

آگاهی، نگرش و تجربه‌ی برخورد نسبت به کودک آزاری در دندان‌پزشکان شهر اصفهان

دکتر زهرا سید معلمی^{*}، مرضیه یزدی^۱

چکیده

مقدمه: دندان‌پزشکان از جایگاه ویژه‌ای برای تشخیص و گزارش‌دهی موارد کودک آزاری برخوردارند، زیرا بیش از نیمی از موارد کودک آزاری در ناحیه سر و گردن اتفاق می‌افتد. هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی دانش، نگرش و تجربه‌ی برخورد دندان‌پزشکان پیرامون موارد کودک آزاری و بی‌توجهی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش انجام شده توصیفی-تحلیلی بود. نمونه‌گیری آن به صورت چند مرحله‌ای (خوشه‌ای-سیستماتیک) از مطب‌ها و درمانگاه‌های شهر اصفهان و همچنین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. ابزار پژوهش یک پرسش‌نامه خود ایفا بوده که از ۱۳۴ دندان‌پزشک عمومی و ۴۰ متخصص دندان‌پزشکی اخذ گردید. داده‌های به دست آمده با آنالیزهای اسپیرمن، پیرسون، واریانس یک‌طرفه و فریدمن در سطح اطمینان ۰/۹۵ بررسی شد.

یافته‌ها: آگاهی دندان‌پزشکان راجع به انواع و علائم کودک آزاری پایین بود. دندان‌پزشکان نگرش مطلوبی پیرامون این موضوع در دندان‌پزشکی داشته و تمایل زیادی برای تشخیص و گزارش‌دهی موارد مشکوک آن به مراجع قانونی نشان دادند (میانگین نمره‌ی نگرش ۱۵/۱ از ۲۰ بود). زنان اهمیت این موضوع را در دندان‌پزشکی بیشتر درک می‌کردند و تمایل بیشتری به گزارش‌دهی موارد آن داشتند ($p \text{ value} = ۰/۰۳$). تجربه‌ی برخورد دندان‌پزشکان با موارد کودک آزاری در بیماران‌شان ۱۱/۵ درصد بود که تنها یک نفر (۵ درصد) برخی از موارد را گزارش نموده بود. مهم‌ترین دلایل گزارش نکردن توسط دندان‌پزشکان، عدم قطعیت از رخ دادن آزار و نداشتن دانش و آگاهی کافی در این زمینه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به محدودیت‌های این مطالعه، دندان‌پزشکان نسبت به کودک آزاری آگاهی پایین، نگرش بالا و تجربه اندکی داشتند. افزودن واحدهای درسی مورد نیاز به برنامه‌ی آموزشی و آموزش دندان‌پزشکان در بازآموزی‌های علمی توصیه می‌شود.
کلید واژه‌ها: کودک آزاری، سوء رفتار با کودک، دانش، نگرش، دندان‌پزشکان

* استادیار، مرکز تحقیقات دندان‌پزشکی
ترابی‌نژاد، گروه دندان‌پزشکی جامعه‌نگر،
دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم
پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف
مسئول)

smoallemi@mui.ac.ir

۱: دانشجوی دندان‌پزشکی، کمیته
تحقیقات دانشجویان، دانشکده
دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
اصفهان، اصفهان، ایران

این مقاله حاصل پایان‌نامه عمومی در
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره
۳۹۱۱۵۷ می‌باشد.

این مقاله در تاریخ ۹۱/۸/۲۲ به دفتر
مجله رسیده، در تاریخ ۹۲/۹/۱۱ اصلاح
شده و در تاریخ ۹۲/۱۰/۲۴ تأیید
گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۱۳۹۳: ۱۰(۱): ۷۵ تا ۸۵

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین حوادث آسیب‌رسان به یک کودک، تجربه‌ی کودک آزاری (Child Abuse) است. کودک آزاری مسأله‌ای با دامنه‌ی وسیع جهانی می‌باشد و به‌همراه یک روند افزایش یافته، تمام جوامع را چه پیشرفته و چه در حال توسعه در بر می‌گیرد [۱]. این پدیده برای اولین بار توسط Kemp و همکاران [۲] (۱۹۶۲) به‌صورت سندرم کودک کتک خورده (Battered Child Syndrome) معرفی گردید. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کودک آزاری به هرگونه انجام دادن یا ندادن عملی، گفته می‌شود که منجر به نقض شدن حقوق یک کودک شود به‌طوریکه سلامت مطلوب، زندگی، تکامل و حرمت او را به خطر اندازد. کودک آزاری می‌تواند توسط والدین، مراقبان کودک، افرادی که به‌همراه کودک زندگی می‌کنند و یا هر کسی که پیرامون کودک در موقعیت مسئولیت، قدرت و یا اعتماد قرار دارد اعمال شود [۳].

کودک آزاری پنج جنبه دارد که شامل: آزار جسمانی، عاطفی- روانی، جنسی، غفلت و بهره‌کشی از کودک می‌گردد [۴]. کودک آزاری جسمانی به تمام اعمال خشونت آمیز غیر تصادفی که منجر به آسیب بدنی شود گفته می‌شود [۵، ۴]. این آسیب‌ها می‌تواند علایم دهانی مانند شکستگی ماگزیلا و مندیبل، جابه‌جایی، شکستگی و بیرون افتادن دندان، پارگی بر روی لب‌ها، زبان، فرنوم و مخاط دهان داشته باشد [۸-۶]. کودک آزاری جنسی به وادارسازی کودک توسط فردی بزرگ‌سال (۵ سال بزرگ‌تر) به انجام هر عملی در زمینه‌ی جنسی که متناسب با سن وی نبوده و او از درک آن عاجز باشد، گفته می‌شود [۹، ۱۰]. برخی از تظاهرات دهانی آن شامل پارگی فرنوم، زخم و پتشی بر روی کام، گنوره، ضایعات وزیکولوپوسچولی یا کندیلوماتوز بر روی لب‌ها، زبان، کام و ... می‌باشد [۱۲، ۱۱، ۸]. غفلت یا بی‌توجهی، به فقدان حمایت، حفاظت و مراقبت از کودک گفته می‌شود، که سبب آسیب رساندن به وی و محرومیت از نیازهای اساسی او می‌گردد [۴]. غفلت در دندان‌پزشکی به‌عنوان شاخه‌ای از غفلت پزشکی، به‌صورت بی‌توجهی والدین به نیازهای اساسی سلامت دهان کودک و رهایی وی از درد و عفونت دندان تعریف می‌شود [۱۳].

آسیب‌ها و عواقب کودک آزاری بسیار گسترده و مؤثر، هم در زمان کودکی و هم در بزرگسالی فرد هستند و تداوم آزار می‌تواند به اختلال رفتاری شدید مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از ضربه (Post traumatic stress disorder: PTSD)، مبادرت به خودکشی، صدمات جسمانی شدید، نقص عضو و حتی مرگ کودک منجر شود [۱۶-۱۴]. مطالعات، شیوع ۳ مرگ در روز را در اثر کودک آزاری در جهان گزارش کرده‌اند، که ۷۰ درصد این مرگ و میرها به‌دلیل آسیب به ناحیه سر و گردن کودک بوده است [۱۸، ۱۷].

به‌دلیل این که حدود ۸۰ درصد موارد کودک آزاری توسط والدین و دیگر نزدیکان کودک صورت می‌گیرد، به‌دست آوردن اطلاعات دقیق در این زمینه ناممکن است [۱۹]. با این حال سازمان جهانی بهداشت تخمین زده که نزدیک به ۴۰ میلیون کودک زیر ۱۴ سال در سراسر جهان از اشکال مختلف آزار و غفلت رنج می‌برند [۳]. در کشور ایران طبق گزارش وزارت بهداشت: ۳۱ درصد از کودکان ۵-۱۰ سال، ۲۰ درصد از افراد ۱۱-۶ سال و ۹ درصد از افراد ۱۸-۱۲ سال مورد آزار جسمی توسط والدین و سرپرستان خود قرار گرفته‌اند [۲۰].

ایران در سال ۱۳۷۲ به پیمان‌نامه‌ی جهانی حقوق کودک (۱۹۸۹) پیوست [۲۲، ۲۱]، در این پیمان‌نامه ضمن تعریف کودک آزاری، الزام به مقابله با آن و تصویب قوانین کشوری جهت حمایت از کودکان آمده است [۲۲]. اینک الزام به گزارش‌دهی موارد مشکوک و قطعی کودک آزاری توسط تیم پزشکی به‌صورت لایحه حمایت از کودکان و نوجوانان در مجلس شورای اسلامی در حال بررسی است [۲۳].

دندان‌پزشکان هم به‌عنوان بخشی از تیم سلامت جامعه و کادر پزشکی از این قانون مستثنی نیستند به‌نظر می‌رسد دندان‌پزشکان در تیم سلامت نقش ویژه‌تری دارند [۲۴]. زیرا:

۱. نسبت به دیگر اعضای کادر پزشکی از شانس بالاتری برای مشاهده و تشخیص موارد کودک آزاری برخوردارند [۲۴]. چرا که نشان داده شده حدود ۷۵-۶۵ درصد از موارد کودک آزاری جسمانی، موجب آسیب رساندن به سر و گردن کودک می‌شود [۲۵]. از طرفی حفره‌ی دهان یک محل شایع برای آزار جنسی کودک بوده [۲۶] و غفلت دندان‌پزشک یک نمونه‌ی معمول در سوء رفتار با کودک است [۸]. همچنین آسیب‌های وارده به لب

هدف این مطالعه بررسی دانش، نگرش و تجربه‌ی برخورد دندان‌پزشکان پیرامون موارد کودک آزاری و بی‌توجهی بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی-تحلیلی می‌باشد که از بین کلیه دندان‌پزشکان شاغل در مطب‌های خصوصی، درمانگاه‌های دندان‌پزشکی دولتی و خصوصی و دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان، در سال ۱۳۹۱ به انجام رسیده است. نمونه‌گیری به‌صورت چند مرحله‌ای (خوشه‌ای-سیستماتیک) انجام شد. طبق ملاقاتی با مشاور آماری بر اساس فرمول محاسبه حجم نمونه جامعه محدود، حجم نمونه‌ی ۱۲۰ نفری دندان‌پزشکان عمومی انتخاب گشته که برای اطمینان از عدم ریزش نمونه‌ها و کفایت حجم آن، نمونه‌ی منتخب را به ۱۳۴ نفر افزایش دادیم. براساس لیست اسامی دندان‌پزشکان شهر اصفهان که از سازمان نظام پزشکی دریافت شده بود و مشخص کردن تعداد دندان‌پزشکان دارای مطب خصوصی برای هر خیابان به تفکیک، شهر اصفهان از نظر جغرافیایی به هفت منطقه تقسیم‌بندی گشت تا هم بتواند پوشش مناسبی از نظر بافت متفاوت فرهنگی و اقتصادی در کل شهر فراهم کرده و هم تراکم متناسبی از دندان‌پزشکان عمومی در مناطق انتخاب شده وجود داشته باشد. سپس در هر منطقه، دو تا سه خیابان که بیش‌ترین تراکم مطب دندان‌پزشکی را داشته برگزیده و از آن خیابان‌ها، تعداد ده مطب دندان‌پزشکی به روش سیستماتیک انتخاب گردید. با مراجعه به مطب، پرسش‌نامه در اختیار دندان‌پزشک قرار گرفت. چنانچه دندان‌پزشکی تمایل به شرکت در مطالعه نداشت، دندان‌پزشک دیگری در همان خیابان انتخاب گردید. به‌منظور اطمینان دادن به دندان‌پزشکان برای تکمیل صحیح و صادقانه پرسش‌نامه و نیز برای حفظ رازداری در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در پاکت سرپسته و توسط یک پرسش‌گر ناشناس تحویل و سپس جمع‌آوری گردید. جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها در طی یک یا دو بار مراجعه به دندان‌پزشک انجام گردید.

علاوه بر مطب‌های خصوصی، با دریافت مشاوره از معاونت بهداشتی و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از بین درمانگاه‌های دولتی و خصوصی سطح شهر با بیش‌ترین تعداد

بالایی و فرنوم لیبال ماگزیلاری برای موارد شدید آزار کودکان کوچک به‌عنوان یک شاخص در نظر گرفته می‌شود [۲۷].

۲. دندان‌پزشکان یکی از اولین‌های خط درمان در تماس با کودک بوده و با توجه به وقت بیش‌تری که با او سپری می‌کنند، می‌توانند در معاینات روتین خود و با ایجاد فضای اطمینان بخش برای گفتگو با کودک، موارد آزار را شناسایی کنند [۲۸].

۳. با توجه به شیوع کودک آزاری و جوان بودن جمعیت کشور ایران [۲۹]، بسیار احتمال دارد تعداد زیادی از بیماران دندان‌پزشکی، بازماندگان سانحه‌ی کودک آزاری باشند [۳۰].

۴. شباهت زیاد موقعیت درمان دندان‌پزشکی با شرایط آزار کودک، منجر به ترس شدید و اضطراب می‌شود به‌طوری‌که بزرگسالان با تجربه‌ی آزار به‌ویژه آزار جنسی، معمولاً درمان دندان‌پزشکی را به‌سختی تحمل می‌کنند [۳۱، ۳۲].

پژوهش‌های انجام شده جهت بررسی دانش، نگرش و تجربه‌ی برخورد تیم دندان‌پزشکی در مواجهه با کودک آزاری و غفلت نشان داد که آموزش و آگاهی کافی درباره تشخیص و گزارش‌دهی موارد مشکوک کودک آزاری و غفلت وجود ندارد و اغلب دندان‌پزشکان به دریافت اطلاعات و آموزش‌های بیش‌تری در این زمینه نیاز دارند [۳۸-۳۳، ۲۴]. در مطالعه‌ی انجام شده در نیجریه، فقط ۶۲ درصد از دندان‌پزشکان درباره‌ی کودک آزاری جسمی و ۳۳ درصد آن‌ها در مورد نوع عاطفی اطلاعاتی داشتند [۳۳]. محققین در اردن با سنجش اطلاعات دانشجویان دندان‌پزشکی نتیجه‌گیری کردند که محتوای آموزشی موجود در برنامه‌ی آموزشی درباره کودک آزاری منجر به توانمندسازی دندان‌پزشکان برای حمایت از کودک در برابر این معضل نمی‌باشد [۳۸]. دندان‌پزشکان دانمارکی نیز یکی از مهم‌ترین دلایل گزارش نکردن موارد مشکوک با مراجع قانونی را عدم اطمینان از بروز کودک آزاری و نداشتن آگاهی درباره مراحل ارجاع بیان کردند [۳۹]. در دانشجویان دندان‌پزشکی در کروآت نیز فقدان دانش در زمینه کودک آزاری وجود داشت [۴۰].

با توجه به اهمیت و نقش کلیدی دندان‌پزشکان و این‌که در ایران تحقیقی در این زمینه انجام نشده است، هم‌چنین رشد فزاینده‌ی این معضل به‌همراه آسیب‌های گسترده و فقدان آموزش‌های لازم در برنامه‌ی آموزشی دندان‌پزشکی در کشور ما، ضرورت انجام پژوهش در این زمینه قطعی به‌نظر می‌رسد.

دندان‌پزشک، هشت کلینیک و از هر کلینیک، هشت نفر دندان‌پزشک به‌طور تصادفی انتخاب گشت. همچنین از بین متخصصان و دستیاران رشته‌های تخصصی که بیش‌ترین مواجهه با کودکان را دارا هستند، از چهل نفر دندان‌پزشک که برخی از آن‌ها شاغل در دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند، جهت تکمیل پرسش‌نامه دعوت به‌عمل آمد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها یک پرسش‌نامه‌ی خود ایفا بود که با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد استفاده شده در پژوهش‌های معتبر بین‌المللی و داخلی [۴۱-۴۴، ۳۷، ۳۴، ۲۴] که پیرامون سنجش دانش، نگرش و تمایل به گزارش‌دهی موارد کودک‌آزاری انجام گشته بود و نیز بخش‌هایی پژوهشگر ساخته توسط محققین مانند بخش مورد‌های فرضی (vignette) با الگوبری از پرسش‌نامه (Child abuse report intention scale) [۴۱] یا CARIS طراحی گردید.

برای سنجش روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه، آن را در اختیار صاحب‌نظرانی از حوزه‌های دندان‌پزشکان کودکان، دندان‌پزشکی جامعه‌نگر و روانشناسی قرار داده و تغییرات لازم اعمال گردید. سپس برای تأیید نهایی آن، مطالعه‌ی مقدماتی با حضور ۱۳ دندان‌پزشک عمومی و متخصص انجام شد. ثبات درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) در حیطه‌های دانش ۰/۷۳ و نگرش نسبت به موضوع کودک‌آزاری ۰/۷۸ محاسبه شد. این نتیجه بیان‌گر هماهنگی درونی مناسب سوالات بود. به‌منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه، از روش اجرای دوباره آزمون واحد به فاصله‌ی سه هفته و با حضور ۱۳ دندان‌پزشک، استفاده شد و ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی (ICC value) برای خرده مقیاس‌های دانش ۰/۸۶ و نگرش نسبت به موضوع کودک‌آزاری ۰/۹۰ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی مذکور شامل بخش‌های: مشخصات فردی، سنجش آگاهی، نگرش نسبت به اهمیت موضوع کودک‌آزاری در دندان‌پزشکی، تجربه‌ی برخورد با کودک‌آزاری در بیماران، دلایل عدم گزارش‌دهی و منابع کسب اطلاعات دندان‌پزشکان می‌باشد.

بخش سنجش دانش شامل ۲۴ عبارت برگرفته از پرسش‌نامه‌های معتبر بود [۴۱-۴۴، ۳۷، ۳۴، ۲۴] که آگاهی افراد را در حیطه‌های آزار جسمانی، جنسی، عاطفی، بی‌توجهی، علائم جسمانی و روانی تشخیص آزار کودک، فاکتورهای

خانوادگی آزار و شرایط زمینه‌ای کودک مرتبط با کودک‌آزاری بود. به هر پاسخ صحیح امتیاز ۱ و به پاسخ غلط ۱- تعلق گرفت (امتیازدهی سوالات منفی بازنگری شد). بدین‌ترتیب نمره‌ی دانش افراد عددی بین ۲۴- تا ۲۴+ به‌دست آمد. سوالات سنجش نگرش مربوط به جایگاه و اهمیت موضوع کودک‌آزاری در دندان‌پزشکی، تمایل به تشخیص و گزارش‌دهی موارد آن بوده که در مقیاس لیکرت ۵ تایی طراحی شد [۳۷-۳۴]. کم‌ترین موافقت با امتیاز ۱ و بیش‌ترین موافقت با امتیاز ۵ نمره دهی شد و در کل نمره نگرش نسبت به موضوع عددی بین ۴ تا ۲۰ به‌دست آمد.

یازده دلیل مهم برای گزارش نمودن کودک‌آزاری از مقالات و پژوهش‌های معتبر استخراج و مورد استفاده قرار گرفت [۴۱، ۳۷، ۳۴، ۲۴] این دلایل از لحاظ میزان تأثیرگذاری بر تصمیم فرد، به‌صورت بی‌اثر، با اثر کم، متوسط و زیاد ارزیابی گردیدند.

قبل از توزیع پرسش‌نامه، فرم رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه از دندان‌پزشکان اخذ گشت. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری آن‌ها، تمام اطلاعات به‌دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) آنالیز و بررسی گشت. برای بررسی ارتباط نمره دانش و نگرش با متغیرهای زمینه‌ای از آنالیز همبستگی پیرسون و اسپیرمن و واریانس یک‌طرفه (One-Way ANOVA) استفاده شد. همچنین دلایل عدم گزارش‌دهی به مراجع قانونی و منابع دریافت آگاهی را با استفاده از آنالیز فریدمن بررسی شد.

یافته‌ها

از ۱۷۴ دندان‌پزشک مورد بررسی، ۵۳ درصد مرد و ۴۷ درصد زن بودند. میانگین سنی افراد ۳۹ سال با انحراف معیار ۱۰ سال بود. ۸۰/۵ درصد از دندان‌پزشکان متأهل بوده که ۶۲ درصد دارای فرزند بودند. چهل نفر از ایشان دندان‌پزشک متخصص و ۱۳۴ نفر دندان‌پزشک عمومی بودند.

میانگین مجموع نمره‌ی دانش دندان‌پزشکان ۴/۳۳ با انحراف معیار ۵/۹۰ (۲۴- تا ۲۴) محاسبه شد. درصد توزیع فراوانی دندان‌پزشکان عمومی و متخصص که به سوالات سنجش دانش پاسخ صحیح دادند در جدول ۱ آمده است. بیش‌تر دندان‌پزشکان (۷۰ درصد) با علائم و نشانه‌های

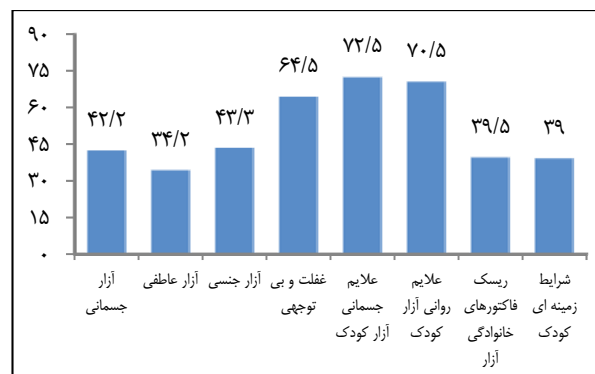
جسمانی کودک آزاری آشنایی داشتند. ولی فقط یک سوم ایشان تظاهرات آزار عاطفی و ریسک فاکتورهای خانوادگی کودک آزاری را می‌شناختند (نمودار ۱). بر اساس آنالیز همبستگی اسپیرمن بین سطح تحصیلات (عمومی - متخصص)

و نمره‌ی دانش رابطه‌ی مستقیم وجود داشت ($p = ۰/۰۲۲$)، به‌طوریکه میانگین نمره‌ی دانش دندان‌پزشکان متخصص حدوداً ۱/۵ برابر از دندان‌پزشکان عمومی بیش‌تر بود.

جدول ۱. درصد توزیع فراوانی دندان‌پزشکان عمومی و متخصص که به سوالات سنجش دانش در زمینه کودک آزاری پاسخ صحیح دادند

ردیف	عبارات سنجش دانش	درصد پاسخ صحیح
۱	کبودی روی صورت نشان‌دهنده کودک آزاری	۷۷
۲	شکل سوختگی مربوط به کودک آزاری	۸
۳	علامت گازگرفتگی نشان‌دهنده کودک آزاری	۲۲/۵
۴	خراش‌های پوستی غیر معمول نشان‌دهنده کودک آزاری	۶۹/۵
۵	احتمال آزار عاطفی با مشاهده سایش شدید پالاتال دندان‌های قدامی	۴۲
۶	احتمال آزار عاطفی با مشاهده زخم‌های گوشه دهان پایدار	۳۷
۷	رفتارهای اغواگرانه کودک	۳۷/۳
۸	عدم توانایی کودک در برقراری تماس چشمی	۳۵
۹	پارگی فرنوم لبیال	۵۳
۱۰	وحشت کودک از معاینه توسط دندان‌پزشک با جنس مخالف	۵۲
۱۱	پوسیدگی‌های دندان‌ی متعدد درمان نشده	۸۶/۵
۱۲	ارتباط غفلت دندان‌ی با غفلت جسمانی کودک	۷۷
۱۳	میزان غفلت در خانواده‌های تک والدی	۳۴/۵
۱۴	بیرون افتادن یا تغییر رنگ دندان در اثر ترومای مکرر	۶۵
۱۵	اشکال در صحبت کردن، راه رفتن و نشستن کودک	۸۰
۱۶	صحبت والدین مبنی بر آسیب کودک توسط خودش	۶۲
۱۷	وابستگی بیش از حد به والدین	۲۲
۱۸	تاریخچه مبهم و ناهماهنگ کودک و والدین	۵۷
۱۹	ارتباط اساسی کودک آزاری با فقر	۵۱
۲۰	ارتباط سطح تحصیلات والدین با آزار کودک	۱۱
۲۱	آزار بیش‌تر کودک توسط والدین با سابقه آزاردیدگی	۳۱
۲۲	ارتباط سن کودک و آزار وی	۳۶
۲۳	آزار بدنی بیش‌تر پسران	۴۰
۲۴	ارتباط ناتوانی ذهنی کودک و آزار وی	۴۸

میانگین مجموع نمره‌ی نگرش دندان‌پزشکان نسبت به اهمیت موضوع کودک آزاری در دندان‌پزشکی ۱۵/۱ با انحراف معیار ۳/۲۶ (از ۲۰) محاسبه شد. بیش‌ترین میزان موافقت را دندان‌پزشکان در این مورد نشان دادند که گزارش دادن موارد کودک آزاری وظیفه‌ی قانونی آن‌ها می‌باشد (جدول ۲). بر اساس آنالیز همبستگی اسپیرمن و واریانس یک‌طرفه نمره‌ی کل نگرش با متغیرهای جنسیت ($p \text{ value} = ۰/۰۳$)، $p \text{ value} = ۰/۱۷$ Spearman's rho و سطح تحصیلات رابطه‌ی مستقیم داشت ($p \text{ value} = ۰/۰۱$ و $\text{Spearman's rho} = ۰/۲۶$) به‌طوریکه زنان و متخصصان دندان‌پزشکی نگرش مثبت‌تری



نمودار ۱. درصد توزیع فراوانی دندان‌پزشکان عمومی و متخصص با پاسخ‌دهی صحیح در حیطه‌های مختلف دانش نسبت به کودک آزاری

نسبت به اهمیت و جایگاه کودک آزاری در دندان‌پزشکی داشته و میزان توافق بیش‌تری با تشخیص و گزارش‌دهی موارد آن نشان دادند.

بر اساس آنالیز همبستگی پیرسون میانگین نمره‌ی نگرش کلی نسبت به موضوع کودک آزاری در دندان‌پزشکی با میانگین نمره‌ی دانش آن‌ها رابطه‌ی مستقیم داشت ($p \text{ value} < 0/001$) و $\text{Pearson correlation} = 0/34$ ، به عبارت دیگر با افزایش آگاهی دندان‌پزشکان نگرش صحیح‌تری نسبت به اهمیت موضوع کودک آزاری در دندان‌پزشکی در آن‌ها وجود داشت.

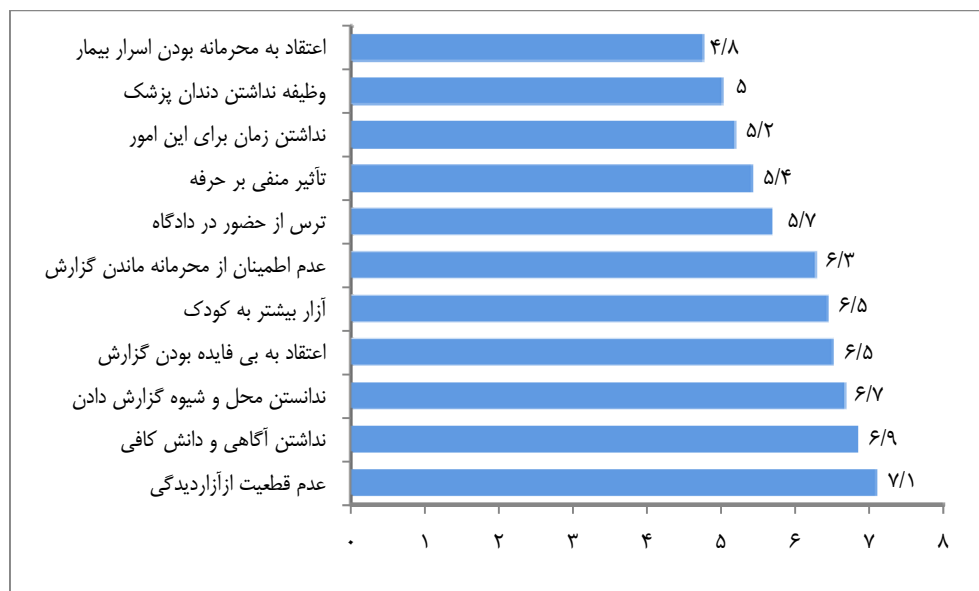
از بین دندان‌پزشکان مورد بررسی در این مطالعه، فقط ۲۰ نفر گزارش کردند که در طول ۶ ماه گذشته تا تاریخ تکمیل پرسش‌نامه با موارد کودک آزاری در بیمارانشان مواجه شده‌اند و تنها یک نفر از آن‌ها برخی از موارد مواجهه را به مراجع قانونی گزارش نموده بود. بیست درصد از افراد از انجام درمان برای بیمار خود به دلیل مشاهده کودک آزاری منصرف شده بودند.

بر اساس آنالیز فریدمن مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری دندان‌پزشکان مبنی بر گزارش نکردن موارد کودک آزاری، عدم اطمینان و قطعیت از رخ دادن کودک آزاری در وهله‌ی اول ($\text{Mean rank} = 7/1$) و در رتبه دوم کمبود دانش و آگاهی کافی در این زمینه می‌باشد ($\text{Mean rank} = 6/85$). سایر دلایل گزارش نکردن موارد مشاهده شده‌ی کودک آزاری در نمودار ۲ آمده است. آنالیز فریدمن نشان داد که بین این عوامل بر تصمیم‌گیری دندان‌پزشک تفاوت معناداری وجود دارد ($p \text{ value} < 0/001$).

تنها ۲۰ درصد از دندان‌پزشکان عمومی و ۴۷/۵ درصد از متخصصان گزارش کردند اطلاعاتی در زمینه‌ی تشخیص و گزارش‌دهی موارد کودک آزاری در دوران دانشجویی خود دریافت نموده‌اند. هشتاد درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه عنوان کردند در آینده مایل به دریافت اطلاعات بیش‌تری در این زمینه می‌باشند.

جدول ۲. درصد توزیع فراوانی دندان‌پزشکان با نگرش‌های مختلف نسبت به موضوع کودک آزاری در دندان‌پزشکی

کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۲۹	۳۳	۳۱/۵	۵/۳	۱/۲
۲۰/۵	۴۱	۲۷	۹	۲/۵
۲۲/۵	۳۶	۲۵/۵	۱۵/۵	۱
۳۷	۳۶	۱۸/۵	۵/۵	۳



نمودار ۲. میانگین رتبه (Mean Rank) دلایل گزارش نکردن موارد مشاهده شده‌ی کودک آزاری توسط دندان‌پزشکان عمومی و متخصص به مراجع قانونی و رتبه‌بندی این دلایل از نظر تأثیرگذاری بر دندان‌پزشکان

بحث

پژوهش حاضر نشان داد آگاهی دندان‌پزشکان شهر اصفهان راجع به کودک آزاری پایین است. با این وجود اغلب ایشان نگرش مطلوبی پیرامون اهمیت این موضوع در دندان‌پزشکی داشته و تمایل زیادی برای تشخیص و گزارش‌دهی موارد کودک آزاری به مراجع قانونی داشتند. همچنین تعداد بسیار کمی از دندان‌پزشکان گزارش کردند که تجربه‌ی برخورد با کودک آزاری در بیماران خود داشته‌اند.

یافته‌های این پژوهش بیان می‌کند میانگین مجموع نمره‌ی دانش دندان‌پزشکان در زمینه کودک آزاری و بی‌توجهی ۴/۳۲ (از ۲۴ نمره) بوده که میزان نسبتاً پایینی از سطح آگاهی افراد را نشان می‌دهد. سطح نمره آگاهی در پژوهش حاضر نسبت به مطالعات دیگر در سایر کشورها پایین‌تر بود [۳۸-۳۳، ۲۴] که از جمله دلایل آن ممکن است افزایش ساعات آموزش ویژه‌ی کودک آزاری در برنامه‌ی آموزشی بسیاری از این کشورها [۳۸، ۳۵، ۲۴] و همچنین اجرای برنامه موفق PANDA (Prevent abuse and neglect through dental awareness) باشد. این برنامه شامل همکاری آژانس‌های سلامتی، سیستم‌های اجتماعی-حمایتی و دانشکده‌های دندان‌پزشکی جهت ارتقا برنامه‌های آموزشی برای شاغلان حرفه‌ی دندان‌پزشکان پیرامون کودک آزاری می‌باشد [۲۴]. اکثریت قاطع مطالعات علی‌رغم آگاهی نسبتاً خوب، بر ناکافی بودن آگاهی دندان‌پزشکان در این زمینه، وجود خلاءهای آموزشی و به تبع آن نیاز به آموزش‌های بیش‌تری در آینده تأکید دارند [۳۸-۳۳، ۲۴]. در بررسی آگاهی و نگرش پزشکان کرمانی ۴۵ درصد از ایشان آگاهی خوبی در این زمینه داشتند [۴۳]. تفاوت در دروس پزشکی و دندان‌پزشکی و مواجهه بیش‌تر با موارد کودک آزاری در اورژانس‌های پزشکی می‌تواند دلیل آگاهی بیش‌تر پزشکان نسبت به دندان‌پزشکان باشد.

اکثریت دندان‌پزشکان (۷۰ درصد) در حیطه‌ی علایم و نشانه‌های جسمانی کودک آزاری آگاهی خوبی داشتند و کم‌ترین میزان اطلاعات آن‌ها در زمینه‌ی آزار عاطفی بود. راحت‌تر بودن تشخیص موارد آزار جسمانی نسبت به دیگر جنبه‌های آزار و بالاحص آزار عاطفی که تشخیص موارد آن دشوارترین جنبه‌ی آزار کودک است می‌تواند از دلایل این امر

باشد [۴۵]. به‌علاوه آموزش‌های دانشگاهی در کشور ما، به‌ویژه برای دندان‌پزشکان که عمدتاً مبتنی بر جنبه‌های بیولوژیک و جسمانی می‌باشد نیز می‌تواند از دلایل این امر باشد [۴۶]. در بررسی‌های انجام شده در سه گروه پزشکان، متخصصان اطفال و کارورزان پزشکی کرمان نیز آگاهی در زمینه‌ی علایم جسمانی کودک آزاری بیش از علایم روحی-روانی بوده است [۴۴-۴۲].

در این مطالعه، دانش متخصصان ۱/۵ برابر بیش‌تر از دندان‌پزشکان عمومی بوده که با یافته‌های پژوهش در اردن مطابقت داشت [۳۸]. علاوه بر این که در برخی از دوره‌های تخصصی ساعات درسی اختصاصی درباره این موضوع وجود دارد، همچنین دندان‌پزشکان متخصص به‌علت مواجهه‌ی بیش‌تر با بیماران کودک و ارایه درمان برای آن‌ها، احتمال مواجهه بیش‌تری با کودک آزاری دارند.

یافته‌های این پژوهش نشان دهنده‌ی نگرش مناسب دندان‌پزشکان در مورد اهمیت و جایگاه موضوع کودک آزاری در حرفه‌ی دندان‌پزشکی بود. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات انجام شده در استرالیا و لندن در یک راستا می‌باشد [۳۷، ۳۴]. به‌طور کلی اکثر دندان‌پزشکان (بیش از ۶۰ درصد) اهمیت موضوع کودک آزاری و داشتن جایگاه مناسب به‌عنوان دندان‌پزشک جهت تشخیص کودک آزاری را درک کرده و تمایل به تشخیص این موارد داشتند. همچنین گزارش‌دهی موارد کودک آزاری به مراجع قانونی را از وظایف قانونی خود قلمداد می‌کردند.

بیش‌ترین میزان توافق دندان‌پزشکان با وظیفه قانونی بودن گزارش‌دهی کودک آزاری به مراجع قانونی بود که در مطالعه‌ی استرالیا نیز این میزان موافقت بالا بود، هرچند نه در استرالیا و نه در ایران در حال حاضر اجبار قانونی برای گزارش‌دهی موارد کودک آزاری توسط دندان‌پزشکان وجود ندارد و عدم گزارش‌دهی سبب مجازات قانونی نخواهد شد [۳۴]. هم‌اکنون الزام به گزارش‌دهی موارد کودک آزاری توسط مطب‌های خصوصی به‌صورت لایحه‌ی حمایت از کودکان و نوجوانان در مجلس شورای اسلامی در دست بررسی است [۲۳] و بدیهی است که قانون‌گذاری‌های مورد لزوم در این زمینه باید ایجاد شود.

در مطالعه‌ی حاضر دندان‌پزشکان زن نگرش صحیح‌تری در مورد کودک آزاری داشتند. در مطالعه‌ی انجام شده در کشور ایتالیا هم جنسیت زنانه فاکتور مؤثری بر افزایش سطح نگرش و درک این مطلب بوده است [۳۶]. می‌توان گفت زنان به‌ویژه در کشورهایی مانند ایران به دلیل نقش سنتی خود در تربیت فرزند و ارتباط بیش‌تری که در امور مربوط به کودکان دارند، درک بهتری از آسیب‌های کودک آزاری و نگرش مثبت‌تری نسبت به اهمیت موضوع دارند [۴۷].

نمره‌ی نگرش نسبت به اهمیت موضوع کودک آزاری در دندان‌پزشکی با نمره‌ی دانش دندان‌پزشکان رابطه‌ی مستقیمی داشت، به‌طوریکه افراد با آگاهی بیش‌تر نگرش مطلوب‌تری در این زمینه داشتند. هم‌چنین در این مطالعه دندان‌پزشکان متخصص نگرش صحیح‌تری نسبت به دندان‌پزشکان عمومی داشتند، که این امر می‌تواند ناشی از آگاهی بیش‌تر آنان نسبت به موضوع کودک آزاری باشد.

فقط یک دهم از دندان‌پزشکان این پژوهش گزارش کردند که در طی ۶ ماه گذشته با موارد کودک آزاری در بیمارانشان مواجه شده بودند و فقط ۵ درصد از آن‌ها برخی موارد را به مراجع قانونی گزارش نموده بودند. در بررسی انجام شده در پزشکان عمومی کرمان، ۶۵ درصد از آن‌ها برخورد با موارد کودک آزاری را تجربه کرده، ولی تنها ۴/۵ درصد آن گزارش‌دهی کرده بودند [۴۳]. علت اختلاف در تجربه‌ی برخورد با موارد کودک آزاری بین پزشکان و دندان‌پزشکان می‌تواند به علت بیش‌تر بودن سطح آگاهی پزشکان نسبت به دندان‌پزشکان (۴۵ درصد دارای اطلاعات خوب و کافی بودند) باشد که منجر به میزان تشخیص بالاتری می‌شود. با توجه به شیوع کودک آزاری در جمعیت کشور ما، در صورت بالا بودن آگاهی کودک آزاری و علایم آن انتظار می‌رفت میزان تجربه‌ی برخورد بیش‌تر از این مقدار باشد. اما به‌طور کلی میزان گزارش نمودن این موارد، هم در پزشکان عمومی و هم در دندان‌پزشکان بسیار پایین بوده است. در مطالعه‌ی حاضر همانند دیگر مطالعات در بین دندان‌پزشکان، میزان گزارش‌دهی کم‌تر از موارد تشخیص داده شده است اما به هر حال سطح گزارش‌دهی در آن کشورها بالاتر از ایران بوده است [۴۸، ۳۹،

۳۳، ۲۴] که امکان دارد به دلیل الزام به گزارش‌دهی موارد کودک آزاری به مراجع قانونی در آن کشورها باشد.

در این مطالعه، ۲۰ درصد از دندان‌پزشکان پس از مواجهه با کودک آزاری در بیمارانشان، از انجام درمان برای او به دلیل این مشکل صرف‌نظر کرده بودند که در مقایسه با مطالعه‌ی استرالیا که این میزان ۲-۱ درصد بود، آمار بالایی محسوب می‌شود [۳۴]. این یافته ممکن است به دلیل وجود ضعف‌هایی در زمینه‌ی مسؤولیت‌های اخلاقی در حمایت از حقوق کودکان در ایران باشد، چنان‌که اگر کودکی که متحمل آزارهایی از طرف اطرافیان خود شده است، از درمان دندان‌پزشکی مورد نیاز خویش هم محروم گردد، مسلماً صدمه‌ی بیش‌تری خواهد دید. بیش از یک سوم دندان‌پزشکان مورد بررسی، گزارش کردند که اگر با موارد کودک آزاری در بیمارانشان مواجه شوند، آن را گزارش نمی‌دهند. دندان‌پزشکان مهم‌ترین دلیل برای گزارش نکردن را نداشتن اطلاعات کافی و عدم آگاهی از چگونگی رسیدن به تشخیص قطعی ذکر کردند. این یافته در راستای سایر مطالعات در این زمینه می‌باشد [۴۸، ۴۱، ۳۹، ۳۷، ۳۴، ۳۳]. این یافته‌ها در تأیید سایر یافته‌های این تحقیق، نشان دهنده‌ی ضعف آگاهی دندان‌پزشکان می‌باشد و نیاز به آموزش‌های گسترده در زمینه‌ی تشخیص و گزارش‌دهی موارد کودک آزاری را تأیید می‌نماید.

در پژوهش حاضر تنها یک چهارم از دندان‌پزشکان گزارش کردند که در برنامه درسی دوران دانشجویی خود اطلاعاتی پیرامون تشخیص و گزارش‌دهی کودک آزاری دریافت داشته‌اند. این آمار مشابه بررسی انجام شده در کالیفرنیا و اسکاتلند می‌باشد [۴۸، ۲۴].

به‌طور کلی این آمار نشان دهنده‌ی خلاء آموزشی و ناکافی بودن اطلاعاتی است که دندان‌پزشکان از تحصیلات آکادمیک خود دریافت می‌کنند و این مطلب به‌علاوه‌ی درخواست اکثریت دندان‌پزشکان به دریافت اطلاعات بیش‌تر در این زمینه، لزوم بازنگری بر برنامه‌ی آموزشی دندان‌پزشکی کشور را تأیید می‌نماید.

نتیجه‌گیری

با توجه به جایگاه ویژه‌ی دندان‌پزشکان در امر تشخیص و گزارش‌دهی موارد کودک آزاری، و پایین بودن سطح آگاهی ایشان در این زمینه به‌علاوه علاقه‌مندی دندان‌پزشکان به فعالیت در این زمینه، پیشنهاد می‌گردد واحدهای درسی

اختصاصی به برنامه‌ی آموزشی دندان‌پزشکی اضافه گردد. همچنین آموزش دندان‌پزشکان شاغل از طریق بازآموزی‌ها و کنفرانس‌های علمی باید مدنظر قرار گیرد.

References

1. Sanders T, Cogley C. Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: an overview of the literature. *Accid Emerg Nurs* 2005; 13(2): 130-6.
2. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24.
3. World health organization. report of the consultation on child prevention , 29-31, march 1999. Geneva: World health organization; 1999. Available From: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
4. Intrnational Child Abuse Network, difination of child abuse 2010 [Internt]. available from <http://www.yesican.org/difinated.htm>
5. Spencer D. Paediatric trauma: when it is not an accident. *Accid Emerg Nurs*. 2002; 10(3): 143-8.
6. Cindy W, Block R. Committee on child abuse and neglect, American Academy of Pediatrics. abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009; 123(5): 1409-11
7. Jessee S. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am fam physician* 1995; 52(6): 1829-34.
8. Kellogg N, American Academy of pediatrics committee on child abuse and neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005; 116(6): 1565-8.
9. Chaney SE. Child abuse: clinical findings and management. *J Am Acad Nurse Pract* 2000; 12(11): 467-71.
10. Pritchard C. The child abusers: research and controversy. Berkshire: Open University Press; 2004. p. 11-29.
11. De Jong AR. Sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Sex Transm Dis* 1986; 13(3): 123-126.
12. Schlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L. Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 40(3): 376-378.
13. American Academy of Pediatric Denstistry. Difination of dental neglect. *pediatr Dent* 2003; 25(suppl): 7.
14. MacMillan HL, Munn C. The sequelae of child maltreatment. *Curr Opin Psychiatry* 2001; 14(4): 325-31.
15. Sakellidis EI, Spiliopoulou CA, Papadodima SA. Forensic investigation of child victim with sexual abuse. *Indian Pediatr* 2009; 46(2): 144-51
16. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-year perspective study of the long-term effects on early child physical maltreatment on psychological, behavioral and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(8): 824-30.
17. Shojaeizadeh D. Child abuse in the family: An analytical study. *Iranian J Publ Health* 2001; 30(1-2): 45-8.
18. Von Burg MM, Hibbard RA. Child abuse education: do not overlook dental professionals. *ASDC J Dent Child* 1995; 62(1): 57-63.
19. Calam R, Bolton C, Barrowclough C, Roberts J. Maternal expressed emotion and clinician ratings of emotional maltreatment potential. *Child Abuse Negl* 2002; 26(10): 1101-6.
20. Madani S. Survey about child abuse trend based on ethiology. *social welfare* 2003; 2(7): 163-190.
21. United Nation, convention on the rights of the child. Geneva, Switzarland: affice of the high commissiner for human rights 1998; Available from: <http://www.ohchr.org/english/law/crc.htm>
22. Convention on the rights of the child [Internet]. Available from: <http://www.emdadgar.ir/special/peyamankodak/peyman.htm>
23. Private clinics must report child abuse [Internet]. Available from: <http://www.asriran.com/fa/news/126102>
24. Ramos-Gomez F, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1998; 129(3): 340-8.
25. Donaruma-Kwoh MM, Wai S, Oropharyngeal lesions and trauma in children. *J Clin Pediatr Emerg Med* 2010; 11(2): 112-21.
26. Folland DS, Burke RE, Hinman AR, Schaffner W. Gonorrhea in preadolescent children: an inquiry into source of infection and mode of transmission. *Pediatrics* 1977; 60(2): 153-6.
27. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosis abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis child* 2007; 92(12): 1113-7.

28. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, Marcario V, De Rosa S, Solarino B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(2): 96-101.
29. Amar papulation.[Internet] Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=103>
30. Stalker CA, Russell BD, Teram E, Schachter CL. Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: Treatment considerations for the practitioner. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(9): 1277-81.
31. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Rath W. Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. *J Psychosom Res* 2007; 62(5): 581-8.
32. Lali M, Abedi A. A study of the relationship between child abuse and depression among out-patient at counseling center in Isfahan. *Quarterly Journal of Psychological Studies* 2009; 4(4): 81-94.
33. Bankole OO, Denloye OO, Adeyemi AT. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among Nigerian dentists. *Afr J Med Med Sci* 2008; 37(2) :125-34.
34. John V, Messer LB, Arora R, Fung S, Hatzis E, Nguyen T, et al. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Aust Dent J* 1999; 44(4): 259-67.
35. Jessee SA, Martin RE. Child abuse and neglect: assessment of dental students' attitudes and knowledge. *ASDC J Dent Child* 1998; 65(1): 21-4.
36. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *J Clin Pediatr Dent* 2007; 32(1): 19-25.
37. Al-Habsi S, Roberts GJ, Attari N, Parekh S. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? *Br Dent J* 2009; 206(4): E7.
38. Al-Jundi SH, Zawaideh FI, Al-Rawi MH. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. *J Dent Educ* 2010; 74(10): 1159-65.
39. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent* 2010; 1,20(5): 361-5.
40. Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. *J Dent Educ* 2012; 76(11): 1512-9.
41. Feng JY, Levine M. Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse Negl* 2005; 29(7): 783-95
42. Garrusy B, Safizadeh H, Tajaddini R. The knowledge of interns of Kerman medical sciences university regarding child maltreatment. *Strides Dev Med Educ* 2005; 2(2): 109-115.
43. Garrousi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Knowledge, attitude and practice of general practitioners in Kerman concerning child abuse. *Payesh Health Monit* 2006; 5(3): 213-220.
44. Garrousi B, Safizadeh H, Doust mohammadi L. The rate of awareness and attitude of pediatricians and pediatric residents regarding child maltreatment. *Sci J Forensic Med* 2005; 11(38): 83-7.
45. Shore R. Pediatricians in Israeli: factors which affects the diagnosis and reporting of maltreatment children. *Child Abuse Negl* 1998; 22(2):143-53
46. Ertem IO, Bingoler BE, Ertem M, Uysal Z, Gozdasoglu S. Medical neglect of child: challenges for pediatricians in developing countries. *Child Abuse Negl* 2002; 26(8): 757-61
47. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed k, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experiences regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(10): 1161-78.
48. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J* 2013; 214(9): E24.

Knowledge of, attitudes toward and experience about child abuse among dentists in Isfahan

Zahra Saied Moallemi*, Marzie Yazdi

Abstract

Introduction: Dentists are in a unique position to recognize and report child abuse (CA), as head, face and neck injuries occur in more than half of cases of CA. The aim of the present study was to assess the knowledge of, attitudes toward and experience about CA and neglect among dentists.

Materials and methods: A cross-sectional study by means of a multi-stage sampling was carried out among dentists working in Isfahan University of Medical Sciences, private offices and dental clinics in Isfahan, Iran. Data were gathered through a self-administered questionnaire from 134 general dental practitioners and 40 dental specialists. Spearman, Pearson, one-way ANOVA and Friedman analyses were applied at a confidence interval of 95%.

Results: Dentists showed insufficient knowledge on different types and signs of CA. Dentists had positive attitudes toward the diagnosis of CA and demonstrated great interest in reporting suspected CA cases to the authorities (the mean attitude score was 15.1 of 20). Female dentists showed more positive attitudes than their male colleagues (p value = 0.03). Of dentists, 11.5% reported to have had suspicions of CA and neglect and only one of them (5%) had reported some of these cases to social services. The most important barriers towards reporting suspected cases to social services were uncertainty of the occurrence of CA and lack of adequate knowledge about CA.

Conclusion: Under the limitations of the present study, dentists had low knowledge about, positive attitudes toward and insufficient knowledge about child abuse. It is suggested that special courses on child abuse be incorporated into dental curricula and into continuing education and scientific conference programs for dentists.

Key words: Attitude, Child abuse, Child maltreatment, Dentists, Knowledge

Received: 12 Nov, 2013

Accepted: 14 Jan, 2014

Address: Assistant Professor, Torabinejad Dental Research Center, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Email: smoallemi@mui.ac.ir

Citation: Saied Moallemi Z, Yazdi M. **Knowledge of, attitudes toward and experience about child abuse among dentists in Isfahan.** J Isfahan Dent Sch 2014; 10(1): 75-85.