فصلنامهٔ علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷

آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی ـ ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی

پروانه محمدخانی*، هدیه آزادمهر**

طرح مسأله: *با توجه به آثار و عواقب بسیاری که برای خشونت خانوادگی شناخته شده، این پژوهش به شناسایی آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی ـ ارتباطی زنان قربانی خشونت پرداخته است.*

روش: *این مطالعه از نوع مطالعات زمینه‌یابی بود که با روش مقطعی انجام شد. تعداد ۲۳۰ زن متأهل از مناطق ۲ و ۵ و ۱۲ و ۱۸ شهر تهران در مطالعه شرکت نمودند و داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس تاکتیک‌های تعارضی و فهرست علائم تجدید نظر شده ۹۰ آیتمی جمع‌آوری شد.*

یافته‌ها: *قربانیان عمدتاً در خرده مقیاس‌های مربوط به نشانگان خشم، نشانگان شخصت مرزی، سابقهٔ بزهکاری، تعارض، نشانگان افسردگی، سابقهٔ خشونت جنسی، اسنادهای منفی، تعهد ارتباطی، آشفتگی ارتباطی، یکپارچگی ارتباطی، یکپارچگی اجتماعی و بالاخره سوء مصرف مواد از خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه مشکلات شخصی ـ ارتباطی بر اساس خرده مقیاس‌های فهرست علائم تجدید نظر شدهٔ ۹۰ آیتمی به‌طور معناداری در علائم جسمانی کردن، حساسیت بین فردی، افسردگی، افکار پارانوئیدی و بالاخره شاخص کل علائم مثبت با گروه غیرقربانی تفاوت داشتند.*

نتایج: *خشونت خانوادگی با آسیب‌های روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی عمده در زنان قربانی خشونت همراه است؛ برخی از این مختصات را می‌توان زمینه ساز مورد خشونت واقع شدن و برخی را پیامد آن تلقی نمود.*

کلید واژه‌ها: آسیب‌شناسی روانی، خشونت خانوادگی، مشکلات شخصی و ارتباطی

تاریخ دریافت: ۸۵/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۱۵

* دکتر روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <parmohamir@yahoo.com>

** کارشناس ارشد روان‌شناسی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

خشونت جنبهٔ بسیار مهمی از عملکرد روان‌شناختی و زندگی اجتماعی انسان‌هاست که اثراتی عمده بر سلامت جسم و روان فرد پرخاش‌گر و قربانی دارد. خشونت خانوادگی علت عمدهٔ آسیب به زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله است، به طوری که هر ساله بین ۲ تا ۴ میلیون از زنان مورد خشونت قرار می‌گیرند و حداقل ۲۰۰۰ تن از آنان بر اثر شدت صدمات و جراحات جان خود را از دست می‌دهند (Stets, 1991; Sugerman & Hotaling, 1989).

براساس مطالعات مقدماتی که درخصوص میزان وقوع خشونت خانوادگی در ایران انجام شده، نرخ همسرآزاری و متغیرهای جمعیت شناختی مربوط به آن ذکر شده است (سام گیس، ۱۳۷۷؛ شمس و امامی پور، ۱۳۸۲؛ ربیعی و همکاران، ۱۳۸۱؛ مافی، ۱۳۸۲). هم‌چنین مطالعاتی به پیامدهای آن اشاره داشته‌اند. خشونت دارای عواقب جسمانی غیرکشنده مثل جراحت (از بریدگی تا شکستگی و آسیب ارگان‌های داخلی)، حاملگی ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی، سقط جنین غیرعمدی، بیماری‌های التهابی لگن، دردهای مزمن لگن، سردرد، نشانگان رودهٔ تحریک‌پذیر، استعمال دخانیات، اعتیاد و الکلیسم، عواقب مرگباری شامل خودکشی، دیگرکشی و عواقب روانی مثل افسردگی، ترس، اضطراب، مشکلات تغذیه‌ای، اختلالات جنسی و وسواس و PTSD است (فرهادیان، ۱۳۸۰؛ موحدی و احدی، ۱۳۸۵).

ربیعی و همکاران (۱۳۸۱) به سابقهٔ بیماری‌های روانی در قربانیان خشونت اشاره داشته‌اند. ملکی لارستافی (۱۳۸۵) در پژوهشی پیرامون اختلالات روانی در زنان مراجعه‌کننده به سازمان پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم همسران‌شان قرار گرفته بودند گزارش می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان کتک خورده بیش‌تر از زنان عادی است.

این مطالعات عمدتاً در جمعیت‌های بالینی و مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی انجام یافته و کمتر مبتنی بر جمعیت عمومی است. در عین حال مطالعه‌ای که پیامدهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی خشونت را در ایران به تصویر کشیده باشد انجام نیافته

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

است. پژوهش حاضر به منظور شناسایی زمینه‌های خشونت یا پیامدهای آن در زنان قربانی با تاکید بر موضوعات آسیب‌شناسی و عوامل شخصی ـ ارتباطی انجام یافت.

۱) چارچوب نظری

خشونت برای قربانیان آن، پیامدهای منفی مثل ترس، عصبانیت، ناامیدی و احساس درماندگی را در بر دارد. راسل و همکاران (Russell, et al., 1989) به نقل از بارنت و همکاران (Barnet et al., 1997) می نویسند ترس، عصبانیت و ناامیدی که قربانیان خشونت تجربه می‌کنند، احساس درماندگی به دنبال دارد. تحقیقات نشان داده‌اند اولین احساسی که قربانیان جنایت پس از تهاجم تجربه می‌کنند، درماندگی است. افسردگی و نگرانی معمولاً بعداً بروز می‌کند.

تعدادی از محققان در چارچوب نظریهٔ درماندگیِ آموخته شده، افسردگی بالینی در زنان کتک خورده را مورد بررسی قرار داده‌اند (Straus, et al., 2005). استراس (Straus, 2005) و استراس و اسمیت (Straus & Smith, 1990) دریافتند که افسردگی و اقدام به خودکشی در زنان قربانی خشونت ۴ برابر بیش‌تر از زنان غیرقربانی است. فشار روانی پس از ضربه[1](PTSD) واکنش معمول به ضربه روانی و ترس زیاد است. PTSD در زنان کتک‌خورده، ترکیبی از علائمی مثل تحریک‌پذیری، کناره‌گیری، خاطرات مزاحم، از دست دادن حافظه و سردرگمی شناختی را در پی دارد. ساندرز (Saunders, 1994) در نمونه‌گیری از زنان کتک خورده دریافت که ۴۵ درصد آنان معیارهای کامل ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV[2] را برای PTSD احراز می‌کردند. والکر (Walker, 1993) به نوع فرعی از الگوی علایم PTSD اشاره دارد که آن را نشانگان زن کتک خورده[3] نامیده است. همین‌طور استراس و همکاران (۲۰۰۵) از نتایج یک مطالعه

1. Post Traumatic Stress Disorder
2. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
3. The Battered Woman Syndrome

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

در ۱۹ کشور علائم افسردگی در زنانی را که در رابطهٔ زوجی مورد غفلت قرار گرفته بودند گزارش داده‌اند.

مطالعات اخیر سطوح بالایی از نقص عملکرد روانی ـ جنسی، افسردگی شدید، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال وسواسی ـ جبری را در زنان کتک خورده نشان داده‌اند، به‌طوری که در DSM-IV-R این طبقه‌بندی به رسمیت شناخته شده است (سادوک، ۱۳۸۲).

برگ (Berg, 2004) معتقد است زنان کتک خورده طیف وسیعی از علائم آسیب‌شناسی روانی و مشکلات جسمی درازمدت را تجربه می‌کنند که افسردگی، اختلال استرس پس از ضربه، جسمانی کردن و سوء مصرف مواد، احساس بی‌کفایتی و فقدان عزت نفس، خشونت خصمانه، ترس و انزوا، نگرش منفی نسبت به ازدواج و روابط صمیمی از آن جمله هستند. از سوی دیگر ممکن است برخی از مشکلات زنان کتک خورده در روابط آنان بروز کند. خصومت، حسادت، ناامنی و وابستگی عاطفی از جملهٔ این مشکلات است (Barnet & Hamberg, 1992).

کاتز و آریا (Katz & Aria, 1999) نیز به همبستگی میان ویژگی‌های فردی و عوامل بین فردی اشاره کرده‌اند. پیچیدگی سنجش ویژگی‌های فردی و عوامل ارتباطی منجر به دشواری درک نقش احتمالی این عوامل در خشونت خانوادگی می شود. این موضوع که آیا پرخاش‌گری در روابط زوج از خصوصیات مهاجمان ناشی می‌شود یا قابل استناد به عوامل بین فردی است، تاکنون مورد آزمون قرار نگرفته است (Barnet, et al., 1997). اگرچه دالتون و استراس (Dulton & Straus, 2005) به رابطهٔ بین خصومت علیه جنس مخالف و زورگویی جنسی به عنوان یک پدیدهٔ جامعه‌شناختی در سبب‌شناسی آزار جنسی دست یافته‌اند. استس (Stets, 1991) نشان داد که مهم‌ترین پیش‌بینی‌کنندهٔ پرخاشگری روانی نیاز به کنترل در مرتکبین خشونت است. داتون (Dutton, 1993) برای توصیف آسیب‌شناسی روانی زمینه‌ساز خشونت خانوادگی بر شناسایی و تحلیل نیم‌رخ روان‌شناختی قربانیان تأکید دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

همان‌گونه که در بالا اشاره شد، زنان بیشتر از مردان متحمل ضربهٔ خشونت خانوادگی می‌شوند. یکی از دلایل عمدهٔ ضرورت توجه به خشونت خانوادگی، عوارض ناشی از آن، ترس، اضطراب، اختلال فشار روانی پس ضربه، کاهش عزت نفس، مشکلات سازگاری اجتماعی و ناکارآمدی جنسی است (Kemp, 1998). متخصصان بالینی که با زوج‌های درگیر خشونت کار می‌کنند، لازم است که به سه سطح اطلاعات اکولوژیکی شامل عوامل زمینه‌ای، ویژگی‌های فردی و تعامل زوج دسترسی داشته باشند، تا با توجه به این یافته‌ها برنامه‌های مداخله‌ای خود را تنظیم نمایند. از همین رو است که در این مطالعه با حفظ ضرورت کسب اطلاعات اکولوژیک ملی، برخی عوامل با فرض این که این عوامل زمینه‌ای محسوب می‌شوند و برخی به عنوان پیامدهای خشونت مورد بررسی قرار گرفتند.

۲) روش مطالعه

۲-۱) نوع مطالعه و روش اجرا

این مطالعه از نوع مطالعات زمینه‌یابی است که با روش مقطعی انجام شد. روش اجرا به این شرح بود که ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از نواحی ۲، ۵، ۱۲ و ۱۸ شهر تهران (که با قرعه‌کشی از بین نواحی ۲۰گانه در طرح پژوهش قرار گرفته بودند) مراکز تفریحی از قبیل سینماها، پارک‌ها، و فرهنگ‌سراها و همین‌طور از دادگاه‌های خانواده ۱۸ مرکز انتخاب شدند. با مراجعهٔ همکاران پژوهش در طی زمان اجرای طرح به این مراکز شرکت‌کنندگان مورد مطالعه قرار گرفتند.

۲-۲) جامعهٔ آماری وروش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری این پژوهش را زنان متاهل مقیم شهر تهران تشکیل می‌دادند. همان‌گونه که ذکر شد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ابتدا مناطق نامبرده و سپس از آن مناطق، مراکز و در مراجعه همکاران پژوهش به این مراکز، ۲۳۰ زن متاهل پس از آگاهی از اهداف پژوهش همکاری خود را با اعلام رضایت کتبی در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌های پژوهش آغاز کردند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

نمونهٔ مذکور از مناطق ذکر شده، به لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت اجتماعی و اقتصادی تفاوت معنادار نداشتند ($p\leq0.05$). شایان ذکر است که آزمودنی‌ها می‌بایست حداقل دارای ۸ کلاس سواد و هم‌چنین مایل به همکاری با پژوهش می‌بودند. در مصاحبهٔ اولیه چنان‌چه کسی نشانگان روان‌پریشی را نشان می‌داد از ادامه روند کنار گذاشته می‌شد.

۳-۲) ابزار مطالعه

ابتدا برای مشخص شدن شرایط خشونت و شناسایی قربانیان آزار از مقیاس تاکتیک‌های تعارضی ـ ۲ (CTS-2)[1] استراس و همکاران (Straus, et al., 1996) استفاده شد. این مقیاس به صورت دو جانبه (وقتی مردان و زنان از شرایط خشم حاکم بر خود گزارش می‌دهند[2] و یا آن زمان که خشونت می‌ورزند[3]) به ارزیابی خشونت خانوادگی اختصاص دارد و خشونت را در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، زورگویی جنسی و آسیب و صدمهٔ جسمی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس فوق دارای یک خرده مقیاس برای نشان دادن استفاده از روش مذاکره به عنوان روشی غیرخشن نیز می‌باشد. ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۸ و ثبات درونی مقیاس‌های پنج‌گانهٔ CTS-2 از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (استراس و همکاران، ۱۹۹۶). این مقیاس در ایران برای نخستین بار توسط محمدخانی (۱۳۸۴) به فارسی برگردانده شد و با کسب اجازه از استراس به کار گرفته شد. در پژوهش حاضر نمرات این مقیاس بیان‌گر شرایط خشونت‌آمیز آزمودنی‌ها بود (نمرات بالاتر یعنی خشونت بیش‌تر). میانگین ضریب پایایی مقیاس‌های CTS-2 با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۷۹ برای خشونت روان‌شناختی تا ۰/۹۱ برای مذاکره گزارش شده است (محمدخانی،۱۳۸۴).

در این پژوهش از مقیاس تجدید نظر شدهٔ علائم (SCL-90-R)[4] نیز برای سنجش علائم

1. Conflict Tactics Scale 2
2. Experiencing
3. Enacting
4. Symptoms Check list – 90 – Revised

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

روانی آزمودنی‌ها استفاده شد. SCL-90-R یک پرسش‌نامهٔ خود گزارشی علائم است که الگوهای علائم روان‌شناختی افراد جامعه را مورد ارزیابی قرار داده (Deragotis & Deragotis,1992) و مشتمل بر ۹۰ آیتم است که ۹ بعد علائم اولیه و سه شاخص کلی را پوشش می‌دهد. نحوهٔ ارزیابی که فرد توسط پرسش‌نامه از خود به عمل می‌آورد، براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰ تا ۴) است که درجات آن از «به هیچ وجه» تا «شدید» گسترده است. این ۹ بعد علائم و سه شاخص کلی به قرار زیر است:

الف) جسمانی کردن[1]
ب) وسواس ـ اجبار[2]
ج) حساسیت بین فردی
د) افسردگی
هـ) اضطراب
و) خصومت[3]
ز) اضطراب فوبیک یا مرضی
ح) افکار پارانوئیدی
ط) روان پریش‌گرایی[4]
ی) شاخص شدت کلی[5] (GSI)
ک) شاخص علائم مثبت آشفتگی[6] (PSDI)
ل) کل علائم مثبت[7] (PST).

1. Somatization
2. Obsessive-compulsive
3. Hostility
4. Psychoticism
5. Golobal Severity Index (GSI)
6. Positive Symptom Distress Index (PSDI)
7. Positive Symptom Total (PST)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

شاخص‌های کلی به منظور انعطاف‌پذیری بیش‌تر ارزیابی کلی وضعیت آشفتگی روان‌شناختی ارائه شده و خلاصه‌ای از سطوح آشفتگی روان‌شناختی و علامت‌شناسی را به‌دست می‌دهند (محمدخانی، ۱۳۸۲). نمرات شرکت‌کنندگان در این پرسش‌نامه نشان‌گر نشانگان روان‌پزشکی در آزمودنی‌ها بود. در این پژوهش ضریب پایایی کلی SCI-90-R از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

در مطالعهٔ حاضر برای سنجش آسیب‌شناسی روانی زنان قربانی آزار، در کنار SCL-90-R از پرسش‌نامهٔ نیم‌رخ شخصی ـ ارتباطی[1] (PRP) (استراس و مرادیان، ۱۹۹۹) نیز استفاده شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۲ خرده مقیاس است که غالباً برای شناسایی عوامل زمینه‌ساز خشونت خانوادگی در روابط زناشویی یا نامزدی کاربرد دارد. برخی از مقیاس‌های پرسش‌نامه نیم‌رخ شخصی ـ ارتباطی، مشکلات فردی و برخی دیگر مشکلات ارتباطی را می‌سنجند. این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: مدیریت خشم، نشانگان شخصیت ضداجتماعی، نشانگان شخصیت مرزی، نشانگان افسردگی، تعارض، مشکلات ارتباطی، سابقهٔ بزه‌کاری، چیرگی و تسلط[2]، خصومت نسبت به مردان[3] و خصومت نسبت به زنان، حسادت، اسنادهای منفی[4]، سابقهٔ غفلت[5]، استرس پس از ضربه[6]، تعهد ارتباطی[7]، کنترل خود، یکپارچگی اجتماعی[8]، شرایط فشارزا، سوء مصرف مواد، سابقهٔ آزار جنسی، تأئید خشونت[9] و اجتماعی شدن خشونت[10] (Straus & Mouradian, 1999).

1. Personal Relationship Profile
2. Dominance
3. Gender Hostility to Men
4. Negative Attribution
5. Neglect History
6. Post Traumatic Stress
7. Relationship Commitment
8. Social Integration
9. Violence Approval
10. Violence Socialzation

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

برای پایایی PRP، استراس و مرادیان (Straus & Mouradian, 1999) با توجه به تعداد کم سؤال‌های هر مقیاس، آلفای ۰/۶۰ تا ۰/۶۹ را مناسب می‌دانند. ضریب آلفای ۰/۷۰ و بالاتر نشان‌گر پایایی خوب و آلفای ۰/۸۰ حاکی از پایایی بالا است. آن‌ها میانگین ضریب آلفای ۰/۷۴ را برای PRP گزارش داده‌اند. نمرات آزمودنی‌ها در PRP حاکی از مشکلات شخصی ـ ارتباطی آن‌ها بود (نمرات بالاتر به معنی مشکلات بیش‌تر). در مطالعهٔ حاضر، اجرای مقدماتی PRP پایایی آن را به روش ضریب هم‌سانی درونی برای مقیاس‌های مختلف از ۰/۶۰ تا ۰/۷۳ نشان داد و میانگین ضریب پایایی مقیاس‌ها ۰/۶۳ بود. این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط محمدخانی (۱۳۸۴) به فارسی برگردانده و پس از تأئید استراس مورد استفاده قرار گرفت. ضریب پایایی خرده مقیاس‌های آن از ۰/۶۸ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد.

۴-۲) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های محاسبهٔ میانگین و انحراف معیار، همین‌طور آزمون t برای مقایسهٔ میانگین گروه‌ها و بالاخره ترسیم نیم‌رخ آسیب‌شناسی و مشکلات شخصی ـ ارتباطی آزمودنی‌های پژوهش استفاده شد.

۳) یافته‌ها

ابتدا بر مبنای عملکرد آزمودنی‌ها بر روی CTS-2 و نمرات آنان در خرده مقیاس‌های آن، زنان قربانی خشونت و آنان که گزارشی از خشونت خانوادگی نداده بودند شناسایی شدند و سپس داده‌های مربوط به SCl-90-R و PRP برای هر دو گروه مورد تحلیل قرار گرفت. شناسایی موارد قربانی خشونت با تعیین نمرهٔ برش دو انحراف معیار بالاتر از میانگین در CTS-2 میسر شد.

جدول شمارهٔ ۱ داده‌های مربوط به میانگین، انحراف معیار و آزمون t برای دو گروه مستقل قربانی (آزاردیده) و غیرقربانی (غیرآزاردیده) را در مقیاس‌های PRP نشان می‌دهد. تفاوت گروه‌ها عمدتاً در مقیاس‌های مدیریت خشم، نشانگان شخصیت مرزی، سابقهٔ بزه‌کاری،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

تعارض، نشانگان افسردگی، خصومت جنسی، اسنادهای منفی، تعهد ارتباطی، آشفتگی ارتباطی، یکپارچگی اجتماعی و سوء مصرف مواد معنادار است (جدول و نمودار شمارهٔ ۱).

جدول شمارهٔ ۲ وضعیت دو گروه را بر حسب ۹ خرده مقیاس SCL-90-R و سه شاخص شدت کلی، شاخص علائم مثبت کلی و شاخص کل علائم مثبت نشان می‌دهد. چنان‌چه ملاحظه می‌شود تفاوت‌ها برای مقیاس‌های جسمانی کردن، حساسیت بین فردی، افسردگی، افکار پارانوئیدی و بالاخره کل علائم مثبت معنادار است. مقایسهٔ زنان قربانی و غیر قربانی خشونت بر مبنای SCL-90-R حاکی از آن است که گروه قربانی به طور معناداری از مشکلات جسمانی کردن، افسردگی، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئیدی و علائم مثبت اختلال روانی رنج می‌بردند (جدول و نمودار شمارهٔ ۲).

جدول ۱: آزمون t مستقل در دو گروه زنان دارا و فاقد تجربهٔ خشونت خانوادگی (آزار) در مقیاس‌های ۲۲ گانهٔ پرسش‌نامه PRP

مقیاس	گروه‌ها / شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	T	P
مدیریت خشم (AM)	آزار دیده*	۴۵/۱۸	۸/۳۱	۳/۴۳	۰/۰۰۱*
	غیرآزاردیده**	۵۰/۶۰	۸/۰۱		
نشانگان شخصیت ضد اجتماعی (ASP)	آزار دیده	۵۰/۹۸	۹/۸۸	۱/۲۵	۰/۲۱
	غیر آزار دیده	۴۸/۷۷	۸/۸۸		
نشانگان شخصیت مرزی (BOR)	آزار دیده	۴۵/۱۸	۸/۳۱	۳/۴۳	۰/۰۰۱*
	غیر آزار دیده	۵۰/۶۰	۸/۰۱		
سابقه بزه‌کاری (CH)	آزار دیده	۵۱/۹۲	۱۰/۴۷	۲/۷۱	۰/۰۱*
	غیر آزار دیده	۴۶/۵۹	۷/۵۱		
تعارض (CON)	آزار دیده	۵۳/۸۶	۱۰/۶۶	۲/۸۲	۰/۰۰۵*
	غیر آزار دیده	۴۸/۷۵	۹/۱۸		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

ادامهٔ جدول ۱

مشکلات ارتباطی (CP)	آزار دیده	۴۸/۵۵	۱۰/۴۴	۰/۲۶	۰/۷۹
	غیر آزار دیده	۴۸/۰۴	۷/۹۱		
نشانگان افسردگی (DEP)	آزار دیده	۶۰/۳۷	۹/۵۵	۶/۰۱	۰/۰۰۰*
	غیر آزار دیده	۵۱/۰۰	۷/۶۴		
چیرگی و تسلط (DOM)	آزار دیده	۴۹/۷۶	۹/۰۷	۰/۹۳	۰/۳۶
	غیر آزار دیده	۴۸/۲۷	۸/۰۳		
خصومت جنسی (GH)	آزار دیده	۵۵/۱۷	۹/۸۶	۳/۲۰	۰/۰۰۲*
	غیر آزار دیده	۴۹/۱۱	۹/۶۳		
حسادت (GEL)	آزار دیده	۵۱/۹۴	۹/۵۹	۱/۷۱	۰/۰۹
	غیر آزار دیده	۴۸/۸۵	۹/۱۵		
اسنادهای منفی (NA)	آزار دیده	۵۳/۶۹	۱۰/۵۰	۲/۶۹	۰/۰۰۸*
	غیر آزار دیده	۴۸/۷۷	۹/۰۸		
سابقهٔ غفلت (NH)	آزار دیده	۵۲/۷۱	۷/۹۷	۲/۴۸	۰/۰۱۴
	غیر آزار دیده	۴۸/۶۶	۸/۴۲		
سندرم نشانگان پس از ضربه (PTS)	آزار دیده	۵۲/۱۹	۱۲/۴۸	۰/۹۶۴	۰/۳۴
	غیر آزار دیده	۴۹/۹۱	۹/۶۰		
تعهد ارتباطی (RC)	آزار دیده	۴۲/۱۹	۸/۱۱	۴/۳۵	۰/۰۰۰*
	غیر آزار دیده	۴۸/۵۵	۷/۳۶		
آشفتگی ارتباطی (RD)	آزار دیده	۵۸/۱۱	۱۰/۰۶	۴/۱۱	۰/۰۰۰*
	غیر آزار دیده	۵۰/۳۳	۷/۲۵		
سابقهٔ آزار جنسی (SAH)	آزار دیده	۵۲/۳۹	۱۲/۶۵	۱/۶۳	۰/۱۱
	غیر آزار دیده	۴۸/۵۲	۸/۶۷		
کنترل خود (SC)	آزار دیده	۴۶/۱۵	۸/۶۰	۱/۵۳	۰/۱۳
	غیر آزار دیده	۴۸/۹۶	۹/۴۷		

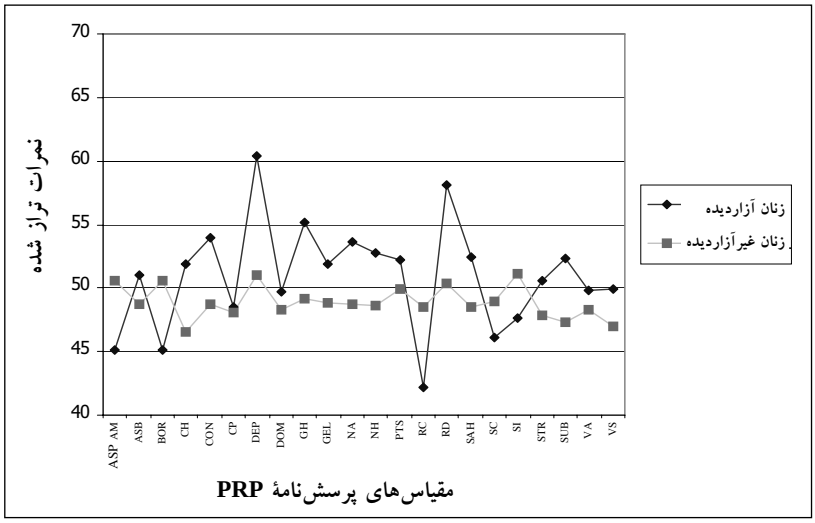
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

ادامهٔ جدول ۱

یکپارچگی اجتماعی (SI)	آزار دیده	۴۷/۵۹	۶/۵۰	۲/۳۴	۰/۰۲۱*
	غیر آزار دیده	۵۱/۱۵	۸/۰۱		
شرایط فشارزا (STR)	آزار دیده	۵۰/۶۰	۱۰/۶۸	۱/۴۹	۰/۱۳۷
	غیر آزار دیده	۴۷/۸۸	۹/۰۰		
سوءمصرف مواد (SUB)	آزار دیده	۵۲/۳۸	۱۱/۷۲	۲/۳۱	۰/۰۲۷*
	غیر آزار دیده	۴۷/۳۳	۷/۵۵		
تأیید خشونت (VA)	آزار دیده	۴۹/۸۲	۱۰/۲۲	۰/۸۷	۰/۳۸
	غیر آزار دیده	۴۸/۲۴	۹/۰۸		
اجتماعی شدن خشونت (VS)	آزار دیده	۴۹/۵۸	۹/۳۱	۱/۶۱	۰/۱۱
	غیر آزار دیده	۴۶/۹۴	۸/۱۴		

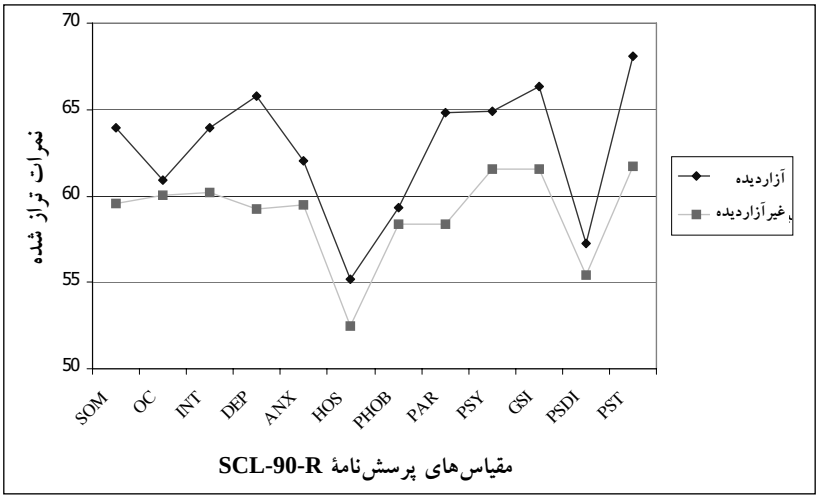
* n=۳۱ , ** n=۱۶۵

نمودار ۱: مقایسهٔ نمرات گروه زنان دارا و فاقد تجربهٔ خشونت خانوادگی (آزار) در مقیاس‌های ۲۲ گانهٔ پرسش‌نامه PRP



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

نمودار ۲: مقایسهٔ نمرات دو گروه زنان دارا و فاقد تجربهٔ خشونت خانوادگی (آزار) در پرسش‌نامهٔ SCL-90-R



جدول ۲: آزمون t مستقل در دو گروه زنان دارا و فاقد تجربهٔ خشونت خانوادگی (آزار) در پرسش‌نامهٔ SCL-90-R

مقیاس	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	P
جسمانی کردن (SOM)	آزار دیده	۲۲	۶۳/۹۵	۸/۸۴	۲/۲۷	۰/۰۲۵*
	غیر آزاردیده	۱۰۱	۵۹/۵۵	۸/۱۱		
وسواس- اجبار (OC)	آزار دیده	۲۴	۶۰/۹۱	۷/۵۹	۰/۴۴	۰/۶۶
	غیر آزاردیده	۱۵۱	۶۰/۰۷	۸/۷۲		
حساسیت بین فردی (INT)	آزار دیده	۲۳	۶۳/۹۱	۵/۰۰	۲/۷۷	۰/۰۰۸*
	غیر آزاردیده	۱۲۱	۶۰/۱۸	۹/۳۴		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

ادامهٔ جدول ۲

افسردگی (DEP)	آزار دیده	۲۱	۶۵/۷۶	۷/۴۲	۳/۰۷	۰/۰۰۳*
	غیر آزاردیده	۱۱۰	۵۹/۲۲	۹/۱۷		
اضطراب (ANX)	آزار دیده	۲۷	۶۲/۰۳	۷/۸۴	۱/۳۴	۰/۱۸۳
	غیر آزاردیده	۱۵۰	۵۹/۴۸	۹/۳۳		
خصومت (HOS)	آزار دیده	۱۸	۵۵/۱۶	۱۰/۶۵	۱/۱۲۲	۰/۲۶۴
	غیر آزاردیده	۱۳۰	۵۲/۴۶	۹/۴۳		
اضطراب فوبیک (PHOB)	آزار دیده	۱۸	۵۹/۳۳	۱۲/۷۹	۰/۳۱	۰/۷۶
	غیر آزاردیده	۱۱۳	۵۸/۳۹	۱۱/۸۵		
افکار پارانوئیدی ((PAR))	آزار دیده	۱۹	۶۴/۸۴	۱۱/۴۹	۲/۲۷	۰/۰۲۵*
	غیر آزاردیده	۱۰۹	۵۸/۳۹	۱۱/۴۰		
روان‌پریشی‌گرایی (PSY)	آزار دیده	۲۴	۶۴/۹۱	۹/۸۳	۱/۴۹	۰/۱۴
	غیر آزاردیده	۱۵۰	۶۱/۵۲	۱۰/۴۸		
شاخص شدت کلی (GSI)	آزار دیده	۱۳	۶۶/۳۰	۶/۶۸	۱/۸۹	۰/۰۶۲
	غیر آزاردیده	۹۲	۶۱/۵۳	۸/۷۵		
شاخص علائم مثبت کلی (PSDI)	آزار دیده	۱۴	۵۷/۲۸	۶/۰۵	۱/۰۰۲	۰/۳۲
	غیر آزاردیده	۹۶	۵۵/۴۲	۶/۵۴		
کل علائم مثبت (PST)	آزار دیده	۱۸	۶۸/۰۵	۷/۸۳	۲/۶۵	۰/۰۰۹*
	غیر آزاردیده	۱۱۴	۶۱/۷۲	۹/۶۳		

* n=31 ** n=165

۴) بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه روش‌شناسی این مطالعه تعیین اولیه یا ثانویه بودن آسیب‌شناسی و مشکلات شخصی ـ ارتباطی آزمودنی‌های پژوهش را در موضوع خشونت خانوادگی میسر نمی‌سازد،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

به این معنی که با یافته‌های پژوهش حاضر نمی‌توان نتیجه گرفت که این آسیب‌ها و مشکلات ناشی از شرایط خشونت و یا سبب‌ساز آن هستند، ولی همان‌گونه که ملاحظه شد نتایج حاصل از مقایسهٔ زنان قربانی و غیرقربانی خشونت (به سر بردن در شرایط خشونت براساس عملکرد دو گروه با استفاده از CTS-2 مشخص شده بود)، تفاوت‌های معنی‌داری را در نیم‌رخ‌های آسیب‌شناسی و مشکلات شخصی و ارتباطی بین دو گروه نشان داد؛ به‌طوری که در سایر مطالعات مانند مطالعاتی که به منظور شناسایی پیامدهای خشونت خانوادگی صورت گرفته شده و یا مطالعاتی که به بررسی عوامل زمینه‌ای موضوع خشونت خانوادگی اختصاص داشته‌اند نیز نشان داده شده است، برخی از این تفاوت‌ها را می‌توان به عوامل زمینه‌ای و برخی را به پیامدهای خشونت نسبت داد. چنان‌چه ملاحظه شد تفاوت‌های مقیاس‌های جسمانی‌سازی، حساسیت بین فردی، افسردگی و شاخص کل علائم مثبت را در SCl-90-R می‌توان در سطح هر دو دسته عوامل زمینه‌ای و پیامدهای خشونت مورد توجه قرار داد. هم‌چنین همان‌گونه که ملاحظه شد، دو گروه قربانی و غیرقربانی خشونت در اکثر خرده مقیاس‌های PRP یعنی مقیاس‌های مربوط به مشکلات شخصی و روابط بین فردی نیز تفاوت معنی‌داری نشان دادند. به طور کلی تفاوت نیم‌رخ‌های قربانیان در SCL-90-R و PRP حکایت از برخی عوامل زمینه‌ساز و رنج حاصل از خشونت در گروه مذکور داشت. چنان‌چه اشاره شد، داتون (Dutton, 1993) در بررسی آسیب‌شناسی روان‌شناختی در خشونت خانوادگی بر راهبرد درک و شناخت نیم‌رخ شخصی قربانیان تأکید داشت. استراس و اسمیت (Straus & Smith, 1990) در نیم‌رخ شخصی زنان قربانی خشونت خانوادگی به نشانگان افسردگی و اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند. استراس و همکاران (Straus, 2005) در چارچوب درماندگی آموخته شده به افسردگی و علائم واضح آن در شرایط خشونت به عنوان پیامد خشونت در زنان کتک‌خورده اشاره داشته‌اند؛ در حالی‌که استس (stets,1991) مهم‌ترین پیش‌بینی‌کنندهٔ پرخاشگری روانی را نیاز به کنترل در مرتکبین خشونت می‌داند.

والکر (Walker, 1993) به نوعی فرعی از الگوی PTSD با طرح "نشانگان زنان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

کتک‌خورده" پرداخته که سطوح بالای نقص عملکرد روانی ـ جنسی، افسردگی شدید، علائم و نشانگان PTSD، اختلال اضطراب تعمیم یافته و علائم اختلال وسواسی ـ جبری آن را مشخص می‌کند. در همین راستا ساندرز (Saunders, 1994) گزارش داده است که ۴۵درصد زنان قربانی خشونت خانوادگی علائم استرس پس از ضربه را نشان می‌دهند. در مطالعهٔ حاضر زنان قربانی خشونت، مشکلات شخصی ـ ارتباطی را با تفاوت معناداری در خرده مقیاس‌های مدیریت خشم، نشانگان شخصیت مرزی، سابقهٔ بزه‌کاری، تعارض، نشانگان افسردگی، خصومت جنسی، اسنادهای منفی، تعهد ارتباطی، آشفتگی ارتباطی با زنان غیرقربانی نشان دادند. از دیدگاه برگ (Berg, 2004) این تفاوت‌ها طیف وسیعی از علائم آسیب‌شناسی روانی را که این‌گونه زنان تجربه می‌کنند در برمی‌گیرد. برخی از این تفاوت‌ها نیز حکایت از مشکلاتی دارند که به‌زعم بارنت و همبرگر (Barnet & Hamberger, 1992) زنان قربانی خشونت آن را به شکل خصومت، حسادت، ناامنی و وابستگی عاطفی بروز می‌دهند. در ایران نیز ربیعی و همکاران (۱۳۸۱) سابقهٔ آسیب‌شناسی روانی را در قربانیان خشونت گزارش داده است. لارستافی (۱۳۸۵) شیوع اختلالات روانی را در زنان قربانی خشونت بیش‌تر از زنان عادی برآورد کرده است. همین‌طور خودکشی، دیگرکشی، افسردگی، ترس، اضطراب، مشکلات تغذیه‌ای، اختلالات جنسی، وسواس و PTSD در زنان تحت خشونت از سوی فرهادیان (۱۳۸۰) و موحدی و احدی (۱۳۸۵) گزارش شده است. از نکات عمده‌ای که در پژوهش حاضر مشخص شد، نشانگان افسردگی و اضطراب بود که زنان قربانی خشونت براساس هر دو ابزار پژوهش گزارش داده بودند. استراس و اسمیت (Straus & Smith, 1990) هر دوی این حالات و همچنین خودکشی را در زنان کتک خورده مورد توجه قرار داده‌اند. بارنت و همکاران (Barnet, et al., ۱۹۹۷) افسردگی و اقدام به خودکشی را پدیده‌های متعاقب احساس درماندگی قلمداد کرده‌اند که ناشی از خشونت است. در واقع آن‌ها این مشکلات روان‌شناختی را پدیده‌های ثانوی به خشونت دانسته‌اند. جدا از آسیب‌شناسی فردی، همان‌گونه که ملاحظه شد، یافته‌های پژوهش حکایت از عوامل بین فردی در موضوع خشونت داشت، عواملی که در خرده مقیاس‌هایی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

مانند تعارض، خصومت جنسی و آشفتگی ارتباطی در زنان قربانی خشونت آشکار شد. کاتز و آریا (Katz & Aria, 1999) در کنار طرح عوامل فردی به همبستگی این عوامل با عوامل بین فردی اشاره داشتند. دالتون و استراس (Dulton & Straus, 2005) نیز به رابطهٔ بین خصومت علیه جنس مخالف و زورگویی از جانب مرتکبین به عنوان یک پدیدهٔ جامعه‌شناختی در سبب‌شناسی آزار جنسی دست یافتند و نه ویژگی‌هایی که قربانیان را توصیف می‌کند. این یافته‌ها در سطح عوامل زمینه‌ساز مورد بحث قرار می‌گیرند، که با آنچه پژوهش حاضر به آن دست یافت هم‌سو هستند. به‌طور خلاصه، با توجه به فراگیر بودن موارد خشونت خانوادگی، آگاه‌سازی جامعه نسبت به عوارض و پیامدهای آسیب‌شناختی کوتاه‌مدت و درازمدت ناشی از خشونت که در این پژوهش به بخش کوچکی از آن‌ها اشاره شد باید در صدر برنامه‌های بهداشت روانی و برنامه‌های پیشگیری قرار گیرد؛ چه در غیر این صورت، خشونت در زیر پوست خانواده‌ها به گونه‌ای جریان خواهد داشت که حتی توسط آن‌ها درک نمی‌شود و فقط پیامدهای آن دامن‌گیر همهٔ اعضاء خانواده خواهد بود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

منابع

References

- ربیعی، محمد سیف؛ رمضانی، فهیمه؛ نادیا، زینب. (۱۳۸۱)، «همسرآزاری و عوامل موثر بر آن»، **فصلنامه پژوهش زنان**، شمارهٔ ۴.
- سادوک، بنجامین، جی. و سادوک، ویرجینیا، آ. (۱۳۸۲)، **خلاصه روان‌پزشکی** (ترجمهٔ دکتر نصرت ا... پور افکاری)، تهران، انتشارات شهرآب.
- سام گیس، بنفشه. (۱۳۷۷)، «چرا همسران را آزار می‌دهند؟» **روزنامهٔ خرداد**، ۸ دی.
- شمس، حسن. و امامی‌پور، سوزان. (۱۳۸۲)، «بررسی میزان رواج همسرآزاری و عوامل موثر بر آن». **فصلنامه پژوهش زنان**، دورهٔ ۱، شمارهٔ ۵، بهار ۸۴.
- فرهادیان، طاهره. (۱۳۸۰)، «سوء رفتار در خانواده، سوء رفتار نسبت به زنان، کودکان و سالمندان»، **خلاصهٔ مقالات همایش‌های سراسری سلامت در خانواده**، دانشکدهٔ مامایی اراک.
- مافی، مهوش. (۱۳۸۲)، **بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی مرتکبین خشونت خانوادگی**، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س)، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناختی.
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۲)، **گزارش پژوهشی بررسی همه‌گیرشناسی افکار و اقدام به خودکشی عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز خودکشی در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ایران**، مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری.
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴)، **گزارش پژوهشی خشونت خانوادگی با تأکید عمده بر همسرآزاری، شناسایی جنبه‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی روانی آن**، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.
- ملکی لارستافی، علی. (۱۳۸۵)، «پژوهشی پیرامون اختلالات روانی در زنان کتک خورده»، **خلاصه مقالات دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران**.
- موحدی، علی فخر. و احدی، فاطمه. (۱۳۸۵)، «قربانیان خاموش»، **خلاصهٔ مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده**، دانشکدهٔ مامایی اراک.

- Barnett, O. W; Miller-Perrin, C. L. & Perrin, R. G. (1997), **Family Violence Across the Life Span: An Introduction**, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Barnett, O. W. & Hamberger, L. L. (1992), "The Assessment of Martially Violent Men on the California Psychological Inventory", **Violence and Victims**, 7.
- Berg, Alfred, O. (2004), "Screening for Family and Intimate Partner Violence:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

References منابع

Recommendation Statement", **Annuals of Family Medicine**, 2.

- Deragotis & Deragotis. (1992), **SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual**, Second Edition, Clinical Psychometric Research, U.S.A.
- Dulton-Green, L. B. & Straus.M.A. (2005), "The Relationship between Hostility toward the Other Sex and Sexual Coercion", **Posters presented at the 10th International conference on Family Violence**, Sandi ego, CA, September 2005.
- Dutton, D.G. (193l), "Patriarchy and Wife Assault: The Ecological", **Violence and Victims**. 9(2).
- Katz, J. & Aria, J. (1999), "Psychological Abuse and Depressive Symptoms in Dating Women: Do Different of Abuse Have Differentaienets?", **Journal of Family Violence**, 14, (3).
- Kemp, Alan. (1998), **Abuse in the Family**, Brooks / Cole Publishing Company, USA.
- Saunders, D. G. (1994), "Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Battered Women: A Comparison of Survivors in Two Setting", **Violence and Victims**, 9.
- Stets, J. E. (1991), "Psychological Aggression in Dating Relationships: The Role of Interpersonal Control", **Journal of Family Violence**, 6.
- Straus, M. A. & Smith, C. (1990), "Family Patters of Primary Prevention of Family Violence", In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds), **Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptation to Violence in 8, 145 Families**, New Brunswick, NJ: Transition Book.
- Straus, M. A. et al. (2005), "Neglect Victimization of University Student in 19 Countries and Its Relation to Depression and Violence Against Dating Partners", **Paper presented at the American Society of Victimology**, Third American Symposium on Victimology, Fresno. California.
- Straus, M. A. (2005). "Neglect and Depressive Symptoms: A Cross National Study of University Students in 19 Countries", **Paper presented at the 19th International Family Violence Research Conference**, Portsmouth, NH.
- Straus, M. A. & Mouradian, Vera, E. (1999), "Preliminary Psychometric Data

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

References منابع

For the Personal and Relationships Profile (PRP): A Multi-Scale Tool for Clinical Screening and Research on Partner Violence". **Journal of Family Issues**, 17.

- Straus, M. A; Sherry L.; Hamby, Susan, Boney- McCoy. & David B.Sugarman. (1996), "The Revise Conflict Tactic Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data", **Journal of Family Issues**, 17.
- Straus, M. A. (2001), **Beating The Devil out of Them: Corporal Punishment in American Families And Its Effect on Children**, 2nd Edition (2nd ed), New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Sugarman, D. B. & Hotaling, G. T. (1989), "Dating Violence: Prevalence, Context and Risk Markers", In M. A. Pirog – Good & J. E. Stets. (Eds.), **Violence in Dating Relationship: Emerging Social Issues**, New York, Praeger.
- Walker, L. E. A. (1993), "The Battered Woman Syndrome Is a Psychological Consequence of Abuse", In R. J. Gelles & D.R. Loseke. (Eds.), **Current Controversies on Family Violence**, Newbury Park, CA, Sage.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]