

تعیین نشانه‌های غفلت در کودکان شهر تهران (نشانه‌های جسمانی و رفتاری کودک)^۱

مرضیه تکفلی^{*}، حبیب‌الله آقابخشی^{**}

مقدمه: غفلت از کودکان یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین انواع بدرفتاری با کودکان است و تعریف و تعیین حدود آن بسیار وابسته به شرایط بومی هر منطقه است. این پژوهش به منظور تشخیص کودکان مورد غفلت واقع شده، به تعیین نشانه‌های غفلت از کودکان در شهر تهران با تمرکز بر نشانه‌های جسمانی و رفتاری با استفاده از نظرات متخصصان این حوزه پرداخته است. روش: در این پژوهش از تکنیک دلفی در سه مرحله، همراه با نمره‌دهی به شیوه لیکرت و تحلیل نظرات کیفی متخصصان استفاده شده است.

یافته‌ها: پس از طی سه مرحله دلفی، ۶۶ نشانه در دو گروه نشانه‌های جسمانی (۲۰ نشانه) و نشانه‌های رفتاری (۴۶ نشانه) غفلت از کودکان مورد اجماع واقع شدند.

بحث: در بررسی و مقایسه‌ای که بین نشانه‌های به اجماع رسیده با نیازهای اساسی کودکان و نشانه‌های سایر کشورها صورت گرفت، این نشانه‌ها دربرگیرنده نیازهای اساسی کودکان بودند، همچنین به اغلب نشانه‌های به اجماع رسیده، در منابع سایر کشورها نیز اشاره شده است، ولی تفاوت‌های جزئی نیز وجود دارد که می‌تواند ناشی از اولویت بالاتری باشد که مشارکت‌کنندگان این پژوهش به نشانه‌های نهایی داده‌اند.

کلید واژه‌ها: بدرفتاری با کودکان، غفلت از کودکان، کودک آزاری، نشانه‌های غفلت

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۸

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مرضیه تکفلی در مقطع کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی به راهنمایی دکتر حبیب‌الله آقابخشی بوده است.

* کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی <marzieh.takaffoli@gmail.com> (نویسنده مسئول)
**دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

مقدمه

کودکان همواره جزء آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه‌اند که به دلایل مختلف قادر به حفاظت از خود نبوده و نیاز به حمایت بزرگسالان به‌خصوص والدین خود دارند اما در مواردی به‌علت عدم‌کفایت و ناشایستگی والدین، مسائل و مشکلاتی از جمله بدرفتاری با کودک سلامت و امنیت کودکان را تهدید می‌کند. غفلت از کودکان یکی از ابعاد بدرفتاری با کودک و شایع‌ترین آن در نظر گرفته شده است (کریگتون^۱، ۲۰۰۴ و مروارستی^۲، ۲۰۰۰). در استرالیا و انگلستان در سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳ از بین موارد اثبات شده بدرفتاری با کودک، بیشترین موارد مربوط به غفلت بوده است (کریگتون، ۲۰۰۴). با توجه به گزارش سیستم رفاه کودک آمریکا، غفلت با تفاوت قابل توجهی در سال ۲۰۰۹ رایج‌ترین نوع بدرفتاری با کودک بوده است و تقریباً ۷۵٪ مرگ‌ومیر کودکانی که مرتبط با بدرفتاری با کودک بوده‌اند، ناشی از غفلت شمرده شده است (دوبوویتز^۳ و همکاران، ۲۰۱۲).

در ایران پژوهش‌های متعددی در رابطه با کودک آزاری انجام شده است که در آنها به سبب‌شناسی و تبیین علل کودک‌آزاری، پیامدهای آن، میزان شیوع و فراوانی و علایم و نشانه‌های تشخیص آن پرداخته‌اند، اما آنچه بیشتر در این پژوهشها موردتوجه واقع شده است، کودک‌آزاری جسمی و در موارد اندکی هم کودک‌آزاری عاطفی بوده است و کمتر به غفلت از کودکان و بررسی آن پرداخته شده است که از جمله علل این کم‌توجهی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- در ظاهر غفلت از کودکان پیامدهای حادی به همراه ندارد.
- در مورد عرصه و حدود غفلت، سردرگمی و ابهام وجود دارد.

1. Creighton
2. Mavarasti
3. Dubowitz

- به‌علت همبستگی بین فقر و غفلت نمی‌توان والدین را مقصر دانست.
- مردم و متخصصان آگاهی و شناخت اندکی از موضوع دارند.
- موضوع غفلت پیچیده است و با متغیرهای بسیار دیگری ارتباط دارد.
- به‌علت حل‌نشده بودن مسئله، چندان تمایلی به درگیری خود با مسئله نداشتند (ذوالفقاری، ۱۳۸۱).

همچنین باید در نظر داشت که بدرفتاری با کودک یک امر نسبی است، بدین معنی که با توجه به فرهنگ و باورهای هر منطقه، تلقی متفاوتی از آن می‌شود. چه‌بسا، رفتاری در یک جامعه مصداق کودک‌آزاری محسوب شده و جرم به حساب آید ولی در جامعه‌ای دیگر، یک امر عادی محسوب شود (کاهانی، ۱۳۷۵). بنابراین در بعضی موارد نمی‌توان یک نسخه یکسان برای تمامی جوامع و فرهنگها در نظر گرفت و صرفاً با تأکید بر ابعاد و شکلهای تعریف شده غربی و حتی بین‌المللی به اندازه‌گیری و شناسایی آن در کشور خود پرداخت.

با توجه به اهمیت موضوع، اولین قدم برای پیشگیری از آن، شناخت دقیق نشانه‌ها، ابعاد و عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده آن با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی کشورمان و همچنین شرایط هر منطقه است. از این‌رو، هدف این پژوهش تعیین نشانه‌های جسمانی و رفتاری غفلت در کودکان شهر تهران است. یکی از راههایی که می‌توان از طریق آن به اجماعی از این نشانه‌ها با توجه به شرایط بومی منطقه رسید، اتکا به نظر متخصصان رشته‌های مختلف حوزه کودک است تا در نهایت این نشانه‌ها به‌عنوان راهنما در اختیار تمامی حرفه‌های مرتبط قرار گیرد تا در شناسایی هرچه زودتر موارد غفلت، طرح برنامه‌های مداخله مؤثر و در نتیجه پیشگیری از آثار سوء آن بر سلامت کودکان، گامهای قابل توجهی بردارند.

پیشینه تجربی

در مروری که بر منابع موجود بر سایر کشورها صورت گرفت، سازمانها و نهادهای اجرایی متعددی بر مبنای پژوهشهای صورت گرفته در کشورشان، به ارائه نشانه‌های غفلت در کودکان پرداخته بودند که در ادامه به تعدادی از آنها اشاره می‌شود. (سازمان اجرایی خدمات بهداشتی ایرلند^۱، ۲۰۱۱) در دفترچه راهنمای «شیوه عملکرد حفاظت و رفاه کودک» که در سال ۲۰۱۱ ارائه کرده است، نشانه‌های غفلت را در چهار گروه «نشانه‌های غفلت از کودکان که در رفتار یا ظاهر کودکان قابل مشاهده است»، «نشانه‌های غفلت ممکن در رفتارهای والدین»، «نشانه‌های غفلت در محیط منزل» و «نشانه‌های غفلت در فرزندان بزرگ‌تر» معرفی کرده است که از «نشانه‌های غفلت از کودکان که در رفتار یا ظاهر کودکان قابل مشاهده است» با این راهنما می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- لباسهای کثیف، خیلی بزرگ، خیلی کوچک، کهنه و پاره می‌پوشد.
 - همواره احساس گرسنگی می‌کند و تقاضای غذا دارد و مواد غذایی کمی به مدرسه می‌آورد.
 - اغلب در مورد مراقبت توسط خواهر و برادر گزارشهایی می‌شود.
 - دارای مشکلات پزشکی و دندانپزشکی است.
 - مستمرا با صدماتی که ناشی از حوادث برایش رخ داده ظاهر می‌شود.
 - نشانه‌های رفتاری مانند بیش‌فعالی، پرخاشگری، تواناییهای تطبیقی ضعیف، رفتارهای تکانشی، صمیمیت بیش از اندازه با دیگران، بی‌قیدی جنسی، خودآزاری و... دارد.
- دفتر کودکان و خانواده، دپارتمان خدمات اشتغال و خانواده ایالت اوهایو آمریکا^۲ (۲۰۱۱) دفترچه راهنمایی برای آموزگاران و مربیانی که با کودکان کار می‌کنند، ارائه داده است که در آن توصیه کرده با دقت در ظاهر و رفتار کودک و همچنین رفتار والدین،

1. Health Service Executive Organization
2. Ohio Department of Job and Family Services

کودکان مورد غفلت واقع شده را شناسایی و معرفی کنند. او این نشانه‌ها را در چهارگروه «ظاهری و جسمانی کودک»، «رفتار کودک»، «رفتار والدین در ارتباط با آموزگار»، «رفتار بزرگسالان غفلتگر» معرفی کرده است. در نشانه‌های «ظاهری و جسمانی کودک» به مواردی چون کمبودی، تاول یا سوختگی در دفعات زیاد، لباس‌های نامتناسب با فصل، آفتاب‌سوختگی بسیار، بیماری‌های متعدد ... اشاره کرده است و در نشانه‌های «رفتار کودک» به مواردی چون خستگی مداوم و خوابیدن سرکلاس، بی‌علاقگی به مشارکت و فعالیت، تأخیر مداوم به مدرسه، غیبت‌های مکرر از مدرسه و ... اشاره شده است.

تعدادی از منابعی که در آنها نشانه‌های غفلت از کودکان معرفی شده بودند، تنها به دو گروه از این نشانه‌ها (نشانه‌های جسمانی و رفتاری در کودک) اشاره کرده بودند (پولیدو، ۲۰۱۲)، (مرکز تحقیقات آموزش والدین^۱، ۲۰۱۲)، (مرکز کودکان و نوجوانان آرکانزاس^۲، ۲۰۰۹)، (وزارت توسعه کودکان و خانواده، ۲۰۰۸). اما در واقع برای تشخیص این‌که کودکی مورد غفلت واقع شده است، نیاز است که علاوه بر این‌که به این نشانه‌ها در خود کودک پرداخته می‌شود به سایر سیستم‌هایی که کودک در تعامل با آنها قرار دارد، یعنی والدین، سایر فرزندان و محیط زندگی کودک نیز توجه شود تا بتوان تشخیص و ارزیابی کامل و درستی از غفلت صورت گیرد.

در کشور ما مطالعات پراکنده و نسبتاً محدودی در زمینه بدرفتاری با کودکان به‌ویژه غفلت از کودکان صورت گرفته است. اکثر این مطالعات دارای این ویژگی‌اند که بر موضوع کلی بدرفتاری با کودک متمرکز بوده‌اند و در آن به موضوع غفلت از کودکان نیز به‌عنوان یکی از ابعاد کودک‌آزاری و بدرفتاری با کودک پرداخته شده است. در واقع، در داخل کشور پژوهشی که به‌صورت اختصاصی به موضوع غفلت از کودکان و نشانه‌های آن بپردازد، یافت نشد. در ادامه تعدادی از این پژوهش‌ها آورده شده‌اند.

1. The Parenting Education Resource Center
2. Central Arkansas Kids

خوشبایی و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای به شیوه‌ای توصیفی و همه‌گیرشناسی به بررسی میزان شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۵-۸۶ پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که شیوع بی‌توجهی در میان ۱۵۳۰ دانش‌آموز، ۲۰/۵٪ است و در بعد غفلت جسمانی بیشترین شیوع مربوط به فراهم نکردن امکانات تفریح در خارج از منزل، در بعد آموزشی مربوط به بی‌توجهی نسبت به درخواستهای مدرسه و عدم فراهم آوردن نیازهای آموزشی و در بعد عاطفی بیشترین شیوع مربوط به عدم حمایت عاطفی و بی‌توجهی نسبت به علاقه‌مندیهای کودک است.

ویزه و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی شیوع کودک‌آزاری در میان دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستانهای تهران پرداختند. آنها با استفاده از پرسش‌نامه محقق‌ساخته، سه حیطه کودک‌آزاری جسمی و عاطفی و بی‌توجهی در بین ۸۳۷ دانش‌آموز را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که ترتیب میزان شیوع، آزار عاطفی، غفلت و آزار جسمی بوده است و در حیطه بی‌توجهی موارد بی‌توجهی به بیماری فرزند و نبردن وی نزد پزشک و بی‌توجهی به علاقه‌مندیهای فرزند مطرح شده‌اند.

زمانلو و میکائیلی (۱۳۹۱) به تعیین میزان شیوع کودک‌آزاری در میان دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهر اردبیل و همچنین پیش‌بینی آن از طریق بررسی متغیرهای افسردگی و اضطراب والدین، سبکهای دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر آنان پرداختند. براساس نتایج حاصل از این پژوهش، ۱۴/۸۵٪ از ۲۰۰۰ دانش‌آموز مورد آزمون، در معرض کودک‌آزاری بالاتر از متوسط قرار گرفته و کودک‌آزاری عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمانی و غفلت جسمانی به ترتیب شایع‌ترین انواع بوده‌اند.

مبانی نظری: موضوع غفلت از کودکان بحث پیچیده و پویایی است، عواملی که منجر به آن می‌شوند و همین‌طور استراتژی‌های کارآمد جهت پیشگیری از آن همگی با توجه به سن کودک، زمینه‌ای که بدرفتاری در آن رخ می‌دهد و ارتباط بین قربانی و عامل آن، موجب تفاوت در آن می‌شود (سازمان جهانی بهداشت و جامعه بین‌المللی پیشگیری از

کودک‌آزاری و غفلت^۱، (۲۰۰۶). مسائلی چون فرهنگ، سن کودک، وقوع آسیب یا وجود خطر آسیب، قصد و نیت والد، میزان شدت و استمرار غفلت موجب ایجاد چالشها و اختلاف‌نظرهای مختلفی در ارتباط با تعریف غفلت شده‌اند (دوبوویتز، ۲۰۱۲)، (موران^۲، ۲۰۰۹)، (واتسون^۳، ۲۰۰۵)، (دی‌پانفیلیس^۴، ۲۰۰۶). اما بدون وجود یک تعریف مشخص و ثابت، مقایسه پژوهشها ممکن نیست و موجب تفاوت و تغییرپذیری در مدیریت موارد غفلت نیز می‌شود (دی‌پانفیلیس، ۲۰۰۶). با وجود این، در کنار تمامی موارد عدم‌اجماعی که در تعریف غفلت وجود دارد، در مرور و بررسی رویکردهای متفاوتی که غفلت از کودکان را تعریف کرده‌اند، داویس^۵ چهار عنصری که در تعاریف مختلف از غفلت مشترک هستند، را به این صورت بیان کرده است (داویس و همکاران؛ به نقل از مردانی، ۲۰۱۰) نیازهای برآورده‌نشده کودک، اختیارات و پاسخگو بودن افراد مسئول، آسیب یا خطر آسیب به کودک و استانداردهای تعریف‌شده برای مراقب. در مجموع می‌توان گفت که بعضی از تعاریف مختلفی که از غفلت بیان شده‌اند و در ادامه نیز تعدادی از آنها عنوان خواهد شد، اکثراً این موارد اشتراک را شامل می‌شوند.

(سازمان جهانی بهداشت و جامعه بین‌المللی پیشگیری از کودک‌آزاری و غفلت، ۲۰۰۶). غفلت را در مفهوم کلی‌تر خشونت قرار داده‌اند. تعریفی که این دو نهاد از بدرفتاری با کودک ارائه کرده‌اند، به این شرح است: «تمامی رفتارهای آسیب‌رسان جسمانی و عاطفی، آزارجنسی، رفتار غفلت‌گرایانه، استفاده تبلیغاتی یا سایر انواع بهره‌کشی که منجر به آسیب واقعی یا افزایش خطر آسیب به سلامت، بقا و رشد کودک و همچنین شأن و جایگاه کودک، در زمینه روابطی که مبتنی بر مسئولیت، اعتماد و قدرت است، را بدرفتاری با کودک گویند». طبق گزارش جهانی خشونت و سلامت به همراه مجمع مشاور سازمان

1. WHO and ISPCAN

2. Moran

3. Watson

4. DePanfilis

5. Davies

بهداشت جهانی در ارتباط با پیشگیری از کودک‌آزاری در ۱۹۹۹، چهار نوع بدرفتاری با کودک تشخیص داده شده است: آزار جسمانی، آزار جنسی، آزار عاطفی و روانی و غفلت. که غفلت شامل وقوع رخداد‌های تنها و مجزا یا الگویی از شکستها و ناکامیها در طول زمان است که به وسیله والدین یا سایر اعضای خانواده که مسئول فراهم ساختن شرایط رشد و رفاه کودک هستند در یک یا بیشتر از یکی از حوزه‌های سلامت، رشد عاطفی، آموزش، تغذیه، سرپناه و شرایط ایمن برای زندگی رخ می‌دهد».

با توجه به نظر واتسون (۲۰۰۵) می‌توان گفت که کودک مورد غفلت واقع می‌شود، اگر در حوزه انتظارات فرهنگی، نیازهای رشدی او توسط کسانی که مسئولیت مراقبت از او را به عهده دارند تأمین نشود و این موضوع بدون توجه به قصد و نیت، جرم بودن یا نبودن یا پیش‌زمینه اجتماعی و قومیتی آنهاست. سطح قصدورزی، مجرمیت، مزمن بودن و شدت و سختی و همچنین پیش‌زمینه اجتماعی و قومیتی باید در زمان بررسی وضعیت قانونی موضوع و همچنین نحوه ارائه خدمات در نظر گرفته شود.

در رابطه با نظریه‌های تبیین‌کننده غفلت از کودکان، باید گفت از زمانی که کمپ و همکارانش^۱ (۱۹۶۲) اصطلاح «سندرم کودک مورد ضرب و شتم واقع شده»^۲ را مطرح کردند، نظریه‌های زیادی برای توضیح بدرفتاری با کودک ارائه شده است (کانل و اسکانیپیکو^۳، ۲۰۰۵). کانل و اسکانیپیکو (۲۰۰۵) عنوان کرده‌اند که این نظریه‌ها در چهار گروه دسته‌بندی می‌شوند: (۱) مدل‌های روان‌شناختی، (۲) مدل‌های جامعه‌شناختی، (۳) یادگیری اجتماعی و (۴) مدل‌های زیست‌محیطی^۴ که هر گروه سهمی در درک بهتر بدرفتاری با کودک دارد (همان).

در مدل‌های روان‌شناختی، ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی افرادی که به بدرفتاری و خشونت می‌پردازند، مدنظر قرار می‌گیرد. مدل‌های جامعه‌شناختی بر عوامل اجتماعی مانند فقر، وضعیت اقتصادی، وضعیت اجتماعی، انزوای اجتماعی و پذیرش اجتماعی خشونت

1. Kempe

2. battered child syndrome

3. Scannapieco and Connell

4. ecological

در جوامع و حمایت اجتماعی تأکید دارند (کانل و اسکانیپکو، ۲۰۰۵). طبق نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا^۱، ۱۹۹۰)، خشونت جنبه یادگیری دارد و ریشه خشونت‌هایی که افراد بزرگسال مرتکب می‌شوند را می‌توان در دوران کودکی‌شان یافت (جنگروی، ۱۳۸۴). برانفینر (۱۹۷۹) رویکرد زیست‌محیطی را برای مراحل رشد بشر پیشنهاد داد و بلسکی (۱۹۸۰) این مدل را با بدرفتاری با کودک تطبیق داد. آنچه این مدل را از سایر مدل‌های نظری متفاوت می‌سازد، تغییر جهت آن از فرآیندی تک‌وجهی به تفاسیری چند سطحی و تبادلی است (کانل و اسکانیپکو، ۲۰۰۵). در رویکرد چند بعدی بلسکی، بر مبنای مدل‌های قبلی یک مدل تعاملی ارائه شده است که بدرفتاری با کودک را نتیجه ویژگی‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی می‌داند (ژوبی^۲، ۲۰۰۵).

روش

در پژوهش پیش رو، برای استخراج نظر متخصصان در حوزه غفلت از کودکان و شناسایی نشانه‌های جسمانی و رفتاری غفلت از کودکان، از تکنیک دلفی استفاده شده است که در آن محقق از نمره‌دهی به شیوه لیکرت و تحلیل محتوایی نظرات کیفی استفاده کرده است.

جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری: در این مطالعه، صاحب‌نظران رشته‌های مختلف مرتبط با کودک، به‌ویژه افرادی که در ارتباط با بدرفتاری با کودک سابقه فعالیت آموزشی و پژوهشی داشته‌اند، همچنین فعالان و شاغلان در این حوزه که دارای سابقه فعالیت اجرایی یا بالینی بودند، به‌عنوان جامعه آماری انتخاب شدند.

1. Bandura
2. Juby

جدول (۱) حجم نمونه در مراحل مختلف دلفی

حجم نهایی نمونه	حجم اولیه نمونه	مراحل دلفی
۳۵	۴۳	مرحله اول
۳۰	۳۵	مرحله دوم
۲۷	۳۰	مرحله سوم

برای انتخاب نمونه، ابتدا با شیوه‌ای هدفمند به شناسایی متخصصان و فعالان حوزه کودک با استفاده از منابع و مقالات و همچنین نهادها و سازمانهای فعال در این حوزه پرداخته شد و پس از مراجعه با روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی، از آنها در ارتباط با سایر افرادی که برای مشارکت توصیه می‌کنند، پرسش شد. با توجه به ریزش نمونه در طول تحقیق در مراحل مختلف، حجم نهایی نمونه از حجم اولیه آن کمتر شده است (جدول ۱).

روش جمع‌آوری داده‌ها: در این پژوهش، از روش دلفی برای جمع‌آوری اطلاعات از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه کودک استفاده شده است. روش دلفی فرآیندی ساختاریافته برای جمع‌آوری و طبقه‌بندی دانش موجود در نزد گروهی از کارشناسان و خبرگان است که از طریق توزیع پرسش‌نامه‌هایی در بین این افراد و بازخورد کنترل‌شده پاسخها و نظرات دریافتی صورت می‌گیرد (اسکولموسکی^۱، ۲۰۰۷).

معمولاً تحقیق دلفی با یک پرسش‌نامه که توسط یک تیم کوچک طراحی شده و به گروه بزرگ‌تری از متخصصان فرستاده می‌شود، آغاز می‌شود. وقتی پرسش‌نامه‌ها بازگشت، طیف پاسخها و دلایلی که متخصصان برای پاسخهایشان بیان کرده‌اند مورد بررسی قرار گرفته، خلاصه‌نویسی می‌شوند و مواردی که مرتبط با اهداف زمینه تحقیق نباشد حذف می‌شوند. پس از آن، گزارش خلاصه برای متخصصان فرستاده می‌شود. متخصصان اجازه

دارند که پاسخهایشان را براساس نتایج تغییر دهند و این نتایج دور دوم مجدداً مورد ارزیابی محققان قرار می‌گیرد. این فرآیند ادامه می‌یابد تا این‌که اجماعی در مورد نظرات حاصل شود یا مشخص شود که متخصصان به توافق نرسیده‌اند.

مراحل اجرای تحقیق: در مرحله مقدماتی تحقیق به شناسایی و انتخاب مشارکت‌کنندگان (جامعه آماری) و همچنین مرور و بررسی اسنادی ادبیات و مطالعات موجود در رابطه با غفلت کودکان در ایران و سایر کشورها پرداخته و با توجه به آن، پرسش‌نامه دور اول طراحی شد. با توجه بررسی صورت گرفته، انواع نشانه‌های غفلت در کودکان را می‌توان در شش گروه (جسمانی^۱ کودکان، رفتاری کودکان، رفتار والدین، تعاملات والدین و کودک، محیط زندگی کودک و خواهر و برادرهای بزرگ‌تر کودک) قرار داد که در این تحقیق با توجه به اهمیت نشانه‌های جسمانی و رفتاری خود کودک، به صورت متمرکز تنها به بررسی این دو گروه پرداخته شده است، اما لازم است در پژوهشهای دیگر به سایر گروهها نیز پرداخته شود.

در پرسش‌نامه طراحی شده برای دور اول دلفی، ابتدا توضیحاتی در رابطه با هدف از تحقیق و موضوع غفلت ارائه شد و در ادامه با دو سوال باز زیرنظرات مشارکت‌کنندگان در رابطه با این دو گروه از نشانه‌ها جمع‌آوری شد. شکل و محتوای پرسش‌نامه برای افزایش قابلیت اعتبار آن توسط سه نفر از متخصصان بررسی و تأیید شد.

- چه نشانه‌های جسمانی ممکن است در کودک مورد غفلت واقع شده دیده شود؟ (یا با توجه به چه نشانه‌های جسمانی می‌توان احتمال داد که کودک مورد غفلت واقع شده است؟)
- چه نشانه‌های رفتاری / عاطفی / اجتماعی ممکن است در کودک مورد غفلت واقع شده دیده شود؟

در مرحله اول دلفی، پرسش‌نامه توسط ۳۵ نفر از اعضای پنل متخصصان تکمیل شد.

1. physical

رشته‌های مشارکت‌کنندگان این مرحله شامل مددکاری اجتماعی، روانپزشکی تخصصی کودک و نوجوان، گرایشها مختلف روان‌شناسی، پرستاری، پزشک متخصص اطفال، مشاوره، جامعه‌شناسی، حقوق و رفاه اجتماعی بوده است.

در این مرحله، در مجموع حدود ۲۰۰ گویه مجزای اولیه توسط محقق استخراج شد که پس از برگزاری جلسات فردی با سه نفر از متخصصان، ۱۷۰ گویه باقی ماند (۵۹ گویه برای گروه جسمانی و ۱۱۱ گویه برای گروه رفتاری). طی این جلسات، موارد تکراری، دارای همپوشانی و غیرمرتبط حذف شدند و تعدادی از گویه‌ها نیز ادغام شدند. با توجه به این گویه‌ها، پرسش‌نامه نیمه‌ساختاریافته‌های تدوین شد. هدف از این پرسش‌نامه این بود که متخصصان به هریک از گویه‌های استخراج شده براساس نظرات خودشان در طیف لیکرت نمره دهند و علاوه بر این، نظرات و پیشنهادات خود را در رابطه با هر گویه بیان کنند. همچنین، گزارشی از مرحله قبل (تعداد مشارکت‌کنندگان، تحلیلهای صورت گرفته و درصد فراوانی افرادی که به هر گویه اشاره کرده‌اند) نیز در پرسش‌نامه قید شده بوده است. در جدول شماره (۱) نمونه‌ای از پرسش‌نامه مرحله دوم دلفی آورده شده است.

در مرحله دوم دلفی، پرسش‌نامه مرحله دوم توسط ۳۰ نفر از صاحب‌نظران در رشته‌های مددکاری اجتماعی، روانپزشکی تخصصی کودک و نوجوان، گرایشهای مختلف روان‌شناسی و پرستاری، مشاوره، جامعه‌شناسی، حقوق و رفاه اجتماعی تکمیل شد. با استفاده از نرم‌افزار SPSS برای تحلیل کمی پاسخهای داده شده، برای هر گویه میانگین، انحراف معیار، میانه و نمای آن محاسبه شد. با سه نفر از صاحب‌نظران برای بررسی و تحلیل نشانه‌ها با توجه به شاخصهای آماری کسب شده و نظرات کیفی ارائه شده در پرسش‌نامه دور دوم جلسات فردی برگزار شد.

جدول (۱) نمونه‌ای از پرسش‌نامه مرحله دوم دلفی

توضیحات لازم / با اعمال این تغییرات می‌تواند به‌عنوان نشانه غفلت از کودکان مورد استفاده قرار گیرد	این نشانه تا چه میزان می‌تواند برای شناسایی کودکان مورد غفلت واقع شده در شهر تهران مورد استفاده قرار گیرد					نشانه مناسبی برای شناسایی کودک مورد غفلت واقع شده در شهر تهران نیست	درصد فراوانی افرادی که این گویه را مطرح کرده‌اند به کل افراد	نشانه‌های جسمانی کودکان مورد غفلت واقع شده	ردیف
	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم				
							۲۰٪	کم خونی	۱

در این جلسات مجدد در مورد هر گویه، تغییر تعریف آن، ترکیب آن با گویه‌های دیگر، تجزیه آن به بیش از یک گویه یا حذف آن در مواردی که «دارای همپوشانی بودند»، «نشانه کودک آزاری بودند و نه غفلت» یا «ویژگیهای نشانه بودن را نداشتند»، توافقاتی صورت گرفت و از ۱۷۰ گویه به سؤال گذاشته شده ۱۶۲ گویه (۱۰۶ گویه برای نشانه‌های رفتاری کودکان و ۵۶ گویه برای نشانه‌های جسمانی کودکان) باقی ماند.

در نهایت، پرسش‌نامه مرحله سوم دلفی که شامل سه جدول بود از گویه‌های باقی مانده طراحی شد که نمونه‌ای از این پرسش‌نامه در شکل شماره ۲ آورده شده است. نشانه‌هایی که میانگین آنها از میانگین کسب شده توسط کل گویه‌ها بیشتر و انحراف معیار آنها از انحراف معیار کل گویه‌ها کمتر است، در جدول «نشانه‌های پذیرفته شده و مورد اجماع» (تعداد ۵۵ نشانه) قرار گرفتند. در جدول «نشانه‌های در مرز» (تعداد ۴۸ نشانه)، نشانه‌هایی واقع شدند

که میانگین‌شان کمتر از میانگین کل ولی انحراف معیارشان هم پایین‌تر از انحراف معیار کل قرار دارد یا شرایط حذف را داشتند ولی با توجه به جلسات برگزار شده با متخصصان تصمیم گرفته شد در این گروه قرار گیرند تا مجدداً بررسی شوند. در جدول سوم نیز «نشانه‌های حذف شده» (تعداد ۵۹ نشانه) قرار داشتند که با توجه به نمره میانگین و انحراف معیارشان، نظرات کیفی متخصصان و همچنین مصاحبه با اساتید حذف شدند. در ابتدای این پرسش‌نامه همچنین گزارشی از مرحله دوم دلفی و شاخصه‌های آماری به‌دست آمده برای هر گویه در دور دوم (میانگین، انحراف معیار، مد و میانه) در مقابل هر نشانه آورده شده بود. در این مرحله، در هر جدول گویه‌ها براساس میانگین و انحراف معیار کسب شده در دور دوم مرتب شده و رتبه گرفته بودند و از متخصصان خواسته شده بود که برای هر جدول به‌صورت زیر عمل کنند:

- **جدول نشانه‌های پذیرفته شده و مورد اجماع متخصصان:** در صورتی که با میانگین و اولویت (رتبه) کسب شده توسط آن نشانه مخالف هستند، رتبه پیشنهادی جدیدی به آن ارائه دهند. علاوه بر این هرگونه نظری دارند نیز می‌توانند به‌صورت باز و کیفی مطرح کنند.
- **جدول نشانه‌های واقع شده در مرز رد یا قبولی:** در صورتی که در مورد ماندن یا حذف هر کدام از نشانه‌ها نظری دارند می‌توانند علاوه بر دادن نمره میانگین یا رتبه جدید به آن نشانه، نظرات باز و کیفی خود را نیز ارائه دهند.
- **جدول نشانه‌های حذف شده:** در صورتی که در رابطه با حذف نشدن و باقی ماندن نشانه‌های واقع شده در این جدول نظری دارند، می‌توانند استدلال‌های خود را به‌صورت باز و کیفی ارائه دهند.

در مرحله سوم روش دلفی، پرسش‌نامه‌ها توسط ۲۷ نفر از صاحب‌نظران رشته‌های مددکاری اجتماعی، روانپزشکی تخصصی کودک و نوجوان، گرایشهای مختلف روان‌شناسی، مشاوره، جامعه‌شناسی و رفاه اجتماعی تکمیل شد. نمرات میانگین و رتبه‌هایی که متخصصان مجدداً به

گویه‌ها داده بودند با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. با توجه به شاخصهای آماری جدید به‌دست آمده و برگزاری جلسات فردی با دو نفر از متخصصان و تجزیه و تحلیل نظرات ارائه شده، در نهایت جدول نشانه‌های پذیرفته‌شده استخراج شد. لازم به ذکر است در این مرحله نیز مانند مرحله قبل از میانگین و انحراف معیار کل جدید، برای مشخص شدن موارد به اجماع رسیده استفاده شد.

تحلیل داده‌ها: در این مطالعه، در مرحله اول این پژوهش با مطالعه و بررسی اسنادی ادبیات و مطالعات موجود در رابطه با غفلت از کودکان در ایران و سایر کشورها، طبقه‌بندی اصلی نشانه‌های غفلت از کودکان استخراج شد. در تحلیل پرسش‌نامه دور اول دلفی، از تحلیل محتوای کیفی استفاده شد و گویه‌ها استخراج شدند. در دورهای دوم و سوم دلفی، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از شاخصهای مرکزی و پراکندگی نظیر میانگین، میانه، نما و انحراف معیار استفاده شد تا نظرات سایر مشارکت‌کنندگان به اطلاع اعضای دلفی رسانده شود. مبنای اولویت‌بندی نشانه‌ها، شاخصهای مرکزی میانگین و انحراف معیار بود. در ضمن، از نرم‌افزار SPSS برای ورود اطلاعات کمی، تحلیل و رتبه‌بندی آنها استفاده شد.

یافته‌ها

نهایتاً پس از طی سه مرحله روش دلفی و تحلیلهای کمی و کیفی صورت گرفته، نشانه‌هایی که توسط متخصصان حوزه کودک به‌عنوان نشانه‌های جسمانی و رفتاری غفلت در کودکان معرفی و مورد اجماع متخصصان واقع شدند، استخراج و اولویت‌بندی شدند. تعداد نهایی این نشانه‌ها ۶۶ مورد است که ۲۰ نشانه در گروه نشانه‌های جسمانی کودکان و ۴۶ نشانه از گروه نشانه‌های رفتاری کودکان قرار داشتند. در ادامه، برای هر یک از این دو گروه، ۲۰ نشانه نهایی که اولویت بالاتری کسب کرده بودند، آورده شده‌اند.

جدول (۲) نمونه‌ای از پرسش‌نامه مرحله سوم دلفی (جدول نشانه‌های پذیرفته‌شده و مورد اجماع متخصصان)

سایر نظرات	اگر با رتبه این نشانه از نظر اولویت موافق نیستید چه رتبه‌ای پیشنهاد می‌فرمایید	اگر با نمره میانگین این نشانه موافق نیستید، از ۵-۰ مجدد نمره‌گذاری فرمایید	رتبه نشانه براساس میانگین و انحراف معیار	آماره‌های نمره این نشانه در مرحله دوم				گروه نشانه	نشانه‌هایی که اعضای دلفی آنها را به‌عنوان نشانه‌های غفلت از کودکان دارای اهمیت دانسته و در رابطه با آن اجماع دارند	ردیف
				Mod	Mid	SD	M			
			۱					نشانه‌های جسمانی در خود کودکان		
			۵					نشانه‌های جسمانی در خود کودکان		
				۴/۰۰				نشانه‌های جسمانی در خود کودکان		
					۰/۹۳			نشانه‌های جسمانی در خود کودکان		
						۴/۳۰		نشانه‌های جسمانی در خود کودکان		
								نشانه‌های جسمانی در خود کودکان		

۲۰ نشانه «جسمانی در خود کودکان» به ترتیب اولویت کسب کرده، شامل موارد زیر هستند:

۱. علائم و نشانه‌های ناشی از سوءتغذیه (ضعف جسمانی، سستی و بی‌حالی، چشمان بی‌فروغ و گود افتاده، گونه‌های فرورفته، کم‌خونی، شکم فرورفته یا برآمده، رنگ پریدگی)
۲. واکسیناسیون نشدن به‌موقع کودک و ابتلا به بیماری‌هایی مانند فلج اطفال، سیاه‌سرفه، سرخک و ..

۳. نقص عضو و بستری شدنهای مکرر به علت حوادثی که ناشی از عدم نظارت کافی والدین است (پرت شدن از پله‌ها، پشت‌بام، برق‌گرفتگی، سوختگی و...)
۴. وجود بیماریها و مشکلات سلامتی رسیدگی نشده (مانند عفونتها و حساسیتهای درمان نشده، بیماریهای واگیر، مشکلات بینایی و شنوایی، ترمیم خودبخودی جراحات و شکستگیها)
۵. بهداشت شخصی نامناسب (بوی نامطبوع بدن، کثیف بودن دست، پا و صورت، پوشش کثیف، آشفته و نامرتب، ناخنهای آلوده و بلند)
۶. سطح پایین بهداشت دهان و دندان (دندانهای مسواک‌نروده، دندانهای نامرتب، دندانهای متعدد خراب و پوسیده، بوی بد دهان)
۷. سطح پایین بهداشت پوست (پوست خشک و آسیب‌دیده، التهابات و بیماریهای پوستی)
۸. پوشش نامتناسب (با ویژگیهای فصلی و آب‌وهوایی، سن و جنس کودک و وضعیت اقتصادی خانواده)
۹. سطح پایین بهداشت مو (موهای نامرتب و ژولیده، موهای چرب و کثیف، وجود شپش در موها، موهای کم‌پشت)
۱۰. به خواب رفتن و خواب آلودگی مداوم در مدرسه یا مهدکودک
۱۱. گریه‌های مکرر، شدید و غیرطبیعی
۱۲. رشد نامتناسب با سن و مراحل طبیعی رشد با توجه به تاریخچه پزشکی کودک (مانند لاغری یا چاقی بیش از اندازه، تأخیر در گفتار)
۱۳. سطح پایین بهداشت گوش و مجرای گوش
۱۴. ابتلا به بیماری (مانند سرماخوردگی) مکرر و با فاصله‌های کوتاه با توجه به تاریخچه پزشکی کودک
۱۵. ابراز دردها و علائم جسمی که متناسب با تاریخچه پزشکی کودک نباشند

- (دل‌دردهای شدید و پی‌درپی، سرفه، دردهای غیرطبیعی ماهیچه‌ها)
۱۶. علائم اختلالات در خوردن در کودک مشاهده می‌شود با توجه به تاریخچه پزشکی کودک (بی‌اشتهایی به‌ویژه پراشتهایی و...)
۱۷. عدم کنترل ادرار و مدفوع در روز با توجه به تاریخچه پزشکی کودک
۱۸. آثار نیش حشرات فراوان و به‌صورت مکرر
۱۹. اگر دچار بیماری شود دیرتر از سایرین بهبود می‌یابد
۲۰. استفاده از پوشک در سن بالا با توجه به تاریخچه پزشکی کودک
۲۰. نشانه «رفتاری در خود کودکان» به ترتیب اولویت کسب کرده، شامل موارد زیر

هستند:

۱. فرار از مدرسه و خانه
۲. مصرف سیگار و موادمخدر با توجه به سن کودک
۳. افت شدید یا موفقیت بسیار ضعیف در تحصیل
۴. گذراندن زمان بیش از حد به بازی و انواع رسانه‌های صوتی و تصویری (تلویزیون، ماهواره و...)
۵. ترک تحصیل
۶. تأخیرها و غیبت‌های مداوم از مدرسه
۷. اضطراب ممتد و شدید
۸. رفتارهای جنسی نامتناسب با سن کودک
۹. ارائه ناقص تکالیف و فعالیت‌های مدرسه به‌صورت مکرر
۱۰. غمگینی و ناراحتی شدید به‌صورت مکرر و مداوم
۱۱. رعایت نکردن هنجارها و آداب و رسوم اجتماعی در گفتار و رفتار با توجه به سن (برای نمونه فحاشی کردن و بی‌توجهی به آداب معاشرت)
۱۲. تلاش برای جلب توجه والدین و سایرین (پرخاشگری، تحرک و فعالیت زیاد،

فحاشی، سازگاری زیاد و...)

۱۳. آزار دیگران

۱۴. رفتارهای تکانشی - هیجانی

۱۵. تمایل کم و نداشتن مهارت برای بازی و مشارکت در فعالیتهای همسالان خود

۱۶. صمیمیت زود هنگام و وابستگی مفرط به افراد ناآشنا و غیرمراقبان

۱۷. عزت نفس پایین

۱۸. گوشه‌گیری، انزوا و تمایل به تنها ماندن برای ساعتهای طولانی

۱۹. نیاز شدید کودک به تأیید شدن توسط والدین و سایرین

۲۰. ایجاد مشکلات متعدد در مدرسه

بحث

طبق مقایسه‌ای که بین نشانه‌های به اجماع رسیده بین متخصصان در این پژوهش و نشانه‌های معرفی شده توسط منابع و اسناد سایر کشورها صورت گرفته است، در گروه نشانه‌های جسمانی کودکان، تفاوت چندانی بین نشانه‌های حاصل از این پژوهش و موارد سایر کشورها مشاهده نشد. این عدم تفاوت قابل انتظار است و می‌تواند ناشی از مشخص و عینی‌تر بودن معیارهای جسمانی رشد و سلامت و وابستگی کمتر آن به فرهنگ و شرایط جامعه دانست. تنها می‌توان مطرح کرد که در بیشتر منابع، علائم و نشانه‌های ظاهرا جزئی و آشکار از نقص در توجه به بهداشت و سلامت بیشتر مورد تأکید قرار گرفته بودند. برای نمونه «آفتاب سوختگی شدید» (دپارتمان خدمات اشتغال و خانواده ایالت اوهایو آمریکا، ۲۰۱۱)، «خارش بدن»، «سرمازدگی» (واتسون، ۲۰۰۵)، «وجود علائم عرق جوش»، «زخمهای شدید ناشی از پوشک» (حمایت از کودکان و مداخله زود هنگام^۱، ۲۰۰۶) و «همراه نداشتن مواد غذایی و پول برای خرید نهار و صبحانه» (انجمن ملی منع خشونت

علیه کودکان^۱، ۲۰۱۲). درحالی که تمایل همکاران دلفی به دسته‌بندی کلی و ادغام این نشانه‌ها بود.

همان‌طور که مطرح شد، غفلت و کم‌توجهی به معنای عدم‌رسیدگی و تأمین مناسب نیازهای کودکان است و (کوپر^۲، ۱۹۸۵) انواع نیازهای کودکان را شامل مراقبتهای جسمانی اساسی، عاطفه و محبت، امنیت، انگیزش و نیروی بالقوه ذاتی، هدایت و نظارت، مسئولیت و استقلال تعریف کرده است. او همچنین مراقبت جسمانی اساسی را شامل محبت، سرپناه، غذا و آسایش کافی و شایسته، بهداشت و حفاظت در مقابل خطر می‌داند (به نقل از انجمن ملی منع خشونت علیه کودکان، ۲۰۱۲). تأمین و توجه ناکافی به انواع نیازهای جسمانی کودکان پیامدهایی دارد که در بیشتر موارد عوارض ناشی از این پیامدها را با دقت در ظاهر و رفتار کودک و با توجه به نشانه‌های جسمانی غفلت در خود کودکان می‌توان مشاهده کرد.

در رابطه با نشانه‌های رفتاری غفلت در کودکان می‌توان عنوان کرد که همان‌طور که مطرح شد، عملکرد، گرایشها و عواطف کودک می‌تواند امکان بروز غفلت یا آزار را نشان دهد، البته نشانه‌های رفتاری به تنهایی در مقایسه با نشانه‌های جسمانی کمتر قابل اتکا هستند، زیرا رفتار کودک می‌تواند نتیجه مجموعه‌ای از سایر مسائل و شرایط باشد که ارتباطی با غفلت و آزار نداشته باشند. همچنین، زمانی که تغییراتی در رفتار کودک مشاهده می‌شود باید به دنبال الگو یا تکرار این رفتار جدید بود، همچنین باید به مرحله رشد و سن کودک هم توجه شود. در واقع متخصصان باید به دنبال ترکیبی از نشانه‌های جسمانی و رفتاری باشند تا بتوانند با توجه به آن به ارزیابی و تشخیص موارد غفلت با توجه به خود کودک بپردازند (پولیدو^۳، ۲۰۱۲).

-
1. NSPCC
 2. Cooper
 3. Pulido

تعدادی از این نشانه‌های رفتاری به اجماع رسیده را می‌توان با استفاده از تئوری دلبستگی بالبی (۱۹۶۹) توجیه کرد. دلبستگی عبارت است از پیوند عاطفی هیجانی نسبتاً پایداری که بین کودک و مادر یا افرادی که نوزاد در تعامل منظم و دائم با آنهاست، ایجاد می‌شود. تجربه‌هایی که نوزاد با مراقبش دارد در الگوی روابط وی با دیگران درونی‌سازی می‌شوند و این الگوی عملی درونی شده، تعیین‌کننده چگونگی مفهوم نوزاد از خود و دیگران است، مفهومی که بعدها در روابط با دیگران تعمیم می‌یابد (پاپالیا، ۲۰۰۲؛ به نقل از حافظی، ۱۳۸۸). کودکان با سبک دلبستگی ایمن دارای تجاربی سرشار از ایمنی و به دور از اضطراب مختل‌کننده هستند و در مقابل، کودکان با سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دو سوگرا) دنیا را محیطی ناامن و استرس‌زا تصور کرده و توانایی مؤثر و سازنده با مشکلات و موقعیتهای تنش‌زا را ندارند. پژوهشها نشان می‌دهد که کودکانی که مورد بدرفتاری واقع شده‌اند بیشتر احتمال دارد دچار سبک دلبستگی نایمن شوند و بیشتر آنان دارای الگوی دلبستگی آشفته^۱ هستند (کانل و اسکانیکو، ۲۰۰۵). بنابراین کودکانی که به دلیل غفلت عاطفی والدین این پیوند در آنها شکل نمی‌گیرد، واکنشهایی از خود نشان می‌دهند که نشانه‌های تعیین‌شده در این گروه می‌تواند نشان‌دهنده این سبک دلبستگی نایمن باشد. نشانه‌هایی مانند «صمیمیت زودهنگام و وابستگی مفرط به افراد ناآشنا و غیرمراقبان» یا «بی‌اعتمادی و ترس از غریبه‌ها با توجه به سن کودک».

در مقایسه‌ای که بین نشانه‌های به اجماع رسیده این گروه در این پژوهش و سایر کشورها صورت گرفت، همانند نشانه‌های جسمانی، در سایر کشورها بیشتر بر نشانه‌های عیان، مستقیم و مطرح شده توسط خود کودک توجه شده بود درحالی‌که گرایش بیشتر مشارکت‌کنندگان در پژوهش به گروه‌بندی نشانه‌های رفتاری بود. از جمله این نشانه‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: «اختلال در عادات و یا رفتارهای خود آرام‌بخش مانند

1. disorganized-disoriented

مکیدن انگشت توسط یک کودک ۱۰ ساله، لرزش و حرکات اعضای بدن» (دپارتمان سلامت استرالیای غربی، ۲۰۰۴؛ پولیدو، ۲۰۱۲)، «بیان گزارشاتی مبنی بر مراقبت توسط خواهر و برادر» (سازمان اجرایی خدمات بهداشتی ایرلند، ۲۰۱۱؛ پولیدو، ۲۰۱۲) و «انتظار مداوم برای بروز اتفاقی بد و ناگوار» (واتسون، ۲۰۰۵). در واقع اغلب نشانه‌هایی که در موارد سایر کشورها مطرح شده‌اند ولی در نشانه‌های به اجماع رسیده وجود نداشتند، در مراحل مختلف دلفی مطرح شده بودند ولی یا ادغام شدند یا با توجه به اولویت پایی که مشارکت‌کنندگان به آنها داده بودند، حذف شده‌اند.

در نهایت می‌توان عنوان کرد که در این پژوهش با کمک متخصصان حوزه کودک نشانه‌های جسمانی و رفتاری در کودک که می‌توانند به متخصصان کمک کنند تا موارد غفلت را شناسایی کنند تعیین شد، با وجود این که این نشانه‌ها تأییدکننده غفلت نیستند اما باید به عنوان نشانه‌هایی از احتمال غفلت دیده شوند. در مواردی یک نشانه کافی به نظر می‌رسد اما معمولاً باید به دنبال یک الگو یا مجموعه‌ای از نشانه‌ها بود و این اطلاعات نیز نباید به عنوان یک لیست جامع در نظر گرفته شود که موجب افزایش نگرانی در رابطه با موقعیت کودک شود. هر نشانه باید در زمینه ویژگیها و شرایط فردی کودک در نظر گرفته شود و باید در کنار عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده برای داشتن یک دید جامع و کلی نسبت به شرایط کودک در نظر گرفته شوند. در زمانی که غفلت باید کاهش و کنترل یابد، تشخیص و پاسخ بی‌درنگ و متناسب با شرایط منحصر به فرد کودک ضروری است.

- حافظی، ف و جامعی نژاد، ف. (۱۳۸۸). رابطه بین عشق، عاطفه مثبت، عاطفه منفی و سبکهای دلبستگی با رضایت زناشویی در کارکنان شرکت ملی حفاری خوزستان. *فصلنامه یافته‌های نو در روان‌شناسی*، دوره ۴، شماره ۱۰، ۴۱-۵۲.
- جنگروی، ف. (۱۳۸۴). *بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران نسبت به کودک آزاری در شهرستان تهران در سال ۱۳۸۳*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.
- خوشابی، ک حبیبی عسگرآبادی، م فرزادفر، ز و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). میزان شیوع کودک آزاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ۷ (۲۷)، ۱۱۵-۱۳۶.
- زمانلو، خ میکائیلی، ن (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع کودک آزاری و نیز پیش‌بینی آن از طریق بررسی افسردگی و اضطراب والدین، سبکهای دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر آنان. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، سال ۱ (۵)، ۱۶۵-۱۶۶.
- ویزه، ا، مرادی، ش، فدایی، ز و حبیبی عسگرآبادی، م (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای شیوع کودک آزاری در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران بر حسب جنس، مقطع تحصیلی و سابقه طلاق در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال ۴ (۱۴)، ۱۶۵-۱۴۵.
- ذوالفقاری، ع. ر. (۱۳۸۱). کودک آزاری. *ماهنامه پیوند*، شماره ۲۷۷، ۳۷-۴۹.
- کاهانی، ع. ر. و توفیقی، ح. (۱۳۷۵). کودک آزاری جسمانی عمدی. *فصلنامه پزشکی قانونی*، شماره ۱۰، ۷۷-۵۱، سال ۴ (۱۴)، ۱۶۵-۱۴۵.
- Central Arkansas Kids (2009). *Child Abuse and Neglect - Physical and Behavioral Signs*, Arkansas, United States. Retrieved 2013, from http://seeakid.org/DCFS_Publications/ho1_4.htm.
- *Child Protection and Early Intervention Directorate* (2006). Practice guidance for caseworkers on Child Neglect. Family Community Services, Government of New South Wales, Retrieved 2013, from <https://www.nsw.gov.au>.
- Juby, C.L. (2005). *Using a Structural Equation Model to examine child Maltreatment Potential across Ecological System in a Population of Families in Poverty*. Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Arlington in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY. Retrieved from: <http://repositories.tdl.org>.

- Creighton, S. (2004). *Prevalence and incident of child abuse: international comparisons*. NSPCC information. The online child protection resource. Available at : www.nspcc.org. (2013)
- DePanfilis, D. (2006). *The User Manual Series: Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services: Washington, 3th edition.
- Department of Health, Government of Western Australia (2004). *Guidelines for Responding to Child Abuse, Neglect and the Impact of Family and Domestic Violence*. Western Australia: Department of Health.
- Dubowitz, H. & Poole, G. (2012). *Child Neglect: An Overview*. In: R.E. Tremblay, R. E., Boivin, M. & Peters, R. V. (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal: Center of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. Retrieved from: <http://www.child-encyclopedia.com>.
- Health Service Executive Organization (2011). *Child protection and welfare practice handbook*. Health Service Executive, Ireland. Retrieved 2013, from: <http://www.hse.ie>.
- Mardani, J. (2010). *Preventing child neglect in New Zealand*. Office of the Children's Commissioner, Retrieved 2013, from: www.occ.org.nz.
- Mavarasti, J.A. (2000). *Child Suffering in the World: Child Maltreatment by parents, culture and Governments in Different Countries and Cultures*, Manchester, Sexual Trauma Center Publication.
- Moran, P. (2009). *Neglect: research evidence to inform practice. Action for Children*. Retrieved 2013, from: <http://www.actionforchildren.org.uk>.
- National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) (2012). *NSPCC factsheet: A child's needs and rights*. Retrieved 2013, from: <http://www.nspcc.org.uk>.
- Ohio Department of Job and Family Services: Office of Families and Children (2011). *Child Abuse and Neglect: A reference for educators*. Retrieved 2013, from: <http://jfs.ohio.gov>.
- Pulido, M.L. (2012). *Professional's Handbook Identifying and Reporting Child Abuse and Neglect*. The New York Society for the Prevention of Cruelty to Children (NYSPCC), 11th edition.
- Scannapieco, M. & Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding Child Maltreatment: An Ecological and Developmental Perspective*. London: Oxford University Press.
- Skulmoski, G.J., Hartman, F.T. & Krahn, J. (2007). The Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education*. Volume 6.
- The Ministry of Children and Family Development (2008). *Possible signs of neglect, Child abuse Prevention*. website of the Government of BC, Canada. Retrieved 2013, from: <http://www.safekidsbc.ca/neglect.htm#physical>.

- The Parenting Education Resource Center (2010). Physical and Behavioral Signs of Child Abuse and Neglect. *Prevent Child Abuse*, New Jersey.
- Watson, J. (2005). *Child neglect: Literature review*. Centre for Parenting & Research, NSW Department of Community Services, Government of New South Wales.
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization

