میزان آگاهی و نگرش متخصصین و دستیاران اطفال در مورد سوء رفتار با کودکان

دکتر بهشید گروسی* - **دکتر حسین صافی زاده****- **دکتر لیلا دوست محمدی*****

* متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

** متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

*** پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف : پزشکان، به ویژه متخصصین اطفال در خط مقدم تشخیص سوء رفتار با کودکان می باشند. این مطالعه به بررسی میزان آگاهی و نگرش متخصصین اطفال و دستیاران این رشته در مورد سوء رفتار با کودکان - مسأله ای که در کشور ما چندان به آن توجه نشده است - می‌پردازد.

روش بررسی : این بررسی مقطعی، توسط پرسشنامه نیمه ساختار یافته که براساس متون معتبر سوء رفتار با کودکان تهیه شده بود و از روایی و پایایی قابل قبول برخوردار بود، انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه متخصصین و دستیاران رشته اطفال در شهر کرمان بودند.

یافته ها : در این مطالعه ۴۹ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. تنها ۴۹ ٪ ایشان در مورد سوء رفتار با کودکان از اطلاعات کافی برخوردار بودند. میزان توافق با تنبیه بدنی کم بود. نگرش افراد مورد بررسی برحسب جنس تفاوت معنی دار داشت و خانم ها مخالفت بیشتری با مصادیق کودک آزاری داشتند؛ همچنین متخصصین غیر هیأت علمی نسبت به دستیاران از نگرش بهتری برخوردار بودند. بین نمره دانش و نگرش نیز ارتباط مثبت معنی دار مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری : نتایج این پژوهش تأکید بر لزوم ارتقا برنامه های آموزشی درباره سوء رفتار با کودکان دارد.

واژگان کلیدی: کودک آزاری، متخصص اطفال، آگاهی، نگرش

وصول مقاله : ۱۳۸۳/۱۲/۱۸ اصلاح نهایی : ۱۳۸۴/۵/۱۹

نویسنده مسئول : کرمان - دانشکده پزشکی افضلی پور - گروه پزشکی اجتماعی Behshidgarussi@yahoo.com

مقدمه

سوءرفتار با کودکان (child maltreatment) از مهمترین مسائل بهداشتی در جهان می‌باشد. این مسأله نه تنها از لحاظ مشکلات جسمی که در کوتاه مدت برای کودک به وجود می‌آورد بلکه به علت عوارض دراز مدت نظیر احتمال افزایش سوء مصرف مواد، رفتارهای جنایی، افسردگی و اقدام به خودکشی در آینده فرد حائز اهمیت می‌باشد (۱). بیشترین شیوع سوءرفتار با کودکان از نوزادی تا شروع مدرسه است (۲). گرچه گروههای پزشکی همگی به نوعی با موارد کودک‌آزاری برخورد دارند ولی در این بین نقش متخصصین اطفال از دو نظر حائز اهمیت است:

۱ - در اکثریت موارد متخصصین تماس های مکرری با خانواده دارند و می‌توانند مکانیسم مدارا (coping mechanism) در خانواده، ماهیت تعاملات و ارتباطات درون خانواده و چگونگی حمایت و پرورش کودک را ارزیابی کنند (۳) و در بسیاری از موارد خانواده‌ها در مورد روش های تربیتی کودکان و نحوه استفاده از اصول انضباطی از آنان سؤال می‌کنند (۴).

۲ - اغلب عوارض غیرحاد حاصل از آزار و یا مسامحه در مورد کودکان (به ویژه انواع جنسی و یا هیجانی)، به متخصصین اطفال مراجعه می‌نمایند و در این موارد متخصصین اطفال در خط مقدم تشخیص قرار می‌گیرند (۵-۳).

از آن جایی که تشخیص کودک‌آزاری و یا برآورد شدت آن می‌تواند تابع نگرش فرد معاینه کننده باشد (۴،۵)، طبعاً نوع نگرش‌های فرد در مسأله تربیت کودکان می‌تواند در شدت انضباط و تمایل به سوءرفتار با کودکان تأثیر داشته باشد (۶).

با توجه به جایگاه خاص متخصصین اطفال در پدیدهٔ سوءرفتار با کودکان هدف مطالعه حاضر بررسی میزان آگاهی و نگرش متخصصین اطفال شهر کرمان در مورد کودک‌آزاری می‌باشد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-13]

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود که در طی آن آگاهی و نگرش متخصصین اطفال و دستیاران این رشته در شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگر بود که با استفاده از منابع معتبر تهیه گردیده است و شامل سه بخش می‌باشد. در بخش اول از مشخصات دموگرافیک افراد مورد پژوهش سؤال به عمل می‌آمد و در بخش دوم و سوم، به ترتیب آگاهی و نگرش ایشان مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. بخش مربوط به آگاهی شامل ۱۷ سؤال بود، برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته شد و به این ترتیب دامنه نمره آگاهی بین صفر و هفده بود. بخش مربوط به نگرش نیز شامل ۱۰ سؤال با مقیاس پنج درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) می‌باشد که با در نظر گرفتن جهت مساعد امتیاز یک تا پنج برای هر سؤال در نظر گرفته شد. بنابراین دامنه امتیاز نگرش بین ده تا پنجاه بود.

اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا تأمین شد و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب سازگاری درونی مورد تایید می‌باشد (آلفای کرونباخ ۰/۷ و ۰/۷۲ به ترتیب برای دانش و نگرش).

یافته‌ها

در این تحقیق ۴۹ نفر از متخصصین اطفال و دستیاران این رشته شرکت داشتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۸/۳۲±۴۱/۱ سال بود. اکثریت افراد شرکت کننده زن بودند (۵۹/۲ ٪)، ۹ نفر از ایشان (۱۸/۴٪) دستیار رشته اطفال و ۴۰ نفر دیگر متخصص بودند که فارغ‌التحصیل مقاطع تخصصی یا فوق تخصصی رشته اطفال بودند. ۱۴ نفر از متخصصین (۳۵ ٪) عضو هیأت علمی دانشگاه بودند، ۱۳ نفر (۴۲/۵ ٪) از متخصصین فارغ التحصیل دانشگاه کرمان و مابقی از سایر دانشگاه های داخل کشور فارغ التحصیل شده بودند.

در این مطالعه میانگین نمره دانش افراد شرکت‌کننده ۲/۱۰ ± ۴۹/۱۴ به دست آمد. کمترین نمره ۸ و بیشترین آن ۱۷ بود. با طبقه‌بندی نمره دانش به سه سطح خوب (نمرات ۱۶ و ۱۷)، متوسط (نمرات ۱۴ و ۱۵) و ضعیف (نمره زیر ۱۴) مشخص گردید که ۴۹ ٪ شرکت‌کنندگان آگاهی خوب، ۳۰/۶ ٪ آگاهی متوسط و ۲۰/۴٪ آگاهی ضعیف داشتند. تمامی شرکت‌کنندگان تنها به ۵ سؤال پاسخ صحیح داده بودند (جدول ۱).

میانگین نمره نگرش شرکت‌کنندگان ۰/۰۵ ± ۴۰/۸۶ بود. کمترین امتیاز نگرش ۲۷ و بیشترین آن ۵۰ بود و نیمی از افراد امتیازی برابر ۴۱ یا کمتر کسب کرده بودند. بیشترین مخالفت با عبارت «برخی مواقع لازم است کودک را به دلیل عدم موفقیت در امتحانات تنبیه نمود» و بیشترین موافقت با «به عنوان تنبیه می‌توان کودک را از فعالیت های مورد علاقه‌اش به طور موقت محروم نمود» بود (جدول ۲). در مقایسه‌های به عمل آمده برای نمره دانش بر حسب متغیرهای مورد مطالعه، اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید. ولی در تجزیه و تحلیل نمره نگرش بر حسب جنس مشخص گردید که خانم‌ها در مقایسه با آقایان نگرش مخالف‌تری با سؤالات مطرح شده دارند

جدول ۱ : فراوانی پاسخ‌های صحیح به سئوالات ارزیابی کننده آگاهی متخصصین و دستیاران اطفال نسبت به کودک آزاری(۴۹=تعداد)

سؤالات	(درصد) تعداد
سوختگی به وسیله جسم داغ (سیگار، اطو) می تواند نشانه ای از سوء رفتار با کودک باشد.	۴۹ (۱۰۰)
کبودی یا زخم های متعدد در بدن کودک می تواند از علایم سوء رفتار با کودک باشد.	۴۹ (۱۰۰)
کودک ناتوانی که هیچ بیماری مشخصی ندارد اما پس از چند روز بستری در بخش کاملاً بهبود می یابد می تواند موردی از سوء رفتار با کودک باشد.	۴۵ (۸/۹۱)
دختران در سن بلوغ که هنگام معاینه توسط یک پزشک مرد، شدیداً وحشت زده و مضطرب می شوند؛ ممکن است در معرض سوء رفتار قرار گرفته باشند.	۴۳(۸/۸۷)
کابوسهای مکرر، می تواند از عوارض بد رفتاری با کودک باشد.	۴۵ (۸/۹۱)
کودکی که نسبت به همسالانش بسیار خشونت آمیز رفتار می کند، ممکن است مورد سوء رفتار قرار گرفته باشد.	۴۴ (۸/۸۹)
قرار گرفتن در معرض سوء رفتار می تواند باعث اشکال در صحبت کردن، راه رفتن و نشستن شود.	۴۳(۸/۸۷)
خوابیدن کودک در کلاس، ممکن است نشانه ای از سوء رفتار با وی باشد.	۳۳ (۳/۶۷)
سوء رفتار با کودک می تواند منجر به بیماری های جسمی و روحی شود.	۴۹ (۱۰۰)
کودکان بالای پنج سال بیشتر در معرض سوء رفتار می باشند.	۳۶(۵/۷۳)
مشکلات خانوادگی و زناشویی والدین از عوامل خطر برای سوء رفتار با کودک محسوب می شود.	۴۹ (۱۰۰)
کودکان حاصل بارداری های ناخواسته بیشتر در معرض سوء رفتار قرار دارند.	۴۴ (۸/۸۹)
والدینی که خود قربانی بد رفتاری بوده اند، می توانند عامل خطری برای سوء رفتار با کودک خود باشند.	۴۴ (۸/۸۹)
فقر شدید از عوامل خطر برای سوء رفتار با کودک است.	۴۴ (۸/۸۹)
پایین بودن سطح تحصیلات والدین می تواند باعث سوء رفتار با کودک شود.	۳۷ (۵/۷۵)
جمعیت زیاد خانواده باعث می شود کودک کمتر در معرض سوء رفتار قرار گیرد.	۳۸ (۶/۷۷)
بیماری های روانی والدین از عوامل خطر برای سوء رفتار با کودک می باشند.	۴۹ (۱۰۰)

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-13]

(Pvalue < ۰/۰۱) و آزمون ANOVA نیز حاکی از آن بود که بین نگرش اعضای هیأت علمی، دستیاران و متخصصین غیر هیأت علمی اختلاف معنی‌دار وجود دارد (Pvalue < ۰/۰۱). آزمون توکی نشان داد که متخصصین غیر هیأت علمی نسبت به دستیاران نگرش مخالف تری دارند (Pvalue < ۰/۰۱).

بین دانش و نگرش افراد مورد مطالعه نیز ارتباط مثبت مشاهده گردید (Pvalue = ۰/۰۰۶، r = ۰ /۳۸۴).

بحث

در مطالعه اخیر در حدود نیمی از افراد اطلاعات خوب در زمینه مسائل مربوط به کودک‌آزاری داشتند. این رقم مشابه ارقامی است که در سایر مطالعات نیز به دست آمده است. در بررسی مشابهی در پزشکان و پرستاران بخش‌های اطفال، ۶۰ ٪ پزشکان و پرستاران اطلاعات ناکافی در زمینه سوء رفتار با کودکان داشتند (۷). سایر مطالعات نیز بر ناکافی بودن اطلاعات پزشکان تأکید داشته‌اند (۸). دستیاران تخصصی اطفال نیز در بررسی دیگری در مورد ناکافی بودن اطلاعاتی که در مورد کودک‌آزاری به ویژه انواع جنسی(sexual) دریافت می‌کنند نامطمئن بودند (۹).

در مورد علایم جسمی نظیر سوختگی، کبودی‌های مکرر .... میزان اطلاعات در مقایسه با سایر مطالعات بالاتر می‌باشد (۱۱، ۱۰). در زمینه عوارض ناشی از سوءرفتارهای جنسی و یا پیامدهای روانی آن میزان اطلاعات کاهش می‌یابد. این یافته نیز با اکثر مطالعاتی که به مطالعه این موضوع پرداخته‌اند و اطلاعات پزشکان را در مورد علائم سوءرفتار جنسی بررسی کرده‌اند، مشابهت دارد (۳،۱۲،۱۳). اما در مقایسه با اطلاعات متخصصین اطفال در مصر و کویت آگاهی در این موارد بالاتر می‌باشد و به خصوص نزدیکی بیشتری با اطلاعات متخصصین مصر دارد (۱۱، ۱۰) (جدول ۳) . علت این امر می‌تواند نگرش‌های خاص فرهنگی، عدم انجام معاینات ژنیتال برای کودکان، عدم آشنایی با آناتومی خاص دستگاه تناسلی به ویژه قبل از بلوغ باشد (۱۳). به طور کلی اطلاعات متخصصین در بررسی اخیر در زمینه علایم پسیکولوژیک ناشی از کودک‌آزاری نسبت به بررسی‌های دیگر

جدول ۲ : نگرش متخصصین و دستیاران اطفال در مورد کودک‌آزاری

سئوالات	کاملاً موافق (%)تعداد	موافق (%)تعداد	بی نظر (%)تعداد	مخالف (%)تعداد	کاملاً مخالف (%)تعداد	جمع (%)تعداد
ناسزا گفتن به کودک در برخی مواقع ضرورت دارد.	۰	۲ (۱/۴)	۱ (۲)	۱۷ (۷/۳۴)	۲۹ (۲/۵۹)	۴۹ (۱۰۰)
تنها گذاشتن کودک ۱۰ ساله و یا کمتر در خانه اشکالی ندارد.	۰	۳ (۱/۶)	۳ (۱/۶)	۶۷ (۳۳)	۱۰ (۴/۲۰)	۴۹ (۱۰۰)
پدر حق ندارد ناحیه تناسلی کودک خود (دختر/پسر) را لمس نماید.	۱۵ (۳/۳۱)	۲۲ (۸/۴۵)	۱ (۱/۲)	۷ (۶/۱۴)	۳ (۳/۶)	۴۸ (۱۰۰)
مادر حق ندارد ناحیه تناسلی کودک خود (دختر/پسر) را لمس نماید.	۱۱ (۹/۲۲)	۱۹ (۶/۳۹)	۶ (۵/۱۲)	۱۰ (۸/۲۰)	۲ (۲/۴)	۴۸ (۱۰۰)
فرستادن کودک زیر ۱۰ سال با وسایل نقلیه عمومی به مدرسه اشکالی ندارد.	۱ (۲)	۹ (۴/۱۸)	۳ (۱/۶)	۲۷ (۱/۵۵)	۹ (۴/۱۸)	۴۹ (۱۰۰)
برخی مواقع لازم است کودک را به دلیل عدم موفقیت در امتحانات تنبیه بدنی نمود.	۰	۱ (۲)	۰	۱۴ (۶/۲۸)	۳۴ (۴/۶۹)	۴۹ (۱۰۰)
در صورتی که کودک کلمات رکیک به کار برد، لازم است وی را تنبیه بدنی نمود.	۱ (۲)	۰	۵ (۲/۱۰)	۱۴ (۶/۲۸)	۲۹ (۲/۵۹)	۴۹ (۱۰۰)
در صورتی که کودک اقدام به سیگار کشیدن نماید، باید وی را تنبیه (بدنی/لفظی) نمود.	۰	۹ (۴/۱۸)	۵ (۲/۱۰)	۲۵ (۵۱)	۱۰ (۴/۲۰)	۴۹ (۱۰۰)
به عنوان تنبیه می توان کودک را از فعالیتهای مورد علاقه اش بطور موقت محروم نمود.	۳۷ (۱/۷۵)	۱۱ (۹/۲۲)	۰	۱ (۲)	۰	۴۹ (۱۰۰)
در صورت خوب بودن نمرات درسی کودک، تماس در هر ماه با اولیا مدرسه ضرورتی ندارد.	۱ (۱/۲)	۳ (۳/۶)	۳ (۳/۶)	۲۵ (۱/۵۲)	۱۶ (۳/۳۳)	۴۸ (۱۰۰)

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-13]

بالاتر بوده است (۱۱، ۱۰).

امـا کل مطالعـات بر این یافتـه تأکید دارند کـه در مواردی که اطلاعات پسـیکولوژیک نیاز اسـت میـزان توافق با تشـخیص کاهش می‌یابـد (۳). این امر می‌توانـد در نتیجه آموزش هـای بیومدیکال ما باشد (۱۴).

در مطالعـه اخیر برخلاف سـایر مطالعات که میـزان اطلاعات بر حسـب بومی بودن پزشـکان و یا محل فراغت از تحصیل تفاوت داشت (۱۶، ۱۵)، متغیرها با میزان اطلاعات رابطه‌ای نداشت. این امر می‌تواند نتیجه یکسـان بودن آموزش پزشکی و تخصصی در سراسر کشور باشد و به همین دلیل شـاید بتوان این یافته‌ها را در سـایر مناطق نیز قابل تعمیم دانسـت؛ همیـن امر مجدداً بر لـزوم ارتقاء آمـوزش در زمینه سوءرفتار با کودکان تأکید دارد.

در مطالعه ما جنس و سـن نیز بر خلاف سـایر مطالعات با میزان اطلاعات رابطه‌ای نداشت (۱۶، ۱۰). موافقت با تنبیه بدنی در کل بسیار کم بود. در حالی که در سایر مطالعات این میزان بالاتر از مطالعه اخیر می‌باشـد. در مطالعه‌ای ۵۸ ٪ متخصصیـن اطفال با تنبیه بدنی موافق بوده‌اند (۴).

علیرغم اینکه ممکن است نگرش خاص فرهنگی ما خشونت شدید نسـبت به کودکان را به عنوان روش های انضباطی کمتر پذیرا باشـد باید توجه داشـت که افراد مورد مطالعه از گروه خاص جامعه می‌باشند که در کل باعث مشـکل در تفسـیر نتیجه آن می شود. وجود موافقت بـالا با روش محروم کـردن کودک از فعالیت های مـورد علاقه‌اش در صورت انجام رفتار نامناسـب از یک‌سو و اینکه متخصصین اطفال حتی تا ۹۰٪ موارد طرف مشـاوره خانواده برای روش های انضباطی هستند (۱۷) از سـوی دیگر می‌تواند تأثیرات مثبتی را در کاهش خشـونت به عنوان روش انضباطی در کودکان داشته باشد. گرچه در این زمینه نیاز به مطالعات بیشتری می‌باشد.

در مطالعه اخیر ۷۳/۵ ٪ از موارد مطالعه، با فرستادن کودکان زیر ۱۰ سـال با وسایل نقلیه عمومی مخالف بودند در حالی که این رقم در مطالعـه کویت ۴۳ ٪ و در مطالعه مصر ۸۲ ٪ بود (۱۱، ۱۰). علت این امر می‌تواند از آنجا ناشـی شود که در کویت سرویس های حمل و نقل عمومی خلوت هستند و فعالیت آنها براساس برنامه منظم و مستمر می باشد در حالیکه سرویس‌های حمل و نقل عمومی در مصر شلوغ و بدون برنامه منظم می‌باشـد. با توجه به وضعیت نامنظم حمل و نقل شهری ما و ازدحام بیش از حد در سرویس های مدارس، مشابهت این ارقام با مطالعه مصر قابل توجیه است (۱۱).

در مورد تنها گذاشـتن کودک زیر ۱۰ سال در خانه، تشابه نتایج بیـن مطالعه اخیـر و مطالعات فوق نمایانگر این اسـت کـه در زمینه مراقبت از کودکان کم سـن نگرش هـا در فرهنگ‌های مختلف تقریباً یکسان است.

براسـاس نتایج این مطالعه، لمس ناحیه تناسـلی کودک توسـط مادر به نسبت پدر قابل قبول‌تر است که با نتایج سایر مطالعات شباهت داردو می تواند به دلیل احسـاس نزدیکی بیشـتر مادر به کودک و یا نگرش در مورد کمتر بودن احتمال آزار جنسی توسط مادران باشد که حق لمس نواحی تناسلی را برای مادر به نسبت پدر مقبول تر می‌سازد (۱۰). در بررسـی اخیر نگرش دسـتیاران تخصصی با متخصصین غیر دانشـگاهی تفاوت معنی دار داشـت به طوری که ایشان با روش های انضباطی شـدید برای تربیت کودکان موافقت بیشـتری داشـتند. این یافته با سـایر مطالعات که نشـان داده اسـت دسـتیاران تخصصی در مقایسـه با متخصصین اطفال تحمل کمتری برای روش های انضباطی دارند، هماهنگ نمی باشد (۴).

جدول ۳ : مقایسه آگاهی متخصصین اطفال کرمان با همتایان کویتی و مصری در مورد نشانه های سوء رفتار

عبارات	مطالعه اخیر	کویت	مصر
کابوس های مکرر	۹۱ /۸	۴۹ /۱	—
کودکی که نسبت به همسالانش بسیار خشن رفتار می‌کند	۸۹ /۸	۳۹ /۷	۸۰ /۸
کودکی که در راه رفتن و نشستن مشکل دارد	۸۷ /۸	۳۷ /۱	—
کودکی که مکرراً در کلاس می‌خوابد	۶۷ /۳	۲۶ /۷	۵۹

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این بررسی و مطالعات منتشر نشده ای که توسط نویسنده انجام شده است بر دو نکته اساسی تأکید می گردد:

۱ - نیاز به افزایش اطلاعات پزشـکان نسبت به موارد سوءرفتار با کودکان و بخصوص علایم روانـی (Psychological) آن که اغلب از نظر دور می‌ماند.

۲ - نیاز به تغییر در نگرش‌ها بخصوص در مواردی که رفتارها به عنوان روش های انضباطی به کار برده می‌شوند (۱۹، ۱۸).

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-13]

References

1- Bernet w. Child maltreatment. in: Kaplan B. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th edition. New York: Lippincot Williams & wilkins; 2000: 1185-90.

2- Bullock K. Child abuse, the physician`s role in alleviating a growing problem. American family physician 2000; 15:1-4.

3- Shore R. Pediatricians in Israeli, factors which affect the diagnosis and reporting of maltreatment children. Child abuse and neglect 1998; 22: 143-153.

4- Tirosh E, Shechter SO, Cohen. Attitude towards corporal punishment and reporting of abuse. Child abuse and neglect 2003; 27: 929-937.

5- Ashton V. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting. Child Maltreatment 2001; 25:389-399.

6- Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. Child abuse and neglect 2002; 26: 793-813.

7- Paavilainer E, Asted-Kurki P, Paunonen-Limonen M.Caring for maltreatment children: a challenge for health care educator. A Adv nurs 2002; 37:551-557.

8- Fung DS, Chow MH. Doctors` and lawyers perspectives of child abuse and neglect in singapore. Medi J 1998; 39:160-165.

9- Olsen EM, Kalbfleisch JH. Sextual abuse knowledge base among residents in family practice. J Pediatric Adolescent Gynecology 2001; 14: 89-94.

10- Al-Moosa A, Al-Shaiji j, Al-Fadhli A, et al. Pediatrician's knowledge, attitude and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child abuse and neglect 2003; 27: 1161-1178.

11- Yoassef RM, Atla Y. Child abuse and neglect: Its perception by those who work with children. Eastern Mediterranean Health Journal 1998; 4:276-292.

12- Lantsch K, Johnson CF. Do physician have adequate knowledge of sextual abuse, Survey of practieing physician from 1986-1996. Child Maltreatment 2000; 5: 72-78.

13- Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcones W. Child school abuse. Health professional`s perception, diagnosis and responses. Br j community nurs 2004; 9: 332-338.

14- 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: 757-761.

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- Shechter O-S, Tirosh E, Cohen A. Physical abuse-physician knowledge and reporting attitude in Israel. Eur J of Epidemiology 2002; 16: 53-8.

17- Maccorric KF. Attitude of primary care physician toward corporal punishment. J of American Medical Association 1992; 267:3161-3176; [Abstract]

18-Flaherty EG, Sege R, Matson CL, Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse In the primary case setting ambulat. Pediatric 2002; 2: 20-26.

19- Belhea L.Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999; 59:1577-1585.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-13]