

Biannual Journal of Applied
Counseling
2014, 4 (2), 99-110
Received: 15 Sep 2014
Accepted: 24 Feb 2015

دو فصلنامه مشاوره کاربردی
۱۱۰-۹۹، ۲ (۴)، ۱۳۹۳
دریافت: ۹۳/۶/۲۴
پذیرش: ۹۳/۱۲/۵

آزمودن مدل رابطه بین خشونت علیه مادران بر بروز رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان
پیش دبستانی با میانجی‌گری سلامت روان مادران

Testing the model of the relationship between violence against women on aggressive behavior in preschool children with mediating maternal mental health

Khaled Aslani
Kaosar Hatfania
Khadijeh Shralinia

خالد اصلانی*
کوثر هاتفانیا**
خدیدجه شیرالی‌نیا*

Abstract

The aim of this study was to test the model of the relationship between violence against women and aggressive behavior in children with mediation of maternal mental health. Research design was correlation and path analysis. The study population included all of preschool children's mothers at the city of Dezful. The sample was consisted of 250 pre-school children's mothers. That selected by multi-stage random sampling technique. The participants completed Violence against Women scale, General Health Questionnaire and Child Behavior Checklist. The data analyzed by Pearson correlation coefficient and path analysis. The analysis of the proposal model showed the paths of sexual and economical violence against mothers to maternal mental health and economical violence against mothers to child aggression were not significant. After removing these paths, the model had good fitness indices. The results indicated that the direct relationships between physical, psychological and sexual violence against women and maternal mental health were negatively significant. The direct relationships between physical and psychological violence against women with child aggressive behaviors were positively significant. The relationship between maternal mental health and child aggressive behaviors was negatively significant. The bootstrap analysis showed there were significant the indirect paths between physical, psychological and sexual violence against women and child aggressive behaviors with mediating maternal mental health. According to this finding can result the maternal mental health can mediate negative inter-parental relationship and child aggressive behaviors.

Keywords: Violence against Women, Children Aggression, Mental Health

چکیده

هدف پژوهش حاضر آزمودن مدل رابطه بین خشونت علیه زنان با بروز رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان پیش دبستانی با میانجی‌گری سلامت روان مادران بود. روش پژوهش توصیفی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه‌ی این پژوهش کلیه مادران کودکان پیش دبستانی شهر دزفول بود. حجم نمونه شامل ۲۵۰ مادر کودک پیش دبستانی بود که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های سلامت عمومی، خشونت نسبت به زنان، چک لیست رفتاری کودکان را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر انجام گرفت. نتایج مدل فرضی اولیه نشان داد که مسیرهای خشونت جنسی و اقتصادی علیه مادران به سلامت روان مادران و مسیر خشونت اقتصادی علیه مادران به پرخاشگری کودکان معنی‌دار نشدند. پس از حذف این مسیرها یک تحلیل نهایی انجام شد که نتایج نشان داد مدل نهایی دارای برازش خوبی نسبت به داده‌های پژوهش بود. نتایج ضرایب میسر مستقیم نشان داد که بین خشونت روانی، فیزیکی و جنسی نسبت به مادران و سلامت روانی مادران رابطه منفی و معنی‌دار، بین خشونت روانی و فیزیکی نسبت به مادران و پرخاشگری کودکان رابطه مثبت و معنی‌دار و بین سلامت روانی مادران و پرخاشگری کودکان رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. ضرایب مسیر غیرمستقیم از طریق آزمون بوت استراپ نشان داد خشونت روانی، فیزیکی و جنسی نسبت به مادران به پرخاشگری کودکان با میانجی‌گری سلامت روانی مادران معنی‌دار است بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روانی مادران می‌تواند بین روابط منفی والدین و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان میانجی باشد.

واژه‌های کلیدی: خشونت علیه زنان، پرخاشگری کودکان، سلامت روان.

kh.aslani@scu.ac.ir

* استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، (نویسنده مسئول)

** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

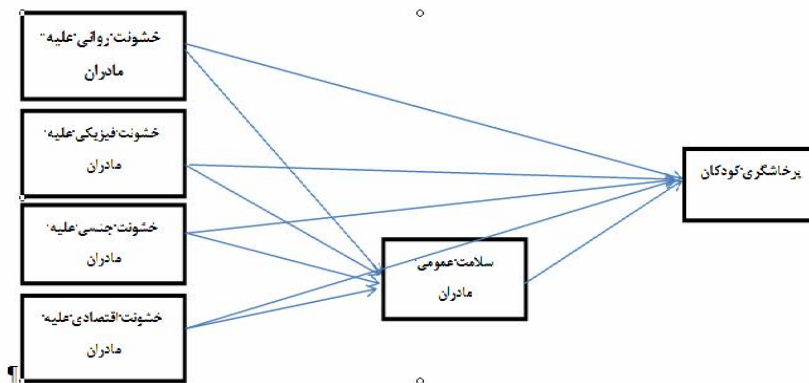
* استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

کودکان در مسیر رشد طبیعی خود، گاهی ممکن است رفتارهایی از خود نشان دهند که به عنوان رفتاری آزار دهنده برای دیگران تلقی می‌شود، این رفتارها اگر از نظر شدت، تداوم یا فراوانی وضعیتی غیر عادی بیابند به عنوان اختلال مطرح می‌گردند (اختیاب و ادل بروک، ۲۰۰۲). پرخاشگری یکی از شایع‌ترین اختلال‌هایی است که باعث ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز مشاوره و روان درمانی می‌شود (بورنمن، میتلمن و بیر، ۲۰۰۷). پرخاشگری را می‌توان به صورت ارائه یک محرک آزار دهنده از فردی به فرد دیگر به قصد آزار و یا آسیب، تعریف کرد (گین، ۲۰۰۱ به نقل از رجبی، نجفی و رضایی، ۱۳۹۱). بروز پرخاشگری در سال‌های اولیه زندگی در کودکان، سبب به وجود آمدن مشکلات بسیاری در قلمرو زندگی فردی و بین فردی آنها می‌شود (کریک و گراتپتر، ۱۹۹۵). پرخاشگری در کودکان خردسال معمولاً به صورت پرخاشگری وسیله‌ای و پرخاشگری خصمانه، نمایان شده و در سال‌های اولیه پیش دبستانی بروز می‌کند (برک، ۲۰۰۱، به نقل از یعقوبی، سهرابی و مفیدی، ۱۳۹۰). پرخاشگری خصمانه به صورت خشن، تکانشی و فوری انجام می‌شود و هدف اصلی آن، ایجاد درد در دیگران است. پرخاشگری وسیله‌ای به شیوه آرام و در شکل پیشرفته‌اش به صورت برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود و هدف این نوع پرخاشگری، به دست آوردن یک چیز خواستنی است (یعقوبی، سهرابی و مفیدی، ۱۳۹۰). رفتار پرخاشگرانه در کودکان، باعث ظهور مشکلات فراوانی در آنان می‌شود از قبیل داشتن خود پنداره ضعیف، عزت نفس پایین، اضطراب، افسردگی، تکانشگری، بیش‌فعالی، دارا بودن تمایلات مخرب، نزاع و نافرمانی (لوبر، بارک، لاهی، ووترز و زرا، ۲۰۰۰). رفتار پرخاشگرانه در دوران کودکی، موجب سازگاری عاطفی- اجتماعی پایین در کودک شده (کریک و گراتپتر، ۱۹۹۵) و می‌تواند به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده برای بزهکاری، سو مصرف مواد، افسردگی و افت تحصیلی در دوران بزرگسالی باشد. یک پژوهش نشان داد که معمولاً کودکان پرخاشگر تمایل به ادامه پرخاشگری در دوران بزرگسالی دارند (کازدین، ۱۹۹۷).

کارشناسان خشونت خانوادگی را رفتار خشن یکی از اعضای خانواده معمولاً مردان نسبت به دیگر اعضای خانواده تعریف کرده‌اند (سوان و سالیوان، ۲۰۰۹). خشونت پدیده بسیار پیچیده‌ای است که می‌تواند در زمینه خانواده اشکال مختلفی به خود بگیرد مانند خشونت علیه کودکان، خشونت علیه مردان و خشونت علیه افراد مسن، اما یکی از متداول‌ترین اشکال خشونت خانوادگی، خشونت بین همسران و به ویژه خشونت علیه زنان می‌باشد (همتی، ۱۳۸۳). خشونت علیه زنان، به عنوان زیر مجموعه‌ای از خشونت خانوادگی، شامل هر گونه رفتاری است که به صورت عملی، توسط همسر و یا شریک جنسی نسبت به زن صورت می‌گیرد، این نوع خشونت شامل بدرفتاری‌های جسمانی، جنسی و عاطفی است که عموماً به منظور اعمال سلطه، اقتدار و تحکیم قدرت، نسبت به زن به کار گرفته می‌شود (اندرسون و لی، ۲۰۱۰). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که خشونت نسبت به زنان، پیش‌بینی کننده پریشانی‌های روانی و سلامت جسمانی و روانی ضعیف‌تر در میان آنها می‌باشد (استین، ۲۰۱۰). اختلال‌های افسردگی و

اختلال استرس پس از سانحه، رایج ترین اختلال های روانی شناخته شده ای هستند که از خشونت های خانگی ایجاد می شوند و بر سلامت روان زنان تاثیر می گذارند (پلتز، پنگپید و بانینی، ۲۰۱۳). سلامت روان برای هر انسانی در طول دوره حیات امری الزامی و قابل تعمق است ولی برای زن به عنوان مادر که در واقع اولین شخصیت تاثیرگذار در بهداشت روانی کودک است بسیار حائز اهمیت می باشد (حاجیوند، الهیاری و رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۸). خشونت علیه زنان، کیفیت و سلامت زندگی آنها و فرزندانشان، توانایی ها، استقلال و مولد بودن زندگی زنان را به شدت تهدید می کند و به اختلال می کشاند. زنان فاقد سلامت روان، کودکان خود را به طور منفی درک می کنند که این موضوع بر نحوه برخورد آنها با کودکان شان و شیوه های رفتار کردن کودکان تحت تاثیر قرار می دهد. کودکان مادران افسرده، مجبورند برای دوره های طولانی، غم، درماندگی، تحریک پذیری و آشفتگی مادرانشان را تحمل کنند که این جریان بر روند رشدشان تاثیر می گذارد (پلانچرل و بولوگینی، ۱۹۹۵). بنابراین زنان مورد آزار و اذیت قرار گرفته ممکن است قادر نباشند فرزندانشان را به مراحل رشد طبیعی و پرورش حس اعتماد و امنیت که پایه و اساس رشد عاطفی سالم است هدایت کنند (هولمز، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، خشونت نسبت به زنان، معمولاً به ندرت بدون اشکال دیگر خشونت و پرخاشگری در خانه رخ می دهد، بنابراین می توان گفت که خشونت، با مشکلات سلامت روان و مسائل والدینی در زنان و همچنین طیف گسترده ای از تجارب فرزندان از جمله مسائل عاطفی و مشکلات رفتاری آنها مرتبط است (هولمز، ۲۰۱۳). مطالعات مرتبط با تاثیر مواجهه با خشونت خانگی بر کودکان نشان داده است که بسیاری از



شکل ۱

مدل فرضی خشونت علیه مادران و پرخاشگری کودکان با میانجی گری سلامت روانی مادران

کودکان که شاهد خشونت نسبت به مادران خود در خانواده بوده اند از مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی بیشتری رنج می برند (گرهام، برمن و لوندوسکی، ۱۹۹۸). شواهد نشان داده است که، مواجهه کودکان پیش دبستانی با خشونت والدین نسبت به یکدیگر (و خشونت نسبت به مادرانشان) با بروز رفتار

پرخاشگرانه در آنها مرتبط است (هولمز، ۲۰۱۳). او بیان کرد که خشونت بین زوجین و شرکای صمیمی بر سلامت روان زنان اثر می‌گذارد و سلامت روان ضعیف زنان و مادران نیز به نوبه خود با بروز رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان رابطه دارد. یک پژوهش نشان داد که خشونت‌های خانگی مانند خشونت جسمی، جنسی و روانی سلامت روان مادران را تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث بروز اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود. در نتیجه سلامت روان ضعیف مادران نیز باعث رفتارهای مشکل‌آفرین در کودکان مانند پرخاشگری و بزهکاری می‌شود (یو و هوانگ، ۲۰۱۲). با توجه به مطالب فوق سوال این است که آیا سلامت روانی مادران میانجی رابطه بین خشونت علیه مادران و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان است؟

روش

پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه‌ی این پژوهش کلیه مادران کودکان پیش دبستانی شهر دزفول بود، که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای برگزیده شدند. ابتدا از میان تمامی مهد کودک‌های شهر دزفول، ۱۳ مهد کودک و سپس از میان آنها ۲۵۰ کودک پیش دبستانی به صورت تصادفی انتخاب شدند. در آخر، مادران این کودکان به عنوان نمونه مورد مطالعه دعوت گردیدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-12). این پرسشنامه برای اولین بار به وسیله گلدنبرگ تنظیم و به طور وسیعی برای تشخیص اختلال‌های خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شد. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سوال است اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی آن نیز در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه ۱۲ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد (هومن، ۱۳۷۷). ماده‌های پرسشنامه GHQ-12 به صورت چهار گزینه‌ای طراحی شده است و پاسخ آزمودنی به هر سوال در یک طیف چهار درجه‌ای شامل: اصلاً، در حد معمول، به مراتب بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول مشخص شده است. در این ابزار هر چه نمره فرد بالاتر باشد، فرد از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار است. هومن (۱۳۷۶) ضریب پایایی پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ و یعقوبی، سهرابی و مفیدی (۱۳۹۰) نیز پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی GHQ-12 به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه خشونت علیه زنان^۲. این پرسشنامه دارای ۳۲ ماده و چهار عامل خشونت روانی (سوال‌های ۱ تا ۱۶)، خشونت فیزیکی (سوال‌های ۱۷ تا ۲۷)، خشونت جنسی (سوال‌های ۲۸ تا ۳۰) و

1. General Health Questionnaire
2. Violence Against Women Questionnaire

خشونت اقتصادی (سوال‌های ۳۱ تا ۳۲). حداقل و حداکثر نمره‌های این پرسشنامه به ترتیب ۳۲ و ۹۶ می‌باشد. حاج یحیی (۱۹۹۹) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای مولفه‌های خشونت روانی ۰/۷۱، خشونت فیزیکی ۰/۸۶، خشونت جنسی ۰/۹۳ و خشونت اقتصادی ۰/۹۲ و اصلانی، دهقانی و خجسته مهر (۲۰۱۵) پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ برای مولفه‌های خشونت روانی، ۰/۸۰ برای خشونت فیزیکی، ۰/۷۵ برای خشونت جنسی و ۰/۷۸ برای خشونت اقتصادی را گزارش دادند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای مولفه‌های خشونت روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی علیه مادران به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ به دست آمده است.

چک لیست مشکلات رفتاری کودکان^۱. این پرسش‌نامه دارای ۴۳ سوال در زمینه پرخاشگری رابطه‌ای، بدنی، واکنشی و کلامی است که هر ماده آن در یک طیف پنج گزینه‌ای از اصلا= ۱، به ندرت= ۲، یک بار در ماه= ۳، یک بار در هفته= ۴ و اغلب روزها= ۵ درجه بندی شده است. این ابزار درجات متفاوتی از شدت بروز پرخاشگری را نشان می‌دهد، که توسط مادر تکمیل یا مربی مهد کودک تکمیل می‌شود. در این چک لیست نمره بالا نشان دهنده میزان بالای پرخاشگری در کودکان است. در یک پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ کل چک لیست ۰/۹۸ و در مولفه‌های پرخاشگری کلامی-تهاجمی ۰/۹۳، فیزیکی-تهاجمی ۰/۹۲، رابطه‌ای ۰/۹۴ و خشم تکانشی ۰/۸۸ گزارش شده است (واحدی، فتحی آذر، حسینی نسب و مقدم، ۱۳۸۷). در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۵ بدست آمد.

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه شهید چمران اهواز و از بهزیستی شهر دزفول لیست مهد کودک‌های اخذ گردید و از میان آنها، ۱۳ مهد کودک انتخاب گردید. سپس با ارایه مجوز به مهد کودک‌ها و صحبت با مدیران آنها برای توضیح اهداف پژوهش، از مادران کودکان انتخاب شده به عنوان گروه نمونه دعوت به عمل آمد تا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمایند. به تمامی مادران اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و نتایج فقط به صورت کلی منتشر خواهد شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای برآوردگی مدل فرضی از تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار آماری Amos استفاده شد.

یافته‌ها

1. Child Behavior Problem Checklist

جدول ۱

میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

| انحراف معیار | میانگین | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | متغیرها |
|--------------|---------|-------|-------|-------|--------|--------|---------------------------|
| ۲۷/۳۲ | ۷۴/۱۴ | | | | | - | پرخاشگری کودکان |
| ۷/۳۴ | ۲۴/۳۶ | | | | | -۰/۵۱* | سلامت روان مادران |
| ۸/۶۸ | ۲۶/۵۶ | | | - | -۰/۶۵* | -۰/۶۴* | خشونت روانی علیه مادران |
| ۵/۰۷ | ۱۴/۸۸ | | - | ۰/۷۷* | -۰/۵۸* | ۰/۶۱* | خشونت فیزیکی علیه مادران |
| ۲/۱۲ | ۴/۵۱ | - | ۰/۴۲* | ۰/۶۰ | -۰/۴۸* | ۰/۳۶* | خشونت جنسی علیه مادران |
| ۱/۲۰ | ۲/۷۴ | ۰/۶۶* | ۰/۴۲* | ۰/۶۲* | -۰/۴۷* | -۰/۳۴* | خشونت اقتصادی علیه مادران |

* $p \leq 0/01$

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمرات در متغیرهای پرخاشگری کودکان ۷۴/۱۴ و ۲۷/۳۲، در سلامت روان مادران ۲۴/۳۶ و ۷/۳۴ و در مولفه های خشونت روانی علیه مادران ۲۶/۵۶ و ۸/۶۸، خشونت فیزیکی علیه مادران ۱۴/۸۸ و ۵/۰۷، خشونت جنسی علیه مادران ۴/۵۱ و ۲/۱۲ و خشونت اقتصادی علیه مادران ۲/۷۴ و ۱/۲ به دست آمده است. همچنین بین مولفه های چهارگانه خشونت علیه مادران و سلامت روانی آنها رابطه منفی و معنی دار و بین سلامت عمومی مادران و پرخاشگری کودکان رابطه منفی و معنی دار وجود دارد.

جدول ۲

شاخص های برازندگی مدل های فرضی و نهایی

| مدل | χ^2 | df | (χ^2/df) | P | GFI | CFI | NFI | RMSEA |
|-----------|----------|----|-----------------|--------|------|------|------|-------|
| مدل فرضی | ۷۹/۱۱ | ۴ | ۱۹/۷۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۹۱ | ۰/۹۰ | ۰/۹۰ | ۰/۲۷ |
| مدل نهایی | ۰/۶۹ | ۱ | ۰/۶۹ | ۰/۴۰۵ | ۰/۹۹ | ۱/۰ | ۰/۹۹ | ۰/۰۰۰ |

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، شاخص χ^2 (۷۹/۱۱) مدل فرضی در سطح آماری $p < 0/001$ معنی دار است و مقدار خطا (RMSEA) این مدل نیز بالا می‌باشد (۰/۲۷) و این دو شاخص به ما اجازه اصلاح مدل را می‌دهد. در مدل فرضی مسیرهای خشونت جنسی و اقتصادی علیه مادران با سلامت روانی مادران و خشونت اقتصادی به پرخاشگری کودکان معنی دار نبودند. پس از حذف این مسیرها مدل برازنده داده های جامعه است. شاخص مجذور خی (χ^2) غیر معنی دار و شاخص نسبت مجذور خی به درجه آزادی (χ^2/df) کمتر از مقدار ۳ به دست آمدند. سایر شاخص ها از جمله شاخص خوبی برازش ($GFI=0/99$)، شاخص برازندگی بهنجار شده ($NFI=0/95$) و شاخص برازندگی مقایسه ای

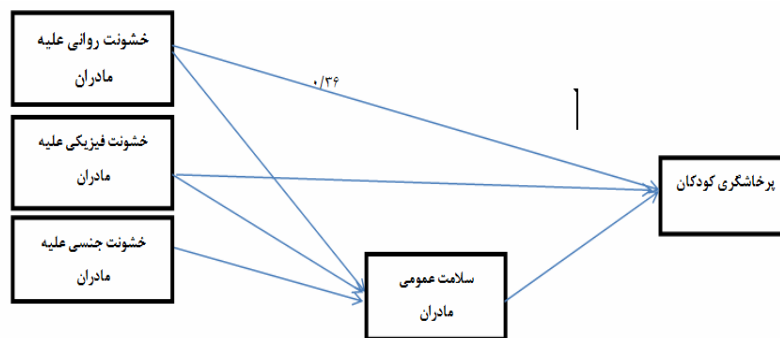
(CFI=۰/۹۹) همگی بالاتر از مقدار ۰/۹۰ هستند و همچنین شاخص RMSEA در مدل نهایی ۰/۰۰۰ است که حاکی از خطای اندک مدل است، که همگی بیانگر برازندگی مطلوب مدل نهایی است. جدول ۳ ضرایب مسیر مستقیم استاندارد مدل را ارائه می دهد.

جدول ۳

ضرایب مسیر مستقیم استاندارد مدل

| P | C.R | S.E | β | مسیرها |
|--------|-------|------|---------|--|
| <۰/۰۰۱ | ۳/۹۸ | ۰/۰۷ | ۰/۳۹ | خشونت روانی علیه مادران به سلامت روان مادران |
| <۰/۰۴۰ | ۱/۹۷ | ۰/۲۳ | ۰/۲۱ | خشونت فیزیکی علیه مادران به سلامت روان مادران |
| <۰/۰۰۳ | ۲/۹۹ | ۰/۱۰ | ۰/۱۶ | خشونت جنسی علیه مادران به سلامت روان مادران |
| ۰/۲۸۰ | ۱/۰۷ | ۰/۴۱ | ۰/۰۷ | خشونت اقتصادی علیه مادران به سلامت روان مادران |
| <۰/۰۲۰ | ۲/۳۹ | ۰/۲۳ | ۰/۱۳ | سلامت روان مادران به پرخاشگری کودکان |
| <۰/۰۰۱ | ۴/۶ | ۰/۲۹ | ۰/۳۶ | خشونت روانی علیه مادران به پرخاشگری کودکان |
| <۰/۰۰۱ | ۳/۲۹ | ۰/۴۰ | ۰/۲۷ | خشونت فیزیکی علیه مادران به پرخاشگری کودکان |
| ۰/۸۷۱ | -۰/۱۶ | ۰/۸۴ | ۰/۰۱ | خشونت جنسی علیه مادران به پرخاشگری کودکان |
| ۰/۱۸۲ | -۱/۳۱ | ۱/۵۲ | ۰/۰۸ | خشونت اقتصادی علیه مادران به پرخاشگری کودکان |

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، ضرایب مسیر های مستقیم از خشونت روانی، فیزیکی و جنسی علیه مادران به سلامت روان مادران، سلامت روان مادران به پرخاشگری کودکان و خشونت روانی و فیزیکی علیه مادران به پرخاشگری کودکان معنی دار هستند، و ضرایب مسیر مستقیم خشونت اقتصادی علیه مادران به سلامت روان مادران و مسیر های خشونت جنسی و اقتصادی علیه مادران به پرخاشگری کودکان معنی دار نیستند.



شکل ۲

مدل نهایی خشونت علیه مادران و پرخاشگری کودکان با میانجی گری سلامت روان مادران

نتایج ضرایب مسیرهای غیرمستقیم با آزمون بوت استراپ نشان داد که مسیر خشونت روانی علیه مادران به پرخاشگری کودکان با میانجی‌گری سلامت روان مادران ($\beta = ۰/۰۵۰$, $p < ۰/۰۰۹$)، خشونت فیزیکی به پرخاشگری کودکان با میانجی‌گری سلامت روان مادران ($\beta = ۰/۰۲۸$, $p < ۰/۰۱۲$) و خشونت جنسی به پرخاشگری کودکان با میانجی‌گری سلامت روان مادران ($\beta = ۰/۰۲۱$, $p \leq ۰/۰۰۹$) معنی دار است.

بحث

مقاله حاضر با هدف بررسی رابطه خشونت علیه مادران و بروز رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان با میانجی‌گری متغیر سلامت روان انجام شد. نتایج نشان داد خشونت‌های روانی، فیزیکی و جنسی علیه مادران سلامت روان مادران را تحت تاثیر قرار داده است. از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که سلامت روان پایین زنان نیز با رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان ارتباط مستقیم دارد که با یافته‌های هولمز (۲۰۱۳) و یو و هوانگ (۲۰۱۲) همخوانی دارد. خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود داشته و مرزهای فرهنگ، طبقه اجتماعی-اقتصادی، سن، تحصیل، درآمد و قومیت را در نوردیده است و در پس شعائر، آداب فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و اعتقادات مذهبی پنهان شده است (نازپرور، ۱۳۸۱). بر اساس آمارهای منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، از هر سه زن، یک زن در طول زندگی خود در معرض خشونت خانگی قرار می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). خشونت پیامدهای نامطلوب بلند مدت برای بازماندگان آن به جای می‌گذارد که حتی پس از اتمام دوره خشونت نیز ادامه می‌یابد. خشونت دارای عواقب جسمانی غیر کشنده‌ای شامل جراحت، شکستگی، کبودی، حاملگی ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی، سقط جنین غیرعمدی، دردهای مزمن لگن، سردرد، آسم، سندرم روده تحریک پذیر، رفتارهایی نظیر استعمال دخانیات، اعتیاد، الکلیسم، و نیز عواقب مرگباری شامل خودکشی، دیگرکشی و ضربه مغزی می‌باشد. عواقب روانی آن نیز مانند افسردگی، ترس، اضطراب، مشکلات تغذیه‌ای، اختلال‌های جنسی، وسواس و اختلال استرس پس از حادثه نیز غیرقابل انکار هستند (فرهادیان، ۱۳۸۰). سازمان بهداشت جهانی خشونت علیه زنان را از علل اصلی اضطراب، افسردگی، فکری‌های خودکشی و استرس در بین زنان می‌داند (لودرمیر، شرایبر، فرانسیسکا-جونینور و جانسون، ۲۰۰۸). نگاهی کوتاه به زندگی زنان خشونت دیده بیانگر این امر است که فرزندان آن‌ها به شدت دارای مشکلات و ناهنجاری‌های رفتاری مانند منزل‌گریزی، پرخاشگری، افسردگی، بی‌اعتنایی نسبت به دیگران و رفتاری ناهنجاری مانند دزدی، اعزام به کانون اصلاح و تربیت، اعتیاد و غیره می‌باشند (اعزازی، ۱۳۸۳). بنابراین خشونت خانگی علیه زنان بر سلامت روان زنان و مادران تأثیر می‌گذارد. یافته دیگر نشان داد که سلامت روان مادران با بروز رفتارهای پرخاشگرانه کودکان ارتباط منفی و معنی دار دارد، یعنی، سلامت روان ضعیف بر بروز رفتارهای مشکل‌آفرین در کودکان از جمله گرایش به پرخاشگری و بزهکاری تأثیر گذار است (یو و هوانگ، ۲۰۱۲). پرخاشگری در دوران کودکی عامل

خطرناک و مهمی برای بروز رفتارهایی چون گرایش به خشونت در نوجوانی و بزرگسالی می باشد. پژوهش‌ها بیانگر تداوم اشکال مختلف پرخاشگری در طول زمان و اثرگذاری آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی اشخاص در آینده است (لی، بایلاگون، ورمنت و ترمبلی ۲۰۰۷). کودکان پرخاشگر مهارت‌های رفتاری مورد نیاز برای ارائه پاسخ‌های با کفایت درباره مسائل را نداشته و در مهارت‌های حل تعارض دچار ضعف هستند (کارین، ۲۰۰۰؛ کریک، ۱۹۹۷، به نقل از حسن‌پور، جلالی، شعبیری و خزایی، ۱۳۹۲). این کودکان همچنین در مدیریت خشم و درک دیدگاه‌های طرف مقابل ضعیف هستند و در مقایسه با همسالان خود پاسخ‌های نامناسب‌تر و پرخاشگرانه‌تری نسبت به مسائل اجتماعی بروز می‌دهند و برای حل مسائل راه‌های بسیار پرخاشگرانه‌تری را انتخاب می‌کنند.

ضرایب مسیرهای غیرمستقیم نشان داد که سلامت روانی مادران می‌تواند میانجی بین خشونت روانی، فیزیکی و جنسی علیه مادران با پرخاشگری کودکان باشد. این بدان معناست که سلامت روانی مادران هم تحت تاثیر خشونت بر علیه آنها قرار می‌گیرد و هم منبعی برای افزایش یا کاهش میزان مشکلات رفتاری کودکان آنها هنگام تحت خشونت قرار گرفتن می‌باشد. بنابراین زنان مورد آزار و اذیت قرار گرفته ممکن است قادر نباشند فرزندانشان را به مراحل رشد طبیعی و پرورش حس اعتماد و امنیت که پایه و اساس رشد عاطفی سالم است هدایت کنند (هولمز، ۲۰۱۳). از سوی دیگر خشونت نسبت به زنان، معمولاً به ندرت بدون اشکال دیگر خشونت و پرخاشگری در خانه رخ میدهد، بنابراین می‌توان گفت که خشونت، با مشکلات سلامت روان و مسائل والدینی در زنان و همچنین طیف گسترده‌ای از تجربیات فرزندان از جمله مسائل عاطفی و مشکلات رفتاری آنها مرتبط است (هولمز، ۲۰۱۳). مطالعاتی که درباره تاثیر مواجهه با خشونت خانگی بر کودکان انجام شده، نشان داده است که بسیاری از کودکان که شاهد خشونت نسبت به مادران خود در خانواده بوده‌اند از مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی بیشتری رنج می‌برند (گرهام، برمن، لوندوسکی، ۱۹۹۸).

نتیجه‌گیری

روابط بین همسران جز پیچیده‌ترین روابط محسوب می‌شود. زن و شوهر بیشترین زمان زندگی خود را در این رابطه بسر می‌برند. از یک طرف انتظارات بسیار بالایی از روابط همسران وجود دارد، از طرف دیگر این رابطه آستن مشکلات بسیار زیادی است. وجود هر گونه مشکل در یک یا چند بعد از ارتباطات زن و شوهر بر سایر ابعاد زندگی آنها تاثیر می‌گذارد. خشونت فضای صمیمانه و دوستی بین زن شوهر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به دلیل این که عمدتاً خشونت از طرف مردان اعمال می‌شود، بیشترین صدمات را زنان از اعمال خشونت در زندگی تجربه می‌کنند. نتیجه این تحقیق نشان داد که خشونت به خصوص در ابعاد روانی، فیزیکی و جنسی سلامت روان مادران را تهدید می‌کند. همچنین با توجه به این که مادران شخص اول در ارتباط با فرزندان و تربیت آنها هستند، تهدید شدن سلامت روانی آنها مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری را برای فرزندان ایجاد میکند. به واقع فرزندان شدیداً تحت تاثیر روابط بین والدین هستند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم بررسی نقش پدر این فرایند

است. پیشنهاد می شود که در آموزش های والدین نقش ارتباط زوجین در ایجاد مشکلات برای فرزندان شان لحاظ گردد.

منابع

- عزازلی، شهلا (۱۳۸۳). ساختار جامعه و خشونت علیه زنان، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۴ (۱۴)، ۸۴-۴۷.
- حاجیوند، غزاله؛ الهیاری، عباسعلی و رسول زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۸۸). مقایسه خلق و خوی کودکان شیرخوار (۱۲-۳ ماه) در مادران واجد و فاقد سلامت روانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۷ (۱)، ۷۹-۶۸.
- حسن پور، فاطمه؛ جلالی، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا و خزایی، محمد (۱۳۹۲). تأثیر کار با گل بر پرخاشگری کودکان دبستانی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۳)، ۱۵۳-۱۳۹.
- رجبی، زهرا؛ نجفی، محمود و رضایی، علی محمد (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان. *فصلنامه روان شناسی بالینی*، ۱۰ (۳)، ۷۱-۵۵.
- فرهادیان، طاهر (۱۳۸۰). *سوء رفتار در خانواده، سوء رفتار نسبت به زنان، کودکان و سالمندان*. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشکده مامایی.
- نازپرور، بشیر (۱۳۸۱). *همسرآزاری*. *فصلنامه پژوهش زنان*، ۳، ۶۴-۴۵.
- همتی، رضا (۱۳۸۳). عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان: مطالعه‌ی موردی خانواده های تهرانی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۳ (۱۲)، ۲۵۷-۲۷۰.
- هومن، عباس (۱۳۷۷). *استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره های کارشناسی*. تهران: حوزه معاونت دانشجویی و فرهنگی، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- واحدی، شهرام؛ فتحی آذر، اسکندر؛ حسینی نسب، داوود و مقدم، محمد (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش دبستانی و ارزیابی میزان پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی ارومیه. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۰ (۳۷)، ۲۴-۱۵.
- یعقوبی، کزال؛ سهرابی، فرامرز و مفیدی، فرخنده (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه میزان پرخاشگری کودکان طلاق و عادی. *مجله مطالعات روان شناختی زنان*، ۷ (۱)، ۹۷-۱۰۹.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (2002). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed

- children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1), 188-200.
- Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2010). Internal consistency and factor structure of the Revised Conflict Tactics Scales in a sample of deaf female college students. *Journal of Family Violence*, 25(5), 475-483.
- Bornmann, B. A., Mitelman, S. A., & Beer, D. A. (2007). Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression in a school within inpatient child psychiatry: A pilot study. *The Arts in psychotherapy*, 34(3), 216-222.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 66(3), 710-722.
- Graham-Berman, S. A., & Levendovsky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(1), 111-128.
- Holmes, M. (2013). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 520-530.
- Kazdin, A. (1997). 12 Conduct disorder across the lifespan. In S. Luthar, J. Burack, D. Cicchetti (Eds.), *Developmental psychology: Perspectives on adjustment risk and disorder*, Cambridge University Press. (pp. 248-272). Cambridge.
- Lee, K., Baillargeon, R. H., Vermunt, J. K., Wu, H., & Tremblay, R. E. (2007). Age differences in the prevalence of physical aggression among 5-11-year-old Canadian boys and girls. *Aggressive Behavior*, 33(1), 26-37.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-84.
- Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., França-Junior, I., & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social science & medicine*, 66(4), 1008-1018.
- Peltzer, k., pengpid, S., Mcfarlane, J., & Banyini, M. (2013). Mental health consequences of intimate partner violence in Vhembe district. *South Africa General Hospital Psychiatry*, 35(5), 545 – 550

- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of adolescence*, 18(4), 459-474.
- Stein, A. L. (2010). Alcohol use and health outcomes among women victims of intimate partner violence. University of Cincinnati. *A dissertation submitted to the Graduate School of the University of Cincinnati in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.*
- Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2009). The resource utilization of women whose violence in intimate relationship. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6), 940-958.
- World Health Organization (2000). "Violence against Women." *Fact Sheet No. 239*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Yoo, J. A., & Huang, C. (2012). The effects of domestic violence on children's behavior problems: Assessing the moderating roles of poverty and marital status. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2464-2473.