

بررسی میزان آگاهی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در مورد سوءرفتار با کودکان

دکتر بهشید گروسی*

متخصص اعصاب و روان، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر حسین صافی زاده

استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر رضا تاج‌الدینی

پزشک عمومی

زمینه: سوءرفتار با کودکان پدیده جدیدی نیست و در هر ملیت و فرهنگ به اشکال مختلف وجود دارد. پزشکان که در بیشتر موارد در خط مقدم تشخیص سوءرفتار با کودکان قرار دارند باید از دانش کافی جهت تشخیص به موقع این مشکل برخوردار باشند.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در مورد سوءرفتار با کودکان صورت گرفت

روش کار: این مطالعه یک بررسی مقطعی می باشد که در آن ۸۶ کارورز شرکت کردند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه نیمه ساختار یافته که بر اساس منابع معتبر سوءرفتار با کودکان تهیه شده بود، پس از تایید روائی و پایایی آن استفاده شد. سطح آگاهی کارورزان به ۳ گروه خوب (پاسخ صحیح $>75\%$ درصد)، متوسط (پاسخ صحیح بین $50-75\%$ درصد) ضعیف (پاسخ صحیح $<50\%$ درصد) تقسیم شد. جهت تعیین رابطه آگاهی با متغیرهای مورد نظر از آزمون مجذورکای استفاده شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی $28/3(±4/8)$ بود. حدود نیمی از کارورزان اطلاعات خوب و نیمی دیگر اطلاعات ناکافی داشتند. کارورزان با عوامل خطر سوءرفتار آشنایی در حد متوسط داشتند. در مورد نشانه های کودک آزاری، علایم آشکار جسمی مانند سوختگی و یا شکستگی بیشتر به عنوان شواهد دال بر کودک آزاری تشخیص داده می شد، در حالی که علایم روحی و یا جنسی چندان جدی گرفته نمی شوند. بین متغیر های دموگرافیک و میزان دانش رابطه معنی داری وجود نداشت. کمتر از نیمی از افراد اطلاعات خود را از دروس پزشکی کسب کرده بودند.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه دلالت بر این امر دارد که کارورزان آگاهی مناسبی در مورد سوءرفتار با کودکان ندارند. وبا توجه به یکسان بودن آموزش پزشکی در کشور نیاز به برنامه ریزی آموزشی جهت ارتقای اطلاعات کارورزان و سایر افرادی که با کودکان تماس پیدا می کنند احساس می شود.

کلید واژه ها: سوءرفتار با کودک، دانش، کارورز

*نویسنده مسؤول: کرمان دانشکده پزشکی افضلی پور، گروه پزشکی اجتماعی

• Email: Bgarrusi@kmu.ac.ir

• تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۲۱۶۷۱ • نمابر: ۰۳۴۱-۳۲۲۱۶۷۱

مقدمه

سوءرفتار با کودکان (Child Maltreatment) عبارت از انجام هر عملی در مورد کودک و یا غفلت از کودک توسط یک فرد می‌باشد که منجر به صدمه قابل ملاحظه جسمی و یا روانی گردد و یا باعث شود آسیب جدی کودک را تهدید کند (۱،۲). سوءرفتار می‌تواند هر سنی از قبل از تولد تا نوجوانی و با هر جنس، نژاد یا ملیت را دربرگیرد. سالانه حدود ۴ میلیون مورد سوءرفتار با کودکان گزارش می‌شود (۱). مرکز ملی سوءرفتار با کودکان سن متوسط قربانیان را در حدود ۷ سال برآورد می‌کند که ۵۳ درصد آنها را دختران و ۴۷ درصد را پسران تشکیل می‌دهد. در ۷۹ درصد موارد، قربانیان به وسیله والدین، ۱۰ درصد توسط بستگان، ۵ درصد توسط افراد غریبه و ۲ درصد به وسیله ناپدری و نامادری مورد سوءرفتار قرار می‌گیرند. (۱،۳،۴،۵)

سوءرفتار با کودکان شامل آزار جسمی (Physical abuse) (۲-۴)، آزار جنسی (Sexual abuse)، آزار هیجانی (Emotional abuse) و مسامحه در مورد کودک (Child neglect) می‌باشد (۶).

سوءرفتار با کودکان (Child Maltreatment) به همان اندازه که در بیان ساده به نظر می‌رسد، می‌تواند در توضیح و بررسی پیچیده باشد. سوءرفتار با کودکان از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. صرف‌نظر از موارد بسیار شدید و خشن که مصداق سوءرفتار با کودکان می‌باشند، بسیاری از رفتارهایی که به منظور تربیت فرزندان انجام می‌شود و جزئی از روش‌های فرزند پروری (rearing Child) محسوب می‌شوند نیز می‌توانند نوعی سوءرفتار نسبت به کودکان باشند (۷). شناسایی عقاید و باورهای جامعه در مورد روش‌های برخورد با کودکان در مبحث سوءرفتار بسیار مهم می‌باشد (۸). حتی برخی اوقات اعمالی که در اصل با اهداف درمانی انجام می‌شوند نیز می‌توانند نوعی سوءرفتار و آزار تلقی گردند. از نمونه این روش‌ها که سال‌هاست در ایران منسوخ گردیده است داغ کردن (Cutherization) یا سوزاندن ناحیه کوچکی

از پوست برای درمان علائمی نظیر تب، اسهال، تشنج و ... می‌باشد (۹).

عوارض سوءرفتار از دو جنبه اجتماعی و فردی قابل بررسی هستند. هرساله هزینه‌های زیادی در زمینه کودک آزاری به دولت‌ها و ملت‌ها تحمیل می‌شود که این هزینه‌ها می‌تواند ناشی از مراقبت از کودکان کم‌وزن، مرگ و میر کودکان، خدمات حمایتی، مسائل جنایی نوجوانان و بزرگسالان، ترک تحصیل، درمان بیماری‌های جسمی و معلولیت‌ها، هزینه‌های ناشی از بیمارهای مقاربتی و ایدز باشد (۱۰). عوارض فردی شامل عوارض کوتاه مدت و گذرا مثل شکستگی، جراحی، خونریزی، ضربه به سر... و حتی مرگ ناشی از این صدمات می‌باشد (۱۱،۱۲). به‌علاوه این کودکان اختلالات دیرپای جسمی و بخصوص روانی مانند از دست دادن حس اعتماد به نفس، احساس بی‌ارزشی، اختلالات رفتاری، افسردگی، اضطراب، وقوع بالای خودکشی، سوءمصرف مواد و... را در سال‌های آینده نشان خواهند داد (۱۲،۱۰،۱۱).

عوارض به جای مانده از صدمات به سیستم عصبی حرکتی (۱۳)، نقص عضوهای ناشی از سوختگی، دردهای مزمن مثل دردهای لگنی، سردرد، فیبرومیالژی، سندرم روده تحریک پذیر (۱۴) نیز از عوارض کودک آزاری می‌باشند.

در ایران آمار بررسی‌های گسترده در مورد شیوع این پدیده در دسترس نمی‌باشد تنها انجمن حمایت از کودکان در سال ۱۳۸۴ ارجاع بیش از ۱۰۰ مورد کودک آزاری را که برخی از موارد آن منجر به مرگ شده‌اند گزارش نموده است. مطالعات متفاوت در جمعیت‌های دیگر این رقم را از حدود ۲۰ تا ۴۵ درصد برحسب انواع مختلف آزارها گزارش کرده‌اند (۱۵).

در بیشتر موارد نخستین افرادی که کودک را با علائم و صدمات حاصل از آزار مشاهده می‌کنند به ویژه در مواردی که صدمات جدی هستند، پزشکان و پرستاران می‌باشند و با توجه به این که در تقریباً تمامی موارد، سوءرفتار کننده وجود آزار را انکار کرده و حتی در اکثر موارد کودک نیز سوءرفتار را تکذیب می‌کند، تنها با ظن قوی پزشک و پرسنل پزشکی می‌

طبقه ضعیف (پاسخ های درست کمتر از ۵۰ درصد)، متوسط (۷۵ - ۵۰ درصد پاسخ درست) و خوب (پاسخ های درست بیش از ۷۵ درصد) تقسیم شد. (۳) تعیین رابطه آگاهی با متغیرهای مورد نظر با استفاده از آزمون مجذور کای ANOVA و t، توسط نرم افزار SPSS 11 صورت گرفت.

یافته‌ها

طبق یافته‌های این مطالعه، اکثریت واحدهای پژوهش را مردان تشکیل می دهند (۵۴/۷ درصد) میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۶/۷ سال با انحراف معیار ۲/۸۱ می باشد، جوانترین فرد ۲۳ ساله و مسن ترین آنها ۳۹ ساله بوده و بیشترین فراوانی سنی مربوط به ۲۵ ساله هاست (۲۸/۲ درصد). از کل افراد تنها ۳۰ نفر (۳۴/۹ درصد) متاهل بوده که ۷۰ درصد آنها فاقد فرزند بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش (۳۳/۷ درصد) فرزند اول خانواده بوده و ۳۸/۴ درصد نیز فرزند سوم و بالاتر خانواده بودند. محل سکونت خانواده های افراد مورد مطالعه در ۷۰/۹ درصد مرکز استان و تنها ۴/۷ درصد در بخش ها یا روستاها بوده و مابقی (۲۳/۲ درصد) نیز در مراکز شهرستان زندگی می کردند.

در رابطه با سوءرفتار با کودک مشخص گردید که ۷۴/۷ درصد کارورزان قبلاً در این رابطه اطلاعاتی کسب کرده اند و منبع کسب اطلاعات در ۴۳ درصد موارد آموزش از طریق دروس پزشکی بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی منبع کسب اطلاعات کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در زمینه کودک آزاری

منبع کسب اطلاعات	تعداد	درصد
آموزش دروس پزشکی	۳۷	۴۳
رادیو و تلویزیون	۲	۲/۳
اینترنت، کتب و نشریات	۱۵	۱۷/۵
دوستان و آشنایان	۱۰	۱۱/۶
سایر موارد	۲۲	۲۵/۶
جمع	۸۶	۱۰۰

توان به وجود این مسئله پی برد. اگر چه در موارد کلاسیک که کودکان آزار دیده با جراحات‌های متعدد مراجعه می‌نمایند، به سهولت توسط پزشکان تشخیص داده می‌شود، منتهی تشخیص کودک‌آزاری در مواردی که نشانه‌های جسمانی وجود ندارد یا تنها یک جرح وجود دارد، امری دشوار است (۱۶). بنابراین لزوم داشتن آگاهی کافی در این زمینه قابل انکار نیست و با توجه به این‌که بسیاری از رفتارها تابع نگرش فرد می‌باشند (۱۷،۱۸) نوع نگرش پزشکان که در بیشتر موارد، خط مقدم تشخیص سوءرفتار با کودکان بخصوص در ایران هستند نیز در تشخیص و رفتار با موارد کودک آزاری حائز اهمیت است. آنچه که در این جا ضروری به نظر می رسد نقش آموزش پزشکی در آشنایی با این پدیده می باشد، به خصوص که در سیستم آموزشی و درمانی ما اخیراً بر نقش پزشکان خانواده تأکید خاص صورت می گیرد، نیاز به ترمیم جای خالی این آموزش ها به وضوح احساس می شود.

روش کار

در این مطالعه مقطعی که در تابستان ۱۳۸۲ صورت گرفت کلیه کارورزان پزشکی شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی کرمان که در زمان انجام پژوهش ۸۶ نفر بودند، وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه‌ی پژوهشگر-ساخته بود که با استفاده از منابع علمی معتبر تنظیم گردیده و شامل دو بخش، بخش اول مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش و بخش دوم شامل ۳۸ سؤال سه‌گزینه‌ای (صحیح، غلط و نمی دانم) مربوط به آگاهی کارورزان بود. روایی محتوای پرسشنامه توسط ده نفر از متخصصین تایید گردید و پس از جمع آوری داده ها پایایی ثبات درونی آن با محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد. داده های این پژوهش طی یک مرحله از کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان جمع آوری گردید. در نمره گذاری پرسشنامه به هر پاسخ صحیح نمره ۱ و به هر پاسخ غلط و نمی دانم صفر اختصاص یافت. پس از محاسبه نمرات کسب شده، میزان آگاهی به ۳

منجر به عوارض پایدار جسمی و روانی شود آگاهی داشتند. اما تنها ۲/۳ درصد افراد می‌دانستند که کودکان به دلیل سوءرفتار می‌توانند جان خود را از دست بدهند. نزدیک به ۸۰ درصد افراد، تحصیلات بالاتر والدین را از عوامل خطر برای سوءرفتار با کودکان می‌دانستند.

علائم جسمی مانند وجود خراش های پوستی غیر معمول، وجود سوختگی، شکستگی استخوان از مواردی بودند که بیشترین ظن تشخیصی در زمینه علائم سوءرفتار را ایجاد می‌کردند. در حالی که کارورزان در مواجهه با سؤالاتی که به بررسی اطلاعات ایشان در زمینه علائم و نشانه های آزار های روحی و جسمی وجود رفتار های اغواگرانه جنسی نامتناسب با سن کودک، مراجعات مکرر به دلیل عدم بهبودی بیماری های نه جندان جدی، و بالاخص وابستگی شدید کودک به والد به عنوان نشانه های کودک آزاری چندان اطلاعی نداشتند. (جدول ۲)

در رابطه با میزان آگاهی کارورزان از کودک آزاری، یافته های حاصل نشان می‌دهند که میانگین امتیاز بدست آمده ۲۸/۳ با انحراف معیار ۴/۸۰ می‌باشد و براساس طبقه بندی به عمل آمده اکثریت کارورزان (۵۱/۲ درصد) دارای آگاهی خوب، ۴۵/۳ درصد آگاهی متوسط و تنها ۳/۵ درصد آگاهی ضعیف داشتند. در تجزیه و تحلیل به عمل آمده بین میزان آگاهی و متغیرهای جنس، سن، رتبه تولد، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات والدین، محل سکونت خانواده، اطلاع قبلی در مورد کودک آزاری و منبع کسب اطلاع در این مورد، رابطه معنی دار آماری بدست نیامد.

کارورزان آشنایی متوسطی با عوامل خطر سوءرفتار با کودکان داشتند. در این بین، وجود فقر در خانواده، ابتلاء والدین به بیماری روانی یا عقب ماندگی ذهنی در کودک و این که کودکان اکثر اوقات توسط والدین و یا افراد آشنا مورد آزار قرار می‌گیرند بیشترین پاسخ های صحیح را داشتند. بیش از ۹۰ درصد افراد از این که سوءرفتار و یا مسامحه با کودکان می‌تواند

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ‌های کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به برخی سئوالات آگاهی در زمینه علائم سوءرفتار با کودک

علائم سوءرفتار		بلی		خیر		نمی‌دانم	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۷۸	۹۰/۷	۳	۳/۵	۵	۵/۸		
۷۶	۸۸/۴	۱۰	۱۱/۶	۰	۰		
۸۲	۹۵/۳	۳	۳/۵	۱	۱/۲		
۸۰	۹۳	۵	۵/۸	۱	۱/۲		
۵۹	۶۸/۶	۱۸	۲۰/۹	۹	۱۰/۵		
۷۲	۸۳/۸	۷	۸/۱	۷	۸/۱		
۶۸	۷۹/۱	۱۰	۱۱/۶	۸	۹/۳		
۶۵	۷۵/۶	۱۱	۱۲/۸	۱۰	۱۱/۶		

آگاهی دانش جویان می‌پردازد. نتایج این تحقیق نشان داد که حدود نیمی از افراد مورد پژوهش (۵۱/۲ درصد) آگاهی خوب (بالای ۷۵ درصد) و تقریباً نیم دیگر آگاهی متوسط نسبت به کودک آزاری داشتند. این میزان آگاهی تقریباً مشابه بیشتر

بحث و نتیجه گیری

علی‌رغم مطالعات زیادی که در جهان در ارتباط با آگاهی دانشجویان و پزشکان در زمینه کودک آزاری انجام شده است، مطالعه حاضر از معدود مطالعاتی است که به بررسی سطح

در بررسی پاسخ کارورزان به سؤالات مربوط به آگاهی در مورد سوءرفتار با کودکان اطلاعات آنها در مورد عوامل خطر نسبتاً خوب بود اما در زمینه علائم و نشانه‌ها در صورتی که علائمی نظیر سوختگی و شکستگی، واضح و آشکار باشند میزان تشخیص بالا می‌باشد اما در موارد علائم روحی (psychologic) نظیر وابستگی شدید، رفتارهای اغواگرانه نامتناسب با سن و یا علائم آزار جنسی، میزان اطلاعات کم بود. این یافته با توجه به سیستم آموزش پزشکی ما که عمدتاً متکی بر آموزش‌های بیو‌مدیکال و بیولوژیک می‌باشد بعید به نظر نمی‌رسد. از سوی دیگر نوع علائم نیز حائز اهمیت می‌باشد. در برخی بررسی‌ها، دستیاران اطفال ۷۵ درصد موارد آزار را که عمدتاً مربوط به شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها بود، نادیده گرفته بودند که می‌تواند نشانگر این موضوع باشد، وجود علائمی که به نظر تصادفی می‌آیند ظن کودک آزاری را در پزشک ایجاد نمی‌کند (۲۵).

در مورد نیاز به آموزش، جدای از مسئله سن، متغیر سابقه کار نیز باید مد نظر قرار گیرد. با توجه به این که گروه مورد مطالعه دانشجویان بوده و هنوز از یک سو از آموزش‌های مدون فاصله نگرفته و از سوی دیگر موارد تماس مستقیم و پذیرش مسئولیت مستقیم بیمار را نداشته‌اند، شاید اطلاعات فعلی آنها کافی به نظر برسد ولی با توجه به نسبتاً جدید بودن توجه به مقوله کودک آزاری در جامعه ما، نیاز به آموزش مدون و بیشتر در این زمینه کاملاً احساس می‌شود. در اکثریت قاطع مطالعات انجام شده در نقاط مختلف علی‌رغم آگاهی نسبتاً خوب در مورد کودک آزاری، نیاز به آموزش بیشتر در این زمینه تأکید شده است که شامل کلیه گروه‌ها از جمله دانشجویان، دستیاران و متخصصین رشته‌های مختلف می‌باشد (۱۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴). این مسئله زمانی به صورت بارز حس می‌شود که تنها ۴۳ درصد افراد مورد مطالعه ما اطلاعات خود را از برنامه آموزش پزشکی کسب کرده و عمده منابع کسب آگاهی آنها خارج از دروس پزشکی بوده است. این مطلب از یک سو بر بازنگری دروس

مطالعاتی است که به بررسی آگاهی گروه‌های مختلف پزشکی پرداخته‌اند. نتیجه تحقیق باستانی (۱۳۷۸) در مورد میزان آگاهی پرستاران بخش‌های اطفال نشانگر سطح آگاهی متوسط آنها بود (۱۹). علت این اختلاف با مطالعه حاضر می‌تواند مربوط به تفاوت دروس رشته پرستاری و پزشکی، و همچنین اختلاف در پرسشنامه‌های مورد استفاده باشد. در یک بررسی که در ۳۹۰ دانشجوی پزشکی آمریکا انجام شد تنها ۳۰ درصد به بیش از یک سوم سؤالات جواب صحیح داده بودند. در مطالعه دیگری که به منظور بررسی توانایی تشخیص دانشجویان در زمینه سوءرفتار با کودکان انجام شد، رابطه بین شدت ضایعات، توضیح در مورد علت ضایعه و تاخیر در مراجعه از یک سو با تشخیص موارد سوءرفتار از سوی دیگر، گزارش گردید. در این مورد اطلاعات دانشجویان و پزشکان عمومی یکسان بود (۲۰).

در مطالعه حاضر میزان آگاهی کارورزان ارتباطی با جنس آنها نداشت، درحالی که در برخی مطالعات پزشکان زن در موقعیت‌های فرضی توانایی بالاتری برای تشخیص کودک آزاری داشتند (۱۰، ۲۱، ۲۲). این امر می‌تواند به دلیل درگیری بیشتر زن‌ها در مسائل مراقبتی و عاطفی مربوط به کودکان باشد. در مورد سن، از آنجایی که عمده افراد گروه مطالعه در یک محدوده سنی قرار داشتند لذا تاثیر عامل سن قابل بررسی نبود. در تحقیقی دیگر دیده شد پزشکانی که سابقه کار طولانی‌تر داشتند، معاینه کودک از نظر تشخیص کردن آزار جنسی را کمتر انجام می‌دادند و اطلاع کمتری در مورد آن داشتند (۲۳). وجود تفاوت‌هایی نظیر محل زندگی علی‌رغم تاثیر آن در برخی مطالعات رابطه‌ای با آگاهی کارورزان نداشت (۲۲، ۲۴). نکته جالب در این بررسی این بود که درصد قابل توجهی از افراد، تحصیلات والدین را از عوامل خطر تلقی می‌کردند. آیا این امر ناشی از نگرش‌های دانشجویان وکل جامعه است و یا اینکه این نکته نیز بر عدم آموزش همه جانبه پزشکی ما تأکید دارد، نیاز به بررسی‌های مفصل‌تر در زمینه نگرش‌های کلی جامعه و قشر تحصیل کرده دارد.

از اهمیت خاصی برخوردار بوده و در این زمینه با توجه به این که هنوز سیستم های حمایتی و قانونی در ارتباط با پدیده کودک آزاری در کشور ما دیده نشده است افزایش قدرت تشخیصی در برخورد با موارد کودک آزاری و گزارش دهی از اولویت های آموزشی می باشد که هر کدام نیازمند تحقیقات بیشتری می باشد. در این بین علاوه بر آشنایی با علائم و نشانه های کودک آزاری، آشنایی با قوانین گزارش دهی در این زمینه نیز لازم به نظر می رسد. بدیهی است تاکید بر این آموزش ها در بخش های مربوطه همانند بخش اطفال، اورژانس، اورتوپدی و... و دروس پزشکی قانونی می تواند سبب قدرت تشخیصی بهتر و بالطبع، کاهش خطرات بالقوه و بالفعل ناشی از کودک آزاری گردد.

دوره پزشکی و از سوی دیگر به اهمیت نقش رسانه ها در آگاه نمودن جامعه اشاره دارد.

میزان تحصیلات والدین ارتباطی با سطح آگاهی دانشجویان نداشته و این مطلب بجز این که نشانگر تاثیر پذیری افراد از سایر منابع آموزشی و ارتباطی است، می تواند بیانگر این نکته باشد که یا والدین تحصیل کرده اطلاع چندانی در مورد کودک آزاری ندارند و یا این که انتقال آگاهی های والدین به فرزندان ضعیف می باشد.

با توجه به یکسان بودن آموزش پزشکی در دانشگاه های ایران نتایج کلی این بررسی در زمینه پائین بودن آگاهی دانش جویان می تواند در سایر دانشگاه ها نیز موضوعیت داشته باشد. در هر صورت افزایش سطح آگاهی کارورزان به عنوان پزشکان آینده

منابع

- Berent W. Child maltreatment. In: Kaplan Comprehensive textbook of psychiatry; 7th ed. Lippington Williams & Wilkins. New York; 2000: 2878-89.
- Behrman R, Kleigman. Abuse and neglect of children. In Nelson textbook of pediatrics; 16 th ed. Sunders. New York; 2000: 110-117.
- توکل خسرو، عابدی حیدرعلی، امینی سودابه. ارتباط نوع سوءرفتار با کودک و مشخصه های کودکان، والدین در خانواده های اصفهانی. گزارش همایش سراسری بهداشت خانواده. خرم آباد. آبان ۱۳۸۰.
- Calam R, Bolton C. The needs based assessment of parental support. Child Abuse & Neglect 2002; 26 (10):1101-6.
- آیین فرشته، دریس فاطمه، شاهقلیان ناهید. بررسی اشکال مختلف سوءرفتار با کودک و برخی عوامل مستعد کننده در خانواده های مراجعه کننده به بیمارستان ها و کلینیک های آموزشی شهرکرد. فصلنامه پرستاری و مامایی ایران. بهار ۱۳۸۰: ۵۰-۴۴
- Fieguth A, Gunther D, Kleman WJ, Troger HD Lethal child neglect. Forensic Sci Int. 2002; 130(10):8-12.
- Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. Child Abuse and Neglect 2002; 26(8):793-813.
- Bensley L, Ruggles D, Simmons K, Harris C, Williams K, Putvin T, Allen M. General population norms about child abuse and neglect and association with childhood experiences. Child Abuse and Neglect 2004; 28: 1321-1337.
- Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al bayed k, Adib SM. Pediatrician's knowledge, attitude and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse and Neglect 2003; 27: 1161-1178.
- King W, Reid C. National audit of emergency department: Child protection procedures. Emerg. Med. J. 2003;20:222-24.
- Office for children & Youth. Violence & maltreatment in the histories of children who died from homicide or suicide in British Columbia. April 2003.27-30.
- Kimberly AT. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse. A review of recent research Aggression & Violent Behavior 2002;7:567-589.

13. Perez AE, Dujovny M, Delproposto Z, Vinas F, Lizarraga S, Part T, Diaz FG. Late outcome following central nervous system injury in child abuse. *Child Ner Syst*. 2003;19(2):69-81.
14. Kendall Kathleen T. Chronic Pain: the next frontier in child maltreatment research. *Child Abuse & Neglect* 2001;25:997-1000.
15. میری سکینه، فروغ عامری گلناز، محمد علیزاده سکینه، فرود نیا فاطمه. بررسی شیوع کودک آزاری در دبیرستان های شهر بم در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره سیزدهم شماره ۱، زمستان ۸۴: ۴۳-۵۰
16. Bullock K. Child abuse, the physician's role in alleviating a growing problem. *American Family Physician* 2000; 6(10): 1-4.
17. Badger LW. Reporting of child abuse: influence of characteristic of physician practice and community. *South Med J* 1989; 82(3):281-6.
18. Ashton V. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting. child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25:389-399.
19. باستانی فریده. بررسی میزان آگاهی پرستاران بخش اطفال از مفهوم سوءرفتار با کودک در بیمارستان های آموزشی شهر تهران. فصلنامه پرستاری و مامایی ایران بهار ۱۳۷۸: ۲۷-۲۰.
20. Warner R J. The influence of case and professional variables on identification and reporting of physical abuse. *Child Abuse & Neglect* 1996;20(9) 851-64.
- 21- Marshal WN Lock C. Statewide survey of physicians attitude to controversies about child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2002;26 : 957-73
22. Socolar RR. Physician Knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20:783-90.
23. Lentsch KA, Johnson CF. Do physician have adeqate knowledge of child sexual abuse?. The result of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment*. 2000;5(1):72-78.
24. Tirosh E, Shechter SO, Cohen A, Jaffe M. Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2003; 27:929-37.
25. Lawrence LL, Brannen SJ. The impact of physician training on child maltreatment reporting: a multi-specially study. *Mil Med* 2000; 165(8):607-11.