

رابطه خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان شناختی در دانش آموزان
مقطع متوسطه دوم زرین دشت

**The relationship between domestic violence and the tendency to suicidal
thoughts and psychological helplessness in the second secondary level
students of Zarin Dasht in the academic**

Saber Rahbar

Master's degree in General Psychology, Fasa Islamic
Azad University.

Masoumeh Nekoo

Master's degree in Educational Sciences, Islamic
Azad University of Fasa

صابر رهبر *

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی فسا.

معصومه نکو

کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی فسا.

Abstract

In the current research, the relationship between domestic violence and suicidal thoughts and psychological helplessness in secondary school students has been investigated. The research is descriptive and methodologically, it is a correlational research. The statistical population of the research includes all secondary school students of Zarin Dasht city, out of which 255 people were selected as a statistical sample through stratified random sampling. The research tools included Edelson et al.'s Domestic Violence Exposure Questionnaire (CEDV), Psychological Helplessness Questionnaire (depression, anxiety, stress) and Beck Suicidal Thoughts Questionnaire (BSSI). Data analysis was done through SPSS software version 25 and through Pearson correlation and regression tests. The results showed that there is a positive and significant relationship between domestic violence and suicidal thoughts ($r=0.469$) and psychological helplessness ($r=0.422$). Also, the results showed that domestic violence alone can explain 22% of the variance of suicidal thoughts and 17% of the variance of psychological helplessness in students. According to

چکیده

در پژوهش حاضر به بررسی رابطه خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان شناختی در دانش آموزان مقطع متوسطه دوم پرداخته شده است. پژوهش از نوع توصیفی و به لحاظ روش شناختی، یک پژوهش همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان زرین دشت می باشد که از میان آنها تعداد ۲۵۵ نفر از طریق نمونه گیری تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه آماری انتخاب گردید. ابزارهای پژوهش نیز شامل پرسشنامه مواجهه با خشونت خانگی ادلسون و همکاران (CEDV)، پرسشنامه درماندگی روان شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) و پرسشنامه تمایل به افکار خودکشی بک (BSSI) بود. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۲۵ و از طریق آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی ($r=0.469$) و درماندگی روان شناختی ($r=0.422$) رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که خشونت خانگی قادر است تا به تنهایی ۲۲ درصد از واریانس افکار خودکشی و ۱۷ درصد از واریانس درماندگی روان شناختی را در دانش آموزان تبیین نماید. با توجه به نتایج پژوهش، خشونت خانگی را می توان به عنوان پیش بینی کننده قوی برای

درماندگی روان شناختی و تمایل به افکار خودکشی در دانش آموزان دانست. the results of the research, domestic violence can be considered as a strong predictor for psychological helplessness and tendency to suicidal thoughts in students.

واژه‌های کلیدی: افکار خودکشی، احساس بی‌چارگی روانی، خشونت خانگی.
Keywords: suicidal thoughts, psychological helplessness, domestic violence.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : دی ۱۴۰۲	پذیرش: بهمن ۱۴۰۲
--------------------	------------------	------------------

مقدمه

دوره نوجوانی، با تغییرات روان شناختی، فیزیکی و اجتماعی همراه است. در این دوره نوجوانان به عقاید همسالان خود بیشتر اهمیت می‌دهند و دائماً خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و هرگونه انحراف از الگوهای واقعی یا خیالی که انتظار آن را دارند، ممکن است موجب احساس حقارت و درماندگی شناختی و روان شناختی در آنان شود (هوانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجا که حدود یک نفر از هر پنج نوجوان یک اختلال روانی را تجربه می‌کند، نوجوانی در حقیقت دوره ای آسیب پذیر نسبت به مشکلات مربوط به سلامت است (وانگ و یین^۲، ۲۰۱۷). خودکشی^۳ یکی از معضلات بهداشت روان است که هرچقدر به این مقوله در کشورهای توسعه یافته توجه بیشتری شده است، در عوض در کشورهای در حال توسعه به این مسئله اهمیتی داده نمی‌شود و در مورد وضعیت خودکشی در بیش از نیمی از کشورهای جهان آمار دقیقی وجود ندارد (مورتیر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). افکار خودکشی^۵ نتیجه اشتغالات ذهنی است که دامنه آن افکار زودگذر نسبت به بی ارزش بودن زندگی و آرزوی مرگ تا عملی کردن آن برای نابودی خود را در بر می‌گیرد. اقدام به خودکشی همیشه از فکر کردن به نابودی خود آغاز می‌شود. در بسیاری از کشورها، بیشترین میزان خودکشی را نوجوانان و جوانان به خود اختصاص داده اند و در سطح جهان دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است. همچنین نتایج مقایسه ۴۹ کشور در حال توسعه، متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۹/۸ درصد گزارش کرده است. تقریباً یک سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند. بر اساس نتایج مطالعه‌ای در ایران ۳۹ درصد نوجوانان به مشکلات عاطفی – رفتاری مبتلا هستند و وضعیت سلامت روانی آنها مطلوب نیست و از سویی دیگر پژوهش‌هایی که در نقاط مختلف ایران انجام شده است، نشان می‌دهد که بیشترین میزان خودکشی و تمایل به افکار خودکشی در گروه سنی ۱۰ تا ۲۰ سال قرار دارد. یکی از محیط‌هایی که می‌تواند در میزان تمایل به افکار خودکشی در کودکان و نوجوانان اثرگذار باشد، محیط خانواده است. خانواده هرچند که کوچک ترین واحد اجتماعی است، اما مهم‌ترین واحد اثربخش حمایتی و تربیتی است. نیاز افراد به قرار و آرامش ایجاب می‌کند که در خانواده رابطه ای مبتنی بر عاطفه و عقل آن گونه که احساس امنیت، اطمینان، سلامت، حمایت و رضایت را برای طرفین به ارمغان آورد، شکل گیرد (رهنما، ۱۳۹۹). اما این هدف جز با ایجاد محیطی مطمئن و به دور از خشونت برای همه افراد خانواده میسر نمی‌شود. خشونت‌های خانگی علیه کودکان و نوجوانان از جمله مسائل و مشکلاتی است که در زندگی بسیاری از کودکان و نوجوانان دارای سابقه خودکشی و یا دارای تمایل به افکار خودکشی قابل مشاهده است (یوهانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

¹. Huang

². Wang & Yen.

³. Suicidal

⁴. Mortier

⁵. Suicidal thoughts

بدین ترتیب می‌توان خشونت خانگی^۱ را با تمایل به افکار خودکشی و درماندگی‌های روان شناختی در کودکان و نوجوانان در ارتباط دانست. خشونت خانگی عبارت است از اعمال فشار و زورگویی یک عضو خانواده که به طور جدی زندگی، سلامت جسمی، انسجام روان شناختی یا آزادی عضو دیگر را در معرض خطر قرار می‌دهد. امروزه پدیده خودکشی و تمایل به افکار خودکشی در افراد به ویژه در نوجوانان، یک مشکل مهم بهداشت جهانی محسوب می‌گردد. به گونه‌ای که از دهه ۱۹۶۰ به بعد با افزایش سریع روند اقدام به خودکشی در نوجوانان، طراحی مطالعات و بررسی‌های جدید و جدی را طلب نموده است (مرادی و همکاران، ۲۰۰۹). مروری بر نتایج و گزارشات مطالعات گذشته نشان می‌دهد، نوجوانی می‌تواند دوره‌ای بحرانی برای شروع رفتارهای صدمه به خود به حساب آید. امروزه پدیده خودکشی در نوجوانان، بعد از تصادفات، دومین علت مرگ و میر در این گروه سنی محسوب می‌گردد، به گونه‌ای که در طی ۴۰ سال اخیر، تعداد موارد خودکشی در نوجوانان بیش از ۴ برابر افزایش یافته است (محمدخانی و همکاران، ۲۰۰۶) و روند موارد خودکشی در برخی از استان‌های ایران نیز نشان می‌دهد از دهه ۱۹۹۰ میلادی به بعد آمار خودکشی در میان نوجوانان در حال افزایش بوده است، به گونه‌ای که در طی سال‌های اخیر، نگرانی نسبت به افزایش تعداد موارد خودکشی در بین نوجوانان ایرانی افزایش یافته است. پدیده خودکشی در میان دانش آموزان و به ویژه دانش آموزان مقطع متوسطه به دلیل ورود به دوره نوجوانی غالباً به شکل تمایل به افکار خودکشی بروز می‌یابد. افکار خودکشی گرایانه مقدمه اقدام به خودکشی است و معمولاً با احساساتی نظیر ناامیدی و بیچارگی همراه است (عابدی پریجا، ۱۳۹۹). به طور کلی خودکشی فرایند عمدی پایان دادن به زندگی خود هست. انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی هست (تاپار^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در خودکشی موفق، فرد با انجام عمل مخرب، به خود آسیب می‌رساند که باعث مرگش می‌شود. در اقدام به خودکشی، فرد اقداماتی را برای نابودی خود انجام می‌دهد، اما منجر به مرگش نمی‌شود و در افکار خودکشی، فرد تفکرات یا خیال پردازی برای انجام خودکشی یا آسیب به خود دارد که به صورت کلامی یا نوشتاری بیان می‌گردد و فرد هنوز در این مورد اقدامی نکرده است. در بررسی علل تمایل به افکار خودکشی در کودکان، عوامل فردی و روان شناختی از جمله درماندگی روان شناختی (افسردگی، استرس و اضطراب) از اهمیت ویژه برخوردارند و به عنوان یکی از متغیرهای همبسته با تمایل به افکار خودکشی شناخته می‌شود. درماندگی روان شناختی و ابعاد آن یعنی افسردگی^۳، اضطراب^۴ و استرس^۵ نقش قابل توجهی در میزان تمایل به افکار خودکشی دارند. درماندگی روان شناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است؛ به عبارت دیگر، آن یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روان شناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روان شناختی است (تیلور و بگی^۶، ۲۰۰۴). پنج نشانه هشدار دهنده درماندگی روان شناختی شامل موارد کاهش تمرکز، تغییرات نابسامان وزنی، گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار، تمایل به تنهایی و انزوا طلبی و آسیب رساندن به خود است. مطالعات متعدد نشان می‌دهد یکی از عوامل عمده و موثر بر سلامت روان، مسئله خشونت در خانواده است که از رایج‌ترین انواع آن خشونت علیه کودکان توسط والدین و اطرافیان است (هاشمی، ۱۳۹۸). یک تعریف برای خشونت خانگی عبارت است از اعمال هرگونه زور و اجبار که موجب تهدید زندگی فرد یا جسم و شخصیت روانی وی و یا آزادی فردی او در خانواده گردد (استوارت و رابینسون^۷، ۲۰۰۰). با توجه

1. Domestic violence

2. Thapar.

3. depression

4. anxiety

5. stress

6. Taylor & Bagby

7. Stewart & Robinson

به رواج خشونت خانگی در جوامع و تأثیرات سوء آن بر کودکان و جامعه هدف پژوهش حاضر یعنی دانش آموزان، بازتاب آن و عوارض خشونت خانگی بر کودکان مورد توجه قرار گرفته است. خشونت خانگی شامل بدرفتاری علیه طرف مقابل، در هر نوع رابطه نزدیک و صمیمی، خشونت در خانواده و خشونت علیه همسر است. خشونت خانگی می‌تواند اشکال گوناگون بدنی، کلامی، عاطفی، روانی، جنسی و اقتصادی داشته باشد. (کمپ^۱، ۲۰۱۲)

همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات در دوره نوجوانی با نوع رفتار والدین، تربیت آنها، نوع مراقبت، ایجاد امنیت، سطوح ارتباطی والدین و ارتباطات کودک در خانواده در ارتباط است و خانواده اولین سازمانی است که بسترساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل است. خانواده اصلی ترین هسته در جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل گیری شخصیت فرزندان دارد. خانواده به عنوان یکی از نهادهای مهم در هر جامعه ای به خصوص در جامعه ایران، محسوب می‌شود. در صورتی که خانواده از عملکرد مناسبی برخوردار باشد، اعضای خانواده نیز از سلامت و بهزیستی مطلوبی برخوردار خواهند بود (سیاه خانی نوش آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). با این حال مشاهدات میدانی و پژوهشی نشان می‌دهند که سطح خشونت خانگی در برخی از خانواده‌های ایرانی بالاتر از حد استاندارد است (رفاهی، داستان و حاجی اشرفی، ۱۳۹۹). در حالی که انجام پژوهش در ارتباط با خشونت خانگی در قبال کودکان و نوجوانان و همچنین تأثیراتی که این پدیده می‌تواند بر برخی پدیده‌های خطرآفرین همانند تمایل به افکار خودکشی دارای ضرورت است، با این حال در پژوهش‌های پیشین کمتر به این موضوع پرداخته شده است و بر همین اساس نیز در پژوهش حاضر به بررسی رابطه خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان شناختی در دانش آموزان مقطع متوسطه دوم پرداخته شده است.

درماندگی روان شناختی

مفهوم درماندگی برای اولین بار توسط سلیگمن^۲ (۱۹۷۵) از تجربیات آزمایشگاهی به دست آمد. در این آزمایش‌ها، آزمودنی‌هایی که در معرض شوک غیر قابل اجتناب قرار می‌گرفتند، تسلیم می‌شدند و برای فرار از شوک‌های بعدی تلاش نمی‌کردند. آن‌ها یاد می‌گرفتند که فرار از شوک امکان پذیر نیست. پس از تلاش کردن دست می‌کشیدند و منفعلانه و درمانده، درد را تحمل می‌کردند. درماندگی، نگرشی شناختی بدبینانه تولید می‌کند که در این صورت افراد باور می‌کنند که پیامدها، عموماً از اعمالشان مستقل اند. در اثر درماندگی اکتسابی، افراد می‌آموزند که حتی در شرایطی که می‌توانند اوضاع را کنترل نموده و یا از شرایط نامطلوب اجتناب کنند، همچنان خود را به آن وضعیت عادت داده و تسلیم می‌شوند. در واقع، فرد انتظار دارد که کارهایش به شکست بینجامد و لذا نمی‌تواند هیچ کاری برای جلوگیری از وقوع آن انجام دهد. درماندگی روان شناختی^۳ یک مفهوم کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است که می‌تواند رفتارهای ما را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر، درماندگی روانشناختی یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد در زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روان شناختی می‌تواند با توجه به نظرات نامطلوب از محیط زیست، خود و دیگران ایجاد شود. درد و غم، اضطراب، حواس پرتی و علامت‌های بیماری روانی، نشانه درماندگی روان شناختی محسوب می‌گردند (حیدری، سجادیان و حیدریان، ۱۳۹۵).

یکی از آسیب‌های روان شناختی، احساس تزلزل، بی‌ثباتی و عدم کنترل بر محیط است که تحت عنوان درماندگی روان شناختی از آن یاد می‌گردد. طبق نظریه درماندگی روان شناختی سلیگمن، زمانی که فرد در موقعیت ناکامی‌های متعدد اجتماعی، فرهنگی و آموزشی قرار می‌گیرد و احساس ناتوانی کنترل بر شرایط محیط را تجربه نموده و بی‌تأثیر بودن فعالیت و پاسخ خود

1. Kemp

2. Seligman.

3. Psychological Distress

را احساس می‌کند، دچار نوعی تزلزل و بی‌ثباتی خواهد شد و در موقعیت‌های بعدی نیز با وجود امکان موفقیت، پیشاپیش شکست را می‌پذیرد. سبک توضیحی، روشی است که شخص طبق عادت به کمک آن به خود توضیح می‌دهد که چرا حوادث رخ می‌دهند. این تنظیم‌کننده مهم درماندگی آموخته شده (اکتسابی) است. سبک توضیحی خوش بینانه، احساس درماندگی را متوقف می‌سازد، در حالی که سبک توضیحی بدبینانه بر احساس درماندگی می‌افزاید. بر طبق دیدگاه سلیگمن (۱۹۷۶) پدیده درماندگی روان شناختی هنگامی است که افراد در یک موقعیت قرار می‌گیرند که هیچ رابطه میان واکنش‌هایشان و نتایج وجود ندارد. به عبارت دیگر افراد درمانده کنترل کمی بر نتایج پیشرفت در طول یک وظیفه یا تکلیف علمی دارند (پترسون، ۲۰۱۰). درماندگی روان شناختی امروزه به عنوان یک بیماری روانی عامل اساسی بسیاری از مسائل و مشکلات فردی و اجتماعی می‌باشد. در چنین وضعیتی اگر فرد به این باور برسد که هیچ کاری از دستش بر نمی‌آید تا موقعیت خود را تغییر دهد، حالت او را درماندگی روان شناختی می‌نامند. در نتیجه دست از تلاش بر می‌دارد، زیرا به این باور رسیده است که هیچ کاری از من ساخته نیست. لذا فرد درماندگی را آموخته است؛ به عبارت دیگر، افراد همواره در تعامل با محیط اجتماعی هستند و در طول زندگی خود با وقایع ناخوشایند بسیاری مواجه می‌شوند. هریک از ما اغلب چنین شرایطی را تجربه می‌کنیم. برخی از این وقایع، قابل اجتناب و پیشگیری هستند و برخی نیز قابل گریزند، اما وقایعی نیز هستند که نمی‌توان از آنها گریخت یا از آنها جلوگیری کرد که محققین این شرایط را درماندگی نامیده اند.

ابعاد درماندگی روان شناختی

جنبه شناختی

جنبه شناختی درماندگی به توانایی کنترل ذهنی رویدادها اشاره دارد. در واقع شخص درمانده اعتقاد دارد که رویدادها غیر قابل کنترل هستند. با گذشت زمان، قرار گرفتن در معرض محیط‌های غیر قابل کنترل، انتظاری را پرورش می‌دهد که به موجب آن، افراد باور می‌کنند از اعمال آنها مستقل هستند. وقتی که انتظارات حالت بدبینانه بگیرند، به سختی می‌تواند یاد بگیرد که پاسخ جدید می‌تواند بر پیامدها تأثیر بگذارد. این گرایش بدبینانه، اصولاً در یادگیری وابستگی‌های پاسخ - پیامد آتی اختلال ایجاد می‌کند یا آن را کند می‌سازد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۵). سلیگمن (۱۹۷۶) بیان نمود زمانی که افراد یاد می‌گیرند که پاسخ و تقویت مستقل از یکدیگر هستند، در ابتدا واکنش‌ها کندتر هستند یا به هیچ وجه از خود پاسخی نشان نمی‌دهند. آنها حتی در هنگام یادگیری پاسخ - تقویت نیز مشکل بزرگتری دارند و این زمانی اتفاق می‌افتد که پاسخ‌های درستی را انتخاب کرده اند، به این خاطر که درصدی از پاسخ‌های تقویت شده بسیار آهسته می‌باشند (پترسون، ۲۰۱۰).

جنبه شناختی درماندگی، معرف منفی‌ترین حالت خود است. درماندگی شناختی، به حالت افرادی اشاره می‌کند که کوشش را با پیشرفت مرتبط نمی‌دانند. این اعتقاد که پیامدهای رفتار، مستقل از رفتار فرد است، ابتدا به وسیله سلیگمن (۱۹۸۵) مورد پژوهش قرار گرفت. سلیگمن جنبه شناختی درماندگی را به عنوان حالت ویژه‌ای تعریف کرد که اغلب در نتیجه اعتقاد فرد مبنی بر اینکه رویدادها در کنترل او نیستند در او ایجاد می‌شود. به دیگر سخن، بعد از یک رشته تجربه که در آن پاسخ‌های فرد در نتیجه رفتار او تغییری ایجاد نمی‌کند، می‌آموزد که رفتار و نتیجه رفتار او از یکدیگر مستقل‌اند. جنبه شناختی درماندگی ناظر بر این است که افراد پس از تجربه شکست‌های مکرر یاد می‌گیرند که این نیرو غیر قابل کنترل است. افراد، انتظارات ناشی از فقدان کنترل را با توجه به آینده فرمول بندی می‌کنند. افراد، این انتظارات را در یک وضعیت جدید قرار می‌دهند. این نتایج کلی، اختلالات انگیزشی، عاطفی و شناختی را تولید می‌کند. در این تعریف، درماندگی می‌تواند به عنوان یک پیکر بندی پیچیده

شناختی از ویژگی‌ها و خصایص ناکارآمد توصیف شود (کوتابا^۱، ۲۰۱۱). بعد شناختی درماندگی در کودکان و دانش آموزان نیز مشاهده می‌شود. در بعد تحصیلی، دانش آموزان درمانده نمی‌توانند بین تلاش و پیشرفت خود در مدرسه ارتباط برقرار کنند و معتقدند که شکست در مدرسه مربوط به توانایی کم یا پایین آنهاست (اسناد داخلی پایدار) و اینکه آنها فاقد ظرفیت و مهارت یا مهارت‌هایی هستند که آنها نیاز دارند تا از شکست شان در مدرسه جلوگیری نماید

جنبه انگیزشی

جنبه انگیزشی درماندگی به مشکل در شروع داوطلبانه پاسخ‌ها اطلاق می‌شود (اصلانی اسلمرز، ۱۳۹۱). به طور معمول، هنگامی که افراد برای پیامدی اهمیت قائل باشند و محیط حداقل تا اندازه ای پذیرای دادن این پیامد باشد، مشتاقانه و جسورانه برای پدید آوردن این پیامد تلاش می‌کنند. تلاش برای به دست آوردن پیامدها یا جلوگیری کردن از آن‌ها در طول یک پیوستار قرار دارد. برای مثال در رویدادهای آسیب‌زا، رفتار مقابله کردن ارادی افراد از خیلی منفعل تا خیلی فعال، نوسان دارد. پاسخ‌های مقابله کردن می‌توانند بی حال و منفعل یا فعال و جسورانه باشند. بی حالی، منفعل بودن و قطع امید کردن از تلاش سست و مأیوسانه حکایت دارند که مشخصه درماندگی در بعد انگیزشی است.

جنبه هیجانی

بعد هیجانی درماندگی، به کاهش عواطف مثبت و افزایش عواطف منفی در افراد درمانده اشاره دارد که منجر به افسردگی و کاهش عزت نفس می‌شود. وقتی انسان‌ها با واقع‌های ناگوار مواجه می‌شوند، پاسخ طبیعی و معمول آنها هیجانی است که شدیداً تقویت شده است (مثل ترس، خشم، حسرت و ناکامی). وقتی افراد می‌ترسند، شدیداً تلاش می‌کنند غلبه کنند، مقابله نمایند، بگریزند یا هر کار دیگری را که برای مقابله کردن ثمربخش لازم است، انجام می‌دهند. اما بعد از مدتی، بی‌اعتنایی محیط باعث می‌شود که افراد، مقابله کردن را بیهوده بدانند. وقتی افراد باور می‌کنند که هیجان پذیری ناشی از ترس بی‌فایده است، هیجان پذیری مرتبط با افسردگی را جایگزین آن می‌کنند. وقتی فرد متقاعد می‌شود که برای گریختن از واقع ناگوار نمی‌توان کاری کرد، انتظاری را پرورش می‌دهند که هیجان‌های انرژی بخش را کاهش می‌دهد و هیجان‌های تحلیل برنده انرژی (مثل بی حالی، بی تفاوتی و افسردگی) را افزایش می‌دهد (ریو، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹).

درماندگی روان شناختی از آنجایی که به موقعیت‌های هیجانی و رفتاری مربوط می‌شود، به نظر از چرخه تقویت منفی در دو روش مهم متفاوت می‌باشد؛ ابتدا در حالی که چرخه تقویت منفی برای کسانی که دارای مشکلات هیجانی و رفتاری هستند، تنفر آمیز به نظر می‌آید که اغلب منجر به رفتار نامناسب می‌شود، دانش آموزان با درماندگی روان شناختی، ممکن است لزوماً به منظور اجتناب از تکالیف درسی، رفتار آشوبگرانه از خود نشان ندهند. برای مثال، این دانش آموزان احتمال دارد تکالیف درسی خود را البته برای انجام تلاش‌های کاهش یافته و بدون بروز رفتار نامناسب کلاسی تکمیل نمایند. در نتیجه معلمان ممکن است توجه خود را در مورد دانش آموزان به بسیاری از نیازهای بیش از اندازه معطوف نمایند، این در حالی که دانش آموزان دارای درماندگی روان شناختی برای دستیابی به سطوح مغایر با توانایی واقعی شان به این رفتار خود ادامه می‌دهند.

برخی از محققین و روان شناسان حوزه رفتار، به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان راهکار اصلی مقابله با درماندگی روان شناختی اشاره دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دیدگاهی به مداخلات روان شناختی است که نه بر اساس تکنیک‌های مشخص، بلکه با توجه به مراحل نظری تعیین شده ای تعریف می‌شود. بر اساس تعاریف نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک وساطت روان شناختی با توجه به روان شناسی رفتاری پیشرفته است که تئوری چهارچوب ارتباطی را شامل می‌شود که در آن فاکتورهای دقت، آگاهی و تقبل و نیز مسئولیت و تغییر رفتار استفاده می‌شود تا انعطاف پذیری روان شناختی حاصل شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش مرحله مرکزی دارد که باعث انعطاف پذیری روان شناختی و در نتیجه کاهش

^۱. Qutaiba

درماندگی روان شناختی می‌شود. این شش مرحله عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و تعهد به عمل (هایس^۱، ۲۰۰۴). مراحل مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که چگونه دست از بازداري فکر بردارند، چگونه با فکرهای آزار دهنده همراه نشوند و باعث می‌شود فرد هیجانات ناخوشایند را بیشتر تحمل کند (تاوینگ^۲، ۲۰۰۹). از دیگر راهکارهای مقابله با درماندگی روان شناختی، توجه به مولفه تاب آوری است. تاب آوری به عنوان یکی از ساختارهای بنیادی روان شناسی مثبت نگر و همچنین یکی از سازه‌های بنیادی شخصیت برای فهم انگیزه، شور و هیجان و رفتار محتوا سازی شده است. خود تاب آوری، مهارت سازگاری میزان کنترل با توجه به وضعیت‌های محیطی است. تاب آوری به فرد در رفتار و سازش با وضعیت‌های سخت و بحرانی زندگی کمک کرده و افراد را در برابر هرج و مرج‌های آسیب شناختی و ناملایمات زندگی محفوظ می‌دارد (مرتضوی، ۱۳۹۴). تاب آوری، گنجایش روبرو شدن با دشواری‌ها، مقابله با آنها و توانا تر شدن هنگام دست و پنجه نرم کردن با مشکلات است. افراد تاب آور افرادی هستند که با وجود رویارویی با استرس‌های طولانی و فشارهای عصبی از اثرات ناخواسته آن می‌کاهند و سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند. افراد خود تاب آور دارای رفتارهای خود آزار دهنده نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند، توانایی تحمل شرایط استرس‌زا را دارند.

اهمیت توجه به افکار خودکشی در نوجوانان

رفتار خودکشی نوجوان، در هر شکل از جمله فکر، اقدام و تهدید به خودکشی عامل خطر ساز مهمی برای افزایش رفتار مهلك و خودکشی موفق می‌باشد. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که یکی از دلایلی که اقدام به خودکشی نگران کننده می‌باشد و باید از آن جلوگیری نمود، این است که نوجوانی که یک بار اقدام به خودکشی بنماید، ممکن است این خطر در او تداوم یابد. به همین دلیل، سابقه اقدام به فعالیت خودکشی، از مهم ترین پیش بینی کننده‌های خودکشی می‌باشد. افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند در بالاترین خطر تکرار اقدام در طول دو سال اول پس از اولین اقدامشان قرار دارند (خانی پور، ۱۳۹۳). همچنین طی مطالعاتی که توسط ماریتونن^۳ (۱۹۹۲) بر روی ۵۳ نوجوان ۱۹-۱۳ ساله که خودشان را کشته بودند انجام شده بود، مشخص شد که ۳/۲ درصد آنهایی که قبلاً در مورد خودکشی صحبت کرده بودند، اقدام به خودکشی داشتند. افکار خودکشی از اهمیت خاصی برخوردار است و معمولاً با علائم زیر مشخص می‌شود: آرزوی مرگ، تکرار خودکشی، نداشتن میل به زندگی، صحبت کردن در مورد مرگ و خودکشی. این علائم باید بررسی شوند و از آنجایی که آرزو کردن، فکر کردن و نقشه کشیدن برای خودکشی موفق، که فکر خودکشی نامیده می‌شوند، ممکن است شروعی برای اقدام کننده یک خودکشی واقعی باشد، بنابراین فکر خودکشی نیز به عنوان نشانه‌هایی از یک خودکشی احتمالی فرض شده است. محققان گزارش کرده اند که چنین افکاری با خودکشی نوجوانان ارتباط مستقیم دارد. بنابراین مطالعه و بررسی و برطرف نمودن فکر و اقدام به خودکشی بنا به دلایلی از قبیل شیوع زیاد خودکشی، ارتباط قوی بین فکر و اقدام به خودکشی یا خودکشی نهایی و عدم دسترسی آسان به کسانی که خودکشی کامل نموده اند، مهم بوده که باید آن را جدی گرفت. برخی از محققین بین فکر خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل، چندان تفاوتی قائل نمی‌شوند و آنها را در راستای یک فرایند در نظر می‌گیرند که به دنبال هم اتفاق می‌افتد. آنها معتقدند کسانی که چند بار اقدام کرده اند، بالاخره زمانی تک اقدامی بوده اند یا در واقع یک زمان هیچ سابقه اقدام به خودکشی نداشته اند. بنابراین امکان دارد درمانگر با فردی دارای فکر خودکشی و تک اقدام کننده مواجه شود که در راه چند اقدامی شدن یا خودکشی کامل باشد.

1. Hayes

2. Towing

3. Martionen

در چند سال اخیر، خودکشی در همه سنین به خصوص در سنین نوجوانی بیشتر شده است. بنابراین فرایند پیشگیری در خودکشی بسیار با اهمیت تر از مقوله درمان مرکز توجه است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۴). یکی از مسائل اساسی در خودکشی، نقش وجود همزمان انواع اختلالات روانی می باشد که از این بین افسردگی، اختلالات روان رنجوری و اختلالات شخصیت، سوء مصرف مواد و الکول، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانی اهمیت بیشتری دارند. اختلال افسردگی اساسی بالاترین خطر خودکشی را به همراه دارد. همراه شدن اختلالاتی مانند اختلالات اضطرابی، بی قراری و تغییرات سریع خلق، خطر خودکشی را بالا می برد. همچنین باید در نظر داشت که در فاصله زمانی کوتاه پس از مرخص شدن از بیمارستان خطر خودکشی بالا است. خطر خودکشی برای اشخاصی که به تازگی تحت درمان روانپزشکی بوده اند به خصوص بیماران با اختلال افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی بالاتر می باشد. عواملی همچون سابقه خودکشی و ناسازگاری اجتماعی، خطر خودکشی را بالا می برد. بیمارانی که دارای استرس کاری هستند، در هفته اول پس از پذیرش در بیمارستان و همچنین هفته اول پس از مرخص شدن از بیمارستان، احتمال بیشتری دارد که اقدام به خودکشی کنند. استنلی^۲ و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مقاله ای با موضوع اختلال خواب و خطر خودکشی در بین کودکان و نوجوانان دارای اختلال دو قطبی به این نتیجه رسیدند که جوانان دارای اختلال دو قطبی که همراه با اختلال وحشت خواب هستند، خطر خودکشی بالایی دارند. سایر عوامل مانند تفکر غیر منطقی و نبود انعطاف پذیری و تکانشی بودن خودکشی و همچنین فکر خودکشی، پیش بینی کننده اقدام به خودکشی می باشد.

مفهوم خشونت خانگی

خشونت خانگی نیز اعمال هرگونه فعل خشن توسط یکی از اعضای خانواده بر علیه سایر اعضا است که طی آن پدر، مادر یا یکی از اعضای خانواده با به کارگیری پرخاشگری های کلامی و غیر کلامی، آزادی عملکردی فرد یا افرادی از خانواده را سلب کرده و آنها را مجبور به رعایت اصول خاصی می کند (حجازی و همکاران، ۲۰۱۳). سازمان بهداشت جهانی^۳ نیز خشونت خانگی را هرگونه رفتار خشن تعریف می کند که با آسیب هایی عملکردی در ابعاد جسمانی، جنسی، عاطفی و یا روان شناختی همراه است و ذاتاً با تهدید و سلب مطلق آزادی توأم بوده و به صورت آشکار و یا در قالبی پنهان و دور از چشم اجتماع به وقوع می پیوندد.

انواع خشونت خانگی

• خشونت جسمی

خشونت جسمی یکی از اصلی ترین خشونت های خانگی است که به معنای اعمال تنبیهات جسمانی و آسیب زدن به جسم افراد خانواده در محیط خانه و توسط والدین یا یکی از اعضای خانواده می باشد که طی آن، فرد اعمال کننده خشونت با بهره گیری از قدرت جسمانی خویش، دیگران را مورد ضرب و شتم قرار داده و سبب ایجاد کبودی، شکستگی و حت نقص دائمی در اعضای بدن آنها می شوند (بابو و کار، ۲۰۰۹). به عبارتی دیگر خشونت جسمانی شامل هر فعلی است که با هدف آسیب رساندن به جسم صورت می پذیرد که تشدید و تداوم آن منجر به مختل شدن عملکرد افراد در انجام تکالیف مختلف عملکردی می گردد (بشیری، ۱۳۹۴).

1. Kaplan & Sadocks

2. Stanelly

3. WHO

• خشونت جنسی

این نوع از خشونت، غالباً در محیط خانه علیه زنان رخ می‌دهد و یکی دیگر از انواع خشونت خانگی است که طی آن مردان به بهره‌کشی جنسی از همسران خویش پرداخته و روش‌هایی را در قالب روابط جنسی اعمال می‌کنند که از یکسو زنان تمایلی به انجام آن ندارند و از سوی دیگر شدت خشونت آن به حدی است که به جای لذت، درد جنسی را برای زنان به دنبال دارد. این نوع از خشونت خانگی، به عنوان حساس‌ترین و در عین حال مخرب‌ترین خشونت خانگی علیه زنان محسوب می‌شود که علاوه بر تخریب عملکرد و سلامت روان شناختی، عملکرد آنها در انجام بسیاری از تکالیف عملکردی دچار اختلال می‌کند (امیری صادقی، ۱۳۹۴). خشونت جنسی شکلی از تبعیض جنسی است و هر نوع عمل فیزیکی، بصری، کلامی و یا جنسی است که زنان در قالب روابط زناشویی خویش آن را به صورت تهدید، ارباب یا حمله‌ای برداشت می‌کنند که منجر به ناراحتی و یا بروز احساس تحقیر در وی می‌شود (باقری، ۱۳۹۴). به عقیده اندرسون^۱ خشونت جنسی تحمیل تقاضای جنسی بر زنان بدون در نظر گرفتن رضایت اوست (صادقی فسایی و رجب لاریجانی، ۱۳۸۹). خشونت و آزارهای جنسی در قالب روابط زناشویی رشد بسیار زیادی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف پیدا کرده است که آموزش‌های غلط جنسی و نگرش‌های مثبت و غیر واقع بینانه نسبت به رفتارهای جنسی پر خطر و آسیب‌زا در قالب روابط زوجی از جمله عواملی است که گرایش مردان به بهره‌گیری از این نوع خشونت را تا حد زیادی افزایش داده است.

خشونت روان شناختی

یکی دیگر از انواع خشونت‌های خانگی، خشونت روان شناختی است که در بر گیرنده رفتارهای کلامی و غیر کلامی است که افراد با هدف کنترل و مهار دیگران و ایجاد ترس در آنها آموخته‌اند (علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۹۰). خشونت‌های روانشناختی طیف وسیعی از رفتارها نظیر تهدید به ضربه زدن، بیانات توهین آمیز، بدرفتاری‌های کلامی نظیر تمسخر و تحقیر در جمع، حرکات تهاجمی، در انزوا نگه داشتن، تحقیر و سرزنش، محدودیت در تمایلات اجتماعی، محدودیت‌های فعالیتی، محرومیت از دیدار دوستان و بستگان، حبس در خانه، قطع تلفن، سوء رابطه، تعقیب کردن، محدودیت در ارتباط و... را در بر می‌گیرد که همگی از طریق تهدید سلامت روان شناختی فرد، ضمن مختل کردن امنیت درونی برای تداوم زندگی را برای وی دشوار و حتی غیر ممکن می‌کند.

خشونت کلامی

یکی دیگر از انواع خشونت خانگی، خشونت کلامی است که طی آن افراد با به کارگیری الفاظ رکیک، ناشایست و تحقیر آمیز همسر یا فرزندان خویش را مورد ضربه قرار می‌دهند و بدین شکل کنترل خویش را در قالبی بهنجار و آسیب‌زا بر آنها تداوم می‌بخشند (بشیری، ۱۳۹۴). خشونت کلامی در بر گیرنده هر رفتاری است که موجب از بین بردن حیثیت فرد مقابل گردیده و از لحاظ اجتماعی کاملاً نابهنجار است. از این رو نه تنها از لحاظ حقوقی، بلکه از نظر اخلاقی و مذهبی نیز مذموم و ناپسند شمرده می‌شود و تدام آن زمینه خشونت فیزیکی را فراهم می‌کند (کریمی، ۱۳۹۰). خشونت کلامی انواع مختلفی از گفته‌ها نظیر الفاظ رکیک، فحش، کلمات جنسی و تحقیر آمیز را در بر می‌گیرد که مورد انزجار هر فردی است و تجربه آن سیلی از عواطف ناخوشایند را به دنبال دارد، عواطفی که منجر به تخریب عملکرد روانشناختی فرد و تنش درونی در وی می‌گردد.

خشونت عاطفی

هر فردی با آمیخته‌ای از نیازهای وجودی متولد می‌شود که یکی از اساسی‌ترین آنها نیازهای عاطفی است. نیازهایی که صرفاً در قالب روابط و پیوند با دیگران از جمله والدین و اعضای خانواده ارضاء شده و تسکین می‌یابد. با این حال این نیازها در بسیاری

¹. Anderson

رابطه خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان شناختی در دانش آموزان مقطع متوسطه دوم زرین دشت

از افراد نه تنها ارضا نمی شود، بلکه به عنوان یک ابزار جهت کنترل و سلطه یافتن بر آنها مورد استفاده قرار می گیرد، استفاده ای که تحت عنوان خشونت های عاطفی از آن یاد می شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به جهت هدف، در زمره پژوهش های کاربردی محسوب می گردد و از لحاظ روش شناسی، با توجه به اینکه به بررسی روابط میان متغیرها می پردازد، یک پژوهش همبستگی محسوب می شود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر زرین دشت می باشد که با توجه به آمار موجود، تعداد آنها برابر با ۷۶۵ نفر (۳۹۴ دختر و ۳۷۱ پسر) می باشد که در یکی از پایه های دهم، یازدهم و دوازدهم مشغول به تحصیل در مدارس این شهر بوده اند. جهت تعیین تعداد نمونه آماری از فرمول تعیین حجم نمونه آماری مورگان استفاده شد که تعداد ۲۵۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب گردید.

جهت جمع آوری داده های آماری پژوهش از سه پرسشنامه زیر بهره گرفته شده است:

الف) پرسشنامه مواجهه با خشونت خانگی ادلسون و همکاران (CEDV)

این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال بوده و هدف آن اندازه گیری درجه مواجهه با اشکال مختلف خشونت از ابعاد مختلف (مواجهه با خشونت پدر علیه مادر، مواجهه با خشونت در محله یا مدرسه، مواجهه با مشاجره والدین، درگیری در خشونت والدین، خشونت بزرگسالان علیه فرزندان، مواجهه با عوامل خطرهای زندگی، مواجهه با خشونت از طریق استفاده از فناوری های تصویری خشونت بار) می باشد. شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه ای بوده و این پرسشنامه دارای ۷ بعد بوده است. در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۲) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه خشونت جسمی والدین حاکی از روایی همگرایی قابل قبول این مقیاس است. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار ۰/۸۶ برای این پرسشنامه بدست آمد که حاکی از پایایی خوب این مقیاس است.

ب) پرسشنامه درماندگی روان شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس)

پرسشنامه درماندگی روان شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) (لویبوند و لویبوند، ۱۹۹۵)، شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می کوشد تا بیش انگیزگی فیزیولوژیک، ترس ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی قراری را در بر می گیرد. هریک از خرده مقیاس های این آزمون شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود.

در پژوهش نائینیان و نیک آذین (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد.

ج) پرسشنامه تمایل به افکار خودکشی بک (BSSI):

این مقیاس توسط آرون بک در سال ۱۹۶۱ ساخته شد و دارای ۱۹ ماده است. سوالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد. در آزمون افکار خودکشی بک پنج سوال

وجود دارد که سوالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سوال بعدی را نیز ادامه دهد. این مقیاس بر اساس سه درجه ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است و نمره فرد از جمع نمرات مشخص می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. نمرات بیشتر نشانگر تمایل بیشتر به افکار خودکشی است و بالعکس. این ابزار تمایل به افکار خودکشی را در ۳ خرده مقیاس مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: (۱) تمایل به مرگ. (۲) آمادگی برای خودکشی. (۳) تمایل به خودکشی واقعی. این مقیاس دارای پایایی مطلوب است که با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش باز آزمون، پایایی آزمون ۰/۵۴ بدست آمد (هاشمی، ۱۳۹۸).

یافته‌ها

بین خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی در دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد. جهت سنجش فرضیه فوق از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردیده است

ضرایب همبستگی پیرسون بین خشونت خانگی و تمایل به افکار خودکشی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. افکار خودکشی (کل)	۱				
۲. تمایل به مرگ	۰/۷۶۹***	۱			
۳. آمادگی برای خودکشی	۰/۶۹۴***	۰/۷۰۴***	۱		
۴. تمایل به خودکشی واقعی	۰/۷۱۲***	۰/۶۸۱***	۰/۶۱۹***	۱	
۵. خشونت خانگی	۰/۴۶۹***	۰/۴۰۲***	۰/۴۷۴***	۰/۴۱۶***	۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین خشونت خانگی با افکار خودکشی در دانش آموزان رابطه همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد ($r=0/469$ ؛ $P \leq 0/01$) که با توجه به مقدار ضریب همبستگی به دست آمده، این رابطه را می‌توان متوسط ارزیابی نمود. نتایج جدول فوق همچنین نشان می‌دهد که میان خشونت خانگی با تمایل به مرگ ($r=0/402$)، آمادگی برای خودکشی ($r=0/474$) و تمایل به خودکشی واقعی ($r=0/416$) نیز رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین خشونت خانگی با درماندگی روان شناختی در دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد. همانند فرضیه پیشین؛ جهت سنجش فرضیه فوق نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردیده است.

ضرایب همبستگی پیرسون بین خشونت خانگی و درماندگی روان شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. درماندگی روان شناختی (کل)	۱				
۲. افسردگی	۰/۶۴۹***	۱			
۳. اضطراب	۰/۷۰۹***	۰/۲۸۹**	۱		
۴. استرس	۰/۶۱۲***	۰/۴۸۰***	۰/۵۹۴***	۱	
۵. خشونت خانگی	۰/۴۲۲***	۰/۲۸۹**	۰/۳۲۹***	۰/۴۹۸***	۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین خشونت خانگی با درماندگی روان شناختی رابطه همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد ($P \leq 0/01$ ؛ $r = 0/442$) که با توجه به مقدار ضریب همبستگی، این رابطه را می‌توان متوسط ارزیابی نمود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مولفه استرس دارای بیشترین همبستگی با خشونت خانگی در دانش آموزان است ($P \leq 0/01$ ؛ $r = 0/498$) و پس از آن نیز به ترتیب اضطراب ($P \leq 0/01$ ؛ $r = 0/329$) و افسردگی ($P \leq 0/05$ ؛ $r = 0/289$) دارای رابطه همبستگی مثبت و معنی داری با خشونت خانگی هستند.

نتیجه گیری

خشونت خانگی به عنوان خشونتی نهان و غیر آشکار اجتماعی است که در بسیاری از خانواده‌ها در سراسر دنیا مشاهده می‌شود. ولی نتایج آن بر قربانیان و کودکان در خانواده تأثیر بسزایی در سلامت روانی کودکان و نوجوانان می‌گذارد. داده‌های ارائه شده حاکی از آن است که بین ۱۰ تا ۵۰ درصد زنان و کودکان در اکثر کشورهای دنیا خشونت خانگی را تجربه می‌کنند. برخی از این خانواده‌ها دارای کودکانی هستند که خشونت بین والدین را مشاهده می‌کنند، در آن درگیر می‌شوند و یا خود قربانی یک یا هر دو والدین قرار می‌گیرند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خشونت خانگی و جنبه‌های مختلف آن از جمله مواجهه مستقیم کودک با خشونت، مواجهه کودک با خشونت والدین علیه یکدیگر و... نقش قابل توجهی در تهدید وضعیت سلامت روانی و سلامت جسمانی آنها دارد. به گونه ای که خشونت خانگی علاوه بر اینکه موجب افزایش سطح استرس، اضطراب و افسردگی و به طور کلی درماندگی روان شناختی در کودکان می‌شود، در نهایت ممکن است منجر به بروز افکار خودکشی یا خودکشی واقعی در کودکان و نوجوانان گردد.

منابع

- [۱] آبوت، پاملا؛ کلو، والاس (۱۹۸۶). جامعه شناسی زنان. ترجمه منیژه نجم عراقی (۱۳۹۳). تهران: نشر نی.
- [۲] اکبری، اسدالله؛ پناغی، لیلی؛ حبیبی، مجتبی؛ صادقی، منصور سادات (۱۳۹۵). کارکرد خانواده ادراک شده و افکار خودکشی دانشجویان: نقش تعدیل کننده ناامیدی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۲(۴): ۲۸۴-۳۸۳.
- [۳] اکبری، حسین (۱۴۰۰). میزان شیوع و الگوهای خشونت علیه کودکان و تعیین کننده‌های اقتصادی - اجتماعی آن در میان خانواده‌های شهر مشهد. مقالات نخستین همایش علمی سالانه سلامت روان و رسانه. تهران.
- [۴] دلام، حامد؛ بذرافشان، محمدرفع (۱۳۹۹). اقدام به خودکشی توسط نوجوانان: یک مطالعه کیفی. نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. ۱۹(۲): ۱۶۶-۱۵۹.
- [۵] دهقان، مهدی (۱۳۹۶). بررسی کیفی آسیب های اجتماعی شایع در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۶] رحیمی، حسین، رفیعی، حسن، واقعی، مروئه، سجادی، حمیرا، (۱۳۹۲)، رواسازی و هنجاریابی مقیاس مواجهه کودک با خشونت خانگی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال سیزدهم، شماره ۵۱.
- [۷] رفاهی، ژاله؛ داستان، نصیر؛ اشرفی، حاجی (۱۳۹۹). پیش بینی پرخاشگری کودکان بر اساس خشونت خانگی و الگوهای ارتباطی. فصلنامه سلامت روان کودک. ۷(۲): ۷۰-۵۵.
- [۸] رهنما، فاطمه سادات (۱۳۹۹). بررسی میزان آگاهی و نگرش در خصوص خشونت خانگی در بین زنان متأهل در دوران قرنطینه کرونا. مجله علوم زیست پزشکی پیشرفته. ۱۰(۴): ۲۸۱۲-۲۸۰۳.

- [۹] سیاه خانی نوش آبادی، سمانه ؛ سعدی آرائی، شیوا ؛ نادریان، فریبا ؛ بهادران، علی ؛ نامجو، فرهاد (۱۴۰۰). پیش بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان شناختی بر اساس خشونت خانگی در زنان. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی. ۳(۸): ۶۰-۷۱.
- [۱۰] عابدی پریجا، حسین (۱۳۹۹). نقش مولفه‌های کارکرد خانوادگی در پیش بینی تفکرات خودکشی گرایانه دانش آموزان. دوفصلنامه پویش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره. ۶(۱۳): ۳۷-۵۳.
- [۱۱] مرادی، رامین ؛ مدبرنژاد، عاطفه (۱۳۹۹). عوامل اجتماعی موثر بر گرایش به خودکشی در بین دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان بویر احمد. فصلنامه تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۲۳(۹۰): ۳۳۵-۳۴۸.
- [12] Al-Yagon M. Maternal emotional resources and socio-emotional well-being of children with and without learning disabilities. *Family Relations*. 2010 Apr; 59(2):152-69.
- [13] Dewar C, Heggs D, Davies J (2021). Exploring the Relationship Between Domestic Violence Perpetration and Suicidal Behavior in Male Prisoners. *Archives of Suicide Research*, DOI: 10.1080/13811118.2021.1939207.
- [14] Edleson, J. L. and et al. (2008), Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale, *Children and Youth Services Review*, , 30(5): 502-521
- [15] Erlangsen, A., Lind, B.D., Stuart, E.A. (2015). Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry*, 2, 49-58.
- [16] Fortinash KM and Holoday Worret PA. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier. 2008,p.502
- [17] Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG. The Prevalence of Suicidal Thoughts and Behaviours Among College Students: A Meta-Analysis. *Psychol Med*. 2018; 48(4): 554-65.
- [18] Nazroo, J. (2009). Uncovering Gender Differences in the Use of Material Violence the Effect of Methodology. IN *The Sociology of the Family*. Britain & Inc.
- [19] O'Toole S, Benson A, Lambert V, Gallagher P, Shahwan A, Austin JK. Family communication in the context of pediatric epilepsy: A systematic review. *Epilepsy & Behavior*. 2015 Oct 1; 51:225-39