

الله أكبر  
الحمد لله  
الكرين



دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
گروه روانشناسی

بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر روی کودکان  
آسیب دیده از آزار جسمی

**استاد راهنما:**

دکتر حسین قمری گیوی

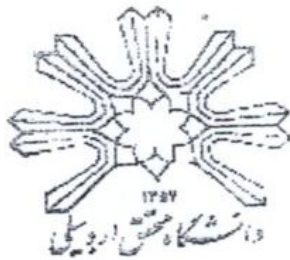
**استاد مشاور:**

دکتر عادل زاهد

**دانشجو:**

رعنا حرفتی سبحانی لیل آبادی

بهار ۱۳۸۹



بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر روی کودکان

آسیب دیده از آزار جسمی

توسط:

رعنا حرفتی سبحانی لیل آبادی

پایان نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی عمومی

از

دانشگاه محقق اردبیلی

اردبیل - ایران

ارزیابی و تصویب شده توسط کمیته پایان نامه با درجه ..... عالی

دکتر حسین قمری گیوی استاد راهنما و رئیس کمیته ..... استادیار

دکتر عباس ابوالقاسمی (داور داخلی) ..... دانشیار

دکتر فریبا صادقی موحد (داور خارجی) .....

دکتر عادل زاهد (استاد مشاور) ..... استادیار

خرداد ۱۳۸۹

تقدیم به:

مادر مهربان و پدر صبورم

به پاس همه خوبیهایشان

و تقدیم به همه کودکان پاک ایران

سپاس پروردگار مهربانم را که در هر نفس فرصتی گرانبها به من عطا نمود و در هر فرصتی نعمتی ارزنده، هر گامی را قوتی و هر مسیری را همتی.

اکنون که به لطف پروردگار توفیق یافتم تا دوره‌ای از فراگیری علم و دانش را طی کنم، وظیفه خود می‌دانم از کلیه اساتید ارجمندی که در طی این دو سال به من آموختند، تشکر کنم.

از آقای دکتر حسین قمری، استاد راهنمای محترم که در طول پژوهش از نظرات ایشان بهره بردم، سپاسگزارم.

از راهنماییهای دلسوزانه استاد مشاور بزرگوارم جناب آقای دکتر عادل زاهد کمال تشکر را دارم.

همچنین از مساعدت بی‌دریغ دکتر عباس ابوالقاسمی در طول این دوره تحصیلی که قبول زحمت نموده و داوری این پژوهش را نیز بر عهده گرفتند، سپاسگزارم.

از دوستان نازنینم خانمها مهدیه بذرافشان و سهیلا یآوری همچنین همکلاسی ارجمندم آقای حسن رضایی جمالویی که با همفکری و همیاری مرا در انجام این پژوهش یاری رساندند سپاسگزارم.

نام خانوادگی دانشجو: حرفتی سبحانی لیل آبادی	نام: رعنا
عنوان پایان نامه: بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کودکان آزار دیده جسمی	
اساتید راهنما: دکتر حسین قمری گیوی استاد مشاور: دکتر عادل زاهد	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
دانشگاه: محقق اردبیلی	دانشکده: ادبیات و علوم انسانی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۸۹/۳/۱۸	تعداد صفحه: ۱۰۵
کلید واژه‌ها: کودک آزاری جسمی، درمان شناختی-رفتاری، اختلال استرس پس از سانحه، پرخاشگری	
<p><b>چکیده:</b></p> <p>هدف کلی این پژوهش "تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر روی کودکان آزار دیده جسمی" بود. این تحقیق از نوع آزمایشی بوده و به صورت کنترل گروههای نابرابر با دو گروه می‌باشد. برای شناسایی کودکان آزار دیده جسمی ابتدا آیتمهای مربوط به مقیاس آزار جسمی بر روی ۳۰۶ دانش آموز دختر دو مدرسه از مدارس دخترانه ابتدایی شهر اردبیل به اجرا درآمده سپس از بین ۷۰ کودکی که بالاترین نمرات را بدست آورده بودند، ۳۰ دانش آموز به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. در فرآیند درمان این ۳۰ نفر به ۲۵ نفر افت پیدا کرده و در قالب دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. جلسات درمانی در ۸ قالب جلسه تشکیل شد. در این جلسات روش درمانی شناختی-رفتاری (تکنیکهای کنترل خشم و ابراز وجود برای کاهش پرخاشگری و تن آرامی و بازسازی شناختی برای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه) مورد استفاده قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون t مستقل استفاده شد. یافته‌های پژوهشی نشان داد، نمرات آزمون پرخاشگری کودکان آزار دیده به صورت کلی و نیز مؤلفه‌های آن یعنی خشم، تهاجم و لجاجت نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون نیز تفاوت معنی داری از خود نشان داد. همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش در نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به صورت کلی و نیز هر سه مؤلفه آن یعنی تجربه مجدد، برانگیختگی و اجتناب می‌شود.</p>	

## فهرست

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول: کلیات تحقیق</b>
۲	- مقدمه
۴	- بیان مساله
۸	- اهداف پژوهش
	- اهداف کلی
	- اهداف اختصاصی
۹	- اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	- فرضیه‌ها
۱۱	- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۱۱	- کودک آزاری جسمی
۱۱	- پرخاشگری
۱۱	- اختلال استرس پس از سانحه
۱۲	- درمان شناختی-رفتاری
	<b>فصل دوم: مبانی نظری تحقیق</b>
۱۴	- مقدمه
۱۴	- کودک آزاری جسمانی
۱۴	- تاریخچه کودک آزاری
۱۶	- کودک آزاری
۱۷	- کودک آزاری جسمی
۱۷	- غفلت (غفلت جسمانی)
۱۸	- همه گیر شناسی کودک آزاری
۱۸	- (۱) سن
۱۹	- (۲) جنسیت کودک
۱۹	- (۳) ترتیب تولد

۲۰	۴ - نسبت کودک با فرد آزاردهنده
۲۰	- شیوع
۲۱	- سبب شناسی کودک آزاری
۲۱	- (۱) عوامل روانی
۲۱	- ویژگیهای روانی کودکان آزار دیده
۲۲	- الف) کودکان ناهنجار
۲۲	- ب) کودکان دشوار
۲۲	- ج) کودکان طرد شده
۲۳	- (۲) عوامل خانوادگی و اجتماعی
۲۳	- الف) جمعیت خانواده
۲۳	- ب) سابقه بیماری جسمی یا روانی در خانواده
۲۴	- ج) اعتیاد در خانواده
۲۴	- د) سابقه سوء پیشینه در خانواده
۲۴	- ه) سابقه وجود طلاق در خانواده
۲۵	- علائم کودک آزاری جسمی
۲۵	- پیشگیری از کودک آزاری
۲۷	- درمان کودک آزاری جسمانی
۲۷	- مداخلات درمانی
۲۸	- پرخاشگری
۲۸	- مقدمه
۲۹	- تعریف پرخاشگری
۲۹	- نظریه‌های پرخاشگری
۲۹	- فردیت زدایی پرخاشگری زیمنباردو
۳۰	- (۲) نظریه انسانیت زدایی- پرخاشگری فشباخ
۳۰	- (۳) نظریه انتقال برانگیختگی
۳۰	- (۴) نظریه درون گرایی- برون گرایی آیزنک
۳۱	- (۵) مدل شرمساری- پرخاشگری تانگنی



- ۳۱ - مدل پرخاشگری - پرخاشگری
- ۳۱ - رفتار پرخاشگرانه در مراحل رشد کودکی و نوجوانی
- ۳۳ - تفاوت‌های جنسیتی در پرخاشگری
- ۳۴ - عوامل خطر ساز پرخاشگری
- ۳۴ - (۱) عوامل خطر ساز مؤثر در پرخاشگری از جانب کودک
- ۳۵ - (۲) عوامل خطر ساز مؤثر در پرخاشگری از جانب والدین
- ۳۶ - (۳) عوامل خطر ساز مؤثر در پرخاشگری بر اساس تعامل والدین - کودک
- ۳۷ - درمان پرخاشگری
- ۳۹ - اختلال استرس پس از سانحه
- ۳۹ - مقدمه
- ۴۰ - اختلالات همراه با PTSD
- ۴۱ - عوامل مؤثر در بروز اختلال استرس پس از سانحه
- ۴۱ - (۱) عوامل رفتاری مؤثر در بروز اختلال استرس پس از سانحه
- ۴۲ - (۲) عوامل شناختی مؤثر در اختلال استرس پس از سانحه
- ۴۲ - (۳) عوامل ژنتیکی-زیستی اختلال استرس پس از سانحه
- ۴۳ - درمان‌های شناختی-رفتاری برای درمان اختلال استرس پس از سانحه
- ۴۴ - ارتباط پرخاشگری و اختلال استرس پس از سانحه
- ۴۴ - درمان شناختی-رفتاری
- ۴۵ - تاریخچه درمان شناختی-رفتاری
- ۴۷ - مزایای رویکرد شناختی-رفتاری
- ۴۷ - نقاط ضعف رویکرد شناختی-رفتاری
- ۴۸ - اصول و شیوه‌های درمان شناختی-رفتاری در کودکان
- ۴۸ - الف) آموزش عاطفی
- ۴۹ - ب) آرامش
- ۴۹ - ج) حل مسائل اجتماعی
- ۵۰ - د) بازسازی شناختی
- ۵۰ - پ) تقویت مشروط

- ۵۰ - ه) الگوسازی
- ۵۱ - و) نقش‌گزاری یا ایفای نقش
- ۵۲ - پژوهش‌های صورت گرفته در داخل کشور
- ۵۴ - پژوهش‌های صورت گرفته در خارج از کشور
- ۵۸ - جمع بندی

### فصل سوم: روش تحقیق

- ۶۰ - مقدمه
- ۶۰ - روش تحقیق و دلیل انتخاب آن
- ۶۰ - جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری نمونه:
- ۶۱ - ابزار پژوهش
- ۶۱ - ۱- چک لیست ویژگی‌های جمعیت شناختی
- ۶۱ - ۲- پرسشنامه کودک آزاری فرم کوتاه شده
- ۶۱ - ۳- مقیاس واکنش کودک به وقایع تروماتیک
- ۶۲ - ۳- پرسشنامه پرخاشگری اهواز
- ۶۲ - روش اجرا
- ۶۳ - روش مداخله
- ۶۶ - شرایط ورود و خروج
- ۶۶ - روش‌های تجزیه و تحلیل اطلاعات

### فصل چهارم: یافته‌های تحقیق

- ۶۸ - یافته‌های جمعیت شناختی
- ۷۲ - یافته‌های توصیفی
- ۷۶ - یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- ۸۷ - مقدمه
- ۸۷ - پرخاشگری
- ۹۱ - اختلال استرس پس از سانحه
- ۹۳ - نتیجه گیری

۹۴

۹۵

۹۶

۹۹

۱۰۶

- محدودیتها

-پیشنهادات

- منابع فارسی

- منابع لاتین

- پیوست

## فهرست جداول

صفحه	عنوان جدول
۶۸	جدول ۴-۱: توزیع فراوانی سنی دو گروه عادی و آزار دیده
۶۹	جدول شماره ۴-۲: توزیع فراوانی سطح تحصیلات پدر
۷۰	جدول شماره ۴-۳: توزیع فراوانی سطح تحصیلات مادر
۷۱	جدول ۴-۴: توزیع فراوانی دفعات تنبیه در میان کودکان عادی و آزار دیده
۷۲-۷۳	جدول ۴-۵ میانگین و انحراف معیار برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل
۷۴	جدول ۴-۶ میانگین و انحراف معیار برای اختلال استرس پس از سانحه پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل
۷۶	جدول ۴-۷ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه در متغیر پرخاشگری
۷۷	جدول ۴-۸ نتایج آزمون باکس برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل
۷۷	جدول ۴-۹ نتایج آزمون لوین برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر پرخاشگری
۷۸	جدول ۴-۱۰ نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل
۷۹	جدول ۴-۱۱ خلاصه اطلاعات حاصل از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در خصوص مؤلفه‌های پرخاشگری
۸۰	جدول ۴-۱۲ مقایسه دو به دو میانگین اختلافی زیرمؤلفه‌های پرخاشگری بین دو گروه براساس آزمون تعقیبی LSD
۸۱	جدول ۴-۱۳ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه در اختلال استرس پس از سانحه
۸۱	جدول ۴-۱۴ نتایج آزمون باکس برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر استرس پس از سانحه در گروه آزمایش و کنترل
۸۲	جدول ۴-۱۵ نتایج آزمون لوین برای پیش آزمون و پس آزمون متغیر استرس پس از سانحه

- ۸۳ جدول ۴-۱۶ نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره برای پیش آزمون و پس آزمون اختلال استرس پس از سانحه در گروه آزمایش و کنترل
- ۸۴ جدول ۴-۱۷ خلاصه اطلاعات حاصل از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در خصوص مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه
- ۸۵ جدول ۴-۱۸ مقایسه دویه دو میانگین اختلافی زیر مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه بین دو گروه براساس آزمون تعقیبی LSD



# فصل اول

## کلیات تحقیق

## فصل اول

### مقدمه

بررسی ترکیب سنی جمعیت کشور نشان دهنده بافت جوان آن است. این واقعیت سبب شده تا طی سالهای اخیر به گروه‌های سنی کف هرم جمعیت و افراد با سنین کمتر از ۱۸ سال توجه بیشتری شود. بسیاری از صاحب‌نظران موكداً هشدار می‌دهند که در صورت عدم توجه به سلامت فردی و اجتماعی این افراد، در آینده شاهد صدمات جبران ناپذیری به کشور و منابع ملی خواهیم بود. به دلیل همین حساسیت عمومی طی سالهای اخیر پدیده کودک آزاری<sup>۱</sup> به عنوان یک مشکل اجتماعی بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است (مدنی، ۱۳۸۳).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (WHO) در سال ۱۹۹۹، کودک آزاری جسمی<sup>۳</sup> عبارت است از هر تعاملی که منجر به آسیب واقعی بالفعل یا بالقوه کودک گردد و در کنترل والد یا سرپرست قدرتمند و یا مورد اعتماد کودک باشد. کودک آزاری ممکن است یکبار و یا به دفعات مختلف روی دهد. هیچ آمار دقیقی از بروز کودک آزاری در دست نیست. میزان شیوع کودک آزاری در خلال سالیان، دستخوش تغییرات قابل توجهی شده است. تخمین‌های گوناگونی از چند هزار تا چندین میلیون در این مورد وجود دارد. به هر حال مسلم است که میزان وقوع کودک آزاری بسیار بالاست (والک<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸). تخمین زده شده که سالیانه حدود ۱۰۰۰ تا ۵۰۰۰ کودک بر اثر کودک آزاری جان خود را از دست می‌دهند. میانگین سن کودکانی که مورد بدرفتاری واقع می‌شوند ۷/۱۴ سال و میانگین سن کودکانی که بر اثر آسیب می‌میرند، ۲/۶۱ سال است (کریتن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷). در مقایسه با دیگر کشورها موارد گزارش شده کودک آزاری در ایران بسیار محدود است. در عین حال واکنش افکار عمومی در برابر همین موارد معدود نشان می‌دهد که حساسیت عمومی نسبت به آن بیشتر از دیگر کشورهاست. این امر تا حدود زیادی می‌تواند متأثر از فرهنگ ایرانی باشد که در آن اصولاً کودکان مورد حمایت قرار می‌گیرند. با این

---

<sup>1</sup> Child abuse  
<sup>4</sup>.Walker

<sup>2</sup>. World health organization  
<sup>5</sup>.Creighton

<sup>3</sup>.child physical abuse



وجود نمی‌توان تعداد محدود موارد گزارش شده کودک آزاری در ایران را دلیلی بر پایین بودن میزان شیوع کودک آزاری محسوب کرد. زیرا عوامل متعددی در مسیر آزاردیدگی تا گزارش آن مداخله می‌کنند که می‌توان این عوامل را مانع گزارش دهی آزار کودکان در ایران قلمداد کرد (مدنی، ۱۳۸۳).

کودکانی که مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند، با مشکلات بسیاری مواجه‌اند که از آن جمله می‌توان به اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی یا اختلالات تجزیه‌ای اشاره کرد. ضمن آنکه مزمن بودن آزار به وخیم‌تر شدن اختلالات منجر می‌گردد (برون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

اختلالات دوره کودکی را می‌توان به دو گروه طبقه بندی کرد: اختلالات درون ریزی شده<sup>۲</sup> که از درون فرد جهت دهی می‌شوند و خود فرد به نوعی با آن درگیر است مانند حالات اضطرابی و اختلالات برون سازی<sup>۳</sup> که جهت دهی آنها از بیرون است و فرد کنترلی بر روی آنها ندارد مانند پرخاشگری<sup>۴</sup> و استرس پس از سانحه<sup>۵</sup>. (کینگ و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

از میان بسیاری از رفتارهای خودکنترلی که فرد بایستی در طول زندگی بیاموزد شاید هیچ یک به اندازه پرخاشگری اهمیت نداشته باشد، زیرا عدم توانایی در کنترل پرخاشگری باعث تحمیل هزینه‌های بسیاری بر فرد می‌گردد (جویرمن و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). پرخاشگری از رایجترین اختلالات دوران کودکی است که ممکن است با اختلالات دیگری مانند اختلالات مقابله‌ای و سلوک (نیکسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲). اختلال بیش فعالی، اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت ظاهر شود (تورگی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). علت مراجعه بسیاری از والدین در مورد کودکان به مراکز روانشناختی همین پرخاشگری است. کودکان پرخاشگر ممکن است خطاهای پردازش شناختی داشته باشند که تعبیر و تفسیر تعاملات اجتماعی خود و دیگران را برای آنها دشوار می‌سازد (پاکاسلاتی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). بنابراین روشهای شناختی-رفتاری برای این گروه هم در زمینه مفهوم سازی و هم در زمینه درمان پرخاشگری مفید واقع می‌شوند (هنین و دیگران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲).

نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان به دنبال تجربه وقایعی چون مرگ فرد مورد علاقه، بدرفتاری جسمی و جنسی، وقایع طبیعی و مانند آن رخ دهد. روشهایی که برای درمان اختلال استرس پس از سانحه بکار می‌رود شامل مواجهه تدریجی، الگوسازی، آموزش مهارت‌های پیشگیری است (دبلینگر و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۰).

<sup>1</sup>.Brown

<sup>4</sup>. Joyraman et al

<sup>7</sup>. Nickson

<sup>10</sup>. Hennin et al

<sup>2</sup>.internalized disorder

<sup>5</sup>. post traumatic stress disorder

<sup>8</sup>. Torgey

<sup>11</sup>. Deblinger et al

<sup>3</sup>.aggression

<sup>6</sup> King et al

<sup>9</sup>. Pascaletti

درمان شناختی-رفتاری، رویکرد نسبتاً نوپایی است که می‌خواهد فرد را در بافت یا زمینه زیستی، اجتماعی و فرهنگی خود قرار دهد و با تکیه بر اصول و قواعد برخاسته از رشته‌های مختلف روانشناسی و سایر علوم وابسته، سالم زیستن و سالم اندیشیدن را به او بیاموزد. این رویکرد خود از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی (چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روانشناسی شناختی و دانش شناخت پایه) پدید آمد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که در رفتار درمانی شناختی، نقاط قوت رویکردهای رفتار درمانی و شناخت درمانی یعنی عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی شناختی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر گرد آمده‌اند. امروزه این رویکرد نظریه‌ها و نگرش‌های نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است که شاید بتوان تنها وجه مشترک آنها را توجه واسطه‌ای به فرآیندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرکها دانست. امروزه درمان شناختی-رفتاری، کاربردهای بسیار وسیعی دارد (هاوتون و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۵).

اگرچه بسیاری از روشهای درمان شناختی-رفتاری به صورتی تقریباً یکسان در بین کودکان و نوجوانان و بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرند و در حیطه‌هایی که هیچ روش کارآمد دیگری وجود ندارد کاربرد دارند (هنین و همکاران، ۲۰۰۲)، اما در زمینه کاربرد این روشها در کودکان و نوجوانان بایستی به مرحله رشدی که در آن قرار دارد، سطح رشد شناختی و عاطفی آنها، ایجاد انگیزه کافی برای شروع و پیگیری درمان و توجه به نقش بزرگسالان در شروع و ادامه درمان کودکان توجه کرد. هدف کلی از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر میزان پرخاشگری استرس پس از سانحه بر روی دانش‌آموزان دختر آسیب دیده از آزار جسمی در مقطع ابتدایی می‌باشد.

## بیان مساله

متن بازننگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی پنج رفتار در ارتباط با سوءرفتار و مسامحه را مشخص کرده است: (۱) سوء رفتار جسمی با کودک. (۲) سوء رفتار جنسی با کودک. (۳) مسامحه در مورد کودک. (۴) سوءرفتار جسمی با بزرگسال. (۵) سوء رفتار جنسی با بزرگسال. به طور کلی انواع آزار شامل اشکال جسمی، جنسی، عاطفی، اجتماعی و غفلت- بی توجهی

<sup>۱</sup>. Kirk et al

می‌باشد. عوامل زیادی در بروز سوءرفتار و مسامحه در مورد کودکان نقش دارند. والدین آزارگر اغلب خود قربانی سوءرفتار جنسی و جسمی بوده‌اند. شرایط زندگی پر استرس نظیر تراکم و فقر، انزوای اجتماعی، فقدان نظام حمایتی و سوءمصرف مواد از سوی والدین، سطح استرس را در خانواده‌های آسیب‌پذیر بالا برده و احتمال رفتار خشن و مسامحه را در مورد کودکان افزایش می‌دهد (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۷).

کودک آزاری<sup>۲</sup> تجربه‌ای نسبتاً رایج در میان کودکان و در همه سنین می‌باشد. این پدیده انواع مختلفی دارد که شامل غفلت، آزار جسمی<sup>۳</sup>، آزار جنسی و آزار هیجانی<sup>۴</sup> می‌باشد. در برخی موارد نیز آزار به شکلی توأم بر کودک وارد می‌شود. صدمه‌ای که در نتیجه این آسیبها دامنگیر کودک می‌شود، دارای بار روانشناختی، رفتاری و اثرات دیرپا می‌باشد. کودک آزاری را می‌توان در درجات کم پدیده‌ای ناخوشایند و در سطوح بالا مهلک و کشنده در نظر گرفت که در هر حالت با طیف گسترده‌ای از آسیبها همراه است که اغلب دارای جنبه‌های روانشناختی و رفتاری می‌باشند (گلاسر، ۲۰۰۸).

یکی از مهمترین و مخربترین انواع کودک آزاری، آزار جسمی است. آزار جسمی کودک به عنوان عملی تعریف شده است که موجب یا زمینه‌ساز آسیب و جراحت بدنی به کودک می‌شود (پتی و کرتیس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). این آسیبها ناشی از تنبیهات شدید جسمی یا غیر موجه می‌باشد. همچنین شامل حمله آگاهانه و عمدی به کودک مثل سوزاندن، گاز گرفتن، بریدن، هل دادن، تابیدن اندامها، شکنجه، ضربات، زخمها و شکستگی‌ها می‌شود (نلسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶). آزار جسمی کودک قویا با مشکلات جسمانی و روانشناختی بعدی در ارتباط است (زرگر و نشاط دوست، ۱۳۸۵). افسردگی، احساس گناه، سرزنش خود، اضطراب و اعتماد به نفس پایین (فرانکلین و هافربری<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰)، احساس غم و ناخرسندی، اجتناب از برقراری روابط صمیمانه، گوشه‌گیری و بیش‌فعالی (جلن، کارول و تایر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱) همگی می‌توانند در نتیجه آزار کودکان به وجود آید.

هیچ آمار دقیقی از بروز کودک آزاری جسمی در دست نیست. لوئیس<sup>۹</sup> (۲۰۰۲) میزان شیوع آزار جسمی را ۰/۲۸/۹ درصد گزارش می‌کند. شر و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) شیوع آزار جسمی در آمریکا را

1. Kaplan & Sadock

4. Emotional abuse

7. Franklin & Haferbury

10. Scher & et al

2. Child abuse

5. Petit & Curtis

8. Jellen, Carrol, Thaye

3. Physical abuse

6. Nelson

9. Lewis

۰/۳۵ درصد برآورد کرده‌اند. در ایران نیز پژوهش‌هایی برای تعیین شیوع آزار جسمی صورت گرفته است. بر اساس نتایج تحقیق نوروزی (۱۳۷۲) نشان می‌دهد که ۰/۴۶/۲ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی تجاربی از آزار جسمی را گزارش کرده‌اند. در پژوهش نامداری (۱۳۷۲) شیوع آزار جسمی در دانش‌آموزان دوره راهنمایی خرم آباد ۰/۵۸/۲ درصد برآورد شده است. به نظر می‌رسد علت برآوردهای متفاوت از میزان شیوع آزار جسمانی نبود تعریف واحد، عوامل فرهنگی و درجات مختلف آسیب باشد.

سوء رفتار جسمانی با کودک علاوه بر صدمات بالینی جدی که به جا می‌گذارد، آسیب‌های روانی خاصی را نیز به دنبال خواهد داشت. اثرات فوری کودک آزاری جسمانی شامل پاسخهای پس از سانحه، بی‌ثباتی هیجانی، تحریف تفکر و غیره می‌باشد. اثرات بلند مدت آن ممکن است شامل اختلال در روابط بین فردی، راهبردهای اجتنابی، افکار خودکشی یا اقدام به آن، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، اختلالات رشدی و در موارد شدیدتر اختلالات شخصیت مثل اختلال شخصیت مرزی باشد (لودویگ و کرنبرگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲).

در طول دو دهه گذشته کوشش‌های قابل توجهی برای شناسایی یک روش درمانی مناسب برای کودک آزاری صورت گرفته است. بویژه در چند سال اخیر حجم وسیعی از مطالعات در حمایت از کارآیی پروتکل‌های درمانی خاص برای کودکان آزار دیده و خانواده آنها ظاهر شدند (کوهن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). برای مثال تلفیق تکنیک‌های ویژه در جهت درمان فردی و سیستم‌های گسترده‌تر خانواده‌گی به عنوان جدیدترین مدل که مکمل تلاش‌های پیشین است، بکار می‌رود (کولکو و سونسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). این مدل بر ارزیابی عوامل خطر ساز و سهیم در رفتار آزارگرانه از طریق کودک، والدین و نظام‌های اجتماعی می‌پردازد (کولکو، ۲۰۰۲). اجزای کلیدی این درمان عبارتند از: فهم تظاهرات خانوادگی خشونت و خصومت در میان کودکان، آموزش روانی در مورد قوانین کودک آزاری، مداخلات متمرکز بر هیجان نظیر مهارت‌های مدیریت هیجان، رشد برنامه‌های حمایت اجتماعی و آموزش مهارت‌های اجتماعی افزایش شایستگی اجتماعی. در زمینه درمان علائم ناشی از آزار در کودکان تلاش‌های بسیاری صورت گرفته است. ساندرز و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) ۱۶ پروتکل درمانی را برای کودکان آزار دیده و خانواده‌های آنها با حداقل حمایت تجربی توصیف کرده‌اند. که به نظر می‌رسد یکی از موثرترین درمان‌ها درباره‌ی این کودکان درمان شناختی رفتاری است.

<sup>۱</sup>. Ludwig & Kornberg

<sup>۲</sup>. Cohen et al

<sup>۳</sup>. Kolko & Swenson

<sup>۴</sup>. Saunders & et al