

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متاهل

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی بین انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متاهل بود.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی مقطعی، ۳۵۰ نفر (زن و مرد) متاهل ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۲ به صورت تصادفی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های خودگزارشی کودک‌آزاری، شفقت بر خود و سلامت عمومی را تکمیل نمودند. پرسش‌نامه‌های ۱۳ شرکت‌کننده به دلیل نقص، حذف و پرسش‌نامه‌های ۳۳۷ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌های از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ و آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: بین بدرفتاری و شفقت بر خود رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد ($r = -0/521$ و $P < 0/001$). بین بدرفتاری و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/306$ و $P < 0/001$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که خرده‌مقیاس‌های آزار جسمی، آزار عاطفی و خرده‌مقیاس غفلت، بیش‌بین‌های معنی‌داری برای شفقت بر خود هستند. خرده‌مقیاس غفلت بیشترین سهم را در تبیین شفقت بر خود دارد. هم‌چنین تنها خرده‌مقیاس آزار عاطفی قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی می‌باشد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد هر چقدر فرد در دوران کودکی آزار بیشتری را تجربه کرده باشد از میزان شفقت بر خود کمتری در بزرگسالی برخوردار است، هم‌چنین هر چقدر فرد در دوران کودکی آزار بیشتری را تجربه کرده باشد از میزان علایم روانی بیشتری در بزرگسالی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: بدرفتاری، سلامت عمومی، کودکی

*مه‌دی رستمی

کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات خمین

منصور عبدی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اراک

حسن حیدری

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد
اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خمین

*مؤلف مسئول:

ایران، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، معاونت
فرهنگی و اجتماعی، دفتر مدیریت آموزش
و مشاوره‌ی فرهنگی و اجتماعی
mehdi.rostami25@gmail.com
تاریخ وصول: ۹۲/۴/۲۶
تاریخ تایید: ۹۲/۹/۳

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد است و پس از تایید معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خمین انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام افراد شرکت‌کننده و کارکنان خانه‌های سلامت و فرهنگسراهای شهر تهران تقدیر و تشکر می‌گردد.

*Original Article***Correlation of Childhood Maltreatment, Self-Compassion and Mental Health in Married People****Abstract****Introduction**

The aim of this study is to explore the correlation between childhood maltreatment types, self-compassion and mental health in married people.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive-analytic study 350 married male and female individuals residing in Tehran in 2013 were randomly selected using multi-stage cluster sampling and assigned to complete copies of inventories focused on self-reported child abuse, self-compassion and general health. Thirteen completed copies were excluded due to insufficient information whereupon 337 copies were reviewed. SPSS version 19, Pearson's Correlation, Linear and Multiple Regression were used to analyze the data.

Results: There was a significant negative correlation between maltreatment and self-compassion ($r=0.521$; $P<0.001$), a significant positive correlation between maltreatment and general health ($r=0.306$; $P<0.001$). The findings from multiple regression analysis indicated that the subscales for physical harassment, emotional harassment and neglect were significant predictors of self-compassion. The neglect subscale contributed most to the explanation of self-compassion. Furthermore, the emotional harassment subscale alone was capable of predicting general health ($P<0.001$).

Conclusion: The findings indicated that the greater the childhood harassment, the smaller the adulthood self-compassion and that the greater the childhood harassment, the greater the adulthood syndromes of mental disease.

Keywords: Maltreatment, General Health, Childhood

Mehdi Rostami

M.Sc. in counseling, Islamic Azad University Khomein Science and Research Branch

Mansour Abdi

Assistant professor of psychology, Arak University

Hassan Heidari

Assistant Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch Khomein

*Corresponding Author :

Management of Education and Social and Cultural Consultancy Office, Social and Cultural Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Mehdi.rostami25@gmail.com

Received: Jul.17,2013

Accepted:Nov.24,2013

Acknowledgement:

This study is based on M.S. dissertation, approved by vice chancellor of Islamic Azad University, Department of Sciences Research. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Rostami M, Abdi M, Heydari H. Correlation of types of childhood abuse with self-compassion and mental health of married individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2014; 16(2): 130-41.

مقدمه

زمانی که موضوع ناراحت کننده، منشا غیر از اشتباه شخصی دارد (زمانی که شرایط زندگی دردناک می‌شود یا تحمل آن سخت می‌شود) شفقت، شامل حال فرد می‌شود. حال آن که به همان اندازه مناسب است شفقت بر خود^۶ در موقعیت‌هایی به کار گرفته شود که واقعه‌ی ناراحت کننده ناشی از شکست‌ها، اعمال نابخردانه یا نواقص فردی است. با وجود آن که اغلب افراد به گفته‌ی خودشان در برخورد با خود رفتاری خشن تر و ناملایم تر نسبت به برخورد با دیگران، نشان می‌دهند، افرادی که خصیصه‌ی شفقت از خود دارند گزارش می‌کنند که با خود به همان اندازه مهربان هستند که با دیگران چنینند (۶).

نصف^۷ اخیرا ساختار شفقت بر خود را به شکل قالب سلامتی خویش‌پندیری پیشنهاد کرده است. شفقت بر خود، یک موضع با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود است و سه مولفه‌ی اصلی را دربردارد. نخست، شامل مهربان بودن با خود^۸ و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده‌ی ناپسندگی‌ها است. شفقت بر خود، مشترکات انسانی^۹ را نیز دارد و تشخیص می‌دهد که رنج و شکست، ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر هستند و آخر این که شفقت بر خود، آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود را نیز دربرمی‌گیرد، یعنی توانایی مواجهه (به جای اجتناب) با افکار و احساسات دردناک، بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود (۷). شفقت بر خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. به عنوان مثال، شفقت بر خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی (که از مولفه‌های زندگی معنی دارند) مرتبط است (۶، ۷). هم چنین شفقت بر خود به ارضای نیازهای اساسی خودمختاری، شایستگی و نیاز به برقراری ارتباط که بر اساس نظریه‌ی دسی^{۱۰} و همکاران، برای بهزیستی انسان ضروری‌اند، کمک می‌کند (۸). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند افرادی که با شفقت با خود رفتار می‌کنند از ویژگی‌هایی برخوردارند که در جنبش روان‌شناسی

کودک‌آزاری^۱ از جمله شایع‌ترین و پیچیده‌ترین مسایل روانی-اجتماعی جامعه‌ی امروزی است. هر روزه هزاران کودک و نوجوان سوزانده شده، کتک می‌خورند، گرسنگی می‌کشند و مورد شکنجه و آزار جنسی و جسمی قرار می‌گیرند و یا توسط مراقبین خود مورد غفلت و بدرفتاری عاطفی قرار می‌گیرند. برخی از کودکان آماج اشکال مختلف آزار جنسی یا جسمی قرار نمی‌گیرند، اما از آزار روان‌شناختی مثل طرد شدن، مورد تمسخر قرار گرفتن و ترسانده شدن رنج می‌برند (۱). جلوه‌های روانی را نیز می‌توان در حیطه‌های اختلالات روانی-شخصیتی وسیعی بررسی کرد: پرخاشگری، رفتار تکانشی، بی‌اشتهایی یا پراشتهایی افراطی روانی و رفتار تظاهر به خودکشی و نمایشی، جلوه‌های ترس مرضی از مردان، انزواگزینی، افسردگی و در مورد سوءاستفاده‌ی جنسی، رفتارهای وسواس شست و شو، اختلالات خواب، کاهش عزت نفس و اقدام به خودکشی (۲-۴).

سوءرفتار و مسامحه در مورد کودک با طیف وسیعی از مشکلات هیجانی و نشانه‌های روان‌پزشکی همراه است. کودکانی که کتک خورده یا سوزانده می‌شوند، مکررا مورد تهاجم جنسی قرار می‌گیرند و یا از غذا، پوشاک و سرپناه محروم می‌شوند، ممکن است تلف شوند و یا زنده بمانند و با عوارض آن رفتار در بزرگسالی روبه‌رو شوند. در کودکان مورد سوءرفتار جسمی یا جنسی، بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی و از جمله اضطراب^۲، رفتار پرخاشگرانه، اندیشه‌پردازی پارانوئید^۳، اختلال استرس بعد از آسیب^۴، اختلال افسردگی و افزایش خطر رفتار انتحاری^۵ مشاهده می‌شود. کودکان قربانی سوءرفتار والدین مبتلا به آسیب‌های روانی، بیشتر از کودکان آزارنیده‌ی چنین والدینی به اختلالات روانی دچار می‌شوند. ظاهرا در کودکانی که مورد سوءرفتار جنسی قرار گرفته‌اند، عزت نفس پایین، افسردگی، اختلالات تجزیه‌ای و سوء مصرف مواد، بیشتر دیده می‌شود (۵).

⁶Self Compassion⁷Neff⁸Self-Kindness⁹Common Humanity¹⁰Desai¹Child Abuse²Anxiety³Paranoid Ideation⁴Post Traumatic Stress Disorder⁵Suicidal Behavior

اجتماعی آلاسکا در پژوهشی که بر روی رابطه‌ی بین کودک‌آزاری و مشکلات سلامت روانی در والدین آلاسکا پرداخت به این نتایج دست یافت که پدران با مشکلات سابقه‌ی روانی هم‌چون افسردگی و اضطراب، کودک‌آزاری بیشتری مرتکب می‌شدند. این پدران برای حل مشکلات درون خانواده غالباً از زور و قدرت بدنی استفاده می‌کردند (۱۳).

بالا بودن شفقت بر خود، به‌مرور زمان ارتقاء سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند و کاهش تنش پس از شرکت در برنامه‌ی کاهش تنش را شرح می‌دهد (۱۴). وتس و همکاران^۵ در پژوهشی به بررسی شفقت بر خود و ارتباط بین بدرفتاری دوران کودکی با تنظیم هیجانات در هنگام مشکلات که بر روی ۸۱ نفر از جوانان در حال بلوغ پرداختند به این نتیجه رسیدند که کسانی که سابقه‌ی بد رفتاری داشته‌اند از شفقت پایین‌تری برخوردار بوده و در تنظیم هیجانات خود با مشکل مواجه می‌شوند و نسبت به خود قضاوت منفی داشته و مشکلات را درونی‌سازی می‌کنند (۱۵).

قربانی و همکاران، در پژوهشی به بررسی شفقت بر خود، ارتباط‌شناسی یکپارچه، بهداشت روانی و گرایش مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه تهران پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که شفقت بر خود، با اعتماد به نفس، رابطه‌ی مثبت و با افسردگی و اضطراب، رابطه‌ی منفی دارد (۱۶).

برودی و فورهند^۶ در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که مشکلات روان‌شناختی و افسردگی والدین با کودک‌آزاری رابطه دارند (۱۷). هم‌چنین زاراوین^۷ در تحقیقی به این نتیجه رسید که کودک‌آزاری در مادرهای افسرده بیشتر است (۱۸). فرگوسن و همکاران^۸ در بررسی مادرهای آزارگر از نظر جسمی به این نتیجه رسیدند که این مادران، افسرده‌تر از مادرهای عادی بوده و تمایل بیشتری به ارزیابی منفی رفتارهای فرزندان‌شان دارند (۱۹). کوهی^۹ دریافت که کودک‌آزاری با افسردگی، پریشانی و مشکلات بین فردی مادران، رابطه دارد

مثبت به‌عنوان توان‌مندی‌های روان‌شناختی مطرح هستند مثل شادکامی، خوش‌بینی، کنجکاو و کنکاش، عواطف مثبت و نوآوری (۹). یکی از یافته‌های قوی در ادبیات پژوهشی، ارتباط میان شفقت بر خود، اضطراب و افسردگی است. نمرات بالاتر در پرسش‌نامه‌ی شفقت بر خود با اضطراب و افسردگی پایین‌تر مرتبط است (۱۰). شفقت بر خود، به فعال‌سازی سیستم تسکین خود^۱ (که به لحاظ فیزیولوژیک به سیستم مراقبت‌دهی والدینی^۲ مرتبط است) کمک می‌کند و بنا بر این به کاهش احساسات ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (۶).

چندین مطالعه نشان داده‌اند که شفقت بر خود، یک پیشگوی قدرتمند برای سلامت روانی^۳ است. مثلاً شفقت بر خود، یک رابطه‌ی منفی با انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب، اندیشناکی، سرکوب افکار و تکامل‌گرایی عصبی دارد اما رابطه‌ی مثبتی با رضایت از زندگی و پیوند با اجتماع دارد (۷). افرادی که از نظر روانی بهنجارند، کسانی هستند که با خود و محیط خود هماهنگ هستند (۱۱). سلامت روانی به ما کمک می‌کند تا اهدافمان را ارتقا داده و با دیگران به صورت احترام‌آمیز، تعامل برقرار کنیم. سلامت روانی تاثیر مثبت بر زندگی ما می‌گذارد و حساسیت ما را نسبت به تنش، اضطراب و برخی از اشکال افسردگی کاهش می‌دهد. بنا بر این شفقت بر خود بیشتر به خاطر سلامتی خود فرد، صورت می‌گیرد. تحمل فشار روانی می‌تواند موجب هیجان‌های ناگواری مثل افسردگی یا اضطراب شود. به علاوه فشار روانی ممکن است بیماری‌های جسمی خفیف یا شدیدی را هم سبب شود اما واکنش انسان‌ها به وقایع پرفشار به هیچ وجه یکسان نیست. عده‌ای بر اثر این وقایع دچار مشکلات روانی و جسمی جدی می‌شوند، در حالی که برای عده‌ای دیگر مشکلی پیش نمی‌آید و حتی ممکن است تجربه‌ای جالب و هیجان‌انگیز باشد. به طور کلی فشار روانی وقتی ایجاد می‌شود که افراد با وقایعی روبه‌رو می‌شوند که آن‌ها را تهدیدکننده‌ی سلامت روانی یا جسمی خود می‌یابند (۱۲). بایرد^۴ با همکاری سازمان خدمات بهداشتی-

⁵Vettese

⁶Brody and Forehand

⁷Zuravin

⁸Fergusson

⁹Coohey

¹Self-Soothing System

²Parental Caragiving System

³Mental Health

⁴Baird

در مجموع پرسش‌نامه‌های ۳۳۷ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت، که ویژگی‌های جمعیت شناختی آنها در جدول ۱، آمده است. پیش از تکمیل پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان در زمینه‌ی محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل، پرسش‌نامه‌ها را بدون ذکر نام تکمیل نمودند. این پژوهش پس از تایید و تصویب از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خمین به انجام رسید. ابزارهای پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی کودک‌آزاری^۴ (CASRS): این پرسش‌نامه توسط محمدخانی و همکاران، تهیه و دارای ۳۸ گویه بوده و دامنه‌ای از رفتار کودک‌آزاری، از آزار جنسی تا آزار عاطفی و جو منفی خانه، آزار جسمی و بی‌توجهی نسبت به کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۸ سؤال این مقیاس برای آزار جسمی کودک (سوالات ۲۶ تا ۳۳)، ۵ سؤال برای آزار جنسی (سوالات ۳۴ تا ۳۸)، ۱۴ سؤال برای آزار عاطفی (سوالات ۱ تا ۱۴) و ۱۱ سؤال برای بی‌توجهی و غفلت (سوالات ۱۵ تا ۲۵) در نظر گرفته شده است. هر یک از سوالات مقیاس فوق بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای درجه‌بندی شده است به این گونه که گزینه‌ی هرگز که بیانگر نبود آزار است نمره‌ی ۱، گاهی اوقات نمره‌ی ۲، اکثر اوقات نمره‌ی ۳ و گزینه‌ی همیشه که بیانگر وجود مداوم آزار است نمره‌ی ۴ می‌گیرد. با توجه به این امر که آزمون ۴ طبقه را می‌سجد (آزار جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) لذا ۴ نمره مربوط به ۴ خرده‌مقیاس نیز تعیین می‌شود. هم‌چنین گویه‌های ۱۵ تا ۲۵ که مربوط به زیرمقیاس غفلت و بی‌توجهی نسبت به کودک هستند به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند (۱). محمدخانی، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری ۰/۹۲ به‌دست آورد. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس، ضریب همسانی درونی بالایی دارد. این ضریب برای خرده‌مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ متغیر بوده و هم‌چنین تمامی ضرایب محاسبه شده در سطح $P < 0/0001$ معنی‌دار بود (۱). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر

(۲۰). در پژوهش هارتر و تیلور^۱، افراد با سابقه‌ی انواع آزار در دوران کودکی به پرسش‌نامه‌ی سلامت روان ۹۰ سئوالی^۲ (SCL-90) پاسخ دادند. این افراد بیشتر از سایرین دچار نشانه‌های بدگمانی (پارانویید) و علایم سایکوتیک بودند. آزار دیده‌های جسمی و جنسی، علایم وسواس، اضطراب فراگیر و جسمی‌سازی را نشان دادند (۲۱).

عباس‌زاده و همکاران در پژوهش خود به بررسی برخی عوامل موثر بر خشونت خانگی و ارتباط آن با سلامت روانی زنان متأهل پرداختند که نتایج آن‌ها نشان داد سلامت روانی در زنان با تجربه‌ی خشونت، پایین‌تر از زنان عادی است (۲۲). میکاییلی و زمانلو، در تحقیق خود به بررسی میزان شیوع کودک‌آزاری و نیز پیش‌بینی آن از طریق بررسی افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که پسران آزار دیده از میزان اضطراب بیشتر در مواقع پرتنش برخوردارند و سلامت روان کمتری نسبت به پسران عادی برخوردارند (۲۳). بنابراین با توجه به بحث مطرح شده هدف این پژوهش بررسی رابطه‌ی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متأهل ساکن شهر تهران می‌باشد.

روش کار

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را افراد متأهل (زن و مرد) که در سال ۱۳۹۲ در شهر تهران ساکن بودند را تشکیل دادند. در این پژوهش از مناطق ۲۲ گانه‌ی شهر تهران و به شیوه‌ی تصادفی با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۵ منطقه‌ی ۲۰،۱۹،۹،۷،۳ انتخاب شدند. از بین مناطق انتخاب شده ۲ ناحیه به صورت تصادفی انتخاب و از مراکز تفریحی، خانه‌های سلامت محله‌ها و فرهنگسراها، تعداد ۳۵۰ نفر (زن و مرد) به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های خودگزارشی کودک‌آزاری، شفقت بر خود و سلامت عمومی^۳ (GHQ-28) پاسخ گفتند. پس از اجرای پژوهش، پرسش‌نامه‌های ۱۳ شرکت‌کننده به دلیل ناقص بودن حذف و

¹Harter and Taylor

²Symptoms Checklist-90

³General Health Questionnaire

⁴Child Abuse Self Report Scale

انسانی ۰/۷۶، انزوا ۰/۷۷، به‌هوشمندی ۰/۷۹ و فزون‌هماندسازی ۰/۸۰ محاسبه گردید.

ج- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ و هیلر^۵ در ۱۹۷۹ طراحی و تدوین شده است. ۲۸ سؤال چهار گزینه‌ای دارد و چهار مولفه‌ی علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی را می‌سنجد. هر خرده‌مقیاس ۷ پرسش چهار گزینه‌ای دارد که بهترین و مناسب‌ترین نمره‌گذاری، استفاده از روش ساده‌ی لیکرت (با نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳) است، روایی این پرسش‌نامه در مطالعات داخلی ۳۲ و پایایی آن از ۴۸ درصد تا ۲۹ درصد برآورد شده است (۲۵). گلدبرگ و بلک‌ول^۶، ضریب همبستگی نمرات این پرسش‌نامه را با نتیجه‌ی ارزیابی بالینی اختلالات ۸۰/۰ و حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه را در بهترین نقطه‌ی برش به ترتیب ۸۶/۰ و ۸۲/۰ گزارش کرده‌اند. هومن، مقادیر ضریب همبستگی دومتغیری بین نمرات ۷۰ آزمودنی متعلق به گروه نمونه را در مقیاس‌های علایم جسمی GHQ و شکایت جسمانی SCL90-R برابر با ۶۵/۰، در مقیاس اضطراب و اختلال خواب GHQ و افسردگی SCL90-R ۷۱/۰ و در کل مقیاس مذکور برابر ۸۲/۰ گزارش کرده است. همسانی درونی سئوالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های علایم جسمانی ۸۵/۰، علایم اضطراب و اختلال خواب ۸۷/۰، علایم کارکرد اجتماعی ۷۹/۰، علایم افسردگی ۹۱/۰ و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده‌ی سلامت عمومی است، ۸۵/۰ گزارش شده است (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد و برای مقیاس‌های علایم جسمانی ۰/۷۸، علایم اضطرابی و اختلال خواب ۰/۷۶، علایم کارکرد اجتماعی ۰/۸۱ و علایم افسردگی ۰/۷۸ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ و از روش‌های آماری آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون خطی و چندگانه استفاده شد.

۰/۸۰ به دست آمد و برای خرده‌مقیاس‌های آزار جنسی، جسمی، عاطفی و روانی و غفلت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آمد.

ب- پرسش‌نامه‌ی شفقت بر خود^۱ (SCS): برای اندازه‌گیری سازه‌ی شفقت بر خود از این مقیاس استفاده می‌شود (۶) که متشکل از ۳۶ گویه است و به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ مولفه دارد که عبارتند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، به‌هوشمندی^۲ (۴ گویه) و فزون‌هماندسازی^۳ (۴ گویه). میانگین نمرات شش مولفه با هم جمع شده و یک نمره‌ی کلی شفقت بر خود حاصل می‌شود. خرده‌مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون‌هماندسازی، بر عکس نمره‌گذاری می‌شود. برای محاسبه‌ی نمره‌ی کل، خرده‌مقیاس‌ها به یکدیگر اضافه می‌شوند. در تحقیق نف، تحلیل عامل تاییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مولفه را تبیین می‌کند، تحقیقات گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار هم‌زمان، همگرا و تمیزی خوبی برخوردار است و پایایی آزمون-بازآزمون آن نیز عالی است، نف ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی اولیه‌ی این آزمون را ۹۲ درصد گزارش کرده است (۶). هم‌چنین در تحقیقی دیگر، نف و همکاران این مقیاس را در کشورهای تایلند، تایوان و امریکا مورد آزمون قرار دادند و ضریب آلفای کرونباخ را برای هر کدام از این کشورها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۵ و ۰/۸۶ به دست آوردند (۲۴). به علاوه ضریب همبستگی این مقیاس و مقیاس عزت نفس^۴ روزنبرگ در ایران ۰/۸۵ به دست آمد (۱۶). انژدانی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرد (۱۰). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب خرده‌مقیاس مهربانی با خود ۰/۷۹، قضاوت در مورد خود ۰/۷۸، مشترکات

^۱Self Compassion Scale

^۲Mindfulness

^۳Over-identified

^۴Self-Esteem Scale

^۵Goldberg and Hiller

^۶Goldberg and Blackwell

نتایج

خود و هم‌چنین سلامت روانی، از ضریب همبستگی ($I_{xy0/01}$) معیار (۰/۱۴۸) با درجه‌ی آزادی ۳۳۵ بزرگ‌تر است ($P < 0/001$)، بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین بدرفتاری با شفقت بر خود، در نمونه‌ی مورد پژوهش، همبستگی منفی معنی‌دار و بین بدرفتاری با سلامت روانی، همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳- شاخص‌های آمار توصیفی و نمودار پراکنش رابطه‌ی

متغیر	کوواریانس	انحراف همبستگی استاندارد پیروسون	df	ضریب تعیین r^2	P
بدرفتاری	-۱۲۸/۷۸	۱۸/۱۴	۳۳۵	۲۷/۱۴	< ۰/۰۰۱
شفقت بر خود		۱۱/۶۰			
بدرفتاری	۷۷/۴۳	۱۸/۱۴	۳۳۵	۹/۳۶	< ۰/۰۰۱
سلامت روانی		۱۳/۹۶			

مطابق اطلاعات جدول ۴، ضریب همبستگی محاسبه شده در خرده‌مقیاس آزار جنسی با خرده‌مقیاس‌های قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون‌هماندسازی از مقیاس شفقت بر خود، رابطه‌ی منفی معنی‌دار و با خرده‌مقیاس افسردگی از مقیاس سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دیده می‌شود ($P < 0/001$). خرده‌مقیاس آزار جسمی با خرده‌مقیاس‌های قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون‌هماندسازی از مقیاس شفقت بر خود، رابطه‌ی منفی معنی‌دار و با خرده‌مقیاس افسردگی از مقیاس سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دیده می‌شود ($P < 0/001$). خرده‌مقیاس آزار عاطفی با خرده‌مقیاس‌های قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون‌هماندسازی از مقیاس شفقت بر خود، رابطه‌ی منفی معنی‌دار و با خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی از مقیاس سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دیده می‌شود ($P < 0/001$). هم‌چنین ضریب همبستگی محاسبه شده در خرده‌مقیاس غفلت با تمامی خرده‌مقیاس‌های شفقت بر خود، رابطه‌ی منفی معنی‌دار و با خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی از مقیاس سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری داشت. با توجه به نتایج جدول ۵ چون نسبت F محاسبه شده بین بدرفتاری و شفقت بر خود (۵۲/۰۱۴) و هم‌چنین بدرفتاری و سلامت روانی (۱۱/۶۹) از

بیشترین درصد فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۵۵/۲ درصد) بود؛ هم‌چنین بیشترین درصد فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مربوط به سطح تحصیلی لیسانس (۳۹/۸ درصد) و کمترین آن مربوط به سطح تحصیلات دیپلم (۱۸/۷ درصد) بود؛ که اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ها در جدول (۱) و به تفصیل آمده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ی برگرفته از افراد

متاهل ساکن در شهر تهران (۳۳۷ نفر)			
عوامل جمعیت شناختی	فراوانی	درصد	
جنس	مرد	۱۵۵	۴۶
	زن	۱۸۲	۵۴
تحصیلات	دیپلم	۶۳	۱۸/۷
	کاردانی	۷۱	۲۱/۱
	کارشناسی	۱۳۴	۳۹/۸
	کارشناسی ارشد	۶۹	۲۰/۵
سن (سال)	۲۰ تا ۳۰	۹۰	۲۶/۷
	۳۱ تا ۴۰	۱۸۶	۵۵/۲
	۴۱ تا ۵۰	۶۱	۱۸/۱

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای بدرفتاری، شفقت بر خود و سلامت روانی گزارش شده است. هم‌چنین شاخص‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های بدرفتاری نیز گزارش شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود، خرده‌مقیاس بدرفتاری عاطفی بالاترین میانگین نمره‌ی بدرفتاری را در این مطالعه شامل بوده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی برای نمونه‌ی برگرفته از افراد

متاهل ساکن در شهر تهران				
متغیرهای پژوهش	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
شفقت بر خود	۳۹	۱۱۸	۸۶/۴۹	۱۳/۶۱
سلامت روانی	۰	۷۵	۱۸/۶۴	۱۳/۹۶
بدرفتاری	۸	۴۵	۲۲/۵۴	۷/۴۰
غفلت	۵	۴۱	۲۲/۰۰	۷/۵۵
جنسی	۷	۴۰	۱۲/۱۷	۴/۷۳
جسمی	۵	۳۰	۷/۳۸	۳/۳۵
نمره‌ی کل	۲۸	۱۰۸	۶۳/۹۴	۱۸/۱۴

با توجه به نتایج جدول ۳ که در زیر آمده است چون ضریب همبستگی I_{xy} محاسبه شده بین نمرات بدرفتاری با شفقت بر

خواهد بود. هم چنین R^2 مدل مجذور همبستگی است یعنی زمانی که بدرفتاری برای پیش بینی شفقت بر خود و سلامت روانی به کار رود به ترتیب ۰/۲۲ و ۰/۰۵ از تغییرات را تبیین خواهد کرد.

($F_{(1,119)} = 335$) با درجه‌ی آزادی (۱، ۳۳۵) بزرگ تر است ($P < 0/001$)، بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بدرفتاری قادر به پیش بینی شفقت بر خود و سلامت روانی

جدول ۴- ضریب همبستگی محاسبه شده بین خرده مقیاس های بدرفتاری با خرده مقیاس های شفقت بر خود و سلامت روانی

بدرفتاری								متغیر
غفلت		عاطفی		جسمی		جنسی		
P	r	P	R	P	R	P	R	
0/00	-0/21	0/45	-0/06	0/53	0/05	0/31	0/06	مهربانی با خود
0/00	-0/22	0/00	-0/38	0/00	-0/34	0/00	-0/30	قضاوت در مورد خود
0/00	-0/20	0/14	-0/10	0/36	-0/06	0/60	-0/03	مشترکات انسانی
0/00	-0/35	0/00	-0/47	0/00	-0/24	0/00	-0/26	انزوا
0/00	-0/31	0/04	-0/14	0/86	-0/01	0/63	-0/03	به هوشمندی
0/00	-0/44	0/00	-0/54	0/00	-0/29	0/00	-0/35	فزون همانندسازی
0/02	0/17	0/06	0/20	0/16	0/10	0/10	0/12	سلامت روان
0/22	0/09	0/08	0/13	0/22	0/09	0/08	0/13	اختلال اضطراب و خواب
0/02	0/16	0/00	0/31	0/61	-0/03	0/71	-0/02	اختلال کارکرد اجتماعی
0/00	0/25	0/00	0/36	0/02	0/23	0/00	0/26	افسردگی

جدول ۵- خلاصه‌ی ضرایب رگرسیون خطی یا ساده

P	t	Beta	B	F	R ²	R	متغیر ملاک	متغیر پیش بین
0/00	-7/21	-0/52	-0/33	52/01	0/22	0/47	شفقت بر خود	بدرفتاری
0/00	3/41	0/30	0/19	11/69	0/05	0/24	سلامت روانی	

روانی، همبستگی نسبتاً قوی وجود دارد. به عبارتی مجموع متغیرهای پیش بین که شامل آزار جنسی، آزار جسمی، آزار عاطفی و هم چنین خرده مقیاس غفلت می باشند می توانند تغییرات میزان متغیرهای شفقت بر خود و سلامت روانی را تبیین کنند.

با توجه به نتایج رگرسیون جدول ۶ بین انواع بدرفتاری و شفقت بر خود ($r = 0/558$) و بین انواع بدرفتاری و سلامت روانی ($r = 0/365$) به دست آمده نشان دهنده‌ی این است که بین مجموعه‌ی خرده مقیاس های بدرفتاری و شفقت بر خود و سلامت

جدول ۶- خلاصه ضرایب رگرسیون چند گانه برای انواع بدرفتاری و شفقت بر خود و سلامت روانی

P	F	R2	R	t	Beta	B	متغیر ملاک	متغیر پیش بین
0/28	37/52	0/31	0/55	1/06	0/70	0/20	شفقت بر خود	جنسی
0/02				-3/14	-0/19	-0/80		جسمی
0/06				-2/79	-0/17	-0/32		عاطفی
0/00				-6/45	-0/38	-0/68		غفلت
0/55	12/08	0/12	0/36	-0/58	0/04	-0/12	سلامت روانی	جنسی
0/48				0/70	0/05	-0/20		جسمی
0/00				4/75	0/34	0/64		عاطفی
0/75				0/31	0/02	0/03		غفلت

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که از بین ۴ خرده‌مقیاس بدرفتاری، خرده‌مقیاس‌های آزار جسمی ($P < 0/002$)، آزار عاطفی ($P < 0/006$) و غفلت ($P < 0/001$) قادر به پیش‌بینی شفقت بر خود می‌باشد و تنها خرده‌مقیاس آزار جنسی ($P < 0/28$) نمی‌تواند شفقت بر خود را پیش‌بینی نماید، هم‌چنین خرده‌مقیاس غفلت، با ($-0/38$) بتا بیشترین سهم را در تبیین متغیر مورد بررسی دارد. با توجه به نتایج جدول ۶ از بین ۴ خرده‌مقیاس بدرفتاری، تنها خرده‌مقیاس آزار عاطفی ($P < 0/001$) قادر به پیش‌بینی سلامت روانی می‌باشد و ۳ مقیاس آزار جنسی، آزار جسمی و غفلت، نمی‌توانند سلامت روانی را پیش‌بینی کنند.

بحث

خانواده، مکانی برای تربیت و پرورش انسان‌ها است که تنها در صورت وجود سلامت روحی و روانی می‌تواند انسان‌هایی پاک و سالم، تحویل اجتماع داده و مدعی ادای وظیفه‌ی اساسی خود شود. برای شکل‌گیری یک خانواده‌ی مستحکم و سالم علاوه بر انتخاب مناسب و آگاهانه، به دست آوردن علم و دانش اولیه جهت شروع یک زندگی مشترک برای طرفین، امری بدیهی است که این اقدام باید از طرف دولت حمایت شود و مراکز مشاوره‌ای قبل از ازدواج برای دختران و پسران پیش‌بینی شود تا در آینده به دلیل جهالت‌های اولیه، نهاد خانواده از هم گسسته نشود. در پژوهش حاضر به بررسی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متاهل ساکن در شهر تهران پرداخته شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، بالاترین میانگین بدرفتاری مربوط به آزار عاطفی و سپس غفلت گزارش شده است. ضریب همبستگی محاسبه شده بین نمره‌ی بدرفتاری و نمره‌ی شفقت بر خود، رابطه‌ی منفی و معنی‌داری دیده می‌شود، یعنی هر چقدر فرد در دوران کودکی، آزار بیشتری را تجربه کرده باشد از میزان شفقت بر خود کمتری در بزرگسالی برخوردار است. هم‌چنین نتایج بیانگر آن است که هر چقدر فرد مورد آزار جنسی و آزار جسمی در دوران کودکی قرار گرفته باشد، در مواجهه با شرایط سخت و دردآور زندگی، ابعادی از شخصیتش را که برایش دوست‌داشتنی نیستند مورد انتقاد و قضاوت سخت‌گیرانه قرار داده و به جای حمایت از خود در

شرایط بحرانی، این افراد با کاستی‌هایشان به ملایمت و آرامی رفتار نمی‌کنند و با خود به زبانی صحبت می‌کنند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایتی ندارد. این افراد به جای حمایت از خود، به سرزنش کردن و حمله به خود پرداخته و پذیرش گرم و نامشروط نسبت به خود نشان نمی‌دهند. هم‌چنین زمانی که این افراد به کاستی‌های شخصی خود فکر می‌کنند، احساس انزوا و جدایی از دیگران دارند و احساس می‌کنند نقص آن‌ها، خطایی بوده است که دیگران از آن سهمی ندارند. افراد آزاردیده‌ی جنسی و جسمی، به نشخوار و تمرکز وسواسی بر افکار و هیجانات منفی مرتبط با خود، تمایل داشته و فضای روانی مورد نیاز برای برخورد شفقت‌گرانه با خود در دسترس ندارند. نتایج بیانگر آن است که هر چقدر فرد، مورد آزار عاطفی و غفلت قرار بگیرد، شفقت بر خود کمتری را در بزرگسالی و در مواجهه با مشکلات روزمره از خود نشان می‌دهد. یعنی کسانی که در دوران کودکی مورد آزار عاطفی و غفلت از سوی والدین خود قرار گرفته‌اند در بزرگسالی نسبت به نقص‌های خود، انتقادگر بوده و از دست خود عصبانی می‌شوند. وقتی این واقعیت که شکست، درد و رنج در زندگی اجتناب‌ناپذیر است، از سوی این افراد انکار می‌شود و یا فرد با آن می‌جنگد، رنج به صورت تنش، اضطراب و انتقاد از خود افزایش می‌یابد و فرد احساس ترحم به خود می‌کند و در مشکلات خویش غرق می‌شود و فراموش می‌کند که دیگران هم گرفتار این قبیل مشکلات هستند. بیشترین رابطه بین شفقت بر خود با انواع بدرفتاری، مربوط به خرده‌مقیاس غفلت می‌باشد که با تمامی خرده‌مقیاس‌های شفقت بر خود، رابطه‌ی منفی و معنی‌داری داشت. نتایج پژوهش تاناکا^۱ و همکاران نشان داد که بدرفتاری شدید عاطفی در دوران کودکی، بی‌توجهی عاطفی و غفلت و هم‌چنین بدرفتاری جسمی با شفقت بر خود کمتری ارتباط داشتند که با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو است (۲۷). نتایج پژوهش وتس و همکاران که به بررسی شفقت بر خود و ارتباط بین بدرفتاری دوران کودکی با تنظیم هیجانات در هنگام مشکلات و شفقت بر خود بر روی ۸۱ نفر از جوانان در حال بلوغ پرداخته‌اند، با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد

^۱Tanakaa

سوء رفتار جسمی در دوران کودکی از سوی والدین و اطرافیان و سلامت روانی پرداخته‌اند با پژوهش حاضر، هم‌سویی دارد (۳۱). در یافته‌های مطالعه‌ی مانچینی^۳ و همکاران در بررسی ارتباط بین تجربه‌ی آزار دیدگی جسمی و جنسی در دوران کودکی با اختلالات اضطرابی بر روی ۲۰۵ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز درمانی همیلتون و انتاریوی کانادا، هم‌سویی‌هایی با پژوهش حاضر دیده می‌شود. نتایج آن‌ها نشان داد که بیماران با سابقه‌ی سوء استفاده‌ی جنسی و یا جسمی در دوران کودکی، نمره‌ی بالایی در آزمون افسردگی بک داشته و به افسردگی خفیف و اختلال در کارکرد اجتماعی مبتلا بودند (۳۲). نتایج پژوهش مارتسولف^۴ که به بررسی بدرفتاری در دوران کودکی با سلامت جسمی و روانی در بزرگسالان هائیتی پرداخته با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بدرفتاری در دوران کودکی با علایم جسمانی و اضطرابی رابطه معنی داری دارند هم‌سویی دارد (۳۳). هم‌چنین بین یافته‌های مطالعه‌ی عباس‌زاده و همکاران در بررسی خشونت خانگی تهدیدی علیه سلامت روانی با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه انواع بد رفتاری با سلامت روانی رابطه معنی دار دارند هم‌سویی‌هایی دیده می‌شود (۲۲). در پژوهش میکایللی و زمانلو، که به بررسی پیش‌بینی کودک‌آزاری از طریق افسردگی و اضطراب والدین، سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی انجام گرفته است با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۲۳). نتایج پژوهش هارتر و تیلور^۵ که به بررسی افرادی با سابقه‌ی انواع آزار در دوران کودکی با سلامت روانی پرداخته است نیز نشان داد که آزار دیده‌های جسمی و جنسی، علایم وسواس، اضطراب فراگیر و جسمی‌سازی را نشان دادند (۲۱).

جهت تبیین و پیش‌بینی بدرفتاری در میزان شفقت بر خود و سلامت روانی با استفاده از ضریب رگرسیون خطی مشخص گردید که آزار دیدگی قادر به پیش‌بینی شفقت بر خود و سلامت روانی خواهد بود. هم‌چنین خرده‌مقیاس‌های آزار جسمی، آزار عاطفی و غفلت در پیش‌بینی شفقت بر خود افراد در بزرگسالی موثر خواهند بود. از بین خرده‌مقیاس‌های

(۱۵). همین‌طور نتایج پژوهش نف و مک‌گی^۱ که به بررسی روابط مادری انتقادگرانه و آزارگر و روابط خانوادگی پرتنش با شفقت به خود در جوانان پرداخته است با پژوهش حاضر هم‌سویی دارد (۲۸). هم‌چنین بین نمره‌ی کل بدرفتاری و سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دیده شد. یعنی هر چقدر فرد در دوران کودکی آزار بیشتری را تجربه کرده باشد، از میزان علایم روانی بیشتری در بزرگسالی برخوردار است. ضریب همبستگی محاسبه شده در خرده‌مقیاس‌های آزار جنسی و آزار جسمی تنها با خرده‌مقیاس افسردگی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد. هم‌چنین ضریب همبستگی در خرده‌مقیاس‌های آزار جنسی و آزار جسمی با خرده‌مقیاس‌های علایم جسمانی، اختلال اضطرابی و خواب و خرده‌مقیاس افسردگی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد؛ یعنی هر چقدر فرد در دوران کودکی با آزار جنسی و جسمی مواجهه شده باشد در بزرگسالی احتمال این که علایم جسمانی، اختلال اضطرابی و اختلال خواب و افسردگی در او دیده شود، زیادتر است و با افزایش بدرفتاری در کودکی، علایم مرضی و روانی نیز در او بیشتر می‌شود. مطالعه حاضر نشان داد بین خرده‌مقیاس آزار عاطفی و غفلت با تمام خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد، یعنی کسانی که در کودکی آزار عاطفی را تجربه کرده و یا مورد غفلت قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی احتمال افزایش علایم جسمانی، اختلال اضطرابی و خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افزایش افسردگی در آن‌ها نسبت به کسانی که دچار آزار عاطفی و یا غفلت قرار نگرفته‌اند، بیشتر است. نتایج نشان داد که این افراد نسبت به همسالان عادی خود از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند. نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش بهرامی و طاهباز که به مقایسه‌ی میزان آزار دیدگی در کودکی و سلامت روانی پرداختند هم‌سو می‌باشد (۲۹). عابدی و همکاران به بررسی رابطه‌ی بین سابقه‌ی انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی با افسردگی دوران بزرگسالی پرداخته‌اند که با نتایج یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سویی دارد (۳۰). پژوهش اسپرینگر^۲ و همکاران که به بررسی

³Mancini⁴Martsof⁵Harter and Taylor¹McGeehee²Springer

بدرفتاری در پیش‌بینی سلامت روانی تنها خرده‌مقیاس آزار عاطفی در پیش‌بینی سلامت روانی افراد در بزرگسالی موثر خواهد بود و مابقی خرده‌مقیاس‌ها، متغیر تبیین‌کننده‌ی مناسبی برای متغیر سلامت روانی نمی‌توانند باشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم همکاری نکردن برخی از نمونه‌ها برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. با وجود ارایه‌ی پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری و جلب موافقت آزمودنی‌ها و دادن اطمینان نسبت به محرمانه بودن نتایج، باز برخی نسبت به پژوهش، حس اعتماد کافی نداشتند و به سختی همکاری نمودند. توصیه می‌شود در پژوهش‌های مشابه آینده اقدام به پژوهش در دو گروه آزار دیده و آزار ندیده شود که آن هم مشکلات خاص خودش را مثل یافتن افراد آزار دیده و جلب همکاری آن‌ها در پژوهش دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد با برگزاری سمینارها و کارگاه‌هایی در راستای پیشگیری از کودک‌آزاری و آموزش شیوه‌های صحیح

فرزندپروری برای والدین در مراکز خانه‌های سلامت محله‌ها و هم‌چنین اطلاع‌رسانی عوارض کودک‌آزاری به والدین از طریق جراید و رسانه‌ها و در نهایت افزایش مراقبت از کودکان از طریق نهادهای مدنی و اجتماعی به مقابله با بداخلاقی‌ها و بدرفتاری‌ها پرداخته تا با افزایش آگاهی والدین، جامعه‌ی سالم‌تر و پویاتری را در آینده‌ای نزدیک شاهد باشیم.

نتیجه‌گیری

نتایج کلی این پژوهش نشان داد خانواده‌هایی که از اهرم آزار عاطفی و هم‌چنین غفلت و بی‌توجهی در مورد کودکان خود، بیشتر استفاده کرده‌اند، فرزندان آن‌ها از میزان شفقت بر خود و سلامت روان کمتر و پایین‌تری در بزرگسالی برخوردار بوده‌اند. به همین دلیل می‌توان با افزایش آگاهی و آموزش‌های لازم به والدین از بروز ناهنجاری‌ها در جامعه، جلوگیری و در پرورش افراد سالم به خانواده‌ها کمک نمود.

References

1. Mohammadkhani P, Mohammadi M, Nazari M, Salavati M. [Preparation, validity and reliability of self-report measures of child abuse (CASRS) students in Iran]. *International journal of the Islamic Republic of Iran* 2003; 17(1): 26-38. (Persian)
2. Ghavam A. [Characteristics of psychological, behavioral, social, and sexual abuse: victims]. *Proceeding at the conference of Iranian children and adolescents*, 1997: 88-93. (Persian)
3. Mohammadkhani P, Delavar A, Mohammadi MR. [Quality of life and general health of the parents of abused children]. *National journal of psychiatry and clinical psychology* 2001; 5: 37-47. (Persian)
4. Norouzi F. [Child abuse and neglect background check on students 14-18 years old Tehran]. MS. *Dissertation. Tehran Psychiatric Institute*, 1993: 55-8. (Persian)
5. Ohadi B. [Human sexuality. Posted by Sadegh Hedayat]. 8th ed. Tehran: Sadegh Hedayat Publishing; 2006: 285-6. (Persian)
6. Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003; 2: 223-50.
7. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Pers* 2007; 41: 139-54.
8. Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence Vict* 2002; 17: 639-53.
9. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* 2007; 41: 908-16.
10. Anzhdani E, Ghorbani N, Farahani H, Hatami J. [Moderating role of self-compassion, self-cohesion, self-esteem and awareness of the negative emotions associated with the experience of unpleasant events]. MA. *Dissertation. Tehran University, Faculty of psychology and educational sciences*, 2010: 60-150. (Persian)
11. Sadock BJ, Sadock VA. [Synopsis of psychiatry]. Rafiee H, Sobhanian Kh. (translators). Tehran: Arjmand; 2003: 1, 28-9. (Persian)
12. Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, Susan Nolen-Hoeksema. [Hilgard psychology]. Rafiee H, Samiei M, Arjmand M. (translators). 3rd ed. Tehran: Arjmand; 2001: 126-7. (Persian)

13. Baird C. Development of risk assessment indices for the Alaska Department of Health and Social Services. In: Tataara T. (editor). Validation research in CPS risk assessment: Three recent studies. Occasional Monograph Series No.2. Washington DC. American Public Welfare Association; 1988: 84-142.
14. Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self Identity* 2007; 4: 263-87.
15. Vettese LC, Dyer CE, Wing LL, Christine W. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *Int J Ment Health Addiction* 2011; 9(5): 480-91.
16. Ghorbani N, Watson PJ, Zhuo C, Norballa F. Self-compassion in Iranian muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *Int J Psychol Relig* 2012; 22: 106-18.
17. Brody GH, Forehand R. Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *J Consult Clin Psychol* 2007; 54: 237-40.
18. Zuravin SJ. Child abuse, child neglect and maternal depression; Is there a connection? In: National Centre on Child Abuse and Neglect (ed) Child neglect monograph. Proceedings form a symposium. Washington, DC: Clearinghouse on Child Abuse and Neglect; 1988: 40-55.
19. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21: 245-70.
20. Coohy C. The role of friends, in-laws, and other kin in father- perpetrated child physical abuse. *Child Welfare* 2000; 79(4): 373-402.
21. Harter SL, Taylor TL. Parental alcoholism, child abuse, and adult adjustment. *J Subst Abuse* 2000; 11: 31-44.
22. Abbaszadeh M, Saadati M, Kasbogar H. [Domestic violence against psychological (sociological study of married women in the city of Tabriz)]. *Social security studies* 2010; 24: 61-90. (Persian)
23. Mikaeli L, Zamanloo Kh. [Prevalence study of child abuse and projected through depression and anxiety, parental attachment styles and mental health of adolescents]. *Journal of psychology of exceptional individuals* 2012; 2(5): 146-66. (Persian)
24. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hseih Y. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol* 2008; 39: 267-85.
25. Mirkheshti H. [Examine the relationship between marital satisfaction and mental health]. MS. Dissertation. Rudhen: University of Rudhen, Faculty of psychology; 1996: 120-1. (Persian)
26. Hooman A. [Standardization of GHQ]. Tehran: Tehran University; 1998: 27. (Persian)
27. Tanakaa M, Wekerleb C, Schmuckc ML, Paglia-Boakd A. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 887-98.
28. Neff KD, McGeehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity* 2010; 9: 225-240.
29. Bahrami Ehsan H. Tahbaz Hosseinzadeh S. [Compare abuse, mental health and religious orientation in normal and runaways in Tehran]. *Journal of psychology and educational sciences* 2006; 1: 143-57. (Persian)
30. Abedi A, Lali M. [The relationship between parental history of abuse in childhood and depression in adulthood outpatient counseling center in Isfahan]. *Psychological studies* 2006; 4(4): 38-51. (Persian)
31. Springer K, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 517-30.
32. Mancini C, Van Ameringen M, McMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(5): 309-14.
33. Martsolf DS. Childhood maltreatment and mental and physical health in Haitian adults. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(4): 293-9.