

رابطه خشونت خانگی جسمی - روانی و جنسی با اختلال استرسی پس آسیبی در زنان متأهل

سارا رشتی*
دکتر فرزانه گل شکوه**

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه خشونت جسمی - روانی و جنسی با PTSD در زنان متأهل شهرستان دزفول بود. روش پژوهش از نوع همبستگی و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متأهل شهرستان دزفول بود. روش نمونه گیری، نمونه گیری تصادفی مرحله ای و تعداد نمونه ۴۰۴ نفر بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خشونت خانگی، مقیاس PTSD می سی سی پی بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون همبستگی پیرسون و تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین خشونت خانگی جسمی - روانی و جنسی با PTSD رابطه معنی داری وجود دارد.

کلید واژگان: خشونت خانگی، PTSD، خشونت روانی، جسمی و جنسی

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسئول)

** عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد سارا رشتی، دانش آموخته رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

مقدمه

در میان انواع خشونت ها اعم از خانوادگی و اجتماعی، خشونت علیه زنان یک آسیب جدی اجتماعی است که با وجود پیشرفت های فرهنگی و فکری همچنان در جامعه خودنمایی می کند (معظمی، ۱۳۸۳). با این حال برآورد می شود در بیش از نیمی از خانواده ها وجود داشته باشد (اشمیت^۱ و نایس^۲، ۲۰۰۲). تقریباً یک سوم زنان جهان دست کم یکبار خشونت را تجربه کرده اند (نایاک^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). در یک بررسی که توسط احمدی و همکاران (۱۳۸۵) انجام گرفت، ۳۵/۷ درصد از زنان تحت انواع خشونت خانگی قرار داشتند که به تفکیک ۳۰ درصد تحت خشونت جسمی، ۲۹ درصد خشونت روانی و ۱۰ درصد تحت خشونت جنسی قرار داشتند.

البته در مبحث خشونت علیه زنان، موضوع اصلی پیامدها و تبعات ناشی از آن است. افرادی که مورد خشونت قرار می گیرند بارسنگینی راه خاطر این رویداد آسیب زا بر دوش خود حمل می کنند. خشونت علیه زنان افزون بر مشکلات جسمانی، موجب پیامدهای روان شناختی پایدار از قبیل: افسردگی، اضطراب، خودضعیف بینی و همچنین ممکن است باعث بروز اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) شود (رفیعی فرد و پارسی نیا، ۱۳۸۰).

اختلال استرس پس آسیبی بیانگر پاسخ شدید در برابر یک عامل تنش زایی شدید است که به صورت اضطراب بالا، اجتناب از محرک های مرتبط با آسیب روانی و حرکتی در پاسخ های هیجانی و عاطفی ظاهر می شود.

PTSD نیز مانند سایر اختلالات با مجموعه ای از نشانه ها تعریف می شود اما برخلاف تعاریف سایر اختلالات روانی در تعریف PTSD، بخشی از سبب شناسی فرضی آن نیز گنجانده شده است. مثل رویدادهای آسیب زایی که فرد مستقیماً آنها را تجربه کرده است (دیویسون^۴، نیل^۵ و کرینگ^۶، ۲۰۰۴). زنانی که مورد خشونت قرار می گیرند باید با خاطرات دردناک این رویداد آسیب زا کنار بیایند. خاطراتی که اغلب شامل تصاویر ذهنی روشنی از آن رویداد می باشد. بکر^۷، استویا^۸ و مک کلوسکی^۹ (۲۰۱۰)، یک بررسی بر روی زنانی که مورد خشونت قرار داشته اند انجام دادند. مقیاس ارزیابی شامل بهره کشی جسمانی، روان شناختی و جنسی بود. نتایج نشان داد که هر شکلی از خشونت در این زنان با علائم PTSD رابطه مستقلمی دارد.

1. Schmidt
2. Nice
3. Nayak
4. Davison
5. Neale
6. kring
7. Becker
8. Stuewia
9. Mccloskey

پژوهشی دیگر توسط آدویبگوویچ^۱ و سینانوویچ^۲ (۲۰۰۶) با هدف ارزیابی پیامدهای روان شناختی خشونت خانگی و اشکال خشونت خانگی در بوسنی و هرزگوین انجام گرفت. نتایج آن نشان داد از میان ۲۸۳ زن، ۵۰/۷ درصد از آنها تجربه ترکیبی از اشکال متعدد خشونت خانگی را داشتند. همچنین شیوع علائم PTSD در میان این زنان خشونت دیده، ۵۳/۶۷ درصد نشان داده شد. اکثریت کسانی که از PTSD رنج می بردند، همایندی مرضی با افسردگی، اختلالات تجزیه ایی و اختلال شخصیت پارانوئید داشتند.

همچنین وودث^۳، هال^۴ و کمپل^۵ (۲۰۰۸)، در پژوهشی پیرامون رابطه بین خشونت همسر و اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) و مشکلات سلامتی نشان دادند که بین ارتباط بهره کشانه توسط همسر، PTSD و سلامت جسمانی، رابطه وجود دارد. در این مطالعه، نمونه شامل ۱۵۷ زن تحت خشونت های مختلف بودند. نتایج نشان داد که در میان این افراد، زنان آسیب دیده توسط همسر، بیشتر علائم بیماری های جسمانی و علامت های PTSD را نشان می دهند. کاسکاردی^۶، الیری^۷ و چلی^۸ (۲۰۰۸)، نیز طی یک بررسی، ۹۲ زن که قربانی خشونت جسمانی توسط همسرانشان بودند را مورد مطالعه قرار دادند. در این پژوهش مشخص شد که، ۲۹/۸ درصد از نمونه واجد معیارهای PTSD بودند.

در پژوهش دیگر، وارما^۹ و همکاران (۲۰۰۷)، میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان در دوره حاملگی و رابطه آن با مشکلات بهداشت روانی همچون اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه مشخص شد که از ۲۰۳ زن مورد مطالعه ۱۹/۷ درصد علائم PTSD را نشان می دهند. نتایج نشان داد آزار جنسی و شدت خشونت با وقوع مشکلات روانپزشکی از جمله PTSD، همبستگی مستقیم دارد. همینطور راولینگز^{۱۰} و گرین^{۱۱} (۲۰۰۱)، در یک مطالعه بر روی زنانی که مورد آزار و خشونت همسرانشان قرار گرفته بودند، نشان دادند که رابطه معنی داری میان شدت خشونت جسمی - روانی و جنسی همسر با ظهور علائم اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) وجود دارد. این پژوهش نشان داد که ۸۴ درصد از نمونه مورد مطالعه، واجد ملاک های PTSD می باشند (به نقل از میرزایی و همکاران، ۱۳۸۵).

همراستا با پژوهش قبل، آرزی، امیر و کوتلر (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود بر روی ۹۱ زن ساکن پناه گاه نتیجه گرفتند که تجارب دردناک گذشته (تروماتیک) و شدت خشونت مخصوصاً خشونت های

1. Advibegovic
2. Sinanovic
3. Woods
4. Hall
5. Campbell
6. Cascardy
7. Oleary
8. Schlee
9. Varma
10. Ravlings
11. Garin

جسمانی و کلامی، با اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) رابطه معنی داری دارد. طبق یک پژوهش دیگر نیز، مشخص شد که ۲۵ درصد از افراد در مواجهه با رویداد آسیب زایی که منجر به صدمه جسمی می شود، دچار اختلال استرس پس آسیبی می شوند (شالو^۱ و همکاران، ۲۰۰۱).

میرزایی، خدایی و محمدخانی (۱۳۸۵)، نیز در پژوهشی تأثیر خشونت های خانگی و جنسی را در بروز اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش بیانگر میزان شیوع و بروز متفاوت خشونت خانگی بود اما به طور کلی پیامدهای روان شناختی آن ۲۰ الی ۲۵ درصد در خصوص PTSD، افسردگی و اضطراب گزارش شد. همچنین لارنس^۲ و فوی^۳ (۲۰۰۳) در یک بررسی بر روی زنان خشونت دیده نشان دادند که تقریباً ۳۳ درصد از این گونه زنان واجد معیارهای اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) می باشند (به نقل از میرزایی و همکاران، ۱۳۸۵).

فرضیه های پژوهش

- ۱- بین خشونت جسمی-روانی و جنسی با اختلال استرس پس آسیبی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین خشونت جسمی-روانی و جنسی با اختلال استرس پس آسیبی رابطه چند گانه وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری و روش نمونه گیری

روش پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متأهل شهرستان دزفول بود. روش نمونه گیری مورد استفاده، روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای می باشد. بدین صورت که در ابتدا شهرستان دزفول از طریق نقشه جغرافیایی به پنج ناحیه ی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شده، سپس از بین هر ناحیه پنج خیابان اصلی و فرعی به صورت تصادفی انتخاب شده و بین زنان متأهلی که ساکنین این منازل بودند پرسشنامه ها توزیع گردید. با توجه به اینکه مطابق جدول کرجسی و مورگان^۴ تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان تعداد مکفی برای نمونه پژوهش تعیین شده است، تعداد ۴۰۴ نفر به عنوان نمونه پژوهش حاضر در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه ی خشونت خانگی، پرسشنامه PTSD می سی سی پی^۵ استفاده شده است:

- ۱- پرسشنامه ی خشونت خانگی: پرسش نامه خشونت خانگی در سال ۱۳۸۷ توسط رونما نوری تهیه

1. Shalev
2. Larens
3. Fevy
4. Krejcie & Morgan
5. Mississippi Scale

شد. این پرسشنامه شامل: ۴۵ پرسش می باشد. ۱۸ گویه ی آن مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و منابع حمایتی، ۱۸ گویه ی آن مربوط به خشونت جسمانی-روانشناختی و ۷ گویه ی دیگر آن مربوط به خشونت جنسی و ۲ گویه ی پایانی آن پرسش های کلی مربوط به خشونت جسمانی-روانشناختی و خشونت جنسی است که جهت تعیین روایی کل پرسشنامه طراحی شده اند، می باشد.

روش نمره گذاری:

این مقیاس در پنج درجه به شیوه لیکرت (خیلی زیاد = ۵، زیاد = ۴، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۲، هیچ وقت = ۱) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره ی خشونت خانگی کلی ۱۲۵ و حداقل نمره ۲۵، حداکثر نمره ی خشونت خانگی جسمانی-روانشناختی ۹۰ و حداقل نمره ۱۸، و حداکثر نمره ی خشونت خانگی جنسی ۳۵ و حداقل آن نمره ۷ می باشد.

-روایی و پایایی پرسشنامه ی خشونت خانگی:

ضریب روایی به دست آمده با استفاده از نظر متخصصان در بخش خشونت خانگی جسمانی -روانشناختی ۰/۸۴۵ و برای خشونت جنسی ۰/۸۲ بدست آمد که در هر دو سطح $0/001 <$ معنی دار می باشد و برای پایایی این آزمون از روش الفای کرونباخ برای همسانی درونی استفاده شده که ضریب ۰/۸۵ بدست آمد (نوری، ۱۳۸۷). جهت تعیین روایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از روش همبستگی نمره کل آزمون با پرسش کلی استفاده شد. بدین صورت که برای روایی بخش خشونت خانگی جسمانی-روانشناختی، همبستگی نمره این بخش با پرسش ۴۴ پرسشنامه، و برای تعیین روایی بخش خشونت خانگی جنسی، همبستگی نمره این بخش با پرسش ۴۵ پرسشنامه محاسبه گردید. ضریب روایی به دست آمده در بخش خشونت خانگی جسمانی-روانشناختی ۰/۹۳۵ و برای خشونت جنسی ۰/۹۲ به دست آمد که هر دو در سطح $0/001 < P$ معنی دار می باشد. جهت پایایی این آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی استفاده شد که ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

-مقیاس PTSD می سی سی پی

مقیاس اختلال استرس پس آسیبی در سال ۱۹۹۷ توسط نوریس و رید تهیه و معرفی و در سال ۱۳۸۲ توسط گودرزی در ایران اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۳۹ آیتم می باشد و دارای چهار خرده مقیاس شامل خاطرات رخنه کننده (۴، ۷، ۱۳، ۱۴، ۳۶، ۳۹، ۱۸، ۲۹، ۳۳، ۳۷)، مشکل در ارتباطات بین فردی (عبارات ۶، ۲۲، ۱، ۵، ۱۹، ۲۸، ۳۰، ۳۵، ۳۸)، ناتوانی در کنترل عاطفی (عبارات ۳، ۲۰، ۲۶، ۲۴، ۲۷، ۳۱، ۱۶، ۲۳، ۲۵، ۳۲) و فقدان و افسردگی (عبارات ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۱، ۲، ۱۱، ۱۷، ۳۴) می باشد.

روش نمره گذاری

این مقیاس در پنج درجه به شیوه ی لیکرت (از کاملاً صادق است = ۱ تا هرگز صادق نیست = ۵) برای عبارات ستاره دار، از کاملاً صادق است = ۱ تا هرگز صادق نیست = ۵ برای عبارات بدون ستاره) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه حداقل نمره ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می باشد. نمرات کمتر از ۶۵ بیانگر PTSD خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ PTSD متوسط و بالاتر از ۱۳۰ نشانه PTSD شدید ارزیابی می گردد.

-روایی و پایایی مقیاس می سی سی پی

فوا و همکاران (۲۰۰۴ به نقل از ناطقیان، ۱۳۸۷) پایایی از نوع باز آزمایی این مقیاس را ۰/۹۷، همسانی درونی با آلفای کرونباخ را ۰/۹۴، حساسیت آن را ۰/۹۳ و کارایی آن را ۰/۹۰ گزارش داده اند. در ایران نیز پایایی آزمون براساس همسانی درونی ۰/۹۲، براساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۲، براساس روش باز آزمایی ۰/۹۱ و روایی آن با استفاده از روش روایی همزمان با آزمون همتا (سیاهه PTSD) ۰/۸۲ ارزیابی گردید (گودرزی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

یافته های پژوهش

الف: یافته های توصیفی

جدول ۱. شاخص های آماری خشونت خانگی زنان متأهل

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص های آماری
					مقیاس
۴۰۴	۱۰۶	۲۵	۱۷/۵۷	۴۵/۱۱	خشونت خانگی کلی
۴۰۴	۷۹	۱۸	۱۳/۴۵	۳۲/۱۱	خشونت خانگی جسمی - روانی
۴۰۴	۳۵	۷	۶/۳۵	۱۳/۱	خشونت خانگی جنسی

در جدول ۱ به ترتیب میانگین، انحراف استاندارد، حداقل نمره، حداکثر نمره و تعداد آزمودنی های سه مقیاس خشونت خانگی را نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های آماری استرس پس آسبی (PTSD)

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص های آماری
					مقیاس
۴۰۴	۱۳۸	۳۹	۱۷/۷	۹۰/۱۳	استرس پس آسبی کلی
۴۰۴	۴۱	۱۰	۶/۲۶	۲۰/۳۰	خاطرات رخنه کننده
۴۰۴	۴۱	۱۲	۴/۳۲	۲۲/۷	مشکل در ارتباطات بین فردی
۴۰۴	۴۰	۱۱	۵/۷۵	۲۴/۶۳	ناتوانی در کنترل عاطفی
۴۰۴	۴۱	۱۰	۵/۲۵	۲۲/۴۰	فقدان و افسردگی

یافته ها در جدول ۲ نشان می دهد که در بین مؤلفه های استرس پس آسبی، ناتوانی در کنترل عاطفی (۲۴/۶۳) بالاترین و خاطرات رخنه کننده (۲۰/۳۰) کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند.

ب- یافته های مربوط به فرضیه پژوهش:

فرضیه اول: بین خشونت جسمی - روانی و جنسی با PTSD رابطه وجود دارد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون خوشونت جسمی-روانی و خوشونت جنسی با PTSD

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد آزمودنی
خشونت جسمی-روانی	PTSD	۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۴۰۴
		۰/۳۲۱	۰/۰۰۱	۴۰۴

همانطور که در جدول ۳ آمده، بین خشونت جسمی-روانی و PTSD ($r=0/493, p<0/001$) رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. به علاوه بین خشونت جنسی و PTSD ($r=0/321, p<0/001$) رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. و این نشان می دهد که با افزایش خشونت جسمی-روانی و خشونت جنسی، علائم PTSD نیز افزایش می یابند. فرضیه دوم: بین خشونت جسمی-روانی و جنسی با PTSD رابطه چند گانه وجود دارد.

جدول ۴. ضرایب همبستگی چند گانه خوشونت جسمی-روانی و خوشونت جنسی با PTSD زنان متأهل با روش ورود مکرر (Enter)

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	همبستگی چند گانه		نسبت f	ضریب تعیین RS	ضریب تعیین احتمال p
		MR	RS			
خشونت جسمی-روانی	PTSD	۰/۴۹۳	۰/۲۴۳	۱۲۹/۲۷۶	۰/۰۰۱	B=۰/۴۹۳ t=۱۱/۳۷ p<۰/۰۰۱
		۰/۴۹۷	۰/۲۴۸	۶۵/۱۰۵	۰/۰۰۱	B=۰/۰۷۷ t=۱/۴۹ p<۰/۱۳۷

همچنین همانطور که در جدول (۴) نشان داده شده است ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیرهای خشونت جسمی روانی و خشونت جنسی ($MR=0/497, RS=0/248$) می باشد. لذا می توان به این نتیجه رسید که در مجموع، هر دو متغیر خشونت جسمی-روانی و خشونت جنسی حدود ۰/۲۵ کل واریانس PTSD را تبیین می نماید و با توجه به ($F=0/001$ و $p<65/105$) فرضیه پژوهش تأیید می گردد اما همانطور که در این جدول نشان داده شده است با وجود افزایش نسبی شیب رگرسیون با اضافه شدن متغیر خشونت جنسی، این میزان به نحو معنی داری منجر به افزایش همبستگی چند گانه و ضریب تعیین نشده است، به بیان دیگر خشونت جسمی-روانی به تنهایی حدود ۲۴ درصد از واریانس PTSD را تبیین می کند. لذا می توان چنین نتیجه گرفت که از بین دو متغیر پیش بین خشونت جسمی-روانی و خشونت جنسی، متغیر خشونت جسمی-روانی پیش بینی کننده بهتری برای متغیر ملاک یا همان استرس پس آسیدی (PTSD) می باشد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به جدول (۳) نتایج بدست آمده مشخص شد که بین خشونت خانگی جسمی-روانی و جنسی با علائم اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) رابطه معنی داری وجود دارد. بدین ترتیب می توان گفت فرضیه مورد بررسی با ۹۹ درصد اطمینان ($p < ۰/۰۱$) مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به اینکه نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد به طور جداگانه بین خشونت خانگی جسمی-روانی با PTSD و خشونت جنسی با PTSD رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین نظر به نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل رگرسیون باروش ورود مکرر نشان داده شد که مجموعاً حدود ۲۵٪ از واریانس متغیر وابسته (PTSD) به وسیله خشونت خانگی جسمی-روانی و جنسی تبیین می شود اما به دلیل اینکه خشونت خانگی جسمی-روانی با خشونت جنسی همبستگی بالایی دارد ($r = ۰/۵۴۴$)، در تحلیل آماری مشخص گردید که با اضافه شدن متغیر خشونت جنسی، شیب رگرسیون افزایش نسبی را نشان می دهد، اما این افزایش در حد معنی داری نمی باشد. نتایج حاصل از این فرضیه با یافته های پژوهش های بکر، استویا و مک کلو سکی (۲۰۱۰)، کاسکاردی، الیری و چلی (۲۰۰۸)، وارما، چاندر و توماس (۲۰۰۷)، سویسا و امیر (۲۰۰۵)، یوشیهاما و همکاران (۲۰۰۳)، امیر و کوتلر (۲۰۰۱) و راولینگز و گرین (۲۰۰۱)، میرزایی، خدایی و محمدخانی (۱۳۸۵) و بختیاری و امید بخش (۱۳۸۰) همسو می باشد.

در کل خشونت علیه زنان را باید در مجموعه ایی به هم تنیده، از انواع خشونت های جسمی، روانی و جنسی در نظر گرفت که می تواند در زنان سبب ساز آثار کوتاه مدت و دراز مدت روانشناختی، و اختلالات روانپزشکی، از جمله ایجاد نشانه های اختلال استرس پس آسیبی (PTSD) باشد برخلاف سایر اختلالات روانی، PTSD با سبب شناسی آن مورد بررسی قرار می گیرد یعنی رویداد آسیب زایی که فرد آن را تجربه می کند. مانند انواع خشونت های اعمال شده توسط همسر. بر طبق نظر هالچین و ویتبورن (۲۰۰۳) افراد بعد از یک تجربه تروماتیک مانند تحت خشونت قرار گرفتن، یک رشته پاسخ های شاخص را در دو مرحله نشان می دهند. مرحله اول، مرحله اعتراض است که طی آن فرد با حالت هشدار و هیجانی نیرومند مانند ترس یا غم شدید واکنش نشان می دهد. (مثلاً: فرد در این مرحله در مقابل خشونت جیغ بکشد) در مرحله دوم، فرد بین حالتی از وانمود کردن به اینکه اتفاقی نیفتاده و تجربه افکار و احساسات مربوط به تجربه دردناک خشونت، در نوسان است. این علائم می توانند پاسخ هایی از قبیل: کاهش محسوس علاقه به فعالیت هایی که قبلاً برای فرد جذاب بوده اند، کابوس ها، افکار ناخواسته مربوط به تجربه خشونت، همراه با نشانه های جسمانی مانند تپش قلب یا تعریق، مشکلات تمرکز، تحریک پذیری زیاد و تجدید خاطره مورد خشونت قرار گرفتن ایجاد نماید. البته شدت، طول مدت و مجاورت فرد در معرض انواع خشونت، مهمترین عوامل مؤثر در احتمال بروز این اختلال می باشد. زنانی که در مدت زمانی طولانی مورد خشونت همسر قرار می گیرند یا خشونت را تجربه می کنند که تهدیدی برای زندگی آنها قلمداد می شود، معمولاً احساس جدا ماندگی یا غریبه بودن نسبت به دنیای پیرامون خود پیدا می کنند. در این زنان خاطره بد و رنج آور خشونت گاه و بیگاه به ذهنشان هجوم آورده و همان احساسهای ناخوشایند آن زمان برایشان تکرار می شود. حتی خواب شبانه هم ممکن است پر از اشاره ها و علامت هایی باشد که خشونت اعمال شده را یاد آوری می کند.

به فعالیت های مهم زندگی خود بی علاقه‌گی نشان داده و در بروز علاقه و احساس دوست داشتن خود نسبت به دیگران دچار مشکل می شوند و قادر نیستند احساس واقعی خود را بروز دهند. در عوض ممکن است هر لحظه گوش به زنگ و وقوع یک خشونت دیگر به هر دلیلی از جانب همسر باشند، در نتیجه با کوچکترین صدایی تحریک شده و سریع واکنش نشان می دهند که این حالت می تواند آنها را عصبی و تحریک پذیر سازد. البته برخی شواهد حاکی از آن هستند که حمایت های اجتماعی، سابقه خانوادگی، تجربیات دوران کودکی، متغیرهای شخصی و اختلال های روانی پیشین ممکن است در میزان بروز علائم PTSD مؤثر باشد. از اینرو با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه و پژوهش های دیگر می توان نتیجه گرفت که قربانی خشونت بودن می تواند به نحو معنی داری پیش بینی کننده ایجاد علائم اختلال استرس پس آسبی (PTSD) باشد. در مجموع به نظر می رسد خشونت علیه زنان یک چالش مهم سلامتی است که ایجاد حمایت های اجتماعی برای زنان در برابر خشونت همسر مثل ایجاد مکانهای امن و حمایتی مناسب برای قربانیان، تصویب و اجرای قوانین حمایت از زنان، بررسی علل و عوامل زمینه ساز بروز خشونت های خانگی، آگاه ساختن زنان در مورد حقوق شرعی و قانونی خود در خانواده و جامعه و ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و کاهش تبعیض های جنسیتی می تواند در کاهش خشونت های خانگی موثر باشد تا ضمن تشخیص و کمک به زنان خشونت دیده، بتوان سطح سلامت جامعه را نیز ارتقا بخشید.

منابع

- احمدی، بتول، ناصری، سیمین، علی محمدیان، معصومه، شمس، محسن، رنجبر، زینب، شریعت، مامک، ابراهیم پور، عزیزه، پوررضا، ابوالقاسم، محمودی، محمود، یونسیان؛ مسعود. (۱۳۸۶). دیدگاه زنان و مردان تهرانی و صاحب نظران درباره خشونت خانگی علیه زنان در ایران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۶، شماره ۲، ۸۶-۸۴.
- بختیاری، افسانه و امیدبخش، نادیا (۱۳۸۲). بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل. مجله پزشکی قانونی، شماره ۳۱، ۳۰-۱.
- دیوسیون، جرالد؛ نیل، جان؛ ام؛ کرینگ، آن. ام. (۱۳۸۳). آسیب شناسی روانی (ترجمه مهدی دهستانی). انتشارات: ویرایش. (زمان چاپ به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- رفیعی فرد، شهرام و پارسی نیا، سعید (۱۳۸۰). خشونت علیه زنان. سازمان بهداشت جهانی، انجمن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت خانواده.
- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس استرس پس از سانحه می سی سی پی، مجله روان شناسی، سال هفتم، شماره ۲، ۱۵۳-۱۷۸.
- معظمی، شهلا (۱۳۸۳). جرم شناسی خشونت خانگی و همسرکشی در سیستان و بلوچستان. مجله پژوهش زنان، دوره ۲، ۴۴-۴۱.
- میرزایی، جعفر، خدایی، محمدرضا، محمدخانی، پروانه (۱۳۸۵). تأثیر خشونت های جنسی در بروز

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD). مجله توانبخشی، دوره هفتم، شماره چهارم. ناطقیان، سمانه (۱۳۸۷). بخشایش و رضایت زناشویی در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و همسران آنان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳۷ نوری، رونما (۱۳۸۷). بررسی وضعیت خشونت علیه زنان در شهرستان مریوان. قابل دسترس در: <http://renesansnews.wordpress.com>

هالجبین، ریچارد. پی؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۸۶). آسیب شناسی روانی (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: نشر روان.

- Arzy, R., Amir M., & Kotler, M. (2001). Vulnerability to post – traumatic stress disorder among Battered women in Israel. available At: Eric
- Avdibegovic, E., & Sinanovic, O. (2006). Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia. *Croatian Medical Journal* 730-741.
- Becker, K. D., Stuewia, J., & McCloskey, L. (2010). Traumatic stress symptoms of women Exposed to Different Forms of childhood victimization and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1699-1715.
- Cascardi, M., O'leary, D., Schlee, K. (2008). Co – Occurrence and Correlates of post traumatic stress disorder and Major Depression in physically in physically Abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249
- Nayak, M. B., Byrne, C. A., Martin, M. K., & Abraham, A. G. (2003). Attitude toward violence against woman. *Sex Roles*, 49, 333-342.
- Schmidt, B. F., & Nice, A. (2002). Challenging gender based Violence Sexual Health Exchange, 3.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, H., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD In Injured Trauma Survivors: A Prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225
- Swisa, A. V., Amir, M. (2005). Self-criticism dependency And post traumatic stress disorder among of female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1231-1240.
- Varma, D., Chandra, P. S., Thomas, T., Carey, M. P. (2007). Intimate partner violence and sexual coercion among Pregnant women in India: Relationship with and depression post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorder*, 102, 227-235.
- Woods, S. J., Hall, R. J., & Campbell, J. (2008). physical health And post-traumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. American College of Nurse-Midwives Publisher by Elsevierence.
- Yoshihama, M., Horrocks, J. (2003). The Relationship between intimate partner violence and PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 371-380.

تاریخ وصول: ۹۰/۳/۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۱