

فراوانی و عوامل خطر مرتبط با کودک آزاری در مراجعان به مراکز بهداشتی - درمانی شهری بندرعباس

دکتر فیروزه درخشانیپور^(۱)، دکتر احمد حاجبی^(۲)، زهره احمدآبادی^(۳)، دکتر بیتا صدیق^(۴)

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی فراوانی و عوامل خطر مرتبط با کودک آزاری در مراجعان به مراکز بهداشتی - درمانی شهری بندرعباس بود. **روش:** محل انجام طرح، مراکز بهداشتی - درمانی و پایگاه‌های شهری بندرعباس و وظایف کارکنان مراکز در این مرحله از طرح، شناسایی موارد کودک آزاری در مرکز بود. تمام کارکنان در کارگاه‌های آموزشی، جهت آشنایی با انواع کودک آزاری شرکت کردند. مراجعان در زمان ارجاع برای مراقبت‌های معمول، از نظر کودک آزاری نیز معاینه می‌شدند و اگر نشانه‌های مشکوکی از این پدیده دیده می‌شد، موارد در فرم‌های مربوط ثبت می‌شد. پژوهش حاضر، مرحله اول از طرحی بزرگ‌تر، با هدف بررسی ضرورت ادغام برنامه پیشگیری از کودک آزاری در خدمات بهداشتی اولیه، و شامل شناسایی موارد کودک آزاری در مراکز بهداشتی - درمانی و عوامل خطر مرتبط بود. **یافته‌ها:** ۱۱۰ مورد مسامحه و ۱۹ مورد آزار فیزیکی در میان کودکان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شناسایی شد. بیش‌فعالی و اضطراب از عوامل مرتبط کودک آزاری مربوط به کودکان، بی‌سوادی و افسردگی از عوامل مربوط به مادران، و بی‌سوادی، اعتیاد و بیکاری از عوامل مربوط به پدران بود. مسامحه با احتمال بیشتری در دختران، کودکان زیر دو سال و کودکان دارای پدران جوان رخ داده بود و آزار جسمی بیشتر در پسران و کودکان بالای چهار سال و کمتر در بین کودکان دارای مادران دارای تحصیلات دانشگاهی و پدران جوان دیده شد. **نتیجه‌گیری:** کودک آزاری ناشی از عوامل مختلف مرتبط با کودک و والدین است. شناسایی این عوامل خطر، در برنامه‌ریزی مداخله‌های مناسب برای کاهش کودک آزاری مفید است. مراکز بهداشتی - درمانی، به دلیل مراجعه ماهانه و منظم خانواده‌ها، محل مناسبی برای شناسایی موارد کودک آزاری هستند.

کلیدواژه: کودک آزاری؛ پیشگیری اولیه؛ مسامحه؛ مراکز بهداشتی؛ عوامل خطر

[دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۹]

مقدمه

نشده، بررسی‌های انجام شده شیوع بالای این رفتارها را در بین خانواده‌های ایرانی نشان می‌دهد (۷-۳). روشن است که کودک آزاری بر کیفیت زندگی (۸)، سلامت جسمی (۹، ۱۰)، سلامت روانی (۱۱-۱۳) و سلامت رفتاری قربانی (۱۴-۱۷) پیامدهای منفی بر جای می‌گذارد. کودک آزاری همچنین با کاهش دستیابی به موفقیت‌هایی

کودک آزاری^۱ عبارت است از انجام هر عملی در مورد کودک یا مسامحه^۲ نسبت به او که به صدمه قابل ملاحظه جسمی و روانی منجر شود یا باعث شود آسیب جدی کودک را تهدید کند (۱، ۲). هرچند تا کنون در کشور ما پژوهش جامع و گسترده‌ای درباره بدرفتاری و کودک آزاری انجام

^(۱) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان. گرگان، خیابان پنجم آذر، کوچه آذر دهم، مجتمع مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، طبقه دوم. دورنگار: ۰۱۷۱-۲۲۵۵۵۸۱ (نویسنده مسئول) E-mail: f.derakhshani@yahoo.com
^(۲) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛ ^(۳) کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی؛ ^(۴) پزشک عمومی، مرکز بهداشت استان هرمزگان.

تحصیلی و اقتصادی (۲۲-۱۸) و افزایش جرم و کج رفتاری (۲۳، ۲۴) در آینده مرتبط است. پیامدهای منفی کودک آزاری، هم در مورد قربانیان و هم در مورد جامعه، از راه تحمیل هزینه‌های پیشگیری، شناسایی، مداخله و درمان، سنگین ارزیابی می‌شود (۲۲). این هزینه‌ها شامل هزینه‌های مستقیم و قابل اندازه‌گیری (مثل هزینه‌های حمایت از کودکان، نظام‌های قضایی و خدمات قانونی و مراقبت بهداشتی و روانی از کودکان) و خسارت‌های غیرمستقیم (مثل آسیب‌های روانی و جسمی قربانیان در بزرگسالی، سوء مصرف مواد، جرایم، حبس، بارداری نوجوانی و قربانی شدن نسل بعدی) است (۲۲، ۲۵، ۲۶). اگرچه درمان پس از واقعه ممکن است تا حدی سلامت جسمی و روانی قربانیان را بهبود بخشد، پیامدهای مدیریت نامناسب و ناکافی کودک آزاری برای قربانیان، خانواده‌های آنها و جامعه فاجعه‌بار است (۲۹-۲۷). آگاهی از نتایج نامطلوب این امر باعث شده برنامه‌ها و سیاست‌هایی که خطر کودک آزاری را کاهش می‌دهد و از بد رفتاری با کودکان پیشگیری می‌کند، افزایش یابد (۳۰). پیشگیری از بد رفتاری با کودکان، نیازمند شناخت عواملی است که والدین را به بد رفتاری، جوامع را به مسامحه، فرهنگ‌ها را به آسیب زدن، جوامع و سیاست‌گزاران را به نادیده گرفتن و بازارها را به بهره‌برداری از کودکان وامی‌دارد (۳۱). تلاش‌های پیشگیرانه برای جلوگیری از آزار و مسامحه نسبت به کودکان، درد روانی و جسمی کودکان را کاهش می‌دهد و پیامدهای سلامت بلندمدت آنها را بهبود می‌بخشد (۳۲) و عوامل حفاظتی کلیدی مرتبط با کاهش کودک آزاری (مثل تاب‌آوری والدین، ارتباط‌های اجتماعی قوی‌تر، رشد مثبت کودک، بهبود مهارت‌های والدین، آگاهی از رشد کودکان و دسترسی بهتر به منابعی مانند مسکن، حمل و نقل و تغذیه) را گسترش می‌دهد (۳۳).

شماری از پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند تلاش‌های پیشگیرانه گسترده موفقیت بیشتری در گسترش زمینه حفاظتی کودکان و والدین دارند تا حذف عوامل خطر، به‌ویژه در بین والدین و کودکان در معرض خطر (۳۴، ۳۵). در مقابل، برخی معتقدند که تمرکز راهبردهای پیشگیرانه روی جمعیت هدف مشخص با عوامل خطر قابل شناسایی مؤثرتر است (۳۶، ۳۷). با توجه به رویکرد دوم، هدف‌گیری اوایل کودکی برای به

ثمر نشاندن تلاش‌های پیشگیرانه بسیار مهم است (۳۸). این که از میان قربانیان کودک آزاری، یک‌سوم کمتر از سه سال و نزدیک به نیمی کمتر از شش سال هستند (۳۹)، اهمیت پیشگیری زودهنگام را افزایش می‌دهد و برنامه‌های پیشگیرانه اوایل کودکی را بر سایر تدابیر این حوزه مقدم می‌شمارد (۴۴-۴۰). مرور پژوهش‌های انجام شده (۳۴، ۴۸-۴۵) نشان می‌دهد با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های این رهیافت، می‌توان با اجرای تدابیر پیشگیرانه اوایل کودکی، به کاهش کودک آزاری در جامعه کمک کرد.

در ایران، مراکز بهداشتی-درمانی در طول دوره‌های پیش از بارداری تا اوایل کودکی خدمات مبتنی بر سلامت را به خانواده‌ها ارائه می‌کنند. در میان بخش‌های گوناگون خدماتی، سامانه بهداشتی-درمانی به‌عنوان یک شبکه وسیع کشوری در پیشبرد تدابیر پیشگیرانه اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا گستره وسیعی از جامعه را پوشش می‌دهد و با کودکان و خانواده‌های آنان تماس نزدیکی دارد. این مراکز محل مناسبی برای شناسایی کودکان در معرض خطر و ارائه خدمات آموزشی و مراقبتی کم‌هزینه‌تر به آنها و خانواده‌هایشان است. با وجود این، تعداد اندکی از کودکان آزار دیده، در مراکز مختلف ارائه خدمات سلامت، شناسایی و حمایت می‌شوند. در بسیاری از موارد، مراجعان به دلیل جراحات جسمی و ناخوشی روانی در مراکز بهداشتی-درمانی پذیرش می‌شوند، ولی بدون تشخیص علت ایجاد مشکل و با وجود خطر تکرار خشونت، مرکز را ترک می‌کنند.

پیشگیری کودک آزاری، به همکاری بین‌رشته‌ای نیاز دارد تا مراقبتی در خور ارائه شود (۴۹). اما خدمات پیشگیری، شناسایی، تحقیق و درمان آن در ایران توسط نهادهای محدود و سازمان‌هایی با ساختارهای جداگانه، مثل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی (ره)، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی و برخی سازمان‌های غیردولتی ارائه می‌شود. نارسایی‌های موجود، کمبود هماهنگی را در بین خدماتی که ریشه در سامانه‌های غیرمؤثر و پاره‌پاره دارد، بیشتر نمایان می‌کند. نارسایی‌هایی چون عدم تشخیص صحیح موارد بد رفتاری، دشواری دسترسی به خدمات برای مراجعان و فاصله مکانی میان آنها از جمله این نارسایی‌ها است. به‌نظر می‌رسد برای

مقابله با پدیده کودک آزاری، به یک سامانه یکپارچه از مداخلات اولیه، آگاهی و آمادگی بالای اجتماعی نیاز است. با توجه به مطالب بیان شده، در تلاش برای ارائه خدمات مؤثرتر بر پیشگیری از کودک آزاری و درمان کودکان، گروهی از متخصصان به دنبال رهیافتی جدیدتر برای پیشگیری از کودک آزاری و ایجاد هماهنگی و همسویی بیشتر خدمات موجود، برنامه ادغام پیشگیری از کودک آزاری در مراکز بهداشتی- درمانی را، به صورت آزمایشی به اجرا درآوردند. در ابتدای کار، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی فراوانی موارد کودک آزاری و شناسایی عوامل مؤثر بر رخداد آن در مراکز بهداشتی- درمانی شهری بندرعباس بود.

روش

بررسی توصیفی- تحلیلی حاضر بخشی از یک مطالعه بزرگ تر بود که به مدت یک سال (مهر ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۰) در بندرعباس انجام شد. محل انجام طرح، مراکز بهداشتی-درمانی و پایگاه‌های شهری بندرعباس بود. افراد شاغل در این مراکز، شامل کارکنان واحد بهداشت خانواده و اکسیناسیون و پزشکان مرکز بودند که شناسایی و ثبت دقیق موارد در فرم‌های مربوط را بر عهده داشتند. شناسایی موارد کودک آزاری در مراکز بهداشتی- درمانی شهری توسط پزشکان عمومی، کارشناسان و کاردندان خانواده و ماماها که به نوعی با مراقبت از کودک در ارتباط بودند، انجام شد. با توجه به آنکه این کارکنان بر امر مراقبت از کودک نظارت دارند، زمان مراجعه خانواده‌ها و کودکان برای مراقبت‌های معمول و ماهانه، زمانی مناسب برای شناسایی موارد کودک آزاری و مسامحه بود. برای آشنایی با روش شناسایی کودکان آزاردیده، تمام کارکنان در دوره‌های آموزشی برنامه‌ریزی شده شرکت کردند. کارگاه‌ها به‌طور جداگانه برای کارکنان و پزشکان برگزار شد. موضوع‌های آموزشی در کارگاه‌ها بدین شرح بود: تعریف کودک آزاری و آشنایی با انواع آن، آشنایی با عوامل خطر و محافظت‌کننده، پیامدهای کودک آزاری و نشانه‌های کودک آزاری در زمان مواجهه با کودک آزاردیده. یک جلسه آشنایی با چگونگی انجام طرح و مراحل اجرای آن نیز برگزار شد.

کارکنان در زمان مراجعه خانواده و کودک برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی باید هشیار باشند و در زمان معاینه کودک (واکسیناسیون و اندازه‌گیری قد و وزن)، در صورت مواجهه با نشانه‌های کودک آزاری، آن را شناسایی و بر اساس دستورالعمل‌های مدون اقدام کنند. شناسایی انواع و شدت کودک آزاری جسمی و مسامحه بر اساس این تعاریف بود:

۱- **کودک آزاری جسمی:** الف) تعریف مفهومی: آزار جسمی عبارت است از استفاده عمدی از قدرت فیزیکی در مورد کودک که در نتیجه آن، احتمال آسیب به سلامت، حیات، تکامل یا عزت نفس کودک وجود دارد؛ و ب) تعریف عملیاتی: در موارد آزار خفیف، به گفته والد، کودک به‌طور معمول تنبیه می‌شود، ولی آثاری در بدن او به‌جا نمی‌ماند یا کودک در حضور کارکنان تنبیه می‌شود. در موارد آزار متوسط، آثار کبودی در بدن کودک با تعداد اندک (یک یا دو کبودی در حال بهبود) به چشم می‌خورد. در موارد آزار شدید، وجود خون‌مردگی و شکستگی در کودک زیر یک سال، وجود شکستگی در بدن کودک، شکستگی دنده‌ها، آثار سوختگی (آب جوش و سیگار)، آثار کبودی‌های متعدد در مراحل مختلف بهبود و کاهش سطح هشیاری و نشانه‌های همراه دیده می‌شود.

۲- **مسامحه:** الف) تعریف مفهومی: برآورده نکردن نیازهای پایه‌ای (غذا، سرپناه، محافظت، نظارت، لباس و سلامت) کودک؛ و ب) تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر، اختلال‌های تغذیه‌ای، اختلال رشد و مراقبت ناکافی منجر به بروز آسیب جسمی، مسامحه در نظر گرفته شد. در صورت برخورد با موارد مشکوک به کودک آزاری توسط کارکنان، این مورد می‌بایست توسط پزشک شاغل در مرکز معاینه و کودک آزاری تأیید می‌شد. بررسی موارد از نظر اختلال‌هایی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی در ابتدا توسط پزشک عمومی مرکز انجام می‌شد و در نهایت، در صورت نیاز به واحد درمانی- تخصصی بالاتر، برای ویزیت روانپزشک همکار طرح ارجاع می‌شد. این مرکز تخصصی در بیمارستان کودکان شهر بندرعباس قرار داشت و وظیفه آن رسیدگی به موارد کودک آزاری ارجاع شده به این واحد بود.

تصنعی تبدیل نشده و مبنای مقایسه و تقابل با سایر طبقات قرار گرفت، با عنوان طبقه مرجع^۴ در جداول مشخص شد. برای تعیین میزان تأثیر هر متغیر پیش بین بر متغیر ملاک، نسبت شانس (OR)^۵ (احتمال تعلق به گروه یک نسبت به احتمال تعلق به گروه صفر) و فاصله اطمینان^۶ (۹۵٪ CI) به کار رفت. آماره والد^۷ نیز برای پی بردن به معنی داری اثر هر متغیر بر متغیر ملاک، استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در سال ۱۳۹۰، تعداد کل کودکان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی بندرعباس ۱۲۴۶۴۳ نفر بود. از میان ۱۲۹ کودک شناسایی شده دچار کودک آزاری یا مسامحه، ۷۵ کودک پسر و ۵۴ کودک دختر بودند. پدر ۵ نفر بیکار گزارش شد. تحصیلات پدر در نزدیک به ۶۰ درصد از کودکان (۷۷ نفر) زیر دیپلم و در ۴/۷ درصد (۶ نفر) دانشگاهی بود. تحصیلات مادر نیز در بیش از ۶۲ درصد کودکان (۸۰ نفر) زیر دیپلم بود و ۹/۳ درصد (۱۲ نفر) مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. فراوانی افراد نمونه و والدین آنان، بر اساس گروه سنی، در **جدول ۱** و وضعیت کودک آزاری در **جدول ۲** آمده است.

تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد آزار بیشتر در گروه سنی ۲-۴ سال ($p=0/050$, $CI_{95\%}=0/96-35/50$, $OR=5/84$) و بالاتر از ۵ سال ($CI_{95\%}=38/12-73497/24$, $OR=1673/81$)، و کمتر در کودکانی دیده شد که مادر تحصیلات دانشگاهی داشت ($p<0/001$, $CI_{95\%}=0/00-0/92$, $OR=0/010$)، و پدر جوان‌تر از ۳۰ سال ($p=0/040$, $OR=0/06$)، $OR=0/030$, $CI_{95\%}=0/01$) بود (**جدول ۳**).

اطلاعات مراجعانی که مشکوک به کودک آزاری بودند، توسط کارکنان شاغل در این مراکز که کارگاه‌های آموزشی را گذرانده بودند، در فرم‌های تهیه شده ثبت می‌شد. شناسایی موارد، از طریق مشاهده نشانه‌ها در کودک، رفتار مادر با کودک و مصاحبه با مادر بود. این کودکان توسط پزشک مرکز نیز معاینه می‌شدند. در صورت تأیید کودک آزاری توسط پزشک مرکز، نام مورد در فرم‌های مربوط ثبت می‌شد. در تدوین این فرم‌ها سعی شده بود تا حد ممکن، مشکلات کاری کارکنان رعایت شود. از آنجا که کارکنان روزانه مجبور بودند به تعداد زیادی از مراجعان پاسخ دهند، برای آسانی کار آنها، در بسیاری از موارد، تکمیل فرم، تنها به علامت زدن نیاز داشت. این فرم‌ها دو دسته اطلاعات را گردآوری می‌کردند: ویژگی‌های فردی، شامل عواملی نظیر جنسیت، سن کودک، سن والدین، تحصیلات و وضعیت اشتغال والدین؛ و اطلاعات مربوط به بدرفتاری، شامل نوع کودک آزاری بر اساس تقسیم‌بندی، مسامحه و آزار جسمی و جنسی و همچنین شدت آزار در سه سطح خفیف، متوسط و شدید و نسبت فرد مهاجم با کودک.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-18^۱ و با روش رگرسیون لجستیک^۲ دووجهی^۳ انجام شد. متغیر ملاک آزار جسمی با دو سطح و متغیرهای پیش‌بین در سطوح اسمی (جنسیت، وضعیت اشتغال پدر و مادر) و ترتیبی (سطح تحصیلات پدر و مادر و سن کودک و والدین) وارد تحلیل شدند. طی اجرای رگرسیون، متغیرهای طبقه‌بندی شده (اسمی و ترتیبی) به صورت تصنعی به متغیرهای فاصله‌ای تبدیل شده و وارد معادله می‌شوند. برای اجتناب از مسأله چند هم خطی بودن^۴ در رگرسیون لجستیک، متغیر تصنعی برای طبقه اول (یعنی کوچک‌ترین کد) تعریف نشد و طبقه‌ای که به متغیر

جدول ۱- فراوانی نمونه و والدین آنان بر اساس گروه سنی

گروه سنی کودکان	فراوانی (%)	گروه سنی پدران	فراوانی (%)	گروه سنی مادران	فراوانی (%)
کمتر از یک سال	۵۵ (۴۲/۶)	کمتر از ۲۵ سال	۱۶ (۱۲/۶)	کمتر از ۲۵ سال	۵۲ (۴۰/۳)
۱-۲ سال	۴۶ (۳۵/۷)	۲۵ تا ۲۹ سال	۴۰ (۳۱/۵)	۲۵ تا ۲۹ سال	۴۷ (۳۶/۴)
۳-۴ سال	۱۵ (۱۱/۶)	۳۰ تا ۳۴ سال	۴۱ (۳۲/۳)	۳۰ تا ۳۴ سال	۱۸ (۱۴)
۴-۹ سال	۱۳ (۱۰/۱)	۳۵ سال و بیشتر	۳۰ (۲۳/۶)	۳۵ سال و بیشتر	۱۲ (۹/۳)
		نامشخص	۲		

1- Statistical Package for the Social Sciences- version 18
 2- binomial logistic regression
 3- multicolinearity
 4- reference category
 5- odds ratio
 6- confidence interval
 7- Wald

جدول ۲- فراوانی (و درصد) کودک آزاری در مراجعان مراکز بهداشتی

فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
۷ (۳۶/۸)	پدر	فرد آسیب‌رسان	۱۱۰ (۸۵/۳)	بله
۹ (۴۷/۴)	مادر		۱۹ (۱۴/۷)	خیر
۳ (۱۵/۸)	هر دو		۱۷ (۱۵/۵)	مشکل فیزیکی
-	بیش فعالی	مربوط به کودک	۶۴ (۵۸/۲)	تغذیه‌ای و اختلال رشد
-	اضطراب		۳ (۲/۷)	عاطفی
۴۰ (۶۷/۸)	بی‌سوادی	مربوط به مادر	۲۶ (۲۳/۶)	پزشکی
۱ (۱/۷)	سن کم (زیر ۱۸ سال)		۱۹ (۱۴/۷)	بله
۵ (۸/۵)	افسردگی		۱۱۰ (۸۵/۳)	خیر
۱۳ (۲۲)	اضطراب		۱۲ (۶۳/۲)	خفیف
۷ (۲۵/۹)	اعتیاد	مربوط به پدر	۶ (۳۱/۶)	متوسط
۱۵ (۵۵/۶)	بی‌سوادی		۱ (۵/۳)	شدید
۲ (۷/۴)	بیکاری		۱۴ (۱۰/۹)	کودک
۱ (۳/۷)	اضطراب		۱۵ (۱۱/۶)	کودک و والد
۲ (۷/۴)	همه موارد		۹۷ (۷۵/۲)	والد
			۲ (۱/۶)	والد و محیط
			۱ (۰/۸)	محیط

جدول ۳- تحلیل رگرسیون لجستیک: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌عنوان پیش‌بین آزار جسمی

CI _{95%}	OR	p	Wald	SE	B	فراوانی (%)		جنسیت
						آزار فیزیکی	نبود آزار فیزیکی	
۰/۶۵-۸۴/۷۹	۷/۴۳	۰/۱۱	۲/۴۹	۱/۲۴	۲/۰۰	۵۰ (۹۲/۶)	۴ (۷/۴)	دختر
						۶۰ (۸۰)	۱۵ (۲۰)	پسر
۰/۹۶-۳۵/۵۰	۵/۸۴	۰/۰۵۰	۳/۶۶	۰/۹۲	۱/۷۶	۴ (۴)	۹۷ (۹۶)	سن
						۱۱ (۷۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	زیر ۲ سال
۳۸/۱۲-۷۳۴۹۷/۲۴	۱۶۷۳/۸۱	۰/۰۰۰	۱۴/۸۰	۱/۹۳	۷/۴۲	۲ (۱۵/۴)	۱۱ (۸۴/۶)	۲-۴ سال
						۱۰۶ (۸۶/۲)	۱۷ (۱۳/۸)	بالای ۵ سال
۰/۰۵-۱۶/۹۴	۱/۰۶	۰/۹۰	۰/۰۱	۱/۵۰	-۰/۱۱	۴ (۶۶/۷)	۲ (۳۳/۳)	شغل مادر
						۱۰۶ (۸۶/۲)	۱۷ (۱۳/۸)	خانه دار
۰/۰۰-۶۴۶/۸۰	۰/۲۹	۰/۷۵	۰/۱۰	۳/۹۴	-۱/۲۵	۴ (۸۰)	۱ (۲۰)	شاغل
						۶۷ (۸۷)	۱۰ (۱۳)	شاغل پدر
۰/۲۳-۱۳/۴۰	۱/۷۴	۰/۶۰	۰/۲۹	۱/۰۴	۰/۵۶	۳۸ (۸۲/۶)	۸ (۱۷/۴)	بیکار
						۶۷ (۸۷)	۱۰ (۱۳)	تحصیلات پدر
۰/۰۱-۲۲/۴۰	۰/۳۶	۰/۶۲	۰/۲۴	۲/۱۱	-۱/۰۳	۵ (۸۳/۳)	۱ (۱۶/۷)	زیر دیپلم
						۵ (۸۳/۳)	۱ (۱۶/۷)	دیپلم
۰/۴۶-۴۵/۲۷	۴/۶۰	۰/۱۹	۱/۷۲	۱/۱۶	۱/۵۳	۳۱ (۸۳/۸)	۶ (۱۶/۲)	تحصیلات مادر
						۳۱ (۸۳/۸)	۶ (۱۶/۲)	زیر دیپلم
۰/۰۰-۰/۹۲	۰/۰۱۰	۰/۰۴۰	۴/۰	۲/۴۰	-۴/۸۰	۱۱ (۹۱/۷)	۱ (۸/۳)	دیپلم
						۱۱ (۹۱/۷)	۱ (۸/۳)	دانشگاهی
۰/۰۱-۰/۷۸	۰/۰۶	۰/۰۳۰	۴/۶۱	۱/۳۳	-۲/۸۶	۵۵ (۷۷/۵)	۱۶ (۲۲/۵)	سن پدر
						۵۵ (۷۷/۵)	۱۶ (۲۲/۵)	بالای ۳۰ سال
						۵۵ (۹۴/۸)	۳ (۵/۲)	۳۰ سال و کمتر
						۶۲ (۸۰/۵)	۱۵ (۱۹/۵)	سن مادر
						۶۲ (۸۰/۵)	۱۵ (۱۹/۵)	بالای ۲۵ سال
۰/۲۱-۸/۴۹	۱/۳۳	۰/۷۶	۰/۰۹	۰/۹۶	۰/۲۸	۴۸ (۹۲/۳)	۴ (۷/۷)	۲۵ سال و کمتر

OR: odds ratio; CI: confidence interval; SE: standard error

بحث

پژوهش حاضر ضرورت، روند و عملکرد برنامه ادغام پیشگیری از کودک آزاری در وزارت بهداشت و درمان را معرفی کرد. اگرچه راهبردهای مختلفی برای پیشگیری از کودک آزاری گزارش شده، اثربخشی بیشتر برنامه‌ها هنوز ناشناخته است (۵۰). مرور بررسی‌های پیشین نشان می‌دهد مداخله‌هایی مثل ویزیت در منزل، اثربخشی یکدستی ندارند؛ برنامه‌های فرزندپروری، این مهارت را بهبود می‌بخشند، اما لزوماً کودک آزاری را کاهش نمی‌دهند. برخی برنامه‌های مداخله در خانواده بر کاهش آزار جسمی مؤثرند، اما بر مسامحه تأثیری ندارند؛ برنامه‌های پیشگیری از آزار جنسی هم با وجود نتایج امیدبخش، مجادلاتی ایجاد کرده‌اند (۳۲). از این رو، تدوین برنامه‌ای میان‌رشته‌ای و یکپارچه که با کمترین هزینه و بیشترین اثربخشی، خانواده‌های در معرض خطر کودک آزاری را شناسایی و ترکیبی از مداخله‌های مورد نیاز را در مورد آنها اجرا کند، ضرورت دارد و برنامه ادغام کودک آزاری در نظام بهداشتی را توجیه می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ۱۱۰ مورد مسامحه، ۱۹ مورد آزار فیزیکی و ۵ مورد هر دو نوع کودک آزاری به مراکز بهداشتی-درمانی شهری بندرعباس گزارش شده است. در بیشتر بررسی‌ها در کشورهای غربی نیز مسامحه بیشترین نوع بدرفتاری با کودک بوده است (۵۱). این یافته با برخی از مطالعات همسو (۵۲) و با برخی دیگر ناهمسو (۵۳، ۵۴) است که این ناهمخوانی ممکن است ناشی از تفاوت در نوع مطالعه، محل اجرا و اختلاف در تعریف مسامحه باشد. دور از انتظار نیست که با توجه به نوع مداخله‌هایی که در مراکز بهداشتی-درمانی ارائه می‌شود، اختلال رشد و مسامحه‌های پزشکی و جسمی شایع تر بوده باشد. پیشینه بدرفتاری با کودک، به مسامحه و آزار جسمی کودک به‌طور همزمان می‌پردازد و در بیشتر مداخله‌ها با آن دو به‌طور مشابه رفتار می‌شود، در حالی که مفاهیم مسامحه و آزار جسمی متفاوتند و توجه خاص خود را لازم دارند (۵۱). در پژوهش حاضر، در بیشتر موارد والدین عامل آزار کودک بودند. در سایر مطالعات هم مشخص شده که بیشتر موارد آزار جسمی کودک توسط مراقبان نزدیک او، که به‌طور معمول والدین کودک هستند، صورت می‌گیرد (۵۷-۵۵).

از میان ۱۹ مورد آزار جسمی ثبت شده، ۱۲ مورد خفیف، ۶ مورد متوسط و یک مورد شدید بود. نکته قابل توجه در این

برنامه، شناسایی موارد خفیف بدرفتاری است که کمتر قابل تشخیص و پیگیری است و کمتر نیز گزارش می‌شود. ثبت موارد خفیف از آن رو با اهمیت است که معمولاً وقتی بدرفتاری با کودک تشخیص داده نمی‌شود، دوباره با کودک بدرفتاری می‌شود (۵۸). همچنین مداخله زودهنگام در موارد کودک آزاری خفیف به کاهش تأثیر منفی آن بر کودک کمک می‌کند (۵۹). به‌طور معمول، والدینی که به مسامحه و آزار خفیف کودکان دست می‌زنند، از نهادها یا متخصصان کمک نمی‌گیرند و آنهایی که مسئول موارد جدی‌تر بدرفتاری هستند، کمتر آن را افشا می‌کنند. توجه به این نکته ضروری است که صرف نظر از موارد کودک آزاری بسیار شدید و خشن، بسیاری از رفتارهایی نیز که با هدف تربیت فرزندان انجام می‌شوند و جزیی از روش‌های فرزندپروری هستند، نوعی بدرفتاری نسبت به کودک به‌شمار می‌آیند (۶۰). در برنامه‌های پیشگیری از کودک آزاری، شناسایی نگرش‌ها و باورهای جامعه در مورد روش‌های تربیت و برخورد با کودکان اساسی است (۶۱، ۶۲).

در تلاش برای مواجهه با چالش کشف مواردی که پنهان باقی می‌مانند، پرستاران و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی، بهترین گزینه برای گزارش کودک آزاری هستند (۶۳)، زیرا موقعیتی آرمانی برای کمک به کودکان و محافظت آنها از آسیب دارند، به‌صورت تخصصی‌تر با کودکان مواجه می‌شوند و فرصت و زمان کافی برای مشاهده و کسب شواهد قوی در مورد ماهیت آسیب‌ها در اختیار دارند (۶۴).

گزارش‌های ثبت شده توسط کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی نشان داد بیش‌فعالی و اضطراب از عوامل بدرفتاری مربوط به کودکان، بی‌سوادی و افسردگی از عوامل مربوط به مادران، و بی‌سوادی، اعتیاد و بیکاری از عوامل مربوط به پدران است. تحلیل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد آزار جسمی بیشتر در کودکان بالای دو سال و کمتر در بین کودکان دارای مادران دارای تحصیلات دانشگاهی و پدران زیر ۳۰ سال رخ می‌دهد. همچنین در پژوهش حاضر، میزان کودک آزاری جسمی بیشتر در مورد پسران گزارش شد، اما اثر آن معنی‌دار نبود. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها مشابه و با برخی دیگر متفاوت است. برخی شیوع بالاتر کودک آزاری، به‌ویژه آزار جنسی و احساسی، را در دختران (۶۸-۶۵) و برخی در پسران (۶۷، ۶۹، ۷۰) گزارش کرده‌اند. پیشینه کودک آزاری نشان داده است والدین طبق باورهای

توجه به این نکته مهم است که تحصیلات والدین ممکن است در گزارش و اثبات بدرفتاری با کودکان، سوگیری^۳ قوی ایجاد کند (۵۳، ۷۸). تمرکز برنامه‌های پیشگیری بر والدین جوان تر و دارای سطح تحصیلات پایین تر، خطر وقوع سوگیری و برجسب خوردن والدین کم سواد و جوان را به همراه دارد. این امر ممکن است این رهیافت را تقویت کند که بدرفتاری در بین مَسُن ترها و دارای سطح تحصیلات بالاتر رخ نمی‌دهد، در حالی که در واقع کودک آزاری در همه سطوح رخ می‌دهد. این آگاهی نباید به برجسب زدن به والدین جوان تر و کم سواد بینجامد، بلکه باید به حمایت بیشتر از آنها در انجام وظایف سخت فرزندپروری کمک کند (۵۳).

معرفی شدن بیکاری پدر، به عنوان عامل خطر کودک آزاری، در سایر پژوهش‌ها نیز تأیید شده است که هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم بر بدرفتاری با کودک مؤثر است (۷۹-۸۱). بر اساس مدل استرس خانواده^۴، فشار اقتصادی، پریشانی احساسی مراقبان را افزایش می‌دهد و موجب افزایش کج خلقی و دشمنی با کودکان می‌شود (۸۲). در بررسی حاضر، مشکلات روانپزشکی والدین، مهم ترین عامل خطر کودک آزاری بود. همسو با این گزارش، در سایر پژوهش‌ها نیز اعتیاد و افسردگی از عواملی برشمرده شده‌اند که باعث بدرفتاری والد با کودک می‌شوند (۴۲، ۸۳، ۸۴). کودکانی که والدین وابسته به مواد مخدر دارند، دو برابر بیشتر احتمال دارد مورد آزار فیزیکی قرار گیرند (۸۳). از طرفی، افراد معتاد با احتمال بیشتری مستعد ابتلا به افسردگی هستند و این دو اختلال همراهی بالایی با هم دارند (۸۵). آگاهی از نقش اعتیاد والدین در کودک آزاری، هماهنگی و همزمانی پیشگیری و درمان بدرفتاری و سوء مصرف مواد را الزامی می‌کند (۸۶).

در این پژوهش، در بیشتر مواردی که به مراقبت و پیگیری نیاز بود، خانواده‌ها همکاری مناسبی با مرکز داشتند. این امر نشان می‌دهد در صورتی که آگاهی لازم به خانواده‌ها داده شود، مراقبت لازم را برای کودک فراهم می‌آورند. یافته‌های پژوهش حاضر، اطلاعات مفیدی را برای برنامه‌هایی با هدف مداخله زود هنگام برای پیشگیری از بدرفتاری با کودک در اختیار می‌گذارد. تمرکز منابع و مداخله زود هنگام بر خانواده‌های پرخطر می‌تواند پیشگیری از

جنسیتی خود، انتظار متفاوتی از رفتار دختران و پسران دارند و به دلیل این انتظارات متفاوت، ممکن است به طرز متفاوتی رفتار خاصی واکنش نشان دهند. همچنین بیشتر احتمال دارد پسران تنبیه جسمی شوند، زیرا بدرفتاری با پسران بیشتر ممکن است پرخاشگری جسمی (مثل دعوا کردن) را در بر داشته باشد (۷۱). مشکلات رفتاری کودکان، مثل بیش فعالی و تربیت خشن والدین، یک حلقه معیوب را شکل می‌دهند؛ به طوری که مشکلات رفتاری کودک سبب به کارگیری روش تربیتی خشن توسط والدین و به صورت متقابل، روش‌های تنبیهی خشن باعث تشدید رفتار نامناسب کودک می‌شود (۷۲).

در تبیین رابطه تحصیلات والدین و کودک آزاری، به نظر می‌رسد تحصیلات بالاتر والدین، به عنوان عاملی محافظت کننده، از راه اصلاح باورها و ارزش‌های مربوط به تنبیه بدنی، نگرش در مورد فرزندان و بهبود والدگری (۷۳)، و افزایش تاب آوری، گسترش ارتباط‌های اجتماعی، آگاهی از رشد کودک و جست‌وجوی حمایت در هنگام نیاز (۷۵) بر کودک آزاری تأثیر بگذارد. در پژوهش حاضر نیز کودک آزاری در مادران دارای تحصیلات دانشگاهی کمتر بود. یافته دیگر پژوهش نشانگر آن بود که جوان بودن پدر، به عنوان عاملی محافظت کننده در مقابل کودک آزاری مطرح است. ولی در بیشتر پژوهش‌ها سن پایین والدین، هم در مورد مسامحه و هم در مورد آزار فیزیکی، به عنوان یک عامل خطر معرفی شده است. استایر^۱ و همکاران (۷۶) نشان دادند سن والدین بیش از آنکه بر آزار جسمی تأثیر گذار باشد، بر مسامحه مؤثر است. گفتنی است در بررسی‌هایی که سن پایین را عامل خطر می‌دانند، به طور معمول دامنه سنی زیر ۱۸ سال را در نظر می‌گیرند، ولی در پژوهش حاضر، پدران زیر ۳۰ سال کمتر با کودکان بدرفتاری می‌کردند. افزون بر این، میزان بدرفتاری والدین جوان، بیش از آنکه به طور مستقیم به سن آنها مربوط باشد، به عوامل دیگری، مثل پایگاه اقتصادی، استرس، انزوا و ناآگاهی از بدرفتاری و نیز بی تجربه بودن مرتبط است (۷۷). سایدبوتم^۲ و همکاران (۵۳) استدلال کردند سن والدین بازتاب مهارت‌ها، میزان تجربه و دانش محدود آنهاست و والدین جوان تر بیشتر در معرض استرس هستند، زیرا منابع مالی کمتری دارند و در مقابل پیشامدهای زندگی آسیب پذیرترند. والدین جوان تر با همسالان نشان ارتباط کمتری دارند و کمتر به شبکه‌های حمایتی دسترسی دارند.

1- Stier
3- bias

2- Sidebotham
4- family stress model

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Lewis A. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock synopsis of psychiatry and behavioral sciences. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
3. Khoushabi K, Habibi Asgarabad M, Farzadfard SZ, Mohammad Khani P. Investigating prevalence of child abuse among guidance school student, Tehran, 1385-1386. Soc Welfare. 2008; 7(27):115-35. [Persian]
4. Zahrabi Moghadam J, Nouhjah S, Divdar M, Sedaghat Dyl Z, Adibpour M, Spahvand Z. Frequency of child abuse and related factors in 2-5 years children attending health centers of Ahvaz and Haftgel in 2001. 2012; 3(1):237-45. [Persian]
5. Miri S, Froogh Ameri G, Mohammad Ali Zadeh S, Frootnia F. Prevalence of child abuse in high school students of Bam city (Kerman/Iran) in 2003. J Kerman Uni Med Sci. 2006; 13(1):43-50. [Persian]
6. Mikaeli N, Zamanloo K. A study of the prevalence of child abuse and its prediction from parents depression and anxiety, attachment styles and mental health of their adolescent boys. Q Psychol Except Individ. 2012; 2 (5):145-66. [Persian]
7. Vizeh Fayaz O, Moradi S, Fadaei Z, Habibi Asgarabad M. A comparative study of the prevalence of child abuse in high schools based on gender, education and history of divorce in the family. J Fam Res. 2008; 4 (14):145-65. [Persian]
8. Jud A, Landolt MA, Tatalias A, Lach LM, Lips U. Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: Follow-up study of a hospital sample. Qual Lif Res. 2013; 22(6), 1361-9.
9. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. Pediatr. 2006; 118(3):933-42.

کودک آزاری و تأثیر مداخله‌های مربوط به آن را بهبود بخشد (۵۹). در نتیجه گیری باید به این نکته اشاره کرد که کودک آزاری، پدیده‌ای چندعلتی است و به طور معمول کمتر می‌توان تنها یک عامل واحد را مسبب بروز آن دانست.

تجربه بررسی حاضر نشان داد با وجود آموزش‌های ارائه شده، کودک آزاری و ماهیت آن برای نظام بهداشتی موضوعی جدید است که در کنار تعداد کم کارکنان و حجم بالای کار در این مراکز، موجب می‌شود شناسایی موارد آزار به طور کامل انجام نگیرد. به نظر می‌رسد برای نهادینه شدن این رویکرد در هنگام مراقبت‌ها و تبحر در شناسایی موارد، به زمان و آموزش بیشتری نیاز است.

یکی از مهم‌ترین عوامل محدودکننده در روند اجرای طرح، تعداد کم کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی بود. در بیشتر مراکز، تعداد کارکنان متناسب با تعداد مراجعان نیست و در اوج زمان کار و شلوغی مرکز، زمان کافی برای مصاحبه با خانواده و تکمیل فرم‌های مربوط وجود ندارد. افزون بر این، کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی، به طور مرتب در حال تغییر و جابه‌جایی هستند، به طوری که در طول طرح لازم شد در چندین نوبت، کارگاه‌ها دوباره برگزار شود. کودک آزاری مفهومی جدید در سامانه بهداشتی است و تا درک و شناسایی کامل این پدیده توسط کارکنان مراکز بهداشتی زمان زیادی لازم است. نکته مهمی که در زمینه کار با والدین کودک آزار، به ویژه موارد متوسط تا شدید، وجود دارد، شیوه ارتباط با خانواده‌هاست؛ به طوری که در زمان مواجهه با این کودکان، پدران به شدت مقاومت می‌کردند و با کارکنان همکاری مناسبی نداشتند. این مرحله از طرح فقط در مراکز شهری بندرعباس انجام شد و لازم است برای مشخص شدن بهتر مشکلات، در مراکز روستایی - که تنها بهورز مشغول کار است - نیز انجام گیرد.

سپاسگزاری

از دفتر سلامت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برای حمایت مالی و معنوی طرح، تشکر می‌شود. همچنین لازم است از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که مسئولیت اجرایی این طرح را برعهده داشتند، کمال تشکر را داشته باشیم. در انتها از کارکنان زحمتکش مراکز بهداشتی که با وجود حجم کار زیاد، ما را در انجام این طرح یاری کردند، سپاسگزاریم.

10. Lanier P, Jonson-Reid M, Stahlschmidt M, Drake B, Constantino J. Child maltreatment and pediatric health outcomes: A longitudinal study of low-income children. *J Pediatr Psychol*. 2010; 35(5):511-22.
11. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008; 32(6):607-19.
12. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007; 7(30):1-10.
13. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(5):517-30.
14. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Giles WH. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatr*. 2003; 111(3): 564-72.
15. Moran PB, Vuchinich S, Hall NK. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl*. 2004; 28(5):565-74.
16. Thompson MP, Arias I, Basile KC, Desai S. The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *J Interpers Violence*. 2002; 17(10):1115-29.
17. Topitzes J, Mersky JP, Reynolds AJ. Child maltreatment and adult cigarette smoking: A long-term developmental model. *J Pediatr Psychol*. 2010; 35(5):484-98.
18. Macmillan R, Hagan J. Violence in the transition to adulthood: Adolescent victimization, education, and socioeconomic attainment in later life. *J Res Adolesc*. 2004; 14(2):127-58.
19. McGloin JM, Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Dev Psychopathol*. 2001; 13(4):1021-38.
20. Mersky JP, Topitzes J. Comparing early adult outcomes of maltreated and non-maltreated children: A prospective longitudinal investigation. *Child Youth Serv Rev*. 2010; 32(8):1086-96.
21. Stone S. Child maltreatment, out-of-home placement, and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions. *Child Youth Serv Rev*. 2007; 29(2):139-61.
22. Zielinski DS. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse Negl*. 2009; 33(10):666-78.
23. English DJ, Widom CS, Brandford C. Childhood victimization and delinquency, adult criminality, and violent criminal behavior: A replication and extension (Final Report No. 192291). Rockville, MD: National Criminal Justice Reference Service, National Institute of Justice, U.S. Department of Justice; 2002.
24. Mersky JP, Reynolds AJ. Child maltreatment and violent delinquency: Disentangling main effects and subgroup effects. *Child Maltreat*. 2007; 12(3): 246-58.
25. Fromm S. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States. Chicago, IL: Prevent Child Abuse America; 2001.
26. Foster EM, Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ. The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Child Youth Serv Rev*. 2008; 30(5):493-501.
27. Bannon MJ, Carter YH. Pediatricians and child protection: the need for effective education and training. *Arch Dis Child*. 2003; 88(7):560-2.
28. King WK, Kiesel EL, Simon HK. Child abuse fatalities: Are we missing opportunities for intervention? *Pediatr Emerg Care*. 2006; 22(4):211-4.
29. World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. Geneva, Switzerland: World Health Organization International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006.
30. Mersky JP, Topitzes JD, Reynolds AJ. Maltreatment prevention through early childhood intervention: A confirmatory evaluation of the Chicago child parent center preschool program. *Child Youth Serv Rev*. 2011; 33(8):1454-63.
31. Kydd, JW. Preventing child maltreatment: An integrated, multisectoral approach. *Health Hum Rights*. 2003; 6(2): 34-63.

32. Palusci VJ, Haney ML. Strategies to prevent child maltreatment and integration into practice. *APSAC Advisor*. 2010; 22(1):8-17.
33. Horton C. Protective factors literature review: Early care and education programs and the prevention of child abuse and neglect. [Internet]. Washington, DC: Center for the Study of Social Policy; 2003 [undated, cited: 2012 November, 22]. Available from: http://strengtheningfamilies.net/images/uploads/pdf_uploads/LiteratureReview.pdf
34. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 2000; 24(9): 1127-49.
35. Chaffin M, Bonner B, Hill R. Family preservation and family support programs: Child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse Negl*. 2001; 25(10):1269-89.
36. Guterman N. Stopping child maltreatment before it starts: Emerging horizons in early home visitation services. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.
37. Olds D, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48(3/4):355-91.
38. Guterman NB. Early prevention of physical child abuse and neglect: Existing evidence and future directions. *Child Maltreat*. 1997; 2(1):12-34.
39. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment*. [Internet]. Washington, DC; 2010. [undated, cited: 2012 November, 22]. Available from: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/ind ex.htm#can.
40. Berger LM, Brooks-Gunn J. Socioeconomic status, parenting knowledge and behaviors, and perceived maltreatment of young low-birth-weight children. *Soc Serv Rev*. 2005; 79(2):237-67.
41. Bugental DB, Happaney K. Predicting infant maltreatment in low-income families: The interactive effects of maternal attributions and child status at birth. *Dev Psychol*. 2004; 40(2):234-43.
42. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the children of the nineties: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl*. 2006; 30(5):497-522.
43. Windham A, Rosenbert LA, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Risk of mother-reported child physical and psychological abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse Negl*. 2004; 28(6):645-67.
44. Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, et al. Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child Abuse Negl*. 2004; 28(12):1253-64.
45. Geeraert L, Vanden Noortgate W, Grietens H, Onghena P. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreat*. 2004; 9(3):277-91.
46. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*. 2009; 87(5):353-61.
47. Reynolds AJ, Mathieson L, Topitzes J. Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreat*. 2009; 14(2):182-206.
48. Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev*. 2004; 75(5):1435-56.
49. Feng JY, Fetzer S, Chen YW, Yeh L, Huang MC. Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(12):1483-90.
50. MacMillan HL, Wathan CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*. 2009; 373(9659):250-66.
51. Gershater-Molko RM, Lutzker JR, Sherman JA. Assessing child neglect. *Aggress Violent Behave*. 2003; 8(6):563-85.
52. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(12):1427-39.
53. Sidebotham P, Golding J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the children of the nineties: A

- longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl.* 2001; 25(9):1177-1200.
54. Al Eissa M, Almuneef M. Child abuse and neglect in Saudi Arabia: Journey of recognition to implementation of national prevention strategies. *Child Abuse Negl.* 2010; 34(1):28-33.
55. Slack KS, Berger LM, DuMont K, Yang MY, Kim B, Ehrhard-Dietzel S, et al. Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Child Youth Serv Rev.* 2011; 33(8):1354-63.
56. Sayyari AA, Bagheri Yazdi SA, Jalili B, Khooshabi K, Shah Mohammadi D, Iman Zadeh F, et al. Physical child-abuse in Tehran, Iran. *J Rehabil.* 2001; 2(7-6):7-13. [Persian]
57. Namdari P. Prevalence of child abuse in Khorramabad secondary schools. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2003; 9(33):62-70.
58. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA.* 1999; 281(7):621-6.
59. Parrish JW, Young MB, Perham-Hester KA, Gessner BD. Identifying risk factors for child maltreatment in Alaska. A population-based approach. *Am J Prev Med.* 2011; 40(6):666-73.
60. Li F, Godinet MT, Arnsberger P. Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Child Youth Serv Rev.* 2011; 33(1):139-48.
61. 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 Negl.* 2004; 28(12):1321-37.
62. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(8): 793-813.
63. Mathews B, Kenny M. Mandatory reporting legislation in the USA, Canada and Australia: A cross-jurisdictional review of key features, differences and issues. *Child Maltreat.* 2008; 13(1):50-63.
64. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(2):146-53.
65. Briere J, Elliott D. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population of sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2003; 27(10):1205-22.
66. Reijneveld SA, de Meer G, Wiefferink CH, Crone MR. Detection of child abuse by Dutch preventive child-healthcare doctors and nurses: Has it changed? *Child Abuse Negl.* 2008; 32(9):831-7.
67. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(2):167-80.
68. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2005; 29(9):969-84.
69. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *J Am Med Assoc.* 2003; 290(5):621-6.
70. Mahoney A, Donnelly WO, Lewis T, Maynard C. Mother and father self reports of corporal punishment and severe physical aggression toward clinic referred youth. *J Clin Child Psychol.* 2000; 29(2):266-81.
71. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull.* 2002; 128(4):539-79.
72. Riggins-Caspers KM, Cadoret RJ, Knutson JF, Langbehn D. Biology-environment interaction and evocative biology-environment correlation: Contributions of harsh discipline and parental psychopathology to problem adolescent behaviors. *Behav Genet.* 2003; 33(3):205-20.
73. Scannapieco M, Connell-Carrick K. Focus on the first years: Correlates of substantiation of child maltreatment for families with children 0 to 4. *Child Youth Serv Rev.* 2005; 27(12):1307-23.
74. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A

- meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2009; 14(1):13-29.
75. Shaw R, Kilburn M. Child abuse and neglect prevention: Reports from the field and ideas for the future. [Internet]. Unpublished document prepared for the Doris Duke Foundation; 2009. [undated, cited: 2012 October, 22]. Available from: http://www.rand.org/pubs/working_papers/2009/RAND_WR632.pdf.
76. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at an increased risk of child maltreatment? *Pediatr.* 1993; 91(3):642-8.
77. Buchholz ES, Korn-Bursztyn C. Children of adolescent mothers: Are they at risk for abuse? *Adolesc.* 1993; 28(110):361-82.
78. Flaherty EG, Sege R, Mattson CL, Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting. *Ambul Pediatr.* 2002; 2(2):120-6.
79. Coohy C. Physically abusive fathers and risk assessment. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(5):467-80.
80. Conger R, Wallace L, Sun Y, Simons R, McLoyd V, Brody G. Economic pressure in African American families: A replication and extension of the family stress model. *Deve Psychol.* 2002; 38(2):179-93.
81. Lee SJ, Guterman NB, Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse Negl.* 2008; 32(9):846-58.
82. Conger R, Ge X, Elder G, Lorenz F, Simons R. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev.* 1994; 65(2):541-62.
83. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario health supplement. *Child Abuse Negl.* 2003; 27(12):1409-25.
84. Berger L, Brooks-Gunn J. Socioeconomic status, parenting knowledge and behaviors, and perceived maltreatment of young low-birth-weight children. *Soc Serv Rev.* 2005; 79(2):237-68.
85. Cohen LR, Hien DA, Batchelder S. The impact of cumulative maternal trauma and diagnoses on parenting behavior. *Child Maltreat.* 2008; 13(1):27-38.
86. Grella CE, Hser YI, Huang YC. Mothers in substance abuse treatment: Differences in characteristics based on involvement with child welfare services. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(1):55-73.

Original Article

Frequency of Child Abuse and Related Risk Factors in Clients Referred to Urban Healthcare Centers in Bandar-Abbas

Abstract

Objectives: The aim of this study was to investigate the frequency of child abuse and its related risk factors in clients referred to urban healthcare centers in Bandar-Abbas, Iran. **Method:** The study was conducted in healthcare centers and urban bases of Bandar-Abbas. The centers' staffs in this stage of the project identified the cases of child abuse. All the staffs participated in the workshops to be familiar with various types of child abuse. The clients while referring for usual care were also investigated for child abuse and in case of any suspicious signs, they were registered in related forms. This study was the first stage of a research project aiming at studying the necessity to include child abuse issues in primary health care services and it contained identification of cases of child abuse at healthcare centers and its related risk factors. **Results:** Among the children referred to the healthcare centers, 110 cases of negligence and 19 cases of physical abuse were recognized. Hyperactivity and anxiety were child-related risk factors of abuse and negligence. Illiteracy and depression of mothers, and illiteracy, addiction and unemployment of fathers were other risk factors. The rate of negligence was more in girls, children under two years and those with young fathers, and the rate of physical abuse was higher among boys and children over four years and was less in children having mothers with university degrees and those with young fathers. **Conclusion:** Child abuse is due to different factors relevant to child and parents. Identification of these risk factors is helpful in planning proper interventions to reduce child abuse. Having monthly and regular reference of families, healthcare centers are suitable places for identification of child abuse cases.

Key words: child abuse; primary prevention; negligence; health centers; risk factors

[Received: 2 January 2013; Accepted: 29 January 2014]

Firoozeh Derakhshanpour*, Ahmad Hajebi^a, Zohre Ahmadabadi^b, Bita Seddigh^c

* Corresponding author: Golestan Psychiatric Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran, IR.

Fax: +98171-2325581

E-mail: f.derakhshanpour@yahoo.com

^a Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Shahid Beheshti University, Tehran, Iran; ^c Health Center of Hormozgan, Hormozgan, Iran.