

رابطه سرمایه اجتماعی و معنا داری زندگی

با سلامت روان در زنان قربانی همسرآزاری

ایرج شاکری نیا^۱

چکیده

باهدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و معناداری زندگی با سلامت روان از ۷۶ زن قربانی خشونت خانوادگی شهر رشت که برای انجام امور اداری به مرکز پزشکی قانونی مراجعه کرده بودند، خواسته شد تا پرسشنامه های سرمایه اجتماعی خانواده، سلامت عمومی (GHQ-28) و شاخص ارزشمندی زندگی (LRI) را تکمیل کنند، داده های بدست آمده با آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و آزمون t استیودنت برای گروه های مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین سرمایه اجتماعی، معناداری زندگی و سلامت روان زنان مورد بررسی رابطه معنی دار وجود دارد. همچنین تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام نشان داد که متغیرهای سرمایه اجتماعی و معناداری زندگی توانسته اند سلامت روان آزمودنی ها را پیش بینی کنند. همچنین مشخص شد که زنان جوان و مسن در معرض خشونت خانوادگی مشارکت کننده در تحقیق از لحاظ سرمایه اجتماعی، معناداری زندگی و سلامت عمومی با همدیگر تفاوت داشته و این تفاوت نیز به لحاظ آماری معنی دار است. بدین معنی که زنان جوانی که در معرض خشونت خانوادگی قرارداشتند درمقایسه بازنان مسن از سرمایه اجتماعی کمتر، معناداری زندگی ضعیف تر و سلامت عمومی پائین تری برخوردار بودند. با توجه به این که خانواده نقش انکار ناپذیری در مولفه های اجتماعی، روانی، تربیتی و ... افراد دارد، برای پیش گیری از آسیب ها (نظیر خشونتهای خانوادگی و همسر آزاری) و رشد توانمندی های خانواده پیشنهاد تحقیق این است که ازآموزش ها و مشاوره های پیش از ازدواج و بعد از آن استفاده شود، تا زمینه ایجاد جامعه سالم فراهم شود.

کلمات کلیدی: سرمایه اجتماعی، معناداری زندگی، سلامت روان، همسرآزاری، آسیب

پنهان.

۱. عضو هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه گیلان، irajshakerinia@yahoo.com

مقدمه

خانواده مطلوب ترین پیوند انسانی است. در این پیوند ابعاد زیستی، عاطفی، روانی، اقتصادی و اجتماعی اهمیت زیادی دارد و همسانی در این ابعاد ضامن سلامت رابطه و حفظ زندگی زناشویی لذت بخش است. در عین حال گاهی فضای خانواده ها دستخوش تلاطم و بی ثباتی می شود و رفتارهایی از سوی همسران صادر می شود که با مودت، ملاحظت، عشق و صمیمیت همخوانی ندارد و به جای آن ها رفتارهای پرخاشگرانه بروز پیدا می کند. رفتار پرخاشگرانه به معنای اعمال رفتارخشن نسبت به دیگران است که می تواند موجب دوری گزینی و یا رفتار مقابله به مثل از سوی قربانی شود. این رفتار تلویحاً به قصد آسیب رساندن به نوعی آزار دادن شخص دیگر انجام می شود (۱). وقوع این پدیده در خانواده خشونت خانوادگی^۱ نامیده می شود. بعبارت دیگر خشونت خانوادگی به نوعی پرخاشگری اشاره دارد که در روابط زوجین رخ می دهد. برای خشونت خانوادگی از اصطلاحات همسرآزاری^۲، خشونت زناشویی^۳، زن آزاری^۴ و شریک آزاری^۵ نیز استفاده شده است (۲). در یکی از بهترین تعاریف، خشونت خانوادگی، الگویی از رفتارهای تهاجمی و اجباری شامل حملات فیزیکی، جنسی و روانی و همچنین فشار و تهدید اقتصادی که افراد علیه جفت شریک صمیمی شان به کار می برند، دانسته شده است (۳). در DSM4-TR زمانی که توجه بالینی، الگوی تعامل بین همسران یا شریک جنسی مشخص را دچار روابط کلامی منفی (مثل انتقاد)، روابط دگرگون شده (مثل انتظارات غیر واقع بینانه) یا فقدان رابطه (مثل کناره گیری) و تخریب قابل ملاحظه بالینی در عملکرد فرد یا خانواده یا وجود علائم در یک یا هردو آنها نشان می دهد از این طبقه بندی استفاده می شود (۴). همسرآزاری یکی از انواع خشونت خانگی است و به هرگونه بد رفتاری عمدی نسبت به زن توسط همسر یا شریک جنسی اطلاق می شود و می تواند انواع گوناگونی از بد رفتاری های جسمانی، عاطفی و جنسی را در برگیرد.

این که همسرآزاری، دوجانبه است یا وابسته به جنس مذکر^۳ موضوعی مناقشه برانگیز است (۵) هرچند بررسی ها نشان می دهد که درخشونت های خانوادگی، زنان بیشتر

1 -Family Violence
 3 -Spousal Abuse
 4 -Marital Violence
 5 -Conjugal Violence
 6 -Partner Abuse
 2 - Mutual-Based
 3 - Male-Based

از مردان آسیب می بینند و قربانی می شوند (۶)؛ برخی از محققین نظیر اشتاین متر^۱ (۳)، معتقدند که برخی از مردان نیز از «نشانگان شوهر کتک خورده»^۲ رنج می برند که قابل قیاس با «نشانگان زن کتک خورده»^۳ است. در همین ارتباط اشتراوس (۲) معتقد است که تهاجم زنان نسبت به مردان یک مسئله جدی اجتماعی است علاوه بر آن، خشونت زن نسبت به مرد بالقوه قادر است به خشونت فزاینده مرد نسبت به زن تبدیل شود که در آن مردها با اعمال خشونت شدیدتر، واکنش نشان می دهند براساس مطالعات انجام شده، هر ساله در ایالات متحده آمریکا ۲ میلیون زن از طرف شوهرانشان مورد تهاجم فیزیکی قرار می گیرند که آسیب های وارده منجر به ۷۳۰۰۰ بستری و ۱۵۰۰ مرگ می شود (۷). پژوهش ها نشان داده اند که حدود ۴۰ تا ۵۰٪ از زنان در مرحله ای از زندگی خود تحت خشونت خانوادگی واقع می شوند که این امر سلامت روحی و جسمی آنان را تهدید کرده تا حدی که گاهی آنان را به سمت خودکشی سوق می دهد (۸). شیوع خشونت خانوادگی نسبت به زنان در نقاط مختلف دنیا متفاوت است؛ به عنوان مثال مشخص شده است که در مکزیک ۳۵ و در بنگلادش ۵۰٪ زنان قربانی خشونت هستند؛ همچنین تحقیقات سالانه در آمریکا نشان داده است که ۸ تا ۱۲ میلیون زن در معرض خطر خشونت قرار می گیرند و ۱/۸ میلیون زن بوسیله شوهران خود مضروب می شوند (۹). همچنین گزارش سازمان بهداشت جهانی از چندین کشور در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد که بیشتر از ۴۵٪ زنان باردار، سابقه ای از تحت خشونت قرار گرفتن در گذشته را ذکر می کنند (۱۰). هرچند آمارها حاکی از وقوع زیاد خشونت خانوادگی است، بسیاری از زنان قربانی خشونت خانگی، شناسایی نمی شوند. به عبارت دیگر خشونت خانوادگی آسیبی پنهان است. مرور پژوهش ها به دو عامل در پنهان ماندن آمار خشونت در خانواده ها اشاره دارد ۱- مقاومت و پنهان کاری زنان، در غالب زنان ایرانی این نگرش که حفظ خانواده با اهمیت تر از خود آنها و سلامتی شان است عمیقاً وجود دارد و آنها خشونت و آزاری که در خانه به وسیله همسرشان متوجه آنان می شود را تحمل می کنند. عامل اخیر باعث گردیده است که تحقیقات و آمار قابل توجهی در این باره در داخل کشور موجود نباشد (۱۱). معمولاً زنان ایرانی تمایلی به بحث درباره خشونت خانوادگی و گزارش آن ندارند در حالی که تحقیقات نشان می دهد که همسرآزاری (۱۲) و سوء رفتار با زنان توسط همسرانشان (۱۳) شیوع بالایی دارد این امر به نوبه خود ضرورت و اهمیت انجام تحقیقات

1 - Steinmetz

2 - Battered Husband Syndrome

3 - Battered Woman Syndrome

در زمینه همسرآزاری را نشان می دهد. ۲- عدم ثبت آمار خشونت های خانوادگی توسط مراکز بهداشتی و درمانی؛ هرچند خشونت های خانوادگی همواره نظر مسئولین بهداشتی را به خود معطوف ساخته و پرسش گری از اعمال خشونت بر زنان به عنوان یک وظیفه پرسنل بهداشتی مطرح شده است (۱۴) و با وجود این که بسیاری از زنان قربانی خشونت علاقمند هستند از طرف گروه بهداشتی در زمینه خشونت پیگیری شوند اما بسیاری از پزشکان و پرستاران چندان علاقمند به پرسیدن این موضوع از زنان نیستند (۱۵)؛ در مطالعه فروند، باک و بلاک هال^۱ (۱۶) نیز مشخص شد با وجود این که شیوع خشونت در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بالا بوده، تنها ۷ درصد از موارد خشونت خانگی در پرونده پزشکی آن ها ثبت شده است.

از مهمترین علل خشونت در خانواده می توان به عدم توافق اخلاقی، بی علاقگی، خود خواهی، فقر، اعتیاد، نداشتن اعتقادات مذهبی، اختلاف سنی و ناتوانی جنسی اشاره کرد (۱۷). عواملی چون عدم درک صحیح از موقعیت خویش، انزوای اجتماعی، افسردگی و تجاوز به حقوق قربانی نیز فاکتور های موثر در خشونت خانگی است (۱۸). لرستانی (۱۹) در پژوهش خود دریافت که مردان همسرآزار غالباً افرادی پرخاشگر بوده، با حسادت بیمارگونه و افراط در می گساری در کودکی خشونت خانوادگی را تجربه کرده اند، اعتیاد دارویی دارند، اعتقاد به مرد سالاری دارند؛ از طرفی نگرش عمومی جامعه بر اساس سنت های پدر سالارانه بوده، مردان را در خانواده دارای اقتدار زیاد می دانند. به عنوان مثال درباره با موضوع اعتیاد و نقش آن در خشونت های خانوادگی نتایج پژوهش جوکار (۲۰) نشان داد که شدت خشونت اعمال شده توسط همسران معتاد بیشتر از همسران غیر معتاد است.

موضوعی که در پژوهش ها مورد تأکید گرفته، این است که خشونت های خانوادگی سلامت روانی قربانیان را با خطر مواجه می کند. به عنوان مثال، در تحقیقات اسمیت و گیتلمن^۲ (۲۱) و ساترلند، بای بی و سالیوان^۳ (۲۲) مشخص شد که همسرآزاری موجب اختلالات روان پزشکی است؛ همچنین در این مطالعات، به سندرم زنان کتک خورده اشاره شده که اختلالات افسردگی، اضطراب، علایم جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، جسمانی کردن و عزت نفس پایین را در بر می گیرد (۲۳)؛ ساکت و ساندرز^۴ (۲۴) و برادلی، شوارتز و کاسلو^۵ (۲۵) نیز دریافتند که اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلال استرس پس

1 - Freund Bak & Blackhall

2 - Smith & Gittelman

3 - Sutherland, Bybee & Sullivan

4 - Sackett & Saunders

5 - Bradley, Schwartz & Kaslow

از آسیب، احساس بی ارزشی و اقدام به خودکشی، از جمله پی آمد های شایع بدر رفتاری نسبت به همسر است.

یکی دیگر از پدیده های مورد اشاره محققین در خصوص خانواده این است که غالباً زندگی خانوادگی بستر سرمایه اجتماعی^۱ معرفی می شود. از ترکیب کمی و کیفی روابط موجود در خانواده، سرمایه اجتماعی خانواده ایجاد می شود (۲۶). الگوهای ارتباط خانواده که دربرگیرنده راه هایی برای مدیریت رفتار و حل تعارضات است (۲۷). پوتنام^۲ (۲۸) معتقد است که خانواده بنیانی ترین شکل سرمایه اجتماعی است. بوردیو^۳ (۲۹)، نیز خانواده را مکان اصلی انباشت و انتقال سرمایه اجتماعی معرفی می کند و فوکو یاما^۴ (۳۰) و نیوتن^۵ (۳۱) نیز خانواده ها را بدیهی ترین منبع سرمایه اجتماعی می دانند. پوتزل^۶ (۳۲) معتقد است که خانواده پر بارترین مکان سرمایه اجتماعی و ستون خیمه فضائل تمدن و دموکراسی است؛ کوکس^۷ (۳۳) معتقد است خانواده ها الگوهایی از ارتباطات مناسب و فضیلت های مدرن را ایجاد می کنند. بنابراین بسیاری از کنش های فردی و اجتماعی افراد در خانواده ها تحت تأثیر مستقیم و غیر مستقیم سرمایه اجتماعی است؛ در همین ارتباط تحقیق ریاحی (۳۴) نشان داده است که بالا بودن میزان سرمایه اجتماعی به دنبال خود افزایش سطح سلامت فردی و عمومی، افزایش امید به زندگی، انجام رفتارهای بهداشتی و سلامتی مثبت تر نظیر ورزش و مصرف سبزیجات، احساس سلامتی، رفاه و رضایتمندی بیشتر، استفاده بیشتر از امکانات نظام بهداشتی برای پیش گیری، تلاش بیشتر برای ترک سیگار و... را به همراه داشته است. درحالی که سرمایه اجتماعی اندک با افزایش میزان مرگ و میر عمومی، مرگ و میر حاصل از انواع سرطان ها، سوانح و تصادفات، پیش گیری و اجتناب از ایدز، افزایش بیماری های قلبی، اختلالات روانی خودکشی، چاقی، جرایم، خشونت بار و گرسنگی همراه بوده است. الوانی و شیروانی (۳۵) نیز نشان داده اند در میان افرادی که بیمار می شوند، آنهایی که از شبکه های ارتباطی قوی برخوردارند (واجد سرمایه اجتماعی)، درمقایسه با افراد منزوی و تنها (فاقد سرمایه اجتماعی)، سریع تر بهبود می یابند؛ همچنین توسلی و موسوی (۳۶) نشان داده اند که سرمایه اجتماعی با کیفیت

1 -Social Capital

2 -Putnam

3 -Bourdieu

4 -Fukuyama

5 -Newton

6 -Putzel

7 -Cox

سلامتی زندگی پیوند خورده است، شبکه ای از روابط مطلوب، خوشبختی، رضایت از زندگی و هدفدار منتهی می شود. یک شبکه مطلوب باعث تقویت سلامتی و طول عمر می شود.

با در نظر گرفتن اهمیت متغیرهای مطرح شده و همچنین کمبود تحقیقات انجام گرفته در ایران، محقق در تحقیق حاضر سعی کرد رابطه سرمایه اجتماعی و معنا داری زندگی با سلامت روان در زنان قربانی همسرآزاری مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر رشت را مورد بررسی قرار دهد.

روش کار

پژوهش حاضر (توصیفی- مقطعی)^۱ است و جامعه آماری پژوهش کلیه زنان خشونت دیده هستند که برای انجام اموراداری به مرکز پزشکی قانونی شهر رشت مراجعه کرده بودند. نمونه گیری به صورت داوطلبانه بود؛ بدین ترتیب که در طول ماههای پائیز سال ۱۳۸۸ محقق روزهایی را جهت مراجعه به مرکز پزشکی قانونی در نظر گرفته و در طول روز آزمودنی ها برای پژوهش گزینش می شدند؛ بدین ترتیب که با توضیح هدف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی مشارکت کنندگان، از آنها خواسته می شد تا از طریق تکمیل پرسشنامه ها در انجام تحقیق کمک کنند. نهایتاً ۷۶ زن در معرض خشونت با تکمیل پرسشنامه ها در تحقیق همکاری کردند.

گرد آوری داده ها به کمک پرسشنامه های زیر انجام شد:

۱- شاخص ارزشمندی زندگی^۲ (LRI)

در این پژوهش از مقیاس شاخص ارزشمندی زندگی باتیستا و آلموند^۳ (۳۷) که به وسیله دباتس^۴ (۳۸)، مورد تجدید نظر قرار گرفت استفاده شد. مقیاس اصلی در برگیرنده ۲۸ گویه است که در برابر آنها یک طیف سه گزینه ای شامل موافقم، نظری ندارم و مخالفم قرار دارد. شاخص ارزشمندی زندگی اولین بار در ایران توسط نصیری و جوکار^۳ (۳۹) ترجمه پایایی سنجی و اعتبار یابی شد. برای بدست آوردن پایایی این مقیاس، محققین ضریب آلفای کرونباخ را محاسبه کردند که ضریب آلفای ۰/۸۵، نشان دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه است. برای اعتباریابی نیز از تحلیل عوامل استفاده کردند و با حذف گویه هایی

^۱ - Cross- sectional

^۲ - Life- Regard Index (LRI)

^۳ - Batista & Almond

^۴ - Debats

که بار عاملی کمی داشتند در نهایت یک مقیاس ۲۳ گویه ای برای ارزیابی معنا درزندگی به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد .

۲-مقیاس سرمایه اجتماعی خانواده

این پرسشنامه با در نظر گرفتن معیارهای سرمایه اجتماعی خانواده با استفاده از منابع داخلی (۴۰) و خارجی (۴۱) تنظیم شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه به شیوه محتوایی، پرسشنامه تنظیم شده اولیه در مطالعه مقدماتی در اختیار تعدادی از دانشجویان متأهل قرار گرفت و با بررسی سوالات و خارج کردن سوالات نامناسب از پرسشنامه، پرسشنامه نهایی تنظیم و در اختیار آزمودنی ها جهت پاسخ گویی قرار داده شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه به شیوه همسانی درونی سوالات، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۹ نشان می دهد که پرسشنامه از مطلوبیت مناسبی برای تحقیق برخوردار است .

۳- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) ، توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۴۲) تدوین شده است . (GHQ-28) دارای چهار خرده مقیاس ۷ ماده ای است که شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید است (۴۳). افراد مورد بررسی نظر خود را در مورد سئوالات پرسشنامه بر اساس وضعیت سلامت خود در طی ماه گذشته مشخص می کنند . نقطه برش (GHQ-28) نمره ۲۲ است که در پژوهشهای متعددی در ایران به آن استناد شده است (۴۴) . مطالعات اعتباریابی (GHQ-28) حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه است و نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش که بوسیله ویلیامز، مری و گلدبرگ (۴۵) انجام شده ، میانگین حساسیت ۰/۸۴ و متوسط ویژگی ۰/۸۲ را گزارش داده اند . در تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد .

یافته ها

این مطالعه با مشارکت ۷۶ نفر از زنانی که بدلیل خشونت های خانگی به پزشکی قانونی شهر رشت مراجعه کرده بودند انجام گرفت. زنان مشارکت کننده در تحقیق از لحاظ سن در دو گروه جوان (۱۸ تا ۳۰ سال) و مسن (۳۰ سال به بالا) قرار گرفتند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه اجتماعی ، معناداری زندگی و سلامت روانی به همراه تعداد زنان مشارکت کننده در گروه های جوان و مسن ، ارائه شده است .

^۱- Goldberg & Hillier

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه اجتماعی، معناداری زندگی و سلامت روانی به همراه تعداد زنان مشارکت کننده در تحقیق در دو گروه جوان و مسن

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سرمایه اجتماعی	جوان	۳۷/۵۱	۰/۸۳	۳۷
	مسن	۳۲/۴۱	۰/۵۹	۳۹
	کل	۳۴/۹۶	۰/۷۱	۷۶
معناداری زندگی	جوان	۵۱/۳۵	۱/۲۷	۳۷
	مسن	۴۴/۱۲	۰/۸۲	۳۹
	کل	۴۷/۷۳	۱/۰۴	۷۶
سلامت عمومی	جوان	۲۵/۸۶	۰/۷۲	۳۷
	مسن	۲۲/۵۱	۰/۵۸	۳۹
	کل	۲۴/۱۸	۰/۶۵	۷۶

همان گونه که در جدول ۱ مشخص است بین میانگین نمرات سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی و سلامت عمومی دو گروه زنان جوان و مسن تفاوت وجود دارد، برای بررسی معنا داری تفاوت بین این میانگینها از آزمون t استیودنت برای گروههای مستقل استفاده شد که نتیجه مقایسه این متغیرها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ مقایسه میانگینهای متغیرهای سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی و سلامت عمومی در زنان جوان و مسن بر اساس آزمون t برای گروههای مستقل

متغیر	میانگین	تفاوت میانگین	T	درجه آزادی	sig
سرمایه اجتماعی	جوان	۵/۱۰	۴/۸۶	۷۴	۰/۰۰۰۱
	مسن				
معنی داری زندگی	جوان	۷/۲۲	۴/۸۰	۷۴	۰/۰۰۰۱
	مسن				
سلامت عمومی	جوان	۳/۳۵	۳/۳۶	۷۴	۰/۰۱
	مسن				

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، زنان جوان و مسن مشارکت کننده در تحقیق از لحاظ متغیرهای سه گانه سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی و سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند بدین معنی که می توان گفت زنان جوان مشارکت کننده

در تحقیق درمقایسه با زنان مسن از سرمایه اجتماعی کمتر ، معناداری زندگی ضعیف تر و سلامت عمومی پائین تری برخوردار بودند .

همچنین به منظور بررسی رابطه سرمایه اجتماعی ، معنی داری زندگی و سلامت روانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ رابطه سرمایه اجتماعی ، معنی داری زندگی ، سلامت عمومی (n=۷۶)

متغیر	۱	۲	۳
سرمایه اجتماعی	۱	۰/۴۱**	۰/۸۱**
معنی داری زندگی	۰/۴۱**	۱	۰/۴۹**
سلامت عمومی	۰/۸۱**	۰/۴۹**	۱

$$**p < 0.01 \quad *p < 0.05$$

همچنین برای پیش بینی سلامت روانی زنان مورد بررسی از روی متغیرهای سرمایه اجتماعی و معنی داری زندگی از تحلیل رگرسیون چند گانه به شیوه گام به گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ خلاصه مدل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام ، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون سرمایه اجتماعی ، معنی داری زندگی ، سلامت عمومی

مدل	R	R2
۱	۰/۸۶	۰/۶۶
۲	۰/۸۳	۰/۶۹

جدول تحلیل واریانس

مدل		SS	درجه آزادی	MS	F	سطح معنی داری
۱	رگرسیون	۹۴۱/۳۴۵	۱	۹۴۱/۳۴۵	۱۴۶/۹۴۲	۰/۰۰۰۱
	باقی مانده	۴۷۴/۰۶۳	۷۴	۶/۴۰۶		
	کل	۱۴۱۵/۴۰۸	۷۵			
۲	رگرسیون	۹۸۴/۰۹	۲	۴۹۲/۰۴۷	۸۳/۲۷۹	۰/۰۰۰۱
	باقی مانده	۴۳۱/۳۱۳	۷۳			
	کل	۱۴۱۵/۴۰۸	۷۵			

۱- پیش بین ها (عدد ثابت) سرمایه اجتماعی

۲- پیش بین ها(عدد ثابت) سرمایه اجتماعی ، معنی داری زندگی

۳- متغیر وابسته : سلامت روانی

ضرایب

مدل		ضرایب B استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب غیر Beta استاندارد	t	سطح معنی داری
۱	عدد ثابت	۰/۴۴۸	۱/۹۷۶		۰/۲۲۶	۰/۸۲۱
	سرمایه اجتماعی	۰/۶۷۹	۰/۰۵۶	۰/۸۱۶	-۱۲/۱۲۲	۰/۰۰۰۱
۲	عدد ثابت	-۲/۵۵۸	۲/۲۰۳		-۱/۱۶۱	۰/۲۴۹
	سرمایه اجتماعی	۰/۶۱۳	۰/۰۵۹	۰/۷۳۶	۱۰/۳۷۶	۰/۰۰۰
	معنی داری زندگی	۰/۱۱۱	۰/۰۴۱	۰/۱۹۱	۲/۶۹۰	۰/۰۰۹

متغیر وابسته : سلامت روانی

- همان گونه که از جدول ۴ مشخص است، مقدار آماره F بدست آمده از تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است و نشان می دهد بین سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی، سلامت عمومی زنان مشارکت کننده در تحقیق رابطه برقرار است همچنین $۰/۸۳$ واریانس میان سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی و سلامت عمومی مشترک است. از بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی، به ترتیب

سرمایه اجتماعی و معنی داری زندگی بر سلامت عمومی زنان مشارکت کننده در تحقیق اثر می گذارد، به این معنی که با افزوده شدن مقدار معنی داری زندگی به معادله معنی داری افزایش می یابد.

نتیجه گیری

خانواده به عنوان کوچکترین واحد اجتماعی اساس تشکیل جامعه و حفظ روابط انسانی را برعهده دارد. پیوندهای درون خانواده ها برای شکل گیری الگوهای رفتاری نقش مهمی دارند. خشونت و پرخاشگری یکی از الگوهای رفتاری منفی و نامطلوب زندگی خانوادگی در نظر گرفته می شود. خشونت های خانوادگی پی آمدهای سوء فردی و اجتماعی دارد که شناخت، پیش گیری و کنترل آنها در سالم سازی فضای روان شناختی خانواده نقش حساسی دارد. در تحقیق جاری محقق به بررسی نقش خشونت خانوادگی و تأثیر احتمالی آن بر متغیرهایی مانند سرمایه اجتماعی، معنی داری زندگی و سلامت روانی زنان قربانی خشونت متمرکز شده است. متغیرهایی که به نظر می آید از خشونت متأثر شده و اثر ملموس آن در روابط بین همسران هویدا می شود. لذا با توجه به یافته های بدست آمده نتیجه گیری های زیر را می توان انجام داد:

-نتیجه بررسی نشان می دهد که بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی همسر آزاری رابطه وجود دارد. نتیجه ای که با برخی از پژوهشها همسویی دارد. به عنوان مثال تانگ^۱ (۴۶)، نتیجه گرفت که سلامت روانی فرد به طور متفاوت تحت تأثیر حمایت های دوستان و خویشاوندان قرار می گیرد و وقایع زندگی بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد. نتیجه تحقیق گروتیرد^۲ (۴۷) نشان داد که شبکه های مختلف سرمایه اجتماعی موجب افزایش رفاه و سلامتی و کاهش فقر اقتصادی خانوار می شود؛ یافته ای که در پژوهش ون مالتیدز^۳ (۴۸) و آستر و گلاندون^۴ (۴۹) نیز تکرار شد. یافته های تحقیق استون^۵ (۵۰)، نیز نشان داد که بین میزان ارتباط افراد مسن خانواده با دیگران و سلامت روانی آنها ارتباط مثبت وجود دارد. در یکی از جامع ترین پژوهش ها درخصوص رابطه سرمایه اجتماعی و اختلالات روانی مشترک^۶ در زنان در ۴ کشور (پرو، ایتویپی، ویتنام و هند)،

1 -Tong

2 -Grootaert

3 -Von Maltitz

4 -Astier & Glandon

5 -Stone

6 -Common Mental Disorders (CMD)

داسیلوا^۱ (۵۱) نشان داد که سرمایه اجتماعی موجب کاهش ابتلای زنان این ۴ کشور به اختلالات روانی مشترک شده است.

-نتیجه تحقیق نشان داد که بین معنی داری زندگی و سلامت روان زنان قربانی همسر آزادی رابطه وجود دارد. این نتیجه گیری نیز با برخی پژوهش ها همسوست به عنوان مثال نتایج بدست آمده از پژوهش کرمانی (۵۲)، مشخص کرد که بین امید، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی با افکار خودکشی رابطه وجود دارد. پژوهش حسینیان، منوچهری و علوی (۵۳) مشخص کرد که بین احساس معنی جویی و سلامت روان دانشجویان رابطه معنی دار وجود دارد؛ لذا می توان نتیجه گرفت که فعال شدن مفاهیم معناداری و هدفمندی در زندگی پی آمدهای معنادار و هدفمند را که همان بهبود سلامت روانی است به دنبال داشته باشد. پاکیزه (۵۴)، در پایان مطالعه ی آزمایشی خود نتیجه گرفت که دانشجویانی که تحت فرایند فعال سازی ذهنی مفهوم معنویت قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری سلامت روانی بیشتری را نشان دادند. به عبارت دیگر مشخص شد که فعال سازی مفهوم معنویت بر سلامت روانی دانشجویان اثر مثبت دارد. در همین باره پورافکاری (۴) اظهار می دارد چنانچه باورهای دینی درست و منطقی و متأثر از واقعیت ها باشد روشهای مقابله شناختی و عاطفی موثری در ارتباط با استرس و هیجانهای تنش زا در دسترس فرد قرار می دهند و در نتیجه زمینه مساعدی برای تامین بهداشت و سلامت روانی فرد فراهم خواهند کرد.

-یکی دیگر از یافته های تحقیق این است که بین معنی داری زندگی و سرمایه اجتماعی زنان قربانی همسر آزادی رابطه وجود دارد. در این خصوص احمدی (۵۵) معتقد است که معنای زندگی از سه جنبه هدفداری، ارزشمندی و کارکرد تشکیل شده است و این یکی از مهم ترین پرسشهای بشر و به گفته برخی فیلسوفان مهمترین پرسش بشر است. در واقع نحوه درگیری انسان با این مساله مهم و تلاش هایی که برای پاسخ به آن انجام می دهد، تعیین کننده مسیر اصلی زندگی و نیز سرنوشت سعادت آمیز یا فلاکت بار اوست. لذا اگر سرمایه اجتماعی خانواده نتواند تأمین کننده معنی دهی برای زندگی باشد می تواند فرد را دچار اختلالات روان شناختی و فکری کند چنانکه در این افراد مشاهده می شود. از آنجا که سرمایه اجتماعی خانواده مثل هر نوع دیگر سرمایه (فیزیکی، مالی و انسانی) قابل تولید بوده و همانند آنها می تواند مستهلک شود (۴۰)، استهلاک سرمایه اجتماعی خانواده پی آمدهای منفی زیادی بدنبال دارد؛ به عنوان مثال نتایج به دست آمده از پژوهش پاتل (۵۶)

¹ -De Silva

نشان می دهد که احتمال ابتلاء به اختلالات روان شناختی مشترک در زنان سه برابر بیشتر از مردان است دلیل این تفاوت وجود نقش های چندگانه در زنان (خانوادگی، اقتصادی)، مواجه زنان با خشونت های خانگی و وجود ارتباطات اجتماعی ناعادلانه زنان با مردان در نظر گرفته شده است (۵۷).

- برای پیش بینی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری، از متغیرهای سرمایه اجتماعی و معنا داری زندگی استفاده شد، نتیجه تحقیق نشان داد که به ترتیب سرمایه اجتماعی و معنی داری زندگی می تواند سلامت روانی زنان قربانی خشونت را پیش بینی کند. همسو با تحقیق جاری، نتایج پژوهش بنائیان، پروین و کاظمیان (۵۸)، نشان داد که ناسازگاری های همسران، بیشتر در زمینه های ارتباطی (کله شقی همسر، ترس از درخواست نیاز از همسر، دیر آمدن همسر به منزل و شریک شدن در احساسات همسر) است که منجر به عدم رضایت از زندگی زناشویی می شود. رونالد^۱ (۵۹) نیز بین اختلالات روانی و ناسازگاری های زناشویی رابطه مستقیم بدست آورد. بنابراین در تبیین این مسئله می توان گفت که عدم وجود ارتباط سازنده، مانع از تشکیل سرمایه اجتماعی مطلوب شده، با عدم شکل گیری سرمایه اجتماعی درگام بعدی معنی داری زندگی برای زنان قربانی خشونت زیر سوال می رود.

-آزمون t برای بررسی گروههای مستقل نشان داد که بین قربانیان همسر آزاری (گروه های جوان و مسن) از لحاظ سرمایه اجتماعی و معنا داری زندگی، سلامت روان تفاوت وجود دارد. این یافته با نتیجه گیری بهنام، مقدم حسینی، سلطانی فر (۶۰)، همسویی دارد در تحقیق آنها مشخص شد که تفاوت معنی داری بین نمره بدست آمده از خشونت روانی با مدت ازدواج وجود دارد. در تحقیق معزی، اعظمی، شاکری و بهروزپور (۶۱) نیز میانگین سنی آزمودنی ها نشانگر جوان بودن افراد مراجعه کننده به دلیل همسر آزاری بود. نصر (۶۲)، نیز در پژوهش خود دریافت که بیشترین گروه سنی قربانی همسر آزاری به گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با ۵۰٪ موارد اختصاص داشت. اعظمی، آقای، گرانیامیه و شاکری (۶۳) نیز در بررسی توصیفی سال ۱۳۸۰ در مورد وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال و بختیاری نیز دریافتند که ۵۶٪ زنان مورد همسرآزاری ۲۰ تا ۳۰ ساله بودند. در مطالعه انجام شده در آمریکا توسط والتون- موس، مانگانلو، فرای و کمپل^۲ (۶۴)، که جهت ارزیابی فاکتورهای خطر خشونت انجام گرفت جوان بودن زنان از

^۱ -Ronald

^۲ - Walton-Moss, Manganello, Frye & Campbell

فاکتورهای خطر ایجاد خشونت علیه آنان بود. تفسیری که برای این یافته ها می توان ارائه کرد این است که با افزایش مدت ازدواج، احتمالاً به دلیل بالارفتن تجربه و آگاهی در برقراری ارتباط و نحوه حل تعارضات و اختلافات، بروز خشونت کمتر شده، لذا با کاهش خشونت های خانوادگی احتمالاً متغیرهای سه گانه تحقیق تحت تأثیر عامل افزایش طول مدت ازدواج قرار می گیرند موضوعی که نیازمند تحقیق بیشتر است

خشونت در خانواده پیامدهای نامطلوب و شدیدی بر مجموعه روابط خانوادگی و ساختار آن به جا می گذارد. خشونت خانوادگی بر روابط زناشویی، روابط خانوادگی، شیوه های فرزند پروری و... آثار سویی دارد که در برخی موارد جبران ناپذیر است. از آنجا که به نظر می رسد خشونت های خانوادگی ریشه فرهنگی دارد (۱۲)، پیش گیری از خشونت خانوادگی از طریق ارتقاء سطح دانش ارتباطی مطلوب همسران، برای تداوم و سلامت خانواده امری بسیار مهم تلقی می شود به گونه ای که ریچاردسون، فدر و کوید^۱ (۱۵)، مهم ترین راه پیش گیری از این معضل بهداشتی و اجتماعی را آموزش مهارت زندگی با تأکید بر ارتباط و آموزش دانسته اند. این شیوه ای است که در برخی کشورها اجرا شده و ضمن توسعه سلامت جسمی و جنسی، منجر به کاهش شدید پرخاشگری ها در خانواده شده است (۶۵). پاشا، مختاری و امامی سیگارودی (۱۳) نیز جهت پیش گیری از همسر آزاری، آموزش و حمایت به موقع از زنان را پیشنهاد می کنند این محققین معتقدند از آنجایی که سوء رفتار با زنان پدیده ای چند وجهی است، مقابله با آن نیز به درمان چند وجهی نیاز دارد. خانواده درمانی، ایجاد خانواده های امن، حمایت های قانونی از زنان مورد سوء رفتار، شرکت در کلاس های آموزشی قبل از ازدواج، مشاوره ازدواج، افزایش آگاهی مردان و زنان از طریق جلسات آموزشی و تأکید بر آموزه های دینی در پیش گیری از سوء رفتار با زنان توسط همسران شان موثر است.

قدردانی و سپاس

محقق در انتها وظیفه خود می داند از همه زنان قربانی همسر آزاری که با وجود مشکلات زیاد در این پژوهش همکاری کردند صمیمانه تشکر کند. امید است این پژوهش گامی هرچند کوچک در جهت افزایش اطلاعات در حوزه روابط همسران برداشته باشد و زمینه مناسب را برای توجه بیشتر به مسئله پرخاشگری های خانوادگی و آسیب های مرتبط با آن فراهم آورده باشد.

^۱- Richardson, Feder & Coid

منابع

- 1- Sadock B, Sadock V. Comprehensive-Textbook of Psychiatry. Lippincott, Williams & Wilkins, 2000.
- 2- Straus, M. A. Physical assaults by wives a major social problem. In R.J. Gelles. D.J. Loseke (Eds.). Current controversies on family violence (PP. 67-87). Newbury Park, CA: Sage, 1993.
- 3- Barnett, O.W. Miller-Perrin, C.L. Perrin, R.G. Family violence across the lifespan: An introduction, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997.
- ۴- سادوک، ب، سادوک، و. خلاصه روان پزشکی، ترجمه پور افکاری. انتشارات شهر آب، تهران، ۱۳۸۲.
- 5- Gortner, E.T. Collan, J.K. Jacobson, N.S. Psychological aspects of perpetrators of domestic violence and their relationships with the victims. *Psychiatr Clin North Am.* 1997 Jun;20(2):337-52.
- 6- Asaj, Shuji. G, Olson. David, H. Five types of marriage; an empirical typology based on ENRICH, *The Family Journal*, 2004, 1 (3), 196-207.
- 7- Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against. 2000
- 8- Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust.* 2001Aug; 175(4): 199-201.
- 9- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999, 93(1): 661-6.
- 10- Gunter J. Intimate Partner Violence. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2007, 34: 376-88.
- ۱۱- مرکز مطالعات و تحقیقات زنان. کارگاه خشونت علیه زنان و روش های پیشگیری و حمایت از قربانیان آن. تهران، ۱۳۷۹.
- ۱۲- شاکری نیا، ایرج. تحلیل کیفی همسر آزاری از دیدگاه زنان شاغل. مقاله ارائه شده در همایش منطقه ای خانواده پژوهی (سلامت خانواده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا، ۱۳۸۸.

۱۳- پاشا، افسانه، مختاری، نسرین، امامی سیگارودی. بررسی شیوع سوء رفتار و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت توسط همسرانشان در سال ۱۳۸۵. ۱۳۸۶. پایان نامه کارشناسی ارشد قابل دسترسی در:

<http://rashtnursinglibrary.blogfa.com/cat-6.aspx>

14- Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med*. 2001, 46(12): 1031-9.

15- Richardson JR, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. *BMJ*. 2002, 325(7354): 44.

16- Freund, KM, Bak, SM, Blackhall, L. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med*. 1996, 11: 44-6.

17- Hoff LA. Battered women: intervention and prevention. A psychosociocultural perspective, Part 2. *J Am Acad Nurse Pract*. 1993, 5(1): 34-9.

18- Brown L. Family violence. Hidden secrets: wife abuse. *Nurs BC*. 1992, 24(2): 13-5.

۱۹- لرستانی، پوران. نقش خانواده در نابهنجاری های رفتاری و تأثیر آن بر سلامت جامعه (همسر آزاری). مقاله ارائه شده در دومین همایش سراسری ارتقاء سلامت زنان با محور خانواده سالم (۱۲-۱۴) تیرماه ۸۶. شورای امور بانوان با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

۲۰- جوکار، مصطفی. بررسی تطبیقی خشونت خانوادگی در بین پدران معتاد و غیر معتاد شهرستان ازنا پایان نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، جامعه شناسی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، ۱۳۸۶.

21- Smith PH, Gittelman DK. Psychological consequences of battering. Implications for women's health and medical practice. *NC Med J*. 1994, 55(9):434-9.

22- Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*. 1998, 4(1):41-70.

23- Schuller RA, Rzepa S. Expert testimony pertaining to battered woman syndrome: its impact on jurors' decisions. *Law Hum Behav*. 2002, 26(6):655-73.

- 24- Sackett LA, Saunders DG. The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence Vict*; 1999, 14(1):105-17.
- 25- Bradley R, Schwartz AC, Kaslow NJ. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *J Tauma Sress*. 2005, 18(6): 685-96.
- 26- Israel, G. Beaulieu, L. & Hartless, G. The Influence of Family and Community Social Capital on Educational Achievement. *Rural Sociological Society*, 2001, 66(1):43-68.
- 27- National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention. Women. Available at: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>.
- 28- Putnam, R. Bowling alone: America's declining social capital, *Journal of Democracy*. 1995, 6(1):65-78.
- 29- Bourdieu, P. *Sociology in Question*, Sage, London, 1993.
- 30- Fukuyama, F. *The Great Disruption: Human Nature and the Reconstitution of Social Order*, Free Press, New York, 1999.
- 31- Newton, K. Social capital and democracy, *American Behavioral Scientist*, 1997, 40 (5):575-586.
- 32- Putzel, J. 'accounting for the "dark side" of social capital: reading Robert Putnam on democracy. *Journal of International Development*. 1997, 9(7):939-949.
- 33- Cox, E. *A Truly Civil Society*, ABC Books, Sydney, 1995.
- ۳۴- ریاحی، محمداسماعیل. توصیف رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامتی و تبیین سازوکارهای تاثیرگذار. مجموعه خلاصه مقالات همایش سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران. سازمان آموزش و پژوهش مدیریت برنامه ریزی ریاست جمهوری، تهران، ۱۳۸۶.
- ۳۵- الوانی، سید مهدی، شیروانی، علیرضا. سرمایه اجتماعی مفاهیم و نظریه ها. انتشارات مانی، اصفهان، ۱۳۸۷.
- ۳۶- توسلی، غلام عباس، موسوی، مرضیه. مفهوم سرمایه در نظریات کلاسی و جدید با تأکید بر نظریه های سرمایه اجتماعی. نامه علوم اجتماعی ۱۳۸۴، ۲۶ : ۸-۱۹.
- 37- Batista, J. & Almond, R. The Development of Meaning in life. *Psychiatry*, 1973, 36, 409-427.
- 38- Debats, D. L. The Life Regard Index: Reliability and Validity. *Psychological Report*, 1990, 67, 27-34.

۳۹- نصیری حبیب اله، جوکار، بهرام. معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). فصلنامه پژوهش زنان، ۱۳۸۷، ۶ (۲) : ۱۵۷-۱۷۶.

۴۰- قدوسی، حامد . مروری بر رویکرد ها و ابزارهای اندازه گیری سرمایه اجتماعی. قابل دسترس در (<http://www.ghodusi.com/papers/scm.pdf>) ۱۳۸۸

41- McKenzie, K. Social capital and mental health. The British Journal of Psychiatry, 2002. (181):280 – 283.

42- Goldberg , D.P. and Hillier , VF. A scaled version of general health questionnaire. Psychological Icine, 1992 (9), pp.131-145.

۴۳- نور بالا، احمد علی، باقری یزدی، سید عباس، یاسمی، محمد تقی. وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلام ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم، ۱۳۸۱، ۱۵(۱): ۱-۱۰.

۴۴- پالاهنگ، ح، نصر، م، براهنی، م ن، و شاه محمدی، د. بررسی همه گیر شناختی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۸، ۲ (۴) : ۱۹-۲۷.

۴۵- خبازیان، رضا . بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی دانشگاه ارتش مقطع علوم پایه ، پایان نامه دکترای حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی ارتش. تهران، ۱۳۸۳.

46- Tong I. Impact of Cultural, Social and Stress Factors on the Mental Health of Urban, Elderly Afro-American Women. Dissertation Abstract International-A. 1994, 54(10): 3883.

47- Grootaert, C. Social capital, household welfare, and poverty in Indonesia. Policy Research Working Paper Series. 1999, (2148): 564-603.

48- Von Maltitz, M. J. The relationship between social capital, welfare and health in South Africa. Submitted in fulfillment of the requirements for the degree of MC in the faculty of economic and management sciences at the University of Free State. 2005

49- Astier M. A. and Glandon D. Social Capital and Health. Springer New York, 2008.

50- Stone, W. Ageing, Social Capital and Social Support. Submission by the Australian Institute of Family Studies to the House of Representatives Committee on Ageing 'Inquiry into long-term strategies to address the ageing of the Australian population over the next 40 years. Australian Institute of Family Studies, 2003.

- 51-De Silva, M.Context and composition? Social capital and maternal mental health in low income countries. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy Faculty of Medicine, University of London Department of Epidemiology and Population Health London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2005.
- ۵۲- کرمانی، زهرا. بررسی نقش امید در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی با افکار خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی. تهران، ۱۳۸۸.
- ۵۳- حسینیان، سیمین؛ منوچهری، کاترین و علوی، زهرا. بررسی و مقایسه رابطه سلامت روان و احساس معناجویی در دانشجویان دختر خوابگاهی مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا. مقاله ارائه شده به دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۸.
- ۵۴- پاکیزه، علی (۰). بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان و تاثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن. مقاله ارائه شده در چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۱۳۸۸.
- ۵۵- احمدی جعفر. از موج به اوج: بحثی پیرامون هوش معنوی و معنی داری زندگی. مقاله ارائه شده در همایش ملی معناداری زندگی. دانشگاه اصفهان، ۱۳۸۸.
- 56- Patel, V (). Poverty, inequality and mental health in developing countries. Poverty, inequality and health: an international perspective. D Leon and G Walt. Oxford, Oxford University Press: 2001, 247-61.
- 57- WHO. The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization. 2001.
- ۵۸- بنائیان، شایسته، پروین، ندا، کاظمیان، ندا. بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان، ۱۳۸۶، ۴(۲): ۲۶-۵۲-۵۸.
- 59-Ronald, C. K. the social consequences of psychiatric disorders probability of marital stability. American Psychiatric Association 1998, 155(3):1092-1096.
- ۶۰- بهنام، حمیدرضا، مقدم حسینی، وحیده، سلطانی فر، عاطفه. بررسی شدت و فراوانی انواع خشونت خانوادگی در طی حاملگی. فصلنامه افق دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، ۱۳۸۷، ۱۴ (۲): ۷۶-۷۰.

- ۶۱- معزی، معصومه، اعظمی، مهران، شاکری، مصطفی و پورحیدر، بهروز. همسر آزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان استان چهارمحال و بختیاری. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۳۸۵، دوره شانزدهم، شماره ۱. صص ۴۳-۳۳.
- ۶۲- نصر، مجید. بررسی برخی از ویژگیهای شخصیتی و زناشویی مردان همسر آزار از دید همسران مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی اصفهان در مرداد و شهریور ۱۳۷۸، پایان نامه دکترای حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۹.
- ۶۳- اعظمی، مهران، آقایی، اصغر، گرانمایه، سعیده، شاکری، مصطفی. بررسی ویژگیها و وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال و بختیاری؛ مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ۱۳۸۲.

64-Walton-Moss BJ, Manganello J, Frye V, Campbell JC . Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. *J Community Health*, 2005,30(5):377-89.

65-Taylor J, Banks-Wallace J, Tripp-Reimer T. Storytelling and violence against women. *ABNF J*, 2001. 12(2): 28-31.

Archive