نظر گرفته شود، این آمار به کم‌تر از ۱ درصد در سال می‌رسد (گاترمن و لی، ۲۰۰۵). نتایج تحقیقات انجام‌شده بیانگر این است که تقریباً ۸۰ درصد افرادی که سابقه کودک‌آزاری داشته‌اند، حداقل یکی از اختلالات روان‌پزشکی را در ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-III-R)^۱ دریافت کرده‌اند (رینهرز و گیاکونیا، ۱۹۹۶). همچنین، افرادی که در دوران کودکی سابقه کودک‌آزاری داشته‌اند، در مقایسه با افرادی که چنین سابقه‌ای نداشتند، علائم افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روان‌پزشکی مانند مشکلات رفتاری هیجانی در آن‌ها وجود داشته است (کاری و والکر، ۲۰۰۸؛ کاری و ویدوم^۲، ۲۰۱۰).

برخلاف آزار جسمانی کودک که نمادی آشکار دارد، مسئله سوءاستفاده جنسی از کودکان، بیش‌تر اوقات به‌صورت رازی پنهان میان سوءاستفاده‌شونده (کودک) و سوءاستفاده‌کننده باقی می‌ماند. به‌همین دلیل، آمار گزارش‌های رسیده در زمینه سوءاستفاده جنسی از کودکان، بسیار کم‌تر از میزان واقعی شیوع این پدیده در هر جامعه‌ای است. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد آزار جنسی به‌شدت با مشکلات روان‌شناختی بعدی کودک ارتباط دارد. فرانکلین و هافربری (۲۰۰۰) این‌طور بیان داشتند که در معرض آزار جسمی و جنسی قرارداشتن در دوران کودکی، آسیب‌پذیری در مقابل سوء‌مصرف مواد را دو تا چهار بار افزایش می‌دهد.

ارتباط عاطفی اعضای خانواده از طریق آگاهی‌یافتن از احساسات همدیگر و ابراز عواطف به یکدیگر، در خانواده‌های افراد معتاد نسبت به افراد عادی، در پایین‌ترین سطح است. این موضوع در ایجاد گرایش به اعتیاد و رفتار بزهکارانه در آنان مؤثر است و می‌توان چنین نتیجه گرفت که پایین بودن سطح ابراز عواطف در خانواده، نقش تعیین‌کننده در گرایش نوجوانان به سمت اعتیاد دارد. ارتباط صمیمانه، روابط صحیح خانوادگی، ثبات

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)

2- Currie and Widom

خانوادگی و همچنین کمک به همدلی خانواده و تعارض نداشتن والدین باعث می شود که کودکان و نوجوانان کم تر دست به بزهکاری بزنند.

غفلت شایع ترین نوع بدرفتاری با کودکان است. ۷۰ درصد بدرفتاری های گزارش شده مربوط به غفلت است. کودکانی که والدین آنها در حد توانایی خود برایشان غذا و سرپناه و لباس مناسب تهیه نمی کنند، دچار غفلت هستند. کودکانی که از آنها غفلت شده است، در معرض خطر دل بستگی قرار دارند. این کودکان دچار دل بستگی ناامن هستند. ۸۲ درصد کودکان آزار دیده دل بستگی سازمان نیافته دارند (نقوی و همکاران، ۱۳۸۴).

بدرفتاری و غفلت می تواند تأثیر منفی بر ثبات هیجانی، مهارت های حل مسئله و توانایی انطباق با موقعیت های جدید و استرس زا داشته باشد. این صفات شاید به این دلیل است که این کودکان دل بستگی سالمی به مراقبان خود ندارند و به همین دلیل، از دیگران کناره گیری و اجتناب می کنند. اختلالات دل بستگی این کودکان منجر به مشکلات ارتباطی بعدی می شود (بنت^۱، ۲۰۱۰).

محیط خانوادگی الگوهای ساختاری مؤثر مهمی در یادگیری رفتار از جمله بروز پرخاشگری افراد و کودک آزاری است. محیط خانوادگی ناسازگار و همراه با مشاجره دائمی پدر و مادر و اعضای خانواده، آثار سوئی در رفتار کودک باقی می گذارد. این آثار در سن بلوغ و بزرگسالی به صورت عصیان، پرخاشگری، سرکشی از مقررات و قوانین اجتماعی و اعتیاد در مردان یا بی تفاوتی و انزوا و گوشه گیری در زنان نمایان شده و منجر به اعمال بزهکارانه می گردد. کودکانی که از محبت خانوادگی محروم اند و خود را از خانواده و اجتماع طرد شده و منزوی تلقی می کنند، به آسانی هنجارها و ارزش های جامعه را نقض می کنند (ماسن و همکاران، ۱۳۸۲).

- اسدالهی، ع. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل بروز جرم در زنان سرپرست خانوار زندان‌های خوزستان، اهواز: مرکز آموزش منطقه ۳ زندان‌های کشور.
- باقری یزدی، ع. (۱۳۷۹)، بررسی موارد کودک‌آزاری جسمانی در مراجعین به سه درمانگاه و مرکز اورژانس اختصاصی اطفال در شهر تهران، وزات بهداشت، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها.
- بخشعلیان، ف. (۱۳۷۷)، بررسی میزان شیوع سوءرفتار والدین و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت.
- پورناجی، ب. (۱۳۷۸)، مرگ خاموش، نگاهی به پدیده کودک‌آزاری، تهران: همشهری.
- تقوی، م. (۱۳۸۰)، بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، مجله روان‌شناسی، سال ۵ (۲۰)، ۳۹۸ تا ۳۸۱.
- خلاصه‌زاده، گ، بشر دوست، ن، احمدی، ن و دستجردی، ق. (۱۳۸۹)، بررسی شیوع کودک‌آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد خودمعرف شهر یزد، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر، دوره ۱۸، ش ۳، ۱۹۹ تا ۲۰۶.
- عریضی، ح. (۱۳۸۲)، پیش‌بینی بهداشت روانی بیکاری، مجله رفاه اجتماعی، سال ۲ (۸)، ۳۰۷ تا ۲۹۱.
- ماسن، پل هنری و همکاران. (۱۳۸۲). رشد و شخصیت کودک (ترجمه مهشید یاسایی)، تهران، نشر مرکز.
- محمدخانی، پ. (۱۳۷۸)، کودک‌آزاری، شیوع و انواع، ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان آزرده، کیفیت زندگی و سلامتی عمومی والدین، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمدخانی، پ. (۱۳۷۹)، کیفیت زندگی والدین کودکان آزرده، مجله اندیشه و رفتار، سال ۶ (۳ و ۲).
- مدنی، سعید. (۱۳۸۳)، کودک‌آزاری در ایران، تهران: اکنون.
- نامداری، پ. (۱۳۷۸)، بررسی میزان شیوع سوءرفتار در دانش‌آموزان دوره

- راهنمایی شهر خرم‌آباد و تعیین عوامل مؤثر بر آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- نقوی، الف و همکاران. (۱۳۸۴)، بررسی پدیده کودک‌آزاری و آثار عاطفی و شخصیتی آن بر نوجوانان دختر شهر اصفهان، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۲، ۱۸۷ تا ۲۱۱.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D. & et al (2006), The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
 - Anthony, p. & Judith, A., ET AL (2007), "Self- reported depression in mothers of children who have experienced sexual abuse", *Journal of psychopathological Behavhavioral Assessment*, 29: 203-210.
 - Baird, S. C. (1988), Development of risk assessment indices for the Alaska Department of Health and Social Service, In T. Tatara, (Ed.), Validation research in CPS risk assessment: Three recent studies. Washington, DC: *American Public Welfare Association*, 91-136.
 - Barnard CP. (1989), "Alcoholism and sex abuse in the family: incest and marital repe. Special Issue: aggression, family violence and chemical dependency", *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3(1): 131-44.
 - Bartolomew, N. G. (2000), Characteristics of women with sexual abuse histories who enter methadone treatment instiude of behavioral research? Texas Christian University, www.proquest.umi.com.
 - Bays J. (1990), "Substance abuse and child abuse: Impact of addiction on the child", *Pediatrics clinical North Am*; 37(4): 88-90.
 - Bennett, D. S., Sullivan, M. W. & Lewis, M. (2010), "Neglected Children, Shame-Proneness and Depressive Symptoms", *Child Maltreatment*, 15: 305-314
 - Bernet, W. (2000), Child abuse and neglect in: Sadock B, Sadock V. Comprehensive text book of psychiatry, 7th ed. Newyork, Williams & Wilkins co, p2878.
 - Bornner, B. I. & Walker, C. E. (1999), *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. Washington DC. Briere, J. (1992). Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effect. New Bury Park.
 - Carey, P., Walker, J. & et al. (2008), "Risk indicators and psychopathology in traumatized children and adolescents with a history of sexual abuse", *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry* 36: 980-988.
 - Carney S. (2010), Child abuse risk factors and prevention strategies, Available From: <http://at-risk-youth.support.suite101.com/article>.

- cfm/child-abuse-risk-factors-and-prevention-strategies
- Coohy, C. (2006), "Physically abusive father and risk assessment", *Child Abuse & Neglect*, 30, 467-480.
 - Currie, J. & Widom, C. S. (2010), "Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being", *Child Maltreatment*, 15: 111-120.
 - Edleson, J. L. (1999), Problem with children's witnessing of domestic violence, National Electronic Network on violence against women, Available in www. vaw. umn. edu.
 - Eitzen, D. S. & Zinn, M. B. (2002), Social Problem, 9thED, Ailyn & Bacon.
 - Erickson, M., Egeland, B. & Piantana, R. (1989), The effects of maltreatment on the development of young children, In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge: Cambridge University Press, 647-684.
 - Franklin, N. B. & Haferbry, B. (2000), Reaching out in family therapy, Home based, school and community intervention, Guilford press.
 - Guterman, N. B. & Lee, Y. (2005), "The role of fathers in risk of physical child abuse and neglect: Possible pathways and unanswered questions", *Child Maltreatment*, 10 (2), 136-149.
 - Harter, S. & Taylor, T. (2000), Parental alcoholism, "Child abuse and adult adjustment", *Journal of substance abuse*. Vol, 11. Iss7, 31-44
 - Hildyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002), "Child neglect: Developmental issues and outcomes *Child Abuse & Neglect*", 26, 679-695.
 - Hurme T., Alanko S., Anttila P., Juven T. & Svedstrom E. (2008), "Risk factors for physical child abuse in infants and toddlers", *European Journal of Pediatric Surgery*; 18 (6): 387-91.
 - Ireland, T. O., Smith, C. A. & Thornberry, T. P. (2002), "Development issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use", *Criminology*, 40, 359-399.
 - Johoson, B. et al. (2004), "Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence", *Child maltreatment*, Vol 7. Iss3. 31-44.
 - Khamis, V. (2000), "Child psychological maltreatment in Palestinian families", *Child Abuse & Neglect*, 24, 1047-1059.
 - Kholasehzadeh G., Bakhsi H., Nazer M., Sayadi AR., Pourgholami M. & Rabbani A. (2007), "Child abuse prevalence among addicts referred to the Rafsanjan addiction withdrawal center in 2005", *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*; 1 (6): 37-44
 - Kliegman MR., Behrman RE. & Arvin M. (2007), *Nelson text book of pediatrics*. 18th ed, Washington: Saunders: P. 172-77.

- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Petti, G. S., Bates, J. E., Crozier, J. & kaplow, J. (2002), "Long-te effects of early child physicamaltreatment on psychological, Behavioural and academic problemsin adolescence: Atwelve year prospective study", Archives of pediatrics and Adolescent Medicine, 156, 824-830.
- Lewin, T. (1995), Parents poll finds child abuse to be more common, New York Times, Dec., 7, 17.
- Malekpour, M. (2004), "Child Abuse: A review of current research", Pakistan Journal of Psychological Research Vol. 19, 73-88.
- Margolin, G. (2000), The effect of family and community violence on children, Annual Review of Psychology, Available in www. findarticles. com.
- Mills, L. G, Friend, C, Conroy, K & et al. (2000), "Child Protection and Domestic Violence: Training, Practice and Policy Issues", Children and Youth Services Review, 22 (1).
- Pollack, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000), Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence, Available at: www. google. com.
- Reber, A. S. & Reber, E. S. (2001), Dictionary of psychology, 3rd Ed. London: Penguin books, Ltd.
- Rodriguez, C. M. (2010), "Personal contextual characteristics and cognitions predictingchild abuse potential and disciplinary style", Journal of Interpersonal Violence, 25 (2),315-335.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2000), Comprehensive text book of psychiatry, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins, P. 1038-62, 2878-89.
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R. & Stein, M. B (2004), "Prevalence and Demographic Correlates of Childhood. Maltreatment in an Adult Community
- Showers, C. J., Zeigler-Hill, V. & Limke, A. (2006), "Self-structure and childhood maltreatment: Successful compartmentalization and struggle of integration", Journal of Social Psychology, 25, 473- 508.
- Swanston, H. (2003), "Nine years after child sexual abuse, Child abuse & Neglect", Vol 27. Iss8. 967-984.
- Taylor J. (2005), "Antisocial behavior, Substantial summarization families of adolescent controls", Journal of Drug & Alcohol Abuse, 2005;141 (1): 591-97
- Thio, A. (2001), Deviant behavior (6th ed), Boston: Allyn and Bacon Publication. U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000). Child Maltreatment. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000), Child Maltreatment, Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- Vandenberg, D. (2004), *Deviance the essentials*, Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Walker, C. E., Kaufman, K. L. & Bonner, B. L. (1988), *The Physically and Sexually Abused Children: Evaluation and Treatment*, New York, Pergamon
- Windham, A. & Rosenberg, L. (2004), "Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life", *Child abuse and Neglect* 28: 645-667.
- Wodarski, J. S., Kurtz, P. D., Gaudin, J. M. & Howing, P. T. (1990), "Maltreatment and the school-aged child: Major academic, socio emotional, and adaptive outcomes", *Social Works*, 35, 506-513.