

همه گیر شناسی افسردگی و سوء استفاده جنسی در کودکان خیابانی

دکتر حمیدرضا احمدخانیها*، دکتر شریف ترکمن نژاد**، دکتر محمد مهدی حسینی مقدم***

چکیده

هدف: این پژوهش فراوانی سوء استفاده جنسی و افسردگی را در گذشته و حال کودکان خیابانی جنوب شهر تهران بررسی می‌کند. **روش:** ۸۷ کودک خیابانی در منطقه ۱۲ شهرداری شهر تهران به کمک پرسش‌نامه K-SADS از نظر وضعیت ابتلاء به افسردگی و وجود سوءاستفاده جنسی به کمک مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی آنان $11+2/3$ سال بوده و ۶۴٪ (۵۶ نفر) از این کودکان پسر و ۳۶٪ (۳۱ نفر) دختر بودند. یافته‌ها: این بررسی ۲۶ نفر (۸۶٪) از دختران و ۲۷ نفر (۴۸٪) از پسران را افسرده نشان داد. ارتباط افسردگی با سابقه زندان رفتن پدر، بیکاری پدر و منبع تأمین درآمد خانواده، غیر از پدر معنی‌دار بود. یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که ۱۸ نفر (۲۰٪) از کودکان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند. فرد سوءاستفاده کننده در ۵۵٪ موارد غریبه بوده است. سوءاستفاده جنسی در این بررسی با افسردگی، مصرف مواد مخدر، سیگار یا سایر متغیرهای بررسی شده ارتباط معنی‌داری نداشت. نتیجه: با توجه به فراوانی افسردگی و سوءاستفاده جنسی در کودکان خیابانی نیاز به توجه جدی سازمانهای دولتی و غیر دولتی در زمینه حمایت و آموزش این افراد می‌باشد. به نظر میرسد توجه ویژه به این قشر در امر ریشه کنی بیماری‌های آمیزشی و پیشگیری از شیوع بیماری‌های ایدز بسیار ضروری باشد.

کلیدواژه: سوء استفاده جنسی، افسردگی، کودکان خیابانی، K-SADS

مقدمه

بی‌خانمانی، کودکان را در معرض انواع کجرویها و رفتارهای ضد اجتماعی قرار می‌دهد (هانگ، منک^۱، ۲۰۰۱). نیاز به حمایت‌های اجتماعی و عدم پاسخ به آن، فرد را مستعد بسیاری از مشکلات روانی -

با گسترش شهرنشینی، فقر و سایر مشکلات اجتماعی، مشکل کودکان خیابانی نیز در حال گسترش است. (ری^۱، میشر^۲، بیسواس^۳ و کومار^۴، ۱۹۹۹).

* استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران (نویسنده مسئول).

** پزشک عمومی، مدیر شبکه بهداشت و درمان ورامین. جنب ساختمان فرمانداری، شبکه بهداشت و درمان ورامین.

*** متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، خ شریعتی، خ زرگنده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی.

- | | | |
|----------|-----------|-----------|
| 1- Ray | 2- Mishra | 3- Biswas |
| 4- Kumar | 5- Huang | 6- Menke |

گردآوری اطلاعات در این بررسی مصاحبه روانپزشکی و پرسش‌نامه بوده است. محل انجام مصاحبه در فرهنگ‌سرای شهید هرندی (میدان غار سابق) بوده و همراه با مصاحبه‌های روانپزشکی برای سرند موارد افسردگی پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیای کیدی (K-SADS)^{۲۹} بکار برده شده است. این پرسشنامه یک ابزار مصاحبه نیم ساخت یافته روانپزشکی برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۷ ساله و والدین آنهاست. کل ارزیابی به کمک این پرسشنامه ۱/۵ تا ۲ ساعت به طول می‌انجامد، مصاحبه با والدین درباره تاریخچه اختلالات رفتاری کودک مورد بررسی و تابلو بالینی اختلالات رفتاری کودک انجام می‌شود (هرسن^{۳۰} و بلاک^{۳۱}، ۱۹۸۸). بررسی‌های انجام شده در زمینه اعتبار و پایایی این ابزار، پایایی آن را بر روی کودکان مراجعه کننده به یک مرکز سرپایی روانپزشکی و گروهی از کودکان عادی به روش توافق بین دو ارزیاب^{۳۲} ۰/۹۳ تا ۱ گزارش نموده‌اند (کافمن^{۳۳}، بیرماهر^{۳۴}، برنت^{۳۵}، رائو^{۳۶} و فلین^{۳۷}، ۱۹۹۹). همچنین ضریب همبستگی کاپا پایایی آن را به روش آزمون - بازآزمون در مورد کودکان مبتلا به افسردگی و اختلال سلوک، ۰/۷۷ تا ۱ نشان داد (همان جا). وجود موارد سوءاستفاده جنسی نیز بر اساس مصاحبه بالینی

اجتماعی و سوءمصرف مواد می‌نماید (کریگ^۱، هودسوم^۲، ۲۰۰۰). سطح پائین سواد کودک، افزایش بعد خانواده، بی‌سوادی والدین و طلاق در خیابانی شدن و بسیاری از مشکلات این کودکان تأثیر بسزایی دارد (آدرینتو^۳، ۲۰۰۰). زندگی خیابانی با استرس‌های گوناگونی همراه است که خود در بروز افسردگی در این کودکان مؤثر است (آیرست^۴، ۱۹۹۹). البته در این میان نمی‌توان نقش سوابق خانوادگی کودک را نادیده گرفت (وایت بک^۵، هویت^۶ و بائو^۷، ۲۰۰۰). فراوانی افسردگی در کودکان خیابانی دختر بیشتر بوده و این امر نیز بیشتر به دلیل سوابق منفی خانوادگی است (رافائلی^۸، کولر^۹، رپولد^{۱۰} و کوشیک^{۱۱}، ۲۰۰۰). روی آوردن این کودکان به دوستان خیابانی اگر چه موجب افزایش حمایت اجتماعی می‌گردد اما کزروی‌های اجتماعی این دوستان سبب افزایش افسردگی آنان می‌شود (بائو، وایت بک و هویت، ۲۰۰۰). از سوی دیگر همه روزه بسیاری از کودکان خیابانی مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند (ریو^{۱۲}، تیلور^{۱۳}، سیهاور^{۱۴} و توماس^{۱۵}، ۲۰۰۱). البته رفتارهای پرخطر جنسی در این کودکان بیشتر به زور بوده و داوطلبانه نمی‌باشد (نوئل^{۱۶}، رود^{۱۷}، سیلی^{۱۸} و اوچ^{۱۹}، ۲۰۰۱). این کودکان از گروه‌های پرخطر، در شیوع بیماری ایدز هستند (راج^{۲۰}، ۲۰۰۰). آموزش و مراقبت در بسیاری از موارد در کاهش بیماری‌های آمیزشی در این کودکان مؤثر بوده است (استیل^{۲۱} و اوکیف^{۲۲}، ۲۰۰۱؛ سمیکوپ^{۲۳}، کیت سنکو^{۲۴}، ۲۰۰۰). در پاره‌ای بررسی‌ها، وجود رفتارهای پرخطر جنسی و گاه همجنس‌بازی در کودکان خیابانی با بروز افسردگی ارتباط داشته است (رود، نوئل، اوکس^{۲۵}، سیلی، ۲۰۰۱؛ ریان^{۲۶}، کیلمر^{۲۷}، واتانابه^{۲۸} و هویت، ۲۰۰۰).

روش

این بررسی از نوع بررسی‌های توصیفی بوده و در پائیز سال ۱۳۸۰ بر روی ۸۷ کودک خیابانی واقع در منطقه ۱۲ شهرداری تهران انجام شده است. ابزار

- | | |
|---|---------------------------|
| 1- Craig | 2- Hodsom |
| 3- Aderinto | 4- Ayerst |
| 5- Whitbeck | 6- Hoyt |
| 7- Bao | 8- Raffaeli |
| 9- Koller | 10- Reppoled |
| 11- Kuschick | 12- Rew |
| 13- Taylor | 14- Seehofer |
| 15- Thomas | 16- Noell |
| 17- Rohde | 18- Seeley |
| 19- Och | 20- Raj |
| 21- Steele | 22- O'keefe |
| 23- Semikop | 24- Kitsenko |
| 25- Ochs | 26- Ryan |
| 27- Kilmer | 28- Watanabe |
| 29- Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia | 30- Hersen |
| 31- Bellack | 32- inter rater agreement |
| 33- Kaufman | 34- Birmaher |
| 35- Brent | 36- Rao |
| 37- Flynn | |

مشخص شد. مصاحبه‌های انجام شده همگی توسط همکاران روانپزشک صورت گرفته است. روزهای جمعه هر هفته این کودکان به محل فرهنگسرا مراجعه کرده تا از خدمات آموزشی و تغذیه رایگان، ارائه شده توسط انجمن حمایت از حقوق کودکان بهره‌مند گردند. با استفاده از این فرصت تیم پژوهش به گردآوری اطلاعات پرداخته است. گفتنی است که کودکان خیابانی به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱) کارتن‌خواب: هیچ مسکنی جز خیابان و کارتن ندارند.

۲) کودکان در خیابان: روزها جهت کار به خیابان رفته و شبها به منزل بازمی‌گردند.

تمامی افراد مورد بررسی از گروه دوم بوده‌اند.

یافته‌ها

میانگین سنی کودکان $2\frac{2}{3} \pm 11$ سال بوده و ۵۶ نفر ($\frac{64}{4}$) آنها پسر و ۳۱ نفر ($\frac{35}{6}$) دختر بوده‌اند.

۶۸ نفر از این افراد ($\frac{80}{}$) مهاجر، ۴۰ نفر ($\frac{46}{}$) بی‌سواد، میانگین قد آنان $17\frac{8}{8} \pm 134$ سانتی‌متر و میانگین وزن آنها $29\frac{8}{8} \pm 10$ کیلوگرم بوده است.

۴۲ نفر از این کودکان ($\frac{49}{4}$) دارای ۱ تا ۶ خواهر یا برادر خیابانی بوده و در خانواده ۱۷ نفر از آنان ($\frac{19}{8}$) سابقه طلاق وجود داشته است. بعد خانوار در این کودکان حداقل ۱ و حداکثر ۱۷ نفر بوده و میانگین این متغیر $7\frac{81}{8} \pm 2$ نفر بوده است. میانگین سن پدر $48\frac{5}{5} \pm 10$ سال و میانگین سن مادر ۳۹ سال ($\frac{7}{9} \pm$) بوده است. منبع تأمین درآمد خانواده در این کودکان به ترتیب زیر است: ۳۵ نفر ($\frac{40}{7}$) پدر، ۱۶ نفر ($\frac{18}{6}$) مادر، ۲۵ نفر ($\frac{29}{1}$) کودکان و ۱۰ نفر ($\frac{11}{6}$) توسط همه افراد خانواده.

شغل پدر این کودکان به شرح ذیل می‌باشد:

۴۱ نفر ($\frac{48}{2}$) دستفروش، ۱۴ نفر ($\frac{16}{5}$) کارگر، ۴ نفر ($\frac{4}{7}$) راننده بوده است. گفتنی است پدر ۲۱ نفر ($\frac{24}{7}$) از این کودکان بیکار و ۱۵ نفر ($\frac{17}{4}$) گدایی می‌کردند. از سوی دیگر شغل مادر ۴۷

نفر ($\frac{55}{4}$) خانه‌دار، ۱۲ نفر ($\frac{14}{1}$) کارگر، ۱۹ نفر ($\frac{22}{4}$) دستفروش بوده، ۷ نفر ($\frac{8}{2}$) گدایی می‌کردند. ۳۳ نفر ($\frac{38}{4}$) از پدران این کودکان و ۸ نفر از مادران آنان ($\frac{9}{12}$) سابقه زندانی شدن داشته‌اند. پدر ۵۵ نفر از این کودکان ($\frac{64}{}$) و مادر ۶۴ نفر آنان ($\frac{74}{4}$) بی‌سواد بوده‌اند.

مصرف سیگار در ۱۴ نفر از این کودکان ($\frac{16}{1}$) و مصرف مواد مخدر در ۸ نفر ($\frac{9}{1}$) از این کودکان گزارش شد. افکار خودکشی در ۵ نفر ($\frac{5}{7}$) از آنان مشخص گردید.

این بررسی نشان داد که ۹ نفر ($\frac{10}{5}$) از کودکان مورد بررسی دچار افسردگی بوده و ۹ نفر ($\frac{10}{5}$) قبلاً افسرده بوده‌اند و ۳۵ نفر ($\frac{40}{7}$) هم در گذشته و هم در شرایط فعلی افسردگی داشته‌اند. به بیان دیگر ۵۳ نفر ($\frac{61}{4}$) از کودکان یا در گذشته یا در زمان اجرای پژوهش افسردگی داشته‌اند. ۲۷ نفر ($\frac{48}{2}$) از پسران و ۲۶ نفر ($\frac{86}{7}$) از دختران افسرده بوده‌اند. میانگین سنی کودکان افسرده $10\frac{9}{9} \pm 2$ سال و کودکان غیر افسرده $11\frac{4}{6} \pm 2$ سال بود که تفاوت چشمگیری را نشان نداد.

میانگین وزن کودکان افسرده $27\frac{8}{8} \pm 9\frac{4}{4}$ کیلوگرم و میانگین وزن کودکان غیر افسرده $31\frac{3}{3} \pm 11\frac{6}{6}$ کیلوگرم بود که تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. بعد خانواده در کودکان افسرده $7\frac{5}{5} \pm 3$ نفر و غیر افسرده $8\frac{4}{4} \pm 2\frac{3}{3}$ نفر بود که باز هم تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد. رابطه معنی‌داری بین سابقه زندانی شدن پدر و افسردگی در این کودکان دیده شد ($P < 0/001$).

در ۱۵ نفر از کودکان افسرده منبع تأمین مالی درآمد خانواده، فرد یا افرادی غیر پدر بوده‌اند. از سوی دیگر پدران ۱۸ نفر از کودکان افسرده بیکار بوده‌اند که ارتباط میان بیکاری پدر و میزان افسردگی کودک معنی‌دار بود ($P < 0/011$). اما ارتباط قابل ملاحظه‌ای بین سن پدر و یا اعتیاد پدر با افسردگی در این کودکان دیده نشد. در ۳۴ نفر ($\frac{64}{2}$) کودکان افسرده پدر بی‌سواد بود. از سوی دیگر ارتباط معنی‌داری میان

آنتاریو^۱ در کانادا، ۲۷ کودک خیابانی را با همین تعداد کودک غیر خیابانی مقایسه کرد و نشان داد که استرس و افسردگی در کودکان خیابانی بیشتر از کودکان غیر خیابانی است.^۲ از سوی دیگر در آن بررسی نشان داده شده است که راهکارهای مقابله‌ای در این کودکان بیشتر از انواع خودآزاری^۲ و سوء مصرف مواد مخدر و الکل بوده است. از سوی دیگر در بررسی دیگری (وایت‌بک و همکاران، ۲۰۰۰) در ایالت آیووا ای امریکا نیز نشان داده شد که افسردگی در کودکان خیابانی به شکل قابل ملاحظه‌ای بیش از سایر کودکان است و این افزایش مربوط به خانواده، تجارب و رفتارهای فردی دانسته شده است. بررسی حاضر نشان داد که ۸۶/۷٪ از دختران خیابانی افسرده بوده‌اند در حالیکه این رقم در پسران به ۴۸/۲٪ می‌رسد. البته انتظار می‌رود که فراوانی افسردگی در دختران بیش از پسران باشد، اما افسرده بودن ۸۰٪ دختران مورد بررسی بسیار قابل تأمل است. در بررسی انجام شده (رافائلی و همکاران، ۲۰۰۰) در ایالت نبراسکا^۳ امریکا نشان داده شد که دختران خیابانی سابقه منفی خانوادگی بیشتری نسبت به پسران داشته‌اند. برای نمونه سوء استفاده جنسی، تضادهای خانوادگی و روابط منفی با والدین در این دختران بیش از پسران بوده است. یکی دیگر از یافته‌های جنبی پژوهش حاضر آن بود که دختران علیرغم سابقه بدتر خانوادگی، عملکردی مانند یا بهتر از پسران در اجتماع داشته‌اند. در بررسیهای مشابه نیز دستگیری توسط پلیس یا گدایی در میان دختران کمتر گزارش شده است. (بائو و همکاران، ۲۰۰۰) در یک بررسی روی ۶۰۲ کودک خیابانی (ریو، ۲۰۰۱) نشان داده شده که سوء استفاده جنسی یا فیزیکی توسط افراد خانواده بطور مستقیم موجب افسردگی در کودکان خیابانی می‌شود. سوء رفتار خانواده و جدایی زودرس

سن مادر، اعتیاد وی سابقه زندان و بی‌سوادی مادر با افسردگی در این کودکان دیده نشد. ۹ نفر (۱۷٪) از کودکان افسرده فرزندان طلاق بوده‌اند و ۳۹ نفر (۷۵٪) از این کودکان سابقه مهاجرت داشته‌اند. ۲۷ نفر از کودکان افسرده (۵۰/۹٪) بی‌سوادی بوده‌اند. ۷ نفر (۱۳/۲٪) از کودکان افسرده سیگاری بوده‌اند و ۴ نفر (۷/۵٪) از کودکان افسرده سوء مصرف مواد مخدر داشته‌اند.

۱۸ نفر از این کودکان (۱۱ پسر و ۷ دختر) و ۱۳ نفر از کودکان افسرده مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند (جدول ۱). از این تعداد ۲ نفر (۱۱/۱٪) توسط وابستگان، ۲ نفر (۱۱/۱٪) توسط دوستان و ۱۰ نفر (۵/۵٪) توسط افراد غریبه مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند. چهار نفر از این کودکان فرد سوء استفاده کننده را به یاد نمی‌آورند. ۱۵ نفر از کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند مهاجر بودند. ۱۱ نفر از آنان بی‌سوادی بوده، ۱ نفر سوء مصرف مواد و ۲ نفر مصرف سیگار را گزارش کرده‌اند. همچنین ۱ نفر از این کودکان افکار خودکشی داشت. در میان پدران کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، ۴ نفر بیکار، ۱۱ نفر بی‌سوادی، ۵ نفر دارای سابقه زندان و ۶ نفر معتاد به مواد مخدر بوده‌اند. در میان مادران کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند موردی از اعتیاد یا زندان دیده نشد. ۱۳ نفر از این مادران بی‌سوادی بوده‌اند.

بحث

کودکان خیابانی با انواع آسیب‌های اجتماعی و روانی روبرو هستند و درصد چشمگیری از آنها دچار افسردگی می‌باشند. در این پژوهش نشان داده شد که ۵۱/۲٪ کودکان مورد بررسی در حال حاضر افسرده بوده‌اند و تقریباً همین تعداد در گذشته افسردگی داشته‌اند. در یک بررسی (آیرست، ۱۹۹۹) در ایالت

1- Ontario

2- self-harm

3- Nebreska

جدول ۱- فراوانی افسردگی و سوء استفاده جنسی در میان کودکان خیابانی

متغیرهای مورد بررسی	دختر		پسر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
افسردگی	۲۶	۸۰	۲۷	۴۸/۲
سؤاستفاده جنسی	۷	۲۲/۵	۱۱	۱۹/۶

از خانواده موجب اتکاء این کودکان به دوستان برای به دست آوردن حمایت اجتماعی می‌گردد. اگرچه این حمایت موجب کاهش افسردگی می‌شود اما اگر این حمایت توسط افراد منحرف صورت گیرد در نهایت موجب افزایش افسردگی می‌گردد. یافته در خور توجه بررسی حاضر که کمتر در بررسیهای دیگر به آن اشاره شده است، ارتباط چشمگیر افسردگی در کودکان خیابانی با سابقه زندانی شدن پدر بوده است؛ بطوریکه ۵۰/۹٪ کودکان افسرده چنین سابقه‌ای را یادآور شده‌اند. زندان رفتن پدر موجب می‌شود تا پدر دیگر منبع درآمد خانواده نباشد. در بررسی حاضر بیش از ۲۰٪ کودکان خیابانی مورد سوء استفاده جنسی واقع شده و بیشتر افراد سوء استفاده کننده غریبه بوده‌اند. هر چند فراوانی متغیرهایی مانند بی‌سوادی (۶۱٪)، مصرف سیگار (۱۱٪) و مصرف مواد مخدر (۵/۶٪) در این کودکان تفاوت قابل ملاحظه‌ای با سایر کودکان خیابانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار نگرفته بودند نشان نداد. در پژوهشی (ریو و همکاران، ۲۰۰۱) بر روی ۵۹ کودک خیابانی نشان داده شد که ۴۷٪ مورد سوء استفاده جنسی واقع شده‌اند. در پژوهش دیگری، (نوئل و همکاران، ۲۰۰۱) بر روی ۵۹ کودک خیابانی نشان داده شد که ۴۷٪ مورد سوء استفاده جنسی واقع شده‌اند. در پژوهش دیگری، (نوئل و همکاران، ۲۰۰۱)، ۲۱۶ کودک خیابانی دختر را مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که ۳۸٪ کودکان مورد بررسی مورد سوء استفاده جنسی واقع شده‌اند که بیشتر به صورت اجباری بوده است. همانگونه که بارها در بسیاری از بررسی‌ها اشاره شده است، بیماریهای آمیزشی و به

ویژه بیماری ایدز با مقوله بی خانمانی افراد ارتباط قابل ملاحظه‌ای دارد، بطوریکه افراد جوانتر از ۲۲ سال ۲۵٪ موارد جدید آلودگی به ویروس ایدز را تشکیل می‌دهند. رفتار پر خطر جنسی، مصرف وریدی مواد مخدر، بی خانمانی، ابتلاء به بیماری روانی، عوامل مؤثر در این همه‌گیری هستند (راج، ورجیس، ۲۰۰۰). در بررسی استیل و اوکیف (۲۰۰۱) بر روی ۱۰۶ کودک و نوجوان خیابانی ایالت لوئیزیانا^۲ آمریکا ۶۰٪ موارد سابقه ابتلاء به بیماریهای آمیزشی را یادآور شده‌اند. همچنین این بررسی کارآیی آموزش و مراقبت از این افراد را در کاهش اعتیاد به مواد مخدر نشان می‌دهد. همچنین سمیکوپ و همکاران (۲۰۰۰) هدف اصلی فعالیت سازمان‌های حمایتی غیردولتی را پیشگیری از بروز بیماریهای آمیزشی از راه آموزش به گروه‌های پرخطر از جمله کودکان خیابانی می‌دانند. هرچند در این بررسی ارتباط معنی‌داری میان افسردگی و سوء استفاده جنسی در کودکان خیابانی نشان داده نشد، ولی بررسی رود (۲۰۰۱) در ایالت اورگون آمریکا بر روی ۵۲۳ فرد بزرگسال بی‌خانمان با میانگین سنی ۱۷ سال نشان داد که فراوانی افسردگی ۱۲/۲٪ و با احتساب افسرده خلقی ۱۸/۷٪ بوده است و افسردگی در این سن با گسترش بیماریهای آمیزشی و هم جنس بازی ارتباط داشته است. در این بررسی نیز نشان داده شد که افسردگی با رفتارهای جنسی پرخطر منجر به بیماریهای آمیزشی، ارتباط دارد.

یافته‌های بررسی حاضر تأسیس و تجهیز سازمانهای غیر دولتی را در راستای حمایت از این کودکان اقدامی

نمودند تشکر و قدردانی می نمائیم؛ بی گمان بدون همکاری این عزیزان انجام این طرح میسر نبود. همچنین از زحمات همکار محترم سرکار خانم دکتر لادن مقدم سپاسگزاری می گردد.

منابع

- Aderinto, A. A. (2000). Social correlates and coping measures of street children: a comparative study of street and non - street children in south - western Nigeria. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1199-1213.
- Ayerst, S.L. (1999). Depression in street children. *Adolescence*, 34, 567-575.
- Bao, W. N., Whitbeck, L.B., & Hoyt., D.R. (2000). Abuse, support, and depression among homeless and runaway adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 408-420.
- Craig, T.K., & Hodsom, S. (2000). Homeless youth in London: II. Accommodation, employment and health outcomes at 1 year. *Psychology and Medicine*, 30, 187-194.
- Hersen, M., & Ballack, A. S. (1988). *Dictionary of Behavioral Assessment techniques*. New York: Pergamon Press.
- Huang, C. Y., & Menke, E.M. (2001). School-aged homeless sheltered children's stressors and coping behaviors. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 102-109
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Flynn, C. (1990). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children present and life time version (K-SADS-PL) initial reliability and validity data, *Journal*

بسیار سودمند می داند. این فعالیت ها باید بر برنامه های آموزشی و حمایتی برای کودکان و خانواده های آنها تأکید داشته باشد. همچنین دادن خدمات مشاوره ای، مددکاری و حمایتی به خانواده های افراد بی کار و زندانی می تواند در راستای کاهش افسردگی و پیشگیری از خیابانی شدن مؤثر باشد.

با توجه به خطر شیوع بیماری ایدز در منطقه و کشور ما و با توجه به این نکته که بیماری های آمیزشی و رفتارهای پرخطر جنسی در این کودکان شایع است توجه ویژه به آنان و درمان این کودکان در جهت پیشگیری از شیوع بیشتر بیماری ایدز می تواند سودمند باشد. پژوهش حاضر با محدودیت هایی به شرح زیر روبرو بوده است:

از آن جا که این پژوهش تنها در یک منطقه از تهران بزرگ صورت گرفته ممکن است یافته های به دست آمده قابل تعمیم به کل کودکان خیابانی نباشد. همان گونه که در مقاله آمده است کودکان خیابانی دو دسته می باشند. این بررسی با آن دسته از کودکان خیابانی که روزها در خیابان بکار مشغولند و شبها نزد والدین و یا بستگان خود سکونت دارند انجام شده و کودکان کارتن خواب را که شبها در محلهای متروکه و خیابان بسر می برند، دربرنگرفته است.

برای بدست آوردن اطلاعات دقیق تر درباره سوء استفاده جنسی از این کودکان نیاز به مصاحبه های پی در پی و برقراری ارتباط قوی تر می باشد که در طی این بررسی به دلیل کمبود وقت، تنها در موارد مشکوک حداکثر دو بار مصاحبه انجام شد که اگر این نقص در کار نبود موارد بیشتری از سؤاستفاده جنسی آشکار می گردید.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری صمیمانه انجمن حمایت از حقوق کودکان که ما را در انجام این پژوهش یاری

of *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

Noell, J., Rohde, P., Seeley, J. R., & Ochs, S.L. (2001). Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 25, 137-148.

Raffaelli, M., Koller, S.H., Reppold, C.T., & Kuschick, M.B. (2000). Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse And Neglect*, 24, 1431-1441.

Raj, R., & Verghese, A. (2000). Human immunodeficiency virus infections in adolescents. *Adolescence Medicine*, 11, 359-374.

Ray, S.K., Mishra, R., Biswas, R., & Kumar, S. (1999). Nutritional status of pavement dweller children of Calcutta City. *Indian Journal of Public Health*, 43, 49-54.

Rew, L., Taylor-Seehafer, M., & Thomas, N. Y. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 33-40

Rohde, P., Noell, J., Ochs, L., Seeley, J.R. (2001). Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents. *Adolescence*, 24, 447-460.

Ryan, K.D., Kilmer, R.P., Watanabe, H., & Hoyt, D. R. (2000). Psychological consequences of child maltreatment in homeless adolescents: untangling the unique effects of maltreatment and family environment. *Child Abuse and Neglect*, 24, 333-352.

Semikop, T.E., Kitsenko, N.A., & Kiunov, V.N. (2000). The role of nongovernmental organizations in

the response to the AIDS epidemic. *Journal of Microbiological Epidemiology Immunobiology*, 4, 115-117.

Steele, R.W., & O'Keefe, M.A. (2001). A program description of health care interventions for homeless teenagers. *Clinical Pediatric* 40, 259-263.

Whitbeck, L.B., Hoyt, D.R., & Bao, W. N. (2000). Depressive symptoms and cooccurring depressive symptoms, substance abuse, and conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Child Development*, 71, 721-732.