

تقييم معلومات التمريض ومواقفه وممارساته في المشافي تجاه سوء معاملة الأطفال

الدكتور مروان عيسى*

الدكتور قصي محمد**

حسن المسالمة***

(تاريخ الإيداع 11 / 3 / 2013. قُبِلَ للنشر في 16 / 4 / 2013)

□ ملخص □

هدفت دراستنا لتقييم معلومات التمريض ومواقفه وممارساته في المشافي تجاه سوء معاملة الأطفال، و شملت العينة (200) عنصر تمريض تمت مقابلتهم ووُرِّعت عليهم استمارات، يعملون بأقسام الإسعاف في ست مشافٍ متوزعة بين دمشق، اللاذقية، طرطوس.

أظهرت النتائج: نقص معلوماتهم تجاه المشكلة وخصوصا كلما نقص المؤهل العلمي، لم تتأثر معلوماتهم بالجنس، العمر، الخبرة الوظيفية، الدخل الشهري. مواقفهم حيادية تجاه المشكلة، تأثرت مواقفهم بمستوى معلوماتهم، بخبرتهم الوظيفية، بالمؤهل العلمي، بالتعنيف في أثناء الطفولة. لم تتأثر مواقفهم بالعمر، الجنس، الدخل الشهري. لم يمارس معظمهم مهامه تجاه الأطفال المُعتَقين. لم تتأثر ممارساتهم بمواقفهم أو بتعرضهم للتعنيف في أثناء الطفولة. لم يتعرض أكثر من نصفهم للتعنيف في أثناء الطفولة.

نوصي بتعليم الكادر التمريضي كل ما يخص الموضوع مع مراعاة درجة المؤهل العلمي، إيجاد فريق عمل متكامل في كل مشفى للتعامل مع الأطفال المُعتَقين، تفعيل القوانين الخاصة بالمشافي التي تبين كيفية التعامل مع الأطفال المُعتَقين، البحث للكشف عن باقي المشكلات التي يعاني منها الكادر التمريضي لحظها.

الكلمات المفتاحية : اضطهاد الأطفال , المواقف , الرعاية التمريضية للأطفال .

* أستاذ مساعد - قسم تمريض الأمومة وصحة المرأة - كلية التمريض - جامعة تشرين - سورية.

** مدرس - قسم أمراض الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم تمريض صحة المجتمع - كلية التمريض - جامعة تشرين - سورية.

Assessment of Nursing knowledge, attitudes and practices at the hospitals toward child maltreatment

Dr. Marwan Issa*
Dr. Kusai Muhammad**
Hasan AlMasalmeh***

(Received 11 / 3 / 2013. Accepted 16 / 4 / 2013)

□ ABSTRACT □

The purpose of our study is to assess the nurse's knowledge, attitudes and practices at the hospital toward child maltreatment. The sample contains \200\ nurses who were interviewed, received questionnaires, working in emergency departments at six hospitals distributed in Damascus, Lattakia, Tartous.

Results show: Knowledge deficiency about problem particularly when scientific qualification level decreases; Knowledge was not affected by age, sex, experience range, salary. Nurses' attitudes were neutral. Attitudes were affected by experience range, scientific qualification level, knowledge level, violence through childhood, but were not affected by age, sex, salary. Most of them didn't practice nursing care toward child violence. Nursing practices were not affected by their attitudes or violence through childhood. More than half did not receive violence through childhood.

We recommend teaching nurses everything that is related to the subject, finding integration work team that can deal with violent clients at the hospital, activating the hospital's special laws which deal with violent children, searching to discover other problems from which nursing suffers.

Key words : children Violence , Attitudes , Pediatric Nursing care .

* Associate Professor, Maternal Nursing and Woman Health Department, Faculty of Nursing, Tishreen University, Syria.

** Assistant Professor, Specialist in Diseases For Children, Faculty of Medecine, Tishreen University, Syria.

*** Postgraduate Student, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Tishreen University, Syria.

مقدمة :

شاعت ظاهرة سوء معاملة الأطفال عالمياً وعربياً وفي كل المجتمعات ومختلف الطبقات الاجتماعية والاقتصادية بغض النظر عن الدين أو الثقافة أو العرق أو الأصل ، وازدادت شيوعاً في الآونة الأخيرة، إذ توصل تقرير الأمين العام للأمم المتحدة حول العنف ضد الأطفال (2006م) الى أن عدد الأطفال الذين تعرضوا للعنف الأسري على نطاق العالم تراوح ما بين (133- 275) مليون طفل [1] .

عربياً أكدت دراسة المجلس الوطني لشؤون الأسرة في الأردن واليونيسيف (2007 م) تعرّض أكثر من ثلثي الأطفال للإساءة المعنوية (النفسية) من قبل الوالدين ونصفهم تقريباً إلى الإساءة نفسها من قبل الإخوة ، كما اعتقد أغلبية الناس أن التعنيف الجسدي ليس جيداً فحسب بل هو أساسي لتثنية الأطفال [2].

أما على نطاق المجتمع السوري فقد أكدت ذلك دراسات عدّة منها: (محمد ضو، 2002م)، (مطاع بركات، 2005م) ، آخرها كانت دراسة الهيئة السورية لشؤون الأسرة ووزارة التعليم العالي (2008م) التي بينت أنه على الأقل (8 من كل 10) أطفال في سورية تعرضوا لشكل ما من أشكال إساءة المعاملة الجسدية خلال طفولتهم [3,4,5] .

بيّنت جميع الدراسات أن لسوء معاملة الأطفال عواقب سيئة قد تستمر لأوقات طويلة بعد حدوثها، وتظهر تلك العواقب في الطفولة أو المراهقة أو الكهولة على شكل عواقب صحية جسدية، كتناول فترة التطور الجسدي، وعواقب نفسية وسلوكية كالإصابة بالاكتئاب ، وعواقب إدراكية و تكلفة عالية للمجتمع . كما أن الأسرة التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات الحب والتقدير والثقة بالنفس هي الأسرة التي تبني أشخاصاً أسوياء ، أما الأسرة التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات سلبية كالكرهية، والحقد، والخوف، وعدم الثقة بالنفس، فهي تبني الشخصيات المنحرفة الجانحة، والمضطربة اجتماعياً، وانفعالياً [6,7]. ولم تبق مشكلة سوء معاملة الأطفال موروثاً بين الآباء والأبناء فحسب ، إنما خرجت عن إطار السيطرة وياتت تعيق تقدم المجتمعات العربية ومن ضمنها المجتمع السوري الذي يعتبر مجتمعاً فنياً مقارنة بالمجتمعات الأخرى المجاورة و يتميز بعراقة حضارته وحدائتها، وأسوةً بذلك لابد من إيجاد حلول تخدم قطع سلسلة تطوّر هذه المشكلة ولا سيما من جهة حلقة القطاع الصحي، وتحديد الكادر التمريضي الذي يُعتبر المُستقبل الأول لمثل هذه الحالات في المشفى، كما أنه على تماس مباشر مع الطفل وذويه في المجتمع [8,9] .

أهمية البحث وأهدافه :

تتم أهمية البحث في محاولة إلقاء الضوء على مشكلة سوء معاملة الأطفال في القطاع الصحي من المجتمع السوري ولا سيما الكادر التمريضي الذي يلعب دوراً هاماً تجاه تلك المشكلة التي تُعتبر من أشد المواضيع حساسية ومن أكثرها ضرراً على الفرد والمجتمع، لما لها من آثار خطيرة في البنية النفسية للفرد وفي بنية الأسرة والمجتمع ، بالإضافة لكونه الأول من نوعه ليس فقط في سوريا إنما في العالم العربي، إذ سيهتم بإشراك الكادر التمريضي (الذي يشكل شريحة واسعة ليس فقط في القطاع الصحي إنما في المجتمع السوري ككل) بالاهتمام بالمشكلة من الجانب الصحي لتحديد استراتيجيات حماية الطفل فيما بعد، و سيوفّر قاعدة بيانات تتعلق بالكادر التمريضي ستكون مزود رعاية أساسياً في المشفى والمجتمع ، تمكّن من الانطلاق باتجاه البحث عن حلول للمشكلة من خلال سدّ الثغرات المكتشفة، وبالتالي الإقلال من التأثيرات والخسائر المكتسبة والتي من المُحتمل اكتسابها في المستقبل . دعى كل ما سبق لدراسة دور الكادر التمريضي في استقباله الحالات المُعنّفة المُراجعة لقسم الإسعاف بالمشفى و لإجراء ذلك هدَفَ البحث " إلى تقييم معلومات التمريض ومواقفه وممارساته في المشافي تجاه سوء معاملة الأطفال " .

طرائق البحث ومواده :

تمّ اعتماد منهج البحث الوصفي التحليلي ، وتمّ اختيار العينة بالطريقة الهادفة التي تضمّنت (200) عنصر تمريض يعملون بشكل متواصل في أقسام الإسعاف في ست مشافٍ موزعة على ثلاث محافظات وهي مشفى الأسد الجامعي ، الوطني ، الأطفال في مدينة اللاذقية ، مشفى المجتهد ، مشفى ابن النفيس في مدينة دمشق ، مشفى الباسل في مدينة طرطوس .

استُخدمت الاستمارة وسيلة لجمع البيانات من خلال إجراء مقابلات مع أفراد العينة التي تراوحت بين 2012/5/1م و لغاية 2012/9/1م ، وتكونت الاستمارة من خمسة أجزاء هي: أسئلة ديموغرافية، أسئلة حول معلومات الكادر التمريضي، أسئلة حول مواقف الكادر التمريضي ، أسئلة عن طبيعة الحياة الشخصية لأفراد العينة ، أسئلة حول ممارسات الكادر التمريضي ، واعتمد بها الباحث على ثلاثة مقاييس قام ببنائها وتطويرها وهي :

- مقياس المعلومات أعده الباحث من خلال صحيفة استفتاء تمريضية ، تتضمن 24 عبارة أعطي لكل عبارة منها وزن مدرج وفق سلم ثنائي لتحديد الإجابة الصحيحة لكل عبارة ومدى المعرفة في كل منها.
- مقياس المواقف من خلال مقياس ليكرت الخماسي ، يتضمن 29 عبارة سلبية و إيجابية أعطي لكل عبارة منه وزن مدرج وفق سلم خماسي مع مراعاة سلبية العبارة أو إيجابيتها وذلك بقلب الوزن الخماسي المدرج لتقدير درجة الأهمية لكل عبارة .

ولأغراض التحليل الإحصائي تم استخدام الانحراف المعياري و المتوسط الحسابي لمواقف أفراد العينة و فُسِّرت الأخيرة لبيان طبيعة مواقف أفراد العينة (إيجابية أو سلبية أو حيادية) تجاه سوء معاملة الأطفال حسب سلم ليكرت المعدل لثلاثة مجالات بحسب معادلة تقسيم المجال [1-5] :

○المجال الأول: [1- 2.33] يدل على أن أفراد العينة الذين كان المتوسط الحسابي لاستجاباتهم ضمن هذا المجال هم من ذوي الموقف السلبي .

○المجال الثاني : [2.34 - 3.70] يدل على أن أفراد العينة الذين كان المتوسط الحسابي لاستجاباتهم ضمن هذا المجال هم من ذوي الموقف الحيادي .

○المجال الثالث : [3.71 - 5] يدل على أن أفراد العينة الذين كان المتوسط الحسابي لاستجاباتهم ضمن هذا المجال هم من ذوي الموقف الإيجابي .

- مقياس الممارسة أعده الباحث من خلال صحيفة استفتاء تمريضية ، تتضمن 22 عبارة أعطي لكل عبارة منها وزن مدرج وفق سلم ثنائي لتحديد تنفيذ كل عبارة مطروحة أو عدم تنفيذها.

ولقياس ثبات الأداة تمّ حساب معامل الثبات باتباع طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة "كرونباخ ألفا (Cronbach-alpha)" فكانت قيمته عند جميع المواقف (0.835) أي أكثر من (80%) وهذا يعني إمكانية اعتماد نتائج الاستمارة والاطمئنان إلى مصداقيتها عند تحليل البيانات لتحقيق أهداف البحث [10] .

أما في اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات فقد تم استخدام معادلة (Kolmogorov-Smirnov, K-S) لمعرفة طبيعة توزع الردود على أسئلة كل المواقف ، وقد تبين أن التوزيع طبيعي لبيانات جميع المواقف [11].

طبقت الدراسة الإرشادية (Pilot study) على (20) عنصر تمريض تم اختيارهم بطريقة الاعتيان الملائم من قسم الإسعاف في مشفى ابن النفيس، وتم تفرغ استبياناتهم إحصائياً ولم يتم إجراء أي تعديل على الاستبيان، إذ كان

قابلاً للتطبيق مباشرة. كما تمت المباشرة في إجرائها بعد الانتهاء مباشرةً من تطوير الأداة ووضع المقاييس اللازمة لقياس محتوياتها وبعد مراجعتها من قبل الخبراء الثمانية وذلك اعتباراً من 2012/5/1 م .
ولتحقيق أهداف البحث تم استخدام برنامج (SPSS) وذلك للقيام بعملية التحليل ، وتم اعتماد مستوى دلالة (5%) ، ويقابله مستوى ثقة يساوي (95%) لتفسير نتائج الدراسة التي سنجريها .

النتائج والمناقشة :

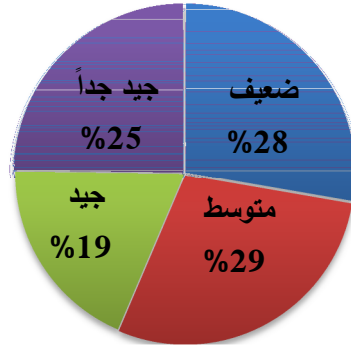
المتغيرات الديموغرافية للعينة :

الجدول رقم (1) يبين توزع العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية

النسبة المئوية	التكرار	المتغيرات الديموغرافية	
20.0	40	أقل من 25 سنة	العمر
52.0	104	من 25- دون الـ 35	
24.5	49	من 35-45	
3.5	7	أكثر من 45	
100.0	200	المجموع	
48.0	96	ذكر	الجنس
52.0	104	انثى	
100.0	200	المجموع	
30.5	61	مدرسة التمريض بعد الإعدادية	المستوى التعليمي
20.5	41	معهد متوسط طبي في التمريض	
39.0	78	دبلوم (مدرسة) في التمريض بعد الثانوية	
10.0	20	كلية التمريض	
100.0	200	المجموع	
26.0	52	أقل من سنة	الخبرة الوظيفية
26.5	53	من 1 - دون الـ 3 سنوات	
16.5	33	من 3- 6 سنوات	
31.0	62	أكثر من 6 سنوات	
100.0	200	المجموع	
3.5	7	أقل من عشرة آلاف ليرة	الدخل الشهري
75.5	151	من عشرة - دون الـ عشرين ألف ليرة	
18.0	36	من عشرين - ثلاثين ألفاً	
3.0	6	أكثر من ثلاثين ألفاً	
100.0	200	المجموع	

معلومات أفراد العينة تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال :

تم حساب عدد الأجوبة الصحيحة ثم نسبتها الى عدد الأسئلة الكلي (24 سؤال) لاحتساب العلامة , تم تقسيم العلامات إلى أربعة مستويات كما يُبين الشكل رقم (1) :



الشكل رقم (1) يبين مستويات معلومات الكادر التمريضي

كما تبيّن أن هناك علاقة بين معلومات الكادر ودرجة المؤهل العلمي نتيجة الاختلافات الجوهرية بين درجات المؤهل العلمي للكادر ويوضحها الجدول رقم (2) :

الجدول رقم (2) يبين النسب المئوية لمستويات معلومات الكادر التمريضي بحسب درجة المؤهل العلمي

درجات المؤهل العملي	مستوى المعلومات	التكرارات	النسب المئوية
مدرسة التمريض بعد الإعدادية	ضعيف	27	44.3
	متوسط	21	34.4
	جيد	7	11.5
	جيد جداً	6	9.8
	الإجمالي	61	100.0
معهد طبي متوسط في التمريض	ضعيف	9	22.0
	متوسط	12	29.3
	جيد	8	19.5
	جيد جداً	12	29.3
	الإجمالي	41	100.0
دبلوم (مدرسة) في التمريض بعد الثانوية	ضعيف	19	24.4
	متوسط	21	26.9
	جيد	19	24.4
	جيد جداً	19	24.4
	الإجمالي	78	100.0
كلية التمريض	ضعيف	1	5.0
	متوسط	4	20.0
	جيد	3	15.0
	جيد جداً	12	60.0
	الإجمالي	20	100.0

تبين من الجدول رقم (2) أن الأعلى نسبة معلوماتهم هم خريجو كلية التمريض وكان مستوى المعلومات لدى (60%) منهم جيداً جداً، بينما كان فقط (5%) منهم ذوي معلومات ضعيفة وهذه نتيجة متوقعة . وما يفسر ذلك التطور في تعليم التمريض الذي نشهده في يومنا الحالي ولا سيما في جامعة تشرين التي تم افتتاح أول كلية تمريض فيها سنة (1995م) والتي لا يزال التطور المستمر مُلزاماً لها حيث لاحظنا السعي وراء تخصص التمريض في كل مجال على حدة، و أكبر دليل على هذا كان من خلال افتتاح درجة الماجستير في جامعة تشرين بالجمهورية العربية السورية سنة (2009م) بالإضافة لبرنامج التيسير الذي طُبّق لرفع مستوى التعليم لدى المؤهلات الأدنى درجة من الإجازة الجامعية . توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات (Powell, 1997) , (Thomas , 2001) [13,12] .

مواقف أفراد العينة تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال :

لقد تمّ تصنيف المواقف في خمسة محاور رئيسة ولدى كل محور عدّة عبارات خاصة به، وتم حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل محور على حدة من خلال المجموع الكلي للمتوسطات الحسابية لعباراته وبيّن ذلك الجدول رقم (3) :

الجدول رقم (3) يبيّن مواقف أفراد العينة تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	طبيعة الموقف
الأول : الرأي في حدوث وانتشار مشكلة سوء معاملة الأطفال	2.47	1.065	محايد
الثاني : الرأي في دور التمريض تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال	3.74	.519	ايجابي
الثالث : الرأي في الإبلاغ عن مشكلة سوء معاملة الأطفال	2.98	.486	محايد
الرابع : الرأي في دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة	3.95	.517	ايجابي
الخامس : الرأي في دور القضاء السوري في محاربة انتشار المشكلة	3.54	.918	محايد
مجموع قيم المتوسطات الحسابية للمحاور الخمسة	3.33	.701	حيادي

تبين من الجدول رقم (3) أن مواقف أفراد العينة كانت محايدة تجاه المحاور: الأول و الثالث والخامس وهي : " الرأي في حدوث وانتشار مشكلة سوء معاملة الأطفال", "الرأي في الإبلاغ عن مشكلة سوء معاملة الأطفال", "الرأي في دور القضاء السوري في محاربة انتشار المشكلة" .

وكانت مواقف أفراد العينة إيجابية تجاه المحورين الثاني والرابع وهي :

" الرأي في دور التمريض تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال " , " الرأي في دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة " .

أما الموقف العام لأفراد العينة تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال فكان حيادياً . ويعزى ذلك لتدني مستوى المعلومات لدى أفراد العينة تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال، إذ تراوح مستواهم بين الضعيف والمتوسط مما يؤثر بشكل مباشر في بناء الموقف لديهم . توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات (أبو النيل , 1985) , (Moule, 1995) [15,14] .

كما تبين أن هناك علاقة بين مواقف الكادر التمريضي و مستويات الخبرة الوظيفية من خلال إجراء اختبار تحليل التباين (ANOVA) واختبار التحليل البعدي (LSD , Scheffe) فكانت الفروقات المعنوية في المحور الأول للمواقف (حدوث وانتشار مشكلة سوء معاملة الأطفال) و عند أعلى مستوى من الخبرة الوظيفية (أكثر من 6 سنوات)، ولدى حساب المتوسطات الحسابية بلغت قيمة أعلى مستوى من الخبرة الوظيفية (2.79) وهي الأعلى قيمة بين باقي مستويات الخبرة الوظيفية ، ومنه نستنتج الآتي : " إن مواقف الأعلى خبرة وظيفية من أفراد العينة كانت الأكثر حيادية تجاه حدوث مشكلة سوء معاملة الأطفال وانتشارها " . إذ وافق فقط (27.4%) من الأعلى خبرة وظيفية من أفراد العينة على انتشار المشكلة في المجتمع السوري ويرجع ذلك لعدم وجود قواعد ثابتة لتشخيص حالات تعرّض الأطفال للإساءة المتعمد ، بالإضافة إلى عدم وجود اهتمام أو تدريب من قبل المتخصصين على كيفية تشخيص واكتشاف مثل هذه الحالات فكما كانت المؤشرات على الإساءة واضحة ساعد ذلك المهنيين ذوي الخبرة على القيام بالتدخل المهني، وكما تم إحرار تقدّم في هذه المؤشرات ودقة تحديدها كانت عملية التشخيص للإساءة أسهل وبالتالي تُحدّد إستراتيجيات تسهل من عملية التدخل المهني. توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Speight Nigel , 1997) [16] .

وهناك أيضاً علاقة بين مواقف الكادر التمريضي و درجة المؤهل العلمي، فمن خلال إجراء اختبار تحليل التباين (ANOVA) واختبار التحليل البعدي (LSD , Scheffe) تبين أن الفروقات المعنوية كانت في المحور الرابع للمواقف (دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة) و عند أعلى مستوى من المؤهل العلمي (حملة الإجازة الجامعية) ، ولدى حساب المتوسطات الحسابية بلغت قيمة أعلى مستوى من المؤهل العلمي (4.28) وهي الأعلى قيمة بين باقي مستويات المؤهل العلمي ، ومنه نستنتج الآتي : " إن مواقف الأعلى مؤهلاً علمياً من أفراد العينة كانت الأكثر إيجابية تجاه دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة وتكرارها، ويرجع ذلك لحصول الأعلى مؤهلاً علمياً على أن للعائلة دوراً كبيراً في منع حدوث المشكلة وتكرارها، ويرجع ذلك لحصول الأعلى مؤهلاً علمياً من أفراد العينة وهم حاملو الإجازة في التمريض على أعلى مستوى من المعلومات (جيد جداً) وبالتالي هم على دراية تامة بالدور الذي تلعبه الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة وتكرارها، وخصوصاً عند الأسر المستقرّة وغير الممتدة . توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Goldman , 2003) [17].

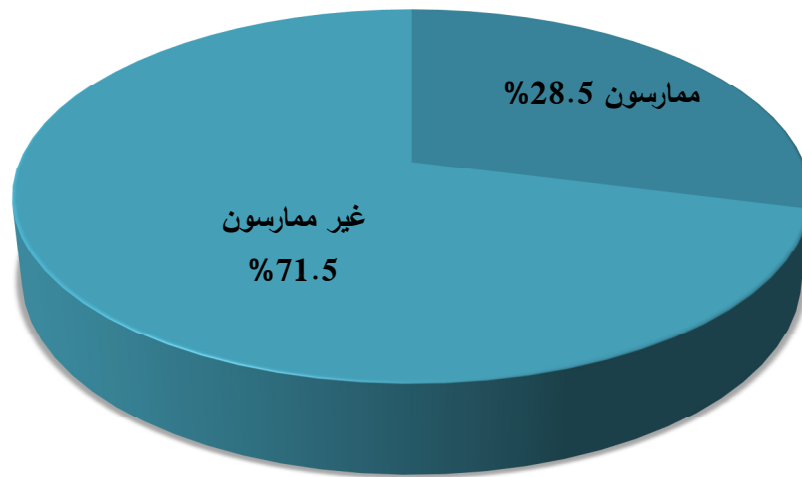
وهناك أيضاً علاقة بين مواقف الكادر التمريضي و مستوى المعلومات، فمن خلال إجراء اختبار تحليل التباين (ANOVA) واختبار التحليل البعدي (LSD , Scheffe) تبين أن الفروقات المعنوية كانت في المحور الرابع للمواقف (دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة)، وعند أعلى مستوى المعلومات (جيد جداً) ، ولدى حساب المتوسطات الحسابية بلغت قيمة أعلى مستوى من المعلومات (4.19) وهي الأعلى قيمة بين باقي مستويات المعلومات ، ومنه نستنتج الآتي : " إن مواقف الأعلى مستوى معلومات من أفراد العينة كانت الأكثر إيجابية تجاه دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة " . وهذا ما يؤكد ضرورة توفّر المعلومات مسبقاً لدى الفرد من أجل بناء الموقف لديه تجاه شيء ما ، ويبدو ذلك واضحاً في مواقف الأعلى مستوى معلومات من أفراد العينة والتي كانت الأكثر إيجابية مقارنة مع المستويات الأدنى من معلومات تجاه الدور الذي تؤديه العائلة. توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (D C Author , 1999) [18] .

أما من خلال إجراء اختبار (t) لعينتين مستقلتين (ممرض تعرض للتعنيف في أثناء طفولته، ممرض لم يتعرض للتعنيف في أثناء طفولته) تبين أن هناك علاقة بين مواقف الكادر التمريضي والتعرض للتعنيف في أثناء الطفولة فكانت الفروقات المعنوية في المحور الرابع للمواقف (دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة) ، ولدى

حساب المتوسطات الحسابية كانت قيمة متوسط المتعرضين للتعنيف (4.09) وهي الأعلى , ومنه نستنتج الآتي: " إن مواقف المُعْتَفِّين من أفراد العينة كانت الأكثر إيجابية تجاه دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة " . إذ وافق وبشدة (58.6%) من أفراد العينة المُعْتَفِّين على أن العائلة لها دور كبير في منع حدوث المشكلة وتكرارها، ويرجع ذلك لأن تعرُّض الفرد للتعنيف في أثناء طفولته يزرع في نفسه مواقف سلبية كالحقد والكراهية ضد المُعْتَدِي أو ضد من لا يقدم له الحماية وهو على تماس معه، لذلك كانت مواقفهم أكثر إيجابية تجاه الدور الذي تلعبه الأسرة في حمايتهم . توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج (Toscano , Peterf , 1998) [19].

ممارسات أفراد العينة تجاه الأطفال المُعْتَفِّين :

تم تحديد ممارسات الكادر التمريضي تجاه الأطفال المُعْتَفِّين من خلال السلوك الذي يمارسونه مع أولئك الأطفال المراجعين للمشفى من تقييم للحالة , إبلاغ الجهات المعنية , وتقديم رعاية تمريضية لهم . ويبين الشكل رقم (2) نسبة الممارسين من أفراد العينة :



الشكل رقم (2) يبيّن نسبة الممارسين وغير الممارسون من أفراد العينة

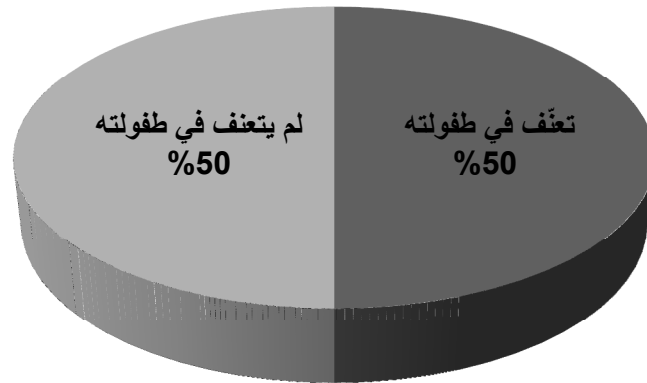
ومن خلال الجدول رقم(4) سيتم عرض النسب المئوية والتكرارات للسلوكيات التي قام بها أفراد العينة الممارسون الذين كانت نسبتهم (28.5%) وهي كالتالي :

الجدول رقم (4) يبين سلوكيات الكادر التمريضي تجاه الأطفال المعنّفين المراجعين للمشفى

النسبة المئوية	التكرارات	العبارة	الممارسات
29.3	17	إعداد التقرير الخاص بالحالة لإبلاغ السلطات المختصة	الإبلاغ عن الحالة
50.0	29	الاتصال هاتفياً بالسلطات المختصة للإبلاغ المباشر عن الحالة التي تمت مصادفتها	
37.9	22	إبلاغ السلطات المختصة عن جميع الحالات التي تمت مصادفتها بدون استثناء	
58.6	34	إجراء تقييم سريري للحالة	تقييم الحالة
65.5	38	البحث عن أعراض سوء المعاملة وعلاماتها على الطفل	
86.2	50	تقديم عناية تمريضية تتناسب مع حالة التعنيف بحسب نوعها	تقديم الرعاية التمريضية
34.5	20	إبداء الاهتمام بالحالة من خلال إجراء زيارات متكررة للطفل المعنف بعد تحويله من قسم الإسعاف إلى أحد الأقسام في الطوابق	
20.7	12	المشاركة بإعادة تأهيل الطفل المعنف فيزيائياً أو نفسياً بعد تحويله من قسم الإسعاف إلى أحد الأقسام في الطوابق	

تبيّن من الشكل (2) و الجدول رقم (4) أن نسبة الممارسين من أفراد العينة كانت هي الأقل (28.5%) وبالاعتماد على الدراسات السابقة التي أكدت الانتشار الحقيقي والواسع لمشكلة سوء معاملة الأطفال على اختلاف أشكالها في المجتمع السوري ، إلا أن نسبة مراجعة الذين صادفوا حالات تعنيف للمشفى كانت قليلة ، لذا من الممكن أن يُعزى ارتفاع نسبة مراجعة الذين لم يصادفوا حالات تعنيف للمشفى إلى عدم معرفتهم لتقييم حالة التعنيف المراجعة للمشفى، وعدم اكتشافها مباشرة بسبب نقص معلوماتهم حول المؤشرات والعلامات الدالة على الحالة، وما يؤكد ذلك مستوى المعلومات المتدني لدى أفراد العينة حول المشكلة الذي كان يتراوح ما بين المتوسط والضعيف، ومن الممكن أيضاً أن تُعزى عدم المصادفة إلى قلة مراجعة الأطفال المعنّفين للمشافي والتستّر عليهم من قبل الأهل أو غيرهم من أفراد المجتمع، ومع ذلك فإن (58.6%) من الممارسين قيّموا الحالة سريرياً و (65.5%) منهم بحثوا عن أعراض وعلامات سوء معاملة الطفل وهم الذين تميّزوا بمستوى خبرة وظيفية عالٍ، إذ كان (40.4%) من الممارسين لديهم خبرة أكثر من (6) سنوات في قسم الإسعاف ، وعلى الرغم من ذلك فليس بالضرورة أن يكون التقييم صحيحاً بسبب الافتقار للمعلومات اللازمة لأدائه، لكن المهم أن الممارسين تساءلوا عما إذا تعرّض الطفل للاضطهاد أم لا ، كما أنه ليس بالضرورة أن تكون الرعاية التمريضية التي قدمها (86.2%) من الممارسين تتناسب مع حالات التعنيف المراجعة للمشفى . وبالرغم من أن نصف الممارسين اتصلوا هاتفياً بالسلطات المختصة للإبلاغ المباشر عن الحالة التي تمت مصادفتها فإن (29.3%) من الممارسين فقط أعدوا التقرير الخاص بالحالة لإبلاغ السلطات المختصة ، وهذه النسبة تكفي لتؤكد أن نقص المعلومات حول عملية الإبلاغ يُعتبر عائقاً لإعداد تقرير كامل المحتوى عن الحالة . توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Feng and Levine , 2005) ، ولم تتفق مع نتائج دراسة (Paavilainen , 2002) .

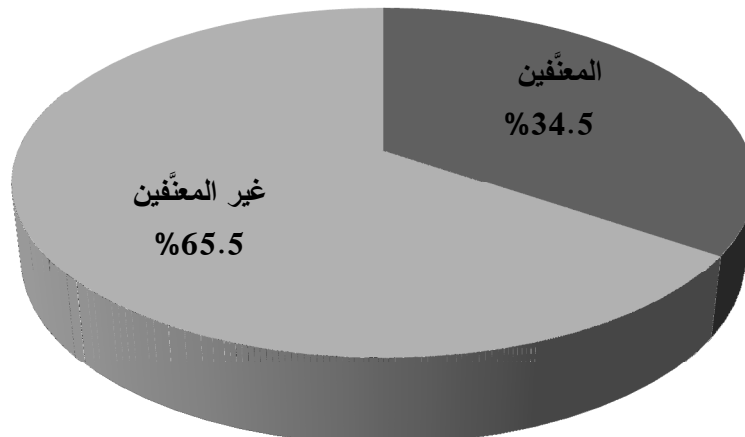
كما تبيّن أنه لا يوجد علاقة بين ممارسات الكادر والتعرّض للتعنيف في أثناء الطفولة نتيجة تساوي نسبة الممارسين والمتعرضين للتعنيف في أثناء الطفولة مع الممارسين الذين لم يتعرضوا للتعنيف، ويوضحها الشكل رقم(3):



الشكل رقم (3) يبين نسبة توزع الممارسين من أفراد العينة تبعاً لتعرضهم للتعنيف

نلاحظ من الشكل رقم (3) التساوي بين النسبتين ، وهذا يبين أنه لم يؤثر تعنيف أفراد العينة في أثناء الطفولة في ممارساتهم . ومن الممكن أن يعزى ذلك إلى عدم معرفة الفرد في أثناء طفولته بحقوق الطفولة أو بأشكال التعنيف المختلفة الواقعة عليه واعتبارها تعنيفاً، بل سيعتبرها حالة طبيعية و جزءاً من حياته وخصوصاً إذا كان هناك تجربة شخصية بالتعرض للتعنيف في أثناء الطفولة سواء كان الفرد نفسه أو أحداً آخر من محيطه . توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Kidist Daka , 2009) [22] .

أما إجمالي المعنّفين وغير المعنّفين من أفراد العينة ككل فقد بيّنها الشكل رقم (4) من خلال عرض النسب المئوية، فكانت نسبة المعنّفين هي الأقل ، وكان من الممكن أن تكون نسبة الأشخاص المعنّفين أكبر من ذلك لكنهم لم يستطيعوا تحديد مُشعرات التعنيف بدليل مستوى معلوماتهم المتدني .



الشكل رقم (4) يبين نسبة المعنّفين وغير المعنّفين من أفراد العينة

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات :

- 1) بشكل عام كانت معلومات أفراد العينة تتراوح بين مستوى الضعيف والمتوسط , و تأثرت معلوماتهم بدرجة المؤهل العلمي وكان خريجو كلية التمريض هم الأعلى نسبة في المعلومات إذ حصل (60%) منهم على مستوى معلومات جيد جدا , لكن لم تتأثر معلومات أفراد العينة بالعمر أو الجنس أو الخبرة الوظيفية أو الدخل الشهري .
- 2) كانت مواقف أفراد العينة محايدة تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال بشكل عام .
 - إذ كانت مواقفهم ايجابية تجاه :
 - المحور الثاني : " دور التمريض تجاه مشكلة سوء معاملة الأطفال "
 - المحور الرابع : " دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة "
 - بينما كانت مواقفهم محايدة تجاه :
 - المحور الأول : " حدوث المشكلة وانتشارها "
 - المحور الثالث : " الإبلاغ عن المشكلة "
 - المحور الخامس : " دور القضاء السوري في محاربة انتشار المشكلة "
- 3) تأثرت مواقف أفراد العينة بمستوى الخبرة الوظيفية إذ كانت مواقف الأعلى خبرة وظيفية (أكثر من 6 سنوات) هي الأكثر حيادية تجاه المحور الأول (حدوث مشكلة سوء معاملة الأطفال وانتشارها) إذ وافق (50%) منهم على انتشار المشكلة بكل أنواعها (الايذاء الجسدي , النفسي , الجنسي , الإهمال) في المجتمع السوري .
- 4) تأثرت مواقف أفراد العينة بدرجة المؤهل العلمي إذ كانت مواقف الأعلى مؤهلاً علمياً (خريجي كلية التمريض) هي الأكثر ايجابية تجاه المحور الرابع (دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة) إذ وافق وبشدة (80%) منهم على أن للعائلة دوراً كبيراً في منع حدوث سوء معاملة أطفالها وتكرارها.
- 5) تأثرت مواقف أفراد العينة بمستوى المعلومات لديهم إذ كانت مواقف الأعلى مستوى معلومات (جيد جدا) هي الأكثر ايجابية تجاه المحور الرابع (دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة) إذ وافق وبشدة (65.3%) منهم على أن للعائلة دوراً كبيراً في منع حدوث سوء معاملة أطفالها وتكرارها.
- 6) تأثرت مواقف أفراد العينة بتعرضهم للتعنيف في أثناء الطفولة إذ كانت مواقف المُعنفين في أثناء الطفولة هي الأكثر ايجابية تجاه المحور الرابع (دور الأسرة والمجتمع في منع حدوث المشكلة) إذ وافق وبشدة (58.6%) منهم على أن للعائلة دوراً كبيراً في منع حدوث وتكرار سوء معاملة أطفالها .
- 7) لم تتأثر مواقف أفراد العينة بالعمر أو الجنس أو الدخل الشهري .
- 8) معظم أفراد العينة (71.5%) لم يمارسوا الرعاية التمريضية تجاه الأطفال المُعنفين .
- 9) لم تتأثر ممارسات أفراد العينة بمواقفهم أو بتعرضهم للتعنيف في أثناء الطفولة .
- 10) أكثر من نصف أفراد العينة (65.5%) لم يتعرضوا للتعنيف في أثناء الطفولة .

التوصيات :

- 1) الاهتمام بتعليم الكادر التمريضي مهنيًا وتأهيله وتدريبه حول كل ما يخص حالات التعنيف من تقييم و إبلاغ وتقديم رعاية وإعادة تأهيل، مع مراعاة درجة المؤهل العلمي ومكان عمل الكادر سواء بالمشفى ولا سيما في قسم الإسعاف والأطفال، أو في المركز الصحي أو المدرسة أو المجتمع .
- 2) اجراء ورشات العمل التي تخص الموضوع في المشافي التي يشترك فيها كوادر ذات خبرات مهنية متنوعة .
- 3) العمل على تفعيل القوانين والتشريعات الخاصة بالمشافي التي تبين كيفية التعامل مع الأطفال المعنفين المراجعين للمشفى .
- 4) إيجاد فريق عمل متكامل في كل مشفى أو مدرسة أو مركز صحي ذي خبرة عالية للتعامل مع حالات الأطفال المعنفين، بحيث يتكون من (طبيب أطفال أو نفسي , ممرض نفسي أو ممرض صحة مجتمع).
- 5) الاستمرار في نشر الوعي حول ظاهرة سوء المعاملة وأخطارها على الأطفال والمجتمع من خلال وسائل الإعلام لتصل لجميع شرائح المجتمع .
- 6) إجراء أبحاث معمقة متعلقة بموضوع العنف وسوء معاملة الأطفال :
- للكشف عن باقي المشكلات التي يعاني منها الكادر التمريضي والوقوف على أسبابها وإيجاد آلية للتعامل معها .
- لإظهار مشكلة سوء معاملة الأطفال أكثر واقترح آليات تبين كيفية التعامل معها والمتغيرات المتعلقة .

المراجع :

- 1- الأمم المتحدة. (2006) " تقرير الخبير المستقل المعني بإجراء دراسة للأمم المتحدة بشأن العنف ضد الأطفال " , البند 62 من جدول الأعمال المؤقت , الدورة الحادية والستون, الجمعية العامة , 16 .
- 2- المجلس الوطني لشؤون الأسرة , اليونيسيف . (2007) " العنف ضد الأطفال في الأردن " , مكتب اليونيسيف , عمان , الأردن .
- 3- وزارة التعليم العالي , الهيئة السورية لشؤون الأسرة . (2006) " رؤية جديدة مناهج حديثة " , مؤتمر حماية الطفل في مناهج التعليم العالي , مركز رضا سعيد للمؤتمرات , جامعة دمشق .
- 4- بركات , مطاع . (2005) " العنف ضد الأطفال في سوريا " , دراسة مسح لواقع أطفال المدارس في محافظات القطر العربي السوري , القاهرة : المؤتمر الاقليمي لمناهضة العنف ضد الأطفال .
- 5- ضو , محمد . (2002) " الاعتداءات الجنسية على الأطفال " , دراسة في مركز الطبابة الشرعية في حلب .
- 6- خليل، عفراء سعيد (٢٠٠٠) " بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين في الكلام " رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- 7- سلطان، ربي علي. (٢٠٠٨) " اضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية والنفسية " رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ، جامعة دمشق.
- 8 - Nursing and Midwifery Council *Code of conduct*. London: NMC, 2002 .
- 9 - Sanders, T; Cobley, C. *Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: An overview of the literature*. Accident and Emergency Nursing; V130, N7, 2005 .

- 10- الهيئي، صلاح الدين . (2006) الأساليب الإحصائية في العلوم الإدارية ، جامعة مؤتة .
- 11- أبو صالح، محمد صبحي . (2007) تحليل بيانات الاستبيان ، جامعة اليرموك .
- 12- Powell, C. *Protecting children in the accident and emergency Department* . Accident and Emergency Nursing ; Volume 5, Number 2,1997. (76-80).
- 13- Thomas, T . *Preventing unsuitable people from working with children the criminal justice and court services bill* . Child Abuse Review ; Number 10, 2001. (60–69).
- 14- أبو النيل ،محمود . (١٩٨٥) علم النفس الاجتماعي . دراسات عربية وعالمية ، الجزء الأول ، بيروت : دار النهضة العربية . 449 .
- 15- Moule, P. *Nurse learners,Do Nurse Tutors Know Them?* . Nurse Education Today ; Volume 15, Number 2 , 1995 . (1219-1251).
- 16- Speight, N . *Non-Accidental Injury, ABC of Child Abuse* .Third Edition, Edited by Roy Meadow ,BMJ publishing Group ; 1997. (5-6) .
- 17- Goldman, J , et al . *A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice* . Washington: Department of Health and Human Services: Office on child Abuse and Neglect ; 2003 .
- 18- DC Author. *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information*. Washington: Domestic violence and child maltreatment: In harm's way; 1999.
- 19- Toscano ; peterf . *psychosocial Considerations*. Diagnostic Imaging of Child Abuse, second Edition: Paulk , klein man , stlouis ; 1998. (364-370).
- 20- Feng, J ; Levine, M . *Factors associated with nurses' intention to report child abuse* . National survey of Taiwanese nurse , child abuse and neglect ; Volume 29, Number 7 , 2005. (783-795) .
- 21- Paavilainen, E , et al . *Caring for maltreated children: a challenge for health care education* . Journal of Advanced Nursing ; Volume 37, Number 6 , 2002 . (551-557)
- 22- Kidist, D . *Why Nurses Underreport Suspected Child Abuse Cases* , The University Of Kansas School of Nursing: The Journal of Undergraduate Nursing Writing ; Volume 3, Number 1, October 2009 . (11-15).