

---

## مقایسه بهداشت روانی دانشجویان دارای تجربه خشونت خانوادگی و بدون تجربه خشونت خانوادگی در دوران کودکی<sup>۱</sup>

---

دکتر سید سعید پورنقاش تهرانی\*

مهرنوش حمزه لوثیان\*\*

زهرا فیض آبادی\*\*\*

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات تجربه خشونت در دوران کودکی، بر سلامت روان در دوران بزرگسالی انجام شد. در این مطالعه که در میان ۱۰۱ نفر از دانشجویان کارشناسی و پزشکی دانشگاه تهران، شامل ۴۰ دختر و ۶۱ پسر انجام شد، سلامت روان آزمودنی‌ها به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) و تجربه خشونت با استفاده از پرسشنامه خشونت خانوادگی سنجیده شد. سپس داده‌های پژوهش از طریق روش مقایسه میانگین‌ها، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA)، با استفاده از نرم افزار SPSS، تجزیه و تحلیل شد. تجربه خشونت در دوران کودکی میزان اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی آزمودنی‌ها را افزایش و سلامت روان آزمودنی‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین بین نوع خشونت تجربه شده، به لحاظ روانی یا جسمانی بودن، با میزان اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود داشت. همچنین بین تجربه خشونت و نوع آن با نشانه‌های جسمانی رابطه‌ای مشاهده نشد. به جز نتایج به دست آمده درباره نشانه‌های جسمانی سایر یافته‌های پژوهش با یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده در سایر فرهنگ‌ها همخوانی داشت.

### کلید واژه‌ها:

تجربه خشونت، بهداشت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت روانی، دوران کودکی

---

۱. این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

\* نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

spournaghash@yahoo.com

\*\* کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

\*\*\* کارشناس ارشد - مؤسسه روانشناسی دانشگاه تهران

## مقدمه

خشونت خانوادگی به طور گسترده در معنای کنترل اقتصادی، سوء رفتارهای فیزیکی، جنسی، کلامی، عاطفی و روانشناختی تعریف شده است که به وسیله یک فرد بزرگسال در خانواده علیه عضو دیگر از خانواده به منظور غلبه و کنترل بر او به کار می‌رود (وین باوم<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). در تعریفی دیگر، خشونت خانوادگی عبارت است از اعمال فشار و زورگویی یک عضو خانواده که به طور جدی زندگی، سلامت جسمی، انسجام روانشناختی یا آزادی عضودیگر را در خطر قرار می‌دهد (ایونس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

همان‌طور که در تعاریف بالا مشاهده می‌شود، محققان رفتارهای سرکوب‌گرانه را به سه دسته کلی مختلف تقسیم کرده‌اند: فیزیکی، جنسی و روانی، به اضافه اعمال کنترل اقتصادی. نمونه‌هایی از خشونت فیزیکی عبارت است از: از کتک زدن، مجروح کردن، ضرب و شتم، تجاوز و غیره. درباره خشونت‌های روانی شکر و گنلی موارد زیر را در تعریف خود گنجانده‌اند:

- تهدید به خشونت و آسیب رساندن فیزیکی
- حمله کردن و آسیب رساندن به چیزهایی که قربانی به آنها علاقه دارد (مانند فرزندان و وسایل شخصی)
- بدرفتاری عاطفی (حملات کلامی مکرر برای خردکردن شخص و ایجاد احساس حقارت در او)
- مزوی کردن فرد (مانع شدن از برقراری ارتباط با سیستم حمایتی مانند خانواده، دوستان و غیره) (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴)

آنچه وقایع مرتبط با خشونت خانوادگی را ناگوارتر می‌کند حضور کودکان در هنگام رخداد آن است. تحقیقات در کشورهای دیگر تخمین زده‌اند که هر ساله بین ۳ الی ۱۸ میلیون کودک حداقل یک بار در معرض خشونت میان والدین خود بوده‌اند (هلدن و ریچی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ اشتراوس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲) مطالعات انجام شده با استفاده از شیوه "گزارش خاطرات گذشته"<sup>۵</sup> در

---

1. Weinbaum  
 2. Evans  
 3. Holden & Ritchie  
 4. Straus  
 5. retrospective report

بزرگسالی نشان داده که ۲۰-۴۰ درصد از بزرگسالان در دوران کودکی شاهد خشونت در خانواده‌های خود بوده‌اند (می‌کر<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

اکثر محققان دربارهٔ تعریف کودکان<sup>۲</sup> در معرض خشونت خانوادگی<sup>۳</sup> تقریباً اتفاق نظر دارند که زمانی می‌توان این اصطلاح را به کار برد که کودک در خانه خشونت میان والدین را دیده، شنیده یا مستقیماً در معرض آن قرار گرفته یا اینکه پیامدهای ناخوشایند ناشی از خشونت‌های فیزیکی و جنسی اعمال شده علیه مراقب خود را تجربه کرده باشد (ادلسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). امروزه می‌دانیم که اثرات خشونت فقط به قربانیان آن محدود نشده، بلکه شاهدان آن را نیز در بر می‌گیرد. کودکان شاهد خشونت، قربانیان خاموش یا نامرئی خشونت هستند. والدین اغلب تصور می‌کنند که کودکان آنها به آن میزان از رشد عقلی نرسیده‌اند که آن‌چه را می‌بینند به ذهن بسپارند. در صورتی که برخی مطالعات نشان می‌دهد که کودکان حتی در یک سالگی به شکل غیر کلامی اثرات مواجهه با خشونت میان والدین خود را به صورت آشفتگی‌های خواب، آشفتگی‌های خلقی و مشکلاتی در تعامل با همسالان (لیزر<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۵) و نشانه‌های پس از سانحه<sup>۶</sup> (بگت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) نشان می‌دهند.

بدرفتاری با کودکان با شماری از نشانه‌های جسمانی در دوران بزرگسالی مرتبط است (شاو و کراوس، ۲۰۰۲؛ گودوین و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک کاولی<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ واکر<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین ارتباط بدرفتاری‌های دوران کودکی با برخی تشخیص‌های روان‌پزشکی نظیر افسردگی (وایز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)، اختلالات اضطرابی (مک میلان<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) و اختلال استرس پس از سانحه (لوندوفسکی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویدم<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۹) مشخص شده است.

- 
1. Maker
  2. Edleson
  3. Lazer
  4. Trauma symptoms
  5. Bogat
  6. McCauley
  7. Walker
  8. Wise
  9. McMilan
  10. Levendosky
  11. Widom

اسپرینگر<sup>۱</sup> و همکاران، (۲۰۰۷)، نشان داده‌اند که سوء رفتار فیزیکی در دوران کودکی به افزایش افسردگی، اضطراب، خشم، نشانه‌های بدنی و تشخیص‌های پزشکی می‌انجامد. این بررسی نشان داد که زنان و مردان میان سالی که در کودکی در معرض سوء رفتار فیزیکی بودند به لحاظ سلامت روانی و فیزیکی در مقایسه با گروه گواه، وضعیت بدتری داشتند.

سیلورن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۵)، نیز در مطالعه‌ای در میان تعدادی از دانشجویان به این نتیجه رسیدند که مشاهده خشونت در دوران کودکی با مشکلاتی نظیر افسردگی، نشانه‌های پس از سانحه و عزت نفس پایین در زنان بزرگسال و نشانه‌های مرتبط با سانحه در مردان بزرگسال رابطه دارد. در بررسی دیگری هنینگ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۶)، دریافتند که زنان بزرگسالی که در دوران کودکی شاهد خشونت خانوادگی بوده‌اند، در مقایسه با گروه گواه پریشانی<sup>۴</sup> بیشتر و سازگاری اجتماعی کمتری از خود نشان داده‌اند.

هیوز<sup>۵</sup> و همکاران، (۱۹۸۹)، دریافتند که کودکانی که هم شاهد خشونت و هم قربانی آن بوده‌اند، بیشترین مشکلات رفتاری را داشتند و کودکانی که صرفاً شاهد خشونت بوده‌اند با سطح متوسطی از مشکلات دست به گریبان بودند؛ و همان طور که انتظار می‌رود کمترین میزان مشکلات در آن دسته از کودکانی دیده می‌شود که هیچ یک از این دو مسئله را تجربه نکرده‌اند. در همین راستا مک کلاسی<sup>۶</sup> و همکاران، (۱۹۹۵)، نیز نشان دادند که شاهد خشونت والدین بودن به همراه قربانی سوء رفتار بودن در مقایسه با صرفاً شاهد خشونت خانوادگی بزرگسالان بودن، اثرات منفی تری بر جای می‌گذارد. اثرات زیان‌بار مشاهده خشونت خانوادگی تنها به خود فرد محدود نمی‌شود. چنین کودکانی در آینده نیز بیشتر احتمال دارد که با همسران خود با خشونت رفتار کنند. (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴).

به رغم این که تحقیقات انجام شده رابطه بین اشکال چندگانه بدر رفتاری در دوران کودکی و سلامت دوران بزرگسالی را نشان داده‌اند (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۰۳)، اما اغلب تحقیقات موجود در این زمینه درباره بهره‌کشی جنسی در دوران کودکی، خصوصاً در میان نمونه‌های

- 
1. Springer
  2. Silvern
  3. Henning
  4. distress
  5. Hughes
  6. Mc Closky

بالینی زنان تمرکز کرده‌اند. این در حالی است که چه در میان دختران و چه در میان پسران سوءرفتار فیزیکی در دوران کودکی شایع‌تر از بهره‌کشی جنسی است (وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). ضمن این که تحقیقات انجام شده اغلب به بعد فیزیکی خشونت توجه کرده و خشونت روانی را نادیده گرفته‌اند. لذا در این مقاله اثرات قربانی یا شاهد خشونت فیزیکی یا روانی بودن در کودکی بر سلامت عمومی دوران بزرگسالی، بررسی شده است.

### فرضیه‌های تحقیق

- ۱- افرادی که در دوران کودکی خشونت بیشتری را تجربه کرده‌اند با افرادی که کمتر در معرض چنین خشونت‌هایی بوده‌اند، به لحاظ مؤلفه‌های سلامت روان تفاوت دارند.
- ۲- میانگین‌های نمره‌های دانشجویان در مقیاس‌های سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) بر اساس نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی (فیزیکی، روانی یا هر دو) با یکدیگر تفاوت دارد.
- ۳- میانگین نمره‌های دانشجویان در نمره کلی سلامت روان بر اساس نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی (فیزیکی، روانی، هر دو و هیچکدام) با یکدیگر تفاوت دارند.

### روش:

#### جامعه و نمونه تحقیق:

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش تمامی دانشجویان دوره کارشناسی و دانشجویان رشته‌های پزشکی در دانشگاه‌های تهران را شامل بوده است. از میان این افراد ۱۰۱ نفر از دانشجویان، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند یعنی نمونه‌گیری از طریق انتخاب تصادفی چندین دانشکده در دانشگاه تهران انجام شده است. سپس از هر دانشکده تعدادی از دانشجویان بر اساس شماره گذاری و انتخاب شماره‌ها برای تحقیق برگزیده شدند (دانشکده‌های انتخاب شده عبارت بودند از روانشناسی و علوم تربیتی،

---

1. US Department of Health and Human Services

علوم اجتماعی و پزشکی). متوسط سن گروه نمونه ۲۳ سال بود و افراد گروه نمونه از لحاظ سنی در دامنه‌ای از ۱۸ تا ۳۵ سال قرار داشتند. ۴۰ نفر از افراد گروه نمونه را دختران و ۶۱ نفر را نیز پسران تشکیل می‌دادند.

#### ابزار سنجش :

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی که گلدبرگ (۱۹۷۲) آن را ساخته بود، بر روش خود گزارش دهی مبتنی است و در مجموعه‌های بالینی برای ردیابی کسانی استفاده می‌شود که یک اختلال روانی دارند. فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه که در این پژوهش از آن استفاده شده، این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد و از چهار زیر مقیاس تشکیل شده است: ۱- نشانه‌های بدنی، ۲- اضطراب، ۳- اختلال در عملکرد اجتماعی و ۴- افسردگی وخیم. هر کدام از این زیر مقیاس‌ها ۷ سؤال دارد. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره گذاری این پرسشنامه، استفاده از روش ساده لیکرت با نمره‌های ۱، ۲، ۳ برای گزینه‌های هر سؤال است.

در خصوص بررسی روایی همگرایی این پرسشنامه، شواهد نشان می‌دهد که آزمون مورد نظر با سایر آزمون‌هایی همگراست، که سازه مشابه را می‌سنجند. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۲)، به نقل از هومن (۱۳۷۷)، همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه سلامت عمومی و نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانه‌ها<sup>۱</sup> (SCL-90-R) را در میان ۲۴۴ آزمودنی، ۷۸٪ گزارش کرده‌اند.

هومن (۱۳۷۷) در هنجاریابی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، مقدار ضریب آلفای کرونباخ را که نشان دهنده همسانی درونی مجموعه‌های تستی است، برای مؤلفه علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷، نارسایی در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹، علائم افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است برابر ۰/۸۵ گزارش کرده است.

گلدبرگ (۱۹۷۲) همسانی درون آزمون GHQ را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۴ گزارش کرده است. در پژوهش چن<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) که طی آن شکل ۲۸ سؤالی پرسشنامه در میان

1 The Symptom Checklist-90-Revised

2. Chen

۱۸۰۳ نفر دانش‌آموز دبیرستانی، در هنگ کنگ اجرا شد، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نشانه‌های بدنی ۰/۶۷، برای زیرمقیاس اضطراب ۰/۷۱، برای نارسایی در عملکرد اجتماعی، ۰/۵۹ و برای افسردگی برابر ۰/۷۵ گزارش شده است (هومن، ۱۳۷۷). خسروجردی (۱۳۸۳)، در بررسی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میزان ضرایب آلفا را برای نشانه‌های بدنی ۰/۷۸، اضطراب ۰/۸۳، نارسایی در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۶ به دست آورد.

**پرسشنامه خشونت خانوادگی:** این پرسشنامه ۴۰ آیتم دارد و پورنقاش تهرانی (۱۳۸۳) آن را ساخته است. ۱۳ آیتم از این پرسشنامه خشونت‌های روانی (نمونه سؤال: در طی زمان ازدواج شما کدام یک از موارد زیر اتفاق افتاده: فحاشی، قهر قطع ارتباط جنسی، کم ارزش کردن کارهای شما، تحقیر شما در حضور دیگران)، ۲۴ آیتم آن خشونت‌های فیزیکی (نمونه سؤال: در طی دوران کودکی شما کدام یک از موارد زیر اتفاق افتاده: هل دادن، کتک زدن، فشردن گلو، کشیدن موی سر، لگد زدن) میان زوج‌ها و سه آیتم نیز قربانی یا شاهد خشونت بودن (آیا در دوران کودکی شاهد دعوی والدین بوده یا مورد خشونت واقع شده‌اید؟) در خانواده را ارزیابی می‌کند. طیف پاسخ به این پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از "زیاد" تا "اصلاً" می‌باشد. محورهای این پرسشنامه براساس مطالعات کتابخانه‌ای و جستجوی کامپیوتری مشخص شده‌اند. این پرسشنامه با "مقیاس تاکتیک‌های تعارض" در یک گروه متشکل از ۵۰ زوج اجرا شد و همبستگی بین نتایج این پرسشنامه و مقیاس فوق معادل ۰/۸۱ به دست آمد. این نکته نشان دهنده روایی همگرای پرسشنامه خشونت خانوادگی است. اعتبار این پرسشنامه نیز براساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۷ به دست آمده است (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴).

#### روش اجرا:

هر یک از آزمودنی‌ها بدون آگاهی از اهداف نهایی تحقیق دو پرسشنامه GHQ-28 و پرسشنامه خشونت خانوادگی را تکمیل کردند. سپس داده‌ها استخراج شده و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

## تحلیل داده‌ها

در این تحقیق برای بررسی تأثیر تجربه خشونت خانوادگی (قرارداشتن یا نداشتن در معرض خشونت خانوادگی) بر سلامت روان دانشجویان از روش مقایسه میانگین‌ها و برای بررسی معناداری تفاوت‌ها از روش آزمون t مستقل استفاده شده است. همچنین از روش تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) برای بررسی معناداری تفاوت نمره‌های گروه‌های مختلف دارای تجربه انواع خشونت‌ها در دوران کودکی (فیزیکی، روانی، هردو، هیچکدام) در مؤلفه‌های سلامت روان، استفاده شد.

جدول ۱: آزمون t مستقل برای مقایسه سلامت روانی در دو گروه تجربه کننده زیاد و کم خشونت در دوران کودکی

عامل‌ها	میانگین		انحراف استاندارد		t	درجه آزادی	سطح معناداری
	بلی	خیر	بلی	خیر			
نشانه‌های جسمانی	۱۲/۸۴	۱۰/۰۵	۱۴/۷۴	۱۹/۵۳	۰/۷۸	۹۶	۰/۴۳
اضطراب	۱۰/۲۲	۶/۹۴	۴/۳۷	۳/۹۶	۳/۸۹	۹۶	۰/۰۰۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۰/۸۴	۸/۰۱	۳/۸۳	۳/۰۴	۴/۰۶	۹۶	۰/۰۰۰۱
افسردگی	۱۲/۳۰	۵/۱۸	۱۴/۳۶	۵/۰۳	۳/۳۷	۹۷	۰/۰۰۱
کل	۴۶/۴۶	۳۰/۲۰	۲۹/۱۸	۲۳/۲۲	۳/۰۷	۹۶	۰/۰۰۳

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین گروهی که تجربه خشونت زیاد را در دوران کودکی داشته‌اند، در مؤلفه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و نمره کلی آزمون به صورت معناداری بالاتر از گروهی است که تجربه خشونت پایینی را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند. به این معنی که افراد با تجربه بیشتر خشونت در کودکی در مقایسه با افرادی که تجربه چنین خشونت‌هایی را نداشته یا به میزان کمتری آن را تجربه کرده‌اند، به لحاظ سلامت روانی در وضعیت نامناسب‌تری قرار دارند. جدول فوق همچنین نشان می‌دهد که کسانی که تجربه خشونت در دوران کودکی را داشته‌اند از نظر مؤلفه نشانه‌های جسمانی با گروه دیگر (نداشتن تجربه خشونت) تفاوت معنادار نداشته‌اند.



جدول ۲: اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه نشانه‌های جسمانی از مقیاس سلامت روان (GHQ)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۰۴۴/۸۷	۳	۳۴۸/۲۹	۱/۱۱	۰/۳۴
درون گروهی	۲۸۴۳۴/۸۴	۹۱	۳۱۲/۴۷		
کل	۲۹۴۷۹/۷۲	۹۴			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده ۱/۱۱ است که در سطح  $P < 0.01$  و  $P < 0.05$  معنادار نمی‌باشد. بنابراین، نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی (فیزیکی، روانی، هردو و هیچکدام) تفاوت معناداری را در نمره‌های مقیاس نشانه‌های جسمانی پرسشنامه سلامت روان (GHQ) ایجاد نکرده است.

جدول ۳: اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه اضطراب از مقیاس سلامت روان (GHQ)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	۳۲۱/۹۹	۳	۱۰۷/۳۳	۶/۲۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۵۵۳/۶۸	۹۱	۱۷/۰۷		
کل	۱۷۷۵/۶۸	۹۴			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده (۶/۲۸) به لحاظ آماری معنادار می‌باشد این به معنای آن است که بین نمره‌های اضطراب دانشجویان بر اساس نوع خشونت تجربه شده تفاوت معنادار وجود دارد.

مقایسه میانگین‌ها به صورت دو به دو با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میزان اضطراب در گروههایی که تجربه هردونوع خشونت ( $M=11/50$ ) و خشونت فیزیکی ( $M=10/10$ ) داشته‌اند به صورت معناداری بالاتر از گروههایی است که تقریباً تجربه خشونت نداشته‌اند ( $M=9/90$ ) یا تجربه خشونت از نوع روانی را داشته‌اند ( $M=9/61$ ).

جدول ۴: اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی از مقیاس سلامت روان (GHQ)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	۲۲۱/۴۹	۳	۷۳/۸۳	۶/۲۱	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۰۸۰/۶۰	۹۱	۱۱/۸۷		
کل	۱۳۰۲/۱۰	۹۴			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده (۶/۲۱) به لحاظ آماری معنادار می‌باشد؛ به این معنی که میانگین نمره‌های دانشجویان در مؤلفه "اختلال در عملکرد اجتماعی" با توجه به خشونت تجربه شده در دوران کودکی با یکدیگر متفاوت می‌باشد و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است.

مقایسه دو به دو میانگین‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میزان اختلال در عملکرد اجتماعی دانشجویانی که خشونت‌هایی از نوع روانی را تجربه کرده‌اند ( $M=11/38$ ) به صورت معناداری بالاتر از گروهی از دانشجویان بوده است که هیچ نوع خشونتی را تجربه نکرده‌اند ( $M=7/98$ ). بین میانگین گروه‌هایی که هر دو نوع خشونت را تجربه کرده‌اند ( $M=10/37$ ) یا فقط تجربه خشونت از نوع فیزیکی را داشته‌اند ( $M=11/20$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۵: اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه افسردگی از مقیاس سلامت روان (GHQ)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	۲۰۷۱/۱۶	۳	۶۹۰/۳۸	۶/۵۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۹۶۶۷/۸۲	۹۲	۱۰۵/۰۸		
کل	۱۱۷۳۸/۹۹	۹۵			

جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده برابر با ۶/۵۷ است که این مقدار به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین، دانشجویان بر اساس نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی در مؤلفه افسردگی از مقیاس سلامت روان، به صورت معناداری با یکدیگر متفاوت می‌باشند.

بررسی میانگین‌ها به صورت دو به دو با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که از میان دانشجویان میانگین نمره‌های افسردگی آن عده که تجربه خشونت فیزیکی را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند ( $M=20/30$ ) در مقایسه با گروهی از دانشجویانی که تجربه خشونت در دوران کودکی را گزارش نکرده‌اند ( $M=5/23$ ) یا آنهایی که فقط تجربه خشونت از نوع روانی را گزارش کرده‌اند ( $M=9/73$ )، به صورت معناداری بالاتر بوده است.

جدول ۶: اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر نمره کلی مقیاس سلامت روان (GHQ)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	۹۸۶۵/۰۳	۳	۳۲۸۸/۳۴	۴/۸۹	۰/۰۰۳
درون گروهی	۶۱۱۲۴/۲۶	۹۱	۶۷۱/۶۹		
کل	۷۰۹۸۹/۳۰	۹۴			

جدول ۶ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده (۴/۸۹) به لحاظ آماری معنادار است. به این معنی که دانشجویان براساس نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی از نظر وضعیت کلی سلامت روانی نیز به صورت معناداری متفاوت می‌باشند.

مقایسه میانگین‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میانگین نمره‌های کلی اختلالات روانی در دانشجویانی که تجربه خشونت فیزیکی را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند ( $M=60/62$ ) در مقایسه با سایر گروهها به صورت معناداری بالاتر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

تحقیقات نشان می‌دهد خشونت‌های خانوادگی، که در آن کودک شاهد خشونت میان والدین یا قربانی خشونت بوده است، بر سلامتی و بهزیستی او در دوران کودکی و پس از آن در دوران بزرگسالی اثرات زیادی دارد (هانسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). این تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که با افزایش میزان تجربه این خشونت‌ها در دوران کودکی، آسیب‌های شدیدتری در بزرگسالی متوجه افراد خواهد شد.

اگرچه اغلب تحقیقات پیشین که اثرات سوء رفتار فیزیکی در دوران کودکی را بر سلامت

1. Hanson

دوران بزرگسالی بررسی کرده‌اند، اثرات آن را با سوء رفتار جنسی ادغام کرده‌اند (دونگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک کاولی و همکاران، ۱۹۹۷؛ واکر و همکاران، ۱۹۹۹)، اما این تحقیقات این نکته را مشخص کردند که خشونت فیزیکی عموماً به تنهایی رخ نمی‌دهد و تجربه اشکال چندگانه خشونت خطرات بیشتری را متوجه سلامت فرد شاهد یا قربانی آن در دوران بزرگسالی می‌کند. بر این اساس توجه به شکل دیگری از خشونت یعنی خشونت روانی که می‌تواند در کنار خشونت فیزیکی رخ دهد و بررسی نحوه اثرگذاری آن بر سلامت دوران بزرگسالی اهمیت می‌یابد.

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که با افزایش تجربه خشونت در دوران کودکی میزان نمره‌های افراد در خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی و در نمره کلی مقیاس سلامت عمومی افزایش یافته و به طور کلی افراد به لحاظ سلامت عمومی در وضعیت بدتری قرار می‌گیرند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک کلاسی و همکاران، ۱۹۹۵؛ مک میلان و همکاران، ۲۰۰۱؛ وایز و همکاران، ۲۰۰۱؛ هیوز و همکاران، ۱۹۸۹) همخوانی دارد. در خصوص اثرات درازمدت تجربه خشونت خانوادگی در دوران کودکی هارکنس و وایلدز<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) در تحقیقی در یک نمونه ۷۶ نفری از زنان، مشاهده کردند که تجربه خشونت‌های روانی در دوران کودکی به صورت معناداری با اضطراب و تجربه خشونت‌های فیزیکی در دوران کودکی به طور معناداری با اختلال افسرده‌خویی<sup>۳</sup> در بزرگسالی آنها رابطه دارد.

در پژوهش حاضر رابطه‌ای بین میزان و نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی و نیز نوع آن به لحاظ فیزیکی یا روانی بودن با نشانه‌های جسمانی مشاهده نشد. این در حالی است که مطالعات پیشین به وجود رابطه بین تجربه خشونت و نشانه‌های جسمانی اشاره شده بود (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۰۷؛ شاو و کراوس، ۲۰۰۲؛ گودوین و همکاران، ۲۰۰۵؛ مک کاولی و همکاران، ۱۹۹۷؛ واکر و همکاران، ۱۹۹۹). این تناقض می‌تواند از یکسان نبودن نشانه‌های مورد بررسی و ابزارهای به کار رفته در این مطالعه و سایر مطالعات ناشی شود. ضمن این که در

---

1. Dong  
2. Harkness & Wildes  
3. dysthymia

مطالعات پیشین علاوه بر استفاده از ابزارهای متفاوت، تشخیص‌های پزشکی خاص (نظیر مشکلات قلبی یا زخم معده) نیز مد نظر بوده است.

اگرچه بین نوع خشونت تجربه شده و نشانه‌های جسمانی رابطه‌ای مشاهده نشد، اما نوع خشونت بر سایر مؤلفه‌های مورد بررسی در این مطالعه اثرگذار بوده است. به این صورت افراد دارای تجربه هر دو نوع خشونت بیش از افراد بدون تجربه خشونت دچار اضطراب بودند. افرادی که در دوران کودکی خشونت روانی را تجربه کرده بودند بیش از افرادی که هیچ نوع خشونت را تجربه نکرده بودند در زمینه عملکرد اجتماعی دچار مشکل بودند. همچنین نمره افسردگی بالاتر و وضعیت سلامت عمومی نامطلوب‌تر در افرادی بیشتر بود که تجربه خشونت فیزیکی در کودکی داشتند.

تجربه خشونت در دوران کودکی خصوصاً اگر به شکل قربانی خشونت قرار گرفتن باشد می‌تواند از طریق لطمه زدن به عزت نفس و ایجاد احساساتی نظیر خشم، خصومت، بی‌اعتمادی، احساس کمتری و درماندگی، زمینه ساز ایجاد اضطراب و افسردگی در آینده شود. همچنین کودکی که خشونت را تجربه می‌کند الگوهای نامناسب و ناکارآمدی از تعاملات اجتماعی را فرا می‌گیرد که در آینده او را در زمینه روابط میان فردی دچار مشکل می‌کند و این امر به نوبه خود زمینه ساز ایجاد اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی می‌شود.

پژوهش حاضر پاره‌ای محدودیت نیز داشت از جمله این که هر کودکی خشونت خانگی را به شکلی منحصر به فرد و متمایز از دیگران تجربه می‌کند. این تجربه به عوامل گوناگونی نظیر سن، جنس، نوع رابطه کودک با افراد خانواده و حتی نوع روابط والدین با یکدیگر نیز بستگی دارد؛ لذا در نظر گرفتن چنین عواملی می‌تواند به غنای بیشتر تحقیقات آینده کمک کند.

سوگیری همخوانی خلق<sup>۱</sup> می‌تواند همچون تحقیقات گذشته یکی از محدودیت‌های بالقوه پژوهش حاضر نیز باشد. به این صورت که حالات خلقی افراد حاضر در مطالعه می‌تواند بر بازیابی خاطرات مرتبط با گذشته افراد اثرگذار بوده باشد. برای مثال ممکن است در صورتی که افراد به هنگام پاسخ گویی به پرسش‌ها، افسرده بوده یا خلق منفی داشته باشند و درباره خاطرات بد دوران کودکی خود اغراق کنند (بروین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳). محدودیت دیگر این

---

1. Mood congruency bias

2. Brewin

مطالعه بررسی نکردن سومین شکل از خشونت یعنی سوءرفتار جنسی در کنار دو نوع دیگر است. البته، به نظر می‌رسد که با توجه به فرهنگ خاص ایرانی و تابو بودن مسائلی از این دست در آن، در صورت وجود چنین تجربه‌ای بازگویی آن برای افراد بسیار مشکل باشد. از آنجایی که تجربه خشونت کاملاً مستقیم و خودکار اثرات خود را اعمال نمی‌کند در تحقیقات آینده ضرورت دارد مکانیسم‌هایی بررسی شود که تجربه خشونت در کودکی را با وضعیت سلامت فرد در بزرگسالی مرتبط می‌کند.

## منابع

- پورنقاش تهرانی، سید سعید، (۱۳۸۴). بررسی خشونت خانوادگی در خانواده‌های تهرانی، دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور رفتار، دوره جدید، شماره ۱۳- صفحات ۲۳ تا ۳۶.
- خسروجردی، راضیه، (۱۳۸۳). بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه سبزوار، تهران، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- هومن، حیدر علی (۱۳۷۷). روش‌های آماری در پژوهش‌های چند متغیری، تهران، سمت.
- Bogat, G. A, DeJonghe, E, Levendosky, A. A, Davidson, W. S & von Eye, A, (2006).** Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence, *Child Abuse & Neglect*, 30, 109-125.
- Brewin, C. R, Andrews, B & Gotlib I. H, (1993).** Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports, *Psychological Bulletin*, 113, 82-89.
- Chen, M, (1995),** *Asian Management Systems: Chinese, Japanese, and Korean Styles of Business*, Routledge, London.
- Dong, M, Dube, S. R, Felitti, V. J, Giles, W. H & Anda, R. F, (2003).** Adverse childhood experiences and self-reported liver disease, *Archive of Internal Medicine*, 163, 1949-1956.
- Edelson, J.L, (1999).** children's witnessing of adulat domestic violence, *Journal of interpersonal violence*, 14 , 8, 839-870.
- Evans, I, (2007).** *Battle-scars: Long-term effects of prior domestic violence*, Centre for Women's Studies and Gender Research Monash University
- Goldberg, D. P, (1972).** *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Maudsley Monograph No. 21, London: Oxford University Press.
- Goodwin, R. D, Hoven, C. W, Murison. R & Hotopf, M, (2005).** Association between childhood physical abuse and gastroin-testinal disorders and migraine in adulthood, *American Journal of Public Health*, 93, 1065-1067.
- Henning, K, Leitenberg, H, Coffey, P, Turner, T & Bennett, R.T, (1996).** Long-term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents, *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (1), 35-51.
- Holden, G. W & Ritchie, K. L, (1991).** Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women, *Child Development*, 62, 311-327.
- Hanson, R.F, Self- Broen, S, Fricker- Elhai, A, Kilpatrick, D.G, Saunders, B.E & Resnick, H, (2006).** Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: The national survey of adolescents, *Addictive Behavior*, 31,1988- 2001.

- Harkness, K. L & Wildes, J. E, (2002).** Childhood adversity and anxiety versus dysthymia co- morbidity in major depression, *Psychological Medicine*, 32(7), 1239–1249.
- Hughes, H. M, Parkinson, D & Vargo, M, (1989).** Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy?", *Journal of Family Violence*, 4, 197-209.
- Layzer, J. I, Goodson, B. D & deLange, C, (1985).** Children in shelters, *Response* , 9 , 2–5.
- Levendosky, A. A, Huth-Bocks, A. C, Semel, M. A & Shapiro, D. L, (2002).** Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence, *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 150–164.
- Maker, A. H, Kimmelmeier, M & Peterson, C, (1998).** Long-term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood, *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 574–589.
- McCauley, J. Kern, D. E, Kolodner, K, Dill, L, Schroeder. A. F, DeChant, H. K, Ryden, J, Derogatis, L. R & Bass, E. B, (1997).** Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds, *JAMA*, 277 (17), 1362–1368.
- McCloskey, L. A, Figueredo, A. J & Koss, M. P, (1995).** The effects of systemic family violence on children's mental health, *Child Development*, 66, 1239–1261.
- MacMillan, H, (2001).** The relationship between child abuse and psychiatric disorders: importance of gender, *Plenary lecture presented at the 1st World Congress on Women's Mental Health*, March 27-31, Berlin, Germany
- Shaw, B. A & Krause, N, (2002).** Exposure to physical violence during childhood, aging, and health, *Journal of Aging and Health*, 14, 467-494.
- Silvern, L, Karyl, J, Waede, L. Hodges, W. F, Starek, J, Heidt, E & Min, K, (1995).** Retrospective reports of parental partner abuse: Relationships to depression, trauma symptoms, and self-esteem among college students, *Journal of Family Violence*, 10 (2), 177-202.
- Springer, K. W, Sheridan, J, Kuo, D & Carnes, M, (2007).** Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women, *Child Abuse & Neglect*, 31, 517-530.
- Springer, K. W, Sheridan, J, Kuo, D & Carnes, M, (2003).** The Long-Term Health Outcomes of Childhood Abuse: An Overview and a Call to Action, *Journal of General Internal Medicine*, 18 (18), 864-870.
- Straus, M. A, (1992).** Children as witnesses to marital violence: A risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women. In D. F. Schwarz (Ed.), *Children and violence: Report of the Twenty-Third Roundtable on Critical Approaches to Common Pediatric Problems* (pp. 98–109).



- Walker, E. A, Gelfand, A. N, Katon, W. J, Koss, M. P, Von Korff, M & Bernstein, D. E, (1999).** Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect, *American Journal of Medicine*, 107, 332-339.
- Widom, C. S, (1999).** Post traumatic stress disorder in abused and neglected children grown up, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.
- Weinbaum, Z, Stratton, T.L, Gilberto Chavez, G, Motylewski-Link, C, Barrera, N & Courtney, J.G, (2001).** Female victims of intimate partner physical domestic violence (IPP-DV), California 1998, *American Journal of preventive Medicine*, 21(4): 313-319.
- Wise, L. A, Zierler, S, Krieger, N & Harlow, B. L, (2001).** Depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study, *Lancet*, 385 (9285), 881-7.
- U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, (2006).** *Child maltreatment 2004*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved April 2006 from <<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm04/index.htm>>.

