

Original Article

Analysis of a Case of Child Abuse with Ethical Approach

Maliheh Kadivar¹, Marjan Mardani-Hamooleh^{2*}, Mansure Madani³

1. Professor, Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: mardanimarjan@gmail.com
3. Assistant Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 2 Apr 2016 Accepted: 8 Mar 2017

Abstract

Background and Aim: Violence against children is one of the major challenges for health care providers that has endangered their physical and mental health and creates serious problems for them in the future. This study aimed to analyze a case of child abuse in 2016 with an ethical approach.

Materials and Methods: In this case study, a real case was referred to Tehran Children Medical Center in a monthly session of medical ethics, and the ethical analysis was later carried out based on ethical considerations raised by the medical staff and specialists in various fields. The case is a 5-year-old boy who was physically abused and was brought to the emergency department at Children's Medical Center in the morning due to the multiple fractures in different parts of the hands as well as cigarette burn caused by his parents in his hands and feet.

Ethical Considerations: While observing honesty in the case report, attempts were made to respect the confidentiality of personal information of the case and his family.

Findings: Obtaining complete medical and social history thorough examination of the naked body, lack of secrecy about sexual assault on children, respect for human dignity, honesty, confidentiality and privacy, respectful conduct with family, respect for the child's independence, neutrality and social protection are considered as the most important ethical considerations. Also, helping families adapt in order to prevent further incidents of child abuse is another finding of the analysis.

Conclusion: It is suggested, the relevant authorities design a written program based on the ethical considerations raised and submitted it to the medical centers of the country. Also, a group consisted of pediatrics and medical ethics, social workers, psychiatric nurse and psychiatrist should assess needs of abused children and their families and plan to solve their problems.

Keywords: Medical Ethics; Child Abuse; Human Dignity; Confidentiality

Please cite this article as: Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Madani M. Analysis of a case of child abuse with ethical approach. *Med Ethics J* 2017; 11(39): 27-35.

تحلیل یک مورد کودک آزاری با رویکرد اخلاقی

ملیحه کدیور^۱، مرجان مردانی حموله^{۲*}، منصوره مدنی^۳

۱. استاد، گروه نوزادان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email:mardanimarjan@gmail.com

۳. دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۸

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه کودکان یکی از چالش‌های عمده برای کارکنان مراقبتی است که سلامت جسمی و روانی کودکان را به مخاطره انداخته و مشکلات عدیدی را در آینده برای آنان پدید می‌آورد. این مطالعه با هدف تحلیل یک مورد کودک آزاری با رویکرد اخلاقی در سال ۱۳۹۵ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه موردی، یک مورد واقعی در جلسه ماهانه اخلاق پزشکی، مرکز طبی کودکان تهران معرفی گردیده، سپس تحلیل اخلاقی بر اساس ملاحظات اخلاقی مطرح شده توسط کارکنان درمانی و متخصصان حیطه‌های مختلف انجام شد. مورد، پسر بچه ۵ ساله‌ای است که مورد آزار جسمی قرار گرفته و با شکستگی‌های متعدد در نواحی مختلف دست‌ها و همچنین سوختگی دست و پا، توسط پدر و مادرش در شیفت صبح به واحد اورژانس مرکز طبی کودکان آورده شد.

ملاحظات اخلاقی: ضمن رعایت صداقت و امانت‌داری در گزارش مورد، سعی گردید، محرمانگی اطلاعات فردی مورد و خانواده وی رعایت گردد.

یافته‌ها: اخذ شرح حال کامل پزشکی و اجتماعی، معاینه کامل بدنی و بدون پوشش، عدم پنهان‌کاری آزارهای جنسی کودکان، احترام به کرامت انسانی، حقیقت‌گویی، حفظ حریم خصوصی، رازداری و محرمانگی اطلاعات، رفتار احترام‌آمیز با خانواده، احترام به استقلال کودک، بی‌طرفی و حمایت اجتماعی از مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی مورد اشاره بودند. همچنین کمک به سازگاری خانواده‌ها در جهت پیشگیری از رخدادهای بعدی کودک آزاری، از دیگر یافته‌های تحلیل حاضر بودند.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود تا براساس ملاحظات اخلاقی طرح شده، برنامه مدونی در این رابطه توسط دست‌اندرکاران امر طراحی و در اختیار مراکز درمانی کل کشور قرار گیرد. همچنین یک گروه متشکل از متخصصین اطفال و اخلاق پزشکی، مددکار اجتماعی، روان پرستار و روانپزشک کودک نیازهای کودکان آزار دیده و خانواده‌های آنان را ارزیابی نموده و در جهت رفع مشکلات آنان برنامه‌ریزی نمایند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی؛ کودک آزاری؛ کرامت انسانی؛ رازداری

مقدمه

مباحث حقوق بشری بر مبنای کرامت انسانی بوده و سایر قواعد در حقوق اساسی انسان‌ها از تکریم و احترام به شخصیت وی پدید آمده است (۱). در همین راستا، حقوق کودک مورد توجه اکثر سازمان‌های جهانی و مجامع علمی دنیا است. با این حال، کودک‌آزاری به یک مشکل جهانی تبدیل شده است. از نظر معاهدات بین‌المللی و همچنین قوانین ملی، انواع مختلف مجازات و تنبیه کودک ممنوع شمرده شده است (۲). در ایران قوانین مدونی درباره حقوق کودک وجود دارد، اما این قوانین آن چنانکه بایسته است، مورد توجه قرار نگرفته‌اند (۳). از نظر تاریخی، اولین اقدام قانونی برای حمایت از حقوق کودکان در سال ۱۹۲۴ میلادی صورت پذیرفت، سپس در اعلامیه جهانی حقوق بشر که در سال ۱۹۴۸ مورد تصویب قرار گرفت، به شکل محدودی به حقوق کودک اشاره شد. در ادامه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۱۹۵۹ طی قطعنامه‌ای، پیش‌نویس تهیه‌شده توسط کمیسیون حقوق بشر را تحت عنوان اعلامیه جهانی حقوق کودک تصویب نمود. ایران نیز از جمله دولت‌هایی بوده است که این اعلامیه را در سال ۱۳۷۲ امضا و تصویب نموده است. مجلس در هنگام تصویب این اعلامیه، طی ماده واحده‌ای آن را در صورت عدم تعارض با قوانین ملی - اسلامی تصویب نمود (۴).

در فرهنگ ایرانی - اسلامی ما کودک امانتی است که مراقبت و تلاش برای تعالی وی وظیفه خانواده است، لیکن اگر برخلاف این نگاه فرهنگی، در خانواده و جامعه از سوی والدین و دیگران مورد آزار قرار گیرد، با توجه به نارسایی‌های موجود در بستر اجتماعی و قوانین جامعه ما، چالش‌های متعددی رخ خواهد داد که نیازمند رسیدگی است (۳). سوء رفتار علیه کودکان، علاوه بر جنبه‌های انسانی و حقوق بشری، یک مشکل عمده سلامتی به حساب می‌آید و عواقب جسمی، روانی و اجتماعی آن می‌تواند سلامت کودکان، خانواده و جامعه را در معرض آسیب قرار دهد (۵). کودکان به راحتی قربانی می‌شوند، زیرا نمی‌دانند که چگونه باید از خود مراقبت کنند و اغلب از اعمال نادرستی که والدین در حق‌شان انجام می‌دهند، ناآگاه

هستند. کودک‌آزاری به اشکال مختلفی صورت می‌گیرد. آزار جسمانی به تنبیه شدید کودک یا دردکشیدن طاقت‌فرسای او بر اثر تنبیه بدنی اطلاق می‌شود. کودک‌آزاری عاطفی، الگوی رفتاری است که رشد عاطفی یا عزت نفس کودک را دچار اختلال می‌کند (۳). کودک‌آزاری، پدیده‌ای چندعلیتی است و کمتر می‌توان، تنها یک عامل را مسبب آن دانست (۶). تنها ۵-۲ درصد از موارد کودک‌آزاری توسط پزشکان گزارش می‌گردد (۷). گاهی، گزارش‌دادن موارد کودک‌آزاری از نظر اخلاقی با چالش‌هایی مواجه می‌گردد (۸-۹). برای مثال، اجبار در گزارش‌دهی این موارد با حفظ محرمانگی و رازداری در تعارض است (۱۰). با این وجود، وظیفه رازداری یک امر مطلق نیست و ممکن است شرایط متعارضی پیش آید که پزشک ناگزیر به نقض رازداری شود (۱۱). نتایج مطالعه‌ای در فرانسه نشان داد که ترس از تشخیص نادرست، مانع اصلی گزارش‌دادن موارد مشکوک به کودک‌آزاری از سوی پزشکان می‌باشد (۷). با این همه، اجبار در گزارش‌دهی موارد کودک‌آزاری، می‌تواند ضمن شناسایی این گروه از کودکان، در جهت حمایت از آنان نیز مؤثر واقع گردد (۱۲-۱۳).

در این میان آمارها، حکایت از شیوع روزافزون کودک‌آزاری در ایران دارد. این پدیده در ایران بیشتر در کودکان پسر دیده می‌شود (۶). بر طبق نتایج یک مرور نظام‌مند، شیوع کودک‌آزاری در کشور در حیطه‌های جسمی و عاطفی در جنس دختر و پسر به ترتیب ۶۷/۵-۹/۷ درصد و ۹۱/۱-۱۷/۹ درصد گزارش شده است (۱۴). یافته‌های مطالعه‌ای در اصفهان نشان داد که میزان کودک‌آزاری جسمی، عاطفی و جنسی به ترتیب برابر با ۶۶/۱، ۷۷/۱ و ۶۴/۱ درصد بوده است (۱۵). شیوع کودک‌آزاری جسمی و عاطفی در کرمان به ترتیب ۹/۷ و ۱۷/۹ درصد گزارش شده است (۱۶). نتایج مطالعه‌ای در استان مازندران نشان داد که کودک‌آزاری در حیطه‌های جسمی و عاطفی به ترتیب ۷۸-۳۲ و ۹۰-۶۷ درصد است (۱۷). شیوع کودک‌آزاری عاطفی در اردبیل و شیراز نیز به ترتیب ۵۲/۰۹ و ۳۵ درصد گزارش گردیده است (۱۸-۱۹). این آمارها لزوم توجه به پدیده کودک‌آزاری را بیش از پیش نمایان می‌سازد. با توجه به

آمارهای ارائه شده که نشان از گستردگی پدیده کودک آزاری در کشور دارند و با توجه به این که کارکنان درمانی از اولین کسانی هستند که به طور مستقیم با کودکان آزار دیده مواجه می گردند و ضمناً از سوی خانواده های این کودکان به دلایلی، رفتارهای صادقه نیز مشاهده نمی شود، کمک کننده خواهد بود که مقوله کودک آزاری با رویکردی اخلاق محور توسط کارکنان درمانی مورد تحلیل قرار گیرد. چنین مطالعه ای کمک فراوانی به روشن شدن ابعاد پیچیده و مختلف این پدیده خواهد نمود. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تحلیل اخلاقی یک مورد کودک آزاری به رشته تحریر درآمده است.

مواد و روش ها

در این مطالعه موردی، یک مورد واقعی در جلسه ماهانه اخلاق پزشکی، مرکز طبی کودکان تهران معرفی گردیده، سپس تحلیل اخلاقی بر اساس ملاحظات اخلاقی مطرح شده توسط کارکنان درمانی متخصصان حیطه های مختلف انجام شد.

۱- معرفی مورد

مورد، پسر ۵ ساله ای است که تحت آزار جسمی قرار گرفته و به دلیل شکستگی های متعدد در نواحی مختلف دست ها و همچنین سوختگی دست و پا توسط پدر و مادرش در شیفیت صبح به واحد اورژانس مرکز طبی کودکان آورده شد. آنطور که مادر کودک بیان داشت، وی ابتدا متوجه تورم دست های کودک شده و به پزشک مراجعه نمود. بعد از عکس برداری از کودک و معاینه دقیق بدن او توسط پزشکان مشخص شد، دست های این کودک شکستگی های وسیع کهنه و جدید در قسمت های بازو، آرنج و مچ دارد. مادر مدعی بود این شکستگی ها بر اثر پرتاب شدن کودک از روی تاب و سرسره ایجاد شده است. همچنین آثار زخم های کهنه ای هم روی سر کودک وجود داشت که مادر ادعا کرد، این آثار نیز ناشی از شکستگی، به دلیل زمین خوردن وی بوده است. با توجه به وسعت شکستگی ها، پزشک دستور آزمایش تراکم استخوان و کلسیم برای کودک صادر کرد که نتیجه این

آزمایشات طبیعی بود. نوع شکستگی ها نشان می داد ضربه ای سنگین تر از زمین خوردگی به این کودک وارد شده است و افتادگی از تاب و سرسره نمی تواند کودک را دچار شکستگی های وسیع نماید. به همین دلیل پزشک معاینه کننده این کودک از همکاران دیگر خود برای معاینه دقیق کمک خواسته و تیم پزشکی در این باره تشکیل شد. معاینه بدنی این کودک نشان داد که قسمتی از کمر و پشت ران یکی از پاهایش سوخته و آثار سوختگی با سیگار هم روی یکی از دستان کودک وجود داشت، لذا پزشکان از متخصصان پزشکی قانونی درخواست کمک کردند. آن ها پس از بررسی وضعیت کودک و معاینه کامل وی ضمن تأیید کودک آزاری جسمی، متوجه شدند که قربانی توسط چند نفر از پسران فامیل آزار جنسی هم دیده است. شایان ذکر است که خود کودک نیز با بیانی شرمسارانه آزار جنسی را تأیید نمود. به علاوه، کودک مدعی شد پدرش او را مرتباً کتک می زند، اما مادر گفته کودک را انکار کرده و ابراز می داشت که شوهرش، پسرش را خیلی دوست دارد، البته گاهی او را تنبیه می کند، مثلاً وقتی فهمید چند نفر از اعضای فامیل به بهانه بازی او را به گوشه ای برده و آزار داده اند، عصبانی شده، بچه را کتک زده و در اتاق زندانی کرد، اما بچه را تا این حد اذیت نمی کند که مجبور شود شبانه روز در بیمارستان بماند.

ملاحظات اخلاقی

ضمن رعایت صداقت و امانت داری در گزارش مورد، سعی گردید، محرمانگی اطلاعات فردی مورد و خانواده وی رعایت گردد.

یافته ها

ملاحظات اخلاقی مطرح شده از سوی متخصصان حیطه های مختلف و تحلیل آن به شرح زیر می باشد:

در خصوص دستیابی به اطلاعات صحیح، چالش هایی برای کارکنان درمانی از منظر اخلاقی مطرح شد که مهم ترین آن ها انکار حقایق موجود توسط مادر بوده است. به طوری که مادر،

وقوع کودک‌آزاری جسمی به صورت شکستگی‌های متعدد در نواحی دست و پای کودک و همچنین سوختگی‌های متعدد بر بدن کودک را به موارد کذب انتساب می‌داد و با نگفتن حقیقت، سعی در گمراه‌نمودن کارکنان درمانی داشت. در واقع با وجودی که بررسی‌ها حکایت از آن داشت که عامل کودک‌آزاری جسمی، پدر کودک بوده است، اما مادر آن را انکار می‌نمود. افزون بر آن، مادر در خصوص آزار جنسی کودک توسط پسران اقوام، سعی در پنهان‌کاری داشت و پدر نیز به دنبال آزار جنسی کودک، به شیوه‌ای غیر اخلاقی متوسل گردیده و به جای دلجویی و حمایت از فرزند و تقبیح اعمال غیر اخلاقی افرادی که مرتکب این عمل شده‌اند، کودک آزاردیده را تنبیه نموده است.

به اعتقاد کارکنان درمانی شرکت‌کننده در این جلسه، تاریخچه‌ای که درباره کودک آزاردیده گرفته می‌شود، در ابتدا می‌تواند مختصر یا ناقص باشد، اما عاقلانه است که در اسرع وقت و در صورت امکان تاریخچه کامل پزشکی و اجتماعی از والدین گرفته شود. در این‌گونه موارد، بهترین اقدام این است که شرح حال توسط فرد دیگری که مسئولیت درمان و مراقبت از کودک را بر عهده ندارد، مانند مددکار اجتماعی گرفته شود. اگرچه از کودکی که بتواند مستقیماً در مورد علل آسیب‌ها صحبت کند، می‌توان کسب اطلاعات نمود، اما همواره بیم آن می‌رود که اگر فرد مسئول آسیب‌ها حضور داشته باشد، کودک نگران افشای حرف‌هایش به فرد مذکور و تنبیهات بعدی باشد. از طرفی، در غیاب فرد همراه کودک، کودک ممکن است فرد مسئول آسیب‌ها را معرفی نموده و توضیحات صحیح درباره نحوه ایجاد صدمات ارائه دهد. همچنین از دیدگاه کارکنان درمانی، معاینه بدنی تا آن جا که وضعیت کودک اجازه می‌دهد، باید به صورت کامل انجام شود که درباره مورد معرفی‌شده نیز صورت گرفت. در واقع کارکنان اظهار داشتند که معاینه تمام سطح بدن کودک ضروری است. کنترل علائم حیاتی کودک آزاردیده به ویژه درجه حرارت وی الزامی است، زیرا درجه حرارت بالا می‌تواند دلیلی برای این حادثه باشد که آزار کودک از طریق مجاورنمودن او با حرارت زیاد انجام شده

است. هر کودک به علت هر آسیبی که بررسی شود، باید در اسرع وقت تحت یک معاینه کامل بدنی و بدون پوشش قرار گیرد، حتی اگر دلیل اولیه‌ای مبنی بر شک به بدرفتاری وجود نداشته باشد. معاینه شامل بررسی دستگاه تناسلی خارجی و اطراف مقعد هم می‌گردد. نظر به این‌که آزار جنسی، امری پنهانی و غیر ظاهری است، اگر شک به تجاوز جنسی وجود دارد، ارزیابی از این نظر ضروری می‌نماید. حریم خصوصی کودک می‌بایست در زمان معاینه وی حفظ گردیده و درباره اقدامات و آزمایشاتی که قرار است برای وی انجام گردد به وی توضیح داده شود. نکته مهم دیگری که از نظر اخلاقی مورد توجه شرکت‌کنندگان در جلسه قرار گرفت، محرمانگی و حفظ اسرار کودکان آزاردیده و خانواده‌های آنان بود. به تجربه شرکت‌کنندگان، خانواده‌های کودکان آزاردیده همواره از افشای موارد موجود در پرونده بیم دارند، لذا در این رابطه باید دقت داشت که افراد مختلف نتوانند به راحتی به این اسرار دسترسی یابند و پرونده پزشکی بیمار با ضریب امنیتی بالایی حفظ و نگهداری گردد. در حقیقت، رازداری وظیفه اخلاقی همه کارکنان درمانی به شمار می‌آید و حفظ اسرار بیماران یکی از حقوق مسلم آنان است که نه تنها بر کیفیت ارتباطات درمانی، بلکه بر سلامت عمومی اثرگذار خواهد بود. طبق بیانات شرکت‌کنندگان در جلسه، کارکنان بیمارستان در موقعیت ویژه‌ای قرار دارند و باید با دادن اطلاعات کافی به والدین، حمایت از کودکان آزاردیده و والدین آنان، به سازگاری این خانواده‌های پرخطر با شرایط پیش‌آمده کمک کنند و راه‌کارهای صحیح کنارآمدن با مشکلات مربوطه را به آنان بیاموزند و والدین را از تنبیه مجدد کودکان برحذر دارند. در نهایت کارکنان درمانی بر این عقیده بودند که بهترین راه جلوگیری از بروز پدیده کودک‌آزاری و معضلات اخلاقی ناشی از آن، پیشگیری از رخداد آن است.

نکته مهم دیگر رفتار احترام‌آمیز و بی‌طرفی است، به گونه‌ای که تا حد امکان، توصیف درست و دقیقی از آزارهای وارده شده به دست آید و کسب این اطلاعات به گونه‌ای نباشد که فرد گردآورنده اطلاعات بخواهد باورهای خود را القا نماید. فردی

که کودک را به مرکز درمانی می‌آورد، اغلب همان فردی نیست که باعث آسیب شده و این نکته حائز اهمیت است که نحوه برخورد مسئولین درمانی با چنین فردی باید کاملاً سنجیده و اخلاقی باشد. از منظر اخلاقی، نباید نسبت به فردی که کودک را به مرکز درمانی ارجاع داده، ابراز خشم داشت، زیرا همانطور که ذکر شد شاید این فرد مسبب آزار نبوده باشد، ضمن آنکه اگر هم خود فرد آزاررسان باشد، با این‌گونه برخورد همکاری‌اش تنزل می‌یابد. نکته‌ای که لازم است کارکنان درمانی بدان توجه نمایند، این است که وجود اندک وجدان یا ترحمی در فرد آزارگر که موجب شده تا با قبول مخاطرات احتمالی، کودک را به مرکز درمانی برساند، باید مبنای یک برخورد اخلاقی با وی قرار داده شود، لذا بر کارکنان درمانی لازم است که تمام تلاش خود را در رفتار احترام‌آمیز با فرد همراه کودک به کار گیرند.

بحث

در این مطالعه، مشخص شد خانواده کودکان آزاردیده که باید اولین حامی آنان باشند، به دلایلی به انکار و تحریف حقایق مربوط به این کودکان می‌پردازند. از سوی دیگر، کارکنان درمانی معمولاً اولین کسانی هستند که در جریان کودک‌آزاری قرار می‌گیرند، بنابراین منطقی است که دیدگاه‌های آنان شنیده شود و مشکلات این کودکان واکاوی شود. در این صورت، بهتر می‌توان راهکارهایی برای کمک به این کودکان جستجو نمود و آموزش‌ها و امکانات کافی برای مواجهه صحیح با این کودکان فراهم کرد. به هر روی، مهم آن است که کودک آزاردیده فرصتی برای بیان احساسات خود پیدا کند و از سوی کارکنان حمایت گردد. نکته بسیار مهم، نحوه کسب اطلاعات از کودک است که کودک مجدداً قربانی نشود که این امر نیاز به مداخله توسط کارکنان درمانی آموزش‌دیده و ماهر دارد. استفاده از زبان قابل درک کودک، رفتار احترام‌آمیز، نحوه به کاربردن کلمات و عبارات در پرسش و پاسخ‌ها، در نظر گرفتن شرایط و اوضاع و احوال کودک، از جمله مواردی می‌باشند که باید آموزش داده شوند. به علاوه، ترغیب والدین به حقیقت‌گویی از نکات بسیار مهم اخلاقی است که باید مد نظر کارکنان قرار

گیرد. از طرفی، با توجه به این‌که پزشکان اولین خط مواجهه با موارد کودک‌آزاری در مراکز درمانی می‌باشند، گنجاندن برنامه‌های مرتبط با آشناسازی پزشکان با موارد کودک‌آزاری در مراحل پیش و پس از فارغ‌التحصیلی ضروری می‌باشد (۲۰).

یافته‌ها مبنی بر آن است که کودک معرفی‌شده در خصوص آزار جنسی اعمال‌شده علیه وی، با شرم صحبت می‌نمود. یک مطالعه کیفی در سوییس نیز گویای آن است که آزاردیدگان جنسی، از بیان رخداد مربوطه احساس گناه و شرم داشتند (۲۱). از طرفی، وقتی پدر کودک متوجه این قضیه شده، پسر خود را مورد آزار جسمی قرار داده است. در حالی که نتایج پژوهشی در سوییس، نشان داد که به دنبال رخداد آزار جنسی، دریافت حمایت‌های اجتماعی و عاطفی برای مقابله با عواقب این نوع آزار الزامی است (۲۲). خانواده‌های کودک‌آزار، محیط خانواده را که باید محلی امن باشد به محلی خشونت‌آمیز و ناآرام تبدیل می‌کنند و ادراک تحریف‌شده و نادرستی از رفتار کودکان خود دارند. این گروه از والدین، به علت مشکلات روانی نمی‌توانند نیازهای کودکان را برآورده کنند، در نتیجه به جای حمایت از کودکان، آنان را در معرض آزارهای مجدد قرار می‌دهند (۲۳).

نکته حائز اهمیت آن است که انواع پنهان‌کاری‌هایی که در خصوص وقوع کودک‌آزاری توسط خانواده‌ها صورت می‌گیرد، از نظر فرهنگی قابلیت توجیه دارد، زیرا بستر فرهنگی جامعه ما به گونه‌ای است که این قبیل موارد از سوی مردم به صورت لکه ننگ دیده شده و در این قالب درونی شده‌اند، لذا هر گاه که مردم با چنین وقایعی رو به رو می‌شوند، از بیان این موارد طفره می‌روند و سعی در کتمان آن دارند (۲۴-۲۵)، به ویژه درباره کودک‌آزاری جنسی، متأسفانه این نوع از آزاردیدگی از سوی خانواده‌ها کم‌تر گزارش می‌شود (۲۶).

نکته مهم دیگر، حفظ حریم کودک و احترام به استقلال او به منظور احساس امنیت است؛ ماهیت و قلمرو استقلال بیمار در فرایند درمان، یکی از مسائل چالش‌برانگیز در اخلاق پزشکی است (۲۷). به باور کارکنان درمانی، کودک برای پیمایش مسیر زندگی به حمایت خانواده نیاز دارد. از سوی دیگر، اگر

حمایت از کودکان و شناسایی خانواده‌های آسیب‌پذیر و ارائه خدمات بازتوانی برای قربانیان کودک‌آزاری اقدامات مؤثری در این زمینه انجام داده و در جهت پیشگیری از این پدیده گام برداشت.

تشکر و قدردانی

از مشارکت تمامی اساتید و بزرگوارانی که در این مطالعه مشارکت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

این حمایت در سال‌های ابتدایی زندگی خدشه دار شود، ادامه زندگی سالم برای او مخاطره‌آمیز می‌گردد. کودکی که مورد تجلیل و احترام قرار گیرد، به صورت انسانی شریف تربیت می‌گردد و برای حفظ شخصیت خود از کارهای زشت اجتناب می‌ورزد، اما کودکی که مورد توهین، تحقیر و آزار قرار گیرد، در برابر قوانین اجتماعی طغیانگری می‌نماید، پس کودک‌آزاری در تمام انواع خود می‌تواند موجبات انحطاط اخلاقی را در درازمدت برای آزاردیدگان فراهم نماید، آزاردیدگانی که در آینده از نظر سلامت روانی ناسالم بوده و خودشان می‌توانند آزاردهندگانی برای سایرین باشند، به گونه‌ای که این چرخه معیوب ادامه پیدا می‌کند. در همین رابطه، نتایج مطالعه‌ای در ترکیه نشان داد که کودکان آزاردیده در آینده و در دوران نوجوانی خود، سلامت روانی نامطلوب داشته‌اند (۲۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به معرفی کودک مورد مطالعه و ملاحظات اخلاقی طرح‌شده و نظر به این‌که تاکنون برنامه مدون یا طرح مراقبتی خاصی جهت کودکان آزاردیده و خانواده‌های آنان در مراکز درمانی کشور وجود نداشته است، لازم است برنامه مدونی در این رابطه توسط دست‌اندرکاران امر، طراحی و در اختیار مراکز درمانی کل کشور قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد یک گروه متشکل از متخصص اطفال، متخصص اخلاق پزشکی، مددکار اجتماعی، پرستار و روانپزشک کودک نیازهای کودکان آزاردیده و خانواده‌های آنان را ارزیابی نموده و برای حل مشکلات آنان برنامه‌ریزی نمایند. حق برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و مراقبت از کودکان آزاردیده و خانواده‌هایشان به منظور ارتقای کیفیت زندگی آنان ایجاب می‌کند، کارکنان درمانی حداکثر تلاش خود را در راستای حمایت از امنیت و حقوق کودکان آزار دیده اعمال نمایند (۲۹). در واقع دولت‌ها و حرفه‌مندان پزشکی، می‌توانند در جهت طراحی خدمات حمایتی برای کودکان آزاردیده اقدام نمایند (۳۰). به طور کلی، می‌توان با افزایش آگاهی در سطوح مختلف جامعه، آموزش برای تربیت کودکان عاری از هر گونه خشونت، اصلاح قانون

References

1. Alavi Qazvini A, Sotoudeh H. Comparative approach to human dignity and its impact on biological research. *Bioethics J* 2015; 5(16): 41-76. [Persian]
2. Tabibi Jebeli M, Aliyan A, Raei Dehagi M. Legal and Jurisprudential Point of View About Mechanisms Protecting Rights Against Child Abuse. *Fam Law Juris* 2013; 18(58): 1-22. [Persian]
3. Aliverdinia A, Hasani M, Ebrahimi E. Family Factors of Child Abuse. *Social Welfare* 2014; 13(50): 71-110. [Persian]
4. Salehi H, Esmaeelpour M. Contemplation on the child abuse act with an emphasis on the protection of children and adolescents in 2002. *Fam Law Juris* 2014; 19(61): 117-142. [Persian]
5. Vaezi K. The Life Experience of Children Regarding Domestic Violence A Case Study: Children of Baneh. *J Counsel Res* 2016; 15 (58): 113-134. [Persian]
6. Derakhshanpour F, Hajebi A, Ahmadabadi Z, Seddigh B. Frequency of child abuse and related risk factors in clients referred to urban healthcare centers in Bandar-Abbas. *Iran Psychiatr Clin Psycho* 2014; 20(3): 201-213. [Persian]
7. Regnaut O, Jeu-Steenhouwer M, Manaouil C, Gignon M. Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. *BMC Res Notes* 2015; 8: 620.
8. Franco A, Ramírez L. Child sexual abuse: clinical perspectives and ethico-legal dilemmas. *Rev Colomb Psiquiatr* 2016; 45(1): 51-58.
9. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(5): 332-338.
10. Milanifar A, Larijani B, Paykarzadeh P, Ashtari G, Mehdi Akhondi M. Breaching confidentiality: medical mandatory reporting laws in Iran. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7: 13.
11. Yazdanian A, Abdolazade M. Confidentiality; Right of patient and civil responsibility of the doctor. *Med Ethics J* 2016; 10(35): 199-227. [Persian]
12. Lareau CR. Attorney work product privilege trumps mandated child abuse reporting law: The case of *Elijah W. v. Superior Court*. *Int J Law Psychiatry* 2015; 42-43: 43-48.
13. Devries KM, Child JC, Elbourne D, Naker D, Heise L. "I never expected that it would happen, coming to ask me such questions": Ethical aspects of asking children about violence in resource poor settings. *Trials* 2015; 16: 516.
14. Mohammadi MR, Zarafshan H, Khaleghi A. Child Abuse in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Psychiatry* 2014; 9(3): 118-124.
15. Nilchian F, Sadri L, Jabbarifar SE, Saeidi A, Arbab L. Evaluation of orofacial lesions relating child abuse, Esfahan, Iran: A quantitative approach. *Dent Res J* 2012; 9(6): 748-751.
16. Eslami-Shahrbabaki A, Eslami-Shahrbabaki M, Kalantari M. Association between Parental Addiction and Types of Child Abuse in High-School Students of Kerman, Iran. *Addict Health* 2013; 5(3-4): 108-114.
17. Douki ZE, Esmaeili MR, Vaezzadeh N, Mohammadpour RA, Azimi H, Sabbaghi R, et al. Maternal child abuse and its association with maternal anxiety in the socio-cultural context of iran. *Oman Med J* 2013; 28(6): 404-409.
18. Mikaeili N, Barahmand U, Abdi R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. *J Interpers Violence* 2013; 28(5): 975-996.
19. Hadianfard H. Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014; 2(2): 77-84.
20. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Comparison of the levels of knowledge and approaches in relation with child abuse and neglect in residents of pediatrics, pediatricians and practitioners working in the province of Ankara. *Turk Pediatri Ars* 2014; 49(1): 57-65.
21. Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of child sexual abuse by adolescents: a qualitative in-depth study. *J Interpers Violence* 2012; 27(17): 3486-3513.
22. Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Adolescent perspectives on social support received in the aftermath of sexual abuse: a qualitative study. *Arch Sex Behav* 2014; 43(3): 571-586.
23. Ali NS, Ali FN, Khuwaja AK, Nanji K. Magnitude and Factors Associated with Child Abuse in a Mega City of Developing Country Pakistan. *Iran J Pediatr* 2014; 24(2): 140-146.
24. Nilchian F, Jabbarifar SE, Khalighinejad N, Sadri L, Saeidi A, Arbab L. Evaluation of factors influencing child abuse leading to oro-facial lesions in Isfahan,

Iran: A qualitative approach. *Dent Res J* 2012; 9(5): 624-627.

25. Yaghoubi-Doust M. Reviewing the Association between the History of Parental Substance Abuse and the Rate of Child Abuse. *Addict Health* 2013; 5(3-4): 126-133.

26. Mohler-Kuo M, Landolt MA, Maier T, Meidert U, Schönbucher V, Schnyder U. Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. *J Adolesc Health* 2014; 54(3): 304-311.

27. Atrak H, Khoshdel Rohani M. The nature and scope of patient autonomy. *Bioethics J* 2015; 5(17): 91-116. [Persian]

28. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, et al Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey. *Turk Pediatri Ars* 2014; 49(1): 47-56.

29. Asai A, Ishimoto H. Should we maintain baby hatches in our society? *BMC Med Ethics* 2013; 14: 9.

30. Finkelhor D, Lannen P. Dilemmas for international mobilization around child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2015; 50: 1-8.