

## اختلالات خلقی، سابقه کودک آزاری و سلامت عمومی در دانشجویان

رضا رستمی<sup>۱</sup>، سارا ساجدی<sup>۲\*</sup>، جمیله زارعی<sup>۳</sup>، فاطمه فرهانیان<sup>۴</sup>، روجا لاریجانی<sup>۵</sup>، کورش عزیزی<sup>۶</sup><sup>۱</sup> گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی<sup>۵</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

## چکیده

یکی از عواملی که به وفور از آن به عنوان عوامل خطر ایجاد اختلالات خلقی افراد نام برده شده است، تجربه کودک آزاری در سابقه روانی آنان می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلالات خلقی و رابطه آن با سابقه کودک آزاری و سلامت عمومی در دانشجویان شهر تهران بود. به منظور اجرای این پژوهش، تعداد ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار سنجش شامل مصاحبه ساختاریافته اختلالات روانی بر اساس DSM-IV، پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس خودگزارشی کودک آزاری بود. یافته‌های نشان داد که افسردگی اساسی با شیوع ۵/۸ درصد شایع‌ترین اختلال خلقی دانشجویان می‌باشد. همچنین اختلالات خلقی و سلامت روان در کسانی که سابقه تجربه آزار در کودکی داشتند، به میزان معناداری به ترتیب بیشتر و پایین‌تر از افراد دیگر بود. بنابراین یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، لزوم توجه به آموزش‌های محافظتی و نیز سلامت روان کودکان در معرض آسیب‌های اجتماعی، اعم از خشونت‌های خانگی و یا آزار از جانب دیگر افراد بزرگسال در ارتباط با کودک را، به منظور پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی بعدی، آشکار می‌سازد.

کلید واژه‌ها: اختلالات خلقی؛ سلامت عمومی؛ کودک آزاری

## مقدمه

طبق نمونه‌های غیر بالینی بزرگسالان در آمریکا و گزارش‌های بین‌المللی افراد نرخ تجربه آزار جسمی در کودکی را ۱۰ تا ۳۱ درصد در مردان و ۶ تا ۴۰ درصد در زنان و نرخ آزار جنسی ۳ تا ۲۹ درصد در مردان و ۷ تا ۳۶ درصد در زنان برآورده می‌شود (ارنست و همکاران، ساندرز ۱۹۹۲، فینکلهر ۱۹۹۴، مک میلان ۱۹۹۲). در میان مراجعین مبتلا به افسردگی، سندروم روده تحریک پذیر، دردهای مزمن و سوء مصرف مواد، احتمال تجربه کودک آزاری جسمی و جنسی بالای ۷۰ درصد است (دروسمن و همکاران ۱۹۹۰، گلدبرگ ۱۹۹۴، لپیشیز ۱۹۹۶). اختلالات خلقی گروهی از اختلالات بالینی با مشخصه اصلی رنج و احساس عدم تسلط بر خلق در فرد هستند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلالات خلقی و رابطه آن با سابقه کودک آزاری و سلامت عمومی در دانشجویان بود. اختلالات خلقی بر مبنای TR-IV-DSM در چهارچوب اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی تقسیم می‌شوند (DSM-IV-TR، ۱۳۸۶). اختلالات افسردگی شامل اختلال افسردگی عمده، اختلال افسرده خویی و اختلال افسردگی نامشخص می‌باشند که در آنها از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها، و افکار مرگ و خودکشی دیده می‌شود. اختلالات دوقطبی شامل اختلال دوقطبی نوع یک، اختلال دوقطبی نوع دو، اختلال ادواری خویی و اختلال دوقطبی نامشخص می‌باشند که با ویژگی‌هایی همچون اعتماد به نفس بالا، کاهش نیاز به خواب، پرش افکار، فعالیت ذهنی و جسمی شدید، و تحریک پذیری تعریف می‌شوند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۹). اختلالات خلقی باعث صدمه و اختلال در عملکرد شغلی و روابط بین فردی افراد می‌شوند (DSM-IV-TR، ۱۳۸۶). هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلالات خلقی و رابطه آن با سابقه کودک آزاری و سلامت عمومی در دانشجویان بود.

کاهلین و همکاران (۱۹۹۹) سوء استفاده از کودکان را بدین ترتیب تعریف می‌کنند: "آسیب‌های جسمی، یا بد رفتاری جنسی، غفلت و یا آسیب‌های شدید روانی در یک کودک که به صورت جدی و غیر تصادفی است. این وضعیت نتیجه رفتارها یا غفلت والدین، قیم یا مراقب است".

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند افرادی که سابقه مورد سوء استفاده قرار گرفتن در دوران کودکی را دارند به میزان بیشتری از اختلالات روانی از جمله افسردگی (مولنار، بوکا و کسلر، ۲۰۰۱)، اضطراب تعمیم یافته (فرگوسن، هوروود و لینکسی، ۱۹۹۶)، پانیک و فوبیا (لوپتان و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از مولنار و همکاران، ۲۰۰۱) و اختلال استرس پس از سانحه (سیلورمن، راینهز و گیاکونیا، ۱۹۹۶) رنج می‌برند. بیش از نیم قرن است که بد رفتاری با کودکان و عواقب آن بصورت نظام‌مند مطالعه شده است. ۵۰ سال قبل بالبی (۱۹۵۱) و بکوبین (۱۹۴۹) شواهدی یافتند مبنی بر اینکه تجارب استرس و فشارهای روانی در طول دوران رشد با تظاهرات مختلف اختلالات جسمی و روانی خود را نشان می‌دهد (روتز، ۲۰۰۰). در ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ متخصصان کودکان به صورت اختصاصی این مسئله را بررسی کرده و مقالاتی منتشر کردند که بعداً به "سندروم کودکان آسیب دیده" شهرت یافت (کمپ و همکاران ۱۹۶۲). همچنین، اشکال مختلف بد رفتاری با کودکان از جمله آزار جنسی، آزار فیزیکی و غفلت هریک اثری منحصر بر کودکان دارد (بازبی ۱۹۹۱). تحقیقات روی غفلت از کودکان نشان می‌دهد که کودکانی که با غفلت مواجه می‌شوند مشکلات متنوع اجتماعی و روانی مانند رفتارهای خصمانه، پر خاشگری، مشکلات یادگیری، تاخیرات زبانی، عزت نفس پایین و بالا بردن نرخ بزهکاری در دوران نوجوانی (اریکسون و ایگلند، ۲۰۰۰) را تجربه می‌کنند.

\* e-mail: sara\_s\_a2003@yahoo.com

پژوهش حاضر به بررسی شیوع اختلالات خلقی و رابطه آن با سابقه کودک آزاری و سلامت عمومی در دانشجویان پرداخت. به عبارت دیگر، به دنبال پاسخگویی به این سؤال بودیم که آیا مورد آزار قرار گرفتن در دوران کودکی سبب افزایش اختلالات خلقی در دانشجویان شده و سلامت عمومی آن‌ها را به خطر می‌اندازد؟

## روش

### شرکت‌کنندگان

جامعه پژوهش حاضر شامل دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بود. از این میان، ۴۰۰ نفر (۱۹۸ مرد و ۲۰۲ زن) به شیوه در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۲۱/۶۶ با انحراف معیار ۲/۵۰ بود. پس از توضیح هدف اجرای پژوهش و کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV و پرسشنامه ۲۸ سوالاتی سلامت عمومی در مورد آنها اجرا شد.

### ابزار

مصاحبه ساختار یافته بر مبنای DSM-IV: مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی یک مصاحبه ساختار یافته برای ارزیابی اختلالات روانی است که توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری اداره پیشین الکل، سوء مصرف مواد و بهداشت روان آمریکا (۱۹۸۸؛ به نقل از امینی و همکاران، ۱۳۸۵) ابداع گردید. CIDI در دو نسخه "طول عمر" و "دوازده ماهه" و به دو شکل قلم و کاغذی و رایانه ای موجود است. یکی از محاسن اصلی این ابزار کاربرد آن توسط یک پرسشگر غیرمتخصص است و نیز قضاوت بالینی در آن تأثیر ندارد (امینی و همکاران، ۱۳۸۵). CIDI شامل ۱۴ بخش است و ۱۷ حوزه تشخیصی عمده را پوشش می‌دهد. در مطالعه ای که ویچن (۱۹۹۳) بر CIDI انجام داد ضریب کاپا برای اعتبار تشخیص افسرده خویی بالای ۰/۵ بود که نشان دهنده اعتبار بالای این ابزار تشخیصی می‌باشد. در این پژوهش از نسخه قلم و کاغذی این مقیاس در تشخیص اختلالات خلقی استفاده شد.

مقیاس خودگزارشی کودک آزاری: این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران (۱۳۸۱) تهیه و دارای ۳۸ گویه می‌باشد و دامنه ای از رفتار کودک آزاری، از آزار جنسی تا آزار عاطفی و جو منفی خانه، آزار جسمی و بی توجهی نسبت به کودک را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است که حاکی از همسانی درونی بالای آن است. در پژوهش حاضر ضریب ۰/۷۶ برای آلفا محاسبه گردید. نمره گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت (از ۰= هرگز تا ۳= همیشه) انجام می‌شود. همچنین گویه های ۱۵ تا ۲۵ که مربوط به زیر مقیاس غفلت و بی توجهی نسبت به کودک هستند به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. افعال گویه های این پرسشنامه به صورت مضارع می‌باشد (مثال: والدینم به شخصیت من بی احترامی می‌کنند). از آنجا که این پژوهش از نوع پس رویدادی می‌باشد افعال به زمان ماضی تغییر داده شدند (مثال: والدینم به شخصیت من بی احترامی می‌کردند).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه از جمله شناخته شده ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به سزایی در پیشرفت پژوهش های روانشناختی داشته است (نوربلا و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از نوربلا، باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۷). فرم ۲۸ سوالاتی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیبر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سوال های آن براساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالاتی اولیه استخراج گردیده است که سوالات آن در قالب چهار موضوع علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد (نوربلا و همکاران، ۱۳۸۷). سوالات این پرسشنامه چهار گزینه‌ای و بر اساس طیف لیکرت (از ۰ تا ۳) می‌باشد. پژوهش های متعدد دال بر اعتبار و روایی بالای فرم ۲۸ سوالاتی پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشند (آدریبیگی و گرج، ۱۹۹۲؛ بریجز و گلدبرگ، ۱۹۸۶؛ ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۷؛ به نقل از نوربلا و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهشی که پالانگ و همکاران (۱۹۹۶) به منظور اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالاتی سلامت عمومی انجام دادند ضریب اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی ۰/۹۱ به دست آمد و بر اساس نمره گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ برای این ابزار حاصل شد. در پژوهش دیگری که توسط نوربلا و همکاران (۱۳۸۷) بر روی ۸۷۹ نفر انجام شد، ضریب اعتبار ۰/۸۵ و نقطه برش ۲۳ برای این ابزار به دست آمد. در مطالعه حاضر از نقطه برش ۲۳ استفاده شد.

### شیوهی اجرا

یافته های پژوهش با استفاده از ویرایش هجدهم SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

میانگین سلامت عمومی به تفکیک در دانشجویان دختر ۲۰/۷۵ و در دانشجویان پسر ۲۱/۱۹ بود و بین دختران و پسران در میزان سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود نداشت ( $p = 0/08$  و  $F = 0/198$ ). اختلال افسردگی با شیوع ۱۶/۷ درصد در دختران و ۱۵/۸ درصد در پسران بالاترین شیوع را در بین اختلالات خلقی دارا بود. ۲ درصد از دختران و ۳ درصد از پسران نیز در طیف دوقطبی قرار داشتند.

محاسبه ضریب همبستگی بین متغیرها نشان داد همان گونه که مشاهده می‌کنید؛ بین سلامت عمومی و سابقه کودک آزاری در دوران کودکی رابطه منفی معنادار مشاهده شد ( $p = 0/01$  و  $r = -0/48$ ). همچنین بین سابقه کودک آزاری و اختلالات خلقی نیز رابطه مثبت معنادار مشاهده شد.

جدول ۱

ضرایب رگرسیونی و تحلیل واریانس رگرسیون اختلالات خلقی

متغیر پیش‌بین	B	Beta	t	p	R	F	p
سابقه ی کودک آزاری	-۰/۰۹۲	-۰/۴۰۲	-۸/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰	۷۶/۲۹۸	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود سابقه کودک آزاری ( $Beta = -.0402$ ) توان پیش بینی اختلالات خلقی را دارد ( $F_{(1,398)} = 76/298, P = .001$ ).

جدول ۲

ضرایب رگرسیونی و تحلیل واریانس رگرسیون سلامت عمومی

متغیر پیش‌بین	B	Beta	t	P	R	F	P
سابقه ی کودک آزاری	۰/۷۶۴	۰/۴۷۷	۱۰/۷۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۱۱۵/۴۴۱	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود سابقه کودک آزاری ( $Beta = ۰/۴۷$ ) توان پیش‌بینی سلامت عمومی را دارد ( $F_{(1,393)} = 115/441, P = ۰/۰۰۱$ ).

### بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلالات خلقی و رابطه آن با سابقه کودک آزاری و سلامت عمومی در دانشجویان شهر تهران بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین سابقه مورد سوء استفاده قرار گرفتن در دوران کودکی و اختلالات خلقی در بزرگسالی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر از آنجایی که نمرات پایین در پرسشنامه سلامت روانی نشانگر نمرات بالا در سابقه مورد سوء استفاده قرار گرفتن است، نتایج اشاره دارند که کاهش در سلامت عمومی با سابقه ی مورد سوء استفاده قرار گرفتن در دوره ی کودکی مرتبط است. این نتایج با نتایج پژوهش های رادزیزوسکا و همکاران (۱۹۹۶)، ریچاردسون و همکاران (۱۹۹۳) و کندل و دیویس (۱۹۸۶) که نشان دادند بین سلامت روانی پایین و مشکلات رفتاری ارتباط وجود دارد؛ هماهنگ است. براساس یافته های بدست آمده فرضیه های ما مورد تایید قرار گرفت. هرچقدر کودک آزاری بیشتر باشد، پیش بینی سلامت عمومی کمتر نیز بیشتر خواهد بود و برعکس. نتایج این پژوهش با پژوهش های بایرد (۱۹۸۸)، کوهی (۲۰۰۶) و محمدخانی (۱۳۷۸) هماهنگ است. 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، ۱۹۹۹) که این خود می تواند بر روی سلامت عمومی فرزندان تاثیر گذار باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش های هیلدیارد و ولف (۲۰۰۲)، ایرلند و دیگران (۲۰۰۲) مبنی بر وجود مشکلاتی در کودکان آزار دیده همسو هستند.

### منابع

- انجمن روانپزشکی امریکا ( ۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۶). تهران: انتشارات سخن.
- سادوک، بنامین جیمز و سادوک، ویرجینیا الکت ( ۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- Erickson, M.F., & Egeland, B. (2002). Child Neglect. In Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid T (eds). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage Publications.
- Hart, S.N., Brassard, M.R., Binggeli, N.J., & Davidson, H.A. (2002). Psychological maltreatment. In Myers, J.E.B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C.T., Jenny, C., & Reid, T. (eds). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage Publications.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16, 606-613.
- MacMillan, H., Fleming, J., Streiner, D.L.E., et al (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878 - 1883.
- Molnar, B.E., Buka, S.L., and Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology :results from the national comorbidity survey. *American journal of public health*, 5, 753-760.
- Nelson, E.C., Heath, A.C, Madden, P.A., et al (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes :results from a twin study *Arch Gen Psychiatry*. 5,139-145.
- Ricci, L.R. (2000). Initial medical treatment of physically abused child .In Reece, R.M. (eds). *Treatment of child abuse*. The John Hopkins University Press :Baltimore, MD.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered :Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications . In Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (eds) *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge University Press: Cambridge, 651-682.
- Van Houdenhove, B., Neerinx, E., Lysens, R., & et al (2001).Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care :a controlled study on prevalence and characteristic. *Psychosomatics*, 42, 21- 28.