

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۶/۰۲

تاریخ بررسی مقاله: ۹۴/۰۹/۰۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۰/۱۳

DOI: 10.22055/jacp.2017.12533

مجله دستاوردهای روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز، زمستان ۱۳۹۴
دوره‌ی اول، سال ۱، شماره ۴
ص:ص: ۳۰-۱۵

مقایسه نیم‌رخ روانی زنان قربانی همسر آزاری مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی و زنان عادی خراسان جنوبی

اعظم زغبی‌زاده^۱، قاسم آهی^{۲*} و فاطمه شهابی‌زاده^۳

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه نیم‌رخ روانی بر مبنای MMPI در زنان عادی و مورد آزار واقع‌شده انجام شد. پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن را کلیه زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی خراسان جنوبی که به‌عنوان آزاردیده تشخیص داده شدند (۶۸ نفر)، تشکیل داد. از بین جامعه زنان عادی مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی نیز به همان تعداد نمونه (۶۸ نفر) که هر دو گروه بر اساس شاخص‌های دامنه سنی، جنس، سطح تحصیلات و سطح اقتصادی و اجتماعی هم‌تا شده بودند، انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل واریانس چند متغیری به کار رفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین زنان عادی و آزاردیده در نیم‌رخ‌های روانی تفاوت وجود دارد. میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای وابسته نشان‌دهنده این بود که میانگین نمره‌های زنان آزاردیده در تمامی نیم‌رخ‌های روانی بیشتر از زنان عادی است. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود از نیم‌رخ روانی برای شناسایی زود هنگام زنان آسیب دیده استفاده شود.

کلید واژگان: زنان قربانی، همسرزاری، آزمون مینه‌سوتا، نیم‌رخ روانی.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

ahigh1356@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

خشونت خانگی علیه زنان به سوء رفتار کلامی، روان‌شناختی و فیزیکی در بافت روابط نزدیک با همسر اشاره دارد (ایورسون، شنک، فروزتی^۱، ۲۰۰۹). خشونت به‌عنوان رفتاری در یک رابطه نزدیک اطلاق می‌شود که آسیب بدنی، جنسی یا روان‌شناختی ایجاد می‌کند و شامل اعمال پرخاشگرانه فیزیکی، اجبار سوء رفتار روان‌شناختی جنسی، و کنترل رفتار زنان است (وندرن، یونز، دینز و سیبلی^۲، ۲۰۱۲). خشونت خانگی علیه زنان بر حسب فرهنگ‌ها و جوامع متفاوت می‌باشد، اما وجود آن یک واقعیت اجتماعی است و در تمامی فرهنگ‌ها، طبقات اجتماعی، مذهب‌ها و موقعیت‌های جغرافیایی اتفاق می‌افتد (دافونزکا، اگری، گیودس، گاتریس و تزیی^۳، ۲۰۱۱) شیوع خشونت علیه زنان متفاوت گزارش شده است (وود هوس و دمپسی^۴، ۲۰۱۶). در انگلستان و ولز گزارش شده که حدود ۴/۵ میلیون زن قربانی خشونت هستند (دیورایس، ماک، گارسیا-مونثو، پتزولد، چیلد و همکاران^۵، ۲۰۱۳).

مؤسسه سرشماری آماری استرالیا^۶ (۲۰۱۲) نشان داد که ۴۰/۸ درصد از زنان استرالیایی تجربه خشونت قبل از ۱۸ سالگی را داشته‌اند. در گزارش سازمان بهداشت جهانی^۷ (۲۰۰۵) در مطالعه ۲۴۰۰۰ زن در ۱۰ کشور دنیا شیوع ۱۳ تا ۶۱ درصدی خشونت جسمانی، ۶ تا ۵۹ درصد خشونت جنسی و ۲۰ تا ۷۵ درصد خشونت روان‌شناختی را گزارش کردند. در ایران نیز شیوع ۸۴/۴ درصد (۵۵/۸ درصد خشونت جسمی، ۸۱/۲ درصد خشونت روان‌شناختی و ۲۵/۳ درصد خشونت جنسی) را گزارش می‌کنند (رمضانی، کرامت، متقی، محبت‌چور و خسروی^۸، ۲۰۱۵). قهاری، بولهری، عاطف‌وحید، احمدخانی‌ها، پناغی و همکاران^۹ (۲۰۰۹) در بررسی همسر آزاری و سلامت روان ۱۱۶۸ زن تهرانی شیوع ۸۲/۶ درصد سوء استفاده جسمی و جنسی را گزارش کردند. به‌علاوه درخشان‌پور، محبوبی و کشاورزی (۱۳۹۳) این

1. Iverson, Shenk, & Fruzzetti
2. Vanderende, Yount, Dynes, & Sibley
3. Da Fonseca, Egry, & Guedes
4. Woodhouse & Dempsey
5. Devries, Mak, Garcia-Moreno, Petzold, Child, & et al
6. Australian Bureau of Statistics
7. World Health Organization
8. Ramezani, Keramat, Motaghi, Mohabat Pur, & Khosravi
9. Ghahari, Bolhari, Atef Vahid, Ahmadvhaniha, Panaghi, & et al

میزان را ۹۲ درصد و معاشری، میری، ابولحسن‌نژاد، هدایتی و زنگویی (۱۳۹۱) شیوع ۴۲/۳ درصد گزارش کردند. در علت‌شناسی همسرآزاری در سطح فردی، افزون بر تمرکز بر ویژگی‌های عامل (فرد اعمال‌کننده خشونت)، بررسی ویژگی‌های قربانی (شخصی که مورد سوء استفاده رفتار قرار گرفته است) نیز ضروری است زیرا تعامل این دو است که به این گونه اعمال خشونت‌آمیز منجر می‌شود. در بسیاری از موارد وقوع حادثه‌ای خشونت بار، ناشی از ضعف یا مستعد بودن فرد قربانی است. حتی در مواردی این خود قربانی است که عامل (همسر) را به عمل واداشته و به‌عبارتی می‌توان او را در حد معاون عامل نیز مسئول دانست (کار، ۲۰۰۰ به نقل از پناغی، پیروزی، شیرین‌بیان و احمدآبادی، ۱۳۹۰).

فرضیه تعامل بین عوامل حساسیت‌پذیری وراثتی و محیطی، نظیر تجربه‌های ترومایی (پاریس، ۱۹۹۶، به نقل از پیکو-آلفانزو، اچوورا و مارتینز^۱ (۲۰۰۸) ما را به این فرضیه هدایت می‌کند که قربانیان خشونت همسر در معرض خطر بالای افزایش علائم اختلال شخصیت هستند. علی‌رغم تحقیقات بسیار درباره رابطه‌ی بین همسرآزاری و اختلالات شخصیتی محور I تحقیقات تجربی نسبتاً کمی درباره‌ی رابطه‌ی بین همسرآزاری و اختلالات شخصیتی وجود دارد. گولیر، یهودا، بیرر، میتروپولیو، نیو و همکاران^۲ (۲۰۰۳) نشان دادند که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئیدی در مقایسه با افراد غیرمبتلا، احتمال بیشتری برای تجربه خشونت فیزیکی همسر در بزرگسالی وجود دارد. پیکو-آلفانزو و همکاران (۲۰۰۸) گزارش می‌کنند زنان قربانی خشونت همسر در مقایسه با زنان گروه کنترل از نظر امتیاز شخصیت گوشه‌گیر، طفره‌رو، محکوم به شکست و همچنین در سه شخصیت آسیب‌شناسی (گوشه‌گیری، مرزی، پارانوئید) امتیاز بالاتری داشتند. محققان دیگر شیوع نوروتیسم بالا، خوش‌مشربی پایین، فقدان انعطاف‌پذیری (زبردست، یوسف‌آباد و محمود علیلو^۳، ۲۰۱۳)؛ نمره پایین در کسب تجربه و برون‌گرایی و نمره بالاتر در وجدان‌گرایی (کاملیا و ایونا^۴، ۲۰۱۵)؛ شیوع بالای افکار خودکشی (دیورایس، واتز^۵، یوشی‌هاما^۶، پتزولد، چایلد و همکاران، ۲۰۱۱)؛ اختلال شخصیت ضد اجتماعی و

1. Pico-Alfonso, Echeburua, & Martinez
2. Golier, Yehuda, Bierer, Mitropoulou, New, & et al
3. Zebardast, Yousefabad, & Mahmoud Alilou
4. Camelia & Ioana
5. Watts
6. Yoshihama

اختلال شخصیت وسواس جبری (گلیسون^۱، ۱۹۹۳) حتی همراه با خیال‌پردازی‌های پارانوئیدی (ریگز، کیل‌پاتریک و رسنیک^۲، ۱۹۹۲) را در زنان قربانی خشونت همسر گزارش کردند. به‌علاوه تحقیقات مربوط به عوارض سلامت روانی در زنان قربانی خشونت همسر نشان داده است که شایع‌ترین پیامدهای روانی همسر آزاری افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب، خود آسیمی، اختلالات خواب می‌باشد (دیلان، حسین، لاکستون و رحمان^۳، ۲۰۱۳؛ کریگتون و جونز^۴، ۲۰۱۲؛ انسیناس، فرناندز-والاسکو و رینکون^۵، ۲۰۱۱؛ کومار، جیاسلان، سورش و آهوگا^۶، ۲۰۰۵؛ کمپیل^۷، ۲۰۰۲؛ کاسکاردی، لری و اسچلی^۸، ۱۹۹۹؛ و گولدینگ^۹، ۱۹۹۹).

هربرت و مارتینز^{۱۰} (۲۰۰۴) و وودز^{۱۱} (۲۰۰۰) نشان دادند سوء استفاده‌ی جنسی و روانی از همسر با اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و اختلال اضطراب عمومی در ارتباط است. همچنین بررسی‌ها نشان داده است که قربانیان خشونت همسر از اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-جبری، اختلال پس از سانحه، اختلال در خوردن، اختلال در خواب و رفتارهای اجتنابی رنج می‌برند. زمینه‌های خشونت علیه زنان تک‌علی نمی‌باشند و به همین دلیل طیف گسترده‌ای از تبیین‌های نظری را در بردارند. این گستردگی در بنیان نظری و بالطبع نحوه برخورد با مسئله، در روش و یافته‌ها گوناگونی بوجود آورده که طیف وسیعی از رویکردها را در تبیین خشونت علیه زنان پدید آورده است. همچنین تفاوت در کاربردها، ابزارهای اندازه‌گیری، روش‌ها و موقعیت‌های پژوهشی مقایسه یافته‌ها را دشوار می‌سازد. با این حال آنچه در پیشگیری از یک مسئله مهم به نظر می‌رسد شناسایی پیش‌آیندها و مکانیزم‌های تعدیل‌کننده (افزایش‌دهنده یا کاهشنده) آن است. بر این اساس در

1. Gleason
2. Riggs, Kilpatrick, & Resnick
3. Dillon, Hussain, & Loxton
4. Creighton & Jones
5. Encinas, Fernandez-Velasco, & Rincon
6. Kumar, Jeyasselan, Suresh, & Ahuja
7. Campbell
8. Cascardi, Leary, & Schlee
9. Golding
10. Herbert & Martinez
11. Woods

اپیدمی‌خسونت علیه زنان کاویدن ابعاد این مسئله یک ضرورت به حساب می‌آید، به عبارتی تشخیص پیشاینده‌ای اعمال خسونت و به تبع آن پیشگیری و کنترل خسونت علیه زنان در خانواده و پیامدهای فردی و اجتماعی آن مستلزم شناخت درست از وضعیت، علل و نتایج آن است. جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات حاصل از شواهد علمی، سیاست‌گذاران را در برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد یاری داده و محققین را به نقاط تاریک مسئله در کشور و رفع خلاءهای اطلاعاتی رهنمون می‌سازد. آن‌گونه که اشاره شد. یافته‌های مربوط به این زمینه عوامل متعددی را ذکر کرده‌اند که می‌تواند در شیوع همسرآزاری نقش داشته باشد و می‌توان به مواردی چون اعتیاد همسران، عوامل اقتصادی، بیکاری، مشکلات و اختلالات روانی همسر (شوهر) و ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات روانی همسر (زن) اشاره کرد. آنچه مسلم است تعیین این‌که کدام عامل در این بین نقش دارد، پیچیده به نظر می‌رسد. به عبارتی در یک چرخه معیوب خانوادگی عوامل متعددی دست به دست هم می‌دهند، یک دور باطل را ایجاد می‌کنند و این تداخل و هم‌پوشانی به حادثه شدن مشکلات و مسائل زندگی خانوادگی منجر می‌شود، لذا آگاهی و اصلاح این روند معیوب جز به مدد پژوهش‌های بیشتر امکان‌پذیر نیست. این پژوهش در راستای کاهش و ارائه چشم‌انداز مطلوب‌تری جهت شناسایی نیم‌رخ‌های روانی که می‌تواند همسرآزاری را تسریع بخشد، انجام شد. بر این اساس پژوهش کنونی در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین نیم‌رخ روانی زنان آزار دیده و عادی بر مبنای MMPI تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری آن را کلیه زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی خراسان جنوبی که ادعا می‌کنند مورد آزار و اذیت همسر خود قرار گرفته‌اند و پزشکان قانونی نیز پس از معاینات فیزیکی و جسمی صدمات وارده را تأیید می‌کنند. بر اساس نظر متخصصان تعداد این افراد در یک بازه زمانی دو ماهه، حدود ۱۰۰ نفر می‌باشد. با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش و مشکل در دسترسی و جلب تمایل زنان به شرکت در پژوهش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس صورت گرفت و کلیه افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش

داشتند به‌عنوان نمونه مدنظر قرار گرفتند. در یک بازه زمانی ۲ ماهه ۶۸ نفر حاضر به همکاری شدند. از آنجا که محقق با دو جامعه آماری سروکار داشت از بین جامعه زنان عادی مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی نیز به همان تعداد نمونه (۶۸ نفر) که به لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از قبیل سن و تحصیلات شبیه نمونه‌ی آزار دیده بودند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به نمونه‌ی عادی، نداشتن اختلالات روان‌شناختی با استفاده از مصاحبه بالینی بود. تعداد شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۳۲ نفر (۶۸ نفر عادی و ۶۸ نفر مورد آزار واقع شده) بود. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۵۵ سال با میانگین سنی $29/27 \pm 7/48$ برای زنان آزار دیده و $30/15 \pm 6/70$ برای گروه عادی، بدون تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها بود ($t(30, >p, 0.05) = -0/71$).

ابزار پژوهش

پرسشنامه چند وجهی مینه‌سوتا: پرسشنامه چند وجهی مینه‌سوتا^۱ پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خود-توصیفی و نمره‌گذاری آن‌هاست که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را به دست می‌دهد. در این پژوهش، از شکل کوتاه ۷۱ سؤالی پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه یک آزمون خود-سنجی با پاسخ‌های "بله"، "خیر" می‌باشد. پرسشنامه دارای سه مقیاس روایی و هشت مقیاس بالینی است. مقیاس‌های روایی اطلاعاتی را در مورد رویکرد آزمودنی نسبت به آزمون فراهم می‌کنند، مانند دادن پاسخ‌های غیرواقعی برای بیمار جلوه دادن خود و یا کوشش برای ارائه یک تصور خوب از خصائص خود می‌باشد. هشت مقیاس بالینی برای تشخیص اختلالات روانی از قبیل خود بیمار انگاری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی اجتماعی، پارانوئید، ضعف روانی یا پسیکاستنی، اسکیزوفرنیک و مانیا در نظر گرفته شده‌اند. اعتبار مقیاس‌های آزمون بین ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌باشند. روش نمره‌گذاری آزمون با استفاده از صفحه‌های نمره‌گذاری دستی انجام شد. هر صفحه نمره‌گذاری بر روی ورقه پاسخنامه که مخصوص نمره‌گذاری دستی طراحی شده است، قرار داده می‌شود. تعداد خانه‌های سیاه شده شمرده می‌شود و به عنوان نمره خام مقیاس مورد نظر در نظر گرفته می‌شود. هر برگه نیم‌رخ ثبت شده است. بنابراین می‌توان نمره‌های خام هر مقیاس را با نمایش دادن نمرات بر روی

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

برگه نیم‌رخ به نمرات T تبدیل کرد. نمرات T دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است. بنابراین نمره T برابر ۵۰ در هر مقیاس حاکی از آن است که نمره فرد برابر با نمره متوسط یا میانگین آزمودنی‌های ناهنجاری هم جنس با آزمودنی است. نمره‌های بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده نمره‌های بالاتر از متوسط نمونه هنجاری و نمره‌های پایین‌تر از ۵۰ نشان‌دهنده نمره‌های پایین‌تر از متوسط نمونه هنجاری است. نمرات T بالاتر از ۷۰ مویید موجود اختلال روانی می‌باشد (پارسانیا، فیروزه، تک‌فلاح، محمدی سمنانی، جهان و همکاران، ۱۳۹۱). برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 به کار رفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای وابسته

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
خود بیمار پنداری	آزار دیده	۷/۴۶	۲/۵۶
	عادی	۴/۳۱	۲/۴۸
افسردگی	آزار دیده	۱۲/۷۴	۳/۵۷
	عادی	۷/۰۰	۲/۹۲
هیستری	آزار دیده	۱۴/۴۸	۳/۱۳
	عادی	۹/۰۳	۲/۸۰
انحراف اجتماعی	آزار دیده	۱۰/۶۶	۲/۵۵
	عادی	۶/۱۹	۲/۲۷
پارانویا	آزار دیده	۸/۲۲	۱/۸۷
	عادی	۵/۴۰	۲/۳۸
ضعف روانی	آزار دیده	۱۱/۷۵	۲/۷۹
	عادی	۷/۵۰	۳/۴۹
اسکیزوفرنی	آزار دیده	۱۳/۲۷	۳/۰۴
	عادی	۷/۹۶	۴/۱۷
هیپومانیا	آزار دیده	۶/۶۸	۲/۰۰
	عادی	۵/۰۱	۲/۲۹

نتایج آزمون باکس برای تعیین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس با توجه به مقدار F و سطح معنی‌داری نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برای سطوح متغیر مستقل (عضویت گروهی) بود ($F(26, 56670.2, p > 0.05) = 1/17$). همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت معنی‌داری آماری همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته را نشان داد ($X^2(35, p < 0.01) = 871/28$). ارزیابی ویژگی‌های داده‌ها از جمله نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کواریانس و معنی‌داری ماتریس همبستگی نشان داد که مفروضه‌های اصلی برقرار است و لذا می‌توان تحلیل را انجام داد. در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای وابسته

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
شاخص لامبدای ویلکز	۵/۹۷	۸	۱۲۳	۰/۰۰۰

شاخص لامبدای ویلکز در جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار وجود دارد. چون آزمون چند متغیری از نظر آماری معنی‌دار است می‌توان به ارزیابی هر یک از متغیرهای وابسته ادامه داد. جدول ۳ آزمون لوین برای یکسانی خطای واریانس‌ها را گزارش می‌کند.

جدول ۳. آزمون لوین برای یکسانی خطای واریانس‌ها

متغیر	F	P	متغیر	F	P
خود بیمار پنداری	۰/۱۴	۰/۷۱	پارانویا	۳/۸۱	۰/۰۵۵
افسردگی	۳/۵۲	۰/۰۶۳	ضعف روانی	۳/۴۰	۰/۰۶۷
هیستری	۱/۰۳	۰/۳۱	اسکیزوفرنی	۸/۰۰	۰/۰۰۵
انحراف اجتماعی	۰/۵۲	۰/۴۷	هیپومانیا	۲/۰۵	۰/۱۵

آن گونه که در جدول ۳ مشخص است آماره لوین برای تمامی متغیرها به استثنای اسکیزوفرنی^۱ نشانگر

۱. با توجه به برابری گروه‌ها می‌توان از عدم برقراری یکسانی واریانس بعد اسکیزوفرنی چشم‌پوشی کرد.

برابری واریانس خطا در سطوح عضویت گروهی است. در جدول ۴ آماره‌های ANOVA تک‌متغیری در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه اجرا شد تا منبع معناداری آماری چند متغیری تعیین شود.

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به مقایسه میانگین‌ها در متغیرهای وابسته گروه‌های عادی و آزار دیده

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
خود بیمار پنداری	گروه	۳۲۷/۷۵	۱	۳۲۷/۷۵	۵۱/۴۱	۰/۰۰۰
	خطا	۸۲۸/۷۵	۱۳۰	۶/۳۷		
افسردگی	گروه	۱۰۸۸/۱۸	۱	۱۰۸۸/۱۸	۱۰۲/۰۲	۰/۰۰۰
	خطا	۱۳۸۶/۶۲	۱۳۰	۱۰/۶۶		
هیستری	گروه	۹۸۱/۸۱	۱	۹۸۱/۸۱	۱۱۰/۹۴	۰/۰۰۰
	خطا	۱۱۵۰/۴۲	۱۳۰	۸/۸۴		
انحراف اجتماعی	گروه	۶۵۹/۲۸	۱	۶۵۹/۲۸	۱۱۲/۶۰	۰/۰۰۰
	خطا	۷۶۱/۱۰	۱۳۰	۵/۸۵		
پارانویا	گروه	۲۶۲/۰۹	۱	۲۶۲/۰۹	۵۶/۸۲	۰/۰۰۰
	خطا	۵۹۹/۵۴	۱۳۰	۴/۶۱		
ضعف روانی	گروه	۵۹۸/۱۸	۱	۵۹۸/۱۸	۵۹/۷۹	۰/۰۰۰
	خطا	۱۳۰۰/۶۲	۱۳۰	۱۰/۰۰		
اسکیزوفرنی	گروه	۹۲۸/۰۳	۱	۹۲۸/۰۳	۶۹/۵۳	۰/۰۰۰
	خطا	۱۷۳۵/۰۳	۱۳۰	۱۳/۳۴		
هیپومانیا	گروه	۹۱/۶۶	۱	۹۱/۶۶	۱۹/۸۱	۰/۰۰۰
	خطا	۶۰۱/۳۰	۱۳۰	۴/۶۲		

جدول ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی (عادی - آزار دیده) به صورت معنی‌داری روی تمامی نیم‌رخ‌های شخصیتی زنان تأثیر دارد ($p < ۰/۰۱$). میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های زنان آزار دیده در تمامی نیم‌رخ‌های شخصیتی بیشتر از زنان عادی است.

بحث و نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های مربوط به مقایسه نیم‌رخ روانی زنان قربانی خشونت هم‌هنگ با

یافته‌های پیشین نشان داد که زنان آزاردیده در مقایسه با زنان عادی نیم رخ روانی متمایزتری نشان می‌دهند. مطالعاتی که اثرات سوء استفاده جسمی و جنسی طولانی مدت را در زنان بررسی کرده‌اند گزارش کرده‌اند که چنین افرادی در پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا-۲ نیم‌رخ‌هایی را نمایش می‌دهند که نمرات مقیاس ۸ (اسکیزوفرنی) برافراشته‌اند (به نقل از پرز-تستور، کاستیلو، داوینز، سالامرو، و سان-مارتینو^۱، ۲۰۰۷). مطالعات دیگر نیز برافراستگی مقیاس‌های ۸/۴ یا ۴/۸ (انحراف اجتماعی/اسکیزوفرن) را گزارش کرده‌اند (الهای، گلد، متوس و آستافان^۲، ۲۰۰۱). راث‌واتر (۱۹۸۸) به نقل از پیکو-آلفانزو، اچبورا و مارتینز، (۲۰۰۸) گزارش کرد که زنان قربانی خشونت در خرده مقیاس‌های ۴ (انحراف اجتماعی)، ۶ (پارانویا) و ۸ (اسکیزوفرنی) پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ نمرات بالاتری را کسب می‌کنند ($T\text{-score} > 70$). خان، ولچ و زیلمر^۳ (۱۹۹۳) در بررسی نیم‌رخ ۳۱ زن قربانی خشونت همسر با استفاده از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ گزارش کردند که نیم‌رخ این زنان در خرده مقیاس‌های ۴، ۶، ۸ و ۹ (انحراف اجتماعی، پارانویا، اسکیزوفرن و هیپومانیا) برافراشته‌تر است. ال‌موئز، ال‌سید، یوسف، ال‌دن و الیثی^۴ (۲۰۱۴) در بررسی نیم‌رخ‌های روان‌شناختی زنان قربانی خشونت همسر با استفاده از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ گزارش کردند که این زنان در خرده مقیاس‌های ۲ (افسردگی)، ۶ (پارانویا)، ۸ (اسکیزوفرن) و ۴ (انحراف اجتماعی) نمرات بالاتری را کسب می‌کنند. گریفیت، مایرز، گوسیک و تاکرسللی^۵ (۱۹۹۷) در بررسی نیم‌رخ روانی زنان با تاریخچه سوء استفاده جنسی با پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ گزارش کردند نمرات زنان با تاریخچه سوء استفاده جنسی در مقایسه با زنان عادی در مقیاس‌های خودبیمارانگاری، افسردگی، انحراف اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرن و مانیا به‌طور معنی‌داری بالاتر است. یافته‌های این مطالعه نیز بر برافراستگی کد ۸/۴ زنان با تاریخچه سوء استفاده را گزارش کرد. یافته‌های تاون‌سند^۶ (۲۰۰۳) در بررسی نیم‌رخ بزرگسالان با تاریخچه سوء استفاده

1. Perez-Testor, Castillo, Davins, Salamero, & San-Martino
2. Elhai, Gold, Mateus, & Astaphan
3. Khan, Welch, & Zillmer
4. El Moez, Elsyed, Yousef, Eldeen, & Ellithy
5. Griffith, Myers, Cusick, & Tankersley
6. Townsend

از الکتروانسفالوگرافی کمی^۱ و پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا-۲-حمایت‌های لازم درباره سطوح بالاتر پاتولوژی را در نیم رخ‌های چنین افرادی فراهم آورد و نشان داد چنین زنانی در مقیاس F و خرده مقیاس‌های ۴ و ۸ نمرات بالاتری را کسب می‌کنند.

بنسلی، ون‌اینویک و وینکوپ^۲ (۲۰۰۳) معتقدند که تجارب آسیب‌زای جسمی و جنسی، زنان را آسیب‌پذیرتر می‌کند و احساس خود ارزشی پایین، عدم توانایی، سبک‌های دلبستگی نایمن و نشانگان استرس پس از سانحه به‌طور مستقیم یا از طریق مشکل در حمایت کردن یا شکل دادن روابط مثبت، بهزیستی هیجانی این گروه را کاهش می‌دهد. به اعتقاد خان و همکاران (۱۹۹۳) شیوع بالاتر نشانگان اختلالات شخصیت در زنان قربانی خشونت شریک زندگی می‌تواند به خاطر یک حالت واکنشی^۳ به مواجهه مزمن با خشونت باشد. به عبارتی مطابق با اعتقاد برمنر^۴ (۱۹۹۹) بسیاری از اختلالات شخصی می‌توانند به‌عنوان بخشی از طیف^۵ اختلالات مرتبط با استرس باشند. مطابق با این مدل استرس‌های تروماتیک جنبه‌های کارکردی و ساختاری مغز را تغییر می‌دهد و منجر به رشد دامنه گسترده‌ای از اختلالات سایکوتیک می‌شود که با استرس رابطه دارند. هیرو^۶ (۲۰۰۷) نیز معتقد است افزایش استرس احتمال ابتلا به اختلالات سایکوتیک را افزایش می‌دهد و مجموعه نسبتاً پایایی از ویژگی‌ها و رفتارهای ناسازگارانه و کژکاری‌های فراگیر را ایجاد می‌کنند که مشخصه اختلالات شخصیت هستند. بک و فریمن^۷ (۱۹۹۰) نیز معتقدند اختلالات شخصیت با مجموعه خاصی از فرض‌های زمینه‌ای مشخص می‌شود که می‌تواند از طریق تجارب استرس‌زای مزمن تهدیدکننده یا قربانی اعمال خشونت‌آمیز شدن تشدید شوند. در مجموع با مقایسه میانگین نمرات زنان مورد آزار واقع شده و زنان عادی مشخص شد که زنان مورد آزار واقع‌شده در تمامی خرده مقیاس‌های پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲-نمرات بالاتری را گزارش می‌کنند. به‌علاوه ترسیم نیم‌رخ روانی زنان مورد آزار واقع شده و محاسبه نمرات T مشخص کرد که این گروه در

1. Quantitative Electro Encephalo Graphy
2. Bensley, Van Eenwyk, & Wynkoop
3. reactive state
4. Bremner
5. spectrum
6. Heru
7. Beck & Freeman

چهار خرده‌مقیاس افسردگی ($T=75$)، اسکیزوفرن ($T=72$)، انحراف اجتماعی ($T=70$) و هیستری ($T=70$) برافراشتگی دارند. این یافته با یافته‌های کمپل (۲۰۰۲)، کوئید و همکاران (۲۰۰۳) و گلدینگ (۱۹۹۹) هماهنگ است (به نقل از المونز و همکاران، ۲۰۱۴).

این یافته‌ها به‌طور هماهنگ بر ارتباط خشونت از طرف شریک صمیمی و افسردگی در زنان تأکید دارد. در ارتباط با برافراشتگی مقیاس ۸ (اسکیزوفرن) اریکسون (۲۰۰۴) معتقد است برای داشتن نمرات بالاتر در این مقیاس نیاز نیست تا برچسب اسکیزوفرن دریافت کنیم، بلکه خشونت از طرف شریک صمیمی می‌تواند باعث اغتشاش در فرآیند تفکر و احساسات فرد مورد آزاد واقع‌شده شود. در همین راستا رولند، زلهارت کوکران و فاندربک (۱۹۸۹)، به نقل از گرفیت و همکاران، (۱۹۹۷) گزارش کردند زنانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند در خرده‌مقیاس‌های خودبیمارانگاری، هیستری، انحراف اجتماعی و مقیاس مردانگی/زنانگی نمرات برافراشته‌ای را کسب می‌کنند. مورل و رایین (۲۰۰۱)، نقل از مونز و همکاران، (۲۰۱۴) معتقدند که زنان قربانی خشونت دارای نمرات بالا در مقیاس انحراف اجتماعی هستند و وفاداری در آن‌ها گسترش نیافته است. جنگیدن ویژگی اصلی زنان با نمرات بالا در مقیاس انحراف اجتماعی است و چنین زنانی ممکن است با والدین، دوستان، همسر، جامعه و مدرسه در تعارض باشند. گرین (۱۹۹۱) نقل از گرفیت و همکاران، (۱۹۹۷) نیز معتقد است زنان با نمرات بالا در مقیاس انحراف اجتماعی در روابط عاطفی و نزدیکشان مشکل دارند، به دیگران بدگمان هستند و از دنیای اجتماعی کناره‌گیری می‌کنند، دنیا را خطرناک و سایر افراد را طردکننده و غیرقابل اعتماد می‌دانند. هیجانان و خلق‌شان نامتناسب است. چنین زنانی از صاحبان قدرت رنجیده‌اند و احساس ناامنی عمیقی دارند.

با توجه به آن‌چه اشاره شد و جمع‌بندی نهایی یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های انجام شده پیشنهاد می‌شود از نیم‌رخ روانی برای شناسایی زود هنگام زنان آسیب دیده استفاده شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل متغیرهایی چون تجربه خشونت در دوران کودکی یا ویژگی‌های شخصیتی همسر اشاره کرد. استفاده از تحلیل‌های چند متغیری از جمله تحلیل مسیر و الگوی معادلات ساختاری جهت امکان آزمون روابط علی غیرآزمایشی یا روابط ساختاری و حل مشکلات شخصیتی در زنان آزار دیده از طریق روان‌درمانی و خانواده‌درمانی با هدف ایجاد مهارت‌های لازم جهت مقابله با بحران از پیشنهاد‌های این پژوهش است.

سپاسگزاری

این پژوهش با همکاری اداره کل پزشکی قانونی خراسان جنوبی انجام گرفت که بدین وسیله از مدیریت محترم و کارکنان آن مجموعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

فارسی

پارسانیا، زینب؛ فیروزه، مهری؛ تک‌فلاح، سعید؛ محمدی سمنانی، سعید؛ جهان، الهه؛ و امامی، عاطفه (۱۳۹۱). بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۲ (۲)، ۱۵۲-۱۵۶.

پناغی، لیلی؛ پیروزی، دارا؛ شیرین‌بیان، مینو؛ و احمدآبادی، زهره (۱۳۹۰). نقش ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت‌شناختی در همسر آزاری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۲)، ۱۳۵-۱۲۶.

درخشان‌پور، فیروزه؛ محبوبی، حمیدرضا؛ و کشاورزی، ساحل (۱۳۹۳). شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۶ (۱)، ۱۳۰-۱۲۶.

معاشری، نرگس؛ میری، محمدرضا؛ ابوالحسن‌نژاد، وحیده؛ هدایتی، هایده؛ و زنگویی، محبوبه (۱۳۹۱). شیوع و ابعاد جمعیت‌شناختی خشونت‌های خانگی علیه زنان در شهر بیرجند. *مراقبت‌های نوین*، ۹ (۱)، ۳۹-۳۲.

لاتین

- Australian Bureau of Statistics. (2012). *Personal safety survey*. Expanded CURF, RADL. Findings based on use of ABS CURF data.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Wynkoop, S. K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 38-44.

- Bremner, J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma: Where do we go from here?. *American Journal of Psychiatry*, 156, 349-351.
- Camelia, D. & Ioana, B. (2015). The involvement of coping mechanisms and personality structure in counseling women victims of domestic abuse. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 203, 297-302.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336
- Cascardi, M. O., Leary, K. D., & Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-247.
- Creighton, C. D. & Jones, A. C. (2012). Psychological profiles of adult sexual assault victims. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19, 35-39.
- Da Fonseca, R. M., Egry, E. Y., Guedes, R. N., Gutierrez, A. R., & Tezzei, F. P. (2011). Violence against women: A study of the reports to police in the city of Itapevi, sao paulo, Brazil. *Midwifery*, 27 (4), 469-73.
- Devries, K., Watts, C. H., Yoshihama, M., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. G., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C. Vos, T., Abrahams, N., & Watts, C. H. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73, 79-86.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., & Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340 (6140), 1527-1528.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 7, 1-15.
- El Moez, K. H., Elysed, M., Yousef, A., Eldeen, W. A., & Ellithy, W. (2014). Psychosocial characteristic of female victims of domestic violence. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 32, 40-48.
- Elhai, J. D., Gold, S. N., Mateus, L. F., & Astaphan, T. A. (2001). Scale 8 elevations on the MMPI-2 among women survivors of childhood sexual abuse: Evaluating posttraumatic stress, depression, and

- dissociation as predictors. *Journal of Family Violence*, 16 (1), 47-57.
- Encinas, F. J., Fernandez-Velasco, M. R., & Rincon, P. (2011). Psychopathological characteristics of female victims of intimate partner violence. *Psychology in Spain*, 15 (1), 102-109.
- Ghahari, SH., Bolhari, J., Atef Vahid, M. K, Ahmadvhaniha, H., Panaghi, L., & Yousefi H. (2009). Prevalence of spouse abuse, and evaluation of mental health status in female victims of spousal violence in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3 (1), 49-56.
- Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence and Victims*, 8, 53-68.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Golier, J. A, Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to post traumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160 (11), 2018-2024.
- Griffith, P. L., Myers, R. W., Cusick, G. M., & Tankersley, M. J. (1997). MMPI-2 profiles of women differing in sexual abuse history and sexual orientation. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (8), 791-800.
- Herbert, J. & Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56, 233-240.
- Heru, A. M. (2007). Intimate partner violence: Treating abuser and abused. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 376-383.
- Iverson, K. M., Shenk, C. H., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (3), 242-248.
- Khan, F. I., Welch, T. L., & Zillmer, E. A. (1993). MMPI-2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment*, 60, 100-111.
- Kumar, SH., Jeyasselan, L., Suresh, S., & Ahuja, R. C. (2005). Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *British Journal of Psychiatry*, 187, 62-67.

- Perez-Testor, C., Castillo, J. A., Davins, M., Salamero, M., & San-Martino, M. (2007). Personality profiles in a group of battered women: Clinical and care implications. *Journal of Family Violence*, 22, 73-80
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburua, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577-588.
- Ramezani, S., Keramat, a., Motaghi, Z., Mohabat Pur, Z., Khosravi, A. (2015). The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *International Journal of Pediatrics*, 3 (5), 951-958
- Riggs, D. S., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1992). Long-term psychological distress associated with martial rape and aggravated assault. A comparison to other crime victims. *Journal of Family*, 7, 249-259.
- Townsend, B. A. (2003). *QEEG and MMPI-2 profiles of adults reporting childhood sexual abuse: determining differences and predictor models*. Dissertation Prepared for the Degree of Doctor of Philosophy. University of North Texas.
- Vanderende, K. E., Yount, K. M., Dynes, M. M., Sibley, L. M. (2012). Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: a systematic review. *Social Sciences Medical*, 75 (7), 1143-55
- Woodhouse, J. & Dempsey, N. (2016). Domestic violence in England and Wales. Retriever from: [www.parliament.uk/commons-library intranet. parliament.uk/commons-library](http://www.parliament.uk/commons-library/intranet.parliament.uk/commons-library)
- Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and post abused women. *Issue in Mental Health Nursing*, 3, 309-324.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Multi- Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Retriever from: http://www.who.int/gender/violence/who_multi_country_study/en.
- Zebardast Yousefabad, M. & Mahmoud Alilou, M. (2013). Comparison of attachment styles and personality Sides between women who are victim of domestic violence and ordinary women. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 84, 1005-1009.