

بررسی اشکال مختلف سوء رفتار با کودک و برخی عوامل مستعد کننده آن در خانواده‌های مراجعه کننده به بیمارستانها و کلینیکهای آموزشی شهر کرد سال ۱۳۷۸

فرشته آئین*، فاطمه دریس**، ناهید شاهقلیان***

چکیده

مقدمه: نیمه دوم قرن بیستم را میتوان با شجاعت و افتخار عصر کودکان امید زیرا بقای جامعه در گرو بقای اطفال است و برای اینکه جامعه به رشد و تعالی برسد باید کودک تربیت و برای زندگی عادی و اجتماعی آماده شود. کودکان آسیب پذیرتر از سایر افراد جامعه هستند. بد رفتاری با کودک طیف وسیعی از رفتارهای آسیب رسان از قبیل عدم بر آوردن نیازهای اولیه کودک، تنبیه جسمی، سوء استفاده جنسی و آزار واذیت عاطفی را شامل می‌شود. در ایران نیز اخیراً انعکاس وسیع و مکرر سوء رفتار نشان می‌دهد که این مسئله در بین خانواده‌های ایرانی یک معضل اجتماعی فراگیر بوده که اثرات نامطلوبی نیز به دنبال دارد.

هدف: تعیین شیوع و وخامت اشکال مختلف سوء رفتار با کودک و برخی عوامل مستعد کننده آن در خانواده‌های مراجعه کننده به بیمارستانها و درمانگاههای آموزشی شهر کرد.

نوع پژوهش: مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که با استفاده از پرسشنامه CTSPC، پرسشنامه مربوط به ویژگیهای دموگرافیک والدین، کودک و عوامل محیطی- اقتصادی شیوع سوء رفتار با کودک و عوامل مستعد کننده آن بررسی شد.

نمونه: ۳۶۸ والد مراجعه کننده به بیمارستانها و کلینیکهای آموزشی شهر کرد در این مطالعه شرکت کردند.

نتایج: یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که ۸۱/۱٪ والدین سوء رفتار جسمی، ۹۱٪ سوء رفتار عاطفی، ۷۷/۸٪ غفلت عاطفی، ۷۵/۸٪ غفلت بدنی و ۲۰/۶٪ غفلت آموزشی را در مورد کودکان خود اعمال می‌کردند. علاوه بر آن بین بسیاری از ویژگیهای دموگرافیک والدین (جنس، شغل، تحصیلات، سابقه تنبیه در دوران کودکی، سلامت جسمی و...) و ویژگیهای دموگرافیک کودک (جنس، سن، خلق و خو، سلامت جسمی، تبعیت از والدین و...) و ویژگیهای محیطی- اقتصادی (سطح در آمد، شرایط محل سکونت و...) با اشکال مختلف سوء رفتار ارتباط مثبت و معنی دار وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه شیوع بالای سوء رفتار را در خانواده‌های شهر کرد نشان داد که به هر حال با ارزیابی اولیه ویژگیهای والدین، کودک و محیط میتوان احتمال رخداد سوء رفتار با کودک در خانواده را تا حدی پیش بینی نمود و با آموزش و حمایت به موقع والدین از قربانی شدن کودک پیشگیری به عمل آورد.

واژه‌های کلیدی: سوء رفتار، عوامل مستعد کننده، کودک، پرسشنامه CTSPC

* کارشناس ارشد پرستاری

** کارشناس ارشد آمار

*** عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر کرد

یکی از مهمترین عواملی که در شکل‌گیری شخصیت آدمی نقش دارد خانواده است. انسان از ابتدای تولد تا هنگام مرگ در خانواده رشد می‌یابد و به تعالی یا انحطاط می‌رسد. خانواده و روابط بین افراد آن بر عواطف، احساسات، تفکر و رفتار کودک اثر می‌گذارد. رشد و تکامل و سلامت جسمی روانی اجتماعی آدمی ریشه در خانواده دارد. از نیازهای مهم کودک آرامش در محیط خانواده است. عدم امنیت و محرومیت از محبت روحیه کودک را آزار می‌دهد و او را دچار بیماری و اضطراب می‌کند (امینی، ۱۳۷۷).

بدرفتاری یا سوء رفتار با کودک به طیف وسیعی از رفتارهای آسیب رسان از قبیل عدم بر آوردن نیازهای اولیه کودک، تنبیه بدنی، سوء استفاده جنسی و آزار و اذیت عاطفی گفته می‌شود (حسینی، ۱۳۷۱). مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور حکایت از شیوع بسیار بالای بدرفتاری با کودک دارد (Agathanos، ۱۹۹۷).

نتایج مطالعات بر عواقب ناشی از بدرفتاری با کودک نشان داده است که کودکان آزار دیده، در سنین نوجوانی رفتارهای خود تخریبی نظیر خودکشی، سوء مصرف مواد و الکل و یارفتارهای ضد اجتماعی نظیر دزدی و تخریب اموال دیگران را بیشتر از سایر افراد نشان می‌دهند. علاوه بر آن پس از پذیرش نقش والدی کودکان خود را مورد آزار قرار می‌دهند، لذا این چرخه معیوب سبب می‌شود مردان و زنان شایسته ایکه جهت امور مملکت برای فردای بهتر بایستی تربیت شوند بوجود نیایند و فقدان چنین افرادی خانواده و در نتیجه جامعه را به خطر اندازد (کاهانی، ۱۳۷۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودک آزاران عموماً کسانی هستند که با کودک زندگی میکنند و عمدتاً والدین کودک را شامل میشوند. در کشور ما ایران نیز انعکاس وسیع و مکرر حوادث ناشی از سوء رفتار با کودک بیانگر این مسئله است که کودک‌آزاری یک معضل اجتماعی فراگیر است و آثار و نتایج ناگواری به

دنبال دارد، لذا باید هر چه سریعتر در جهت حل این مشکل اقدام نمود.

مراقبین بهداشتی در مورد سوء رفتار با کودکان سه مسئولیت کشف موضوع، گزارش و پیشگیری از آن را به عهده دارند. از مهمترین جنبه‌های مراقبتی تشخیص احتمال خطر برای کودک است که بر اساس آن کودک و خانواده مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرند و قبل از وقوع سوء رفتار، اقدامات لازم پیشگیری صورت می‌گیرد. از آنجا که تجربیات، شنیده‌ها و دیده‌ها نشان می‌دهد که در جامعه ما همچون سایر جوامع دیگر مشکل سوء رفتار نسبت به کودک در میان خانواده‌ها وجود داشته و دارد، در حالی که تحقیقات کمی در این زمینه منتشر شده است، این مطالعه با هدف تعیین شیوع و وخامت اشکال مختلف سوء رفتار و برخی عوامل مستعد کننده آن در خانواده‌های مراجعه کننده به بیمارستانها و کلینیک‌های آموزشی شهرکرد صورت گرفته است.

مواد و روشها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی است. نمونه پژوهش را ۳۶۸ والد مراجعه کننده به بیمارستانها و کلینیک شهرکرد (بیمارستانهای هاجر و کاشانی و کلینیک هاجر) تشکیل میدادند. ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. بخش اول آن، پرسشنامه Parent-child conflict tactics Scales (CTSPC)) بود که شامل پنج بخش سوء رفتار فیزیکی، سوء رفتار عاطفی، غفلت فیزیکی، غفلت عاطفی و غفلت آموزشی بود. بد رفتاری فیزیکی خود به سه قسمت بدرفتاری جسمی خفیف / متوسط (رفتارها از قبیل هل دادن، ضربه زدن بدون وسیله بر دست، پشت یا بازو، نیشگون گرفتن)، بد رفتاری فیزیکی شدید (زدن مشت یا لگد محکم، ضربه زدن با وسیله مثل کمر بند، برس مو، چوب یا خط کش و... بردست، پشت یا بازو، به زمین کوبیدن یا پرت کردن کودک، سیلی زدن بر صورت یا گونه یا گوشمالی دادن) و بدرفتاری فیزیکی خیلی شدید (فشاردن کردن کودک تا حد خفه شدن، محکم کتک زدن کودک تا حد توان، سوزاندن کودک با آب

جوش یا سیخ داغ، تهدید کردن کودک با چاقو) تقسیم می‌شود. بد رفتاری عاطفی نیز شامل بد رفتاری عاطفی کلامی (جیغ و داد زدن سر کودک، فحش و ناسزا دادن و نفرین کردن، احمق، کودن، تنبل یا دیوانه خطاب کردن کودک) و بد رفتاری عاطفی غیر کلامی (تهدید به بیرون کردن کودک از خانه، مسخره نمودن و جریحه دار کردن احساسات وی، محروم کردن کودک از امتیازاتی نظیر تماشای تلویزیون، تفریح، خرید اسباب بازی یا بازی با دوستان و... تهدید به کتک بدون عملی کردن آن، بیرون کردن کودک از خانه، برای مدتی مثلاً یک یا چند ساعت یا بیشتر، با کودک کج خلقی کردن، زندانی کردن کودک در حمام، صندوقخانه یا جای دیگر از منزل، گرسنگی دادن کودک برای یک یا چند وعده به عنوان تنبیه، تظاهر به دوست نداشتن کودک، بستن کودک به صندلی، نرده پلکان یا جای دیگری) می‌باشد. غفلت نیز به سه شکل غفلت جسمی (تنها گذاردن کودک در منزل علیرغم آگاهی از اینکه کسی باید با وی بماند، عدم تهیه پوشاک یا غذای مورد نیاز کودک، رخ دادن حادثه برای کودک به دلیل بی توجهی والدین، تنها گذاردن کودک برای چند روز در اموری از قبیل غذا خوردن، حمام کردن یا لباس پوشیدن، عدم مراجعه برای واکسیناسیون به موقع کودک، عدم تهیه دارو یا هزینه بستری و درمان مناسب کودک در وقت بیماری)، غفلت عاطفی، (عدم اظهار علاقه به کودک به صورت کلامی و غیر کلامی، عدم ارائه فرصت کافی به کودک برای بیان احساسات) و غفلت آموزشی (عدم فرستادن کودک به مدرسه یا عدم تهیه لوازم و امکانات آموزشی لازم به دلیل مشکلات مالی) بوده است. روانی پرسشنامه در ایران از طریق روانی محتوا انجام شده و اعتبار و اعتماد علمی آن در مطالعات بسیاری تأیید شده است (امینی، ۱۳۷۷). با اینحال برای حصول اطمینان، اعتماد آن از روش ضریب آلفا کرونباخ نیز محاسبه شد ($a=0.93$). بخش دوم پرسشنامه حاوی ویژگیهای دموگرافیک و شخصیتی والدین (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه تنبیه جسمی یا

عاطفی در دوران کودکی، میزان علاقه‌مندی به زندگی مشترک، بیماری مزمن جسمی یا روانی، سخت‌گیری در رعایت انضباط در دوران کودکی، شغل) و کودک (سن، جنس، مطیع بودن، سابقه بیمار شدنهای مکرر، تنی یا ناتنی بودن، خلق و خوی کودک، تعداد فرزندان) و هم چنین ویژگیهای محیطی و اجتماعی (سطح درآمد، شرایط محل سکونت) بود که اعتبار علمی آن از طریق اعتبار محتوا و اعتماد آن از طریق ضریب آلفا کرونباخ بدست آمد ($a=0.80$). روش جمع‌آوری اطلاعات بدین صورت بود که پژوهشگر با مراجعه به بخشهای مختلف بیمارستان‌ها و کلینیک مربوطه با استفاده از روش تصادفی والدین را انتخاب و بعد از توضیح هدف، با پرسش از یک والد (پدر یا مادر) پرسشنامه را تکمیل می‌کرد. جهت تعیین شیوع و وخامت اشکال مختلف بد رفتاری از شاخص فراوانی استفاده شد و جهت تعیین ارتباط بین ویژگیهای کودک، والدین و محیط با شیوع سوء رفتار از آزمونهای کای دو و همبستگی پیرسون استفاده شد و با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری آن $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

واحدهای مورد پژوهش ۳۶۷ والد بودند که ۳۹/۶٪ پدران و ۶۰/۴٪ را مادران تشکیل میدادند. از نظر سن بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال بودند (۴۳/۴۴٪). از نظر شغل اکثریت (۴۰/۶٪) خانه دار، ۹۵/۶٪ زندگی با همسر، ۴۹/۲٪ تحصیلات زیر دیپلم، ۵۳/۱٪ سطح درآمد پائین (۱۰۰ - ۵۰ هزار تومان) ۴۳/۱٪ دارای ۱-۲ فرزند بودند. از نظر ویژگیهای آخرین فرزند خانواده ۹۵/۶٪ فرزند تنی، ۵۲/۳٪ پسر، ۳۶/۲٪ سن ۶-۳ سال و ۴۴/۳٪ سن ۱۲-۷ سال داشتند. از نظر میزان بد رفتاری خفیف / متوسط ۷۳/۸٪ بود که فراوانترین شکل آن کتک زدن با دست بدون وسیله بر پشت دست، پا یا بازوی کودک بود (۶۲/۸٪).

دست آمد ($P < 0.05$) به طوریکه در مادران دارای بیماری مزمن جسمی، سابقه تنبیه جسمی و عاطفی در دوران کودکی بیشتر بود.

بین سوء رفتار عاطفی غیر کلامی با رعایت انضباط در دوران کودکی، بیماری مزمن و شیوه‌های انضباطی سخت در منزل ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$) بطوریکه والدین سخت گیر یا بیمار و یا والدینی که در کودکی مجبور به رعایت شدید انضباط بودند، بیشتر مرتکب سوء رفتار عاطفی غیر کلامی نسبت به کودک خود می‌شدند.

- بین غفلت جسمی با سابقه تنبیه در دوران کودکی، جنس والدین، شغل و سطح تحصیلات ارتباط معنی دار بدست آمد ($P < 0.05$) بدین صورت که در مادران، تحصیلات پائین، خانه دار، یا سابقه تنبیه در دوران کودکی بیشتر بود.

- بین غفلت با سابقه تنبیه جسمی و عاطفی در دوران کودکی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$). به طوریکه والدینی که خود در دوران کودکی مورد تنبیه جسمی و عاطفی قرار گرفته بودند، بیشتر مرتکب غفلت عاطفی در کودکان خود می‌شدند.

- بین غفلت آموزشی با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$) بدین صورت که والدین با سطح تحصیلات پائین، غفلت آموزشی بیشتری در مورد کودکان خود اعمال می‌کردند.

بین سایر ویژگیهای والدین با اشکال مختلف سوء رفتار و غفلت ارتباط معنی دار نبود.

از نظر ارتباط ویژگیهای کودک با اشکال مختلف سوء رفتار و غفلت، آزمون کای دو نشان داد که:

- بین سوء رفتار جسمی با سن و جنس کودک، تعداد فرزندان، وضعیت سلامت و مطیع بودن کودک ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$) به طوریکه سوء رفتار در سنین ۱۷-۱۳ سال،

از نظر میزان بدرفتاری جسمی شدید ۵۴/۴٪ بود که فراوانترین شکل آن سیلی زدن به سر یا گونه و یا گوشمالی دادن کودک بود (۳۷/۲٪).

از نظر میزان بدرفتاری جسمی خیلی شدید ۱۴/۴٪ بود که فراوانترین شکل آن را کتک زدن بیش از حد کودک تشکیل می‌داد (۱۱/۵٪).

از نظر میزان بد رفتاری عاطفی کلامی ۷۶٪ بود که فراوانترین شکل آن جیغ یا فریاد زدن بر سر کودک بود (۷۴٪).

از نظر میزان بدرفتاری عاطفی غیر کلامی ۸۴/۵٪ بود که فراوانترین شکل آن را تهدید کردن به کتک بدون عملی کردن آن تشکیل میداد (۶۶/۹٪).

از نظر غفلت جسمی ۷۷/۷٪ بود که فراوانترین شکل آن عدم تهیه پوشاک یا غذای مورد نیاز کودک بود (۴۴/۷٪).

از نظر غفلت عاطفی ۶۷/۸٪ بود که فراوانترین شکل آنرا نداشتن وقت یا حوصله کافی برای در آغوش گرفتن یا بازی با کودک تشکیل میداد (۵۷/۷٪).

از نظر غفلت آموزشی ۱۷/۲٪ بود که فراوانترین شکل آن عدم توانایی در تأمین امکانات آموزشی از قبیل دفتر، کیف و... بود (۱۶/۱٪).

از نظر ارتباط ویژگیهای والدینی با اشکال مختلف سوء رفتار و غفلت، نتایج آزمون کای دو نشان داد که:

- بین بد رفتاری جسمی با جنس والدین، شغل، سطح تحصیلات، میزان علاقمندی به زندگی مشترک، سلامت جسمی، اعمال روشهای انضباطی سخت و سابقه تنبیه جسمی و عاطفی در دوران کودکی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$) به طوریکه در مادران خانه دار، تحصیلات پائین، دارای بیماری مزمن جسمی، روشهای انضباطی سخت و سابقه تنبیه جسمی و عاطفی در دوران کودکی بیشتر بود.

بین سوء رفتار کلامی با جنس والدین، سلامت جسمی، سابقه تنبیه جسمی و عاطفی در دوران کودکی نیز ارتباط معنی داری به

محیطی ارتباط معنی دار داشت، به طوریکه بیشتر اشکال سوء رفتار و غفلت توسط والدین بیمار، بیسواد، مادران خانه دار یا پدران بیکار، دارای سابقه تنبیه جسمی یا عاطفی در دوران کودکی، سطح در آمد پائین، خانواده پر جمعیت و شرایط نامناسب سکونت صورت گرفته و بیشتر قربانیان را کودکان سرکش، سنین ۱۲-۳ سال، دختران و سابقه بیمار شدنهای مکرر تشکیل می دادند.

امینی (۱۳۷۷) به نقل از Champele می نویسد: استرس ناشی از بیکاری، فقر و سطح در آمد پائین هم چنین پر جمعیت بودن خانواده و عدم توانایی در پاسخ به تقاضاهای یک یک آنها و فضای فیزیکی نامناسب محل سکونت موجب انزوای اجتماعی و اعتماد به نفس پائین والدین شده و سبب می شود محیط تبدیل به دامی شود که از نظر روحی هیچ راه خروجی از آن وجود ندارد جز آنکه فرد را به سمت پرخاشگری نسبت به یک قربانی ضعیف که همان کودک است، هدایت کند.

همچنین والدینی که در کودکی مورد سوء رفتار توسط والدینشان قرار گرفته اند، هنگامی که مسئولیت والدی را بر عهده می گیرند، تنها راه بر قراری ارتباط با کودک خود را همانا تنبیه بدنی مانند کتک زدن یا محرومیت عاطفی مانند تحقیر کردن وی می دانند، و همانطور که در مطالعه حاضر هم دیده شد تنبیه دوران کودکی میتواند سبب ایجاد یک سیکل معیوب شده و این معضل نسل به نسل ادامه یابد. بعلاوه به نظر میرسد که مادران شاغل بدلیل دور بودن از کودک، از تحمل توقعات بیشمار وی آزادند و در ساعات کمی که با او بسر میبرند، ملائمت بیشتری نسبت به او نشان میدهند. از طرفی کودکانی که مکرراً بیمار میشوند به دلیل تحمیل بار زحمت زیاد برای خانواده بیشتر مورد آزار قرار میگیرند و کودکان ۱۲-۳ سال به دلیل کنجکاوای و پر تحرکی و همچنین کودکان سرکش و کج خلق نیز بدلیل ایجاد فشار روانی بر والدین شانس اعمال سوء رفتار را بیشتر میکنند (امینی، ۱۳۷۷).

تعداد فرزند زیاد (پنج و بالاتر) پسران، بیمار شدنهای مکرر و همچنین عدم تبعیت از دستورات والدین بیشتر بود.

- بین غفلت جسمی و آموزشی با تعداد فرزند نیز ارتباط معنی داری به دست آمد ($P < 0.05$) بدین صورت که با افزایش تعداد فرزند غفلت آموزشی بیشتر و غفلت جسمی کمتر می شد.

- بین سوء رفتار عاطفی کلامی با تعداد فرزند نیز ارتباط معنی دار بود ($P < 0.05$) به طوریکه در ۱-۲ فرزند بیشتر بود.

- بین سوء رفتار عاطفی غیر کلامی با سن کودک نیز ارتباط معنی دار به دست آمد ($P < 0.05$) به طوریکه در کودکان ۳-۷ سال بیشتر بود.

بین سایر ویژگیهای کودک با اشکال مختلف سوء رفتار ارتباط معنی داری به دست نیامد.

از نظر ارتباط ویژگیهای محیطی - اجتماعی و اقتصادی با اشکال مختلف سوء رفتار و غفلت نتایج آزمون کای دو نشان داد که:

- بین در آمد با سوء رفتار جسمی و غفلت آموزشی ارتباط معنی دار بود ($P < 0.05$) بدین صورت که با میزان در آمد متوسط (۱۰۰-۵۰ هزار تومان) سوء رفتار جسمی و با میزان در آمد پائین (کمتر از ۵۰ هزار تومان) غفلت آموزشی بیشتر دیده می شد. در آمد با سایر اشکال سوء رفتار و غفلت ارتباط معنی دار نداشت.

- بین وضعیت محیطی - اجتماعی با سوء رفتار جسمی و عاطفی غیر کلامی، غفلت آموزشی و عاطفی ارتباط معنی دار به دست آمد که بیشتر در وضعیت محیطی و اجتماعی نامناسب دیده می شد ($P < 0.05$). بین سایر اشکال سوء رفتار با وضعیت محیطی - اجتماعی ارتباط معنی دار نبود.

بحث و نتیجه گیری

همانطور که در قسمت یافته ها بیان شد در مطالعه حاضر، اشکال مختلف سوء رفتار با کودک از شیوع بالایی برخوردار بود که با بسیاری ویژگیهای والدین، کودک و فاکتورهای اقتصادی و

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش مشابهی که در اصفهان انجام گرفته است، از بعضی جهات متفاوت بود. بطور مثال شیوع سوء رفتار جسمی خفیف/ متوسط (۸۲٪) و خیلی شدید (۱۸٪) و سوء رفتار عاطفی غیر کلامی (۹۶/۵٪) در اصفهان بیشتر بود. ولی شیوع سوء رفتار جسمی شدید (۳۸/۵٪)، غفلت جسمی (۶۳٪) و غفلت آموزشی (۱۰/۵٪) کمتر بود که قسمتی از این تفاوتها را میتوان به اختلاف سطح فرهنگی و تربیتی دو استان نسبت داد. و قسمت دیگر را مربوط به تفاوت‌های اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های دو پژوهش دانست زیرا اکثریت نمونه‌های پژوهش انجام شده در اصفهان دارای تحصیلات دبیرستانی (۳۵٪) بودند و با توجه به اینکه رخداد سوء رفتار و غفلت ارتباط معنی داری با فاکتور فوق داشت لذا میتوان تفاوت شیوع سوء رفتار گزارش شده در اصفهان را تا حدی توجیه نمود. مثلاً در پژوهش اصفهان به دلیل داشتن تحصیلات بالاتر، والدین به تحصیل فرزندان اهمیت بیشتری می‌دهند لذا غفلت آموزشی کمتر دیده می‌شود و یا شاید به دلیل فاکتور فرهنگی و ویژگیهای شهرنشینی به ظاهر مرتب کودک اهمیت بیشتری داده می‌شود. از اینرو تهیه پوشاک مناسب و غذای مطلوب، یکی از اولویتهای مراقبت از کودک محسوب میشود و در نتیجه میزان غفلت جسمی کمتر است.

مقایسه پژوهش حاضر با پژوهشهای انجام شده در خارج از کشور نیز تفاوت‌هایی را نشان داد. بطور مثال در آمریکا شیوع سوء رفتار جسمی خفیف (۶۱/۵ درصد)، سوء رفتار جسمی شدید (۴/۹ درصد) و غفلت عاطفی (۲۷ درصد) کمتر از پژوهش حاضر بود. سوء رفتار جسمی و غفلت بیشتر در مورد کودکان ۳-۵ ساله، دخترها و تعداد ۲-۴ فرزند اعمال شده بود. در چین نیز سوء رفتار جسمی خفیف (۵۲/۶ درصد) و شدید (۶۷/۱ درصد) کمتر بود و کودکان پسر، ۳-۶ ساله و تک فرزندها بیشتر مورد آزار قرار می‌گرفتند. در هنگ کنگ سوء رفتار جسمی (۶۲/۴ درصد) و بدرفتاری عاطفی (۴/۲ درصد) و غفلت

جسمی (۵/۷ درصد) و در یونان سوء رفتار جسمی جمعاً (۵۹/۴ درصد)، بد رفتاری عاطفی (۲۰/۸ درصد) و غفلت (۱۹/۸ درصد) بوده است که حاکی از شیوع پایین تر سوء رفتار در کشورهای مذکور است. این تفاوت میزان شیوع را می‌توان به چند مسئله نسبت داد: اول اینکه روش جمع آوری اطلاعات در تمام پژوهشهای مذکور، مصاحبه تلفنی بوده است شاید در این روش به دلیل فراهم نبودن شرایط مناسب ارتباط و در نتیجه عدم درک والدین از هدف و منظور پژوهشگر، سبب گزارش کمتر سوء رفتار شده است. دوم اینکه در پژوهش‌های قبل یکی از کودکان زیر ۱۶ سال خانواده هدف پژوهش بوده است نه آخرین فرزند. و والدینی که چند کودک زیر ۱۶ سال داشته‌اند به طور دلخواه یکی از آنها را انتخاب می‌کردند و احتمال اینکه کودکی را که مشکل بیشتری داشته و سوء رفتار بیشتری را تجربه نموده است، انتخاب نکرده باشند، وجود داشته است. به همین دلیل تخمین سوء رفتار زیر حد واقعی بوده است.

سومین علت را می‌توان وجود مراکز حمایت از کودکان در کشورهای توسعه یافته و رعایت حقوق کودک دانست چرا که کودک می‌تواند در صورت آزار یا تنبیه شدن توسط والدین، شکایت علنی خود را به این مراکز تحویل نماید. حتی گزارش بدرفتاری با کودک توسط همسایگان نیز برای والدین پیگرد قانونی به همراه دارد، لذا والدین با آگاهی از این مسئله قانونی، در اعمال سوء رفتار به عنوان یک روش تربیتی بسیار محتاطتر عمل میکنند. بنابراین در صورت تشکیل مراکز حمایت از حقوق کودک در کشور ما نیز میتوان انتظار کاهش قابل توجه آزار کودکان را داشت.

چهارمین علت احتمالی، متفاوت بودن واحدهای مورد پژوهش از نظر متغیرهای دموگرافیک بود. بطور مثال نزدیک به ۴۰ درصد شرکت کنندگان در پژوهش آمریکا و ۷۰/۲ درصد در چین، دارای تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی بوده‌اند و سطح در آمد بالاتری نیز داشتند در صورتی که پژوهش حاضر فقط ۲۵

فرزند این مسئله اهمیت خود را از دست می‌دهد و تناقض‌ها و درگیری‌های بین فرزندان در خانواده، خود عاملی برای استفاده بیشتر والدین از تنبیه و روشهای انضباطی می‌شود. شاید به همین علل هم سوء رفتار در خانواده‌های چند فرزندی بیشتر دیده می‌شود.

لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر محدودیت روش نمونه‌گیری به دلیل نوع خاص پرسشنامه وجود داشت. با توجه به اینکه در فرهنگ ما، والدین به سختی به تنبیه کردن کودکانشان اعتراف می‌کنند و اصولاً لزومی نمی‌بینند در این خصوص به دیگران توضیح دهند، لذا تکمیل این پرسشنامه نیاز به محیطی آرام داشت تا با داشتن فرصت کافی، هدف از انجام پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات کاملاً ذکر گردیده و با جلب اعتماد والدین، از واقعی بودن پاسخهای آنها اطمینان حاصل شود. به همین دلیل امکان نمونه‌گیری خوشه‌ای و تکمیل پرسشنامه در سطح شهر و درب منازل وجود نداشت و پژوهشگر به ناچار مطالعه را در محیطهایی انجام داد که احتمال قطعی می‌رفت بیشتر مردم برای مراجعه به پزشک، درمانهای ساده، تزییقات و حتی ملاقات بیماران به آنجا مراجعه می‌کنند و فرصت لازم برای توضیح کامل هدف پژوهش برای والدین وجود دارد.

پیشنهادات

با توجه به یافته‌های فوق مبتنی بر شیوع بالا و بیش از حد انتظار سوء رفتار و غفلت در این استان می‌توان به نیاز آموزش مردم مبنی بر روشهای تربیتی صحیح و عواقب ناشی از تنبیه جسمی و عاطفی کودک روی روح و روان و آینده وی اشاره کرد و تأثیر روشهای مختلف آموزش را جهت یافتن بهترین و مؤثرترین راه آموزش مورد بررسی قرار داد. علاوه بر آن با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به مربیان بهداشت مدارس و پرستاران بهداشت جامعه توصیه می‌شود کودکانی که در خانواده‌های پر خطر از قبیل فقر، بیکاری، سطح پایین تحصیلات والدین، پر

درصد تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی داشتند و از نظر در آمد نیز در سطح پایینی قرار داشتند. با توجه به اینکه سوء رفتار با میزان تحصیلات و سطح در آمد ارتباط معکوس داشت، کمتر

بودن شیوع سوء رفتار به دست آمده در پژوهشهای مذکور قابل انتظار است.

علاوه بر آن بیشتر کودکان مورد سوء رفتار در پژوهش انجام شده در آمریکا پسر و در پژوهش حاضر، چین و هنگ کنگ دختر بودند. لازم به ذکر است که در شهرکرد علیرغم تغییرات اجتماعی، هنوز در اکثر خانواده‌ها خصوصاً با تحصیلات پایین پسر به دختر ترجیح داده می‌شود چرا که فکر میکنند دختر بعد از ازدواج از خانواده خارج می‌شود در صورتی که پسر برای همیشه در خانواده می‌ماند و مسئولیت بیشتری در قبال پدر و مادر دارد. از اینرو انتظارات خانواده از پسر بیشتر از دختر است و شاید به همین دلیل روشهای انضباطی سخت‌تری در مورد پسر اعمال می‌شود تا از شکل‌گیری الگوی رفتاری مورد نظر اطمینان حاصل شود. همین مسئله در خانواده‌های چین و هنگ کنگ نیز وجود دارد.

همانطور که قبلاً نیز گفته شد در آمریکا و چین، شیوع بد رفتاری در مورد کودکان ۳-۶ ساله بیشتر بوده است و با افزایش سن از شدت بد رفتاری کاسته شده است. با توجه به وجود مراکز حمایت از کودکان در کشور فوق، احتمالاً به دلیل کمتر بودن توانائی کودکان این سن در گزارش بد رفتاری، والدین احتیاط کمتری در اعمال روشهای انضباطی به عمل می‌آورند.

در ارتباط با تفاوت شیوع سوء رفتار وابسته به تعداد فرزند خانواده بین پژوهش حاضر با پژوهش انجام شده در چین می‌توان گفت در جامعه ما به دلیل رایج نبودن تک فرزندی، تنها فرزند در خانواده بسیار عزیز است لذا آزادتر بوده و کمتر تحت روشهای انضباطی و تنبیهی قرار می‌گیرد ولی با افزایش تعداد

جمعیت بودن و دارای شرایط نامناسب سکونت بسر می‌برند را تحت نظر قرار داده و در صورت وجود شواهدی مبنی بر آزار یا غفلت از کودک، از طریق فرایند صحیح ارتباط با اعضاء خانواده و تنظیم جلسات مشاوره و راهنمایی و آموزش تکنیک‌های مختلف روان درمانی، مداخلات لازم جهت بر طرف شدن مشکلات خانواده و مقابله صحیح یا سازش با عوامل تنش زا که مهمترین عامل وقوع سوء رفتار میباشد، را به اجرا در آورند و با بالا بردن سطح آگاهی و تغییر رفتار والدین، کودکان را از این رنج خاموش رهایی بخشند.

منابع

- امینی سودابه. (۱۳۷۷)، بررسی اشکال مختلف سوء رفتار با کودک در خانواده‌های مراجعه کننده به مرکز بهداشتی - درمانی نواب صفوی اصفهان. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد: ۴۰-۱۵

- کاهانی‌علیرضا. (۱۳۷۴)، کودک‌آزاری جسمانی عمدی مجله علمی پزشکی قانونی، ۳ (۱۰): ۵۱.

- Agathanos H. (1997), The prediction of child maltreatment in Greek families. *Childabus & Neglect*: 21(8): 721-73

EFFECT OF HOME VISIT AND HOSPITAL READMISSION

Aeen, F. MS¹ Deris, F. MS² Shahgholian, N. MS³

ABSTRACT

Background: Second half of 20th century is named as child age, because the improvement of society depends on the child growth and development. Child abuse includes many bizarre behaviors such as bodily punishment, sexual and emotional abuse. Abuse can be physical, emotional and educational neglect, which has profound effect on child's health, growth and development.

Objective: To determine the incidence and the severity of different kind of child abuse and neglect and some of its' disposing factors.

Design: This was a descriptive study using questionnaire to determine demographic data, environmental and economical factors in relation to child abuse and its' disposing factors. .

Samples : 368 parents selected randomly.

Results: Result showed that were 81.1% physical abuse 91% emotional abuse, 77.8% emotional neglect, 75.8% physical neglect and 20.6% educational neglect among the children of the study group.

Conclusion: Results of this study showed a high incidence of different forms of child abuse. This data needs special concern.

Key Words: Child abuse, Disposing factors of child abuse.

¹ - Ms in Nursing. (Corresponding author).

² - Ms in Statistics

³ - Senior lecturer school of Nursing and Midwifery. Shahre-kord University of Medical Sciences and Health Services.