

مجله علوم تربیتی و روانشناسی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۸۶  
دوره سوم، سال چهاردهم، شماره‌های ۱ و ۲  
صص: ۱۹۴-۱۶۷

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱۰/۱۰  
تاریخ بررسی مقاله: ۸۶/۱۰/۴  
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۳/۲۸

## بررسی شیوع کودک آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت شناختی در دانش‌آموزان دختر آزار دیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز

دکتر منیجه شهنی ییلاق \*

نیلوفر میکائیلی \*\*

دکتر حسین شکرکن \*\*\*

دکتر جمال حقیقی \*\*\*\*

### چکیده

در پژوهش حاضر میزان شیوع کودک آزاری در دخترهای دوره راهنمایی شهر اهواز بررسی شده است. همچنین، سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت شناختی خانواده به عنوان پیش‌بین‌های کودک آزاری در دانش‌آموزان دختر آزار دیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز بررسی شده است. فرضیه کلی تحقیق عبارت بود از: ترکیب خطی سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دخترهای دوره راهنمایی و ویژگی‌های جمعیت شناختی خانواده کودک آزاری را پیش‌بینی می‌کند. در این پژوهش سه نوع نمونه، ۳۵۰ نفر در مرحله اعتباریابی، ۲۰۰۰ نفر در مرحله شیوع و ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر آزار دیده و ۲۰۰ نفر عادی)، در مرحله آزمون فرضیه‌ها، شرکت داشتند، که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و

---

\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران

\*\* دانشجوی دوره دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران

\*\*\* استاد بازنشسته، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران

\*\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران

چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه‌های ضربه کودکی (CTQ)، سلامت عمومی (GHQ)، سازگاری دانش‌آموز (SAI)، عزت نفس کوپر اسمیت و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی محقق ساخته می‌باشند. از معدل نیز به عنوان ملاک عملکرد تحصیلی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آماری توصیفی، روش تحلیل ممیز نیز به کار رفت. بر اساس نتایج حاصل، حدود ۱۸ درصد آزمودنی‌ها در معرض کودک آزاری بالاتر از متوسط قرار گرفته‌اند. همچنین، کودک آزاری را می‌توان از روی متغیرهای سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت شناختی پیش‌بینی نمود.

**کلیدواژگان.** کودک آزاری، شیوع، سلامت عمومی، سازگاری، عزت نفس، عملکرد تحصیلی

## مقدمه

(اعزازی، ۱۳۸۰). در حقیقت، بیشتر خشونت‌ها در خانواده‌ها روی می‌دهند. به عنوان مثال، آمریکائیان چنان در معرض خشونت‌های اعضای خانواده خود قرار دارند که خانواده را پس از پلیس و ارتش خشن‌ترین نهاد اجتماعی نامیده‌اند (گلس و استراوس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸) و برخی مدعی‌اند که خشونت خانوادگی مهم‌ترین مسئله اجتماعی است که امروزه آمریکائیان با آن دست به‌گریبانند (فاستر، فورسیت و هربرت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴).

یک باور تقریباً همگانی وجود دارد که تنبیه بدنی را شیوه‌ای مناسب برای تربیت بچه‌ها می‌دانند. تقریباً نصف والدین آمریکایی برای اصلاح بد رفتاری بچه‌های خود به تنبیه بدنی متوسل می‌شوند. (صدیق

خانواده اساسی‌ترین نهاد جامعه‌پذیر کردن کودکان به ویژه در سال‌های حساس اولیه زندگی است. خانواده تحت شرایط صحیح کودکان را آماده می‌سازد تا توانایی‌های بالقوه خود را شناسایی کنند و به عنوان افراد بالغ نقش‌های سودمندی را در جامعه بر عهده گیرند (ستوده، ۱۳۸۰). تا حدود دو دهه قبل گمان می‌رفت که خانواده به سبب وجود روابط صمیمی و محبت‌آمیز، بهترین مکان برای زندگی بزرگسالان و رشد و شکوفایی عاطفی و جسمانی کودکان و نوجوانان است. اما با کمال تعجب، نتایج تحقیقات مشخص نموده است که نه تنها خانواده‌های "مسئله‌دار" بلکه خانواده‌هایی که به ظاهر معمولی یا مطلوب هستند هم ممکن است نسبت به کودکان خود بد رفتار باشند

1- Gelles, & Straus

2- Foster, Forsyth, & Herbert

بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی ...

سروستانی، ۱۳۸۵). بر طبق آمار موجود، سالانه حدود سه میلیون کودک (چهار درصد تمام کودکان زیر ۱۷ سال) به شدت مورد ضرب و جرح قرار می‌گیرند (لوین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). طبق گزارش اداره خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا<sup>۲</sup> (USDHHS) در سال ۲۰۰۰ از هر ۱۰۰۰ کودک آمریکایی ۳۰ نفر مورد غفلت و ۱۸ نفر مورد آزار جسمی، جنسی و روانی قرار گرفته‌اند.

عوامل عمده خشونت خانوادگی را فشار روانی، فقر، ارزش‌های پدرسالارانه، بیماری روانی و اختلال شخصیتی ذکر کرده‌اند (وندنبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). انزوا، بیکاری، مشکلات خانوادگی، بی‌سوادی و فقدان مهارت‌های سرپرستی نیز از جمله علل کودک‌آزاری<sup>۴</sup> مطرح شده‌اند (تیو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). اگرچه هیچ کدام از دو فرد آزارگر دقیقاً مانند هم نیستند اما، عوامل مشترکی جهت شناسایی آزارگران مستعد وجود دارد. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که احتمال کودک‌آزاری در والدین با سابقه افسردگی، اضطراب، مشکلات سلامت روانی و عمومی بیشتر است (از

جمله: میلر و پرین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷؛ کوهی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶؛ پیتمن و باکلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، به نظر می‌رسد برخی از ویژگی‌های کودکان نیز می‌توانند در مورد آزار واقع شدن آنها نقش داشته باشند. البته بسیاری از این ویژگی‌ها خود جزو پیامدهای آزار محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، بین ویژگی‌های کودک و مورد آزار واقع شدن یک رابطه متقابل وجود دارد.

تحقیقات (برای مثال، بایرد<sup>۹</sup>، ۱۹۸۸) نشان می‌دهند بین کودک‌آزاری و مشکلات سلامت روان در والدین رابطه وجود دارد. بایرد (۱۹۸۸) نشان داد که پدرهای با سابقه مشکلات روانی، همچون افسردگی و اضطراب، کودک‌آزاری بیشتری را مرتکب می‌شوند. این پدرها برای حل مشکلات درون خانواده غالباً از زور و قدرت بدنی استفاده می‌کردند. ادلسون<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۹) دریافت که بین ویژگی‌های مادر و کودک‌آزاری رابطه وجود دارد. مادرهای کودک‌آزار اغلب دارای مشکلات سلامت روان، به ویژه، افسردگی و اضطراب بوده، مهارت‌های

6- Perrin  
7- Coohy  
8- Pittman, & Buckley  
9- Baird  
10- Edleson

1- Lewin  
2- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS)  
3- Vandenburg  
4- child abuse  
5- Thio

والدینی ضعیفی دارند. کوهی (۲۰۰۶) به منظور تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های خشونت مجدد پدرها نسبت به فرزندان، ۱۳۷ خانواده با سابقه کودک‌آزاری را مورد بررسی قرار داد. تحلیل‌ها بیانگر این بودند که عدم مسئولیت‌پذیری پدر، شخصیت منفعل مادر، افسردگی و اضطراب پدر و مادر، از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده احتمال کودک‌آزاری مجدد در خانواده می‌باشند. محمدخانی (۱۳۷۸) در پژوهشی بر روی ۱۴۴۳ دانش‌آموز پسر سال دوم راهنمایی شهر تهران سلامت عمومی والدین کودک‌آزار و غیر کودک‌آزار را بررسی کرد. نتایج پژوهش نشان داد که والدین دانش‌آموزان آزار دیده در مقایسه با والدین دانش‌آموزان آزار ندیده، به طور کلی از سلامت عمومی کمتری برخوردار بودند.

پژوهش‌های بسیاری (از جمله: هیلدیارد و ولف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲) به بررسی ویژگی‌های خاص کودکان آزار دیده پرداخته‌اند. در یک مطالعه معلوم شد که کودکان مورد غفلت قرار گرفته کمتر در تعاملات اجتماعی با سایر کودکان شرکت می‌کنند، سازگاری اجتماعی و تحصیلی این کودکان ضعیف

بوده و به طور مداوم از تعاملات دوری می‌کنند. همچنین، پولاک و سیکچتی، هورنانگ و رید<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) در تحقیقی بر روی کودکان مورد غفلت قرار گرفته متوجه شدند کودکانی که از لحاظ جسمی و روانی مورد غفلت واقع شده‌اند، نسبت به همسن و سالان خود، مشکلات قابل توجهی در سازگاری شخصی و هیجانی، رشد شخصیت و تعدیل و تنظیم هیجانات خود دارند. به علاوه، ایرلند، اسمیت و تورنبری<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) در مطالعه گروهی از نوجوانان دریافتند که آزارهای دوران کودکی با رفتارهای ناسازگارانه و ضد اجتماعی و عدم سازش با همسالان در نوجوانی رابطه دارد. سرزنش خود، احساس گناه به خاطر حادثه رخ داده و مشکل در تنظیم هیجانات از دیگر مشکلات کودکان آزار دیده است. کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند عزت نفس و اعتماد به نفس پائینی دارند و خود را کمتر از دیگران می‌دانند (مارگولین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). شاورز، زیگلر-هیل و لیمک<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) تعداد ۱۴۵۷ دانشجو را مورد بررسی قرار دادند. این محققین دریافتند

2- Pollack, Cicchetti, Hornung, & Reed

3- Ireland, Smith, & Thornberry

4- Margolin

5- Showers, Zeigler-Hill, & Limke

1- Hildyard, & Wolfe

دانشجویانی که در دوران کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند نسبت به گروه عادی خود پنداره منفی، تصویر ذهنی منفی و عزت نفس پایین‌تری داشتند.

به علاوه، در مطالعه اریکسون، اگلند، و پیانانا<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) معلوم شد عملکرد کودکان مورد غفلت واقع شده جسمی بر روی

تست‌های استاندارد، عملکرد هوشی و پیشرفت تحصیلی بسیار پایین بود. به طور

مشابهی، وداراسکی، کورتز، گادین و هاورینگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) دریافتند که هم آزار و هم

غفلت جسمی در کودکان به عملکرد ضعیف تحصیلی منجر می‌شود. مطالعه خمیس<sup>۳</sup>

(۲۰۰۰) نیز بر روی خانواده‌های ۱۰۰۰ دانش‌آموز ۱۲ تا ۱۶ ساله فلسطینی مشخص

ساخت بدرفتاری روانی با عملکرد تحصیلی ضعیف رابطه دارد. مارکس و مک‌دونالد<sup>۴</sup>

(۱۹۸۹) در بررسی خانواده‌هایی که کودکان آنان مورد آزار فیزیکی قرار گرفته بودند،

متوجه شدند هر اندازه فرزندان کوچکتر و پدرها جوان‌تر باشند، احتمال آزار کودکان

بیشتر است. گاترمن و لی<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) در تحقیق

خود دریافتند که بیکاری پدر و وضعیت سخت اقتصادی احتمال وقوع کودک‌آزاری را افزایش می‌دهند. در مطالعه کوهی (۲۰۰۶) نیز معلوم شد که سن پایین پدران، بیکاری و تحصیلات کم پدر و مادر و جمعیت زیاد خانواده با احتمال وقوع مجدد کودک‌آزاری رابطه دارد.

با توجه به اینکه اغلب پژوهش‌های انجام شده در مورد کودک‌آزاری، رابطه متغیرها را

با کودک‌آزاری بررسی کرده‌اند، در جهت پیش‌بینی کودک‌آزاری تلاش‌های اندکی

انجام گرفته است، پژوهش حاضر ابتدا میزان شیوع کودک‌آزاری در دخترهای دوره

راهنمایی شهر اهواز را بررسی می‌کند و سپس به پیش‌بینی کودک‌آزاری از روی

متغیرهای سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و

ویژگی‌های جمعیت شناختی خانواده می‌پردازد. به عبارت دیگر، پژوهش حاضر

درصد پاسخگویی به این دو پرسش کلی است: (الف) میزان شیوع کودک‌آزاری در

دخترهای دوره راهنمایی شهر اهواز چقدر است؟ و (ب) آیا ترکیب خطی متغیرهای

سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و

- 1- Erickson, Egeland, & Piantana
- 2- Wodarski, Kurtz, Gaudin, & Howring
- 3- Khamis
- 4- Marks, & McDonald
- 5- Guterman, & Lee

ویژگی‌های جمعیت شناختی خانواده، عضویت گروهی (کودکان آزار دیده و عادی) را پیش‌بینی می‌کند؟

### روش پژوهش

در پژوهش حاضر از دو روش پژوهشی استفاده شده است. در مرحله شیوع یک مطالعه زمینه‌یابی به منظور بررسی وضعیت کودک آزاری در بین دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی شهر اهواز مورد استفاده قرار گرفته است. در مرحله دوم روش همبستگی، از نوع تحلیل ممیز<sup>۱</sup>، به کار رفته است.

### جامعه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر اهواز است که در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در مدارس مختلف این شهر مشغول به تحصیل بوده‌اند. در پژوهش حاضر از سه نمونه استفاده شده است: (۱) تعیین روایی و پایایی ابزارها (۳۵۰ نفر)، (۲) مرحله شیوع شناسی (۲۰۰۰ نفر) و (۳) مرحله آزمون فرضیه‌ها (۴۰۰ نفر). به منظور انتخاب آزمودنی‌ها برای تعیین اعتبار و پایایی ابزارها،

از بین مدارس که به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده بودند، ۳۵۰ نفر دانش‌آموز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله شیوع شناسی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای<sup>۲</sup> یک نمونه ۲۰۰۰ نفری از مدارس چهار منطقه آموزش و پرورش شهر اهواز انتخاب شد. بعد از تعیین نمونه شیوع و انجام 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 عادی انتخاب شدند. به این ترتیب حجم نمونه مرحله آزمون فرضیه‌ها ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر گروه آزار دیده و ۲۰۰ نفر گروه عادی) می‌باشد.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

2- multi-stage random sampling

1- discriminant analysis

- (۱) پرسشنامه ضربه کودکی\*<sup>۱</sup> (CTQ).  
به منظور سنجش کودک‌آزاری از پرسشنامه ضربه کودکی (CTQ) استفاده شده است. این پرسشنامه توسط برنستاین<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه نهایی ۵۳ ماده‌ای آن ارائه شد. CTQ آزار دیدگی را در پنج زیر مقیاس اندازه‌گیری می‌نماید و یک نمره کلی نیز به دست می‌دهد که مقیاس بدرفتاری کلی<sup>۳</sup> نامیده می‌شود. پنج زیر مقیاس CTQ شامل آزار عاطفی<sup>۴</sup> (EA)، آزار جسمی<sup>۵</sup> (PA)، آزار جنسی<sup>۶</sup> (SA)، غفلت عاطفی<sup>۷</sup> (EN) و غفلت جسمی<sup>۸</sup> (PN) می‌باشد. به منظور نمره گذاری ماده‌ها از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت<sup>۹</sup> استفاده می‌شود. برنستاین و همکاران (۱۹۹۴) پایائی عوامل مختلف CTQ را با دو روش بازآزمایی و آلفای
- کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، با استفاده از روش تصنیف و آلفای کرونباخ پایائی عوامل مختلف CTQ بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. هم در پژوهش‌های قبلی (برنستاین و همکاران، ۱۹۹۴؛ پایویو و کرامر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴) و هم در پژوهش حاضر به منظور تعیین اعتبار CTQ از روش تحلیل عوامل استفاده شد که عوامل به دست آمده منطبق با خرده مقیاس‌های پرسشنامه بودند.
- (۲) پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱۱</sup> (GHQ). سلامت عمومی والدین با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) سنجیده شده است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر<sup>۱۲</sup> (۱۹۷۹) طراحی شده و ۲۸ سؤال دارد که به سبک لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. GHQ از چهار زیر مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. گلدبرگ و ویلیامز<sup>۱۳</sup> (۱۹۸۸) پایائی GHQ را با استفاده از روش تصنیف برابر با ۰/۹۵

1- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

\* این پرسشنامه توسط پژوهشگر و استاد راهنما از خارج از کشور تهیه گردید و برای نخستین بار در ایران ترجمه و اعتبار و پایایی آن مشخص شده است.

- 2- Bernstein
- 3- Global Maltreatment Scale
- 4- Emotional Abuse (EA)
- 5- Physical Abuse (PA)
- 6- Sexual Abuse (SA)
- 7- Emotional Neglect (EN)
- 8- Physical Neglect (PN)
- 9- Likert Scoring Method

- 10- Paivio, & Cramer
- 11- General Health Questionnaire (GHQ)
- 12- Goldberg, & Hillier
- 13- Williams

گزارش کردند. پایائی GHQ در پژوهش حاضر از طریق دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ به دست آمده است. کالمن، ویلسون و کالمن<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) ضریب اعتبار GHQ را ۰/۶۹ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر مشخص شد که ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه GHQ و مقیاس تجدیدنظر شده نود سؤالی علائم روانی<sup>۲</sup> (SCL 90 - R) برابر با ۰/۵۳ می باشد که در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی دار است.

**۳) پرسشنامه سازگاری دانش آموز<sup>۳</sup>.** برای سنجش سازگاری دانش آموزان پرسشنامه سازگاری دانش آموز به کار رفته است. این پرسشنامه توسط تانی<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) تدوین شده است و خجسته مهر (۱۳۸۶) نخستین بار در ایران آن را به فارسی ترجمه و ویژگی های روان سنجی آن را در دانش آموزان پسر دبیرستانی استان خوزستان بررسی نموده است. این پرسشنامه دارای ۵۷ ماده است و توسط معلم یا مشاور مدرسه پاسخ داده می شود. پرسشنامه سازگاری دانش آموز

دارای چهار زیر مقیاس می باشد که عبارتند از: سازگاری شخصی، سازگاری تحصیلی، سازگاری اجتماعی و سازگاری هیجانی. تانی (۲۰۰۲) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۲۰ تا ۰/۸۵ گزارش کرده است. خجسته مهر (۱۳۸۶) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۴۰ تا ۰/۹۰ به دست آورده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه سازگاری دانش آموز با استفاده از دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۹ به دست آمده است. تانی (۲۰۰۲) اعتبار سازه پرسشنامه را برابر با ۰/۹۱ گزارش کرده است. خجسته مهر (۱۳۸۶) ضرایب اعتبار آن را بین ۰/۱۱ تا ۰/۹۷ مشخص نموده است. در پژوهش حاضر ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه سازگاری دانش آموز و آزمون شخصیتی کالیفرینا<sup>۵</sup> (CTP) برابر با ۰/۴۹ می باشد که در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی دار است.

**۴) پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت<sup>۶</sup>.** برای سنجش عزت نفس آزمودنی ها از پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت استفاده شده است. این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی است که توسط کوپر اسمیت

- 
- 1- Kalman, Wilson, & Kalman
  - 2- Symptom Checklist 90 – Revised (SCL 90-R)
  - 3- Student's Adjustment Inventory
  - 4- Tanyi

- 
- 5- California Test of Personality (CTP)
  - 6- Coopersmith



می‌باشد که ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از قبیل سن، تحصیلات، شغل والدین و وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده را بررسی می‌نماید.

(۶) **عملکرد تحصیلی.** در پژوهش حاضر به منظور سنجش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، معدل درسی سال قبل آنان مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌های پژوهش

اطلاعات مربوط به فراوانی و درصد انواع کودک‌آزاری در جدول ۱ ذکر شده است. با توجه به میزان فراوانی و شدت هر نوع آزار در آزمودنی‌ها و مطابق این جدول می‌توان گفت که در زمینه نمره کل کودک‌آزاری ۱۳۴۳ نفر، یعنی حدود ۶۷ درصد آزمودنی‌ها، آزار خیلی خفیف و خفیف، ۳۰۰ نفر، یعنی حدود ۱۵ درصد آزمودنی‌ها، آزار متوسط و ۳۵۷ نفر، یعنی حدود ۱۸ درصد آزمودنی‌ها، آزار شدید و خیلی شدید را گزارش کرده‌اند. به طور کلی، با توجه به این نتایج می‌توان اظهار داشت که با در نظر گرفتن فراوانی متوسط به بالا، بیشترین میزان شیوع کودک‌آزاری به ترتیب مربوط به آزار عاطفی (۷۰ درصد)، غفلت عاطفی (حدود ۳۴ درصد)، آزار جسمی (حدود ۱۶ درصد) و غفلت

(۱۹۶۷، به نقل از بیابانگرد، ۱۳۷۸) تهیه شده است و دارای ۵۸ ماده است که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شوند. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت دارای چهار زیر مقیاس است که عبارتند از: عزت نفس فردی (خود)، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی (آموزشگاهی). کوپر اسمیت و همکاران (۱۹۶۷، به نقل از نیسی و شهینی ییلاق، ۱۳۸۱) پایائی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. پایائی پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت در پژوهش حاضر با دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ به دست آمده است. در مطالعه شکرکن و نیسی (۱۳۷۳) ضریب اعتبار این مقیاس برای پسرها ۰/۶۹ (p=۰/۰۰۱) و برای دخترها ۰/۷۱ (p=۰/۰۰۱) گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و مقیاس عزت نفس آیزنک<sup>۱</sup> برابر با ۰/۴۹ است که در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار می‌باشد.

(۵) **پرسشنامه جمعیت شناختی.** این پرسشنامه محقق ساخته دارای ۱۳ سؤال

جدول ۱. فراوانی و درصد انواع آزاری در آزمودنی‌ها

انواع کودک آزاری	خیلی خفیف		خفیف		متوسط		شدید		خیلی شدید		تعداد کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
آزار عاطفی	۱۷۹	۸/۹۵	۴۲۱	۲۱/۰۵	۳۳۸	۱۶/۹۰	۸۴۵	۴۲/۲۵	۲۱۷	۱۰/۸۵	۲۰۰۰	۱۰۰
آزار جسمی	۱۲۳۷	۶۱/۸۵	۴۳۹	۲۱/۹۵	۲۴۲	۱۲/۱۰	۶۲	۳/۱۰	۲۰	۱/۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰
غفلت عاطفی	۷۰۳	۳۵/۱۵	۶۱۸	۳۰/۹۰	۴۷۷	۲۳/۸۵	۱۵۹	۷/۹۵	۴۳	۲/۱۵	۲۰۰۰	۱۰۰
غفلت جسمی	۱۵۰۷	۷۵/۳۵	۲۶۹	۱۳/۰۵	۱۴۵	۷/۲۵	۷۶	۳/۸۰	۳	۰/۱۵	۲۰۰۰	۱۰۰
کل کودک آزاری	۹۰۶	۴۵/۳۰	۴۳۷	۲۱/۸۵	۳۰۰	۱۵/۰۰	۲۸۶	۱۴/۳۰	۷۱	۳/۵۵	۲۰۰۰	۱۰۰

جسمی (حدود ۱۱ درصد) می‌باشد. مادر برای دانش‌آموزان عادی بین ۱۳/۶۹ تا ۵/۰۳ (۵/۰۳) تا ۱۴/۱۲ (۵/۰۳) و برای دانش‌آموزان آزار دیده بین ۱۸/۷۰ (۵/۲۴) تا ۱۹/۱۸ (۵/۳۱) و میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های مربوط سازگاری برای دانش‌آموزان عادی بین ۲۰/۹۳ (۵/۸۳) تا ۳۵/۱۳ (۱۱/۲۹) و برای دانش‌آموزان آزار دیده بین ۲۵/۰۷ (۹/۰۵) تا ۴۷/۸۰ (۱۷/۰۷) می‌باشد. همچنین، میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های مربوط به عزت نفس برای دانش‌آموزان عادی بین ۱۳/۸۰ (۶/۷۳) تا ۱۴/۷۴ (۵/۴۷) و برای دانش‌آموزان آزار دیده بین ۱۹/۳۶ (۴/۹۴) تا ۱۹/۷۵ (۵/۰۲) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های مربوط به سلامت عمومی پدر برای دانش‌آموزان عادی بین ۱۳/۸۰ (۶/۷۳) تا ۱۴/۷۴ (۵/۴۷) و برای دانش‌آموزان آزار دیده بین ۱۹/۳۶ (۴/۹۴) تا ۱۹/۷۵ (۵/۰۲) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های مربوط به سلامت عمومی

بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی ...

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو گروه دانش‌آموزان دختر آزار دیده و عادی در متغیرهای

پیش‌بین

دانش‌آموزان دختر آزار دیده		دانش‌آموزان دختر عادی		متغیرهای پیش‌بین	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۹۴	۱۹/۳۶	۵/۸۰	۱۳/۹۵	نشانه‌های جسمانی پدر	سلامت عمومی پدر
۴/۹۲	۱۹/۵۱	۵/۴۷	۱۳/۸۰	اضطراب و بی‌خوابی پدر	
۴/۸۴	۱۹/۴۳	۵/۹۵	۱۴/۷۴	اختلال در کارکرد اجتماعی پدر	
۵/۰۲	۱۹/۷۵	۶/۷۳	۱۴/۴۶	افسردگی پدر	
۵/۹۴	۸۱/۱۵	۷/۱۴	۵۷/۲۳	کل سلامت عمومی پدر	
۵/۲۴	۱۸/۷۷	۵/۵۸	۱۳/۷۴	نشانه‌های جسمانی مادر	سلامت عمومی مادر
۵/۴۷	۱۸/۷۵	۵/۴۱	۱۳/۷۸	اضطراب و بی‌خوابی مادر	
۵/۴۲	۱۸/۷۰	۵/۰۳	۱۴/۱۲	اختلال در کارکرد اجتماعی مادر	
۵/۳۱	۱۹/۱۸	۵/۷۰	۱۳/۶۹	افسردگی مادر	
۶/۱۲	۷۷/۲۸	۶/۱۰	۵۶/۱۱	کل سلامت عمومی مادر	
۱۳/۴۵	۳۵/۷۱	۹/۷۱	۲۵/۷۲	سازگاری شخصی	سازگاری
۱۷/۰۷	۴۷/۸۰	۱۱/۲۹	۳۵/۱۳	سازگاری تحصیلی	
۱۱/۵۲	۳۷/۶۰	۱۱/۱۲	۲۸/۸۰	سازگاری اجتماعی	
۹/۰۵	۲۵/۰۷	۵/۸۳	۲۰/۹۳	سازگاری هیجانی	
۵/۶۶	۳۵/۵۲	۶/۸۶	۴۴/۹۹	عزت نفس فردی	عزت نفس
۱/۶۶	۱۱/۴۲	۲/۰۲	۱۳/۰۲	عزت نفس اجتماعی	
۱/۸۳	۱۱/۵۴	۲/۲۹	۱۳/۶۰	عزت نفس خانوادگی	
۱/۳۶	۹/۴۱	۱/۵۹	۱۰/۵۰	عزت نفس تحصیلی	
۱/۹۲	۱۴/۳۲	۱/۸۲	۱۶/۲۲	معدل درسی	عملکرد تحصیلی
۵/۸۷	۴۷/۶۰	۵/۳۹	۵۱/۴۱	سن پدر	جمعیت
۶/۱۹	۴۳/۳۱	۵/۵۲	۴۶/۶۷	سن مادر	
۱۸۳۴۵۹/۶۳	۲۰۴۲۶۳/۸۷	۱۹۶۸۴۱/۵۲	۲۹۷۵۵۶/۲۴	میزان درآمد ماهانه والدین (به تومان)	شناختی

۱۰/۵۰ (۱/۵۹) تا ۴۴/۹۹ (۶/۸۶) و برای دانش‌آموزان آزار دیده بین ۹/۴۱ (۱/۳۶) تا ۳۵/۵۲ (۵/۶۶) می‌باشد. میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های معدل درسی، سن پدر، سن مادر و میزان درآمد ماهانه والدین دانش‌آموزان عادی به ترتیب ۱۶/۲۲ (۱/۸۲)، ۵۱/۴۱ (۵/۳۹)، ۴۶/۶۷ (۵/۵۲) و ۲۹۷۵۵۶/۲۴ (۵/۵۲) و برای دانش‌آموزان آزار دیده به ترتیب ۱۴/۳۲ (۱/۹۲)، ۴۷/۶۰ (۵/۸۷)، ۴۳/۳۱ (۶/۱۹) و ۲۰۴۲۶۳/۸۷ (۱۸۳۴۵۹/۶۳) می‌باشد. چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در تمام متغیرهای مربوط به سلامت عمومی والدین (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) و همین‌طور در تمام متغیرهای مربوط به سازگاری (سازگاری شخصی، سازگاری تحصیلی، سازگاری اجتماعی و سازگاری هیجانی) میانگین نمره‌های دانش‌آموزان آزار دیده بیشتر از دانش‌آموزان عادی است. با توجه به ماهیت شیوه نمره‌گذاری آزمون‌های سلامت عمومی و سازگاری، که نمره کمتر نشان دهنده وضعیت بهتر است، می‌توان گفت که بالاتر بودن میانگین نمره‌های دانش‌آموزان آزار دیده در متغیرهای مذکور بیانگر این است که

آنان پایین‌تر است. پیش از آغاز تحلیل‌های آماری مربوط به آزمون فرضیه‌ها، داده‌ها از نظر وجود مفروضه‌های روش تحلیل ممیز مورد واریسی<sup>۱</sup> قرار گرفتند. به منظور واریسی داده‌ها، از روش واریسی همگنی ماتریس واریانس/کواریانس<sup>۲</sup> استفاده شد و آزمون‌های ام‌باکس<sup>۳</sup> برای مجموع متغیرهای مربوط به سلامت عمومی پدر، مجموع

1- screen

2- homogeneity of variance/covariance

3- Box's M tests

متغیرهای مربوط به سلامت عمومی مادر، مجموع متغیرهای مربوط به سازگاری، مجموع متغیرهای مربوط به عزت نفس، مجموع متغیرهای جمعیت شناختی و کل متغیرها انجام شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۳ درج شده‌اند.

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود نتایج ۱۴ تحلیل از ۲۶ تحلیل انجام شده، بیانگر همگنی ماتریس واریانس/کواریانس‌اند، زیرا سطح معنی‌داری آنها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، ماتریس‌ها معنی‌دار نیستند و مفروضه تأیید می‌گردد، اما نتایج ۱۲ تحلیل باقی مانده حاکی از نقض مفروضه همگنی ماتریس واریانس/کواریانس‌اند، زیرا سطح معنی‌داری آنها کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، ماتریس‌ها معنی‌دار هستند و مفروضه نقض می‌گردد. با توجه به قوی بودن تحلیل ممیز در برابر نقض این مفروضه و بزرگ بودن نمونه و همچنین، برابری اندازه دو نمونه ناهمگنی مشکل‌ساز نمی‌باشد.

یافته‌های مربوط به فرضیه تحقیق در جدول ۴ ذکر شده‌اند. همان گونه که از مندرجات جدول ۴ ملاحظه می‌شود، هم در تحلیل ممیز به روش همزمان که ترکیب ۲۰ متغیر با هم وارد تحلیل شدند و هم در تحلیل ممیز به روش گام به گام که پس از ارائه همه متغیرها ۱۲ متغیر در تحلیل باقی ماندند، با توجه به مقدار لامبدای ویلکز کوچک و مقدار مجذور کای بزرگ و سطح معنی‌داری  $p < 0/001$ ، تابع ممیز به دست آمده از قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته یعنی گروه (در دو سطح دانش‌آموزان دختر عادی و آزار دیده) برخوردار است. بنابراین، فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد.

همان طور که در جدول ۴ مشخص 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 ۲/۰۲۹ و به روش گام به گام ۱/۹۲۰ است. مقدار ویژه بالا حاکی از قدرت تشخیص مناسب تابع ممیز است. درصد واریانس با توجه به وجود تنها یک تابع ممیز برابر با ۱۰/۱٪ می‌باشد. همبستگی متعارف و مجذور اتا برای تحلیل ممیز به روش همزمان به ترتیب برابر با ۰/۸۱۸ و ۰/۶۷ و به روش گام به گام به ترتیب برابر با ۰/۸۱۱ و ۰/۶۶ است. بنابراین، ۶۷ درصد پراش ۲۰ متغیر پیش‌بین به روش همزمان و ۶۶ درصد پراش ۱۲ متغیر پیش‌بین به روش گام به گام برای تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه دانش‌آموزان عادی و آزار دیده.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس / کوواریانس

متغیر	ام باکس	F تقریبی	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	دترمینان لاگ نمونه ۱	دترمینان لاگ نمونه ۲
نشانه‌های جسمانی پدر	۵/۱۱۳	۵/۱۰۰	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۱۲۴	۳/۵۱۵	۳/۱۹۴
اضطراب و بی‌خوابی پدر	۲/۱۸۴	۲/۱۷۸	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۱۴۰	۳/۳۹۸	۳/۱۸۸
اختلال در کارکرد اجتماعی پدر	۸/۴۹۴	۸/۴۷۳	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۰۴	۳/۵۶۷	۳/۱۵۲
افسردگی پدر	۱۶/۷۰۴	۱۶/۶۶۳	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۰۰۱	۳/۸۱۲	۳/۲۲۹
نشانه‌های جسمانی مادر	۰/۷۴۷	۰/۷۴۵	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۳۸۸	۳/۴۳۷	۳/۳۱۴
اضطراب و بی‌خوابی مادر	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۸۷۱	۳/۳۷۵	۳/۳۹۸
اختلال در کارکرد اجتماعی مادر	۱/۰۷۹	۱/۰۷۶	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۳۰۰	۳/۲۳۲	۳/۳۷۹
افسردگی مادر	۱/۰۱۱	۱/۰۰۹	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۳۱۵	۳/۴۸۱	۳/۳۳۹
سازگاری شخصی	۲۰/۷۶۸	۲۰/۷۱۷	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۱۲۱	۴/۵۴۷	۵/۱۹۸
سازگاری تحصیلی	۳۳/۰۴۵	۳۲/۹۶۵	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۱۸۰	۴/۸۴۹	۵/۶۷۵
سازگاری اجتماعی	۰/۲۴۴	۰/۲۴۳	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۶۲۲	۴/۸۱۸	۴/۸۸۸
سازگاری هیجانی	۳۷/۳۳۱	۳۷/۲۴۱	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۰۰۱	۳/۵۲۷	۴/۴۰۶
عزت نفس فردی	۷/۳۱۳	۷/۲۹۵	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۰۷	۳/۸۵۳	۳/۴۶۸
عزت نفس اجتماعی	۷/۳۲۶	۷/۳۰۸	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۰۷	۱/۴۰۴	۱/۰۱۹
عزت نفس خانوادگی	۹/۴۷۹	۹/۴۵۶	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۰۲	۱/۶۵۸	۱/۲۱۹
عزت نفس تحصیلی	۴/۵۸۲	۴/۵۷۱	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۰۳۳	۰/۹۲۵	۰/۶۲۱
معدل درسی	۱/۰۶۸	۱/۰۶۵	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۳۰۲	۱/۲۰۷	۱/۳۵۴
سن پدر	۱/۴۷۲	۱/۴۶۸	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۲۲۶	۳/۳۶۸	۳/۵۴۰
سن مادر	۲/۶۲۳	۲/۶۱۷	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۱۰۶	۳/۴۱۶	۳/۶۴۶
میزان درآمد ماهانه والدین	۲/۶۳۹	۲/۶۳۲	۱	۴۷۵۲۱۲	* ۰/۱۰۵	-۱/۵۲۱	-۱/۲۹۰
کل متغیرهای سلامت عمومی پدر	۴۴/۴۰۲	۴/۳۹۲	۱۰	۷۵۷۳۱۰	* ۰/۰۰۰۱	۸/۱۴۱	۷/۸۸۹
کل متغیرهای سلامت عمومی مادر	۶۱/۹۷۴	۶/۱۳۰	۱۰	۷۵۷۳۱۰	* ۰/۰۰۰۱	۶/۱۶۳	۷/۵۷۷
کل متغیرهای سازگاری	۳۱۱/۱۳۵	۳۰/۷۷۷	۱۰	۷۵۷۳۱۰	* ۰/۰۰۰۱	۱۰/۹۷۴	۱۰/۳۹۷
کل متغیرهای عزت نفس	۶۴/۹۸۸	۶/۴۲۹	۱۰	۷۵۷۳۱۰	* ۰/۰۰۰۱	۴/۱۲۲	۴/۵۵۸
کل متغیرهای جمعیت‌شناختی	۴۱/۸۰۶	۰/۷۹۵	۶	۱۱۴۷۶۸۲	* ۰/۵۷۴	۵/۹۶۴	۶/۳۰۴
کل متغیرها	۷۵۱/۶۸۲	۳/۳۹۴	۲۱۰	۴۸۴۱۱۷/۲	* ۰/۰۰۰۱	۳۱/۴۶۳	۳۲/۳۹۷

بررسی شیوع کودکان آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی ...

جدول ۴. خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف به روش تحلیل همزمان (۲۰ متغیر پیش‌بین) و تحلیل گام به گام (۱۲ 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	۲/۰۲۹	۱/۹۲۰
درصد واریانس	۱۰۰	۱۰۰
واریانس تراکمی	۱۰۰	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۸۱۸	۰/۸۱۱
مجذور اتا	۰/۶۷	۰/۶۶
لامبدای ویلکز	۰/۳۳۰	۰/۳۴۳
مجذور کای	۴۲۹/۴۳۹	۴۲۱/۰۶۵
درجه آزادی	۲۰	۱۲
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مرکز واره داده‌ها برای گروه عادی	-۱/۴۲۱	-۱/۳۸۲
مرکز واره داده‌ها برای گروه آزار دیده	۱/۴۲۱	۱/۳۸۲
پیش‌بینی عضویت گروهی	%۸۲/۸	%۸۱/۵
ضریب کاپا	۰/۷۵۴	۰/۷۳۲
معنی‌داری ضریب کاپا	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

ناشی می‌شود. لامبدای ویلکز برای تابع ممیز به روش همزمان ۰/۳۳۰ و برای تابع ممیز به روش گام به گام ۰/۳۴۳ است که هر دو مقدار در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دارند. مجذور کای برای تابع ممیز به روش همزمان ۴۲۹/۴۳۹ و به روش گام به گام ۴۲۱/۰۶۵ است که هر دو مقدار در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دارند. مجذور کای برای تابع ممیز به روش همزمان ۴۲۹/۴۳۹ و به روش گام به گام ۴۲۱/۰۶۵ است که هر دو مقدار در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دارند. مرکز واره داده‌ها برای گروه عادی -۱/۴۲۱ و برای گروه آزار دیده ۱/۴۲۱ است. پیش‌بینی عضویت گروهی ۸۲/۸٪ و ۸۱/۵٪ است. ضریب کاپا ۰/۷۵۴ و ۰/۷۳۲ است. معنی‌داری ضریب کاپا ۰/۰۰۱ است که هر دو مقدار در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دارند. به عبارت دیگر، تابع ممیز به دست آمده به طور معنی‌داری از قدرت تشخیص قابل توجهی برای دو سطح از متغیر ملاک برخوردار است. مرکز واره نمره‌ها برای تابع ممیز به روش همزمان برای گروه عادی

۱/۴۲۱- و برای گروه آزار دیده ۱/۴۲۱ بوده و به روش گام به گام برای گروه عادی ۱/۳۸۲- و برای گروه آزار دیده ۱/۳۸۲ 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 به طور کلی، ۸۲/۸ درصد دانش‌آموزان و به روش گام گام ۸۱/۵ درصد دانش‌آموزان را به درستی طبقه‌بندی می‌کند. به عبارت دیگر، قدرت پیش‌بینی تابع ممیز با روش همزمان ۸۲/۸ درصد و با روش گام به گام ۸۱/۵ درصد می‌باشد. دقت اصلاح شده قدرت پیش‌بینی تابع ممیز (ضریب کاپا) با روش همزمان ۰/۷۵۴ و با روش گام به گام ۰/۷۳۲ می‌باشد. معنی‌داری ضریب کاپا به روش همزمان و گام به گام برابر با

۰/۰۰۱/۰/۰۰۱  $p <$  می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی که از تابع ممیز به دست آمده معنی‌دار است.

بعد از اجرای تحلیل ممیز به روش گام به گام از ۲۰ متغیر پیش‌بین، ۱۲ متغیر باقی ماند. اطلاعات مربوط به این متغیرها در جدول ۵ آمده است. مطابق با اطلاعات ارائه شده در این جدول، در گام اول، متغیر عزت نفس فردی، و به ترتیب در گام‌های بعدی متغیرهای اضطراب و بی‌خوابی پدر، سازگاری اجتماعی، معدل درسی، افسردگی مادر، سن پدر، سازگاری هیجانی، سازگاری تحصیلی، عزت نفس اجتماعی، میزان درآمد والدین، افسردگی پدر و سازگاری شخصی وارد تحلیل شدند که  $F$  برای هر یک از ۱۲ متغیر در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است.

ضرایب استاندارد، ضرایب غیراستاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی متغیرهای پیش‌بین تابع ممیز به روش همزمان و گام به گام در جدول ۶ ارائه شده‌اند. با استفاده از ضرایب غیراستاندارد که در جدول ۶ آمده‌اند، معادله تابع ممیز را می‌توان به دست آورد. بنابراین، با قرار دادن نمره‌های هر آزمودنی در تابع، نمره پیش‌بینی شده او به دست می‌آید. با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش



بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی ...

جدول ۵. خلاصه یافته‌های تحلیل ممیز گام به گام همراه با لامبدای ویلکز (۱۲ 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
۱	عزت نفس فردی	۱	۰/۶۳۷	۱	۱	۳۹۸	۲۲۶/۴۵۱	۱	۳۹۸
۲	اضطراب و بی‌خوابی پدر	۲	۰/۵۴۰	۲	۱	۳۹۸	۱۶۹/۲۱۰	۲	۳۹۷
۳	سازگاری اجتماعی	۳	۰/۴۷۹	۳	۱	۳۹۸	۱۴۳/۴۰۵	۳	۳۹۶
۴	معدل درسی	۴	۰/۴۳۲	۴	۱	۳۹۸	۱۲۹/۸۱۹	۴	۳۹۵
۵	افسردگی مادر	۵	۰/۴۰۴	۵	۱	۳۹۸	۱۱۶/۳۸۰	۵	۳۹۴
۶	سن پدر	۶	۰/۳۷۹	۶	۱	۳۹۸	۱۰۷/۱۵۳	۶	۳۹۳
۷	سازگاری هیجانی	۷	۰/۳۷۱	۷	۱	۳۹۸	۹۴/۸۶۲	۷	۳۹۲
۸	سازگاری تحصیلی	۸	۰/۳۵۷	۸	۱	۳۹۸	۸۷/۹۴۰	۸	۳۹۱
۹	عزت نفس اجتماعی	۹	۰/۳۵۷	۹	۱	۳۹۸	۱۰۰/۶۶۶	۹	۳۹۰
۱۰	میزان درآمد والدین	۱۰	۰/۳۵۲	۱۰	۱	۳۹۸	۸۹/۹۱۳	۱۰	۳۸۹
۱۱	افسردگی پدر	۱۱	۰/۳۴۷	۱۱	۱	۳۹۸	۸۱/۶۰۶	۱۱	۳۸۸
۱۲	سازگاری شخصی	۱۲	۰/۳۴۳	۱۲	۱	۳۹۸	۷۴/۶۶۹	۱۲	۳۸۷

همزمان معادله پیش‌بین زیر به دست می‌آید:

$$D = \hat{Y} = -۴/۱۴۰ - ۰/۱۰۱ (X_۱) - ۰/۱۱۹ (X_۲) - ۰/۰۳۲ (X_۳) - ۰/۱۰۸ (X_۴) - ۰/۰۸۳ (X_۵) - ۰/۰۵۹ (X_۶) - ۰/۰۶۵ (X_۷) - ۰/۱۲۷ (X_۸) - ۰/۰۵۵ (X_۹) - ۰/۰۴۹ (X_{۱۰}) - ۰/۰۱$$

$$(X_{11}) - 0/125 (X_{12}) + 0/109 (X_{13}) + 0/101 (X_{14}) + 0/028 (X_{15}) + 0/007 (X_{16}) + 0/131 (X_{17}) + 0/061 (X_{18}) + 0/014 (X_{19}) + 0/342 (X_{20}).$$

منظور از  $\dot{Y}$  یا D همان نمره ممیز یا ممیز به روش گام به گام معادله پیش‌بین زیر پیش‌بینی شده هر آزمودنی است. با توجه به به دست می‌آید: ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع

$$D = \dot{Y} = -0/971 - 0/123 (X_2) - 0/050 (X_4) - 0/054 (X_8) - 0/052 (X_9) - 0/048 (X_{10}) - 0/049 (X_{11}) - 0/132 (X_{12}) + 0/092 (X_{13}) + 0/081 (X_{14}) + 0/149 (X_{17}) + 0/047 (X_{18}) + 0/325 (X_{20}).$$

بر اساس ستون ضرایب ساختاری جدول 6 سن و جنس آزمودنی‌ها که دخترهای دوره بزرگترین همبستگی مطلق بین عزت‌نفس فردی و تنها تابع ممیز می‌باشد. با توجه به اینکه تابع ممیز را می‌توان بر اساس متغیری که بیشترین ارتباط را با آن دارد، نامگذاری کرد (خجسته مهر، 1384) و با در نظر گرفتن اینکه متغیر عزت‌نفس فردی بالاترین همبستگی را با تابع ممیز دارد، می‌توان تابع ممیز را به عزت‌نفس فردی نامگذاری کرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش مشخص ساخت که بیشترین میزان شیوع کودک آزاری به ترتیب مربوط به آزار عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمی و غفلت جسمی می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت با توجه به افزایش غفلت عاطفی می‌گردد. بر اساس یافته‌های به دست آمده از تحلیل آماری، فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر، هر اندازه سلامت عمومی

سن و جنس آزمودنی‌ها که دخترهای دوره راهنمایی هستند، احتمالاً، خانواده‌ها کمتر به تنبیه و بدرفتاری بدنی متوسل می‌شوند. در عوض، دخترهای نوجوان بیشتر در معرض بدرفتاری کلامی، تحقیر و خشونت عاطفی قرار می‌گیرند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد، اغلب خانواده‌ها نیازهای جسمی فرزندان خود را، از قبیل خوراک و پوشاک، در حد توان خویش تأمین می‌نمایند، لذا وقوع غفلت جسمی خیلی زیاد نیست. اما، آنها ممکن است نسبت به نیازهای عاطفی و روانی فرزندان خود بی‌توجه باشند، که این باعث افزایش غفلت عاطفی می‌گردد.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از تحلیل آماری، فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر، هر اندازه سلامت عمومی

بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی ...

جدول ۶. ضرایب استاندارد، ضرایب غیراستاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز به روش همزمان و گام به گام

تابع											پیش‌بین‌ها
به روش گام به گام					به روش همزمان						
ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب ساختاری	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب ساختاری	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	متغیر	کد
گروه آزار دیده	گروه عادی				گروه آزار دیده	گروه عادی					
-	-	-	-	-	۰/۳۷۳	۰/۱۵۲	-۰/۳۵۴	-۰/۱۰۱	-۰/۵۴۵	نشانه‌های جسمانی پدر	X <sub>۱</sub>
۰/۷۶۵	۰/۴۲۶	-۰/۳۹۷	-۰/۱۲۳	-۰/۶۳۸	۰/۸۲۲	۰/۴۸۵	-۰/۳۸۶	-۰/۱۱۹	-۰/۶۱۷	اضطراب و بیخوابی پدر	X <sub>۲</sub>
۰/۲۱۶	۰/۱۴۸	-۰/۳۲۲	-۰/۰۵۰	-۰/۲۹۹	۰/۱۷۹	۰/۰۸۷	-۰/۳۰۴	-۰/۰۳۲	-۰/۱۷۶	اختلال در کارکرد اجتماعی پدر	X <sub>۳</sub>
-	-	-	-	-	۰/۳۴۱	۰/۱۳۹	-۰/۳۱۴	-۰/۱۰۸	-۰/۶۴۱	افسردگی پدر	X <sub>۴</sub>
-	-	-	-	-	۰/۲۲۲	۰/۱۴۸	-۰/۳۲۷	-۰/۰۸۳	-۰/۴۵۰	نشانه‌های جسمانی مادر	X <sub>۵</sub>
-	-	-	-	-	-۰/۴۲۱	-۰/۲۵۴	-۰/۳۲۱	-۰/۰۵۹	-۰/۳۲۰	اضطراب و بی‌خوابی مادر	X <sub>۶</sub>
-	-	-	-	-	۰/۴۲۰	۰/۲۳۴	-۰/۳۰۸	-۰/۰۶۵	-۰/۳۴۱	اختلال در کارکرد اجتماعی مادر	X <sub>۷</sub>
-۰/۷۱۰	-۰/۵۶۰	-۰/۳۶۰	-۰/۰۵۴	-۰/۲۹۹	-۰/۹۵۳	-۰/۵۹۲	-۰/۳۵۰	-۰/۱۲۷	-۰/۷۰۰	افسردگی مادر	X <sub>۸</sub>

ادامه جدول ۶. ضرایب استاندارد، ضرایب غیراستاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز به روش همزمان و گام به گام

تابع											پیش‌بین‌ها	کد
به روش گام به گام					به روش همزمان							
ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب ساختاری	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب ساختاری	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	متغیر		
گروه عادی	گروه آزرده				گروه عادی	گروه آزرده						
-۰/۴۹۸	-۰/۴۴۱	-۰/۳۰۸	-۰/۰۵۲	-۰/۶۰۷	-۰/۳۰۱	-۰/۲۵۷	-۰/۳۰۰	-۰/۰۵۵	-۰/۶۴۵	سازگاری شخصی	X <sub>۹</sub>	
۰/۱۷۰	۰/۰۳۶	-۰/۳۱۷	-۰/۰۴۸	-۰/۷۰۰	۰/۱۶۸	۰/۰۲۳	-۰/۳۰۸	-۰/۰۴۹	-۰/۶۰۹	سازگاری تحصیلی	X <sub>۱۰</sub>	
۰/۴۲۱	۰/۳۶۷	-۰/۲۸۸	-۰/۰۴۹	-۰/۴۵۳	۰/۲۷۴	۰/۲۹۵	-۰/۲۴۷	-۰/۰۱۰	-۰/۱۱۵	سازگاری اجتماعی	X <sub>۱۱</sub>	
۰/۴۵۰	۰/۳۸۰	-۰/۱۹۷	-۰/۱۳۲	-۱/۰۰۲	۰/۸۰۶	۰/۵۶۲	-۰/۱۹۱	-۰/۱۲۵	-۰/۹۵۲	سازگاری هیجانی	X <sub>۱۲</sub>	
۰/۴۳۲	۰/۵۹۴	۰/۵۴۴*	۰/۰۹۲	۰/۵۷۸	۰/۰۲۷	۰/۳۹۳	۰/۵۳۰*	۰/۱۰۹	۰/۶۸۷	عزت نفس فردی	X <sub>۱۳</sub>	
۱/۲۱۱	۱/۴۳۶	۰/۳۷۸	۰/۰۸۱	۰/۵۴۹	۱/۷۷۱	۱/۸۸۵	۰/۳۰۲	۰/۱۰۱	۰/۱۸۶	عزت نفس اجتماعی	X <sub>۱۴</sub>	
-	-	-	-	-	۰/۰۳۷	۰/۰۴۵	۰/۳۴۸	۰/۰۲۸	۰/۰۵۹	عزت نفس خانوادگی	X <sub>۱۵</sub>	
-	-	-	-	-	۲/۳۴۹	۲/۴۳۱	۰/۲۵۹	۰/۰۰۷	۰/۰۱۰	عزت نفس تحصیلی	X <sub>۱۶</sub>	
۴/۶۶۶	۵/۰۷۸	۰/۳۶۱	۰/۱۴۹	۰/۲۸۳	۵/۲۷۰	۵/۶۴۳	۰/۳۵۱	۰/۱۳۱	۰/۳۴۹	معدل درسی	X <sub>۱۷</sub>	

بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی ...

ادامه جدول ۶. ضرایب استاندارد، ضرایب غیراستاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز به روش همزمان و گام به گام

تابع										پیش‌بین‌ها	کد
به روش گام به گام					به روش همزمان						
ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب ساختاری	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب ساختاری	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	متغیر	
گروه آزرده	گروه عادی				گروه آزرده	گروه عادی					
۱/۴۷۳	۱/۶۰۳	۰/۲۴۵	۰/۰۴۷	۰/۲۶۵	۲/۵۲۵	۲/۶۹۹	۰/۲۳۸	۰/۰۶۱	۰/۳۴۵	سن پدر	X <sub>۱۸</sub>
-	-	-	-	-	۱/۰۲۴	۱/۰۶۶	۰/۲۰۲	۰/۰۱۴	۰/۰۸۵	سن مادر	X <sub>۱۹</sub>
۱۳/۷۰۰	۱۴/۸۰۲	۰/۲۶۲	۰/۳۲۵	۰/۱۶۱	۱۳/۹۰۴	۱۴/۹۳۲	۰/۲۵۵	۰/۳۴۲	۰/۱۷۰	میزان درآمد ماهانه والدین	X <sub>۲۰</sub>
-۱۲۲/۳۶۰	-۱۳۶/۱۰۰	-	-۴/۹۷۱	-	-۱۵۴/۹۹۱	-۱۶۶/۷۵۵	-	-۴/۱۴۰	-	عدد ثابت	-

\* بزرگترین همبستگی مطلق بین هر متغیر و تابع ممیز

والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش آموز، سن پدر و مادر و درآمد خانواده کمتر باشد، پیش بینی کودک آزاری بیشتر خواهد بود. برعکس، هر اندازه سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش آموز، سن پدر و مادر و درآمد خانواده بیشتر باشد، پیش بینی کودک آزاری کمتر خواهد بود. نتایج این پژوهش با پژوهش های بایرد (۱۹۸۸)، کوهی (۲۰۰۶) و محمدخانی (۱۳۷۸) هماهنگ است. به نظر می رسد والدینی که از مشکلات جسمانی یا روانی به ویژه افسردگی و اضطراب رنج می برند، اغلب دارای سطح تحمل کم بوده و قادر به انعطاف پذیری در برابر مشکلات و مسائل نیستند. مهارت های مدیریت خشم و استرس و کنترل کودک درون این افراد اغلب ضعیف است و توانایی مهار واکنش ها و افکار هیجانی منفی را ندارند (میلر و پرین، ۱۹۹۷). به طور کلی، افراد در موقعیت هایی که معتقدند روی آنها کنترل دارند، واکنش مثبت تری نشان می دهند، تا در موقعیت هایی که فکر می کنند چنین کنترلی را دارا نیستند (میلر، نورمن و رایت<sup>۱</sup>، ۱۹۷۸). از سوی دیگر، مشکلات مربوط به سلامت عمومی می توانند به

کاستی هایی در زمینه روابط اجتماعی، شغلی و احساس رضایت کلی منجر شوند. بسیاری از والدین کودک آزار از لحاظ اجتماعی منزوی هستند (مولر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). انزوا و تنهایی والدین منجر به فقدان حمایت اجتماعی می شود. خانواده هایی که حمایت اجتماعی دریافت می کنند و جهت اجرای نقش خود کمک و راهنمایی می شوند، کمتر ممکن است فرزندان خود را تنبیه بدنی کنند. انزوای اجتماعی و معاشرت محدود با همسایه ها یا دوستان و آشنایان مسئله ای است که در جوامع قرن بیستم و همچنین، جامعه ما به طور روزافزون افزایش می یابد (شفیع پور، ۱۳۸۰). نتایج این پژوهش همچنین، با پژوهش های هیلدیارد و ولف (۲۰۰۲)، ایرلند و دیگران (۲۰۰۲) مبنی بر وجود مشکلات سازگاری و انطباق در کودکان آزار دیده همسو هستند. خشونت های خانوادگی، زمینه ای برای رشد و گسترش رفتارهای اجتماعی ناسازگارانه و درک پایین از موقعیت های بین فردی و در نتیجه پذیرش پایین از سوی همتایان فراهم می نمایند. بدین ترتیب، ناسازگاری در حیطه وسیعی از رفتارهای کودک شکل می گیرد (مدنی، ۱۳۸۳). یافته های به دست آمده با پژوهش های

---

2- Muller

---

1- Norman, & Wright

مارگولین (۲۰۰۰) و شاورز و همکاران (۲۰۰۶)، مبنی بر کاهش عزت نفس و خودپنداره پایین در کودکان آزار دیده، نیز همخوانی دارند. در این باره می‌توان گفت، فرد با عزت نفس بالا روابط خود با همسالان، آموزگاران، پدر و مادر و سایر بزرگسالان را بر پایه دوستی و احترام متقابل تنظیم می‌نماید و سعی می‌کند از آنچه باعث پائین آمدن عزت نفس او می‌شود، دوری کند. همچنین، عزت نفس می‌تواند به احساس خود اثربخشی ادراک شده<sup>۱</sup> بالا منجر گردد. خود اثربخشی ادراک شده به باورهای شخص در ارتباط با توانایی‌اش در انجام امور دلالت می‌کند. اشخاصی که دارای خود اثربخشی ادراک شده سطح بالایی هستند بیشتر می‌کوشند، بیشتر موفق می‌شوند و پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند (بندورا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰). چنین کودکانی معمولاً در خانه و مدرسه رفتارهای مثبت‌تری دارند، از لحاظ تحصیلی موفق‌ترند و در مجموع از محبوبیت بیشتری برخوردارند و در نتیجه زمینه مورد آزار قرار گرفتن آنها کمتر به وجود می‌آید. از سوی دیگر، کودکان آزار دیده به طور مدام خود را سرزنش می‌کنند و یاد می‌گیرند که به خود به عنوان فردی بی‌ارزش،

دوست نداشتنی و بی‌کفایت نگاه کنند (لونتال<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). در نتیجه، دور باطلی ایجاد می‌شود؛ عزت نفس پائین به افزایش مورد آزار قرار گرفتن منجر می‌گردد و مورد آزار قرار گرفتن، کاهش عزت نفس را در پی خواهد داشت.

به علاوه، نتایج این پژوهش با پژوهش‌های وداراسکی و دیگران (۱۹۹۰)، اریکسون و دیگران (۱۹۸۹) و خمیس (۲۰۰۰) مبنی بر کاهش عملکرد تحصیلی کودکان آزار دیده هماهنگند. والدین کودکان مورد آزار و غفلت قرار گرفته غالباً نسبت به نیازهای آموزشی و تحصیلی فرزندان خود بی‌توجهند و درک درستی از وضعیت تحصیلی آنها ندارند. عدم رسیدگی والدین به وضعیت تحصیلی کودکان، غیبت‌های مکرر از مدرسه و بی‌اهمیتی به درس و مدرسه می‌تواند از عوامل سبب‌ساز ضعف عملکرد تحصیلی این کودکان باشند. به علاوه، کودکان مورد آزار قرار گرفته به دلیل مشکلات هیجانی و عاطفی، درگیری‌های ذهنی و عدم سازگاری با همسالان و مدرسه احتمالاً قادر به تمرکز و توجه کافی در کلاس درس نبوده و حتی ممکن است دچار مشکلات شناختی هم بشوند (اگلند و

1- perceived self-efficacy

2- Bandura

3- Lowental

اسروف<sup>۱</sup>، (۱۹۸۱). نتایج تحقیق حاضر با راهنمایی پیش‌بینی کرد. مدل به دست آمده از تحقیقات مارکس و مک دونالد (۱۹۸۹) گاترمن و لی (۲۰۰۵)، مبنی بر تأثیرات متغیرهای جمعیت شناختی بر کودک آزاری، همسو هستند. والدین جوان‌تر تجربه کمتری دارند و نسبت به والدین مسن‌تر احتمالاً استرس بیشتری را احساس می‌کنند و در مقابل رفتارهای فرزندان خود احتمالاً واکنش شدیدتری نشان می‌دهند. از سوی دیگر، احتمال مشکلات و فشارهای اقتصادی بر والدین جوان معمولاً بیشتر است، که خود می‌تواند از عوامل مؤثر بر کودک آزاری باشد. هر چند که فقر به خودی خود نمی‌تواند علت بد رفتاری با کودکان باشد، اما استرسی که همراه با فقر ایجاد می‌شود بسیار زیاد بوده و می‌تواند به کودک آزاری منتهی گردد. (لودوینگ و کرنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

والدین جوان معمولاً بیشتر است، که خود می‌تواند از عوامل مؤثر بر کودک آزاری باشد. هر چند که فقر به خودی خود نمی‌تواند علت بد رفتاری با کودکان باشد، اما استرسی که همراه با فقر ایجاد می‌شود بسیار زیاد بوده و می‌تواند به کودک آزاری منتهی گردد. (لودوینگ و کرنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

همان‌گونه که عنوان شد مدل پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر، از روی متغیرهای سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت‌نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت شناختی خانواده می‌توان کودک آزاری را در دانش‌آموزان دختر دوره

---

1- Sroufe

2- Ludwig, & Kornberg



## منابع

### فارسی

- اعزازی، شهلا (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی خانواده. انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۸). روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان. انتشارات سازمان انجمن اولیاء و مربیان.
- خجسته‌مهر، رضا (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به عنوان پیش‌بینی‌های موفقیت و شکست رابطه زناشویی در زوج‌های متقاضی طلاق و عادی در شهر اهواز. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- خجسته‌مهر، رضا (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سازگاری دانش‌آموز در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی استان خوزستان. چاپ نشده.
- ستوده، هدایت‌اله (۱۳۸۰). آسیب‌شناسی اجتماعی. نشر بعثت.
- شکرکن، حسین و نیسی، عبدالکاسم (۱۳۷۳). تأثیر عزت‌نفس بر عملکرد دانش‌آموزان پسر و دختر دبیرستانی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، سال اول، شماره ۱ و ۲.
- شفیع‌پور، زهرا (۱۳۸۰). سهل‌انگاری و سوء رفتار با کودک. انتشارات سالمی.
- صدیق‌سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی اجتماعی. انتشارات آن.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۷۸). کودک‌آزاری، شیوع و انواع، ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی و سلامتی عمومی والدین. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مدنی، سعید (۱۳۸۳). کودک‌آزاری در ایران. انتشارات اکنون.
- نیسی، عبدالکاسم و شهنی بیلاق، منیجه (۱۳۸۱). تأثیر آموزش ابراز وجود بر ابراز وجود، عزت‌نفس، اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی دانش‌آموزان پسر مضطرب اجتماعی دبیرستانی شهرستان اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، سال هشتم، شماره‌های ۱ و ۲.

- 
- Baird, S. C. (1988). *Development of risk assessment indices for the Alaska Department of Health and Social Service*. In T. Tatara, (Ed.), *Validation research in CPS risk assessment: Three recent studies*. Washington, DC: American Public Welfare Association, 91-136.
- Bandura, A. (1980). *Self-referent thought: The development of self-efficacy*. In J. Flavell, & L. D. Ross (Eds.), *Cognitive social development: Frontiers and possible futures*. New York: Cambridge University Press.
- Bernstein, D. P. (1995). CTQ (53 item version). New York, Mount Sinai School of Medicine.
- Bernstien, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggeiro, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151 (8), 1132-1136.
- Coohy, C. (2006). *Physically abusive father and risk assessment*. *Child Abuse & Neglect*, 30, 467-480.
- 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](http://www.vaw.umn.edu)**.
- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. In R. Rizley, & D. Cicchetti (Eds.), *New direction for child development*. *Developmental Perspective on Child Maltreatment*, 11, 77-92.
- Erickson, M., Egeland, B., & Piantana, R. (1989). *The effects of maltreatment on the development of young children*. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press, 647-684.
- 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 Increative Sociology*, 22, 133-137.
- Gelles, R. J., & Straus, M. (1988). *Family Violence*. Beverly Hills, California: Sage Pablication.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). A users' guide to the General *Health Questionnaire*. U.K: NFER Nelson.
- Guterman, N. B., & Lee, Y. (2005). The role of fathers in risk of physical child abuse and neglect: Possible pathways and unanswered questions. *Child Maltreatment*, 10 (2), 136-149.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.
- 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.
- Kalman, T. P., Wilson, P. G., & Kalman, C. M. (1983). Psychiatric morbidity in long-term renal transplant recipients and patients undergoing haemodialysis: A comparative study. *Journal of the American Medical Association*, 250, 55-58.
- Khamis, V. (2000). Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1047-1059.
- Lewin, T. (1995). *Parents poll finds child abuse to be more common*. *New York Times*. Dec., 7, 17.
- Lowental, B. (1999). Effects of maltreatment and ways to promote resiliency. *Childhood Education*, 75 (4), 204-208.
- Ludwing, S., & Kornberg, A. E. (1992). *Child abuse: A medical reference*. Churchill Livigstone.
- Lundgren, K., Gerdner, A., & Lundqvist, L. D. (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *International Journal of Social Welfare*, 11, 219-227.
- Margolin, G. (2000). The effect of family and community violence on children. Annual Review of Psychology. Available in [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).
- Marks, J., & McDonald, T. (1989). Risk assessment in child protective services: Predicting recurrence of child maltreatment. National Child Welfare Resource Center.
- Miller, D. T., Norman, S. A., & Wright, E. (1978). Distortion in person perception as a consequence of the need for effective control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 598-607.
- Miller, C. L., & Perrin, R. D. (1997). Child maltreatment: An introduction. Sage Publication.

- 
- Muller, G. (1999). Understanding the origins and incidence of child maltreatment. Sage Publication.
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the childhood trauma questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28, 889-904.
- 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.
- Pollack, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence. Available at: [www.google.com](http://www.google.com).
- 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.
- Tanyi, M. E. (2002). The student's adjustment inventory manual. *Ifc Psychologica Journal*, 10 (1), 1-14.
- Thio, A. (2001). *Deviant behavior* (6<sup>th</sup> ed). Boston: Allyn and Bacon Publication.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000). *Child Maltreatment*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Vandenburgh, D. (2004). *Deviance the essentials*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Wodarski, J. S., Kurtz, P. D., Gaudin, J. M., & Howing, P. T. (1990). Maltreatment and the school-aged child: Major academic, socioemotional, and adaptive outcomes. *Social Works*, 35, 506-513.

بررسی متغیرهای شخصیتی، شناختی، سازمانی و زیستی-جسمانی به عنوان ...

---