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 باحذف 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 ـ روانی سوء رفتار نسبتاً خوب بود، ولی در زمینه تشخیص موارد جنسی و یا روانی (پسیکولوژیک) اطلاعات کافی به‌نظر 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 افضلی پور، گروه پزشکی اجتماعی
E-mail: behshidgarussi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

مقدمه

سوء رفتار با کودکـان (Child Abuse-Child Maltreatment) همان اندازه که در بیان ساده به نظر می‌رسد، می‌تواند در توضـیح و بررسی پیچیده باشد. سوء رفتار بـا کودکـان از جنبـه‌هـای مختلـف مورد بررسی قرار گرفته است، گر چه بسیاری از تقـسیم‌بنـدی‌هـا از جنبه بالینی به این مطلب پرداخته‌اند ولـی برخـی دیـدگاه‌هـا سـوء رفتار را از منظر قصد و نیت انجام دهنده تقسیم‌بندی نموده‌انـد[۱]. صرف‌نظر از موارد بسیار شدید و خشن کـه مـصداق سـوء رفتـار بـا کودکان محسوب می‌شـوند، بـسیاری از رفتارهـایی کـه بـه منظـور تربیت فرزندان انجام می‌شود و از سوی والدین جزئـی از روش‌هـای فرزندپروری (Child rearing) به حساب مـی‌آینـد نیـز مـی‌تواننـد نوعی سوء رفتار نسبت به کودکان باشند. البته نگرش‌های فرهنگـی نسبت به مسأله تربیت کودکان را نباید نادیده گرفت که می‌تواند در شدت این انظباط و تمایل آن به سمت سوء رفتار بـا کـودک تـأثیر داشته باشد[۲].

شناسایی عقاید و باورهای جامعه در مورد روش‌هـای برخـورد بـا کودکان در مبحث سوء رفتار بسیار مهم است[۳]. حتی برخی اوقات اعمالی که در اصل با اهداف درمانی انجام می‌شـوند نیـز مـی‌تواننـد نـوعی سـوء رفتـار و آزار تلقـی گردنـد. از نمونـه ایـن روش‌هـا کـه سالهاســت در ایــران منــسوخ گردیــده اســت، داغ کــردن (Cauterization) یـا سـوزاندن ناحیـه کـوچکی از پوسـت توسـط درمان‌گران سنتی برای درمان علایمی نظیر تب، اسهال، تـشنج و ... می‌باشد[۴]. بحث پیرامون روند کودک‌آزاری در ایران و پاسخ به این پرسش که آزار کودکان در ایران تا چه حد است؟ بخش دشـواری از مطالعات کودک‌آزاری اسـت. زیـرا پاسـخ بـه ایـن پرسـش مـستلزم بررسی شیوع و بروز کودک‌آزاری در دوره زمانی مشخصی است کـه تاکنون به صورت مدون در ایران انجام نشده است و اکثـر مطالعـات به بررسی علل و عوامل مـؤثر در کـودک‌آزاری در جمعیـت محـدود پرداخته‌اند و با وجودی که از سال ۱۳۸۱ سوء رفتار با کودکـان بـه صورت یک جرم عمومی در آمده و قابل طرح از سـوی عمـوم افـراد است (ماده ۵ قانون حمایت از کودکان و نوجوانـان: کـودک‌آزاری از جرایم عمومی بوده و نیاز به شاکی خصوصی ندارد.

مـاده ۶ قـانون حمایـت از کودکـان و نوجوانـان: تمـامی افـراد و مؤسسات و مراکزی که به نحوی مـسئولیت نگهـداری و سرپرسـتی کودکـان را بـه عهـده دارنـد، مکلفنـد بـه محـض مـشاهده مـوارد کودک‌آزاری مراتب را جهت پی‌گرد قانونی و اتخاذ تـصمیم مقتـضی به مقامات صالح قضایی اعلام نمایند. تخلف از ایـن تکلیـف موجـب حبس تا شش ماه یا جزای نقدی تا ۵ میلیون ریال خواهد بود.)، اما با توجه به عدم گسترش مناسـب سیـستم‌هـای حمایـت اجتمـاعی کودکـان و وجـود خلأهـای قـانونی در مـورد مجـازات‌هـای خـاص کودک‌آزاری (به جـز مـوارد خـاص) آمـار دقیقـی در ایـن مـورد در دسترس نبوده و تنها گزارش‌های مـوردی از ایـن امـر در دسـترس است. با این حال، بررسی روند عوامل مـؤثر بـر کـودک‌آزاری، نظیـر اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر، فقر و تأثیر آن بر کودک‌آزاری از روش‌های غیرمستقیم بررسی سوء رفتار با کودکان مـی‌باشـد[۵]. بررسی عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری نشان می‌دهد که این عوامـل در ایران نیز مانند سایر نقاط جهان بوده و خـصوصیات مـشابهی دارنـد [۶]. اگر چه موارد کلاسیک کودکان آزار دیده که بـا جراحـت‌هـای متعدد مراجعه می‌نمایند، به سهولت توسط پزشکان تـشخیص داده می‌شود، ولـی تـشخیص کـودک‌آزاری در مـواردی کـه نـشانه‌هـای جسمانی وجود ندارد یا تنها یک جراحت وجـود دارد، امـری دشـوار است[۷]. بنابراین لزوم داشتن آگاهی کافی در این زمینه قابل انکـار نیست و با توجه به ایـن کـه بـسیاری از رفتارهـا تـابع نگـرش فـرد هستند [۸، ۹] نوع نگرش پزشکان که در بیشتر مـوارد خـط مقـدم تشخیص سـوء رفتـار بـا کودکـان بـه خـصوص در ایـران محـسوب می‌شوند نیز در تشخیص و رفتار با موارد کودک‌آزاری حائز اهمیـت است. مطالعه حاضـر بـه بررسـی میـزان آگـاهی و نگـرش پزشـکان عمومی شهر کرمان در مورد سوء رفتار با کودکان می‌پردازد و علاوه بر آن چگونگی گزارش موارد کـودک‌آزاری را نیـز مـد نظـر خواهـد داشت.

مواد و روش کار

این تحقیق یک مطالعه مقطعی از نوع پیمایشی (Survey) بـوده که در شهر کرمان انجام شده است و افراد مـورد مطالعـه، پزشـکان عمومی شاغل در شهر کرمان هستند. از ۲۸۸ پزشک عمومی شاغل در کرمان، ۲۰۰ نفر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتنـد. ابـزار بررسی، پرسشنامه خودایفا (Independent Questionnaire) بوده که توسط یک نفر از محققین در محل کار پزشکان توزیع و پـس از تکمیل جمع‌آوری گردید. پرسشنامه مورد استفاده شـامل سـؤالاتی مربوط به خصوصیات دموگرافیک، آگـاهی، نگـرش و گـزارش‌دهـی موارد سوء رفتار بود. سؤالاتی که آگاهی را ارزیابی می‌کردنـد شـامل ۲۲ سؤال بود که ۱۰ سـؤال، آگـاهی شـرکت‌کننـدگان را در مـورد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

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 به دست 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 جمع آوری 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 ($P<0/05$) (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 ($P<0/01$، $r=0/284$). 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 علایم 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 کودک آزاری را داشته‌اند و تنها تعداد اندکی از ایشان (۴/۵ درصد) موارد کودک‌آزاری مشاهده شده را گزارش نموده بودند. در پاسخ به سؤال «موارد کودک آزاری به کجا باید گزارش شوند»، ۶۳/۵ درصد پزشکی قانونی را نام برده بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

جدول شماره ۱- نگرش پزشکان مورد بررسی در مورد کودک‌آزاری (n=۱۹۷)

	کاملاً موافق		موافق		بی نظر		مخالف		کاملاً مخالف	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ـ تنبیه فیزیکی در برابر رفتارهای نامناسب	۰	۰	۱/۵	۳	۶/۱	۱۲	۴۹/۸	۹۸	۴۲/۶	۸۴
ـ محرومیت از غذا در قبال رفتارهای نامناسب	۰/۵	۱	۴/۶	۹	۱۰/۷	۲۱	۴۴/۷	۸۸	۳۹/۵	۷۸
ـ زندانی شدن در اتاق در قبال رفتارهای نامناسب	۱/۵	۳	۶/۱	۱۲	۹/۲	۱۸	۴۲/۶	۸۴	۴۰/۶	۸۰
ـ تنبیه شدیدتر پسران نسبت به دختران در برابر رفتارهای نامناسب	۲	۴	۷/۱	۱۴	۴/۶	۹	۴۳/۷	۸۶	۴۲/۶	۸۴
ـ تنبیه بیشتر کودکان بزرگتر	۱	۲	۷/۶	۱۵	۱۰/۷	۲۱	۴۴/۷	۸۸	۳۶	۷۱
ـ لزوم تنبیه بدنی برای تربیت صحیح کودک	۰/۵	۱	۰	۰	۶/۶	۱۳	۳۲	۶۳	۶۰/۹	۱۲۰
ـ ترساندن کودک از موجودات خیالی برای ممانعت وی از انجام برخی کارها	۰	۰	۲/۵	۵	۴/۱	۸	۳۳	۶۵	۶۰/۴	۱۱۹
ـ خندیدن به اشتباهات و مسخره کردن کودک	۰	۰	۰/۵	۱	۵/۱	۱۰	۲۸/۹	۵۷	۶۵/۵	۱۲۹
- عدم احساس ناراحتی در کودک عقب مانده ذهنی از تنبیه بدنی	۰	۰	۴/۱	۸	۶/۱	۱۲	۳۹/۶	۷۸	۵۰/۲	۹۹
- لمس نواحی تناسلی کودکان توسط والدین	۱	۲	۲/۵	۵	۴/۱	۸	۳۲/۵	۶۴	۵۹/۹	۱۱۸

جدول شماره ۲- فراوانی پاسخ‌های صحیح به سؤالات ارزیابی کننده آگاهی پزشکان نسبت به کودک‌آزاری(n=۱۹۷)

	بلی		خیر		نمی‌دانم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
- سؤالات مربوط به عوامل خطر						
کودکان زیر ۴ سال در معرض خطر بیشتری برای سوئرفتار هستند	۱۲۸	۶۵	۴۱	۲۰/۸	۲۸	۱۴/۲
پسران بیش از دختران در معرض سوءرفتار جسمی هستند	۹۱	۴۶/۲	۷۵	۳۸/۱	۳۱	۱۵/۷
دختران بیش از دختران در معرض سوءرفتار جنسی هستند	۱۲۴	۶۲/۹	۴۸	۲۴/۴	۲۵	۱۲/۷
کودکانی که در حانواده‌های فقیر زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای سوءرفتار جسمی و جنسی هستند	۱۶۵	۸۳/۸	۱۴	۷/۱	۱۸	۹/۱
کودکانی که در حانواده‌های فقیر زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای بی‌توجهی والدین هستند	۱۶۱	۸۱/۸	۱۸	۹/۱	۱۸	۹/۱
کودکانی که با یک والد زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای سوءرفتار جسمی و جنسی هستند	۱۴۶	۷۴/۱	۳۴	۱۷/۳	۱۷	۸/۶
کودکان والدین تحصیل کرده در معرض خطر بیشتری برای سوءرفتار جسمی و جنسی هستند*	۱۳	۶/۶	۱۶۸	۸۵/۳	۱۶	۸/۱
کودکانی که در با یک والد زندگی می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای بی‌توجهی والد هستند	۱۰۳	۵۲/۳	۶۵	۳۳	۲۹	۱۴/۷
در کودکانی که یکی یا هر دوی والدین بیماری روانی دارند، خطر سوءرفتار بیشتر است	۱۶۶	۸۴/۳	۲۲	۱۱/۲	۹	۴/۶
کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی کمتر از سایر کودکان در معرض سوءرفتار قرار دارند*	۴۹	۲۴/۹	۱۲۴	۶۲/۹	۲۴	۱۲/۲
- سؤالات مربوط به شناخت از نشانه ها و عوارض کودک‌آزاری						
کودکان به علت تنبیه بدنی ممکن است جان خود را از دست بدهند	۱۶۴	۸۳/۲	۱۷	۸/۶	۱۶	۸/۱
کودکان به علت تنبیه بدنی ممکن است عوارض پایدار جسمی و یا روانی پیدا کنند	۱۸۱	۹۱/۹	۹	۴/۶	۷	۳/۶
وجود سوختگی در برخی نقاط غیرمعمول بدن می‌تواند نشانه سوءرفتار باشد	۱۶۴	۸۳/۲	۱۳	۶/۶	۲۰	۱۰/۲
وجود خراشهای پوستی غیرمعمول می‌توانند نشانه سوءرفتار باشد	۱۶۶	۸۴/۳	۱۳	۶/۶	۱۸	۹/۱
شکستگی‌های استخوانی در کودکان می‌تواند نشانه سوءرفتار باشد	۱۵۶	۷۹/۲	۱۹	۹/۶	۲۲	۱۱/۲
عدم رشد کافی و مناسب کودک می‌تواند نشانه بی‌توجهی والدین باشد	۱۸۳	۹۲/۹	۹	۴/۶	۵	۲/۵
عدم تربیت صحیح کودک و عدم اطلاع وی از ارتباطات اجتماعی می‌تواند نشانه بی‌توجهی والدین باشد	۱۸۴	۹۳/۴	۸	۴/۱	۵	۲/۵
ترسیدن شدید کودک از والدین می‌تواند نشانه سوءرفتار باشد	۱۸۰	۹۱/۴	۱۳	۶/۶	۴	۲
وابستگی شدید کودک به والدین می‌تواند نشانه سوءرفتار باشد	۱۰۲	۵۱/۸	۵۶	۲۸/۴	۳۹	۱۹/۸
مشاهده عفونتهای تناسلی غیرمعمول در کودکان می‌تواند نشانه سوءرفتار جنسی باشد	۱۴۸	۷۵/۱	۲۰	۱۰/۲	۲۹	۱۴/۷
وجود رفتارهای اغواگرانه جنسی (عشوه‌گری) در کودکان می‌تواند دلیل سوءرفتار جنسی باشد	۱۲۲	۶۱/۹	۳۸	۱۹/۳	۳۷	۱۸/۸
کودکانی که مکرراً به دلیل عدم بهبودی به پزشکان مراجعه داده می‌شوند ممکن است مورد سوءرفتار قرار گرفته باشند	۱۲۰	۶۰/۹	۳۲	۱۶/۲	۴۵	۲۲/۸

* در این سئوالات عبارت «خیر»، گزینه صحیح می‌باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

بحث و نتیجه‌گیری

بسیاری از قربانیان کودک‌آزاری 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 کودک‌آزاری 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 کودک‌آزاری 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 کودک‌آزاری 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 افرادجوان‌تر نیز روش‌های تربیتی سهل گیرانه و ملایم‌تری را قبول دارند، با توجه به مطالعاتی که در سایر کشور ها انجام شده است به نظر می‌رسد افراد مسن از روش‌های تربیتی خشن‌تری نسبت به افراد جوان‌تر استفاده می‌کنند که این امر در فرهنگ ما نیاز مند بررسی است[۲۱]. این عدم تأثیر سن و جنس می‌تواند یا ناشی از تغییر در اطلاعات اقشار تحصیل کرده، درگیری پدرو 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 کودک‌آزاری است، نشان می‌دهد با وجود اجبار پزشکان به شرکت در دوره‌های بازآموزی، به موضوع کودک‌آزاری 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 بر خلاف 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 کودک‌آزاری به جای بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس به مطب‌های خصوصی این پزشکان مراجعه نمایند و در نتیجه درگیری یکسانی از نظر مشاهده موارد کودک‌آزاری 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 به‌خصوص 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 کودک‌آزاری در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

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 علی رغم 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 اقشار 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 مسؤولیت‌های زنان در نگهداری و پرورش فرزندان و نزدیکی بیشتر با خصوصیات و روحیات کودکان[۴] این می‌تواند در نگرش آنها مؤثر باشد. گر چه 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

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 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[۳۶-۳۳].

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 کودک آزاری 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, Vatansere K, Ozenmis M, Orhar Y. Attitude and knowledge levels of general practitioners and pediatric residents about child abuse and neglect. Turkish Pediatry Vongres: 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- Paavilainer 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, Armestrong KH. The child abuse lottery. Child Abuse and Neglect 1998; 22: 159-69

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]

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-iland community. Child Abuse and Neglect 1999; 3: 229-44
22- Marshal WN, Locke C. Statewide survey of physician's attitude to controversies about chil 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. Britih 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 groy health care providers expriance 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 case 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.7.1]