

سازمان بهداشت جهانی

گزارشی از بدرفتاری با کودک و ارتباط آن با مصرف الکل

ترجمه: نیلوفر انسان

انتشار: سایت حق کودکی

<http://right-to-childhood.com>



سازمان بهداشت جهانی گزارشی از بدرفتاری با کودک و ارتباط آن با مصرف الکل

سازمان بهداشت جهانی

ترجمه: نیلوفر انسان

انتشار: سایت حق کودکی

ارجاع: سازمان بهداشت جهانی، گزارشی از بدرفتاری با کودک و ارتباط آن با مصرف الکل. ترجمه‌ی نیلوفر انسان. سایت حق کودکی، ۲۰۱۵

بدرفتاری با کودک به شدت با مصرف الکل ارتباط دارد، به ویژه اگر مصرف الکل از یک الگوی مضر یا پرخطر پیروی کند. برخی از مطالعات و تحقیقات نشان می‌دهند که الکل عامل مهم و تعیین‌کننده‌ای در بدرفتاری با کودک است و نیز در بیشتر این تحقیقات آمده است که اگر با کودکی بدرفتاری شود احتمال مصرف پرخطر یا مضر الکل در زندگی آینده‌ی او به طور چشمگیری بالا می‌رود.

این گزارش مستند، نقش مصرف پرخطر الکل در بدرفتاری با کودک و [همچنین] تأثیرات طولانی مدت آن بر الگوهای مصرف الکل در میان کسانی که در کودکی با آن‌ها بدرفتاری شده را به تفصیل توضیح داده و نقش بهداشت عمومی را در این زمینه مورد بررسی قرار می‌دهد.

ارتباط میان مصرف الکل و بدرفتاری با کودک

علاوه بر آن که به صورت کلی میان مصرف الکل و خشونت بین افراد رابطه‌ای قوی وجود دارد، میان مصرف الکل و بدرفتاری با کودک نیز می‌توان رابطه‌ی مشخصی یافت.

○ مصرف پرخطر الکل¹ می‌تواند به صورت مستقیم بر روی کارکرد فیزیکی و ادراکی تاثیر گذاشته، کنترل بر خود را کاهش داده و امکان عملکرد خشونت آمیز یک شخص، از جمله خشونت در قبال کودکان را افزایش دهد.

جعبه توضیحی اول: بدرفتاری با کودک

بدرفتاری با کودک، عبارت است از هر نوع رفتار ناسالم فیزیکی و/یا احساسی، آزار جنسی، بی‌توجهی، مسامحه، بهره‌کشی تجاری یا سایر انواع آن که آسیب حقیقی یا بالقوه به سلامت کودک، بقاء و رشد و کرامت او در بستر یک رابطه یا مسئولیت، اعتماد یا قدرت را در پی داشته باشد. آمار جهانی در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که ۵۷۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال بر اثر قتل از میان رفته‌اند و بیشترین نرخ قتل نیز میان نوزادان و کودکان بسیار خردسال ۰ تا ۴ ساله بوده است. آمار خشونت‌های غیر مرگبار حتی بیشتر از این هم است. در ایالات متحده آمریکا، در سال ۲۰۰۳ تقریباً ۹۰۶.۰۰۰ کودک یافت شده‌اند که قربانی بد رفتاری بوده‌اند. مطالعه‌ای تطبیقی درباره‌ی بدرفتاری با کودک در شیلی، مصر، هند و فیلیپین نشان می‌دهد که درصدی از مادران، خود پذیرفته‌اند که فرزندشان را با یک شیء می‌زنند (بیشتر هم بر بخشی از بدن کودک تا کفل وی) که این میزان از ۴٪ در شیلی تا ۳۶٪ در هند متغیر بوده است. البته گمانه‌زنی درباره‌ی بدرفتاری‌های غیر مرگبار مشکل است و تفاوت‌های فرهنگی در سبک پدر و مادری کردن و تعریف بدرفتاری با کودک، این ارزیابی را دچار ابهام بیشتری هم می‌کند. علاوه بر آن بسیاری از کشورها، هیچ قاعده‌ی مشخصی برای ثبت گزارشات بدرفتاری با کودک ندارند و حتی در کشورهایی که از چنین قاعده‌ای برخوردار هستند نیز بیشتر رخدادهای خشونت‌آمیز به مقامات گزارش نمی‌شوند.

○ مصرف پرخطر الکل توسط والدین و سرپرستان می‌تواند حس مسئولیت-پذیری آن‌ها را از میان برده و میزان زمان و مقدار پول موجودی که باید صرف کودک شود را کاهش دهد. در چنین مواردی ممکن است نیازهای ابتدایی کودکان نادیده گرفته شوند.

○ مصرف پرخطر الکل، با مشکلات دیگر والدین از قبیل سلامت اندک روانی و ویژگی‌های شخصیتی ضد اجتماعی، پیوند دارد. چنین عواملی، خطرات بدرفتاری با کودک را افزایش می‌دهند.

○ تجربه‌ی یک کودک از بدرفتاری، با مصرف پرخطر و پرخطر الکل از جانب او در بزرگسالی، که اغلب به منظور مقابله با شرایط و یا خود درمانی صورت می‌گیرد، ارتباط دارد.

○ مصرف پرخطر الکل در دوران حاملگی می‌تواند منجر به ایجاد سندروم

الکل در دوران جنینی² و یا تاثیرات الکل در دوران جنینی³ در کودک شود. این شرایط خطر بدرفتاری با نوزادان را افزایش داده و با رفتار مجرمانه و برخی اوقات خشن آنها در آینده مرتبط است.

¹ مصرف پرخطر الکل: الگوی مصرف آن به شکلی است که منجر به آسیب به سلامت شود. مصرف پرخطر الکل: مصرف الکل به شکلی است که خطر عواقب مضر آن را برای مصرف‌کننده افزایش می‌دهد.

² Fetal Alcohol Syndrome (FAS)

- اجازه‌ی دسترسی بدون نظارت و نامحدود به الکل که سبب ناهشیاری مدام کودکان می‌شود، می‌تواند به سلامت ذهنی و فیزیکی آن‌ها آسیب برساند و منجر به خطر فزاینده‌ی خشونت شود.

آمارهای بدرفتاری‌های مرتبط با الکل با کودک

گزارش تحقیقات در کشورهای مختلف حاکی از آن است که مصرف پرخطر الکل با بدرفتاری نسبت به کودک مرتبط است (از جمله آفریقای جنوبی، کلمبیا، لتونی، لیتوانی، مولداوی، جمهوری یوگسلاوی سابق مقدونیه، ایالات متحده و انگلستان). با این حال مطالعات کمی درباره‌ی مصرف الکل و ارتباط آن با بدرفتاری با کودک بسیار اندک بوده و تقریباً منحصر به کشورهای پردرآمد است. جایی که ارقام در دسترس باشند، تفاوت‌های روش‌شناختی میان کشورها، مقایسه را دشوار کرده و ابهام مساله حتی با گزارش‌دهی ناقص بدرفتاری با کودک به نظام‌های بهداشتی و قضایی بیشتر هم می‌شود.

یافته‌ها نشان می‌دهند که:

- در آمریکا، ۳۵٪ والدین متهم به آزار کودکان، در هنگام بروز اتفاق، الکل یا مواد مخدر مصرف کرده بودند.

- در آلمان، حدود ۳۲٪ از متهمین به خشونت‌های مرگبار علیه کودک (۹۰-۱۹۸۵)، در زمان وقوع جرم، تحت تاثیر الکل بوده و ۳۷٪ نیز از اعتیاد مزمن به نوشیدن الکل رنج می‌بردند.

- در مناطق شمالی استرالیا، از میان تولدهایی که نوزاد در آن‌ها زنده مانده است، میزان سندروم الکل در دوران جنینی و یا تاثیرات الکل در دوران جنینی، ۱.۷ در هر هزار نفر گزارش شده و این میزان، در میان افراد بومی تا ۴.۷ نفر در هر هزار نفر به شکل چشمگیری در حال افزایش است.

سایر مقیاس‌های ارتباط [بین بدرفتاری با کودک و مصرف الکل] از گزارش‌های مربوط به مصرف پرخطر الکل در میان والدین، در بررسی وضعیت رفاهی کودکان به دست آمده است. در چنین مقالاتی، معمولاً گفته نمی‌شود که آیا الکل دقیقاً پیش از بدرفتاری با کودک مصرف شده یا نه اما مصرف الکل به عنوان مشخصه‌ی این والدین تصدیق می‌شود.

به عنوان مثال:

- در کانادا، مصرف الکل یا مواد مخدر در ۳۴٪ تحقیقات مربوط به رفاه کودکان گزارش شده است.
- در استرالیای غربی، مصرف الکل یا مواد مخدر، عامل دخیل در ۵۷٪ مراقبت‌های خارج از خانه⁴ برای کودکان بوده است.

³ Fetal Alcohol Effects (FAE)

⁴ نوعی از سرپرستی از کودک در استرالیا. در این شکل از سرپرستی، کودکانی که بدسرپرست هستند، برای سرپرستی به افراد دیگری که داوطلب این کار بوده و یا از قوم و خویش کودک هستند، سپرده می‌شود.

○ در لندن، انگلستان، مصرف مواد مخدر توسط والدین، عامل نگرانی ۵۲٪ خانواده‌ها در هنگام ثبت نام برای حمایت از کودک⁵ بوده است. در این کشور مصرف الکل نیز از قانون مصرف مواد مخدر پیروی می‌کند.

عوامل خطر آفرین در بدرفتاری‌های مرتبط با مصرف الکل با کودک

بازه‌ی وسیعی از عوامل خطر آفرین یافت شده‌اند که خطر بدرفتاری با کودک را افزایش می‌دهند. این عوامل عبارتند از: داشتن والدینی که جوان، فقیر، بیکار یا به لحاظ اجتماعی منزوی هستند؛ داشتن سابقه‌ی خشونت خانگی در منزل: زندگی در خانواده‌ی تک‌سرپرست و زندگی در خانه‌های پر جمعیت.

خصوصاً در زمینه‌ی الکل، داشتن والدی که سابقه‌ی مصرف پرخطر یا پرخطر الکل داشته است، خطر بدرفتاری با کودک را افزایش می‌دهد. علاوه بر آن وقتی که هم پدر و هم مادر، تجربه‌ی مشکل در زمینه‌ی الکل داشته باشند، خطر بدرفتاری حتی بیشتر هم می‌شود.

نوجوانانی که از مراقبت کافی والدین برخوردار نبوده و یا مورد سوء استفاده‌ی فیزیکی یا جنسی قرار گرفته‌اند، بیشتر ممکن است که تحت فشار اجتماعی، به مصرف الکل روی بیاورند و بیشتر در معرض خطر مصرف مدام الکل قرار دارند. اینگونه مصرف مدام الکل توسط نوجوانان، به مشکلاتی از قبیل فرار از مدرسه، عملکرد ضعیف در مدرسه و رفتار مجرمانه مرتبط است و ممکن است خطر سوء استفاده‌ی فیزیکی از جانب یکی از والدین را نیز افزایش دهد. اگر فردی در کودکی تجربه‌ی بدرفتاری داشته باشد بیشتر ممکن است در بزرگسالی به شدت الکل بنوشد و در نتیجه پتانسیل بالاتری برای آزار فیزیکی علیه کودک آینده‌ی خود داشته باشد.

در مناطق شهری با تراکم بالای مراکز فروش الکل، مشکلات مربوط به بدرفتاری با کودک نیز بیشتر است. به خصوص، تعداد بالای مراکز فروش الکل در خارج از محله‌ی زندگی⁶ با افزایش نرخ سوء استفاده‌ی فیزیکی از کودکان در ارتباط است و تعداد فزاینده‌ی بارهای مشروب‌فروشی نیز با افزایش نرخ بی‌توجهی به کودک همراه است. با این حال، مناطق شهری با حجم بالای مراکز خرده‌فروشی الکل اغلب مناطقی محروم و پر جمعیت هستند. در نتیجه، منابع کمتر برای حمایت از خانواده، می‌تواند فشار روانی را در چنین جوامعی بالا برده و ایجاد شبکه‌های اجتماعی موثر بر جلوگیری از بدرفتاری با کودک را محدود کند.

تاثیرات بدرفتاری با کودک

تاثیرات بدرفتاری فیزیکی با کودک عبارت است از صدمات جسمی مثل کبودی، سوختگی و شکستگی و نشانه‌های مرتبط با استرس از قبیل ناهنجاری‌های مرتبط با خواب. در موارد شدید، صدمات برآمده از بدرفتاری با کودک می‌تواند مرگبار باشد (به جعبه‌ی توضیحی اول نگاه کنید). اگر چه سطوح پریشانی روانی در

⁵ Child Protection Register

⁶ مراکزی که در آن‌ها الکل فروخته می‌شود اما اجازه‌ی مصرف الکل در آن‌ها وجود ندارد (از قبیل خوار و بار فروشی‌ها و فروشگاه‌های رفاهی).

فرهنگ‌های مختلف متفاوت است، اما در گزارش‌ها آمده است که اغلب در میان قربانیان کودک و بزرگسالانی که در کودکی دارای پدر و مادر معتاد به الکل بوده‌اند، مشکلاتی چون ترس، افسردگی و اقدام به خودکشی مشاهده شده است.

چنین مشکلاتی می‌تواند خطر سوء مصرف مواد مخدر را افزایش دهد، که این باعث خشونت بیشتر علیه کودکان شده و سبب می‌شود که امکان مصرف بیشتر الکل و تنباکو در بزرگسالی، بیشتر شود. آمار جهانی نشان می‌دهد که سابقه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی از کودکان، عامل ۵ - ۴٪ از سوء مصرف الکل در مردان و ۸ - ۷٪ از سوء مصرف الکل در زنان است. قربانیان همچنین خودشان بیشتر در معرض خطر بروز تمایلات خشونت بار در سال‌های بعدی زندگی خود هستند (از قبیل بدرفتاری با کودک، خشونت در رابطه‌های شخصی).

علاوه بر آن، بدرفتاری با کودک و مشکلات متعاقب مصرف الکل، می‌توانند کمک کنند تا چرخه‌ی خشونت از نسلی به نسل دیگر منتقل شود. این موضوع، تحصیل و آموزش کودکان را نیز می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد به صورتی که کودکانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند در مدرسه کمتر حضور پیدا می‌کنند و پیشرفت کمتری دارند و اغلب نیز در نتیجه‌ی آموزش ضعیف، در بزرگسالی درآمد کمتری از سطح متوسط درآمد خواهند داشت.

باید اضافه کرد که در برخی از تحقیقات نشان داده شده که مردان و زنانی که در کودکی بدرفتاری دیده‌اند بیشتر در معرض خطر ازدواج با یک شریک زندگی با مشکلاتی در زمینه‌ی مصرف الکل قرار دارند و امکان مشکلاتی در زمینه‌ی ازدواج و خانواده برایشان بیشتر است. اگر بخواهیم از چشم‌انداز اقتصادی نیز نگاه کنیم، هزینه‌های بدرفتاری با کودک می‌تواند قابل توجه بوده (به جعبه‌ی توضیحی دوم نگاه کنید)، فشار بر روی دستگاه قضایی را افزایش داده و بر روی خدمات بهداشتی و اجتماعی نیز تاثیر مخرب اقتصادی داشته باشد. با این حال، هزینه‌های بدرفتاری با کودک، خصوصا بدرفتاری‌های مرتبط با مصرف الکل، هنوز به شکل وسیعی غیر قابل سنجش باقی مانده است.

جعبه‌ی توضیحی دوم: هزینه‌های اقتصادی بدرفتاری با کودک

هزینه‌های اقتصادی بدرفتاری با کودک عبارت است از هزینه‌های تحمیلی بر دستگاه قضایی، بهداشتی و خدمات اجتماعی و نیز آسیب احساسی و روانی که بر کودک تاثیر می‌گذارد. تحقیقات نشان می‌دهند که هزینه‌های بدرفتاری با کودک تقریباً منحصر به کشورهای پردرآمد است، این یافته‌ها شامل موارد زیر هستند:

- ایالات متحده: ۹۴ میلیارد دلار در سال
- کانادا: تقریباً ۱۳.۱ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۸
- استرالیا: تقریباً ۵۲۰ میلیون دلار در سال ۲۰۰۱ - ۲۰۰۰ (فقط شامل هزینه‌های خدمات حمایت از کودک و اسکان او است)

پیش‌گیری

به طور کلی، برای پیش‌گیری از بدرفتاری با کودک، یک سری راهکارهای موثر وجود دارد که حمایت از خانواده و آموزش والدین، بررسی بدرفتاری با کودک، خدمات مربوط به قربانیان، و برنامه‌های اجتماعی آموزش محور از آن جمله هستند و پیش از این هم به عنوان راهکارهای این مشکل تثبیت شده‌اند (برای مرور نگاه کنید به کروگ و سایرین؛ ۲۰۰۲). در بسیاری از موارد، این راهکارها به کاهش سطوح بدرفتاری کمک می‌کنند و این موضوع بدون در نظر داشتن آن است که آیا الکل هم در این میان نقشی دارد یا خیر. با این حال، ارتباط تنگاتنگ میان بدرفتاری با کودک و مصرف پرخطر الکل نشان می‌دهد که شانس امکان کاهش بدرفتاری از طریق کاهش سطوح نوشیدن الکل در میان جمعیت، وجود دارد. تحقیقاتی که به بررسی تأثیرات مداخلات مربوط به [کنترل] مصرف الکل بر سطوح بدرفتاری با کودک می‌پردازند، بسیار نادر بوده و فقط در کشورهای پردرآمد انجام می‌شوند. اما این راهکارها می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- کاهش دسترسی به الکل: اگر دسترسی به الکل سخت‌تر شود، می‌توان سطوح خشونت علیه کودکان را کاهش داد. طبق یک ارزیابی در آمریکا، به ازای هر یک مرکز فروش کمتر در میان ۱۰۰۰ نفر، امکان خشونت شدید علیه کودکان تا ۴٪ کاهش پیدا می‌کند.
- افزایش قیمت الکل: افزایش مالیات بر آبجو می‌تواند در کاهش خشونت علیه کودکان موثر باشد. ارزیابی می‌شود که در آمریکا ۱۰٪ افزایش مالیات غیرمستقیم بر آبجو، امکان خشونت شدید علیه کودکان را تا ۲.۳٪ و خشونت کلی علیه کودکان را تا ۱.۲٪ کاهش می‌دهد.
- غربالگری^۷ و مداخلات درمانی مختصر^۸: ثابت شده است که غربالگری مربوط به الکل (از قبیل تست تعیین اختلال مصرف الکل^۹) و مداخلات درمانی مختصر در تنظیمات مراقبتی بهداشتی اولیه، در کاهش سطح و شدت مصرف الکل، چه در جوامع پردرآمد و چه کم‌درآمد تا درآمد متوسط، موثر بوده است. اگرچه، بررسی تمام تأثیرات مستقیم نوشیدن الکل بر بدرفتاری با کودک غیرقابل سنجش باقی می‌ماند، اما غربالگری سوءمصرف الکل در طول حاملگی می‌تواند سطوح نوشیدن الکل را کاهش داده و در نتیجه خطرات الکل در دوران جنینی یا تأثیرات الکل در دوران جنینی را نیز پایین بیاورد.

در کشورهایی با درآمد پایین تا درآمد متوسط، تلاش برای تقویت و گسترش صدور مجوز برای مراکز فروش مشروبات الکلی می‌تواند کاری ارزشمند باشد و به کاهش بدرفتاری مرتبط با الکل با کودکان کمک کند. با این حال، در جایی که تولیدات خانگی معمول باشد، چنین اقداماتی می‌تواند مصرف‌کنندگان الکل را وا دارد تا به طرف جایگزین‌های تولید خانگی ارزان بروند. فشارهای فرهنگی و فردی برای پنهان نگه داشتن بدرفتاری با کودک، از جمله چالش‌های بر سر راه پیشگیری از این معضل به شمار می‌آید. ملزومات قانونی برای ثبت چنین

^۷. Screening

^۸. Brief Intervention:

بر اساس راهنمای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این اصطلاح به معنای یک راهبرد درمانی است که در طی آن در زمانی کوتاه، مشاوره‌ی ساختار یافته با هدف کمک به فرد برای کاهش یا قطع مصرف مواد یا سایر مشکلات زندگی ارائه می‌گردد.

^۹. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

وقایعی همه جا موجود نیستند و خانواده‌ها و سایر اعضای جامعه ممکن است به دلیل ترس از هم پاشیدن خانواده، رسوایی و انتقام، میلی به پیدا کردن کمک حرفه‌ای در این زمینه نداشته باشند. شناسایی بدرفتاری مرتبط با الکل نسبت به کودک و متعاقب آن تسهیل مداخله‌گری را می‌توان به اشکال زیر بهبود بخشید:

- بهبود بخشیدن ارتباط میان خدمات رفاه کودکان و خدمات درمانی مصرف الکل. پیوند گسترده میان [این] خدمات می‌تواند به شناسایی و حمایت از خانواده‌هایی که هم تحت تاثیر مشکلات الکل و هم بدرفتاری با کودک قرار دارند، کمک کند، این اطمینان حاصل شود که خانواده‌های معرفی شده به یکی از خدمات مزبور، بتواند به خدمات دیگر نیز ارجاع داده شده و حمایت شوند.
- کمپین‌های آموزش عمومی. از طریق کمپین‌های آموزشی، می‌توان تمایل به مداخله را در خانواده‌هایی که تحت تاثیر مشکلات مربوط به مصرف الکل و یا بدرفتاری با کودک قرار دارند، ایجاد کرد و مشوق آن‌ها شد. کمپین‌هایی که افراد را از پیوند میان مصرف الکل و بدرفتاری با کودک آگاه می‌کنند، روش‌های موثر کمک کردن را مورد توجه قرار می‌دهند و خدمات موجود را برای خانواده‌های آسیب‌دیده ترویج می‌کنند.

نقش بهداشت عمومی

به طور کلی، بهداشت عمومی در جلوگیری از بدرفتاری با کودک، نقشی بنیادین دارد. بهداشت عمومی می‌تواند پیوند میان مصرف پرخطر الکل و بدرفتاری را به روش‌های زیر مشخص کند:

- گردآوری و انتشار اطلاعات درباره‌ی شیوع بدرفتاری با کودک، سطوح مصرف پرخطر الکل و الگوهای نوشیدن الکل در میان جمعیت.
- اشاعه، اجرا و ارزیابی‌های تحقیقی درباره‌ی پیوند میان مصرف پرخطر الکل و بدرفتاری با کودک، هم برای قربانیان و هم برای کسانی که مرتکب جرم می‌شوند، و اصلاح درک خطر این بدرفتاری و عوامل حمایتی.
- سنجش و اشاعه‌ی اطلاعات درباره‌ی سلامت، اقتصاد و هزینه‌های اجتماعی گسترده مرتبط با بدرفتاری با کودک و نوشیدن پرخطر الکل.
- همکاری با مراکزی که در این زمینه مشارکت دارند (از جمله بهداشت و سلامت؛ خدمات آموزشی و قضایی) برای افزایش درک آن‌ها از مساله‌ی بدرفتاری با کودک به عنوان بانی نوشیدن پرخطر الکل در میان جوانان.
- افزایش پیوند میان خدماتی که به رفاه کودک و مشکلات مرتبط با الکل می‌پردازند.
- ترویج مشارکت میان مراکز مختلف برای مقابله با بدرفتاری با کودک و کاهش نوشیدن پرخطر الکل.
- ارزیابی و ترویج راهکارهای موثر و مقرون به صرفه در جلوگیری از مصرف الکل برای کاهش سطوح بدرفتاری مرتبط با مصرف الکل با کودک.

○ حمایت از تغییر در سیاست و قانون برای جلوگیری از بدرفتاری با کودک و کاهش نوشیدن پرخطر الکل.

[جایگاه مشکل مصرف الکل و بدرفتاری با کودک در] سیاست‌های جهانی

هم مصرف پرخطر و پرخطر الکل و هم بدرفتاری با کودک در سطح جهان به عنوان کلیدی‌ترین مسأله‌ی بهداشت و سلامت عمومی که نیاز به توجه فوری دارند، شناخته شده‌اند. سازمان‌های بهداشتی، در سطوح ملی و بین‌المللی، هم در حمایت از سیاست‌هایی که ارتباط میان مصرف الکل و بدرفتاری با کودک را مورد اشاره قرار می‌دهند و هم ترویج فعالیت‌های پیشگیرانه که بهداشت عمومی را بهبود می‌بخشند، نقش کلیدی دارند. سازمان بهداشت جهانی برنامه‌های جامعی درباره‌ی این دو مسأله آغاز کرده تا پیش قدم انجام تحقیقاتی در این زمینه شود و اقدامات پیشگیرانه‌ی موثر را شناسایی کند و آن‌ها را توسط کشورهای عضو خود اشاعه بخشد تا بتواند اقدامات موفقیت‌آمیزی را در این زمینه به انجام رسانده و سیاست‌هایی در جهت کاهش نوشیدن پرخطر و پرخطر الکل و بدرفتاری با کودک، تدوین نماید.

در رابطه با الکل، این کارها عبارتند از تلفیق و انتشار اطلاعات علمی در رابطه با مصرف الکل، توسعه‌ی تحقیقات و طرح‌های سیاسی جهانی و منطقه‌ای در زمینه‌ی الکل، حمایت از کشورها برای افزایش ظرفیت ملی در نظارت بر مصرف الکل و خطرات مرتبط با آن و ارتقاء [شیوه‌های] پیشگیری، شناسایی زود هنگام و مدیریت ناهنجاری‌های ناشی از مصرف الکل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه. یک مصوبه‌ی مجمع بهداشت جهانی درباره‌ی مشکلات بهداشت عمومی ناشی از مصرف پرخطر الکل در سال ۲۰۰۵، عواقب بهداشتی و اجتماعی مرتبط با مصرف پرخطر الکل را شناسایی کرده و از کشورهای عضو می‌خواهد تا راهکارهای موثری را در این زمینه اجرا و ارزیابی کنند تا بتوانند چنین خطراتی را کاهش دهند، و در عین حال از سازمان بهداشت جهانی نیز می‌خواهد تا از کشورهای عضو برای نظارت بر آسیب‌های مرتبط با الکل پشتیبانی کرده و راهکارهای و برنامه‌های موثری را اجرا و ارزیابی کند و شواهد علمی را درباره‌ی تأثیر سیاست‌ها در این زمینه، تقویت کنند.

در زمینه‌ی خشونت نیز می‌توان به کمپین سازمان بهداشت جهانی برای جلوگیری از خشونت اشاره کرد. این کمپین در سال ۲۰۰۲ آغاز شد و هدف از آن افزایش آگاهی بین‌المللی درباره‌ی مشکل خشونت (از جمله بدرفتاری با کودکان)، تأکید بر نقش بهداشت و سلامت عمومی در مسیر پیشگیری از این نوع خشونت و افزایش فعالیت‌های جهانی، منطقه‌ای و ملی در جلوگیری از آن است. رویکرد پیشگیری از خشونت، در گزارش جهانی خشونت و بهداشت و سلامت مربوط به سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است. مصوبه‌ی مجمع بهداشت جهانی¹⁰ که در سال ۲۰۰۳ به تصویب رسید، کشورهای عضو را تشویق می‌کند تا این پیشنهادات ابتدایی را در گزارش خود اجرا کنند و از دبیرخانه بخواهند تا به آنها در برقراری برنامه‌ها و سیاست‌های علم‌محور در

¹⁰. WHA ۵۶.۲۴

زمینه‌ی بهداشت عمومی برای اقدام به منظور جلوگیری از خشونت و کاهش عواقب و پیامدهای آن، همکاری کند. به منظور تکمیل این بخش، ائتلاف پیشگیری از خشونت ایجاد شده است تا انجمنی برای تبادل بهترین اطلاعات عملی میان کشورها و آژانس‌های دیگر که در مورد کاهش خشونت در سراسر جهان فعالیت می‌کنند، فراهم شود.

خط مشی بین‌المللی درباره‌ی بدرفتاری با کودک عبارت است از معاهده‌ی حقوق کودک، که در سال ۱۹۸۹ در مجمع عمومی سازمان ملل تصویب شده و احزاب را وادار می‌دارد تا اقدامات قانونی، مدیریتی، اجتماعی و آموزشی را برای حمایت از کودکان به انجام برسانند و از کودکان در برابر انواع خشونت فیزیکی و ذهنی حمایت کنند. بررسی دبیر کل سازمان ملل بر مساله‌ی خشونت علیه کودکان که در سال ۲۰۰۶ منتشر شد، بر لزوم ایجاد خدمات ویژه‌ی قربانیان و تلاش‌های پیشگیری کننده‌ی خشونت علیه کودکان تاکید دارد، خدماتی که شامل راهکارهایی در زمینه‌ی رابطه‌ی میان بدرفتاری با کودک و مصرف پرخطر الکل می‌شوند. علاوه بر این، یونیسف، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، از کشورهایی که چنین اقداماتی را عملی کرده حمایت می‌کند، کشورهایی که می‌کوشند در سطحی بین‌المللی محیطی حمایتی برای کودکانی که از بند خشونت رها شده‌اند، ایجاد کنند و این موضوع را تصدیق می‌کنند که سوء مصرف الکل می‌تواند در بدرفتاری با کودک نقش داشته باشد.

این مطلب ترجمه‌ای است از:

World Health Organisation. *Child Maltreatment and Alcohol Fact Sheet*. Department of Injuries and Violence Prevention & Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva

References

- (1) Widom CS, Hiller-Sturmhöfel S. Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health*, 2001, 25:52-57.
- (2) *Report on the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
- (3) Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- (4) Gaudiosi et al., eds. *Child Maltreatment 2003*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, 2005.
- (5) Runyan D et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, 1st ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
- (6) World Health Organization. *Alcohol and interpersonal violence: policy briefing*. Geneva, World Health Organization, 2005.
- (7) Peterson JB et al. Acute alcohol intoxication and neuropsychological functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51:114-122.
- (8) Giancola PR. Executive functioning: A conceptual framework for alcohol-related aggression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2000, 8:576-597.
- (9) Freisler B, Midanik L, Gruenewald PJ. Alcohol outlets and child physical abuse and neglect: applying routine activities theory to the study of child maltreatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:586-592.
- (10) Bays J. Substance abuse and child abuse. Impact of addiction on the child. *Pediatric Clinics of North America*, 37:881-904.
- (11) Mulder RT. Alcoholism and personality. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002, 36:44-52.
- (12) Caetano R, Field CA, Nelson S. Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 2003, 18:240-257.
- (13) Widom CS, Ireland T, Glynn PJ. Alcohol abuse in abuse and neglected children followed-up: Are they at increased risk? *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:207-217.
- (14) Wattendorf DJ, Muenke M. Fetal alcohol spectrum disorders. *American Family Physician*, 2005, 72:279-285.
- (15) Streissguth AP et al. Risk factors for adverse life outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 2004, 25:228-238.
- (16) Long Foley K et al. Adults' approval and adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34:345.e17-e26.
- (17) Arria AM, Tartar RE, Van Thiel DH. The effects of alcohol abuse on the health of adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 1991, 15:52-57.
- (18) Zeigler DW et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 2005, 40:23-32.
- (19) *Contextualising Crime and Poverty*. Cape Town, Institute for Security Studies, 1997 (Stolen Opportunities: the Impact of Crime on South Africa's Poor, No. 14).

- (20). Klevens J, Bayon MC, Sierra M. Risk factors and context of men who physically abuse in Bogota, Colombia. *Child Abuse and Neglect*, 2000, 24:323-332.
- (21). Sebre S et al. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28:113-127.
- (22). Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29:107-33.
- (23). Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “children of the nineties” a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 2001, 25:1177-1200.
- (24). *Family violence statistics: including statistics on strangers and acquaintances*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2001 (<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/fvs02.pdf>.html, accessed 6 October 2005).
- (25). Vock R et al. Todliche Kindesvernachlassigung in der DDR im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990 [Lethal child abuse (through the use of physical force) in the multicenter study]. *Archiv fur Kriminologie*, 1999, 204:75-87.
- (26). Hancock R. Prevalence of fetal alcohol syndrome in a remote region of Australia. *Journal of FAS International*, 2004, 2:e5.
- (27). Trocme N et al. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, National Clearing House on Family Violence, 2001.
- (28). Leek L, Seneque D, Ward K. *Parental drug and alcohol use as a contributing factor in care and protection applications 2003*. Perth, Government of Western Australia, 2004.
- (29). Forrester D. Parental substance misuse and child protection in a British sample. *Child Abuse Review*, 2000, 9:235-246.
- (30). Dube SR et al. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 2001, 25:1627-1640.
- (31). Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 2003, 27:1409-1425.
- (32). Ondersma SJ. Predictors of neglect within low-SES families: the importance of substance abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002, 72:383-391.
- (33). Clark DB, Thatcher DL, Maisto SA. Adolescent neglect and alcohol use disorders in two-parent families. *Child Maltreatment*, 2004, 9:357-370.
- (34). Simantov E, Schoen C, Klein JD. Health-compromising behaviours: Why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 154:1025-1033.
- (35). Blum R, Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:493-500.
- (36). Ljubotina D, Galić J, Jukić V. Prevalence and risk factors of substance use among urban adolescents: questionnaire study. *Croatian Medical Journal*, 2004, 45:88-98.
- (37). Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence I: parental use of corporal punishment. *Child Abuse and Neglect*, 1998, 22:959-973.
- (38). Hall, LA, Sachs B, Rayens MK. Mothers’ potential for child abuse: the roles of childhood abuse and social resources. *Nursing Research*, 1998, 47:87-95.

- (39) Straus MA, Kantor GK. Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse and wife beating. *Adolescence*, 1994, 29:543-561.
- (40) Freisler B. A spatial analysis of social disorganization, alcohol access, and rates of child maltreatment in neighbourhoods. *Children and Youth Services Review*, 2004, 26:803-819.
- (41) Back SE et al. Child sexual and physical abuse among college students in Singapore and the United States. *Child Abuse and Neglect*, 2003, 27:1259-1275.
- (42) Dube S et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventative Medicine*, 2005, 28:430-8.
- (43) JingQi C, Dunne MP, Ping H. Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28:1171-1186.
- (44) Kroll B. Living with an elephant: growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work*, 2004, 9:129-140.
- (45) Nichols HB, Harlow BL. Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004. 58:402-6.
- (46) Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 1997, 21:617-30.
- (47) Thompson MP et al. The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17:1115-1129.
- (48) Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: volume 2*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- (49) Frias-Armenta M. Long-term effects of child punishment on Mexican Women: a structural model. *Child Abuse and Neglect*, 2002, 4:371-86.
- (50) White HR, Widom, CS. Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: the mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. *Aggressive Behavior*, 2003, 29:332-345.
- (51) Knaul F, Ramirez MA. *Family violence and child abuse in Latin America and the Caribbean. The cases of Colombia and Mexico*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 2005.
- (52) *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence*. Chicago, Prevent Child Abuse America, 2001 (http://www.preventchildabuse.org/learn_more/research_docs/cost_analysis.pdf. html, accessed 15 September 2005).
- (53) Bowlus A et al. *The economic costs and consequences of child abuse in Canada*. Ottawa, Law Commission of Canada, 2003.
- (54) *The economic costs of child abuse*. Melbourne, Australian Government, The Australian Institute of Family Studies, National Child Protection Clearinghouse 2004 (<http://www.aifs.gov.au/nch/sheets/rs2.pdf>. html, accessed 20 December 2005).
- (55) Markowitz S, Grossman M. Alcohol regulation and domestic violence towards children. *Contemporary Economic Policy*, 1998, XVI:309-320.
- (56) Babor TF et al. *AUDIT the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care*. Geneva, World Health Organization, 2001.
- (57) Babor TF, Grant M. *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomised clinical trial of brief*

- interventions in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1992.
- (58) Chang G et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomised trial. *Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 105:991-998.
- (59) Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki and Geneva, Finnish Foundation for Alcohol Studies and World Health Organization, 2003.
- (60) Finkelhor D, Wolak J, Berliner L. Police reporting and professional help seeking for child crime victims: a review. *Child Maltreatment*, 2001, 6:17-30.
- (61) Bensley L et al. Community responses and perceived barriers to responding to child maltreatment. *Journal of Community Health*, 2004, 29:141-53.
- (62) United States Department of Health and Human Services. *Blending perspectives and building common ground: a report to Congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1999.
- (63) Andrews AB, McLeese DG, Curran S. The impact of a media campaign on public action to help maltreated children in addictive families. *Child Abuse and Neglect*, 1995, 19:921-932.
- (64) World Health Organization. *Public health problems caused by harmful use of alcohol: report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization, Geneva, 2005.
- (65) Resolution WHA58.26. Public-health problems caused by harmful use of alcohol. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005. *Resolutions, decisions and annexes*. Geneva, World Health Organization, 2005. (WHA58/2005/REC/1).
- (66) Resolution WHA56.24. Implementing the recommendations of the World report on violence and health. In: Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003. *Resolutions, decisions and annexes*. Geneva, World Health Organization, 2003. (WHA56/2003/REC/1).

