



سنجش تأثیر اعتیاد و وضعیت سرپرستی بر کودک آزاری جنسی با تمرکز بر نمونه‌های به‌دست آمده از مراکز اورژانس اجتماعی تهران

مقاله علمی - پژوهشی

سپیده شهیدی* - دکتر تهمورث بشیریه**

دکتر سید مهدی صابری*** - دکتر اصغر عباسی****

چکیده:

زمینه: هدف اصلی پژوهش حاضر شناخت علل مؤثر بر کودک‌آزاری جنسی کودکان دختر و پسر زیر پانزده سال در بین مراجعه‌کنندگان به چهار مرکز اورژانس اجتماعی واقع در استان تهران است.

روش: بدین‌منظور دو شاخص اعتیاد والدین به الکل یا مواد مخدر و وضعیت سرپرستی کودکان، به‌عنوان عوامل مؤثر موردبررسی قرار گرفت. هریک از این عوامل با استفاده از پرسش‌نامه پژوهشگرساخته و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از نرم‌افزار **spss** و آزمون‌های آماری رابطه میان متغیرها موردسنجش واقع گردید و میزان همبستگی‌ها موردتجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل پرونده‌های کودک‌آزاری جنسی ارجاعی به اورژانس اجتماعی، بیانگر آن است که بین کودک‌آزاری جنسی و دو شاخص اعتیاد

* دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس،
ایران
Email: sep.shahidi@gmail.com

** استادیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران،
نویسنده مسئول
Email: tahmoores_b@yahoo.com

***دانشیار روانپزشکی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، گروه روانپزشکی قانونی، سازمان
پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
Email: saberi_md@yahoo.com

****استادیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، گروه حقوق، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس،
ایران
Email: drabbasi191@gmail.com

والدین به الکل یا مواد مخدر و وضعیت سرپرستی کودکان از نظر آماری رابطه معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: آزمون فرضیات حکایت از آن دارد که عوامل زیادی از جمله علل خانوادگی و اجتماعی در بروز آزار دیدگی کودکان نقش دارند. خطر آزار جنسی در کودکانی که تک‌والد بوده یا والدین معتاد دارند، بیشتر است. باتوجه به ضرورت شناسایی این عوامل در جهت پیشگیری از بزه‌دیدگی کودکان، کمک به شناخت این عوامل ضروری است و تحقق این امر بدون همکاری نهادهای دولتی با سازمان‌های مردم‌نهاد غیردولتی و مشارکت فعال خانواده‌ها امکان‌پذیر نخواهد بود.

کلیدواژه‌ها:

اعتیاد، سرپرستی، بزه‌دیدگی جنسی، اورژانس اجتماعی.

مقدمه

ظهور جنبش‌های بزه‌دیده‌شناختی در دهه‌های اخیر و تأثیرگذاری آنان در کاهش جرایم، موجب شد که چشم‌انداز جدیدی تحت عنوان «حمایت از بزه‌دیدگان» مورد توجه جرم‌شناسان قرار گیرد. ضرورت حمایت از بزه‌دیدگان، سازمان‌های بین‌المللی را وادار نمود که در اندک زمانی طرح حمایت از بزه‌دیدگان را در اسناد و کنوانسیون‌های بین‌المللی به تصویب رسانده و دول عضو را ملزم به اجرای آن نمایند. ضرورت حمایت از بزه‌دیدگان و نقش آن در تحقق عدالت اجتماعی بر کسی پوشیده نیست، اما آنچه که در این زمینه مهم و راهگشا می‌باشد، اولاً، شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای اساسی بزه‌دیدگان است و پس از آن ارائه راهکار و اتخاذ سیاست‌های کاربردی در راستای حمایت از بزه‌دیدگان است. یکی از این بزه‌دیدگی‌ها، بزه‌دیدگی جنسی به‌ویژه در دوران کودکی است.^۱

به همین منظور، باتوجه به اینکه کودکان سرمایه و منابع انسانی جامعه محسوب می‌شوند، در راستای دستیابی به اهدافی چون یافتن ارتباط بین علل فردی، اجتماعی، خانوادگی، فرهنگی و بروز بزه‌دیدگی جنسی کودکان، ارتقای سطح آگاهی سایر ارگان‌های اجرایی ذی‌ربط که در ارتباط مستقیم با بزه‌دیدگان جنسی هستند و تحت عنوان حمایت از آسیب‌دیدگان اجتماعی مشغول فعالیت می‌باشند (مانند اورژانس اجتماعی - بهزیستی و ...) سوالاتی مطرح می‌گردد، از جمله:

۱. جعفری، امین و علی مولایی، «سیاست جنایی تقنینی - قضایی ایران در قبال جرایم جنسی علیه کودکان در پرتو اسناد بین‌المللی»، فصلنامه مطالعات حقوق کیفری و جرم‌شناسی ۲ (۱۳۹۷)، ۲۵۸.

- آیا تک‌سرپرستی یا بدون سرپرست بودن کودکان با در معرض آسیب جنسی قرار گرفتن آنها ارتباط دارد؟

- آیا اعتیاد والدین به مواد مخدر یا مشروبات الکلی با در معرض آسیب جنسی قرار گرفتن کودکان در ارتباط است؟

بدین منظور و برای سنجش فرضیات مطرح‌شده در مورد این پرسش‌ها از جمله اینکه:

- به نظر می‌رسد تک‌والد بودن یا بدون سرپرست بودن کودکان با بزه‌دیدگی جنسی آنان ارتباط دارد؛

- به نظر می‌رسد استعمال مواد مخدر یا مشروبات الکلی، عاملی بر بزه‌دیدگی جنسی اطفال می‌باشد؛ از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته و داده‌هایی که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، استفاده گردیده است.

این داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS و سپس با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه سنجیده شده و میزان همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. همچنین باید گفت جهت جمع‌آوری مطالب برای قسمت مفاهیم و علل بزه‌دیدگی، از روش توصیفی - تحلیلی بهره گرفته شده است. با توجه به اینکه برخی از ویژگی‌های ذاتی پدیده کودک‌آزاری جنسی، زمینه‌ساز اصلی شکل‌گیری موانع بر سر راه پژوهش در این مقوله است، دسترسی به پرونده‌ها، خصوصاً با توجه به حساسیت برانگیز بودن موضوع، محدودیت و دشواری‌هایی داشته است. عدم شفافیت یا فقدان آمارهای رسمی نسبت به نرخ پدیده کودک‌آزاری در کل کشور، فقدان اطلاعات طبقه‌بندی‌شده پرونده‌های کودک‌آزاری به صورت سیستماتیک در رایانه و وجود پرونده‌ها به شکل سنتی در بایگانی مراکز اورژانس اجتماعی و خودداری کودکان از بیان واقعیت در پرونده‌ها به دلیل ترس، شرم یا مقصر خطاب شدن، از دشواری‌ها و محدودیت‌های این تحقیق به‌شمار می‌آید.

پیشینه تحقیق

تحقیقات بسیاری در این حوزه انجام شده که نشان می‌دهد تجربه تعرض جنسی در کودکی یا نوجوانی به افزایش خطر بزه‌دیدگی جنسی در بزرگسالی منجر می‌شود و علاوه بر آن سبب شوک روانی شدید خواهد شد.^۲ آثار ناشی از این بزه‌دیدگی شاید هرگز کاملاً ترمیم نشود و

۲. م. آراتا کاتالینا و لیندا. لیندمن، «ازدواج، کودک‌آزاری و بزه‌دیدگی جنسی ثانویه»، ترجمه نوروز کارگری، نشریه فقه و حقوق ۱۵ (۱۳۸۹)، ۱۷۴.

کودک مورد سوءاستفاده، همواره نشانه‌هایی از بزه‌دیدگی را به همراه داشته باشد.^۳ علائمی همچون افسردگی، گرایش به خودکشی، کاهش اعتماد به نفس، اعتیاد، پرهیز از برقراری ارتباط جنسی بعد از ازدواج در روابط آنها با دیگران دیده می‌شود.^۴ البته می‌توان علاوه بر آثار بالا به تأثیر آن بر بزه‌دیدگی آتی نیز اشاره کرد و بر همین اساس در بسیاری از پژوهش‌ها به نقش و تأثیر بزه‌دیدگی به‌ویژه بزه‌دیدگی دوران کودکی تأکید شده است.^۵ به‌عنوان نمونه در ایالت نبراسکای آمریکا نشان داده شده که کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، سابقه منفی خانوادگی بیشتری دارند و سوءاستفاده جنسی با تضاد خانوادگی و روابط منفی با والدین و نداشتن سرپرست یا تک‌سرپرست بودن ارتباط مثبتی داشته است.^۶

بر اساس نتایج تحقیق، از بین ۲۰۶ کودک قربانی کودک‌آزاری، حداقل یکی از والدین بیش از نیمی از آنها سوءمصرف الکل یا سایر مواد داشتند که الکل، کوکائین و هروئین هر سه ماده مورد سوءمصرف بوده و کودک‌آزاری در این افراد به‌طور واضح بیشتر از والدینی که سابقه مصرف مواد نداشتند، دیده شد.^۷ گزارش‌ها نشان می‌دهد که قریب به ۲۰٪ کودکان ۱۱-۶ سال ایرانی مورد کودک‌آزاری قرار گرفته‌اند.^۸ مطالعه پرونده‌های درمانگاهی در شهر تهران نشان داد که ۱۰۰ مورد کودک بالای شش سال توسط والدین خود آزار دیده‌اند.^۹ در این پژوهش به دنبال آن هستیم که دریابیم آیا نتایج این تحقیق با تحقیقات سابق همسوست یا خیر؟

۱- عوامل بزه‌دیدگی جنسی کودکان

عوامل مختلفی در بروز کودک‌آزاری جنسی نقش دارند که شامل عوامل فردی، خانوادگی و

۳. کتابیون خوشایبی، «گزارش یک مورد سوءاستفاده جنسی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم زیستی و توانبخشی ۷ (۱۳۸۲)، ۱۳۸.

۴. رضا اسلامی و سیده سارا میریان، «بردگی جنسی کودکان و سازوکارهای مقابله با آن در نظام بین‌المللی حقوق بشر و ایران»، پژوهشنامه حقوق کیفری ۶ (۱۳۹۴)، ۹.

۵. حسین غلامی، «درآمدی بر آسیب‌شناسی سیاستگذاری جنایی در قبال پیشگیری از تکرار بزهکاری و بزه‌دیدگی در ایران»، مجله آموزه‌های حقوق کیفری دانشگاه علوم اسلامی رضوی ۱ (۱۳۹۰)، ۱۴.

6. L. B. Whitbeck, D. R. Hoyt, and W. N. Bao, "Depressive symptoms and co-Occurring Depressive Symptoms, Substance Abuse, and Conduct Problems among Runaway and Homeless Adolescents," *Child Development* 71(3) (2000): 721-732.

7. JM. Murphy, M. Jellink, D. Quinn, G. Smith, G. Francis. *Poitrast and Marily Child Psychiatry Service* (USA: Massachusetts General Hospital and the Boston Juvenile Court; 2002), 1100-2.

۸. گلرسته خلاصه‌زاده، و همکاران، «بررسی شیوع کودک‌آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد خود معرف شهر یزد»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۳ (۱۳۸۹)، ۲۰۰.

۹. همانجا.

اجتماعی است. علل زیستی شامل وضعیت فیزیکی کودکان، کودکان غیرطبیعی و کودکان دشوار می‌شود. علل روانی شامل کودکان دچار اختلال سلوک، ترس و ضعف قوای ذهنی و روانی می‌باشد؛ ولیکن در این پژوهش منحصراً به بررسی عوامل اجتماعی با تأکید بر عامل خانوادگی که مشتمل بر اعتیاد و وضعیت سرپرستی والدین می‌باشد و می‌تواند منجر به بزه‌دیدگی جنسی اطفال شود، می‌پردازیم.

۱-۱-۱ علل خانوادگی

خانواده اولین پایگاه اجتماعی در انسان‌سازی بهینه فرد فرد اعضای جامعه و مؤثرترین عامل سلامت شخصیت است که وظیفه برجسته‌اش در تأمین اهمّ نیازهای اعضای خانواده قرار می‌گیرد. صاحب‌نظران علوم تربیتی، یکی از مهم‌ترین نهادهای مؤثر در تربیت رفتار انسان‌ها را سازمان خانواده می‌دانند؛ زیرا محیط خانواده، اولین و بادوام‌ترین عامل در تکوین شخصیت کودکان و زمینه‌ساز رشد جسمانی، اخلاقی، اجتماعی، عقلانی و عاطفی آنان است. نهاد خانواده، نهادی اجتماعی است که در تمام جوامع وجود دارد و مهم‌ترین تکیه‌گاه و محور زندگی اجتماعی می‌باشد. در واقع فرد در خانواده متولد می‌گردد و در سازمان خانواده، زندگی می‌کند و در مواقع نیاز به خانواده روی می‌آورد و در پرتو زندگی خانوادگی، آرامش می‌یابد.^{۱۰} جامعه‌شناسان و روانشناسان معتقدند کمبود و نارسایی در محبت، تبعیض در خانواده، کثرت فرزندان، تک‌فرزندی، بی‌بندوباری در روابط والدین، تفاوت‌های سنی و جنسی، زندگی با نامادری و ناپدری و نظایر آن در فراهم کردن زمینه‌های بزه و بزه‌دیدگی مؤثرند.^{۱۱} بدین ترتیب باید گفت، خانواده نقش بی‌همتایی در اجتماعی کردن کودک دارد. در این بخش سعی در بیان عوامل خانوادگی مؤثر در بزه‌دیدگی کودکان خواهیم داشت.

۱-۱-۱-۱ تک‌والدی بودن و ازهم‌پاشیدگی در خانواده

هرگاه یکی از والدین یعنی پدر و مادر به‌تنهایی سرپرستی فرزند خود را عهده‌دار شوند، بیشتر مرتکب کودک‌آزاری می‌شوند. این وضعیت بیشتر در زنان مطلقه و زنانی که بدون ازدواج بچه‌دار شده‌اند، رخ می‌دهد. کودکان خانواده‌های تک‌والدی، به‌ویژه زمانی که زن، سرپرست

۱۰. احمد صافی، *خانواده متعادل* (تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان، ۱۳۸۴)، چاپ اول.

۱۱. محمود اشراقی، «بررسی علل و عوامل بزه‌دیدگی در خانواده»، (مقاله ارائه‌شده در همایش تبیین علمی بزه‌دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، مورخ ۱۳۸۲/۰۷/۳۰)، ۱۰۱.

خانواده است، بیشتر در معرض خطر موردآزار واقع شدن قرار دارند. همچنین گزارش انواع آزار کودکان در خانواده‌هایی که یکی از والدین یا هر دو به دلایل گوناگون (مأموریت، مسافرت، قهر و ...) مدتی در خانه حضور نداشته‌اند و یا برای مدت طولانی کودک را در خانه تنها گذارده‌اند، بیشتر بوده است. فوت یکی از والدین نیز از عواملی است که به تک‌والدی شدن خانواده می‌انجامد. در پژوهش انجام‌شده بر روی چهار کودک آزاردیده جنسی مشخص شد که در تاریخچه خانوادگی یک مورد از آنها فوت یکی از والدین وجود داشته است.^{۱۲}

یکی از مهم‌ترین تبعات ازهم‌پاشیدگی خانوادگی، فرار از خانه است که سبب بزه‌دیدگی جنسی می‌گردد. طبق آمار منتشرشده از سوی نیروی انتظامی تعداد ۱۱۵۶ نفر نوجوان فراری توسط نیروی پلیس دستگیر شده‌اند. در تحقیق دیگری که توسط کانون اصلاح و تربیت انجام شده، دیده شده است که سن متوسط دختران ۱۶ سال بوده است. مهم‌ترین عامل فرار دختران اختلاف شدید خانوادگی و عاشق شدن دختران بوده است. تحقیق دیگری، تعداد دختران فراری تهران را ۹۹۳ دختر اعلام کرده است.^{۱۳} در یک مطالعه بر روی دختران فراری علت فرار ۱۲/۵٪ از آنها ازهم‌پاشیدگی خانوادگی اعلام شده است.^{۱۴} وضعیت خانوادگی از جمله نبود یک یا هر دو والد عاملی شاخص برای ایجاد خطر است. وجود ناپدیری در خانه ممکن است امکان خطر برای کودکان دختر را دو برابر کند.^{۱۵}

۱-۱-۲- سابقه اعتیاد در خانواده

استفاده از مواد مخدر سنتی (تریاک، هروئین، حشیش و ...) یا اعتیاد به مصرف مشروبات الکلی اساساً زمینه‌ساز خشونت و سوءرفتار نسبت به افراد به‌ویژه کودکان است که می‌تواند از علل کودک‌آزاری به‌شمار آید. میزان آزار جنسی در افرادی که والدین آنها سوءمصرف مواد مخدر دارند، دو برابر بیشتر است. اگر هر دو والد سوءمصرف مواد داشته باشند، این خطر بیشتر از زمانی است که فقط پدر این مشکل را داشته باشد.^{۱۶}

۱۲. همان، ۱۴۷-۱۴۱.

۱۳. همانجا.

۱۴. هادی معتمدی و فرزانه مستوفی‌فر، قاچاق انسان چالش‌ها و راهکارهای پیشگیری: به سفارش گروه پژوهش فرهنگی و اجتماعی پژوهشکده تحقیقات استراتژیک (تهران: مجمع تشخیص مصلحت نظام، مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۸۸)، ۹۲.

۱۵. همان.

۱۶. اعظم نقوی و مریم فاتحی‌زاده، کودک‌آزاری: علل، آثار، درمان (تهران: انتشارات دانژه، ۱۳۸۷)، ۷۵-۷۴.

بررسی تاریخچه خانوادگی ۱۴ کودک آزار دیده جنسی که به منظور مقایسه میزان اثربخشی درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند، مشخص کرد که در والدین دو نفر از این کودکان (۱۱٪) سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر وجود دارد.^{۱۷} به نظر می‌رسد، زمانی که پدر خانواده اعتیاد به مواد مخدر یا الکل داشته باشد اگر خوشگذران هم باشد، دوستان خود را نیز برای عیش و نوش خود به منزلش دعوت می‌کند و در حین مستی و به حال خود نبودن و بی‌غیرتی پدر اگر کودک دختری در آن خانه باشد و در معرض دید آنها قرار گیرد، ممکن است مورد آزار جنسی قرار گرفته و بزه‌دیده جنسی واقع شود.

۱-۱-۳- انحرافات جنسی درون خانوادگی

مرتکبان این جرم از نظر روابط خویشاوندی که با طفل بزه‌دیده دارند، به دو دسته بچه‌بازان درون خانوادگی و بچه‌بازان برون خانوادگی تقسیم می‌شوند. زنا با محارم درون خانواده بالأخص روابط جنسی بین خواهر و برادر، ناشی از فساد اخلاقی در خانواده و سستی مبانی مذهبی و تمایل متقابل برای ارضاء و یا حس کنجکاوای جنسی است. وضع مسکن در زنا با محارم نقش مهمی را ایفاء می‌نماید. در مواردی که خواهر و برادر در دوره قبل از بلوغ و یا هنگام بلوغ در یک اتاق می‌خوابند، این خطر شدیدتر است.

گاه روابط جنسی پدر و دختر در نتیجه بیماری روانی مخصوصاً مانیک، الکلیسم، زوال عقل و پیری است که عوامل مذکور سبب تضعیف قیود جنسی، اخلاقی و مذهبی می‌شوند.^{۱۸} در هتک ناموس نیز عدم آموزش قیود اخلاقی و اصول مذهبی از عوامل بسیار مؤثر می‌باشند.

۱-۱-۴- کودک‌آزاری ناشی از غفلت و مسامحه

غفلت یکی از شایع‌ترین انواع آزار کودکان است که اغلب در خانواده‌های کم‌درآمد مشاهده می‌شود؛ غفلت یا مسامحه عبارت است از عدم فراهم آوردن احتیاجات غذایی، پوششی، مسکن، بهداشت و مراقبت طبی و تحصیلی و سرپرستی طفل توسط والدین یا سرپرست طفل.^{۱۹} به طور کلی، ناتوانی یا غافل ماندن والدین از توجه و رسیدگی به نیازهای هیجانی و

۱۷. سعید مدنی قهرخی و امیرحمزه زینالی، آسیب‌شناسی حقوق کودک در ایران (تهران: انتشارات میزان، ۱۳۹۰)، ۱۴۴.

۱۸. تاج‌زمان دانش، مجرم کیست؟ جرم‌شناسی چیست؟ (تهران: انتشارات کیهان، ۱۳۷۴)، ۱۹۴.

۱۹. بهروز جلیلی، «آیا زمان مرگ فرانسیده است؟»، (مقاله ارائه‌شده در ششمین همایش بین‌المللی بیمارهای کودکان، ۱۳۷۴)، ۱۲.

عاطفی کودک مسامحه عاطفی نامیده می‌شود که این موارد به‌روشنی زمینه بزه‌دیدگی جنسی کودکان را فراهم می‌آورد.

۲- روش‌شناسی تحقیق

شیوه این پژوهش استفاده از روش توصیفی - تحلیلی و مقطعی می‌باشد که بر اساس هدف از نوع تحقیقات کتابخانه‌ای و میدانی می‌باشد. برای انجام بررسی‌های میدانی که قسمت اعظم کار را تشکیل می‌داد نیز پرسش‌نامه‌ای تدارک دیده شد و اطلاعات لازم به‌وسیله آن جمع‌آوری شده است.

مطالعه حاضر بر روی پرونده‌های کودکان بزه‌دیده جنسی در یک بازه زمانی ده‌ساله از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ انجام یافته است. جامعه هدف کلیه کودکان بزه‌دیده جنسی در شهر تهران می‌باشد. نمونه مورد مطالعه شامل پرونده ۱۲۱ کودک بزه‌دیده جنسی دختر و پسر تا پانزده سال در بین مراجعه‌کنندگان به چهار مرکز اورژانس اجتماعی واقع در استان تهران (مرکز دولت‌آباد واقع در شهر ری، مرکز شمیرانات، مرکز ذوالفقاری واقع در غرب تهران و مرکز نواب صفوی واقع در شرق تهران) و یا مراجعین به انجمن حمایت از حقوق کودکان و کلینیک‌های درمان جنسی می‌باشد. برای جمع‌آوری نمونه به هر چهار مرکز اورژانس اجتماعی واقع مراجعه نموده و پرونده ۱۲۱ کودک بزه‌دیده که مورد رسیدگی قضایی قرار گرفته بودند، انتخاب و داده‌های لازم از پرونده‌ها استخراج و وارد چک‌لیست و «پرسش‌نامه محقق‌ساخته» گردیده است. بدین‌منظور سؤالاتی مطرح شد، سپس اطلاعات تکمیلی از پرونده‌های موجود کودکان آزاردیده جنسی به‌دقت مورد مطالعه قرار گرفته و استخراج گردیده و داده‌های مورد نیاز مطالعه جمع‌آوری شد. این فرم شامل اطلاعات مربوط به کودک بزه‌دیده، فرد بزه‌کار و بزه روی داده می‌باشد تا حدی که تمامی اهداف مطالعه را پوشش داده و به کلیه سؤالات مربوطه پاسخ منطقی داده شده است.

۲-۱- حجم نمونه و روش اندازه‌گیری

برای محاسبه حجم نمونه مناسب برای تحلیل‌های آماری، باید نوع تحلیل از ابتدا مشخص باشد. همچنین باید توجه داشت که نوع داده^{۲۰}، توزیع آماری^{۲۱} و میزان پراکندگی آنها^{۲۲}،

20. Data Type
 21. Distribution
 22. Variance

میزان خط^{۲۳} و همین‌طور سطح بامعنایی^{۲۴} در تعیین حجم نمونه مؤثر هستند. حجم نمونه جهت انجام مطالعه حاضر با فرمول زیر محاسبه گردید.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 pq}{d^2}$$

با جای‌گذاری مقادیر متناسب در فرمول فوق حجم نمونه موردنیاز برای انجام تجزیه‌وتحلیل در سطح معناداری ۹۵ درصد برابر با ۱۲۱ به‌دست آمد.

p = شیوع رویداد بزه جنسی در کودکان

q = 1-p

d = دقت برآورد شیوع

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ خطای نوع اول = بر اساس اطلاعات موجود از شیوع رویداد بزه جنسی در کودکان شهر تهران، مقدار p برابر با ۰/۰۳ و مقدار q بر همین اساس ۰/۹۷ می‌باشد. برای محاسبه حجم نمونه مقادیر z و d را که به‌ترتیب ۱/۹۶ و ۰/۰۳ می‌باشد، در فرمول قرار داده و حجم نمونه نهایی ۱۲۱ محاسبه گردید. $12 \approx \frac{(1.96)^2 0.03 \times 0.97}{(0.03)^2} = 2-2n$

۲-۲- روش تجزیه‌وتحلیل

داده‌ها در ابتدا داده‌ها جهت تجزیه‌وتحلیل آماری وارد کامپیوتر می‌شوند. برای ورود و پردازش داده‌های جمع‌آوری‌شده از نرم‌افزار آماری SPSS ورژن ۲۲ و Microsoft Excel 2016 استفاده شده است. سپس برای ایجاد دید کلی از وضعیت موجود کودکان بزه‌دیده و بزه روی‌داده، به توصیف متغیرهای مربوطه پرداختیم و برای این منظور در داده‌های کمی از شاخص مرکزی میانگین و شاخص پراکندگی انحراف معیار و در داده‌های کیفی از شاخص‌های فراوانی و درصد استفاده نمودیم. در بخش آمارهای توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی (جدول فراوانی و نمودار دایره‌ای و ستونی) استفاده شده است.

برای بخش تحلیلی مطالعه به مقایسه داده‌های موجود با آمار کلی در کل کشور پرداختیم. اطلاعات کل کشور با استفاده از آمار موجود در سازمان آمار ایران و یا بررسی متون معتبر به‌دست آمده‌اند. بدین‌منظور جهت مقایسه متغیرهای کمی از آزمون تی^{۲۵} و جهت مقایسه

23. Error Level

24. Confidence Level

۲۵. آزمون تی - استیودنت (به انگلیسی: T Student) برای ارزیابی میزان یکسان بودن و نبودن میانگین نمونه ای با میانگین جامعه در حالتی به‌کار می‌رود که انحراف معیار جامعه مجهول باشد، می‌توان از این آزمون برای نمونه‌های بسیار کوچک استفاده نمود. همچنین این آزمون مواقعی که خطای استاندارد جامعه نامعلوم

متغیرهای کیفی از آزمون‌های کای دو پیرسون^{۲۶} استفاده نمودیم. در تمام آزمون‌ها سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. ($\alpha < 0.05$)

۳- یافته‌های پژوهش

در این پژوهش به‌طور کلی ۱۲۱ نفر از کودکان بزه‌دیده جنسی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. یافته‌ها از گروه‌های تجربی و شاهد تحقیق به‌دست آمدند که در موارد مقتضی با یکدیگر مقایسه شده‌اند. توصیف جمعیت بر اساس سؤالات پرسش‌نامه محقق ساخته صورت گرفته و در نهایت وضعیت اعتیاد و سرپرستی بر آزار دیدگی جنسی کودکان مورد بررسی و مقایسه آماری قرار گرفت.

جدول ۱: فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی وضعیت زندگی مشترک

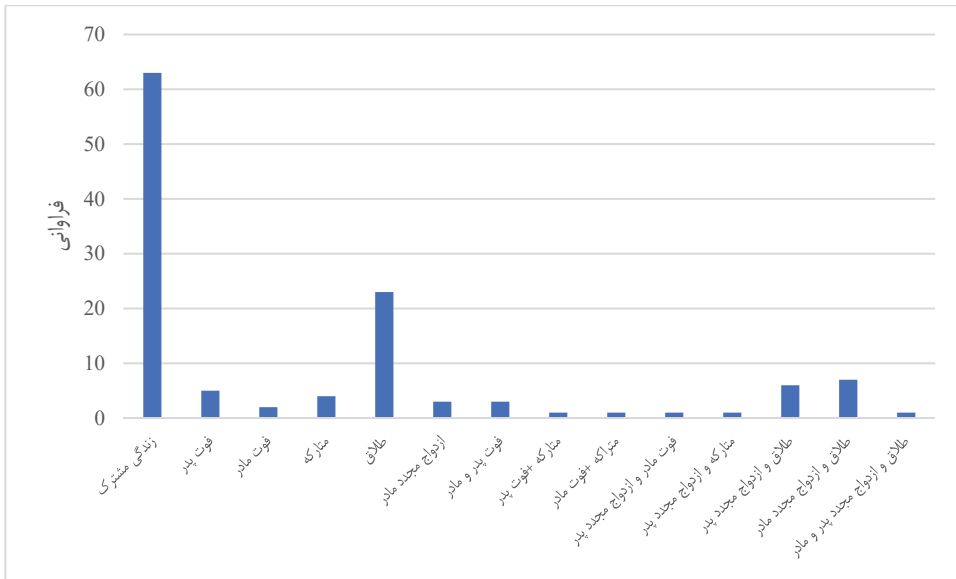
والدین کودکان آزار دیده جنسی در شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷

وضعیت زندگی مشترک والدین	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
زندگی مشترک	۶۳	۵۲/۱	۵۲/۱
فوت پدر	۵	۴/۱	۵۶/۲
فوت مادر	۲	۱/۷	۵۷/۹
متارکه	۴	۳/۳	۶۱/۲
طلاق	۲۳	۱۹/۰	۸۰/۲
ازدواج مجدد مادر	۳	۲/۵	۸۲/۶
فوت پدر و مادر	۳	۲/۵	۸۵/۱
متارکه + فوت پدر	۱	۰/۸	۸۶/۰
متارکه + فوت مادر	۱	۰/۸	۸۶/۸
فوت مادر و ازدواج مجدد پدر	۱	۰/۸	۸۷/۶
متارکه و ازدواج مجدد پدر	۱	۰/۸	۸۸/۴
طلاق و ازدواج مجدد پدر	۶	۵/۰	۹۳/۴
طلاق و ازدواج مجدد مادر	۷	۵/۸	۹۹/۲
طلاق و ازدواج مجدد پدر و مادر	۱	۰/۸	۱۰۰/۰

و خطای استاندارد نمونه معلوم باشد، کاربرد دارد.

۲۶. آزمون خیدوی یا آزمون کی‌دو یا خیدوی مربع کای (χ^2): از آزمون‌های آماری و از نوع ناپارامتری است و برای ارزیابی هم‌قواری متغیرهای اسمی به‌کار می‌رود. کاربرد خیلی زیادتری نسبت به آزمون‌های دیگر دارد. این آزمون نسبت به حجم نمونه حساس است.

-	۱۰۰/۰	۱۲۱	جمع
---	-------	-----	-----

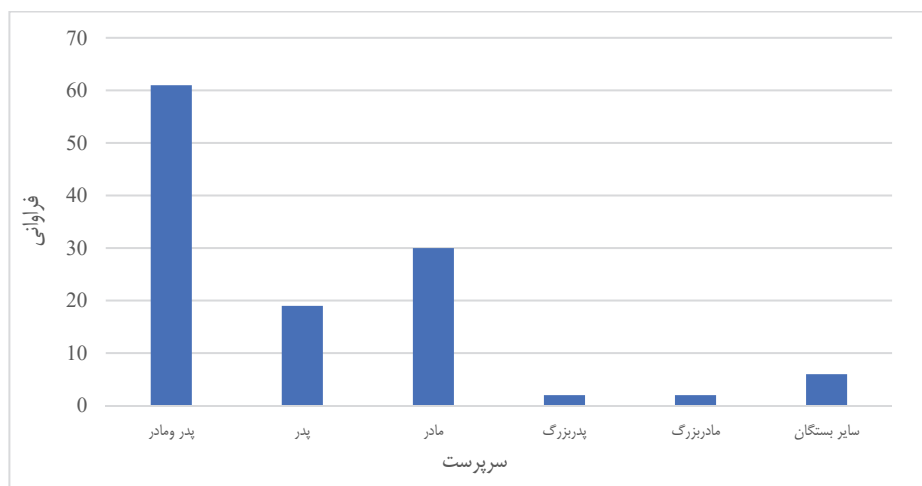


نمودار ۱: وضعیت زندگی مشترک والدین کودکان آزاردیده جنسی در شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷
 باتوجه به نمودار و جدول فوق در نمونه مورد بررسی از کودکان آزاردیده جنسی، والدین نزدیک به نیمی از این کودکان دارای زندگی مشترک نمی‌باشند.

جدول ۲: فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی سرپرست کودکان

آزاردیده جنسی در شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷

سپرپرست	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی تجمعی (درصد)
پدر و مادر	۶۱	۵۰/۸	۵۰/۸
پدر	۱۹	۱۵/۸	۶۶/۷
مادر	۳۰	۲۵/۰	۹۱/۷
پدربزرگ	۲	۱/۷	۹۳/۳
مادربزرگ	۲	۱/۷	۹۵/۰
سایر بستگان	۶	۵/۰	۱۰۰/۰
جمع	۱۲۰	۱۰۰/۰	-



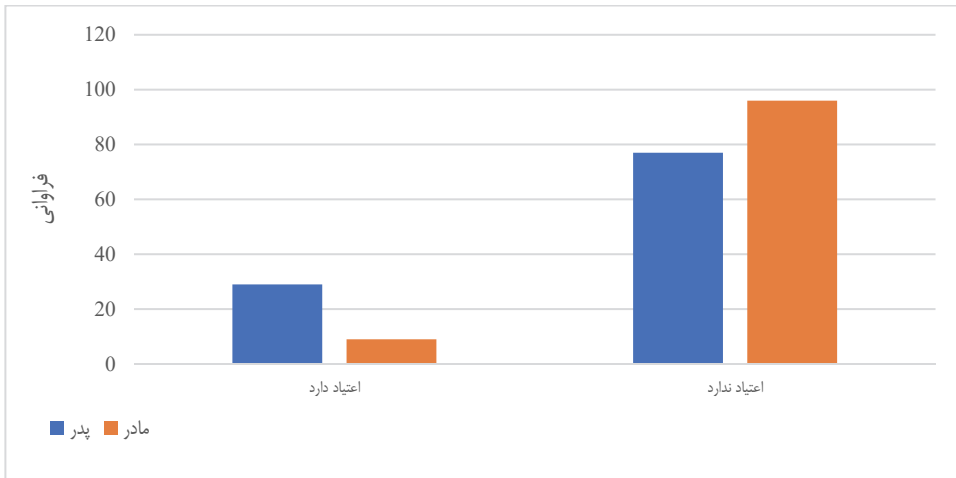
نمودار ۲: وضعیت سرپرست کودکان آزار دیده جنسی در شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷
 باتوجه به نمودار و جدول فوق در نمونه مورد بررسی از کودکان آزار دیده جنسی، نزدیک به نیمی از این کودکان تک‌سرپرست یا دارای سرپرستی به غیر از والدین خویش می‌باشند.

جدول ۳: فرآوانی مطلق و درصد فرآوانی نسبی وضعیت اعتیاد پدر کودکان آزار دیده جنسی در شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷

اعتیاد	فرآوانی مطلق	فرآوانی نسبی (درصد)	فرآوانی تجمعی (درصد)
اعتیاد دارد	۲۹	۲۷/۴	۲۷/۴
اعتیاد ندارد	۷۷	۷۲/۶	۱۰۰/۰
جمع	۱۰۶	۱۰۰/۰	-

جدول ۴: فرآوانی مطلق و درصد فرآوانی نسبی وضعیت اعتیاد مادر کودکان آزار دیده جنسی در شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷

اعتیاد	فرآوانی مطلق	فرآوانی نسبی (درصد)	فرآوانی تجمعی (درصد)
اعتیاد دارد	۹	۸/۶	۸/۶
اعتیاد ندارد	۹۶	۹۱/۴	۱۰۰/۰
جمع	۱۰۵	۱۰۰/۰	-



نمودار ۳: وضعیت اعتیاد والدین کودکان آزاردیده جنسی شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷

باتوجه به نمودار و جدول فوق در نمونه مورد بررسی از کودکان آزاردیده جنسی، بیش از یک‌چهارم (۲۷/۴ درصد) پدران دارای اعتیاد و ۸/۶ درصد از مادران معتاد بوده‌اند.

جدول ۵: مقایسه نسبت تک‌سرپرستی، بی‌سرپرستی یا داشتن سرپرستی غیر از پدر یا مادر در کودکان بزه‌دیده جنسی شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ و این نسبت در کودکان کل کشور

نتیجه آزمون کای دو	کودکان کل کشور (درصد)	کودکان آزاردیده (درصد)	گروه سرپرست کودک
$X^2 = 45/553$	۹۰/۱	۵۰/۴	پدر و مادر
$P.V < .000$	۹/۹	۴۹/۶	تک‌سرپرست، بی‌سرپرست یا دارای سرپرستی به غیر از والدین خویش

به‌طور کلی باتوجه به مطالعات و آمار موجود حدوداً ۱۰ درصد کودکان در ایران در خانواده‌های تک‌سرپرست زندگی می‌کنند، بدون سرپرست هستند یا توسط فرد دیگری غیر از پدر و مادر مورد سرپرستی قرار گرفته‌اند. نتایج حاصل از مقایسه داده‌ها نشان داد که شیوع تک‌سرپرستی و بی‌سرپرستی یا داشتن سرپرستی غیر از والدین در کودکان بزه‌دیده جنسی نزدیک به ۴۰ درصد بیشتر از این نسبت در کلیه کودکان و نوجوانان کشور می‌باشد و اختلاف مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار شده است. ($P.V < 0.05$)

جدول ۶: مقایسه نسبت اعتیاد در پدر کودکان بزه‌دیده جنسی شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ و نسبت اعتیاد در مردان کل کشور

نتیجه آزمون کای دو	کودکان کل کشور (درصد)	کودکان آزار دیده (درصد)	گروه اعتیاد پدر
$X^2 = 28/880$	۲/۵	۲۷/۴	اعتیاد دارد
$P.V < 0/000$	۹۷/۵	۷۲/۶	اعتیاد ندارد

باتوجه به مطالعه ملی انجام شده در کل کشور، شیوع اعتیاد به طور کلی برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ۲/۶۵ درصد بوده است و شیوع اعتیاد در مردان ایران ۲/۴ درصد می‌باشد. برای بررسی تأثیر اعتیاد پدران بر بزه‌دیدگی کودکانشان، این میزان‌های اعتیاد در کل کشور را با مقادیر مشاهده شده در نمونه مورد بررسی از کودکان بزه‌دیده جنسی مورد مقایسه قرار دادیم. نتایج حاصل از جدول فوق حاکی از آن است که میزان اعتیاد پدر در کودکان بزه‌دیده ۲۵ درصد بیشتر از میزان اعتیاد مردان در کل کشور است و همچنین مقدار اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار می‌باشد. ($P.V < 0.05$)

جدول ۷: مقایسه نسبت وضعیت اعتیاد در مادر کودکان بزه‌دیده جنسی شهر تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ نسبت به اعتیاد در زنان کل کشور

نتیجه آزمون کای دو	کودکان کل کشور (درصد)	کودکان آزار دیده (درصد)	گروه اعتیاد مادر
$X^2 = 7/974$	۰/۸	۸/۶	اعتیاد دارد
$P.V = 0/005$	۹۹/۲	۹۱/۴	اعتیاد ندارد

باتوجه به مطالعه ملی انجام شده در کل کشور شیوع اعتیاد برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله به طور کلی ۲/۶۵ درصد بوده است و شیوع اعتیاد در زنان ایران ۰/۸ درصد می‌باشد. برای بررسی تأثیر اعتیاد مادران بر بزه‌دیدگی کودکانشان میزان‌های اعتیاد در کل کشور را با مقادیر مشاهده شده در نمونه مورد بررسی از کودکان بزه‌دیده جنسی مورد مقایسه قرار دادیم. نتایج حاصل از جداول فوق حاکی از آن است که میزان تأثیر اعتیاد مادر بر بزه‌دیدگی کودکان، بزه‌دیده تقریباً ۸ درصد بیشتر از میزان اعتیاد زنان در کل کشور است و همچنین مقدار اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار می‌باشد. ($P.V < 0.05$)

۴- بحث

بر اساس یافته‌ها والدین نزدیک به نیمی از این کودکان دارای زندگی مشترک نمی‌باشند، نزدیک به نیمی از این کودکان تک‌سرپرست یا دارای سرپرستی به غیر از والدین خویش می‌باشند. (جدول و نمودار ۱) درحالی‌که باتوجه به مطالعات و آمار موجود حدوداً ۱۰ درصد کودکان در ایران در خانواده‌های تک‌سرپرست زندگی می‌کنند، بدون سرپرست هستند یا توسط فرد دیگری غیر از پدر و مادر مورد سرپرستی قرار گرفته‌اند.^{۲۷}

نتایج حاصل از مقایسه این میزان‌ها نشان داد که شیوع تک‌سرپرستی و بی‌سرپرستی یا داشتن سرپرستی غیر از والدین در کودکان بزه‌دیده جنسی نزدیک به ۴۰ درصد بیشتر از این نسبت در کلیه کودکان و نوجوانان کشور می‌باشد. (جدول ۵)

بی‌خانمانی و بی‌سرپرستی، کودکان را در معرض انواع کج‌روی‌ها و رفتارهای ضداجتماعی قرار می‌دهد. نیاز به حمایت‌های اجتماعی و روانی و عدم پاسخ به آن، فرد را مستعد بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی می‌کند.

پدیده بی‌سرپرستی به معنای جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در همه کشورها به صورت یک بحران بزرگ اجتماعی، ساختارهای اجتماعی جامعه را تهدید می‌کند؛ زیرا افراد بی‌سرپرست در اثر عدم حمایت خانواده و جامعه به مفسد اجتماعی گرایش پیدا می‌کنند. بی‌سرپرستی معضلی است که از زمان‌های قدیم وجود داشته و از پدیده‌های غمناک جامعه بشری است و در هر مقطع و دوره زمانی، بنا به رسوم، فرهنگ، اعتقادات مردم و دستگاه حکومتی با این پدیده برخورد متفاوتی شده است. از آنجایی‌که زنان و کودکان بی‌سرپرست در معرض آسیب‌های فراوان اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... قرار می‌گیرند، از این رو این گروه از کودکان جزء گروه پرخطر از لحاظ آسیب‌های اجتماعی و جنسی هستند که باید مورد توجه و مراقبت ویژه قرار گیرند.^{۲۸}

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان دادند بیش از یک‌چهارم (۲۷/۴ درصد) پدران دارای اعتیاد و ۸/۶ درصد از مادران معتاد بوده‌اند. (جدول و نمودارهای ۴ و ۳)

باتوجه به مطالعه ملی انجام‌شده در کل کشور، شیوع اعتیاد برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله

۲۷. علیرضا محسنی تبریزی، «بررسی وضعیت کودکان بی‌سرپرست در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی ۹ (۱۳۸۰)، ۵۲۷-۵۲۶.

۲۸. اسماعیل یعقوبی، حمایت از حقوق زنان و کودکان بی‌سرپرست در ایران در پرتو اصول حقوق بشر (تهران: دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۵)، ۲.

به‌طور کلی ۲/۶۵ درصد بوده است و شیوع اعتیاد در مردان ایران ۲/۴ درصد و در زنان ایران ۰/۸ درصد می‌باشد. نتایج حاصل از مقایسه میزان اعتیاد در کل کشور و در والدین کودکان بزه‌دیده نشان دادند، میزان اعتیاد پدر در کودکان بزه‌دیده ۲۵ درصد بیشتر از میزان اعتیاد مردان در کل کشور و میزان اعتیاد مادر در کودکان بزه‌دیده تقریباً ۸ درصد بیشتر از میزان اعتیاد زنان در کل کشور است. (جداول ۶ و ۷)

به گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، ایران دارای بیشترین معتاد نسبت به جمعیت، در بین کشورهای جهان است. آمارهای داخلی معتادان از دو میلیون تا چهار میلیون متغیر است. رشد اعتیاد در کشور سالانه حدود هشت درصد بوده درحالی‌که جمعیت کشور سالانه حدود ۲/۱ درصد رشد می‌کند. بنابراین تعداد معتادان سالانه بیش از سه برابر جمعیت رشد می‌کند.^{۲۹}

سازمان جهانی بهداشت مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیا به‌حدی است که یکی از سم‌شناسان معرف دنیا به نام لودوینگ می‌گوید: اگر غذا را مستثنا کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد. در حال حاضر در کشور ما نیز مصرف مواد مخدر افزایش داشته و زمینه‌های بروز آسیب‌های اجتماعی متعددی را فراهم نموده است. یکی از عمده‌ترین آسیب‌های وارده به‌علت اعتیاد سست شدن بنیان خانواده می‌باشد که در این موارد پدر یا مادر دارای مشکل اعتیاد نسبت به مسائل مربوط به فرزندان خویش سهل‌انگاری نموده و آنها را در معرض خطرات اجتماعی و روانی بسیاری قرار می‌دهد. همان‌طور که نتایج مطالعه ما نیز نشان داده است شیوع اعتیاد در والدین کودکان مورد آزار جنسی قرار گرفته بسیار بیشتر از کل جامعه می‌باشد؛ و این گروه آسیب‌دیده، جزء یکی از زیرگروه‌های بسیار پرخطر جامعه از نظر معضل اعتیاد هستند.^{۳۰}

۲۹. حمید صرامی، مجید قربانی و محمود مینوی، «بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران»، فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد ۲۶ (۱۳۹۲)، ۳۸-۳۷.

۳۰. رویا نوری، حسن رفیعی، هومان نارنجیها، احمدرضا باغستانی، علیرضا کیومرثی، عباس دیلمی‌زاده، مهدی اکبریان و صلاح‌الدین قادری، بررسی میزان شیوع مصرف مواد در شهروندان شیراز (تهران: مؤسسه

به استناد تحقیق «اتیولوژی و اپیدمیولوژی اعتیاد در خانواده‌های تهرانی» با رویکرد «بررسی تأثیرات ساختار خانواده بر آسیب‌های اجتماعی وارده در فرزندان» حدود ۱۱ درصد خانواده‌های مورد مطالعه در شهر تهران، به‌نوعی دچار سوءمصرف موادمخدر، محرک، الکل، روان‌گردان و داروهای آرام‌بخش هستند که این میزان با اینکه شیوع بسیار بالایی محسوب می‌شود، همچنان از میزان اعتیاد مشاهده‌شده در والدین کودکان بزه‌دیده کمتر می‌باشد.^{۳۱}

نتیجه

مطالعه حاضر به‌منظور بررسی ارتباط بین کودک‌آزاری جنسی و سوءمصرف مواد مخدر، روان‌گردان، مشروبات الکلی و وضعیت سرپرستی والدین انجام گرفته شد. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای پاسخ به این سؤال که «آیا اعتیاد والدین به مواد مخدر یا مشروبات الکلی، با در معرض آسیب جنسی قرار گرفتن کودکان مرتبط است؟» به این نتیجه رسیدیم که اعتیاد والدین یکی از عوامل مؤثر در بروز کودک‌آزاری است. همچنین در پاسخ به این سؤال که «آیا تک‌سرپرستی یا بدون سرپرست بودن کودکان با در معرض آسیب جنسی قرار گرفتن آنها ارتباط دارد؟» به این نتیجه رسیدیم که عواملی چون تک‌سرپرستی یا بی‌سرپرست بودن فرزندان ناشی از طلاق، جدایی یا فوت والدین و عدم دسترسی به سیستم‌های حمایتی در این شرایط می‌تواند منجر به بروز کودک‌آزاری جنسی شود؛ بنابراین مواردی منبعث از عوامل فوق چون محیط ناامن زندگی کودکان، والدین غیرمسئول، رفتارهای ضداجتماعی والدین معتاد، نداشتن مهارت مقابله‌ای در والدین درگیر با اعتیاد یا طلاق، زندگی فرزند دختر منحصرأ با پدر و عزت نفس پایین فرزندان در چنین خانواده‌هایی، کودکان را در معرض آسیب جنسی بیشتر قرار می‌دهد. لذا بالا بردن سطح آگاهی افراد در معرض خطر به‌خصوص کودکانی که در شرایط نامناسب اجتماعی زندگی می‌کنند، تشخیص زودرس کودک‌آزاری، مداخله و درمان و جلوگیری از بروز عوارض هولناک کودک‌آزاری ضروری به‌نظر می‌رسد.

داریوش با همکاری جمعیت خیریه تولد دوباره و دفتر کنترل مواد مخدر و جرایم سازمان ملل متحد، ۱۳۸۹، ۳۰.

۳۱. صرامی، قربانی و مینویی، پیشین، ۳۸-۳۷.

پیشنهادها:

- آموزش بیشتر و مؤکد به خانواده‌ها جهت آشنایی، تماس و استمداد از اورژانس اجتماعی در مواقع ضروری یا در صورت مشاهده موارد مختلف کودک‌آزاری؛
- شناسایی خانواده‌هایی که به دلیل بی‌ثباتی و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن رفتار والدین معتاد دچار غفلت و مسامحه در سرپرستی کودکان خود می‌شوند و احتمال وقوع کودک‌آزاری در آنها زیاد است، از طریق مددکاران بهزیستی و سپردن سرپرستی این کودکان در صورت صلاح‌دید مددکاران مربوطه به‌طور موقت از طریق دادگاه به سازمان‌هایی چون بهزیستی تا بهبود شرایط.
- افزایش برنامه‌های حمایتی برای والدین به‌ویژه مادران معتاد و افزایش کمپ‌های ترک اعتیاد زنانه در کشور و اقدام هرچه سریع‌تر جهت ترک اعتیاد و آموزش مهارت‌های زندگی و فرزندپروری به آنان؛
- آموزش مهارت‌های خودمراقبتی مربوطه به کودکان که دارای والدین مصرف‌کننده یا معتاد هستند توسط سازمان‌های متولی رسیدگی به آسیب‌های اجتماعی به دلیل بی‌کفایتی والدین معتاد.
- فراهم آوردن امکانات رفاهی مناسب در مراکز ترک اعتیاد، افزایش متخصصین درزمینه درمان اعتیاد، سم‌زدایی سریع از افراد معتاد، افزایش تعداد کلینیک‌های ترک اعتیاد در شهرستان‌های کوچک و مناطق محروم.
- ایفای نقش حمایتی قانون، خانواده و اطرافیان کودک آسیب‌دیده جنسی به‌عنوان نوعی مأمّن و پناهگاه برای کودکان؛ چنان‌که طوری با آنها برخورد نشود که احساس کنند مقصر اصلی خود آنها هستند و در صورت بروز چنین فجایی سکوت کرده و به والدین خود اطلاع ندهند.

فهرست منابع

الف. منابع فارسی

- ابرنادآبادی، علی‌حسین و عبدالعلی توجهی. «بزه‌دیده‌شناسی و بزه‌دیدگی‌های گزارش‌نشده». *فصلنامه مدرس علوم انسانی* ۳(۴) (۱۳۷۸): ۷۱-۸۰.
- اسدالهی، عبدالرحیم. «رابطه بین کودک‌آزاری والدین و الگوی مجرمانه شرارت در کودکان آزرده». *نشریه رفاه اجتماعی* ۱۹ (۱۳۸۴): ۲۵۲-۲۲۵.
- اسلامی، رضا و سیّد سارا میریان. «بردگی جنسی کودکان و سازکارهای مقابله با آن در نظام بین‌المللی حقوق بشر و ایران». *پژوهشنامه حقوق کیفری* ۶ (۱۳۹۴): ۷-۳۶.
- اشراقی، محمود. «بررسی علل و عوامل بزه‌دیدگی در خانواده». مقاله ارائه‌شده در همایش تبیین علمی بزه‌دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، مورخ ۱۳۸۲/۰۷/۳۰.
- پورافکاری، نصرت‌الله، مترجم. *خلاصه روان‌پزشکی*. تهران: نشر شهرآشوب، ۱۳۹۴.
- جعفری، امین و علی مولایی. «سیاست جنایی تقنینی - قضایی ایران در قبال جرایم جنسی علیه کودکان در پرتو اسناد بین‌المللی». *فصلنامه مطالعات حقوق کیفری و جرم‌شناسی* ۲ (۱۳۹۷): ۲۷۴-۲۵۷.
- جلیلی، بهروز. «آیا زمان مرگ فرانسیده است؟». مقاله ارائه‌شده در ششمین همایش بین‌المللی بیمارهای کودکان، تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.
- خوشایی، کنایون. «گزارش یک مورد سوءاستفاده جنسی». *فصلنامه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم زیستی و توانبخشی* ۷ (۱۳۸۲): ۱۳۹-۱۳۱.
- خلاصه‌زاده، گلرسته، نصرالله بشردوست و نسترن احمدی و قاسم دستجردی. «بررسی شیوع کودک‌آزاری در وابستگان به مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد خودمعرف شهر یزد». *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد* ۳ (۱۳۸۹): ۲۰۶-۱۹۹.
- دانش، تاج‌زمان، مجرم کیست؟ *جرم‌شناسی چیست؟*. تهران: انتشارات کیهان، ۱۳۷۴.
- دهخدا، علی‌اکبر. *لغت‌نامه*. جلد ۳. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۲.
- رایجیان اصلی، مهرداد، مترجم. *کتابچه بزه‌دیده‌شناسی*. تهران: انتشارات آرمان حقوق، ۱۳۹۱.
- صرامی، حمید، مجید قربانی و محمود مینوی. «بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران». *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد* ۲۶ (۱۳۹۲): ۵۲-۲۹.
- صافی، احمد. *خانواده متعادل*. چاپ اول. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان، ۱۳۸۴.
- غلامی، حسین. «درآمدی بر آسیب‌شناسی سیاستگذاری جنایی در قبال پیشگیری از تکرار بزهکاری و بزه‌دیدگی در ایران». *مجله آموزه‌های حقوق کیفری دانشگاه علوم اسلامی رضوی* ۱ (۱۳۹۰): ۱۸-۳.
- فروغان، مهشید. «کودک‌آزاری». *روزنامه همشهری*، شماره ۲۶۷۷، مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۲۴.
- کاتالینا، م. آراتا و لیندا. لیندمن. «ازدواج، کودک‌آزاری و بزه‌دیدگی جنسی ثانویه». ترجمه نوروز کارگری.

- نشریه فقه و حقوق ۱۵ (۱۳۸۹): ۱۹۶-۱۷۳.
- کارگری، نوروز. «آزار کودکان؛ علل و پیامدها با تأکید بر آزار خانوادگی». فصلنامه فقه و حقوق ۳ (۱۲) (۱۳۸۶): ۱۵۲-۱۲۱.
- گنجی، حمزه. آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان، ۱۳۹۴.
- لپز، ژرار و ژینا فیلیزولا. بزهدیده‌شناسی. ترجمه روح‌الدین کرد علیوند و احمد محمدی. تهران: انتشارات مجد، ۱۳۷۹.
- محسنی تبریزی، علیرضا. «بررسی وضعیت کودکان بی‌سرپرست در ایران». فصلنامه تأمین اجتماعی ۹ (۱۳۸۰): ۵۴۸-۵۲۶.
- مدنی قهرخی، سعید و امیرحمزه زینالی. آسیب‌شناسی حقوق کودک در ایران. تهران: انتشارات میزان، ۱۳۹۰.
- مدنی، سعید. کودک‌آزاری در ایران. تهران: نشر اکنون، ۱۳۸۳.
- معمودی، هادی و فرزانه مستوفی‌فر. قاچاق انسان چالش‌ها و راهکارهای پیشگیری: به سفارش گروه پژوهش فرهنگی و اجتماعی پژوهشکده تحقیقات استراتژیک. تهران: مجمع تشخیص مصلحت نظام، مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۸۸.
- نقدی‌نژاد، مجتبی. پیشگیری از بزهدیدگی اطفال در سیاست جنایی ایران و اسناد بین‌المللی. تهران: انتشارات جنگل، ۱۳۹۰.
- نقوی، اعظم و مریم فاتحی‌زاده. کودک‌آزاری: علل، آثار، درمان. تهران: انتشارات دانژه، ۱۳۸۷.
- نوری، رویا، حسن رفیعی، هومان نارنجی‌ها، احمدرضا باغستانی، علیرضا کیومرثی، عباس دیلمی‌زاده، مهدی اکبریان و صلاح‌الدین قادری. بررسی میزان شیوع مصرف مواد در شهروندان شیراز. تهران: مؤسسه داریوش با همکاری جمعیت خیریه تولد دوباره و دفتر کنترل مواد مخدر و جرایم سازمان ملل متحد، ۱۳۸۹.
- یعقوبی، اسماعیل. حمایت از حقوق زنان و کودکان بی‌سرپرست در ایران در پرتو اصول حقوق بشر. تهران: دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۵.

ب. منابع خارجی

- Amini, M, and Sh.Yazdan Panah. "Iran Medical Universit Investigation of Epidimiology Child Abuse in Rafsanjan." MD [Tesis], Tehrn: Iran University of Medical Scinces; 2000. [Persian]
- Colder, C. R., J. Mott, S. Levy, & B. Flay. "The Relation of Perceived Neighborhood Danger to Childhood Aggression: A Test of Mediating Mechanisms." *American Journal of Community Psychology* 28(1) (2000): 83-103.
- Fairchild, G., S. H. van Goozen, S. J. Stollery, M. R. Aitken, J. Savage, S. C. Moore, & I. M. Goodyer. "Decision Making and Executive Function in Male Adolescents with Early-Onset or Adolescence-Onset Conduct Disorder and Control Subjects." *Biological Psychiatry* 66(2) (2009): 162-168.
- Loose, S., C. Ratelle, F. Guay, C. Senecal, & M. Harvey. "Trajectories, of Science Self-Efficacy Beliefs during the College Transition and Academic and Vocational Adjustment in Science and Technology Programs." *Educational Research and Evaluation* 12 (4)

(2006): 373-393.

Muris, P. "Relationship between Self-efficacy and Symptoms of Anxiety Disorders and Depression in a Normal Adolescent Sample." *Personality and Individual Differences* 32 (2002): 337-348.

Murphy JM, M. Jellink, D. Quinn, G. Smith and G. Francis. *Poitrast and Marily Child Psychiatry Service*. USA: Massachusetts General Hospital and the Boston Juvenile Court, 2002.

Olson, S. L., A. J. Sameroff, E. L. Lunkenheimer, & D. C. R. Kerr. "Self-regulatory Processes in the Development of Disruptive Behavior Problems: The Preschool-to-school Transition." In *Biopsychosocial Regulatory Process in the Development of Childhood Behavior Problems*, edited by S. L. Olson & A. J. Sameroff. London: Cambridge University Press, 2009).

Popma, A., T. A. Doreleijers, L. M. Jansen, S. H. Van Goozen, H. Van Engeland, & R. Vermeiren. "The Diurnal Cortisol Cycle in Delinquent Male Adolescents and Normal Controls." *Neuropsychopharmacology* 32(7) (2007): 1622-1628.

Thomas, P. G., & M. B. Cary. *Childhood Behavioral Issues*. USA: Routledge. Taylor & Francis Group, 2007.

Whitbeck, L. B., D. R. Hoyt, and W. N. Bao. "Depressive Symptoms and Co-Occurring Depressive Symptoms, Substance Abuse, and Conduct Problems among Runaway and Homeless Adolescents." *Child Development* 71(3) (2000): 721-732.