

# مقایسه کیفیت زندگی کودکان آزار دیده با عادی

نویسندگان: سیاوش طالع پسند<sup>۱\*</sup>، صدیقه صفایی<sup>۱</sup>

۱. دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، ایران

E-mail: stalepasand@semnan.ac.ir

\* نویسنده مسئول: سیاوش طالع پسند

## چکیده

مقدمه و هدف: محیط اجتماعی بر کیفیت زندگی تأثیری گذارد و موجب بروز بیماری‌های روانی و جسمانی در کودکان می‌شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی کودکان آزار دیده با کودکان عادی با کنترل نقش اضطراب اجتماعی، خلق و احساس بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع غیر آزمایشی بود. شرکت‌کنندگان ۶۰ کودک بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ کودک آزار دیده از مراکز مداخله در بحران‌های فردی و اجتماعی و کودکان خیابانی شهر سمنان در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند؛ آنها با ۳۰ کودک عادی از لحاظ سن و جنس هم‌تا شدند و همه آنها سیاهه کیفیت زندگی کودک، سیاهه فوبی و اضطراب اجتماعی کودکان و پرسش‌نامه کوتاه خلق/احساس را تکمیل کردند.

نتایج: یافته‌ها نشان دادند که با کنترل اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی گروه آزار دیده با عادی در بعد جسمانی، متفاوت بود. با کنترل هم‌زمان تغییرهای خلق/احساس کودک بر ابعاد عاطفی و اجتماعی و کنترل اضطراب اجتماعی بر ابعاد عاطفی و آموزشی، تفاوت کیفیت زندگی در این ابعاد میان دو گروه آزار دیده و عادی از نظر آماری، غیرمعنادار شد.

نتیجه‌گیری: مداخلات درمانی برای بهبود کیفیت زندگی در بعد عاطفی باید متمرکز بر اضطراب اجتماعی و خلق/احساس باشند، درحالی‌که برای بهبود کیفیت زندگی در بعد اجتماعی، این مداخلات باید بر خلق/احساس و در بعد آموزشی، باید بر اضطراب اجتماعی متمرکز باشند.

واژگان کلیدی: کودک آزاری، کیفیت زندگی، اختلال‌های اضطرابی، عواطف، هیجان‌ها

دانشور  
پژوهشی

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیست و یکم-شماره ۱۰۹  
اسفند ۱۳۹۲

دریافت: ۱۳۹۲/۸/۴  
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۲/۱۱/۱۴  
پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

## مقدمه

کیفیت زندگی، مفهومی گسترده است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربرمی گیرد (۱) با وجود استفاده گسترده از واژه کیفیت زندگی، هنوز توافقی در تعریف آن وجود ندارد. تعریف کیفیت زندگی از این حیث مهم است که بر برنامه‌های ارتقای سلامت اثر خواهد داشت؛ با وجود این، توافقی عمومی درباره اجزا، معنای واژه کیفیت زندگی و چگونگی اندازه‌گیری آن وجود ندارد (۱). مفهوم کیفیت زندگی، دارای ابعاد چندگانه است و جنبه‌های گوناگون زندگی فرد را دربرمی‌گیرد؛ به علاوه تعریف کیفیت زندگی به شدت تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد و با مسائل فرهنگی، بسیار ارتباط دارد. اندیشه‌ها، تصورها، ارزش‌ها، آرمان‌ها و اولویت‌های انسان درباره یک جامعه مطلوب، تحت تأثیر مسائل فرهنگی شکل می‌گیرند؛ اگرچه پاره‌ای از مفاهیم فرهنگی قابل تعمیم به جوامع گوناگون هستند، معیاری مشخص درباره کیفیت زندگی در همه فرهنگ‌ها وجود ندارد (۲). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵)، کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: برداشت و درک افراد از موفقیت خود در خصوص اهداف و نظام ارزشی مورد پذیرش آنان با توجه به شرایط عینی زندگی (۳).

کیفیت زندگی، اغلب به صورت مترادف با شادی یا سلامت بنیادی استفاده می‌شود. مفهوم کیفیت زندگی به تأثیرهای احتمالی سلامتی و بیماری بر بهزیستی و تأثیرهای کارکردی آن در زندگی روزانه با نگاهی به جنبه‌های جسمانی و روان‌شناختی (شامل بعد هیجانی و شناختی) و ابعاد سلامت اجتماعی آن اشاره دارد (۴).

پژوهش‌های جامعه‌شناسی و علوم رفتاری از آن حکایت می‌کنند که محیط اجتماعی و اقتصادی، تأثیری بسیار بر کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی و جسمانی افراد، به ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان و کودکان دارد (۵). جالوویس (۶)، کیفیت زندگی را شامل سلامتی، توانایی عملکرد و خشنودی از زندگی می‌داند و آن را در سه بعد جسمی، روانی و

اجتماعی خلاصه می‌کند؛ بعد جسمی، شامل توانایی کارکردن سالم، بعد اجتماعی، شامل فشارهای اجتماعی و منابع حمایتی اجتماع و بعد روانی، شامل توانایی مقابله، خودباوری، وضعیت بهداشتی و سازگاری با بیماری است. اگر در دوران کودکی، کیفیت زندگی و نیازهای اساسی شامل خوراک و پوشاک، سرپناه و مسکن، بهداشت و آموزش و پرورش فراهم نشوند، توقع یک زندگی با کیفیت در دوران بزرگسالی، واقع‌بینانه نیست. کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر پایه تجارب ذهنی فرد ارزیابی می‌شود (۷) بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی، اهمیتی بسزا دارد. پژوهشگران، کیفیت زندگی را نه تنها به عنوان نشانگر روان‌شناختی، بلکه به عنوان یک نشانگر اجتماعی هم می‌دانند. ارتباط میان اجزای کیفیت زندگی یعنی «فقر، انزوای اجتماعی و بدرفتاری با کودک» در تمامی طبقه‌بندی‌های علل کودک‌آزاری، تأکید می‌شود (۸).

بدین ترتیب، در کودکان آزار دیده، کیفیت زندگی در همه ابعاد آن تقلیل می‌یابد. پیامدهای ناگوار کودک‌آزاری تنها متوجه کودک و خانواده وی نبوده، همه جامعه را دربرمی‌گیرد. آثار سوء آزار کودکان به دو صورت کوتاه و درازمدت برومی‌کنند؛ آثار درازمدت سوء رفتار کودکان می‌تواند مایه تأخیر در رشد و نمو آنها باشد. تعدادی از مطالعات ادعا می‌کنند که تجربیات کودکان آزار دیده از ارتباطات نزدیک، نه تنها بهزیستی ایشان را در کودکی به خطر می‌اندازد که پیامدهای درازمدت آن تا بزرگسالی گسترش می‌یابند (۹)

سانحه در DSM نظیر «اضطراب، افسردگی یا اختلال سلوک» باشد. برخی نظریه‌ها پیشنهاد می‌کنند که وقتی رویداد منفی رخ می‌دهد، سرزنش شدن‌های فرد توسط خودش برای رویداد (پاسخ‌های درونی) به احساس افسردگی می‌انجامد (۱۳). کودکان آزار دیده یا مورد غفلت قرار گرفته، تجربیاتی ناخوشایند، مانند سلامت هیجانی و روانی پایینی دارند؛ از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال‌های خوردن، تفکر و کوشش‌های خودکشی، اختلال استرس پس از سانحه (۱۴). یافته‌های پژوهش آنتونس، استلا، سانتوس، بوئو و ملو (۱۵) نشان‌دادند که کاهش افسردگی و اضطراب با بهبود نمرات کیفیت زندگی مرتبط است. در پژوهش پیرا، فیگوئیرودو و فینچام (۱۶) هم اضطراب و افسردگی به‌گونه معناداری، کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند.

مرور پیشینه پژوهش در زمینه تفاوت کیفیت زندگی و ابعاد آن در کودکان عادی و آزار دیده نشان می‌دهد که ویژگی‌های روانی متعددی از جمله اضطراب، خلق پایین و افسردگی با کیفیت زندگی مرتبطند؛ به عبارت دیگر، با مرور مطالعات پیشین می‌توان انتظار داشت که تفاوت کیفیت زندگی کودکان آزار دیده و عادی به تفاوت اضطراب و خلق آنها ارتباط دارد؛ با وجود این می‌توان پرسید «آیا با کنترل نشانگان اضطراب، افسردگی، خلق پایین و اضطراب اجتماعی، ابعاد کیفیت زندگی در کودکان آزار دیده در مقایسه با کودکان غیر آزار دیده، متفاوت خواهد بود؟»؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی کودکان آزار دیده با کودکان عادی با کنترل نقش اضطراب اجتماعی و خلق و احساس است؛ همچنین با توجه به گوناگونی تأثیرهای ناشی از آزار و انواع آن (۱۳ و ۱۴)، این احتمال وجود دارد که با کنترل اضطراب و خلق بتوان تغییرهایی در بروز تأثیرهای آزار در ابعاد گوناگون کیفیت زندگی مشاهده کرد؛ به این ترتیب، هدف این مطالعه، مقایسه کیفیت زندگی کودکان آزار دیده با کودکان عادی در ابعاد فیزیکی، هیجانی، اجتماعی و آموزشی با کنترل اضطراب اجتماعی، خلق و احساس است.

در مطالعه‌ای، کورسو<sup>۱</sup>، ادواردز<sup>۲</sup>، فنگ<sup>۳</sup> و مرسی<sup>۴</sup> (۱۰) دریافتند، افرادی که در کودکی بدرفتاری را تجربه کرده‌اند، در مقایسه با دیگر کودکان به صورت معنادار و پایداری، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. تعدادی از پژوهشگران به بررسی ارتباط متغیرهای همراه با کیفیت زندگی توجه کرده‌اند. در مطالعه مریج و کامینز (۱۱) گزارش شد که اضطراب افزون‌بر کیفیت کلی زندگی، با بیشتر ابعاد کیفیت زندگی ارتباط دارد. یافته‌های آنها نشان‌داد کسانی که اضطرابی کمتر دارند، احساسی مثبت‌تر نسبت به زندگی دارند؛ همچنین، در پژوهش رینفل و همکاران (۴) مشخص شد که نشانگان افسردگی و خلق پایین و اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند؛ یافته مهم، اینکه افرادی که سطوح بالاتر نشانگان افسردگی را گزارش می‌کنند، به‌گونه معناداری سطوحی پایین‌تر از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را نشان دادند؛ در پژوهشی دیگر پروسر و کورسو (۱۲) نیز بیان کردند که دامنه گسترده تأثیرهای کودک‌آزاری، آثاری قابل توجه بر امید به زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی قربانی دارد. اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد، چگونگی تأثیر انواع متفاوت کودک‌آزاری بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی است.

کودکانی، بزرگ‌تر که تجربه‌های آزار داشته‌اند، اغلب، برخی از انواع مشکلات عاطفی را شرح داده‌اند (برای نمونه افسردگی، اندوه و اضطراب). لینچ گزارش کرد که کودکان آزار دیده، ناشاد به نظر می‌آمدند و لذتی کمتر از محیط اطرافشان می‌بردند؛ همچنین قربانیان کودک‌آزاری جنسی نشانه‌هایی از ترس، اضطراب، گوشه‌گیری و حرمت نفس پایین را گزارش کردند. ترس، اضطراب و تنش آنها با توانایی‌شان در فراگیری مهارت نوین آموزشی تداخل می‌کنند (۱۳). کودکان آزار دیده اغلب، نشانه‌های رفتاری را بروزی دهند که ممکن است همانند نشانگان مطرح برای اختلال اضطراب پس از

1 - Corso

2 - Edwards

3 - Fang

4 - Mercy

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. در مطالعات علی-مقایسه‌ای، حجم نمونه در هر گروه دست کم باید ۳۰ نفر در نظر گرفته شود (۱۷). شرکت کنندگان، شامل ۶۰ کودک (۴۰ پسر، ۲۰ دختر) بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۵ کودک (۱۰ پسر و ۵ دختر) آزار دیده از کودکان آزار دیده مراجعه کننده به مرکز مداخله در بحران‌های فردی و اجتماعی و ۱۵ کودک پسر از مرکز کودکان خیابانی شهر سمنان در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند و با ۳۰ کودک عادی از لحاظ سن و جنس، همتا شدند. میانگین سن شرکت کنندگان، ۹.۹۵ سال بود. ملاک ورود به نمونه، «بازه سنی ۸ تا ۱۳ سال، تجربه آزار دیدن کودک شامل انواع آزارهای جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت و تمایل به شرکت در مطالعه» بود. در ملاک خروج، هر کودک در گروه آزار دیده که به شرکت در مطالعه تمایل نداشت، کنار گذاشته شد. از والدین کودکان عادی برای شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر عبارت بودند از:

الف) سیاهه کیفیت زندگی کودک<sup>۱</sup> (نسخه چهارم) - (وارنی، سید و کورتین): نسخه ۲۳ پرسشی این ابزار دارای چهار بعد است: جسمی با هشت گویه (برایم سخت است که بدوم)، عاطفی با پنج گویه (احساس ترس و وحشت می‌کنم)، اجتماعی با پنج گویه (برایم کنار آمدن با بچه‌های دیگر، بسیار سخت است) و عملکرد مدرسه با پنج گویه (رسیدن به تکالیف مدرسه برایم بسیار سخت است)؛ این پرسش‌نامه مشکلات رخ داده در هر بعد را در یک ماه گذشته مورد پرسش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت در دامنه (۰ = هرگز) تا (۴ = تقریباً همیشه) برای سنین ۸ تا ۱۸ سال نمره‌گذاری می‌شوند (۴). نمره پایین به منزله کیفیت زندگی بالاتر است؛ این پرسش‌نامه را *اللهیاری* و همکاران در دانشگاه تربیت مدرس از نظر روایی محتوا

تأیید کرده‌اند و اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ ۰.۸۴ گزارش شده است (۱۸)؛ اعتبار این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر، ۰.۹۰ است

ب) سیاهه فوبی و اضطراب اجتماعی کودکان<sup>۲</sup>: (بیدل، ترنر و موریس): این پرسش‌نامه ۲۶ پرسشی برای ارزیابی اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب اجتماعی در میان کودکان و نوجوانان طراحی شده است. نمرات بالا نشان‌دهنده شدت بیشتر اضطراب اجتماعی هستند. پرسش‌ها دامنه‌ای از موقعیت‌ها را در برمی‌گیرد که بالقوه تولیدکننده اضطراب هستند (برای نمونه: بلند خواندن، بازی کردن، غذا خوردن در غذاخوری آموزشگاه). هر پرسش در مقیاس لیکرت سه درجه‌ای قرار می‌گیرد (هرگز یا تقریباً هرگز، گاهی، بیشتر وقت‌ها یا همیشه)؛ اعتبار این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰.۹۱ به دست آمده است (۴) و اعتبار این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر، ۰.۸۹ است

ج) پرسش‌نامه کوتاه خلق/احساس<sup>۳</sup>: *انگولد، کاستلو، مسر، پیکلز، ویندر* و همکاران از برگه کوتاه ۱۳ پرسشی پرسش‌نامه استفاده کردند. در این برگه همه عبارت‌ها منفی و در مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (نادرست=۰، گاهی=۱، درست=۲) است. نمرات بالا به معنی شدت بیشتر نشانگان افسردگی است؛ اعتبار این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰.۹۰ به دست آمده است (۴)؛ اعتبار این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر، ۰.۸۴ است. پرسش‌نامه دارای نمره‌ای کلی است. روایی برگه بلند این پرسش‌نامه در پژوهش *خرم‌دل، سجادیان، بهرامی* و *زنگنه* با استفاده از همبستگی با پرسش‌نامه افسردگی بک برای سنجش روایی همگرا ۰.۷۱ به دست آمد (۱۹).

در این مطالعه، اضطراب اجتماعی و نمرات خلق/احساس به عنوان متغیرهای هم‌تغیر، چهار بعد کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته و گروه آزار دیده/

<sup>2</sup> - Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)

<sup>3</sup> - Short Mood and Feeling questionnaire (SMFQ)

<sup>1</sup> - Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)

شدند؛ نخست، پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس بررسی شدند. نتیجه آزمون باکس نشان داد که فرض یکسانی ماتریس کوواریانس رد نمی‌شود ( $p > 0.05$ ,  $F = 1.71$ ,  $\text{Box's } M = 17.43$ ). نتایج آزمون لیون نیز نشان دادند که فرض یکسانی ماتریس خطا در گروه‌ها در سطح ۱ درصد، صادق است. اثر تعامل اضطراب اجتماعی (به‌عنوان هم‌تغییری) با متغیر مستقل (گروه آزرده/عادی)، روی کیفیت زندگی کلی، معنادار نیست ( $p > 0.05$ ,  $F = 0.04$ ). درکل، اثر تعامل هم‌تغییری با متغیر مستقل روی متغیرهای وابسته، معنادار نبود؛ به‌این‌ترتیب، پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس، صادق بود. نتایج آزمون‌های چندمتغیری تحلیل کوواریانس نشان می‌دهند که اثر اضطراب اجتماعی (هم‌تغییری)، معنادار است ( $Wilks' \Lambda = 0.793$ ). اثر متغیر خلق/احساس (به‌عنوان هم‌تغییری بعدی) نیز معنادار است ( $Wilks' \Lambda = 0.825$ ,  $F(4,53) = 2.803$ ,  $p < 0.05$ ). متغیر مستقل (گروه آزرده/عادی)، تأثیری معنادار روی کیفیت زندگی پس از کنترل هم‌تغییری‌های اضطراب اجتماعی و خلق/احساس دارد ( $Wilks' \Lambda = 0.828$ ,  $F(4,53) = 2.749$ ,  $p < 0.05$ ,  $\text{partial } \eta^2 = 0.17$ ).

نتایج آزمون‌های تک‌متغیری نشان می‌دهند که هم‌تغییری خلق/احساس، روی ابعاد عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی، تأثیر معنادار دارد ولی روی ابعاد جسمانی و مدرسه‌ای، تأثیر معنادار ندارد؛ علاوه بر آن، هم‌تغییری اضطراب اجتماعی روی ابعاد جسمانی، عاطفی و آموزشی کیفیت زندگی، تأثیر معنادار دارد ولی روی بعد اجتماعی، تأثیر معنادار ندارد. گروه (آزرده/عادی)، تأثیری معنادار روی کیفیت زندگی در بعد جسمانی پس از کنترل هم‌تغییری‌های اضطراب اجتماعی و خلق/احساس دارد، مجذور اتای تفکیکی از آن حکایت می‌کند که پس از کنترل آماری، اثر گروه بر کیفیت زندگی در بعد جسمانی ۰.۱۲ است؛ به‌عبارت‌دیگر، پس از کنترل اثر هم‌تغییرها روی ابعاد کیفیت زندگی، کیفیت زندگی در بعد جسمانی در گروه

عادی به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند. از یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### روشن‌گردآوری اطلاعات

دستورالعمل تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای همه آزمودنی خوانده شد و ابتدا اطمینان حاصل شد که هر کودک می‌تواند پرسش‌نامه را تکمیل کند؛ این دسته از کودکان، خود، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند و برای تعدادی از آنان که توانایی خواندن نداشتند، پرسش‌نامه به‌صورت مصاحبه ساختاریافته اجرا شد. پس از تکمیل سی پرسش‌نامه توسط کودکان آزرده، پرسش‌نامه‌ها روی ۳۰ کودک عادی که با توجه به سن، جنس و منطقه محل سکونت، هم‌تا شده بودند، اجرا شد پرسش‌نامه در مرکز مداخله در بحران‌های فردی و اجتماعی و مرکز نگهداری از کودکان خیابانی شهرستان سمنان در بازه زمانی آذر ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ۱۳۹۲ تکمیل شد. کودکانی که بالای ۱۰ سال سن داشتند، اغلب با دریافت توضیح‌هایی اندک توانستند خود پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند؛ ولی برای کودکان کوچکتر و کودکانی که با وجود سن بالا در خواندن و نوشتن، نانون بودند، پرسش‌نامه به‌صورت مصاحبه ساختاریافته بسته‌پاسخ اجرا و تکمیل شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزرده و عادی در جدول ۱ گزارش شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که میانگین همه ابعاد کیفیت زندگی در کودکان آزرده بالاتر از کودکان عادی است که این به‌منزله کیفیت پایین‌تر زندگی در همه ابعاد برای این کودکان است.

به‌منظور آزمون فرضیه پژوهش از مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. متغیرهای اضطراب اجتماعی و خلق/احساس به‌عنوان کوواریته، ابعاد کیفیت زندگی به‌عنوان متغیرهای وابسته و گروه (آزرده/عادی) به‌عنوان متغیر مستقل در تحلیل وارد

آزار دیده به ۰.۱۲ انحراف استاندارد، کمتر از گروه عادی است. به هر حال، اثر گروه روی سایر ابعاد کیفیت زندگی، معنادار نبود ندارد (جدول ۲ را ببینید).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی، اضطراب اجتماعی، خلق و احساس بر حسب گروه آزار دیده

## و عادی

متغیر	آزار دیده (n = ۳۰)					عادی (n = ۳۰)				
	اولیه	SP+MF	SP	MF	SD	اولیه	SP+MF	SP	MF	SD
کیفیت زندگی										
جسمانی	۱۲/۰	۱۰/۵۰	۱۰/۷۳	۱۱/۰۹	۵/۲۶	۵/۱۳	۶/۶۳	۶/۳۹	۶/۰۳	۲/۷۵
عاطفی	۹/۵۰	۷/۶۳	۷/۳۹	۸/۰۶	۳/۸۶	۴/۳۳	۵/۴۵	۵/۷۷	۳/۵۸	۳/۵۸
اجتماعی	۵/۹۶	۴/۵۹	۵/۲۹	۴/۸۱	۳/۲۸	۲/۸۳	۴/۲۱	۳/۹۹	۳/۲۸	۳/۲۸
آموزشگاهی	۶/۲۷	۵/۴۲	۵/۶۶	۵/۶۹	۲/۴۹	۲/۸۷	۳/۷۱	۳/۴۴	۳/۰۹	۳/۰۹
کوآریتها										
اضطراب اجتماعی	۱۷/۳	-	-	-	۸/۷۵	۷/۸۷	-	-	-	۵/۸۶
خلق / احساس	۱۰/۸۳	-	-	-	۴/۵۲	۳/۷۳	-	-	-	۳/۱۲

یادآوری ۱: میانگینها براساس نمرات اضطراب اجتماعی و خلق/احساس (MF) و توأم (SP+MF) تطبیق شده‌اند.

\*\* میانگینهای اولیه در تمام ابعاد کیفیت زندگی میان دو گروه از نظر آماری در سطح ۱ درصد، معنادار هستند

\* میانگینهای تعدیل شده با اضطراب اجتماعی (SP)، خلق/احساس.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی نمرات ابعاد کیفیت زندگی با کنترل متغیرهای خلق/احساس، اضطراب

## اجتماعی

منبع	کیفیت زندگی	مجموع مجزورها	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	سطح معناداری	مجزورات تفکیکی
خلق / احساس	جسمانی	۵/۹۷	۱	۵/۹۷	۰/۴۱	۰/۵۲	-
	عاطفی	۶۲/۶۱	۱	۶۲/۶۱	۶/۰۴۴	۰/۰۱	۰/۰۹۷
	اجتماعی	۵۳/۳۵	۱	۵۳/۳۵	۵/۸۴	۰/۰۱	۰/۰۹۵
	آموزشگاهی	۶/۰۰	۱	۶/۰۰	۰/۸۳	۰/۳۶	-
اضطراب اجتماعی	جسمانی	۱۶۱/۳۷	۱	۱۶۱/۳۷	۱۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷
	عاطفی	۸۲/۶۲	۱	۸۲/۶۲	۷/۹۷	۰/۰۰۷	۰/۱۲۵
	اجتماعی	۲۱/۷۶	۱	۲۱/۷۶	۲/۳۸	۰/۱۲	-
	آموزشگاهی	۳۲/۲۳	۱	۳۲/۲۳	۴/۴۹	۰/۰۳۹	۰/۰۷۴
گروه	جسمانی	۱۱۲/۴۴	۱	۱۱۲/۴۴	۷/۸۱	۰/۰۰۷	۰/۱۲۲
	عاطفی	۱۵/۴۸	۱	۱۵/۴۸	۱/۴۹	۰/۲۲	-
	اجتماعی	۱/۱۰	۱	۱/۱۰	۰/۱۲	۰/۷۲	-
	آموزشگاهی	۲۱/۹۸	۱	۲۱/۹۸	۳/۰۶	۰/۰۸	-

## بحث

کنترل اضطراب اجتماعی بر بعد عاطفی و آموزشگاهی، تفاوت کیفیت زندگی در این ابعاد میان دو گروه آزاردیده و عادی معناداریش را از دست می‌دهد. این یافته دارای جنبه کاربردی برای عملگران بالینی است. با اعمال اقدام‌های درمانی در زمینه خلق/احساس و اضطراب اجتماعی می‌توان شاهد ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بود؛ این یافته با یافته‌های رینفل و همکاران (۴) *اسداللهی و همکاران (۲۱)* و *پریرا، فیگوریدو و فینچام (۱۶)* همخوانی دارد. رینفل و همکاران گزارش کردند که نشانگان افسردگی و خلق پایین، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند. افراد با سطوح بالاتر نشانگان افسردگی، به‌گونه‌ای معنادار سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را نشان دادند؛ حتی وقتی که متغیرهای سن، جنس، رویدادهای استرس‌زای زندگی و نشانگان اضطراب اجتماعی کنترل شده بودند؛ به این ترتیب، بهبود بعد عاطفی، اجتماعی و آموزشگاهی کیفیت زندگی، تابع مداخلاتی هستند که اضطراب اجتماعی و تغییرهای خلق/احساس را هدف قرار دهند. اضطراب کمتر و احساس آرامش بیشتر با کاهش تغییرهای سریع خلق به بهبود زندگی عاطفی، اجتماعی و آموزشگاهی افراد منتهی خواهد شد.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که تغییر در میزان اضطراب اجتماعی با تفاوت در ابعاد جسمانی، عاطفی و آموزشگاهی کیفیت زندگی تغییر می‌کند؛ این یافته با یافته‌های رینفل و همکاران (۴) و *دالاریمپل و زیمرمن (۲۷)* همخوانی دارد. اضطراب اجتماعی و اختلال وحشت همراه با دوره‌های مجزای ترس یا عدم اطمینان مشخص می‌شود که با نشانگان جسمانی از جمله تپش قلب، تعریق، لرزیدن، احساس تنفس کوتاه، درد قفسه سینه، تهوع، سرگیجه، همراه است. یک تبیین احتمالی، آن است که فردی که با قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی به چنین حالاتی، دچار می‌شود، ضمن تلاش برای پرهیز از این موقعیت‌ها، این باور را در خود پرورش می‌دهد که فردی ناتوان، ضعیف و دچار

این مطالعه، درصد مقایسه کیفیت زندگی کودکان آزاردیده و عادی با کنترل نقش خلق/احساس و اضطراب اجتماعی برآمد. پرسش اساسی این بود که آیا با کنترل متغیرهای خلق/احساس و اضطراب می‌توان انتظار داشت کیفیت زندگی کودکان آزاردیده با عادی تفاوت دارد؟ و در صورت وجود تفاوت، در چه بعد یا ابعادی از کیفیت زندگی می‌توان این تفاوت را انتظار داشت؟ یافته‌های به دست آمده نشان دادند که با کنترل اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی گروه آزاردیده با عادی در بعد جسمانی متفاوت است؛ معنای ضمنی این یافته آن است که کیفیت زندگی در بعد جسمانی ویژگی به‌طور کامل متمایز از ویژگی‌های روان‌پزشکی یا روان‌شناختی است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین (۲۴، ۲۵ و ۱۰) هماهنگ است. یافته‌های این مطالعات نشان داده‌اند که کودکان آزاردیده به نسبت کودکان عادی بیشتر به اختلال‌های رشدی، بدریختی بدن، معلولیت جسمانی، سوء تغذیه منجر به افت توانایی ذهنی، کبودی بدن، شکستگی استخوان و موارد مشابه، دچار می‌شوند که همگی از مصداق‌های اختلال در کارکرد جسمانی کیفیت زندگی به‌شمار می‌آیند.

به‌رحال، در بدن کودکی که با تهدید همیشگی زندگی می‌کند، مواد شیمیایی و فیزیولوژیکی آزاد می‌شود که می‌توانند برای همیشه تکامل مغز و تناسب شرایط درونی بدن را تغییر دهند؛ این عوامل افزون‌بر آسیب‌های جسمانی که مستقیم بر کودک وارد می‌کنند، ضمن آثار آنی، بر حسب شدت و نوع، می‌توانند تأثیرهایی درازمدت در پی داشته باشد (۲۶)؛ به این ترتیب، ضمن کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمانی در لحظه وقوع آزار، آثار شاید به مراتب شدیدتر بر اثر تکرار و شدت آن خواهند داشت که به طبع به نسبت کودکان عادی و بی‌آزار، فرد آزاردیده، کیفیت زندگی جسمانی پایین‌تری خواهد داشت.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که با کنترل تغییرهای خلق/احساس کودک بر ابعاد عاطفی و اجتماعی و

جامعه‌ای هستند که ویژگی‌های آن شبیه نمونه مورد مطالعه این پژوهش باشد؛ محدودیت دیگر این مطالعه، حجم نمونه کم است؛ دسترسی و متقاعد کردن این دسته از کودکان برای همکاری، بسیار دشوار است؛ محدودیت دیگر این مطالعه به روش آن، مربوط است. مطالعه حاضر به روش علی-مقایسه‌ای انجام شده است. گرچه دو هم‌تغییری اثرگذار کنترل شدند؛ اما هنوز متغیرهایی دیگر وجود دارند که می‌توانند با متغیر مستقل همراه بوده، کیفیت زندگی به‌ویژه، بعد جسمانی را تحت تأثیر قرار دهند؛ به این ترتیب، روابط و آثار به‌دست آمده در این مطالعه علی نیستند و پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آتی از طرح‌های کنترلی دیگر استفاده کنند. برای دستیابی به گزاره‌های قابل تعمیم پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به صورت طولی انجام شوند؛ همچنین، پیشنهاد می‌شود در سایر استان‌های دیگر، این مطالعه تکرار شود تا شواهدی از بسط یافته‌های آن فراهم آیند. این مطالعه دارای تلویح‌های کاربردی برای عملگران بالینی است. برای ارتقا کیفیت زندگی کودکان آزار دیده در بعد اجتماعی و عاطفی مداخلات مربوط به خلق/احساس (اختلال‌های عاطفی) و برای ارتقای کیفیت زندگی در بعد آموزشی، مداخلات اضطراب اجتماعی کفایت می‌کنند؛ اما در بعد جسمانی کیفیت زندگی، این مداخلات کفایت نمی‌کنند.

### نتیجه‌گیری

برای بهبود کیفیت زندگی در بعد عاطفی، مداخلات درمانی متمرکز بر اضطراب اجتماعی و خلق/احساس توصیه می‌شوند، در حالی که برای بهبود کیفیت زندگی در بعد اجتماعی، این مداخلات باید بر خلق/احساس و در بعد آموزشی، باید بر رفع اضطراب اجتماعی، متمرکز شوند.

کمبودهایی در مقایسه با دیگران است؛ این تفکرها و عقاید مبنی بر اینکه دیگران او را زیر نظر دارند بر احساسات و هیجان‌های او، کارکرد منفی داشته، بر اجتناب وی از موقعیت‌های اجتماعی می‌افزاید. در نهایت افزون بر کاهش کیفیت زندگی جسمانی و عاطفی که از عوارض مستقیم این مشکل هستند، با ترک و دوری از موقعیت‌ها و اماکن عمومی که برای کودکان، اغلب در آموزشگاه امکان پذیرند، به گونه غیرمستقیم باعث آسیب دیدن موقعیت تحصیلی و کاهش بعد آموزشی کیفیت زندگی وی می‌شوند.

یک یافته دیگر این مطالعه، عدم تأثیر معنادار اضطراب اجتماعی بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی بود. به نظر می‌رسد بعد اجتماعی کیفیت زندگی، نکته‌ای متفاوت از اضطراب اجتماعی است. اضطراب اجتماعی روی این بعد به عنوان یک هم‌تغییری معنادار عمل نمی‌کند. به هر حال، بعد اجتماعی کیفیت زندگی، بیشتر از خلق/احساس تأثیر می‌پذیرد زیرا خلق و احساس به عنوان یک هم‌تغییری معنادار در کنترل واریانس این بعد عمل کرده است؛ این یافته، یکی دیگر از تلویحات کاربردی این مطالعه است. با اعمال اقدام‌های درمانی در خصوص کودکان آزار دیده به نظر می‌رسد می‌توان شاهد بهبود بعد اجتماعی کیفیت زندگی آنها بود؛ به هر حال، به نظر می‌رسد این یافته با یافته وکن و بوگلس (۲۸) ناهماهنگ است. آنها نشان دادند که بیماران دچار اختلال اضطراب اجتماعی، کارکرد اجتماعی خود را نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل دست کم می‌گیرند؛ یک تبیین احتمالی در خصوص این اختلاف، آن است که نمونه وکن و بوگلس بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی هستند نه کودکان آزار دیده و به احتمال، بسط یافته‌های آنها به این دسته از کودکان، مجاز نیست.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، نمونه در دسترس است؛ از این رو، پژوهشگران نسبت به هرگونه تعمیم غیرمجاز یافته‌های این مطالعه هشدار می‌دهند. یافته‌های این مطالعه در حد امکان، قابل تعمیم به نمونه یا



### منابع

1. Reberio J. Quality of life is a primary end point in clinical setting. *Clinical Nutrition* 2004; 23: 121-123.
2. Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Waltson K, Weinman J. et al. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Second ed. Cambridge University Press; 2007.
3. Rahimian BE. *Health Clinical Psychology*. First ed. Terhran. Danjhe; 2009. (Persian)
4. Reinfjell T, Hjemdal O, Aune T, Vikan A, Diseth TH. The pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)4. as an Assessment Measure for Depressive Symptom: A Correlational Study with Young Adolescents. *Informa Healthcare*. Taylor & Francis 2008; 279-286.
5. Oliver, E. *Quality of life and mental health service*. First edition. New York; 1997.
6. Jalowies A. Issue in using multiple measures of quality of life. *Seminar in Oncology Nursing*; 1990; 6(4):271-277.
7. Robinson PF. Measurement of quality of life. *Journal of Association Nurses In AIDS Care* 2004; 15: 14-19.
8. Emery R, Laumman - Billings L. An overview of the nature causes and consequences of abusive family relationships to ward differenting maltreatment, and violence. *Journal of the American psychologist* 1998; 2: 121-136.
9. Whitaker DJ, Lutzker JR, Shelley GA. Child maltreatment prevention priorities at the Centers for Disease Control and Prevention. *Child Maltreatment* 2005; 10: 245-259.
10. Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health* 2008; 6: 1094-1100.
11. Marriage K, Cummins R. Subjective quality of life and self-esteem in children: the role of primary and secondary control in coping with everyday stress. *Social Indicators Research* 2004; 66: 107-110.
12. Prosser L, Corso P. Measuring health-related quality of life for child maltreatment: a systematic literature review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:42-50.
13. Seligson AG. The Fallacy of Victimization in Treatment of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse* 1993; 2: 135-140.
14. Wang CT, Holton J. Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States. *Economic Impact Study* 2007; 9: 1-5.
15. Antunes HKM, Stella SG, Santos RF, Bueno OFA, Mello MT. Depression, Anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27: 266-271.
16. Pereira MG, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, Depression, Traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatment: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing* 2012; 16: 227-232.
17. Lunenburg FC, Irby BJ. *Writing a Successful Thesis or Dissertation*. Corwin Press; 2008.
18. Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghhighy-zadeh MH, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with  $\beta$ -thalassemia. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2012; 14: 41-49. (Persian)
19. Khoramdel K, Sajadian P, Bahrami F, Zangane S. Validation of the adolescent meta-cognition questionnaire version. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2011; 14: 29- 35.
20. Douaihy A, Singh N. Factors affecting quality of life in patient with HIV infection, *AIDS Reader*, 2001;11(9): 622-90.
21. Gladjsjo JA, Breeding J, Sine D, Wells R, Kalemlarian S, Oak J, et al. Termination of life support after sever child abuse: The role of a Guardian ad Litem. *Official Journal of The American Academy of Pediatrics* 2012; 2: 141-145.
22. Asadollahi R, Saghafinia M, Nafissi N, Montazeri A, Assadollahi M, Khatami M. Anxiety, depression and health-related quality of life in those injured by landmines, Ilam, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010; 16: 1108-1114.
23. Iancu I, Sarel A, Avital A, Abdo B, Joubran S, Ram E. Shyness and social phobia in Israeli Jewish vs Arab students. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 52: 708-714.
24. Boulhari A. The situation of the victim in the criminal policy of Iran. *Thesis of Criminal Law and Criminology*, Tehran, Tarbiat Modarres University; 1998. (Persian)
25. Rashidifar N. The relationship between demographic factors and personality characteristics of child abuse and neglect in a cohort of adolescents Ahar. *Tehran Psychiatric Institute*; 1997. (Persian)

26. Naghvi E, Fatehizadeh M, Abedi MR. The phenomenon of child abuse and its effects on emotional and personality of adolescent girls in Esfahan. *Journal of Psychology and Education*, 2005;35: 187-221. (Persian)
27. Dalrymple KL, Zimmerman M. Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 2001; 25: 131-137.
28. Voncken MJ, Boëgels SM. Social performance deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during speech. *Journal of Anxiety Disorders*, 2008; 22: 1384-1392.

Archive of SID

Daneshvar  
Medicine

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
21st Year, No.109  
February- March,  
2014*

Received: 2013/10/26

Last revised: 2013/02/03

Accepted: 2014/02/08

## Comparison of quality of life in normal and abused children

Siavash Talepasand\*, Sedighe Safaie

Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

E-mail: stalepasand@semnan.ac.ir

### Abstract

**Background and Objective:** Social environment affects quality of life and causes physical and psychological disorders in children. Aim of this study was to compare the quality of life in abused and normal children by controlling roles of social anxiety, mood and feeling.

**Materials and Methods:** The research design was a non-experimental protocol. Participants were 60 children. Using available sampling method, 30 abused children were selected from Center for Treatment of Social and Individual Crisis and a Center of Street Children in Semnan in 2012. They were matched with 30 normal children by age and gender. They completed Pediatric Quality of Life Inventory, Social Phobia and Anxiety Inventory and Short Mood and Feeling Questionnaire for Children.

**Results:** The results for social phobia and quality of life in physical dimension was different between the two groups. By controlling simultaneous changes of children's mood/feeling on emotional and social dimensions, and also, by controlling social anxiety on emotional and school dimensions, difference of quality of life in these dimensions between the two groups were not statistically significant.

**Conclusion:** Interventions should focus on social anxiety and mood/feeling for improving the quality of life in emotional dimension, while these interventions should focus on mood/feeling for improving social quality of life and should focus on social anxiety to improve school dimension.

**Key words:** Child abuse, Quality of life, Anxiety disorders, Affection, Emotions.