

## بررسی پدیده کودک آزاری و آثار عاطفی و شخصیتی آن بر نوجوانان دختر شهر اصفهان

اعظم نقوی

کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی

مریم فاتحی‌زاده

استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

محمد رضا عابدی

استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

### چکیده

این پژوهش به بررسی تأثیر کودک آزاری، بر ویژگی‌های عاطفی و شخصیتی نوجوانان دختر شهر اصفهان پرداخته است. آزمودنی‌های پژوهش ۲۹ نوجوان دختر آزار دیده و ۷۱ نوجوان دختر عادی بوده اند که به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. گروه آزار دیده با استفاده از پرسشنامه کودک آزاری از گروه عادی جدا شدند. آزمودنی‌ها همچنین پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با نرم‌افزار spss و با آزمون‌های آماری مانوا و همبستگی تحلیل شد. نتایج نشان داد که به طور کلی دو گروه در ویژگی‌های خویشتن داری، اجتماعی شدن، برداشت خوب، احساس سلامتی، کارایی ذهنی، استعداد روانشناختی، سطح تحمل و استعداد کسب پایگاه با هم تفاوت دارند ( $P < 0/05$ )، به این صورت که گروه آزار دیده نمرات پایین‌تری دریافت کردند. اما در ویژگی‌های خودپذیری، حضور اجتماعی، مردم‌پذیری، پیشرفت از طریق همنوایی، پیشرفت از طریق استقلال، زنانگی/مردانگی، اشتراک و مسئولیت‌پذیری با هم تفاوت ندارند ( $p > 0/05$ ).

کلید واژه‌ها: کودک آزاری، تأثیر عاطفی و شخصیتی. نوجوانان، شهر اصفهان، دختران

## مقدمه

کودکان به دلایل مختلف از جمله سن کم و نداشتن مهارت‌های کافی همواره آسیب پذیرترین اقشار جامعه هستند و قادر به حفاظت از خود نبوده و نیاز به حمایت بزرگسالان به خصوص والدین خود دارند. در صورت عدم کفایت و ناشایستگی والدین، مسائل و مشکلاتی از جمله کودک آزاری توسط آنها رخ می‌دهد. کودک آزاری یکی از معضلات بزرگ اجتماعی است که تمام جوامع را، چه پیشرفته و چه در حال توسعه، در بر می‌گیرد (خوشایبی، ۱۳۸۲).

کودک آزاری به معنای صدمه جسمی یا روانی، آزار جنسی، غفلت یا بدرفتاری با کودک (زیر ۱۸ سال) توسط فردی است که مسئول سلامتی او است (دورن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). کودک آزاری جسمی به معنای وارد آمدن آسیب عمدی از طرف فرد بالغ به کودک است (رحیمی موقر، ۱۳۸۲). این آسیب‌ها ناشی از تنبیه‌های شدید جسمی یا تنبیه‌های غیر موجه است. همچنین شامل حمله آگاهانه و عمدی به کودک، از قبیل سوزاندن، گاز گرفتن، بریدن اعضا، هل دادن، تاباندن اندام‌ها، شکنجه، ضربات، زخم‌ها و شکستگی‌ها است (مدنی، ۱۳۸۲). آزار جسمی شامل تنبیه کردن، کتک زدن، لگد زدن، گازگرفتن، سوزاندن، تکان دادن و دیگر کارهای دردناک برای یک کودک است. بسیاری اوقات صدمات عمدی نیستند، اما در نتیجه یک انضباط بیش از حد یا تنبیه جسمی پیش می‌آیند (ماشر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). از میان ۳ میلیون مورد گزارش کودک آزاری در سال ۲۰۰۱، بیش از ۹۰۳ هزار مورد (حدود ۱۸ درصد) مربوط به آزار جسمی بوده است. ۱۳۰۰ کودک در سال ۲۰۰۱ به دلیل آزارهای جسمی جان خود را از دست داده‌اند (انجمن امریکایی انسان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

آزار جنسی؛ شامل هر نوع فعالیت جنسی با کودک قبل از سنی است که بتواند رضایت قانونی داشته باشد. در تعریف آزار جنسی همواره باید این نکته را در نظر

1. Doreen

2. Mash

3. American Human Association

داشت که زور و اجبار در این نوع آزار نقش اساسی دارد. البته هر چند که در برخی آزارهای جنسی بوضوح زور و اجبار و جراحات جسمانی ناشی از این تجاوز وجود دارد، نمی‌توان مواردی را که بدون اعمال زور فیزیکی و همراه با تهدید، رشوه، تطمیع، و فریب دادن است از نظر دور داشت. زور و اجبار معمولاً ناشی از تفاوت سنی است. باید توجه داشت که بازی‌های جنسی میان کودکان مصداق آزار جنسی نیستند (هوبز<sup>۱</sup> و هانک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

آزار جنسی شامل نوازش کردن اندام جنسی کودک<sup>۳</sup>، آمیزش<sup>۴</sup>، زنای با محارم<sup>۵</sup>، تجاوز<sup>۶</sup>، لواط<sup>۷</sup>، عورت‌نمایی به کودک<sup>۸</sup>، بهره‌کشی تجاری و جنسی از طریق خودفروشی<sup>۹</sup> یا تولید فیلم‌های مستهجن<sup>۱۰</sup> است (ماش، ۱۹۹۹). در آزار جنسی، کودک مورد سوء استفاده جنسی و گاه مستقیماً هدف آمیزش قرار می‌گیرد (پیترسون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸).

آزار عاطفی آزار به جسم و بدن کودک محدود نمی‌شود. کودکانی که دائماً به آنها ناسزا گفته می‌شود، فحش و توهین می‌شنوند، تحقیر می‌شوند، با تهدید و ترس و ادا به انجام کاری می‌شوند، طرد می‌شوند، از آنها ایراد گرفته می‌شود، در آنها ترس و وحشت ایجاد شده و تطمیع شده اند، اغلب فرصت کمی برای رشد عزت نفس پیدا می‌کنند. آزار عاطفی ممکن است به صورت غیر مستقیم ایجاد شود. شیوع خشونت خانوادگی و خشونت در جامعه کودک را با ترس و صحنه‌های مخوف روزانه روبه رو می‌سازد. مطالعه ای در یکی از بیمارستان‌های شهر بوستون نشان داده است که از هر دو کودک

1. Hobbs

2. Hank

3. Fondling

4. Intercourse

5. Incest

6. Rape

7. Sodomy

8. Exhibitionism

9. Prostitution

10. Pornographic

11. Peterson

یکی از آنها یک صحنه تیراندازی یا چاقو‌کشی را در همسایگی و یا در خانه خود دیده است. مطالعات نشان داده است والدینی که دائماً با هم دعوا می‌کنند باعث آزار کودک خود می‌شوند (دورن، ۱۹۹۸).

آزار عاطفی تخریب شدید اجتماعی و هیجانی ناشی از انتقاد، بی‌مهری، طرد، بددهنی، سوء رفتار جسمی و جنسی است و مطمئناً پدیده‌ای شایع‌تر از دو نوع دیگر سوء رفتار است. به علاوه، ممکن است طولانی‌تر بوده و نتایج جدی‌تر برای رشد کودک داشته باشد. این پدیده معمولاً مورد توجه بستگان، همسایگان، مراقبان بهداشتی و معلمان قرار گرفته و گزارش می‌شود. شرایط اجتماعی نامطلوب و کوتاهی از وظایف پدر و مادری غالباً مشاهده می‌شود (هور، ۱۳۷۵).

آزار عاطفی مشکل‌ترین نوع آزار از نظر تعریف و تشخیص است. به ندرت آزار جسمی یا جنسی را بدون آزار عاطفی مشاهده می‌کنیم. مهم‌ترین چیزی که کودک نیاز دارد داشتن فرصتی برای رشد و بلوغ است و آزار عاطفی این فرصت را از می‌گیرد. تمام انواع آزار با آزار عاطفی همراه است (کاپلان<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). آزار عاطفی الگویی از رفتارهای والدین است که مانع رشد شناختی، عاطفی، روانشناختی، و اجتماعی کودک می‌شود و شامل نادیده گرفتن، طرد، مزوی کردن، حملات کلامی، ترساندن، تباه کردن کودک است. همچنین صحبت کردن با کودک در مورد اینکه چگونه می‌توان دزدی کرد و یا مجبور کردن او به روسپیگری جزو موارد آزار عاطفی است. ترساندن کودک و در معرض خطر قرار دادن چیزی که او خیلی دوست دارد مثل عروسک و یا حیوان خانگی اش نیز نوعی آزار عاطفی است. آزار عاطفی یک تراژدی است، زیرا کودکانی که مورد آزار عاطفی قرار می‌گیرند وقتی بزرگ می‌شوند همین کار را با فرزندان خود تکرار می‌کنند. عزت نفس پایین، فعالیت‌های خود تخریبی، ارتباطات مشکل‌دار و تاریخچه شغلی ناپایدار از آثار این نوع آزار است (انجمن امریکایی انسان، ۲۰۰۴).

سرانجام، غفلت به معنای عدم ارضای نیازهای اساسی کودک از جمله تغذیه،

پوشاک، محافظت و حمایت، و امکانات آموزشی است (هوبز و هانک، ۱۹۹۹). غفلت از کودک به معنای برآورده نکردن نیازهای اساسی کودک است (پیترسون، ۱۹۹۸). بی توجهی، به عنوان اهمال و غفلت والدین از تامین نیازهای اصلی کودک که برای بهتر زیستن او ضروری است، تعریف می‌شود. تاخیر در مراقبت بهداشتی، اخراج، سرپرستی ناکافی، بی توجهی مداوم نسبت به رفاه و امنیت، عدم مهر ورزی، سوءاستفاده از همسر در حضور کودک، سوءاستفاده از الکل و مواد مخدر در حضور کودک و مواجهه او با انواع رفتارهای ناسازگارانه از مصادیق غفلت است (مدنی، ۱۳۸۲). غفلت شایع‌ترین نوع بدرفتاری با کودکان است. ۷۰ درصد بدرفتاری‌های گزارش شده مربوط به غفلت است (هوبز و هانک، ۱۹۹۹). از دیگر مصادیق غفلت می‌توان ترک و به حال خود رها کردن کودک، رسیدگی نکردن به وضعیت تغذیه، صحبت نکردن، رسیدگی نکردن به وضعیت تحصیلی کودک، بی توجهی نسبت به ترک تحصیل، و فرار از مدرسه را نام برد (پورناجی، ۱۳۷۸).

کودکانی که والدین آنها در حد توانایی خود برایشان غذا، سرپناه و لباس مناسب تهیه نمی‌کنند، دچار غفلت هستند. عجیب نیست که مناطق فقیر نشین نسبت به دیگر مناطق اقتصادی - اجتماعی بیشترین آمار غفلت را به خود اختصاص می‌دهند. غفلت ممکن است باعث سوء تغذیه یا کاهش رشد شود. نفرستادن کودک به مدرسه و تهیه نکردن امکانات آموزشی برای او نیز جزو موارد غفلت محسوب می‌شود (دورن، ۱۹۹۸).

متأسفانه شیوع انواع کودک‌آزاری در جهان بالا بوده و ارقام هشدار دهنده‌ای را نشان می‌دهد.

در استرالیا در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳، ۱۹۸،۳۵۵ مورد کودک‌آزاری گزارش شده که از این تعداد ۴۰،۴۱۶ مورد اثبات شده است. ۳۴ درصد غفلت، ۲۸ درصد آزار جسمی، ۱۰ درصد آزار جنسی و ۳۴ درصد دچار آزار عاطفی بودند. در انگلستان نیز در سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳، تعداد ۵۷۰،۲۲۰ مورد کودک‌آزاری گزارش شده و، ۳۰۲۰۰ مورد آن اثبات شده است. ۳۹ درصد غفلت، ۱۶ درصد آزار جسمی، ۱۰ درصد آزار جنسی و ۱۸ درصد دچار آزار عاطفی بودند. در ایرلند در سال ۲۰۰۳ در یک نمونه

۳۱۱۸ نفری، ۷۱ درصد دچار آزار جنسی بودند. ۲۰/۴ درصد دختر و ۱۶/۲ درصد پسر تماس جنسی و ۳۰/۴ درصد دختر و ۲۳/۶ درصد پسر مورد آزار جنسی قرار گرفتند. در آمریکا در سال ۲۰۰۱ در حدود ۲،۶۷۳،۰۰۰ مورد کودک آزاری گزارش شده که ۴۹۳،۱۰۸ مورد آن اثبات شده است. ۵۹ درصد این افراد دچار غفلت، ۱۹ درصد آزار جسمی، ۱۰ درصد آزار جنسی، ۷ درصد آزار عاطفی و ۱۹/۵ درصد باقیمانده دچار انواع دیگری از آزار شده‌اند (کریگتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

آمار دیگری از دپارتمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا<sup>۲</sup> در دست است که نشان می‌دهد در سال ۲۰۰۱ بیش از ۳ میلیون مورد کودک آزاری در آمریکا گزارش شده که ۹۰۳ هزار مورد آن اثبات شده است. بیش از نیمی از کودکان آزار دیده از غفلت رنج می‌برند (۵۳۴ هزار مورد، ۵۹/۲ درصد) ۱۷۰ هزار مورد آزار جسمی (۱۹ درصد)، ۹۰ هزار مورد آزار جنسی (۱۰ درصد)، ۶۰ هزار مورد آزار عاطفی (۷ درصد). حدود ۲۸ درصد موارد کودکان آزار دیده زیر ۳ سال سن دارند. ۲۴/۱ درصد بین ۴ تا ۷ سال، ۲۲/۸ درصد بین ۸ تا ۱۱ سال، ۱۹/۵ درصد بین ۱۲ تا ۱۵ سال، ۵/۴ درصد بین ۱۶ تا ۱۷ سال بودند. ۴۸ درصد موارد پسرها و ۵۲ درصد موارد مربوط به آزار دخترها بوده است (توجه به کودکان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

به نظر می‌رسد که یکی از جنبه‌های با اهمیت کودک آزاری آثار و عواقب آن باشد. در پژوهش‌ها و مقالات متعددی که در دنیا، در زمینه آثار کوتاه مدت و دراز مدت کودک آزاری منتشر شده همگی نشان دهنده بروز اختلالات و مشکلات جسمی، عاطفی، اجتماعی، روانشناختی و رفتاری در قربانیان این حادثه هستند. در پژوهش حاضر نیز به بررسی این موضوع پرداخته شده است که کودک آزاری چه اثراتی بر ویژگی‌های شخصیتی و عاطفی افراد آزار دیده دارد و در چارچوب این هدف، آثار عاطفی، شخصیتی، و روانشناختی کودک آزاری بررسی می‌شود.

1. Greighton

2. U.S. Departement of health and human services

3. child trends

## تأثیر آزار بر بعد عاطفی شخصیت

آزار با مشکلات عاطفی هم در دوران کودکی و هم در دوران بزرگسالی همراه است (مک کالی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). این مشکلات عمدتاً در ابعاد زیر به وجود می‌آید:

### الف. دل‌بستگی

ماسی<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) معتقد است که حتی اگر کودکان شخصاً مورد آزار قرار نگیرند، تنها با مشاهده آزار رنج می‌برند. روبه‌رو شدن با صحنه آزار دیگران باعث اختلال در فرایند دل‌بستگی می‌شود. این فرایند نه تنها یک هیجان بلکه یک توانایی شناختی جهت انطباق مؤثر با استرس و برقراری روابط سالم است.

اغلب کودکان آزار دیده از اشکال دل‌بستگی سازمان نیافته و ناامن رنج می‌برند. این حالت باعث طرد دوستان و از دست دادن روابط دوستانه می‌شود. آنها اغلب از دیگران متنفرند (کاپلان، ۱۹۹۹).

طبق تئوری دل‌بستگی، کودکان آزار دیده دل‌بستگی سازمان نیافته و ناامن را با مراقبان خود برقرار می‌کنند و نسبت به خشم بسیار حساس می‌شوند. از طرفی والدین آزار دهنده منزوی هستند و کودکان آنها مدل‌های بسیار ضعیفی از تعاملات اجتماعی در دسترس دارند. این کودکان از لحاظ هیجانی در خانه امنیت ندارند و نسبت به خشم و خصومت ماورای خانواده بسیار حساس هستند و به همین دلیل در تعاملات خارج خانواده مشکل دارند (مارگالین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

کودکانی با سابقه غفلت در معرض خطر مشکلات دل‌بستگی قرار دارند. این کودکان دچار دل‌بستگی ناامن هستند. ۸۲ درصد کودکان آزار دیده دل‌بستگی سازمان نیافته دارند (هیلدیارد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

بدرفتاری می‌تواند تأثیر منفی بر ثبات و تنظیم هیجانی، مهارت‌های حل مسئله و

1. Mc Cauley

2. Massey

3. Margolin

4. Hidyard

توانایی انطباق با موقعیت‌های جدید و استرس را داشته باشد. این صفات شاید به دلیل این است که این کودکان دلبستگی سالمی به مراقبان خود ندارند و به همین دلیل از دیگران کناره‌گیری و اجتناب می‌کنند (ادلسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). اختلالات دلبستگی این کودکان منجر به مشکلات ارتباطی بعدی می‌شود (مرکز اطلاعات کودک آزاری و غفلت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

### ب. احساسات و هیجانات

سرزنش خود (ماسی، ۱۹۹۸) احساس گناه به خاطر حادثه رخ داده (دورن، ۱۹۹۸) و مشکل در تنظیم هیجانات از دیگر مشکلات کودکان آزار دیده است. این افراد نمی‌دانند در چه موقعیتی، چه حالت هیجانی نشان دهند. گرچه به نظر می‌رسد قادرند احساسات دیگران را توصیف کنند اما قادر به توصیف احساس خود نیستند. کودکان والدین بی‌توجه یاد می‌گیرند که به خود به عنوان فردی بی‌ارزش، دوست نداشتنی، و بی‌کفایت نگاه کنند (لونتال<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). این کودکان در پذیرش و درک احساسات دیگران مشکل دارند (هویز و هانک، ۱۹۹۹). پولوک<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) گزارش می‌کند فردی که در دوران کودکی از او سوء استفاده شده است خود را به عنوان یک فرد تابع و شکست خورده احساس می‌کند و تجارب ترس و وحشتزدگی دارد. او خود را به عنوان یک فرد بیچاره، یک طعمه، یا یک اسباب بازی احساس می‌کند.

از لحاظ ادراکی این کودکان دنیا را یک مکان خطرناک درک می‌کنند و احساس بیچارگی، بی‌قدرتی، و خطر دارند. احتمالاً این افراد احساس می‌کنند که دیگران غیر قابل اعتماد هستند. متأسفانه احساسات بدبینی و خصومت ناشی از این دیدگاه بر سلامتی آنها اثر می‌گذارد. زمانی که افراد دنیا و دیگران را بسیار منفی ببینند، بدن آنها

1. Edleson

2. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect

3. Lowental

4. Pollock



شروع به ترشح هورمون کورتیزول می‌کند که بر سیستم ایمنی بدن اثرگذار است و باعث آسیب مغزی و بیماری‌های دوران کودکی می‌شود (کندال - تاکت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). در مطالعه سوانستون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) تنها ۸ درصد از کودکان آزار دیده اظهار سلامتی کلی می‌کنند، در حالیکه ۲۳ درصد از کودکان عادی سلامتی کلی را احساس می‌کنند.

ترس‌های خاص و وحشت و احساس بیچارگی در ۳۴ پژوهش در مورد تأثیر مواجهه کودک با آزار مادر دیده شده است (جلن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

احساس وابستگی، ناخشنودی، کنترل کم خود، عواطف منفی زیاد، منفی بافی و نداشتن حس شوخ طبعی از دیگر مشکلات عاطفی این افراد است (هیلدیارد، ۲۰۰۲). کودکان آزار دیده نسبت به قربانی شدن خود احساسات منفی دارند (جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

### ج. عزت نفس و اعتماد به نفس

داشتن تاریخچه ای از هر نوع آزار با کاهش عزت نفس کودک ارتباط دارد (مولن<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ ادلسون، ۱۹۹۹). آزار کودک عزت نفس او را کاهش می‌دهد (مک کالی، ۱۹۹۷؛ ماسی، ۱۹۹۸). بد رفتاری می‌تواند رابطه کودک و سرپرست را خراب کرده و احساس امنیت و عزت نفس را کاهش دهد. دخترانی که مورد غفلت قرار گرفته‌اند بسیار منفعل، کناره گیر و با عزت نفس پایین می‌شوند (ماش، ۱۹۹۹). این کودکان عزت نفس و اعتماد به نفس پایینی دارند و خود را کمتر از دیگران می‌دانند (مارگالین، ۲۰۰۰).

عزت نفس پایین و احساس ناامیدی در کودکان آزار دیده در مطالعات (مولن، ۱۹۹۸؛

1. Kendal- Tacket

2. Swanston

3. Jellen

4. Johnson

5. Mullen

پائولوکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ کندال - تاکت، ۲۰۰۲؛ هیلدیارد، ۲۰۰۲؛ و سوانستون، ۲۰۰۳) نیز تأیید می‌شود.

#### د. افسردگی و اضطراب

علائم افسردگی و اضطراب در بیشتر کودکان آزار دیده یافت می‌شود (دورن، ۱۹۹۸؛ مولن، ۱۹۹۸؛ استیون - سیمونز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ برابری<sup>۳</sup> و الیوت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). نه تنها آزار بلکه مشاهده آزار دیگران نیز با افسردگی و اضطراب در بزرگسالی ارتباط دارد (ادلسون، ۱۹۹۹). سیلورمن<sup>۵</sup> (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای طولی از ۳۷۵ فرد از ۱۵ سالگی تا ۲۱ سالگی دریافت که نزدیک به ۸۰ درصد نوجوانان آزار دیده علائم اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی و اضطراب را در سن ۲۱ سالگی دریافت می‌کنند. از پژوهش مک کالی (۱۹۹۷) این نتیجه به دست آمد که زنانی که در کودکی آزار دیده‌اند بیشتر از سایرین به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند.

هم مطالعات کلینیکی و هم مطالعات اجتماعی وجود ارتباط میان کودک آزاری و افسردگی در دوران بزرگسالی را تأیید کرده‌اند (روی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). مطالعه مارگالین (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که کودکانی که آزار جنسی دیده‌اند تا یک سال پس از حادثه دچار افسردگی و اضطراب بودند. زنانی که دچار آزار جنسی شده‌اند نیز بیشتر از سایرین به افسردگی و اختلالات دیگر مبتلا می‌شوند.

اختلال اضطراب جدایی و افسردگی در این کودکان حتی یک سال پس از وقوع حادثه در بین ۳۵ درصد از کودکان آزار دیده در مقابل ۱۷ درصد گروه عادی مشاهده شده است.

1- Paolucci

2. Steven-Simons

3. Brier

4. Elliot

5. Silverman

6. Roy

براون<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) از مطالعه ۷۷۶ فرد به این نتیجه رسید که نوجوانان و بزرگسالانی که در دوران کودکی با آنها بد رفتاری شده است سه برابر بیشتر از دیگران دچار افسردگی می‌شوند و در میان انواع آزار، آزار جنسی بیشترین اثر را بر افسردگی نوجوانان دارد. آزار جنسی با تمام بیماری‌های روانپزشکی زنان ارتباط دارد. زنان آزار دیده (نه مردان) بیشتر در معرض خطر افسردگی شدید هستند. به طور کلی، کودک‌آزاری برای زنان اثرات منفی بیشتری دارد (مک میلان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). افسردگی و اضطراب و دیگر مشکلات درونی به همان اندازه مشکلات بیرونی مثل اختلالات سلوک و پرخاشگری در میان آزار دیده‌ها مشاهده می‌شود (پائولوکی، ۲۰۰۱).

افسردگی شایع‌ترین اثر آزار است. طبق نظر برابرو الیوت قربانیان آزار ۴ برابر بیشتر از دیگران در طول عمر خود افسردگی شدید را تجربه می‌کنند و دچار اضطراب می‌شوند (کندال - تاکت، ۲۰۰۲).

در پژوهش دیگری سوانستون (۲۰۰۳) ۴۹ نفر از افرادی را که ۹ سال قبل به دلیل سوءاستفاده جنسی در بیمارستان بستری شدند با ۶۸ نفر از افراد عادی مقایسه کرده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آزار دیده‌های جنسی به طور معناداری غمگین‌تر و افسرده‌تر از عادی‌ها هستند. سوانستون معتقد است که سوء استفاده از کودک بر عملکرد روانشناختی او اثر می‌گذارد. کودکان آزار دیده از لحاظ افسردگی، اضطراب، و ناامیدی بالاتر از سایرین هستند.

برخی تحقیقات نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان از اثرات کودک‌آزاری رنج می‌برند. در یک مطالعه که هم پسران و هم دختران شرکت‌کننده دچار آزار جسمی شده بودند مشخص شد که دختران بیشتر از پسران دچار افسردگی شدید و اضطراب شده‌اند. در مطالعه دیگری که زنان و مردان شرکت‌کننده در آن در دوران کودکی همزمان دچار آزار جنسی و جسمی و عاطفی شده بودند نیز چنین نتیجه گرفته شد که

زنان بیشتر از مردان آزار دیده دچار افسردگی هستند (تامپسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

### ۲ هم اختلال استرس پس از سانحه<sup>۲</sup>

شیوع استرس پس از سانحه در زنانی که به آنها حمله جسمی شده و مردانی که بیش از ۱۰ حادثه آزار دهنده در زندگی خود داشته‌اند بیشتر است (روبین<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۷).

دورن (۱۹۹۸) گزارش می‌کند که بسیاری از کودکان آزار دیده علائم استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند. PTSD در کودکان و نوجوانان به صورت حاد یا درنگیده، فوراً یا سال‌ها پس از حادثه مشاهده می‌شود. علائم ممکن است به صورت تجربه دوباره حادثه، مثل افزایش احساس بی‌حسی (کرحتی)، تحریک روانشناختی (ضربان قلب، نفس نفس زدن، و ...) باشد. آنها ممکن است علائم جسمی داشته باشند، خشمگین شوند یا احساس گناه کنند. ممکن است خاطرات تکرار شونده و ترس از موقعیت‌های آزار داشته باشند (دورن، ۱۹۹۸).

گرچه بیشتر کودکان آزار دیده علائم کامل PTSD را دریافت نمی‌کنند، اما بیش از ۸۰ درصد آنها این علائم را گزارش می‌کنند. در یک مطالعه ۵۱ درصد از زنان PTSD دچار آزار جنسی در دوران کودکی شده بودند. شاید سابقه آزار در دوران کودکی باعث می‌شود که فرد در هنگام برخورد با حوادث و استرس‌های زندگی در مقابل PTSD آسیب پذیرتر باشد (کندال - تاکت، ۲۰۰۲).

حوادث آزاردهنده دوران کودکی با خاطرات آزار دهنده‌ای که باعث PTSD می‌شود ارتباط دارد (کاهیل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

1. Tompson

2- Post Trumatic Stress Disorder (PTSD)

3. Robin

4. Cahill

### و. سایر بیماری های روانی

ارتباط مستقیمی میان تعارضات در خانه و انواع مشکلات روانی وجود دارد. تعارضات کلامی میان والدین با افزایش مشکلات سلوک همراه است و تعارضات کلامی همراه با آزار جسمی باعث بروز اختلال سلوک در سطح کلینیکی می شود (فاتازو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱).

در پژوهش هارتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) افرادی با سابقه انواع آزار در دوران کودکی به پرسشنامه SCL-09 پاسخ دادند. این افراد بیشتر از سایرین دچار پارانوئید و علائم سایکوتیک بودند. آزار دیده های جنسی و جسمی علائم وسواس، اضطراب فراگیر، و جسمی سازی را نشان دادند.

اختلالات خوردن و چاقی در میان کودکان آزار دیده یافته شده است. در یک مطالعه از ۱۳۱ بیمار با سابقه تجاوز از طرف محارم، ۶۰ درصد آنها بیش از ۵۰ پوند اضافه وزن داشتند: در مقابل ۲۸۵ نفر از افراد گروه کنترل و ۲۵ درصد آنها بیش از ۱۰۰ پوند اضافه وزن داشتند: در مقابل ۶ درصد از افراد گروه کنترل. پژوهش میلر<sup>۳</sup> و مک کلووسکی<sup>۴</sup> نشان داده اند زنانی که اختلال بی اشتهایی روانی داشتند بعد از سن ۱۲ سالگی دچار آزار جنسی شده اند، اما ارتباط میان آزار جنسی قبل از سن ۱۲ سال و بی اشتهایی روانی تایید نشده است (کندال - تاکت، ۲۰۰۲).

اختلالات خوردن (مولن، ۱۹۹۸؛ کندال - تاکت، ۲۰۰۲)، اختلالات تجزیه ای مثل یادزدودگی، گریزو اختلال چند شخصیتی (مولن، ۱۹۹۸؛ پائولوکی، ۲۰۰۱؛ برایر و لیوت، ۲۰۰۳)، اختلال سلوک (کاپلان، ۱۹۹۹؛ پائولوکی، ۲۰۰۱)، شکایات بدنی و اختلالات دفع (مارگالین، ۲۰۰۰)، افکار پارانوئید و علائم سایکوتیک، اختلالات وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر و جسمی سازی (هارتر، ۲۰۰۰؛ مارگالین،

1. Fontuzzo

2- Harter

3. Miller

4. MC Clusky

۲۰۰۰)، اختلالات خواب (کندال-تاکت، ۲۰۰۲؛ بوش<sup>۱</sup>، ۱۲۰۰) و اختلالات هیجانی (پیترسون، ۱۹۹۸) در کودکان آزار دیده یافته شده است.

### ز. اختلالات شخصیت

کودکان آزار دیده به اختلالات شخصیت نیز مبتلا می‌شوند (تامپسون، ۲۰۰۴). پاریس<sup>۲</sup> در پژوهشی به مقایسه ۶۱ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ۶۰ آزمودنی طبیعی پرداخت. او دریافت که در گروه مرزی به طور معناداری میزان سوءاستفاده جنسی، آزار جنسی شدید در دوران کودکی، طول دوران آزار، میزان جدایی و از دست دادن و میزان کنترل والدین بالاتر از گروه طبیعی بیشتر بوده است. سیلک<sup>۳</sup> نیز در بررسی ۳۷ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دریافت که ۷۶ درصد آنها دچار آزار جنسی شده‌اند. گلدمن<sup>۴</sup> ۴۴ کودک مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را با ۱۰۰ کودک عادی مقایسه کرد و دریافت که میزان آزار جسمی و جنسی در کودکان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طرز چشمگیری بالاتر است. وی نتیجه گرفت که فرضیه وجود تاریخچه‌ای از حوادث آسیب‌زا در این اختلال صحیح است (فاتحی زاده، ۱۳۸۲).

مطالعه ۲۹۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که ۳۳ درصد آنها یک دوست آزار دهنده داشته‌اند، ۳۱ درصد مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، ۲۱ درصد از طرف یک فرد آشنا مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، ۱۱ درصد آنها چندین بار مورد تجاوز واقع شده‌اند و ۱۹ درصد از آنها هم‌کتک خورده‌اند و هم به آنها تجاوز شده است (کندال - تاکت، ۲۰۰۲).

با توجه به آثار منفی کودک آزاری بر شخصیت که ذکر شد، در پژوهش حاضر، هدف اصلی بررسی این‌گونه آثار در نوجوانان آزار دیده شهر اصفهان است و سؤال مطرح شده این است که آیا ویژگی‌های شخصیتی و عاطفی نوجوانان دختر آزار دیده و عادی

1- Bush

2. Paris

3. Silk

4. Goldman

با هم تفاوت دارد؟

### روش پژوهش

در این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش از روش پژوهش علی-مقایسه‌ای استفاده شد. در پژوهش های علی-مقایسه‌ای معمولاً موضوع مورد مطالعه قبلاً اتفاق افتاده و موضوعی نیست که بتوان آن را در پژوهشی تجربی به صورت آزمایشی وارد کرد. در این پژوهش محقق بر متغیرهای مستقل کنترل مستقیم ندارد و نمی‌تواند به صورت تصادفی افراد نمونه را به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم کند (خوی نژاد، ۱۳۸۰).

جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان است که در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ مشغول به تحصیل بوده‌اند.

### شیوه نمونه‌گیری

نمونه مورد نظر در این پژوهش ۱۰۰ نفر از دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از میان نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان به صورت تصادفی، دو ناحیه انتخاب شد. سپس از بین دبیرستان های دخترانه دولتی این دو ناحیه ۱۰ دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب گردید و در هر دبیرستان یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر کلاس ۱۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید. کلیه افراد در اجرای آزمون ها شرکت کردند. از آنجا که تعداد پرسشنامه‌ها زیاد و خسته کننده بود آزمون‌ها در دو مرحله اجرا شد و در ضمن اجرای آزمون از افراد پذیرایی به عمل آمد.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱. پرسشنامه محقق ساخته کودک‌آزاری

به منظور جدا کردن افراد گروه آزر دیده و عادی نیاز به ساخت پرسشنامه‌ای در این زمینه احساس شد. به این منظور پس از بررسی پیشینه و ادبیات کودک آزاری و مطالعه تعریف، علائم، انواع و نظریه‌های مرتبط با این پدیده و با استفاده از پرسشنامه کودک آزاری محمدخانی و همکاران (به نقل از لعلی، ۱۳۸۲) که دارای ۳۸ سؤال است و ۴ حوزه آزار جسمی، جنسی، عاطفی، و غفلت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد تعداد ۶۱ سؤال ساخته شد. جهت بررسی روایی محتوایی، فرم اولیه در اختیار ۵ متخصص قرار گرفت و روایی محتوایی سؤالات تأیید شد.

به منظور بررسی همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون، پرسشنامه به ۱۰۰ آزمودنی که به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند داده شد و سؤالاتی که همبستگی معنادار با نمره کل آزمون نداشتند حذف گردید (۱۳ سؤال) و در نهایت پرسشنامه‌ای ۴۸ سؤالی حاصل شد، روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ متخصص تأیید و پایایی آن از طریق آلفای کراباخ  $0/85$  محاسبه گردید ( $n=100$ ). همچنین پایایی به روش بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته برابر با  $0/93$  به دست آمد ( $n=30$ ).

۲. پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا<sup>۱</sup> (CPI)

به منظور بررسی ویژگی‌های عاطفی آزمودنی‌ها از پرسشنامه روانی کالیفرنیا استفاده شده است. این پرسشنامه یک آزمون مداد-کاغذی بوده که از ۴۶۲ عبارت صحیح و غلط تشکیل شده است. آزمون برای اجرای گروهی طراحی شده است. هر چند می‌توان آن را به صورت فردی نیز اجرا کرد. ماده‌های CPI اطلاعات مربوط به الگوهای رفتاری نوعی، احساسات و عقاید و نگرش‌های فرد را در رابطه با مسائل اجتماعی و خانوادگی مورد سؤال قرار می‌دهد. نتایج به صورت نموداری شامل ۲۰ مقیاس و ۳ بردار نشان داده می‌شود که به جنبه‌هایی از روابط میان-فردی که در توصیف‌های متعارف و روزمره مشاهده می‌شود متمرکز است. CPI به عنوان پرسشنامه‌ای برای سنجش خصایص شخصیتی پایدار میان-فردی در یک جامعه بهنجار توسط



هریسون گاف<sup>۱</sup> تدوین شد و در سال ۱۹۴۸ مقیاس اولیه آن منتشر گردید بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۸۷ دو مقیاس جدید به آن افزوده شد و در نتیجه به ۲۰ مقیاس افزایش یافت. این ۲۰ مقیاس طوری مرتب شده‌اند که مقیاس‌های اول در درجه نخست به عامل‌های تعاملی و از نظر اجتماعی مشاهده‌پذیر (مردم‌آمیزی، حضور اجتماعی) مقیاس‌های میانی به صفاتی که بیشتر درونی هستند (احساس مسئولیت خودداری) و مقیاس‌های انتهایی به متغیرهایی که عمدتاً سبک شناختی دارند و به حالت‌های مختلف کارکردی مربوطند (کارآمدی ذهنی و انعطاف‌پذیری) را در بر می‌گیرد. تعبیر نتایج آسان است. نمره‌های بالای مقیاس‌ها به صفاتی که از نظر سنتی مطلوب‌ترند مربوط است و نمره‌های پایین بیشتر نشانگر صفت‌های نامطلوبند. این مقیاس‌ها چهار گروه یا طبقه را تشکیل می‌دهند که بیشتر بر سهولت مفهومی مبتنی است.

طبقه اول: شامل هفت مقیاس سلطه‌گری، استعداد پایگاه، مردم‌آمیزی، حضور اجتماعی، خودپذیری، عدم وابستگی و همدلی است؛ این مقیاس‌ها نشانگر سطح برانزندی اجتماعی و اثربخشی میان-فردی شخص است و بر ثبات، سلطه‌گری اجتماعی و اتکای به نفس متمرکز است.

طبقه دوم: شامل هفت مقیاس مسئولیت، اجتماعی شدن، خویش‌داری، برداشت خوب، اشتراک، احساس سلامتی و مدارا است. این طبقه بیشتر به تصویر ذهنی اجتماعی شخص، مثل اجتماعی شدن، رشد یافتگی و مسئولیت‌پذیری مربوط است. همچنین این طبقه یک شاخص کلی از سلامت روانی، سازگاری و هم‌نوایی اجتماعی را به دست می‌دهد.

طبقه سوم: شامل سه مقیاس پیشرفت از طریق هم‌نوایی، پیشرفت از طریق عدم وابستگی و کارآمدی ذهنی است و متغیرهای وضعیت ذهنی را می‌سنجد، یعنی میزان اندیشیدن مستقل و رفتار مستقل شخص را مورد سنجش قرار دهد.

طبقه چهارم: شامل سه مقیاس استعداد روانشناختی، انعطاف‌پذیری و زنانگی /

مردانگی است. این طبقه میزان طرفداری فرد را از هنجارها و انتظارات اجتماعی می‌سنجد.

پایایی و روایی CPI با پژوهش‌های مربوط به سایر پرسشنامه‌های شخصیتی به خوبی قابل مقایسه است. دامنه تغییر ضرایب بازآزمایی برای هر یک از مقیاس‌ها از میانه ۰/۵۳ در مورد ضرایب پایین مقیاس همدلی تا میانه ۰/۸۰ در مورد ضرایب بالا مقیاس خویشتن داری گزارش شده و میانه ضرایب پایایی کل ۰/۷۰ است.

در این پژوهش به منظور سنجش خصیصه‌های عاطفی آزمودنی‌ها از فرم هنجاریایی شده این آزمون استفاده شد که در سال ۱۳۷۵ در دانشگاه فردوسی مشهد هنجاریایی شده و تعداد سوالات آن در این فرم از ۴۸۰ عبارت به ۲۳۴ عبارت کاهش یافت. پایایی کلی آزمون در پژوهش حافظ شعریاف (۱۳۷۹) ۸۹/۴۵ به دست آمده است. پایایی درونی از طریق همسانی درونی و به روش ریچاردسون با نتایج مطالعات در فرم اصلی همخوانی بالایی را نشان می‌دهد. در این هنجاریایی پایین‌ترین نمره برای مقیاس استعداد روانشناختی برابر با ۰/۵۳ و بالاترین اعتبار برای مقیاس خویشتن داری برابر با ۰/۸۹ محاسبه شده است که اعتبارهای به دست آمده با اعتبار گزارش شده گاف همخوانی کامل دارد (رئسی، ۱۳۸۳). مقیاس‌های پرسشنامه کالیفرنیا به شرح زیر هستند (به نقل از مارات، ۱۳۷۴):

خویشتن داری، خودپذیری، برداشت خوب، حضور اجتماعی، مردم‌پذیری، کارآیی ذهنی، استعداد روانشناختی، تحمل، پیشرفت از طریق همنوایی، پیشرفت از طریق استقلال، زنانگی/مردانگی، اشتراک، استعداد کسب پایگاه، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری.

#### یافته‌ها

پس از اجرای پرسشنامه‌ها و تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات، نتایج زیر در قالب جداول و نمودارها به دست آمد.

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه در پرسشنامه کودک آزا، می

است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی پرسشنامه کودک‌آزاری

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه
۲۹	۱۸/۰۸	۷۵/۶۸	آزار دیده
۷۱	۳/۹۵	۵۴/۲۵	عادی

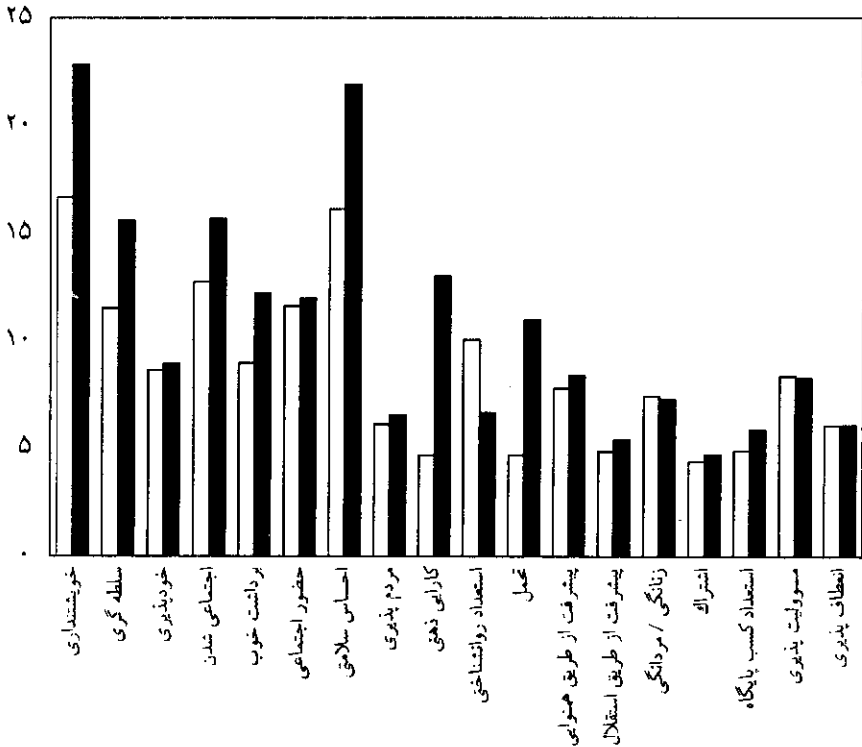
جدول شماره ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات ویژگی‌های شخصیتی و عاطفی آزمودنی‌ها را با استفاده از پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های عاطفی آزمودنی‌ها

عادی		آزار دیده		ویژگی‌های عاطفی	
تعداد	میانگین انحراف استاندارد	تعداد	میانگین انحراف استاندارد	تعداد	میانگین انحراف استاندارد
۷۱	۴/۴۵	۲۹	۶/۳۱	۱۶/۶۸	خویشننداری
۷۱	۱۶/۷۵	۲۹	۲/۷	۱۱/۵۱	سلطه‌گری
۷۱	۲/۴۹	۲۹	۲/۰۰۷	۸/۶۲	خودپذیری
۷۱	۳/۲۵	۲۹	۳/۲۵	۱۲/۷۲	اجتماعی شدن
۷۱	۳/۷۲	۲۹	۲/۸	۸/۹۶	برداشت خوب
۷۱	۲/۶۶	۲۹	۲/۷۱	۱۱/۵۸	حضور اجتماعی
۷۱	۵/۶۶	۲۹	۴/۷۷	۱۶/۱۳	احساس سلامتی
۷۱	۱/۷۴	۲۹	۱/۷۵	۶/۱	مردم‌پذیری
۷۱	۳/۱۹	۲۹	۳/۴۹	۴/۶۸	کارایی ذهنی
۷۱	۲/۰۲	۲۹	۳/۳۹	۱۰/۰۳	استعداد
					روانشناختی
۷۱	۲/۳	۲۹	۳/۵۵	۷/۷۵	تحمل
۷۱	۲/۳	۲۹	۳/۵۵	۷/۷۵	پیشرفت از طریق همنوایی
۷۱	۱/۹۴	۲۹	۲/۵۲	۴/۸۲	پیشرفت از طریق استقلال
۷۱	۲/۱۲	۲۹	۲/۰۲	۷/۳۸	زنانگی / مردانگی
۷۱	۱/۵۵	۲۹	۳/۴۷	۴/۳۷	اشتراک
۷۱	۲/۱۱	۲۹	۲/۱۹	۴/۸۹	استعداد کسب پایگاه
۷۱	۲/۵۷	۲۹	۲/۵۹	۸/۳۱	مسئولیت‌پذیری
۷۱	۲/۸۴	۲۹	۳/۲۷	۶/۰۶	انعطاف‌پذیری

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه آزار دیده در همه مقیاس‌ها بجز مقیاس استعداد روانشناختی، زنانگی/مردانگی و مسئولیت

پذیری از گروه عادی پایین تر است. نمودار شماره ۱، نیز میانگین ویژگی های عاطفی نوجوانان عادی و آزار دیده را نشان می دهد.



باتوجه به نمودار شماره ۱ مشخص می شود که نمرات گروه آزار دیده در چه زمینه هایی از گروه عادی بالاتر یا پایین تر است. نمرات گروه آزار دیده در برخی مقیاس ها مثل خویشنداری، احساس سلامتی و سطح تحمل بسیار پایین تر از گروه عادی است. و در مقیاسهایی مثل خودپذیری، مردم پذیری، پیشرفت، اشتراک و انعطاف پذیری تقریباً در

یک سطح هستند. در بقیه مقیاسها نیز تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود، که در ادامه به بررسی معناداری این تفاوتها پرداخته می‌شود. جدول شماره ۳، نتایج حاصل از تحلیل مانوای مربوط به رابطه عضویت گروهی و ویژگی‌های عاطفی نوجوانان دختر آزار دیده و عادی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل مانوای مربوط به رابطه عضویت گروهی و ویژگی‌های عاطفی

ویژگیها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	F	سطح ضریب‌اتا معناداری	توان
خویشترن داری	۷۳۳/۵	۱	۷۳۳/۵	۲۸/۷۱	۰/۰۰۰	۱
سلطه‌گری	۳۳۹/۴	۱	۳۳۹/۴	۱/۶۷	۰/۱۹	۰/۲۴
خودپذیری	۱/۹۶	۱	۱/۹۶	۰/۳۵	۰/۵	۰/۰۹
اجتماعی شدن	۱۷۷/۷	۱	۱۷۷/۷	۱۶/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۸
برداشت خوب	۲۱۵/۰۳	۱	۲۱۵/۰۳	۱۷/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸
حضور اجتماعی	۲/۸۴	۱	۲/۸۴	۰/۳۹	۰/۵	۰/۰۹
احساس سلامتی	۶۷۷/۲۸	۱	۶۷۷/۲۸	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۹
مردم‌پذیری	۳/۳۵	۱	۳/۳۵	۱/۰۹	۰/۲۹	۰/۱۷
کارایی ذهنی	۱۷۷/۶۵	۱	۱۷۷/۶۵	۱۶/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۹۸
استعداد	۸۰/۰۹	۱	۸۰/۰۹	۱۷/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸
روانشناختی						
تحمل	۹۸/۳	۱	۹۸/۳	۱۱/۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱
پیشرفت از طریق هم‌نوابی	۷/۹۵	۱	۷/۹۵	۱/۰۷	۰/۳	۰/۱۷
پیشرفت از طریق استقلال	۶/۲۹	۱	۶/۲۹	۱/۳۹	۰/۲۴	۰/۲۱
زنانگی / مردانگی	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۸	۰/۰۵
اشتراک	۱/۹۸	۱	۱/۹۸	۰/۳۸	۰/۵۳	۰/۰۹
استعداد کسب	۱۸/۵۲	۱	۱۸/۵۲	۴/۰۵	۰/۰۴	۰/۵۱
مسئولیت‌پذیری	۳/۹۲	۱	۳/۹۲	۰/۵۸	۰/۴۴	۰/۱۱
انعطاف‌پذیری	۱/۴	۱	۱/۴	۰/۰۲۲	۰/۹۶	۰/۰۵

نتایج این جدول به طور کلی نشان دهنده این است که دو گروه در ویژگی‌های خویشتن‌داری، اجتماعی شدن، برداشت خوب، احساس سلامتی، کارایی ذهنی، استعداد روانشناختی، سطح تحمل و استعداد کسب پایگاه با هم تفاوت دارند ( $P < 0/05$ ) اما در ویژگی‌های خودپذیری، حضور اجتماعی، مردم‌پذیری، پیشرفت از طریق همنوایی، پیشرفت از طریق استقلال، زنانگی/مردانگی، اشتراک و مسئولیت‌پذیری با هم تفاوت ندارند ( $P > 0/05$ ).

جدول شماره ۴، ضرایب همبستگی میان کودک‌آزاری و ویژگی‌های عاطفی نوجوانان دختر را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب همبستگی میان کودک‌آزاری و ویژگی‌های عاطفی نوجوانان دختر

ویژگی عاطفی	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری	میزان رابطه
خویشتن‌داری	۱۰۰	-۰/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۱۲۷
سلطه‌گری	۱۰۰	-۰/۰۷	۰/۴۶۹	۰/۰۰۵
خودپذیری	۱۰۰	۰/۰۲	۰/۷۷۲	۰/۰۰۰۸
اجتماعی شدن	۱۰۰	-۰/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۰۸۶
برداشت خوب	۱۰۰	-۰/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۱۳۲
حضور اجتماعی	۱۰۰	-۰/۰۸	۰/۴۰۵	۰/۰۰۷
احساس سلامتی	۱۰۰	-۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱
مردم‌پذیری	۱۰۰	۰/۰۷	۰/۴۳۲	۰/۰۰۶
کارایی ذهنی	۱۰۰	-۰/۳۰	۰/۰۰۲	۰/۰۹۳
استعداد روانشناختی	۱۰۰	-۰/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۱۴۷
تحمل	۱۰۰	-۰/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۰۸۵
پیشرفت از طریق همنوایی	۱۰۰	-۰/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۰۸۵
پیشرفت از طریق استقلال	۱۰۰	-۰/۰۹	۰/۳۴۴	۰/۰۰۹
زنانگی / مردانگی	۱۰۰	۰/۰۰	۰/۹۸۱	۰/۰۰۰
اشتراک	۱۰۰	-۰/۲۲	۰/۰۲۶	۰/۰۴۹
استعداد کسب پایگاه	۱۰۰	-۰/۱۹	۰/۰۵۵	۰/۰۳۷
مسئولیت‌پذیری	۱۰۰	۰/۰۴	۰/۶۵۸	۰/۰۰۲
انعطاف‌پذیری	۱۰۰	۰/۰۳	۰/۷۰۴	۰/۰۰۱

نتایج سطر اول جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی میان کودک آزاری و خویشتن داری ۰/۳۵- است و از لحاظ آماری معنادار است. می‌توان گفت که با افزایش شدت کودک آزاری در دوران کودکی ۱۲/۷ درصد نمرات خویشتن داری پایین می‌آید. نتایج سطر دوم نشان می‌دهد که ضریب همبستگی میان کودک آزاری و سلطه‌گری ۰/۰۷- است. سطر سوم جدول نیز نشان می‌دهد که ضریب همبستگی میان کودک آزاری و خودپذیری ۰/۰۲ است که هر دو این ضرایب از لحاظ آماری معنادار نیستند. در سطر چهارم جدول ضریب همبستگی میان نمرات کودک آزاری و اجتماعی شدن ۰/۲۹- بود که رابطه معناداری را نشان می‌دهد. لذا نتیجه گرفته می‌شود که هرچه شدت کودک آزاری بیشتر باشد، میزان اجتماعی شدن کمتر است. میزان رابطه بین این دو متغیر ۸/۶ است.

نتایج سطر پنجم جدول نشان می‌دهد که ضریب همبستگی ۰/۳۶- بین کودک آزاری و برداشت خوب از لحاظ آماری معنادار است، بنابراین، با افزایش شدت کودک آزاری، میزان ایجاد برداشت خوب به میزان ۱۳/۲ درصد کاهش می‌یابد. اما سطر ششم حاکی از آن است که ضریب همبستگی ۰/۰۸- میان کودک آزاری و حضور اجتماعی معنادار نیست.

ضریب همبستگی ۰/۳۳- میان کودک آزاری و احساس سلامتی نشانگر رابطه منفی معناداری میان آنهاست. بر اساس این رابطه می‌توان گفت که با افزایش شدت کودک آزاری، احساس سلامتی نوجوانان دختر به میزان ۱۱ درصد کاهش می‌یابد. ضریب همبستگی میان کودک آزاری و مردم‌پذیری ۰/۰۷ است که از لحاظ آماری معنادار نیست. نتایج سطر بعدی نیز نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین کودک آزاری و کارایی ذهنی هم از لحاظ آماری معنادار است و این یافته به معنای آن است که سابقه آزار دیدگی در کودکی به میزان ۹/۳ کارایی ذهنی را کاهش می‌دهد. ضریب همبستگی میان کودک آزاری و استعداد روانشناختی نیز ۰/۳۸- است و از لحاظ آماری معنادار است. می‌توان گفت که کودک آزاری به میزان ۱۴/۷ درصد استعداد روانشناختی نوجوانان دختر را کاهش می‌دهد. این سابقه به میزان ۸/۵ درصد میزان تحمل و ۴/۹



درصد میزان اشتراک نوجوانان دختر را کاهش می دهد.  
آزار دیدگی در دوران کودکی رابطه معناداری با پیشرفت از طریق همنوایی، پیشرفت از طریق استقلال، زنانگی/مردانگی، استعداد کسب پایگاه، مسئولیت پذیری و انعطاف پذیری نشان نمی دهد.

به طور خلاصه می توان گفت که سابقه آزار دیدگی در دوران کودکی با ویژگی های عاطفی خویشتن داری، اجتماعی شدن، برداشت خوب، احساس سلامت، کارایی ذهنی، استعداد روانشناختی، میزان تحمل و اشتراک، رابطه منفی معناداری دارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که میان خویشتن داری، اجتماعی شدن، برداشت خوب، احساس سلامت، کارایی ذهنی، استعداد روانشناختی، تحمل و استعداد کسب پایگاه نوجوانان دختر آزار دیده و عادی تفاوت وجود دارد ( $P < 0/05$ ). اما میان ویژگی های سلطه گری، خودپذیری، مردم پذیری، پیشرفت از طریق استقلال یا همنوایی، زنانگی/مردانگی، مسئولیت پذیری و انعطاف پذیری دو گروه تفاوت وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

منظور از خویشتن داری در پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا، میزان نظارت و کنترلی است که شخص بر رفتارهای خود دارد. در این پژوهش نوجوانان آزار دیده در ویژگی خویشتن داری نمره پایین تری در یافت کرده اند. احتمالاً کودکانی که مورد آزار قرار می گیرند در دوران نوجوانی تکانشگر و لذت طلبند. این افراد به سختی می توانند تکانه های خود را به تعویق بیندازند و در ارزشیابی پیامدهای رفتاری خود ضعیفند. نمرات پایین در مقیاس خویشتن داری آزار دیده ها نشانگر این است که آنها معمولاً فردگرا و جستجوگر رضای نیازها و خواسته های خود هستند. تکانشگری آنها گاهی باعث می شود که در فعالیت های گروهی تنش ایجاد کنند و اغلب از اینکه دست به کاری زده اند متاسف می شوند. گاهی ممکن است فوق العاده غیر واقع بین و سرسخت جلوه کنند. آنان آمادگی دارند که به سرعت رابطه برقرار کنند، اما این رابطه به آسانی به هرج و

مرج و آشفتگی منجر می‌شود. سوابق گذشته این افراد معمولاً از تجارب جنسی زودرس، تعارض چشمگیر با والدین، کم‌آموزی و ناخرسندی در امر تحصیل حکایت می‌کند (مارنات، ۱۳۷۴). نتایج حاضر با پژوهش جلن و همکاران (۲۰۰۱) همخوان است. جلن چنین نتیجه می‌گیرد که کودکانی که با خشونت مواجه می‌شوند، بیش از دیگران در معرض خطر رفتارهای غیر انطباقی و تکانشگرانه قرار دارند.

کودکان آزار دیده در درک احساسات و دیدگاه دیگران دچار مشکل هستند و در روابط دوستانه خود کنترلی کمتری دارند. این کودکان به دلیل عدم کنترلی که بر رفتار خود دارند، سریع‌تر از سایرین روابط ایجاد شده بین خود و دیگران را قطع می‌کنند (ادلسون، ۱۹۹۹). بارتولومو (۲۰۰۰) نیز به نتیجه مشابهی دست یافته است که نشان می‌دهد کودکان آزار دیده در کنترل رفتارهای پرخاشگرانه خود دچار مشکل هستند.

میان ویژگی اجتماعی شدن نوجوانان دختر آزار دیده و عادی تفاوت وجود دارد. اجتماعی شدن در اینجا به معنای این است که فرد تا چه اندازه می‌تواند هنجارهای اجتماعی را بپذیرد. با توجه به تعریف این ویژگی (مارنات، ۱۳۷۴) می‌توان چنین نتیجه گرفت که نوجوانان آزار دیده در این پژوهش، احتمالاً رفتارهایی نشان می‌دهند که از نظر فرهنگی نادرست تلقی می‌شود. این افراد تا حدی تکانشی و بی‌ثبات بوده و به راحتی نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند. احتمال رفتار جامعه ستیزی در مورد آنها بیشتر است. آنها پیوندهای گذشته خانوادگی را طرد می‌کنند، زیرا زندگی گذشته آنها پر آشوب بوده است. عدم رضایت از خانواده، داشتن اختلاف شدید با والدین، پیشرفت تحصیلی کم و تجارب جنسی زودرس از ویژگی‌های افرادی است که در مقیاس اجتماعی شدن نمره پایین دریافت می‌کنند.

پژوهش مارگالین (۲۰۰۰) تا حدی حمایت‌کننده یافته‌های پژوهش حاضر است. وی معتقد است که کودکان آزار دیده روابط اجتماعی مناسبی ندارند. آنها در مدرسه مشکلات انضباطی دارند، نسبت به همکلاسان و معلمان خصومت نشان می‌دهند،

رفتارهای ارتباطی مناسب در اجتماع را بلد نیستند و در جامعه رفتارهای خشونت آمیز دارند.

فرار از مدرسه و خانه یکی دیگر از رفتارهایی است که نشانگر وجود مشکلاتی در اجتماعی شدن کودک آزار دیده است (ویتیک، ۱۹۹۰). از دیگر یافته‌هایی که نتایج به دست آمده در زمینه وجود مشکلاتی در مورد اجتماعی شدن کودکان آزار دیده را حمایت می‌کند، می‌توان پژوهش سالزینگر (۱۹۹۳) را نام برد. وی در پژوهش خود چنین نتیجه گرفته است که آزار دیده‌ها موقعیت‌های دوستانه کمی دارند. حتی زمانی که موفق به برقراری ارتباط با دیگران می‌شوند، به دلیل عدم آشنایی با قوانین اجتماعی، مبادلات مثبت بسیار کمی با دوستان خود دارند و این موضوع سبب می‌شود که همان تعداد اندک دوستی را که دارند نیز سریعاً از دست بدهند.

به طور کلی، کودکان آزار دیده بر رفتار خود کنترل ندارند. شاید آنها علاقه‌ای به کنترل خود نداشته باشند، زیرا تمایل دارند که حق خود را از دیگران بگیرند، حتی از کسانی که در حوادث به وجود آمده، مقصر نبوده‌اند. این کودکان نسبت به دنیا دیدگاه خوبی ندارند، در نتیجه تلاشی برای اجتماعی شدن نمی‌کنند. به نظر می‌رسد که آنها به خصوص در سنین نوجوانی، سرکش‌تر از سایر نوجوانان می‌شوند و قوانین اجتماعی را زیر پا می‌گذارند.

یکی دیگر از ویژگی‌های متفاوت نوجوانان آزار دیده و عادی در این پژوهش، ویژگی برداشت خوب است. این ویژگی نشان دهنده این است که فرد تا چه حد در دیگران برداشت خوب ایجاد می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نوجوانان آزار دیده به طور معناداری نمره پایین‌تری در این ویژگی دریافت کرده‌اند. معنای یافته اخیر این است که این افراد احتمالاً خودخواه و خودبین بوده و ممکن است رفتار منفی خود را با سرکشی و به صورت مبالغه آمیز بروز دهند و سپس از دیگران انتظار داشته باشند که رفتارشان را تحمل کنند. دیگران آنان را افرادی بدگمان، تند مزاج، طعنه زننده، بیش از اندازه رک گو و حتی مخالفت‌کننده تلقی می‌کنند. این امر موجب از هم گسیختن روابط میان فردی آنان می‌شود (مارنات، ۱۳۷۴). کودکان آزار دیده تمایل دارند که با کسی

ارتباط نداشته باشند، زیرا تصور می‌کنند که نزدیک شدن به دیگران و صمیمیت با آنها آسیب‌پذیری و فقدان کنترل آنها را بیشتر می‌کند (لونتال، ۱۹۹۹). زمانی که یک فرد به دیگران نزدیک نشود و فاصله گرفتن از دیگران را ترجیح دهد، به احتمال زیاد دیگران، او را فردی منزوی و دوری‌گزین تصور می‌کنند. این تصور موجب می‌شود که تصور مطلوب و برداشت خوب نسبت به فرد مورد نظر از دست برود.

به نظر می‌رسد که نوجوانان آزار دیده تلاشی برای ایجاد برداشت خوب در دیگران، نمی‌کنند. این نتیجه با سایر نتایج به دست آمده در این پژوهش نیز همخوان است. نوجوانان آزار دیده در پژوهش حاضر در زمینه اجتماعی شدن و خویشتن داری نیز نسبت به نوجوانان عادی تفاوت معناداری داشته‌اند. به نظر می‌رسد فردی که قادر به کنترل رفتار و به تعویق انداختن خواسته‌های خود نباشد و همچنین قوانین و قواعد پذیرفته شده اجتماعی را زیر پا بگذارد، نمی‌تواند برداشت خوبی از خود، در دیگران ایجاد کند. با توجه به خصوصیات افراد آزار دیده در بخش‌های قبلی، آزار دیده‌ها اغلب خود را منزوی توصیف می‌کنند و یا آن قدر به دیگران نزدیک می‌شوند که به نظر می‌رسد به حریم خصوصی افراد دیگر تجاوز می‌کنند. هر دو این سبک‌های ارتباطی مخرب هستند و باعث ایجاد احساسات نامطلوب در دیگران می‌شود. زمانی که نوجوان آزار دیده بیش از حد به دیگران نزدیک می‌شود و یا برعکس تمایل دارد که تنها باشد و با سایر افراد ارتباط نداشته باشد، در دیگران برداشت نامطلوبی از خود ایجاد می‌کند. در این پژوهش نیز این نتیجه به دست آمد که نوجوانان آزار دیده، در ویژگی برداشت خوب، نمرات کمتری از دیگران به دست می‌آورند.

احساس سلامتی، ویژگی دیگر نوجوانان آزار دیده است که با نوجوانان عادی تفاوت معنادار دارد. افرادی که در این مقیاس نمره بالایی می‌گیرند، نیازی به تأکید بر شکوه‌های بدنی و یا روانی خود ندارند. برعکس افرادی که نمرات پایین دریافت می‌کنند، از سلامتی کمتری برخوردارند و در برآوردن انتظارات خود دچار مشکل هستند (مارنات، ۱۳۷۴). احتمالاً نوجوانان آزار دیده احساس سلامتی کمی دارند و معمولاً گرفتار احساس شدید بیگانگی و نارضایتی بوده‌اند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود

نوجوانان آزار دیده احساس سلامتی کمتری نسبت به سایرین دارند. این یافته نیز توسط برخی پژوهش‌ها حمایت می‌شود. والکر و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که کودکان آزار دیده احساس سلامتی کمتری دارند.

به نظر می‌رسد که این یافته چندان دور از انتظار نباشد. کودکان آزار دیده دنیا را به عنوان مکانی ترسناک درک می‌کنند، در نتیجه بدن آنها در یک حالت آماده باش قرار گرفته و شروع به ترشح کورتیزول می‌کند. این هورمون بر سیستم ایمنی بدن اثرگذار است و باعث بیماری و حتی آسیب‌های مغزی می‌شود. بنابراین، احساس سلامتی کم در بین آزار دیده‌ها شاید غیر واقعی نباشد و بدن آنها واقعاً دچار مشکلاتی باشد.

کارآیی ذهنی نیز ویژگی است که در نوجوانان آزار دیده و عادی تفاوت معناداری دارد. نوجوانان آزار دیده ممکن است در مورد توانایی‌های هوشی خود احساس نایمینی کنند و احتمالاً تردید آنان در مورد خود به اندازه‌ای است که سبب می‌شود، تا حدی احساس اضطراب و افسردگی کنند. آنان نوعاً افرادی توخالی، ناشی، و تلقین‌پذیر هستند (مارنات، ۱۳۷۴).

شاید یافته‌هایی در مورد تفاوت احساسات مربوط به عزت نفس و اعتماد به نفس کودکان آزار دیده و عادی تأییدکننده تفاوت نوجوانان آزار دیده و عادی در مقیاس کارآمدی ذهنی باشد. احساس کارآمدی ذهنی به معنای این است که فرد چقدر احساس می‌کند توانایی استفاده از قابلیت‌های هوشی خود را دارند. کودکان آزار دیده خود را پایین‌تر از دیگران می‌دانند و احساس می‌کنند، قادر به انجام کارها به خوبی دیگران نیستند. در نتیجه احساس می‌کنند، که هنگام رویارویی با مشکلات زندگی قادر به استفاده از توانایی‌های خود نیستند. این کودکان عزت نفس پایینی دارند و خود را دست‌کم می‌گیرند. برای انجام کارها به خود اعتماد ندارند و مایلند از دیگران در انجام هرکاری کمک بگیرند.

نوجوانان آزار دیده و عادی در ویژگی دیگری نیز تفاوت معناداری داشته‌اند. استعداد روانشناختی به معنای بینش نسبت به رفتار و درک نیازها و انگیزه‌های درونی دیگران است، که در بین آزار دیده‌ها در سطح بالاتری است و این یافته به معنای این

است که آزار دیده‌ها احتمالاً پشتکار زیادی دارند و در کار کردن با مسئله‌های ذهنی احساس رضایت می‌کنند (مارنات، ۱۳۷۴). شاید این یافته به این دلیل باشد که محتوی این مقیاس بیشتر مشخص‌کننده اشخاصی است که به مطالعه و پیگیری روانشناسی از چشم‌انداز تحصیلی علاقه دارند. بالاتر بودن این نمره در بین آزار دیده‌ها تعجب‌برانگیز نیست، زیرا به هر حال این پژوهش در بین نوجوانانی انجام گرفته است که در حال تحصیل در دوره دبیرستان بوده و علائق تحصیلی متفاوتی دارند. نمرات پایین در این مقیاس به اندازه دیگر مقیاس‌ها، نشانگر ویژگی‌های منفی نیست، بلکه نشانگر علاقه به کار کردن در محیط‌های ابهام‌آمیز است. از طرفی نمرات بسیار بالا در این مقیاس نشانگر این است که ممکن است فرد کناره‌گیر، بی‌علاقه و غیر صمیمی جلوه کند. دارندگان نمرات پایین، مردم آمیز، پرحرف، ساده و فروتن هستند (در پژوهش حاضر، گروه عادی نمرات پایین تری در یافت کرده‌اند).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سطح تحمل در میان نوجوانان آزار دیده پایین‌تر از نوجوانان عادی است. بر اساس این یافته، آزار دیده‌ها، احتمالاً قضاوت‌کننده‌اند و عقاید و ارزش‌های دیگران را نمی‌پذیرند. این نگرش داوروری‌کننده معمولاً به دیگر حوزه‌های زندگی آنها نیز تعمیم یافته و لذا دیگران آنها را افرادی سرد، سختگیر، و از خود راضی می‌دانند. اگر از آنان انتقاد شود، معمولاً حالت دفاعی شدید به خود می‌گیرند و رفتار تند و زنده از خود نشان می‌دهند (مارنات، ۱۳۷۴).

این یافته با سایر یافته‌های موجود در پژوهش فعلی همخوان است. همان‌طور که قبلاً عنوان شد نوجوانان آزار دیده پرخاشگرتر از سایرین هستند، در به تعویق انداختن تمایلاتشان مشکل دارند، در کنترل خود موفق نیستند، و دنیا و دیگران را به عنوان مکان و افرادی خطرناک درک می‌کنند. همه این موارد نشانگر آن است که این افراد سطح تحمل کمی دارند و نمی‌توانند مواردی از زندگی را که با خواسته‌های آنها منافات دارد بپذیرند و تحمل کنند.

از دیگر ویژگی‌هایی که در بین نوجوانان آزار دیده و عادی تفاوت معناداری داشته است، استعداد کسب پایگاه بوده است. نوجوانان آزار دیده در این ویژگی نمره کمتری

دریافت کرده‌اند و به این معنی است که آنها دارای سطح انرژی پایین بوده و نسبتاً خشک و غیر قابل انعطاف هستند. دامنه علائق آنها بسیار محدود بوده و احتمالاً در مورد محیط اطراف خود کنجکاوی کمتری دارند. آنان معمولاً از وضع موجود ناراضی‌اند، که در نتیجه به تنش، بی‌قراری و افسردگی منجر می‌شود. استعداد کسب پایگاه به معنای آن است که شخص سرانجام به مقام و جایگاهی می‌رسد (مارنات، ۱۳۷۴).

در پژوهش حاضر، این نتیجه به دست آمده است که استعداد کسب پایگاه در نوجوانان آزار دیده در سطح بسیار پایینی است. با توجه به این نکته که بین این مقیاس و مقیاس کارآمدی ذهنی همپوشی وجود دارد (مارنات، ۱۳۷۴)، به نظر می‌رسد که نتیجه به دست آمده، نتیجه معتبری باشد. زیرا همان‌گونه که قبلاً ذکر شد نوجوانان آزار دیده عادی در مقیاس کارآمدی ذهنی نیز نمرات پایین‌تری کسب کرده بودند. این یافته حاکی از آن است که آزار دیده‌ها احساس می‌کنند در آینده به جایی نمی‌رسند و در نتیجه مقام و جایگاهی نیز نخواهند داشت. احساس بیچارگی، احساس وابستگی، کنترل کم بر اطراف و انرژی کم و احساسات بی‌کفایتی و ترس از جمله احساساتی است که در نوجوانان آزار دیده وجود دارد و به نظر می‌رسد این‌گونه احساسات، تهدیدکننده تلاش برای رسیدن به جایگاه در آینده باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلطه‌گری، خودپذیری، مردم‌پذیری، پیشرفت از طریق استقلال یا همنوایی، زنانگی/مردانگی، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری، نوجوانان آزار دیده و عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. گرچه تفاوت میان ویژگی سلطه‌گری دو گروه معنادار نبوده است، به هر حال نمرات سلطه‌گری گروه آزار دیده در سطح پایین‌تری بوده است و نمرات پایین در این مقیاس نشانگر افراد منزوی، دارای احساس ناامنی و کمرو است. این افراد در خود هیچ‌گونه توانایی رهبری نمی‌بینند و دوست ندارند مسئول اعمال خود و یا دیگران باشند (مارنات، ۱۳۷۴). تفاوت‌ها در سایر ویژگی‌ها نیز بسیار کم بوده و تفاوت‌ها معنادار نبوده است.

## مآخذ

- پورناجی، بنفشه (۱۳۷۸). مرگ خاموش. تهران: همشهری.
- حافظ شعر باف، راضیه (۱۳۷۹). "مقایسه ویژگی‌های شخصیتی زنان متأهل شاغل و خانه دار شهرستان مشهد و ارتباط این ویژگی‌ها با رضایتمندی زناشویی. تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره. جلد دوم. شماره ۵-۶. صفحه ۷۳-۸۹.
- خوشایبی، کتابون (۱۳۸۲). "گزارش یک مورد سوء استفاده جنسی". فصلنامه رفاه اجتماعی. سال دوم. شماره ۷. صفحه ۱۳۱-۱۳۸.
- خوی نژاد، غلامرضا (۱۳۸۰). روش‌های پژوهش در علوم تربیتی. تهران: سمت.
- رحیمی موقر، آفرین و همکاران (۱۳۸۲). "بررسی شیوع کودک‌آزاری در دو منطقه تهران". فصلنامه رفاه اجتماعی. سال دوم. شماره ۷. صفحه ۱۴۱-۱۶۱.
- رئیس، فاطمه (۱۳۸۳). "بررسی عوامل مؤثر بر خود ناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲". اصفهان: شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش.
- فاتحی زاده، مریم (۱۳۸۱). "بررسی و مقایسه دو شیوه رفتار درمانی دیالکتیک و درمان عزت نفس - جرات ورزی محور در درمان بیماران مونث مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهر اصفهان". پایان نامه دکترای مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده علوم تربیتی.
- علی، محسن (۱۳۸۲). "مقایسه میزان تاثیر بدررفتاری والدین در دوران کودکی بر اضطراب و افسردگی بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز مشاوره اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- مارنات، گ (۱۳۷۴). راهنمای سنجش روانی. ج ۲. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو تهران: رشد.
- مدنی، سعید (۱۳۸۲). "بررسی روند آزار کودکان در ایران بر اساس برخی پایه‌های علت شناختی آن". فصلنامه رفاه اجتماعی. سال دوم. شماره ۷. صفحه ۱۶۳-۱۸۹.
- هوره پیتر (۱۳۷۵). مبانی روانپزشکی کودک. ترجمه نصرت ... پورافکاری. تبریز: دانشگاه علوم پزشکی.



association .

Bartolomew,N.G(2000)."Charactristics of women with sexual abuse histories who enter methadone treatmentInstitute of behavioral research.texas: Christian University".www.proquest.umi.com.

Brier,J.Elliot,D(2003)."Prevalence and psychological sequela of self report childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women". *Child abuse&neglect*. vol27.iss10.pages1205-1222.

Brown,J(2000)."Childhood abuse and neglect specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidity"*Journal of the americanacademy of child and adolescent psychiatry*.vol39.pages677-678.

Bush,V(2004)."When the dad hurt mum:helping your children heal the wounds of pages1247. witnessing abuse". *The booklist Chicago*. Vol100. iss14.

Cahill,SH etal (2004)."Sequential treatment for child abuse-related posttrumatic stress disorder:methodological comment on Cloitre,Koenen,Cohen and Hon". *Jornal of consulting and clinical psychology*. Vol72 .iss3.www.looksmart.com.

Child Trends(2004)."Child abuseand neglect.media handbook". www.childtrends.com.

Creighton,S(2004)."Prevalence and incidence of child abuse:international comparisios". NSPCC information.The online child protection resource.www.nspcc.org.

Doreen,A.(1998)."Child abuse,sexual and emotional.Gale encyclopedia of childhood and adolescent".www.findarticles.com.

Edleson,J.L.(1999)."Problem with childrens witnessing of domestic violence".National electronic network on violence against women".www.vaw.umn.edu.

Funtuzzo,J.W etal (1991)."Effect of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children". *Jornal of consulting and clinical psychology*. Vol59 .iss2 .pages258-265 .

Harter,S.Taylor,T.(2000)."Parental alcoholism. child abuse and adult adjustment". *Jornal of substance*

- abuse. Vol11.iss7.pages31-44.
- Hildyard,K.Wolfe,D.A.(2002)."Child neglect:developmental issues and outcomes".*Child abuse & neglect*. vol26.iss6-9. pages679-695.
- Hobbs,CH.Hank,H.(1999).*Child abuse and neglect,a clinicians handbook*.London: jane wynne.
- Jellen,L.K.(2001)."Child emotional maltreatment:a 2year study of USArmy cases".*Child abuse & neglect*.vol35.pages623-639.
- Johnson,R etal(2004)."Advers behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence".*Child maltreatment*. Vol7. iss3. pages179-187.
- Kaplan,S.(1999)."Child and adolescent abuse and neglect research:a review of the past 10 years.partI:physical and emotional abuse and neglect". *Jornal of the American academy of child and adolescent psychiatry*. Vol38.no10. pages2221-4121.
- kendall-tacket,k(2002)the health effects of childhood abuse:four pathways by with abuse can influence health.*child abuse&neglect*. vol26. iss6-7.pages715
- Lowenthal,B.(1999)."Effect of maltreatment and ways to promote resiliency". *Childhood education*.vol75.no4.pages204-208.
- McCauley,J.(1997)."Clinical characteristic of women with a history childhood abuse: unhealed wounds.GAMA:"*Jornal of the American medical association*. Vol277 .iss17 .pages1362-1368.
- McMillan,H.L etal (2001)."Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample".*American journal of psychiatry*.vol158.iss77.pages
- Margolin,G etal(2000)."The effect of family and community violence on children". *Annual review of psychology*.www.findarticles.com. pages03-1.
- Mash,E.Wolfe,D.(1999).*Abnormal child psychology*.Intrnational Thomson publishing Company.
- Massey,M.(1998)."Early childhood violence prevention".www.ericcece.org.
- Mullen,P.E etal(1996)."The long -term impact of the physical,emotional and sexual abuse of children". *A community study*. Vol20.iss7.pages7-21

- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect information (2004). "long-term consequences of child abuse and neglect". [www.nccanch.hhs.gov](http://www.nccanch.hhs.gov).
- Paolucci, E et al (2001). "A meta analysis of published research on the effect of child sexual abuse". *The Journal of psychology*. Vol35.no1. pages17-36.
- Peterson (1998). "Child abuse, physical. Gale encyclopedia of childhood and adolescent". [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).
- Pollock, P (2001). *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse*. England: wiley.
- Robin, RW et al (1997). "Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in a southwestern American Indian community". *American journal of psychiatry*. Vol154.iss77. pages1582-1588.
- Salzinger, S et al (1993). "The effect of physical abuse on children's social relationships". *Child development*. Vol67.iss7. pages169-187.
- Silverman, A et al (1996). "The long-term sequelae of child and adolescent abuse. a longitudinal community study". *Child abuse & Neglect*. Vol20.iss8. pages703-723.
- Stevens-Simon, C et al (1999). "Childhood victimization, relationship to adolescent pregnancy outcomes". *Child abuse & Neglect*. Vol18.iss7. page569.
- Swanston, H (2003). "Nine years after child sexual abuse". *Child abuse & Neglect*. Vol27. iss8. pages967-984.
- Thompson, M et al (2004). "Gender differences in long term health consequences of physical abuse: data from nationally representative survey". *American journal of public health*. Vol94. iss4. pages59-605.