

میزان آگاهی و نگرش پزشکان عمومی شهر کرمان در مورد سوء رفتار با کودکان

دکتر بهشید گروسی: * استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
دکتر حسین صافی زاده: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
دکتر بهرام بهرام نژاد: پزشک عمومی، مرکز بهداشت بافت

فصلنامه پایش
سال پنجم شماره سوم تابستان ۱۳۸۵ صص ۲۲۰-۲۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۲۴

چکیده

سوء رفتار با کودکان از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی است که با توجه به اثرات همه جانبه آن در درازمدت نیازمند توجه جدی است. با در نظر گرفتن این که عمده کودک آزاری‌های شدید به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند، آگاهی و اطلاعات پزشکان در زمینه عوامل خطر و علائم تشخیصی و اثرات سوء رفتار با کودکان و همچنین نگرش آنان نسبت به این مقوله حائز اهمیت است. به منظور بررسی آگاهی و نگرش پزشکان عمومی در مورد سوء رفتار با کودکان، مطالعه حاضر با حضور ۲۰۰ نفر از پزشکان عمومی شهر کرمان و با استفاده از پرسشنامه طراحی و اجرا گردید، ولی با حذف ۳ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن اطلاعات، تحلیل اطلاعات در ۱۹۷ نفر انجام شد.

مطالعه انجام شده نشان می‌دهد ۵۵ درصد از پزشکان عمومی شهر کرمان در مورد مسائل مربوط به سوء رفتار با کودکان اطلاع کافی ندارند. اطلاعات در زمینه عوامل خطر و علائم جسمی - روانی سوء رفتار نسبتاً خوب بود، ولی در زمینه تشخیص موارد جنسی و یا روانی (پسیکولوژیک) اطلاعات کافی به نظر نمی‌رسید. نگرش نسبت به تنبیه بدنی منفی بود و در عین حال نگرش با جنس پزشک رابطه معنی‌دار داشت. علی‌رغم این که تعداد زیادی از پزشکان (۶۵ درصد) موارد سوء رفتار با کودکان را در کار بالینی خود مشاهده کرده بودند، اما تعداد بسیار کمی (۴/۵ درصد) این موارد را گزارش نموده بودند و در زمینه نحوه گزارش موارد سوء رفتار با کودکان نیز اطلاعات افراد مورد بررسی بسیار کم بود.

با توجه به مطالعه حاضر و یکسان بودن سیستم آموزش پزشکی در ایران، آموزش دانشگاهی دانشجویان پزشکی و آموزش‌های پس از فراغت از تحصیل برای پزشکان در مورد سوء رفتار با کودکان توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سوء رفتار با کودک، کودک آزاری، آگاهی، نگرش، پزشک عمومی

* نویسنده پاسخگو: کرمان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
E-mail: behshidgarussi@yahoo.com

مقدمه

سوء رفتار با کودکان (Child Abuse-Child Maltreatment) همان اندازه که در بیان ساده به نظر می‌رسد، می‌تواند در توضیح و بررسی پیچیده باشد. سوء رفتار با کودکان از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، گرچه بسیاری از تقسیم‌بندی‌ها از جنبه بالینی به این مطلب پرداخته‌اند ولی برخی دیدگاه‌ها سوء رفتار را از منظر قصد و نیت انجام دهنده تقسیم‌بندی نموده‌اند [۱]. صرف‌نظر از موارد بسیار شدید و خشن که مصداق سوء رفتار با کودکان محسوب می‌شوند، بسیاری از رفتارهایی که به منظور تربیت فرزندان انجام می‌شود و از سوی والدین جزئی از روش‌های فرزندپروری (Child rearing) به حساب می‌آیند نیز می‌توانند نوعی سوء رفتار نسبت به کودکان باشند. البته نگرش‌های فرهنگی نسبت به مسأله تربیت کودکان را نباید نادیده گرفت که می‌تواند در شدت این انطباق و تمایل آن به سمت سوء رفتار با کودک تأثیر داشته باشد [۲].

شناسایی عقاید و باورهای جامعه در مورد روش‌های برخورد با کودکان در مبحث سوء رفتار بسیار مهم است [۳]. حتی برخی اوقات اعمالی که در اصل با اهداف درمانی انجام می‌شوند نیز می‌توانند نوعی سوء رفتار و آزار تلقی گردند. از نمونه این روش‌ها که سالهاست در ایران منسوخ گردیده است، داغ کردن (Cauterization) یا سوزاندن ناحیه کوچکی از پوست توسط درمان‌گران سنتی برای درمان علایمی نظیر تب، اسهال، تشنج و ... می‌باشد [۴]. بحث پیرامون روند کودک‌آزاری در ایران و پاسخ به این پرسش که آزار کودکان در ایران تا چه حد است؟ بخش دشواری از مطالعات کودک‌آزاری است. زیرا پاسخ به این پرسش مستلزم بررسی شیوع و بروز کودک‌آزاری در دوره زمانی مشخصی است که تاکنون به صورت مدون در ایران انجام نشده است و اکثر مطالعات به بررسی علل و عوامل مؤثر در کودک‌آزاری در جمعیت محدود پرداخته‌اند و با وجودی که از سال ۱۳۸۱ سوء رفتار با کودکان به صورت یک جرم عمومی در آمده و قابل طرح از سوی عموم افراد است (ماده ۵ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان: کودک‌آزاری از جرایم عمومی بوده و نیاز به شاکی خصوصی ندارد).

ماده ۶ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان: تمامی افراد و مؤسسات و مراکزی که به نحوی مسئولیت نگهداری و سرپرستی کودکان را به عهده دارند، مکلفند به محض مشاهده موارد کودک‌آزاری مراتب را جهت پی‌گرد قانونی و اتخاذ تصمیم مقتضی

به مقامات صالح قضایی اعلام نمایند. تخلف از این تکلیف موجب حبس تا شش ماه یا جزای نقدی تا ۵ میلیون ریال خواهد بود. اما با توجه به عدم گسترش مناسب سیستم‌های حمایت اجتماعی کودکان و وجود خلأهای قانونی در مورد مجازات‌های خاص کودک‌آزاری (به جز موارد خاص) آمار دقیقی در این مورد در دسترس نبوده و تنها گزارش‌های موردی از این امر در دسترس است. با این حال، بررسی روند عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری، نظیر اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر، فقر و تأثیر آن بر کودک‌آزاری از روش‌های غیرمستقیم بررسی سوء رفتار با کودکان می‌باشد [۵]. بررسی عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری نشان می‌دهد که این عوامل در ایران نیز مانند سایر نقاط جهان بوده و خصوصیات مشابهی دارند [۶]. اگرچه موارد کلاسیک کودکان آزار دیده که با جراحات‌های متعدد مراجعه می‌نمایند، به سهولت توسط پزشکان تشخیص داده می‌شود، ولی تشخیص کودک‌آزاری در مواردی که نشانه‌های جسمانی وجود ندارد یا تنها یک جراحت وجود دارد، امری دشوار است [۷]. بنابراین لزوم داشتن آگاهی کافی در این زمینه قابل انکار نیست و با توجه به این که بسیاری از رفتارها تابع نگرش فرد هستند [۸، ۹] نوع نگرش پزشکان که در بیشتر موارد خط مقدم تشخیص سوء رفتار با کودکان به خصوص در ایران محسوب می‌شوند نیز در تشخیص و رفتار با موارد کودک‌آزاری حائز اهمیت است. مطالعه حاضر به بررسی میزان آگاهی و نگرش پزشکان عمومی شهر کرمان در مورد سوء رفتار با کودکان می‌پردازد و علاوه بر آن چگونگی گزارش موارد کودک‌آزاری را نیز مد نظر خواهد داشت.

مواد و روش کار

این تحقیق یک مطالعه مقطعی از نوع پیمایشی (Survey) بوده که در شهر کرمان انجام شده است و افراد مورد مطالعه، پزشکان عمومی شاغل در شهر کرمان هستند. از ۲۸۸ پزشک عمومی شاغل در کرمان، ۲۰۰ نفر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار بررسی، پرسشنامه خودایفا (Independent Questionnaire) بوده که توسط یک نفر از محققین در محل کار پزشکان توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید. پرسشنامه مورد استفاده شامل سؤالاتی مربوط به خصوصیات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و گزارش‌دهی موارد سوء رفتار بود. سؤالاتی که آگاهی را ارزیابی می‌کردند شامل ۲۲ سؤال بود که ۱۰ سؤال، آگاهی شرکت‌کنندگان را در مورد

عوامل خطر کودک‌آزاری و ۱۲ سؤال، شناخت ایشان از علائم و نشانه‌های کودک‌آزاری را ارزیابی می‌کردند. هر سؤال، ۳ پاسخ داشت (بلی، خیر و نمی‌دانم). برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز منظور شد و به هر پاسخ دیگر امتیاز صفر داده شد. بنابراین دامنه نمره دانش بین صفر (بدون هیچ پاسخ صحیح) و ۲۲ (تمام پاسخ‌ها صحیح) قرار گرفت. سؤالاتی که نگرش را ارزیابی می‌کردند، ۱۰ سؤال بودند و هر سؤال پنج پاسخ داشت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف). به پاسخ کاملاً موافق که دال بر نگرش بدتر بود، یک امتیاز و به پاسخ کاملاً مخالف که دال بر نگرش بهتر بود پنج امتیاز تعلق گرفت. بنابراین نمره کلی نگرش از ۱۰ (موافقت با تمام سؤالات) تا ۵۰ (مخالفت با تمام سؤالات) به‌دست آمد. در انتهای پرسشنامه نیز ۵ سؤال در مورد دانش و عملکرد پزشکان در رابطه با گزارش موارد کودک‌آزاری آمده بود. اعتبار محتوا و صوری پرسشنامه به کار برده شده نیز با استفاده از متون معتبر و نظر کارشناسان (متخصصین روانپزشکی و پزشکی اجتماعی، روانشناسان) تأمین شد و سازگاری درونی آن با محاسبه آلفای کرونباخ برای بخش آگاهی و نگرش به‌ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷ به‌دست آمد. جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و به منظور تحلیل آنها از آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

از ۲۰۰ پرسشنامه جمع‌آوری شده، ۳ عدد به علت ناقص بودن حذف گردیدند و مابقی مورد بررسی قرار گرفتند. از ۱۹۷ پزشک عمومی که پرسشنامه‌های طرح را تکمیل کرده بودند، ۱۲۸ نفر (۶۵ درصد) مرد و ۶۹ نفر (۳۵ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در بررسی ۳۵/۰۴ سال با انحراف معیار ۸/۱۴ سال بود. ۱۳۷ نفر (۸۷/۸ درصد) متأهل بوده که ۶۷ درصد ایشان (۱۱۶)

نفر) دارای فرزند بودند. ۱۲۵ نفر (۶۳/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در مطب خصوصی فعالیت می‌کردند و مابقی در کلینیک‌های خیریه، دولتی و خصوصی مشغول به‌کار بوده‌اند. میانگین سابقه کار افراد مورد بررسی ۸/۰۱ سال با انحراف معیار ۷/۵۶ سال و حداقل سابقه کار یک‌سال و حداکثر ۴۴ سال بود. میانگین نمره دانش پزشکان عمومی مورد بررسی ۱۶/۴۸ با انحراف معیار ۳/۳۴ و نمره نگرش نیز ۴۳/۳۹ با انحراف معیار ۴/۱۲ به‌دست آمد. مقایسه نمرات نگرش افراد حاکی از آن است که پزشکان زن نگرش بهتری (مخالفت بیشتر با مصادیق سوء رفتار) نسبت به پزشکان مرد دارند ($P < ۰/۰۵$) (جدول شماره ۱). در حالی که در سایر موارد تفاوت معنی‌داری از نظر نمره دانش و نگرش مشاهده نشد. آزمون همبستگی پیرسون نشان دهنده وجود ارتباط مثبت بین دانش و نگرش پزشکان در مورد سوء رفتار است ($P < ۰/۰۱$). $I = ۰/۲۸۴$. در حالی که بین این نمرات با سن یا سابقه کار افراد ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. به‌طور کلی نتایج نشان‌دهنده این واقعیت می‌باشند که ۵۵ درصد پاسخ‌دهندگان دانش کافی در مورد کودک‌آزاری ندارند. به‌طوری که این عده به کمتر از ۷۵ درصد سؤالات پاسخ صحیح داده‌اند. آگاهی شرکت‌کنندگان در مورد عوامل خطر برای سوء رفتار با کودکان نظیر فقر و وجود بیماری روانی در والدین خوب بوده است. همچنین اطلاعات پاسخ‌دهندگان در مورد علائم و نشانه‌های جسمی سوء رفتار با کودکان نیز مناسب می‌باشد، ولی در زمینه علائم غیر جسمی (Psychological) میزان آگاهی کافی نبود (جدول شماره ۲). ۶۵ درصد پزشکان مورد مطالعه سابقه برخورد با موارد کودک‌آزاری را داشته‌اند و تنها تعداد اندکی از ایشان (۴/۵ درصد) موارد کودک‌آزاری مشاهده شده را گزارش نموده بودند. در پاسخ به سؤال «موارد کودک‌آزاری به کجا باید گزارش شوند»، ۶۳/۵ درصد پزشکی قانونی را نام برده بودند.

Downloaded from mail.payeshjournal.ir on 2026-07-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

Downloaded from mail.payeshjournal.ir on 2026-07-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

Downloaded from mail.payeshjournal.ir on 2026-07-31]

بحث و نتیجه گیری

بسیاری از قربانیان کودک آزاری به دلیل عدم توانایی در انجام مراقبت‌های اولیه در منزل و یا ماهیت حاد صدمات، در اورژانس‌ها و توسط پزشکان دیده می‌شوند [۱۰]. تشخیص در موارد واضح بودن علائم متعدد جسمی کار چندان مشکلی نیست، اما برای مثال حدود ۶۰ درصد از کودکانی که دچار سوء رفتار جنسی هستند، هیچ علامت واضح فیزیکی ندارند. در چنین موقعیت‌هایی شناختن مراحل تکاملی و رفتاری طبیعی کودک همراه با تشخیص ارتباط بین مکانیسم‌های صدمات و تروماهای عمدی و غیرعمدی بسیار حائز اهمیت هستند. در ضمن یک پزشک عمومی باید بتواند حالات طبی که با سوء رفتار اشتباه می‌شوند را تشخیص دهد تا سبب ایجاد مشکلات آتی برای کودک و مراقبین وی نشود. آگاهی پزشکان عمومی از عوامل خطر برای کودک آزاری می‌تواند باعث تأثیر آنان در شناسایی و یا جلوگیری از آزارهایی باشد که در دوره حاملگی پس از زایمان و یا اوان کودکی رخ می‌دهد [۷]. نگرش همچنان که می‌تواند در بروز سوء رفتار مؤثر باشد [۱۱] با تأثیر بر دیدگاه‌های خاص پزشکان می‌تواند در تشخیص نیز مؤثر باشد. در بررسی ۱۵۷ پزشک دیده شد که ۹۷ درصد پزشکان بدی تغذیه کودکان را در صورتی که به طور مطلق مطرح شده بود نوعی سوء رفتار تلقی می‌کردند، در حالی که اگر این بدی تغذیه به دلیل فراموش کردن والدین رخ می‌داد تنها ۱۶ درصد آن را سوء رفتار تلقی می‌کردند [۱۲]. بیش از نیمی از پزشکان عمومی کرمان (۵۵ درصد) اطلاعات کافی در مورد مسائل مربوط به کودک آزاری نداشتند. این یافته‌ها بیش از مطالعه دیگری در ایران است که به بررسی آگاهی پرستاران شاغل در بخش‌های اطفال پرداخته بود و میزان آگاهی ۲۳ درصد از پرستاران را ضعیف برآورد کرده بود [۱۳]. دلیل این امر می‌تواند ناشی از ابزارهای متفاوت سنجش اطلاعات در دو بررسی و میزان انتظار از آگاهی یک پزشک باشد. در عین حال، نتایج این بررسی با سایر مطالعات هماهنگ می‌باشد. در ترکیه اطلاعات پزشکان عمومی در زمینه سوء رفتار با کودکان ناکافی برآورد شده است [۱۴، ۱۵]. در بررسی مشابهی که در پزشکان و پرستاران بخش‌های اطفال بیمارستان‌های فنلاند انجام شده است نیز ۶۰ درصد از پزشکان و پرستاران اطلاعات ناکافی در مورد سوء رفتار با کودکان داشتند [۱۶]. برخی از مطالعات نیز بر ناکافی بودن اطلاعات پزشکان در این زمینه تأکید داشته‌اند [۱۷، ۱۸]. نقص اطلاعات افراد حرفه‌ای نیز به عنوان مانعی در برابر غربالگری

(Screening) موارد کودک آزاری مطرح شده است [۱۹]. در مطالعه ما آگاهی افراد ارتباطی با جنس و سن آنها نداشت. در حالی که برخی از مطالعات میزان مشاهده پزشکان زن و پزشکان جوان‌تر را نسبت به موارد فرضی سوء رفتار با کودکان بیشتر برآورد کرده‌اند [۴، ۲۰]. با وجودی که زنان به دلیل نقش سنتی خود درگیری بیشتری در امور مربوط به کودکان دارند و افراد جوان‌تر نیز روش‌های تربیتی سهل گیرانه و ملایم‌تری را قبول دارند، با توجه به مطالعاتی که در سایر کشورها انجام شده است به نظر می‌رسد افراد مسن از روش‌های تربیتی خشن‌تری نسبت به افراد جوان‌تر استفاده می‌کنند که این امر در فرهنگ ما نیازمند بررسی است [۲۱]. این عدم تأثیر سن و جنس می‌تواند یا ناشی از تغییر در اطلاعات اقشار تحصیل کرده، درگیری پدر و مادر و یا هر دو در امر تربیت کودکان در این گروه خاص جامعه و یا حتی عوامل دیگر باشد که نیاز به بررسی و مطالعات بیشتر در زمینه روش‌های تربیت کودک در اقشار مختلف دارد. میزان آگاهی افراد بر اساس سابقه کار و سال‌های فراغت از تحصیل تفاوتی نداشت. این مسأله علاوه بر این که نمایانگر ضعف آموزش پزشکی در زمینه کودک آزاری است، نشان می‌دهد با وجود اجبار پزشکان به شرکت در دوره‌های بازآموزی، به موضوع کودک آزاری در این آموزش‌ها نیز چندان پرداخته نمی‌شود. وجود آموزش‌های خاص در مورد سوء رفتار با کودکان می‌تواند به تشخیص بهتر این پدیده بیانجامد [۱۹، ۲۲].

لازم به ذکر است که برخلاف سایر مطالعات، محل کار پزشکان تفاوتی در میزان آگاهی آنان نداشت [۱۵] و از دلایل این امر می‌تواند وجود پزشکان خانوادگی (عمدتاً یک پزشک عمومی که افراد متعددی از یک خانواده جهت درمان و یا مشورت به وی مراجعه می‌کنند نه پزشک خانواده) باشد که باعث شود مواردی از کودک آزاری به جای بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس به مطب‌های خصوصی این پزشکان مراجعه نمایند و در نتیجه درگیری یکسانی از نظر مشاهده موارد کودک آزاری در پزشکانی که در محل‌های مختلف کار می‌کنند دیده شود و یا می‌تواند با توجه به این که اکثریت پزشکان عمومی تحصیل کرده ایران هستند ناشی از آموزش یکسان پزشکی در سراسر ایران باشد. اطلاعات شرکت‌کنندگان در بررسی اخیر در زمینه شناسایی عوامل خطر برای سوء رفتار با کودکان به خصوص در زمینه تأثیر عواملی نظیر فقر و وجود بیماری روانی در والدین خوب بود و اکثریت افراد به آن پاسخ صحیح داده بودند. این امر ناشی از تأثیر موارد گزارش شده کودک آزاری در

ایران است که اکثریت متعلق به این گروه‌ها بوده‌اند و یا نگرش نسبت به افزایش رفتارهای ایذایی در این گروه‌ها. در زمینه اطلاعات مربوط به علائم و نشانه‌های سوء رفتار با کودکان در قسمت علائم جسمی نظیر وجود سوختگی یا شکستگی اطلاعات افراد خوب بود. اما در زمینه علائم Psychologic نظیر وابستگی شدید کودک به والدین یا وجود رفتارهای جنسی نامتناسب با سن کودک اطلاعات بسیار کم بود. وجود سیستم‌های آموزشی که عمدتاً بر جنبه‌های بیولوژیک مسائل طبی تأکید دارند می‌تواند در این امر دخالت زیادی داشته باشد [۲۳]. شرکت کنندگان در مورد احتمال وجود سوء رفتار جنسی که به صورت وجود عفونت‌های تناسلی غیرمعمول مطرح شده بود نیز اطلاعات قابل قبولی (بر اساس تعریف روش کار) نداشتند. این یافته در مطالعات دیگر که در آن به توانایی پزشکان در معاینه دستگاه تناسلی دختران پیش از بلوغ جهت تشخیص موارد احتمالی سوء رفتار جنسی و با تشخیص احتمال سوء رفتار جنسی پرداخته است نیز دیده می‌شود [۲۴، ۲۵].

همچنین بررسی دیگری بر روی دانشجویان پزشکی نشان داد که در مورد علائم خطر و یا علائم واضح جسمی میزان توافق بالا بوده ولی در مواردی که به اطلاعات روانی اجتماعی (Psychological) نیاز بود میزان توافق با تشخیص کاهش می‌یافت [۱۲]. موافقت با دیدگاه درمورد تنبیه بدنی (Corporal punishment) بسیار کم بود. اکثریت پزشکان (۸۶ درصد) با آن مخالف بودند و اکثریت افراد با تنبیه‌های کلامی موافقت بیشتری نشان می‌دادند. ضمن آن که موافقت با تنبیه بدنی کمتر از سایر مطالعات مشابه می‌باشد [۲۶]. در برخی مطالعات ۵۸ درصد از پزشکان تنبیه بدنی را تأیید می‌کنند که عمدتاً متخصصین اطفال هستند [۲۷]. در مورد سؤالاتی که به Neglect پرداخته بود با توجه به این که مسامحه، شایع‌ترین نوع سوء رفتار محسوب می‌شود و علی‌رغم این که سؤالاتی که مطرح شده است مربوط به نشانه‌هایی واضح از مسامحه است، به نظر می‌رسد اطلاعات افراد خوب باشد. یکی از مهم‌ترین مواردی که در تشخیص سوء رفتار با کودک مطرح می‌شود، مسأله نگرش پزشکان نسبت به روش‌های تربیت فرزند و استفاده از تنبیه است [۹، ۲۸] و با توجه به رابطه منفی موجود بین نگرش و برداشت نسبت به جدی بودن یک رفتار مسأله‌ساز [۲۷] منفی بودن نگرش نسبت به تنبیه بدنی می‌تواند ناشی از آموزه‌های خاص اجتماعی و فرهنگی ایران باشد. لازم به ذکر است که این مطالعه در افرادی صورت گرفته است که جزء

اشار خاص جامعه ایران محسوب می‌شوند و بررسی نگرش کلی جامعه در مورد روش‌های تربیت کودک و سوء رفتار با کودکان نیازمند بررسی گسترده‌تری است. در مورد سؤال «بیشترین موارد کودک‌آزاری در سنین زیر ۴ سال رخ می‌دهد» پایین‌ترین اطلاعات وجود داشت. آیا این سؤال می‌تواند نشانگر تأثیر کلی نگرش عمومی جامعه در مورد رفتارهای آرام و ملاطفت‌آمیز با کودکان کوچک به‌خصوص در ایران باشد؟ از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه انجام تنبیه در مورد تربیت دختران و پسران تفاوتی نداشت. با وجودی که جنس کودک می‌تواند در نوع رفتارهایی که با وی می‌شود مؤثر باشد [۱۱، ۲۸]. آیا این دیدگاه در مورد سایر اصول تربیتی نیز بین دو جنس یکسان است؟ پاسخ به این سؤالات نیز همانگونه که اشاره شد نیازمند بررسی در مورد روش‌های تربیت کودک در ایران است. پزشکان زن در زمینه مسائل مربوط به سوء رفتار نگرش بهتری نسبت به پزشکان مرد داشتند. با توجه به مسئولیت‌های زنان در نگهداری و پرورش فرزندان و نزدیکی بیشتر با خصوصیات و روحیات کودکان [۴] این می‌تواند در نگرش آنها مؤثر باشد. گرچه که برخی از مطالعات تأثیر جنس را در نگرش پزشکان قابل اهمیت ندانسته‌اند [۲۶].

در مطالعه اخیر ۶۵ درصد از پزشکان عمومی برخورد با موارد کودک‌آزاری را تجربه کرده‌اند، اما تنها ۴/۵ درصد از آنها کودک‌آزاری را گزارش نموده‌اند. این یافته در مقایسه با سایر مطالعات گرچه همانند آنها میزان گزارش‌دهی را کمتر از موارد تشخیص داده شده بیان می‌کند [۱۸]، ولی در مقایسه با آنها نمایانگر سطح بسیار پایینی از گزارش موارد کودک‌آزاری است. یکی از دلایل مهم این امر به جز علل مشابه در سایر بررسی‌ها نظیر ترس از تخریب روابط پزشک و بیمار، ترس از عکس‌العمل والدین [۲۹]، عدم اطلاعات کافی در مورد علائم کودک‌آزاری [۳۰، ۳۱] و نگرش نسبت به روش‌های تربیت کودکان [۳۲]، عدم آشنایی با سیستم‌های اجرایی و حمایتی در این زمینه است. در این بررسی ۶۳/۵ درصد از پزشکان عنوان کردند که موارد را به پزشکی قانونی ارجاع می‌دهند. این مطلب نمایانگر عدم اطلاع پزشکان از جنبه‌های قانونی نحوه گزارش‌دهی موارد کودک‌آزاری است. همچنین به دلیل عدم وجود سیستم‌های مددکاری اجتماعی و روانشناسان آموزش دیده در اکثریت بیمارستان‌ها افراد اظهار داشته‌اند که پس از پزشکی قانونی باید به پلیس اطلاع داده شود. در حالی که در بررسی‌های ترکیه ۷۸/۸ درصد از پزشکان از این

نشانگر عدم اطلاع و بی‌توجهی تعداد قابل ملاحظه‌ای از پزشکان نسبت به این امر است. با توجه به این که مواد درسی و مطالب آموزش پزشکی در دانشکده‌های پزشکی ایران یکسان می‌باشد، می‌توان تا حدی نتایج مشابهی را برای سایر مناطق پیش‌بینی کرد. نتایج تحقیق حاضر همانند سایر مطالعات بر ضرورت آموزش در زمینه‌های تشخیصی، اتیولوژیک، پسیکولوژیک و مسائل قانونی کودک‌آزاری در تربیت پزشکان و همچنین در آموزش‌های مستمر پس از فراغت از تحصیل (Continuous medical) تأکید دارد [۳۳-۳۶].

مطلب که باید موارد کودک‌آزاری به سرویس‌های اجتماعی اطلاع داده شود آگاهی داشتند [۱۵] و ۴۴ درصد موارد را به پلیس اطلاع می‌دادند [۱۴].

مطالعات دیگری نیز بر تمایل بیشتر گزارش موارد کودک‌آزاری به سیستم‌های حمایت اجتماعی تا پلیس تأکید دارند [۱۲]. این امر بر لزوم آموزش جدی در زمینه مهارت‌های حرفه‌ای و تعیین جوانب قانونی موارد کودک‌آزاری تأکید دارد. از نکات دیگر این بررسی این بود که ۴۷/۵ درصد از پزشکان در مورد فراوانی کودک‌آزاری در ایران یا اطلاع نداشتند و یا آن را بسیار کم برآورد می‌کردند که

منابع

- 1- Depsowtha MP. Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. Archives of Disease in Childhood 2003; 88: 101-4
- 2- Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. Child Abuse and Neglect 2002; 26: 793-813
- 3- Bensley L, Ruggles D, Simmons K, Harris C, Williams K, Putvin T, et al. General population norms about child abuse and neglect and association with childhood experiences. Child Abuse and Neglect 2004; 28: 1321-37
- 4- Al-Moosa A, Al-Shaiji j, Al-Fadhli A. Pediatrician's knowledge, attitude and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse and Neglect 2003; 27: 1161-78
- ۵- مدنی سعید، بررسی روند آزار کودکان در ایران براساس برخی پایه‌های علت شناختی آن، رفاه اجتماعی ۱۳۸۲، ۷، ۱۸۹-۱۶۳
- ۶- سیاری علی اکبر، بررسی کودک‌آزاری جسمانی در مراجعان به درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان در شهرستان تهران، توانبخشی، ۱۳۸۰، ۶ و ۷، ۱۳-۷
- 7- Bullock K. Child abuse, the physician's role in alleviating a growing problem. American Family Physician 2000; 15: 1-4
- 8- Badger LW. Reporting of child abuse, influence of characteristic of physician practice and community. Southern Medical Journal 1989; 82: 281-6 [Abstract]
- 9- Ashton V. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting. Child Maltreatment 2001; 25: 389-99
- 10- Keshavarz R, Kawashima R, Low CH. Child abuse

and neglect presentations to a pediatric emergency department. Journal of Emergency Medicine 2002; 23: 3341-45

11- Jackson S, Thompson R, Christiansen E, Colman R, Wyatt J, Bockendabl CW, et al. Predicting abuse-prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample. Child Abuse and Neglect 1999; 23: 15-29

12- Shore R. Pediatricians in Israeli, factors, which affect the diagnosis and reporting of maltreatment children. Child Abuse and Neglect 1998; 22: 143-53

۱۳- باستانی فریده، بررسی میزان آگاهی پرستاران بخش اطفال از مفهوم سوء رفتار با کودک در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، پرستاری و مامایی ایران، ۱۳۷۸، ۲۷-۲۰

14- Oral R, Can D, Vatanse K, Ozenmis M, Orhar Y. Attitude and knowledge levels of general practitioners and pediatric residents about child abuse and neglect. Turkish Pediatrics Congress: Istanbul 1995

15- Acik Y, Deveci E, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary case physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. Prevention Medicine; [In press]

16- Paavilainen E, Asted-Kurki P, Paunonen-Limonen M. Caring for maltreatment children: a challenge for health care educator. Journal of Advanced Nursing 2002; 37: 551-57

17- Fung DS, Chow MH. Doctors' and lawyers' perspectives of child abuse and neglect in Singapore. Singapore Medical Journal 1998; 39:160-65

18- Von Halringer AR, Dadds M, Armstrong KH. The child abuse lottery. Child Abuse and Neglect 1998; 22: 159-69

- 19- Erikson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics* 2001; 108: 98-102
- 20- Shechter O-S, Tirosh E, Cohen A. Physical abuse-physician knowledge and reporting attitude in Israel. *European Journal of Epidemiology* 2002; 16: 53-8
- 21- Collier AF, McClure FH, Collier J, Otto C, Polloi AA. Culture-specific views of child maltreatment and parenting styles in a pacific-island community. *Child Abuse and Neglect* 1999; 3: 229-44
- 22- Marshal WN, Locke C. Statewide survey of physician's attitude to controversies about child abuse. *Child Abuse and Neglect* 1997; 21: 171-79
- 23- Ozturk E, Bingoler BE, Ertem M, Zumrut U, Sevgi G. Medical neglect of child challenges for pediatrician in developing country. *Child Abuse and Neglect* 2002; 26: 757-61
- 24- Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcones W. Child school abuse. Health professional's perception, diagnosis and responses. *British Journal of Community Nursing* 2004; 9: 332-38
- 25- Lantsch K, Johnson CF. Do physician have adequate knowledge of sexual abuse, survey of practicing physician from 1986-1996. *Child Maltreatment* 2000; 5: 72-8
- 26- Johnson CF. Child maltreatment 2002, recognition, reporting and risks. *Pediatrics International* 2002; 44: 554-60
- 27- Tirosh E, Shechter SO, Cohen. Attitude towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse and Neglect* 2003; 27: 929-37
- 28- Crouch JL, Behl LE. Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress and physical abuse potential. *Child Abuse and Neglect* 2001; 25: 413-19
- 29- Myung SP. The factors of child physical abuse in Korean immigrant families. *Child Abuse and Neglect* 2001; 25: 945-58
- 30- Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not to report Physician's attitude toward discipline and child abuse. *American Journal of Disease of Childhood* 1985; 139: 194-97 [Abstract]
- 31- Flaherty EG, Sege R, Binns J, Mattson CL, Christoffel KK. The pediatric practice research group health care providers experience reporting child abuse in the primary care setting. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2000; 154: 489-93
- 32- Giovannoni JM, Becerra RM. *Child abuse news: free press*, 1979
- 33- Flaherty EG, Sege R, Matson CL, Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting ambulate. *Pediatric* 2002; 2: 20-26
- 34- Socolar RS, Rainess B, Chen mok M, Rünyar DK, Green G, Paterno S. Intervention to improve physician documentation and knowledge of child sexual abuse, a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1998; 101: 817-24
- 35- Flahrty EG, Rise J, Sege R. Telling their stories: Primary care practitioners experiences evaluating and injuries caused by child abuse. *Child Abuse and Neglect* 2004; 28: 939-45
- 36- Elhea L. Primary prevention of child abuse. *American Family Physician* 1999; 59: 1577-85