



Research Paper

Effectiveness of A PROCEED-Based Educational Program in Empowering Health-care Workers to Identify Child Abuse Cases



Fatemeh Arab Zeinali¹ , *Reza Tavakoli¹

1. Department of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.



Citation Arab zeinali F, Tavakoli R. [Effectiveness of A PROCEED-Based Educational Program in Empowering Healthcare Workers to Identify Child Abuse Cases (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2022; 9(1):50-61. <https://doi.org/10.32598/JPM.9.1.5>

<https://doi.org/10.32598/JPM.9.1.5>



Article Info:

Received: 15 Dec 2021

Accepted: 24 Mar 2022

Available Online: 01 Apr 2022

Key words:

Child abuse,
Empowerment,
Health workers,
Educational models

ABSTRACT

Objective Child abuse is not a new phenomenon, it exists in different forms in any country and culture. Health care workers in health centers provide health-based services to families from pre-pregnancy to early childhood. Therefore, they should have the ability to identify the occurrence of child abuse. This study aims to evaluate the effectiveness of a PRECEDE-based educational program in empowering health care workers to identify child abuse.

Methods This is a quasi-experimental study conducted on 88 health care workers in health centers of Semnan city in Iran in 2017 who were randomly selected. They were divided into intervention (n= 44) and control (n=44) groups. The data collection tools were a demographic form and a researcher-made questionnaire based on the constructs of the PRECEDE model. Educational program was provided in the intervention group at 4 sessions of 60 minutes. Data were collected before and one month after the intervention. The collected data were analyzed in SPSS v. 22 using statistical tests including Fisher's exact test, independent t-test, ANOVA, and paired t-test.

Results The mean age of participants was 34±7.81 years. At baseline, there was no significant difference between the two groups. After intervention, the mean scores of knowledge (P<0.0001), attitude (P<0.0001), enabling factors (P<0.05), and reinforcing factors (P=0.0001) were significantly different between the two groups. The mean pretest score of behavior in the intervention group was 41.41±4.150, which reached 47.34± 2.820 after the educational intervention which was significantly different (P<0.0001), but there was no significant difference between the behavior scores of control group.

Conclusion The education based on PRECEDE model increases predisposing factors (knowledge and attitudes), enabling factors, reinforcing factors, and behavior of health care workers in identifying the cases of child abuse.

* Corresponding Author:

Reza Tavakoli, PHD.

Address: Department of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 44867550

E-mail: r-tavakoli@srbiau.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Childhood is one of the most important stages of life, the quality of which is directly related to the quality of life (QoL) and well-being of people in adulthood. The wide and frequent reflection of incidents caused by child abuse shows that child abuse is a pervasive social problem that has disastrous effects. Diagnosing child abuse in cases of clear physical symptoms is not a difficult task, but about 60% of children who suffer from sexual abuse do not have any obvious physical symptoms; thus, the need to have sufficient awareness in this field cannot be denied. Comprehensive health service centers are a good place to identify children at risk because they are in an ideal position to help children and protect them from harm, they face the child in a more specialized way and have the opportunity to observe and obtain strong evidence about the nature of the injuries. This shows the importance of the role of activists in this field in diagnosing and reporting cases of abuse, as well as the importance of empowering them to recognize the signs of child abuse. Formulation and development of educational programs for health care workers can be an effective step towards identifying and treating victims of violence. In order to obtain effective results, education must be principled and based on defined theories and models. According to the results of different studies, the PROCEED model provides a framework, by which predisposing, reinforcing, and enabling factors are determined as factors affecting behavior in educational diagnosis. This study was conducted with the aim of determining the effect of training based on the PROCEED model on the empowerment of health care workers in identifying cases of child abuse in 2017.

Methods

The current study was a semi-experimental interventional study with a pre-test post-test design and intervention and control groups. In this research, the study population consisted of health care workers working in the health centers of Semnan city. Simple random sampling was done; first, a list of health centers in Semnan was prepared, and then, among the 14 health centers, the healthcare workers of seven health centers were randomly selected as the intervention group and the healthcare workers of the other seven health centers were considered as the control group. Sampling in each center was done based on the inclusion criteria, and 44

health care workers were considered for each of the intervention and control groups. Data were collected before the intervention and one month after the intervention and analyzed by SPSS v. 22 software.

The data collection tool was a researcher-made questionnaire based on the constructs of the PROCEED model, which was compiled by researchers and approved by a panel of experts. The validity of the questionnaire was verified using the content validity method. The test-retest method was used to determine reliability. According to the information obtained from the pre-test results, the educational content was designed based on the constructs of the PROCEED model and implemented for the intervention group in four sessions of 60 minutes. Ethical considerations, including maintaining the confidentiality of data and obtaining the consent of the participants to participate in the study, were observed and approved by receiving the code of ethics from the [Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran](#).

Results

Health care providers in both the intervention and control groups were 16% male and 84% female. The average age in the intervention group was 35 ± 8.48 years and in the control group was 33 ± 7.14 years. The highest frequency in the intervention and control groups was related to married people. In terms of being a parent, the highest frequency in the intervention and control groups was related to the group with children. Regarding the level of education, the highest frequency in the intervention and control groups was related to bachelor's degrees. In terms of employment status, the highest frequency in the intervention and control groups was related to contract workers.

Regarding knowledge as the most important predisposing factor in the PROCEED model, the results showed that healthcare workers in Semnan had good knowledge about child abuse and the average score of knowledge of healthcare workers was 14.17 out of 19. Also, the attitude of health care workers regarding child abuse was favorable and the average total score of attitude was 47.17 out of 56.

After the educational intervention, the average scores of awareness ($P < 0.001$), attitude ($P < 0.001$), reinforcing factors ($P = 0.001$), and enabling factors ($P < 0.05$) in the intervention group showed a significant increase compared to the control group. The difference between the average score of the behavior in the two intervention and control groups was not significant before the in-



tervention, but after the implementation of the educational intervention, the average score of the behavior increased and the difference between the two intervention and control groups became significant ($P < 0.001$).

Discussion

The findings of this research showed that the design and implementation of an educational program based on the PROCEED model are effective in changing predisposing factors (awareness and attitude), reinforcing factors, enabling factors, and behavior in identifying cases of child abuse by health care workers. Because in this model, with the educational and ecological diagnosis and determination of the factors affecting the behavior, it is expected that the recommended behavior will be done and it can be used as a framework for designing interventions for training employees. Although it is very difficult to change the enabling factors only through education and it requires more time and additional support along with education, the role of educational interventions in increasing the level of awareness, attitude, and performance of people is very prominent. If these interventions are carried out in a scientific and planned manner through comprehensive models, including the PROCEED model, and also spending enough time, it will certainly have better results, because models, such as the PROCEED model create a systematic movement to carry out healthy behavior in the individual.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical approval was received for this study from the Ethics Committee of the [Science and Research Branch, Islamic Azad University](#) (IR.IAU.SRB.REC.1396.55).

Funding

This research is taken from the thesis of Fatemeh Arab Zainali, a master's student in health education, faculty of medical sciences, [Science and Research Branch, Islamic Azad University](#), and she did not have a financial sponsor and all expenses were borne by the student.

Authors' contributions

Data collection, statistical analysis and article writing: Fatemeh Arab Zainli; Cooperation in writing and revising the article: Reza Tavakoli; Study design: Fatemeh Arab

Zainli, Reza Tavakoli; Read and approved the final manuscript: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors of this article acknowledge and thank the [Science and Research Branch, Islamic Azad University](#). Also, they thank all the participants in this research.

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مبتنی بر مدل پرسید بر توانمندسازی مراقبین سلامت در شناسایی موارد کودک‌آزاری: یک مطالعه نیمه تجربی

فاطمه عرب زینلی^۱، *رضا توکلی^۱

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: مراقبین سلامت شاغل در پایگاه‌های سلامت در طول دوره‌های پیش از بارداری تا اوایل کودکی خدمات مبتنی بر سلامت را به خانواده‌ها ارائه می‌کنند. بنابراین باید از توانمندی کافی جهت تشخیص این مشکل برخوردار باشند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پرسید بر توانمندسازی مراقبین سلامت شهرستان سمنان در شناسایی موارد کودک‌آزاری انجام شد.

روش‌ها: تحقیق حاضر مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۶ بر روی ۸۸ مراقب سلامت پایگاه‌های سلامت شهرستان سمنان که به روش تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. ۴۴ مراقب سلامت در گروه آزمایش و ۴۴ مراقب سلامت در گروه کنترل قرار داشتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه محقق‌ساخته مبتنی بر سازه‌های مدل پرسید بود. مداخله آموزشی براساس نتایج حاصل از پیش‌آزمون در گروه آزمایش در ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. داده‌ها در دو نوبت، قبل و یک ماه پس از انجام مداخله جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، با آزمون‌های آماری دقیق فیشر، تی‌مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی‌زوجی تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی مراقبین سلامت $34 \pm 7/81$ سال بود. در تمامی سازه‌ها و رفتار قبل از مداخله اختلاف آماری معناداری بین گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت، اما پس از انجام مداخله آموزشی میانگین نمرات آگاهی ($P < 0/001$)، نگرش ($P < 0/001$)، عوامل تقویت‌کننده ($P = 0/001$)، عوامل قادرکننده ($P < 0/05$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌صورت معناداری افزایش داشته است. میانگین رفتار در گروه آزمایش $41/41 \pm 4/150$ بود که پس از مداخله آموزشی به $47/34 \pm 2/820$ رسید که از نظر آماری معنادار بود، اما در گروه کنترل این اختلاف معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی به‌واسطه تأثیرگذاری بر روی سازه‌های مدل پرسید توانست اثر مثبتی روی بهبود رفتار مراقبین سلامت داشته باشد.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۴ آذر ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۴ فروردین ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

کودک‌آزاری، توانمندسازی، کارکنان بهداشتی، مدل‌های آموزشی

* نویسنده مسئول:

رضا توکلی

نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۴۴۸۶۷۵۵۰

پست الکترونیکی: r-tavakoli@srbiau.ac.ir

مقدمه

[۱۲]. مطالعه اسکولز و همکاران نشان داد مراقبین بهداشتی کودک دانش تخصصی در مورد مسائل مربوط به کودک‌آزاری نداشتند [۱۳]. همچنین مطالعه گروسی و همکاران نشان داد ۵۵ درصد از پزشکان عمومی اطلاعات کافی در مورد مسائل مربوط به کودک‌آزاری نداشتند [۱۱]. مراکز بهداشتی‌درمانی (مراکز خدمات جامع سلامت) به دلیل مراجعه ماهانه و منظم خانواده‌ها، محل مناسبی برای شناسایی موارد کودک‌آزاری هستند [۱۴]. در ایران، مراکز خدمات جامع سلامت در طول دوره‌های پیش از بارداری تا اوایل کودکی خدمات مبتنی بر سلامت را به خانواده‌ها ارائه می‌کنند.

در میان بخش‌های گوناگون خدماتی، سامانه بهداشتی‌درمانی به‌عنوان یک شبکه وسیع کشوری در پیشبرد تدابیر پیشگیرانه اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا گستره وسیعی از جامعه را پوشش می‌دهد و با کودکان و خانواده‌های آن‌ها تماس نزدیکی دارد. این مراکز محل مناسبی برای شناسایی کودکان در معرض خطر و ارائه خدمات آموزشی و مراقبتی کم‌هزینه‌تر به آن‌ها و خانواده‌هایشان است. با این حال در بسیاری از موارد، مراجعان به دلیل جراحات جسمی و ناخوشی روانی در مراکز بهداشتی‌درمانی پذیرش می‌شوند، اما بدون تشخیص علت ایجاد مشکل و با وجود خطر تکرار خشونت، مرکز را ترک می‌کنند [۱۴]. در تلاش برای مواجهه با مواردی که پنهان باقی می‌مانند، پرستاران و کارکنان مراکز بهداشتی‌درمانی، بهترین گزینه برای گزارش کودک‌آزاری هستند [۱۵]. زیرا موقعیت آرمانی برای کمک به کودکان و محافظت آن‌ها از آسیب دارند، به‌صورت تخصصی‌تر با کودک مواجه می‌شوند و فرصت و زمان کافی برای مشاهده و کسب شواهد قوی در مورد ماهیت آسیب‌ها در اختیار دارند [۱۶]. با توجه به اینکه کارکنان بر امر مراقبت کودکان نظارت دارند، زمان مراجعه خانواده‌ها و کودکان برای مراقبت‌های معمول و ماهانه و زمان معاینه کودک (واکسیناسیون و اندازه‌گیری قد و وزن)، فرصتی مناسب برای شناسایی موارد کودک‌آزاری و مداخله است [۱۴]. کودک‌آزاری بیشتر در کودکان با رده سنی پیش‌دبستانی و دبستانی اتفاق می‌افتد و این گروه از کودکان از طریق مراکز بهداشتی قابل‌دسترس هستند [۱۷]. مطابق آمار ۲۰ درصد از کودکانی که در اثر سوءرفتار فوت شدند، یک ماه قبل از فوت یکی از افراد کادر سلامت ویزیتشان کردند. همین امر اهمیت نقش فعالان این حوزه را در تشخیص و گزارش موارد آزار و همچنین اهمیت توانمندسازی ایشان را در تشخیص علائم کودک‌آزاری نشان می‌دهد [۱۸]. تدوین و توسعه برنامه‌های آموزشی برای مراقبین سلامت می‌تواند گام مؤثری در جهت شناسایی و درمان قربانیان خشونت باشد [۱۷]. برای کسب نتایج مفید و مؤثر، آموزش باید اصولی و بر مبنای نظریه‌ها و الگوهای تعریف‌شده باشد. با توجه به نتایج پژوهش‌های متفاوت، الگوی پرسید چارچوبی را فراهم می‌کند که به موجب آن عوامل مستعدکننده (دانش، نگرش، باورها و غیره)، عوامل تقویت‌کننده

کودکان از سرمایه‌های عظیم هر کشوری محسوب می‌شوند. دوران کودکی یکی از مراحل مهم زندگی است که کیفیت آن با کیفیت زندگی و بهزیستی افراد در بزرگسالی ارتباط مستقیم دارد [۱، ۲]. پدیده کودک‌آزاری هر چند منحصر به زمان حال نیست و در تمامی جوامع و زمان‌ها مشاهده شده است، اما برای اولین بار کمپ و همکاران در سال ۱۹۶۲ به‌صورت «سندرم کودک کتک‌خورده» معرفی‌اش کردند و پس از آن به تمام ابعاد این پدیده، توجه روزافزون شد [۳].

سازمان بهداشت جهانی^۱، کودک‌آزاری را به‌عنوان «همه انواع بدرفتاری فیزیکی، عاطفی، سوءاستفاده جنسی، غفلت و استثمار (بهره‌کشی) که سبب آسیب‌رساندن جدی یا بالقوه به سلامتی، بقاء، رشد یا کرامت کودکان در چارچوب یک رابطه مسئولیت، اعتماد یا قدرت می‌شود» تعریف می‌کند که دارای چهار بعد کودک‌آزاری جسمانی، جنسی، عاطفی و غفلت است [۴]. بازتاب وسیع و مکرر حوادث ناشی از سوءرفتار با کودک، بیانگر این مسئله است که کودک‌آزاری یک معضل اجتماعی فراگیر است که آثار و نتایج ناگواری به دنبال دارد [۵]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱ نفر از هر ۴ بزرگسال در کودکی مورد آزار جسمی قرار گرفته است. طی سال ۲۰۱۷، ۳۶ درصد کودکان آزار عاطفی، ۲۳ درصد آزار فیزیکی، ۱۸ درصد دختران و ۸ درصد پسران آزار جنسی و ۱۶ درصد غفلت را تجربه کردند [۶]. در مطالعه مروری محمدی و همکاران شیوع کلی کودک‌آزاری جسمی در ایران ۴۳/۶ درصد، کودک‌آزاری عاطفی ۶۴/۵۳ درصد و غفلت ۴۰/۹۴ درصد گزارش شد [۷]. مطالعه ترکاشوند و همکاران در سال ۱۳۹۰، شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر زنجان را ۵۶ درصد آزار جسمانی، ۳۹ درصد غفلت و ۷۸ درصد آزار عاطفی نشان داد [۸]. تشخیص کودک‌آزاری در موارد واضح بودن علائم متعدد جسمی کار چندان مشکلی نیست، اما حدود ۶۰ درصد از کودکانی که دچار سوءرفتار جنسی هستند، هیچ علامت واضح فیزیکی ندارند. در چنین موقعیت‌هایی شناختن مراحل تکاملی و رفتاری کودک بسیار حائز اهمیت هستند [۹].

تشخیص کودک‌آزاری در مواردی که نشانه‌های جسمانی وجود ندارد امری دشوار است [۹]. بنابراین لزوم داشتن آگاهی کافی در این زمینه قابل‌انکار نیست و با توجه به اینکه بسیاری از رفتارها تابع نگرش فرد هستند [۱۰] نوع نگرش پزشکان (و کارکنان بهداشتی) که در بیشتر موارد خط مقدم تشخیص سوءرفتار با کودکان، به‌ویژه در ایران محسوب می‌شوند نیز در تشخیص و رفتار با موارد کودک‌آزاری حائز اهمیت است [۱۱]. در مطالعه پاولین و همکاران ۶۰ درصد از پزشکان و پرستاران اطلاعات ناکافی در مورد سوءرفتار با کودکان داشتند

1. World Health Organization

جمع‌بندی نظرات ۱۰ نفر از متخصصان رشته آموزش بهداشت، روان‌پزشک و پزشک احراز شد. در این پژوهش شاخص روایی محتوا $0/97^2$ و نسبت روایی محتوایی $0/80^3$ محاسبه شد. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه محقق‌ساخته مبتنی بر مدل پرسید، پرسش‌نامه به ۱۸ نفر از جامعه پژوهش که معیار ورود به پژوهش را داشتند، طی دو مرحله و با فاصله‌ی ۱۵ روز داده شد و پایایی آن $0/8$ به دست آمد.

پرسش‌نامه محقق‌ساخته بر اساس سازه‌های مدل پرسید شامل این عوامل بود: مستعدکننده (۱۹ سؤال آگاهی با مقیاس بله و خیر که منظور همان دانش به‌دست‌آمده در مورد کودک‌آزاری از طریق تجارب فردی یا سایر ابزارهای اطلاعاتی و یا آموزش است و ۱۴ سؤال نگرش شامل باورهای مراقب سلامت در رابطه با کودک‌آزاری براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، عوامل قادرکننده (۵ سؤال با مقیاس بله یا خیر که منظور ویژگی‌های محیطی است که بروز رفتار یا مهارت را در فرد تسهیل می‌کنند یا به‌عبارت دیگر منابعی است که جهت تغییر رفتار نیاز است [۲۰]) که در اینجا منظور دسترسی به منابع، شرکت در دوره‌های آموزشی، وقت کافی و غیره است)، عوامل تقویت‌کننده (۳ سؤال با مقیاس بله یا خیر. هرگونه عاملی تحت عنوان پاداش اعم از مادی یا معنوی که باعث بروز مجدد رفتار یا تداوم آن می‌شود به فاکتور تقویت‌کننده معروف است [۲۰]). در این مطالعه عواملی مانند حمایت و تشویق در محل کار، خانواده، دوستان و غیره که باعث ارتقای رفتار و کسب مهارت در شناسایی کودک‌آزاری می‌شوند، مطرح شد). همچنین ۱۲ سؤال در مورد با رفتارهای منجر به ارتقای شناسایی موارد کودک‌آزاری اعم از توجه و بررسی علائم مشکوک، ارجاع موارد مشکوک به کارشناس سلامت روان، گزارش موارد و غیره با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به‌صورت همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز بود.

پیش‌آزمون که شامل پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه طراحی‌شده براساس سازه‌های مدل پرسید بود را مراقبین سلامت تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. سپس با توجه به اطلاعات کسب‌شده از تحلیل نتایج پیش‌آزمون، محتوای آموزشی بر اساس سازه‌های مدل پرسید طراحی و برای گروه آزمایش به میزان ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای ارائه آموزش از روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی استفاده شد و مطالب به‌صورت پاورپوینت ارائه شد.

عناوین و سرفصل‌های مداخله آموزشی شامل آشنایی مراقبین سلامت با کودک‌آزاری و انواع آن، آشنایی با عوامل مؤثر بر وقوع کودک‌آزاری، آشنایی با علائم و نشانه‌های کودک‌آزاری، آشنایی با تأثیر واکنش اطرافیان (همکاران و خانواده) بر فرایند شناسایی

تأثیر خانواده، همسازان، کارکنان بهداشتی و غیره) و عوامل قادرکننده (قابل‌دسترس بودن منابع، مهارت‌ها و غیره) به‌عنوان عوامل مؤثر بر رفتار در تشخیص آموزشی تعیین می‌شوند [۱۹]. این الگو فرایندی برای تغییر رفتار است و نتایج احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی را بررسی می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل پرسید بر توانمندسازی مراقبین سلامت در شناسایی موارد کودک‌آزاری در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه‌تجربی قبل و بعد همراه با گروه آزمایش و کنترل است که با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل پرسید بر توانمندسازی مراقبین سلامت در شناسایی موارد کودک‌آزاری در سال ۱۳۹۶ انجام شد. در این پژوهش جامعه مورد مطالعه را مراقبین سلامت شاغل در پایگاه‌های سلامت مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان سمنان تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت تصادفی ساده انجام شد. به این صورت که ابتدا فهرستی از پایگاه‌های سلامت شهرستان سمنان تهیه شد. سپس از بین ۱۴ پایگاه سلامت، ۷ پایگاه سلامت به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه آزمایش و ۷ پایگاه سلامت دیگر به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری در هر پایگاه به‌صورت تصادفی ساده و براساس معیارهای ورود انجام گرفت. برای تعیین حجم نمونه با توجه به فرمول حجم نمونه کوکران و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون برابر با ۸۰ درصد، حجم نمونه‌ای معادل ۴۴ نفر برای هر گروه محاسبه شد. بدین ترتیب ۴۴ مراقب سلامت در گروه آزمایش و ۴۴ مراقب سلامت در گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه اشتغال فرد به‌عنوان مراقب سلامت در پایگاه‌های سلامت شهرستان سمنان و تمایل به همکاری در پژوهش حاضر بود و مواردی مانند استعفا از خدمت، انتقال از محل خدمت به خارج از شهرستان سمنان، عدم حضور در جلسات آموزشی و عدم تمایل به شرکت در مطالعه به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. داده‌ها در دو نوبت، نوبت اول قبل از مداخله و نوبت دوم یک ماه بعد از انجام مداخله جمع‌آوری شد و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه محقق‌ساخته مبتنی بر سازه‌های مدل پرسید بود که از سوی محققین تدوین شد و به تأیید متخصصان رسید. بخش اول سؤالات شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت والد بودن، سطح تحصیلات و وضعیت استخدام بود.

بخش دوم پرسش‌نامه محقق‌ساخته، بر اساس سازه‌های مدل پرسید به‌منظور انجام مداخله بر مبنای الگوی آموزشی پرسید و درباره شناسایی موارد کودک‌آزاری بود که ابتدا سؤالات اولیه پرسش‌نامه براساس کتب و منابع معتبر و مطالعات درخشان پور و همکاران [۱۴] و گروسی و همکاران [۱۱] طراحی شد و سپس روایی آن با استفاده از شیوه روایی محتوایی با استفاده از

2. Content Validity Index (CVI)
3. Content Validity Ratio (CVR)

در این مطالعه تمام نکات اخلاقی لازم مانند حفظ محرمانگی اطلاعات و جلب رضایت شرکت کنندگان برای حضور در مطالعه رعایت شد و با دریافت کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران تأیید شد.

یافته‌ها

مراقبین سلامت شرکت کننده در هر دو گروه آزمایش و کنترل را ۱۶ درصد مرد و ۸۴ درصد زن تشکیل می‌دادند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۵±۸/۴۸ سال و در گروه کنترل ۳۳±۷/۱۴ سال بوده است. بیشترین فراوانی در گروه آزمایش و کنترل مربوط به افراد متأهل (۹۵ درصد گروه کنترل و ۸۶ درصد گروه آزمایش) بوده است. از نظر وضعیت والد بودن نیز بیشترین فراوانی در گروه آزمایش و کنترل مربوط به گروه دارای فرزند (۷۷ درصد

موارد، مهارت شناسایی انواع کودک‌آزاری و ارجاع موارد بود.

ارزشیابی از تأثیر مداخله آموزشی در مرحله پس‌آزمون انجام شد. به این صورت که یک ماه بعد از آخرین جلسه آموزشی، پرسش‌نامه را بار دیگر هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل کردند و داده‌های جمع‌آوری شده بررسی شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین معناداری از آمار استنباطی دقیق فیشر^۴، تی مستقل^۵، آنالیز واریانس یک‌طرفه^۶ و تی زوجی^۷ استفاده شد.

4. Fishers exact test
5. Independent T Test
6. One-Way ANOVA
7. Paired T Test

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	متغیر	تعداد (درصد)/میانگین±انحراف معیار	
		کنترل	آزمایش
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۷(۳۸/۶)	۱۱(۲۵/۰)
	۳۰ تا ۳۹ سال	۱۹(۴۳/۲)	۲۱(۴۷/۷)
	۴۰ تا ۴۹ سال	۸(۱۸/۲)	۸(۱۸/۲)
	۵۰ تا ۵۹ سال	۰(۰)	۴(۹/۱)
			۳۳/۲۳±۷/۱۴
جنس	زن	۳۷(۸۴/۱)	۳۷(۸۴/۱)
	مرد	۷(۱۵/۹)	۷(۱۵/۹)
وضعیت تاهل	متاهل	۴۲(۹۵/۵)	۳۸(۸۶/۴)
	مجرد	۲(۴/۵)	۶(۱۳/۶)
وضعیت والد بودن	دارای فرزند	۳۴(۷۷/۳)	۳۱(۷۰/۵)
	بدون فرزند	۸(۱۸/۲)	۷(۱۵/۹)
	موضوعیت ندارد (افراد مجرد)	۲(۴/۵)	۶(۱۳/۶)
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۶(۱۳/۶)	۵(۱۱/۴)
	فوق دیپلم	۴(۹/۱)	۶(۱۳/۶)
	لیسانس	۲۹(۶۵/۹)	۲۷(۶۱/۴)
	فوق لیسانس	۵(۱۱/۴)	۶(۱۳/۶)
	رسمی	۱۵(۳۴/۱)	۱۹(۴۳/۲)
وضعیت استخدامی	پیمانی	۰(۰)	۲(۴/۵)
	قراردادی	۲۳(۵۲/۳)	۲۰(۴۵/۵)
	طرحی	۶(۱۳/۶)	۳(۶/۸)

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی پرسید در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از انجام مداخله آموزشی

متغیر	زمان آزمون	میانگین \pm انحراف معیار		سطح معناداری
		کنترل	آزمایش	
آگاهی	قبل از مداخله	۱۴/۴۵ \pm ۲/۳۳۰	۱۴/۲۳ \pm ۲/۱۴۴	۰/۷۰۵
	پس از مداخله	۱۵ \pm ۲/۸۹۰	۱۸/۲۳ \pm ۰/۸۳۱	۰/۰۰۰
نگرش	قبل از مداخله	۴۷/۲۷ \pm ۶/۷۴۹	۴۷/۰۷ \pm ۴/۵۶۲	۰/۸۶۸
	پس از مداخله	۴۸/۸۰ \pm ۵/۲۷۶	۵۳/۳۹ \pm ۴/۶۶۲	۰/۰۰۰
عوامل قادرکننده	قبل از مداخله	۳/۲۰ \pm ۱/۶۳۶	۳/۲۳ \pm ۱/۶۱۲	۰/۸۶۱
	پس از مداخله	۳/۳۹ \pm ۱/۶۴۶	۴/۶۱ \pm ۰/۸۴۱	۰/۰۰۰
عوامل تقویت‌کننده	قبل از مداخله	۱/۸۰ \pm ۰/۸۵۱	۱/۷۴ \pm ۰/۸۱۶	۰/۷۷۰
	پس از مداخله	۱/۸۲ \pm ۰/۸۴۳	۲/۳۹ \pm ۰/۶۵۵	۰/۰۰۱
رفتار	قبل از مداخله	۴۱/۶۶ \pm ۳/۸۳۳	۴۱/۴۱ \pm ۴/۱۵۰	۰/۷۷۰
	پس از مداخله	۴۲/۴۳ \pm ۲/۷۱۳	۴۷/۳۴ \pm ۲/۸۲۰	۰/۰۰۰

داشت ($P < 0/05$). از نظر توزیع عوامل تقویت‌کننده از جمله حمایت و دریافت تشویق بین دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله آموزشی اختلاف معناداری مشاهده نشد، اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری در این دو گروه وجود داشت ($P = 0/001$). در رابطه با متغیر رفتار نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله آموزشی اختلاف معناداری مشاهده نشد، اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری در این دو گروه وجود داشت ($P < 0/001$) (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پرسید بر توانمندسازی مراقبین سلامت شهرستان سمنان در مورد شناسایی کودک‌آزاری بود.

در بررسی متغیر آگاهی به‌عنوان مهم‌ترین عامل مستعدکننده در الگوی پرسید، نتایج این مطالعه نشان داد آگاهی مراقبین سلامت شهرستان سمنان در مورد کودک‌آزاری خوب بود. میانگین نمره آگاهی مراقبین سلامت ۱۴/۱۷ از نمره ۱۹ بود که یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۵ در مورد بررسی دانش، نگرش و عملکرد کارشناسان بهداشت خانواده مراکز بهداشتی‌درمانی و معلمان ابتدایی در زمینه سوءرفتار با کودکان در شهر تبریز [۱۷] و مطالعه گروسی و همکاران در سال ۱۳۸۴ در مورد بررسی آگاهی دانشجویان کارآموز رشته پزشکی درباره کودک‌آزاری [۱۱] و مطالعه الدبان و همکاران در سال ۲۰۱۴ در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان در مورد کودک‌آزاری [۲۱] همخوانی دارد. در

گروه کنترل و ۷۰ درصد گروه آزمایش) بود. در بررسی سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی در گروه آزمایش و کنترل مربوط به مقطع لیسانس (۶۵ درصد گروه کنترل و ۶۱ درصد گروه آزمایش) بود. کمترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به مقطع تحصیلی کمتر از دیپلم با ۱۱/۴ درصد و در گروه کنترل مربوط به مقطع فوق دیپلم با ۹/۱ درصد بود. از نظر وضعیت استخدامی بیشترین فراوانی در گروه آزمایش و کنترل مربوط به شاغلین قراردادی (۵۲ درصد گروه کنترل و ۴۵ درصد گروه آزمایش) بود و کمترین فراوانی در دو گروه را شاغلین پیمانی تشکیل می‌داد (جدول شماره ۱).

از نظر میانگین نمرات آگاهی بین دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله آموزشی اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($P = 0/705$) اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین نمرات آگاهی این دو گروه مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین بین دو گروه از نظر میانگین نمره نگرش، قبل از مداخله آموزشی اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($P = 0/868$)، اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین نمرات نگرش در این دو گروه مشاهده شد ($P < 0/001$).

بین گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله آموزشی از نظر توزیع عوامل قادرکننده در پنج زمینه برخورداری از آموزش درباره کودک‌آزاری و پیامدهای آن، انواع کودک‌آزاری، شناسایی علائم و نشانه‌ها، حقوق کودکان و داشتن وقت کافی جهت مراقبت از کودکان اختلاف آماری معناداری وجود نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری در این دو گروه وجود

خود مراقب سلامت از رفتارهایی مانند توجه به علائم و نشانه‌های کودک‌آزاری، مطالعه در رابطه با کودک‌آزاری و احساسات و تجربیات مراقب سلامت از شناسایی موارد کودک‌آزاری به‌عنوان عوامل تقویت‌کننده در نظر گرفته شدند که نتایج نشان‌دهنده افزایش معنادار این عوامل پس از مداخله آموزشی بود و این یافته‌ها با مطالعات مشابه همخوانی داشت؛ از جمله در مطالعه نظری و همکاران، طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی پرسیدنپرسید و سازه‌های مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک این الگو (آگاهی، نگرش، رفتار، عوامل قادرکننده و عوامل تقویت‌کننده) سبب افزایش رفتارهای ایمن در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شد [۲۹]. به نظر می‌رسد آموزش بر اساس مدل پرسید در مورد انجام یک رفتار باعث افزایش عوامل تقویت‌کننده می‌شود و این عوامل احتمال استمرار رفتار توصیه‌شده را افزایش می‌دهد [۲۸]. در این مطالعه امکان استفاده از منابع آموزشی در خصوص کودک‌آزاری و پیامدهای آن، علائم و نشانه‌ها، آشنایی با حقوق کودکان و داشتن وقت کافی برای انجام مراقبت کودکان به‌عنوان عوامل قادرکننده در نظر گرفته شدند. این عوامل شامل فراهم کردن امکانات و ایجاد مهارت‌هایی در جهت تغییر رفتار بود که نتایج نشان از افزایش این عوامل در گروه آزمایش داشت. این یافته با نتایج مطالعه ندریان در تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید هم‌خوانی داشت و نشان داد ارتقای عوامل قادرکننده توانسته رفتار را بهبود بخشد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد اختلاف میانگین نمره رفتار در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از انجام مداخله معنادار نبود، اما پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره رفتار افزایش یافت و اختلاف بین دو گروه آزمایش و کنترل معنادار شد. بنابراین با توجه به مقایسه نتایج میانگین پس از آموزش، مداخله آموزشی موجب افزایش نمره رفتار مراقبین سلامت شده است که این یافته‌ها با نتایج مطالعات مشابه از جمله مطالعات فرولا [۲۵] ترنر [۲۶] و صلحی [۲۷] همخوانی داشت. این یافته با نتایج مطالعات انجام‌شده بر اساس الگوی پرسید همخوانی دارد، زیرا در این الگو با تشخیص آموزشی و اکولوژیک و تعیین عوامل مؤثر بر رفتار انتظار می‌رود رفتار توصیه‌شده به مرحله عمل درآید [۲۸]. اما برخلاف تحقیقاتی که شرح داده شد در برخی پژوهش‌ها تغییر رفتار به دلیل وجود برخی موانع معنادار نبود. نبود محیط‌های پشتیبان و حمایتگر، مواضع و سیاست‌های دولت‌ها از جمله دلایلی بود که در برخی از مطالعات به آن‌ها اشاره شده است. در پژوهش والش و همکاران که با استفاده از مدل پرسید انجام شد، یافته‌ها نشان داد عوامل محیطی مانند دسترسی به امکانات جزء مشخص‌ترین نیازها بود [۳۰]. در پایان می‌توان گفت اگر مداخلات آموزشی به‌صورت علمی و برنامه‌ریزی‌شده از طریق الگوهای جامع و شناخته‌شده از جمله الگوی پرسید صورت گیرد، به‌طور یقین نتایج بهتری را به همراه خواهد داشت [۲۷].

هرچند ایجاد تغییر عوامل قادرکننده صرفاً از طریق آموزش

مطالعه سید معلمی در سال ۱۳۹۳ در مورد آگاهی و نگرش دندان‌پزشکان اصفهان درباره کودک‌آزاری، میانگین نمره دانش ۴/۳۲ از ۲۴ بود [۲۲]. در مطالعه مارکوویچ که در سال ۲۰۱۵ با موضوع بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان دندان‌پزشکی درباره کودک‌آزاری در بوسنی و هرزگوین انجام شد، اکثر شرکت‌کنندگان به اغلب سؤالات پاسخ غلط داده بودند و یا اظهار کرده بودند که اطلاعاتی در مورد کودک‌آزاری ندارند [۲۳]. در این مطالعات، میانگین آگاهی شرکت‌کنندگان از میانگین آگاهی در این مطالعه پایین‌تر بود. این امر شاید به دلیل متفاوت بودن دروس در دوره تحصیل و ابزارهای متفاوت سنجش اطلاعات در بین دو بررسی باشد و همچنین به دلیل مواجهه بیشتر مراقبین سلامت با کودکان نسبت به دندان‌پزشکان عمومی باشد [۱۷]. در بررسی داده‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج حاکی از افزایش معنادار میانگین نمرات آگاهی در گروه آزمایش پس از مداخله آموزشی نسبت به گروه کنترل بود که این یافته‌ها همسو با مطالعه فرولا و همکاران در سال ۲۰۱۵ در بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر شناخت، درمان و گزارش کودک‌آزاری [۲۴]، مطالعه فرولا و همکاران در سال ۲۰۱۷ در مورد بررسی مداخله آموزشی در پیشگیری از کودک‌آزاری جهت رزیدنت‌ها [۲۵]، مطالعه ترنر و همکاران در سال ۲۰۱۵ با موضوع مداخلات برای بهبود واکنش متخصصان به کودکان در معرض خشونت و آزار خانگی [۲۶] بود. همچنین مطالعات متعددی در بررسی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پرسید انجام شد؛ از جمله مطالعه صلحی و همکاران در سال ۱۳۹۵ [۲۷] و حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۳ [۲۸] که همگی بر تأثیر مثبت الگوی پرسید بر افزایش میانگین آگاهی دلالت دارند.

در پژوهش حاضر نگرش مراقبین سلامت در مورد کودک‌آزاری به‌عنوان دومین عامل مستعدکننده در نظر گرفته شد. نتایج این مطالعه نشان داد نگرش مراقبین سلامت در مورد کودک‌آزاری مطلوب بود. میانگین مجموع نمره نگرش ۴۷/۱۷ از نمره ۵۶ بود که یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعه حسینی [۱۷] و گروسی [۱۱] مطابقت دارد. در مقایسه و بررسی داده‌ها در گروه آزمایش و کنترل، نتایج نشان‌دهنده افزایش معنادار میانگین نمرات نگرش در گروه آزمایش پس از مداخله آموزشی نسبت به گروه کنترل است که یافته‌ها با مطالعات مشابه از جمله مطالعه فرولا [۲۵] ترنر [۲۶] و فرولا [۲۴] همخوانی دارد. همچنین مطالعات صلحی [۲۷] و حسینی [۲۸] نیز بر تأثیر مثبت الگوی پرسید بر افزایش میانگین نگرش دلالت دارند. مطالعه حاضر نشان داد طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید می‌تواند تفاوت معناداری در میزان آگاهی و نگرش به وجود آورد و ضرورت استفاده از مداخلات آموزشی برنامه‌ریزی‌شده را برای ارتقای عوامل مستعدکننده بیان می‌کند.

در این مطالعه تشویق و حمایت خانواده، دوستان، همکاران، مسئولین مراکز خدمات جامع سلامت، کارشناس سلامت روان و

مشارکت نویسندگان

جمع‌آوری اطلاعات، آنالیز آماری و نگارش مقاله: فاطمه عرب زینلی؛ همکاری در نگارش و بازنگری مقاله: رضا توکلی؛ طراحی مطالعه: فاطمه عرب زینلی، رضا توکلی؛ همه نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تأیید کردند.

تعارض منافع

بنابر اعلام نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله از **واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی** تقدیر و تشکر می‌کنند. همچنین، از همه شرکت‌کنندگان در این تحقیق سپاسگزاری می‌کنند.

بسیار مشکل است و نیاز به زمان بیشتر و حمایت‌های جانبی همراه با آموزش دارد، اما نقش مداخلات آموزشی در افزایش سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد بسیار برجسته است. اگر این مداخلات به صورت علمی و برنامه‌ریزی شده از طریق الگوهای جامع از جمله الگوی پرسید و همچنین صرف زمان مناسب صورت گیرد، مطمئناً نتایج بهتری دربر خواهد داشت، چراکه مدل‌هایی نظیر مدل پرسید یک جنبش سیستماتیک را برای انجام رفتار سالم در فرد رهبری می‌کند [۲۷].

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد طراحی و اجرای برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در تغییر عوامل مستعدکننده آگاهی و نگرش، عوامل تقویت‌کننده و عوامل قادرکننده و رفتار در شناسایی موارد کودک‌آزاری توسط مراقبین سلامت مؤثر است و می‌توان از آن به عنوان چارچوبی جهت طراحی مداخلات برای آموزش کارکنان استفاده کرد. بنابراین پژوهشگران طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی تئوری محور را در آموزش مراقبین سلامت پیشنهاد می‌کنند.

هر پژوهشی در زمان اجرا با محدودیت‌هایی روبه‌رو می‌شود، از جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز بعد مسافت جغرافیایی جامعه پژوهش (مراکز خدمات جامع سلامت) و حجم کاری بالای پرسنل بود که باعث شد نمونه‌گیری زمان‌بر و با اتلاف وقت انجام شود. به دلیل حجم بالای کاری در مراکز خدمات جامع سلامت به مراقبین سلامت فرصت داده شد تا در زمان استراحت پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها مخصوصاً در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش بود که با ارائه توضیح در مورد مطالعه، نتایج آن و مراجعه حضوری نسبت به رفع موارد اقدام شد.

تعداد محدود نمونه‌ها و انتخاب نمونه صرفاً از بین مراقبین سلامت، یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه بود که باعث می‌شود نتایج مطالعه را نتوان به کارکنان سایر بخش‌های سلامت مانند پرستاران، پزشکان و غیره تعمیم داد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه دارای تأییدیه اخلاقی به شماره IR.IAU.SRB. REC.1396.55 از **واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی** تهران است.

حامی مالی

این تحقیق برگرفته از پایان‌نامه فاطمه عرب زینلی دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی **واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی** است و حامی مالی نداشته و تمامی هزینه‌ها بر عهده دانشجو بوده است.



References

- [1] Greenfield EA, Marks NF. Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2010; 34(3):161-71. [DOI:10.1016/j.chiabu.2009.08.012] [PMID] [PMCID]
- [2] Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen PC, Spinoven P, Peninx BWJH, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 122(1):66-74. [DOI:10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x] [PMID]
- [3] Ezazi Sh. [Family violence "batterab women" (Persian)]. Tehran: Sali; 2001. [Link]
- [4] Hamrang Gabalo I, Gharadaghi A, Nemati S. [Exemplary child abuse from parents' perspectives: Qualitative content analysis (Persian)]. *J Pediatr Nurs.* 2021; 6(3):1-13. <https://jpen.ir/article-1-406-en.html>
- [5] Cetin Z, Ozozen DM. A multivariate examination of the child-abuse potential of parents with children aged 0-6. *Eurasian J Edu Res.* 2016; 16(66):71-86. [DOI:10.14689/ejer.2016.66.4]
- [6] World Health Organization. Child maltreatment child abuse. Geneva: World Health Organization; 2018. [Link]
- [7] Mohammadi MR, Zarafshan H, Khaleghi A. Child abuse in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Psychiatry.* 2014; 9(3):118-24. [PMCID]
- [8] Torkashvand F, Jafary F, Rezaeian M, Sheikh Fathollahi M. [A survey on child abuse and some demographic factors affecting students of the third grade of guidance school in Zanjan in 2011 (Persian)]. *J Rafsanjan Uni Med Sci.* 2013; 12(6):447-60. [Link]
- [9] Bullock K. Child abuse: The physician's role in alleviating a growing problem. *Am Fam Physician.* 2000; 61(10):2977-8, 80, 85. [PMID]
- [10] Ashton V. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2001; 25(3):389-99. [DOI:10.1016/S0145-2134(00)00258-1]
- [11] Garussi B, Safizadeh H, Bahran Nejad B. [Knowledge, attitude and practice of general practitioners in Kerman concerning child abuse (Persian)]. *Payesh.* 2006; 5(3):213-20. [Link]
- [12] Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. Caring for maltreated children: A challenge for health care education. *J Adv Nurs.* 2002; 37(6):551-7. [DOI:10.1046/j.1365-2648.2002.02128.x] [PMID]
- [13] Schols MW, de Ruiter C, Öry FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health.* 2013; 13:807. [DOI:10.1186/1471-2458-13-807] [PMID] [PMCID]
- [14] Derakhshanpour F, Hajebi A, Ahmadabadi Z, Seddigh B. [Frequency of child abuse and related risk factors in clients referred to urban health-care centers in Bandar-Abbas (Persian)]. *Iran. J Psychiatry Clin Psychol.* 2014; 20(3):201-13. [Link]
- [15] Mathews B, Kenny MC. Mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: A cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues. *Child Maltreat.* 2008; 13(1):50-63. [DOI:10.1177/1077559507310613] [PMID]
- [16] Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(2):146-53. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015] [PMID]
- [17] Sahebihagh MH, Hosseini SZ, Hosseinzadeh M, Shamshirgaran SM. Knowledge, attitude and practice of community health workers regarding child abuse in Tabriz health centers in 2015-2016. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery.* 2017; 5(3):264-74. [PMID] [PMCID]
- [18] khorshidian A, Momeni SN. [Child abuse: Diagnosis, treatment, report by dentists (Persian)]. *J Med Ethics Hist Med.* 2016; 8(7):182. [Link]
- [19] Butler JT. Principles of health education and health promotion. 3th ed. Ohio: Wadsworth; 2001. [Link]
- [20] SHiani M, Jalili Z, Shojaeizadeh D. [The effect of education based on the Precede-Proceed model on the mental health of middle-aged women referred to municipal health houses of Tehran (Persian)]. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2020; 8(4):309-23. [DOI:10.29252/ijhehp.8.4.309]
- [21] Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J.* 2014; 26(3):79-87. [DOI:10.1016/j.sdentj.2014.03.008] [PMID] [PMCID]
- [22] Saiedmoallemi Z, Yazdi M. [Knowledge of, attitudes toward and experience about child abuse among dentists in Isfahan (Persian)]. *J Isfahan Dent Sch.* 2014; 10(1):75-85. [Link]
- [23] Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A, et al. knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater Sociomed.* 2015; 27(6):372-5. [DOI:10.5455/msm.2015.27.372-375]
- [24] Ferrara P, Gatto A, Manganelli NP, Ianniello F, Amodeo ME, Amato M, et al. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Ital J Pediatr.* 2017; 43(1):72. [DOI:10.1186/s13052-017-0389-1] [PMID] [PMCID]
- [25] Froula LM, Lenane AM, Pasternack JR, Garfunkel LC, Baldwin CD. Case-Based workshop for teaching child abuse prevention to resident physicians. *MedEdPORTAL.* 2017; 13:10547. [DOI:10.15766/mep_2374-8265.10547] [PMID] [PMCID]
- [26] Turner W, Hester M, Broad J, Szilassy E, Feder G, Drinkwater J, et al. Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: A systematic review. *Child Abuse Rev.* 2017; 26(1):19-39. [DOI:10.1002/car.2385] [PMID] [PMCID]
- [27] Solhi M, Shabani Hamedan M, Salehi M. [The effect of educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model on the life quality of women-headed households covered by Tehran welfare organization (Persian)]. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2017; 4(4):259-70. [DOI:10.18869/acadpub.ihepsaj.4.4.259]
- [28] Hosseini F, Farshidi H, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. [The impact of an educational intervention based On PRECEDE - PROCEED model on lifestyle changes among hypertension patients (Persian)]. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2014; 2(1):17-27. [Link]
- [29] Nazari M, Heydarnia AR, Eftekhari Ardebili H, Mobaasheri M, Amin Shokravi F, Niknami Sh, et al. [Interventions based on PRECEDE-PROCEED for promoting safety behaviors in primary school boys (Persian)]. *Armaghan Danesh.* 2008; 13(2):83-93. [Link]
- [30] Walsh JR, White AA, Kattelmann KK. Using PRECEDE to develop a weight management program for disadvantaged young adults. *J Nutr Educ Behav.* 2014; 46(2):S1-9. [DOI:10.1016/j.jneb.2013.11.005] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank