



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

گلرسته خلاصه زاده\*<sup>۱</sup>، نصر... بشر دوست<sup>۲</sup>، نسترن احمدی<sup>۳</sup>، قاسم دستجردی<sup>۴</sup>

- 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 می شود و به سلامتی و آسایش کودک آسیب می رساند. 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. جمع آوری داده ها به کمک پرسشنامه پژوهشگر ساخته، و تجزیه و تحلیل داده ها 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 ۱۵۰ نفر 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.

**نتیجه گیری:** 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 می تواند در کاهش کودک آزاری نقش داشته باشد.

**واژه های کلیدی:** کودک آزاری - مواد افیونی - معتاد

## مقدمه

کودک آزاری در تمام جوامع بشری با رنگها، نژادها و سطوح اجتماعی و فرهنگی مختلف دیده می شود و با طیف وسیعی از علائم روانی از جمله اضطراب، افسردگی، افزایش خطر رفتارانتحاری و نیز بیماری های 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 نشانه ای از یک اختلال در کل خانواده تلقی کرد و تنها با درک عواملی که در رویداد چنین امری دخیل هستند می توان 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 ۶-۱۱ سال ایرانی مورد کودک آزاری قرار گرفته اند (۹) مطالعه ای پرونده های درمانگاهی در شهر تهران نشان داد که ۱۰۰ مورد کودک بالای ۶ سال توسط والدین خود آزار دیده اند (۱۰) همچنین در تحقیقی که در رفسنجان انجام گردید، مشخص شد ۶۹٪ کودکان ۷-۱۲ ساله، انواع آزارهای جسمی یا مسامحه را از طرف والدین خود تجربه نموده اند (۱۱). در مطالعه ای 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، معنادانی 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 متغیرهایی چون اعمال سوء رفتار و عدم انجام وظایف و مسئولیت ها)، 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 ( $r=0.88$ ) 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.

## نتایج

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 معنی دار 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. کودک آزاری در والدینی که سابقه ۵-ساله اعتیاد داشتند ۲۴٪ بیشترین بود. برحسب نوع ماده مصرفی به ترتیب در وابستگان هروئین ۲۱/۶٪، تریاک ۲۰/۳٪، شیر ۷/۳٪ 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 کودک آزاری در هر دو گروه بالاترین درصد مربوط به احساس غمگینی و سپس احساس گناه بیان گردید و در گروه معتاد مربوط به احساس غمگینی با ۳۲٪ 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.

بررسی‌ها نشان داد در گروه معتاد؛ ۸۴ نفر (۵۶٪) و در گروه غیرمعتاد ۶۳ نفر (۴۲٪) و در کل از ۳۰۰ فرد مورد بررسی ۱۴۷ نفر (۴۹٪) کودک آزاری داشتند (جدول ۱). بیشترین درصد در گروه سنی ۳۰-۴۰ 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 غیرمعتاد (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 می‌باشد (جدول ۲) در گروه معتاد بالاترین میزان در خانواده‌هایی وجود داشت که مسکن ناپایدار داشتند (۳۱/۳٪) و کمترین میزان در خانواده‌هایی که مسکن سازمانی داشتند (۳۰٪) که از نظر آماری اختلاف معنی دار نبود. در غیر معنادین اغلب افراد مسکن شخصی داشتند (۸۰٪) (جدول ۳).

در قدم بعدی فراوانی کودک آزاری و سابقه طلاق در خانواده والدین بررسی شد، در گروه اول بالاترین درصد کودک آزاری در خانواده‌هایی با سابقه طلاق ۴۶٪ بود که تنها ۱۰٪ سابقه طلاق در خانواده نداشتند (جدول ۲) در گروه دوم بالاترین درصد کودک آزاری در خانواده‌هایی که سابقه طلاق داشتند ۲۳/۳٪ دیده شد در مقایسه با خانواده‌هایی که سابقه طلاق نداشتند با فراوانی ۱۸/۷٪ مشاهده شد (جدول ۳) که در هر دو

جدول ۱: توزیع فراوانی کودک آزاری در نمونه‌های مورد مطالعه گروه معتاد و غیرمعتاد

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

جدول ۲: فراوانی و مقایسه انواع متغیرها در گروه معتادین

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

جدول ۳: فراوانی و مقایسه انواع متغیرها در گروه غیرمعتادین

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

## بحث

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، کودکان 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 کودک آزاری را داشتند و این موضوع در مطالعه‌ای که در

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که در گروه معتادین، فراوانی کودک آزاری بیش از گروه غیر معتاد است (۵۶٪ در مقابل ۴۲٪) و شیوع کلی کودک آزاری 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 کودک آزاری در معتادین میتواند دلایلی نظیر ضعف در کنترل تکانه‌ها و تحریک

ترکیه (۲۱) انجام گرفته نیز بیان گردیده و بیانگر آنست که سختی کار از عواملی است که احتمال کودک آزاری را افزایش می‌دهد. در گروه غیرمعتاد، کودک آزاری 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 کودک آزاری (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، بعثت فراوانی بالای والدین با تحصیلات دبیرستان و بالاتر، امکان اظهار نظر وجود ندارد. بعلاوه، مشخص شد که در گروه معتادین، در خانواده‌هایی که وضعیت مسکن ناپایدار دارند بیشترین شیوع کودک آزاری (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 نشان‌دهنده 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 کودک آزاری در گروه متأهل بیشتر از مجرد بود.

در هر دو گروه مورد مطالعه ما، کودک آزاری 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 کودک آزاری وجود ندارد.

طبق یافته‌های 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 کودک آزاری با سابقه طلاق در والدین را نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر، در هر دو گروه، شیوع کودک آزاری در خانواده‌هایی که والدین آنها خودشان در کودکی سابقه آزار

جسمی داشتند بیشتر از خانواده‌هایی 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 کودک آزاری، خود در آینده به افرادی کودک آزار تبدیل می‌شوند و این روش را از خانواده خود به فرزندان در خانواده جدید انتقال می‌دهند (۲۰،۲۱،۲۱،۲۱،۲۱،۲۱). بعلاوه، تحقیق ما نشان داد که در هر دو گروه، کودک آزاری 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 کودک آزاری برحسب جنس کودکان آزاردیده، در گروه معتادین، بیشترین درصد کودک آزاری 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 کودک آزاری 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 آزار جسمی 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

پژوهشگران مبنی بر توانایی ضعیف مقابله با استرس‌ها در نزد معتادین می‌باشد (۱۳). بررسی فراوانی حالات روحی و احساسات پس از کودک آزاری در هر دو گروه نشانگر احساس غمگینی در درجه اول و سپس احساس گناه بود که نشان‌دهنده آگاهی مرتکبین کودک آزاری 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 نادری (روان پزشک) و دکتر محمد ناجی زاده اناری پور (پزشک) به علت همکاری صمیمانه‌ی آنها در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

انجام می‌شد. مطالعه ما همچنین نشان داد که بیشترین فراوانی کودک آزاری 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 می‌باشد، بروز بیشتر کودک آزاری در این گروه قابل توجیه است. در بررسی حالات روحی قبل از کودک آزاری، 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). یافته‌های این مطالعه ضرورت توجه به روش‌های جایگزینی صحیح تربیتی در مقابل تربیت و تنبیه بدنی را نشان می‌دهد و بعلاوه، تأییدی بر یافته‌های دیگر

### منابع

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive text book of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott 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*. Pediatrics Surgery Int. 2000; 16(1-8):121-30.

- 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 referred 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 behavior*. 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 Public 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 Peditry Vongres; 2001.P.23-7
- 22- Erikson MJ, Hill TD, Siegel RM. *Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting*. 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.