

Original Article

Knowledge, attitude, and practice of healthcare providers and clients toward child abuse in Tabriz

Mostafa Farahbakhsh^{1,2}, Hassan Shahrokhi³, Sanaz Norouzi³, Mahtab Moshfegh¹, Hasna Malja Basiri¹, Sepideh Harzand-Jadidi^{2,4*}

¹Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Department of Psychiatry, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 11 Jun 2023

Accepted: 1 Aug 2023

ePublished: 17 Apr 2024

Keywords:

- Child abuse
- Knowledge
- Attitude
- Practice

Abstract

Background. Child abuse is considered a major public health issue worldwide. The knowledge and attitudes of parents and health service providers are of great importance in the prevention and control of child abuse. Therefore, this study was conducted to investigate the knowledge, attitudes, and performance of healthcare providers (HCPs) and healthcare clients (HCCs) regarding child abuse in Tabriz.

Methods. This cross-sectional study was performed among 445 HCPs and 390 HCCs in Tabriz in 2021. The samples were selected via random sampling methods, and the information was gathered through a researcher-made questionnaire. In this study, knowledge, attitudes, and performance were considered dependent variables, and demographic variables were regarded as independent variables. Multiple linear regression was used to evaluate the association between dependent and independent variables. The data were analyzed using Stata statistical software (version 17).

Results. The mean score of the knowledge, attitudes, and performance of HCPs was 73.2, 87.89, and 85.12, respectively. The mean score of knowledge, attitudes, and performance of HCCs was 58.81, 64.3, and 48.18, respectively. The knowledge and performance of HCPs had a significant relationship with passing a training course in the field of child abuse, jobs, and education, so that passing the training course increased the knowledge score by 3.33 units. In addition, the knowledge and attitude of HCCs were significantly associated with gender, education, and marital status, so that the knowledge score of people with postgraduate education was 8.03 units higher than that of those having a diploma.

Conclusion. Overall, the knowledge, attitude, and performance of HCPs toward child abuse were favorable. Therefore, they may have a high potential for detecting child abuse and developing preventive initiatives. Additionally, considering the medium level of knowledge and performance of HCCs toward child abuse, it seems necessary to design family education programs for future parents and launch community-based support services in health centers to prevent child abuse.

Practical Implications. The findings of this study can be presented to the policymakers of the Ministry of Health to provide an opportunity to improve the knowledge, attitude, and performance of HCPs and HCCs by developing national guidelines for dealing with child abuse.

How to cite this article: Farahbakhsh M, Shahrokhi H, Norouzi S, Moshfegh M, Malja Basiri H, Harzand-Jadidi S. Knowledge, attitude, and practice of healthcare providers and clients toward child abuse in Tabriz. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2024; 46(2): 145-156. doi: 10.34172/mj.2024.021. Persian.

Extended Abstract

Background

Child abuse is among the major public health issues in the healthcare system worldwide. Child abuse can be in the form of physical, psychological,

sexual abuse, neglect, or other inappropriate behaviors against a child. According to the report of the World Health Organization, almost one out of every four children is a victim of physical abuse

*Corresponding author; Email: hrzndsepideh@gmail.com

© 2024 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

during his/her life. This victimization can lead to serious damage to the child's health and development. The knowledge and attitude of parents and healthcare providers (HCPs) are of great importance in the primary prevention, prediction, and control of child abuse. Rare studies have been conducted in the field of knowledge, attitude, and performance of HCPs and healthcare clients (HCCs) regarding child abuse in Iran. Therefore, the present study aimed to investigate the knowledge, attitude, and performance of HCPs and HCCs toward child abuse in Tabriz.

Methods

The present study is part of the Child Abuse and Trauma Research Project. This cross-sectional study included two groups of HCPs and HCCs. The sample size for both groups was estimated to be approximately 400 people using the formula $n = Z^2 PQ/d^2$. In this formula, P is 0.5, the confidence level (Z) is 95%, and the standard error (d) is 0.05. In this study, 30 health centers were selected by random sampling. Then, the target groups were referred to these health centers within three months, followed by completing the questionnaire. Data from both groups of HCPs and HCCs were collected using a researcher-made questionnaire designed based on a literature review and experts' opinions. The questionnaire for both groups was composed of two sections of demographic information and a section related to attitude, knowledge, and performance. The answers in the knowledge section were designed as "true" and "false", and those in the attitude section were based on a 5-point Likert-type scale. In addition, the answers in the performance section were designed as "yes" and "no". The content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) were 0.82 and 0.86, as well as 0.76 and 0.81, respectively, for the HCP and HCC questionnaires. The reliability of the questionnaire was confirmed with an interclass correlation coefficient (ICC) of 0.89 and 0.83 for the HCP and HCC questionnaires, respectively. In this study, knowledge, attitude, and performance were regarded as dependent variables, and demographic variables were considered independent variables. Multiple linear regression analysis was used to investigate the relationship between independent and dependent variables. The data were analyzed using the Stata statistical software (version 17).

Results

In this study, most participants in both groups of HCPs (87.64%) and HCCs (70.51%) were women. Most participants in the HCP group had a bachelor's degree (58.27%), while those in the HCC group had a diploma (30.57%). About 44.27% of HCPs had passed courses related to child abuse. The average

scores of knowledge, attitude, and performance of HCPs and HCCs about child abuse were 73.21, 87.89, and 85.12, as well as 58.81, 64.3, and 48.18, respectively. Based on the results of the multiple linear regression analysis, a significant relationship was found between the knowledge of HCPs and passing a training course in the field of child abuse ($P=0.020$). The knowledge of individuals with postgraduate education was higher by 3.65 units ($P=0.048$). Physicians had a higher attitude score of 3.21 points than healthcare workers ($P=0.002$). The attitude score of individuals with postgraduate education was 4.51 points higher than a bachelor's degree ($P=0.021$). A significant relationship was observed between the performance score of HCPs and the passing of a training course in the field of child abuse ($P=0.024$). Environmental health experts had a lower performance score of 8.27 points than healthcare workers ($P<0.001$). Conversely, the performance score of individuals with postgraduate education was higher by 5.51 units ($P=0.028$). Based on the results of the multiple linear regression analysis, there was a significant relationship between the knowledge of HCCs and gender. In this respect, the knowledge score of women was 2.11 points higher than that of men ($P=0.029$). The knowledge score of individuals with postgraduate education was 8.03 units higher than that of those with a diploma ($P=0.011$). Married people had a higher knowledge score of 4.81 units than single people ($P=0.044$). The attitude score of women was 24.8 units higher than that of men ($P<0.001$). Married people had a higher attitude score of 8.48 units than single people ($P=0.003$). People with no children had a higher attitude score of 13.41 points than people with 2 children ($P<0.001$). The attitude score of people with postgraduate education was higher by 21.12 units ($P<0.001$). The performance score of people aged 40–50 years was higher by 7.80 units compared to individuals aged 20–30 years old ($P=0.023$). The performance score of people with postgraduate education was higher by 6.17 units ($P=0.038$). People who did not have children had a lower performance score of 10.37 units than people with 2 children ($P=0.007$).

Conclusion

The levels of knowledge, attitude, and performance of HCPs toward child abuse were acceptable. Accordingly, they seem to have a high potential for detecting child abuse and expanding preventive initiatives. Furthermore, the level of knowledge and performance of HCCs toward child abuse was medium. Thus, it is necessary to design family education programs for future parents, organize informative campaigns in the community, and launch community-based support services in health centers to prevent child abuse.

دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی نسبت به کودک آزاری در شهر تبریز

مصطفی فرح‌بخش^{۱*}، حسن شاه‌رخی^۲، ساناز نوروزی^۳، مهتاب مشفق خوشمهر^۱، حسنا ملجا بصیری^۱، سپیده هرزندجدیدی^{۴*}

^۱مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲مرکز تحقیقات مدیریت و پیشگیری از مصدومیت‌های حوادث ترافیکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. کودک آزاری یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در سطح جهانی است. دانش و نگرش والدین و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در پیشگیری و کنترل رفتار کودک آزاری از اهمیت بالایی برخوردار است. از این‌رو، این مطالعه با هدف بررسی دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی نسبت به کودک آزاری در شهر تبریز انجام شد.

روش‌کار. این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی در میان ۴۴۵ نفر از ارایه‌دهندگان و ۳۹۰ نفر از دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و اطلاعات آنها از طریق پرسشنامه محقق ساخته گردآوری شد. از رگرسیون خطی چندگانه جهت بررسی ارتباط میان متغیرهای مورد بررسی استفاده شد.

یافته‌ها. میانگین نمره دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت درباره کودک آزاری به ترتیب برابر ۸۵/۱۲ و ۸۷/۸۹، ۷۳/۲۱ و ۸۵/۱۲ بود. همچنین میانگین نمره دانش، نگرش و عملکرد دریافت‌کنندگان خدمات سلامت درباره کودک آزاری به ترتیب برابر ۵۸/۸۱ و ۶۴/۳ و ۴۸/۱۸ بود. بین نمره دانش و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت با گذراندن دوره آموزشی در حیطه کودک آزاری، شغل و تحصیلات ارتباط معناداری دیده شد. به طوری که گذراندن دوره آموزشی، نمره دانش را ۳/۳۳ واحد افزایش می‌داد. همچنین بین نمره دانش و نگرش دریافت‌کنندگان خدمات سلامت با جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل ارتباط معناداری دیده‌شد. به طوری که نمره دانش افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به دیپلم، ۸/۰۳ واحد و افراد متاهل نسبت به مجرد ۴/۸۱ واحد بالاتر بود.

نتیجه‌گیری. با توجه به دانش، نگرش و عملکرد مطلوب ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری، این کارکنان پتانسیل بالایی در تشخیص کودک آزاری داشته و می‌تواند ابتکارات پیشگیرانه در مراقبت‌های اولیه را توسعه دهند. همچنین با توجه به سطح متوسط دانش و عملکرد خانواده‌ها در حیطه کودک آزاری، طراحی برنامه‌های آموزش خانواده برای والدین و نیز راه‌اندازی خدمات حمایتی مبتنی بر جامعه در مراکز بهداشتی برای جلوگیری از کودک آزاری ضروری به نظر می‌رسد.

پیامدهای عملی. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در اختیار سیاست‌گذاران وزارت بهداشت قرار گیرد تا با تدوین دستورالعمل‌های ملی برخورد با کودک آزاری، فرصتی برای بهبود دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت فراهم آید.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۳/۲۱
پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۱۰
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱/۲۹

کلیدواژه‌ها:

- کودک آزاری
- دانش
- نگرش
- عملکرد

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تقریباً یک کودک از هر ۴ کودک در طول زندگی خود قربانی سوءرفتاری‌های جسمی می‌شود که می‌تواند منجر به صدمات جدی برای سلامتی و تکامل کودک گردد.^۱ بر اساس مطالعات انجام شده، کودک آزاری پیامدهای متعددی در دوران کودکی و بزرگسالی به دنبال دارد که مهمترین

کودک آزاری یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی در سطح جهان به شمار می‌رود.^۱ کودک آزاری می‌تواند به صورت آزار جسمی، روانشناختی، جنسی، بی‌توجهی و یا سایر رفتارهای نامناسب علیه کودک تظاهر کند.^{۲،۳}

* نویسنده مسؤول: ایمیل: hrzndsepedeh@gmail.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

شیوع آن پرداخته^{۸،۷} و تعداد محدودی از مطالعات به سنجش نگرش والدین نسبت به کودک آزاری پرداخته‌اند.^{۱۹-۱۷} تنها یک مطالعه به بررسی دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت تبریز نسبت به کودک آزاری در ۱۰ سال اخیر پرداخته‌است.^۶ از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش، دانش و عملکرد والدین (به‌عنوان رایج‌ترین مرتکبین کودک آزاری) و نیز ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی شهر تبریز (به‌عنوان اولین سطح برخورد خانواده‌ها) نسبت به کودک آزاری انجام شد. این مطالعه سعی دارد به سوالات پژوهشی زیر پاسخ دهد:

۱. دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری چقدر است؟
۲. دانش، نگرش و عملکرد دریافت‌کنندگان خدمات سلامت درباره کودک آزاری چقدر است؟
۳. چه عواملی با دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری مرتبط است؟
۴. چه عواملی با دانش، نگرش و عملکرد دریافت‌کنندگان خدمات سلامت درباره کودک آزاری مرتبط است؟

روش کار

مطالعه حاضر قسمتی از پروژه جامع چتر (Child Abuse & Trauma Research) است. پروژه چتر، برنامه جامع دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای پیشگیری، شناسایی و مراقبت از موارد کودک آزاری است. این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل دو گروه ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی بودند. نمونه‌ها از بین جامعه پژوهش که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند.

معیارهای ورود برای ارایه‌دهندگان خدمات، شامل شاغل بودن به عنوان پزشک، روانشناس، مراقب سلامت، بهورز، کارشناس بهداشت محیط و کارشناس ستادی در مراکز انتخاب شده شهر تبریز و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای ورود برای دریافت‌کنندگان خدمات شامل مراجعه به مراکز سلامت انتخاب شده در شهر تبریز در بازه زمانی سه ماهه و نیز تمایل به شرکت در مطالعه بود. افرادی که حین مطالعه، تمایلی به ادامه مشارکت در پژوهش نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

با توجه به اینکه دانش، نگرش و عملکرد افراد نسبت به کودک آزاری در گروه‌های مورد بررسی، در مطالعه مشابهی ارزیابی نشده بود، حجم نمونه برای هر دو گروه با استفاده از فرمول $n=Z^2 PQ/d^2$

آن مرگ‌ومیر کودکان است.^{۲۰} اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، اختلال هراس، وابستگی به الکل، اختلال سلوک، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب جدایی و رفتارهای خودکشی در بین این کودکان شیوع بیشتری دارد.^۷ کودک آزاری می‌تواند منجر به عزت‌نفس پایین و بروز مشکلاتی در عملکرد مدرسه شود.^۸ همچنین ممکن است به دنبال کودک آزاری تغییراتی در سیستم عصبی، قلبی-عروقی، ایمنی و متابولیسم ایجاد شود.

کودک آزاری ویژگی‌های شخصیتی نامناسبی را تشکیل داده و رفتارهای پرخطر را در بین کودکان افزایش می‌دهد. علاوه بر اثرات جسمی، روانی و اجتماعی، کودک آزاری به دلیل هزینه‌های درمان، بستری طولانی مدت و هزینه‌های بهداشت روانی، بار اقتصادی زیادی را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند.^۹

والدین رایج‌ترین مرتکبین کودک آزاری هستند.^{۱۰} عوامل خطری مانند فقر، سیگار کشیدن والدین، تجربه کودک آزاری توسط والدین، سطح تحصیلات پایین، استرس و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف والدین می‌تواند احتمال کودک آزاری توسط والدین را افزایش دهد.^{۱۱،۱۲} علاوه بر این، داشتن نگرش مطلوب نسبت به تنبیه کودک، پیش‌بینی‌کننده قوی و ثابت استفاده از آن است. نگرش مثبت نسبت به تنبیه کودک در میان والدینی که تنبیه را در دوران کودکی خود تجربه کرده‌اند، رایج است.^{۱۳} این موضوعات تاکنون در مجموعه محدودی از تحقیقات مورد بررسی قرار گرفته‌اند، که نشان داده‌است انتظارات والدین از نتایج تنبیه کودک به شدت با نگرش نسبت به تنبیه کودک مرتبط است.^{۱۴}

علاوه بر این، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت از جمله پزشکان، روانشناسان و مراقبین سلامت، کلید کشف بدرفتاری‌ها و بی‌توجهی‌های والدین نسبت به کودک در نظر گرفته می‌شوند.^{۱۵} با توجه به اینکه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت از اولین کسانی هستند که با کودکان و خانواده‌های آنها در تماس بوده و در سطح اول به آنها ارایه خدمت می‌کنند، نقش مهمی در غربالگری و شناسایی کودکان در معرض بالای خطر کودک آزاری دارند. آنها می‌توانند نحوه تعاملات و ارتباطات والدین و فرزندان را بررسی کرده و در صورت بروز اختلال در روابط، موضوع را پیگیری کنند.^{۱۶} با در نظر گرفتن اینکه پیشگیری اولیه از کودک آزاری یکی از مهمترین موضوعات از دیدگاه کودکان، خانواده‌ها و کل جامعه در ایران و سراسر جهان است و با در نظر گرفتن اینکه دانش و نگرش در پیش‌بینی و کنترل رفتارها و نیز پیشگیری اولیه اهمیت زیادی دارد، درک پایه‌ای از شرایط فعلی دانش، نگرش و عملکرد ضروری است تا بتوان بر اساس آن، برای بهبود این شرایط اقدام کرد.^{۱۷،۱۸} اکثر مطالعات انجام شده در زمینه کودک آزاری در ایران، تنها به

تبدیل و در نهایت نمرات حیطه‌های نگرش، دانش و عملکرد محاسبه شد. جهت تعیین روایی محتوایی به صورت کمی، ضرایب نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی برای هر دو پرسشنامه محاسبه گردید. این مقادیر برای پرسشنامه ارایه‌دهندگان خدمات به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۶ و برای دریافت‌کنندگان خدمات به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۸۱ بوده و نشانگر نمره روایی مناسب بود.

جهت تعیین پایایی، هر دو پرسشنامه به فاصله ۱۰ روز، توسط ۳۰ نفر به صورت آزمایشی تکمیل شد. سپس پایایی زمانی پرسشنامه با ضریب همبستگی درون رده‌ای ۰/۸۹ برای پرسشنامه ارایه‌دهندگان و ضریب همبستگی درون رده‌ای ۰/۸۳ برای پرسشنامه دریافت‌کنندگان خدمات مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری Stata نسخه ۱۷ تحلیل شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد.

جهت توصیف داده‌های کیفی از فراوانی (درصد) و برای داده‌های کمی با توجه به نرمال بودن داده‌ها از میانگین (انحراف معیار) استفاده شد. دانش، نگرش و عملکرد در این مطالعه به‌عنوان متغیر وابسته و متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزند و سابقه دریافت آموزش) به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند. جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته (با کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی) از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. در این مطالعه، سطح معناداری آماری کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اکثر شرکت‌کنندگان در هر دو گروه ارایه‌دهندگان (۸۷/۶۴ درصد) و دریافت‌کنندگان خدمات (۷۰/۵۱ درصد) زن بودند. سطح تحصیلات بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه ارایه‌دهندگان خدمات لیسانس (۵۸/۲۷ درصد) و در گروه دریافت‌کنندگان خدمات، زیر دیپلم (۳۰/۵۷ درصد) بود. همچنین، ۷۷ درصد از دریافت‌کنندگان خدمات متأهل بودند و اکثریت آنها دارای فرزند (۳۹/۲۲ درصد) بودند. بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در گروه ارایه‌دهندگان، مراقب سلامت (۴۴/۷۲ درصد) بودند. حدود ۴۴/۲۷ درصد از ارایه‌دهندگان خدمات دوره‌های مرتبط با کودک آزاری را گذرانده بودند. اطلاعات بیشتر درباره اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ خلاصه شده است.

و با در نظر گرفتن $P=0/05$ ، ضریب اطمینان (Z) ۹۵ درصد و خطای معیار (d) ۰/۰۵، تقریباً ۴۰۰ نفر برآورد شد.

در این مطالعه، مراکز سلامت از مناطق مختلف شهر تبریز به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم انتخاب شدند. بدین ترتیب، ابتدا مراکز سلامت شهر تبریز لیست شده و ۳۰ مرکز سلامت به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم انتخاب شدند. طی سه ماه به این مراکز سلامت مراجعه و پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار گروه‌های هدف (ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی) قرار گرفت. در نهایت، با توجه به اینکه ۱۰ نفر از دریافت‌کنندگان خدمات، به بیشتر از ۲۰ درصد سوالات پرسشنامه پاسخ نداده بودند، در بررسی اولیه داده‌ها کنار گذاشته شده و داده‌های ۳۹۰ نفر از آنها مورد تحلیل قرار گرفت.

همچنین، با توجه به احتمال تکمیل ناقص پرسشنامه در گروه ارایه‌دهندگان، از تعداد بیشتری نسبت به حجم نمونه برآورد شده، نمونه‌گیری شده بود که ۵ نفر از آنها به بیش از ۲۰ درصد سوالات پرسشنامه پاسخ نداده بودند. بنابراین، در بررسی اولیه داده‌ها کنار گذاشته شده و داده‌های ۴۴۵ نفر از آنها مورد تحلیل قرار گرفت.

جهت جمع‌آوری داده‌ها در هر دو گروه ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه‌ها که با بررسی متون و بهره‌گیری از نظرات متخصصین طراحی شده بود، شامل دو بخش اطلاعات زمینه‌ای (جنسیت، سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزند و سابقه دریافت آموزش) و سوالات نگرش، دانش و عملکرد بود. بخش نگرش و دانش در هر دو پرسشنامه یکسان بودند. بدین صورت که قسمت دانش شامل ۱۳ سوال در حیطه تعریف و انواع کودک آزاری (فیزیکی، عاطفی، جنسی و ...) بوده و پاسخ‌ها به صورت "صحیح" و "غلط" طراحی شده بود.

در قسمت نگرش ۱۴ سوال در حیطه تعریف و انواع کودک آزاری وجود داشت که پاسخ‌های آنها بر اساس مقیاس ۵ امتیازی لیکرت (کاملاً موافقم=۵، تا کاملاً مخالفم=۱) نمره‌دهی شده بودند. قسمت عملکرد در پرسشنامه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت شامل ۱۰ سوال و در پرسشنامه دریافت‌کنندگان خدمات شامل ۱۴ سوال بود.

پاسخ‌های این سوالات به صورت بلی و خیر تنظیم شده بودند. کمترین نمره قابل اکتساب نگرش و دانش به ترتیب ۱۴ و ۰ و بیشترین نمره ۷۰ و ۱۳ بود. کمترین نمره عملکرد در هر دو پرسشنامه صفر و بیشترین نمره در پرسشنامه ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات به ترتیب برابر ۱۰ و ۱۴ بود. اما در پژوهش حاضر، نمرات حاصل از هر دو پرسشنامه به صفر تا صد

به طوری که نمره عملکرد افرادی که دوره آموزشی گذرانده بودند، نسبت به کسانی که دوره آموزشی نگذرانده بودند، $1/94$ واحد بالاتر بود ($P=0/024$). کارشناسان بهداشت محیط نسبت به مراقبین سلامت $8/27$ واحد نمره عملکرد پایین تری داشتند ($P<0/001$). همچنین نمره عملکرد افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به لیسانس، $5/51$ واحد بالاتر بود ($P=0/028$) (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه، بین جنسیت و سطح دانش دریافت کنندگان خدمات سلامت رابطه معنی داری دیده شد. به طوری که نمره دانش زنان نسبت به مردان $2/11$ واحد بالاتر بود ($P=0/029$). نمره دانش افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به دیپلم، $8/03$ واحد بالاتر بود ($P=0/011$). همچنین افراد متاهل نسبت به افراد مجرد، $4/81$ واحد نمره دانش بالاتری داشتند ($P=0/044$).

بین جنسیت و سطح نگرش دریافت کنندگان خدمات سلامت رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. به طوری که نمره نگرش زنان نسبت به مردان $8/24$ واحد بالاتر بود ($P<0/001$). افراد متاهل نسبت به افراد مجرد، $8/48$ واحد نمره نگرش بالاتری داشتند ($P=0/003$). همچنین، افرادی که فرزند نداشتند نسبت به افراد با ۲ فرزند $13/41$ واحد نمره نگرش بالاتری داشتند ($P<0/001$). نمره نگرش افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به دیپلم، $21/12$ واحد بالاتر بود ($P<0/001$).

بین گروه سنی و نمره عملکرد دریافت کنندگان خدمات سلامت رابطه معنی داری دیده شد. به طوری که نمره عملکرد افراد ۴۰ تا ۵۰ سال نسبت به ۲۰ تا ۳۰ سال، $7/80$ واحد بالاتر بود. همچنین نمره عملکرد افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به دیپلم، $6/17$ واحد بالاتر بود ($P=0/038$). افرادی که فرزند نداشتند نسبت به افراد با ۲ فرزند $10/37$ واحد نمره عملکرد پایین تری داشتند ($P=0/007$) (جدول ۴).

میانگین (انحراف معیار) نمره کل دانش، نگرش و عملکرد ارایه دهندگان خدمات سلامت درباره کودک آزاری به ترتیب برابر $73/21$ ($14/79$)، $87/89$ ($14/56$) و $85/12$ ($31/33$) بود. در بین ارایه دهندگان خدمات سلامت، بالاترین سطح دانش نسبت به کودک آزاری جسمی ($92/69$ ($18/6$)) و پایین ترین سطح دانش نسبت به بعد کودک آزاری جنسی بوده ($61/12$ ($22/64$)) و نگرش درباره بعد غفلت بالاترین نمره را داشت ($96/17$ ($19/18$)).

میانگین (انحراف معیار) دانش، نگرش و عملکرد دریافت کنندگان خدمات سلامت درباره کودک آزاری به ترتیب برابر $48/18$ ($23/05$) و $64/3$ ($23/83$)، $58/81$ ($17/41$) دریافت کنندگان خدمات سلامت بالاترین سطح دانش نسبت به کودک آزاری جنسی ($64/74$ ($42/34$)) و پایین ترین سطح دانش نسبت به بعد کودک آزاری عاطفی بوده ($23/33$ ($42/34$)). همچنین، نگرش درباره بعد غفلت بالاترین نمره را ($45/18$) در میان سایر ابعاد داشت. اطلاعات بیشتر درباره سطح دانش، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان در جدول ۲ قابل مشاهده است.

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه، بین سابقه گذراندن دوره آموزشی در حیطه کودک آزاری و سطح دانش ارایه دهندگان خدمات سلامت رابطه معنی داری دیده شد. به طوری که نمره دانش افرادی که دوره آموزشی گذرانده بودند، نسبت به کسانی که دوره آموزشی نگذرانده بودند، $3/33$ واحد بالاتر بود ($P=0/020$). همچنین نمره دانش افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به لیسانس، $3/65$ واحد بالاتر بود ($P=0/048$).

بین جنسیت و سطح نگرش ارایه دهندگان خدمات سلامت رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. به طوری که نمره نگرش زنان نسبت به مردان $3/81$ واحد بالاتر بود ($P=0/016$). پزشکان نسبت به مراقبین سلامت $3/21$ واحد نمره نگرش بالاتری داشتند ($P=0/002$). همچنین نمره نگرش افراد با تحصیلات فوق لیسانس نسبت به لیسانس، $4/51$ واحد بالاتر بود ($P=0/021$). بین نمره نگرش و گذراندن دوره آموزشی ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

بین سابقه گذراندن دوره آموزشی در حیطه کودک آزاری و نمره عملکرد ارایه دهندگان خدمات سلامت رابطه معنی داری دیده شد.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

متغیرها	سطوح متغیر	ارایه دهندگان خدمات سلامت تعداد = ۴۴۵ (درصد فراوانی)	دریافت کنندگان خدمات سلامت تعداد = ۳۹۰ (درصد فراوانی)
جنسیت	مرد	۵۵ (۱۲/۳۶)	۱۱۵ (۲۹/۴۹)
	زن	۳۹۰ (۸۷/۶۴)	۲۷۵ (۷۰/۵۱)
گروه سنی (سال)	۲۰ الی ۳۰	۳۴ (۷/۶۴)	۱۰۳ (۲۷/۲۵)
	۳۰ الی ۴۰	۱۵۴ (۳۴/۶۱)	۱۵۰ (۳۹/۶۸)
	۴۰ الی ۵۰	۲۵۷ (۵۷/۷۵)	۱۲۵ (۳۳/۰۷)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۰	۱۱۸ (۳۰/۵۷)
	دیپلم	۰	۱۱۴ (۲۹/۵۳)
	فوق دیپلم	۴۴ (۹/۸۹)	۰
	لیسانس	۲۵۹ (۵۸/۲)	۱۱۶ (۳۰/۰۵)
	فوق لیسانس	۷۶ (۱۷/۰۸)	۳۸ (۹/۸۴)
وضعیت تأهل	مجرد	-	۸۹ (۲۲/۹۴)
	متاهل	-	۲۹۹ (۷۷/۰۶)
شغل	پزشک	۵۴ (۱۲/۱۳)	-
	بهورز	۵۴ (۱۲/۱۳)	-
	مراقب	۱۹۹ (۴۴/۷۲)	-
	روانشناس	۵۶ (۱۲/۵۸)	-
	کارشناس ستادی	۴۴ (۹/۸۹)	-
	بهداشت محیط	۳۸ (۸/۵۴)	-
تعداد فرزند	۰	-	۸۳ (۲۱/۵۶)
	۱	-	۱۵۱ (۳۹/۲۲)
	۲	-	۱۱۷ (۳۰/۳۹)
	۳ و بیشتر	-	۳۴ (۸/۸۳)
سابقه دریافت آموزش	بلی	۱۹۷ (۴۴/۲۷)	-
	خیر	۲۴۸ (۵۵/۷۳)	-

جدول ۲. میانگین نمرات ابعاد مختلف دانش، نگرش و عملکرد ارایه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری

متغیر	سطوح متغیر	ارایه دهندگان خدمات سلامت تعداد = ۴۴۵ (انحراف معیار) میانگین	دریافت کنندگان خدمات سلامت تعداد = ۳۹۰ (انحراف معیار) میانگین
دانش	تعریف کودک آزاری	۶۲/۳۵ (۲۶/۰۸)	۵۷ (۲۰/۴۳)
	غفلت	۷۴/۷۷ (۲۴/۶)	۶۰/۷ (۳۱/۵۴)
	فیزیکی	۹۲/۶۹ (۱۸/۶)	۵۱/۱۱ (۲۸/۷۳)
	عاطفی	۷۳/۴۸ (۳۳/۶۲)	۲۳/۳۳ (۴۲/۳۴)
	جنسی	۶۱/۱۲ (۲۲/۶۴)	۶۴/۷۴ (۴۲/۳۴)
نگرش	نمره کل	۷۳/۲۱ (۱۴/۷۹)	۵۸/۸۱ (۱۷/۴۱)
	تعریف کودک آزاری	۸۴/۶ (۲۶/۰۸)	۶۳/۰۷ (۳۴/۳۲)
	غفلت	۹۶/۱۷ (۱۹/۱۸)	۷۱/۵۳ (۴۵/۱۸)
	فیزیکی	۸۸/۳۱ (۲۰/۹۲)	۶۹/۳۸ (۲۹/۴)
	عاطفی	۸۹/۷۷ (۲۲/۳)	۵۴/۷ (۳۲/۰۵)
عملکرد	جنسی	۸۵/۳۹ (۲۳/۵۴)	۶۳/۸۴ (۲۹/۸۶)
	نمره کل	۸۷/۸۹ (۱۴/۵۶)	۶۴/۳ (۲۳/۸۳)
	مبتنی بر سناریو	-	۵۲/۵۳ (۲۹/۶۳)
	واقعی	-	۴۰/۳۵ (۲۹/۴)
	نمره کل	۸۵/۱۲ (۳۱/۳۳)	۴۸/۱۸ (۲۳/۰۵)

جدول ۳. ارتباط نمره دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری با متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیرها	دانش			نگرش			عملکرد		
	ضریب	سطح اطمینان	سطح معناداری	ضریب	سطح اطمینان	سطح معناداری	ضریب	سطح اطمینان	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۴/۳۰	-۰/۲۱	۸/۸۲	۰/۶۲	۳/۸۱	۰/۷۰	۶/۹۱	۰/۱۱
	زن	۳/۸۶	-۰/۶۰	۸/۳۲	۰/۹۰	۰/۳۷	۳/۴۵	-۲/۷۱	۰/۸۱۱
گروه سنی (سال)	۲۰ الی ۳۰	۳/۱۳	۰/۰۶	۶/۲۱	۰/۴۶	۰/۴۵	-۱/۶۷	۲/۵۷	۰/۶۷۷
	۳۰ الی ۴۰	۳/۱۳	۰/۰۶	۶/۲۱	۰/۴۶	۰/۴۵	-۱/۶۷	۲/۵۷	۰/۶۷۷
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	-۳/۱۱	-۸/۲۳	۲/۰۳	۰/۲۳۲	-۰/۹۸	-۴/۴۱	۲/۴۳	۰/۵۷۰
	لیسانس	۳/۶۵	-۰/۵۶	۷/۸۲	۰/۴۸	۴/۵۱	۱/۶۵	۷/۳۷	۰/۰۰۲
شغل	فوق دیپلم	۱/۸۱	-۷/۱۲	۱۰/۷۶	۰/۶۹۰	۰/۷۲	-۵/۴۳	۶/۸۴	۰/۸۲۲
	لیسانس	۷/۵۹	-۲/۴۹	۱۷/۶۹	۰/۱۴۱	۳/۲۱	-۳/۶۷	۱۰/۱۱	۰/۰۲۴
سابقه دریافت آموزش	دکتري	۱/۶۶	-۳/۰۳	۶/۳۶	۰/۴۸۶	۱/۸۷	-۱/۳۱	۵/۰۶	۰/۲۴۹
	پژشک	۱/۶۶	-۳/۰۳	۶/۳۶	۰/۴۸۶	۱/۸۷	-۱/۳۱	۵/۰۶	۰/۲۴۹
بهداشت محیط	بهورز	۱/۶۶	-۳/۰۳	۶/۳۶	۰/۴۸۶	۱/۸۷	-۱/۳۱	۵/۰۶	۰/۲۴۹
	مراقب سلامت	۱/۶۶	-۳/۰۳	۶/۳۶	۰/۴۸۶	۱/۸۷	-۱/۳۱	۵/۰۶	۰/۲۴۹
سابقه دریافت آموزش	روانشناس	۱/۰۴	-۳/۸۲	۵/۹۲	۰/۶۷۲	۱/۷۸	-۱/۵۳	۵/۰۹	۰/۲۹۲
	کارشناس ستادی	۰/۷۵	-۴/۵۲	۶/۰۱	۰/۷۷۸	-۱/۰۹	-۴/۶۷	۲/۴۸	۰/۵۴۹
سابقه دریافت آموزش	بهداشت محیط	۳/۹۲	-۱/۴۹	۹/۳۳	۰/۱۵۵	۴/۳۴	۰/۶۶	۸/۰۲	۰/۳۶۰
	بهداشت محیط	۳/۹۲	-۱/۴۹	۹/۳۳	۰/۱۵۵	۴/۳۴	۰/۶۶	۸/۰۲	۰/۳۶۰
سابقه دریافت آموزش	بهداشت محیط	۳/۳۳	۰/۵۱	۶/۱۴	۰/۰۲۰	۰/۱۶	-۲/۱۰	۱/۷۷	۰/۸۶۶
	بهداشت محیط	۳/۳۳	۰/۵۱	۶/۱۴	۰/۰۲۰	۰/۱۶	-۲/۱۰	۱/۷۷	۰/۸۶۶

جدول ۴. ارتباط نمره دانش، نگرش و عملکرد دریافت کنندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری با متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیرها	دانش			نگرش			عملکرد		
	ضریب	سطح اطمینان	سطح معناداری	ضریب	سطح اطمینان	سطح معناداری	ضریب	سطح اطمینان	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۲/۱۱	-۱/۷۲	۵/۶۶	۰/۲۹	۸/۲۴	۳/۵۹	۱۲/۳۹	۰/۰۰۱
	زن	۲/۱۱	-۱/۷۲	۵/۶۶	۰/۲۹	۸/۲۴	۳/۵۹	۱۲/۳۹	۰/۰۰۱
گروه سنی (سال)	۲۰ الی ۳۰	۳/۵۷	-۱/۲۶	۸/۰۰	۰/۱۲۵	۶/۳۵	۰/۶۰	۱۱/۵۱	۰/۰۳۰
	۳۰ الی ۴۰	۳/۵۷	-۱/۲۶	۸/۰۰	۰/۱۲۵	۶/۳۵	۰/۶۰	۱۱/۵۱	۰/۰۳۰
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۳/۲۶	-۲/۷۱	۷/۳۸	۰/۲۱۰	۱۳/۹۳	۶/۳۳	۱۸/۳۴	<۰/۰۰۱
	لیسانس	۳/۲۶	-۲/۷۱	۷/۳۸	۰/۲۱۰	۱۳/۹۳	۶/۳۳	۱۸/۳۴	<۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	زیر دیپلم	-۸/۴۸	-۱۳/۷۹	-۴/۸۲	<۰/۰۰۱	-۱۲/۸۶	-۱۹/۶۴	-۸/۹۷	<۰/۰۰۱
	دیپلم	-۸/۴۸	-۱۳/۷۹	-۴/۸۲	<۰/۰۰۱	-۱۲/۸۶	-۱۹/۶۴	-۸/۹۷	<۰/۰۰۱
تعداد فرزند	لیسانس	۵/۴۷	۱/۶۲	۱۰/۳۴	۰/۰۱۴	۱۰/۱۳	۵/۸۵	۱۶/۲۲	<۰/۰۰۱
	لیسانس	۵/۴۷	۱/۶۲	۱۰/۳۴	۰/۰۱۴	۱۰/۱۳	۵/۸۵	۱۶/۲۲	<۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	مجرد	۴/۸۱	۰/۱۳	۹/۴۸	۰/۴۴	۸/۴۸	۲/۹۶	۱۴/۰۱	۰/۰۰۳
	متاهل	۴/۸۱	۰/۱۳	۹/۴۸	۰/۴۴	۸/۴۸	۲/۹۶	۱۴/۰۱	۰/۰۰۳
تعداد فرزند	۰	-۴/۸۵	-۷/۴۹	۳/۷۸	۰/۱۳۵	۱۳/۴۱	۵/۴۹	۲۰/۹۲	<۰/۰۰۱
	۱	-۴/۸۵	-۷/۴۹	۳/۷۸	۰/۱۳۵	۱۳/۴۱	۵/۴۹	۲۰/۹۲	<۰/۰۰۱
تعداد فرزند	۲	-۰/۴۲	-۴/۵۵	۳/۷۱	۰/۸۴۱	-۱/۴۷	-۶/۴۰	۳/۴۴	۰/۳۲۳
	۳ و بیشتر	-۰/۴۲	-۴/۵۵	۳/۷۱	۰/۸۴۱	-۱/۴۷	-۶/۴۰	۳/۴۴	۰/۳۲۳
تعداد فرزند	۳ و بیشتر	۱/۸۴	-۴/۰۳	۸/۶۹	۰/۴۷۲	-۶/۹۷	-۱۴/۶۹	۰/۵۳	۰/۰۶۹
	۳ و بیشتر	۱/۸۴	-۴/۰۳	۸/۶۹	۰/۴۷۲	-۶/۹۷	-۱۴/۶۹	۰/۵۳	۰/۰۶۹

بحث

زنان نمره بالاتری را نسبت به مردان به خود اختصاص داده‌بودند. اما عملکرد در زمینه کودک آزاری با جنسیت رابطه معناداری نداشت. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، حدود نیمی از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت دوره‌های آموزشی مرتبط با کودک آزاری را گذرانده بودند که گذراندن این دوره‌ها نمره دانش و عملکرد را به‌طور قابل توجهی افزایش داده‌بود. انتظار می‌رود که در آینده اجرای مداخلات آموزشی در این حیطه افزایش یابد. اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب در حیطه کودک آزاری و روش‌های گزارش‌دهی آن، دانش کارکنان سلامت را افزایش داده و تمایل آنها را برای گزارش کودک آزاری بهبود می‌بخشد.^{۳۶} در مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری بین دانش افراد با شغل‌های مرتبط با ارایه خدمت در مراکز بهداشتی وجود داشت. دانش پزشکان در بالاترین سطح و دانش کارشناسان ستادی در پایین‌ترین سطح بود. این نتایج هم‌راستا با یافته‌های مطالعه لی و همکاران است.^{۳۵} این تفاوت دانش و عملکرد در بین مشاغل می‌تواند به علت بیشتر بودن آموزش‌های آکادمیک در مورد کودک آزاری در پزشکان در مقایسه با سایر مشاغل باشد. همچنین با توجه به اینکه کارشناسان ستادی جزء ارایه‌دهندگان خدمات غیرمرتبط با کودک آزاری محسوب می‌شوند، در تجربه شغلی خود به‌صورت عملی با دستورالعمل‌های ملی برخورد با کودک آزاری تماس نداشته و این امر می‌تواند از دلایل دانش و عملکرد پایین آنها نسبت به پزشکان باشد. همچنین در این مطالعه، ارتباط چشمگیری بین سطح تحصیلات با دانش، نگرش و عملکرد نسبت به کودک آزاری وجود داشت. به‌طوری که با افزایش سطح تحصیلات، میزان دانش و نگرش نسبت به کودک آزاری افزایش یافته و عملکرد در مقابل کودک آزاری بهبود می‌یابد. در مطالعه حاضر، نمره دانش درباره کودک آزاری در بین شرکت‌کنندگان زن و مرد، تفاوت معناداری نداشت اما میانگین نگرش در بین زنان و مردان تفاوت چشمگیری داشت. با اجرای برنامه‌ها و محتواهای مناسب آموزشی در جوامع عادی نیز می‌توان نگرش جامعه مردان را بهبود بخشید و گامی موثر در راستای کمک به جامعه کودکان برداشت. اگر چه تشخیص کودک آزاری ممکن است در مراقبت‌های اولیه دشوار باشد، بسیاری از عوامل خطر را می‌توان در مراحل اولیه شناسایی کرد. همچنین نگرش والدین را می‌توان اندازه‌گیری نموده و اقدامات پیشگیرانه مانند غربالگری و مشاوره برای والدین کودکان در معرض خطر را توسعه داد و در مراقبت‌های اولیه گنجاند.^{۳۱} طبق مطالعه مک کوی و همکاران، انجام مداخلات بین والدین می‌تواند میزان خشونت علیه کودکان را کاهش داده و تعاملات مثبت والد-کودک را تقویت کند.^{۳۷} در این

نتایج حاصل از مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان دانش، نگرش و عملکرد ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت در تبریز انجام نشان داد که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری سطح دانش، نگرش و عملکرد مطلوبی داشتند. در مطالعه صاحبی حق و همکاران نیز نیمی از شرکت‌کنندگان نسبت به کودک آزاری دانش متوسط و اکثریت آنها نگرش خوبی داشتند، در حالیکه ۹۰ درصد از آنان عملکرد ضعیفی در حیطه کودک آزاری داشتند.^۶ علاوه بر این، برخی از مطالعات قبلی صورت‌گرفته در بین کارکنان بخش سلامت ایران، سطح دانش را رضایت بخش ندانسته و خواستار آموزش‌های بیشتر در این زمینه بودند.^{۳۸} در برخی از مطالعات اخیر انجام شده در خارج از کشور نیز اکثریت کادر درمان آموزش بیشتر در این زمینه را خواستار بوده^{۲۰} و معتقد بودند که این آموزش‌ها باید بخشی از تحصیلات تکمیلی آنان باشد.^{۲۲،۳۱}

در مطالعه حاضر، متوسط نگرش ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، در مقایسه با دانش آنها به مراتب بالاتر بود که این مسئله می‌تواند با میزان پایین شرکت کارکنان در دوره‌های آموزشی کودک آزاری (با توجه به علمی بودن دانش) و نیز حس بالای همدردی در افراد جامعه ما (با توجه به تجربی بودن نگرش) توجیه‌پذیر باشد. مطالعه الدخائیل و همکاران نشان داد پزشکانی که خود والدین کودک و زاده کشورهای در حال توسعه هستند اما در حال حاضر در کشورهای دیگری زندگی می‌کنند و مدرک خود را در خارج از کشور دریافت کردند، دانش و نگرش بهتری در این زمینه دارند.^{۳۳} این تفاوت نگرش می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی کشورها با یکدیگر باشد. مطابق با مطالعات صورت‌گرفته در خارج از ایران، کارکنان بهداشت دانش خوب، نگرش مطلوب و عملکرد ضعیف نسبت به برخورد با کودک آزاری داشتند^۴ که عملکرد ضعیف آنها می‌تواند به دلیل ترس از مسائل جانبی برای مقابله با کودک آزاری یا فقدان دستورالعمل‌های قانونی روشن در این زمینه باشد.^{۳۵} همسو با نتایج مطالعه اورهون و همکاران، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دریافت‌کنندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری دانش و نگرش متوسط و عملکرد نسبتاً متوسطی داشتند.^{۳۴} پایین بودن نمره عملکرد نسبت به دانش و نگرش در این مطالعه می‌تواند به علت ترس والدین از بیان آن، عدم مراجعه اعمال‌کنندگان کودک آزاری به مراکز بهداشتی و یا عدم مشارکت این افراد در تکمیل پرسشنامه باشد. در مقایسه، زنان و مردان دریافت‌کننده خدمات از نظر میزان دانش و نگرش در زمینه کودک آزاری، تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌طوری‌که

بالایی در تشخیص کودک آزاری داشته و می‌توانند ابتکارات پیشگیرانه مانند غربالگری و مشاوره برای والدین کودکان در معرض خطر در مراقبت‌های اولیه را توسعه دهند. همچنین با توجه به سطح متوسط دانش خانواده‌ها در حیطه کودک آزاری، طراحی برنامه‌های آموزش خانواده برای والدین جدید یا آینده و نیز راه‌اندازی خدمات حمایتی مبتنی بر جامعه در مراکز بهداشتی و سازماندهی کمپین‌های اطلاع‌رسانی در سطح جامعه برای جلوگیری از کودک آزاری ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

با توجه به اینکه مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی و توصیفی است، پیشنهاد می‌شود تا در آینده مطالعات جدیدتری با محوریت بررسی اثربخشی دوره‌های آموزشی کودک آزاری بین کارکنان بهداشت و نیز بررسی میزان آموزش‌پذیری والدین در زمینه کودک آزاری و تأثیر برنامه‌های مختلف آموزشی بر دانش، نگرش و عملکرد آنها انجام شود تا بتوان بر اساس نتایج حاصل، دستورالعمل‌های ملی برخورد با کودک آزاری تدوین نمود.

قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند تا بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مراکز بهداشت استان آذربایجان شرقی به جهت مساعدت‌های صورت پذیرفته اعلام نمایند.

مشارکت پدیدآورندگان

مصطفی فرحبخش و حسن شاهرخی ایده‌پردازی و طراحی؛ ساناز نوروزی، طراحی و روانسنجی ابزار، مهتاب مشفق خوشمهر و حسنا ملجا بصیری جمع‌آوری داده‌ها؛ سپیده هرزندجدیدی، تحلیل و تفسیر داده‌ها و تهیه پیش‌نویس. تمامی مؤلفان، نسخه نهایی پیش‌نویس مقاله را مطالعه و تأیید نموده‌اند.

منابع مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

دسترسی پذیری داده‌ها

داده‌های ایجادشده در مطالعه فعلی در صورت درخواست معقول از نویسنده مسؤول ارایه می‌گردد.

مطالعه، ارتباط چشمگیری بین سطح تحصیلات با دانش، نگرش و عملکرد نسبت به کودک آزاری وجود داشت. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، نگرش و دانش نسبت به کودک آزاری افزایش یافته و عملکرد در مقابل کودک آزاری بهبود می‌یافت. تأثیر مثبت آموزش و سطح تحصیلات در زمینه‌های مرتبط با دانش و آگاهی و عملکرد افراد در رابطه با کودک آزاری در مطالعه چاوایس و همکاران نیز گزارش شده بود.^{۲۸} به نظر می‌رسد این مورد می‌تواند ناشی از اهمیت دادن به این مسئله در حین آموزش‌های آکادمیک باشد. وجود برنامه‌های آموزشی مناسب در رابطه با کودک آزاری برای عموم مردم در سطوح مختلف، می‌تواند نهایتاً منجر به افزایش دانش و نگرش عموم در مورد آن شده و سطح کودک آزاری در جوامع را کاهش دهد.^{۲۸،۴} طبق مطالعه اسداللهی و همکاران، بین تحصیلات و درآمد والدین با نگرش آنها به کودک آزاری رابطه وجود داشت. به طوریکه فرزندان با والدین دارای سطوح تحصیلی و میزان درآمد پایین، مستعد کودک آزاری هستند. لذا توجه به بهبود وضعیت معیشتی خانواده‌ها و فراهم آوردن شرایط تحصیل و آموزش افراد جامعه برای کاهش کودک آزاری ضروری است.^{۱۹} علاوه بر این، مطابق با نتایج مطالعه حاضر، افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد، دانش و نگرش بهتری درباره کودک آزاری داشتند. همچنین این مطالعه نشان داد که خانواده‌های دارای فرزند در مقایسه با خانواده‌های بدون فرزند، عملکرد بهتری در زمینه کودک آزاری داشتند که این امر می‌تواند ناشی از تجربه والدین در این مورد و نگرانی آنان در مورد فرزندان باشد. همچنین، این موضوع می‌تواند دلایل دیگری داشته باشد. از جمله این که افراد دارای فرزند ممکن است در عمل چالش‌های مختلفی را در امور فرزندپروری تجربه کرده و همین مسئله بر عملکرد آنها در مقایسه با افراد بدون فرزند تأثیرگذار باشد. علت احتمالی بالا بودن نگرش افراد بدون فرزند می‌تواند ناشی از داشتن زمان آزاد بیشتر و در نتیجه امکان مطالعات و اخذ اطلاعات بیشتر در این زمینه باشد. البته باورهای مرتبط با موضوع کودک آزاری در جوامع مختلف عمیقاً می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ آن کشور و عقاید مردمان آن قرار گیرد. چرا که این فرهنگ‌ها نسل به نسل از والدین به کودکان انتقال می‌یابد و بدون آگاهی از بار روانی آنها توسط والدین برای کودکانشان اعمال می‌شود و این روند طی نسل‌های پی‌درپی تکرار می‌شود.^{۲۰،۲۹}

نتیجه‌گیری

با توجه به دانش، نگرش و عملکرد مطلوب ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به کودک آزاری، این کارکنان پتانسیل

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام و کلیه اطلاعات آنان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج حاصل از پژوهش به صورت کلی منتشر خواهد گردید. مشارکت‌کنندگان در نهایت با کسب رضایت آگاهانه و کتبی وارد مطالعه شدند. این مطالعه با

کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1400.995 در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تصویب رسیده است.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابلی از تألیف و انتشار این مقاله وجود ندارند.

References

- Jawadi AH, Benmeakel M, Alkathiri M, Almuneef MA, Philip W, Almunaser M. Characteristics of nonaccidental fractures in abused children in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*. 2019;7(1):9. doi: 10.4103/sjmms.sjmms_12_18
- Alkathiri MA, Baraja MA, Alaqeel SM. Knowledge, attitude, and practice regarding child maltreatment among health care providers working in primary care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care*. 2021;10(9):3198. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2492_20
- Bross DC, Krugman RD. Health and public health approach to ending child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 2020;110:104619. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104619
- Bublitz MH, Swain J, Lustig S, Barthelemy C, DeYoung L, Dickstein D. Maternal history of childhood maltreatment and brain responses to infant cues across the postpartum period. *Child maltreatment*. 2022;24:10775595221128952. doi: 10.1177/10775595221128952
- Hughes T. The neglect of children and culture: Responding to child maltreatment with cultural competence and a review of child abuse and culture: Working with diverse families. 2006;44(3):501-10. doi: 10.1111/j.1744-1617.2006.00103.x
- Sahebihagh MH, Hosseini SZ, Hosseinzadeh M, Shamshirgaran SM. Knowledge, attitude and practice of community health workers regarding child abuse in Tabriz health centers in 2015-2016. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2017;5(3):264.
- Torkashvand F, Jafary F, Rezaeian M, Sheikh Fathollahi M. A survey on child abuse and some demographic factors affecting students of the third grade of guidance school in Zanjan in 2011. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013;12(6):447-60.
- Nourazar SG, Kakaie MR, Ranjbar F, Sadeghibazargani H, Farahbakhsh M. Prevalence of child abuse in child and adolescent clinical population referred to psychiatric facilities in Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Research in Clinical Medicine*. 2014;2(3):87-93.
- Ghezelseflo M, Rostami M. Relationship of child abuse with personality features and high risk behaviors in adolescents. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2015;19(2):30.
- Al Eissa M, Almuneef M. Child abuse and neglect in Saudi Arabia: Journey of recognition to implementation of national prevention strategies. *Child abuse & neglect*. 2010;34(1):28-33. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.08.011
- Al Dosari MN, Ferwana M, Abdulmajeed I, Aldossari KK, Al-Zahrani JM. Parents' perceptions about child abuse and their impact on physical and emotional child abuse: A study from primary health care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*. 2017;24(2):79. doi: 10.4103/2230-8229.205110
- Anderson CA. Revisiting the parenting profile assessment to screen for child abuse. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(1):53. doi: 10.1111/j.1547-5069.2000.00053.x
- Chung EK, Mathew L, Rothkopf AC, Elo IT, Coyne JC, Culhane JF. Parenting attitudes and infant spanking: The influence of childhood experiences. *Pediatrics*. 2009;124(2):278-86. doi: 10.1542/peds.2008-3247
- Gagné M-H, Tourigny M, Joly J, Pouliot-Lapointe J. Predictors of adult attitudes toward corporal punishment of children. *Journal of interpersonal violence*. 2007;22(10):1285-304. doi: 10.1177/0886260507304550
- Shor R. Pediatricians in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child abuse & neglect*. 1998;22(2):143-53. doi: 10.1016/s0145-2134(97)00127-0
- Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(6):656-63. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03154.x
- Asadollahi M, Jabraeili M, Asghari Jafarabadi M, Hallaj M. Parents' attitude toward child abuse conducted in the health centers of Tabriz. *International journal of school health*. 2016;3(3):1-6. doi: 10.17795/intjsh-31198
- Jabraeili M, Asadollahi M, Jafarabadi MA, Hallaj M. Attitude toward child abuse among mothers referring health centers of Tabriz. *Journal of caring sciences*. 2015;4(1):75. doi: 10.17795/intjsh-31198

19. Asadollahi M, Jabraeili M, Asghari Jafarabadi M. Fathers' attitude toward child abuse in the health centers of Tabriz. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015;1(4):70-9. doi: 10.17795/intjsh-31198
20. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse & Neglect*. 2016;54:43-56. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.02.004
21. Habib HS. Pediatrician knowledge, perception, and experience on child abuse and neglect in Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*. 2012;32(3):236-42. doi: 10.5144/0256-4947.2012.236
22. Kural D, Abbasoglu Z, Tanboga İ. Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *Journal of clinical pediatric dentistry*. 2020;44(2):100-6. doi: 10.17796/1053-4625-44.2.6
23. Aldukhayel A, Aljarbou E, Alturki FM, Almazyad NS, Alsaqer OM, Almutairi R, et al. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary healthcare physicians and interns in Al Qassim, Saudi Arabia. *Cureus*. 2020;12(12):12270. doi: 10.7759/cureus.12270
24. Orhon FS, Ulukol B, Bingoler B, Gulnar SB. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(10):1081-92. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.004
25. Lee A, Coles J, Lee S, Kulkarni J. Primary healthcare practitioners' screening practices and attitudes towards women survivors of child abuse. *Mental health in family medicine*. 2012;9(3):181.
26. Paek SH, Kwak YH, Noh H, Jung JH. A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. *Medicine*. 2019;98(2): 14085. doi: 10.1097/md.0000000000014085
27. McCoy A, Melendez-Torres G, Gardner F. Parenting interventions to prevent violence against children in low-and middle-income countries in East and Southeast Asia: A systematic review and multi-level meta-analysis. *Child abuse & neglect*. 2020;103:104444. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104444
28. Chavis A, Hudnut-Beumler J, Webb MW, Neely JA, Bickman L, Dietrich MS, et al. A brief intervention affects parents' attitudes toward using less physical punishment. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(12):1192-201. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.06.003
29. Dadds MR, Adlington FM, Christensen AP. Children's perceptions of time out and other maternal disciplinary strategies: The effects of clinic status and exposure to behavioural treatment. *Behaviour Change*. 1987;4(4):3-13. doi: 10.1017/s0813483900008275
30. Siegal M, Cowen J. Appraisals of intervention: The mother's versus the culprit's behavior as determinants of children's evaluations of discipline techniques. *Child Development*. 1984:1760-6. doi: 10.2307/1129923