

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

إيذاء الأطفال:

أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له

د. منيرة بنت عبد الرحمن آل سعود

الطبعة الأولى

الرياض

١٤٢٥هـ - ٢٠٠٥م

(٢٠٠٥)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض -

المملكة العربية السعودية. ص. ب ٦٨٣٠ الرياض : ١١٤٥٢

هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (١-٩٦٦) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (١-٩٦٦)

البريد الإلكتروني : Src@nauss.edu.sa

Copyright©(2005) Naif Arab University

for Security Sciences (NAUSS)

ISBN x - 1- 9631-9960

P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (966+1) 2463444 KSA

Fax (966 + 1) 2464713 E-mail Src@nauss.edu.sa.

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية (١٤٢٦هـ)

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

آل سعود، منيرة بنت عبد الرحمن بن عبد الله

إيذاء الأطفال : أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له / الرياض، ١٤٢٦هـ

٥٢٥ ص، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك : × - ١ - ٩٦٣١ - ٩٩٦٠

١ - الخدمة الاجتماعية - الرياض ٢ - التعذيب ٣ - الأطفال - رعاية - بحوث

أ - العنوان

١٤٢٦/١٦٨٠

ديوي ٧١، ٣٦٢

رقم الايداع : ١٤٢٦/١٦٨٠

ردمك : × - ١ - ٩٦٣١ - ٩٩٦٠

ردمك : × - ١ - ٩٦٣١ - ٩٩٦٠

حقوق الطبع محفوظة
لجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

كافة الأفكار الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي صاحبها،
ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر الجامعة

المحتويات

التقديم	١٥
الفصل الأول : مدخل	١٩
١ . ١ مقدمة	٢١
١ . ٢ موضوع الدراسة وأهميتها	٢٣
١ . ٣ أهمية الدراسة	٢٥
١ . ٤ مشكلة الدراسة	٣٣
١ . ٥ أهداف الدراسة	٤٠
١ . ٦ تساؤلات الدراسة	٤١
١ . ٧ مفاهيم الدراسة	٤٢
الفصل الثاني: المعطيات النظرية للدراسة	٥١
٢ . ١ تمهيد	٥٣
٢ . ٢ الدراسات السابقة حول ظاهرة إيذاء الأطفال	٥٤
٢ . ٣ النظريات المفسرة لإيذاء الأطفال	١١١
٢ . ٤ الحقوق والقوانين والتشريعات الخاصة بالأطفال وإيذائهم	١٣٤
٢ . ٥ دور الخدمة الاجتماعية مع إيذاء الأطفال	
وكيفية تعاملها مع مثل هذه الحالات	١٥٨

١٩١	.....	الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية
١٩٣	.....	١ . ٣ مقدمة
١٩٤	.....	١ . ٣ نوع الدراسة ومنهجيتها
١٩٧	.....	٢ . ٣ مجتمع الدراسة وعيبتها
٢٠٠	.....	٣ . ٣ أداة جمع بيانات الدراسة
٢١٣	.....	الفصل الرابع : النتائج
٢١٥	.....	١ . ٤ مقدمة
٣٤١	.....	٢ . ٤ توصيات الدراسة
٣٦٥	.....	الملخص
٣٧٥	.....	المراجع
٣٩٧	.....	الملاحق

فهرس الجداول

- ١- عدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
في الولايات المتحدة الأمريكية..... ١٠٢
- ٢- عدد ضحايا الإيذاء من الأطفال حسب فئاتهم العمرية
في الولايات المتحدة الأمريكية..... ١٠٤
١. ١ توزيع مفردات العينة حسب المستشفيات..... ٢١٥
١. ٢ التخصصات المهنية لمفردات العينة..... ٢١٨
١. ٣ توزيع مفردات العينة من الممارسين المهنيين
حسب تخصصاتهم المهنية في المستشفيات..... ٢٢٠
١. ٤ المؤهلات العلمية لمفردات العينة..... ٢٢٤
١. ٥ خبرات مفردات العينة في العمل بالمستشفى..... ٢٢٥
١. ٦ الاختلاف بين المستشفيات في مدة الخبرة بالعمل
في المستشفى من قبل الممارسين المهنيين..... ٢٢٦
١. ٧ مدة العمل السابقة لمفردات العينة في المستشفيات الأخرى..... ٢٢٨
٢. ١ معرفة مفردات العينة بمن سبق لهم التعامل
مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء في مدينة الرياض..... ٢٢٩
٢. ٢ المتعاملون من مفردات العينة
مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء..... ٢٣٠

٢. ٣. تعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات
مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء..... ٢٣٢
٢. ٤. التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٣٤
٢. ٥. عدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء التي تعامل
معها مفردات العينة خلال العام الواحد..... ٢٣٧
٢. ٦. عدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء التي تعامل
معها مفردات العينة خلال فترة عملهم المهني..... ٢٣٩
٢. ٧. معدل تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال
المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف تخصصاتهم
المهنية بالمستشفى..... ٢٤٢
٢. ٨. معدل تعامل الممارسين المهنيين حسب اختلاف
تخصصاتهم مع حالات إيذاء الأطفال خلال
فترة عملهم المهني..... ٢٤٤
٢. ٩. معدل تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال
المتعرضين للإيذاء في العام الواحد
حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٤٧
٢. ١٠. معدل تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال
المتعرضين للإيذاء خلال فترة عملهم المهني
حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٤٩

- ٣ . ١ مدى تعامل مفردات العينة مع حالات متعرضة لأنواع إيذاء
الأطفال المختلفة..... ٢٥٠
- ٣ . ٢ مدى تعامل مفردات العينة مع المظاهر المختلفة
لحالات الأطفال المتعرضين للإيذاء..... ٢٥٧
- ٣ . ٣ مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين
للإيذاء حسب اختلاف جنس المتسبب
في الإيذاء (المعتدي)..... ٢٦٢
- ٣ . ٤ مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين للإيذاء حسب اختلاف صلة قرابة المتسبب
في الإيذاء (المعتدي)..... ٢٦٣
- ٣ . ٥ مدى التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإهمال
حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٦٨
- ٣ . ٦ مدى التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
البدني حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٧٠
- ٣ . ٧ مدى التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
النفسي حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٧٢
- ٣ . ٨ مدى التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
الجنسي حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٧٤
- ٣ . ٩ مدى التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين
لأكثر من نوع من الإيذاء حسب اختلاف المستشفيات..... ٢٧٦

- ٤ . ١ مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب فئاتهم العمرية..... ٢٧٨
- ٤ . ٢ مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب جنسهم..... ٢٨٢
- ٥ . ١ مدى تعامل مفردات العينة مع خصائص الأسرة التي ينتمي إليها الأطفال المتعرضون للإيذاء..... ٢٨٤
- ٦ . ١ مدى تعامل مفردات العينة مع الأسباب المختلفة وراء تعرض الأطفال للإيذاء..... ٢٨٨
- ٧ . ١ كيفية اكتشاف مفردات العينة لحالات الأطفال المتعرضين للإيذاء..... ٢٩٢
- ٧ . ٢ كيفية وصول حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء للمستشفى..... ٢٩٦
- ٧ . ٣ ردود فعل الطفل عند سؤاله عن سبب الإيذاء الذي تعرض له..... ٢٩٨
- ٧ . ٤ مواقف أسرة الطفل المتعرض للإيذاء عند إبلاغ الممارسين المهنيين في المستشفى لهم أن الطفل قد تعرض للإيذاء..... ٢٩٩
- ٨ . ١ الإجراءات المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل..... ٣٠١
- ٨ . ٢ القائمون بإجراءات تشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل من المهنيين في المستشفى..... ٣٠٣

٨. ٣. الجهة التي يتم تسليم حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
إليها بعد علاجهم بالمستشفى..... ٣٠٧
٩. ١. دور الاختصاصي الاجتماعي بالمستشفى مع حالات
الأطفال المتعرضين للإيذاء..... ٣٠٩
٩. ٢. دور الاختصاصي الاجتماعي بالمستشفى
مع أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء..... ٣١١
٩. ٣. دور الاختصاصي الاجتماعي مع الفريق
العلاجي بالمستشفى..... ٣١٣
١٠. ١. مدى تعامل مفردات العينة مع معوقات
مواجهة حالات إيذاء الأطفال..... ٣١٥
١٠. ٢. مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم اعتراف
الطفل المتعرض للإيذاء كأحد معوقات مواجهة
حالات إيذاء الأطفال..... ٣٢١
١٠. ٣. مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم تعاون
أسرة الطفل المتعرض للإيذاء كأحد معوقات مواجهة
حالات إيذاء الأطفال..... ٣٢٣
١٠. ٤. مدى الاختلاف بين المستشفيات في صعوبة
اكتشاف حالات الإيذاء كأحد معوقات مواجهة
حالات إيذاء الأطفال..... ٣٢٥

- ١٠ . ٥ مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم وجود
تشريعات وأنظمة تساعد على تقديم المساعدة للطفل
كأحد معوقات مواجهة إيذاء الأطفال ٣٢٧
- ١٠ . ٦ مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم وجود
هيئات متخصصة لرعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء
كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال ٣٢٩
- ١٠ . ٧ مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم تعاون أجهزة
الأمن كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال ٣٣١
- ١٠ . ٨ مدى الاختلاف بين المستشفيات في وجود أنظمة
تمنع إقحام الجهات الأمنية في الموضوع كأحد معوقات
مواجهة حالات إيذاء الأطفال ٣٣٣
- ١٠ . ٩ مدى الاختلاف بين المستشفيات في التعقيدات الإدارية
الخاصة بأنظمة المستشفى كأحد معوقات مواجهة حالات
إيذاء الأطفال ٣٣٥
- ١٠ . ١٠ مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم دراية الممارسين
المهنيين بكيفية العمل مع الطفل المتعرض للإيذاء كأحد
معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال ٣٣٧
- ١٠ . ١١ مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم وضوح الحدود
التي تحدد ما يمكن اعتباره إيذاء كأحد معوقات مواجهة حالات
إيذاء الأطفال ٣٣٩

فهرس الأشكال

- ١ . النسبة المئوية لتوزيع مفردات العينة حسب المستشفيات ٢١٧
- ٢ . النسبة المئوية للتخصصات المهنية لمفردات العينة ٢١٩
- ٣ . النسبة المئوية للتخصصات المهنية لمفردات العينة ٢١٩
- ٤ . النسبة المئوية للمتعاملين مع مفردات العينة مع حالات
أطفال متعرضين للإيذاء ٢٣١
- ٥ . تكرار تعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات
مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء ٢٣٣
- ٦ . النسبة المئوية لتعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات
مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء ٢٣٣
- ٧ . النسبة المئوية للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين
للإيذاء حسب اختلاف المستشفيات ٢٣٦
- ٨ . النسبة المئوية لمعدل تعامل الممارسين المهنيين حسب اختلاف
تخصصاتهم مع حالات إيذاء الأطفال خلال فترة عملهم المهني ٢٤٥
- ٩ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات
متعرضة لأنواع إيذاء الأطفال المختلفة ٢٥٢
- ١٠ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات
أطفال متعرضين للإهمال ٢٥٢

- ١١ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين للإيذاء البدني ٢٥٤
- ١٢ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين للإيذاء النفسي ٢٥٤
- ١٣ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين للإيذاء الجنسي ٢٥٥
- ١٤ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين لأكثر من نوع من الإيذاء ٢٥٥
- ١٥ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين للإيذاء حسب اختلاف صلة قرابة
المتسبب في الإيذاء (المعتدي) ٢٦٧
- ١٦ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال
متعرضين للإيذاء حسب اختلاف فئاتهم العمرية ٢٨١
- ١٧ . النسبة المئوية للقائمين بإجراءات تشخيص حالة الإيذاء
الواقع على الطفل من المهنيين في المستشفى ٣٠٤
- ١٨ . النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع مواجهة حالات
إيذاء أطفال ٣٢٠

فهرس الملاحق

- ١ . معدل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم بالمستشفى . ٤٩٩
- ٢ . معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة . ٥٠٠
- ٣ . معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال فترة عملهم المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم في المستشفى . ٥٠١
- ٤ . معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة . ٥٠٢
- ٥ . الارتباط بين التخصص المهني للممارسين المهنيين ومدة خبرتهم بالعمل في المستشفى . ٥٠٣
- ٦ . الارتباط بين التخصص المهني للممارسين المهنيين وبين مدة عملهم السابقة في مستشفيات أخرى . ٥٠٣
- ٧ . الارتباط بين التخصص المهني للممارسين المهنيين ومؤهلهم العلمي . ٥٠٤
- ٨ . تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة خبرتهم بالعمل في المستشفى . ٥٠٤
- ٩ . تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة في مستشفى آخر . ٥٠٥

١٠. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتعاملهم
مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف
مدة خبرتهم بالعمل في المستشفى..... ٥٠٥
١١. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتعاملهم
مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف
مدة عملهم السابقة في مستشفى آخر..... ٥٠٦
١٢. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء الاسعافات الأولية لحالة الطفل المتعرض للإيذاء..... ٥٠٧
١٣. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء المقابلة الأولية مع الطفل المتعرض للإيذاء..... ٥٠٨
١٤. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء المقابلة الأولية مع والدي الطفل المتعرض للإيذاء..... ٥٠٨
١٥. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء مقابلة مصادر المعلومات..... ٥٠٩
١٦. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء الفحص الطبي الشامل..... ٥٠٩
١٧. التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء الاختبارات والفحوص النفسية..... ٥١٠

- ١٨ . التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء الاطلاع على تقارير الأطباء المعالجين السابقين للحالة... ٥١٠
- ١٩ . التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء الاطلاع على تقارير الشرطة في حالة وجودها..... ٥١١
- ٢٠ . التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء مراجعة التقارير الواردة من المدرسة في حالة وجودها... ٥١١
- ٢١ . التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بوضع خطة علاج مع فريق العمل..... ٥١٢
- ٢٢ . التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بإجراء تقرير شامل عن الحالة من قبل الأخصائي الاجتماعي... ٥١٢
- ٢٣ . التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بالإجراءات الأخرى المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء
الواقعة على الطفل..... ٥١٣
- ٢٤ . مدة العمل السابقة للممارسين المهنيين في مستشفى آخر
حسب اختلاف عملهم بالمستشفيات..... ٥١٣

التقديم

يتعرض هذا الكتاب لقضية هامة تستحق الدراسة العلمية، ولمشكلة تظهر بعض معالمها في كثير من المجتمعات المعاصرة الغربية والعربية ألا وهي مشكلة إيذاء الأطفال، وتنظر المجتمعات الغربية إلى هذه المشكلة من منظور مخالفتها لحقوق الإنسان، بينما منظورنا لها في المجتمعات العربية بعامة وفي المجتمع العربي السعودي ينطلق من تعارضها وتناقضها مع الموجهات العامة للشريعة الإسلامية ولا سيما ما يتعلق بمنظور الشريعة للتربية الإسلامية التي تستهدف بناء شخصية إسلامية متكاملة قوية . . . وأن تعرض الأطفال للإيذاء من شأنه أن يؤثر سلباً في عملية بناء هذه الشخصية المتكاملة .

وفي هذا السياق فإن الخدمة الاجتماعية بمنظوراتها القيمية العامة ترفض تعريض الأفراد بصفة عامة للإيذاء، لذا فهي في إطار عملها في ميدان الأسرة والطفولة تولي جل عنايتها لاتخاذ التدابير الفاعلة التي من شأنها مواجهة مشكلة إيذاء الأطفال أو حتى تعرضهم للإهمال والحرمان، وتسعى من خلال منظماتها المختلفة إلى ابتكار أساليب للتدخل المهني ليتم من خلالها مواجهة تلك المشكلات والقضاء عليها، واتخاذ التدابير الوقائية التي يمكن من خلالها الوقاية من تعريض الفرد للإيذاء أياً كانت أشكاله أو أنماطه .

ورغم وضوح قضية ومشكلة إيذاء الأطفال وأهمية منظور الخدمة الاجتماعية - كما أسلفنا - في التعامل معها، إلا أننا يجب أن نعترف بأن المكتبة العربية تعاني من نقص واضح في الكتابات والبحوث التي تتناول

هذه المشكلة بالرصد والتحليل والتفسير ، لذا جاء هذا الكتاب ليسد فراغاً في المكتبة العربية فيما يتعلق بمشكلة إيذاء الأطفال .

هذا وقد استعرض الكتاب هذه المشكلة بشكل علمي متميز من خلال أربعة فصول متكاملة جمعت بين المعالجة النظرية للقضية والدراسة الميدانية للواقع الأمبريقي لهذه المشكلة في المجتمع العربي السعودي .

وقد كان طبيعياً أن يستهل هذا الكتاب فصوله بفصل تمهيدي تم عنوانته على النحو التالي : «مدخل إلى الدراسة» وقد انطوى هذا الفصل على تمهيد لمشكلة إيذاء الأطفال تم في ضوئه تحديد موضوع الدراسة ومشكلتها على نحو علمي دقيق ، وذلك في ضوء ما هو متعارف عليه في مناهج البحث العلمي . وعנית الدراسة بتحديد الأهداف المتوخى تحقيقها إضافة إلى إبراز أهميتها ، وبلورة تساؤلاتها الرئيسية ، ومفاهيمها المحورية .

ورغبةً والتزاماً من المؤلفة باصطناع إطار نظري لتحليل وتفسير المشكلة محل الدراسة ، فلقد قامت بتخصيص الفصل الثاني للدراسة لاستعراض المعطيات النظرية للدراسة ، حيث استعرض هذا الفصل جوانب وأبعاد هذه الظاهرة من خلال تناول الموضوعات التالية : ظاهرة إيذاء الأطفال ، والدراسات السابقة التي تناولتها النظريات المفسرة لإيذاء الأطفال ، الحقوق والقوانين والتشريعات الخاصة بالأطفال وإيذائهم ، إضافة إلى تبيان لدور الخدمة الاجتماعية مع هذه الظاهرة بشكل علمي رصين .

وفي إطار التكامل بين الإطار التصوري للدراسة والجانب التطبيقي اهتمت المؤلفة في الفصل الثالث بتحديد الإجراءات المنهجية التي استخدمتها في معالجة هذه المشكلة . وقد عرضت الباحثة لهذه الإجراءات

بشكل يؤكد على اللياقة المنهجية بمعنى اتساق وتكامل مختلف جوانب الإجراءات المنهجية مع بعضها البعض ، فلقد جاء نوع الدراسة متسقاً مع منهجها ، وتم انتقاء مجتمع البحث والعينة بشكل علمي ، كلما اتسقت الأدوات المستخدمة مع نمط الدراسة ومنهجها .

والتزاما من المؤلفة بالأصول المرعية في البحث العلمي اهتمت بتبيان حدود الدراسة ومجالاتها ، وحددت وحدة التحليل ، وتم توظيف الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل بشكل يتسق مع طبيعة الدراسة ومنهجها وأدواتها ، ومن ثم جاءت نتائج الدراسة لتعكس الواقع الأمبريقي للمشكلة بشكل علمي موضوعي .

وقد اهتم الفصل الرابع والأخير للدراسة بإبراز نتائجها من خلال منهجية واضحة بدأتها المؤلفة بعرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية ، ومن خلالها تمكن من تحديد أنواع الإيذاء التي يتعرض لها الأطفال وخصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء وخصائص أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء ، وأسباب تعرض الأطفال للإيذاء وكيفية اكتشاف حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء ، والإجراءات المتبعة في المستشفيات مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء .

كما اهتمت النتائج بتحديد دور الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء ، ومعوقات مواجهه حالات الأطفال المعرضين للإيذاء .

ومن أبرز إسهامات هذه الدراسة ما انطوت عليه من توصيات تتصل بتحديد أسلوب مقترح للتدخل المهني للخدمة الاجتماعية في التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء .

ولا شك أن الدراسة وتناولها العلمي الجاد والمميز لمشكلة خطيرة (مشكلة إيذاء الأطفال) تستحق أن يفاد من معطياتها ونتائجها على مستوى المجتمع السعودي بعامة وعلى مستوى المهتمين برعاية الطفولة من مؤسسات وأكاديميين وممارسين . . . لذا كان طبيعياً أن تقوم جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بنشر هذا الكتاب ضمن مطبوعاتها حتى يتسنى الاستفادة من هذا العمل المتميز خاصة وأن هذه الدراسة تدخل ضمن نطاق اهتمامات الجامعة، بجانب أن المؤلفة لها إسهاماتها المتعددة السابقة في إثراء حركة البحث العلمي في مهنة الخدمة الاجتماعية .

هذا ونسأل الله أن يجزي المؤلفة خيراً على هذا الجهد العلمي المتميز، وأن يكون هذا العمل بداية لعمل أمبريقي جاد في التعامل العلمي مع ظاهرة ومشكلة إيذاء الأطفال في المجتمع السعودي .

والله من وراء القصد، وهو الهادي إلى سواء السبيل

أ. د. سامي بن عبد العزيز الدامغ

الفصل الأول

مدخل

١ . مدخل

١.١ مقدمة

يتكون أي مجتمع من مجموعة من الأسر التي تعد وحدة أساسية في بنائه، ويتوقف نموه وتقدمه على مدى تماسك الأسر التي يتكون منها، وقدرة هذه الأسر على أداء وظائفها بكفاءة وفاعلية. حيث إن لكل أسرة مجموعة من الوظائف التي عليها أن تؤديها إلى أفرادها ومنها القيام بإشباع حاجات أفرادها، بالإضافة إلى قيامها بتربية ورعاية الأطفال، وتوفير المناخ الاجتماعي والثقافي الملائم لتوجيههم (أحمد، ١٩٩٥ : ٢٤٥؛ الجميلي، ١٩٩٣ : ٤٦).

ويرتبط أفراد الأسرة بعلاقات مختلفة، كما أن على كل منهم دوراً يجب عليه القيام به، وقد وضعت الشريعة الإسلامية أسساً لقيام نظام عائلي متماسك من حيث مكوناته، ومن حيث الوظائف التربوية والاجتماعية والاقتصادية والتشريعية التي تقوم بها الأسرة (أحمد وآخرون، ١٩٩٥ : ٨٩)، بغرض تحديد شكل الأسرة ووظائفها وحقوق أعضائها حتى تحقق الغرض المرجو منها. ولا تقتصر حقوق أعضاء الأسرة على حقوق الزوجين فقط، بل تمتد لتشمل حقوق الأبناء الذين يعدون أحد مكونات الأسرة الأساسية.

فتعد الأسرة البناء الاجتماعي الذي يتكون من الأب والأم والأطفال، كما أنها تعد من أهم العوامل المكونة لشخصية الطفل التي لها تأثير مباشر فيها (حمدان، ١٩٨٦ : ٢٥)، حيث تعد المحيط المباشر الذي يعيش فيه

الطفل . لذا فإن المناخ العائلي ، والعلاقات التي تربط بين أفراد الأسرة ، من أهم العوامل التي تؤثر في عمليات النمو النفسي والاجتماعي للطفل . حيث إن الأسرة التي تتوافر فيها عوامل الحب والمودة والعطاء والاستقرار النفسي تعد عوامل ضرورية لتوفير مشاعر الأمن للطفل ، ولتوفير عوامل النمو الانفعالي السوي له (رشوان ، ١٩٩٢ : ٨١) .

لأن تفاعلات الطفل وعلاقاته الاجتماعية المستقبلية ، وكذلك نمو الطفل الانفعالي والعاطفي تتشكل وتتأثر بناء على أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل في الأسرة (إسماعيل ، ١٩٩٥ : ٢٧) . وحيث إن الأطفال هم أساس مستقبل أي مجتمع فإنه يبرز لنا أهمية اتباع أساليب معاملة سليمة معهم .

ولكن قد لا تقوم الأسرة بالضرورة بالأدوار الواجبة عليها ، كما يمكن ألا تكون هناك صعوبات لديها تعوقها عن أداء وظائفها ، كما لا يفترض خلوها من المشكلات المختلفة . وذلك إما نتيجة لأسباب تتعلق بأفرادها أو لأسباب أخرى مجتمعية ، فنتيجة للتغيرات المتعددة المرتبطة بطبيعة الحياة المعاصرة ، نلاحظ نشأة صور جديدة ومتغيرة من الظواهر والمشكلات التي تواجه حياة الأسرة ، ومنها ظاهرة العنف الأسري . فهناك بعض الدارسين الذين يصورون «العنف الأسري» أو «العنف المنزلي» بوصفه ظاهرة اجتماعية مهمة قد تحدث في محيط الأسرة ، مع أنه عادةً ما يصور المنزل الأسري «كملاذ haven» يتلاءم مع ضغوط الحياة المعاصرة ، ولكن لا بد في المقابل من النظر إليه أيضاً أنه قد يكون موقعاً للعنف الموجه ضد النساء أو الأطفال (Dallos & Mclaughlin, 1993: 1) . وهذا العنف الذي من الممكن أن يحدث في داخل الأسرة قد يكون بين كل أفراد الأسرة بعضهم إلى بعض ، أو قد يصدر من أحد أطرافها - وغالباً ما يكون الأقوى - على الطرف

الأخر، ومن ضمن صور هذا العنف الإيذاء بين الزوجين، أو على كبار السن في الأسرة، بالإضافة إلى إيذاء الأطفال Child Abuse أو ما قد يعبر عنه في بعض الأحيان بإساءة معاملة الأطفال Child Maltreatment .

١. ٢. موضوع الدراسة وأهميتها

تختلف أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتبعها الوالدان في الأسرة تجاه أبنائهما. كما تختلف أيضاً المجتمعات عبر العصور المختلفة في مدى اتخاذها أسلوب العنف كأحد أساليب التنشئة الاجتماعية، إلا أن بعض المجتمعات باتت تتخذ أساليب تربوية أخرى في تنشئة الأبناء، حيث تدعو الدراسات التربوية الحديثة إلى أن العنف ليس هو الوسيلة المناسبة لتنشئة وضبط الأبناء، وأن استخدام أساليب أخرى كالتفاهم والحنان تؤدي في الغالب إلى نتائج أكثر إيجابية. وذلك لما تلعبه عملية التنشئة الاجتماعية من دور رئيس في بلورة شخصية الأطفال من خلال الأمثلة الحياتية التي يجدونها في محيطهم الأسري، ومن خلال أساليب تعامل الأسرة المختلفة مع الطفل، مما يتطلب من الوالدين التعامل مع الطفل باتباع أساليب تربوية مناسبة (زكريا، بدون تاريخ: ٣٩).

إلا أنه مازال هناك تقبل من بعض الأسر لاتباع أسلوب العنف كأحد الأساليب المناسبة للتنشئة والضبط الاجتماعي للأبناء، وإن كان هناك اختلاف فيما يطلق عليه من تسميات مختلفة كالتأديب أو العقاب أو التربية. حيث إن بعض الوالدين يتبعون اتجاه التسلط والقسوة في تنشئة أبنائهم، عن طريق استخدام بعض الأساليب الصارمة كالتهديد، أو الحرمان والتوبيخ المستمر للطفل، بالإضافة إلى غيرها من أساليب العقاب البدني كالضرب، والتي تؤدي إلى إثارة الألم البدني والنفسي أيضاً لدى الطفل (أحمد

وآخرون، ١٩٩٥ : ١٨٠ ؛ حمدان، ١٩٨٦ : ٢٧ ؛ قناوي، ١٩٩٦ : ٨٤ ، ٩٣)، وقد تحد هذه الأساليب العقابية من بعض أنواع سلوك الطفل مؤقتاً، ولكنها لا تساهم في تربيته تربية سليمة (حمدان، ١٩٨٦ : ٢٧). لأنه حتى في حالة رغبة الوالدين في عقاب الطفل نتيجة لسلوكيات مرفوضة بدرت منه، فإنه لا بد من التمييز بين العقاب التربوي الذي يكون بغرض التنشئة الاجتماعية، وبين العقاب غير المبرر له وهو عقاب غير مقبول حيث يغلب عليه طابع العنف الذي يولد اضطرابات في العلاقات بين أفراد الأسرة (شكور، ١٩٩٧ : ١٠٩).

ويبرز من كل ذلك ما يمكن أن تسببه أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة للأطفال التي يستخدمها الوالدان على وجه الخصوص - بطريقة متعمدة أو غير متعمدة - التي تتدرج ما بين الإهمال إلى صور العقوبة من أضرار مختلفة على أطفالهما، يمكن أن تظهر في صور مختلفة من الأذى الواقع عليهم، وقد يبلغ بعضها درجة الأذى الجسيم، وذلك في الحالات التي تتخطى العقوبة فيها القدر المعقول، فتتسبب في إلحاق أذى بدني أو نفسي كبير بالطفل. بالإضافة إلى أن هذا الإيذاء الموجه للأطفال من الممكن أن تزداد حدته إذا ما اتفق مع الثقافات التي تمنح للوالدين حقوقاً في التعامل مع أبنائهم بالطريقة التي يرونها حتى وإن تجاوزت أساليب هذا التعامل حد الضرورة فيما يطلق عليه تأديب أو محاسبة الطفل على سلوكياته الخاطئة، مما يجعل أساليب العقاب تتجاوز في بعض الحالات الحد المقبول أو تتسبب في إحداث أذى وضرر كبير للأطفال في الأسرة. ولا تنحصر صور هذا الأذى على أساليب المعاملة والتربية الخاطئة التي يمارسها الوالدان فقط، بل إن ذلك الأمر يمتد إلى إمكانية ممارسة ذلك من قبل جميع المحيطين بالطفل من باقي أفراد الأسرة أو ممن يقومون على رعاية الطفل فتؤدي ممارستهم لأساليب خاطئة وسلوكيات سلبية في التعامل مع الطفل إحداث الضرر والأذى به.

ولا يقتصر الأمر على ذلك، بل يوجد هناك أشكال أخرى من السلوكيات والأعمال التي لا يقصد من ورائها تربية الطفل وتأديبه، بل يكون القصد منها إيذاءه - بغض النظر عن الأسباب المختلفة الدافعة للقيام بهذا العمل - وذلك عن طريق ممارسة أحد أنواع الإيذاء عليه، كالإيذاء الجنسي أو حتى البدني أو النفسي . وبذلك يختلف هذا الأذى الواقع على الأطفال من كونه يتم بصورة غير متعمدة، أي أن المقصود به ليس الأذى نفسه، بل قد يكون المقصود هو تربية الأطفال وتأديبهم من قبل أحد أفراد أسرته، إلى كونه إيذاء يتم بصورة متعمدة، أي مع علم المعتدي أن هذا العمل هو سلوك خاطئ يمكن أن يؤدي إلى إحداث ضرر بالغ، وذلك كالسلوكيات العنيفة الصادرة تجاه الأطفال الصغار جداً أو كالإيذاء الجنسي على الأطفال . بالإضافة إلى الاختلاف في مدى شدة هذا الأذى من كونه ناتجاً عن الإهمال الذي يؤدي إلى إصابة الطفل بأي ضرر إلى أن يصل إلى كونه أذىً متعمداً .

وبناء على ما سبق، فإن موضوع هذه الدراسة هو إيذاء الأطفال بأنواعه المختلفة، سواء حدث من قبل الوالدين أو من الآخرين المحيطين بالطفل أو من غرباء عن الطفل .

١. ٣ أهمية الدراسة

إن إيذاء الأطفال قد لا يكون بالضرورة ظاهرة حديثة من حيث وجوده في المجتمعات المختلفة، ولكن قد يكون الإعلام عنه وتحديد مسمى له، هو الجديد . كما قد يكون النظر إليه كظاهرة بحاجة إلى الاهتمام بها والبحث عن السبل لمواجهتها حديثاً أيضاً، وليس هناك حتى الآن اتفاق على ماهيته إن كان يعد مشكلة أو قضية أو ظاهرة . وترى الباحثة أن هناك عوامل عدة أسهمت في الاختلاف حول ماهية إيذاء الأطفال منها الآتي :

- ١- عدم الاتفاق حول مفاهيمه بين المختصين والعامّة .
 - ٢- اختلاف النظرة ما بين العرف والقانون في تحديده .
 - ٣- الإحجام عن الاعتراف به سواء من قبل المجتمع أو الأجهزة الرسمية .
 - ٤- صعوبة تحديد حجمه ومدى انتشاره .
 - ٥- أن إيذاء الأطفال ربما يكون ظاهرة مستترة - إذا صح لنا التعبير - حيث تنظر المجتمعات الحديثة للعنف بأشكاله المختلفة على أنه سلوك غير مقبول ، قد يؤدي استخدامه إلى حدوث نتائج سلبية ، تتطلب السعي للقضاء عليه أو تقليده ، مما يجعل بعضهم يخفي حدوثه . وقد أدى كل ذلك إلى قلة الدراسات المتوافرة حول هذه الظاهرة ، كما أدى إلى قلة المعلومات والإحصاءات حولها وخاصة في المجتمعات النامية كالدول العربية ، الأمر الذي يجعل من الأهمية بمكان دراسة هذه الظاهرة ومحاولة تحديد العوامل المرتبطة بها ولا سيما ونحن في نهاية القرن العشرين وعلى مشارف القرن الواحد والعشرين عصر المعلومات والأرقام ، حيث لا يمكن التصدي لظاهرة أو لمشكلة ما لم تتوافر عنها الإحصاءات والبيانات اللازمة لتحديد سبل مواجهتها .
- ولا يقف الأمر عند ذلك الحد ، بل نجد أن هناك اختلافاً بين الدارسين حول كيفية النظر إلى ظاهرة معينة (كإيذاء الأطفال) ، وذلك لتصنيفها إما على أنها «مشكلة خاصة» أو «قضية عامة» ، حتى يمكن تحديد مفاهيمها النظرية ، بغرض تحديد طبيعة التدخل المناسب للتعامل معها ، لأن مثل هذه الظواهر ينظر إليها على أنها ذات صلة بحياة الأسرة ، وبعلاقات أفرادها بعضهم ببعض ، وبأوضاعهم النفسية ، مما يتطلب أن يكون التدخل فيها عند حدوثها موجهاً إلى الأسرة بغرض تحقيق التوازن النفسي والاجتماعي في بناء الأسرة (Dallos & McLaughlin, 1993: 2) . ومن هنا تنبع أهمية

دراسة هذه الظاهرة وأهمية النظر إليها في ضوء المحيط الاجتماعي الذي تقع فيه، لأنه ليس من السهل التعرف على ما إذا كانت هذه الظاهرة متغيرة أو متزايدة، ويصعب أيضاً التعرف على العوامل الاجتماعية المرتبطة بها والمؤدية إلى حدوثها إلا في ضوء ذلك. وكذلك فإن من الأهمية أن يتم تفسير الظواهر الاجتماعية في ضوء الخلفية الديموغرافية (أي إحصائيات السكان)، والتغيرات الحادثة في بناء الأسرة، لكن الإشكالية والصعوبة في دراسة وتحديد بعض الظواهر الاجتماعية «كإيذاء الأطفال»، يعود إلى عاملين أساسيين، هما:

- ١- أنه لا توجد علاقة بين حجم الظاهرة الحقيقي وحجم الإبلاغ عنها.
- ٢- صعوبة التعرف على معدلات حدوث الظاهرة الاجتماعية، لأن ذلك يرتبط بمدى مصداقية وثبات تحديد هذه الظاهرة، والإبلاغ عنها، وتقدير حجمها، ومدى عمقها (Kahn, 1987: 633). ويبرز من هنا أهمية دور الدراسات المختلفة في محاولة التعرف على ظاهرة إيذاء الأطفال بشكل عام، بالإضافة إلى التوصل إلى معدل حدوثها الذي لا يمكن أن يتم دون تحديد لأشكال ما يعد إيذاءً للأطفال في ضوء المجتمع الذي تحدث فيه.

ومما تقدم نجد أن هناك قلة في المعلومات حول هذه الظاهرة، ويعود ذلك إلى أن عملية الإبلاغ عن حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء تواجه بعض الصعوبات، حتى في الدول المتقدمة، ففي الولايات المتحدة الأمريكية - مثلاً - نجد أنه قد قامت ٤٨ ولاية في عام ١٩٩٤م بالإبلاغ عن ٦٢٨, ٠١١, ١ طفلاً تحدد بأنهم ضحايا للإيذاء أو الإهمال. وأن مصادر الإبلاغ عن هذه الحالات ليس الأطفال أنفسهم ولا أسرهم بل المختصون والمهتمون بهذه الظاهرة كالمعلمين، والأخصائيين الاجتماعيين

والأخصائيين الطبيين والمشتغلين في القضاء ، وغيرهم (Johnson, 438) و (1997). ويرجع ذلك إلى أنه من ضمن العوامل المرتبطة بحجم ظاهرة إيذاء الأطفال - على الرغم من وجود إحصائيات عنها في بعض الدول - عدم التبليغ عنها في كل الأحوال ، نظراً لحساسيتها ، ولكونها تتم داخل الأسرة في أغلب الأحوال ، فقد لا يتجه جميع الأفراد إلى الإبلاغ عنها في حالة حدوثها ، وقد يكون ذلك باعتبارها شأناً داخلياً يحدث في داخل محيط الأسرة ، فكل ذلك يجعل هذه الظاهرة تتسم بالتستر عليها ومحاولة إخفائها ، باعتبارها أحد شؤون الأسرة الداخلية ، حيث لا تتقبل الأسرة أطرافاً أخرى للتدخل فيها ، كما أنها لا تفصح عنها ، بالإضافة إلى اعتبار أفراد المجتمع الآخرين هذا الأمر يدخل في نطاق الحرية الشخصية لأفراد الأسرة . وفي المجتمعات العربية التي ينظر فيها لخصوصية الأسرة نظرة خاصة ، تمنح من خلالها كافة الحقوق للوالدين في اختيار الأسلوب المناسب في معاملة أطفالهما ، نجد أن صورة عدم التدخل هذه تبرز بشكل أكبر ، مما يؤثر بالتالي على التوصل لمعرفة مدى حدوث هذه الظاهرة .

ويتفق مع ما سبق ما بينه كل من سترانس Straus وجليس Gelles عام ١٩٨٨م بأن التقديرات المبنية على الإحصاءات الرسمية الخاصة بحالات العنف المنزلي في الولايات المتحدة الأمريكية (التي ظهرت في نتائج دراستهما عن عدد الحالات التي تعرضت للعنف داخل أسرهم) لا تعكس الواقع ، وأن النسبة الحقيقية يمكن أن تكون أعلى بمعدل مرتين عما تم الإبلاغ عنه . وهناك أيضاً بعض الدارسين الذين أشاروا إلى خطورة التقدير المعلن عن حدوث العنف داخل الأسرة الذي يقلل من قيمة مدى انتشاره من خلال هذه الأرقام (Harway & Hansen, 1993: 1-2) .

فالتقديرات لحجم هذه الظاهرة لا تبرز الحجم الحقيقي لها ، مما لا يساعد

على الاستعداد لمواجهةها والتصدي لها بالشكل المناسب مما يتطلب دراستها للتوصل إلى مزيد من المعرفة الحقيقية لها .

وحيث إنه لم يتم التوصل حتى الآن إلى تحديد لظاهرة إيذاء الأطفال ، فإن هناك بعض الدارسين قد أخفقوا في الوصول إلى اتفاق حول «الآلية» النفسية التي يؤدي إليها التعرض لهذه الظاهرة . وفي المقابل يوجد حالياً عدة دراسات تتبعية لمحاولة التعرف على التأثير طويل المدى للإيذاء الذي يتعرض له الفرد في الأسرة، إلا أن هناك صعوبة عند المقارنة بين عدة أنواع للعنف في الأسرة، من حيث مدى تكرارها واستمراريتها (Cirillo& Diblasio, 1992 :10-11) ، مما يجعل عملية التوصل إلى اتفاق حول هذه الظاهرة أمراً صعباً .

كما توصل الدارسون إلى أن استخدام الأساليب القاسية والعنيفة في تربية الوالدين للأطفال يؤدي إلى مجموعة من الآثار السلبية على شخصية الطفل ، منها إلغاء رغبات وميول الطفل منذ صغره ، وقد يحول دون تحقيقه لذاته (قناوي ، ١٩٩٦ : ٨٤ ، ٩٣) . وقد يسبب انطواءه ، وانسحابه من المواقف الاجتماعية ، أو يولد مشاعر النقص ، أو كره السلطة لديه (الشربيني وصادق ، ١٩٩٦ : ٢٢٥) . وقد يترتب عليه ظهور شخصية متمردة للطفل تنزع للخروج عن قواعد السلوك المتعارف عليه كوسيلة للتنفيس والتعويض عما تعرض له الطفل من والديه أثناء التنشئة مما ينتج عنها ممارسته لسلوك عدواني تجاه الآخرين (قناوي ، ١٩٩٦ : ٩٣) . بالإضافة إلى مجموعة من الآثار الأخرى الناتجة عن ممارسة العقاب المتكرر والصارم من قبل الوالدين على الطفل ، لأن خوف الطفل الزائد من العقاب قد يؤدي إلى تدمير شخصيته (الطيب ، ١٩٩١ : ١٨١) . ففي الإكثار من ترهيب الطفل وتهديده على كل أمر صغيراً كان أم كبيراً ، ما يعد من أشد العوامل خطورة

على بناء الطفل النفسي ، كما أن في تحقيره والاستهزاء به أو التفرقة في معاملته عن بقية إخوته (الشربيني وصادق ، ١٩٩٦ : ٢٢٢) ، ما قد يثير ألاماً نفسياً لديه ، بالإضافة إلى أن في إشعار الطفل بالذنب على أي سلوك يبدر منه ، ما قد يفقده ثقته في ذاته ، ويولد التردد لديه في أي عمل يقوم به نتيجة لخوفه من حرمانه من رضا الآخرين (قناوي ، ١٩٩٦ : ٩١ ؛ الكناني والموسوي ، ١٩٩٦ : ٩٦) .

ولا تنحصر هذه الآثار السلبية على الطفل في استخدام الوالدين الأساليب القاسية في التعامل معه ، إذ إن في إهمال الوالدين لأطفالهما ، وفي حالة تكرار هذا الإهمال ، ما قد يفقد الطفل الإحساس بمكانته لدى أسرته ، وانتمائه لها ، مما يتسبب في توليد شخصية قلقة ومترددة لديه (قناوي ، ١٩٩٦ : ٨٩) وحيث إن مهنة الخدمة الاجتماعية مهنة ترفض هذا الإيذاء على الأطفال وتتعامل مباشرة مع آثاره من ناحية ، ومن ناحية أخرى لا ترغب في استمراره انطلاقاً من فلسفتها ومبادئها (الصادي وعجوبة ، ١٩٩٢) فإنه لا بد من إبراز هذه الظاهرة ودراستها ومحاولة تقنين سبل التعامل معها سواء من الناحية المهنية أو من الناحية التشريعية وكلاهما مهم في نظر الباحثة .

ولذا لا يمكن الاعتماد على وسائل الإعلام وحدها لإبراز خطورة وجود مثل هذه الظاهرة ، نظراً لأن وسائل الإعلام تبحث غالباً عن حلول سريعة للظواهر التي تستدعي الانتباه لفترة قصيرة ، ومن ثم فهي تتجه إلى ظاهرة أو ظواهر أخرى جديدة . ونظراً لأنه من الصعب إيجاد حلول عاجلة للظواهر ، فإنه يبرز في هذه الحالة أهمية تحديد دور الباحثين والممارسين المهنيين كالأخصائيين الاجتماعيين في ضرورة السعي إلى التقليل من نسبة حدوث ظاهرة معينة كإيذاء الأطفال ، حتى لو لم يستمر تسليط الأضواء عليها من قبل المجتمع باعتبارها ظاهرة اجتماعية تستدعي البحث عن حلول

وسبل عاجلة لعلاجها (Star, 1987 : 474) . وذلك لا يمكن أن يتم دون دراسة لهذه الظاهرة، وفهمها، حتى يتمكن المتخصصون من الوصول إلى سبل للوقاية منها وأيضاً لعلاجها في حالة حدوثها .

ولا يقتصر الأمر على ذلك، بل يجب على الأخصائيين الاجتماعيين الذين يتعاملون مع الأسر التي تعرضت للعنف الأسري في أي صورة من صوره الفهم الشامل للمفاهيم المرتبطة بالعنف، كالهجوم أو الضرب الذي يمكن أن يقع إما على الأطفال أو على أي فرد من أفراد الأسرة، لأنهم قد يتعرضون خلال ممارستهم عملهم للتعامل مع شخص يعيش في منزل يوجد به عنف أو يتعرض هو نفسه للأذى . ولأن هذا النوع من العنف أو الأذى لا يُبلغ عنه في الغالب، لذا فإنه من الضروري أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي المهارة اللازمة للتعرف عليه، حتى يستطيع القيام بعملية التدخل بالشكل الملائم (Harway & Hansen, 1993: 4) . وبطبيعة الحال فإن الإجراءات الوقائية اللازمة لمواجهة هذه الظاهرة واكتشافها وعلاجها في ضوء مدى انتشارها في المجتمع، ليس هناك سبيل للوصول إليها إلا عن طريق دراسة هذه الظاهرة حيث سيساعد ذلك مؤسسات الخدمات الاجتماعية لتطوير وإحداث قاعدة للمعرفة وللمهارات اللازمة للأخصائيين العاملين في هذا المجال، فيما يتعلق بـ«ديناميات» التدخل في إيذاء الأطفال، من خلال تدريب العاملين فيها على الخدمات التي يجب تقديمها (Star, 1987: 473-474) .

لذا تبرز أهمية هذه الدراسة في ضرورة التعرف على طبيعة ظاهرة إيذاء الأطفال بغرض إيجاد آلية مهنية منطلقة من فلسفة الخدمة الاجتماعية للتعامل معها . الأمر الآخر أن ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية ليست عشوائية، بل تقوم على قاعدة علمية متراكمة، ومعرفة علمية دقيقة

للمشكلات التي يتم التعامل معها، وهذا يتطلب - بطبيعة الحال - إجراء العديد من الدراسات عن المشكلات الاجتماعية المختلفة. وفي ظل غياب الدراسات العلمية عن ظاهرة إيذاء الأطفال في المملكة العربية السعودية، فإنه يتضح وجود عجز لدى الأخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع ظاهرة إيذاء الأطفال نتيجة النقص في المعلومات حولها، وهو ما يجعل هذه الدراسة تكتسب أهميتها في الجانبين العلمي والمهني.

وكذلك فإنه في مثل هذا النوع من الظواهر نجد الأخصائيين الاجتماعيين لا يتعاملون معها فقط بناء على تقدير الموقف (الدراسة) assessment بالطريقة المهنية، بل لابد أن يكون تدخلهم متفقاً مع ما حدده القانون حول ما يمكن اعتباره إيذاءً للأطفال، لأن الجهات الأمنية المختصة ستقوم عند إجراء التحقيقات بتحديد حالة إيذاء الأطفال من عدمها، ومن ثم ستتخذ الإجراءات المناسبة لإصلاح ما حدث أو الحيلولة دون تكراره (Cooper & Ball, 1987: 78,83). لذا فمن الأهمية تعيين مستشار قانوني في مؤسسات الخدمات الاجتماعية ليلبغ العاملين في هذا المجال بقرارات المحكمة، كما يساعد العملاء أيضاً على أن يكونوا واعين ومدركين لحقوقهم الشرعية (Star, 1987: 473-474). وهذا الفهم لظاهرة كإيذاء الأطفال لا يأتي إلا من خلال دراستها، حتى يُمكن التوصل إلى القوانين التي تحد منها وتقيدها.

وعلى الرغم من قيام نظام القضاء في المملكة العربية السعودية على الشريعة الإسلامية التي تنبذ إيذاء الأطفال والتسبب في إيقاع الضرر عليهم، إلا أنه ليس هناك قوانين وتشريعات محددة لكيفية التعامل معها، بما يساعد الأخصائيين الاجتماعيين والممارسين المهنيين والمهتمين بهذه الظاهرة على فهم الإجراءات الرسمية التي يمكن لهم اتخاذها لحماية هؤلاء الأطفال، مما

يظهر أهمية هذه الدراسة لمساهمتها في إبراز هذه الظاهرة لما يمكن أن تقوم به من لفت نظر الجهات الرسمية إلى إمكانية وجود ظاهرة إيذاء الأطفال في مجتمعنا، وأهمية العمل على التقليل من حدوثها في حالة وجودها، من خلال سن التشريعات والإجراءات الملائمة لذلك .

وبناء على ما تقدم، تبرز أهمية هذه الدراسة في كونها الدراسة الأولى - على حد علم الباحثة- التي تدرس ظاهرة إيذاء الأطفال في المملكة العربية السعودية بغرض محاولة الوصول لتحديد لحجمها وأنواعها وأسبابها وخصائص المتعرضين لها، بهدف تحديد إطار لكيفية التدخل المهني فيها، للتمكن من التوصل إلى الحلول المناسبة للوقاية منها وعلاجها، والتعرف على المعوقات التي تحول دون سن الإجراءات المناسبة لمواجهتها والحد من آثارها، ومن هنا فإن هذه الدراسة تعد إضافة معرفية لمهنة الخدمة الاجتماعية .

١ . ٤ مشكلة الدراسة

تتفق الباحثة مع الكثيرين في أن هناك اختلافاً بين الأعراف في المجتمعات المختلفة فيما يتعلق بطبيعة نظرتها إلى ما يعد إيذاءً للأطفال على مر العصور والأزمان . وقد نبذ الإسلام العنف الأسري بأشكاله المختلفة، كما قد سبق الإسلام في ذلك الدعوات الحديثة التي تنادي بها المجتمعات الحضريّة المعاصرة حول نبذ إيذاء الأطفال . ومن صور هذا النبذ تحريم الشريعة الإسلامية قتل الأبناء، ويظهر ذلك في قوله تعالى: ﴿ وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْئًا كَبِيرًا ﴾ (سورة الإسراء). وفي قوله ﷺ حينما سئل أي الذنب أعظم فقال: (أن تجعل لله نداً وهو خلقك، ثم قال: وأن تقتل ولدك خشية أن يطعم معك)

(رواه البخاري ومسلم). بالإضافة إلى دعوة الإسلام إلى تحريم وأد البنات في قوله عز وجل: ﴿وَإِذَا الْمَوْءُودَةُ سُئِلَتْ ﴿٨﴾ بِأَيِّ ذَنْبٍ قُتِلَتْ ﴿٩﴾﴾ (سورة التكوير).

ولم تكتف الشريعة الإسلامية بذلك، بل دعا الرسول عليه الصلاة والسلام إلى الرحمة والرأفة بالأطفال واعتبر الشدة والجفاء في معاملة الأبناء نوعاً من فقد الرحمة من القلب، وأن من يتصف بعدم الرحمة سيكون عرضة لعدم حصوله على رحمة الله عز وجل (جبار، ١٩٩٧: ٤٥٧). ويدل على ذلك ما رواه أبو هريرة رضي الله عنه حيث قال: قَبِلَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ الْحَسَنَ بْنَ عَلِيٍّ وَعِنْدَهُ الْأَقْرَعُ بْنُ حَابِسٍ التَّمِيمِيُّ جَالِسًا فَقَالَ الْأَقْرَعُ: إِنَّ لِي عَشْرَةَ مِنَ الْوُلْدِ مَا قَبِلْتُ مِنْهُمْ أَحَدًا، فَنَظَرَ إِلَيْهِ رَسُولُ اللَّهِ ﷺ وَقَالَ: (مَنْ لَا يَرْحَمُ لَا يَرْحَمُ) (رواه البخاري ومسلم).

ولقد عنيت الشريعة الإسلامية أيضاً بالطفل، فجعلت له حقوقاً، وعملت على حمايته، والمحافظة عليه، منذ كونه جنيناً في بطن أمه وحتى ولادته، حيث منحتة حقوقاً متعددة، كحق الطفل في الانتماء لمن يرباه ويحميه، وهو ما يعرف في الفقه بثبوت النسب، وحقه في تسميته تسمية طيبة، وحقه في الرضاع، بأن يكون له حق في الغذاء الذي يساعد على نموه، وحقه بافتدائه بذبيحة (وهو ما يعرف في الفقه الإسلامي بالعقيقة)، وحقه في إزالة الأذى عنه، وحقه في الحضانة والنفقة، وفي الحصول على التربية والتعليم، وكذلك حقه في تسويته بإخوانه، وفي حسن معاملته من قبل أسرته (الصالح، ١٤٠٣: ٧٥-٧٦، ٢٢٧).

ومن الصعوبة تحديد ما إذا كانت ظاهرة إيذاء الأطفال التي باتت تواجهها المجتمعات الإنسانية كأحد أنماط المشكلات التي تواجهها الأسرة وكأحد صور العنف الحادث في داخلها تحدث قديماً بنفس الصورة أم أنه قد

تم التوصل لتحديد أوضح لها نظراً للتطور الحادث في المجتمعات الإنسانية، سواء في الجانب الخاص بالاهتمام بالأطفال ومشكلاتهم والصعوبات التي يمكن أن تعوق نموهم وتطورهم، أو في الاهتمام بالمشكلات الأسرية التي يمكن أن تقف عقبة في سبيل تطور المجتمعات، أو أن ذلك ناشئ من تطور البحث العلمي في مجال الدراسات المختلفة للمشكلات التي يعاني منها أفراد المجتمع، بالإضافة إلى توافر الإحصاءات التي تدل على كل ذلك، أم أنه اهتمام برز من تزايد الدعوات التي تنادي بحقوق الأطفال ووجود المنظمات والهيئات التي تهتم بشؤونهم، مما أدى إلى إبراز هذه الظاهرة كإحدى المشكلات التي تعاني منها المجتمعات.

ولقد كان من ضمن القوانين والتشريعات الحديثة التي نشأت بما يتناسب مع التغيرات الحادثة في المجتمعات المختلفة، مشروع حقوق الإنسان في الإسلام الذي أقره مؤتمر القمة الإسلامي عام ١٩٨٠م، الذي ورد في المادة التاسعة منه أن لكل طفل منذ ولادته حقاً على والديه ومجتمعه ودولته في الحضانه والتربية والرعاية المادية والأدبية (الزحيلي، ١٩٩٦ : ٩٦٧ ، ٩٧١). كل ذلك يبين تزايد الاهتمام العالمي في العصر الحاضر بالأطفال، حيث تتجه المجتمعات في العصر الحاضر إلى كونها أكثر تعقيداً، مما يتطلب إيجاد القوانين والتشريعات التنظيمية لكافة أمور حياتها المتغيرة والمتجددة باستمرار، وفي إيجاد ذلك ما يعد أحد الجوانب الدالة على مدى تطور هذه المجتمعات وتقدمها.

وفي الدول المتقدمة جاءت القوانين التي تحمي الطفل، ومن ضمنها القوانين والتشريعات الخاصة بحماية الطفل مما يتعرض له من إيذاء. حيث يعد إيذاء الأطفال ظاهرة سلبية يؤدي وقوعها على الأطفال إلى إحداث

الضرر البدني أو النفسي أو الجنسي بهم ، مما يؤدي إلى حدوث المعوقات التي تحول دون نموهم والاعتماد عليهم كطاقة منتجة في المستقبل . حيث يعد الاهتمام بالأطفال دالاً على تقدم المجتمع ، لأن بناء الطفل بناءً سليماً يساهم في إيجاد مجتمع أفضل في المستقبل . فتعريض الأطفال للإيذاء يمكن أن يؤدي إلى اتجاه هؤلاء الأطفال إلى الانحراف أو ممارسة العنف بأشكال مختلفة ، نتيجة لفقدانهم الرعاية اللازمة لهم ، أو لإحساسهم بالنبذ والقسوة من قبل المحيط الذي يعيشون فيه . ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد ، بل إن في وقوع الأذى على الأطفال داخل أي أسرة ما يدل على وجود خلل داخل هذه الأسرة التي تقوم بإيقاع هذا الأذى بصوره المختلفة ، أو تسمح بحدوثه من آخرين على الأطفال فيها . ونظراً لأن أي مجتمع من المجتمعات يقوم على مجموعة من الأسر التي يتكون منها ، فإن حدوث أي خلل في أي أسرة من هذه الأسر سيحدث خللاً على المجتمع كله ، وسيؤدي إلى توالد مشكلات أخرى جديدة نتيجة حدوث هذا الخلل .

ولكن بغض النظر عما إذا كان أحد هذه الأسباب أو جميعها أو غيرها هو الدافع للاهتمام بظاهرة إيذاء الأطفال ، فإن الأهم هو تحديد مدى وجود هذا الإيذاء الموجه للأطفال في مجتمع من المجتمعات . وطالما وجد ، وحتى لو كان حجم هذه الظاهرة محدوداً ، فإن ذلك يتطلب النظر إلى هذه الظاهرة بدقة وحذر ، وكل ذلك لا يمكن أن يتم بدون دراسة واعية لهذه الظاهرة والتعرف عليها وعلى حجم حدوثها في المجتمع وفهم للأسباب الدافعة لها ، وكذلك تقديم العلاج اللازم لها عند حدوثها ، بالإضافة إلى الوقاية من زيادة حدوثها وتفشيها .

وبناء على ما تشير إليه بيانات التركيب العمري للسكان السعوديين إلى أن نسبة الأطفال في المملكة العربية السعودية ممن يبلغ عمرهم أربعة

عشر عاماً أو أقل تصل إلى ٢٣ ، ٤٩٪ من إجمالي عدد السكان السعوديين ، وذلك حسب آخر تعداد سكاني عام ١٤١٣ هـ (وزارة التخطيط ، مصلحة الإحصاءات العامة ، ١٩٩٢ : ٢٦) ، ونظراً لكبر حجم هذه النسبة حيث تصل إلى ما يقارب نصف عدد السكان السعوديين ، ونظراً لاعتماد المملكة في مستقبلها القريب على هؤلاء الأطفال كدعائم للمساهمة في تنميتها وتطويرها ، لذا فمن الأهمية بمكان التركيز على وقاية هؤلاء الأطفال والتعرف على المشكلات التي يتعرضون لها ، حتى يتم تأمين مستقبل أفضل لهم .

ومجتمع المملكة العربية السعودية كمجتمع نام في طور التعقيد ، بالإضافة إلى كونه مجتمعاً يطبق التشريعات الإسلامية التي تنبذ إيذاء الأطفال ، فكان لزاماً على هذا المجتمع أن يحدد التنظيمات المختلفة التي تحمي الطفل وتؤمّن حقوقه عند تعرضه للإيذاء . كما أنه أيضاً من الضروري سن القوانين والتشريعات الخاصة بمواجهة هذا النوع من الحالات بما لا يتعارض - بطبيعة الحال - مع الشريعة الإسلامية السمحة ، بل بما ينبع منها ، نظراً لأن هذا المجتمع معرض لحدوث كافة أنواع المشكلات التي تحدث في المجتمعات الأخرى . فعلى سبيل المثال ، أشار تقرير - غير منشور - صادر عن مستشفى الملك فهد للحرس الوطني حول إحصاء عدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال العامين ١٩٩٤ - ١٩٩٥ م ، أن من اكتشف تعرضهم للإيذاء من الأطفال المراجعين للمستشفى في العام ١٩٩٤ م بلغ عددهم سبعة أطفال بنسبة ٢١٪ من مجموع أنواع المتعرضين لأزمات أسرية من المراجعين للمستشفى ، كما بلغ عددهم عشرة أطفال أي بنسبة ٢٠٪ من مجموع المتعرضين لأزمات أسرية من المراجعين للمستشفى في العام ١٩٩٥ م (مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، ١٩٩٧ : ١) ، ويعد ذلك أحد المؤشرات الدالة على وجود هذه الظاهرة .

ونظراً لقلّة التقارير والإحصاءات التي تدل على حجم وجود هذه الظاهرة، فإن ذلك لم يبين مدى انتشارها، بما يساعد على اتخاذ التدابير اللازمة لمنع تزايد انتشارها وعلاجها حسب حجم وجودها ونسبة تزايدها، مما يجعل هذا الأمر يتطلب تحديداً لهذه الظاهرة وفهمها من خلال دراستها، ولما يمكن أن يسهم به ذلك من تحديد لكيفية التدخل المهني الملائم عند وجود حالات لأطفال قد تعرضوا للإيذاء، نظراً لعدم وضوح الرؤية الخاصة بكيفية التدخل المهني، والقنوات المختلفة التي يمكن أن يلجأ إليها المهني عند تقديمه المساعدة لهذا الطفل، بالإضافة إلى عدم وضوح صورة القوانين والتشريعات التي يمكن له الاستعانة بها، والتعامل مع الطفل وأسرته على أساسها. وذلك لأن المدى الذي يحدد أن الإيذاء الموجه للطفل يعد جريمة، من المحتمل أن تتولاها الشرطة، يتطلب تحديداً دقيقاً وواضحاً من قبل الجهات الرسمية لهذه الجريمة، نظراً للقصور بشكل عام في معرفة: (كيف؟، ومتى؟، ولماذا؟) يجب أن تقوم الشرطة بإجراء تحقيقات ومناقشات عن أي إيذاء موجه للأطفال. لذلك يرى بعض الدارسين أنه لا بد من التركيز على بعض الأسئلة الرئيسة، مثل: ما يجب أن يكون عليه دور الشرطة في التحقيقات عند حدوث إيذاء موجه للأطفال (Cooper & Ball, 1987: 31).

ونجد أنه حتى في المجتمعات المتقدمة، التي بدأت دراسة إيذاء الأطفال بها في فترة سابقة عن مجتمعاتنا، مازال هناك اختلاف حول تحديد مفهوم هذا الإيذاء، وبالتالي فهناك اختلاف حول تحديد كيفية التدخل المهني والقانوني عند حدوثه.

وذلك قد يعود إلى أن هذه الظاهرة الخاصة بإيذاء الأطفال على الرغم من ارتباطها بفتة واحدة وهم الأطفال، وعلى الرغم من ارتباطها بجانب واحد من الصعوبات التي قد تواجههم وهو تعرضهم للإيذاء، إلا أنها معقدة، ويعود ذلك إلى العديد من الأسباب، نذكر منها:

- أن مرحلة الطفولة هي مرحلة يصحبها العديد من التغيرات والتطورات في نمو الطفل، قد يتعرض الطفل فيها للإيذاء في فترة قد يكون فيها غير قادر حتى عن التعبير عما يتعرض له، وكذلك حتى في حالة مقدرته المحدودة على التعبير عما يتعرض له، فإن ذلك يكون محاطاً بالعديد من العوامل الأخرى كالخوف من الإفصاح عما يتعرض له.

- أن هذا الإيذاء من المحتمل أن يوجهه للطفل أكثر من طرف سواء وجه له من قبل أحد الوالدين أو أحد الأفراد الآخرين في الأسرة، أو من قبل المحيطين بالأسرة أو أنه يمكن أن يوجه للطفل من طرف آخر خارج الأسرة، وفي هذه الحالة الأخيرة لا بد من معرفة دور الأسرة في حدوث هذا الإيذاء على الطفل، بالإضافة إلى دورها في حمايته.

- أن هذه الظاهرة يتعامل معها عدة أطراف من المتخصصين في مختلف المجالات حيث ترتبط بالجانب الطبي والنفسي والاجتماعي والقانوني والتشريعي. وبذلك يدخل ضمن إطار اكتشافها أو التعامل معها جميع الأطراف ذوي العلاقة بالطفل كالعاملين في مجال صحة الطفل ورعايته، والعاملين في مجال تعليم الأطفال، بالإضافة إلى الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وكذلك العاملين في مجال القانون من القائمين على سن التشريعات والقوانين أو من قبل القائمين على المحافظة على أمن أفراد المجتمع.

- وفي المقابل نجد أن العرف والتقاليد الخاصة بالثقافة العربية تعطي للوالدين الحق - مثلاً - في استخدام الأساليب القاسية أو الصارمة في تربية وتنشئة أبنائهم، بالإضافة إلى عدم وضوح الحد الفاصل الذي يسمح بتدخل جهات أخرى خارج نطاق الأسرة في شؤونها.

كل هذه الجوانب السابقة تبرز المعوقات التي يمكن أن تواجهها عملية التعامل مع هذه الظاهرة في مجتمعنا .

لذا فإن كل ذلك يتطلب دراسة هذه الظاهرة، بالإضافة إلى السعي لإيجاد التنظيمات المختلفة التي تحمي هذه الفئة الضعيفة من الأطفال، وعدم ترك هذا الأمر خاضعاً لتقدير كل أسرة، أو أي فرد منها. لكن إيجاد التنظيمات المختلفة يتطلب الفهم الدقيق لهذه الظاهرة المرتبطة بإيذاء الأطفال، وفي ظل غياب المعلومات الدقيقة والإحصاءات، وفي ضوء قلة الدراسات المرتبطة بإيذاء الأطفال، فإنه يصعب معرفة مدى انتشار هذه الظاهرة، وحجم وجودها، وأنواعها، وأسبابها، وخصائص المتعرضين لها في المملكة العربية السعودية، ما لم يكن هناك تحديد وفهم ومعرفة وتوافر للمعلومات عنها .

وبناء على ما تقدم، يمكن تحديد مشكلة الدراسة في «غياب المعرفة الدقيقة حول الإيذاء الموجه للأطفال في المجتمع العربي السعودي بما لا يمكن أولاً من تحديد حجم هذه الظاهرة وأنواعها أو تصنيفاتها وأسباب وجودها وخصائص المتعرضين لها، وثانياً من سن التشريعات اللازمة لها والتصدي لها» .

١. ٥ أهداف الدراسة

ستكون هذه الدراسة موجهة نحو تحقيق الأهداف التالية :

- ١- التعرف على معدل حدوث حالات إيذاء الأطفال وأنواعه في المستشفيات في مدينة الرياض .
- ٢- التعرف على أسباب الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال وخصائصهم في مدينة الرياض .

٣- التعرف على خصائص أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض .

٤ - التعرف على المعوقات المجتمعية والمؤسسية -إن وجدت- التي تحول دون مساعدة الأطفال المتعرضين للإيذاء على الوجه الأمثل .

٥ - تقديم تصور مهني مقترح للتدخل المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء منطلقاً من فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية وفي ضوء أهدافها ومبادئها .

١. ٦. تساؤلات الدراسة

ستكون هذه الدراسة موجهة نحو الإجابة عن التساؤلات التالية :

١ - ما معدل حدوث حالات إيذاء الأطفال وأنواعه في المستشفيات في مدينة الرياض؟

٢ - ما أسباب الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال في مدينة الرياض؟

٣ - ما خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض؟

٤ - ما خصائص أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض؟

٥ - ما المعوقات المجتمعية والمؤسسية التي تحول دون تقديم المساعدة للأطفال المتعرضين للإيذاء على الوجه الأمثل؟

٦ - ما أسلوب التدخل المهني الأمثل المنطلق من فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية وفي ضوء أهدافها ومبادئها للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء؟

١ . ٧ مفاهيم الدراسة

١ . ٧ . ١ الأطفال : Children

يعرف باركر Barker مرحلة الطفولة childhood بأنها المرحلة المبكرة في دورة حياة الإنسان ، والتي تتميز بنمو جسمي سريع للطفل ، وسعي لتشكيل الأطفال لإعدادهم لأدوار البالغين ومسئولياتهم ، من خلال وسائل اللعب والتعليم الرسمي غالباً (Barker, 1999:72) .

ويشير مفهوم الطفولة إلى المرحلة المبكرة من حياة الإنسان التي يعتمد فيها على الآخرين المحيطين به ، ويكون الطفل في هذه المرحلة هو الطرف المستجيب لعمليات التفاعل الاجتماعي من حوله ، والتي يزود عن طريقها بالعادات والتقاليد والقيم والمعايير وأساليب التفكير وأنماط السلوك التي تؤثر في شخصيته واستيعابه للواجبات والالتزامات المرتبطة بتوقعات الأدوار في المستقبل ، وبالتالي تحدد مستوى تكامله مع المجتمع على المستوى الثقافي والاجتماعي والوظيفي والمعياري والشخصي (عفيفي ، ١٩٩٣ : ٢٩٠) .

وتجدر الإشارة إلى أنه ليس هناك اتفاق عام بين المتخصصين على تحديد مرحلة الطفولة وتقسيماتها . إذ يحددها العيسوي بأنها المرحلة المعبرة عن الفترة من الميلاد وحتى البلوغ . كما أنها تستخدم في بعض الأحيان للإشارة إلى الفترة الزمنية الواقعة ما بين مرحلة المهد وحتى المراهقة (العيسوي ، ١٩٩٣ : ١٦) . كما أن هناك مجموعة من علماء النفس حددوا هذه المرحلة بأنها المرحلة التي تحدث بعد المرحلة الأولى للطفولة infancy ، وحتى البلوغ

puberty (أي من ١٨ - ٢٤ شهراً وحتى ١٢ - ١٤ سنة تقريباً) أو حتى سن الرشد adulthood (أي من ١٨-٢١ سنة) (Barker, 1999: 72).

كما أنه ليس هناك اتفاق بين المتخصصين حول تحديد مراحل هذه المرحلة العمرية ، وهناك من يرى أن مرحلة الطفولة تنقسم إلى مراحل ، هي :

- ١ - مرحلة المهده ، وهي التي تمتد من الولادة وحتى نهاية السنة الثانية .
- ٢ - مرحلة الطفولة المبكرة ، وهي التي تمتد من السنة الثانية إلى السنة السادسة ، ويطلق عليها أحياناً مرحلة ما قبل المدرسة .
- ٣ - مرحلة الطفولة المتأخرة ، وهي المرحلة التي تمتد من السنة السادسة إلى الثانية عشرة ، ويطلق عليها المربون مرحلة المدرسة الابتدائية (عقل ، ١٩٩٧ : ١٢١ ، ١٤٣ ، ١٦٣).

أما المقصود بالأطفال في هذه الدراسة فهم الأطفال (من الذكور والإناث) الذين يتحدد عمرهم في الفترة الممتدة منذ الولادة وحتى سن أربعة عشر عاماً .

١ . ٧ . ٢ إهمال الأطفال : Child Neglect

يرى كثير من الدارسين أن مفهوم الإهمال neglect يتم تحديده بناء على الثقافة السائدة ، والعوامل الاقتصادية والسياسية ، والقيم الاجتماعية والأخلاقية ، وطبيعة المجتمع المحلي الذي يحدث فيه . ويختلف المتخصصون في هذا المجال ، كالأخصائيين الاجتماعيين في الخدمات المباشرة ، والمتخصصين في الرعاية الصحية ، والقضاة ، وغيرهم من العاملين في العدالة الجنائية (والذين لديهم وجهات نظر وخبرات شخصية

ومهنية واسعة الاختلاف) حول تحديد هذا المفهوم. ويقترح البعض دراسة عدة عوامل كالعوامل الشخصية والخلقية، ومتغيرات نسق الأسرة، والحالة الاجتماعية والاقتصادية لها، حتى يمكن التوصل إلى صياغة لهذا المفهوم. ويرى آخرون أن الإهمال ظاهرة معقدة، لا بد -حتى نتمكن من فهمها- من أن نضعها داخل متصل متدرج من احتمال تقديم أفضل رعاية للأطفال إلى رعاية الأطفال غير الملائمة بشكل كبير، مع التركيز بشكل أكبر على المشاركة في المسؤوليات، والتي تشمل المشاركة من قبل الوالدين، والأسر، والمجتمعات المحلية، والمجتمع (Brissett - Chapman, 1995:356).

وتعرف ساراجا Saraga الإهمال بأنه الإهمال الدائم أو المتقطع للطفل، أو القصور في حمايته من أي نوع من أنواع الخطر الذي قد يتعرض له، بالإضافة إلى تعرضه للبرد أو الجوع، أو القصور في توفير الرعاية اللازمة له، والخاصة بصحة الطفل أو نموه (Saraga, 1993: 59).

وحدد كادشن Kadushin (١٩٨٨) عدة أنواع من الإهمال، كحرمان الطفل من الضروريات، أو الإشراف غير الملائم عليه، أو الإهمال الطبي أو التعليمي أو العاطفي له، أو القصور في حمايته من التعرض لإصابات الحوادث، وغيرها من أنواع الإهمال الأخرى. كما يشير زارفن Zuravin (١٩٩١) إلى أن مفهوم الإهمال داخل المحيط الأيكولوجي الذي يحدث فيه يركز على حاجات الأطفال التي لم تتم مقابلتها، أكثر من الإشراف غير الملائم، أو سلوك الوالدين المؤذي (Brissett - Chapman, 1995: 356).

ويقصد بمفهوم إهمال الطفل في هذه الدراسة عدم إشباع الوالدين أو الآخرين المحيطين بالطفل لحاجاته الأساسية، وإشرافهما غير الوافي عليه، وغير الملائم له، مما يؤدي إلى إصابة الطفل بالضرر أو الأذى، نتيجة لتصرفات الوالدين أو المحيطين به غير المبالية وغير المتعمدة.

١ . ٧ . ٣ مفهوم الإيذاء : Abuse

يعرف الإيذاء abuse بأنه سلوك خاطئ يتسبب في إحداث إيذاء بدني أو نفسي أو مادي لفرد أو جماعة (Barker, 1999:2)، وهو ناتج عن عمل أو أعمال متعمدة، أو غير مبالية، تؤدي إلى أن يتضرر الشخص أو يؤذى أو يقتل (Thomas & Pierson, 1995 :2).

١ . ٧ . ٤ إيذاء الأطفال : Child Abuse

نلاحظ عند محاولة تعريف مصطلح child abuse بأنه لا توجد هناك ترجمة مستقرة له متعارف عليها في اللغة العربية، ولذا نجد أن البعض يعبر عنه بإيذاء الأطفال، أو الإيذاء الموجه للأطفال، أو إساءة معاملة الأطفال . . . الخ، وسنطلق عليه في هذه الدراسة مصطلح «إيذاء الأطفال».

ويعرف إيذاء الأطفال بأنه الضرب المتكرر المفضي إلى إحداث أذى بدني أو نفسي على القاصر (الذي لم يبلغ سن الرشد)، من خلال توجيه الضربات المتعمدة له، أو العقاب البدني غير المتحكم به، أو السخرية منه والإهانة المستمرة له، أو تعريضه للإيذاء الجنسي. ويرتكب هذا الإيذاء في أغلب الأحيان من قبل الوالدين أو الآخرين المكلفين برعاية الأطفال (Barker, 1999 :70).

ويقصد بإيذاء الأطفال في هذه الدراسة أي سلوك أو عمل متعمد ومتكرر، يصدر من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل أو من غرباء عن الطفل، تجاه أحد الأطفال في الأسرة أو جميعهم، ويتسبب في إحداث أي نوع من الأذى والضرر سواءً بدنياً أو نفسياً أو جنسياً على الطفل.

١ . ٧ . ٥ أنواع إيذاء الأطفال

تميز أغلب التعريفات حالياً بين الإيذاء البدني والنفسي والجنسي بأشكال مختلفة ومستقلة عن الإيذاء الذي قد يتداخل أو يتفاعل فيه عدة أنواع بعضها مع البعض ، إلا أن الإيذاء البدني يصاحب في أغلب الأحيان الإيذاء النفسي ، كما يمكن إن يحدث الإيذاء النفسي مستقلاً عن النوعين الآخرين (Thomas&Pierson, 1995 :2). ونجد أنه لا يمكن فصل أنواع الإيذاء بعضها عن بعض بشكل تام ، حيث إن هناك تداخلاً واضحاً بينهما ، ومع ذلك تتفق معظم التعريفات والتصنيفات على وجود ثلاثة أنواع مهمة (وإن كانت متداخلة) للإيذاء الموجه للأطفال ، وذلك لا يمنع إمكان حدوث أكثر من نوع على الطفل في نفس الوقت ، وهي كما يلي :

أ - الإيذاء البدني Physical Abuse:

يعرف الإيذاء البدني physical abuse بأنه إهمال بدني متعمد (بإمساك الدواء ، أو الطعام) أو توجيه أذى مادي (كالضرب ، أو الكدمات ، أو التحرشات الجنسية ، أو القطع ، أو الحرق ، أو الكبت والحرمان المادي (FallCreek & Hooyman,1981:49) (physical restraint . كما يعرف أيضاً بأنه أي أذى متعمد ، وقد يشمل أيضاً الضرب (المتكرر) ، أو الخنق ، أو الحرق ، أو العلاج غير الملائم ، أو الربط ، أو الحبس ، أو الاعتداء الجنسي (Barrow, 1996: 292) .

وتعرف ساراجا Saraga الأذى البدني بأنه هو الأذى الفعلي أو المحتمل وقوعه على الطفل ، أو التهاون في منع حدوث الأذى البدني (أو الألم) عنه ، بالإضافة إلى تسميم الطفل المتعمد ، أو خنقه (Saraga, 1993: 59) .

ونلاحظ أنه لم يتم التوصل حتى الآن إلى إجماع حول تعريف موحد للإيذاء البدني ، فعلى سبيل المثال نجد في الوقت الحالي أن كثيراً من الوثائق

القضائية التابعة للولايات المحلية في الولايات المتحدة الأمريكية، تؤكد الاختلافات حول تحديد هذا النوع من الإيذاء للطفل، فبعض من هذه الولايات يصادق على التقرير فقط في حالة إثبات وجود أذى ظاهر، في حين بعض الولايات الأخرى تقرر التقرير في حالة العلم بتعرض الطفل للخطر (أي عندما يكون الطفل في خطر من وقوع أذى عليه) (Brissett-Chapman, 1995:357).

ويقصد بالإيذاء البدني للطفل في هذه الدراسة هو أي نوع من أنواع السلوك المتعمد، الذي ينتج عنه إحداث الضرر والأذى على جسم الطفل، والممارس من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل أو من غرباء عن الطفل، والموجه نحو أحد الأطفال في الأسرة أو كلهم، سواء كان في صورة عمل يتسبب في إحداث ألم للطفل (كالضرب أو القرص أو الرفس أو الحرق أو الخنق أو الحبس أو الربط)، أو أي أعمال أخرى غير مباشرة من الممكن أن تتسبب في حدوث ضرر للطفل (كعدم توفير العلاج له أو إيقافه عنه، أو عدم إعطاء الطفل غذاء كافياً).

ب - الإيذاء النفسي Psychological Abuse:

اختلفت التسميات حول مفهوم هذا النوع من الإيذاء، فهناك من يطلق عليه الإيذاء النفسي psychological abuse أو الإيذاء العاطفي emotional abuse أو إساءة المعاملة النفسية psychological maltreatment أو إساءة المعاملة العاطفية emotional meltreatment، وسنطلق عليه المسمى الأول في هذه الدراسة.

وهناك إشارة إلى أن الإيذاء النفسي psychological abuse يتضمن التهديد، أو التخويف، أو الإيذاء اللفظي (Barrow, 1996 : 292)، أو المطالبة بالقيام بأشياء غير واقعية (FallCreek & Hooyman, 1981: 49-50).

ويقصد بالإيذاء النفسي للطفل في هذه الدراسة أي سلوك أو عمل متعمد، يصدر من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل أو من غرباء عن الطفل، تجاه أحد أو كل الأطفال في الأسرة، ويتسبب في إحداث أي نوع من أنواع الضرر والأذى النفسي للطفل، وذلك باتباع الأساليب المسببة المأً نفسياً للطفل كالسخرية منه، أو إهماله، أو نبذه، أو تهديده، أو تخويفه، أو توجيه العبارات الجارحة له، أو معاملته معاملة سيئة، أو التفرقة بينه وبين إخوته، أو حرمانه من العطف والمحبة والحنان، إلى غير ذلك من أعمال يمكن أن يترتب عليها إحداث أذى نفسي للطفل كنتيجة لها.

ج - الإيذاء الجنسي Sexual Abuse:

يعرّف الإيذاء الجنسي sexual abuse للطفل بشكل عام بأنه أي اتصال قسري، أو حيلي، أو متلاعب مع طفل، من خلال شخص أكبر منه سناً (أي أكبر منه بخمس سنوات فأكثر)، بغرض تحقيق الإشباع الجنسي للشخص الأكبر سناً (Conte, 1995: 402). كما يعرف بأنه الاستغلال الجنسي الفعلي أو المحتمل للطفل أو المراهق (Saraga, 1993: 59).

ويقصد بالإيذاء الجنسي في هذه الدراسة أي عمل أو سلوك صادر من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل أو من غرباء عن الطفل، تجاه أحد أو كل الأطفال في الأسرة، بغرض تحقيق أو إشباع أي رغبات جنسية لديهم عن طريق استغلال الطفل أو إيذائه بهذا السلوك.

١ . ٧ . ٦ خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء

وقد تم تحديد خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء في هذه الدراسة بتقسيمها إلى قسمين، وذلك كالآتي :

أ - خصائص أسرة الطفل المتعرض للإيذاء

- ١ - الحالة الاجتماعية (الزواجية).
- ٢ - المستوى التعليمي .
- ٣ - المستوى الاقتصادي .
- ٤ - الخلفية الثقافية .
- ٥ - الأوضاع الاجتماعية والأسرية .
- ٦ - عدد الأطفال في الأسرة .
- ٧ - طبيعة العلاقات الأسرية .
- ٨ - الأساليب التربوية المتبعة في الأسرة .
- ٩ - مدى الاستفادة من المؤسسات الموجودة في المجتمع .

ب - خصائص الطفل المتعرض للإيذاء، وهي

- ١ - عمر الطفل المتعرض للإيذاء .
- ٢ - جنس الطفل المتعرض للإيذاء .
- ٣ - ترتيب الطفل المتعرض للإيذاء بين بقية إخوته .
- ٤ - طبيعة الشكل الخارجي للطفل المتعرض للإيذاء .
- ٥ - مدى حيوية ونشاط الطفل المتعرض للإيذاء .
- ٦ - اكتمال القدرات العقلية والخلقية للطفل المتعرض للإيذاء .

- ٧- الأوضاع النفسية للطفل المتعرض للإيذاء .
- ٨- السلوكيات والسمات الشخصية الخاصة بالطفل المتعرض للإيذاء .
- ٩ - علاقة الطفل المتعرض للإيذاء بأسرته .
- ١٠ - مدى رغبة الوالدين في الحصول على الطفل المتعرض للإيذاء عند ولادته .

الفصل الثاني

المعطيات النظرية للدراسة

٢ . المعطيات النظرية للدراسة

١. ٢ تمهيد

يُسم إِيذاء الأطفال بأنه إحدى الظواهر الاجتماعىة التى بدأت دراستها وتحددها والتعرف عليها فى المجتمعات المختلفة ، وقد بدأ اكتشاف هذه الظاهرة التى تهدد حياة الأطفال ومستقبلهم فى المجتمعات المتحضرة ، مما جعل هذه المجتمعات تسعى لفهمها ووضع السبل الكفيلة للوقاية منها وعلاجها عند حدوثها . إلا أنه فى مجتمعاتنا العربىة والمجتمع السعودى تحديدًا لم تتم دراسة هذه الظاهرة وتناولها بما يحقق تصورهما ويمكّن من علاجها ، ويعود ذلك لطبيعة ثقافة المجتمع ، ولكونه ما زال ناميًا ، وما يرتبط بذلك من عوامل متعددة .

ومن الصعوبة أن يتحقق هذا الفهم فى مجتمعنا بدون دراسة لمفاهيم وأسباب وآثار ظاهرة إيذاء الأطفال أو أى مشكلة يمكن أن تتعرض لها أى أسرة فى أى مجتمع من المجتمعات .

وتتطلب دراسة هذه الظاهرة تناولها من خلال العديد من الجوانب المختلفة المرتبطة بها سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية أو قانونية وتشريعية . كما يتطلب تحليل أى ظاهرة كإيذاء الأطفال المعرفة بعدة جوانب من قبل المتعامل معها ، أو أن الأمر يتطلب التعاون عند التعامل معها بين متخصصين مختلفين كأطباء الأطفال والأطباء والأخصائىين النفسىين وكذلك الأخصائىين الاجتماعىين ، بالإضافة إلى المتخصصىين فى الجوانب القانونية والشرعية أيضًا .

وستتناول في هذا الفصل هذه الظاهرة الخاصة بإيذاء الأطفال من جوانبها كافة - بالقدر الذي تسمح به هذه الدراسة - مع التركيز على الجانب الاجتماعي ، وذلك بالرجوع إلى الأدبيات المرتبطة بهذا الموضوع . وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى عدة مباحث رئيسية ، لتغطية الجوانب الهامة بالموضوع ، وهي :

المبحث الأول : ظاهرة إيذاء الأطفال والدراسات السابقة حولها .

المبحث الثاني : النظريات المفسرة لإيذاء الأطفال .

المبحث الثالث : الحقوق والقوانين والتشريعات الخاصة بالأطفال وإيذائهم .

المبحث الرابع : دور الخدمة الاجتماعية مع إيذاء الأطفال وكيفية التعامل مع الحالات .

٢ . ٢ الدراسات السابقة حول ظاهرة إيذاء الأطفال

٢ . ٢ . ١ مقدمة

يعود تاريخ طرح موضوع إيذاء الأطفال إلى عام ١٩٤٦م على أعمال كل من كافي Caffey وآخرين ، وكذلك على أعمال كل من كامبي Kempe وسيلفرمان Silverman ، وستيل Steele ، ودرو جملليير Droegemueller ، وسيلفر Silver في عام ١٩٦٢م حينما تم تطوير العمل في الطب الإشعاعي radiology كأداة تشخيصية لمعرفة أن إصابة الطفل «غير المفسرة» كإصابته بكسور أو كدمات ممكن أن تعود إلى تعرضه للإيذاء ، وبعد ذلك أصبح مفهوم الإصابة بالأذى inflicted trauma هو الأساس لفهم واكتشاف وقوع الإيذاء البدني على الأطفال الصغار (Brissett - Chapman 1995 : 354) . (Wiehe, 1998:25).

وقد قام هنري كامبي C. Henry Kempe وهو أستاذ في طب الأطفال -
ومعه زميله بنشر مقال في عام ١٩٦٢م في مجلة الجمعية الأمريكية الطبية
Journal of the American Medical Association. قدما فيه تصنيفاً لما لاحظاه
ولاحظه آخرون من أطباء الأطفال أثناء ممارستهم لعملهم في ذلك الوقت،
ويتمثل بالتحديد في الأطفال الذين تعكس إصابتهم بأنهم قد تعرضوا
للأذى. وقد أطلقا على هذه الحالة مسمى «متلازمة الطفل المضروب
battered children syndrome» وقد أدى هذا المقال إلى إظهار مدى خطورة
هذه الظاهرة الخاصة بإيذاء الأطفال وجذب انتباه المجتمع حولها (17,25
Brissett-Chapman, 1995: 354 Wells 1995: 347 Wiehe, 1998:
في تحديد ووصف المؤشرات الطبية للإيذاء، ومنها على سبيل المثال كسور
العظام التي لا مبرر لها، وتفسيرها بأنها حادثة نتيجة للإيذاء. بالإضافة إلى
تزايد المعرفة والإدراك ببعض أسباب ارتفاع درجة وفيات الأطفال التي
من الممكن إرجاعها في بعض الأحيان لتعرض الطفل للإيذاء أو الإهمال
(Wells, 1995: 347).

ولقد ساعد تزايد الاهتمام بهذه الظاهرة بصورة أكبر في العالم الغربي
وتحديداً في الولايات المتحدة الأمريكية في منتصف هذا القرن تقريباً،
بالإضافة إلى ما هو موجود لديهم من إمكانات علمية ومهنية سواء في مراكز
البحث أو الجامعات أو من خلال وفرة المتخصصين في كافة المجالات، على
التعمق في دراسة هذه الظاهرة وتحليلها من كافة الجوانب.

٢ . ٢ . ٢ الإيذاء الموجه للأطفال

إيذاء الأطفال هو كل ما يعد عدواناً من قبل المؤذي (المعتدي) وأذى
يسبب للضحية (المعتدى عليه) (Al Sarno, 1998: 5). وبناء على ذلك فإنه

يمكن أن يعد الطفل متعرضاً للإيذاء عندما يعامل بطريقة غير مقبولة في ثقافة معينة، في فترة زمنية معينة. والعبارتان الأخيرتان مهمتان، نظراً لأن ذلك لا يقتصر على أن الأطفال يعاملون بطريقة مختلفة في بلدان مختلفة، ولكن قد تختلف طريقة التعامل معهم في داخل البلد الواحد، وكذلك في داخل المدينة الواحدة. فهناك ثقافات فرعية في المجتمع، واختلافات في الآراء حول ما يعد إيذاءً للأطفال. وعلاوة على ذلك، فإن المعيار الذي يحدد ما يعد إيذاءً قد يتغير بوضوح عبر السنوات (Meadow, 1997: 1)، وهناك من الدارسين من يرى أن السبب في عدم وجود تعريف واضح لإيذاء الأطفال قد يعود إلى أن هذا الإيذاء ليس شيئاً محددًا بطبيعته، بل يعد حكماً اجتماعياً يتغير حسب التغيرات في الظروف وفي مكونات ما يسمى «إيذاء للأطفال» في أي مجتمع من المجتمعات (الدخيل، ١٩٩٠ : ٨٤). وإن كان قتل الأطفال مقبولاً في العصور القديمة - مثلاً - فإنه غير مقبول في الوقت الحاضر (Wells, 1995 : 347).

وقد يعود ذلك إلى التطورات المختلفة الحادثة في المجتمعات، وزيادة الوعي بالأضرار المترتبة على إيذاء الأطفال وسوء معاملتهم، ولكن من كل ذلك تبرز لنا نقطة مهمة تتعلق بتحديد الحد الفاصل الذي يمكن عنده أن نفسر ما تعرض له الطفل إيذاءً، سواء كان مقبولاً في ثقافة أو مجتمع معين أم لا. لأنه وإن كانت بعض الأساليب التربوية مقبولة في مجتمع وثقافة معينة، إلا أنها قد تقوم بإحداث ضرر للطفل حتى وإن لم تكن مقصودة، بالإضافة إلى أن هذه الأساليب قد تكون مقبولة في ثقافة معينة وغير مقبولة في ثقافة أخرى داخل المجتمع الواحد، كما أنها قد تكون مقبولة في مجتمع ما وغير مقبولة في مجتمع آخر، أي أنها تعد إيذاءً حسب معايير إيذاء الأطفال في مجتمع آخر. فنجد أنه على الرغم من تقبل بعض الأساليب

التربوية في التعامل مع الأطفال في مجتمعاتنا العربية إلا أن ذلك يعد إيذاء في مجتمعات أخرى كالدول الغربية . وأيضاً الدول الغربية نفسها غيرت من المعايير التي يمكن أن تعد من خلالها سلوكاً ما إيذاء ، كما أن هذه الأساليب في التعامل مع الطفل قد لا يكون دائماً المقصد منها هو التربية . ويمكن أن ينطبق ذلك في بعض الأحيان على بعض أنواع الإيذاء المتعمد كالبدني والنفسي ، أما الإيذاء الجنسي فلا يمكن تفسيره بأنه غير مقصود أو بقصد التربية والتأديب ، وينطبق الشيء نفسه مثلاً على تعريض طفل يبلغ عمره بضعة شهور أو أيام للضرب أو الأذى البدني الشديد .

وهناك من يرى أن هناك خلطاً بين هدفين في تحديد مفاهيم إيذاء الأطفال ، ويتحدد هذان الهدفان إما في تحسين طرق تربية الطفل عموماً ، أو في حماية الطفل من الأذى والإهمال ، مما يجعل أي تعريف لإيذاء الأطفال يركز على مجموعة من الأبعاد ، هي :

١ - مدى التعمد والإصرار من قبل المعتدي على الإيذاء (مقصود) حتى لو كان هذا الإيذاء له مبرره .

٢ - مدى شدة هذا السلوك المؤذي ونوعه (كارتكاب عمل ما أو إهمال أداء واجب) .

٣ - حدوث أذى بدني للطفل ناتج عن هذا التصرف ، بحيث يتطلب علاجه جهداً أو وقتاً أو كليهما ، أو يؤدي إلى إصابة الطفل بإعاقة ، أو ينتج عنه وفاة هذا الطفل (الدخيل ، ١٩٩٠ : ٨٥-٨٦) . كل ذلك يبين مدى الصعوبة والاختلاف حول تحديد مفاهيم ما يعد إيذاءً للأطفال .

ولقد كانت مؤسسات حماية الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية تقوم بتوظيف أخصائيين اجتماعيين مدربين للعمل مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء بالاعتماد على نموذج دراسة الحالة لتحسين الاضطرابات الحادثة في داخل الأسرة بغرض حماية الأطفال المعرضين لوقوع الخطر عليهم ، ومنذ منتصف السبعينيات قل الاهتمام بدراسة الحالات الفردية المعرضة للإيذاء ، حيث أصبح هناك اتجاه أكبر لتوفير خدمات أكثر عمقاً والتدخل المهني من خلال توجيه الأهداف goal - directed intervention وإدارة الحالة case management ، حيث كان للأخصائيين الاجتماعيين ولفترة طويلة دور كبير في تحديد الموقف الإشكالي وتقديم العلاج للأطفال المعرضين للإيذاء أو الإهمال (Wells, 1995 : 351) .

ولقد قام قانون وقاية الأطفال من الإيذاء وعلاجهم The Child Abuse Preventional Treatment Act (CAPTA) في عام ١٩٧٤ م بإيجاد تعريف تم تعديله من قبل مؤسسات وقاية الأطفال من الإيذاء Child Abuse Prevention ، والتبني Adoption ، وحركة خدمات الأسرة Family Service Act ، إلى أن تم التوصل في عام ١٩٩٢ م إلى تعريف لإيذاء الأطفال وإهمالهم من قبل قانون وقاية الأطفال من الإيذاء وعلاجهم CAPTA على أنه هو الإصابات البدنية أو العقلية ، أو الإيذاء أو الاستغلال الجنسي ، أو الإهمال العلاجي ، أو إيذاء الطفل من قبل المسؤول عن رعايته ، في الحالات الدالة على أنه قد تم الإضرار بصحة الطفل أو رفاهيته أو التي تنذر بذلك والتي تستلزم القيام بفرض بعض الأنظمة أو الإجراءات من خلال الجهات المعنية ، ولا يقتصر ذلك على الشخص المسؤول عن رعاية الطفل وإنما يضاف إلى ذلك أي شخص يقيم داخل منزل أسرة الطفل أو أي شخص آخر من طاقم العمل في المنزل يقدم رعاية للطفل خارج المنزل (Wells, :1995 - 347) .

وعلى الرغم من وجود ثلاثة أنواع رئيسة متعارف عليها كأشكال للإيذاء، وهي الإيذاء البدني والنفسي والجنسي، بالإضافة إلى الإهمال المؤدي لإصابة الطفل بالأذى، إلا أن هناك اختلافاً في تصنيف أنواع الإيذاء بين الدارسين والمهتمين، فهناك من صنف هذه الأنواع بشكل أكثر تفصيلاً كالإهمال البدني، والإهمال العاطفي . . . بالإضافة إلى أن هناك من اعتبر الإهمال التعليمي أو الطبي تصنيفات لأحد أشكال الإيذاء مستقلة عن الأنواع السابقة، كما أنه أيضاً هناك تداخل في التعبير عنها فهناك من يطلق عليها مسمى إساءة معاملة الأطفال child maltreatment، وهناك البعض الآخر الذي يطلق عليها مسمى إيذاء الأطفال child abuse، كما يستخدم مصطلح الإيذاء وإساءة المعاملة العاطفية emotional abuse or maltreatment وكذلك الإيذاء أو إساءة المعاملة النفسية psychological abuse or maltreatment كمترادفين حسب اختلاف الباحثين والمهتمين. والباحثة في هذه الدراسة أطلقت عليه مسمى الإيذاء النفسي psychological abuse.

ولكن أنواع الإيذاء أيضاً قد يتداخل بعضها في بعض، بحيث إن الطفل قد يتعرض للإيذاء بعدة طرق مختلفة، سواء كان ذلك في نفس الوقت أو بتكراره بشكل متتابع (Meadow, 1997:2). وقد أظهرت إحدى الدراسات المسحية لسبع وخمسين أسرة في الولايات المتحدة الأمريكية أن الإيذاء البدني physical abuse لا يحدث بمفرده، بل على العكس فهو يحدث بالتزامن مع الإيذاء الجنسي sexual abuse والإيذاء النفسي psychological abuse. حيث يحدث الإيذاء البدني بالتزامن مع الإيذاء الجنسي أو النفسي لنسبة ٦٤٪ من الأفراد الذين شملتهم الدراسة (Wiehe, 1997 : 14). ولقد حدد الباحثون في مجال إيذاء الأطفال الإيذاء النفسي كأحد أشكال إيذاء الأطفال بالارتباط مع كلا النوعين الآخرين وهما الإيذاء البدني والجنسي.

وهناك من يرى أن الإيذاء النفسي أكثر انتشاراً، كما أنه أكثر احتمالية لإصابة الطفل بالضرر عن الأشكال الأخرى لإيذاء الأطفال، وكثيراً ما يسبق ويصاحب الإيذاء البدني والجنسي. ولكن ما يجعل عملية التوصل لتحديد وإثبات ذلك أمراً صعباً هو أن هذا النوع من الإيذاء من الصعب توثيقه وتسجيله، ويعود ذلك إلى عدم وجود العلامات البدنية الدالة عليه التي كثيراً ما توجد مع الأنواع الأخرى من الإيذاء كالبدني وفي بعض الحالات مع الإيذاء الجنسي (Wiehe, 1997: 32-33) كما أن آثار الإيذاء النفسي قد لا تظهر بصورة مباشرة بل قد يظهر أثرها في سنوات لاحقة في عمر الإنسان. وقد لقي الإيذاء النفسي اهتماماً قليلاً نسبياً مقارنة بأنواع إيذاء الأطفال الأخرى وقد يرجع ذلك لوجود بعض الغموض في أشكاله ونتائجه، ولكن هناك من يعد الإيذاء النفسي هو الأساس في نشوء أي إيذاء، وكذلك المفتاح لفهم الدينامكية (القوة المحركة) لكل الأنواع الأخرى لإيذاء الأطفال. وهذا النوع من الإيذاء لا يوجد فقط في صورته الخاصة به غير مرتبط بالأخرى، ولكنه أيضاً يعد جزءاً لا يتجزأ أو مرتبطاً مع كل الأنواع الأخرى للإيذاء، كما أنه يبدو أحد العوامل الأكثر تأثيراً والذي من الممكن أن يساعد على التنبؤ بتطور عواقب و آثار الإيذاء على الطفل. وحتى يتم تحقيق تقدم حقيقي في تحديد مفهوم إيذاء الأطفال وإهمالهم، فإن ذلك لا يتم إلا بإيجاد قاعدة معرفية خاصة بالإيذاء النفسي للأطفال من خلال القيام بإجراء دراسات عدة يتم تطبيقها في برامج تعديلية وتصحيحية ووقائية (Hart, : 85, Brassard & Karlson, 1996).

وهناك عدة أنواع أو أشكال لهذا الإيذاء الذي من الممكن أن يتعرض له الطفل، ومن التصنيفات التي يتضح فيها التداخل بين أنواع الإيذاء ذلك

الذي قدمه ويلز (Wells, 1995: 349) ، والذي حدد فيه الأنواع التالية من الإيذاء:

١ - الاستغلال الجنسي sexual exploitation : وذلك مثل الاغتصاب الجنسي ، أو التحرش بالطفل عن طريق الاتصال الجنسي به ، بالإضافة إلى الأشكال الأخرى من الملاحظة ، أو عدم وجود الإشراف الملائم من قبل أسرة الطفل على الأعمال الجنسية التي يمكن أن يتعرض لها الطفل قبل الأوان بطريقة غير مشروعة .

٢ - أشكال أخرى من الإيذاء : وذلك مثل الاعتداء البدني ، أو السجن في مكان ضيق (يؤدي لعدم قدرة الطفل على الحركة ، وذلك كالربط أو الإغلاق عليه في الخزانة) . أو الاعتداء اللفظي عليه أو الحرمان العاطفي (وذلك على سبيل المثال كالتهديد له ، أو التقليل أو التصغير من شأنه أو التعامل معه بأسلوب عدائي مفرط أو نبذه) . أو أشكال العقاب المفرط الأخرى ، أو الاستغلال ، أو المعاملة المؤذية جسدياً (ومنها على سبيل المثال رمي الأشياء على الطفل ، أو منع الطعام أو النوم أو أي احتياجات أخرى عنه أو الاستغلال المادي له) .

٣ - إهمال الحاجات البدنية : رفض رعاية الطفل (وذلك مثل التخلي عنه ، أو طرده ، أو الإشراف غير الملائم عليه) ، أو أشكال الإهمال البدني الأخرى (كالتغذية أو الملابس غير الكافيين أو غير الصحيين أو الأوضاع المعيشية الخطرة) .

٤ - إهمال الحاجات التنموية والتطورية والعاطفية : التنشئة والتغذية أو العاطفة غير الكافية وغير الملائمة (على سبيل المثال كالإهمال في احتياجات نمو الطفل) . أو الإيذاء المفرط والمستمر بين الزوجين .

أو إتاحة الفرصة المعرفية والمتعمدة لممارسة السلوك غير السوي (على سبيل المثال الجنوح، أو الاستخدام الخطير ولا سيما المخدرات أو الكحول، أو غيرهما). أو رفض الرعاية النفسية، أو التقصير في الحصول عليها.

٥ - إهمال الحاجات العلاجية للرعاية الصحية: رفض توفير الرعاية الصحية التي يحتاج لها الطفل لتشخيص حالته، بالإضافة إلى القصور في توفير الرعاية اللازمة للطفل عند تعرضه لإصابات خطيرة، أو أمراض.

٦ - إهمال الحاجات التعليمية: عدم إتاحة الفرص التعليمية المستمرة والمتظمة للطفل، وأيضاً الإهمال في تسجيل الطفل في المدرسة مثلاً، أو غيابه عن المدرسة بشكل متكرر بدون وجود أسباب لذلك. وقد يختلف ذلك من دولة لأخرى بناء على مدى وجود إلزامية في تعليم الأطفال، ومدى وفرة المدارس لجميع أبناء المجتمع، وإمكان التحاقهم بها.

وعودة للتصنيفات الأساسية لأنواع وأشكال إيذاء الأطفال التي أجمع عليها كثير من الدارسين، فهي كالتالي:

٢. ٢. ٣ الإهمال

يختلف تعريف الإهمال بناء على الزمان والمكان الذي يحدث فيه، فنجد على سبيل المثال أن ما يسمى في الوقت الحالي بالإهمال النفسي لا يعرف بنفس الطريقة في الماضي. كما قد يتغير هذا المفهوم للإهمال النفسي بناء على المحيط الثقافي للمجتمع الذي يوجد فيه (Erickson & Egeland, 1996: 7).

ويعرف الإهمال بأنه التقصير في منح الحب، أو الرعاية، أو الغذاء اللازم، أو عدم توافر الرعاية الجسدية الملائمة لنمو الطفل وتطوره بشكل طبيعي، أو الإشراف غير الملائم عليه مما قد يعرضه لأي نوع من أنواع الخطر (Skuse, 1997:30 : Meadow, 1997: 2) .

ويعني الإهمال أشياء كثيرة لكثير من الأفراد، ويعتمد تعريفه على الجانب الذي يتم تناول هذا المفهوم من خلاله سواء الجانب القانوني أو الطبي أو النفسي أو الاجتماعي أو من المنظور المهني الخاص بالدارس نفسه. ويبدو التعريف القانوني لإهمال الأطفال هو الأكثر تطوراً أو دقةً عن غيره من التعريفات في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد تم تطوير وتحسين التعريف الخاص بالإهمال بفضل جهود مجموعة المتخصصين في المجال الطبي والصحة العقلية والمشرعين القانونيين. وبناء على ذلك فقد تم تحديد عدة تصنيفات لأشكال أخرى للإهمال، ومنها:

- الإهمال البدني: ويشمل التقصير في حماية الطفل من الأذى أو الخطر الذي من الممكن أن يتعرض له، وكذلك التقصير في توفير الحاجات البدنية الأساسية له، بالإضافة إلى التقصير في حمايته، أو توفير الغذاء أو الملابس الملائمة والكافية له.

- الإهمال العاطفي أو النفسي: وقد عرفه براسارد Brassard في عام ١٩٨٧م استناداً على تعريف الجمعية الإنسانية الأمريكية The American Human Association التي وصفت الإهمال النفسي بأنه التفاعل غير الفعّال أو العدوانية مع حاجات الطفل العاطفية أو رفايته الخاصة بتربيته أو نفسيته. وقد استخدم كل من اريكسون وايجلاندر Erickson & Egeland في بحثهما مصطلح «عدم إشباع الحاجات العاطفية» وذلك لوصف الوالدين اللذين يهملان أطفالهما باعتبار ذلك إشارة إلى وجود خطر على الأطفال في

هذه الأسرة، وخاصة إذا كان هؤلاء الأطفال كثيري البكاء أو من النوع الذين يطلبون الحنان والراحة. وتوصل الباحثان إلى أن هذا النوع الدقيق من الإهمال له آثار طويلة المدى قد تظهر على ضحايا هذا النوع من الإيذاء.

- الإهمال الطبي: ويعود ذلك إلى تقصير من يقوم برعاية الطفل في توفير العلاج الطبي اللازم له، بالإضافة إلى التقصير في توفير متطلبات الشفاء، أو وصفة الطبيب للدواء، أو إجراء العمليات الجراحية اللازمة، وكذلك أي متطلبات أخرى في حالات مرض الطفل أو حدوث إصابات خطيرة لديه.

- إهمال الصحة العقلية: وهو مشابه للمفهوم السابق، ولكنه يرتبط برفض من يقوم برعاية الطفل للاستجابة لنصائح الطبيب الخاصة ببعض الإجراءات العلاجية في حالات الأطفال الذين يكون لديهم اضطرابات نفسية أو سلوكية خطيرة.

- الإهمال التعليمي: ويمكن تحديده في تقصير ولي أمر الطفل في توفير فرص التعليم له متى ما كان ذلك متاحاً (Erickson & Egeland, 1996: 7-8).

٢ . ٢ . ٤ الإيذاء البدني

يتألف الإيذاء البدني من أفعال متعددة تؤدي إلى حدوث إصابة بدنية للطفل، وذلك مثل الصفع أو الضرب أو العض أو القرص أو الرفس أو أي سلوكيات أخرى أكثر عنفاً قد تتطلب استخدام أداة كالعصا أو المضرب أو المسدس أو السكين (Wiehe, 1997: 14). وتؤدي إلى وجود إصابة ظاهرة على جسم الطفل تختلف شدتها ودرجة الضرر الناتج عنها حسب قوتها ومدى تكرارها.

٢. ٥. الإيذاء النفسي

يختلف الدارسون حول مفهوم الإيذاء النفسي ، فهناك من يعد الطفل متعرضاً له إذا كان لديه سلوك مضطرب ، نتيجة لإخفاق الوالدين في الاستجابة لاحتياجاته بطريقة ملائمة ، مما يتطلب إحداث تعديل في سلوكهما ، عن طريق طلب المساعدة المهنية . وهناك من يعد الطفل قد تعرض له إذا كان هناك تأثير خطير في سلوك الطفل وتطوره النفسي وذلك عن طريق إهمال أو نبذ الوالدين الدائم له . وهناك أيضاً أشكال أخرى لهذا النوع من الإيذاء ، بالإضافة إلى متلازمة منشاوسين (متلازمة جلب الاهتمام للوصي عن طريق إيذاء الطفل) Munchausen syndrome by proxy . وذلك عندما يجبر الوالدان الطفل على القيام بعمل شيء غير ملائم (Meadow, : 1997:2).

وعلى الرغم من عدم وجود إجماع حول تحديد مفهوم دقيق لمصطلح الإيذاء النفسي ، إلا أنه يقع وذلك في عام ١٩٧٤م تحت التصنيف الخاص بـ «الأذى العقلي mental injury» في القانون الفيدرالي للوقاية والعلاج من إيذاء الأطفال The Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (Wiehe, 1997:33).

وقد أبرزت الدراسات الحديثة أهمية تطوير العمل في اتجاه مفهوم عملي لهذا النوع من الإيذاء ، وتم استنتاج التصنيفات الخمسة التالية من الدراسات المختلفة ، وكذلك من آراء الخبراء التي تم الوصول إليها حول هذا المفهوم ، وتتلخص أهم هذه التصنيفات في :

١ - الرفض والاحتقار .

٢ - التخويف .

٣- الانعزال .

٤- الاستغلال أو الانحراف .

٥- الحرمان من الاستجابة العاطفية ، وهناك تصنيف سادس وهو خاص بإهمال الصحة العقلية والطبية والإهمال التعليمي أيضاً للطفل ، وهو مستمد من التصنيفات الخمسة الأساسية السابقة (Hart Brassard & Karlson, 1996 :73).

ويعرف الإيذاء النفسي بأنه المضايقة اللفظية المستمرة والمعتادة من قبل والدي الطفل أو المحيطين به عليه ، وذلك عن طريق التقليل من قدره ، أو نقده ، أو تهديده أو السخرية منه ، وكذلك التقلب في مشاعر الحب تجاهه ، من خلال استخدام وسائل لفظية أو غير لفظية كالنبذ مثلاً (Skuse,1997: 30) أو تخويفه ، أو إزعاجه ، أو احتقاره ، أو إغاظته ، أو مضايقته . وبشكل عام فإن مفهوم الإيذاء النفسي يعود إلى نبذ الطفل أو إكراهه أو عقابه أو تأديبه أو إلقاء المسؤولية عليه ، وكذلك يشمل توقعات سلوك الطفل غير الواقعية ، أو الإفراط في استخدام التهديد كمحاولة للتحكم بالطفل (Wiehe, 1997:33).

٢ . ٢ . ٦ الإيذاء الجنسي

يعرف الإيذاء الجنسي للأطفال بأنه استخدام الأطفال لإشباع الرغبات الجنسية لدى الكبار (Bamford & Roberts, 1997 : 38) . ويشمل الإيذاء الجنسي أي أعمال جنسية مع الطفل بحيث لا تكون لديه القدرة على إعطاء الموافقة عليها ، بالإضافة إلى أي اتصال أو احتكاك جنسي بالطفل يتم القيام به من خلال استخدام العنف أو التخويف من قبل المعتدي ، دون الأخذ بعين الاعتبار عمر المشترك بهذه العملية (وهو الطفل) ودون الاهتمام ما إذا

كان هناك خدعة، أو أن الطفل من الممكن أن يفهم الطبيعة الجنسية للعمل الممارس (Berliner & Elliott, 1996: 51). وفي بعض الحالات قد يخبر الأطفال أفراداً آخرين أنهم يتعرضون للإيذاء الجنسي، ولكن كثيراً منهم يهددون من قبل المعتدي بإيقافهم عن ذلك بقوة، أو قد يحاول المعتدي إعطاءهم مكافأة أو هدية (Bamford & Roberts, 1997: 38).

ولا ينحصر هذا الإيذاء على الكبار، بل يعد الاتصال أو الاحتكاك الجنسي بين المراهق والطفل الأصغر سناً إيذاءً أيضاً إذا كان هناك تفاوت بينهما في العمر، وفي النمو، وأيضاً في حجم الأداء، بحيث يكون الطفل الأصغر سناً عاجزاً عن إعطاء موافقة للطرف الآخر وكذلك عن مقاومته (Berliner & Elliott, 1996: 51).

وبالرغم أنه من المحتمل أن يكون في تكرار سؤال الطفل نوع من الأذى له، كما قد يؤدي إلى أن تكون إجاباته أقل صدقاً، إلا أنه يجب أن تؤخذ رواية الطفل الصغير عن الإيذاء الجنسي الذي واجهه بجدية، كما أنه من المفترض أن تكتب حرفياً. بالإضافة إلى أهمية توفير الرعاية له بغرض فهم ما يقوله الطفل بالتحديد. ويعتبر الإفشاء عن التعرض لمثل هذا النوع من الإيذاء من قبل الضحية بعد مرور مدة طويلة من الزمن شيء مألوف عادةً، وقد يتبع ذلك أيضاً حدوث انكماش لديهم (Bamford & Roberts, 1997: 38).

٢. ٢. ٧ الدراسات السابقة

تعد الدراسات عن الإيذاء الموجه للأطفال في الوطن العربي بشكل عام والمملكة العربية السعودية بشكل خاص قليلة أو أنها غير متوافرة. على حد علم الباحثة، إلا أن هناك بعض الدراسات التي تطرقت إلى بعض

الجوانب المرتبطة بهذا الموضوع في الوطن العربي ومنها دراسة التير (١٩٩٧م) حول «العنف العائلي» حيث بينت نتائج هذه الدراسة التي شملت ضمن عينتها ٧, ٧٪ من مجموع مفردات العينة ممن يقل عمرهم عن خمس عشرة سنة أن نسبة ٢, ٢٠٪ من مفردات عينة الدراسة من ضحايا العنف هم من الأبناء أو الإخوان، ونسبة ٢, ١٩٪ منهم هم من البنات، وقد وجد أن نسبة ١, ٢٢٪ من مفردات العينة يهددون بالضرب يومياً، ونسبة ٢, ١٩٪ منهم يهددون بالضرب أسبوعياً، كما أن نسبة ٣, ١٦٪ يضرّبون ضرباً خفيفاً أسبوعياً، أما من سبق لهم أن طردوا من المنزل فتبلغ نسبة من حدث لهم ذلك لأول مرة ٤, ١٤٪ كما أن هناك نسبة ١, ٢٣٪ يعود السبب في وقوع العنف عليهم إلى التربية والتأديب في الغالب، ونسبة ٣, ١٧٪ منهم يعود السبب في إيقاع العنف عليهم إلى وجود مشكلات أخرى في داخل المنزل. كما توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك تناسباً عكسياً بين العنف والسن، بحيث أنه كلما ارتفع سن الضحية كلما انخفضت درجة تعرضها للعنف العائلي. وقد بلغت قيمة مربع (كا) التي استخدمت كاختبار للدلالة ٠, ٨٪ ذات دلالة معنوية على مستوى ٠, ٠١ كما بلغت قوة العلاقة بين سن الضحية والعنف بمقاسة بدرجة الارتباط الاسمي ٢٦٨, ٠ وهي درجة عالية نسبياً (التير، ١٩٩٧: ٦٠, ٦٤, ٦٦, ٨٠, ٩٩, ١٠٠). وتبين هذه الدراسة أن هناك ارتباطاً بين وجود عنف في الأسرة، ووقوعه على الأبناء فيها.

وفي دراسة قطان عام ١٩٩٤م حول «إيذاء الأطفال في المملكة العربية السعودية (تقرير حول عشر حالات)» نجد أن عينة الدراسة تمثلت في عشر حالات لأطفال قد تعرضوا للإيذاء والذين تمت مشاهدتهم في مستشفى

الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث في مدينة الرياض في الفترة ما بين ١٩٨٦ و ١٩٩٢ م. نتيجة للأذى الذي تعرضوا له فإن طفلين منهم قد توفيا، وخمسة منهم لديهم إصابات خطيرة، وثلاثة منهم لديهم إصابات معتدلة الخطورة. وفي واحدة من الحالات عند التشخيص الطبي للحالة فإنه لم يتم الاشتباه بتعرض الحالة للإيذاء إلا بعد أربع سنوات من وفاتها، وذلك عندما شخصت حالة أختها كحالة من حالات إيذاء الأطفال. وعند وصف حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في هذه الدراسة نجد أن جميع الأطفال (مفردات العينة) يبلغ عمرهم خمس سنوات أو أقل، أربعة منهم ذكور وستة منهم إناث. ويعاني ستة أطفال من عينة هذه الدراسة من درجات متنوعة من الإهمال والإيذاء البدني والإيذاء الجنسي، والأطفال الأربعة الباقون لديهم متلازمة منشأوسين (متلازمة جلب الاهتمام للوصي عن طريق إيذاء الطفل) Munchausen syndrome by proxy. حيث كانت تعاني حالة واحدة (وهي الحالة ٩) من إهمال بدني، وثلاثة منهم (وهي الحالات ١ و ٦ و ٧) قد تعرضوا لإيذاء بدني، وحالتان (وهما الحالة ٨ و ١٠) قد عانتا من إيذاء جنسي، وأربعة منهم (الحالة ٢ و ٣ و ٤ و ٥) قد شخصت حالتهم كمتلازمة منشأوسين (متلازمة جلب الاهتمام للوصي عن طريق إيذاء الطفل) Munchausen syndrome by proxy. أما نوع العلاقة التي تربط بين من تسبب في الإيذاء على الطفل (المعتدي) فقد كانت من قبل الأم في ست من الحالات.

وترجع قطان السبب في أن هؤلاء الأطفال قد تم تشخيص حالتهم على أنهم متعرضون للإيذاء بعد عام ١٩٨٦ م إلى زيادة الوعي بوجود مثل هذه الظاهرة نتيجة لأن الثقافة السعودية قد أصبحت أكثر تعقيداً. كما تشير إلى أن عدم وجود التوثيق لحالات إيذاء الأطفال في المملكة العربية السعودية

لا يعود بالضرورة إلى عدم وجودها، ولكن قد يعود إلى عدم وجود اهتمام كاف من قبل المتخصصين في هذا المجال، أما النتائج التي تم إثباتها في هذه الدراسة فتشير إلى مدى وجود «متلازمة الطفل المضروب» (battered child syndrome) في المملكة العربية السعودية».

وتوصي قطان في دراستها بأهمية البحث في هذا الموضوع، وتؤكد أهمية جمع المعلومات، ليس فقط حول مثل هذه الحالات بل أيضاً في محاولة التعرف على الرأي العام بغرض القيام بالترتيبات اللازمة واتخاذ ردود الأفعال الملائمة بناء على ذلك. لأن ذلك من الممكن أن يعكس مفهوماً أفضل للرأي العالمي من قبل الذين يعملون على التخفيف من التهديدات التي تواجه صحة الأطفال وزيادة نموهم. كما تقوم منظمات حماية الطفل في العالم على تعيين أفراد متخصصين مسئولين عن الاستقصاء لحالات إيذاء الأطفال. ويجب أن يمثل مثل هذا العمل الخطوة الأولى لبرنامج مقاومة إيذاء الأطفال في المملكة العربية السعودية (Kattan, 1994: 129-131 anti-child program in Saudi Arabia 133)

وفي دراسة العيسى عام ١٩٩٠م حول «متلازمة الطفل المضروب battered child syndrome: مدى وجودها في المملكة العربية السعودية» فقد واجه الباحث في فترة تزيد على أربع سنوات سبع حالات أطفال متعرضين للإيذاء أو الإهمال في أحد المستشفيات، خمسة منهم ذكور واثنتان من الإناث، تتراوح أعمارهم ما بين ٥ شهور وحتى ٧ سنوات.

وتوصل الباحث إلى أنه قد تم تكرار ممارسة الإيذاء على ثلاث من الضحايا، ويعود السبب في ذلك إلى التأخر في التعرف المبكر على أن هذه الحالات متعرضة للإيذاء، كما أن كيفية القيام بالإيذاء أو الإهمال في حالات الأطفال السبعة الذين تم تسجيلهم في هذه الدراسة تختلف من

حيث نوعيتها، والتخطيط لها، بالإضافة إلى الاختلاف في الآثار والنتائج المترتبة عليها.

وقد عانى الطفل في الحالة الأولى من مجموعة مركبة من التجمع الدموي تحت الجمجمة من الناحيتين subdural haematoma، ومن كسور متعددة في العظام، وكذلك من إصابة الفقرات (العنقية) في الرقبة نتيجة للارتطام المفاجئ أو الاهتزاز الشديد Whiplash- shaking & jerking، وقد تم تشخيص ما يعاني منه الطفل كأحد الأسباب المعروفة لإصابات الهيكل العظمي skeletal وكذلك إصابات الأوعية الدموية للمخ cerebrovascular lesions، في ظل عدم وجود أي علامات خارجية للأذى، لذا فقد تم تشخيص هذه الحالة كمتلازمة الأطفال المصابين بإصابات جسدية ناتجة عن الاهتزاز «Whiplash shaken†infant syndrome». وأشار العيسى أنه بالرغم من أن العقاب البدني قد يكون مقبولاً اجتماعياً كنوع من التأديب، إلا أن ضرب هذا الطفل لم يكن أبداً ملائماً. ويرى أنه يجب أن يركز العاملون من المهنيين إلى إمكان وجود خلل في الأساليب الوالدية في التعامل مع الطفل مما يجعلها مؤشراً على إمكان حدوث خطر عليه، في مثل الحالتين الثانية والثالثة. وترتبط الإعاقة بإيذاء الأطفال أو إهمالهم، حيث إن ممارسة العنف ضد الضحية (المعتدى عليه) وهو الطفل قد يسبق أو يتبع حدوث الإعاقة مثلما هو في الحالتين الأولى والرابعة، فالطفل في الحالة الرابعة تعرض للحرمان من الطعام (التجويع) من قبل أسرته لمرات متعددة بغرض إيصاله للموت. واتخذت صورة الإيذاء في الحالة الخامسة شكل التسميم المتكرر للضحية (المعتدى عليه)، وقد يحدث التسمم الكيميائي من قبل الوالدين لطفلها حتى يتمكن الوالدان المذنبان من الهرب من مشكلاتهما النفسية، والزواجية والاجتماعية، ولكي يضعوا نفسيهما محط تركيز

واهتمام الرأي العام وتعاطفه . وقد كانت الإصابة خطيرة في الحالتين السادسة والسابعة نتيجة للعقاب الصارم بغرض تأديب الطفل من قبل الأبوين . ويرى العيسى أن السبب في حدوث مثل هذه الإصابات للأطفال من قبل الوالدين كان بغرض رغبة الوالدين في تأديب الطفل نتيجة لسوء سلوكه أو للمشكلات البسيطة التي تبدر منه ، ويدل ذلك على مدى وجود خلل في الأساليب الوالدية في التعامل مع الطفل مما يجعلها مؤشراً على إمكان حدوث خطر عليه . كما يرى العيسى أن الإفراط في الحماية والعناية من قبل الوالدين لأطفالهم يؤدي إلى حدوث نتيجة عكسية لتعرض الطفل إلى إصابات خطيرة من قبل الوالدين ، مثلما هو في الحالة السادسة . كما أن الاعتداء الجنسي (الحالة السابعة) وحشي وقد سبق الإبلاغ عنه من قبل (Al-Eissa, 1991 : 129- 132) .

والدراسات السابقة وإن كانت مثرية لأدبيات إيذاء الأطفال بصفة عامة ، إلا أنها لا تخلو من أخطاء منهجية أثرت في نتائجها . فبالنسبة لدراسة التير (١٩٩٧م) لم يتم تحديد المجتمعات التي جمعت منها البيانات ، ولا نسبة البيانات المجموعة من كل مجتمع ، وبالتالي فإن القدرة على الحكم على مدى تمثيل العينة لمجتمع أو مجتمعات الدراسة لا يمكن التكهن بها . أما دراسة قطان (١٩٩٤م) ودراسة العيسى (١٩٩٠م) فكلاهما قد استخدم عينة محدودة جداً مما يجعل قابلية التعميم على النتائج ضعيفة ، ولا سيما أن كلا الدراستين تم جمع البيانات الخاصة بهما من مستشفى واحد في كل دراسة ، الأمر الآخر أن كلتا الدراستين تناولتا إيذاء الأطفال من الناحية الطبية وهي مجال تخصص الباحثين بينما هذه الدراسة تناول الظاهرة من ناحية اجتماعية . لذا فكل الدراسات السابقة كما نلاحظ بها بعض القصور المنهجي ، ولم يتم تقديمها بالشكل الذي يمكن من الاستناد عليها بشكل

رئيس ، الأمر الذي يتطلب إجراء مزيد من الدراسات للوصول إلى فهم أعمق لظاهرة إيذاء الأطفال .

٢ . ٢ . ٨ أسباب إيذاء الأطفال

اختلف الدارسون في تحديد العوامل المسببة لقيام أحد الأفراد بإيذاء الطفل ، واختلفت التصنيفات في تحديد أكثر هذه الأسباب أهمية ، وهناك من يرجع ذلك لأسباب تتعلق بالمعتدي (المسبب في الإيذاء) أو بالضحية (المعتدى عليه) أو بالمجتمع الذي يمارس فيه هذا الإيذاء . ولكن يعتقد أن هذه الأسباب قد تختلف من حالة إلى أخرى ، كما أن إيذاء الأطفال قد يعود إلى أكثر من سبب في آن واحد .

ومن الصعب التعرف على أسباب حدوث إيذاء أو إهمال الأطفال كتركيبة واحدة ، حيث قد تختلف العوامل التي تساهم في حدوث الإيذاء الجنسي أو البدني أو النفسي أو الإهمال للأطفال ولكن قد تكون هذه العوامل أكثر تأثيراً إذا اتفقت مع عدد من المتغيرات الأخرى (Wells, 1995: 350) .

ويؤكد التقرير الذي أصدرته الجمعية الوطنية للبحث The National Research Council في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٣ م على نتائج الدراسات المرتبطة بدور العوامل الفردية في حدوث الإيذاء على الطفل التي بدت متناقضة وغير حاسمة ، مما أدى إلى إجماع هؤلاء الدارسين على أنه ليس هناك عامل واحد يستطيع تفسير حدوث الإيذاء على الأطفال (Wells1995: 350) .

وهناك بعض المؤشرات الدالة على أن الصفات المميزة للطفل المتعرض

للإيذاء تزداد لديه بشكل كبير سواء حدث ذلك قبل توافر بعض الصفات المميزة للوالدين اللذين يتعرض أطفالهما للإيذاء أو بعده (Kolko 1996:24).

وفي كثير من نتائج البحوث ترتبط هذه الأسباب المؤدية إلى إيقاع الأذى بالأطفال بوجود عوامل أخرى كالفقر، أو إدمان الكحول أو المخدرات، أو العوامل الأخرى التي ترتبط بالمحيط الملاحظ، بالإضافة إلى مدى قابلية الطفل (المعتدى عليه) للسقوط بين يدي المعتدي (المتسبب في الإيذاء)، وكذلك شخصية الوالدين، أو الحالة الاجتماعية، والتاريخ الأسري الخاص بهم، وقد يكون المدى معرفة الوالدين بالدور الذي يجب عليهما القيام به تجاه طفلهما أثر في حدوث ذلك أيضاً، وعند التفكير كمحاولة من الدارسين لتحليل مثل هذه القضايا فإنه من الأفضل أن يتم ذلك من خلال مجموعة من الأبعاد كالفرد، والأسرة، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية (Wells,1995:350).

فالعدوان سلوك معقد، وأسبابه كثيرة ومتشابكة من الصعب الفصل بينها وتحديد أثر كل سبب منها في حدوث العدوان، لأنه كأى سلوك آخر هو محصلة لمجموعة من العوامل المتفاعلة، وقد يعتدي الإنسان على غيره لأسباب كثيرة، إما لأسباب ذاتية ترتبط بالمعتدي نفسه سواء كانت أسباباً جسمية أو نفسية، حيث أن هناك من فسر أسباب إيذاء الأطفال بأنها تعود إلى عوامل شخصية ونفسية مرتبطة بالمعتدي. والبعض الآخر بيئي خارجي كظروف التنشئة الاجتماعية التي يعيشها الإنسان، وهناك أسباب اجتماعية ترجع إلى ظروف التنشئة والتربية الخاصة بالمعتدي، أو أسباب موقفية ترجع إلى ظروف الموقف نفسه الذي ارتكب فيه العدوان. وهناك من يرجع ذلك إلى عوامل بيئية واجتماعية (مرسي، ١٩٨٥ : ٤٨ ، ٥٧ ؛ إسماعيل، ١٩٩٥ : ٩٦-١٠٤).

وقد صدر تقرير في عام ١٩٩٤م عن دار المقاصة الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية حول المعلومات الخاصة بإيذاء الأطفال وإهمالهم

The National Clearinghouse on Child Abuse & Neglect Information

يوضح فيه التالي :

١- أن هناك علاقة قوية بين إساءة استخدام المخدرات substance abuse وبين إيذاء الأطفال ، فوجد أن هناك ارتباطاً قوياً بين الآباء الذين يسرفون في تعاطي المخدرات وبين تعرض أطفالهم للإيذاء أو وفاتهم . فهناك عشرة ملايين طفل تحت عمر ١٨ عاماً قد تأثروا بتعاطي والديهم للمخدرات حتى قبل ولادتهم من خلال التعرض للمخدرات أو عدم قدرة الأسرة على تربية الطفل أو حمايته من الفساد نظراً للمحيط الذي يعيش فيه .

٢- يعاني الأطفال المتعرضون للإيذاء أو الإهمال من تناقص مستمر في الوظائف العقلية ، كما أنهم يعانون من زيادة في إصابتهم بالإعاقات ، أو الاكتئاب ، أو استخدام المخدرات .

٣- هناك آثار أخرى لإيذاء الطفل قد تكون طويلة المدى وتنتشر وتعوق النمو العقلي والبدني والاجتماعي للطفل . وكذلك فإن الانتحار والعنف والجروح وأشكالاً أخرى من الإجرام ترتبط بشكل متكرر مع تاريخ تعرض الطفل للإيذاء .

٤- يحدث إيذاء الأطفال في كل الأعراق ، والثقافات ، والمستويات الاجتماعية الاقتصادية ، ويظهر الإيذاء البدني والإهمال بصورة أكبر في الأسر الفقيرة (Brissett - Chapman, 1995 : 360) .

وهناك من يرى أنه حتى يتم فهم العوامل المسببة لحدوث إيذاء على الطفل فلا بد من تحليل عملية الإيذاء نفسها من جميع جوانبها (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١١٢-١١٥). وستقوم بتحديد العوامل المسببة لإيقاع الإيذاء على الطفل بتصنيفها إلى عدة عوامل رئيسة، هي :

- ١ - العوامل المرتبطة بالطفل المعتدى عليه (الضحية).
- ٢ - العوامل المرتبطة بأسرة الطفل المعتدى عليه.
- ٣ - العوامل المرتبطة بالمعتدي (المؤذي) وهو المتسبب في الإيذاء.
- ٤ - العوامل المرتبطة بالمجتمع (البيئة المحيطة).

٢. ٢. ٩ العوامل المرتبطة بالطفل المعتدى عليه (الضحية)

أما الصفات المرتبطة بالطفل المعتدى عليه (الضحية) نفسه فقد حددها الدارسون في عوامل وأبعاد مختلفة، أهمها :

- عمر الطفل

هناك اختلاف بين الدارسين حول مدى حدوث الإيذاء ونوع الإيذاء الذي يمكن أن يتعرض له الطفل بناء على كونه قاصراً أو صغيراً أو مراهقاً (Brissett - Chapman, 1995: 361).

وقد تم التوصل في التقارير المثبتة من ٤٥ ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩١م حول حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء أن متوسط عمر الضحايا (المعتدى عليهم) من الأطفال هو ٧ سنوات (Brissett - Chapman 1995: 359).

كما أثبتت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين عمر الطفل ومدى تعرضه للإيذاء البدني، بحيث كلما قل عمر الطفل كلما زاد احتمال تعرضه

للإيذاء، إلا أن هناك معلومات حديثة تدل على أن هناك نسبة ٣٢٪ تقريباً من البلاغات حول حالات أطفال متعرضين للإيذاء البدني في الولايات المتحدة الأمريكية من الذين يقع عمرهم ما بين ١٢-١٧ عاماً (Miller - Perrin & Perrin: 1999: 68). ويتعرض الأطفال الذين يقل عمرهم عن السنتين إلى الخطر من مواجهة عدة أشكال من الإيذاء البدني (Meadow, 1997: 4).

وتشير أغلب الدراسات الإكلينيكية وكذلك التقديرات الرسمية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن متوسط عمر الأطفال الذين تم الإبلاغ عن تعرضهم للإيذاء يقع ما بين ٩-١١ عاماً، أما الدراسات الأخرى الخاصة بعمر البالغين الذين سبق تعرضهم للإيذاء وجدوا في نتائجها أن مرحلة الطفولة المتوسطة والتي يقع عمر الأطفال فيها ما بين ٧-١٢ عاماً من العمر هي الفترة الأكثر قابلية لحدوث الإيذاء الجنسي فيها (Miller - Perrin & Perrin, 1999 :115).

وقد أشارت مصادر مختلفة لتقديرات مدى تعرض الأطفال للإهمال إلى أن الخطر من إهمال الأطفال بشكل عام يقل مع تقدم عمر الطفل، وهناك نسبة ٥١٪ من البلاغات حول الأطفال المهملين كان عمر الأطفال يقل فيها عن ٥ سنوات ونسبة ٣٤٪ من هذه البلاغات كان عمر الأطفال فيها أقل من سنة (Miller - Perrin & Perrin, 1999 : 168). أي أنه كلما قل عمر الطفل كلما زادت احتمالية تعرضه للإهمال، وفي المقابل وبناء على ما تشير إليه البيانات الحديثة الصادرة من المركز الوطني حول إيذاء الأطفال وإهمالهم The National Center on Child Abuse & Neglect في الولايات المتحدة الأمريكية فإن البلاغات حول الإيذاء النفسي للأطفال تزيد مع عمر الطفل (Miller - Perrin & Perrin, 1999 : 184). وبالتالي كلما زاد عمر الطفل كلما زادت احتمالية تعرضه للإيذاء النفسي .

- جنس الطفل

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن الإيذاء الموجه للأطفال لا يقتصر على جنس معين، بل نجد أن كلا الجنسين من الأطفال سواء الذكور أو الإناث يتعرضان للإيذاء (Meadow, 1997: 3).

وهناك من يرى أن الإناث أكثر عرضة للتعرض للإيذاء الجنسي من الذكور، كما تزيد احتمالية تعرض الأطفال للإيذاء الجنسي في الحالات التي يعيش الأطفال فيها في أسرة لا يوجد فيها أحد الوالدين الأصليين، كما يزيد الاحتمال لدى الأطفال الذين لديهم أم غير متفرغة، أو الذين يدركون أن حياة أسرهم غير سعيدة (Berliner & Elliott, 1996: 53).

وتشير التقديرات الرسمية واستبيانات البلاغات الشخصية وحسب نتائج إحدى الدراسات إلى أن الأغلبية من ضحايا التعرض للإيذاء الجنسي من الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية هم من الإناث بمعدل ٣ مرات أكثر من الذكور (Miller - Perrin & Perrin, 1999 : 115) وقد توصلت الدراسة الوطنية الثالثة لمدى حدوث إيذاء الأطفال وإهمالهم The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٦م إلى أن الإناث أكثر احتمالاً للتعرض للإيذاء الجنسي بمعدل ثلاث مرات عن الذكور، وكذلك فالذكور أكثر عرضة للإهمال والإصابات الخطيرة عن الإناث (Petit & Curtis, 1997: 26).

ولقد وضحت نتائج الاستبيان الوطني للعنف الأسري National Family Violence Survey في الولايات المتحدة الأمريكية أن أغلب أشكال العنف المختلفة ولا سيما الإيذاء البدني التي تقع على الأطفال في الأسرة يكون ضحاياها من الذكور (Miller - Perrin & Perrin, 1999 : 68).

- الصفات الخاصة بالطفل

وهناك من يرى أن الطفل الأول في الأسرة يتعرض بصورة أكثر من باقي إخوانه للإيذاء، كما أنه في داخل الأسرة الواحدة من الممكن لطفل واحد أن يتعرض للإيذاء، وينجو الأطفال الآخرون من التعرض له (Meadow, 1997:3). وقد يعود ذلك لعدة أسباب ترتبط بهذا الطفل. وهناك من يرى أن بعض العوامل المسببة لتعرض طفل معين في الأسرة للإيذاء دون غيره كأن يكون هذا الطفل غير مرغوب فيه نتيجة لحمل غير مرغوب فيه لأي سبب من الأسباب، أو أن يكون الطفل مصاباً بإعاقة وبذلك يصبح مخالفاً للتوقعات الأبوية مما يزيد من أعباء الوالدين نتيجة إصابة طفلهم بإعاقة (الدخيل، ١٩٩٠ : ٨٩).

وحسب تقرير المركز الوطني لإيذاء الأطفال وإهمالهم National Center on Child Abuse and Neglect في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٣م فإن مدى حدوث الإيذاء الجنسي وسط الأطفال الذين لديهم إعاقات فهو بمعدل ١,٧٥ مرة عن غير المعاقين، وهذا قد يدل على أن المعتدي (المتسبب في الإيذاء) يختار الأطفال الذين يدرك المعتدي أنهم أكثر عرضة للتأثير عليهم (Berliner & Elliott, 1996 : 53).

ولوحظ أنه يزيد احتمال تعرض الطفل للإيذاء في الحالات التي يوجد قصور بها لدى الطفل في الجسم أو العقل أو العاطفة وذلك في الحالات التي يتم فيها تشخيص أو ملاحظة وجود إعاقة عقلية لدى الطفل أو أنه محدود الإدراك أو مصاب بإعاقة جسمية أو عاطفية أو مريض بمرض مزمن (Brissett - Chapman 1995 : 362). وبالتالي فإن هناك من يرجع عملية وقوع الإيذاء على الطفل لعوامل بدنية أو سلوكية مرتبطة بالطفل نفسه (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١١٠ - ١١١).

ويرى بعض الدارسين أن من صفات الطفل المتعرض للإيذاء البدني أنه قد يعاني من وضع صحي غير سليم ، بحيث يكون لديه مشكلات صحية في عمر مبكر . بالإضافة إلى أنه قد تم التوصل إلى أن هناك أوجهاً أخرى لسلوك الطفل العام قد تزيد من احتمال تعرض الطفل للإيذاء ، وذلك مثل الطفل المتصف بتعكر المزاج كالبكاء المستمر أو الاندفاع ، بالإضافة إلى الانحراف السلوكي أو العاطفي لديه . ويزيد تعكر المزاج والمشكلات السلوكية التي قد توجد لدى هذا الطفل من الضغط الذي قد يعطل من ممارسة الوالدين لدورهما ويؤثر في تفاعلها مع طفلها (Kolko, : 1996: 24) أما الطفل المولود قبل وقته أو الذي لديه صعوبة في مزاجه العقلي ، أو أعراض مفرطة للاهتياج والبكاء ، أو لديه مشكلات في الرضاعة أو الأمعاء ، أو الأطفال المتخلفون جسماً أو لديهم صعوبات سلوكية لتدبير أمورهم قد يكونون أكثر احتمالاً لأن يكونوا موضعاً لوقوع الإيذاء أو الإهمال أحدهما أو كليهما (Toscano, 1998 : 367) .

٢ . ٢ . ١٠ العوامل المرتبطة بأسرة الطفل المعتدى عليه

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك بعض الصفات التي ترتبط بأسرة الطفل المتعرض للإيذاء ، ومنها :

- بناء الأسرة والظروف والعلاقات الأسرية

يتعرض الأطفال الذين يتربون في الأسرة التي يقوم فيها أحد الوالدين بتربية الطفل بمفرده ، وذلك كالوالدين المنفصلين مؤقتاً أو المطلقين ، أو الأطفال الذين يعيشون في أسرة ممتدة (Brissett -Chapman, 1995:361) ، أكثر من غيرهم للإيذاء . حيث إن هناك من يرى أن هناك علاقة بين وجود بعض المظاهر لدى الأسر مثل كون الأسرة بها أحد الوالدين فقط ، أو عدم

وجود مودة وارتباط بشكل كاف بين أفراد الأسرة، وبين أسلوب تعامل الوالدين غير الملائم مع الطفل، والذي قد يؤدي إلى وقوع الإيذاء أو الإهمال عليه (Wells, 1995: 350) والأسر التي يتعرض فيها الأطفال للإيذاء تتصف بوجود اضطراب لدى الوالدين، بالإضافة إلى استيائهم وعدم رضاهم عن أطفالهم أو عن دورهم الوالدي تجاه أبنائهم، وكذلك تعبير الأسرة العاطفي المحدود، أو فقدان التشجيع لنمو واستقلال أطفالهم (Kolko, 1996: 27). والأسر التي تعاني من توتر بين الوالدين والطفل في أغلب الأحيان، أو قلة التفاعل، أو الأسر التي لديها خلل في أداء أفرادها لواجباتهم أو دورهم المتوقع منهم داخلها، هي أكثر قابلية لحدوث الإيذاء داخلها (Toscano, 1998: 367).

كما توصلت بعض الدراسات التجريبية عند المقارنة بين الأسر التي يوجد فيها اتصال جنسي بين المحارم والتي لا يوجد بها أي اتصال جنسي بين المحارم إلى أن ضحايا الإيذاء الجنسي (المعتدى عليهم) يوجدون في أسر أقل تماسكاً، وأقل تنظيمياً، وكذلك أكثر اختلالاً وظيفياً (Berliner & Elliott 1996: 53). وهناك من يرى أن الأسر التي تتصف بالعزلة الاجتماعية تزيد نسبة حدوث إيذاء الأطفال فيها، حيث إن الأسر التي ليس لديها انساق للدعم الاجتماعي الخارجي، وذلك مثل «الأسر المنعزلة»، وكذلك الأسر التي لديها خلافات زوجية شديدة، فإن الأطفال فيها أكثر عرضة للإيذاء من غيرهم (367 Toscano, 1998). ولكن اختلفت الدراسات في تحديد ما إذا كانت هذه العزلة الاجتماعية للأسرة أحد أسباب احتمال وقوع إيذاء الأطفال فيها أم أنها نتيجة له (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١٠٦ - ١٠٧).

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباطاً بين تعرض الأطفال للنزاعات الزوجية العنيفة وبين سلوك الأطفال غير العادي. حيث يحاول

الطفل التحكم أو ضبط وتعديل التفاعل المختل وظيفياً dysfunctional ما بين الأم والأب ، وكذلك العلاقات السلبية بين أفراد الأسرة . وقد يؤدي ذلك إلى احتمالية أن يكون هناك ارتباط بتأثير هذا الاختلال الوظيفي بين الوالدين على أنساق الأسرة الأخرى ، ووجود علاقات غير مستقرة بين الأطفال ووالديهم (Cummings, 1997 : 8) . الأمر الذي يؤدي لظهور أمراض نفسية لدى الأطفال ، حيث قد يتفاعل محيط الأسرة العدائي مع متغيرات أخرى خاصة بالطفل أو الوالدين مما قد يؤدي إلى وجود السلوك المؤذي (Kolko, 1996 : 27) .

وكذلك فإن للعنف الأسري بين الوالدين أثراً في زيادة احتمال وقوع الإيذاء على الأطفال في هذه الأسرة ، حيث إن وسائل العنف والإيذاء المستخدمة في تعامل الزوجين فيما بينهما ، قد تجعل الوالدين يمارسان هذه الأساليب نفسها عند تعاملهما مع أبنائهما (إسماعيل ، ١٩٩٥ : ٩٩-١٠٠) . وقد يؤدي المنزل الذي يحدث فيه العنف بشكل متكرر إلى أن يصاب الطفل مصادفةً أو عمداً بالأذى ، بالإضافة إلى أن وجود مظاهر للعنف داخل المنزل يعد أحد العوامل التي تؤدي إلى تعرض الطفل للإيذاء النفسي (Brissett - Chapman, 1995:361) .

وقد يؤدي الانفصال بين الوالد وطفله لمدة طويلة إلى تنشئة الطفل من خلال طرف آخر كجدته ، أو أحد أفراد أسرته ، أو أن يودع الطفل في إحدى دور الرعاية الخاصة بتربية الأطفال (Brissett - Chapman, 1995: 361) ، مما يزيد من احتمالية وقوع الإيذاء على الطفل .

- جهل الوالدين

ومن الممكن أن يؤدي جهل أحد الوالدين أو كليهما بالمراحل الطبيعية المتوقعة لنمو الطفل وبالأدوار المتطلبة منهم إلى وجود توقعات غير مناسبة من الطفل مما يؤدي إلى عقاب الوالدين لهذا الطفل إذا خالف هذه التوقعات (الدخيل، ١٩٩٠ : ٨٨). حيث ترتبط توقعات الوالدين المفرطة أو المشوهة حول ما يجب أن يكون عليه الطفل في مرحلة معينة من النمو بالإيذاء أيضاً (Toscano, 1998: 367).

وهناك من يعتقد أن الإيذاء على الأطفال أكثر ظهوراً في الأسر المنخفضة الدخل والتعليم، إلا أن هناك آخرين يؤكدون على إمكانية حدوث هذا الإيذاء على الأطفال في كافة الطبقات وأنه ليس قاصراً على طبقة اقتصادية أو اجتماعية واحدة (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١٠١-١٠٢).

- حجم الأسرة وعدد الأطفال فيها

يشير البعض إلى أن هناك ارتباطاً بين زيادة عدد الأطفال في الأسرة وبين حدوث الإيذاء الموجه للأطفال فيها، بحيث كلما زاد عدد الأطفال زاد حدوث إيذاء الأطفال في هذه الأسرة (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١٠٤-١٠٦). كما يربط بعض الدارسين بين إهمال الأطفال وزيادة عدد أفراد الأسرة وبطبيعة تكوين هذه الأسرة أيضاً (Miller - Perrin & Perrin, 1999 : 169).

- عمر الوالدين

يزيد احتمال تعرض الطفل للإيذاء إذا كان عمر أحد الوالدين أقل من ١٨ عاماً في الوقت الذي تم الإبلاغ فيه عن تعرض الطفل للإيذاء أو عند ولادة الطفل (Brissett - Chapman, 1995 : 361). فقد يتعرض الطفل

للأذى من قبل أحد الوالدين أو من كليهما، أو قد يكون صغراً سن أحد الوالدين عاملاً مؤثراً في قدرته على حماية الطفل من الأذى.

- وجود سابقة عن تعرض أحد أطفال الأسرة للإيذاء

وفي حالة وجود سابقة عن تعرض طفل للإيذاء سواء تم أو لم يتم اكتشاف إيذاء الضحية (المعتدى عليه) أو أحد أخوته في نسق الأسرة، فإن ذلك يزيد من احتمالية وقوع وتكرار الإيذاء على أي طفل آخر في الأسرة (Brissett- Chapman, 1995:361).

- انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي

يعد انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي socioeconomic level لدى الأسرة أحد العوامل المسببة لتعرض الطفل للإيذاء. ولكن لم يتضح إن كان ذلك يعود إلى أن هذه الأسر أكثر ملاءمة لاكتشافها من غيرها، أو لأن الفقر هو أحد مصادر الضغط التي قد تؤدي إلى زيادة القابلية لحدوث مثل هذا الإيذاء على الأطفال (Toscano, 1998: 367). وهناك من يرى أنه قد يحدث إيذاء الأطفال الجنسي في أي جزء من المجتمع، ولكنه يكتشف أكثر في الأسر الفقيرة (Bamford & Roberts 1997: 38).

وقد تؤدي الظروف الاقتصادية المتمثلة في قلة الدخل وعدم كفايته لإشباع احتياجات أفراد الأسرة إلى حدوث شكلين من الإيذاء الموجه لأطفالها، أولهما يتمثل في أن الضغوط التي يتعرض لها الوالدان نتيجة قلة الدخل وكثرة المتطلبات والإرهاق قد تؤدي إلى عدم تحمل الوالدين أي تصرفات تصدر من الطفل مما ينعكس بالتالي على طريقة تعاملهما معه،

أما الجانب الآخر فيتمثل في عدم إشباع احتياجات الأبناء نتيجة لقلة الدخل مما يؤدي إلى حدوث إهمال قد يتطور للإيذاء (الدخيل ، ١٩٩٠ : ٩٠).

وتظهر التقارير القائمة على الإحصاءات الرسمية في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل متسق أن الإيذاء البدني يظهر بشكل متفاوت وبصورة أكبر بين الأسر المحرومة اقتصادياً واجتماعياً. حيث تم التوصل إلى أن هذا النوع من الإيذاء أكثر احتمالاً بأن يظهر بمعدل ١٢ مرة لدى الأسر التي يقل دخلها السنوي عن ١٥٠٠٠ دولار أمريكي (Miller - Perrin & Perrin, 1999: 69). وقد وجدت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً بين مستوى الدخل وبين تعرض الطفل للإيذاء النفسي، بحيث يظهر هذا النوع من الإيذاء بصورة أكبر كلما قل الدخل في الأسرة (Miller - Perrin & Perrin, 1999 :184).

وعلى الرغم من أن إهمال الأطفال ممكن أن يظهر في جميع الطبقات الاجتماعية، إلا أن معدل هذا الإهمال يزداد في الأسر التي تتصف بقلة الدخل أو البطالة أو التي تعتمد على المساعدات الاجتماعية (Miller - Perrin & Perrin, 1999 :169). وهناك من يرجع حدوث إيذاء الأطفال في الأسرة إلى عدة عوامل، ومنها على سبيل المثال: ظروف المعيشة، والمسكن، والبطالة (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١٠١ - ١٠٤). حيث إن العوامل المختلفة المرتبطة بالعوائق الاقتصادية الاجتماعية، وذلك مثل: الدخل المحدود، أو البطالة، أو حجم الأسرة، أو غيرها من العوامل التي قد تساهم في حدوث السلوك العنيف (Kolko, 1996 : 27).

٢. ٢. ١١ العوامل المرتبطة بالمعتدي (المؤذي) المتسبب في الإيذاء

اختلفت التصنيفات المحددة في الدراسات المختلفة للصفات والأسباب والعوامل التي تؤدي بالشخص لإيقاع الأذى على الطفل . كما اختلف الدارسون في تحديد أكثر الأشخاص احتمالاً في إيقاع الأذى على الطفل سواء من أسرته أو المحيطين به أو حتى الغرباء عنه . وهناك من الدارسين من يرى أنه في أغلب الأحيان يقع الإيذاء على الأطفال من قبل المحيطين بهم ، وبالتحديد من الوالدين أو ممن يعيشون معهم في نفس المنزل ، والوالدان الأصغر سنّاً هما أكثر احتمالاً لأن يوقعا الإيذاء على أطفالهما من الوالدين الأكبر سنّاً (Meadow, 1997: 4) .

وهناك من صنف هذه العوامل والصفات الخاصة بالمعتدي بناءً على نوع الإيذاء الذي تعرض له الطفل سواء كان بدنياً أو نفسياً أو جنسياً أو إهمالاً . وفي عام ١٩٨١م طور كل من باولانسكي Polansky وديسوكز Desoix وشارلن Sharlin نموذجاً لصفات الأمهات المهملات لأطفالهن في الولايات المتحدة الأمريكية ، بأن لهن عدة صفات ، منها :

١ - أم فاترة الشعور - تافهة - سلبية futile - apathetic negative .

٢ - أم مندفعة - متضايقه impuse - ridden .

٣ - أم معاقة عقلياً mentally reared .

٤ - أم لديها اكتئاب - رجعي reactive - depressive .

٥ - أم مصابة بالذهان psychotic (Al Sarno, 1998: 12) .

وعادة ما ترتكب أشكال الإيذاء البدني كالتسميم ، أو الخنق ، أو متلازمة منشاوسين (متلازمة الإصرار على الإصابة بالمرض عن طريق الوصي) Munchausen syndrome by proxy من قبل الأم بصورة أكثر من غيرها . وفي أغلب الأحيان يظهر كثيراً من الوالدين اللذين يمارسان الإيذاء

على أطفالهما سمات شخصية تميل إلى ممارسة السلوك العنيف أو السلوك الجنسي غير اللائق. ويزيد احتمال إيذاء على الأطفال لدى الوالدين المحرومين اجتماعياً، وكذلك لدى الأسر التي ليس لديها دخل كاف، ولكن من المهم معرفة أن الإيذاء يمكن أن يحدث في كل الطبقات الاجتماعية. كما أنه من الممكن أن يقوم كلا الوالدين بإيقاع أنواع مختلفة من الإيذاء على أطفالهما سواء بدني أو جنسي أو إهمال ولكن الإيذاء الجنسي هو أكثر ظهوراً لارتكابه من قبل الرجال (Meadow, 1997: 4).

وهناك من يرى أن من يوقع الإيذاء الجنسي على الأطفال (المعتدي) يكون في أغلب الأحيان رجلاً معروفاً للطفل، وهو إما أن يكون قريباً (كالأب، أو الجد، أو العم، أو الخال، أو زوج العمّة، أو زوج الخالة، أو الأخ الأكبر)، أو أن يكون أحد أفراد المنزل (كزوج الأم)، أو من يقوم برعاية الطفل لفترة مؤقتة (على سبيل المثال: كحاضن للطفل). ويلاحظ أن الرجال الذين يوقعون الإيذاء (المعتدين) على الطفل قد ينتقلون بعد اكتشاف إيذائهم للطفل إلى منزل آخر له تركيبة مقاربة لهذا المنزل الذي كانوا فيه (Bamford & Roberts, 1997:38).

وفي عام ١٩٨٤م حدد فنكيلور Finkelhor صفات مرتكبي الإيذاء الجنسي من البالغين على الأطفال من الإناث في المرحلة الأولى من العمر وحتى عمر اثني عشر عاماً في الولايات المتحدة الأمريكية بأنهم:

- ١ - من الذكور.
- ٢ - يمكن أن يكون زوج أم الطفلة.
- ٣ - وهو شخص قد عاش بدون وجود أم له أو أنه لم يكن قريباً لوالدته.
- ٤ - وهو شخص لم تصل أمه إلى مرحلة التعليم الثانوي.
- ٥ - وهو شخص أمه كانت تؤدبه جنسياً sex-punitive (على سبيل المثال: «أن الجنس قذر -sex is dirty»).

- ٦ - وهو شخص ليس لديه تعلق عاطفي بوالده .
- ٧ - وهو شخص دخل أسرته السنوي أقل من عشرة آلاف دولار أمريكي .
- ٨ - وهو شخص كان لديه صديق أو صديقان في طفولته بدلاً عن أن يكون له بمعدل خمسة أصدقاء (Al Sarno, 1998:12) .

وقد أكدت نتائج دراسة ايجلانند Egeland الطولية عام ١٩٨٨ م على نموذج بولنسكي Polansky عام ١٩٨١ م وهيليفر Helfer عام ١٩٨٧ م والخاص بدراستهم للإهمال والإيذاء الوالدي على الأطفال . حيث وجدت دراسة ايجلانند Egeland أن هناك علاقة مباشرة بين نمو الفرد في جو من الدعم العاطفي وبين المحيط المؤذي الذي يعيش فيه ، وكذلك بين قدرة الطفل المستقبلية على أن يصبح أباً بدون أن يقوم بإيذاء أبنائه (Wells, 1995 : 350) . كما توصلت أيضاً نتائج الدراسة الطولية التي أجراها ايجلانند Egeland عن الأمهات شديداً الخضر على أطفالهن لعينة يبلغ عددها ٢٦٧ من النساء الأمريكيات إلى أن مؤشرات وجود خطر من ممارسة الأمهات لإيذاء الأطفال هي أكثر حدوثاً لدى من يتصفن بالآتي :

- ١ - تعرضن للإيذاء في طفولتهن .
- ٢ - ولديهن صعوبات في علاقتهن بأزواجهن .
- ٣ - وحاجتهن غير مشبعة .
- ٤ - فقيرات .
- ٥ - عليهن الكثير من ضغوط الحياة .
- ٦ - ليس لديهن وعي وفهم للطفل ، وكذلك للعلاقة معه .

٧- ليس لديهن الاهتمام والحماس لوصول مولود جديد .

٨- ليس لديهن الاستعداد لوصول الطفل .

٩- ليس لديهن الإحساس بالدور الوالدي . وهذه النتائج قد اتفقت

مع معلومات ديموغرافية لدراسة ايلمر Elmer عام ١٩٦٥ - ١٩٦٧م

وجل Gil عام ١٩٦٨م (Al Sarno, 1998: 12) .

وكذلك قيم نيّ Ney وفي عام ١٩٨٨م حالة ٥٧ طفلاً متعرضين للإيذاء و ١٥٤ من والديهم وذلك في أربعة مجتمعات في كندا ووصل إلى نتائج متقاربة مع نتائج ايجلانند Egeland . حيث طبق مفهوم الانتروبيا entropy (يقلل من قيمة المسألة) للإنسان لمحاولة تفسير «لماذا يبدو الناس مصممين على إعادة تكرار صراعاتهم الذي واجهوه أثناء طفولتهم» . بافتراض أن استخدام العنف في النزاعات من قبل المعتدي يعود إلى إيقاع العنف عليه في طفولته ، ومن المتوقع أن يستمر استخدامه لهذا الأسلوب نظراً لعدم وجود ردة الفعل «التغذية العكسية - feed back التعديلية والإصلاحية (Al Sarno, 1998: 12-13) .

ولقد توصل الدارسون إلى أن هناك مجموعة من العوامل التي يتصف بها المعتدي الذي يتسبب في إيقاع الأذى بالأطفال ، وفي وجود عامل منها أو أكثر ما قد يؤدي في بعض الأحيان إلى إيقاع هذا الشخص للأذى على الأطفال ومنها :

٢ . ٢ . ١٢ العوامل النفسية والعقلية والشخصية

يمكن أن يكون للعوامل العصبية النفسية neuropsychological دور في إيقاع الأذى على الأطفال على الرغم من أن بعض الدراسات لم تثبت حتى الآن ارتباطها بشكل مباشر بتعرض الطفل للإيذاء (Milner & Dopke, 1997 :31)

ومن هذه العوامل الاضطراب السلوكي الحاد والذي قد يتمثل في عدة جوانب كالنقص في المهارات الذهنية، وكذلك كالقسوة أو العدوانية، أو الاعتماد المفرط على الآخرين (الدخيل، ١٩٩٠ : ٨٨). بالإضافة إلى العوامل النفسية الفسيولوجية (الوظيفية) psychophysiological وذلك مثل عدم القدرة على مواجهة التعرض للضغوط، وكذلك سهولة الاستثارة العاطفية، لذا فإن الوالدين اللذين يمارسان الإيذاء على أطفالهما يكونان أكثر تفاعلاً مع أي مشيرات محددة وذات صلة بالطفل مما يزيد من التفاعل النفسي لديهما الأمر الذي يؤدي إلى إحداث الإيذاء على الطفل (Milner & Dopke, 1997 : 28-30).

بالإضافة إلى أن هناك من يرى أن وجود الاضطرابات الشخصية والنفسية للوالدين قد يزيد من احتمالية عدوان الوالدين على الطفل، وذلك مثل إصابة أحد الوالدين بالاكتئاب، أو تعرضه للإيذاء النفسي. كما أن الوالدين اللذين يقومان بإيذاء أطفالهما معروفان بالتقلب في طريقة تنشئة الأطفال، والذي يعكس إمكانية وجود خطورة، أو عدائية، أو عدوانية في سلوكهما في التعامل مع الطفل. كما قد يكون لديهما انتباه محدود لأطفالهما، والذي ينعكس من خلال المشاعر ذات المستوى القليل من الإيجابية والسلوك الاجتماعي، والضعف في القدرة على حل المشكلات (Kolko, 1996 : 25 - 26).

ويؤدي القصور العقلي أو العاطفي للوالدين أو لمن يقوم برعاية الطفل إلى احتمال تعرض الطفل للإيذاء، وذلك في الحالات التي يتم تشخيص حالة أحد الوالدين أو من يقوم برعاية الطفل بالإصابة بأمراض عقلية أو أنهم مصابون بإعاقة جسدية أو عاطفية أو أن لديهم أمراضاً بدنية أو عقلية مزمنة (Brissett- Chapman, 1995: 362). حيث هناك صفات معينة للوالدين اللذين

يتعرض أطفالهما للإيذاء مثل محدودية التفكير، والأمراض العقلية أو الجسدية، وإيذاء النفس بتعاطي المخدرات أو الكحول، كل هذه العوامل تعد خطرة، والمؤدية إلى إهمال الأطفال خاصة (Toscano, 1998 : 367).

٢. ٢. ١٣ تعاطي أو إدمان الكحول أو المخدرات

يزيد احتمال تعرض الطفل للإيذاء في الحالات التي يقوم فيها أحد الوالدين أو من يقوم على رعاية الطفل بتعاطي المخدرات أو الكحول إلى الحد الذي تتأثر فيه الوالدية، أو يكون ذلك بدفع الطفل لتوزيع المخدرات بما يؤثر في أمن الطفل ونمو صحته (Brissett - Chapman, 1995: 361-362).

٢. ٢. ١٤ تعرض المعتدي للإيذاء في طفولته

إن تعرض الوالدين أو أحدهما للإيذاء في مرحلة الطفولة يزيد من احتمال تعرض أطفالهما لنفس الإيذاء من قبل الوالدين أنفسهم، وذلك في حالة ذكر أحد الوالدين بأنه قد سبق إيذاؤه أثناء مرحلة طفولته، أو أن يتم معرفة ذلك من خلال الاطلاع على الملفات الخاصة بتاريخ الأسرة (Brissett - Chapman, 1995 : 361). حيث يمكن أن يعد ذلك أحد المؤشرات الدالة على وقوع الإيذاء على الطفل من قبل أحد الوالدين، وهناك من الدارسين من يرى أن الإيذاء الموجه للطفل يكون احتمال حدوثه أكثر بمعدل عشرين مرة إذا كان أحد الوالدين قد تعرض للإيذاء في طفولته. وكذلك فإن هناك اتجاهًا قويًا لدى هؤلاء الذين قد تعرضوا للإيذاء لأطفالهم، على الرغم من أن بعض الدراسات أثبتت أن أكثر من ثلث الأمهات اللاتي تعرضن للإيذاء في طفولتهن يقدمن لأطفالهن رعاية جيدة ولا يمارسن الإيذاء عليهم (Meadow, 1997:4). ولكن لأن العدوان سلوك متعلم، فقد يتعلم الأطفال العدوان أثناء طفولتهم مما يؤدي إلى استخدامهم لهذا الأسلوب في معاملة أبنائهم عندما يكبرون (إسماعيل، ١٩٩٥ : ٩٦-١١٢).

٢. ٢. ١٥ العوامل المرتبطة بالمجتمع (البيئة المحيطة)

إن العوامل المختلفة المسببة لإيذاء الطفل ليست هي السبب المباشر لحدوث الإيذاء في حالة ما، ولكن المحيط الذي يجعل حدوث مثل هذا السلوك ممكناً أو محتملاً، أي أنها الخلفية لذلك السلوك وليس السبب المباشر له (الدخيل، ١٩٩٠ : ٩١-٩٢). وهذا ما قد يجعل وجود نفس الأسباب الدافعة لإيذاء الطفل متوافرة لدى أسرتين واحدة منهما تقوم بإيذائه والأخرى لا تقوم بهذا الإيذاء. وقد يعود ذلك أيضاً إما لتقبل العنف أو لوجود صور مختلفة منه في المجتمع الذي تعيش فيه الأسرة، كالعنف المشاهد على شاشات التلفزيون مثلاً، أو معدلات الجريمة المرتفعة (إسماعيل، ١٩٩٥ : ٩٨ - ١٠٠)، إلى غير ذلك من عوامل مختلفة.

٢. ٢. ١٦ الآثار الناجمة عن توجيه الأذى للأطفال في الأسرة

هناك مجموعة من الآثار الناجمة عن توجيه الأذى للأطفال، ولكن مدى ظهورها يختلف حسب شدة الإيذاء، ومدى تكراره واستمراريته، وكذلك حسب قرب المسبب في الإيذاء (المعتدي) من الطفل (الضحية)، وكذلك كون هذا الإيذاء يتم بطريقة مقصودة أو غير مقصودة. ومن هذه الآثار الآتي :

أولاً : وفاة الطفل

يعد القتل المتعمد أو الموت أكبر الآثار الناتجة عن إيذاء الأطفال، كما يرى بعض الدارسين أن من يقل عمرهم عن السنة من الأطفال هم أكثر احتمالاً للتعرض للموت بسبب التعرض للأذى من غيرهم، حيث كلما قل عمر الطفل كلما زادت احتمالية تعرضه للخطر بصورة أكثر، ويعود ذلك

لأن الأطفال الصغار أكثر حساسية، ولأنهم غير قادرين على البحث عن المساعدة في أماكن أخرى (Meadow, 1997: 3-4). ويشكل الأطفال الذين يصل عمرهم خمسة أعوام فأقل نسبة ٣٥٪ من إجمالي عدد الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي الوقت الراهن فإن نسبة ٨٥٪ من وفيات الأطفال الناشئة عن التعرض للإيذاء أو الإهمال تحدث لدى هذه الفئة العمرية. كما أن الأطفال الذين يقل عمرهم عن عام يتوفون نتيجة التعرض للإيذاء أو الإهمال بمعدل ست مرات أكثر من الأطفال الآخرين الذين يتعرضون لنفس الإيذاء في مجتمع الولايات المتحدة الأمريكية. ومن العوامل التي تساهم في ذلك الطبيعة الهشة للأطفال الصغار بالإضافة إلى غيرها من العوامل. وحسب التقارير الصادرة في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٥م حول عمر الأطفال الذين يتعرضون للوفاة نتيجة لوقوع الإيذاء أو الإهمال فتبلغ نسبتهم ٣٩٪ ممن يقل عمرهم عن عام، ونسبة ٤٦٪ لمن يقع عمرهم من عام إلى خمسة أعوام، ونسبة ١٠٪ لمن يقع عمرهم ما بين ٦-١٢ عاماً، وتقل نسبتهم بحيث تصل إلى ٥٪ لمن يبلغ عمرهم ١٣ عاماً فأكثر (60 Petit & Curtis, 1997). ونلاحظ أن هناك ارتباطاً بين عمر الطفل المتعرض للإيذاء واحتمالية موته نتيجة لذلك.

وقد سجلت ميرس Myers في دراستها في عام ١٩٧٠م أن هناك ١٣٤ طفلاً تقريباً قد تعرضوا للقتل المتعمد ما بين العامين ١٩٤٠-١٩٦٥م في الولايات المتحدة الأمريكية. وبلغت نسبة من كانت الأم هي المرتكبة للقتل ٢٦٪ من هذه الحالات، بينما بلغت نسبة من كان الأب (أو من يقوم مقامه كزوج الأم) متسبباً في قتلهم ١١٪ من مفردات عينة دراستها. وكان أغلب هؤلاء الأمهات المتسببات في قتل أطفالهن يعانين من الإصابة بالذهان psychotic، بينما كان الآباء يتفاعلون بغضب وثورة شديدة لسوء سلوك

الطفل مما أدى إلى قتل هؤلاء الأطفال . وفي دراسة أخرى لكارجمان Krugman في الولايات المتحدة الأمريكية قام فيها بتحديد ٢٤ طفلاً خلال فترة عامين ما بين العامين ١٩٨٣-١٩٨٥م وذلك من الأطفال الذين كانت وفاتهم نتيجة للأذى الذي تعرضوا له من قبل أحد أفراد الأسرة . وأغلبية هؤلاء الأطفال كان عمرهم يقل عن ثلاث سنوات ، كما أن أغلبهم من الذكور ، وكانت إصابات الرأس هي السبب الرئيس في وفاة أغلبهم . وكان أكثر المثيرات تكراراً والتي أدت بأحد الوالدين لإحداث هذا الأذى على الطفل هي إصابات الحمام ، وصعوبات الحفاظ ، أو البكاء المستمر من قبل هؤلاء الأطفال (Kashani & Allan, 1998: 20) .

وقد تم التوصل في التقارير الصادرة من ٤٥ ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩١م حول حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء أن الإبلاغ عن حالات وفيات الأطفال وصل إلى ١٠٨١ طفلاً قد توفوا حسب معلومات مؤسسات حماية الأطفال ، وقد كان سبب وفاتهم هو تعرضهم للإيذاء أو الإهمال . ومن المتوقع أن يكون لدى كثير من هذه الولايات حالات لوفيات أطفال لم تبلغ عنها ، لأنهم كلما أعطوا أرقاماً أكثر دقة تطلب ذلك تحليلاً لتقارير المحقق في أسباب الوفيات ودراسات من قبل مجموعات إعادة النظر لوفيات الطفل (Brissett - Chapman, 1995 : 359) .

ثانياً : الآثار والإصابات البدنية على الطفل

إن من أكثر الآثار الحادثة على الطفل المتعرض للإيذاء وضوحاً هو الضرر البدني الملاحظ ، حيث يظهر في شكل آثار أو إصابات أخرى حادثة نتيجة لأذى (Kashani & Allan, 1998 : 20) على جسم الطفل المتعرض للإيذاء .

كما يؤدي الإيذاء البدني إلى إحداث عدة أضرار، منها الضرر في الأنسجة الرقيقة في الجلد، أو العينين، أو الأذنين، أو في الأعضاء الداخلية للجسم. كما يتمثل في آثار الضرب كالكدمات، وكذلك يظهر في الأضرار الحادثة على الأربطة والعظام كالكسور، وكذلك إصابات الدماغ. بالإضافة إلى آثار الحروق المتعددة الأنواع، أو آثار عدم استخدام العلاج بالطريقة اللازمة أو التجويع أو الربط. وكذلك تسميم الطفل أو خنقه، وهناك أيضاً من يقوم بإحداث أضرار متعمدة أخرى، وفي الغالب فإن مدة حدوث هذا النوع من الإيذاء قصيرة ويتسم بالعنف، كما يتسم بالتكرار في أغلب الأحيان (Meadow, 1997: 1-2). وقد يمارس في بعض الأحيان إما بقصد إحداث الضرر أو بغير قصد، ولكن كلما زادت استمراريته وتكرار حدوث هذا الإيذاء كلما كان أكثر احتمالاً لأن يكون مقصوداً.

ثالثاً: الآثار على الوظائف المعرفية والإدراكية والإعاقات العقلية للطفل

قام الباحثون لعدة عقود بتسجيل علاقة احتمالية تربط بين إيذاء الأطفال والإصابة بإعاقات عقلية، أو ضعف في الوظائف المعرفية والإدراكية، وبشكل عام، يبدو أن الأطفال الذين كانوا هدفاً للإيذاء (المعتدى عليهم) لديهم ضعف في الوظائف الإدراكية والمعرفية حدثت لهم بعد تعرضهم للإيذاء، ويختلف ذلك عن نظرائهم غير المتعرضين للإيذاء. وهذه العلاقة قد ترجع إلى إصابات الرأس الحادثة كنتيجة لتعرض الطفل للأذى والذي ينتج عنه حدوث إصابات في الدماغ (Kashani & Allan, 1998: 21-22) مما يؤثر على قدرات الطفل العقلية.

رابعاً: الآثار النفسية على الطفل

لجميع أنواع إيذاء الأطفال تأثير نفسي على الطفل، فقد تؤثر على نموه وتوافقته العاطفي والاجتماعي والسلوكي. ومثل هذه التأثيرات قد تكون

قصيرة أو طويلة الأجل (Davison & Nicol 1997: 54)، وذلك حسب شدتها، وتكرارها، ومدى قرب المعتدي من الطفل وصلته به.

ونجد أن الأطفال في الأسرة التي يتعرض أفرادها للإيذاء لم يجربوا الدفء والعاطفة والرعاية التي ترتبط مع شكل العلاقة السليمة بين الوالدين والطفل. حيث يفتقدون العيش داخل محيط يتصف بالمحبة، والتماسك بين أفراد الأسرة. ولم يتم التوصل في الأسر العنيفة إلى التوازن الطبيعي بين التفاعل الإيجابي والسلبي داخلها، الأمر الذي يؤدي إلى ضعف الارتباط بين الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء وبين والديهم وكذلك مع الآخرين في العلاقات الاجتماعية. كما يؤدي العنف تجاه الأطفال من قبل الوالدين غالباً إلى تعطيل تطور ونمو العلاقة الحميمة والمودة بين الوالدين والطفل. لذا فإن الثقة بين الطفل والوالدين الذين يمارسون الإيذاء عليه تكون متوترة بشكل كبير. وترتبط مشكلات النمو والاضطرابات النفسية بتمزق العلاقة بين الوالدين والطفل وذلك نتيجة عدوان الوالدين على الطفل. وهذه الاضطرابات الاجتماعية داخل الأسرة قد يكون لها دور كبير في التأثير السلبي على قدرة الطفل في الحصول على الدعم الاجتماعي الإضافي من أسرته لمساعدته في مقاومة المشكلات والضغوط الأسرية المحيطة به. وقد تستمر هذه المشكلات في التأثير على الشخص خلال مرحلة البلوغ، وقد يقلل ذلك من وجود الدعم الاجتماعي المستقبلي له، كما يقلل من قدرته على إيجاد علاقات شخصية سليمة له، وكذلك يقلل من قدرته على التفاعل في الوظائف المهنية (Kashani & Allan, 1998: 28-30).

كما يؤدي أيضاً تعرض الطفل للإيذاء في الغالب إلى إخفاقه في تنمية وتطوير الثقة بينه وبين الآخرين، كما يضعف من قدرته على التركيز، ويقلل من مهاراته الاجتماعية مما قد يمنعه من النجاح في الدراسة أو في تكوين

العلاقات الاجتماعية . ومن المتوقع ألا يستطيع الأطفال المتعرضون للإهمال العاطفي الحصول على ما يحتاجونه من الآخرين ، وبالتالي فهم قد يحاولون أن يطلبوا الرعاية والدفء (Erickson & Egeland, 1996 : 15) كما أن ذلك قد يؤدي إلى حدوث صدمات في العمل وفي المستقبل ، مما يصعب عليهم عملية إبقاء علاقات شخصية حميمة مع الآخرين نتيجة لذلك (Davison & Nicol, 1997:54) .

وركزت الدراسات عند قياس الآثار النفسية لإيذاء الأطفال في الأسرة على المشكلات السلوكية والمعرفية الإدراكية . وقد تم اختبار الارتباط بين المشكلات العاطفية وعلاقتها بالإيذاء ، وبشكل خاص باضطرابات إصابة الطفل بالاكئاب أو القلق ، وأظهرت الأعراض أن ذلك له صلة بالأسرة التي يتعرض أطفالها للإيذاء ، قد افترض كثير من الباحثين أن الأطفال الذين يتعرضون للإيذاء قد يظهرون كثيراً من أعراض الإصابة بالاكئاب . وهناك من يرى أن بعض الأطفال الذين تحملوا الإيذاء في أسرهم قد يبدو عليهم عدد من أعراض الإصابة بمرض عقلي يرتبط بأحداث ضاغطة ومؤلة حدثت للفرد في الماضي . وتظهر الكوابيس عن العنف لدى الأطفال ، وقد يصبح الأطفال قلقين عندما يناقش هذا الموضوع معهم (Kashani & Allan, 1998 : 24-26) .

في أغلب الحالات كلما زاد سلوك الوالدين الكرهى مع الطفل كلما نتج عن ذلك وجود سلوك منحرف لدى هؤلاء الأطفال . وكذلك فقد يزيد محيط الأسرة التي يحدث فيها العقاب البدني من وجود الإيذاء النفسي أو الحوار العنيف بين الأسرة والطفل ، الذي يؤدي إلى إظهار أمراض نفسية لدى هؤلاء الضحايا من الأطفال (Kolko, 1996 : 27) . أما عند تعرض الطفل للعقوبة المفرطة فإن ذلك قد يتسبب في حدوث سلوك «متجمد frozen» سلبي لدى الطفل (Davison & Nicol, 1997: 54) . حيث إن للاتجاهات الوالدية

وأساليب المعاملة الوالدية للأبناء تأثيرات متعددة على نمو شخصية الأطفال وصحتهم النفسية، ونجد على سبيل المثال أن أحد أسباب وجود المخاوف المرضية لدى الأطفال هو تخويف الأطفال أو عقابهم أو سماعهم للحكايات المخيفة من قبل المحيطين بهم، إلى غير ذلك من أسباب (إسماعيل، ١٩٩٥: ١٣٥).

إن التشدد في معاملة الطفل والإكثار من زجره وتوبيخه وتأنيبه بأسلوب قاس يثير مشاعر عدم الثقة بالنفس، بالإضافة إلى مشاعر النقص لدى الطفل. وكلما عاش الطفل داخل أسرته في جو مليء بالدفء العاطفي والشعور بالأمن والطمأنينة والبعد عن الأوامر القاسية مع توافر حرية التعبير والاختيار فإنه ينشأ على درجة معقولة من الصحة النفسية وعلى الأخذ والعطاء وعدم الخجل من التعامل مع الغير (المنيف، ١٩٩٣: ٥٣).

ولقد حدد بعض الباحثين الإيذاء النفسي كعنصر أساس وكقوة محطمة مع كل أنواع إيذاء الأطفال الأخرى، مع إحداث تأثير بالغ الضرر في ثقة الضحية بنفسه، وفي علاقاته الشخصية، وفي وظائفه النفسية الاجتماعية (Wiehe, 1997: 32-33). وقد يؤدي هذا الإيذاء أيضاً إلى قصور في نمو الطفل، وأن يكون ذا قامة قصيرة وذلك في الأطفال الصغار (Meadow 1997: 2).

كما أن في استخدام أساليب القسوة هذه من قبل الوالدين على أطفالهما ما قد يسبب انطواءهم، وقد تؤدي أيضاً إلى انسحابهم من المواقف الاجتماعية، أو توليد مشاعر النقص، والشعور بالذنب، وكره السلطة لديهم (الشربيني وصادق، ١٩٩٦: ٢٢٥).

أما الأطفال المتعرضون للإيذاء الجنسي فإنه قد يحدث لديهم وجود سلوك جنسي غير طبيعي، وكذلك إفساد النفس، وإلى اضطراب في الطعام، والإصابة بالاكتئاب، بالإضافة إلى الاختلال الجنسي (Davison & Nicol, 1997:54).

ونلاحظ من كل ما سبق ما للإيذاء سواء كان يمارس بقصد ضرر الطفل أم بقصد تربيته من تأثيرات سلبية كبيرة على شخصية الطفل وعلى نموه النفسي والاجتماعي.

خامساً: التأثيرات على سلوك الطفل

تظهر نتائج من يتعرضون للعنف الأسري في حدوث اضطراب في سلوكهم (Davison & Nicol, 1997:54)، حيث إن لعوامل وأساليب التنشئة الاجتماعية من قبل الوالدين لأبنائهم تأثيراً في وجود سلوك عدواني لدى الأطفال، ومن هذه العوامل والأساليب نبذ الوالدين للطفل أو قسوتهما أو التسلط أو الإهمال أو الرفض (إسماعيل، ١٩٩٥ : ١٣٩ - ١٤٣).

ويرى بعض الدارسين أن هناك علاقة بين العدوان الذي يظهر في سلوك الأطفال وبين اتجاهات الوالدين نحوهم، حيث توصلوا إلى أن العقاب الشديد للطفل يعد أحد العوامل المسببة لزيادة السلوك العدواني لديه (وذلك إما بالتسامح الشديد عند تعدي الطفل على الغير وهذا يعد تدعيماً لهذا السلوك، أو بالعقاب الشديد عند تعدي الطفل وهذا يعد تبريراً لهذا السلوك). بالإضافة إلى أن هناك من يرى أن الطفل يحاكي (أي يقلد) عدوان المحيطين به في الأسرة، حيث ينقل الأساليب العدوانية التي يراها من مصادر أخرى ويمارسها في تعامله مع من حوله (حقي، ١٩٩٦ : ٩٦-٩٧).

ولكن قد تمارس هذه الأساليب القاسية والعنيفة مع الطفل بطريقة مقصودة ومتعمدة، حيث قد يتعلم الأطفال العدوان أثناء طفولتهم مما يؤدي إلى استخدامهم لهذا الأسلوب في معاملة أبنائهم عندما يكبرون (إسماعيل، ١٩٩٥ : ٩٦-١١٢). فهناك تفسير محتمل لأكثرية المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين الذين سبق لهم التعرض للإيذاء، ويتحدد في التأثير الخاص لمحاكاة القدوة أو النموذج modeling. حيث إن الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء في منازلهم، تعلموا كيف يتصرفون ليتعايشوا مع المشكلات بطريقة معينة. وفي عام ١٩٨٦م افترض جيف Jaffe وزملاؤه أن المشكلات السلوكية قد تظهر نتيجة لعدة عوامل أخرى وقد توجد في الأسر التي بها عنف، هذه العوامل مثل تعرض الأسرة للضغوط، وعدم وجود الدعم الاجتماعي للطفل، والتدبير الوالدي غير الملائم لسلوك الطفل (Kashani & Allan, 1998: 23 - 24).

وبعد طرحنا لبعض نماذج من الآثار المترتبة على تعرض الطفل للإيذاء نجد أن هذه الآثار قد لا تحدث جميعها، كما أن شدة حدوثها تختلف من طفل لآخر بناء على نوع الإيذاء الواقع على الطفل، ومدته، ومدى استمراريته وتكراره، بالإضافة إلى مجموعة من الاعتبارات الأخرى المحيطة بذلك، حيث إن مدى شدة الآثار السلبية على الطفل تجاه الإيذاء الموجه له في أسرته تتأثر أيضاً بمجموعة من الاعتبارات الأخرى، مثل مدى قرب من يوقع الإيذاء (المعتدي) على الطفل منه، وبذلك فإنه كلما زادت صلة المعتدي بالضحية كلما تكرر حدوث الإيذاء على الطفل، وزادت مدة استمرارية حدوثه، مما يؤدي إلى زيادة الآثار السلبية المترتبة عليه. بالإضافة إلى أنه كلما كان الإيذاء المتعرض له الطفل (الضحية) يحدث بصورة مقصودة

ومتعمدة كلما أدى ذلك إلى زيادة الآثار السلبية الناتجة عنه على الطفل ، إضافة إلى العوامل الأخرى كمدى وجود دعم لهذا الطفل من قبل الآخرين ، أو مدى وجود أحد من أفراد الأسرة لا يمارس إيذاء عليه ، بالإضافة إلى العوامل الجينية والوراثية ، وكذلك المظاهر الأخرى للمحيط الذي يعيش فيه الطفل (كالفقر ، وعدم وجود حوافز) (Kashani & Allan, 1998: 19).

٢. ٢. ١٧ حجم انتشار ظاهرة الإيذاء الموجه للأطفال

يصعب تحديد حجم ظاهرة إيذاء الأطفال بشكل دقيق ، نظراً لعدم وجود إحصاءات ودراسات كافية حول حجم هذه الظاهرة في بعض المجتمعات ، بالإضافة إلى عدم دقة هذه الإحصاءات في حالة وجودها . وذلك يعود إلى عدة أسباب ، منها :

- أن الإيذاء يقع على الأطفال ، وهذه الفئة قد يصعب في كثير من الأحوال عليها الإبلاغ عما تعرضت له ، مما يجعل عملية حصر هذا الإيذاء الواقع عليها أمراً صعباً .

- أنه ليس كل حالات تعرض الطفل للإيذاء لها علامات أو مظاهر خارجية تدل عليها مثل بعض أشكال الإيذاء كالنفسي مثلاً .

- أن محاولة التستر على تعرض الطفل للإيذاء من قبل أسرة الطفل وخاصة إذا كان المعتدي (المتسبب في الإيذاء) واحداً منهم .

- من الصعب إثبات أن الحالة المصاب بها الطفل ناتجة عن تعرضه للإيذاء . كما أن هناك من يرى أن الحالات التي تم اكتشافها من الأطفال المتعرضين للإيذاء قد لا تمثل إلا جزءاً يسيراً من هذه الظاهرة التي يعد معظم حالاتها مستترة (الدخيل ، ١٩٩٠ : ٨٤-٨٥) .

ولكن يلاحظ أن هناك زيادة في الإبلاغ عن حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في الولايات المتحدة الأمريكية، وهناك من الدارسين من يرجع ذلك إلى عدة أسباب، منها:

- ١- زيادة وعي أفراد المجتمع، وكذلك المتخصصين المهنيين الذين لديهم تفويض من القانون بتسجيل تقارير حول حالات إيذاء الأطفال المشتبه بها التي يواجهونها أثناء ممارستهم عملهم حول إيذاء الأطفال.
- ٢- توافر الطرق الخاصة بجمع البيانات على مستوى كل ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية (Wiehe, 1998: 20).

وعند النظر إلى إحصاءات إيذاء الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين العامين ١٩٨٠-١٩٩١م وذلك حسب التقدير الوطني للتقارير حول حالات إيذاء الأطفال التي تم تحديدها من قبل المنظمات الخاصة برعاية الأطفال (Ginsberg, 1995: 67):

جدول رقم (١) عدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في الولايات المتحدة الأمريكية

العام	عدد الحالات حسب تقدير الجمعية الأمريكية لحماية الأطفال	عدد الحالات حسب تقدير اللجنة الوطنية للوقاية من إيذاء الأطفال
١٩٨٠	١١٥٤	-
١٩٨١	١٢٢٥	-
١٩٨٢	١٢٦٢	-
١٩٨٣	١٤٧٧	-
١٩٨٤	١٧٢٧	-
١٩٨٥	١٩٢٨	١٩١٩

تابع جدول رقم (١)

عدد الحالات حسب تقدير اللجنة الوطنية للوقاية من إيذاء الأطفال	عدد الحالات حسب تقدير الجمعية الأمريكية لحماية الأطفال	العام
٢٠٨٦	٢٠٨٦	١٩٨٦
٢١٥٧	٢١٧٨	١٩٨٧
٢٢٤٣	-	١٩٨٨
٢٤١١	-	١٩٨٩
٢٥٠٨	-	١٩٩٠
٢٦٩٤	-	١٩٩١

نلاحظ من الجدول رقم (١) أن هناك زيادة في معدل وجود هذه الظاهرة الخاصة بإيذاء الأطفال في المجتمع الأمريكي . وقد يعود ذلك إلى الزيادة الفعلية لهذه الظاهرة الخاصة بإيذاء الأطفال ، أو قد يعود إلى زيادة الوعي بكيفية اكتشافها وأهمية الإبلاغ عنها وكذلك التطور المستمر في تشخيصها من قبل المهنيين المتخصصين .

وقد تم الإبلاغ في الولايات المتحدة الأمريكية رسمياً في عام ١٩٩٥م عن حالة ٩٦ , ٢ مليون طفل متعرضين للإيذاء أو الإهمال ، وهناك ما يقارب مليون طفل منهم تم التأكد بأنهم ضحايا لهذا الإيذاء أو الإهمال . كما زادت في العشر سنوات الماضية البلاغات حول الأطفال المتعرضين للإيذاء أو الإهمال في الولايات المتحدة الأمريكية ، وفي تقدير لعدد هذه البلاغات حول الأطفال المتعرضين للإيذاء أو الإهمال ما بين العامين ١٩٨٦-١٩٩٥م نلاحظ بأنه قد بلغ عددهم ٩٦ , ٢ مليون طفل في عام ١٩٨٦م . وقد زاد عددهم في عام ١٩٩٥م حتى بلغ ٩٦ , ٢ مليون طفل أي بزيادة قدرها ٤٢٪ خلال هذه السنوات العشر (Petit & Curtis, 1997: 3) .

وتزيد نسبة حدوث الإيذاء في الولايات المتحدة الأمريكية لدى الأطفال الصغار، وتقل هذه النسبة بثبات لدى الأطفال من ذوي الأعمار المتأخرة (من ٧-١٢ عاماً) وبنسبة أكثر بطئاً للمراهقين الصغار (من ١٣-١٤ عاماً)، كما تنخفض هذه النسبة بشكل سريع لدى الأطفال من ١٥ عاماً فأكثر. وقد ترجع هذه الزيادة أو النقصان في حدوث إيذاء الأطفال إلى النمو في سلوك الأطفال، وكذلك للتفاعلات بين أفراد الأسرة، وذلك حسب الجدول رقم (٢) (Ginsberg, 1995: 65-70) الذي يوضح عدد الضحايا لكل فئة عمرية في الولايات المتحدة الأمريكية:

جدول رقم (٢) عدد ضحايا الإيذاء من الأطفال حسب فئاتهم العمرية في الولايات المتحدة الأمريكية

عدد الضحايا	العمر بالسنوات
٦١٨٨١	أقل من عام
٥٠٣٥٦	١
٥٣٩٢٧	٢
٥٢٥٧٤	٣
٥١١٨٦	٤
٥٠٤٩٦	٥
٥٠٤٦٩	٦
٤٧٧٣١	٧
٤٦٤٦٥	٨
٤٤٤٥٨	٩
٤١١٧٩	١٠
٤١١٢٦	١١
٣٩٤٨٥	١٢
٤٠٢٣٢	١٣

تابع جدول رقم (٢)

عدد الضحايا	العمر بالسنوات
٣٩٣١٧	١٤
٣٥٢٥٤	١٥
٢٧٨٨٥	١٦
٢٠٠٩٠	١٧
٦٣٢٢	١٨ سنة فأكثر

وبالنظر إلى تقارير إيذاء الأطفال حسب نوع الإيذاء الواقع عليهم في العام ١٩٩١م في الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن حجم الحالات التي تم الإبلاغ عنها من الأطفال الذين تعرضوا للإهمال تصل إلى ٢٠٠, ٣٦٧ طفل، ويبلغ عدد ضحايا الإيذاء البدني ٤٠٤, ٢٠٤ طفل، أما ضحايا الإيذاء الجنسي فيبلغ عددهم ٦٩٧, ١٢٩ طفلاً، أما الأنواع الأخرى غير المعروفة من الإيذاء فيبلغ عدد ضحاياها ٥٤١, ٧٠ طفلاً، بينما يصل عدد المتعرضين للإيذاء النفسي إلى ١٢٤, ٤٩ طفلاً، وكذلك يبلغ عدد المتعرضين للإهمال الطبي ٢٦٦, ١٧ طفلاً (Ginsberg 1995: 73). وبذلك نلاحظ أن أكثر الأنواع التي يتعرض لها الأطفال هو الإهمال، وقد يعود ذلك إلى أنه يتم بطريقة غير مقصودة أو متعمدة، وتقل عنه أنواع الإيذاء المتعمد الأخرى كالبدني، وهو أسهل الأنواع التي من الممكن اكتشافها ويليه الجنسي. أما أقل الأنواع حدوثاً فهو الإيذاء النفسي، وقد يرجع ذلك إلى صعوبة قياسه وعدم وجود مظاهر خارجية على جسم الطفل له وليس بالضرورة إلى قلة حدوثه.

ومن خلال التقارير الصادرة من الولايات المختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك حسب ما ورد في نظام المعلومات الوطني الخاص

بإيذاء الأطفال وإهمالهم في الولايات المتحدة الأمريكية للعام ١٩٩٥م حول الأطفال الذين تم إثبات وجود مؤشرات تدل على تعرضهم للإيذاء فلقد بلغ إجمالي عدد هؤلاء الأطفال ٠٠٠, ٤٨٦, ٧٠ طفلاً (تحت عمر ١٨ عاماً) وبلغ عدد المتعرضين للإهمال منهم ٣٤٨, ٥١٨ طفلاً، كما أن هناك نسبة ٢٢٪ منهم متعرضون للإيذاء البدني حيث بلغ عددهم ٠٠٠, ٤٨٦, ٧٠ طفلاً، كما بلغ عدد المتعرضين للإيذاء الجنسي ٠٣٢, ١٢٦ طفلاً أي بنسبة ١١٪، وكذلك هناك نسبة ١٣٪ لم يحدد نوع الأذى الواقع عليهم، يليهم نسبة ٤٪ متعرضون للإيذاء النفسي، ثم نسبة ٣٪ متعرضون للإهمال الطبي (Petit & Curtis, 1997 : 30 - 34).

وحسب التقارير المنشورة في العام ١٩٩١م في الولايات المتحدة الأمريكية تم التوصل إلى أن عدد ضحايا إيذاء الأطفال بلغ ٦٢٣, ٥٣٤ طفلاً، وعند النظر إلى نوع علاقتهم وصلتهم بمن أوقع الإيذاء عليهم (المعتدي) فلقد بلغ عدد من أوقع الإيذاء عليهم من قبل الوالدين ١٤٥, ٤٢٨ طفلاً، أما من أوقع الإيذاء عليهم من قبل الأقرباء فبلغ عددهم ٠٢٩, ٥٧ طفلاً، أما ضحايا الإيذاء الواقع عليهم من قبل أفراد آخرين لا يقومون برعايتهم فقد وصل عددهم إلى ٠١٣, ٣٠ طفلاً، والضحايا الذين وقع عليهم الإيذاء من خلال دور رعاية الأطفال فعددهم وصل إلى ٦٣٥, ٦ طفلاً، وبلغ عدد من أوقع الإيذاء عليهم من قبل الوالدين الذين يتبنونهم ٥٩٧, ٢ طفلاً، أما من وقع عليهم الإيذاء من قبل مجموعة المستخدمين في المنزل فوصل عددهم إلى ٣٥٤, ١ طفلاً، بينما هناك ٨٥٠, ٨ طفلاً من ضحايا إيذاء الأطفال لم يعرف المتسبب في إيقاع الأذى عليهم (Ginsberg, 1995: 74).

ومن خلال التقارير الصادرة من الولايات المختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك من نظام المعلومات الوطني الخاص بإيذاء الأطفال وإهمالهم في عام ١٩٩٥م حول تحديد صلة المتسبب في الإيذاء (المعتدي) بالأطفال المتعرضين للإيذاء (الضحايا) في الحالات التي تم إثبات تعرضها للأذى وتم معرفة المتسبب في إيقاع الأذى (المعتدي) عليهم بلغ عددهم ٦٤٨, ٥٥١ طفلاً، فقد وجد أن نسبة ٨١٪ منهم قد تم إيقاع الأذى عليهم من قبل والديهم، بحيث بلغ عددهم ٣١٣, ٥١٥ طفلاً، وبلغ عدد من أوقع عليهم الأذى من قبل أفراد الأسرة الآخرين ٩٤٦, ٦٦ طفلاً وذلك بنسبة ٦, ١٠٪، أما من وقع عليهم الأذى من قبل أشخاص آخرين لا يتولون رعايتهم فبلغ عددهم ٥٣١, ٣١ طفلاً بنسبة ٥٪، أما من وقع عليهم الإيذاء من قبل من يتولون رعايتهم في دور رعاية الأطفال فبلغ عددهم ٠٣٤, ٧ طفلاً وذلك بنسبة ١, ١٪، أما من وقع عليهم الإيذاء من قبل الوالدين الذين يقومون بتربيتهم (أو بالتبني) فقد وصل عددهم إلى ٤٧٦, ٣ طفلاً وبلغت نسبتهم ٥, ٠٪، وكذلك بلغ عدد من وقع عليهم الأذى من قبل من يقومون بتقديم الخدمات في المنزل فوصل عددهم ٤١٤, ٢ طفلاً بنسبة ٤, ٠٪، بينما بلغ عدد من لم يعرف المتسبب في إيقاع الأذى عليهم ٨٣٧, ٢١ طفلاً وذلك بنسبة ٤, ٣٪ (Petit & Curtis, 1997: 27-28).

وقد توصلت الدراسة الوطنية الثالثة لمدى حدوث إيذاء الأطفال وإهمالهم The Third National Incidence Study on Child Abuse & Neglect في عام ١٩٩٦م في الولايات المتحدة الأمريكية في تقديرها لمن يوقع الإيذاء على الأطفال بأن هناك نسبة ٧٨٪ من الأطفال يقع عليهم الأذى من قبل والديهم (مما يدعم فرضية أن نسبة ٦٢٪ من الأطفال الذين سبق لهم التعرض للإيذاء قد تم إيذاؤهم عن طريق والديهم، وكذلك بالنسبة لمن تم إهمالهم

فإن ٩١٪ قد تم إهمالهم عن طريق والديهم أيضاً). كما توصلت الدراسة أيضاً إلى أن ٧٢٪ من مجموع الأطفال المتعرضين للإيذاء البدني قد تم ممارسته عليهم من قبل والديهم وأيضاً يشكلون نسبة ٨١٪ من مجموع المتعرضين للإيذاء النفسي (Petit & Curtis, 1997: 27).

أما معدل تقارير إيذاء الأطفال الصادرة من خلال الجهات المختلفة كمصدر للإبلاغ عن حالات تعرض الأطفال للإيذاء لعام ١٩٩١م في الولايات المتحدة الأمريكية، فقد تم التوصل إلى أن المدارس تعد هي المصدر الأول للإبلاغ عن حالات إيذاء وإهمال الأطفال، حيث يصل عدد الإبلاغ عن حالات إهمال وإيذاء الأطفال من خلال الجهات التعليمية (أي المدارس) ٩٠٣, ٢٠٨ حالة، يلي ذلك ٧٠٤, ١٦٦ حالة تم الإبلاغ عنها من قبل مؤسسات الخدمة الاجتماعية، ثم المؤسسات القانونية ويشمل ذلك منظمات فرض القانون، حيث تم التبليغ عن عدد ٨٩٩, ١٥٣ حالة، وعدد ٧٦٢, ١٤٦ حالة تم الإبلاغ عنها عن طريق مجهول، ثم المؤسسات الطبية، ويشمل ذلك غرف الإسعاف والعاملين فيها من الذين يقومون بتحديد الإيذاء البدني الواقع على الطفل. حيث وصل عدد الذين تم الإبلاغ عنها من قبلهم ١٣٦, ١٤١ حالة، أما من تم الإبلاغ عنها من قبل الأصدقاء والجيران فوصل عددها إلى ٦١٣, ١٣٣ حالة، و ٧١٧, ١٣٢ حالة تم الإبلاغ عنها من قبل الأقرباء الآخرين، وتتنوع مصادر الإبلاغ عن الإيذاء في عدد ٢٣٠, ١١١ حالة حيث تم الإبلاغ عنهم من قبل آخرين، ويبلغ عدد من تم الإبلاغ عن حالتهم من قبل الوالدين إلى ٣٧٦, ٨٨ حالة، أما الضحية نفسها (أي الطفل) فقد بلغَ عما تعرض له في ١٣٤, ٣١ حالة، أما من يقومون برعاية الطفل فقد تم التبليغ عن ١٥٥, ٢١ حالة، ومن قاموا بارتكاب الإيذاء فقد أبلغوا عن أنفسهم في ٧٠٠, ٧ حالة (Ginsberg 1995 : 67 - 77).

وبعد عرض بعض الإحصاءات والتقديرات حول حجم انتشار ظاهرة الإيذاء الموجه للأطفال في العالم العربي وتحديدًا في الولايات المتحدة الأمريكية نلاحظ أن الباحثة قد واجهت صعوبة في التعرف على حجم مثل هذه الظاهرة في المجتمع العربي وتحديدًا في المجتمع السعودي ، وقد يعود ذلك إلى قلة الدراسات المتوافرة عن هذه الظاهرة أو حتى عدم وجودها ، بالإضافة إلى أن ذلك قد يرجع إلى عدم توافر إحصائيات كافية حول كافة الظواهر في المجتمعات النامية عامة ومجتمعنا خصوصاً .

وسبق في الفصل الأول من هذه الدراسة التطرق لحجم هذه الظاهرة في أحد مستشفيات مدينة الرياض ، بالإضافة إلى أنه قد تم طرح بعض الدراسات السابقة حول هذه الظاهرة في مجتمعنا في هذا الفصل ، إلا أننا سنورد مثلاً على وجود هذه الظاهرة في مدارس البنين في مدينة الرياض ، ومن كل ذلك نصل إلى أنه يمكن أن يعد كل ذلك مؤشراً على وجود هذه الظاهرة في مجتمعنا وأهمية الوقاية منها وعلاجها عند حدوثها .

وعند النظر في تقارير - غير منشورة - صادرة عن وحدة التوجيه والإرشاد الطلابي التابع لمنطقة التعليم بمنطقة الرياض نجد أن هناك بعض ممارسات الإيذاء على الأطفال في بعض المدارس .

وفي تقرير عام ١٤١٦ هـ اتضح أن مدير المدرسة يمارس أنواع عقاب عنيف مع الطلاب في حالات التأخر والضعف الدراسي أو التأخر عن المواعيد الصباحية ، وذلك من خلال الضرب على الرجل حتى انكسرت رجل أحد الطلاب ، وكذلك بالضرب ثلاث مرات لأحد الطلاب المصابين بتقوس في العمود الفقري بمعدل ٦ ضربات في المرة الأولى و ٨ في الثانية و ١١ ضربة في المرة الأخيرة ، وهناك طالب آخر قد تم جلده ٤٤ جلدة على قدميه ... وهكذا ... ومما سبق تم التوصل إلى أن مدير المدرسة قد قام بالعقاب بعدد ٧١٩٨ جلدة تقريباً في عام دراسي واحد .

وفي تقرير آخر عام ١٤١٧ هـ تبين أن أحد المعلمين في إحدى المدارس يمارس أشكالاً من الإيذاء البدني كالضرب «باللي»، وشد الشعر، وغيرها، بالإضافة إلى ممارسة أنواع أخرى من الإيذاء النفسي كالسخرية من الطلاب.

وفي تقرير آخر عام ١٤٢٠ هـ حول أنواع هذا الإيذاء الممارس من قبل المعلمين على الطلاب يتضح أن المعلمين يقومون بالصفع على الوجه، والقرص بشدة، واستخدام الألفاظ البذيئة، وضرب الرأس بالحائط، والضرب بالعصا وغيرها من الأدوات، بالإضافة إلى الضرب على مناطق مختلفة من الجسم، وكذلك استخدام الفلكة، والسخرية من الطلاب، إلى غير ذلك من أشكال مختلفة للإيذاء البدني والنفسي. حيث يمارس أحد المعلمين ما يعادل ١٨٠٠ صفة في العام الدراسي بمعدل تقريبي ٣ صفعات (أي على ٣ طلاب) في ٤ حصص دراسية يومياً في ١٥٠ يوماً دراسياً في العام. كما يمارس مدير إحدى المدارس الجلد على القدمين على الطلاب (بطريقة الفلكة) بمعدل ٧٥٠٠ جلدة في عام واحد.

وذكر هذه النماذج لا يعني حصرها، وإنما هذه مجرد أمثلة محددة على ممارسة أنواع الإيذاء المختلفة من قبل مديري ومعلمي المدارس المختلفة على الطلاب.

ووجود مثل هذا الإيذاء إنما يدل على احتمال ممارسة أشكال أخرى منه، بالإضافة إلى أن وجوده بالمدرسة وعدم الشكوى من قبل بعض الطلاب أو أسرهم على وجوده يدل على احتمال وجود إيذاء ممارس ضد الأطفال في المنازل أيضاً، ولا يتم التبليغ عنه.

٢. ٣. النظريات المفسرة لإيذاء الأطفال

٢. ٣. ١ مقدمة

هناك من الدارسين من يرى أنه عند العمل في بحث عن الأطفال فإن هناك العديد من النظريات التي من الممكن اختيارها، كمنظريّة التحليل النفسي، أو النظرية الايكولوجية Ethological Theory، أو نظرية التعلم، أو النظرية الإدراكية (المعرفية) - التنموية Cognitive-Developmental Theory. ويعود انتشار استخدام هذه النظريات لقدرتها على توضيح تفاعل الطفل مع بيئته للباحثين، سواء عند النظر للفرضيات الأساسية لهذه النظريات أو في التعديلات التي طرأت عليها (Greig & Taylor, 1999: 18). وتعد النظرية كماً معرفياً أو مجموعة من الفرضيات والحقائق العلمية المقبولة نسبياً، ومن الممكن أن تقوم النظرية بشرح وتفسير الظاهرة موضوع الدراسة «إيذاء الأطفال»، كما أنها من الممكن أن تساعد على التنبؤ بها (الدماغ، بدون تاريخ (Barker, 1999:485).

لذا ستقوم الباحثة في هذه الدراسة باستخدام عدة نظريات وتوظيفها، بما يمكن من فهم الظاهرة موضوع الدراسة «إيذاء الأطفال»، حيث إن استخدام نظريات متعددة في دراسة الظاهرة نفسها يسمح بمزيد من الفهم لها، كما يساعد على النظر إليها من زوايا مختلفة، بما يسمح بإيجاد تفسيرات متعددة للسلوك محل الظاهرة المراد دراستها، وبما يساعد على الوصول إلى تفسير أكثر دقةً وصواباً لها، مما يساعد على عدم التحيز لمنظور واحد دون غيره، ويساهم كذلك في جعل الدراسة والتحليل أكثر عمقاً، كما يمكن من رسم صورة متعددة المستويات لحقيقة الظاهرة المدروسة، حيث

إن الحقيقة في واقع أمرها قد يكون لها مستويات وأوجه مختلفة (الدامغ، ١٩٩٦ : ١٠٩-١١١).

وبناء على ما تقدم، فإن الباحثة ستتناول في هذه الدراسة اتجاهين نظريين لتفسير موضوع الدراسة، وهما: الاتجاه النفسي التحليلي، والاتجاه السلوكي.

٢. ٣. ٢ النظريات المفسرة لموضوع الدراسة

أولاً: نظرية التحليل النفسي لفرويد Freudian Psychoanalytic Theory

تعد نظرية التحليل النفسي نتاجاً لثقافة أواخر القرن التاسع عشر في أوروبا، وقد كان لهذه النظرية تأثير كبير على طريقة التفكير في القرن العشرين. وقد طورت هذه النظرية من قبل فرويد وأتباعه، الذين كانوا متحمسين للأخذ بها بما يتفق مع اتجاههم للتحديث، حيث اعتبروها ذات إichاء نظري غني للتحليل النفسي (Turner, 1996: 171).

وقد أطلق على هذا الاتجاه - بشكل عام - مسمى «الفرويدية freudian» نسبة إلى عالم النفس النمساوي سيجموند فرويد Sigmund Freud، الذي فسّر عملية تطور الشخصية وبنيتها بعوامل نفسية متعارضة مع الوعي (الشعور)، بغرض تفسير وعلاج الأمراض النفسية، إلى أن تطور هذا المفهوم فيما بعد إلى دراسة عامة للإنسان (بتروفيسكي وياروشفسكي، ١٩٩٦ : ١٠٢).

- فرضيات النظرية:

تقوم هذه النظرية على فكرة أن الإنسان له حياة شعورية وأخرى لا شعورية قد تبدوان منفصلتين تماماً، ولكنهما في الحقيقة مرتبطتان من حيث

أن كلا منهما تؤثر في الأخرى وتتأثر بها . ولذا بدأ الاهتمام بدراسة الحياة اللاشعورية ، وبأثر اللاشعور والانفعالات والخبرات التي يمر بها الإنسان عليه ، وذلك لأن سلوك الإنسان ينبع من دوافع لا شعورية يتأثر بها أكثر من تأثره بالدوافع الشعورية ، حيث إن الجزء الواعي الشعوري من الشخصية لا يتحكم بهذه السلوكيات الصادرة من الإنسان (علي وآخرون ، ١٩٩١ : ٣٩ ؛ عباس ، ١٩٨٢ : ٥٦) . وتقوم الفرضية الأساسية التي تستند عليها مدرسة التحليل النفسي على تقسيم العمليات العقلية إلى ما هو شعوري consciousness ، وما هو لا شعوري unconsciousness ، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن هذا التصنيف يساعد على فهم العمليات العقلية وتنظيمها ، حيث إن خصائص الحياة النفسية لا تتوقف على الشعور وحده ، بل على خصائص لا شعورية وسابقة للاشعور أيضاً (عباس ، ١٩٨٢ : ٦٢-٦٣) .

فسلوك الوالدين أو المحيطين بالطفل والذين يوقعون أي نوع من أنواع الأذى عليه ، قد يكون ناتجاً عن دوافع لا شعورية ، كتعرضهم هم أيضاً للأذى في صغرهم . وفي المقابل فإن في تعرض أطفالهم للأذى ، ما قد يجعل هؤلاء الأطفال يمارسون نوعاً من الإيذاء على أطفالهم عند كبرهم بفعل الدوافع اللاشعورية الكامنة في أنفسهم .

وتفترض نظرية التحليل النفسي أن العدوان aggression غريزة أو دافع فطري ، وهو قوة مولودة في الذات . كما تفترض أيضاً أن جميع الكائنات البشرية لديها دافعان أساسيان ، هما : العدوان والشهوة الجنسية sexual (libidinal) . وربما يظهر هذان الدافعان في السلوك الإنساني بشكل متداخل مع بعضهما (Wiehe, 1998:3) . وبالاستناد إلى نظرية التحليل النفسي فإنه يمكن وصف النسق النفسي ونموه وتطوره بثلاث طرق ، وهي أنه ديناميكي dynamic أي متميز بفاعلية مستمرة ، وبنائي structural ، ومتتابع sequential .

وتشير الديناميكية إلى فهم فرويد للعقل الإنساني كدافع يتكون من خلال الطاقة . وترجع البنائية إلى تقسيم فرويد للعقل إلى ego والأنا والأنا العليا super ego ، والتميز بين البناءات التي تعمل معاً كنوع من «التوازن في الطاقة الديناميكية . ويشير التابع إلى اعتقادات فرويد أن الجسم في عملياته وإدراكه العصبي ، سيتابع من خلال تركيز منظم على واحد من النطاق الجنسي بعد الآخر ، وسيصبح هناك تشابه متتال خلال مراحل نفسية متعددة ذات صلة بالنطاق الجنسي والتي تظهر في الشخصية (Greig & Taylor, 1999:18) .

كما أكدت إحدى فرضيات هذه النظرية على أهمية الخمس سنوات الأولى من العمر ، وأن رغبات الطفل المكبوتة في اللاشعور بفعل الكبت والحرمان أو الصدمات الانفعالية الشديدة تبقى عاملة ومؤثرة وتوجه التفكير والشعور لديه حتى عند الكبر (بشير ومخلف ، ١٩٨٥ : ٣٤ ؛ أحمد ، ١٩٩١ : ٢٠) . وبذلك فإن الطفل المتعرض للإهمال أو النبذ أو الحرمان أو أي نوع من أنواع الإيذاء ، مما يخالف رغبته في الحصول على الاهتمام والرعاية والحب والحنان ، قد يؤدي به ذلك إلى زيادة المشاعر السلبية التي قد تدفعه عند الكبر إلى الانحراف أو ممارسة العنف والإيذاء على الغير ، أو قد تولد له شخصية مترددة ضعيفة أو قد يظهر عليه آثار سلبية أخرى .

كما تفترض هذه النظرية أيضاً حدوث الاضطرابات النفسية والعقلية في صور ثلاث ، هي :

- أ- الصراع بين القوى الشعورية واللاشعورية .
- ب- توقف النمو النفسي الجنسي عند مرحلة مبكرة رغم تقدم السن ، وتسمى هذه الصورة بالتثبيت .

ج- النكوص إلى مرحلة أولية من مراحل التطور النفسي الجنسي بعد اجتيازها بنجاح تحت تأثير الأزمات النفسية والحرمان الشديد في الكبر (بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٣٤).

ويرى فرويد أن توازن وتكامل بناء الشخصية مرتبطان بالضرورة بتوازن وتكامل الجوانب الثلاثة فيها هو id، الأنا ego، الأنا العليا super ego، وأن أي اضطراب أو انحراف لضوابط هذه القوى سيؤدي بالضرورة إلى اعتلال الشخصية، وعجزها عن التوافق السليم مع نفسها، ومن ثم مع بيئتها الخارجية (علي وآخرون، ١٩٩١ : ٤٠-٤١؛ بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٣٥-٣٦؛ أحمد، ١٩٩١ : ١٩). وبما أن أهم مرحلة في عملية التنشئة الاجتماعية هي التي تتم في مرحلة الطفولة، حيث يتشرب الطفل القيم والاتجاهات والمهارات والأدوار التي تشكل شخصيته، والتي تؤدي إلى تحقيق تكامله مع المجتمع الذي يعيش فيه. بالإضافة إلى أن لها دوراً كبيراً في تكوين «الأنا» عند الطفل، لأنه يتوصل من خلال هذه العملية إلى تكوين تصور عن ذاته كشخص، وذلك من خلال سلوك الآخرين عند التعامل معه وكذلك اتجاهاتهم نحوه. كما تظهر صورة هذه الذات الاجتماعية «الأنا» لديه بوضوح من خلال تعلمه لأداء عدد من الأدوار الاجتماعية المختلفة (شكري، ١٩٩١ : ٨١؛ الجوهري، ١٩٩١ : ٨١). لذا فإن في عدم توازن هذه الجوانب الثلاثة لدى الطفل من خلال تعرضه لممارسة الإيذاء عليه ما قد يؤدي إلى اضطراب شخصيته.

- مفاهيم النظرية

الهو Id

وهو يحوي كل ما هو موروث وما هو غريزي في الطبيعة الإنسانية،

كما أنه يزود العمليات التي يقوم بها النظامان الآخران (الأنا والأنا العليا) بطاقتهم، ويعد الجانب غير الأخلاقي في الشخصية، حيث إنه يعمل على إشباع الدوافع الغريزية الأولية لدى الفرد والتي تسعى إلى الحصول على اللذة، كما يعد مصدراً للطاقة النفسية، وكذلك فهو يعد الحقيقة النفسية الواقعية في داخل الفرد (بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٣٥ ؛ أحمد، ١٩٩١ : ٢٢ ؛ عباس، ١٩٨٢ : ٦٧).

- الأنا Ego

هي المنطقة الواعية التي تعيش الواقع الخارجي وترتبط به (علي وآخرون، ١٩٩١ : ٤٠)، وتتكون بالتدرج من اتصال الطفل بالعالم الخارجي، أي بنمو حواسه وأجهزته العصبية، ومع ازدياد خبرة الفرد بالحياة والعالم الخارجي حوله، يتبلور شعوره بذاته، ويدركها متميزة عن العالم الخارجي مما يساعد على تكوين الأنا، التي تتعامل بشكل مباشر مع المجتمع الخارجي (عباس، ١٩٨٢ : ٦٨). وعلى الرغم من تكون الأنا من الذات (الأنا) العليا، إلا أنها تنفصل عنها مع نمو الفرد، لتبدأ من إدراك الفرد للواقع الخارجي كحقيقة منفصلة عن ذاته لتكون له ذاتاً أخرى مستقلة عن الآخرين، يهتمها أن ترضي هذا الواقع الخارجي بالقدر الذي يهتمها إرضاء دوافعها الداخلية، ومن ثم فهي تقوم بالموازنة باستمرار بين نزعات الإدراك وسلطة الذات (الأنا) العليا (علي وآخرون، ١٩٩١ : ٤٠)، حيث إنها تنظم استجابات الفرد من أجل المحافظة على الذات (الأنا) وتساعد على التكيف مع الواقع الخارجي الذي يعيش فيه (بتروفسكي وياروشفسكي، ١٩٩٦ : ١٠٢).

وتظهر وظائف الأنا في أنها تعمل على إشباع دوافع الهو في أوقات

مناسبة، وإذا لم يسمح الواقع بإشباع دافع أساسي للهو، توحى الأنا للهو بتأجيل إشباعه، أو تعديل الظروف البيئية كي تسمح بإشباع دوافعه (بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٣٥-٣٦؛ أحمد، ١٩٩١ : ٢٢-٢٣). ففي إشباع الوالدين أو الآخرين المحيطين بالطفل لرغباتهم الجنسية بطريقة مشروعة وطبيعية وسليمة، ما يختلف عن إشباعهم لها بطرق غير مشروعة، كممارسة أي نوع من الإيذاء الجنسي على الأطفال مثلاً.

- الأنا العليا Super Ego

هي منطقة تقع في اللاشعور لتمثل الضمير الذي يصدر الأوامر والنواهي والمحرمات، التي تشكل عن طريقها كافة السلطات الضابطة المختلفة في حياة الإنسان (علي وآخرون، ١٩٩١ : ٤٠).

حيث يمثل الجانب الخلقى في الشخصية، كما يمثل الجانب المثالي أيضاً، ويعد الممثل الداخلي لقيم المجتمع ومثله كما يفسرها للطفل والداه، حيث ينمو من خلال امتصاص الطفل للمعايير الخلقية التي يضعها الوالدان، فتصبح هذه المعايير هي المحددات لسلوك الطفل بغية إرضاء والديه وتجنبه العقاب. كما تقوم الأنا العليا بتنظيم الصلة بين الغرائز من ناحية والأنا من ناحية أخرى. وتتكون من جانبيين، هما: الضمير، ويحتوي على كل شيء عوقب من أجله الطفل، والأنا المثالية، التي تحتوي على الإثابة من الوالدين للطفل (بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٣٦؛ أحمد، ١٩٩١ : ٢٤؛ عباس، ١٩٨٢ : ٦٩-٧٠). فالبالغون الذين يمارسون ألوان الإيذاء على الطفل قد يكون ذلك ناتجاً عن تعرضهم أثناء طفولتهم للإيذاء من قبل والديهم، مما نتج عنه قصور في مفاهيم الأنا العليا، الذي تسبب في استمرارهم في ممارسة الإيذاء على الأطفال. وهذا قد يؤدي بدوره إلى إكساب الأطفال المتعرضين للإيذاء لقيم ومبادئ وسلوكيات خاطئة قد يوظفونها في مرحلة النضج ضد الغير.

- الشعور Consciousness

وهو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي من قبل الفرد (زهران، ١٩٩٨ : ١٢٥).

- اللا شعور Unconsciousness

ويتضمن ما هو كامن أي مكبوت مما يصعب استدعاؤه (زهران، ١٩٩٨ : ١٢٥)، مما يقع خارج نطاق وعي الفرد، ويؤثر على خبرته وسلوكه (الشناوي، بدون تاريخ : ٣٨٠).

- مزايا وعيوب النظرية

وعلى الرغم مما أحدثته هذه النظرية من تغييرات في طريقة النظر إلى الشخصية الإنسانية وتحليلها، إلا أن هناك من انتقد هذه النظرية لأنها باهظة التكاليف، وتستغرق وقتاً طويلاً، مثلاً، حيث يتطلب تطبيقها وقتاً طويلاً وجلسات مطولة مع العملاء لفهم سلوكهم، كما أن فعاليتها مشكوك فيها خاصة لدى بعض الفئات، بالإضافة إلى اهتمامها بالماضي على حساب خبرات الحاضر (مليكة، بدون تاريخ : ٤٠١). حيث إنها تهتم بالسنوات الأولى من حياة الفرد وبتأثير المحيط الذي يعيش فيه على نموه وعلى سلوكه، كما تركز هذه النظرية على الاهتمام بعلاج الأسباب المؤدية إلى الاضطرابات والمشكلات التي يواجهها الفرد، بالإضافة إلى تركيزها على الجوانب الشعورية واللاشعورية لدى الفرد (زهران، ١٩٩٨ : ١٣٠). وكذلك فإن هذه النظرية ترجع المشكلات التي يتعرض لها الإنسان إلى عوامل ذاتية نابعة منه، وتغفل الجوانب الأخرى المتعلقة بالبيئة من حوله. حيث إنها ترجع مشكلات الإنسان إلى عوامل مرتبطة باللاشعور، وتغفل أي أثر لعوامل أخرى.

ويرى تيرنر Turner أن هذه النظرية ربما تكون من أكثر النظريات تأثيراً في عملية الممارسة ، فعلى الرغم من أنها واجهت الكثير من النقد في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، إلا أن تأثيرها كان قوياً . إذ يمكن من خلال هذه النظرية تفسير العديد من أنماط السلوك الإنساني (Turner, 1986: 652) . إلا أنه في الوقت نفسه قد يكون من الصعب العودة إلى تاريخ الإنسان للتوصل إلى أسباب المشكلات التي يعاني منها وخاصة لدى بعض الفئات غير القادرة على ذلك كأصحاب الإعاقات المختلفة مثلاً .

وهناك من يرى أنه عند النظر إلى توجهات فرويد- بشكل عام- نجد أن هناك من يرى أنه قد أدخل بعض القضايا المهمة في علم النفس كالذواغ واللاشعورية ، والترابط بين الظواهر السوية والمرضية ، والدفاع النفسي ، ودور الجنس ، وأثر الصدمات التي تحدث للطفل على سلوك البالغ ، والبنية المعقدة للشخصية ، وتناقضات وصراعات بنية الشخص النفسية . إلا أنه عند تفسيره لهذه المسائل قام بتقديم مبادئ حيوية «بيولوجية» غير مقبولة علمياً تدعي أن النفس خاضعة لبواعث غريزية غير اجتماعية ، وأن الشهوة الجنسية كلية القدرة (وذلك في نظريته الجنسية الشاملة) ، وأن الشعور واللاشعور متضادان . وهكذا نجد أن فرويد قدم عاملاً نفسياً- غير مفسر بدرجة كافية- كمحدد للحياة العضوية والاجتماعية على السواء ، وبإخضاع تاريخ وثقافة المجتمع البشري لهذا العامل ، تكون بذلك قد أضافت الفرويدية الغموض عليهما ولم توضحها (بتروفسكي وياروشفسكي ، ١٩٩٦ : ١٠٣) . الأمر الآخر أن فرضيات النظرية وطريقة بنائها استنباطية وتم صياغتها بطريقة غير قابلة للاختبار والتحقق منها ، مما يجعل مصداقيتها أمراً يصعب إثباته أو نفيه (Denzin, 1989) .

ثانياً: نظرية سيكولوجية الذات (الأنا) : Ego Psychology Theory

تعد سيكولوجية الذات (الأنا) إحدى النظريات المنطلقة من نظرية التحليل النفسي . وقد وضع سيجموند فرويد Sigmund Freud الأساس للدراسة المعاصرة للأنا، ثم وسعت ابنته آنا فرويد Anna Freud من أفكاره، وقد قام هينز هارتمان Heinz Hartmann وآخرون بعمل النقلة النظرية لبداية النظرة الحالية لوظائف الأنا . وقد طور كل من ديفيد روبيرت David Robaeort وإريك إريكسون Erik Erikson وآخرون الإسهام الحديث لهذه النظرية (Goldstein, 1995: 3) . وكامتداد لنظرية التحليل النفسي فإن هذه النظرية تركز على كل من العناصر الشعورية conscious واللاشعورية unconscious للشخصية، وكذلك على واقع الفرد الخارجي . وتعد هذه النظرية مفيدة في المواقف التي يتطلب فيها فهم للذات وأنماط السلوك . بالإضافة إلى أنها يمكن كذلك أن تساعد الأفراد بدرجة كبيرة من خلال الفهم الدقيق لشخصياتهم وتاريخها التطوري (Turner, 1986: 654-655) . لذلك فقد يكون لتوظيف هذه النظرية في هذه الدراسة ما يفيد في فهم أسباب اتجاه بعض الأفراد (سواء الوالدان أو الآخرون من المحيطين بالطفل) إلى ممارسة الإيذاء على الأطفال، مما يساعد في فهم هذه الظاهرة، وفهم دوافعها، وتوقع نتائجها .

- فرضيات النظرية

تقوم هذه النظرية على التركيز على المكونات الشعورية وشبه الشعورية، بدلاً من التعمق في اللاشعور الإنساني والشخصية (علي وآخرون، ١٩٩١ : ٤٤؛ بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٢٨-٢٩) . حيث إن سلوك الوالدين والمحيطين بالطفل والمتمثل بالإيذاء، قد لا يكون نابعاً من

عوامل لا شعورية ناتجة عن تجاربهم في الصغر، والعوامل الكامنة داخل أنفسهم، فقد يكون نابعاً من عوامل شعورية محسوسة.

حيث ربطت هذه النظرية بين كافة العوامل الداخلية والخارجية للشخصية، التي تؤثر بصفة دائمة على التنظيم النفسي للإنسان في مرحلة طفولته، ويبقى بعضها مجرد رواسب في الكبر، لتؤثر مستقبلاً في قوة الذات (عثمان ومحمد، ١٩٩٤ : ١٢٠). وتحرص هذه النظرية على التركيز على فهم حياة العميل الخارجية والاجتماعية فضلاً عن فهم حياته الداخلية (بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٢٩). وهذا ما قد يجعل تأثير الإيذاء الذي تعرض له الطفل في صغره مختلفاً من شخص لآخر عند الكبر. وكذلك فإن في ذلك ما قد يجعل أحد الوالدين أو البالغين من المحيطين بالطفل يمارس نوعاً من الإيذاء على الأطفال، بينما لا يمارس الآخر نفس هذا السلوك.

كما تنظر هذه النظرية إلى الإنسان على أنه طاقة وقدرة، يمكن أن يواجه المواقف التي يتعرض لها بقليل من المساعدة، ولا تنظر إليه على كونه كينونة ضعيفة (علي وآخرون، ١٩٩١ : ٤٤)، حيث تؤكد على تكيف وتغلب الشخص على الصراعات الداخلية ومحاولته للتغير والنمو (أحمد، ١٩٩١ : ٥٨). كما تركز هذه النظرية على أنواع الصراع التي تتسبب في إحداث مشكلات للأنا (الذات)، وبخاصة أزمات النمو (علي، ١٩٩٥ : ١١٣).

- مفاهيم النظرية

تتفق هذه النظرية مع نظرية التحليل النفسي لفرويد في طبيعة النظر لمكونات الشخصية الثلاثة، حيث ترى أيضاً هذه النظرية بأن هناك ثلاثة عناصر للشخصية، وهي *id* (الذات اللاشعورية)، والأنا (الذات)

ego، والأنا (الذات) العليا الشعورية واللاشعورية super ego (عثمان ومحمد، ١٩٩٤ : ١٢١ ؛ عثمان، ١٩٩٧ : ٦٧).

إلا أنها تختلف في تصنيفاتها ومدى قوة الأنا، التي يمكن من خلالها اعتبار أي سلوك غير إيجابي «كإيذاء الأطفال» يمارس من قبل الفرد يعبر عن ذات ضعيفة، وأي سلوك آخر إيجابي كالالتزام بالأدوار المتوقعة من الفرد في إطار نظم المجتمع وتشريعاته وأعرافه وقيمه يعبر عن ذات قوية.

- الأنا (الذات) القوية Strong Ego

هي الأنا القادرة على أداء وظائفها بكفاءة تامة (عثمان، ١٩٩٧ : ١٦٨) وتظهر القوة الفعلية للأنا عندما تتضمن قدرة على تزويد الفرد بقوة جديدة يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الصعبة (بشير وآخرون، ١٩٨٠ : ٥٩؛ بشير ومخلوف، ١٩٨٥ : ٥٨ ؛ أحمد ١٩٩١ : ٥١).

- الأنا (الذات) المتوسطة Moderate Ego

هي الأكثر شيوعاً والتي تكون متوسطة بحيث تجمع بين القوة والضعف (عثمان، ١٩٩٧ : ١٦٨).

- الأنا (الذات) الضعيفة Week Ego

هي الأنا المرضية وشبه المرضية، والتي تعاني عجزاً واضحاً في أداء وظائفها الأساسية وخاصة الإدراك والإحساس والتفكير والتنفيذ واتخاذ القرار (عثمان، ١٩٩٧ : ١٦٨).

- هوية الأنا Ego Identity

اعتبر أريكسون E. Erikson ان هوية الأنا إحساس متكامل ومستقل

وفريد بالذات ، وأنها نتاج للتطور الاجتماعي النفسي الذي يحدث من خلال سلسلة من المراحل الزمنية ، وهي صورة الفرد عن نفسه ككيان فريد وكفاء وقادر على تقرير مصيره (علي ، ١٩٩٥ : ١١١-١١٣).

- مزايا وعيوب هذه النظرية

على الرغم من أن هذه النظرية قد حاولت تطوير بعض أفكار نظرية التحليل النفسي لفرويد بأنها لم ترجع سلوك الإنسان إلى العوامل اللاشعورية فقط بل إلى العوامل الشعورية أيضاً ، بالإضافة إلى أنها ركزت على العوامل الداخلية والخارجية للإنسان ، إلا أن هذه النظرية لا يمكن استخدامها مع كل أنواع العملاء ، كما أنها تتطلب أيضاً وقتاً طويلاً عند استخدامها .

ثالثاً: النظرية السلوكية

قام عالم النفس واطسون Watson ثم بافلوف Pavlov في أواخر القرن الماضي وأوائل القرن الحالي بوضع أسس هذه النظرية ، ويعد بافلوف رائد المدرسة السلوكية المبكرة ، والتي اعتمدت على فكرة وجود حافز للسلوك ، وتكرار السلوك ، وتدعيم السلوك ، وتثبيت السلوك . وتطورت هذه النظرية لتصبح نظرية مستقلة للتعلم ، تقوم على التعلم الشرطي ، والمثير ، والمثير الشرطي ، حينما كشف أتباع واطسون ، كدولارد وميلر وهيل ، أن الحافز الحقيقي ليس وحده هو الدافع لسلوك معين ، ولكن ثمة حوافز أخرى مرتبطة بالحافز الحقيقي ، وصاحبه في الماضي ، أصبحت أيضاً مثيراً شرطياً لهذا السلوك ، حيث ترى هذه النظرية أن سلوك الإنسان عبارة عن مكتسبات قائمة على ما تعلمه في المواقف الحياتية المختلفة ، وأن تكرار السلوك أو اعتياده يؤدي إلى اكتساب العادات المختلفة ، وبذلك فإن سلوك الإنسان

هو حصيلة عادات يمكن تعديلها بإكسابه عادات جديدة (عثمان، ١٩٩٧ : ٣٠٣-٣٠١ ؛ عثمان ومحمد، ١٩٩٤ : ٢٨٤-٢٨٦ ؛ عثمان ومحمد، ١٩٩٣ : ٢٦٧-٢٦٩).

ويرى تيرنر Turner أن نظريات التعلم، وكذلك المدى الواسع من التقنيات السلوكية المرتبطة بها، أمدت المعالجين كالأخصائيين الاجتماعيين، بنطاق عريض من المصادر، لإحداث تغييرات محددة لدى العملاء. وبالإضافة إلى الفهم المتزايد للعملية المستخدمة في اكتساب وتعديل الأنماط السلوكية العامة، إلا أن هذه النظريات تبني على مساعدة العملاء على تغيير جوانب المشكلة المحددة التي تواجههم، دون الاضطرار إلى فهم الأصول أو الارتباطات المتبادلة بين عدد من أنماط السلوك المختلفة (Turner, 1986: 653). وبذلك فإن ممارسة الوالدين والمحيطين بالطفل إيذاه، قد تؤدي إلى تعلم الطفل لهذا السلوك، مما يؤدي إلى ممارسته له في الكبر. حيث ترى هذه النظرية أنه من الممكن أن يتعلم الطفل أي نوع من السلوك، ولكنه لا يساعد تعلم السلوك غير السوي الفرد على الأداء الجيد في البيئة التي يعيش فيها (Payne, 1991: 120).

والمدرسة السلوكية ينبع منها العديد من نظريات التعلم، وسيتم التركيز هنا على نظريتي التعلم الشرطي الإجرائي، والتعلم الاجتماعي.

أ- نظرية التعلم الشرطي الإجرائي : Operant Conditioning Theory

لقد كان لآراء سكينر Skinner أثر على اتجاهات المدرسة السلوكية، حيث يعد أحد علماء النفس المعاصرين الذين اهتموا بدراسة الظاهرة السلوكية من خلال دراسة السلوك نفسه، واهتم أيضاً بدراسة العلاقة بين المثيرات والاستجابات، كما اهتم بدراسة الظواهر مثلما هي وملاحظتها (محمود،

بدون تاريخ : ١٧١). بالإضافة إلى أنه يرى أن الإنسان يتعلم مجموعة من السلوكيات في مجموعة من الأوضاع والمواقف الحياتية التي يمر بها (الخطيب، ١٩٩٠ : ٦٥-٦٦).

ولقد فسر سكينر Skinner السلوك الاجتماعي في ضوء قوانين التدعيم، أي أسلوب الثواب والعقاب. فالطفل تنمو لديه شخصية محددة نتيجة لاتباع الوالدين لأنماط الثواب والعقاب معه، بحيث يميل إلى تكرار السلوك الذي حصل على الإثابة rewarded (الثواب)، ولا يكرر السلوك غير المثاب nonrewarded (العقاب)، وبالتالي يتعلم الطفل الاستجابات المرتبطة بإثابات، أو ينشط لديه الارتباط ما بين مثير أو منبه محدد ومدعم محدد، أو تضعف أو تنطفئ لديه الرابطة بينهما (الشربيني وصادق، ١٩٩٦ : ٣١). وذلك بناء على الاستجابات المختلفة من قبل الوالدين على سلوكه. حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن العادات لا تثبت أو تؤصل في الشخصية، كما لا يحدث تعلم السلوك إلا من خلال الثواب والعقاب. فالثواب يدعم السلوك ويؤصل عادات فعل الشيء، بينما العقاب يؤصل عادات الإحجام عنه (عثمان، ١٩٩٧ : ٣٠٣؛ عثمان ومحمد، ١٩٩٤ : ٢٨٥). وقد يكون في اتيان الطفل لأي سلوك عدواني تجاه أقرانه أو من يصغره من الأطفال ما يلفت نظر والديه إليه، أو ما يلقاه من تشجيع من قبلهما عند اتيان هذا العمل. مما جعله يمارس الإيذاء على الأطفال عند الكبر.

حيث ينظر أصحاب هذه النظرية إلى الكائن العضوي على أساس أنه يستجيب لمثيرات معينة باستجابات معينة، ويرمزون إلى هذه العلاقة بالمعادل م (مثير) س (استجابة) (إسماعيل، ١٩٩٧ : ١١١). ولذا فقد تساعد هذه النظرية على فهم وتفسير الأذى الواقع على الأطفال سواء كان بدنياً أو

جنسياً أو نفسياً على أنه عبارة عن مشيرات وغرائز لدى الشخص المؤذي مرتبطة بالأطفال لم يستطع الاستجابة لها وإشباعها إلا عن طريق الأطفال لضعفهم وعجزهم عن الدفاع عن أنفسهم .

مفاهيم النظرية

- المثير Stimulant :

هو أي فعل أو عامل يحدث أو يسبب أو يغير نشاطاً لدى الإنسان (إسماعيل، ١٩٩٧ : ١١١). وهناك نوعان من المثيرات : المثير غير الشرطي unconditioned stimulant وهو المثير الفعّال الذي يعمل على إظهار استجابة غير متعلمة أو غير شرطية يمكن قياسها بشكل منتظم نسبياً، أما المثير الشرطي conditioned stimulant فهو المثير الذي يسبق تقديم المثير غير الشرطي (الشرقاوي، ١٩٨٨ : ٥٤). ويمكن أن يكون هذا المثير في عدة أشكال كمحاولة الطفل لفت انتباه والديه، إما بممارسته لسلوك عنيف، أو بالقيام بعمل ممنوع، أو بمحاولته إظهار نوع من مهاراته وقوته، أو حتى في وجود إعاقة ظاهرة على الطفل، أو كون الطفل يذكّر (المعتدي) كأحد الوالدين بأنه قد وقع عليه الأذى في طفولته وهو في مثل عمر ابنه ... الخ . . إلى غير ذلك من جوانب تعد مشيرات مختلفة للمعتدي .

- الاستجابة Response

هي رد الفعل من ناحية الكائن العضوي على المثير (إسماعيل، ١٩٩٧ : ١١١). وهناك نوعان من الاستجابة، استجابة غير شرطية unconditioned response وهي الاستجابة غير المتعلمة والمنتظمة نسبياً والممكن قياسها، والتي تتكون عن طريق المثير غير الشرطي، أما الاستجابة

الشرطية conditioned response ، فهي الاستجابة المتعلمة التي تشبه الاستجابة غير الشرطية (الشرقاوي ، ١٩٨٨ : ٥٤-٥٥). إن في صدور السلوكيات التي ذكرناها سابقاً (كمثيرات) من جانب الطفل أو في وجود إعاقة لديه - مثلاً - ما قد يجعل الوالدين يقابلان ذلك بإيقاع أحد ألوان الأذى على الطفل (كاستجابة).

- الاشرط الاستجابي Conditonal Response

هو إقران مثير محايد بمثير طبيعي عدة مرات ، فيصبح المثير المحايد مثيراً لنفس الاستجابة التي يثيرها المثير الطبيعي (إسماعيل ، ١٩٩٧ : ١١١ ؛ عاقل ، ١٩٨٧ : ١٣٩).

- الاشرط الإجرائي Operant

ظهور استجابة عفوية صادرة عن الفرد بدون وجود مثير معروف أو مقصود تنتج عنه هذه الاستجابة (عاقل ، ١٩٨٧ : ١٣٩).

- التعزيز Reinforcement

ويقصد بمفهوم التعزيز لدى سكينر Skinner أنه عند حدوث المثير الشرطي تحدث الاستجابة الشرطية نتيجة له ، وبعد ذلك يمكن حدوث التعزيز (محمود ، بدون تاريخ : ١٧٦). حيث يشير هذا المفهوم إلى أن النتائج المقوية (المدعمة) للسلوك ، والتي تحدث عندما ينتج عن الأنماط السلوكية الإجرائية توابع معينة ، وبذلك تقوى احتمالات حدوث السلوك ، أي أن قابلية تكرار السلوك مرة أخرى في ظروف مشابهة تزداد عندما تكون نتائجه معززة (دي . بي ، ١٩٩١ : ٣٧).

وبما أن التعزيز يشير إلى عملية التعلم التي تشمل تقديم مثير معين ، بعد حدوث الاستجابة ، مما يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة ، فإنه يطلق على هذا المثير الذي يعمل على زيادة احتمالات حدوث السلوك معززاً ، كما يطلق أيضاً على المثير الذي أدى ظهوره إلى تقوية السلوك بالتعزيز الموجب positive reinforcement (الخطيب ، ١٩٩٠ م : ٣١) ، حيث يقصد به زيادة معدلات حدوث الاستجابة المؤثرة في المستقبل . كما يسمى هذا المثير إذا أدى اختفاؤه إلى إضعاف ظهور السلوك بالتعزيز السالب negative reinforcement (الخطيب ، ١٩٩٠ : ٣١) .

- الانطفاء Extinction

يحدث الانطفاء عندما لا يتبع المثير الطبيعي (اللا شرطي) المثير الشرطي في محاولات متعددة ، وذلك باستمرار تقديم المثير الشرطي بدون تعزيز من المثير غير الشرطي ، فيتكرر حدوث استجابة معينة بدون حدوث التعزيز ، ونتيجة لتوقف هذا التعزيز عن الحدوث فإن قوة الاستجابة تتناقص ، وتبدأ في التضاؤل تدريجياً ، بحيث يقل معدل ظهورها وتضعف وتخف بالتدرج حتى تختفي نهائياً (كراجه ، ١٩٩٧ : ٢٥٠ ؛ الشرقاوي ، ١٩٨٨ : ٦٤ ؛ محمود ، بدون تاريخ : ١٧٨) .

- العقاب Punishment

يشير العقاب إلى العملية السلوكية التي تعمل فيها المثيرات البيئية التي تحدث بعد السلوك على تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل ، ويسمى المثير الذي يضعف من السلوك إذا حدث بعده بالمثير العقابي (الخطيب ، ١٩٩٠ : ٣١) ، حيث يقصد به عرض المثيرات المضادة بعد الاستجابة لكي يتم تقليل حدوثها (Anderson, 1981: 172) .

ويمكن تفسير بعض أنماط الإيذاء البدني والنفسي التي توقع على الأطفال على أنها ناتجة عن الفهم الخاطئ والاستخدام الخاطئ لمفهوم العقاب من قبل الوالدين والمحيطين بالأطفال كالمعلمين مثلاً، حيث يوقعون عقاباً (قد يكون بدنياً ومؤذياً) وذلك على الأطفال الذين تصدر منهم سلوكيات غير مرغوب فيها- من قبلهم- تحت شعار التأديب والتربية والتعليم، بغرض عدم تكرار هذه السلوكيات من قبلهم .

- التعميم Generalization

إن التعلم لا يقتصر أثره فقط على الموقف الذي تمت فيه عملية التعلم، بل قد يتعداه إلى مواقف أخرى مشابهة، فإذا ارتبط سلوك إجرائي أو استجابي بموقف به مثير معين، فإنه من الممكن أن تثير الفرد مواقف أخرى بدون عملية اشراط جديدة، أي أن التعلم قد يعمم أثره على مواقف أخرى مشابهة (إسماعيل، ١٩٩٧ : ١١٣-١١٤) وذلك بأن الفرد يستطيع التعامل مع العديد من المواقف المتشابهة اعتماداً على ما تعلمه في السابق في مواقف معينة (دي . بي، ١٩٩١ : ٥٨).

وكلما زادت درجة التشابه بين المثير الجديد والمثير الشرطي الأصلي أدى ذلك إلى زيادة احتمال استبدال أحدهما بالآخر (كراجة، ١٩٩٧ : ٢٥٠-٢٥١). لأن التعميم يظهر في مدى القدرة على الاستجابة للمواقف المختلفة تبعاً لدرجة التشابه بينها وبين الموقف الأصلي الذي تمت به عملية التعلم (محمود، بدون تاريخ : ١٢٨). حيث إن تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي وذلك دون تعلم إضافي (الخطيب، ١٩٩٠ : ٣٣).

- التمييز Discrimination

يشير التمييز إلى الاستجابة على نحو مختلف في المواقف المختلفة (دي . بي ، ١٩٩١ : ٥٩) . حيث تفسر قاعدة التمييز استجابة الكائن الحي لمثيرات معينة دون مثيرات أخرى حسب ارتباطها بالمواقف التي تم فيها التعزيز (محمود ، بدون تاريخ : ١٢٩) . وذلك بتعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط . أي أن التعزيز يتضمن ضبط السلوك من خلال مثيرات محددة دون غيرها (الخطيب ، ١٩٩٠ : ٣٢-٣٣) .

وعندما لا يتم تعزيز الاستجابات المتشابهة فإنه يمكن تعلم التمييز بين الأبعاد المختلفة للمواقف المتشابهة بحيث تصبح الاستجابة منسجمة مع تلك الفروق البسيطة (دي . بي ، ١٩٩١ : ٥٩) ويمكن أن يتعلم الأفراد أن سلوكهم سيتم تعزيره في موقف ما ولن يعزز في غيره من المواقف نتيجة لتدريبهم على التمييز (الخطيب ، ١٩٩٠ : ٣٢-٣٣) .

ب - نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

يتبنى بارك Park ووالثير Walter وبانديورا Bandura فكرة تقليد النموذج باعتباره نمط استجابة متعلماً للسلوك الاجتماعي . فالأطفال يقلدون ويحاكون الأب والأم ، عندما يجدون دعماً ذاتياً كلما اقتربوا من النموذج (الشربيني وصادق ، ١٩٩٦ : ٣١) . حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن التعلم ممكن أن يحدث دون تدريب أو دون تأثير مباشر للظروف البيئية ، وإنما من خلال التعلم عن طريق الملاحظة observational learning أي التعلم عن طريق محاكاة القدوة أي النموذج modeling (دي . بي ، ١٩٩١ : ٢٩) ، لذا فإنه يشار إلى عملية التعلم في هذه النظرية إما على أنه تعلم بالتقليد

imitative learning ، أو بالملاحظة observational learning ، أو التعلم من خلال محاكاة القدوة أي النموذج modeling (الشناوي، بدون تاريخ : ٥٨). وترى هذه النظرية أنه يمكن أن يتعلم السلوك العدواني من خلال ملاحظة الطفل لآخرين يقومون بالعدوان . لذا فإن ذلك يمكن أن ينطبق على إيذاء الأطفال ، وذلك عند ملاحظة العنف وتعزيزه داخل المحيط الاجتماعي ، بحيث يتعلم الطفل كيف يمكن أن يكون مؤذياً . ولا سيما إذا صدرت من شخص يحظى بإعجاب الطفل ، أو عند عدم عقاب المعتدي ، وفي هذه الحالة ، فإن العنف يعزز كأسلوب يستطيع فيه الشخص الحصول على ما يريد (Miller-Perrin & Perrin , 1999 34 - 35) .

ولقد فسرت هذه النظرية عملية التعلم بناء على ملاحظة القدوة ، فمن خلال التقليد يتعلم الطفل مجموعة من السلوكيات ، وعلى ذلك يبدو أن اكتساب سلوك ما قد ينتج أحياناً عن الملاحظة ، وأن أداء ذلك السلوك يتوقف على النتائج المتوقعة منه (إسماعيل ، ١٩٩٧ : ١١٦-١١٧) . وقد تختلف نماذج القدوة بالنسبة للأطفال ، ولكنها لا تنحصر في الوالدين ، وقد يدخل ضمنها المحيطون بالطفل كالمعلمين والزملاء في المدرسة والرفقة في الحي مثلاً ، وفي حالة قيام أحد الوالدين في المنزل أو المعلم في المدرسة بإيقاع أي نوع من الإيذاء على الآخرين كالأطفال ، مما يجعل هذا الطفل يتعلم هذا السلوك من خلال ملاحظته لهم .

فالأب الذي يستخدم أسلوباً صارماً مع أطفاله ، ويتبنى نموذج القوة ، بحيث يعتقد بأنه لا يكون قوياً إلا باستخدام أساليب كالضرب أو التهديد أو غيرها من الأساليب العنيفة مع أطفاله ، ففي حالة تقليد أحد أطفاله لهذا

السلوك ، حتى يحصل على رضا الأب نتيجة لمحاكاته لسلوكه يحدث هنا تعلم السلوك العنيف . وقد وضع باندورا Bandura أن الإنسان يملك القدرة على تمثيل أو تقليد التأثيرات والأفعال الخارجية ، بطريقة رمزية ، في شكل نموذج داخلي (في داخل الفرد) للعالم الخارجي (المحيط به) . وتبعاً لذلك يتعلم الفرد محاكاة أعمال الآخرين بملاحظتها ، ويمكن أن يحدث ذلك حتى في الحالات التي لا يستجيب فيها لهذه الأعمال علانية ولا يتلقى فيها أي تعزيزات (بتروفسكي وياروشفسكي ، ١٩٩٦ : ١٦٥) . وتتمثل محاكاة القدوة أي النموذج modeling في أن الشخص يتعلم السلوكيات الاجتماعية والمعرفية عن طريق ملاحظة وتقليد الآخرين ، لذا عندما يتعرض الأطفال للعنف سواء كانوا ضحية مباشرة له أو في صورة اعتداء بدني عليهم مثلاً أو بصفتهم مشاهدين له ، فإنهم بذلك يتعرضون لمجموعة من النماذج والتبريرات التي تشجعهم على ممارسة العنف . وبذلك يتعلم الأطفال أن العنف أسلوب مقبول للتعامل ، كما قد يتعلمون بأنه طريقة مقبولة حتى في حل النزاعات الأسرية والتعبير عن الانفعالات (Miller-Perrin & Perrin 1999: 34-35) .

كما يقوم الوالدون أيضاً بتمثيل نماذج لأدوار مهمة للأطفال وذلك من خلال سلوكهم تجاه بعضهم البعض ، وكذلك من خلال الطريقة التي يتفاعلون فيها مع أطفالهم . بحيث يمثل سلوك الوالدين العدوانية - مثلاً - تجاه الأطفال في صورة العقاب البدني مثلاً أو نموذجاً لهم لأسلوب حل المشكلة وذلك عن طريق التوبيخ بعدة أشكال مختلفة كالضرب أو الصفع . فيقوم الأطفال الذين يعاقبون بهذا الأسلوب بالاعتداء بمثل هذا السلوك العدواني البدني على الآخرين في علاقاتهم المختلفة معهم كأحد أساليب التعامل المتبعة من قبلهم (Wiehe, 1998:8) .

مفاهيم النظرية

- النموذج Model

هو تعرض الطفل لنماذج سلوكية تتراكم في خبراته ، إما بطريقة مباشرة أو بطريقة رمزية (إسماعيل ، ١٩٩٧ : ١١٧). وذلك بتعرض الطفل للتعامل مع والديه والآخرين المحيطين به خلال فترة حياته معهم ، أو النماذج الأخرى التي يتعرض لها الطفل بطريقة غير مباشرة ، كالشخصيات التي يشاهدها في البرامج التلفزيونية مثلاً ، والتي قد تمثل للطفل نماذج يحاكيها حتى لو كانت تمارس سلوكاً عنيفاً أو معتدياً .

- مرحلة صياغة المعلومات Information Processing

يلاحظ الشخص في هذه المرحلة ما يجري أمامه كسلوك شخص آخر (نموذج للسلوك) ، دون أن يقوم بأداء أي سلوك من سلوكيات هذا النموذج أو القدوة التي يراقبها ، فيكتسب (يتعلم) السلوك من خلال ملاحظة النموذج عن طريق عملية ترميز وصياغة وحفظ هذه الأحداث المنمذجة ، ثم ينتظر الشخص الوقت المناسب لكي ينتج هذا السلوك الملاحظ . لذا فإن إعادة أداء هذا السلوك المنمذج تتوقف على عدة عوامل كنتائج الاستجابة للنموذج وللمراقب ، وكذلك خصائص النموذج ، وعدد النماذج المراقبة . فالسلوك المتعلم على هذا النحو يكتسب مرة واحدة عن طريق التعرض للنماذج ، وليس جزئياً عن طريق التدعيم الخارجي (إسماعيل ، ١٩٩٧ : ١١٧ ؛ الشناوي ، بدون تاريخ : ٥٩). وبذلك قد يظهر هذا السلوك المتعلم في مراحل عمرية أخرى عندما يكبر الطفل .

وبعد عرض هذه النظريات التي تمثل اتجاهين مختلفين الأول يمكن أن يفسر السلوك أو الظاهرة موضوع الدراسة بالتعمق في فهم العوامل الداخلية في النفس الإنسانية ، بالإضافة للعوامل المحيطة المؤثرة بها ، والآخر يقوم بتفسيرها من خلال السلوك الظاهر والملاحظ . وعلى الرغم من هذا الاختلاف بين الاتجاهين ، إلا أن ذلك قد يمكّن من النظر إلى هذه الظاهرة من زوايا مختلفة بما يحقق مزيد من الفهم والتفسير لها .

٢. ٤. الحقوق والقوانين والتشريعات

الخاصة بالأطفال وإيذائهم

ترتبط ظاهرة إيذاء الأطفال بالعديد من الجوانب الصحية أو الاجتماعية أو النفسية كما أنها ترتبط بجوانب أخرى هامة وهي القانونية والتشريعية . وقد لا يستطيع الاخصائي الاجتماعي القيام بتدخله المهني بصورة ملائمة طالما أنه ليس هناك إجراءات قانونية وتشريعية تساعده على القيام بتدخله المهني وتدعم دوره ، وذلك بما يمكّن من حماية الطفل (الضحية) وكذلك عقاب المعتدي (المتسبب في الإيذاء) بالإضافة إلى منع استمرار وتكرار الإيذاء سواء على الطفل نفسه أو على غيره من الأطفال في المجتمع .

ويتطلب التطرق لهذا الجانب الشرعي والقانوني متخصصين ، كما أنه قد يحتاج إلى إفراده في دراسة مستقلة . ولكن نظراً لأهميته ، فإن الباحثة قد تناولته في هذا المبحث بغرض محاولة التعرف على ما تم التوصل له في هذا الشأن ، سواء من خلال إلقاء الضوء على الاهتمام العالمي في العصر الحديث بالأطفال ، أو في النظر لمدى وجود قوانين خاصة بحمايتهم من التعرض للإيذاء ، وكذلك تناول موقف الشريعة الإسلامية - التي يتخذها

مجتمعنا أساساً لنظمه وقوانينه- من الأطفال وتعرضهم للإيذاء والتي سبقت في ذلك جميع القوانين الوضعية بعصور عديدة .

وقد نتج الاهتمام في العصر الحديث بالأطفال ونمائهم ومشكلاتهم عن عدة عوامل ، ومن هذه العوامل تزايد الاهتمام بدور الأسرة ، وأهمية المحافظة على بنيتها في ظل التغيرات والتحويلات السريعة حولها ، وتزايد الاهتمام العالمي بحقوق الإنسان وخاصة الفئات الضعيفة كالأطفال ، وظهور المنظمات العالمية التي تهتم بشؤون الطفل كمنظمة الأمم المتحدة (يونسيف) ، والقيام بعدة مؤتمرات واتفاقيات دولية صادقت عليها معظم الدول التي تحمي حقوق الطفل وتنادي بالحفاظ عليها ، بالإضافة إلى زيادة الوعي بأهمية رعاية الطفل والاهتمام بمشكلاته وأهمية مواجعتها حيث إن هؤلاء الأطفال يمثلون مستقبل الدول .

٢ . ٤ . ١ قوانين إيذاء الأطفال والإجراءات القانونية فيما يخص إيذاءهم

- عالمياً :

على الرغم من الاختلاف حول النظرة لاحتياجات الأطفال في المجتمعات المختلفة ، إلا أن هناك مجموعة كبيرة من حقوق الأطفال تنال اهتماماً مشتركاً في جميع المجتمعات وإن تباينت طرق تحقيقها فيما بينها ، ومنها ظاهرة إيذاء الأطفال ، وبناء على درجة تطور المجتمعات ، وما حققته من تقدم في المجالات المختلفة ، وكذلك بناء على التباين بين الثقافات المختلفة ، يظهر الاختلاف في أساليب التعامل مع الأطفال والاهتمام باحتياجاتهم . بالإضافة إلى أن هناك اختلافاً بين الدول والدارسين حول الجوانب المرتبطة بالأطفال كالتحديد الزمني لنهاية مرحلة الطفولة ، وكذلك موقع الطفل ودوره داخل أسرته ومجمعه ، فضلاً عن اختلاف أساليب

التنشئة والعلاقات الاجتماعية والقيم المجتمعية والثقافية، وكل هذه الجوانب تعد عوائق للدارسين والمهتمين أمام وضع قوانين عالمية موحدة لتنظيم أساليب معاملة الأطفال في المجتمع (الجشي، ١٩٩٦: ١٤٦-١٤٧).
وتحديد قانون خاص بإيذاء الأطفال دائماً ما يكون صعباً وغير واضح، وهناك ثلاثة جوانب أساسية لها دور في هذا الشأن وهي كالتالي:

١- متى يمكن للدولة أن تتدخل في حياة الأسرة (على سبيل المثال: هل هناك حاجة لكتابة تقرير عن حالة إيذاء أو إهمال الطفل)؟

٢- كيف يمكن للدولة أن تتدخل (على سبيل المثال: هل يجب على مؤسسات حماية الطفل أن تقدم خدمات للأسرة، أو هل هناك حاجة إلى وضع الطفل - الضحية - في دور لرعاية الأطفال أو متى يتم توجيه تهمة إجرامية للمعتدي)؟

٣- ماهي الإجراءات المطلوبة المتاحة لإنجاز المسؤولية المهنية تجاه العملاء والدولة؟ (Bourne, 1998:371).

وحتى في الدول المتقدمة وتحديداً في الولايات المتحدة الأمريكية لا تزال هناك صعوبة في وضع القوانين لمواجهة هذه الظاهرة، بالإضافة إلى ذلك فإن منظمة الأمم المتحدة للطفولة -يونيسف- ترى أنه مازال هناك شوط طويل أمام كثير من البلدان الصناعية يجب أن تقطعه من أجل إنجاز بعض الأهداف المقترحة من قبل اليونيسف للبلدان النامية في مجالات متعددة كمعدلات محو الأمية، والأطفال ناقصي الوزن عند الولادة، وانتشار الرضاعة الطبيعية، والرعاية قبل الولادة، وتنمية الطفولة المبكرة، وكذلك منع إيذاء الطفل والإساءة إليه (يونيسف - منظمة الأمم المتحدة للطفولة،

١٩٨٩ : ٣١). فطرح هذه الأفكار التي تنادي بضرورة الاهتمام بالأطفال وإشباع احتياجاتهم وسن القوانين التي تحميهم وتؤمن حقوقهم واحتياجاتهم لا يزال في بدايته وخاصة لدى المجتمعات النامية حيث يواجه ذلك العديد من المعوقات سواء اجتماعية أو ثقافية أو اقتصادية .

ولا يزال هناك مجموعة من التحديات التي طرحها السياسيون ودعوا لمواجهتها ضمن أعمال الإعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته ونمائه (كما أقره المجتمعون في مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل الذي عقد في نيويورك في ٣٠ أيلول ١٩٩٠ م) ومنها تعرض عدد كبير من الأطفال في مختلف أنحاء العالم يومياً إلى أخطار تعوق من نمائهم وتنمية قدراتهم . وتشتد معاناتهم بسبب الحروب أو أعمال العنف ، أو بسبب التمييز والفصل العنصري والعدوان والاحتلال الأجنبي لبلدانهم وضم تلك البلدان ، والتشرد والنزوح ، واضطرارهم للتخلي بشكل قسري عن جذورهم . فكثيراً ما يكون الأطفال ضحايا الإعاقة والإهمال والقسوة والاستغلال (يونيسف - منظمة الأمم المتحدة، ١٩٩١ : ٩).

ونجد أنه ضمن توجهات خطة العمل لتنفيذ الإعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته ونمائه في التسعينيات ، تطلعات المجتمع الدولي نحو تحقيق رفاهية الطفل بشكل أفضل بناء على ما ورد في الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة بالإجماع في عام ١٩٨٩ م . وهذه الاتفاقية تقوم على إرساء معايير قانونية عامة لحماية الطفل من الإهمال وسوء المعاملة والاستغلال ، كما تضمن له حقوقه الإنسانية الأساسية ، بما في ذلك البقاء ، والنماء ، والمشاركة الكاملة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والتعليمية ، وغيرها من الأنشطة الأخرى اللازمة لنمو كل طفل . كما دعا إعلان مؤتمر القمة العالمي لجميع الحكومات إلى تشجيع التصديق على

الاتفاقية، وتنفيذها في أقرب وقت ممكن (يونسيف - منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩١ : ٢٢-٢٣). بالإضافة إلى أن هناك مجموعة من الالتزامات الأخرى التي تم الاتفاق على العمل في إطار من التعاون الدولي والإقليمي لتحقيقها، ومنها الالتزام ببرنامج حماية حقوق الأطفال وتحسين حياتهم، ومن ضمن النقاط الخاصة بهذا البرنامج أنه سيتم العمل على تشجيع المصادقة على اتفاقية حقوق الأطفال وتنفيذها في أقرب وقت ممكن، كما ينبغي الشروع على نطاق عالمي في تنفيذ برامج لنشر المعلومات عن حقوق الأطفال، مع مراعاة الاختلاف بين القيم الثقافية والاجتماعية السائدة في مختلف البلدان، وكذلك الدعوة إلى العمل، على أن يحظى دور الأسرة في تلبية احتياجات الطفل بالاحترام والتقدير، كما سيتم العمل على دعم جهود الآباء والأمهات وغيرهم من القائمين على رعاية الأطفال، وكذلك المجتمعات المحلية لتربية الأطفال ورعايتهم بالصورة الملائمة، بدءاً من الطفولة المبكرة وانتهاءً بفترة المراهقة (يونسيف - منظمة الأمم المتحدة، ١٩٩١ : ١٣-١٤).

وقد تم وضع مجموعة من الإجراءات انطلاقاً من الأهداف الرئيسية لبقاء الطفل وحمايته ونمائه بحلول العام ٢٠٠٠ م ومن ضمن هذه الإجراءات ما يختص بالأطفال الذين يعيشون في ظروف بالغة الصعوبة، حيث إن هناك ملايين من أطفال العالم يعيشون في ظروف صعبة للغاية، ومن هؤلاء، الأطفال المحرومون اجتماعياً، بالإضافة إلى الأطفال من العمال «العمال الأطفال»، أو الشباب الواقعين في شرك البغاء، والاعتداء الجنسي، وأشكال الاستغلال الأخرى (يونسيف - منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩١ : ٢٤-٢٥، ٣٤).

كما أنه من ضمن الأهداف، تلك المتعلقة بالطفل والتنمية في التسعينيات والتي تمت صياغتها من خلال المشاورات الواسعة النطاق في مختلف المحافل الدولية، التي حضرتها جميع الحكومات ووكالات الأمم المتحدة المعنية، بما فيها منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو)، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، والبنك الدولي للإنشاء والتعمير، وعدد كبير من المنظمات غير الحكومية. وتم دعوة جميع البلدان التي يمكنها تطبيق هذه الأهداف إلى تنفيذها، مع تعديلها بما يناسب الوضع الخاص لكل بلد، ومع احترام التقاليد الثقافية والدينية والاجتماعية، مع الدعوة لإضافة الأهداف الأخرى التي تنص بوجه خاص بوضع أي بلد إلى خطة العمل الوطنية لهذا البلد. وكان ضمن الأهداف الرئيسة من أجل بقاء الطفل ونمائه وحمايته الدعوة إلى توفير حماية خاصة للأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية، مع معالجة الأسباب الجذرية التي أدت إلى إيجاد مثل هذه الظروف (يونسيف- منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩١ : ٤٨-٤٩، ٥٣).

ولقد اتفقت الدول الأطراف في الأمم المتحدة عام ١٩٨٩م على اتفاقية حول حقوق الطفل. وكان ضمن هذه الاتفاقية ما نصت عليه الفقرة الثانية من المادة الثانية «بأن على الدول الأطراف أن تتخذ جميع التدابير المناسبة لتكفل للطفل الحماية من جميع أشكال التمييز أو العقاب القائمة على أساس مركز والدي الطفل أو الأوصياء القانونيين عليه أو أعضاء الأسرة، أو أنشطتهم، أو آرائهم المعبر عنها أو معتقداتهم» (يونسيف- منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩١ : ٦٦).

كما كان من ضمن هذه الاتفاقية أيضاً ما نصت عليه المادة التاسعة ويتحدد فيما يلي :

١ - أن تضمن الدول الأطراف عدم فصل الطفل عن والديه على كره منهما، إلا عندما تقرر السلطات المختصة رهناً بإجراء إعادة نظر قضائية وفقاً للقوانين والإجراءات المعمول بها أن هذا الفصل ضروري لصون مصالح الطفل الفضلى . وقد يلزم مثل هذا القرار في حالة معينة ، مثل حالة إساءة الوالدين معاملة (الإيذاء) الطفل أو إهماله ، أو عندما يعيش الوالدان منفصلين ويتعين اتخاذ قرار بشأن محل إقامة الطفل .

٢ - في أية دعاوى تقام عملاً بالفقرة رقم (١) من هذه المادة، تتاح لجميع الأطراف المعنية الفرصة للاشتراك في الدعوى والإيضاح عن وجهات نظرها .

٣ - تحترم الدول الأطراف حق الطفل المنفصل عن والديه أو أحدهما في الاحتفاظ بصورة منتظمة بعلاقات شخصية واتصالات بكلا والديه ، إلا إذا تعارض ذلك مع مصالح الطفل الفضلى .

٤ - وفي الحالات التي ينشأ فيها هذا الفصل عن أي إجراء اتخذته دولة من الدول الأطراف ، مثل : تعريض أحد الوالدين أو كليهما أو الطفل للاحتجاز أو الحبس أو النفي أو الترحيل أو الوفاة (بما في ذلك الوفاة التي تحدث لأي سبب أثناء احتجاز الدولة للشخص) ، تقدم تلك الدولة الطرف عند الطلب ، للوالدين أو الطفل ، أو عند الاقتضاء ، لعضو آخر من الأسرة ، المعلومات الأساسية الخاصة بمحل وجود العضو الغائب (أو أعضاء الأسرة الغائبين) إلا إذا كان تقديم هذه المعلومات ليس لصالح الطفل . وتضمن الدول الأطراف ، كذلك ألا تترتب على تقديم مثل هذا الطلب ، في حد ذاته ، أي نتائج ضارة للشخص المعني (أو الأشخاص المعنيين) .

كما تنص الفقرة الأولى من المادة الثامنة عشرة «بأن على الدول الأطراف أن تبذل قصارى جهدها لضمان الاعتراف بالمبدأ القائل إن كلا الوالدين يتحملان مسؤوليات مشتركة عن تربية الطفل ونموه وتقع على عاتق الوالدين أو الأوصياء القانونيين، حسب الحالة، المسؤولية الأولى عن تربية الطفل ونموه. وتكون مصالح الطفل الفضلى موضع اهتمامهم الأساسي».

أما الفقرة الأولى في المادة التاسعة عشرة فتتضمن على أن «للدول الأطراف أن تتخذ جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية والإهمال والمعاملة المنطوية على الإهمال، وإساءة المعاملة أو الاستغلال، بما في ذلك الإساءة الجنسية، وهو في رعاية الوالد (الوالدين) أو الوصي القانوني (الأوصياء القانونيين) عليه، أو أي شخص آخر يتعهد الطفل برعايته».

كما تنص الفقرة الثانية من نفس المادة على أنه «ينبغي أن تشمل هذه التدابير الوقائية، حسب الاقتضاء، لإجراءات فعالة لوضع برامج اجتماعية لتوفير الدعم اللازم للطفل ولأولئك الذين يتعهدون الطفل برعايتهم، وكذلك الأشكال الأخرى من الوقاية، ولتحديد حالات إساءة معاملة (الإيذاء) الطفل المذكورة حتى الآن والإبلاغ عنها والإحالة بشأنها والتحقيق فيها ومعالجتها ومتابعتها وكذلك لتدخل القضاء حسب الاقتضاء» (الأم المتحدة، ١٩٨٩ : ١-٧؛ يونسيف- منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩١ : ٦٨-٦٩، ٧٣-٧٥).

كما تنص المادة التاسعة والثلاثون «بأن على الدول الأطراف أن تتخذ كل التدابير المناسبة لتشجيع التأهيل البدني والنفسي وإعادة الاندماج الاجتماعي للطفل الذي يقع ضحية أي شكل من أشكال الإهمال أو الاستغلال أو الإساءة (الإيذاء) أو التعذيب أو أي شكل آخر من أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، أو المنازعات المسلحة. ويجري هذا التأهيل وإعادة الاندماج في بيئة تعزز صحة الطفل، واحترامه لذاته، وكرامته» (يونسيف - منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩١ : ٨٨).

- عربياً

ويبرز الاهتمام بحقوق الطفل في العالم العربي من خلال صدور ميثاق حقوق الطفل العربي في ديسمبر عام ١٩٨٤م وذلك بعد إقراره من قبل وزراء الشؤون الاجتماعية العرب. ويحصر هذا الميثاق أهم حقوق الطفل في الجوانب التالية، وهي:

- ١ - الرعاية والتنشئة الأسرية.

- ٢ - التعليم المجاني في مرحلتي ما قبل المدرسة والتعليم الأساسي.
- ٣ - التمتع بالخدمات الاجتماعية والمجتمعية والمؤسسية، المتكافئة والمتوازنة.
- ٤ - رعاية الدولة للأطفال وحمايتهم من الاستغلال، ومن الإهمال الجسدي والروحي.

- ٥ - الأمن الاجتماعي، والنشأة في صحة وعافية.
- ٦ - الانفتاح على العالم، والنشأة على حب الخير للإنسان (الجشي، ١٩٩٦ : ١٤٩). كما أنه من المؤكد وجود قوانين خاصة بالأطفال في كل دولة من الدول العربية. وبناء على لائحة العقوبات في الدول العربية فإن

اتخاذ أي دعوى قضائية ضد الآباء أو الأوصياء فيما يتعلق بالجرائم التي ترتكب ضد الأطفال يمكن القيام بها فقط بناء على شكوى الطرف المتضرر وهو الطفل (الضحية - المعتدى عليه) الذي تم إيذاؤه شخصياً، وهناك من يرى أن هذا ما يجعل مواد لائحة العقوبات غير فعّالة وخاصة في الحالات التي يكون فيها ضحية إيذاء الأبوين ناشئاً أو طفلاً صغيراً (العيسى، ١٩٩٩ : ١٦٦)، مما يجعله غير قادر على الشكوى. وحتى في الحالات التي يكون الطفل فيها قادراً على الشكوى فقد يواجه صعوبة في ذلك لعدة أسباب كخوفه من الأسرة، وعدم استقلاله عنها، وعدم معرفته بالإجراءات اللازمة، أو الجهات التي عليه اللجوء إليها. وعند الاطلاع على قوانين الأطفال في جمهورية مصر العربية - مثلاً - وذلك بالنظر إلى القانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ م والخاص بقانون الطفل، نلاحظ أن هذا القانون يطرح الأحكام العامة لاتفاقية هيئة الأمم المتحدة لحقوق الطفل والتي تم التوصل إليها بانتهاء مؤتمر القمة العالمي بنيويورك في سبتمبر عام ١٩٩٠ م. ويتحدد أحد هذه الأحكام في منع إساءة المعاملة (الإيذاء) للأطفال ووقايتهم من المواد المخدرة: «حيث تعمل الدول الأطراف على اتخاذ التدابير التشريعية والإدارية لحماية الأطفال من كافة أشكال العنف أو الإساءة بكافة أنواعها البدنية أو العقلية أو الجنسية، كما تعمل على عدم استغلالهم وذلك بوضع إجراءات فعالة لدعم الطفل والإبلاغ عن المخالفات والتجاوزات والتحقيق فيها ومعالجتها، ولو اقتضى الأمر اللجوء إلى القضاء. وتتخذ الدول الأطراف جميع التدابير اللازمة من النواحي التشريعية والإدارية والاجتماعية لوقاية الأطفال من الاستخدام غير المشروع

للمواد المخدرة المؤثرة على العقل ، كما تضمن لهم حمايتهم من جميع أشكال الاستغلال الجنسي والانتهاك الجنسي أو حمل الطفل أو إكراهه على تعاطي أي نشاط جنسي غير مشروع ، ومنع استغلالهم للأطفال في الدعارة وغيرها من الممارسات الجنسية غير المشروعة» (الإدارة العامة للشؤون القانونية بالهيئة ، ١٩٩٧ : ٥١-٥٢) . بالإضافة إلى أن أحد المبادئ العشرة التي انطوى عليها الإعلان العالمي لحقوق الطفل والتي تدور حولها أحكام الاتفاقية الدولية يظهر في المبدأ التاسع منه أنه : «يجب كفالة الوقاية للطفل من كافة ضروب الإهمال والقسوة والاستغلال ، وينبغي أيضاً ألا يكون معرضاً للتجارة بأية وسيلة من الوسائل ، ومن الواجب ألا يبدأ استخدام الطفل قبل بلوغه سناً مناسبة ، كما يجب ألا يسمح له بأي حال من الأحوال أن يتولى حرفة أو عملاً قد يضر بصحته أو يعرقل وسائل تعليمه أو يعترض طرق نميته من الناحية البدنية أو العقلية أو الخلقية» (الإدارة العامة للشؤون القانونية بالهيئة ، ١٩٩٧ : ٥٦-٥٨) . وكذلك يظهر مدى احترام المجتمع الدولي لحقوق الطفل أنه تم وضع تشريع لحق الطفل في الرعاية الأسرية والتربية في التشريعات الأجنبية والعربية ومدى توافقه مع الإعلان العالمي لحقوق الطفل ، حيث «ركزت دساتير أخرى حول رعاية النشء وصيانته من أسباب الفساد وحمايته من الاستغلال ووقايته من الإهمال البدني والخلقي والروحي ومثالها دستور البحرين الصادر عام ١٩٧٣ في المادة الخامسة منه ودستور قطر لسنة ١٩٧٢ في المادة ٧٠ منه» (الإدارة العامة للشؤون القانونية بالهيئة ، ١٩٩٧ : ٦٠) . وفي تبني جمهورية مصر العربية لهذه القوانين العالمية وجعلها ضمن قوانينها الخاصة بالأطفال ما يدل على اهتمامها بهذه الفئة والتزامها بما تم التوصل إليه من اتفاقيات عالمية حول الأطفال وحقوقهم وأهمية حمايتهم وتوفير جميع السبل اللازمة لذلك .

وكذلك عند النظر إلى قرار رئيس مجلس الوزراء في جمهورية مصر

العربية رقم ٣٤٥٢ لسنة ١٩٩٧ م بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون الطفل الصادر بالقانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ م. ففي الباب السابع وفي الفصل الرابع منه والخاص بالأطفال المعرضين للخطر نجد أن المادة ٢٠٣ تنص على: «يعد الطفل معرضاً للخطر إذا وجد في حالة تهدد سلامة التنشئة الواجب توافرها له وخاصة في أي من الأحوال التالية»:

١ - إذا تعرض أمنه أو أخلاقه أو صحته أو حياته للخطر .
٢ - إذا كانت ظروف تربيته داخل البيئة المحيطة به من شأنها أن تعرضه للخطر .

٣ - إذا تخلى عنه الملتزم بالإنفاق عليه .

٤ - إذا تعرض مستقبل الطفل التعليمي لخطر عدم استكمالته .

٥ - إذا تعرض للتحريض على الاستعمال غير المشروع للمخدرات أو الكحوليات أو العنف أو الأعمال المنافية للأداب .

أما المادة ٢٠٤ فتنص على الآتي: «إذا عد الطفل معرضاً للخطر على النحو المبين بالمادة السابقة، يتم إيداعه في إحدى مؤسسات الرعاية الاجتماعية وذلك للمدة التي تراها نيابة الأحداث المختصة كافية لزوال الخطر الذي تعرض له . ويتم الإيداع بقرار من نيابة الأحداث بناء على طلب أحد والدي الطفل أو متولي رعايته أو أحد من أهله أي بناء على طلب الطفل المتخلى عنه . كما يتم بقرار منها- دون طلب- في جميع الأحوال التي تقتضي الحفاظ على حياة الطفل أو سلامته أو أمنه أو مستقبله» (إسماعيل والعرباوي، ١٩٩٨ : ٧٨-٧٩).

وبذلك نلاحظ أنه على الرغم من صدور هذه القوانين الخاصة بالطفل إلا أنها في الوقت نفسه لم تركز على كيفية حماية الطفل عند تعرضه للإيذاء والإجراءات اللازمة اتباعها عند التعرض لمثل هذه الحالات سواء للوقاية منها أو لمنعها وكذلك لمنع وإيقاف استمراريتها .

أما في دول الخليج العربي فقد برز الاهتمام بالأطفال من خلال اجتماع المختصين من دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في مجالات الصحة والتعليم والإعلام والشؤون الاجتماعية في شهر مارس من عام ١٩٨٩م تحت مظلة الأمانة العامة لمجلس التعاون الخليجي وبالإشتراك مع منظمة اليونيسيف لتحديد أولويات وأساليب العمل للنهوض بالأطفال خلال عقد التسعينيات في منطقة الخليج العربي . وقد اتفقت توصيات هذا الاجتماع مع أهداف مؤتمر الطفولة العالمي الذي عقد في عام ١٩٩٠م ، وقد كان من ضمن أهدافه تأكيد دول الخليج على ضمان حماية حقوق الطفل ، المتمثلة في حقوقه العامة من خلال الالتزام القانوني للمشرع في إصدار التشريعات التي تمنع استغلال الطفل ، وتفرض حمايته من الإهمال الأدبي والجسمي والعقلي ، عن طريق إلزام كل من الدولة والأبوين بحماية الطفل ، مع تقنين كامل لهذه الحقوق في دساتير دول الخليج ، بما يتطابق مع ما جاء في المبادئ المعلنة الخاصة بالإعلان العالمي لحقوق الطفل (الجشي ، ١٩٩٦ : ١٦٢) .

ولكن تفعيل هذه القرارات يختلف من دولة لأخرى . ويبرز من ذلك أن هناك اهتماماً من قبل دول الخليج بالدعوة العالمية للاهتمام بالأطفال ، ويظهر في السعي لضمان حقوق الطفل وتوفير الحماية له في تلك المجتمعات .

ونجد على سبيل المثال أنه قد فرض المشرع في دولة الكويت عقوبات على رب الأسرة إذا امتنع عن القيام بواجباته الخاصة بتزويد الطفل الذي لم يبلغ أربع عشرة سنة كاملة بضروريات المعيشة ، حتى ولو كان الطفل غير عاجز عن تزويد نفسه بها ، وإذا أدى عدم القيام بهذا الواجب المذكور إلى وفاة الطفل أو إصابته بأذى . وحددت المادة رقم ١٦٧ من القانون الكويتي عقوبة الحبس مدة لا تتجاوز عشر سنوات وغرامة لا تتجاوز عشرة آلاف روبية (عملة كويتية سابقة قبل الدينار الكويتي) أو بإحدى هاتين العقوبتين

في حالة تعرض الطفل لأذى بسبب الإهمال في العناية به (العيسى ، ١٩٩٩ : ١٥٤ - ١٥٥). وفي ذلك ما يبرز السعي من بعض الدول العربية والخليجية إلى محاولة إيجاد الأنظمة والتشريعات الخاصة بحماية الأطفال .

٢ . ٤ . ٢ النظرة الإسلامية للأطفال وموقف الشريعة الإسلامية من إيذائهم

ورد كثير من الأحاديث الشريفة التي يدعو فيها رسول الله ﷺ إلى حسن معاملة الأطفال وتربيتهم وأهمية رحمتهم والعطف عليهم . حيث يدعو الإسلام إلى الرحمة كإحدى الصفات الأساسية التي يجب أن يتحلى بها كل مسلم ، وبالتالي يجب أن يتحلى بها الوالدون في تعاملهم مع أطفالهم ، ونجد أن في المعاملة القاسية للأبناء أو إيذائهم ما يتناقض مع هذه الصفة التي يدعو إليها الإسلام (الحفناوي ، بدون تاريخ : ٤٢) ، حيث تقع على الوالدين مسئولية رحمة الأولاد ومحبتهم والعطف عليهم (النحلاوي ، ١٩٩٦ : ١٣٧) .

وهناك مجموعة من الأحاديث الشريفة التي تدعو إلى الرحمة ، ومنها حديث عبدالله بن عمرو بن العاص رضي الله عنه قال : قال رسول الله ﷺ : (الراحمون يرحمهم الرحمن ، ارحموا من في الأرض يرحمكم من في السماء) (رواه الترمذي) .

كما أنه عليه الصلاة والسلام يدعو إلى الرحمة بالأطفال وحسن معاملتهم ، ويدل على ذلك ما روي عن عائشة رضي الله عنها قالت : جاء أعرابي إلى النبي ﷺ فقال : تقبلون الصبيان؟ قال : «نعم» ، فقال : لكننا والله ما نقبلهم ، فقال النبي ﷺ : (أوأمك أن نزع الله من قلبك الرحمة) (رواه البخاري ومسلم) . وعن أسامة بن زيد رضي الله عنه قال : كان رسول الله ﷺ يأخذني فيقعدني على فخذه ، ويقعد الحسن على فخذه الأخرى ثم

يضمّهما، ثم يقول: (اللهم ارحمهما فإنني أرحمهما) (رواه البخاري). وفي حديث أنس بن مالك رضي الله عنه قال: قال رسول الله ﷺ: (ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا) (رواه الترمذي) وفي ذلك دعوة صريحة إلى أن من لا يرحم الأطفال لا يعد من جماعة المسلمين.

وفي حديث أنس بن مالك رضي الله عنه أن النبي ﷺ قال: (إني لأدخل في الصلاة وأنا أريد إطالتها فأسمع بكاء الصبي فأتجوّز في صلاتي مما أعلم من شدة وجد أمه من بكائه) (متفق عليه). وعلى الرغم من أهمية الصلاة فإننا نرى في ذلك دعوة منه عليه الصلاة والسلام لضرورة مراعاة الأطفال والاهتمام بهم. وفي حديث أبي قتادة رضي الله عنه: أن رسول الله ﷺ كان يصلي وهو حامل أمّة بنت زينب بنت رسول الله ﷺ (رواه البخاري). وعن أنس بن مالك رضي الله عنه قال: ما رأيت أحداً أرحم بالعيال من رسول الله ﷺ (رواه مسلم). ويظهر لنا من ذلك الصور المختلفة لأهمية الرحمة والتي يكون الإيذاء عكسها.

كما أنه في حديث أبي هريرة رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: (نساء قريش خير نساء ركن الإبل، أحناه على طفل وأرعاه على زوج في ذات يده) (متفق عليه). وفي ذلك حث الرسول عليه الصلاة والسلام الأمهات على الحنو والعطف على أطفالهن، وكذلك في الدعوة والحث على وجوب الترفق بهم.

وكما يدعو الرسول ﷺ إلى الرفق واللين في معاملة الطفل، فلا بد من التعامل مع الطفل برفق مع أي خطأ يصدر منه، وليس بالشدة والقسوة، حتى يحقق نموه السوي. ويدل على ذلك ما روت عائشة رضي الله عنها أن رسول الله ﷺ قال: (يا عائشة ارفقي فإن الرفق لم يكن في شيء قط إلا

زَانَهُ وَلَا تُزَعَّ مِنْ شَيْءٍ قَطَّ إِلَّا شَانَهُ) (رواه أبو داود). وفي الحديث قوله عليه الصلاة والسلام: (إن الله رفيق يحب الرفق ويعطي على الرفق ما لا يعطي على العنف). وقوله عليه الصلاة والسلام: (من يحرم الرفق يحرم الخير كله) (المنيف، ١٩٩٣ : ٩٥ ، ١٦٧-١٦٨).

ولقد كان الرسول عليه الصلاة والسلام يمازح الأطفال ويلعب معهم . ويدل على ذلك ما رُوِيَ عن يعلى بن مرة الثقفي رضي الله عنه قال : كنا مع رسول الله ﷺ فدعينا، إلى طعام، فإذا الحسين عليه السلام يلعب في الطريق مع صبيان، فأسرع رسول الله ﷺ أمام القوم ثم بسط يده، فجعل يفرها هنا وها هنا، فجعل رسول الله ﷺ يضحكه حتى أخذه فجعل إحدى يديه في ذقنه والأخرى بين رأسه وأذنيه ثم عانقه وقبّله ثم قال : (حسين مني وأنا من حسين، أحب الله من أحب حسيناً حسين سبط من الأسباط) (رواه الطبراني ورواه الحاكم). وفي ذلك ما يبين أن الرسول عليه الصلاة والسلام يؤكد ويعطي مثلاً على حسن معاملة الأطفال واللعب معهم . ويدل على ذلك أيضاً حديث عبد الله بن الحارث رضي الله عنه قال : كان رسول الله ﷺ يَصْفُ عبد الله وعبيد الله وكثيراً بني العباس رضي الله عنهم ثم يقول : (من سبق إليّ فله كذا وكذا)، قال فيستبقون إليه فيقعون على ظهره وصدرة فيقبلهم ويلزمهم (رواه الإمام أحمد). وأيضاً عن معاوية رضي الله عنه قال : سمعت رسول الله ﷺ يقول : (من كان له صبي فليتصابى له) (رواه السيوطي).

ولقد دعا الإسلام إلى المساواة بين الأبناء والعدل وعدم التمييز بينهم، ويدل على ذلك حديث النعمان بن بشير رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال : (قاربوا بين أبنائكم) (أي سواوا بينهم في العطية)، وفي لفظ (اعدلوا بين أبنائكم اعدلوا بين أبنائكم اعدلوا بين أبنائكم) (رواه الإمام أحمد).

كما توجب الشريعة الإسلامية على الوالدين عند تعاملهما مع أولادهما العدل بين الأبناء في العطفية، وأن يسويا بينهم في مظاهر المحبة والتكريم، وحتى عند التعبير لهم عن مشاعر الرحمة والعطف (الحفناوي، بدون تاريخ: ٤٥). ويدل على ذلك ما روي عن النعمان ابن بشير رضي الله عنهما أنه قال: إن أبي بشير أوهب لي هبة، فقالت أُمِّي: أشهد عليها رسول الله ﷺ، فأخذ بيدي فانطلق بي حتى أتينا رسول الله ﷺ فقال: يا رسول الله إن أم هذا الغلام سألتني أن أهب له هبة فوهبتها له فقالت: (أشهد عليها رسول الله ﷺ فأتيتك لأشهدك، فقال: «رويدك ألك ولد غيره؟» قال: نعم، قال: «أكلهم أعطيته كما أعطيته؟»، قال: لا، قال: «فلا تشهدني إذاً، إني لا أشهد على جورٍ إن لبنيك عليك من الحق أن تعدل بينهم)، وفي لفظ، فقال النبي ﷺ: (فأشهد غيري)، ثم قال: (أليس يسرك أن يكونوا في البر سواء؟)، قال: بلى. وفي لفظ (إن لهم عليك من الحق أن تعدل بينهم كما أن لك عليهم من الحق أن يبروك) (رواه البخاري ومسلم).

ومن ضمن حقوق الأبناء على والديهم عدم تمييز وتفضيل الذكور على الإناث بسبب التحيز لجنس معين منهم، حيث لم تقف الدعوة إلى هذه التسوية بين الأبناء على الذكور فقط بل امتدت لتشمل عدم التمييز بين الأبناء من الذكور والإناث (الخطيب وآخرون، ١٩٨٦: ١٥٧-١٥٩). ويدل على ذلك حديث أبي سعيد الخدري رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: (لا يكون لأحد ثلاث بنات أو ثلاث أخوات فيحسن إليهن إلا دخل الجنة) (رواه الترمذي). وحديث عائشة رضي الله عنها قالت: قال رسول الله ﷺ: (من ابتلي بشيء من البنات فصبر عليهن كن له حجاباً من النار) (رواه الترمذي). فالشريعة الإسلامية تدعو إلى عدم تفضيل بعض الأبناء على

بعض بأي نوع من أنواع التفضيل لأي سبب من الأسباب ، لأن سبب النهي عن تفضيل بعض الأبناء على بعض يعود إلى ما في ذلك من آثار سلبية عديدة كأن يثير بين الإخوة روح العداوة والبغضاء ، ويعمق فيهم روح الكراهية لمن كانوا سبباً في ذلك ، ويؤدي كذلك إلى قطيعة الأرحام ، وانهيار الأسر ، إلى غير ذلك . لذا جاءت الشريعة الإسلامية بمنعه ، أما محاسن التسوية بين الأبناء فلها آثار إيجابية كثيرة ، منها زرع المحبة والمودة وتوثيق عرى الأخوة والتعاطف بينهم (جبار ، ١٩٩٧ : ٤٦٦ - ٤٦٧) .

ومن حقوق الأبناء على آبائهم أيضاً النفقة عليهم حتى يستطيع الأولاد إعالة أنفسهم بالنسبة للذكور ، وحتى يتزوجن بالنسبة للإناث ، وتتضمن هذه النفقة إطعامهم وكسوتهم بالإضافة إلى تربيتهم وتعليمهم (الخطيب وآخرون ، ١٩٨٦ : ١٥٦) . فالشريعة الإسلامية ألزمت الأب تحمل نفقة ابنه الصغير بجميع أنواعها لإشباع جميع الاحتياجات التي يحتاجها الطفل وذلك حتى يبلغ سنّاً يسمح له بالكسب والعيش من عمله (عبدالهادي ، ١٩٩٧ : ١٢٦) . بالإضافة إلى أن أحد حقوق الأطفال في الإسلام هو حقهم في العيش الكريم بتوفير حاجات الفرد الأساسية (الضامن ، ١٩٨٩ : ٣٠) . ويدل على ذلك حديث أبي هريرة رضي الله عنه قال : قال عليه الصلاة والسلام (١ دينار أنفقته في سبيل الله ، ودينار أنفقته في رقبة ، ودينار تصدقت به على مسكين ، ودينار أنفقته على أهلك ، أعظمها أجراً الذي أنفقته على أهلك) (رواه مسلم) وهذا يبين دعوة الرسول الكريم عليه الصلاة والسلام إلى إلزام الأب بتحمل نفقة أسرته ، وأجره على ذلك .

كما كان عليه الصلاة والسلام يهتم بتفريخ الأطفال بالهدايا ، ويدل على ذلك ما رواه أبو هريرة رضي الله عنه قال : كان الناس إذا رأوا أول التمر جاءوا به إلى رسول الله ﷺ ، فإذا أخذ رسول الله ﷺ قال : (اللهم

بارك لنا في ثمارنا، وبارك لنا في مدينتنا وبارك لنا في صاعنا ومدنا، ثم يدعو أصغر وليد يراه فيعطيه ذلك التمر) (رواه الترمذي). وفي جميع الأحاديث السابقة ما يدل على دعوة الإسلام إلى حسن معاملة الأطفال وعدم الإساءة إليهم وإيذائهم.

وقد سنت الشريعة الإسلامية حقوقاً للطفل، وحيث إن الحقوق التي يقرها الإسلام للإنسان تنفرد له بوصفه إنساناً، ودون حاجة إلى دخول في صراع لكي يحصل عليها. كما تقوم على أساس التوازن بين الحاجات المادية والمعنوية للإنسان، فالشريعة الإسلامية لا تحرم الإنسان مما يحتاج إليه، كما أنها لم تبج له شيئاً يضره (عبد الهادي، ١٩٩٧ : ١٣-١٥). وقد قامت منظمة المؤتمر الإسلامي بإصدار إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام وذلك في القاهرة عام ١٤١١هـ- ١٩٩٠م وقد نصت المادة السابعة من هذا الإعلان على الآتي :

١- أن لكل طفل عند ولادته حقاً على الأبوين والمجتمع والدولة في الحضانة والتربية والرعاية المادية والصحية والأدبية، كما تجب حماية الجنين والأم وإعطاؤهما عناية خاصة.

٢- للآباء، ومن في حكمهم، حق في اختيار نوع التربية التي يريدونها لأبنائهم مع وجوب مراعاة مصلحتهم ومستقبلهم في ضوء القيم الأخلاقية والأحكام الشرعية.

٣- للأبوين حقوق على الأبناء وكذلك فإن للأقارب حقوقاً على ذويهم وذلك وفقاً لأحكام الشريعة» (الحقيل، ١٩٩٤ : ٤٢، ٤٤-٤٥).

وللطفل على والديه مجموعة من الحقوق، فهو له حق في الدعم، والتسمية، والمراقبة، والأمن، والطعام المناسب، والملبس، والمسكن،

والرعاية الصحية، إلى غير ذلك من حقوق . كما أن على الوالدين قبول الطفل واحترامه وهذا حق طبيعي من حقوقه، كما أن للأطفال حقوقاً في توفير جميع حاجاتهم المشروعة التي يحتاجون إليها، حتى يوجد المناخ الملائم لنموهم وسلامتهم جسدياً ونفسياً (القائمي، ١٩٩٤ : ٧٢ ، ٧٥).

فكان لزاماً على الأسرة والوالدين فيها على وجه التحديد تأمين هذه الحقوق لأطفالهما، ومراعاتها، انطلاقاً من مسئولية الأسرة في رعاية وحضانة أطفالها، فالله تعالى قد منح الإنسان حقوقاً متعددة، ومنها الحقوق العامة كالحفاظ على الصحة والأموال والأولاد، أو الحقوق الخاصة كحق الأم في حضانة أطفالها وحق الأب في الولاية على أولاده. ولكن على الإنسان أن يستخدم هذه الحقوق وفقاً لما أمر به الشرع وأذن به، فليس له ممارسة حقه على نحو يترتب عليه الإضرار بالغير، فرداً أو جماعة، سواء قصد الإضرار بالغير أم لم يقصد، لأن في استخدام الإنسان لحقه على نحو به ضرر سواء به أو بغيره ما يعد تعسفاً في استعمال الحق عند فقهاء القانون الوضعي، كما أن في ممارسة الإنسان ما ليس له حق فيه ما يسمى بالاعتداء على حق الغير. فصاحب الحق ليس له الحرية المطلقة في ممارسة حقوقه، بل إنه مقيد بعدم الإضرار بالغير، حيث أن الإنسان إذا قصد من استعماله حقه الإضرار بغيره، وليس المصلحة المنشودة من استخدام هذا الحق، يعد بذلك استخدامه تعسفاً محرماً، مما يوجب منعه. وفي هذه الحالة لا بد من تأديب صاحب الحق (المتعسف) وتعزيره بما يراه القاضي رادعاً له ولأمثاله، بالإضافة إلى بطلان التصرف (بهذا الحق) إذا كان قابلاً للإبطال، وتعويض الضرر (الواقع على الغير) من هذا التعسف (الزحيلي، ١٩٨٩ : ١٤ ، ٢٩-٣٢). وبذلك فإن استخدام الأب - مثلاً - لحقه في ولاية أطفاله الصغار بما يضر بهم في حالة تسببه في تعريضهم للأذى، أو إيقاعه عليهم، ما يعد

تعسفاً في استخدام هذا الحق ، وما يتطلب منعه وإيقافه من استغلال هذا الحق لما فيه من إضرار بالآخرين .

فالإسلام نهى عن التعدي على الإنسان أيّاً كانت صور هذا العدوان بغير حق ، سواء كان الإنسان المعتدى عليه صغيراً أو كبيراً ، رجلاً أو امرأة ، عاقلاً أو مجنوناً . فينهى الإسلام عن إيذاء الإنسان أو الاعتداء عليه سواء في نفسه أو ماله أو عرضه (عبدالعزیز ، ١٩٩٧ : ٤٦) . ولقد اهتمت الشريعة الإسلامية بالجنين منذ تكوينه ، وعنيت بحياته ، وشرعت له من الأحكام ما يكفل استمراره وبقائه واستمرار نموه ، وأوجبت عقوبة على من يعتدي عليه . حيث أقرت الشريعة الإسلامية للجنين الحق في الحياة ، وقد حرمت قتله أو إسقاطه بغير سبب شرعي ، ولا تفرق الشريعة في شأن الاعتداء على حياة الجنين بين صدوره من الأم أو غيرها طالما أن السبب غير شرعي . حيث حرمت الشريعة الإسلامية القتل بصفة عامة ، وركزت على تحريم قتل الأطفال ذكوراً أو إناثاً ، كما حفظت الشريعة الإسلامية للإنسان حقه في الحياة ، وحرمت أيضاً الاعتداء على هذا الحق ، بحيث جعلت من يقتل نفساً كمن قتل الناس جميعاً ، لذا فقد أكدت الشريعة الإسلامية على حق الطفل في الحياة وتوعدت من يعتدي على هذا الحق بعذاب أليم في الدنيا والآخرة (عبدالهادي ، ١٩٩٧ : ٢٩-٣١ ، ٧٨) . ونلاحظ من ذلك مدى اهتمام الشريعة الإسلامية بالطفل ، وتحريمها العدوان عليه بأي صورة ولأي سبب .

وهناك عدة فتاوى شرعية ترتبط بما سبق ، ومنها سؤال موجه إلى سماحة مفتي عام المملكة العربية السعودية ورئيس هيئة كبار العلماء فضيلة الشيخ عبدالعزيز بن عبدالله بن محمد آل الشيخ عن الإيذاء الموجه للأطفال ، فأجاب : إن الأصل في الشريعة الإسلامية أن الأب هو الذي

يتولى رعاية أولاده والقيام بشؤونهم ، كما أنه هو المسئول عن الإنفاق عليهم ، قال الله تعالى ﴿... وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ...﴾ (سورة البقرة) ، وهو المسئول عن تربيتهم وتأديبهم وقت الخطأ وتوجيههم ، قال الله تعالى : ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ عَلَيْهَا مَلَائِكَةٌ غُلَاظٌ شِدَادٌ لَا يَعْصُونَ اللَّهَ مَا أَمَرَهُمْ وَيَفْعَلُونَ مَا يُؤْمَرُونَ﴾ (سورة التحريم) . ولا يجوز التدخل في شأن الأب مع أولاده اللهم إلا إذا بلغ الأمر حداً من إهمال الأب والتفريط ، وصار الأب ذا أخلاق منحرفة يخشى منه أن ينشأ الأولاد على تلك الأخلاق الفاسدة ، أو كانت له تصرفات جنونية من ضرب مبرح يخشى من آثاره السيئة ، أو فقد الأب الحنان والشفقة ، فلولي الأمر عند حدوث هذه الحالة القسوى أن يتصرف بما يراه مناسباً .

وتعددت الفتاوى حول حكم التعدي على الأطفال ، وقد حددت الشريعة الإسلامية أساليب التعامل مع الأبناء ، وكيفية تأديبهم . وفي حكم ضرب الأولاد في الشريعة الإسلامية ، وفي فتوى لفضيلة الشيخ محمد بن صالح العثيمين أفاد فيها أن : (الوجه أشرف عضو في الإنسان وبه الجمال وهو أشد البدن تأثراً ، ولهذا تجد أن العيب فيه يساوي عدة عيوب في بقية البدن ، كما أنه أشد من غيره من الناحية الحسية ، وكذلك من الناحية المعنوية (النفسية) ، ولهذا أمر الرسول ﷺ اتقاء الوجه عند الضرب ، فقال ﷺ : (إذا ضرب أحدكم فليتق الوجه) (رواه أبو داود والبخاري ومسلم) . وعلى هذا فالذي يضرب الإنسان في وجهه ، سواء كان أمأً أو أباً أو أخاً أو غير ذلك فإنه يكون عاصياً لرسول الله ﷺ ، وإذا أراد أن يضرب فليضرب في غير هذا المحل . ومن جانب آخر فإن الضرب ليس هو الحل الوحيد لاستقامة الإنسان ، فلا يلجأ إليه إلا عند الضرورة ، وإذا احتجج إليه ، فإنه يضرب

كما قال ﷺ «مروا أبناءكم بالصلاة لسبع واضربوهم عليها لعشر» (رواه أبو داود وأحمد) فأمر ﷺ بالضرب من أجل إقامة الصلاة، وقال ﷺ: (لا يجلد أحد فوق عشر جلدات إلا في حد من حدود الله) (رواه البخاري ومسلم) أي لا يضرب أحد أكثر من عشر جلدات إلا في الحدود الشرعية وهي محارم الله عز وجل . وبذلك فإن الضرب ليس هو الحل الوحيد لتقويم الإنسان، فقد يتقوم الإنسان بالكلام اللين والتوجيه والإرشاد، وقد يتقوم بالتوبيخ واللوم أمام أصحابه، وقد يقومه الضرب الخفيف، وقد لا يتقوم إلا بأشد من الضرب الخفيف، وبذلك فإن لكل مقام مقالاً» (العثيمين، ١٩٩٥ : ٧٣٧-٧٣٨)، ومن الشروط التي حددها علماء الشريعة لضرب الطفل التالي :

- ١- أن يكون الطفل دون سن البلوغ .
- ٢- أن يكون الضرب باليد أو بعصا خفيفة كالسواك .
- ٣- أن يكون المقصود بالضرب هو التأديب والإصلاح .
- ٤- أن لا يتعداه إلى غيره كالانتقام والإضرار والتعسف .
- ٥- أن يكون الضرب غير مبرح فلا يسرف فيه بحيث لا يتشوه الطفل جسماً ولا يكسر فيه عظماً ولا يدمي جسماً ولا يشق جلداً .
- ٦- أن يتجنب الضرب في المواضع التي لا يجوز أن تضرب كالرأس والوجه والمواضع الخطيرة من البدن . لحديث أبي سعيد الخدري رضي الله عنه، وأبي هريرة عن النبي ﷺ قال : «إذا ضرب أحدكم أخاه فليتجنب الوجه والفرج» (رواه مسلم وأحمد وأبو داود) .
- ٧- أن لا يتجاوز الضرب عشر ضربات كما نص على ذلك الحديث الشريف الذي سبق ذكره (الحديثي، ١٩٨٨ : ٣٧٣-٣٨٣) .

وفي هذه الفتاوى دلالة على نهي الإسلام عن ضرب الأطفال والمبالغة في استخدامه عليهم بدون وجه حق ، وذلك في الحالات التي يكون فيها هذا الضرب غير مقصود منه التسبب في إلحاق الأذى بهم وإنما إن كان بغرض تأديبهم وبذلك فإنه من الأحرى تحريم الاعتداء عليهم بضرب مبرح أو ممارسة أنواع الاعتداء الأخرى عليهم مما يؤدي إلى إيذائهم وإلحاق الضرر بهم .

يتضح مما سبق نبد الإسلام للعنف والأذى بكافة الصور والأشكال ، حيث هناك بعض الآيات القرآنية الكريمة والأحاديث الشريفة والفتاوى الشرعية التي توضح عدم جواز ذلك ، وبالرغم من أن المملكة العربية السعودية تتبنى الشريعة الإسلامية منهجاً للحياة فيها ، وبالتالي يفترض أن يندرج ما ذكر تحت البند السابق حول النظرة الإسلامية للأطفال وينطبق ما به عليها ، ولكن الواقع يشير إلى عدم وجود قوانين وكذلك لا يوجد تشريعات واضحة وإجراءات محددة مستمدة من التعاليم الإسلامية توضح كيفية التعامل سواء على من قام بإيقاع الأذى (المعتدي) (كعقوبة له) أو على من وقع عليه الأذى (المعتدى عليه) (كحماية له) . وعليه تبقى مسألة حقوق الطفل والالتزام بها وتطبيقها فيما يخص الأطفال مسألة فردية بحتة فيما يتعلق باتباع التوجيهات الشرعية أو تجنبها ، كما أنها غير ملزمة ولا يعاقب تاركها بأي عقاب ، ولا تخضع للقوانين ولا للعقوبات . وكون قضية حقوق الأطفال وإيذائهم مسألة لا يجب أن تترك لرغبات الأفراد وأهوائهم فإنه يفترض أن يكون هناك قانون نابع من تعاليم الدين الإسلامي السمحة ملزم لجميع الأفراد في المجتمع بما يحفظ للأطفال حقوقهم .

٢. ٥ دور الخدمة الاجتماعية مع إيذاء الأطفال وكيفية تعاملها مع مثل هذه الحالات

الخدمة الاجتماعية مهنة حديثة، لها أهداف علاجية أو وقائية أو إنمائية (الصادي وعجوبة، ١٩٩٢ : ٣٣). كما أنها مهنة متخصصة لها قوانينها الفنية وأساليبها العلمية الخاصة بها (عثمان، ١٩٩٦ : ٣)، والتي تمارس العمل على أساسها.

وعند تقديم التدخل المهني المباشر سواء للطفل المتعرض للإيذاء (المتمثل في الضحية - المعتدى عليه) أو أسرته أو إلى المعتدي (المتسبب في الإيذاء) فإنه لا بد في البداية من تحديد المشكلة التي يواجهها الطفل والمتثلة في الإيذاء المتعرض له، ولكن هذا التحديد قد يواجه بعض الصعوبات، ويعود ذلك لمجموعة من العوامل، هي كما يلي:

- أن ظاهرة إيذاء الأطفال كغيرها من الظواهر الاجتماعية مرتبطة بالعديد من العوامل الاجتماعية والتي من الصعب فصل بعضها عن بعض مما يُمكن من قياسها عند التعامل معها.

- أن الطفل يعتمد على الآخرين سواء في تقدمه للحصول على المساعدة المهنية أو حتى في تعبيره عما يواجهه من صعوبات.

- أن الطفل يكون في بعض مراحل حياته غير قادر على التعبير واستخدام اللغة للتعبير عن الإيذاء الذي تعرض له، وتزيد هذه القدرة تدريجياً مع تقدم العمر.

- صعوبة إثبات أن إصابة الطفل هي نتيجة للإيذاء في بعض الحالات.

بالإضافة إلى أن ذلك الأمر قد يتطلب الاستناد إلى التخصصات الأخرى نظراً لارتباط هذه الظاهرة بالعديد من الجوانب، وذلك لأن الطفل

المتعرض للإيذاء يحتاج إلى العلاج الطبي والنفسي بالإضافة إلى العلاج الاجتماعي، وكذلك فإن في حدوث ذلك ما يحتم تقديم الحماية للطفل (المعتدى عليه) وعقاب المعتدي (المتسبب في الإيذاء) من خلال الاستناد أيضاً إلى الجهات المعنية بالأمر كالشرطة والمسئولين عن سن القوانين والتشريعات.

وقد يكون من المفيد تحديد مجموعة من المؤشرات المعبرة عن إمكانية تعرض الطفل للإيذاء بما يساعد على القيام بالتدخل المهني الملائم مع هذا الطفل.

٢ . ٥ . ١ مؤشرات الإيذاء الموجه للأطفال ومظاهره

اختلف الدارسون في التخصصات المختلفة في تحديد مظاهر ومؤشرات واحدة وثابتة لتعرض الطفل للإيذاء، ولكن بشكل عام فإن هناك من يرى أن الأطفال المتعرضين للإيذاء يميلون إلى أن يكونوا معرضين لممارسة سلوكيات عدوانية تجاه الآخرين بصورة أكثر من الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ليس لديها مشكلات. وقد يظهر لدى الأطفال الذين يتعرضون للإيذاء في أسرهم مشكلات ذاتية كثيرة كحالات القلق، أو اضطرابات النوم، أو الكوابيس، أو انقباض الشعور، أو أعراض الزيادة في الاستشارة، وذلك مثل حدة الطبع، وفرط الحذر (Toscano 1998:366).

ولقد حدد بريست - شامبان Brissett - Chapman مجموعة من المؤشرات العامة التي تدل على إمكان تعرض الطفل للإيذاء البدني أو النفسي أو الجنسي، وتتلخص أهم هذه المؤشرات التي تقع ضمن خمسة أبعاد أساسية (Brissett - Chapman, 1995: 361) في الآتي:

- مدى وجود عنف في سلوك الطفل
- الاتجاه إلى استخدام أسلوب العنف والجنس في طريقة الكتابة، والأعمال المدرسية، واللغة المستخدمة، وأسلوب اللعب.
- استخدام العنف تجاه الأطفال الصغار.
- افتعال المشكلات مع الآخرين.
- مدى ظهور سلوك شاذ لدى الطفل
- السلوك غير المنضبط.
- تصنع اتباع الأسلوب المطيع بشكل كبير عند التعامل مع الآخرين.
- احترام الكذب.
- رفض التعرض للمس من قبل شخص بالغ بخوف شديد.
- الخوف من البقاء وحيداً في نفس المكان مع شخص بالغ.
- الخوف من دورات المياه وأماكن الاستحمام.
- اضطراب النوم.
- التبول اللاإرادي.
- السلوك المتردد.
- الإصابة بالاكْتئاب (حسب التشخيص الإكلينيكي له).
- الاضطراب الانفصامي.
- تشويه النفس self - mutilation.

- مدى وجود سلوك جنسي لدى الطفل مرتبط بالإيذاء الذي من الممكن أن يكون قد تعرض له

- محاولات الاحتياي الجنسي على الأطفال الصغار .

- التصرفات الجنسية العلنية تجاه البالغين .

- التلميح حول الأنشطة الجنسية عند التعامل مع الآخرين .

- المعرفة المفصلة بالأنشطة الجنسية للبالغين غير الملائمة للمستوى العمري ومستوى نمو الطفل .

- المؤشرات والعوامل الأخرى المرتبطة بإمكانية تعرض الطفل للإيذاء

- محاولة الانتحار أو تخيله .

- الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية (جسدية نفسية) .

- إيذاء النفس باستخدام المخدرات أو الكحول .

- تخلف الطفل دراسياً وإهماله لواجبات المدرسة .

- صعوبة التركيز في المدرسة .

- الابتعاد عن ممارسة الأنشطة البدنية أو الاستجمامية .

- الهروب .

- الجنوح .

- التأخر في النمو .

- الأمراض المزمنة .

- مشكلات التغذية .

- مدى وجود سلوكيات لدى الوالدين تمثل خطورة من ممارسة الإيذاء على الطفل
- توقعات الوالدين غير الواقعية لإمكانات الطفل وقدراته ، كقدرته على التدريب على استخدام الحمام .
- العلاج الطبي النفسي أو العقلي لأحد الوالدين أو كليهما .
- إيذاء أحد الوالدين أو كليهما للنفس .
- مدى وجود عنف داخل منزل الأسرة .

وبذلك فإن وجود كل هذه المؤشرات أو بعضها لدى أحد الأطفال يدل على إمكان تعرضه للإيذاء .

كما حدد ديكالمر وجلندننق Decalmer & Glendenning بعض المظاهر أو المؤشرات الأخرى الدالة على تعرض الطفل للإيذاء (Decalmer & Glendenning, 1994: 39-41) وتتحدد بناء على تصنيفها من خلال أربعة أشكال رئيسة للإيذاء هي كما يلي :

- مظاهر الإهمال، وتتمثل في

- آثار إصابة الطفل بالجوع، أو أن يكون مظهره غير ملائم، أو ملابسه غير منظمة، أو متسخة، أو فقدان غير طبيعي لوزنه، أو إصابته بالجفاف .
- عدم توافر الإشراف الملائم خاصة في الأنشطة الخطرة أو طويلة الأجل التي يمارسها الطفل .
- إحساس الطفل بالتعب المستمر، وفقدانه للنشاط والحيوية، مع عدم وجود أسباب واضحة لذلك .
- عدم العناية بالمشكلات الصحية والحاجات الطبية الخاصة بالطفل .
- كثرة أو عدم كفاية الأدوية اللازمة للطفل .

٢ . ٥ . ٢ مظاهر الإيذاء البدني، وتتمثل في عدة أشكال منها

- آثار ضرب وكدمات لا مبرر لها، وذلك:

- ١ - في مناطق مختلفة من جسم الطفل كالوجه، أو الشفتين، أو في المنطقة الواقعة من الصدر للبطن، أو الظهر، أو المؤخرة، أو الفخذ.
 - ٢ - علامات لعضات بشرية على منطقة أو أكثر من جسم الطفل.
 - ٣ - الآثار الموجودة على جسم الطفل للأداة المستخدمة في إيقاع الإيذاء عليه، مثل: آثار سلك كهربائي، أو آثار الحزام، أو العقال.
 - ٤ - تغيرات في شكل الجلد أو لونه في بعض مناطق جسم الطفل.
- الحروق التي لا مبرر لها، ومن ذلك:

- ١ - آثار حروق بالسجائر، على مناطق مختلفة من جسم الطفل وخاصة قاع القدم، أو الكف، أو الظهر، أو المؤخرة.
- ٢ - آثار للحروق بأداة كهربائية أو مكواة أو ما شابهها على جسم الطفل.
- ٣ - آثار لحروق من الربط بالحبل على اليدين أو الرجلين أو الرقبة أو على الجزء العلوي من جسم الطفل.

- الكسور في العظام التي لا مبرر لها، وذلك كالتالي:

- ١ - الكسور في عظام رأس الطفل أو أنفه أو أذنه (كأن تتشوه الأذن نتيجة كثرة الضرب عليها) أو في عظام الوجه.
- ٢ - الكسور بمستوياتها المتعددة المتماثلة للشفاء في جسم الطفل.
- ٣ - تعدد الكسور في عظام جسم الطفل.

- الجروح التي لا مبرر لها، وذلك كالتالي:

١ - في منطقة الفم أو الشفتين أو اللثة أو العينين أو الأذن .

٢ - الجروح في أعضاء الطفل الخارجية .

- فقدان الشعر الذي لا مبرر له، وذلك كالتالي:

١ - نتيجة لنزيف داخلي للطفل يقع بين الجلد والعظم .

٢ - احتمالية شد شعر الطفل من قبل الآخرين .

٣ - نتيجة للإصابات المختلفة في رأس الطفل .

- آثار لإصابات قديمة، وذلك كالتالي:

١- مظاهر غير عادية في عظم رأس الطفل ، أو أنفه ، أو أذنه ، أو اليدين (كأن يكون بها التواء) .

٢ - آثار لعدم أخذ الطفل للعلاج اللازم .

٣ - آثار في فك الطفل ، أو آلام مختلفة ، أو تورم في إحدى مناطق جسم الطفل .

- مظاهر الإيذاء النفسي، وتتمثل في الآتي:

- اضطرابات في عادات الطفل (مثل : المص ، أو العض ، أو الهز . . . وغيره) .

- اضطرابات سلوكية يعاني منها الطفل (كأن يكون غير اجتماعي ، أو لديه رغبة في تحطيم النفس أو الآخرين) .

- قلق الطفل الذي لا مبرر له (كإصابته باضطراب في النوم ، أو اضطراب في الحديث ، أو الخوف من اللعب) .

-ردود فعل نفسية مضطربة للطفل (كإصابته بالهستيريا، أو قلق، أو هواجس، أو فوبيا، أو وهم).

- مظاهر الإيذاء الجنسي، وتتمثل في الآتي:

-الصعوبات التي يعاني منها الطفل عند المشي أو الجلوس .

- تلوث ملابس الطفل الداخلية بالدماء، أو كونها ممزقة .

- آلام أو حكة في المناطق التناسلية للطفل .

- تورم أو نزيف في المناطق التناسلية للطفل .

- كثرة دخول الطفل غير المتوقع واللاإرادي لدورة المياه .

ولكن أياً من هذه المؤشرات والمظاهر في حالة ظهورها على الطفل قد يكون من الصعب ملاحظتها في كل الأحوال سواء من قبل أسرة الطفل أو المسؤولين عن رعايته أو الأطباء أو الأخصائيين الاجتماعيين أو المدرسين أو المحيطين به . وذلك في عدة أوضاع كالحالات التي تكون الأسرة فيها أو أحد أفرادها هو المعتدي، أو في حالة عدم الكشف الطبي المنتظم على الطفل، أو في حالة أن يكون الطفل في سن قبل دخول المدرسة، إلى غير ذلك من أسباب .

حيث إنه لم يتم التوصل حتى الآن إلى توحيد لهذه المؤشرات بين المهنيين والمهتمين من ذوي العلاقة كعلامات ثابتة تدل على تعرض الطفل للإيذاء، بالإضافة إلى أنها تتطلب تعاون المتخصصين في المجالات المختلفة لاكتشافها، ولا سيما إذا كانوا غير مدربين على ملاحظتها واكتشافها . كما قد تتأثر درجة ظهور هذه المؤشرات والمظاهر على الطفل بناء على عوامل متعددة كشدّة الإيذاء ومدى تكرار تعرض الطفل له، ونوع الإيذاء المتعرض له . حيث أن هذه المؤشرات قد يحدث بعضها في حالة التعرض لنوع أو

أكثر من الإيذاء ، كما أن الطفل قد يتعرض لوقوع نوع واحد عليه من الإيذاء أو أكثر في نفس الوقت مما يصعب الفصل بينها .

لذا فقد يكون أحد العوامل المؤدية إلى افتراض قلة وجود حالات أطفال متعرضين للإيذاء في مجتمعنا - إذا صدق هذا الافتراض - يعود إلى قلة الاهتمام أو التدريب من قبل المتخصصين على كيفية تشخيص واكتشاف مثل هذه الحالات ، بالإضافة إلى صعوبة ذلك . حيث إن هناك من يرى بأنه ليس هناك قواعد ثابتة للتشخيص في حالات تعرض الأطفال للأذى المتعمد ، ولكن هناك من الدارسين من حدد قائمة بها سبعة مؤشرات يعتمد عليها عند التشخيص . وهذه المؤشرات ليست تشخيصاً في حد ذاتها ، مع مراعاة أن عدم وجودها لا يعني أن الطفل لم يتعرض للإيذاء المتعمد ، وتتلخص أهم هذه المؤشرات في التالي :

١ - أن هناك تأخيراً من قبل الأسرة في طلب المساعدة الطبية لما يعاني منه الطفل ، أو أن المساعدة الطبية لم تطلب أبداً .

٢ - أن هناك عدم وضوح من قبل الأسرة في الرواية الخاصة بكيفية حدوث (حادثة الإيذاء) التي تعرض لها الطفل ، كما أن هذه الرواية تفتقد إلى التفاصيل ، وقد تختلف هذه القصة من شخص لآخر (حيث يكون غالباً هناك تفسير قوي للأسباب المؤدية إلى الحوادث البسيطة ، بما يساعد في تحديد الحقيقة) .

٣ - طريقة تفسير الأسرة للحادثة المتعرض لها الطفل لا تتناسب مع حجم الإصابة الملاحظة .

٤ - أن تكون مشاعر الوالدين غير طبيعية ، حيث يكون الوالدان الطبيعيان قلقان على طفلهما في حالة إصابته بأي أذى . أما الوالدان اللذان يقومان

بالإيذاء فإنهما يكونان أكثر انشغالاً بمشكلاتهما الخاصة (على سبيل المثال: متى يستطيعان العودة إلى منزلهما في أقرب وقت ممكن).

٥- أن يؤدي سلوك الوالدين وأسلوب تعاملهما مع إصابة الطفل إلى القلق (على سبيل المثال: يصبحان بسرعة عداثيين، أو يردان على الاتهامات التي لم توجه لهما بعد، أو يذهبان من المستشفى قبل وصول الاستشاريين الطبيين).

٦- أن تبدو هيئة الطفل أو تفاعله مع والديه بصورة غير طبيعية، فقد يبدو حزيناً، أو انسحابياً أو مرعوباً، أو قد تظهر علامات واضحة للقصور في نموه.

٧- قد يعبر الطفل عن شيء ما، الأمر الذي يعد نقطة لانطلاق المهنيين وتأكيد ضرورة مقابلة الطفل المتعرض للإيذاء (إذا كان كبيراً بما فيه الكفاية) في مكان آمن وخاص، ويعد ذلك أحد مزايا دخول الطفل للمستشفى. حيث قد تعوق عملية قبول الطفل كمريض خارجي من قدرته على التعبير عن إصابته، الأمر الذي سيجعله يتوقع أنه سيعود إلى الوالدين اللذين يؤذيانه في المستقبل مما يؤدي إلى صمته (Speight, 1997: 5-6).

وكلما كانت المؤشرات على الإيذاء واضحة كلما ساعد ذلك الممارسين المهنيين على القيام بالتدخل المهني، وكلما تم إحراز تقدم في هذه المؤشرات ودقة تحديدها كلما كانت عملية التشخيص للإيذاء أسهل وبالتالي تحديد استراتيجيات تسهل من عملية التدخل المهني. وبذلك فإن تحقيق مزيد من التقدم من خلال المهنيين في كافة المجالات المعنية في تحديد هذه المؤشرات التي تدل على تعرض الطفل للإيذاء ما سيساعد على القيام بالتدخل المهني بصورة ملائمة وبشكل أكثر فعالية.

٢ . ٥ . ٣ التدخل المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء

حتى يتمكن الاخصائي الاجتماعي من القيام بالتدخل المهني مع الطفل المتعرض للإيذاء، هناك عدة مراحل منطلقاً من النموذج الطبي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الذي يعتمد على الدراسة والتشخيص والعلاج يمكن له الاستناد عليها، وتحدد هذه المراحل في سبع مراحل أساسية (الداغ، ١٩٩٨ : ٣١١-٣٢٢) هي كما يلي :

المرحلة الأولى : التحديد الدقيق لمشكلة العميل :

إن الخطوة الأولى للعمل المهني مع حالات الأطفال المشتبه بتعرضهم للإيذاء تتحدد في معرفة أن مشكلة الإيذاء موجودة بالفعل (Conte 1995:714). حيث من الأهمية تحديد المشكلة التي يعاني منها الطفل وهي تعرضه للإيذاء، بالإضافة إلى تحديد جميع الجوانب المرتبطة بها كنوع الإيذاء، ومدى تكراره، ومدة استمراريته، ومصدره، وكيفية اكتشافه، والتعرف على الآلام التي يعاني منها الطفل ورغبته في إيقافها وإيجاد حلول لها.

ويبدأ التدخل المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من اللحظة التي يتم فيها الإبلاغ عن حالة طفل متعرض للإيذاء. وفي الولايات المتحدة الأمريكية يتم إبلاغ مؤسسات تبني حماية الطفل، حيث إنها ذات صلة بالعديد من الجهات المعنية الأخرى، بالإضافة إلى توافر خدمات هاتفية خاصة «الخط الساخن hotline» لهذا الشأن، وهذه المؤسسات تكون مفوضة قانونياً من قبل الدولة للقيام بهذا العمل (Wiehe, 1996 : 85).

ويرتكز العمل في هذه المرحلة الخاصة بتقدير الموقف assessment على التفاعل بين العميل ، والمشكلة ، والمساعدة المطلوبة ، وكذلك الموقف نفسه . ويسعى الأخصائي الاجتماعي إلى ترتيب المعلومات التي وصل إليها حول العميل والموقف والمشكلة التي يواجهها الطفل بغرض محاولة التوصل إلى القرار المناسب المتعلق بالأهداف التي يرغب في تحقيقها والأعمال التي يجب عليه القيام بها (Compton & Galaway, 1999: 255) .

ويقوم الأخصائي الاجتماعي المسئول في البداية بإجراء المقابلة الأولية intake interview كخطوة أساسية عند الإبلاغ عن حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء (Wiehe, 1996 : 86) . ويتم أخذ جميع البيانات الأولية اللازمة الخاصة بالطفل خلال هذه المقابلة ، حيث يجب أن يحاول الأخصائي الاجتماعي من خلال المقابلة الأولى مع أسرة الطفل المتعرض للإيذاء أن يجمع أكبر قدر من المعلومات الدقيقة حول تاريخ حادثة الإيذاء المتعرض لها الطفل ، بغرض تقييم وتحديد الجوانب المهمة المرتبطة بالموضوع (Brissett - Chapman, 1995 :362) . ويتم ذلك بغرض تحديد ما إذا كان تعريض الطفل للإيذاء قد حدث فعلاً أم لم يحدث ، وإذا كان قد حدث ، فما هي احتمالية تكرار حدوثه ، ومعرفة الشخص المعتدي (المتسبب في الإيذاء) ، والإجراء الذي تم اتخاذه نتيجة لذلك . بالإضافة إلى وضع تصور لمدى تأدية الأسرة لوظائفها ، وكذلك تحديد جوانب القوة والضعف في أداء الأسرة لوظائفها . بالإضافة إلى البحث في السجلات (لتحديد هل قامت مؤسسات حماية الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية بتدخل سابق مع هذه الأسرة التي تعرض طفلها للإيذاء أم لا ؟) (89 - 88 : 1996 Wiehe,) . وتمكّن هذه الإجراءات الأخصائي الاجتماعي من إثبات الاشتباه الموجود لديه عن المتسبب في وقوع الإيذاء على الطفل ، وذلك

ليس فقط عن طريق تقييم حالة الطفل ، بل أيضاً بتقييم علاقة هذا الطفل بوالديه (Brissett - Chapman, 1995 : 362) .

ويفضل عندما يقابل الأخصائي الصحية (المعتدى عليه) أن يكون ذلك في أماكن كالمدرسة أو دور الرعاية مثلاً حتى يتمكن الطفل من الحديث بحرية أكبر وبدون خوف . ثم يقوم الأخصائي الاجتماعي أيضاً بمقابلة الوالدين والأفراد أصحاب العلاقة داخل الأسرة . ويسمح الاتصال بالأشخاص المهمين بتزويد الأخصائي بمعلومات إضافية ذات صلة بحالة تعرض الطفل للإيذاء ، وذلك مثل العاملين في المدرسة ، والجيران ، ومن يقومون برعاية الطفل ، والذين يستطيعون تقديم المعلومات حول حالة هذا الطفل (Wiehe, 1996 : 89-90) ، الأمر الذي يعد خطوة مهمة في هذه المرحلة بغرض الوصول لتحديد أدق للمشكلة التي يعاني منها الطفل .

المرحلة الثانية : بناء العلاقة المهنية :

وفي أثناء تعامل الأخصائي الاجتماعي مع الطفل المشتبه في تعرضه للإيذاء أو المتعرض للإيذاء فعلاً بغرض تحديد مشكلته ، وفي حالة قدرة الطفل على التعبير وعلى الحديث واستخدام اللغة ، فإنه لا بد أن يحاول الأخصائي الاجتماعي بناء علاقة مهنية سليمة معه ، حتى يتمكن من إزالة مشاعر الخوف والقلق لديه ، مما يساعد على تقبل الطفل للأخصائي ، وكذلك ثقته به .

إلا أنه من المحتمل أن يواجه الأخصائي بعض الصعوبات في ذلك ، حيث إن الطفل حتى في حالة قدرته على التعبير وهو الذي عاش أغلب حياته يتعرض للإيذاء ، قد يكون ليس لديه إدراك بأن ما يحدث له لا يحدث لكل شخص . وبذلك فإن المشاركة في المشاعر ، والتجارب الذاتية ، هي

عبارة عن معوقات له ، وبالفعل فإنه نتيجة للعقاب المستمر للطفل في الأسر المختلة وظيفياً dysfunctional family ، وعندما يصبح الأطفال مدركين بأن خبرتهم مختلفة عن الآخرين ، فإن ذلك يؤدي بهؤلاء الأطفال إلى الخوف من الإبلاغ عنها إما لخوفهم من السخرية أو العقاب (Wieland, 1998: 121) وذلك يجعل تفاعلهم مع الأخصائي الاجتماعي أمراً غير يسير .

ومن الممكن أن يمتد ذلك أيضاً إلى أفراد أسرة الطفل ، حيث إن في بناء الأخصائي لعلاقة مهنية سليمة معهم ما يساعد على تحقيق مزيد من التقدم في القدرة على مساعدة الطفل (Wieland, 1998: 121) بالرغم من أن الأسرة قد تكون طلبت المساعدة المهنية ، إلا أنه مع ذلك ليس بالضرورة أو حتى إنه ليس من السهولة بناء علاقة من قبل الأخصائي الاجتماعي مع أسرة الطفل المتعرض للإيذاء وخاصة في الحالات التي يكون فيها أحدهم هو المعتدي (المتسبب في الإيذاء) ، لأنها قد تنكر وقع الإيذاء على الطفل وتتجنب المساعدة المهنية ، خوفاً من الوصمة أو الفضيحة أو العقوبة أو باعتبار هذا الأمر شأناً داخلياً خاصاً بها . ولكن من خلال تطبيق الأخصائي الاجتماعي لمبادئ مهنة الخدمة الاجتماعية كالسرية والتقبل فإن هذه قد تساهم في إزالة العوائق أمام تكوين علاقة مهنية سليمة مع الطفل وأسرته .

المرحلة الثالثة : تشخيص مشكلة العميل :

بناء على المراحل السابقة والتي جمع فيها الأخصائي الاجتماعي المعلومات حول حالة الطفل المتعرض للإيذاء ، فإن ذلك يساعده على التوصل لتشخيص المشكلة (الإيذاء) التي يعاني منها الطفل .

ويعرّف التشخيص بأنه عملية تحديد المشكلة (الإيذاء) التي يعاني منها العميل (الطفل) تحديداً دقيقاً ، وذلك بناء على الدراسة لهذه المشكلة (تحديد

الموقف الإشكالي) وكذلك للظروف الاجتماعية للعميل (الطفل)، والقدرات والإمكانات الموجودة لديه (الداغ، بدون تاريخ). كما يعرف التشخيص بأنه تحديد طبيعة المشكلة (الإيذاء) التي يواجهها العميل (الطفل)، مع محاولة تفسير أسبابها بطريقة علمية، وكذلك توضيح أكثر العوامل قابلية للعلاج بها (عثمان، ١٩٩٦ : ٢٢٠).

ومن الأهمية محاولة الأخصائي الاجتماعي التوصل إلى تشخيص سليم لمشكلة الطفل المتمثلة في الإيذاء الذي تعرض له، حيث إن ذلك سيساعده في تحديد استراتيجيات التدخل المهني السليم التي تهدف إلى إزالة المشكلة التي يعاني منها الطفل أو التخفيف من آثارها السلبية.

إلا أن هناك من الدارسين من يرى صعوبة في التفكير بالإيذاء البدني (الإصابة التي تتم بطريقة متعمدة) عند تشخيصه، حيث إن الأمر بالإضافة إلى أنه يتطلب تدريباً مهنيّاً فإنه كذلك يتطلب تدريباً عاطفياً ونفسياً للمهنيين الذين يقومون بعملية التشخيص هذه، وهذا يعد إحدى الصعوبات الخاصة بالعمل الإكلينيكي، نظراً لأن ذلك يحتاج إلى وقت وخبرة وقوة عاطفية لمن يستطيع تطبيقه (Speight, 1997: 5).

ونظراً لصعوبة عملية تشخيص الإيذاء الواقع على الطفل، فإنه لا بد أن يكون الأخصائي الاجتماعي خلال التشخيص المبدئي لحالة الطفل المتعرض للإيذاء معداً إلى القيام بالآتي:

- ١ - مقابلة الطفل وملاحظة مؤشرات الصحة العقلية والمشكلات الإكلينيكية سواء له أو لأسرته والتي توحى بتعرض الطفل للإيذاء.
- ٢ - الاستعانة بالمختصين ولا سيما الأطباء لتحديد مدى الحاجة لكتابة تقرير عن حالة الطفل المتعرض للإيذاء سواء للمؤسسات

خدمات حماية الطفل (وهذا يحدث في الولايات المتحدة الأمريكية) أو إلى سلطات القانون .

٣- القدرة على الاستجابة للحاجات العاطفية للطفل وأسرته (Brissett-Chapman, 1995 360-361). وهذه الجوانب تساعد الأخصائي إلى التوصل لتشخيص عن الحالة .

وهناك من الدارسين من يقترح طريقة لتصنيف حالات إيذاء الأطفال مما لا يتطلب إما الإثبات substantiated لتعرض الطفل للإيذاء وإما عدمه unsubstantiated ، حيث يفترض أن التعرف على الإيذاء قد يحدث في بعض الحالات حتى في حالة عدم وجود مؤشرات أو علامات مدعمة كافية على حدوثه . وهذا النموذج يصنف حالة الطفل المتعرض للإيذاء بواسطة بعدين أساسيين ، هما: الأذى ، والمستوى المتوافر من الإثبات . وفي هذه الحالة فإن التقدير لحالة إيذاء الطفل من الممكن القيام بها في الحالات التي من المحتمل أن يحدث فيها الأذى بسبب سلوك الشخص المتهم أو أفعاله ، وهذه الحالة قد تثبت أو لا تثبت تعرض الطفل للأذى (Wiehe, 1998: 20) ولكن ذلك لا يمنع من تقديم المساعدة للطفل ، أو الخدمات الوقائية للأسرة .

ومن الممكن أن يقوم الأخصائي بالاستعانة ببعض المقاييس الاجتماعية والنفسية - في حالة وجودها ، وفي حالة تناسبها مع وضع الطفل - لقياس مدى تعرضه للإيذاء . ويرى بريست-شابمان (Brissett - Chapman 1995 :362) أنه عند تقييم الوضع الخاص بالطفل المتعرض للإيذاء من الممكن أن يستخدم الأخصائي الاجتماعي أداة لقياس حجم الخطر المتعرض له الطفل ، وذلك حتى يتمكن من تحديد مدى أمنه أو قدرة الأسرة على ضمان حمايته بشكل مناسب . وبذلك فإن عليه الإجابة على مجموعة من الأسئلة ، منها :

- هل يتم التغاضي عن الإيذاء الواقع على الطفل لأنه يتطلب تقديم تقرير رسمي إلى الجهات المسؤولة عن ذلك؟
- هل البالغون في حياة الطفل لديهم فهم واضح للإيذاء الموقع على الطفل؟
- هل يقوم الوالدان بإنكار الحادثة التي أصيب بها الطفل أو التقليل من شأنها أو انتقاء الأحداث التي يذكرونها حولها؟
- هل يلوم الوالدان الطفل على الإصابة الحادثة له أو أنهم يحولون اللوم على الآخرين؟
- هل يوجد بين الوالدين وبين الطفل ارتباط بطريقة كافية وملائمة؟
- هل يقوم الوالدان بإهانة الطفل ويحطان من قدره؟
- هل يدعم الوالدان الطفل؟
- هل يعاني أفراد الأسرة من مشكلات نفسية أو إدمان على المخدرات؟
- ما هي خبرة الأسرة مع السلطات ومع المهنيين الذي يقدمون لهم المساعدة؟
- ما هو مستوى الدعم المقدم من قبل الوالدين والأسرة الممتدة والمجتمع المحلي للطفل المتعرض للإيذاء؟
- ما هي المصادر المجتمعية والاجتماعية والمادية المتوفرة لدى الأسرة؟
- كما أن هناك طريقة أخرى للتشخيص عن طريق ملاحظة سلوك الطفل ، وإن كانت صعبة التنفيذ . ويعود ذلك لأن أعراض السلوك المرتبط بتعرض الطفل للإيذاء مشابهة لأعراض أخرى تظهر مع المشكلات السلوكية أو صعوبات الانتباه أو المشكلات التعليمية لدى الأطفال . وفي بعض الدراسات الحديثة تم تشخيص الاضطرابات التي تؤدي لانعزال الطفل نتيجة لتعرضه للإيذاء بتشخيصات تختلف عن السابق ، بالإضافة إلى أن

التشخيص الخاص بالاضطرابات السلوكية وكذلك الاضطرابات ذات التأثير الخطر على الطفل قد لا تكون بالضرورة دقيقة (Wieland, 1998: 121).

ولأن مشكلة تعرض الطفل للإيذاء يتعامل معها العديد من المتخصصين في مختلف المجالات كالطبية والنفسية والاجتماعية والقانونية والشرعية، فإنه من الأهمية معرفة الأخصائي الاجتماعي التشخيصات المختلفة في كافة المجالات السابقة الذكر حتى يتمكن من التوصل إلى تشخيص سليم لحالة الطفل. حيث أن المهنيين العاملين في المجال الصحي كالأطباء -مثلاً- يعدون أطرافاً مهمة في اكتشاف واثبات حالة الإيذاء المتعرض له الطفل (Wiehe 1996:90)، فإن في لجوء الأخصائي الاجتماعي إلى التخصصات الأخرى المساندة ما يمكنه من تحديد وتشخيص تعرض الطفل للإيذاء بالتعاون مع أطباء الأطفال، والمتخصصين في الطب الشرعي، وكذلك الأطباء والأخصائيين النفسيين. وذلك إما بأن يكون الأخصائي الاجتماعي هو المساند لهؤلاء المتخصصين، أو يكونون هم المساندين له.

فهناك أنواع من الإصابات التي من الممكن أن يتعرض لها الطفل ترتبط بشكل متكرر مع إيقاع الإيذاء عليه، وهذه الإصابات قد تتطلب أيضاً مساعدة طبية عند تشخيصها. والفريق الطبي قد يحتاج لرأي مختص -مثلاً- في حالة الرغبة في معرفة إصابة الحرق الموجودة لدى الطفل، هل هي ناتجة عن طريق حادثة غير متعمدة أو أنها ناتجة عن تعرض الطفل للإيذاء المتعمد. كما أن الرأي الطبي هو مهم أيضاً في تحديد وقت حدوث الإصابة. وعند تقييم الادعاء الخاص بتعرض الطفل للإيذاء الجنسي مثلاً سيكون الفحص الطبي مصدراً مهماً لتأكيد المعلومات. وكذلك فإن الفحص البدني سيحدد إذا ما كان هناك إصابات بدنية لدى الطفل، ومدى وجود أي أمراض تناسلية لديه (Wiehe, 1996 : 90 - 91). حيث تعد الإصابة بالأذى المتعمد إحدى

أهم وسائل التشخيص في طب الأطفال الإكلينيكي clinical paediatrics، حيث يؤثر تعرض الطفل للأذى بشكل كبير على حياته المستقبلية، وفي أسوأ الأحوال يمتد ذلك لتصبح مسألة حياة أو موت له، وهناك احتمال أيضاً لإصابته بتلف في الدماغ أو إعاقة. ويبقى التشخيص للحالات المعرضة للخطر الشديد من الأطفال غير الراشدين «القصر» أمراً مهماً في كل حالة، ويعود ذلك إلى أن الإصابة المتعمدة هي عادةً ما تكون علامة على وجود أنواع أخرى من الإيذاء النفسي والحرمان، مما قد يتسبب في حدوث أذى دائم يؤثر على نمو شخصية الطفل، وهذا الجانب يتعرض له الأطفال الذين هم في سن المدرسة بشكل خاص. والأطفال في هذه المرحلة العمرية قد يكون الخطر من حدوث الموت لهم نتيجة للإيذاء قليلاً نسبياً. ويرتبط الأذى المتعمد للأطفال الأكبر سناً بشكل كبير مع اضطراب يظل لفترة طويلة في علاقة الطفل بالوالدين، ولهذا السبب فإن الأذى المتعمد لا بد ألا ينظر إليه على أنه «تأديب مفرط». والإصابة غير المتعمدة فهي ليست تشخيصاً كاملاً، فما هي إلا عرض على خلل في الأساليب الأبوية في التعامل. والهدف من التدخل المهني هو التشخيص، وكذلك توفير العلاج (إذا كان ذلك ممكناً) لاضطراب الوالدين. حيث إن حدوث الإيذاء البدني في بعض الحالات قد يتيح فرصة للتدخل المهني، وإذا ضاعت هذه الفرصة فقد لا يوجد غيرها لأعوام عديدة (Speight, 1997: 5).

لذا فإن على المستشفيات - مثلاً - أن توجد فريقاً مهنيًا خاصاً بالتعامل مع حالات الأذى الذي يتعرض له الطفل وذلك للعمل مع المعتدي (المؤذي) والضحية (المعتدى عليه). وذلك بأن يقوم أطباء الأطفال مثلاً بتقييم حالة الطفل إكلينيكيًا، ويدرسا أخصائي الأشعة الفحص المصور لتحديد طبيعة ودرجة الإصابة الحادثة، وكذلك يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بمقابلة

الوالدين ، ويقوم الأخصائيون النفسيون بإجراء اختبارات نفسية ليروا ما إذا كان العنف أو احتمالية وجوده ينطبق على الطفل وأسرته أم لا ، ويقرر المحامون ما إذا كانت العلامات أو الدلائل الموجودة على الطفل كافية لإثبات حالة الإيذاء المتعرض لها الطفل ، مما يتطلب إجراء محاكمة أو سحب الطفل من والديه (Bourne, 1998 : 371) . ومهمة هذا الفريق وخاصة الأخصائي الاجتماعي تتلخص في المحافظة على وجود توازن بين توفير دعم للأسرة بدون إصدار أحكام مسبقة ، وأيضاً الوصول إلى معلومات نفسية اجتماعية إضافية وثيقة الصلة بالموضوع . مما يمكن من القيام بعمل تقرير حول ذلك ، لذا فمن الأهمية التعرف على المعلومات الخاصة بالبيئة المحيطة بالطفل مما يتطلب توافر إدراك مهني ، بالإضافة إلى القدرة على رصد الاستجابات العاطفية (كالغضب والرفض ، والإنكار ، والجحود ، والحزن) للأشكال المختلفة لإيذاء الطفل (Brissett- Chapman, 1995 : 363) . لذا فإن الأخصائي الاجتماعي لا بد أن يمثل حلقة الوصل بين المتخصصين في المجالات المختلفة عند التعامل مع حالات تعرض الأطفال للإيذاء .

كما أن حالة الطفل المتعرض للإيذاء قد تتطلب النظر إلى المشكلة من عدة جوانب للوصول إلى عمق أكبر في تحديدها ، وبغرض تحديد حجمها من خلال التوصل لمدى تعرض الطفل لها ، وتحديد للآثار الناتجة عنها . ولا تعد المستشفيات وحدها هي المؤسسة الوحيدة المتدخلة في تعرض الطفل للإيذاء ، ولكنها تعمل مع غيرها من المؤسسات كالشرطة ، ومكاتب المحامين ، والمحاكم ، ومؤسسات خدمات حماية الأطفال - إن وجدت .. وفي بعض الحالات فإن الأمر قد يتطلب من بعض المؤسسات أن تشارك غيرها في إدارة الحالة (الطفل المتعرض للإيذاء) (Bourne, 1998 : 371) .

ولا بد على الأخصائي الاجتماعي أن يحدد كيف يمكن له أن يحدد المتسبب بالإيذاء، ونوع الإيذاء المتعرض له الطفل وكيفية إبلاغ الطفل وأسرته بذلك، وفي بعض الأحيان فإن الأسر لا تظهر بأنها تقوم بالإيذاء على الرغم من أنها في الحقيقة تقوم بذلك. ومن الأهمية ألا يصدر الأخصائي الاجتماعي أحكاماً، وأن يفتح المجال لسمع الاهتمامات المختلفة لأفراد الأسرة. وذلك لأن الاشتباه في إيذاء الطفل أو إهماله ينتج عنه أزمة لأي أسرة. على الأخصائي الاجتماعي أن يحدد مع الأسرة حاجاتها، والمصادر التي يمكن أن تقوم بمساعدتها على الاهتمام بطفلها. وفي بعض الحالات يكون هناك حاجة أيضاً إلى تقديم خدمات الصحة العقلية للأسرة وللطفل، وذلك عندما تكون الأسر بحاجة إلى مساعدة في بناء أو إعادة بناء أساليب التعامل مع الطفل بالإضافة إلى توفير العلاج النفسي والاستشارة الدائمة لهم (Brissett - Chapman, 1995 : 363).

المرحلة الرابعة : تحديد الأهداف العلاجية وطرق تحقيقها :

وفي ضوء الحقائق التي توصل إليها الأخصائي الاجتماعي في المراحل السابقة، وكذلك تحديد التشخيص الخاص بحالة الطفل. فإنه من الأهمية أن ينظر الأخصائي الاجتماعي لمشكلة تعرض الطفل للإيذاء نظرة شمولية متعددة الأبعاد، حيث يقوم بالتعامل مع العميل (الطفل) والمشكلة والموقف (تعرضه للإيذاء) في الوقت نفسه. لذا فإن على الأخصائي الاجتماعي تحديد الأهداف الرئيسية والفرعية والخاصة بحل مشكلة الطفل، ثم ترتيبها حسب أولويتها وأهميتها تحقيقها، وذلك من خلال استعراض جميع الأهداف العلاجية المتاحة بتوضيح مزايا كل منها، والصعوبات التي تعوق تحقيقها.

وإذا كان الطفل قادراً على مناقشة هذه الأهداف يقوم الأخصائي بمناقشتها معه ، أما إن كان صغير السن بحيث لا يكون قادراً على مناقشتها ، فإن على الأخصائي الاجتماعي أن يحدد أهم هذه الأهداف والبدائل العلاجية بالاعتماد على عدة جوانب ، هي كما يلي :

- إمكانات المؤسسة التي يعمل فيها الأخصائي الاجتماعي ، ودوره فيها ،
والصلاحيات المتاحة له .

- الأنظمة والقوانين والتشريعات الخاصة بالمجتمع الذي يوجد به ، سواء
الخاصة بحماية الأطفال المتعرضين للإيذاء ، وكذلك الخاصة بعقوبة
المعتدي (المتسبب في الإيذاء) .

- مدى وجود مؤسسات أو أسر بديلة يمكن أن يعيش الطفل داخلها .
- مدى وجود خطر على الطفل من استمراره في العيش لدى أسرته .
- مدى التأكد ومدى القدرة على إثبات أن ما تعرض له الطفل يعد إيذاءً ،
وتحديد مصدره ، في حالة التمكن من إثبات الإيذاء الذي تعرض له الطفل
من عدمه .

- تحديد هل المتسبب في إيذاء الطفل (المعتدي) هو أحد الوالدين ، أو أحد
أفراد الأسرة ، أو من المحيطين بالطفل ، أو من غرباء عن الطفل ؟
وفي حالة كون المعتدي (المتسبب في الإيذاء) من خارج الأسرة فإنه
يمكن في حالة تعاون الأسرة مع الأخصائي الاجتماعي حماية الطفل
وإيقاف الإيذاء عنه . أما إذا كان المعتدي من داخل الأسرة ، فإنه في هذه
الحالة قد يواجه الأخصائي الاجتماعي صعوبة في حماية الطفل وخاصة
كلما قل عمر الطفل . لذا فإنه من الأهمية أن توضع خطط التدخل المهني
في ممارسة الخدمة الاجتماعية على أساس طبيعة المشكلات والفهم الدقيق

للعميل الذي له حاجات خاصة، وأهدافه، وسلوكياته، والأسرة أو الجماعة التي ينتمي لها. والغرض من ذلك هو لفهم مدى رغبة العميل وقدرته على إحداث التغيير. فلا بد أن يفهم الأخصائي الاجتماعي بوضوح قدرات العميل والعوامل المتعددة المؤثرة فيه، بغرض تحقيق الاستخدام المهني الملائم لخبرات العميل الحياتية ومصادر القوة لديه لإحداث التغيير المنشود (Compton & Galaway, 1999: 357) وهذا قد لا يتوافر لدى الطفل.

وتجدر الإشارة إلى أنه حتى في الحالات التي يدرك فيها الطفل بأن هناك شيئاً ما غير عادي، أو أنه في وضع يساعده على مناقشة تجربته الذاتية، فقد لا يكون لديه اللغة للتعبير وللتفسير للآخرين عما حدث له. وحتى الطفل الذي ابتعد عن مشاعر الألم أو الغضب، فإن لديه حافزاً بسيطاً لاسترجاع ردة الفعل بوعي كامل. فقد يكون مدركاً لما يريد أن يبتعد عنه أكثر من أي شيء آخر إيجابي تم اكتسابه من خلال الحديث عن التجربة التي مر بها (Wieland, 1998: 121).

وبناء على ما تقدم، فإن هذه الأهداف العلاجية لا بد من تحديدها في ضوء درجة الخطورة الناتجة عن تعرض الأطفال للإيذاء. وهناك من صنف درجات الخطورة الناتجة عن الإصابة بالحادث من جراء وقوع الإيذاء على الطفل إلى عدة مستويات مختلفة، هي:

- ١ - مميت: fatal أن يكون الإيذاء سبباً رئيساً في حدوث وفاة الطفل.
- ٢ - خطير: serious أن يكون هناك حاجة للعلاج المهني للطفل بغرض التخفيف من الألم الحاد الذي يعاني منه أو حتى لوقايته من ضعف طويل المدى يمكن أن يصاب به.
- ٣ - متوسط: moderate أن يكون هناك مشكلة سلوكية أو حالة بدنية أو

عقلية أو عاطفية يصاب بها الطفل ، مع وجود أعراض مرتبطة بتعرض الطفل للإيذاء من الممكن ملاحظتها تبقى ظاهرة لمدة ٤٨ ساعة على الأقل .

٤ - محتمل: probable ألا يكون هناك إصابات أو مشكلات واضحة على الطفل ولكن حسب نوع وطبيعة الدرجة القصوى أو الجراحية للإيذاء الطفل فمن المحتمل أن تضعف صحة الطفل العقلية أو العاطفية أو قدراته بشكل كبير .

٥ - معرض للخطر: endangered إذا كان أمن الطفل أو صحته معرضين للخطر بشكل واضح ، ولكن في الوقت نفسه يبدو الطفل وكأنه لم يتم إيذاؤه (Wells, 1995: 348) .

لذا فإنه عند تحديد مستويات لدرجة الخطورة التي يواجهها الطفل يمكن بناء على ذلك تحديد الحالات التي تتطلب سحب الطفل من أسرته أو استمرار بقائه فيها . وأفضل السبل للوصول إلى ذلك ، ومن هنا يتمكن الأخصائي الاجتماعي من تكوين تصور عن الخطة العلاجية التي يسعى لتحقيقها .

المرحلة الخامسة : ترجمة الخطط (الأهداف) العلاجية إلى واقع :

إن التدخل المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء يتطلب النظر إليه من عدة جوانب :

التدخل المباشر : والذي يمارس مع الطفل المتعرض للإيذاء (الضحية) ، وكذلك مع أسرة هذا الطفل ، وتحديداً مع المعتدي (المتسبب في الإيذاء) سواء كان من أفراد الأسرة أو من غيرهم .

التدخل غير المباشر : والذي يكون مع المهنيين أصحاب العلاقة كالعاملين في المجال الطبي والنفسي ، بالإضافة إلى المسؤولين عن حماية الطفل قانونياً كالشرطة ، وشرعياً كالقضاة . ويعرّف العلاج الاجتماعي بأنه المحاولة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي للتأثير الإيجابي في شخصية العميل (الطفل) أو في الظروف المحيطة به ، بغرض تحقيق مستوى أداء أفضل لوظيفته ودوره الاجتماعي ، وكذلك بغرض تحقيق مزيد من الاستقرار الممكن للأوضاع الاجتماعية المحيطة به (عثمان ، ١٩٩٦ : ٢٥٨) .

وتتحدد الخطوة الأولى في تقديم المساعدة للأطفال المتعرضين للإيذاء في توفير الأمان الشخصي لهم ، وذلك بإيقاف الإيذاء المتعرضين له . ثم بعد ذلك يمكن تحقيق رفاهية الأطفال ورعايتهم عن طريق توفير الحماية والدعم لهم ، بالإضافة إلى تقديم برامج التدخل المهني لهم ، وكذلك الدعم القانوني والاجتماعي والتطوير للمواقف العامة المرتبطة بهم (Sudermann & Jaffe, 1997: 74) ويمكن للأخصائي استخدام نموذج التدخل في الأزمات crisis intervention عند تعرض الطفل للأذى باعتبار أن هذه المشكلة تمثل أزمة تحتاج إلى تدخل سريع . وذلك حتى يتم إيقاف الاستمرار في ممارسة الإيذاء على الطفل وحمايته .

وهناك من يرى أنه من الأهمية أن يدرك الأخصائيون الاجتماعيون المهنيون الحاجة إلى القيام بالتدخل المهني النفسي والاجتماعي سواء للطفل أو لأسرته في الحالات المشتبه بتعرض الطفل فيها للإيذاء بغرض تحقيق التأثير الإيجابي بما فيه مصلحة الطفل . وهذا التدخل من الأفضل أن يقدم من قبل المهنيين المدربين الذين لديهم كفاءة وخبرة في التعامل مع الأطفال المتعرضين للإيذاء (Brissett - Chapman, 1995 : 360) .

وقد تم استخدام العلاج المركز على الإيذاء abuse-focused therapy من قبل بعض المهنيين كأحد الأساليب للتعامل مع الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء مما أثر في قدرتهم على رعاية أنفسهم ، وأدى إلى تفاعلهم مع المحيط الخارجي بشكل سلبي . وفي العلاج المركز يتم إبدال وتحويل الجوانب المرتبطة بالإيذاء في داخل الطفل ، وتزويده بتجربة جديدة سليمة أخرى غير التي سبق أن عاشها . وتكون هذه التجارب الجديدة إما معرفية أو سلوكية أو عاطفية أو أنها تشمل الجوانب الثلاثة السابقة . ويحتاج الطفل للثلاثة أنواع من التجارب ، ويعود ذلك إلى أن تجربة الإيذاء قد مر الطفل فيها بالمستويات الثلاثة . وكون تجربة الطفل بالإيذاء تكون غالباً فردية ، فإن العلاج المركز يركز على الطفل ، ويركز بشكل أكبر على ضرورة تقديم الرعاية للطفل في سن مبكرة ما أمكن ذلك . لذا فإن المعالجين يحتاجون إلى مراعاة عمر الطفل عند تعرضه للإيذاء ، وحاجاته التي لم يتم إشباعها بغرض تليتها (Wieland, 1998 : 41 - 42) .

ويتم بعد ذلك تقديم العلاج المناسب للطفل (الضحية) وأسرته وكذلك المعتدي (المتسبب في الإيذاء) بناء على استخدام أساليب التدخل المهني الملائمة في ضوء الأهداف التي تم تحديدها . وكذلك بتوظيف الأخصائي الاجتماعي لمهاراته ، كنزع أسلحة العميل الدفاعية وكسب ثقة العميل ومشاركة العميل مشاعره والتعاطف معه وذلك عند تعامل الأخصائي الاجتماعي مع العميل نفسه (وهو الطفل) أو مع المرتبطين بعملية الإيذاء الواقعة عليه ، وكذلك بناء على طبيعة المؤسسة التي يعمل فيها ، ونوع الخدمات التي يمكن تقديمها من خلالها ، بالإضافة إلى نوع المساعدة التي يمكن تقديمها من خلال ذلك ، وإمكانات وقدرات كل عنصر من العناصر السابقة (الدامغ ، ١٩٩٨) .

وفي حالات إيذاء وإهمال الأطفال يكون الهدف الرئيس هو حماية الطفل ، من خلال تمكين الوالدين من تعديل وتصحيح الأوضاع المؤذية لأطفالهم ، وأهمية قيامهم بأدوارهم الوالدية ، وتوفير خدمات اجتماعية مختلفة تساعد على حفظ توازن واستقرار الأسرة ، بالإضافة إلى الحفاظ على الأسرة ودعمها . وقد يكون أحد الأهداف العلاجية مع الأسر التي يتعرض أطفالها للإهمال هو مساعدة الأسرة على أداء أدوارها المتوقعة منها بشكل يومي ، وتوفير خدمات تساعد على تقليل العزلة في خبرة هذه الأسرة التي يتعرض أطفالها للإيذاء والوالدين الذين يمارسون الإيذاء على أطفالهم ، وذلك بمساعدتهم على تعلم طرق ملائمة وغير عقابية للتأديب ، وإكسابهم مهارات لحل الصراع ، وإيجاد طرق أكثر فعالية للتعامل مع البيئة المحيطة بهم ، وتطوير قدرتهم على التعامل بأسلوب ملائم مع الأنساق الاجتماعية الأخرى الداعمة لهم في المجتمع ، والحصول على مزيد من المعرفة عن حاجات الأطفال للنمو (Brissett 1995 : 362 - 363 - Chapman, .

ويجب أن تكون الخطوة التالية في التدخل المهني تقديم العلاج النفسي ، وذلك باستكمال الحل لمشكلة الإيذاء للأطفال من خلال تدخل المعالجين النفسيين مع الضحية (المعتدى عليه) وكذلك المعتدي (المتسبب في الإيذاء) وكذلك مع من يعيشون معهم من باقي أفراد الأسرة (Conte, 1995 : 715) . ولا بد أن يكون هذا العلاج المقدم عميقاً وطويل المدى في حالة التعامل مع الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء ذي درجة خطيرة وبصفة متكررة (Sudermann & Joffe, 1997 : 75) .

ويلي ذلك التدخل المهني في نسق الوقاية من حدوث الأذى preventing system - induced trauma . لأن حدوث الأذى واستمراره قد

يكون ناتجاً عن اتباع بعض الإجراءات الخاصة بأنساق متنوعة للتعامل مع الضحية (المعتدى عليه). حيث تتطلب الإجراءات الخاصة بالحالات التي تحال إلى المحاكمة أخذ إفادة من الضحية (المعتدى عليه) وفقاً لإجراءات قانونية محددة. وعلى الرغم من أن هذه الإجراءات مفهومة ومهمة فإنها قد تزيد في بعض الحالات من الأذى ولا سيما النفسي للطفل (المعتدى عليه) (Conte, 1995 : 714).

ولا يتوقف الأمر على ذلك بل يمكن أن يكون للأخصائيين الاجتماعيين دور في سن السياسات الخاصة بحماية الطفل، وكذلك العمل في المؤسسات الخاصة بحماية الأطفال ورعايتهم. كما أن على الأخصائي الاجتماعي أيضاً أن يحاول تحديد الطرق المناسبة للتغلب على الأوضاع الموجودة في المجتمع المحلي التي يمكن أن تساعد على تفادي أو تقليل من تعرض الأطفال للإيذاء أو الإهمال (Brissett - Chapman, 1995 : 363).

ومن الأهمية بمكان حتى يتمكن الأخصائي الاجتماعي من القيام بالتدخل المهني الملائم أن يتم وضع حد فاصل لما هو مقبول وغير مقبول من سلوكيات التعامل مع الطفل سواء كان مقصوداً فيها إيذاؤه أم كان ذلك غير مقصود. حيث لا تزال هذه الظاهرة في مرحلة تبلور، سواء من حيث التعريفات الخاصة بها لما يمكن أن يعد إيذاءً، أو من حيث الإجراءات المتبعة في حالة وجودها، والعقوبات الموجهة للمعتدي، وتشريعات حماية الضحية. ولكننا نجد أنه حتى في الدول المتقدمة التي اهتمت بهذه الظاهرة منذ مرحلة مبكرة إلا أنها لم تصل حتى الآن إلى تحديد كامل للكيفية التي يتم التعامل فيها مع هذه الجوانب، على الرغم من وجود إجراءات وتشريعات خاصة بذلك، وكذلك نجد أنه كلما زاد تقدم الدولة، كلما زادت التشريعات والقوانين الخاصة بحماية الأطفال المتعرضين للإيذاء فيها، وكلما

قل تقدم الدولة كلما قلت التشريعات والقوانين الخاصة بذلك ، وينطبق ذلك على الدول العربية وعلى مجتمعنا أيضاً . ويبقى دائماً لدينا أسئلة عن الحد الذي يمكن أن نعد فيه السلوك الممارس على الطفل إيذاءً؟ وما هي الإجراءات التي تتبع سواء مع الطفل أو مع الأسرة؟ ومتى يمكن أن يسحب به الطفل من أسرته؟ والعديد من الأسئلة الأخرى . فالإجابة على هذه الأسئلة وغيرها تساعد الممارسين في مجال الخدمة الاجتماعية إلى التوصل لكيفية التدخل المهني الملائم وذلك في اختيار الأسلوب الملائم مع طبيعة حالات الإيذاء الموجودة ، وكذلك بما يتناسب مع طبيعة المجتمع الذي توجد فيه والإجراءات الموجودة المتبعة فيه ، بغرض التوصل إلى حلول عملية للمواجهة والوقاية والعلاج من وقوع مثل هذا الإيذاء على الأطفال .

المرحلة السادسة : تعميم وتثبيت التغيير :

انطلاقاً من المرحلة السابقة ، وبعد أن قام الأخصائي الاجتماعي بالتدخل المهني سواء مع الطفل المتعرض للإيذاء (الضحية) أو أسرته . وذلك بمنع استمرار وقوع الإيذاء على الطفل ، وكذلك بمحاولة التخفيف من آثاره ، إلا أنه من الأهمية المحافظة على الوضع الإيجابي الذي تم التوصل إليه بتدخل الأخصائي الاجتماعي مهنيًا مع الطفل ، وذلك بتثبيت وتدعيم التغيير الناتج عن تدخله المهني . فلا بد من استمرار توقف تعرض الطفل للإيذاء نتيجة للتدخل المهني ، وكذلك تهيئة المحيط الاجتماعي الملائم الذي يمكن أن يعيش فيه الطفل . لذا فمن الأهمية منح الأخصائي الاجتماعي الصلاحيات بالتعاون مع الجهات الأخرى ، وكذلك إيجاد القوانين والتشريعات ، التي يمكن بها للأخصائي المحافظة على نتائج التدخل المهني الذي قام به ، وضمان استمرار منع تعرض الطفل للإيذاء ، والعمل على التخفيف من آثاره السلبية .

بالإضافة إلى أهمية وقاية الطفل المتعرض للإيذاء وغيره من الأطفال إما من تكرار واستمرار التعرض للأذى، أو في احتمال وقوعه عليهم، ولقد اختلف الدارسون في تحديد سبل الوقاية من الإيذاء، ويرى مرسى أن هناك عدة أساليب للوقاية من العدوان وعلاجه في حالة حدوثه، ومنها:

١ - عقاب المعتدي لردعه عن عمله بالاستناد إلى الشريعة الإسلامية .

٢ - تنمية الوازع الديني لدى الأفراد في المجتمع، حيث حرم الإسلام العدوان .

٣ - التعرف على أسباب العدوان، والعوامل المؤدية لممارسته حتى يتم العمل على تجنبها بالوقاية منها ومواجهتها بعلاجها .

٤ - اتباع أساليب التنشئة الاجتماعية السليمة مع الأطفال (مرسي، ١٩٨٥ : ٦٠-٧٢) .

وهناك من يرى أنه يمكن لبرامج وقاية الأطفال من الإيذاء أن تستند على مجموعة من الخطوات والقواعد الأساسية يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يقوم باتباعها عند التدخل المهني بغرض وقاية الطفل من التعرض للإيذاء، وهي كالآتي :

- تطوير منهج متوازن قائم على منظور تنموي، وإيجاد أدوات للتدريب لتنمية صفات الطفل الإدراكية وقدراته التعليمية .

- تقديم المعلومة للأطفال الصغار بطريقة مثيرة ومتنوعة بغرض جذب انتباههم مما يزيد من تعلمهم للمعلومات .

- تعليم الأطفال مفاهيم عامة، وذلك مثل مهارات اتخاذ القرار ومهارات الاتصال، والتي يستطيع الأطفال استخدامها في الأوضاع اليومية وليس فقط للحماية من الإيذاء .

- تطوير برامج طويلة المدى حتى يمكن أن تتكامل مع مناهج المدارس العادية .
- تطوير برامج شاملة لما بعد المدرسة ، وتوفير فرص أكبر للمناقشة من خلال جماعات محددة معرضة للخطر .
- وقاية الأطفال ، مع تكرار استخدام استراتيجيات الوقاية من التعرض للإيذاء ، وذلك من خلال توفير التغذية العكسية لأداء الأطفال بغرض تسهيل وصف إمكانية تعرضهم للإيذاء لهم .
- التأكيد على الحاجة إلى أن يقوم الأطفال بالإبلاغ عن الشخص الذي يقوم بلمسهم باستمرار بطريقة تجعلهم خائفين .
- ابتكار عناصر جديدة لتدريب الوالدين والمعلمين تكون أكثر منهجية وشمولاً ، وخاصة عندما يكون الهدف هو التعامل مع الأطفال الصغار .
- دعم الوالدين في مسؤوليتهم لتنشئة أطفالهم ، وذلك من قبل مؤسسات الخدمات الأولية ، وذلك إما قبل أو في أقرب وقت ممكن من ولادة الطفل الأول لهم قدر الإمكان أو قبل الولادة .
- زيادة وتعزيز الخدمات الخاصة بالوالدين بحيث تكون مرتبطة بمستوى نمو معين للطفل ، بالإضافة إلى التعرف على التحديات الاستثنائية التي تدخل ضمن العناية والتأديب من قبل الوالدين للأطفال في أعمار مختلفة .
- توفير الفرصة للوالدين لتشكيل طرق التعامل مع الطفل أو تأديبه أو التأديب الذي ينشأ خلال مرحلة التدخل المهني .
- تطلب تعديل اتجاهات الوالدين نحو الطفل وتقوية المهارات الوالدية والشخصية وقتاً أطول من الارتباط بين الوالدين والأخصائي الاجتماعي .
- التأكيد على أهمية القدرة على الحصول على المساعدة والدعم الاجتماعي إذا دعت الحاجة ، يعد عنصراً مهماً في عملية البحث عن البرامج الخاصة بتوفير الأمان للأطفال إلى ما بعد فترة التدخل المهني المباشر معهم .

- التعرف على الاختلافات الثقافية ، وطبيعة تفاعل الوالدين مع أبنائهم عند وضع البرامج المختلفة (Daro, 1996 : 349 - 353).

المرحلة السابعة : إنهاء العلاقة المهنية :

في هذه المرحلة يقوم الأخصائي الاجتماعي بإنهاء العلاقة المهنية مع الطفل وأسرته . وفي حالة كون عمر الطفل يسمح له بالتفاعل مع الأخصائي الاجتماعي فإنه قد يشعر بالخوف من هذا الإنهاء ، ولكن على الأخصائي الاجتماعي التمهيد للطفل لهذه الخطوة ، حتى يكون على استعداد لمواجهةها وتقبلها . وذلك من خلال القيام بالتعاقد «إبرام العقد» معه ومع أسرته في بداية تكوين العلاقة المهنية بينهما بحيث تصبح عملية الإنهاء واضحة وغير مفاجئة بما يقلل ن ردود الفعل السلبية في هذه المرحلة (الدامغ ، ١٩٩٨ : ٣٢٢).

ونلاحظ بعد استعراض هذه المراحل المقترحة والخاصة بتدخل الأخصائي الاجتماعي المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء أنه ليس بالضرورة أن يتمكن الأخصائي الاجتماعي من المرور بكل هذه المراحل ، ولكن ذلك يعتمد على طبيعة المؤسسة التي يعمل بها ، وكذلك نوع الحالة ، والظروف المحيطة بها . وفي هذه المراحل ما يعد نموذجاً عاماً يقوم الأخصائي الاجتماعي باتباعه ، مع ملاحظة أنه يمكن للأخصائي الاجتماعي استخدام العديد من الأساليب عند تدخله المهني في ضوء رؤيته الخاصة حول الأسلوب الواجب اتباعه ، ومدى قناعته به ، وإمكان تنفيذه في ضوء الظروف والإمكانات المتاحة .

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية

٣ . الإجراءات المنهجية

١.٣ مقدمة

سيتم في هذا الفصل التطرق للإجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة بما يتفق مع مشكلة الدراسة وأهدافها وتساؤلاتها ومفاهيمها ، وبما يحقق التوصل إلى الحقائق المتبغاة منها . وستعرض الباحثة خلال هذا الفصل نوع الدراسة ومنهجها ومجتمعها وأدوات جمع بياناتها ومجالاتها وكافة ما يرتبط بذلك .

ولقد قامت الباحثة في هذه الدراسة باستخدام وتوظيف التعدد المنهجي the method of triangulation الذي يتمثل في «استخدام أكثر من ملاحظ ، أو أكثر من منهجية ، أو استخدام أكثر من مصدر للبيانات ، أو أكثر من أداة من أدوات جمع البيانات ، أو استخدام أكثر من نظرية لتفسير البيانات بعضها أو كلها» (الدامغ ، ١٩٩٦ : ١٠٨).

فالتعدد المنهجي يتلاءم مع موضوع الدراسة المرتبطة بإيذاء الأطفال . ونظراً لحساسية هذا الموضوع ، وعدم وجود معلومات كافية عنه ، بالإضافة إلى الصعوبات المرتبطة بالحصول على البيانات اللازمة عنه ، كل ذلك جعل استخدام هذا التعدد المنهجي ضرورة كمحاولة للوصول لفهم أعمق لموضوع الدراسة ، بالإضافة إلى أن التعدد المنهجي يحقق العديد من الفوائد الإيجابية ، يمكن حصرها فيما يلي :

- ١ - يساهم في التقليل من احتمالات حدوث الخطأ ، مما يساهم في زيادة مصداقية البيانات التي يتم الحصول عليها .
- ٢ - يساهم في التقليل من احتمال التحيز .

٣- يساعد على تفسير النتائج عن طريق أكثر من منظور، مما يجعل التفسير المتوصل إليه أكثر دقةً وصواباً.

٤- يساهم في زيادة مصداقية النتائج المتحصل عليها.

٥- يساعد على تلافي القصور الموجود في كل (منهج - أداة - نظرية - مصدر - ملاحظ) على حدة.

٦- أنه يمكّن من الجمع بين المنهجين الكمي والكمي (الداغ، ١٩٩٦ : ١١٧-١١٨).

٧- أنه يمكّن من النظر إلى الظاهرة من أكثر من زاوية ومنظور وبالتالي يحقق فهماً أعمق لها.

ولقد قامت الباحثة في هذه الدراسة بتوظيف أكثر من نوع من أنواع التعدد المنهجي، هي:

أ- تعدد النظريات.

ب- تعدد أدوات جمع البيانات.

ج- تعدد مصادر البيانات.

٣. ٢. نوع الدراسة ومنهجيتها

تعد هذه الدراسة دراسة استطلاعية، وقد اختارت الباحثة هذا النوع من الدراسات نظراً لعدم توافر معلومات كافية عن موضوع الدراسة، نتيجة لعدم كفاية الدراسات السابقة المحلية عنها حيث تعاني تلك الدراسات القليلة - كما سبق أن أشرنا في الفصل الثاني - من أخطاء منهجية أثرت في نتائجها. ولقد قامت الباحثة في هذه الدراسة بالاعتماد على منهج المسح الاجتماعي social survey method، حيث إنه عادةً ما يُعنى هذا المنهج بجمع

البيانات الخاصة بموضوع ما، سواء حول آراء، أو معتقدات، أو سلوكيات، أو صفات وخصائص مميزة لجماعة من الأفراد، أو أهداف ودوافع، وذلك عن طريق توجيه الأسئلة إلى الأفراد أنفسهم، أو إلى أفراد آخرين مطلعين على الأهداف والدوافع الخاصة بذلك. وقد يستخدم هذا المنهج أيضاً عند محاولة الباحث شرح أسباب تصرفات الأفراد ومشاعرهم بناء على الطريقة التي يتبعونها (Jones, 1996 176-175). حيث من الممكن أن يستخدم هذا المنهج للوصف، وللتفسير، وكذلك بغرض الاستكشاف أيضاً، وخاصةً في الدراسات التي تكون وحدة التحليل فيها الأفراد (Rubin, & Babbie 1997:346). ونظراً لأن الباحثة اعتمدت في جمع بيانات هذه الدراسة على وحدات بشرية، وذلك باستخدام أداة الاستبيان في جمع البيانات منهم. كل ذلك جعل هذا المنهج أكثر ملاءمة لاستخدامه في هذه الدراسة، للتوصل إلى فهم أوضح لحالات إيذاء الأطفال التي سبق للممارسين المهنيين من المتخصصين في المستشفيات التعامل معها، وذلك عن طريق الحصول على معلومات حولها منهم.

ولتحقيق مزيد من الفهم لموضوع الدراسة فقد قامت الباحثة باللجوء إلى الاطلاع على بعض الوثائق والملفات records & documents لحالات الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء من المنومين أو ممن سبق لهم التردد أو التنويم في المستشفيات بمدينة الرياض، ومدى توافر ملفات عنهم للاطلاع عليها سواء كان اطلاعاً مباشراً من قبل الباحثة على هذه الملفات أو أن الاطلاع انحصر في حصول الباحثة على المعلومات من ملفات هؤلاء الأطفال عن طريق الممارسين المهنيين من المتخصصين في المستشفيات. كما قامت الباحثة أيضاً بمقابلة بعض الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء وأسرههم ممن سمحت لها أنظمة المستشفيات والإطار الزمني للدراسة. ولقد قامت الباحثة باستخدام

المقابلة المفتوحة «غير المقننة» un-structured interview مع بعض الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء وأسرههم، وكذلك مع المتعاملين معهم من الممارسين المهنيين في المستشفيات ممن تمكنت الباحثة من مقابلتهم. وعادةً لا يعد الباحث في هذا النوع من المقابلات استبياناً مسبقاً يحتوي على أسئلة محددة، حيث يتسم هذا النوع من المقابلات بالمرونة فيما بين الباحث والمبحوثين (التير، ١٩٨٩ : ١٢٧؛ لطفي، ١٩٩٥ : ٨٧)، سواء فيما يتعلق بالأسئلة أو الإجابات عنها، حيث إن شكل الأسئلة وصياغتها غالباً لا يحدد من قبل (عبد المعطي، ١٩٩٥ : ٣٥٠). فالباحث يعرف طبيعة المشكلة البحثية ومكوناتها، ومن ثم يقوم بتحديد الأسئلة التي يرى أنها تمكنه من الحصول على البيانات التي تتطلبها دراسته (السيد، ١٩٩٥ : ٢٢٢)، بما يساعده على التعمق في الحصول على المعلومات المرتبطة بالمبحوث والموقف المحيط به (حسن، ١٩٨٥ : ٣٣٧). وذلك من خلال القيام بمسح شامل لما تمكنت الباحثة من الوصول إليه من الحالات التي سبق لها التعرض أو المتعرضين للإيذاء من الأطفال المنومين أو من سبق لهم المراجعة أو التنويم في هذه المستشفيات وأسرههم، والذين تسنى لها مقابلتهم أو الاطلاع على ملفاتهم في المستشفيات بمدينة الرياض، أي ما يسمى أحياناً بمجتمع الدراسة (العينة) التي أمكن الوصول إليها / accessible population / sample، والتي تم الوصول إليها عن طريق المتخصصين من الممارسين المهنيين المتعاملين مع ظاهرة إيذاء الأطفال من العاملين في المستشفيات. وقد بلغ عدد الحالات التي اطّلت الباحثة على ملفاتهم أو قابلتهم ٢٥ حالة من الأطفال المتعرضين للإيذاء من المنومين أو من سبق لهم التردد أو التنويم في ستة مستشفيات ضمن المستشفيات التي دخلت ضمن مفردات العينة (انظر الملحق رقم ٢). أما بقية المستشفيات فنظراً لعدم وجود ملفات لديها مصنفة لمثل هذه الحالات فلم تتمكن الباحثة من الحصول على المعلومات بهذه الطريقة منهم.

ولكن لم تتمكن الباحثة من استخدام منهج دراسة الحالة في هذه الدراسة لعدة أسباب، أهمها، لكون بعض الملفات ينقصها الكثير من المعلومات الضرورية اللازمة لاستكمال دراسة الحالة، ولعدم التعرف على الحالة على أنها حالة إيذاء أطفال واضحة، ولعدم وجود إطار موحد يحدد جميع الأطفال المتعرضين للإيذاء في المستشفيات، ويوضح عددهم. وكذلك الخلل في التصنيف نتيجة للاختلاف في طريقة التصنيف داخل المستشفى الواحد، وكذلك بين المستشفيات في تصنيف هؤلاء الأطفال. واختلاف المدة الزمنية التي وقع فيها الإيذاء على الأطفال في داخل المستشفى الواحد وكذلك بين مستشفى وآخر. وأيضاً لصعوبة الوصول إلى جميع المفردات بأسلوب واحد (فبعضهم يمكن مقابلتهم ومقابلة أسرهم وبعضهم الآخر لا يمكن ذلك معهم بل يكتفى بالاطلاع على ملفاتهم ... الخ) مما يصعب الحصول على معلومات موحدة عنهم في حالة اختيارهم ضمن العينة، الأمر الذي يجعل استخدام دراسة الحالة أمراً صعباً لكونها تحتاج إلى عمق في دراسة الحالات وفهم لطبيعة الإيذاء وأسبابه وهو ما لم يتسنَّ للباحثة.

٣. ٣ مجتمع الدراسة وعينتها

تطلبت طبيعة الدراسة اللجوء إلى أكثر من مصدر لجمع البيانات حتى يمكن أن تحقق أهدافها بالشكل المطلوب من ناحية، وحتى يمكن النظر إلى ظاهرة إيذاء الأطفال من زوايا مختلفة على اختلاف تخصصات الممارسين المهنيين العاملين في المستشفيات من ناحية أخرى، الأمر الذي يزيد قطعاً من مصداقية أي نتائج تتوصل إليها الباحثة.

مجتمع الدراسة : المتخصصون من الممارسين المهنيين الذين يمكن أن

تتيح لهم طبيعة عملهم (في المستشفيات) معرفة ومشاهدة حالات إيذاء الأطفال، وهم :

١ - الاخصائيون الاجتماعيون .

٢ - الاخصائيون النفسيون .

٣ - الأطباء النفسيون .

٤ - أطباء الأطفال .

وقامت الباحثة بتحديد عدة مستويات من المعاينة بما يتناسب مع طبيعة مجتمع الدراسة والهدف منها، وتتحدد في الآتي :

مستوى المعاينة الأول : أعدت الباحثة قائمة بالمستشفيات الكبرى الرئيسة الحكومية غير الخاصة بمدينة الرياض ، ثم قامت الباحثة باختيار المستشفيات المطلوبة منها باستخدام أحد أنواع العينات غير الاحتمالية وهي العينة العمدية purposive sample أو ما يطلق عليها الغرضية أو المقصودة أيضاً . حيث يستخدم هذا النوع من العينات إذا كان لدى الباحث معلومات أو خبرة حول مشكلة ومجتمع الدراسة ، فيتم اختيار مفردات العينة على أساس تقدير وحكم الباحث بأن المفردات التي يختارها تفي بغرض الدراسة وتحقق أهدافها (لطفي ، ١٩٩٥ : ٦٩ ؛ داود وآخرون ، ١٩٩١ : ٧٢) . أو لأنه يعرف مسبقاً بأنهم أقدر من غيرهم على تقديم المعلومات الخاصة بالمشكلة التي يدرسها (عودة وملكاوي ، ١٩٩٢ : ١٦١) ، أو لأنه يعتقد أنها تمثل مجتمع الدراسة تمثيلاً صحيحاً (حمزاوي والسروجي ، ١٩٩٨ : ٢٠٠) . لذا يقوم الباحث بإدخال هذه المفردات ضمن عينته بشكل متعمد لاعتقاده بتوافر الصفات اللازمة فيها والمؤثرة في الخاصية المراد دراستها (أبو شعر ، ١٩٩٧ : ٤٨) . ونظراً لأن المستشفيات التي وقع عليها الاختيار تعد

من أكبر وأهم المستشفيات في مدينة الرياض ، ونظراً لتوافر أقسام للأطفال أو الخدمة الاجتماعية أو العلاج النفسي أو الإسعاف في كل منها أو في أغلبها ، ولكثرة رواد هذه المستشفيات وأهميتها في مدينة الرياض ، اعتبرت الباحثة أن هذه المستشفيات من الممكن أن يتحقق غرض الدراسة من خلالها ، حيث تعتبر عينة ممثلة لمجتمع الدراسة . وهذا ما جعل الباحثة تختار عشرة مستشفيات تحديداً ، هي : المستشفى المركزي ، ومستشفى الولادة والأطفال ، ومستشفى الأطفال بالسليمانية ، ومستشفى الأمير سلمان ، ومستشفى القوات المسلحة ، ومستشفى قوى الأمن ، ومستشفى الملك خالد الجامعي ، ومستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، ومستشفى اليمامة .

مستوى المعاينة الثاني : قامت الباحثة باختيار الأقسام المطلوبة (الخدمة الاجتماعية ، والطب والعلاج النفسي ، وطب الأطفال) الموجودة في هذه المستشفيات اختياراً متعمداً باستخدام أحد أنواع العينات غير الاحتمالية وهي العينة العمدية ، على اعتبار أن هذه الأقسام ذات صلة مباشرة بحالات إيذاء الأطفال ، من وجهة نظر الباحثة .

مستوى المعاينة الثالث : قامت الباحثة بحصر جميع الممارسين المهنيين المتخصصين (الاخصائيون الاجتماعيون - الأخصائيون النفسيون - الأطباء النفسيون - أطباء الأطفال) من العاملين في الأقسام التي تم اختيارها في المستشفيات بالرجوع إلى إدارة الأقسام التي وقع عليها الاختيار في المستشفيات التي شملتها الدراسة .

وقد تم اختيار مفردات العينة منهم اختياراً متعمداً باستخدام العينة العمدية بحيث استبعدت الباحثة غير المتحدثين بالعربية منهم ، وكذلك المجازين ونحوهم ، عند جمع بيانات الدراسة .

٣. ٤. أداة جمع بيانات الدراسة

أملت طبيعة الدراسة والمنهج الذي تم استخدامه ومجتمع وعينات الدراسة استخدام أحد أنواع أدوات جمع البيانات في هذه الدراسة، وقد تم اختيارها بما يتلاءم وأهداف الدراسة، ونوع البيانات التي تود الباحثة الوصول إليها، بالإضافة إلى الإمكانيات المتوافرة وطبيعة الظروف المحيطة بالدراسة، وهذه الأداة هي:

- أداة الاستبيان Questionnaire

حيث قامت الباحثة بتصميم استبيان لتوزيعه على الممارسين المهنيين من المتخصصين (الأخصائيون الاجتماعيون - الأخصائيون النفسيون - الأطباء النفسيون - أطباء الأطفال) في المستشفيات.

ويعرف الاستبيان بأنه أداة لجمع البيانات من نطاق عريض من المبحوثين في المجال المراد دراسته (Fink, 1995: 1)، عن طريق صياغة الباحثة لمجموعة من الأسئلة، وتصنيفها وترتيبها حسب أهميتها (الكندري وعبد الدائم، ١٩٩٣ : ١٤٥)، بغرض الوصول إلى الإجابة عن تساؤلات الدراسة (الصباب، ١٩٩٢ : ١٥٣). وعادةً ما يقوم الباحث بتقديم الاستبيان للمبحوثين، مع شرح الهدف من الدراسة، حتى يقوموا باستيفاء الاستبيان بأنفسهم، ثم يقوم الباحث بجمعه من المبحوثين بعد إجابتهم عليه (جلبي، ١٩٩٥ : ٢٥٧-٢٥٨).

وحيث إنه من ضمن أهداف هذه الدراسة التعرف على ظاهرة إيذاء الأطفال من حيث أسبابها، وأنواعها، وخصائص المتعرضين لها، وحيث أن الممارسين المهنيين من المتخصصين (الأخصائيون الاجتماعيون -

الأخصائيون النفسيون- الأطباء النفسيون- أطباء الأطفال) في المستشفيات يمكن أن تتيح لهم طبيعة عملهم التعامل مع هذه الحالات ، وبما أن هؤلاء الممارسين يشكلون أعداداً كبيرة موزعة بين مستشفيات مدينة الرياض ، لذلك كان استخدام هذه الأداة من أفضل الوسائل التي يمكن عن طريقها الحصول على المعلومات المراد التوصل إليها في هذه الدراسة وعلى نطاق واسع .

ويتكون هذا الاستبيان من عدة أجزاء (انظر ملحق رقم ١) :
الجزء الأول : ويشمل البيانات الخاصة بالممارسين المهنيين من المتخصصين في المستشفيات . وينتهي هذا الجزء بسؤال حول مدى تعامل الممارس مع حالات إيذاء للأطفال ، وفي حالة كونه قد سبق له التعامل معهم فيقوم باستكمال الإجابة على باقي أجزاء الاستبيان .

الجزء الثاني : ويشمل البيانات الخاصة بمدى تعامل الممارسين المهنيين من المتخصصين في المستشفيات مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء .

الجزء الثالث : ويشمل البيانات الخاصة بعناصر ومكونات التدخل المهني من قبل الممارسين المهنيين في المستشفيات لمواجهة ظاهرة إيذاء الأطفال .

- الدراسة الكشفية (الأولية) للاستبيان :

١ - حاولت الباحثة إجراء دراسة كشفية (أولية) حيث قامت فيها بتوزيع الاستبيان على بعض الممارسين المهنيين في مستشفيين من المستشفيات التي دخلت ضمن عينة تم اختيارها عشوائياً من مستشفى الأمير سلمان ، ومستشفى القوات المسلحة .

٢ - لم تتمكن الباحثة من الاستناد إلى نتائج هذه الدراسة لسببين رئيسيين :
هما :

أ- تطلب بعض من وقع عليهم الاختيار الموافقة المسبقة لتوزيع الاستبيان وهو أمر يفترض أن يعقب هذه المرحلة، حيث أن هذه المرحلة تدخل في مرحلة إعداد الاستبيان بشكله النهائي .

ب- ولكون القلة ممن أجابوا على الاستبيان بدون اشتراط الموافقة الرسمية لم يكونوا ممن سبق لهم التعامل مع حالات إيذاء الأطفال .

- صدق أداة الاستبيان

يوضع المقياس لقياس شيء معين في صورة دقيقة، وهذا يتطلب توافر الثبات، ولكن هذا الشيء المراد قياسه ينبغي أن يكون هو هدف المقياس وليس شيئاً آخر غيره، وهذا يتطلب الصدق في المقياس (العرايبي، ١٩٩٠ : ١٤٦). ويعني صدق validity أداة جمع البيانات بأنه قدرة المقياس على قياس ما أعد لقياسه، بحيث يمكن للباحث القول بأن المقياس يقيس فعلاً ما صمم لقياسه (السيد، ١٩٩٥ : ١٦٢ ؛ جلبي، ١٩٩٥ : ٢٩٠ ؛ الحسن، ١٩٨٦ : ١٣٩ ؛ عبدالصمد وآخرون، ١٩٩٧ : ٢٥ ؛ العساف، ١٩٨٩ : ٤٢٩ ؛ عودة وملكاوي، ١٩٩٢ : ١٩٣) وقد حققت إحدى أدوات جمع البيانات (الاستبيان) في هذه الدراسة عدة أنواع من الصدق وهي :

أولاً: الصدق الظاهري face validity حيث يعد المقياس صادقاً في حالة ما إذا كان مظهره يشير إلى أنه صادق، حيث إن شكله معقول (عبيدات وآخرون، ١٩٩٢ : ١٦٤)، بالإضافة إلى كونه مناسباً وملائماً للفرد الذي يقيسه، والمدى الذي تبدو فيه فقراته مرتبطة بالمتغير المراد قياسه (العساف، ١٩٨٩ : ٤٣٠ ؛ الكندري وعبدالدايم، ١٩٩٣ : ١٥٤).

كما يمكن تحقيق هذا النوع من الصدق أيضاً بعرض هذا المقياس على بعض الأشخاص غير المديرين لتؤخذ موافقتهم على مناسبة بنوده أو عدم مناسبتها لموضوع الدراسة (Litwin, 1995: 35).

ثانياً: صدق المحتوى content validity الذي يعني مدى تمثيل بنود المقياس للمحتوى المراد قياسه (العساف، ١٩٨٩ : ٤٣٠؛ الكندري وعبدالدايم، ١٩٩٣ : ١٥٣)، من خلال إجراء تحليل منطقي لمواد المقياس و فقراته وبنوده لتحديد مدى تمثيلها لموضوع الدراسة وأهدافها (أحمد وآخرون، ١٩٩٥ : ٥٧٦)، وذلك بفحص محتوى المقياس، وتحليل أسئلته، لمعرفة مدى تمثيلها لما يريد المقياس أن يقيسه، وللتأكد أيضاً من أن الأسئلة تغطي جميع هذه الجوانب (عبيدات وآخرون، ١٩٩٢ : ١٦٢). بحيث تمثل عينة الفقرات التي يختارها الباحث لمقياسه مجموع الفقرات التي تكون الإطار العام للجانب المراد قياسه تمثيلاً جيداً. ولا تتوافر وسيلة عملية لحساب درجة تمثيلها لهذا الإطار العام، لذا فإن هذا الأمر متروك لتقدير الباحث الشخصي. كما يمكن تقدير ذلك من خلال الحكم على كل بند من بنود المقياس وتقدير أهميته بالنسبة للمقياس ككل، وارتباطه به من خلال خبراء متخصصين في مجال موضوع الدراسة بإمدادهم بتعريف إجرائي للمفهوم المراد الحكم عليه (التير، ١٩٨٩ : ١٩٢؛ السيد، ١٩٩٥ : ١٦٤). فالدراسة لصدق المحتوى تتضمن مراجعة منظمة لمفاهيم المقياس للتأكد من أنها تشمل كل شيء يجب أن يكون ضمنها، ولا تتضمن أي شيء لا يجب أن تتضمنه (Litwin, 1995: 35).

وقد تحقق هذان النوعان من الصدق على أداة الاستبيان المستخدمة في هذه الدراسة والمطبقة على المتخصصين من الممارسين المهنيين في المستشفيات ، وذلك من خلال إجراء الباحثة لاختبار هذا الاستبيان بهدف التأكد من سلامته وصلاحيته وملاءمته لموضوع الدراسة وأهدافها والبيانات المبتغاة منها ، وقد تم إجراء التعديلات على الاستبيان في ضوء ذلك ، إلى أن تم التوصل إلى صيغته بصورته النهائية ، وذلك عن طريق اتباع مجموعة من الخطوات وهي :

١ - قامت الباحثة بتصميم الاستبيان بما يتفق مع موضوع الدراسة وأهدافها ومجالها والمجتمع الذي سيتم جمع البيانات .

٢ - عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين للتعرف على ملاحظاتهم وآرائهم في مدى ارتباط هذا الاستبيان بموضوع الدراسة والأهداف المبتغاة منها ، وذلك من خلال القيام بالإجراءات التالية :

- الحصول على ملاحظات من قبل المشرف على الرسالة .

- الحصول على ملاحظات من قبل مجموعة من أساتذة قسم الدراسات الاجتماعية بكلية الآداب بجامعة الملك سعود .

- الحصول على ملاحظات من قبل أعضاء مجلس إقرار خطط الرسائل الجامعية بكلية الآداب ، وذلك ضمن مقتضيات الحصول على الموافقة على خطة الدراسة .

- الحصول على ملاحظات من قبل اللجنة المشاركة في إقرار خطة الدراسة .

وقد تضمن الاستبيان نموذجاً توضيحياً للمبحوثين من الممارسين المهنيين من المتخصصين في هذه المستشفيات يوضح الطريقة التي يجب أن يتم ملء البيانات باتباعها .

وقد تطلب الأمر من الباحثة بعد استصدار إذن جمع البيانات من المستشفيات التنسيق مع المسؤولين في كل مستشفى - وذلك حسب أنظمة كل مستشفى - سواء في إدارة هذه المستشفيات أو رؤساء بعض الأقسام أو العاملين في الأقسام المعنية من الممارسين ، وذلك إما بمقابلتهم أو عن طريق الاتصال الهاتفي بهم بغرض الترتيب للطريقة التي سيتم اتباعها في جمع البيانات ، مع شرح لهدف الدراسة والغرض الذي تسعى لتحقيقه ونوع مصادر البيانات ومجتمع الدراسة الذي سيتم جمع البيانات منه .

خامساً : الصعوبات التي واجهت الباحثة في جمع بيانات الدراسة :

- ١ - كثرة الإجراءات اللازمة للتمكن من جمع بيانات الدراسة ، والاختلافات المتعددة في هذا الجانب بين أنظمة المستشفيات .
- ٢ - صعوبة الاتصال بالعاملين في المستشفيات سواء من الممارسين المهنيين من المتخصصين أو من الإداريين وذلك نظراً لطبيعة عملهم .
- ٣ - اختلاف الجهات المتعاملة مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من الممارسين المهنيين من المتخصصين بين المستشفيات المختلفة ، بالإضافة إلى اختلاف درجة تعاملهم واختلاف دورهم وصلاحياتهم في هذا الشأن .
- ٤ - عدم وصول جميع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء إلى المستشفيات .

٥ - محدودية عدد المتعاملين من الممارسين المهنيين مع هذه الظاهرة، مما يصعب على بعض الممارسين الآخرين اكتشافها سواء في داخل المستشفى الواحد أو في المستشفيات المختلفة .

٦ - حساسية الموضوع المرتبط بالإيذاء بالنسبة للأسرة وكذلك بالنسبة للمتعاملين معها من الممارسين المهنيين من المتخصصين في المستشفيات .

٧ - عدم اعتراف الأسرة بتعرض أطفالها للإيذاء .

٨ - الصعوبات التي واجهت الباحثة في الحصول على الموافقة لجمع بيانات الدراسة وخاصة فيما يتعلق بمقابلة الأسر وأطفالها المتعرضين للإيذاء أو الاطلاع على ملفاتهم .

٩ - عدم تمكن الباحثة من الحصول على معلومات مفصلة من كل ممارس متعامل عن كل حالة تمكنت الباحثة من الاطلاع على ملفها بغرض الحصول على مزيد من المعلومات منهم، وتعود صعوبة ذلك لمجموعة من العوامل، منها عدم تواجدهم أثناء فترة جمع البيانات، أو لتغيرهم، أو لصعوبة مقابلتهم لانشغالهم، أو لنسيانهم المعلومات حول الحالة نظراً لأن ذلك قد يعود لفترة زمنية طويلة نسبياً .

١٠ - عدم توافر المعلومات الكافية للباحثة عن حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في ملفاتهم بالمستشفى، نظراً لدخولها وخروجها من المستشفى في وقت قصير، أو لحساسية الموضوع مما لا يمكن الممارسين من الحصول على معلومات كافية، أو لارتباط القضية بأطراف أخرى يتولون التحقيق فيها كالشرطة،

أو لعدم وجود الصلاحية للممارسين في المستشفى للحصول على المعلومات، أو أنه يعود إلى حضور كثير من الحالات للإسعاف في المستشفى وخروجها بدون علم الممارسين الذين ترتبط طبيعة عملهم بالمستشفى بهذا النوع من الحالات .

١١ - عدم السماح للباحثة من قبل بعض المستشفيات بمقابلة الأطفال المعرضين للإيذاء وأسرهم .

١٢ - عدم السماح للباحثة من قبل بعض المستشفيات بالاطلاع على ملفات الأطفال المعرضين للإيذاء .

١٣ - صعوبة وصول الباحثة للأطفال المعرضين للإيذاء وأسرهم للحصول على معلومات منهم، بالإضافة إلى رفض البعض منهم مقابلة الباحثة .

١٤ - عدم وجود تصنيف للحالات المتعرضة للإيذاء من الأطفال في المستشفيات على أنها حالات إيذاء أطفال، كما أنه ليس كل الحالات تصنف على هذا الأساس في بعض المستشفيات . بالإضافة إلى اختلاف التصنيفات حول حالات الأطفال المعرضين للإيذاء سواء داخل المستشفى الواحد من فترة زمنية لأخرى أو بين المستشفيات المختلفة .

١٥ - . اختلاف المدة الزمنية لوقوع الإيذاء على الأطفال في المستشفيات سواء كانت لحالات حديثة أو حالات سابقة .

١٦ - عدم كفاية المعلومات الموجودة في داخل ملفات الأطفال المعرضين للإيذاء للباحثة .

سادساً : حدود الدراسة ومجالاتها : ستكون حدود هذه الدراسة في ضوء

مجالاتها وهي كما يلي :

١ - المجال المكاني : يتحدد المجال المكاني للدراسة في : المستشفيات

شكبرى الرئيسة الحكومية غير الخاصة الواقعة في مدينة الرياض ،

وتتحدد في المستشفيات الآتية :

أ- الأخصائيون الاجتماعيون .

ب- الأخصائيون النفسيون .

ج- الأطباء النفسيون .

د- أطباء الأطفال .

وسيتم مراعاة هذه الحدود عند تعميم النتائج .

سابعاً : وحدة التحليل : اتخذت الباحثة في دراستها وحدة للتحليل ،

وهي : الممارسون المهنيون (الأخصائيون الاجتماعيون-الأخصائيون

ديسكلاشجك ي ٦ والأخصليل ، بمفسيون . النفسيون- النفسيون- في المستشفيات الكبرى

معهم ، فعند السؤال مثلاً عن العمر فإن الإجابة تكون على متوسط أعمار الأطفال - وليس طفلاً واحداً- التي سبق للممارسين التعامل معها (سؤال رقم ٩ في ملحق رقم ١) مما تطلب التعامل مع كل اختيار في إجابة كل سؤال من أسئلة الاستبيان (من سؤال رقم ٨ إلى ٢٦) على أنه متغير ، لأن تحديد النسبة المئوية لحدوثه لا يلغي الاختيارات الأخرى على نفس السؤال .

الفصل الرابع

النتائج

٤ . النتائج

٤ . ١ مقدمة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على معدل حدوث حالات إيذاء الأطفال في المستشفيات في مدينة الرياض ، بالإضافة إلى التعرف على أنواع هذا الإيذاء ، وأسبابه ، وخصائص المتعرضين له وأسرههم ، والمعوقات التي تحول دون مواجهته .

لذا فقد قامت الباحثة بتصميم استبيان موجه للممارسين المهنيين (أخصائيين اجتماعيين - أخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين - أطباء أطفال) في المستشفيات في مدينة الرياض للإجابة من خلاله عن تساؤلات الدراسة .

ويتناول هذا الفصل نتائج الدراسة الميدانية ، وستعرض الباحثة ما توصلت إليه من نتائج إحصائية وذلك بجمعها للبيانات من خلال الاستبيان وذلك باستخدامها لعمليات إحصائية تتركز في التكرارات والنسب المئوية نظراً لطبيعة هذه الدراسة الاستكشافية .

جدول رقم (١ . ١) توزيع مفردات العينة حسب المستشفيات

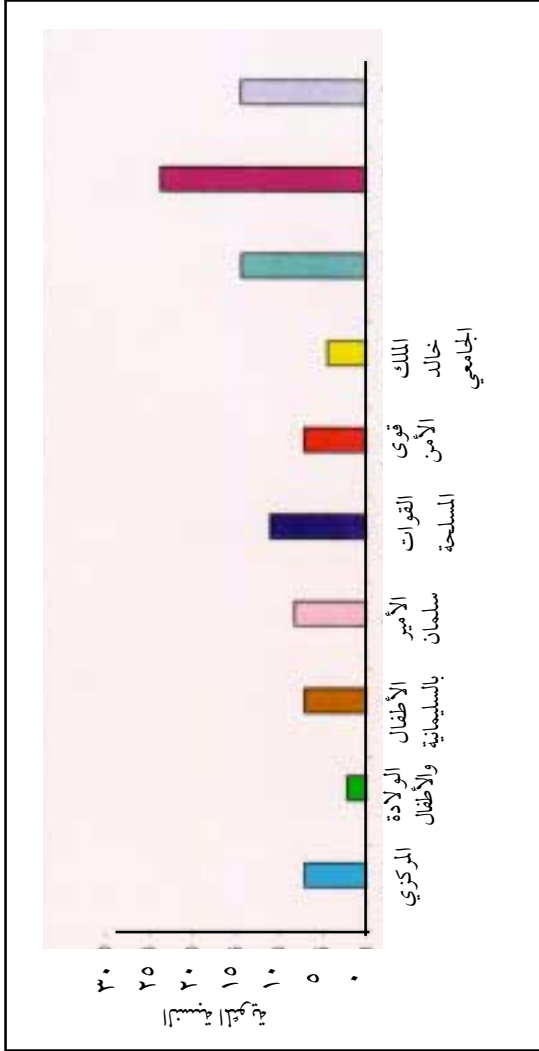
النسبة المئوية	التكرارات	اسم المستشفى
١١,١ %	٢٠	مستشفى القوات المسلحة
١٤,٣ %	٢٦	مستشفى الملك فهد للحرس الوطني
٢٣,٧ %	٤٣	مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث
٤,٤ %	٨	مستشفى الملك خالد الجامعي

تابع جدول رقم (١ . ١)

اسم المستشفى	التكرارات	النسبة المئوية
المستشفى المركزي	١٣	٧,١ %
مستشفى الولادة والأطفال	٤	٢,٢ %
مستشفى قوى الأمن	١٣	٧,١ %
مستشفى الأطفال بالسليمانية	١٣	٧,١ %
مستشفى الأمير سلمان	١٥	٨,٢ %
مستشفى اليمامة	٢٦	١٤,٣ %
المجموع	١٨١	٩٩,٥ %
لم يجاب	١	٠,٥ %
المجموع الكلي	١٨٢	١٠٠ %

تم جمع بيانات هذه الدراسة من خلال الرجوع إلى عشرة مستشفيات في مدينة الرياض ، جمعت البيانات فيها من ١٨٢ ممارساً مهنيًا ، وكان أكثر المستشفيات التي تم الحصول على إجابات الممارسين منها هو مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة ٢٣,٦ % من مجموع عينة الدراسة ، يليه مستشفى الملك فهد للحرس الوطني وكذلك مستشفى اليمامة بنسبة تقل عن من يسبقه ٣,٩ % ، ويأتي ذلك مستشفى القوات المسلحة بنسبة تقل عن من يسبقه ٣,٣ % ، ثم مستشفى الأمير سلمان بنسبة تقل عن من يسبقه ٨,٢ % ، ويأتي ذلك ثلاثة مستشفيات وهي المستشفى المركزي ومستشفى قوى الأمن وكذلك مستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة تقل عن من يسبقه ١,١ % ، ثم يلي ذلك مستشفى الملك خالد الجامعي بنسبة تقل عن من يسبقه ٧,٢ % ، ثم مستشفى الولادة والأطفال بنسبة تقل عن من يسبقه ٢,٢ % ، وبنسبة تقل عن أكثر مستشفى تم أخذ عينة منه ٤,٢١ % .

شكل رقم (١) النسبة المئوية لتوزيع مفردات العينة حسب المستشفيات



وعلى الرغم من أن بعض المستشفيات تتوافر فيها جميع التخصصات التي تدخل ضمن العينة (اختصاصيون اجتماعيون- اختصاصيون نفسيون - أطباء نفسيون- أطباء أطفال) إلا أن استجابتها تعد أقل من استجابة مستشفيات أخرى قد لا يتوافر فيها إلا بعض التخصصات المشمولة ضمن العينة وليس كلها (انظر جدول رقم ١ . ٢).

٤ . ١ . ١ خصائص مفردات العينة من الممارسين المهنيين في المستشفيات

جدول رقم (١ . ٢) التخصصات المهنية لمفردات العينة

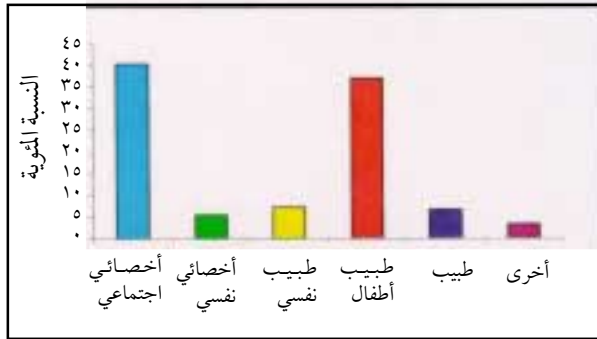
النسبة المئوية	التكرارات	التخصص المهني
٤٠,١٪	٧٣	اختصاصي اجتماعي
٥,٥٪	١٠	اختصاصي نفسي
٧,١٪	١٣	طبيب نفسي
٣٦,٩٪	٦٧	طبيب أطفال
٦,٦٪	١٢	طبيب
٣,٣٪	٦	أخرى
٩٩,٥٪	١٨١	المجموع
٠,٥٪	١	لم يجاب
١٠٠٪	١٨٢	المجموع الكلي

وعند النظر لهذا الجدول نجد أن أعلى نسبة من مفردات العينة من الممارسين المهنيين في المستشفيات هم من الأخصائيين الاجتماعيين وذلك بنسبة ٤٠,١٪ من مفردات العينة، ثم يليهم أطباء الأطفال بنسبة ٣٦,٩٪، ثم يلي ذلك الأطباء النفسيون بنسبة ٧,١٪.

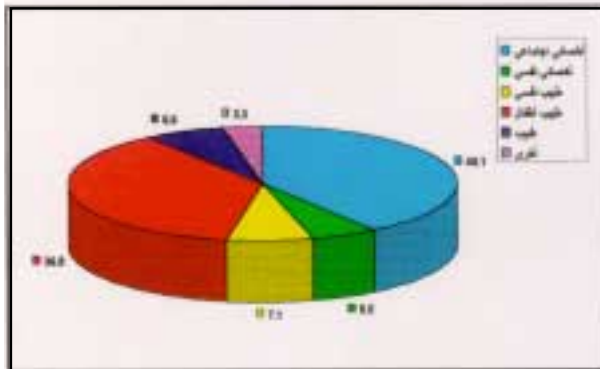
ثم الأطباء بنسبة ٦,٦٪، ثم الأخصائيون النفسيون بنسبة تبلغ ٥,٥٪، ثم يليهم المتخصصون الآخرون من الممارسين المهنيين في المستشفيات بنسبة ٣,٣٪.

وقد يعود تمثيل الأخصائيين الاجتماعيين لأعلى نسبة ضمن مفردات العينة إلى أن هذه الرسالة محور اهتمامها الرئيس هو الخدمة الاجتماعية، مما

شكل رقم (٢) النسبة المئوية للتخصصات المهنية لمفردات العينة



شكل رقم (٣) النسبة المئوية للتخصصات المهنية لمفردات



جعلهم أكثر استجابةً، ويلى ذلك نسبة أطباء الأطفال حيث قد يرجع ذلك إلى أن اهتمامهم الأساس هو صحة الأطفال ومشكلاتهم، كما قد يعود ذلك لاهتمامهم بهذه الظاهرة التي قد تكون واجهتهم، بالإضافة إلى أنه قد ترجع كثرة عدد هاتين الفئتين من الممارسين مقارنة بغيرهم نظراً إلى وجود مستشفيات متخصصة في الأطفال شملت ضمن العينة، ووجود أقسام للخدمة الاجتماعية في جميع المستشفيات التي دخلت ضمن العينة. كما قد يعود قلة وجود الأطباء والأخصائيين النفسيين ضمن مفردات العينة إلى قلة عددهم في المستشفيات مقارنة بأطباء الأطفال والأخصائيين الاجتماعيين، بالإضافة إلى أنه ليس كل المستشفيات التي دخلت ضمن العينة بها أقسام خاصة بالطب والعلاج النفسي.

جدول رقم (١ . ٣) توزيع مفردات العينة من الممارسين المهنيين حسب تخصصاتهم المهنية في المستشفيات

المجموع	أخرى		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي		اخصائي اجتماعي		التخصص المهني اسم المستشفى	
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
١١,١٢٠	٠,٦	١	-	-	٢,٨	٥	١,٧	٣	٠,٦	١	٥,٦	١٠	القوات المسلحة	
١٤,٤٢٦	٠,٦	١	٢,٢	٤	٦,٧	١٢	-	-	-	-	٥,٠	٩	الحرس الوطني	
٢٣,٤٤٢	١,١	٢	٢,٢	٤	٥,٦	١٠	٣,٣	٦	٢,٢	٤	٨,٩	١٦	التخصصي	
٤,٤٨	-	-	-	-	٠,٦	١	٠,٦	١	١,١	٢	٢,٢	٤	الجامعي	
٧,٢١٣	-	-	١,١	٢	-	-	-	-	-	-	٦,١	١١	المركزي	
٢,٢٤	-	-	٠,٦	١	١,١	٢	-	-	-	-	٠,٦	١	الولادة والأطفال	
٧,٢١٣	-	-	-	-	٢,٨	٥	١,٧	٣	٠,٦	١	٢,٢	٤	قوى الأمن	
٧,٢١٣	٠,٦	١	-	-	٣,٩	٧	-	-	-	-	٢,٨	٥	الأطفال بالسليمانية	
٨,٣١٥	-	-	-	-	٤,٤	٨	-	-	١,١	٢	٢,٨	٥	الأمير سلمان	
١٤,٤٢٦	٠,٦	١	-	-	٩,٤	١٧	-	-	-	-	٤,٤	٨	اليمامة	
١٠٠	١٨٠	٣,٥	٦	٦,١	١١	٣٧,٣	٦٧	٧,٣	١٣	٥,٦	١٠	٤٠,٦	٧٣	المجموع
	٢													لم يجابوب
	١٨٢													المجموع الكلي

نلاحظ من الجدول رقم (١ . ٣) أن أعلى نسبة للاستجابة من مفردات العينة في المستشفيات المختلفة كانت من أطباء الأطفال بنسبة أكبر من الأخصائيين الاجتماعيين في خمسة مستشفيات وهي : مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، ومستشفى قوى الأمن ، ومستشفى الأطفال بالسليمانية ، ومستشفى الأمير سلمان ، ومستشفى اليمامة . إلا أن نسبة الاستجابة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين تزيد على نسبة الاستجابة من أطباء الأطفال في المستشفيات الأخرى وهي مستشفى القوات المسلحة ، ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، ومستشفى الملك خالد الجامعي ، والمستشفى المركزي ، ومستشفى الولادة والأطفال . وقد يعود ذلك إلى أن عدد أطباء الأطفال في هذه المستشفيات يقل عن عدد الأخصائيين الاجتماعيين الذين كانوا ضمن العينة عدا مستشفى الولادة والأطفال .

وبذلك فإن أعلى نسبة للاستجابة كانت من الأخصائيين الاجتماعيين ، ثم أطباء الأطفال ثم الأطباء النفسيين ويليهم الأخصائيون النفسيون والمتخصصون الآخرون في مستشفى القوات المسلحة . بينما كانت أعلى نسبة لأطباء الأطفال ثم للأخصائيين الاجتماعيين ثم الأطباء ثم المتخصصين الآخرين في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، على الرغم من وجود قسم نفسي بالمستشفى فلم تظهر أي استجابة منه . وتتمثل أعلى نسبة استجابة في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث من الأخصائيين الاجتماعيين ثم أطباء الأطفال ، ويليهم الأطباء النفسيون ثم الأخصائيون النفسيون والأطباء ثم المتخصصون الآخرون . أما مستشفى الملك خالد الجامعي فكان أعلى استجابة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين ثم الأخصائيين النفسيين ويليهم الأطباء النفسيون وأطباء الأطفال . كما تتمثل أعلى نسبة في الاستجابة من المستشفى المركزي في الأخصائيين

الاجتماعيين يليهم الأطباء . وفي مستشفى الولادة والأطفال تتمثل أعلى استجابة في أطباء الأطفال ، وقد يعود ذلك إلى أنه مستشفى متخصص في الأطفال ، ويليهم الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون . أما مستشفى قوى الأمن فإن أعلى نسبة للاستجابة لدى أطباء الأطفال ثم الأخصائيين الاجتماعيين ، ويليهم الأطباء النفسيون ثم يلي ذلك الأخصائيون النفسيون . وفي مستشفى الأطفال بالسليمانية فإن أعلى نسبة للاستجابة تتمثل في أطباء الأطفال ويليهم الأخصائيون الاجتماعيون ثم المتخصصون الآخرون . وتتمثل أعلى نسبة استجابة في مستشفى الأمير سلمان لدى أطباء الأطفال يليهم الأخصائيون الاجتماعيون ثم الأخصائيون النفسيون . أما مستشفى الإمامة فإن أعلى نسبة استجابة فيه من أطباء الأطفال ثم الأخصائيين الاجتماعيين ثم المتخصصين الآخرين .

كما نلاحظ أن كل المستشفيات استجاب فيها الأخصائيون الاجتماعيون ، ولكن أعلى نسبة للاستجابة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين هي من مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تصل إلى ٩ ، ٨٪ ، ويقل عنها بنسبة ٨ ، ٢٪ المستشفى المركزي ، ثم يليهما مستشفى القوات المسلحة بنسبة تقل عن يسبقه ٥ ، ٠٪ ، ثم يقل عن يسبقه بنسبة ٦ ، ٠٪ مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، ويليه بنسبة تقل عنه ٢ ، ٠٪ مستشفى الإمامة ، ثم يقل عن يسبقه بنسبة ٢٪ مستشفى الأمير سلمان ومستشفى الأطفال بالسليمانية ، ثم يقل عنهما بنسبة ٦ ، ٠٪ مستشفى الملك خالد الجامعي وكذلك مستشفى قوى الأمن ، ويقل عنهما بنسبة ٦ ، ١٪ مستشفى الولادة والأطفال ، كما تقل عن أعلى نسبة استجابة وهي في مستشفى التخصصي بنسبة تصل إلى ٣ ، ٨٪ . وقد يعود هذا الاختلاف في نسب هذه الاستجابة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين إلى

الاختلاف في أعدادهم فيما بين المستشفيات ، بالإضافة إلى الاختلاف في حجم اهتمامهم بهذه الظاهرة ، وتعاونهم في الإجابة عن الاستبيان .
أما أعلى نسبة للاستجابة من قبل الأخصائيين النفسيين فنجدها في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث وذلك بنسبة ٢, ٢٪ ،
ويقل عنها بنسبة ١, ١٪ مستشفى الملك خالد الجامعي وكذلك مستشفى الأمير سلمان ، يليهما بنسبة تقل عنهما ٥, ٠٪ مستشفى القوات المسلحة ومستشفى قوى الأمن . بينما لا توجد استجابة من باقي المستشفيات في هذا المجال .

وتتمثل أعلى نسبة استجابة من قبل الأطباء النفسيين من مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تبلغ ٣, ٣٪ ، ويقل عن من يسبقها بنسبة ٦, ١٪ مستشفى القوات المسلحة وكذلك مستشفى قوى الأمن ، ثم يقل عنهما بنسبة ١, ١٪ مستشفى الملك خالد الجامعي بينما لا توجد استجابة من باقي المستشفيات في هذا المجال .

ونلاحظ أن جميع المستشفيات استجاب أطباء الأطفال فيها ما عدا المستشفى المركزي ، وقد يعود ذلك إلى عدم وجود قسم مستقل خاص بالأطفال فيه . وتمثل أعلى نسبة استجابة من قبل أطباء الأطفال من مستشفى الإمامة بنسبة تصل إلى ٤, ٩٪ ، ويقل عنه بنسبة ٧, ٢٪ مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، يلي ذلك بنسبة تقل عن من يسبقها ١, ١٪ مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، ثم يقل عنه بنسبة ٢, ١٪ مستشفى الأمير سلمان ، يليه بنسبة تقل عن من يسبقه ٥, ٠٪ مستشفى الأطفال بالسليمانية ، ثم مستشفى القوات المسلحة ومستشفى قوى الأمن بنسبة تقل عنهما ٦, ١٪ ، يلي ذلك بنسبة تقل عن النسبة التي تسبقها ٢, ٢٪ مستشفى الملك خالد الجامعي .

كما تتمثل أعلى نسبة استجابة من الأطباء لدى مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ويقل عنهما بنسبة ١, ١٪ مستشفى المركزي، كما يقل عنه بنسبة ٥, ٠٪ مستشفى الولادة والأطفال، كما لا يوجد استجابة في هذا المجال من المستشفيات الأخرى.

أما أعلى نسبة استجابة من التخصصات الأخرى من المهنيين العاملين في هذا المجال في المستشفيات فكانت من مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ويليه بنسبة تقل عنه ٥, ٠٪ لدى مستشفيات القوات المسلحة والملك فهد للحرس الوطني والأطفال بالسليمانية وكذلك اليمامة، ولا توجد استجابة في هذا المجال من المستشفيات الأخرى.

جدول رقم (١ . ٤) المؤهلات العلمية لمفردات العينة

النسبة المئوية	التكرارات	المؤهل العلمي
٥٣,٩٪	٩٨	درجة البكالوريوس أو ما يعادلها
١٨,٧٪	٣٤	درجة الماجستير أو ما يعادلها
٢٦,٤٪	٤٨	درجة الدكتوراه أو ما يعادلها
٠,٥٪	١	مؤهلات علمية أخرى
٩٩,٥٪	١٨١	المجموع
٠,٥٪	١	لم يجاب
١٠٠٪	١٨٢	المجموع الكلي

وكانت أعلى نسبة في المؤهل العلمي للممارسين المهنيين في المستشفيات من مفردات العينة هي لمن يحملون درجة البكالوريوس أو ما يعادلها، حيث بلغت نسبتهم ٨, ٥٣٪، يلي ذلك من يحملون درجة الدكتوراه أو ما يعادلها بنسبة ٤, ٢٦٪، ثم يليهم من يحملون درجة الماجستير أو ما يعادلها بنسبة ٧, ١٨٪، أما حملة الشهادات الأخرى فهم الأقلون حيث بلغت نسبتهم ٥, ٠٪ من مفردات عينة الدراسة.

وقد تعود الزيادة في نسبة حملة درجة البكالوريوس أو ما يعادلها إلى أن أغلبية مفردات العينة هم من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يمثلون أعلى نسبة من مفردات العينة حيث يشكل حملة البكالوريوس منهم نسبة ٤, ٣٥٪ من إجمالي مفردات العينة. وحيث إن النسبة التي تلي ذلك هي لحملة درجة الدكتوراه أو ما يعادلها، فقد يعود ذلك إلى أنه يلي نسبة الأخصائيين الاجتماعيين ضمن مفردات العينة أطباء الأطفال والذين هم في الغالب قد يكونون من حملة درجة الدكتوراه أو ما يعادلها حيث تبلغ نسبة حملة درجة الدكتوراه منهم ٩, ١٩٪ (انظر جدول رقم ١ . ٢ ، انظر الملاحق، جدول رقم ٧).

جدول رقم (١ . ٥) خبرة مفردات العينة في العمل بالمستشفى

النسبة المئوية	التكرارات	مدة الخبرة في العمل بالمستشفى
٢, ٢٤٪	٤٤	أقل من ٣ سنوات
٣, ٢٥٪	٤٦	٣ - ٦ سنوات
٧, ١٨٪	٣٤	٦ - ٩ سنوات
٣, ٣١٪	٥٧	٩ سنوات فأكثر
٥, ٩٩٪	١٨١	المجموع
٥, ٠٪	١	لم يجاب
١٠٠٪	١٨٢	المجموع الكلي

نلاحظ عند النظر في الجدول السابق أن أعلى نسبة من مفردات العينة هم من الذين تزيد نسبة خبرتهم في العمل بالمستشفى على ٩ سنوات حيث تبلغ نسبتهم ٣, ٣١٪، ويليه من تبلغ نسبة خبرتهم في العمل بالمستشفى من ٣ إلى أقل من ٦ سنوات حيث تصل نسبتهم إلى ٣, ٢٥٪، ثم يليهم بنسبة تبلغ ٢, ٢٤٪ الذين تقل فترة خبرتهم في العمل بالمستشفى عن ثلاث سنوات. وقد يعود ذلك إلى أن هناك نسبة ٤, ٩٪ من أطباء الأطفال ونسبة ٢, ٢٪ من الأطباء هم حملة درجة البكالوريوس، مما يدل على حداثة فترة عملهم بالمستشفى (انظر الملاحق، جدول رقم ٧)، ثم من تصل فترة خبرتهم من ٦ إلى أقل من ٩ سنوات حيث تصل نسبتهم إلى ٧, ١٨٪.

جدول رقم (١. ٦) الاختلاف بين المستشفيات في مدة الخبرة بالعمل في المستشفى من قبل الممارسين المهنيين(*)

المجموع	مدة الخبرة بالعمل في المستشفى								اسم المستشفى	
	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات			
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		
١١,١	٢٠	٥,٦	١٠	١,١	٢	٢,٢	٤	٢,٢	٤	القوات المسلحة
١٤,٥	٢٦	٣,٣	٦	١,٧	٣	٥,٦	١٠	٣,٩	٧	الحرس الوطني
٢٣,٤	٤٢	٣,٣	٦	٧,٨	١٤	٩,٥	١٧	٢,٨	٥	التخصصي
٤,٤	٨	٢,٨	٥	-	-	١,١	٢	٠,٦	١	الجامعي
٧,٢	١٣	٣,٩	٧	١,٧	٣	١,١	٢	٠,٦	١	المركزي
٢,٢	٤	٠,٦	١	٦,٠	١	٠,٦	١	٠,٦	١	الولادة والاطفال
٧,٢	١٣	٣,٣	٦	١,٧	٣	٠,٦	١	١,٧	٣	قوى الأمن

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

تابع جدول رقم (١ . ٦) (*)

المجموع	مدة الخبرة بالعمل في المستشفى								اسم المستشفى	
	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات			
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
٧,٢	١٣	٢,٢	٤	١,١	٢	١,٧	٣	٢,٢	٤	الأطفال بالسليمانية
٨,٣	١٥	٣,٣	٦	١,١	٢	١,١	٢	٢,٨	٥	الامير سلمان
١٤,٥	٢٦	٣,٤	٦	٢,٢	٤	١,٧	٣	٧,٢	١٣	اليمامة
١٠٠	١٨٠	٣١,٧	٥٧	٢٤,٤	٣٤	٢٥,٢	٤٥	٢٤,٦	٤٤	المجموع
	٢									لم يجاب
	١٨٢									المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يلاحظ من الجدول السابق أن أكثر الممارسين المهنيين خبرة في نفس المستشفى هم الممارسون في مستشفى القوات المسلحة، ويقل عنهم بنسبة ١,٧٪ العاملون في المستشفى المركزي، ثم يقل عن يسبقه بنسبة ٦,٠٪ الممارسون في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى قوى الأمن ومستشفى الأمير سلمان وكذلك مستشفى اليمامة، كما يقل عنهم بنسبة تصل إلى ٥,٠٪ مستشفى الملك خالد الجامعي، ويقل عن يسبقه بنسبة ٦,٠٪ مستشفى الأطفال بالسليمانية، ثم يلي ذلك مستشفى الولادة والأطفال بنسبة تقل عن يسبقه بنسبة ٦,١٪.

بينما يعد أقل الممارسين خبرة في العمل بنفس المستشفى هم الممارسون في مستشفى الإمامة حيث تبلغ نسبتهم ٢, ٧٪، ويليهم بنسبة ٩, ٣٪ الممارسون في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، كما يلي ذلك بنسبة ٩, ٢٪ الممارسون في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الأمير سلمان، ثم يليهم بنسبة تصل إلى ٢, ٢٪ الممارسون في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الأطفال بالسليمانية، بالإضافة إلى أنه يلي ذلك بنسبة ٧, ١٪ الممارسون في مستشفى قوى الأمن، ثم تبلغ نسبة الممارسين في مستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي ومستشفى الولادة والأطفال ٦, ٠٪ ممن تقل فترة خبرتهم في العمل بالمستشفى عن ثلاث سنوات.

جدول رقم (١ . ٧) مدة العمل السابقة لمفردات العينة في المستشفيات الأخرى

النسبة المئوية	التكرارات	مدة العمل السابقة في مستشفيات أخرى
١, ٤٥٪	٨٢	لم أعمل في مستشفى آخر من قبل
٣, ٢٠٪	٣٧	أقل من ٣ سنوات
٥, ١٦٪	٣٠	٣-٦ سنوات
٨, ٨٪	١٦	٦-٩ سنوات
١, ٧٪	١٣	٩ سنوات فأكثر
٨, ٩٧٪	١٧٨	المجموع
٢, ٢٪	٤	لم يجاب
١٠٠٪	١٨٢	المجموع الكلي

كما يتبين من الجدول رقم (١ . ٧) فإن هناك نسبة ١, ٤٥٪ من مفردات عينة الدراسة لم يسبق لهم العمل في مستشفى آخر من قبل، ويليهم من سبق لهم العمل في مستشفى آخر لمدة تقل عن ثلاث سنوات حيث تبلغ

نسبتهم ٣, ٢٠٪ من مفردات عينة الدراسة، ثم من عملوا في مستشفى أو مستشفيات أخرى لمدة من ثلاث إلى أقل من ست سنوات حيث تصل نسبتهم إلى ١٦, ٥٪، ثم من عملوا لمدة من ست إلى أقل من تسع سنوات حيث تشكل نسبتهم ٨, ٨٪، وأخيراً بنسبة تصل إلى ١, ٧٪ ممن عملوا لمدة ٩ سنوات فأكثر في مستشفى آخر من قبل. وبذلك فإنه كلما زاد معدل سنوات العمل السابقة في مستشفيات أخرى قل معدل الممارسين المهنيين الذين سبق لهم ذلك.

وقد يعود ذلك إلى أن هناك نسبة كبيرة من مفردات العينة لم يسبق لهم العمل في مستشفى آخر من قبل، إلا أنه حسب الجدول السابق (١ . ٥) فإن أعلى نسبة من مفردات العينة هم ممن عملوا في المستشفى لمدة تسع سنوات فأكثر.

٤ . ١ . ٢ . تعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء

جدول رقم (٢ . ١) معرفة مفردات العينة بمن سبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء في مدينة الرياض

النسبة المئوية	التكرارات	مدة العمل السابقة في مستشفيات أخرى
٣٠, ٢٪	٥٥	نعم
٦٨, ٢٪	١٢٤	لا
٩٨, ٤٪	١٧٩	المجموع
١, ٦٪	٣	لم يجاب
١٠٠٪	١٨٢	المجموع الكلي

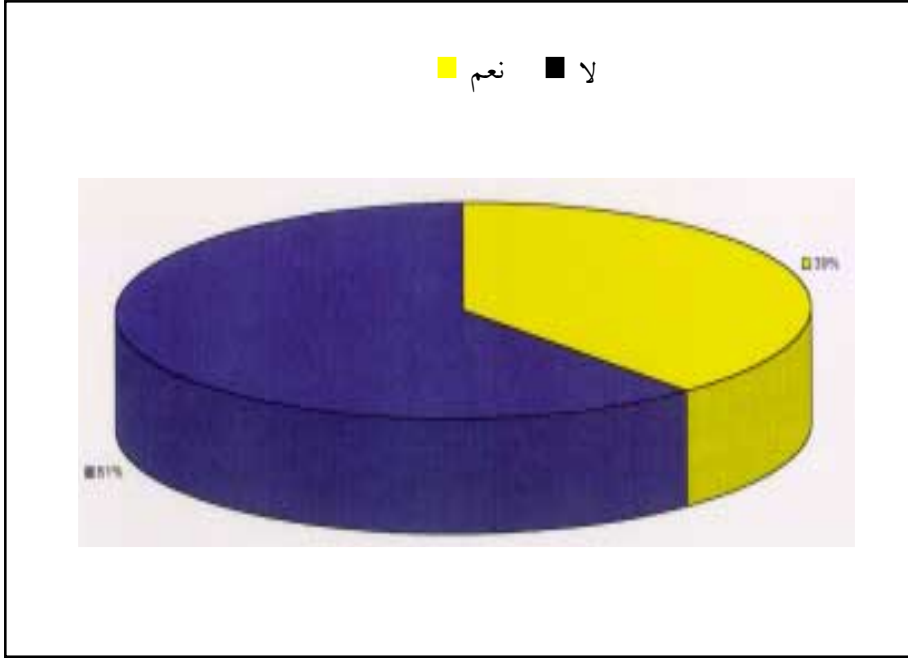
نلاحظ أن هناك نسبة كبيرة تصل إلى ١, ٦٨٪ من مفردات العينة لا يعرفون من سبق لهم التعامل من الممارسين المهنيين في المستشفيات مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء، بينما تبلغ نسبة من يعرفون ذلك ٢, ٣٠٪ من مفردات العينة. وقد يعود ذلك إلى قلة المتعاملين مع الظاهرة الخاصة بإيذاء الأطفال، أو قد يعود ذلك إلى أن الإفصاح عن وجود أطفال متعرضين للإيذاء حديث نسبياً في مجتمعنا، وبالتالي عملية معرفة كيفية التعامل معها وكيفية اكتشافها مازالت محدودة لدى المهنيين. بالإضافة إلى ذلك يدل على عدم وجود مؤتمرات وندوات مخصصة لمناقشة هذه الظاهرة يشارك فيها المتخصصون في هذا المجال مما يؤدي إلى عدم وجود طرق غير المعرفة الشخصية للتعرف على المهتمين بهذه الظاهرة.

جدول رقم (٢. ٢) المتعاملون من مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء

التعامل مع حالات إيذاء الاطفال	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	٧١	٣٩٪
لا	١١١	٦١٪
المجموع	١٨٢	١٠٠٪
المجموع الكلي	١٨٢	١٠٠٪

نلاحظ من الجدول السابق رقم (٢. ٢) أن هناك نسبة ٦١٪ من الممارسين المهنيين في المستشفيات (أختصاصيين اجتماعيين - أختصاصيين نفسيين - أطباء نفسيين - أطباء أطفال) لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء في المستشفيات بمدينة الرياض، بينما تصل نسبة المتعاملين معهم من مفردات العينة ٣٩٪.

شكل رقم (٤) النسبة المئوية للمتعاملين من مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء



وقد ترجع قلة عدد الممارسين المهنيين الذين سبق لهم التعامل مع الأطفال المتعرضين للإيذاء عن الذين لم يسبق لهم التعامل معهم إلى مجموعة من العوامل ، منها : أنه ليس بالضرورة أن يتعامل هؤلاء الممارسون (الأطباء النفسيون-الأخصائيون النفسيون-الأخصائيون الاجتماعيون) مع حالات الأطفال ، بالإضافة إلى صعوبة اكتشاف مثل هذه الحالات وتشخيصها ، مما يتطلب بالتالي تدريباً على ذلك ، وأيضاً قد يعود ذلك إلى وجود أنظمة في المستشفيات تمنع التصريح بالتعامل مع مثل هذه الحالات كحالات متعرضة للإيذاء ، أو إلى أن الاعتراف بهذه الظاهرة والتعامل معها لم يظهر إلا حديثاً .

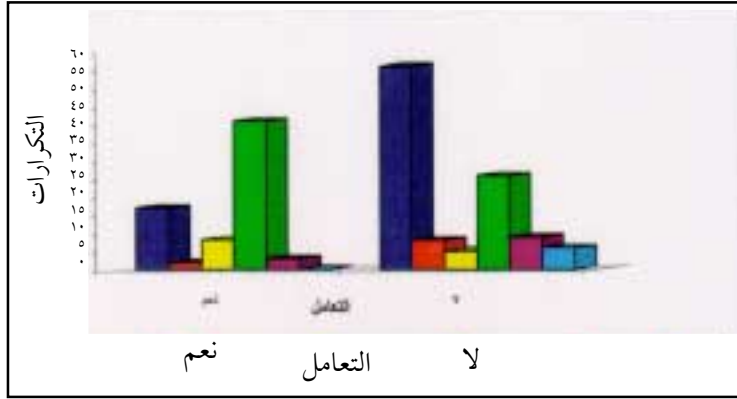
جدول رقم (٢ . ٣) تعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات مع حالات
الأطفال المتعرضين للإيذاء^(*)

المجموع		التعامل مع حالات اطفال متعرضين للايذاء				التخصص المهني في المستشفى
		لا		نعم		
ال تكرار	%	ال تكرار	%	ال تكرار	%	
٧٣	٤٠,٤	٥٦	٣١,٠	١٧	٩,٤	اخصائي اجتماعي
١٠	٥,٥	٨	٤,٤	٢	١,١	اخصائي نفسي
١٣	٧,٢	٥	٢,٨	٨	٤,٤	طبيب نفسي
٦٧	٣٧,٠	٢٦	١٤,٤	٤١	٢٢,٧	طبيب أطفال
١٢	٦,٦	٩	٥,٠	٣	١,٧	طبيب
٦	٣,٣	٦	٣,٣	-	-	أخرى
١٨١	١٠٠	١١٠	٦١	٧١	٣٩	المجموع
١	-	-	-	-	-	لم يجاب
١٨٢	-	-	-	-	-	المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

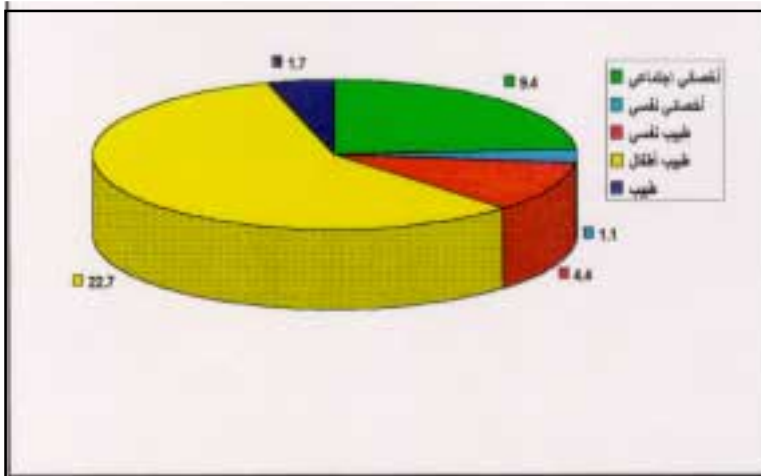
يبين الجدول رقم (٢ . ٣) أن أعلى نسبة للمتعاملين مع حالات
الأطفال المتعرضين للإيذاء من الممارسين المهنيين في المستشفيات هم أطباء
الأطفال، حيث تبلغ نسبتهم ٢٢,٧٪ ضمن مفردات العينة من المتعاملين
معهم، يليهم الأخصائيون الاجتماعيون بنسبة تقل عنهم وتصل إلى
١٣,٣٪، ثم بعد ذلك يقل عنهم الأطباء النفسيون بنسبة ٥٪، ويليه
الأطباء بنسبة تقل عنهم ٢,٧٪، وأقلهم الأخصائيون النفسيون حيث تقل
بنسبة عن يسبقها ٦,٠٪ كما تقل عن أكثر الممارسين تعاملاً مع هذه
الحالات بنسبة تبلغ ٦,٢١٪.

شكل رقم (٥) تكرار تعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء



■ أخرى ■ طبيب ■ طبيب أطفال ■ طبيب نفسي ■ اختصاصي نفسي ■ اختصاصي اجتماعي

شكل رقم (٦) النسبة المئوية لتعامل الممارسين المهنيين في المستشفيات مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء



وعلى الرغم من أن نسبة الأخصائيين الاجتماعيين الذين يقعون ضمن مفردات العينة تبلغ ٤, ٤٠٪، بينما تبلغ نسبة أطباء الأطفال ٠, ٣٧٪ بحيث يزيد عدد الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة ٣, ٣٪ على أطباء الأطفال، إلا أننا نلاحظ أن نسبة المتعاملين مع الأطفال المتعرضين للإيذاء من أطباء الأطفال أعلى من نسبة الأخصائيين الاجتماعيين المتعاملين معهم بنسبة ٣, ١٣٪، وقد يعود ذلك إلى أن جميع حالات الأطفال عند قدومها للمستشفى تحال إلى أطباء الأطفال، بينما لا يراهم كلهم الأخصائيون الاجتماعيون. كما قد يرجع قلة المتعاملين مع هذه الفئة من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين إلى قلة عدد هاتين الفئتين ضمن مفردات العينة، إلا أنه في الوقت نفسه قد يرجع ذلك إلى أن هذه الحالات من الأطفال لا تحال إلى الأطباء النفسيين وكذلك الأخصائيين في كل الأحوال.

جدول رقم (٢ . ٤) التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف المستشفيات

المجموع		التعامل مع حالات الاطفال المتعرضين للايذاء				اسم المستشفى
		لا		نعم		
ال تكرار	%	ال تكرار	%	ال تكرار	%	
٢٠	١١,٠	١٣	٧,٢	٧	٣,٩	القوات المسلحة
٢٦	١٤,٤	١١	٦,١	١٥	٨,٣	الحرس الوطني
٤٣	٢٣,٧	٣٦	١٩,٩	٧	٣,٩	التخصصي
٨	٤,٤	٥	٢,٨	٣	١,٧	الجامعي
١٣	٧,٢	٧	٣,٩	٦	٣,٣	المركزي
٤	٧,٢	١	٠,٦	٣	١,٧	الولادة والأطفال
١٣	٧,٢	٣	١,٧	١٠	٥,٥	قوى الأمن

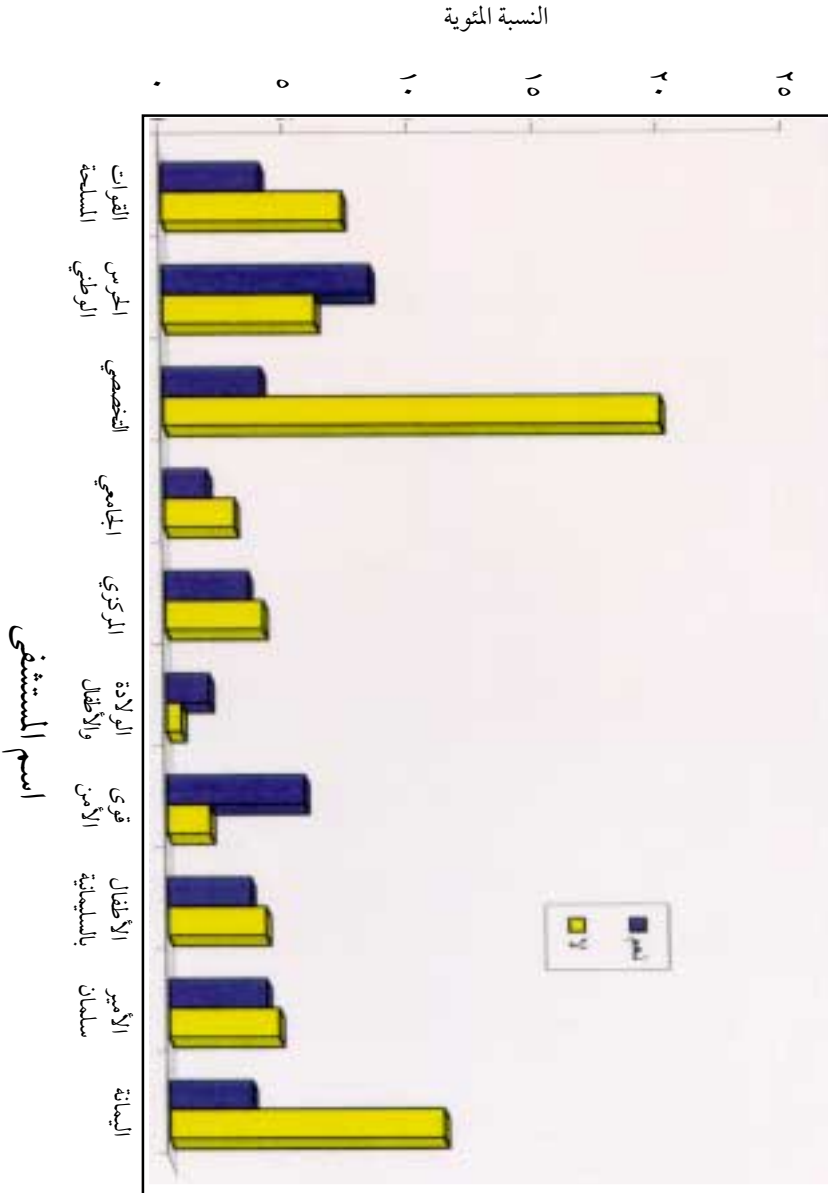
تابع جدول رقم (٢ . ٧)

المجموع		التعامل مع حالات الاطفال المتعرضين للإيذاء				اسم المستشفى
		لا		نعم		
التركرار	%	التركرار	%	التركرار	%	
١٣	٧,٢	٧	٣,٩	٦	٣,٣	الأطفال بالسليمانية
١٥	٨,٣	٨	٤,٤	٧	٣,٩	الأمير سلمان
٢٦	١٤,٤	٢٠	١١,٠	٦	٣,٣	اليمامة
١٨١	١٠٠	١١١	٦١,٣	٧٠	٣٨,٧	المجموع
١		-		١		لم يجاب
١٨٢		١١١		٧١		المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق أن أكثر الممارسين المهنيين تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء هم في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني حيث تبلغ نسبتهم ٣,٨٪، وقد تعود الزيادة في نسبة الممارسين المتعاملين مع هذا النوع من الحالات في هذا المستشفى أكثر من المستشفيات الأخرى، إما إلى الزيادة في حجم العينة من هذا المستشفى حيث تصل إلى نسبة ٤,١٤٪، أو قد ترجع إلى أن هناك نسبة ٧,٦٪ منهم أطباء أطفال، ونسبة ٥,٠٪ منهم اخصائون اجتماعيون (انظر جدول ١ . ٣)، بينما تمثل هذه الفئة أكبر نسبة من حجم المتعاملين معهم (انظر جدول ٢ . ٣)، أو قد يرجع ذلك إلى أن هناك نسبة ٣,٣٪ منهم يعملون في المستشفى لأكثر من تسع سنوات (انظر جدول ١ . ٦)، ويليهما بنسبة ٥,٥٪ الممارسون في مستشفى

شكل رقم (٧) النسبة المئوية للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف المستشفيات



قوى الأمن ، ثم الممارسون في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث وكذلك مستشفى الأمير سلمان حيث تبلغ نسبتهم ٩, ٣٪ ، ويأتي ذلك بنسبة ٣, ٣٪ الممارسون في المستشفى المركزي ومستشفى الأطفال بالسليمانية وكذلك مستشفى اليمامة ، ثم الممارسون في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال بنسبة تصل إلى ٧, ١٪ . ونلاحظ أيضاً أن هذه الزيادة في نسبة المتعاملين مع هذا النوع من الحالات في بعض المستشفيات أكثر من غيرها لا تتناسب بالضرورة مع حجم عينة الممارسين من هذا المستشفى .

جدول رقم (٢ . ٥) عدد حالات الأطفال المعرضين للإيذاء التي تعامل معها مفردات العينة خلال العام الواحد

عدد الحالات	التكرارات	النسبة المئوية
١	١٠	٥, ٥٪
٢	١٢	٦, ٦٪
٣	٧	٣, ٨٪
٤	٤	٢, ٢٪
٥	٣	١, ٧٪
٦	١	٠, ٥٪
٧	٢	١, ٢٪
٨	١	٠, ٥٪
٩	١	٠, ٥٪
١٠	٣	١, ٧٪
٣٠	١	٠, ٥٪
المجموع	٤٥	٢٤, ٧٪
لم يجاب	١٣٧	٧٥, ٣٪
المجموع الكلي	١٨٢	١٠٠٪

ويلاحظ عند النظر للجدول السابق رقم (٢ . ٥) أن هناك نسبة ٣, ٧٥٪ من مفردات العينة وعددهم ١٣٧ ممارساً لم يجيبوا عن هذا السؤال، وقد يعود ذلك إلى أن هناك نسبة ٦١٪ من مفردات العينة وعددهم ١١١ ممارساً لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء (انظر جدول ٢ . ٢)، أما نسبة الفرق وهي ٣, ١٤٪ وعددهم ٢٦ ممارساً فهم يمثلون فعلاً من لم يجيبوا عن هذا السؤال .

ومن نسبة ٧, ٢٤٪ من مفردات العينة الذين أجابوا عن هذا السؤال حول تحديد عدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال العام الواحد، نلاحظ أن أغلبية الممارسين قد تعاملوا مع حالة واحدة إلى حالتين في العام الواحد وذلك بنسبة ١, ١٢٪، ومع الزيادة في عدد الحالات المتعامل معها تتناقص بشكل تقريبي هذه النسبة الخاصة بعدد الحالات التي يتم التعامل معها، حيث نجد أن هناك نسبة ٨, ٣٪ من مفردات العينة تعاملوا مع ثلاث حالات خلال العام الواحد، يليهم نسبة ٢, ٢٪ تعاملوا مع أربع حالات في العام، ثم نسبة ٦, ١٪ من الذين تعاملوا مع خمس حالات وكذلك من الذين تعاملوا مع عشر حالات، ثم نسبة ١, ١٪ من مفردات العينة من الذين تعاملوا مع سبع حالات، وأقلهم بنسبة ٥, ٠٪ هم المتعاملون مع ست أو ثماني أو تسع حالات أو ثلاثين حالة في العام الواحد .

وتبلغ قيمة الوسيط لعدد الحالات التي يتعامل معها الممارسون المهنيون خلال العام الواحد ٣, ٠٠، كما تبلغ قيمة المنوال ٢, ٠٠، أما المدى فتبلغ قيمته ٢٩ حيث بلغت قيمة الحد الأدنى حالة واحدة، بينما بلغت قيمة الحد الأعلى لعدد الحالات المتعامل معها ثلاثين حالة . وقد يعود ارتفاع قيمة المدى بين عدد الحالات التي يتعامل معها الممارسون خلال العام الواحد إلى الاختلاف بينهم في طبيعة العمل المباشر مع حالات الأطفال (انظر

الجدول ٢ . ٧) حسب اختلاف طبيعة عملهم في المستشفيات . أو قد يعود ذلك إلى أن فترة عمل الممارس الذي تعامل مع أعلى نسبة لهذه الحالات في المستشفى تبلغ من ست إلى أقل من ٩ سنوات ، وكذلك تبلغ فترة عمله السابقة في مستشفى آخر من ست إلى أقل من ٩ سنوات ، مما يزيد من احتمالية قدرته على اكتشاف مثل هذه الحالات (انظر الملاحق ، جدول رقم ١ . ٢) . كما أن ذلك من الممكن أن يبرز أن هناك بعضاً من الممارسين المهنيين الأكثر اهتماماً بهذا النوع من الحالات ، وبالتالي فقد تحال لهؤلاء الممارسين جميع هذه الحالات عند تعامل الآخرين معها .

جدول رقم (٢ . ٦) عدد حالات الأطفال المعرضين للإيذاء التي تعامل معها مفردات العينة خلال فترة عملهم المهني

عدد الحالات	التكرارات	النسبة المئوية
١	٣	١,٦٪
٢	٧	٣,٩٪
٣	٥	٢,٨٪
٤	٥	٢,٨٪
٥	٦	٣,٤٪
٧	١	٠,٥٪
٨	٣	١,٦٪
٩	٢	١,١٪
١٠	٧	٣,٩٪
١١	١	٠,٥٪
١٢	١	٠,٥٪
١٥	٤	٢,٣٪
٢٠	٥	٢,٨٪
٢٥	١	٠,٥٪

تابع جدول رقم (٦ . ٢)

عدد الحالات	التكرارات	النسبة المئوية
٣٠	١	٠,٥ %
٤٠	٢	١,١ %
٥٠	٢	١,١ %
٦٠	١	٠,٥ %
١٠٠	١	٠,٥ %
٢٠٠	١	٠,٥ %
المجموع	٥٩	٣٢,٤ %
لم يجابوب	١٢٣	٦٧,٦ %
المجموع الكلي	١٨٢	١٠٠ %

وبالنظر إلى الجدول رقم (٦ . ٢) يتبين أن نسبة ٦,٦٧ % وعدددهم ١٢٣ ممارساً لم يجيبوا عن هذا السؤال ، ومقارنة بالمتعاملين من الممارسين مع مثل هذه الحالات من مفردات العينة وتبلغ نسبتهم ٣٩ % وعدددهم ٧١ ممارساً (انظر جدول رقم ٢ . ٢) ، فإن هناك نسبة ٦,٢٨ % لم يجيبوا فعلاً عن هذا السؤال حيث يبلغ عدددهم ٥٢ ممارساً . وقد يعود ذلك إلى أن هناك نسبة ٢,٢٤ % من مفردات العينة تقل فترة خبرتهم في العمل بالمستشفى عن ٣ سنوات (انظر جدول رقم ١ . ٥) . بالإضافة إلى أن هناك نسبة ١,٤٥ % منهم لم يسبق لهم العمل في مستشفى آخر قبل عملهم الحالي (انظر جدول رقم ١ . ٧) .

كما نلاحظ أن أعلى نسبة لعدد الحالات التي تم التعامل معها وصلت إلى ٢٠٠ حالة طفل متعرض للإيداء ، وأقلها بلغت حالة واحدة من مجموع عدد حالات الأطفال التي تعامل معها الممارس خلال فترة عمله المهني ، وبذلك بلغت قيمة المدى ١٩٩ ، وقد يعود كبر حجم المدى لعدد الحالات التي تم التعامل معها إلى الاختلاف في فترة العمل المهني للممارسين (انظر الجدولين ١ . ٥

و ١٠٧) حيث إن الممارس المتعامل مع مائتي حالة خلال فترة عمله المهني قد سبق له العمل بالمستشفى من ست إلى أقل من تسع سنوات ، كما أنه سبق له العمل في مستشفى آخر من قبل لمدة من ست إلى أقل من تسع سنوات . أما الممارس الذي سبق له العمل مع مائة حالة فهو قد عمل في هذا المستشفى لمدة تقل عن ثلاث سنوات ، ولكنه سبق له العمل في مستشفى آخر من قبل لمدة تزيد على تسع سنوات (انظر الملاحق ، الجدول رقم ٣ . ٤) . كما قد يعود ذلك إلى طبيعة عمل الممارس المهني المباشرة مع حالات الأطفال كطبيب الأطفال (انظر جدول ٢ . ٨) . وذلك يتفق مع أن أعلى نسبة للمتعاملين مع هذه الحالات من الممارسين هم من أطباء الأطفال (انظر جدول رقم ٢ . ٣) مما يدل على أنهم أكثر الممارسين تعاملًا مع هذه الحالات ، وبالتالي قد يكون منهم بعض الممارسين الأكثر اهتماماً أو الأكثر قدرةً على اكتشاف مثل هذه الحالات ، أو قد يكونون ضمن الفريق المتخصص للعمل مع هذا النوع من الحالات والذي يوجد في بعض المستشفيات ، وبالتالي تحال جميع هذه الحالات إليه .

ونجد أن أعلى نسبة لعدد حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء التي تعامل معها الممارس المهني في العدد حالتان أو عشر حالات تبلغ نسبتهم ٨, ٣٪ لكل منهم من مجموع مفردات العينة ، يلي ذلك خمس حالات حيث تبلغ نسبة المتعاملين معها ٣, ٣٪ ، ثم نسبة ٧, ٢٪ للمتعاملين مع عدد ثلاث أو أربع حالات أو عشرين حالة ، يلي ذلك المتعاملون مع خمس عشرة حالة حيث تبلغ نسبتهم ٢, ٢٪ ، ثم نسبة ٦, ١٪ للمتعاملين مع حالة واحدة أو ثماني حالات ، يلي ذلك نسبة ١, ١٪ للمتعاملين مع تسع حالات أو أربعين أو خمسين حالة ، ثم المتعاملون بنسبة ٥, ٠٪ مع سبع حالات أو إحدى عشرة أو اثنتي عشرة أو خمس وعشرين أو ثلاثين أو ستين أو مائة أو مائتي حالة .

وتبلغ قيمة الوسيط لعدد الحالات التي يتعامل معها الممارسون المهنيون خلال فترة عملهم المهني ٨, ٠٠ ، كما تبلغ قيمة المنوال ٢, ٠٠ .

جدول رقم (٢ . ٧) معدل تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال
المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف تخصصاتهم المهنية بالمستشفى (*)

التخصص المهني											معدل الحالات	
المجموع		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي		اخصائي اجتماعي		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%		العدد
٢٢,٢	١٠	-	-	٨,٨	٤	٢,٢	١	-	-	١١,١	٥	١
٢٦,٧	١٢	٢,٢	١	٢٠,٠	٩	-	-	-	-	٤,٤	٢	٢
١٥,٦	٧	-	-	١١,١	٥	٤,٤	٢	-	-	-	-	٣
٨,٩	٤	-	-	٤,٤	٢	٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	٤
٦,٧	٣	٢,٢	١	٢,٢	١	-	-	-	-	٢,٢	١	٥
٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٢	١	٦
٤,٤	٢	-	-	-	-	٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	٧
٢,٢	١	-	-	-	-	٢,٢	١	-	-	-	-	٨
٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٩
٦,٧	٣	-	-	٢,٢	١	٢,٢	١	٢,٢	١	-	-	١٠
٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٣٠
١٠٠	٤٥	٤,٤	٢	٥٣,٣	٢٤	١٥,٦	٧	٢,٢	١	٢٤,٤	١١	المجموع
	٢٦											لم يجاب
	٧١											المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق أن أكثر الممارسين المهنيين تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال عام واحد بمعدل ٣٠ حالة لطبيب أطفال وذلك بنسبة تبلغ ٢, ٢٪.

يلي ذلك من يتعاملون من الممارسين المهنيين مع هذه الحالات بمعدل عشر حالات أطفال متعرضين للإيذاء بنسبة تبلغ ٢, ٢٪ لكل من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين وأطباء الأطفال.

ويشكل أعلى تكرار للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من قبل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد بمعدل حالتين ما تبلغ نسبته ٧, ٢٦٪ يمثل أطباء الأطفال نسبة ٢٠٪ منها، يليهم الأخصائيون الاجتماعيون بنسبة ٤, ٤٪ ثم الأطباء بنسبة تصل إلى ٢, ٢٪.

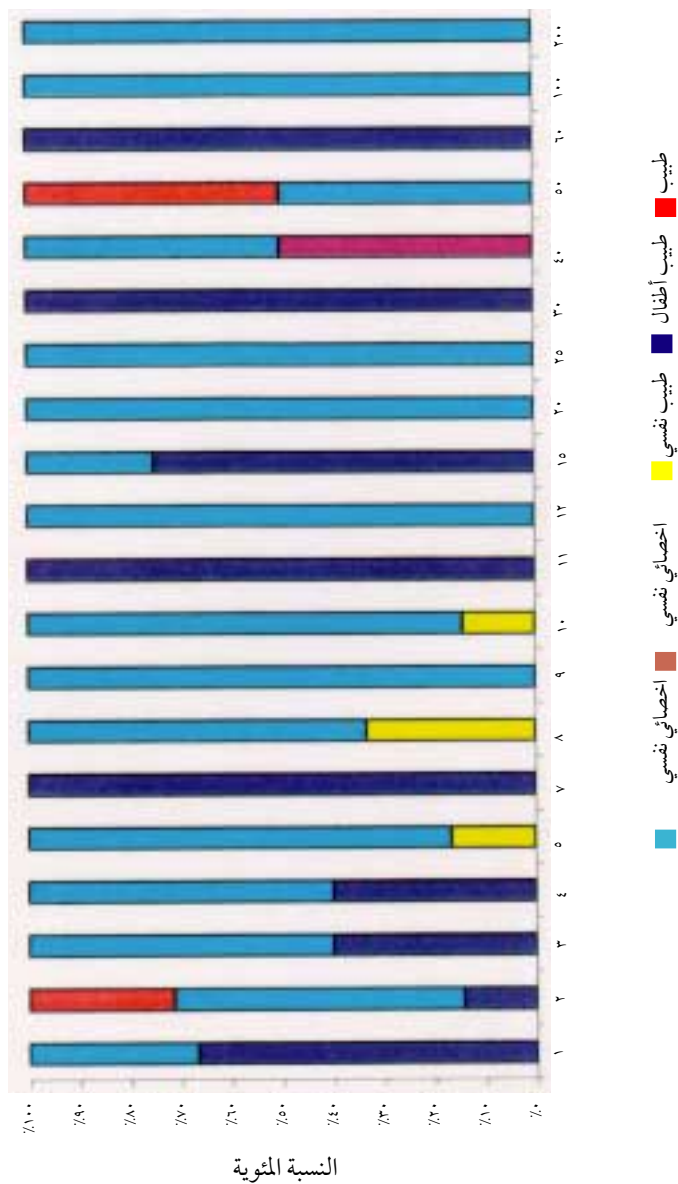
كما أن هناك نسبة ٣, ٥٣٪ من أطباء الأطفال تعاملوا مع هذه الحالات خلال العام الواحد، ويقل عنهم بنسبة ٩, ٢٨٪ الأخصائيون الاجتماعيون، ثم يقل عنهم بنسبة ٨, ٨٪ الأطباء النفسيون، وكذلك يليهم بنسبة تقل عنهم ٢, ١١٪ الأطباء، ثم الأخصائيون النفسيون بنسبة تقل عنهم ٢, ٢٪. ويتفق ذلك مع ما ورد في الجدول رقم (٢ . ٣) بأن أعلى نسبة للمتعاملين مع هذه الحالات هم من أطباء الأطفال.

جدول رقم (٢ . ٨) معدل تعامل الممارسين المهنيين حسب اختلاف تخصصاتهم مع حالات إيذاء الأطفال خلال فترة عملهم المهني (*)

التخصص المهني										معدل الحالات		
المجموع		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي			اخصائي اجتماعي	
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		%	العدد
٥,١	٣	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	٣,٤	٢	١
١١,٨	٧	٣,٤	٢	٦,٨	٤	-	-	-	-	١,٧	١	٢
٨,٥	٥	-	-	٥,١	٣	-	-	-	-	٣,٤	٢	٣
٨,٥	٥	-	-	٥,١	٣	-	-	-	-	٣,٤	٢	٤
١٠,١	٦	-	-	٨,٥	٥	١,٧	١	-	-	-	-	٥
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	٧
٥,١	٣	-	-	٣,٤	٢	١,٧	١	-	-	-	-	٨
٣,٤	٢	-	-	٣,٤	٢	-	-	-	-	-	-	٩
١١,٨	٧	-	-	١٠,٢	٦	١,٧	١	-	-	-	-	١٠
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	١١
١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١٢
٦,٨	٤	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	٥,١	٣	١٥
٨,٥	٥	-	-	٨,٥	٥	-	-	-	-	-	-	٢٠
١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	٢٥
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	٣٠
٣,٤	٢	-	-	١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	٤٠
٣,٤	٢	١,٧	١	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	٥٠
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	٦٠
١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١٠٠
١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	٢٠٠
١٠٠	٥٩	٥,١	٣	٢٤,٦	٣٨	٥,١	٣	١,٧	١	٢٣,٧	١٤	المجموع
	١٢											لم يجاب
	٧١											المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

شكل رقم (٨) النسبة المئوية لمعدل تعامل الممارسين المهنيين حسب اختلاف تخصصاتهم مع حالات إيذاء الأطفال خلال فترة عملهم المهني



نلاحظ من هذا الجدول أن أعلى معدل للتعامل من قبل الممارس المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال فترة عمله المهني وذلك بمعدل ٢٠٠ حالة يظهر لدى أطباء الأطفال بنسبة ٧, ١٪، وكذلك تعامل الممارسين بمعدل ١٠٠ حالة خلال فترة تعاملهم المهني بنسبة ٧, ١٪ لأطباء الأطفال أيضاً.

أما معدل التعامل لعشر حالات لأطفال متعرضين للإيذاء خلال فترة عمل الممارس المهني فتشكل نسبة ٩, ١١٪ لمن تعاملوا مع معدل عشر حالات تصل نسبة أطباء الأطفال منهم إلى ٢, ١٠٪ ونسبة ٧, ١٪ للأطباء النفسيين.

ويتبين أن هناك نسبة ٤, ٦٤٪ ممن أجابوا عن هذا السؤال هم من أطباء الأطفال، يليهم الأخصائيون الاجتماعيون بنسبة تقل عنهم ٧, ٢٣٪ ثم يلي ذلك بنسبة ١, ٥٪ الأطباء النفسيون وكذلك الأطباء، ثم الأخصائيون النفسيون بنسبة تبلغ ٧, ١٪.

جدول رقم (٩. ٢) معدل تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في العام الواحد حسب اختلاف المستشفيات(*)

المجموع	اليمامة		الأمير سلمان		الأطفال بالسيماية		قوى الأمن		الولادة والاطفال		المركزي		الجامعي		التخصصي		الحرس الوطني		القوات المسلحة		اسم المستشفى	
	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		
٢٢,٧	١٠	٢,٣	٤,٥	٢	٢,٣	١	٤,٥	٢	-	٢,٣	١	٢,٣	-	-	-	٢,٣	٢	٤,٥	٢,٣	١	١	
٢٥,٠	١١	٢,٣	-	-	-	٢,٣	٢	٤,٥	٢,٣	١	-	٢,٣	١	٢,٣	١	٢,٣	٤	٩,١	٢,٣	١	٢	
١٥,٩	٧	٢,٣	١	٢,٣	-	-	٢,٣	١	٢,٣	١	-	٢,٣	١	-	-	٢,٣	١	٢,٣	١	٢,٣	٣	
٩,١	٤	-	-	-	-	-	٢,٣	١	-	٢,٣	١	٢,٣	-	٤,٥	٢	-	-	-	-	-	٤	
٦,٨	٣	٢,٣	١	-	-	-	-	-	-	-	٢,٣	١	-	-	-	٢,٣	١	٢,٣	-	-	٥	
٢,٣	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٣	١	٢,٣	-	-	٦	
٤,٥	٢	-	-	-	-	-	٢,٣	١	-	-	-	-	-	-	-	٢,٣	١	٢,٣	-	-	٧	
٢,٣	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٣	١	٨	
٢,٣	١	-	-	-	-	-	٢,٣	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٩	
٦,٨	٣	-	-	-	٢,٣	١	-	-	-	-	-	٢,٣	١	-	-	-	-	-	٢,٣	١	١٠	
٢,٣	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٣	١	٢,٣	١	-	-	-	٣٠	
١٠٠	٤٤	٩,١	٤	٦,٨	٣	٤,٥	١٨,٢	٨	٤,٥	٢	٦,٨	٣	٦,٨	٣	٩,١	٤	٢٢,٧	١٠	١١,٤	٥	المجموع	
	٢٧																					لم يجاب
	٧١																					المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من هذا الجدول أن أكثر الممارسين المهنيين تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال العام الواحد هو في مستشفى الملك فيصل التخصصي لثلاثين حالة، وذلك بنسبة ٣, ٢٪.

أما الممارسون المتعاملون مع عشر حالات خلال العام الواحد فذلك يظهر في مستشفيات القوات المسلحة والملك خالد الجامعي والأطفال بالسليمانية بنسبة ٣, ٢٪ لكل منهما.

كما يمثل التعامل مع هذه الحالات من قبل الممارسين المهنيين بمعدل حالتين في العام الواحد بنسبة تصل إلى ١, ٩٪ لدى مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ثم بنسبة تبلغ ٥, ٤٪ في مستشفى قوى الأمن، ويأتي ذلك بنسبة ٣, ٢٪ لكل من مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الإمامة.

كما تمثل نسبة التعامل مع هذه الحالات من الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال العام الواحد بنسبة تبلغ ٧, ٢٢٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ثم في مستشفى قوى الأمن بنسبة ٢, ١٨٪، وتصل نسبتها إلى ٤, ١١٪ في مستشفى القوات المسلحة، ثم يلي ذلك وجودها بنسبة تبلغ ١, ٩٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث وكذلك في مستشفى الإمامة، يليها مستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي ومستشفى الأمير سلمان بنسبة تصل إلى ٨, ٦٪ لكل منهما، ويأتي ذلك نسبتها البالغة ٥, ٤٪ في مستشفى الولادة والأطفال وأيضاً في مستشفى الأطفال بالسليمانية.

جدول رقم (٢ . ١٠) معدل تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال فترة عملهم المهني حسب اختلاف المستشفيات (*)

اسم المستشفى	القوات المسلحة		الحرس الوطني		التخصصي		الجامعي		المركزي		الولادة والأطفال		قوى الأمن		الأطفال بالسليمانية		الامير سلمان		اليمامة		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
١	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	١	١,٧	-	-	١	١,٧	-	-	٣	٥,٢
٢	١	١,٧	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	٣	٥,٢	-	-	-	-	٦	١٠,٣
٣	-	-	٢	٣,٤	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٣,٤	١	١,٧	-	-	-	-	٥	٨,٧
٤	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	٢	٣,٤	١	١,٧	٥	٨,٧
٥	-	-	٢	٣,٤	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	٢	٣,٤	-	-	١	١,٧	-	-	٦	١٠,٣
٧	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
٨	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	١	١,٧	-	-	٣	٥,٢
٩	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	٢	٣,٤
١٠	٢	٣,٤	١	١,٧	-	-	١	١,٧	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	٧	١٢,٢
١١	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
١٢	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
١٥	-	-	٣	٥,٢	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٤	٦,٩
٢٠	-	-	١	١,٧	٢	٣,٤	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	٥	٨,٧
٢٥	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
٣٠	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
٤٠	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	٢	٣,٤
٥٠	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٣,٤
٦٠	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
١٠٠	-	-	-	-	١	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٧
٢٠٠	-	-	-	-	١	١,٧	٦	١٠,٣	٣	٥,٢	-	-	٣	٥,٢	٧	١٢,١	٦	١٠,٣	٤	٦,٩	٥٨	١٠٠
المجموع	٤	٦,٩	١٣	٢٢,٤	٦	١٠,٣	٣	٥,٢	٦	١٠,٣	٣	٥,٢	٣	٥,٢	٦	١٠,٣	٦	١٠,٣	٤	٦,٩	١٣	٢٢,٤
لم يجاوب	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع الكلي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

ونلاحظ من هذا الجدول أن أكثر الممارسين تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال فترة عملهم المهني بمعدل ٢٠٠ حالة في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة ٧,١٪، وكذلك بمعدل ١٠٠ حالة في مستشفى اليمامة .

وأغلبية الممارسين بمعدل ١,١٢٪ سبق لهم التعامل مع عشر حالات لأطفال متعرضين للإيذاء خلال فترة عملهم المهني، وذلك في مستشفى القوات المسلحة بنسبة تصل إلى ٤,٣٪، وأيضاً بنسبة تبلغ ٧,١٪ في كل من مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ومستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى قوى الأمن ومستشفى الأمير سلمان .

٤. ١. ٣ أنواع الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال

جدول رقم (٣ . ١) مدى تعامل مفردات العينة مع حالات متعرضة لأنواع إيذاء الأطفال المختلفة(*)

حالات المتعرضين لأكثر من نوع		حالات الإيذاء الجنسي		حالات الإيذاء النفسي		حالات الإيذاء البدني		حالات الإهمال		نوع إيذاء الأطفال نسبة التعامل مع الحالات
%	حالات	%	حالات	%	حالات	%	حالات	%	حالات	
٨٣,١	٥٩	٥٣,٥	٣٨	٤٦,٥	٣٣	٨,٥	٦	١٢,٧	٩	لا يوجد
٨,٥	٦	٣٨,٠	٢٧	٢٨,٢	٢٠	٣٦,٦	٢٦	١٩,٧	١٤	اقل من ٢٥٪
٥,٦	٤	٥,٦	٤	١٤,١	١٠	٢٥,٤	١٨	٣٥,٢	٢٥	٢٥-٥٠٪
-	-	١,٤	١	٧,٠	٥	١٤,١	١٠	٩,٩	٧	٥٠-٧٥٪
٢,٨	٢	١,٤	١	٤,٢	٣	١٥,٥	١١	٢٢,٥	١٦	٧٥٪ فأكثر
١٠٠٪	٧١	١٠٠٪	٧١	١٠٠٪	٧١	١٠٠٪	٧١	١٠٠٪	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول رقم (٣ . ١) أن أكثر أنواع حالات إيذاء الأطفال التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء البدني حيث تبلغ نسبتهم ٥, ٩١٪، ويأتي ذلك التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإهمال وذلك بنسبة تصل إلى ٣, ٨٧٪، ثم المتعرضون للإيذاء النفسي من الأطفال بنسبة ٥, ٥٣٪، ويليهما الأطفال المتعرضون للإيذاء الجنسي حيث تبلغ نسبتهم ٥, ٤٦٪، ويأتي ذلك من يتعرض لأكثر من نوع من الإيذاء من الأطفال وذلك بنسبة تصل إلى ٩, ١٦٪.

كما نلاحظ أيضاً عند النظر لنفس الجدول السابق أن أغلبية مفردات العينة لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين لأكثر من نوع من الإيذاء، حيث بلغت نسبتهم ١, ٨٣٪ من إجمالي الممارسين. يليهم الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات الإيذاء الجنسي بنسبة ٥, ٥٣٪ من الممارسين، ثم الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات الإيذاء النفسي بنسبة ٥, ٤٦٪ من الممارسين، يليهم الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات إهمال الأطفال حيث تبلغ نسبتهم ٧, ١٢٪ من نسبة الممارسين، وأخيراً الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات الإيذاء البدني بنسبة ٥, ٨٪ من الممارسين المهنيين.

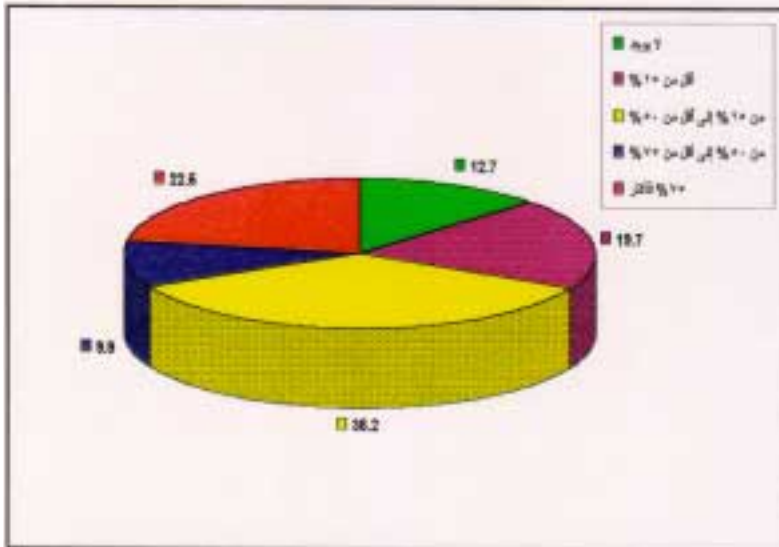
وبناء على ما سبق فإن أكثر أنواع إيذاء الأطفال التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات الإيذاء البدني، يليه إهمال الأطفال، ثم الإيذاء النفسي، يليه الإيذاء الجنسي، وأقلها حالات المتعرضين لأكثر من نوع من الإيذاء. وقد تعود الزيادة في نسبة تعرض الأطفال للإيذاء البدني أكثر من غيره من الأنواع سهولة اكتشافه من قبل

شكل رقم (٩) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات متعرضة لأنواع إيذاء الأطفال المختلفة



■ الإهمال ■ إيذاء بدني ■ إيذاء نفسي ■ إيذاء جنسي ■ أكثر من نوع من الإيذاء

شكل رقم (١٠) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإهمال



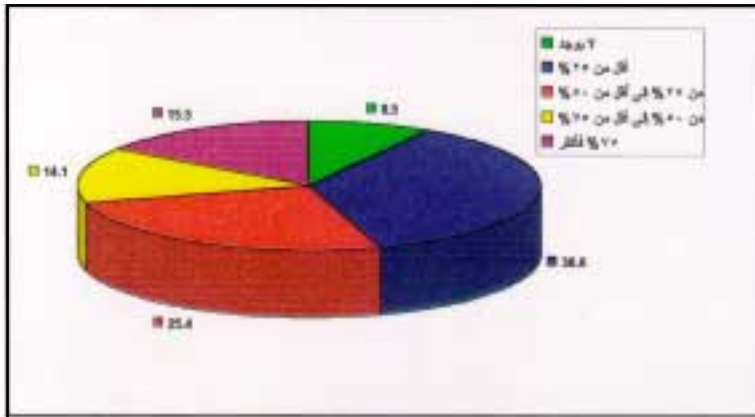
الممارسين المهنيين (انظر جدول رقم ٧ . ١) ، لوجود العلامات البدنية الدالة عليه (Wiehe, 1998: 32-33; Kashani & Allan, 1998: 20) كما يتفق أيضاً ذلك مع ما ورد في جدول رقم (٣ . ٢) حيث إن أكثر المظاهر ظهوراً على الحالات التي واجهها الممارسون للأطفال المتعرضين للإيذاء تتمثل في مظاهر الإيذاء البدني والإهمال .

بالإضافة إلى أنه قد يعود ذلك إلى سهولة تبرير أسرة الطفل لهذا النوع من الإيذاء بإصابات واقعة نتيجة للحوادث ، وخاصة أن أكثر وسيلة يحضر فيها الأطفال المتعرضون للإيذاء للمستشفى هي عن طريق والديهم (انظر جدول رقم ٧-٢) بالإضافة إلى أن غالبية حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء قد وقع عليهم الإيذاء من قبل أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٣ . ٤) .

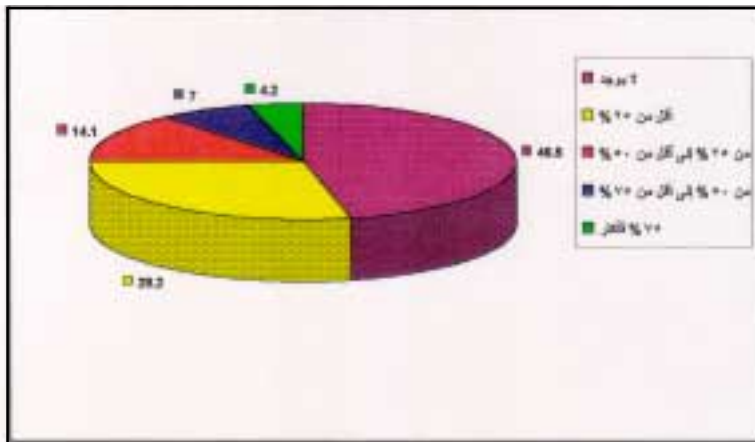
وذلك يتفق مع ما ورد في دراسة قطان (١٩٩٤م) في وجود أربع حالات متعرضة للإهمال أو الإيذاء البدني من أصل عشر حالات (Kattan, 1994:129,131-132) . وكذلك في دراسة العيسى (١٩٩٠م) التي يظهر بها وجود ست حالات متعرضة لهذا النوع من الإيذاء من أصل سبع حالات (Al- Eissa, 1991: 129,132) . وأيضاً تبين الإحصاءات والتقارير المنشورة في عام ١٩٩١-١٩٩٥م حول أنواع هذا الإيذاء في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك حسب ما ورد في نظام المعلومات الوطني الخاص بإيذاء الأطفال وإهمالهم أن أكثرها وجوداً هو الإيذاء البدني والإهمال (Ginsberg, 1995: 73;Petit & Curtis, 1997: 30,34) .

وقد تعود أيضاً قلة تعرض هذه الحالات التي واجهها الممارسون المهنيون في المستشفيات للإيذاء الجنسي لمحاولة إخفائه من قبل الأسرة نظراً لصعوبة إيجاد مبرر آخر له ، غير أنه إيذاء فعلي .

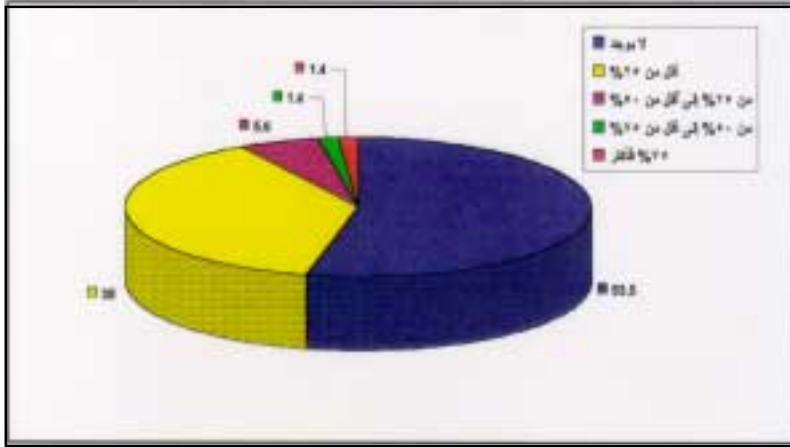
شكل رقم (١١) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء البدني



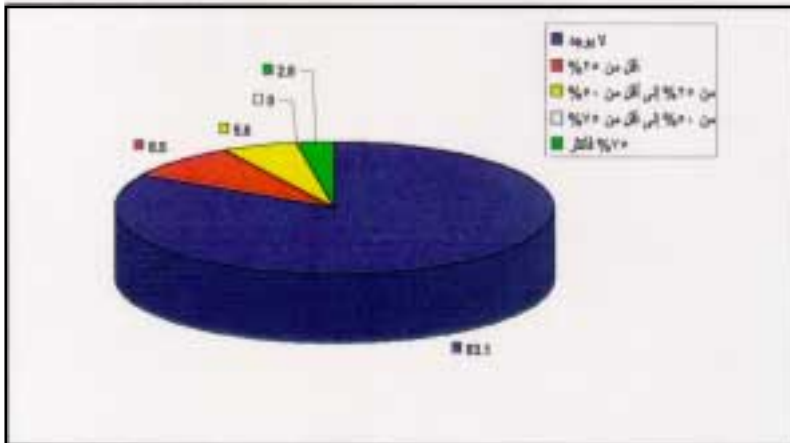
شكل رقم (١٢) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء النفسي



شكل رقم (١٣) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء الجنسي



شكل رقم (١٤) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين لأكثر من نوع من الإيذاء



كما يتبين من هذا الجدول رقم (٣ . ١) أيضاً أن ما يزيد على ٧٥٪ من الحالات التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات الأطفال المتعرضين للإهمال ، ثم المتعرضين للإيذاء البدني ، ثم المتعرضين للإيذاء النفسي ، ويليهم المتعرضون لأكثر من نوع من الإيذاء ، ثم المتعرضون للإيذاء الجنسي .

جدول رقم (٢.٣) مدى تعامل مفردات العينة مع المظاهر المختلفة لحالات الأطفال المتعرضين للإيذاء* (٢٠٠٧)

المجموع %	%٧٥ فأكثر		%٥٠ من -		%٢٥ من -		لا يوجد		نسبة التعامل مظاهر الإيذاء
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	
٧١	٢٦,٨	١٩	٨,٥	٦	١٤,١	١٠	٢٥,٤	١٨	الاهمال الواضح في مظهر الطفل العام
٧١	١٤,١	١٠	٤,٢	٣	١٤,١	١٠	٢٢,٥	١٦	فقدان الطفل للنشاط والحيوية الملائمة له
٧١	٧,٥	٥	٥,٦	٤	٩,٩	٧	٢٣,٩	١٧	القصور في النمو الطبيعي للطفل
٧١	٢,٨	٢	٥,٦	٤	٥,٦	٤	١٥,٥	١١	اثار حرمان الطفل من المآكل الواضحة
٧١	٤,١	١٠	٤,٢	٣	١٥,٥	١١	٢٢,٥	١٦	اصابات الحوادث على الطفل نتيجة لنقص الاشراف والرعاية
٧١	٢,٨	٢	-	-	٤,٢	٣	١٦,٩	١٢	اثار الربط بجبل أو غيره على الطفل
٧١	٢١,١	١٥	٧,٥	٥	١١,٣	٨	٢٩,٦	٢١	اثار ضرب الطفل والاصابة بكدمات في مكان أو أكثر من جسمه
٧١	١١,٣	٨	٤,٢	٣	١١,٣	٨	٢٨,٢	٢٠	اثار اصابة الطفل بجروح في مكان أو أكثر من جسمه
٧١	٨,٥	٦	-	-	٩,٩	٧	٢٦,٨	١٩	اثار اصابة الطفل بالحروق في مكان أو أكثر من جسمه

تابع جدول رقم (٢.٣)

المجموع	٧٥٪ فأكثر		من ٥٠٪ - ٧٥٪		من ٢٥٪ - ٥٠٪		أقل من ٢٥٪		لا يوجد		نسبة التعامل
	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	
١٠٠٠٪	٧١	١١,٣	٨	٤,٢	٦	٨,٥	٢٩,٦	٢١	٤٦,٥	٣٣	اثار اصابة الطفل بمرض أو كسور في جسمه
١٠٠٠٪	٧١	-	-	-	١	١,٤	٩,٩	٧	٨٨,٧	٦٣	آثار لتعاطي الطفل العقاقير أو المخدرات
١٠٠٠٪	٧١	٩,٩	٧	٤,٢	٣	٤,٢	١٨,٣	١٣	٦٣,٤	٤٥	آثار عدم انتظام الطفل في أخذ العلاج اللازم
١٠٠٠٪	٧١	١,٤	١	-	٧	٩,٩	١٢,٧	٩	٧٦,١	٥٤	الضعوبات التي يعاني منها الطفل عند المشي أو الحركة
١٠٠٠٪	٧١	٢,٨	٢	٢,٨	٥	٧,٠	٢٨,٢	٢٠	٥٩,٢	٤٢	آثار الإعتداء الجنسي على الطفل
١٠٠٠٪	٧١	٨,٥	٦	١,٤	١١	١٥,٥	١٨,٣	١٣	٥٦,٣	٤٠	الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل
١٠٠٠٪	٧١	٧,٠	٥	٤,٢	١٠	١٤,١	١٤,١	١٠	٦٠,٦	٤٣	إصابة الطفل بالقتل
١٠٠٠٪	٧١	٢,٨	٢	١,٤	٩	١٢,٧	١٨,٣	١٣	٦٤,٨	٤٦	عدم قدرة الطفل على التحدث مع الآخرين
١٠٠٠٪	٧١	٧,٠	٥	٤,٢	٨	١١,٣	١٥,٥	١١	٦٢,٠	٤٤	خوف الطفل كسمة أساسية لشخصيته
١٠٠٠٪	٧١	٨,٥	٦	٥,٦	٥	٧,٠	١٥,٥	١١	٦٣,٤	٤٥	هروب الطفل من التحدث مع مصدر الإيذاء
١٠٠٠٪	٧١	٧,٠	٥	١,٤	٧	٩,٩	١١,٣	١١	٧٠,٤	٥٠	هروب الطفل من التحدث عن مصدر الإيذاء

تابع جدول رقم (٢.٣)

المجموع	أكثر / ٧٥٪		من ٥٠٪ -		من ٢٥٪ -		أقل من ٢٥٪		لا يوجد		نسبة التعامل	مظاهر الإيذاء
	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪		
٧١	٢,٨	٢	٢,٨	٢	١١,٣	٨	١٥,٥	١١	٦٧,٦	٤٨	٦٧,٦	يكاء الطفل دون وجود اسباب واضحة لذلك
٧١	١,٤	١	٢,٨	٢	٥,٦	٤	١٤,١	١٠	٧٦,١	٥٤	٧٦,١	رغبة الطفل في الهرب من المستشفى
٧١	١,٤	١	٥,٦	٤	١١,٣	٨	١٥,٥	١١	٦٦,٢	٤٧	٦٦,٢	رغبة الطفل في عدم العودة لاسرته
٧١	٥,٦	٤	٤,٢	٣	٩,٩	٧	٢٢,٥	١٦	٥٧,٧	٤١	٥٧,٧	إنطواء الطفل وعدم تبادله الاستجابة مع الآخرين
٧١	٤,٢	٣	-	-	١٢,٧	٩	١٥,٥	١١	٦٧,٦	٤٨	٦٧,٦	استخدام الطفل لأسلوب العنف في تعامله مع الآخرين
٧١	١,٤	١	-	-	١,٤	١	٢,٨	٢	٩٤,٤	٦٧	٩٤,٤	مظاهر أخرى للإيذاء

(* النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

وقد يتبادر إلى الذهن أن كل ما ورد في الجدول رقم (٣ . ٢) هو مظاهر للإيذاء أو هي آثار له ، وحيث إن الآثار من الصعب في بعض الحالات قياسها ، ولأن بعضاً منها قد لا يظهر بصورة واضحة ومباشرة بعد التعرض للإيذاء ، لذا فقد نستطيع أن نطلق على هذه المظاهر المؤشرات أو العلامات التي استدل الممارس المهني من خلالها على وجود الإيذاء وتعرض الطفل له (Speight, 1997: 5-6).

يتبين من الجدول السابق أن أكثر مظاهر الإيذاء في حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء الذين تعامل معهم الممارسون المهنيون في المستشفى ظهوراً يتمثل في الإهمال الواضح في مظهر الطفل العام حيث تبلغ نسبته ٦, ٧٤٪، ويليه آثار ضرب الطفل وإصابته بكدمات في مكان أو أكثر من جسمه وذلك بنسبة ٦٩٪، ثم إصابات الحوادث على الطفل نتيجة للقصور في الإشراف عليه ورعايته وذلك بنسبة تصل إلى ٣, ٥٦٪، يلي ذلك نسبة ٩, ٥٤٪ لفقدان الطفل لنشاطه وللحيوية الملائمة له ، وكذلك آثار إصابته بجروح في مكان أو أكثر من جسمه ، ويليه آثار إصابة الطفل برضوض أو كسور في جسمه وذلك بنسبة ٥, ٥٣٪، ثم القصور في النمو الطبيعي للطفل حيث تبلغ نسبته ٥, ٤٦٪، يلي ذلك آثار إصابة الطفل بالحروق في مكان أو أكثر من جسمه بنسبة تصل إلى ١, ٤٥٪، ويليه الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل حيث تبلغ نسبتها ٧, ٤٣٪، ثم انطواء الطفل وعدم تبادل الاستجابة مع الآخرين بنسبة تصل إلى ٣, ٤٢٪، يلي ذلك آثار الاعتداء الجنسي على الطفل وذلك بنسبة ٨, ٤٠٪، ثم إصابة الطفل بالقلق حيث تبلغ نسبتها ٤, ٣٩٪، ووصلت نسبة خوف الطفل كسمة أساسية لشخصيته إلى ٣٨٪، ثم يلي ذلك هروب الطفل من التحدث مع مصدر الإيذاء وكذلك آثار عدم انتظام الطفل في أخذ العلاج اللازم له حيث تبلغ

نسبة ذلك ٦, ٣٦٪، ويليها عدم قدرة الطفل على التحدث مع الآخرين بنسبة ٢, ٣٥٪، ثم رغبة الطفل في عدم العودة لأسرته بنسبة تصل إلى ٨, ٣٣٪، ويلي ذلك بكاء الطفل دون وجود أسباب واضحة لذلك، وكذلك استخدام الطفل لأسلوب العنف في تعامله مع الآخرين حيث تبلغ نسبته ٤, ٣٢٪، ثم آثار حرمان الطفل من المأكل الواضحة وكذلك هروب الطفل من التحدث عن مصدر الإيذاء بنسبة تصل إلى ٦, ٢٩٪، ويليها آثار الربط بحبل أو غيره على الطفل وكذلك الصعوبات التي يعاني منها عند المشي أو الحركة وكذلك رغبته في الهرب من المستشفى حيث تبلغ نسبة ذلك ٩, ٢٣٪، ويلي ذلك آثار تعاطي الطفل العقاقير أو المخدرات بنسبة ٣, ١١٪، ثم المظاهر الأخرى غير التي سبق ذكرها لتعرض الطفل للإيذاء بنسبة تبلغ ٦, ٥٪.

ونلاحظ أن أكثر المظاهر ظهوراً على الحالات التي تعامل معها الممارسون هي المظاهر المرتبطة بالإهمال وبالإيذاء البدني، ويتفق ذلك مع ما ورد في الجدول رقم (٣ . ١) في أن أكثر أنواع الإيذاء التي تعامل معها الممارسون هو الإيذاء البدني ويليها الإهمال. كما يتفق مع ما ورد في الأدبيات في الفصل الثاني من هذه الدراسة من أنها أكثر المؤشرات ظهوراً، على الرغم من أن هناك صعوبة في فصل أنواع الإيذاء بعضها عن بعض. فمثلاً عند حدوث الإيذاء البدني لا بد أن يصاحبه في أغلب الأحيان إيذاء نفسي- مثلاً- ولكن هناك صعوبة في تحديد الأخير والتوصل له لعدم وجود العلامات البدنية التي تدل عليه. كما أن هذه المؤشرات والمظاهر قد تحدث في حالة التعرض لنوع أو أكثر من الإيذاء مما يصعب فصلها عن بعضها (Meadow, 1997: 2; Wiehe, 1998: 14, 32-33; Kashani & Allan, 1998:20).

بالإضافة إلى أن أغلبية الممارسين المتعاملين مع هذه الحالات هم من أطباء الأطفال مما يجعلهم أكثر اكتشافاً للمؤشرات البدنية التي تظهر على جسم الطفل، بينما يقل عنهم نسبة تعامل المتخصصين الآخرين كالأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين (انظر جدول ٢ . ٣).

جدول رقم (٣ . ٣) مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب اختلاف جنس المتسبب في الإيذاء (المعتدي) (*)

لا يتذكر الممارس نوع جنس المعتدي بالتحديد		ذكور وإناث كلا الجنسين معاً		الإناث		الذكور		جنس المعتدي نسبة التعامل مع الحالات
٨٧,٤	٦٢	٦٧,٦	٤٨	٣٦,٦	٢٦	٣٢,٤	٢٣	لا يوجد
٥,٦	٤	٩,٩	٧	٩,٩	٧	١١,٣	٨	اقل من ٢٥٪
-	-	٧,٠	٥	٢٩,٦	٢١	٢٥,٣	١٨	٢٥-٥٠٪
-	-	-	-	٩,٩	٧	١٥,٥	١١	٥٠-٧٥٪
٧,٠	٥	١٥,٥	١١	١٤,٠	١٠	١٥,٥	١١	٧٥٪ فأكثر
٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق رقم (٣ . ٣) أن أكثر الممارسين المهنيين في المستشفيات قد سبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المتسبب في إيذائهم (المعتدي) من الذكور حيث تبلغ نسبتهم ٦٧,٦٪، ويليهم حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من قبل الإناث بنسبة تصل إلى ٦٣,٤٪، ثم الحالات التي يتم التعامل معها وكان المعتدي من كلا الجنسين (ذكور وإناث) بنسبة ٣٢,٤٪، يلي ذلك من لا يتذكر الممارس المهني نوع جنس المعتدي بالتحديد حيث تبلغ نسبتهم ١٢,٧٪.

جدول رقم (٤.٣) مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب اختلاف صلة قرابة التسبب في الإيذاء (المعتدي)

الاخرون	أحد العاملين المنزل		الخال أو الخالة	العم أو العمة		الجد أو الجدة	الاخت		الاخ		الام		الاب		صلة قرابة المعتدي	
	%	النسبة المئوية		%	النسبة المئوية		%	النسبة المئوية	%	النسبة المئوية	%	النسبة المئوية	%	النسبة المئوية		%
٧٨,٩	٥٦	٦٦,٢	٩٥,٨	٦٨	٩٤,٤	٦٧	٨٤,٥	٦٠	٧٦,١	٥٤	٨٠,٣	٥٧	٤٩,٣	٣٥	٢٦,٨	١٩
١٢,٧	٩	٢٢,٥	٤,٢	٣	٥,٦	٤	١١,٣	٨	١٨,٣	١٣	١٥,٥	١١	٢٨,٢	٢٠	٢٢,٥	١٦
١,٤	١	١١,٣	-	-	-	-	٤,٢	٣	٤,٢	٣	٤,٢	٣	١٦,٩	١٢	٣٦,٦	٢٣
١,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٤,٢	٣	٨,٥	٦
٥,٦	٤	-	-	-	-	-	-	-	١,٤	١	-	-	١,٤	١	٧,٠	٥
٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١	٧١

(* النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

ويدل ذلك على أن أغلبية المعتدين هم من الذكور أكثر من الإناث بنسبة تزيد على ٢, ٤٪، ثم يلي ذلك كون المعتدين ذكوراً وإناثاً معاً.

وفي المقابل فإن ما يزيد على ٧٥٪ من الحالات التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات الأطفال وكان المعتدي عليهم من الذكور وكذلك من الذكور والإناث معاً ويليهم المعتديات من الإناث.

يلاحظ من الجدول رقم (٣ . ٤) أن أكثر الحالات التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفى للأطفال المتعرضين للإيذاء كان المتسبب في الإيذاء (المعتدي) هو الأم بنسبة تصل إلى ٦, ٧٤٪، يلي ذلك حالات الأطفال يكون المعتدي عليهم الأب حيث تبلغ نسبتهم ٢, ٧٣٪، ثم من كان المعتدي عليهم هي زوجة الأب وذلك بنسبة ٧, ٥٠٪، ويليها الأطفال الذين تم الاعتداء عليهم من قبل العاملين في المنزل حيث تبلغ نسبتهم ٨, ٣٣٪، ثم من كان المعتدي هو الأخ حيث تصل نسبتهم إلى ٩, ٢٣٪، ثم كون المعتدي هو من الأفراد الآخرين بنسبة ١, ٢١٪، ويلي ذلك الأطفال المعتدى عليهم من قبل زوج الأم وذلك بنسبة ٧, ١٩٪، ويليها كون المعتدي هي الأخت حيث تبلغ نسبتهم ٥, ١٥٪، ثم من كان المعتدي هو الجد أو الجدة أو العم والعمة حيث تبلغ نسبتهم ٦, ٥٪، ويليهم كون الاعتداء تم من قبل الخال أو الخالة وذلك بنسبة تصل إلى ٢, ٤٪.

وبالتالي يظهر أن أغلبية مفردات العينة لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم فيها هو الخال أو الخالة حيث تبلغ نسبتهم ٨, ٩٥٪ من الممارسين، ويلي ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هو العم أو العمة وكذلك الجد أو الجدة بنسبة ٤, ٩٤٪ من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع

حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هي الأخت حيث تصل نسبتهم ٥, ٨٤٪ من الممارسين، ويليهم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هو زوج الأم حيث تبلغ نسبتهم ٣, ٨٠٪ من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هم أفراد آخرون وذلك بنسبة ٩, ٧٨٪ من الممارسين، ويأتي ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هو الأخ حيث تصل نسبتهم إلى ١, ٧٦٪ من الممارسين، ويليهم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هو أحد العاملين في المنزل وذلك بنسبة ٢, ٦٦٪ من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هي زوجة الأب حيث تبلغ نسبتهم ٣, ٤٩٪ من الممارسين، ويأتي ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هو الأب وذلك بنسبة ٨, ٢٦٪ من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هي الأم حيث تصل نسبتهم إلى ٤, ٢٥٪ من الممارسين.

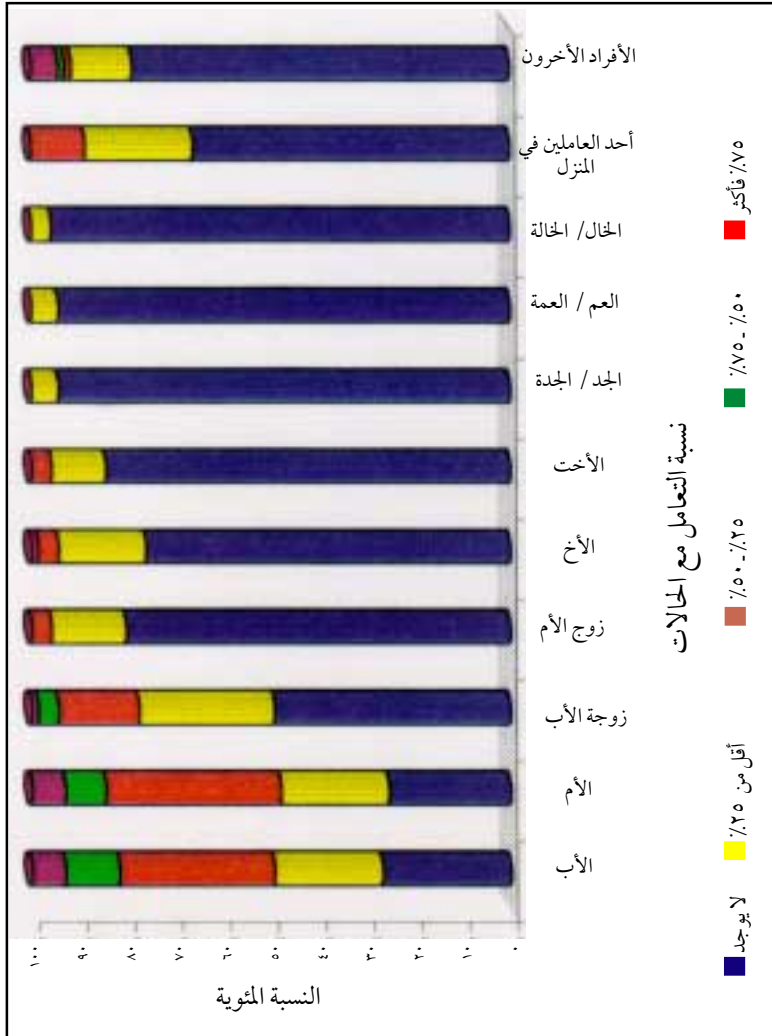
ويتبين من كل ذلك أن أعلى نسبة للحالات التي واجهها الممارسون المهنيون في المستشفيات لأطفال متعرضين للإيذاء كان المعتدي عليهم هي الأم بنسبة تزيد ٤, ١٪ على كون المعتدي هو الأب. ثم يلي ذلك كون المعتدي زوجة الأب ثم أحد العاملين في المنزل ثم الأخ ويليها الأفراد الآخرون، ثم يليهم زوج الأم ثم الأخت، يليها الأفراد الآخرون ثم يليهم زوج الأم ثم الأخت ويأتي ذلك الجد والجددة والعم والعممة ثم الخال أو الخالة. ويلاحظ من ذلك أنه في الغالب كلما زاد قرب المعتدي من الطفل أو كونه يعيش في نفس المنزل زادت نسبة إيقاعه للإيذاء عليه.

وكذلك نلاحظ من نفس هذا الجدول رقم (٣ . ٤) أن ما يزيد على ٧٥٪ من الحالات التي يتعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات لأطفال متعرضين للإيذاء المعتدي عليهم هو الأب أو الأم .

ويتفق ذلك مع ما ورد في دراسة قطان (١٩٩٤م) من أن ستاً من أصل عشر حالات لأطفال متعرضين للإيذاء قد أوقع عليهم من قبل الأم، وكذلك يتفق ما ورد في دراسة العيسى (١٩٩٠م) في أن أغلب الحالات كان المعتدي هما الأبوان كلاهما (Kattan 1994:129-131-132.AIEissa). كما يتفق ذلك أيضاً مع ما ورد من إحصاءات وتقارير في (1991,129-131). عام ١٩٩١م-١٩٩٥م في الولايات المتحدة الأمريكية ومن نظام المعلومات الوطني الخاص بإيذاء الأطفال وإهمالهم، والذي تبين منه أن أعلى نسبة للأطفال المتعرضين للإيذاء في الولايات المتحدة الأمريكية قد تم إيقاع الأذى عليهم من قبل الوالدين (Ginsberg 1995: 74; Petit & Curtis 27- 28: 1997).

وتبين الأدبيات الخاصة بهذا الموضوع والواردة في الفصل الثاني من هذه الدراسة أنه يزيد تعرض الطفل للإيذاء في الأسر التي يوجد فيها نزاع أو انفصال بين الوالدين، أو التي يكثر فيها عدد أفراد الأسرة، أو التي يتصف الوالدان فيها بصغر السن أو الجهل، أو تتصف الأسرة فيها بضعف المستوى الاقتصادي (Brissett-Chapman, 1995; Wells, 1995; Kolko, 1996; Toscano, 1998; Cummings, 1997; Miller -Perrin & Pernin, 1999)؛ إسماعيل، ١٩٩٥، ؛ الدخيل، ١٩٩٠). مما يزيد من احتمالية إيقاع الإيذاء على الأطفال من قبل الوالدين في هذه الأسر (انظر الجدول رقم ٤ . ٢٩ - ٤ . ٣٠).

شكل رقم (١٥) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب اختلاف صلة قرابة المتسبب في الإيذاء (المعتدي)



جدول رقم (٣٠. ٥) مدى التعامل مع حالات الأطفال المعرضين للإهمال حسب اختلاف المستشفيات (*)

اسم المستشفى														نوع الإيذاء
المجموع	الإيماة	الامير	الأطفال	قوى الأمن	الولادة	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة	الإهمال			
٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	
١٢,٩	٩	-	٢,٩	١,٤	١,٤	١	-	١,٤	١	٢,٩	٢	١,٤	١	لا يوجد
١٨,٦	١٣	١,٤	١	٢,٩	٢,٩	٢	١,٤	٢,٩	٢	٢,٩	٢	-	٥	اقل من ٢٥٪
٣٥,٧	٢٥	٥,٧	٤	١,٤	٢,٩	٢	٢,٩	١,٤	١	٧,١	٥	٧,١	٥	٥٠٪-٧٥٪
١٠,٠	٧	-	-	١,٤	٤,٣	٣	-	١,٤	١	١,٤	١	١,٤	١	أكثر من ٧٥٪
٢٢,٨	١٦	١,٤	١	٥,٧	٢,٩	٢	-	٢,٩	٢	٧,١	٥	-	-	لم يحاول
١٠٠	٧٥	٨,٦	٦	١٠,٠	١٤,٣	١٠	٤,٣	٨,٦	٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٧	المجموع
	١													المجموع الكلي
	٧١													

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول رقم (٣ . ٥) أن أكثر المستشفيات تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإهمال هو مستشفى الملك فهد للحرس الوطني حيث تبلغ نسبة التعامل مع الحالات الواقع عليها هذا الإهمال ٥, ١٨٪، ويقل عنها مستشفى قوى الأمن بنسبة تبلغ ٦, ٥٪، ثم مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى اليمامة حيث تقل عما يسبقها بنسبة تصل إلى ٣, ٤٪، ويليهما تعامل المستشفى المركزي وكذلك مستشفى الأطفال بالسليمانية معها بنسبة تقل عن من يسبقها ٢, ١٪، ثم تعامل مستشفى الأمير سلمان مع هذا النوع بنسبة تقل عنها ١, ٠٪، ويأتي ذلك تعامل مستشفى الملك خالد الجامعي وكذلك مستشفى الولادة والأطفال معها بنسبة تقل عن من يسبقها ٨, ٢٪.

كما يتبين من نفس الجدول السابق أيضاً أن مجموع نسبة التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإهمال تمثل ١٠٠٪ لدى مستشفى الملك خالد الجامعي وكذلك مستشفى الولادة والأطفال ومستشفى اليمامة من مجموع الحالات التي تم التعامل معها، ويليهما مستشفى قوى الأمن بنسبة ٩٠٪، ثم مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بنسبة ٧, ٨٦٪، ويأتي ذلك مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة ٧, ٨٥٪، ثم المستشفى المركزي ومستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة ٣, ٨٣٪، ثم مستشفى الأمير سلمان بنسبة ٤, ٧١٪.

جدول رقم (٣. ٦) مدى التعامل مع حالات الاطفال المتعرضين للايذاء البدني حسب اختلاف المستشفيات (*)

اسم المستشفى														نوع الإيذاء
المجموع	اليمامة	الامير	الاطفال	الاطفال	قوى الأمن	الولادة	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة	المجموع	الإيذاء بدني	
٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪
٨,٦	٦	١,٤	١	٤,٣	٣	١,٤	١	-	-	١	١,٤	١	-	لا يوجد
٣٥,٧	٢٥	٥,٧	٤	١,٤	١	٤,٣	٣	٢,٩	٢	٢,٩	٤	٢,٩	٢	اقل من ٢٥٪
٢٥,٧	١٨	-	-	٢,٩	٢	١,٤	١	٢,٩	١	١,٤	٨	٢,٩	٢	٥٠٪-٧٥٪
١٤,٣	١٠	١,٤	١	-	-	٤,٣	٣	-	٢	٢,٩	٢	١,٤	١	أكثر من ٧٥٪
١٥,٧	١١	-	-	١,٤	١	٤,٣	٣	٢,٩	٢	-	٢,٩	٢	٢	فاكثير
١٠٠	٧٠	٨,٦	٦	١٠,٠	٧	٨,٦	٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٧	١١,٤	١٥	المجموع
	١													لم يجاوب
	٧١													المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق أن أكثر المستشفيات تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء البدني هو مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بنسبة ٢٠٪، يلي ذلك مستشفى قوى الأمن حيث يقل تعامله معها عنه بنسبة تبلغ ١, ٧٪، ثم يقل عن يسبقه مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تبلغ ٩, ٢٪، ويليهما المستشفى المركزي ومستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة تقل عنه وتصل إلى ٤, ١٪، ثم يقل عنه تعامل مستشفى اليمامة مع هذا النوع من الحالات بنسبة ٤, ١٪، يلي ذلك مستشفى الأمير سلمان حيث تقل نسبته عن يسبقه ٥, ١٪، ثم تعامل مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال معها بنسبة تقل عن يسبقه وتصل إلى ٤, ١٪.

كما نلاحظ من الجدول رقم (٣. ٦) أن التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء البدني يمثل مجموع نسبة التعامل معه ١٠٠٪ من مجموع الحالات التي يتعامل معها مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأطفال بالسليمانية، يلي ذلك مجموع نسبة تعامل مستشفى الملك فهد للحرس الوطني مع هذا النوع بنسبة ٣, ٩٣٪، ثم يليه مجموع تعامل مستشفى قوى الأمن معه بنسبة ٩٠٪، يلي ذلك مجموع تعامل مستشفى اليمامة معه بنسبة ٣, ٨٣٪، يلي ذلك مجموع نسبة تعامل مستشفى الأمير سلمان مع هذا النوع من الإيذاء ١, ٥٧٪.

جدول رقم (٣ . ٧) مدى التعامل مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء النفسي حسب اختلاف المستشفيات (*)

اسم المستشفى														نوع الإيذاء	نفسية
المجموع	اليمامة	الامير	الاطفال	قوى الأمن	الولادة والاطفال	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة	التكرار	التكرار	التكرار		
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	لا يوجد	
٣٢	٤	٧,١	٥	٢	١	٤	١	٢	٨	١	١١,٤	٢	٤,٣	٣	٤,٣
٤٥,٧	٥,٧	٧,١	٥,٧	٢,٩	٥,٧	٥,٧	١,٤	٢,٩	٢,٩	١,٤	١١,٤	٢	٤,٣	٣	٤,٣
٢٨,٦	١,٤	١,٤	١	٤	٢	٢	١	٢	٣	٤,٣	٤,٣	٢	٤,٣	٣	٤,٣
١٤,٣	١,٤	-	١,٤	١	-	-	١	٢	٤	-	٥,٧	٢	-	-	-
٧,١	٥	-	-	٣	-	-	-	١	-	١,٤	٥,٧	١	١,٤	١	١,٤
٤,٣	٣	-	١,٤	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٩	٢
١٠٠	٧٥	٨,٦	١٠,٠	١٤,٣	٨,٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٢١,٤	١٥	١٠,٠	٧	٧	٧	٧
١															
٧١															

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول رقم (٣. ٧) أن أكثر المستشفيات تعاملًا مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء النفسي هو مستشفى قوى الأمن بنسبة ٤, ١١٪، ويقل عنه بنسبة ٤, ١٪ مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ويليه مستشفى القوات المسلحة بنسبة تقل عن يسبقه ٤, ١٪، ثم مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تقل عن من يسبقه ٥, ١٪، يلي ذلك بنسبة تقل عنه وتبلغ ٢, ٤٪ مستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى الأمير سلمان وكذلك مستشفى اليمامة.

كما نلاحظ أيضاً من الجدول السابق أن مجموع نسبة التعامل مع حالات الإيذاء النفسي تشكل ٧, ٨٥٪ من مجموع الحالات التي يتعامل معها مستشفى القوات المسلحة، يليه مستشفى قوى الأمن حيث يبلغ نسبته ٨٠٪، يلي ذلك مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث حيث يمثل مجموع نسبته ٤, ٧١٪، ثم نسبة ٧, ٦٦٪ لدى مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال، ويليهما مجموع تعامل مستشفى الملك فهد للحرس الوطني مع هذه الحالات بنسبة ٧, ٤٦٪، ثم يشكل مجموع نسبة ٣, ٣٣٪ لدى المستشفى المركزي ومستشفى الأطفال بالسليمانية وكذلك مستشفى اليمامة، يلي ذلك مجموع نسبة تعامل مستشفى الأمير سلمان مع هذه الحالات ٦, ٢٨٪.

جدول رقم (٨. ٣) مدى التعامل مع حالات الاطفال المتعرضين للايذاء الجنسي حسب اختلاف المستشفيات (*)

اسم المستشفى												نوع الإيذاء					
المستشفى												الإيذاء	جنسي				
المجموع	اليمامة	الامير	الاطفال	قوى الأمن	الولادة	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة	التكرار	التكرار	التكرار	التكرار	التكرار		
٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	التكرار	التكرار	التكرار	التكرار	التكرار		
٥٢,٩	٣٧	٥,٧	٣	٨,٦	٦	٧,٢	٤,٣	٣	١,٤	١	٨,٦	٦	٥,٧	٤	٥,٧	٤	لا يوجد
٣٨,٦	٢٧	٢,٩	٢	١,٤	١	١,٤	٢,٩	١	١,٤	١	١١,٤	٨	٢,٩	٢	٢,٩	٢	اقل من ٢٥٪
٥,٧	٤	-	-	-	-	١,٤	١	-	٢,٩	٢	١,٤	١	٢,٩	١,٤	١	١	٥٠٪-٧٥٪
١,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	١,٤	١	-	-	-	-	-	-	٧٥٪ فأكثر
١,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المجموع
١٠٠	٧٥	٨,٦	٦	١٠,٠	٧	٨,٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٧	٢١,٤	١٥	١٠,٠	٧	٧	٧	المجموع
١	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لم يتجاوز
٧١	٧١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول رقم (٣ . ٨) أن أكثر المستشفيات تعاملاً مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء الجنسي مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بنسبة ٧, ١٥٪، ويليه مستشفى قوى الأمن بنسبة تقل عن يسبقه ٧, ٥٪، ثم يقل عنه بنسبة ٧, ٥٪ مستشفى القوات المسلحة والمستشفى المركزي، ويأتي ذلك مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الإمامة بنسبة تقل عنهما ٤, ١٪، ثم تقل عنهما بنسبة ٥, ١٪ مستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث وكذلك مستشفى الأمير سلمان .

كما نلاحظ أيضاً من الجدول السابق أن نسبة مجموع التعامل مع حالات الإيذاء الجنسي تمثل نسبة ٣, ٧٣٪ من مجموع الحالات التي يتعامل معها مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، يليه مجموع نسبتها في مستشفى قوى الأمن حيث تبلغ ٧٠٪، ثم في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال بنسبة ٧, ٦٦٪، ويأتي ذلك مجموع نسبتها في المستشفى المركزي حيث تصل إلى ٥٠٪، ثم بنسبة تبلغ ٩, ٤٢٪ في مستشفى القوات المسلحة، ويليه مجموع نسبتها في مستشفى الإمامة وتصل إلى ٣, ٣٣٪، ثم في مستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة ٧, ١٦٪، ويأتي ذلك مجموع نسبتها البالغة ٣, ١٤٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي وكذلك مستشفى الأمير سلمان .

جدول رقم (٣ . ٩) مدى التعامل مع حالات الاطفال التعرضين لأكثر من نوع من الایذاء حسب اختلاف المستشفيات (*)

اسم المستشفى														نوع الإیذاء الأكثر من نوع								
المجموع	الیهامة		الامیر سلمان		الاطفال بالسليمانية		قوى الامن		الولادة والاطفال		المرکزي		الجامعي			التخصصي		الحرس الوطني		القوات المسلحة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
٨٢,٨	٥٨	٨,٦	٦	١٠,٠	٧	٨,٦	٦	٨,٦	٦	٤,٣	٣	٥,٦	٤	٢,٨	٢	٨,٦	٦	١٥,٧	١١	١٠,٠	٧	لا يوجد
٨,٦	٦	-	-	-	-	-	-	٤,٣	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	٤,٣	٣	-	-	اقل من ٢٥%
٥,٧	٤	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٩	٢	٢,٩	٢	-	-	١,٤	١	١,٤	١	-	-	٥٠%-٢٥%
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧٥%-٧٥%
٢,٩	٢	-	-	-	-	١,٤	١	-	-	-	-	-	١,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	فاكثر ٧٥%
١٠٠	٧٠	٨,٦	٦	١٠,٠	٧	٨,٦	٦	١٤,٣	١٠	٤,٣	٣	٨,٥	٦	٤,٢	٣	١٠,٠	٧	٢١,٤	١٥	١٠,٠	٧	المجموع
	١																					لم يجاوب
	٧١																					المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق رقم (٣ . ٩) أن أكثر المستشفيات تعاملاً مع حالات الأطفال المتعرضين لأكثر من نوع من الإيذاء هو مستشفى الملك فهد للحرس الوطني وكذلك مستشفى قوى الأمن بنسبة تصل إلى ٧,٥٪، ويأتي ذلك المستشفى المركزي بنسبة تقل عن يسبقه وتبلغ ٨,٢٪، ثم مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الملك خالد الجامعي بنسبة تقل عن يسبقه ٤,١٪، ولا توجد هذه الحالات في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأطفال بالسليمانية وكذلك مستشفى الأمير سلمان ومستشفى اليمامة .

كما يتبين من الجدول أيضاً أن مجموع نسبة التعامل مع حالات التعرض لأكثر من نوع من الإيذاء تشكل ٤٠٪ من مجموع الحالات التي يتعامل معها مستشفى قوى الأمن، كما تمثل مجموع نسبة ٣,٣٣٪ من حالات مستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي، ويليهما مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بمجموع نسبة ٧,٢٦٪، ثم في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بمجموع نسبة ٣,١٤٪.

٤. ١. ٤ خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء

- العمر

جدول رقم (٤ . ١) مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب فئاتهم العمرية^(*)

١٤-١٢ سنة		١٢-١٠ سنة		١٠-٨ سنوات		٨-٦ سنوات		٦-٤ سنوات		٤-٢ سنوات		يقبل عمرهم عن عامين		الفئة العمرية نسبة التعامل مع الحالات
%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	%	$\frac{\sqrt{3}}{2}$	
٨٥,٩	٦١	٧١,٩	٥١	٥٧,٧	٤١	٤٥,١	٣٢	٣٦,٦	٢٦	٤٢,٣	٣٠	٣٣,٩	٢٤	لا يوجد
١١,٣	٨	١٩,٧	١٤	٣٢,٤	٢٣	٣٦,٦	٢٦	٣٦,٦	٢٦	٣٢,٤	٢٣	٢٣,٩	١٧	اقل من ٢٥٪
١,٤	١	٥,٦	٤	٧,١	٥	١٤,١	١٠	١٨,٤	١٣	١٦,٩	١٢	١٨,٣	١٣	٢٥٪-٥٠٪
-	-	٢,٨	٢	٢,٨	٢	-	-	٢,٨	٢	٤,٢	٣	٥,٦	٤	٥٠٪-٧٥٪
١,٤	١	-	-	-	-	٤,٢	٣	٥,٦	٤	٤,٢	٣	١٨,٣	١٣	٧٥٪ فأكثر
١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول السابق أن أكثر الحالات للأطفال المتعرضين للإيذاء التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي لمن يقل عمرهم عن عامين ، حيث تبلغ نسبتهم ٢,٦٦٪ ، يليهم من يبلغ عمرهم من أربعة أعوام إلى أقل من ستة أعوام حيث تصل نسبتهم إلى ٤,٦٣٪ ، ثم من يبلغ عمرهم من عامين إلى أقل من أربعة أعوام وذلك بنسبة ٧,٥٧٪ ، يلي ذلك من يبلغ عمرهم من ستة أعوام إلى أقل من ثمانية أعوام بنسبة تصل إلى ٩,٥٤٪ ، ثم من يبلغ عمرهم من ثمانية أعوام إلى أقل من عشرة أعوام وذلك بنسبة ٥,٤٢٪ ، ويليها من يبلغ عمرهم من عشرة أعوام إلى أقل من

اثنى عشر عاماً حيث تبلغ نسبتهم ٢, ٢٨٪ ، ويلى ذلك من يبلغ عمرهم من اثنى عشر عاماً إلى أقل من أربعة عشر عاماً بنسبة تصل إلى ١, ١٤٪ .

وبالتالى فإن أغلبية مفردات العينة لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء يبلغ عمرهم من ١٢-١٤ عاماً حيث تصل نسبتهم ٩, ٨٥٪ من الممارسين . ويلى ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء ممن يبلغ عمرهم من عشرة أعوام إلى أقل من ١٢ عاماً حيث تبلغ نسبتهم ٨, ٧١٪ من الممارسين . ثم من لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء ممن يبلغ عمرهم من ثمانية إلى أقل من عشرة أعوام حيث تبلغ نسبتهم ٥, ٥٧٪ من الممارسين . ويلى ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء ممن يبلغ عمرهم من ستة إلى أقل من ثمانية أعوام حيث تبلغ نسبتهم ١, ٤٥٪ من الممارسين . ويلىهم من لم يسبق لهم التعامل مع أطفال متعرضين للإيذاء ممن يبلغ عمرهم من عامين إلى أقل من أربعة أعوام حيث تبلغ نسبتهم ٣, ٤٢٪ من الممارسين . ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء ممن يبلغ عمرهم من أربعة أعوام إلى أقل من ستة أعوام حيث تبلغ نسبتهم ٦, ٣٦٪ . ويلى ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء يقل عمرهم عن عامين حيث تبلغ نسبتهم ٨, ٣٣٪ . ويدل ذلك على أنه كلما زاد عمر الطفل قل تعامل الممارسين المهنيين معه كحالة لطفل متعرض للإيذاء .

وفي المقابل نلاحظ من الجدول رقم (٤ . ١) أن ما يزيد على ٧٥٪ من الحالات التى تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات لأطفال متعرضين للإيذاء ممن يقل عمرهم عن عامين ، ثم من يبلغ عمرهم من أربعة إلى أقل من ستة أعوام ، ويلىهم من يبلغ عمرهم من عامين إلى أقل من أربعة أعوام ، وكذلك من يبلغ عمرهم من ستة إلى أقل من ثمانية

أعوام، ويليهم من يبلغ عمرهم من ١٢ إلى أقل من ١٤ عاماً بنسبة قليلة تصل إلى ٤، ١٪، بينما لم يتعاملوا كأغلبية مع الأطفال الذين يقع عمرهم من ثمانية إلى أقل من اثني عشر عاماً.

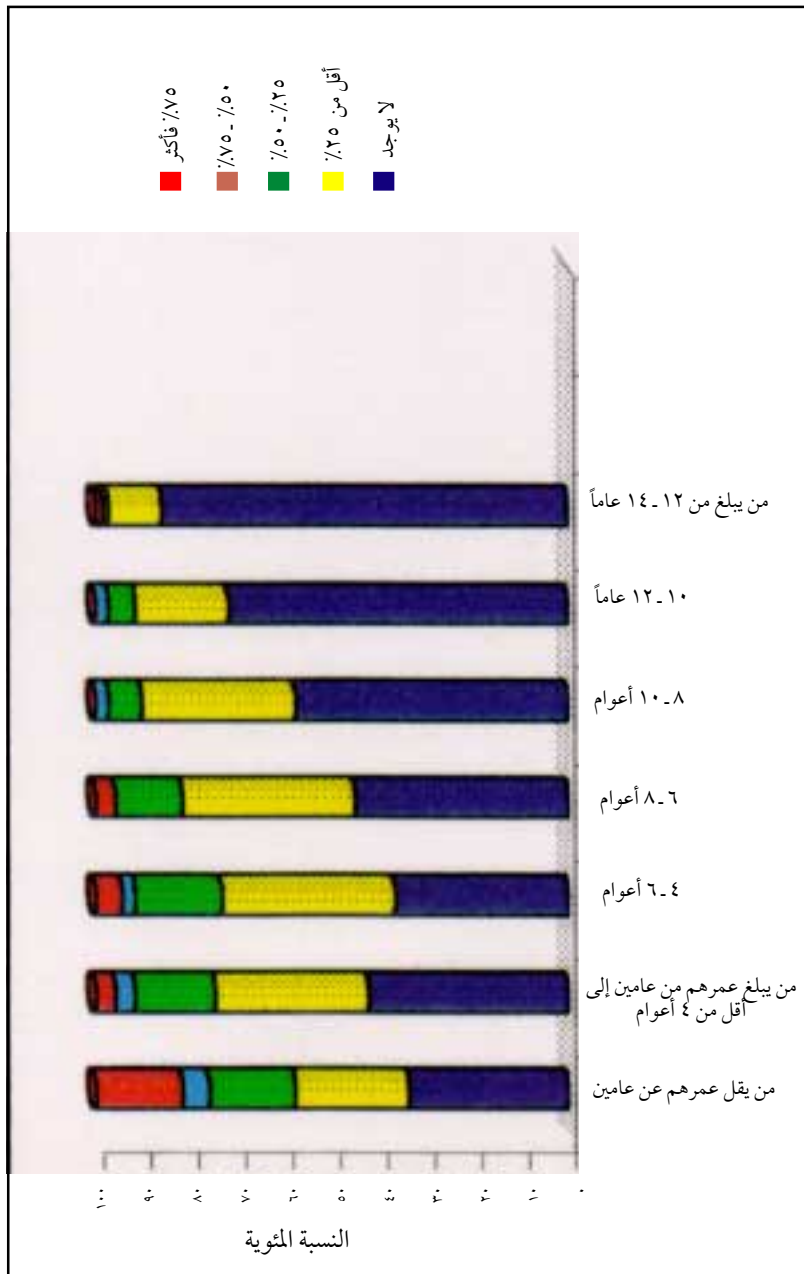
وهذا يدل أيضاً على أنه - تقريباً - كلما زاد العمر بالأطفال قلت نسبة التعامل معهم كحالات متعرضة للإيذاء ضمن الحالات التي يواجهها الممارسون في المستشفيات.

ويتفق ذلك مع ما ورد في دراسة التير (١٩٩٧م) أن هناك تناسباً عكسياً بين العنف والسن، بحيث كلما ارتفع سن الضحية انخفضت درجة تعرضها للعنف العائلي (التير، ١٩٩٧ : ٦٠). وكذلك يتفق ذلك مع ما ورد في دراسة قطان (١٩٩٤م)، حيث إن جميع الأطفال هم ممن يبلغ عمرهم خمس سنوات أو أقل (Kattan, 1994)، وكذلك دراسة العيسى (١٩٩٠م)، حيث تتراوح أعمار الأطفال بين خمسة شهور وحتى سبع سنوات (Al- Eissa, 1991: 129,132,)

بالإضافة إلى ما ورد في الفصل الثاني في الأدبيات والدراسات والتقارير الصادرة عن الولايات المتحدة الأمريكية، والتي يثبت أنه كلما قل عمر الطفل زاد تعرضه للإيذاء، بالإضافة إلى ما ورد فيها من أن الإهمال والإيذاء البدني يظهر بصورة أكبر لدى الأطفال الأصغر سناً (Miller-Perrin & Perrin, 1999: 68, 168; Meadow, 1997: 3-4; Ginsberg, 1995: 64- 65, 70)

قد يفسر ذلك أن أكثر أنواع الإيذاء التي تعامل معها الممارسون المهنيون هو الإيذاء البدني ويليها الإهمال (انظر جدول رقم ٣ . ١).

شكل رقم (١٦) النسبة المئوية لمدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيداء حسب اختلاف فئاتهم العمرية



جدول رقم (٤ . ٢) مدى تعامل مفردات العينة مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء حسب جنسهم (*)

حالات لا يتذكر الممارس نوع جنسهم بالتحديد		حالات الإناث		حالات الذكور		نسبة التعامل مع الحالات مع الجنس الأطفال
%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	
٧١,٨	٥١	٤٣,٧	٣١	٣٥,٢	٢٥	لا يوجد
-	-	٥,٦	٤	٤,٢	٣	اقل من ٢٥٪
-	-	٣٣,٨	٢٤	٢٥,٤	١٨	٢٥٪ - ٥٠٪
-	-	٩,٩	٧	١٩,٧	١٤	٥٠٪ - ٧٥٪
٢	٢٠	٧,٠	٥	١٥,٥	١١	٧٥٪ فأكثر
١٠٠٪	٧١	١٠٠٪	٧١	١٠٠٪	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق أن أكثر الحالات التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات للأطفال المتعرضين للإيذاء هي من الذكور بنسبة تصل إلى ٦٤,٨٪، يلي ذلك حالات الإناث بنسبة تبلغ ٥٦,٣٪، ثم حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء التي لا يتذكر الممارسون المهنيون في المستشفيات نوع جنسهم بالتحديد حيث تبلغ نسبتهم ٢,٢٨٪. وبالتالي فإن أغلبية مفردات العينة لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء لا يتذكر الممارس نوع جنسهم (سواء ذكور أو إناث) بالتحديد حيث تبلغ نسبتهم ٧١,٨٪ من إجمالي الممارسين. بينما يلي ذلك الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء

من الإناث حيث تصل نسبتهم إلى ٧, ٤٣٪ من الممارسين . ويليهم الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء من الذكور حيث تبلغ نسبتهم ١, ٣٥٪ من الممارسين .

ويدل ذلك على أن أكثر الأطفال المتعرضين للإيذاء هم من الذكور بنسبة أعلى ٦, ٨٪ من الإناث من الذين تعامل معهم الممارسون في المستشفيات .

بالإضافة إلى أن ما يزيد على ٧٥٪ من الحالات التي تعامل معها الممارسون المهنيون في المستشفيات هي حالات الذكور ثم الإناث .

ولا يتعارض ذلك مع دراسة قطان (١٩٩٤م) في وجود كلا الجنسين ضمن حالات الأطفال الذين قامت بدراستهم حيث أربعة منهم من الذكور وستة منهم من الإناث . (Kattan, 1994: 129, 131-132) كما يتفق ذلك مع دراسة العيسي (١٩٩٠م) والتي كان ضمن عينته خمسة أطفال من الذكور وطفلتان من الإناث (Al- Eissa 1991: 129, 132) وبالنظر إلى الأدبيات والدراسات الغربية في هذا الموضوع والتي تم تناولها في الفصل الثاني من هذه الدراسة نجد أن هذه الدراسات قد توصلت إلى أن كلا الجنسين يتعرضان للإيذاء (Meadow, 1997: 3-4) . ولكن حسب التقارير والإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية قد يكون الذكور أكثر احتمالاً للتعرض للإهمال وللإيذاء البدني من الإناث ، كما أن الإناث أكثر احتمالاً للتعرض للإيذاء الجنسي (Berliner & Elliott 1996: 53; Miller- Perrin & Perrin, 1999: 68, .) و نظراً لأن أكثر أنواع الإيذاء التي تعامل معها الممارسون المهنيون هي لحالات متعرضة للإيذاء البدني وللإهمال بصورة أكبر من غيره من الأنواع كالإيذاء الجنسي (انظر جدول رقم ٣ . ١) ، فقد يفسر ذلك احتمالية أن تكون الزيادة في عدد المتعرضين للإيذاء من الذكور أكثر من الإناث .

يتبين من الجدول رقم (٥ . ١) أن أكثر الممارسين المهنيين في المستشفيات قد تعاملوا مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء تتصف أسرهم بأنها ذات دخل منخفض وذلك بنسبة ٨, ٧١٪ ، يلي ذلك من تتصف أسرهم بأنها مفككة حيث تبلغ نسبتهم ٢, ٦٦٪ ، ثم الأسرة التي يعيش عدد كبير من أفرادها في نفس المنزل بنسبة تصل إلى ٧, ٥٧٪ ، ويليهما الأسرة التي يكون فيها الأب متزوجاً أكثر من زوجة ، وكذلك التي يكون مستوى تعليم الأب فيها منخفضاً بنسبة تبلغ ٥, ٥٣٪ ، ثم الأسرة التي يكون مستوى تعليم الأم فيها منخفضاً وذلك بنسبة ٧, ٤٣٪ ، يلي ذلك الأسرة التي يوجد بين أفرادها مظاهر عنف وإيذاء داخل المنزل حيث تصل نسبتهم إلى ٨, ٤٠٪ ، ثم الأسر التي يتعاطى أحد أفرادها أو يدمن الكحول أو المخدرات بنسبة ٤, ٣٢٪ ، ثم الأسر التي يكون الطفل المتعرض للإيذاء فيها أصغر أفراد الأسرة حيث تبلغ نسبة ذلك ٦, ٢٩٪ ، يلي ذلك الأسر التي سبق لأحد أفرادها دخول السجن أو دار رعاية المنحرفين وذلك بنسبة ١, ٢٧٪ ، ويليهما الأسر التي تتصف بأن دخلها مرتفع بنسبة تصل إلى ٤, ٢٥٪ ، ثم الأطفال الذين ينتمون إلى أسر يتميز الطفل المتعرض للإيذاء فيها بأنه من أكبر الأطفال بنسبة تبلغ ٥, ٢٢٪ ، ويليهما الأسر التي تتصف بصفات أخرى غير التي سبق ذكرها حيث تبلغ نسبتها ٤, ١١٪ .

وبالتالي فمفردات العينة الذين لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء يعد الطفل المتعرض للأذى من أكبر أطفال الأسرة تصل نسبتهم إلى ٥, ٧٧٪ من الممارسين ، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء أسرهم ذات دخل مرتفع بنسبة ٦, ٧٤٪ من الممارسين ، يلي ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء ينتمون لأسر سبق لأحد أفرادها دخول السجن أو دار رعاية المنحرفين بنسبة ٩, ٧٢٪ من الممارسين ، ويليهم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء يعد الطفل المتعرض للإيذاء فيها من أصغر أطفال الأسرة وذلك بنسبة ٤, ٧٠٪ .

من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء يتمون لأسر يتعاطى أحدها أو يدمن الكحول أو المخدرات حيث تبلغ نسبتهم ٦, ٦٧٪ من الممارسين، ويليهم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء يوجد بين أفراد أسرته مظاهر إيذاء وعنف داخل المنزل وذلك بنسبة ٢, ٥٩٪ من الممارسين، ويلي ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء مستوى تعليم الأم منخفض حيث تصل نسبتهم إلى ٣, ٥٦٪ من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء مستوى تعليم الأب منخفض، وكذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء يكون الأب فيها متزوجاً أكثر من زوجة حيث تبلغ نسبتهم ٥, ٤٦٪ من الممارسين، ويلي ذلك من لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء يتمون إلى أسر يعيش عدد كبير من أفرادها في منزل واحد حيث تبلغ نسبتهم ٣, ٤٢٪ من الممارسين، ثم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء يتمون إلى أسر مفككة حيث تبلغ نسبتهم ٨, ٣٣٪ من الممارسين، ويليهم من لم يسبق لهم التعامل مع حالات لأطفال متعرضين للإيذاء يتمون إلى أسر ذات دخل منخفض حيث تبلغ نسبتهم ٢, ٢٨٪ من الممارسين.

ويدل ذلك على أن أكثر الخصائص الخاصة بأسر الأطفال الذين قدموا للمستشفيات نتيجة لتعرضهم للإيذاء هي أنهم يتمون لأسر منخفضة الدخل، ثم إنهم يتمون لأسر مفككة.

وبالاطلاع على ما ورد في الأدبيات الواردة في الفصل الثاني من هذه الدراسة أظهرت أن إحدى خصائص الأسرة التي يتعرض الطفل فيها للإيذاء هو انخفاض المستوى الاقتصادي (الدخيل، ١٩٩٠ : ٩٠؛ إسماعيل : ١٩٩٥ : ٩٦-١١٢؛ Kolko, 1996: 27) ما أثبتت الإحصاءات الصادرة من الولايات المتحدة الأمريكية أن الإيذاء البدني هناك احتمال لأن يظهر بصورة

كبيرة لدى الأسر منخفضة الدخل ، وكذلك يظهر الإهمال والإيذاء النفسي لدى هذه الأسر بصورة أكبر وغيرها (Miller- Perrin & Perrin, 1999: 69, 169184) ويرتبط ذلك بما تم التوصل له في الجدول رقم (٣ . ١) بأن أكثر أنواع الإيذاء التي تعامل معها الممارسون في حالات الأطفال هي تعرضهم للإيذاء البدني و يليه الإهمال ثم الإيذاء النفسي (انظر جدول رقم ٣ . ١) .

بالإضافة إلى ما ورد في الأدبيات في الفصل الثاني من هذه الدراسة أن الأسر المفككة سواء تمثل ذلك في انفصال الوالدين أو في اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة ما يزيد من احتمال تعرض الأطفال للإيذاء (Brissett- Chapman, 1995:361- 362 Wells, 1995: 350; Kolko, 1996: 27; Toscano, 1998: 367; Cummings, 1997: 8; Berliner & Elliott, 1996:53) ويتفق ذلك مع ما ورد في دراسة العيسى (١٩٩٠م) أن أحد أسباب ممارسة الإيذاء من قبل الوالدين على أطفالهما هو للهرب من مشكلاتهما النفسية والزواجية والاجتماعية Al-Eissa1991:129-132 .

ثم يلي هذه الأسباب بعض الأسباب الأخرى كالأسرة التي يعيش عدد كبير من أفرادها في نفس المنزل ، وذلك في الغالب يرتبط بانخفاض المستوى الاقتصادي أيضاً ، وهناك حسب ما ورد في الأدبيات علاقة بين إهمال الأطفال وزيادة عدد أفراد الأسرة (Miller- Perrin & Perrin, 1999:169)بالإضافة إلى ارتباط مثل هذه الأسباب كانخفاض المستوى الاقتصادي ، وزيادة عدد أفراد الأسرة بالأسباب الأخرى التي واجهها الممارسون كانخفاض مستوى تعليم الوالدين .

كل ذلك يبرز أن وجود المشكلات الاجتماعية في أي مجتمع ما يولد المشكلات الأخرى المرتبطة بها ، ونلاحظ أن وجود مشكلات انخفاض المستوى الاقتصادي لدى بعض الأسر ، ووجود التفكك داخلها ، قد يولد مشكلات أخرى كتعرض الأطفال فيها إلى الإيذاء ، مما يتطلب تقديم الحلول لها .

٤. ٦. أسباب تعرض الأطفال للإيذاء

جدول رقم (٦. ١) مدى تعامل مفردات العينة مع الأسباب المختلفة وراء تعرض الأطفال للإيذاء^(*)

المجموع	التكرار	٪	٧٥٪ فأكثر		من ٥٠٪ -		من ٢٥٪ -		أقل من ٢٥٪		لا يوجد	التكرار	نسبة التعامل
			التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪			
٪١٠٠	٧١	٧,٠	٥	٢,٨	٢	١,٤	١	١٩,٧	١٤	٦٩,١	٤٩	تعرض مصدر الأذى للإيذاء في طفولته	اسباب الإيذاء
٪١٠٠	٧١	١٢,٧	٩	١١,٣	٦	٨,٥	٨	٣١,٠	٢٢	٣٦,٦	٢٦	انخفاض المستوى التعليمي لمصدر الأذى	
٪١٠٠	٧١	١٢,٧	٩	٧,٠	٥	٤,٢	٣	٢٦,٨	١٩	٤٩,٣	٢٥	انخفاض المستوى الاقتصادي لمصدر الأذى	
٪١٠٠	٧١	٢,٨	٢	٤,٢	٣	١١,٣	٨	١٦,٩	١٢	٦٤,٨	٤٦	ادمان مصدر الأذى للكحول	
٪١٠٠	٧١	٤,٢	٣	٤,٢	٣	٧,٠	٥	١٦,٩	١٢	٦٧,٦	٤٨	ادمان مصدر الأذى للمخدرات	
٪١٠٠	٧١	١٤,١	١٠	٧,٠	٥	٨,٥	٦	١٢,٧	٩	٥٧,٧	٤١	انحراف سلوك مصدر الأذى	
٪١٠٠	٧١	٩,٩	٧	٤,٢	٣	١٤,١	١٠	٢٣,٩	١٧	٤٧,٩	٣٤	معاناة مصدر الأذى من اضطرابات نفسية	
٪١٠٠	٧١	١٥,٥	١١	١١,٣	٨	١٥,٥	١١	٣١,٠	٢٢	٢٦,٨	١٩	وجود مشكلات زوجية بين الوالدين	
٪١٠٠	٧١	٨,٥	٦	٤,٢	٣	١٨,٣	١٣	٢٣,٩	١٧	٤٥,١	٣٢	نشأة الطفل المتعرض للإيذاء في أسرة يعيب فيها أحد الوالدين	
٪١٠٠	٧١	١٢,٧	٩	٤,٢	٣	٨,٥	٦	٢٢,٥	١٦	٥٢,١	٣٧	استخدام الأسرة لوسائل العقاب البدني الصارم يعرض تأديب الطفل وتربيته	

تابع جدول رقم (٦ . ١)

المجموع	%٧٥ فأكثر		%٥٠ من -		%٧٥ من -		%٢٥ من اقل		لا يوجد		نسبة التعامل	اسباب الإيذاء
	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار		
%١٠٠	٧١	٨,٥	٦	٥,٦	٤	٨,٥	٦	١٥,٥	١١	٦٢,٠	٤٤	عدم التزام الطفل بالسلوك المتوقع منه من قبل والديه
%١٠٠	٧١	٢,٨	٢	-	-	١١,٣	٨	١٩,٧	١٤	٦٦,٢	٤٧	استخدام الخدم لاساليب عقابية على الطفل لا تعلم بها الأسرة
%١٠٠	٧١	٧,٥	٥	٧,٥	٥	١١,٣	٨	١٢,٧	٩	٦٢,٠	٤٤	عدم متابعة حالة الطفل الصحية
%١٠٠	٧١	١٦,٩	١٢	٧,٥	٥	٨,٥	٦	٢١,١	١٥	٤٦,٥	٣٣	إهمال أسرة الطفل متابعته ورعايته بالمنزل والإشراف عليه
%١٠٠	٧١	٤,٢	٣	٤,٢	٣	٩,٩	٧	١٨,٣	١٣	٦٣,٤	٤٥	التفرقة في المعاملة بين الطفل وبين إخوته
%١٠٠	٧١	-	-	٤,٢	٣	-	-	١٨,٣	١٣	٧٧,٥	٥٥	عدم رغبة الوالدين بالطفل لانتمائه لجنس معين
%١٠٠	٧١	٤,٢	٣	٢,٨	٢	٥,٦	٤	٢٦,٨	١٩	٦٠,٦	٤٣	إصابة الطفل بأشكال الإعاقة
%١٠٠	٧١	١,٤	١	-	-	١,٤	١	٤,٢	٣	٩٣,٠	٦٦	دفع الطفل للانحراف
%١٠٠	٧١	١,٤	١	٢,٨	٢	١١,٣	٨	١٦,٩	١٢	٦٧,٦	٤٨	أسباب غير معروفة لإيذاء الطفل
%١٠٠	٧١	٢,٨	٢	-	-	١,٤	١	-	-	٩٥,٨	٦٨	إيذاء الطفل لاسباب أخرى

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ عند النظر إلى الجدول السابق أن أكثر أسباب تعرض الأطفال للإيذاء وجوداً في الحالات التي تعامل معها الممارسون في المستشفيات هي وجود مشكلات زواجية بين والدي الأطفال المتعرضين للإيذاء بنسبة ٢, ٧٣٪ من الحالات التي واجهها الممارسون، ويأتي ذلك انخفاض المستوى التعليمي للمتسبب في الإيذاء (المعتدي) بنسبة ٤, ٦٣٪، ثم نشأة الطفل المتعرض للإيذاء في أسرة يغيب فيها أحد الوالدين حيث تبلغ نسبتهم ٩, ٥٤٪، ويليه من يتعرضون للإيذاء بسبب إهمال أسرة الطفل في متابعته ورعايته والإشراف عليه بالمنزل وذلك بنسبة ٥, ٥٣٪، يلي ذلك معاناة المتسبب في الإيذاء (المعتدي) من اضطرابات نفسية حيث تبلغ نسبتهم ١, ٥٢٪، ويليه من يرجع سبب تعرضهم للإيذاء إلى انخفاض المستوى الاقتصادي للمتسبب في الإيذاء (المعتدي) بنسبة ٧, ٥٠٪، ثم من يتعرضون للإيذاء لاستخدام الأسرة لأساليب العقاب البدني الصارم بغرض تأديب وتربية أطفالهم حيث تصل نسبتهم إلى ٩, ٤٧٪، يلي ذلك المتعرض للإيذاء بسبب انحراف سلوك المتسبب في الإيذاء (المعتدي) وذلك بنسبة ٣, ٤٢٪، ثم يعود ذلك إلى إصابة الطفل بأحد أشكال الإعاقة حيث تبلغ نسبتهم ٤, ٣٩٪، ثم يرجع سبب تعرض الأطفال للإيذاء بنسبة ٣٨٪ إلى عدم متابعة حالة الطفل الصحية من قبل أسرته، وكذلك عدم التزام الطفل بالسلوك المتوقع منه من قبل والديه، يلي ذلك التفرقة في المعاملة بين الطفل وبين إخوته حيث تصل نسبتهم إلى ٦, ٣٦٪، ثم يعود تعرض الأطفال للإيذاء إلى إدمان المتسبب في الإيذاء (المعتدي) للكحول بنسبة ٢, ٣٥٪، يلي ذلك استخدام الخدم لأساليب عقابية على الطفل لا تعلم بها الأسرة بنسبة ٨, ٣٣٪، ثم يعود تعرض الطفل للإيذاء لإدمان المتسبب في الإيذاء (المعتدي) للمخدرات وكذلك لأسباب إيذاء الطفل غير المعروفة

للممارس حيث تبلغ نسبتهم ٤, ٣٢٪ ، ويليهما تعرض الطفل للإيذاء لتعرض المتسبب في الإيذاء (المعتدي) للإيذاء في طفولته بنسبة ٣١٪ ، ثم يرجع ذلك إلى عدم رغبة الوالدين بطفلهم لانتمائه لجنس معين حيث تصل نسبة ذلك إلى ٥, ٢٢٪ ، ويليه ذلك تعرض الطفل للإيذاء نظراً لدفعه للانحراف وذلك بنسبة ٧٪ ، ثم الأسباب الأخرى حيث تصل نسبتها إلى ٢, ٤٪ .

وبالاطلاع على ما ورد في أدبيات الفصل الثاني من هذه الدراسة يتبين أن وجود الصراع والنزاع بين الوالدين له أثر في زيادة احتمال وقوع الإيذاء على الأطفال فيها - (Cummings 1997:8 Kolko 1996:27 Brissett - Chapman 1995, 261 - 362) ، كما أن ذلك يمكن أن يؤدي إلى زيادة احتمال تعلم هذا الطفل للسلوك العنيف وممارسته على أسرته عند الكبر (Meadow, 35 34; Miller- Perrin & Perrin, 1999: 7-8; Wiehe, 1998: 43; 1997: ويتفق ذلك مع ما ورد في الجدول رقم (٥ . ١) في أن أحد أكثر خصائص الأسر التي يتعرض أطفالها للإيذاء هي في كون هذه الأسرة منخفضة الدخل وكذلك تتصف بأنها مفككة ، بالإضافة إلى ما تبين في الجدول رقم (٣ . ٤) في أن أغلب الحالات قد وقع عليهم الإيذاء من قبل الأم ، كل ذلك يتوافق مع ما توصلت له دراسة إيجلاند Egeland بأن من مؤشرات الخطر لممارسة الأمهات الإيذاء على أطفالهن هو وجود صعوبات في علاقتهن بأزواجهن ، وكذلك حرمانهن من إشباع احتياجاتهن ، بالإضافة إلى الفقر وقلة الوعي (Al Sarno, 1998: 12) .

٧. ١. ٤ كفاءة اكتشاف حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء

جدول رقم (٧. ١٠) كفاءة اكتشاف مفردات العينة لحالات الأطفال المتعرضين للإيذاء (*)

المجموع	٧٥٪ فأكثر		من ٥٠٪ -		من ٢٥٪ -		اقل من ٢٥٪		لا يوجد		وسائل اكتشاف سائل الإيذاء		
	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪	التكرار	٪			
١٠٠٪	٧١	٥٦,٣	٤٠	٤٤,٢	٣	١٢,٧	٩	١٤,١	١٠	١٢,٧	٩	نسبة التعامل الإيذاء	
١٠٠٪	٧١	١٥,٥	١١	٥,٦	٤	٢٣,٩	١٧	٢٢,٥	١٦	٣٢,٤	٢٣		إجراء الكشف الطبي على الطفل عدم وجود مبررات للحالة المصاب بها الطفل
١٠٠٪	٧١	٣٢,٤	٢٣	٥,٦	٤	١٥,٥	١١	٢٢,٥	١٦	٢٣,٩	١٧		وجود أثر ظاهر للإيذاء في جسم الطفل تطبيق الاختبارات النفسية الملائمة على الطفل
١٠٠٪	٧١	٨,٥	٦	٢,٨	٢	-	-	٧,٠	٥	١٨,٧	٥٨		ملاحظة المظاهر النفسية التي تدل على الإيذاء على الطفل
١٠٠٪	٧١	١١,٣	٨	٥,٦	٤	٩,٩	٧	١٨,٣	١٣	٥٤,٩	٣٩		ملاحظة المظاهر الخوف غير العادي على الطفل
١٠٠٪	٧١	١١,٣	٨	٥,٦	٤	١٢,٧	٩	١٨,٣	١٣	٥٢,١	٣٧		ملاحظة مظاهر الخوف غير العادي على الطفل
١٠٠٪	٧١	٧,٥	٥	١,٤	١	١١,٣	٨	١٩,٧	١٤	٦٠,٦	٤٣		إعلان الطفل بأنه تم إيذاؤه
١٠٠٪	٧١	٥,٦	٤	٥,٦	٤	٥,٦	٤	١٩,٧	١٤	٦٣,٤	٤٥		ارتباك من قدم مع الطفل
١٠٠٪	٧١	٢١,١	١٥	١,٤	١	٧,٠	٥	٢٣,٩	١٧	٤٦,٥	٣٣		مقابلة والحيث مع أحد أفراد أسرة الطفل
١٠٠٪	٧١	٩,٩	٧	١,٤	١	١٢,٧	٩	١٦,٩	١٢	٥٩,٢	٤٢		اعتراق الاهل عن تسبب الغير في إيذاء الطفل

تابع جدول رقم (١.٧)

المجموع %	٧٥٪ فأكثر		من ٥٠٪ -		من ٢٥٪ -		أقل من ٢٥٪		لا يوجد		وسائل اكتشاف الإيذاء وسائل اكتشاف نسبة التعامل
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	
٧١	١,٤	١	٣	٤,٢	٨,٥	٦	١٦,٩	١٢	٦٩,٠	٤٩	اعتراف الاهل بتسبب فرد منهم في إيذاء الطفل
٧١	١,٤	١	-	-	٢,٨	٢	٩,٩	٧	٨٥,٩	٦١	سماع أقوال اصدقاء الطفل واقرانه
٧١	٥,٦	٤	٢	٢,٨	٤,٢	٣	١٢,٧	٩	٧٤,٦	٥٣	مراجعة تقرير الشرطة المصاحب للطفل عند تحويله للمستشفى
٧١	٢,٨	٢	١	١,٤	١,٤	١	١٤,١	١٠	٨٠,٣	٥٧	الاستماع إلى رواية المعلمين بمدرسة الطفل
٧١	١,٤	١	-	-	-	-	١,٤	١	٩٧,٢	٦٩	وسائل أخرى لاكتشاف الإيذاء

(* النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

من النظر إلى الجدول رقم (٧ . ١) نلاحظ أن أكثر الوسائل التي يكتشف بها الممارسون المهنيون في المستشفيات تعرض الأطفال للإيذاء عن طريق إجراء الكشف الطبي على الطفل حيث تبلغ نسبة ذلك ٣, ٨٧٪ ، يلي ذلك من خلال وجود أثر ظاهر للإيذاء في جسم الطفل حيث تصل إلى نسبة ١, ٧٦٪ ، ثم نتيجة لعدم وجود مبررات للحالة المصاب بها الطفل (أي حيث إن الإصابة الحادثة للطفل لا تحدث بصورة تلقائية بل لابد أن تكون مفتعلة) حيث تبلغ نسبة ذلك ٦, ٦٧٪ ، ويتفق ذلك مع ماتم التوصل له في أن أكثر أنواع الإيذاء التي يتعرض لها الأطفال الذين تعامل معهم الممارسون هي حالات الإيذاء البدني ثم يليه الإهمال (انظر جدول رقم ٣ . ١)، بالإضافة إلى أن أكثر مظاهر ومؤشرات التعرض للإيذاء في الحالات التي تعامل معها الممارسون هي المرتبطة بالإهمال والأذى البدني (انظر جدول رقم ٣ . ٢)، وكذلك نجد أن أعلى نسبة للمتعاملين مع هذه الحالات من الممارسين هم أطباء الأطفال (انظر جدول رقم ٢ . ٣). كل ذلك يبين أن هذه الوسائل يعتمد عليها أكثر الممارسين . ويليهما اكتشاف ذلك عن طريق مقابلة أحد أفراد أسرة الطفل والتحدث معه عن حالة الطفل حيث تصل نسبة ذلك إلى ٥, ٥٣٪ ، لذا فإن إحدى وسائل تشخيص حالة الإيذاء المتعرض له الطفل يكون بمقابلة الوالدين (انظر جدول رقم ٨ . ١)، حيث إن غالبية الحالات يحضرون للمستشفى عن طريق أحد والديهم (انظر جدول رقم ٧ . ٢)، على الرغم من إنكار الأسرة لحالة الإيذاء الواقع على الطفل في أغلب الأحيان، أو خوفهم وارتباكهم أو حتى اعترافهم بذلك (انظر جدول ٧ . ٤)، إلا أنه قد يكون إنكار الأسرة أو خوفها وحتى في عدم اعترافها وسيلة لاكتشاف احتمالية تعرض الطفل للإيذاء . ثم يتم اكتشاف الممارسين لذلك نتيجة لملاحظة مظاهر الخوف غير العادي على الطفل بنسبة ٦, ٤٧٪ ، حيث يمثل هذا الخوف أحد ردود فعل الطفل عند مواجهته

بالتعرض للإيذاء (انظر جدول رقم ٧ . ٣). ويولي ذلك الاكتشاف عن طريق ملاحظة المظاهر النفسية التي تدل على الإيذاء وذلك بنسبة ١, ٤٥٪، على الرغم من قلة الأطباء والأخصائيين النفسيين المتعاملين مع هذه الحالات مقارنة بغيرهم من الممارسين (انظر جدول رقم ٢ . ٣). ثم من خلال اكتشاف الأهل عن تسبب الغير في إيذاء الطفل حيث تبلغ نسبة ذلك ٨, ٤٠٪، وهذا ما يحدث في بعض الحالات (انظر جدول رقم ٧ . ٤). ويليهما اكتشاف ذلك نتيجة لإعلان الطفل أنه قد تم إيذاؤه حيث تصل نسبة ذلك إلى ٤, ٣٩٪، على الرغم من أن غالبية الأطفال تكون ردة فعلهم الصمت، إلا أن هناك من يعترف منهم بما تعرض له (انظر جدول ٧ . ٣). ثم الاكتشاف نتيجة لارتباك من قدم مع الطفل حيث بلغت نسبة ذلك ٦, ٣٦٪، ويليهما اكتشاف ذلك من خلال اعتراف الأهل بتسبب فرد منهم في إيذاء الطفل بنسبة ٣١٪ (انظر جدول رقم ٧ . ٤). ثم يلي ذلك الاكتشاف عن طريق مراجعة تقرير الشرطة المصاحب للطفل عند تحويله للمستشفى بنسبة ٤, ٢٥٪، على الرغم من أن الذين يصلون من هذه الحالات للمستشفى عن طريق الشرطة نسبتهم منخفضة (انظر جدول رقم ٧ . ٢)، ثم من خلال الاستماع إلى رواية المعلمين بالمدرسة عن وقائع الإيذاء الذي تعرض له الطفل بنسبة ٧, ١٩٪، وكذلك فإن من يصلون للمستشفى من الحالات عن طريق المدرسة نسبتهم قليلة (انظر جدول ٧ . ٢)، ويليهما اكتشاف ذلك نتيجة لتطبيق الاختبارات النفسية الملائمة على الطفل حيث تبلغ نسبتها ٣, ١٨٪، وقد يعود انخفاض نسبة ذلك أنه ليس كل الحالات تحال للاختصاصيين النفسيين، مما يدل على قلة المتعاملين معهم من هذه الفئة (انظر جدول ٢ . ٣)، ثم عن طريق سماع أقوال أصدقاء أو أقران الطفل حيث تصل النسبة إلى ١, ١٤٪، ويولي ذلك اكتشاف الإيذاء المتعرض له الطفل عن طريق وسائل أخرى حيث تبلغ نسبة ذلك ٨, ٢٪.

جدول رقم (٧. ٢) كيفية وصول حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء للمستشفى (*)

عن طريق الحضور للمستشفى بوسائل أخرى		عن طريق المدرسة		عن طريق الشرطة		عن طريق جيران الأسرة		عن طريق أحد أفراد الأسرة		عن طريق احد الوالدين		كيفية الوصول للمستشفى نسبة التعامل
%	$\frac{\bar{X}_1}{n_1}$	%	$\frac{\bar{X}_2}{n_2}$	%	$\frac{\bar{X}_3}{n_3}$	%	$\frac{\bar{X}_4}{n_4}$	%	$\frac{\bar{X}_5}{n_5}$	%	$\frac{\bar{X}_6}{n_6}$	
٩٣,٠	٦٦	٨١,٧	٥٨	٧٨,٨	٥٦	٨٤,٥	٦٠	٥٤,٩	٣٩	٩,٩	٧	لا يوجد
٢,٨	٢	١٤,١	١٠	١١,٣	٨	١٤,١	١٠	١٦,٩	١٢	٤,٢	٣	أقل من ٢٥%
٤,٢	٣	٤,٢	٣	٩,٩	٧	١,٤	١	١٤,١	١٠	١٦,٩	١٢	٢٥% - ٥٠%
-	-	-	-	-	-	-	-	٤,٢	٣	١١,٣	٨	٥٠% - ٧٥%
-	-	-	-	-	-	-	-	٩,٩	٧	٥٧,٧	٤١	٧٥% فأكثر
%١٠٠	٧١	%١٠٠	٧١	%١٠٠	٧١	%١٠٠	٧١	%١٠٠	٧١	%١٠٠	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يلاحظ عند النظر للجدول رقم (٧. ٢) الخاص بكيفية وصول الحالات، التي تعامل معها الممارسون المهنيون، من الأطفال المتعرضين للإيذاء للمستشفى أن أكثر وسيلة يصل بها هؤلاء الأطفال هي عن طريق إحضار أحد الوالدين لهم للمستشفى حيث تبلغ نسبة ذلك ٩٠%، يلي ذلك الأطفال الذين يحضرون للمستشفى عن طريق أحد أفراد أسرتهم الآخرين حيث تصل النسبة إلى ٤٥%، ويليه من يصلون للمستشفى عن طريق الشرطة بنسبة ٢١%، ثم الأطفال الذين يصلون للمستشفى عن طريق المدرسة بنسبة ١٨%، يلي ذلك من يصلون للمستشفى عن طريق إحضار أحد جيران الأسرة لهم حيث تبلغ نسبتهم ١٥%، ثم من

يحضرون للمستشفى من خلال وسائل أخرى غير التي تم ذكرها حيث تصل نسبتهم إلى ٧٪ .

لذا وكما لاحظنا في الجدول السابق (٧ . ١) فليس هناك اعتماد كبير من قبل الممارسين المهنيين على الوسائل الأخرى في اكتشاف حالات تعرض الطفل للإيذاء كالشرطة أو المدرسة أو حتى الجيران ، وقد يعود ذلك إلى عدم وجود آلية واضحة وإجراءات محددة للإبلاغ عن مثل هذه الحالات وللجهات التي يتم اللجوء إليها في تلك الأحوال ، مما يجعل وصول هذه الحالات للمستشفى عن طريق آخر غير الأسرة ليس بنسبة كبيرة ، بالإضافة إلى أنه دائماً ما تعد ظاهرة إيذاء الأطفال مستترة ، حيث تمارس داخل الأسرة ، مما يجعل عملية تعرف أطراف أخرى من خارجها أمراً صعباً وخاصة في الحالات التي يكون الطفل فيها صغير السن ، وحتى في حالة التعرف على هذا الإيذاء من قبل أطراف آخرين فقد يعد بعض الأطراف ذلك شأنًا داخلياً خاصاً بالأسرة لا يحق لهم التدخل فيه .

ونلاحظ - حسب ما ورد في الأدبيات في الفصل الثاني من هذه الدراسة - أن أحد أهم المصادر للإبلاغ عن حالات تعرض الأطفال للإيذاء في الولايات المتحدة الأمريكية هي المدارس بنسبة أكبر من الجهات الأمنية والمؤسسات الطبية (Ginsberg, 1995: 67, 77) على الرغم مما لاحظناه من ضعف دورها في الإبلاغ عن مثل هذه الحالات التي تعامل معها الممارسون المهنيون . وقد يعود ذلك إلى عدم إيجاد إجراءات في المدارس لكيفية الإبلاغ عن مثل هذه الحالات ، وأيضاً لكيفية اكتشافها ، لكن هذا الأمر قد يكون من الصعب تحقيقه طالما أن المدارس نفسها تسمح بممارسة أشكال الإيذاء المختلفة فيها وذلك حسب تقرير - غير منشور - صادر عن وحدة التوجيه والإرشاد الطلابي التابع لمنطقة التعليم بمنطقة الرياض في وزارة المعارف .

جدول رقم (٧ . ٣) ردود فعل الطفل عند سؤاله عن سبب الإيذاء الذي تعرض له

ردود فعل الطفل		الاعتراف		الارتباك والخوف		الإنكار		البكاء		الصمت		ردود فعل أخرى	
نسبة التعامل													
%	\bar{X}_n	%	\bar{X}_n	%	\bar{X}_n	%	\bar{X}_n	%	\bar{X}_n	%	\bar{X}_n	%	\bar{X}_n
لا يوجد	٤١	٥٧,٨	٣٥	٤٩,٢	٥٠	٧٠,٤	٤١	٥٧,٨	٣٠	٤٢,٢	٦٢	٨٧,٣	
اقل من ٢٥%	١٧	٢٣,٩	١٤	١٩,٧	١٤	١٩,٧	١٥	٢١,١	١٠	١٤,١	-	-	
٢٥% - ٥٠%	٦	٨,٥	٦	٨,٥	٦	٨,٥	١٠	١٤,١	١٢	١٦,٩	١	١,٤	
٥٠% - ٧٥%	٢	٢,٨	٦	٨,٥	١	١,٤	-	-	٧	٩,٩	١	١,٤	
٧٥% فأكثر	٥	٧,٠	١٠	١٤,١	-	-	٧,٠	٧,٠	١٢	١٦,٩	٧	٩,٩	
المجموع	٧١	١٠٠%	٧١	١٠٠%	٧١	١٠٠%	٧١	١٠٠%	٧١	١٠٠%	٧١	١٠٠%	

(* النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يلاحظ عند النظر للجدول السابق الخاص بمدى تعامل الممارسين المهنيين في المستشفى مع ردود الفعل المختلفة لحالات الأطفال المتعرضين للإيذاء عند سؤالهم عن سبب الإيذاء الذي تعرضوا له أن أغلبية الأطفال تكون ردة فعلهم الصمت حيث تصل نسبتهم إلى ٥٧,٧% ، يلي ذلك من يرتبك ويخاف من الأطفال بنسبة ٧,٥٠% ، ويليهم نسبة ٤٢,٣% من يعترفون بذلك وكذلك من يبكون، ثم من ينكرون تعرضهم للإيذاء حيث تصل نسبتهم إلى ٢٩,٦%، ويأتي ذلك من تكون لهم ردود فعل أخرى غير التي تم ذكرها حيث تبلغ نسبتهم ١٢,٧% . ومن المتوقع ألا يعترف الطفل بتعرضه للإيذاء، لأن معظم الحالات يحضرون للمستشفى عن طريق أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٧ . ٢) بالإضافة إلى نسبة كبيرة من هذه الحالات قد تم إيقاع الإيذاء عليهم من قبل أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٣ . ٤) . كما أن قدرة الطفل على التعبير وعلى شرح ما تعرض له وإدراكه ومعرفته أن ما حدث له أمر لا يحدث لجميع الأفراد تعد أمراً صعباً. (Wieland, 1998: 121)

جدول رقم (٧. ٤) مواقف أسرة الطفل المتعرض للإيذاء عند إبلاغ الممارسين المهنيين في المستشفى لهم
أن الطفل قد تعرض للإيذاء(*)

مواقف أخرى للأسرة	عدم المبالاة		توجيه للآخرين		الهروب وترك الطفل وجيدا		إلقاء الطفل على السلطات		المطالبة بعدم إبلاغ السلطات		البكاء		الانكار		الارتباك والخوف		الاعتراف		مواقف الأسرة نسبة التعامل	
	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة		
٩٧,٢	٦٩	٥٢,٢	٣٧	٥٧,٨	٤١	٨٤,٥	٦٠	٦٣,٣	٤٥	٧٣,٣	٥٢	٦٦,٣	٤٧	٢٥,٤	١٨	٤٣,٦	٣١	٥٠,٦	٣٦	لا يوجد
١,٤	١	٣١,٠	٢٢	٢٥,٤	١٨	١١,٣	٨	١٦,٩	١٢	١٦,٩	١٢	١٨,٣	١٣	٢١,١	١٥	٢٨,٢	٢٠	٢٨,٢	٢٠	أقل من ٢٥%
-	-	٧,٠	٥	٧,٠	٥	٢,٨	٢	٨,٥	٦	٢,٨	٢	٧,٠	٥	٢١,١	١٥	١٢,٧	٩	٩,٩	٧	٢٥%-٥٠%
-	-	٤,٢	٣	٤,٢	١,٤	١	١,٤	١	٤,٢	٣	٢,٨	٢	٢,٨	١١,٣	٨	٧,٠	٥	٢,٨	٢	٥٠%-٧٥%
١,٤	١	٥,٦	٤	٥,٦	٤	-	-	٩,٩	٧	٢,٨	٢	٥,٦	٤	٢١,١	١٥	٨,٥	٦	٨,٥	٦	أكثر ٧٥%
١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يلاحظ من الجدول رقم (٧ . ٤) الخاص بمواقف أسرة الطفل عند إبلاغهم من قبل الممارسين المهنيين في المستشفى أن طفلهم قد تعرض للإيذاء بأن أكثر ردود الفعل التي واجهها الممارسون هي إنكار الأسرة أن طفلهم تعرض للإيذاء، حيث تصل النسبة إلى ٦, ٧٤٪، يلي ذلك ارتباك وخوف أسرة الطفل عند مواجهتهم وذلك بنسبة ٣, ٥٦٪، وقد يعود ذلك إلى أن هناك نسبة كبيرة من هذه الحالات كان المتسبب في إيذائهم أحد والديهم (انظر جدول رقم ٣ . ٤)، ثم اعتراف أسرة الطفل عند إبلاغهم بتعرض الطفل للإيذاء حيث تبلغ نسبة ذلك ٣, ٤٩٪، ويليهما عدم مبالاة أسرة الطفل بنسبة ٩, ٤٧٪، يلي ذلك توجيه الأسرة الاتهام للآخرين عند إبلاغهم حيث تبلغ نسبة ذلك ٣, ٤٢٪، ثم إلقاء الأسرة اللوم على الطفل وتصل نسبته إلى ٦, ٣٦٪، ويليهما بكاء الأسرة عند إبلاغهم وذلك بنسبة ٨, ٣٣٪، ثم مطالبة أسرة الطفل عدم إبلاغ السلطات (كالشرطة أو الإمارة) بنسبة تبلغ ٨, ٢٦٪، ثم هرب الأسرة وترك الطفل وحيداً بنسبة تصل إلى ٥, ١٥٪، يلي ذلك المواقف الأخرى للأسرة عند إبلاغهم بتعرض طفلهم للإيذاء والتي تبلغ نسبتها ٨, ٢٪ .

٨. ١. ٤ الإجراءات المتبعة في المستشفيات مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء:

جدول رقم (١. ٨) الإجراءات المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل (*)

الإجراءات أخرى	اعداد تقرير شامل		وضع خطة العلاج	مراجعة تقارير المدريسة		الاطلاع على تقارير		الاطلاع على التقارير السابقة		الفحص الطبي الشامل		مقابلة مصادر المعلومات		المقابلة الأولية مع		المقابلة الأولية مع الطفل		الاسعافات الأولية		الإجراءات المتبعة نسبة التعامل		
	%	عدد		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد			
٩٨,٦	٣٣,٩	٢٤	٤٠,٩	٢٩	٦٦,٢	٤٧	٥٧,٨	٤١	٥٢,١	٣٧	٩,٩	٧	٥٠,٧	٣٦	٢١,١	١٥	٣١,٠	٢٢	١٥,٥	١١	لا يوجد	
-	٢٢,٥	١٦	١٤,١	١٠	١١,٣	٨	١٨,٣	١٣	١٢,٧	٩	٢٦,٨	١٩	١٥,٥	١١	٢٢,٥	١٦	٢٦,٨	١٩	٢٣,٩	١٧	أقل من ٢٥%	
-	٥,٦	٤	٤,٢	٣	١,٤	١	٢,٨	٢	٤,٢	٣	١٢,٧	٩	٢,٨	٢	٩,٩	٧	٥,٦	٤	٩,٩	٧	٥٠-٢٥%	
-	-	-	٤,٢	٣	١,٤	١	-	١,٤	١	٥,٦	٤	١,٤	١	١,٤	١	١,٤	١	١,٤	١	٤,٢	٣	٧٥-٥٠%
١,٤	٣٨,٠	٢٧	٣٦,٢	٢٦	١٩,٧	١٤	٢١,١	١٥	٢٩,٦	٢١	٤٧,٨	٣٤	٢٩,٦	٢١	٤٥,١	٣٢	٣٥,٢	٢٥	٤٦,٥	٣٣	٧٥% فأكثر	
١٠٠	٦٩	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	المجموع	
-	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لم يجاب	
١٠٠	٧١	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	١٠٠	٧١	المجموع الكلي	

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

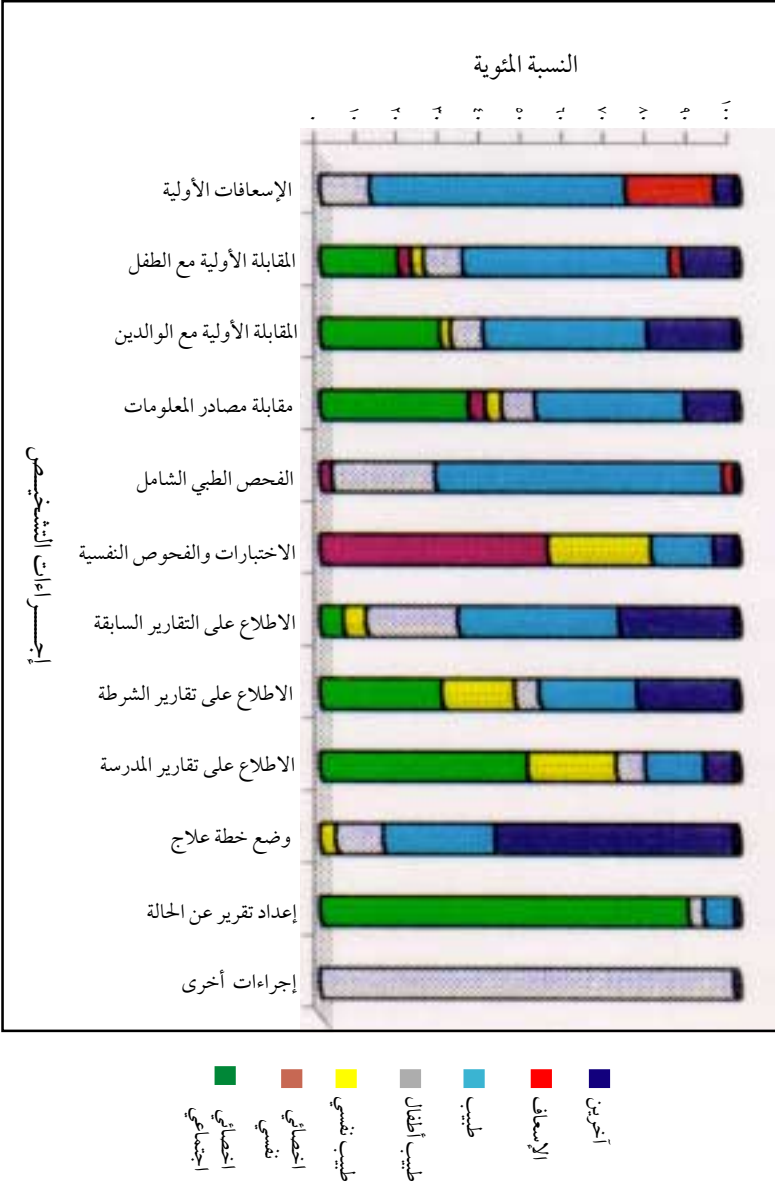
عند النظر للجدول رقم (٨ . ١) نلاحظ أن أكثر الإجراءات المتبعة من قبل الممارسين المهنيين في المستشفى لتشخيص حالات الإيذاء الواقع على الأطفال هي من خلال إجراء الفحص الطبي الشامل على الطفل بنسبة ٩٠ ، ١٪، ويتفق ذلك مع الرأي بأن أحد أكثر وسائل اكتشاف الممارسين المهنيين في المستشفيات لتعرض الطفل للإيذاء هي عن طريق إجراء الكشف الطبي عليه (انظر جدول رقم ٧ . ١)، ويأتي ذلك التشخيص عن طريق إجراء الإسعافات الأولية للحالة حيث تصل نسبة ذلك إلى ٨٤ ، ٥٪، لذلك نجد أن أكثر الممارسين تعاملًا مع الأطفال المتعرضين للإيذاء أطباء الأطفال وكذلك يتعامل معهم الأطباء بنسبة ١٠ ، ٧٪، وقد يكون هؤلاء الأطباء من العاملين في الإسعاف (انظر جدول رقم ٢ . ٣)، يليها التشخيص عن طريق إجراء المقابلة الأولية مع والدي الطفل وتبلغ نسبته ٧٨ ، ٩٪، حيث إن أغلبية الأطفال يحضرون للمستشفى عن طريق أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٧ ، ٢)، ثم بالمقابلة الأولية مع الطفل المتعرض للإيذاء بنسبة ٦٩٪، يليها التشخيص عن طريق إعداد الأخصائي الاجتماعي لتقرير شامل عن حالة الطفل المتعرض للإيذاء وذلك بنسبة ٦٦ ، ٢٪، يلي ذلك بوضع خطة للعلاج مع فريق العمل حيث تبلغ نسبة ٥٩ ، ٢٪، ثم التشخيص من خلال إجراء المقابلة مع مصادر المعلومات حول حالة الإيذاء، وتصل نسبة ذلك إلى ٤٩ ، ٣٪، يليها إجراء الاختبار والفحوص النفسية على الرغم من أن نسبة المتعاملين مع هذه الحالات من الأطباء والأخصائيين النفسيين في المستشفيات تعد منخفضة (انظر جدول رقم ٢ . ٣)، وكذلك بالاطلاع على تقارير الأطباء المعالجين السابقين للطفل حيث تبلغ نسبتها ٤٧ ، ٩٪، ثم عن طريق الاطلاع على تقارير الشرطة في حالة وجودها بنسبة ٤٢ ، ٣٪، يليها مراجعة التقارير

جدول رقم (٢.٨) القائمون بإجراءات تشخيص حالة الإيداء الواقع على الطفل من المهنيين في المستشفى (**)

إجراءات أخرى	اعداد		وضع خطة العلاج		مراجعة تقارير المدرسة		الاطلاع الشرطية على تقارير		الاطلاع السابقة على التقارير السابقة		الاختبارات النفسية		الفحص الطبي الشامل		مقابلة مصادر المعلومات		المقابلة الأولية مع الوالدين		المقابلة الأولية مع الطفل		الاسعافات الأولية		القائمون بالإجراءات		
	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد			
-	-	٨٨,٩٢٤	-	-	٥٠,٠	٧	٢٩,٥	٥	٥,٦	١	-	-	-	-	٣٦,٠	٩	٢٨,٩	١١	١٨,٨	٦	-	-	اخصائي اجتماعي		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٥,٠	١١	٢,٨	١	٤,٠	١	-	-	٣,١	١	-	-	اخصائي نفسي		
-	-	-	٣,٨	١	٢١,٥	٣	١٧,٦	٣	٥,٦	١	٢٥,٠	٥	-	-	٤,٠	١	٢,٦	١	٣,١	١	-	-	طبيب نفسي		
١,٤	١	٣,٧	١١,٥	٣	٧,١	١	٥,٩	١	٢٢,٢	٤	-	٢٥,٠	٩	٨,٠	٢	٧,٩	٣	٩,٤	٣	١١,٩	٥	-	طبيب أطفال		
-	-	٧,٤	٢	٢٦,٩	٧	١٤,٣	٢	٢٣,٥	٤	٣٨,٨	٧	١٥,٠	٣	٦٩,٤	٢٥	٣٦,٠	٩	٣٩,٥	١٥	٥٠,٠	١٦	٦١,٩	٢٦	طبيب	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٨	١	-	-	-	-	٣,١	١	٢١,٤	٩	-	الإسعاف	
-	-	-	٥٧,٨	١٥	٧,١	١	٢٣,٥	٤	٢٧,٨	٥	٥,٠	١	-	-	١٢,٠	٣	٢١,١	٨	١٢,٥	٤	٤,٨	٢	-	آخرون	
١٠٠	١	١٠٠	٢٧	٢٦	١٠٠	١٤	١٠٠	١٧	١٠٠	١٨	٢٠	١٠٠	٣٦	١٠٠	٢٥	١٠٠	٣٨	١٠٠	٣٢	١٠٠	٤٢	٤٢	-	المجموع	
-	٧٠	-	٤٤	-	٥٧	-	٥٤	-	٥٣	-	٥١	-	٣٥	-	٤٦	-	٣٣	-	٣٩	-	٢٩	-	-	لم يجاب	
-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	٧١	-	المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

شكل رقم (١٧) النسبة المئوية للمؤمنين بإجراءات تشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل من المهنيين في المستشفى



الواردة من المدرسة في حالة وجودها حيث تبلغ نسبة ذلك ٨, ٣٣٪، والتقارير الواردة من جهات أخرى كالشرطة أو المدرسة يعد الاعتماد عليها قليلاً في المستشفيات نظراً لقلّة الحالات التي تحضر للمستشفى عن طريقهم حسب ما ورد في جدول سابق (انظر جدول رقم ٧, ٢)، ثم التشخيص عن طريق القيام بإجراءات أخرى لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل وذلك بنسبة ٤, ١٪.

نلاحظ عند النظر إلى الجدول الخاص بالقائمين من الممارسين المهنيين بالمستشفى بإجراءات تشخيص حالة الإيذاء المتعرض له على الطفل أن من أكثر الإجراءات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي هي إعداده لتقرير شامل عن الحالة وذلك بنسبة ٢, ١٣٪ عن غيره من الممارسين. على الرغم من وجود نسبة من الممارسين الآخرين الذين يقومون بهذا الإجراء أيضاً مع الأخصائي الاجتماعي، ولكن قد أجمع غالبية من الممارسين على قيام الأخصائي الاجتماعي بممارسة هذا الإجراء (انظر الملاحق، جدول رقم ١٢). ويقل عنها بنسبة ٢, ٧٪ قيامه بالمقابلة الأولية مع والدي الطفل، حيث نرى أن أعلى نسبة لمن يقوم بذلك هي للأطباء وذلك حسب وجهة نظر أطباء الأطفال (انظر الملاحق، جدول رقم ١٤). ثم يليها قيامه بمقابلة مصادر المعلومات بنسبة تقل عن الإجراء الذي يسبقه بنسبة ١, ١٪، ثم مراجعته للتقارير الصادرة من المدرسة في حالة وجودها بنسبة تقل عما قبلها ١, ١٪، ثم يقل عنها بنسبة ٥, ٠٪ قيامه بالمقابلة الأولية مع الطفل المتعرض للإيذاء، وقد يعود ذلك إلى أن الحالات عند قدومها للمستشفى يقابلها العاملون في الإسعاف وأطباء الأطفال (انظر جدول رقم ٢, ٨٣. ١)، حيث نرى أن أعلى نسبة للقائمين بذلك هي للأطباء حسب وجهة نظر أطباء الأطفال (انظر الملاحق، جدول رقم ١٣). ويقل عما يسبقه بنسبة ٦, ٠٪،

قيامه بمراجعة التقارير الواردة من الشرطة في حالة وجودها، ثم يليها اطلاعه على تقارير الأطباء المعالجين السابقين بنسبة تقل عن الإجراء الذي يسبقه ٢, ٢٪. وهذان الإجراءان الآخران لا يرى سوى الأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم للقيام بهذا الدور (انظر الملاحق، جدول رقم ١٨ و ١٩). أما بقية الإجراءات قد يقوم بها أي من الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات عند تعاملهم مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من وجهة نظر الممارسين (انظر الملاحق، الجدول رقم ١٢ و ١٦ و ١٧ و ٢٣).

كما نلاحظ أيضاً أن أكثر القائمين بأغلب هذه الإجراءات الخاصة بتشخيص حالة الطفل هم من الأطباء وأطباء الأطفال. ويتفق ذلك مع كون أغلبية المتعاملين مع هذه الحالات هم من أطباء الأطفال (انظر جدول رقم ٢-٣) بالإضافة إلى أن من أكثر وسائل اكتشاف الإيذاء تكون عن طريق الكشف الطبي على الطفل (انظر جدول رقم ٢ . ٣) وكذلك من أكثر الإجراءات المتبعة لتشخيص حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء تكون عن طريق إجراء الفحص الطبي الشامل على الطفل (انظر جدول رقم ٨ . ١).

جدول (٨ . ٣) الجهة التي يتم تسليم الأطفال المتعرضين للإيذاء إليها بعد علاجهم بالمستشفى (*)

جهات أخرى		دور الرعاية الاجتماعية		الشرطة		أحد أفراد الأسرة		الوالدان		جهة التسليم نسبة التعامل
%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	
٩٥,٨	٦٨	٦٩,١	٤٩	١٨,٧	٥٨	٥٧,٧	٤١	١٦,٩	١٢	لا يوجد
٢,٨	٢	٢١,١	١٥	١٤,١	١٠	١٨,٣	١٣	-	-	اقل من ٢٥%
-	-	٥,٦	٤	١,٤	١	١١,٣	٨	١٤,١	١٠	٢٥-٥٠%
-	-	١,٤	١	-	-	٤,٢	٣	١١,٣	٨	٥٠-٧٥%
١,٤	١	٢,٨	٢	٢,٨	٢	٨,٥	٦	٥٧,٧	٤١	٧٥% فأكثر
٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	٪١٠٠	٧١	المجموع

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

من خلال الجدول السابق نجد أن أغلبية حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء يتم تسليمهم بعد علاجهم بالمستشفى وخروجهم منه إلى والديهم بنسبة ٨٣,١٪ ، يلي ذلك تسليمهم إلى أحد أفراد أسرة الطفل الآخرين حيث تصل نسبة ذلك إلى ٤٢,٣٪ ، ويليه من يتم تسليمهم إلى إحدى دور رعاية الأطفال حيث تبلغ نسبتهم ٣١٪ ، ثم من يتم تسليمهم إلى الشرطة نسبتهم ١٨,٣٪ ، أما حالات الأطفال الذين يتم تسليمهم لجهات أخرى بعد علاجهم بالمستشفى غير ما ذكر تبلغ نسبتهم ٤,٢٪ .

وعلى الرغم مما ورد في جدول رقم (٣ . ٤) في أن أغلبية حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء يقع عليهم الإيذاء من قبل أحد الوالدين ، فإننا نلاحظ من خلال الجدول السابق أن أكثر حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء

يتم تسليمهم لوالديهم بعد انتهاء فترة علاجهم بالمستشفى ، بالإضافة إلى أن نسبة من يتم تسليمهم إلى إحدى دور الرعاية للأطفال قليلة . وهذا يدل على أن إجراءات الوقاية أو العلاج من تعرض الطفل للإيذاء بها خلل أو ربما غير موجودة . حيث إن في إعادة الطفل المتعرض للإيذاء (الضحية) إلى الوالدين (المعتدين) ما به ظلم على الضحية وتشجيع للمعتدي على استمرار ممارسة الإيذاء على ضحيته بدون عقوبة ، فهناك ضحية لم تنصف وهناك جان طليق يمارس سلوكيات خاطئة بلا رادع . على الرغم - حسب ما ورد في الفصل الثاني - من أن أحد أسباب ومؤشرات الخطر من وقوع الإيذاء على الأطفال هو وجود بلاغات سابقة على تعريض الأسرة لأحد أطفالها للإيذاء . (Brissett- Chapman, 1995: 361- 362)بالإضافة إلى ما يظهر لنا من قصور في وجود الدور المتخصصة لرعاية مثل هؤلاء الأطفال ، فعلى الرغم من وجود الدور المتخصصة في رعاية الأطفال كالأيتام ، إلا أنه لا يوجد دور خاصة يمكن أن يلجأ إليها هؤلاء الأطفال ، أو أن يضموا إلى إحدى دور الرعاية الموجودة . كل ذلك نابع من عدم وجود إجراءات محددة للتعامل مع مثل هذه الحالات .

٩. ١. ٤ دور الإخصائي الاجتماعي في المستشفيات مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
جدول رقم (١. ٩) دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء (*)

المجموع	التكرار	%	فاكتر %/٧٥		من %/٥٠ -		من %/٢٥ -		أقل من %/٢٥		لا يوجد		نسبة التعامل	دور الإخصائي مع الطفل
			التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%		
٧١	٢٢,٥	١٦	٧,٠	٥	١٦,٩	١٢	٤٦,٦	٣٣	مقابلة الطفل فور دخوله المستشفى					
٧١	٣٢,٤	٢٣	٢,٨	٢	٢٥,٤	١٨	٢٩,٥	٢١	إتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن مشاعره					
٧١	٢٩,٦	٢١	٧,٠	٥	٣١,٠	٢٢	٢٥,٤	١٨	محاولة التعرف من الطفل على مصدر الإيذاء الواقع عليه					
٧١	٢٩,٦	٢١	٤,٢	٣	٣٢,٤	٢٣	٢٨,٢	٢٠	محاولة التعرف من الطفل على اسباب الإيذاء الذي وقع عليه					
٧١	٣٥,٢	٢٥	٢,٨	٢	٣١,٠	٢٢	٢١,١	١٥	معرفة أساليب المعاملة الأسرية للطفل					
٧١	٣٣,٨	٢٤	١,٤	١	٢٣,٩	١٧	٣٣,٨	٢٤	وضع خطة لإجراءات التدخل المهني اللائق مع الطفل					
٧١	٣٥,٢	٢٥	٤,٢	٣	٢١,١	١٥	٣٥,٢	٢٥	تدعيم العلاقة بين الطفل والأسرة					
٧١	٢٩,٦	٢١	-	-	١٩,٧	١٤	٣٩,٤	٢٨	استمرار متابعة وضع الطفل بعد خروجه من المستشفى					
٧١	٧,٠	٥	-	-	-	-	٩٣,٠	٦٦	ادوار أخرى					

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ عند النظر للجدول رقم (٩ . ١) أن من أكثر الأدوار التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي في المستشفى مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء هي معرفة أساليب معاملة أسرة الطفل معه حيث تصل نسبتها إلى ٩, ٧٨٪، يلي ذلك محاولة التعرف من الطفل على مصدر الإيذاء الواقع عليه وذلك بنسبة ٦, ٧٤٪، ثم محاولة التعرف من الطفل على أسباب الإيذاء الذي وقع عليه حيث تبلغ نسبة ذلك ٨, ٧١٪، ويليهما إتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن مشاعره وذلك بنسبة تصل إلى ٤, ٧٠٪، يلي ذلك وضع الأخصائي خطة لإجراءات التدخل المهني للملائم مع حالة الطفل وذلك بنسبة ٢, ٦٦٪، ثم تدعيم الأخصائي للعلاقة بين الطفل وأسرته حيث تبلغ نسبة ذلك ٨, ٦٤٪، يليها استمرار الأخصائي في متابعة وضع الطفل بعد خروجه من المستشفى وذلك بنسبة ٦, ٦٠٪، يلي ذلك قيام الأخصائي بمقابلة الطفل المتعرض للإيذاء فور دخوله للمستشفى بنسبة ٥, ٥٣٪. ويظهر من ذلك أنه لا يوجد في كل المستشفيات مقابلة من قبل الأخصائي لحالات الأطفال ضمن الفريق المهني المتعامل معهم، ويدل على ذلك أنه على الرغم من أن نسبة الممارسين من الأخصائيين الاجتماعيين ضمن العينة تعد أكبر من نسبة أطباء الأطفال، إلا أن نسبة المتعاملين في حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من أطباء الأطفال تعد أكبر من الأخصائيين الاجتماعيين (انظر جدول رقم ٢ . ٣)، ثم قيام الأخصائي الاجتماعي بالمستشفى بأدوار أخرى غير التي تم ذكرها مع الطفل المتعرض للإيذاء بنسبة تصل إلى ٧٪.

ونلاحظ أن دور الأخصائي يركز بصورة أكبر على محاولة التوصل لتحديد الإيذاء ومصدره وأسبابه، ولكن في المقابل لا يكون دوره بنفس الدرجة في الجوانب الخاصة بالتدخل المهني وما يرتبط به من أدوار وإجراءات مختلفة، وقد يعود ذلك لعدم وجود إجراءات تساعد الأخصائي على إتمام دوره المهني بشكل سليم، أو عدم وجود التدريب والكفاءة اللازمة لديه للتعامل مع مثل هذه الحالات.

جدول رقم (٢٠٩) دور الإخصائي الاجتماعي بالمستشفى مع أسر الأطفال المعرضين للإيذاء (**)

المجموع	٧٥٪ فأكثر		٥٠٪ من -		٢٥٪ من -		٢٥٪ من أقل		لا يوجد		نسبة التعامل	دور الإخصائي مع الأسرة
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%		
١٠٠٪	٧١	٤٠,٨	٢٩	١,٤	١١,٣	٨	١٨,٣	١٣	٢٨,٢	٢٠	٢٠	عقد المقابلة الأولى مع الأسرة
١٠٠٪	٧١	٣٨,٠	٢٧	٢,٨	٤,٢	٣	٢٦,٨	١٩	٢٨,٢	٢٠	٢٠	الحديث مع الأسرة حول موقف الإيذاء المعرض له الطفل
١٠٠٪	٧١	٣٥,٢	٢٥	١,٤	٨,٥	٦	٢٢,٥	١٦	٣٢,٤	٢٣	٢٣	التعرف من الأسرة على مصدر الإيذاء الواقع على الطفل
١٠٠٪	٧١	٣٥,٢	٢٥	-	٩,٩	٧	١٨,٣	١٣	٣٦,٦	٢٦	٢٦	معرفة رأي الأسرة بمظاهر الإيذاء الموجودة على الطفل
١٠٠٪	٧١	٣٦,٦	٢٦	١,٤	٨,٥	٦	١٩,٧	١٤	٣٣,٨	٢٤	٢٤	إقناع الأسرة بمواصلة علاج الطفل بالمستشفى
١٠٠٪	٧١	٣٦,٦	٢٦	٤,٢	٥,٦	٤	١٥,٥	١١	٣٨,١	٢٧	٢٧	توجيه الأسرة للأساليب التربوية السليمة لمعاملة الطفل
١٠٠٪	٧١	٣٦,٦	٢٦	٢,٨	٧,٠	٥	٢٥,٤	١٨	٢٨,٢	٢٠	٢٠	التعرف على مشكلات الأسرة ومحاولة علاجها
١٠٠٪	٧١	٣٢,٤	٢٣	٢,٨	٥,٦	٤	١٥,٥	١١	٤٣,٧	٣١	٣١	تعريف الأسرة بوجهة نظر الفريق العلاجي
١٠٠٪	٧١	٢٦,٨	١٩	٥,٦	٧,٠	٥	٢٢,٥	١٦	٣٨,١	٢٧	٢٧	الاتفاق على خطة علاجية مع الأسرة لتتبعها
١٠٠٪	٧١	٢٢,٥	١٦	٢,٨	٢,٨	٢	١٨,٣	١٣	٥٣,٦	٣٨	٣٨	عقد لقاءات مشتركة بين الطفل والأسرة لتدعيم العلاقات الإيجابية بينهما
١٠٠٪	٧١	٤,٢	٣	-	-	-	-	-	٩٥,٨	٦٨	٦٨	أدوار أخرى

(**) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

عند النظر إلى الجدول السابق يلاحظ أن أكثر الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في المستشفى مع أسرة الطفل المتعرض للإيذاء هي قيامه بعقد المقابلة الأولى مع الأسرة، وكذلك الحديث مع الأسرة حول موقف الإيذاء الذي تعرض له الطفل بالإضافة إلى التعرف على مشكلات الأسرة ومحاولة علاجها بنسبة ٨, ٧١٪. ويأتي ذلك التعرف من الأسرة على مصدر الإيذاء الواقع على الطفل حيث تبلغ نسبته ٦, ٦٧٪، ويليهما إقناع الأسرة بمواصلة علاج الطفل بالمستشفى وذلك بنسبة تصل إلى ٢, ٦٦٪، ثم معرفة رأي الأسرة نحو مظاهر الإيذاء الموجودة على الطفل حيث تبلغ نسبة ذلك ٤, ٦٣٪، ويأتي ذلك توجيه الأسرة للأساليب التربوية السليمة لمعاملة الطفل، وكذلك الاتفاق مع الأسرة على خطة علاجية يتم الالتزام بتنفيذها حيث تصل نسبة ذلك إلى ٦٢٪، ويليهما تعريف الأخصائي للأسرة بوجهة نظر الفريق العلاجي حيث تبلغ نسبة ذلك ٣, ٥٦٪، ثم عقد الأخصائي للقاءات المشتركة بين الطفل وأسرته بغرض تدعيم العلاقات الإيجابية بينهما بنسبة تصل إلى ٥, ٤٦٪، ويأتي ذلك الأدوار الأخرى التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في المستشفى مع أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء وذلك بنسبة تصل إلى ٢, ٤٪.

وكما أوضحنا فيما سبق أنه من الملاحظ أن دور الأخصائي الاجتماعي مع الأسرة يتحدد في محاولة التعرف على المشكلة بشكل أكبر من دوره في تقديم التدخل المهني الملائم لها، وخاصة أن معظم الحالات قد تم تعرضهم للإيذاء من قبل أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٣ . ٤) كما أن معظم هذه الأسر تعاني من مشكلات كانهخفاض الدخل والتفكك الأسري (انظر جدول رقم ٥ . ١)، ووجود مشكلات زواجية بين والدي الطفل (انظر جدول رقم ٦ . ١)، بالإضافة إلى أن غالبية الأطفال المتعرضين للإيذاء يحضرون للمستشفى عن طريق أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٧ . ٢)، كما يتم تسليم الطفل لهما بعد خروجه من المستشفى (انظر الجدول رقم ٨ . ٣).

جدول رقم (٣٠٩) دور الاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي بالمستشفى (*)

المجموع %	٧٥٪ فأكثر		من ٥٠٪ - ٧٥٪		من ٢٥٪ - ٥٠٪		أقل من ٢٥٪		لا يوجد		نسبة التعامل	دور الاخصائي
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%		
٧١	٣٨,٠	٩,٩	٧	٩,٩	٧	٩,٩	٢٣,٩	١٧	١٨,٣	١٣	١٨,٣	توفير البيانات والمعلومات اللازمة عن حالة الطفل
٧١	٤٠,٩	٢,٨	٢	١٢,٧	٩	٢٣,٩	٢٣,٩	٧١	١٩,٧	١٤	١٩,٧	تعريف الفريق العلاجي بالمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل
٧١	٣٨,٠	٤,٢	٣	٨,٥	٦	٢٥,٤	١٨	٢٣,٩	١٧	٢٣,٩	١٧	المشاركة في مناقشة خطة العلاج من الجانب الاجتماعي
٧١	٢٩,٦	٢,٨	٢	٩,٩	٧	٢٢,٥	١٦	٣٥,٢	٢٥	٣٥,٢	٢٥	نقل مدى رغبة الأسرة في علاج ورعاية الطفل من عدمها للفريق العلاجي
٧١	٣٦,٥	-	-	٨,٥	٦	٢٥,٤	١٨	٢٩,٦	٢١	٢٩,٦	٢١	تقديم تقارير عن تاريخ مشكلة الإيذاء التي يعاني منها الطفل
٧١	٢٨,٢	١,٤	١	٧,٠	٥	٢٨,٢	٢٠	٣٥,٢	٢٥	٣٥,٢	٢٥	المشاركة مع الفريق العلاجي في حملات التوعية بالآثار المترتبة على إيذاء الأطفال
٧١	٢,٨	-	-	-	-	-	-	٩٧,٢	٦٩	٦٩	٩٧,٢	أدوار أخرى

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول السابق أن أكثر دور للاخصائي الاجتماعي في المستشفى مع الفريق العلاجي الذي يتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء يتمثل في توفير البيانات والمعلومات اللازمة عن حالة الطفل المتعرض للإيذاء للفريق العلاجي بالمستشفى حيث تبلغ نسبة ذلك ٧, ٨١٪ ، ويأتي ذلك تعريف الفريق العلاجي بالمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل بنسبة تصل إلى ٣, ٨٠٪ ، ثم مشاركة الأخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي في مناقشة خطة العلاج من الجانب الاجتماعي بنسبة ١, ٧٦٪ ، ويليهما تقديم الأخصائي التقارير عن تاريخ مشكلة الإيذاء التي يعاني منها الطفل حيث تبلغ نسبة ذلك ٤, ٧٠٪ ، ثم نقل مدى رغبة الأسرة في علاج ورعاية الطفل من عدمها إلى الفريق العلاجي وكذلك مشاركة الأخصائي مع الفريق العلاجي في حملات التوعية بالآثار المترتبة على إيذاء الطفل حيث تبلغ نسبة ذلك ٨, ٦٤٪ ، ومن ثم أدوار أخرى للاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي بنسبة تصل إلى ٨, ٢٪ .

٤. ١. ١٠ معوقات مواجهة حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء

جدول رقم (١٠. ١) مدى تعامل مفردات العينة مع معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال

المجموع	/٧٥ فأكثر		- /٥٠ من		/٥٠ من		أقل من /٢٥		لا يوجد		معارف
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	
٧١	١٨,٣	١٣	٧,٠	١٥,٥	١١	٢٨,٢	٢٠	٣١,٠	٢٢	٣١,٠	مواجهة حالات الإيذاء
٧١	٣٦,٦	٢٦	٥,٦	١٨,٣	١٣	٢٩,٦	٢١	٩,٩	٧	٩,٩	عدم اعتراف الطفل بتعرضه للإيذاء
٧١	١٩,٧	١٤	٨,٥	١١,٣	٨	٢٨,٢	٢٠	٣٢,٣	٢٣	٣٢,٣	عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء
٧١	٤٢,٣	٣٠	٤,٢	٨,٥	٦	٢٥,٤	١٨	١٩,٦	١٤	١٩,٦	صعوبة اكتشاف حالات الإيذاء
٧١	٤٦,٦	٣٣	٤,٢	٥,٦	٤	٢١,١	١٥	٢٢,٥	١٦	٢٢,٥	عدم وجود تشریحات وأنظمة تساعد في تقديم المساعدة للطفل
٧١	٩,٩	٧	٥,٦	٨,٥	٦	١٩,٧	١٤	٥٦,٣	٤٠	٥٦,٣	عدم وجود هيئات متخصصة لرعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء
٦٩	١١,٦	٨	٥,٨	٢,٩	٢	١٨,٨	١٣	٦٠,٩	٤٢	٦٠,٩	عدم تعاون أجهزة الأمن
٧١	١١,٣	٨	١١,٣	٥,٦	٤	٢٢,٥	١٦	٤٩,٣	٣٥	٤٩,٣	وجود أنظمة تمنع إقدام الجهات الأمنية في الموضوع
٧١	١٦,٩	١٢	١١,٣	٧,٠	٥	٢٥,٤	١٨	٣٩,٤	٢٨	٣٩,٤	التحديات الإدارية الخاصة بأنظمة المستشفى
٧١	١٥,٥	١١	٧,٠	١٦,٩	١٢	٢٥,٤	١٨	٣٥,٢	٢٥	٣٥,٢	عدم دراية الممارسين المهنيين بكيفية العمل مع الطفل المتعرض للإيذاء
٧١	-	-	-	-	-	-	-	١٠٠,٠	٧١	١٠٠,٠	عدم وضوح الحدود التي تحددها يمكن اعتباره إيذاء
٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	معارف أخرى تواجه حالات إيذاء الأطفال لم يجارب

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ عند النظر إلى الجدول السابق أن من أكبر المعوقات التي تقابل الممارسين في تعاملهم لمواجهة حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء هو عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء معهم حيث تصل نسبتها إلى ١, ٩٠٪، وقد يعود ذلك إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال قد وقع عليهم الإيذاء من قبل أحد الوالدين (انظر جدول رقم ٣ . ٤) بالإضافة إلى أن من ردود فعل الأسرة في كثير من الأحوال الإنكار (انظر جدول رقم ٧ . ٤). ويليها عدم وجود تشريعات وأنظمة تساعد في تقديم المساعدة للأطفال المتعرضين للإيذاء وتبلغ نسبة ذلك ٣, ٨٠٪ حيث إن في عدم وجود هذه الأنظمة والإجراءات ما يشجع المعتدين على ممارسة مزيد من الإيذاء، وما لا يساعد المهنيين على تقديم المساعدة التي يحتاجها الطفل. ثم بعد ذلك أيضاً عدم وجود هيئات متخصصة لرعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء حيث تصل هذه النسبة إلى ٥, ٧٧٪، ويدل على ذلك إعادة هؤلاء الأطفال إلى والديهم على الرغم من أن نسبة كبيرة من الحالات التي يقع عليها الإيذاء يكون من قبل الوالدين (انظر جدول رقم ٨ . ٣). ويأتي ذلك عدم اعتراف الأطفال بتعرضهم للإيذاء بنسبة ٦٩٪، حيث إن كثيراً منهم يلتزمون الصمت (انظر جدول رقم ٧ . ٣). ومن المتوقع أن يحدث ذلك نتيجة لخوف الطفل من المعتدي، وخاصة في الحالات التي قد يقع الإيذاء فيها على الطفل من قبل الوالدين أو أحد أفراد الأسرة، ومن ثم يعاد الطفل مرة أخرى بعد خروجه من المستشفى إليهم ثانية. ويليها مواجهة الممارسين لصعوبة في اكتشاف حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء وتبلغ نسبة ذلك ٦, ٦٧٪، حيث - حسب ما ورد في أدبيات هذه الدراسة - أن ليس كل أنواع الإيذاء لها أثر واضح في جسم الطفل كالإيذاء النفسي (Wiehe, 1998: 32-33) كما أن أكثر الوسائل التي يتم

بها الكشف عن الإيذاء من قبل الممارسين في المستشفيات هي عن طريق إجراء الكشف الطبي على الطفل (انظر جدول رقم ٧ . ١) ، كما أن هناك بعض المظاهر النفسية للإيذاء (انظر جدول رقم ٣ . ٢) التي قد تكون غير ظاهرة ومما يتطلب ملاحظتها واكتشافها عن طريق الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين على الرغم من تفاوت نسبة تعاملهم مع هذه الحالات (انظر جدول رقم ٢ . ٣) . ثم عدم وضوح الحدود التي تحدد ما يمكن اعتباره إيذاءً على الأطفال حيث تصل نسبة ذلك إلى ٨ ، ٦٤٪ ، وقد يعود عدم وضوح هذه الحدود - حسب ما ذكر في أدبيات هذه الدراسة - لعدة عوامل منها الاختلافات الثقافية والصعوبات المرتبطة بالإيذاء التي تواجه عملية تحديد ما يمكن اعتباره إيذاءً (الدخيل ، ١٩٩٠ : ٨٤-٨٥ ؛ Meadow, 1997: 1) بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة وإجراءات وتشريعات تحدد ذلك . ويأتي ذلك عدم دراية الممارسين المهنيين بكيفية العمل مع الأطفال المتعرضين للإيذاء وتبلغ نسبة ذلك ٦ ، ٦٠٪ ، حيث إن ذلك يتطلب إيجاد فرق عمل متخصصة في المستشفيات (وهذا كائن في بعضها) تحال إليها جميع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء ، وتشمل متخصصين في طب الأطفال وفي الطب والعلاج النفسي والاجتماعي يمكن بعد ذلك تدريبهم للتعامل مع مثل هذه الحالات وكذلك على كيفية اكتشافها . كل ذلك سيساعد على إيجاد مزيد من التحديد لكيفية التعرف على مثل هذه الحالات وتشخيصها وعلاجها ، بالإضافة إلى التوصل لمزيد من التحديد لمظاهر ومؤشرات هذا الإيذاء بما يساعد على اكتشافه (انظر جدول رقم ٣ . ٤ و ٧ . ١) . ثم التعقيدات الإدارية الخاصة بأنظمة المستشفى الذي يعمل به الممارسون حيث تصل نسبة ذلك إلى ٧ ، ٥٠٪ ، مما يبرز أهمية أن تقوم المستشفيات بوضع أنظمة تساعد على

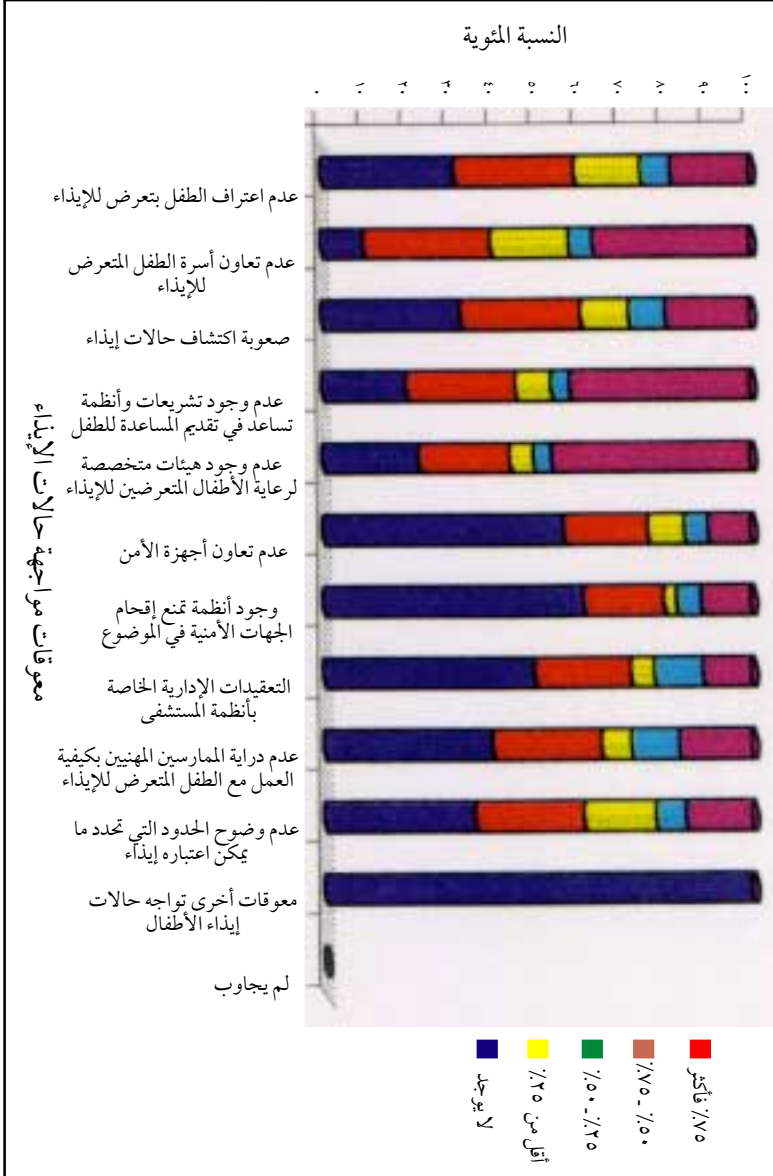
مواجهة مثل هذه الحالات وتسهيل للممارسين مواجهتها . ويليهما عدم تعاون أجهزة الأمن حيث تبلغ نسبتها ٧,٤٣٪ . وقد يعود ذلك إلى عدم وجود أنظمة وتشريعات للتعامل مع مثل هذه الظاهرة . ثم وجود أنظمة بالمستشفى تمنع إقحام الجهات الأمنية في الموضوع (الإيذاء المتعرض له الطفل) وذلك بنسبة ١,٣٩٪ . ويرى الممارسون أنه ليس هناك معوقات أخرى غير هذه المعوقات التي سبق ذكرها تواجه حالات إيذاء الأطفال وذلك بنسبة ١٠٠٪ ونجد أنه في عدم وجود التشريعات والإجراءات والأنظمة التي تحدد كيفية التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء (الضحايا) سواء داخل المستشفى أو خارجه ، وكذلك المنوطة بتحديد كيفية التعامل مع المعتدي ، وإمكانية إبعاد الضحية من أسرته في بعض الحالات ، ووضع الطفل في جهة أخرى ، وتحديد هذه الجهات والهيئات المسؤولة عن حماية الطفل ، كل ذلك يساهم في زيادة المعوقات في مواجهة هذه الحالات والتصدي لها ، ويواجه أيضاً حتى عملية الاهتمام بتدريب الممارسين على كيفية العمل معهم .

إلا أن الباحثة ومن خلال جمعها للبيانات وتعاملها مع بعض الممارسين المهنيين في المستشفيات لمست الاختلاف بين المستشفيات في كيفية التعامل مع هذه الظاهرة أو حتى الاعتراف بها . فهناك بعض المستشفيات قد أوجدت -بجهود ذاتية من قبل بعض الممارسين المهتمين بهذه الحالات - فرق عمل للتعامل مع مثل هذه الحالات . إلا أنهم مازالوا يواجهون بعض الصعوبات الناتجة من عدة جوانب مختلفة ، إما نتيجة لنقص التدريب والمهارة والدراسات المرتبطة بكيفية اكتشاف هذه الحالات والتعامل معها ، أو نتيجة لعدم تعاون الممارسين الآخرين في المستشفى . وقد يعود ذلك لعدم

درايتهم بكيفية اكتشاف مثل هذه الحالات ، أو لعوامل ناتجة عن أنظمة المستشفى ، ومنها على سبيل المثال أن بعض الحالات تحضر للإسعاف ويتم إسعاف الإصابة الحادثة لها وخروجها في كثير من الأحيان من المستشفى بدون إبلاغ الفريق المهني المتخصص للتعامل مع مثل هذه الحالات ، أو لعدم تسجيل هذه الحالات على أنها حالات متعرضة للإيذاء ، أو لعدم وجود ملفات في المستشفيات أصلاً ، أو لعدم وجود معلومات في الملفات تتناول النواحي الاجتماعية يقوم بتوليها الأخصائي الاجتماعي ، أو لعدم وجود ملفات خاصة بقسم الخدمة الاجتماعية .

وسنلاحظ من الجداول اللاحقة أن هناك اختلافاً بين المستشفيات في مدى مواجعتها لهذه المعوقات أو لأحدها دون الآخر ، وقد يعود ذلك إلى الاختلاف في أنظمة هذه المستشفيات ، ومدى توافر الممارسين المتخصصين فيها ، ومدى اهتمامها بهذا النوع من الحالات ، أو قد يعود أيضاً للاختلاف في حجم تعاملهم مع هذه الحالات (انظر جدول رقم ٢ . ٤) .

شكل رقم (١٨) النسبة المئوية لدى تعامل مفردات العينة مع معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال



جدول رقم (٢٠٠١) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم اعتراف الطفل بتعرضه للإيذاء كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواجهة		اسم المستشفى																					
المجموع	%	اليمامة		الأمير سلمان		الأطفال بالسليمانية		الأمين قوى		الولادة والأطفال		المركزي		الجامعي		التخصصي		الحرس الوطني		القوات المسلحة		حالات إيذاء الأطفال	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%
٣١,٤	٢٢	٢	٢,٩	٤	٥,٧	٢	٢,٩	٣	٤,٣	١	١,٤	١	١,٤	-	-	٣	٤,٣	٥	٧,١	١	١,٤	١	١,٤
٢٨,٦	٢٠	٣	٤,٣	-	-	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	١	١,٤	٢	٢,٩	٤	٥,٧	٢	٢,٩	٢	٢,٩
١٤,٣	١٠	-	-	-	-	١	١,٤	١	١,٤	-	-	١	١,٤	١	١,٤	-	-	-	-	٣	٤,٣	٣	٤,٣
٧,١	٥	١	١,٤	١	١,٤	-	-	١	١,٤	-	-	١	١,٤	-	-	-	-	-	-	١	١,٤	١	١,٤
١٨,٦	١٣	-	-	٢	٢,٩	١	١,٤	٣	٤,٣	-	-	١	١,٤	١	١,٤	٢	٢,٩	٣	٤,٣	-	-	-	-
١٠٠	٧٠	٦	٨,٦	٧	١٠,٠	٦	٨,٦	١٠	١٤,٣	٣	٤,٣	٦	٨,٦	٣	٤,٣	٧	١٠,٠	١٥	٢١,٤	٧	١٠,٠	٧	١٠,٠
	١																						
	٧١																						

(* النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري)

يبين الجدول السابق أن عدم اعتراف الطفل بتعرضه للإيذاء يعد أحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال من قبل الممارسين المهنيين في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بنسبة ٣, ١٤٪ ، ويقل وجودها عنه بنسبة تبلغ ٣, ٤٪ في مستشفى قوى الأمن ، ثم في مستشفى القوات المسلحة بنسبة تقل عن يسبقها ٤, ١٪ ، ويقل عنه بنسبة تصل إلى ٤, ١٪ في المستشفى المركزي ، ويليه وجودها في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى الإمامة بنسبة تقل عن يسبقه ٥, ١٪ ، كما يقل عنها بنسبة ٤, ١٪ وجودها في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الأمير سلمان ، ثم مستشفى الولادة والأطفال بنسبة تقل عنهما ٤, ١٪ .

كما يشكل عدم اعتراف الطفل بتعرضه للإيذاء أحد المعوقات التي يواجهها الممارسون المهنيون لمواجهة إيذاء الأطفال بمجموع نسبة ١٠٠٪ من الحالات التي تم التعامل معها في مستشفى الملك خالد الجامعي ، ويليه في مستشفى القوات المسلحة بمجموع نسبة ٧, ٨٥٪ ، ثم بمجموع نسبة تصل إلى ٣, ٨٣٪ في المستشفى المركزي ، يلي ذلك مستشفى قوى الأمن بمجموع نسبة ٧٠٪ ، ثم بمجموع نسبة تبلغ ٧, ٦٦٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأطفال بالسليمانية وكذلك مستشفى الإمامة ، يلي ذلك تمثيلها بمجموع نسبة ١, ٥٧٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، ثم مستشفى الأمير سلمان بمجموع نسبة ٩, ٤٢٪ .

جدول رقم (١٠ . ٣) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم تعاون أسرة الطفل المعرض للايذاء كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواجهته		اسم المستشفى												
حالات إيذاء الاطفال	عدم تعاون أسرة الطفل المعرض للايذاء	المسلحة	القوات المسلحة	الحرس الوطني	التخصصي	الجامعي	المركزي	الولادة والاطفال	الامن القوي	الاطفال بالسليمانية	الامير سلمان	اليمامة	المجموع	
														%
١٠,٠	٧	١,٤	١	١,٤	١	-	-	-	-	-	٢,٩	٢	٢,٩	٧
٣٠,٠	٢١	١,٤	٤	٥,٧	٤	١,٤	٢	٢,٩	٤,٣	١,٤	-	٣	٢١	٢١
١٧,١	١٢	٤,٣	٣	٥,٧	-	١,٤	٢	-	-	١,٤	١	-	١٢	١٢
٥,٧	٤	-	-	٢,٩	-	-	-	-	-	١,٤	-	١	٤	٤
٣٧,٢	٢٦	٢,٩	٤	٥,٧	٢	١,٤	٢	٢,٩	١٠,٠	٤,٣	٤	-	٢٦	٢٦
١٠٠	٧٠	٢١,٤	١٥	٢١,٤	٧	٤,٣	٦	٤,٣	١٤,٣	٨,٦	٧	٨,٦	٧٠	٧٠
لم يجابوب													١	١
المجموع الكلي													٧١	٧١

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول السابق أن أكبر المعوقات التي يواجهها الممارسون المهنيون في المستشفيات لمواجهة حالات إيذاء الأطفال تتمثل في عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء حيث تمثل نسبة ٢٠٪ من المعوقات التي يواجهها الممارسون المهنيون في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني في مواجهة حالات إيذاء الأطفال، ويقل عن ذلك بنسبة ٧,٥٪ وجودها في مستشفى قوى الأمن، ثم يقل عن يسبقه بنسبة ٧,٥٪ وجودها لدى مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث والمستشفى المركزي وأيضاً مستشفى الأطفال بالسليمانية، يلي ذلك وجودها في مستشفى الأمير سلمان بنسبة تقل عنهما ٥,١٪، ويقل عن من يسبقه بنسبة تصل إلى ٤,١٪ في مستشفى الإمامة، ويليهما ما يبلغ ٤,١٪ حيث تقل عن يسبقها في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال.

كما يمثل عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء مجموع نسبة ١٠٠٪ من المعوقات التي تواجه الممارسين المهنيين في مستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى قوى الأمن ومستشفى الأطفال بالسليمانية ضمن المعوقات التي واجهتهم مع الحالات التي تعاملوا معها، ويليه ذلك ما يبلغ مجموع نسبة ٣,٩٣٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ثم مجموع نسبة تصل إلى ٧,٨٥٪ في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ويليه وجودها في مستشفى الأمير سلمان بمجموع نسبة ٤,٧١٪ في الحالات التي واجهتهم، ثم بمجموع نسبة ٧,٦٦٪ في مستشفى الإمامة.

جدول رقم (١٠. ٤) مدى الاختلاف بين المستشفيات في صعوبة اكتشاف حالات الايذاء كأحد معوقات مواجهة حالات
ايذاء الأطفال (**)

معلومات مواجهة		اسم المستشفى															
حالات إيذاء الأطفال	حالات إيذاء صعوبة اكتشاف	القوات المسلحة	الحرس الوطني	التخصصي	الجامعي	المركزي	الولادة والأطفال		قوى الأمن		الأطفال بالسليمانية		الأمير سلمان		اليمامة		المجموع
							%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
لا يوجد	٣	٤,٣	٥	١	-	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٣	٤,٣	٣	٤,٣	٢	٢,٩	٢٣	٣٢,٩
أقل من ٢٥٪	١	١,٤	٦	٢	١,٤	٣	٤,٣	١	٢,٩	-	-	-	-	١	٤,٣	١٩	٢٧,١
٢٥٪ - ٥٠٪	١	١,٤	-	١	١,٤	١	١,٤	١	١,٤	٢	٢,٩	١	١,٤	-	-	٨	١١,٤
٥٠٪ - ٧٥٪	٢	٢,٩	-	٢	-	-	-	-	١,٤	١	-	١	١,٤	-	-	٦	٨,٦
٧٥٪ فأكثر	-	-	٤	١	١,٤	-	-	-	٤	٥,٧	١	١,٤	٢	٢,٩	١	١٤	٢٠,٠
المجموع	٧	١٠,٠	١٥	٧	٣	٦	٤,٣	٣	٤,٣	١٠	١٤,٣	٦	٨,٦	٧	١٠,٠	٧٠	١٠٠
لم يتجاوز																١	
المجموع الكلي																٧١	

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

الجدول السابق يوضح أن أحد المعوقات التي تواجه الممارسين المهنيين في المستشفيات لمواجهة حالات إيذاء الأطفال تتمثل في صعوبة اكتشاف مثل هذه الحالات حيث تبلغ نسبة ذلك ٣, ١٤٪ لدى الممارسين في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ويقل عنها بنسبة ٩, ٢٪ في مستشفى قوى الأمن، ويلي ذلك وجودها في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تقل عن يسبقه ٨, ٢٪، ويقل عن يسبقه بنسبة تصل إلى ٩, ٢٪ وجودها لدى الممارسين في مستشفى القوات المسلحة والمستشفى المركزي ومستشفى الأمير سلمان وكذلك مستشفى اليمامة، ويلي ذلك وجودها في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة تقل عنها ٤, ١٪، ويقل عنها بنسبة ٩, ٢٪ وجودها في مستشفى الولادة والأطفال.

كما نلاحظ أيضاً من الجدول رقم (١٠ . ٤) أن الممارسين المهنيين في المستشفيات يواجهون صعوبة في اكتشاف حالات الإيذاء كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال بمجموع نسبة تصل إلى ١٠٠٪ من مجموع الحالات التي تم التعامل معها في مستشفى الملك خالد الجامعي، ويليه بمجموع نسبة تبلغ ٧, ٨٥٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ويلي ذلك وجودها في مستشفى قوى الأمن بمجموع نسبة تبلغ ٨٠٪، ثم في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني والمستشفى المركزي ومستشفى اليمامة بمجموع نسبة تصل إلى ٧, ٦٦٪، ويليهما وجودها في مستشفى القوات المسلحة وكذلك مستشفى الأمير سلمان بمجموع نسبة ١, ٥٧٪، ثم في مستشفى الأطفال بالسليمانية بمجموع نسبة ٥٠٪، ويلي ذلك مجموع نسبة ٣, ٣٣٪ في مستشفى الولادة والأطفال.

جدول رقم (٥٠١) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم وجود تشريعات وأنظمة تساعد على تقديم المساعدة للطفل كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال(*)

اسم المستشفى		معلومات مواجهة												
المجموع	اليمامة	الامير سلمان	الاطفال بالسليمانية	قوى الامن	الولادة والاطفال	المركزي	الجامعي		التخصصي		الحرس الوطني	القوات المسلحة		حالات إيذاء الاطفال
							العدد	%	العدد	%		العدد	%		العدد	%
٢٠,٠	٢,٩	٥,٧	٢,٩	١,٤	٢,٩	١,٤	-	-	-	١,٤	١	١,٤	١	عدم وجود أنظمة تساعد على تقديم المساعدة
٢٥,٧	٤,٣	-	١,٤	٢,٩	١,٤	٣	١,٤	٣	٤,٣	٤	٥,٧	-	٤	لا يوجد
٨,٦	-	-	-	-	-	١,٤	-	-	١,٤	١	٤,٣	١,٤	١	أقل من ٢٥٪
٤,٣	١,٤	-	-	١,٤	-	-	-	-	١,٤	١	-	-	-	٥٠٪-٧٥٪
٤١,٤	-	٤,٣	٤,٣	٨,٦	-	١,٤	٢,٩	٢	٢,٩	٢	١٠,٠	٧	٥	أكثر ٧٥٪
١٠٠	٨,٦	١٠,٠	٨,٦	١٤,٣	١٠	٤,٣	٤,٣	٦	٤,٣	٧	٢١,٤	١٥	٧	المجموع
														لم يجاب
														المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول رقم (١٠ . ٥) أن عدم وجود تشريعات وأنظمة تساعد على تقديم المساعدة للطفل تعد من المعوقات التي يقابلها الممارسون المهنيون لمواجهة حالات إيذاء الأطفال في المستشفيات، وبنسبة تصل إلى ٢٠٪ من المعوقات التي يواجهونها في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، وتقل عنها بنسبة ١، ٧٪ لدى مستشفى قوى الأمن، كما تقل عن يسبقه بنسبة ٩، ٢٪ لدى مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ويأتي ذلك ما يقل عن يسبقه بنسبة ٤، ١٪ في مستشفى القوات المسلحة، ثم ما يقل عنه بنسبة ٤، ١٪ من المستشفى المركزي، ويليهما وجودها في مستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى اليمامة بنسبة تقل عن يسبقه ٥، ١٪، تقل عن يسبقه بنسبة تصل إلى ٤، ١٪ في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الأمير سلمان، ثم وجودها في مستشفى الولادة والأطفال بنسبة تقل عنهما ٩، ٢٪.

كما نجد أيضاً أن عدم وجود تشريعات وأنظمة تساعد على تقديم المساعدة للطفل المتعرض للإيذاء تشكل مجموع نسبة تصل إلى ١٠٠٪ من المعوقات التي يواجهها الممارسون في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الملك خالد الجامعي كمعوقات لمواجهة حالات إيذاء الأطفال، بينما تبلغ مجموع نسبة ٣، ٩٣٪ من المعوقات التي يواجهها الممارسون في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ويأتي ذلك وجودها في مستشفى قوى الأمن بمجموع نسبة ٩٠٪، ثم بمجموع نسبة ٧، ٨٥٪ في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الولادة والأطفال، ويليه في المستشفى المركزي بمجموع نسبة ٣، ٨٣٪، ثم في مستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى اليمامة بمجموع نسبة ٧، ٦٦٪، ويأتي ذلك بمجموع نسبة وجودها في مستشفى الأمير سلمان ٩، ٤٢٪.

جدول رقم (١٠. ٦) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم وجود هيئات متخصصة لرعاية الأطفال التمريض للإيذاء كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواعده		اسم المستشفى											
		المجموع	اليمامة	الامير سلمان	الأطفال بالسليمانية	قوى الأمن	الولادة والأطفال	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة	حالات إيذاء الأطفال
%	عدد	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	عدد
٢٢,٩	١٦	٥,٧	٤	١,٤	٢	١,٤	١	١,٤	١	٢,٩	٢	١,٤	١
٢١,٤	١٥	١,٤	١	-	٢,٩	٢	١,٤	١	٤,٣	٣	١,٤	١	٢,٩
٥,٧	٤	-	-	١,٤	١	-	١,٤	١	-	-	-	-	-
٤,٣	٣	-	-	-	١,٤	١	-	١,٤	١	-	١,٤	١	-
٤٥,٧	٣٢	١,٤	١	٥,٧	٤	٧,١	٥	١,٤	١	٢,٩	٢	٢,٩	٩
١٠٠	٧٠	٨,٦	٦	٨,٦	٦	١٤,٣	١٠	٨,٦	٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٧
	١												
	٧١												

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

ونلاحظ في الجدول رقم (١٠ . ٦) أن الممارسين المهنيين يواجهون معوقات في مواجهة حالات إيذاء الأطفال تتمثل في عدم وجود هيئات متخصصة لرعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء وذلك بنسبة ٢٠٪ لدى مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ويقل عن هذه النسبة بنسبة ٦, ٨٪ وجودها في مستشفى قوى الأمن، ثم في مستشفى القوات المسلحة بنسبة ٤, ١٪، ويليه بنسبة تقل عن سابقتها ٨, ٢٪ في المستشفى المركزي ومستشفى الأطفال بالسليمانية، ثم مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تقل عن يسبقه ١, ٠٪، ويقل عنها بنسبة ٨, ٢٪ وجودها في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الأمير سلمان، ويليه مستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الإمامة بنسبة تقل عنها ٤, ١٪.

كما أن عدم وجود هيئات متخصصة لرعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء تمثل مجموع نسبة ١٠٠٪ من مجموع المعوقات التي تواجه الممارسين في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك خالد الجامعي عند تعاملهم مع الحالات، كما تمثل مجموع نسبة ٣, ٩٣٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ويليه مجموع نسبتها في المستشفى المركزي ومستشفى الأطفال بالسليمانية حيث تبلغ ٣, ٨٣٪، ثم وجودها في مستشفى قوى الأمن مجموع نسبة ٨٠٪، ويأتي ذلك مجموع نسبتها البالغة ٤, ٧١٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ثم وجودها في مستشفى الولادة والأطفال بمجموع نسبة ٧, ٦٦٪، ويليه مجموع نسبتها في مستشفى الأمير سلمان حيث تصل إلى ٩, ٤٢٪، ثم مجموع وجودها بمستشفى الإمامة بنسبة ٣, ٣٣٪.

جدول رقم (٧٠٠) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم تعاون أجهزة الأمن كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواجهة		اسم المستشفى																					
حالات إيذاء الأطفال	عدم تعاون أجهزة الأمن	القوات المسلحة		الحرس الوطني		التخصصي		الجامعي		المركزي		الولادة والأطفال		قوى الأمن		الأطفال بالسليمانية		الامير سلمان		اليمامة		المجموع	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%
لا يوجد	٣	٤,٣	١٠,٠	٤	٥,٧	١	١,٤	٣	٤,٣	١	١,٤	١	١,٤	٥	٧,١	٤	٥,٧	٦	٨,٦	٥	٧,١	٣٩	٥٥,٧
أقل من ٢٥٪	٢	٢,٩	٤,٣	١	١,٤	١	١,٤	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	-	-	-	-	١	١,٤	١٤	٢٠,٠
٢٥٪ - ٥٠٪	١	١,٤	٢,٩	١	١,٤	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٢,٩	-	-	-	-	-	-	٦	٨,٦
٥٠٪ - ٧٥٪	١	١,٤	١,٤	-	-	١	١,٤	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١,٤	-	-	-	-	٤	٥,٧
أكثر من ٧٥٪	-	-	٢,٩	١	١,٤	-	-	١	١,٤	١	١,٤	-	-	١	١,٤	١	١,٤	١	١,٤	-	-	٧	١٠,٠
المجموع	٧	١٠,٠	٢١,٤	٧	١٠,٠	٣	٤,٣	٦	٨,٦	٣	٤,٣	١٠	١٤,٣	٦	٨,٦	٧	١٠,٠	٦	٨,٦	٦	٨,٦	٧٠	١٠٠
لم يجاب																						١	
المجموع الكلي																						٧١	

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول السابق أن أحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال والذي يتمثل في عدم تعاون أجهزة الأمن يشكل نسبة تصل إلى ٤, ١١٪ لدى الممارسين المهنيين في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، كما يقل وجوده بنسبة ٢, ٤٪ لدى مستشفى قوى الأمن عمن يسبقه، ثم توجد في مستشفى القوات المسلحة بنسبة تقل عن هذه النسبة ٥, ١٪، يليها في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث والمستشفى المركزي بنسبة تقل عمن يسبقها ٤, ١٪، ثم وجودها في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة تقل ٤, ١٪، ثم مواجهتهم لها بنسبة تقل عمن يسبقه ٤, ١٪ لدى مستشفى اليمامة، ثم في مستشفى الأمير سلمان بنسبة تقل عن سابقتها ١, ٠٪.

وكذلك نجد أن عدم تعاون أجهزة الأمن يمثل أحد المعوقات التي واجهت الممارسين المهنيين عند تعاملهم مع حالات إيذاء الأطفال بمجموع نسبة ٧, ٦٦٪ من مجموع الحالات في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الولادة والأطفال، يلي ذلك تشكيلها لمجموع نسبة ١, ٥٧٪ من هذه الحالات في مستشفى القوات المسلحة، ثم في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بمجموع نسبة تبلغ ٣, ٥٣٪، ويليه مواجهتهم لها في المستشفى المركزي وكذلك مستشفى قوى الأمن بمجموع نسبة ٥٠٪، ثم نلاحظها بمجموع نسبة تصل إلى ٩, ٤٢٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ثم في مستشفى الأطفال بالسليمانية بمجموع نسبة تبلغ ٣, ٣٣٪، يلي ذلك مجموع نسبة تصل إلى ٧, ١٦٪ في مستشفى اليمامة، ثم في مستشفى الأمير سلمان بمجموع نسبة ٣, ١٤٪.

جدول رقم (١٠. ٨) مدى الاختلاف بين المستشفيات في وجود أنظمة تمنع إقحام الجهات الأمنية في الموضوع كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواجهة حالات إيذاء الأطفال وجود أنظمة تمنع إقحام الجهات الأمنية		اسم المستشفى															
		المجموع	اليمامة	الأمير سلمان	الأطفال بالسليمانية	قوى الأمن	الولادة والأطفال	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة	المسجلة				
٪	عدد	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪				
٦٠,٣	٤١	٨,٨	٦	٧,٤	٥	٥,٩	٤	١,٥	١	١,٥	١	٨,٨	٦	١٠,٣	٧	٥,٩	٤
١٩,١	١٣	-	-	-	-	٢,٩	٢	٤,٤	٣	١,٥	١	-	-	٥,٩	٤	١,٥	١
٢,٩	٢	-	-	-	-	٢,٩	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
٥,٩	٤	-	-	-	-	١,٥	١	١,٥	١	١,٥	١	-	-	١,٥	١	-	-
١١,٨	٨	-	-	١,٥	١	١,٥	١	١,٥	١	-	-	١,٥	١	٢,٩	٢	١,٥	١
١٠٠	٦٨	٨,٨	٦	٨,٨	٦	١٤,٧	١٠	٤,٤	٣	٨,٨	٦	٤,٤	٣	٢٠,٦	١٤	٨,٨	٦
	١																
	٧١																

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول رقم (١٠ . ٨) أن وجود أنظمة تمنع إقحام الجهات الأمنية في موضوع تعرض الطفل للإيذاء يعد أحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال بنسبة تصل إلى ٣, ١٠٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، وتقل عنها وجودها في مستشفى قوى الأمن بنسبة ٥, ١٪، كما يقل عمن يسبقها بنسبة ٥, ١٪ وجودها في المستشفى المركزي، ثم في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك خالد الجامعي وكذلك مستشفى الولادة والأطفال بنسبة لكل منها تبلغ ٤, ٤٪، وتقل عمن يسبقها بنسبة ٤, ١٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، وكذلك تقل عنها بنسبة ١, ٠٪ في مستشفى الأطفال بالسليمانية.

وتمثل الأنظمة التي تمنع إقحام الجهات الأمنية في موضوع تعرض الطفل للإيذاء أحد المعوقات التي يواجهها الممارسون المهنيون عند مواجهتهم لهذه الحالات بمجموع نسبة تبلغ ٣, ٨٣٪ من مجموع الحالات التي تم التعامل معها في المستشفى المركزي، ويليهما في مستشفى الملك خالد الجامعي وكذلك مستشفى الولادة والأطفال بمجموع نسبة تصل إلى ٧, ٦٦٪، يلي ذلك مجموع نسبتها البالغة ٦٠٪ في مستشفى قوى الأمن، ثم في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بمجموع نسبة ٥٠٪، ويليه في مستشفى القوات المسلحة بمجموع نسبة ٣, ٣٣٪، ثم بمجموع نسبة تبلغ ٧, ١٦٪ في مستشفى الأطفال بالسليمانية، يلي ذلك في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الأمير سلمان بمجموع نسبة ٣, ١٤٪، بينما لم يواجهها الممارسون في مستشفى الإمامة.

جدول رقم (١٠ . ٩) مدى الاختلاف بين المستشفيات في التعقيدات الإدارية الخاصة بأنظمة المستشفى كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواجهة حالات إيذاء الأطفال		اسم المستشفى																							
المجموع	%	اليمامة		الأمير سلمان		الأطفال بالسليمانية		الأمن قوى		الولادة والأطفال		المركزي		الجامعي		التخصصي		الحرس الوطني		القوات المسلحة					
		عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
٣٥	٥٠,٠	٧,١	٢٠,٠	٨,٦	٢٤,٣	٦	١٧,١	٣	٨,٦	٢	٥,٧	٣	٨,٦	-	٠	٣	٨,٦	٥	١٤,٣	٣	٨,٦	٣	٨,٦		
١٥	٢١,٥	١,٤	٤,٣	-	٠	-	٠	٣	٨,٦	١	٢,٩	١	٢,٩	١,٤	٤,٣	٢	٥,٧	٠	٠	١	٢,٩	١	٢,٩	١	٢,٩
٤	٥,٧	-	٠	-	٠	-	٠	١	٢,٩	-	٠	٢	٥,٧	-	٠	-	٠	١	٢,٩	-	٠	-	-	-	-
٨	١١,٤	-	٠	١,٤	٤,٣	١	٢,٩	١	٢,٩	-	٠	-	١,٤	٤,٣	-	٠	١	٢,٩	١,٤	٤,٣	١	٢,٩	٣	٨,٦	٨,٦
٨	١١,٤	-	٠	-	٠	-	٠	٢	٥,٧	-	٠	-	-	١,٤	٤,٣	٢	٥,٧	٣	٨,٦	٣	٨,٦	-	-	-	-
٧٠	١٠٠	٨,٦	٢٤,٣	١٠,٠	٢٨,٦	٦	١٧,١	١٠	٢٨,٦	٣	٨,٦	٦	١٧,١	٣	٨,٦	٧	٢٠,٠	١٥	٤٣,٠	١٥	٤٣,٠	٧	٢٠,٠	٧	٢٠,٠
١																									
٧١																									

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يتبين من الجدول السابق أن أحد المعوقات التي تواجه الممارسين المهنيين في المستشفيات في مواجهة حالات إيذاء الأطفال تتمثل في التعقيدات الإدارية الخاصة بأنظمة المستشفى حيث تصل إلى نسبة ٣, ١٤٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ، ويقل عنها بنسبة ٣, ٤٪ وجودها في مستشفى قوى الأمن ، ثم في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بنسبة تقل عن يسبقها ٣, ٤٪ ، ويأتي ذلك وجودها بنسبة تقل عن سابقتها ٤, ١٪ في مستشفى الملك خالد الجامعي والمستشفى المركزي ، ويقل عنها بنسبة ٨, ٢٪ وجودها في مستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى اليمامة أيضاً ، ويأتي ذلك وجودها في مستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأمير سلمان بنسبة تقل عن سابقتها ١, ٠٪ .

كما يمثل مواجهة الممارسين المهنيين في المستشفيات للتعقيدات الإدارية في مواجهتهم للإيذاء مع مجموع الحالات التي تعاملوا معها نسبة ١٠٠٪ في مستشفى الملك خالد الجامعي ، ثم يبلغ مجموع نسبتها ٧٠٪ من مجموع الحالات التي تعامل معها الممارسون في مستشفى قوى الأمن ، ويأتي ذلك في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بمجموع نسبة تبلغ ٧, ٦٦٪ ، ثم مواجهتهم لها بمجموع نسبة ١, ٥٧٪ في مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، ويأتي ذلك وجودها في المستشفى المركزي بمجموع نسبة ٥٠٪ ، ثم بمجموع نسبة تصل إلى ٣, ٣٣٪ في مستشفى الولادة والأطفال ، يلي ذلك مواجهتهم لها في مستشفى الأطفال بالسليمانية ومستشفى اليمامة بمجموع نسبة ٧, ١٦٪ ، ثم بمجموع نسبة ٣, ١٤٪ في مستشفى الأمير سلمان .

جدول رقم (١٠. ١٠) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم دراية الممارسين المهنيين بكيفية العمل مع الطفل المعرض للإيذاء كأحد معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال(*)

المجموع	اليمامة	الأمير سلمان	الأطفال بالسليمانية	قوى الأمن	الولادة والأطفال	المركزي		الجامعي		التخصصي		الحرس الوطني	القوات المسلحة		معلومات مواجهة حالات إيذاء الاطفال
						الولاية	المركزي	الجامعي	التخصصي	الحرس الوطني	القوات المسلحة				
٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	٪	حالات إيذاء الاطفال
٤٠,٠	٤,٣	٧,١	٢,٩	٢,٩	٢,٩	٢,٩	٢,٩	-	-	٤,٣	٣	٧,١	٥	٤,٣	٣
٢٤,٣	٢,٩	-	٤,٣	٣	١,٤	٤,٣	٣	١,٤	١	١,٤	١	٧,١	٥	١,٤	١
٧,١	-	٢,٩	٢,٩	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٤	١
١١,٤	١,٤	١,٤	١	-	-	١,٤	١	-	-	١,٤	١	٤,٣	٣	١,٤	١
١٧,٢	-	١,٤	١	٤,٣	-	-	-	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	١,٤	١
١٠٠	٧٠	١٠٠,٠	٦	١٤,٣	٣	٨,٦	٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٧	٢١,٤	١٥	١٠,٠	٧
	١														
	٧١														

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

نلاحظ من الجدول رقم (١٠ . ١٠) أن هناك عدم دراية من قبل الممارسين المهنيين بكيفية التعامل مع الطفل المتعرض للإيذاء ويعد أحد المعوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال بنسبة ٣, ١٤٪ لدى الممارسين في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ويقل عن ذلك بنسبة ٩, ٢٪ وجودها في مستشفى قوى الأمن، ويأتي ذلك وجودها في مستشفى القوات المسلحة وكذلك مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث والمستشفى المركزي ومستشفى الأمير سلمان بنسبة تقل عن يسبقها ١١, ٥٪، ويقل عن ما سبق بنسبة تبلغ ٤, ١٪ في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى اليمامة، ثم في مستشفى الأطفال بالسليمانية بنسبة تقل عن يسبقه ٨, ٢٪، ويأتي ذلك بنسبة تقل عن يسبقه ١, ٠٪ وجودها في مستشفى الولادة والأطفال.

كما يتبين أن عدم دراية الممارسين المهنيين بكيفية التعامل مع الطفل المتعرض للإيذاء يشكل أحد المعوقات التي واجهها الممارسون المهنيون مع الحالات التي تعاملوا معها بنسبة ١٠٠٪ من مجموع هذه الحالات المتعرضة للإيذاء في مستشفى الملك خالد الجامعي، كما يمثل مجموع نسبة ٨٠٪ لدى مستشفى قوى الأمن، ويليه بنسبة ٧, ٦٦٪ من مجموع حالات مستشفى الحرس الوطني والمستشفى المركزي، ثم لدى مستشفى القوات المسلحة ومستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ومستشفى الأمير سلمان، ويأتي ذلك يمثلها بمجموع نسبة ٥٠٪ في مستشفى اليمامة، ثم في مستشفى الولادة والأطفال بمجموع نسبة ٣, ٣٣٪، يلي ذلك بمجموع نسبة ٧, ١٦٪ في مستشفى الأطفال بالسليمانية.

جدول رقم (١٠ . ١١) مدى الاختلاف بين المستشفيات في عدم وضوح الحدود التي تحدد ما يمكن اعتباره إيذاء كأحد معوقات
مواجهة حالات إيذاء الأطفال (*)

معلومات مواجهة		اسم المستشفى																					
المجموع	الجموع	اليمامة		الأمير سلمان		الأطفال بالسليمانية		الأمير قوى الأمن		الولادة والأطفال		المركزي		الجامعي		التخصصي		الحرس الوطني		القوات المسلحة		حالات إيذاء الاطفال	معلومات مواجهة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد			حالات إيذاء الاطفال	معلومات مواجهة
٣٥,٧	٢٥	٤,٣	٣	٥,٧	٤	٥,٧	٤	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	-	-	٤,٣	٣	٥,٧	٤	١,٤	١	لا يوجد	عدم وضوح حدود الإيذاء
٢٤,٣	١٧	١,٤	١	-	-	-	-	٢,٩	٢	١,٤	١	٥,٧	٤	١,٤	١	١,٤	١	٧,١	٥	٢,٩	٢	أقل من ٢٥٪	عدم وضوح حدود الإيذاء
١٧,٢	١٢	٢,٩	٢	-	-	١,٤	١	٥,٧	٤	-	-	-	-	-	-	١,٤	١	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٥٠٪ - ٧٥٪	عدم وضوح حدود الإيذاء
٧,١	٥	-	-	٢,٩	٢	-	-	١,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٧٥٪ - ١٠٠٪	عدم وضوح حدود الإيذاء
١٥,٧	١١	-	-	١,٤	١	١,٤	١	١,٤	١	-	-	-	-	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	٢,٩	٢	أكثر من ٧٥٪	عدم وضوح حدود الإيذاء
١٠٠	٧٠	٨,٦	٦	١٠,٠	٧	٨,٦	٦	١٤,٣	١٠	٤,٣	٣	٨,٦	٦	٤,٣	٣	١٠,٠	٧	٢١,٤	١٥	١٠,٠	٧	المجموع	عدم وضوح حدود الإيذاء
	١																						لم يجاب
	٧١																						المجموع الكلي

(*) النسب الواردة في هذا الجدول مقربة إلى أقرب رقم عشري

يبين الجدول رقم (١٠ . ١١) أن أحد المعوقات التي يواجهها الممارسون المهنيون في المستشفيات تتمثل في عدم وضوح الحدود التي تحدد ما يمكن اعتباره إيذاءً للأطفال وتبلغ نسبة ذلك في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ٧, ١٥٪، ويقل عنها وجودها في مستشفى قوى الأمن بنسبة ٣, ٤٪، ويليهما مستشفى القوات المسلحة حيث تقل نسبة وجودها عن سابقتها بنسبة ٩, ٢٪ وجودها في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث والمستشفى المركزي، وكذلك يليها وجودها في مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الأمير سلمان ومستشفى الإمامة بنسبة تقل عن يسبقه بما يصل إلى ٤, ١٪، ويقل عنها بنسبة ٤, ١٪ وجودها في مستشفى الأطفال بالسليمانية، ثم يلي ذلك ما يقل عن يسبقها بنسبة ٥, ١٪ في مستشفى الولادة والأطفال .

ويعد عدم وضوح الحدود التي تحدد ما يمكن اعتباره إيذاءً أحد المعوقات التي يواجهها الممارسون المهنيون في تعاملهم مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء بمجموع نسبة ١٠٠٪ من الحالات التي تعاملوا معها في مستشفى الملك خالد الجامعي، ويأتي ذلك مجموع نسبتها البالغة ٧, ٨٥٪ في مستشفى القوات المسلحة، ثم مستشفى قوى الأمن بمجموع نسبة ٨٠٪، ويليهما مجموع نسبة تصل إلى ٣, ٧٣٪ في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني، ثم المستشفى المركزي بمجموع نسبة ٧, ٦٦٪، وكذلك مجموع نسبتها البالغة ١, ٥٧٪ في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ويليه في مستشفى الإمامة بمجموع نسبة ٥٠٪، ثم في مستشفى الأمير سلمان بمجموع نسبة تبلغ ٩, ٤٢٪، ويأتي ذلك مجموع نسبة ٣, ٣٣٪ في مستشفى الولادة والأطفال ومستشفى الأطفال بالسليمانية .

٤. ٢. توصيات الدراسة

في ضوء موضوع الدراسة المرتبط بظاهرة إيذاء الأطفال ، فلقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن تعرض الأطفال للإيذاء بناءً على وجود حالات تدل على ذلك في المستشفيات بمدينة الرياض ، وفي ظل كون هذه الدراسة هي الأولى - على حد علم الباحثة - وفي ظل غياب وجود أي إجراءات أو تشريعات أو آلية مهنية للتعامل مع هذه الحالات في مجتمعنا ، فإن كل ذلك يفسح المجال لتوصيات متعددة تهدف إلى حماية الطفل ، وسيطرح المهم منها بناءً على أهداف هذه الدراسة والنتائج التي تم التوصل إليها من خلالها ، وكذلك من كون هذه الدراسة في نهاية الأمر دراسة واحدة ، يستحيل معها تغطية جميع الجوانب المرتبطة بهذا الموضوع ، خاصة أن هذه الظاهرة من الممكن النظر إليها من عدة زوايا اجتماعية ونفسية وطبية وقانونية وتشريعية .

٤. ٢. ١. وتحدد أهم التوصيات التي أمكن الخروج بها في الآتي

أولاً : بدا واضحاً أن هناك خللاً في المنظومة التي يتم فيها التعامل مع الحالات التي تعرضت للإيذاء ، ويتمثل الأمر الأول - حسب ما ورد في نتائج هذه الدراسة - بأن هناك نسبة ١ ، ٢١٪ من حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء يصلون إلى المستشفى عن طريق الشرطة (انظر جدول رقم ٧ . ٢) ، كما أن هناك نسبة ٣ ، ١٨٪ من الأطفال يتم تسليمهم للشرطة بعد خروجهم من المستشفى (انظر جدول رقم ٨ ، ٣) ، الأمر الذي يوضح أن معظم الحالات التي تتعرض للإيذاء لا يتم إبلاغ الجهات الأمنية عنها ، وبالتالي فإن هناك جانباً لم يتم عقابه ومجنيماً عليه لم يتم إنصافه ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن هذا يجعل الفرصة متاحة لتكرار حدوث السلوك المؤذي من

قبل الجاني نفسه أو غيره على الطفل الواقع عليه الإيذاء أو غيره، إضافة إلى أن هناك رسالة تفهم من خلال ذلك معناها أن هذا السلوك لا يعاقب عليه القانون، وبالتالي يمكن تكراره لمن شاء أو محاكاته لمن رغب. وبناء على ذلك نوصي بأن يكون هناك قانون ينص على أن يتم تبليغ الجهات الأمنية المختصة عند وجود أي حالة إيذاء أو إهمال للأطفال، أو حتى في الحالات المشتبه فيها، بحيث يكون هناك متخصصون يتولون بحث هذه الحالة وحماتها بإيقاف الإيذاء عنها، وكذلك اتخاذ الإجراءات المناسبة حيال ذلك. نظراً لعدم وجود جهة محددة يتم إبلاغها عن حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء، سواء من قبل المهنيين العاملين في المستشفيات أو رياض الأطفال والمدارس، أو من قبل أفراد المجتمع الآخرين، فإنه من هنا لا بد من إيجاد جهة محددة وآلية واضحة لكيفية الإبلاغ عن هذه الحالات، وذلك إما من خلال إيجاد هذه الجهة المسؤولة في الشرطة أو بإيجاد مسئولين عن تلقي هذه البلاغات في إسعاف المستشفيات يتولون عملية إبلاغ الشرطة بها.

الأمر الآخر الذي يمثل خللاً في المنظومة الخاصة بالتعامل مع إيذاء الأطفال هو عدم وجود ما ينص في لائحة دور ومؤسسات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية على قبول رعاية حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء أو الإهمال، أو تلك المشتبه بتعرضها له في المؤسسات والدور التابعة لها، الأمر الذي يجعل المستشفيات هي الخيار المتاح، وقد يؤدي ذلك إلى حدوث أحد أمرين:

١- (اكتظاظ المستشفى بهذه الحالات، وفي حالة رغبة المستشفى إخلاء السرير أو الغرفة ليقوم فيها مريض آخر أكثر حاجة - من

وجهة نظر المستشفى - ما قد يؤدي بالتالي إلى التخلص من هذا الطفل بإعادته إلى ذويه الذين قد يكونون هم المعتدين أو موقعي الأذى عليه ، وهذا ما أكدته نتائج هذه الدراسة حيث يتبين أن أكثر الأطفال المتعرضين للإيذاء تم إيقاع الأذى عليهم من قبل والديهم بنسبة ٦ ، ٧٤٪ من قبل الأم و ٢ ، ٧٣٪ من قبل الأب (انظر جدول رقم ٣ . ٤) ، كما أن أغلبهم أيضاً تم تسليمهم لوالديهم بعد خروجهم من المستشفى وذلك بنسبة ١ ، ٨٣٪ (انظر جدول رقم ٨ . ٣) .

٢- (سهولة استعادة المؤذي لضحيته (الطفل) متى ما رغب ، حيث لا يوجد ما يمنع من ذلك سواء في نظام المستشفيات أو في أنظمة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية . وذلك ما قد يجعل الطفل يخاف من المعتدي عليه ، وهم في الغالب أسرته ، خاصة أنه قد تم التوصل في نتائج هذه الدراسة إلى أن الطفل يلتزم الصمت عند سؤاله عن سبب الإيذاء الواقع عليه وذلك بنسبة ٧ ، ٥٧٪ (انظر جدول رقم ٧ . ٣) . كما أن أسرته تنكر تعرض الطفل للإيذاء عند سؤالها عن ذلك بنسبة ٦ ، ٧٤٪ (انظر جدول رقم ٧ . ٤) . بالإضافة إلى أن أحد أهم معوقات مواجهة حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في المستشفيات تتمثل في عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء بنسبة تصل إلى ١ ، ٩٠٪ (انظر جدول رقم ١٠ . ١) . كما تم التوصل في نتائج هذه الدراسة إلى أن أحد معوقات مواجهة حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في المستشفيات تتمثل في عدم وجود هيئات متخصصة لرعايتهم بنسبة ٥ ، ٧٧٪ (انظر جدول رقم ١٠ . ١) . وهذا قد يجعل

المعتدي لا يعترف ويزيد من خوف الطفل لأنه يعلم بأنه سيعود للمعتدي عليه . وبناء على ذلك نوصي بإنشاء دور خاصة برعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء . أو إيجاد أنظمة تسمح بضمهم لدور رعاية الأطفال الموجودة مع إيجاد تنظيمات خاصة بذلك ، وتسهيل الإجراءات التي من الممكن أن يلحق الطفل فيها بالدار بغرض سرعة حمايته من استمرار ممارسة الإيذاء عليه ولوقايته من وقوع الخطر عليه . بالإضافة إلى إيجاد آلية توضح كيفية التعاون بين المستشفيات وبين هذه الدور حتى يمكن تحويل حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء إليها .

ثانياً : إيجاد نقاط للتعاون والاتصال بين الشرطة (الجهات الأمنية) وبين الجهات ذات العلاقة بالأطفال وإيذائهم كالمستشفيات والمدارس ودور الرعاية الاجتماعية للأطفال عن طريق تحديد الإجراءات التي يمكنهم القيام بها لحماية هؤلاء الأطفال وإيقاف استمرار تعرضهم للأذى .

ثالثاً : عدم حصر عملية التبليغ عن مثل هذه الحالات في المستشفيات ، بل لابد من تعدد مصادر الإبلاغ عن هذه الحالات ، كالمدارس وغيرها من الجهات . وذلك عن طريق تدريب العاملين في رياض الأطفال والمدارس على كيفية اكتشاف مثل هذه الحالات ، والسماح لها بذلك من قبل الجهات المعنية ، مع تسهيل عملية الإبلاغ عنها ، وكذلك كيفية التعامل مع الضحايا من الأطفال المتعرضين للإيذاء . وعلى الرغم من أهمية دور المدرسة فإنه حسب ما ورد في نتائج هذه الدراسة لا يصل من الأطفال المتعرضين للإيذاء إلى المستشفى عن طريق المدرسة تبلغ نسبتهم ٣, ١٨٪ (انظر جدول رقم ٧ . ٢) . كما تبلغ نسبة مراجعة تقارير المدرسة - في حالة وجودها - كأحد

الإجراءات المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل وذلك من قبل المهنيين في المستشفى ٨, ٣٣٪ (انظر جدول رقم ٨ . ١).

رابعاً : سن القوانين والأنظمة والتشريعات الخاصة بالتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حيث تبين في نتائج هذه الدراسة أن أحد المعوقات التي تواجه الممارسين في المستشفيات مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء تتمثل في عدم وجود تشريعات وأنظمة تقدم المساعدة للأطفال المتعرضين للإيذاء بنسبة ٣, ٨٠٪ (انظر جدول رقم ١٠ . ١)، والتي يجب أن تركز على تحديد للأبعاد التالية :

١ - تحديد مفهوم موحد لما يمكن اعتباره إيذاء بوضع حدود له . حيث تبين من نتائج هذه الدراسة أن أحد معوقات التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء بالنسبة للممارسين في المستشفيات تتمثل في عدم وضوح الحدود لما يمكن اعتباره إيذاءً على الأطفال وذلك بنسبة ٨, ٦٤٪ (انظر جدول رقم ١٠ . ١).

٢ - ضرورة إبعاد الطفل من أسرته في الحالات التي تكون الأسرة أو أحد أفرادها هم المتسببين في إيقاع الأذى على الطفل ، أو حين يثبت أنهم مقصرون بشكل كبير في حمايته من أذى الغير ، مع تحديد للحالات التي يتم فيها هذا الإجراء . وخاصة أنه يلاحظ من النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة أن أغلبية مفردات العينة قد تعاملوا مع حالات أطفال متعرضين للإيذاء كان المتسبب في الإيذاء أحد الوالدين ، وذلك بنسبة ٦, ٧٤٪ من قبل الأم و ٢, ٧٣٪ من قبل الأب (انظر جدول رقم ٣ . ٤).

٣ - تحديد الحالات والأوضاع التي يمكن فيها إعادة الطفل المتعرض للإيذاء إلى أسرته ، وشروط ذلك .

٤ - إيجاد إجراءات للمحافظة على وقاية الطفل والحفاظ على أمنه ومتابعته في حالة إعادته إلى الأسرة .

خامساً: حسب ما ورد في نتائج هذه الدراسة وما ذكر في أدبياتها أن أحد أهم أسباب تعرض الأطفال للإيذاء يتمثل في انخفاض المستوى الاقتصادي لأسرة الطفل ، وكذلك وجود التفكك الأسري بين أفرادها (انظر جدول رقم ٥ . ١ و ٦ . ١) . وإن كانت هذه أسباب يعتبر إيذاء الأطفال عرضاً لها ، فإنه لا يكفي علاج إيذاء الأطفال بدون علاج الأسباب المؤدية إليه أو التي تساعد على استمرارية وجوده ، لذا فمن الأهمية النظر إلى مجموعة من العوامل تتمثل في الآتي :

١ - التصدي لمشكلة الفقر ومحاولة علاجها والحد من آثارها ، بالإضافة إلى ما يرتبط بها من مشكلات أخرى مولدة لها كالبطالة ، وذلك من خلال زيادة فاعلية أنظمة الضمان الاجتماعي ، والجمعيات الخيرية التي تقدم المساعدات للفقراء ، وكذلك بتوفير فرص العمل ، وزيادة برامج التأهيل والتدريب بما يتلاءم مع متطلبات سوق العمل .

٢ - التصدي للمشكلات والصعوبات التي تواجه حياة الأسرة كالتفكك الأسري ، والمشكلات الزوجية والحد من آثارها بإنشاء وتفعيل دور المؤسسات والمراكز التي تعمل على علاج مثل هذه المشكلات والتقليل من حدوثها بجميع الوسائل الممكنة .

وذلك من خلال تضافر الجهود بين وزارة العمل والشؤون الاجتماعية والمؤسسات والجمعيات الخيرية والجهات ذات العلاقة بإجراء الدراسات ومحاولة التوصل لإيجاد حلول لكل ذلك . حيث إن

الصعوبات التي تواجه الأسرة كانخفاض المستوى الاقتصادي وكذلك البطالة تعد من العوامل المهمة المولدة لتعريض الطفل للإيذاء، إما نتيجة للضغوط الواقعة على الأسرة أو نتيجة لعدم القدرة على رعاية الطفل وإشباع احتياجاته فيفرض ذلك إلى إيذائه . أو أن في التعرض للحرمان في مرحلة الطفولة ما يؤدي بالطفل إلى فقدان الأمل في المستقبل ، مما يجعل هذا الطفل يهمل أطفاله أو يؤذيهم كسلوك متعلم يمارسه عند الكبير .

سادساً : نشر الوعي بين أفراد المجتمع حول خطورة هذه الظاهرة، وأهمية التعاون للوقاية منها، وحثهم للإبلاغ عنها، وأهمية عدم التستر عليها . وذلك عن طريق المستشفيات والمراكز والمؤسسات المهتمة بالأطفال وبالأسرة، ومن خلال مؤسسات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية والمدارس ورياض الأطفال وكذلك الجهات الأمنية .

سابعاً : تصميم البرامج الخاصة بتوعية الأسرة بأهمية دورها في حماية الطفل من التعرض لأي نوع من الإيذاء، سواء كان ذلك من قبل العاملين في المنزل حيث تبين من نتائج هذه الدراسة أن نسبة ٨, ٣٣٪ من حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء قد تم إيقاع الإيذاء عليهم من قبل العاملين في المنزل، بالإضافة إلى أن هناك نسبة ١, ٢١٪ منهم قد تم إيقاع الإيذاء عليهم من قبل الأفراد الآخرين من الغرباء، بالإضافة إلى أن هناك نسباً متفاوتة تم إيقاع الإيذاء عليهم من قبل أفراد الأسرة الآخرين (انظر جدول رقم ٣ . ٤) . بالإضافة إلى ما تبين أيضاً في نماذج الحالات التي تم عرضها في هذه الدراسة من أن الإيذاء يمكن أن يمارس على الأطفال من قبل الأقرباء (انظر الملحق رقم ٢) .

- على أن تستند هذه البرامج التوعوية على الأبعاد الآتية :
- ١ - عدم اختلاط الأطفال الصغار بالأطفال الأكبر سناً (الذين يكونون في سن المراهقة).
 - ٢ - عدم السماح للأطفال بالخروج للشارع بمفردهم .
 - ٣ - تنمية روح المودة والصراحة بين الأسرة والطفل ، وإيجاد لغة للحوار بينهما حتى يتمكن الطفل (إن كان في سن يسمح له بالحديث) عن التعبير عما يتعرض له من إيذاء بدون خوف .
 - ٤ - عدم السماح لدخول الأقرباء للمنزل وبقائهم مع الأطفال بمفردهم في حالة غياب الوالدين .
 - ٥ - توعية الأسرة بمؤشرات تعرض الطفل للإيذاء حتى يمكن ملاحظاتها على الطفل في حالة تعرضه لذلك .
 - ٦ - تعليم الأسرة الأساليب التربوية السليمة ، وتوضيح مخاطر العقاب الصارم غير المبرر على الطفل ، حيث تبين من نتائج هذه الدراسة أن نسبة ٩٠ ، ٤٧٪ من مفردات العينة واجهوا حالات إيذاء للأطفال بسبب استخدام الأسرة أساليب العقاب البدني الصارم بغرض تأديب الطفل (انظر جدول رقم ٦ . ١) .
 - ٧ - توعية وتثقيف الأسرة بتجنب إهمال الطفل سواء في الغذاء أو العلاج أو التعليم أو سبل رعاية الطفل المختلفة ، وتوضيح أهمية الاهتمام به ورعايته الرعاية السليمة .
 - ٨ - عدم ترك الأطفال مع السائقين أو العمالة المنزلية بمفردهم .
 - ٩ - توضيح مخاطر وأضرار استخدام بعض أساليب التعامل التي تدخل ضمن الإيذاء النفسي كالسخرية من الطفل ، أو التنقيص من قدره ، وغيرها من الأساليب .

١٠ - تجنّب الأطفال مشاهدة السلوك العنيف من خلال البرامج التلفزيونية حتى لا يتخذوا أسلوب العنف أحد سلوكياتهم في التعامل .

١١ - توعية الوالدين بأهمية إبعاد أطفالهما عن المشكلات والنزاعات الأسرية بينهما - في حالة وجودها .

١٢ - تصميم البرامج الخاصة بمساندة الوالدين صغيري السن و تثقيفهما وتعليمهما للأساليب التربوية السليمة لتعاملهما مع الطفل ، وكذلك كيفية حمايته من أي خطر أو ضرر قد يقع عليه .

١٣ - توعية الوالدين باحتياجات الطفل حتى يهتموا بإشباعها ، بالإضافة إلى قدراته في كل مرحلة ، حتى لا يطالبا أو يتوقعا منه أدواراً أو سلوكيات فوق طاقة الطفل فلا يتمكن من تلبيتها ، حيث أن ذلك قد يتسبب في إيقاع أذى من الوالدين على الطفل حسب ما ورد في أدبيات هذه الدراسة .

ثامناً : يتبين من نتائج هذه الدراسة أن هناك نسبة ٤ , ٣٩٪ من حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء من الذين تعامل معهم مفردات العينة يعود السبب في تعرضهم للإيذاء إلى إصابة الطفل بأحد أشكال الإعاقة (انظر جدول رقم ٦ . ١) ، لذا لا بد من العمل على توعية الأسرة بأهمية حسن تعاملها مع طفلها المعاق ، ومساعدتها على تقبله ، وذلك من قبل الجهات المختلفة المهتمة بالأطفال المعاقين . وبمساعدة الأسرة على تفهم احتياجات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وسبل إشباعها .

تاسعاً: تعليم الأطفال في المدارس الآليات لكيفية الدفاع عن أنفسهم ومواجهة أي نوع من الإيذاء، وذلك من خلال إبلاغ المدرسة بما قد يتعرضون له، مع تسهيل سبل هذا الإبلاغ، وتعدد أشكاله، حتى يمكنهم القيام به.

عاشراً: التوعية الدينية لأفراد المجتمع بحقوق الطفل في الشريعة الإسلامية، وواجب الوالدين نحوه في تقديم الرعاية اللازمة له. بالإضافة إلى إصدار الفتاوى الشرعية التي تبين الحكم الشرعي حول إيذاء الطفل سواء كان هذا الأذى أو الضرر الواقع على الطفل غير مقصود أي أن الغرض منه تربية الطفل باستخدام أساليب العقاب الصارمة، أو كان إيذاءً مقصوداً سواء من داخل أسرة الطفل أو من خارجها.

أحد عشر: إجراء مزيد من الدراسات حول هذه الظاهرة لتحقيق مزيد من الفهم لها ولكيفية حدوثها في المجتمع السعودي، حتى يتم وضع الأنظمة الرادعة لها، وتحديد إجراءات التعامل معها عند حدوثها، بالإضافة إلى كيفية الوقاية منها وعلاجها في ضوء ذلك. وكذلك الاستفادة مما توصلت له المجتمعات الأخرى في هذا المجال.

ثاني عشر: إيجاد آلية موحدة بين المستشفيات للتعامل مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء، مما يساعد بصورة أكثر على اكتشاف مثل هذه الحالات، ويساعد على مزيد من تبادل الخبرات، مما يساهم في تحجيم هذه الظاهرة، بالإضافة إلى إمكانية مواجهتها والتصدي لها.

ثالث عشر: إزالة التعقيدات الإدارية في المستشفيات للتعامل مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء في كيفية تحويل هذه الحالات للممارسين المهنيين المتخصصين، وكذلك في التعامل مع الطفل نفسه وأسرته، أو في التعامل مع الجهات الأخرى كالجهاز الأمنية. وإعطاء مزيد

من الصلاحيات للمتعاملين مع هذه الفئة . حيث تبين من نتائج هذه الدراسة أن التعقييدات الإدارية تشكل نسبة ٧, ٥٠٪ من المعوقات التي تواجه الممارسين المهنيين في المستشفى في تعاملهم مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء (انظر جدول رقم ١٠ . ١).

رابع عشر : إيجاد فريق عمل في كل مستشفى للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء أو الإهمال بحيث يتكون من طبيب أطفال، وطبيب نفسي، وأخصائي اجتماعي، وأخصائي نفسي، وتحال له جميع هذه الحالات، ويكون مسئولاً عن التعامل معها . على غرار الموجود في بعض المستشفيات، مع تفعيل دوره، وتطوير أسلوب عمله .

خامس عشر : إيجاد أنظمة وإجراءات في أقسام الإسعاف بالمستشفيات، وذلك من خلال تحديد كيفية تسجيل جميع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء، وكذلك أهمية إبلاغ الفريق المختص بالتعامل مع مثل هذه الحالات بالمستشفى عن أي حالة مشتبه في تعرضها للأذى .

سادس عشر : إيجاد برامج لتدريب الممارسين المهنيين في المستشفيات على كيفية اكتشاف حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء، ويشمل التدريب جميع الممارسين في المستشفيات ومن الذين يمكنهم التعامل معهم . حيث تبين وحسب نتائج هذه الدراسة أن أحد معوقات مواجهة الممارسين في المستشفيات لحالات إيذاء الأطفال تتمثل في مواجهة الممارسين لصعوبة في اكتشاف حالات تعرض الأطفال للإيذاء بنسبة ٦, ٦٧٪ . كما تشكل عدم دراية الممارسين المهنيين بكيفية العمل مع الأطفال المتعرضين للإيذاء بنسبة ٦, ٦٠٪ من معوقات مواجهتهم لحالات إيذاء الأطفال (انظر جدول رقم ١٠ . ١).

سابع عشر : تفعيل دور الممارسين الآخرين - غير أطباء الأطفال - كالاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بمشاركة أطباء الأطفال للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين أو المشتبه في تعرضهم للإيذاء في المستشفى . وعدم الاكتفاء بتقديم العلاج الطبي لمثل هذه الحالات بل الاهتمام بتقديم العلاج النفسي والاجتماعي أيضاً .

ثامن عشر : استحداث وظائف للاخصائيين الاجتماعيين للعمل بالإسعاف في المستشفيات ليكونوا على مقربة من الحالات الإسعافية الخاصة بالأطفال تحديداً وقت الإبلاغ عنها .

تاسع عشر : فتح ملفات خاصة بأقسام الخدمة الاجتماعية في المستشفيات تتطرق لموضوعات أوسع من الموجودة في الملفات الطبية بحيث تتضمن المعلومات الأسرية الخاصة بحالات الأطفال المتعرضين للإيذاء .

عشرين : نظراً لارتباط إيذاء الأطفال بتخصصات مختلفة ، مما يتطلب تعاون هؤلاء المهنيين في كافة المجالات ذات العلاقة لزيادة فعالية التعامل مع هذه الظاهرة ، فمن الأهمية بمكان عقد المؤتمرات المرتبطة بهذا الموضوع ليشارك فيها المتخصصون ، مما يساعد على الاستفادة من تجارب المهتمين في كافة المجالات ، ويؤدي إلى مزيد من التعاون بينهم ، والفهم لهذه الظاهرة ، مما يساعد على التوصل إلى الحلول المختلفة للوقاية منها ومواجهتها .

حادي وعشرين : حيث إنه تبين من نتائج هذه الدراسة أنه لا يوجد أسلوب مهني موحد للتعامل مع حالات إيذاء الأطفال ، فإننا نقترح استخدام الأسلوب التالي :

٤. ٢. ٢ أسلوب التدخل المهني المقترح للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء

تحتوي الأدبيات الخاصة بإيذاء الأطفال العديد من الدراسات التي تم تناولها من وجهات نظر تخصصات مختلفة، كما تحوي تلك الأدبيات العديد من القوانين العالمية المختلفة. ولقد تم في تلك الأدبيات تحديد أساليب مختلفة للتدخل المهني مع حالات إيذاء الأطفال، بالإضافة إلى تصميم العديد من البرامج الخاصة بالوقاية من هذه المشكلة وعلاجها. كما أنشئت عدة مؤسسات خاصة بالتعامل مع الأطفال المتعرضين للإيذاء وذويهم سواء كانت متمثلة بالدور الايوائية، أو الخاصة بحماية الأطفال، أو الخاصة بتقديم العلاج المهني الملائم سواء للضحايا أو المعتدين في المجتمعات المختلفة.

ووضع تصور لتدخل مهني ملائم للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في مجتمع كالمجتمع العربي السعودي لا توجد فيه إحصاءات حول حجم هذه الظاهرة، ونوع الإيذاء الأكثر انتشاراً، وتحديد لصفات الضحايا (المعتدى عليهم) من الأطفال، بالإضافة إلى تحديد صلتهم بالمعتدي (المتسبب في الإيذاء)، وصفات المعتدين، ومواقع ممارسة الإيذاء على هؤلاء الأطفال، بالإضافة إلى عدم وجود إجراءات واضحة وموحدة للتعامل مع مثل هذه الحالات من قبل المهنيين المتعاملين معها سواء في المستشفيات كالأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين، بالإضافة إلى العاملين في المؤسسات التعليمية كالمعلمين في المدارس أو العاملين في المؤسسات الاجتماعية المختلفة، وكذلك في ظل غياب الدور الخاصة برعاية مثل هؤلاء الأطفال... كل هذه الجوانب وغيرها تجعل عملية وضع هذا التصور أمراً صعباً.

وحتى يمكن التدخل المهني أن يعطي النتائج المرجوة منه لا بد أن يكون له قاعدة علمية ومنطلق من إطار نظري محدد. ونرى أن منظور التدخل في الأزمات approach crisis intervention يوفر الإطار النظري المناسب للتعامل مع حالات إيذاء الأطفال، حيث يوفر نموذج التدخل في الأزمات إطاراً عملياً مفيداً يتم من خلاله فهم الدينامية والسلوك المتوقع للأشخاص الذين يواجهون صعوبات متعددة في الحياة. ويوفر هذا النموذج آلية تساعد الأخصائي الاجتماعي على تقدير الموقف (الدراسة) بشكل سريع للعملاء، ويتضمن نموذج التدخل في الأزمات مجموعة من الأهداف المنفصلة، والإجراءات اللازمة لتشخيص الأزمات. كما يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات التي من الممكن أن تقلل من تأثير الأزمة على العميل، وتساعد على العودة إلى نفس المستوى أو إلى مستوى أعلى من الأداء الوظيفي النفسي الاجتماعي الذي كان عليه قبل حدوث الأزمة له (Turner, 1986: 654).

وتعرف الأزمة crisis بأنها اضطراب انفعالي شديد يحدث للفرد، ويظهر هذا الاضطراب الشديد من خلال وجود ألم لدى الفرد، وكذلك ظهور أعراض بدنية ونفسية وإدراكية وعلاقية أخرى تكون حالة ثابتة مصاحبة له، ينتج عنها حدوث انهيار في قدرة الفرد المعتادة على التكيف (Elli, 1996: 169-170). والأزمة عبارة عن موقف يحدث لفترة محددة، وتعد حالة الأزمة مؤلمة مما يجعلها متعارضة مع استمرارية الحياة (Lowell, 1994: 17-19). وكذلك فإن الأزمة تكون محددة بوقت معين، فقد تستمر أسابيع أو شهوراً، حتى تتكيف أو لا تتكيف للوصول إلى الحلول لها (Elli 1996: 169-170) وهذا ما يجعل تعرض الطفل للإيذاء من الممكن أن يعد أزمة.

ويتضمن التدخل في الأزمات مجموعة من المراحل التي وضعها جولان Golan ، ((Golan, 1987: 7-9; Payne, 1991: 103-105) وتتحدد في الآتي :

١- تحدث الأزمات في حياة الأفراد، والأسر، والجماعات، والمجتمعات، وتبدأ الأزمة عادة بعد وقوع حدث خطر وهو هنا تعرض الطفل للإيذاء، وقد تحدث الأزمة نتيجة حادثة شخصية غير متوقعة وهي تعرض الطفل المفاجئ لأحد أنواع الإيذاء أو حوادث مؤسفة متتابعة ما يؤدي إلى بناء تأثير متراكم وذلك في استمرار تعرض الطفل للإيذاء .

٢- أن تأثير هذا الحدث الخطر والمتمثل في تعرض الطفل للإيذاء الذي يؤدي إلى عدم توازن الطفل وأسرته، يجعل الطفل أكثر عرضة للتغيرات الداخلية والخارجية ما يتطلب منه، حتى يستعيد توازنه، أن يمر خلال سلسلة من الأوضاع التي يمكن توقعها: وأولها، أن يحاول الطفل وأسرته استخدام المجموعة المألوفة من آليات وطرق حل المشكلة . ولكن مع زيادة في التوتر المصاحب للموقف، من المتوقع ألا يكون لهذه الآليات المألوفة فاعلية، ما يزيد من قلق الطفل ويؤدي بدوره إلى اللجوء لطرق وآليات أخرى جديدة حتى يستطيع مقاومة هذا الوضع .

٣- وفي حالة استمرار التعرض للإيذاء، وإذا لم يتمكن الطفل من الوصول إلى حل أو تجنب ذلك الإيذاء، فإن توتر الطفل سيزداد نتيجة لوجود عوامل مترسبة أو قابلة للترسب، مثل إصابته البدنية الشديدة بحيث لا تستطيع الأسرة إيجاد نقطة عودة، مما يؤدي إلى عدم الوصول إلى التوازن والتنظيم . بحيث يصل إلى حالة الأزمات النشطة active crisis .

٤ - وعند تطور وضع الأزمة المتمثلة في تعرض الطفل للإيذاء، فقد يدرك الطفل طبيعة الأحداث المسببة للضغط الأولى واللاحقة على أنها تمثل تهديداً لحاجاته، أو إلى إحساسه بالاستقلال والعيش الجيد داخل أسرته، وذلك كفقده لقدرته وطاقته، أو كتحده من أجل البقاء والنمو، أو للسيطرة والتفوق أمام أسرته.

٥ - وتزيد كل من النقاط السابقة التفاعلات العاطفية التي تعكس المعنى الذاتي للطفل. كما يثير التهديد مستوى متزايداً من القلق، يعبر عنه من خلال مشاعر الاكتئاب، والشعور بالحرمان أو الحزن، كما يثير التحدي زيادة في القلق، ويثير أيضاً الأمل والتوقعات. وقد يتفاعل الأطفال وأسرهم مع نفس الوضع المسبب للضغط وهو التعرض للإيذاء بطرق مختلفة، أو بدرجات مختلفة، بالاعتماد على تفسيراتهم الذاتية للحدث.

٦ - قد لا يعد الموقف المسبب للأزمة وهو تعرض الطفل للإيذاء مرضاً ولا خبرة مرضية، بل إنه يظهر بدلاً عن الصراع الحقيقي في الوضع الحالي لحياة الأسرة. قد تعيده النزاعات غير المحلولة أو المحلولة جزئياً، ما يجعله يتجاوب بطريقة غير ملائمة أو مبالغ فيها. كما قد يقدم التدخل في الأزمات في مثل هذه الحالات عدة خيارات حتى يتم حل الصعوبات الحالية، وحتى يتم إعادة العمل في النزاعات السابقة، وحتى يتم الفصل بين الاثنتين.

٧ - يتبع كل نوع محدد من الأزمة - وهو هنا تعرض الطفل لأحد أنواع الإيذاء - سلسلة من المراحل المتنبأ بها والتي يمكن التخطيط لها. كما يمكن استباق ردود الفعل العاطفية والاستجابات السلوكية في كل مرحلة وذلك في

مرحلة معينة أو إغفال لمرحلة قد تقدم الحل للفرد في أي موقع يعلق به ، وكذلك في أي من الأوضاع التي لا يستطيع فيها حل أزمته .

٨- تتفاوت المدة ما بين بداية تعرض الطفل للإيذاء والحلول النهائية للأزمة ، وذلك يعتمد على الطبيعة المحددة للموقف ، والمهام السلوكية والإدراكية المؤثرة التي يجب إنجازها ، والدعم في الموقف المتعرض له ، والموارد المتاحة ، والحالة الحقيقية لعدم التوازن والتي من الممكن أن تستمر لمدة (٤-٦) أسابيع .

٩- يتجه الطفل وأسرته عند حل الأزمة ، إلى أن يكونوا أكثر ميلاً لتقبل المساعدة . حيث إن ميكانيزمات الحيل الدفاعية المألوفة أصبحت ضعيفة ، وأساليب التكيف المعتادة غير ملائمة ، فيصبحون أكثر انفتاحاً على التأثير الخارجي والتغيير ، ثم إن الجهود القليلة في هذا الوقت من الممكن أن تحدث تأثيراً كبيراً ، وكذلك تقديم قليل من المساعدة بتركيز ملائم ، يمكن أن يحدث مساعدة أكثر تأثيراً وفاعلية من مساعدة أكثر شمولاً في وقت يقل فيه التواصل العاطفي . وذلك بإيقاف تعرض الطفل للإيذاء وحمايته من استمرار وقوعه عليه .

١٠- وتنشأ خلال مرحلة إعادة التوازن ميول وأوضاع جديدة للطفل ، وتظهر كذلك أشكال جديدة للتكيف يتم تعلمها ، حيث إنها قد تمكن الطفل وأسرته من التكيف بشكل أكثر فاعلية مع المواقف الأخرى في المستقبل . أما إذا لم تتوافر المساعدة للأطفال خلال هذه الفترة الحرجة ، فستظهر النماذج غير الملائمة التي قد تضعف قدرة الأداء الأمثل في فترات قادمة .

ويتضمن التدخل العلاجي في مواقف الأزمة على مستويات متعددة، وهي:

أ- المستوى الأول وهو الوقائي preventive level : ويهدف إلى تجنب تطور الحادثة أو الموقف " المتمثل في تعرض الطفل للإيذاء " إلى أزمة .

ب- المستوى الثاني : ويهدف إلى التخفيف من آثار الحادثة المسببة لحالة عدم التوازن .

ج- المستوى الثالث : ويهدف إلى إيقاف التدهور، والتعامل مع الآثار الناتجة عن الحادثة، خاصة بعد قيام الطفل بمحاولات غير ناجحة أو غير صحيحة للتعامل مع الموقف (نيازي، ١٤١٤هـ : ٨ : 179 : Ell, 1996).

ولقد قدمت بارادا لولا سيلبي Parad. Lola Selby نموذجاً للعلاج يعتمد على أربع خطوات أساسية تتلخص في التالي :

١- البحث عن الحدث المفاجئ " والمتمثل في تعرض الطفل للإيذاء " وما يعنيه هذا الحدث للطفل وأسرته .

٢- البحث عن أساليب التكيف التي استخدمها الطفل وأسرته مع هذا الحدث المفاجئ .

٣- البحث عن أساليب بديلة للتكيف تكون أكثر فاعلية للتعامل مع الموقف . ويعتمد نجاح العلاج بدرجة كبيرة على الإنجازات التي تحققت بشأن الأهداف المتفق عليها في بداية مرحلة التدخل (نيازي، ١٤١٤ : ٢١).

٤- مراجعة ومتابعة محاولات الطفل وأسرته للتكيف باستخدام الأساليب

الجديدة وتوفير الدعم اللازم، وتقويم النتائج التي تم التوصل إليها
(نيازي، ١٤١٤ : ١٢-١٣ ؛ 171: 1996: ELL).

وبذلك يمكن استخدام هذا النموذج المقترح عند التدخل المهني للتعامل
مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء في المملكة العربية السعودية .

وفي ضوء العمل في إطار التدخل في الأزمات هناك عدة قواعد
للممارسة في حالة تعامل الأخصائي الاجتماعي مع حالات إيذاء الأطفال
أو إهمالهم، لا بد من مراعاتها، وهي كما يلي :

١- إن توفير الأمان والرفاهية للطفل هو مطلب أساس دائماً في أي
استراتيجية للعلاج .

٢- أن يكون العلاج موجّهاً بناءً على الأهداف العلاجية التي حددت من
قبل الأخصائي الاجتماعي .

٣- أن يكون العلاج مخططاً له، وأن يكون نابعاً من تشخيص الأخصائي
بناء على فهمه للحالة .

٤- أن يكون العلاج هادفاً وقائماً على أساس الأهداف أو النتائج المرغوب
تحقيقها .

٥- أن يتم اختيار أسلوب العلاج عن طريق استخدام البدائل المتاحة وقدرة
العميل على استخدامها .

٦- أن يتضمن العلاج مواقف إيجابية في الجانب الخاص بالأخصائي بما
يساعد على إحداث التغيير على الرغم من خطورة مشكلة العميل
(الطفل) أو عدم وجود الحافز لديه .

- ٧- أن يتلاءم العلاج مع درجة التعقيد في المشكلة ، وقد يتطلب وجود عدد من البدائل العلاجية المتاحة على امتداد فترة زمنية محددة .
- ٨- أن يكون الغرض من العلاج هو جعل العميل يتحمل التحكم في حياته ، وذلك حتى ينمو ويصبح مسؤولاً عن نفسه .
- ٩- أن يشتمل العلاج على تكييف العميل مع الواقع ، والتركيز على عاملي الزمان والمكان (ماذا يستطيع العميل أن يفعل في الوقت الراهن بشأن مشكلته؟) .
- ١٠- أن يكون العميل هو المصدر الرئيس ، والمشارك (إن أمكن) في العلاج . بحيث يكون العلاج مركزاً على الطفل (Wiehe1996:144)
- ١١- مراعاة عدم تسرع الاخصائي الاجتماعي في إصدار أحكامه على الحالة ، ووصم المعتدي أو الضحية بأوصاف سلبية معينة .
- ١٢- النظر إلى الطرفين (المعتدي - الضحية) على أنهما عميلان بحاجة إلى المساعدة من قبل المهنيين .
- ١٣- عدم التعامل بشكل هجومي أو عاطفي مع مواقف الإيذاء المختلفة وأطرافه . وذلك لا يتعارض مع استخدام مهارة مشاركة العميل مشاعره أي بالتعاطف معه .
- ١٤- التعامل بأسلوب مهني مع حالة الطفل المتعرض للإيذاء وتقديم المساعدة له دون أن يدخل في ذلك أي انفعالات عاطفية أو أي جوانب شخصية .
- ١٥- ضرورة تقديم العلاج النفسي للطفل المتعرض للإيذاء وأسرته .

١٦ - تصميم البرامج الوقائية والتوعية بشأن أهمية اتباع الأساليب الملائمة في تنشئة الأطفال والتعامل معهم وتوضيح مخاطر إيذائهم ، وزيادة الوعي المجتمعي بشأن ذلك .

ولكن التصور النظري للتدخل المهني المقترح لا يكفي بمفرده للتعامل مع حالات إيذاء الأطفال ، فلا بد أن يكون هناك بعض الإجراءات المساندة له أو التي تسبقه حتى يمكن تفعيله وهي في تصورنا كما يلي :
أولاً : لا بد من إيجاد منظمة مسؤولة عن حماية الأطفال على غرار الموجود في الولايات المتحدة الأمريكية Child Protection Agency تكون مسؤولة عن حمايتهم من أي اعتداء يقع عليهم . ويقترح أن تتبع هذه المنظمة مكاتب خاصة بذلك في إمارة كل منطقة .

على أن يشمل كل مكتب أخصائيين اجتماعيين ، وأخصائيين نفسيين ، وأطباء أطفال . ويتم تدريب العاملين في هذه المكاتب على كيفية التعامل مع الأطفال المتعرضين للإيذاء ، ومعرفة احتياجاتهم ومشكلاتهم ، بالإضافة إلى إعطائهم فكرة كاملة عن أنواع الإيذاء الذي من الممكن أن يتعرض له الأطفال ، وكيفية اكتشافه وسبل التعرف عليه والتعامل معه . بالإضافة إلى تعريفهم بكافة الأنظمة والقوانين والتشريعات الخاصة بذلك ، والتي يمكن لهم في ضوئها حماية الأطفال والتعامل مع الصعوبات التي تواجههم ، بحيث يقوم العاملون في هذه المكاتب الخاصة بحماية الأطفال بالقيام بمجموعة من الأعمال ، ومنها ما يلي :

١ - تلقي أي بلاغات حول حالات إيذاء الأطفال أو إهمالهم ، وتحديد السبل لكيفية القيام بذلك .

- ٢- اتخاذ الإجراءات اللازمة لإيقاف تعرض الطفل للإيذاء .
- ٣- تقديم العلاج الطبي ، والنفسي ، والاجتماعي اللازم للطفل وأسرته ، إما من خلال هذه المكاتب أو بالتعاون مع الجهات المختصة الأخرى كالمستشفيات والمؤسسات الاجتماعية والمدارس .
- ٤- كتابة تقرير يشتمل على تقييم حالة الطفل .
- ٥- مقابلة الطفل وأسرته .
- ٦- الاتصال بالجهات الأمنية المختصة لاتخاذ الإجراءات اللازمة مع المتسبب في إيذاء الطفل (المعتدي) .
- ٧- التوصل إلى قرار حول ما إذا كان الطفل من الواجب سحبه من أسرته أو بإمكانه الاستمرار في العيش معها .
- ٨- في حالة بقاء الطفل مع أسرته فإنه لا بد من الاستمرار في متابعة حالة الطفل من قبل المسؤولين في هذه المكاتب للتأكد من عدم تعرضه للأذى مرة ثانية .
- ٩- عمل شبكة اتصالات بين هذه المكاتب وبين الجهات المعنية في كل منطقة ، سواء في المستشفيات للعاملين في أقسام الأطفال والأقسام النفسية والإسعاف وأقسام الخدمة الاجتماعية ، أو في المؤسسات الاجتماعية الحكومية والأهلية التي تتعامل مع الأطفال ، وكذلك مع المدارس الخاصة بالأطفال . وذلك حتى يتم تبادل المعلومات وتقديم الخدمات لحماية الأطفال .
- ١٠- تصميم برامج خاصة لتدريب العاملين في الجهات الأخرى كالمستشفيات والمدارس والمؤسسات الاجتماعية على كيفية اكتشاف حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء .

١١ - إنشاء وحدة معلومات خاصة بهذا الشأن توضح المعلومات الخاصة بكل حالة - من خلال الكمبيوتر - مما يسهل الرجوع لها .

١٢ - تدريب الأطفال في المدارس على كيفية الإبلاغ عن مثل هذا الإيذاء في حالة تعرضهم له ، وتوفير جو من الأمان لهم حتى يتمكنوا من الحديث عن فعل ذلك .

١٣ - القيام بالتعاون مع الجهات المعنية الأخرى بتصميم البرامج الوقائية المختلفة للوقاية من تعرض الأطفال في المجتمع للإيذاء .

ثانياً: سن القوانين والتشريعات والإجراءات الخاصة بالتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء وأسرهم ، وتحديد العقوبات الخاصة بالمتسببين في الإيذاء (المعتدين) .

ثالثاً: إنشاء دور ايوائية لحضانة الأطفال المتعرضين للإيذاء أسوة بالمؤسسات والدور الخاصة برعاية الأطفال من الأيتام .

رابعاً: تحديد دور الاخصائي الاجتماعي في كل مؤسسة من المؤسسات التي يمكن أن توجد حالات هؤلاء الأطفال المتعرضين للإيذاء فيها ، سواء كانت مستشفى أو مدرسة أو إحدى المؤسسات الاجتماعية المختلفة في ضوء ما يتطلبه منه دوره المهني ، بالإضافة إلى الإمكانيات المتاحة للمؤسسة التي يعمل بها وموارد المجتمع ومصادره المتاحة .

المخلص

الملخص

يتحدد ملخص الدراسة في الآتي :

مشكلة الدراسة

يعد إيذاء الأطفال ظاهرة سلبية يؤدي وقوعها على الأطفال إلى إحداث الضرر البدني أو النفسي أو الجنسي بهم ، ما يؤدي إلى حدوث المعوقات التي تحول دون نموهم والاعتماد عليهم كطاقة منتجة في المستقبل . حيث يعد الاهتمام بالأطفال دالاً على تقدم المجتمع ، لأن بناء الطفل بناءً سليماً يساهم في إيجاد مجتمع أفضل في المستقبل . فتعريض الأطفال للإيذاء يمكن أن يؤدي إلى اتجاه هؤلاء الأطفال إلى الانحراف أو ممارسة العنف بأشكال مختلفة ، نتيجة لفقدانهم الرعاية اللازمة لهم ، أو لإحساسهم بالنبذ والقسوة من قبل المحيط الذي يعيشون فيه . ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد ، بل إن في وقوع الأذى على الأطفال داخل أي أسرة مما يدل على وجود خلل داخل هذه الأسرة التي تقوم بإيقاع هذا الأذى بصوره المختلفة ، أو تسمح بحدوثه من آخرين على أطفالها . ونظراً لأن أي مجتمع من المجتمعات يقوم على مجموعة من الأسر التي يتكون منها ، فإن حدوث أي خلل في أي أسرة من هذه الأسر سيحدث خللاً على المجتمع كله ، وسيؤدي إلى توالد مشكلات أخرى جديدة نتيجة حدوث هذا الخلل .

لذا فإن كل ذلك يتطلب دراسة هذه الظاهرة ، بالإضافة إلى السعي لإيجاد التنظيمات المختلفة التي تحمي هذه الفئة الضعيفة من الأطفال ، وعدم ترك هذا الأمر خاضعاً لتقدير كل أسرة ، أو أي فرد منها . لكن إيجاد التنظيمات المختلفة يتطلب الفهم الدقيق لهذه الظاهرة المرتبطة بإيذاء

الأطفال، وفي ظل غياب المعلومات الدقيقة والإحصاءات، وفي ضوء قلة الدراسات المرتبطة بإيذاء الأطفال، فإنه يصعب معرفة مدى انتشار هذه الظاهرة، وحجم وجودها، وأنواعها، وأسبابها، وخصائص المتعرضين لها في المملكة العربية السعودية، ما لم يكن هناك تحديد وفهم ومعرفة وتوافر للمعلومات عنها.

وبناء على ما تقدم، يمكن تحديد مشكلة الدراسة في «غياب المعرفة الدقيقة حول الإيذاء الموجه للأطفال في المجتمع العربي السعودي بما لا يمكن أولاً من تحديد حجم هذه الظاهرة وأنواعها أو تصنيفاتها وأسباب وجودها وخصائص المتعرضين لها، وثانياً من سن التشريعات اللازمة لها والتصدي لها».

أهداف الدراسة

ستكون هذه الدراسة موجهة نحو تحقيق الأهداف التالية :

- 1- التعرف على معدل حدوث حالات إيذاء الأطفال في المستشفيات في مدينة الرياض .
- 2- التعرف على أنواع الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال في مدينة الرياض .
- 3- التعرف على أسباب الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال في مدينة الرياض .
- 4- التعرف على خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض .
- 5- التعرف على خصائص أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض .

- ٦- التعرف على المعوقات المجتمعية والمؤسسية -إن وجدت- التي تحول دون مساعدة الأطفال المتعرضين للإيذاء على الوجه الأمثل .
- ٧- تقديم تصور مهني مقترح للتدخل المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء منطلقاً من فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية وفي ضوء أهدافها ومبادئها .

تساؤلات الدراسة

- ستكون هذه الدراسة موجهة نحو الإجابة عن التساؤلات التالية :
- ١- ما معدل حدوث حالات إيذاء الأطفال في المستشفيات في مدينة الرياض؟
 - ٢- ما أنواع الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال في مدينة الرياض؟
 - ٣- ما أسباب الإيذاء الذي يتعرض له الأطفال في مدينة الرياض؟
 - ٤- ما خصائص الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض؟
 - ٥- ما خصائص أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء في مدينة الرياض؟
 - ٦- ما المعوقات المجتمعية والمؤسسية التي تحول دون تقديم المساعدة للأطفال المتعرضين للإيذاء على الوجه الأمثل؟
 - ٧- ما أسلوب التدخل المهني الأمثل المنطلق من فلسفة مهنة الخدمة الاجتماعية وفي ضوء أهدافها ومبادئها للتعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء؟

الإجراءات المنهجية للدراسة

ويمكن تحديدها في الخطوات الرئيسة التالية :

١ - نوع الدراسة ومنهجها

تعد هذه الدراسة دراسة استطلاعية ، تعتمد على منهج المسح الاجتماعي social survey method .

٢ - مجتمع الدراسة وعينتها

المتخصصون من الممارسين المهنيين الذين يمكن أن تتيح لهم طبيعة عملهم (في المستشفيات) معرفة ومشاهدة حالات إيذاء الأطفال ، وهم :

١ - الاخصائيون الاجتماعيون .

٢ - الاخصائيون النفسيون .

٣ - الأطباء النفسيون .

٤ - أطباء الأطفال .

٣ - أداة جمع بيانات الدراسة

حيث قامت الباحثة بتصميم استبيان questionnaire تم توزيعه على الممارسين المهنيين من المتخصصين (الاخصائيون الاجتماعيون-الاخصائيون النفسيون- الأطباء النفسيون- أطباء الأطفال) في المستشفيات .

٤ - حدود الدراسة ومجالاتها

ستكون حدود هذه الدراسة في ضوء مجالاتها وهي كما يلي :

أ - المجال المكاني

يتحدد المجال المكاني للدراسة في :

المستشفيات الكبرى الرئيسة الحكومية غير الخاصة الواقعة في مدينة الرياض ، وتحدد في المستشفيات الآتية :

- ١ - المستشفى المركزي .
- ٢ - مستشفى الولادة والأطفال .
- ٣ - مستشفى الأطفال بالسليمانية .
- ٤ - مستشفى الأمير سلمان .
- ٥ - مستشفى القوات المسلحة .
- ٦ - مستشفى قوى الأمن .
- ٧ - مستشفى الملك خالد الجامعي .
- ٨ - مستشفى الملك فهد للحرس الوطني .
- ٩ - مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث .
- ١٠ - مستشفى الإمامة .

ب - المجال الزمني

وهي الفترة التي استغرقها جمع بيانات الدراسة ، وانحصر المجال الزمني لجمع البيانات في الفترة من ٢٥ / ١٢ / ١٤١٩ هـ إلى ٣ / ١٢ / ١٤٢٠ هـ .

جـ- المجال البشري

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على عدة وحدات بشرية في الحصول على بياناتها، وذلك على النحو التالي :

المتخصصون من الممارسين المهنيين العاملين في المستشفيات في مدينة الرياض، وهم :

١- الاخصائيون الاجتماعيون .

٢- الاخصائيون النفسيون .

٣- الأطباء النفسيون .

٤- أطباء الأطفال .

وسيتم مراعاة هذه الحدود عند تعميم النتائج .

نتائج الدراسة

تم جمع بيانات هذه الدراسة من خلال الرجوع إلى عشرة مستشفيات في مدينة الرياض، جمعت فيها البيانات من ١٨٢ ممارساً مهنيًا، يشكل الاخصائيون الاجتماعيون نسبة ١, ٤٠٪، ويمثل أطباء الأطفال نسبة ٩, ٣٦٪ ونسبة ١, ٧٪ من الأطباء النفسيين وكذلك الأطباء بنسبة تبلغ ٦, ٦٪، ، والاختصاصيون النفسيون بنسبة تصل إلى ٥, ٥٪ ومتخصصون آخرون في المستشفيات بنسبة ٣, ٣٪ من مفردات العينة .

وقد بلغ عدد المتعاملين من مفردات العينة مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء نسبة ٣٩٪ منهم، بينما بلغت نسبة غير المتعاملين مع هذا النوع من الحالات نسبة ٦١٪ من مفردات العينة من الممارسين المهنيين في

المستشفيات ، شكل أطباء الأطفال ثم الاخصائيون الاجتماعيون أكبر نسبة منهم .

وتبين أن أكثر أنواع إيذاء الأطفال التي تعامل معها الممارسون هي حالات الإيذاء البدني بنسبة تصل إلى ٥, ٩١٪ ، يليها حالات الأطفال المتعرضين للإهمال بنسبة ٣, ٨٧٪ ، ثم حالات الإيذاء النفسي ، يليها الإيذاء الجنسي ، ثم من يتعرضون لأكثر من نوع من الأذى من هذه الحالات التي تعامل معها الممارسون في المستشفيات . وكانت غالبية الحالات التي تعامل معها الممارسون قد وقع فيها الإيذاء على الأطفال من قبل أحد الوالدين ، بحيث تمثل نسبة من وقع عليهم الإيذاء من قبل الأم ٦, ٧٤٪ ، بينما تبلغ نسبة من وقع عليهم هذا الأذى من الأب نسبة ٢, ٧٣٪ . كما تعامل الممارسون مع حالات من كلا الجنسين ، وكانت نسبة كبيرة منهم تصل إلى ٢, ٦٦٪ ممن تقل أعمارهم عن عامين ، وتزايد نسبة الأطفال المتعرضين للإيذاء كلما صغرت أعمارهم . وكان أبرز صفات أسر هؤلاء الأطفال المتعرضين للإيذاء من الذين تعامل معهم الممارسون هي أنها ذات دخل منخفض ، كما أنها مفككة . أما أسباب تعرض هؤلاء الأطفال للإيذاء فتعود إلى وجود مشكلات زواجية بين والدي الطفل المتعرض للإيذاء ، بالإضافة إلى الأسباب والعوامل الأخرى .

وقد واجه الممارسون المهنيون في المستشفيات من مفردات العينة مجموعة من المعوقات عند التعامل مع حالات إيذاء الأطفال ، وكان أهمها من وجهة نظرهم عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء .

المراجع

أولاً: المراجع العربية :

أبو شعر، عبدالرازق أمين ١٩٩٧م العينات وتطبيقاتها في البحوث الاجتماعية. الرياض: الإدارة العامة للبحوث -معهد الإدارة العامة.

أحمد، غريب سيد وآخرون ١٩٩٥م دراسات في علم الاجتماع العائلي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أحمد، محمد مصطفى ١٩٩١م خدمة الفرد - النظرية والتطبيق.. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

الإدارة العامة للشؤون القانونية بالهيئة ١٩٩٧م " القانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ بإصدار قانون الطفل ". الطبعة الثالثة. جمهورية مصر العربية، القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.

إسماعيل، أحمد السيد محمد ١٩٩٥م مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين. الطبعة الثانية. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

إسماعيل، إسماعيل عبدالرحمن وسامي عبدالسميع العرباوي ١٩٩٨م " قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٣٤٥٢ لسنة ١٩٩٧

بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون الطفل الصادر بالقانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ ". الطبعة الأولى. جمهورية مصر العربية، القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.

إسماعيل، محمد عماد الدين ١٩٩٧م " الطفل من الحمل إلى الرشد " - الجزء الأول: السنوات التكوينية (٠-٦). الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

الأمم المتحدة ١٩٨٩م اتفاقية حقوق الطفل .

بتروفسكي، أ. ف. و م. ج. ياروشفسكي ١٩٩٦م معجم علم النفس المعاصر. (محرر الطبعة العربية: سعد الفيشاوي، ترجمة: حمدي عبدالجواد وعبدالسلام رضوان، مراجعة: د. عاطف أحمد). الطبعة الأولى. القاهرة: دار العالم الجديد.

بخاري البخاري، الحافظ أبو عبد الله محمد بن إسماعيل ١٤٠٧هـ صحيح البخاري "الجامع الصحيح" - كتاب التفسير. الطبعة الثالثة. المجلد الرابع. رقم الصفحة ١٦٢٦. دمشق-بيروت: دار ابن كثير ومؤسسة الإمامة للنشر والتوزيع.

بشير، إقبال محمد وآخرون ١٩٨٠م مدارس واتجاهات خدمة الفرد. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

_____، وإقبال إبراهيم مخلوف ١٩٨٥م الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية في العمل مع الأفراد. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

البناء، أحمد بن عبد الرحمن ١٤٠٤هـ الفتح الرباني، ترتيب مسند الإمام أحمد الشيباني. كتاب الهبة. الطبعة الثالثة. المجلد الثاني. رقم الصفحة ٩١٣. القاهرة: دار الشهاب.

الترمذي، الإمام حافظ أبو عيسى محمد بن عيسى بن سورة التير، مصطفى عمر ١٩٩٧م "العنف العائلي". الرياض: مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

الجامع الصحيح ١٤٠٨هـ سنن الترمذي - كتاب الدعوات.. تحقيق أحمد محمد شاكر. الطبعة الأولى. المجلد الخامس. رقم الصفحة ٤٧٢. بيروت: دار الكتب العلمية.

_____ ، ١٤٠٨ هـ "سنن الترمذي" - كتاب البر والصلة - .

تحقيق أحمد محمد شاكر . الطبعة الأولى . المجلد الرابع . رقم الصفحة ٢٨١ ، ٢٨٣ ، ٢٨٥ . بيروت : دار الكتب العلمية .

جبار ، سهام مهدي ١٩٩٧ م الطفل في الشريعة الإسلامية ومنهج التربية النبوية . سلسلة الكتاب التربوي الإسلامي ، إشراف : د . محمد منير سعد الدين . الطبعة الأولى . صيدا - بيروت : المكتبة العصرية .

جبار ، جبارة عطية ١٩٨٦ م المشكلات الاجتماعية والتربوية - تشخيص - علاج - وقاية - . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

الجشي ، بهية ١٩٩٦ م "اتفاقية حقوق الطفل" . الفكر العربي - مجلة الإنماء العربي للعلوم الإنسانية ، العدد الثالث والثمانون ، السنة السابعة عشرة ، شتاء ١٩٩٦ ، ص ١٤٣-١٧٠ . بيروت : معهد الإنماء العربي .

جلبي ، علي عبدالرزاق ١٩٩٥ م تصميم البحث الاجتماعي - الأسس والاستراتيجيات - . لم ترد مدينة النشر : دار المعرفة الجامعية .

الجميل ، خيرى خليل ١٩٩٣ م الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .

الجوهري ، محمد وآخرون ١٩٩١ م "الطفل في التراث الشعبي" الطفل والتنشئة الاجتماعية . . ص ٧٧-٩ الطبعة الأولى . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

_____ ، ١٩٩٣ م تيودور كابلو (البحث الاجتماعي - الأسس

النظرية والخبرات الميدانية) . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

الحديثي ، عبد الله صالح ١٩٨٨م التعزيرات البدنية وموجباتها في الفقه الإسلامي . الطبعة الأولى . الرياض : مكتبة الحرمين .

الحسن ، إحسان محمد ١٩٨٦م الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي . بيروت : دار الطليعة للطباعة والنشر .

حسن ، عبد الباسط محمد ١٩٨٥م أصول البحث الاجتماعي . لم ترد مدينة النشر : مكتبة وهبة .

الحفناوي ، حبشي فتح الله (بدون تاريخ) إلى الآباء والأمهات تربية الأطفال في الإسلام . الإسكندرية - القاهرة : المركز العربي للنشر والتوزيع .

حقي ، ألفت ١٩٩٦م سيكولوجية الطفل ، علم نفس الطفولة . الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .

الحقيل ، سليمان بن عبدالرحمن ١٩٩٤م حقوق الإنسان في الإسلام والرد على الشبهات المثارة حولها . بدون مدينة نشر : بدون دار النشر .

حمدان ، محمد زياد ١٩٨٦م " كيف تربي طفلاً؟ " . سلسلة المكتبة التربوية السريعة ، الرسالة ٥٤ . عمان - الأردن : دار التربية الحديثة .

حمزاوي ، رياض أمين وطلعت مصطفى السروجي ١٩٩٨م البحث في الخدمة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق . الطبعة الأولى . الإمارات العربية المتحدة ، دبي : دار القلم للنشر والتوزيع .

الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية (بدون تاريخ) كتاب غير منشور (تحت الطبع) .

الخدمة الاجتماعية في مجال السكان والأسرة، ١٩٩٥ م . الإسكندرية :
دار المعرفة الجامعية .

خدمة الفرد في المجتمع النامي ١٩٩٦ م . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
الخطيب، جمال ١٩٩٠ م تعديل السلوك - القوانين والإجراءات . - الطبعة
الثانية . الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية .

الخطيب، محمد عجاج وآخرون ١٩٨٦ م نظام الأسرة في الإسلام .
الطبعة الثانية . الكويت : مكتبة الفلاح .

الدامغ، سامي بن عبد العزيز ١٩٩٨ م "أنواع الإدمان الكحولي في المملكة
العربية السعودية - دراسة استطلاعية- " . مجلة الخدمة الاجتماعية
- مجلة علمية دورية محكمة- . السنة السادسة عشرة ، العدد ٤٢ ،
يناير ١٩٩٨ م ، ص ٢٥١-٣٢٨ . القاهرة : الجمعية المصرية
للاختصاصيين الاجتماعيين .

داود، عزيز حنا وآخرون ١٩٩١ م مناهج البحث في العلوم السلوكية .
القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

الدخيل، عبدالعزيز بن عبدالله ١٩٩٠ م سلوك السلوك - مقدمة في أسس
التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته . الطبعة الأولى . القاهرة :
مكتبة الخانجي .

دي . بي ، روبرت ١٩٩١ م في النظرية السلوكية - ما الذي يقوله ب . ف
سكنر حقاً؟ . ترجمة : د . جمال محمد سعيد الخطيب . الطبعة
الأولى . المملكة العربية السعودية - الرياض : مكتبة الصفحات
الذهبية للنشر والتوزيع .

- رشوان، حسين عبدالحميد أحمد ١٩٩٢م الطفل - دراسة في علم الاجتماع النفسي . الاسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .
- الزحيلي، وهبة ١٩٨٩م "الفقه الإسلامي وأدلته" - شامل للأدلة الشرعية والآراء المذهبية وأهم النظريات الفقهية وتحقيق الأحاديث النبوية وتخريجها وفهرسة ألفبائية للموضوعات وأهم المسائل الفقهية . الجزء الرابع، النظريات الفقهية والعقود . الطبعة الثالثة . سورية - دمشق : دار الفكر .
- زكريا، زهرة عاطفة (بدون تاريخ) التربية الخاطئة وعواقبها . السعودية - الدمام : دار الراوي للنشر والتوزيع .
- زهران، حامد عبدالسلام ١٩٩٨م التوجيه والإرشاد النفسي . الطبعة الثالثة . القاهرة : عالم الكتب .
- السيد، سميرة أحمد ١٩٩٥م، استراتيجيات وأساليب البحث الاجتماعي . الرياض : لم ترد دار النشر .
- الشربيني، زكريا ويسرية صادق ١٩٩٦م تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملة ومواجهة مشكلاته . القاهرة : دار الفكر العربي .
- شرح النووي لصحيح مسلم ١٣٩٨هـ . الطبعة الثالثة . المجلد رقم ١٦ . رقم الصفحة ١٦٥ . بيروت : دار الفكر .
- الشرقاوي، أنور محمد ١٩٨٨م التعلم - نظريات وتطبيقات - . الطبعة الثالثة . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- شكري، علياء ١٩٩١م "التنشئة الاجتماعية" الطفل والتنشئة الاجتماعية . الدكتور محمد الجوهري وآخرون . ص . ١٧١-١٧٩ الطبعة الأولى . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

شكور، خليل وديع ١٩٩٧م العنف والجريمة . الطبعة الأولى . بيروت - لبنان : الدار العربية للعلوم .

الشناوي، محمد محروس (بدون تاريخ) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي (١) . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

الشيواني، الإمام أحمد حنبل ١٤١٤هـ الموسوعة الحديثية (مسند الإمام أحمد) . تحقيق عبدالله بن عبدالمحسن التركي وآخرين . الطبعة الأولى . المجلد الثالث . رقم الصفحة ٣٣٥ . بيروت : مؤسسة الرسالة .

الصادي، أحمد فوزي ومختار إبراهيم عجوبة ١٩٩٢م الخدمة الاجتماعية وقضايا التنمية الاجتماعية في الدول النامية . الطبعة الثانية . الرياض : دار اللواء .

الصالح، محمد بن أحمد ١٤٠٣هـ الطفل في الشريعة الإسلامية - تنشئته - حياته - حقوقه التي كفلها الإسلام . - جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة للمؤلف .

الصباب، أحمد عبدالله ١٩٩٢م أساليب ومناهج البحث في العلوم الاجتماعية . جدة : دار البلاد للطباعة والنشر .

صحيح البخاري، ١٤٠٧هـ "الجامع الصحيح" - كتاب الأدب . - الطبعة الثالثة . المجلد الخامس . رقم الصفحة ٢٢٣٥ ، ٢٢٣٦ . دمشق - بيروت : دار ابن كثير ومؤسسة الإمامة للنشر والتوزيع .

صحيح مسلم ١٣٧٤هـ - كتاب الفضائل . - تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي . الطبعة الأولى . المجلد الرابع . رقم الصفحة ١٨٠٨ تركيا - استنبول : المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع .

- الضامن، ريماء كمال ١٩٨٩م الأسرة ورعاية الذات الإنسانية للأطفال .
عمان - الأردن : دار البشير للنشر والتوزيع .
- الطبراني، الحافظ أبو القاسم سليمان بن أحمد ١٩٨٣م المعجم الكبير .
الطبعة الأولى . المجلد رقم ٢٢ . رقم الصفحة ٢٧٣-٢٧٤ .
الرياض : مكتبة ابن تيمية .
- الطيب، محمد عبدالظاهر ١٩٩١م مخاوف الأطفال . (تأليف : ب .
ب . وولمان، تقديم : د . عبدالعزيز القوصي، ترجمة : د . محمد
عبدالظاهر الطيب) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- عادل، فاخر ١٩٨٧م مدارس علم النفس . بيروت - لبنان : دار العلم
للملايين .
- عباس، فيصل ١٩٨٢م الشخصية - في ضوء التحليل النفسي - . بيروت :
دار المسيرة .
- عبدالباقي، محمد فؤاد ١٤١٤هـ اللؤلؤ والمرجان فيما اتفق عليه الشيخان -
كتاب الصلاة .. الطبعة الأولى . المجلد الأول . رقم الصفحة
١٢٥ . الرياض : مكتبة دار السلام، دمشق : دار الفيحاء .
- عبدالصمد، عبد الفتاح عثمان وآخرون ١٩٩٧م المقاييس والاختبارات
في الخدمة الاجتماعية المعاصرة . لم ترد مدينة النشر : مكتبة الأنجلو
المصرية .
- عبدالعزيز، أمير ١٩٩٧م حقوق الإنسان في الإسلام . الطبعة الأولى .
الغورية : دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة .
- عبدالمعطي، عبدالباسط محمد ١٩٩٥م البحث الاجتماعي، محاولة نحو
رؤية نقدية لمنهجه وأبعاده . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

عبدالهادي ، عبدالعزيز مخيمر ١٩٩٧م حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية والقانون الدولي - دراسة مقارنة.. الطبعة الأولى . جامعة الكويت : مجلس النشر العلمي - لجنة التأليف والتعريب والنشر .
عبيدات ، ذوقان وآخرون ١٩٩٢م البحث العلمي ، مفهومه ، أدواته - أساليبه . عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع .

العتيبي ، شقير حمود ١٤١٥هـ كيف تربي ولدك المسلم . لم ترد مدينة النشر : لم ترد دار النشر : جميع الحقوق محفوظة للمؤلف .
عثمان ، عبدالفتاح ١٩٩٧م خدمة الفرد في إطار التعددية المعاصرة . القاهرة : مكتبة عين شمس .

_____ ، وعلي الدين السيد محمد ١٩٩٣م نظريات خدمة الفرد المعاصرة وقضايا المجتمع العربي . القاهرة : مكتبة عين شمس .

العثيمين ، محمد بن صالح ١٩٩٥م فتاوى منار الإسلام ، الجزء الثالث . (أعده ورتبه وقدم له ووضع فهارسه : د . عبدالله بن محمد بن أحمد الطيار) . الطبعة الأولى . الرياض : دار الوطن .
العرابي ، حكمت ١٩٩٠م البحث الاجتماعي - المنهج وتطبيقاته.. الرياض : لم ترد دار النشر .

العساف ، صالح بن حمد ١٩٨٩م المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية . الرياض : العبيكان للطباعة والنشر .

العظيم أبادي ، أبو الطيب محمد شمس الحق ١٤١٠هـ عون المعبود في شرح سنن أبي داود - كتاب الأدب . الطبعة الأولى . المجلد رقم ٢ ، ٧ ، ١٢ . رقم الصفحة ١١٠ ، ١١٢ ، ١٢٦ ، ١٦٢ ، ٢٠٠ . بيروت : دار الكتب العلمية .

- عفيفي ، عبد الخالق محمد ١٩٩٣م الأسرة والطفولة - النظرية والتطبيق - .
القاهرة: مكتبة عين شمس .
- عقل ، محمود عطا حسين ١٩٩٧م النمو الإنساني - الطفولة والمراهقة - .
الرياض : دار الخريجي للنشر والتوزيع .
- علي ، أميرة منصور يوسف ١٩٩٩م محاضرات في قضايا السكان
والأسرة والطفولة . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .
- علي ، زين العابدين محمد وآخرون ، ١٩٩١م الأساس النظري لطريقة
خدمة الفرد . الطبعة الأولى . وزارة التعليم العالي ، المعهد العالي
للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ : المكتب العلمي للطباعة
بالوايلي .
- علي ، علي إسماعيل ١٩٩٥م نظرية التحليل النفسي واتجاهاتها الحديثة في
خدمة الفرد . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .
- عمر ، محمد زيان ١٩٨٧م البحث العلمي - مناهجه وتقنياته - . جدة : دار
الشروق .
- العناني ، حنان عبد الحميد ١٩٩٨م الصحة النفسية للطفل . الطبعة الرابعة .
عمان - الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
- عودة ، أحمد سليمان وفتححي حسن ملكاوي ١٩٩٢م أساسيات البحث
العلمي في التربية والعلوم الإنسانية - عناصر البحث ومناهجه
والتحليل الإحصائي لبياناته . إربد : مكتبة الكتاني .
- العيسوي ، عبدالرحمن ١٩٩٣م مشكلات الطفولة والمراهقة ، أسسها
الفسولوجية والنفسية . بيروت - لبنان : دار العلوم العربية للطباعة
والنشر .

العيسى، بدر- ١٩٩٩م "سوء معاملة الطفل الكويتي: طرق الوقاية والعلاج". المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد ٦٦، السنة ١٧، ربيع ١٩٩٩. ص ١٤٤-١٩١. الكويت: مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت.

الفتح الرباني ١٤٠٤هـ، ترتيب مسند الإمام أحمد الشيباني. الطبعة الثالثة. المجلد رقم ١٩ (باب العدل بين الأولاد). رقم الصفحة ٤٦، ٤٩. القاهرة: دار الشهاب.

الفقه الإسلامي وأدلته ١٩٩٦م الشامل للأدلة الشرعية والآراء المذهبية وأهم النظريات الفقهية وتحقيق الأحاديث النبوية وتخريجها وفهرسة ألفبائية للموضوعات وأهم المسائل الفقهية - الجزء التاسع، المستدرك. الطبعة الأولى. سورية - دمشق: دار الفكر. القائمي، علي ١٩٩٤م دور الأب في التربية. الطبعة الأولى. بيروت - لبنان: دار النبلاء.

القشيري، الإمام أبو الحسين مسلم بن الحجاج ١٣٧٤هـ صحيح مسلم - كتاب الإيمان - تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي. الطبعة الأولى. المجلد الأول. رقم الصفحة ٩٠. تركيا، استنبول، المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع.

_____، ١٣٧٤هـ صحيح مسلم - كتاب الزكاة. تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي. الطبعة الأولى. المجلد الثاني. رقم الصفحة ٦٩٢. تركيا، استنبول، المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع.

قناوي، هدى محمد ١٩٩٦م الطفل، تنشئته وحاجاته. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

كراجه، عبدالقادر ١٩٩٧م سيكولوجية التعلم - صياغة جديدة - . الطبعة الأولى . عمان : دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع .

الكناني، ممدوح وحسن الموسوي ١٩٩٦م سيكولوجية الطفولة المبكرة - الخصائص والمشكلات - الطبعة الأولى . الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

الكندري، عبدالله عبدالرحمن ومحمد أحمد عبدالدايم ١٩٩٣م مدخل إلى مناهج البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية . الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

اللؤلؤ والمرجان فيما اتفق عليه الشيخان ١٤١٤هـ- كتاب فضائل الصحابة . الطبعة الأولى . المجلد الثاني . رقم الصفحة ٧٨٠ . الرياض : مكتبة دار السلام، دمشق : دار الفيحاء .

لظفي، طلعت إبراهيم ١٩٩٥ أساليب وأدوات البحث الاجتماعي . الفجالة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

مجلة العلوم الاجتماعية، ١٩٩٦م "التعدد المنهجي : أنواعه ومدى ملاءمته للعلوم الاجتماعية" . ، المجلد ٢٤ ، العدد ٤ ، ص ١٠٧-١٢٥ . الكويت : جامعة الكويت - مجلس النشر العلمي .

محمود، إبراهيم وجيه (بدون تاريخ) التعلم - أسسه ونظرياته وتطبيقاته . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

مرسي، كمال إبراهيم ١٩٨٥م "سيكولوجية العدوان" . مجلة العلوم الاجتماعية، العدد ٢، المجلد ١٣، صيف ١٩٨٥، ص ٤٥-٦٤ . الكويت : مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت .

مساهمات في أسس البحث الاجتماعي، ١٩٨٩ م . لم ترد مدينة النشر :
معهد الإنماء العربي .

مستشفى الملك فهد للحرس الوطني ١٩٩٧ م Revised MRP - Patient
Guideline for Crisis Intervention من Care Executive Committee .
(In its Meeting of ١ April ١٩٩٧).

مليقة، لويس كامل (بدون تاريخ) التحليل النفسي والمنهج الإنساني في
العلاج النفسي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

المناعي، محمد عبد الرؤوف ١٣٥٧ هـ فيض القدير - شرح الجامع الصغير .
الطبعة الأولى . المجلد السادس . رقم الصفحة ٢٠٩ . بيروت :
دار المعرفة .

المنيف، محمد صالح عبد الله ١٩٩٣ م تربية الطفل في السنة النبوية . الطبعة
الأولى . لم ترد مدينة النشر : لم ترد دار النشر . حقوق الطبع
محفوظة للمؤلف .

الموقف النظري لخدمة الفرد المعاصرة ١٩٩٤ م . القاهرة : مكتبة عين
شمس .

النحلاوي، عبدالرحمن ١٩٩٦ م أصول التربية الإسلامية وأساليبها - في
البيت والمدرسة والمجتمع .- الطبعة الثالثة . دمشق - سورية : دار
الفكر .

النووي، محي الدين يحيى بن شرف ١٤٠٦ هـ رياض الصالحين . تحقيق
محمد ناصر الدين الألباني . الطبعة الثالثة . رقم الصفحة ٥٦٠ .
بيروت : المكتب الإسلامي .

نيازي، عبد المجيد طاش محمد ١٤١٤ هـ " نظرية الأزمة Crisis Theory س
ملخص للفصل الثاني عشر من كتاب " الخدمة الاجتماعية
العلاجية Social Work Treatment " لمؤلفه فرانسس تورنر Francis
Turner ١٩٨٦ م . ورقة غير منشورة .

النيسابوري، الحافظ أبو عبد الله الحاكم ١٤٠٨ هـ المستدرك على
الصحيحين، كتاب معرفة الصحابة . ترتيب عبد السلام علوش .
الطبعة الأولى . المجلد الثالث . رقم الصفحة ١٧٧ . بيروت : دار
المعرفة .

وحدة الإرشاد والتوجيه الطلابي (بدون تاريخ) تقارير غير منشورة صادرة
عن وحدة التوجيه والإرشاد الطلابي التابع لمنطقة التعليم بمنطقة
الرياض، وزارة المعارف .

وزارة التخطيط، مصلحة الإحصاءات العامة ١٩٩٢ م " النتائج التفصيلية
للتعداد العام للسكان والمساكن في المملكة العربية السعودية
١٤١٣ هـ - ١٩٩٢ م " . المملكة العربية السعودية .

يونسف، منظمة الأمم المتحدة للطفولة ١٩٨٩ م " الاستراتيجيات المتعلقة
بالطفل في التسعينات " ، استعراض لسياسات اليونسف .
نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية : منظمة الأمم المتحدة
للطفولة (يونسف) .

_____ ، ١٩٩١ م " الأطفال أولاً " - الإعلان العالمي لبقاء
الطفل وحمايته وثنائه وخطة العمل (كما أقرها مؤتمر القمة العالمي
من أجل الطفل)، اتفاقية حقوق الطفل .

ثانياً: المراجع الأجنبية :

- Al – Eissa, Youssef A. –1991 –The Battered Child Syndrome: Does it Exist in Saudi Arabia?-. Saudi Medical Journal, 1991; 12 (2): p.p129 –133 .
- Al Sarno– 1998 Preventing Child Abuse – What You Can Do -. First Printing. Pittsburgh, Pennsylvania : Dorrance Publishing Co., INC.
- Anderson, Joseph –1981 Social Work Methods and Processes. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Bamford, Frank & Raine Roberts –1997 –Sexual abuse – I – . p.p. 38 – 39. ABC Child Abuse. Third Edition. Edited by Ray Meadow. BMI Publishing Group.
- Barker, Robert L.–1999 The Social Work Dictionary – 4td Edition -. Washington, DC: NASW Press –National Association of Social Workers.
- Barrow, Georgia M.–1996 Aging, the Individual & Society. Minneapolis / St. Paul: West Publishing Company.
- Berliner, Lucy & Diana M. Elliott–1996 Sexual Abuse of Children. p.p. 51-71. The APSAC Hand Book on Child Maltreatment. Editors: John Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny, Theresa Reid. APSAC American Professional Society on the Abuse of Children. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Bourne, Richard–1998 .Child Abuse and The Low I: General Issues for the Radiologist. p.p. 371-374. Diagnostic Imaging of Child Abuse. Second Edition. Paul K. Kleinman. St. Louis: Mosby.

- Brissett – Chapman, Sheryl –1995 _Child Abuse and Neglect: Direct Practice-. p.p. 353 – 366. Encyclopedia of Social Work. 19th Edition, Volume 1. Washington, DC: NASW Press- National Association of Social Workers.
- Cirillo, Stefano & Paola Diblasio–1992 Family that Abuse – Diagnosis and Therapy -. (Translated by Joachim Neugrosehel). New York: W.W. Norton & Company.
- Compton, Beulah R. & Burt Galaway –1999 Social Work Processes. Sixth Edition. Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company.
- Conte, Jon R. –1995–Child Sexual Abuse Overview-. p.p. 402 – 408. Encyclopedia of Social Work. 19th Edition, Volume 1. Washington, DC: NASW Press- National Association of Social Workers.
- Cooper, David M. & David Ball–1987 Social Work & Child Abuse. London: The Macmillan Press Ltd.
- Cummings, Mark E.–1997Marital Conflict, Abuse and Adversity in the Family and Child Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective. p.p. 3-26. Child Abuse New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan. Banff International Behavioral Science Series. Editors: David A. Wolfe, Robert J. McMahon, Ray DeV. Peters. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Dallos, Rudi & Eugene Mclaughlin –1993Social Problems and the Family. London: SAGE Publications.

- Daro, Deborah–1996 Preventing Child Abuse and Neglect. p.p. 343-358. The APSAC Hand Book on Child Maltreatment. Editors: John Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny, Theresa Reid. APSAC American Professional Society on the Abuse of Children. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Davison, Ingrid & Rory Nicol–1997 –Role of the Child Psychiatry Team.. ABC Child Abuse. Third Edition. Edited by Roy Meadow. BMI Publishing Group.
- Decalmer, Peter & Frank Glendenning–1994 The Mistreatment of Elderly People. London: SAGE Publications Ltd.
- Denzin, N.K.–1989 The Research Act. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ell, Kathleen–1996 Crisis Theory and Social Work Practice. p.p. 168-190. Social work Treatment – Interlocking Theoretical Approaches -. 4th Edition. Edited by: Francis J. Turner. New York: The Free Press.
- Erickson, Martha Farrell & Byron Egeland–1996 C h i l d Neglect. p.p. 4-20. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Editors: John Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny, Theresa Reid. APSAC American Professional Society on the Abuse of Children. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- FallCreek, Stephanie & Nancy Hooyman–1981 O l d e r Women as Victims of Violence. p.p. 49 66. Women, Power, and Change. Ann Weick & Susan T. Vanaliver, Editors. Washington, DC: NASW Press- National Association of Social Workers.

- Fink, Arlene –1995 How to Design Surveys – The Survey Kit (Tsk 5) -. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Ginsberg, Leon –1995 Social Work Almanac. 2nd Edition. Washington, DC: NASW Press- National Association of Social Workers.
- Golan, Naomi–1987Treatment in Crisis Situations. Treatment Approaches in the Human Services. Series Editor: Francis J. Turner. New York: The Free Press.
- Goldstein, Eda G.–1995 Ego Psychology and Social Work Practice. Second Edition. New York : The Free Press.
- Greig, Anne & Jayne Taylor–1999 Doing Research with Children. London : SAGE Publications.
- Hart, Stuart N., Marla R. Brassard & Henry C. Karlson–1996 Psychological Maltreatment. p.p. 72-89. The APSAC Hand Book on Child Maltreatment. Editors: John Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny, Theresa Reid. APSAC American Professional Society on the Abuse of Children. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Harway, Michele & Marsali Hansen–1993 –An Overview of Domestic Violence–. p.p. 1 – 12. Battering and Family Therapy – A Feminist Perspective -. Mersali Hansen & Michele Harway, Editors. London: SAGE Publications.
- Johnson, O.–1997 Information Please Almanac, Atlas & Yearbook 1997. Boston : Houghton Mifflin.

- Jones, Russell A.-1996 Research Methods in the Social & Behavioral Sciences. Second Edition. Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates, Inc., Publishers.
- Kahn, Alfred J. -1987 Social Problems and Issues: Theories and Definition. p.p. 632 - 664. Encyclopedia of Social Work. 18th Edition, Volume 2. Silver Spring, Maryland: NASW Press-National Association of Social Workers.
- Kashani, Javad H. & Wesley D. Allan-1998 The Impact of Family Violence on Children & Adolescents. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, Volume 37. Thousand Oaks, California : SAGE Publications.
- Kattan, Hoda-1994 -Child Abuse in Saudi Arabia: Report of Ten Cases-. Annals of Saudi Medicine, Vol. 14, No. 2, 1994. p.p.129 -133.
- Kolko, David J.-1996 ٲChild Physical Abuseس. p.p. 21-50. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Editors: John Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny, Theresa Reid. APSAC American Professional Society on the Abuse of Children. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Litwin, Mark S-1995 How to Measure Reliability and Validity. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Lowell, James Russell-1994 Parameters of Crisis Defining the Limitsس. p.p. 17-39. Crisis Counseling - A Contemporary Approach -. Second Edition. Ellen H. Janosik. Boston -London: Jones and Bartlett Publishers.

- Meadow, Roy-1997-Epidemiology-. p.p. 1 - 4. ABC of Child Abuse. Third Edition. Edited by Roy Meadow. BMJ Publishing Group.
- Miller-Perrin, Cindy L. & Robin D. Perrin-1999 C h i l d Maltreatment - An Introduction -. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Milner, Joel S. & Cynthia Dopke-1997Child Physical Abuse: Review of Offender Characteristics. p.p. 27-54. Child Abuse New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan. Banff International Behavioral Science Series. Editors: David A. Wolfe, Robert J. McMahon, Ray DeV. Peters. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Payne, Malcolm-1991 Modern Social Work Theory: A Critical Introduction. London: The Macmillan Press.
- Petit, Michael R. & Patrick A. Curtis-1997 Child Abuse and Neglect: A look at the States -1997, CWLA Stat Book -. Washington, DC: CWLA Press.
- Rubin, Allen & Earl Babbie-1997 Research Method for Social Work. Pacific Grove: Brooks/ Cole Publishing Company.
- Saraga, Esther-1993 -The Abuse of Children_. p.p. 47 - 82. Social Problems and The Family. Rudi Dallos & Eugene Mclaughlin, Editors. London: SAGE Publications.
- Skuse, David-1997 -Emotional Abuse and Neglect_. p.p. 30 - 33. ABC Child Abuse. Third Edition. Edited by Roy Meadow. BMJ Publishing Group.

- Speight, Nigel –1997–Non – Accidental Injury–. p.p. 5 – 8.
ABC of Child Abuse. Third Edition. Edited by Roy Meadow. BMJ Publishing Group.
- Star, Barbara–1987 –Domestic Violence–. p.p. 463 – 476.
Encyclopedia of Social Work. 18th Edition, Volume 1.
Silver Spring, Maryland: NASW Press- National Association of Social Workers.
- Sudermann, Marlies & Peter Jaffe –1997 Children and Youth Who Witness Violence: New Directions in Invention and Prevention. p.p. 55-78. Child Abuse New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan. Banff International Behavioral Science Series. Editors: David A. Wolfe, Robert J. McMahon, Ray DeV. Peters. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Thomas, Martin & John Pierson–1995 Dictionary of Social Work. London: Collins Educational.
- Toscano, Peter F.–1998 Psychosocial Considerations. p.p. 364-370. Diagnostic Imaging of Child Abuse. Second Edition. Paul K. Kleinman. St. Louis: Mosby.
- Turner, Bryan S.–1996 The Blackwell Companion to Social Theory. Oxford – UK & Cambridge, Massachusetts – USA: Blackwell Publishers.
- Turner, Francis J.–1986 Social Work Treatment_ Interlocking Theoretical Approaches - . New York: The Free Press.
- Wells, Susan J.–1995–Child Abuse & Neglect Overview. p.p. 346-353. Encyclopedia of Social Work. 19th Edition, Volume 1. Washington, DC: NASW Press- National Association of Social Workers.

- Wiehe, Vernon R.-1998 Understanding Family Violence-
Treating and Preventing Partner, Child, Sibling, and
Elder Abuse-. Thousand Oaks, California: SAGE
Publication.
- Wiehe, Vernon R.-1997 Sibling Abuse - Hidden Physical,
Emotional, and Sexual Trauma- . Second Edition.
Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Wiehe, Vernon R.-1996 Working with Child Abuse and
Neglect - A Primer -. IVPS, Interpersonal Violence:
The Practice Series. Jon R. Conte, Series Editor.
Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Wieland, Sandra-1998 Techniques and Issues in Abuse -
Focused Therapy with Children & Adolescents -
Addressing the Internal Trauma -. IVPS, Interpersonal
Violence: The Practice Series. Jon R. Conte, Series
Editor. Thousand Oaks: SAGE Publications.

الملاحق

ملحق رقم (١)

الاستبيان

المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود
كلية الآداب
قسم الدراسات الاجتماعية
خدمة اجتماعية

استبيان موجه للممارسين المهنيين من المتخصصين إيذاء
الأطفال : أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له ، تحديات
لمهنة الخدمة الاجتماعية

دراسة استطلاعية بمدينة الرياض

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الممارس المهني / أختي الممارسة المهنية
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد . . .

تدور مجموعة الاسئلة هذه حول قضية إيذاء الأطفال ، والغرض منها معرفة مدى وجود أطفال متعرضين لأي نوع من أنواع الإيذاء ، وحجمهم ، ونوع الإيذاء المتعرضين له ، وخصائصهم وأسباب تعرضهم ، وذلك من الأطفال المراجعين أو المنومين في المستشفيات بمدينة الرياض من الذين تعاملتم معهم أثناء عملكم بالمستشفى .

لذا أرجو منكم التكرم بالإجابة على جميع الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان بشكل دقيق . علماً بأن البيانات التي سترد في هذا الاستبيان سوف تخضع للسرية التامة ، ولن تستخدم إجاباتكم إلا للغرض العلمي فقط ، سعيًا منا جميعاً إلى فهم الواقع الفعلي لما يواجهنا من مشكلات لمحاولة التصدي لها ومواجهتها .

وسأرفق مع هذا الخطاب نموذجاً لطريقة الإجابة على اسئلة هذا الاستبيان .

شاكراً لكم ومقدرة حسن تعاونكم وتجاوبكم ، ،

والله الموفق

الباحثة

نموذج الإجابة على أسئلة الاستبيان

في البداية ستتم الإجابة على الجزء الأول من الأسئلة بوضع دائرة حول الرقم الذي يعبر عن الإجابة التي تنطبق معك، مثل:

١ - طبيعة عملك في المستشفى:

١	اخصائي اجتماعي
٢	اخصائي نفسي
٣	طبيب نفسي
٤	طبيب أطفال
٥	أخرى تذكر

فإن كنت اخصائياً اجتماعياً «مثلاً» فالدائرة تكون حول الرقم (١) كما هو موضح أعلاه.

وفي نهاية الجزء الأول ستجد سؤالاً عن مدى تعاملك مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء خلال عملك المهني، فإن كان قد سبق لك ذلك أرجو منك استكمال الإجابة على أسئلة الاستبيان، أما إن لم يسبق لك ذلك فأشكر لكم تعاونكم في الإجابة فقط على الجزء الأول من الاستبيان، وفي كلتا الحالتين أرجو منكم التكرم باقتراح عدة أسماء للمهتمين بهذه الظاهرة من الممارسين المهنيين والتكرم باعادة الاستبيان.

وستكون الإجابة في الجزء الثاني بملء كل خانة من خانات الجدول بوضع نسبة مئوية للإجابة بناء على مدى تعاملك معها، فإن كان الوصف لم يسبق لك التعامل معه ستضع الرقم صفر (٠٪) أما إن كان قد سبق لك التعامل معه ستضع النسبة ما بين (١٪-١٠٠٪) وذلك بحسب نسبة وجودها ما بين الحالات التي تعاملت معها مثلاً:

النسبة المئوية	ماهي أنواع الإيذاء التي تعاملت معها؟		٨
٥٠٪	١	إهمال*	
٩٠٪	٢	إيذاء بدني**	
٢٠٪	٣	إيذاء نفسي***	
٣٠٪	٤	إيذاء جنسي****	
٠٪	٥	أكثر من نوع على نفس الحالة، تذكر.....	

أما الجزء الثالث من الإجابة فستكون طريقة الإجابة عليه بنفس الطريقة السابقة والخاصة بالجزء الثاني في الاستبيان.

			رقم الاستبيان
--	--	--	---------------

اسم المستشفى :

تاريخ ملء الاستبيان : / / ١٤ هـ

الاسم :

المهنة :

جهة العمل / القسم :

رقم الهاتف :

أي إضافات أخرى (ترغبون في إضافتها) :

الجزء الأول: البيانات الأولية عن الممارسين المهنيين:

فضلاً ضع / ضعي دائرة حول الرقم الذي يعبر عن إجابتك:

١ - طبيعة عملك في المستشفى:

١	اخصائي اجتماعي
٢	اخصائي نفسي
٣	طبيب نفسي
٤	طبيب أطفال
٥	طبيب
٦	أخرى تذكر

٢ - مؤهلك العلمي:

١	درجة البكالوريوس أو ما يعادلها
٢	درجة الماجستير أو ما يعادلها
٣	درجة الدكتوراه أو ما يعادلها
٤	أخرى تذكر

٣ - فترة خبرتك وعملك في هذا المستشفى:

١	أقل من ٣ سنوات
٢	من ٣ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات
٣	من ٦ سنوات إلى أقل من ٩ سنوات
٤	٩ سنوات فأكثر

٤ - إذا كنت قد عملت في مستشفى آخر قبل عملك الحالي، فما هي هذه المدة:

١	لم أعمل في مستشفى آخر من قبل
٢	أقل من ٣ سنوات
٣	من ٣ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات
٤	من ٦ سنوات إلى أقل من ٩ سنوات
٥	٩ سنوات فأكثر

٥ - هل تعرف من سبق لهم التعامل مع حالات إيذاء الأطفال في مدينة الرياض:

١	نعم
٢	لا

٦ - في حالة الإجابة بنعم:

أرجو منك التفضل بذكر أسمائهم، وجهة عملهم، ورقم هواتفهم- إن أمكن- (مما يمكن من التوصل لهم) إن كانوا في مدينة الرياض.

.....

.....

.....

.....

٧- هل سبق لك التعامل مع حالات إيذاء الأطفال :

١	نعم
٢	لا

إذا كانت إجابتك بلا فأتقدم لكم بالشكر الجزيل وآمل منكم التكرم بإعادة هذا الاستبيان لي ، أما إن كانت إجابتك بنعم فأرجو التكرم باستكمال الإجابة عن الأسئلة التالية :

الجزء الثاني: مدى تعامل الممارس المهني مع حالات إيذاء الأطفال:

أرجو ترتيب الإجابات حسب نسبة معدل حدوثها بين حالات إيذاء الأطفال التي تعاملت معها بين النسبة (٠ - ١٠٠٪) على أن تكون النسبة (٠٪) تعني لم تحدث ، والنسبة (١٠٠٪) تعني أنهاه تحدث في جميع حالات إيذاء الأطفال التي تعاملت معها :

النسبة المئوية	ماهي أنواع الإيذاء التي تعاملت معها؟	٨
	إهمال*	١
	إيذاء بدني**	٢
	إيذاء نفسي***	٣
	إيذاء جنسي****	٤
	أكثر من نوع على نفس الحالة ، تذكر.....	٥

* يقصد بمفهوم إهمال الطفل في هذه الدراسة عدم إشباع الوالدين أو الآخرين المحيطين بالطفل لحاجاته الأساسية، وإشرافهما غير الوافي عليه وغير الملائم له، ما يؤدي إلى إصابة الطفل بالضرر أو الأذى نتيجة لتصرفات الوالدين أو المحيطين به غير المبالية وغير المتعمدة.

** يقصد بالإيذاء البدني للطفل في هذه الدراسة هو أي نوع من أنواع السلوك المتعمد، الذي ينتج عنه إحداث الضرر والأذى على جسم الطفل، والصادر من أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل، والموجه نحو أحد الأطفال في الأسرة أو كلهم سواء كان في صورة عمل يتسبب في إحداث ألم للطفل (كالضرب أو القرص أو الرفس أو الحرق أو الخنق أو الحبس أو الربط) أو أي أعمال أخرى غير مباشرة من الممكن أن تتسبب في حدوث ضرر للطفل (كعدم توفير العلاج اللازم له، أو إيقافه عنه).

*** ويقصد بالإيذاء النفسي للطفل في هذه الدراسة أي سلوك أو عمل متعمد، يصدر من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل، تجاه أحد أو كل الأطفال في الأسرة، ويتسبب في إحداث أي نوع من أنواع الضرر والأذى النفسي للطفل، وذلك بإتباع الأساليب المسببة ألمانفسيا للطفل كالسخرية منه، أو إهماله أو نبذه أو تهديده أو تخويفه أو توجيه العبارات الجارحة له أو معاملته معاملة سيئة أو التفرقة بينه وبين اخوته أو حرمانه من العطف والمحبة والحنان، إلى غير ذلك من أعمال ممكن أن يترتب عليها إحداث أذى نفسي للطفل كنتيجة لها.

*** ويقصد بالإيذاء الجنسي في هذه الدراسة أي عمل أو سلوك صادر من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو الآخرين المحيطين بالطفل تجاه أحد أو كل الأطفال في الأسرة، بغرض تحقيق أو إشباع أي رغبات جنسية لديهم عن طريق استغلال الطفل وإيذائه بهذا السلوك.

النسبة المئوية	ما هو متوسط أعمار حالات الإيذاء التي تعاملت معها؟		٩
	١	أقل من عامين	
	٢	من عامين إلى أقل من ٤ أعوام	
	٣	من ٤ أعوام إلى أقل من ٦ أعوام	
	٤	من ٦ أعوام إلى أقل من ٨ أعوام	
	٥	من ٨ أعوام إلى أقل من ١٠ أعوام	
	٦	من ١٠ أعوام إلى أقل من ١٢ عاماً	
	٧	من ١٢ عاماً إلى ١٤ عاماً	

النسبة المئوية	ما هو جنس الأطفال المتعرضين للإيذاء (المعتدى عليهم) الذين تعاملت معهم؟		١٠
	١	ذكور	
	٢	إناث	
	٣	لا أذكر بالتحديد	

النسبة المئوية	ما هو جنس موقعي الأذى على الأطفال (المعتدين) في حالات الإيذاء التي تعاملت معها؟		١١
	١	ذكور	
	٢	إناث	
	٣	ذكور وإناث معا	
	٤	لا أذكر بالتحديد	

النسبة المئوية	١٢ ما صلة القرابة لموقعي الأذى على الأطفال (المعتدين) في حالات الإيذاء التي تعاملت معها؟	
	١	الأب
	٢	الأم
	٣	زوجة الأب
	٤	زوج الأم
	٥	الأخ
	٦	الأخت
	٧	الجد / الجدة
	٨	العم / العمة
	٩	الخال / الخالة
	١٠	أحد العاملين في المنزل، يحدد
١١	آخرون، تذكر	

النسبة المئوية	١٣ ماهي خصائص أسر الأطفال المتعرضين للإيذاء في الحالات التي تعاملت معها؟	
	١	انتماء الطفل إلى أسرة مفككة
	٢	انتماء الطفل إلى أسرة ذات دخل مرتفع
	٣	انتماء الطفل إلى أسرة ذات دخل منخفض
	٤	كثرة عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزل واحد
	٥	زواج الأب من أكثر من زوجة
	٦	أن الطفل يعد من أصغر أطفال الأسرة
	٧	أن الطفل من أكبر أطفال الأسرة
	٨	انخفاض المستوى التعليمي للأب
	٩	انخفاض المستوى التعليمي للأم
	١٠	وجود مظاهر عنف وإيذاء داخل المنزل بين أفراد الأسرة
	١١	وجود أو تعرض أفراد الأسر للسجن أو الإيداع في إحدى دور رعاية المنحرفين
	١٢	إدمان أو تعاطي أحد أفراد الأسرة للكحول أو المخدرات
١٣	آخرون، تذكر	

النسبة المئوية	١٤ كيف تصل حالات الأطفال المعرضين للإيذاء للمستشفى؟	
	١	عن طريق إحضار أحد الوالدين لهم
	٢	عن طريق إحضار أحد أفراد الأسرة لهم
	٣	عن طريق جيران الأسرة لهم
	٤	عن طريق الشرطة
	٥	عن طريق المدرسة
	٦	آخرون، تذكر.....
النسبة المئوية	١٥ ما موقف الأهل عند إبلاغهم أن الطفل قد تعرض للإيذاء؟	
	١	الاعتراف
	٢	الارتباك والخوف
	٣	الإنكار
	٤	البكاء
	٥	المطالبة بعدم إبلاغ السلطات (الشرطة / إمارة)
	٦	إلقاء اللوم على الطفل
	٧	الهرب وترك الطفل وحيدا
	٨	توجيه الاتهام للآخرين
	٩	عدم المبالاة
	١٠	أخرى تذكر.....
النسبة المئوية	١٦ ما هو رد فعل الطفل عند سؤاله عن سبب الإيذاء الذي تعرض له؟	
	١	الاعتراف
	٢	الارتباك والخوف
	٣	الإنكار
	٤	البكاء
	٥	الصمت
	٦	آخرون، تذكر.....

النسبة المئوية	١٧ لمن يتم تسليم الطفل المتعرض للإيذاء بعد علاجه بالمستشفى؟	
	١	إلى والديه
	٢	إلى أحد أفراد أسرته الآخرين
	٣	إلى الشرطة
	٤	إلى إحدى دور رعاية الأطفال، تُحدد.....
٥	آخرون، تذكر.....	

العدد	١٨ كم تقدير لك لعدد حالات إيذاء الأطفال التي تعاملت معها؟	
	١	خلال العام الواحد
	٢	خلال فترة عمك المهني
حالة.....		
حالة.....		

الجزء الثالث: عناصر ومكونات التدخل المهني لمواجهة ظاهرة إيذاء الأطفال:

فيما يلي قائمة تحتوي على عناصر ومكونات التدخل المهني لمواجهة ظاهرة إيذاء الأطفال، أرجو ترتيب الإجابات حسب نسبة معدل حدوثها بين حالات إيذاء الأطفال التي تعاملت معها بين النسبة (٠٪ - ١٠٠٪) على أن تكون النسبة (٠٪) تعني لم تحدث والنسبة (١٠٠٪) تعني أنها تحدث في جميع حالات إيذاء الأطفال التي تعاملت معها.

النسبة المئوية	وسائل اكتشاف الإيذاء	١٩
	١ إجراء الكشف الطبي على الطفل	
	٢ نتيجة لعدم وجود مبررات للحالة المصاب بها الطفل (حيث إن الإصابة الحادثة للطفل لا تحدث بصورة تلقائية، بل لا بد أن تكون مفتعلة)	
	٣ نتيجة وجود أثر ظاهر للإيذاء على جسم الطفل	
	٤ تطبيق الاختبارات النفسية الملائمة	
	٥ ملاحظة المظاهر النفسية التي تدل على الإيذاء	
	٦ مظاهر الخوف غير العادي على الطفل	
	٧ نتيجة إعلان الطفل بأنه تم إيذاؤه	
	٨ ارتباك من قدم مع الطفل	
	٩ مقابلة أحد أفراد أسرة الطفل والتحدث معه عن حالة الطفل	
	١٠ اعتراف الأهل عن تسبب الغير في إيذاء طفلهم عند احضاره	
	١١ اعتراف الأهل بتسبب فرد منهم في إيذاء الأطفال	
	١٢ سماع أقوال أصدقاء أو أقران الطفل	
	١٣ مراجعة تقرير الشرطة المصاحب عند تحويل الطفل للمستشفى	
	١٤ الاستماع إلى رواية المعلمين بالمدرسة عن وقائع الإيذاء	
	١٥ أخرى تذكر	

النسبة المئوية	مظاهر الإيذاء	٢٠
	الإهمال الواضح في المظهر العام	١
	فقدان الطفل للنشاط والحيوية الملائمة له	٢
	القصور في النمو الطبيعي للطفل	٣
	آثار الحرمان من المأكل الواضحة	٤
	إصابات الحوادث نتيجة لنقص في الإشراف والرعاية	٥
	آثار الربط سواء بحبل أو غيره	٦
	آثار ضرب والاصابة بكدمات في مكان أو أكثر من الجسم	٧
	الإصابة بجروح في مكان أو أكثر من الجسم	٨
	آثار الإصابة بالحروق في مكان أو أكثر من الجسم	٩
	آثار الإصابة برضوض أو كسور في الجسم	١٠
	آثار لتعاطي العقاقير أو المخدرات	١١
	آثار عدم الانتظام في أخذ العلاج اللازم عند المرض	١٢
	الصعوبات التي يعاني منها الطفل عند المشي أو الحركة	١٣
	آثار الاعتداء الجنسي على الطفل	١٤
	الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل	١٥
	إصابة الطفل بالقلق	١٦
	عدم القدرة على التحدث مع الآخرين	١٧
	الخوف كسمة أساسية للشخصية	١٨
	الهروب من التحدث مع مصدر الإيذاء	١٩
	الهروب من التحدث عن مصدر الإيذاء	٢٠
	البكاء دون وجود أسباب واضحة له	٢١
	الرغبة في الهروب من المستشفى	٢٢
	الرغبة في عدم العودة للأسرة	٢٣
	الانطواء وعدم تبادل الاستجابة مع الآخرين	٢٤
	استخدام أسلوب العنف في تعامله مع الآخرين	٢٥
	أخرى تذكر.....	٢٦

النسبة المئوية	أسباب وقوع الإيذاء على الأطفال	٢١
	١ لتعرض مصدر الأذى للإيذاء في طفولته	
	٢ لانخفاض المستوى التعليمي لمصدر الأذى	
	٣ لانخفاض المستوى الاقتصادي لمصدر الأذى	
	٤ لإدمان مصدر الأذى للكحول	
	٥ لإدمان مصدر الأذى للمخدرات	
	٦ لإنحراف سلوك مصدر الأذى	
	٧ لمعاناة مصدر الأذى من اضطرابات نفسية	
	٨ لوجود مشكلات زوجية بين الوالدين	
	٩ لنشأة الطفل المتعرض للإيذاء في أسرة يغيب فيها أحد الوالدين	
	١٠ استخدام الأسرة لأساليب العقاب البدني الصارم بغرض تأديب وتربية الطفل	
	١١ لأن الطفل المتعرض للإيذاء لا يلتزم بالسلوك المتوقع منه من قبل والديه	
	١٢ اتباع الخدم لأساليب عقابية لا تعلم بها الأسرة	
	١٣ عدم متابعة الحالة الصحية للطفل	
	١٤ إهمال الأسرة لمتابعة ورعاية الأطفال بالمنزل والإشراف عليهم	
	١٥ التفرقة في المعاملة بين الأطفال في مواقف متعددة	
	١٦ لعدم رغبة الوالدين بالطفل لانتمائه لجنس معين	
	١٧ لاصابة الطفل بأحد أشكال الإعاقة	
	١٨ دفع الطفل إلى الإنحراف (كالإكراه على ممارسة أحد الأعمال المنافية للأخلاق: اللواط أو البغاء أو السرقة أو بيع المخدرات)	
	١٩ لأسباب غير معروفة	
	٢٠ أخرى تذكر.....	

النسبة المئوية	الإجراءات المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل من قبل المهنيين في المستشفى	٢٢
	١ إجراء الإسعافات الأولية للحالة	
	٢ المقابلة الأولية مع الطفل	
	٣ المقابلة الأولية مع الوالدين	
	٤ مقابلة مصادر المعلومات	
	٥ إجراءات الفحص الطبي الشامل	
	٦ إجراء الاختبارات والفحوص النفسية	
	٧ الإطلاع على تقارير الأطباء المعالجين السابقين للحالة	
	٨ الإطلاع على تقارير الشرطة إن وجدت	
	٩ مراجعة التقارير الواردة من المدرسة إن وجدت	
	١٠ وضع خطة علاج مع فريق العمل	
	١١ إعداد الاخصائي الاجتماعي لتقرير شامل عن الحالة	
	١٢ أخرى تذكر.....	

النسبة المئوية	دور الاخصائي الاجتماعي مع أسرة الطفل المتعرض للإيذاء	٢٣
	١ عقد المقابلة الأولى مع الأسرة	
	٢ الحديث مع الأسرة حول موقف الإيذاء المتعرض له الطفل	
	٣ التعرف من الأسرة على مصدر الإيذاء الواقع على الطفل	
	٤ معرفة رأي الأسرة نحو مظاهر الإيذاء الموجودة على الطفل	
	٥ إقناع الأسرة بمواصلة علاج الطفل بالمستشفى	
	٦ توجيه الأسرة للأساليب التربوية السليمة لمعاملة الطفل	
	٧ التعرف على مشكلات الأسرة ومحاولة علاجها	
	٨ تعريف الأسرة بوجهة نظر الفريق العلاجي	
	٩ الاتفاق على خطة علاجية مع الأسرة يتم الالتزام بتنفيذها	
	١٠ عقد لقاءات مشتركة بين الطفل والأسرة لتدعيم العلاقات الايجابية بينهما	
	١١ أخرى تذكر.....	

النسبة المئوية	دور الاخصائي الاجتماعي مع الطفل المتعرض للإيذاء	٢٤
	١ مقابلة الطفل فور دخوله المستشفى	
	٢ إتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن مشاعره	
	٣ محاولة التعرف من الطفل على مصدر الإيذاء الواقع عليه	
	٤ محاولة التعرف من الطفل على أسباب الإيذاء الواقع عليه	
	٥ معرفة أسباب المعاملة الأسرية للطفل	
	٦ وضع خطة لإجراءات التدخل المهني الملائم مع الطفل	
	٧ تدعيم العلاقة بين الطفل والأسرة	
	٨ استمرار متابعة وضع الطفل بعد خروجه من المستشفى	
	٩ أخرى تذكر.....	

النسبة المئوية	دور الاخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي	٢٥
	١ توفير البيانات والمعلومات اللازمة عن حالة الطفل	
	٢ تعريف الفريق العلاجي بالمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل	
	٣ المشاركة في مناقشة خطة العلاج من الجانب الاجتماعي	
	٤ نقل مدى رغبة الأسرة في علاج ورعاية الطفل من عدمها للفريق العلاجي	
	٥ تقديم تقارير عن تاريخ مشكلة الإيذاء التي يعاني منها الطفل	
	٦ المشاركة مع الفريق العلاجي في حملات التوعية بالآثار المترتبة على إيذاء الأطفال	
	٧ أخرى تذكر.....	

النسبة المئوية	معوقات مواجهة حالات إيذاء الأطفال	٢٦
	١ عدم اعتراف الطفل بتعرضه للإيذاء	
	٢ عدم تعاون أسرة الطفل المتعرض للإيذاء	
	٣ صعوبة اكتشاف حالات الإيذاء	
	٤ عدم وجود تشريعات وأنظمة تساعد في تقديم المساعدة للطفل	
	٥ عدم وجود هيئات متخصصة لرعاية الأطفال المتعرضين للإيذاء	
	٦ عدم تعاون أجهزة الأمن	
	٧ وجود أنظمة تمنع اقحام الجهات الأمنية في الموضوع	
	٨ التعقيدات الإدارية الخاصة بأنظمة المستشفى	
	٩ عدم دراية الممارسين المهنيين بكيفية العمل مع الطفل المتعرض للإيذاء	
	١٠ عدم وضوح الحدود التي تحدد ما يمكن اعتباره إيذاء	
	١١ أخرى تذكر.....	

٢٧- هل لديك نقاط أخرى تود / تودين إضافتها؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ملحق رقم (٢)
نماذج لحالات أطفال متعرضين للإيذاء

الحالة رقم (١)

العمر	سنة
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	إهمال
مصدر المعلومات	مقابلة الحالة + مكالمة الأسرة + مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفلة المتعرضة للإيذاء ترتبها الأولى بين بقية إخوتها، مولودة في قرية (الأرياف) خارج المملكة حيث إنها غير سعودية، وهي طالبة في الصف الرابع الابتدائي، تعيش حالياً في مدينة الرياض مع أسرتها المكونة من الأب الذي يبلغ من العمر ٣٥ عاماً وهو أمي يعمل بائع خضار براتب شهري قدره ١٠٠٠-١٣٠٠ ريال تقريباً، والأم التي تبلغ من العمر ٣٢ عاماً وهي أمية وربة منزل، ثم الأخ وعمره ٨ سنوات وهو طالب في الصف الثالث الابتدائي، ثم أخت عمرها سنتان، والأخ الصغير وعمره ٤ شهور. الأسرة تعتمد اعتماداً كلياً على دخل الأب الذي يعمل بائع خضار وليس لديها أي مصادر أخرى للدخل، كانت الأسرة تعيش في الأرياف في إحدى الدول العربية، ثم حضر الأب للعمل في السعودية وأحضر أسرته كمرافقين له، تسكن الأسرة في ملحق على السطح بالإيجار بمبلغ ٤٠٠٠ ريال سنوياً، في أحد الأحياء الشعبية بمدينة الرياض.

تزوج الأب من الأم منذ ستة عشر عاماً، وكان الزواج تقليدياً، حيث ينتمي الزوجان إلى نفس المنطقة، وكان عمر الأم عند زواجها ١٤ سنة تقريباً، وأنجبت منه خمسة أطفال، ابنة منهم توفيت وعمرها سبعة شهور نتيجة لإصابتها بنزلة برد، ولا توجد مشكلات بين الزوجين حسب إفادة الزوجة، وقد أوضح الخال أيضاً أن الزوجة لم تشتك أبداً من زوجها.

كانت لدى الوالدان الرغبة في الحصول على الطفلة المتعرضة للإيذاء ، وبقية أطفالهما .

الطفلة متكاملة الشكل ، لا يوجد لديها أي نوع من أنواع الإعاقات . تتصف بالهدوء حسب ما بدا من مظهرها أثناء وجودها بالمستشفى ، وحسب إفادة المدرسة ، وأفادت الممرضة بأن الطفلة قليلة الكلام حتى مع والدتها .

الطفلة مرتبطة بأخيها الذي يصغرها بعامين تقريبا (حسب إفادتها) أنها دائما تحب أن تلعب معه ، حسب إفادة الأم بأن أولادها أشقياء ، يضربون بعض الأطفال بشكل بسيط وطبيعي ، يعيشون بشكل مستقل في منزلهم ، ليس لديهم احتكاك بالآخرين . كما أن الأم تفيد بأنها تهدئ الطرفين عندما تحدث خلافات بين الأطفال ، وبأنها تضي الوقت كله مع أطفالها ، كما أنها تعامل أبناءها بحنان ، وتفيد بأنها هي ووالدهم يعاملونهم بالتساوي ، وأن الأطفال متعلقون بالطرفين . أما أسلوب تربيتها لأطفالها فإنها توجههم بالقول لهم « كذا عيب وكذا غلط » ، أما عندما لا تلتزم طفلتها بتعليماتها فإن الأم تقوم بتحذيرها وتنبهها وتهدئة الموقف إن كان هناك مشكلة بينها وبين إخوتها . وتفيد الأم أن الطفلة ملتزمة بتعليمات والديها عدا غيابها المتكرر عن حضور الدرس الخصوصي . تفيد الأم أن تعامل الأب جيد مع أبنائه ، فهو أحضرهم معه إلى السعودية حتى لا يبعدوا عنه ، فهو لا يستطيع العيش بدونهم ، وتضيف بأن الأب كان تعامله جيدا ، ولكن والدته طلبت منه الحضور للحج ، واستدان بعض المال من أجل أن يستطيع إحضارها للحج ، وبدأ الناس يطالبون بمالهم ، ولذا بدأ يحس بالضغوط تحيط به ، لذا أصبح متضايقاً كثيرا لهذا السبب . وأضافت الأم بأن الأب لا يضرب أبنائه ، ولكن حدث ذلك عندما تأخرت ابنته في الشارع حيث انه خاف عليها ولهذا ضربها ، فكانت هذه المرة الأولى التي يضرب فيها ابنته . فهو يقضي معظم

وقته خارج المنزل في عمله من الصباح إلى المساء . وحسب إفادة الطفلة «عندما لا نسمع كلام باب» أي عند مخالفتهم هي وإخوتها لتعليمات والدهم فهو يضربهم . وعبرت الطفلة أنها كل أسبوع تقريباً تتعرض للضرب من قبل والدها ، وتكون ردة فعلها البكاء . كما يرى الخال أن الطفلة الكبرى لها ميزة خاصة لدى والدها لأنها الابنة الكبرى ، والأب يدلل أبناءه . حسب إفادة الأم بأنه لا توجد شكاوى من المدرسة على الأطفال ، لأن الأم دائماً تحذرهم من إثارة أي مشكلات . وفي اتصال هاتفي بالاختصاصية الاجتماعية في المدرسة التي تدرس بها الطفلة أفادت الاختصاصية الاجتماعية بأن الطالبة لم يبد لها أن هناك مشكلات بينها وبين زميلاتها ، وعلاقتها جيدة مع المعلمات ، ولم تعاقب على سلوك بدر منها ، كما أن مستواها في الدراسة جيد جداً ، وسلوكها جيد ، ولم يلاحظ عليها غياب متكرر . وأفادت الأم بأن أطفالها لا يشاهدون أفلاماً بها عنف في التلفزيون ، وقد أفادت الطفلة بأنها لا تحب هي وإخوتها أفلام العنف بل يحبون مشاهدة المسلسلات العربية . أما الوالدان في الأسرة فلم يشاهدا أفلاماً بها مشاهد للعنف في طفولتهما لأنهما كانا يعيشان في الأرياف . وتوضح الأم أن الأب يصلي جميع الفروض ، وأن الأسرة تنتمي إلى الأرياف المتمسكة بالتقاليد .

وتفيد الأم بأن الأب يقوم بتوصيل ابنته للمدرسة عند ذهابها صباحاً ، أما الابن فيذهب مع الأم للمدرسة مشياً على الأقدام ، وترك الأم باقي الأطفال في البيت لمدة ١٠ دقائق تقريباً ، يعود الولد بمفرده من المدرسة ظهراً ، لا تذهب معه أمه إلا الصباح ، لأن الشارع خال ، أما الابنة عند عودتها ظهراً من المدرسة فإن والدها يحضرها أو يرسل من يحضرها . ثم يذهب الابن والابنة بعد الظهر أو العصر تقريباً للدرس الخصوصي بمفردهما مشياً على الأقدام حيث يبعد منزل المعلمة ٥ دقائق وبيت المعلم ٥ دقائق في نفس

الشارع . أفادت الأم بأن ابنتها الكبرى كانت تذهب يومياً للدراسة كتقوية لها مع معلمة تسكن قريباً من مسكنهم في نفس الشارع بعد صلاة الظهر أو العصر وذلك لمدة ساعتين أو ثلاث ساعات تقريبا وتعود للمنزل عند المغرب . وحسب إفادة الخال أن الابنة تذهب وكأنها ستذهب للمدرسة ولا تذهب ، وتم اكتشاف ذلك بعد اتصال من المدرسة عن تغييرها لعدة مرات . وكذلك كانت تذهب لمعلمة بعد الظهر أي في حدود الساعتين تقريبا ولكن تكرر عدم ذهابها للمدرسة ، ولا يعلم أفراد أسرتها أين تمضي هذا الوقت ، ويعتقدون بأنها تمضي الوقت في الشارع ، أو حسب إفادة الطفلة لأهلها بأنها تقضيه أمام باب الشقة ، وأحيانا تقول لم أتغيب بل ذهبت للمدرسة . وبعد سؤالها من أهلها هل تريدان المدرسة ؟ تقول نعم . وحسب إفادة الأم وفي أحد الأيام (قبل الحادث بأسبوع تقريبا) اشتكت المعلمة من عدم حضور الطفلة للدرس الخصوصي ، فقام الأب بضرب الابنة ، نتيجة لخوفه عليها ، وسألها عن مكان غيابها ، ولماذا تجلس في الشارع كل هذه المدة ، لأنه لا يريد أن يأخذها أحد عندما يجدها بمفردها في الشارع ، ولكن الابنة تغيبت في المرة الأولى عن الدرس أمضت الفترة بأكملها في الشارع ، وضربها والدها لأن الأسرة قلقت عليها حسب إفادة الأم . ثم بعد ذلك بأسبوع أو أكثر تكررت نفس القصة وغابت الابنة عن حضور درس التقوية لدى المعلمة ، وظلت في الشارع لا يعرفون أين هي إلى وقت المغرب ، وفي المرة الأخيرة التي تعرضت فيها الطفلة للإيذاء من قبل والدها ما أدى إلى دخولها للمستشفى ، أفادت الطفلة بأنها ووالدها ووالدتها كانوا خارج المنزل ولم تذهب هي للمعلمة لأخذ دروس التقوية ، وجلست في البيت ، وذلك لأن المعلمة كانت تضربها ، وقالت إن المعلمة بعثت ابنها وأبلغ العمال زملاء والدها بأنها لم تحضر للدرس ، فعاد الأب إلى المنزل في فترة العصر وكانت

أمها خارج المنزل ، فأخذ الطفلة وربطها بسلك ووضعها في السطح وضربها في السطح لعدد من الساعات ، ثم أضافت بأنه سكب أيضا ماء ساخناً عليها ، وعندما حاولت الأم بعد عودتها مطالبة الأب بفك رباط الطفلة ، رفض ذلك ثم خرج إلى أن فكت والدتها رباطها ، بعد ذلك حضر خالها وأخذها للمستشفى . وحسب إفادة الخال بأنه في ذلك اليوم الذي لم تذهب فيه للمدرسة قام الأب بضربها وربطها بسلك جهاز التسجيل ، ووضعها في السطح على البلاط من الساعة ٢ ظهراً إلى الساعة ٣٥ : ٤ عصرًا وخرج الأب من البيت بعد ضربها ، ثم فكتها الأم وقامت اغتسلت . وكان تبرير الخال للحروق الموجودة على الطفلة بأنها ناتجة عن حرارة الشمس . وقال الخال إن الأب عندما علم بأن ابنته تغيبت عن الدرس خاف عليها لذلك ضربها . وأفادت الأم أن الابنة كررت الغياب عن الدرس لذلك مارس الأب العقاب عليها الذي أدى لدخولها للمستشفى . فقام الأب بربط الابنة كلها وأجلسها على الأرض وضربها بالسلك وتركها في السطح لمدة ساعتين تقريباً بعد المغرب . حاولت الأم فك الرباط عن الابنة ولكن الأب رفض أن تتدخل في الموضوع ، حسب إفادة الأم بأنها حاولت إقناعه بالعدول عما يفعله وهددته بأنها ستبلغ الشرطة ولكن دون جدوى ، ثم أغمي على الطفلة ، وأفادت الأم : وعندما حضر الخال بعد خروج الأب وفك الابنة أخذها مباشرة إلى المستشفى . وحسب إفادة الأم أن سبب الحروق التي تعاني منها الطفلة بأن ذلك كان ناتجاً عن حرارة الشمس في السطح لأنهم يسكنون فيه ولأن الطفلة مربوطة طوال الوقت هناك ، وتم تغسيل البنت بالماء البارد . ثم عندما كانت الساعة ٩ - ١٠ مساءً تقريباً أخذ الخال الطفلة للمستشفى وكان معه زميله ، وذلك بدون حضور الأم لأنها جلست مع الأطفال . كما أفاد الخال بأنه كان في عمله وعند عودته من العمل الساعة ٨ مساءً جاء إلى

منزل أخته ، وعندما دخل المنزل وجد ابنة أخته على يديها قطع شاش ، وأوضح الخال بأنه وجميع من يعرفون الأب لاموه على تصرفه وأن الأب حالياً نادى على ما فعل ، ولا يذهب للعمل ، ومتوقف عن الطعام . وأفاد الخال بأن الابنة كانت تبكي وتريد أن ترى والدها وتقول «أنا سامحته» . وعندما حضر الأب لزيارة ابنته تقول الأم بأن ابنته اعتذرت منه وقالت له : «حقتك على يا بابا» ، وفي صباح اليوم التالي لدخول الطفلة للمستشفى حضرت الأم لزيارتها وبقيت معها كمرافقة مع طفلها الرضيع . كذلك حضر الأب لزيارة ابنته صباحاً في المستشفى وكرر زيارته لها ، وعندما طلبت اختصاصية المستشفى من الأم حضور الأب لها في مكتبها بينت الأم أنه قد لا يستطيع ذلك لأنه مرهق جداً .

وفي اتصال هاتفي بمعلمة الفصل الذي تدرس به الطفلة ، أفادت معلمة الفصل بأن الطالبة مستواها جيد جداً ، وليست مهملة ، لم يلاحظ عليها أنها تتغيب عن الحضور ، كما أنها طالبة مؤدبة ، ولم يصدر شكوى ضدها من أي أحد . ولاحظت المدرسة عند حضور الطالبة للمدرسة بأن عليها علامات ضرب ، وعلامات ضرب بألة كالحيزرانة «على وجهها ، وكذلك علامات ضرب بشيء آخر» «كالطاولة» على الجبهة ، بالإضافة إلى آثار كدمات على الوجه ، وعندما سألتها المعلمة عن سبب ذلك ، أفادت الطالبة بأن أباهما ضربها لأن أخاها عطل جهاز «الريسفر» وقال إنها هي التي عطلته . ثم حضرت الطالبة مرة أخرى تلبس «إيشارب» على رأسها محاولة أن تغطي به آثار الضرب ، وعندما حاولت المعلمة إزالة «الإيشارب» وجدت آثار ضرب على الجبهة والرقبة . وعندما سألتها المعلمة عن السبب قالت إنه كانت لدى أمها ضيوف ، ولذلك لم تذهب ابنته إلى المعلمة الخصوصية لأخذ الدرس بعد الظهر مما جعل الأب يضربها . وعندما تغيبت الطالبة عن المدرسة

سألت المعلمة قريبة لها (وهي طالبة في نفس المدرسة أيضاً) عن سبب تغيبها فأفادت قريبتها بأنها في المستشفى ، نتيجة لأنها لم تذهب لأخذ الدرس لدى المعلمة الخصوصية ، فإن أخاها بلغ عنها مما جعل والدها يربطها ويضعها في السطح ويضربها ، كما هدد الأب الأم بأنه إذا فكت الرباط عنها فإنه سيرمي الطفلة من فوق العمارة ، إلى أن تمتل قدما البنت . كما أضافت المعلمة أنها قد سمعت بعد ذلك من زميلات الطالبة أيضاً أن الأب قد سكب على ابنته ماء السيارة ، ولكن لا تدري المعلمة عن مدى صحة هذه المعلومات .

الحالة رقم (٢)

العمر	١٠ سنوات
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	إهمال
مصدر المعلومات	مقابلة الحالة+مكالمة الأسرة+مقابلة المهنيين في المستشفى

ولدت الطفلة في مدينة الرياض ، وقد دخلت المرة الأولى للمستشفى ومكثت مدة ثلاثة شهور ، وبعد تحسن صحتها ألح المستشفى على أهلها باستلامها ، ولكن بعد أسبوع من خروجها من المستشفى عادت مرة أخرى نتيجة نقصان سريع وشديد في وزنها بالإضافة إلى إصابتها بالجفاف . وكان ذلك في أوائل شهر ذي الحجة ١٤١٩ هـ وما زالت موجودة حتى الوقت الحاضر (أي إلى الأشهر الأولى من عام ١٤٢٠ هـ). ولكن الشكل الخارجي للطفلة طبيعي ، ولدى الطفلة عيب خلقي في القلب (ثقب في القلب) بالإضافة إلى أن الطفلة تعاني من تأخر في النمو ، كما أنها تعاني من تأخر

(قصور) في النمو مما جعلها لا تستطيع التحرك أو الجلوس نتيجة لإصابتها بمرض داندي وكور . وقد تحسنت صحتها وزاد وزنها بعد إقامتها بالمستشفى نتيجة للعناية والرعاية والغذاء الكامل .

تعاني الطفلة من إهمال أسرتها لها ، فهي تعيش مع والدها وزوجته وأسرته ولا يوجد من يهتم بها ويرعاها ، أما الأم فقد تركت الابنة حتى يرببها أهل زوجها ، ورفضت الحضور لزيارتها أثناء وجودها بالمستشفى ، بحجة أنها تخشى أن تحنو على الطفلة ويؤنبها ضميرها وتضعف وتأخذها . أما والدها فزيارته لها قليلة جداً في المستشفى . كما أن زوج الأم لا يقبل وجود الطفلة . فالطفلة مهملة ولا يوجد أي نوع من العلاقات الحميمة بينها وبين أسرتها .

تتعرض الطفلة للإهمال بشكل مستمر من قبل الأب والأم وأهل الوالدين نظراً لعدم وجود الرعاية التي تحتاج إليها ، حيث ترفض أم الطفلة رعايتها ، وعلى الرغم من وجودها مع والدها إلا أنه ليس هناك أحد يرها سواء زوجة الأب أو أسرته . عند دخول الطفلة للمستشفى يتهرب كلا الطرفين سواء الأب أو الأم من زيارتها إلى حد يصل بالأم إلى أن تمتنع تماماً عن زيارة ابنتها ، كما أن الأب يتهرب من المستشفى في استلام طفلته حتى بعد شفائها ، وأهل الزوجة لا يرغبون في رعاية الطفلة ، كما أن والددة الأب (الجددة) وأخواته (العلمات) يخشين رعاية الطفلة بحجة أنه يلزمها رعاية خاصة لا يستطيعن توفيرها لها . ونتيجة لكل ما سبق تكرر دخولها المستشفى ، وكان الأب في كل مرة يقوم بإحضارها .

والد الطفلة كان يعمل «عسكري» في منطقة أخرى براتب شهري قدره ٥٠٠٠ ريال في السابق ، ويبلغ من العمر في الوقت الحالي ٤٥ عاماً تقريباً ،

ومستواه التعليمي ابتدائي ، وبسبب كثرة تغيبه عن العمل لرعاية والده المريض وعلاجه في مدينة الرياض فصل من العمل ، مما اضطره للانتقال للسكن في مدينة الرياض مع أسرته المكونة من الزوجة و ٦ أطفال « ٤ ذكور و ٢ إناث » وأكبرهم عمره ١٥ عاماً وأصغرهم يبلغ من العمر سنة وثمانية أشهر ، وكذلك والده ووالدته ، وعمل كسائق براتب شهري قدره ٢٨٥٠ ريالاً لدى إحدى الأسر . بعد تحسن وضعه المادي فكر في الزواج من زوجة أخرى ، فتزوج بوالدة الطفلة ، والزوجة تبلغ من العمر في الوقت الحالي ٢٨ عاماً مستواها التعليمي إلى المرحلة المتوسطة ، وقام بإسكانها في سكن مستقل حيث كانت تسكن مع ابنتها من زوجها الأول وذلك في طابق مستقل فوق منزل أسرتها ، وحملت الزوجة بهذه الطفلة ، وبدأت المشكلات بين الزوجة الأولى وأسرة الزوج وبين زوجته الثانية ، مما جعل الأب يترك عمله ليتفرغ للمشكلات ، وبدأ يمكث فترات أطول في المنزل لشكته في زوجته الثانية ، حيث اتهم أهل الزوج الزوجة الثانية بأن لها سلوكاً غير أخلاقي ، وبعد أن دام عمر الزواج مدة سنة تقريباً ولدت الأم الطفلة وحدث الطلاق ، فقامت الأم ووالدها بإعطاء الطفلة لوالدها وأسرتها بحجة أنهم سببوا لها العديد من المشكلات واتهموها باتهامات لا صحة لها ، حيث اتهم الأب أم الطفلة بأنه لاحظ أثناء زواجه بها كان لها مكالمات هاتفية ، كما اتهمها أيضاً بأنها أدخلت رجلاً إلى المنزل . فعاشت الطفلة مع والدها الذي انقطع عن العمل وبالتالي لا يوجد لديه دخل ثابت بل يعتمد على مساعدات أهل الخير .

والدة الطفلة حالياً متزوجة ، وهي ربة منزل ، تسكن في مدينة الرياض ، كما أنها كانت متزوجة وأنجبت طفلة ، ودام عمر زواجها الأول مدة سنتين أنجبت فيه طفلتها الأولى ثم طلقت ، وبعد ذلك تزوجت من والد الطفلة

المتعرضة للإهمال مدة سنة تقريبا وأنجبت الطفلة منه ثم طلقت ، ومنذ شهرين تزوجت الزوج الثالث وعمره ٣٥-٣٦ سنة تقريبا وهو متزوج من زوجتين أخريين ، وهي تعيش في الوقت الحاضر مع أسرتها ، وفي أيام محددة تذهب لبيتها مع زوجها ، وتعيش معها في منزل أسرتها ابنتها الأولى من زوجها الأول وعمرها ١١ سنة .

أفادت الأم خلال المكالمة الهاتفية معها بأنها بعد زواجها من والد الطفلة المتعرضة للإهمال انفصلت عنه بعد إنجابها لطفلتها ، وبعد ذلك ظلت الطفلة في أحد المستشفيات لمدة شهرين نتيجة لمرضها ووجود ورم في رأسها ، ثم بعد ذلك خرجت الطفلة من المستشفى وبقيت عند أمها لمدة شهر تقريبا ، ثم قامت الأم نتيجة لخلافاتها مع زوجها واتهاماته لها باتهامات غير صحيحة بإعطائه طفلته ، كما أن أسرة الأم لم يتدخلوا لأنهم رأوا طبع الأب هكذا ، فلماذا هم شجعوها وقالوا لها اتركي الطفلة له ، وضربت الأم مثلا بزواجها الأول والد طفلتها الأولى بأنه منذ انفصل عنها لم يتدخل ولم يجلب لها أي نوع من المشكلات وأصبح يأخذ ابنته زيارة كل ٤-٦ شهور تقريبا ، وعندما طلقت من الزوج الثاني والد الطفلة الثانية عرض عليها الزوج الأول العودة له ولكنها رفضت ، وعندما تزوجت الزوج الثالث عرضت على والد الطفلة إن كان يرغب في أن يأخذ ابنته ، ولكنه رفض وقال تبقى لديك فأنت أمها وبقاؤها مع أمها أفضل ، وأوضحت الأم بأنها ستبقي الابنة الأولى لديها إلى أن تكبر وتزوجها لأنها متعلقة بها وبينهما ارتباط قوي ، وأفادت بأنها " لو أعطوها وزنها ذهباً لن تتركها " ، وبينت الأم أن الإنسان يعيش مرة واحدة وهي لا تحب المشاكل وتبرر الأم إعادتها لطفلتها وهي عمرها شهور بدون طلب منه نتيجة لاتهامه لها ، فقالت «الباب اللي يجي منه الريح سده واستريح» لا داعي للمشاكل ، ثم بعد ذلك لم تتصل بأسرة الزوج أو

الزوج للسؤال عن ابنتها . وعندما دخلت الطفلة للمستشفى لأول مرة لم يبلغها بذلك وهي غاضبة من ذلك تقول « لماذا لم يخبرني أليس للبنت أم ؟ هل أنا ميتة حتى لا يخبرني؟ وقالت من حقي أن أعلم عن ابنتي»، ثم أصبحت الأم ترى كوايس في نومها عن ابنتها، ثم بعد ذلك اتصل الأب بأخي الأم (الخال) وبلغه عن وجود ابنتها في المستشفى، وتفسر الأم عدم إبلاغ الأب لها عن ابنته نتيجة لخوفه، لأن المستشفى أحضر الشرطة واستدعوه وكذلك زوجته ولأنه كما تفيد خاف من المسؤولية لذلك بلغها . ولكن الأم أفادت بأنها ممكن أن تأخذ ابنتها من الأب عن طريق المحكمة ولكنها لا تحب المشاكل، وهي تريد أن تأخذ البنت من أبيها «بطيب نفس» منه، وتعيش مع ابنتها الأخرى، فابنتها مريضة وتحتاج عناية، وزوجة الأب لن تعتني بها . ولكن الأب كما تفيد عنيد ولا يخاف الله والمفروض أن يفكر في كل هذا . وأضافت الأم بأن الأب عندما اتصلت هي بأمه تقول لها إن كان لن يأخذ الابنة من المستشفى ستأخذها هي، بدأ مرة أخرى في كلامه المعتاد «كما أسمته كلام حريم» وهذا ما جعلها تغير رأيها ولا تحضر لزيارة ابنتها بعد أن قررت أن تزورها منذ أسبوع، وأفادت بأنها تفكر في ابنتها وتشتاق لها، ولكن الأب حرمها منها . وقالت بأن أسرته لا مانع لديهم أن تأخذها الأم . ولكن هي لم تزورها في المستشفى خوفاً من أن تتعلق بها، وهي ترى بأنها إذا تعلق بها فمن الصعب أن تتركها .

الحالة رقم (٣)

العمر	١٤ عاماً
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني ونفسي
مصدر المعلومات	مقابلة الأم + أحد أفراد الأسرة + مقابلة المهنيين في المستشفى + الإطلاع على الملف

الطفلة المتعرضة للإيذاء من مواليد مدينة الرياض ، مستواها التعليمي ابتدائي ، ترتيبها الثانية بين بقية اخوتها من الأشقاء . تتكون الأسرة من ٦ أفراد ، الأب يبلغ من العمر ٤٥ عاماً ، مستواه التعليمي دون المتوسط ، يعمل موزعاً براتب شهري قدره ٣٠٠٠ ريال ، يبلغ عمر الأم ٣٩ عاماً ، مستواها التعليمي دون الابتدائي ، وهي ربة منزل ، وعدد الإخوة الأشقاء خمسة ، الابن الأكبر عمره ١٥ عاماً يدرس في الصف الأول الثانوي ، ثم الابنة وهي المتعرضة للإيذاء ، ثم ابن عمره ست سنوات ونصف السنة ويدرس في الصف الأول الابتدائي ، ثم ابنة يصل عمرها إلى ٥ سنوات ، ثم الابن الأخير ويبلغ عمره ٤ سنوات . ابنتان من أب آخر نتيجة لزواج سابق للأم ، الأخت الكبرى تبلغ من العمر حوالي ٢١ عاماً ، موظفة ، وجامعية ، والثانية عمرها ١٨ عاماً وهي طالبة في المرحلة الثانوية . مصدر دخل الأسرة الوحيد هو راتب عمل الزوج . وتسكن الأسرة في سكن بالإيجار في دور أرضي في عمارة ، في أحد الأحياء الشعبية بمدينة الرياض .

بدأت مشكلة الأسرة منذ الأشهر الأولى لولادة هذه الطفلة ، عندما أحست الأسرة وتحديد الخال الذي أدرك المشكلة بأن الأم لا تريد ابنتها ،

وتم اكتشاف تعرض الابنة للإيذاء من قبل أمها، حيث بدأ الخال يجد الطفلة في غرفة بمفردها مربوطة في السرير حتى لا تنزل منه مثلاً، أو تقوم الأم بتشغيل جهاز الراديو حتى لا تسمع صوت طفلتها، وقد بدأت الأم (حسب إفادة الاختصاصية) تعامل هذه الابنة معاملة قاسية وتضربها وتحبسها في غرفة مظلمة، وكانت الأم تلصق الآيات القرآنية على باب غرفة طفلتها حتى تذكر بأنه يجب عليها إذا رأتها ألا تضربها. وأفادت الأم بأنه في السابق كانت البنت صغيرة وبكاؤها مستمراً فكانت قاسية عليها، فإذا حدثت أي مشكلة تستغل الموقف لتضربها. حيث كانت الطفلة في السابق (حسب إفادة الأم) كثيرة البكاء. وعند ولادة هذه الطفلة كان الخال (حسب إفادته) شاباً صغيراً وطالباً، فهو بذلك لم يستطع تربية ابنة أخته، وكانت والدته (الجددة) كبيرة في السن ومريضة كما أن رجلها مبتورة نتيجة لمرضها، بالإضافة إلى أنها عصبية المزاج وبالتالي لا تستطيع رعاية الطفلة، أما والد الخال (وهو زوج أم الأم أي زوج الجددة) فهو أيضاً كبير في السن، وكانت الطفلة ذات نشاط زائد ولم يتقبل أنها "تخرب في بيته"، كما أن حالة الطفلة أيضاً رفضت إبقاء الطفلة لديها، ويرى الخال أن الأسرة لم تتفهم المشكلة، لذا لم يكن هناك أحد يستطيع المساهمة في حلها. فبدأ الخال يأخذ الطفلة لديه منذ كان عمرها سنة واحدة حتى وصل عمرها إلى ٨٧ سنوات تقريباً لفترات عندما يكون لديه في منزل أهله شغالة ترعاها ويعيدها لأمها في فترات أخرى. وعندما بلغت الطفلة عمر ٤ سنوات تقريباً (حسب إفادة الخال والاختصاصية النفسية) طرح الخال على أحد الأطباء النفسيين مشكلة ابنة أخته، ثم ساعده الطبيب في فتح ملف لها بالمستشفى للعلاج، وقد تم علاج الطفلة، وتطلب الأمر علاج الأم لتعريضها لابنتها للإيذاء، واستمرت في العلاج بالقسم النفسي لمدة سنتين ونصف تقريباً، ثم بعد

ذلك انقطعت الأم وابنتها تماماً عن الحضور لاستكمال العلاج، وكان التشخيص الأولي لمشكلة الأم من قبل المستشفى أن لديها مشاعر سلبية تجاه الطفلة، ومشاعر ذنب. ثم بعد ذلك تم تشخيصها بأن الأم لا تراعي ابنتها، وتحاول تجنبها وإبعادها عنها، وأنها خائفة من إنجاب أطفال آخرين، بالإضافة إلى إصابتها باكتئاب من حالة ابنتها. وتبين أن شخصية الأم اجتماعية وتحب الناس ولديها صديقات. وكذلك بأن لدى الأم قلقاً، بالإضافة إلى وجود مشكلات زوجية لديها. أما التشخيص النهائي من قبل المستشفى لحالة الأم فكان بأنها تعاني من اكتئاب مع أفكار وسواسية (الوسواس القهري).

وحسب التقرير كانت توصيات الفريق العلاجي أنه لا بد من علاج الأم وكذلك تنمية علاقة الأم بطفلها، أيضاً العلاج باللعب play therapy للطفلة، بالإضافة إلى إدراك أهمية العلاج الجماعي، وتنمية المهارات الاجتماعية، وتمييز الصح من الخطأ لها. بالإضافة إلى أهمية القيام بفصل الأم عن ابنتها لدى أسرة بديلة، ومقابلة الزوج (الأب)، والابنة، وتطبيق اختبارات عليهم. ولم يتم أي إبلاغ للشرطة من قبل المستشفى عن هذه الحالة. ثم بعد ذلك وبالتعاون بين الخال والمستشفى وجدوا أنه من الملائم إبعاد الطفلة عن أمها حتى لا تعرضها لمزيد من الإيذاء، وبالفعل أخذتها أسرة بديلة، بعد موافقة الأم، وعاملتها الأم البديلة معاملة حسنة مثل باقي أطفالها، وكانت الأم البديلة متعاونة جداً مع المستشفى ومنتظمة في إحضار الطفلة لمواعيدها في القسم النفسي وحضور جلسات علاجها إن لزم الأمر، كما قامت بإدخالها مدرسة خاصة وقضت الطفلة 6-8 شهور تقريباً لدى الأسرة البديلة كان عمرها 5، 4-5، 5 سنوات تقريباً ثم بعد ذلك اضطرت الأسرة البديلة للسفر إلى خارج المملكة، وبذلك عادت الطفلة إلى خالها

مدة سنة ونصف تقريباً . وأضاف الخال أنه عندما وصلت الطفلة سن المدرسة لم تقبلها المدارس الحكومية لذا قام الخال بإدخالها لمدرسة أهلية ، وعندما حان موعد زواج الخال وبعد ضغوط من والدة الطفلة أعاد الخال ابنة أخته للأمها ، وعمرها ٧-٨ سنوات تقريباً وظلت عند أمها إلى الوقت الحالي ، أما قبل ذلك فكان بقاؤها مع أمها لفترات متقطعة ما بين الخال والأم البديلة والأم .

الطفلة قليلة الوزن ، وغير طويلة ، كما يبدو عليها مظاهر الإهمال . وقد تعرضت الطفلة إلى الإيذاء البدني والإيذاء النفسي . وحسب التقرير الطبي في المستشفى فإن مظهر الطفلة مهمل ، شعرها يحتاج لتمشيط ، وملابسها غير نظيفة ، وحذاؤها بال ، ويوجد على شفيتها تشويه وجهي ثانوي . في الوقت الذي كانت تعالج فيه بالمستشفى كانت الأم تستطيع الجلوس مع طفلتها لمدة طويلة بدون علامات على استياء أو أي سلوكيات محيرة . كما أنه لا يوجد آثار على جسد الطفلة لأي شيء . يعتقد الخال حسب ملاحظته بأن الطفلة تتعرض للإيذاء باستمرار ، كما يبدو عليها علامات اكتئاب ، كما أن هناك خوفاً واستسلاماً من قبلها لما تتعرض له من قبل أمها . كما أن الأم تنعت الابنة " أي تطلق عليها ألقاباً ومسميات مشينة " ، وقد لاحظ الخال عليها كدمات وآثار ضرب وخدوش وآثار خنق وآثار أظافر على رقبتها بالإضافة إلى زرقة في منطقة العيون . بالإضافة إلى أنه حسب الملف الطبي فإن مزاج الطفلة به إظهار للعاطفة ودافئ وودود ومزاج سعيد . ودائماً تجعل الناس يحبونها ، وتبحث عن الحب ، ولم تظهر حتى كتابة هذا التقرير تعبيراً عاطفياً قوياً كالغضب . كما أن لدى الطفلة حسب الملف الطبي مشكلة في الحديث ، وهناك صعوبة في فهم كلامها . يرى الخال بحكم إصابة الطفلة بالشفة الأرنبية فطريقتها في الحديث غير

جيدة وتتحدث بطريقة غير واضحة . وكذلك حسب تقرير الملف الطبي بأنه ليس هناك علاقة إيجابية بين الأم والطفلة، فالأم لا تستطيع إعطاء الطفلة اتصالاً عينياً (أي النظر) لابتتها . الطفلة تنظر تجاه أمها ولكن رد فعلها دائماً بخوف ، الطفلة تجلس بهدوء في حضور الأم ، كما أن الطفلة ترغب في الانفصال عن أمها . وحسب إفادة الخال أن الطفلة كان لديها قدرة منذ صغر سنها على تحمل الألم (فلو ذهبت لطبيب الأسنان تصبر ولا تبكي أبداً أمام الآخرين) ، كما أنها ترى في نومها أحلاماً وكوابيس ، وكانت تتبول (لا إرادياً) أثناء النوم في طفولتها . الطفلة (حسب إفادة الخال) عدوانية مع الأطفال الآخرين من زملائها ، عندما كانت تدرس في المدرسة ، ولكن لها بعض المشاكل وهي كما أفاد الخال أن والدتها تقول بأنها كانت تمارس سرقات بسيطة تظهر في المدرسة ما تسبب في حرمانها من المدرسة .

والطفلة ذات نشاط زائد ، يوجد لديها إعاقة وهي عبارة عن إصابتها بشفة أرنبية . وحسب إفادة الأم بأنها تقول لطفلتها تكلمي بشكل سليم أنت الآن أصبحت كبيرة والناس لن تتقبل منك ذلك مثلما كنت صغيرة ، وتردد وراءها الكلمات حتى تعلمها طريقة النطق السليمة . أما الآن فقد أصبحت الطفلة (حسب إفادة الأم) مطيعة لها ، وتشتغل في البيت وتساعددها . وكما تفيد الاختصاصية بأنه عندما كانت الأم تراجع المستشفى كان جزء من مشكلاتها مع زوجها أنها غير مرتبة في بيتها . ثم إن الأم حالياً)حسب إفادة الخال) تقفل باب المطبخ على ابنتها حتى تشتغل فيه ، ولاحظ الخال أن يد الطفلة خشنة كيد الحرفيين ، ويدل ذلك على كثرة العمل . كما أفاد الخال بأن الأم جعلت طفلتها الكبرى تشتغل في البيت ، لذلك يعتقد أن هذا هو أحد أسباب حرمانها من المدرسة في اعتقاده وحتى تقوم أيضاً برعاية أختها الصغيرة بغرض ألا تواجه الأم طفلتها وبذلك تتعد عنهما ، بالإضافة إلى

عدم إدراك الأم والأب أيضاً لأهمية التعليم . يرى الخال بأنه ليس هناك احتكاك مباشر بين الأم وبناتها من الإناث ، لأن الأم تعزلهن فهن لا يأكلن مع باقي أفراد الأسرة مثلاً وهن بغرفة منفصلة . كما أن الطفلة منذ ستة شهور هربت من المنزل إلى منزل خالها لأنها كسرت صحناً وخافت من عقاب أمها . وعندما وصلت لمنزل خالها كانت عباؤها ممزقة ومنتسخة وسيئة ، وكانت تدور في الشوارع إلى أن وجدت سيارة وطلبت من صاحبها أن يوصلها لمنزل خالها .

بالإضافة إلى أن الأخت الأخرى تتعرض للإيذاء من قبل الأم أيضاً ، وتبلغ الطفلة الصغرى من العمر ٥ سنوات ، مولودة في مدينة الرياض ، ترتيبها بين بقية اخوتها الخامسة ، وهي طفلة طبيعية ، لا يوجد لديها أي نوع من أنواع الإعاقات ، إلا أن وزنها قليل مقارنة بإخوتها الذكور . لديها مشكلة في الحديث بحيث أنه لا يتناسب مع عمرها . يرى الخال أنها ملتصقة بأختها الكبرى ، تمشي بخوف ، ولا تتكلم بطلاقة مع الآخرين ، كما يرى أنه يبدو عليها علامات الاكتئاب . كما أن الأم تنعت الطفلة بإطلاق مسميات سلبية عليها مثل أختها . وتتعرض أيضاً هذه الطفلة إلى الإهمال والإيذاء البدني والإيذاء النفسي من قبل الأم . حيث رأى الخال على الطفلة آثار كدمات ، كما اكتشفت زوجة الخال أن الحفاظ لا يتغير لها ، وبها بهاق ، ولكن لم يسبق لها أن حضرت للمستشفى .

الأم انفصل والدها عن والدتها ، وكانت والدتها حاملاً بها ولم تلدها بعد ، ولدت وهي لا تعرف والدها ، عاشت مع والدتها ومع زوج والدتها ، وكانت تتعرض للعقوبة الشديدة في طفولتها من قبل والدتها كأحد أساليب التربية والتأديب لها . وقد كانت الأم (حسب إفادة الخال) طفلة نشيطة منذ طفولتها ، وكان زوج والدتها أيضاً قاسياً عليها بغرض تربيتهما وتأديبها ،

ولكن الأم تحب زوج والدتها (حسب إفادتها) حتى لو عاملها بقسوة ، لأنه هو الذي رباها وهذا بالنسبة لها أفضل من والدها الذي لم يحن عليها . ثم بعد ذلك عندما بلغ عمر الأم ٩-١٠ سنوات تقريباً أخذها عم والدها للعيش معه ، وذلك لعدم مقدرة زوج والدتها للصرف عليها ، ولأنها اقتربت من سن المراهقة ، عاملها عمها معاملة حسنة وكان كريماً معها حسب إفادتها . تزوجت عمرها ١٣-١٥ عاماً تقريباً من زوج كان عمره ٣٠-٤٠ سنة تقريباً ، فرق في العمر ٢٠-٢٥ سنة تقريباً ، وكان ذلك حسب إفادة الأم بضغط من زوجات العم (وعددهن ٤) لأن لعمها أبناء وبنات كثيرين ، دام زواج الأم مع زوجها الأول ٣-٤ سنوات ، أنجبت خلالها طفلتين منه ، ثم بعد ذلك انفصلت عنه (طلقت) ، لأسباب أخلاقية (حيث أنه حسب إفادة الاختصاصية النفسية وحسب ما وأضحت لها الأم بأنه كان من ضمن أعماله أنه يمارس الجنس مع أولاد صغار في سريها وهذا ما لم تقله الأم) ، وأخذ الزوج البنتين ولا تدري الأم أين هما ومنع الأم من رؤيتهما ، كانت في تربيتها لابنتها الكبرى تضربها أيضاً (حسب إفادة الخال) لأنها كانت عصبية ، وبغرض التربية والتأديب ، ولكنها كانت تحبهما كثيراً . وبعد سنة ونصف من طلاق الأم من زوجها الأول تزوجت من رجل آخر (غير سعودي) وكان ذلك عن رغبة منها وتفاهم بينهما ، وكانت الأم (حسب قولها) لا ترغب في إنجاب الأطفال مباشرة ، ولكنها حملت بطفلها الأول من زواجها الثاني ، وقد كانت سعيدة بذلك ، ورزقت بمولودها الأول الذي كان يتمتع بصحة جيدة ، ثم تكرر الحمل وأنجبت طفلتها الثانية مصابة بإعاقة (شفة أرنبية) ، بعد عملية الولادة لم تر الأم مولودتها مباشرة لأنها كانت تعبانة ، وبعد مضي ست ساعات ذهبت إلى الممرضات لتسأل عن ابنتها ، لأنها حسب إفادتها شكت في أن مولودتها قد ماتت عندما لم يحضروها لها ، ولم يقل

لها أحد أي مقدمات أو تمهيد للموضوع ، ولكن وجدت الممرضة التي لا تتحدث العربية عندما سألتها أين مولودتي تعطيها بعض الإشارات على الوجه والتي لم تفهم الأم معناها ، ثم أحضرت الممرضة المولودة للأم ، وما إن رأتها حتى اكتشفت بأن هناك نوعاً من الإعاقة لدى ابنتها ، تقول الأم بأنها صدمت واعتقدت أن الطفلة ليست ابنتها وأن هناك خطأ ، ثم بعد ذلك هدأت قليلاً ، ولكنها تمت حسب قولها أن البنت تموت ، وتمت الهروب من البيت ، كما أنها كرهت صراخ البنت المستمر وبكاءها ، وتمت لو استطاعت أن تحرق نفسها وتحرقها ، وظلت الأم تبكي لعدة أشهر ، ثم بقيت لمدة سبع سنوات بدون أن تحمل مرة أخرى نتيجة لذلك . حسب إفادة الأم بأنه كان لديها رغبة هي وزوجها في إنجاب طفلتهما هذه ، وحسب إفادة الخال أي بعد إنجاب هذه الطفلة كانت هناك ضغوط من قبل الزوج (الأب) على الزوجة (الأم) لإنجاب مزيد من الأطفال . لم تكن الأم حسب إفادتها لا ترغب في الإنجاب بعد زواجها الثاني ، وبالفعل فقد فرحت بالطفل الأول كثيراً ، إلا أنها كانت تفضل إنجاب الأولاد من الذكور لأنها حسب إفادتها لديها بتتان من زواجها الأول .

الأب متزوج من زوجة واحدة فقط وهي الأم ، يعيش الوالدان مع بعضهما البعض ، وحسب إفادة الأم بأن الخلافات بينها وبين زوجها نتجت عن ولادة طفلتها المصابة بالإعاقة ، فقالت الأم إن الأب على الرغم من أنه مؤمن ورضي بما كتب الله لهما ، إلا أنه وكأنه يتهمها بأنها هي السبب في ذلك ، وبأنه لم يقدر مشاعرها ولم يفهمها (لمحت بدون تصريح أنه لم يقدر ولم يفهم طريقة معاملتها للابنة) ، وأنها ندمت على زواجها منه ، لأنها صدمت فيه بعد أن أنجبت هذه الابنة ، وترى الزوجة بأن أحد أسباب معاملة الزوج القاسية لها هي عصبيتها وقوتها .

حسب إفادة الأم بأن الأب حنون مع أبنائه، ويحبهم ويخاف عليهم، ويتعامل معها بطريقة غير سيئة (وفي كلامها هذا تناقض مع ما سبق أن أفادت به)، وهو شخص أيضاً هادئ ولكنه عصبي في الوقت نفسه. وحسب إفادة الخال بأن الأب غير راض عن سلوك الأم تجاه بناتها، ولكن موقفه به نوع من السلبية. أما الأم فأى حركة من طفلتها تراها شيئاً كبيراً، وتحاول الأم ضبط نفسها عند حضور الأب في تعاملها مع الطفلتين، أما الأب فهو عادل مع جميع أطفاله ذكوراً وإناثاً إلى حد ما (حسب إفادة الخال)، كما أنه إن ضربهم فهو يضرب الجميع، كما أنه يعاملهم معاملة حسنة إلى حد ما. وترى الأم أن أبنائها يحبون بعضهم بعضاً. كما تفيد الأم بأنها عصبية المزاج في تعاملها، وأنها تأتي لأبنائها وتستميلهم وتقول لهم في البداية سأشتري لكم كذا، أو سأخذكم إلى كذا، ولكنها تقول لكل ابن من أبنائها هذه الوعود بمفرده بدون أن تخبره بأنها ستقول للآخر الشيء نفسه، وهم أشقياء، وهي عصبية. بالإضافة إلى أنها تثور على أبنائها عندما يمارسون العنف ضد بعضهم البعض، وتضربهم كعقاب لهم، وفي بعض الأحيان تهددهم (باللي) وأحياناً أخرى بالفعل تضربهم به، وفي الغالب توجه هذه العقوبة إلى الأساسيين (على حد تعبير الأم) أو من هم سبب الخطأ أو المشكلة وهم في الغالب الأكبر سناً، وأحياناً تحرمهم مما يحبون حتى لو كان شيئاً بسيطاً كحلوى أو عصير مثلاً، وبعد أن كبر بنات الأم من زوجها الأول أصبحن الآن يزرنها كل شهر أو أكثر.

الحالة رقم (٤)

العمر	٢٨ يوماً
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفلة المتعرضة للإيذاء مولودة في مدينة الرياض ، تنتمي إلى أسرة مكونة من الأب البالغ من العمر ٣٣ عاماً وهو أمي يعمل "عسكري" براتب شهري قدره ٥٥٠٠ ريال ، والأم وعمرها ١٩ عاماً وهي أمية وربة منزل ، الابنة الكبرى توفيت ، ثم الابنة التي تليها وقد توفيت أيضاً ، والابن وعمره سنتان ونصف تم إيداعه بدار التربية الاجتماعية بالرياض ، ثم هذه الطفلة ترتيبها الأخيرة بين بقية اخوتها .

نوع الإيذاء المتعرضة له الطفلة إيذاء بدني . والأب والأم هما اللذان أحضرا الطفلة للمستشفى . وقد سبق للطفلة المتعرضة للإيذاء الحضور إلى نفس المستشفى حيث كانت ولادة الطفلة في المستشفى وبالتالي مراجعاتها . أحضرت الطفلة إلى المستشفى بتاريخ ١٢ / ٩ / ١٩٩٨م عندما كان عمرها ٢٨ يوماً بتاريخ طبي يشير إلى حمى ومشكلة في الصدر ، تعاني من ارتفاع في درجة الحرارة وكحة ، وبعد عشر ساعات من دخولها المستشفى وجد بأنها تلهث وهناك بطء في ضربات القلب وأجريت لها أنبوبة ، وعندما دخل الدكتور والممرضة على الأم المرافقة لطفلتها أثناء المرور الصباحي وجد أن الأم جالسة بدون أي اهتمام بطفلتها ، ولم تظهر أي مشاعر خوف تجاهها ، على الرغم من أن الطفلة كانت تلهث ، وتم نقلها إلى وحدة العناية المركزة

للأطفال وهي مازالت فاقدة الوعي وتحت التنفس الصناعي ، وكذلك عند دخول الطفلة العناية المركزة لم يبد على الأم أي اهتمام . وأوضح التقييم الطبي لحالة الطفلة وجود كسر بالجمجمة ، ونزيف بالشبكية وكدمات بالجبهة بكلا الجانبين ، وشخصت حالتها بغيوبة نتيجة إصابة غير عرضية بالرأس ، وظلت الطفلة في غيبوبة منذ ذلك الوقت ، ويشتهب بأن تكون حالة موت دماغي . قام المستشفى بإبلاغ الشرطة ، واكتشف المستشفى بأن هناك تقارير لدى الشرطة بأن الأطفال في هذه الأسرة يتعرضون للإيذاء . حيث أرسلت الشرطة للمستشفى تطلب تقريراً عن حالة الطفلة ومدى علاقة والدتها بما حدث لها نظراً لتعرض إخوتها قبلها للإيذاء ، وذلك بعد علم الشرطة بأن الأم قد أنجبت طفلة جديدة . وبما أن الأم حسب إفادة الشرطة تعاني من مرض نفسي ، لذا طلبت الشرطة من المستشفى عدم إعادة الطفلة لأسرتها بعد شفائها بل تحويلها إلى دار الحضانة الاجتماعية حفاظاً عليها . إلى أن توفيت الطفلة بتاريخ ١٤ / ١٠ / ١٩٩٨م وهي في العناية المركزة للأطفال بالمستشفى نتيجة توقف في وظيفتي القلب والرئتين ، وكانت تبلغ من العمر شهرين في ذلك الوقت . وبعد وفاة الطفلة رسمياً بدأ التحقيق في هذه القضية ، ولم يثبت التحقيق من المدان بذلك ، واستلم الأب جثمان الطفلة من المستشفى . وحاول المستشفى متابعة حالة الأسرة ولكنهم لم يحضروا ، ولم يعرف المستشفى من الشرطة ما تم بعد ذلك في هذا الموضوع . ولقد كان لدى الأسرة ابنتان كانت وفاتهما غير واضحة الأسباب ، حيث إن كليهما تم إنجابهما في فترة حمل طبيعية ، وبطريقة طبيعية وأكملتا تطعيماتهما اللازمة لهما . الأولى ماتت عمرها ٤ شهور بسبب كتمة النفس أثناء الرضاعة ، والثانية ماتت في عمر سنة وتسعة أشهر . وحسب ما أفادت به الأم بأن موتهما كان نتيجة نوبة مرضية أثناء إقامة الأسرة بمنطقة أخرى ،

وحسب إفادة الاخصائية بأن الأم في الطفلتين الأوليين حسب إفادتها كانت تجدهما في حالة يصبح لونهما أزرق من أثر التشنج ، حيث اتضح أن هناك في تاريخ الأسرة موتاً فجائياً للطفلتين ، وحسب ما أفادت به الأم بأنها كانت فترة حزن ونوم متقطع وفقدان للشهية لعدة أسابيع نتيجة لوفاة طفلتها . وقد أخبر الطبيب الزوج في ذلك الوقت بأن هذه الحادثة ربما تمت بفعل شخص ما . وسأل الأم عن سبب الوفاة ، وحسب إفادة الزوج بأنه تم إحالة الأم إلى الطبيب النفسي وتم تصنيفها بأنها إنسانة عادية . وقد ورد في تقرير صادر من الشرطة بأن الأم متهمة بقيامها بعدة اعتداءات جسدية متكررة على أطفالها مما نتج عنه وفاة طفلتها . أما طفلها الثالث فقد ظهرت عليه عندما بلغ عمره سنة أعراض نزيف داخل الجمجمة مع وجود استسقاء دماغي ، وكذلك انفصال في الشبكية أدى إلى حدوث عمى كامل بعينه ، أدخل على إثرها أحد المستشفيات بمدينة الرياض . حيث كان الطفل يعاني من عجز نفسي حركي شديد نتيجة صدمات متعددة ، وهذا مستند اعتبر ذا دلالة بأن الطفل قد تعرض للإيذاء . وبذلك فقد تم إيداعه في دار لرعاية الأطفال .

واتضح أنه منذ اليوم الثاني لولادة الطفل الذي ولد بشكل طبيعي تماماً عرضت حالة الطفل في أحد المستشفيات بمنطقة أخرى على أنه مصاب بتقيؤ وتشنج مع اختلال في الوعي ، وكان التشخيص في ذلك الوقت على أنه نزيف حاد بالجمجمة ، وأظهرت الأشعة المقطعية إصابته بنزيف ، وقد تم إدخاله إلى العناية المركزة لمدة شهر ، وبعد ذلك أخرج الطفل من المستشفى ، ولكن بعد ١٠ أيام تم إدخاله للمستشفى ثانية حيث عاد للمستشفى بنفس الأعراض السابقة وكان التشخيص في ذلك الوقت هو نزيف حاد بالجمجمة . وقد تم أخذ المعلومات الخاصة بدخوله المستشفى من خلال

والدته، وحول إلى مستشفى آخر لتقييم الحالة. وعندما بلغ الطفل ٦ شهور تم الكشف عليه بأحد المستشفيات وشخصت حالته على أنها انفصال شبكي من الجانبين. وتم إجراء عملية جراحية له. وبعد ذلك بعشرة أيام تم إحضاره للمستشفى مع تشنج نتيجة إجراء العملية مع ورم في مكان العملية. بعد ذلك بعشرة أيام أدخل المريض مرة أخرى للمستشفى وكان يعاني من كحة، ضيق بالتنفس، قيء، ارتفاع بدرجة الحرارة، وسوء تغذية وقضى مدة ٦ أيام، وبعد ذلك بأسبوعين أعيد مرة أخرى للمستشفى لإصابته بتشنج، وارتفاع بدرجة الحرارة، وضعف بالنشاط لمدة ثلاثة أيام. أظهرت الأشعة المقطعية نزيفاً بالأغشية الدموية بجدار الجمجمة، وكسر في الجزء الأمامي بالجمجمة. كان التشخيص نزيفاً دمويًا وفقر دم وتم تنويمه في وحدة العناية المركزة للأطفال لمدة ١٢ يوماً، بعد ذلك تم إخراجه من المستشفى في حالة مستقرة، ولكن بعد يوم واحد تم إدخاله ثانية وهو يعاني من ارتفاع في الحرارة، وتم إدخال المريض إلى وحدة العناية المركزة مرة أخرى، وتم تحويله منذ ذلك الوقت إلى قسم الطب النفسي كحالة إيذاء، وبعد ١٣ يوماً من خروجه، أعيد مرة أخرى يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة، وكحة، وقيء وتم تشخيصه بالتهاب في الصدر وهذا عند دخوله الحالي. وفي اليوم الأول من هذا الدخول تم إرسال عينة الدم إلى مستشفى آخر وأظهرت النتائج تسمماً حاداً بالنفثتين، وتم سؤال الأم من قبل المستشفى عن هذا النفثتين فقالت ربما تم إعطاؤه له عن طريق شخص آخر، وفي مرة أخرى قالت إنها أعطت الطفل دواء منتهي الصلاحية، وفي اليوم الثالث من دخوله تم اكتشاف كسر في عظام العضد الأيسر وقد نسبت الأم ذلك كنتيجة للعلاج الطبيعي. حسب تقرير صادر عن المستشفى بعد أن استقرت حالة الطفل الصحية بقسم الأطفال، تم نقل الطفل والأم إلى قسم الأمراض النفسية

للأطفال لمراقبة أكثر للأم وتقييمها . في البداية لم يلاحظ شيء غير طبيعي باستثناء أنه لوحظ أن الأم سهلة الاستثارة وعدوانية مع المرضات في بعض الأحيان واتضح بأنها هادئة ، وتتعامل ببرود مع طفلها . في هذا الوقت أجري لها اختبار نسبة الذكاء فكانت النتيجة أنها متوسطة الذكاء . ذات يوم عندما كانت الأم ترضع طفلها في غرفتها لاحظت المرضات نزيفاً من شفة الرضيع ، فوراً فحص الغذاء ووجد فيه قطع من الزجاج مختلطة به وعدد من زجاجات اللبن مهشمة مع قطع زجاج صغيرة في سلة المهملات . ابعث الطفل عن أمه وفحص بمعرفة أخصائي الأطفال وأوصى بإجراء أشعة على البطن وأيضاً تحليل للدم مع البراز ولحسن الحظ كانت كلها سليمة . مما أدى للشك بأن الأم هي المتسببة فيما حدث ، أما الأب فيقول بأن الأم تقول إن الزجاج وقع على الأرض وانكسرت وهي قامت برميها في الزبالة ، وأفاد للاخصائية بما معناه «أن المرضة كانت تتجنى على زوجته» ، وقد سألت الأم عن سبب فعلتها هذه لكنها لم تجب ، وبدلاً من ذلك طلبت الخروج من المستشفى في هذه الظروف ، وعندما أبلغ والد الطفل أخذ يحاول حماية زوجته على الرغم من أن الأب قد اعتاد ضرب زوجته أثناء الحملين السابقين ، ففي المرة الأولى مكثت عند أقاربها لمدة ستة شهور ، وفي أثناء الحمل الثاني هاجمها بسكين وقد ظلت عند أهلها لمدة عام كامل . وقد أخرج الطفل من المستشفى . والطفل لديه تخلف عقلي ادخل بأمر من الجهات الأمنية إلى دار للرعاية .

وحسب إفادة الاخصائية بأن الزوج (الأب) يرى زوجته (الأم) بسيطة وساذجة وأنها لا تستطيع القيام بواجباتها الزوجية والمنزلية على أكمل وجه (كأن مثلاً لا تقدر كمية الطعام المناسبة لعدد الأشخاص . . وهكذا) وأنه في بداية زواجهما كانت هناك مشكلات بينهما . كما يضيف الزوج بأن

زوجته كثيرة الحركة ولا تستقر في مكان، وأحياناً يجدها واقفة في المطبخ بدون أن تعمل شيئاً، لذا- على حد تعبيره- يرى أن المتهم بريء إلى أن تثبت إدانته، ويقول إنه يوقف زوجته على الجدار ويحقق معها ولكنه لم يتوصل إلى شيء. أما الزوجة (الأم) فقد لاحظت الاختصاصية أن كلامها يتغير كثيراً، وليس هناك دقة في المعلومات التي تعطيها، فقد اعترفت بعد إنكار بأنها ترى أحلاماً وكوابيس مثلاً، وأنها تشعر بالخوف والقلق وفقدان الشهية، وقالت إن هذه المشاعر تستمر معها لمدة شهر أحياناً، ثم أضافت الأم بأن موت من تحب يحزنها، وتقول بأنها حزنت على وفاة أطفالها، وأضافت الأم بأنها تشعر بانزعاج شديد عندما يبكي طفلها وينادي عليها زوجها في نفس الوقت. وهي تصف زوجها بأنه عصبي وكثير الكلام ويضربها.

الأب متزوج مرتين الزوجة الأولى تزوج بها منذ ١٣ عاماً وله منها ابنه الأكبر وعمره ١٢ سنة ثم ابنه الثاني عمره ٩ سنوات، سافر الزوج وترك زوجته الأولى وطفليه في منطقة أخرى مع أسرته، وذلك لأن ظروف زوجته الأولى الصحية لا تمكنها من السفر والتنقل معه إلى أن توفيت منذ ٧ شهور في منطقة أخرى نتيجة إصابتها بمرض، وقد تزوج لذلك زوجته الثانية، وهي قريبة له، منذ خمس سنوات وسافرت معه إلى منطقة أخرى ثم انتقلا إلى الرياض، كانت الأسرة تعيش في منطقة أخرى، ولكن منذ سنة وثمانية شهور قدموا إلى الرياض، ثم ولدت الأم طفلتها الأخيرة في أحد المستشفيات بمدينة الرياض ثم خرجت وبعد ذلك حضروا للمستشفى ثانية نتيجة لمرض الطفلة وتنتمي الزوجة الثانية إلى أسرة مكونة من ١٦ فرداً وهم الأب الذي يبلغ من العمر ٦٥ عاماً والأم التي تبلغ من العمر ٥٥ عاماً وكذلك ١٤ ابناً وابنة ٦ منهم من الذكور و ٨ من الإناث، ترتيب الأم الثانية بين إخوتها، تم اكتشاف أن الأم لديها الأخ الأكبر يعاني من اضطراب سلوكي مع تخلف عقلي ثانوي بسبب إصابته بالتهاب السحايا، كما أنه يعاني من

خرس منذ الطفولة وحسب تقرير من مستشفى في عام ١٤١٣ هـ عندما كان عمره ١٥ عاماً بأنه بدأ علاجه في المستشفى منذ خمس سنوات حيث يعاني من سلوك عدواني ويعاني من التهيج الدائم، وعدم القدرة على التعبير عن نفسه، وكذلك فهو يعاني من الهلوسة ونوبات الاضطراب الشديد والأرق ورفض الطعام. واتضح أن هناك سيرة سابقة لحمى مع تشنجات في عمر الثلاث سنوات بعدها بدأت الحالة لديه، بالإضافة إلى أنه وجد أن الأسرة لديها سيرة إيجابية بالعائلة للتخلف العقلي (حيث وجد أن بعض إخوانه وأخواته يعانون من التخلف العقلي ولكن ليس بنفس الدرجة).

الحالة رقم (٥)

العمر	٣ شهور
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفلة المتعرضة للإيذاء ولدت بمدينة الرياض، تنتمي إلى أسرة مكونة من الأب وعمره ٣٨ عاماً، واصل تعليمه إلى المستوى الثالث الجامعي ولم يكمل، وهو موظف براتب شهري قدره ٨٠٠٠ ريال، والأم عمرها ٣٢ عاماً وهي أمية وربة منزل، ثم الابن الأكبر وعمره ٩ سنوات وهو طالب في الصف الرابع الابتدائي، والابن الثاني وعمره سبع سنوات وهو طالب في الصف الأول الابتدائي، ثم طفلة عمرها سنتان، الطفلة الأخيرة وهي المتعرضة للإيذاء. تسكن الأسرة، في منزل بالإيجار، الزوج من منطقة أخرى، الأوضاع الاقتصادية للأسرة مستقرة حيث إن الأب لديه دخل إضافي من عمل تجاري خارجي.

تزوج الأب بالأم منذ ١٥ سنة تقريباً، وكانت تبلغ من العمر ٢٥ سنة تقريباً، وحسب إفادة الزوج بأنه يعامل الزوجة معاملة جيدة، وعلاقته بأطفاله ممتازة، حتى إن الأم تبرر انقطاعه عن الدراسة لظروف المنزل ورعاية الأبناء، كما أن شخصية الأب حسب ملاحظة الاختصاصية في المستشفى تتميز بالهدوء ودمائة الأخلاق.

الأم تعاني من صداع وتراجع عيادة الأعصاب بالمستشفى على هذا الأساس، وهو ناتج عن أسباب نفسية. الأم عصبية جداً، تعاني من ضغوط شديدة كالخوف، والضيق، والقلق، والأرق، أي الأعراض المصاحبة للاكتئاب، بالإضافة إلى معاناتها من هلاوس سمعية لم تفسرها. فالأم حسب إفادة اختصاصية المستشفى تقوم بممارسة الضرب بشكل مستمر على أطفالها، كما أنها ممكن أن ترميهم بأي أداة، وذلك عندما تفقد سيطرتها على نفسها، ولا تتحمل إزعاج الأطفال، ومثل هذه السلوكيات توجهها على الأطفال والزوج، وقد أبدت الأم استغرابها لتحمل الزوج لسلوكها. كما اتضح للمستشفى بأن الأم تعاني من اكتئاب ما بعد الولادة، حيث تعرضت الأم في الحمل الأول لمشاعر قلق، وهي مع كل حمل تزيد مشاعرها السلبية ولكنها لم تتعرض للعلاج، وقد أدى ذلك إلى ظهور ذلك بشكل واضح عليها بعد ولادتها الأخيرة. ولكنها حالياً منتظمة على العلاج بالمستشفى لأنها تشعر بتحسن حسب إفادتها.

يوجد بين الأطفال في الأسرة «الأخوة» علاقات غير شديدة، كما أن الطفلة الثالثة تغار من أختها الطفلة الأخيرة بشدة، وكانت تحاول أثناء وجودهما بالعيادة النفسية بالمستشفى الهجوم على أختها، حيث إنها تمارس سلوكيات عدوانية، كأن تحاول دفع أختها أو ضربها أو الدعس عليها. أما الطفل الثالث فإن لديه صعوبة في الحديث (تأتأة) بالإضافة إلى أن بعض الحروف لا ينطقها، كما أنه عصبي جداً.

الطفلة المتعرضة للإيذاء طفلة طبيعية ومتكاملة، ولا يوجد لديها أي نوع من أنواع الإعاقات. حضرت الطفلة للمستشفى في منتصف عام ١٤١٩هـ تقريباً عن طريق الوالدين، نظراً لأنها تعاني من الحرارة والتشنجات. عند إحضار الطفلة للمستشفى تم عمل الإجراءات الروتينية على أساس أنها شكوى من الحرارة، واكتشف الأطباء من خلال الفحص الطبي أن لدى الطفلة كسراً في الجمجمة، وأدخلت المستشفى نتيجة لنزيف في المخ على أثر كسر في الجمجمة، بالإضافة إلى أن لدى الطفلة تشنجات عصبية يعتقد أنها صرع، ولم يتوصل الأطباء إن كانت ناتجة عن كسر الجمجمة أم شيء آخر. قدرات الطفلة على الحركة ما زالت طبيعية، ولكن لا تظهر إن كان هناك أثر سلبي للضربة إلا بعد مضي ٩ شهور حسب إفادة الأطباء. من المحتمل أن تكون الأم هي من أوقع الإيذاء على الطفلة. ولكن حسب إفادة الاختصاصية أنه من غير المتوقع لدى المستشفى أن تكون الأم وراء الإيذاء حيث أنها لم تستخدم الحيل الدفاعية، وكانت واضحة. أما الأب فقد كان يحاول أن يخفي الموضوع. وكان تبرير الأسرة للوضع الذي كانت عليه الطفلة بأنها كانت على «الكنبة» وسحبها أختها التي عمرها سنتان من على «الكنبة» ووقعت على الأرض، وأنه لا بد أن يكون الكسر في الجمجمة ناتجاً عن ذلك ولكن الأطباء يرون- حسب وصف الأسرة للحادثة- وطالما يوجد «موكيت» أنه من الصعب أن يكون هذا هو السبب في حدوث الكسر.

أسرة الأم مكونة من ١٦ أخاً وأختاً أشقاء وحسب إفادة والدة الطفلة بأن والدها كان صارماً، وعصبياً، يميل إلى استخدام أسلوب العنف في تعامله مع أسرته وخاصة مع والدتها، حيث كان يضرب الأم لأتفه الأسباب، وعلى الرغم من أن الأب توفي منذ ٥ سنوات إلا أن أمها ما زالت تحس بالخوف والقلق والضيق، كما أن والدة الطفلة فقدت أختها التي تكبرها في حادث غرق.

الحالة رقم (٦)

العمر	٧ أشهر
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	إهمال وإيذاء بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفلة المتعرضة للإيذاء مولودة في مدينة الرياض ، تنتمي إلى أسرة مكونة من الأب ويبلغ من العمر ٣٠ عاماً، حاصل على دبلوم، ويعمل «عسكري» براتب شهري قدره ٩٠٠٠ ريال، والأم تبلغ من العمر ٢٨ عاماً وحاصلة على دبلوم معلمات، وتعمل معلمة في مدرسة ابتدائية براتب شهري قدره ٦٠٠٠ ريال، ولديهما طفلان الأول ولد يبلغ من العمر ثلاث سنوات ونصف، ثم الطفلة المتعرضة للإيذاء وترتيبها الأخيرة. تسكن الأسرة في منزل بالإيجار بمبلغ ١٨٠٠٠ ريال سنوياً، الأوضاع الاقتصادية للأسرة مستقرة، وهناك أكثر من مصدر للدخل للزوج من عمل تجاري بالإضافة إلى استثمار الزوجين للرواتب.

حضرت الطفلة للعيادات الأولية حيث أحضرتها الأم في شهر ١١ عام ١٤١٩ هـ وكان هناك تأخير في التطعيمات اللازمة لها، وعند إجراء الطبيب الفحص اللازم على الطفلة وجد كدمات في جسمها وأثاراً لعضات، ولاحظ الأطباء وجود انتفاخ في الرأس، ثم قام الأطباء في الإسعاف بفحصها ووجدوا في الطفلة "شعر" في الرأس ونزيف في الجمجمة، تم تنويم الطفلة بالمستشفى، واعتبر بقاؤها في المستشفى مرتبطاً بأنها تعد حالة طفل متعرض للإيذاء، ولم تكن هذه هي المرة الأولى التي حضرت فيها الطفلة للمستشفى بل حضرت لعدة مرات للرعاية الأولية

حيث إنها مولودة في نفس المستشفى ، كما أن الحمل الأخير للأم بالطفلة كان طبيعياً . لم يبلغ المستشفى الشرطة حيث لم يتم التعرف على المتسبب في الإيذاء ، وعادت الطفلة إلى أسرتها ، وتأتي للمراجعة في المستشفى باستمرار .

ولكن لوحظ من قبل الاخصائية بالمستشفى أن ملابس الطفلة والمظهر الخارجي لها لم تكن تتلاءم مع دخل الأسرة ، وكان هناك نوعاً من الإهمال . الطفل الكبير لديه نوع من التأخر في النمو (مشى وعمره سنة وشهران ، وتكلم وعمره سنة وستة شهور) ، ولديه عيوب في النطق ، فهو يصدر كلاماً غير مفهوم ولكنه واضح للأسرة ، كثير الحركة ، يميل للخروج من المنزل ، الأم تصفه بأنه ذكي جداً ، ولكن بعد ولادة أخته أصبح يتبول لا إرادياً مما جعلهم يستخدمون حفاظاً له ، يميل إلى العناد الشديد ، وخاصة عند ارتباط الموضوع بأخته ، يميل للعدوان خاصة عند تعامله مع أطفال آخرين ، ودائم الاعتداء على أخته وخاصة عند ملاحظة أي اهتمام تجاهها ، تصفه الأم بأنه يشعر بالغيظ من أخته . وحسب إفادة المريبة أنها تجد الطفلة تبكي أو تصرخ ، وعندما تأتي تجد الطفل عند أخته . تصفه الأم بالغيرة الشديدة من أخته ، تفيد الأم أنها تمنعه من إيذاء أخته ، كما تعتمد إهمال الطفلة حتى لا تثير غيرته ، تقوم الأم بتدليله بشكل كبير ، كما تفيد بأنها تحاول أن تضربه عندما يخطئ ، الابن مرتبط بالأم ، وعلاقته بوالده غير قوية .

أثناء وجود الأم في عملها تقوم الشغالة برعاية الأطفال ، كما تقوم الأم والشغالة برعاية الأطفال في الأسرة . كانت لدى الطفل مربية ، استمرت لدى الأسرة مدة سنتين ونصف ، يصفها الأب أنها «طيبة جداً لدرجة أن الابن يضربها وهي محتملة » ، وقد قام الطفل بضرب والده عند رحيلها عندما كانوا يودعونها في المطار حيث إن الطفل يريد عودتها ، بعد ذلك حضرت للأسرة شغالة جديدة يبلغ عمرها ١٩ سنة تقريباً ، وهي هادئة

جداً، لا تطالب الأسرة الشغالة بأي شيء في فترة الصباح إلا العناية بالابنة الصغيرة، يفيد الأب بأنه عند دخوله فجأة على الشغالة أثناء وجودها مع الطفلة لم يلاحظ أنها تؤذي الطفلة، كما تفيد جدة الطفل بأنها كانت مع الطفلة، وكانت الشغالة تعمل طعاماً للطفلة، فكان الطفل يأتي بسرعة ويرفس الكأس برجله ثم تعمل كأساً أخرى من جديد، وهكذا، الأم تقول إنها إذا عادت من العمل تهتم بأطفالها ولكن يبدو للاختصاصية العكس .

الطبيب المشرف على الحالة يتوقع أن الأخ هو المتسبب في الإيذاء الواقع على الطفلة، لأن حجم آثار العضات على جسم الطفلة تدل على أنها صادرة من فم صغير، تم تحويل الطفل إلى الاختصاصية النفسية بالمستشفى للمتابعة، وبشكل عام فإن الأسرة غير منتظمة في إحضار الطفلة للعيادة النفسية بالمستشفى، وكذلك ليس لديها اهتمام بأن حالة الابن وحالة الابنة تعد شيئاً خطيراً. وقد قام المستشفى بإعطاء الأم إجازة من العمل حتى تقوم برعاية ابنتها بصورة أكبر .

الأم والأب متزوجان منذ ٩ سنوات، علاقة الأم بزوجها جيدة ولا يوجد بينهما مشاكل حسب إفادتها، يفيد الزوج بأنه يقضي أغلب وقته خارج المنزل نتيجة لظروف عمله حيث تتطلب طبيعة عمله ذلك . الأم ترتيبها الأولى بين اخوتها وعددهم ١٦ مكوّنين من ١٠ بنات و ٦ أولاد من منطقة أخرى، والدها عسكري متقاعد، الأم حياتها لم تكن مرفهة، فقد كان عليها العديد من المسؤوليات خاصة وأنها الابنة الكبرى، الأم تأخرت في الحمل عند زواجها مدة ٤ سنوات، وتعالجت وتصف فترة العلاج بأنها صعبة، حيث تعرضت لألم نفسي شديد، هذا في الفترة التي سبق حملها لطفلها الأول، وقد ذكرت الأم بأنها في مرحلة الحمل مرت بظروف نفسية صعبة، مثل : بكاء وضيق وخوف . وهي غير ملتزمة بالحضور للمتابعة في القسم النفسي بالمستشفى .

الحالة رقم (٧)

العمر	٤ سنوات
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

أحضرت الحالة للمستشفى في المرة الأولى في تاريخ ٢/٧/١٩٩١م ونومت حتى تاريخ ١٧/٧/١٩٩١م، تعالج في عيادة الأطفال بالمستشفى لإصابتها بحمضية الدم " حمض ميثيل غلوتامين " ، كما أنها مصابة بتخلف عقلي شديد، وقصور في النمو والذكاء، إضافة إلى عدم قدرتها على الحركة والجلوس . ولقد تم تشخيص المستشفى لعدة كسور واقعة عليها خلال فترة زمنية قصيرة في أماكن مختلفة من الجسم، ثم نومت الطفلة مرة أخرى بالمستشفى من تاريخ ٨/٩/١٩٩١م إلى تاريخ ١٦/٩/١٩٩١م. وعادت مرة أخرى ونومت من تاريخ ٣/٩/١٩٩٥م إلى تاريخ ٥/٩/١٩٩٥م. وبعد فترة تنويم بالمستشفى لإجراء الفحوصات التي أثبتت عدم وجود سبب طبي للإصابات الواقعة على الطفلة، فقد تم عقد عدة مقابلات من قبل المهنيين في المستشفى مع أفراد الأسرة المقيمين في المنزل، وعند وجود الطفلة بالمستشفى من تاريخ ١٠/١٠/١٩٩٥م إلى تاريخ ٣/١٢/١٩٩٥م تم مواجهة الأسرة بحالة الإيذاء الذي تتعرض له الطفلة، إلى أن تم التوصل إلى أن الطفلة تتعرض للإيذاء من قبل الخادمة التي تقوم برعايتها بالإضافة إلى قيامها بأعمال المنزل بسبب انشغال والدة الطفلة بالدراسة، تم إبلاغ الأسرة بالأمر من قبل المستشفى. وتبين من خلال المقابلات التي أجريت في المستشفى مع الأسرة أنه لا يوجد ارتباط قوي بين الأم والطفلة، فهي

مثلاً لم ترضع الطفلة كما أن الأم أيضاً لا تحملها كما أن زياراتها لها قصيرة . وذلك على عكس علاقتها مع الطفلة الثانية ، الأهل رافضون لفكرة أن الشغالة هي السبب ولم يتهموا أحداً بإيذاء الطفلة . بعد استجواب المستشفى للشغالة اعترفت بطريقة غير مباشرة بإيذائها للطفلة ، وتعتقد الاختصاصية أن الأعباء المنزلية على الشغالة كبيرة . الأم طالبة في الثانوية ، عمرها ٢٢ سنة ، والأب مدرس ، كما أن المستوى الاقتصادي جيد ، لدى الأم أطفال آخرون ، طفلة عمرها ٣ سنوات طبيعية ، وطفلة ثالثة أيضاً ، علاقة الزوجين ببعضهما جيدة ، لا توجد بينهما مشكلات . اقترح المستشفى وضع الطفلة في مركز لتأهيل المعاقين ، ولكن الوالدين رفضا . وأخذ على الأب تعهد من قبل المستشفى بالإشراف على رعاية ابنته وبإبعاد الخادمة عنها ، حالياً الطفلة في وضع صحي جيد ، ولم تثبت الفحوصات كسوراً جديدة ، وتم إحضار خادمة جديدة من قبل الأسرة . وبعد ذلك قال الأب للاخصائية الاجتماعية بالمستشفى : «أفضل أن تكون الأم مرافقة للطفلة بالمستشفى حيث إننا لا نريد أن نكرر الماضي» .

الحالة رقم (٨)

العمر	٥ سنوات
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات + مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفل حول من مستشفى في منطقة أخرى إلى أحد المستشفيات بمدينة الرياض لإصابته بتقرحات جلدية غير معروفة السبب ، ولم تثبت الفحوصات الطبية أي سبب طبي ، الطفل طبيعي ، ليس شقياً أو عنيفاً بل

هادئ، ليس لديه أي مشكلات صحية سابقة، ينتمي إلى أسرة مكونة من الأب الذي يعمل «عسكري»، براتب شهري قدره ٩٠٠٠ ريال، وهو أمي، وعمره ٢٦ سنة، الأم لم تتم مقابلتها من قبل المستشفى ولكنها تبلغ من العمر ٢٦ سنة، تعمل مدرسة، براتب شهري قدره ٦٠٠٠ ريال، ولديها الطفل الذي تعرض للإيذاء، وطفل آخر عمره سنة ونصف، وطفلة عمرها ٦ شهور. حسب إفادة الزوج لا يوجد بينه وبين زوجته مشكلات حسب معلومات المستشفى أن الأب لا يتعاطى شيئاً، كما أنه ليس لديه مشكلة نفسية على ما ظهر من تصرفات الأب. تم تنويم الطفل في المستشفى من تاريخ ٩/٦ إلى ٩/٩/١٩٩٣ م. ثم نوم مرة أخرى في المستشفى من تاريخ ٩/١٢ إلى ٩/١٣/١٩٩٣ م، كان الأب هو المرافق مع طفله، وكان يخرج ويتركه يجلس في العزل بمفرده، ثم تم تنويم الطفل في المستشفى من تاريخ ١١/٣٠ إلى تاريخ ١٩٩٤/٢/٢٠ م وهذه هي الفترة التي تم اكتشاف الحالة فيها، وتم عقد عدة اجتماعات من قبل المهنيين بالمستشفى مع الأب، وكان الأب يرفض تشخيص حالة طفله على أنها تعرض للإيذاء، الطفل حضر مرة مع الجد (والد الأب)، ثم بعد ذلك تم تنويم الطفل مع جده حيث اعترف الطفل بأن والده يقوم بحك جلده بقطعة خشبية بسبب بكاء الطفل المستمر وإلحاحه للعودة للإقامة مع جده الذي يسكن في منطقة أخرى، حيث ولد الطفل، نظراً لتعلق الطفل بأسرة والده وبالجد، فهو يطلب من والده الذهاب له، عند مواجهة الجد لم ينكر ولم يستغرب، وعد أنه يحصل خير ويحل المشكلة ويأخذ الطفل عنده، وحيث إن الجد أفاد بأنه على علم بما يحدث للطفل، فقد اعلم الفريق الطبي بأنه سيقوم بأخذ الطفل من والديه ليقوم برعايته. وقد تم تنويم الطفل في المستشفى من تاريخ ٣/٢٣ إلى ٣/٢٧/١٩٩٤ م، ثم نوم من تاريخ ٦/٢٢ إلى ٨/١٧/١٩٩٤ م. وبعد ذلك تم

تنويمه في تاريخ ١٢ / ١٩٩٤ م وبعدها أخذه الجد وكانت آخر زيارة له للمستشفى ، لم يتم إبلاغ الشرطة ، ومنذ ذلك الحين انقطع الطفل عن المراجعات رغم المحاولات المستمرة للاتصال بالأسرة من قبل المستشفى .

الحالة رقم (٩)

العمر	١٤ شهراً
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

حولت الطفلة من مستشفى للأطفال إلى أحد المستشفيات الكبرى لإصابتها بارتفاع في درجة الحرارة متكرر وسعال إضافة إلى تقرحات بالفم ، أثبتت جميع الفحوصات بأنه ليس هناك أي سبب طبي ، ولذا فقد وضعت الطفلة والأم تحت مراقبة شديدة في المستشفى ، تنتمي الطفلة إلى أسرة مكونة من الأم التي يبلغ عمرها ٢٥ سنة ، وهي الزوجة الثانية ، متزوجة منذ ٧ سنوات ، لديها ٣ أطفال ، طفلة ثلاث سنين ونصف (توفيت بنفس الحالة) ، وابن عمره سنتان تقريباً ، ثم هذه الطفلة المتعرضة للإيذاء . الأب يكبرها بثلاثين سنة ، عمره ٥٥ سنة ، ومتزوج من غيرها ، عمله عسكري ، لا يوجد لديه مشاكل مادية ، يسكن في فيلا من دورين ، الأم انفصلت أبوها عن أمها في السنة الأولى من زواجهما ، وتربت لدى زوجة الأب ، والأم لا تريد الطلاق من زوجها حتى لا تعاني بناتها من نفس الشيء الذي عانت منه حسب إفادتها ، أفاد الأطباء أن حالة المريضة تتراجع كلما تقرر خروجها من المستشفى ، الشكوك كانت تدور حول الأم من قبل المستشفى ، ومع إنكارها في أول مقابلة معها في العيادة النفسية إلا أنها بعد

عدة مقابلات اعترفت بمسح فم طفلتها من الخارج والداخل ، بوضع مادة الفلاش (مادة كيميائية) في فم الطفلة لتتمكن من البقاء في المستشفى بعيداً عن المنزل ، حيث وصفت بأن حياتها الزوجية والعائلية غير سعيدة ، وأن لديها مشكلات زوجية ، إضافة إلى أنها وجدت البقاء في المستشفى متنفساً للخروج من واقعها إلى واقع أفضل . كما أن الابنة الكبيرة توفيت بنفس مرض أختها وقد تم اكتشاف أن الطفلة الأولى أيضاً تم وضع مادة فلاش (مواد كيميائية) في فمها إلى أن احترق . الطبيب النفسي أوصى بأهمية إبلاغ الزوج لحماية الأطفال بالطريقة المناسبة ، حسب التقييم النفسي لا يوجد تعابير على وجه الأم ، عند حديثها عن ابنتها الثانية لم تكن مكتئبة ، ولا يوجد لديها أي تاريخ مرض نفسي . شخصت على أنها متلازمة منشاوسين (جلب الاهتمام للوصي عن طريق إيذاء الطفل) Munchausen Syndrom by proxy وذلك لأن الأم تجلب الاهتمام بنفسها عن طريق إيذاء شخص آخر . تم إبلاغ الأب من قبل المستشفى بأن الأم هي المتسببة في الإيذاء ، كما تم الاتصال بقسم الأمن بالمستشفى الذي قام بدوره بالاتصال بالشرطة لأخذ تعهد على الأب للقيام بدوره في رعاية طفلته من أمها ، الشرطة أخذت تعهداً على الأب ، وحسب إفادة الأب بأنه بعد خروج الأم من المستشفى سيقوم بإرسالها لأسرتها كما أنه يريد طلاقها ، ولكن تدخلات الأهل جعلته لا يطلقها ، ثم أبلغ الأب المستشفى بأنه قام بترك الزوجة لمدة سنتين لتلقي العلاج بالقرآن وكذلك للعلاج في عيادة نفسية ، وأن حالتها تحسنت ، وأصبحت إنسانة مختلفة ، وتتعامل مع الأولاد بحب وحنان ، ومن ثم تم إعادتها مرة أخرى ، ولم تعد الطفلة تعاني من أي مشاكل أخرى ، حيث أمضت مدة ٣ سنوات في مستشفى نفسي ، ولأنها شفيت من مرضها بتقرير من الطبيب المعالج فقد رجع الأب للأم ، علماً بأن الأسرة قد انقطعت عن إحضار الطفلة على المواعيد بسبب انتقال مكان سكنهم إلى منطقة أخرى .

الحالة رقم (١٠)

العمر	١٥ شهراً
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

حول الطفلان من مستشفى في منطقة أخرى لوجود تقرحات جلدية في الأطراف العليا والسفلى، تبدو الإصابة على شكل حروق متعددة في مختلف مناطق الجسم، تم إجراء جميع الفحوصات اللازمة التي أثبتت عدم وجود سبب طبي، وقد وضع الطفلان في المستشفى برفقة الأمهات (الزوجة الثانية والزوجة الثالثة) وتم مراقبتهم عن كثب، حيث إن الزوجتين ولدتا في نفس الوقت ولدين ذكرين، وكانت هناك شكوك لدى الأب تتعلق بالزوجة الثالثة من تصرفات ومواقف قديمة، حيث ساعد ذلك المستشفى على اكتشاف الحالة ومعرفة المتسبب في حدوثها، حيث ذكر الأب أن أحد الأطفال نوم أكثر من مرة في المستشفى في المنطقة التي يعيشون فيها لأنهم يجدون دماً في حفاظ الطفل، وبعد عدة مقابلات اعترفت الزوجة الثالثة بأنها قد سكبت الماء المغلي على ابن الزوجة الثانية وابنها رغبة منها في إبقاء الزوج معها في المستشفى، نتيجة غيرتها الشديدة من زواجها الثالث، حيث إنها تأخذ ماء ساخناً تسكبه على الأطفال للبعد عن البيت، مما تسبب في وجود حروق عميقة جداً يمكن أن تؤثر في المشي لدى الأطفال، شخصوا مرضها متلازمة منشوسين (متلازمة جلب الاهتمام للوصي عن طريق إيذاء الطفل) Munchausen Syndrome by Proxy، هذا وقد تم إبلاغ الأب وقسم الأمن في المستشفى الذي قام بدوره بإبلاغ الشرطة حيث أخذ تعهد

على الأب بالإشراف المباشر على الأطفال وعلى الزوجة الثالثة، قامت الأسرة بإحضار الأطفال لعدد من المواعيد في المستشفى، وأبلغ الأب بأنه قد طلق الزوجة، وأن طفلها يعيش مع باقي أفراد أسرته، حيث تربيته الزوجات الأخريات، ومن ثم انقطع الأب عن المواعيد رغم الاتصالات المستمرة من المستشفى من أجل ذلك.

الأب حاصل على شهادة دبلوم، متقاعد حيث إنه متفرغ للعمل في مزرعته، الحالة المادية جيدة، ولديه ثلاث زوجات. الزوجة الأولى ٣٠ سنة لديها ٧ بنات الكبيرة منهم تبلغ من العمر ١٥ سنة، وهي أمية، الزوجة الثانية ٢٦ سنة، لديها ٤ بنات وولد أكبرهم ٧ سنوات والأصغر ١٥ شهراً، وهي أمية أيضاً، أما الزوجة الثالثة ٢١ سنة، فلديها ولد واحد عمره ١٥ شهراً، متعلمة أدنى من المتوسط، وهي التي قامت بالإيذاء. كل زوجة تسكن في فيلا مستقلة، والزوجات الثلاث يقوم بإعالتهن الزوج. العلاقات الأسرية جيدة، الزوج يعامل الزوجات بعدل، ولا يفرق بينهن، حسب إفادة الزوجات.

الحالة رقم (١١)

العمر	١٠ أشهر
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	إهمال وإيذاء بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

ينتمي الطفل إلى أسرة مكونة من الأب عمره ٢٥ سنة، موظف، مستوى تعليمه متوسط، دخله الشهري ٣٠٠٠ ريال، الأم تبلغ من العمر ٢٣ سنة، ربة بيت، تعليمها إلى المرحلة الثانوية، لديهما طفل واحد سنة

ونصف ثم الطفل المتعرض للإيذاء، علاقة الوالدين ببعضهما حسب إفادة الأم ممتازة، لا يوجد بينهما مشكلات، علاقة الأم بالأطفال الآخرين على حد علم المستشفى لا يوجد بينهم مشكلة. الطفل عند ولادته في مستشفى آخر كان لديه مشكلات صحية حيث يعاني منذ ولادته من آلام في المريء. دخل الطفل للمستشفى في ٢٧/٨/١٩٩٧م، حيث حضر للمستشفى نتيجة ضيق مريئي في الأكل حيث لا يستطيع أن يأكل بشكل طبيعي، وهذه هي المشكلة الصحية الأساسية، تم إجراء عملية جراحية له في المريء بعد ٣٤ أسبوعاً من الولادة، وبسبب عدم قدرته على الأكل عن طريق الفم فقد تم وضع أنبوبة للتغذية للمعدة مباشرة، ثم تم تنويمه لمدة يومين في ٢/١٩٩٨م، ثم أدخل للمستشفى في تاريخ ٩/٢/١٩٩٨م لإجراء عملية جراحية، ثم دخل المستشفى بتاريخ ٢٨/٢ إلى ١/٣/١٩٩٨م، وكذلك دخل لإجراء العملية في تاريخ ١٤/٦/١٩٩٨م وخرج في تاريخ ١٩/٧/١٩٩٨م، هذا النوع من المرض يحتاج لرعاية خاصة، الأم كانت موجودة مع الطفل في المستشفى كمرافقة، والمرضات يقلن أنها لا تتفاعل مع طفلها ولا تلعب معه، وإذا بكى لا تهتم إلا إذا طلب منها ذلك، ولم ترضع الطفل نهائياً، والطفل في البداية بقي لمدة ٣ أسابيع في الحضانه لأنه كان في المستشفى. بعد ذلك بأسبوع عاد نتيجة سوء تغذية لأنه يأكل بقسطرة من المعدة. وقد حضر الطفل للطوارئ بالمستشفى، تم تنويم الطفل في قسم العظام لإصابته بكسر في أعلى الكتف، وقد تم إجراء عدة فحوصات وتحاليل أثبتت أنه لا يوجد سبب طبي لإصابة الطفل، الوالدان لم يشيرا لإصابته بأي رضوض، كسور متعددة الأنواع في عدة مواقع من الجسم وأورام دموية متفاوتة الأعمار ناجمة عن إصابات واهتزازات عنيفة، أصبح

هناك شك أن السبب في الإصابة ناتج عن إهمال ، حيث إن هذه كسور لا تحدث عرضياً ، فهي إما بتعمد أو حادث مروري ، حيث تشير إصابة الطفل إلى تعرضه للإيذاء . وبدأ فريق العمل بالمستشفى في مقابلة أفراد الأسرة إلى أن اعترفت الأم بأنها تحمل الطفل وتهزه بطريقة خاطئة غير مقصودة بسبب عصبيتها والضغط النفسية التي تعاني منها بسبب مرض الطفل ، الأم عند مقابلة الاختصاصية بالمستشفى لها لاحظت أنه لا يوجد تعبير على وجهها ، وقد تم تحويل الأم إلى العيادة النفسية ولكنها أصرت على الرفض رغم كل المحاولات ، حضرت الأم مرتين للعيادة النفسية ، ورفضت بعد ذلك العلاج النفسي ، وظل الطفل في المستشفى نتيجة إصابته بكسور منذ شهر ٧/ ١٩٩٨م إلى الوقت الحاضر ، وقد تم أخذ تعهد على الأب بالإشراف بنفسه على الطفل والأم في آن واحد ، تم إبلاغ الشرطة وحققت في الموضوع ورفع الموضوع للإمارة ، دفع المستشفى تكاليف مرافقة لرعاية الطفل لمدة ٣ شهور بـ ١٥٠٠ ريال ، ثم طلبوا من الأب دفع راتب المرافقة ، ولكن الأب يعاني من مشكلة مادية ، وسيعمل عملاً إضافياً لزيادة دخله ودفع تكاليف رعاية طفله . في شهر يناير رأى المستشفى أن العم والخالة خيار مناسب لرعاية الطفل ، العم والخالة مازالا على استعداد لرعاية الطفل ، بلغ المستشفى الشرطة بهذا القرار ، وقالت الشرطة لا يخلى سبيل الطفل إلا عند الرد من الإمارة عن حالته .

الحالة رقم (١٢)

العمر	الطفلة الأولى سنة وثمانية أشهر والثانية ٧ شهور
الجنس	إناث
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

حولت الطفلتان من مستشفى آخر في منطقة أخرى لاشتباه إصابتهما بانسداد الأوعية الدموية، وقد أخضع كل منهما إلى عدد كبير من التحاليل والفحوصات المختلفة التي أظهرت عدم إصابتهما بأي مرض عضوي، تم اكتشاف أن السبب غير طبي، ولذا فقد بدأ الفريق العلاجي بالمستشفى عقد عدة اجتماعات مع الوالدين. تنتمي الطفلتان إلى أسرة مكونة من الأب وعمره ٤٣ سنة يعمل مديراً (عسكرياً) في منطقة أخرى، جامعي، دخله جيد، لديه ٢٠ ولداً وابتنان من ٤ زوجات، واحدة منهن متوفاة في حادث سيارة، وأبناء الزوجة المتوفاة ترعاهم الزوجة الأولى وعددهم ثلاثة، الزوج عادل حسب قول الأم، وخاصة مع الأم المرافقة، الأم عمرها ٢٦ سنة، مستوى تعليمها وصل إلى ثاني متوسط وهي ربة منزل، قالت الأم إن سبب مرض الطفلتين هو مرض وراثي، الأم تنكر أنها تسببت في إيذائهما، ثم في إحدى المرات أثناء حديث الاختصاصية معها دمعت عينها، حاول المهنيون في المستشفى التوصل لتفسير لإصابة الطفلتين، فاعترفت الأم أنها تضربهما بالجدار عندما تغضب أو تقوم بضرب الأطفال بأي شيء تقع عليه يدها، حيث تفقد الأم السيطرة على نفسها فتتصرف بطريقة لا إرادية ولا تعلم عن نفسها فمثلاً واحدة من الضربات على أطفالها كانت بزجاجة الحليب، وذلك ناتج عن الحالة النفسية التي عانت منها في سن مبكرة، وما زالت تعاني

منها دون أن تتلقى أي علاج بسبب عدم علم الزوج بذلك . تم اكتشاف أن الأم كانت على قيد العلاج النفسي قبل الزواج ثم شفيت (على حد قولها) ثم عاد لها المرض بعد الزواج ، أسرة الأم فيها مشكلات ولم تتضح طبيعة هذه المشكلات للمستشفى ، تم مقابلة الأم أفادت أنها تزوجت هرباً من المشكلات وكانت تعتقد أنها ستكون سعيدة ، ولكنها لم تكن كذلك ، فزوجها يمنعها من زيارة أسرتها ولا يعطيها المال لشراء ملابس لها ولأولادها ، وتعتمد على مساعدات الجمعية الخيرية وعلى الملابس المستعملة وعلى مساعدات من قبل أختها . وتضيف بأن معاملة الزوج تختلف عند بقاء أطفالها في المستشفى ويصبح شخصاً آخر . وقد تم إطلاع الزوج على النتائج التي تم التوصل إليها وأخذ عليه تعهد بتقديم الرعاية اللازمة لكل من الطفلين لمنع تكرار ذلك ، كما تم تحويل الأم إلى العيادة النفسية وعولجت فيها ، وتم التأكيد على الزوج بضرورة أخذ الأم للعلاج حسب الإرشادات ، ثم نوم المستشفى الأم للعلاج . الأب أنكر أنه لا يهتم بزوجه حسب قوله إنه عادل مع جميع زوجاته ، وأن الزوجة دائماً تسبب مشكلات حتى إنها بقيت في بيت الزوجة الأولى وكانت تسبب المشاكل فأرجعها لبيتها ، ورغم كل هذا الاهتمام من قبل الفريق الطبي وربما إهمال من قبل الزوج فقد تعرضت إحدى الطفلتين إلى ضربة في الصدر أدت إلى وفاتها ، وفي سبتمبر ١٩٩٤م حضر الأب والأم والطفلة وسألوها عن الطفلة الأخرى فأفاد الأب أنها توفيت نتيجة سكتة قلبية من أسبوعين وكان ذلك في شهر ٩ عام ١٩٩٤م ، ولكنه اعترف بعد ذلك أن الطفلة كانت تلعب في «الفازلين» أثناء صلاة الأم فتوفيت الطفلة نتيجة تعرضها لضربة في البطن من قبل الأم بسبب ذلك ، تم أخذ تعهد آخر على الأب برعاية الطفلة المتبقية ووضعها تحت رعاية زوجته الأولى ، ولكن رغم ذلك لم يظهر الأب التعاون المطلوب منه ،

وخاصة الالتزام بالحضور في مواعيد الأم والطفلة، رفضت الأسرة الاستمرار في العلاج وانقطعوا عن الحضور للمستشفى، في سنة ١٩٩٧م كانت الأم حاملاً مرة أخرى وولدت وأنجبت طفلة وأسمت البنت الجديدة على اسم البنت المتوفاة. كما تم تبليغ السلطات المعنية بالأمر لاتخاذ الإجراءات اللازمة، تم إبلاغ الشرطة من قبل المستشفى ووصلت القضية إلى المحكمة ثم توقفت.

الحالة رقم (١٣)

العمر	٧ أشهر ونصف
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

حولت الطفلة من مستشفى آخر بمنطقة أخرى بسبب وجود تقرحات جلدية في أماكن مختلفة من الجسم، وقد تم إجراء الفحوصات الطبية والتحليل التي أثبتت عدم وجود مرض عضوي، لذا فقد وضعت الطفلة بالمستشفى تحت إشراف طبي خاص، حيث تم تنويم الطفلة في المستشفى من تاريخ ٢/٤ إلى ٢/٥ /١٩٩٧م، ثم نومت الطفلة بالمستشفى من تاريخ ٢/١٥ إلى ١١/٥ /١٩٩٧م إضافة إلى وجود مربية بالأجر إلى جانب الأم إلى أن تتحسن الحالة، كانت هناك محاولات من قبل المهنيين بالمستشفى لمعرفة سبب التقرحات في الجلد، وقد تم عقد عدة اجتماعات من قبل المهنيين في المستشفى مع الأم التي أنكرت بشدة إيذاء الطفلة، تم ملاحظة أن الأم عدوانية، تستخدم حيلاً دفاعية، أصرت على إصابة ابنتها بمرض عضوي،

أما الأب فهو هادئ، أبدى التعاون مع المستشفى، ولكن لم يصدق الأب الفريق الطبي أن الطفلة تعرضت للإيذاء، الأب قال لا أعتقد أن الأم مريضة نفسياً، ولذا فإنه قد تم أخذ تعهد على الأب من قبل المستشفى برعاية الطفلة وحمايتها عن طريق رعايتها من قبل زوجة الأب الأولى إلى جانب الأم، تحت إشراف الأب، واستمرت الطفلة في المراجعة للمستشفى خلال عام ١٩٩٧م، ثم نومت الطفلة بالمستشفى من تاريخ ٩/٧ إلى ٩/٢٣/١٩٩٧م بسبب التهاب وورم كبير، ثم خرجت الطفلة من المستشفى في وضع صحي جيد، ثم استمرت في زيارة المستشفى إلى تاريخ ٢٧/١١/١٩٩٧م ثم انقطعت، حيث استمر الأب في المواظبة على المواعيد ولفترة وجيزة، إلا أنه بدأ يتخلف عنها رغم الاتصالات المستمرة به من قبل المستشفى. يبلغ عمر الأب ٣٥ سنة يعمل «عسكري» براتب شهري قدره ٥٥٠٠ ريال، ومستواه التعليمي ابتدائي، يبلغ عمر الأم ٢٣ سنة، متعلمة إلى المستوى المتوسط، وهي ربة بيت وهي الزوجة الثانية، الطفل الأول عمره ٥ سنوات، الطفل الثاني عمره ٣ سنوات، الطفلة الثالثة عمرها سنتان، ثم الطفلة المتعرضة للإيذاء، الأب متزوج من زوجتين، الأولى وعمرها ٣٦ سنة، والزوجة الثانية وهي أم الطفلة، ولا يوجد له أطفال من الزوجة الأولى، والزوجة الأولى غير متعلمة، وقد حاول علاجها حتى تنجب ولأنه ليس لديها أطفال، ولكنه لم يطلقها، علاقة الزوجتين ببعضهما جيدة، علاقة الزوج بزوجتيه أيضاً جيدة، لا يوجد لديهم مشكلات، تعيش الأسرة في منزل بالإيجار بمبلغ ١٠٠٠ ريال شهرياً.

الحالة رقم (١٤)

العمر	أطفال ١٥ سنة- ١٢ سنة- ١١ سنة- ١٠ سنوات- ٦ سنوات
الجنس	ذكور
نوع الإيذاء	إهمال وإيذاء بدني ونفسي وجنسي
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

نوع الإيذاء المتعرض له الأطفال إهمال وإيذاء بدني ونفسي وجنسي . وينتمي الأطفال إلى أسرة مكونة من ١٢ فرداً، يبلغ عمر الأب وقت حضوره للمستشفى ٣٠ عاماً تقريباً، ومستواه التعليمي دون الابتدائي (أي يستطيع القراءة والكتابة) وهو والد لعشرة أطفال، متزوج لمرتين . الزوجة الأولى مولودة في عام ١٣٩٢هـ، وهي ربة منزل، ثم الابن الأكبر وعمره وقت حضوره للمستشفى ١٥ عاماً، ثم يليه ابن عمره ١٣ سنة ثم ابن عمره ١٢ سنة ثم ابن عمره ١١ سنة ثم ابن عمره ١٠ سنوات ثم يليه ابنة عمرها ٨ سنوات ثم ابن عمره ٦ سنوات ثم ابن عمره ٥ سنوات، وهؤلاء أبناءه من زوجته الأولى، ثم أنجب من زوجته الثانية طفلين: ابنة عمرها ٤ سنوات وابن يبلغ من العمر ٣ سنوات . تعيش أسرة الأطفال المتعرضين للإيذاء في إسكان جهة عمل الأب في مدينة الرياض . الأب التحق بالعمل كعسكري منذ أكثر من ١٦ عاماً، ويتقاضى راتباً شهرياً قدره ٣٥٠٠ ريال، ولا يوجد دخل للأسرة غير الراتب الذي يتقاضاه الأب نظير عمله .

وقد سبق للأب الزواج من زوجة غير زوجته الحالية ثم طلقها منذ عدة سنوات بعد زواج دام أكثر من ١٢ عاماً رزق منها ٨ أبناء . وحسب إفادة الأب أنه لم يستطع تلبية احتياجاتها ومتطلباتها مثل شراء المجوهرات وتوفير

المال وأخذها للخروج ولذلك تم الطلاق بينهما . وبعد ذلك ترك الأب أحد أبنائه ليربيه أخوه (أي العم) ، وكذلك ترك ابنه الصغير ليربيه الجد والجددة ، أما البنت فتركها الأب لتربيتها أختها (أي العممة) . وكلهم يعيشون في مناطق أخرى غير الرياض . أما بقية الأبناء ويبلغ عددهم خمسة فهم يقيمون مع أبيهم في الرياض . وأفاد الأطفال بأن زوجة الأب كانت صديقة أمهم . وفي يوم استيقظوا ووجدوا هذه الزوجة مكانها ، وعندما سأل الأطفال والدهم عن والدتهم قال لهم الأب هذه أمكم .

وحسب التقارير الواردة في ملف الأطفال في المستشفى يلاحظ أن تاريخ دخولهم للمستشفى كان في ١٧ / ١١ / ١٩٩٦ م ، حضروا للمستشفى (عيادة خارجية) عن طريق اختصاصي من دار التربية الاجتماعية لتسليمهم للمستشفى . أما تاريخ الفحص للأب فكان في ٨ / ٩ / ١٩٩٦ م ، وقامت لجنة طبية بتقييم حالته ، حيث تم تحويل الأب للعلاج النفسي نظراً لممارسته الإيذاء على أطفاله ، وتم تحويل الأطفال لقسم الأطفال ، وقد تم فحص الأطفال طبياً ونفسياً ، وكذلك تم تحويلهم لقسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى عن طريق الطبيب النفسي ، وتم القيام بعمل الإجراءات القانونية .

وتبين أن الأطفال تم إيذاؤهم جنسياً وبدنياً ، حيث اكتشف طبيب الأطفال في أماكن حساسة حروفاً جديدة وقديمة بالملاعق على بعض مناطق الجسم وخاصة لدى الطفل الصغير (ابن الزوجة الأولى) ، كما وجد طبيب الأطفال لدى أحد الأطفال «توسيع شرجي» dilated rectum ، وكذلك كان هناك علامات وجود كي في الخلف وحول المنطقة الشرجية للأطفال الأربعة . وتتمثل مظاهر هذا الإيذاء على الأطفال في سوء التغذية ، آثار حروق على الجسم ، آثار ضرب ، الوضع النفسي السيئ . وتبين أن المدرس في المدرسة لاحظ على الأطفال بأنهم يوم الجمعة يتسولون عند المسجد ،

ثم بعد انتهاء اليوم الدراسي لا يذهبون من المدرسة ، وكان المدرس يعطيهم بعض المال وينبهم إلى أن هذا سلوك غير مقبول - وهو التسول في المسجد. وحسب إفادة الأطفال أن زوجة الأب تجعلهم يذهبون للمساجد وتطلب منهم التسول وإحضار النقود وتعاقبهم إذا لم يحضروا لها نقوداً. وذكر في التقرير أن الأب كان يعامل أبناءه معاملة لا إنسانية ، يحرمهم من المدرسة ، ولا يساويهم مع غيرهم ، وينامون في الحدائق ، ويطردهم هو وزوجته من البيت ، وينامون في المدرسة بعد الاختباء بها ، وقد هربوا من البيت مرتين إلى المدرسة ، وبناء على كلام الأطفال بأن الأب وزوجته يقومان بتقييدهم خارج المنزل ، وأيضاً لا يشبعون احتياجاتهم للطعام والسكن والحماية . وتقوم زوجة الأب بوضع الطعام لأبناء زوجها بمفردهم وتأكل هي وأبنائها والأب معاً . كما أن أحد الأبناء أفاد أن الأب يحضر رجلاً ويدخلهم على أبنائه الثلاثة ثم يأخذ من الرجال المال مقابل ذلك ، ومن المحتمل حسب توقع المستشفى ارتكاب الأب لإيذاء جنسي على واحد من أطفاله ، ولكن الأب أنكر تعرضهم لأي إيذاء جنسي .

وأفاد أحد التقارير عن حالتهم بأنه كان لدى الأب مشكلة في التعامل مع ٤ من أطفاله من زوجته الأولى ، وحسب إفادته بأن مشكلته بدأت مع أطفاله من خلال قيامهم برمي الحجارة على الناس والسيارات والهروب من المنزل ، والتسول من الناس للأكل ورفض الذهاب للمدرسة . وقد قام الأب بربط أحد أطفاله على الكرسي بحبل حول الرقبة وعلى أرجل الكرسي وقال لأولاده إنه يجب أن يربطه بحبل حتى تحضر الشرطة لأخذهم نظراً لرميهم الحجارة على الناس وسياراتهم ، وكان ذلك بمساعدة زوجته . وقد وجد المدرس على واحد من الأطفال أثر السلسلة في رقبته ، فقال له «أبي وزوجة أبي فعلاً ذلك بي وبإخوتي ، أما أنا ففككت نفسي من القيد

وخرجت ، أما إخوتي فهم مقيدون تحت الدرج وأخي الصغير في الدور العلوي» ، قامت المدرسة بإبلاغ الجهات الأمنية أن باقي إخوة الطفل مقيدون بالسلاسل في المنزل ، فوجدت الشرطة بالفعل أن الابن الثالث كان مربوطاً بالسلاسل من اليوم السابق بدرزين الدرج ، والابن الرابع كان مسجوناً في غرفة ، وأتى بالأطفال أحد العسكريين لتسليمهم لدار رعاية الأطفال ، وكان ذلك بناء على طلب ولي أمرهم ، حيث جرى إحالة الأطفال المقيمين مع والدهم إلى دار التربية الاجتماعية بغرض الكشف عليهم والتأكد من مدى تعرضهم لأي اعتداءات بدنية أو جنسية . ثم أرسلوا إلى الأب باعتبار أنه موقوف عن العمل . ولكن الأب لا يعتقد بأن ما قام به تجاه أطفاله خطأ . ولكن حسب إفادة زوجة الأب أن الأطفال أشقياء ويضربون ابنتها الصغيرة لذلك هي تربطهم بالسلاسل .

وحسب تشخيص المستشفى لشخصية الأطفال المتعرضين للإيذاء فإن الكبير كان لا يتكلم وهو دائماً صامت ، كما يعاني من مشاعر الإثم والخطيئة وتظهر عليه السلبية أكثر من البقية . والابن الثالث وكان أكثر إيجابية حيث يتولى إدارة شؤون إخوته وحمايتهم . والابن الرابع الأكثر حاجة إلى الحنان ولديه إحساس بفقدان الأم . وحسب تقرير صادر من قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى أن العلاقة الوالدية المبنية على أساس من التعاطف الوالدي ، والحماية ، والتسامح ، والتشجيع ، والتوجيه للأفضل مع الأبناء مفقودة تماماً ، لا يضمن الأبناء أية مشاعر للحب أو الاحترام للأب ، على العكس من ذلك فهم يظهرون مشاعر الخوف من الأب ، إضافة إلى إحساسهم بأن الأب يبندهم ويفضل الإخوة غير الأشقاء عليهم ، علاوة على ما عانوه من أساليب الإيذاء الجسدي والاضطهاد ، وعلامات ذلك بادية على أجسادهم كما تظهر ذلك التقارير الطبية الصادرة من المستشفى .

كما يضيف التقرير أن هناك انعداماً تاماً للعلاقة بين الأب وأبنائه ، حيث إن الأب لا يدرك من أساليب المعاملة إلا أساليب الإيذاء الجسدي والإهمال والحرمان والقسوة والإذلال والرفض . ويرد الأب ذلك كله إلى أن هؤلاء الأبناء مشكلته الحالية ، وهم كثيرو الأذى للجيران وغير مطيعين لأوامره وتعليماته ولذلك لجأ إلى استخدام الأساليب السابقة في التعامل معهم باعتبارها الحل الأمثل من وجهة نظره لتأديبهم وردعهم .

وفي أثناء مقابلة الاخصائيين في المستشفى للأب سجلوا في تقريرهم بأنه قد لوحظ على الأب انه يعاني من صعوبات في الفهم والإدراك ، وأن مدى معرفته أقل من الطبيعي ، مع بطء في الاستجابة ، وصعوبة في التذكر ، ولديه صعوبات في إعطاء معلومات شفوية ، ضعف في التعبير ، لذا السؤال يحتاج إلى إعادة وتكرار عليه ، الأب لديه علامات إدراكية مؤقتة impairment عطلت من قدرته على التبرير والحكم واتخاذ القرارات ، الأب من خلال الاختبار وجد أن وظائفه العقلية أقل من المعدل الطبيعي لدرجة تشويش في العقل يوحى باختلال عقلي . بالإضافة إلى أنه بطيء في الكلام ، مع لامبالاة ملحوظة ، وعدم إدراك لخطورة الموقف ، لا يدري لماذا أخذوا أطفاله منه ، يرى أنه لا داعي للعلاج ، كما يرون بأنه يمكن وصف الأب أنه سلبى سهل الانقياد ، ضعيف الإرادة ليس له أي دور يذكر في إدارة شؤون أسرته . كما يستخدم الأب حيلاً دفاعية لمعاينة أطفاله . اعترف الأب بالمعاملة القاسية من قبل والده (الجد) نحوه ونحو أخيه ، وأنكر وجود أي مشكلات نفسية للأسرة ، الأب أنكر أن يكون لديه أي مظاهر للاكتئاب أو الهوس أو القلق أو الصرع أو الإيذاء بالكحول والمخدرات ، كما أنكر وجود أي انحراف أو إدمان ، أو مشكلات عصبية ، بالإضافة إلى أنه ينكر أي مشكلات لديه في قدراته ، ولم يتبين أي تاريخ إجرامي للأب ، أو تاريخ

إدمان، أو جناية أخرى مشابهة، وقد لوحظ أثناء البحث أن الأب قد سبق أن تعرض لحادث مروري منذ عدة سنوات في عام ١٩٨٨م أدى إلى إصابته برضة بالرأس، وذلك حسب تقرير صادر في تاريخ ٢٩ / ١ / ١٤١٧هـ من خلال جهة عمله، وذكر في التقرير آنذاك أنه أصيب بارتجاج في المخ وفقدان للوعي، كما أن جزءاً من المخ عليه تجمع دموي، حسب تقرير صادر من أحد المستشفيات. والأب من وجهة نظر رؤسائه، يحتاج إلى إشراف تام ومستمر لإنجاز مهامه.

طلب قسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى معلومات أكثر عن حالة الأب وإجراء أشعة لرأسه، أما التقرير الطبي فكان نتيجة إجراء أشعة للدماغ الأب تظهر بأنه طبيعي. أما من وجهة نظر الاخصائي النفسي فإنه ليس هناك مبرر أو سبب عضوي أساسي يفسر عمل الأب وسلوكه تجاه أطفاله. وقد قام قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى بتقديم توصية تنص على أن يبقى الأولاد في دار لرعاية الأطفال. وكانت توصية المستشفى نقل الأب خارج الرياض نقلاً تديبياً بالإضافة إلى محاكمته. تمت التوصية بسحب الأطفال من والدهم والاتصال بأسرته، على الرغم من أن المستشفى لم يتمكن من القيام بذلك، كما أن هناك توصية بالعلاج النفسي للأب والأبناء، بالإضافة للقيام بالإجراءات القانونية اللازمة. ولكن الأب لم يفصل من العمل، ولم يؤخذ عليه أي إجراء، كل ما تم هو سلب رعاية الأولاد من الأب، وأودعوا في الدار، حتى تاريخ كتابة آخر تقرير عنهم في ملفاتهم بالمستشفى.

الحالة رقم (١٥)

العمر	٨-١٠ سنوات
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	جنسي
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفلة طالبة في المرحلة الابتدائية، وترتيبها الرابعة في أسرتها، وتنتمي لأسرة مكونة من ٩ أطفال أصغرهم ٣ سنوات، الأب متسبب، مستواه التعليمي منخفض، ودخل الأسرة غير ثابت. الأم متحملة مسئولية رعاية الأسرة، وهي أمية، وربة منزل، عمر الأم في الأربعينيات تقريباً. الإخوة لم يكملوا تعليمهم، الأخ الكبير متزوج يسكن هو وزوجته وطفلان مع أسرته، والأخت الكبيرة متزوجة ولها طفلان وتعيش مع أسرته، للأسرة ابن عمره ٢٠ سنة قتل مطعوناً في قضية من ستين، الأسرة لديها مشكلات اقتصادية، الأب يترك الأسرة لمدة سنة تقريباً ثم يعود لهم، صاحب البيت يتابع الأم ويطالبها بالإيجار، وكذلك عليها ديون للبقالة. وكان الأب يدخل السجن ويخرج بسبب أنه مدين، لم يحضر الأب لزيارة ابنته أثناء وجودها بالمستشفى. حيث كان إما مسجوناً أو غائباً، وعلاقة الأم بزوجها جيدة.

حضرت الطفلة للمستشفى بتاريخ ٩/١١/١٩٩١م عن طريق أسرته إلى الإسعاف، نتيجة إصابتها في حادث سيارة، ودخلت مباشرة للعناية المركزة، وكان معتدى عليها، حيث يرى الطبيب أن نوع الجرح على خلاف ما يحدث عادة مع حوادث السيارات، لذا فإن تعرضها للإيذاء الجنسي من الصعب الحكم عليه، ولكن في أثناء الكشف عليها ثبت أنه سبق أن

اعتدي عليها جنسياً، اعتداء حديثاً مباشرة قبل الحادث، حيث كانت تنزف، وكان عليها كدمات، وكانت ملابسها الداخلية كلها دم، وكان لديها نزيف قوي وجديد مهبلي من الشرج، وعند الفحص الدقيق لغشاء البكارة وجد أنه غير مصاب بأذى، وكان هناك تمزق خلفي. ظلت الطفلة شهرين في «كوما»، نتيجة للحادث أصبح جزء من المخ مشلولاً ويعطونها العلاج اللازم، فاقت في أحد الأيام من الكوما. وقالت للمهنيين في المستشفى إن العامل في البقالة التي أرسلتها إليها أمها قام بالاعتداء عليها. وغير معروف من ضربها بالسيارة. حيث إن الحادثة لم تكن جنائية لأن هناك سيارة تمشي بسرعة ضربتها، ووجدوها ملقاة في الشارع. وبقيت الطفلة في المستشفى مدة ٧ شهور. تم القيام بعلاج طبيعي مكثف لها، إلى أن تحسنت حالتها وأصبحت قادرة على إطعام نفسها والمشي، ثم حولت إلى وحدة العلاج الطبيعي. وبعد ذلك خرجت من المستشفى. قامت الاخصائية الاجتماعية بالمستشفى بمقابلة الأسرة والأم والأخ، وقامت بزيارة منزلية للأسرة.

وعلمت الاخصائية من خلال متابعتها للأسرة بعد ذلك أن الأب عندما وصلت الطفلة عمر ١٥-١٦ سنة تقريباً كان يرغب في أن يزوجها، ثم انقطعت الطفلة عن زيارة المستشفى، وبعد ذلك اتصلت الأم بالمستشفى لتسأل عن ابنتها التي كان عمرها ١٧ سنة في ذلك الوقت، حيث أفادت الأم أن ابنتها تزوجت من رجل مستواه الاقتصادي مرتفع، وحدث لها حادث هي وزوجها، فدخلت إلى المستشفى، وكانت تعتقد الأم أنها دخلت في نفس هذا المستشفى لذا كان اتصالها بغرض الاطمئنان على ابنتها، ولكنها لم تكن بنفس المستشفى. في اليوم التالي اتصلت الأم بالمستشفى وقالت للاخصائية بأن زوج ابنتها ضرب ابنتها بالجدار، وخنقها ثم دخلت للمستشفى إلى أن ماتت هناك، وكان هذا الزوج قد سبق له أن أحرق زوجته السابقة التي كانت قريبة له.

الحالة رقم (١٦)

العمر	١١ عاما
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني وجنسي
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

حضرت الطفلة للإسعاف في تاريخ ٢٤ / ٤ / ١٩٩٤م، بمفردها بلموزين، تشكو من آلام في البطن، وآلام عامة في كل الجسم، ورضوض وكدمات في أماكن مختلفة من الجسم قديمة وحديثة، وكذلك تقيأت مرتين في تاريخ الدخول.

كانت مضروبة وعليها آثار كدمات وآثار حبل وكدمات قديمة وجديدة وتورم في الأرجل والوجه وآثار سحب في الشعر وحلق للشعر وكسور قديمة. وكانت عليها آثار اعتداء جنسي سابق (قديم). عند فحصها طبياً وجد فيها كدمات ورضوض في كل جسمها قديمة وحديثة موجعة عند لمسها، وهناك انتفاخ في اليدين وفي العضد، وانتفاخ أحمر في الظهر، ولديها أيضاً كدمات ورضوض متعددة في الساقين وفي الظهر، ولديها بعض الكشط (الحك)، مع فقدان لبعض الجلد في الركبة اليمنى وألم شديد في الظهر، هناك انتفاخ في الجهتين من الخد في وجهها. تم إجراء الفحوصات والعلاجات الطبية اللازمة لها، تم عرض الحالة على الطبيب النفسي أيضاً. حضرت الاختصاصية الاجتماعية من قسم الخدمة الاجتماعية، قامت الاختصاصية بمناقشة الحالة مع الأم، وكانت الأم غير متجاوبة، وبناء على كلام الطفلة أنها ضربت من قبل الأم طوال الليل، حيث إن الأم استخدمت

كتلة خشبية صلبة وثقيلة في ذلك، فهربت الطفلة من المنزل للحضور للمستشفى. وتبين أن لدى الطفلة تاريخاً لضربها، حيث إنها قد حضرت للإسعاف من قبل، وهي معرضة للضرب، ووجد أنها متعرضة للضرب من قبل شقيقها الذي يبلغ من العمر ١٥ عاماً بتاريخ ٢٣/٨/١٤١٤ هـ حسب تقرير من مستشفى آخر. وحسب إفادة الطفلة أن الأم دائماً تضرب الطفلة بدون وجود سبب واضح لذلك، كما أن لدى الطفلة أخوين أصغر منها (١٢ شهراً وكذلك ١٨ شهراً). قام قسم الخدمة الاجتماعية بإجراء اتصالات لتحويل الحالة لدار رعاية، وحولت بالفعل لدار رعاية في تاريخ ٣٠/٥/١٩٩٤ م، وكانت في وضع صحي جيد، كما بلغ المستشفى الشرطة بالحادثة.

وتبين لقسم الخدمة الاجتماعية بعد اتصالهم بالدار أن الطفلة سبق أن حضرت للدار بنفس الطريقة التي حضرت فيها للمستشفى، وتم اكتشاف (وذلك من قبل الدار) أن الأب هو الذي اعتدى عليها. كما تبين للمستشفى أن التي تدعي بأنها أم الطفلة هي زوجة الأب، ب ليست سعودية الجنسية، وليس لديها إقامة، لذلك أخذت اسم والدة الطفلة. أما علاقة الأب بزوجه فلا يوجد ترابط بينهما، وأوضحت زوجة الأب بأن الطفلة لا تطيع أوامرها، وأنها في منتصف الليل تهرب من بين أخواتها وتذهب لأبيها كما أنها تذهب للعمال، وتقول زوجة الأب بأنها تجعل الطفلة تنام في الصالة ثم تجدها تتسلل إلى مكان آخر، وتفيد بأنها رأتها مع والدها. اتهمت الطفلة زوجة الأب أنها تؤذيها، وأنها تحرمها من الطعام، وقالت زوجة الأب إنني أضربها لأنني أحضرها من عند العمال، حيث إنها في أحد الأيام قبضت عليها الشرطة في الليل، وسجل محضر في الشرطة، ثم أعاد المستشفى الطفلة للدار لرعايتها. وأثناء وجود الطفلة في المستشفى الأب رفض الحضور إلى المستشفى لزيارتها، وقال إنه مسافر.

الحالة رقم (١٧)

العمر	٣ سنوات
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات + مقابلة المهنيين في المستشفى

تعيش الطفلة مع الأب ومع إختوتها ومع زوجة الأب، الأب منفصل عن الأم، ولديه منها الطفلة الكبيرة وهي المتعرضة للإيذاء عمرها ثلاث سنوات وطفلة ثانية أصغر منها، ولديها أخوان. بعد أن انفصلت الأم عن الأب تعيش في منطقة أخرى متزوجة من آخر، الأب تعليمه بسيط، يعمل عسكرياً، براتب مقداره ١٥٠٠ - ٣٠٠٠ ريال تقريباً، علاقة الأب بزوجته كانت جيدة، تعيش الأسرة في سكن تابع لجهة عمل الأب.

حضرت الطفلة محولة من إحدى الجهات الصحية، دخلت المستشفى عن طريق الطوارئ في تاريخ ٥/٦/١٩٩٧م وأحضرها الأب، لإصابتها بحروق في فخذيها من الدرجة الثانية (درجة ٦, ٥)، بالإضافة إلى ظهور غير عادي للجمجمة مع وجود حذبة في الجبهة الأمامية وكدمات على الجبهة. الأشعة أظهرت كسراً قديماً في مؤخرة الرأس. ونومت الطفلة في المستشفى، وكانت المرافقة معها زوجة الأب، تم وضعها في وحدة الحروق، وأجري لها عملية جراحية، بقيت في المستشفى ٢-٣ شهور. طلبت مباشرة الحالة من قبل أطباء أطفال وأطباء الإسعاف واختصاصي الأشعة والجراحين والعاملين في وحدة العناية المركزة. كان التشخيص للإصابة بأنها متعمدة حسب تقرير الاخصائية والأطباء. هذا الحرق أي في منطقة من البطن إلى

الفخذ أدى إلى حدوث تشويه، عند النظر إليه من الجانب الطبي فإنه من الصعب أن يكون الحرق غير متعمد، الطبيب المعالج شك بأن الحروق المصابة بها الطفلة متعمدة .

زوجة الأب تدّعي أن الطفلة قد وقعت في ماء ساخن، ذهبت الاخصائية إلى الطفلة في الجناح وقالت الطفلة «إن زوجة الأب قد أحضرت الماء وغسلت هنا أي سكبت الماء عليها - وأشارت إلى مكان الحرق - وذلك لأنها وسخت ملابسها»، الأب قال إن الطفلة وقعت عن الدرج منذ أسبوع، والطبيب يرى أن الكدمة لا تتجاوز مدتها يوماً أو يومين .

كانت الطفلة أثناء وجودها بالمستشفى تبكي لأنها لا تريد زوجة الأب المرافقة لها، وكان مع زوجة الأب طفل رضيع، لذلك أصبح المرافق هو الأب، الأب أصبح مرافقاً لابنته لفترة ولكنه لم يكن يتقبل أن يغير للطفلة مثلاً، رئيسة الممرضات اشتكت من أن الأب لا يقوم بواجباته تجاه طفلته كمرافق، سلوك الأب مع الاخصائيات في المستشفى يبدو أنه غير متعاون .

الأم ليس لها صلة بطفلتيها، والأب لا يريد التحدث عن الأم، طلب قسم الخدمة الاجتماعية زوجة الأب لمقابلتها فرفض الأب ذلك . وكان الأب ينفي التهمة عن زوجته .

اقترح قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى أن يتم تحويل الطفلة إلى دار للرعاية، ولكن الوالد كان معارضاً بشدة . تم إبلاغ الشرطة، بعد انتهاء العلاج ذكر الأب في التحقيق نفس الكلام بأن الطفلة قد وقعت في ماء ساخن . الجهة الأمنية تقول قضاء وقدر، لم يتعرف على الجاني .

حولت الحالة إلى الإمارة، قسم الخدمة الاجتماعية تابع الموضوع . ولكن بعد أسبوع من خروج الطفلة من المستشفى كان لديها موعد ولكن الطفلة لم تحضر لموعدها .

الحالة رقم (١٨)

العمر	٦ سنوات
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	جنسي
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات+مقابلة المهنيين في المستشفى

يعيش الطفل مع الأم وأسرتها بعد طلاق أم الطفل من أبيه ، منذ سنة ونصف تقريباً ، يبلغ عمر الأم حوالي ٢٠ سنة ، غير متعلمة أو أن تعليمها بسيط ، لا تعمل ، لديها فقط هذا الابن الوحيد ، العلاقات جيدة بينها وبين أسرتها ، وضع الأسرة الاقتصادي أقل من المتوسط .

دخل الطفل إلى المستشفى مع أمه عندما أحضرته للإسعاف ، وكان ذلك في تاريخ ١٨ / ٢ / ١٩٩٩ م . وذلك بسبب تعرض الطفل للإيذاء جنسياً من اثنين مراهقين من الجيران ، وحسب إفادة الأم بأنها كانت في البيت ، نادوها وقالوا لها « إن هناك ناس ماسكين ابنك خلف الشجر في الحديقة العامة المقابلة للمنزل » . حدثت الحادثة عصرأ . كما أفادت الأم أنها لا تجعله يخرج للشارع « ولكن هذه المرة التي خرج فيها » . تم الاعتداء عليه من اثنين من أولاد الجيران ويبلغ عمرهم من ١٠-١٣ سنة تقريباً . وأوضحت الأم بأنها قالت لابنها في البداية لا تخبر أحداً بما حدث لك ، ثم بعد ذلك خافت ، حيث كان الطفل يمسك ظهره لأنه يؤلمه . وأحضرته الأم في الليل للمستشفى .

بالفحص الطبي تبين بأنه لا يوجد لديه آثار واضحة تدل على الاعتداء الجنسي ، (مثل فتحة الشرج لا يوجد عليها علامات تدل على تمزق أو إفراز

النزيف). وبالفحص الطبي تبين لديه حروق صغيرة على رجله اليسرى أيضاً. نوم في المستشفى لعدة أيام، ثم تم خروج الطفل من المستشفى بتاريخ ٢٤ / ٢ / ١٩٩٩ م. بعد الحادثة كانت صحة الطفل طبيعية. استمر الطفل يحضر للعيادة النفسية بالمستشفى.

الأهل بلغوا الشرطة، وقسم الخدمة الاجتماعية والقسم النفسي بالمستشفى وكذلك أطباء الأطفال عن الحالة، كما تم تحويل الأم والطفل للمراجعة في المستشفى بالقسم النفسي.

الحالة رقم (١٩)

العمر	٧ أشهر
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	إهمال وإيذاء بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات

تنتمي الطفلة إلى أسرة مكونة من الأب ويبلغ من العمر ٣٨ عاماً حاصل على دبلوم ويعمل مدرساً براتب شهري قدره ٦٠٠٠ ريال، والأم تبلغ من العمر ٣٥ عاماً ومستواها التعليمي إلى المرحلة الابتدائية، وهي ربة منزل، وليس لديهما سوى هذه الطفلة من نفس الأب والأم، حيث إن الأب متزوج من زوجة واحدة، إلا أن للأم أربعة أطفال من زواج سابق. وتسكن الأسرة في بيت شعبي ملك للأب، في إحدى مناطق المملكة خارج الرياض.

كانت أم الطفلة متزوجة من زوجها الأول ولديها منه أربعة أطفال، ولكنها طلقت منه طلاقاً بائناً لا تستطيع الرجوع له إلا في حالة زواجها من

رجل آخر، وبعد طلاقها من الآخر تستطيع العودة للزوج الأول، تزوج الزوج السابق للأم بزوجة أخرى بعد طلاقها منه، وكانت زوجة الأب تعامل الأطفال معاملة سيئة، وفي ذلك الوقت فكرت الأم بزواج من محلل، ثم بعد ذلك تزوجت الأم بوالد الطفلة (زوجها الثاني) بدون أن توضح له أن هدفها من زواجها منه هو أن يكون «محلل»، ثم قام هذا الزوج بصرف كل ما يملك على زواجه منها، وبعد الزواج لاحظ الزوج بأن زوجته لا ترغب في الإنجاب لأنها كانت لا ترغب في استمرار حياتها الزوجية معه، حتى تتمكن من العودة لزوجها الأول والد أطفالها، بينما كان الزوج يرغب في الأطفال، وحملت الزوجة بطفلتها هذه، فتناولت الأم بعض الأدوية عندما علمت بحملها بهدف أن تجهض. وقد أدى ذلك إلى إصابة الطفلة بإعاقة جسدية، حيث تعاني الطفلة من تخلف عقلي وجسدي نتيجة لتعاطي الأم أدوية لإجهاضها.

أصبح هناك بعد ولادة الطفلة خلافات عديدة بين الأم والأب، وطلبت الأم من الأب أن يطلقها، ولكنه رفض إلا في حالة معرفته بسبب طلبها، فاعترفت له بغرض زواجها منه وذلك حتى تستطيع العودة بعد طلاقها منه لزوجها الأول، وأوضحت له عدم رغبتها في استمرار العيش معه، فطلقها، ولكن عادت «المشاكل» مرة أخرى بين الأم وبين زوجها الأول، وذلك بسبب رفض الزوج السابق طلاق زوجته الثانية التي تزوجها بعد طلاق الأم منه، وذلك بخلاف اتفاهه معها ما أدى إلى عدم رجوعها له.

حولت الطفلة من الطبيب المعالج لها في تاريخ ١٤١٦/٩/٢ هـ بسبب اعتبارها حالة طفل متعرض للإيداء، حيث إن الطفلة ولدت مصابة بالتخلف العقلي والجسدي وحولت إلى الحضانه، ولكن الأم هربت من

المستشفى من غير أن تترك عنواناً لها وذلك لأنها لا ترغب في طفلتها، وأدخلت الطفلة في قسم الأطفال في المستشفى بتاريخ ١٤١٦/٧/٥ هـ. وتطلبت ظروف الابنة الصحية بقاءها في المستشفى وضرورة تواجدها للعلاج لفترة طويلة استمرت سبعة أشهر، قام الاختصاصي الاجتماعي بالمستشفى بمقابلة والد الطفلة حيث قام بأخذ موافقته على تحويل الطفلة إلى دار رعاية الأطفال شديدي الإعاقة، حيث إنه لا يوجد من يقوم بحضانتها في الأسرة، وحيث تقدم لها الرعاية اللازمة. ثم استكملت إجراءات قبول الطفلة في دار رعاية الأطفال شديدي الإعاقة، كما قام الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى بالعمل على التخفيف عن الزوج بشرح الظروف النفسية التي كانت تعيشها الأم نتيجة لقلقها على أطفالها الذين يعيشون مع زوجة الأب. رفض الأب أن يعيد الأم، الأمر الذي أدى إلى عودة والدة الطفلة للسكن مع أخيها. كما قام الاختصاصي الاجتماعي بالمستشفى بمقابلة والدة الطفلة، وتم شرح ما قامت به من أخطاء كثيرة أهمها أن خطأها قد أدى إلى إصابة ابنتها بالإعاقة، وكذلك فقد تمت طمأننة الأم بأن لكل مشكلة حلاً ويجب أن تترى في اتخاذ قراراتها وأن تحاول حل مشكلاتها بهدوء للتخفيف عن حالتها النفسية السيئة، وألا تفكر في زوجها الأول. كما تم تحويل الأم إلى جمعية نسائية خيرية في المنطقة التي تعيش فيها لمتابعة حالتها.

الحالة رقم (٢٠)

العمر	١٠ أشهر
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات

ينتمي الطفل إلى أسرة مكونة من الزوجة الأولى و ٩ أولاد، والزوجة الثانية ولها طفلان، الطفل المتعرض للإيذاء هو الأخير، وتتكون الأسرة من الأب وعمره ٥٤ عاماً وهو متعلم ويعمل موظفاً، والأم يبلغ عمرها ٢٠ عاماً وهي غير متعلمة وربة منزل، وأخ شقيق عمره ٣ سنوات، وزوجة الأب وعمرها ٤٩ سنة وهي غير متعلمة وربة منزل، والإخوة غير الأشقاء وهم الأخ ٣٤ عاماً أعزب وهو متعلم وموظف، وأخ عمره ٣٠ سنة متزوج ومتعلم وموظف، الأخت وعمرها ٢٨ عاماً وهي متزوجة ومتعلمة وربة منزل، وأخت عمرها ٢٥ عاماً عزباء وطالبة، وأخت عمرها ٢٠ سنة وهي عزباء وطالبة، وكذلك أخت عمرها ١٩ سنة عزباء وطالبة، وأخ عمره ١٧ عاماً وهو أعزب وطالب، وأخ عمره ١٤ عاماً أعزب وطالب، وأخت وعمرها ١٢ عاماً وهي عزباء وطالبة. يتولى الأب مسؤولية إعالة الأسرة ولديه عدة مصادر للدخل حيث يتقاضى راتباً شهرياً قدره ١١٠٠٠ ريال، بالإضافة إلى وجود مصدر آخر للدخل من أملاك له بمبلغ قدره ٣٠٠٠ ريال، تسكن الأسرة في فيلا دورين بالإيجار، في أحد الأحياء الشعبية بمدينة الرياض. تسكن الزوجة الأولى وأولادها (هناك ٤ من أبنائها لا يقيمون معهم لأنهم متزوجون ويعيشون في مكان آخر) في دور، ودور آخر تسكن فيه الزوجة الثانية وأطفالها. الأم من أصل غير سعودي، وهي

الزوجة الثانية، وقد هجر والد الأم والدتها، عند بلوغها سن ١٥ عاماً قام والدها بتزويجها لرجل سعودي يبلغ من العمر ٥٤ عاماً أي يكبرها بتسع وثلاثين سنة، وهو متزوج من زوجة سابقة لها ولديه ٩ أبناء، فانتقلت الزوجة مع الزوج للبلد الذي ينتمي إليه .

وقد كان الزوج مشغولاً مع زوجته الأولى وأبناء له منها، العلاقات بين الأب والأم قبل مرض الطفل ودخوله المستشفى سيئة، حيث كان الزوج يعامل زوجته معاملة سيئة، وانعكس ذلك على تعاملها مع أطفالها، وسوء معاملتها هي وزوجها لهؤلاء الأطفال . وقد ساءت العلاقة بين الأب والأم . تعاني الأم من اضطرابات نفسية حادة نتيجة لما تعرضت له من ضغوط نفسية قبل وبعد زواجها، حيث إنها تشعر بالقلق والوحدة والكرهية لزوجها لانشغاله عنها، تتاب الأم نوبات عصبية حادة ما دفعها للقيام بممارسات عنيفة تجاه أبنائها، فتلجأ إلى ضرب أبنائها بعنف .

أدخل الطفل في تاريخ ١٠ / ٢ / ١٤١٧ هـ إلى قسم الأطفال بالمستشفى، حيث كان يعاني من تشنجات متكررة إثر سقوطه على مؤخرة الرأس، وقد أثارت إصابة الطفل في رأسه شكوك الأطباء بأن الإصابة متعمدة، لذا قام الطبيب المعالج بتحويل الطفل في تاريخ ٢٥ / ٢ / ١٤١٧ هـ إلى قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى نتيجة سوء معاملة الطفل من قبل والديه، حيث كانت الأم هي التي توقع الإيذاء على الطفل . ولم تكن هذه هي المرة الأولى التي يتعرض فيها هذا الطفل للإيذاء، حيث سبق أن أحضر نفس الطفل ذات مرة إلى الإسعاف وقد حقن بمخدر من قبل والدته .

تمت مقابلة والدي الطفل من قبل الاخصائية الاجتماعية بالمستشفى للوقوف لما توصل إليه الأطباء بخصوص الطفل، وأوصت الاختصاصية بعرض حالة والدة الطفل على الطبيب النفسي لعلاجها لما تعاني منه من

اضطراب نفسي، تم تحويل الأسرة إلى إحدى الجمعيات الخيرية لمساعدتها مادياً، قامت الاخصائية بالمستشفى بمتابعة حالة الأسرة، واستمرت حالة الطفل تحت المتابعة والإشراف من قبل الاخصائية الاجتماعية والطبيب المعالج. تمت مقابلة والدة المريض لعدة مرات لدراسة حالتها، وتبين للاخصائية أن هناك مشكلات تعاني منها الأم قبل وبعد زواجها ما أثر في طريقة تعاملها مع أبنائها. وكذلك تمت مقابلة والد الطفل عدة مرات من قبل الاخصائية بالمستشفى. كما تم حفظ الطفل بالمستشفى حتى يتم التوصل إلى حل لمشكلته، كما جرى تبليغ الجهات المختصة بالمستشفى عن حالة الطفل لإجراء اللازم حول موضوعه. أوصت الاخصائية الاجتماعية بالمستشفى بمراقبة الطفل الذي تعرض للإيذاء والإهمال من قبل والديه عن طريق حمايته وحماية شقيقه بإبلاغ الجهات الأمنية.

الحالة رقم (٢١)

العمر	٤ سنوات
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	إهمال وإيذاء بدني
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات

ينتمي الطفل إلى أسرة مكونة من الأب ويبلغ من العمر ٤٠ عاماً، وهو متعلم، والأم وعمرها ٣٠ عاماً، وهي غير متعلمة، وربة منزل. وله أخوان الأكبر عمره خمس سنوات، وأخ آخر عمره ثلاث سنوات. أما الطفل المتعرض للإيذاء فترتيبه بين بقية إخوته الأوسط.

يتولى الأب مسؤولية إعالة الأسرة حيث كان يعمل موظفاً عسكرياً، وأحيل للتقاعد بسبب مرضه، وتم إجراء عملية جراحية له لاستئصال جزء

من رثته، يحصل الأب على راتب تقاعد شهري يصل لمبلغ ٣٠٠٠ ريال، كما يتلقى الأب بعض المساعدات من أسرته. وتسكن الأسرة في بيت شعبي بالإيجار.

تستفيد الأسرة من المؤسسات الاجتماعية، حيث ألحق الطفل بدار لرعاية المعاقين، نظراً لأن لديه إعاقة خلقية. وكذلك قامت الاختصاصية الاجتماعية بالمستشفى بتحويل الأسرة لإحدى الجمعيات الخيرية لتقديم المساعدة المادية لهم.

كانت العلاقة بين الزوجين جيدة، إلا أنه وبعد إنجاب الأم لطفلها الثاني معاقاً ساءت العلاقة بين الزوجين، ولم تنحصر المشكلات بين الزوج وزوجته، بل امتدت لتشمل أهل الزوج أيضاً، حيث أصبح يعتبر الطفل كوصمة، وبدأ أهل الزوج ينعنون الأم بطفلها المعاق، ما انعكس على صحة الطفل الجسدية والنفسية، حيث أصبحت تشعر بمشاعر سلبية كالحقد والكراهية تجاه الطفل، ما أدى بها إلى إهماله وعدم رعايته وعدم الاهتمام بتغذيته، ويصل الأمر بها في بعض الأحيان إلى ضربه. حيث حول الطفل للمستشفى من قبل دار رعاية المعاقين نتيجة لأنه يعاني من سوء تغذية حاد بتاريخ ٢٥/٣/١٤١٨ هـ وقد دخل لقسم الأطفال، ثم تم تحويله إلى قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى من قبل الطبيب المعالج بتاريخ ٢/٥/١٤١٨ هـ بسبب إيدائه من قبل والديه. حيث كان الطفل عند دخوله المستشفى يعاني من سوء التغذية ونحول واضح في جسمه، كما أنه لا يستطيع الحركة ولا المشي ولا الكلام، حيث كانت الأم تهمل تغذية الطفل ورعايته، وتعتمد أحياناً ضربه ما أدى إلى وجود آثار للضرب واضحة على رأسه. وبذلك ساءت حالة الطفل النفسية والصحية. وتم إبقاء الطفل لفترة في المستشفى حتى يتعد عن أسرته حين تحسن حالته الصحية، وبعد علاج الطفل

بالمستشفى تحسنت حالته الصحية وأصبح قادراً على المشي ، وكذلك ظهرت عليه زيادة في الوزن حيث تحسنت شهيته .

أوصت الاخصائية الاجتماعية بالمستشفى أنه من الأفضل أن يبقى الطفل في المستشفى حتى تدرس حالته ، ويقدم له العلاج النفسي والطبي والاجتماعي اللازم ، وقد قامت الاختصاصية الاجتماعية بمقابلة الطفل المنوم في جناح الأطفال بالمستشفى عدة مرات ، وقد لاحظت آثار الكدمات على رأسه ، كما لاحظت بأن الطفل تبدو عليه علامات الحزن ، وأنه صامت لا يتكلم ، بالإضافة إلى أنه تمت مقابلة والدة الطفل لعدة مرات ، وقد اعترفت بأنها تضرب طفلها عندما تتضايق منه ، وكذلك تم الاتصال بوالد الطفل الذي أوضح أن المشكلات مع أسرته زادت بعد ولادة هذا الطفل المعوق ، تم التنسيق مع دار رعاية الأطفال المعاقين بعد موافقتهم وموافقة الأب والأم على إبقاء الطفل بالدار ليحصل على رعاية ايوائية ، على أن يقوم بزيارة الأهل في عطلة نهاية الأسبوع ، واستمرت الأخصائية الاجتماعية بالمستشفى تتابع مع الأخصائية الاجتماعية في دار رعاية الأطفال المعوقين ، وأمدتها بالتقارير الاجتماعية الخاصة بالمستشفى ليتسنى لها متابعة الحالة ، كما تم تحويل الأسرة إلى جمعية خيرية لتلقي المساعدة المادية نظراً لعدم كفاية دخل الأسرة لاحتياجاتها الأساسية .

الحالة رقم (٢٢)

العمر	١٥ شهراً
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	إهمال وإيذاء جنسي
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات

حضرت الطفلة للإسعاف في تاريخ ٢٢/٦/١٩٩١م، من قبل أخت الوالد (أي العمّة)، حيث إنها موجودة مع الأطفال في المنزل نظراً لغياب الوالدين، لأن الوالدين ذهباً لمكة للحج. للطفلة أخ عمره ١٧ عاماً، متزوج، ولا يعيش في نفس المنزل، لديها أخوان ولد عمره ٥ سنوات، وآخر عمره ٣ سنوات، والعمّة مطلقة.

العمّة تقول إن الطفلة كان لديها قبض (إمساك) ومغص في الأمعاء، لذلك أخذتها إلى جهة صحية، وهناك أعطيت فيها تحميلة. ولكن مازال التبرز صعباً، حيث إن الطفلة متعودة أن يكون لديها إمساك، لذا كان لدى العمّة فرصة للنظر إلى الشرج، وبذلك فقد لاحظت التمزق. وأيضاً كان هناك خناقة بين الطفلة وبين أخيها الذي عمره ٣ سنوات تسبب في جرح في العين اليمنى لها.

في الفحص الطبي تم إيجاد تمزق في المنطقة الشرجية، كما أن هناك التهاباً بسيطاً في المهبل نتيجة اتصال غير سوي، والتشخيص الطبي أنه من المحتمل أن الإصابة ناشئة عن حدوث إيذاء جنسي أو بدني، حيث وجد أيضاً كدمات ورضوض سطحية. تم التوصل إلى عدم ظهور أي سائل منوي من العينة للشرج والمهبل حيث لم يكشف البول عن وجود أي سائل منوي،

وطالما ليس هناك دلائل قوية بأن هناك اتصالاً مع أي ذكر في المنزل فإن فكرة الإيذاء الجنسي قد تكون غير واردة. ولكن قد تم عمل الإجراءات الطبية اللازمة للطفلة كحالة إيذاء جنسي، تم تنويمها في قسم الأطفال بالمستشفى. وبذلك فإن الإيذاء البدني في الجهة اليمنى من وجه الطفلة كان بسبب أخيها.

تم إبلاغ الأمن في المستشفى، وبلغ كذلك قسم الخدمة الاجتماعية، العمدة وأحد الأقرباء حضراً لأخذ الطفلة من المستشفى في نفس اليوم، تكلمت الاختصاصية مع الوالدين لتخبرهما بأنه يجب عدم أخذ الطفلة من المستشفى لأن حالتها الصحية تتطلب البقاء، وبعد ٣ أيام حضر الوالدان للمستشفى. تم النقاش معهما من قبل المتخصصين في المستشفى من الأطباء وكذلك في قسم الخدمة الاجتماعية. وقد بدا للمهنيين في المستشفى أن الوالدين غير مباليين وغير مهتمين بصحة وحياة أطفالهما. أما المشكلة الصحية الأخرى التي اكتشفت في الطفلة أيضاً هي فقر دم، حيث تم ظهور بوادر أنيميا بعد ٧٢ ساعة، وقد تم إعطاء موعد لإحضار الطفلة بعد شهرين للمستشفى.

الحالة رقم (٢٣)

العمر	٦ سنوات
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	جنسي
مصدر المعلومات	الاطلاع على الملفات

حضر الطفل للإسعاف في تاريخ ١٠/٨/١٩٩٦م عن طريق والده، حيث كان لديه نزيف ويشعر بالألم، الطفل تم فحصه بوجود المختصين والاختصاصيين الاجتماعيين، ووالد الطفل واثنان من أصدقاء الأب، وقد

كان الطفل مضطرباً وخائفاً لم يستطع الإخبار بالقصة والأحداث بشكل واضح ، كان لديه في يده اليسرى خدوش سطحية ، ملابسه الداخلية ملوثة بالدماء . ويعتقد الأب أن هناك اعتداءً جنسياً عليه ، ويرغب الأب في توثيق الحادثة بأن ابنه اختفى واختطف لمدة ١١ ساعة تقريباً ، عندما كان في طريقه للبقالة بدون علم أسرته تم الاعتداء على الطفل ، وأفاد الطفل بأنه تم إعادته برميّه بجوار إحدى الأسواق من قبل من هاجمه (المعتدي) ، وعرف الطفل الطريق حتى استطاع أن يرجع لمنزله ، ويبلغ والديه بما حدث له .

تم تنويم الطفل في قسم الأطفال وعمل الإجراءات الطبية اللازمة معه ، وتم إبلاغ قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى . أصبح هناك تحسن في صحة الطفل ، وعاد كطفل طبيعي ، تم إخراجه من المستشفى ، في تاريخ ١٧ / ٨ / ١٩٩٦ م ، وأعطى موعداً للمراجعة الطبية بعد ٣ شهور ، وكذلك موعد للعلاج النفسي .

الحالة رقم (٢٤)

العمر	٩ سنوات
الجنس	ذكر
نوع الإيذاء	جنسي
مصدر المعلومات	مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفل مولود في مدينة الرياض ، في الصف الثالث ابتدائي ، ينتمي إلى أسرة مكونة من الأب يعمل «عسكري» ، راتبه بحدود ٤٠٠٠ - ٥٠٠٠ ريال ، عمره في أواخر الثلاثينيات أو في الأربعينيات ، الأم عمرها ٣٦ سنة تقريباً ، أمية ، ربة منزل ، الإخوة وعددهم ٧ ، الأخ الكبير عمره ١٦ سنة

والصغير سنتان ، يسكنون في إسكان تابع لجهة عمل الأب . يتصف الطفل بأنه طبيعي ، نحيل ، جسمه أصغر من عمره ، غير عنيف ، وخجول . العلاقة الأسرية جيدة ، الأم ساندت طفلها وكانت مهتمة بإحضاره للمستشفى .

جاء الطفل إلى الإسعاف في المستشفى نتيجة للإصابة التي حدثت له عندما كان عند البيت يسقي الزرع ، ثم أخذه شاب من الجيران عمره ١٨-١٧ سنة إلى مسجد قريب في الحي ، واعتدى عليه جنسياً ، ثم ضربه بقوة بعد الاعتداء عليه حتى يقتله ، وادعى الطفل بأنه ميت ، ثم غطاه بالجرائد بعد أن اعتقد أن الطفل مات ، وضع الطفل يده على الجدار حتى في حالة ما إذا قتله الشاب أو في حالة فقدانه ، يتعرفون على آثار يده المملوطة بالدم ، قام المعتدي بأخذه إلى سطح المسجد ، ثم ذهب الطفل إلى المنزل بعد أن تركه المعتدي في المسجد وهو ينزف ، فقامت الأم وأحضرت طفلها إلى إسعاف المستشفى ، وكان يوجد عليه جروح وخدوش وآثار ضرب بالإضافة إلى نزيف . تم إبلاغ الشرطة من قبل الأهل ، الطفل نوم في المستشفى لمدة ٣-٤ أيام تقريباً ، وبعد الحادثة أصبح الطفل منطوياً ، لا يتكلم مع إخوانه ، خائفاً من أن أحداً يعرف عن ما حدث له ، بعدها رفض الذهاب للمدرسة ، وبعد عدة جلسات له اعترف للطبيبة النفسية بأنه تم الاعتداء عليه جنسياً .

الحالة رقم (٢٥)

العمر	١٣ عاماً
الجنس	أنثى
نوع الإيذاء	جنسي
مصدر المعلومات	مقابلة المهنيين في المستشفى

الطفلة لها إخوة يبلغ عددهم ستة، ٣ أولاد و٣ بنات، وترتيبها الثانية، وأكبر منها ولد يبلغ عمره ١٥ سنة، الأم ربة منزل، غير متعلمة، الأب يعمل عسكرياً، مستواه التعليمي بسيط، راتبه الشهري يبلغ ٣٠٠٠-٤٠٠٠ ريال، يسكن في إسكان تابع لجهة عمله. العلاقات جيدة بين أفراد الأسرة، وهم مترابطون.

الطفلة جاءت إلى المستشفى محولة من جهة صحية نظراً لإصابتها بنزيف، كشف عليها الطبيب وتبين في تقييمه للحالة على أساس أنها إجهاض، على الرغم من أنها غير متزوجة. وعند حضور الطفلة للمستشفى رأت طبيبة النساء أنها بحاجة إلى عملية تنظيف، اتصلت المستشفى بالأم وبلغوها بذلك، طلبت الطفلة الخروج من المستشفى، حضرت الأم لتوقع على الورقة للموافقة على إجراء العملية. نومت البنت أسبوعين في المستشفى، كما حضرت الشرطة للنظر في الأمر، وحسب إفادة المدرسة أن الطفلة كانت منضبطة، ولم تتأخر بعد الدوام، مؤدبة، غير مشاغبة، لم تظهر عليها أي بوادر حمل. وعندما كانت الطفلة في المدرسة كان عندها مغص في إحدى الحمصص، ذهبت لدورة المياه. وبعد نهاية دوام المدرسة كان هناك شركة نظافة تتولى أعمال نظافة وصيانة المدرسة، وجدوا العمال

طفلاً مولوداً بعد ٧ شهور حمل ، متوفي ملقى في الحمام ، وبالعودة للمدرسات تذكرن أن هذه الطفلة بقيت في دورة المياه مدة طويلة ، وخرجت وملابسها ملوثة بالدم ، ولكن كان في اعتقادهن بأنه ناتج عن الدورة الشهرية (الحيض) ، ثم أخذتها والدتها من المدرسة للبيت ونظفتها ، ثم أحضرتها للجهة الصحية وهي تنزف ، بدون أن يكون لدى الأم أي فكرة عن السبب الحقيقي لما حدث لابنتها .

تبين أن المعتدي هو ابن عم الأم ، كان يعتدي على الطفلة منذ كان عمرها ٩ سنوات ، وهو عمره ٤٥ سنة ، غير متزوج ، كان يأخذ الأطفال للمدرسة في بعض الأحيان ويزورهم باستمرار ، كان يهدد الطفلة ويخوفها ، في البداية كان يحضر لها بعض الحلويات وهي ترفض ، ثم يهددها بأنه سيخبر والدتها ووالدها ، وعندما يحضر للمنزل في غياب الوالدين كان يضع اخوتها في غرفة ويغلق عليهم ثم يعتدي عليها . ونتيجة لذلك تم سجنه . كما تم جلده ٣٠ جلدة ، ثم خرج من السجن ، كانت هناك محاولات لإقناع الأب لتزويجها حتى تسقط القضية لكن الأب رفض التنازل عن حقه ، الأخ كان يبكي بجوار غرفة أخته طوال مدة بقائها في المستشفى .

تم تسليم الطفلة بعد خروجها من المستشفى إلى دار الرعاية نتيجة الحكم عليها بالبقاء في دار رعاية الفتيات لمدة سنة ثم تغريب لمدة سنة وكذلك الجلد ، عادت إلى أسرتها وعمرها ١٥ سنة كما أنها حرمت من التعليم كعقاب لها .

ملحق رقم (٣)

جداول لبعض متغيرات الدراسة

جدول رقم (١) معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد مع حالات الأطفال المعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم بالمستشفى

المجموع الكلي		٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات		مدة العمل	معدل الحالات
%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة		
٢٢,٢	١٠	٨,٩	٤	٤,٤	٢	٢,٢	١٧	٦,٧	٣	١	
٢٦,٧	١٢	١١,١	٥	٢,٢	١	٨,٩	٤	٤,٤	٢	٢	
١٥,٦	٧	٦,٧	٣	-	-	٤,٤	٢	٤,٤	٢	٣	
٨,٩	٤	٤,٤	٢	٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	٤	
٦,٧	٣	٤,٤	٢	-	-	-	-	٢,٢	١	٥	
٢,٢	١	٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٦	
٤,٤	٢	٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	-	-	٧	
٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٢,٢	١	٨	
٢,٢	١	٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٩	
٦,٧	٣	٢,٢	١	-	-	٤,٤	٢	-	-	١٠	
٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	-	-	-	-	٣٠	
١٠٠	٤٥	٤٤,٤	٢٠	١١,١	٥	٢٢,٢	١٠	٢٢,٢	١٠	المجموع	
	٢٦		٨		٤		٨		٦	لم يجاب	
	٧١		٢٨		٩		١٨		١٦	المجموع الكلي	

جدول رقم (٢) معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد مع حالات
الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة

المجموع الكلي	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات		لم أعمل في مستشفى آخر من قبل		العمل السابق معدل الحالات	
	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة		
٢٢,٢	١٠	٢,٢	١	٤,٤	٢	٢,٢	١	٢,٢	١	١١,١	٥	١
٢٦,٧	١٢	٤,٤	٢	٢,٢	١	٦,٧	٣	٢,٢	١	١١,١	٥	٢
١٥,٦	٧	٢,٢	١	-	-	٦,٧	٣	٤,٤	٢	٢,٢	١	٣
٨,٩	٤	٢,٢	١	٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	٢,٢	١	٤
٦,٧	٣	٢,٢	١	-	-	-	-	٢,٢	١	٢,٢	١	٥
٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	-	-	٢,٢	١	٦
٤,٤	٢	-	-	-	-	-	-	٢,٢	١	٢,٢	١	٧
٢,٢	١	٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	-	-	٨
٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٢,٢	١	-	-	٩
٦,٧	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	٦,٧	٣	١٠
٢,٢	١	-	-	٢,٢	١	-	-	-	-	-	-	٣٠
١٠٠	٤٥	١٥,٦	٧	١١,١	٥	١٥,٦	٧	١٧,٨	٨	٤٠,٠	١٨	المجموع
	٢٦		٣		٣		٤	-	٥		١١	لم يجاوب
	٧١		١٠		٨		١١		١٣		٢٩	المجموع الكلي

جدول رقم (٣) معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال فترة عملهم المهني مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم بالمستشفى

المجموع الكلي		٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات		مدة العمل	معدل الحالات
%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		
٥,١	٣	-	-	١,٧	١	١,٧	١	١,٧	١	١	١
١١,٩	٧	٣,٤	٢	-	-	٦,٨	٤	١,٧	١	٢	٢
٨,٤	٥	١,٧	١	١,٧	١	١,٧	١	٣,٤	٢	٣	٣
٨,٤	٥	٣,٤	٢	١,٧	١	٣,٤	٢	-	-	٤	٤
١٠,٢	٦	٣,٤	٢	٣,٤	٢	١,٧	١	١,٧	١	٥	٥
١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	٧	٧
٥,١	٣	١,٧	١	-	-	١,٧	١	١,٧	١	٨	٨
٣,٤	٢	-	-	١,٧	١	-	-	١,٧	١	٩	٩
١١,٩	٧	٣,٤	٢	١,٧	١	٥,١	٣	١,٧	١	١٠	١٠
١,٧	١	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١١	١١
١,٧	١	-	-	-	-	١,٢	١	-	-	١٢	١٢
٦,٨	٤	٣,٤	٢	-	-	٣,٤	٢	-	-	١٥	١٥
٨,٤	٥	٨,٤	٥	-	-	-	-	-	-	٢٠	٢٠
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	٢٥	٢٥
١,٧	١	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	٣٠	٣٠
٣,٤	٢	-	-	-	-	٣,٤	٢	-	-	٤٠	٤٠
٣,٤	٢	١,٧	١	-	-	-	-	١,٧	١	٥٠	٥٠
١,٧	١	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	٦٠	٦٠
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	١٠٠	١٠٠
١,٧	١	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	٢٠٠	٢٠٠
١٠٠	٥٩	٣٥,٦	٢١	١٥,٣	٩	٣٠,٥	١٨	١٨,٦	١١	المجموع	١١
	١٢		٧	-	-		-		٥	لم يجابوب	٥
	٧١		٢٨		٩		١٨		١٦	المجموع الكلي	١٦

جدول رقم (٤) معدل تعامل الممارسين المهنيين خلال العام الواحد مع حالات
الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة

المجموع الكلي	لم يجاب	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات		لم أعمل في مستشفى آخر من قبل		العمل السابق	معدل الحالات
		%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		
٥,٢	٣	-	-	-	-	١,٧	١	-	-	٣,٤	٢	١	
١٢,١	٧	-	-	١,٧	١	-	-	٣,٤	٢	٦,٩	٤	٢	
٨,٧	٥	-	-	١,٧	١	١,٧	١	-	-	٥,٢	٣	٣	
٨,٧	٥	-	١,٧	١	١,٧	١	١,٧	١	٣,٤	٢	-	٤	
١٠,٣	٦	-	١,٧	١	-	-	١,٧	١	١,٧	١	٥,٢	٣	٥
١,٧	١	-	-	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	٧	
٥,٢	٣	-	-	-	-	٣,٤	٢	-	-	١,٧	١	٨	
٣,٤	٢	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	١,٧	١	٩	
١٢,١	٧	-	١,٧	١	١,٧	١	-	-	٣,٤	٢	٥,٢	٣	١٠
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	١١	
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	-	-	١٢	
٥,٢	٣	-	-	١,٧	١	-	-	١,٧	١	١,٧	١	١٥	
٨,٧	٥	-	١,٧	١	١,٧	١	٣,٤	٢	١,٧	١	-	٢٠	
١,٧	١	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	٢٥	
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	-	-	٣٠	
٣,٤	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	٣,٤	٢	٤٠	
٣,٤	٢	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	١,٧	١	٥٠	
١,٧	١	-	-	-	-	-	-	١,٧	١	-	-	٦٠	
١,٧	١	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	-	-	١٠٠	
١,٧	١	-	-	-	١,٧	١	-	-	-	-	-	٢٠٠	
١٠٠	٥٨	-	١٢,٧	٧	١٢,١	٧	١٥,٥	٩	٢٢,٤	١٣	٣٧,٩	٢٢	المجموع
	١٢	-		٣		١		٢		-		٧	لم يجاب
	٧١	١		١٠		٨		١١		١٣		٢٩	المجموع الكلي

جدول رقم (٥) الارتباط بين التخصص المهني للممارسين المهنيين ومدة خبرتهم بالعمل في المستشفى

مدة العمل	أقل من ٣ سنوات		٣-٦ سنوات		٦-٩ سنوات		٩ سنوات فأكثر		المجموع الكلي	
	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة		
إحصائي اجتماعي	١٣	٧,٢	٢٠	١١,٠	١٣	٧,٢	٢٧	١٤,٩	٧٣	٤٠,٣
إحصائي نفسي	٤	٢,٢	٢	١,١	٢	١,١	٢	١,١	١٠	٥,٥
طبيب نفسي	٢	١,١	١	٠,٦	٥	٢,٨	٥	٢,٨	١٣	٧,٢
طبيب أطفال	٢٢	١٢,٢	١٥	٨,٣	١٢	٦,٦	١٨	٩,٩	٦٧	٣٧,١
طبيب	٣	١,٧	٦	٣,٣	-	-	٣	١,٧	١٢	٦,٦
أخرى	-	-	٢	١,١	٢	١,١	٢	١,١	٦	٣,٣
المجموع	٤٤	٢٤,٣	٤٦	٢٥,٤	٣٤	١٨,٨	٥٧	٣١,٥	١٨١	١٠٠
لم يجاب									١	
المجموع الكلي									١٨٢	

جدول رقم (٦) الارتباط بين التخصص المهني للممارسين المهنيين ومدة عملهم السابقة في مستشفيات أخرى

العمل السابق	لم يسبق له العمل في مستشفى آخر		أقل من ٣ سنوات		٣-٦ سنوات		٦-٩ سنوات		٩ سنوات فأكثر		المجموع الكلي	
	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة		
إحصائي اجتماعي	٤٢	٢٣,٦	١١	٦,٢	١٤	٧,٩	٣	١,٧	١	٠,٦	٧١	٣٩,٩
إحصائي نفسي	٦	٣,٤	١	٠,٦	١	٠,٦	٢	١,١	-	-	١٠	٥,٦
طبيب نفسي	٤	٢,٢	٢	١,١	٣	١,٧	١	٠,٦	٣	١,٧	١٣	٧,٣
طبيب أطفال	٢٠	١١,٢	١٧	٩,٦	١١	٦,٢	٩	٥,١	٩	٥,١	٦٦	٣٧,١
طبيب	٥	٢,٨	٦	٣,٤	١	٠,٦	-	-	-	-	١٢	٦,٧
أخرى	٥	٢,٨	-	-	-	-	١	٠,٦	-	-	٦	٣,٤
المجموع	٨٢	٤٦,١	٣٧	٢٠,٨	٣٠	١٦,٩	١٦	٩,٠	١٣	٧,٣	١٧٨	١٠٠
لم يجاب											٤	
المجموع الكلي											١٨٢	

جدول رقم (٧) الارتباط بين التخصص المهني للممارسين المهنيين ومؤهلمهم العلمي

المجموع الكلي	أخرى		دكتوراه		ماجستير		بكالوريوس		المؤهل العلمي	التخصص المهني
	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة		
٤٠,٣	٧٣	-	-	٠,٦	١	٤,٤	٨	٣٥,٤	٦٤	اخصائي اجتماعي
٥,٥	١٠	-	-	-	-	١,١	٢	٤,٤	٨	اخصائي نفسي
٧,٢	١٣	-	-	٣,٩	٧	٣,٣	٦	-	-	طبيب نفسي
٣٧,١	٦٧	-	-	٢٠,٠	٣٦	٧,٧	١٤	٩,٤	١٧	طبيب أطفال
٦,٦	١٢	٠,٦	١	١,٧	٣	٢,٢	٤	٢,٢	٤	طبيب
٣,٣	٦	-	-	٠,٦	١	-	-	٢,٨	٥	أخرى
١٠٠	١٨١	٠,٦	١	٢٦,٥	٤٨	١٨,٨	٣٤	٥٤,١	٩٨	المجموع
	١									لم يجابوب
	١٨٢									المجموع الكلي

جدول رقم (٨) تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة خبرتهم بالعمل في المستشفى

المجموع الكلي	مدة الخبرة بالعمل في المستشفى								التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء	
	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات			
%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	%	النسبة	
٣٩,٢	٧١	١٥,٥	٢٨	٥,٠	٩	٩,٩	١٨	٨,٨	١٦	نعم
٦٠,٨	١١٠	١٦,٠	٢٩	١٣,٨	٢٥	١٥,٥	٢٨	١٥,٥	٢٨	لا
١٠٠	١٨١	٣١,٥	٥٧	١٨,٨	٣٤	٢٥,٤	٤٦	٢٤,٣	٤٤	المجموع
	١									لم يجابوب
	١٨٢									المجموع الكلي

جدول رقم (٩) تعامل الممارسين المهنيين مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة في مستشفى آخر

المجموع الكلي	مدة الخبرة بالعمل في المستشفى										التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء	
	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات		لم يسبق له العمل			
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		
٣٩,٣	٧٠	٥,٦	١٠	٤,٥	٨	٦,٢	١١	٧,٩	١٤	١٥,٢	٢٧	نعم
٦٠,٧	١٠٨	١,٧	٣	٤,٥	٨	١٠,٧	١٩	١٢,٩	٢٣	٣٠,٩	٥٥	لا
١٠٠	١٧٨	٧,٣	١٣	٩,٠	١٦	١٦,٩	٣٠	٢٠,٨	٣٧	٤٦,١	٨٢	المجموع
	٤											لم يجاب
	١٨٢											المجموع الكلي

جدول رقم (١٠) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتعاملهم مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة خبرتهم بالعمل في المستشفى

المجموع الكلي	مدة الخبرة بالعمل في المستشفى										من سبق لهم التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء
	٩ سنوات فأكثر		٩-٦ سنوات		٦-٣ سنوات		أقل من ٣ سنوات				
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	
٢٤,٠	١٧	١٥,٥	١١	١,٤	١	٤,٣	٣	٢,٨	٢	٢	احصائي اجتماعي
٢,٨	٢	-	-	-	-	١,٤	١	١,٤	١	١	احصائي نفسي
١١,٣	٨	٧,٠	٥	-	-	١,٤	١	٢,٨	٢	٢	طبيب نفسي
٥٧,٧	٤١	١٥,٥	١١	١١,٣	٨	١٦,٩	١٢	١٤,١	١٠	١٠	طبيب أطفال
٤,٢	٣	١,٤	١	-	-	١,٤	١	١,٤	١	١	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آخرون
١٠٠	٧١	٣٩,٤	٢٨	١٢,٧	٩	٢٥,٤	١٨	٢٢,٥	١٦	١٦	المجموع

تابع جدول رقم (١٠)

المجموع الكلي	مدة الخبرة بالعمل في المستشفى								من لم يسبق لهم التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء	
	أقل من ٣ سنوات		٣-٦ سنوات		٦-٩ سنوات		٩ سنوات فأكثر			
%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	
٥٠,٩	٥٦	١٤,٥	١٦	١٠,٩	١٢	١٥,٥	١٧	١٠,٠	١١	اخصائي اجتماعي
٧,٣	٨	١,٨	٢	١,٨	٢	٠,٩	١	٢,٧	٣	اخصائي نفسي
٤,٥	٥	-	-	٤,٥	٥	-	-	-	-	طبيب نفسي
٢٣,٦	٢٦	٦,٤	٧	٣,٦	٤	٢,٧	٣	١٠,٩	١٢	طبيب أطفال
٨,٢	٩	١,٨	٢	-	-	٤,٥	٥	١,٨	٢	طبيب
٥,٥	٥	١,٨	٢	١,٨	٢	١,٨	٢	-	-	آخرون
١٠٠	١١٠	٢٦,٤	٢٩	٢٢,٧	٢٥	٢٥,٥	٢٨	٢٥,٥	٢٨	المجموع
	١									لم يجاب
	١١١									المجموع الكلي

جدول رقم (١١) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتعاملهم مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء حسب اختلاف مدة عملهم السابقة في مستشفى آخر

المجموع الكلي	مدة العمل السابقة في مستشفى آخر								من لم سبق لهم التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء			
	أقل من ٣ سنوات		٣-٦ سنوات		٦-٩ سنوات		٩ سنوات فأكثر					
%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط			
٢٢,٩	١٦	-	-	١,٤	١	٥,٧	٤	٥,٧	٤	١٠,٠	٧	اخصائي اجتماعي
٢,٩	٢	-	-	١,٤	١	-	-	-	-	١,٤	١	اخصائي نفسي
١١,٤	٨	٤,٣	٣	-	-	٢,٩	٢	-	-	٤,٣	٣	طبيب نفسي
٥٨,٥	٤١	١٠,٠	٧	٨,٦	٦	٧,١	٥	١٤,٣	١٠	١٨,٥	١٣	طبيب أطفال
٤,٣	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	٤,٣	٣	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آخرون
١٠٠	٧٠	١٤,٣	١٠	١١,٤	٨	١٥,٧	١١	٢٠,٠	١٤	٣٨,٥	٢٧	المجموع
												لم يجاب
												المجموع الكلي

تابع جدول رقم (١١)

المجموع الكلي	مدة العمل السابقة في مستشفى آخر										من لم يسبق لهم التعامل مع حالات الأطفال المتعرضين للإيذاء	
	أقل من ٣ سنوات		٣-٦ سنوات		٦-٩ سنوات		٩ سنوات فأكثر		لم يسبق لهم العمل			
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		
٥١,٠	٥٥	٠,٩	١	١,٩	٢	٩,٣	١٠	٦,٥	٧	٣٢,٤	٣٥	اخصائي اجتماعي
٧,٤	٨	-	-	٠,٩	١	٠,٩	١	٠,٩	١	٤,٦	٥	اخصائي نفسي
٤,٦	٥	-	-	٠,٩	١	٠,٩	١	١,٩	٢	٠,٩	١	طبيب نفسي
٢٣,١	٢٥	١,٩	٢	٢,٨	٣	٥,٦	٦	٦,٥	٧	٦,٥	٧	طبيب أطفال
٨,٣	٩	-	-	-	-	٠,٩	١	٥,٦	٦	١,٩	٢	طبيب
٥,٦	٦	-	-	٠,٩	١	-	-	-	-	٤,٦	٥	آخرون
١٠٠	١٠٨	٢,٨	٣	٧,٤	٨	١٧,٦	١٩	٢١,٣	٢٣	٥٠,٩	٥٥	المجموع
	٣											لم يجاب
	١١١											المجموع الكلي

جدول رقم (١٢) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء الإسعافات الأولية لحالة الطفل المتعرض للإيذاء

المجموع الكلي	القائم بإجراء الإسعافات الأولية لحالة الطفل المتعرض للإيذاء														التخصص المهني	
	اخصائي اجتماعي		اخصائي نفسي		طبيب نفسي		طبيب أطفال		طبيب		الأسعاف		تخصصات أخرى			
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		
٢٣,٨	١٠	-	-	٤,٨	٢	١٩	٨	-	-	-	-	-	-	-	-	اخصائي اجتماعي
٤,٨	٢	-	-	٢,٤	١	٢,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	-	اخصائي نفسي
١١,٩	٥	-	-	٤,٨	٢	-	-	٧,١	٣	-	-	-	-	-	-	طبيب نفسي
٥٢,٤	٢٢	-	-	٤,٨	٢	٣٨,١	١٦	٤,٨	٢	-	-	-	-	-	-	طبيب أطفال
٧,١	٣	٤,٨	٢	٤,٨	٢	٢,٤	١	-	-	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٤٢	٤,٤	٢	٢١,٤	٩	٦١,٩	٢٦	١١,٩	٥	-	-	-	-	-	-	المجموع
	٢٩															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (١٣) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
المقابلة الأولية مع الطفل المتعرض للإيذاء

المجموع الكلي	القائم بإجراء المقابلة الأولية لحالة الطفل المتعرض للإيذاء												التخصص المهني			
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		إحصائي نفسي			إحصائي اجتماعي		
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		%	المتوسط	
٣١,٢	١٠	٦,٣	٢	-	-	٦,٣	٢	-	-	-	-	٣,١	١	١٥,٥	٥	إحصائي اجتماعي
٦,٣	٢	٣,١	١	-	-	٣,١	١	-	-	-	-	-	-	-	-	إحصائي نفسي
١٥,٦	٥	٣,١	١	٣,١	١	-	-	٦,٣	٢	٣,١	١	-	-	-	-	طبيب نفسي
٤٠,٦	١٣	-	-	-	-	٣٧,٥	١٢	-	-	-	-	-	-	٣,١	١	طبيب أطفال
٦,٣	٢	-	-	-	-	٣,١	١	٣,١	١	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٣٢	١٢,٥	٤	٣,١	١	٥٠	١٦	٩,٤	٣	٣,١	١	٣,١	١	١٨,٦	٦	المجموع
	٣٩															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (١٤) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
المقابلة الأولية مع والدي الطفل المتعرض للإيذاء

المجموع الكلي	القائم بإجراء المقابلة الأولية مع والدي الطفل المتعرض للإيذاء												التخصص المهني			
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		إحصائي نفسي			إحصائي اجتماعي		
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط		%	المتوسط	
٢٦,٣	١٠	٧,٩	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٨,٤	٧	إحصائي اجتماعي
٥,٣	٢	٢,٦	١	-	-	٢,٦	١	-	-	-	-	-	-	-	-	إحصائي نفسي
١٣,٢	٥	٢,٦	١	-	-	-	-	٥,٣	٢	٢,٦	١	-	-	٢,٦	١	طبيب نفسي
٤٧,٣	١٨	٥,٣	٢	-	-	٣٤,٢	١٣	-	-	-	-	-	-	٧,٩	٣	طبيب أطفال
٧,٩	٣	٢,٦	١	-	-	٢,٦	١	٢,٦	١	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٣٨	٢١,١	٨	-	-	٣٩,٥	١٥	٧,٩	٣	٢,٦	١	-	-	٢٨,٩	١١	المجموع
	٢٣															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (١٥) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
مقابلة مصادر المعلومات

المجموع الكلي	القائم بإجراء مقابلة مصادر المعلومات												التخصص المهني		
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي			اخصائي اجتماعي	
	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		%	عدد
٢٤,٠٦	٤,٠١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٠,٠٥	٤,٠١	٤,٠١	اخصائي اجتماعي
٨,٠٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٤,٠١	٤,٠١	٤,٠١	اخصائي نفسي
٢٠,٠٥	٤,٠١	-	-	-	-	٤,٠١	٤,٠١	٤,٠١	٤,٠١	-	-	٨,٠٢	٨,٠٢	٨,٠٢	طبيب نفسي
٣٦,٠٩	٤,٠١	-	-	٢٨,٠٧	٧	-	-	-	-	-	-	٤,٠١	٤,٠١	٤,٠١	طبيب أطفال
١٢,٠٣	-	-	-	٨,٠٢	٢	٤,٠١	٤,٠١	-	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٢٥	١٢,٠٣	-	٣٦,٠٩	٩	٨,٠٢	٢	٤,٠١	٤,٠١	٤,٠١	٤,٠١	٣٦,٠٩	٣٦,٠٩	٣٦,٠٩	المجموع
	٤٦														لم يجاب
	٧١														المجموع الكلي

جدول رقم (١٦) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
الفحص الطبي الشامل

المجموع الكلي	القائم بإجراء الفحص الطبي الشامل												التخصص المهني		
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي			اخصائي اجتماعي	
	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد		%	عدد
٢٧,٨١	١٠	-	-	-	-	٢٥,٠٩	٩	-	-	-	-	٢,٨١	١	-	اخصائي اجتماعي
٥,٦٢	٢	-	-	-	-	٢,٨١	١	٢,٨١	١	-	-	-	-	-	اخصائي نفسي
١١,١٤	٤	-	-	-	-	-	-	١١,١٤	٤	-	-	-	-	-	طبيب نفسي
٤٧,٢١٧	١٧	-	-	٢,٨١	١	٣٦,١١٣	١٣	٨,٣٣	٣	-	-	-	-	-	طبيب أطفال
٨,٣٣	٣	-	-	-	-	٥,٦٢	٢	٢,٨١	١	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٣٦	-	-	٢,٨١	١	٦٩,٤٢٥	٢٥	٢٥,٠٩	٩	-	-	٢,٨١	١	-	المجموع
	٣٥														لم يجاب
	٧١														المجموع الكلي

جدول رقم (١٧) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
الاختبارات والفحوص النفسية

المجموع الكلية	القائم بإجراء الاختبارات والفحوص النفسية														التخصص المهني
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي		اخصائي اجتماعي		
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٣٥,٠٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٥,٠٣	٢٠,٠٤	-	-	اخصائي اجتماعي	
١٠,٠٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٠,٠٢	-	-	اخصائي نفسي	
٢٠,٠٤	-	-	-	-	-	-	-	-	٥,٠١	١٥,٠٣	-	-	طبيب نفسي		
٣٥,٠٧	٥,٠١	١	-	-	١٥,٠٣	٣	-	-	٥,٠١	١٠,٠٢	-	-	طبيب أطفال		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طبيب	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى	
١٠٠	٢٠	٥,٠١	١	-	-	١٥,٠٣	٣	-	-	٢٥,٠٥	٥٥,٠١١	-	-	المجموع	
	٥١													لم يجابوب	
	٧١													المجموع الكلي	

جدول رقم (١٨) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
الاطلاع على تقارير الأطباء المعالجين السابقين للحالة

المجموع الكلية	القائم بإجراء الاطلاع على تقارير الأطباء المعالجين السابقين للحالة														التخصص المهني
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي		اخصائي اجتماعي		
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٢٧,٨٥	١١,١٢	-	-	١١,١٢	٢	-	-	-	-	-	-	-	٥,٦١	اخصائي اجتماعي	
١١,١٢	١١,١٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اخصائي نفسي	
٢٢,٢٤	٥,٦١	-	-	-	-	١١,١٢	٢	٥,٦١	١	-	-	-	-	طبيب نفسي	
٢٧,٨٥	-	-	-	٢٢,٢٤	٤	٥,٦١	١	-	-	-	-	-	-	طبيب أطفال	
١١,١٢	-	-	-	٥,٦١	١	٥,٦١	١	-	-	-	-	-	-	طبيب	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى	
١٠٠	١٨	٢٧,٨٥	٥	-	-	٣٨,٩٧	٧	٢٢,٢٤	٤	٥,٦١	١	-	٥,٦١	المجموع	
	٥٣													لم يجابوب	
	٧١													المجموع الكلي	

جدول رقم (١٩) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
الاطلاع على تقارير الشرطة في حالة وجودها

المجموع الكلي	القائم بإجراء الاطلاع على تقارير الشرطة في حالة وجودها												التخصص المهني			
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي			اخصائي اجتماعي		
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		%	العدد	
٤١,٢	٧	١١,٨	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٩,٤	٥	اخصائي اجتماعي
١١,٨	٢	١١,٨	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اخصائي نفسي
١٧,٦	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	١٧,٦	٣	-	-	-	-	طبيب نفسي
٢٣,٥	٤	-	-	-	-	١٧,٦	٣	٥,٩	١	-	-	-	-	-	-	طبيب أطفال
٥,٩	١	-	-	-	-	٥,٩	١	-	-	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	١٧	٢٣,٥	٤	-	-	٢٣,٥	٤	٥,٩	١	١٧,٦	٣	-	-	٢٩,٤	٥	المجموع
	٥٤															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (٢٠) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء
مراجعة التقارير الواردة من المدرسة في حالة وجودها

المجموع الكلي	القائم بإجراء مراجعة التقارير الواردة من المدرسة في حالة وجودها												التخصص المهني			
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي			اخصائي اجتماعي		
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		%	العدد	
٣٥,٧	٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٣٥,٧	٥	اخصائي اجتماعي
١٤,٣	٢	٧,١	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧,١	١	اخصائي نفسي
٢١,٤	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	٢١,٤	٣	-	-	-	-	طبيب نفسي
٢٨,٦	٤	-	-	-	-	١٤,٣	٢	٧,١	١	-	-	-	-	٧,١	١	طبيب أطفال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	١٤	٧,١	١	-	-	١٤,٣	٢	٧,١	١	٢١,٤	٣	-	-	٥٠,٠	٧	المجموع
	٥٧															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (٢١) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بوضع خطة علاج مع فريق العمل

المجموع الكلي	القائم بإجراء وضع خطة علاج مع فريق العمل														التخصص المهني	
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي		اخصائي اجتماعي			
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
٣٤,٦	٩	٣٠,٨	٨	-	-	٣,٨	١	-	-	-	-	-	-	-	-	اخصائي اجتماعي
٧,٧	٢	٧,٧	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اخصائي نفسي
١١,٥	٣	٣,٨	١	-	-	-	-	٣,٨	١	٣,٨	١	-	-	-	-	طبيب نفسي
٣٤,٧	٩	١٥,٤	٤	-	-	١٥,٥	٤	٣,٨	١	-	-	-	-	-	-	طبيب أطفال
١١,٥	٣	-	-	-	-	٧,٧	٢	٣,٨	١	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٢٦	٥٧,٧	١٥	-	-	٢٧,٠	٧	١١,٥	٣	٣,٨	١	-	-	-	-	المجموع
	٤٥															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (٢٢) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم بإجراء تقرير شامل عن الحالة من قبل الاختصاصي الاجتماعي

المجموع الكلي	القائم بإجراء تقرير شامل عن الحالة من قبل الاختصاصي الاجتماعي														التخصص المهني	
	تخصصات أخرى		الأسعاف		طبيب		طبيب أطفال		طبيب نفسي		اخصائي نفسي		اخصائي اجتماعي			
	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
٢٩,٧	٨	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٩,٧	٨	اخصائي اجتماعي
٧,٤	٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧,٤	٢	اخصائي نفسي
١١,١	٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١١,١	٣	طبيب نفسي
٤٠,٧	١١	-	-	-	-	٣,٧	١	-	-	-	-	-	-	٣٧,٠	١٠	طبيب أطفال
١١,١	٣	-	-	-	-	٣,٧	١	٣,٧	١	-	-	-	-	٣,٧	١	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	٢٧	-	-	-	-	٧,٤	٢	٣,٧	١	-	-	-	-	٨٨,٩	٢٤	المجموع
	٤٤															لم يجاب
	٧١															المجموع الكلي

جدول رقم (٢٣) التخصص المهني للممارسين المهنيين وتحديد القائم
بالإجراءات الأخرى المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل

المجموع الكلي	القائم بإجراء الإجراءات الأخرى المتبعة لتشخيص حالة الإيذاء الواقع على الطفل														التخصص المهني
	اجتماعي		نفسى		اطفال		طبيب		الأسعاف		تخصصات أخرى		المجموع الكلي		
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اجتماعي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اجتماعي نفسي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طبيب نفسي
١٠٠	١	-	-	-	-	١٠٠	١	-	-	-	-	-	-	-	طبيب أطفال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تخصصات أخرى
١٠٠	١	-	-	-	-	١٠٠	١	-	-	-	-	-	-	-	المجموع
	٧٠														لم يجاب
	٧١														المجموع الكلي

جدول رقم (٢٤) مدة العمل السابقة للممارسين المهنيين في مستشفى آخر
حسب اختلاف عملهم بالمستشفيات (*)

المجموع الكلي	٩ سنوات فأكثر		٦-٩ سنوات		٣-٦ سنوات		أقل من ٣ سنوات		لم يسبق له العمل		اسم المستشفى
	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	%	المتوسط	
١١,٣	٢٠	٠,٦	١	٠,٦	١	١,٧	٣	٢,٣	٤	٦,٢	١١ القوات المسلحة
١٤,٧	٢٦	١,١	٢	١,١	٢	٠,٦	١	٤,٠	٧	٧,٩	١٤ الحرس الوطني
٢٣,٧	٤٢	٠,٦	١	٣,٤	٦	٤,٥	٨	٥,٦	١٠	٩,٦	١٧ التخصصي
٤,٠	٧	-	-	-	-	٠,٦	١	-	-	٣,٤	٦ الجامعي
٦,٨	١٢	-	-	-	-	١,٧	٣	٣,٤	٦	١,٧	٣ المركزي
٢,٣	٤	-	-	-	-	٠,٦	١	-	-	١,٧	٣ الولادة والأطفال
٧,٣	١٣	٠,٦	١	١,١	٢	١,٧	٣	٠,٦	١	٣,٤	٦ قوى الأمن
٧,٣	١٣	-	-	-	-	١,١	٢	٠,٦	١	٥,٦	١٠ لأطفال بالسليمانية
٨,٥	١٥	١,٧	٣	١,١	٢	٢,٨	٥	١,٧	٣	١,١	٢ الأمير سلمان
١٤,١	٢٥	٢,٨	٥	١,٧	٣	١,٧	٣	٢,٨	٥	٥,١	٩ اليمامة
١٠٠	١٧٧	٧,٣	١٣	٩,٠	١٦	١٦,٩	٣٠	٢٠,٩	٣٧	٤٥,٨	٨١ المجموع
	٥										لم يجاب
	١٨٢										المجموع الكلي

(*) النسب المئوية الواردة في الجداول من (١-٢٤) في ملحق رقم (٣) مقربة إلى أقرب رقم عشري

ملحق رقم (٤)

آراء لبعض مفردات العينة من الممارسين
المهنيين في المستشفيات

آراء الممارسين المهنيين في المستشفيات

حيث إنه قد ورد ضمن الاستبيان سؤال حول أي إضافة يرغب الممارس المهني في المستشفى والذي أجاب على أسئلة الاستبيان في طرحها وكانت هناك لبعض الممارسين بعض الآراء التي طرحوها وهي كالتالي :

الرأي رقم (١) :

إن جميع الحالات التي قابلتها من فئة الأطفال هم ٧ حالات فقط من خلال عملي كاختصاصي اجتماعي بمستشفى الأمل ومجمع الرياض الطبي ومستشفى الصحة النفسية .

وإن لجوء الأسرة أو عن طريق الشرطة للعلاج الطبي فقط ولا يطلبون علاجاً اجتماعياً ونفسياً ومن هذا المنطلق وبحكم صعوبة تواصل الاختصاصيين مع أسر الأطفال خارج نطاق العمل فإن النتائج يصعب تحديدها من عدمه .

ملاحظة:

١- من خلال الاستبيان لم يتضح هل الطفل متعلم أم لا ، وأن ما هو موضوع في السؤال رقم ٢٢ من الفقرة ٩ هو فقط وجود معلومات أم لا فإن كانت سوف تفيد في التحليل أليس من الأجدر معرفة إذا كان الطفل طالب أم لا في إحدى المراحل الدراسية أيضاً إن كان بروضة أو تمهيدي أو حضانة ليحدد درجة احتمال الأهل بالطفل من جهة وأيضاً درجة التربية المباشرة بالعلاقة سواء العاطفية مع الأم أو الأمان من خلال الأب .

٢- أيضاً لم يحدد خاتنة للأسرة البديلة لإيواء الطفل سواء لفقدان والديه أو لأسرة التبني .

٣- إن إغفال دور الإعلام والأندية الرياضية في توجيه سلوك الطفل بالإيجاب أو الرفض أيضاً فالتقليل أو التضخيم قد يكون عاملاً موجهاً لانحراف الطفل مما يؤدي لرفض الأسرة له بالعقاب وخلافه .

٤- أخيراً مدى تقبل الأسرة بإعطاء الوقت الترفيهي لأبنائهم فالجانب الترفيهي له دوره ويتضح ذلك من تقسيم المناطق داخل مدينة الرياض كأحياء وتوفر أماكن ترفيهية من عدمها وربط ذلك بانحراف الطفل من عدمه . أيضاً يمكن تعميمه على ظهور الانحراف بشكل واضح بعدم إعطاء الأسرة ذلك الجانب الاهتمام الأكبر .

ملخص الملاحظات:

أ- التعليم من عدمه .

ب- وجود الأسرة البديلة وحالات التبني .

ج- دور الإعلام والأندية الرياضية كتوجيه .

د- أوقات الفراغ وتخصيص وقت للترفيه والترويح للطفل .

الرأي رقم (٢) :

هذه المشكلة تعتبر من المشاكل المحرمة اجتماعياً الخوض فيها وتعتبر من المشاكل الحساسة جداً فالواجب أولاً الاعتراف بها ومعرفة أسبابها ثم مواجهتها ومعالجتها . وهي ليست بالنسبة البسيطة في مجتمعنا وهناك

حالات كثيرة نصادفها بدون أن نناقشها بسبب أن الطفل تعرض لها ولم تسبب له إعاقة ظاهرة تستوجب التدخل ثم إنه ليس هناك قوانين تسمح لك بالتدخل .

وما نتمناه أن يكون هذا الاستبيان بداية الطريق للاعتراف بهذه المشكلة الخطيرة التي تؤثر في ركيزة المجتمع وإنتاجيته .

الرأي رقم (٣) :

١- نرجو أن يكون هناك دستور وقانون أمني حازم جداً في عقاب المسئول عن وقوع هذه الحالات وخاصة الإيذاءات الجنسية التي يقشعر منها البدن عند السماع بها .

٢- نصيحة الأهل بعدم اختلاط أطفالهم لمن هم يكبرهم سنًا .

٣- تذكير الأهل الدائم في حالة وجود طفل معاق لديهم (والذي قد يكون بحد ذاته السبب الرئيسي لإيذاء الطفل) بأنه ابتلاء ومحنة من الله سبحانه ، وأنه قد يكون سبب سعادتهم في الدار الآخرة عند الاعتناء به وإن كان الأمل ضعيفاً طيباً .

ملحوظة : عندما كنت طالباً في الطب وكنت أقرأ هذا الموضوع في الكتب الطبية الأجنبية ، لا أبالغ حين أقول بأن فيه الكثير من المبالغة أو أنها مقصورة على الدول غير الإسلامية ، ولكن عندما خالطت العمل الميداني مع المرضى ، اقتنعت تمام القناعة بما كتب .

الرأي رقم (٤) :

حالات إيذاء الأطفال تحتاج لجمع معلومات من عدة مصادر خاصة المستوصفات في الأحياء والشرطة إذا كانت هنالك سابقة للمعتدين ، كما أن دور المدرسة مفقود في بعض الحالات ، والفريق العلاجي لا يوجد بكل المستشفيات .

الرأي رقم (٥) :

- ١- أكثر حالات الإيذاء كانت تقع بحسن نية من ممارسة الطب العربي «الكي بالنار» مثلاً وفي الآونة الأخيرة قل الاعتماد على الطب العربي .
- ٢- لم أعمل في قسم الإسعاف منذ فترة طويلة ولذلك قلت حالات الإيذاء التي تم اكتشافها .

الرأي رقم (٦) :

نشأة الطفل في أسرة محافظة وتتبع تعاليم الدين الإسلامي في تربية الأطفال هو الحل الأمثل لهذه الظاهرة .

الرأي رقم (٧) :

أحياناً قد تؤدي حالات الإيذاء إلى القتل وبالتالي لا بد من معرفة أثر إيذاء الطفل في الوالدين هل لديهم شعور بالندم أو الخوف أو رغبة في تكرار ذلك لأطفالهم الباقين وما إلى ذلك من الأمور التي قد تفيد في معرفة مدى تأثير المشكلة وإيذاء الأطفال على الطفل والوالدين بشكل عام .

الرأي رقم (٨) :

في حالة تلقي الإيذاء من قبل أحد الوالدين لا يوجد أي عقوبة صارمة تجاههم ، وبالتالي يتمادون في إيذاء أطفالهم لعدم وجود العقوبة من قبل الدولة .

لذا أرى وضع قانون يحمي الأطفال من تلقي الإيذاء ووضع الوالدين تحت المجهر في هذه الحالة حتى تستطيع أن تقضي على هذه الظاهرة .

الرأي رقم (٩) :

- ١ - ما يصل إلى المستشفيات ما هو إلا رأس جبل الثلج .
- ٢ - القليل أن يكون الإيذاء واضحاً منذ البداية (وهذا في الإيذاء الجسدي الشديد) والأكثر أن يتم اكتشاف الإيذاء بشكل رجعي .
- ٣ - كثير من العوامل والأدوار المذكورة لا تأتي منفردة ففي الإيذاء الجنسي كثير من الإهمال والإيذاء النفسي والجسدي ... وهكذا .

الرأي رقم (١٠) :

- ١ - عدم وجود نظام (أو قانون) واضح وصريح في كيفية التعامل مع حالات سوء معاملات الأطفال .
- ٢ - عدم وجود هيئات أو جمعيات تهتم بهذا الأمر

الرأي رقم (١١) :

معظم الآباء والأمهات يتعاملون مع أطفالهم كأنهم لا يستوعبون ربما يكون السبب قلة التعليم في كثير من الأحيان وعدم قدرة بعض الأهالي في التعامل مع أطفالهم المتخلفين عقلياً أو الأطفال الذين يحتاجون إلى صبر

مثل الأطفال الذين يكون نشاطهم زائداً فيجب أن يكون هناك من قبل الإخصائيين الاجتماعيين فرق مساندة لهؤلاء الأمهات وتدريبهن على كيفية التعامل مع أطفالهن وأن يكون ملزوماً عليهن .

الرأي رقم (١٢) :

كأطباء أعتقد أن عدد الأطفال المعرضين للأذى من قبل أحد أفراد الأسرة قد يفوق بكثير ما يحدث في الغرب (الدول الأجنبية) بمختلف أنواعه . ولكن ما يمنع التدخل واتخاذ الإجراء المناسب هو عدم وجود تشريعات (وقوانين) في المجتمع تمنع ممارسة مثل هذه الأعمال أو تعاقب الأسرة على ذلك .

وكذلك يجب تدخل أجهزة الأمن لحماية الأطفال ومنع هذه الأعمال .

الرأي رقم (١٣) :

١ - يجب اعتبار إهمال الطفل في أخذه للمستشفى مبكراً عند وجود مرض ، أو إهمال إعطاء الدواء أو رفض إجراء فحوصات معينة للطفل مع حاجة الطفل الملحة لها بحجة المضاعفات المترتبة عليها نوعاً من الإيذاء وتشريع قوانين لذلك .

٢ - يجب اتخاذ العقوبات الرادعة ، قد تصل إلى السجن عند حدوث أي إيذاء للطفل من جانب أسرته حتى ولو كان ذلك الإيذاء إهمالاً من والديه .

٣ - من حق الطفل على والديه الرعاية لذا عدم تنظيم الأسرة وذلك بإنجاب طفل سنوياً تعتبر إيذاء لأن الطفل السابق يفتقد الرعاية اللازمة ويتجه للطفل الجديد .

٤- تزويج البنات قبل ١٨ سنة يعتبر من الإيذاء ويجب الحد منه لأن ١٨ سنة يعتبر سن طفولة .

الرأي رقم (١٤) :

أقترح عمل خطة لعلاج ومتابعة هذه الحالات وفريق عمل يتكون من استشاري الأطفال ، الاخصائية الاجتماعية ، اخصائية نفسية ، شخص يمثل الإدارة ، أو الناحية القانونية بمن لديهم الخبرة في التعامل مع هذه الحالات ويكون هذا الفريق على مستوى المدن مثلاً منطقة الرياض يكون فيها لجنة وكذلك المدن الأخرى .

الرأي رقم (١٥) :

أن يكون لدى الفريق المعالج للطفل المتعرض للأذى الصلاحيات أكثر للتدخل من أجل مصلحة الطفل حتى لو كان هذا الشيء ضد رغبة الأهل أنفسهم .

الرأي رقم (١٦) :

- العدد الفعلي لحالات الإيذاء أكبر بكثير مما هو مكتشف .
- هناك بداية طبية لمساعدة هؤلاء الأطفال عن طريق إنشاء لجان خاصة بحماية هؤلاء الأطفال مرتبط ببعض المستشفيات .
- النسب المئوية المذكورة سابقاً هي تقريبية وقد لا تكون صحيحة لعدم وجود دراسات إحصائية .
- إيذاء الأطفال موضوع مهم ويستحسن تقديم الكثير من الجهد ويتطلب تعاوناً من قبل المختصين بهذا المجال ، وهو بحاجة شديدة لدعم أجهزة الأمن مثلاً في إمارة المدينة والقطاعات التابعة لها .

الرأي رقم (١٧) :

- ١ - أعتقد أن المستشفيات العامة يجب ألا تكون المكان الأول الذي يلجأ إليه أهل الطفل نظراً لعدم سرية الموضوع فمهما حاولنا ذلك . وبسبب ذلك تقل الحالات التي ترى بالمستشفيات .
- ٢ - إن الاعتداء الجنسي خاصة يكون أكثر مصادره المدارس وهذه الحلقة مفقودة دائماً .
- ٣ - دور الوالدين في الحد من خروج الطفل في الشوارع خاصة ومصاحبة من هم أكبر منهم سناً .
- ٤ - دور السائقين خاصة في الاعتداء الجنسي على الإناث والذكور دون دراية الوالدين .
- ٥ - هل الإحصائي الاجتماعي له دور في التوعية؟ وكيف في مجتمعاتنا؟
- ٦ - إلى متى نتعامل مع هذه المواضيع بتحفظ .
- ٧ - أقترح زيارة المدارس المتوسطة للبنات والبنين ورصد المشاكل التي تحدث بالمدارس والتي أعتقد هي الشرارة الأولى للاعتداء الجنسي .

الرأي رقم (١٨) :

- ١ - هناك صعوبة للتعرف على حالات الإيذاء لربما راجع إلى تفاوت في المعدل الطبيعي للعلاقة خاصة بين الأطفال وذويهم .
- ٢ - هناك تدن واضح في مستوى الإحصائي الاجتماعي في الحالات (الاجتماعية - المرضية) العامة فلا أشك أن يكون أقل مستوى للتعامل مع حالات الإيذاء .
- ٣ - نفتقر وبشدة للضوابط التي يجب اتخاذها تجاه مسببو الإيذاء .

الرأي رقم (١٩) :

من الضروري جداً وجود مراكز في جميع أنحاء المملكة مما يساعد المستشفى على استمرارية الاطلاع على وضع الطفل في المنزل وخاصة وأنه بسبب عدم تعاون الأسرة مع الفريق الطبي فإن جميع الحالات قد انقطعت عن مراجعة المستشفى رغم الحرص الشديد من الفريق على متابعة حالات الأطفال بالاتصال هاتفياً ذلك بسبب تواجد معظم الحالات خارج الرياض فإن الأسرة لم تبد أي اهتمام بذلك ولو بالاتصال بالفريق المعالج .

الرأي رقم (٢٠) :

بالنسبة لدور الاخصائيين الاجتماعيين غير فعال .