



معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره مددکاری اجتماعی

راهنمای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در کودک آزاری



اسفند ماه ۱۴۰۰

همکاران و مشارکت‌کنندگان تدوین راهنمای تخصصی

مجری

طرح

دکتر ملیحه عرشی، دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم
توانبخشی و سلامت اجتماعی

همکاران اصلی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر مرضیه تکفلی، دکتری مددکاری اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه
علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر محمد سبزی، دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم
توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر لیلا استادهاشمی، دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه
علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مریم مشیدی، دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت
اجتماعی

فاطمه عادل نژاد، دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مرتضی دانایی فر، دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت
اجتماعی

همکاران در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر سید محمد حسین جوادی، دکتر سارا نوروزی، دکتر ثریا سیار، ماه دخت معماریان، فرزانه یعقوب،
رقيه بشیری، رضا نوری، دکتر آسیه جعفری، فاطمه سلطانی، زینب کاظم زاده، سمیه میرزایی،
سهیلا امیدنیا، نغمه لشکری، پروانه سلحشور، مهسا رجبی، ملاحح هجران، آذسیه ورمزیار، مریم
پورزندیان، زهرا فراهانی برزآبادی، فاطمه دشتی مغانلو، لیلی درخشان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵	مقدمه
۶	درباره‌ی راهنمای تخصصی
۶	روش‌شناسی تدوین راهنمای تخصصی
۷	خلاصه راهنمای تخصصی
۸	تعریف مفاهیم و اصطلاحات
۱۰	فصل اول: ساختار مددکاری اجتماعی مراکز درمانی در موارد کودک‌آزاری و غفلت
۱۱	۱-۱ اهداف
۱۳	۲-۱ ارزش‌های بنیادین، اصول و ملاحظات اخلاقی
۲۲	۳-۱ صلاحیت مددکار اجتماعی در کار با کودکان
۲۲	الف- الزامات عمومی و شخصیتی
۲۲	ب- الزامات دانشی
۲۳	ج- الزامات مهارتی
۲۴	۴-۱ انواع کارابزارهای مورد استفاده
۲۴	الف- مشاهده
۲۵	ب- مصاحبه
۲۶	ب- ۱- مصاحبه با سرپرستان قانونی و اعضای خانواده کودک
۲۸	ب- ۲- مصاحبه با کودک
۳۲	ج- بازدید از منزل
۳۴	۵-۱ مستندسازی و گزارش کودک‌آزاری
۳۶	فصل دوم: فرایند مددکاری اجتماعی مراکز درمانی در موارد کودک‌آزاری و غفلت
۳۷	۱-۲ مقدمه
۴۳	۲-۲ چارچوب تکمیل فرم‌های راهنمای تخصصی با توجه به فرایند هفت مرحله‌ای
۴۴	۳-۲ مرحله اول: شناسایی اولیه و ارزیابی سریع کودک مورد آزار و غفلت واقع شده
۵۲	۴-۲ مرحله دوم: ارزیابی جامع و کل‌نگر کودک و خانواده
۵۹	۵-۲ مرحله سوم: تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای مداخلات
۶۲	۶-۲ مرحله چهارم: ارائه مداخلات و ترخیص کودک از مرکز درمانی
۶۲	الف- گزارش به مراجع قانونی
۶۴	ب- آرام‌سازی کودک و خانواده
۶۹	ج- اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک

۷۲	د-مداخلات و حمایت‌های روانی-اجتماعی
۷۵	ه-مداخلات آموزشی
۷۹	و-مداخلات حقوقی
۸۰	ز-مداخلات و حمایت اقتصادی، رفاهی و تسهیلاتی
۸۱	ح-ترخیص کودک از مرکز درمانی
۸۴	۲-۷ مرحله پنجم: پیگیری پس از ترخیص
۸۶	۲-۸ مرحله ششم: ارزشیابی مداخلات
۸۸	۲-۹ مرحله هفتم: خاتمه مداخلات
۸۹	ضمیمه شماره ۱: فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری و راهنمای آن
۱۰۱	ضمیمه شماره ۲: مفاهیم مرتبط با کودک آزاری و غفلت
۱۰۲	۱- تعریف کودک آزاری و غفلت
۱۰۳	۲- انواع آزار و غفلت علیه کودکان
۱۰۹	۳- علائم و نشانه‌های تشخیص کودک آزاری و غفلت
۱۱۶	۴- عوامل خطر آفرین و محافظت‌کننده‌ی کودک آزاری و غفلت
۱۳۷	۵- قوانین مرتبط با کودک آزاری و غفلت در ایران
۱۴۱	منابع

مقدمه

یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی که ممکن است کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود با آن مواجه شوند، انواع خشونت، آزار و غفلت است. پیامدهای انواع کودک‌آزاری و غفلت بر حال و آینده کودکان غیرقابل انکار است و از همین‌رو در کشور ما انواع سازمان‌ها و نهادهای متولی نسبت به این موضوع مسئولیت دارند و موظف هستند که طبق قوانین، مقررات و چارچوب‌های سازمانی از آن پیشگیری و با آن مقابله کنند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از نهادهای حساس و مسئول نسبت به این مسئله است، زیرا کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، در اغلب اوقات اولین منبع رسمی هستند که با قربانیان کودک‌آزاری و غفلت مواجه می‌شوند و مددکاران اجتماعی این مراکز نیز نقش کلیدی در مدیریت و تصمیم‌گیری در این موارد دارند. از همین‌رو با توجه به حساسیت موضوع، اداره مددکاری اجتماعی معاونت درمان در دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی این وزارتخانه درصدد برآمد که با همکاری تیمی از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی راهنمایی تخصصی جهت مداخلات مددکاران اجتماعی را با فرایندی روشمند و علمی تدوین کند.

راهنمای پیش‌رو به دنبال افزایش دانش و آگاهی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در ارتباط با پیشگیری و مداخله در موارد کودک‌آزاری و غفلت، شناسایی حداکثری کودکان در معرض آزار و غفلت، بهبود کیفیت و اثربخشی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی به این کودکان و خانواده‌هایشان و در نهایت ایجاد وحدت و یکپارچگی در مراکز درمانی در پیشگیری و مواجهه با موارد آزار و غفلت کودکان است.

درباره‌ی راهنمای تخصصی

روش‌شناسی تدوین راهنمای تخصصی

راهنمای پیش‌رو در فرایندی دقیق و روش‌مند و در چهار مرحله تدوین، ارزیابی و نهایی خواهد شد که تاکنون دو مرحله آن تحقق پیدا کرده است.

در مرحله اول، مروری جامع بر منابع نهادهای بین‌المللی و همچنین کشورهای مختلف در رابطه با مداخلات مراکز درمانی و به ویژه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری و غفلت صورت گرفت. در نتیجه این مرور، دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت^۱ (۲۰۱۹) برای پاسخگویی بخش بهداشت و درمان به بدرفتاری با کودک^۲ به عنوان یکی از جامع‌ترین و به‌روزترین منابع معتبر در این راستا یافت شد که بر مبنای سایر اسناد حقوق بشری از جمله پیمان‌نامه حقوق کودک^۳ تدوین شده است. از این رو چارچوب اخلاقی و اجرایی راهنمای پیش‌رو بر مبنای استانداردها و توصیه‌های این دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت بنا نهاده شد.

در مرحله دوم، مصاحبه‌هایی نیمه‌ساختار یافته با پنج نفر از کارشناسان ستادی وزارت بهداشت و همچنین مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی و بیمارستان‌های کودکان صورت گرفت. در این مرحله با کمک چارچوب‌های اخلاقی و اجرایی که در مرحله اول استخراج شده بود و تجارب و توصیه‌های کارشناسان و مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده، نسخه اولیه راهنمای تخصصی تدوین شد. این نسخه مجدد در اختیار گروهی از کارشناسان ستادی وزارت بهداشت و همچنین مددکاران اجتماعی مراکز درمانی قرار گرفت تا مورد ارزیابی قرار بگیرد و اصلاحات پیشنهادی بر آن اعمال شود.

در مرحله سوم، نسخه اولیه تدوین شده برای اجرای پایلوت به مراکز درمانی ارسال می‌شود و با نظر مجریان بازبینی و اصلاح خواهد شد.

در مرحله چهارم، نسخه اصلاح‌شده نیز در نهایت برای ارزیابی با کمک AGREE به نظر متخصصین خواهد رسید و تغییرات لازم اعمال خواهد شد.

^۱ WHO

^۲ WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment

^۳ Convention on the Rights of the Child (CRC)

خلاصه راهنمای تخصصی

راهنمای تخصصی مددکاران اجتماعی در موارد کودک‌آزاری و غفلت در سه فصل تدوین شده است. در فصل اول چارچوب و ساختار اصلی مداخلات مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی با توجه به اهداف، اصول و ارزش‌های مداخله؛ ویژگی‌ها و شایستگی‌های مورد نیاز برای مددکاران اجتماعی؛ انواع کارابزارهای مورد نیاز در مداخلات تخصصی و همچنین نکات و ملاحظات ضروری در مستندسازی و گزارش موارد کودک‌آزاری و غفلت شرح داده شده است.

در فصل دوم، فرایند مددکاری اجتماعی مراکز درمانی در موارد کودک‌آزاری و غفلت در هفت مرحله‌ی شناسایی اولیه و ارزیابی سریع کودک، ارزیابی جامع و کل‌نگر کودک و خانواده، تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای مداخلات، ارائه مداخلات، پیگیری و در نهایت ارزشیابی و خاتمه مداخلات شرح داده شده است. در این راهنما برای اطمینان از تحقق اهداف و اصول موردنظر و فرایندمحور ساختن ارزیابی و مداخله در موارد کودک‌آزاری، غفلت از کودکان، نوزادان رهاشده، مجهول‌الهویه یا در خطر خریدوفروش، بهره‌کشی اقتصادی و رهاشدگی « فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری» (ضمیمه شماره ۱) معرفی شده است. در فصل دوم، در هر یک از مراحل فرایند مددکاری اجتماعی به چگونگی تکمیل این فرم اشاره شده است. در نهایت در ضمیمه شماره ۲ به صورت مشخص به مفاهیم مرتبط با کودک‌آزاری و غفلت از جمله تعریف و انواع آزار و غفلت علیه کودکان، علائم و نشانه‌های تشخیص آن، عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده‌ی آن و در نهایت قوانین مرتبط با کودک‌آزاری و غفلت در ایران اشاره شده است تا به تشخیص، ارزیابی جامع و مداخله تخصصی مددکاران اجتماعی کمک کند.

تعریف مفاهیم و اصطلاحات

- **کودک و نوجوان:** طبق پیمان نامه حقوق کودک (۱۹۸۹) کودک کسی است که به سن ۱۸ سال تمام نرسیده است و در کشور ما نیز قوانین محافظت کننده و حمایت کننده از کودکان در برابر آزار و غفلت، سن کودکی را زیر ۱۸ سال تمام تعریف کرده اند.^۱ در این راهنما ما هم از کودک و هم نوجوان نام می بریم. منظورمان از «کودک» به صورت کلی هر فرد زیر ۱۸ سال است و هرگاه به صورت مشخص به «نوجوان» اشاره کردیم، منظورمان هر فرد بین ۱۲ تا ۱۸ سال تمام است.
- **مددکار اجتماعی:** کلیه افرادی که طبق کتابچه طبقه بندی مشاغل، پست سازمانی یا حکم کارگزینی مددکاری اجتماعی در مرکز درمانی را دارند و در واحد مددکاری اجتماعی مشغول به فعالیت هستند. بهتر است که این افراد فارغ التحصیل کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی یا کارشناسی در رشته علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی باشند.
- **سرپرست قانونی:** منظور از سرپرست قانونی پدر، مادر یا هر فرد دیگری است که طبق قانون حضانت و سرپرستی کودک را بر عهده دارد. در قسمت هایی از متن به اختصار به سرپرست اشاره شده است که منظور همان سرپرست قانونی کودک هست.
- **تیم مرکز درمانی:** با توجه به ماهیت کل نگر مداخلات مورد نیاز کودکان مورد آزار و غفلت واقع شده، لازم است که در مرکز درمانی تیمی متشکل از مددکار اجتماعی، پزشکان عمومی یا متخصص معالج، پرستاران، روانشناس، روانپزشک، متخصص پزشکی قانونی مستقر در بیمارستان و حتی مدیریت بیمارستان برای رسیدگی به موارد احتمالی کودک آزاری و غفلت تشکیل شوند. هماهنگی و مدیریت این تیم بر عهده مددکار اجتماعی است. در واقع با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، این تیم با هماهنگی مددکار اجتماعی به طور منظم برای پیشبرد فرایند درمان بیمار تشکیل جلسه می دهد.
- **مراجع قانونی:** منظور از مراجع قانونی، سازمان بهزیستی، مراجع قضایی (دادگاه، دادسرا، اداره سرپرستی، دفتر حمایت از اطفال و نوجوانان) و نیروی انتظامی است. این مراجع نهادهای متولی در حوزه کودکان در وضعیت مخاطره آمیز از جمله کودکان مورد آزار و غفلت واقع شده هستند. طبق قوانین^۲ کادر درمان باید هرگونه احتمال آزار و غفلت و همچنین رها کردن و خرید و فروش کودک را به این مراجع گزارش کنند و عدم گزارش موارد شناسایی شده، جرم محسوب می شود.
- **مدل مدیریت مورد:** مدل حرفه ای و مشارکتی است که شامل بیماران، مددکاران اجتماعی، پرستاران، پزشکان، سایر خدمت دهندگان و اجتماعات محلی می شود. مدیریت مورد، در جستجوی هماهنگی هرچه

^۱ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹

^۲ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹

مؤثرتر منابع موجود برای بیمار از طریق ارتباط و تسهیلگری است. با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، منظور فرایندی است که شامل موردیابی، ارزیابی، تشخیص مشکل، برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و اختتام می‌باشد و توسط مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد هدایت و اجرا می‌شود. مددکاران اجتماعی یک از افراد حرفه‌ای هستند که عمدتاً نقش مدیر مورد را بر عهده می‌گیرند. در این راهنما مدیریت مورد شیوه‌ای از خدمت‌رسانی به کودکان در معرض آزار و خانواده‌های آنان است که از طریق آن مددکار اجتماعی را با مشارکت کلیه ذی‌نفعان، نیازهای کودک و خانواده ارزیابی، مجموعه-ای از مداخلات را برای کودک و خانواده وی برنامه‌ریزی و اجرا کرده و سپس به ارزشیابی آن می‌پردازد. نقش مدیر مورد از این حیث اهمیت دارد که سبب یکپارچگی خدمات و اقدامات مرکز درمانی و سایر مراجع قانونی و مانع از سردرگمی کودک و خانواده وی در میان تصمیمات متعدد و حتی متعارض متخصصان مختلف می‌گردد.

- **راند مددکاری اجتماعی:** با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، منظور مراجعه منظم و روزانه مددکار اجتماعی به بخش‌های درمانی و حضور بر بالین بیمار و بررسی و ارزیابی کوتاه مدت وضعیت روانی اجتماعی بیمارانی است که به صورت خودمعرف، یا از طریق سامانه اطلاعاتی بیمارستان (از طریق کادر درمان) یا ارجاع‌های درون و برون سازمانی، به مددکار اجتماعی معرفی شده‌اند.
- **ترباژ:** با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، منظور از ترباژ، ارزیابی سریع و اولویت‌بندی اولیه‌ی بیمارانی است که ممکن است در فرآیند درمان به خدمات مددکاری اجتماعی نیاز داشته باشند.
- **همراه موثر:** با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، منظور فردی است که در زمان حضور بیمار در مرکز درمانی در کنار وی باشد، مایل به همراهی و مشارکت در فرایند درمان باشد، اطلاعات کافی در مورد بیمار داشته باشد و مجاز باشد رضایت قانونی برای مداخلات پزشکی را ارائه کند.
- **ارجاع:** با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، منظور اقداماتی است که توسط مددکار اجتماعی برای دستیابی بیمار و خانواده وی به منابع مورد نیازشان در داخل و یا خارج از بیمارستان انجام می‌گیرد. این اقدامات شامل شناسایی منابع، معرفی بیمار و یا خانواده وی به منبع، هماهنگی با سازمان‌ها و اشخاص ارائه‌دهنده خدمات و پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات موردنیاز می‌شود.
- **حمایت‌یابی:** منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی روانی، اجتماعی و اقتصادی برای خدمات مورد نیاز بیمار در داخل و خارج از بیمارستان است.

فصل اول:

ساختار مددکاری اجتماعی مراکز درمانی در
موارد کودک آزاری و غفلت

۱-۱ اهداف

کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، در اغلب اوقات اولین منبع رسمی هستند که با قربانیان کودک‌آزاری و غفلت مواجه می‌شوند. از طرف دیگر باید به این موضوع توجه شود که تنها درصد کمی از این کودکان شناسایی می‌شوند و لذا باید خدمات بهداشتی درمانی تلاش قابل توجهی کند تا خدمت‌دهندگان مهارت و آموزش‌های لازم را برای شناسایی و مدیریت موارد کودک‌آزاری و غفلت داشته باشند. در واقع شناسایی انواع خشونت علیه کودکان توسط خدمت‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌تواند منجر به درمان این کودکان، مشارکت مراجع قانونی محافظت‌کننده از آنان و در نتیجه حمایت از کودک در برابر خشونت و آزارهای احتمالی بعدی شود.

علاوه بر این، مراکز درمانی، یکی از گلوگاه‌های کلیدی شناسایی به‌موقع نوزادان رها شده، موارد خرید و فروش نوزاد یا واگذاری نوزاد به غیر سرپرست هستند که با وجود اقدامات قابل توجه در سال‌های اخیر در پیشگیری از این موارد، اما بازهم احتمال خرید و فروش نوزاد وجود دارد. از این‌رو شناسایی به‌موقع و زودهنگام مادرانی که احتمال می‌رود نوزادان خود را واگذار یا رها کنند، می‌تواند اهمیت زیادی در پیشگیری از خرید و فروش و نگهداری غیرقانونی کودکان داشته باشد.

مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز درمانی نقش قابل توجهی در رسیدگی به امور گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله کودکان دارند و در راهنماهای وزارت بهداشت، کودکان مورد آزار و غفلت واقع شده از جمله گروه‌های با اولویت بالا برای مداخلات مددکاری اجتماعی تعریف شده‌اند^۱. با توجه گسترده‌گی و تعدد عوامل زمینه‌ساز آزار و غفلت، پاسخگویی و پیشگیری از آن نیز باید با نگاهی جامع و کل‌نگر صورت بگیرد. مددکاران اجتماعی از جمله حرفه‌هایی هستند که با چنین نگاه جامعی در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی و در ابعاد مختلف نیازهای جسمانی، روانی، اجتماعی و غیره می‌توانند مدیریت و پیگیری موارد کودک‌آزاری و غفلت را در مراکز درمانی بر عهده بگیرند. همچنین این نکته قابل توجه است که نقش مددکاران اجتماعی و سایر اعضای تیم مرکز درمانی، فراتر از شناسایی و گزارش موارد کودک‌آزاری و غفلت باید باشد. در واقع با توجه به حضور کودک و خانواده در مرکز درمانی، فرصت غیرقابل مقایسه‌ای برای مرکز درمانی در مقایسه با سایر نهادهای مسئول فراهم است تا علاوه بر درمان آسیب‌های ناشی از آزار، از وقوع مجدد آن پیشگیری کنند. در این میان، مددکاران اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد، نقشی هماهنگی‌کننده و نظارت‌کننده در این فرصت پیش‌آمده را بر عهده دارند.

با توجه به این راهنما، حساسیت و شناسایی موارد خشونت علیه کودکان نباید به کودکان پذیرش‌شده در مرکز درمانی محدود شود، بلکه هر کودکی که به دلیلی در مرکز حضور دارد، به ویژه اگر همراه بیماری باشد که تنها سرپرست و مراقب وی است، باید مورد توجه مددکاران اجتماعی واقع شود. علاوه بر این نوزادان و کودکان رها شده و

^۱ برای نمونه پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰) و دستورالعمل حمایت اقتصادی از بیماران

نیازمند در مراکز درمانی (با تمرکز بر حمایت روانی-اجتماعی)

مجهول‌الیهویه یا نوزادان در خطر رهاشدگی و خریدوفروش(به عنوان یکی از مصادیق اصلی خشونت و آزار علیه کودکان) از دیگر گروه‌های کودکان آسیب‌پذیری هستند که در چارچوب این شیوه‌نامه به آن‌ها خدمت‌رسانی می‌شود. لذا راهنمای پیش‌رو با این هدف تدوین شده است که بتواند راهنمای عمل مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در شنا سایی و مداخله در موارد کودک‌آزاری و غفلت، با همکاری تیم مرکز درمانی و مراجع قانونی (سازمان بهزیستی، مرجع قضایی، نیروی انتظامی) و در چارچوب اصول و ارزش‌های تعیین شده باشد. لازم به تاکید است که در مداخلات تیم مرکز درمانی در موارد کودک‌آزاری و غفلت، این اقدامات باید به دور از هرگونه قضاوت خانواده صورت بگیرد و به دنبال محافظت از کودک، درمان و تأمین نیازهای وی، پیشگیری از وقوع مجدد آزار، تقویت نقاط قوت و توانمندی‌های کودک و خانواده و همچنین کنترل و کاهش عوامل خطرآفرین باشد.

نکته قابل توجه دیگر این است که ارائه خدمات در راستای اهداف مطرح شده یا به صورت مستقیم توسط تیم مرکز درمانی انجام می‌شود یا با همکاری بهزیستی و سایر منابع حمایتی و قانونی صورت می‌گیرد. اما در هر دو صورت مددکار اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد، این فرایند را مدیریت، پیگیری و نظارت می‌کند. همان‌طور که عیان است، طبق قوانین و دستورالعمل‌های موجود، سازمان بهزیستی کشور متولی اصلی رسیدگی به موارد کودک‌آزاری و غفلت است؛ از این‌رو در وهله اول مددکار اجتماعی مرکز درمانی با مشارکت تیم، پیگیری‌های لازم را جهت جلب همکاری و مشارکت سازمان بهزیستی(در چارچوب وظایف سازمان) انجام خواهد داد تا از تحقق منافع کودک اطمینان حاصل کند. اما در صورتی که در نتیجه ارزیابی تیم درمان و در چارچوب وظایف سازمان بهزیستی این امر به هر دلیلی تحقق پیدا نکرد، موضوع با همفکری مشاوره/ کارشناس حقوقی به ریاست بیمارستان(مدیریت مرکز درمانی) اطلاع داده شود و تصمیمات بعدی جهت اقدامات و مداخلات مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم اتخاذ شود. مراتب عدم همکاری سازمان بهزیستی در حمایت و ساماندهی گروه‌های آسیب‌پذیر بویژه کودکان و نوجوانان پس از اتمام دوره درمان بر اساس قوانین بالادستی نظیر قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ و طرح تقسیم کار ملی بصورت رسمی به سازمان بهزیستی اطلاع داده می‌شود تا ضمن پیشگیری از بروز مجدد آن به تقویت همکاری منجر شود.

مددکار اجتماعی مرکز درمانی در راستای منافع عالی کودک باید از تأمین حقوق و نیازهای کودک اطمینان حاصل کند.

در نهایت نیز لازم به یادآوری است که در این راهنما، مددکاران اجتماعی فراتر از مداخله در کودک‌آزاری‌های شناسایی شده، با افزایش آگاهی و حساسیت نسبت به حقوق کودک و رفتارهای منتج به آزار و غفلت کودکان هم در میان کارکنان مرکز درمانی و هم عموم مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی، در حوزه محافظت از کودکان نقشی پیشگیرانه ایفا می‌کنند.

۱-۲ ارزش‌های بنیادین، اصول و ملاحظات اخلاقی

مددکاران اجتماعی که در مراکز درمانی با کودکان در معرض آزار و غفلت مواجه می‌شوند، علاوه بر این که اصول کلی مددکاری اجتماعی و نکات اخلاقی و اصول رفتاری که به صورت عمومی مرتبط با حقوق بیماران^۱ است را باید بدانند، بر چارچوب‌ها و اصول اخلاقی مداخلات مرتبط با کودکان، کودکان بیمار^۲ و به ویژه کودکان مورد خشونت واقع‌شده، نیز باید متعهد باشند و نه تنها در تمام فرایندها اقدامات خود آن‌ها را مورد توجه قرار دهند، بلکه بر رعایت آن توسط سایر کادر درمانی نیز نظارت داشته باشند و از تحقق آن‌ها اطمینان پیدا کنند.

یکی از جامع‌ترین و به‌روزترین منابعی که در این راستا وجود دارد، دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۱۹) برای پاسخگویی بخش بهداشت و درمان به بدرفتاری با کودک^۴ است که بر مبنای سایر اسناد حقوق بشری از جمله پیمان‌نامه حقوق کودک^۵ تدوین شده است. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹) معتقد است که مراقبت بالینی از کودکان و نوجوانانی که در معرض آزار و غفلت قرار گرفته‌اند، باید با الزاماتی در راستای محافظت، پیشگیری و مداخله در انواع خشونت علیه کودکان و نوجوانان باشد. همچنین در ماده‌ی ۲، ۱۸ و ۱۹ «آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان» نیز به مجموعه‌ای از اهداف و اصول در ارتباط با کودکان و نوجوانان در معرض خطر یا بزه‌دیده اشاره شده است. با توجه به دو این منبع اصلی مورد اشاره واقع شده، مددکاران اجتماعی در کنار سایر خدمت‌دهندگان در مراکز بهداشتی درمانی، باید چهار اصل هدایت‌کننده‌ی الف- اصل منافع عالی کودک؛ ب- اصل توجه به سطح رشد و تکامل کودک؛ ج- اصل عدم تبعیض؛ د- اصل مشارکت کودک و ه- اصل مشارکت خانواده را در ارائه خدمات به کودکان و نوجوانانی که مورد آزار و غفلت واقع شده‌اند بکار بگیرند که در ادامه هر یک از این موارد معرفی می‌شوند.

همان‌طور که عنوان شد، این اصول را سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹)، به عنوان مبنای مداخلات و اقدامات تمامی خدمت‌دهندگان در مراکز درمانی معرفی کرده است. از همین‌رو مددکاران اجتماعی شاغل در این مراکز، علاوه بر این که خود را آن‌ها ملزم و متعهد می‌کنند لازم است که در حوزه آموزش این اصول به سایر کارکنان و متخصصان مرکز درمانی نیز اقدام کنند.

نکته قابل توجه دیگر این است که یکی از مراجع قانونی که مددکاران اجتماعی به هنگام مواجهه با موارد آزار و غفلت با آن‌ها تعامل نزدیکی دارند، سازمان بهزیستی کشور است. در واقع تشخیص و مداخلات صورت گرفته در مرکز درمانی در تصمیم‌گیری نهایی در مورد کودک توسط سازمان بهزیستی و مرجع قضایی می‌تواند تأثیر بسزایی داشته

^۱ محورهای پنج‌گانه منشور حقوق بیمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است؛ ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد؛ ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود؛ ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد؛ ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

^۲ «چارچوب اجرای دستورالعمل رفتار با کودک و نوجوان در بخش درمان»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. دی ماه ۱۳۹۴

^۳ WHO

^۴ WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment

^۵ Convention on the Rights of the Child (CRC)

باشد. خوشبختانه در سال‌های اخیر سازمان بهزیستی کشور نیز در رابطه با کودکانی که از جانب سرپرستان قانونی خود مورد آزار واقع شده‌اند، رویکردی هم‌راستا با پیمان‌نامه حقوق کودک و در نتیجه هم‌راستا با اصول مطرح شده در این راهنما دارد. آگاهی از این اصول و ارزش‌های مشترک می‌تواند به این تعامل و همکاری بین بخشی در راستای تحقق حقوق و منافع عالی کودکان استحکام بخشد. از این‌رو، در ادامه به هنگام شرح پنج اصل حاکم بر مداخلات مددکاران اجتماعی مراکز درمان در کار با کودکان آزار دیده، به نکات مرتبط با این اصل در تعامل با سازمان بهزیستی نیز اشاراتی شده است.

الف- اصل منافع عالی کودک: برای تحقق این اصل لازم است که سه محور کلی زیر مورد توجه قرار گیرد:

الف-۱ محافظت و ارتقای ایمنی: اصلی‌ترین ملاحظه و هدف فرایند مراقبت و مداخله، ارتقا و محافظت از ایمنی جسمانی و عاطفی کودک است. بدین معنی که با مشارکت کودک و سرپرستان غیرآزارگر و با توجه به سن و تمایل کودک، ارائه‌دهندگان خدمات باید تمام آسیب‌ها و عواقب احتمالی کوتاه‌مدت و بلندمدت را در نظر بگیرند و تصمیماتی بگیرند و مداخلاتی انجام دهند که عواقب منفی وارد بر کودک از جمله احتمال تداوم و تکرار آزار را به حداقل برساند؛ از ایمنی محیط زندگی کودک اطمینان حاصل کند؛ حقوق و نیازهای اساسی کودک را تأمین کند و نیازهای ویژه رشد و تکامل کودک (مرتبط با انواع معلولیت‌ها، مرتبط با خصوصیات ویژه کودک یا ناشی از شرایط خاص) را نیز مورد توجه قرار دهد. در راستای تحقق این هدف همکاری و تعامل نزدیک مددکار اجتماعی با تیم مرکز درمانی و همچنین کارشناسان سایر نهادهای متولی چون سازمان بهزیستی و قوه قضاییه، برای رسیدن به تصمیمی در راستای ایمنی کودک از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. لازم به ذکر است که این اصل، یکی از مبانی تصمیم‌گیری سازمان بهزیستی و همچنین مراجع قضایی با توجه به مستندات سازمان بهزیستی و قوانین مرتبط با کودکان در معرض خطر است، لذا می‌تواند زمینه‌ساز گسترش همکاری و تصمیم‌گیری همسو میان مددکاران اجتماعی مراکز درمانی و سازمان بهزیستی باشد.

الف-۲ ارائه خدمات با حساسیت و دقت بالا: کودکان و نوجوانانی که آزار را افشا می‌کنند یا در مورد جزئیات وقایع رخ داده و سوء رفتار احتمالی والدین یا سایر مراقبان خود صحبت می‌کنند، حتی اگر گفته‌های آنان با گفته‌های سرپرستان متفاوت باشد، باید با دقت و توجه و بدون هرگونه تفسیر یا قضاوتی شنیده شوند. کودکان و نوجوانان باید پاسخ و مداخله‌ای همدلانه و بدون قضاوت دریافت کنند، به آن‌ها اطمینان داده شود که خودشان به خاطر آزار و غفلت صورت گرفته و یا افشای آن سرزنش نمی‌شوند و همچنین به آن‌ها اطمینان داده شود که کار درستی کرده‌اند که در مورد آزار یا غفلت صحبت کرده‌اند. با توجه به این که ممکن است کادر درمان مرکز پیش از مددکار اجتماعی با کودک مواجه شوند، مددکاران اجتماعی علاوه بر این که به این نکات در تعاملات خود با کودک توجه می‌کنند، ضرورت دارد که به تیم مرکز درمانی در رابطه با برخورد

عاری از قضاوت و همراه با همدلی با کودک و ایجاد احساس اطمینان و امنیت در وی، در فرایند مراقبت درمانی آموزش لازم را ارائه دهند.

الف- ۳ محافظت و ارتقای حریم خصوصی و محرمانه: محافظت از حریم خصوصی کودکان در حین مداخلات و محرمانه ماندن اطلاعات آنها برای ارتقای ایمنی آنها بسیار اهمیت دارد. در واقع این مهم در مواد ۱۸ و ۱۹ آیین نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مورد تاکید قرار گرفته و مجازات تخطی از این اصول نیز شرح داده شده است. در ادامه به مجموعه نکات مداخلاتی و اجرایی که در این رابطه باید مورد توجه قرار بگیرند، اشاره شده است:

- به خانواده و همچنین کودک با توجه به سن و سطح تکاملی اش از ابتدا این موضوع یادآوری شود که در چه مواردی و به چه علتی نمی توان رازداری را رعایت کرد و چه افراد و مراجع قانونی باید مطلع شوند. در واقع با توجه به الزامات قانونی جهت گزارش موارد کودک آزاری، محدودیت هایی برای محرمانه ماندن و رازداری در حوزه کودک آزاری و غفلت وجود دارد و لازم است که موضوع به مراجع قانونی چون سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی یا مرجع قضایی گزارش شود. کودک و اعضای خانواده این حق را دارند که بدانند اطلاعاتشان در اختیار چه افرادی و به چه علتی قرار گرفته است.
- اختصاص اتاقی دوستدار کودک برای خدمات به این کودکان در مراکز درمانی عمومی، اقدامی شایسته و متناسب با حقوق کودک است، اما نباید برای آن اتاق از برچسب هایی چون «اتاق کودک آزاری» استفاده کرد.
- به هنگام مشاوره یا معاینه کودکان تنها افراد ضروری اجازه حضور در اتاق را داشته باشند.
- برای امنیت کودک، با کودکان و نوجوانان باید تا حد امکان به تنهایی و جدا از والدین یا سایر سرپرستان مصاحبه شود.
- هدف از جمع آوری و ارائه این اطلاعات باید صرفاً منافع عالی کودک و ارتقای سلامت، محافظت و ایمنی وی باشد و لازم است که در موارد خاص این اهداف برای کودک و خانواده توضیح داده شود.
- اطلاعات حاصل از مصاحبه ها و معاینه ها باید بر اساس ضرورت و نیاز با افراد به اشتراک گذاشته شود و البته باید قبل از آن رضایت و موافقت کودک و یا سرپرست با توجه به شرایط گرفته شود.
- برای جلوگیری از قرار دادن کودک یا سرپرست غیرآزارگر در معرض آسیب های بیشتر، به دقت باید توجه شود که چه اطلاعاتی را و با چه کسی می توان به اشتراک گذاشت.
- به صورت مشخص در بازدید از منزل ها یا تعاملات حضوری و غیرحضوری با خانواده ها، باید از ارائه هرگونه اطلاعات به افرادی غیر از سرپرستان قانونی کودک (مانند همسایه و خویشاوندان) خودداری کرد. بازدید از منزل می بایست به گونه ای نامحسوس و عادی باشد که هیچ گونه کنجکاوی و سؤالی را در اطرافیان ایجاد نکند. البته برای این موضوع با توجه به حفظ منافع عالی کودک می توان استثنائاتی در

نظر گرفت و آن هم در شرایطی است که احتمال کودک‌آزاری و غفلت شدید وجود دارد و نیاز است که مشارکت همسایه‌ها یا سایر افراد برای اطمینان از این موضوع جلب شود.

- رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات به ویژه در موارد حاد و شدید کودک‌آزاری و غفلت که می‌تواند منجر به رسانه‌ای شدن وضعیت کودک شود، بسیار قابل اهمیت است.

- اطلاعات جمع‌آوری‌شده از کودک و خانواده وی باید با راهکارهای امنیتی مانند وجود کلید یا رمز عبور نگهداری و ذخیره شوند.

- در مورد اطلاعات محرمانه کودکانی که مورد آزار و غفلت واقع شده‌اند، نباید در مکان‌هایی با حضور سایر بیماران، راهرو، راه‌پله یا آسانسور مرکز درمانی و یا هر مکان عمومی دیگری که احتمال شنیده شدن گفتگو و به خطر افتادن اصل رازداری کودک و خانواده وی وجود دارد، صحبت شود.

در نهایت می‌توان عنوان کرد که مددکار اجتماعی باید اطمینان حاصل کند که تمامی اعضای تیم مرکز درمانی کودک به این اصل متعهد هستند و سایر بیماران و کادر درمان غیرمرتبط با کودک به هیچ عنوان در معرض اطلاعات مرتبط با وضعیت کودک قرار نمی‌گیرند.

ب- اصل توجه به سطح رشد و تکامل کودک: ظرفیت کودک (شامل توانایی و بلوغ شناختی، رفتاری و عاطفی) برای درک اطلاعات در مورد ماهیت مراقبت و مداخلاتی که دریافت می‌کند، فواید و عواقب آن‌ها و همچنین انتخاب و تصمیم‌گیری آگاهانه و داوطلبانه در مورد نوع مراقبت و مداخله، بستگی به سن و مرحله تکاملی وی دارد. در واقع با توجه به این اصل، مراکز بهداشتی درمانی باید سیاست‌هایی داشته باشند که ظرفیت و توانایی کودکان برای تصمیم‌گیری در مورد برنامه مراقبتی‌اش و مداخلاتی‌شان را بشناسند، از آن حمایت کنند و در عمل در طول فرایند از این ظرفیت استفاده کنند. در عمل ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز درمانی از جمله مددکاران اجتماعی باید اقدامات زیر را در نظر بگیرند:

ب-۱ مناسب سازی اطلاعات با شرایط تکاملی کودک: ارائه اطلاعات به کودک باید متناسب با سن و مرحله رشد و تکامل وی و همچنین با در نظر گرفتن سایر ملاحظات (مانند جنس، ملیت، تابعیت، قومیت، دین و مذهب، معلولیت و موقعیت اجتماعی اقتصادی) باشد. مددکاران اجتماعی برای تحقق این موضوع باید اطلاعات مرتبط با کودک (آسیب پیش‌آمده، فرایند مداخلاتی و درمانی، عواقب هر مداخله) و چگونگی ارائه آن به کودک را با توجه به سن، مرحله رشدی و بلوغ شناختی، رفتاری و عاطفی وی و با انتخاب کلمات و زبان، استفاده از ابزارهای تصویری، اسباب‌بازی، بازی‌ها و ... مناسب سازی کنند. مددکاران اجتماعی علاوه بر این که به صورت مشخص به این اصل در فرایند مداخلاتی و تخصصی خود توجه می‌کنند، می‌توانند به سایر اعضای تیم مرکز درمانی در ساده‌سازی و متناسب‌سازی اطلاعات مرتبط با مراقبت‌های درمانی برای کودکان نقش تسهیل‌کننده‌ای ایفا کنند.

ب-۲ کسب رضایت آگاهانه: در تمام تصمیم‌گیری‌ها و اقداماتی که به کودک مرتبط می‌شود و توسط هر یک از اعضای تیم مرکز درمانی از جمله مددکار اجتماعی ارائه می‌شود، باید تلاش شود که رضایت و

موافقت آگاهانه و متناسب با سن و سیر تکاملی کودک باید صورت بگیرد. با وجود این که در ایران سن رضایت قانونی مداخلات درمانی بالای ۱۸ سال است، اما با توجه به اصول حرفه‌ای و اخلاقی کودک‌محور و به ویژه حفظ منافع عالی کودک باید برای کسب رضایت آگاهانه از وی تلاش کرد. همچنین نهادهای حقوق کودک سازمان جهانی بهداشت، توصیه کرده‌اند که در موقعیت‌های همسو با منافع عالی نوجوان (به ویژه در مواردی که ایمنی وی ممکن است در خطر باشد) و در چارچوب قوانین داخلی ایران و با توجه به سن و وضعیت تکاملی نوجوان، آن‌ها حق دسترسی به مشاوره و توصیه‌های محرمانه و بدون اطلاع والدین و سرپرستان قانونی خود را دارند. در واقع با توجه به خواسته و تمایل نوجوان، ارائه‌دهندگان خدمات و از جمله مددکاران اجتماعی می‌توانند تصمیم بگیرند که در چه نکات و توصیه‌هایی سرپرستان قانونی که در آزار یا غفلت نقش داشته‌اند را مطلع و درگیر کنند یا این کار را انجام ندهند. البته لازم به تأکید است که چنین تصمیماتی باید در جلساتی با حضور تیم مرکز درمانی به ویژه با حضور روانشناس و مددکار اجتماعی، مدیران بیمارستان، و همچنین در صورت امکان کارشناسان سایر مراجع قانونی چون سازمان بهزیستی و مرجع قضایی گرفته شود.

ب-۳ احترام به حفظ استقلال و خواسته کودک: احترام به استقلال، خواسته و تمایلات کودک (برای مثال مجبور نکردن آنان برای ارائه اطلاعات و یا معاینه شدن) و در عین حال ایجاد توازن میان خواسته کودک و محافظت از منافع عالی آنان (برای مثال محافظت و ارتقای ایمنی کودک) از دیگر اصول کلیدی است که باید مورد توجه مددکار اجتماعی و تمامی اعضای تیم مرکز درمانی قرار بگیرد. البته در مواردی که احتمال به خطر افتادن منافع و ایمنی کودک وجود دارد و نمی‌توان به خواسته کودک یا نوجوان اولویت داد، لازم است که قبل از هر اقدامی، دلیل آن توسط مددکار اجتماعی به کودک متناسب با سن و شرایط تکاملی‌اش توضیح داده شود و از راه‌کارهای مناسب جهت جلب مشارکت و رضایت کودک استفاده شود.

ب-۴ پیشنهاد انتخاب‌های مداخلاتی و درمانی مختلف: اعضای تیم مرکز درمانی و از جمله مددکار اجتماعی برای هر کودک برنامه مراقبتی و مداخلاتی منحصر به خودش را پیش‌بینی و طراحی می‌کنند. نکته قابل توجه این است که مددکار اجتماعی و تیم مرکز درمانی باید توجه به سن و وضعیت تکاملی کودک و سایر اصول اخلاقی مطرح‌شده، انواع گزینه‌ها و انتخاب‌های موجود، فرایند هر یک و عواقب آن‌ها را با وی مطرح و با مشارکت وی طرح برنامه مراقبت و مداخله را برنامه‌ریزی کنند. در راستای تحقق این اصل نیز، مددکاران اجتماعی علاوه بر این که آن را در مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بکار می‌برند، می‌توانند نقش تسهیل‌کننده‌ای میان کودک با سایر اعضای تیم مرکز درمانی در شرح و توصیف انواع مداخلات تخصصی درمان و انتخاب میان آن‌ها داشته باشند. در ارائه و پیشنهاد مداخلات مختلف نکته مهم دیگر این است که مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد باید خدمات را هماهنگ کند و توجه کند که این خدمات مختلف ارائه شده هم‌راستا باشند، همدیگر را نقض نکند یا در تعارض با یکدیگر نباشد (به‌عنوان مثال این تناقض: پزشک برای حمایت از کودک در روند درمان، کمک پدر را پیشنهاد دهد، ولی مددکار اجتماعی یا

روانشناس کمک گرفتن از پدر در روند درمان کودک را در این موقعیت صلاح ندانند. در این شرایط مددکار اجتماعی باید این دیدگاه‌ها و پیشنهادهای را با توجه به منافع عالی کودک هم‌راستا کند). هماهنگی و یکپارچه‌سازی خدمات باعث می‌شود که کودک و خانواده سرگردان نشوند و برنامه‌های مراقبتی و مداخلاتی برایشان واضح و روشن باشد.

ج- اصل عدم تبعیض: با توجه به این اصل لازم است که تمام کودکان و نوجوانان خدمات برابر بدون توجه به جنس، گروه سنی، ملیت، تابعیت، قومیت، دین و مذهب، معلولیت و موقعیت اجتماعی اقتصادی خود دریافت کنند. ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز درمانی به ویژه مددکاران اجتماعی با توجه به شناخت بستر اجتماعی که خدمات در آن ارائه می‌شود، باید بتوانند نابرابری‌های جنسیتی و اجتماعی را که می‌توانند منجر به «افزایش آسیب‌پذیری نسبت به خشونت» و «ایجاد مانع در دسترسی به خدمات برای گروه‌هایی از مردم» می‌شوند را تشخیص دهند و آن‌ها را در نظر بگیرند. لذا مددکاران اجتماعی به عنوانی افرادی پیش‌رو و متخصص در این زمینه، با نگاهی کل‌نگر و در عین حال مبتنی بر بستر اجتماعی و فرهنگی کودک و خانواده، باید به نیازهای خاص این گروه‌ها در موقعیت‌های خاص و آسیب‌پذیر توجه کنند و از تحقق آن توسط سایر اعضای تیم مرکز درمانی نیز اطمینان حاصل کنند. برای مثال: آسیب‌پذیری خاص کودکان و نوجوانان دارای معلولیت، رواج مصرف مواد مخدر در خانواده‌ها در یک منطقه خاص، انزوای اجتماعی و بی‌اعتمادی گروهی خاص به خدمات دولتی (برای نمونه گروه‌های کولی)، هنجار بودن تبعیض‌های فرهنگی و همراه با خشونت علیه دختران نوجوان در یک منطقه خاص، رواج ازدواج اجباری و در سنین پایین، هنجار بودن شیوه‌های فرزندپروری همراه با خشونت و تنبیه فیزیکی، تابو بودن درخواست کمک و حمایت در زمینه سلامت جنسی و آسیب‌های مرتبط با آن.

د- اصل مشارکت کودک: همان‌طور که در سایر اصول نیز به دفعات مورد اشاره قرار گرفت، کودکان و نوجوانان، همسو با سن و ظرفیت تکاملی‌شان، از حق مشارکت در تصمیمات مرتبط با زندگی‌شان برخوردارند و این موضوع برای نوجوانان از اهمیت بیشتری برخوردار است. اگر این حق کودک و نوجوان از جانب بزرگ‌سالان دیده نشود، کودکان با رفتارهای غیرکلامی (رفتارهای پرخاشگرانه، آسیب‌رسان یا منفعلانه) اعتراض خود را نشان می‌دهند. این رفتارها می‌توانند تأثیر سوء قابل توجه و مخربی بر کیفیت مراقبت‌های درمانی و مداخلات مددکاری اجتماعی داشته باشد. مددکاران اجتماعی باید توجه کنند که در عمل این موضوع به این معنی است که دیدگاه، نظرات و احساسات آن‌ها نسبت به موضوعات مختلف مرتبط با خودشان پرسیده شود، به نظراتشان احترام گذاشته شود و به هنگام طراحی و اجرای مراقبت‌های درمانی و مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی این نظرات تا حد ممکن اعمال شود. لذا در تحقق این اصل نیز، مددکاران اجتماعی علاوه بر این که آن را در مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بکار می‌برند، می‌توانند نقش تسهیل‌کننده‌ای میان کودک با تیم مرکز درمانی در راستای جلب مشارکت کودکان داشته باشند. علاوه بر موارد ذکرشده، در تحقق این اصل لازم است که به این نکات توجه شود:

- رابطه مستقیم و نزدیکی میان مشارکت کودک و منافع عالی وی وجود دارد، در واقع محور تمام تصمیمات بر اساس منافع عالی کودک باید با جلب مشارکت و در نظر گرفتن دیدگاه وی باشد و توازن این دو اصل باید مورد توجه باشد.
- در صورتی که به دلایلی چون عوامل مرتبط با منافع عالی کودک، امکان بکارگیری دیدگاه و نظرات کودک وجود ندارد، باید با ادبیات متناسب با کودک و نوجوان علت آن به وی توضیح داده شود.
- نهادهای بین‌المللی حقوق کودک، برای مشارکت کودکان حداقل سن تعریف کرده‌اند و هر کودکی، با توجه به سطح شناخت، رشد، مهارت‌های کلامی و بستر اجتماعی‌اش باید مشارکتش به کار گرفته شود. در کودکان سنین پایین، توجه به رفتارهای غیرکلامی کودک از اهمیت بالایی برخوردار است. در واقع تیم مرکز درمانی باید دانش و مهارت بالایی از مراحل مختلف رشد و تکامل کودک داشته باشند و به هرگونه اختلال رشدی غیرقابل توضیح و غیرمنطقی به ویژه در تعامل با سرپرستان هوشیار باشند.
- باید اطمینان حاصل شود که کودک همواره به یک فرد بزرگ سال مورد اعتماد دسترسی دارد تا بتواند با او صحبت کند و نیازها و مسائالش را با او در میان بگذارد (به ویژه در زمانی که آزارگر یکی از سرپرستان قانونی است).
- باید اطمینان حاصل شود برای کودکان در سنین پایین‌تر که امکان بیان خواسته‌ها و احساساتشان به صورت کلامی چندان ممکن نیست، همواره فرد بزرگ سالی که می‌تواند با کودک ارتباط برقرار کند و منافع عالی او را در نظر بگیرد، به‌عنوان نماینده‌ی کودک در دسترس کودک است و در تصمیم‌گیری‌های مربوط به وی مشارکت دارد.

ه- اصل مشارکت خانواده: اصل مشارکت کودک، رابطه جدایی‌ناپذیر و غیرقابل اجتنابی با جلب مشارکت سرپرستان قانونی، اعضای خانواده و افراد مهم و قابل اعتماد زندگی کودک دارد تا از مناسب بودن تصمیمات و برنامه‌ها با ویژگی‌ها و انتظارات کودک اطمینان حاصل شود. مداخله با کودکانی که مورد آزار و غفلت قرار گرفته‌اند، شامل کمک برای بهبود رابطه سرپرست و کودک نیز می‌شود، به ویژه در مواردی که آزار توسط یکی از سرپرستان صورت گرفته باشد (البته وقتی که این رابطه ایمن و در راستای منافع عالی کودک باشد). در واقع باید بتوان احساس امنیت و اعتماد را در کودک بازیابی کرد و سرپرستان را در والدگری مثبت، سازگاری و مهارت‌های اساسی زندگی برای عملکرد سالم خانواده یاری کرد. لذا جلب مشارکت سرپرستان در مداخلات درمانی جهت التیام آسیب و ترومای ناشی از خشونت و آزار، در مداخلات ارتقای رشد و تکامل کودک و همچنین در مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی ضروری است. عدم قضاوت سرپرستان، سرزنش و متهم نکردن آنان، احترام گذاشتن به آنان، ارتباط با آنان همراه با همدلی، آگاهی به این موضوع که چگونه مشکلات و شرایطی در گذشته و حال ممکن است بر والدگری‌شان تأثیرگذار بوده باشد و شرح دقیق هدف و فرایند مداخلات همگی برای ایجاد اعتماد، حمایت و مشارکت آنان در مراقبت از کودکان ضروری است. لذا در این اصل نیز مددکار اجتماعی با توجه به اصول حرفه‌ای که دارد، می‌تواند پیشگام و الگو باشد.

مددکاران اجتماعی علاوه بر اینکه خود به این اصل اساسی و زیربنایی در برقراری رابطه حرفه‌ای با سرپرستان توجه می‌کنند، بر رعایت آن توسط سایر اعضای تیم مرکز درمانی نیز لازم است که نظارت داشته باشند و آموزش‌های لازم در این زمینه را به آن‌ها بدهند. همچنین این موضوع نیز قابل توجه است که جلب مشارکت خانواده و توانمندسازی آن در راستای مراقبت از کودک، یکی از اهداف کلیدی سازمان بهزیستی در کار با کودکان است که مورد آزار و غفلت واقع شده‌اند و لذا مجدد می‌تواند مبنایی برای تعامل و همکاری مرکز درمانی و سازمان بهزیستی باشد. از همین رو، حتی در شرایطی که آزارگر یکی از سرپرستان کودک است، اگر از همان ابتدا، سنگ بنای رابطه با خانواده، مبتنی بر اعتماد و مشارکت گذاشته شود و مددکار اجتماعی و سایر کادر درمانی نیز آن را در راستای مراقبت بهتر و منافع عالی کودک تقویت کنند؛ مددکاران سازمان بهزیستی نیز می‌توانند تصمیم‌گیری و مداخلات مؤثرتری برای تحقق حقوق کودک با مشارکت خانواده داشته باشند.

در نهایت نیز لازم به ذکر است که با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹)، این پنج اصل کلیدی اصول راهبردی و زیربنایی بخش‌های مختلف این راهنمای تخصصی می‌باشند و در مراحل مختلف فرایند مددکاری اجتماعی به چگونگی تحقق این اصول و ملاحظات مرتبط با آن اشاره شده است. همچنین از مهم‌ترین ارزش‌ها و اصول حرفه‌ای و اخلاقی مددکاری اجتماعی که لازم است مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در کار با کودکان مورد آزار و غفلت واقع شده، آن‌ها را مورد توجه قرار دهند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- خودآگاهی از اصولی است که برای تمام متخصصان حرفه‌های یاورانه از ضرورت بالایی برخوردار است. مددکاران اجتماعی باید بدانند که تجربه و دیدگاه آن‌ها در هر یک از موارد زیر می‌تواند بر ارزش‌های حرفه‌ای و مداخلات آنان در مراحل مختلف کار تأثیرگذار باشد. لذا لازم است که نسبت به مسائلی چون تجربه شخصی آنان به عنوان والد؛ تجربه آنان در دوران کودک؛ دیدگاهشان نسبت به عرف بودن تنبیه بدنی؛ زندگی شخصی آنان خارج از محیط کار؛ فرهنگی که در آن رشد کرده و زندگی می‌کنند؛ شخصیت، علاقه‌مندی‌ها و سبک زندگی؛ ارزش‌های مورد قبولشان در مورد خانواده، حقوق کودکان؛ نگرش‌های فرهنگی نسبت به جنسیت؛ پذیرش و گشودگی در مورد تابوهای اجتماعی؛ همکاری با کادر درمان و همکاری با سایر سازمان‌ها از جمله بهزیستی خودآگاهی لازم را داشته باشند. این موضوع به‌ویژه در شناسایی و پرداختن علائم خطر و هشداردهنده کودک‌آزاری از اهمیت بالایی برخوردار است که به جای برداشت‌های ذهنی و غیرتخصصی، به نشانه‌های عینی استناد کنند.

- لازم است که در تمام فرایند هرگونه پیش‌داوری و قضاوت نسبت به خانواده کودک مدیریت و کنترل شود. اما با توجه به اینکه تعاملات انسانی سرشار از ابهامات، تعارضات میان رفتار و گفتار و برداشت‌هایی ذهنی از سخنان غیر شفاف است، مددکاران اجتماعی در صورت مواجهه با شک و تردیدهای ناشی از این ابهامات، قبل از هرگونه قضاوت و تصمیم‌گیری، باید از مهارت‌های مصاحبه و ارتباطی برای رفع ابهامات خود استفاده کنند. همچنین این ابهامات و تعارضات باید در گزارش‌ها مورد اشاره قرار بگیرند. مددکاران اجتماعی علاوه بر این که

خود به این اصل پایبند هستند، باید به سایر کادر درمان در رابطه با مدیریت و کنترل قضاوت‌های شتابزده و هیجانی نسبت به خانواده آموزش‌های لازم را بدهند.

- بررسی گذشته و علت آسیب و آزار کودک و پیدا کردن فرد مقصر، هرچند در ارزیابی‌ها جهت بررسی وضعیت کودک می‌تواند تا حدودی ضروری باشد، اما توجه بیش از اندازه به آن می‌تواند به‌عنوان مانعی برای همکاری و تعامل مددکار اجتماعی و اعضای خانواده دیده شود. در واقع برای مداخله جهت ایجاد حال و آینده‌ای مطمئن و ایمن برای کودک، پیدا کردن علت عدم تأمین منافع عالی کودک و افراد مقصر در آن چندان ضرورت ندارد. این موضوع به معنای کم‌توجهی به عوامل زمینه‌ساز بدرفتاری و کم‌توجهی و یا ناچیز پنداشتن ارزیابی اولیه نیست، بلکه:

- به معنای فراهم کردن فرصتی برای شنیدن همراه با پذیرش و بدون قضاوت دیدگاه افراد مختلف در مورد گذشته به جای چسبیدن و ماندن در گذشته است؛
- به معنای جابجایی تمرکز از پیدا کردن مقصر در گذشته بر ایجاد همکاری و مشارکت برای ایجاد محیطی ایمن و تأمین آسایش کودک است؛
- به معنای تمرکز بر توانمندی‌ها و نقاط مثبت افراد مهم زندگی کودک و اعضای خانواده و پیدا کردن راه‌حلهایی برای رفع چالش‌های فعلی در راستای ایجاد محیطی مناسب کودک است.

۳-۱ صلاحیت مددکار اجتماعی در کار با کودکان

مددکاران اجتماعی که در مراکز درمانی مشغول به فعالیت هستند و با موارد کودک‌آزاری و غفلت مواجه می‌شوند، لازم است که از برخی ویژگی‌های کلیدی برخوردار باشند تا بتوانند با رویکرد تخصصی و حرفه‌ای مداخلات خود را ارائه دهند و در راستای اهداف این شیوه‌نامه عمل کنند.

الف- الزامات عمومی و شخصیتی

- پایبندی به اصول و ارزش‌های اخلاقی و انسانی
- پایبندی به اصول و ارزش‌های مددکاری اجتماعی
- پایبندی به حقوق بیماران در چارچوب منشور حقوق بیمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- پایبندی به حقوق کودکان در چارچوب پیمان‌نامه حقوق کودک
- پایبندی به اصول و تعهدات سازمانی مرکز درمانی و اقدام در چارچوب آن
- مسئولیت‌پذیری در قبال کودک، خانواده کودک و همکاران خود در تیم مرکز درمانی
- برخورداری از حسن شهرت در حرفه مددکاری اجتماعی
- نداشتن سوءپیشینه و سوء رفتار در کار با کودکان
- برخورداری از سلامت روانی
- عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر
- برخورداری از مهارت‌های ارتباطی در کار با افراد به ویژه در کار با کودکان، خانواده‌ها و همکاران
- برخورداری از مهارت‌های تصمیم‌گیری، حل مسئله و مدیریت هیجانات به ویژه در شرایط بحران و اضطرار
- عدم قضاوت و پذیرش بی‌قیدوشرط تمامی بیماران
- احترام به آداب و فرهنگ افراد با قومیت، تابعیت، مذهب، زبان و ... مختلف
- برخورداری از احساس خودارزشمندی، عزت‌نفس و اثربخشی در کار با افراد

ب- الزامات دانشی

- تسلط به شیوه‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های به‌روز و مرتبط با مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی
- آشنایی با قوانین مرتبط با کودکان به ویژه قوانین در حوزه محافظت از کودکان در برابر آسیب و خشونت
- آشنایی با رویکرد مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی
- آشنایی با چگونگی شناسایی و مداخله در انواع آزار و غفلت نسبت به کودکان و همچنین پیشگیری از آن
- آشنایی با دانش مرتبط با ابعاد مختلف رشد و تکامل کودکان

- آشنایی با دانش مرتبط با انواع نظریه‌های مددکاری اجتماعی و روانشناسی در کار با کودکان و خانواده‌ها: نظریه دلبستگی، نظریه سیستم‌ها و بوم‌شناختی، نظریه راه‌حل محور، رویکرد مبتنی بر توانمندی‌ها و ...
- آشنایی با دانش مرتبط با نیازهای کودکان با شرایط ویژه (دارای معلولیت و بیماری) و مهارت مداخله در رابطه با این کودکان
- آشنایی با دانش مرتبط با پویایی روابط و نقش‌ها در خانواده به‌عنوان یک سیستم
- آشنایی با دستورالعمل‌ها، وظایف و اختیارات سازمان‌ها و نهادهای مرتبط همانند مراجع قضایی، سازمان پزشکی قانونی، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و ...

ج- الزامات مهارتی

- مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر با کودکان، خانواده‌ها و اعضای تیم مرکز درمان
- مهارت استفاده از کارابزارهای مددکاری اجتماعی چون مصاحبه تخصصی، مشاهده و بازدید از منزل
- مهارت چگونگی ایجاد یا بازسازی رابطه مبتنی بر اعتماد و مشارکت با کودک و خانواده
- مهارت مداخله و ارائه خدمات فردی و تیمی در کار با کودکان، خانواده‌ها در شرایط بحران و اضطرار
- مهارت شناسایی توانمندی‌ها و نقاط مثبت کودکان و خانواده‌ها
- مهارت شناسایی منابع اجتماعی و حمایتی مناسب در کار با کودکان و خانواده‌ها
- مهارت مدافعه‌گری و حمایت از کودک یا خانواده در شرایط خاص در راستای منافع عالی کودک
- مهارت آموزش و انتقال دانش و مهارت‌های موردنیاز به کودک و خانواده با ادبیات متناسب
- مهارت مدیریت، برنامه‌ریزی، ثبت و گزارش‌دهی خدمات و برنامه‌ها
- مهارت کار تیمی و مدیریت چالش‌های مرتبط با آن
- مهارت برقراری و توسعه ارتباطات درون‌سازمانی و بین‌سازمانی
- مهارت تفکر انتقادی، خودآگاهی و خودارزشیابی در مراحل مختلف
- مهارت میانجیگری در کار با افراد و خانواده‌ها
- مهارت مصاحبه انگیزشی

۱-۴ انواع کارابزارهای مورد استفاده

مددکار اجتماعی با همکاری سایر اعضای تیم مرکز درمانی لازم است که با استفاده از کارابزارهای مختلف و متنوع مشاهده، مصاحبه، بازدید از منزل، گزارش معاینات پزشک، گزارش ارزیابی بالینی و مصاحبه روانشناس و روانپزشک و همچنین گزارش‌های احتمالی سایر مراجع، تمامی شواهد محیطی، جسمانی، رفتاری، گفتاری و ارتباطی مرتبط با کودک و اعضای خانواده را که دال بر کودک‌آزاری و عوامل خطرآفرین است را بررسی نماید و با کمک آن «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری» را تکمیل (به بخش‌های مختلف این فرم در فصل دوم اشاره خواهد شد)، اجرای برنامه مراقبت و مداخلات مورد نیاز کودک را مدیریت و در نهایت آن را ارزشیابی کند. در واقع استفاده از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات و بهره‌گیری از منابع مختلف به صورت هم‌زمان و موازی موجب صحت و دقت بیشتر ارزیابی‌ها شده و به تصمیم‌گیری‌های قابل‌اعتمادتری در خصوص کودک منجر خواهد شد. در ادامه نکاتی که لازم است مددکاران اجتماعی به هنگام بکارگیری کارابزارهای مختلف مشاهده، مصاحبه و بازدید از منزل در مراحل مختلف فرایند مورد توجه قرار بگیرند، مرور شده است.

الف - مشاهده

با توجه به حساسیت بالای مسئله کودک‌آزاری و غفلت و تابو بودن مطرح کردن آن و از طرف دیگر اهمیت حفظ شأن و منزلت کودک و اعضای خانواده، یکی از مهارت‌های تخصصی مددکاران اجتماعی برای شناسایی و مداخله مشاهده دقیق و تخصصی است. این مهارت به‌ویژه در مسائلی غیرآشکاری چون تعامل میان کودک و اعضای خانواده به‌ویژه با سرپرست، تعامل میان اعضای خانواده به‌ویژه میان سرپرستان، واکنش‌های غیرکلامی افراد به‌ویژه کودکان، علائم احتمالی آزار و عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده آن (ضمیمه شماره ۲) از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. در ادامه به صورت خلاصه به نکاتی در این مورد اشاره شده است:

● وضعیت ظاهری کودک و افراد خانواده: توجه به نحوه پوشش و لباس (تناسب پوشش با جنسیت، سن، فصل و ...)، میزان آراستگی، سطح بهداشت فردی، بدشکلی در چهره و اندام‌ها که نشانه‌ی بیماری، معلولیت یا نقص تکاملی باشد، آثار آسیب و صدمه، جثه افراد، چاقی یا لاغری مفرط، سطح فعالیت، آرایش، نشانه‌های ظاهری (خال کوبی، علائم تعلق به گروه‌های اجتماعی خاص) و ... علاوه بر اینکه شاخص‌های مهمی برای تعیین وضعیت اجتماعی اقتصادی، وضعیت فرهنگی هستند در تعیین احتمال کودک و آزاری و غفلت نیز کمک‌کننده هستند.

● وضعیت هیجانی و عاطفی کودک، سرپرست قانونی و اعضای خانواده: توجه به نگرانی‌ها، ترس، خشم و سایر حالت‌های هیجانی در نگاه، چهره، کلام و حالات بدنی و رفتاری از اهمیت زیادی برخوردار است و نشان‌دهنده احتمال مشکلات مدیریت هیجانات، اختلالات روانی، سبک فرزندپروری و احتمال هرگونه آزار یا غفلت می‌تواند باشد.

- نحوه تعامل کودک با سرپرست قانونی، اعضای خانواده و اطرافیان: بی تفاوتی، چسبندگی، صمیمیت، اجتناب و غیره ... نشان‌دهنده‌ی کیفیت رابطه‌ی سرپرستان و کودک، توانائی آن‌ها برای مراقبت از کودک است که در بررسی احتمال هرگونه آزار یا غفلت باید موردتوجه قرار گیرند.
- شیوه‌ی گفتار و ارائه اطلاعات سرپرست قانونی و اعضای خانواده در مورد کودک: چگونگی ارائه اطلاعات و پاسخ به سؤالات، نحوه‌ی استدلال و ارائه شواهد، پرداختن به جزئیات، تناقض در گفتار، طفره رفتن یا تأکید بیش از حد بر روی برخی موضوعات از جمله مواردی هستند که در بررسی احتمال هرگونه آزار یا غفلت باید موردتوجه قرار گیرند.
- شرایط محیطی (به هنگام بازدید از منزل): محل سکونت، مساحت، تعداد اتاق‌ها و تناسب آن با تعداد ساکنین، وضعیت ظاهری، وضعیت بهداشتی، نظم منزل، محل خواب کودک و سایر اعضای خانواده، میزان ایمنی، اثاثیه و لوازم ضروری زندگی، امکانات رفاهی و وضعیت اجتماعی و آسیب‌های محله سکونت و... برای احتمال وقوع هرگونه آزار یا غفلت باید موردتوجه قرار گیرند.

ب- مصاحبه

- به هنگام مصاحبه با کودکان و خانواده‌ها چه آن‌هایی که از قبل گزارش کودک‌آزاری برای آنان مطرح شده است و یا هنوز این گزارش ارائه نشده است، چه آن‌هایی که سرپرستان قانونی کودک را مورد آزار قرار داده‌اند یا فردی دیگر، در هر صورت لازم است که اصول و نکاتی به هنگام مصاحبه با آن‌ها موردتوجه قرار گیرد.
- به اصول و ملاحظات اخلاقی مطرح شده در فصل اول پایبند باشید.
 - در شرایط خصوصی و به صورت جداگانه با افراد مصاحبه کنید و مکان مناسبی را به آن اختصاص دهید. به هیچ عنوان در اتاق بستری کودک یا در بخش‌های عمومی و دارای رفت‌وآمد مرکز درمانی و در حضور کودک، سایر بیماران یا سایر تیم مرکز درمانی این کار را انجام ندهید.
 - ابتدا با سرپرست یا هردو سرپرست قانونی ولی به صورت جداگانه صحبت کنید و بعد با کودک. همچنین اگر سایر اعضای خانواده یا هر فرد همراهی وجود دارد که در زندگی کودک نقش مهمی دارد، لازم است که با وی نیز مصاحبه کنید.
 - با وجود این‌که مصاحبه یکی از منابع اصلی تکمیل فرم‌ها و اطلاعات پرونده‌ها است، اما نباید محدود به آن و بدون خلاقیت مددکار اجتماعی باشد، بلکه لازم است که جریان طبیعی مصاحبه و ارتباط شکل بگیرد و بیشتر از سؤالات باز و غیرمستقیم استفاده شود. در واقع نباید ایجاد احساس بازجویی منتقل کند که مانعی برای ایجاد یک رابطه مؤثر و مبتنی بر اعتماد در راستای منافع عالی کودک خواهد بود.
 - رویکردی همدلانه، توأم با رازداری حرفه‌ای، احترام، علاقه‌مندی و اشتیاق برای کمک هم به کودک و هم به خانواده از اهمیت زیادی در جلب مشارکت و همکاری اعضای خانواده دارد.

- با توجه به ماهیت روابط انسانی که حتی در روابط هم‌سطح نیز با ابهامات و تعارضاتی در رفتار و گفتار همراه است، در تعامل میان اعضای تیم مرکز درمانی و سرپرست قانونی با توجه به اقتدار حرفه‌ای که اعضای تیم از آن برخوردار هستند، احتمال وقوع این تعارضات افزایش می‌یابد. توصیه می‌شود در این‌گونه موارد مددکار اجتماعی به این تعارضات و تردیدهای احتمالی در مصاحبه توجه نموده و تلاش کند تا با جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های مختلف به این تعارضات پاسخ دهد. در صورت امکان و با توجه به نوع رابطه حرفه‌ای شکل گرفته، بدون قضاوت خانواده، می‌توان صریحاً به این تعارضات در مصاحبه با خانواده پرداخت.
- به هیچ عنوان برای جلب اعتماد کودک یا خانواده و یا به دلیل هیجانات شدید ناشی از وضعیت کودک قول یا وعده‌ای ناممکن و خارج از وظایف خود ندهید. زیرا علاوه بر اینکه اعتماد را در رابطه شما از بین می‌برد، مانعی برای برقراری ارتباطات بعدی کودک یا خانواده با متخصصان و افراد متقاضی کمک و حمایت خواهد شد.
- در تمام فرایندها مصاحبه از مهارت‌های پایه همدلی، بازخورد احساسی و محتوا استفاده کنید.
- از عبارات، مفاهیم و اصطلاحات حقوقی و تخصصی که برای کودک یا اعضای خانواده وی به صورت کامل قابل درک نیست، استفاده کنید.
- اگر کودک یا حتی سرپرستان قانونی وی دارای اختلالات شنوایی یا گفتار و زبان یا هر نوع اختلالی باشد که ارتباط مستقیم توسط مددکار اجتماعی را با مشکل مواجه کند، باید از کمک یک مشاور یا رابط برای ارتباط بهتر استفاده کرد.

ب-۱ مصاحبه با سرپرستان قانونی و اعضای خانواده کودک

- ✓ در مراحل اولیه مصاحبه، باید با لحنی آرام و غیر هیجانی، بدون قضاوت یا متهم کردن خانواده "نگرانی موجود" مطرح شود. در ادامه با مطرح کردن هدف مددکار اجتماعی و اعضای تیم مرکز درمانی باید تلاش شود که همکاری و مشارکت خانواده در پاسخ به سؤالات و مداخلات بعدی افزایش پیدا کند (اهدافی چون اطمینان از سلامت جسمانی و روانی کودکان هم در مرکز درمانی و هم در خانواده؛ حمایت از خانواده‌ها برای مراقبت و ارتباط بهتر با کودکان خود از طریق آموزش، مشاوره و حتی حمایت‌های رفاهی)
- ✓ در مراحل اولیه مصاحبه، حدود رازداری را برای آن‌ها مشخص کنید.
- ✓ در مراحل اولیه مصاحبه، توجه و بازخورد توانمندی‌ها و نقاط مثبت فردی و خانوادگی موجود و پتانسیل‌های احتمالی در مراقبت از کودک و پیشگیری از وقوع حوادث مشابه می‌تواند در جلب اعتماد سرپرستان بسیار اثربخش باشد.
- ✓ اتخاذ رویکردی مستقیم، شفاف و مواجهه‌سازی ملایم و مستقیم به پیشبرد مصاحبه کمک می‌کند. افراد را ترغیب نمایید روایت خود را از ماجرا به شیوه خود بیان کنند. در حین بیان روایت سخن آن‌ها را قطع نکنید و سؤال نپرسید. پس از پایان بیان روایت به ترتیب از طریق پرسیدن سؤالات کلی و اختصاصی جنبه‌های مختلف موضوع را جویا شوید. می‌توانید در ادامه برخی عوامل خطر و حمایتی احتمالی را نیز مورد ارزیابی قرار دهید.
- ✓ به آنچه سرپرستان قانونی می‌گویند همدلانه گوش کنید. نشان دهید که شرایط و احساس آن‌ها را درک می‌کنید.

- ✓ به سرپرستان قانونی حق دهید که احساس کنند به آن‌ها حمله شده است. به هرگونه احساس خشم یا آشفتگی سرپرستان قانونی با همدلی و پذیرش پاسخ دهید.
- ✓ یک شنونده فعال باشید. راجع به اعضای خانواده و موقعیت آن‌ها سرزنش و قضاوت نکنید و به آن‌ها تهمت نزنید.
- ✓ به یاد داشته باشید شما با چند قربانی سروکار دارید، کودک، سرپرستی که کودک را مورد آزار قرار داده است و سایر اعضای خانواده و همه‌ی این افراد نیازمند کمک هستند.
- ✓ این‌طور فرض و ادعا نکنید که شما بیشتر از سرپرستان قانونی درباره کودک می‌دانید.
- ✓ تا پیش از این‌که مراجع قضایی به صورت مشخص وقوع "کودک‌آزاری" را تأیید نکرده‌اند، از این عبارت در ارتباط با خانواده استفاده نکنید و به صورت غیرمستقیم، صرفاً به علائم و نشانه‌های آن و نگرانی خود نسبت به این علائم بپردازید.
- ✓ سرپرستان قانونی را به طور صریح یا ضمنی متهم به کودک‌آزاری نکنید، حتی اگر گزارش اولیه به مراجع قانونی ارائه شده باشد.
- ✓ برای مصاحبه، سؤالات مناسب شامل سؤالات باز پاسخ مانند "تعریف کنید که چه اتفاقی افتاد؟" و سؤالات نامناسب، شامل سؤالات خاصی هستند که نیازمند پاسخ‌های کوتاه (بله یا خیر) و سؤالات گزینه‌ای هستند. همچنین سؤالات جهت‌گیرانه مانند «آیا این درست نیست که ...» نیز از سؤالات نامناسب در مصاحبه به شمار می‌رود. این نوع سؤالات معمولاً به مراجع القا می‌کند که مصاحبه‌کننده پاسخ خاصی را مدنظر دارد.
- ✓ از سرپرستان قانونی نخواهید که توضیح و توجیهی ارائه دهد. به طور مثال نگویید: "واقعا چرا این طفل معصوم را این‌طور کتک زدی، من می‌خواهم دلیلش را بدانم و...". برای شروع جملاتی در مورد احساس آن‌ها بیان کنید به طور مثال "من می‌دانم شما اخیراً شرایط سختی داشته‌اید" و در ادامه به شکلی همدلانه والدین را با موضوع کودک‌آزاری روبرو کنید "من می‌دانم شما در کنترل فرزندتان دچار احساس ناتوانی می‌شوید، کنترل‌تان از دست می‌رود و در این مواقع ممکن است ناخواسته به او آسیب برسانید. ولی ما می‌توانیم به شما کمک کنیم این موقعیت را بهتر مدیریت کنید".
- ✓ با سؤالات مختلف، پرسیدن یک سؤال به شیوه‌های مختلف و بررسی یک موضوع از ابعاد مختلف می‌توانید از صحت و اعتبار گفته‌های افراد اطمینان حاصل کنید.
- ✓ با لحن تند سرپرستان قانونی را تهدید نکنید که در صورت تکرار این رفتار چه اقدامات قانونی صورت خواهد گرفت، اما در عین حال جایگاه قانون و وظیفه‌اش در قبال کودکان و در کنار آن نقش حمایت‌کننده خود و سایر منابع را به آرامی توضیح دهید.
- ✓ حمایتگر باشید نه مجازات‌کننده. به خاطر بسپارید که بیشتر مردم می‌خواهند والدین خوبی باشند اما ممکن است برای موفقیت در فرزندپروری به کمک، مشاوره، تشویق و راهنمایی بیشتری نیاز داشته باشند.

- ✓ به خاطر بسپارید که آگاهی مددکار اجتماعی نسبت به احساسات خود نظیر خشم، عصبانیت و تنفر نسبت به اوضاع و مرتکبین کودک‌آزاری و همچنین مدیریت آن به‌منظور پیشگیری از هرگونه قضاوت از اهمیت بالایی برخوردار است.
- ✓ به خاطر داشته باشید خانواده‌های درگیر آزار و غفلت (چه آزارگر از درون خانواده باشد یا نه) اغلب تحت فشار و استرس‌های زیادی در زندگی خود هستند. تعامل، درگیر شدن و حمایت شما می‌تواند فشارهای متعدد روی کودک و سرپرست را به طور قابل توجهی کاهش دهد یا برعکس منجر به افزایش فشار و ناراحتی شود.

ب-۲ مصاحبه با کودک

- ✓ مصاحبه با کودک از حساسیت بسیار بالایی برخوردار است و نیاز به مهارت ارتباطی تخصصی بالایی دارد. مددکاران اجتماعی باید تلاش کنند که با آگاهی از مراحل رشد و تکامل کودک، افزایش مهارت‌های ارتباطی با کودکان و نوجوانان (نکات ویژه ارتباط با نوجوانان، مطرح کردن مسائل با ادبیات کودکان و با کمک ابزارهایی چون بازی، نقاشی، روایت و ...) و با استفاده از مهارت‌های مشاهده دقیق و گوش دادن فعال، شرایط و موقعیت را از دید کودک بشناسند و مشارکت او را جلب کنند.
- ✓ در صورتی که گزارش کودک‌آزاری مراجع قانونی از جمله بهزیستی به‌خوبی تنظیم شده است، نیازی به مصاحبه مجدد به صورت مستقیم نیست مگر این که دلیل منطقی برای آن وجود داشته باشید. اما مددکار اجتماعی می‌تواند از این مهارت‌ها در تکمیل ارزیابی‌های خود (بدون اینکه کودک مجدد برای روایت رخداد آزار تحت فشار قرار گیرد) و همچنین برای ارتباط مؤثر با کودک و خانواده در مراحل مختلف فرایند مددکاری اجتماعی استفاده کند.
- ✓ مددکاران اجتماعی به هنگام برقراری ارتباط با کودکان و نوجوانان باید این موضوع را به خاطر داشته باشند که آزارگران عمدتاً افرادی آشنا بوده که کودکان به آن‌ها اعتماد داشته‌اند. لذا زمانی که کودک از جانب فرد بزرگسال مورد اعتماد خود دچار آسیب می‌شود، به احتمال زیاد دیگر به راحتی نمی‌تواند به سایر افراد بزرگسال اطمینان کند و در برقراری ارتباط امن و مؤثر نیز با چالش روبرو است. این موضوع علاوه بر اینکه آسیب‌پذیری وی را افزایش می‌دهد و مهارت درخواست کمک در وی را کاهش می‌دهد، نشان‌دهنده اهمیت و حساسیت بسیار زیاد ایجاد و بازسازی رابطه وی با یک فرد بزرگسال امن و مطمئن از جمله مددکار اجتماعی است. اقداماتی غیرحرفه‌ای چون سوءاستفاده از اعتماد کودک، عدم توجه به تأمین امنیت وی، رها کردن وی بدون هرگونه حمایت و محافظت و یا دادن قول‌های بی‌مورد و غیرواقعی، به شدت می‌تواند منجر به شکستن دوباره اطمینان در کودک به افراد بزرگسال شود و احتمال هرگونه درخواست کمک یا مشارکت بعدی توسط کودک در صورت تکرار خشونت را به حداقل برساند.
- ✓ ممکن است کودک نخواهد به تنهایی صحبت کند در این موارد می‌تواند یکی از افراد مورد اعتماد وی (به انتخاب خود کودک) حضور داشته باشد ولی بهتر است در صورت امکان با کودک به تنهایی هم مصاحبه شود.
- ✓ برای کودکان در سنین پایین، اولویت این است که مددکار اجتماعی زن با وی مصاحبه کند و ارتباط داشته باشد.

- ✓ با توجه به شرایط جسمانی و روانی خاص این کودکان، بسیار ضروری است که زمانی را برای گفتگو با کودک انتخاب کنید که در شرایط باثبات و آرامی قرار دارد: برای نمونه از درد جسمانی رنج نمی‌برد؛ تحت تأثیر شدید داروهای آرام‌بخش به نحوی که هوشیاری وی را کاهش داده باشد، قرار ندارد؛ گرسنه یا خواب‌آلود نیست و یا نگران از اقدامات درمانی بعدی خود مانند رگ‌گیری یا آزمایش خاصی نیست.
- ✓ اگر کودک تحت اضطراب و فشار روانی زیادی است و یا نشانگان استرس پس از حادثه از خود نشان می‌دهد، ابتدا باید وی را آرام کرد و سپس به ادامه مصاحبه اقدام کرد. برای این کار می‌توان از کمک روانشناس یا روانپزشک استفاده کرد.
- ✓ اگر امکان خارج کردن کودک از اتاق عمومی که در آن بستری شده است، وجود ندارد و ضرورتاً باید در محل عمومی با وی مصاحبه شود، تا حد ممکن سعی کنید که در زمانی که اتاق خلوت‌تر است، مراجعه کنید و بدون اینکه سایر همراهان بیمار متوجه شوند از سرپرستان قانونی بخواهید که در صورت امکان لحظاتی را با کودک صحبت کنید. همچنین می‌توانید از همراهان سایر بیماران بخواهید اتاق را برای مدت مصاحبه ترک کنند یا اینکه پرده‌ی اطراف تخت بیمار را بکشید تا با آرامش خاطر بیشتری با شما صحبت کند. البته توجه کنید که شرایط را به گونه‌ای رگم‌زنید که منجر به افزایش اضطراب و نگرانی کودک شود.
- ✓ تلاش کنید در صورت امکان با پوششی شاد و متناسب با سن کودک و غیر از روپوش سفید بیمارستان با کودک ارتباط برقرار کنید.
- ✓ با جلب اعتماد و اطمینان بخشی به کودک، در محیطی دوستانه و حرفه‌ای گفتگو را با پرسیدن سؤالات باز (غیر القاء کننده) آغاز کنید. سؤالات باز این امکان را به کودک می‌دهد که بر اساس توانایی‌های کلامی خودش موضوع را بیان کند و در مورد آن توضیح دهد. درحالی‌که سؤالات بسته معمولاً پاسخ‌های کوتاه دارند و اجازه نمی‌دهند کودک بتواند توضیحات مفصلی در مورد واقعه بدهد و از آنجاکه کودکان تلقین‌پذیر هستند پرسیدن سؤالات بسته ممکن است چیزهایی که وجود نداشته را به کودک القا کنند و اطلاعات مخدوش شود. بنابراین بهتر است بیشتر از سؤالات باز پاسخ استفاده شود و از سؤالات بسته فقط در موارد ضرورت استفاده شود.
- ✓ ابتدا از موضوع‌های خنثی و موردعلاقه کودک شروع کنید. پرداختن به موضوعات خنثی و موردعلاقه کودک نظیر بازی‌ها، دوستانش و ... در ابتدای مصاحبه به برقراری ارتباط با کودک، ایجاد احساس راحتی در وی و جلب اعتماد وی کمک می‌کند. ضمن آنکه مصاحبه‌کننده بهتر می‌تواند به قابلیت‌های کلامی کودک و توانایی وی برای صحبت راجع موضوعات مختلف پی ببرد.
- ✓ با توجه به شرایط این کودکان امکان مصاحبه‌های طولانی مدت وجود ندارد، امکان دارد که شما طی چند مرحله مراجعه به کودک و برقراری رابطه صمیمی با وی بتوانید مصاحبه خود را تکمیل کنید.
- ✓ پس از این که کودک با شما ارتباط اولیه مبتنی بر اعتماد برقرار کرد، با توجه به سن و سطح رشد کودک، در مورد دلیل مراجعه و این که قصد کمک دارید و در حال تلاش هستید تا مانع وقوع رخدادهای مشابه برای وی شوید،

توضیح دهید. البته این نکته قابل تذکر است که با توجه به آگاهی کودک از وضعیت خود باید دلیل حضور را مطرح کرد (با تأکید بر نقش حمایتی خود).

✓ باید به این نکته توجه شود که آسیب ناگهانی یا ممتد وارد شده به کودک، حضور وی در مرکز درمانی و معاینات و رفت و آمدهای متعدد تیم مرکز درمان همگی به خودی خود فشار روانی زیاد بر کودک وارد می‌کند. کودک به ویژه در سنین پایین ممکن است که شما را نیز به عنوان یکی از اعضای تیم پزشکی یا پرستاری بداند که بخواهید منجر به درد و رنج احتمالی وی در نتیجه مداخلات پزشکی شوید. لذا برای از کاهش نگرانی کودک لازم است ابتدا در مورد خودتان، دلیل مراجعه‌تان و اینکه قصد کمک دارید و اجازه نخواهید داد آسیبی به کودک یا دیگران وارد شود توضیح دهید.

✓ به کودک توضیح دهید که هرچه به شما بگوید شما آن را محرمانه و مانند یک راز نگاه می‌دارید، مگر موقعیتی باشد که احتمال آسیب یا خطر جدی برای خودش یا سایرین وجود داشته باشد. به وی بگویید که شاید لازم باشد که با افراد دیگری که می‌توانند به او کمک کنند، موضوع را مطرح کنید، ولی اطمینان دهید که بدون هماهنگی با وی این کار را نخواهید کرد (و به این تعهد پایبند بمانید) و هرکاری بکنید برای کمک کردن به او خواهد بود.

✓ باید نگرانی‌های کودک را نسبت به فرآیندهای قضایی احتمالی و رخدادهای پس از آن بشنوید و با توضیح شفاف در مورد روند احتمالی آن را رفع کنید. در واقع کودک این حق را دارد که بداند قرار است که چه اتفاقی برای وی بیافتد.

✓ در هیچ جایی از مصاحبه و ارتباط با کودک از عنوان «کودک‌آزاری» استفاده نکنید و صرفاً به واقعه پیش‌آمده یا علائم آن اشاره کنید.

✓ به صورت غیرمستقیم موضوع کودک‌آزاری را با او مطرح کنید و بخواهید ماجرا توضیح دهد (برای مثال چرا دست کبود شده است؟). مطرح کردن موضوع باید به شیوه‌ای انجام شود که کودک دچار ترس نشود درعین حال باید عکس‌العمل هیجانی کودک را تحت نظر گرفت و به او در مدیریت هیجاناتش کمک نمود.

✓ به هنگام صحبت در مورد کودک‌آزاری، برخی کودکان در مواجهه با این موضوع از خود مقاومت نشان دهند. بطوری که ممکن است سکوت کنند و یا کمتر صحبت نمایند. آثار نگرانی یا ترس در چهره‌شان دیده می‌شود. برخی نیز ممکن است واکنش‌ها هیجانی مثل خشم، غمگینی و به دنبال آن گریه داشته باشند. در این موارد بهتر است مصاحبه‌کننده با آن‌ها همدلی نماید و از طریق انعکاس احساس و عادی‌سازی احساس در مدیریت هیجان به کودک کمک نماید.

✓ پس از آنکه کودک ماجرا بیان نمود، از طریق پرسیدن سؤالات اختصاصی‌تر ابعادی از واقعه که مبهم است را روشن کنید. ولی کودک را برای به دست آوردن اطلاعات تحت فشار قرار ندهید.

✓ در هر لحظه از مصاحبه که احساس کردید کودک آمادگی لازم را ندارد و ادامه مصاحبه منجر به فشار روانی بیشتر به وی می‌شود، آن را بلافاصله متوقف کنید و در یک زمان دیگر مراجعه کنید.

✓ هیچ‌گاه در طول مصاحبه فردی را متهم نکنید یا مقصر ندانید و در مورد فرد آزارگر از واژگان نامناسب و فحاشی و ... استفاده نکنید. سعی کنید به جای استفاده از واژگان مبتنی بر ارزش‌ها قضاوت‌ها از توصیف موقعیت‌ها و حادثه بهره بگیرید. برای نمونه به جای واژه‌ی «عمل شنیع» از «دست زدن به قسمت‌های بدن پوشیده شده توسط لباس زیر» استفاده کنید. این نکته لازم به یادآوری است که هنگامی که آزارگر از درون خانواده باشد، کودکان از اتفاق رخ داده متنفر هستند و نه فرد آزارگر، لذا برخورد نامناسب با فرد آزارگر در برابر کودک، صرفاً به فشار و استرس روانی کودک می‌افزاید، زیرا او در رابطه با سرنوشت آزارگر خود را مقصر و گناهکار می‌داند.

✓ به هیچ عنوان این جملات را به کودک نگویید:

- کتک خوردن از والدین، معلم و ... امر عادی است و همه بچه‌ها تا حدی کتک می‌خورند.
- لابد کاری کرده‌ای که والدین، معلم و ... تو را کتک می‌زنند یا مسخره می‌کنند.
- چرا زودتر به کسی نگفته‌ای که چنین اتفاقی برای تو افتاده است؟
- چرا از دست آزارگر فرار نکرده‌ای؟

✓ بهتر است این جملات را به کودک بگویید:

- هیچ‌کسی حق ندارد که به تو آسیب بزند و منجر به درد و رنج تو شود.
- تو اصلاً مستحق آزار و صدمه دیدن نیستی.
- بعضی وقت‌ها چیزهای بدی برای بچه‌های خوب اتفاق می‌افتد، عادلانه نیست ولی اتفاق می‌افتد.
- کودکان مسئول کنترل افراد دیگر بخصوص بزرگسالان نیستند.
- کودکان توانایی لازم برای مقابله با بزرگسالانی که می‌خواهند به آن‌ها آسیب بزنند، را ندارند. پس اصلاً تقصیر تو نیست و نباید خود را سرزنش کنی که چرا مانع وی نشدی.
- تو حق داری که از دست همه عصبانی باشی.
- اینکه تو این رنج، درد، ترس یا ناراحتی را تحمل کنی اصلاً درست نیست و ما باید کمک کنیم تا حل شود.
- افرادی (مانند من و سایر پزشکان و پرستاران مرکز درمانی) هستند که به تو اهمیت می‌دهند و می‌خواهند که به تو کمک کنند.

✓ نباید کودک در شرایطی گذاشته شود که چندین بار از وی درخواست شود تا رخداد کودک‌آزاری را تعریف و تکرار کند، لذا تلاش شود تا گفته‌های کودک دقیق ثبت شوند تا احتمال درخواست تکرار آن کمتر شود.

✓ به کودک کمک کنید، او را تشویق کنید و فرصت دهید که احساسات خود را با کلمات بیان کند. می‌توانیم با کمک تصویری از انواع احساسات و هیجانات از وی بخواهید آن‌ها را نشان دهد و در موردش صحبت کند.

✓ تأثیر آزار بر کودک، شرایط روانی و نگرانی‌های او را بررسی کنید. در این مرحله تأثیرات روانی آزار بر کودک را بررسی کنید احساس ترس و نگرانی، کابوس‌های شبانه، غمگینی، خشم و عصبانیت، تغییرات خواب و اشتها از جمله مواردی هستند که می‌توان در مورد آن‌ها از کودک سؤال نمود. برای نمونه می‌توانید بپرسید بعد از اینکه این اتفاق

افتاد شب‌ها چطور می‌خوابی؟ چه خواب‌هایی می‌بینی؟ در مورد پدر و مادرت چه فکری می‌کنی؟ البته به هیچ عنوان علائمی را القا نکنید و صرفاً سؤالات باز بپرسید.

- ✓ سطح آگاهی و مهارت‌های کودک را در مورد روش‌های مراقبت از خود بررسی نمایید. در نهایت در مورد مهارت‌های کودک برای مقابله با تکرار احتمالی آزار ارزیابی کنید و بررسی نمایید آیا کودک می‌داند به چه روش‌هایی از خود محافظت کند (قسمت اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک در مرحله‌ی چهارم فصل دوم)
- ✓ در انتهای مصاحبه از کودک تشکر و قدردانی کنید که با شجاعت به شما اعتماد و موضوع را با شما مطرح کرده است.
- ✓ در انتهای مصاحبه به وی تأکید کنید که هر قدمی که در آینده بخواهید بردارید حتماً با وی مطرح می‌کنید و نظرش را خواهید پرسید.

ج- بازدید از منزل

با وجود این که بازدید از منزل کودکانی که احتمال آزار و غفلت از آنان وجود دارد، بیشتر توسط سازمان بهزیستی صورت می‌گیرد، اما باز هم به فراخور نیاز، شرایط کودک و تعامل با سازمان بهزیستی، شاید لازم باشد که خود مددکاران اجتماعی مراکز درمانی نیز به آن اقدام کنند. بازدید از منزل اگر بر طبق ضوابط و اصول و به شیوه درست انجام پذیرد، نتایج مطلوبی در پی دارد و در غیر این صورت ممکن است بر روند کار تأثیر منفی بگذارد و مانع ارتباط مؤثر میان خانواده با مرکز درمانی شود. در ادامه نکاتی که لازم در انجام بازدید از منزل مورد توجه قرار بگیرند، ذکر شده است:

- ◆ پیش از بازدید از منزل فرم رضایت آگاهانه برای حضور مددکار اجتماعی بیمارستان در منزل بیمار^۱ تکمیل شود
- ◆ عمدتاً سرپرست و خانواده از قبل در خصوص هدف انجام بازدید (نگاه حمایتی) و محور کلی سؤالات توجیه شده باشند؛ تاریخ و ساعت دقیق مراجعه مددکار اجتماعی به منزل می‌بایست با سرپرست هماهنگ شده باشد و پیش از انجام بازدید، نام مددکار اجتماعی می‌بایست به سرپرست اعلام گردد.
- ◆ متناسب با شرایط فرهنگی حاکم بر خانواده و جامعه و همچنین ساختار و شرایط اعضای خانواده کودک گاهی لازم است دو مددکار اجتماعی و در صورت لزوم یک مددکار اجتماعی خانم و یک مددکار اجتماعی آقا بازدید از منزل را انجام دهند.
- ◆ مددکار اجتماعی باید تلاش کند در بازدید از منزل شأن و منزلت اعضای خانواده را حفظ کند.
- ◆ از به همراه بردن افرادی غیر از مددکاران اجتماعی متخصص و یا فرستادن اشخاص غیرمسئول به منزل پرهیز شود.
- ◆ از پارک کردن ماشین آرم دار مرکز درمانی یا وزارتخانه جلو درب منزل سرپرست خودداری شود.

^۱ پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، ویرایش دوم.

- از مصاحبه در جلوی در منزل پرهیز شود؛ خواه به سبب کثرت تعداد بازدیدها در روز یا به هر دلیل دیگر باشد.
- پوشش مددکار اجتماعی متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی محل سکونت خانواده باشد و یونیفرم مشخصی با آرم مرکز درمانی که امکان جلب توجه دارد، نداشته باشد.
- چنانچه مددکار اجتماعی پس از مراجعه متوجه شد که باوجود هماهنگی انجام شده کسی در منزل حضور ندارد، نباید همسایه و یا اهل محل را از موضوع آگاه کند و یا از آنان برای رساندن پیغام کمک بخواهد.
- مددکار اجتماعی باید از قبل با مکان زندگی خانواده از لحاظ جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی آشنایی داشته باشد و تمهیدات لازم را به کار گیرد.
- مددکار اجتماعی هر زمانی که موقعیت را ناامن ارزیابی کرد، باید به سرعت از محل خارج شود و به بازدید خاتمه دهد.
- مددکار اجتماعی برای اطمینان از ایمنی خود می تواند اعلام کند که همکاری در بیرون از منزل منتظر اوست.

۵-۱ مستندسازی و گزارش کودک آزاری

یکی از مهم‌ترین و اثربخش‌ترین اقدامات مددکاری اجتماعی مراکز درمانی، ثبت دقیق اطلاعات جهت ارزیابی جامع و ارائه گزارش‌های کودک‌آزاری به مراجع قانونی به ویژه مرجع قضایی است که می‌تواند در سرنوشت کودک و مورد حمایت واقع شدن وی توسط قانون بسیار تأثیرگذار باشد. لذا مهارت مددکاران اجتماعی در ثبت مشاهدات و مصاحبه‌ها؛ تدوین گزارش‌ها و ثبت اطلاعات در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS^۱) یا پرونده کاغذی بیمار و در نهایت نوشتن گزارش به مراجع قانونی و رعایت مسائل حقوقی مرتبط با آن در مسائل حساس خشونت علیه کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است.

با توجه به این راهنما، در موارد کودک‌آزاری و غفلت علاوه بر اطلاعات و گزارش‌های پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)^۲، «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری» نیز به فراخور وضعیت کودک باید به‌روزرسانی و در پرونده کودک بایگانی شوند.

به صورت کلی در مستندسازی و نوشتن گزارش‌ها در تمام این فرایندها می‌توان به نکات زیر اشاره کرد:

- ◆ گزارش‌نویسی و مستندسازی مراحل مختلف فرایند، معمولاً هم‌زمان با اقدامات انجام می‌شود، اما جمع‌بندی نهایی بهتر است در انتهای مداخلات نیز انجام شود.
- ◆ ثبت جزئیات و توصیف دقیق از علائم و جراحات جسمانی با ارجاع به نظر متخصصان و معاینات باید صورت بگیرد.
- ◆ نقل‌قول‌ها و گفته‌های افراد (کودک، اطرافیان، سرپرستان و آزارگر) همگی باید به صورت دقیق و بدون تغییر ثبت شوند. مفیدترین روش گذاشتن جملات افراد در گیومه "....." و به صورت نقل‌قول مستقیم تا با تفاسیر و تحلیل‌های خود مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم مرکز درمان اشتباه گرفته نشوند.
- ◆ هنگام ثبت، از به کار بردن برخی عبارات جهت‌گیرانه و قضاوت‌گرانه مانند «مادر ادعا می‌کند که کودک از پله افتاده است» باید پرهیز شود و به جای آن ثبت شود که «مادر اظهار می‌دارد یا گزارش می‌کند که کودک از پله افتاده است».
- ◆ در تکمیل فرم‌ها و گزارش‌ها بدون شواهد معتبر از عبارات تشخیصی با امکان سوءتعبیر مانند «افسردگی» استفاده نکنید. به جای آن به صورت دقیق حالات ظاهری، هیجانی و رفتاری را توصیف کنید. همچنین تنها زمانی از اصطلاحات تشخیصی چون افسردگی استفاده کنید که روانپزشک و یا روانشناس تیم مرکز درمانی آن را تأیید کرده باشد و لذا با توصیف دقیق نوع، الگوهای و شدت افسردگی تشخیص داده شده از تقلیل وضعیت افراد به یک اصطلاح کلی خودداری کنید.
- ◆ از به کار بردن توصیفات مبهم در شرح حادثه نظیر آسیب بارز یا مشکوک خودداری کنید.

^۱ Hospital Information System

^۲ پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی. ویرایش دوم.

- در صورت عدم وجود شواهد جسمانی در کنار سایر عوامل خطرآفرین قابل توجه، به این نکته اشاره شود که نبود شواهد جسمانی بدین معنی نیست که کودک آزاری اتفاق نیفتاده است.
- حتی در شرایطی که شواهد اولیه نشان می‌دهد که مدارک برای پیگیری قانونی کفایت نمی‌کند، لازم است که شواهد و مدارک دقیق ثبت شوند تا در صورت تکرار چنین وقایعی بتوان به این مدارک استناد کرد.
- باید تلاش شود که متناسب با سن و وضعیت رشد کودک، گزارش‌ها به روش‌های مناسب با کودک به اشتراک گذاشته شود.
- به هنگام تعامل با مراجع قانونی به ویژه اورژانس اجتماعی، مددکار اجتماعی باید تاریخ، ساعت تماس و نام فرد پاسخگو (کد فرد پاسخگو) را در گزارش ثبت نماید تا در صورت لزوم برای پیگیری‌های بعدی مورد استفاده قرار گیرد.
- در گزارش به مراجع قضایی، مددکار اجتماعی باید با همکاری مشاور حقوقی مرکز درمانی، ملاحظات حقوقی را در تنظیم گزارش مدنظر قرار دهد.
- در صورت حضور کارشناسان اورژانس اجتماعی یا سایر مراجع قانونی، مددکار اجتماعی مرکز درمانی باید با استناد به مستندات و گزارش‌های موجود، توضیحات لازم را در خصوص اقدامات صورت گرفته ارائه کند و از طرف دیگر نحوه حضور و همکاری اورژانس اجتماعی را نیز در گزارش‌های خود قید نماید.

فصل دوم:

فرایند مددکاری اجتماعی مراکز درمانی در
موارد کودک آزاری و غفلت

۲-۱ مقدمه

مددکاران اجتماعی که در مراکز درمانی خدمت‌رسانی می‌کنند، به شیوه‌های مختلف ممکن است که با کودکانی مواجهه شوند که مورد هریک از انواع آزار و غفلت واقع شده‌اند. آن‌ها پس از ارزیابی جامع وضعیت کودک و خانواده با همکاری کادر درمان، با توجه به شرایط کودک و وضعیت حقوقی وی، خدمات و مداخلات مورد نیاز را به وی تا زمان ترخیص از مرکز درمانی ارائه می‌دهند و پس از آن نیز پیگیری‌های لازم را برای اطمینان از تحقق نیازها و حقوق کودک خواهند داشت.

لازم به تأکید است که با توجه به حضور کودک در مرکز درمانی، مدیریت این فرایند و اطمینان از تحقق اهداف و ملاحظات اخلاقی قید شده، بر عهده مددکار اجتماعی آن مرکز درمانی می‌باشد. همان‌طور که قبلاً عنوان شد، فرایند ارائه خدمات یا به صورت مستقیم توسط تیم مرکز درمانی انجام می‌شود یا با همکاری بهزیستی و سایر منابع حمایتی و قانونی صورت می‌گیرد. اما در هر دو صورت مددکار اجتماعی با رویکرد مدیریت مورد، این فرایند را مدیریت، پیگیری و نظارت می‌کند. همان‌طور که عیان است، طبق قوانین و دستورالعمل‌های موجود، سازمان بهزیستی کشور متولی اصلی رسیدگی به موارد کودک‌آزاری و غفلت است؛ از این‌رو در وهله اول مددکار اجتماعی مرکز درمانی با مشارکت تیم، پیگیری‌های لازم را جهت جلب همکاری و مشارکت سازمان بهزیستی (در چارچوب وظایف سازمان) انجام خواهد داد تا از تحقق منافع کودک اطمینان حاصل کند. اما در صورتی که در نتیجه ارزیابی تیم درمان و در چارچوب وظایف سازمان بهزیستی این امر به هر دلیلی تحقق پیدا نکرد، به فراخور موضوع و شرایط موضوع به ریاست بیمارستان (مدیریت مرکز درمانی) اطلاع داده شود و تصمیمات بعدی جهت اقدامات و مداخلات مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم در راستای منافع عالی کودک اتخاذ شود.

با توجه به رویکرد «مدیریت مورد» حاکم بر این راهنما، مددکار اجتماعی به‌محض شناسایی اولیه کودک با احتمال کودک‌آزاری و غفلت، باید تیمی از متخصصان مرتبط با کودک را در مرکز درمانی تشکیل دهد و به عنوان «مدیر مورد» مراحل هفت‌گانه فرایند پیش‌رو را هماهنگ و مدیریت کند.

در ادامه فرایند مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی، با تمرکز ویژه بر موارد کودک‌آزاری و غفلت در شش مرحله زیر به صورت خلاصه شرح داده شده است:

- مرحله اول: شناسایی اولیه و ارزیابی سریع کودک مورد آزار و غفلت واقع شده
- مرحله دوم: ارزیابی جامع و کل‌نگر کودک و خانواده
- مرحله سوم: تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای مداخلات
- مرحله چهارم: ارائه مداخلات و ترخیص کودک از مرکز درمانی
- مرحله پنجم: پیگیری پس از ترخیص
- مرحله ششم: ارزشیابی مداخلات
- مرحله هفتم: خاتمه مداخلات

همچنین لازم به یادآوری است که با توجه به ماهیت غیرخطی فرایند مددکاری اجتماعی، این هفت مرحله نیز فرایندی رفت و برگشتی دارند. بدین معنا که امکان دارد که مددکار اجتماعی، در هر یک از مراحل به عقب برگشته و به بازبینی و اصلاح نیازها، اهداف یا فعالیتها اقدام کند.

اما به منظور ساده سازی و تصویر سازی این فرایند برای گروه‌های مختلف کودکانی که نیازمند مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی هستند، مجموعه فرایندهای مداخلات مددکاری اجتماعی برای انواع موارد کودک آزاری و همچنین مادران با ویژگی‌های خاص و نوزادان آنها در ادامه ارائه شده‌اند.

فرایند ارائه‌ی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در کودک آزاری جسمی و جنسی

شناسایی توسط پزشک
یا پرستار تریاژ

شناسایی توسط مددکار اجتماعی
در فرایند تریاژ یا راند

خود اظهاری کودک، والد،
همراه یا مراقب

ارجاع از مرکز بهداشت یا
مرکز جامع سلامت

ارزیابی جسمی توسط پزشک
و پرستار یا متخصص پزشکی
قانونی مستقر

ارزیابی روانی اجتماعی توسط مددکار
اجتماعی (در صورت امکان با کمک
روانشناس)

ارزیابی حقوقی و قضایی توسط
کارشناس حقوقی یا مامور انتظامی

در صورت تأیید عدم آزاری: اختتام مداخله و مستندسازی

در صورت تأیید کودک آزاری: هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی برای مداخله

مداخله در بحران و مشاوره‌ی
اولیه جهت آرام‌سازی و کاهش
استرس کودک

مکاتبه با واحد حقوقی جهت
انجام مکاتبات مقتضی

فراهم کردن محیط ایمن برای کودک
جهت انجام فرآیند درمان

تماس با اورژانس
اجتماعی بهزیستی
(۱۲۳) یا تماس با
کلانتری در صورت
لزوم

آموزش و آگاه‌سازی کودک و
والد در مورد فرآیند مداخلات
بین‌سازمانی

حمایت‌یابی اجتماعی، اقتصادی
و روانی برای کودک و خانواده

ارجاع به سازمان‌های حمایتی یا
مراکز مشاوره و روانپزشکی یا واحد
سلامت روان شبکه

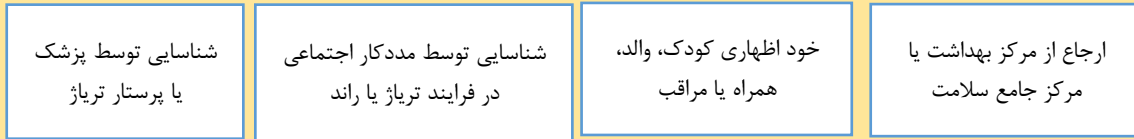
ارزیابی فرآیند ترخیص ایمن کودک و برنامه‌ریزی برای پیگیری پس از ترخیص

پایش مداخلات و تهیه‌ی برنامه جهت انجام اقدامات اصلاحی

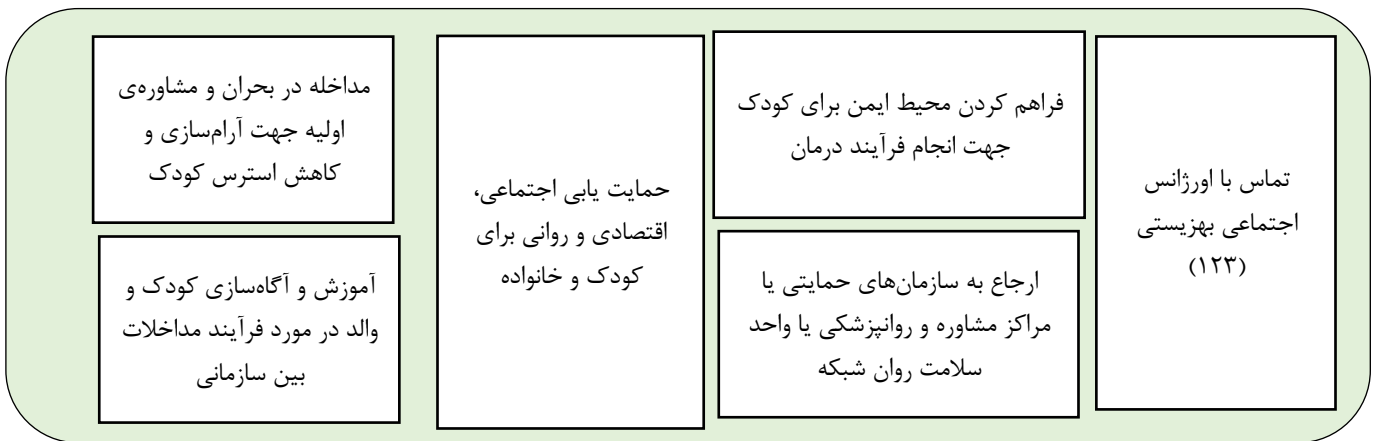
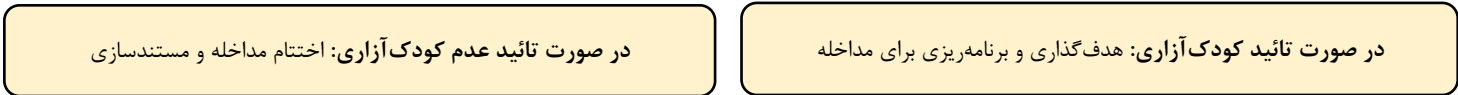
بازنگری نهایی، رفع موانع و مشکلات

گزارش‌نویسی و مستندسازی مداخلات، اختتام مداخله

فرایند ارائه‌ی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در کودک آزاری روحی و روانی - غفلت و بی‌توجهی، بهره‌کشی اقتصادی

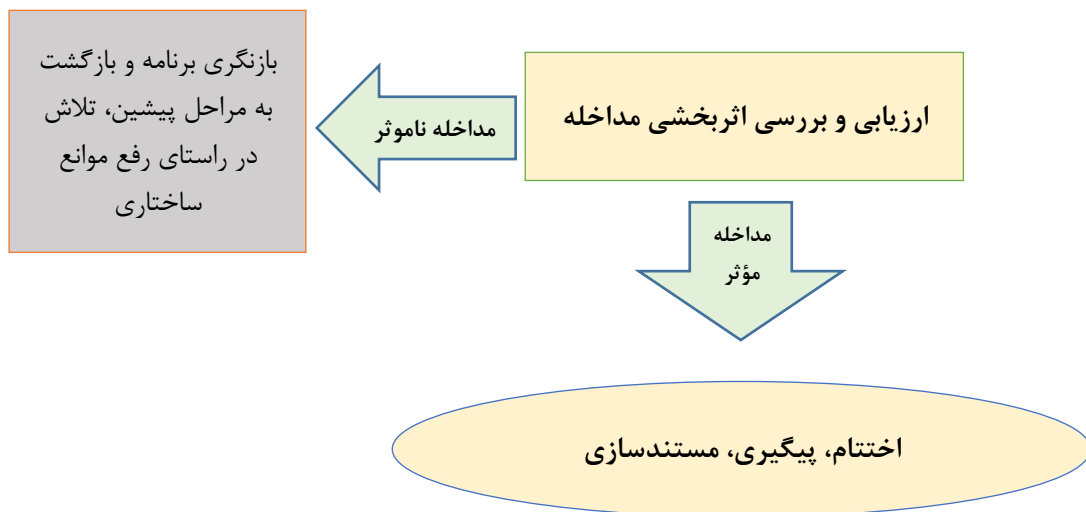
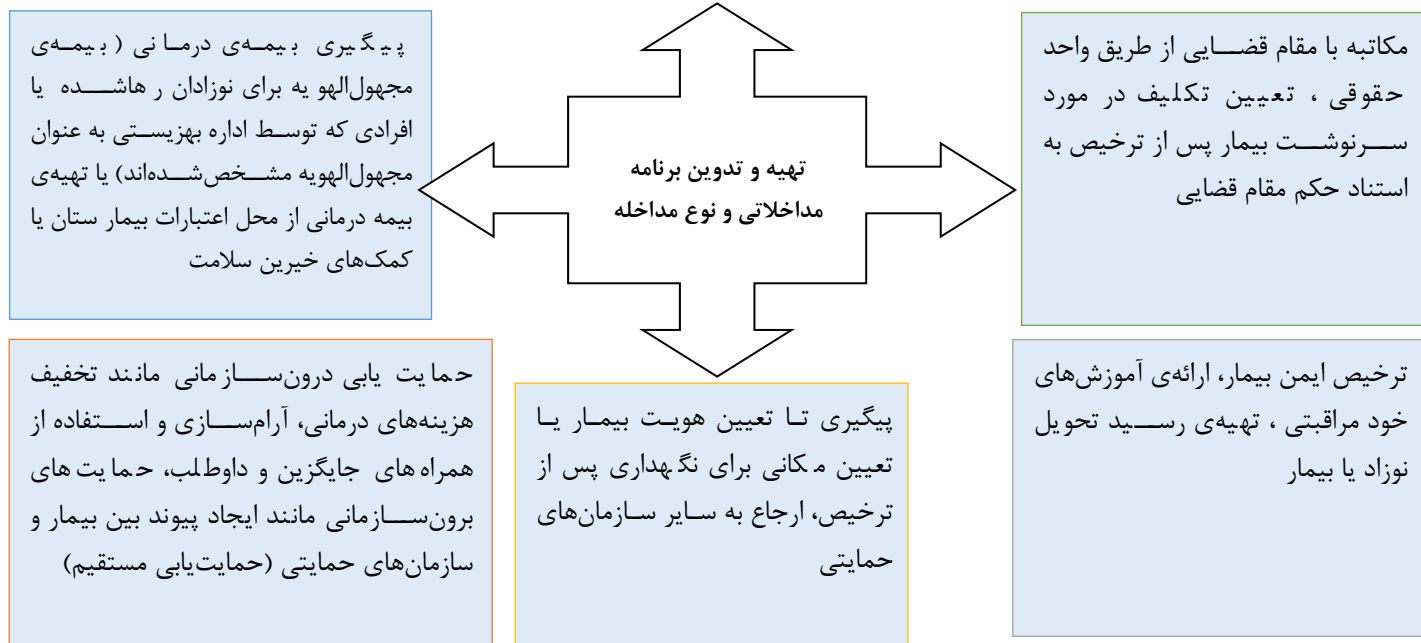


ارزیابی روانی اجتماعی توسط مددکار اجتماعی (در صورت امکان با کمک روانشناس)

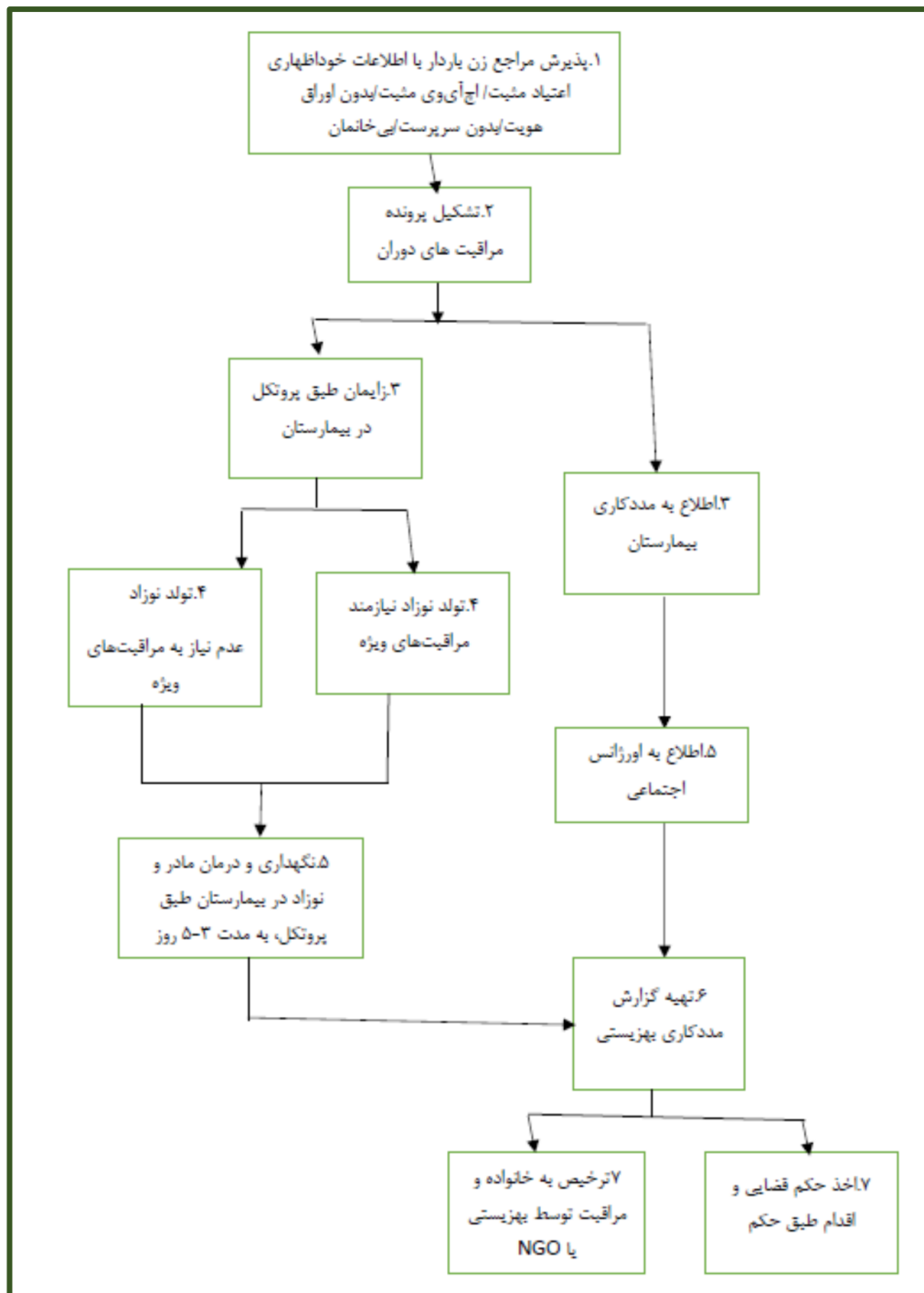


فرایند ارائه‌ی مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بیمارستانی در کودکان و نوزادان رهاشده و مجهول‌الهویه

ارزیابی اولیه از طریق راند و تریاژ، ارزیابی تکمیلی



فرایند ارائه خدمات به مادران با ویژگی‌های خاص و نوزادان آن‌ها



۲-۲ چارچوب تکمیل فرم‌های راهنمای تخصصی با توجه به فرایند هفت مرحله‌ای

با توجه به این راهنما، در موارد کودک‌آزاری و غفلت علاوه بر اطلاعات و گزارش‌های پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (مانند فرم ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد مددکاری اجتماعی، بازدید از منزل، فرم ارجاع)^۱ که لازم است در پرونده کاغذی و یا الکترونیکی بیمار در سیستم HIS ثبت شوند، برای اطمینان از تحقق اهداف و اصول موردنظر و فرایندمحور ساختن ارزیابی و مداخله در موارد کودک‌آزاری، غفلت، نوزادان رهاشده، مجهول‌الهویه یا در خطر خریدوفروش، بهره‌کشی اقتصادی و رهاشدگی «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری» به همراه راهنمای تکمیل آن معرفی شده است که به فراخور وضعیت کودک باید به‌مرور تکمیل و در پرونده کودک بایگانی شوند (ضمیمه شماره ۱). «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری» شامل بخش‌های زیر می‌باشد:

- اطلاعات پذیرش
- تریاژ (ارزیابی سریع)
- راند (ارزیابی تکمیلی)
- برنامه‌ریزی و مداخله
- پیگیری و ارزشیابی

همان‌طور که قابل مشاهده است، بخش‌های مختلف آن متناسب با مراحل مختلف فرایند مددکاری اجتماعی شرح داده شده در این راهنمای تخصصی می‌باشند. در کنار راهنمای تکمیل «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری» که نحوه تکمیل بخش‌های مختلف آن به صورت مشخص شرح داده است، در هر یک از مراحل پیش‌رو، نکاتی که در اجرای فرایند و تکمیل این فرم باید موردتوجه قرار گیرد نیز ذکر خواهد شد. با توجه به اهمیت کلیدی موضوع نوزادان رهاشده، مجهول‌الهویه یا در معرض رهاشدگی، بهره‌کشی اقتصادی و خریدوفروش، لازم است که نکات زیر در این رابطه در کل این فرایند موردتوجه قرار گیرد:

- ◆ هرگونه تصمیم‌گیری در خصوص وضعیت نوزاد به عهده مرجع قضایی بوده و مددکار اجتماعی موظف است بر اساس حکم کتبی مرجع قضایی عمل نماید و تمامی مستندات را با دقت و حساسیت بالا ثبت و گزارش کند. لازم به ذکر است هرگونه پیگیری جهت اخذ تصمیم توسط مقام قضایی بر عهده نمایندگان قانونی مراکز درمانی، دانشگاه یا شبکه‌ی بهداشت است و مددکاران اجتماعی در این زمینه هیچ‌گونه مسئولیتی ندارند.
- ◆ کلیه فرایند باید توسط واحد مددکاری اجتماعی مرکز درمانی انجام شود و از واگذاری این وظایف به هر شخص دیگر یا موسسه غیردولتی (مانند خیریه‌ها و انجمن‌ها) باید به طور جدی خودداری گردد.
- ◆ در هر مرحله از فرایند، در صورت مواجهه با هرگونه احتمال رهاشدگی، خریدوفروش و یا واگذاری نوزاد به غیر از سرپرستان قانونی، لازم است که مدیریت مرکز درمانی و نیروی انتظامی در اسرع وقت مطلع شوند.

^۱ پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی. ویرایش دوم.

۲-۳ مرحله اول: شناسایی اولیه و ارزیابی سریع کودک مورد آزار و غفلت

واقع شده

شناسایی و پذیرش اولیه

مددکاران اجتماعی مراکز درمانی ممکن است که به شیوه‌های مختلفی از وقوع خشونت علیه کودکانی که به هر نحوی با مرکز درمانی در ارتباط هستند، مطلع شده یا خود آن را شناسایی کنند:

۱- خودمعرف

۲- ارجاع از سازمان‌های دیگر مانند بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضاییه و ... به دلیل کودک‌آزاری یا مشکوک به کودک‌آزاری

۳- ارجاع از دیگر بخش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند اورژانس (۱۱۵)، مراکز معاونت بهداشت، سایر مراکز درمانی و احتمال وقوع کودک‌آزاری

۴- شناسایی و گزارش از طرف کادر درمانی مرکز

۵- شناسایی و گزارش از طرف سایر بیماران، همراهان و مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی

۶- شناسایی توسط خود مددکار اجتماعی:

• راند^۱

• تریاژ^۱

• بررسی روزانه سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) و توجه ویژه به کودکانی که به تازگی بستری شده‌اند یا به عنوان رهاشده و مجهول‌الهویه ثبت شده‌اند.

همان‌طور که قابل مشاهده است، راه‌های شناسایی اولیه احتمال هرگونه آزار و غفلت را می‌توان به دو طبقه کلی موارد ارجاع داده شده به مددکار اجتماعی و مواردی که مددکار اجتماعی خود فعالانه کودک در معرض خطر را شناسایی می‌کند، تقسیم‌بندی کرد. در موارد ارجاع داده شده به مددکار اجتماعی، حتی اگر از قبل از جانب سایر متخصصان برای هرگونه احتمال آزار و غفلت علیه کودک تشخیص اولیه‌ای داده شده باشد، اما بازهم لازم است که مددکار اجتماعی دانش و مهارت خود را در شناسایی علائم و نشانه‌های جسمانی، ظاهری، رفتاری و تعاملی انواع آزار و غفلت، شدت و فوریت آسیب وارد شده یا احتمالی و همچنین عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده بکار بگیرد. علاوه بر این، مددکار اجتماعی لازم است که از طریق حضور در بخش‌های مختلف مرکز درمانی به هنگام تریاژ و راند و همچنین بررسی روزانه سامانه اطلاعاتی بیمارستان و پیگیری پرونده کودکانی که به تازگی به مرکز مراجعه کرده‌اند، به صورت فعالانه نسبت به وقوع هرگونه آزار و غفلت در کودکان هوشیار و آگاه باشد. این آگاهی که می‌تواند منجر به شناسایی به‌موقع این کودکان حتی در موارد خفیف و غیرآشکار شود و مداخلات پیشگیرانه شود. در واقع پزشکان، پرستاران و

^۱ پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی. ویرایش دوم.

سایر کادر درمان با توجه به ماهیت تخصصی‌شان ممکن است که عمدتاً نسبت به نشانه‌های عیان کودک‌آزاری جسمانی، جنسی و موارد شدید غفلت حساس باشند و آن‌ها را شناسایی کنند. آگاهی مددکاران اجتماعی از انواع آزار و غفلت به ویژه مواردی که کمتر مورد توجه کادر درمان است، مواردی که چندان نشانه‌های عیان و قابل مشاهده‌ای ندارند و یا مواردی که شدت زیادی ندارند ولی می‌توانند به مرور آسیب‌های غیرقابل جبرانی بر کودک وارد کنند، در این مرحله از اهمیت دوچندانی برخوردار است.

در نهایت لازم به ذکر است که در هر دو دسته مختلف شناسایی اولیه، نظر و دیدگاه تخصصی مددکار اجتماعی نقش قابل توجهی در تصمیم‌گیری نهایی در رابطه با این کودک در کنار نظر سایر کادر درمان و همچنین سایر نهادها چون سازمان بهزیستی و سازمان پزشکی قانونی خواهد داشت و لازم است شناسایی و ثبت این موارد در پرونده کودک به دقت صورت بگیرد.

با توجه به رویکرد سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹)، مرحله شناسایی اولیه و ارزیابی سریع این راهنما نیز بر مبنای رویکرد بیماریابی تدوین شده است.

«شواهد علمی در خصوص شناسایی موارد کودک‌آزاری و غفلت»

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹) در راهنما خود برای پاسخگویی بخش بهداشت و درمان به بدرفتاری با کودک عنوان کرده است که انواع استراتژی‌ها و ابزارها برای کمک به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی برای شناسایی کودکانی که مورد آزار و غفلت قرار گرفته‌اند، وجود دارد و دو رویکرد اصلی در این مورد غربالگری^۱ و بیماریابی^۲ است. غربالگری شامل بکارگیری مجموعه‌ای استاندارد از معیارها برای ارزیابی خطر آزار در میان تمام کودکان موجود (یا یک زیرمجموعه از کودکان) است و اغلب به عنوان راهی برای کمک به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی پرمشغله چارچوب‌بندی می‌شود تا کودک‌آزاری را تشخیص دهند. اما در رویکرد بیماریابی، لازم است که ارائه‌دهندگان خدمت، به جای اینکه از ابزار یا سؤالات استاندارد استفاده کنند، نسبت به نشانه‌ها و علائم آزار و غفلت هوشیار باشند و در مورد کودک و احتمال مواجهه وی با بدرفتاری به شیوه‌ای متناسب و منحصر با شرایط کودک ارزیابی و پرس‌وجو کنند.

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹) پس از بررسی نظام‌مند و دقیق شواهد و یافته‌های جهانی موجود تأکید کرده است که مطالعات موجود از رویکرد غربالگری همگانی پشتیبانی نمی‌کنند، زیرا کودکان زیادی ممکن است که با بکارگیری انواع ابزارها و با توجه به چارچوب قانونی، به اشتباه به عنوان کودک مورد بدرفتاری واقع شده طبقه‌بندی شوند و این تشخیص احتمالاً در خانواده‌ها در طبقات پایین اقتصادی بیشتر خواهد بود. این کودکان و خانواده‌هایشان ممکن است که با فرایندهای پراسترس گزارش، رسیدگی قضایی و مداخلات مراجع قانونی چون سازمان بهزیستی مواجه شوند. لذا سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که برای شناسایی کودکانی که با بدرفتاری مواجه شده‌اند، از رویکرد بیماریابی استفاده شود و حتی توصیه می‌کند که از غربالگری همگانی استفاده

^۱ Screening
^۲ case finding

نشود (به عنوان مثال استفاده از یک ابزار استاندارد و مجموعه‌ای از معیارها یا سؤالاتی که از همه کودکان و خانواده‌هایشان در هنگام دریافت خدمات پرسیده می‌شود). در واقع از دیدگاه این مرجع بین‌المللی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی باید نسبت به علائم بالینی مرتبط با کودک‌آزاری و عوامل خطر مرتبط با آن هوشیار باشند و بدون افزایش آسیب و خطر وارد بر کودک، کودک‌آزاری را ارزیابی کنند.

ارزیابی سریع (تریاز)

در این مرحله، مددکار اجتماعی با توجه به آگاهی و حساسیتی که نسبت به نشانه‌های انواع آزار و غفلت دارد، لازم است که به محض مشاهده هر کدام از علائم هشداردهنده یا گزارش آن از سایر افراد و سازمان‌ها، ارزیابی سریعی از وضعیت کودک با کمک تیم مرکز درمانی داشته باشد و گزارش به سایر مراجع قانونی از جمله سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی و مراجع قضایی (بر حسب ضرورت قانونی و در صورت عدم اطلاع آن‌ها) ارائه شود. برای نوزادان تازه متولد شده‌ای که رها شده‌اند یا در آن‌ها هریک از علائم زیر مشاهده می‌شود و احتمال رها شدگی، بهره‌کشی اقتصادی یا خرید و فروش آن‌ها وجود دارد، لازم است که با توجه به ارزیابی سریع اولیه، اقدامات ضروری قانونی در اسرع وقت صورت بگیرد:

- نوزاد مبتلا به سندرم پرهیز نوزادی^۱ باشد.
- مادر مبتلا به اختلال مصرف مواد باشد.
- مادر HIV مثبت باشد.
- مادر (و پدر) فاقد مدارک هویتی معتبر باشند.
- مادر فاقد سرپناه ایمن بوده و بی‌خانمان باشد.
- مادر بدون سرپرست یا همراه باشد.
- شواهدی مبنی بر احتمال فروش نوزاد وجود دارد.
- شواهدی مبنی بر احتمال بکارگیری نوزاد جهت تکدی‌گری وجود دارد.

لازم به یادآوری است که برقراری رابطه مبتنی بر اعتماد با کودک و خانواده (فصل اول) زیربنایی برای این ارزیابی و سایر مراحل مداخله و مراقبت است و لذا باید نکات مطرح‌شده برای مصاحبه و ارتباط با کودک و خانواده در فصل اول قسمت «انواع کارابزارهای مورد استفاده» به دقت مورد توجه قرار گیرند.

نکته قابل توجه در رابطه با اهمیت نقش فعالانه مددکار اجتماعی در این مرحله برای تکمیل فرم این است که مراکز درمانی یکی از معدود مکان‌هایی هستند که تعامل طولانی مدت کودک و سرپرست در یک بستر نسبتاً طبیعی در آن

^۱ Neonatal Abstinence syndrome (NAS)

به مجموعه علائم فیزیولوژیک و رفتاری مشاهده شده در نوزادانی که پیش از تولد در رحم مادر در تماس با مواد افیونی قرار می‌گیرند «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می‌شود.

قابل مشاهده است. این موضوع به ویژه برای کودکانی که مدتی را در بیمارستان بستری هستند، عیان تر است. قابل پیش‌بینی است که سرپرستان احتمالاً به دلیل حضور کودک در بیمارستان با چالش‌های متعددی از جمله فشار روانی و اقتصادی مواجه باشند و لذا به شیوه‌های مختلف با این شرایط خود را سازگار می‌کنند. مسلماً سبک سازگاری سرپرستان در چنین شرایطی بر نوع تعاملشان بر کودک اثرگذار است و این تعامل به بهترین شکل در زمان حضورشان در بیمارستان توسط کادر درمان، مددکار اجتماعی و حتی سایر بیماران و همراهان آنها قابل مشاهده است. به کلام دیگر مدت زمان حتی دو روزه‌ای که کودک در بیمارستان در کنار سرپرستان خود حضور دارد، یکی از بهترین موقعیت‌ها برای مشاهده و نظارت بر تعامل آنها و بررسی هرگونه احتمال آزار و غفلت است، موقعیت نسبتاً طبیعی که شاید برای هیچ نهاد دیگری از جمله آموزش و پرورش و حتی بهزیستی فراهم نباشد. البته باید تأکید شود، که از تعمیم تعامل سرپرست و کودک در مرکز درمانی به رابطه‌ی همیشگی سرپرست با کودک باید خودداری شود. در واقع در عین حال که باید نسبت به علائم خطر هوشیار بود، می‌توان با همدلی و عدم قضاوت با خانواده رابطه حرفه‌ای برقرار کرد و با بررسی و ارزیابی بیشتر احتمال آزار و غفلت را بررسی کرد.

در مرحله اول، برای تکمیل قسمت‌های مرتبط با « فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری » باید به نکات زیر توجه کرد:

◆ این فرم صرفاً به عنوان ابزاری برای اطمینان از توجه به نشانه‌های انواع آزار و غفلت و نکاتی است که به هنگام ارزیابی باید مورد توجه قرار بگیرد.

◆ مددکاران اجتماعی برای تکمیل بخش‌های مرتبط با علائم و نشانه‌های کودک‌آزاری و غفلت و همچنین عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده کودک و اعضای خانواده در این فرم باید به نکات ارائه شده در ضمیمه شماره ۲ اشراف کامل داشته باشند و همچنین از دانش تیم مرکز درمانی بهره ببرند.

◆ مددکار اجتماعی در این مرحله از انواع کارابزارهای مشاهده، مصاحبه و بازدید از منزل (در صورت امکان و ضرورت) استفاده کند و به نکات لازم فصل اول در بکارگیری این روش‌ها در کودک‌آزاری و غفلت توجه کند.

◆ مددکار اجتماعی این فرم را با کمک تیم مرکز درمانی به ویژه پزشک معالج، گزارش متخصص پزشکی قانونی (در صورت وجود در مرکز) و روانشناس تکمیل می‌کند و می‌تواند جلسات گروهی با این هدف تشکیل دهد.

◆ منظور از تعیین اولویت، اضطراری و فوری بودن وضعیت کودک‌آزاری این است که آسیب شدیدی بر کودک وارد شده است یا خطر قابل توجهی وی را تهدید می‌کند. با توجه به توصیه‌های بین‌المللی بهتر است که شاخص و معیار از پیش تعیین‌شده‌ای برای مرزبندی دقیق طیف‌های مختلف فوریت کودک‌آزاری و غفلت تعریف نشود و تیمی از متخصصان با ارزیابی جامعی از شرایط کودک و خانواده و همچنین نوع و شدت آسیب وارد شده و آسیب محتمل در رابطه با آن تصمیم‌گیری کنند. اما آنچه غیرقابل چشم‌پوشی است اولویت منافع عالی کودک در این ارزیابی و تصمیم‌گیری فوریت آن و لزوم مداخله قانونی است.

◆ در وهله اول، اگر مراجع قانونی هنوز از احتمال وقوع کودک‌آزاری مطلع نباشند، در نتیجه این فرم تصمیم‌گیری می‌شود که وضعیت کودک به چه مراجعی گزارش شود. اما نکته مورد تأکید این است که بازهم در صورت ورود

سازمان‌های دیگر از جمله سازمان بهزیستی به این پرونده (یا اینکه از ابتدا توسط سازمان بهزیستی ارجاع داده شده باشد)، تغییری در وظیفه اصلی مددکاری اجتماعی مرکز درمانی در قبال کودک بستری در مرکز درمانی ایجاد نمی‌شود. در واقع مددکار اجتماعی باید از ایمنی و محافظت از کودک، درمان کودک و پیشگیری از وقوع مجدد آزار و غفلت اطمینان حاصل کند. این اهداف با مدیریت مددکار اجتماعی یا به صورت مستقیم توسط تیم مرکز درمانی انجام می‌شود یا با همکاری بهزیستی و سایر منابع حمایتی و قانونی صورت می‌گیرد.

♦ در هر قسمتی از فرم که اطلاعات اضافه می‌شود، منبع آن با دقت با ذکر تاریخ قید شود. برای نمونه «با توجه به مشاهدات مستقیم مددکار اجتماعی»، «طی مصاحبه مددکار اجتماعی»، «طی گزارش سازمان پزشکی قانونی»، «بنا بر اظهارات سایر مراجعین» و

علاوه بر نکات ذکر شده برای تکمیل فرم، در مرحله‌ی شناسایی اولیه و ارزیابی سریع باید به موارد زیر توجه کرد:

◆ معاینه معمول جسمی و جنسی کودکان بدون نیاز به اجازه مرجع قضایی می‌تواند توسط متخصصان پزشکی قانونی مستقر در بیمارستان صورت بگیرند. اما در موارد اضطرار و اورژانس، با درخواست مرجع قضایی دال بر «معاینه جنسی کودک در بیمارستان»، ارزیابی و معاینه توسط متخصص پزشکی قانونی مستقر در بیمارستان نیز می‌تواند صورت می‌گیرد. اما در این شرایط نکته قابل توجه این است که نمونه‌گیری از ترشحات مهبل، مقعد یا دهان نیاز به استعلام از مراجع قضایی خاص می‌باشد.

◆ جهت جمع‌آوری شواهد، در رابطه با لباس‌های کودکی که مورد آزار جنسی واقع شده است، لازم به تاکید است که لازم است که البسه کودک اخذ گردند و پس از اطمینان از خشک بودن، در پاکت یا جعبه کاغذی یا مقوایی قرار داده شوند تا در صورت استعلام مرجع قضایی جهت ارزیابی آزمایشگاهی به سازمان پزشکی قانونی ارسال گردند. نکته قابل تاکید این است که از قرار دادن آن‌ها در بسته‌های پلاستیکی باید خودداری شود.

◆ با توجه به تنش و فشار روانی شدیدی که هم کودک و هم خانواده در این مرحله با آن مواجه هستند، مددکاران اجتماعی لازم است که قبل از هر چیز نسبت به آرام‌سازی کودک و خانواده اقدام کنند و سپس اهداف ارزیابی را پیش ببرند (مداخلات آرام‌سازی کودک و خانواده در مرحله چهارم فصل دوم).

◆ مددکاران اجتماعی باید خودآگاهی لازم برای شناخت موانع گزارش به مراجع قانونی را داشته باشند و در برابر آن‌ها مقاومت نکنند. مانند شیوه‌های رایج والدگری و تنبیه در خانواده خودشان و یا پیش‌فرض‌ها و قضاوت‌ها در مورد رفتار یا ظاهر سرپرستان، سطح تحصیلات، شغل والدین، طبقه اجتماعی، رایج بودن یک رفتار آسیب‌زننده در یک منطقه، رابطه نزدیک سرپرستان با مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم مرکز درمانی و تمامی دیگر مواردی که در بخش اصول در رابطه با خودآگاهی مورد اشاره قرار گرفتند.

◆ مددکاران اجتماعی به هنگام ارزیابی و شناسایی هرگونه موارد کودک‌آزاری و غفلت باید به این موضوع توجه کنند که لازمه هرگونه تشخیص و شناسایی کودک مورد خشونت واقع شده، در دسترس بودن و ارائه مراقبت‌ها و

خدمات درمانی، حمایتی، مشاوره‌ای و آموزشی مورد نیاز کودک باید باشد تا علاوه بر درمان کودک، از تکرار آزار و غفلت پیشگیری و از ایمنی وی محافظت کند.

◆ مددکاران اجتماعی باید اطمینان حاصل کنند که تمامی تیم مرکز درمانی که در ارزیابی کودک نقش دارند، همگی از صلاحیت و شایستگی لازم برای ارزیابی، معاینه و مراقبت از کودکان مورد آزار و غفلت واقع شده برخوردار باشند و به اصول و ارزش‌های ضروری در کار با این کودکان و خانواده‌هایشان متعهد باشند.

◆ مددکاران اجتماعی در کنار تیم مرکز درمانی، باید از سرپرست، کودک یا سایر همراهان کودک در مورد هرگونه آسیب یا علائمی که ممکن است به دلیل آزار جسمانی، جنسی و عاطفی یا غفلت باشد، بدون هرگونه قضاوت و با پذیرش کامل توضیح بخواهند (به نکات مصاحبه با کودک و خانواده در فصل اول مراجعه کنید).

◆ مددکاران اجتماعی نه می‌توانند و نه از آن‌ها انتظار می‌رود که صحت و درستی کامل تمام گفته‌ها و ادعاهای مراقبان و همراهان کودک را تشخیص دهند. اما با عدم قضاوت، همدلی، شفاف‌سازی صادقانه نقش و وظایفشان و اهمیت دادن و وقت گذاشتن برای جلب اعتماد، می‌توانند به مرور این اعتماد را ارتقا دهند. البته همواره باید مدنظر داشته باشند که آنچه اولویت دارد تأمین منافع عالی کودک است که نباید قربانی جلب اعتماد خانواده شود.

◆ مددکاران اجتماعی در کنار تیم مرکز درمانی، نسبت به توضیحات غیرمحمتمل، ناکافی یا متناقض ارائه شده برای هر یک از علائم و نشانه‌ها هوشیار باشند. اما باید توجه کنند که در عین حال که همه این علائم می‌تواند نشانه‌ای از آزار باشند، هیچ‌کدام به تنهایی قدرت کافی برای اثبات کودک‌آزاری و غفلت را ندارند.

◆ مددکاران اجتماعی، به هنگام تصمیم‌گیری برای گزارش به مراجع قانونی، لازم است که پیامدهای این گزارش‌دهی بر امنیت و سلامت کودک را از همان ابتدا با کمک سایر اعضای تیم مرکز درمانی پیش‌بینی و موردتوجه قرار دهند و در صورت لزوم اقداماتی برای ارتقای امنیت کودک (مانند افزایش نظارت بر وضعیت کودک، نظارت بر دسترسی فرد آزارگر به کودک، جلب همکاری سرپرست غیرآزارگر) بکار بگیرند.

◆ مددکاران اجتماعی که در مراکز درمانی فعالیت دارند، همواره ممکن است که در عین همکاری‌های مؤثر و موفقیت‌آمیزی که با سازمان بهزیستی در گزارش و رسیدگی به موارد مشکوک به آزار و غفلت تجربه کرده‌اند، شاهد برخوردهای همراه با بی‌توجهی یا واکنش بسیار شدید از جانب کارشناسان این سازمان بوده باشند. در این راستا مددکاران اجتماعی با توجه به این که مسئولیت اصلی را در قبال کودک حاضر در مرکز درمانی دارند، می‌توانند با مهارت‌های ارتباطی و رویکرد تیمی و مشارکتی تلاش کنند، تا اصول و ملاحظات آنی که خود در ارتباط با خانواده و کودک رعایت کرده‌اند را یادآوری و از تحقق آن اطمینان حاصل کنند.

◆ مددکاران اجتماعی باید نسبت به گروه‌های خاصی از کودکان از جمله کودکان دارای معلولیت جسمانی یا روانی، بیماری مزمن یا بی‌سرپرست، حساسیت بیشتری داشته باشند.

◆ مددکاران اجتماعی به هنگام تکمیل فرم‌ها و ارائه گزارش به مراجع قانونی باید به نکات ذکر شده در فصل اول بخش «مستندسازی و گزارش کودک‌آزاری» توجه کنند.

همان‌طور که عنوان شد، مهم‌ترین خروجی و نتیجه‌ی مرحله اول، تصمیم‌گیری در رابطه با گزارش به مراجع قانونی و مشخص شدن نوع همکاری و مشارکت آن‌ها است. اما اگر قبل از ارجاع کودک به بیمارستان این گزارش‌ها صورت گرفته باشد، با توجه به فوریت و اضطرار ارزیابی‌شده، مراحل بعدی مداخله توسط کل تیم مرکز درمانی صورت خواهد گرفت. در ادامه این مرحله برای تکمیل «ارزیابی سریع» صورت گرفته، مرحله دوم یعنی «ارزیابی جامع و کل‌نگر کودک و خانواده» باید اجرا شود. البته همان‌طور که قبلاً اشاره شد، با توجه به ماهیت غیرخطی فرایند مددکاری اجتماعی، در مرحله اول نیز اقداماتی برای تحقق این ارزیابی جامع صورت گرفته است، اما در مرحله دوم، این ارزیابی تکمیل و مبنایی برای برنامه‌ریزی و مداخلات تخصصی خواهد بود.

نکته قابل یادآوری این است که در کنار همکاری سایر مراجع از جمله سازمان بهزیستی (حتی اگر سرپرستی کودک به وی واگذار شده باشد)، تا زمانی که کودک در مرکز درمانی حضور دارد، مسئولیت اصلی تأمین ایمنی، محافظت و رفاه وی و همچنین پیشگیری از وقوع مجدد آزار بر عهده مددکار اجتماعی مرکز درمانی در چارچوب فرایند مداخله است.

سناریوی شماره یک: نمونه‌ی غفلت و بی‌توجهی

کودک ۴ ساله بر اثر تصادف توسط آمبولانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل شده است، پس از حضور در اورژانس به دلیل نداشتن همراه توسط پرستار تریاژ به مددکار اجتماعی اطلاع داده می‌شود. کودک از ناحیه‌ی دست و پای راست دچار شکستگی شده است و به دلیل ضربه به سر باید تحت مراقبت باشد. مددکار اجتماعی سوا لاتی را از کودک می‌پرسد تا شاید بتواند نشانه‌ای از والدین وی پیدا کند. پس از پیگیری‌های مددکار اجتماعی، والدین کودک پس از چند ساعت در بیمارستان حاضر می‌شوند، شواهد نشان می‌دهد که بی‌توجهی والدین و رها کردن کودک باعث این تصادف شده است، لباس نامناسب کودک و اندام لاغر و رنگ‌پریده‌ی کودک نیز شواهدی دال بر غفلت و بی‌توجهی می‌باشد.

سناریوی شماره دو: نمونه‌ی کودک‌آزاری جسمی

ساعت دو بامداد دختری ۱۴ ساله با خونریزی وسیع ناشی از تیر خوردگی به ناحیه‌ی شکم به بیمارستان مرکز ترومای شهر منتقل می‌شود. سوپروایزر در شیفت صبح به مددکار اجتماعی مرکز اطلاع می‌دهد تا بر بالین بیمار حاضر شود. بر اساس نظر پزشک معالج تیراندازی قطعاً عمدی بوده و توسط شخص دیگری از فاصله‌ی تقریبی سه متر انجام شده است در حالی که طبق گفته‌های بیمار، تیراندازی توسط خود فرد و به صورت غیرعمدی اتفاق افتاده است. با توجه به اینکه بین گفته‌های پزشک معالج و بیمار، تفاوت آشکاری وجود دارد، مددکار اجتماعی جهت بررسی بیشتر مراتب را به اورژانس اجتماعی بهزیستی اطلاع می‌دهد همچنین از واحد انتظامات می‌خواهد تا به دلیل وقوع تیراندازی کلانتری را نیز در جریان قرار دهد. همچنین لازم است جهت ارزیابی دقیق‌تر، پرونده‌ی بیمار به پزشکی قانونی نیز ارسال شود.

سناریوی شماره سه: نمونه‌ی غفلت جسمی

کودک چهارساله‌ای به دلیل مشکلات گوارشی در بیمارستان بستری می‌شود. از آنجاکه وزن کودک ده کیلوگرم است، پرستار بخش مورد را به مددکار اجتماعی گزارش می‌دهد. مددکار اجتماعی در فرآیند راند بر بالین بیمار حاضر شده و ارزیابی‌های اولیه را انجام می‌دهد. نتایج ارزیابی نشان می‌دهد که پدر کودک کارتن‌خواب است و خانواده را رها کرده و مادر به سختی و از طریق جمع‌آوری ضایعات، مخارج کودک و دو فرزند دیگرش را تأمین می‌کند، سوءتغذیه‌ی آشکار در کودک مشهود

است و طبق اظهارات پزشک معالج به دلیل مصرف آب و غذای آلوده دچار عفونت گوارشی شده است. مددکار اجتماعی مراتب را به سازمان بهزیستی اطلاع می دهد و برای دریافت بیمه‌ی درمانی برای بیمار اقدام می کند. همچنین هماهنگی‌های لازم را با واحد آشپزخانه‌ی بیمارستان انجام می دهد تا زمان ترخیص کودک، مادر و دو کودک دیگر نیز از غذای بیمارستان استفاده کنند. همچنین ارزیابی‌های لازم برای حمایت اقتصادی از بیمار انجام شد.

❖ نکته

مددکار اجتماعی می تواند کودکان زیر ۶ سالی را که مورد غفلت تغذیه‌ای قرار گرفته‌اند، به کمیته‌ی امداد ارجاع دهد تا از بسته‌ی تغذیه‌ای و حمایتی کودکان زیر ۶ سال اقشار آسیب‌پذیر استفاده کنند.

۲-۴ مرحله دوم: ارزیابی جامع و کل نگر کودک و خانواده

این مرحله در راستای جمع‌بندی و تکمیل مرحله قبل و اطمینان از ارزیابی همه‌جانبه کودک و خانواده برای برنامه‌ریزی و مداخلات بیشتر صورت می‌گیرد. در این مرحله لازم است که ابعاد مختلف و جامع وضعیت کودک و خانواده و مسئله کودک‌آزاری با توجه به بستر اجتماعی و فرهنگی آنان به صورت کامل ارزیابی و تحلیل شود. همچنین شناسایی سایر عوامل محافظت‌کننده و خطرآفرین که مبنایی برای مداخلات هستند نیز از دستاوردهای این مرحله است.

در این مرحله، برای تکمیل بخش‌های مختلف قسمت راند(ارزیابی تکمیلی) «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری» علاوه بر نکاتی که در مرحله اول مورد اشاره قرار گرفت، باید به موارد زیر توجه کرد:

◆ تمامی کودکانی که به نحوی ممکن است با انواع کودک‌آزاری و غفلت و با شدت‌های مختلف مواجه شوند، در این مرحله مورد توجه هستند: مواردی که کمترین آسیب و اضطراب برای کودک شناسایی شده باشد (اولویت نیاز به کمک با فوریت کم) به گونه‌ای که لزومی بر مداخله مراجع قانونی وجود ندارد؛ مواردی که صرفاً مددکار اجتماعی به تعامل سرپرست و کودک حساس شده باشند ولی هیچ نشانه عیانی بر وقوع آزار وجود نداشته باشد؛ یا مواردی که کودکان صرفاً به دلیل آگاهی پایین سرپرستان، با کودک‌آزاری عاطفی یا غفلت روانی مواجه باشند. در همه این موارد لازم است که جهت برنامه‌ریزی و تدوین برنامه مراقبتی ارزیابی کامل‌تری صورت بگیرد.

◆ در این مرحله مددکار اجتماعی برای رسیدن به ارزیابی جامع باید از روش‌های مختلف جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات از جمله مشاهده، مصاحبه، بازدید از منزل (در صورت امکان و ضرورت) و همچنین تشکیل جلسات گروهی با اعضای تیم مرکز درمانی، کارشناسان سایر مراجع قانونی به ویژه سازمان بهزیستی، اعضای خانواده (در صورت امکان)، افراد مهم زندگی کودک، خود کودک (با توجه به سن، رشد و منافع کودک) جهت ارزیابی جامع وضعیت کودک و خانواده بهره‌بردار.

◆ علاوه بر ارزیابی تخصصی خود مددکار اجتماعی، در این مرحله همکاری روانشناس و روانپزشک، به ویژه متخصص در حوزه کودکان و نوجوانان، جهت ارزیابی روانی-اجتماعی کودک و خانواده و بررسی آسیب‌ها و پیامدهای وقوع خشونت علیه کودک به ویژه اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)، از اهمیت بسیار قابل توجهی برخوردار است.

◆ ارزیابی حقوقی و قضایی در این مرحله می‌تواند با همکاری کارشناس حقوقی مرکز درمانی یا نیروی انتظامی صورت بگیرد.

◆ همکاری سایر مراجع قانونی از جمله بهزیستی و مراجع قضایی و گزارش‌های کارشناسی آنان منبع باارزشی در این مرحله است. از طرف دیگر ارزیابی دقیق وضعیت کودک و خانواده وی توسط مرکز درمانی و ارائه

گزارش‌ها به این مراجع قانونی می‌توانند اهمیت تعیین‌کننده‌ای در مراجع قضایی برای تصمیم‌گیری در مورد کودک داشته باشد.

◆ در این مرحله باید این موضوع در نظر گرفته شود که انواع خشونت‌ها عمدتاً همراه با یکدیگر در یک خانوار رخ می‌دهند و خواهر و برادرهای زیر ۱۸ سال کودک و سایر اعضای خانواده نیز ممکن است که در معرض خطر خشونت باشد. لذا لازم است که فراتر از خود کودک و حتی به عنوان منبعی برای ارزیابی دقیق‌تر خانواده‌ی کودک، سایر فرزندان زیر ۱۸ نیز توسط مددکار اجتماعی در بازدید از منزل یا در خود مرکز درمانی ملاقات شوند و از وضعیت آنان نیز اطمینان حاصل شود.

◆ یکی از مهم‌ترین و با اولویت‌ترین ابعاد ارزیابی در این مرحله، اطمینان از ایمنی کودک به ویژه در مواردی است که کودک در خانواده خود باقی می‌ماند: احتمال وقوع مجدد آسیب، دست‌سازسی فرد آزارگر به کودک، توانایی سرپرستان و سرپرستان برای تأمین ایمنی و محافظت از کودک و احساس امنیت کودک از بازگشت به خانه از جمله نکات قابل توجه در این مرحله است. نگرانی در مورد ایمنی کودک در موارد زیر تشدید می‌شود و حساسیت نسبت به آن باید افزایش یابد:

- والد یا سرپرست در ارائه خدمات همکاری و مشارکت نمی‌کند.
- بیش از یک‌بار وقوع آزار یا غفلت در گذشته وجود دارد.
- والد یا سرپرست مشکل سلامت روان کنترل نشده یا سوءمصرف مواد یا الکل دارند.
- استرس و فشار روانی مزمن بر والدین وجود دارد.
- خود والد یا سرپرست در کودکی تجربه آزار یا غفلت را داشته‌اند.

◆ بررسی تاریخیچه و پیشینه کودک‌آزاری و همچنین مراجعه مکرر کودک به دلایل مشابه یا با دلایل غیرمنطقی دیگر به مراکز درمانی، نیازمند همکاری با سازمان بهزیستی و مرجع قضایی و همچنین وجود سامانه‌ای یکپارچه میان مراکز درمانی در رابطه با موارد مشکوک به کودک‌آزاری است. با وجود این‌که در حال حاضر چنین تعاملی میان مراکز درمانی با سایر مراجع قانونی وجود دارد، اما برای موارد مشکوکی که تنها به مراکز درمانی مختلف مراجعه کرده‌اند، چنین سامانه یکپارچه‌ای تعریف نشده است. از این‌رو تعاملات مددکاران اجتماعی مراکز درمانی به ویژه بیمارستان‌های کودکان یک شهر یا منطقه، می‌تواند تا حدودی این خلأ را پوشش دهد تا از پیشینه و وقوع رخ داده‌های مشابه در گذشته برای کودک مطلع شوند.

◆ همان‌طور که در فصل اول (ارزش‌های بنیادین، اصول و ملاحظات اخلاقی) به صورت کامل عنوان شد، بررسی گذشته و علت آسیب و آزار کودک و پیدا کردن فرد مقصر، هرچند در این مرحله می‌تواند تا حدودی ضروری باشد، اما توجه بیش از اندازه به آن می‌تواند به‌عنوان مانعی برای همکاری و تعامل مددکار اجتماعی و اعضای خانواده دیده شود. درواقع برای مداخله جهت ایجاد حال و آینده‌ای مطمئن و ایمن برای کودک، بهتر است که افراد همراه با پذیرش و بدون قضاوت شنیده شوند، همکاری و مشارکت خانواده برای ایجاد محیطی

ایمن و تأمین آسایش جلب شود و بر توانمندی‌ها و نقاط مثبت افراد مهم زندگی کودک و اعضای خانواده و پیدا کردن راه‌حل‌هایی برای رفع چالش‌های فعلی در راستای ایجاد محیطی مناسب کودک تمرکز شود.

◆ با توجه به محدود بودن حضور کودک در مرکز درمانی، دغدغه‌ها و نگرانی‌های شناسایی شده، در کوتاه‌مدت قابل‌حل نیستند و لذا از یک طرف لازم است که همکاری خانواده برای پیگیری مداخلات حتی پس از ترخیص جلب شود و از طرف دیگر لازم است که مددکار اجتماعی هم‌زمان منابع و شبکه حمایتی مورد نیاز برای خانواده را شناسایی کند تا بتواند ارجاعات مناسب به این منابع جهت اطمینان از ایمنی و آسایش کودک داشته باشد.

◆ آنچه در این مرحله مورد توجه باید قرار بگیرد، پرداختن به نیازهای اساسی کودک و همچنین خانواده وی است که بر رابطه‌ی اولیه مددکار اجتماعی با خانواده و جلب مشارکت آنان در مراحل بعدی بسیار مؤثر است.

◆ در این مرحله مددکاران اجتماعی باید به نیازهای ویژه گروه‌های خاصی از کودکان از جمله کودکان دارای معلولیت جسمانی یا روانی، بیماری مزمن یا بی‌سرپرست توجه کنند.

◆ با توجه به بار روانی سنگینی که بر چسب کودک‌آزاری هم برای کودک و هم برای خانواده دارد، آنچه مددکار اجتماعی در مرحله ارزیابی جامع باید مورد توجه قرار دهد و اقدامات تخصصی وی را می‌تواند از سایر کادر درمانی متمایز سازد، توجه به تجارب مثبت مرتبط، مهارت‌ها، توانمندی‌ها و نقاط قوت کودک، سرپرستان قانونی، اعضای خانواده و بزرگسالان مطمئن در زندگی کودک توجه شود. همچنین باید مجموعه تلاش‌ها و اقداماتی که تاکنون برای رفع نیاز کودک یا دفع خطر توسط این افراد صورت گرفته است، مرور و اهمیت داده شوند. در واقع می‌توان عنوان کرد که تمامی عوامل محافظت‌کننده‌ای که در ضمیمه شماره ۲ به آن‌ها اشاره شد، همگی نقاط قوت و توانمندی‌های کودک و خانواده هستند که باید شناسایی و تقویت شوند.

◆ در این مرحله باید افراد و منابعی (مانند خویشاوندان، مدرسه، منابع محلی، سازمان‌های دولتی یا غیردولتی حمایتی و ..) که در حال حاضر به صورت بالفعل یا بالقوه وجود دارند و می‌توانند در تأمین نیازهای کودک کمک‌کننده باشند و یا از وی در برابر آسیب و خطر احتمالی محافظت کنند، مشخص و راه‌های ارتباطی با آن‌ها تعریف شود. همچنین بهتر است که ارتباطات اولیه لازم برای جلب مشارکت این افراد و منابع توسط مددکار اجتماعی با همکاری خود خانواده و کودک صورت بگیرد.

◆ همان‌طور که قبلاً عنوان شد، نباید فقر را به عنوان تنها عامل کودک‌آزاری و غفلت تعریف کرد و در عین حال نباید نسبت به عدم تأمین نیازها و آسیب دیدن کودک در نتیجه فقر خانواده بی‌تفاوت ماند. لازم است که در ارزیابی جامع، آن را به‌عنوان زنگ خطری برای تأمین نشدن نیازها و در معرض خطر قرار گرفتن کودک دید.

◆ در موارد کودک‌آزاری و غفلت، بازدید از منزل عمده‌تاً توسط سازمان بهزیستی صورت می‌گیرد، اما باز هم به فراخور شرایط کودک و نوع همکاری سازمان بهزیستی، شاید لازم باشد که خود مددکاران اجتماعی مراکز درمانی نیز در این مرحله به آن اقدام کنند که نکات قابل توجه آن در فصل اول (انواع کارابزارهای مورد استفاده) اشاره شده است.

◆ مددکاران اجتماعی به هنگام تکمیل «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری» و ارائه گزارش به مراجع قانونی باید به نکات ذکر شده در فصل اول بخش «مستندسازی و گزارش کودک آزاری» توجه کنند.

نکات ضروری به هنگام معاینات پزشکی و جسمانی

مددکاران اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم مرکز درمانی باید از تحقق حقوق کودک و اصول و ارزش‌های اخلاقی لازم در تمام فرایندها ارزیابی و مداخلات اطمینان‌پیدا کنند و بر آن نظارت داشته باشند. اصول محوری در ارتباط و مصاحبه با کودک در فصل اول به صورت دقیق شرح داده شده‌اند، اما با توجه به حساسیت و اهمیت این اصول به هنگام معاینات پزشکی لازم است که تأکیدی بر آن‌ها صورت بگیرد. لذا با توجه به توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹) در رابطه با اصولی که به هنگام دریافت تاریخچه پزشکی و معاینه جسمانی باید مورد توجه قرار گیرد، می‌توان به نکات زیر هم در مرکز درمانی (توسط متخصص پزشکی قانونی) و هم در سایر نهادهای مرتبط به ویژه سازمان پزشکی قانونی اشاره کرد:

✓ اصلی اساسی و محوری در این فرایند پیشگیری از وارد شدن آسیب مجدد به کودک، تشدید اضطراب،

ترس و فشار روانی وارد بر وی و احترام به استقلال و خواسته‌های کودک است

✓ پیش از شروع جمع‌آوری تاریخچه پزشکی یا مصاحبه‌های مرتبط با پزشکی قانونی، در وهله اول هرگونه

نیاز پزشکی و یا نیاز مرتبط با ایمنی کودک باید تأمین‌شده و مورد توجه قرار گیرد.

✓ حداکثر تلاش ممکن صورت بگیرد تا کودک تنها یک‌بار معاینه شود تا آسیب‌های ناشی از آن به حداقل

برسد.

✓ در صورتی لازم است که معاینات توسط سازمان پزشکی قانونی و خارج از مرکز درمانی صورت بگیرد،

فرستادن کودک باید همراه با اصول و استانداردهایی باشد:

○ با توجه به شرایط کودک و در صورت امکان به جای آمبولانس از وسیله نقلیه اداری استفاده شود تا

اضطراب کمتری برای کودک به همراه داشته باشد.

○ قبل از فرستادن کودک، لازم است که با شرح و توصیف دقیق فرایندی که قرار است اتفاق بیفتد،

آمادگی لازم در وی ایجاد شود تا از نگرانی و اضطراب کودک کم شود.

○ مددکار اجتماعی باید اطمینان حاصل کند که فردی مطمئن و آموزش دیده که ترجیحاً کودک از

قبل وی را می‌شناسد و به وی اعتماد دارد در تمام فرایندها رفت و برگشت به سازمان پزشکی قانونی،

کودک را همراهی می‌کند و از تحقق اصول مطرح‌شده اطمینان پیدا می‌کند. در وهله اول اولویت با

همراهی کودکان توسط کارشناس سازمان بهزیستی است، اما اگر همکاری لازم صورت نگرفت به

انتخاب مددکار اجتماعی این فرد می‌تواند، خود مددکار اجتماعی مرکز درمانی یا یکی از کارکنان

- مرکز درمانی باشد که مددکار اجتماعی از قبل آموزش‌ها و توصیه‌های لازم را به وی داده است.
 برای کودکان در سنین پایین‌تر ترجیحاً این فرد خانم باشد.
- برنامه‌ریزی باید به گونه‌ای صورت بگیرد که کودک کمترین انتظار و معطلی را در این فرایند داشته باشد و برای تأمین نیازهای اساسی وی (خوراک، پوشک، پوشاک) تمهیداتی پیش‌بینی شود.
 - ✓ مصاحبه و معاینات پزشکی باید در اتاقی انجام شود که احساس امنیت در کودک ایجاد کند، دارای شرایط حفظ حریم خصوصی و همراه با سکوت باشد و چیدمان و مبلمان دوستدار کودک داشته باشد.
 - ✓ در صورت امکان فرصت انتخاب جنسیت فرد معاینه کننده به کودک داده شود.
 - ✓ به کودک اجازه انتخاب کسانی که در اتاق حضور دارند داده شود. به هنگامی که لازم است کودک جدا از سرپرستان مصاحبه شود، از وی پرسیده شود که دوست دارند در آن زمان چه کسی در کنارشان باشد.
 - ✓ به جای ارتباط صرف با سرپرست یا همراهان کودک در این فرایند، لازم است که ارتباط مستقیم و بی‌واسطه نیز با کودک تا حد امکان شکل بگیرد.
 - ✓ باید علاقه‌مندی و بازخورد به آنچه کودک مطرح می‌کند (کلامی یا غیرکلامی) نشان داده شود، به خاطر افشگری تصدیق و تأیید شوند و تأکید شود که آن‌ها تقصیری ندارند.
 - ✓ در زمان معاینه و قبل از هر مرحله، هر آنچه قرار است انجام داده شود، چگونگی و هدف آن به زبان ساده به کودک توضیح داده شود (نباید بدون مقدمه به کودک هجوم برد و وی را معاینه کرد).
 - ✓ وسایل دیداری و اصطلاحات متناسب با سن کودک برای توضیح مراحل معاینه استفاده شود و از زبان و اصطلاحاتی متناسب با سن و مرحله رشدی کودک و بدون قضاوت و انگ‌زنی استفاده شود.
 - ✓ استفاده از ابزارها و موقعیت‌هایی در معاینه که منجر به ناراحتی جسمانی و یا فشار روانی می‌شود، باید به حداقل برسد.
 - ✓ به کودک یا نوجوان این اجازه داده شود که به سؤالات به گونه‌ای پاسخ دهد یا ماجرا به شیوه‌ای شرح دهد که خودش می‌خواهد و انتخاب می‌کند. مانند اینکه نقاشی کند، بنویسد یا به هر شیوه‌ای آن را تصویرسازی کند.
 - ✓ در صورت نیاز از مترجم یا تفسیرکننده آموزش دیده استفاده شود نه اینکه از کمک سرپرستان قانونی برای ارتباط استفاده شود (در مواردی چون زبان یا گویش متفاوت کودک، کودکان با نقص شنوایی یا بینایی، اختلال یادگیری و ...)
 - ✓ لازم است که برای کودکان دارای معلولیت و کم‌توانی ملاحظات ویژه‌ای بکار گرفته شود، زیرا این کودکان احتمال بیشتری دارد که انواع خشونت را تجربه کنند. باید به این موضوع توجه کرد که برای این کودکان، نشانه‌های خشونت ممکن است که با ویژگی‌های معلولیت و اختلالاتشان پوشش داده شود. همچنین با توجه به اینکه احتمالاً این کودکان مراقبان زیادی دارند، احتمال بدرفتاری بیشتر می‌شود.

✓ در صورت عکس برداری و فیلم برداری باید از قبل هدف و شیوه استفاده از آن به کودک توضیح داده شود و موافقت وی جلب شود. تا ممکن سعی شود که از عکس برداری از نقاطی که برای کودک از لحاظ روانی آسیب زننده می تواند باشد (مانند اندام جنسی) خودداری شود. همچنین در عکس برداری و فیلم برداری باید محرمانه ماندن و حریم خصوصی کودک رعایت شود و تمهیدات ضروری برای پیشگیری از مشخص شدن هویت کودک یا پخش شدن آن ها صورت بگیرد.

✓ باید به کودک و همچنین سرپرست قانونی غیر آزارگر، هدف این معاینات، چگونگی استفاده از آن ها در گزارش ها به مراجع قانونی و تأثیر آن ها در سرنوشت کودک شرح داده شود. البته باید به کودک تأکید شود که هدف این ها مراقبت و محافظت از وی است تا نسبت به سرنوشت فرد آزارگر احساس گناه و تقصیر نکند (به نکات مصاحبه با کودک مراجعه کنید)

سناریوی شماره چهار: نمونه‌ی کودک آزاری جسمی

در تاریخ ۱۰ فروردین ۱۳۹۸ ساعت هفت صبح دختر بچه‌ای چهارساله به نام نازنین به دلیل ضربه به سر و بیهوشی در بخش آی سی یو بیمارستان بستری گردید. نیم ساعت بعد مسئول بخش با مددکار اجتماعی بیمارستان تماس گرفت و از ایشان خواست که در بخش حاضر شود. پس از حضور مددکار اجتماعی بر بالین بیمار مشخص شد که بدن کودک پر از جراحات و کبودی‌های متعدد است و کودک هوشیار نیست و قادر به پاسخ‌گویی نیست. مادر کودک پشت درب بخش ایستاده است، مددکار اجتماعی او را برای صحبت به اتاقش دعوت می‌کند. شواهد بالینی حاکی از آن است که کودک به دفعات مورد آزار جسمی قرار گرفته است اما مادر معتقد است که کودک در حین بازی با برادر کوچکترش دچار آسیب دیدگی شده است و شب گذشته به دلیل سقوط از پله بی‌هوش شده است. از آنجا که وقوع آزار نسبت به کودک با توجه به گفته‌های پزشک و پرستار، محرز است، مددکار اجتماعی بلافاصله با اورژانس اجتماعی بهزیستی تماس می‌گیرد.

❖ نکته

کودک توسط پزشک مورد معاینه قرار گرفت و شواهدی از سوزانده شدن با سیگار، گاز گرفتن (با دندان فرد بزرگسال)، جراحات ناشی از ضرب و جرح وجود داشت که به طور قطع توسط یک فرد بزرگسال انجام شده بود. با توجه به اینکه مادر کودک در ارائه‌ی اطلاعات همکاری نمی‌کرد، مددکار سوابق زایمان مادر را در سامانه‌ی اطلاعاتی بیمارستان مورد بررسی قرار داد و شماره تماسی را از مادر بزرگ کودک دریافت نمود، بلافاصله با مادر بزرگ تماس گرفته شد و شرح مختصری از احوال کودک در اختیار ایشان قرار گرفت. مادر بزرگ به سرعت در بیمارستان حاضر شدند و طبق اظهارات ایشان، کودکان به دفعات توسط ناپدری معتاد مورد آزار جسمی و روحی قرار گرفته‌اند و علی‌رغم پیگیری از طریق اورژانس اجتماعی و کلانتری اما متأسفانه هیچ مرجعی به این موضوع رسیدگی نکرده است. نتیجه‌ی نهایی ارزیابی، حاکی از آزار جسمی هر دو کودک توسط مادر و ناپدری بود.

یکی از اهداف مفروض برای این مورد " فراهم کردن محیطی ایمن برای کودک در زمان ترخیص " است. اهداف دیگر می‌تواند شامل " قرار دادن یک برگ بیمه‌ی درمانی در پرونده‌ی بالینی کودک "، " کاهش استرس کودک برای انجام صحیح فرآیند درمان " باشد.

در ارتباط با سناریوی ذکر شده، مددکار اجتماعی نسبت به تهیه‌ی بیمه‌ی درمانی برای کودک اقدام نمود، از محل مشارکت‌های مردمی و کمک‌های کارکنان نیازهای ویژه‌ی تغذیه‌ای کودکان را در مدت حضور در بیمارستان برطرف

نمود. جهت آرام‌سازی کودکان وسایل بازی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. کودکان به دلیل وابستگی که به یکدیگر داشتند، با هماهنگی مسئول بخش هر دو در یک اتاق قرار گرفتند و مادر بزرگ به عنوان همراه مؤثر در کنار آن‌ها حضور داشت. همچنین جهت حفظ امنیت کودکان، واحد انتظامات نیرویی را جهت حفاظت از کودکان جلوی درب اتاق آن‌ها قرار داد. به منظور حفظ حریم خصوصی کودک، ملاقات‌کنندگان و پزشکان حق تصویربرداری نداشتند. به منظور ایجاد آرامش برای کودکان، مددکار اجتماعی شخصاً کودک را جهت انجام معاینات مربوطه به پزشکی قانونی انتقال داد و در تمام مراحل معاینه در کنار کودک حضور داشت و در این زمینه تسهیلهای اداری توسط مددکار اجتماعی انجام شد.

در این پرونده، با توجه به اینکه معاینات و بررسی‌ها نشان داد که والدین صلاحیت نگهداری از کودک را ندارند، مادر کودک با حکم قضایی به شش ماه زندان محکوم شد و ایشان به زندان افتادند اما ناپدیری متواری گردید. کودک با حکم دادستان برای مدت دو ماه به سازمان بهزیستی سپرده شد و پس از پیگیری‌های متعدد، به مادر بزرگ تحویل داده شد و حکم عدم صلاحیت برای والدین، صادر شد.

سناریوی شماره پنج : نمونه‌ی غفلت عاطفی

مددکار اجتماعی در راند بخش جراحی متوجه حضور کودک هشت‌ساله‌ای می‌شود که به‌تنهایی روی تخت دراز کشیده و فاقد همراه می‌باشد. از کودک می‌پرسد که والدینش کجا هستند و کودک پاسخ می‌دهد که از دیشب شکم‌درد داشته و مادرش او را در بیمارستان بستری کرده است و خودش به خانه بازگشته، مددکار اجتماعی جهت ارزیابی بیشتر با پرستار و منشی بخش نیز صحبت می‌کند و طبق اظهارات تیم درمانی کودک ساعت‌ها است که بدون همراه می‌باشد و شواهد نشان می‌دهد که مادر کودک اعتیاد دارد و جهت مصرف مواد به خانه رفته است. مددکار اجتماعی بلافاصله با والدین تماس می‌گیرد و چون پاسخی دریافت نمی‌کند مراتب را جهت بررسی و ارزیابی بیشتر به اورژانس اجتماعی بهزیستی اطلاع می‌دهد.

❖ نکته

کودکان دارای والدین معتاد باید از حیث سندرم ترک، احتمال سوء مصرف مواد و غفلت به طور ویژه مورد ارزیابی مددکاران اجتماعی قرار گیرند.

۲-۵ مرحله سوم: تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای مداخلات

با توجه به ارزیابی جامع صورت گرفته، لازم است که مددکار اجتماعی با همکاری اعضای تیم مرکز درمانی برای تحقق اهداف و مداخلات مورد نیاز کودک و خانواده، هدف‌گذاری و همچنین برنامه‌ریزی کند.

در این مرحله لازم است که نکات زیر مورد توجه قرار گیرد:

◆ با توجه به اصل فردیت، هر کودک باید از یک برنامه درمانی و مداخلاتی منحصر به خود برخوردار باشد.

برنامه‌ای که با توجه به عوامل مختلف فردی، بین فردی، فرهنگی و اجتماعی مرتبط با ویژگی‌های کودک، خانواده و محیط زندگی کودک تدوین می‌شود. این برنامه شامل اهداف کوتاه‌مدت (حدود یک یا دو هفته) و بلندمدت (چند هفته تا چند ماه)، شاخص‌های دستیابی به آن‌ها و اقدامات پیش‌بینی شده جهت تحقق اهداف است. این برنامه بر اساس منافع عالی کودک و با مشارکت کودک و خانواده تدوین می‌شود.

◆ اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت با توجه به مراحل قبل تدوین می‌شوند. اهدافی که به دنبال ۱- محافظت از

کودک، ۲- تأمین نیازهای کودک، ۳- تقویت نقاط قوت و توانمندی‌های کودک و خانواده و همچنین ۴- کنترل و کاهش عوامل خطرآفرین هستند.

◆ با توجه به حضور کوتاه‌مدت کودک در مرکز درمانی، ممکن است که عمده اهداف کوتاه تعریف شوند، اما

بازهم ضرورت دارد که مددکار اجتماعی مشارکت خانواده و سایر نهادهای حمایتی را برای تحقق اهداف بلندمدت حتی پس از ترخیص، جلب نماید.

◆ این اهداف باید از ویژگی‌های زیر برخوردار باشند:

- به‌طور دقیق، مشخص، بدون ابهام و کاملاً اختصاصی برای آن کودک باشد.
- برای ارزیابی و سنجش با معیارهای کمی قابل اندازه‌گیری باشد.
- واقع‌بینانه، قابل اجرا و قابل دسترسی پیش‌بینی شود.
- متناسب با منابع و محدودیت‌ها و امکانات انتخاب و تدوین شود.
- در محدوده زمانی خاص پیش‌بینی شود (به زمان ترخیص کودک توجه کند).
- به صورت مثبت تعریف شوند (تقویت رفتار مثبت به جای کاهش رفتار منفی)

◆ در این مرحله باید مشخص شود که اهداف تعیین‌شده، توسط چه افرادی، با چه منابع و امکاناتی و تا چه

زمانی منجر به تحقق دستاوردهای مطلوب تعیین شده می‌شوند. همچنین باید اهداف تعیین شده با توجه به اهمیت و ضرورت اولویت‌بندی شوند.

◆ در این مرحله باید معیارهای تحقق اهداف نیز مشخص شود، یعنی باید مشخص شود که چه زمانی و چگونه

می‌توان اطمینان پیدا کرد که به اهداف پیش‌بینی شده رسیده‌اند. اگر اهداف با ویژگی‌های ذکر شده تدوین شوند، به راحتی می‌توان آن‌ها را در مرحله آخر مورد ارزشیابی قرار داد.

^۱ SMART-P: Specific, Measurable, Achievable/Attainable, Relevant, Time-bound and Positive.

◆ در این مرحله نیز لازم است که مشارکت کامل ذی‌نفعان (تیم مرکز درمانی، کودک، خانواده کودک، مراجع قانونی) جلب شود. در واقع اعضای خانواده و کودک باید به عنوان اشخاص متخصص در خصوص موقعیت و زندگی خودشان دیده شوند. برای جلب مشارکت باید به موارد زیر توجه کرد:

- استفاده از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در ایجاد انگیزش در خانواده
- توجه به توانایی‌ها، شایستگی و ظرفیت‌های بالقوه خانواده و شبکه حمایتی آن
- تعیین دقیق قدم‌ها و اقدامات برای تحقق هر یک از اهداف
- تعیین دقیق نقش‌ها و مسئولیت‌ها برای اجرای اقدامات
- تعیین دستاوردهای مورد انتظار و واقع‌بینانه

◆ در موارد شدید آزار و غفلت از کودکان که مراجع قانونی و قضایی نقش پررنگی دارند، بازهم لازم است که مددکار اجتماعی و تیم مرکز درمانی تا حد ممکن با همکاری و هماهنگی مراجع قانونی برای ارائه مداخلات در زمان حضور کودک در مرکز درمانی هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی کند. در این موارد به این نکات باید توجه کرد:

- حتی در مواردی که آسیب وارد شده بر کودک از جانب اعضای خانواده بوده است، سرپرستان قانونی و اعضای خانواده نباید قضاوت و کنار گذاشته شوند.
- وظیفه تیم مرکز درمانی، به هیچ عنوان مجازات و تنبیه فرد خاطی نیست، بلکه حمایت از کودک در بستر خانواده تا جای ممکن است. در واقع باید نقشی حمایت‌کننده و نه بازجویانه داشته باشند.
- برخورد حرفه‌ای تیم مرکز درمانی، باید مانع از این شود که کودک و خانواده در مقابل یکدیگر قرار گیرند.
- تمرکز اصلی باید بر تأمین نیازهای کودک، تأمین نیازهای خانواده و توانمند شدن خانواده برای نگهداری و مراقبت از کودک با مشارکت خود خانواده و در بستر خانواده باشد.
- با وجود همه تأکید بر مشارکت خانواده، تأمین نیازهای کودک و حفاظت از او هم نباید قربانی جلب مشارکت خانواده به هر بهایی شود.

◆ مددکار اجتماعی باید به کودک و خانواده کمک کند تا به جای غرق شدن در مشکلات، گذشته و آسیب‌های وارد شده، بر ایجاد راه‌حل جهت تغییر و بهبود شرایط تمرکز کنند و توجه‌شان بر تجارب موفقیت‌آمیز خود در گذشته جلب شود (برای نمونه مواردی که با وجود ناراحتی و خستگی زیاد ناشی از کار بازهم با فرزندش با خشونت رفتار نکرده است)

◆ به هنگام تلاش بر جلب مشارکت کودک و خانواده جهت یافتن راهکارهای موجود جهت تحقق اهداف، می‌توان از تکنیک «بارش افکار» استفاده کرد تا کودک و خانواده اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده و راهکارهای پیشنهادی خودشان را مطرح کنند. در «بارش افکار» راهکارها را مورد نقد و بررسی قرار ندهید، هیچ قضاوتی در مورد آن‌ها نکنید و وی را تشویق کنید تا راهکارهای بیشتری ارائه دهد. پس از یافتن انواع

راهکارها و راه‌حل‌ها هر کدام از آن‌ها را بررسی و در نهایت بهترین گزینه‌ی موجود را انتخاب کنید. این روش را برای پیدا کردن برنامه و مداخلات مرتبط با هریک از اهداف می‌توانید بکار بگیرید.

◆ انواع اقدامات و مداخلات درمانی، روانی-اجتماعی، آموزشی، حقوقی، رفاهی و... می‌تواند برای تحقق اهداف برنامه‌ریزی و پیشنهاد شوند که در مرحله چهارم به نمونه‌هایی از مهم‌ترین این مداخلات اشاره شده است.

◆ در این مرحله پیشنهادهاى مراجع قانونی از جمله بهزیستی همچنین پیشنهادهاى کودک، خانواده و افراد مهم زندگی کودک در رابطه مداخلات جهت درمان کودک و پیشگیری از وقوع آزار و خشونت باید پرس‌وجو و ثبت شود و سپس با توجه به جلسات گروهی تیم مرکز درمانی با مدیریت مددکار اجتماعی تصمیم‌گیری در رابطه با اقدامات مورد نیاز گرفته شود.

◆ در نهایت، علاوه بر ثبت اطلاعات در «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری»، مددکار اجتماعی توافقات صورت گرفته با کودک و خانواده را می‌تواند در قالب یک قرارداد یا توافق ترجیحاً مکتوب تدوین کند. این توافق می‌تواند شامل اجزایی چون اهداف، نقش‌ها و مسئولیت‌های افراد، منابع حمایتی، زمان‌بندی، هزینه‌ها، چگونگی پیگیری و ارتباط با مددکار اجتماعی باشد. استفاده از جدول گانت^۱ (شامل فعالیت موردنظر، مجری، زمان شروع و پایان) از دیگر ابزارهایی است که در مکتوب کردن توافقات می‌تواند بکار گرفته شود.

سناریوی شماره شش: نمونه‌ی کودک آزاری جسمی

ساعت چهار عصر سوپروایزر با مددکار اجتماعی که به صورت آنکال فعالیت می‌کند، تماس می‌گیرد و اطلاع می‌دهد که فوریت‌های ۱۱۵ کودک ۹ ماهه را با ترومن به سر و جراحات متعدد به بیمارستان منتقل کرده است و از مددکار اجتماعی می‌خواهد تا پیگیری‌های بیشتر را انجام دهد. مددکار اجتماعی بلافاصله در بیمارستان حاضر می‌شود و پس از ارزیابی (مشاهده‌ی وضعیت جسمی کودک، مصاحبه با تیم درمان و مطالعه‌ی پرونده‌ی بالینی کودک) با اورژانس اجتماعی بهزیستی و کلانتری (از طریق واحد انتظامات) تماس می‌گیرد. کارشناسان مربوطه در بیمارستان حضور می‌یابند و ارزیابی‌های تخصصی را انجام می‌دهند. شواهد نشان می‌دهد که آزار به صورت عمدی و توسط پدر کودک صورت گرفته است که اکنون متواری است، مادر کودک نیز معلولیت ذهنی دارد و توسط کلانتری دستگیر شده است. کودک به دلیل وخامت وضعیت جسمی به بخش ICU منتقل شد، که با توجه به ویژه بودن بخش مذکور تا زمان انتقال به بخش جراحی نیازی به حضور همراه مؤثر نیست.

^۱ Gantt Chart

۲-۶ مرحله چهارم: ارائه مداخلات و ترخیص کودک از مرکز درمانی

با توجه ارزیابی انجام شده، تعیین اهداف و برنامه‌ریزی صورت گرفته در مراحل قبل، مداخلات تعیین شده به کودک و خانواده وی ارائه می‌شوند. علاوه بر مداخلات تخصصی که ممکن است سایر اعضای تیم مرکز درمانی به کودک و خانواده وی ارائه دهند، مددکاران اجتماعی نیز به صورت تخصصی خدمت‌رسانی می‌کنند. مددکاران اجتماعی در این مرحله هم از منابع درون سازمانی و هم برون سازمانی می‌تواند استفاده کند. همان‌طور که در پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰) آمده است، مددکاران اجتماعی خدمات خود را می‌توانند به شیوه‌های مختلف از طریق حمایت‌یابی (مداخله مستقیم، تسهیلگری، راهنمایی) یا ارجاع درون‌سازمانی و برون‌سازمانی ارائه دهند. با توجه به همین پروتکل، انواع نهادهای بیرونی که مددکار اجتماعی می‌تواند کودک و یا خانواده وی را به آن ارجاع دهد، شامل مراجع قضایی، بهزیستی، نیروی انتظامی، سازمان پزشکی قانونی، سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی، وزارت بهداشت، کمیته امداد، بنیاد شهید و امور ایثارگران، شهرداری، سازمان اوقاف، کمیته ساریای امور پناهندگان، ریاست جمهوری، سازمان زندان‌ها، شبکه بهداشت، ثبت احوال، سازمان فنی حرفه‌ای، مراکز بیمه، موسسات خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌شوند.

با توجه به نکات قید شده، از جمله مهم‌ترین مداخلات مددکاری اجتماعی برای کودکانی که در معرض خشونت و آزار قرار گرفته‌اند می‌توان به گزارش به مراجع قانونی؛ آرام‌سازی کودک و خانواده؛ اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک؛ مداخلات و حمایت‌های روانی-اجتماعی؛ مداخلات آموزشی؛ مداخلات حقوقی و حمایت‌های مالی و رفاهی برای کودک و خانواده اشاره کرد که در ادامه به صورت مختصر شرح داده شده‌اند. ترخیص ایمن از مرکز درمانی نیز یکی از مهم‌ترین بخش‌های خدمت‌رسانی به این کودکان است که در این قسمت به آن پرداخته شده است. علاوه بر مداخلات مرتبط با موارد شناسایی‌شده‌ی کودک‌آزاری و غفلت، مددکاران اجتماعی می‌توانند در حوزه پیشگیری از وقوع آزار و غفلت و همچنین شناسایی به‌موقع این موارد نیز فعالیت کنند. اقدامات جهت آموزش کادر مرکز درمانی و همچنین برای عموم کودکان و خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز درمانی از جمله‌ی این فعالیت‌های پیشگیرانه است که در ادامه در قسمت مداخلات آموزشی به آن‌ها اشاره شده است.

الف- گزارش به مراجع قانونی

همان‌طور که قبلاً عنوان شد، با توجه به مسئولیت قانونی بیمارستان نسبت به کودکان و با توجه به قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (۱۳۹۹) و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن (۱۴۰۰)، در شرایط مختلف لازم است که گزارش وضعیت کودک به مراجع قانونی چون نیروی انتظامی، مرجع قضایی و سازمان بهزیستی بلافاصله پس از ارزیابی سریع یا در ارزیابی تکمیلی ارائه شود.

مواردی که باید به مرجع قضایی گزارش شود:

- در کلیه موارد کودک آزاری و غفلت یا مشکوک به آن، که گزارش به مرجع قضایی به هر دلیلی توسط سازمان بهزیستی صورت نمی‌گیرد، در صورت نیاز و ضرورت به گزارش، لازم است که مرکز درمانی با اطلاع و مشورت ریاست بیمارستان (مدیریت مرکز درمانی) و از طریق واحد حقوقی مرکز (کارشناس حقوقی) یا شبکه بهداشت، به صورت مستقیم با مرجع قضایی تعامل برقرار کند.

مواردی که باید به سازمان بهزیستی (اورژانس اجتماعی ۱۲۳) گزارش شوند:

- هرگونه مورد مشکوک به کودک آزاری جسمانی، جنسی، هرگونه احتمال بهره‌کشی از کودک و همچنین موارد آزار روانی و غفلت شدید که تکرار آن‌ها سلامت کودک را به خطر می‌اندازند، حتی اگر در نتیجه ناآگاهی یا سهل‌انگاری اتفاقی سرپرستان قانونی کودک بوده است، باید به سازمان بهزیستی گزارش شوند.
- کودکان و نوزادان رهاشده، مجهول‌الهویه و نوزادان مبتلا به سندرم پرهیز نوزادی نیز باید به سازمان بهزیستی گزارش شوند.
- موارد مشکوک به رهاشدگی، خریدوفروش نوزاد، بهره‌کشی اقتصادی از وی یا واگذاری نوزاد به غیر از سرپرست قانونی، باید به سازمان بهزیستی گزارش شوند.
- صرفاً موارد مرتبط با ابعاد خفیف آزار و غفلت روانی و عاطفی که عمدتاً ناشی از ناآگاهی یا فقر والدین است و با آموزش و مشاوره قابل پیشگیری هستند، می‌توانند با مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی بدون دخالت مراجع قانونی پیگیری شوند. البته در این موارد نیز لازم است والدین اشتیاق و همکاری لازم را از خود نشان دهند.

مواردی که باید به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) گزارش شود:

- در مورد نوزادان مجهول‌الهویه یا رهاشده، طی ۲۴ ساعت اولیه، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان باید مراتب را به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) اطلاع‌رسانی کند تا با حضور در بیمارستان صورت‌جلسه لازم را تنظیم و اقدامات لازم در خصوص شناسایی نوزاد از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.
- موارد عدم پذیرش نوزاد یا کودک از جانب سرپرستان قانونی، باید به نیروی انتظامی اطلاع‌رسانی شود.
- موارد مشکوک به رهاشدگی، خریدوفروش نوزاد، بهره‌کشی اقتصادی از وی یا واگذاری نوزاد به غیر از سرپرست قانونی، باید به نیروی انتظامی اطلاع‌رسانی شود.
- موارد شدید آزار و خشونت علیه کودکان، به ویژه مواردی که منجر به فوت یا جرح شدید کودک شده است، باید به نیروی انتظامی اطلاع‌رسانی شود.
- مواردی که رفتار سرپرستان قانونی یا همراهان کودک، امنیت کودک یا کادر درمان را به خطر انداخته است، باید به نیروی انتظامی اطلاع‌رسانی شود.

نوزادان مجهول‌الهویه یا در معرض رهاشدگی:

- در صورتی که در نتیجه ارزیابی سریع، ضرورت گزارش به مراجع قانونی به ویژه اورژانس اجتماعی مشخص شد؛ با توجه به اهمیت سرعت عمل در این موارد، مددکار اجتماعی مرکز درمانی باید تاریخ، ساعت تماس و نام فرد پاسخگو (کد فرد پاسخگو) را در فرم ثبت نماید تا در صورت لزوم برای پیگیری‌های بعدی مورد استفاده قرار گیرد.
- با توجه به اهمیت زمان و حساسیت موضوع، مددکار اجتماعی مرکز درمانی موظف است بلافاصله پس از گزارش به اورژانس اجتماعی، گزارش به مرجع قضایی را نیز با همکاری مشاور حقوقی مرکز درمانی به سرعت تدوین و گزارش کند.

ب- آرام‌سازی کودک و خانواده

به هنگام اطمینان از وقوع کودک‌آزاری و یا شک و تردید نسبت به آن، عوامل متعددی از جمله تابو بودن مسئله کودک‌آزاری، آسیب وارد شده بر کودک و حضور وی در مرکز درمان، حضور کارشناسان مراجع قانونی و قضایی و ... همگی می‌توانند منجر به تنش و فشار روانی زیاد بر کودک و خانواده و در نتیجه واکنش‌های شدید هیجانی آنان شوند. به ویژه تعامل با سرپرستان قانونی کودک در این شرایط پیچیده‌تر است، زیرا این واقعیت وجود دارد که سرپرست ممکن است خود فرد آزارگر باشد، یا ممکن است اجازه‌ی بدرفتاری را داده باشد، یا قدرت کافی برای توقف آن را نداشته است و یا ممکن است همانند کودک قربانی خشونت خانگی باشد.

لذا اقدام برای آرام‌سازی کودک و خانواده یکی از اولین و ضروری‌ترین اقدامات است که با وجود این که در این راهنما در این مرحله آمده است، اما باید در همان ابتدا تعامل مددکار اجتماعی با کودک و خانواده و حتی پیش از ارزیابی‌ها صورت بگیرد.

از همین‌رو مددکاران اجتماعی که در مراکز درمانی با این موضوع مواجهه هستند، باید توجه کنند که با کودک و اعضای خانواده در انواع شرایطی بحرانی و همراه با فشار روانی شدید مواجهه هستند:

✓ کودکی که درگیر شوک و آسیب‌های شدید روانی حاصل از وقوع خشونت شدید جسمی یا جنسی از جمله استرس، اضطراب، خشم، احساس تقصیر، افسردگی و هیجانات شدید، متعدد و حتی متناقض است.

✓ کودکی که در کنار آسیب‌های جسمانی و روانی شدید ناشی از وقوع خشونت علیه خود، نسبت به سرنوشتش (به دلیل ورود مراجع قضایی)، سرنوشت والدین آزارگر خود یا سرنوشت فرد آزارگری که کودک او را از قبل می‌شناخته و به او اعتماد داشته است، احساسات مبهم تقصیر، گناه، گنجی، ترس، نگرانی و اضطراب دارد (به ویژه در کودک‌آزاری جنسی).

✓ والد یا والدین (یا سرپرستان قانونی) خشمگین و مضطرب که آگاهانه یا ناآگاهانه به کودک آزار رسانده‌اند و با ورود مراجع قضایی، صلاحیت و شایستگی خود در والدگری و تربیت فرزند، آبرو، اعتماد به نفس و حق سرپرستی فرزندانشان را در خطر می‌بینند و احساس می‌کنند که مورد حمله واقع شده‌اند.

✓ والد (سرپرست) غیرآزارگر خشمگین، مضطرب، نگران و همراه با احساس شدید گناه از این که مانع آزار والد دیگر نشده است یا از آن زودتر مطلع نشده است.

✓ والدین خشمگین، مضطرب، نگران و همراه با احساس شدید گناهی که خود عامل آزار نبوده‌اند و فردی آشنا یا غریبه کودکشان را مورد آزار (به ویژه آزار جنسی) قرار داده است.

به هنگام مواجهه مددکاران اجتماعی با کودک و خانواده، به ویژه در اولین ارتباط، آگاهی و حساسیت نسبت به هیجاناتی که احتمالاً آن‌ها تجربه می‌کنند، می‌تواند در برقراری ارتباط مؤثر با خانواده و آرام‌سازی آنان نقش قابل توجهی داشته باشد. لذا مددکاران اجتماعی با همکاری تیم درمانی باید در اولین قدم تلاش کنند تا تنش و فشار روانی شدیدی را که خانواده و به ویژه کودک از خود نشان می‌دهد را کاهش و آن‌ها را آرام سازند. برای آرام سازی کودک و خانواده تمامی نکات مطرح شده در فصل اول برای مصاحبه با کودک و خانواده، به ویژه نکات مطرح شده در رابطه با باید و نبایدهای ارتباط با کودک مورد آزار و غفلت واقع شده باید مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر نکات فصل اول می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

◆ مددکاران اجتماعی می‌توانند از همکاری روان‌شناختی و روانپزشکان در آرام سازی کودک و خانواده استفاده کنند، اما در عین حال حضور تعداد زیاد افراد متخصص در اطراف کودک و خانواده به ویژه حضور متعدد نمایندگان مراجع قانونی و قضایی می‌تواند تشدیدکننده فشار و تنش باشد و لازم است مدیریت و کنترل شود.

◆ حضور یک همراه مؤثر و قابل اعتماد برای کودک که در حضورش احساس آرامش کند، از ضروریاتی است که از همان ابتدا باید مورد توجه مددکاران اجتماعی قرار گیرد. بهترین روش برای شناختن این فرد بزرگسال، پرسیدن از خود کودک در صورت امکان است و این موضوع به ویژه اگر سرپرستان کودک در آزار نقش داشته باشند، از اهمیت زیادی برخوردار است. در صورتی که خود سرپرستان چنین ویژگی ندارند و از خویشاوندان و آشنایان کودک هم‌چنین فردی در دسترس نیست، مددکار اجتماعی باید برای جلب همکاری و مشارکت سازمان بهزیستی در این مورد تلاش کند، اما در صورت عدم تحقق حضور همراه مطمئن از جانب سازمان بهزیستی در چارچوب قانون و وظایف این سازمان، مددکار اجتماعی لازم است که با اطلاع و مشورت ریاست بیمارستان، هماهنگی به عمل آورد تا یک یا دو نفر از کارکنان آموزش دیده بیمارستان به صورت ثابت در مدت حضور کودک در بیمارستان این نقش را بر عهده بگیرند. در این موارد خود مددکار اجتماعی باید نظارت بیشتری بر این رابطه داشته باشد و همچنین ارتباط نزدیک‌تری با کودک برقرار کند.

◆ در بسیاری از موارد، علی‌رغم آسیب و آزار شدید کودک از جانب یکی از والدین یا سرپرستان، اما وی بازهم تمایل و اصرار شدیدی دارد که آن سرپرست به عنوان همراه در کنارش در اتاق حضور داشته باشد، در این شرایط برای ایجاد آرامش و امنیت در کودک و با در نظر گرفتن منافع عالی کودک و همچنین رأی احتمالی مرجع قضایی، می‌توان زمینه‌ی حضور آن سرپرست همراه با نظارت دقیق را فراهم کرد.

◆ برای آرام‌سازی کودکان، کاهش درد جسمانی، عدم مواجهه ناگهانی با معاینات و درمان‌های پزشکی تهاجمی، تأمین نیازهای اساسی کودک، فراهم کردن امکانات تفریح و سرگرمی متناسب با سن کودک و حتی استفاده مددکار اجتماعی از ابزارهای بازی و سرگرمی برای آرام کردن و جلب اعتماد وی از جمله عوامل ضروری هستند که می‌توانند منجر به ایجاد یک بستر آرام و قابل اعتماد جهت کاهش اضطراب کودک شوند.

◆ برای کودکانی که برای آن‌ها گزارش کودک‌آزاری و غفلت ارائه شده است، با توجه رفت‌وآمدهای مکرری که امکان دارد توسط مراجع قانونی به اتاق کودک در حضور سایرین صورت بگیرد و منجر به نقض حریم خصوصی کودک و خانواده و تشدید فضای روانی شود، بهتر است تلاش شود که کودک بدون اینکه برچسب خاصی ("آزاردیده") بخورد، به فضایی آرام‌تر و دوستدار کودک منتقل شود. این جداسازی به ویژه برای کودکانی که ایمنی‌شان به دلیل امکان وقوع مجدد آزار یا دزدیده شدن توسط خانواده در خطر است، از اهمیت زیادی برخوردار است تا احساس آرامش و امنیت کنند.

◆ ایجاد یک فضای امن و همدلانه، توأم با پذیرش و احترام محور کلیدی آرام‌سازی بزرگسالان است. می‌توان فرد را به یک اتاق آرام و دور از تنش راهنمایی کرد، پذیرایی ساده‌ای صورت بگیرد و فرصت داده شود که هیجانات خود را بروز دهد. مددکار اجتماعی با مهارت‌های تخصصی در مصاحبه و ارتباط از جمله همدلی، انعکاس احساس و محتوا می‌تواند زمینه شنیده شدن و در نتیجه آرام شدن فرد را فراهم سازد:

- در اینجا منظور از همدلی این است که بتوان خود را جای دیگران گذاشت، واقعیات را از دید آن‌ها دید و احساسات آن‌ها را درک کرد.

- برای همدلی کردن برچسب نباید زده شود ("کودک‌آزار"، "مادر سنگدل"، "والدین بی‌تفاوت")، تهمت نباید زده شود، به بستر و شرایط محیطی فرد باید توجه شود، احساسات فرد نباید انکار شود، فرد بازجویی و بازخواست نباید شود، نصیحت نباید شود و موضوع صحبت عوض نشود.

◆ مسلماً همدلی کردن با فرد مرتکب کودک‌آزاری و غفلت به ویژه زمانی که وی سرپرست قانونی کودک باشد، راحت نیست، اما باید به خاطر داشت که :

- با توجه به اصول اساسی مددکار اجتماعی، تشویق و تنبیه باید متوجه اعمال و رفتارهای انسان‌هایی باشد که همگی ارزشمند هستند نه کل شخصیت و هویت آن‌ها. در واقع همدلی کردن به معنی پذیرش رفتار اشتباه آنان با کودکشان نیست، بلکه به معنای پذیرش آن‌ها به عنوان انسانی است که مرتکب رفتاری اشتباه شده است ولی قابل تغییر است. همچنین بدین معنی است که مددکار اجتماعی آگاهی خود را به این موضوع نشان دهد که چگونه ممکن است سختی‌ها، مشکلات و شرایط در گذشته و حال سرپرست بر والدگری‌شان تأثیرگذار بوده باشد.

- پیش‌فرضت‌ها و قضاوت‌های مددکار اجتماعی، آزارگر را به سمت اعمال و رفتارهای بهتر هدایت نمی‌کند که در این صورت نیازی به مداخلات تخصصی نبود و قضاوت‌های اطرافیان کفایت می‌کرد.

اما برعکس مانعی برای ارتباط و کمک‌خواهی است و در نتیجه خطر آسیب مجدد کودک را افزایش می‌دهد.

- به عنوان یک متخصص آن فرد نیز مراجع مددکار اجتماعی است و نیاز به کمک دارد.
- مددکار اجتماعی با هدف منافع عالی کودک باید بتواند با سرپرست حتی آزارگر ارتباط برقرار کند تا از ایمنی و آسایش کودک اطمینان حاصل شود. در واقع بخش مهم مداخله با کودکانی که با آزار و غفلت مواجه شده‌اند، شامل کمک برای بهبود رابطه سرپرست و کودک است (البته وقتی که این رابطه ایمن و مناسب است) تا بتوان احساس امنیت و اعتماد را بازیابی کرد و سرپرستان را در والدگری مثبت، سازگاری و مهارت‌های اساسی زندگی برای عملکرد سالم خانواده یاری کرد.
- ◆ پس از آرام‌سازی اولیه سرپرست یا سرپرستان، به فراخور نیاز لازم است که ارائه اطلاعات ضروری و آگاه‌سازی در مورد فرایند درمان، رسیدگی قضایی، حقوق آنان و کودکشان، هزینه‌های درمانی، فرایند ترخیص و مداخلات واحد مددکاری اجتماعی صورت بگیرد.
- ◆ زمانی که سرپرست یا سرپرستان کودک نیز نقشی در آزار نداشته‌اند و از وقوع کودک‌آزاری دچار شوک شدید روانی شده‌اند، معمولاً احساس گناه و تقصیر غالب‌ترین احساس آن‌ها است. لذا مددکار اجتماعی باید با همدلی و پذیرش مانع از تشدید این احساس گناه شود. احساسی که اطرافیان نیز عمدتاً به آن‌ها منتقل می‌کنند و می‌تواند مانعی برای اعتماد به نفس و توانمندی والدین برای کمک به کودکشان در زمانی شود که کودک بیشترین نیاز را به حمایت سرپرستان خود دارد.
- ◆ زمانی که قرار است به خانواده در رابطه با گزارش کودک‌آزاری به مراجع قانونی اطلاع داده شود یا با کارشناسان این مراجع ملاقات کنند. علاوه بر اینکه پیش از آن باید از ایمنی کودک (به ویژه امکان خارج کردن وی از مرکز درمانی توسط سرپرست) اطمینان حاصل شود، مددکار اجتماعی باید تلاش کند که در یک فضای خصوصی و دور از دید خود کودک و به ویژه سایر افراد از جمله بیماران و همراهان آنان این خبر داده شود یا ملاقات و مصاحبه با مراجع قانونی صورت بگیرد.^۱

ج- اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک

با توجه به ارزیابی صورت گرفته، مداخلات مرتبط با اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک هم شامل زمان حضور وی در بیمارستان و هم در منزل و پس از ترخیص (ترخیص ایمن) است و این موضوع به ویژه در مواردی که فرد آزارگر سرپرست کودک است، حساسیت بیشتری دارد. لازم به یادآوری است که این برنامه‌ریزی و مداخلات باید با همکاری کارشناسان سازمان بهزیستی و مرجع قضایی صورت بگیرد.

^۱ برای اطلاعات بیشتر به بخش مداخله در بحران پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی مراجعه شود.

ج-۱- حفظ ایمنی در مرکز درمانی

لازم به تأکید است که مداخلات مرتبط با محافظت از کودک در مرکز درمان به عوامل متعددی از جمله وضعیت پرونده و حکم کودک آزاری مراجع قضایی، همکاری سرپرست غیرآزارگر، شرایط کودک و امکانات مرکز درمانی دارد. اما به صورت کلی می‌توان توصیه‌های زیر را مطرح کرد:

- ◆ در صورتی که خطر آسیب زدن مجدد توسط آزارگر یا دزدیده شدن کودک توسط خانواده وجود دارد، باید اتاق کودک و تخت وی، در صورت امکان از سایر بیماران جدا شود (بدون پرچسب‌زنی به کودک)، در مکانی قرار بگیرد که دسترسی کنترل‌شده دارد یا امکان بیشترین نظارت را فراهم می‌کند. همچنین در صورت امکان و ضرورت می‌توان از نظارت تمام‌وقت یکی از کارکنان بیمارستان (به ویژه حراست) استفاده کرد.
- ◆ برای کودکان زیر ۱۵ سال چه پسر و چه دختر که مورد آزار قرار می‌گیرند، اگر در بیمارستان عمومی بستری شده‌اند و امکان تدارک اتاق مجزا وجود ندارد، بهتر است که در بخش زنان بستری شوند تا فضای امن‌تری برایشان فراهم شود. البته به هنگام معاینه نوجوانان در حضور سایر بیماران رعایت حریم خصوصی آنان باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد.
- ◆ در صورتی که درمان کودک در مرکز درمانی به پایان رسیده‌است و کادر پزشکی معتقدند که کودک می‌تواند ترخیص شود، اما از طرف دیگر نگرانی قابل توجهی نسبت به ایمنی کودک پس از بازگشت به خانواده وجود دارد و هنوز حکم قضایی در رابطه با کودک آزاری صادر نشده‌است. تیم مرکز درمانی می‌تواند از تمهیداتی چون عدم ترخیص کودک و بستری ماندن وی در مرکز درمانی تا زمان مشخص شدن حکم قضایی استفاده کند. با توجه به مسئولیت قانونی چنین تصمیماتی لازم است که در وهله اول تلاش شود که دستور متناسب با آن از مرجع قضایی گرفته شود (عدم ترخیص کودک از بیمارستان تا صدور حکم قضایی).
- ◆ هماهنگی لازم با واحد ترخیص و حراست بیمارستان برای جلوگیری از خارج کردن کودک از بیمارستان توسط سرپرست آزارگر باید صورت بگیرد. البته مسلماً ضمانت اجرایی چنین اقدامی وجود حکم از جانب مرجع قضایی است که گرفتن این حکم عمده‌تأ همکاری سازمان بهزیستی را می‌طلبد. در واقع لازم است که مرجع قضایی دستور لازم را صادر کند که نیروی انتظامی موظف به محافظت از کودک و اطمینان از خارج نشدن وی شود.

ج-۲- حفظ ایمنی در خانه (ترخیص ایمن)

پیش از ترخیص کودک، با توجه به شرایط و وضعیت کودک و به ویژه اگر کودک به خانواده‌ای که شخص آزارگر در آن بوده است باز می‌گردد، لازم است که تمهیداتی اندیشیده شود و آموزش‌هایی به کودک و همچنین سرپرست غیرآزارگر یا یک فرد بزرگسال مطمئن که با کودک در ارتباط است داده شود. این تمهیدات و مهارت‌ها که برای محافظت و ایمنی کودک ضروری است به صورت کلی اهداف زیر را دنبال می‌کنند:

- رفع احساس گناه و تقصیر در کودک نسبت به کودک آزاری صورت گرفته؛
- شناخت موقعیت‌هایی که ممکن است منجر به تکرار و وقوع آزار شوند؛
- شناخت بزرگسالان مطمئن و قابل اعتمادی که می‌تواند در مواقع ضرورت از آن‌ها کمک بخواهد؛
- شناخت اقداماتی برای پیشگیری و مراقبت از خود در برابر آزار در قالب نقشه امن.

برای تحقق این اهداف قدم‌های زیر پیشنهاد می‌شوند که البته برای هر کودک با توجه به چگونگی وقوع آزار و خشونت، نوع و شدن آن تفاوت‌هایی در هر یک از قدم‌ها وجود خواهد داشت که مددکاران اجتماعی با توجه به دانش و مهارت خود و همچنین نکات ذکر شده در ضمیمه شماره ۲ باید آن را اعمال کنند. باید توجه کرد که آموزش انواع قدم‌ها به کودک باید به مرور و همراه با تمرین متعدد باشد تا بتواند از آن‌ها در موقعیت‌های واقعی استفاده کند. حتی می‌توان با کمک خود کودک سناریوهایی مشابه تجارب پیشینش را مرور کرد و انواع اقدامات پیشگیرانه و مراقبتی را تمرین کرد.

در ادامه تعدادی از پیشنهادها جهت تحقق این اهداف ارائه شده است که بهتر است با توجه به قدم‌های معرفی شده و به ترتیب با کودک مطرح شوند^۱:

❁ قدم اول (تأکید بر مسئولیت اصلی بزرگسالان و نه کودک در محافظت از وی) در وهله اول کودک

باید بداند که هیچ‌کسی حق ندارد او را آزار دهد و او مستحق هیچ‌گونه ناراحتی، رنج و آزار نیست. کودک باید بداند که پدر، مادر و سایر بزرگ‌ترها موظف هستند که از او در برابر هرگونه آسیب، رنج و ناراحتی مراقبت کنند. در واقع کودک باید بداند که در بیشتر مواقع می‌تواند به بزرگسالان نزدیک و صمیمی مثل اعضای خانواده، دوستان، پرستاران، همسایه‌ها، معلم‌ها و مربیان اعتماد کند. اما متأسفانه گاهی این‌گونه نیست و کودکان توسط این افراد نزدیک و صمیمی آزار می‌بینند. به همین دلیل شناخت موقعیت‌هایی که ممکن است آزار وارد شده تکرار شود و یا انواع دیگری از آزار را تجربه کند، به کودک کمک می‌کند که بیشتر مراقب خودش باشد.

^۱ در مطالب این بخش از دستورالعمل آموزش محافظت از خود به نوجوانان و والدین در پیشگیری از آزار و غفلت (با رویکرد آموزش همتایان)، نسخه مرئی استفاده شده است: طرح «طراحی راهبرد ارتباطی مبتنی بر مشارکت جامعه محلی جهت پیشگیری از بدرفتاری با کودکان در شرایط کووید ۱۹» به سفارش دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، واحد سلامت اجتماعی. با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، واحد حمایت از کودکان و واحد ارتباطات برای توسعه اجتماعی. تدوین دستورالعمل: مرضیه تکفلی، دلارام علی، پیام روشنفکر. مجری طرح: پیام روشنفکر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی. ۱۴۰۰.

❁ **قدم دوم (تأکید بر عدم تقصیر و رفع احساس شرم ساری کودک):** کودک باید بداند که افرادی که احتمالاً بخواهند به او آزار (به ویژه آزار جنسی) برسانند ممکن است که او را بترسانند و یا تهدیدش کنند که به کسی چیزی نگویند و یا به او وعده‌های مختلف (پول، هدیه، نمره) دهند تا به کسی چیزی نگوید. پس او هیچ تقصیری ندارد که مورد آزار قرار گرفته است زیرا مسئول رفتار اشتباه بزرگسالان نیست. همچنین او هیچ تقصیری ندارد که این موضوع را زودتر به کسی نگفته است چون کودکان همیشه همه چیز را نمی‌دانند و نمی‌توانند در برابر بزرگ‌ترها مقاومت کنند. ولی اگر بازهم این اتفاق یا هر اتفاق ناراحت‌کننده مشابهی رخ داد می‌تواند به بزرگسالان مطمئن خود بگوید و بداند که بازهم او هیچ تقصیری ندارد.

❁ **قدم سوم (مشخص شدن شبکه بزرگسالان مطمئن کودک):** کودک باید اطمینان پیدا کند که با وجود این که امکان دارد، بعضی از بزرگسالان به آن‌ها آسیب بزنند، اما همیشه افرادی هستند که به او اهمیت می‌دهند و می‌خواهند که به او کمک کنند. او باید بداند که در آینده هیچ‌وقت برای گفتن مسئله و کمک گرفتن از یک بزرگسال مطمئن دیر نیست. بزرگسال مطمئن فردی است که کودک به وی اعتماد دارد، در حضورش احساس امنیت و آرامش می‌کند و همچنین می‌تواند از کودک در برابر آسیب محافظت کند. به کودک تأکید شود که با این افراد می‌تواند در مورد همه چیز از جمله اتفاقات رخ داده، احساسات، ترس‌ها و نگرانی‌اش صحبت کند و این افراد به او گوش می‌دهند و حرف آن‌ها را باور می‌کنند. باید به کودک تأکید کرد که اگر این فرد حمایت و کمکی که می‌خواست را برای وی فراهم نکرد، تسلیم نشود. سراغ نفر بعدی برود و آن قدر این کار را ادامه دهد تا فردی به او آن‌طور که باید کمک کند. در این قدم، کودک حداقل سه نفر از افراد بزرگسالان مطمئن خود را شناسایی کند و آنچه اهمیت دارد این است که بزرگسالان مطمئن نیز از این نقش خود ترجیحاً آگاه باشند و انتظارات کودک را تا حد ممکن برآورده کنند، نه اینکه منجر به تشدید بی‌اعتمادی وی به بزرگسالان و درماندگی کودک شوند. لذا در شناسایی این افراد می‌توان از سرپرست غیرآزارگر و سایر همراهان قابل اعتماد کودک کمک گرفت و همچنین کودک باید راه‌های ارتباطی و تماس با آن‌ها را به صورت کامل بداند. در این مرحله آنچه ایده‌آل است این است که مددکار اجتماعی یا فرد مشارکت‌کننده در شناسایی این افراد با این بزرگسالان مطمئن ارتباط برقرار کرده و مشارکت آن‌ها را برای محافظت از کودک جلب کند.

❁ **قدم چهارم (شناخت موقعیت‌های ناامن):** در این قدم، مددکار اجتماعی با توجه به تجارب پیشین کودک از آزار و غفلت باید به وی کمک کند تا علائم و نشانه‌هایی را بشناسد که می‌توانند هشداردهنده وقوع آزار باشند. برای نمونه شروع دعوا میان پدر و مادر، عصبانی شدن یا فریاد کشیدن پدر، مصرف مواد مخدر توسط پدر یا مادر، تعقیب شدن در خیابان توسط یک فرد بزرگسال، تنها ماندن با فرد آزارگر جنسی، درخواست یک فرد غریبه برای سوار ماشین شدن یا رفتن به منزل یا مغازه وی و ... همچنین در پیشگیری از کودک‌آزاری جنسی به ویژه برای کودکان در سن پایین علائمی چون نگاه کردن یا دست زدن فردی به اندام‌های خصوصی کودک غیر از اهداف درمانی یا بهداشتی، تماس بدنی یا هر اتفاق دیگری (مانند نشان دادن تصاویر یا فیلم

توسط یک فرد بزرگسال) که منجر شود احساس ترس کند، عرق کند، قلبش تند بزند، دل درد بگیرد یا بدنش بلرزد و در واقع شک کند که آیا این اتفاق درست است یا نه، همگی می‌تواند علائمی برای یک موقعیت ناامن باشند. به کودک تأکید شود که حتی اگر نسبت به درست یا غلط بودن هر موقعیتی شک کرد، می‌تواند از یک بزرگسال مطمئن در مورد آن بپرسد.

❁ قدم پنجم (انواع انتخاب‌ها در موقعیت ناامن): پس از این که کودک با انواع موقعیت‌های ناامنی که ممکن است مواجه شود، آشنا شد، در ادامه لازم است که به وی تأکید شود که حتی در چنین موقعیت‌هایی برایش انتخاب‌هایی وجود دارند که شاید بتواند مانع از وقوع یا تکرار یک اتفاق ناخوشایند برای وی شوند. مانند ۱-دویدن و فرار کردن(در سریع‌ترین زمان ممکن به سمت محلی امن از جمله مکان‌های نقشه امن یا مکان‌های عمومی شلوغ)؛ ۲- داد زدن (به صورت ویژه در کودک‌آزاری جنسی-فریاد زدن و قاطعانه نه گفتن یا سر را به علامت منفی تکان دادن. گفتن جملاتی چون "بس کن"، "دست از سرم بردار"، "من اجازه ندارم که این کار را بکنم"، "من دو ست ندارم که این کار را بکنم" یا تهدید کردن فرد به این که کودک می‌داند این کار اشتباه است و به دیگران خواهد گفت)؛ ۳- نادیده گرفتن (اگر فرد غریبه‌ای تلاش می‌کند که با کودک شروع به صحبت کند یا او را به بهانه‌های مختلف به سمت ماشین یا خانه خود دعوت کند، کودک باید او را نادیده بگیرد و به راه خود ادامه دهد)؛ ۴- دور ماندن(تا حد ممکن سعی کند که تماس و ارتباط مجدد و به تنهایی، با فردی که قبلاً به کودک آسیب‌زده را قطع کند یا به حداقل برساند) و ۵- گفتن به یک بزرگسال مطمئن(به یک بزرگسال مطمئن خود این موضوع را بگوید و حتی اگر باور نکردند، آن‌قدر بگوید تا فردی به او کمک کند).

❁ قدم ششم (نقشه امن): نقشه امن، به کودک می‌آموزد تا در یک موقعیت ناامن که ممکن است در معرض آزار و خشونت قرار گیرد، چگونه عمل کند و چگونه به نقطه‌ای ایمن بازگردد. نقشه امن با توجه به تجربه قبلی کودک یا نوجوان از خشونت و آزار می‌تواند خیلی پرمحتوا و با جزئیات زیاد یا خیلی ساده و با راهکارهای کلی باشد. اما در هر صورت باید تلاش شود که این نقشه امن، کاربردی، ساده و قابل اجرا باشد. در تدوین نقشه امن لازم است که سرپرست غیرآزارگر یا یکی دیگر از بزرگسالان مطمئن کودک مشارکت داشته باشد. نقشه امن دارای اجزای متنوعی می‌تواند باشد که به فراخور شرایط و وضعیت کودک باید تدوین شود. مددکار اجتماعی به کودک کمک می‌کند تا به هر شیوه و با هر خلاقیتی که می‌خواهد و برایش قابل درک است، اجزای نقشه امن را خود را بر یک صفحه کاغذ یا مقوا وارد کند(ابزار و وسایل مناسب نقاشی یا هر نوع خلاقیت دیگر در اختیار وی قرار گیرد). پس از تدوین نقشه امن باید از کودک خواسته شود تا این نقشه را در جای مناسبی نگهداری کند و در هنگام لزوم به راحتی به آن دسترسی پیدا کند. همچنین لازم است که مطالب این نقشه چند بار مرور و تمرین شوند تا کودک بداند که در مواقع بحرانی چگونه از آن استفاده کند. یک نقشه امن معمولاً شامل اجزای زیر است:

۱. فهرستی از حداقل ۱۰ منبع حمایتی رسمی و غیررسمی: از جمله بزرگسالان امن، پلیس ۱۱۰، اورژانس ۱۱۵ و اورژانس اجتماعی ۱۲۳ که برای کمک می‌تواند به آن‌ها مراجعه کند. اطلاعات دقیق ارتباطی و تماس با آن‌ها نیز مشخص شده است.
۲. شناسایی مکان‌های امنی که در محیط منزل، خیابان یا محله وجود دارد و تمرین چگونگی رفتن به آنجا: برای نمونه به کودک تأکید شود که بالکن، آشپزخانه، دستشویی و انباری مکان‌های مناسبی برای پنهان شدن نیستند، زیرا یا از امنیت پایینی برخوردارند یا امکان دارد که کودک در آن‌ها حبس شود. به کودک بگویید که تلاش کند در جایی مخفی شود که دسترسی به تلفن یا خروج از خانه برای وی ممکن باشد.
۳. علائم و نشانه‌های موقعیت ناامن و خطرآفرین برای کودک و همچنین کارهایی که ممکن است وی را بیشتر در معرض آسیب قرار دهد (مانند میانجی‌گری کردن در دعوی پدر و مادر).
۴. شناسایی کارهایی که ممکن است از وی در برابر آسیب بیشتر محافظت کند (رفتن به خانه همسایه، زیر تخت رفتن و گوش‌ها را گرفتن).
۵. شناسایی کارهای خود مراقبتی که اگر با هم با وجود همه اقدامات و تلاش‌هایی که کرد، نتوانست مانع وقوع آزار علیه خود شود و مورد خشونت قرار گرفت. اقداماتی که می‌تواند انجام دهد تا به وی احساس آرامش و امنیت دست بدهد و کمتر احساس فشار، ناراحتی، تنهایی و نگرانی کند. به کودک کمک کنید تا انواع فعالیت‌ها و روش‌هایی را پیدا کند که باعث می‌شود احساس آرامش و شادی کند: در آغوش گرفتن عروسک مورد علاقه، صحبت کردن (حضوری یا تلفنی) با کسی که دوستش دارد، گوش دادن به موسیقی، کتاب خواندن، نوشتن، نقاشی کردن، نواختن موسیقی، ورزش کردن، انجام کارهای تجسمی و خلاقانه، فیلم دیدن، خیاطی کردن، آشپزی کردن، مدیتیشن و ... یکی دیگر از پیشنهادها برای رسیدن به آرامش نوشتن نامه برای فرد آزارگر است. به کودک به ویژه نوجوانان پیشنهاد دهید که می‌توانند در نامه‌ای هرچه دلشان می‌خواهد را برای آن فرد بنویسند و احساسات خود را بیان کند و سپس آن نامه را به ریزترین قطعات پاره کرده و دور بریزند.

د- مداخلات و حمایت‌های روانی-اجتماعی

کودکانی که با آزار و خشونت مواجه شده‌اند، در معرض خطر فزاینده مشکلات سلامت روان چون افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از حادثه، رفتارهای ضداجتماعی و حتی سوء مصرف مواد هستند. همچنین خطر فزاینده اختلالات رشد و تکامل، شکست تحصیلی و مشکلات ارتباطی (مانند سازگاری با همسالان) نیز برای این کودکان وجود دارد. عمده این کودکان مجدد به خانواده‌ای که زمینه‌ساز یا عامل آزار بوده‌اند بازمی‌گردند. از همین رو، انواع خدمات حمایتی و تخصصی روانی-اجتماعی رسمی و غیررسمی از دیگر مداخلات ضروری است که برای کاهش

آسیب‌های ناشی از کودک‌آزاری و غفلت، اطمینان از ایجاد محیطی ایمن برای کودک و اطمینان از تأمین نیازهای کودک و خانواده باید به آن‌ها ارائه شود.

د-۱- مداخلات روانی-اجتماعی تخصصی و رسمی:

منظور از مداخلات روانی اجتماعی رسمی، انواع خدمات مشاوره، روان‌درمانی و مددکاری اجتماعی فردی، خانوادگی و گروهی است که به خانواده و کودک ارائه می‌شود. از جمله نکاتی که در ارائه این مداخلات وجود دارد، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

◆ انواع مشاوره‌های فردی، خانوادگی و حتی گروهی برای کودک و خانواده توسط خود مددکار اجتماعی، روانشناس و روانپزشک مرکز درمانی می‌تواند فراهم شود.

◆ با توجه به وضعیت کودک و خانواده، هدف مداخلات روانی اجتماعی می‌تواند متفاوت باشد، اما عموماً اهدافی چون کاهش آسیب‌های روانی کودک‌آزاری و غفلت؛ ارزیابی نشانه‌های اختلال استرس پس از حادثه؛ تقویت مهارت‌های ارتباطی مثبت بین سرپرستان و کودک؛ افزایش بصیرت و آگاهی والدین نسبت به رفتارهای غفلت‌گرایانه یا آزاردهنده؛ افزایش آگاهی و مهارت در روش‌های تربیتی غیرخشونت‌آمیز؛ قدرت بخشیدن بر ظرفیت و توانایی سرپرستان و اعضای خانواده برای فراهم ساختن بستری مناسب برای رشد، پرورش و تأمین نیازهای کودک؛ بازیابی احساس امنیت و اعتماد اساسی در کودکان و همچنین ارتقای دلبستگی ایمن میان مراقب و کودک را می‌توان برای این مداخلات در نظر گرفت.

◆ در این مرحله، علاوه بر مشاوره‌های روانشناختی، سایر مداخلات تخصصی روانی-اجتماعی مددکاری اجتماعی چون ترغیب سرپرست به درمان اعتیاد، پیگیری درمان اختلالات روانپزشکی اعضای خانواده، ارجاع جهت مهارت‌آموزی و اشتغال‌یابی سرپرست و ... نیز با توجه به نیاز خانواده توسط مددکار اجتماعی ارائه خواهد شد.

◆ همان‌طور که در پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰) آمده است، نقش حمایت‌یابی مددکار اجتماعی در این نوع مداخلات می‌تواند در سه سطح مداخله مستقیم، تسهیلگری و راهنمایی صورت بگیرد.

◆ **ارجاعات برون سازمانی:** در مداخلات تخصصی روانی-اجتماعی مددکاران اجتماعی می‌توانند با حمایت‌یابی، از ظرفیت منابع رسمی خارج از مرکز درمانی استفاده کنند. در کنار منابع برون‌سازمانی که در ابتدای این مرحله با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰) معرفی شدند، برای خدمات روانی اجتماعی رسمی می‌توان از منابع برون‌سازمانی متعددی استفاده کرد. در وهله اول با توجه به نقش و همکاری نزدیک سازمان بهزیستی، مددکاران اجتماعی علاوه بر اینکه از خدمات تخصصی مشاوره و روانشناختی سازمان بهزیستی استفاده می‌کنند، بهتر است که آگاهی و شناخت کافی نسبت به سایر منابع اجتماعی این سازمان (مانند خانه‌های امن، مراکز ندای مهر، خانه‌های سلامت، مراکز توانبخشی، مراکز روزانه خانواده و کودک برای کودکان کار و سایر مراکز روزانه یا شبانه‌روزی مرتبط) داشته باشند تا در صورت

لزوم و امکان با همکاری سازمان بهزیستی بتوانند از این خدمات استفاده کنند. علاوه بر این از سایر منابع رسمی موجود در این زمینه مانند مراجع قضایی (مانند دفتر حمایت از حقوق زنان و کودکان)، آموزش و پرورش (به ویژه در تعامل با مدرسه کودک و مراکز مشاوره آن)، منابع وزارت بهداشت چون مراکز و خانه‌های بهداشت در سطح شهرها و روستاها (واحدهای سلامت روان شبکه بهداشت)، شهرداری‌ها و ... استفاده کنند.

◆ در حمایت‌یابی و ارجاع، مددکار اجتماعی باید بانک اطلاعاتی جامعی از این منابع داشته باشد که به فراخور نیاز از آن استفاده کند. لازم است که مددکار اجتماعی پس از برقراری ارتباط اولیه با منابع خارج از مرکز درمانی، از ارائه خدمات توسط آن‌ها اطمینان حاصل کند و سپس خانواده را به آن‌ها ارجاع داده و پیگیری لازم را هم داشته باشد (چه زمانی که کودک هنوز بستری است یا زمانی که ترخیص شده باشد). در مواردی که کودک به سازمان بهزیستی واگذار شده است، پیشنهاد می‌شود که در صورت نیاز به مداخله و پیگیری، اقدامات لازم با همکاری و مشارکت سازمان صورت بگیرد.

◆ مددکاران باید تسهیلاتی فراهم کنند تا هزینه منابع خارج از مرکز درمانی، مانع خانواده‌ها در ادامه دریافت خدمات روانی-اجتماعی نباشد.

◆ با توجه به حضور کودک در مرکز درمانی و مسئولیت مرکز درمانی نسبت به آن، در صورت مداخله روانی-اجتماعی مستقیم سازمان بهزیستی، مددکار اجتماعی مرکز درمانی باید بر روند آن نظارت داشته باشد تا در صورت هرگونه خلأ یا کمبود، خود خدمت لازم را فراهم سازد.

◆ پیشنهاد می‌شود تا مددکار اجتماعی، با همکاری سازمان بهزیستی و از طریق گزارش‌های دقیق خود به مراجع قضایی، احکامی مبنی بر الزام و اجبار خانواده به دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی را از مرجع قضایی بگیرد.

◆ سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۹) بر عدم تحمیل مداخلات روانشناختی به کودک بدون رضایت و تمایل وی تأکید دارد و لذا نباید این مداخلات منجر به تشدید فشار روانی وارد بر کودک شود.

◆ مددکاران اجتماعی باید توجه ویژه‌ای به کودکانی داشته باشند که به دلایلی چون زبان یا گویش متفاوت، اختلالات یا معلولیت در دسترسی به خدمات مورد نیاز خود با محدودیت مواجه هستند.

◆ مشاوره‌های تخصصی و تکمیلی مددکاران اجتماعی بهتر است که در اتاق واحد مددکاری اجتماعی، در شرایطی مناسب و استاندارد برای مصاحبه و مشاوره، محیطی امن، بدون ایجاد مزاحمت و نقص رازداری و همچنین با آگاهی قبلی فرد صورت بگیرد.

د-۲ - حمایت‌های روانی - اجتماعی غیررسمی:

در مواردی مددکار اجتماعی به دلایل مختلف نتوانسته است مشارکت خانواده را به صورت کامل جلب کند یا حتی با وجود این که در زمان حضور کودک در مرکز درمانی، سرپرست و سایر اعضا مشارکت دارند ولی پس از ترخیص این ارتباط قطع می‌شود و نمی‌توان از تحقق اهداف تدوین شده اطمینان حاصل کرد. در همین راستا، شناخت و ایجاد یک شبکه حمایت غیررسمی برای خانواده می‌تواند مداخلات پیش‌بینی شده را به بستر زندگی کودک و خانواده منتقل

سازد و از تحقق حقوق کودک اطمینان حاصل شود. در شناسایی و استفاده از این منابع غیررسمی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

◆ مددکار اجتماعی با مشارکت کودک و خانواده، از ظرفیت شبکه اجتماعی خویشاوندان، همسایه‌ها، دوستان، آشنایان، افراد معتمد محل، روحانی مسجد و همچنین خیریه‌ها و سازمان محلی، می‌تواند به نفع کودک و پیگیری مداخلات ضروری استفاده کند. این شبکه اجتماعی و حمایتی متشکل از افرادی است که در وهله اول خانواده به آن‌ها اعتماد دارد و همچنین منبعی برای کمک‌خواهی، راهنمایی و حمایت خانواده به ویژه در شرایط بحرانی و پرچالش باشند.

◆ مددکار اجتماعی لازم است که از طریق ارتباطات اولیه‌ای که با این افراد برقرار می‌کند، آن‌ها را برای پذیرش این نقش آماده کند، از جمله این که حقوق کودک و نیازهای وی، نیازهای خانواده، نقش و وظایف آن‌ها با توجه به اهداف و برنامه‌ریزی صورت گرفته، پیگیری از اقدامات خودسرانه، حفظ رازداری و اصول اخلاقی را به دقت آموزش دهد و تأکید کند. همچنین مددکار اجتماعی لازم است که راه‌های ارتباطی با وی یا سایر مراجع قانونی ضروری از جمله سازمان بهزیستی (اورژانس اجتماعی ۱۲۳) را نیز در اختیار آنان قرار دهد.

◆ از جمله خدمات و حمایت‌های روانی اجتماعی که می‌توانند توسط منابع غیررسمی فراهم شوند و مددکار اجتماعی می‌تواند دسترسی به آن‌ها را تسهیل کند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- حمایت از سرپرستان در مراقبت و نگهداری از کودک به ویژه برای سرپرستان شاغل یا خانواده‌های تک سرپرست
- حمایت مالی از خانواده
- میانجی‌گری در تنش‌ها و بحران‌های خانوادگی
- پیگیری و همکاری در دریافت خدمات توسط خانواده
- پیگیری و نظارت بر رفتار با کودک و تأمین نیازهای وی
- ایفای نقش بزرگسال مطمئن و مورد اعتماد برای کودک

ه- مداخلات آموزشی

به صورت کلی مداخلات آموزشی مددکاران اجتماعی در مرکز درمانی را می‌توان در سه طبقه کلی مطرح کرد:

- مداخلات آموزشی برای کارکنان مرکز درمانی
- مداخلات آموزشی پیشگیرانه کودک‌آزاری و غفلت برای عموم مراجعه‌کنندگان
- مداخلات آموزشی به کودک و خانواده برای کودکان در خطر کودک‌آزاری و غفلت

ه-۱- مداخلات آموزشی برای کارکنان مرکز درمانی

مددکاران اجتماعی که در مراکز درمانی فعالیت می‌کنند در راستای اهداف خود مبنی بر پیشگیری از وقوع خشونت علیه کودکان، شناسایی به‌موقع آن و اطمینان از تحقق حقوق کودکان، لازم است که به کلیه کارکنانی که به نحوی ممکن است با کودک در ارتباط باشند، به ویژه تیم متخصصین در موارد کودک‌آزاری و غفلت آموزش‌هایی ارائه دهند. لازم به ذکر است که این آموزش‌ها باید منطبق با سازوکار آموزش کارکنان در مراکز درمان صورت بگیرد (برای نمونه زیرنظر و با همکاری سوپروایزر آموزشی) این آموزش‌ها می‌توانند دو هدف کلی را دنبال کنند:

- ۱- شناسایی به‌موقع و مداخله مؤثر در موارد کودک‌آزاری و غفلت
- ۲- رویکرد و دغدغه یکسان مدیران و تیم متخصصان مرکز درمانی در موارد کودک‌آزاری و غفلت
- ۳- تقویت مهارت‌های کار تیمی و شفافیت نقش‌ها در ارزیابی و ارائه خدمات در موارد کودک‌آزاری و غفلت
- ۴- برقراری ارتباط و تعامل با کودکان مشکوک به کودک‌آزاری و خانواده‌های آنان
- ۵- پیشگیری از وقوع آزار و خشونت علیه کودکان در مراکز درمانی حین معاینات و مداخلات درمانی

از جمله منابع پیشنهادی که مددکاران اجتماعی برای آموزش و تحقق این اهداف می‌توانند بکار گیرند شامل موارد زیر می‌شود:

- ✓ پیمان‌نامه حقوق کودک ۱۹۸۹
- ✓ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ به ویژه مسئولیت کادر درمان در شناسایی و گزارش کودک‌آزاری
- ✓ آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان
- ✓ قسمت «ارزش‌های بنیادین، اصول و ملاحظات اخلاقی» در فصل اول این راهنما
- ✓ قسمت مصاحبه با کودک و خانواده «انواع کارابزارهای مورد استفاده» در فصل اول این راهنما
- ✓ کلیه مطالب ضمیمه شماره ۲ (مفاهیم مرتبط با کودک‌آزاری و غفلت) این راهنما
- ✓ "چارچوب اجرای دستورالعمل رفتار با کودک و نوجوان در بخش درمان"، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. دی ماه ۱۳۹۴
- ✓ "دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک در مراکز بهداشتی-درمانی (مراکز سرپایی)"، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، بخش روانپزشکی اطفال، دکتر فریبا عربگل.
- ✓ "دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک/نوجوان در مراکز بهداشتی-درمانی (مراکز بستری)"، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، بخش روانپزشکی اطفال، دکتر فریبا عربگل.

ه-۲- مداخلات آموزشی پیشگیرانه کودک‌آزاری و غفلت برای عموم مراجعه‌کنندگان

مراکز درمانی از جمله محیط‌های عمومی هستند که کودکان و خانواده‌های زیادی به آن رفت‌وآمد دارند، لذا می‌تواند یکی از مهم‌ترین پایگاه‌های آموزش و پیشگیری در این حوزه باشد. از ظرفیت مراکز درمانی می‌توان برای افزایش آگاهی عمومی و فرهنگ‌سازی در رابطه با حقوق کودک، شیوه‌های والدگری و روش‌های تربیتی مؤثر و غیر

خشونت‌آمیز، معرفی انواع کودک‌آزاری و غفلت، انواع علائم و نشانه‌های آن، جرم عمومی بودن کودک‌آزاری و در نتیجه الزام برای گزارش موارد مشکوک و همچنین معرفی اورژانس اجتماعی (۱۲۳) استفاده کرد.

مددکاران اجتماعی با کمک روانشناس مرکز درمانی می‌توانند از منابعی چون پیمان‌نامه حقوق کودک ۱۹۸۹، قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹، کلیه مطالب ضمیمه شماره ۲ (مفاهیم مرتبط با کودک‌آزاری و غفلت) این راهنما و همچنین منابع مرتبط با ارتباط مناسب کودک و سرپرست و انواع الگوهای فرزندپروری استفاده کنند:

◆ این مطالب باید در قالب پوسترها یا بروشورهای آموزشی در محل‌های انتظار، راهروها و سایر مکان‌های مورد ملاحظه عموم نصب شوند.

◆ این پوسترها و بروشورها باید به صورت جذاب تصویری و نوشتاری طراحی شوند، اما نباید به گونه‌ای طراحی شوند که در نگاه اول آشکار شود که موضوع آن کودک‌آزاری است. زیرا این موضوع می‌تواند مانعی برای مطالعه و مورد توجه قرار گرفتن در فضاهای عمومی محسوب شود

◆ به صورت مجزا مخاطبان کودک، نوجوان و بزرگسال را هدف قرار دهند و همچنین به صورت مجزا مطالبی هم برای قربانیان (راه‌های خودمراقبتی و درخواست کمک) و هم افراد آزارگر (پیامدهای قانونی، پیامدهای آزار و روش‌های تربیتی بدون خشونت) داشته باشد.

◆ در بعضی از منابع توصیه شده است که پوسترهای مرتبط با منابع حمایتی و گزارش‌دهی کودک‌آزاری در سرویس‌های بهداشتی هم نصب شوند تا افراد بتوانند در فضای خصوصی‌تری آن‌ها را مطالعه و در صورت نیاز شماره منابع حمایتی چون اورژانس اجتماعی را یادداشت کنند.

ه-۳- مداخلات آموزشی به کودک و خانواده برای کودکان در خطر کودک‌آزاری و غفلت

در مواردی که پس از ارزیابی‌ها مشخص می‌شود که کودک‌آزاری و غفلت به دلیل آگاهی پایین سرپرستان، ضعف ارتباطی سرپرستان و کودک و یا دیدگاه‌های فرهنگی و هنجارهای نادرست در مورد تربیت و تنبیه کودک رخ داده است، آموزش به کودک و خانواده می‌تواند نقش قابل توجهی در پیشگیری از وقوع اتفاقات مشابه داشته باشد. آموزش به کودک و خانواده به ویژه در مواردی که احتمال آزار بسیار کم بوده و به مراجع قانونی گزارش نشده است و همچنین در مواردی که با وجود گزارش به مراجع قانونی ولی کودک‌آزاری از لحاظ قانونی اثبات نشده است، می‌تواند محور اصلی مداخلات باشد تا از وقوع رخداد‌های مشابهی که حتی ممکن است کمترین آسیب را به کودکان بزنند، جلوگیری کند. آموزش به کودک عمدتاً با هدف حفظ ایمنی و مراقبت از وی در برابر خشونت و آزار مجدد است که به صورت ویژه و مشخص در ابتدای این مرحله در قسمت اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک در خانه مورد اشاره واقع شد. علاوه بر این مداخلات آموزشی برای کودکان شامل اطمینان از رسیدگی به وضعیت تحصیلی کودک با توجه به بستری بودن در بیمارستان نیز می‌شود. مددکار اجتماعی با یادآوری اهمیت آن به خانواده یا با ارتباط مستقیم با مدرسه کودک می‌تواند نیازهای آموزشی و تحصیلی کودک را تحقق بخشد.

آموزش به سرپرستان، اعضای خانواده و سایر افراد بزرگسال مهم در زندگی کودک، با روش‌های مختلف آموزش فردی، خانوادگی و گروهی مانند انواع جزوه‌ها و کتابچه‌ها به زبان ساده، آموزش مستقیم و چهره به چهره فردی و آموزش گروهی به صورت مستقیم یا به واسطه گروه‌های همیار می‌تواند صورت بگیرد.

همچنین این مسئله لازم به یادآوری است که بازدید از منزل نیز می‌تواند یک فرصت بسیار مناسب برای آموزش مسائل کوتاه و ضروری در بستر خانه و خانواده باشد:

- مددکار اجتماعی می‌تواند مسائل و نکاتی که چندان حاد و فوری نیستند (ارتقا بهداشت نگهداری مواد غذایی) یا نکات خطرآفرین و حادی که امکان اصلاح فوری آنان ممکن است (مانند در دسترس نگذاشتن مواد سمی و داروها) و با آموزشی کوتاه امکان اصلاح آن‌ها وجود دارد را آموزش دهد.
 - برای خطرات شدید و حادی که کودک را تهدید می‌کند (مانند ارتفاع بدون حفاظ) لازم است که آموزش لازم در بازدید از منزل صورت گرفته، ارائه شود و پیگیری لازم جهت انجام آن صورت بگیرد.
- مددکار اجتماعی با کمک سایر اعضای تیم مرکز درمانی از جمله روانشناس می‌تواند نیازهای آموزشی خانواده را شناسایی کند. از مجموعه موضوعات و سرفصل‌هایی که عمدتاً مورد نیاز خانواده‌ها و کودک قرار دارند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- حقوق کودک و چگونگی تحقق آن در خانواده
- انواع مهارت‌های زندگی از جمله مدیریت خشم، حل مسئله، کمک‌خواهی
- انواع روش‌های والدگری و فرزندپروری
- انواع روش‌های تنبیه غیر خشونت‌آمیز و تشویق کودک
- نظریه دلبستگی
- نیازهای کودکان در مراحل مختلف رشد و تکامل
- نیازها و مسائل مرتبط با دوران نوجوانی
- اصول و مسائل ایمنی مرتبط با کودک با توجه سن و رشد کودک
- زندگی با کودکان با نیازهای ویژه، کودکان با مشکلات شدید رفتاری
- انواع کودک‌آزاری و غفلت، علائم و نشانه‌های آن و همچنین پیامدهای قانونی آن برای سرپرست^۱
- عواقب و آسیب‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت کودک‌آزاری و غفلت^۱
- انواع عوامل محافظت‌کننده و خطرآفرین کودک‌آزاری و غفلت و راهکارها برای کاهش عوامل خطرآفرین و تقویت عوامل محافظت‌کننده^۱
- آموزش چگونگی مراقبت سرپرستان از کودکان در برابر آزار و غفلت
- آموزش مواجهه و رفتار سرپرست با کودکی که مورد آزار جنسی واقع شده است

^۱ می‌توان از مطالب ضمیمه شماره ۲ همین دستورالعمل استفاده کرد

مددکاران اجتماعی با توجه به وضعیت کودک و خانواده، میزان حضور وی در مرکز درمانی و همچنین ظرفیت آموزش سرفصل مورد نیاز توسط خود، روانشناس یا روانپزشک مرکز می‌تواند این امکان دریافت این آموزش‌ها را در خود مرکز یا خارج از آن فراهم کند. در واقع مددکاران اجتماعی می‌توانند از ظرفیت منابعی چون آموزش و پرورش (به ویژه مدارس)، سازمان‌های مردم‌نهاد، مراکز و خانه‌های بهداشت در سطح شهرها و روستاها، شهرداری‌ها، کتاب‌ها، سایت‌های آموزشی، فضای مجازی و ... برای آموزش این سرفصل‌ها استفاده کنند. پس پیشنهاد می‌شود که مددکاران اجتماعی برای هر یک از این سرفصل‌ها منابع آموزشی حضوری، غیرحضوری و مکتوب را پیش‌بینی و آماده کنند که در صورت نیاز با توجه به شرایط خانواده در اختیار آن‌ها قرار داده شود.

و- مداخلات حقوقی

همان‌طور که قبلاً نیز ذکر شد، گزارش‌ها دقیق مرکز درمانی به مراجع قانونی می‌تواند نقش قابل توجهی در تصمیم‌گیری در رابطه با سرنوشت کودکان در مراجع قضایی و وضعیت سرپرستی آنان داشته باشد. لذا علاوه بر نکاتی که در رابطه با گزارش‌نویسی به مراجع قضایی در فصل اول ذکر شد، ممکن است که مددکاران اجتماعی به فراخور وضعیت کودک لازم باشد که درگیر فرایندهای قضایی شوند یا لازم باشد که خانواده‌ها را برای پیگیری‌های حقوقی مرتبط با وضعیت کودک خود راهنمایی کنند. از همین‌رو به نکات زیر در این راستا می‌توان اشاره کرد:

- ◆ در وهله اول آنچه اهمیت دارد، آگاهی مددکاران اجتماعی به قوانین مرتبط با کودک‌آزاری و غفلت و دستورالعمل‌ها و فرایندهای قانونی و قضایی مرتبط با آن و همچنین فرایندهای حقوقی نوزادان رهاشده و مجهول‌الهویه است.
- ◆ لازم است که مددکار اجتماعی همکاری مؤثری با کارشناس حقوقی مرکز درمانی در رابطه با موارد کودک‌آزاری و غفلت و همچنین نوزادان رهاشده و مجهول‌الهویه داشته باشد.
- ◆ به صورت ویژه در رابطه با نوزادان رهاشده و مجهول‌الهویه، مددکار اجتماعی باید مکاتبات لازم را با واحد حقوقی (کارشناس حقوقی) بیمارستان یا شبکه‌ی بهداشت و درمان انجام داده تا پیگیری‌های قانونی توسط این واحدها انجام شود. در صورتی که واحد حقوقی در بیمارستان یا شبکه بهداشت و درمان مستقر نباشد مددکار اجتماعی می‌تواند از طریق مکاتبه مستقیم با مرجع قضایی نسبت به کسب مجوزهای لازم اقدام نماید.
- ◆ لازم است که مددکاران اجتماعی با مراجع قانونی این حوزه به ویژه سازمان بهزیستی (به ویژه اورژانس اجتماعی و اداره پذیرش)، مرجع قضایی (دادگاه، دادسرا، اداره سرپرستی و ...) و نیروی انتظامی ارتباطی مثبت و مبتنی بر همکاری شکل داده باشند که به فراخور در راستای منافع عالی کودک بتوانند از آن استفاده کنند.
- ◆ لازم است که مددکاران اجتماعی حساسیت‌ها و ظرافت‌های جمع‌آوری شواهد و مستندات جهت ارائه به مراجع قانونی را بدانند و در گزارش‌ها خود بکار بگیرند (در بخش مستندسازی و گزارش‌نویسی در فصل اول به نکاتی در این مورد اشاره شده است)

- ◆ انتظار می‌رود که مددکار اجتماعی به بهترین و سریع‌ترین شکل ممکن پیگیری‌های قانونی لازم را انجام دهد و مانع از به خطر افتادن ایمنی کودک، تضییع حق وی و حتی سرپرستان قانونی شود و این موضوع به ویژه در مواردی که ممکن است همکاری لازم از جانب سازمان بهزیستی به هر دلیلی صورت نگیرد، بسیار ضروری است.
- ◆ مددکاران اجتماعی در مواردی که کودک آزار یکی از سرپرستان بوده است یا یکی دیگر از اعضای خانواده بود یا خارج از خانواده بوده است و سرپرست یا سرپرستان می‌خواهند از فرد آزارگر شکایت کنند، لازم است که بتواند با همکاری کارشناس حقوقی مرکز درمانی، در رابطه با فرایندهای قانونی و قضایی پیش‌رو و حقوق کودک و سرپرستان در این فرایندها راهنمایی لازم را به آن‌ها داشته باشد.

ز- مداخلات و حمایت اقتصادی، رفاهی و تسهیلاتی

همان‌طور که قبلاً عنوان شد، فقر می‌تواند یکی از عوامل خطرآفرین وقوع خشونت و آزار علیه کودکان باشد که باعث می‌شود خیلی از خانواده‌ها ناآگاهانه یا از روی ناچاری نتوانند نیازهای ضروری کودک را تأمین کنند. در نتیجه یکی دیگر از مداخلاتی که مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی می‌توانند انجام دهند، ارائه خدمات رفاهی و مالی ضروری به خانواده برای کاهش فشار وارد بر خانواده و حمایت از وی در تأمین نیازهای اساسی و پیگیری مداخلات درمانی و توانبخشی مورد نیاز کودک است.

برای کودکانی که تحت نظارت یا سرپرستی سازمان بهزیستی یا مرجع قضایی قرار می‌گیرند، معمولاً این خدمات بیشتر و به صورت نظام‌مندتری فراهم خواهد بود، اما حتی برای این گروه از کودکان نیز ممکن است، نیاز کودک یا خانواده به هر دلیلی به صورت کامل توسط سازمان بهزیستی پوشش داده نشود. لذا برای کلیه کودکانی که درگیر کودک‌آزاری و غفلت می‌شوند، در وهله اول لازم است که مددکاران اجتماعی در چارچوب گروه‌بندی‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی^۱ نسبت به حمایت اقتصادی از خانواده اقدام کنند. پیگیری بیمه درمانی کودک در صورت بیمه نبودن، از دیگر اقدامات ضروری است که مددکاران اجتماعی در چارچوب دستورالعمل‌های موجود خود باید نسبت به آن اقدام کنند و یا خانواده (همراه کودک) را برای گرفتن بیمه راهنمایی کنند. در مورد نوزادان رهاشده یا کودکان مجهول‌الهویه نیز اقدامات لازم برای گرفتن بیمه درمانی کودک توسط مددکاران اجتماعی صورت می‌گیرد و در صورت موفقیت، بیمه‌نامه و سایر اسناد برای ادارات کل بیمه سلامت ارسال می‌شود. لازم به ذکر است که جهت دریافت بیمه‌ی سایر اقشار سازمان بهزیستی برای کودکان مجهول‌الهویه باید دستور مرجع قضایی صادر شده باشد.

علاوه بر این لازم است که مددکاران اجتماعی، منابع حمایتی و رفاهی دولتی و غیردولتی را در سطح کشور، استان، شهر، منطقه یا روستای خود بشناسند، این بانک اطلاعاتی را به صورت مداوم بروز کنند و مشارکت خیرین را جلب کنند. مددکاران اجتماعی لازم است که به فراخور نیاز کودک و خانواده از این منابع استفاده کنند و در صورت لزوم

^۱ مانند دستورالعمل حمایت اقتصادی از بیماران نیازمند در مراکز درمانی (با تمرکز بر حمایت روانی-اجتماعی)، ویرایش اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، اداره مددکاری اجتماعی

خانواده را برای دریافت خدمات ارجاع دهند. همچنین علاوه بر این منابع رسمی رفاهی، همان‌طور که قبلاً تأکید شد، مددکاران اجتماعی در شبکه حمایتی غیررسمی خانواده در سطح خویشاوندان، همسایه‌ها، دوستان، آشنایان و منابع محلی نیز منابعی را باید شناسایی کنند که می‌توانند در مواقع ضروری به کودک و خانواده کمک کنند.

برای استفاده از منابع حمایتی رسمی، بهتر است که مددکار اجتماعی علاوه بر تدوین معرفی‌نامه‌های رسمی جهت ارجاع خانواده، خود ابتدا با آن منابع در رابطه با خانواده تعامل اولیه را برقرار کند و از حمایت از خانواده توسط آن منبع اطمینان حاصل کند. در رابطه با منابع غیررسمی نیز، برقراری ارتباط با آن‌ها و جلب مشارکتشان توسط مددکار اجتماعی می‌تواند نقش قابل توجهی در اثربخشی مداخلات آن‌ها داشته باشد. پیگیری‌های بعدی جهت اطمینان از دریافت خدمات و حمایت توسط خانواده نیز ضرورت دارد.

ح-ترخیص ایمن کودک از مرکز درمانی

کودکانی که در مراکز درمانی مشکوک به کودک‌آزاری و غفلت شناسایی می‌شوند، با توجه به وضعیت گزارش به مرجع قانونی و تأیید کودک‌آزاری از جانب مرجع قضایی ممکن است که در مراحل و شرایط مختلفی از فرایند ارزیابی، مداخله و رسیدگی قضایی ترخیص شوند. فرایند ترخیص این کودکان به خانواده یا سازمان بهزیستی از حساسیت قابل توجهی برخوردار است که در این بخش به آن توجه شده است.

از جمله نکاتی که در این مرحله موردتوجه قرار دارد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ◆ وظیفه اصلی مددکار اجتماعی و اعضای تیم مرکز درمانی در این مرحله، در هر نوع حکم قضایی و با هر نوع همکاری و نقش سازمان بهزیستی، اطمینان از ترخیص ایمن کودک با توجه به وضعیت وی و خانواده‌اش است (با توجه به مداخلات پیشنهادی برای اطمینان از حفظ ایمنی کودک در خانه).
- ◆ اگر با توجه به تصمیم مرجع قضایی و سازمان بهزیستی خطری کودک را تهدید نمی‌کند، اما مددکار اجتماعی مرکز درمان شواهد قوی مبنی بر احتمال وقوع آسیب و آزار به کودک دارد، لازم است تمام تلاش خود را برای پیگیری‌های قضایی و اثبات ادعای خود بکار بگیرد تا از منافع کودک پس از ترخیص اطمینان حاصل کند.
- ◆ همان‌طور که قبلاً هم ذکر شد، در صورتی که درمان کودک در مرکز درمانی به پایان رسیده است و کادر پزشکی معتقدند که کودک می‌تواند ترخیص شود، اما از طرف دیگر نگرانی قابل توجهی نسبت به ایمنی کودک پس از بازگشت به خانواده وجود دارد و هنوز حکم قضایی در رابطه با کودک‌آزاری صادر نشده است. تیم مرکز درمانی می‌تواند از تمهیداتی چون عدم ترخیص کودک و بستری ماندن وی در مرکز درمانی تا زمان مشخص شدن حکم قضایی استفاده کند. لازم به یادآوری است که با توجه به مسئولیت قانونی چنین تصمیماتی لازم است که در وهله اول تلاش شود که دستور متناسب با آن از مرجع قضایی گرفته شود (عدم ترخیص کودک از بیمارستان تا صدور حکم قضایی).

- ◆ در مواردی نیز که سازمان بهزیستی نظارت بر خانواده یا سرپرستی کودک را بر عهده دارد، مددکار اجتماعی می‌تواند که توصیه‌ها و پیشنهادهای لازم را برای اطمینان از محافظت از کودک و ایمنی وی پس از ترخیص به کارشناسان این سازمان ارائه دهد.
- ◆ در مواردی که کودک باید توسط مرکز درمانی به سازمان بهزیستی تحویل داده شود، لازم است که مددکار اجتماعی ابتدا فرایند پیش‌رو را برای کودکان بزرگتر شرح دهد. همچنین مددکار اجتماعی باید اطمینان حاصل کند که فردی مطمئن و آموزش دیده که ترجیحاً کودک از قبل وی را می‌شناسد و به وی اعتماد دارد در تمام فرایند پذیرش و تحویل کودک به سازمان بهزیستی، کودک را همراهی و از تحقق اصول مطرح شده اطمینان پیدا می‌کند. در وهله اول اولویت با کارشناس سازمان بهزیستی که کودک را از مرکز درمانی تحویل بگیرد، اما در صورت عدم این موضوع از جانب سازمان بهزیستی، مددکار اجتماعی با اطلاع و مشورت ریاست بیمارستان (مدیریت مرکز درمانی) طی مکاتبه با واحد حقوقی بیمارستان / شبکه بهداشت درمان از عدم همکاری سازمان بهزیستی و اعلام آن به سیستم قضایی در گزارش مددکاری اجتماعی برای دریافت حکم قضایی اقدام می‌کند. تا با اطلاع رسانی زمینه را برای همکاری‌های بعدی فراهم نمائید. برای کودکان در سنین پایین‌تر ترجیحاً این فرد خانم باشد. همچنین بهتر است که برای کودکان در سنین بالاتر و در صورت امکان به جای آمبولانس از وسیله نقلیه اداری استفاده شود تا اضطراب کمتری برای کودک به همراه داشته باشد.
- ◆ مددکار اجتماعی به هنگام ترخیص کودک به سازمان بهزیستی، باید از تکمیل مستندات حقوقی و گزارش‌ها مرتبط جهت ترخیص از مرکز درمانی و پذیرش در سازمان بهزیستی اطمینان حاصل کند.
- ◆ مددکار اجتماعی با اطلاع و مشورت ریاست بیمارستان (مدیریت مرکز درمانی)، باید به هنگام ترخیص کودک از مرکز درمانی، بر رعایت نکات قید شده در حکم مرجع قضایی نظارت داشته باشد (فردی که می‌تواند کودک را به وی تحویل داد و سایر شروط قید شده در حکم). البته این موضوع لازم به ذکر است که در صورت واگذاری مسئولیت کودک به سازمان بهزیستی، این اطمینان از تحقق شرایط باید با همکاری سازمان صورت بگیرد.
- ◆ مددکار اجتماعی پیش از ترخیص کودک، باید مجموعه توافقات و برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته با کودک و خانواده را مرور و از تحقق و پیگیری آن‌ها اطمینان حاصل کند. این یادآوری به ویژه برای مواردی که در حکم مرجع قضایی قید شده است ضرورت دارد. برای اطمینان از تحقق اهداف تدوین شده حتی پس از ترخیص کودک، می‌توان از راهکارهایی مانند مکتوب کردن قدم‌های بعدی توسط اعضای خانواده (قرارداد یا توافقنامه میان مددکار اجتماعی با اعضای خانواده)، مکتوب کردن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی و راه‌های ارتباطی با آنان و همچنین اطمینان از به همراه داشتن نقشه امن توسط کودکان و امن بودن محل نگهداری آن استفاده کرد.
- ◆ مددکار اجتماعی پیش از ترخیص کودک، باید راه‌های ارتباطی با خود را در اختیار خانواده قرار دهد تا در صورت نیاز با او ارتباط برقرار کنند.
- ◆ مددکار اجتماعی پیش از ترخیص کودک، باید آمادگی لازم برای اتمام رابطه شکل گرفته را در کودک و همچنین خانواده ایجاد کند و این موضوع به ویژه در مواردی که رابطه مبتنی بر اعتماد و نزدیکی میان کودک با مددکار

اجتماعی یا با سایر کادر درمان شکل گرفته، از اهمیت زیادی برخوردار است. زیرا قطع ناگهانی رابطه می‌تواند بر تجربه کودک در اعتماد مجدد به بزرگسالان تأثیر منفی بگذارد.

◆ مددکار اجتماعی پیش از ترخیص کودک، باید برای پیگیری شرایط و مداخلات کودک و خانواده، با توجه به وضعیت و نیاز کودک و با کمک تیم مرکز درمانی، مراجع قانونی و همچنین خانواده، برنامه‌ریزی لازم را انجام دهد. این برنامه‌ریزی باید شامل بازه زمانی پیگیری از خانواده و چگونگی آن باشد.

سناریوی شماره هفت : نمونه‌ی غفلت

دختری ۱۴ ساله با شواهد اقدام به خودکشی (خودسوزی) به اورژانس بیمارستان منتقل می‌شود. پرستار تریاژ با مددکار اجتماعی تماس می‌گیرد و جهت ارزیابی سریع در اورژانس حاضر می‌شود. مصاحبه با تیم درمان نشان می‌دهد که دختر سابقه‌ی افسردگی داشته و امروز در خانه تنها بوده است. والدین با حال پریشان در بیمارستان حاضر می‌شوند و با توجه به بالا بودن میزان سوختگی امکان بهبودی بیمار ضعیف می‌باشد. بیمار به لحاظ روحی، آرام به نظر می‌رسد و از اقدامی که انجام داده رضایت دارد، اعلام می‌کند که از زندگی خسته شده و تا همین جا کافی است. مددکار اجتماعی زمینه‌ی آرام‌سازی و همدلی با کودک و والدین را فراهم می‌کند. با توجه به اینکه برادر کوچک‌تر بیمار نیز جز همراهان است و ممکن است تماشای این صحنه‌ها و حضور در محیط اورژانس به لحاظ روحی برای وی مناسب نباشد، از یکی از بستگان خواسته می‌شود تا او را با خود به خانه ببرد و از طریق تلفن، وضعیت جسمی بیمار را پیگیری کنند. بیمار به بخش سوختگی منتقل می‌شود، مددکار اجتماعی هماهنگی‌های لازم را برای حضور والدین بر بالین فرزندشان فراهم می‌کند. پزشک معالج درخواست مشاوره‌ی روانپزشکی می‌دهد. توسط مددکار اجتماعی با واحد سلامت روان شبکه‌ی بهداشت برای پیگیری‌های احتمالی بعدی تماس گرفته می‌شود.

سناریوی شماره هشت : نمونه‌ی کودک‌آزاری جسمی

جسد کم‌جان کودکی سه‌ساله توسط آمبولانس فوریت‌های پزشکی به بیمارستان منتقل می‌شود، شواهد حاکی از وقوع کودک‌آزاری توسط والدین معتاد کودک بوده است. کودک در بخش ICU بستری شده و توسط منشی بخش به مددکار اجتماعی اطلاع داده می‌شود. مددکار اجتماعی ارزیابی‌های اولیه را انجام می‌دهد و با اورژانس اجتماعی بهزیستی تماس می‌گیرد. متأسفانه کودک به دلیل شدت جراحات فوت می‌کند. مددکار اجتماعی جهت تعیین تکلیف جسد کودک و طی مراحل قانونی، مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان (شبکه بهداشت) انجام می‌دهد.

◆ نکته

تعیین تکلیف موارد کودک‌آزاری‌های منجر به فوت صرفاً بر عهده‌ی مقام قضایی می‌باشد و این موارد از فوریت درجه‌ی یک برخوردارند.

۲-۷ مرحله پنجم: پیگیری پس از ترخیص

در این مرحله با توجه به برنامه‌ریزی که پیش از ترخیص برای چگونگی پیگیری وضعیت کودک و خانواده وی صورت گرفته است، مددکار اجتماعی پیگیری‌های لازم را انجام می‌دهد تا از تحقق اهداف تعیین شده و به ویژه ایمنی کودک اطمینان حاصل کند. در واقع هدف از پیگیری، تداوم حمایت است. بهترین اقدامات و مداخلات بدون پیگیری و نظارت‌ها، اثرگذار نخواهند بود و نمی‌توانند به اهداف مطلوب موردنظر خود دست یابند:

- ◆ با توجه به این که کودک به خانواده یا سازمان بهزیستی ترخیص می‌شود، در این مرحله مددکار اجتماعی با شیوه‌های مختلف (حضور، تلفنی یا مکتوب) با خانواده یا سازمان بهزیستی تعامل برقرار می‌کند و اجرای برنامه‌ریزی و توافقات صورت گرفته را پیگیری می‌کند.
- ◆ طبق پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی، لازم است بر اساس رویکرد مدیریت مورد، پیگیری پس از ترخیص از ۷-۱۰ روز پس از ترخیص بیمار و بنا به تشخیص مددکار اجتماعی آغاز می‌شود و طی یک‌ماه اول پس از ترخیص حداقل با دو تماس تلفنی وضعیت کودک و خانواده پیگیری شود. اما با توجه به وضعیت کودک و خانواده و ضرورت اطمینان از ایمنی و سلامت وی، لازم است که چگونگی این پیگیری در مرحله قبل برنامه‌ریزی و اجرا شود و ممکن است که به پیگیری بیشتر از این نیاز باشد.
- ◆ طبق پروتکل‌های خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان، در مرحله پیگیری مددکار اجتماعی می‌تواند به تشخیص خود در صورت نیاز بازدید از منزل نیز انجام دهد.
- ◆ پیگیری مداخلات درمانی و توانبخشی کودکان و انجام آزمایش‌های تشخیصی، به ویژه برای نوزادان مبتلا به سندرم پرهیز نوزادی یا کودکان درگیر اعتیاد از اهمیت زیادی برخوردار است.
- ◆ در شرایطی که امکان ارتباط مستقیم با خانواده وجود ندارد، مددکار اجتماعی می‌تواند پیگیری را از طریق شبکه اجتماعی غیررسمی خانواده یا بزرگسال مطمئن کودک انجام دهد.
- ◆ در مواردی که مددکار اجتماعی خانواده را به منابع رسمی ارجاع داده بوده است، لازم است که پیگیری لازم جهت اطمینان از مراجعه خانواده، دریافت خدمات و اثربخشی آن‌ها صورت بگیرد.
- ◆ در مراحل قبل چندین بار به مراکز و خانه‌های بهداشت در سطح شهرها و روستاها به عنوان یکی از منابع رسمی اشاره شد، در این مرحله نیز با توجه به گستردگی و پوشش این مراکز، مددکاران اجتماعی می‌توانند از ظرفیت این مراکز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پیگیری وضعیت کودک و خانواده وی استفاده کنند. برای نمونه پیشنهاد می‌شود که با ارائه اطلاعات کودک و خانواده به معاونت بهداشت، این کودکان در سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان کودکان در خطر کودک‌آزاری، مورد پیگیری و توجه مراکز و خانه‌های بهداشت قرار گیرند.

سناریوی شماره نه : نمونه‌ی غفلت و بی‌توجهی

نوزادی به علت سندرم ترک ناشی از مصرف مواد مخدر توسط مادر، در بخش NICU بستری گردید و مادر پس از زایمان از بخش متواری شد. هیچ‌گونه مدارک هویتی از والدین وجود ندارد و آدرس و شماره ارائه شده نادرست می‌باشد. شواهد نشان می‌دهد که نوزاد در بیمارستان رها شده است. مددکار اجتماعی بلافاصله با اورژانس اجتماعی بهزیستی تماس می‌گیرد، نماینده‌ی کلانتری نیز در بیمارستان حاضر می‌شود. مکاتبات لازم از طریق مددکار اجتماعی بیمارستان (یا نماینده‌ی بهزیستی) با نماینده‌ی حقوقی صورت می‌گیرد تا وضعیت نوزاد پس از بهبودی و طی کردن مراحل درمان، مشخص شود. همچنین مددکار اجتماعی بیمارستان پیگیری‌های لازم برای دریافت بیمه‌ی درمانی را نیز انجام می‌دهد.

سناریوی شماره ده : نمونه‌ی کودک‌آزاری جنسی

پسری دوازده‌ساله توسط پدرش به بیمارستان منتقل می‌شود، شواهدی از آزار جنسی در کودک وجود دارد که پزشک معالج نیز آن را تأیید می‌کند. مددکار اجتماعی بلافاصله در اورژانس جهت ارزیابی سریع از طریق تریاژ حاضر می‌شود. کودک بسیار نگران و مضطرب است و پدر کودک هم مایل نیست تا این موضوع عمومیت پیدا کند و می‌خواهد کودک را با رضایت شخصی ترخیص کند. ارزیابی مددکار اجتماعی نشان می‌دهد که تجاوز توسط یکی از دوستان کودک و در محیط کلوپ بازی یارانه‌ای صورت گرفته است. مددکار اجتماعی اقدامات لازم جهت آرام‌سازی کودک را انجام می‌دهد و اطلاعات مورد نیاز جهت پیگیری از طریق مراجع قضایی را در اختیار پدر کودک قرار می‌دهد.

۲-۸ مرحله ششم: ارزشیابی مداخلات

همان قدر که برنامه‌ریزی درست و ارائه مداخلات اهمیت دارد، ارزشیابی همه‌جانبه آن هم در حین اجرا و هم پس از اتمام برنامه جهت بررسی میزان تحقق اهداف از اهمیت زیادی برخوردار است. در واقع لازم است که کلیه خدماتی که به کودک توسط مرکز درمانی یا سایر مراجع قانونی ارائه شده است، در راستای تحقق ایمنی و آسایش کودک ارزشیابی شوند. از همین رو در ارزشیابی مددکار اجتماعی میزان اجرا و پیشرفت اهداف و مداخلات را اندازه‌گیری می‌کند و با توجه به زمان‌بندی پیش‌بینی شده نسبت به چگونگی اجرای برنامه و اینکه تا حد پیشرفته است، ارزشیابی خود را ارائه می‌دهد. سپس بر مبنای ارزشیابی صورت گرفته هر یک از مراحل پیشین ارزیابی، هدف‌گذاری یا مداخلات می‌توانند اصلاح یا بازبینی شوند.

از جمله نکاتی که در این مرحله باید مورد توجه قرار داد، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

◆ یکی از خروجی‌های مرحله سوم (تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای مداخلات) مشخص شدن اهداف و معیارهای تحقق آن‌ها بودند. در این مرحله لازم است که با توجه به پیگیری صورت گرفته مشخص شود که این اهداف چقدر تحقق پیدا کرده‌اند (شاخص سایر/اهداف تعیین شده در قسمت ارزشیابی فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری).

◆ در این مرحله، علاوه بر ارزشیابی اهداف از پیش تعیین شده، فرایند ارائه خدمات و پیامدهای آن در چارچوب اصول و ارزش‌های این شیوه‌نامه یعنی اصل منافع عالی کودک، اصل توجه به سطح رشد و تکامل کودک، اصل عدم تبعیض، اصل مشارکت کودک و اصل مشارکت خانواده (فصل اول) نیز باید سنجیده و ارزشیابی شود (شاخص‌های ترخیص/ایمن کودک به خانواده یا بهزیستی، همکاری کودک در فرآیند درمان و ترخیص و همکاری خانواده و همراهان در فرآیند درمان و ترخیص در قسمت ارزشیابی فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری).

◆ علاوه بر لزوم توجه به اهداف مورد نظر در ارزشیابی، در این قسمت شاخص‌های اجرایی دیگری که در چگونگی تحقق اهداف تاثیرگذار هستند و در آن نقش دارند، نیز باید مورد سنجش قرار بگیرد. از این رو همان‌طور که در قسمت ارزشیابی «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری» آمده است، در ارزشیابی لازم است که به دو عامل وجود منابع و امکانات موثر و همچنین همکاری بین سازمانی موثر نیز توجه شود و مورد سنجش قرار گیرد.

◆ در این مرحله نیز مددکار اجتماعی سنجش ارزشیابی اهداف و مداخلات را با مشارکت تیم مرکز درمانی، کودک و خانواده و در صورت امکان با مشارکت کارشناسان سازمان بهزیستی و مرجع قضایی انجام دهد. در واقع ارزشیابی جامع باید تا حد ممکن از دیدگاه همه ذی‌نفعان باشد.

◆ پس از ترخیص کودک و طی پیگیری‌های دوره‌ای و متعددی که با توجه به برنامه‌ریزی صورت گرفته باید انجام شود، مددکار اجتماعی در چارچوب قسمت ارزشیابی فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در

- موارد کودک آزاری، باید میزان تحقق اهداف و اجرای مداخلات برنامه‌ریزی شده توسط خانواده، مراجع قانونی یا سایر منابع رسمی و غیررسمی را ارزشیابی و تأثیرات آن‌ها بر وضعیت کودک را گزارش کند.
- ◆ همان‌طور که در ابتدای این فصل اشاره شد، فرایند مددکاری اجتماعی فرایندی غیرخطی است و در مراحل مختلف ممکن است که رفت و برگشت میان مراحل صورت بگیرد. در واقع مددکار اجتماعی باید در تمام این فرایند هفت مرحله‌ای، نگاه ارزشیابی‌کننده‌ای نسبت به هر مرحله داشته باشد تا در صورت عدم تحقق اهداف آن مرحله، در صورت لزوم به مراحل قبلی بازگشت داشته باشد و اصلاحات لازم اعمال شود.
- ◆ در نهایت نیز پس تکمیل تمام شاخص‌های ارزشیابی، مددکار اجتماعی با رویکردی مشارکتی می‌تواند سنجش نهایی تیم را از اثربخشی مداخلات با توجه به شاخص ارزشیابی نهایی در قسمت ارزشیابی «فرم مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری» مشخص کند.
- ◆ در صورتی که ارزشیابی نشان‌دهنده در معرض خطر بودن ایمنی کودک و احتمال وقوع مجدد آزار و غفلت علیه کودک باشد، لازم است که مددکار اجتماعی اقدامات ضروری از جمله گزارش به سازمان بهزیستی و مراجع قضایی را در دستور کار خود قرار دهد تا از تحقق منافع عالی کودک اطمینان حاصل کند.
- ◆ عدم موفقیت و عدم تحقق کامل اهداف برنامه‌ریزی شده می‌تواند در نتیجه ضعف و مشکل در هر یک از پنج مرحله باشد، این نگاه انتقادی و ارزشیابی‌کننده علاوه بر این که می‌تواند منجر به افزایش اثربخشی مداخلات برای آن پرونده مشخص شود، در ارتقای فرایند تخصصی مددکاری اجتماعی و کاهش اشتباهات در پرونده‌ها و تجارب آتی نیز اثرگذار خواهد بود.

۲-۹ مرحله هفتم: خاتمه مداخلات

پیگیری وضعیت کودک و خانواده به صورت مداوم و دوره‌ای، باید تا زمان اطمینان از تحقق اهداف تعیین شده و ثبات در وضعیت ایمنی و سلامت کودک ادامه داشته باشد و پس از رسیدن به این اطمینان می‌توان آن پرونده را مختومه اعلام کرد و مداخله را خاتمه داد.

البته این موضوع به مشارکت و همراهی کودک و خانواده نیز وابسته است و اگر خانواده یا همراهان کودک قبل از تحقق اهداف مایل به خاتمه دریافت خدمات بودند، مددکار اجتماعی موظف است که آن‌ها را از آثار ناشی از خاتمه و متوقف کردن دریافت خدمات آگاه سازد و مشارکت آن‌ها را جلب کند.

در شرایط جابجایی یا ترک شغل مددکاران اجتماعی، مددکاران اجتماعی باید اطمینان پیدا کنند که این تغییرات منجر به اختلال در روند ارائه خدمات به کودک و خانواده نخواهد شد. در وهله اول باید این موضوع را با آن‌ها مطرح کنند و اقدامات ضروری برای انتقال پرونده به مددکار اجتماعی جدید را به صورت کامل و جامع فراهم سازند. حتی توصیه شده است که یک جلسه مشترک برای آشنایی و برقراری ارتباط میان مددکار اجتماعی جدید و خانواده برگزار کنند.

ضمیمه شماره ۱:

فرم مداخلات تخصصی مددکاری
اجتماعی در موارد کودک آزاری و
راهنمای آن

SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN CHILD MALTREATMENT SHEET

ADM Code:	Ward:	Attending Physician:	Date of Admission:
کد پذیرش:	بخش:	پزشک معالج:	تاریخ مراجعه:
			Time of Admission:
			ساعت مراجعه:
Name:		Family Name:	
نام کودک:		نام خانوادگی کودک:	
Tel:	Address:		
تلفن:	آدرس:		
Date of Birth:	National/Segment code:	Sex:	Nationality:
تاریخ تولد:	کد ملی / کد آمایش:	جنس:	ملیت:
نسبت قییم یا سرپرست قانونی (غیر از پدر):	نام و نام خانوادگی قییم یا سرپرست قانونی (غیر از پدر):	Mother's Name & Family name:	Father's Name & Family name:
		نام و نام خانوادگی مادر:	نام و نام خانوادگی پدر:
No Of Children:	Marital Status:	Job:	Education Level:
تعداد فرزندان بیمار (برای موارد کودک همسری و کودک مادری):	وضعیت تاهل بیمار (برای موارد کودک همسری):	شغل بیمار (برای موارد کودکان کار و خیابانی):	سطح تحصیلات بیمار:
Address and Tel:	Relative:	Patient Companion Name & Family Name:	PATIENT COMPANION:
آدرس و تلفن همراه بیمار:	نسبت همراه با بیمار:	نام و نام خانوادگی همراه:	همراه بیمار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
Basic Insurance:			
بیمه پایه: <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> فاقد بیمه			
Complementary Insurance:			
بیمه تکمیلی:			
مشخصات اعضای خانواده و نزدیکان بیمار			
نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	شغل
سایر اطلاعات شناسایی مرتبط با کودکان و نوزادان رها شده:			
علت پذیرش در مرکز:			
Arrival/Referral Type:			
نحوه ورود/ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی:			
خود ارجاع	ارجاع از کادر درمان	ارجاع از سازمان های دولتی	ارجاع از سازمان های غیر دولتی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تریاز	راند	سایر:	نام سازمان:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:			
تاریخ ارجاع:			
ساعت ارجاع:			

تریاز (ارزیابی سریع)

علایم و نشانه‌های رفتاری و روانی کودک	علایم و نشانه‌های جسمانی در کودک			نوع کودک آزاری احتمالی	سبب و اثر
	زمان وقوع آسیب	علت وقوع آسیب	نوع و شدت آسیب		
			<input type="checkbox"/> فاقد پاسخ دهی (سطح یک) <input type="checkbox"/> وضعیت پرخطر (سطح دو) <input type="checkbox"/> تعداد تسهیلات مورد نیاز: دو یا بیشتر (سطح سه) <input type="checkbox"/> تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار) <input type="checkbox"/> عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج) شرح لازم:	<input type="checkbox"/> خشونت فیزیکی <input type="checkbox"/> خشونت عاطفی و روانی <input type="checkbox"/> غفلت از کودک <input type="checkbox"/> خشونت جنسی <input type="checkbox"/> کودک‌کار و خیابان‌بهره‌کشی اقتصادی) <input type="checkbox"/> کودک و نوزاد رها شده	

تعیین اولویت	مسائل قانونی مرتبط با کودک	آزارگر احتمالی	احتمال وقوع کودک آزاری و غفلت	وجود همراه موثر	علایم و نشانه‌های مرتبط با قیام، سرپرست یا همراه	سبب و اثر
<input type="checkbox"/> آنی <input type="checkbox"/> فوری <input type="checkbox"/> فوریت کم			<input type="checkbox"/> غیرمحتمل <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد	<input type="checkbox"/> فاقد همراه موثر است <input type="checkbox"/> اطلاعات دارد، می‌تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد <input type="checkbox"/> اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست <input type="checkbox"/> اطلاعات ندارد، مشارکت می‌کند و می‌تواند رضایت قانونی دهد <input type="checkbox"/> همراه موثر حضور دارد		

شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:

پیشنهادات کادر درمان (تیم مدیریت مورد) از جمله مددکار اجتماعی برای مداخلات فوری (بر حسب ضرورت):

راند (ارزیابی تکمیلی)

ارزیابی روانی کودک:

ارزیابی روانی سرپرستان قانونی:

ارزیابی وضعیت اقتصادی خانواده:

ارزیابی وضعیت شبکه حمایتی و اجتماعی کودک و خانواده:

احتمال وقوع مجدد خونریزی علیه کودک	سابقه فرار از منزل کودک	سابقه کیفری در سرپرستان قانونی و سایر اعضای خانواده	سابقه اعتیاد به الکل یا مصرف مواد مخدر و روان گردان سرپرستان قانونی و سایر اعضای خانواده	سوابق ثبت شده قبلی مراجعه سایر خواهران و برادران زیر ۱۸ سال کودک به دلایل مشابه یا با دلایل غیرمطابق دیگر به مراکز بهداشتی و درمانی	سوابق ثبت شده قبلی مراجعه کودک به دلایل مشابه یا با دلایل غیرمطابق دیگر به مراکز بهداشتی و درمانی	سوابق ثبت شده قبلی کودک آزاری و غفلت	مرم یا اتفاقی بودن خونریزی وارد شده بر کودک	وجود فرد بزرگسالی مطمئن در خانواده برای مراقبت و نظارت بر کودک
<input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بالا	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیحات:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیحات:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیحات:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیحات:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیحات:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیحات:	<input type="checkbox"/> مزم <input type="checkbox"/> اتفاقی <input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> وجود <input type="checkbox"/> عدم وجود مشخصات: راه تماس:

شرح سایر عوامل خطر آفرین:

شرح سایر عوامل محافظت کننده:

جمع بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد:

برنامه ریزی و مداخله

اهداف مداخله:

مداخلات پیشنهادی کادر درمانی از جمله مددکار اجتماعی (تیم مدیریت مورد) (بر حسب ضرورت):

مداخلات مددکار اجتماعی

شرح مختصر مداخله و نتیجه آن	عنوان مداخله	تاریخ مداخله

آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد؟ ب خیر

درصد/ مبلغ حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف:

مداخلات سایر کادر درمان (تیم مدیریت مورد)

شرح مختصر مداخله	مجری مداخله	عنوان مداخله	تاریخ مداخله

شرح نهایی مداخلات:

نکات و توصیه های حین و پس از ترخیص:

پیگیری و ارزشیابی

نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ دارد ندارد

اهداف و برنامه پیگیری:

گزارش پیگیری ها:

نتیجه پیگیری

شیوه پیگیری

تاریخ پیگیری

ارزشیابی مداخلات پس از پیگیری:

ارزشیابی نهایی	سایر اهداف تدوین شده	همکاری بین سازمانی موثر	وجود منابع و امکانات موثر	همکاری خانواده و همراهان در فرآیند درمان و ترخیص	همکاری کودک در فرآیند درمان و ترخیص	ترخیص ایمن کودک به خانواده یا بهزیستی
<input type="checkbox"/> مداخله‌ی موثر <input type="checkbox"/> مداخله‌ی نیمه موثر <input type="checkbox"/> مداخله‌ی ناموثر	<input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق	<input type="checkbox"/> همکاری موثر بین سازمانی و بین بخشی <input type="checkbox"/> ضعف همکاری بین سازمانی و بین بخشی <input type="checkbox"/> همکاری غیر موثر بین سازمانی و بین بخشی <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت	<input type="checkbox"/> استفاده‌ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم <input type="checkbox"/> استفاده‌ی نسبی از منابع موجود <input type="checkbox"/> استفاده‌ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات <input type="checkbox"/> عدم استفاده از منابع موجود و یا جلب منابع لازم	<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت با توجه به نداشتن خانواده و همراه	<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت با توجه به شرایط کودک	<input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق

سمت و نقش کادر درمان در مدیریت مورد (تیم مدیریت مورد):

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:

راهنمای تکمیل

برگ مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در موارد کودک آزاری

همانند راهنمای پیاده‌سازی فرم مددکاری اجتماعی بیمارستان در سند کسب و کار فرم مددکاری تکمیل شود ^۱	اطلاعات پرونده پذیرش
بیشتر بخش‌ها همانند راهنمای پیاده‌سازی فرم مددکاری اجتماعی بیمارستان در سند کسب و کار فرم مددکاری تکمیل شود ^۱	اطلاعات پرونده مددکاری اجتماعی
در صورتی تکمیل شود که قییم و یا سرپرست قانونی کودک فردی غیر از پدر وی است.	نام و نام خانوادگی قییم یا سرپرست قانونی(غیر از پدر)
در صورتی تکمیل شود که قییم و یا سرپرست قانونی کودک فردی غیر از پدر وی است.	نسبت قییم یا سرپرست قانونی(غیر از پدر)
در مورد کودکان و نوزادان رها شده در صورتی که اطلاعات شناسایی در چارچوب جدول مشخصات اعضای خانواده و نزدیکان بیمار قرار نمی‌گیرد، می‌توان در این قسمت وارد کرد.	سایر اطلاعات شناسایی مرتبط با کودکان و نوزادان رها شده
با توجه به اطلاعات پذیرش قید شود که کودک به چه دلیلی در مرکز درمانی پذیرش شده است.	علت پذیرش در مرکز
در صورتی که کودک به واحد مددکاری اجتماعی ارجاع داده شده است، علت اولیه ارجاع قید شود. همچنین در صورتی که کودک از خارج از مرکز درمانی به دلیل کودک‌آزاری ارجاع داده شده است، شرحی از گزارش ارزیابی و تشخیص اولیه کودک‌آزاری و غفلت توسط ارجاع دهنده شرح داده شود.	علت اولیه و شرح ارجاع
<p>حداقل یکی از انواع کودک آزاری و غفلت زیر انتخاب شود:</p> <p><input type="checkbox"/> خشونت فیزیکی</p> <p><input type="checkbox"/> خشونت عاطفی و روانی</p> <p><input type="checkbox"/> غفلت از کودک</p> <p><input type="checkbox"/> خشونت جنسی</p> <p><input type="checkbox"/> کودکان کار و خیابان(بهره‌کشی اقتصادی)</p> <p><input type="checkbox"/> کودک و نوزاد رها شده(خرید و فروش نوزادان)</p>	نوع کودک آزاری احتمالی
این قسمت با استفاده از اطلاعات درج شده در تریاژ پرستاری و همچنین مصاحبه با پزشک و یا پرستار تکمیل می‌شود	اطلاعات تریاژ(ارزیابی سریع)
<p>✓ یکی از شرایط زیر انتخاب شود:</p> <p><input type="checkbox"/> فاقد پاسخ دهی (سطح یک)</p> <p><input type="checkbox"/> وضعیت پرخطر (سطح دو)</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد تسهیلات مورد نیاز: دو یا بیشتر (سطح سه)</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار)</p> <p><input type="checkbox"/> عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج)</p> <p>✓ خلاصه نکات قابل توجه نوع و شدت آسیب شرح داده شود:</p>	علائم و نشانه‌های جسمانی در کودک
<p>✓ لازم است که علت وقوع آسیب به صورت خلاصه از سه دیدگاه زیر گزارش شود:</p> <p>- توضیح و توجیه سرپرست قانونی یا همراه</p> <p>- توضیح کودک (با توجه به سن و سطح رشد)</p> <p>- تشخیص تیم درمان</p>	نوع و شدت آسیب
	علت وقوع آسیب

^۱ راهنمای پیاده‌سازی فرم مددکاری اجتماعی بیمارستان، سند کسب و کار فرم مددکاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت، کد سند کشوری: ۹۹۱۲-۱۰۰-۱(SW۰۱)، BD.SW۱، دیماه ۱۳۹۹

<p>✓ لازم است که هماهنگی و تطبیق توضیح کودک، همراهان و سرپرست قانونی با تشخیص تیم پزشکی در رابطه با علت وقوع علائم و آسیب‌ها ارزیابی شود و تناقضات گزارش شود</p> <p>** چنانچه اظهارات سایر افراد با نظر کادر درمان مغایرت داشت، نظر کادر درمان اولویت دارد.</p>			
<p>زمان وقوع آسیب یا جراحی منتج به علائم و نشانه‌ها (تازگی یا کهنگی علائم) براساس تشخیص کادر درمان و اظهارات کودک، همراهان و سرپرست قانونی گزارش شود.</p> <p>** چنانچه اظهارات سایر افراد با نظر کادر درمان مغایرت داشت، نظر کادر درمان اولویت دارد.</p>	<p>زمان وقوع آسیب</p>		
<p>خلاصه علائم و نشانه‌های رفتاری و روانی هشداردهنده و مشاهده شده در کودک، با توجه به نشانگان مطرح شده در «ضمیمه شماره ۲» راهنمای تخصصی و با همکاری تیم درمان به ویژه روانشناس و روانپزشک شرح داده شود.</p>		<p>علائم و نشانه‌های رفتاری و روانی کودک</p>	
<p>خلاصه علائم و نشانه‌های هشداردهنده در رفتار سرپرست قانونی، سایر مراقبان و همراهان کودک و همچنین در تعاملشان با کودک، با توجه به نشانگان مطرح شده در «ضمیمه شماره ۲» راهنمای تخصصی و با همکاری تیم درمان به ویژه روانشناس و روانپزشک شرح داده شود.</p>		<p>علائم و نشانه‌های مرتبط با قیام، سرپرست یا همراه</p>	
<p>یکی از شرایط زیر انتخاب شود:</p> <p><input type="checkbox"/> فاقد همراه موثر است</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات دارد، می‌تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات ندارد، مشارکت می‌کند و می‌تواند رضایت قانونی دهد</p> <p><input type="checkbox"/> همراه موثر حضور دارد</p>		<p>وجود همراه موثر</p>	
<p>در نهایت با توجه به ارزیابی مددکار اجتماعی و سایر کادر درمان (تیم مدیریت مورد)، یکی از حالات زیر انتخاب شود:</p> <p><input type="checkbox"/> غیرمحمتم</p> <p><input type="checkbox"/> احتمال کم</p> <p><input type="checkbox"/> احتمال زیاد</p>		<p>احتمال وقوع کودک آزاری و غفلت</p>	
<p>در نهایت با توجه به ارزیابی مددکار اجتماعی و سایر کادر درمان (تیم مدیریت مورد) و مشارکت کودک، همراهان و سرپرستان قانونی، نوع آزار از حیث وقوع در خانه یا خارج از خانه (موسسات، مدارس، خیابان و ...) و فرد آزارگر مشخص می‌شوند.</p>		<p>آزارگر احتمالی</p>	
<p>ملاحظات و مسائل قانونی مرتبط با درمان کودک و همچنین مداخلات قضایی و انتظامی مرتبط با کودک باید شرح داده شوند.</p>		<p>مسائل قانونی مرتبط با کودک</p>	
<p>با توجه به ارزیابی سریع صورت گرفته توسط مددکار اجتماعی و سایر کادر درمان (تیم مدیریت مورد) در رابطه با تعیین اولویت پرونده تصمیم‌گیری می‌شود و یکی از موارد زیر انتخاب می‌شود:</p> <p><input type="checkbox"/> نیاز به اقدام آنی: دارا بودن علائم و نشانه‌های جسمی آزار با شدت یک تا سه (براساس تریاژ پرستاری)، نبود همراه موثر، وقوع اخیر آزار، وجود نشانگان خطر (عوامل خطر آفرین) در سرپرست و همراه، احتمال زیاد آزار، رهاسدگی یا خرید و فروش از نظر مددکاری اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> نیاز به اقدام فوری: دارا بودن علائم و نشانه‌های جسمی آزار با شدت دو تا چهار (براساس تریاژ پرستاری)، نبود همراه موثر یا مشارکت ناموثر همراه در فرآیند درمان، وقوع اخیر آزار، وجود نشانگان خطر در سرپرست و همراه، احتمال زیاد آزار از نظر مددکاری اجتماعی</p>		<p>تعیین اولویت (میزان فوریت)</p>	

<p>□ نیاز به کمک با فوریت کم: دارا بودن علائم و نشانه های جسمی آزار با شدت چهار (بر اساس تریاژ پرستاری)، وقوع اخیر آزار، سایر انواع آزار علیه کودک بدون علائم جسمانی، وجود نشانگان خطر در سرپرست و همراه، محتمل بودن انواع آزار از نظر مددکاری اجتماعی</p>		
<p>در انتهای فرایند تریاژ، مددکار اجتماعی با مشارکت سایر تیم درمان و تجمیع نظرات آنها، ارزیابی نهایی خود را از وضعیت کودک در رابطه با وقوع آزار و غفلت شرح می دهد.</p>	<p>شرح ارزیابی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد</p>	
<p>✓ مددکار اجتماعی مجموع پیشنهادات تیم مدیریت مورد را برای انواع مداخلات که لازم است توسط خود مددکار اجتماعی و سایر تیم درمان با توجه به فوریت تشخیص داده شده، ارائه شود را به صورت خلاصه و موردی شرح می دهد.</p> <p>✓ در مداخلات پیشنهادی بهتر است که مشخص شود که هر مداخله توسط چه افرادی صورت می گیرد.</p> <p>✓ تصمیم گیری در رابطه با گزارش به مراجع قانونی در صورت عدم اطلاع (سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، مراجع قضایی) در این مرحله صورت می گیرد و باید قید شود.</p> <p>✓ اگر از اعضای کادر مرکز درمانی در رابطه با نتیجه گیری و تصمیم گرفته شده، عضوی دیدگاه متفاوت یا مخالف داشته باشد، بهتر است که در این قسمت گزارش داده شود.</p> <p>✓ چگونگی ورود اطلاعات مرتبط با تیم مدیریت مورد غیر از مددکار اجتماعی و میزان شرح و تفصیل در مورد آنها می تواند بر حسب ضرورت و با صلاح دید خود مددکار اجتماعی، با توجه به اهداف مداخلات مرتبط با کودک ازاری صورت بگیرد.</p>	<p>پیشنهادات کادر درمان (تیم مدیریت مورد) از جمله مددکار اجتماعی برای مداخلات فوری (بر حسب ضرورت):</p>	
<p>خلاصه گزارش ارزیابی روانی کودک با مشارکت روانشناس و یا روانپزشک تیم مدیریت مورد شرح داده شود. شرایط روانی کودک از نظر استرس، اضطراب، وجود افکار خودکشی، اختلالات سایکوتیک، رفتارهای تهاجمی، عدم مشارکت در مصاحبه و مداخلات، سابقه بیماری روانی یا تشدید علائم بیماری پیشین و تاثیرات آزار بر سلامت روان کودک بررسی شود.</p>	<p>ارزیابی روانی کودک</p>	<p>گروه اطلاعات راند (ارزیابی تکمیلی)</p>
<p>خلاصه گزارش ارزیابی سرپرست یا سرپرستان قانونی کودک با مشارکت روانشناس و یا روانپزشک تیم مدیریت مورد شرح داده شود. شرایط روانی از نظر استرس، اضطراب، وجود افکار خودکشی، اختلالات سایکوتیک، رفتارهای تهاجمی، عدم مشارکت در مصاحبه و مداخلات، سابقه بیماری روانی یا تشدید علائم بیماری پیشین بررسی شود.</p>	<p>ارزیابی روانی سرپرستان قانونی</p>	
<p>وضعیت اقتصادی خانواده کودک بر اساس دستورالعمل حمایت اقتصادی از بیماران نیازمند، ارزیابی و گزارش شود.</p>	<p>ارزیابی وضعیت اقتصادی خانواده</p>	
<p>شبکه حمایتی و اجتماعی رسمی و غیررسمی کودک و خانواده بررسی شود و نقاط قوت و ظرفیت های آن شناسایی شود. شبکه حمایت رسمی شامل عضویت در سازمان های حمایتی نظیر کمیته امداد، بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان اوقاف، کمیساریای عالی امور پناهندگان، موسسات خیریه و سازمان های مردم نهاد می شود. شبکه حمایت غیر رسمی شامل اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، آشنایان، مدرسه و معلم ها می شود.</p>	<p>ارزیابی وضعیت شبکه حمایتی و اجتماعی کودک و خانواده</p>	
<p>با مشارکت کودک باید بررسی شود که آیا فرد بزرگسال امن و مطمئنی در خانواده وجود دارد که از کودک در برابر آسیب و آزار مراقبت و محافظت کند. اگر در</p>	<p>وجود فرد بزرگسالی مطمئن در خانواده برای مراقبت و نظارت بر کودک</p>	

<p>خانواده‌ای که کودک با آن‌ها زندگی می‌کند چنین فردی وجود دارد، لازم است که مشخصات و راه تماس وی ذکر شود.</p> <p>وجود <input type="checkbox"/></p> <p>عدم وجود <input type="checkbox"/></p> <p>مشخصات: <input type="checkbox"/></p> <p>راه تماس: <input type="checkbox"/></p>		
<p>مددکار اجتماعی با مشارکت کودک، همراهان، سرپرستان، سایر تیم درمان و جمع نظرات آن‌ها، در رابطه با مزمن یا اتفاقی بودن آسیب و آزار وارد شده بر کودک تصمیم‌گیری می‌کند.</p> <p>مزمن <input type="checkbox"/></p> <p>اتفاقی <input type="checkbox"/></p> <p>نامشخص <input type="checkbox"/></p>	<p>مزمن یا اتفاقی بودن خشونت وارد شده بر کودک</p>	
<p>مددکار اجتماعی از طریق راه‌های مختلفی چون بررسی سامانه اطلاعات بیمارستان، ارتباط با مددکاران اجتماعی سایر مراکز درمانی، ارتباط با مراکز بهداشتی درمانی محل زندگی کودک و ارتباط با اورژانس اجتماعی می‌تواند وجود سابقه قبلی و ثبت شده وقوع آزار و غفلت علیه کودک را ارزیابی کند:</p> <p>دارد <input type="checkbox"/></p> <p>ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>توضیحات: <input type="checkbox"/></p>	<p>سوابق ثبت شده قبلی کودک آزاری و غفلت</p>	
<p>مددکار اجتماعی از طریق راه‌های مختلفی چون بررسی سامانه اطلاعات بیمارستان، ارتباط با مددکاران اجتماعی سایر مراکز درمانی و ارتباط با مراکز بهداشتی درمانی می‌تواند وجود سابقه قبلی و ثبت شده مراجعه‌ی کودک به مراکز بهداشتی درمانی^۱ را ارزیابی کند:</p> <p>دارد <input type="checkbox"/></p> <p>ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>توضیحات: <input type="checkbox"/></p>	<p>سوابق ثبت شده قبلی مراجعه کودک به دلایل مشابه یا با دلایل غیرمنطقی دیگر به مراکز بهداشتی و درمانی</p>	
<p>مددکار اجتماعی از طریق راه‌های مختلفی چون بررسی سامانه اطلاعات بیمارستان، ارتباط با مددکاران اجتماعی سایر مراکز درمانی و ارتباط با مراکز بهداشتی درمانی می‌تواند وجود سابقه قبلی و ثبت شده مراجعه‌ی خواهر و برادر زیر ۱۸ سال کودک را به مراکز بهداشتی درمانی ارزیابی کند^۱:</p> <p>دارد <input type="checkbox"/></p> <p>ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>توضیحات: <input type="checkbox"/></p>	<p>سوابق ثبت شده قبلی مراجعه سایر خواهران و برادران زیر ۱۸ سال کودک به دلایل مشابه یا با دلایل غیرمنطقی دیگر به مراکز درمانی</p>	
<p>مددکار اجتماعی با مشارکت سایر اعضای تیم مدیریت مورد و از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات مانند مشاهده و مصاحبه می‌تواند سابقه اعتیاد به الکل و مواد مخدر یا روان‌گردان را در سرپرستان و اعضای خانواده ارزیابی کند:</p> <p>دارد <input type="checkbox"/></p> <p>ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>نوع مواد و الگوی مصرف: <input type="checkbox"/></p>	<p>سابقه اعتیاد به الکل یا مصرف مواد مخدر و روان‌گردان سرپرستان قانونی و سایر اعضای خانواده</p>	
<p>مددکار اجتماعی با مشارکت سایر مراجع قانونی و از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند وجود سابقه کیفری را در سرپرستان و اعضای خانواده بررسی کند:</p> <p>دارد <input type="checkbox"/></p> <p>توضیحات: <input type="checkbox"/></p>	<p>سابقه کیفری در سرپرستان قانونی و سایر اعضای خانواده</p>	

^۱ با توجه به این‌که در حال حاضر بررسی این سابقه از طریق سامانه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود ندارد، می‌تواند از طریق تعاملات و ارتباطات بین‌سازمان مددکاران اجتماعی صورت بگیرد

<input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم		
<p>مددکار اجتماعی با مشارکت سایر اعضای تیم مدیریت مورد و از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات مانند مشاهده و مصاحبه می‌تواند سابقه فرار کودک از منزل، علل و پیامدهای آن را ارزیابی کند:</p> <p>علل و پیامدهای آن:</p> <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم	<p>سابقه فرار از منزل کودک</p>	
<p>مددکار اجتماعی با مشارکت سایر اعضای تیم مدیریت مورد و با کمک ابعاد مختلف مورد ارزیابی واقع شده، احتمال وقوع مجدد خشونت و آزار علیه کودک را پیش‌بینی و ارزیابی می‌کند:</p> <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بالا	<p>احتمال وقوع مجدد خشونت علیه کودک</p>	
<p>علاوه بر عوامل ارزیابی شده، سایر عوامل قابل توجه خطر آفرین مرتبط کودک، سرپرستان، اعضای خانواده و بستر فرهنگی، اجتماعی و محل زندگی کودک با توجه به نکات «ضمیمه شماره ۲» راهنمای تخصصی باید به صورت خلاصه بیان شود.</p>	<p>شرح سایر عوامل خطر آفرین</p>	
<p>علاوه بر عوامل ارزیابی شده، سایر عوامل محافظت‌کننده مرتبط با ویژگی‌های فردی کودک، سرپرستان، اعضای خانواده، تعاملات و ارتباطات خانوادگی و منابع و شبکه‌های حمایتی و اجتماعی کودک و خانواده با توجه به نکات «ضمیمه شماره ۲» راهنمای تخصصی باید به صورت خلاصه بیان شود.</p>	<p>شرح سایر عوامل محافظت‌کننده</p>	
<p>در انتهای فرایند ارزیابی تکمیلی، مددکار اجتماعی با مشارکت سایر تیم درمان و جمع‌بندی نظرات آن‌ها، ارزیابی نهایی را از وضعیت کودک در رابطه با وقوع آزار و غفلت شرح می‌دهد.</p>	<p>جمع‌بندی و شرح ارزیابی تکمیلی مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد</p>	
<p>اهداف تدوین شده با توجه به نکات شرح داده شده در مرحله سوم «فصل دوم» راهنمای تخصصی، شرح داده شوند.</p>	<p>اهداف مداخله</p>	<p>گروه اطلاعات برنامه‌ریزی و مداخله</p>
<p>مددکار اجتماعی با توجه به نکات شرح داده شده در مرحله چهارم «فصل دوم» راهنمای تخصصی، مجموعه پیشنهادات برای انواع اقدامات و مداخلاتی که لازم است توسط خود مددکار اجتماعی و سایر تیم درمان، جهت درمان و پیشگیری از وقوع آزار و خشونت ارائه شود را به صورت خلاصه و موردی شرح می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - این پیشنهادات با مشارکت کودک، سرپرستان، همراهان، مراجع قانونی (به ویژه بهزیستی) و تیم مدیریت مورد تدوین می‌شوند. - در رابطه با گزارش به مراجع قانونی اگر قبلاً گزارش نشده باشد یا همکاری لازم صورت نگرفته باشد (سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، مراجع قضایی) تصمیم‌گیری می‌شود. - در مداخلات پیشنهادی بهتر است که مشخص شود که هر مداخله توسط چه افراد یا نهادی صورت می‌گیرد. - اگر از اعضای کادر مرکز درمانی در رابطه با نتیجه‌گیری و تصمیم گرفته شده، عضوی دیدگاه متفاوت یا مخالف داشته باشد، بهتر است که در این قسمت گزارش داده شود. - انواع اقدامات و مداخلات پیشنهادی: <ul style="list-style-type: none"> • گزارش به مراجع قانونی • آرام‌سازی کودک و خانواده 	<p>مداخلات پیشنهادی کادر درمانی (تیم مدیریت مورد) از جمله مددکار اجتماعی (بر حسب ضرورت)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک (درون مرکز، پس از ترخیص) • توجه به وضعیت احتمال آزار و غفلت سایر فرزندان زیر ۱۸ سال خانواده • اقدامات درمانی مورد نیاز کودک • خدمات و حمایت‌های روانی-اجتماعی کودک و خانواده • حمایت‌های اقتصادی و رفاهی • آموزش‌های مورد نیاز کودک و خانواده • مداخلات حقوقی • سایر اقدامات توانبخشی و توانمندسازی مورد نیاز کودک و خانواده (ارجاع به خدمات ترک اعتیاد، دریافت وسایل توانبخشی و...) • ترخیص کودک <p>- چگونگی ورود اطلاعات مرتبط با تیم مدیریت مورد غیر از مددکار اجتماعی و میزان شرح و تفصیل در مورد آن‌ها می‌تواند بر حسب ضرورت و با صلاح دید خود مددکار اجتماعی، با توجه به اهداف مداخلات مرتبط با کودک ازاری صورت بگیرد.</p>		
<p>انواع مداخلات و اقدامات صورت گرفته توسط مددکاری اجتماعی با ذکر تاریخ و عنوان شرح داده می‌شوند.</p> <p>- عناوین مداخله: انواع عناوین اقدامات و مداخلات شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • گزارش به مراجع قانونی • آرام‌سازی کودک و خانواده • اطمینان از ایمنی و محافظت از کودک (درون مرکز، پس از ترخیص) • توجه به وضعیت احتمال آزار و غفلت سایر فرزندان زیر ۱۸ سال خانواده • خدمات و حمایت‌های روانی-اجتماعی کودک و خانواده • حمایت‌های اقتصادی و رفاهی • آموزش‌های مورد نیاز کودک و خانواده • مداخلات و پیگیری‌های حقوقی (به ویژه در مورد نوزادان رها شده) • سایر اقدامات توانبخشی و توانمندسازی مورد نیاز کودک و خانواده (ارجاع به خدمات ترک اعتیاد، دریافت وسایل توانبخشی و...) • مداخلات ویژه مرتبط با نوزادان و کودکان رها شده از جمله تحویل نوزاد به بهزیستی و گرفتن رسید تحویل • مداخلات مرتبط با ترخیص ایمن کودک <p>- شرح مختصر مداخله و نتیجه آن: نوع ارائه خدمات و مداخلات مددکار اجتماعی می‌تواند شامل اقدام مستقیم توسط مددکار اجتماعی (مانند مشاوره و آموزش) و یا تسهیلگری، هماهنگی و پیگیری برای ارائه مداخلات از طریق سایر تیم مدیریت مورد، حمایت‌یابی یا ارجاع درون سازمانی و برون سازمانی است. پس از شرح خلاصه این اقدامات لازم است که آخرین اطلاعات مرتبط با نتیجه مداخلات نیز ذکر شود.</p> <p>- اطلاعات حمایت اقتصادی: در صد و مبلغ حمایت اقتصادی با توجه به سند کسب و کار فرم مددکاری تکمیل می‌شود.</p>	<p>مداخلات مددکار اجتماعی</p>	

<p>با توجه به رویکرد مدیریت مورد، لازم است که به صورت موردی و بسیار خلاصه مداخلاتی که توسط سایر اعضای تیم مدیریت مورد در رابطه با اهداف تدوین شده و ترخیص ایمن ارائه می‌شوند، در این قسمت ذکر شوند.</p> <p>برای مثال: استفاده از روش درمانی غیر تهاجمی در موارد کودک آزاری که کودک به دلیل آسیب های روحی روانی وارده حاضر به همکاری و پذیرش درمان نمی‌باشد، یا ارایه ی حمایت های روانی از سوی پرستار کودک مانند بازی با کودک، تهیه اسباب بازی، تماشای تلویزیون.</p>	<p>مداخلات سایر کادر درمان (تیم مدیریت مورد)</p>	
<p>با توجه به اهداف تدوین شده و مداخلات صورت گرفته، در این قسمت شرح کاملی از وضعیت نهایی کودک در زمان ترخیص و نتیجه اقدامات و مداخلات صورت گرفته از جمله ترخیص ایمن و ارجاعات ارائه شود.</p>	<p>شرح نهایی نتیجه مداخلات</p>	
<p>اگر به هنگام و پس ترخیص کودک، جهت تحقق اهداف (به ویژه حفظ ایمنی کودک) نیاز به ملاحظات و توجه به نکات خاصی است، در این قسمت لازم است که توسط مددکار اجتماعی ذکر شوند. به صورت مشخص برای نوزادان رها شده لازم است که توصیه‌های ویژه و ضروری جهت ترخیص به بهزیستی مورد اشاره قرار گیرد.</p>	<p>نکات و توصیه های حین و پس از ترخیص</p>	
<p>گروه اطلاعات پیگیری و ارزشیابی</p>		
<p>با توجه به ارزیابی، اهداف تدوین شده و مداخلات پیش‌بینی شده، در این قسمت مشخص می‌شود که آیا کودک پس از ترخیص نیاز به پیگیری دارد یا نه.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد </p>	<p>نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد</p>	
<p>با توجه به ارزیابی، اهداف تدوین شده و مداخلات پیش‌بینی شده، در این قسمت مشخص می‌شود که پیگیری جهت تحقق کدام یک از اهداف تعیین شده صورت می‌گیرد و این پیگیری با چه برنامه، زمان‌بندی و با چه شیوه‌هایی انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • انواع شیوه‌های پیگیری می‌تواند شامل حضور خانواده و کودک در مرکز درمانی، بازدید از منزل، تلفنی و مکاتبه سازمانی باشد. • همچنین پیگیری می‌تواند از طریق اعضای خانواده، خویشاوندان و یا سازمان بهزیستی صورت بگیرد • به صورت مشخص برای نوزادان رها شده لازم است که پیگیری‌های ضروری حقوقی مورد توجه قرار گیرد. 	<p>اهداف و برنامه پیگیری</p>	
<p>اقدامات مددکار اجتماعی جهت پیگیری همراه با تاریخ، شیوه آن و نتیجه آن در این قسمت گزارش می‌شود.</p> <p>همچنین در این قسمت آخرین پیگیری که منجر به خاتمه پرونده شده است نیز باید گزارش و مشخص شود.</p>	<p>گزارش پیگیری‌ها</p>	
<p>با توجه به ارزشیابی تحقق اهداف مرتبط با ترخیص ایمن کودک به خانواده و یا سازمان بهزیستی یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق </p>	<p>ترخیص ایمن کودک به خانواده یا بهزیستی</p>	<p>ارزشیابی مداخلات پس از پیگیری</p>
<p>با توجه به ارزشیابی جلب همکاری و مشارکت کودک یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت با توجه به شرایط کودک </p>	<p>همکاری کودک در فرآیند درمان و ترخیص</p>	
<p>با توجه به ارزشیابی جلب همکاری و مشارکت خانواده و همراهان کودک یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت </p>	<p>همکاری خانواده و همراهان در</p>	

<input type="checkbox"/> همکاری و مشارکت ضعیف <input type="checkbox"/> عدم همکاری و مشارکت <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت با توجه به نداشتن خانواده و همراه	فرآیند درمان و ترخیص		
<p>با توجه به ارزشیابی چگونگی استفاده از منابع موجود و جلب منابع و امکانات مورد نیاز درون سازمانی و برون سازمانی یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <input type="checkbox"/> استفاده‌ی موثر از منابع موجود و یا جلب منابع لازم <input type="checkbox"/> استفاده‌ی نسبی از منابع موجود و یا جلب منابع لازم به دلیل کمبود امکانات <input type="checkbox"/> عدم استفاده از منابع موجود و یا جلب منابع لازم	وجود منابع و امکانات موثر		
<p>با توجه به ارزشیابی چگونگی همکاری بین سازمانی و بین‌بخشی یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <input type="checkbox"/> همکاری موثر بین سازمانی و بین‌بخشی <input type="checkbox"/> ضعف همکاری بین سازمانی و بین‌بخشی <input type="checkbox"/> همکاری غیرموثر بین سازمانی و بین‌بخشی <input type="checkbox"/> عدم موضوعیت	همکاری بین سازمانی موثر		
<p>با توجه به ارزشیابی تحقق سایر اهداف تدوین شده یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <input type="checkbox"/> دستیابی موفق <input type="checkbox"/> دستیابی نسبی <input type="checkbox"/> دستیابی ناموفق	سایر اهداف تدوین شده		
<p>با توجه به شاخص‌های ارزشیابی، در نهایت برای ارزشیابی مجموع مداخلات ارائه شده یکی از موارد زیر انتخاب شود:</p> <input type="checkbox"/> مداخله ی موثر <input type="checkbox"/> مداخله ی نیمه موثر <input type="checkbox"/> مداخله ی ناموثر	ارزشیابی نهایی		
<p>در این قسمت لازم است مددکار اجتماعی به سمت و نقش کادر درمانی اشاره کند که به عنوان اعضای تیم مدیریت مورد در مراحل مختلف ارزیابی سریع، راند یا ارائه مداخلات در بهبود و تسریع روند ترخیص ایمن بیماران اثرگذاری مثبت یا منفی داشته و برای ذکر این موارد مستندات کافی موجود می باشد.</p>	سمت و نقش کادر درمان در مدیریت مورد(تیم مدیریت مورد)		

ضمیمه شماره ۲:

مفاهیم مرتبط با کودک آزاری و غفلت

۱- تعریف کودک آزاری و غفلت^۱

در ماده ۱ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (۱۳۹۹)، «سوء رفتار» هرگونه فعل یا ترک فعل عمدی تعریف شده است که سلامت جسمی، روانی، اخلاقی یا اجتماعی طفل و نوجوان را در معرض خطر و آسیب قرار دهد (از قبیل ضرب و جرح، محبوس کردن، سوءاستفاده جنسی، توهین یا تهدید نسبت به طفل یا نوجوان در صورتی که جنبه تأدیبی نداشته باشد یا قرار دادن او در شرایط سخت و غیرمتعارف و یا خودداری از کمک به وی) و همچنین «بی توجهی و سهل انگاری»، کوتاهی در انجام تکالیفی از قبیل تأمین نیازهای اساسی و ضروری طفل و نوجوان یا وظایف مربوط به حضانت، ولایت، قیمومت، وصایت، سرپرستی، تربیت، نظارت یا مراقبت از آنان توسط والدین، اولیاء یا سرپرست قانونی یا هر شخصی که مکلف به آن است، تعریف شده است. علاوه بر این در این قانونی منظور از «خطر شدید و قریب الوقوع»، وضعیتی است که حیات یا سلامت جسمی یا روانی طفل و نوجوان به شدت تهدید و در معرض آسیب قرار گیرد، به نحوی که مداخله فوری و چاره‌جویی را ایجاب نماید. همچنین لازم به ذکر است که در چارچوب این تعاریف در ماده ۳ این قانون، انواع مصادیق وضعیت مخاطره‌آمیز در ۱۴ طبقه ارائه شده است (در قسمت ۲-۵ قوانین مرتبط با کودک آزاری و غفلت در ایران شرح داده شده‌اند).

همراستا با تعاریف موجود در قانون، در تعاریف سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶)، خشونت به معنای استفاده عمدی از نیروی جسمانی و قدرت و یا حتی تهدید به استفاده از آن، بر علیه خود، فرد دیگر، گروه یا جامعه‌ای است که می‌تواند منجر به صدمه، مرگ، آسیب روانشناختی، سوء تکامل یا محرومیت شود یا احتمال بالای بروز این موارد را فراهم سازد. لذا خشونت علیه کودکان فراتر از اقداماتی است که منجر به آسیب جسمانی می‌شوند. عواقب آن گسترده‌تر از مرگ و آسیب است و می‌تواند انواع بیماری‌ها، آسیب‌های روانشناختی، رفتارهای پرخطر، دستاوردهای ضعیف آموزشی و شغلی و درگیر جرم شدن را شامل شود و بد رفتاری با کودکان شامل خشونت یا تمامی رفتارهای آسیب‌رسان جسمانی، جنسی، روانی یا عاطفی، غفلت و همچنین استفاده تبلیغاتی یا سایر انواع بهره‌کشی از کودک توسط والدین، سرپرستان و سایر افراد مسئول می‌شود. در واقع این رفتارها و خشونت منجر به آسیب واقعی و یا افزایش خطر آسیب به سلامت، بقاء و رشد کودک و همچنین شأن و جایگاه کودک می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶).

با توجه قوانین کشور، منابع سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶، ۲۰۱۸، ۲۰۱۹) و با توجه به پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی (۱۴۰۰)، از میان انواع خشونت‌هایی که علیه کودکان رخ می‌دهد، مراکز درمانی عمدتاً با شش نوع زیر مواجه می‌شوند:

الف کودک آزاری جسمانی (خشونت فیزیکی علیه کودکان، تنبیه بدنی)

۱ در مطالب این بخش از دستورالعمل آموزش محافظت از خود به نوجوانان و والدین در پیشگیری از آزار و غفلت (با رویکرد آموزش همتایان)، نسخه مرئی استفاده شده است: طرح «طراحی راهبرد ارتباطی مبتنی بر مشارکت جامعه محلی جهت پیشگیری از بد رفتاری با کودکان در شرایط کووید ۱۹» به سفارش دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، واحد سلامت اجتماعی. با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، واحد حمایت از کودکان و واحد ارتباطات برای توسعه اجتماعی. مرضیه تکفلی، دلارام علی، پیام روشنفکر. مجری طرح: پیام روشنفکر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی. ۱۴۰۰.

ب- کودک‌آزاری عاطفی و روانی (خشونت عاطفی و روانی)

ج غفلت و سهل‌انگاری نسبت به کودک

د- کودک‌آزاری و خشونت جنسی (تجاوز به کودکان)

ه- بهره‌کشی اقتصادی از کودک (کودکان کار و خیابان)

و- رها کردن و خریدوفروش کودکان و نوزادان

نکته قابل توجه این است که معمولاً انواع خشونت علیه کودکان هم‌زمان با هم رخ می‌دهند و یکی از انواع خشونت می‌تواند وقوع سایر موارد را تشدید کند. پس پیشگیری و شناسایی به موقع هر یک از انواع خشونت علیه کودکان می‌تواند مانع از تشدید این پدیده و شکستن حلقه تکرار آن در انواع مختلف شود. به صورت مشخص بهره‌کشی اقتصادی از کودک عمدتاً می‌تواند همراه با سایر انواع کودک‌آزاری و غفلت صورت می‌گیرد، اما در این راهنما با توجه به اهمیت ویژه‌ای که دارد، به صورت مجزا به آن پرداخته شده است.

نکته قابل توجه این است که متأسفانه بیشتر کودک‌آزاری‌ها از جانب افرادی اتفاق می‌افتد که به نحوی به کودک نزدیک هستند و خشونت علیه کودکان توسط بزرگسالان در خانواده یکی از پنهان‌ترین و در عین حال شایع‌ترین شکل‌های بدرفتاری با کودک است که مراکز درمانی می‌توانند یکی از اولین منابع جهت مواجهه و شناسایی موارد حاد و شدید بدرفتاری با کودک باشند.

در ادامه هر یک از انواع این خشونت‌ها تعریف می‌شوند، نمونه‌هایی از مصادیق آن‌ها بیان می‌شود، انواع علائم و نشانه‌های تشخیص آن و همچنین عوامل محافظت‌کننده و کنترل‌کننده آن شرح داده می‌شوند. مطالبی که در این فصل آمده است، علاوه بر این که می‌توانند راهنمای عمل مددکاران اجتماعی در تشخیص و مداخله در موارد کودک‌آزاری و غفلت باشد، می‌تواند به عنوان محتوای آموزشی برای سایر اعضای تیم مرکز درمانی در رابطه با انواع آزار و خشونت علیه کودکان بکار رود.

۲- انواع آزار و غفلت علیه کودکان

الف- کودک‌آزاری جسمانی

کودک‌آزاری جسمانی یعنی، هر نوع استفاده عمدی از قدرت فیزیکی و بدنی در برابر کودک که منجر به آسیب رساندن به سلامت، بقا و حیات، رشد و تکامل و عزت‌نفس کودک شود یا حتی احتمال چنین آسیب‌های در آن وجود داشته باشد.

از جمله انواع رفتارهایی که کودک‌آزاری جسمانی هستند، می‌توان به کتک زدن (چه به دست چه با سایر وسایل)، سیلی زدن، لگدزدن، هل دادن، تکان دادن شدید، پرت کردن کودک، کشیدن گوش، پرت کردن اشیاء به سمت کودک، گاز گرفتن، سوزاندن و داغ کردن، خفه کردن، بستن کودک، محبوس و زندانی کردن کودک در مکان نامناسب با خطر آسیب جسمی و روانی (نظیر انباری، فضاهای تاریک و ترسناک، توالت، محل زندگی دام)، محروم کردن طولانی مدت

کودک از آب و غذا، مو کشیدن، نیشگون گرفتن، آویزان کردن، مسموم کردن و ... اشاره کرد. در واقع باید به این موضوع توجه کرد که تمام این رفتارها در هر شرایطی و به هر علت یا توجیهی حتی اگر بدون قصد و عمد رخ بدهند، باز هم کودک آزاری هستند. این نوع خشونت فیزیکی علیه کودکان شامل انواع تنبیه‌های شدید فیزیکی و بدنی کودک نیز می‌شود.

ب- کودک آزاری عاطفی و روانی

این نوع خشونت علیه کودکان، روش و الگویی از مراقبت و پرورش کودک است که در آن والدین یا سرپرستان محیط روانی و عاطفی مناسب و لازم برای رشد و تکامل کودک را فراهم نمی‌کنند. در واقع والدین یا سرپرستان عمدتاً ناآگاهانه محبت، عشق و آرامش لازم و کافی و غیرمشروط را به کودکشان نمی‌بخشند. خشونت عاطفی و روانی مشترکات زیادی با غفلت عاطفی نسبت به کودک دارد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

از جمله رفتارهایی که خشونت عاطفی و روانشناختی هستند می‌توان به *طعنه زدن، منع کردن کودک از بازی و تفریح، منع کردن کودک از سؤال پرسیدن، اجازه گریه نداشتن، کنترل احساسات کودک، ترساندن کودک حتی به عنوان شوخی، ایجاد احساس گناه در کودک، عدم تشویق و تأیید کودک، ابراز نکردن محبت و عشق نامشروط، نداشتن ارتباط چشمی، نبوسیدن، در آغوش نگرفتن، تحقیر جنسیت کودک، بددهانی، سرزنش، تهدید، ترساندن، دروغ گفتن و عمل نکردن به وعده‌های داده شده به کودک، تحقیر، تمسخر، مقایسه کردن، سپر بلا کردن، طرد کردن، دست کم گرفتن، با تبعیض رفتار کردن، محروم کردن از تعاملات اجتماعی، توصیف کودک با ادبیات عمدتاً منفی و نامطلوب، محافظت و کنترل بیش از حد از کودک و داشتن درخواست‌ها و انتظارات نامتناسب با کودک اشاره کرد.*

ج- غفلت و سهل انگاری

بی‌توجهی، غفلت یا سهل‌انگاری یعنی توجه نکردن یا کوتاهی کردن در تأمین نیازهای اساسی کودکان در حد انتظار فرهنگ غالب جامعه و در حدی که به سلامت جسمانی و روانی آنان آسیب برسد. در واقع کودک آزاری همیشه انجام یک رفتار آسیب‌زننده نیست، بلکه برخی اوقات انجام ندادن تعهداتی است که برای رشد و سلامت کودک الزامی هستند. غفلت می‌تواند یک رخداد تنها و مجزا (تنها گذاشتن کودک در سنین پایین در خانه)، یا الگویی از کم‌کاری‌ها و کوتاهی‌ها در طول زمان (کودک همواره پوشاک نامناسب پوشیده است) باشد.

غفلت و کم‌توجهی در مقایسه با سایر انواع خشونت علیه کودکان از پیچیدگی بیشتر برخوردار است و در ارزیابی آن صراحت و شفافیت کم‌تری وجود دارد و این موضوع به ویژه در نوجوانان بیشتر صادق است. یکی از مهم‌ترین عواملی که در غفلت تأثیرگذار است می‌تواند فقر مادی باشد که تشخیص و تمیز آن از غفلت نیز بسیار پرچالش است. در واقع برای پرهیز از برچسب‌زنی و ارزیابی نادر ست خانواده، مددکاران اجتماعی می‌توانند چگونگی تأمین نیازهای اساسی

کودک توسط سرپرستان را با سایر سرپرستان در شرایط و بستر مشابه مقایسه کنند. نمونه‌هایی از انواع رفتارهایی که غفلت محسوب می‌شوند، در پنج طبقه زیر در ادامه شرح داده شده‌اند:

- **غفلت نسبت به سلامت جسمانی و نیاز کودک به مراقبت پزشکی:** این نوع غفلت شامل عدم انجام یا انجام با تأخیر اقدامات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز کودک است و شامل رفتارهایی چون عدم توجه کافی و لازم به بهداشت دهان و دندان (دهان بدبو، دندان‌های پوسیده)، عدم توجه به سلامت چشم و وضعیت بینایی، تغذیه و بهداشت موی کودک؛ وجود جوش‌های زیاد در منطقه پوشک؛ استفاده نادرست از مسکن و داروهای خواب‌آور برای کودک؛ مصرف سیگار، سوء مصرف مواد و الکل توسط مادر به هنگام بارداری؛ بی‌توجهی به کودک به هنگام بیماری و عدم مراجعه به موقع به پزشک برای درمان؛ عدم همکاری والدین با کادر درمان؛ بی‌توجهی در پیگیری به موقع مراقبت‌های سلامتی و معاینات پزشکی ضروری و لازم برای رشد و سلامت کودک؛ پوشش نامناسب کودک (لباس‌های کثیف و نامرتب، نامتناسب با فصل بودن لباس، تناسبات نامناسب با سایز کودک، نداشتن لباس با سایز کودک، نداشتن کفش مناسب به ویژه در سرما)؛ سیگار کشیدن در حضور کودک؛ مصرف مواد و الکل در حضور کودک و ... می‌شود.

- **غفلت در نظارت بر کودک:** این نوع غفلت شامل عدم نظارت دقیق و کافی بر کودک توسط یک فرد بزرگسال بالغ و مطمئن به ویژه با در نظر گرفتن ایمنی و امنیت کودک است و شامل رفتارهایی چون عدم توجه و نظارت به حضور و یا بازی کودک در مکان‌های نامناسب و با افراد نامناسب (وجود بلندی‌ها و پلکان‌های بدون حفاظ در مسیر حرکت کودک)؛ در دسترس بودن مواد، وسایل و ابزارهای پرخطر در خانه، حیاط یا هر جایی که کودک رفت‌وآمد دارد؛ رها کردن کودک برای زمان طولانی بدون سرپرست یا سرپرستی و نظارت مناسب؛ واگذاری مراقبت از کودک به فرد بزرگسال نامطمئن (مصرف‌کننده مواد مخدر، دارای اختلالات پزشکی یا روانپزشکی شدید)؛ رها کردن و تنها گذاشتن کودک در سن پایین در خانه، محل کار، ماشین، پارک، خیابان یا سایر مکان‌های عمومی؛ واگذاری مسئولیت کودک در سنین پایین به خواهر و برادری که سن و شرایط مناسب برای پذیرش مسئولیت نگهداری از کودک را ندارند؛ واگذاری مسئولیت‌هایی فراتر از توانایی وی و به خطر افتادن ایمنی‌اش (واگذاری مسئول نگهداری از خواهر یا برادر کوچک‌تر، آشنایی کردن، فرستادن برای خرید به جاهای دور و نامطمئن)؛ عدم رعایت نکات ایمنی در رانندگی؛ رانندگی همراه با کودک در حالت مستی یا تحت تأثیر مواد بودن؛ عدم نظارت در دسترسی کودک و نوجوان به تلفن همراه، اینترنت و شبکه‌های مجازی و ... می‌شود. نکته قابل توجه این است که در بررسی این نوع غفلت، بلوغ و پختگی کودک، دسترسی وی به یک فرد بزرگسال مطمئن، مدت دفعات کاهش یا حذف نظارت، محیط زندگی و اجتماعی که در آن کودک بدون نظارت رها می‌شود و عوامل خطرآفرین و تهدیدکننده پیرامون کودک، همگی مورد ارزیابی و توجه قرار بگیرد.

^۱ که می‌تواند منجر به سندرم پرهیز نوزادی شود. در این سندرم نوزادانی که پیش از تولد در رحم مادر در تماس با مواد افیونی قرار گرفته بوده‌اند، مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیک و رفتاری از خود نشان می‌دهند.

- **غفلت از نیازهای عاطفی و روانی کودک:** یکی از پیچیده‌ترین انواع غفلت است و زمانی رخ می‌دهد که سرپرستان کودک قادر نیستند که شرایط مناسبی برای رشد و پرورش وضعیت روانی کودک فراهم کنند. در این نوع غفلت سرپرستان به صورت آشکاری نسبت به نیازهای کودک به محبت، مهرورزی، حمایت عاطفی و توجه به شایستگی بی‌توجه هستند و آن طور که باید با توجه به سن و شرایط رشدی کودک در دسترس وی نیستند. علاوه بر این شامل مواردی می‌شود که سرپرستان از دریافت خدمات و درمان‌های مورد نیاز جهت مشکلات عاطفی و رفتاری کودک امتناع و کوتاهی می‌کنند.
- **غفلت نسبت به تحصیل و آموزش کودک:** این نوع غفلت زمانی است که سرپرست فضا و محیط مناسب را برای آموزش، تحصیل و رسیدگی به برنامه‌های درسی کودک فراهم نمی‌سازد. برای نمونه *امکان دارد کودک را در مدرسه ثبت‌نام نکنند و یا با تأخیر اقدام کنند؛ مانع مدرسه رفتن وی شوند یا ترغیب، تشویق و شرایط لازم را فراهم نکنند؛ نسبت به حضور و غیاب نامنظم یا فرارهای مکرر کودک از مدرسه بی‌تفاوت باشند؛ بر تکالیف و وضعیت آموزشی وی نظارت نداشته باشند و به نیازهای ویژه آموزشی کودک بی‌توجهی کنند.*
- **غفلت نسبت به محیط زندگی کودک:** عمده غفلت‌های مطرح‌شده ریشه در محیط زندگی و اجتماعی کودک دارند. اما به صورت مشخص این نوع غفلت شامل کوتاهی در فراهم کردن مکان امن زندگی، فضای اختصاصی برای کودک (هرچند محدود)، محله مناسب برای زندگی و ایجاد فرصت‌ها با بکارگیری منابع لازم برای رشد اجتماعی کودک می‌شود. برای نمونه *محل زندگی کودک در خانه شلوغ، پرتراکم، خطرناک و آلوده است؛ کل اعضای خانوار در یک فضای کوچک زندگی می‌کنند و محل بازی یا رفت‌وآمد کودک در محله در معرض انواع خطرات ایمنی (بازی کنار خیابان، گودال‌ها، سرنگ‌های مصرف‌شده) و افراد بزرگ‌تر نامطمئن (مصرف‌کننده مواد، بزهکاران، اراذل) است.*

د- کودک‌آزاری و خشونت جنسی

خشونت و آزار جنسی، هرگونه رفتار جنسی است که بر روی کودک رشدنیافته (نابالغ) اعمال می‌شود و یا در حضور او انجام می‌شود و منجر به ارضاء جنسی افراد بزرگسال می‌شود. همچنین خشونت جنسی، شامل تلاش برای برقراری ارتباطات جنسی یا هرگونه رفتار جنسی بدون جلب رضایت کامل و آگاهانه و وجود جایگاه قدرت میان فرد دیگر با کودک بالغ است. به عبارت دیگر کودک‌آزاری جنسی، به معنای درگیر کردن کودک در رفتارهای جنسی است که با سطح تکامل وی نامتناسب بوده و قوانین اجتماعی را زیر پا بگذارد. کودک‌آزاری جنسی، ممکن است فقط یک‌بار و در مدتی کوتاه اتفاق افتاده باشد و یا در مدتی طولانی تکرار شده باشد. متأسفانه عمده کودک‌آزاری‌های جنسی، از طرف افراد آشنای کودک از جمله اعضای خانواده، دوستان خانوادگی، معلم، پرستار رخ می‌دهد. نکته قابل توجه این است که این رابطه معمولاً دارای پنج شاخصه و ویژگی اصلی است:

- کودک عموماً آن را دوست ندارد.
 - ارضای جنسی فرد آزاردهنده هدف اصلی آزار است.
 - در این رابطه یک تفاوت سنی و قدرتی وجود دارد که به طور مؤثری، رضایت معنادار از رابطه را از بین می‌برد.
 - فعالیت جنسی معمولاً به صورت پنهان و همراه با نقشه و توطئه قبلی و اعمال زور از جانب فرد قدرتمند است.
 - گاهی اوقات کودک به جهت نیاز شدید به حمایت فیزیکی، مالی، عاطفی، توجه و حتی وابستگی به فرد دیگر، در ظاهر به پذیرش و یا حفظ رابطه جنسی در خفاء تمایل نشان می‌دهد. اما این رضایت واقعی، آگاهانه و در یک بستر انتخاب آزادانه نیست و لذا باطل است.
- از جمله رفتارهایی که خشونت جنسی محسوب می‌شود، می‌توان به نگاه کردن شهوانی به کودک؛ وادار کردن کودک به نشان دادن آلت تناسلی خویش؛ لمس اندام‌های جنسی کودک یا تماس جنسی؛ وادار کردن کودک به مشاهده (عورت نمایی) یا لمس اندام‌های تناسلی (خصوصی) بزرگسال؛ کودک را در معرض روابط یا تصاویر جنسی بزرگسالان قرار دادن؛ استفاده از الفاظ تحریک‌کننده و لذت بردن از واکنش کودک؛ اغوا نمودن یا وادار کردن کودک به فحشاء و هرگونه رفتار جنسی؛ وادار کردن کودک به مشاهده فیلم‌ها و تصاویر هرزه‌نگاری؛ اغوا کردن یا وادار کردن کودک در تهیه فیلم‌ها و مجلات هرزه‌نگاری و سایت‌های اینترنتی؛ دخول دهانی، مقعدی یا مهبل‌ی و استفاده از شیء برای دخول یا رابطه جنسی کامل اشاره کرد.
- در رابطه با کودک‌آزاری جنسی باید به نکات زیر توجه کرد:
- عمده ادعاهای کودکان در مورد تحت آزار جنسی قرار گرفتن، صحت دارند و باید به آنها با دقت توجه شود و تصور نشود که داستان‌سرایی کودکان هستند.
 - سکوت کردن کودک قربانی می‌تواند به دلایلی چون ترس از سرزنش شدن، دروغگو خطاب شدن، از هم پاشیدن خانواده و یا تهدید آزارگر باشد.
 - قربانیان به ویژه در سنین نوجوانی، از مشارکت در آزار احساس خجالت و شرمندگی می‌کنند و از طرف دیگر به این دلیل که توسط متجاوز فریب خورده‌اند، احساس خشم می‌کنند.
 - وقتی قربانی پسر است، ممکن است از این مسئله که بیشتر مقاومت نکرده، شرمنده یا خجالت‌زده باشد.
 - کودکان قربانی، اغلب رابطه عاطفی با آزارگر خود دارند و با وجود همه رنج و آسیبی که می‌بینند، می‌خواهند از آزارگر حمایت کنند.
 - کودکان قربانی، با وجود خشمی که دارند، از احساس‌های مثبتی که ممکن است هنوز نسبت به شخص متجاوز داشته باشند، متحیر و گیج می‌شوند.

ه- بهره‌کشی اقتصادی از کودک

بهره‌کشی و به ویژه بهره‌کشی اقتصادی، یعنی بکارگیری کودک یا وادار کردن وی به کار یا خدماتی است که برای سلامت جسمانی، روانی، وضعیت آموزشی یا اجتماعی کودک خطرناک و آسیب‌زننده است و منافع حاصل از آن نصیب دیگران می‌شود. مانند وادار نمودن کودک به کارگری، دست‌فروشی، قالی‌بافی، کارهای سنگین کشاورزی و ساختمانی، گدایی، روسپیگری و ... همان‌طور که قبلاً عنوان شد، این نوع آزار عمدتاً با سایر انواع آزار و غفلت علیه کودکان همراه است و کودکان کار و خیابان یکی از اصلی‌ترین نمونه‌های این نوع بهره‌کشی هستند.

با وجود این‌که در حالت ایده‌آل نباید به هیچ‌کودکی به عنوان منبعی برای درآمدزایی نگریسته شود، اما با توجه به تاثیر فقر خانواده در کار کودک، در ارزیابی کودکانی که به اشتغال مشغول هستند، لازم هست که به نکات زیر توجه شود تا در شرایط فعلی کشور بتوان آن را به عنوان کودک آزاری گزارش کرد:

- وقوع هر نوع آسیب یا عارضه وارد شده به کودک به هنگام اشتغال وی به کارهایی نامتناسب با سن و شرایط تکاملی‌اش و یا به هنگام انجام کارهای غیرقانونی؛
- تأثیر منفی کار کودک بر تحصیل وی و یا محرومیت کودک از تحصیل؛
- استفاده و هزینه شدن درآمد حاصل از کار کردن کودک برای اهدافی غیر از سلامت، آسایش و منافع عالی وی (برای نمونه تامین هزینه مواد مخدر مصرفی والدین)؛
- عدم اشتغال سرپرست قانونی کودک و سایر اعضای خانواده و بهره‌کشی از کودک.

و- رها کردن و خریدوفروش کودکان و نوزادان

این امکان وجود دارد که نوزادان و کودکان به دلایلی چون فقر خانواده، خارج از چارچوب ازدواج بودن کودک، بارداری ناخواسته و ... در مرکز درمانی رها شوند و یا مورد خریدوفروش قرار بگیرند. این موارد می‌تواند با آگاهی سرپرستان قانونی کودک و عمدتاً توسط افراد واسطه صورت می‌گیرد. این نوزادان و کودکان عمدتاً به دلایلی چون فرزنددار کردن خانواده‌های بدون فرزند، بهره‌کشی و سوءاستفاده از کودک، قاچاق اعضا و ... مورد خریدوفروش واقع می‌شوند. خریدوفروش نوزادان و کودکان در قوانین جمهوری اسلامی ایران جرم تلقی می‌شود. کودکان درگیر این فرایند از ابعاد مختلف نیازها و حقوق اساسی خود به ویژه حق هویت داشتن تا سال‌ها محروم هستند و ممکن است که در نتیجه سوءاستفاده و بهره‌کشی با انواع آزار و غفلت مواجه شوند. کودکان رها شده در مراکز درمانی یکی از گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که در معرض خرید و فروش و سایر انواع آزار و غفلت قرار دارند.

۳- علائم و نشانه‌های تشخیص کودک آزاری و غفلت

در انواع خشونت علیه کودکان، نشانه‌ها و علائم متعددی می‌توانند در رفتار کودک و والدین ظاهر شوند و همچنین پیامدهای این خشونت‌ها می‌توانند تغییراتی در ظاهر و رفتار کودک در کوتاه‌مدت و درازمدت ایجاد کنند. در این قسمت برای ارائه تصویری جامع از این علائم و نشانه‌ها، از منابع متعدد داخلی و بین‌المللی استفاده شده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به منابع سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶، ۲۰۱۹ و ۲۰۲۱) و همچنین راهنمای مداخلات تخصصی کودک آزاری اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۵) اشاره کرد. نشانه‌های تشخیص انواع خشونت و آزار علیه کودکان برای متخصصان در سطوح و رشته‌های مختلف متفاوت است. نشانه‌هایی که در ادامه آورده شده‌اند از نشانه‌های ظاهری، رفتاری و کلامی هستند که با کمی دقت توسط مددکاران اجتماعی قابل مشاهده هستند. اما نکته بسیار مهم این است که عمده آن‌ها نباید به تنهایی معیاری برای تشخیص نهایی وقوع آزار و غفلت در نظر گرفته شوند. مشاهده این علائم رفتاری و ظاهری در کنار تشخیص‌های بالینی کادر درمان و هم‌زمانی نشانه‌های متعدد یا نشانه‌های خیلی شدید و عیان آزار جسمی و جنسی می‌توانند نشان‌دهنده وقوع خشونت و آزار علیه کودکان باشند. این نکته قابل توجه است که در این قسمت، کمتر بر نشانه‌های ظاهری و جسمانی که عمدتاً مورد توجه پزشکان و کادر درمان است، تمرکز شده است و عمدتاً به جزئیات نشانه‌های رفتاری و تعاملی کودک و سرپرست پرداخته شده است که در کنار معاینات و تشخیص‌های پزشکی می‌تواند مورد توجه مددکاران اجتماعی و کادر درمان قرار گیرد و مکمل آن‌ها باشد.

الف - نشانه‌های کودک آزاری جسمانی

الف - ۱ نشانه‌های ظاهری کودک

- هرگونه آسیب (جراحت، سوختگی، کوفتگی، کبودی یا تورم) که کودک و والدین در مورد آن توضیح منطقی نمی‌دهند.
- وجود این نشانه‌ها به‌ویژه در نقاط غیرمعمول بدن (که کودک در اثر بازی و اتفاقی، مانند سر زانوها، برایش رخ نمی‌دهد) و در مراحل مختلف ترمیم:

 - آثار خراشیدگی، بریدگی، پارگی، سوختگی (به ویژه سوختگی ناشی از سیگار)، قرمزی، کبودی، تورم، له‌شدگی، خونریزی، خفگی و ...
 - شکستگی استخوان، شکستگی دندان، برجستگی ملاح (در شیرخواران) و کنده شدن مو

- سایر نشانه‌های خطر که در صورت مشاهده آن باید نسبت به آن هوشیار شد:

 - وقوع اتفاقات و حوادث مکرر برای کودک در خانه و حضور غیرمعمول در مراکز درمانی
 - درد شدید و حساسیت به لمس در نواحی مختلف
 - خواب‌آلودگی، گیجی، منگی، تهوع، استفراغ بدون علت قابل توجیه

○ گزارش نشانه‌ها و علائمی که تنها به هنگام حضور سرپرست بروز یا بروز مجدد پیدا می‌کنند یا گزارش می‌شوند.

○ پاسخ بدون تغییر و غیرقابل توجه کودک به داروها و درمان تجویز شده

○ گزارش علائم جدید به محض درمان و حل علائم قبلی

- داشتن دفع بی‌اختیار مدفوع و ادرار

الف-۲ نشانه‌های رفتاری کودک

- گزارش آسیب یا دعوای شدید از سوی والد یا مراقب بزرگسال

- ترسیدن از والدین و امتناع و اکراه برای رفتن به خانه

- جمع کردن خود با نزدیک شدن بزرگ‌ترها

- ترسیدن از گریه‌ی کودکان دیگر

- داشتن اختلالات غذایی

- زدن سر خود به اشیاء

- داشتن تکانش‌ها و تغییرات ناگهانی در رفتار

- بدرفتاری با حیوانات

- پرخاشگری و قلدری با همسالان

- بروز رفتارهای ضداجتماعی

الف-۳ نشانه‌های رفتاری والدین یا سرپرستان

- عدم توضیح یا ارائه توضیحات ضد و نقیض و غیر متقاعدکننده برای صدمات کودک

- تأخیر بی‌دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها و یا سوختگی‌ها

- انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علائم کودک

- نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی و انکار مسئولیت خود

- وجود سطح بالای اضطراب در والدین در برابر علائم

- بی‌توجهی و بی‌تفاوتی نسبت به علائم و رنج کودک

- توصیف کودک با ادبیات و بیانی منفی، خشن و تحقیرکننده کودک

- استفاده از تنبیه جسمانی برای تأدیب کودک

- بیان انتظارات غیرواقعی از کودک

ب- نشانه‌های کودک آزاری عاطفی و روانی

ب-۱ نشانه‌های ظاهری و رفتاری کودک

- گزارش مداوم معده درد و یا سردردهای بدون علت مشخص
- مراجعه مکرر به مراکز درمانی بدون این که مسئله خاصی تشخیص داده شده باشد
- گزارش نشانه‌ها و علائمی که تنها به هنگام حضور سرپرست بروز یا بروز مجدد پیدا می‌کنند یا گزارش می‌شوند.
- پاسخ بدون تغییر و غیرقابل توجیه کودک به داروها و درمان تجویز شده
- گزارش علائم جدید به محض درمان و حل علائم قبلی
- نشان دادن ترس‌های غیرعادی
- گزارش انواع کابوس‌های شبانه
- زیاده‌روی در درخواست کردن و انتظار داشتن از دیگران
- تقاضای زیاد برای دریافت رفتارهای محبت‌آمیز
- نشان دادن واکنش‌های غیرعادی و غیرمعمول به افراد دارای قدرت و اقتدار
- زیاده‌روی در موافقت و تسلیم شدن در برابر دیگران
- نشان دادن رفتارهای نامتناسب با سن خود (برای نمونه عمدتاً نقش والدین کودکان دیگر را بازی می‌کند و یا رفتارهای مربوط به نوزادان را از خود بروز می‌دهد)
- نشان دادن عادات عصبی و رفتارهای تکراری (ناخن جویدن یا مکیدن شست)
- نشان دادن اختلالات رفتاری
- داشتن اختلال در یادگیری
- داشتن اعتماد به نفس و عزت نفس خیلی پایین
- تلاش و اقدام به خودکشی
- عدم بروز هرگونه وابستگی، پیوند و دلبستگی به والدین خود
- انزوا و دوری کردن از بزرگسالان و همسالان
- ضعف و مشکل در مهارت برقراری ارتباط با دیگران
- بروز افسردگی و ناراحتی مداوم
- بروز سطح بالای تحریک‌پذیری و خشم

ب-۲ نشانه‌های رفتاری والدین یا سرپرستان

- سرزنش، تمسخر و تحقیر مداوم کودک در حضور دیگران
- توصیف کودک با ادبیات و بیانی منفی، خشن و تحقیرکننده کودک

- عدم بروز و بیان هرگونه احساس و محبت نسبت به کودک
- راندن آشکارای کودک از خود
- فریاد کشیدن و خالی کردن عصبانی شدن بر سر کودک
- بی توجهی به صدا کردن، کمک خواستن، بروز ناراحتی، ابراز احساس یا هرگونه تلاش و نیاز کودک برای تعامل با والد
- بروز تمامی رفتارهای معرفی شده در قسمت خشونت عاطفی و روانی

ج- نشانه‌های مورد غفلت و سهل‌انگاری واقع شدن

ج-۱ نشانه‌های ظاهری و رفتاری کودک

- داشتن نشانه‌های سوء تغذیه
- گزارش داشتن مشکل در به خواب رفتن یا خواب پیوسته داشتن یا خوابیدن بیش از حد طبیعی
- گزارش کابوس شبانه
- بروز و گزارش مداوم خستگی و بی‌حوصلگی
- پراشتهایی یا کم‌اشتهایی قابل توجه
- رها کردن مداوم و نیمه کارها و مسئولیت‌ها
- داشتن توجه و تمرکز پایین
- رسیدن سریع به احساس ناامیدی در انجام کارها
- بیان احساس تنهائی
- بروز رفتارهای اجتماعی نامتناسب با زمینه و سن رشدی وی
- داشتن کم‌حرفی یا پر حرفی غیرطبیعی
- ضعف و مشکل در مهارت برقراری ارتباط با دیگران
- تقاضای زیاد برای دریافت رفتارهای محبت‌آمیز
- بروز انزوا، گوشه‌گیری و تردید در برقراری ارتباط (به ویژه با همسالان) یا مقابل آن رفتارهای بسیار صمیمی و چسبنده حتی به افراد غریبه
- بروز رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی یا پرخاشگرانه در مقابل همسالان
- ضعف در فعالیت‌ها و بازی‌های تعاملی مثبت مانند شریک شدن، رعایت نوبت، قبول قوانین
- داشتن عزت‌نفس و اعتماد به نفس پائین
- تأخیر و غیبت‌های مداوم و بدون توضیح به مدرسه
- اظهار و گزارش نبود فردی برای مراقبت از وی یا کمک به وی در انجام کارها تکالیف

- درخواست پول و غذا از سایر دانش‌آموزان یا معلمان
- دزدی کردن از همسالان و بزرگسالان

ج- ۲ نشانه‌های رفتاری والدین یا سرپرستان

- بی‌تفاوتی نسبت به پیام‌های مراکز بهداشتی، درمانی، مدرسه یا مهد کودک برای پیگیری وضعیت کودک
- بی‌تفاوتی نسبت به خواسته و واکنش کودک
- نداشتن آگاهی نسبت به سطوح و نیازهای رشدی کودک
- بیان و اظهار شکایت از انواع مسائل و مشکلات و وقت نداشتن برای کودک
- بروز تمامی رفتارهای معرفی شده در قسمت غفلت و سهل‌انگاری

د- نشانه‌های خشونت جنسی

د-۱ نشانه‌های جسمانی کودک

- کبودی، تورم، خونریزی و جراحات اندام جنسی (نظیر لیباها و مهبل) و مقعد
- ادرار خونی
- دردهای شکمی بدون توضیح و مداوم
- وجود ترشحات در اندام‌های تناسلی
- بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع
- سوزش و درد هنگام دفع
- ابتلا به بیماری‌های مقاربتی
- تغییر رنگ در لباس زیر
- بارداری در کودکان دختر

د-۲ نشانه‌های رفتاری کودک

- خاراندن مکرر ناحیه تناسلی
- اشکال در نشستن روی صندلی
- حالت ایستادن یا راه رفتن با پای باز
- شکایت از درد ناحیه تناسلی
- اعلام تماس جنسی با اشخاص
- اعلام داشتن راز با افراد بزرگ‌تر از خودش

- اعلام اینکه فردی در تنهایی به او هدیه، پول، جایزه یا هر چیزی می‌دهد
- اعلام ترسیدن یا ترسیدن از تنها ماندن با فردی بزرگ‌تر از خودش
- اعلام اینکه فردی دائماً اطراف او پرسه می‌زند
- اعلام اینکه فردی بزرگ‌تر او را لمس می‌کند
- اعلام اینکه بازی کردن با فردی بزرگ‌تر از خودش را دوست ندارد
- نشان دادن اطلاعات جنسی بیش از حد نسبت به سن خود
- انجام رفتارهای جنسی غیرمعمول و نامناسب در بازی با عروسک‌ها، وسایل یا در همراهی با سایر افراد
- صحبت با کودکان دیگر در مورد رفتارهای جنسی
- بکار بردن کلمات مستهجن با محتوای جنسی، نامتناسب با فرهنگ خانواده یا محیط اطراف
- ایجاد شدن تغییر و اختلال در الگوی خواب کودک
- ایجاد شدن تغییر و اختلال در الگوی خوراک کودک: پرخوری یا کم‌اشتهایی عصبی
- دیدن کابوس‌های شبانه
- پس‌روی به رفتارهای بچگانه مثل خیس کردن رختخواب، مکیدن انگشت و گریه بیش از حد
- تغییر ناگهانی حالات هیجانی و رفتار به انزوا و گوشه‌گیری
- تغییر ناگهانی حالات هیجانی و رفتار به بروز خشم شدید، تکانشی بودن، پرخاشگری شدید و کم‌تحمل شدن
- تغییر ناگهانی حالات هیجانی و رفتار به بی‌تفاوتی و بی‌حسی
- فقدان ناگهانی علاقه به زندگی
- از دست دادن تخیلات و خیال‌پردازی
- عدم تمایل ناگهانی به کارهای شاد
- پیدا کردن حالت کاهلی و تنبلی
- گوشه‌گیری و دوری کردن ناگهانی از دوستان
- عدم تمایل به درآوردن لباس
- مرموز شدن ناگهانی رفتار و گویی مسئله‌ای را مخفی می‌کند
- بروز اضطراب شدید
- بروز رفتارهای همراه با وابستگی شدید به نزدیکان
- بروز علائم نشان‌دهنده احساس ناامنی و ترس مداوم
- داشتن عزت‌نفس و اعتماد به نفس پائین
- بروز علائم افسردگی
- مهارت ضعیف و مشکل‌دار در برقراری ارتباط با همسالان و بزرگ‌ترها

- بروز نشانگان استرس پس از سانحه (PTSD)^۱
- غیبت و فرارهای مکرر از مدرسه
- افت ناگهانی و شدید تحصیلی
- فرار از خانه
- اقدام به رفتارهای خودآزارانه یا اقدام به خودکشی

د-۳ نشانه‌های رفتاری والدین یا سرپرستان

- مواظب بدون دلیل از کودک ممانعت از تماس او با دیگر کودکان به ویژه جنس مخالف وی
- نشان دادن رفتارهای مرموز و انزواطلب
- کنترل شدید اعضای خانواده و رفت‌وآمدها

ه- نشانه‌های احتمال رهاشدگی و یا خریدوفروش کودک

ه-۱ نشانه‌های مرتبط با کودک

- نوزاد تازه متولد شده دچار تأخیر رشد داخل رحمی و وزن پایین هنگام تولد به دلیل ضعف در مراقبت‌های دوران بارداری است.
- نوزاد تازه متولد شده علائم جسمانی و رفتاری ابتلا به سندرم پرهیز نوزادی را از خود نشان دهد، که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
 - تأخیر رشد داخل رحمی
 - وزن پایین هنگام تولد
 - گریه با صدای بلند
 - بی‌قراری
 - اختلال در چرخه خواب و بیداری
 - لرزش، تشنج
 - اسهال، استفراغ
 - تب، تعریق
 - ناتوانی در شیر خوردن علیرغم افزایش رفلکس مکیدن
 - افزایش دفعات تنفس در دقیقه
 - خمیازه‌های مکرر

^۱ Post-traumatic stress disorder (PTSD)

○ نتایج تأیید کننده آزمایش‌ها و تشخیص‌های افتراقی سندرم پرهیز نوزادی

ه-۳ نشانه‌های رفتاری والدین یا سرپرستان

- سوءمصرف مواد به ویژه توسط مادر
- نداشتن اوراق هویتی
- نشان دادن اوراق هویتی فرد دیگر به جای مادر
- بی‌سرپناهی و بی‌خانمانی مادر
- راندن آشکارای کودک از خود توسط مادر
- بی‌تفاوتی نسبت به خواسته‌ها و واکنش کودک توسط مادر
- نشان دادن سطح بالای اضطراب توسط مادر و همراهان کودک
- رفت‌وآمدهای مشکوک به اتاق مادر و نوزاد
- عدم تناسب طبقه اجتماعی اقتصادی همراهان با وضعیت مادر

۴- عوامل خطر آفرین و محافظت‌کننده‌ی کودک آزاری و غفلت

عواملی که موجب افزایش خطر آزار و غفلت علیه کودکان می‌شوند را عوامل خطر آفرین می‌گویند و در مقابل عواملی که موجب کاهش این احتمال می‌شوند که عوامل حفاظت‌کننده گویند. باید توجه کرد که در هر جایی که عوامل خطر آفرین وجود داشته باشند نمی‌توان گفت که ضرورتاً خشونت علیه کودک وجود دارد. در واقع خشونت و بدرفتاری با کودک را می‌توان از طریق تحلیل تعاملات پیچیده عوامل متعدد و در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، ارتباطی و اجتماعی مورد بررسی قرار داد و آنچه اهمیت دارد این است که هیچ عاملی به تنهایی نمی‌تواند توضیح‌دهنده‌ی این موضوع باشد که چرا بعضی از افراد با کودکان رفتارهای خشونت‌آمیزی دارند و یا چرا بدرفتاری با کودکان در بعضی از جوامع شایع‌تر از سایرین است. نکته قابل توجه این است که گرچه کودکان مسئول آسیبی که به آن‌ها می‌رسد نیستند ولی وجود ویژگی‌های خاصی در کودک ممکن است خطر مورد بدرفتاری واقع شدن او را افزایش دهد.

به هنگام ارزیابی وضعیت کودک و خانواده وی توسط مددکار اجتماعی و همچنین در تدوین برنامه‌های مداخلاتی شناسایی این عوامل خطر و محافظت‌کننده از اهمیت بالایی برخوردار است و در واقع برنامه‌های مراقبتی و مداخلاتی باید بر کاهش عوامل خطرزا و افزایش و تقویت عوامل محافظتی استوار باشند. قابل توجه است که رویکردهای جدید به تغییر جهت به سمت تمرکز بر نقاط قوت و تقویت عوامل محافظت‌کننده متمرکز هستند. این رویکردها معتقدند که تعیین نقاط ضعف و نقایص و برچسب زدن به خانواده به‌عنوان خانواده در معرض خطر و آزارگر معمولاً به‌عنوان سدی برای مشارکت خانواده در مداخلات درمانی و حمایتی عمل می‌کند. در نتیجه به نظر می‌رسد هم‌زمان با شناخت عوامل خطر، جستجو برای یافتن نقاط قوت خانواده و عوامل محافظتی نیز مهم است.

انواع طبقه‌بندی‌ها از عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده کودکان در برابر انواع آزار، خشونت و بدرفتاری وجود دارد که در منابع مختلف سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶) به مدل بوم‌شناختی اجتماعی^۱ به عنوان یک چارچوب جامع برای تبیین و طبقه‌بندی این عوامل اشاره شده است. لذا در ادامه عوامل متعددی که می‌توانند پیش‌بینی‌کننده در معرض خطر بودن کودکان در برابر آزار و غفلت و همچنین محافظت‌کننده از آنان باشند، معرفی شده‌اند.

الف - عوامل خطرآفرین کودک آزاری و غفلت

با توجه به رویکردهای بوم‌شناختی، انواع عوامل خطرآفرین را در سطوح مختلف زیر می‌توان طبقه‌بندی کرد:

۱. سطح فردی: عوامل خطرآفرین فردی که در کودک و والدین یا سرپرستان قانونی می‌تواند وجود داشته باشد.

۲. سطح ارتباطات نزدیک: عوامل خطرآفرینی در سطح ارتباطات نزدیک کودک با خانواده و همسالان خود می‌تواند وجود داشته باشد.

۳. سطح جامعه: عوامل خطرآفرین در سطح محله و جامعه‌ای که کودک در آن زندگی می‌کند، می‌تواند وجود داشته باشد.

۴. سطح اجتماعی: عوامل خطرآفرین در سطح کلان، شامل هنجارهای اجتماعی و قانونی که فضا و بستری را ایجاد می‌کنند که در آن خشونت تشویق و یا عادی انگاشته می‌شود. شامل سیاست‌های مرتبط با سلامت، اقتصاد، آموزش و مسائل اجتماعی که ابقاء‌کننده نابرابری‌های اقتصادی، جنسیتی و اجتماعی هستند؛ اجرا نشدن قوانین و همچنین نبود خدمات و حمایت‌های رفاهی و محافظتی.

این نکته قابل تذکر است که وجود عوامل خطرآفرین در کودک، خود، خانواده یا محل زندگی آنان، به معنی توجیه آزار و غفلت کودکان یا تشخیص نهایی آن نیست، بلکه مددکاران اجتماعی با مشاهده این عوامل باید نسبت به احتمال آزار و غفلت حساس‌تر شوند. همچنین وجود این علائم می‌تواند به معنای پیچیده‌تر بودن مسئله مراقبت، والدگری و فرزندپروری در خانواده و نیاز بیشتر سرپرستان به دریافت آموزش، حمایت و مشاوره از متخصصان تفسیر شود در همین راستا و با توجه به عواملی که در سطوح مختلف در جداول ذکر شده‌اند، به صورت مشخص به هنگام ارزیابی این عوامل، به نکات زیر باید توجه کرد:

- بیماری‌های روانی والد نباید خود به تنهایی به عنوان عامل نقص توانایی در فراهم ساختن شرایط والدی مناسب فرض شوند. اما اختلالات روانی مدیریت نشده و درمان‌نشده می‌تواند اثر قابل توجهی بر وظایف والدگری بگذارد و این موضوع به عوامل متعدد دیگر از جمله نوع بیماری و سایر عوامل محیطی نیز بستگی دارد.

^۱ Social ecological model

- عوامل خطرآفرین مرتبط با کودک به این معنی نیست که کودک نسبت به این بدرفتاری‌ها مسئول است، اما این عوامل موجب می‌شوند که برای والدین شرایط دشوارتر شود و نشان‌دهنده لزوم حمایت بیشتر از والدین و کودکان در این شرایط است.
- احتمال بروز آزار و غفلت از کودکان در تمام طبقات اجتماعی و اقتصادی وجود دارد و عامل فقر به تنهایی نمی‌تواند برای پیش‌بینی وقوع خشونت علیه کودک بکار رود. اما بودن در شرایط فقر در صورت نبود عوامل محافظت‌کننده و در صورت همراه شدن با سایر عوامل خطرآفرین، می‌تواند زمینه‌ساز بدرفتاری علیه کودکان به ویژه غفلت شود. لذا مددکاران اجتماعی می‌توانند نقش پررنگی در تقویت عوامل محافظت‌کننده برای پیشگیری از وقوع آزار به دلیل فقر خانواده داشته باشند.
- یک عامل کلیدی که کودکان و نوجوانان به ویژه دختران را نسبت به خشونت آسیب‌پذیر می‌سازد، تاب‌آوری اجتماعی در برابر قربانی شدن دختران و عامل خشونت بودن پسران و مردان است. در بیشتر مواقع آزار یا بهره‌کشی به عنوان یک هنجار و فراتر از کنترل یک جامعه و فرد تلقی می‌شود که در کنار اینکه ایجادکننده احساس شرم، ترس و این اعتقاد است که هیچ‌کس نمی‌تواند کمکی بکند، منجر به درصد پایین گزارش آزار و خشونت و درخواست کمک از جانب قربانیان می‌شود. لذا مددکاران اجتماعی با شناختی که نسبت به بستر اجتماعی و فرهنگی مرکز درمانی خود دارند، باید این موضوع را مورد توجه قرار دهند.

سطح	عوامل خطر آفرین مرتبط با ویژگی‌های فردی والدین و کودک
مرتبط با والدین	وضعیت اشتغال والدین بیکاری والدین- والدین دارای مشاغل با استرس شغلی- والدینی که ساعات زیادی را خارج از منزل به اشتغال مشغول هستند
	سن والدین والدین با تفاوت سنی خیلی زیاد- والدین با سن خیلی پایین(والدین نوجوان)
	دانش، تحصیلات، عملکرد ذهنی و مهارت‌های والدین والدین با سطح پایین از هوش و بلوغ - والدین با سطح سواد و تحصیلات پایین- والدین با مهارت حل مسئله پایین- والدین با دانش و آگاهی محدود از نیازها و مراحل رشد کودک (داشتن انتظارات غیرواقعی و نامتناسب با مراحل رشد کودک)
	تاریخچه دوران کودکی والدین والدین با سابقه کودک‌آزاری و غفلت در دوران کودکی- والدین با دلبستگی ضعیف با والدینشان در کودکی(دارای دوران کودکی بدون ثبات، بدون محبت و خصمانه)
	خصوصیات روانی و شخصیتی والدین والدین با رفتارهای تکانشی- والدین بدون مهارت کنترل خشم- والدین با تحمل پایینی در برابر ناکامی و شکست- والدین با اختلال اضطراب- والدین با سطح بالای افسردگی کنترل نشده(به ویژه افسردگی پس از زایمان)
	سوء مصرف مواد و الکل توسط والدین والدین مصرف مواد مخدر و توهم‌زا- والدین دارای سوء مصرف الکل- مادران باردار مصرف کننده مواد
مرتبط با کودک	سن کودک کودکان در تمام سنین ممکن است که در معرض انواع خشونت قرار بگیرند- کودکان در سنین ۳ سال و کمتر از آن نسبت به انواع غفلت آسیب پذیرتر هستند
	خلق و خو و شخصیت کودک کودکانی که مدام بی‌قرار و ناآرام هستند- کودکانی که به شدت و مداوم گریه می‌کنند- کودکان با خصوصیات اخلاقی که توسط والدین مشکل‌زا تلقی می‌شود (مانند بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی)
	جنسیت کودک پسران بیشتر مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند- دختران بیشتر مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند
	کم‌توانی و معلولیت کودک کودکان دارای کم‌توانی و معلولیت- کودکان دارای بیماری مزمن یا تأخیر و اختلال در رشد- کودکان با اختلالات و ناهنجاری‌های ظاهری
	ناخواسته بودن کودک کودکانی که ناخواسته به دنیا می‌آیند

عوامل خطر آفرین ناشی از ارتباطات کودک با خانواده یا همسالان		سطح
وجود عضو در خانواده که توجه و مراقبت بیشتری را به خود جلب کنند- وجود عضو در خانواده با بیماری و اختلالات جسمی، رشدی، ذهنی و روانی	وجود عضو در خانواده با نیازهای ویژه	خانواده
خانواده‌های پرازدحام و پرجمعیت(به ویژه اگر تعداد بالای فرزندان ناشی از بارداری‌های متعدد و بدون برنامه‌ریزی باشد)	اندازه خانوار	
خانواده‌های طلاق- خانواده تک والد- خانواده باز تشکیل شده و دارای پدرخوانده یا مادرخوانده- کودکان در ازدواج ثبت نشده یا ازدواج موقت- کودکان حاصل از ازدواج‌های اجباری- کودکان حاصل از ازدواج‌های زود هنگام	ازهم‌گسیختگی خانواده و تک والدی	
وجود عضو در خانواده به ویژه والدین با سابقه کیفری و اقدامات مجرمانه و غیرقانونی	پیشینه کیفری والدین و سایر اعضای خانواده	
خانواده با انزوای اجتماعی و گوشه‌گیر از دوستان و همسایگان- خانواده‌هایی که به دلایلی چون قومیت، مذهب، کم‌توانی یا سبک زندگی مورد تبعیض و انزوا واقع شوند و از سوی جامعه مورد حمایت قرار نگیرند- خانواده با شبکه حمایت اجتماعی محدود و ضعیف- خانواده با جابجایی مداوم محل سکونت(می‌تواند منجر به کاهش حمایت‌ها از مادر در مراقبت از کودکان شود)	شبکه و حمایت اجتماعی خانواده	
خانواده دارای خشونت خانگی مداوم علیه همسران(به ویژه مادر)- خانواده دارای تعارضات شدید و حل نشده بین والدین	خشونت خانگی	
والدین با مهارت‌های ضعیف و ناکافی والدگری و فرزندپروری- والدین با نگرش مثبت به تنبیه فیزیکی و همراه با خشونت	شیوه‌های فرزندپروری نامناسب	
خانواده با سطح پایینی از ابراز عشق و محبت(نبود دلبستگی و پیوند عاطفی سالم میان کودکان و والدین)- خانواده با چالش و تعارض شدید میان اعضا- خانواده با همدلی بسیار ضعیف میان اعضا خانواده- خانواده با همبستگی پایین میان اعضا- خانواده با سازمان‌دهی ضعیف تقسیم نقش‌ها میان اعضا	ارتباط عاطفی و تعاملات بین اعضای خانواده	
کودکان با داشتن ارتباط و شبکه دوستی با همسالان بزهکار و خلاف‌کار- کودکان عضو دارودسته‌های بزهکار و خلاف‌کار همسالان	ارتباط و عضویت کودک در گروه‌های همسالان بزهکار	همسالان

عوامل خطر آفرین مرتبط با جامعه‌ی محل زندگی کودک	سطح
کودکان در خانواده و جامعه با سطح پایین استانداردهای زندگی و فقر (داشتن ایمنی کمتر، تأمین نشدن کامل نیازهای بهداشتی، تغذیه‌ای، آموزشی و روانی) - کودکان بی‌خانمان - کودکان در مسکن نامناسب (زندگی گروهی، فضای محدود خانه، فضای غیراستاندارد، اسکان غیررسمی، محلات نامن) - کودکان کار	سطح پایین استانداردهای زندگی و فقر
محلات با شیوع و رواج بالای خشونت و آسیب‌های اجتماعی - محلات با شیوع انواع کم‌توانی‌ها - محلات با استانداردهای پایین شهر سازی و وجود عوامل خطر آفرین و ناایمن متعدد (سطوح بالای سموم، گودال‌ها) - محلات حاشیه‌ای شهرها و پرتراکم جمعیتی - محلات با دسترسی آسان به الکل و مواد مخدر - محلات با رواج خرید و فروش مواد مخدر - محلات با همسایگان و اعضای محله ناپایدار و موقت - محلات با کمبود و ضعف در ارائه خدمات و امکانات بهداشتی، رفاهی و حمایتی - جوامع و محلات با همبستگی و سرمایه اجتماعی پایین - محلات با میزان بالای تبعیض و نابرابری‌های جنسیتی و اجتماعی	سایر ویژگی‌ها

عوامل خطر آفرین اجتماعی و کلان	سطح
ضعف در سیاست‌گذاری و تدوین قوانین در سطح کلان - سیاست‌های اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و آموزشی ناکارآمد (عامل زندگی با استانداردهای پایین و تشدید نابرابری) - سیاست‌های رفاهی و محافظت اجتماعی ضعیف - سیاست‌ها و برنامه‌های نامناسب و غیر کودک‌محور در مؤسسات و نهادها - عدم وجود قوانین مشخص در زمینه حمایت از حقوق کودکان	سیاست‌گذاری
ضعف نهادها و سازمان‌های اجرایی در اجرای سیاست‌گذاری‌ها و قوانین و ارائه خدمات	نهادهای اجرایی
تبلیغ و تثبیت هنجارهای تقویت‌کننده خشونت (مانند تنبیه جسمانی) و مقبولیت آن در رسانه‌ها، موسیقی‌های مردمی و بازی‌های کامپیوتری - هنجارهای اجتماعی و فرهنگی تقویت‌کننده انعطاف‌ناپذیری نقش‌های زنان و مردان - هنجارهای ایجادکننده احساس مالکیت والدین نسبت به فرزند - هنجارهای تقبیح‌نکننده و رواج دهنده پورنوگرافی، فحشاگری و کار کودکان - هنجارهای تقویت‌کننده و تثبیت‌کننده تاب‌آوری اجتماعی در برابر قربانی شدن دختران و عامل خشونت بودن پسران و مردان	هنجارها و چارچوب‌های اجتماعی

ب- عوامل محافظت‌کننده کودک آزاری و غفلت

در مقابل عواملی که موجب افزایش خطر آزار و غفلت از کودکان می‌شوند عواملی وجود دارد که این احتمال را کاهش می‌دهد و به عنوان عوامل حفاظت‌کننده شناخته می‌شوند. عوامل محافظت‌کننده از این بعد اهمیت دارند که تمامی کودکانی که در معرض عوامل خطرآفرین هستند تحت تأثیر و غرق در این شرایط نمی‌شوند و همان‌طور که ترکیب عوامل مختلف منجر به آزار می‌شود، عوامل متعددی نیز در تسکین آن نقش ایفا می‌کنند. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، شناسایی این عوامل محافظت‌کننده و تقویت آنان می‌تواند یکی از اهداف کلیدی مداخلات درمانی و پیشگیری‌کننده در حوزه کودک‌آزاری و غفلت به ویژه توسط مددکاران اجتماعی باشد.

سطح	عوامل محافظت‌کننده از کودکان
عوامل فردی	<p>مهارت‌های اجتماعی و به ویژه مهارت کمک‌خواهی، حل مسئله، تصمیم‌گیری و جرأت‌ورزی کودکان و نوجوانان</p> <p>احساس خودارزشمند پنداری، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس کودکان و نوجوانان</p> <p>مهارت کمک‌خواهی والدین</p> <p>مهارت‌های اجتماعی و به ویژه مهارت حل مسئله و کنترل خشم والدین</p> <p>احساس خودارزشمند پنداری، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس والدین</p> <p>مهارت‌های سازگاری بالای والدین</p> <p>آگاهی، هوش و توانایی ذهنی مناسب والدین (آگاهی از مراحل رشد و نیازهای کودک)</p> <p>سلامت جسمانی روانی والدین</p> <p>اشتغال مناسب والدین</p>
عوامل ارتباطی و خانوادگی	<p>مهرورزی و ارتباط مناسب میان والدین</p> <p>دلبستگی ایمن بین نوزاد و یکی از افراد بالغ خانواده</p> <p>ارتباط گرم و حمایتگر کودک با حداقل یکی از والدین</p> <p>روش‌های مناسب والدگری و تربیت فرزند</p> <p>وجود قواعد در منزل و نظارت بر کودک</p> <p>ثبات و پایداری واحد خانواده</p> <p>ارتباطات خانوادگی باثبات</p> <p>شبکه اجتماعی قوی خانواده و کودک</p> <p>وجود فرد بزرگسال قابل اعتماد برای کودک</p> <p>ارتباطات مناسب کودک با همسالان</p>
عوامل جامعه‌ای	<p>محل سکونت مناسب و استاندارد</p> <p>زندگی در جامعه با همبستگی بالای اجتماعی</p> <p>دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی</p> <p>وجود بزرگسالان قابل اعتماد در خارج از خانواده</p>
عوامل اجتماعی	<p>اجرای قوانین و محافظت قانون از کودکان در برابر خشونت و بدرفتاری</p> <p>وجود اقدامات در راستای برابری جنسیتی</p> <p>اجرا و تحقق حقوق کودک.</p>

۵- قوانین مرتبط با کودک آزاری و غفلت در ایران

طبقه قوانین کشور، به ویژه آخرین قانون مصوب در این زمینه یعنی قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (مصوب اردیبهشت ۱۳۹۹)، کودکان مورد آزار و غفلت واقع شده، یکی از انواع گروه‌های کودکان در معرض خطر و بزه‌دیده هستند که باید مورد حمایت و محافظت قرار بگیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز طبق این قانون و همچنین آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (مصوب خرداد ۱۴۰۰ هیئت وزیران) یکی از دستگاه‌های مسئول در این حوزه است که در ادامه وظایف و نقش‌های محول شده به این دستگاه ارائه شده است.

نکته قابل توجه این است که در کشور ما از سال ۱۳۸۱ (با قانون حمایت از کودکان و نوجوانان) کودک‌آزاری مطابق با قانون جرم تعریف شده است و فرد خاطی مجازات خواهد شد و این مهم در حال حاضر در ماده ۳۱ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (۱۳۹۹) مورد اشاره قرار گرفته است. در واقع طبق قوانین ایران، کودک‌آزاری از جرائم عمومی بوده، یعنی احتیاج به شکایت شاکی خصوصی ندارد و هرکسی بداند که کودکی مورد خشونت و بدرفتاری قرار گرفته است، می‌تواند آن را به مراجع ذیصلاح (مراجع قضایی، نیروی انتظامی و بهزیستی) اطلاع دهد. نکته قابل توجه این است که طبق قوانین، حتی عدم اطلاع و گزارش دادن کودک‌آزاری جرم محسوب می‌شود و برای آن جزای نقدی و حبس در نظر گرفته شده است، به ویژه اگر فرد طبق وظیفه شغلی خود همانند کادر درمان مکلف به گزارش و مداخله باشد و در قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ این مجازات تشدید شده است.

مواد منتخب از قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (۱۳۹۹)

ماده ۳- موارد زیر در صورتی که طفل یا نوجوان را در معرض بزه دیدگی یا ورود آسیب به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، اخلاقی، امنیت و یا وضعیت آموزشی وی قرار دهد، و وضعیت مخاطره‌آمیز محسوب شده و موجب مداخله و حمایت قانونی از طفل و نوجوان می‌شود:

الف) بی‌سرپرستی طفل و نوجوان و یا بی‌توجهی و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی و شرعی نسبت به آنان از سوی هر شخصی که مکلف به آن است؛

ب) ابتلای هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی به بیماری یا اختلال‌های رفتاری، روانی یا شخصیتی و یا بیماری‌های جسمی واگیر صعب‌العلاج به تشخیص پزشکی قانونی؛

پ) زندانی شدن هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی؛

ت) ابتلا هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی به اعتیادهای زیان‌آور نظیر مواد مخدر و روانگردان یا قمار؛
ث) قوادتی و یا دایر یا اداره کردن مراکز فساد و فحشا توسط هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی و یا اشتهار آن‌ها به فساد اخلاق و فحشا؛

ج) خشونت مستمر والدین، اولیاء، سرپرستان قانونی و یا سایر اعضای خانواده نسبت به یکدیگر؛

چ) عدم اقدام برای ثبت واقعه ولادت یا عدم اخذ اسناد سجلی یا هویتی برای طفل یا نوجوان بدون عذر موجه؛

ح) بازماندن طفل و نوجوان از تحصیل؛

خ) طرد شدن طفل و نوجوان از سوی خانواده؛

د) کم‌توانی جسمی یا ذهنی طفل و نوجوان، ابتلای وی به بیماری‌های خاص یا اختلال هویت جنسی؛

ذ) نقض قوانین جزائی توسط طفل یا ارتکاب جرم توسط نوجوان و یا استفاده از آن‌ها در فعالیت‌های مجرمانه، وارد شدن یا وارد کردن طفل و نوجوان در فعالیت‌هایی نظیر تکدی‌گری و قاچاق و همچنین اعتیاد آنان به مواد مخدر، روانگردان یا مشروبات الکلی؛

ر) هرگونه وضعیت زیان‌بار ناشی از فقر شدید، آوارگی، پناهندگی، مهاجرت یا بی‌تابیتی؛

ز) فرار مکرر از خانه یا مدرسه و ترک تحصیل از سوی طفل یا نوجوان؛

ژ) سوء رفتار نسبت به طفل و نوجوان و یا بهره‌کشی از او.

ماده ۶- دستگاه‌ها و نهادهای زیر، در راستای تحقق اهداف این قانون عهده‌دار وظایف زیر می‌باشند:

ج) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- تدوین دستورالعمل‌های بهداشت کار و مراقبت پزشکی برای انطباق شرایط کار نوجوانان با استانداردهای لازم؛

۲- پذیرش و درمان فوری اطفال و نوجوانان آسیب‌دیده در تمام مراکز بهداشتی درمانی همراه با ارسال گزارش موارد مشکوک به آزار به مراجع قضائی و بهزیستی؛

۳- پوشش کامل بیمه سلامت برای تمام اطفال و نوجوانان ساکن ایران.

ماده ۱۷- هر کس از وقوع جرم یا شروع به آن یا خطر شدید و قریب‌الوقوع علیه طفل یا نوجوانی مطلع بوده یا شاهد وقوع آن باشد و با وجود توانایی اعلام و گزارش به مقامات یا مراجع صلاحیت‌دار و کمک طلبیدن از آن‌ها از این امر خودداری کند یا در صورت عدم دست‌رسی به این مقامات و مراجع و یا عدم تأثیر دخالت آن‌ها در رفع تجاوز و خطر، از اقدامات فوری و متناسب برای جلوگیری از وقوع خطر و یا تشدید نتیجه آن امتناع کند، مشروط بر اینکه با این اقدام، خطری مشابه یا شدیدتر و یا خطر کمتر قابل توجهی متوجه خود او یا دیگران نشود، به یکی از مجازات‌های درجه شش قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود.

تبصره - اگر مرتکب جرم مذکور در این ماده از افرادی باشد که مطابق قوانین و مقررات و یا بر حسب وظیفه شغلی مکلف به اعلام، گزارش یا کمک می‌باشند و یا به اقتضای حرفه خود می‌توانند کمک مؤثری کنند، به دو یا هر سه مجازات درجه شش قانون مجازات اسلامی و حسب مورد به انفصال موقت از خدمات دولتی یا عمومی یا محرومیت از فعالیت در آن حرفه به مدت شش ماه تا دو سال محکوم می‌شود.

ماده ۱۸- افشای هویت کسی که وقوع جرم یا شروع به ارتکاب آن یا خطر شدید و قریب‌الوقوع علیه طفل یا نوجوان را گزارش می‌دهد، جز با رضایت خود او یا به موجب قانون و با رعایت حقوق طفل و موازین شرعی ممنوع است و مرتکب به مجازات درجه هشت قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود و در مواردی که افشای هویت موجب وقوع جرم علیه گزارش‌دهنده شود، افشاکنده حسب مورد به یک یا چند مجازات درجه هفت قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود.

ماده ۱۹- هر کس هویت یا اطلاعات و اسرار طفل یا نوجوان بزه‌دیده یا در وضعیت مخاطره‌آمیز را افشا و یا جزئیات جرم ارتكابی توسط طفل و نوجوان یا علیه وی را از طریق رسانه‌های گروهی و یا با توزیع، تکثیر، انتشار و نمایش فیلم یا عکس و مانند آن تشریح کند به‌گونه‌ای که موجب تجری دیگران، اشاعه جرم، آموزش شیوه ارتکاب آن یا بروز هرگونه ضرر یا آسیب به طفل یا نوجوان یا خانواده وی شود به مجازات حبس درجه شش قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود.

تبصره - هرگاه توزیع، انتشار و نمایش فیلم یا عکس و مانند آن به صورت محدود و به منظور استفاده علمی یا در جهت مصالح طفل یا کمک به او باشد و همچنین سایر موارد با تشخیص قاضی از شمول این ماده مستثنی است.

ماده ۲۰- هرگاه کارکنان دستگاه‌های موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران که مسؤولیت نگهداری، مراقبت، آموزش یا تربیت طفل و نوجوان را بر عهده دارند یا در امور مربوط به آنان فعالیت می‌کنند به هر نحو در ارتکاب جرائم عمدی موضوع این قانون شرکت یا معاونت داشته باشند، علاوه بر مجازات مقرر با توجه به نقش مرتکب به یک یا چند مورد از محرومیت‌ها و ممنوعیت‌های درجه شش قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شوند.

ماده ۲۱- چنانچه شخص حقوقی در ارتکاب جرائم موضوع این قانون شرکت یا معاونت داشته باشد به مجازات‌های مقرر در ماده (۲۰) قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود. در صورتی که ارتکاب جرم صرفاً منتسب به یکی از شعب شخص حقوقی باشد، مجازات انحلال شخص حقوقی صرفاً نسبت به شعبه مربوط اعمال می‌شود.

ماده ۳۱- تمام جرائم موضوع این قانون جنبه عمومی داشته و بدون شکایت شاکی خصوصی قابل تعقیب می‌باشد و در صورت گذشت شاکی خصوصی تعقیب موقوف نخواهد شد.

مواد منتخب از آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان

ماده ۵- سازمان بهزیستی علاوه بر موارد مذکور در ماده (۴) این آیین‌نامه، به یکی از روش‌های زیر طفل و نوجوان در معرض خطر یا بزه‌دیده را شناسایی می‌نماید:

۲- معرفی توسط دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۶) قانون شامل وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، کشور، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، شهرداری‌ها و دهیاری‌ها و واحدهای سازمانی آن‌ها

ماده ۳۵- وزارت کشور در مورد اطفال و نوجوانان غیر ایرانی مکلف است:

۱- با هماهنگی وزارت امور خارجه، تعامل لازم با سازمان‌های بین‌المللی جهت جذب تسهیلات و خدمات مشاوره، بهداشتی و درمانی را برای اطفال و نوجوانان غیر ایرانی انجام و در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی قرار دهد.

ماده ۴۰- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است:

- ۱- خدمات درمانی و بهداشتی رایگان به اطفال و نوجوانان معرفی شده از سوی سازمان بهزیستی ارائه کند.
- ۲- نسبت به پوشش کامل بیمه سلامت برای تمام اطفال و نوجوانان ساکن ایران اعم از ایرانی یا غیر ایرانی به ویژه اطفال و نوجوانان در معرض خطر یا بزه‌دیده، اقدام نماید.
- ۳- دستورالعمل بهداشت کار و مراقبت پزشکی را برای استاندارد سازی شرایط کار نوجوانان با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه تهیه و ابلاغ کند.
- ۴- فهرست اقدامات فوری درمانی یا اورژانسی اعم از سرپایی یا نیازمند بستری را با توجه به وضعیت‌های مخاطره‌آمیز موضوع ماده (۳) قانون را ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ آن تدوین نماید و هر سه سال یکبار حسب ضرورت بازنگری کند.

ماده ۴۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است از طریق بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مطب‌ها، سازمان اورژانس کشور و سایر مؤسسات درمانی اعم از دولتی، عمومی، غیردولتی، خصوصی و خیریه:

- ۱- نسبت به پذیرش و درمان فوری اطفال و نوجوانان آسیب‌دیده و ثبت و نگهداری کلیه آثار و شواهد موارد مشکوک به سوء رفتار اقدام و در موارد درخواست والدین، اولیا یا سرپرست قانونی جهت ترخیص یا تحویل طفل و نوجوان پیش از پایان دوره درمان، موضوع را به بهزیستی محل کتباً یا از طریق تماس با اورژانس اجتماعی و خط ارتباطی (۱۲۳) اعلام کند.
- ۲- در هر مورد که دلایل و قرائین بر بزه‌دیدگی طفل و نوجوان دلالت نماید، موضوع را فوراً به دفتر حمایت از اطفال و نوجوانان دادگستری و در صورت نیاز به حمایت، به ادارات بهزیستی گزارش نماید.
- ۳- نسبت به شناسایی طفل و نوجوانی که به جهت بیماری یا اختلال رفتاری، روانی یا شخصیتی و یا بیماری‌های جسمی واگیردار یا صعب‌العلاج وی یا والدین، اولیا یا سرپرست قانونی در وضعیت مخاطره‌آمیز قرار گرفته است و معرفی وی به ادارات بهزیستی اقدام کند.

همچنین در رابطه وظیفه کادر درمان جهت گزارش نوزادان مشکوک به ره‌اشدگی یا خریدوفروش، طبق قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست (۱۳۹۲) سپردن نوزادان به صورت موقت یا دائمی به دیگری بدون حکم قاضی خلاف است و مجازات به همراه دارد.

علاوه بر دو قانون معرفی شده، سایر قوانینی که در کشور به موضوع کودکان بدسرپرست، مورد آزار و غفلت واقع شده و همچنین بی‌سرپرست و رها شده اشاره دارند و پشتوانه قانونی تدوین چنین راهنمایی تخصصی محسوب می‌شوند، شامل موارد زیر می‌شوند:

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۵۸
- قانون مدنی، مجلس شورای ملی ۱۳۰۷/۲/۱۸
- پیمان نامه حقوق کودک (قانون اجازه الحاق دولت جمهوری اسلامی ایران به کنوانسیون حقوق کودک، مجلس شورای اسلامی ۱۳۷۲/۱۲/۱)
- قانون برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶-۱۴۰۰)، مجلس شورای اسلامی ۱۳۹۵/۱۲/۱۴
- قانون تأمین اجتماعی، مجلس شورای ملی ۱۳۵۴/۴/۳
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مجلس شورای اسلامی ۱۳۸۳/۲/۲۱
- قانون حمایت خانواده، مجلس شورای اسلامی ۱۳۹۱/۱۲/۱
- قانون مبارزه با قاچاق انسان، مجلس شورای اسلامی ۱۳۸۳/۴/۲۸
- قانون مجازات اسلامی، مجلس شورای اسلامی ۱۳۹۲/۲/۱

- اسلامیان، ا، راهنمای مربی منتخب در کار با دانش‌آموزان در معرض کودک‌آزاری و آزار دیده، نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد)، بسته‌های ارتقایی و پیشگیرانه
- حسامی، ف. (۱۳۸۷). اگر فرزند شما.....؛ انتشارات اژدهای طلایی.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۵) راهنمای مداخلات تخصصی کودک‌آزاری (ویژه کار شنا سان اورژانس اجتماعی) (۱۳۹۵). تدوین‌کننده: انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان به سفارش سازمان بهزیستی کشور دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی
- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک در مراکز بهداشتی-درمانی (مراکز سرپایی)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، بخش روانپزشکی اطفال، دکتر فریبا عربگل.
- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک/نوجوان در مراکز بهداشتی-درمانی (مراکز بستری)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، بخش روانپزشکی اطفال، دکتر فریبا عربگل.
- قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مصوب ۱۳۹۹/۲/۲۳
- آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، هیات وزیران، ۱۴۰۰/۳/۳۰
- قرائی، م (۱۳۸۶) سوء استفاده جنسی از کودکان. تهران: انتشارات قطره.
- مک‌لنن، جان سی. (۱۳۹۶)، مددکاری اجتماعی و خشونت خانگی، ترجمه ایوب اسلامیان و فریبا درخشان‌نیا و ملیحه عرش. تهران: رسانه تخصصی.
- محمدی بلبان آباد، س (۱۳۹۶). جزوه آموزشی راهنمای تربیت جنسی کودکان برای دانشجویان مامایی، گردآورنده: سمیرا محمدی بلبان آباد، اساتید راهنما: دکتر فرناز فرنام، دکتر مینو پاک‌گوهر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی.
- مدبر، م (۱۳۹۴). آموزش پیشگیری از کودک‌آزاری جنسی، نگارنده: مریم مدبر. استاد راهنما: دکتر صدیقه خنجری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی.
- مسعودی، غ. دوره آموزش پیشگیری از سوءاستفاده جنسی از کودکان. تشویق شده توسط یونیسف در ایران
- واسرمن، ب. (۱۳۸۸). دوباره احساس خوب-راهنمای والدین و درمانگران برای درمان کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند. ترجمه فاران حسامی، نشر ساوالان.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴) چارچوب اجرای دستورالعمل رفتار با کودک و نوجوان در بخش درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. دی ماه ۱۳۹۴
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی (۱۳۹۵). بسته و راهنمای آموزشی سلامت اجتماعی (۱). سهیلا امیدنیا، دکتر فهیمه فتحعلی لوسانی، دکتر کامبیز عباچی زاده. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد اداره سلامت اجتماعی. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۵) پروتکل‌های شش‌گانه مداخلات پایه مددکاری اجتماعی در بیمارستان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، اداره مددکاری اجتماعی.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی (۱۳۹۶). راهنمای اصول خودمراقبتی در سلامت روان و اعتیاد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. راهنمای مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در حوادث و بلاها. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، اداره مددکاری اجتماعی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۹). راهنمای پیاده‌سازی فرم مددکاری اجتماعی بیمارستان، سند کسب و کار فرم مددکاری. معاونت درمان، مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت. کد سند کشوری: ۹۹۱۲-۰۱-۰۱-۰۱ (SW۰۱)، BD.SW۱۰، دیماه ۱۳۹۹
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۰). پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، اداره مددکاری اجتماعی. ویرایش دوم.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۰). دستورالعمل حمایت اقتصادی از بیماران نیازمند در مراکز درمانی (با تمرکز بر حمایت روانی-اجتماعی). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، اداره مددکاری اجتماعی. ویرایش اول.

- تکفلی مرضیه، علی دلارام، روشنفکر پیام(۱۴۰۰). دستورالعمل آموزش محافظت از خود به نوجوانان و والدین در پیشگیری از آزار و غفلت(با رویکرد آموزش همتایان)، نسخه مربی. طرح «طراحی راهبرد ارتباطی مبتنی بر مشارکت جامعه محلی جهت پیشگیری از بدرفتاری با کودکان در شرایط کووید۱۹» به سفارش دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، واحد سلامت اجتماعی. با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل متحد(یونیسف)، واحد حمایت از کودکان و واحد ارتباطات برای توسعه اجتماعی. مجری طرح: پیام روشنفکر، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی.
- روشنفکر پیام(۱۳۹۹). طرح «طراحی راهبرد ارتباطی مبتنی بر مشارکت جامعه محلی جهت پیشگیری از بدرفتاری با کودکان در شرایط کووید۱۹» به سفارش دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، واحد سلامت اجتماعی. با حمایت صندوق کودکان سازمان ملل متحد(یونیسف)، واحد حمایت از کودکان و واحد ارتباطات برای توسعه اجتماعی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(۱۴۰۰). راهنمای آموزش محافظت از خود به نوجوانان جهت آموزش همسالان(سفیران محافظت از خود). نسخه نوجوانان(۱۲ الی ۱۸ سال). معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سفارش دفتر یونیسف در ایران.
 - Childhelp .Childhelp Speak Up Be Safe curriculum, available at: <https://www.childhelp.org/>
 - Child Protection and Early Intervention Directorate (۲۰۰۶). Practice guidance for caseworkers on Child Neglect. Family Community Services, Government of New South Wales, July ۲۰۰۶.
 - Radford L, Allnock D and Hynes P (۲۰۱۵). Preventing and Responding to Child Sexual Abuse and Exploitation: Evidence review . UNICEF.
 - UNICEF(۲۰۱۷). Preventing and Responding to Violence against Children and Adolescents: Theory of Change.
 - Watson, Johanna(۲۰۰۵). Child neglect : Literature review. Centre for Parenting & Research , NSW Department of Community Services , Government of New South Wales,, May ۲۰۰۵ .
 - World Health Organization(WHO).(۲۰۲۱). Violence against children. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
 - World Health Organization(WHO) (۲۰۱۹). Technical Report: WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment . WHO Guideline Review Committee . ۲۸ August ۲۰۱۹.
 - World Health Organization(WHO) (۲۰۱۸). INSPIRE Handbook: action for implementing the seven strategies. Geneva: World Health Organization;. Licence: CC BY-NC-SA ۳,۰ IGO.
 - World Health Organization(WHO).(۲۰۱۶). INSPIRE : Seven Strategies for Ending Violence Against Children. EXECUTIVE SUMMARY.
 - World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (۲۰۰۶). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.