



میزان شیوع سوء رفتار در دانش آموزان دوره راهنمایی شهرستان خرم آباد

پریسا نامداری*

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش بررسی میزان شیوع سوء رفتار در دانش آموزان دوره راهنمایی شهرستان خرم آباد و تعیین عوامل مؤثر بر آن بوده است.

روش: ۲۴۰ نفر از دانش آموزان (۱۱۷ دختر و ۱۲۳ پسر) پایه های اول، دوم و سوم دوره راهنمایی که به تصادف انتخاب شده بودند در یک پژوهش توصیفی- مقطعی بررسی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه کودک آزاری و بی توجهی بود. داده ها به کمک روش های آماری توصیفی و آزمون آماری χ^2 تحلیل گردیدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی سوء رفتار مربوط به سوء رفتار عاطفی نسبت به فرد مورد بررسی و به ترتیب از سوی پدر، مادر، خواهر و برادر در هر دو گروه پسران و دختران بوده است (۹۱/۶٪). سوء رفتار بدنی در دختران و پسران ۵۸/۲٪ است که بیشتر از سوی والدین و برادر گزارش شده است. سوء رفتار جنسی با فراوانی ۳۸ نفر تنها در دختران (۳۲/۵٪) گزارش شد. همچنین بین وضعیت مالی خانواده، ترتیب تولد، بیماری روانی و اعتیاد افراد خانواده، میزان معاشرت افراد خانواده و سوء رفتار جسمی و عاطفی ارتباط معنی دار دیده شد. بین سن والدین و سوء رفتار عاطفی و بدنی و نیز بین میزان تحصیلات، شغل والدین و سوء رفتار عاطفی ارتباط معنی داری دیده نشد.

نتیجه: سوء رفتار با کودکان در خانواده ها شایع است و بیشترین میزان سوء رفتار از سوی پدران و مادران اعمال می شود.

:

کودک آزاری یا بد رفتاری با کودکان از دیدگاه روانشناسی رفتاری موجب آزار بدنی کودک می گردد و به سلامت او آسیب می رساند. کودک آزاری تمام

از نظر تاریخی کودک آزاری^۱ پیشینه ای به قدمت زندگی انسان دارد و در همه فرهنگ ها دیده شده است.

* کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی لرستان. لرستان، خرم آباد، گلدشت، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.

اشکال بدرفتاری را شامل می‌شود. سوءاستفاده از کودکان به هر شکل، بهره‌کشی از آنان در هر زمینه و بی‌توجهی^۱ به ایشان به هر صورت کودک آزاری به شمار می‌رود. برپایه آمار سال ۱۳۷۵ شمار کودکان شاغل در ایران ۶۰۰/۰۰۰ نفر برآورد شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۷). بنابر گزارش سازمان جهانی کار ۱۸٪ کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله در کشورهای رو به رشد آسیا کار می‌کنند. همچنین ۴ تا ۸٪ از ۲/۴ میلیارد نفر نیروی کار جهان را کودکان تشکیل می‌دهند (اکبری، ۱۳۷۶).

در سال ۱۹۹۲ در آمریکا نزدیک به ۳ میلیون مورد کودک آزاری و بی‌توجهی گزارش شده است. از هر ۳ تا ۴ دختر، یک نفر تا ۱۸ سالگی مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد و از هر ۷ تا ۸ پسر یک نفر چنین سرنوشتی دارد. میزان واقعی رخداد کودک آزاری احتمالاً بیشتر از میزان گزارش شده است، زیرا بسیاری از کودکان که مورد آزار قرار می‌گیرند شناسایی نمی‌شوند و بسیاری نیز در گزارش دادن احتیاط می‌کنند (کاپلان^۲ و سادوک^۳، ۱۹۹۵). شیوع کودک آزاری جنسی^۴ در کودکانی که در خانواده‌های بسته و کم‌معاشرت زندگی می‌کنند و پدر الکلی دارند بیشتر دیده می‌شود. در خانواده‌هایی که کودک، پدر ناتنی دارد شیوع آن ۵ برابر بیشتر است (توفیقی، ۱۳۷۴). تعریف آزار عاطفی یکی از دشوارترین تعاریف از شکل‌های آزار است و شامل استفاده بیش از حد تهدیدهای کلامی، ریشخند کردن، عبارت‌های تحقیرآمیز، نکوهش و تهدید علیه شخص خردسال می‌باشد تا جایی که سلامت روانی او به خطر افتد. بی‌توجهی به کودکان از رایج‌ترین نوع سوءرفتار با آنان است و بی‌توجهی به کودکان خیلی بیشتر از سوءرفتار بدنی (جودز^۵ و دیاموند^۶، ۱۹۸۶، به نقل از رشیدی‌فر، ۱۳۷۶) به کودکان آسیب می‌رساند. آمار سال ۱۹۸۸ نشان می‌دهد که ۲ تا ۶٪ کودکان در ایالات متحده به‌طور جدی به‌وسیله تهاجم یا بی‌توجهی والدین آسیب می‌بینند (کمپ^۷ و کمپ، ۱۹۸۸).

کودک آزاری پدیده‌ای آگاهانه است که عوامل چندی در ایجاد آن نقش دارند. برخی از دلایل کودک آزاری در همه جوامع مشترک هستند و برخی به شرایط اقتصادی-اجتماعی هر کشور بستگی دارند. بسیاری از والدین بدرفتار و کودک آزار را جوانان تشکیل می‌دهند. سن متوسط مادران کودک آزار ۲۶ سال و سن این پدران ۳۰ سال می‌باشد (سلجوقی، ۱۳۷۵).

بلسکی^۸ (۱۹۹۳) پس از بررسی ۱۶۰ خانواده کودک آزار دو عامل بیکاری و انزوای اجتماعی را از عوامل مهم کودک آزاری دانسته است. مادران کودک آزار به‌طور معنی‌داری از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به مادران عادی برخوردارند (به نقل از همان‌جا) و به‌طور کلی والدین کودک آزار تنها زندگی می‌کنند، جوان و دارای سطح تحصیلات پایین هستند، خود در کودکی آزار دیده‌اند، تحت تأثیر عوامل فشارزای محیطی مانند محیط زندگی پرجمعیت، مشکلات شغلی هستند (هامپتون^۹، گولاتا^{۱۰}، آدامز^{۱۱} و پتر^{۱۲}، ۱۹۹۳).

المر^{۱۳} (۱۹۹۸) در بررسی پیگیر کودکانی که به‌علت کودک آزاری یا آسیب‌های تصادفی بستری بودند فقر را مهمترین عامل تعیین‌کننده سطح عملکرد کودکان دانسته است. عموماً گزارش شده که خانواده‌های کودک آزار و بی‌توجه از تحصیلات کمی برخوردارند (وارنر^{۱۴} و هانسن^{۱۵}، ۱۹۹۴) و متوسط تحصیلات والدین آزارگر ۹ سال گزارش شده است. همچنین المر (۱۹۹۸) دریافت که تفاوت معنی‌دار آماری بین ترتیب تولد و کودک آزاری وجود ندارد. از سوی دیگر با توجه به اینکه در کودکان کم سن، آسیب‌های شدید و

1- neglect	2- Kaplan
3- Sadock	5- sexual child abuse
5- Gudse	6- Diamond
7- Kempe	8- Belsky
9- Hampton	10- Gullata
11- Adams	12- Petter
13- Elmer	14- Warner
15- Hansen	

تهدیدکننده زندگی بیشتر وارد می‌شود، کارکنان بیمارستان‌ها بیشتر آن‌ها را گزارش می‌کنند. بلسکی (۱۹۹۵) دریافت که والدین کودک آزار از بیماری‌های روان‌تنی^۱ بیشتری رنج می‌برند، خشم زیادتر و جسارت کمتر نشان می‌دهند (امی^۲، ۱۹۸۳، به نقل از انوشه، ۱۳۷۴). بیشتر احساس تنهایی می‌کنند و آگاهی از کودک‌آزاری را انکار می‌کنند (میلز^۳، ۱۹۸۶، به نقل از همان‌جا).

با توجه به اهمیت بذر رفتاری با کودکان از دیدگاه روانشناسی و به منظور افزایش آگاهی از کودک‌آزاری و بی‌توجهی به‌عنوان یک موضوع مهم مربوط به سلامت جامعه، پژوهش حاضر با هدف کلی بررسی میزان شیوع سوءرفتار و عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱- سوءرفتار در کودک با سن، میزان تحصیلات و شغل والدین ارتباط دارد ۲- سوءرفتار در کودک با شمار افراد، وضعیت مالی، وجود سابقه بیماری روانی، اعتیاد و میزان رفت‌وآمد و معاشرت خانواده ارتباط دارد ۳- سوءرفتار در کودک با ترتیب تولد ارتباط دارد.

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی-مقطعی است که به منظور بررسی میزان شیوع سوءرفتار در دانش‌آموزان دوره راهنمایی و عوامل مؤثر بر آن انجام گردیده است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش دانش‌آموزان مقطع راهنمایی (پایه‌های اول، دوم و سوم) مدارس راهنمایی (ناحیه ۱ و ۲) شهرستان خرم‌آباد مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۷۸-۷۷ بوده‌اند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی است. نخست با مراجعه به اداره کل آموزش و پرورش استان لرستان، ۱۰ مدرسه راهنمایی (۵ مدرسه راهنمایی دخترانه و ۵ مدرسه راهنمایی پسرانه) به تصادف از کل مدارس راهنمایی شهر خرم‌آباد انتخاب گردیدند. سپس با مراجعه به

مدارس و انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی پرسش‌نامه‌ها توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. پیش از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توضیحات یکسانی توسط پژوهشگر به همه آزمودنی‌ها داده شد. محرمانه ماندن اطلاعات، عدم لزوم یادداشت نام و نام خانوادگی، هدف کلی پژوهش، معنی برخی اصطلاحات پرسش‌نامه‌ها و موارد غیرمستقیم پرسش‌های مربوط به رفتار جنسی، مورد تأکید قرار گرفت. کل آزمودنی‌های پژوهش ۲۴۰ نفر بودند. ۱۱۷ دختر و ۱۲۳ پسر مورد بررسی از میان ۳۰۳۲۰ دانش‌آموز شهر خرم‌آباد در این مقطع تحصیلی انتخاب شدند. داده‌های گردآوری‌شده به کمک روش‌های آماری توصیفی و آزمون آماری خی‌دو تحلیل گردید.

در این پژوهش پرسش‌نامه کودک‌آزاری و بی‌توجهی به کار برده شد. پرسش‌نامه برپایه تعاریف کودک‌آزاری و بی‌توجهی با توجه به پژوهش‌های پیشین ساخته شده است (هیبرد^۴، اسپنس^۵، تزنو^۶ و زولینگر^۷، ۱۹۹۲). این پرسش‌نامه در سال ۱۳۷۰ در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران و در سال ۱۳۷۶ در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان اهر به کار گرفته شده است (رشیدی‌فر، ۱۳۷۶). با توجه به گروه سنی آزمودنی‌های پژوهش حاضر (دانش‌آموزان دوره راهنمایی) تغییراتی در سؤالات داده شد و چند پرسش مربوط به عوامل ایجادکننده سوءرفتار نیز افزوده شد. پرسش‌نامه دارای ۱۹ پرسش مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و عوامل مؤثر بر سوءرفتار و ۲۷ پرسش مربوط به سوءرفتار بدنی، عاطفی و جنسی است. برای بررسی پایایی پرسش‌نامه به‌طور تصادفی دو مدرسه دخترانه و پسرانه انتخاب و به فاصله دو هفته ۳۰ پرسش‌نامه توسط دانش‌آموزان تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده بیش از ۷۰٪ سؤالات مناسب

1- psychosomatic
3- Milles
5- Spence
7- Zollinger

2- Emy
4- Hibburd
6- Tzenu

تشخیص داده شد. بررسی‌های اولیه نشان داد که نزدیک به ۳۰٪ دانش‌آموزان دوره راهنمایی دارای سوءرفتار از سوی اطرافیان می‌باشند (بلسکی، ۱۹۹۵؛ وارنر، ۱۹۹۴) از این رو نمونه‌ای به حجم ۲۴۰ نفر مناسب تشخیص داده شد.

از ۱۱۷ دانش‌آموز دختر و ۱۲۳ دانش‌آموز پسر بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۴-۱۳ سال (۶۸/۴٪) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی بیشتر از ۱۶ سال (۳۶/۸٪) است. ۶۹/۹٪ پدران و ۹۴٪ مادران دارای سن کمتر از ۴۹ سال بوده‌اند. ۵۷/۳٪ پدران بی‌سواد و دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۷/۶٪ دبیرستان و دانشگاهی و میزان تحصیلات ۷۰/۷٪ مادران بی‌سواد و

تحصیلات ابتدایی، ۱۴/۴٪ دبیرستان و دانشگاهی بوده است. ۳۶/۶٪ پدران شغل آزاد، ۳۲/۳٪ کارگر و ۲۶/۷٪ کارمند بوده‌اند. همچنین ۸۸/۶٪ مادران خانه‌دار و ۱۱/۴٪ شاغل بوده‌اند. ۲۴/۲٪ آزمودنی‌ها وضع مالی خانواده را خوب و یا بسیار بد، ۳۱/۷٪ وضع مالی خانواده را خوب و بسیار خوب و ۴۴/۲٪ وضعیت مالی خانواده را متوسط گزارش کرده‌اند. شمار اعضای خانواده ۱۶/۷٪ افراد مورد بررسی کمتر از ۵ نفر و ۸۳/۴٪ بیشتر از ۵ نفر است. آزمودنی‌های پژوهش در زمینه رتبه تولد (۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و بالاتر) تفاوت ناچیز با یکدیگر داشته‌اند. بیشترین سوءرفتار عاطفی در پاسخ به سؤال «سرم داد می‌زند و دعوا می‌کند» از سوی والدین گزارش شده که در پسران ۹۰/۸٪ و در دختران ۸۵/۲٪ است (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش در پاسخ به پرسش «اگر آنطور که مورد انتظار است رفتار نکنی، با تو چکار می‌کنند؟» برحسب جنس و افراد آزاردهنده

وضعیت پرسش‌ها	پسر			دختر				
	هیچکدام تعداد(٪)	سرم‌دادمی‌زند ودعوامی‌کند تعداد(٪)	فحش تعداد(٪)	کتک تعداد(٪)	هیچکدام تعداد(٪)	سرم‌دادمی‌زند ودعوامی‌کند تعداد(٪)	فحش تعداد(٪)	کتک تعداد(٪)
پدرت	۲۶(۲۱/۷)	۵۵(۴۵/۸)	۹(۷/۵)	۳۰(۲۵)	۴۹(۴۵/۴)	۵۰(۴۶/۳)	۲(۱/۹)	۷(۶/۵)
مادرت	۲۶(۲۱/۷)	۵۴(۴۵)	۱۳(۱۰/۸)	۲۷(۲۲/۵)	۴۹(۴۵/۴)	۴۲(۳۸/۹)	۶(۵/۶)	۱۱(۱۰/۲)
برادرت	۲۹(۲۴/۲)	۳۴(۲۸/۳)	۱۱(۹/۲)	۴۶(۳۸/۳)	۵۳(۴۹/۱)	۲۴(۲۲/۲)	۷(۶/۵)	۲۴(۲۲/۲)
خواهرت	۵۵(۴۵/۸)	۴۵(۳۷/۵)	۱۱(۹/۲)	۹(۷/۵)	۵۷(۵۲/۸)	۳۶(۳۳/۳)	۴(۳/۷)	۱۱(۱۰/۲)
فرددیگر	۸۶(۷۱/۷)	۱۱(۹/۲)	۱۱(۹/۲)	۱۲(۱۰)	۸۸(۸۱/۵)	۶(۵/۶)	۱۳(۱۲)	۰(۰)

بیشترین سوءرفتار بدنی در پسران (۴۷/۵٪) از سوی والدین و در دختران (۲۲/۲٪) از سوی برادر گزارش شد که از این میان (۳۷/۹٪) در اثر «کتک خوردن» دچار آسیب شده‌اند. (۱۹/۶٪) کودکان همراه با تحصیل کار می‌کنند. پژوهش حاضر سوءرفتار جنسی را با فراوانی ۳۸ نفر (۳۲/۵٪ دختران) بیشتر از سوی پدر، برادر، دوست و همکلاسی و تنها در دختران نشان داد. آزمون‌های آماری بین میزان تحصیلات والدین با سوءرفتار بدنی ارتباط معنی‌دار نشان داد. (P<۰/۰۱) ولی بین میزان تحصیلات والدین با رفتار عاطفی ارتباط معنی‌دار دیده نشد.

بین شغل پدر (P<۰/۰۰۱) و شغل مادر (P<۰/۰۰۱) و سوءرفتار بدنی ارتباط معنی‌دار دیده شد. بین وضعیت مالی خانواده و سوءرفتار بدنی و عاطفی نیز ارتباط معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۰۱ و P<۰/۰۱)

همچنین بین شمار اعضای خانواده و سوءرفتار بدنی و عاطفی (P<۰/۰۰۱ و P<۰/۰۰۵) و بین ترتیب تولد با تجربه بدرفتاری و بین اعتیاد و بیماری روانی افراد خانواده با سوءرفتار بدنی و عاطفی (P<۰/۰۰۱ و P<۰/۰۰۱) همچنین بین معاشرت افراد خانواده با سوءرفتار بدنی و عاطفی ارتباط معنی‌دار دیده شد (P<۰/۰۰۱). ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش با میزان سوءرفتار بدنی در جدول‌های ۲ و ۳ و ارتباط ویژگی‌های یادشده با سوءرفتار عاطفی در جدول ۴ ارائه گردیده است. یافته‌های این بررسی نشان داد که پدر بیشترین درصد اعتیاد (۶۵/۴٪) و برادر بیشترین درصد بیماری روانی (۳۵/۳٪) در خانواده‌ها را داشته‌اند.

جدول ۲- رابطه سوءرفتار بدنی با میزان تحصیلات پدران و مادران و شغل آن‌ها در کل آزمودنی‌های پژوهش

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خانواده	سوءرفتار جسمی				گزارش نشده تعداد(٪)	کم تعداد(٪)	زیاد تعداد(٪)	جمع تعداد(٪)	نتیجه آزمون
	بیسواد و کم سواد	دبیرستان و بالاتر	جمع	بیسواد و کم سواد					
تحصیلات پدر	۳۴(۵)۵۸	۶۰(۹)۳۹	۴۱(۸)۹۷	۵۳(۶)۹۰	۱۱(۹)۲۰	۴(۷)۳	۱۰۰(۱)۶۸	$\chi^2=13/71$ P<۰/۰۱ df=۲	
تحصیلات مادر	۳۷(۶)۷۶	۶۷(۶)۲۳	۴۱(۹)۹۹	۵۰(۹)۱۰۳	۱۱(۴)۲۳	۰(۰)۰	۱۰۰(۱)۲۰۲	$\chi^2=9/57$ P<۰/۰۱ df=۱	
شغل پدر	۴۴(۸)۳۹	۲۳(۵)۲۰	۶۱(۲)۳۸	۴۵(۹)۴۰	۹(۲)۸	۴(۷)۴	۱۰۰(۱)۸۷	$\chi^2=21/71$ P<۰/۰۰۱ df=۲	
شغل مادر	۳۸(۸)۸۱	۲۳(۵)۲۰	۶۱(۲)۳۸	۵۰(۷)۱۰۶	۱۳(۳)۱۳	۴(۷)۴	۱۰۰(۱)۸۵	$\chi^2=7/55$ P<۰/۰۱ df=۱	
	۴۱(۹)۹۹	۴۲(۷)۱۰۰	۴۱(۹)۹۹	۴۸(۳)۱۱۴	۲۳(۷)۲۳	۳(۷)۱	۱۰۰(۱)۲۷		
	۴۱(۹)۹۹	۴۲(۷)۱۰۰	۴۱(۹)۹۹	۴۸(۳)۱۱۴	۲۳(۷)۲۳	۳(۷)۱	۱۰۰(۱)۲۷		

جدول ۳- رابطه سوءرفتار بدنی با وضعیت مالی، شمار اعضای خانواده، رتبه تولد، بیماری روانی افراد خانواده، اعتیاد افراد خانواده، معاشرت و رفت و آمد خانواده در کل افراد مورد پژوهش

نتیجه آزمون	سوءرفتار جسمی				ویژگی های جمعیت شناختی خانواده
	جمع	زیاد	کم	گزارش نشده	
	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)	
$\chi^2=28/86$ $P<0/001$ $df=2$	(100)76	(3/9)3	(32/9)25	(63/2)48	وضعیت مالی خوب
	(100)106	(7/6)8	(52/8)56	(39/6)42	متوسط
	(100)58	(22/4)13	(60/3)35	(17/3)10	بد
$\chi^2=7$ $P<0/03$ $df=2$	(100)440	(10)24	(48/3)116	(41/7)100	جمع
	(100)98	(6/1)6	(42/9)42	(51)50	کمتر از 6
	(100)142	(12/6)18	(52/1)74	(35/3)50	بیشتر از 6
$\chi^2=10/10$ $P<0/01$ $df=2$	(100)240	(10)24	(48/3)116	(41/7)100	جمع
	(100)129	(4/7)6	(48)62	(47/3)61	کمتر از 3
	(100)111	(16/3)18	(48/6)54	(35/1)39	بیشتر از 3
$\chi^2=8/79$ $P<0/01$ $df=2$	(100)240	(10)24	(48/3)116	(41/7)100	جمع
	(100)51	(13/7)7	(62/7)32	(23/5)12	بلی
	(100)189	(9)17	(44/4)84	(46/6)88	خیر
$\chi^2=25/13$ $P<0/01$ $df=2$	(100)240	(10)24	(48/3)116	(41)100	جمع
	(100)26	(11/5)3	(76/9)20	(11/6)3	بلی
	(100)214	(9/8)21	(21/5)96	(45/3)97	خیر
$\chi^2=42/47$ $P<0/001$ $df=2$	(100)240	(10)24	(48/3)116	(41/7)100	جمع
	(100)146	(6/2)9	(35/6)52	(58/2)85	کافی
	(100)94	(15/9)15	(68/2)64	(15/9)15	کم
	(100)240	(10)24	(48/3)116	(41/7)100	جمع

جدول ۴- رابطه سوءرفتار عاطفی با وضعیت مالی خانواده، شمار اعضای خانوار، رتبه تولد، بیماری روانی افراد خانواده، اعتیاد افراد خانواده، میزان معاشرت و رفت و آمد خانواده در کل افراد مورد بررسی

نتیجه آزمون	سوءرفتار عاطفی				ویژگی های جمعیت شناختی خانواده
	جمع	زیاد	کم	گزارش نشده	
	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)	تعداد(%)	
$\chi^2=6/23$ $P<0/05$ $df=2$	(100)98	(28/6)28	(61/2)60	(10/2)10	کمتر از 6
	(100)142	(44/4)63	(48/6)69	(7)10	بیشتر از 6
	(100)240	(37/9)91	(53/7)129	(8/33)20	جمع
$\chi^2=11/93$ $P<0/01$ $df=2$	(100)129	(27/9)36	(62/8)81	(9/3)12	کمتر از 3
	(100)111	(49/5)55	(43/2)48	(7/2)8	بیشتر از 3
	(100)240	(37/9)91	(53/7)129	(8/33)20	جمع
$\chi^2=6/83$ $P<0/05$ $df=2$	(100)76	(27/6)21	(59/2)45	(13/15)10	خوب
	(100)106	(35/8)38	(54/7)58	(9/43)10	متوسط
	(100)58	(55/2)32	(44/8)26	(0)0	بد
$\chi^2=11/23$ $P<0/01$ $df=2$	(100)240	(37/9)91	(53/7)129	(8/33)20	جمع
	(100)51	(54/9)28	(45/1)23	(0)0	بلی
	(100)189	(33/3)63	(56/1)106	(10/6)20	خیر
$\chi^2=15/84$ $P<0/001$ $df=2$	(100)240	(37/9)91	(53/7)129	(8/33)20	جمع
	(100)26	(73/1)19	(26/9)7	(0)0	بلی
	(100)214	(33/6)72	(57)122	(9/34)20	خیر
$\chi^2=27/30$ $P<0/001$ $df=2$	(100)240	(37/9)91	(53/7)129	(8/33)20	جمع
	(100)146	(26)38	(60/1)89	(13)19	کافی
	(100)94	(56/4)53	(42/5)40	(1)1	کم
	(100)240	(37/9)91	(53/7)129	(8/33)20	جمع

با توجه به هدف کلی پژوهش حاضر، درصد سوءرفتار در خانواده‌های ایرانی بالا است، که بیشتر از سوی والدین می‌باشد. در پسران، پدر و مادر و در دختران پدر، مادر و برادر بیشترین سوءرفتار را نسبت به کودکان داشته‌اند. این یافته‌های پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌های انجام شده هم‌خوانی دارد (رشیدی‌فر، ۱۳۷۶، مرکز ملی بهداشت روانی^۱ آمریکا، ۱۹۹۷).

باید توجه داشت که همه بررسی‌های انجام شده در درجه نخست به ارزیابی بدرفتاری مادر با کودکان پرداخته‌اند. این امر شاید به این جهت باشد که مادران در بیشتر مواقع از کودکان خویش نگهداری می‌کنند، بنابراین موضوع پژوهش‌های بیشتری قرار گرفته‌اند. این بررسی نشان داد که عوامل چندی بر سوء رفتار نسبت به کودکان تأثیر دارد. یکی از این عوامل سن والدین می‌باشد. بررسی‌هایی که در این زمینه صورت گرفته نشان می‌دهد که والدین بدرفتار و آزارگر اغلب جوان می‌باشند (مرکز ملی بهداشت روانی، ۱۹۹۷؛ بانکووسکی^۲، کارولالو^۳، ۱۹۸۶). برخلاف پژوهش‌های یادشده در بررسی حاضر به دلیل فراوانی زیاد سوءرفتار توسط والدین ارتباط معنی‌داری در سنین مختلف دیده نشده است، بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش رد شد. یکی از عوامل دیگری که مورد بررسی قرار گرفت میزان تحصیلات والدین بود. به‌طور کلی والدین آزارگر اغلب موارد جوان و دارای تحصیلات پایین می‌باشند (هامپتون و همکاران، ۱۹۹۳).

یافته‌های پژوهش حاضر بین سوءرفتار بدنی و میزان تحصیلات والدین ارتباط معنی‌داری را نشان داد، ولی به دلیل حجم بالای سوءرفتار عاطفی از سوی پدران و مادران با تحصیلات پایین، این ارتباط معنی‌دار نبود. از سوی دیگر بین شغل پدران و مادران و سوءرفتار بدنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. هامپتون و همکاران (۱۹۹۳) در بررسی‌های خود نشان دادند که بین عوامل فشارزای محیطی مانند مشکلات شغلی، بیکاری، فقر، فقدان بنیه مالی پدر و مادر و

کودک‌آزاری ارتباط وجود دارد و از سوی دیگر شاید بتوان دلیل معنی‌دار نبودن ارتباط شغل والدین با سوءرفتار عاطفی را حجم بالای موارد سوءرفتار عاطفی در تمام گروه‌های شغلی مورد بررسی دانست.

میلور^۴ (۱۹۸۱) بر این باور بود که هر چند سوءرفتار ممکن است در هر خانواده و در همه سطوح جامعه و وضعیت‌های اجتماعی و اقتصادی رخ دهد ولی رخداد آن براساس بررسی‌های انجام شده در طبقات پایین اجتماعی بیشتر است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین وضعیت مالی خانواده و شمار اعضای آن با سوءرفتار ارتباط معنی‌دار وجود دارد. چنین به نظر می‌رسد که شرایط پراسترس زندگی، مانند جمعیت زیاد، فقر و بی‌نوبی، رفتار پرخاشگرانه را تداعی می‌نماید. بررسی‌هایی که در این زمینه انجام شده نشان می‌دهند، که والدین بدرفتار و آزارگر دارای بچه‌های زیادی هستند (بلسکی، ۱۹۹۳؛ المر، ۱۹۹۸). به نظر می‌رسد توافق کلی در زمینه رابطه میان ترتیب تولد و کودک‌آزاری وجود ندارد. در دو بررسی بیشتر کودکانی که مورد کودک‌آزاری قرار گرفته‌اند بزرگترین یا دومین فرزند خانواده بوده‌اند (همان‌جا).

المر (۱۹۹۸) تفاوت آماری معنی‌داری را میان ترتیب تولد و بدرفتاری گزارش نمود. شاید بتوان گفت که در خانواده‌های خشن و بدرفتار با همه کودکان به‌طور نسبی بدرفتاری می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین وجود بیماری روانی و اعتیاد در افراد خانواده و سوءرفتار بدنی و عاطفی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر با سایر بررسی‌های انجام شده در زمینه کودک‌آزاری بدنی و عاطفی هم‌خوانی دارد. کاپلان و سادوک (۱۹۹۵) بر این باورند که والدین روان‌پریش^۵ یا مبتلا به اختلال‌های شخصیت^۶ ممکن است کودکان خود را بد در نظر بگیرند یا اینکه تلاش کنند آن‌ها را

1- National Institute of Mental Health

2- Bankowski

3- Carolallo

4- Millor

5- psychotic

6- presonality disorders

به‌سوی دیوانگی بکشانند. بلسکی (۱۹۹۵) پس از بررسی ۱۶۰ خانواده دریافت که دو عامل انزوای اجتماعی و اعتیاد، سوءرفتار را نسبت به کودکان دامن می‌زنند. یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین میزان معاشرت افراد خانواده با سوءرفتار جسمی و عاطفی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. شواهد زیادی در مورد رابطه میان انزوای اجتماعی و روابط اجتماعی محدود با افزایش خطر بدرفتاری و بی‌توجهی نسبت به کودکان وجود دارد. به باور بلسکی (۱۹۹۵) گرچه این یافته‌ها در پژوهش‌ها همیشه تأیید نمی‌شود ولی این خانواده‌ها با دیگران تماس کمتری دارند و کمتر از خانواده اصلی و دیگر بستگان کمک دریافت می‌کنند.

بدین ترتیب سایر فرضیه‌های مورد پژوهش تأیید شد. یعنی بین وضعیت مالی خانواده، ترتیب تولد، بیماری روانی افراد خانواده، اعتیاد افراد خانواده و میزان معاشرت افراد خانواده با سوءرفتار بدنی و عاطفی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. افزون بر عوامل یادشده به نظر می‌رسد برخی از عوامل فرهنگی نیز با کودک‌آزاری و بی‌توجهی در ارتباط است. برای نمونه در بیشتر نقاط کشور ما پدران و مادران و دست‌انداکاران آموزش و پرورش تنبیه بدنی کودکان را حق مسلم خود می‌دانند. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود:

۱- تنظیم برنامه‌های آموزشی برای تغییر برخی باورهای نادرست و نگرش‌های منفی که به رشد کودکان آسیب می‌رساند، مانند تبعیض، تنبیه و تحمیل.

۲- برنامه‌ریزی برای آموزش به پدران و مادران در زمینه رفتار با کودکان و آشنایی آنان با حقوق کودک در مدارس.

۳- توجه بیشتر به نهاد خانواده، زنان و مادران و حمایت از آنان در موارد لازم و کمک به خانواده‌ها در انجام وظایفی که نسبت به کودکان به‌عهده دارند.

از همکاری صمیمانه کارکنان گروه بهداشت دانشگاه تهران و همچنین از صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) به خاطر حمایت همه‌جانبه‌ای که از پژوهش داشته‌اند سپاسگزار می‌شود.

اکبری، آزاده (۱۳۷۶). *کار کودکان*، همایش مسائل کودکان و نوجوانان ایران. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. تهران: ۱۰ تا ۲۰ اسفند.

انوشه، آمنه (۱۳۷۴). *بررسی میزان آگاهی معلمان مدارس ابتدایی شهر تهران در مورد مفهوم سوءرفتار با کودک و نشانه‌های تشخیصی آن*.

پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

توفیقی، حسن (۱۳۷۴). بررسی موارد کودک‌آزاری جنسی در تهران، *مجله پزشکی قانونی*، سال دوم، شماره ۵، ۱۳-۱۲.

سلجوقی، فرشاد (۱۳۷۵) و برخی ریشه‌های شناخته‌شده کودک‌آزاری، *خبرنامه داخلی انجمن ملی حمایت از حقوق کودکان ایران*، شماره ۵، ۹-۷.

رشیدی‌فر، ناصر (۱۳۷۶). *رابطه عوامل جمعیت‌شناسی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان با کودک‌آزاری و بی‌توجهی در گروهی از نوجوانان شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

مرکز آمار ایران (۱۳۷۷). *سالنامه آماری کشور*. تهران: مرکز آمار ایران.

Bankowski,Z.,& Carolallo,M.(1986). *Battered children and child abuse*. Berne: CLOMS. (p.p.14-20).

Belsky,J.(1980). Risk factor for behavior dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 15, 212-213.

Belsky,J.(1993).Child maltreatment. *American Psychologist*, 35, 650-655.

Belsky,J. (1995). Etiology of child maltreatment, A development ecological analysis, *Psychological Bulletin*. 114, 413-434.

- Elmer,E.,&Herrenkohl,R.C.(1998).Risk factors for behavior dysfunction; The relative impact of maltreatments physical health problems,cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child Abuse and Neglect*. 19, 191-203.
- Hampton,L.R.,Gullata,P.T.,Adams, R. G., & Pette H. E. (1993). *Family violence prevention and treatment*, London, SAGE Publication Inc. (p.p. 28-68).
- Hibburd,R.A.,Spence,C.,Tzenu,O.C.S, & Zollinger, T. (1992). Child abuse and mental health among adolescents in dependent care. *Journal of Adolescents Health*, 13, 121-127.
- Kempe,R.S., & Kempe,C.H.(1988). *Child abuse*, Harvard University. (p.p. 34-36).
- Kaplan,H. I.,& Sadock,B.J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- National Institute of Mental Health(1997).*Child abuse and neglect programs, practice and theory*. New York: National Institute of Mental Health. (p.p. 200-206).
- Millor,E.(1981). *Textbook of pediatrics (15th ed.)*. New York: W. B. Saunders Company.
- Nelson,E.W.,& Behrman,E.R.(1996).*Textbook of pediatrics*. New York: W.B.Saunders Company. (p.p. 104-110).
- Warner,J.E.,&Hansen,D. J. (1994). The identification and reporting of physical abuse by physicians: A review and implications for research,*Child Abuse and Neglect*, 14, 555-660.