

## Review of Nature and Risk Factors for Maltreatment of Children with Disabilities

Sepeide Kashefi<sup>1</sup>, Nazila AkbarFahimi<sup>\*2</sup>, Mehdi Rassafiani<sup>3</sup>.

1. MSc., Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Received: 2016. November.16

Revised: 2017. January.22

Accepted: 2017. June.06

### Abstract

**Background and Aims:** About 13% all of children suffer from disabilities. Maltreatment of children and adults with disabilities is a common practice. The identification of the nature and risk factors for maltreatment helps identify the children and families at risk and facilitate intervention to prevent and treat these children. The present study was conducted to identify the nature of and risk factors for maltreatment of children with disabilities.

**Materials and Methods:** In the present narrative review, the keywords including: maltreatment, abuse, neglect, disability, children, and risk factors were searched among databases including Springer, Elsevier, ProQuest, Scopus, Ovid PubMed, Cochrane, and the search engine Google Scholar, in the period between 1960-2015. Empirical studies, meta-analysis, and systematic reviews with the emphasis on maltreatment of children (below 18 years) with mental, physical, and psychological disabilities were selected.

**Results:** Totally, 822 potentially relevant studies were found and 79 abstracts were examined. Finally, 26 full texts were included. Almost all studies confirmed that children with disabilities are at a significantly greater risk of maltreatment compared with those without disabilities. According to the literature, the nature of and risk factors for maltreatment can be examined under three categories: maltreatment characteristics, victim characteristics, and perpetrator characteristics. There is sporadic data in this field and different studies have reported different results on the subject. Probably behavioral disabilities are the most important risk factor for maltreatment. Low level disabilities that have not outward appearance may cause increased risk of maltreatment, especially sexual abuse. Parents, school staffs, peers, and strangers were identified as perpetrators of maltreatment.

**Conclusion:** Different definitions of disability and maltreatment as well as different research methodologies used in the studies have made it impossible to reach a decisive conclusion about risk factors for maltreatment of children with disabilities; however, there is the probability that lack of parenting skills as well as young age and less serious disabilities of children, regardless of the type of disability, are among the risk factors for maltreatment. A few studies conducted in Asian countries indicated that they are not prepared to deal with this social issue.

**Keywords:** Maltreatment; Disability; Risk Factor; Children

**Cite this article as:** Sepeide Kashefi, Nazila AkbarFahimi, Mehdi Rassafiani. Review of Nature and Risk Factors for Maltreatment of Children with Disabilities. *J Rehab Med.* 2018; 7(1): 261-273.

\* **Corresponding Author:** Nazila AkbarFahimi, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.  
Email: fahimi1970@yahoo.com

DOI: 10.22037/jrm.2018.110714.1476

## مروری بر ماهیت و ریسک فاکتورهای بدرفتاری با کودکان با معلولیت

سپیده کاشفی<sup>۱</sup>، نازیلا اکبرفهمی<sup>۲\*</sup>، مهدی رصافیانی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲. دکتری تخصصی کاردرمانی، استادیار، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. دکتری تخصصی کاردرمانی، دانشیار و عضو هیئت علمی، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

\* دریافت مقاله ۱۳۹۵/۰۸/۲۶ بازنگری مقاله ۱۳۹۵/۱۱/۰۳ پذیرش مقاله ۱۳۹۶/۰۳/۱۶ \*

### چکیده

#### مقدمه و اهداف

حدود ۱۳ درصد از کودکان، در طبقه کودکان با معلولیت جای می‌گیرند. بدرفتاری با کودکان و بزرگسالان با معلولیت شایع است. شناسایی ماهیت و ریسک فاکتورهای بدرفتاری، به شناسایی کودکان و خانواده‌های در معرض خطر کمک کرده و اجرای مداخلات در راستای پیشگیری و درمان این کودکان را تسهیل می‌کند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی ماهیت و ریسک فاکتورهای بدرفتاری با کودکان با معلولیت انجام شده است.

#### مواد و روش‌ها

در مطالعه مروری حاضر، جستجوی کلیدواژه‌های بدرفتاری؛ آزار؛ غفلت؛ معلولیت؛ کودک و ریسک فاکتور در پایگاه‌های داده: PubMed, Scopus, Cochrane, Ovid ProQuest, Elsevier, Springer, و موتور جستجوی Google Scholar. در بازه‌ی زمانی ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۵ انجام شد. مطالعات پژوهشی، متاآنالیز و مرور سیستماتیک که در مورد بدرفتاری با افراد زیر ۱۸ سال دارای معلولیت فیزیکی، روانی و ذهنی انجام شده بود، وارد مطالعه شد.

#### یافته‌ها

با توجه به معیارهای ورود، چکیده ۷۹ مقاله بررسی و در نهایت ۲۶ متن کامل مورد بررسی دقیق قرار گرفت. تقریباً تمام مطالعات متفق بودند بدرفتاری با کودکان با معلولیت بیشتر از کودکان سالم رخ می‌دهد. بر اساس تحقیقات گذشته می‌توان ماهیت و ریسک فاکتورهای بدرفتاری را در سه طبقه‌ی ویژگی بدرفتاری، ویژگی قربانی و ویژگی عامل بدرفتاری بررسی کرد. داده‌ها در این زمینه‌ها پراکنده است و تحقیقات مختلف نتایج مختلفی را در این زمینه‌ها گزارش کرده‌اند. در مورد ویژگی قربانی می‌توان وجود معلولیت‌های رفتاری را ریسک فاکتور مهمتری برای بدرفتاری با کودک معرفی کرد. معلولیت کم‌شدت‌تر و معلولیتی که در ظاهر کودک نمایان نباشد، باعث افزایش خطر بدرفتاری خصوصاً آزار جنسی می‌شود. در مطالعات مختلف، والدین، پرسنل مدارس، همسالان و غریبه‌ها به عنوان عامل بدرفتاری معرفی شدند.

#### نتیجه‌گیری

تفاوت در تعریف معلولیت، بدرفتاری و روش تحقیقی که در مطالعات مختلف به کار رفته است، باعث گردید نتیجه‌گیری قاطعی در مورد ریسک فاکتورهای بدرفتاری با کودک با معلولیت صورت نگیرد، اما می‌توان احتمال داد فقدان مهارت والدگری در والدین و همچنین سن کمتر و معلولیت کم-شدت‌تر در کودک -فارغ از نوع معلولیت- با احتمال بالاتری جزو ریسک فاکتورهای بدرفتاری هستند. مطالعات کمی که در کشورهای آسیایی انجام شده است، ممکن است نشان‌دهنده‌ی آمادگی کمتر این کشورها برای مقابله با این مسئله اجتماعی باشد.

#### واژه‌های کلیدی

معلولیت؛ بدرفتاری؛ ریسک فاکتور؛ کودکان

نویسنده مسئول: نازیلا اکبرفهمی، استادیار گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

آدرس الکترونیکی: fahimi1970@yahoo.com

## مقدمه و اهداف

بدرفتاری<sup>۱</sup> با کودک، واژه‌ای کلی است که برای توصیف اقدامات عمدی یا غیرعمدانه از طرف والد/مراقب کودک استفاده می‌شود که باعث آسیب فیزیکی یا روانی می‌گردد.<sup>[۱]</sup> بدرفتاری شامل آزار<sup>۲</sup> (فیزیکی، جنسی، احساسی) و غفلت<sup>۳</sup> است.<sup>[۲]</sup> فرد با معلولیت، کسی است که نقص فیزیکی یا ذهنی مداوم و طولانی مدتی داشته باشد که با توانایی او برای انجام کارهای روزمره تداخل کند.<sup>[۳]</sup> بر اساس مرکز ملی آمار آموزشی<sup>۴</sup>، بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳، حدود ۱۳ درصد از کودکان ۳ تا ۲۱ ساله، تحت عنوان کودکان با معلولیت آموزش دیده‌اند.<sup>[۴]</sup> بر طبق بسیاری از مطالعات<sup>[۵-۱۱]</sup>، کودکان با معلولیت مستعد بدرفتاری هستند. آثار بدرفتاری بر کودکان، متعدد و جدی است و در شدیدترین حالت باعث مرگ کودک می‌شود.<sup>[۱۲]</sup> همچنین ممکن است در پی بدرفتاری، معلولیت‌هایی مثل آسیب مغزی، ضربه مغزی، ضایعه نخاعی، عقب‌ماندگی ذهنی و عقب‌ماندگی ثانویه به وجود آید.<sup>[۱]</sup> بدرفتاری روی ساختار و عملکرد مغز<sup>[۱۳]</sup>، سلامت روان کودک<sup>[۱۴، ۱۵]</sup>، رشد بازی<sup>[۱۶]</sup>، رشد کلام<sup>[۱۷، ۱۸]</sup> و همچنین روی رشد مهارت‌های شناختی و تطابقی<sup>[۱۹]</sup> تأثیر منفی می‌گذارد. رشد کودک آزرده به ندرت روند طبیعی را طی می‌کند. بعضی از تأثیرات بدرفتاری روی رشد، منجر به اختلالات روانی مثل اختلال استرس پس از سانحه<sup>۵</sup>، اختلالات خلقی<sup>۶</sup>، سوءمصرف مواد<sup>۷</sup>، رفتارهای بزهکارانه و ضد اجتماعی و آسیب به دستاوردهای تحصیلی می‌گردد.<sup>[۱]</sup> همان طور که گفته شد بدرفتاری باعث تغییر ساختار و عملکرد مغز در حال رشد می‌شود، برای مثال بدرفتاری با تأثیر بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال<sup>۸</sup> و سیستم نوراپی نفرین<sup>۹</sup>، فرآیند یادگیری و حافظه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.<sup>[۱]</sup> تمام مواردی که ذکر شد سلامتی و بهزیستی کودکان را متأثر می‌کند و مشارکت آنها در کارهای معنادار را محدود کرده و همچنین فرآیند توانبخشی این کودکان را با چالش مواجه می‌سازد؛ بنابراین به منظور پیشگیری از بدرفتاری و اجرای مداخلات مناسب و به موقع، نیاز به شناسایی ریسک‌فاکتورهای بدرفتاری و همچنین شناسایی کودکان و خانواده‌های در معرض خطر وجود دارد. مقاله مروری حاضر با هدف یافتن این ریسک‌فاکتورها نگاشته شده است. سؤالات پژوهش حاضر از این قرار می‌باشد: (۱) از نتیجه‌ی تحقیقات گذشته می‌توان چه گروهی از کودکان با معلولیت را به عنوان گروه در معرض خطر معرفی کرد؟ (۲) در مورد بدرفتاری با کدام گروه از کودکان با معلولیت اطلاعات ناقص است یا اطلاعاتی وجود ندارد؟ (۳) بدرفتاری از طرف چه کسانی رخ می‌دهد؟ (۴) کدام کشورها تحقیقات بیشتر در این زمینه انجام داده‌اند؟ و احتمالاً برای پیشگیری و درمان آماده‌تر هستند؟

## مواد و روش‌ها

برای یافتن مستندات در رابطه با ریسک‌فاکتورهای مؤثر بر بدرفتاری با کودک دارای معلولیت، جستجو در پایگاه داده‌های PubMed، Scopus, ProQuest, Elsevier, Springer, Ovid, Cochrane و موتور جستجوی Google Scholar، با هدف یافتن مطالعات (تیز، پایان‌نامه و مقاله) که با کلیدواژه‌های بدرفتاری؛ آزار؛ غفلت؛ معلولیت؛ کودک و ریسک‌فاکتور، در بازه زمانی ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۵ منتشر شده بودند، انجام گردید. با کلیدواژه‌های ذکر شده در جدول ۱ عناوین و عبارات مختلفی با هم ترکیب شد و نتایج زیادی نیز به دست آمد و محقق به ۸۲۲ متن کامل دست یافت. برای انتخاب مستندات، ابتدا عناوین یافت شده از نظر ارتباط موضوعی بررسی شد. تعداد ۲۱۴ عنوان ارتباط موضوعی داشتند. مطالعاتی (پژوهشی، متاآنالیز و مرور سیستماتیک) که به زبان فارسی یا انگلیسی در مورد بدرفتاری، آزار و غفلت از افراد زیر ۱۸ سال انجام شده بود، مورد پژوهش قرار گرفت. برای بررسی بیشتر معیارهای ورود و خروج ذکر شده در جدول ۲ مد نظر قرار گرفت. در این بازه زمانی تعداد ۷۹ مقاله بر اساس معیار ورود، مناسب برای این تحقیق شناسایی شد. پس از بررسی چکیده مقالات، ۲۶ مورد مقاله که تمامی معیارهای ورود را شامل می‌شدند و در راستای هدف مطالعه بودند، انتخاب شده و مورد مطالعه دقیق قرار گرفتند.

<sup>1</sup> Maltreatment.

<sup>2</sup> Abuse.

<sup>3</sup> Neglect.

<sup>4</sup> National Center for Educational Statistics.

<sup>5</sup> Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

<sup>6</sup> Mood Disorder.

<sup>7</sup> Substance Abuse.

<sup>8</sup> Hypothalamic-Pituitary-Adrenal.

<sup>9</sup> Norepinephrine.

جدول ۱: واژه‌های کلیدی

کلیدواژه انگلیسی		کلیدواژه فارسی		ردیف	
Maltreatment, Mistreatment, Maltreatment.		بدرفتاری.		۱.	
Abuse.	Physical.	فیزیکی.		۲.	
	Emotional.	احساسی.			
	Sexual.	جنسی.			
	Economic.	اقتصادی.			
	Educational.	آموزشی.			
Neglect, Overlook.		غفلت.		۳.	
Bullying, Teasing.		قلدری.		۴.	
Violence.		خشونت.		۵.	
Exploitation.		بهره‌کشی.		۶.	
Molesting.		اذیت.		۷.	
Harassment.		زجر.		۸.	
Punishment.		تنبیه.		۹.	
Intimidation.		اِرعاب.		۱۰.	
Victim.		قربانی.		۱۱.	
Disability, Deficient, Handicap.	Developmental.	رشدی.		۱۲.	
	Intellectual.	ذهنی.			
	Learning.	یادگیری.			
	Mental.	روانی.			
Impairment, Disorder.	Cognitive.	شناختی.		۱۳.	
	Motor.	حرکتی.			
	Sensory.	Visual	بینایی.		حسی.
		Hearing	شنوایی.		
	Behavioral.	رفتاری.			
	Communication (Language/Speech).		ارتباطی.		
Child with Special Needs/Exceptional Child/ Vulnerable Child.		کودک با نیازهای خاص.		۱۴.	
Children, Infants, Youth.		کودک.		۱۵.	
Risk Factor.		ریسک‌فاکتور.		۱۶.	
Perpetrator.		عامل بدرفتاری.		۱۷.	

جدول ۲: معیارهای ورود و خروج

معیار خروج	معیار ورود	ردیف
در مورد جنبه‌های حقوقی کودک‌آزاری، مدل‌های بدرفتاری، پیشگیری یا ابزارهای ارزیابی بدرفتاری باشد.	در بازه زمانی ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۵ منتشر شده باشد.	۱.
در مورد بدرفتاری با کودکان والدین با معلولیت باشد.	به زبان انگلیسی یا فارسی باشد.	۲.
به بررسی عواقب و معلولیت‌های ناشی از بدرفتاری و درمان‌های مناسب بپردازد.	در مورد کودکان (افراد زیر ۱۸ سال) انجام شده باشد.	۳.
به بررسی خشونت‌های جنگی، تروریسم، خشونت نسبت به زنان، خشونت زناشویی و شاهد خشونت بودن بپردازد.	نوع مطالعه پژوهشی (مقطعی، پس‌نگر)، متاآنالیز یا مرور سیستماتیک باشد.	۴.
در مورد سوءمصرف مواد و دارو در جمعیت افراد با معلولیت باشد.	در مورد یکی از انواع بدرفتاری (آزار فیزیکی، آزار جنسی، آزار احساسی، غفلت) باشد.	۵.
	دسترسی به متن کامل وجود داشته باشد.	۶.
	تازه، پایان‌نامه و مقاله باشد.	۷.
	کل یا بخشی از نمونه شامل کودکان با معلولیت‌های فیزیکی، روانی و ذهنی باشد.	۸.
	خودگزارشی کودک، گزارش والدین یا ارزیابی بالینی باشد.	۹.

**یافته ها**

با استراتژی به کار گرفته شده در این جستجو، ۲۶ مطالعه شناسایی شدند. تقریباً تمام مطالعات متفق بودند بدرفتاری با کودکان با معلولیت بیشتر از کودکان سالم رخ می‌دهد. موضوع تحقیقات این حوزه را می‌توان در سه طبقه ویژگی بدرفتاری (نوع بدرفتاری، دامنه و شدت بدرفتاری، گزارش موارد بدرفتاری، روش شناسایی بدرفتاری)، ویژگی قربانی (سن، جنس، نوع معلولیت، شدت معلولیت)، ویژگی عامل بدرفتاری جای داد. در مورد ویژگی قربانی می‌توان وجود معلولیت‌های رفتاری را ریسک‌فاکتور مهمتری برای بدرفتاری با کودک معرفی کرد. معلولیت کم‌شدت‌تر و معلولیتی که در ظاهر کودک نمایان نباشد، باعث افزایش خطر بدرفتاری خصوصاً آزار جنسی می‌شود. در مطالعات مختلف، والدین، پرسنل مدارس، همسالان و غریبه‌ها به عنوان عامل بدرفتاری معرفی شدند. بیشترین بررسی‌ها در مورد بدرفتاری در جمعیت کودکان با معلولیت رشدی در ایالات متحده آمریکا و اکثراً در بازه‌ی زمانی سال ۲۰۰۵ تا به اکنون انجام شده است. کمترین توجه به مشکلات حسی، به خصوص معلولیت‌های بینایی معطوف شده بود. نتایج این مرور در جدول ۳ نمایش داده شده است. تحقیقات بر اساس سال به ترتیب صعودی به دنبال هم آورده شده است.

جدول ۳: یافته‌ها

ردیف	نویسنده	سال	کشور	نوع مطالعه	نوع بدرفتاری	شرکت‌کنندگان					
						تعداد	سن	جنس	نوع معلولیت	شدت معلولیت	
۱.	بندیکت و همکاران.	۱۹۷۳.	ایالات متحده.	پس‌نگر.	همه انواع.	۵۰۰ پرونده.	کمتر از ۱۲ سال.	هر دو جنس.	چندمعلولیتی.	متوسط تا شدید.	پرونده‌های پزشکی.
۲.	آمرن و همکاران.	۱۹۸۵.	ایالات متحده.	پس‌نگر.	همه انواع.	۱۵۰ پرونده.	۳ تا ۱۹ سال.	هر دو جنس.	چندمعلولیتی.	نامشخص.	پرونده‌های پزشکی.
۳.	وردگو و همکاران	۱۹۹۵.	ایالات متحده.	مقطعی.	همه انواع.	۴۴۵ کودک.	۰ تا ۱۹ سال.	نامشخص.	عقب‌ماندگی ذهنی.	خفیف، متوسط، شدید، عمیق.	پرسش‌نامه <sup>۱۰</sup> .
۴.	اییلینگ و همکاران.	۱۹۹۶.	فنلاند.	مقطعی.	همه انواع به جز غفلت.	۴۱ کودک.	۱،۶ تا ۱۷،۲ سال.	هر دو جنس.	اختلالات احساسی، روانی و اختلالات رشدی.	نامشخص.	پرونده‌های پزشکی و تکبیل پرسش‌نامه توسط پرسنل.
۵.	سالیوان و کناتسون.	۱۹۹۸.	کانادا.	ارزیابی ثانویه.	همه انواع.	۳۱۲ کودک.	نامشخص.	هر دو جنس.	معلولیت شنوایی.	نامشخص.	پرونده.
۶.	سالیوان و کناتسون.	۱۹۹۸.	ایالات متحده.	مقطعی.	همه انواع.	۳۸۸۱ پرونده.	نامشخص.	هر دو جنس.	معلولیت‌های رفتاری و غیررفتاری.	نامشخص.	گزارشات آژانس‌های حمایتی.
۷.	سالیوان و کناتسون.	۲۰۰۰.	ایالات متحده.	ارزیابی ثانویه.	همه انواع.	۵۰۲۷۸ کودک.	تولد تا ۲۱ سالگی.	هر دو جنس.	هر دو جنس.	نامشخص.	گزارشات مدارس، مراکز فرزندخواندگی و پلیس.
۸.	مندل و همکاران.	۲۰۰۰.	ایالت متحده.	ارزیابی ثانویه <sup>۱۱</sup> .	جنسی و فیزیکی.	۱۵۶ کودک.	نامشخص.	هر دو جنس.	اوتیسم و اسپرگر.	نامشخص.	پرونده پزشکی.
۹.	کوام.	۲۰۰۰.	نروژ.	مقطعی.	جنسی.	۱۲۹۳ کودک.	تولد تا ۱۸ سالگی.	هر دو جنس.	چندمعلولیتی.	شدید و خفیف.	پرسش‌نامه.
۱۰.	اسپنسر و همکاران.	۲۰۰۵.	انگلستان.	مقطعی.	همه انواع.	۱۱۹۷۳۹ کودک.	نامشخص.	نامشخص.	فلج مغزی، اختلال سلوک و غیرسلوک، گفتار و کلام، یادگیری، حسی، اوتیسم.	متوسط تا شدید.	نامشخص.

<sup>10</sup> CEMND-Questionnaire for the Evaluation of Maltreatment in Handicapped Children

<sup>11</sup> National Evaluation of the Comprehensive Community Mental Health Services for Children and their Families Program.

ابزار ارزیابی بدرفتاری	شرکت کنندگان					نوع بدرفتاری	نوع مطالعه	کشور	سال	نویسنده	ردیف
	شدت معلولیت	نوع معلولیت	جنس	سن	تعداد						
نامشخص.	معلولیت‌های متوسط تا شدید.		هر دو جنس.	یک تا ۲۰ سال.	۴۴۳ کودک.	همه انواع.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۰۶.	سلینجر.	۱۱.
چارت علائم بدرفتاری.	نامشخص.	ADHD.	مؤنث.	۶ تا ۱۲ سال.	۲۲۸ کودک.	همه انواع به جز احساسی.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۰۶.	بریسکو-اسمیت.	۱۲.
...	نامشخص.	نامشخص.	هر دو جنس.	کمتر از ۱۸ سال.	چهار مطالعه.	همه انواع.	مرور سیستماتیک.	انگلستان.	۲۰۰۷.	گاویندشنوی و اسپنسر.	۱۳.
خودارزیابی کامپیوتری.	نامشخص.	ADHD.	هر دو جنس.	کلاس هفتم تا دوازدهم.	۱۴۳۲۲ کودک.	غفلت از نظارت <sup>۱۲</sup> ، غفلت فیزیکی، آزار فیزیکی و جنسی.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۰۸.	اویانگ و همکاران.	۱۴.
نامشخص.	نامشخص.	مشکل فیزیکی مزمن.	هر دو جنس.	زیر ۶ سال.	۱۰۱۱۸۹ کودک.	همه انواع.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۰۸.	جودز و مکی-بیلاور.	۱۵.
خودگزارشی کودک-آزاری <sup>۱۳</sup> .	نامشخص.	اختلال یادگیری.	هر دو جنس.	۷ تا ۱۲ سال.	۲۴۰ کودک.	همه انواع.	مقطعی.	ایران.	۲۰۰۸.	کشاوری و لیان و همکاران.	۱۶.
ارزیابی پزشک.	معلولیت خفیف تا متوسط بر اساس WISC-R <sup>۱۴</sup> .	عقب ماندگی ذهنی.	هر دو جنس.	۴ تا ۱۸ سال.	۴۰ کودک.	جنسی.	مقطعی.	ترکیه.	۲۰۰۹.	آکباس و همکاران.	۱۷.
نامشخص.	نامشخص.	فیزیکی، بینائی، عقب ماندگی ذهنی، یادگیری.	هر دو جنس.	تولد تا ۱۸ سال.	۲۳۹۱۵ کودک.	همه انواع.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۰۹.	تیلور.	۱۸.
Conflict Tactic Scales.	نامشخص.	شرایط مزمن.	هر دو جنس.	۱۰، ۱۲ و ۱۵ سال.	۲۵۱۰ کودک.	فیزیکی و جنسی.	مقطعی.	سوئد.	۲۰۱۰.	اسونسون و همکاران.	۱۹.
پرسش نامه <sup>۱۵</sup> .	نامشخص.	نامشخص.	هر دو جنس.	۶ تا ۱۷ سال.	۲۵۰ کودک.	همه انواع.	مقطعی.	نیجریه.	۲۰۱۰.	دادا.	۲۰.
مستندات از آژانس‌های	نامشخص.	لب شکری، سندروم داون،	هر دو جنس.	۲ تا ۱۰ سال.	۳ میلیون	همه انواع.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۱۱.	هورن.	۲۱.

<sup>12</sup> Supervision Neglect.<sup>13</sup> Child Abuse Self Report.<sup>14</sup> Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised.<sup>15</sup> Prevalence of Child Abuse among School Children.

ابزار ارزیابی بدرفتاری	شرکت کنندگان					نوع بدرفتاری	نوع مطالعه	کشور	سال	نویسنده	ردیف
	شدت معلولیت	نوع معلولیت	جنس	سن	تعداد						
حمایت از کودکان.		اسپینایفیدا.	جنس.		کودک.			متحده.			
CASR.	نامشخص.	ADHD.	هر دو جنس.	۷ تا ۱۲ سال.	۶۰ کودک.	همه انواع.	مقطعی.	ایران.	۲۰۱۱.	هادیان فرد	۲۲.
JVQ <sup>۱۷</sup> .	نامشخص.	معلولیت فیزیکی، اختلال درونی سازی <sup>۱۶</sup> ، ADHD، اختلال رشدی یا یادگیری.	هر دو جنس.	۲ تا ۱۷ سال.	۴۰۴۶ کودک.	بدرفتاری و خشونت.	مقطعی.	ایالات متحده.	۲۰۱۱.	ترنر و همکاران.	۲۳.
...	نامشخص.	۷ گروه مختلف.	نامشخص	تولد تا ۱۸ سال.	۱۷ مطالعه.	خشونت.	متاآنالیز و مرور سیستماتیک.	انگلیس.	۲۰۱۲.	جونز و همکاران.	۲۴.
ICAST-CI <sup>۱۸</sup> و بعضی گزینه‌های MCS <sup>۱۹</sup> .	نامشخص.	بینائی، شنوائی، حرکتی، گفتاری، صرع.	هر دو جنس.	۱۱ تا ۱۴ سال.	۳۷۰۶ کودک.	خشونت.	مقطعی.	اوگاندا.	۲۰۱۲.	دورایز و همکاران.	۲۵.
FES- و CPM <sup>۲۱</sup> CV <sup>۲۲</sup> .	CARS <sup>۲۰</sup> .	اوتیسم.	هر دو جنس.	۲ تا ۵ سال.	۱۸۰ والد.	فیزیکی.	مقطعی.	چین.	۲۰۱۳.	دوآن و همکاران.	۲۶.

<sup>16</sup> PTSD, Depression, Anxiety Disorder.

<sup>17</sup> Juvenile Victimization Questionnaire.

<sup>18</sup> The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect Child Abuse Screening Tool-Child Institutional.

<sup>19</sup> WHO Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.

<sup>20</sup> Childhood Autism Rating Scale

<sup>21</sup> Child Physical Maltreatment Scale.

<sup>22</sup> Family Environment Scale- Child Version.



مطالعه‌ی مروری حاضر به بررسی ماهیت و ریسک‌فاکتورهای بدرفتاری با کودکان با معلولیت پرداخته است. این بررسی نه تنها در مورد دامنه‌ی بدرفتاری در این جمعیت انجام شده است، بلکه ماهیت بدرفتاری را نیز مورد بررسی قرار داده و تصویر بهتری از این موضوع به نمایش گذاشته است و بینشی به وجود آورده است که از پیشگیری و درمان بدرفتاری با کودکان مستعد حمایت می‌کند. این مرور محدودیت‌هایی نیز دارد از جمله این که به جای تمرکز بر موضوعی خاص و معلولیتی خاص، به بررسی ابعاد کلی این موضوع پرداخته است. همچنین مطالعات متنوع با کیفیت و طرح‌های متنوع (از جمله مطالعات پژوهشی و مرور سیستماتیک و متاآنالیز) در این بررسی گنجانده شده‌اند. بعضی قانون‌ها و سیستم‌های حمایتی مختص کشوری خاص بودند و همان طور که واضح است اعمال مختلف در کشورهای مختلف معانی مختلفی دارند و ممکن است مصداق بدرفتاری باشند یا خیر. همچنین هیچ کدام از مطالعاتی که مورد استفاده قرار گرفتند مستقیماً برای شناسایی ریسک‌فاکتورهای بدرفتاری انجام نشده بودند. همان طور که ذکر شد تعاریف گسترده‌ی معلولیت و بدرفتاری (بر حسب آژانس یا سیستمی که بدرفتاری را شناسایی کرده است) نیز یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر است، چون باعث شده است امکان مقایسه‌ی صحیح نتایج تحقیقات مختلف با هم وجود نداشته باشد. ناهمگنی تحقیقات در این حوزه، در متاآنالیز جونز<sup>۲۳</sup> و همکاران نیز تأیید شده است.<sup>[۸]</sup> ترنر<sup>[۲۰]</sup> و گاویندشنوی<sup>[۲۱]</sup> نیز فقدان تعاریف روشن در مورد معلولیت را نقد کرده بودند. علی‌رغم این محدودیت‌ها، یافته‌های اصلی تحقیق حاضر در راستای پاسخگویی به سؤالات تحقیق، در سه طبقه ویژگی قربانی، ویژگی بدرفتاری و ویژگی عامل بدرفتاری در ادامه بحث شده است.

#### ۱. ویژگی قربانی

۱-۱. نوع معلولیت: بعضی مطالعات، طیف وسیعی از معلولیت‌ها را مورد بررسی قرار داده بودند؛ در حالی که برخی دیگر به بررسی تنها یک نوع معلولیت پرداختند. معلولیت‌هایی که به صورت اختصاصی بررسی شده بودند عبارت بودند از اوتیسم<sup>[۲۲]</sup>، اختلال نقص توجه به همراه بیش‌فعالی<sup>[۲۳-۲۵]</sup>، اختلال یادگیری<sup>[۲۶]</sup>، اختلال روانی<sup>[۲۷]</sup>، معلولیت شنوایی<sup>[۲۸]</sup>، عقب‌ماندگی ذهنی<sup>[۲۹، ۳۰]</sup> و چندمعلولیتی<sup>[۳۰، ۳۱]</sup> میزان بدرفتاری با تمام معلولیت‌ها به جز اختلال یادگیری بالا بوده است. در اختلال یادگیری خطر آزار احساسی وجود دارد.<sup>[۲۶]</sup> وجود مشکلات رفتاری و ذهنی بیش از سایر علامت‌ها خطر بدرفتاری را افزایش می‌دهد.<sup>[۳۰، ۳۱]</sup> با وجود این که فلج مغزی رایج‌ترین معلولیت دوران کودکی است<sup>[۳۲]</sup>، در مورد بدرفتاری با این کودکان تحقیقی به صورت اختصاصی انجام نشده است.

۱-۲. شدت معلولیت: تنها ۵ مطالعه شدت معلولیت شرکت‌کنندگان را مورد بررسی قرار داده بودند. در اکثر مطالعات مقیاسی برای ارزیابی شدت معلولیت معرفی نشده بود. برای مثال دیورایز<sup>۲۷</sup> و همکاران به منظور ارزیابی معلولیت، از مقیاسی یک سؤالی با چند گزینه استفاده کردند، اما این مقیاس شدت معلولیت را پوشش نمی‌داد.<sup>[۳۱]</sup> سالیوان و کئاتسون<sup>۲۸</sup> نیز برای ارزیابی وضعیت معلولیت و دستاوردهای تحصیلی کودک، از تستی استاندارد<sup>۲۹</sup> استفاده کردند، اما همان طور که گفته شد دقیقاً مشخص نیست آیا این مقیاس شدت معلولیت را نیز پوشش می‌دهد یا خیر؟<sup>[۱۱]</sup> یا ترنر و همکاران با سؤال از والدین/مراقبان وجود معلولیت را غربال کردند.<sup>[۲۰]</sup> مطالعاتی نیز یافت شد که شدت معلولیت مد نظر محققان بود، از جمله مطالعه‌ی وردوگو<sup>۳۰</sup> و همکاران که سطح فانکشنال کودک را برای ارزیابی شدت معلولیت انتخاب کرده بودند<sup>[۲۹]</sup>؛ یا کوام<sup>۳۱</sup> با طراحی پرسش‌نامه‌ای، معلولیت را به شدت‌های خفیف و شدید تقسیم‌بندی کرده بود.<sup>[۹]</sup> همچنین دوآن<sup>۳۲</sup> و همکاران مقیاسی<sup>۳۳</sup> را برای ارزیابی شدت اوتیسم مورد استفاده قرار دادند.<sup>[۳۳]</sup> آکباس<sup>۳۴</sup> و همکاران نیز بر اساس WISC-R<sup>۳۵</sup> شدت عقب‌ماندگی ذهنی کودکان را بررسی کردند.<sup>[۲۸]</sup> علی‌رغم این که روش ارزیابی شدت معلولیت کاملاً واضح نبود، اما در دو مطالعه به صراحت بیان شد معلولیت کم‌شدت‌تر و عملکرد بالاتر خطر بدرفتاری را بیشتر می‌کند. آمرمن<sup>۳۶</sup> و وردوگو در تحقیقات جداگانه‌ی خود به این نتیجه رسیدند کودکانی که مشکلات رشدی خفیف‌تری داشتند، بیشتر در معرض بدرفتاری قرار گرفته بودند.<sup>[۳۰، ۳۹]</sup>

<sup>23</sup> Jones.

<sup>24</sup> Turner.

<sup>25</sup> Govindshenoy.

<sup>26</sup> Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADHD).

<sup>27</sup> Devries.

<sup>28</sup> Sullivan & Knutson.

<sup>29</sup> California Achievement Test.

<sup>30</sup> Verdugo.

<sup>31</sup> Kvam.

<sup>32</sup> Duan.

<sup>33</sup> Childhood Autism Rating Scale (CARS).

<sup>34</sup> Akbas.

<sup>35</sup> Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised.

<sup>36</sup> Ammerman.

۳-۱. سن: اکثر مطالعات، به تعریف سازمان جهانی بهداشت برای واژه کودک اکتفا کرده بودند و تنها سه مطالعه یافت شد که در مورد گروه سنی محدودتری انجام شده بود.<sup>[۳۳، ۳۴]</sup> به نظر می‌رسد هورن<sup>۳۷</sup> در تحقیق خود بیشتر از بقیه محققان به مسئله سن پرداخته باشد. او در تحقیق خود به این نتیجه رسید خطر بدرفتاری با کودکان با نقایص خاص مادرزادی (مثل سندروم داون، اسپینایفیدا، شکاف لب/کام)، بسته به سن کودک متفاوت است؛ به نحوی که در مورد کودکان با اسپینایفیدا، شیوع بدرفتاری در رده سنی زیر ۲ سال بیشتر از کودکان سالم است، اما در رده سنی ۲ تا ۱۰ سال تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد. به گفته‌ی او دوره‌ای که بیشترین خطر بدرفتاری با کودکان با شکاف لب/کام و اسپینایفیدا رخ می‌دهد، اولین ماه تولد است. در مورد سندروم داون موضوع برعکس است. کودکان سالم و کودکان با سندروم داون زیر دو سال به اندازه‌ی یکسان در معرض بدرفتاری قرار گرفته‌اند، اما در رده سنی ۲ تا ۱۰ سال، کودکان با سندروم داون بیشتر از کودکان سالم مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند.<sup>[۳۴]</sup> در مطالعات دیگری نیز به موضوع سن کودک پرداخته شده است، از جمله مندل و دوآن که در دو مطالعه جداگانه مدعی شده‌اند بین سن کودک با اوتیسم و بدرفتاری با او ارتباط وجود دارد.<sup>[۳۳، ۳۵]</sup> مندل سن بالاتر را ریسک‌فاکتور بدرفتاری با کودک با اوتیسم معرفی کرد. آمرمن<sup>۳۸</sup> و دورایز نیز در دو مطالعه جداگانه ادعا کردند کودکان کم سن و سال در معرض خطر بدرفتاری بیشتری هستند.<sup>[۳۰، ۳۱]</sup>

۴-۱. جنس: به جز یک مطالعه که اختصاصاً در مورد جنس مؤنث انجام شده بود<sup>[۳۳]</sup>، بقیه مطالعات هر دو جنس را مورد بررسی قرار داده بودند. در این مطالعات مقایسه‌ای از لحاظ مواجهه با بدرفتاری بین دو جنس مشاهده نشد. در هیچ مطالعه‌ای بیان نشد که خطر بدرفتاری برای کدام یک از جنسیت‌ها بیشتر است و تنها مندل<sup>۳۹</sup> بین جنسیت پسر و وقوع بدرفتاری در جمعیت کودکان با اوتیسم ارتباط معنادار یافت.<sup>[۳۵]</sup>

## ۲. ویژگی بدرفتاری

۱-۲. نوع بدرفتاری: همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بیشترین تعداد مطالعه (۱۸ مقاله)، در مورد بدرفتاری به معنای کلی و تفکیک نشده انجام گرفته بود و تنها یک مطالعه به بررسی اختصاصی آزار فیزیکی<sup>[۳۳]</sup>، دو مطالعه به بررسی اختصاصی آزار جنسی<sup>[۲۸، ۳۶]</sup> و دو مطالعه به بررسی آزار فیزیکی و جنسی پرداخته بودند.<sup>[۳۷، ۳۵]</sup> همچنین در بین انواع بدرفتاری، آزار احساسی و غفلت (به تنهایی) هیچ مطالعه‌ای را به خود اختصاص نداده بودند؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که اکثر محققان در تحقیقات خود مسئله بدرفتاری را به صورت کلی مورد ملاحظه قرار داده‌اند و نتایج نیز در مورد بدرفتاری به صورت کلی قابل تعمیم می‌باشد. در تحقیقات گذشته گزارش شد رایج‌ترین نوع بدرفتاری با کودکان چندمعلولیتی و کودکان با معلولیت شنوایی به ترتیب عبارت بود از آزار فیزیکی<sup>[۶، ۵]</sup> و غفلت<sup>[۲۷]</sup> می‌باشد. در مورد نوع بدرفتاری شایع در معلولیت‌هایی مثل عقب‌ماندگی ذهنی، ADHD و اختلالات روانی توافقی بین محققان وجود نداشت، برای مثال در مورد ADHD، بریسکو-اسمیت<sup>۴۰</sup> وقوع آزار جنسی<sup>[۳۳]</sup> و هادیان فرد وقوع غفلت و آزار احساسی را رایج‌تر می‌دانست<sup>[۳۴]</sup> و ارتباط عمده‌ای بین نوع کم توجه این اختلال با همه‌ی انواع بدرفتاری یافت.<sup>[۲۵]</sup> در مورد عقب‌ماندگی ذهنی، وردگو و همکاران غفلت فیزیکی<sup>[۲۹]</sup> و آکباس و همکاران آزار جنسی را رایج‌تر می‌دانستند.<sup>[۲۸]</sup> در مورد اختلال رفتاری، ایبلینگ<sup>۴۲</sup> و همکاران خطر خشونت فیزیکی و احساسی<sup>[۳۸]</sup>، اما گاویندشنوی<sup>۴۳</sup> در مورد اختلال روانی سلوک، آزار احساسی را رایج‌تر می‌دانست.<sup>[۳۱]</sup>

۲-۲. دامنه و شدت بدرفتاری: در هیچ مطالعه‌ای معیار و مقیاسی برای اندازه‌گیری شدت بدرفتاری معرفی نشده بود. اطلاعات در مورد دامنه‌ی بدرفتاری نیز گسترده بود، برای مثال سالیوان و کناتسون<sup>۴۴</sup> به این نتیجه رسیدند کودکان با معلولیت نسبت به کودکان سالم، ۳/۷۶ بار بیشتر مورد غفلت، ۳/۷۹ بار بیشتر مورد آزار فیزیکی، ۳/۱۴ بار بیشتر مورد آزار جنسی و ۳/۸۸ بار بیشتر مورد آزار احساسی قرار می‌گیرند.<sup>[۱۰]</sup> همچنین سالیوان ادعا کرده بود کودکان ناشنوا دو تا سه برابر بیشتر در معرض آزار جنسی هستند.<sup>[۲۷]</sup> جودز و مکی‌بیلاور<sup>۴۵</sup> بیان کردند کودکانی که مشکل رفتاری، روانی یا مشکل مربوط به سلامتی دارند، ۱/۹۵ بار بیشتر از کودکان سالم قربانی بدرفتاری می‌شوند و احتمال بدرفتاری با کودک در شرایط فیزیکی مزمن ۱/۱ بار بیشتر است.<sup>[۳۹]</sup> همان گونه که مشخص است اطلاعات متنوعی در مورد دامنه-ی بدرفتاری گزارش شده است.

۳-۲. گزارش موارد بدرفتاری: در مطالعات مختلف به گزارش وقوع بدرفتاری توسط کودک<sup>[۲۴-۲۶، ۳۱، ۴۰-۴۲]</sup>، والدین/مراقبان<sup>[۲۰، ۳۳، ۳۷]</sup> و پرسنل درمانی و مدارس<sup>[۱۱، ۳۸]</sup> استناد شده است و حتی در بعضی مطالعات از پرسش‌نامه به منظور ارزیابی بدرفتاری استفاده شده است، اما

<sup>37</sup> Horne.

<sup>38</sup> Ammerman.

<sup>39</sup> Mandel.

<sup>40</sup> Briscoe- Smith.

<sup>41</sup> Ouyang.

<sup>42</sup> Ebeling.

<sup>43</sup> Govindshenoy.

<sup>44</sup> Sullivan & Knutson.

<sup>45</sup> Jaudes & Mackey-Bilaver.

پاسخگویان افراد دیگری بودند. برای مثال در مطالعه‌ی سلینجر<sup>۴۶</sup> شرکت‌کنندگان تحقیق همان عاملان بدرفتاری بودند. در تعداد زیادی از مطالعات پزشک وقوع بدرفتاری را تشخیص داده و آن را در پرونده‌ی کودک ثبت کرده بود.<sup>[۲۸، ۲۹، ۳۵، ۳۸]</sup> پرسش‌نامه‌هایی همچون چارت علائم بدرفتاری، پرسش‌نامه 'Juvenile Victimization Questionnaire، Conflict Tactic Scale و نسخه کودک CASR<sup>۴۸</sup>، ICAST<sup>۴۷</sup> و Family Environment Scale، به طور شایع‌تری در مطالعات بدرفتاری با کودکان سالم و کودکان با معلولیت به کار رفته بود.<sup>[۲۰، ۲۴، ۲۶، ۳۱، ۳۳، ۳۷]</sup>

### ۳. عامل بدرفتاری

در اکثر موارد والدین/مراقبان عامل بدرفتاری معرفی شده بودند. برای مثال آمرمن مدعی شد کودکانِ مادرانی که حمایت اجتماعی کمی دارند و واکنش‌های پرخاشگری بیشتری نشان می‌دهند، در خطر بدرفتاری بیشتری هستند.<sup>[۳۰]</sup> در مطالعه بندیکت<sup>۴۹</sup> و همکاران نیز نقش والدین در بدرفتاری با کودک چندمعلولیتی تأیید شد. بندیکت و همکاران سلامت پدر و درآمد خانواده را به عنوان یکی از ریسک‌فاکتورهای بدرفتاری معرفی کردند.<sup>[۶]</sup> دورایز و همکاران، پرسنل مدارس، مراقبان و همسالان را به عنوان عامل خشونت احساسی و غفلت معرفی کردند. در این مطالعه گزارش شد پسران و دختران با معلولیت بیشتر از طرف همسالان پسر مورد خشونت جنسی قرار گرفته بودند.<sup>[۳۱]</sup>

۴. کشورهایی که بیشترین تحقیق را انجام دادند:

اکثر مطالعات در این زمینه در ایالات متحده آمریکا انجام شده است. در این بین، کشورهای آسیایی حضور کم‌رنگی دارند و تنها دو مطالعه آسیایی از کشورهای چین و ترکیه<sup>[۲۸، ۳۳]</sup> و دو مطالعه از ایران یافت شد.<sup>[۲۶، ۳۴]</sup> تعداد کم مطالعات داخلی و خودگزارشی بودن روش انجام تحقیق ممکن است نشان‌دهنده‌ی فقدان یا کمبود اطلاعات ثبت‌شده توسط سازمان یا آژانس‌های حمایتی در ایران باشد. یافته‌های متاآنالیز جونز و همکاران نیز نشان داد بیشترین گزارش‌ها در مورد بدرفتاری با بزرگسالان با معلولیت، از کشورهای پردرآمد و بیشتر از ایالت متحده آمریکا و بعد از آن، کشورهای اروپایی حوزه سازمان بهداشت جهانی بوده است.<sup>[۴۴]</sup> با توجه به این که کشورهای کم‌درآمد و درآمد متوسط، بیشترین میزان افراد با معلولیت، بیشترین میزان خشونت و کمترین حمایت اجتماعی را دارند<sup>[۴۴]</sup>، نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این کشورها احساس می‌شود.

## نتیجه گیری

آن گونه که از نتایج تحقیقات گذشته برمی‌آید در صورت وجود معلولیت در سنین کمتر و سطوح کم‌شدت‌تر و همچنین در صورت همراهی این عوامل با فقدان مهارت والدگری در والد/مراقب، خطر بدرفتاری افزایش می‌یابد. به دلیل محدودیت‌های تحقیق حاضر نیاز به بررسی بیشتر جهت یافتن ریسک‌فاکتورهای بیشتر وجود دارد.

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از فصل دوم پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم سپیده کاشفی به راهنمایی سرکار خانم دکتر نازیلا اکبرفهمی و جناب آقای دکتر مهدی رصافیانی می‌باشد.

## منابع

1. Crooks, C.V. and D.A. Wolfe, Child abuse and neglect, in Assessment of childhood disorders, E.J. Mash and R.A. Barkley, Editors. 2009. p. 639-683.
2. Sandra, B. and S. M.D, Child psychiatry: Special areas of interest, in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, B.J. Sadock, V.A. Sadock, and H.I. Kaplan, Editors. 2005, Lippincott Williams & Wilkins. p. 3792-3805.
3. Equality act 2010: United States. p. 4-5.
4. National center for educational statistics. [cited 2015; Available from: <https://nces.ed.gov>].
5. Ammerman, R.T., V.B. Van Hasselt, and M. Hersen, Maltreatment of handicapped children: A critical review. Journal of Family Violence, 1988. 3(1): p. 53-72.
6. Benedict, M.I., et al., Reported maltreatment in children with multiple disabilities. Child Abuse & Neglect, 1990. 14(2): p. 207-217.
7. Chan, K.L., C.R. Emery, and P. Ip, Children with disability are more at risk of violence victimization: Evidence from a study of school-aged chinese children. Journal Interpers Violence, 2014.
8. Jaudes, P.K. and L. Mackey-Bilaver, Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? Child Abuse & Neglect, 2008. 32: p. 671-681.
9. Kvam, M.H., Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. Child Abuse &

<sup>46</sup> Sellinger.

<sup>47</sup> The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect Child Abuse Screening Tool-Child Institutional.

<sup>48</sup> Child Abuse Self Report.

<sup>49</sup> Benedict.

- Neglect, 2000. 24(8): p. 1073-1084.
10. Sullivan, P.M. and J.F. Knutson, The association between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 1998. 22(4): p. 271-288.
  11. Sullivan, P.M. and J.F. Knutson, Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 2000. 24(10): p. 1257-1273.
  12. Crume, T.L., et al., Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics*, 2002. 110(2): p. e18-e18.
  13. Glaser, D., Child abuse and neglect and the brain—A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000. 41(01): p. 97-116.
  14. Davidson, D.A., Physical abuse of preschoolers: Identification and intervention through occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 1995. 49(3): p. 235-243.
  15. Egeland, B., L.A. Sroufe, and M. Erickson, The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 1983. 7(4): p. 459-469.
  16. Howard, A.C., Developmental play ages of physically abused and nonabused children. *American Journal of Occupational Therapy*, 1986. 40(10): p. 691-5.
  17. Oates, R.K., A. Peacock, and D. Forrest, Development in children following abuse and nonorganic failure to thrive. *American Journal of Diseases of Children*, 1984. 138(8): p. 764-767.
  18. Sylvestre, A. and C. Mérette, Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect*, 2010. 34(6): p. 414-428.
  19. Hoffman-plotkin, D. and C.T. Twentyman, A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 1984: p. 794-802.
  20. Turner, H.A., et al., Disability and victimization in a national sample of children and youth. *Child Maltreatment*, 2011. 16(4): p. 275-286.
  21. Govindshenoy, M. and N. Spencer, Abuse of the disabled child: A systematic review of population-based studies. *Child: Care, Health and Development*, 2006. 33(5): p. 552-8.
  22. Verdugo, M. and B. Bermejo, The mentally retarded person as a victim of maltreatment. *Aggression and Violent Behavior*, 1997. 2(2): p. 143-165.
  23. Briscoe-Smith, A.M. and S.P. Hinshaw, Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 2006. 30(11): p. 1239-1255.
  24. Hadianfard, H., Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2013. 2(2): p. 77-84 [In Persian].
  25. Ouyang, L., et al., Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *Pediatrics*, 2008. 153(6): p. 851-856.
  26. Keshavarz V, N. and F. Keshavarzi A, Comparison child abuse between normal children and children with learning disabilities. *Rehabilitation*, 2010. 11(3): p. 42-49 [In Persian].
  27. Sullivan, P.M., M. Vernon, and J.M. Scanlan, Sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 1998. 132(4): p. 256-262.
  28. Akbas, S., et al., Characteristics of sexual abuse in a sample of Turkish children with and without mental retardation, referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sexuality and Disability*, 2009. 27(4): p. 205-213.
  29. Verdugo, M.A., B.G. Bermejo, and J. Fuertes, The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 1995. 19(2): p. 205-215.
  30. Ammerman, R.T., et al., Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse & Neglect*, 1985. 13(3): p. 335-343.
  31. Devries, K.M., et al., Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study. *Bio Med Central Public Health*, 2014. 14(1017).
  32. Data & statistics for cerebral palsy: Prevalence and characteristics. 2015; [National center on birth defects and developmental disabilities]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/cp/data.html#references>.
  33. Duan, G., et al., Physical maltreatment of children with autism in Henan province in China: A cross-sectional study. *Child Abuse & Neglect*, 2015. 48: p. 140-147.
  34. Horne, B.V., Child maltreatment among children with specific birth defects: A population-based study, Texas 2002-2011. 2014, The University of Texas School of Public Health: Ann Arbor. p. 86.
  35. Mandell, D., et al., The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse and Neglect*, 2000.
  36. Kvam, M.H., Sexual abuse of children with disabilities: Summaries from four reports. 2004, Save the Children: Norway, Oslo.
  37. Svensson, B., C.G. Bornehag, and S. Janson, Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse - but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatrica*, 2011. 100(3): p. 407-12.

38. Ebeling, H. and H. Nurkkala, Children and adolescents with developmental disorders and violence. *International Journal of Circumpolar Health*, 2002.
39. Jaudes, P.K. and L.J. Diamond, The handicapped child and child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1985. 9(3): p. 341-347.
40. Dada, O.C., Physical abuse , sexual abuse, emotional abuse, and neglect as determinants of child abuse among persons with disabilities: counselling implication, in the KAPC –11th counselling conference. 2010: Safari Park Hotel, Nairobi, Kenya.
41. Kvam, M.H., Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse & Neglect*, 2000. 24(8): p. 1073-1084.
42. Verdugo, M.A. and B.G. Bermejo, The mentally retarded person as a victim of maltreatment. *Aggression and Violent Behavior*, 1997. 2(2): p. 143-165.
43. Sellinger, M.H., An investigation of abuse in children with and without disability who are in or at risk for state custody. 2006, Vanderbilt University: Nashville, Tennessee.
44. Jones, L., et al., Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 2012. 380(9845): p. 899-907.