

بررسی شیوع کودک آزاری در دو منطقه تهران

دکتر آفرین رحیمی موقر*، دکتر نعمت الله بابایی**، محمدرضا رستمی***

بدرفتاری با کودک یک مشکل بهداشتی - روانی - اجتماعی است که مورد بی‌توجهی زیادی قرار گرفته است. در ایران به دلیل فراوانی عوامل مستعد کننده و همچنین وجود شواهد گوناگون، به نظر می‌رسد میزان شیوع بدرفتاری با کودکان بالا باشد، ولی میزان گزارش قانونی آن بسیار کم است. هدف از این مطالعه، تعیین شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در دو منطقه کاملاً متفاوت تهران از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی و بررسی برخی از عوامل مخاطره آمیز بوده است.

در این پژوهش مقطعی که در دو منطقه ۲۰ و ۳ آموزش و پرورش تهران در سال ۱۳۷۵ انجام شد، مجموعاً ۱۴۰ کودک با نسبت مساوی از دو منطقه، دو جنس و سه مقطع دبستان، راهنمایی و دبیرستان، با روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. کودکان دو منطقه از نظر بعد خانوار، تحصیلات پدر و مادر، میزان بیکاری پدر و میزان اشتغال مادر تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشتند اما از نظر سن پدر و مادر و میزان مهاجرت تفاوت محسوسی نشان نمی‌داد.

میزان شیوع بدرفتاری جسمی با کودک با اطمینان ۹۵ درصد در منطقه ۲۰، با شیوع ۳۷ تا ۴۶ درصد و در منطقه ۳ با شیوع ۱۶ تا ۲۴ درصد بوده است. عوامل بدرفتاری را در منطقه ۲۰، بیشتر مادران و در منطقه ۳ به نسبت مساوی مادران و پدران تشکیل می‌دادند. مهم‌ترین کودکان در معرض خطر بدرفتاری جسمی در منطقه ۲۰، کودکان سنین راهنمایی (ابتدای سنین نوجوانی) و کودکان دارای پدر بیکار بوده‌اند. در منطقه ۳، دختران دبیرستانی و کودکانی که تحصیلات پدرشان در حد دیپلم یا کمتر بود، بیشتر در معرض خطر بوده‌اند. این

* روانپزشک، مسئول گروه پژوهش بهداشت روان، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

** متخصص پزشکی اجتماعی، عضو گروه پژوهش رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** کارشناس شهرداری تهران

تحقیق با حمایت مالی ستاد «شهر سالم» و معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور انجام شده است.

مقدمه

تربیت کودکان و توجه به خصوصیات روحی و جسمی آنها هنوز در کشور ما مقام شایسته ای احراز نکرده است؛ در حالی که به دلیل نقش کودکان در سازندگی آینده جوامع و آسیب پذیری آنان، توجه به آنان می بایست در اولویت برنامه های ملی هر کشور قرار گیرد. خانواده به طور نسبی به عنوان یک واحد چند کارکردی شناخته می شود که مرکز ثبات و سلامت جامعه بشری است. تغییرات عظیم اجتماعی، خانواده ها را نیز دستخوش تغییر می کند، جایگاه برخی از مشکلات اجتماعی (Social Problems) در خانواده است. اگر چه ریشه بسیاری از این مشکلات خارج از خانواده و در مسائل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی می باشد، ولی مشکلاتی را در خانواده ایجاد می کند که تعداد بی شماری از کودکان و بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می دهد.

خانواده مانند سکه ای است که دو رو دارد، روی مثبت آن پناهگاهی است در مقابل دنیایی که هر کس را به خود وا می گذارد. مأوایی است که در آن محبت و امنیت و آرامش حکمفرماست و از فرد در مقابل خواسته های سخت و پر فشار زندگی روزمره حمایت و حفاظت می کند. اعضای خانواده در هر شرایطی به یکدیگر عشق می ورزند، از یکدیگر مراقبت می کنند و یکدیگر را می پذیرند. در روی دیگر این سکه، تنش و ناسازگاری درون تمام خانواده ها است. ارتباط نزدیک افراد خانواده می تواند کشمکش ایجاد نماید. در برخی از خانواده ها تنش غیرقابل اجتنابی که در سیر زندگی روزمره ایجاد می شود، حل شده و در برخی دیگر، کشمکش به خشونت یا فرار منجر می شود.

اساس خانواده مانند سایر تشکیلات اجتماعی، بر قدرت استوار است. قدرت به طور نامساوی بین والدین و کودکان و میان همسران تقسیم می شود و فرد غالب معمولاً مرد می

باشد. والدین صاحب اختیار فرزندانشان می باشند. والدین به خود حق می دهند، تا برای تربیت فرزندانشان به هر شیوه ای که صلاح می دانند آنان را تنبیه کنند.

برخلاف نهادهای دیگر اجتماعی، نهاد خانواده تقریباً تمام فعالیتها و علایق افراد را در برمی گیرد. به علاوه، ارتباط و تعامل زیاد اعضای خانواده با یکدیگر احتمال مخالفتها، ناسازگاریها، تحریکات و هیجانات، پرخاشگری و خشونت را بالا می برد. وسعت فعالیتها و شدت احساسات در خانواده، بیش از سایر نهادهای اجتماعی است. به دلیل وجود عشق و علاقه همراه با مخالفتها و ناسازگاریها شدت کشمکش بالاست. بنابراین، میزان تنش و رنجی را که افراد درون خانواده تجربه می کنند، بیش از میزان تنشی است که در مورد مشابه خارج از خانواده تجربه می شود.

خلوت و خصوصی بودن خانواده نیز احتمال خشونت را افزایش می دهد. اصل خصوصی بودن خانواده سه عارضه منفی به همراه دارد. اول اینکه، به دلیل محدود و محصور بودن خانواده، اجتماع برای حفاظت افراد در مقابل خشونت، توان کافی ندارد. دوم اینکه، افراد در درون خانواده، خود را آزاد و فارغ از کنترل اجتماع می دانند. سوم اینکه، اصل خصوصی بودن خانواده، اغلب مانع از کمک خواهی قربانیان از خارج از خانواده می شود.

ممکن است کشمکش در خانواده در نتیجه تفاوت در سن، جنس، یا نقشهای متفاوت افراد خانواده (شوهر در مقابل زن، والدین در مقابل کودکان) نیز ایجاد شود. در خانواده، استقلال، فعالیتها و علایق مشخص هر فرد نیز مورد تهدید قرار می گیرد.

در نهایت، خانواده تحت تأثیر فشارهای مختلفی است که آن را به سمت رفتار خشونت آمیز سوق می دهد، به خصوص خانواده های کم درآمد که بیشترین میزان خشونت را به خود اختصاص می دهند. در مسیر زندگی، خانواده در حالی که با مسئولیتهای اساسی اجتماعی روبه روست دچار حوادث فشارزای گوناگون می شود. در نتیجه ممکن است از خشونت نیز به عنوان یکی از ساز و کارهای انطباق استفاده نماید و کودکان نیز آن را به عنوان یکی از شیوه های عملی بیاموزند.

مهمترین محل بروز خشونت در جامعه، خانواده است. در آمریکا یک چهارم جنایتها را قتل همسران، والدین و کودکان در خانواده تشکیل می دهد. میلیونها زن و کودک مستمراً مورد ضرب و شتم شوهران و والدین خود قرار می گیرند. حتی برخی از اوقات سالمندان مورد حمله فرزندان بزرگسال خود قرار می گیرند.

خشونت در خانواده به چند دسته تقسیم می شود: خشونت نسبت به کودک، خشونت نسبت به همسر، خشونت نسبت به سالمندان، خشونت نسبت به خواهر و برادر، خشونت نسبت به والدین. شایع ترین نوع خشونت درون خانواده، بدرفتاری والدین با کودکان است. بدرفتاری با کودکان یک بیماری طبی - روانی - اجتماعی است که از ابعاد مختلف، آحاد جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد: عاملان این آسیب، بزرگسالان و افراد مورد آسیب، کودکان می باشند.

بدرفتاری با کودکان، یکی از وجوه خشونت اجتماعی است که آرام به درون جامعه می خزد و ردپای آن در همه جنایتها آشکار است. حدود بدرفتاری از محروم ساختن کودک از غذا، لباس، سرپناه و محبت پدری و مادری تا آزارهای جسمی و جنسی که آشکارا به صدمه بدین و گاهی مرگ منجر می شود، گسترده است.

بدرفتاری با کودکان از علل مهم برخی از اختلالات روانپزشکی است. اختلالات اضطرابی، تجزیه ای و سوماتوفورم، افسردگی، الکلیسم و اعتیاد به موادمخدر، ناتوانیها و انحرافات جنسی، اختلالات شخصیت مرزی، انواع ترس، شب ادراری، اختلالات خواب و خوردن، اختلالات یادگیری و عقب ماندگی ذهنی و مشکلات اجتماعی مانند فحشا، بزهکاری، مشکلات زناشویی، بی خانمانی، خودکشی، رفتار ضداجتماعی، خشونت و افراد کودک آزار در آینده و همچنین از علل بارز بیماریها و صدمات جسمی، معلولیتها و مرگ کودکان می باشد.

علاوه بر این، بدرفتاری با کودک نشانه یک خانواده مختل است: مثلث پدر، مادر و کودک درگیر و پاتولوژیک است. فرد مرتکب، فرد آزار دیده، فرد شاهد و در واقع تمام افراد خانواده گروه هدف را تشکیل می دهند. بدرفتاری با کودکان، از شاخصهای مهم پرخاشگری و خشونت در بزرگسالان است.

تعریف

در این مقاله، بدرفتاری با کودکان به عنوان ترجمه کلمه "Child Abuse" و "Child" "Maltreatment" به کار می رود. در ممالک مختلف، بدرفتاری با کودکان از دیدگاه‌های مختلف قانونی، پزشکی، اجتماعی و غیره تعریف شده است و شامل هرگونه بدرفتاری جسمی، جنسی، روانی با کودک یا غفلت از کودک (زیر ۱۸ سال) توسط فرد بالغ (بالای ۱۸ سال) می باشد. معیار قضاوت بدرفتاری، معمولاً قضاوت اجتماعی یا به عبارت دیگر کلیه اعمال خشونت آمیز یا غیرخشونت آمیز یا غفلت است که کودک را در معرض خطر قرار دهد. (Eitzen, 2002 & Reber, 2001).

بدرفتاری جسمی با کودک (Physical Child Abuse): در تعریف بدرفتاری جسمی با کودک، اتفاق نظر وجود ندارد. تعریف گلز و استراوس (Straus & Gelles 1980) از بدرفتاری چنین است: «هرگونه خشونت که به قصد آزار جسمی به کودک اعمال یا به این نیت تلقی شود» بدرفتاری جسمی با کودک خوانده می شود. به این ترتیب، سیلی زدن به صورت یا روی دست یا به باسن نیز بدرفتاری جسمی است، در حالی که معمولاً این میزان تنبیه، قانونی و از نظر اجتماعی پذیرفته شده است.

تعریف عملی تر از بدرفتاری جسمی با کودک چنین است: «هر عملی که به طور غیرتصادفی موجب وارد آمدن آسیب جسمی به یک کودک شود» یا به عبارت دیگر، وارد آمدن «آسیب عمدی از طرف افراد بالغ (بالای هیجده سال) به کودک» را بدرفتاری جسمی با کودک گویند. اغلب این آسیب، به دنبال تنبیه بدنی شدید یا بدون دلیل ایجاد می شود. از دیدگاه بالینی، انواع آسیب به صورت صدمه به پوست و بافت های سطحی، سر، احشای داخلی و سیستم اسکلتی مشخص می شود.

این تعریف، از اینجا به دست آمده است که برخی از خشونت‌های خانوادگی، خشونت طبیعی (Normal Violence) تلقی می شوند. فرم‌ها یا هنجارها، قوانین و استانداردهایی هستند که از نظر اجتماعی، رفتار مورد پذیرش را تعریف و مشخص می کنند. به عنوان مثال، طبق باورهای اجتماعی، زدن کودک به دلیل بی توجهی به دستورهای بزرگترها، نه تنها مقبول، بلکه

لازم است. از سوی دیگر، بسیاری از خشونت‌های خانوادگی از دید اجتماعی، قابل پذیرش نیست و خشونت بدرفتارانه (Abusive Violence) خوانده می‌شود. اگر پذیرش یا عدم پذیرش اجتماعی یک رفتار را ملاک تفکیک رفتار طبیعی از بدرفتاری بدانیم، می‌بایست میزان شیوع و رفتارهای خشونت آمیز را در هر جامعه سنجید و معیار خاص آن جامعه را ارائه نمود. در این صورت، به عنوان مثال، اگر در یک منطقه تنبیه کودکان با سوزاندن دست شایع و طبیعی تلقی شود، نباید این رفتار را بدرفتاری خواند. بنابراین، به نظر می‌رسد که برای رسیدن به یک تعریف واحد و کاربردی، بهتر است به جای ملاک هنجار اجتماعی، از ملاک وقوع صدمه استفاده نمود. به همین جهت ماده ۱۱۷۹ قانون مدنی کشور که اساس تعریف بدرفتاری با کودک را تفسیر قاضی از حدود تأدیب قرار داده است، دقیق به نظر نمی‌رسد.

اهداف پژوهش

اهداف پژوهش عبارت بود از: تعیین شیوع بدرفتاری جسمی با کودک برحسب منطقه محل سکونت، سن، جنس، بعد خانوار، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و بررسی مقایسه ای بدرفتاری جسمی با کودک براساس متغیرهای ذکر شده و تعیین برخی عوامل مخاطره آمیز برای بدرفتاری در هر منطقه.

روش کار

براساس اهداف مطالعه، محله سیزده آبان منطقه ۲۰ شهرداری تهران (شهر سالم) به عنوان گروه هدف و منطقه ۳ تهران به عنوان گروه مقایسه انتخاب شد. نحوه انتخاب منطقه مقایسه از طریق روش اتکا به شهرت (Reputation Method) بوده است. به این ترتیب که ۵ نفر از مسئولان آموزش و پرورش در تفاوت قابل ملاحظه وضعیت اقتصادی اجتماعی والدین دانش آموزان دو منطقه توافق داشتند. در منطقه ۲۰، والدین از طبقه اجتماعی اقتصادی پایین تر و در منطقه ۳ از طبقه بالاتر برخوردار بودند.

مطالعه از طریق پرکردن پرسشنامه های بدون نام ۴۱ سؤالی، توسط دانش آموزان سه مقطع تحصیلی دبستان، راهنمایی و دبیرستان دو منطقه در مدارس و کلاس دانش آموز انجام گردیده است. قبل از شروع مطالعه پرسشنامه با ده نفر از دختران دبستان منطقه ۲۰ مورد آزمایش قرار گرفت و اصلاحات لازم به عمل آمد. قبل از شروع تکمیل پرسشنامه در هر کلاس، پرسشنامه توسط پرستگران مجرب که روانشناسان با سابقه بوده اند، توضیح داده شد. برای نمونه گیری از روش انتخاب تصادفی سیستماتیک استفاده شد. حجم نمونه مجموعاً برابر با ۸۴۰ نفر بود. کلیه داده های به دست آمده پس از ویرایش نهایی، با استفاده از نرم افزار SPSS و با آزمونهای آماری آنالیز واریانس و X^2 مورد تحلیل قرار گرفته اند. در این مطالعه از تعاریف عملیاتی زیر استفاده شده است:

بدرفтары جسمی با کودک: آسیب عمدی به یک کودک از طرف افراد بالغ و بزرگتر (افراد بالای ۱۸ سال)

کودک: افراد هشت تا بیست سال دانش آموز

انواع آسیب:

- ۱ - صدمه به پوست و بافتهای سطحی (کبودی، سوختگی، زخم، تورم)
- ۲ - صدمه به سیستم اسکلتی (استخوانها)
- ۳ - صدمه هایی که منجر به مراجعه به پزشک یا بستری شدن در بیمارستان شود؛ تنبیه بدنی کودک: هرگونه خشونت جسمی نسبت به کودک و کتک زدن وی.

یافته ها

الف - مقایسه دانش آموزان دو منطقه از نظر شاخصهای اجتماعی جمعیت شناختی

- ۱ - در هر دو منطقه تعداد کودکان دختر و پسر و تعداد کودکان از هر مقطع تحصیلی مساوی در نظر گرفته شده است.

۲- اختلاف ناچیزی میان میانگین سنی کودکان مورد پژوهش در هر دو منطقه وجود دارد، به طوری که در منطقه ۳ میانگین سن ۱۳ و در منطقه ۲۰ برابر با ۱۳/۷ سال می باشد. حداقل سن کودکان ۹ و حداکثر ۲۰ سال بوده است.

۳- میانگین تعداد افراد خانواده در منطقه ۳ حدود ۴/۵ و در منطقه ۲۰ حدود ۶/۲ نفر بوده است.

۴- میانگین سنی پدران در منطقه ۳ برابر ۴۷/۲ سال و در منطقه ۲۰ میانگین سنی ۴۵ سال می باشد.

۵- میانگین سنی مادران در منطقه ۳ برابر با ۴۰/۸ سال و در منطقه ۲۰ میانگین سنی ۳۷ سال می باشد.

بنابراین میانگین سن پدران و مادران در منطقه ۲۰ مختصری کمتر از منطقه ۳ می باشد.

۶- ۷۵٪ از پدران منطقه ۳ دارای تحصیلات عالی می باشند، در صورتی که تنها ۲٪ از پدران منطقه ۲۰ تحصیلات عالی دارند. یعنی ۹۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم یا کمتر می باشند. همچنین در حالی که هیچکدام از پدران منطقه ۳ بیسواد نیستند، ۱۹٪ از پدران منطقه ۲۰ از نعمت سواد بی بهره اند.

۷- حدود ۴۸ درصد از مادران در منطقه ۳ دارای تحصیلات عالی می باشند در صورتی که در منطقه ۲۰ حدود ۰/۶ درصد از مادران تحصیلات عالی دارند و ۶۸ درصد از نعمت سواد یا سواد کافی بی بهره اند (۲۵ درصد بی سواد و ۴۳ درصد ابتدایی).

۸- بالاترین فراوانی نوع شغل پدر در منطقه ۳، کارمند دولت با ۳۲/۷ درصد فراوانی و در منطقه ۲۰ با شغل کارگر با ۳۴ درصد فراوانی می باشد. میزان بیکاری در منطقه ۲۰ برابر با ۱/۹ درصد بوده و هیچ موردی از بیکاری پدر در منطقه ۳ یافت نشد. ۹/۶ درصد از پدران در منطقه ۳ پزشک بودند، در حالیکه در منطقه ۲۰ هیچیک پزشک نبودند. همچنین پدران منطقه ۳ به میزان ۲/۹ درصد و پدران منطقه ۲۰ به میزان ۱۴ درصد مغازه دار بوده اند. ۹- ۶۵/۵ درصد از مادران در منطقه ۳ خانه دار و ۳۴/۵ درصد آنان شاغل می باشند. در صورتی که در منطقه ۲۰، ۹۴/۵ درصد از مادران خانه دار می باشند.

۱۰- در منطقه ۳ در ۷۹/۵ درصد موارد رتبه تولد کودکان مورد پژوهش تولد اول یا دوم بوده است و در منطقه ۲۰ این فراوانی به ۴۴/۷ درصد کاهش می یابد.

۱۱- در منطقه ۳ در ۸۸/۸ درصد از موارد و در منطقه ۲۰ در ۸۵/۵ درصد از موارد کودکان مورد پژوهش متولد تهران بوده اند. تولد کودک در شهرستان به عنوان شاخص مهاجرت در نظر گرفته شد.

ب - مقایسه دو منطقه از نظر شیوع تنبیه بدنی، بدرفتاری جسمی و خصوصیات آن

۱- در منطقه ۳ بیش از ۴۵ درصد از کودکان مخالف کتک خوردن کودکان از بزرگترها بوده اند، اما در منطقه ۲۰ این نسبت به ۴۰/۷ درصد کاهش می یابد.

۲- در منطقه ۲۰، ۷۳/۳ درصد از کودکان سابقه تنبیه بدنی را گزارش کرده اند، اما در منطقه ۳ این رقم به ۵۹/۷ درصد کاهش می یابد. در هر دو منطقه پسران بیشتر از دختران مورد تنبیه بدنی واقع شده اند. این امر ممکن است به دلیل جنب و جوش کمتر دختران، تبعیت بیشتر آنان از والدین خود و ارتکاب کمتر به اعمال خلاف نظر والدین بوده است، یا باورهای فرهنگی و نگرش خانواده ها مبنی بر لزوم تنبیه بدنی پسران و حرمت تنبیه دختران توجیه کننده این یافته باشد که نیاز به بررسی بیشتر دارد.

۳- بیشترین منبع تنبیه بدنی هر کودک در منطقه ۳ به ترتیب در ۴۷/۲ درصد موارد پدر، ۴۲/۸ درصد مادر و در ۱۰ درصد موارد سایرین بوده اند. در منطقه ۲۰ در ۴۲/۹ درصد موارد پدر، ۳۷/۳ درصد موارد مادر و در ۱۹/۸ درصد موارد سایرین ذکر شده است.

به طور کلی در هر دو منطقه پدران کمی بیش از مادران فرزند خود را مورد تنبیه بدنی قرار داده اند. سهم سایرین در منطقه ۲۰ بیشتر از منطقه ۳ می باشد که نیاز به بررسیهای بیشتری دارد. همچنین در هر دو منطقه فرد مرتکب تنبیه بدنی در مورد پسران به میزان بیشتری پدر (در منطقه ۳ به میزان ۶۴ درصد و در منطقه ۲۰ به میزان ۶۰/۶ درصد) و در مورد دختران مادر (در منطقه ۳ به میزان ۶۵/۸ درصد و در منطقه ۲۰ به میزان ۵۵/۹ درصد) بوده است.

در منطقه ۳ با بزرگتر شدن سن کودکان تغییر محسوسی در فرد مرتکب تنبیه بدنی به چشم نمی‌خورد، ولی در منطقه ۲۰ در سنین پایین تر فرد مرتکب بیشتر مادر بوده و با بزرگتر شدن سن کودکان به سمت پدر تغییر می‌یابد.

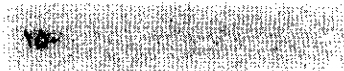
۴- در منطقه ۳ آموزش و پرورش ۳۸/۲ درصد از کودکان نسبت به تنبیه بدنی کودکان کوچکتر از خود نگرش موافق دارند، در صورتی که در منطقه ۲۰ نگرش موافق بر ۴۳ درصد بالغ می‌شود.

۵- در منطقه ۲۰ حدود ۴۱/۴ درصد از کودکان اظهار داشته‌اند که توسط افراد بزرگتر مورد بدرفتاری جسمی قرار گرفته‌اند، در منطقه ۳ این رقم ۲۰ درصد می‌باشد.

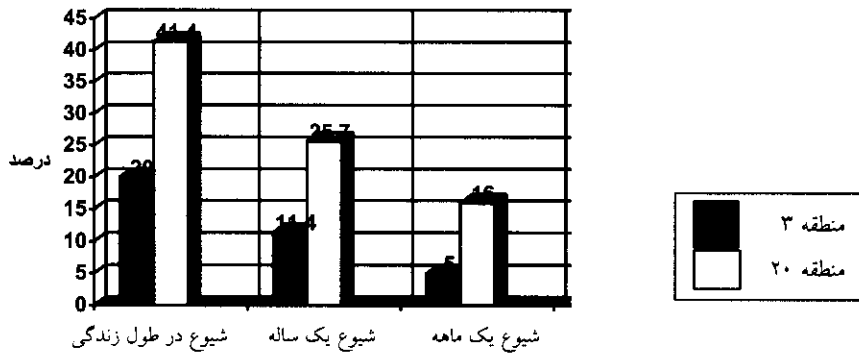
میزان شیوع بدرفتاری جسمی در منطقه ۲۰ بیش از ۲ برابر میزان شیوع آن در منطقه ۳ می‌باشد. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میزان شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در طول زندگی در منطقه ۳ برابر با ۱۶ تا ۲۴ درصد و در منطقه ۲۰ برابر با ۳۷ تا ۴۶ درصد می‌باشد.

بنابراین ملاحظه می‌شود که میزان تنبیه بدنی در منطقه ۳ کمتر از منطقه ۲۰ می‌باشد، علاوه بر آن موارد شدید تنبیه بدنی که منجر به صدمه می‌گردد در منطقه ۳ یک سوم کل تنبیه‌ها در منطقه ۲۰ حدود ۵۷ درصد موارد تنبیه می‌باشد. بنابراین تنبیه بدنی کودکان در منطقه ۳ هم از نظر شیوع و هم از نظر شدت به میزان کمتری نسبت به منطقه ۲۰ رخ می‌دهد. این ارقام نشانگر میزان شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در طول زندگی (Life Time Prevalence) می‌باشد. لیکن از آنجا که متوسط سن کودکان دو منطقه حدود ۱۳ سالگی می‌باشد شیوع را تا سن متوسط ۱۳ سالگی نشان می‌دهد. همچنین احتمال فراموش شدن موارد بسیاری که ممکن است در سنین پایین رخ داده باشد وجود دارد یا مواردی که کودکی تمایل به بازگو کردن مشکل خود نداشته است و پاسخ غلط باشد، بنابراین رقم حقیقی می‌تواند بیش از رقم به دست آمده در این پژوهش باشد.

۶- در جدول و نمودار شماره ۱ شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در طول زندگی، در طول یکسال اخیر و در طول یک ماه اخیر به تفکیک دو منطقه مورد پژوهش نشان داده شده است.



نمودار ۱- توزیع درصدی شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در طول زندگی و شیوع یک ساله و یک ماهه آن در مناطق مورد پژوهش (سال ۱۳۷۵)



جدول ۱- شیوع تنبیه بدنی و بدرفتاری جسمی با کودک در طول زندگی و شیوع یکساله و یک ماهه آن در مناطق مورد پژوهش با اطمینان ۹۵ درصد (سال ۱۳۷۵) $n=840$

منطقه ۳	منطقه ۲۰	منطقه / شاخص
۵۵ تا ۶۵ درصد	۶۹ تا ۷۸ درصد	شیوع تنبیه بدنی در طول زندگی
۱۶ تا ۲۴ درصد	۳۷ تا ۴۶ درصد	شیوع بدرفتاری جسمی در طول زندگی
۸/۵ تا ۱۴/۵ درصد	۳۰ تا ۲۱/۵ درصد	شیوع یکساله بدرفتاری جسمی با کودک
۳ تا ۷ درصد	۱۳ تا ۱۹ درصد	شیوع یک ماهه بدرفتاری جسمی با کودک

نمودار بالا نشان می دهد که شیوع یک ماهه بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ مساوی با ۵ درصد و در منطقه ۲۰ حدود ۱۶ درصد می باشد و با اطمینان ۹۵ درصد می توان گفت که شیوع یک ماهه بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ برابر با ۳ تا ۷ درصد و در منطقه ۲۰ برابر با ۱۳ تا ۱۹ درصد می باشد. همچنین شیوع یکساله بدرفتاری جسمی با کودک

در منطقه ۳ برابر با $11/4$ درصد و با اطمینان ۹۵ درصد برابر با $8/5$ تا $14/5$ درصد و در منطقه ۲۰ برابر با $25/7$ درصد و با اطمینان ۹۵ درصد برابر با $21/5$ تا ۳۰ درصد می باشد. لازم به ذکر است که احتمال فراموش کردن موارد خفیف‌تر آسیب وارده در یکسال گذشته وجود دارد. همچنین با وجودیکه برای جلب اعتماد کودکان تمهیدات مختلفی به کار بسته شد، لیکن احتمال دارد درصدی از کودکان از دادن پاسخ صحیح امتناع کرده باشند، بنابراین احتمال می رود که رقم واقعی شیوع یکساله بدرفتاری جسمی بیش از این باشد. چنانچه مشاهده می شود شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در طول زندگی در منطقه ۲۰ حدود دو برابر منطقه ۳، شیوع یک ساله بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۲۰ حدود $2/5$ برابر منطقه ۳ و در مورد شیوع یک ماهه این رقم به حدود ۳ برابر می رسد. این یافته می‌تواند نشانه تکرار بیشتر بدرفتاری جسمی در مورد کودکان قربانی در منطقه ۲۰ نسبت به منطقه ۳ باشد. به عبارت دیگر، علاوه بر میزان بیشتر شیوع و شدت تنبیه بدنی تکرار آن نیز در منطقه ۲۰ بیش از منطقه ۳ می باشد.

۷- در هر دو منطقه انواع صدمات ایجاد شده در نتیجه بدرفتاری جسمی بیش از همه شامل کبودی، زخمی شدن، و ایجاد تورم می باشد و بیشترین عوارض جسمی حاصله در هر دو منطقه مشابهت نشان می دهند:

منطقه ۲۰	منطقه ۳
۳۳ درصد کبودی	۳۸ درصد کبودی
۱۹ درصد زخمی	۲۰ درصد زخمی
۱۹ درصد تورم	۲۰ درصد تورم
۲۲ درصد سایر موارد	۲۹ درصد سایر موارد

۸- جدول شماره ۲ توزیع درصدی بیشترین میزان تنبیه بدنی و بدرفتاری جسمی هر کودک را به تمکیک دو منطقه مورد پژوهش نشان داده است. ملاحظه می شود که صدمه‌های ایجاد شده در منطقه ۳ به طور مساوی توسط پدر و مادر ایجاد شده است، در صورتی که در منطقه

۲۰ سهم مادران در ایجاد صدمه بیشتر بوده است. لازم به ذکر است که میزان پاسخگویی به این سؤال در کودکانی که مورد بدرفتاری جسمی واقع شده بودند در منطقه ۲۰، ۶۶ درصد و در منطقه ۳، ۹۸ درصد بوده است.

جدول ۲ - توزیع درصدی بیشترین میزان تنبیه بدنی و بدرفتاری جسمی با کودک در مناطق مورد پژوهش (۱۳۷۵)

بدرفتاری جسمی		تنبیه بدنی		نوع ارتکاب	
		منطقه ۳ n=۸۳	منطقه ۲۰ n=۱۱۵	منطقه ۳ n=۲۵۰	منطقه ۲۰ n=۳۰۸
۳۸/۵	۲۷/۸	۴۷/۲	۴۲/۹	پدر	
۳۸/۵	۳۷/۴	۴۲/۸	۳۷/۳	مادر	
۲۳	۳۴/۸	۱۰	۱۹/۸	سایرین	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع کل	

مقایسه این نتایج با مرتکبین تنبیه بدنی نشان می دهد که گرچه پدران بیشتر عامل تنبیه بدنی بوده اند، ولی مادران در منطقه ۳ سهم مساوی با پدران در ایجاد صدمه داشته و در منطقه ۲۰ سهم بیشتری را به عهده دارند. این یافته کاملاً مشابه با یافته های بسیاری از ممالک دیگر مانند آمریکا می باشد. در حالی که پدران بیشتر برای تنبیه فرزندان خود خشونت می کنند، بیشتر مرتکبین بدرفتاری جسمی یعنی ایجاد صدمه را مادران تشکیل می دهند، چرا که زنان بیشتر در تعامل با فرزندان بوده، در شرایط اقتصادی بدتری قرار داشته، احتمالاً ناکامی بیشتری را در طول زندگی و در رابطه با تربیت فرزندان تجربه می نمایند و این در حالی است که مادران نسبت به تربیت فرزندان احساس مسئولیت و گناه بیشتری دارند.

در هر دو منطقه مرتکب بدرفتاری جسمی در مورد دختران بیشتر مادر و در مورد پسران بیشتر پدر بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنی دار و قابل توجه می باشد.

ج - مقایسه دو منطقه از نظر عوامل مخاطره آمیز برای بدرفتاری جسمی با کودک

۱ - این مطالعه نشان داد که بین جنسیت و وقوع بدرفتاری جسمی در منطقه ۳ ($X^2 = 1/35$ و $p > 0/05$) و همچنین در منطقه ۲۰ ($X^2 = 0/48$ و $p > 0/05$) ارتباط معنی داری وجود ندارد.

۲ - در منطقه ۳ بین مقطع تحصیلی یا به عبارت دیگر سن و شیوع بدرفتاری جسمی ارتباط ضعیفی وجود دارد، به طوری که با افزایش سن احتمال وقوع بدرفتاری بتدریج افزایش می یابد. در منطقه ۲۰ بین مقطع تحصیلی و شیوع بدرفتاری جسمی ارتباط معنی دار قوی وجود دارد، به طوریکه شیوع بدرفتاری جسمی در سن دبستان متوسط بوده، در سنین راهنمایی (شروع بلوغ) به مقدار قابل توجهی افزایش یافته و در سنین دبیرستان به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. از آنجا که میزان بدرفتاری جسمی با کودک در سنین دبستان و راهنمایی در منطقه ۳ کمتر از یک سوم منطقه ۲۰ می باشد، به نظر می رسد در منطقه ۳ به دلیل آگاهی و مهارت لازم، والدین از روشهای صحیح تری برای تربیت فرزندان کوچکتر خود که در سنین دبستان و راهنمایی می باشند استفاده می کنند، لیکن در سنین دبیرستان میزان بدرفتاری جسمی در منطقه ۳ بیش از منطقه ۲۰ می باشد. علت آن را ممکن است در چند موضوع جست و جو نمود، اول آنکه در منطقه ۳ میزان سرکشی و تمرد نوجوانان از والدین خود بیشتر بوده و میزان بی بندوباری آنان افزایش می یابد. دوم اینکه والدین توانایی تطابق کافی برای مواجهه با رفتار متفاوت فرزندان خود در این سنین ندارند. از سوی دیگر، ممکن است در منطقه ۲۰ با افزایش سن کودکان و گذراندن دوره بلوغ کنترل والدین بر فرزندان خود کاهش یابد که یا ناشی از دادن آزادی و اختیار بیشتر به نوجوانان بوده یا سهل گیری بیش از اندازه و عدم کنترل آنان منجر به کاهش بدرفتاری می گردد. فرضیه دیگری که برای توجیه این یافته می توان مطرح نمود مقاومت بیشتر نوجوانان در مقابل والدین خود می باشد که با افزایش خود کامگی حاضر به پذیرش اقتدار والدین خود نمی گردند. به نظر می رسد در مناطقی با سطح اقتصادی اجتماعی پایین تر افراد در سنین پایین تری شروع به اشتغال نموده یا ازدواج

می‌کنند، بنابراین زودتر نقش فرد بالغ را می‌پذیرند و همین امر باعث می‌شود که با گذراندن دوران بلوغ، والدین کمتر فرزندان خود را به عنوان «کودکی در یوغ اختیار خود» بگیرند.

۳- جدول شماره ۳ توزیع فراوانی مطلق و نسبی بدرفتاری جسمی را برحسب مقطع تحصیلی و جنس در دو منطقه مورد پژوهش نشان می‌دهد. این جدول در مورد منطقه ۲۰ بیانگر نکات زیر می‌باشد:

- با افزایش سن کودکان چه در مورد دختران و چه در مورد پسران با افزایش سن، از سنین دبستان به راهنمایی میزان بدرفتاری جسمی افزایش می‌باشد.

- با افزایش بیشتر سن (سنین دبیرستان) میزان بدرفتاری جسمی چه در مورد دختران و چه در مورد پسران کاهش می‌یابد، ولی میزان این کاهش در مورد دختران کمتر از پسران می‌باشد.

- مقدار X^2 محاسبه شده در منطقه ۲۰ برای دختران در مقاطع تحصیلی مختلف برابر با $18/56$ بوده و به مراتب بزرگتر از مقدار X^2 بحران برای سطح آلفای $0/001$ و درجه آزادی ۲ می‌باشد. بنابراین بین مقطع تحصیلی و شیوع بدرفتاری جسمی در دختران ارتباط معنی دار قوی وجود دارد. این ارتباط در مورد پسران نیز صدق می‌کند.

نکات منتج از جدول شماره ۳ در مورد منطقه ۳ عبارت است از:

- با وجودی که در بین مجموع کودکان مورد بررسی در این منطقه، با بالا رفتن سن میزان بدرفتاری جسمی افزایش می‌یابد، لیکن این یافته در مورد پسران صدق نمی‌کند. با افزایش سن پسران تغییری در میزان وقوع بدرفتاری جسمی حاصل نمی‌شود و همواره بین $22/9$ تا $24/3$ درصد ثابت باقی می‌ماند. به عبارت دیگر، پسران در سنین مختلف به یک میزان مورد بدرفتاری جسمی واقع می‌شوند.

- دختران در سن دبستان $5/7$ درصد، در سن راهنمایی $12/9$ درصد و در سن دبیرستان $31/4$ درصد مورد بدرفتاری جسمی واقع شده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش سن، دختران بیشتر در

معرض خطر بدرفتاری جسمی قرار می‌گیرند ($X^2 = 25/22$ و $df=2$ و $P < 0/001$)

- میزان بدرفتاری جسمی در سنین دبستان در مورد پسران $\frac{4}{3}$ برابر بیش از دختران می باشد و در سنین راهنمایی این میزان به $\frac{1}{8}$ برابر می رسد. لیکن در سنین دبیرستان (بالا تر از ۱۵ سال). دختران حدود $\frac{1}{4}$ برابر بیشتر در معرض خطر بدرفتاری جسمی می باشند. علت این یافته نیاز به بررسیهای بیشتر دارد. لیکن می توان حدس زد که حساسیت بیشتر والدین در مورد دختران نوجوان موجب افزایش تنبیهات شدید در مورد آنان می گردد.

جدول ۳ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی بدرفتاری جسمی با کودک برحسب مقطع تحصیلی و جنس در دو

منطقه مورد پژوهش (۱۳۷۵) $n=840$

جمع		دبستان		راهنمایی		دبیرستان		مقطع تحصیلی جنس	منطقه
		پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر		
۴۹	۳۵	۱۶	۲۲	۱۶	۹	۱۷	۴	منطقه ۳	(۲۳/۳) (۱۶/۷)
		(۲۲/۹)	(۳۱/۴)	(۲۲/۹)	(۱۲/۹)	(۲۴/۳)	(۵/۷)		
۹۲	۸۲	۱۵	۱۹	۴۴	۳۹	۳۳	۲۴	منطقه ۲۰	(۴۳/۸) (۳۹)
		(۲۱/۴)	(۲۷/۱)	(۶۲/۹)	(۵۵/۷)	(۴۷/۱)	(۳۴/۳)		

اعداد داخل پرانتز فراوان نسبی است.

۴ - بین بعد خانوار و میزان بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۲۰ و منطقه ۳ ارتباط

معنی داری وجود ندارد (در هر دو منطقه $P > 0/2$).

۵ - در منطقه ۳ بین میزان تحصیلات پدر و میزان بدرفتاری جسمی با کودک ارتباط معنی دار

وجود دارد ($P < 0/05$). هنگامی که تحصیلات پدر دیپلم یا کمتر از آن باشد احتمال بدرفتاری

با کودک بیشتر از زمانی است که تحصیلات پدر بالای دیپلم است. در منطقه ۲۰ نیز با افزایش

تحصیلات پدر از میزان بدرفتاری جسمی کاسته می شود، ولی این ارتباط از نظر آماری

معنی دار نمی باشد ($P < 0/1$).

۶- در منطقه ۳ و منطقه ۲۰ ارتباط معنی داری بین میزان تحصیلات مادر و بدرفتاری جسمی با کودک یافت نشد. لیکن در منطقه ۳ تنها با افزایش تحصیلات مادر به بالاتر از حد لیسانس میزان بدرفتاری با کودک کاهش می یابد. در منطقه ۳ هنگامی که تحصیلات پدر دیپلم یا کمتر از آن باشد میزان شیوع بدرفتاری جسمی با کودک افزایش می یابد (۲۸/۶ درصد در مقابل ۲۰ درصد شیوع بدرفتاری جسمی در منطقه ۳).

۷- در دو منطقه به دلیل فراوانی کم بعضی از مشاغل پدران محاسبه آماری برحسب شغل پدر امکان پذیر نشد، لیکن در منطقه ۲۰ بین بیکاری پدر و بدرفتاری جسمی با کودک ارتباط معنی دار ضعیفی وجود دارد، ($P < 0/1$) در حالی که در منطقه ۳ موردی از بیکاری پدر وجود نداشت.

۸- در منطقه ۳ بین اشتغال مادر و بدرفتاری جسمی با کودک ارتباط بسیار ضعیفی برقرار بوده به طوری که اشتغال مادران احتمال بدرفتاری جسمی با کودک را مختصری افزایش می دهد ($P < 0/1$)، در منطقه ۲۰ به دلیل کم بودن تعداد مادران شاغل بین اشتغال مادر و بدرفتاری جسمی ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

در تجزیه و تحلیل نسبت کمتر بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ به میزان کمتر از ۵۰ درصد آنچه که در منطقه ۲۰ رخ می دهد، میزان بدرفتاری جسمی با کودک برحسب متغیرهای مورد مطالعه در دو منطقه مورد مقایسه قرار گرفتند.

- از آنجا که کودکان مورد مطالعه در این دو منطقه از نظر پراکندگی سنی، جنسی و میزان تحصیلات مشابه بوده اند و از نظر سن پدر و مادر و میزان مهاجرت تفاوت محسوسی نداشتند، بنابراین، این عوامل را نمی توان در تفاوت میزان بدرفتاری جسمی در دو منطقه دخیل دانست.

- در مقایسه کودکان دو منطقه با بعد خانوار مشابه، در هر تعداد از بعد خانوار (چه تعداد ۴ نفر و کمتر، و چه تعداد ۶ نفر و بالاتر) میزان بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ کمتر از منطقه ۲۰ بوده است.

- مقایسه کودکان دو منطقه که پدرشان یا مادرشان تحصیلات دیپلم یا کمتر از آن داشته اند میزان بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ کمتر از منطقه ۲۰ بوده است.

- احتمالاً یکی از عواملی که موجب نسبت کمتر بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ می‌باشد وجود تعداد زیاد پدران تحصیلکرده (بالتر از دیپلم) و مادران تحصیلکرده (بالتر از لیسانس) می‌باشد که میزان بدرفتاری آنان با فرزندشان خیلی کمتر است. در حالی که در منطقه ۲۰ تعداد کودکانی که پدران یا مادرانشان تحصیلات بالاتر از دیپلم داشته باشند بسیار ناچیز بوده‌اند.

- بیکاری درصدی از پدران منطقه ۲۰، با بالا بودن میزان بدرفتاری جسمی همراه بوده است، در منطقه ۳ پدر هیچ یک از کودکان بیکار نبوده‌اند.

- در ارتباط با اشتغال یا عدم اشتغال مادران، در هر دو صورت میزان بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ کمتر از منطقه ۲۰ بوده است.

بنابراین به نظر می‌رسد علت پایین بودن میزان بدرفتاری جسمی با کودک در منطقه ۳ علاوه بر تحصیلات بالای پدر و عدم بیکاری پدر به عوامل دیگری مربوط می‌باشد که در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته است. عواملی مانند صفات و وضع تحصیلی کودکان، درآمد خانواده، وضعیت مسکن، وضعیت روانی والدین، بیماریهای جسمی کودکان و والدین، توقعات والدین یا میزان آگاهی آنان، خواسته یا ناخواسته بودن فرزندان، میزان فشار روانی موجود در خانواده، میزان حمایت‌های در دسترس خانواده، میزان مورد بدرفتاری قرار گرفتن والدین در کودکی و عوامل دیگر. برای نتیجه‌گیری در خصوص اطلاعات و داده‌های ارائه شده در این بخش یادآوری چند نکته زیر ضروری است:

- در تمام نظریه‌های روانشناختی، نقاط ضعف و قوت وجود دارد و هر یک از جهتی قدرت تشخیص دارند و از جهاتی نیز از ضعف خاص خود برخوردارند.

- فهم درست مسائل روان‌شناختی کودکان مستلزم همه‌جانبه‌نگری و ادراک عمیق وضعیت فرهنگی، اجتماعی، تعلیم و تربیتی محیط زندگی کودک می‌باشد.

- آزمونهای انجام شده برای فهم مسائل بدرفتاری جسمی با کودکان، در صورتی که با مطالعات دقیق راجع به زندگی گذشته و حال و مشاهده رفتار و اطلاع از ارتباطات انسانی کودک، همراه باشد، از صحت و قدرت کاربردی بیشتری برخوردار خواهد بود.

- در این پژوهش از آموزن عینی (ابژکتیو) به صورت پرسشنامه استفاده شده است و با وجود استفاده از پرسشگران متبحر و آموزش آنان، امکان وجود مفاهیم گنگ و نامفهوم برای کودکان را نمی توان نادیده گرفت، هر چند برای صراحت و روشنی کافی و خالی بودن از ابهام و ابهام قبل از اجرای طرح، پرسشنامه توسط گروهی از کودکان نه ساله شهر تهران پر شده و اشکالات و ابهامات آن برطرف گردیده است.

- لازم به ذکر است که دانش آموزان منطقه ۳ آموزش و پرورش تهران با دقت بیشتری به سئوالات پرسشنامه پاسخ داده اند، بنابراین نتایج به دست آمده در این منطقه دقیق تر می باشد.

- بیشترین مقاومت در پاسخ دهی به سؤالی مربوط می شد که نسبت فرد مرتکب بدرفتاری جسمی با کودک را مورد پرسش قرار می داد. این نکته نشانگر نگرانی کودکان از افشای نام فرد آزار دهنده خود می باشد. این مقاومت عمدتاً در منطقه ۲۰ مشاهده گردید.

بنابراین نتیجه این پژوهش برای منطقه ۲۰ می تواند راهکار بهره مند کردن همگانی از نعمت تحصیلات عالی برای کاهش میزان بدرفتاری جسمی با کودک باشد یا می توان اقدامات پیشگیری از بدرفتاری با کودکان را اختصاصاً روی کودکانی متمرکز کرد که والدین آنها تحصیلات زیر دیپلم داشته یا پدر آنها بیکار بوده است. همچنین کودکان سنین راهنمایی و والدین آنها را باید در اولویت قرارداد. در منطقه ۳ بیشترین تمرکز را باید بر خانواده هایی که دارای دختران دبیرستانی هستند قرارداد.

این پژوهش دستاوردهای بسیاری را در مورد شناخت وضعیت و شرایط کودکانی که مورد آزار جسمی واقع می شوند به دست می دهد، لیکن مطالعات تحلیلی بیشتری در موارد زیر توصیه می شود:

- بررسی علل و انگیزه والدین از بدرفتاری با کودکان
- بررسی روشهای مختلف پیشگیری از بدرفتاری با کودکان
- بررسی تعیین نیازهای آموزشی والدین در پیشگیری از سوء رفتار با کودک
- بررسی قوانین لازم در پیشگیری از سوء رفتار با کودکان.
- بررسی نقش کتب تحصیلی در رابطه با پیشگیری از سوء رفتار با کودکان

در نهایت با توجه به اینکه تاکنون مطالعات لازم و تحلیلی در این زمینه صورت نگرفته است شایسته است مطالعات تحلیلی بتواند پشتوانه پژوهش کنونی گردد. پس، پیشنهاد می شود مطالعه وسیع تری با قدرت تحلیل بیشتر در این مورد صورت گیرد تا با استفاده از نتایج و دستاوردهای آن بتوان از میزان شیوع و بروز بدرفتاری با کودکان، سازندگان فردا، کاست و در جهت تحقق جامعه سالم با پرورش انسانهای سالم گام برداشت.



۱. سیاری، علی‌اکبر و همکاران. (۱۳۸۰). بررسی کودک آزاری جسمانی در مراجعان سه درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان در شهرستان تهران. تهران، فصلنامه توانبخشی، سال دوم، شماره ششم و هفتم، ص ۱۳-۷.

2. Bernet, W. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock & Sadock, 7th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, P 2878.
3. Dickstein, L.J. & Nadelson, C.C. (1989), *Family violence: Emerging issues of a national crisis*. American Psychiatric Press, Inc.
4. Eitzen, D.S. & Zinn M.B. (2002) *Social Problems*, 9th Ed. Allyn & Bacon.
5. Green, A.H. (1989) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan & Sadock, 5th Ed. Williams & Wilkins, P 1962-1969.
6. National Committee to Prevent Child Abuse (1998). *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1997 Annual Fifty State survey*. Chicago.
7. Reber, A.S. & Reber, E.S. (2001). *Dictionary of Psychology*, 3rd Ed. London: Penguin Books, Ltd.
8. Straus, M.A., Gelles, R.J. & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. Garden City, NY: Anchor.
9. WHO (1994) *Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children*, Geneva, WHO/FHE/CHD/94.1.

