مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸،شماره ۳، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر
صفحه: ۲۰۶-۱۹۹

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
High Risk Behavior Conference, Vol.18,No. 3, Suppl.1, 2010
Pages: 199-206

بررسی شیوع کودک آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد خود معرف شهر یزد

گلرسته خلاصه زاده*[۱]، نصرا... بشر دوست[۲]، نسترن احمدی[۳]، قاسم دستجردی[۴]

۱- استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۲- استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳- دانشجوی کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۴- روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: کودک آزاری شامل آزارهای جسمی، روانی، جنسی و بدرفتاری با کودک می‌شود و به سلامتی و آسایش کودک آسیب می‌رساند. با توجه به اهمیت موضوع، این بررسی جهت تعیین میزان شیوع کودک آزاری در افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف شهر یزد اجرا گردید.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۰۰ نفر شامل دو گروه ۱۵۰ نفری معتاد و غیرمعتاد انجام گرفت، گروه معتاد از بین افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر یزد و گروه غیرمعتاد به طور تصادفی از جامعه انتخاب شد. جمع‌آوری داده‌ها به کمک پرسشنامه پژوهشگر ساخته، و تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون آماری(کای اسکور) صورت گرفت.

نتایج: از ۱۵۰ نفر معتاد(۵۶٪) کودک آزار بودند، ۴۵/۳٪ مرد ، ۱۰/۷٪ زن، ۱۸/۷٪ تحصیلات بسیار پایین، ۴۶٪ سابقه طلاق در خانواده،۳۸٪ سابقه آزار جسمی در کودکی داشتند. بیشترین نوع آزار جسمی سیلی زدن به صورت، ۲۴٪ بود، که ۲۶٪ این افراد اعلام کردند که یان عمل اقدامی در جهت تربیت است. از ۱۵۰نفر گروه سالم ۴۲٪ کودک آزار ، ۲۶/۷٪ مرد،۱۵/۳٪ زن، ۲۳/۴٪ سابقه طلاق در خانواده، ۳۰/۴٪ خود در کودکی آزار جسمی دیده بودند که بیشترین نوع آزار جسمی سیلی زدن با فراوانی ۲۲/۷٪ بود که از این تعداد ۳۳٪ علت این اقدام را تربیت فرزند اعلام نمودند.

نتیجه‌گیری: ارتباط مستقیمی بین کودک آزاری و وابستگی به مواد افیونی دیده شد. سطح تحصیلات پایین، سابقه طلاق در خانواده و قربانی کودک آزاری بودن در کودکی در ایجاد این پدیده نقش دارد. لذا ضرورت پایش کودکان، تدوین قوانین حمایت از کودکان و ایجاد مراکز حمایتی و آموزش والدین می‌تواند در کاهش کودک آزاری نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: کودک آزاری- مواد افیونی - معتاد

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۵۲-۶۲۳۲۰۰۳, پست الکترونیک:fa.net87@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

کودک آزاری در تمام جوامع بشری با رنگها، نژادها و سطوح اجتماعی و فرهنگی مختلف دیده می‌شود و با طیف وسیعی از علائم روانی از جمله اضطراب، افسردگی، افزایش خطر رفتارانتحاری و نیز بیماری‌های جسمی چه در اثر تروما و یا در اثر سوء تغذیه و عدم رشد کافی کودک همراه است(۱). در بیشتر موارد کودک آزاری را باید نشانه‌ای از یک اختلال در کل خانواده تلقی کرد و تنها با درک عواملی که در رویداد چنین امری دخیل هستند می‌توان اقدام مقتضی برای رفع آن انجام داد.(۲)اعتیاد والدین یک اثر طولانی بر سلامتی و ایمنی بچه ها دارد(۳) یکی از ریسک فاکتورهای کودک آزاری را وابستگی به مواد و تغییرات خلقی ناشی از آن ذکر کرده اند.(۴) مصرف الکل و سایر مواد از ریسک فاکتورهای کودک آزاری جسمی است(۵) بر اساس نتایج تحقیق، در ۲۰۶ کودک قربانی کودک آزاری بیش از ۵۰٪ آنها حداقل یکی از والدین سوء مصرف الکل یا سایر مواد داشتند که الکل، کوکائین و هروئین هر سه ماده مورد سوء مصرف بوده و کودک آزاری در این افراد بطور واضح بیشتر از والدینی که سابقه مصرف مواد نداشتند دیده شد (۶) در سال ۲۰۰۰ در بررسی که طی ۷ سال بر روی کودک آزاری در نیویورک توسط Deroux و همکارانش انجام شد. ۱۰٪ ترومای شدید در کودکان در اثر کودک آزاری بود(۷)،Taylor در سال ۲۰۰۵ نشان داد که وجود رفتارهای ضداجتماعی اعتیاد و اختلالات شبه جسمی در والدین درصد کودک آزاری را در فرزندان بالا می برد(۸) گزارشات نشان می دهد که قریب به ۲۰٪ کودکان ۱۱-۶ سال ایرانی مورد کودک آزاری قرار گرفته اند(۹) مطالعه‌ی پرونده های درمانگاهی در شهر تهران نشان داد که ۱۰۰ مورد کودک بالای ۶ سال توسط والدین خود آزاردیده اند(۱۰) همچنین در تحقیقی که در رفسنجان انجام گردید، مشخص شد ۶۹٪ کودکان ۱۲-۷ ساله، انواع آزارهای جسمی یا مسامحه را از طرف والدین خود تجربه نموده اند(۱۱). در مطالعه‌ی دیگر در شهر رفسنجان وابستگان مواد افیونی عامل ۸۱/۹٪ کودک آزاری بودند و ۸۲/۲٪ میزان تحصیلات پایین، ۹۵٪ سابقه طلاق در خانواده و ۹۰/۹٪ خود در کودکی قربانی کودک آزاری بودند(۱۲) با توجه به موارد فوق و اهمیت موضوع بر آن شدیم تا تحقیق زیر را انجام داده تا بتوان با کمک نتایج برنامه ریزی نموده و اقدامات پیشگیرانه جهت کاهش کودک آزاری به عمل آورد.

روش بررسی

این مطالعه یک بررسی مقطعی بود که از شهریور سال ۸۶ غایت شهریور سال ۸۷ در شهرستان یزد صورت گرفت. افراد تحت مطالعه ۱۵۰ نفر از وابستگان به مواد افیونی مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد خود معرف شهر یزد و ۱۵۰ نفر از افراد بدون وابستگی به مواد به صورت تصادفی از جامعه مورد بررسی قرار گرفتند، معیار انتخاب افراد برای مطالعه، معتادانی بودند که حداقل به یک نوع ماده افیونی (هروئین، تریاک، شیره و سوخته) وابستگی داشته و حداقل یک فرزند کمتر از ۱۲ سال داشتند و در گروه سالم و غیرمعتاد نیز افراد دارای حداقل یک فرزند کمتر از ۱۲ سال لحاظ گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر مشتمل بر ۱۵ سوال در زمینه کودک آزاری(جهت بررسی متغییرهایی چون اعمال سوءرفتار و عدم انجام وظایف و مسئولیت‌ها)، انواع کودک آزاری(جسمی، مسامحه و روانی) و نحوه آن و ۱۲ سوال در مورد اطلاعات جمعیت شناختی و عوامل مرتبط با این موضوع(جنس، سن، شغل، درآمد، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت سکونت، سابقه اعتیاد والدین) بود. روایی و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش روایی محتوی توسط متخصصین مربوط انجام شد با آزمون مجدد (r=٪۸۸) تأیید گردید. انجام مصاحبه جهت تکمیل پرسشنامه با حضور همسر فرد و در اولین جلسه حضور در کلینیک صورت می گرفت. تجزیه و تحلیل داده های آماری با نرم افزار SPSS و کاربرد روشهای آمار توصیفی و تحلیلی از قبیل توزیع فراوانی، درصد، آزمون مجذور درصد و آزمون کای دو انجام گردید.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

نتایج

بررسی‌ها نشان داد در گروه معتاد؛ ۸۴ نفر(۵۶٪) و در گروه غیرمعتاد۶۳ نفر (۴۲٪) و در کل از ۳۰۰ فرد مورد بررسی ۱۴۷ نفر (۴۹٪) کودک آزاری داشتند(جدول ۱). بیشترین درصد در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال با فراوانی ۲۶٪ بود که در گروه معتاد(گروه معتاد) از نظر آماری اختلاف معنی دار بود. کودک آزاری در گروه معتاد، در بین افرادی که کارگر بودند(۱۸٪) و در گروه غیر معتاد(گروه دوم) والدین کارمند با فراوانی(۲۳/۴٪)بیشترین درصد را به خود اختصاص داده بودند.برحسب میزان تحصیلات والدین در گروه معتاد بیشترین کودک آزاری در والدین با سطح تحصیلات خواندن و نوشتن(۱۸/۷٪) و کمترین کودک آزاری در والدین با تحصیلات دانشگاهی(۲٪)بود که از نظر آماری اختلاف معنی دار می باشد(جدول۲) در گروه معتاد بالاترین میزان در خانواده هایی وجود داشت که مسکن ناپایدار داشتند (۳۱/۳٪) و کمترین میزان در خانواده هایی که مسکن سازمانی داشتند (۳۰٪) که از نظر آماری اختلاف معنی‌دار بود.در غیر معتادین اغلب افراد مسکن شخصی داشتند(۸۰٪) (جدول۳).

در قدم بعدی فراوانی کودک آزاری و سابقه طلاق در خانواده والدین بررسی شد، در گروه اول بالاترین درصد کودک آزاری در خانواده هایی با سابقه طلاق ۴۶٪ بود که تنها ۱۰٪ سابقه طلاق در خانواده نداشتند(جدول۲) در گروه دوم بالاترین درصد کودک آزاری در خانواده هایی که سابقه طلاق داشتند ۲۳/۳٪ دیده شد در مقایسه با خانواده هایی که سابقه طلاق نداشتند با فراوانی ۱۸/۷٪ مشاهده شد (جدول۳) که در هر دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشت در خانواده‌هایی که سابقه آزار جسمی را در کودکی داشتند، ۳۸٪ کودک آزاری در گروه اول و ۳۰/۴٪ در گروه دوم دیده شد. در ضمن در هر دو گروه سابقه‌ی آزار روحی و سهل انگاری از طرف والدین در کودکی وجود داشت که از نظر آماری در هر دو گروه اختلاف معنی‌دار بود. در گروه اول، کودک آزاری در فرزندان پسر ۲۶٪ و بیشتر از دخترها بود و در گروه دوم از نظر جنسیت برابر بودند. در بررسی تعداد موارد در گروه معتاد بیشترین موارد، هفته‌ای یکبار ۱۹/۲٪ و در گروه غیرمعتاد بیشترین موارد، ماهی یکبار ۱۴/۶٪ مشاهده شد. برحسب بیشترین آزارهای جسمی در هر دو گروه، سیلی زدن بالاترین درصد را بخود اختصاص داد و از نظر انواع مسامحه در گروه معتاد بالاترین نوع مسامحه محروم کردن از تفریح(۱۸٪) و در گروه دوم محروم کردن از غذا(۲۷٪) بود. کودک‌آزاری در والدینی که سابقه ۵-۱ ساله اعتیاد داشتند ۲۴٪ بیشترین بود. برحسب نوع ماده مصرفی به ترتیب در وابستگان هروئین ۲۱/۶٪، تریاک ۲۰/۳٪ ،شیره۷/۳٪ و سوخته ۶/۱٪ کودک آزاری دیده شد. بالاترین علت کودک آزاری را اقدامی جهت تربیت و بعد از آن عدم دسترسی به مواد و کمبود مواد مخدر ذکر نمودند. در بررسی حالات روحی و احساسات پس از کودک‌آزاری در هر دو گروه بالاترین درصد مربوط به احساس غمگینی و سپس احساس گناه بیان گردید و در گروه معتاد مربوط به احساس غمگینی با۳۲٪ و احساس گناه ۳۰٪ بود در حالی که در گروه شاهد احساس غمگینی ۲۳/۲٪ و احساس گناه ۲۰/۷٪ از موارد را شامل می‌شد.

جدول۱: توزیع فراوانی کودک آزاری در نمونه‌های مورد مطالعه گروه معتاد و غیر معتاد

کودک آزاری	معتاد		غیرمعتاد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۸۴	۵۶	۶۳	۴۲	۱۴۷	۴۹
ندارد	۶۶	۴۴	۸۷	۵۸	۱۵۳	۵۱
جمع	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

Pv=0.000

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۲: فراوانی و مقایسه انواع متغیرها در گروه معتادین

کودک آزاری / متغیر مورد بررسی		دارد / تعداد (درصد)	ندارد / تعداد (درصد)	P-value
جنس والدین	مرد	۶۸ (۳/۴۵)	۵۶ (۳/۳۷)	۶۶۵/۰
	زن	۱۶ (۷/۱۰)	۱۰ (۷/۶)	
گروه سنی والدین	۳۰-۲۰ ساله	۳۷ (۷/۲۴)	۱۳ (۷/۸)	۰۰۱/۰
	۴۰-۳۰ ساله	۴۰ (۷/۲۶)	۳۶ (۲۴)	
	۴۰ ساله و بالاتر	۷ (۷/۴)	۱۷ (۳/۱۱)	
تعداد فرزندان	۱ فرزند	۲۷ (۱۸)	۳ (۲)	<۰۰۱/۰
	۲ فرزند	۱۳ (۷/۸)	۴۶ (۷/۳۰)	
	۳ فرزند	۱۸ (۱۲)	۸ (۳/۵)	
	۴ فرزند	۱۷ (۳/۱۱)	۶ (۴)	
	۵ فرزند	۷ (۷/۴)	۳ (۲)	
	بیش از ۵ فرزند	۲ (۳/۱)	۰	
شغل	کارگر و کشاورز	۲۷ (۱۸)	۳۵ (۳/۲۳)	<۰۰۱/۰
	کارمند	۱۳ (۷/۸)	۷ (۷/۴)	
	خانه‌دار	۱۶ (۷/۱۰)	۳ (۲)	
	غیرشاغل(بازنشسته و بیکار)	۳ (۲)	۱۶ (۶/۱۰)	
	آزاد	۲۵ (۷/۱۶)	۵ (۳/۳)	
تحصیلات	بی‌سواد	۸ (۳/۵)	۰	۰۰۲/۰
	خواندن و نوشتن	۲۸ (۷/۱۸)	۹ (۶)	
	ابتدایی	۱۳ (۷/۸)	۱۵ (۱۰)	
	راهنمایی	۸ (۳/۵)	۱۶ (۷/۱۰)	
	دبیرستان	۲۴ (۱۶)	۲۴ (۱۶)	
	دانشگاهی	۳ (۲)	۲ (۳/۱)	
سابقه اعتیاد در خانواده‌ی والدین	دارد	۳۲ (۳/۲۱)	۲۸ (۷/۱۸)	۶۱۸/۰
	ندارد	۵۲ (۷/۳۴)	۳۸ (۳/۲۵)	
سابقه طلاق در خانواده‌ی والدین	دارد	۶۹ (۴۶)	۱۳ (۷/۸)	<۰۰۱/۰
	ندارد	۱۵ (۱۰)	۵۳ (۳/۳۵)	

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۳: فراوانی و مقایسه انواع متغیرها در گروه غیرمعتادین

		کودک آزاری		
		دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)	P-value
جنس والدین	مرد	۴۰ (۷/۲۶)	۶۲ (۳/۴۱)	۳۷۶/۰
	زن	۲۳ (۳/۱۵)	۲۵ (۷/۱۶)	
گروه سنی والدین	۲۰-۳۰ ساله	۱۹ (۷/۱۲)	۲۶ (۳/۱۷)	۵۵۴/۰
	۳۰-۴۰ ساله	۴۰ (۷/۲۶)	۵۱ (۳۴)	
	۴۰ ساله و بالاتر	۴ (۷/۲)	۱۰ (۷/۶)	
تعداد فرزندان	۱ فرزند	۱۶ (۷/۱۰)	۳۳ (۲۲)	۰۱۶/۰
	۲ فرزند	۲۷ (۱۸)	۴۳ (۷/۲۸)	
	۳ فرزند	۱۳ (۷/۸)	۹ (۶)	
	۴ فرزند	۰ (۰)	۱ (۷/۰)	
	۵ فرزند	۷ (۷/۴)	۱ (۷/۰)	
	بیش از ۵ فرزند	۰ (۰)	۰ (۰)	
شغل	کارگر و کشاورز	۱۶ (۶/۱۰)	۱۹ (۶/۱۲)	۰۰۵/۰
	کارمند	۳۵ (۴/۲۳)	۴۵ (۳۰)	
	خانه‌دار	۵ (۳/۳)	۷ (۷/۴)	
	غیرشاغل(بازنشسته‌وبیکار)	۱ (۷/۰)	۳ (۲)	
	آزاد	۶ (۴)	۱۳ (۷/۸)	
تحصیلات	بی‌سواد	۵ (۴/۳)	۷ (۷/۴)	۰۹۳/۰
	خواندن و نوشتن	۵ (۳/۳)	۰ (۰)	
	ابتدایی	۱ (۷/۰)	۴ (۷/۲)	
	راهنمایی	۸ (۳/۵)	۱۱ (۳/۷)	
	دبیرستان	۳۱ (۷/۲۰)	۵۲ (۷/۳۴)	
	دانشگاهی	۱۳ (۷/۸)	۱۳ (۷/۸)	
سابقه‌ی اعتیاد در خانواده‌ی والدین	دارد	۱۱ (۳/۷)	۵ (۳/۳)	۰۳۱/۰
	ندارد	۵۲ (۷/۳۴)	۸۲ (۷/۵۴)	
سابقه‌ی طلاق در خانواده‌ی والدین	دارد	۳۵ (۳/۲۳)	۲۶ (۳/۱۷)	۰۰۱/۰
	ندارد	۲۸ (۷/۱۸)	۶۱ (۷/۴۰)	

بحث

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که در گروه معتادین، فراوانی کودک‌آزاری بیش از گروه غیر معتاد است (۵۶٪ در مقابل ۴۲٪) و شیوع کلی کودک‌آزاری نیز ۴۹٪ می‌باشد. مطالعات انجام شده در رفسنجان(۱۰)، تهران(۱۶) و نیز کشورهای انگلستان (۱۹) و اسپانیا(۲۰) به ترتیب این شیوع را ۶۵/۶۸، ۸۳/۲۲، ۶/۵۳ و ۹/۴۸ درصد گزارش نموده اند که نتایج دو مطالعه آخر به نتایج ما نزدیک است. بالاتر بودن فراوانی مسأله‌ی کودک‌آزاری در معتادین میتواند دلایلی نظیر ضعف در کنترل تکانه ها و تحریک پذیری و ناپایداری خلقی بویژه در هنگام بروز نشانگان قطع مواد(۱۹)، شیوع بیشتر اختلالات روانی(۵) و نداشتن مهارتهای لازم در مقابله با بحران(۱۳) در این افراد داشته باشد. طبق بررسی Murphy و همکاران، کودک آزاری در وابستگان به الکل،کوکائین و هروئین بطور واضح بیشتر از والدینی بود که مواد مصرف نمی کردند(۶).

در مطالعه‌ی ما، والدین معتادی که کارگری بودند، بیشترین میزان کودک‌آزاری را داشتند و این موضوع در مطالعه‌ای که در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

ترکیه(۲۱) انجام گرفته نیز بیان گردیده و بیانگر آنست که سختی کار از عواملی است که احتمال کودک‌آزاری را افزایش می‌دهد. در گروه غیرمعتاد، کودک‌آزاری در والدین کارمند بیشتر دیده شد که می‌تواند ناشی از فراوانی بیشتر این گروه در مقایسه با سایر اقشار در این مطالعه باشد. در رابطه با سطح تحصیلات، در گروه معتادین، بیشترین درصد کودک‌آزاری (۷/۱۸٪) مربوط به والدینی بود که سواد در حد خواندن و نوشتن داشتند که این یافته ها با مطالعات دیگر انجام شده در کشورمان(۹،۱۰،۱۳،۱۴) و نیز مطالعه‌ای که در توکیو انجام گرفت(۲۲) مشابهت دارد اما در گروه غیرمعتادین، بعلت فراوانی بالای والدین با تحصیلات دبیرستان و بالاتر، امکان اظهار نظر وجود ندارد. بعلاوه، مشخص شد که در گروه معتادین، در خانواده هایی که وضعیت مسکن ناپایدار دارند بیشترین شیوع کودک‌آزاری (۳/۳۱٪) و در والدینی که منزل سازمانی دارند کمترین میزان شیوع (۱/۳٪) دیده می‌شود که از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. یافته‌های مطالعه‌ای ایالات متحده(۲۳) نیز نشاندهنده‌ی ناپایداری رابطه بین کودک آزاری و مسکن است. همچنین، از آنجا که بیش از ۸۶ ٪ شرکت کنندگان در تحقیق، متأهل بودند، در هر دو گروه، درصد کودک‌آزاری در گروه متأهل بیشتر از مجرد بود.

در هر دو گروه مورد مطالعه ما، کودک‌آزاری در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال بالاترین فراوانی را داشت که در گروه معتادین، این رابطه معنادار بود. در مطالعه انجام گرفته در رفسنجان نشان داد که از بین گروههای سنی مختلف والدین بین ۲۰ تا ۲۹ سال بیشترین سوء رفتار را نسبت به فرزندانشان داشتند(۱۰). لذا بنظر می‌رسد رابطه‌ای میان سن والدین و کودک‌آزاری وجود ندارد.

طبق یافته های این مطالعه، در هر دو گروه، درصد کودک آزاری در خانواده‌هایی که سابقه طلاق داشتند بطور معناداری بالاتر بود، نتایج پژوهش‌های Rabani(۱۱) و Madani(۱۵) و نیز تحقیقات انجام شده توسط محققان سایر کشورها(۱۸،۲۳) نیز ارتباط بروز کودک‌آزاری با سابقه طلاق در والدین را نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر، در هر دو گروه، شیوع کودک‌آزاری در خانواده‌هایی که والدین آنها خودشان در کودکی سابقه آزار جسمی داشتند بیشتر از خانواده هایی که سابقه کودک آزاری نداشتند، بود (۳۸٪ در گروه معتادین و ۴/۳۰٪ در گروه غیرمعتادین) و این تفاوت در هر دو گروه از نظر آماری معنادار بود. این یافته‌ها مؤید نتایج مطالعات متعددی است که نشان داده اند قربانیان کودک‌آزاری، خود در آینده به افرادی کودک‌آزار تبدیل می‌شوند و این روش را از خانواده خود به فرزندان در خانواده جدید انتقال می‌دهند(۲،۵،۱۱،۲۰،۲۱). بعلاوه، تحقیق ما نشان داد که در هر دو گروه، کودک‌آزاری در خانواده‌هایی که سابقه انواع آزارهای روحی و مسامحه را از طرف والدین خود در کودکی ذکر نمی‌کردند بیشتر دیده می‌شود که از لحاظ آماری معنادار بوده و با نتایج مطالعات خارج از کشور(۱۹،۲۰) نیز همخوانی دارد.

در بررسی شیوع کودک‌آزاری برحسب جنس کودکان آزاردیده، در گروه معتادین، بیشترین درصد کودک‌آزاری روی فرزند پسر (۲۶٪) و در گروه غیرمعتاد روی هر دو فرزند پسر و دختر (۱۹/۳٪) می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از مطالعات سایر پژوهشگران(۱۰،۱۱،۱۶،۲۳) همسو می‌باشد. برای نمونه، مطالعه‌ی Amini و همکاران(۱۰) در رفسنجان نشان داد که پسران با ۷۸/۶۷٪ بیشتر مورد کودک‌آزاری قرار گرفته بودند.

توزیع فراوانی انواع آزارهای جسمی نشان داد که در هر دو گروه مورد مطالعه، سیلی زدن بالاترین نوع آزار جسمی را تشکیل می‌دهد و بعلاوه، درصد انواع این آزارها در گروه معتاد بالاتر از گروه غیرمعتاد است و این یافته‌ها با مطالعه Rabani(۱۱) که بیشترین آزارجسمی را سیلی زدن با ۷۴/۵۷٪ گزارش کرده است نیز همخوانی دارد. در مطالعه‌ای که در ایالات متحده صورت گرفت بیان شد که بیشتر والدین راه‌هایی را برای تنبیه کودک خود انتخاب می‌کنند که کمتر برای وی ایجاد جراحت کند(۱۷).

همانند مطالعه‌ی انجام شده در رفسنجان(۱۰)، در گروه معتادین شایع‌ترین نوع مسامحه، محروم کردن از تفریح بود. در گروه غیرمعتادین بالاترین نوع مسامحه، محروم کردن از غذا بود. در همین راستا، در مطالعه Tirosh و همکاران(۱۹) نیز بیشترین نوع مسامحه به صورت محروم کردن کودک از غذا و تفریح

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

انجام می‌شد. مطالعه ما همچنین نشان داد که بیشترین فراوانی کودک‌آزاری در گروه دارای اعتیاد به «هروئین» دیده می‌شود. Murphy و همکاران الکل، کوکائین و هروئین را سه ماده مورد سوء مصرف در والدین کودک آزار قید کرد و Carney یکی از ریسک فاکتورهای کودک آزاری را وابستگی به مواد و تغییرات خلقی ناشی از آن ذکر می‌کند(۴). از آنجا که شدت اعتیاد در بروز عوارض اعتیاد و از جمله عوارض روانی آن موثر است(۱۳) و نیز بروز نشانگان قطع مواد در معتادین به مواد افیونی قوی‌تر می باشد، بروز بیشتر کودک‌آزاری در این گروه قابل توجیه است.

در بررسی حالات روحی قبل از کودک‌آزاری، در هر دو گروه، بالاترین علت تنبیه، تربیت کودک بود که این نتایج با تحقیق Ferrari در سال ۲۰۰۲ همخوانی دارد(۲۴) اما در گروه معتادین، دومین علت بعد از تربیت، عدم دسترسی و کمبود مواد مخدر بوده که با یافته‌های پژوهشهای دیگر که نشان‌دهنده‌ی پرخاشگری، کم‌حوصلگی و بی‌ثباتی خلقی بر اثر قطع مصرف مواد است، همسو می‌باشد(۴). یافته های این مطالعه ضرورت توجه به روش‌های جایگزینی صحیح تربیتی در مقابل تربیت و تنبیه بدنی را نشان می‌دهد و بعلاوه، تأییدی بر یافته‌های دیگر پژوهشگران مبنی بر توانایی ضعیف مقابله با استرس‌ها در نزد معتادین می‌باشد(۱۳). بررسی فراوانی حالات روحی و احساسات پس از کودک‌آزاری در هر دو گروه نشانگر احساس غمگینی در درجه اول و سپس احساس گناه بود که نشان‌دهنده آگاهی مرتکبین کودک‌آزاری به زشتی این عمل و در عین حال ناتوانی آنان در کنترل رفتارهای تکانه‌ای بویژه در هنگام قطع مصرف مواد می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش توجه ویژه به خانواده‌های معتاد به مواد مخدر از نظر کودک آزاری، حمایت از کودکان، درمان معتادان، تشخیص زودرس کودک آزاری، مداخله، درمان و جلوگیری از بروز عوارض هولناک کودک آزاری ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

از آقایان دکتر محمد نادی (روان پزشک) و دکتر محمد ناجی زاده اناری پور (پزشک) به علت همکاری صمیمانه‌ی آنها در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Sadock BJ, Sadock VA. ***Comprehensive text book of psychiatry***. 7th ed. Philadelphia: Lippioncott Williams & wilkins; 2000.P.1038-62, 2878-89.

2- Kliegman MR, Behrman RE, Arvin M. ***Nelson text book of pediatrics***. 18th ed. Washington: Saunders: 2007.P.172-77

3- Bays J. ***Substance abuse and child abuse:Impact of addiction on the child.*** Pediatrics clinical North Am 1990; 37(4): 88-90

4- Carney S. ***Child abuse risk factors and prevention strategies***. Suite101, 2010 Apr 20. Available From: http://at-risk-youth-support.suite101.com/article.cfm/child-abuse-risk-factors-and-prevention-strategies

5- Hurme T, Alanko S, Anttila P, Juven T. Svedstrom E. ***Risk factors for physical child abuse in infants and toddlers***. European Journal of Pediatr Surgery 2008; 18(6): 387-91.

6- Murphy JM, Jellink M, Quinn D, Smith G, Francis G. ***Poitrast and marily child psychiatry service.*** USA: Massachusetts General Hospital and the Boston Juvenile Court; 2002.P.1100-2

7- Deroux SJ, Perendergast NC. ***Adrenal laceration in child abuse***. Pediaticsr Surgery Int. 2000; 16(1-8):121-30.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

8- Taylor J. ***Antisocial behavior, Substantial somatization families of adolescent controls***. Journal of Drug & Alcohol Abuse.2005;141(1):591-97

9- Safari N. ***Investigation of child tormentor refered to clinic Shahid Smaili clinical***. Tehran: University of Medical Scinces;1995.[Persia]

10- Amini M, Yazdan Pauah Sh. ***Iran medical universit Investigation of epidimiology child abuse in Rafsanjan***. MD[Tesise], Tehrn: Iran university of medical Scinces; 2000.[Persian]

11- Kholasehzadeh G, Bakhsi H, Nazer M, Sayadi AR, Pourgholami M, Rabbani A . ***Child abuse prevalence among addicts referred to the Rafsanjan addiction withdrawal center in 2005***. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2007;1(6): 37-44

12- woody Ge. ***Severity of psychiatric symptoms as a predictor of beresis from psychotherapy socialogs of beriant behavio***r. American Journal of Psychiatry. 2001; 112: 612-13

13 Ghoreishi Zadeh SMA, Torabi K. ***Factors contributing illicit substance dependence among treatment seeking addicts in Tabriz*** . Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 2002;29(8): 28-21.[Persian]

14- Ahmad Khaniha HR, Turkman Nejad S, Hosseini Moghaddam MM. ***Epidemiology of depression and sexual abuse among street children***. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 2002;29(8): 20-14.[Persian]

15- Madani S. ***Investigation process of child abuse in Iran on based.*** Etiology 2006; (18):163-89.[Persian]

16- Hossaini Nassab Rabory H. ***investigation prevalence of the bady abuse in childeren with were reffed to shahid Smaeili Tehran(1994-2001)***. MSc[Tesise],Tehran: Iran University of Medical Scinces;2001 [Persian]

17- Summer JR, ***Congnitive, affective preparation for home lessnes.*** Psycol Rec,;1999: 85(2);553-73.

18- Kelleher K, Chafin M, Hollenberg J, Fischer E. ***Alcohol & durg disorder among abusive parent.*** AMJ Pablic Health. 2003; 84(10): 589-90.

19- Triosh E, Shechter SO, Cohen S , ***Attiuded towards corporal Punishment and reporting of abuse***. Child abuse and Neglect 2003; 27: 929-37.

20- Ashton V. ***The relateion ship between attitudes towared corporal punishment and the perception and reporting***. Child Maltreatment 2001; 25: 389-99.

*21-*Oral R, Can D, Vatansere K, Ozenmis M, Orhar Y. ***Attitude and knowledge levels of general practitioners and pediatric residents about child abuse and neglect***. Istanbul: Turkish Pediatry Vongres; 2001.P.23-7

22- Erikson MJ, Hill TD, Siegel RM. ***Barriers to domestic violence screening in the pediatric settting.*** Pediatrics 2001; 108(1): 98-102

23- Daro D, Mitchel L. ***Current trend in child abuse reporting & fatalities:5th ed.*** Chicago:National Committee for Prevention of Child Abuse ;2001.P.1051-55

24- Ferrari AM. ***the impact of culture upon child rearing practices and definitionis of maltreatment***. Child abuse and Neglect. 2002; 26: 793-813.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]