

The Prevalence of Child Maltreatment and Non-accidental Trauma and Related Demographic Factors among Families of Karaj, Iran

Hengameh Boloorsaz Mashhadi^{1*}

1. Department of Educational Science, Payame Noor University, Iran

*Corresponding Author: Hengameh Boloorsaz Mashhadi, Department of Educational Science, Payame Noor University, Iran

Email: boloorsaz@se.pnu.ac.ir

How to cite this article:

Boloorsaz Mashhadi H. The Prevalence of Child Maltreatment and Non-accidental Trauma and Related Demographic Factors among Families of Karaj, Iran. Community Health. 2017;4(4):332-343. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v4i4.17591>.

Abstract

Background and Objectives: Child abuse of the most devastating types of damage that has been a significant increase in recent decades and its prevention is essential. The purpose of the investigation of the prevalence child maltreatment and non-accidental trauma and related demographic factors among families of Karaj city.

Material and Methods: The present study was a cross-sectional study. The statistical population included 2178 families of Karaj in 2017. According to 800 families were selected by simple random sampling; and demographic variables, parent-child conflict tactics scale were completed. The data was Analyzed using Descriptive Statistics, Chi-Square Test, Logistic Regression analysis by SPSS-21 software. The level of significance was considered ($P<0.05$).

Results: The mean (SD) age of mothers was 33.6 (2.4) and fathers was 38.2 (2.1) years old and the mean age of children was 10.2 (1.2) in girls and 11.6 (2.2) in boys. The prevalence of abuse in the families surveyed, 211 (%26.4) the prevalence in boys than girls were abused ($P<0.01$). The most common abuses consisted of emotional abuse 94 (%44.6), neglect 61 (%28.9) and physical abuse by 56 (%26.6). All the demographic factors, except the Childrens education degree had a significant relationship with the prevalence of abuse in the family, ($P<0.05$).

Conclusion: The study showed that child abuse is common among families, therefore, monitoring of children, ratification of rules supporting children, planing and administration of preventive educational programs can be effective to reduce child abuse.

Keywords: Prevalence, Child maltreatment and Non-accidental trauma, Demographic factors, Families, Child

شیوع سوء رفتار با کودک و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در خانواده های شهر کرج

هنگامه بلورساز مشهدی^{*۱}

۱. مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، ایران

* نویسنده مسئول: هنگامه بلورساز مشهدی، مربی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، ایران

bolorsaz@se.pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش: شهریور ۹۶

تاریخ دریافت: تیر ۹۶

چکیده

زمینه و هدف: سوء رفتار با کودک از مخرب ترین انواع آسیب هایی است که در دهه های اخیر از افزایش قابل توجهی برخوردار بوده است و پیشگیری از آن ضروری می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع سوء رفتار با کودک و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در خانواده های شهر کرج انجام شد.

روش و مواد: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری آن شامل ۲۱۷۸ خانواده شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بودند که با روش نمونه گیری تصادفی ساده ۸۰۰ خانواده انتخاب شدند، و پرسشنامه های متغیرهای جمعیت شناختی و پرسشنامه ناسازگاری والد/کودک را تکمیل نمودند. داده های به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS-21 و روش های آمار توصیفی، مجذور کای دو و رگرسیون لجستیک تحلیل شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن به ترتیب در مادران، (۲/۴) ۳۳/۶ و در پدران، (۲/۱) ۳۸/۲ سال و کودکان به ترتیب در دختران، (۱/۲) ۱۰/۲ و در پسران، (۲/۲) ۱۱/۶ سال بود. میزان شیوع سوء رفتار در خانواده های مورد مطالعه، ۲۱۱ (۲۶/۴٪) نفر و این میزان در پسران بیشتر از دختران بود ($P < 0/01$). شایع ترین سوء رفتارها به ترتیب عبارت بودند از بد رفتاری های عاطفی با ۹۴ (۴۴/۵٪) نفر، غفلت ۶۱ (۲۸/۹٪) نفر و بد رفتاری های فیزیکی با ۵۶ (۲۶/۵٪) نفر بین همه عوامل جمعیت شناختی، به جز مقطع تحصیلی کودکان رابطه معناداری با شیوع سوء رفتار در خانواده وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که سوء رفتار با کودکان در خانواده ها شایع است. لذا ضرورت پایش کودکان، تدوین قوانین حمایت از کودکان و طرح و اجرای برنامه های آموزشی و پیشگیری می تواند در کاهش کودک آزاری مفید باشد.

واژگان کلیدی: شیوع، سوء رفتار با کودک، عوامل جمعیت شناختی، خانواده، کودک آزاری، سوء استفاده فیزیکی

مقدمه

در میان انواع خشونت ها، خشونت خانگی یک آسیب جدی اجتماعی است که با وجود پیشرفت های فرهنگی و فکری همچنان در جامعه خودنمایی می کند (۱). سوء رفتار با کودک یک پدیده خشونت خانگی است که در هر دو جنس، ملیت، زبان، مذهب، سن، قوم و با هر گونه ناتوانی و جهت گیری جنسی تظاهر می یابد و یکی از مشکلات مهم جوامع است (۲). آشفته گی های شدید در روابط والدین و کودک یا خانواده از علل رایج

نابهنجاری های رشد کودک به شمار می آید (۱). به علت تعریف های متفاوت سوء رفتار با کودک در جامعه و نیز از آنجا که بسیاری از موارد سوء رفتار گزارش نمی شود یا غلط گزارش می شود، مشخص کردن میزان شیوع آن دشوار است (۳).

سوء رفتار با کودک، یک اصطلاح کلی است که شامل سوء رفتار جسمی، جنسی و هیجانی و همچنین بی توجهی می باشد و به شکل های مختلف نشان داده می شود (۳). از جمله آسیب هایی که به اکثر کودکان می رسد، می توان به تنبیه بدنی، خشونت همشیره،

کبودی پوست مشاهده شده است (۱۰). Ganser و همکاران نیز در یک مطالعه طولی هفت ساله نشان دادند که از ۷۰۸۴۲ آزمودنی، ۵۹۵ مورد سابقه سوء رفتار فیزیکی داشتند و در ۵۸ مورد به بستری شدن منجر شده بود و چهار مورد نیز فوت کرده بودند (۱۱). در ایران نیز ملکشاهی و فرهادی نشان دادند که در بین دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد، ۵/۴٪ نمونه‌ها به صورت همیشگی تحت آزار جسمی بوده و بیشترین آزار جسمانی سیلی خوردن بود (۱۲). ۷/۳٪ تحت آزار عاطفی به طور همیشگی بودند و ۵/۵٪ بی‌توجهی را به صورت همیشگی تجربه کرده بودند. همچنین، نتایج بین میزان آزار دیدن آزمودنی‌ها با تحصیلات، شغل، اعتیاد و طلاق والدین رابطه معناداری را نشان داد. سلمانی، حسینی و احمدی نشان دادند که ۲۳٪ نمونه‌ها سوء رفتار عاطفی، ۱۶٪ سوء رفتار جسمی، ۹٪ غفلت عاطفی و ۳٪ غفلت جسمی را در سطح متوسط تجربه کرده‌اند (۱۳). بین تعداد برادران با تجربه سوء رفتار عاطفی در دوران کودکی، وضعیت اقتصادی با سوء رفتار جسمی و غفلت عاطفی، جدایی والدین با غفلت عاطفی، اعتیاد پدر با غفلت عاطفی و سوء رفتار عاطفی و غفلت فیزیکی، اعتیاد مادر با سوء رفتار فیزیکی، مشکلات روانی پدر با غفلت و سوء رفتار رابطه معناداری وجود دارد.

اگرچه داده‌های توصیفی در زمینه سابقه طبیعی هر نوع اختلالی مفید است و چنین داده‌هایی درباره سوء رفتار با کودک نیز در پژوهش‌های خارج از کشور به چشم می‌خورد (۱۰ و ۱۱)، اما باید چنین داده‌هایی را با احتیاط ذکر و تفسیر نمود. این داده‌ها اغلب ناقص و دست کم بدون شیوه مناسب نمونه‌گیری و بدون توجه به ارتباط بین عوامل نژادی و فرهنگی و با نتایج متناقض هستند. وقوع متداول سوء رفتار با کودک ما را ملزم می‌سازد که نقش اینگونه رفتارها را در رشد طبیعی و با اذعان به نقش فرهنگ و هر جامعه‌ای بررسی کنیم. از دیگر سوء‌درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال روانشناختی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. امروزه کمتر از ۱۰٪

ضرب و شتم همسالان و همچنین، رفتارهایی نظیر سوء رفتار جسمی که در تعداد اندکی از کودکان اما به صورت چشمگیر دیده می‌شود، اشاره نمود (۴). کودکان به دلیل ناپختگی اجتماعی و روانشناختی‌شان، وابستگی زیادی به بزرگسالان دارند. این وابستگی باعث می‌شود تا آنها در برابر انواع مختلف تعدی، آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند و این تعدی به منزله سوء رفتار یا بدرفتاری از سوی فردی است که سرپرستی کودک را برعهده دارد (۳). در بین قربانیان خشونت و محرومیت که به تأیید رسمی رسیده است، سن بیش از ۵۰٪ آنها هفت سال یا کمتر بوده است، حدود ۲۶٪ هشت تا ۱۲ ساله بوده‌اند و در حدود ۲۱٪ بین ۱۳ الی ۱۸ سال داشته‌اند. تعداد قربانیان بهره‌کشی دختر اندکی بیشتر از قربانیان پسر است (۵).

فرضیه‌های بسیاری درباره توضیح علل سوء رفتار با کودک مطرح شده است (۱ و ۶). خانواده‌ها اغلب انعطاف‌ناپذیر و مستبد هستند. مشکلات زناشویی، مالی یا روابط غلط بین والدین و کودک دیده می‌شود و خانواده نیز منابع و مهارت‌های لازم برای مقابله با چنین مشکلاتی را در اختیار ندارد (۳). فقر، بیکاری، والدینی که خودشان قربانی خشونت و بهره‌کشی بوده‌اند و تغییرات استرس‌آفرینی مثل نقل و انتقال یا مهاجرت و طلاق اغلب زمینه را برای سوء رفتار کودکان مهیا می‌سازند. عوامل اجتماعی نظیر رواج خشونت در خانواده‌ها و تنبیه بدنی نیز به وقوع سوء رفتار کودک دامن می‌زنند (۷). معمولاً به کودکی که مورد سوء رفتار قرار گرفته است، با دیدی منفی نگریده می‌شود و او ممکن است منزوی یا مطرود شود، و مورد بی‌توجهی یا حتی مورد ارباب قرار گیرد (۷). تخمین زده می‌شود که حداقل ۲۵٪ کودکانی که مورد بهره‌کشی جسمی قرار گرفته‌اند، دچار مشکلات روانی جدی از جمله اضطراب مزمن، افسردگی و گاهی آسیب‌های عصبی هستند (۸ و ۹). Sheets و Petska در پژوهشی نشان دادند که در کودکان امریکایی مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص موارد بالایی از سوء رفتار جسمی از جمله آسیب به صورت، آسیب‌های عضلانی و

تصادفی ساده، ۴۰۰ نفر به دست آمد. میزان اثر طرح براساس فرمول " $Deff=1+ncs[M-1]$ " حدود ۱/۸ محاسبه شد. برای بالا بردن دقت نمونه‌گیری این مقدار ۲ در نظر گرفته شد و براساس فرمول " $Ncs=Nrsr+Deff CS$ " تعیین گردید (۱۴). بنابراین، در نهایت تعداد ۸۰۰ نفر از والدین برای نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند.

در مرحله اجرای مطالعه، پژوهشگر ابتدا خود را معرفی و پس از توضیحات کامل در مورد مطالعه، هدف مطالعه و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که هر سؤال را به دقت بخوانند و پاسخی را که در خصوص فرزند آنها مناسب‌تر به نظر می‌رسد، انتخاب کنند. همچنین، پژوهشگر تأکید نمود که پرسشنامه‌ها بی نام بوده و اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج بی نام منتشر خواهد شد و هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند تا شرکت‌کنندگان در مطالعه با رضایت کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زندگی مشترک هر دو والد با هم، داشتن فرزند، گذشت حداقل پنج سال از ازدواج‌شان، ساکن بودن در شهر کرج بود. ملاک خروج نیز عدم رضایت و تمایل به شرکت در مطالعه بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ذیل صورت گرفت:

الف- پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناسی: این پرسشنامه به منظور تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها (والدین/کودک) از جمله جنس، سن (به سال)، تحصیلات والدین (مادر/پدر)، شغل والدین، میزان درآمد خانواده، تعداد اعضای خانواده، سابقه تنبیهات جسمی یا عاطفی در دوران کودکی والدین، سابقه اختلالات روانشناختی محور I (شامل افسردگی، اضطراب، وسواس) و II (شامل اختلال شخصیت) در خانواده، مصرف سیگار یا اعتیاد والدین، شرایط محل سکونت و سابقه بیمار شدن‌های مکرر کودک توسط محققین تدوین گردید. لازم به ذکر است که پرسشنامه در اختیار پنج نفر از روانپزشکان و روانشناسان باتجربه در زمینه

کودکانی که مشکلات بهداشت روانی دارند، در زمینه اختلالات ناشی از عوامل شخصی، خانوادگی یا موقعیتی، از خدمات مطلوب بهره‌مند می‌شوند (۷). چنانچه مشکلات کودکان، ماه‌ها و سال‌ها بدون شناسایی و درمان ادامه یابد، مشکلات بهداشت روانی‌شان در بلندمدت حادتر می‌شود. تکالیف رشدی به اندازه کافی دشوار است، چه برسد به آنکه فشارهای ناشی از سوء رفتار که فرآیند سیر رشد را از راه‌های گوناگون مختل می‌سازد، به آنها نیز اضافه شود. اختلالات روانشناختی ناشی از سوء رفتار، بی نتیجه بودن مراجعات متعدد به روانپزشک و به دنبال آن احساس ناامیدی، وابستگی بیش از حد به افراد خانواده و سایر کسانی که از کودک مراقبت می‌کنند یا بالعکس، جدا شدن فرد مبتلا به اختلال از خانواده و جامعه و رفتن به سوی درونگرایی، و ... همگی موجب می‌شود تا فرد در معرض حاد شدن مشکلات روانشناختی قرار گرفته و از جهات متعدد زندگی فردی و اجتماعی‌اش در معرض تهدید قرار گیرد. از بعد اقتصادی و صدمات انسانی، اینگونه پیامدهای بلندمدت و آسیب‌شناسی روانی کودک بسیار پرهزینه هستند. در این خصوص هر چند که پیشگیری ثانویه (مداخلات درمانی) همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد، پیشگیری اولیه می‌تواند مشکلات روانی-اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع سوء رفتار با کودک و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در خانواده‌های شهر کرج انجام شد.

روش و مواد

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری مطالعه شامل ۲۱۷۸ خانواده ساکن در شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه‌ها با توزیع پرسشنامه در بین خانواده‌های ساکن در این شهر جمع‌آوری شده است. تعداد نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ ($Z=1/96$)، خطای نمونه‌گیری ۵٪، دقت ($d=0/3$)، $P=0/15$ ، و اختلاف میانگین و واریانس مربوطه در پژوهش‌های مشابه (۱۱-۱۳) و با روش نمونه‌گیری

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 بی‌توجهی 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 غیرکلامی، 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. روایی پرسشنامه در ایران از طریق روایی محتوایی انجام شده و اعتبار و اعتماد علمی آن در مطالعات بسیاری تأیید شده است (۱۵ و ۱۳، ۱۲). در مطالعه آئین و همکاران نیز با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شده است (۱۵).

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد)، آزمون مجذور کای دو و رگرسیون لجستیک استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها با کمک نرم افزار SPSS-21 صورت گرفت. سطح معناداری ($P < 0/05$) در نظر گرفته شد. برای تشخیص Outliers علاوه بر دقت در ثبت دقیق داده‌ها و بررسی چشمی آنها از شاخص‌های مناسب استفاده شد و برای اجتناب از مسأله Multicollinearity نیز، artificial variable برای طبقه اول (یعنی کوچک‌ترین کد) تعریف نشد و طبقه‌ای که به artificial variable تبدیل نشده و مبنای مقایسه و تقابل با سایر طبقات قرار گرفت، با عنوان طبقه مرجع در جداول مشخص شد. برای تعیین میزان تأثیر هر متغیر پیشین بر متغیر ملاک، نسبت شانس (احتمال تعلق به گروه یک نسبت به احتمال تعلق به گروه صفر) و فاصله اطمینان ۹۵٪ به کار رفت. آماره Wald نیز برای پی بردن به معنی‌داری اثر هر متغیر بر متغیر ملاک، استفاده شد.

مورد پژوهش و یک متخصص جامعه‌شناسی و یک متخصص پزشکی اجتماعی قرار داده شد و نظرات اصلاحی آنها مدنظر قرار گرفت و در نهایت، روایی محتوایی پرسشنامه توسط گروه متخصصین مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از مطالعه مقدماتی بر روی ۶۰ نفر از آزمودنی‌ها با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۸۳ تعیین گردید.

ب- پرسشنامه ناسازگاری والد/کودک: این پرسشنامه شامل پنج بخش سوء رفتار فیزیکی، سوء رفتار عاطفی، غفلت فیزیکی، غفلت عاطفی و غفلت آموزشی می‌باشد. بدرفتاری 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)، بدرفتاری فیزیکی شدید (زدن مشت یا لگد محکم، ضربه زدن به وسیله کمر بند، برس مو، چوب یا خط‌کش و ... بر دست، 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 گردن 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. بدرفتاری عاطفی نیز شامل بدرفتاری عاطفی کلامی (جیغ و داد زدن سر کودک، فحش و ناسزا دادن و نفرین کردن، احمق، کودن، تنبیل یا دیوانه خطاب کردن کودک) و بدرفتاری عاطفی غیرکلامی (تهدید به بیرون کردن کودک از خانه، مسخره نمودن و جریحه‌دار کردن احساسات وی، محروم کردن کودک از امتیازاتی نظیر تماشای تلویزیون، تفریح، خرید اسباب بازی یا بازی با دوستان، تهدید به کتک بدون عملی کردن آن، بیرون کردن کودک از خانه، برای مدتی مثلاً یک الی چند ساعت یا بیشتر، با کودک کج خلقی کردن، زندانی کردن کودک در حمام، صندوقخانه یا جای دیگری از منزل، گرسنگی دادن کودک برای یک یا چند وعده به عنوان تنبیه، تظاهر به دوست نداشتن کودک، بستن کودک به صندلی، نرده

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین (انحراف معیار) سن به ترتیب در مادران، (۲/۴) و در پدران، (۲/۱) ۳۸/۲ سال و کودکان به ترتیب در دختران، (۱/۲) ۱۰/۲ و در پسران، (۲/۲) ۱۱/۶ سال بود. با توجه به نتایج حاصل از تکمیل پرسشنامه ناسازگاری والد/کودک به وسیله والدین، ۲۲۴ نفر از آنها والدینی بودند که با فرزندان خود رفتار سوء استفاده گرانه داشتند. بنابراین، به وسیله روانشناس

بالینی و به فاصله زمانی دو ماه و شش روز بر مبنای معیارهای تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، مصاحبه بالینی شدند که در نهایت از این تعداد، ۲۱۱ نفر از آنها به عنوان والدین دارای رفتار سوء استفاده گرانه تشخیص‌گذاری شدند اما ۱۳ نفر دیگر با توجه به مصاحبه بالینی مشکلی نداشتند. به عبارت دیگر، از کل نمونه مورد مطالعه، ۵۸۹ والد بهنجار (۷۳/۶٪) و ۲۱۱ والد نابهنجار (۲۶/۴٪) بودند. نتایج جدول شماره ۱ انواع سوء

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی جمعیت دارای درجات مختلف تجارب سوء رفتار در خانوارهای مورد مطالعه

متغیر	زیر مقیاس	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
بدرفتاری فیزیکی	بدرفتاری جسمی خفیف/متوسط	۳۷	۱۷/۶	۱۰/۱	۱/۲
	بدرفتاری فیزیکی شدید	۱۵	۷/۱	۶/۶	۰/۷
	بدرفتاری فیزیکی خیلی شدید	۴	۱/۹	۳/۱	۱/۳
	مجموع	۵۶	۲۶/۶		
بدرفتاری عاطفی	بدرفتاری عاطفی کلامی	۶۵	۳۰/۸	۱۴/۲	۳/۵
	بدرفتاری عاطفی غیرکلامی	۲۹	۱۳/۸	۹/۶	۳
	مجموع	۹۴	۴۴/۶		
غفلت	غفلت جسمی	۱۲	۵/۷	۷/۳	۲/۴
	غفلت عاطفی	۴۴	۲۰/۹	۱۳	۳/۵
	غفلت آموزشی	۵	۲/۳	۲/۹	۰/۷
	مجموع	۶۱	۲۸/۹		

نتایج جدول شماره ۲ حاکی از آن است که در بین بدرفتاری‌های فیزیکی خفیف تا متوسط، ضربه زدن بدون وسیله بر دست، پشت و پا و بازوی کودک با ۱۷ نفر (۸/۱٪) بیشترین فراوانی و هل دادن کودک با تعداد ۴ نفر (۱/۹٪) کمترین شیوع را دارند. اطلاعات سایر موارد مرتبط با بدرفتاری‌های فیزیکی، عاطفی و غفلت به تفکیک در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج جدول شماره ۳ نشان داد که میزان شیوع سوء رفتار با کودک در بین خانواده‌های مورد بررسی در پسران بیشتر از دختران بود

($P < 0/05$). بین تجربه سوء رفتار کودک در خانواده با مقطع تحصیلی وی رابطه آماری معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$)، اما بین تعداد اعضای خانواده با تجربه سوء رفتار در کودک رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/05$)، و شیوع سوء رفتار با کودک در خانواده‌های پرجمعیت به طور معناداری بالاتر از خانواده‌های کم جمعیت بود. سایر اطلاعات ناشی از توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی سوء رفتار کودک در خانواده‌ها در جدول شماره ۳ به تفکیک ارائه شده است

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی بیشترین سوءرفتار به تفکیک نوع برخوردها

متغیر	زیر مقیاس	تعداد	درصد
بدرفتاری فیزیکی خفیف تا متوسط	ضربه زدن بدون وسیله بر دست، پشت یا بازو	۱۷	۸/۱
	نیشگون گرفتن	۱۰	۴/۸
	هُل دادن	۴	۱/۹
بدرفتاری فیزیکی شدید	زدن مشت یا لگد محکم	۴	۱
	بر زمین کوبیدن	۱	۱
	پرت کردن	۲	۰/۱
	سیلی زدن	۵	۲/۴
بدرفتاری فیزیکی خیلی شدید	فشردن گردن کودک تا حد خفه شدن	۰	۰
	محکم کتک زدن کودک تا حد توان	۲	۰/۱
	سوزاندن کودک با آب جوش یا سیخ داغ	۱	۰/۱
	تهدید کردن با چاقو	۱	۰/۵
بدرفتاری عاطفی کلامی	جیغ و داد زدن سر کودک	۲۱	۱۰
	فحش و ناسزا دادن و نفرین کردن	۳۰	۱۴/۲
	احمق، کودن، تنبل یا دیوانه خطاب کردن	۱۴	۶/۷
بدرفتاری عاطفی غیر کلامی	تمسخر	۳	۱/۴
	محرومیت از امتیازات	۳	۱/۴
	تهدید به کتک بدون عملی کردن	۷	۳/۳
	بیرون کردن از خانه	۰	۰
	کج خلقی کردن	۱۰	۴/۸
	زندانی کردن	۰	۰
	گرسنگی دادن	۱	۰/۵
	تظاهر به دوست نداشتن	۳	۱/۴
	بستن کودک	۰	۰
	تنها گذاردن کودک	۶	۲/۹
غفلت جسمی	عدم تهیه پوشاک یا غذای مورد نیاز	۰	۰
	رخ دادن حادثه برای کودک به دلیل بی توجهی والدین	۱	۰/۱
	تنها گذاردن کودک برای چند روز در برخی امور	۴	۱/۹
	عدم مراجعه برای واکسیناسیون به موقع کودک	۲	۰/۱
	عدم تهیه دارو یا هزینه بستری و درمان مناسب	۰	۰
غفلت عاطفی	عدم اظهار علاقه به کودک به صورت کلامی و غیر کلامی	۳۲	۱۵/۲
	عدم ارائه فرصت کافی به کودک برای بیان احساسات	۱۲	۵/۷
غفلت آموزشی	عدم فرستادن کودک به مدرسه یا عدم تهیه لوازم و امکانت آموزشی لازم به دلیل مشکلات مالی	۵	۲/۴

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی

تجربه سوء رفتار در خانواده

ویژگی	شاخص	دارد (درصد/تعداد)	ندارد (درصد/تعداد)	جمع (درصد/تعداد)	p
جنس	دختر	۸۴(۱۸/۱)	۳۸۱(۸۱/۹)	۴۶۵(۱۰۰)	۰/۰۱
	پسر	۱۲۷(۳۸)	۲۰۸(۶۲)	۳۳۵(۱۰۰)	
مقاطع تحصیلی کودکان خانواده	پیش دبستان	۲۵۰(۱۸/۱)	۱۰۲(۲۹)	۳۵۲(۱۰۰)	۰/۳۲
	دبستان	۲۴۹(۱۸/۱)	۱۱۹(۳۲/۳)	۳۶۸(۱۰۰)	
	مقطع متوسطه	۳(۱۸/۱)	۷۷(۹۶/۳)	۸۰(۱۰۰)	
تعداد اعضای خانواده	بیش از ۴ نفر	۴۱۵(۱۸/۱)	۱۴۶(۲۶)	۵۶۱(۱۰۰)	۰/۰۱
	کمتر از ۳ نفر	۵۳(۱۸/۱)	۱۸۵(۷۷/۴)	۲۳۹(۱۰۰)	
تحصیلات پدر	بی سواد	۵۲(۱۸/۱)	۲۴(۳۲)	۷۶(۱۰۰)	۰/۰۴
	زیر دیپلم	۱۶۶(۱۸/۱)	۱۲۴(۲۴/۸)	۲۹۰(۱۰۰)	
	دیپلم	۲۰۰(۱۸/۱)	۱۰۷(۴۳/۹)	۳۰۷(۱۰۰)	
	فوق دیپلم	۴۹(۱۸/۱)	۲۵(۳۳/۸)	۷۴(۱۰۰)	
	لیسانس و بالاتر	۳۱(۱۸/۱)	۲۲(۱۴/۵)	۵۳(۱۰۰)	
تحصیلات مادر	بی سواد	۱۰۳(۱۸/۱)	۵۹(۳۶/۴)	۱۶۲(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	زیر دیپلم	۲۹۱(۱۸/۱)	۶۴(۱۸/۱)	۳۵۵(۱۰۰)	
	دیپلم	۱۴۵(۱۸/۱)	۱۰۲(۴۱/۳)	۲۴۷(۱۰۰)	
	فوق دیپلم	۱۰(۱۸/۱)	۱۶(۶۱/۳)	۲۶(۱۰۰)	
	لیسانس و بالاتر	۲(۱۸/۱)	۸(۸۰)	۱۰(۱۰۰)	
شغل پدر	آزاد	۴۳۹(۱۸/۱)	۳۳۵(۳۴/۳)	۷۷۴(۱۰۰)	۰/۰۲
	بیکار	۷(۱۸/۱)	۰	۷(۱۰۰)	
	کارمند	۸۴(۱۸/۱)	۱۳(۶۸/۴)	۱۹۰(۱۰۰)	
شغل مادر	خانه دار	۴۶۹(۱۸/۱)	۲۳۹(۳۳/۸)	۷۰۸(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	شاغل	۵۱(۱۸/۱)	۴۱(۴۴/۶)	۹۲(۱۰۰)	
سابقه اختلال در خانواده	ندارد	۳۲۴(۱۸/۱)	۱۷۱(۳۴/۵)	۴۹۵(۱۰۰)	۰/۰۰۷
	دارد	۲۸۱(۱۸/۱)	۴۲(۷/۹)	۳۰۵(۱۰۰)	
درآمد خانواده	کمتر از ۹۰۰ هزار تومان	۲۰۴(۱۸/۱)	۸۶(۲۶/۷)	۲۹۰(۱۰۰)	۰/۰۰۲
	۹۰۰-۱۵۰۰ هزار تومان	۱۲۶(۱۸/۱)	۱۰۷(۴۵/۹)	۲۳۳(۱۰۰)	
	بیشتر از ۱/۵ هزار تومان	۱۳۰(۱۸/۱)	۱۴۷(۵۳)	۲۷۷(۱۰۰)	
سابقه تنبیهات جسمی یا عاطفی در دوران کودکی والدین	ندارد	۱۶۸(۱۸/۱)	۱۰۳(۳۸)	۲۷۱(۱۰۰)	۰/۰۱
	دارد	۴۳۳(۱۸/۱)	۹۶(۱۸/۳)	۵۲۹(۱۰۰)	
مصرف سیگار یا اعتیاد والدین	ندارد	۲۶۱(۱۸/۱)	۱۴۸(۳۶/۲)	۴۰۹(۱۰۰)	۰/۰۲
	دارد	۳۱۰(۱۸/۱)	۸۱(۲۰/۷)	۳۹۱(۱۰۰)	
شرایط محل سکونت	شخصی	۱۴۸(۱۸/۱)	۱۵۷(۵۱/۵)	۳۰۵(۱۰۰)	۰/۰۱
	اجاره ای	۴۰۷(۱۸/۱)	۸۸(۱۷/۸)	۴۹۵(۱۰۰)	
سابقه بیمار شدن های مکرر کودک	ندارد	۱۵۴(۱۸/۱)	۱۶۷(۵۲)	۳۲۱(۱۰۰)	۰/۰۳
	دارد	۳۸۱(۱۸/۱)	۹۸(۲۰/۵)	۴۷۹(۱۰۰)	

از جنسیت پسر ($P=0/001$)، سابقه اختلال در خانواده ($P=0/003$)، تحصیلات مادر ($P=0/004$)، شغل والدین ($P=0/009$)، تحصیلات پدر ($P=0/011$)، مصر سیگار/اعتیاد والدین ($P=0/014$)، درآمد خانواده ($P=0/042$)، و تعداد اعضای خانواده ($P=0/037$).

به منظور بررسی اثر همه متغیرها به طور همزمان بر تجربه سوء رفتار در کودک در خانواده، مدل رگرسیون لجستیک بر داده‌ها برآزش شد و نتایج نشان داد که، سودمندترین متغیرهای پیش‌بینی کننده و مرتبط با تجربه سوء رفتار در کودک، به ترتیب عبارت بودند

جدول شماره ۴- شاخص‌های تحلیل متغیرهای نهایی وارد شده به معادله رگرسیون لجستیک

فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)

متغیر	بتا	Wald	شانس نسبی (OR)	کمترین	بیشترین	P
جنس	۱/۰۶۷	۴/۲۳۰	۲/۹۸۱	۱/۷۹۰	۳/۹۶۵	۰/۰۰۱
تعداد اعضاء خانواده	۱/۱۱۰	۶/۰۴۵	۱/۳۶۵	۱/۰۲۱	۲/۹۴۴	۰/۰۳۷
تحصیلات مادر	۰/۰۶۳	۲/۲۶۷	۱/۴۵۱	۰/۵۶۴	۳/۸۲۳	۰/۰۰۴
تحصیلات پدر	۱/۰۴۳	۲/۳۳۵	۱/۴۲۴	۱/۹۶۰	۴/۷۲۰	۰/۰۱۱
شغل والدین	۱/۸۲۴	۲/۱۷۹	۲/۶۸۱	۱/۵۶۰	۲/۶۰۰	۰/۰۰۹
سابقه اختلال در خانواده	۰/۰۶۵	۲/۲۳۹	۱/۰۶۵	۰/۸۸۶	۱/۱۴۵	۰/۰۰۳
درآمد خانواده	۱/۹۱۹	۲/۵۵۲	۲/۴۰۲	۱/۳۲۶	۲/۲۷۱	۰/۰۴۲
مصرف سیگار/اعتیاد والدین	۱/۵۶۸	۰/۷۰۶	۳/۱۲۲	۱/۲۰۵	۲/۵۹۸	۰/۰۱۴

*** $(P<0/05)$

Confidence Interval**/Odd Ratio*

بحث

از کودکان مراجعه کننده به مراکز مراقبتی، در ۴۰٪ موارد سوء رفتار بررسی شده از نوع عاطفی بوده است (۱۷). همچنین، همسو با این یافته‌ها، آئین و همکاران در مطالعه‌ای در خانواده‌های شهر کرد نشان داده‌اند 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 کرده‌اند (۱۵). در تبیین این یافته از مطالعه حاضر می‌توان گفت که نیمه دوم قرن بیستم را می‌توان با شجاعت و افتخار "عصر کودکان" نامید، زیرا بقای جامعه در گرو بقای کودکان 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. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودک آزاران عموماً کسانی هستند که با کودک زندگی می‌کنند و عمدتاً والدین کودک را شامل می‌شوند (۷). در کشور ما ایران نیز انعکاس وسیع و مکرر حوادث ناشی از سوء رفتار با کودک بیانگر این مسأله است که کودک آزاری یک معضل اجتماعی فراگیر است و آثار و نتایج ناگواری به دنبال دارد، لذا باید

مطالعه نشان داد که میزان شیوع سوء رفتار در شهر کرج، ۲۱۱ (۴٪) بود که نشان می‌دهد به طور کلی میزان شیوع سوء رفتار در کرج در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج از کشور در دامنه متوسط قرار دارد. همچنین، نتایج نشان داد که به ترتیب شیوع بیشترین میزان سوء رفتار با کودکان مربوط به بدرفتاری‌های عاطفی با ۹۴ (۴۴/۶٪)، و سپس، غفلت ۶۱ (۲۸/۹٪) نفر، و بدرفتاری‌های فیزیکی ۵۶ (۲۶/۶٪) نفر می‌باشد. نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج مطالعه‌های پیشین از جمله Ganser و همکاران (۱۱)، Gessner و همکاران (۸)، Quilty و همکاران (۹)، سلمانی و همکاران (۱۳) و Herman-Giddens (۱۶) که در مطالعات جداگانه‌ای نشان دادند میزان شیوع سوء رفتار با کودک در بین خانواده‌ها بالا و بیشترین میزان سوء رفتار تجربه شده در کودک بدرفتاری‌های عاطفی و کمترین آن، بدرفتاری فیزیکی بوده است، همسو می‌باشد. همسو با این یافته از مطالعه حاضر، Nico و همکاران در کانادا نشان دادند که در یک مطالعه توصیفی بر روی ۷۶۷۲ نفر

هر خانواده‌ای می‌توانند انعطاف‌پذیری فرد را در برابر ناملایمات افزایش یا کاهش دهند (۲۱). بالا بودن سطح تحصیلات والدین باعث می‌شود که والدین با شیوه‌ها و اصول صحیح فرزندپروری بیشتر آشنا باشند و جهت تربیت صحیح فرزندان خود بیشتر تلاش کنند (۳)، همین امر در نحوه رفتار فرزندان آنها تأثیر به‌سزایی خواهد داشت و رفتارهای آزارنده و غفلت کمتری در اعمال آنها مشاهده می‌گردد.

همچنین، مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات Stenmark و همکاران (۲۳) نشان داد که میزان شیوع سوء رفتار در کودکان و خانواده‌های دارای پیش‌آگهی منفی (خانواده با درآمد اقتصادی پایین، دارای سوابق اختلالات روانشناختی و والدین با تجربه کودک‌آزاری در دوران کودکی خود) به مراتب بیشتر از کودکان و خانواده‌های فاقد پیشینه خانوادگی است و همسو با نتایج مطالعه Sengupta و همکاران (۲۴)، و Thakur و همکاران (۲۵) نشان داد که این رابطه با تعداد اعضای خانواده و گرایش والدین به دخانیات یا اعتیاد از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$). در تبیین این یافته می‌توان گفت، کودکان با مشکلات رفتاری و والدین نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند، بلکه سایر اعضای خانواده یعنی دیگر فرزندان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (۷). تحقیقات نشان داده است که اختلالات رفتاری کودکان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی و ناسازگاری‌های والدین دارد. هر چقدر مشکلات رفتاری والدین شدیدتر باشد، ظهور اختلالات رفتاری و سوء رفتار در کودکان نیز سریع‌تر و بیشتر خواهد بود (۲۴ و ۲۳).

دیگر یافته مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات Garwood و همکاران (۲۶) و Putnam و همکاران (۲۷) نشان داد که بین وضعیت اقتصادی پایین خانواده با تجربه کودک‌آزاری در خانواده رابطه معناداری وجود دارد. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد استرس ناشی از بیکاری، فقر و سطح درآمد پایین همچنین، پرجمعیت بودن خانواده و عدم توانایی در پاسخ به تقاضاهای یک یک آنها و فضای فیزیکی نامناسب

هرچه 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 براساس آن کودک و خانواده مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرند و قبل از وقوع سوء رفتار، اقدامات لازم پیشگیری صورت می‌گیرد و این در حالی است که تجربیات، شنیده‌ها و دیده‌ها نشان می‌دهد در جامعه ما همچون سایر جوامع مشکل سوء رفتار نسبت به کودک در میان خانواده‌ها وجود داشته و دارد، در حالی که تحقیقات کمی در این زمینه به ویژه در ایران منتشر شده است. مطالعه حاضر، همسو با نتایج مطالعات پیشین نشان داد که شیوع سوء رفتار در پسران بیشتر از دختران می‌باشد (۵، ۱۰ و ۱۲). اگرچه به طور کلی، مشکلات بهداشت روانی دختران کمتر بررسی شده است، لیکن این وضعیت در حال تغییر است. اختلال‌هایی که شروع آنها در دوران اولیه کودکی است و مربوط به نقایص عصبی-رشدی و برونی‌سازی شده از قبیل بیش‌فعالی، در پسران بیشتر است اما دختران عموماً اختلال‌های هیجانی و درونی‌سازی شده از قبیل افسردگی و اضطراب، را به تدریج بیش از پسران نشان می‌دهند و این تفاوت تا سن بزرگسالی حفظ و ادامه می‌یابد (۱۸ و ۱۹)، و همین تفاوت در نوع مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی شده می‌تواند عامل مهمی در نوع برخورد و در نهایت تجربه سوء رفتار بالاتر در پسران خانواده‌های مورد مطالعه باشد.

یافته دیگر مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات Chen و Chen (۲۰)، و Edeards و همکاران (۲۱) حاکی از آن بود که بین تجربه سوء رفتار در کودک در خانواده با سطح تحصیلات و شغل والدین (اعم از مادر و پدر) رابطه آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). مطالعه‌های پیشین نشان داد سطح تحصیلات والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات روانشناختی پایین‌تر از تحصیلات والدین کودکان بهنجار بوده است (۲۲-۲۰). سبک‌های فرزندپروری

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که سوء رفتار با کودکان در خانواده‌ها شایع است هرچند سوء رفتار با کودک در خانواده‌های شهر کرج که نسبت به مطالعات پیشین شیوع نسبتاً متوسطی دارد، اهمیت سلامت روانی این کودکان به عنوان آینده سازان کشور، ضرورت شناسایی، درمان و پیشگیری گروه‌های در معرض خطر توسط نهادهای مسئول و مرتبط آشکار می‌گردد.

تشکر و قدردانی

کد اخلاقی این مطالعه (K.C/۴۱۱۰۵۴) می‌باشد. پژوهشگر از زحمات یکایک عزیزان شرکت‌کننده در این مطالعه، خانواده‌های محترم آنان که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نماید.

تعارض منافع

نویسنده اظهار می‌دارد که هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

محل سکونت موجب انزوای اجتماعی و اعتماد به نفس پایین والدین شده و سبب می‌شود محیط تبدیل به دامی شود که از نظر روانی هیچ‌راه خروجی از آن وجود ندارد، جز آنکه فرد را به سمت پرخاشگری نسبت به یک قربانی ضعیف که همان کودک است، هدایت کند (۱۵).

در این مطالعه نیز مانند سایر مطالعه‌هایی که در حوزه علوم رفتاری صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد.

یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، محدودیت زمانی در انجام مطالعه بود. از آنجا که ابراز کردن و فروبردن بسیاری از ناراحتی‌های رفتاری و هیجانی به ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی مربوط می‌شود، لذا در تعمیم یافته‌ها به دیگر فرهنگ‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که این مطالعه در سطح وسیع‌تر و در شهرهای مختلف کشور انجام گردد.

REFERENCES

1. Macedo Piosiadlo LC, Godoy Serpa da Fonseca RM. Gender Subordination in the Vulnerability of Women to Domestic Violence. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(2):261-70.
2. Hughes T. The Neglect of Children and Culture: Responding To Child Maltreatment With Cultural Competence and A Review of Child Abuse and Culture: Working with Diverse Families. *Family Court Review*. 2006;44(3):501-10.
3. Ribner DS & Rosenbaum TY. Evaluation and Treatment of Unconsummated Marriages among Orthodox Jewish Couples. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(4):341-53.
4. Coelho R, Viola TW, Walss-bass C, Brietzke E, Grassi-oliveira R. Childhood Maltreatment and Inflammatory Markers: a Systematic Review. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(3):180-92.
5. Anderson GD. The Continuum of Disclosure: Exploring Factors Predicting Tentative Disclosure of Child Sexual Abuse Allegations During Forensic Interviews and the Implications for Practice, Policy, and Future Research. *J Child Sex Abus*. 2016;25(4):382-402.
6. Zeugmann S, Buehrsch N, Bajbouj M, Heuser I, Anghelescu I, Quante A. Childhood Maltreatment and Adult Proinflammatory Status in Patients with Major Depression. *Psychiatr Danub*. 2013;25(3):227-35.
7. Ben Thabet J, Charfeddine F, Charfi N, Baati L, Zouari L. Sexuality of Tunisian Women: Involvement of Religion and Culture. *Encephale*. 2015;41(2):144-50.
8. Gessner BD, Moore M, Hamilton B, Muth PT. The Incidence of Infant Physical Abuse in Alaska. *Child Abuse Negl*. 2004;28(1):9-23.
9. Quilty LC, Marshe V, Lobo DS, Harkness KL, Müller DJ, Bagby RM. Childhood Abuse History in Depression Predicts Better Response to Antidepressants with Higher Serotonin Transporter Affinity: A Pilot Investigation. *Neuropsychobiology*. 2016;74(2):78-83.
10. Petska HW, Sheets LK. Sentinel injuries: Subtle Findings of Physical Abuse. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(5):923-35.

11. Ganser HG, Münzer A, Seitz DC, Witt A, Goldbeck L. Improving Access to Evidence Based Interventions for Children and Adolescents with Mental Disorders After Child Abuse and Neglect. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2015;64(3):172-87.
12. Malakshahi F & Farhadi A. The Prevalence of Child Abuse in Khoram Abad Secondary School Students in 2011. *Journal of Lorestan University of Medical Sciences.* 2014;15(5):31-39.
13. Salmani n, Hoseini s v, Ahmadi f. Survey of Effective Factors in Child Abuse and Neglect Prevalence in Students of Nursing Islamic Azad University in 1385. *J Urmia Nurse Midwifery fac.* 2007;5(3):113-19.
14. Banica T & Bichon J. Free Product Formulae for Quantum Permutation Groups, *J. Inst. Math. Jussieu.* 2007;6(11):381-414.
15. Aein F & Deris F. Different kind of Child Abuse and Its Diposing Factors. *IJN.* 2001;14(28):47-54.
16. Herman-Giddens ME. What We Can Learn from the Spectrum of Infant Physical Abuse in Alaska. *Child Abuse Negl.* 2004;28(1):7-8.
17. Nico MT, Marc T, Bruce M. Majour Finding the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. *J Child Abuse & Negl.* 2003;27(12):1427-39.
18. Pasha R. [The Effectiveness of Parents' Behavior Modification on the Degree of Hyperactive Children's Unpleasant Behavior]. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2015;17(1):90-98.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2014.
20. Chen M, Chan KL. Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2016;17(1):88-104.
21. Edwards-Gaura A, Whitaker D, Self-Brown S. Can Social Networking Be Used to Promote Engagement in Child Maltreatment Prevention Programs? Two Pilot Studies. *West J Emerg Med.* 2014;15(5):575-81.
22. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A & Wilhelm S. Comorbidity Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic and Critical Review. *Harv Rev Psychiatry.* 2015;23(4):245-62.
23. Stenmark H, Bergström E, Hägglöf B, Öhman A, Petersen S. Mental Problems and Their Socio-demographic Determinants in Young School Children in Sweden, a Country with High Gender and Income Equality. *Scand J Public Health.* 2016;44(1):18-26.
24. Sengupta SM, Fortier MÈ, Thakur GA, Bhat V, Grizenko N, Joobar R. Parental Psychopathology in Families of Children with Attention-deficit/hyperactivity Disorder and Exposed to Maternal Smoking During Pregnancy. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014;56(2):122-9.
25. Thakur GA, Sengupta SM, Grizenko N, Schmitz N, Pagé V, Joobar R. Maternal Smoking During Pregnancy and ADHD: a Comprehensive Clinical and Neurocognitive Characterization. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(1):149-57.
26. Garwood SK, Gerassi L, Jonson-Reid M, Plax K, Drake B. More Than Poverty: The Effect of Child Abuse and Neglect on Teen Pregnancy Risk. *J Adolesc Health.* 2015;57(2):164-8.
27. Putnam-Hornstein E, Cederbaum JA, King B, Eastman AL, Trickett PK. A population-level and Longitudinal Study of Adolescent Mothers and Intergenerational Maltreatment. *Am J Epidemiol.* 2015;181(7):496-503.