

آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی استان هرمزگان در رابطه با سوء رفتار با کودک

دکتر فیروزه درخشان پور^۱، دکتر بیتا صدیق^۲، دکتر شهرام زارع^۳، کبری حاجی‌علیزاده^۴
^۱ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان^۲، پزشک عمومی،^۳ دانشیار گروه پزشکی اجتماعی،^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان، سال شانزدهم، شماره اول، فروردین و اردیبهشت ۹۱، صفحات ۶۶-۷۲

چکیده

مقدمه: سوء رفتار با کودک از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی است که با توجه به اثرات همه جانبه آن در دراز مدت نیازمند توجه جدی است. آگاهی و اطلاعات پزشکان در زمینه عوامل خطر و علائم تشخیصی و اثرات سوء رفتار با کودکان حائز اهمیت است. این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی استان هرمزگان در رابطه با سوء رفتار با کودکان صورت گرفت.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس بود و کلیه ۱۵ پزشک مشغول به کار در مراکز روستایی در تمامی شهرستانهای تابعه استان هرمزگان در تابستان ۸۶ وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته بوده است. میزان آگاهی پزشکان شرکت کننده در پژوهش بر اساس نمره کسب شده به سه گروه ضعیف (نمرات بین ۱۰-۰)، متوسط (نمرات بین ۱۴-۱۱) و خوب (نمرات کسب شده ۲۰-۱۵) تقسیم شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون مجبور کای دو و t -test و نرم افزار آماری SPSS استفاده گردید.

نتایج: نتایج مطالعه نشان می‌دهد که فقط ۲۷/۸٪ (۳۲ نفر) از پزشکان تحت مطالعه در گروه خوب قرار گرفتند. ۶/۵٪ (۶۵ نفر) در گروه متوسط و ۱۵/۷٪ (۱۸ نفر) در گروه ضعیف قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این تحقیق حاکی از پایین بودن سطح آگاهی پزشکان شرکت کننده در این پژوهش در رابطه با سوء رفتار با کودکان است. با توجه به آنکه معمولاً پزشکان در خط اول مواجه، تشخیص و درمان این کودکان قرار دارند، به نظر می‌رسد لازم است برنامه‌های آموزشی در این زمینه برای افزایش آگاهی این افراد ارائه گردد.

کلیدواژه‌ها: سوء رفتار با کودک - پزشکان عمومی - آگاهی

نویسنده مسئول:
دکتر بیتا صدیق
مرکز بهداشت استان دانشگاه علوم
پزشکی هرمزگان
بندرعباس - ایران
تلفن: ۰۹۸ ۹۱۷ ۱۶۵ ۴۱۷۷
پست الکترونیکی:
seddighbita@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۹/۳/۲۹ اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۳ پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۸

مقدمه:

مشکلات جسمی به وجود می‌آورد بلکه به علت عوارض درازمدت آن نظیر احتمال افزایش سوء مصرف مواد، رفتارهای جنایی، افسردگی و اقدام به خودکشی در آینده فرد نیز حائز اهمیت می‌باشد (۴،۵). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه ۱۳۰۰ کودک در اروپا و آسیای مرکزی توسط خانواده‌های خود مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند (۶).

باور و فرهنگ جامعه در بروز کودک‌آزاری بسیار مؤثر است و حتی در ارائه تعریف از کودک‌آزاری نیز تأثیرگذار است

سوء رفتار با کودک از جمله آسیب‌های اجتماعی است که به دلیل گستردگی عوامل ایجادکننده و تأثیرات عمیقی که این عوامل بر رشد و شخصیت کودک، خانواده و اجتماع می‌گذارد، امروزه به عنوان یکی از اولویتهای بهداشتی و درمانی کشورهای مختلف مطرح می‌گردد (۱). سوء رفتار با کودک در انگلستان یک مشکل عمده اجتماعی شناخته می‌شود (۲) و در آمریکا دومین دلیل مرگ کودکان است (۳). این مسأله نه تنها در کوتاه مدت برای کودک

روش کار:

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود و افراد مورد مطالعه پزشکان عمومی شاغل در سیستم بهداشتی استان هرمزگان هستند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پرسشگر ساخته می‌باشد، جهت تأیید پایایی آن از گروهی از کارورزان پزشکی خواسته شد پرسشنامه را در طی دو مرحله با فاصله ۱۰ روز تکمیل کنند. پایانی آن توسط ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۵ محاسبه گردید. اعتبار آن توسط یک فوق تخصص روانپزشکی اطفال و دو روانپزشک تأیید گردیده است. در نمره‌گذاری پرسشنامه برای هر پاسخ صحیح نمره یک و به پاسخ‌های غلط و نمی‌دانم صفر اختصاص داده شد. مجموع نمرات میزان آگاهی به سه گروه ضعیف (نمرات بین ۰-۱۰)، متوسط (نمرات بین ۱۱-۲۰) و خوب (نمرات بین ۲۰-۱۶) تقسیم شدند. روش نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس بود و ۱۴۹ پزشک مشغول به کار در مراکز روستایی در تمامی شهرستانهای تابعه استان هرمزگان (بندرعباس، میناب، رودان، جاسک، حاجی‌آباد، لنگه، بستک، پارسیان، کیش، قشم، خمیر) در تابستان ۸۶ وارد مطالعه شدند. تعیین رابطه آگاهی با متغیرهای موردنظر با استفاده از آزمون مجذور کای دو و -test و نرم‌افزار آماری SPSS 13 انجام شد.

نتایج:

پس از جمع‌آوری و بررسی پرسشنامه‌ها نهایتاً ۱۱۸ پرسشنامه که بطور کامل پر شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت و بقیه به علت ناقص بودن کنار گذاشته شدند. از ۱۱۸ پزشک ۴۸/۷ درصد زن و ۵۲/۲ درصد مرد و میانگین سنی آنان $33/71 \pm 5/1$ می‌باشد. خصوصیات دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

(۷۸). شناسایی این عقاید و باورها در مورد روش‌های برخورد با کودکان بخصوص در زمینه مسائل تربیتی کودک در مبحث سوءرفتار بسیار مهم است (۹). بعنوان مثال پذیرش تنبیه بدنی به عنوان یک روش تربیتی وابستگی زیادی به فرهنگ و نگرش جامعه دارد و با وقوع کودک‌آزاری ارتباط دارد و به نظر می‌رسد که این باور در میان پزشکان نیز وجود دارد (۱۰، ۱۱). باید دانست جدای از موارد شدید سوءرفتار که در طی آن کودک آسیب زیادی می‌بیند، رفتارهایی هم که به منظور تربیت کودک انجام می‌شوند نیز می‌توانند جزء کودک‌آزاری محسوب گردند (۱۲). بسیاری از قربانیان کودک‌آزاری به دلیل عدم توانایی در انجام مراقبتهای اولیه در منزل و یا ماهیت حاد صدمات، در اورژانس‌ها و توسط پزشکان ویزیت می‌شوند (۱۳).

پزشکان نقش مهمی را در شناسایی و مدیریت موارد کودک‌آزاری بر عهده دارند اما اکثر آنها در انجام این امر دقت و همکاری لازم را ندارند. این کوتاهی می‌تواند به دلایل زیر باشد: عدم توانایی بدست آوردن اطلاعات و حقایق لازم، درگیری هیجانی با خانواده، نگرانی از درگیر شدن با مسائل قانونی (۱۴).

اگرچه موارد کلاسیک کودکان آزار دیده که با جراحتهای متعدد مراجعه می‌نمایند، به سهولت توسط پزشکان تشخیص داده می‌شود، ولی تشخیص کودک‌آزاری در مواردی که نشانه‌های جسمی وجود ندارد یا تنها یک جراحت وجود دارد، امری دشوار است (۱). بررسی‌ها نشان داده‌اند در صورت عدم تشخیص سوءرفتار با کودکان توسط پزشکان امکان کشته شدن ۵٪ کودکان آزار دیده متعاقب آسیب‌های جسمانی وجود دارد و ۲۵٪ آنها نیز مجدداً با شدت بیشتر مورد آزار قرار خواهند گرفت (۱۵).

با توجه به اینکه پزشکان عمومی بخصوص پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی اولین سطح مراجعه این قربانیان می‌باشد، آگاهی پزشکان در تشخیص و ارجاع به موقع و نوع نگرش آنان در رابطه با کودک‌آزاری نقش مهمی در درمان و کاهش عود و مرگ و میر این کودکان دارد.

این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی استان هرمزگان در رابطه با کودک‌آزاری صورت گرفته است.

گروه ضعیف (۱۵/۷٪)، ۶۵ نفر در گروه متوسط (۵۶/۵٪) و ۳۲ نفر در گروه خوب قرار گرفتند (۲۷/۸٪).

در پاسخ به این سؤال که از تنبیه بدنی می‌توان در جهت تربیت کودک استفاده کرد، ۲۵/۳ درصد از پزشکان آن را موجه دانستند. ۳۲/۷ درصد از آنان آن را شایع‌ترین نوع کودک‌آزاری می‌شناختند و ۳۰/۳ درصد از آزمودنی‌ها می‌دانستند که چه عاملی باعث افزایش وقوع کودک‌آزاری می‌گردد. در پاسخ به سؤال کودک‌آزاری جنسی در کدام گروه افراد جامعه بیشتر دیده می‌شود، ۲۳٪ پاسخ صحیح دادند. جدول شماره ۲ به بررسی درصد پاسخ‌های صحیح به پاره‌ای از سؤالات بر حسب جنس و تأهل می‌پردازد.

ارتباط بین متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه تنبیه بدنی بر میزان نمره کسب شده مورد بررسی قرار گرفت ولی ارتباط آماری معنی‌داری بدست نیامد. جدول شماره ۳ به بررسی ارتباط بین نمرات کسب شده و سه متغیر جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه تنبیه بدنی می‌پردازد.

اکثر شرکت کنندگان (۹۲٪) دوره آموزشی خاصی را در رابطه با کودک‌آزاری نگذرانده بودند و اطلاعات خود را از منابع مختلف کسب کرده بودند. ۱۵/۳٪ از رادیو و تلویزیون، ۱۸/۸٪ از روزنامه و مجله، ۵۱/۸٪ از کتاب، ۱۰/۶٪ از دوره‌های آموزشی و ۳/۵٪ از موارد مواجهه با کودک‌آزاری این اطلاعات را بدست آورده بودند.

جدول شماره ۱- فراوانی و درصد متغیرهای دموگرافیک مربوط به آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی (%)
جنس	مرد ۵۲/۲٪
	زن ۴۷/۸٪
وضعیت تأهل	مجرد ۲۲/۳٪
	متاهل ۷۷٪
رتبه تولد	فرزند اول ۴۰٪
	فرزند دوم ۲۴/۸٪
	فرزند ۳-۶ ۳۵/۲٪
سابقه کار	زیر ۱۰ سال ۸۱/۶٪
	بالای ۱۰ سال ۱۸/۴٪
تعداد فرزندان	بدون فرزند ۴۵٪
	تک فرزند ۲۳٪
	دو فرزند ۱۹/۳٪
	سه فرزند ۲/۷٪
سال فارغ‌التحصیلی	سال ۶۴-۷۰ ۴/۸٪
	سال ۷۰-۸۰ ۳۴/۷٪
	سال ۸۰-۸۵ ۴۹/۱٪
سابقه تنبیه بدنی	بلی ۳۰/۶٪
	خیر ۶۷/۶٪
	نمی‌دانم ۱/۸٪

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها میانگین نمره آزمودنی‌ها $13/64 \pm 2/86$ بود. بر اساس تقسیم‌بندی انجام شده ۱۸ نفر در

جدول شماره ۲- مقایسه درصد پاسخ‌های صحیح به بعضی از سؤالات در بین آزمونها بر حسب سن و جنس

سؤال	پاسخ صحیح	جنس		
		زن	مرد	متاهل
شایع‌ترین نوع کودک‌آزاری کدام است؟	۳۲/۷	۳۸/۵	۲۷/۱	۳۰/۶
در کدام یک از موارد زیر احتمال وقوع کودک‌آزاری بیشتر است؟ (مشکلات والد)	۳۰/۳	۲۶/۵	۳۴/۵	۲۴/۶
در مواجهه با غلظت کدام یک از اقدامات زیر صحیح است؟	۸۲/۵	۸۵/۲	۷۹/۳	۸۴/۶
کودک‌آزاری فیزیکی معمولاً توسط چه کسی انجام می‌شود؟	۵۱/۳	۵۴/۹	۵۰	۴۵/۹
پیامد سوءرفتار عاطفی در مقایسه با کودک‌آزاری جسمی چگونه است؟	۸۷/۲	۸۹/۱	۸۵	۸۶/۵
در کدام گروه از کودکان زیر احتمال بروز کودک‌آزاری بیشتر است؟	۵۲/۸	۵۱/۹	۵۳/۳	۵۱/۷
بیشترین نوع کودک‌آزاری جنسی در خانواده کودک کدام یک می‌باشد؟	۴۲/۵	۳۹/۶	۴۵	۴۲
خصوصیت قابل توجه در کودکان آزار دیده کدام است؟	۵۴/۸	۵۱/۹	۵۵/۹	۵۲/۹

جدول شماره ۳- مقایسه درصد نمرات کسب شده بر حسب جنس، تأهل، تعداد فرزندان و سابقه تنبیه بدنی

سطح نمره	جنس	وضعیت تأهل (%)		تعداد فرزندان (%)			سابقه تنبیه (%)		
		مرد	متأهل	مجرد	هیچ	یک	دو	مثبت	منفی
ضعیف (۱۰-۰)	زن	۵۰	۸۳/۳	۱۶/۷	۳۷/۵	۳۷/۵	۱۸/۸	۳۱/۳	۶۸/۸
متوسط (۱۱-۱۵)	زن	۵۶/۹	۲۰/۳	۷۹/۷	۴۲/۳	۲۴/۴	۱۹/۷	۳۳/۹	۶۶/۱
خوب (۱۶-۲۰)	زن	۵۶/۳	۳۲/۴	۶۷/۶	۵۰	۲۸/۱	۱۸/۸	۲۴/۲	۶۹/۷

بحث و نتیجه‌گیری:

قربانیان کودک آزاری معمولاً در برخورد اول در مراکز درمانی و اورژانس‌ها توسط پزشکان که در بسیاری از موارد پزشکان عمومی هستند، ویزیت می‌گردند و این در حالی است که بر اساس نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر اطلاعات پزشکان عمومی شاغل در شبکه بهداشت و درمان استان هرمزگان با میانگین ۱۳ در سطح متوسط است. نتایج این مطالعه نشان داد که بیشتر از نیمی از پزشکان عمومی شرکت کننده در این تحقیق اطلاعات کافی در مورد مسائل مربوط به کودک آزاری نداشتند. این داده‌ها با اطلاعات بدست آمده از مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد. مطالعات دیگر نیز بر ناکافی بودن اطلاعات پزشکان در این زمینه تأکید داشته‌اند. در مطالعه مقطعی انجام شده بر روی میزان آگاهی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان، میزان آگاهی کارورزان آن دانشگاه نامناسب ارزشیابی شد (۱۶). مطالعه مشابه دیگر در بین پزشکان عمومی شهر کرمان انجام شده بود که در این پژوهش نیز دانش آزمودنی‌ها در رابطه با کودک آزاری ناکافی برآورد شده بوده است (۱۷).

در مطالعه تیروش و همکاران ۴۳٪ از پزشکان در مواجهه با موارد کودک آزاری این تشخیص را در نظر نمی‌گرفتند و یا این موارد را گزارش نمی‌کنند (۱۸).

نقص اطلاعات افراد متخصص به عنوان مانعی در برابر غربالگری موارد کودک آزاری مطرح است. با وجود اینکه بیش از ۴۰٪ مراجعین پزشکان عمومی را اطفال تشکیل می‌دهند، لیکن اغلب اوقات این پزشکان به خاطر نداشتن اطلاعات و مهارت کافی در زمینه کودک آزاری در معاینات و مصاحبه‌های تشخیص خود مسئله کودک آزاری را نادیده گرفته و بسیاری از شکستگی‌ها، خون مردگی‌ها و ضربات عمده وارد شده به جمجمه و اندام کودک را به حساب اتفاق می‌گذارند (۴).

باید به این نکته توجه داشت که تشخیص کودک آزاری در مواردی که علائم متعدد جسمی وجود دارد کار چندان مشکلی نیست، اما برای مثال حدود ۶۰ درصد از کودکانی که دچار سوءرفتار جنسی هستند، هیچ علامت واضح فیزیکی ندارند. در چنین موقعیت‌هایی آشنایی با مراحل تکاملی کودک و نوع جراحات ناشی از تروماهای عمدی و غیرعمدی بسیار حائز اهمیت هستند (۱). دانش و اطلاعات پایه مانند اپیدمیولوژی و عوامل خطر در رابطه با یک اختلال یا بیماری در شناسایی و دقت پزشک تأثیرگذار است. در این تحقیق این اطلاعات در این گروه از پزشکان در سطح متوسط بوده است. پزشکان عمومی باید قادر به تمایز حالات طبی که با سوءرفتار اشتباه می‌شوند را داشته باشند. آگاهی پزشکان عمومی از عوامل خطر در بروز کودک آزاری می‌تواند باعث افزایش توانایی آنان در شناسایی و جلوگیری از سوءرفتارهای آتی باشد (۱۹).

در مطالعه حاضر میزان آگاهی پزشکان ارتباطی با جنس آنها نداشت در حالی که در بعضی مطالعات سطح آگاهی پزشکان زن بالاتر گزارش شده است (۲۰).

در بعضی مطالعات افراد جوان‌تر را در شناسایی و پیگیری موارد کودک آزاری فعال‌تر گزارش کرده‌اند (۲۰) ولی عامل سن در اینجا تأثیرگذار نبوده است که می‌تواند به دلیل آن باشد که افراد شرکت کننده در این پژوهش تقریباً در یک دامنه سنی بوده‌اند. باور افراد در عملکرد آنها تأثیرگذار است. پذیرش تنبیه بدنی به عنوان یک روش موجه تربیتی توسط ۲۵٪ از پزشکان پذیرفته شده است. در مطالعه اشلمیت افر و همکاران تنبیه بدنی یک روش مقبول تربیتی در ۵۸٪ پزشکان بوده است (۲۱).

نقص اطلاعات افراد حرفه‌ای مانعی در برابر غربالگری موارد کودک آزاری مطرح است (۱۹).

نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد که سطح آگاهی پزشکان شرکت‌کننده در این پژوهش در مورد کودک آزاری کافی نبوده و با توجه به آنکه معمولاً پزشکان در خط اول

سپاسگزاری:

در خاتمه لازم است از کلیه پزشکان و کارشناسان سلامت روان مراکز بهداشتی و درمانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل آید.

مواجه، تشخیص و درمان قراردارند، به نظر می‌رسد لازم است برنامه‌های آموزشی در این زمینه برای افزایش آگاهی این افراد ارائه گردد. نتایج این پژوهش تأکید بر لزوم اضافه شدن برنامه‌های آموزشی در طول دوره آموزش کارورزی در رابطه با سوءرفتار با کودکان دارد.

References**منابع**

1. Bullock K. Child abuse: the physician`s role in alleviating a growing problem. *Am Fam Physician*. 2000;61:2977-2985.
2. 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;29:969-984.
3. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The Epidemiology of Child Abuse: Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *Am J Public Health*. 1993;83:1622-1624.
4. Brenet W. Kaplan comprehensive Textbook of psychiatry. 7th ed. New York: Lippington Wiliams & Wilkins Press; 2000: 2878-2889.
5. Gray R, Fleisher GF , Ludwig S, Henretig FM. In: Textbook of pediatric emergency medicine, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press; 2000:1669-1680.
6. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians` knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse Negl*. 2003;27:1161-1178.
7. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2002;26:793-813.
8. Belsky J. Child Maltreatment: An ecological integration. *Am Psycholo*. 1980;35:320-335.
9. Bensley L, Ruggles D, Simmons KW, 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;28:1321-1337.
10. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not to report. Physicians` attitudes toward discipline and child abuse. *Am J Dis Child*. 1985;139:194-197.
11. Socolar RR, Stein RE. Maternal discipline of young children context belief and practice. *J Dev Behav Pediatr*. 1996;17:1-8.
12. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl* 2002;26:793-813.
13. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *J Emerg Med*. 2002;23:341-345.
14. Mindlin RL. Child abuse and neglect: The role of the pediatrician and the academy. *Pediatrics*. 1974;54:393-395.
15. Kleigman R. Abuse and neglect of children. In: Nelson Textbook of pediatrics, 16th ed. New York: Elsevier Press; 2000:110-117.

16. Garousi B, Safizadeh H, Tajaddini R. The Knowledge of Interns of Kerman medical sciences university regarding child Maltreatment. *Strides in Development of Medical Education*. 2005;2:109-115. [Persian]
17. Garousi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Knowledge, attitude and practice of general practitioners in Kerman concerning child abuse. *Payesh Health Monitor*. 2006;5:213-220. [Persian]
18. Offer Shechter S, Tirosh E, Cohen A. Physical abuse -- physicians knowledge and reporting attitude in Israel. *Eur J Epidemiol*. 2000;16:53-58.
19. Erikson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*. 2001;108:98-102.
20. Ladson S, Doty RE, Johnson CF. Do physicians recognize sexual abuse. *American Journal Diseases of Children*. 1987;141:311-315.
21. Tirosh E, Offer Shechter S, Cohenc A, Jaffe M. Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse Negl*. 2003;27:929-937.

Archive of SID

Insight of general physicians of health centers on child maltreatment, Hormozgan, Iran

F. Derakhshanpour, MD¹ B. Seddigh, MD² S. Zare, PhD³ K. HajiAlizadeh, MSc⁴

Assistant Professor Department of Psychology¹, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran. General Practitioner², Associate Professor Department of Community Medicine³, Master of Psychiatry⁴, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 19 Jun, 2010 Accepted 9 Nov, 2011)

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a major clinical and health problem. It requires serious attention due to a lot of multilateral long-term effects. Major cases of severe child abuse referred to hospitals and health centers. Thus physicians should have awareness and enough knowledge about the risk factors, diagnostic symptoms and the consequences of maltreatment. This study aims to determine the degree of knowledge of general physicians employed in health centers of Hormozgan province about maltreatment with children.

Methods: This is a cross-sectional study and data collection was done through a researcher made questionnaire. 149 health physicians working in Hormozgan province were participated in the study. Total knowledge scores were divided in to three categories: poor (scores between 14-0); intermediate (between 16-15) and good (between 21-17). The data was analyzed by Chi-square and t-test using SPSS software.

Results: The results showed that 15.7% of physicians fell in the poor group, 56.5% in the intermediate and 27.8% in the good category.

Conclusion: This study showed that general practitioners in the province don't have enough knowledge about child abuse. Authorities should plan educational programs to promote their knowledge and the methods that they can manage child abuse in the society.

Key words: Child Abuse - General Practitioners - Knowledge

Correspondence:

B. Seddigh, MD.

Provincial Health Center.
Hormozgan University of
Medical Sciences.

Bandar Abbas, Iran

Tel: +98 917 165 4177

Email:

seddighbita@yahoo.com