

بررسی میزان شیوع کودک آزاری و نیز پیش‌بینی آن از طریق بررسی افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر آنان

نیلوفر میکاییلی^۱

خدیدجه زمانلو^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۹/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع کودک آزاری و همچنین، پیش‌بینی آن از طریق بررسی متغیرهای افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر آنان می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر دوره راهنمایی شهر اردبیل بود. به منظور تعیین شیوع کودک آزاری یک مطالعه از نوع کاربردی و برای پیش‌بینی آن روش همبستگی از نوع تحلیل ممیز به کار رفته است. ۲۰۰۰ دانش آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای برای شیوع شناسی و از بین آنان ۲۰۰ دانش آموز که بالاترین نمره و ۲۰۰ دانش آموز که پایین‌ترین نمره را گرفته بودند، برای آزمون فرضیه‌ها انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های ضربه کودکی (CTQ)، افسردگی بک، اضطراب اسپیل برگر، سبک دلبستگی هازان و شیور و مقیاس تجدیدنظر شده نود سؤالی علائم روانی (SCL 90 - R) می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، روش تحلیل ممیز نیز مورد استفاده قرار گرفت. براساس نتایج به طور کلی، ۱۴/۸۵ درصد آزمودنی‌ها در معرض کودک آزاری بالاتر از متوسط قرار گرفته بودند و کودک آزاری عاطفی شایع‌ترین نوع بود. همچنین،

۱- عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی nmikaeili@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

کودک آزاری را می‌توان از طریق متغیرهای افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی فرزندان پیش‌بینی نمود. از سوی دیگر با توجه به اثرات مخرب کودک آزاری، با انجام دادن پژوهش و شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده آن می‌توان اقدامات مداخله‌ای لازم را به منظور پیشگیری از وقوع آن انجام داد.

واژگان کلیدی: کودک آزاری، افسردگی، اضطراب، سبک‌های دلبستگی، سلامت روانی.

مقدمه

تا حدود دو دهه قبل گمان می‌رفت که خانواده به سبب وجود روابط صمیمی، محبت‌آمیز و عواطف، بهترین مکان برای زندگی بزرگسالان و بهترین مکان برای رشد و شکوفایی عاطفی و جسمانی کودکان و نوجوانان است. اما با کمال تعجب نتایج تحقیقات مشخص نموده است که نه تنها خانواده‌های «مسأله‌دار» بلکه خانواده‌هایی هم که به ظاهر معمولی یا مطلوب هستند ممکن است نسبت به کودکان خود بدرفتار باشند. در حقیقت بیشتر خشونت‌ها در خانواده‌ها روی می‌دهند. به عنوان مثال، امریکاییان چنان در معرض خشونت‌های اعضای خانواده خود قرار دارند که خانواده را پس از پلیس و ارتش خشن‌ترین نهاد اجتماعی نامیده‌اند (گلس و استراوس^۱، ۱۹۸۸) و برخی مدعی‌اند که خشونت خانوادگی مهم‌ترین مسأله اجتماعی است که امروزه امریکاییان با آن دست به‌گیری‌اند (فاستر، فورسیت و هربرت^۲، ۱۹۹۴). علی‌رغم ماهیت پنهان کودک آزاری و اینکه اغلب از نظرها مخفی می‌ماند، بررسی‌ها و مطالعات نشان می‌دهند که کودک آزاری در جهان شیوع زیادی دارد (هیلدیارد و ولف^۳، ۲۰۰۲). یک باور تقریباً همگانی وجود دارد که تنبیه بدنی را شیوه‌ای مناسب برای تربیت بچه‌ها می‌دانند. البته اکثر والدین مایل به وارد آوردن آسیب به کودکان خود نیستند و عموماً اذیت و آزار هنگامی رخ می‌دهد که

-
1. Gelles & Straus
 2. Foster, Forsyth & Herbert
 3. Hildyard & Wolfe

رسیدند که مادرهای آزارگر افسرده‌تر از مادرهای عادی بوده و تمایل بیشتری دارند که رفتارهای فرزندانشان را منفی ارزیابی نمایند. کوهی (۲۰۰۰) دریافت که کودک آزاری با افسردگی، پریشانی و مشکلات بین فردی مادرها رابطه دارد.

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد برخی از ویژگی‌های کودکان نیز ممکن است در مورد آزار واقع شدن آنها نقش داشته باشند. البته بسیاری از این ویژگی‌ها می‌توانند جزو پیامدهای آزار محسوب شوند. به عبارت دیگر، بین ویژگی‌های کودک و مورد آزار واقع شدن او یک رابطه متقابل وجود دارد. به طور معمول کودکانی که مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند، رفتارهای ناسازگارانه بیشتری از خود نشان می‌دهند و مشکلات دلبستگی و انواع آسیب‌های روانی در آنها بیشتر است (ایگلند و اسرود^۱، ۱۹۸۱؛ هایگینز و مک کاب^۲، ۲۰۰۰؛ مارگولین^۳، ۲۰۰۰ و تورنر، فینکلهور و اورمرود^۴، ۲۰۱۰). مشکلات می‌توانند طی یک رابطه متقابل با والدین شکل گرفته باشند و از دیگر سو، احتمال مورد آزار قرار گرفتن کودکان توسط والدین را افزایش دهند. اغلب کودکان آزار دیده از دلبستگی سازمان نیافته^۵ و ناامن^۶ رنج می‌برند. این حالت باعث ضعف روابط اجتماعی، طرد دوستان و از دست دادن روابط دوستانه می‌شود. آنها اغلب از دیگران متنفرند (کاپلان^۷، ۱۹۹۹). بدرفتاری می‌تواند تأثیر منفی بر ثبات و تنظیم هیجانی، مهارت‌های حل مسئله و توانایی انطباق با موقعیت‌های جدید و استرس‌زا داشته باشد. این صفات شاید به این دلیل است که این کودکان دلبستگی سالمی به مراقبان خود ندارند و به همین دلیل از دیگران کناره‌گیری و اجتناب می‌کنند (ادلسون^۸، ۱۹۹۹). اختلالات دلبستگی این کودکان منجر به مشکلات بعدی در زندگی آنان می‌شود (مرکز اطلاعات کودک آزاری و غفلت^۹،

1. Egeland & Sroufe
2. Higgins & McCabe
3. Margolin
4. Turner, Finkelhor & Ormrod
5. disorganized attachment
6. insecure
7. Kaplan
8. Edleson
9. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information

فرزندانشان داشته باشد از اهمیت کاربردی بالایی برخوردار است. شناسایی متغیرهای پیش‌بین کودک آزاری از لحاظ سبب‌شناسی پدیده کودک آزاری مهم بوده و در پیشگیری از آن دارای نقش مؤثر و اساسی می‌باشد. با توجه به اینکه اغلب پژوهش‌های انجام شده در مورد کودک آزاری، رابطه متغیرها را با کودک آزاری بررسی کرده‌اند و در جهت پیش‌بینی کودک آزاری تلاش‌های اندکی انجام گرفته است، هدف پژوهش حاضر ابتدا تعیین میزان شیوع کودک آزاری در بین نوجوانان پسر شهر اردبیل و سپس پیش‌بینی آن از طریق متغیرهای افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اثرات مخرب کودک آزاری، با انجام دادن پژوهش و شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده آن می‌توان اقدامات مداخله‌ای لازم را به منظور پیشگیری از وقوع آن انجام داد.

روش

در پژوهش حاضر به منظور تعیین شیوع کودک آزاری یک مطالعه از نوع کاربردی و به منظور پیش‌بینی عضویت گروهی (پسران آزاردیده و عادی) روش همبستگی، از نوع تحلیل ممیز^۱، به کار رفته است.

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهر اردبیل است که در مدارس مختلف این شهر مشغول به تحصیل بوده‌اند. در مرحله شیوع شناسی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای^۲ یک نمونه ۲۰۰۰ نفری از مدارس دو منطقه آموزش و پرورش شهر اردبیل انتخاب شد. بعد از تعیین نمونه شیوع شناسی و انجام دادن مرحله اول پژوهش (اجرای پرسشنامه ضربه کودکی) از بین ۵۰۰ نفری که بالاترین نمره را کسب نموده بودند ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه آزار دیده و از بین ۵۰۰ نفری که پائین‌ترین نمره را به دست آورده بودند نیز ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه

1. discriminant analysis
2. multi-level random

عادی انتخاب شدند. به این ترتیب حجم نمونه مرحلهٔ آزمون فرضیه‌ها ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر گروه آزار دیده و ۲۰۰ نفر گروه عادی) به دست آمد. ابزار پژوهش عبارتند از:

(۱) پرسشنامهٔ ضربه کودکی^۱ (CTQ)

توسط برنستاین، فینک، هندلسمن، فوت، لاجوی، ونزل، ساپارتو و روجیرو^۲ (۱۹۹۴) ساخته شد و برنستاین در سال ۱۹۹۵ نسخهٔ نهایی ۵۳ ماده‌ای آن را ارائه داد. آزار دیدگی را در پنج زیر مقیاس^۳ اندازه‌گیری می‌نماید و یک نمرهٔ کلی نیز به دست می‌دهد که نشانگر بدرفتاری کلی^۴ است. پنج زیر مقیاس آن شامل آزار عاطفی^۵، آزار جسمی^۶، آزار جنسی^۷، غفلت و غفلت جسمی^۸ می‌باشد. به منظور نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت^{۱۰} استفاده می‌شود. برنستاین و همکاران (۱۹۹۴) پایانی^{۱۱} عوامل مختلف پرسشنامه را با دو روش باز آزمایی^{۱۲} و آلفای کرونباخ^{۱۳} بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر به منظور تعیین اعتبار^{۱۴} CTQ از روش تحلیل عوامل^{۱۵} استفاده شد که عوامل به دست آمده منطبق با خرده مقیاس‌های پرسشنامه بودند. لازم به توضیح است که به دلایل مسائل فرهنگی سؤالات مربوط به زیر مقیاس آزار جنسی حذف شدند.

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2. Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel, Sapareto & Ruggeiro
3. subscale
4. Global Maltreatment
5. Emotional Abuse (EA)
6. Physical Abuse (PA)
7. Sexual Abuse (SA)
8. Emotional Neglect (EN)
9. Physical Neglect (PN)
10. Likert Scoring Method
11. reliability
12. Test - retest
13. Cronbakh's Alpha
14. validity
15. factor analysis

۲) پرسشنامه افسردگی بک^۱

عمدتاً براساس ویرایش اول پرسشنامه بک تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ جنبه از علائم جسمانی و روانی افسردگی است و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند. ضریب اعتبار پرسشنامه در نمونه‌های بالینی و غیربالینی رضایت بخش و ضریب پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی برای بیماران روان‌پزشکی $r=0/86$ و برای بیماران غیرروان‌پزشکی $r=0/81$ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶).

۳) پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر^۲

این آزمون به صورت کیفی در یک طیف چهارگزینه‌ای قرار دارد که برای دو مقیاس صفت و حالت متفاوت است. اضطراب صفت و اضطراب حالت دارای گزینه‌های اصلاً، تا حدی، متوسط و خیلی زیاد می‌باشد. اعتبار آن با استفاده از شیوه ملاکی همزمان رضایت‌بخش و پایایی آن براساس آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب حالت $0/91$ و برای مقیاس اضطراب صفت $0/90$ به دست آمده است (اسپیل برگر و همکاران، ۱۹۷۰).

۴) پرسشنامه سبک دلبستگی هازان و شیور^۳

برای سنجش سه نوع دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی - دوسوگرا به کار می‌رود و آزمودنی باید پاسخ‌هایش را روی یک مقیاس هفت درجه‌ای از نوع لیکرت مشخص نماید. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی به ترتیب $0/79$ و $0/72$ برآورد شده است. ضریب اعتبار پرسشنامه سبک دلبستگی رضایت‌بخش و معنی‌دار است (کراول و همکاران، ۱۹۹۹).

-
1. Beck Depression Inventory
 2. Spielberger anxiety questionnaire
 3. Hazan & Shaver attachment style questionnaire

۵) مقیاس تجدیدنظر شده نود سؤالی علائم روانی (SCL 90 - R)^۱ نسخه تجدیدنظر شده نهایی آن توسط دراگوتیس، مورو، فیتینگ و هاوولند^۲ (۱۹۸۴) انتشار یافت. مواد این آزمون نه بُعد مختلف را می‌سنجند که عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی. نمره گذاری آن براساس یک مقیاس پنج درجه‌ای از نوع لیکرت انجام می‌پذیرد. هالی (۲۰۰۳) اعتبار پرسشنامه را رضایت بخش و پایایی آن را به فاصله یک هفته بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ و به فاصله ۱۰ هفته بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۰ گزارش کرده است.

در مرحله اعتباریابی ابزارها روش‌های ضریب همبستگی پیرسن، اسپیرمن - براون، آلفای کرونباخ و تحلیل عوامل در مرحله اصلی پژوهش روش‌های توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و همچنین به منظور پیش‌بینی عضویت گروهی و دستیابی به معادله ممیز، روش آماری تحلیل ممیز استفاده شد. به منظور آزمون فرضیه‌ها سطح معنی‌داری $p=0/01$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در زمینه کل کودک آزاری (جدول ۱) ۱۳۵۳ نفر یعنی ۶۷/۶۵ درصد آزمودنی‌ها آزار خیلی خفیف و خفیف، ۳۵۰ نفر یعنی ۱۷/۵۰ درصد آزمودنی‌ها آزار متوسط و ۲۹۷ نفر یعنی ۱۴/۸۵ درصد آزمودنی‌ها آزار شدید و خیلی شدید را گزارش کرده‌اند. به طور کلی، با در نظر گرفتن فراوانی متوسط به بالا بیشترین میزان شیوع کودک آزاری به ترتیب مربوط به آزار عاطفی (۵۲/۱۰ درصد)، غفلت عاطفی (۹/۱۰ درصد)، غفلت جسمی (۳/۴۵ درصد) و آزار جسمی (۳/۱۰ درصد) می‌باشد.

1. Symptom Checklist 90 - Revised (SCL 90-R)
2. Deragotist , Morrow, Fetting & Haulland

جدول ۱. فراوانی و درصد انواع کودک آزاری در آزمودنی‌ها

انواع کودک آزاری	خیلی خفیف فراوانی درصد	خفیف فراوانی درصد	متوسط فراوانی درصد	شدید فراوانی درصد	خیلی شدید فراوانی درصد	تعداد کل فراوانی درصد
آزار عاطفی	۱۷۹	۸/۹۵	۴۳۱	۲۱/۵۵	۳۴۸	۱۷/۴۰
آزار جسمی	۱۲۳۷	۶۱/۸۵	۴۴۹	۲۲/۴۵	۵۲	۲/۶۰
غفلت عاطفی	۷۰۳	۳۵/۱۵	۶۲۸	۳۱/۴۰	۴۸۷	۲۴/۳۵
غفلت جسمی	۱۵۰۷	۷۵/۳۵	۲۷۹	۱۳/۹۵	۱۴۵	۷/۲۵
کل کودک آزاری	۹۰۶	۴۵/۳۰	۴۴۷	۲۲/۳۵	۳۵۰	۱۷/۵۰

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در تمام متغیرها به غیر از سبک دل‌بستگی ایمن میانگین نمره‌های دانش‌آموزان آزار دیده بیشتر از دانش‌آموزان عادی است. با توجه به ماهیت شیوه نمره‌گذاری آزمون‌های به کار رفته در پژوهش که در آنها نمره کمتر بیانگر وضعیت بهتر است می‌توان گفت که بالاتر بودن میانگین نمره‌های دانش‌آموزان آزار دیده در متغیرهای مذکور بیانگر وضعیت بدتر آنها نسبت به دانش‌آموزان عادی است.

تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته یعنی گروه (در دو سطح دانش‌آموزان پسر عادی و آزار دیده) برخوردار است. تعداد تابع ۱ می‌باشد که حاکی از تنها تابع ممیزی است که با دو سطح از متغیر ملاک به دست آمده است. مقدار ویژه به روش همزمان ۲/۰۱۱ و به روش گام به گام ۱/۸۹۷ است. مقدار ویژه بالا حاکی از قدرت تشخیص مناسب تابع ممیزی است. درصد واریانس با توجه به وجود تنها یک تابع ممیز برابر با ۱۰۰٪ می‌باشد. ۶۶ درصد پراش ۱۸ متغیر پیش‌بین به روش همزمان و ۶۵ درصد پراش ۱۰ متغیر پیش‌بین به روش گام به گام برای تابع ممیز از اختلاف بین گروه دانش‌آموزان عادی و آزار دیده ناشی می‌شود.

جدول ۳. خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف به روش تحلیل همزمان (۱۸ متغیر پیش‌بین) و تحلیل گام به گام (۱۰ متغیر پیش‌بین)

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش همزمان	تحلیل ممیز به روش گام به گام
تعداد تابع	۱	۱
مقدار ویژه	۲/۰۱۱	۱/۸۹۷
درصد واریانس	۱۰۰	۱۰۰
واریانس تراکمی	۱۰۰	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۸۰۹	۰/۸۰۰
مجذور اتا	۰/۶۶	۰/۶۵
لامبدای ویلکز	۰/۳۲۷	۰/۳۳۲
مجذور کای	۴۲۶/۵۸۶	۴۱۸/۱۱۲
درجه آزادی	۱۸	۱۰
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مرکز واره برای گروه عادی	-۱/۳۵۴	-۱/۲۱۱
مرکز واره برای گروه آزار دیده	۱/۳۵۴	۱/۲۱۱
پیش‌بینی عضویت گروهی	٪۷۳/۸	٪۷۱/۵
ضریب کاپا	۰/۷۳۳	۰/۷۱۲
معنی‌داری ضریب کاپا	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

مرکز واره نمره‌ها برای تابع ممیز به روش همزمان برای گروه عادی ۱/۳۵۴- و برای گروه آزار دیده ۱/۳۵۴ بوده و به روش گام به گام برای گروه عادی ۱/۲۱۱ و برای گروه آزار دیده ۱/۲۱۱ می‌باشد. این بدان معناست که نقطه برش (عادی و آزار دیده) برای تابع ممیز به دست آمده، صفر است و تابع ممیز به دست آمده تابع تشخیصی بسیار مناسبی در متمایز نمودن گروه دانش‌آموزان عادی و آزار دیده است. بدین ترتیب، اگر نمره‌های یک دانش‌آموز در معادله ممیز گذاشته شود و نمره ممیز به دست آمده مثبت باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن دانش‌آموز متعلق به گروه آزار دیده است و اگر نمره ممیز به دست آمده منفی باشد پیش‌بینی می‌شود که آن دانش‌آموز متعلق به گروه عادی است. پیش‌بینی عضویت گروهی نشان می‌دهد که تابع ممیز به دست آمده به روش همزمان بطور کلی، ۷۳/۸ درصد دانش‌آموزان و به روش گام به گام ۷۱/۵ درصد دانش‌آموزان را به درستی طبقه‌بندی می‌کند. دقت اصلاح شده قدرت پیش‌بینی تابع ممیز (ضریب کاپا) با روش همزمان ۰/۷۳۳ و با روش گام به گام ۰/۷۱۲ می‌باشد. معنی‌داری ضریب کاپا به روش همزمان و گام به گام برابر با $p < 0/001$ می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی که از تابع ممیز به دست آمده معنی‌دار است.

جدول ۴. خلاصه یافته‌های تحلیل ممیز گام به گام (۱۰ متغیر پیش‌بین)

مرحله	وارد شده	تعداد متغیرها	لامبدای ویلکز	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۳	F دقیق			
							آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌دار
۱	افسردگی مادر	۱	۰/۶۲۵	۱	۱	۳۹۸	۲۲۴/۳۲۱	۱	۳۹۸	۰/۰۰۱
۲	اضطراب حالت پدر	۲	۰/۵۳۲	۲	۱	۳۹۸	۱۶۸/۱۱۰	۲	۳۹۷	۰/۰۰۱
۳	اضطراب حالت مادر	۳	۰/۴۶۹	۳	۱	۳۹۸	۱۴۳/۳۲۳	۳	۳۹۶	۰/۰۰۱
۴	اضطراب فرزند	۴	۰/۴۲۱	۴	۱	۳۹۸	۱۲۷/۸۱۸	۴	۳۹۵	۰/۰۰۱
۵	دل‌بستگی اجتنابی فرزند	۵	۰/۳۹۹	۵	۱	۳۹۸	۱۲۱/۳۵۶	۵	۳۹۴	۰/۰۰۱
۶	پرخاشگری فرزند	۶	۰/۳۶۴	۶	۱	۳۹۸	۱۰۸/۱۱۴	۶	۳۹۳	۰/۰۰۱
۷	ترس مرضی فرزند	۷	۰/۳۲۵	۷	۱	۳۹۸	۱۰۱/۸۶۲	۷	۳۹۲	۰/۰۰۱
۸	دل‌بستگی اضطرابی فرزند	۸	۰/۳۱۲	۸	۱	۳۹۸	۹۵/۸۳۲	۸	۳۹۱	۰/۰۰۱
۹	افسردگی پدر	۹	۰/۳۱۱	۹	۱	۳۹۸	۹۴/۵۵۴	۹	۳۹۰	۰/۰۰۱
۱۰	وسواس - اجبار فرزند	۱۰	۰/۲۹۹	۱۰	۱	۳۹۸	۹۰/۶۰۶	۱۰	۳۸۹	۰/۰۰۱

$p = 0/01$

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مربوط به فراوانی و درصد انواع کودک آزاری در میان آزمودنی‌ها نشان می‌دهند که به طور کلی ۱۴/۸۵ درصد آنها، در معرض کودک آزاری شدید و خیلی شدید قرار گرفته‌اند. در صورتی که آمار کودک آزاری متوسط نیز به این مقدار افزوده شود، میزان آزمودنی‌های در معرض کودک آزاری قرار گرفته، به ۳۲/۳۵ درصد افزایش می‌یابد، که بیانگر درصد قابل توجه کودک آزاری در جامعه آماری مورد مطالعه است. همچنین، بیشترین میزان شیوع کودک آزاری به ترتیب مربوط به آزار عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمی و غفلت جسمی می‌باشد. این یافته‌ها با آمارهای اداره خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا^۱ (۲۰۰۳) و نوروزی (۱۳۷۲) مبنی بر بالاتر بودن میزان آزار جسمی نسبت به آزار عاطفی، ناهماهنگی و با یافته‌های کریشن^۲ (۲۰۰۴) و آئین و همکاران (۱۳۸۰) مبنی بر بالاتر بودن میزان آزار عاطفی نسبت به آزار جسمی، همسو هستند. برخی مطالعات نشان می‌دهد غفلت رایج‌ترین نوع کودک آزاری است (ایزر، ون آیجنز دور، پرینزی و بکرمنز - کارنبرگ^۳، ۲۰۱۰). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت با توجه به افزایش حساسیت عمومی در مورد تنبیه جسمانی و همچنین، سن آزمودنی‌ها که پسرهای دوره راهنمایی هستند، احتمالاً، خانواده‌ها کمتر به تنبیه و بدرفتاری بدنی متوسل می‌شوند. در عوض، پسرهای نوجوان بیشتر در معرض بدرفتاری کلامی، تحقیر و خشونت عاطفی قرار می‌گیرند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد، اغلب خانواده‌ها نیازهای جسمی فرزندان خود از قبیل خوراک و پوشاک را در حد توان خویش تأمین می‌نمایند، لذا وقوع غفلت جسمی خیلی زیاد نیست. اما، ممکن است نسبت به نیازهای عاطفی و روانی فرزندان خود بی‌توجه باشند که باعث افزایش غفلت عاطفی می‌گردد.

1. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS)

2. Creighton

3. Euser, van IJzendoorn, Prinzie, & Bakermans-Kranenburg

بر اساس یافته‌های به دست آمده، هر اندازه افسردگی و اضطراب والدین بیشتر باشد، پیش‌بینی کودک آزاری نیز بیشتر خواهد بود و در این میان سهم افسردگی مادر از سایر متغیرها بیشتر است. این نتایج با پژوهش‌های بایرد (۱۹۸۸)، کوهی (۲۰۰۶) گاترمن و همکاران، (۲۰۰۹ و رودریگز، ۲۰۱۰) هماهنگ است. به نظر می‌رسد والدینی که از مشکلات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، اغلب دارای سطح تحمل کم بوده و قادر به انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات و مسائل نیستند. مهارت‌های مدیریت خشم و استرس و کنترل کودک این افراد اغلب ضعیف است و توانایی مهار واکنش‌ها و افکار هیجانی منفی را ندارند (میلر و پرین، ۱۹۹۷). به طور کلی، افراد در موقعیت‌هایی که معتقدند روی آنها کنترل دارند، واکنش مثبت‌تری نشان می‌دهند، تا در موقعیت‌هایی که فکر می‌کنند، چنین کنترلی را دارا نیستند (میلر، نورمن و رایت^۱، ۱۹۷۸). در چنین حالتی اغلب والدین نسبت به رفتارهای فرزندان خود بیش از اندازه حساس یا کم‌طاقت می‌شوند، به گونه‌ای که تحمل کمترین مخالفت یا عدم اطاعت از سوی فرزندان خود را ندارند و با کوچکترین نافرمانی از کوره در می‌روند و فرزندان خود را آزار می‌دهند. همچنین، والدین آزارگر به ویژه والدین افسرده، اغلب کمال‌گرا هستند و از فرزندان خود توقع بسیاری دارند. آنان فرزندان خود را تحت فشار زیادی قرار می‌دهند و اغلب رفتارهای آنها را، نسبت به والدین غیرافسرده، منفی‌تر ارزیابی می‌نمایند (فرگوسن و دیگران^۲، ۱۹۹۳). مادران افسرده، غالباً منفعل بوده و قادر به برقراری تعامل مثبت با فرزندان خود نیستند. این مادران اغلب عزت نفس پایین داشته و خود را در حل مشکلات زندگی خویش ناتوان می‌بینند. به احتمال زیاد چنین مادرانی رابطه رضایت‌بخش و مطلوبی با همسران خویش نیز ندارند. رضایت زناشویی پائین و تعارض با همسر می‌تواند آستانه تحمل این مادران را پائین بیاورد، تا جایی که قادر به ایفای نقش مناسب مادری نبوده و به اندک بهانه‌ای، کودکان خود را مورد آزار قرار می‌دهند. در واقع افسردگی مادران می‌تواند به بی‌کفایتی آنان در فرزندپروری

1. Norman & Wright

2. Fergusson, Lynskey & Horwood

منجر گردد. به علاوه، افسردگی و اضطراب می‌تواند به کاستی‌هایی در زمینه روابط اجتماعی، شغلی و احساس رضایت کلی منجر شود. بسیاری از والدین کودک آزار از لحاظ اجتماعی منزوی هستند (مولر^۱، ۱۹۹۹). انزوا و تنهایی والدین منجر به فقدان حمایت اجتماعی می‌شود. خانواده‌هایی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، جهت اجرای نقش خود کمک و راهنمایی می‌شوند، کمتر ممکن است تهاجمات بدنی را نسبت به کودکان انجام دهند. انزوای اجتماعی و معاشرت محدود با همسایه‌ها یا دوستان و آشنایان مسأله‌ای است که در جوامع معاصر و همچنین، جامعه ما به طور روزافزون افزایش می‌یابد. عدم دسترسی به سیستم‌های حمایتی و وجود استرس‌های تحمیل شده از جانب کودک، والدین را در معرض فشار مضاعف قرار داده و در نتیجه کودک تبدیل به وسیله‌ای در جهت انتقال محرومیت و اضطراب والدین شده با او به خشونت رفتار می‌شود (شفیع پور، ۱۳۸۰).

از دیگر یافته‌های پژوهش، قابلیت پیش‌بینی کودک آزاری، براساس وجود مشکلات سلامت روان و دل‌بستگی در کودکان است. این نتایج با پژوهش‌های قبلی (از جمله پائولوکی^۲، ۲۰۰۰؛ مارگولین، ۲۰۰۰؛ ایرلند و همکاران، ۲۰۰۲؛ شاورز و همکاران، ۲۰۰۶ و بنت و همکاران، ۲۰۱۰) مبنی بر وجود مشکلات سلامت روان و دل‌بستگی در کودکان آزاردیده همسو است. کودکان مضطرب، پرخاشگر، افسرده، ناسازگار و اجتنابی، موجبات ناامیدی و خشم والدین را فراهم می‌آورند که خود می‌تواند به کودک آزاری منجر گردد. چنین کودکانی معمولاً در خانه و مدرسه رفتارهای منفی‌تری دارند، از لحاظ تحصیلی ناموفق هستند، نمی‌توانند خود را با همسالان، محیط مدرسه و نیازهای آموزشی و تحصیلی هماهنگ نمایند و در مجموع از محبوبیت کمتری برخوردارند که همه این موارد ممکن است زمینه‌ساز مورد آزار قرار گرفتن آنها توسط والدین گردد. از سوی دیگر، کودکان آزاردیده غالباً مدل‌های بسیار ضعیفی از تعاملات اجتماعی و عاطفی در دسترس دارند و هرگز شاهد روابط اجتماعی صحیح و مناسب

1. Muller
2. Paolucci

نبوده‌اند. این کودکان از لحاظ هیجانی در خانه امنیت ندارند و احساس دل‌بستگی ایمن در آن‌ها شکل نگرفته است (مارگولین، ۲۰۰۰). به علاوه، خشونت‌های خانوادگی، زمینه‌ای برای رشد و گسترش رفتارهای اجتماعی ناسازگارانه و درک پایین از موقعیت‌های بین فردی فراهم می‌نمایند. بدین ترتیب، ناسازگاری در حیطه وسیعی از رفتارهای کودک شکل می‌گیرد (مدنی، ۱۳۸۳). در نتیجه، دور باطلی ایجاد می‌شود، مشکلات سلامت روان و دل‌بستگی به افزایش مورد آزار قرار گرفتن منجر می‌گردد و مورد آزار قرار گرفتن، مشکلات سلامت روان و دل‌بستگی را در پی خواهد داشت.

به طور کلی مدل پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. محدود بودن جامعه آماری به پسرها، امکان تعمیم نتایج آن را به دخترها با محدودیت روبرو می‌سازد. همچنین، سن آزمودنی‌ها که دوران نوجوانی است ممکن است روی روش‌های تربیتی والدین اثر گذاشته باشد. حذف مقیاس آزار جنسی از پرسشنامه ضربه کودکی که باعث از دست دادن اطلاعات در مورد شیوع این نوع از آزار و ارتباط آن با سایر متغیرهای تحقیق گردید، نیز می‌تواند به عنوان محدودیت تحقیق تلقی گردد. همچنین، در پژوهش حاضر خانواده‌های تک والدینی در نظر گرفته نشدند. از سوی دیگر متغیرهای مورد مطالعه، نماینده جامعی از همه عوامل مؤثر بر کودک آزاری نیستند. بدیهی است متغیرهای دیگری نیز ممکن است بر کودک آزاری تأثیر داشته باشند که در این مطالعه مدنظر قرار گرفته نشده‌اند.

انجام دادن پژوهش مشابه بر روی دختران و همچنین سایر گروه‌های سنی، امکان مقایسه نتایج در دو جنس و در سنین مختلف را ممکن می‌سازد. انجام پژوهش در سایر مناطق کشور و در میان قومیت‌های مختلف، زمینه مناسبی برای بررسی دقیق‌تر پدیده کودک آزاری را در کل کشور و ارتباط آن با عوامل جغرافیایی فراهم می‌آورد. بررسی سایر متغیرهایی که احتمالاً می‌توانند به عنوان پیش‌بین‌های کودک آزاری عمل کنند، از قبیل مهارت‌های اجتماعی، متغیرهای جمعیت‌شناختی و اعتیاد، در پژوهش‌های بعدی می‌تواند برای فهم بهتر متغیرهای پیش‌بین کودک آزاری مورد استفاده قرار بگیرد. در نهایت با توجه به اهمیت پدیده خشونت

- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2010). Neglected Children, Shame-Proneness, and Depressive Symptoms. *Child Maltreatment*, 15: 305-314
- Brody, G. H. & Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54, 237-240.
- Brown, J. (2000). Childhood abuse and neglect specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 677-678.
- Coohey, C. (2000). The role of friends, in-laws, and other kin in father-perpetrated child physical abuse. *Child Welfare* 79 (4), 373-402.
- Coohey, C. (2006). Physically abusive father and risk assessment. *Child-abuse & Neglect* 30, 467-480.
- Creighton, S. (2004). *Prevalence and incidence of child abuse: International comparison. NSPCC Information*. The online Child Protection Resource. Available in www.nspcc.org.
- Crowell, J.A., Fraley, R.C. & Shover, P.R. (1999). Measurement of individual differences in adolescents and adult attachment. In: *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, (eds Cassing J. & Shaver P.R.), pp 434-465. Guilford, New York.
- Currie, J. & Widom, C. S. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, 15: 111-120.
- Edleson, J. L. (1999). *Problem with children's witnessing of domestic violence*. National Electronic Network on violence against women. Available in www.vaw.umn.edu.
- Egeland, B. & Sroufe, L. A. (1981). Developmental sequence of maltreatment in infancy. In: R. Rizley, & D. Cicchetti, (Eds.), *New direction for child development. Developmental Perspective on Child Maltreatment* 11, 77-92.
- Emery, R. E. & Laumann-Billings, L. (1998). An overview of the nature, cause, and consequences of abusive family relationships. *American Psychologist* 53, 121-135.
- Euser, E. M., van IJendoorn, M. H., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Prevalence of Child Maltreatment in the Netherlands*. *Child Maltreatment*, 15: 5-17
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. & Horwood, L. J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, 245-269
- Foster, B., Forsyth, J. & Herbert, S. (1994). The cycle of family violence among criminal offenders: A study of Inmates in one Louisiana Jail. *Free Inquiry In creative Sociology* 22, 133-137.
- Gelles, R. J. & Straus, M. (1988). *Family Violence*. Beverly Hills, California: Sage Publication.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C. & McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between no clinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 89, 497-500.

- Guterman, N. B., Lee, S. J., Taylor, C. A., & Rathouz, P. J. (2009). Parental perceptions of neighborhood perceptions, stress, personal control, and risk for physical child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, Volume 33, 12, 897-906.
- Holi, M. (2003). Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. *Academic . dissertation* 28(3), 1-83.
- Hammen, C., Rudolph, K., Weisz, J., Rao, U. & Burge, D. (1999). The context of depression in clinic-referred youth: Neglected areas in treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 64-71.
- Harter, S. & Taylor, T. (2000). Parental alcoholism: Child-abuse and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse* 11, 31-44.
- Hildyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child-abuse & Neglect* 26, 679-695.
- Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Journal of Family studies*, 4, 53-76.
- Ireland, T. O., Smith, C. A. & Thornberry, T. P. (2002). Development issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use. *Criminology* 40, 359-399.
- Kaplan, S. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry* 30(10), 2221-4121.
- Margolin, G. (2000). The effect of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology* 51, 445-479.
- Mash, E. & Wolfe, D. (1999). *Abnormal child psychology*. International Thomson Publishing Company.
- Miller-Perrin C.L., Perrin, R. D. (1999). *Child maltreatment: An introduction*. California: Sage Publication.
- Muller, G. (1999). *Understanding the origins and incidence of child maltreatment*. California: Sage Publication.
- National Clearinghouse on Child-abuse and Neglect information (2004) *Long-term consequences of child-abuse and neglect*. Available in www.nccanch.hhs.gov.
- Paolucci, E. (2000). A meta analysis of published research on the effect of child sexual abuse. *The Journal of Psychology* 35(1), 17-36.
- Pittman, J. F. & Buckley, R. R. (2006). Comparing maltreating fathers and mothers in terms of personal distress, interpersonal functioning and perceptions of family climate. *Child-abuse & Neglect* 30, 481-490.
- Rodriguez, C. M. (2010). Personal contextual characteristics and cognitions predicting child abuse potential and disciplinary style. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (2), 315-335.
- Showers, C. J. Zeigler-Hill, V. & Limke, A. (2006). Self-Structure and childhood maltreatment: Successful compartmentalization and struggle of integration. *Journal of Social Psychology* 25, 473-508.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *State Trait Anxiety Inventory - Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Turner, H.A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Child Mental Health Problems as Risk Factors for Victimization. *Child Maltreatment*, 15: 132-14.
- U.S. Department of Health and Humman Service (USDHHS). (2003). *Child maltreatment*. Washington, DC: US Government Printing Office. *maltreatment*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- World Health Organization (WHO) and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365eng.pdf>
- Zuravin, S. (1988). Child-abuse, child neglect, and maternal depression: Is there a connection? In *National Center on Child-abuse and Neglect* (Ed.) Child neglect monograph: Proceedings from a symposium. Washington, DC: Clearinghouse on Child-abuse and Neglect Information.

