

بررسی نقش تجربه خشونت کودکی در سلامت روان افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر تهران

محمد عرب^۱، الهام موحدکر^{۱*}، مصطفی حسینی^۲

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* نویسنده مسؤل: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت. تلفن: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹. نمابر: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹
پست الکترونیک: movahedelham@gmail.com

دریافت: ۹۳/۹/۱۱ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۰

چکیده

مقدمه: تجربه خشونت در کودکی، اثرات مخرب روانی گسترده‌ای در بزرگسالی تا مرگ را شامل می‌شود. هدف مطالعه حاضر، تعیین نقش تجربه خشونت کودکی در سلامت روان افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر تهران است.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود. جامعه آماری، تمام افراد بالای ۱۸ سال ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران را شامل می‌شد. حجم نمونه ۵۵۰ نفری با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب گردید. ابزار گردآوری پرسشنامه، پرسشنامه تجربه خشونت کودکی (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۱) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر ۱۹۷۹) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t برای نمونه‌های مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چند متغیره در SPSS آنالیز شد.

یافته‌ها: بین متغیرهای جنس، سن، محل تولد، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، درآمد، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه بیماری روانی فرد، سابقه اعتیاد در خانواده و سابقه مصرف الکل در خانواده با تجربه خشونت کودکی رابطه معنادار آماری مشاهده شد ($p < 0/05$). ۲۴/۵٪ افراد، مشکوک به اختلالات روانی و ۶٪ دارای تجربه خشونت کودکی زیاد بودند. تجربه خشونت کودکی در حیطه‌های سه‌گانه عدم حمایت والدین، خشونت خانگی و خشونت اجتماعی بر سلامت روان افراد مؤثر بودند ($p < 0/05$). مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سلامت روان عبارت بودند از: تجربه خشونت کودکی، سابقه اعتیاد خانواده، سابقه مصرف الکل خانواده و منطقه محل سکونت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: تدوین و اتخاذ راهکارها و تدابیر در سطح خانه و خانواده، مدارس و محیط‌های آموزشی، جامعه محلی و ملی به کاهش تجربه خشونت کودکی و پیامدهای روانی آن در بزرگسالی منجر خواهد گردید.

کل واژگان: تجربه خشونت، کودکی، سلامت روان، شهر تهران

مقدمه

کودکی را در چهار گروه عمده طبقه‌بندی کرده است: عدم حمایت والدین، اهمال والدین، خشونت خانگی و خشونت اجتماعی. به بی‌توجهی تعمدی والدین به کودک، عدم حمایت والدین گویند. اهمال والدین، موفق نبودن در پرداختن و رسیدگی به نیازهای جسمی و عاطفی کودک، حمایت و محافظت از آن‌ها در برابر خطرات و یا تهیه دارو و سایر خدمات در زمان نیاز کودک می‌باشد. خشونت خانگی به عنوان مشاهده خشونت یا مواجهه با خشونت توسط والدین یا سایر اعضای نزدیک خانواده بهار ۹۴، دوره هجدهم، شماره اول، پیاپی ۶۸

در حال حاضر یکی از مهم‌ترین معضلات اجتماعی مورد توجه محافل علمی و دست‌اندرکاران نظام بهداشتی و حقوقی «پدیده خشونت و آزار دوران کودکی» می‌باشد (۱). سازمان جهانی بهداشت، خشونت را شامل همه اشکال سوءرفتار جسمی، آزار جنسی، عاطفی، اغفال یا رفتار اهمال‌گرانه، استثمار تجاری یا سایر موارد بهره‌کشی می‌داند که منجر به صدمه و آسیب بالفعل یا بالقوه به سلامت، بقا، تکامل یا منزلت کودک می‌گردد (۲). سازمان بین‌المللی خشونت علیه کودکان، «تجربه خشونت

در میان مددجویان، بیشترین میزان خشونت به ترتیب شامل غفلت، خشونت جسمی، جنسی و روانی بوده است. همچنین، در بین گروه گواه نیز به ترتیب غفلت، خشونت جسمی، جنسی و روانی بیشترین میزان را دارا بوده است. البته درصدهای گزارش شده در گروه گواه به مراتب بسیار کمتر از گروه شاهد بوده است (۷). مطالعه بی‌مقدم و همکاران (۱۳۹۱) بر روی ۹۵۶ کودک ۵-۲ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی در شهر اهواز و هفتگنل نشان داد ۶۷/۵٪ کودکان مورد تنبیه فیزیکی قرار گرفته بودند. شیوع آزار جسمی در شهر اهواز ۶۷/۶٪ و در شهر هفتگنل ۶۷/۷٪ بود. بالاترین شیوع آزار کودکان در زنان بی‌سواد محاسبه گردید. ۷۰٪ کودکان مورد آزار عاطفی قرار گرفته بودند. توهین کلامی (۸۲/۰۶٪) و مقایسه با دیگران (۴۱٪)، شایع‌ترین رفتار مرتبط با آزار عاطفی بودند (۸).

مطالعه دیوبند و همکاران (۱۳۹۰) بر روی دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های یزد نشان داد بیشترین میزان خشونت اعمال شده توسط والدین با ۳۷/۵٪ مربوط به دشنام دادن (خشونت کلامی) برای بیش از ۱۰ بار بوده است. کمترین میزان خشونت مربوط به زور و تهدید برای گرفتن چیزی از کسی (خشونت جسمانی شدید) با ۱/۳٪ بوده است (۹). مطالعه کریمی (۱۳۹۰) بر روی دانش‌آموزان و معلمان مدارس شهر رشت نشان داد خشونت کلامی در بین دانش‌آموزان با یکدیگر و معلمان با دانش‌آموزان شایع است. البته خشونت کلامی در مدارس پسرانه و در بین معلمان مرد به طور معناداری از مدارس دخترانه و معلمان زن بیشتر بوده است. پیشنهاد پژوهشگران این بود که از طریق تدابیر پیشگیرانه روان‌شناختی- تربیتی در سطوح خانواده و مدرسه نسبت به کاهش خشونت کلامی و نهایتاً پیشگیری از خشونت‌های فیزیکی در میان نوجوانان اقدام کرد (۱۰). مطالعه نصیرزاده و همکاران (۱۳۸۹)، بر روی ۱۲۲ کودک ۶-۱۱ ساله شهر شیراز نشان داد ۳۱٪ کودکانی که در مصاحبه با آزمون‌گر قرار می‌گرفتند آزار کلامی والدین خود را (به صورت گهگاهی یا همیشه) گزارش نمودند. همچنین، ۴۱/۸٪ کودکان تنبیه جسمی را گزارش نمودند (۱۱). مطالعه لعلی و همکاران (۱۳۸۷) بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان نشان داد از بین انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی مرتبط با افسردگی، هر سه نوع بدرفتاری عاطفی، جسمی و جنسی تبیین کننده افسردگی بیماران بزرگسال مراجعه کننده به مراکز بودند. بیشترین سهم در افسردگی با بدرفتاری جنسی مرتبط بود (۱۲). مطالعه سیف‌اللهی و همکاران (۱۳۸۹) در زمینه حقوق کودک در ایران که در شهر تهران انجام شد نشان داد میزان استفاده از

منجمله خشونت جنسی، جسمی و روانی تعریف شده است. همچنین خشونت اجتماعی شامل مشاهده خشونت یا مواجهه با خشونت خارج از محیط خانواده نظیر درگیری کودک با همسالان و بزرگسالان، آدم‌ربایی، سوءاستفاده جنسی، دشنام، سرکوفت، و ریشخند می‌باشد (۳). بنابراین، خشونت علیه کودکان طیف وسیعی از رفتارهای آسیب‌رسان از قبیل عدم برآوردن نیازهای اولیه کودک، غفلت از مراقبت‌های بهداشتی، فقدان رشد کافی، تنبیه و بدرفتاری فیزیکی، سوءاستفاده جنسی و سوءرفتار هیجانی و آزار روانی را شامل می‌شود (۴).

کودکان یکی از حساس‌ترین و در عین حال در کنار گروه‌هایی نظیر سالمندان و معلولان، آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه شناخته می‌شوند. پیامدهای بزه‌دیدگی و خشونت‌های اعمال شده بر کودکان نیز به حدی است که اهمیت حمایت از ایشان را دوچندان می‌کند (۱). خشونت علیه کودکان مخصوص جامعه یا طبقه خاصی نیست، بلکه اکنون همه کشورهای دنیا و طبقات اجتماعی مختلف با آن دست به گریبانند و تغییر و تحولات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، هر روزه بر میزان آن افزوده است. خشونت علیه کودکان در زمینه‌ها و بسترهای متفاوت شامل خانواده، جوامع محلی و مکان‌هایی که کودک در آن کار و زندگی می‌کند، رخ می‌دهد (۵). مطالعات متعددی در کشور در زمینه میزان تجربه خشونت در دوران کودکی انجام شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش‌های فوق‌الذکر، میزان خشونت اعمال شده بر کودکان در شهرها و مناطق مختلف کشور با هم متفاوت است. مطالعه زارع و همکاران (۱۳۹۳) در زمینه بررسی رابطه بین تجربه خشونت در دوران کودکی و خشونت علیه زنان در شهر کوههدشت که با روش پیمایشی انجام گرفت، نشان داد تجربه خشونت در دوران کودکی مرد، همبستگی مثبت و رابطه معناداری با خشونت خانگی در بزرگسالی دارد. ۳۶/۶٪، ۴۷/۴٪، ۲۴/۸٪، ۱۴/۹٪، ۱۰/۳٪ و ۲۸/۳٪ مردان به ترتیب شاهد خشونت جسمی علیه مادر، خشونت روانی علیه مادر، تجربه اعمال خشونت فیزیکی توسط پدر، تجربه اعمال خشونت فیزیکی توسط مادر، تجربه اعمال خشونت فیزیکی توسط برادر/خواهر و تجربه اعمال خشونت روانی توسط والدین بوده‌اند. هر چه فرد در دوران کودکی شاهد خشونت والدین نسبت به همدیگر یا نسبت به خود باشد، او نیز در آینده دست به خشونت نسبت به همسر و فرزندان خود می‌زند (۶). مطالعه منظمی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی ۱۳۱ مددجوی کانون اصلاح و تربیت کودکان و ۷۵ نفر گروه گواه نشان داد که خشونت شدید نزد گروه پژوهش شونده ۷۲/۸٪ و در گروه گواه ۲۷/۲٪ بوده است.

بسیاری از موارد قابل پیشگیری است و نقش کارکنان بهداشتی در پیشگیری از این معضل اجتماعی حائز اهمیت است (۲۰). راهکار بهینه را می‌توان در شناسایی علل ایجادکننده خشونت دوران کودکی، پیامدها و تلاش برای مقابله با آن جستجو کرد. ضروری است علل و پیامدهای مذکور در راستای تبیین راهکارهای پیشگیری، مداخله و جبران خسارات ناشی از این معضل بهداشتی و اجتماعی مدنظر قرار گیرد (۱).

در این مطالعه تعریف کودک همان تعریف ماده ۱ پیمان‌نامه حقوق کودک است که طبق آن: «هر فرد زیر ۱۸ سال کودک، محسوب می‌شود مگر آن که طبق قوانین جاری کشور مربوطه، سن قانونی کمتر تعیین شده باشد» (۲۱). بنابراین، یافتن راه‌حلی برای کاهش خشونت دوران کودکی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت روان نسل آینده ضروری به نظر می‌رسد و این مهم با اتخاذ تدابیری جهت حمایت کودکان و مهم‌تر از آن، شناخت علل پدیدآورنده خشونت‌های خانوادگی و تلاش برای حذف آن‌ها تحقق یافتنی است. هدف پژوهش حاضر «تعیین نقش تجربه خشونت کودکی در سلامت روان افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر تهران» می‌باشد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی جمعیت مورد مطالعه، کلیه شهروندان ۱۸ ساله و بالاتر ساکن مناطق ۲۲گانه شهرداری تهران بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منظم تعداد ۵۵۰ نفر از افراد واجد شرایط از کلیه مناطق شهر تهران و از هر منطقه ۲۵ نمونه جمع‌آوری شد. بدین معنی که در هر منطقه، ۵ خوشه ۵ خانواری و از هر خانوار یک فرد بالاتر از ۱۸ سال به طور تصادفی انتخاب شد. پرسشنامه‌ها با مراجعه به درب منازل تکمیل شد. برای تعیین سرخوشه‌ها با استفاده از نقشه شهر تهران، هر منطقه به تعداد خوشه مورد نیاز آن تقسیم شد. به بیان دیگر، هر منطقه شهرداری تهران به ۵ ناحیه تقسیم شد. در هر «ناحیه»، میدین و چهارراه‌ها تعیین شدند و از روی نقشه یکی از آن‌ها به طور تصادفی انتخاب شد. از این نقطه، تیم پژوهش حرکت خود را به سمت شمالی‌ترین خیابان آغاز کردند تا بر اساس شماره پلاک‌های شهرداری (از شماره ۱ تا ۹۹۹) به صورت تصادفی شماره‌ای انتخاب و بر اساس شماره، خانه مسکونی که در اولین کوچه آن خیابان بود، به عنوان سرخوشه انتخاب شود. جمع‌آوری نمونه تا زمان تکمیل ۵ پرسشنامه در هر خوشه ادامه می‌یافت. برای تعیین حجم نمونه، لازم بود محاسبات اندازه نمونه ذیل را برای هر یک از حیطه‌های پرسشنامه

ابزارهای آزار جسمی، روانی، کلامی و آزار اجتماعی هیچ کدام از پاسخگویان در حد خیلی زیاد نبوده است. هر فردی که سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و فرهنگی بالاتری داشته باشد نسبت به حقوق کودکان آگاهی بیشتری دارد و نقض حقوق کودک از طرف وی کمتر خواهد بود. مردان بیشتر از زنان حقوق کودکان را نقض می‌کنند. به این ترتیب هر چه میزان روابط بین افراد خانواده و بین خانواده با گروه‌های دیگر از قبیل دوستان، آشنایان و فامیل‌ها بیشتر باشد میزان سرمایه اجتماعی بیشتر شده و در نهایت موجب حفظ حقوق و احترام کودکان درون خانواده و جامعه می‌شود (۱۳).

اعمال خشونت علیه کودکان به وضعیت نامطلوب سلامت، کاهش کیفیت زندگی و استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی-مراقبتی در دوران بزرگسالی فرد منجر می‌گردد (۱۴). خشونت کودکی ممکن است بر روان و رفتار قربانی اثرات بلندمدت برجای بگذارد، سلامت روانی و قدرت سازگاری او را کاهش دهد، روابط اجتماعی و خانوادگی او را از حد عادی خارج نماید و گستره وسیعی از هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را دربرگیرد (۱۵). اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال سلوک، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت چندگانه، اختلال نقص توجه، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکاری، پرخاشگری مخصوصاً با اعضای خانواده، رفتارهای آسیب به خود، تأخیر در تکامل زبان، مهارت‌های حرکتی و تکامل شناختی، اعتماد به نفس پایین، داشتن دیدگاه منفی نسبت به خود، اضطراب، گوشه‌گیری، انزواطلبی، لکنت زبان و اعتیاد به مواد مخدر از دیگر پیامدهای منفی تجربه خشونت کودکی هستند (۱۴ و ۱۶). در واقع تجارب خشونت‌آمیز دوران کودکی توانایی تنظیم عواطف و هیجانات را در دوران بزرگسالی با مشکل مواجه می‌سازد (۱۷). علی‌رغم این که در کشورهای توسعه یافته، بر ضرورت برنامه‌ریزی در راستای تأمین اهداف جنبش خشونت علیه کودکان تأکید می‌شود؛ متأسفانه در اغلب کشورهای در حال توسعه خشونت علیه کودکان به عنوان یک معضل اجتماعی نگریسته نمی‌شود و به عنوان پاره‌ای از فرهنگ و سنن جامعه پذیرفته شده است (۱۸). در واقع ناکامی در حمایت از کودکان در کشورهای در حال توسعه متوجه آنانی است که مستقیماً مسؤول سلامت، بهزیستی و امنیت خانواده‌ها، مدارس و جوامع هستند (۱۹). معمولاً حمایت از کودکان از طریق راهکارهای اجتماعی و قانونی امکان‌پذیر است اما این حمایت در عمل کافی نبوده و برای مقابله هر چه بهتر با پدیده آزار کودکان باید به دنبال راهکاری اساسی گشت (۱). سوءرفتار با کودکان در

مربوطه است که بر اساس قضاوت متخصصین و پیش‌آزمون با گروه‌هایی از جمعیت هدف مطالعه انجام می‌شود. برای اطمینان از روائی محتوایی و روائی صورتی، ابزار گردآوری داده‌های این مطالعه برای هشت نفر از اساتید رفاه اجتماعی و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی فرستاده شد و نظرات آن‌ها درباره محتوا و طرز قرار گرفتن آیتم‌ها و سازه‌ها در پرسشنامه اخذ و اصلاحات لازم انجام شد. برای ارزیابی نظر مخاطبین پرسشنامه درباره ظاهر آیتم‌ها و نحوه چینش آن‌ها، پرسشنامه مطالعه در بین ۱۰ نفر از افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر تهران در منطقه ۱۴ توزیع شد تا قابل فهم بودن سؤالات و پذیرش آن‌ها توسط آنان مورد ارزیابی قرار گیرد. برای اجرای پایلوت طرح، حجم نمونه ۲۰ نفر محاسبه شد و با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی بین ۲۲ منطقه شهر تهران، منطقه ۱۴ انتخاب شد. بدین منظور ۲۰ پرسشنامه در بین افراد ۱۸ ساله و بالاتر توزیع و جمع‌آوری شد. به منظور ارزیابی سازگاری درونی گویه‌ها، آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقادیر بالاتر از ۰/۷ پایایی مطلوب، بالاتر از ۰/۶ پایایی متوسط و مقادیر بالاتر از ۰/۵ پایایی غیرقابل قبول را نشان می‌دهد.

پرسشنامه سلامت روان شامل ۲۸ سؤال در مقیاس چهار رتبه‌ای اصلاً، کمی، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. مرور مطالعات انجام گرفته در کشورهای جهان و ایران دلالت بر این داشت که این پرسشنامه از پایایی و روائی بالایی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی در جامعه برخوردار است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه نوربالا و همکاران (۱۳۸۷) اشاره کرد که اعتبار پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران تأیید می‌نماید (۲۲). شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه مذکور در این مطالعه همانند پرسشنامه گلدبرگ^۱ (۱۹۷۳) و گلدبرگ و هیلیر^۲ (۱۹۷۹)، نمره‌گذاری سنتی بود و گزینه‌ها به صورت (۰- ۱- ۱) نمره داده شدند. بنابراین به هر سؤال، نمره صفر یا یک تعلق گرفت. بر این اساس، نمره افراد بین صفر تا ۲۸ متغیر بود. همچنین، نمره برش برای این پرسشنامه ۶ منظور گردید. بدین معنی که افراد با نمره ۶ و کمتر به عنوان سالم؛ و افراد با نمره ۷ و بالاتر به عنوان مشکوک به اختلالات روانی قلمداد گردیدند (۲۳ و ۲۴).

تجربه خشونت کودکی و سلامت روان تکرار کنیم و حداکثر آن را جهت انجام مطالعه در نظر بگیریم. ضریب همبستگی خشونت کودکی و سلامت روان با توجه به مطالعه سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۱) ۲۰٪ در نظر گرفته شد (۳). با در نظر گرفتن ضریب همبستگی ۰/۲، حجم نمونه ۳۱۹ نفر به دست آمد. از آنجایی که ساختار نمونه‌ای مطالعه حاضر در مناطق مختلف حالت خوشه‌ای داشت، می‌بایست اثر طراح را نیز در نظر می‌گرفتیم؛ که برای مطالعه با اثر طراحی ۱/۵، اندازه نمونه $(۳۱۹ \times ۱/۵) = ۴۸۰$ محاسبه شد. البته محققین در هر یک از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، ۲۵ نفر (مجموعاً ۵۵۰ نفر) را از طریق مصاحبه با مراجعه تصادفی به درب منازل مورد بررسی قرار دادند. در ضمن خاطر نشان می‌سازد با وجود آن که ضریب همبستگی آرایه شده در اندازه نمونه $(t=۰/۲)$ زیاد نبود، محققین معتقد بودند با ترمیم سؤالات، احتمالاً ضریب همبستگی افزایش می‌یابد. علاوه بر این، حداقل حسن آن در محاسبه اندازه نمونه این بود که موجب افزایش حجم نمونه شد و به طور کلی به انجام مطالعه‌ای با دقت و اعتبار بالا منجر شد.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه با مراجعه به درب منازل تکمیل شد. پرسشنامه مذکور شامل ۸۱ سؤال بود و در ۳ بخش ذیل تدوین شد:

بخش الف) مشخصات دموگرافیک (۱۳ سؤال)؛ بخش ب) پرسشنامه تجربه خشونت کودکی (۴۰ سؤال)؛ در زمینه عدم حمایت والدین (۳ سؤال)، اهمال والدین (۳ سؤال)، خشونت خانگی (۲۰ سؤال) و خشونت اجتماعی (۱۴ سؤال)؛ و بخش ج) پرسشنامه سلامت عمومی.

پرسشنامه تجربه خشونت کودکی تدوین شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۱) شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد (۳). به منظور بومی‌سازی، پرسشنامه توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس دو ترجمه با هم مقایسه شدند و با تغییرات مختصری در لغات، نسخه نهایی به دست آمد. در مرحله بعدی، نسخه نهایی ترجمه شد و به دو نفر مسلط به زبان انگلیسی که با افراد اول در ارتباط نبودند، داده شد تا مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده شود. سپس ترجمه برگردان توسط یک ناظر از نظر یکسان بودن ترجمه‌ها با نسخه اصلی مقایسه و برخی اصلاحات ویرایشی در نسخه فارسی انجام شد. شایان ذکر است در این پژوهش، ۴ سؤال مربوط به آزار جنسی به دلیل مسایل فرهنگی و قومی از پرسشنامه حذف شدند. روائی محتوایی، یک ارزیابی ذهنی از تناسب بین آیتم‌ها و سازه‌های

¹ Goldberg

² Hillier

جدول ۱- تعداد سوالات هر بخش از پرسشنامه و ضریب آلفای کرونباخ هر بخش

متغیر	تعداد آیتیم	ضریب آلفای کرونباخ
عدم حمایت والدین	۳	۰/۷۲
اهمال والدین	۳	۰/۷۸
خشونت خانگی	۲۰	۰/۷۶
خشونت اجتماعی	۱۴	۰/۸۱
کل	۴۰	۰/۸۲

۴۵ سال قرار داشتند. ۲/۲۴٪، ۲۴٪، ۲۲/۷٪ و ۲۱/۳٪ به ترتیب قومیت‌های آذری، فارس، کرد و لر داشتند. ۴۰/۱۸٪ افراد متولدین تهران و مراکز استان‌ها، ۵۰/۷۳٪ متأهل، ۷۹/۸۲٪ دارای تحصیلات غیردانشگاهی، ۸۱/۲۷٪ شاغل، ۶۶/۷۳٪ دارای سطح درآمد کم، ۸/۷٪ دارای سابقه بیماری روانی در خانواده، ۵/۸۲٪ دارای سابقه بیماری روانی در فرد، ۱۴/۳۶٪ دارای سابقه اعتیاد در خانواده، ۶٪ دارای سابقه مصرف الکل در خانواده، ۶٪ دارای تجربه خشونت کودکی زیاد و ۲۴/۵٪ مشکوک به ابتلا به اختلال روانی بودند. جدول ۲ بیانگر رابطه بین مشخصات فردی پاسخگویان و میزان کلی تجربه خشونت کودکی گزارش شده توسط آنان می‌باشد.

جدول ۲- همبستگی میان متغیرهای دموگرافیک و تجربه خشونت کودکی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آزمون	P
جنس			$t=11/06$	$<0/001$
مرد	۵۴/۰۸	۱/۶۱		
زن	۷۴/۱۰	۰/۸۹		
سن			$f=52/48$	$<0/001$
کمتر از ۳۰ سال	۵۴/۵۴	۱/۲۲		
۳۰-۴۵ سال	۶۲/۲۵	۱/۲۲		
بیشتر از ۴۵ سال	۷۷/۵۷	۲/۲۸		
قومیت			$f=1/17$	۰/۳۲۳
آذری	۶۳/۱۶	۱/۸۰		
فارس	۶۴/۱۰	۲/۱۱		
کرد	۶۶/۲۰	۲/۱۹		
لر	۶۴	۲/۰۶		
سایر	۵۷/۳۷	۴/۳۰		
محل تولد			$f=14/62$	$<0/001$
تهران	۵۸/۴۷	۱/۶۸		
شهرستان‌های مراکز استان‌ها	۵۹/۹۴	۱/۴۷		
سایر شهرها	۶۷/۳۳	۱/۶۳		
روستا	۷۶/۰۱	۲/۲۸		
وضعیت تاهل			$f=3/49$	۰/۰۱۶
مجرد	۶۲/۷۹	۱/۵۹		
متاهل	۶۲/۷۵	۱/۲۶		
مطلقه	۷۶/۷۷	۵/۰۷		
بیوه	۶۵/۳۷	۳/۷۷		
تحصیلات			$f=54/48$	$<0/001$
بی‌سواد	۸۵/۸۱	۳/۴۷		
ابتدایی	۷۱/۰۷	۱/۸۵		
راهنمایی	۶۲/۲۳	۱/۵۲		
دیپلستان و پیش‌دانشگاهی	۵۵/۳۹	۱/۱۷		
دانشگاهی	۴۸/۶۲	۱/۲۳		
شغل			$f=3/70$	۰/۰۰۶
دانش‌آموز / دانشجو	۶۱/۹۲	۲/۹۹		
شاغل	۶۱/۸۱	۱/۲۲		
خانه‌دار	۷۲/۵۲	۳/۳۹		
بیکار	۶۲/۵۸	۳/۰۶		
بازنشسته	۶۹/۷۰	۳/۸۵		
درآمد			$f=6/13$	۰/۰۰۲
کم	۶۶/۳۸	۱/۹۳		
متوسط	۶۶/۱۳	۱/۸۰		
زیاد	۵۸/۹۰	۱/۳۸		
سابقه بیماری روانی در خانواده			$t=-6/89$	$<0/001$
خیر	۶۱/۷۶	۱/۰۴		
بله	۸۵/۱۹	۱/۵۵		
سابقه بیماری روانی در فرد			$t=-11/40$	$<0/001$
خیر	۶۱/۲۵	۰/۹۳		
بله	۱۰۰/۰۳	۳/۴۸۲		
سابقه اعتیاد در خانواده			$t=-5/80$	$<0/001$
خیر	۶۱/۵۰	۱/۰۵		
بله	۷۷/۵۴	۲/۵۸		
سابقه مصرف الکل در خانواده			$t=-3/19$	۰/۰۰۲
خیر	۶۲/۴۲	۱/۰۷		
بله	۷۱/۰۳	۲/۶۵		

در تجزیه و تحلیل اطلاعات این مطالعه، اول به توصیف کلی متغیرهای دموگرافیک، سایر متغیرهای زمینه‌ای، تجربه خشونت کودکی و سلامت روان پرداخته شد. سپس برای بررسی ارتباط بین متغیرها و تجربه خشونت کودکی و همچنین تأثیر متغیرها بر سلامت روان از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۱۷ و STATA استفاده شد. آزمون‌های مورد استفاده، شامل آزمون t برای نمونه‌های مستقل، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چند متغیره بود. لازم به ذکر است در آنالیز لجستیک برای متغیر وابسته سلامت روان، بیمار (مشکوک به اختلالات روانی/سطح سلامت روان پایین) با کد صفر و سالم با کد یک تعریف شد (کد صفر: سالم نیست/مشکوک به اختلالات روانی؛ کد یک: سالم است). این تحقیق به منظور اجرا در مناطق ۲۲گانه شهر تهران با کد ۲۱۱۷۵ توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید و مورد تصویب قرار گرفت و پس از اخذ مجوز لازم اجرا گردید. کسب اجازه از مسؤولان مربوطه برای انجام پژوهش، ارائه معرفی‌نامه به افراد مورد مطالعه، تشریح شفاهی هدف و ماهیت پژوهش برای کلیه افراد مورد مطالعه، آزاد بودن افراد مورد مطالعه در رد یا قبول شرکت در پژوهش و حفظ جنبه محرمانگی اطلاعات جزو تعهدات محققان بود. عدم تمایل افراد به پاسخگویی، از مشکلات قابل انتظار در اجرای پژوهش حاضر بود. گمان می‌رفت نمونه‌های مورد مطالعه به هنگام مصاحبه به دلیل عدم آگاهی از اهداف مطالعه، حفظ آبرو، حیثیت و یا ترس و وحشت، از افشای نام و هویت خود از پاسخ به سوالات امتناع ورزند و یا پاسخ‌های صحیح ندهند. ولیکن به واسطه ایجاد ارتباط صحیح با پاسخگویان، بکارگیری پرسشگران آموزش دیده، تشریح مناسب ماهیت پژوهش و اهداف آن، رعایت اصول اخلاقی و جلب اعتماد نمونه‌ها در زمینه محرمانه بودن اطلاعات، مشکل مذکور تا حد ممکن برطرف گردید. همچنین، به مصاحبه‌شوندگان اجازه خروج از مطالعه در هر مرحله از پژوهش داده شد.

نتایج

مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه بدین شرح بود: ۵۱/۴۵٪ مرد بودند. ۶۲/۳۶٪ افراد در گروه‌های سنی بیشتر از

تجربه خشونت کودکی بر سطح سلامت روان افراد مؤثر بود. یعنی با افزایش میزان تجربه خشونت کودکی، سطح سلامت روان افراد کاهش می‌یافت ($p < 0/001$). بر مبنای مطالعه گلدبرگ (۱۹۷۳) و گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای از قبیل جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، منطقه محل سکونت و غیره نیز می‌تواند بر سلامت روان افراد مؤثر باشد (۲۳ و ۲۴). بنابراین، با استفاده از رگرسیون لجستیک تک متغیره به بررسی تأثیر متغیرهای دموگرافیک (سوالات ۱۳-۱ پرسشنامه) بر سلامت روان افراد پرداخته شد. حاصل این بررسی نیز در جدول ۲ گزارش شده است. همان طور که مشاهده می‌گردد، متغیرهای اشتغال، سابقه بیماری روانی در فرد، سابقه اعتیاد در خانواده، سابقه مصرف الکل در خانواده و منطقه محل سکونت، بر سطح سلامت روان افراد مؤثر بود ($p < 0/05$). برای بررسی نهایی، این متغیرها به همراه میزان تجربه خشونت کودکی در یک مدل رگرسیون لجستیک چندمتغیره (روش پسرورنده) وارد شدند تا بتوان فاکتورهای مستقل را پس از حذف اثر مخدوش کننده‌های احتمالی به دست آورد. هدف پژوهشگران در این مرحله، تعیین تأثیر تجربه خشونت کودکی بر سلامت روان در حضور سایر متغیرهای معنادار بود. به بیان دیگر، می‌خواستیم بدانیم که آیا تجربه خشونت کودکی در حضور سایر متغیرهای معنادار نیز بر سلامت روان افراد مؤثر است یا خیر. حاصل این مدل در جدول ۴ خلاصه شده است. چنانچه مشاهده می‌شود، مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت روان به ترتیب عبارت بودند از: تجربه خشونت کودکی، سابقه اعتیاد در خانواده، سابقه مصرف الکل در خانواده و منطقه محل سکونت. به بیان دیگر، افرادی که تجربه خشونت کودکی بیشتر، سابقه اعتیاد در خانواده و سابقه مصرف الکل در خانواده داشتند و ساکن مناطق جنوبی شهر تهران بودند، از سطح سلامت روان کمتری برخوردار بودند. شانس برخورداری از سطح سلامت روان بالا در افراد با تجربه بیشتر خشونت کودکی، نسبت به افراد با تجربه کمتر خشونت کودکی، ۹۸٪ کمتر بود. در واقع، تجربه خشونت کودکی، جهت معکوس با سلامت روان نشان داد و با افزایش تجربه خشونت کودکی، از سطح سلامت روان کاسته شد. شانس برخورداری از سطح سلامت روان بالا در افراد دارای سابقه اعتیاد در خانواده، نسبت به افراد بدون سابقه اعتیاد در خانواده، ۷۶٪ کمتر بود. در واقع، سابقه اعتیاد در خانواده، جهت معکوس با سلامت روان را نشان داد؛ سطح سلامت روان افرادی که در کودکی در خانواده‌هایی پرورش یافته بودند که فردی معتاد با آن‌ها زندگی کرده بود

همان طور که در جدول فوق گزارش شده است، ارتباط آماری معناداری بین میزان تجربه خشونت کودکی با متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای شامل: جنس، سن، محل تولد، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، درآمد، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه بیماری روانی در فرد، سابقه اعتیاد در خانواده و سابقه مصرف الکل در خانواده وجود داشت ($p < 0/05$). در مقابل، بین میزان تجربه خشونت کودکی و قومیت رابطه معنادار آماری مشاهده نشد ($p > 0/05$). به بیان دیگر میزان تجربه خشونت کودکی در زنان، افراد با بیش از ۴۵ سال سن، متولدین روستاها، افراد مطلقه، افراد بی‌سواد، زنان خانه‌دار، افراد با درآمد کم و متوسط، افراد با سابقه بیماری روانی در خانواده، افراد دارای سابقه بیماری روانی، افراد با سابقه اعتیاد در خانواده و افراد با سابقه مصرف الکل در خانواده بیش از سایرین بود. جدول ۳، متغیرهای معنادار مؤثر بر سلامت روان را در آنالیزهای رگرسیون لجستیک تک متغیره گزارش می‌کند.

جدول ۳- متغیرهای معنادار مؤثر بر سلامت روان با استفاده از رگرسیون لجستیک تک‌متغیره

متغیر	وضعیت سلامت روان		p
	مشکوک به اختلالات روانی	سالم	
	تعداد	درصد	تعداد
تجربه خشونت کودکی کم	۱۰۵	۱۹/۰۹	۷۴/۹۱
	۳۰	۵/۴۶	۰/۵۵
جنس زن	۷۵	۱۳/۶۴	۳۴/۹۱
	۶۰	۱۰/۹۱	۴۰/۵۵
سن کمتر از ۴۵ سال	۴۴	۸	۲۹/۶۴
	۹۱	۱۶/۵۵	۴۵/۸۲
قومیت فارس	۳۱	۵/۶۴	۱۸/۳۶
	۱۰۴	۱۸/۹۱	۵۷/۰۹
محل تولد تهران و مراکز استان‌ها	۵۷	۱۰/۳۶	۲۹/۸۲
	۷۸	۱۴/۱۸	۴۵/۶۴
وضعیت تأهل متأهل	۶۹	۱۲/۵۵	۳۱/۱۸
	۶۶	۱۲	۳۷/۲۷
تحصیلات دانشگاهی	۲۲	۴	۱۶/۱۸
	۱۱۳	۲۰/۵۵	۵۹/۲۷
اشتغال شاغل	۱۰۰	۱۸/۱۸	۶۳/۰۹
	۳۵	۶/۳۶	۱۲/۳۶
درآمد کم	۹۵	۱۷/۲۷	۴۹/۴۶
	۴۰	۷/۲۷	۲۶
سابقه بیماری روانی در خانواده خیر	۱۱۹	۲۱/۶۴	۶۹/۶۴
	۱۶	۲/۹۱	۵/۸۲
بله سابقه بیماری روانی در فرد خیر	۱۲۰	۲۱/۸۲	۷۲/۳۶
	۱۵	۲/۷۳	۳/۰۹
بله سابقه اعتیاد در خانواده خیر	۹۷	۱۷/۶۴	۶۸
	۳۸	۶/۹۱	۷/۴۶
بله سابقه مصرف الکل در خانواده خیر	۹۵	۱۷/۲۷	۶۶/۷۳
	۴۰	۷/۲۷	۸/۷۳
منطقه محل سکونت مناطق شمالی شهر تهران	۴۳	۷/۸۲	۴۲/۱۸
	۹۲	۱۶/۷۳	۳۳/۲۷

مربوط به حل این مشکلات اختصاص نمی‌یابند. به علاوه تمهیدات بین‌المللی برای حمایت از کودکان در برابر خشونت در سطوح ملی جامه عمل نمی‌پوشند. هدف پژوهش حاضر «تعیین نقش تجربه خشونت کودکی در سلامت روان افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر تهران» بود.

یافته‌های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معناداری را بین میزان تجربه خشونت کودکی با متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای شامل: جنس، سن، محل تولد، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، درآمد، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه بیماری روانی در فرد، سابقه اعتیاد در خانواده و سابقه مصرف الکل در خانواده نشان داد. این یافته‌ها با نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه تطابق دارد.

توسعه اقتصادی، سن و جنسیت از جمله عواملی هستند که با خطر خشونت علیه کودکان مرتبط هستند (۲۵). مطالعه رستمی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی افراد متأهل شهر تهران نشان داد بیشترین میزان بدرفتاری گزارش شده، مربوط به آزار عاطفی و کمترین مربوط به آزار جسمی است. بین آزار دیدگی در زن و مرد تفاوت معناداری دیده شد (۲۶). مطالعه ترکاوشوند و همکاران (۱۳۹۲) بر روی دانش‌آموزان مقطع سوم راهنمایی شهر زنجان نشان داد حدود ۷۸٪ دانش‌آموزان آزار عاطفی، ۵۶٪ آزار جسمی و ۳۹٪ غفلت را گزارش کردند. همچنین ارتباط مستقیمی بین غفلت با جنسیت مشاهده شد. نتایج مطالعه مذکور بیانگر شیوع بالای کودک‌آزاری به ویژه آزار عاطفی بود (۲۷). بونومی^۳ و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند زنان در کودکی بیش از مردان با خشونت جنسی و جسمی مواجه هستند. بنابراین، از سطح سلامت کمتر، رفتارهای پرخطر بیشتر، اختلال عملکرد ذهنی و روانی و در نتیجه صرف هزینه‌های سلامت بالاتری در بزرگسالی برخوردار هستند (۲۸). سایر مطالعات نشان داد جنسیت می‌تواند رابطه بین تجربه خشونت کودکی و پیامدهای آن را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات زیادی نشان داده است که زنان بیش از مردان در معرض خطر تجربه خشونت کودکی قرار دارند (۲۹ و ۳۰). مطالعات نشان می‌دهند پسران بیش از دختران در معرض تجربه خشونت جسمی هستند؛ در حالی که دختران بیشتر در معرض تجربه خشونت جنسی، بی‌توجهی و یا وادار شدن به فحش‌آبجاری هستند (۳۱). موارد خشونت جنسی در خانواده‌ها به طور روزافزون در حال تأیید است. مرور کلی مطالعات انجام شده در ۲۱ کشور نشان می‌دهد در حدود ۳۶-۷٪ زنان و ۲۹-۳٪ مردان این طور گزارش نمودند که در زمان

پایین‌تر بود. شانس برخورداری از سطح سلامت روان بالا در افراد دارای سابقه مصرف الکل در خانواده نسبت به افراد بدون سابقه مصرف الکل در خانواده ۷۶٪ کمتر بود. در واقع، سابقه مصرف الکل در خانواده، جهت معکوس با سلامت روان را نشان داد. در افرادی که در کودکی در خانواده‌هایی پرورش یافته بودند که فردی الکی با آن‌ها زندگی می‌کرده است، سطح سلامت روان کمتر بود. شانس برخورداری از سطح سلامت روان بالا در افراد ساکن مناطق جنوبی شهر تهران نسبت به افراد ساکن مناطق شمالی شهر تهران ۶۹٪ کمتر بود. به بیان دیگر، افرادی که ساکن مناطق جنوبی شهر تهران بودند از سطح سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند.

جدول ۴- نتایج رگرسیون لجستیک چندمتغیره در مطالعه عوامل مؤثر بر سلامت روان با تعدیل بر اثر مخدوش‌کننده‌ها

متغیر	β	OR (SE)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (OR)	p
سابقه اعتیاد در خانواده				
خیر	۱			
بله	-۱/۴۳	۰/۲۴ (۰/۳۰)	۰/۱۳-۰/۴۳	<۰/۰۰۱
سابقه مصرف الکل در خانواده				
خیر	۱			
بله	-۱/۴۲	۰/۲۴ (۰/۳۰)	۰/۱۴-۰/۴۲	<۰/۰۰۱
منطقه محل سکونت				
مناطق شمالی شهر تهران	۱			
مناطق جنوبی شهر تهران	-۱/۱۷	۰/۳۱ (۰/۲۵)	۰/۱۹-۰/۵۱	<۰/۰۰۱
تجربه خشونت کودکی				
کم	۱			
زیاد	-۳/۸۰	۰/۰۲ (۰/۶۵)	۰/۰۱-۰/۰۸	<۰/۰۰۱

بحث

بحث در مورد حقوق کودکان به طور مستقل از حقوق بزرگسالان برای مدت‌ها مورد تفقد جوامع داخلی و بین‌المللی نبود. شاید یکی از دلایل اساسی آن، وضعیت خاص حمایتی کودکان در چارچوب نهاد خانواده باشد که به طور طبیعی بهترین را برای کودکان فراهم می‌آورد. با وجود پیشرفت‌های حاصل شده، هنوز اقدامات و فعالیت‌های بسیاری برای انجام مانده است و عوامل متعددی وجود دارند که میزان تأثیر و اثربخشی اقداماتی که در زمینه مقابله با خشونت علیه کودکان ارایه و یا پیشنهاد شده‌اند را محدود می‌داند. از جمله این عوامل می‌توان به فقدان دانش و درک درستی از خشونت علیه کودکان و دلایل ریشه‌ای آن اشاره کرد که کمبود و نبود اطلاعات، آمار و ارقام در زمینه این موضوع به شدت این امر می‌افزاید. تلاش‌های انجام شده برای پرداختن به موضوع خشونت علیه کودکان، اغلب فعالیت‌های عکس‌العملی هستند و در انجام آن‌ها به جای پرداختن به علل و ریشه‌های خشونت، تمرکز بر علایم و عواقب و آثار خشونت است. راهبردها نه تنها یکپارچه و منسجم نیستند بلکه بیشتر پراکنده هستند و منابع کافی برای انجام اقدامات

³ Bonomi

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ۲۴/۵٪ افراد مورد مطالعه مشکوک به ابتلا به اختلال روانی بودند. این رقم در مقایسه با برآورد ۲۳۴/۲٪ نوربالا و همکاران (۳۹) در سال ۱۳۸۷ کمتر بود و بیانگر ارتقای سطح سلامت روان ساکنین شهر تهران می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تجربه خشونت کودکی، سابقه اعتیاد در خانواده، سابقه مصرف الکل در خانواده و منطقه محل سکونت به ترتیب مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت روان هستند. بنابراین، افرادی که دارای تجربه خشونت کودکی بیشتر، سابقه اعتیاد در خانواده، سابقه مصرف الکل در خانواده و ساکن مناطق جنوبی شهر تهران هستند، از سطح سلامت روان کمتری برخوردار می‌باشند. تجربه خشونت کودکی مهم‌ترین عامل مؤثر بر سلامت روان افراد مورد مطالعه بوده است. نتایج این پژوهش با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه تطابق دارد.

مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده است که می‌توان از پرسشنامه بین‌المللی تجربه خشونت کودکی به عنوان ابزاری قوی، معتبر و قابل پیشگویی به منظور بررسی ارتباط بین تجربه خشونت کودکی و وضعیت سلامت روان استفاده کرد. در این راستا، سازمان جهانی بهداشت مطالعه‌ای را در ویتنام (۲۰۱۱) انجام داده است. این پرسشنامه در پیمایش ملی سلامت روان مورد استفاده قرار گرفت. این پیمایش به بررسی مشخصات دموگرافیک، شرایط زندگی خانوادگی، شرایط محیطی مدارس، فشارهای آموزشی و سلامت روان پرداخته است. نمونه‌گیری مطالعه مذکور خوشه‌ای و تعداد خوشه‌های منتخب ۳۰ مورد در نظر گرفته شد. بررسی ارتباط بین امتیاز کلی تجربه خشونت کودکی و سابقه مصرف الکل و سیگار در خانواده با وضعیت سلامت روان از لحاظ آماری معنادار بود. پژوهشگران در مطالعه مذکور تأکید کردند پرسشنامه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت تطابق خوبی با ابزارهای سنجش وضعیت سلامت روان بالغین (منجمله پرسشنامه سلامت عمومی) دارد (۳).

مطالعه رستمی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی ۳۵۰ فرد متأهل در تهران نشان داد خرده مقیاس‌های بدرفتاری عاطفی و غفلت والدین بالاترین میانگین نمره بدرفتاری را دارا بودند. هرچه فرد در دوران کودکی آزار بیشتری را تجربه کرده باشد از میزان شفقت بر خود کمتری در بزرگسالی برخوردار است. همچنین، هر چه فرد در دوران کودکی آزار بیشتری را تجربه کرده باشد از میزان علایم روانی بیشتری در بزرگسالی برخوردار است (۴۰). مطالعه درخشان‌پور و همکاران (۱۳۹۳) بر روی کودکان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری بندرعباس در بازه زمانی یک ساله بیانگر ۱۱۰ مورد مسامحه و ۱۹ مورد آزار

کودکی قربانی خشونت جنسی واقع شده‌اند. بر اساس اکثر مطالعات، دختران بین ۳-۱/۵ برابر بیشتر از مردان و پسران مورد خشونت و سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند. بیشتر این موارد سوءاستفاده در کانون خانواده اتفاق افتاده است (۳۲). بر همین منوال، یک مطالعه بین کشوری که توسط سازمان جهانی بهداشت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه انجام شده است حاکی از آن است که بین ۲۱-۱٪ زنان اذعان داشته‌اند که قبل از رسیدن به سن ۱۵ سالگی توسط یکی از اعضای مذکر خانواده، به غیر از پدر و یا ناپدری مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند (۳۳). کامیس^۴ و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند سن، جنس، تأهل، محل تولد و سطح تحصیلات ارتباط قوی با تجربه خشونت جسمی و ارتباط ضعیف با تجربه خشونت جنسی دارند (۳۴). آسیب‌پذیری افراد در برابر خشونت با سن و توانایی‌های رو به رشد آنان مرتبط است. برخی افراد به علت جنسیت، نژاد، تعلق قومی، ناتوانی، معلولیت یا وضعیت اجتماعی به طور خاص آسیب‌پذیر هستند. مطالعه ملکشاهی و همکاران (۱۳۹۲) بر روی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد نشان داد، پدر ۳/۲٪ و مادر ۰/۱٪ از نمونه‌ها معتاد بودند. از نظر نوع آزار جسمانی، بیشترین نوع آزار به صورت چند بار در روز مربوط به سیلی زدن (۴/۴٪) و کمترین آن مربوط به شکستگی (۰٪) بود. ۵/۴٪، ۷/۳٪ و ۵/۵٪ افراد به ترتیب همیشه آزار جسمی، روانی و غفلت را تجربه کرده بودند. بین تجربه آزار کودکی و اعتیاد والدین رابطه معنادار آماری وجود داشت (۳۵). پژوهش عنبری و بهرامی (۲۰۱۰) نشان داد افراد برخوردار از زندگی توأم با محرومیت اقتصادی، بیشترین میزان خشونت خانگی و اقدام به خودکشی را داشتند (۳۶). بنابر تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت نرخ خشونت علیه کودکان در سال ۲۰۰۲ در کشورهای با درآمد پایین دو برابر کشورهای بوده است که افراد در آن‌ها درآمد بالاتری داشتند (۲۵). الگوهای اجتماعی و فرهنگی رفتار، نقش‌های قالبی-کلیشه‌ای و عوامل اجتماعی-اقتصادی از قبیل درآمد و آموزش نقش بسزایی در امر خشونت ایفاء می‌نمایند (۳۱). مطالعه گذشته‌نگر بیش از ۹۰۰۰ بزرگسال نشان داده است که بزرگسالان دارای والدین الکلی، معتاد و بیمار روانی بیش از سایرین تجربه خشونت کودکی را گزارش نمودند (۳۷). نوپز^۵ و همکاران (۲۰۰۲) تأکید کردند بیماران با تجربه خشونت کودکی در مقایسه با سایرین حداقل یک والد الکلی، معتاد یا روانی داشتند (۳۸).

^۴ Comijs

^۵ Noyes

بارش افکار و روش گروه اسمی که با مشارکت متخصصان از رشته‌های گوناگون مرتبط، برنامه‌ریزان و مسؤولان، مدیران اجرایی و ارایه‌کنندگان خدمات سلامت انجام شد، از میان مشکلات و عوامل تعیین کننده سلامت روان، خشونت خانگی و رفتارهای پرخطرانه را به عنوان حیطه موضوعی دارای اولویت بالا و از میان جمعیت‌های خاص، کودکان و نوجوانان را به عنوان گروه هدف دارای اولویت بالا شناسایی نمودند (۴۸). مطالعه نوری (۱۳۹۳) که به صورت مروری انجام گرفت نشان داد افرادی که در خانواده‌های الکلی و معتاد پرورش می‌یابند نسبت به سایرین به میزان بیشتری در معرض نظارت ناکافی بر رفتار فرزندان، خشونت، آزار و بدرفتاری روانی و ابتلا به بیماری‌های مختلف روانی قرار دارند (۴۹). مطالعه خلاصه‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) بر روی ۳۰۰ نفر شامل ۱۵۰ فرد معتاد و ۱۵۰ فرد غیرمعتاد در شهر یزد نشان داد ۵۶٪ افراد معتاد کودک‌آزار بودند. همچنین، ۳۸٪ آن‌ها سابقه آزار جسمی در کودکی را داشتند. بیشترین نوع آزار جسمی (۲۴٪) به صورت سیلی زدن بود، که ۲۶٪ این افراد اعلام کردند که این عمل اقدامی در جهت تربیت است. از ۱۵۰ نفر افراد سالم، ۴۲٪ کودک آزار بودند. همچنین، ۳۰/۴٪ از آن‌ها خود در کودکی آزار جسمی دیده بودند. بیشترین نوع آزار جسمی، سیلی زدن با فراوانی ۲۲/۷٪ بود که از این تعداد ۲۳٪ علت این اقدام را تربیت فرزند اعلام نمودند. ارتباط مستقیمی بین کودک‌آزاری و وابستگی به مواد افیونی دیده شد (۵۰). بوفیلکو^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود تأکید کردند عدم حمایت والدین در کودکی و خشونت خانگی عامل پیشگویی کننده اختلالات روانی در بزرگسالی می‌باشد (۵۱). پژوهش تانگ^{۱۲} (۲۰۰۳) در زمینه خشونت جسمی شوهران علیه همسران نشان داد متغیرهای مواجهه با خشونت خانوادگی در دوران کودکی، سابقه مصرف الکل یا مواد مخدر در خانواده، اختلال شخصیتی و پرخشگری روانشناختی با سطح سلامت روان و خشونت جسمی شوهران نسبت به همسران ارتباط معنادار داشته است. در این میان مواجهه با خشونت خانوادگی در دوران کودکی قوی‌ترین متغیر برای تبیین سلامت روان و خشونت خانگی بوده است (۵۲).

نتیجه‌گیری

اعمال هیچ نوع خشونتی علیه کودکان قابل توجیه نیست. همه انواع خشونت اعمال شده بر کودکان قابل پیشگیری است. در حالی که مسؤولیت و تعهد قانونی بر عهده دولت‌هاست، کلیه

جسمی بود. بیش‌فعالی و اضطراب از عوامل مرتبط با کودک‌آزاری مربوط به کودکان، بی‌سوادی و افسردگی از عوامل مربوط به مادران، و بی‌سوادی، اعتیاد و بیکاری از عوامل مربوط به پدران بود. مسامحه با احتمال بیشتری در دختران، کودکان زیر دو سال و کودکان دارای پدران جوان رخ داد و آزار جسمی بیشتر در پسران و کودکان بالای چهار سال و کمتر در بین کودکان دارای مادران با تحصیلات دانشگاهی و پدران جوان دیده شد. کودک‌آزاری ناشی از عوامل مختلف مرتبط با کودک و والدین است. شناسایی این عوامل خطر، در برنامه‌ریزی مداخلات مناسب برای کاهش کودک‌آزاری مفید است (۴۱). مطالعه مهدوی و همکاران (۱۳۹۲) بر روی دانشجویان دانشگاه تبریز نشان داد بین سوءرفتار جنسی در دوران کودکی با اختلال شخصیت اجتماعی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت. همچنین، بین سوءرفتار جسمی و تجربه غفلت توسط والدین با اختلال شخصیت اجتماعی رابطه مثبت معناداری وجود داشت. در واقع، ابعاد مختلف سوءرفتار با اختلالات شخصیت رابطه دارند و نشانه‌های اختلال بر اساس تجربه سوءرفتار قابل پیش‌بینی است (۴۲). بندتی^۶ و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند مواجهه با تجربه خشونت کودکی خطر تشدید بیماری‌های روانی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد (۴۳). لی^۷ و همکاران (۲۰۱۲) تأکید کردند سابقه بیماری روانی، متغیر مستقل مؤثری بر میزان تجربه خشونت کودکی می‌باشد (۴۴). تامپسون^۸ و همکاران (۲۰۱۲) تأکید کردند ارتباط آماری معناداری بین سابقه اختلالات روانی و میزان تجربه خشونت کودکی وجود دارد. پرسشنامه‌ها در نمونه‌ای ۷۴۰ نفری از افراد در معرض خطر ۱۶ ساله توزیع شد. ۸/۹٪ از این افراد دارای سابقه اختلالات روانی بودند. در این مطالعه رابطه فوق تأیید شد (۴۵). پژوهش جاتوکو^۹ (۲۰۰۵) نشان داد مشاهده خشونت والدین و قربانی شدن در زمان کودکی، احتمال ابتلا به اختلالات روانی در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۴۶). پژوهش هامن^{۱۰} (۲۰۰۰) در دانشگاه‌های آمریکا نشان داد زنانی که در کودکی در معرض خشونت بوده یا خشونت والدین را دیده‌اند، در دوران بزرگسالی در برابر اضطراب‌ها و مسایل روزمره زندگی مقاومت کمتری داشته و نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای نداشتند، بیشتر و زودتر دچار افسردگی می‌شوند (۴۷). رحیمی موفر و همکاران (۱۳۹۳) در تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور با استفاده از مرور متون،

⁶ Benedetti

⁷ Li

⁸ Thomson

⁹ Jaoko

¹⁰ Hammen

¹¹ Bifulco

¹² Tong

پوشش موارد مربوط به کلیشه‌ها، رفتارهای جنسیتی و سایر انواع تبعیض، حصول اطمینان از بکارگیری راهبردهای آموزشی عاری از خشونت توسط معلمان و مدیران و روش‌های اداره نظم کلاس بدون استفاده از ترس، تهدید، تحقیر و نیروی فیزیکی، تشویق ایجاد مهارت‌هایی از قبیل رویکردهای غیرخشونت‌آمیز در زمینه‌های حل اختلاف، اجرای سیاست‌های مقابله با زورگویی و ترویج احترام به کلیه اعضای جامعه کوچک مدرسه، حصول اطمینان از تطابق برنامه درسی، روش‌های تدریس و سایر رویه‌ها در مدارس به طور کامل با موازین و اصول پیمان‌نامه حقوق کودک.

د) راهکارها در سطح جامعه محلی: تدوین و اجرای راهبردهای پیشگیرانه برای کاهش عوامل خطرزا در جوامع محلی، کاهش میزان نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی، تسهیل دسترسی به خدمات منسجم، از جمله خدمات هماهنگ شده ارجاع و پیگیری برای قربانیان و عاملان خشونت، ترویج و حمایت از اقدامات و فعالیت‌های مقامات محلی و جامعه مدنی برای پیشگیری از خشونت علیه کودکان، تشویق و حمایت مقامات شهری و محلی به کاهش عوامل خطرزای ایجاد خشونت در محیط فیزیکی.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پیش از انجام این پژوهش، مطالعات متعددی در زمینه تجربه خشونت کودکی و سلامت روان به تفکیک انجام شده بود. اکثریت مطالعات، در گروه‌های خاص اعم از کودکان فراری و افراد دارای سابقه خودکشی اجرا شده بود. اما تحقیق جامعی در زمینه تأثیر تجربه خشونت کودکی در سلامت روان دوران بزرگسالی به دست نیامد. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مبتنی بر جامعه بود که افراد را در کلانشهر تهران مورد بررسی قرار داد. ساکنین تهران، متعلق به گروه‌ها و طبقاتی با فرهنگ‌های متفاوت هستند و موارد خوبی برای بررسی موضوع مطالعه می‌باشند. از آن جایی که توجه به خشونت‌های خانگی و رفتارهای پرخطرانه جزو اولویت‌های ملی پرداختن به موضوع سلامت روان است و همچنین، تجربه خشونت در دوران کودکی، علاوه بر اثرات کوتاه مدت در دوران کودکی، دارای اثرات بلندمدت و پیامدهای منفی در سلامت روان بزرگسالی می‌باشد، امید است نتایج مطالعه حاضر بتواند به رفع معضل فوق منجر شود.

بخش‌های جامعه و افراد در مسؤولیت محکوم کردن و پیشگیری از انواع خشونت علیه کودکان و همچنین رسیدگی به کودکان قربانی خشونت سهیم هستند. در عین حال عواقب و آثار خشونت علیه کودکان بر اساس ماهیت و شدت خشونت تفاوت دارد و در نتیجه تلاش‌هایی که برای پیشگیری و پاسخ به هر نوع از خشونت انجام می‌شود باید بر اساس نوع خشونت، شرایط بروز خشونت و عامل یا عاملان آن، چندمنظوره باشد و با در نظر گرفتن مصالح عالی‌ه کودک انجام گیرد. دولت‌ها باید بر سیاست‌ها و برنامه‌های مبتنی بر مستندات برای پرداختن به عواملی که میزان خشونت علیه کودکان را کاهش می‌دهد سرمایه‌گذاری کنند.

در این مطالعه، روایی داخلی با در نظر گرفتن حجم نمونه کافی، وسیع و کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده افزایش یافت. روایی خارجی نیز با انتخاب افراد مورد مطالعه بر مبنای حضور در جامعه و بدون توجه به مواجهه یا عدم مواجهه با تجربه خشونت کودکی تأمین گردید. در واقع پژوهش حاضر مطالعه‌ای جامعه‌نگر است. محققان امیدوارند که تحلیل عوامل مؤثر بر تجربه خشونت کودکی با این ابزار چندبعدی به ارتقای سطح سلامت افراد جامعه به ویژه از لحاظ سلامت روان منجر گردد.

راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش تجربه خشونت کودکی و پیامدهای روانی آن با توجه به نتایج پژوهش به شرح زیر است:

الف) راهکارهای کلی: تقویت تعهدات و اقدامات در سطوح ملی و محلی، ممنوعیت کلیه انواع خشونت علیه کودکان، دادن اولویت به پیشگیری، ترویج ارزش‌های عاری از خشونت و افزایش آگاهی، افزایش ظرفیت کلیه دست‌اندرکاران امور کودک، تأمین خدمات لازم برای درمان قربانیان خشونت و بازگرداندن آن‌ها به بطن جامعه، تضمین و حصول اطمینان از مشارکت خود کودکان، حصول اطمینان از مسؤول شناخته شدن عاملان خشونت و پایان معافیت از مجازات، پرداختن به بعد جنسیتی خشونت علیه کودکان، تدوین و ایجاد نظام گردآوری اطلاعات، پژوهش و تحقیق ملی.

ب) راهکارها در سطح خانه و خانواده: تدوین و اجرای برنامه‌هایی برای حمایت از والدین و سایر مراقبین کودک در زمینه تربیت کودک، تدوین و اجرای برنامه‌های هدفمند برای خانواده‌های مواجه با وضعیت دشوار و خاص، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی برای والدین با در نظر گرفتن حساسیت‌ها و مسایل جنسیتی با تمرکز بر روش‌های غیرخشونت‌آمیز تربیتی.

ج) راهکارها در سطح مدارس و محیط‌های آموزشی: تدوین و اجرای دستورعمل‌های مخالف با هر نوع خشونت و همچنین

References

- 1- Kargari N. Violence against children: causes and effects. *Iranian Journal of Law* 2007; 3(12): 121-155. (in Persian)
- 2- Djeddah C, Facchin P, Ranzato. Child abuse: Current Problems and key public health challenges. *Journal of Social Science and Medicine* 2000; 51:(1): 1-14.
- 3- World Health Organization. Adverse childhood experiences international questionnaire (ACEs-IQ), core questionnaire for assessing violence experiences in childhood: Pilot study review and finalization meeting. WHO Headquarters, Geneva 2011; 1-18.
- 4- UNICEF. Upbringing without violence: Violence against children from Shiite perspective. UNICEF Publications, Tehran 2007; 1: 27. (in Persian)
- 5- Firoozi G. Protecting children against domestic violence in Iran's laws. *Journal of Preventing of crimes* 2009; 12: 131. (in Persian)
- 6- Zareshahabadi A, Naderpour Y. The relation between violence experiences in childhood domestic violence against women in Koozdasht. *Journal of Women's Studies* 2014; 12(4): 93-118. (in Persian)
- 7- Moazami Sh, Najib Esfahani Z. The effect of domestic violence on delinquency of children and adolescents. *Crime Prevention Studies Quarterly* 2012; 5(14): 59-86. (in Persian)
- 8- Bimoghaddam Z, Nouhjah Z, Divdar M, Sedaghatdil M, Adibpour M, Sepahvand Z. Frequency of child abuse and some related factors in 2-5 years children attending health centers of Ahvaz and Haftgel in 2011. *Iranian Journal of Jentashapir* 2012; 3(1): 237-245. (in Persian)
- 9- Divband F, Parsamehr M. The relation between parents' religiosity with violence in high schools. *Journal of Religious and Psychiatry* 2011; 4(1): 71-87. (in Persian)
- 10- Karimi F. The types of verbal violence and its contributory factors from viewpoint of students and teachers. *Journal of Criminal Law Research* 2011; 2(2): 85-102. (in Persian)
- 11- Nasirzad R, Shairi M. The relationship between children's perception of parents' violence in child rearing and children's religious beliefs. *Journal of Behavioral Sciences Researches* 2010; 8(1): 57-68. (in Persian)
- 12- Lali M, Abedi A. The relation between history of parents' abuse in childhood with depression in adulthood in outpatients of counseling centers in Isfahan. *Journal of Psychological Studies* 2009; 4(4): 81-94. (in Persian)
- 13- Seifollahi S, Tavasoli M, Safari A. The rights of child in Iran: Reviewing the rules and the viewpoint of people in Tehran. *Social Sciences Bulletin* 2010; 4(2): 163-182. (in Persian)
- 14- Saberian M, Atash Nafas A, Behnam B. Domestic violence, causes and strategies for confronting with it in women referring to medical centers in Semnan. *Journal of Forensic Medicine* 2004; 33: 30-34. (in Persian)
- 15- Pourreza A, Mousavi P. Violence against women. Tehran: Iranban Publications; 2003; 9-11. (in Persian)
- 16- Christopher J. Child abuse and neglect. A clinician's handbook, London, Churchill Livingstone; 2000: 88.
- 17- McDonald R, Joyrides EN, Briggs-Gowan M. Violence towards a family member. *Journal of Family Psychology* 2007; 21(2): 176-184.
- 18- Pournaghash Tehrani S, Tashk A. Assessing and comparing types of domestic violence in women and men in Tehran. *Journal of Psychiatry Studies* 2007; 3(3): 7-23. (in Persian)
- 19- Fars News. Statistics of violence against children was published. *Journal of Child* 2006; 19: 16. (in Persian)
- 20- Sahbaiee F, Davachi A, Najafi Z. The correlation between domestic, mental and social factors in the field of molesting children in governmental girl schools in Tehran. *Journal of Azad Islamic University* 2006; 16(1): 43-48. (in Persian)
- 21- Segio Piro P. The rights of children: Report of United Nations Organization in the field of violence against children. General Assembly of United Nations Organization 2006; 4.
- 22- Nourbala A, Bagheri yazdi A, Mohammad K. Psychometric properties of GHQ-28 as screening psychiatric disorders tool in Tehran. *Hakim Health Sys Res* 2007; 11(4): 47-53. (in Persian)
- 23- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 131-145.
- 24- Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London; 1973.
- 25- World Health Organization. Global estimation of health causes of violence against children. World Health Organization, Geneva 2006.
- 26- Rostami M, Abdi M, Heidari H. Childhood abuse and the amount of forgiveness married Individuals. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2014; 8(32): 77-88. (in Persian)
- 27- Torkashvand F, Jafary F, Rezaeian M, Sheikh Fathollahi M. A Survey on Child Abuse and Some Demographic Factors Affecting Students of the Third Grade of Guidance School in Zanjan in 2011. *Journal of Rafsanjan University of Medicine Sciences* 2013; 12(6): 447-60. (in Persian)
- 28- Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Journal of Child Abuse and Neglect* 2008; 32(7): 693-701.
- 29- Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health* 2008; 98: 946-952.
- 30- Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin* 2007; 133: 183-204.
- 31- United Nations Organization. Promoting and supporting of children's law. United Nations Organization 2006; 1-53.
- 32- Fiklor D. The international epidemiology of abuse of children. *Journal of Abuse and Neglect into Children* 2005; 5: 409-417.
- 33- World Health Organization. Women's health and domestic violence: a comparative study. World Health Organization, Geneva 2005.
- 34- Comijs HC, Exel E, Mast RC, Paauw A, Voshaar RO, Stek ML. Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders* 2013; 147: 241-246.

- 35- Malekshahi F, Farhadi A. The prevalence of child abuse in middle schools' students. *Journal of Lorestan University of Medical Sciences* 2014; 15(4): 31-39. (in Persian)
- 36- Anbari M, Bahrami A. Outcomes of poverty and violence on suicide in Iran: the case study of Poledokhtar county's villages. *Journal of Iranian Social Issues* 2010; 1(2): 11-29. (in Persian)
- 37- Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Journal of Psychiatric Services* 2002; 53(8): 1001-1009.
- 38- Noyes R, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of hypochondriasis. *Journal of Psychosomatics* 2002; 43: 282-289.
- 39- Noorbala AA, Bagheri Yazdi A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2011; 16(4): 479- 483. (in Persian)
- 40- Rostami M, Abdi M, Heidari H. The correlation of childhood maltreatment, self-compassion and mental health in married people. *Journal of Fundamental of Mental Health* 2014; 2(62): 130-141. (in Persian)
- 41- Derakhshanipour F, Hajebi A, Ahmadabadi Z, Sedigh B. Frequency of child abuse and related risk factors in clients referred to urban healthcare centers in Bandar-Abbas. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2014; 20(3): 201-213. (in Persian)
- 42- Mahdaviaghdam R, Mahmood Aliloo M, Rezaiee O. Relationship between different types of childhood abuse and cluster personality disorders. *Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2013; 24(3): 210-218. (in Persian)
- 43- Benedetti F, Poletti S, Radaelli D, Pozzi E, Giacosa C, Smeraldi E. Adverse childhood experiences and gender influence treatment seeking behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Comprehensive Psychiatry* 2014; 55: 298-301.
- 44- Li N, Ahmed S, Zabin LS. Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *Journal of Adolescence* 2012; 50: 45-51.
- 45- Thomson R, Proctor LJ, English DJ, Dubowitz H, Narasimhan S, Everson MD. Suicidal ideation in adolescence: examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence* 2012; 35: 175-186.
- 46- Jaoko JO. (dissertation). Ecological correlates of violence against women. United States, University of Texas; 2005.
- 47- Hammen C, Henry R, Daley E. Depression and sensitization to stressor among young women as a function of child hood adversity. *Journal of consultant clinical psychology* 2000; 68(5): 782-87.
- 48- Rahimi movaghar A, Amin Esmaieeli M, Hefazi M, Rafiee H, Shariat V, Sharifi V, et al. Natinaol priority setting for mental health in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2014; 20(3): 189-200. (in Persian)
- 49- Nouri R. The review of risk factors of domestic violence against children in addicted persons. *Journal of Social Health and Addiction* 2013; 1(2): 9-28. (in Persian)
- 50- Kholasezade G, Bashardoost N, Ahmadi N, Dastjerdi Gh. Prevalence of child abuse in addicted persons. *Journal of Shahid Sadooghi University of Medical Sciences* 2010; 18(3): 199-206. (in persian)
- 51- Bifulco A, Bernazzani O, Moran PM, Jacobs C. The Childhood experience of care and abuse questionnaire: validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology* 2005; 44: 563-581.
- 52- Tong AR. (dissertation). A multivariate path model for understanding male spousal violence against women: a Canadian study. Canada, University of Toronto; 2003.

Role of Violence Experiences in Childhood on Mental Health of Individuals aged 18 Years and Older in Tehran, Iran

Arab M¹ (Ph.D), Movahed Kor E^{1*} (Ph.D), Hosseini M² (PhD)

¹ Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Original Article

Received: 2 Dec 2014, Accepted: 1 Mar 2015

Abstract

Introduction: The history of violence against children is as long as human's life. It has deep mental adverse outcomes on affected people from adulthood to death. The aim of this study was to assess the role of violence experiences in childhood on mental health of individuals aged 18 years and older in Tehran.

Methods: It was a cross-sectional study. A total of 550 individuals aged 18 years and older residing in the 22 regions of Tehran were selected using cluster sampling. The data were gathered using the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (2011) developed by the World Health Organization and the General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier 1979). Data were analyzed in the SPSS17 using the t-test, one way ANOVA and logistic regression tests.

Results: The most important factors affecting violence experiences in childhood were as follows: gender, age, location of birth, marital status, education, job, income, mental disease in family, history of mental disease, addiction in family and alcohol consumption in family ($p < 0.05$). Among the participants, 24.5% suffered from mental disorders. Three out of four domains of violence experiences in childhood were affecting mental health: not protecting by parents, household violence and social violence ($P < 0.001$). The most important factors affecting mental health were as follows: violence experiences in childhood, alcohol consumption in family, addiction in family and district ($p < 0.001$).

Conclusion: Developing and adopting solutions and policies in the household level, schools and educational institutions level, local level and national level could result in reducing violence experiences in childhood and its mental outcomes in adulthood.

Key words: violence experiences, childhood, mental health, Tehran

Please cite this article as follows:

Arab M, Movahed Kor E, Hosseini M. Role of Violence Experiences in Childhood on Mental Health of Individuals aged 18 Years and Older in Tehran, Iran. *Hakim Health Sys Res* 2015; 18(1): 55- 67.

* Corresponding Author: Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran Tel: +98- 21- 88989129, E-mail: movahedelham@gmail.com