

Studying the Role of Parents' Quality of Life and Job Satisfaction on Misconduct of an Abused Child

Ghorbani SA¹, *Sadat Naseri N¹, Saffarian Tousi MR¹, Ormoz E²

Author Address

1. Department of Faculty of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran;

2. Department of Mathematics, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

* Corresponding Author Email: dr.naseri@mail.com

Received: 2019 May 7; Accepted: 2019 September 20

Abstract

Background & Objectives: The phenomenon of child abuse covers a wide spectrum with different intensities in various societies. Child abuse is any interaction that results in actual harm and is largely under the control of the parent or a powerful or trusted guardian of the child. Child abuse and neglect are the most common and complex psychosocial issues in society. Adolescents who have been abused during childhood are at high risk for developing a wide range of psychiatric problems, including depression, anxiety, suicide, eating disorders, and substance abuse. Child abuse or mistreatment and abuse of children include any harm done including physical, sexual, emotional, or neglect done by an adult. Understanding the factors that put children at risk of being misconduted or abused is critical to developing interventional strategies. Since quality of life and job satisfaction are variables affecting the rate of child abuse, in this study, we investigated the role of quality of life and job satisfaction of parents in the incidence of child abuse.

Methods: This research is a correlational study. The study population included all children up to 18 years old living in Torbat-e Heydariyeh City, Iran, in 2017. They were 146 children affiliated with the Social Emergency Department of Torbat-e Heydariyeh and reported one type of child abuse. Seventy-three of them were chosen by cluster random sampling. Out of six health centers, three centers were randomly selected. Then from families with children under 18 years old in each center, 25 families were randomly selected. The inclusion criteria for both groups were that parents were not being treated for any mental disorder, medical services and medicines were not received by parents and children, and both parents were alive. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BRE) (1996) and Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) (Weiss et al., 1967) were used to collect data. To analyze data, we used descriptive statistics (percentage, frequency, mean and standard deviation) and inferential statistics (logistic regression method) via SPSS software version 23 at a significance level of 0.05.

Results: The fitting results of the model showed that among the components of quality of life, except for the environmental health component ($p=0.398$), the components of physical health ($p=0.024$), psychological health ($p=0.008$), and social health ($p=0.003$) had an effect on the likelihood of child abuse. Also, among the components of job satisfaction, except for the promotion component ($p=0.029$) and organizational climate ($p=0.010$), the components of the payment system ($p=0.662$) and job type ($p=0.998$), leadership style ($p=0.886$), and physical condition ($p=0.689$) had no effect on child abuse probability.

Conclusion: According to the results of the study in examining and explaining the roots of child abuse, the quality of life and job satisfaction of parents have a very important role. Attention to the factors that lead to the attitude of the individuals about the quality of life, along with the emerging attitudes about working conditions, determines how the individual behaves in the family structure, especially towards children.

Keywords: Child abuse, Life quality, Job satisfaction.

بررسی نقش کیفیت زندگی و رضایت شغلی والدین در بروز سوءرفتار با کودک آزاردیده

سیدعلی قربانی^۱، *نازیا سادات ناصری^۱، محمدرضا صفاریان طوسی^۱، احسان ارمز^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران؛

۲. گروه ریاضی و آمار، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: dr.naseri@mail.com

تاریخ دریافت: ۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۹ شهریور ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: کودکان آزاری و غفلت از کودکان از مسائل بسیار شایع و پیچیده روانی-اجتماعی جامعه است. باتوجه به اهمیت کیفیت زندگی و رضایت شغلی در میزان کودک آزاری، پژوهش حاضر به بررسی نقش کیفیت زندگی و رضایت شغلی والدین در بروز سوءرفتار با کودک آزاردیده پرداخت.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان آزاردیده کمتر از ۱۸ سال (نوزاد تا ۱۸ سال) شهرستان تربت حیدریه و والدین آنها در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. باتوجه به هدف مند بودن و غیرتصادفی بودن روش نمونه گیری، با استفاده از فرمول کوکران ۷۳ نفر به عنوان نمونه پژوهش تعیین شدند. برای گردآوری داده‌ها، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) و پرسشنامه رضایت شغلی مینه‌سوتا (ویس و همکاران، ۱۹۶۷) به کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از روش رگرسیون لجستیک در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج برازش مدل نشان داد، از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی به جز مؤلفه سلامت محیط ($p=0/398$)، مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($p=0/024$)، سلامت روان شناختی ($p=0/008$) و سلامت اجتماعی ($p=0/003$) بر بروز کودک آزاری تأثیر معناداری داشتند؛ همچنین از بین مؤلفه‌های رضایت شغلی به جز مؤلفه‌های پیشرفت ($p=0/029$) و جو سازمانی ($p=0/010$)، مؤلفه‌های نظام پرداخت ($p=0/662$)، نوع شغل ($p=0/998$)، سبک رهبری ($p=0/886$) و شرایط فیزیکی ($p=0/689$) بر بروز کودک آزاری تأثیر معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، در بررسی و تبیین ریشه‌های کودک آزاری والدین، دو مؤلفه بسیار مهم، یعنی کیفیت زندگی و رضایت شغلی والدین نقش بسیار مهمی دارند. توجه به عواملی که موجب ایجاد نگرش فرد درباره کیفیت زندگی می‌شود، در کنار نگرش‌های به وجود آمده درخصوص شرایط شغلی، تعیین کننده نحوه رفتار فرد در ساختار خانواده، به خصوص در برابر فرزندان است.

کلیدواژه‌ها: کودک آزاری، کیفیت زندگی، رضایت شغلی.

پدیده کودک‌آزاری^۱ طیف گسترده‌ای دارد و در جوامع مختلف دارای شدت و ضعف است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲ کودک‌آزاری عبارت است از هر تعاملی که منجر به آسیب واقعی گردد و تا حد زیادی در کنترل والد یا شخص سرپرست قدرت‌مند یا معتمد کودک باشد (۱). کودک‌آزاری به معنای هر نوع بدرفتاری با کودک است که بر پایه معیارهای اجتماعی و نظر کارشناسان از بعد روان‌شناختی آسیب‌زا باشد؛ یعنی هر عملی که بر کارکرد رفتاری^۳، شناختی، بدنی و عاطفی کودک اثر منفی بگذارد؛ مانند تحقیر مداوم، توهین و ناسزاگفتن به کودک (۲). شواهد نشان می‌دهد که انواع مختلف سوءرفتار به‌طور معناداری با یکدیگر ارتباط دارند؛ بنابراین وقتی فردی نوع خاصی از سوءرفتار را تجربه می‌کند، احتمال تجربه نوع دیگری از سوءرفتار در وی افزایش می‌یابد (۳).

خانواده تشکلی طبیعی است که الگوهای گوناگون مراوده را در گذر زمان به خدمت می‌گیرد. این الگوها ساخت خانواده^۴ را شکل می‌دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطه رفتار هریک از اعضا را مشخص می‌کنند و تبادل نظر میان آن‌ها را تسهیل می‌کنند (۴)؛ به‌طورکلی بی‌کاری و مشکلات ناشی از شغل همچون نارضایتی شغلی^۵ موجب می‌شود تا سازگاری^۶ و الگوهای ارتباطی^۷ خانواده در معرض آسیب قرار گیرد (۵). تحقیقات اخیر بر این نکته تأکید دارند که گستره آثار رضایت شغلی تنها به سازمان و عملکرد شغلی محدود نمی‌شود و می‌تواند حوزه‌های دیگری از فعالیت‌ها و نهادهای اجتماعی از جمله خانواده را نیز شامل شود (۶). چانگ و همکاران رضایت شغلی را نگرش و احساس فرد درباره اینکه شغل مطلوبی دارد یا خیر، می‌دانند (۷). لیزانو و باراک نیز رفاه عاطفی مبتنی بر روابط شغلی فرد را در تبیین و تعریف رضایت شغلی بیان کرده‌اند (۸). اصولاً قسمت عمده‌ای از زندگی روزانه افراد صرف کار می‌شود. رضایت از کار، رضایت از حقوق و دستمزد، رضایت از رئیس و همکاران، رضایت از اعتماد متقابل بین افراد در سازمان و سایر امور مرتبط با رضایت شغلی می‌تواند با رضایت از زندگی و درنهایت آرامش و سلامت روانی اعضای خانواده ارتباط مستقیم داشته باشد (۹).

سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی^۸ را به‌عنوان درک شخصی افراد از جایگاهشان در زندگی در بستری از فرهنگ و ارزش‌هایی می‌داند که افراد با آن‌ها زندگی می‌کنند و به دنبال اهداف، انتظارات و استانداردهای زندگی خویش هستند. در کودکان علاوه بر این تعریف، کیفیت زندگی شامل تجربه شخصی کودکان از حیطه‌های مختلف زندگی مانند سلامت روان^۹، سلامت جسم^{۱۰}، اعتماد به نفس^{۱۱}، ارتباط کودک با خانواده، دوستان و مدرسه ناشی می‌شود (۱۰). ارتقای کیفیت زندگی و عملکرد روزانه در کودکان و نوجوانانی که مشکلات مزمن روانی^{۱۲} و اختلالات جسمی دارند، برای پزشکان به‌عنوان هدف مطرح است.

کودکانی که سابقه سوءرفتار دارند، در بسیاری از حیطه‌های زندگی دچار مشکل هستند و پیداکردن راه‌حل درمانی برای آن‌ها بسیار چالش‌برانگیز است (۱۱). تحقیق کورسو و همکاران مشخص کرد افرادی که در دوران کودکی تحت سوءرفتار قرار گرفته‌اند، کیفیت زندگی ضعیف‌تری دارند و در برقراری تعادل با چالش‌های زندگی دچار مشکل هستند (۱۲). نتیجه مطالعه گریگر و همکاران نشان داد، سوءرفتار در دوران کودکی^{۱۳} باعث کاهش کیفیت زندگی آنان در دوران بعد از کودکی خواهد شد و این کیفیت نامطلوب زندگی در تمامی حیطه‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، اعتماد به نفس و حتی ارتباط با دوستان و خانواده نیز دیده می‌شود (۱۳). مشخص شده است نوجوانانی که در کودکی قربانی چندین نوع سوءرفتار بوده‌اند، کیفیت زندگی ضعیف‌تری در مقایسه با جمعیت سالم دارند و سلامت روان آن‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۴).

در هر جامعه‌ای، توجه به سطح کیفیت زندگی و سلامت جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی و فراهم آوردن شرایط لازم برای تحقق زندگی پویا و سالم، ضامن سلامت افراد جامعه در سال‌های آینده و نسل آتی می‌گردد. از آنجاکه کیفیت زندگی و رضایت شغلی از متغیرهای اثرگذار بر میزان کودک‌آزاری و سوءرفتار با کودک است، این پژوهش درصدد بود تا کودک‌آزاری را براساس کیفیت زندگی و رضایت شغلی والدین آزارگر پیش‌بینی کند. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش کیفیت زندگی و رضایت شغلی والدین در بروز سوءرفتار با کودک آزرده‌یافته بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان آزرده‌یافته کمتر از ۱۸ سال شهرستان تربت حیدریه و والدین آن‌ها در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. با توجه به محدودبودن تعداد کودکان دارای والد معتاد تحت پوشش بهزیستی که تعداد آن‌ها ۱۰۰ نفر بود و از سوی دیگر با توجه به هدف‌مندبودن و غیرتصادفی‌بودن روش نمونه‌گیری، با استفاده از فرمول کوکران ۷۳ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش تعیین شدند. برای این منظور با کمک اطلاعات ثبت‌شده در اورژانس اجتماعی، ۷۳ کودک که در گزارش‌های ثبت‌شده درخصوص آن‌ها، اعتیاد حداقل یکی از والدین نیز درج شده بود، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. همچنین تعداد ۷۳ کودک دیگر، به‌عنوان نمونه عادی، به‌صورت تصادفی خوشه‌ای در نظر گرفته شدند؛ به این صورت که از شش مرکز بهداشت شهرستان، سه مرکز به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس براساس آمار خانواده‌های تحت پوشش در هر مرکز بهداشت، از خانواده‌های دارای فرزند کمتر از ۱۸ سال در هر منطقه تعداد ۲۵ خانواده به‌صورت تصادفی، برا شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان دو گروه به پژوهش، تحت

^۸. Quality of life

^۹. Mental healthy

^{۱۰}. Physical healthy

^{۱۱}. Self confidence

^{۱۲}. Mentally chronic problems

^{۱۳}. Childhood behavioral abuse

^۱. Child abuse

^۲. World Health Organization

^۳. Behavioral function

^۴. Family structure

^۵. Job dissatisfaction

^۶. Adjustment

^۷. Relation patterns

درمان نبودن والدین به دلیل وجود هر گونه اختلال روانی، خدمات درمانی و دارویی دریافت نکردن والدین و کودکان و زنده بودن هر دو والد در کودکان بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ بدین گونه که اصل گمنامی برای کودکان و والدین آنها رعایت شد و شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها کاملاً با رضایت اعضا انجام پذیرفت. هرکدام از شرکت‌کنندگان آزاد بودند در هر مرحله از پژوهش در صورت نداشتن رضایت، از فرایند پژوهش خارج شوند. پس از اخذ مجوزهای لازم، با مادر یا پدر کودکانی که در مرکز اورژانس اجتماعی دارای پرونده کودک‌آزاری بودند و نیز والدین کودکان عادی از طریق پرونده‌های موجود در مراکز بهداشت، به منظور اجرای پژوهش تماس گرفته شد؛ همچنین پس از حضور یکی از والدین کودکان هر دو گروه، درخصوص کلیات پژوهش صحبت شد. سپس پرسشنامه‌ها توسط آنها تکمیل شد و به پژوهشگر تحویل داده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در این پژوهش به کار رفت.

– فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ برای اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی طراحی شد (۱۵). این پرسشنامه ۲۶ آیتم دارد و چهار حیطه وسیع را اندازه‌گیری می‌کند که عبارت است از: سلامت جسمی (۷ سؤال)؛ سلامت روان‌شناختی (۶ سؤال)؛ روابط اجتماعی (۳ سؤال)؛ سلامت محیط (۸ سؤال). دو سؤال اول نیز به هیچ‌کدام از حیطه‌ها تعلق ندارد و سلامت و کیفیت زندگی را به صورت کلی ارزیابی می‌کند. پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که پس از انجام محاسبه‌های لازم از نظر امتیاز، دامنه ۴ تا ۲۰۴ برای هر حیطه به تفکیک به دست می‌آید که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مدنظر است. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش ثبات درونی استفاده شد و آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی

۰/۸۲، سلامت روان‌شناسی ۰/۸۱، سلامت محیط ۰/۸۰ و روابط اجتماعی ۰/۶۸ به دست آمد (۱۵). نجات و همکاران نسخه فارسی این پرسشنامه را استانداردسازی کردند و پایایی آن را با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای در زیرمقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کردند؛ همچنین سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۶).

– پرسشنامه رضایت شغلی مینه‌سوتا^۲: این پرسشنامه توسط ویس و همکاران در سال ۱۹۶۷ ساخته شد (۱۷). این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه و ۶ خرده‌مقیاس نظام پرداخت (۳ سؤال)، نوع شغل (۴ سؤال)، فرصت‌های پیشرفت (۳ سؤال)، جو سازمانی (۲ سؤال)، سبک رهبری (۴ سؤال) و شرایط فیزیکی (۳ سؤال) است (۱۷). نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از ۱ تا ۵ است و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید امتیاز تمامی گویه‌ها را با یکدیگر جمع کرد. امتیاز ۱۹ تا ۳۸ نشان‌دهنده رضایت شغلی ضعیف و امتیاز ۳۸ تا ۵۷ بیانگر میزان رضایت شغلی متوسط و امتیاز بیشتر از ۵۷ نشان‌دهنده میزان رضایت شغلی بسیار خوب است (۱۸). بختیار نصرآبادی و همکاران پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه کردند (۱۸).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی شامل روش رگرسیون لجستیک در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی توصیفی اعضای نمونه به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی کودکان آزار دیده

نوع آزار		تحصیلات آزار دهنده		نسبت آزارگر با کودک	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۹	۲۶	۴۷	۶۴	۳۱	۴۲
۲۹	۴۰	۲۵	۳۴	۳۳	۴۶
۲۵	۳۴	۱	۲	۹	۱۲
۷۳	۱۰۰	۷۳	۱۰۰	۷۳	۱۰۰
فیزیکی و جنسی		ابتدایی و بی‌سواد		پدر	
عاطفی		کمتر از دیپلم و دیپلم		مادر	
بی‌توجهی		دانشگاهی		دیگران	
مجموع		مجموع		مجموع	

براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، بیشترین آزارها توسط مادر (۴۶ درصد) با ۳۳ مورد و کمترین آزارها توسط سایر افراد (۱۲ درصد) با ۹ مورد بود. همچنین بیشترین فراوانی والدین آزارگر (۶۴ درصد) مربوط به والدین دارای تحصیلات ابتدایی و بی‌سواد با ۴۷ مورد و

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی و رضایت شغلی در دو گروه کودکان آزار دیده و عادی

متغیر	گروه	میانگین	کمترین	بیشترین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	آزار دیده	۵۲/۹۷	۶	۹۴	۲۰/۴۰
	عادی	۷۸/۲۳	۱۴	۱۱۰	۱۳/۵۴
رضایت شغلی	آزار دیده	۵۷/۶۳	۲۲	۹۱	۱۸/۳۲
	عادی	۶۴/۸۹	۲۷	۹۷	۱۱/۵۱

^۲. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)

^۱. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BRE)

باتوجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی در گروه رضایت شغلی نیز در گروه کودکان آزار دیده میانگین ۵۷/۶۳ با انحراف معیار ۱۸/۳۲ و در گروه کودکان عادی میانگین ۶۴/۸۹ با انحراف معیار ۱۱/۵۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج حاصل از برازش رگرسیون لجستیک زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی و رضایت شغلی بر کودک‌آزاری

متغیر	برآورد پارامتر	خطای معیار	آماره والد	درجه آزادی	مقدار احتمال	نسبت بخت‌ها
مقدار ثابت	۱۰/۵۴۴	۱/۹۹۸	۲۷/۸۵۷	۱	۰/۰۰۱	۱/۸۹۹
کیفیت زندگی	-۰/۰۳۵	۰/۰۱۵	۵/۴۹۴	۱	۰/۰۱۹	۱/۶۵۱
سلامت جسمانی	-۰/۰۷۰	۰/۰۲۰	۱۲/۲۰۳	۱	۰/۰۲۴	۱/۳۳۸
سلامت روان‌شناختی	-۰/۰۵۱	۰/۰۱۹	۷/۱۲۵	۱	۰/۰۰۸	۱/۵۰
سلامت اجتماعی	-۰/۰۵۵	۰/۰۱۸	۸/۸۲۰	۱	۰/۰۰۳	۱/۴۷۲
سلامت محیط	-۰/۰۱۵	۰/۰۱۸	۰/۷۱۳	۱	۰/۳۹۸	۱/۰۸۵
رضایت شغلی	-۰/۰۳۶	۰/۰۱۶	۵/۳۹۷	۱	۰/۰۲۰	۱/۶۴۴
نظام پرداخت	-۰/۰۲۱۶	۰/۴۹۲	۰/۱۹۱	۱	۰/۶۶۲	۱/۰۶۳
نوع شغل	-۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	۰/۰۰۰	۱	۰/۹۹۸	۱/۰۹۹
پیشرفت	-۰/۰۱۹۶	۰/۰۹۰	۴/۷۴	۱	۰/۰۲۹	۱/۲۲۸
جو سازمانی	-۰/۰۴۰۱	۰/۱۲۵	۱۰/۳۳	۱	۰/۰۰۱	۱/۶۷۰
سبک رهبری	۰/۰۱۰	۰/۰۶۰	۰/۰۲۸	۱	۰/۸۶۶	۱/۰۱۰
شرایط فیزیکی	۰/۰۱۸	۰/۰۴۰	۰/۰۵۴	۱	۰/۶۸۹	۱/۰۳۲

والدین در بروز سوءرفتار با کودک انجام شد. نتایج نشان داد که متغیر کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی و سلامت اجتماعی مربوط به این متغیر با میزان کودک‌آزاری رابطه منفی داشتند؛ بدین معنا که با افزایش هرکدام از عوامل ذکرشده میزان کودک‌آزاری در بین خانواده‌ها کاهش می‌یابد و با کاهش هرکدام از این عوامل میزان کودک‌آزاری در بین خانواده‌ها افزایش می‌یابد. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های جوزفیاک و سانچیزن (۱۱)، گریگر و همکاران (۱۳)، چان (۱۴)، چان و همکاران (۱۹) و گاترمن و همکاران (۲۰) همسوست. جوزفیاک و سانچیزن (۱۱) و گریگر و همکاران (۱۳) در مطالعات خود نشان دادند، کودکان و نوجوانانی که در مراکز درمانی محلی نگهداری می‌شوند، از نظر کیفیت زندگی در شاخص‌های رفاه زندگی جسمی و هیجانی، اعتمادبه‌نفس و روابط با دوستان وضعیت به‌مراتب بدتری در مقایسه با کودکان و نوجوانان عادی دارند. ازآنجا که کیفیت زندگی کودکان تحت‌تأثیر کیفیت زندگی و سلامت والدین است (۲۱)، انتظار می‌رود کیفیت زندگی این والدین نیز در سطح ضعیف قرار داشته باشد. نتایج پژوهش چان نشان داد که میزان و سطح خودآزاری کودکان با وضعیت محیط زندگی آن‌ها رابطه معناداری دارد؛ بدین معنا که موقعیت زندگی و کیفیت زندگی خانواده متجربه افزایش احتمال کودک‌آزاری برای کودکان حاضر در این خانواده‌ها می‌شود (۱۴). چان و همکاران در مطالعه دیگری نشان دادند که ساختار خانواده و حمایت اجتماعی با ویژگی‌های سلامت عمومی و کیفیت زندگی مرتبط است؛ به عبارت دیگر زمانی که در ساختار خانواده حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی کاهش می‌یابد، احتمال قربانی شدن کودک در آن خانواده زیاد می‌شود (۱۹). این یافته‌ها بیانگر آن است که ساختار خانواده، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌توانند با

براساس نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که باتوجه به مقادیر احتمال، متغیر کیفیت زندگی اثر معناداری بر کودک‌آزاری دارد ($p=0/019$) و اثر زیرمتغیرهای سلامت جسمانی ($p=0/024$)، سلامت روان‌شناختی ($p=0/008$) و سلامت اجتماعی ($p=0/003$) بر کودک‌آزاری در سطح ۰/۰۵ معنادار است. نسبت بخت‌ها برای متغیر کیفیت زندگی ($OR=1/651$) باتوجه به منفی بودن برآورد پارامتر، بیانگر آن است که به‌ازای یک واحد افزایش نمره کیفیت زندگی در افراد، ۶۵ درصد از بخت کودک‌آزاری کاهش می‌یابد. خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی ($OR=1/338$)، سلامت روان‌شناختی ($OR=1/50$) و سلامت اجتماعی ($OR=1/472$) نیز بیانگر آن است که افراد با داشتن سلامت جسمانی زیاد به میزان ۳۳ درصد، با سلامت روان‌شناختی زیاد به میزان ۵۰ درصد و با دارا بودن سلامت اجتماعی زیاد به میزان ۴۷ درصد، دارای بخت کمتری برای ارتکاب کودک‌آزاری هستند. از طرف دیگر باتوجه به مقادیر احتمال به‌دست‌آمده برای برآورد پارامتر متغیر رضایت شغلی و خرده‌مقیاس‌های آن، مشخص شد که متغیر رضایت شغلی اثر معناداری بر کودک‌آزاری دارد ($p=0/020$) و خرده‌مقیاس‌های پیشرفت ($p=0/029$) و جو سازمانی ($p=0/001$) نیز اثر معناداری بر کودک‌آزاری نشان داده‌اند. همچنین با مشاهده نسبت بخت‌ها برای متغیر رضایت شغلی ($OR=1/644$) می‌توان گفت که افراد دارای رضایت شغلی کمتر، ۶۴ درصد شانس ارتکاب کودک‌آزاری دارند. افراد به‌ازای یک واحد افزایش در خرده‌مقیاس پیشرفت ($OR=1/228$) به‌میزان ۲۲ درصد و به‌ازای یک واحد افزایش در خرده‌مقیاس جو سازمانی ($OR=1/670$) به میزان ۶۷ درصد دارای بخت کمتر برای کودک‌آزاری هستند.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش کیفیت زندگی و رضایت شغلی

افزایش سطح سلامت عمومی در خانواده موجب کاهش کودک آزاری شوند. گاترمن و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، احتمال کودک آزاری در خانواده‌هایی که والدین آن‌ها دارای سابق افسردگی و اضطراب هستند، بیشتر از دیگر خانواده‌ها است. به عقیده گاترمن و همکاران، تجربه افسردگی و اضطراب سطح تحمل والدین را کاهش می‌دهد و این امر باعث سوءرفتار با کودکان می‌شود (۲۰).

در تبیین نتایج این مطالعه باید گفت که کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند منجر به بروز مشکلات روحی و روانی متعددی در زندگی والدین شود. به نظر می‌رسد والدینی که از مشکلات روحی رنج می‌برند، اغلب دارای سطح تحمل کمی هستند و به همین واسطه قادر به نشان دادن انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات و مسائل موجود در محیط خانه نیستند. این والدین دارای مهارت‌های مدیریت خشم و استرس و کنترل کودکان ضعیفی هستند و توانایی مهار واکنش‌ها و افکار هیجانی، منفی و پرخاشگرانه خود را ندارند (۲۱). به‌طور کلی باید اذعان کرد افراد در موقعیت‌هایی که باور دارند بر آن‌ها کنترل دارند، واکنش مثبت‌تری در مقایسه با موقعیت‌های کنترل‌نشده نشان می‌دهند (۲۲). در شرایطی که والدین به علل گوناگونی از جمله کیفیت زندگی نامطلوب، مشکلات روحی و روانی زیاد و... در وضعیتی کنترل‌نشده قرار گیرند که به تصور خودشان نمی‌توانند تسلطی بر آن وضعیت داشته باشند، به رفتارهای فرزندان خود به شکلی افراطی واکنش نشان می‌دهند و کم‌طاقتی خود را به نمایش می‌گذارند؛ به‌گونه‌ای که تصور می‌شود تحمل کمترین مخالفت یا اطاعت نکردن کودکان را ندارند و چنانچه کوچک‌ترین نافرمانی آن‌ها را مشاهده کنند، از کوره در می‌روند و فرزندان خود را آزار می‌دهند. از طرف دیگر باید اشاره کرد که به‌نظر می‌رسد والدین آزارگر در مقایسه با والدین دارای کیفیت زندگی مطلوب، اغلب کمال‌گرا هستند و از فرزندان خود توقعی بیش از حد توان آن‌ها دارند؛ از همین رو این والدین فرزندان خود را تحت فشار زیاد قرار می‌دهند و اغلب رفتارهای آنان را به شکل منفی‌تری در مقایسه با والدین دیگر که از سطح کیفیت زندگی مطلوبی برخوردارند، ارزیابی می‌کنند (۲۳). افزون بر این، این والدین به علل برخورداری از مهارت‌های عمومی کم، عموماً به‌صورت منفعل عمل می‌کنند و قادر به برقراری ارتباط مثبت و مطلوب با فرزندان خود نیستند. این مادران اغلب به‌دلیل عزت‌نفس کم توانایی حل مشکلات خویش را در زندگی ندارند. این امر باعث نبود تجربه روابط لذت‌بخش در زندگی زناشویی نیز می‌گردد و کیفیت زندگی هر دو زوج را کاهش می‌دهد. کیفیت زندگی ضعیف این مادران سبب می‌شود که آن‌ها قادر به ایفای نقش مادرانه خود به شکل مناسب نباشند و با کوچک‌ترین بهانه کودکان، آن‌ها را آزار و اذیت کنند؛ از همین رو باید گفت که کیفیت کم زندگی باعث کاهش کیفیت فرزندپروری در این خانواده‌ها می‌شود؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که سطح کیفیت زندگی می‌تواند آزاردیدی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد و تأثیر منفی بر کودکان آزاردیده داشته باشد.

از دیگر یافته‌های پژوهش، قابلیت پیش‌بینی کودک آزاری براساس رضایت شغلی والدین بود. نتایج پژوهش نشان داد که رضایت شغلی و مؤلفه‌های جو سازمانی و پیشرفت شغلی با کودک آزاری رابطه منفی داشتند؛ بدین معنا که افزایش رضایت شغلی، بهبود جو سازمانی و

تجربه بیشتر پیشرفت شغلی می‌تواند احتمال آزار کودکان را کاهش دهند و برعکس. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کانگر و همکاران (۲۴)، لی و همکاران (۲۵) و هان (۲۶) همسوست. کانگر و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که فشار اقتصادی تجربه‌شده توسط والدین باعث ایجاد اختلال در فرزندپروری و افزایش درگیری بین والدین می‌شود. آن‌ها بیان کردند، با توجه به نتایج پژوهش انتظار می‌رود سطح بیشتر تحریک‌پذیری همسر ناشی از عوامل اقتصادی و شغلی با خصومت بیشتر به فرزندان همراه باشد (۲۴). لی و همکارانش نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند، افزایش ساعات کاری والدین و به‌خصوص مادران که نارضایتی شغلی را نیز به همراه دارد، باعث کاهش سلامت فرزندان در خانواده می‌شود (۲۵). هان در پژوهش خود دریافت مادرانی که شرایط نامناسب شغلی را تجربه می‌کنند مشکلات رفتاری بیشتری را با کودکان خود گزارش می‌دهند (۲۶)؛ اما نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش حبیبی و همکاران که دریافتند وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای بدرفتاری با کودک نیست (۲۷)، همسو نیست.

در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت که استرس ناشی از بیکاری و فقر و سطح درآمد کم موجب انزوای اجتماعی و اعتمادبه‌نفس کم والدین می‌شود و سبب می‌شود محیط، فرد را به سمت پرخاشگری به قربانی ضعیفی که همان کودک است، هدایت کند (۱۳)؛ بنابراین خانواده‌های تهی‌دست، بیکار، شلوغ و پرجمعیت، طردشده از سوی اجتماع، خانواده‌هایی با سابقه فحشا و بزهکاری، خانواده‌های دارای ارتباطات کم و محدود و همچنین خانواده‌های با سابقه اعتیاد و سوءمصرف مواد از جمله عوامل مرتبط با کودک آزاری محسوب می‌شوند (۱۴)؛ بر این اساس لازم است کودکان خانواده‌های پرخطر شناسایی شوند و تحت نظر قرار گیرند و قبل از بروز سوءرفتار با کودک جلسات مشاوره و مداخلات لازم صورت پذیرد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت؛ به‌دلیل نوع روش نمونه‌گیری، باید در تعمیم یافته‌ها به‌دلیل بررسی‌نشدن تمام مؤلفه‌های اثرگذار بر کودک آزاری نظیر سازگاری زناشویی، اعتیاد والدین و غیره جانب احتیاط رعایت شود. احتمال بروز سوگیری در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به‌علت استفاده از شیوه خودگزارشی، حجم کم نمونه و کنترل‌نشدن برخی متغیرها وجود داشت؛ بنابراین در تعمیم یافته‌های پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود. براساس محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی پژوهشگران از حجم نمونه بیشتری با تنوع اجتماعی و فرهنگی و در محدوده وسیع‌تری استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، در بررسی و تبیین ریشه‌های کودک آزاری والدین، دو مؤلفه بسیار مهم، یعنی کیفیت زندگی و رضایت شغلی والدین نقش بسیار مهمی دارند. توجه به عواملی که موجب ایجاد نگرش فرد درباره کیفیت زندگی می‌شود، در کنار نگرش‌های به‌وجودآمده درخصوص شرایط شغلی، تعیین‌کننده نحوه رفتار فرد در ساختار خانواده، به‌خصوص در برابر فرزندان است؛ بنابراین داشتن برنامه‌ریزی در سطوح پیشگیری سطح اول (آگاه‌سازی

۶۸۹۵۵۱ است که موضوع رساله در جلسه شورای پژوهشی در چهارم مهر ۱۳۹۶ دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد تأیید شد؛ همچنین مجوز اجرای رساله بر گروه نمونه توسط سازمان بهزیستی در سال ۱۳۹۶ صادر و اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ بدین گونه که اصل گمنامی برای کودکان و والدین آنها رعایت شد و شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها کاملاً با رضایت اعضا انجام پذیرفت. هرکدام از شرکت‌کنندگان آزاد بودند در هر مرحله از پژوهش در صورت نداشتن رضایت، از فرایند پژوهش خارج شوند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

اعلام می‌شود که هیچ‌گونه تضاد منفعی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد، مؤسسه یا سازمانی انجام شده است.

و آموزش اعضای خانواده و جامعه درباره عوامل مؤثر در سوءاستفاده از کودکان و آگاهی افراد در زمینه مصادیق کودک‌آزاری) و سطح دوم (مداخله و فراهم کردن زمینه زندگی سالم برای کودکان تحت سوءرفتار قرارگرفته و والدین آزارگر آنها) و سطح سوم (توان‌مندسازی کودکان و همچنین والدین آزارگر آنها به منظور فراهم ساختن زمینه بازگشت به جامعه) اهمیت زیادی دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از مددکاران بهزیستی تربت حیدریه و تمامی افرادی که با آموزه‌های تجربی و باطنی فراوان، فرصت انجام دادن این پژوهش را به بنده دادند، کمال سپاسگزاری و تشکر را دارم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری در رشته مشاوره با کد اخلاق

References

1. Khoda Yarifard S, Abedin Ali R, Yekeh Yazdandoust R, Pourshahriari M, Gharaei B. Comparing the results of projective drawing tests in physically abused vs. Normal children. Journal of Family Research. 2007;3(9):455–69. [Persian] <http://jfr.sbu.ac.ir/article/download/40/40>
2. Aebi M, Linhart S, Thun-Hohenstein L, Bessler C, Steinhausen H-C, Plattner B. Detained male adolescent offender's emotional, physical and sexual maltreatment profiles and their associations to psychiatric disorders and criminal behaviors. J Abnorm Child Psychol. 2015;43(5):999–1009. doi: [10.1007/s10802-014-9961-y](https://doi.org/10.1007/s10802-014-9961-y)
3. Herrenkohl RC, Herrenkohl TI. Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. J Fam Violence. 2009;24(7):485. doi: [10.1007/s10896-009-9247-2](https://doi.org/10.1007/s10896-009-9247-2)
4. Najjarpour Ostadi S, Khadivi A. A study of relationship between the family emotional climate with 17-28 year old adolescences' & youth identification, self concept, and self - esteem in Islamshahr. Journal of Instruction and Evaluation. 2008;1(3):81–102. [Persian] http://jinev.iaut.ac.ir/article_522008_d15aab0dcdcef73cf00aba5993acd866.pdf
5. Skorikov V. Continuity in adolescent career preparation and its effects on adjustment. Journal of Vocational Behavior. 2007;70(1):8–24. doi: [10.1016/j.jvb.2006.04.007](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.04.007)
6. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. J Emerg Nurs. 2010;36(5):420–7. doi: [10.1016/j.jen.2009.11.027](https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027)
7. Chang Y, Leach N, Anderman EM. The role of perceived autonomy support in principals' affective organizational commitment and job satisfaction. Soc Psychol Educ. 2015;18(2):315–36. doi: [10.1007/s11218-014-9289-z](https://doi.org/10.1007/s11218-014-9289-z)
8. Lizano EL, Mor Barak M. Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. Children and Youth Services Review. 2015;55:18–28. doi: [10.1016/j.childyouth.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.05.005)
9. Hobbi M, Moghaddasi H, Hatami H, Azad Marzabadi E, Anisi J. Relationship between job satisfaction of employees with family mental health in a military unit. Journal of Military Psychology. 2011;2(5):57–66. [Persian]
10. Ravens-Sieberer U, Karow A, Barthel D, Klasen F. How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. Dialogues Clin Neurosci. 2014;16(2):147–58.
11. Jozefiak T, Sønnichsen Kayed N. Self- and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. Health and Quality of Life Outcomes. 2015;13(1):104. doi: [10.1186/s12955-015-0280-y](https://doi.org/10.1186/s12955-015-0280-y)
12. Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. Am J Public Health. 2008;98(6):1094–100. doi: [10.2105/AJPH.2007.119826](https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119826)
13. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care. Health Qual Life Outcomes. 2016;14:74. doi: [10.1186/s12955-016-0479-6](https://doi.org/10.1186/s12955-016-0479-6)
14. Chan KL. Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health. Prev Med. 2013;56(3–4):207–10. doi: [10.1016/j.ypmed.2012.12.018](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018)

15. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: Programme on Mental Health, World Health Organization; 1996.
16. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1–12. [Persian] <https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf>
17. Weiss DJ, Dawis RV, England GW. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*. 1967;22:120.
18. Bakhtiyar Nasrabadi H, Rajaeepour S, Salimi G, Taherpour F, Partovi M. Relation between the job Content and job satisfaction of Isfahan Iron Mill Co. staff members. *Journal of Executive Management*. 2009;(33):57–76. [Persian]
19. Chan KL, Chen M, Chen Q, Ip P. Can family structure and social support reduce the impact of child victimization on health-related quality of life? *Child Abuse Negl*. 2017;72:66–74. doi: [10.1016/j.chiabu.2017.07.014](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.014)
20. Guterman NB, Lee SJ, Taylor CA, Rathouz PJ. Parental perceptions of neighborhood processes, stress, personal control, and risk for physical child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2009;33(12):897–906. doi: [10.1016/j.chiabu.2009.09.008](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.008)
21. Miller-Perrin CL, Perrin RD. *Child Maltreatment: an introduction*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2012, pp:40–1.
22. Mikaeili N, Zamanloo K. A study of the prevalence of child abuse and its prediction from parents' depression and anxiety, attachment styles and mental health of their adolescent boys. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2012;2(5):145–66. [Persian] http://jpe.atu.ac.ir/article_2139_5eb1220a103ca5b708fe4eb8c4617b33.pdf
23. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1993;21(3):245–69. doi: [10.1007/BF00917534](https://doi.org/10.1007/BF00917534)
24. Conger RD, Ge X, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev*. 1994;65(2 Spec No):541–61. doi: [10.2307/1131401](https://doi.org/10.2307/1131401)
25. Li J, Johnson S, Han W, Andrews S, Kendall G, Strazdins L, et al. Parents' nonstandard work and child wellbeing: a critical review of the existing literature. *The Centre for Labour Market research*. 2012;Feb 2012:1–36.
26. Han W-J. Shift work and child behavioral outcomes. *Work Employ Soc*. 2008;22(1):67–87. doi: [10.1177/0950017007087417](https://doi.org/10.1177/0950017007087417)
27. Habibi S, Fallah MH, Amoupoor M. Aasrat soo-e koodak-azari bar vijegi-haye shakhsiyati koodakan [The effects of child abuse on children's personality characteristics]. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2017;3(2):106–20. [Persian] <http://uctjournals.com/farsi/archive/psychology/1396/summer/10.pdf>