

PENDERAAN FIZIKAL DI KALANGAN KANAK-KANAK PADA TAHUN 1993 : SATU KAJIAN KES KAWALAN DI HOSPITAL KUALA LUMPUR.

Khoo, K. B., Ch'ng, G. S., Muhd. Khairi, O., Jesni, J., Kamid, M, Zaidah, M. A., Raja Liza, R. A.*

ABSTRAK

Satu kajian kes kawalan telah dilakukan ke atas 83 kes penderaan fizikal yang dilaporkan di kalangan kanak-kanak berumur 0 - 18 tahun yang dimasukkan ke Hospital Kuala Lumpur sepanjang tahun 1993. Kajian ini bertujuan mengkaji taburan penderaan fizikal di kalangan kanak-kanak serta menentukan kaitan beberapa faktor risiko seperti status sosioekonomi dan struktur keluarga dengan kejadian penderaan fizikal. Hasil kajian menunjukkan kanak-kanak yang didera lebih berkemungkinan mempunyai ibubapa tiri, bapa yang lebih muda atau ibu yang bekerja. Faktor lain seperti umur ibu, jumlah pendapatan dan tahap pendidikan ibu bapa, kedudukan anak yang didera dalam keluarga serta jumlah adik beradik tidak mempunyai hubungan yang bererti dengan kejadian penderaan fizikal.

Kata Kunci : *Penderaan fizikal, faktor risiko.*

ABSTRACT

A case control study was conducted on 83 reported cases of physical abuse among children aged 0 - 18 years old who were admitted to Hospital Kuala Lumpur in 1993. The purpose of the study was to study the distribution of physical abuse among children and to determine the relationship between various risk factors such as socioeconomic status and family structure with physical abuse. Physically abused children were more likely to have step parents, younger fathers or working mothers. Other factors such as maternal age, parents' total income and educational level, position of the abused child in the family and the number of siblings were not shown to have a statistically significant association with physical abuse.

Key Words: *Physical abuse. Risk factors.*

* Mahasiswa/wi Perubatan Kumpulan B, Tahun 3, Fasa 1, Sesi 93/94.

PENGENALAN

Penderaan dan pengabaian kanak-kanak didefinisikan sebagai satu perbuatan, perlakuan atau pengabaian terhadap kanak-kanak yang mungkin dapat membahayakan atau mencederakan kanak-kanak tersebut dari segi fizikal, psikologi, emosi atau perkembangan mereka. Masalah penderaan dan pengabaian di kalangan kanak-kanak bukanlah fenomena yang baru. Malah di Kongres Antarabangsa mengenai Penderaan dan Pengabaian Kanak-kanak ke-10 yang berlangsung di Kuala Lumpur pada tahun 1993, Ketua Pengarah Jabatan Kebajikan Masyarakat, dalam kertas kerjanya melaporkan kes-kes penderaan dan pengabaian kanak-kanak yang dilaporkan di Semenanjung Malaysia telah meningkat daripada 93 kes pada 1981 kepada 970 kes pada 1991 dan 1075 kes pada 1993. Bilangan kes yang semakin meningkat pada tahun 80-an ini telah pun membawa kepada penubuhan Unit SCAN (Suspected Child Abuse and Neglect) di Hospital Besar Kuala Lumpur yang bertanggungjawab menyiasat dan merekodkan kejadian penderaan kanak-kanak.

Beberapa kajian telah dibuat di negara-negara maju seperti Amerika Syarikat dan Britain mengenai penderaan ini. Kempe (1962) telah mendapati bahawa penderaan ini berlaku di semua lapisan masyarakat¹. Pelton (1978) pula melaporkan kaitan yang kuat antara keadaan sosio-ekonomi yang rendah (kemiskinan) dengan insidens penderaan kanak-kanak². Creighton (1985) dalam kajiannya telah menunjukkan insidens penderaan yang tinggi di kalangan ibubapa yang mempunyai masalah-masalah jenayah, ketidakstabilan rumahtangga, kekerapan berpindah randa dan pengangguran³. Dalam satu kajian kes-kawalan yang dibuat di Royal Children's Hospital, Australia, Smith dan Adler (1991) telah melaporkan bahawa kanak-kanak yang didera lebih berkemungkinan mempunyai ibubapa yang muda, bilangan adik-beradik yang kecil, mengalami perpisahan dengan ibu semasa tahun pertama hidupnya, mempunyai ibubapa yang pernah didera semasa kanak-kanak dan mempunyai ibubapa yang hubungan antara kedua-duanya adalah tidak mesra⁴.

Berdasarkan laporan yang dikeluarkan oleh Unit SCAN Hospital Kuala Lumpur untuk rekod sepanjang tahun 1993, terdapat sejumlah 252 kes penderaan dan pengabaian kanak-kanak. Daripada kes-kes ini sebanyak 109 kes (42.3%) adalah melibatkan kes penderaan fizikal. Lain-lain bentuk penderaan dan pengabaian termasuk penderaan seksual 21.8%,

pengabaian fizikal 9.5%, pengabaian emosi 4.4%, ditinggalkan (abandonment) 6.7%, bayi-bayi daripada ibu-ibu penagih dadah 4.8%, kanak-kanak yang lari daripada rumah 6.7%, kanak-kanak jalanan (2.4%) dan kanak-kanak yang dikerah untuk bekerja 0.4%. Daripada kes-kes ini, sebanyak 5 kematian telah dilaporkan dan ini melibatkan 4 kes penderaan fizikal dan 1 kes yang ditinggalkan.

Tujuan kajian ini adalah untuk melihat ciri-ciri deskriptif berkenaan penderaan fizikal di kalangan kanak-kanak dan menilai faktor-faktor risiko kejadian penderaan fizikal kanak-kanak. Ini adalah kerana jenis penderaan ini adalah lebih tinggi berbanding penderaan lain. Hipotesis kajian ini adalah penderaan fizikal kanak-kanak mempunyai hubungan bererti dengan faktor sosio-ekonomi keluarga dan struktur keluarga.

METODOLOGI

Rekabentuk kajian yang dilakukan adalah kajian kes-kawalan. Di antara 1 Januari 1993 dan 31 Disember 1993 terdapat 109 kes penderaan fizikal kanak-kanak yang dilaporkan kepada unit SCAN yang berpusat di Institut Pediatrik. Kriteria pemilihan kes adalah daripada rekod unit SCAN dimana definisi penderaan fizikal kanak-kanak ialah sebarang perbuatan yang dilakukan secara sengaja ke atas kanak-kanak yang menyebabkan kecacatan, gangguan fungsi badan yang normal ataupun kecederaan fizikal yang lebih serius⁵, dan kanak-kanak mestilah berumur 18 tahun dan kebawah. Menggunakan kriteria ini hanya 83 kes dapat digunakan. Pemilihan kawalan pula dilakukan berdasarkan sejarah kemasukan kanak-kanak tersebut di Institusi Pediatrik atas sebab-sebab penyakit akut dan dipastikan tiada peristiwa penderaan fizikal berlaku. Pemadanan terhadap umur, jantina dan bangsa antara kawalan dan juga telah dilakukan pada nisbah satu dengan satu. Pemadanan umur dilakukan di mana perbezaan umur tidak melebihi 1 tahun.

Variabel-variabel yang diukur adalah umur ibubapa kanak-kanak didera, pendapatan keluarga sebulan, jumlah adik-beradik, kedudukan kanak-kanak didera di antara adik-beradik. Status pekerjaan ibu iaitu samada bekerja atau tidak, tahap pendidikan ibubapa di mana tiada pendidikan atau pendidikan peringkat primer dianggap sebagai tahap pendidikan rendah dan peringkat sekunder dan tertiar sebagai tahap

pendidikan tinggi, hubungan ibubapa dengan kanak-kanak yang didera iaitu samada ibubapa kandung atau tiri, jenis kecederaan fizikal dan hubungan dengan kanak-kanak yang didera juga dikaji.

Analisis deskriptif dan analitik telah dijalankan. Ujian kemaknaan adalah melalui ujian Khi-kuasa dua atau ujian t-student di mana sesuai. Darjah perbezaan bererti secara statistik adalah 5% dan analisa dilakukan menggunakan perisian SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

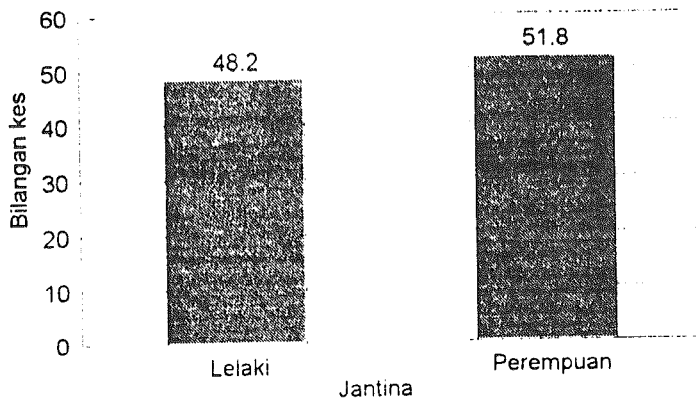
. HASIL

Analisis taburan penderaan fizikal di kalangan 83 orang kes yang dikaji, mendapati kanak-kanak perempuan mempunyai peratus yang lebih tinggi berbanding dengan kanak-kanak lelaki dan nisbah seks adalah 1.1 : 1 (Rajah 1). Dari segi bangsa pula, bangsa Melayu mempunyai peratus tertinggi iaitu, diikuti India 26.5% dan Cina 19.3% (Rajah 2) Walau bagaimanapun apabila dilihat dari taburan umur dan jantina, penderaan di kalangan bangsa Melayu dan lain-lain adalah lebih tinggi di kalangan kanak-kanak perempuan tetapi tidak di kalangan bangsa Cina dan India (Rajah 3). Analisis umur menunjukkan peratus kanak-kanak berumur 9 - 11 tahun sebagai mangsa adalah tertinggi, iaitu 28.9% berbanding lain-lain umur (Rajah 4).

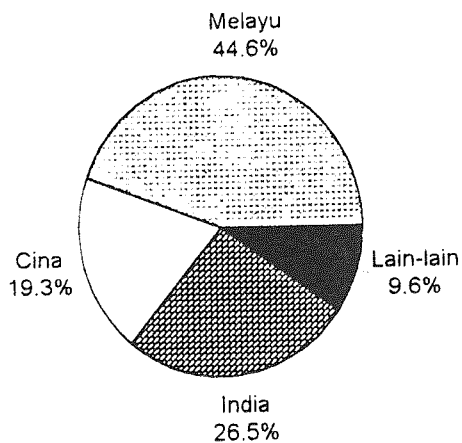
Jadual 1 menunjukkan taburan pendera di mana didapati kebanyakan pendera terdiri daripada ibubapa sendiri 60% dan bapa kandung mempunyai peratus tertinggi iaitu 36.7%. Jadual 2 pula menunjukkan bentuk-bentuk kecederaan akibat penderaan fizikal. Kecederaan paling kerap dilihat adalah lebam dan kesan parut, masing-masing 45.8% dan 31.3%.

Analisa hubungan antara faktor risiko dengan kejadian penderaan fizikal kanak-kanak, menunjukkan bahawa terdapat perbezaan bererti secara statistik antara kes dan kontrol bagi umur bapa, iaitu umur bapa kanak-kanak yang didera adalah lebih muda berbanding dengan umur bapa kawalan. Faktor-faktor risiko lain seperti umur ibu, jumlah pendapatan keluarga sebulan, bilangan adik-beradik dan kedudukan kanak-kanak di antara adik-beradik tidak menunjukkan hubungan bererti secara statistik (Jadual 3).

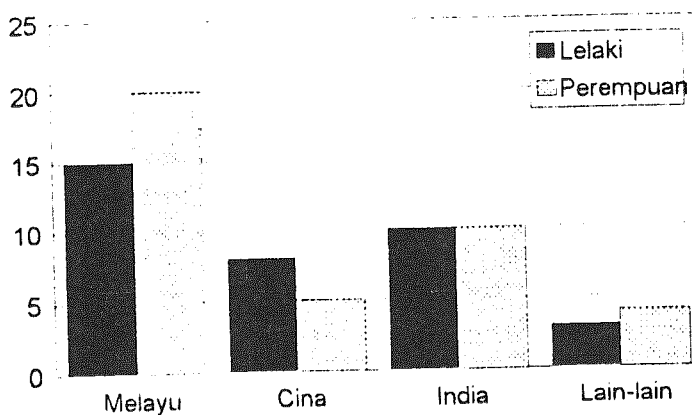
Rajah 1 Taburan penderaan fizikal mengikut jantina



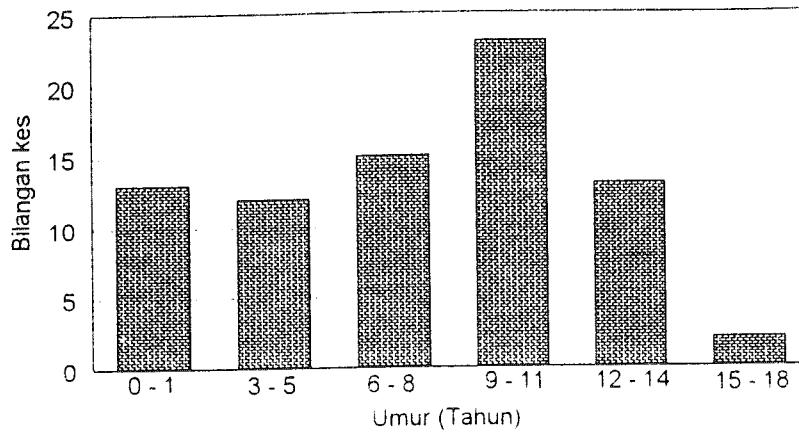
Rajah 2 Taburan penderaan mengikut etnik



Rajah 3 Taburan penderaan mengikut etnik dan jantina



Rajah 4 Taburan penderaan mengikut umur



Jadual 1 Taburan pendera dalam penderaan fizikal di kalangan kanak-kanak n=90*.

Pendera	Bilangan	Peratus
Ibu kandung	20	22.2
Bapa kandung	33	36.7
Kedua-dua ibubapa kandung	1	1.1
Ibubapa tiri	9	10.0
Saudara mara	4	4.4
Adik beradik	3	3.3
Pengasuh (Babysitter)	4	4.4
Lain-lain	5	5.6
Orang tidak dikenali	11	12.2

* Terdapat beberapa kes di mana lebih dari satu pendera terlibat.

Ujian Khi-kuasadua telah dilakukan untuk mengkaji faktor-faktor risiko seperti kesan status pekerjaan ibu, hubungan antara ibubapa dan kanak-kanak yang didera dan tahap pendidikan ibubapa dengan kejadian penderaan. Jadual 4 menunjukkan terdapat perbezaan bererti secara statistik bagi status pekerjaan ibu dan juga jenis hubungan ibubapa dengan kanak-kanak didera. Bagaimanapun tidak terdapat perbezaan bererti bagi tahap pendidikan ibubapa dengan penderaan fizikal.

Jadual 2 Bentuk kecederaan dalam penderaan fizikal di kalangan kanak-kanak didera.

Bentuk kecederaan	Bilangan	Peratus
Lebam	38	45.8
Calar (Lacerations)	5	6.0
Kesan parut (scars)	26	31.4
Luka lecur	7	8.4
Lecur akibat cucuhan rokok	3	3.6
Pendarahan intrakranial	3	3.6
Patah tulang(fracture)	1	1.2
Jumlah	83	100.0

Jadual 3 Perbandingan purata faktor-faktor risiko antara kes dan kawalan.

Faktor-faktor Risiko	N	Kanak-kanak didera	Kawalan	Nilai p*
Umur Bapa	52	35.9±6.9	39.4±7.4	0.0128
Umur Ibu	53	3.2±6.2	34.8±6.7	0.2006
Pendapatan	40	1230±1080	360±1280	0.6242
Jumlah Adik-beradik	67	3.7±1.9	4.0±1.9	0.4234
Kedudukan dalam keluarga	67	2.3±1.4	2.8±1.7	0.0628

* Berdasarkan ujian t

Jadual 4 Hubungan penderaan fizikal dengan faktor risiko terpilih.

Faktor-faktor risiko*	N	Kes	Kawalan	Nisbah Ods	Selang 95%
Ibu bekerja	61	39	19	3.9	1.7, 9.0
Ibubapa tiri	67	12	2	7.1	1.4, 48.0
Tahap pendidikan rendah bapa	44	10	16	0.5	0.2, 1.4
Tahap pendidikan rendah ibu	46	17	22	0.6	0.3, 1.6

* Kumpulan rujukan adalah ibu tidak bekerja, tiada ibubapa tiri, atau tahap pendidikan tinggi ibu dan bapa.

PERBINCANGAN

Terdapat banyak penyelidikan dijalankan berkenaan topik penderaan kanak-kanak di seluruh dunia seperti kajian-kajian yang dilakukan di Amerika Syarikat, United Kingdom, Australia, dan negara-negara Asia Tenggara termasuk Malaysia. Perhatian ditumpu kepada faktor-faktor risiko seperti ciri-ciri ibubapa, faktor sosioekonomi, ciri-ciri kanak-kanak dan lain-lain. Hasil penyelidikan didapati berbeza dari satu tempat ke satu tempat dan dipercayai bahawa ini terdapat perbezaan kebudayaan, pendidikan, sosioekonomi dan persekitaran⁷.

Kes pendera fizikal di Kuala Lumpur pada tahun 1993 menunjukkan nisbah kanak-kanak lelaki kepada perempuan adalah 1.0 : 1.1 tetapi kajian ini tidak menunjukkan perbezaan jantina yang bererti. Ini berbeza dari apa yang ditunjukkan oleh satu kajian yang dijalankan di Amerika Syarikat antara tahun 1967 dan 1968 di mana 52.6% kanak-kanak yang didera adalah lelaki tetapi perbezaan jantina dalam kajian ini juga tidak menunjukkan perbezaan bererti⁷. Hasil ini disokong oleh kajian Kassim et al. di Malaysia bagi tahun 1991⁸. Hasil ini mungkin dapat dijelaskan kerana persamaan perhatian yang diberikan terhadap kanak-kanak tidak kira lelaki atau perempuan oleh masyarakat Asia⁷. Walau bagaimanapun, terdapat kajian yang menunjukkan perbezaan jantina yang bererti di kalangan kanak-kanak yang didera samada berlaku pada lelaki^{9,10} ataupun perempuan^{11,12}.

Kaum Melayu dan India dilaporkan mempunyai peratus yang lebih tinggi dalam penderaan fizikal kanak-kanak berbanding dengan kaum Cina⁸. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh migrasi kaum tersebut dari kampung ke bandaraya Kuala Lumpur dalam 15-20 tahun kebelakangan ini di mana berlaku perubahan struktur keluarga dari keluarga "extended" kepada keluarga nuklear¹³. Masyarakat Cina sudah lama berakar-umbi di bandaraya dan telah dapat menyesuaikan diri serta mengekalkan jenis keluarga tradisional mereka. Selain daripada itu, bangsa Cina juga mempunyai status sosioekonomi yang lebih baik berbanding bangsa-bangsa lain di Malaysia.

Kajian juga mendapati kanak-kanak didera mempunyai bapa yang lebih muda berbanding kawalan dan ini telah dibukti secara statistik serta disokong oleh beberapa kajian di Australia^{14,15}. Kajian juga menunjukkan umur ibu yang lebih muda berbanding dengan umur purata merupakan satu faktor risiko yang penting menurut beberapa kajian lain^{15,16}. Dalam

satu kajian pula terdapat korelasi negatif antara insiden penderaan fizikal kanak-kanak dengan umur ibu¹⁷. Walau bagaimanapun kajian kami tidak dapat menunjukkan hubungan bererti antara umur ibu semasa peristiwa penderaan anak dengan insidens penderaan. Kajian oleh Whipple et al. (1992) juga telah menunjukkan hasil yang sama tetapi mendapati hubungan bererti semasa melahirkan anak dengan insidens penderaan kanak-kanak¹⁸. Robert dan Michel dalam buku mereka mengatakan kanak-kanak yang ibubapanya muda lebih berisiko mengalami pertumbuhan fizikal dan mental yang kurang sempurna disebabkan ibubapa kurang berpengalaman, keyakinan diri serta tidak dapat memainkan peranan mereka¹⁹.

Hasil penyelidikan ini setara dengan kajian yang mengatakan tahap pendidikan ibu yang rendah didapati kurang mempengaruhi kejadian penderaan fizikal kanak-kanak walaupun ini berbeza dengan hasil kajian lain¹⁸.

Kira-kira 63.9% daripada ibu dalam kes penderaan fizikal yang dikaji bekerja di luar rumah dan terdapat hubungan bererti antara status pekerjaan ibu dengan penderaan fizikal di kalangan kes berbanding dengan kawalan. Hasil analisis kami adalah sama dengan kajian Kasim et al. yang menunjukkan 59.7% ibu bekerja dalam kes penderaan⁷. Kajian tersebut mungkin disebabkan ibu bekerja bergantung kepada pengasuh untuk menjaga anak mereka tanpa mengira kesesuaian pengasuh serta risiko kemalangan terjadi semasa jagaan¹⁹. Satu lagi kemungkinan adalah di mana anak ditinggalkan bersama suami semasa ibu bekerja di waktu malam dan suami didapati tidak dapat memainkan peranan sebagai pengasuh dan terjadilah penderaan fizikal dimana pendera utama adalah bapa kandung sendiri. Tekanan kerja yang dihadapi oleh ibu juga kadangkala menyebabkan ibu cenderung melepaskan geram ke atas anak mereka⁷.

Hubungan bererti antara kelas sosioekonomi yang rendah dengan insiden penderaan kanak-kanak sering ditunjukkan oleh kajian-kajian sebelum ini^{17,20,21}. Smith dan Adler (1991) menyokong pendapat tersebut tetapi menurut kajiannya yang dilakukan di sebuah hospital di Australia, didapati bahawa sebahagian besar kes adalah daripada kes sosioekonomi rendah¹⁵. Gelles (1973) menyatakan penderaan berpunca daripada tekanan hidup disebabkan oleh pengangguran, kemiskinan dan kurang pendidikan²². Kajian kami menunjukkan hasil yang bercanggah dengan kajian Gelles, malah hasil kajian kami bersetuju dengan beberapa kajian lain¹⁶. Hasil yang bererti mungkin disebabkan kes penderaan di golongan

sosioekonomi rendah lebih cenderung dilaporkan¹³. Engeland et al. juga menunjukkan bahawa majoriti ibubapa yang sosioekonomi rendah tidak mendera anak mereka²³ dan mencadangkan bahawa faktor sosioekonomi secara sendiri tidak dapat menyebabkan terjadinya penderaan kanak-kanak.

Kanak-kanak dari keluarga yang bersaiz besar (sama dengan atau lebih daripada empat anak) lebih berisiko didera⁸. Ibubapa terpaksa memberi kasih-sayang dan perhatian yang lebih kepada anak mereka²⁴ dan ini seterusnya membebankan emosi mereka dan menyebabkan mereka lebih cenderung melakukan penderaan. Walau bagaimanapun, kajian kami tidak menunjukkan hubungan bererti antara saiz keluarga dengan insiden penderaan. Disamping itu sebuah kajian di Australia menunjukkan anak yang pertama atau kedua merupakan sebahagian besar daripada kanak-kanak yang didera¹⁵. Kajian kami juga menunjukkan sebahagian besar kanak-kanak didera iaitu 64.2% adalah anak pertama dan kedua, tetapi kajian kami tidak menunjukkan perbezaan bererti apabila peratus ini dibandingkan dengan kawalan.

Kanak-kanak dengan ibu atau bapa tiri adalah lebih berisiko didera (nisbah ods 7.1), dalam kajian yang dilaporkan oleh Gelles²². Ibubapa tiri mungkin lebih mementingkan anak kandung dan menjadikan anak tiri sebagai sasaran penderaan. Sifat anak yang nakal dan tidak mengikut arahan ibubapa juga boleh mempradispos kepada penderaan²².

Sebagai kesimpulan, faktor-faktor yang menyebabkan penderaan adalah banyak dan tiada satu model yang unggul dapat menerangkan kejadian penderaan. Langkah yang lebih harus untuk menjamin pertumbuhan kanak-kanak yang sihat dengan meluluskan dan menguatkuasakan Akta Perlindungan Kanak-kanak 1991 serta usaha menjalankan kajian ke atas kes penderaan perlu juga dipergiatkan.

PENGHARGAAN

Prof. Dr. Osman Ali, Ketua Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan, UKM., Dr. Jamal Hisham Hashim, Fasilitator Kumpulan B, Tahun 3, posting JKM, Dr. Haliza bte Shafie, Pengerusi SCAN Team, Jabatan Pediatrik, Fakulti Perubatan, UKM.

RUJUKAN

- ¹Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W. & Silver, H. K. The battered child syndrome. *JAMA* 1962, **181**: 105 - 112.
- ²Pelton, L. H. 1978. The myth of classlessness. *American Journal of Orthopsychiatry*, **48**: 608 -617.
- ³Creighton, S. J. 1985. An epidemiological study of abused children and their families in the United Kingdom between 1977 and 1982. *Child Abuse Neglect*, **9**(4): 441 -448.
- ⁴Smith, J. A. & Adler, R. G. 1991. Children hospitalized with child abuse and neglect: a case-control study. *Child Abuse Neglect*, **15**: 437 -445.
- ⁵Giovanmoni, J. M. 1979. *Defining child abuse*. The Free Press, New York.
- ⁶Kasim, M. S., George, R., Kassim, K., et al. 1987. The impact of child abuse & neglect on professionals in developing countries. *Journal Perubatan UKM*, **11** (1&2) : 77 - 82.
- ⁷Kasim, M. S., Haliza, M. S. & Irene, C. 1994. Social factors in relation to physical abuse in Kuala Lumpur, Malaysia. *Child Abuse & Neglect*, **18**: 401 -408.
- ⁸Gil, D. 1970. *Violence against children: Physical abuse in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ⁹Birrell, R. G. & Birrell, J. H. W. 1968. The maltreatment syndrome in children : A hospital survey. *Medical Journal of Australia*, **2** : 1023 - 1029.
- ¹⁰Rosenthal, J. A. 1988. Patterns of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, **12**: 263 - 271.
- ¹¹Abdul Rahman, S. 1987. *Pengamayaan kanak-kanak: Satu kajian kes di Jabatan Kebajikan Masyarakat, Wilayah Persekutuan*. Latihan ilmiah yang tidak diterbitkan, Jabatan Antropologi dan Sosiologi, UKM, Bangi.
- ¹²Kasim, M. S., George, R., Kassim, K., et al. 1989. Child abuse and neglect as seen in General Hospital, Kuala Lumpur. A 2 year Study. *Medical Journal of Malaysia*, **44**: 111 - 121.
- ¹³Garbarino, J. & Kosteleky, K. 1992. Children maltreatment as a community problem. *Child Abuse & Neglect*, **16** : 455 - 464.
- ¹⁴Oates, R. K., Davis, A. A., Ryan, M. G., et al. 1979. Risk factor associated with child abuse. *Child Abuse & Neglect*, **3**: 547 - 553.
- ¹⁵Smith, J. A. S. & Adler, R. G. 1991. Children hospitalized with child abuse and neglect: A case control study. *Child Abuse & Neglect*, **15**: 437 - 445.
- ¹⁶Whipple, E. E. et al. 1991. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse & Neglect*, **15**: 279 - 290.
- ¹⁷Wolfe, D. A. 1987. *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.
- ¹⁸Connelly, C. D. et al. 1992. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, **16**: 709 - 718.
- ¹⁹Robert, T. A. & Michel, H. *Children at risk - an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. Plenum Publishing Corporation, New York.
- ²⁰Deborah, D. 1988. *Confronting Child Abuse*. Research for effective programme design. New York: Free Press.

- ²¹Starr, R. H. Jr. 1988. *Physical abuse of children*. Handbook of Family Violence. Yew York, Plenum Press. 119 - 155.
- ²²Gelles, R. J. 1973. Child abuse as psychopathology. A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry*, **43** : 611 - 621.
- ²³Egeland, B., Breitenbucher, M. & Rosenberg, D. 1980. Prospective study of significance of etiology of child abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **48**: 195 - 205.
- ²⁴Zuravin, S. 1988. Child maltreatment and teenage first birth: A relationship mediated by chronic sociodemographic stress? *American Journal of Orthopsychiatry*, **58**: 91 - 103.