

## رابطه بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی همسرآزاری: نقش واسطه‌ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی

\*سید سعید پورنقاش تهرانی: (نویسنده مسئول)، دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. spournaghash@yahoo.com

زهرا قلندرزاده: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

حجت الله فراهانی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

سید مهدی صابری: دانشیار، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

معصومه پاشایی بهرام: دکترای پزشکی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

### چکیده

بی‌توجهی به سلامت زنان و اعمال خشونت خانگی علیه آنان می‌تواند سبب پیدایش انواع بیماری‌های روانی و حتی جسمانی گردد که این امر تهدیدی برای سلامت اعضای خانواده است. زنان نسبت به اعضای دیگر خانواده بیش‌تر در معرض خشونت، به خصوص خشونت مردان هستند. مهم‌ترین آسیبی که خشونت خانگی به همراه دارد ایجاد اختلال در عملکرد شناختی زنان قربانی خشونت است. خشونت خانگی به عنوان یک عامل استرس‌زای محیطی می‌تواند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهد، بنابراین بررسی عملکردهای شناختی در زنان آسیب دیده از خشونت‌های خانگی دارای اهمیت است. تاثیر خشونت بر عملکردهای شناختی از طریق سایر متغیرهای روانشناختی ممکن است رخ دهد. رهایی از موقعیت خشونت‌پذیری برای زنان قربانی خشونت خانگی به کیفیت عملکرد شناختی آنها وابسته است. از این رو در پژوهش حاضر، نقش واسطه‌ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین تجربه خشونت خانگی و عملکردهای شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش در یک نمونه از زنان قربانی خشونت خانگی، روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود که رابطه بین متغیرها بر حسب اهداف پژوهش تحلیل گردیدند. جامعه تحقیق شامل زنان قربانی خشونت مراجعه کننده به واحدهای مختلف پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان زن به این مراکز بوده اند که به شیوه هدفمند با توجه به معیارهای ورود و خروج و پس از اخذ رضایت از آن‌ها انتخاب شده‌اند. ابزار سنجش متغیرهای پژوهش عبارت است از فرم کوتاه پرسشنامه خودتنظیمی میلر و براون (۱۹۹۹) (SSRQ)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس داس (۱۹۹۵) (DASS-21)، پرسشنامه خشونت خانوادگی پورنقاش تهرانی (۱۳۸۳) و مقیاس ارزیابی شناختی مونترال (MONTREAL) (۲۰۰۵). نتایج به دست آمده توسط نرم افزارهای SPSS-25 و LISREL-8.8 تحلیل شده‌اند. مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش با انجام تحلیل‌های مختلف آماری مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهند که خشونت خانگی بر عملکردهای شناختی توسط متغیرهای واسطه‌ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی تاثیرگذار است. با توجه به مقادیر شاخص‌های برازش از قبیل RMSEA، RMR، GFI و ... مدل مفهومی پیشنهادی برازش یافت. پژوهش پیش رو بیانگر آن است که تجربه خشونت‌های خانگی در زنان به واسطه کاهش توانایی خود تنظیمی، و ایجاد پریشانی روانشناختی باعث کاهش عملکردهای شناختی در آنها می‌گردد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان با توجه دادن خانواده‌ها و همچنین سازمان‌ها و مراکز مرتبط با نگهداری و کمک به زنان قربانی خشونت به اهمیت نقش کاهش توانایی‌های شناختی و عوامل واسطه‌ای موثر بر آنها بر ادامه خشونت‌پذیری، با مداخلات آموزشی و درمانی، از وقوع مجدد این گونه خشونت‌ها پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، همسر آزاری، خود تنظیمی، پریشانی روانشناختی، عملکرد شناختی

## Relationship between domestic violence and cognitive functions in women victim of spouse abuse: Mediating role of the self-regulation and psychological Distress

\*Pournaghash Tehrani, S. S. (Corresponding author) Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. spournaghash@yahoo.com

Ghalandarzadeh, Z. MA in Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

Farahani, H. Assistant Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Saberi S. M. Associate Professor of Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

Pashaei Bahram, M. M.D., Forensic Medicine Organization, Tehran, Iran

### Abstract

Domestic violence could cause different types of physical and mental consequences for women. This may threaten safety of the family. Women are more prone to be the victims of violence particularly partners' one. One of the important consequences of violence is cognitive dysfunctioning. Domestic violence could be considered as an environmental stressor factor which in turn could affect cognitive functions. Surviving from the influence of a domestic violence is in direct relation with the cognitive capabilities of abused women. Therefore, investigation on the effect of domestic violence on cognitive functioning of women suffering from domestic violence is an important issue. The effect of violence on cognitive functions may occur throughout other psychological variables. That is why in the current study, the mediating role of self-regulation and psychological Distress relating domestic violence and cognitive functions is investigated. The current study is a fundamental research. Considering that, the study of the relationship between the interested variables has been conducted on a limited number of abused women, it is a descriptive-correlative type of research. The relationship between the parameters is analyzed based on the research objectives. The subject community is abused women referred to different branches of Tehran Forensic Medicine Center in 2017-2018. 200 abused women are asked to participate in this study. They are selected on a purposive sampling method based on entry-exit criteria and after seeking their acceptances. Miller & Brown (1999) Short Self-Regulation Questionnaire (SSRQ), DASS-21 Questionnaire (1995), Pour Naghash Tehrani (2004) Domestic Violence Questionnaire and MONTREAL cognitive assessment scale (2005) were utilized as the instruments of research variables. Results are analyzed by means of SPSS and LISREL software. The conceptual model connecting domestic violence to the cognitive functioning throughout the above mentioned mediating parameters are examined. The outcomes supported a suitable fitness for the proposed model, since the statistical indicators such as RMSEA, GFI, MFI, and AGFI ... showed satisfactory values. Present study shows that the experience of domestic violence creates significant cognitive dysfunctioning through the mediating factors such as loss of self-regulation capability and Psychological Distress. By means of these findings, families and social organizations such and women's shelter and support centers can offer suitable educational programs and treatment to prevent the continuation of the violence.

**Keywords:** Domestic Violence, Spouse Abuse, self-regulation, Psychological Distress, Cognitive Functions

شناخت<sup>۱</sup> به تمام فعالیت‌های ذهنی که موثر در ثبت، پردازش، ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات هستند گفته می‌شود. عملکردهای شناختی<sup>۲</sup> شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها از قبیل توجه و یادگیری، حافظه، توانایی‌های زبانی، مهارت‌های دیداری-ادراکی، تفکر منطقی و حل مسئله می‌شود (ایراکسینن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). عملکردهای اجرایی شامل توانایی‌هایی از قبیل تنظیم کردن اهداف، برنامه ریزی، شروع و انجام تکالیف و خود پایشی رفتارها برای رسیدن به اهداف مطلوب می‌باشد (لزاک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). توانایی‌های کلامی از قبیل توانایی زبانی، روانی در صحبت کردن، خواندن و نوشتن به طور معمول در نیمکره چپ مغز بازنمایی می‌شوند (کلب و ویشاوه<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). حافظه به عنوان یکی دیگر از توانایی‌های شناختی معرفی شده است. حافظه یک فرایند یا سیستم واحد نیست بلکه یک اصطلاح جامع برای تعریف خانواده‌ای از سیستم‌های عصبی شناختی به حساب می‌آید که این سیستم‌ها روش‌های مختلفی را در ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات برای رسیدن به یک رفتار و هوشیاری اعمال می‌کنند (بدلی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲). عملکردهای شناختی توسط تعدادی از فاکتورهای جمعیتی و وابسته به سلامت همانند سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت روانی و فیزیکی تحت تاثیر قرار می‌گیرند. نقص شناختی عموماً با جراحات‌های تروماتیک مغزی<sup>۷</sup> و اختلالات نورودژنراتیو<sup>۸</sup> ارتباط دارد. درباره تاثیر نقش شرایط روانشناختی روی عملکردهای شناختی کمتر مطالعه شده است ولی با این حال عوامل روانشناختی نیز می‌توانند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهند. یکی از این عوامل روانشناختی، تجربه خشونت است. خشونت خانگی به عنوان یک عامل استرس زای محیطی می‌تواند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهد، بنابراین بررسی عملکردهای شناختی در زنان آسیب دیده از خشونت‌های خانگی دارای اهمیت است.

پژوهش در خصوص موضوع خشونت خانگی<sup>۹</sup> پیشینه‌ای کمتر از چهار دهه دارد. بر اساس گزارش بانک جهانی (۱۹۹۳)، خشونت خانگی مرگ و میری به اندازه سرطان در بین زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله به همراه داشته است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۰</sup> ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد از زنان در کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی و خشونت را تجربه کرده‌اند (فلین و گراهام، ۲۰۱۰). در ایران نیز بررسی‌های گوناگون شیوع همسرآزاری ۲۷-۳۸ درصد گزارش شده است و خشونت علیه زنان ایرانی شامل انواع خشونت‌های فیزیکی، روانی، جنسی و اقتصادی بوده است (حسین زاده و همکاران، ۲۰۱۰). پور نقاش تهرانی و قلندرزاده (۲۰۱۸) به نقل از محققین مختلف خشونت خانگی را به شرح زیر معرفی کرده‌اند: "طبق تعاریف سنتی خشونت خانگی بیشتر با خشونت فیزیکی تداعی می‌شود. به طور مثال دیکشنری وبستر خشونت خانگی را این چنین تعریف می‌کند: "اقدام به وارد آوردن جراحت فیزیکی توسط یک عضو خانواده بر عضو دیگر." امروزه خشونت خانگی به نحو وسیع‌تری تعریف می‌شود تا تمام اشکال فیزیکی جنسی، روان شناختی یا اقتصادی خشونت را دربرگیرد. این اشکال خشونت ممکن است توسط شخصی که عضو خانواده است رخ دهد یا شخصی که یک شریک صمیمی با همسر است، صرف نظر از اینکه آنها با هم زندگی می‌کنند یا نه (شورای اروپا، ۲۰۱۱).

تعریف مورد قبول عام برای خشونت روانشناختی یا هیجانی بر اساس تعریف سازمان عفو بین‌الملل هرگونه زجر دادن روانی را در بر می‌گیرد و همچنین شامل هرگونه محبوس کردن، قربانی و ایجاد ناتوانی بر اثر فرسودن، ضعیف ساختن، از بین بردن ظرفیت‌ها، تحقیر و بی حرمت ساختن و غیره می‌شود. برخی مولفان دیگر، خشونت اجتماعی و خشونت اقتصادی را نیز به انواع بالا اضافه می‌کنند که می‌توان آن را از اقسام خشونت روانشناختی به حساب آورد. خشونت خانگی یکی از رایج ترین علت مصدومیت زنان شناخته می‌شود و قربانیان اغلب مشکلات سلامتی حاد و مزمن را تجربه می‌کنند شامل شکستگی استخوان‌ها، تروما‌های عصبی شناختی، ترومای صورت، حالات

۱. Cognition

۲. Cognitive Functions

۳. Airaksinen, E.

۴. Lezak, M., D.

۵. Kolb, B. Wishaw, I., Q.

۶. Baddeley, A.

۷. Traumatic Brain Injury

۸. Neurodegenerative

۹. Domestic Violence(DV)

۱۰. World Health Organization

قلبی عروقی و معدی روده‌ای (والبی و آلن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).<sup>۱</sup> مطالعات نشان داده اند که تجربه خشونت خانگی می تواند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهد. تاملی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به بررسی عملکردهای شناختی زنانی که خشونت توسط شریک صمیمی<sup>۳</sup> (IPV) را تجربه کرده بودند پرداختند، نتایج این مطالعه نشان داد زنان قربانی IPV در آزمایش های عملکرد های شناختی شامل توجه، حافظه کوتاه مدت و عملکردهای اجرایی نسبت به زنانی که قربانی این خشونت ها نبوده اند، عملکرد پایین تری داشتند.

دپرینس<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، هم در مطالعه خود نشان دادند که بین ترومای ناشی از خشونت بین شخصی و نقص در عملکردهای اجرایی رابطه وجود دارد. بر این اساس یکی از مسائل مورد مطالعه در این پژوهش بررسی رابطه بین تجربه انواع خشونت های خانگی با عملکردهای شناختی است. اما آیا این رابطه یک رابطه مستقیم و ساده است، یا ممکن است متغیرهای روانشناختی دیگری این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا کنند؟ از این رو مسئله دیگر پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین تجربه انواع خشونت های خانگی و عملکردهای شناختی می باشد. تجربه خشونت های خانگی همچنین می تواند روی توانایی خود تنظیمی افراد خشونت دیده تاثیر بگذارد. خود تنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش کرده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد درباره رفتار خود قضاوت کرده و در نتیجه رفتار خود را تنظیم می کند (جراس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). عوامل متعددی می توانند روی خودتنظیمی تاثیر گذاشته و آن را با شکست مواجه کنند، یکی از این عوامل استرس است. خشونت خانگی یک منبع استرس زای بین فردی است که باعث از بین رفتن یکپارچگی در خانواده می شود (موراد<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین خشونت خانگی به عنوان یک عامل استرس زای محیطی می تواند توانایی خود تنظیمی را با مشکل مواجه کند. زنان آسیب دیده از خشونت به دلیل تجربه استرس ناشی از مواجهه با خشونت، در وظایفی که نیاز به خودتنظیمی دارد دارای اختلال هستند. خودتنظیمی به مثابه یک توانمندی شناختی شناخته می شود و می تواند دچار تقلیل و کاهش گردد (هیسرتون و واگنر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). استرس ناشی از رویدادهای استرس زا می تواند باعث تخلیه ذخایر خود تنظیمی گردد. به این دلیل که استرس ظرفیت خود تنظیمی افراد را تخلیه می کند، افراد در شرایط استرس بسیار حساس و هیجانی می شوند و در اثر این عوامل کنترل خود را برای سیگار کشیدن، گرفتن رژیم غذایی و مصرف الکل و مواد مخدر زمانی که تحت استرس هستند از دست می دهند (بامیستر و هیسرتون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶). مطالعات همچنین رابطه بین توانایی خودتنظیمی و عملکرد شناختی را نشان داده اند. اشمیکل و همکاران ۲۰۰۳، به این نتیجه رسیدند که تخلیه منابع خود تنظیمی می تواند اختلال عملکرد در موضوعاتی را ایجاد کنند که به سطح بالایی از کنترل شناختی در آنها نیاز است. فرضیه اصلی در این است که تخلیه ذخایر خود تنظیمی می تواند برخی از فعالیت های شناختی را مختل کند. با این که عملکردهای شناختی و عقلانی انسان مورد مطالعه وسیعی قرار گرفته است، اما محققین کمی تاثیر "خود" را بر عملکرد های شناختی و ذهنی بررسی کرده اند. "خود" نیاز دارد تا کنترل هایی مثل استدلال کردن<sup>۹</sup>، حل مسئله<sup>۱۰</sup> و سایر عملکردهای اجرایی را انجام دهد. زمانی که ذخایر "خود" تخلیه می شوند، این عملکردهای ذهنی نیز ضعیف تر می گردند (اشمیکل و همکاران ۲۰۰۳). آن چه که تخلیه می شود گنجایش یا توانایی خود تنظیمی است، لذا تکالیف شناختی که به کنترل عملکرد اجرایی وابسته اند، مختل خواهند شد. بنابر مطالب گفته شده انتظار می رود خود تنظیمی در رابطه بین تجربه خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی نقش واسطه ای بازی کند. علاوه بر سازه خودتنظیمی سازه های دیگر مورد بررسی به عنوان واسطه بین تجربه خشونت های خانگی و عملکرد شناختی پریشانی های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند. اضطراب و افسردگی از شایع ترین بیماریهای روانی جوامع مدرن محسوب می شوند. اختلالات اضطرابی با میزان شیوع طول عمر ۳۰.۵ درصد برای زنان و ۱۹.۲ درصد برای مردان، و

۱. Walby, S., and Allen, J.

۲. Twamley, E. and et al.

۳. Intimate Partner Violence

۴. Deprince, A., P.

۵. Jerath, R.

۶. Mourad, M., R.

۷. Heatherton, T., F. and Wagner, D., D.

۸. Baumeister, R., F. and Heatherton, T., F.

۹. Schmeichel, B., J.

۱۰. Reasoning

۱۱. Problem Solving

افسردگی نیز با شیوع ۱۰ تا ۲۵ درصد در زنان و ۵ تا ۱۵ درصد در مردان (سادوک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) در میان بیماری‌های روانی جایگاه نخست را از نظر سهم ابتلای افراد جامعه دارند. پریشانی‌ها و عواقب حاصل از این دو اختلال، همواره در صدی از افراد جامعه را به شدت درگیر می‌سازد، تا حدی که افراد روال زندگی روزمره خود را از دست می‌دهند و در عملکرد خود دچار نقص و نارسایی می‌شوند. تاثیر خشونت‌های خانگی به موازات آسیب‌های فیزیکی، شامل آسیب‌های روانشناختی هم می‌شود (دوتن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲). زنانی که در معرض خشونت قرار گرفته‌اند، دارای علائم شدید افسردگی و اضطراب و همچنین اختلال فشار پس سانحه‌ای<sup>۳</sup> و افکار خودکشی در مقایسه با زنانی که در معرض خشونت نبوده‌اند، هستند. یافته‌ها نشان می‌دهند که زنانی که دو بار یا بیش از یک بار در معرض خشونت قرار گرفته‌اند، ریسک ابتلا به بیماری‌های روانی را بیشتر دارند (رومیتو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین یک ارتباط خیلی قوی بین اختلالات اضطرابی و تجربه خشونت توسط شریک صمیمی، خصوصاً اختلال پنیک و اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (شوری<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). شواهد زیادی نیز نشان می‌دهند که افسردگی ریسک نقص شناختی و ناتوانی در عملکردهای شناختی را افزایش می‌دهد. چارنی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۳). مطالعات جدید در خصوص افسردگی و عملکردهای شناختی نشان دهنده ارتباط افسردگی با حافظه کوتاه مدت، توجه و نقص در عملکرد اجرایی و سرعت پردازش می‌باشد (دوماس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه ایراکسین (۲۰۰۶)، نشان داده است که افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی نقص قابل توجهی در حافظه اپیزودیک از خود نشان می‌دهند. بنابراین به نظر می‌رسد که پریشانی روانشناختی نیز در رابطه بین خشونت‌های خانگی و عملکردهای شناختی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. بدین ترتیب با توجه به آنچه که گفته شد هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی، در رابطه بین تجربه انواع خشونت‌های خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی خشونت است. بی‌توجهی به سلامت زنان و اعمال خشونت خانگی علیه آنان می‌تواند سبب پیدایش انواع بیماری‌های روانی و حتی جسمانی گردد که این امر تهدیدی علیه سلامت اعضای خانواده است. در واقع اختلال در روند زندگی زنان و مادران نتایج زیانبار و هزینه‌ساز بر جامعه نیز خواهد گذاشت. زنان نسبت به اعضای دیگر خانواده بیش‌تر در معرض خشونت، به خصوص خشونت مردان هستند. قرار گرفتن زنان در چرخه خشونت می‌تواند آثار زیانباری از جمله ناتوانی در ایفای نقش ایشان در خانواده و تنظیم عملکردهای شخصی و اجتماعی آنها داشته باشد. این تاثیرات به نوبه خود می‌تواند برای جامعه هزینه‌های زیادی در بر داشته باشد. درک چگونگی تاثیر خشونت دیدگی در عملکردهایی که نهایتاً به نوعی ناتوانی رفتار شخصی و اجتماعی در زنان قربانی خشونت (از جمله خشونت خانگی) می‌شوند حائز اهمیت زیادی است. درک دقیق این موضوع هم در فرایندهای درمانی و بهسازی عملکردی زنان خشونت دیده از یک سو و کاهش آثار خانگی و اجتماعی این آسیب از سوی دیگر می‌تواند کاربرد عملی داشته باشد. به نظر می‌رسد مهم‌ترین آسیبی که خشونت خانگی به همراه دارد ایجاد اختلال در عملکردهای شناختی زنان قربانی خشونت باشد. تحقیقات پیشین نقش خشونت در ایجاد ناتوانی‌هایی از قبیل اختلالات روانپزشکی و نیز عدم توانایی در تنظیم هیجان و خود تنظیمی را نشان داده‌اند. اینگونه اختلالات به نوبه خود مولفه‌های مختلف عملکرد شناختی را هدف گیری کرده و موجب آسیب به آنها می‌شود. از آنجایی که نقص در عملکردهای شناختی نیز نقش مهمی در رشد مشکلات هیجانی و رفتاری پس از رویارویی با رویدادهای استرس‌زا همچون خشونت همسر ایفا می‌کند، توانایی زنان در کنترل و بهبود شرایط به منظور کاهش خشونت کاملاً تقلیل پیدا می‌کند. به عبارت دیگر زنان قربانی خشونت در تکرار شدن متوالی آن نه تنها قادر به کنترل شرایط نمی‌شوند بلکه بدلیل نقصان در تواناییهای شناختی و خود کنترلی به تکرار خشونت دیدگی تن در می‌دهند. پری فرونتال مسئول قضاوت و تصمیم‌گیری، حل مسئله، استدلال، تصمیم‌گیری بوده و نقص این مولفه‌های عملکرد شناختی می‌تواند باعث تداوم مسائل و مشکلات و عدم توانایی خروج از مسائل آسیب‌زا شود. این یک سیکل معیوب است، زنان قربانی خشونت بدنبال حل مسئله و خروج از موقعیت آسیب‌زا هستند، در حالیکه تواناییهای شناختی آنها آسیب دیده است.

۱. Sadock, B., J.

۲. Dutton, M., A.

۳. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

۴. Romito, P.

۵. Shorey, R.

۶. Charney, D., S.

۷. Dumas, M.

## روش

### طرح پژوهش

با توجه به بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش در یک نمونه از زنان قربانی خشونت خانگی، طرح پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی به شمار می رود که رابطه بین متغیرها بر حسب اهداف پژوهش تحلیل شده است.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه تحقیق شامل زنان قربانی همسرآزاری مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ می باشند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از مراجعه کنندگان به این مراکز بودند که به شیوه هدفمند با توجه به معیارهای ورود و خروج و پس از اخذ رضایت از آن ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: سن ۲۰ تا ۶۰ سال و قربانی یکی از انواع خشونت های خانگی توسط همسر به تشخیص پزشکی قانونی، معیار خروج نیز شامل عدم تمایل افراد برای شرکت در پژوهش بوده است.

### ابزار های پژوهش

**پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup> (DASS-21):** این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند<sup>۲</sup> تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است، فرم اصلی آن دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از سازه های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۱۴۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد.

فرم کوتاه شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از ۷ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط بشارت (۲۰۰۵)، برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. بشارت (۲۰۰۵)، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمونه هایی از جمعیت عمومی (n= ۲۷۸) ۰/۸۷ برای افسردگی ۰/۸۵، برای اضطراب ۰/۸۹ برای استرس و کل ۰/۹۱ گزارش کرده است. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داده که بین نمره آزمودنی ها در مقیاس های افسردگی اضطراب استرس با نمره های افسردگی بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ( $P < ۰/۰۱$ ) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیص مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تایید می کنند.

در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۹۲ و ۰/۸۰۴ و ۰/۸۱۰ و همچنین آلفای کرونباخ کل برابر ۰/۹۱۱ بدست آمده است. این مقادیر تطابق خوبی با مقادیر گزارش شده دارند.

### پرسشنامه خشونت خانگی پورنقاش تهرانی (۱۳۸۳):

این پرسشنامه ۴۰ آیتمی توسط پورنقاش تهرانی (۲۰۰۵) ساخته شده است. ۱۳ آیتم از این پرسشنامه خشونت های روانی، ۲۴ آیتم آن خشونت های فیزیکی بین زوجین و ۳ آیتم آن قربانی و یا شاهد خشونت بودن در خانواده را مورد ارزیابی قرار می دهد. طیف پاسخ به این پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از "کاملا موافقم" تا "کاملا مخالفم" می باشد. محورهای این پرسشنامه بر اساس مطالعات کتابخانه ای و جستجوی کامپیوتری مشخص گردیده است. این پرسشنامه با مقیاس تاکتیک های تعارض در یک گروه متشکل از ۵۰ زوج اجرا گردید و همبستگی بین نتایج این پرسشنامه و مقیاس فوق معادل ۰/۸۱ به دست آمد. نشان دهنده روایی همگرای پرسشنامه خشونت خانگی است. روایی این پرسشنامه نیز بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمده است (پورنقاش تهرانی (۲۰۰۵). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس های خشونت روانی و خشونت فیزیکی به ترتیب ۰/۷۲۶ و ۰/۹۲۹ و آلفای کرونباخ کل برابر ۰/۹۱۵ بدست آمده است. این مقادیر تطابق خوبی با مقادیر گزارش شده در فوق دارند.

### مقیاس ارزیابی شناختی مونترال<sup>۳</sup> (MOCA) (۲۰۰۵):

این مقیاس توسط نصرالدین و همکاران (۲۰۰۵) ساخته شده است. یک ابزار غربالگری شناختی جدید می باشد و دامنه گسترده تری از حوزه های شناختی را نسبت به مقیاس معاینه مختصر وضعیت روانی می سنجد. این مقیاس از تکالیف بیشتر و سخت تری برای سنجش

۱. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)

۲. Lovibond, P., F. and Lovibond, S., H.

۳. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

عملکرد اجرایی، توانایی های زبانی سطح بالاتر، حافظه و پردازش دیداری فضایی پیچیده استفاده می کند. این مقیاس دارای پایایی آزمون باز آزمون و ثبات درونی خوبی است و نمرات آن با نمرات سایر مقیاس های نورو پسیکولوژیک همبستگی بالایی دارد. نصرالدین و همکاران (۲۰۰۵)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ همبستگی بین آزمون مونترال و آزمون کوتاه وضعیت ذهنی<sup>۱</sup> را ۰/۸۷، حساسیت این مقیاس را برای تعیین افراد با اختلال شناختی خفیف ۰/۹۰ و ویژگی این مقیاس را نیز ۰/۸۷ گزارش کرده اند (دادفر و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران در مطالعه ای که به منظور بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس ارزیابی شناختی مونترال در بیماران پارکینسونی شهر اصفهان انجام شد، نتایج نشان دهنده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی همزمان ۰/۷۹ حساسیت ۰/۸۵ و ویژگی ۰/۹۰ بود (امساک و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی شناخت مونترال برابر ۰/۷۰۵ بدست آمده است که با مطالعات گزارش شده فوق الذکر تطابق خوبی دارد.

**فرم کوتاه پرسشنامه خود تنظیمی<sup>۲</sup> میلر و براون (۱۹۹۹) (SSRQ) :** پرسشنامه فرم کوتاه خودتنظیمی (SSRQ) (کری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، یک پرسشنامه ۳۱ آیتی بر مبنای پرسشنامه خودتنظیمی SRQ<sup>۴</sup> است (براون<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). این پرسشنامه برای ارزیابی ظرفیت خودتنظیمی است که بر اساس هفت فرآیند مدل نظری خودتنظیمی میلر و براون طراحی شده است (میلر و براون، ۱۹۹۲).

کری و همکاران ۲۰۰۴ نشان دادند که SSRQ یک پرسشنامه تک عاملی است که ظرفیت کلی خودتنظیمی را نشان می دهد. آیتها بر اساس یک مقیاس پنج امتیازی لیکرت (۱=کاملاً مخالفم و ۵=کاملاً موافقم) امتیاز دهی می شوند و امتیاز کل پرسشنامه از جمع امتیازات آیتها بدست می آید. همسانی درونی SSRQ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است و همبستگی بین SSRQ و SRQ برابر ۰/۹۶ بدست آمده است (کری و همکاران ۲۰۰۴).

در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه فرم کوتاه خودتنظیمی میلر و براون، تحلیل عاملی اکتشافی با داده های این پژوهش صورت گرفت و مدل چهار عاملی با چرخش واریماکس برازش یافت و با حذف ۱۰ سوال، پرسشنامه از چهار عامل برنامه ریزی و پیگیری اهداف، تصمیم گیری و تغییر، ارزیابی و توجه، توانایی تغییر، تشکیل شد. یافته های پژوهش حاضر در زمینه همسانی درونی خرده مقیاس های پرسشنامه SSRQ، از همسانی بالای این خرده مقیاس ها حکایت دارد. بطوری که ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۹۶ و همچنین برای هر یک از خرده مقیاس های برنامه ریزی و پیگیری اهداف، تصمیم گیری و تغییر، ارزیابی و توجه، توانایی تغییر، به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به دست آمده است.

### روش اجرای پژوهش

در این پژوهش پس از ارزیابی معیارهای ورود و خروج پژوهش، نمونه موردنظر که شامل زنان قربانی همسرآزاری مراجعه کننده به پزشکی قانونی بودند انتخاب و پرسشنامه های پژوهش به آنها تحویل داده شد و پس از تکمیل گردآوری گردید. همچنین مقیاس ارزیابی شناختی مونترال توسط پژوهشگر بر روی شرکت کنندگان در پژوهش اجرا گردید. شرکت کنندگان در پژوهش آزاد بودند که در هر مرحله از پژوهش در صورت تمایل نداشتن به مشارکت، به همکاری خود پایان دهند.

برای انجام پژوهش و برای امکان پذیری تکمیل پرسشنامه ها توسط زنان خسونت دیده، موافقت و همکاری پزشکی قانونی شهر تهران با انجام مکاتبات رسمی از طرف دانشگاه تهران اخذ شده است. شرکت کنندگان در این پژوهش بطور داوطلبانه و با رضایت کامل پرسشنامه ها را تکمیل کردند. برای جلب رضایت شرکت کنندگان، اهداف پژوهش و نحوه انجام آن بطور کامل توضیح داده شد و همه شرکت کنندگان با آگاهی کامل از اینکه اطلاعات شان بطور محرمانه محفوظ خواهد بود، برای مشارکت در این پژوهش توجیه شدند. لازم به توضیح است که اطلاعات بدون درج نام و نام خانگی افراد جمع آوری شده اند و لذا ارتباط پرسشنامه ها با هویت واقعی افراد معلوم نیست.

### روش تحلیل داده ها

۱. Mini-Mental State Exam (MMSE)

۲. Short Self-Regulation Questionnaire (SSRQ)

۳. Carey, K., B.

۴. Self-Regulation Questionnaire (SRQ)

۵. Brown, J, M. et al.

۶. Miller, W., R. and Brown, J, M.



در تحلیل آماری داده‌ها شاخص‌ها و روش‌های تحلیل توصیفی و استنباطی به شرح زیر استفاده شده است: تحلیل توصیفی شامل اطلاعات دموگرافیک و نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ها، شامل حداقل و حداکثر نمرات، فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد است. برای بررسی فرضیه‌ها از روش همبستگی پیرسون و همچنین برای بررسی برازندگی مدل از روش تحلیل مسیر استفاده شده است. برای این منظور از نرم افزارهای SPSS-25 و LISREL-8.8 استفاده شده است.

## یافته‌ها

۶۷/۷ درصد از زنان قربانی خشونت شرکت کننده در پژوهش خانه دار و ۳۲/۳ درصد ایشان شاغل بوده اند. همچنین بیشترین درصد مدرک تحصیلی این زنان مربوط به مدرک دیپلم با ۳۳٪ فراوانی کل و کمترین درصد فراوانی با مقدار ۱۱٪ مربوط به دارندگان مدرک فوق لیسانس بوده است. میانگین و انحراف استاندارد سن برای زنان خشونت دیده به ترتیب ۳۱/۵۳ و ۹/۱۴ بود. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد خشونت‌های خانگی شامل خشونت فیزیکی و روانی و همچنین متغیرهای خود تنظیمی، پریشانی روانشناختی و عملکردهای شناختی، در جدول ۱ آمده است. ضرایب همبستگی پیرسون بین خشونت‌های خانگی، خود تنظیمی، پریشانی روانشناختی و عملکرد شناختی، در جدول ۲ آمده است. بر اساس این نتایج، بین خشونت‌های خانگی با پریشانی روانشناختی همبستگی مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ و بین خشونت‌های خانگی و خود تنظیمی در سطح ۰/۰۱ همبستگی منفی معنادار وجود دارد. از طرفی بین پریشانی روانشناختی با عملکردهای شناختی همبستگی منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ و بین خود تنظیمی و عملکردهای شناختی همبستگی مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر حداکثر و حداقل برای متغیرهای پژوهش

تعداد داده	خشونت خانگی		خودتنظیمی	پریشانی روانشناختی	عملکرد شناختی
	روانی	فیزیکی			
داده حاصل نشده	۰	۰	۰	۰	۰
میانگین	۳۵/۶۱	۵۷/۳۶	۶۲/۷۲	۳۹/۵۳	۲۴/۴۵
انحراف معیار	۵/۷۸	۱۴/۳۶	۱۳/۴۱	۱۲/۷۴	۳/۵۸
حداقل	۱۹/۰۰	۰/۰۰۳۲	۳۸/۰۰	۷/۰۰	۱۱/۰۰
حداکثر	۴۶/۰۰	۸۴/۰۰	۹۶/۰۰	۶۲/۰۰	۳۰/۰۰

جدول ۲ ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

خشونت فیزیکی و روانی	خود تنظیمی	افسردگی	اضطراب	پریشانی روانشناختی	عملکرد شناختی
۱					
خود تنظیمی	۱				
افسردگی	۰/۳۷۷*	۱			
اضطراب	۰/۴۹۴**	۰/۴۲۰**	۱		
پریشانی روانشناختی	۰/۴۷۶**	۰/۴۴۹**	۰/۹۲۱**	۱	
عملکرد شناختی	۰/۲۵۹*	۰/۵۵۴**	۰/۴۱۰**	۰/۳۵۱**	۱

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ و \* معناداری در سطح ۰/۰۵

برای بررسی نقش واسطه‌ای پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت‌های خانگی و عملکردهای شناختی و نقش واسطه‌ای خود تنظیمی در رابطه بین خشونت‌های خانگی و عملکردهای شناختی، و همچنین برای آزمون مدل فرضی پژوهش، از تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل استفاده شد. برای برازش بهتر مدل، به پیشنهاد نرم افزار لیزرل یک مسیر از پریشانی روانشناختی به خود تنظیمی اضافه شد و مدل از برازش مطلوبی برخوردار شد. با توجه به شاخص‌های برازش (بنتلر، ۱۹۹۰)، مدل فرضی پژوهش برازش کاملاً مطلوب دارد. نسبت  $\chi^2$  دو به درجه آزادی (۱/۵۲)، کوچک تر از ۲ است. همین طور ریشه دوم واریانس خطای تقریباً ۲ برای برازش

۱. Bentler, P., M.

۲. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

مطلوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد، که در این مدل ۰/۰۳ به دست آمده است. شاخص برازندگی<sup>۱</sup> (۰/۹۸)، شاخص برازندگی تعدیل یافته<sup>۲</sup> (۰/۹۴)، شاخص برازندگی هنجار شده<sup>۳</sup> (۰/۹۸)، و شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۴</sup> (۰/۹۶) نیز باید بیشتر از ۰/۹ باشد، که در مدل تحت بررسی همه این شاخص ها بیشتر از ۰/۹ است و برازش کامل مدل را نشان می دهد. هم چنین مقدار ریشه میانگین شده مجذورات باقی مانده<sup>۵</sup> نیز باید کوچک تر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل برابر با ۰/۰۴ است. میزان ارزش P<sup>۶</sup> در مدل مناسب نباید معنادار باشد. با توجه به مقدار ۰/۴۲ برای این شاخص، شرط مذکور برقرار است. در نتیجه فرض تطبیق اصلاحی پیشنهادی با مدل تجربی، هماهنگ است. یعنی در واقع فرض صفر تایید می شود. جدول ۳ شاخص های نیکویی برازش برای مدل پژوهش را نشان می دهد. مسیرهای مختلف مدل پژوهش در شکل ۱ ارائه شده اند. مقادیر ضرایب معناداری t و استاندارد  $\beta$  مسیرهای مختلف مدل پژوهش در این شکل نشان شده اند.

---

۱. Goodness of Fit Index (GFI)

۲. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

۳. Normed Fit Index (NFI)

۴. Comparative Fit Index (CFI)

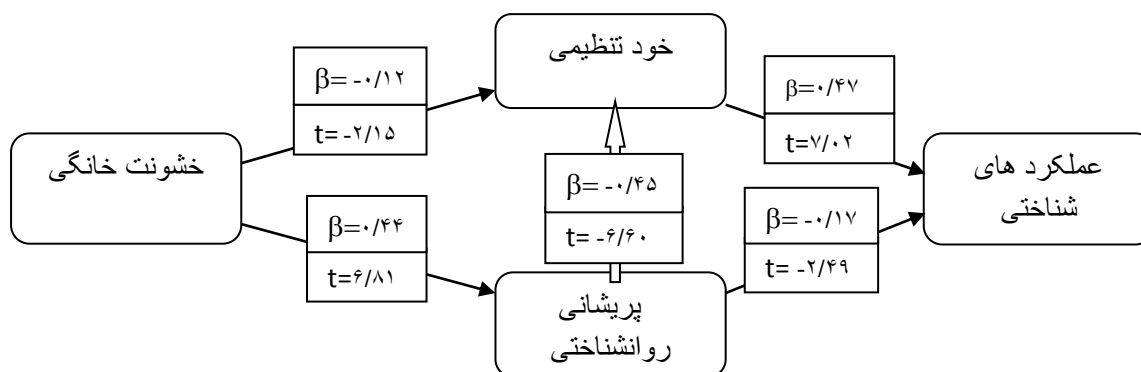
۵. Root Mean Square Residual (RMR)

۶. P-Value



جدول ۳ شاخص های نیکویی برازش برای مدل فرضی پژوهش

شاخص های برازش	مدل پیشنهادی	مقادیر ملاک	نتیجه
RMSEA	۰/۰۳	< ۰/۱	برقرار است.
GFI	۰/۹۸	> ۰/۹۰	برقرار است.
CFI	۰/۹۶	> ۰/۹۰	برقرار است.
AGFI	۰/۹۴	> ۰/۹۰	برقرار است.
NFI	۰/۹۸	> ۰/۹۰	برقرار است.
IFI	۰/۹۹	> ۰/۹۰	برقرار است.
NNFI	۰/۹۷	> ۰/۹۰	برقرار است.
RMR	۰/۰۴	هر چقدر نزدیک به صفر باشد.	برقرار است.
dF	۲	-	برقرار است.
$\chi^2$	۳/۰۵	در حجم نمونه زیاد همیشه معنادار است	برقرار است.
$\chi^2 / dF$	۱/۵۲	کمتر از ۲	برقرار است.
P-value	۰/۴۲	معنادار نباشد	برقرار است.



شکل ۱ مقادیر ضرایب معناداری و استاندارد مدل پژوهش

جدول ۴ ضرایب مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی پژوهش

مسیر	B	$\beta$	T
۱ اثر خوشونت های خانگی بر پریشانی روانشناختی	۰/۲۷	۰/۴۴	۶/۸۱**
۲ اثر خوشونت های خانگی بر خودتنظیمی	-۰/۰۸	-۰/۱۲	-۲/۱۵*
۳ اثر پریشانی روانشناختی بر عملکرد شناختی	-۰/۰۵	-۰/۱۷	-۲/۴۹*
۴ اثر خود تنظیمی بر عملکرد شناختی	۰/۱۳	۰/۴۷	۷/۰۲**
۵ اثر پریشانی روانشناختی بر خودتنظیمی	-۰/۴۷	-۰/۴۵	-۶/۶۰**

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ و \* معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول ۵ ضرایب مسیرهای غیر مستقیم برای مدل فرضی پژوهش

ارزش P	آزمون سوبل	حاصل ضرب بتا	مسیر غیر مستقیم
۰/۰۲*	۲/۳۴	-۰/۰۷۰	اثر خشونت های خانگی بر عملکرد شناختی با واسطه پریشانی روانشناختی
۰/۰۳*	۲/۵۶	-۰/۰۵۱	اثر خشونت های خانگی بر عملکرد شناختی با واسطه خودتنظیمی
۰/۰۰۰۰۲**	۴/۷۴	-۰/۱۹۸	اثر خشونت های خانگی بر خود تنظیمی با واسطه پریشانی روانشناختی
۰/۰۰۰۰۲**	۴/۸۰	-۰/۲۱	اثر مشکلات روانشناختی بر عملکرد شناختی به واسطه خودتنظیمی

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱ و \* معناداری در سطح ۰/۰۵

در جدول ۴ ضرایب استاندارد، ضرایب غیر استاندارد و مقادیر ضرایب t مسیر های مستقیم برای مدل نقش واسطه ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می شود، تمامی مسیر های مستقیم معنادار هستند. مسیر خشونت خانگی به خودتنظیمی با داشتن  $t = -2/15$  در سطح  $(P < 0/05)$  معنادار است. مسیر پریشانی روانشناختی بر عملکرد شناختی با داشتن  $t = 6/81$  در سطح  $(P < 0/01)$  معنادار است. مسیر خودتنظیمی بر عملکرد شناختی با داشتن  $t = -2/49$  در سطح  $(P < 0/05)$  معنادار است. مسیر خود تنظیمی بر عملکرد شناختی با داشتن  $t = 7/02$  در سطح  $(P < 0/01)$  معنادار است.

مسیر پریشانی روانشناختی بر خود تنظیمی با داشتن  $t = -6/60$  در سطح  $(P < 0/01)$  معنادار است. اثر غیر مستقیم متغیر های برون زاد بر درون زاد و ضرایب استاندارد، ضرایب غیر استاندارد و مقادیر ضرایب t مسیر های غیر مستقیم برای مدل نقش واسطه ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی در جدول ۵ نشان داده شده است. همان گونه که مشاهده می شود، تمامی مسیر های غیر مستقیم معناداری قابل قبولی دارند.

نتایج آزمون Z سوبل<sup>۱</sup> برای اثر های غیر مستقیم نشان می دهد که پریشانی های روانشناختی می توانند میان خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی با سطح معناداری ۰/۰۵ نقش میانجی یا واسطه داشته باشند. خودتنظیمی می تواند میان خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی با سطح معناداری ۰/۰۵ نقش میانجی یا واسطه داشته باشد، در نتیجه دو فرضیه آخر پژوهش تایید می شوند. همچنین پریشانی روانشناختی می تواند میان خشونت های خانگی و خود تنظیمی با سطح معناداری ۰/۰۱ نقش واسطه ای داشته باشند. خود تنظیمی نیز می تواند میان پریشانی روانشناختی با عملکرد های شناختی با سطح معناداری ۰/۰۱ نقش واسطه ای داشته باشد.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش که بر روی زنان خشونت دیده انجام گرفت معلوم گردید که بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی رابطه منفی وجود دارد. این موضوع با یافته های استین و همکاران (۲۰۰۲)، ویلیامز و مورفی (۲۰۱۷) و سایرین مطابقت دارد. به نظر می رسد همان گونه استین و همکاران (۲۰۰۲) دریافته اند، اختلال در مناطق پیشانی-زیرقشری<sup>۲</sup> که توسط تجربه خشونت ایجاد می شود نقش موثری در نقص عملکردهای شناختی شامل اختلال در حافظه بصری<sup>۳</sup>، مشکلات عملکرد اجرایی و حافظه فعال<sup>۴</sup> دارد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تجربه خشونت های خانگی و خودتنظیمی رابطه منفی وجود دارد. در واقع خشونت به عنوان یک استرسور بیرونی منابع خود تنظیمی را در هم می شکند. این یافته با نتایج پژوهش های گلس و همکاران (۱۹۶۹) و کرسیونی (۲۰۱۲)، همسو است. در تبیین این یافته می توان به این موارد اشاره کرد؛ خودتنظیمی مکانیسم پیچیده ای است که ممکن است با روش های مختلفی مختل گردد. یکی از دلایل شکست در خود تنظیمی تجربه استرس و خلق منفی است همانطور که گفته شد استرس ناشی از رویدادهای استرس زا مانند تجربه خشونت می تواند باعث تخلیه ذخایر خود تنظیمی گردد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مشکلات روانشناختی از قبیل اضطراب و افسردگی نیز با خودتنظیمی رابطه منفی دارند، پژوهش ها نشان می دهند که مشکلات

۱. Sobel Z Test

۲. Prefrontal Sub-cortical

۳. Visual Memory

۴. Working Memory

پیشانی‌های روانشناختی (افسردگی و اضطراب)، و مشکلات هیجانی و اجتماعی، به عنوان عوامل مختل‌کننده خودتنظیمی به شمار می‌روند. بودن در یک خلق منفی احتمال شکست در خودتنظیمی را افزایش می‌دهد (واگنر و هیسرتون، ۲۰۱۵).

چگونه استرس و خلق منفی می‌توانند باعث تخلیه ذخایر خودتنظیمی گردند؟ مدل توانایی خودتنظیمی پیشنهاد می‌کند که عملکرد اجرایی "خود" متکی به منابع محدود و تخلیه‌پذیری است (گایلیوت و همکاران، ۲۰۰۷). این عملکرد اجرایی خود شامل فرآیندهایی همانند انتخاب، ابتکار فعال، اراده و خودتنظیمی می‌باشد (بامیستر، ۲۰۰۲). تحقیقات نشان می‌دهند که تعداد زیادی از تکالیفی که در عملکرد اجرایی "خود" لازم هستند، منابعی را مورد استفاده قرار می‌دهند که شامل تصمیم‌گیری و استدلال‌گری منطقی می‌باشند (اشمیکل و همکاران، ۲۰۰۳). در واقع برای اینکه عملکرد اجرایی "خود" به کار گرفته شود باید یک سری منابع مثل تصمیم‌گیری<sup>۱</sup> و استدلال منطقی را مورد استفاده قرار دهد. تخلیه یا اصطکاک منابع خود را می‌توان به تخلیه منابع گلوکز بدن به علت ورزش تشبیه کرد. همانطور که در بدن در اثر ورزش و تمرین منابع گلوکز تخلیه می‌شود، با عملکرد اجرایی خود نیز این منابع خود تخلیه و مستهلک می‌گردند. هرچند که تخلیه منابع با اجرای فعالیت‌های اجرایی "خود" صورت می‌گیرد، فرد می‌تواند زمانی که در آینده قرار است درگیر فعالیت‌های سختی باشد، این منابع را ذخیره سازی و محافظت کند. هر دو مورد تخلیه و محافظت از این منابع، مکانیسم بالقوه تاثیر استرس و خلق منفی بر روی خودتنظیمی هستند. استرس و خلق منفی به دو شکل باعث تخلیه ذخایر "خود" می‌شوند، به طور مستقیم و از طریق پاسخ‌های فیزیولوژیکی که استرس و خلق منفی ایجاد می‌کند و یا به طور غیرمستقیم و با وادار کردن فرد به رفتارهایی که موجب کاهش منابع خودتنظیمی می‌شوند. بنابراین با تجربه استرس، اضطراب و افسردگی می‌توان انتظار داشت که خودتنظیمی دچار اختلال گردد (کرسونو، ۲۰۱۲). نتایج این پژوهش نشان داد که بین خودتنظیمی و عملکردهای شناختی رابطه مثبت وجود دارد، یعنی با افزایش توانایی خودتنظیمی، عملکردهای شناختی نیز ارتقا پیدا می‌کنند و از طرف دیگر در صورتی که توانایی خودتنظیمی با مشکل مواجه شود و به عبارتی ذخایر خودتنظیمی تخلیه گردند، عملکردهای شناختی نیز دچار نقص شده و کاهش می‌یابند. این یافته با پژوهش‌های اشمیکل و همکاران (۲۰۰۳) و ایگلسیاس (۲۰۱۵)، همسو است. اطلاعات در حال گسترش به دست آمده از ام آر آی<sup>۲</sup>، در رابطه با خودتنظیمی بیان می‌کند که در حین فعالیت‌های خودتنظیمی و خودکنترلی<sup>۳</sup>، سطوحی از کورتکس پری فرونتال<sup>۴</sup> فعال می‌شوند و این نشان دهنده ارتباط قوی بین رفتارهای خودتنظیمی و عملکردهای شناختی است (ایگلسیاس، ۲۰۱۵). خودتنظیمی شدیداً به فاکتورهای مختلف شناختی مانند برنامه‌ریزی<sup>۵</sup>، تصمیم‌گیری و عملکردهای اجرایی وابسته است. برای انجام فعالیت‌های شناختی از قبیل برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و عملکردهای اجرایی، به ذخایر خودتنظیمی نیاز است. به عبارتی اثبات شده است که با انجام فعالیت‌های شناختی، ذخایر خودتنظیمی کاهش می‌یابند. به این دلیل اگر فعالیت‌هایی غیر از فعالیت‌های شناختی مانند تکالیف خودتنظیمی دیگر ذخایر خودتنظیمی را کاهش دهند، عملکردهای شناختی نیز کاهش می‌یابند (ایگلسیاس، ۲۰۱۵). نتایج این پژوهش نشان داد که پیشانی‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب با عملکردهای شناختی رابطه منفی دارند، یعنی با افزایش افسردگی و اضطراب عملکردهای شناختی کاهش یافته و مختل می‌شوند. این یافته با ایراکسین (۲۰۰۶) و بسیاری دیگر از پژوهش‌ها همسو است. افسردگی چگونه می‌تواند عملکردهای شناختی را مختل کند؟ یک نظریه برای تبیین این موضوع این است که افسردگی با نشخوار فکری<sup>۶</sup> مرتبط است و این امر باعث می‌شود که بخش‌هایی از مغز که مسئولیت عملکردهای شناختی را دارند درگیر شوند و در واقع این درگیری‌ها ذخایر عصبی مغز را که می‌توانند در فعالیتهای شناختی مورد استفاده قرار گیرند را مصرف می‌کند (هولمز و پیزاگالی، ۲۰۰۸). فرد افسرده بخشی از توانایی ذهنی خود را صرف حذف محرک‌های غیرمرتبط منفی از حافظه فعال خود می‌کند (گتلیب و جورمن، ۲۰۱۰). این امر باعث باعث اختلال در نواحی دورسولترال پری فرونتال کورتکس<sup>۸</sup> می‌شود. فرد به هنگام انجام تکالیف شناختی دچار یک بیش‌فعالی در این نواحی مغز شده و عملکرد ضعیفی پیدا می‌کند (هولمز و پیزاگالی، ۲۰۰۸). همچنین مطالعات نشان دهنده این است که اضطراب باعث ایجاد اختلال در عملکردهای شناختی می‌شود. نتایج مطالعه ایراکسین (۲۰۰۶)، نشان داده است که افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی نقص قابل

۱. Decision Making

۲. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

۳. Self-Control

۴. Prefrontal Cortex

۵. Planning

۶. Rumination

۷. Holmes, A., J. and Pizzagalli, D., A.

۸. Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC)

توجهی را در حافظه ایپیزودیک<sup>۱</sup> از خود نشان می دهند. اضطراب چگونه عملکردهای شناختی را مختل می کند؟ چویی و همکاران (۲۰۱۲)، در یک مطالعه با انجام آزمایشی تعدادی داوطلب را در معرض اضطراب موقعیتی<sup>۲</sup> قرار دادند و علاوه بر آزمایش توانایی‌های شناختی این افراد و عملکرد مغزی آنها را نیز مورد مطالعه قرار دادند. آزمایش با ایجاد شوک‌های الکتریکی در سکناس‌های مختلف همراه بود نتایج نشان دادند که اضطراب موقعیتی با افزایش پاسخ‌ها در اینسولای چپ داخلی همراه می باشد. همچنین نتایج نشان دادند که افراد مضطرب در به کارگیری کورتکس پری فرونتال در موقعیت‌های اضطرابی دچار مشکل هستند و عملکرد ضعیف کورتکس پری فرونتال میانی<sup>۳</sup> در موقعیت‌های اضطرابی، کنترل شناختی<sup>۴</sup> و عملکردهای شناختی را مختل می کند (چویی و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت‌های خانگی و عملکردهای شناختی نقش واسطه‌ای دارد. با توجه به شواهد و تبیین‌های ذکر شده، تجربه خشونت منجر به ایجاد پریشانی‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب در زنان قربانی خشونت می شود. از طرفی افسردگی و اضطراب عملکردهای شناختی را مختل می کند. نتایج این پژوهش نشان داد که خودتنظیمی در رابطه بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی نقش واسطه‌ای دارد. با توجه به تبیین‌هایی که در بالا توضیح داده شد، خشونت به عنوان یک عامل استرس‌زای بیرونی ذخایر خودتنظیمی را در هم شکسته و تخلیه می کند و از طرفی تخلیه ذخایر خودتنظیمی بر مولفه‌های مختلف عملکرد شناختی مثل حافظه فعال و عملکرد اجرایی تاثیر منفی می گذارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که خشونت خانگی به واسطه پریشانی‌های روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب، خودتنظیمی را تحت تاثیر قرار می دهد. یعنی تجربه خشونت منجر به ایجاد افسردگی و اضطراب می گردد. مشکلات روانشناختی و خلق منفی خودتنظیمی را مختل می کند. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که پریشانی روانشناختی به واسطه خودتنظیمی بر عملکردهای شناختی تاثیر می گذارند. به این ترتیب که با توجه به شواهد ذکر شده افسردگی و اضطراب، خودتنظیمی را مختل کرده و اختلال در خودتنظیمی نیز منجر به اختلال در عملکردهای شناختی می شود. پیامد‌ها و دستاورد‌های این پژوهش در دو سطح عملی و نظری بدین شرح است: در سطح نظری یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل موثر در پیدایش و تداوم نقص شناختی زنان خشونت دیده فراهم می کند. نتیجه این پژوهش تاییدی بر این فرض است که عوامل روانشناختی به شکل ساده و خطی منجر به آسیب‌های روانشناختی نمی شود و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه خودتنظیمی، عملکردهای شناختی و عوامل موثر بر آسیب‌شناسی این متغیرها با در نظر گرفتن عوامل موثر متعدد کمک می نماید. نتایج این تحقیق، همچنین پرسشهای جدیدی مبنی بر اینکه چه متغیرهای دیگری می توانند در رابطه بین خشونت و عملکردهای شناختی نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده ایفا نمایند را مطرح می نماید. با توجه به اهمیت زیاد مسئله خشونت خانگی در زنان قربانی خشونت، نتایج این تحقیق می تواند در کاهش عوارض ناشی از این پدیده به کار گرفته شود. ممکن است که متخصصان سلامت روان بتوانند با استفاده از مدل پیشنهادی، برنامه‌ای آموزشی و درمانی را طراحی کنند که بتواند عوارض ناشی از خشونت را کاهش دهند. این امر می تواند در کاهش عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی خشونت خانگی نقشی هر چند کوچک را ایفا نماید.

برخی از محدودیت‌های این پژوهش ایجاب می کند که تعمیم نتایج، تفسیرها و اسناد‌های علت شناختی آن با احتیاط صورت گیرد. نخست اینکه روش پژوهش از نوع همبستگی است و باعث می شود برقراری اسناد‌های علی ناممکن شود و لزوم تکرار پژوهش‌های مداخله محور را برای تایید این روابط ضروری می کند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: محیط مراکز مذکور بسیار استرس‌زا بود. ممکن است که زنان مشارکت‌کننده با توجه به اینکه در شرایط روانی سختی قرار داشتند در پاسخ به سوالات دچار کم دقتی شده باشند. با توجه به هدف مراجعه به این مراکز، ممکن است شرکت‌کنندگان در پاسخگویی به برخی از سوالات دچار بزرگنمایی شده باشند تا به نوعی شرایط سخت خود را بیشتر به گوش برسانند. به دلیل خستگی جسمی و روانی شرکت‌کنندگان، ممکن است سوالات با دقت کافی پاسخ داده نشده باشند. با توجه به تعداد زیاد پرسشنامه‌ها و سوالات؛ خستگی ناشی از پاسخگویی به سوالات زیاد ممکن است دقت پاسخگویی را کاهش داده باشد. شرکت‌کنندگان هیچ مشوقی از جمله معرفی به مراکز حمایتی یا همدلی عملی و مشابه آن، از انگیزه کافی برای پاسخگویی به سوالات برخوردار نبودند. برخی از شرکت‌کنندگان با توجه به شرایط روانی، عدم آگاهی و سطح پایین تحصیلات از بینش کافی برای درک و آگاهی از شرایط روانشناختی خود نبودند. در این دسته از پژوهش‌ها پیشنهاد می شود مطالعه مشابه با این پژوهش، بر روی یک جمعیت بالینی دارای مشکلات کلینیکال خاص مانند PTSD, OCD و فوبیا صورت بگیرد.

۱. Episodic Memory

۲. Situational Anxiety

۳. Medial Prefrontal Cortex

۴. Cognitive Control

بدینوسیله از همکاری معاونت محترم آموزشی و پژوهشی پزشکی قانونی شهر تهران و خصوصا سرکار خانم دکتر آرام و آقای دکتر علی محمدی و واحدهای شرق، جنوب و مرکز پزشکی قانونی شهر تهران صمیمانه تشکر و قدردانی می نماید.

## References

- Airaksinen, E. (2006). *Cognitive functions in depression and anxiety disorders: findings from a population-based study*: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.
- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science*, 255(5044), 556-559.
- Baumeister, R. F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of consumer Research*, 28(4), 670-676.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological inquiry*, 7(1), 1-15.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Besharat, M. (2005). Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in clinical and general population: Research Report. University of Tehran.(Persian).
- Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The self-regulation questionnaire.
- Carey, K. B., Neal, D. J., & Collins, S. E. (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addictive behaviors*, 29(2), 253-260.
- Charney, D. S., Reynolds, C. F., Lewis, L., Lebowitz, B. D., Sunderland, T., Alexopoulos, G. S., . . . Arean, P. A. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 664-672.
- Choi, J. M., Padmala, S., & Pessoa, L. (2012). Impact of state anxiety on the interaction between threat monitoring and cognition. *Neuroimage*, 59(2), 1912-1923.
- Crescioni, A. W. (2012). *The frayed edges of willpower: Perceptions of stress impair self-regulatory performance*: The Florida State University.
- Dadfar, F., Dadfar, M., Ashayeri, H., Atefvahid, M., Kazemi, H., & Kolivand, P. (2014). *Alzheimer dementia Biological and neuropsychological aspects (In Persian)* Mirmah Publisher.
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child abuse & neglect*, 33(6), 353-361.
- Doumas, M., Smolders, C., Brunfaut, E., Bouckaert, F., & Krampe, R. T. (2012). Dual task performance of working memory and postural control in major depressive disorder. *Neuropsychology*, 26(1), 110.
- Dutton, M. A. (2000). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*: Springer Publishing Company.
- Emsaki, G., Molavi, H., Chitsaz, A., Abtahi, M. M., & Asgari, K. (2011). Psychometric Properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Parkinson's Disease Patients in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School*, 29(158).
- Europe, C. o. (2011). Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. *Council of Europe Treaty Series-No. 210*.
- Flynn, A., & Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression and violent behavior*, 15(3), 239-251.
- Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., . . . Schmeichel, B. J. (2007). Self-control relies on glucose as a limited energy source: willpower is more than a metaphor. *Journal of personality and social psychology*, 92(2), 325.
- Glass, D. C., Singer, J. E., & Friedman, L. N. (1969). Psychic cost of adaptation to an environmental stressor. *Journal of personality and social psychology*, 12(3), 200.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285-312.
- Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in cognitive sciences*, 15(3), 132-139.
- Holmes, A. J., & Pizzagalli, D. A. (2008). Spatiotemporal dynamics of error processing dysfunctions in major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 65(2), 179-188.
- Hosseinzadeh, S., Noughjah, S., & Haghhighizadeh, M. H. (2010). Study on the prevalence of domestic violence and related factors among pregnant women at healthcare centers of Ahvaz city in 2010 (In Persian). *Jentashapir Journal of Health Research*, 2(3).
- Iglesias, J. (2015). The Use of Cognitive Interventions in Reducing the Effects of Ego-Depletion. *The BYU Undergraduate Journal in Psychology*, 11(2).
- Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 40(2), 107-115.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human neuropsychology*: Macmillan.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*: Oxford University Press, USA.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. *Self-control and the addictive behaviours*, 3-79.
- Mourad, M. R., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & von Eye, A. (2008). Family psychopathology and perceived stress of both domestic violence and negative life events as predictors of women's mental health symptoms. *Journal of family violence*, 23(8), 661.
- Mundial, B. (1993). *World development report 1993; investing in health*: Oxford University Press.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Pournaghash Tehrani, S. (2005). Assessment of the causes of domestic violence in families in Tehran (In Persian). *Daneshvar Raftar*, 23-36.
- Pournaghash Tehrani, S., & Ghalandarzadeh, Z. (2018). The relationship between domestic violence and its psychological consequences with borderline personality disorder and alcohol abuse (In Persian). *Journal of Psychological Science*.
- Romito, P., Turan, J. M., & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social science & medicine*, 60(8), 1717-1727.
- Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. J. K., & Kluwer, S. s. o. P. B. S. C. P. t. e. P. W. (2015). Forensic Psychiatry and Ethics in Psychiatry. 1381-1392.
- Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2018). Intellectual performance and ego depletion: Role of the self in logical reasoning and other information processing *Self-Regulation and Self-Control* (pp. 318-347): Routledge.
- Shorey, R. C., Febres, J., Brasfield, H., & Stuart, G. L. (2012). The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of family violence*, 27(8), 741-748.
- Stein, M. B., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 52(11), 1079-1088.
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., . . . Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 879-887.
- Wagner, D. D., & Heatherton, T. F. (2015). Self-regulation and its failure: The seven deadly threats to self-regulation. *APA handbook of personality and social psychology*, 1, 805-842.
- Walby, S., & Allen, J. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey*: Home Office.
- Williams, M. R., Murphy, C. M., Dore, G. A., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2017). Intimate partner violence victimization and cognitive function in a mixed-sex epidemiological sample of urban adults. *Violence and victims*, 32(6), 1133-1148.