

## همسر آزاری و سلامت روانی : نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله

### Spouse Abuse and Mental Health :

### The Role of Social Support and Coping Strategies

Leily Panaghi, PhD

Shahid Beheshti University  
Family Research Institute

Shahrbano Ghahari, PhD

Clinical Psychologist

دکتر شهربانو قهاری

روان‌شناس بالینی

دکتر لیلی پناغی

استادیار دانشگاه شهید بهشتی  
پژوهشکده خانواده

Zohre Ahmadabadi

M. A. in Social Research

Hamid Yoosefi, MD

Psychiatrist

دکتر حمید یوسفی

روان‌پزشک

زهرة احمدآبادی

کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی

#### Abstract

This study compared mental health, social support and coping strategies of abused women with those of a control group. A group of abused women (n=45) and a group of women who were not victims of abuse (n=72), completed Spouse Abuse Questionnaire (Ghahari, Atef Vahid, & Yoosefi, 2005), General Health Questionnaire (Goldberg, 1972), Social Support Scale (Cassidy & Long, 1996) and Coping Scale (Ghadamgahi, 1997). The MANOVA revealed that women with spouse abuse have lower scores in general health and social support and higher scores in coping strategies.

**Key words:** spouse abuse, social support, mental health, coping strategies.

Contact information : lpanaghi@yahoo.com

#### چکیده

در پژوهش حاضر، سلامت روانی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آزار دیده توسط همسرانشان و گروه گواه مقایسه شد. یک گروه از زنان آزار دیده (۴۵ نفر) و یک گروه از زنانی که قربانی نبودند (۷۲ نفر) پرسشنامه همسرآزاری (قهاری، عاطف وحید و یوسفی، ۱۳۸۴)، پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، مقیاس حمایت اجتماعی (کاسیدی و لانگ، ۱۹۹۶) و تنظیم مجدد مقیاس راهبردهای مقابله‌ای (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶) را تکمیل کردند. نتایج بر اساس تحلیل واریانس چند متغیری نشان دادند که زنان آزار دیده در حمایت اجتماعی و سلامت روانی نمره‌های پایین‌تر و در راهبردهای مقابله‌ای نمره‌های بالاتری کسب کردند.

**واژه‌های کلیدی :** همسرآزاری، حمایت اجتماعی، سلامت روانی، راهبردهای مقابله.

received : 16 Feb 2008

دریافت : ۸۶/۱۱/۲۸

accepted : 24 Agu 2008

پذیرش : ۸۷/۶/۳

این طرح با حمایت مالی انستیتو روان‌پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روانی انجام شده است.

## مقدمه

رفتاری نسبت به زنان در طیفی از ۳۰ تا ۸۰ درصد برآورد شده است (مافی و اکبرزاده، ۱۳۸۴؛ شمس اسفندآباد و امامی پور، ۱۳۸۲).

از پیامدهای روانی خشونت می‌توان به افسردگی<sup>۵</sup>، بدنی‌سازی<sup>۶</sup> و سوء مصرف مواد<sup>۷</sup>، احساس بی‌کفایتی<sup>۸</sup>، فقدان حرمت خود<sup>۹</sup>، اختلالهای خلقی و اضطرابی به خصوص تنیدگی پس ضربه‌ای<sup>۱۰</sup> (PTSD)، رفتارهای خود تخریبی<sup>۱۱</sup> و اقدام به خودکشی<sup>۱۲</sup> اشاره کرد (فوگارتی، فردمن، هیرن و لیبسچاتز، ۲۰۰۸؛ برگ، ۲۰۰۴؛ اسمیت و گیتلمن، ۱۹۹۴؛ الزبرگ، ۱۹۹۹؛ مکانیک، ویور و رسیک، ۲۰۰۸؛ رویز پرز و پلازولا - کاستانو، ۲۰۰۵؛ پترتیک - جکسون و جکسون، ۱۹۹۶).

از آنجا که درمان مشکلات روان‌شناختی، پر هزینه‌اند و درمان طولانی مدتی را می‌طلبند، پیشگیری از این اختلالها و شناسایی عوامل خطر و کنترل آنها ضرورت می‌یابد.

حمایت اجتماعی به‌عنوان یک سپر و عامل محافظت-کننده در برابر پیامدهای منفی بدرفتاری، می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالهای روانی قربانیان خشونت خانگی، مقابله بهتر با شرایط خشونت آمیز و کاهش بدرفتاری در روابط زناشویی مؤثر باشد (گودمن، داتون، وانکوز و وینفرت، ۲۰۰۵؛ لی، ساندرز تامپسون و مکانیک، ۲۰۰۲؛ کوکر، اسمیت، تامپسون، مک کون، بیتی و دیویس، ۲۰۰۲؛ بوش و روزنبرگ، ۲۰۰۴).

بررسیها نشان می‌دهند که ارائه حمایت‌های اجتماعی به زنان، در کاهش آثار منفی ناشی از خشونت مانند تنیدگی مؤثر است و بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی را به همراه دارد (ال باسل، گیلبرت، راجا، فولنو و فرای، ۲۰۰۱؛ ونزل، تاگر، الیوت، مارشال و ویلیامسون، ۲۰۰۴؛ سالازار، وینگود، دی کلمنته، لانگ و هرینگتون، ۲۰۰۴). برخورداری از حمایت‌های رسمی و غیررسمی سبب می‌شود تا تصمیم به ترک رابطه برای زنان آسانتر باشد،

خشونت خانگی<sup>۱</sup> مشکل شایع بهداشت عمومی در سراسر دنیا است و مؤلفه‌های کودک‌آزاری<sup>۲</sup>، همسر-آزاری و بدرفتاری نسبت به سالمند را در برمی‌گیرد. اما مهمترین نوع خشونت در خانواده، خشونت است که از طریق آن، مردان قدرت اجتماعی یا جسمانی خود را بر زنان اعمال می‌کنند (گیدنز<sup>۳</sup>، ۱۹۷۸/۱۳۷۸). طبق تعریف، عبارت «خشونت علیه زنان»<sup>۴</sup> گستره وسیعی از رفتارها از جمله رفتار جنسی، هیجانها و تهاجم جسمانی، تهدیدها، آزار کلامی، تحقیر، آزار جنسی و قتل توسط همسر را در بر می‌گیرد (کرول و بورگس، ۱۹۹۶).

این پدیده به‌عنوان مانعی جهت نیل به برابری، توسعه و صلح مطرح شده است (محمدخانی، رضایی دوگاهه، محمدی و آزادمهر، ۱۳۸۵). آزار و خشونت علیه همسر که با هدف کنترل و تسلط انجام می‌شود ۹۰ درصد نسبت به زنان، ۷ تا ۸ درصد دو طرفه و ۲ تا ۳ درصد نسبت به مردان است (معظمی، ۱۳۸۳).

بررسیها نشان می‌دهند که خشونت و بدرفتاری نسبت به همسر در بسیاری از کشورهای جهان پدیده‌ای شایع (کلارک، ۲۰۰۱) و به‌عنوان یک مشکل اجتماعی جدی مطرح است. میزان خشونت علیه زنان در تمامی کشورها، حتی در کشورهای پیشرفته‌ای که قوانین محکمی برای جلوگیری از خشونت وضع کرده‌اند نگران‌کننده است (هیدی، نایگرین، مک اینرنی و کلاین، ۲۰۰۴).

اگر چه در آمارهای رسمی به آمار خشونت علیه زنان در ایران به‌وضوح اشاره نشده اما پژوهشها نشان‌دهنده گستردگی دامنه خشونت هستند (نجفی دولت‌آباد، حسین‌زاده، خاتمی زنوزیان، فتحی، خاتمی زنوزیان و علوی مجد، ۱۳۸۶؛ احمدی، محمدیان، گلستان، باقری، یزدی و شجاعی‌زاده، ۱۳۸۵؛ افتخار، کاکویی، ستاره فروزان و برادران افتخاری، ۱۳۸۳). براساس مطالعات مقدماتی در خصوص میزان وقوع خشونت خانگی در ایران، نرخ همسرآزاری و بد-

1. domestic violence  
2. child abuse  
3. Giddens, A.  
4. spouse abuse  
5. depression

6. somatization  
7. substance use  
8. inadequacy  
9. self-esteem  
10. Post Traumatic Stress Disorder

11. self-defeating  
12. suicide

در زنان قربانی خشونت و گروه گواه پرداخته شده است.

## روش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مورد-شاهدی<sup>۹</sup> است که سلامت روانی، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی را در دو گروه آزار دیده و گواه بررسی می‌کند.

این بررسی بخشی از مطالعه‌ای گسترده‌تر بر پایه جستجوی خانه به خانه<sup>۱۰</sup> بود (قهاری، پناغی، عاطف وحید، زارعی‌دوست و محمدی، ۱۳۸۵) که فراوانی همسرآزاری در سطح شهر تهران را مشخص کرد. تعداد ۸۰ نفر از زنان مورد خشونت از مناطق ۱۳ و ۱۸ به صورت تصادفی به کارگاههای مهارتهای زندگی دعوت شدند که از این تعداد، ۴۲ نفر به عنوان گروه آزار دیده، مقیاس حمایت اجتماعی، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کردند.

برای انتخاب گروه گواه با استفاده از کدها و نشانیهای پستی که در مطالعه اصلی وجود داشت به منزل ۱۵۰ نفر از زنانی که مورد خشونت قرار نگرفته بودند و در مناطق ۱۳ و ۱۸ تهران زندگی می‌کردند، مراجعه شد. با توجه به اینکه ممکن بود در فاصله مطالعه اصلی تا مطالعه حاضر، این زنان مورد همسرآزاری قرار گرفته باشند، مجدداً پرسشنامه همسرآزاری توسط آنها تکمیل شد که در ۹۰ نفر از آنها مواردی از همسرآزاری مشاهده نشد. از بین این افراد ۷۲ نفر با شرکت در پژوهش موافقت کردند و به تکمیل مقیاس حمایت اجتماعی، پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پرداختند.

میانگین سن در گروه زنان آزار دیده  $36 \pm 10$  سال و در گروه گواه  $35 \pm 9$  سال و میانگین مدت زمان ازدواج در گروه آزار دیده  $16/2 \pm 12/8$  و در گروه گواه  $12 \pm 9$  بود.

برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

● **پرسشنامه سلامت عمومی**<sup>۱۱</sup> (GHQ12، گلدبرگ، ۱۹۷۲): در این پرسشنامه ۱۲ ماده‌ای نمره‌های بالا بر وضعیت سلامت روانی کمتر و نمره‌های پایین بر سلامت روانی

احساس سلامت در آنها افزایش یابد و از اضطراب کمتری رنج برند. افزون بر این، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی موجب می‌شود تا زنان از راهبردهای مقابله‌ای<sup>۱</sup> اجتنابی<sup>۲</sup> کمتر استفاده کنند (میچل و هودسون، ۱۹۸۳).

از دیگر متغیرهای مؤثر بر سلامت روانی، راهبردهای مقابله‌ای است. پژوهشهای متعددی به شناسایی رابطه بین انواع راهبردهای مقابله‌ای و آسیب‌های روان‌شناختی پرداخته‌اند و کاربرد برخی از راهبردهای مقابله‌ای را در بهبود سلامت روانی و جسمانی، کاهش آثار منفی تنیدگی در خلال موقعیتهای تنیدگی‌زای زندگی و رفاه روان‌شناختی مؤثر دانسته‌اند (دمپسی، ۲۰۰۲؛ هوانگ و گان، ۲۰۰۱؛ کاسیدی، ۲۰۰۰).

راهبردهای مقابله به منزله تلاشهای رفتاری و روان-شناختی جهت مهار فشارها و روبرو شدن با موقعیتهای تنیدگی‌زا، در پیشگیری، نظم‌بخشی و فرونشاندن تنیدگی مؤثرند (تری، ۱۹۹۴). افراد را می‌توان برحسب انواع اساسی سبکهای مقابله‌ای مسئله محور<sup>۳</sup>، هیجان محور<sup>۴</sup> و اجتنابی از یکدیگر متمایز کرد (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰).

میچل و هودسون (۱۹۸۳) دریافتند که زنان مورد خشونتی که راهبردهای فعال مقابله‌ای را بیشتر به کار می‌گیرند و از راهبردهای اجتنابی کمتر سود می‌جویند، افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند، احساس تسلط بیشتری بر مشکلات خود دارند و از حرمت خود بالاتری برخوردارند. آریاز و پیپ (۱۹۹۹) نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی با نشانه‌های شدیدتر PTSD، در زنان آزار دیده رابطه دارد. کمپ، گرین، هوانیتز و راولینگز (۱۹۹۵) نیز ارتباط راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مانند پرهیز از مشکل<sup>۵</sup>، خودسرزنشگری<sup>۶</sup> و کناره‌گیری اجتماعی<sup>۷</sup>، با افزایش سطح استیصال<sup>۸</sup> را برجسته کردند.

با توجه به اهمیت نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای بر سلامت روانی، در این پژوهش به مقایسه میزان سلامت روانی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای

1. coping skills

2. avoidance

3. problem-oriented

4. emotional-oriented

5. problem avoidance

6. self-blame

7. social withdrawal

8. distress

9. case-control

10. household survey

11. General Health Questionnaire (GHQ)

● **مقیاس راهبردهای مقابله‌ای**<sup>۶</sup>: در پژوهش حاضر از تنظیم مجدد مقیاس ۳۲ ماده‌ای (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶) که توسط براهنی و موسوی (۱۳۷۱) نقل از حسینی قدمگاهی، (۱۳۷۶) هنجارگزینی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن از طریق بازآزمایی برای کل، ۰/۷۹ بوده است، استفاده شد. همچنین مقدار این ضریب در زیر مقیاسهای راهبردهای مقابله‌ای به شرح زیر گزارش شده است: برای مقابله مبتنی بر حل مسئله با ۳ ماده، ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی با ۱۱ ماده، ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی با ۵ ماده، ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر بدنی‌سازی با ۹ ماده، ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی با ۴ ماده، ۰/۹۰. داده‌ها براساس مجذور کای و تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شدند.

### یافته‌ها

بر اساس جدول ۱، زنان دارای تحصیلات پایین‌تر به میزان بیشتری مورد خشونت قرار گرفته‌اند. اگر چه نتایج آزمون مجذور کای تفاوت آماری معنادار در توزیع آزمودنیها به تفکیک گروه و برحسب سطح تحصیلات را نشان نداد اما تفاوت آماری معنادار بین آزمودنیها برحسب شغل را برجسته کرد و نشان داد که فراوانی زنان شاغل در گروه گواه بیشتر از فراوانی زنان شاغل در گروه آزار دیده بود. بین ویژگیهای همسران (سطح تحصیلات و وضعیت شغلی) با خشونت خانوادگی تفاوت معنادار به دست نیامد. با توجه به ضرایب همبستگی جدول ۲، راهبردهای مقابله‌ای فعال، با سلامت روانی همبستگی معناداری را نشان نمی‌دهند در حالی که بین راهبردهای مقابله‌ای فعل‌پذیر و سلامت روانی رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده با راهبردهای مقابله‌ای فعال، رابطه‌ای مثبت و با راهبردهای مقابله‌ای فعل‌پذیر، رابطه‌ای منفی و معنادار دارد. علاوه بر این حمایت اجتماعی با سلامت روانی همبستگی مثبت و معناداری را نشان می‌دهد.

بالتر دلالت دارند. عبادی، حریرچی، شریعتی، گرمارودی، فاتح و منتظری (۱۳۸۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ به دست آوردند. از این ابزار می‌توان به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالهای روانی در چهار حیطة نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی و بررسی سلامت روانی استفاده کرد (باقری یزدی، بولپهری و پیروی، ۱۳۷۴).

● **مقیاس حمایت اجتماعی**<sup>۱</sup> (SSS، کاسیدی و لانگ، ۱۹۹۶): این مقیاس دارای ۱۲ ماده است و به صورت دو ارزشی نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا بر حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۲</sup> بالا و نمره پایین بر حمایت اجتماعی ادراک شده پایین دلالت دارد. در مطالعه بخشی‌پور رودسری، پیروی و عابدیان (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در یک نمونه ۲۹۱۶ نفری از دانشجویان ایرانی، ۰/۷۶ به دست آمد و مشخص شد که این مقیاس به خوبی می‌تواند آزمودنیهای مبتلا به افسردگی و اضطراب را از آزمودنیهای فاقد این اختلالها متمایز کند.

● **پرسشنامه همسرآزاری**<sup>۳</sup> (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴): این پرسشنامه دارای ۴۴ ماده است که ۲۰ ماده آن بد-رفتاری عاطفی، ۱۰ ماده آن بدرفتاری جسمانی و ۱۴ ماده آن بدرفتاری جنسی را می‌سنجد. بدرفتاری جسمانی مواردی مانند کتک‌زدن و هرگونه آزار و اذیت جسمانی، بدرفتاری عاطفی یا هیجانی مواردی مانند تحقیر، عدم تأمین نیازهای اقتصادی و روانی، مسخره‌کردن و هرگونه رفتار تخریب‌گرایانه و بدرفتاری جنسی، اعمال هرگونه عمل خارج از عرف و غیرمعمول در برقراری رابطه جنسی توأم با خشونت، اجبار به برقراری رابطه جنسی و ... را در بر می‌گیرد. اقدام به یک مورد از موارد یاد شده به صورت مکرر می‌تواند در شمار بدرفتاری تلقی شود (همان منبع). روایی صوری<sup>۴</sup> و محتوایی<sup>۵</sup> پرسشنامه توسط اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران تأیید و نیز جهت تعیین همگونی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود که ضریب قابل قبولی است.

1. Social Support Scale (SSS)  
2. perceived social support

3. Spouse Abuse Questionnaire  
4. face validity

5. content validity  
6. coping scale

جدول ۱.

فراوانی و خلاصه تحلیل مجذور کای برای رابطه خشونت با سطح تحصیلات و شغل

| $\chi^2$                | گروه آزار دیده (n = ۴۵) |           | گروه گواه (n = ۷۲) |       |
|-------------------------|-------------------------|-----------|--------------------|-------|
|                         | n (%)                   | n (%)     | n (%)              | n (%) |
| <b>سطح تحصیلات</b>      |                         |           |                    |       |
|                         | ۳ (۷)                   | ۱ (۲۵)    | بی سواد            |       |
| ۳/۲۵                    | ۳۴ (۴۱/۵)               | ۴۸ (۵۸/۵) | تا دیپلم و بالاتر  |       |
|                         | ۶ (۲۸/۶)                | ۱۵ (۷۱/۴) | تحصیلات دانشگاهی   |       |
| <b>شغل</b>              |                         |           |                    |       |
|                         | ۳۸ (۵۰/۷)               | ۳۷ (۴۹/۳) | خانه دار           |       |
| ۱۱/۱*                   | ۴ (۹/۵)                 | ۳۴ (۸۷/۵) | شاغل               |       |
| <b>سطح تحصیلات همسر</b> |                         |           |                    |       |
|                         | ۳ (۶۰)                  | ۲ (۴۰)    | بی سواد            |       |
| ۲/۲۷                    | ۳۰ (۴۴/۱)               | ۳۸ (۵۵/۹) | تا دیپلم و بالاتر  |       |
|                         | ۱۰ (۳۱/۳)               | ۲۲ (۶۸/۸) | تحصیلات دانشگاهی   |       |
| <b>شغل همسر</b>         |                         |           |                    |       |
|                         | ۱۱ (۷۸/۶)               | ۳ (۲۱/۴)  | کارگر              |       |
| ۱۱/۱                    | ۱۱ (۳۱/۴)               | ۳۴ (۶۸/۶) | کارمند             |       |
|                         | ۱۵ (۳۴/۹)               | ۲۸ (۶۵/۱) | شغل آزاد           |       |
|                         | ۲ (۶۹/۷)                | ۱ (۳۳/۳)  | بیکار              |       |

\*  $P < 0.05$ .

جدول ۲.

ضرایب همبستگی بین متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای فعال و فعل پذیر، حمایت اجتماعی و سلامت روانی

| راهمبردهای مقابله‌ای فعال | راهمبردهای مقابله‌ای فعل پذیر | حمایت اجتماعی | سلامت روانی |
|---------------------------|-------------------------------|---------------|-------------|
| —                         | —                             | —             | —           |
| ۰/۲۶۱***                  | —                             | —             | —           |
| —                         | ۰/۱۹۲**                       | —             | —           |
| —                         | —                             | ۰/۱۰۶*        | —           |
| —                         | —                             | —             | ۰/۳۹۰***    |
| —                         | —                             | —             | —           |
| —                         | —                             | —             | ۰/۳۵۴***    |
| —                         | —                             | —             | ۰/۰۰۴       |

\*  $P < 0.05$ . \*\*  $P < 0.01$ . \*\*\*  $P < 0.001$ .

فعال و دو راهبرد مبتنی بر مهار هیجانی و بدنی سازی به عنوان راهبردهای فعل پذیر در این پژوهش ترکیب و وارد تحلیل شدند. همانگونه که در جدول ۳ مشخص است، بین دو گروه از زنان آزار دیده و گروه گواه در سه متغیر سلامت روانی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای فعال و فعل پذیر تفاوت‌های معنادار وجود دارد، بدین شکل که گروه آزار دیده، از سلامت روانی و حمایت اجتماعی

برای مقایسه دو گروه آزار دیده و گواه در متغیرهای اصلی پژوهش یعنی سلامت روانی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای فعال و فعل پذیر از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که مقیاس راهبردهای مقابله‌ای از ۵ زیر مقیاس یا راهبرد تشکیل می‌شود که سه راهبرد مبتنی بر حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی به‌عنوان راهبردهای

زنان کتک خورده<sup>۱</sup> هستند. علائمی که والکر در گروه بررسی خود مشاهده کرد مجموعه نشانه‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، تمایل به خودکشی، برپایی<sup>۲</sup>، اختلال جسمانی و سطح پایین حرمت خود را در بر می‌گرفت.

مطالعه الزبرگ (۱۹۹۹) نیز نشان داد که اختلالهای خلقی<sup>۳</sup>، اختلالهای اضطرابی به ویژه اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای (PTSD) در زنان قربانی خشونت شایع است و رفتارهای خود تخریبگری و اقدام به خودکشی بیشتری نسبت به زنان دیگر دارند.

یافته‌های بررسیهای اسمیت و گیتلمن (۱۹۹۴) نیز با نتایج این پژوهش همخوانی دارند. زنان مورد مطالعه گیتلمن که قربانی خشونت بودند از PTSD، افسردگی، درد مزمن و سوء مصرف مواد رنج می‌بردند.

حمایت اجتماعی متغیر دیگری بود که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و تفاوت معنادار دو گروه را نشان داد. به عبارت دیگر، زنانی که قربانی خشونت شده بودند، نسبت به زنان گروه گواه حمایت اجتماعی ادراک شده ضعیف‌تری داشتند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش دوباش و دوباش (۱۹۹۸) مبنی بر شیوع انزوای اجتماعی در زنان قربانی خشونت، همخوانی دارد. گزارش ال باسل و دیگران (۲۰۰۱) نیز تأثیر حمایت اجتماعی در زنان قربانی را در غلبه بر تنیدگی ناشی از خشونت تأیید می‌کند. یکی از منابع حمایت اجتماعی، دریافت کمکهای مالی از منابعی غیر از همسر آزارگر، استقلال مالی و دارا بودن شغل است. مطالعه انجام شده توسط شهنی بیلاق (۱۳۷۶) نشان می‌دهد که زنان غیر شاغل بیشتر از زنان خانه دار، مورد آزار همسران خود قرار می‌گیرند. در پژوهش حاضر نیز از لحاظ اشتغال، بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده و مشخص شد که تعداد زنان شاغل در گروه قربانی خشونت کمتر از زنان گروه گواه است.

زنان خانه داری که منبع درآمد مستقلی ندارند و از لحاظ مالی به همسر آزارگر خود وابسته‌اند، خشونت را به دفعات بیشتری تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش میچل، هارگرو، کولینز، تامپسون، ردیک و کاسلو (۲۰۰۶) نیز با

پایین تری برخوردارند اما این زنان از هر دو شکل راهبرد مقابله‌ای به‌طور معناداری بیش از سایرین استفاده می‌کنند.

جدول ۳.

خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای متغیرهای سلامت روانی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای فعال و فعل‌پذیر

|                              | <u>F</u>  | <u>SD</u> | <u>M</u> |  |
|------------------------------|-----------|-----------|----------|--|
| سلامت روانی                  |           |           |          |  |
| آزاردیده                     | ۱۹/۲۵۸    | ۴/۸۴      | ۱۳       |  |
| گواه                         |           | ۵/۷۸      | ۸/۲۲     |  |
| حمایت اجتماعی                |           |           |          |  |
| آزاردیده                     | ۱۴/۰۸۱*** | ۲/۲۴      | ۹/۵۶     |  |
| گواه                         |           | ۱/۷۹      | ۱۱/۰۲    |  |
| راهبردهای مقابله‌ای فعال     |           |           |          |  |
| آزاردیده                     | ۱۱/۸۲۵*** | ۵/۶۲      | ۱۹/۲۸    |  |
| گواه                         |           | ۴/۹۳      | ۱۵/۷۳    |  |
| راهبردهای مقابله‌ای فعل‌پذیر |           |           |          |  |
| آزاردیده                     | ۱۵/۲۲۶*** | ۱۲/۱۰     | ۲۶/۷۶    |  |
| گواه                         |           | ۵/۳۶      | ۲۰/۲۷    |  |

توجه: F چند متغیری لاندای ویلکز = ۱۲/۶۰۳،  $P < ۰/۰۰۱$ \*\*\*

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان سلامت روانی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آزاردیده با گروه گواه انجام شد. به همین منظور سلامت روانی دو گروه مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که سلامت روانی زنان آزاردیده به‌طور معناداری کمتر از زنان گروه گواه بود. در پژوهشی که توسط پترتیک - جکسون و جکسون (۱۹۹۶) انجام شد، نتایج مشابهی به دست آمد. آنان بر پیامدهای منفی خشونت بر سلامت روانی زنان قربانی - به‌ویژه اگر خشونت اعمال شده علیه آنان به مدت طولانی ادامه یابد - تأکید کردند. علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های والکر (۱۹۹۹) همسو است. وی در مطالعه‌ای که در مورد تعدادی از زنان قربانی خشونت خانگی انجام داد دریافت که آنان مبتلا به «نشانیگان

برخی از شکلهای مقابله فعال در صورت افزایش خشونت بیشتر به کار گرفته می‌شوند و زنانی که تصمیم به استفاده از اقامتگاهها را می‌گیرند (به عنوان یک شکل مقابله فعال) بیشتر از زنانی که از این اقامتگاهها استفاده نمی‌کنند مورد خشونت قرار گرفته‌اند؛ به عبارت دیگر به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای فعال برای فرار از خشونت (استفاده از اقامتگاه و ترک همسر) بیشتر از راهبردهای مقابله فعال برای حفظ رابطه (بحث با همسر، تلفن به پلیس، صحبت با یک دوست) به متغیرهای زمینه‌ای مثل فراوانی خشونت بستگی دارد. شدت خشونت از دیگر متغیرهای مرتبط با انتخاب نوع مقابله توسط زنان آزرده شده است. میچل و هودسون (۱۹۸۶) نشان دادند زنانی که در خانواده اولیه خود خشونت را تجربه کرده‌اند، بیشتر احتمال دارد که در صورت افزایش شدت خشونت از مقابله فعال استفاده کنند. آنها دریافتند زنانی که گرایشهای سنتی کمتری به نقش زنان در جامعه دارند، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای فعال در پاسخ به شدت خشونت سود می‌جویند.

در مقابل ممکن است زنانی که مورد خشونت مداوم و طولانی مدت قرار می‌گیرند، به دلیل تنیدگی و اضطراب شدید، در به کارگیری روشهای مقابله‌ای با شکست مواجه شوند (رابرتز، ۱۹۹۶) و یا زمانی که از راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند جستجوی حمایت اجتماعی نتیجه منفی می‌گیرند، به سمت مقابله‌های اجتنابی روی آورند (والدروپ و رسیک، ۲۰۰۴).

روشن است که استفاده زنان آزرده شده از راهبردهای مقابله‌ای فعل پذیر و هیجان محور به بروز نشانه‌های شدیدتر PTSD منجر می‌شود (آریاز و پیپ، ۱۹۹۹). کراوس، کالتمن، گودمن و داتون (۲۰۰۸) نیز در یک مطالعه طولی، رابطه منفی بین راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و نشانه‌های PTSD در زنان مورد خشونت را برجسته کردند. کمپ و دیگران (۱۹۹۵) دریافتند که راهبردهای مقابله‌ای عقب‌نشینی که پرهیز از مشکل، انتقاد از خود و کناره‌گیری اجتماعی را شامل می‌شود، با افزایش سطح پریشانی در ارتباط است.

با توجه به اهمیت موضوع پیشگیری از خشونت خانگی به ویژه همسرآزاری، که به نوبه خود می‌تواند به بروز

نتایج پژوهش حاضر هماهنگی دارد. این پژوهشگران دریافتند که زنان سیاهپوست آمریکایی مورد آزار، نسبت به زنان گروه گواه از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند. ونزل و دیگران (۲۰۰۴)، گودمن و دیگران (۲۰۰۵) و لی، پومروی و بوهمن (۲۰۰۷) اذعان کردند که افزایش حمایت اجتماعی زنان آزرده شده به عنوان یک عامل محافظت‌کننده، در کاهش پیامدهای منفی خشونت خانگی مؤثر است.

حمایت اجتماعی همچنین می‌تواند با به کار انداختن راهبردهای مقابله‌ای فعال به افزایش سطح سلامت روانی زنان آزرده شده بیانجامد. میچل و هودسون (۱۹۸۳) نشان دادند که زنان مورد خشونت با تجربه حمایت اجتماعی مثبت از سوی نهادها و دوستان، با احتمال بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای رفتاری فعال استفاده می‌کنند. کوکات و گودمن (۲۰۰۳) نیز حمایت اجتماعی را به عنوان واسطه بین راهبرد مسئله محور و پریشانی روان‌شناختی در بین زنان مورد خشونت، دانسته‌اند و افزایش راهبرد مقابله‌ای مسئله محور را با کاهش افسردگی و PTSD در زنان با سطوح پایینتر حمایت اجتماعی مرتبط کرده‌اند. حمایت محدود نیز به منزله عامل انحراف تلاشهای مقابله‌ای در نظر گرفته شده است (ناریوس، فوری و برلینر، ۱۹۹۲). تمامی تحقیقات فوق‌الذکر با تأیید نتایج پژوهش حاضر، نشان می‌دهند که ضعف در سیستم حمایت اجتماعی زنان آزرده شده، پیامدهای منفی از جمله کاهش سلامت روانی را به دنبال دارد که با تقویت حمایت‌های اجتماعی از آنان می‌توان این پیامدها را کاهش داد.

در این پژوهش همچنین مشخص شد که زنان آزار-دیده از هر دو نوع راهبردهای مقابله‌ای فعال و فعل‌پذیر بیش از زنان عادی استفاده می‌کنند. این زنان - صرفنظر از شرایطی که در آن قرار دارند - از انواع راهها برای مقابله با موقعیت تنیدگی‌زا سود می‌جویند و تحقیقات نشان داده‌اند که متغیرهای زمینه‌ای مثل فرهنگ، گرایشهای جنسی، فراوانی و شدت خشونت، سابقه خشونت و ... در انتخاب نوع راهبرد مقابله‌ای توسط زنان آزرده شده مؤثر است (ماتلین، وینگتون و کسلر، ۱۹۹۰؛ موس و سویندل، ۱۹۹۰؛ یوشیهاما، ۲۰۰۴). گوندولف و فیشر (۱۹۸۸) دریافتند که

وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳

دانشگاه تهران. اندیشه و رفتار، ۱(۴)، ۳۹-۳۰.

بخشی پور رودسری، ع.، پیروی، ح. و عابدیان، ا. (۱۳۸۴).

بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت

روان در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۷ (۲۷ و ۲۸)،

۱۴۵-۱۵۲.

حسینی قدمگاهی، ج. (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس

و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب. پایان نامه

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

شمس اسفندآباد، ح. و امامی پور، س. (۱۳۸۲). بررسی میزان

رواج همسر آزاری و عوامل مؤثر بر آن. پژوهش زنان، ۱ (۵)، ۸۲-

۵۹.

شهنی ییلاق، م. (۱۳۷۶). رابطه برخی عوامل جمعیت‌شناختی با

خشونت مردان نسبت به همسران خود در شهرستان اهواز. مجله

علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۳ (۲۰۱)، ۶۳-۳۹.

عبادی، م.، حریرچی، ا.، شریعتی، م.، گرمارودی، غ.، فاتح

ا. و منتظری، ع. (۱۳۸۱). ترجمه، تعیین پایایی و روایی

پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی (GHQ12). پایش، ۱(۳)،

۴۶-۳۹.

قهاری، ش.، پناغی، ل.، عاطف وحید، م. ک.، زارعی دوست،

ا. و محمدی، ع. ر. (۱۳۸۵). سلامت روان در زنان قربانی

همسرآزاری. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱ (۴)،

پیاپی ۲، ۶۳-۵۸.

قهاری، ش.، عاطف وحید، م. ک. و یوسفی، ح. (۱۳۸۴).

بررسی میزان فراوانی همسر آزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد

اسلامی تنکابن سال ۱۳۸۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران،

۱۵ (۵۰)، ۸۹-۸۳.

گیدنز، آ. (۱۳۷۳). جامعه‌شناسی. ترجمه م. صبوری. تهران: نشر نی

(تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۸۷).

مافی، م. و اکبرزاده، ن. (۱۳۸۴). بررسی ویژگیهای روان‌شناختی

خشونت‌گرایان در خانواده. مطالعات روان‌شناختی، ۱ (۴-۵)، ۸۶-۷۱.

محمدخانی، پ.، رضایی دوگانه، ا.، محمدی، م. ر. و آزاد-

مهر، ه. (۱۳۸۵). شیوع الگوی خشونت خانوادگی، ارتکاب یا

تجربه آن در مردان و زنان. رفاه اجتماعی، ۵ (۲۱)، ۲۲۴-۲۰۵.

معظمی، ش. (۱۳۸۳). حمایت از زنان در برابر خشونتهای خانگی.

مشکلات روان‌شناختی منجر شود، به نظر می‌رسد با تدوین

برنامه‌های پیشگیرانه توسط مسئولان بهداشت کشور

می‌توان در چند جهت گام برداشت: افزایش حمایت

اجتماعی رسمی، آموزش جستجو و دریافت منابع حمایتی

رسمی و غیررسمی به زنان مورد خشونت، بهبود مهارتهای

مقابله‌ای فعال مانند جستجوی حمایت اجتماعی، حل

مسئله و ارزیابی شناختی و تغییر بازخوردهای اجتماعی

آنان در مورد خصوصی و محرمانه‌بودن تضادهای خانوادگی،

می‌توانند در جهت افزایش دخالت و ارائه حمایت اجتماعی

به زنان آزرده‌یافته، به‌عنوان راههای کاهش مشکلات روان-

شناختی و جسمانی ناشی از خشونت خانگی پیشنهاد شوند.

در پژوهش حاضر نمونه نسبتاً کوچکی از زنان قربانی

خشونت برای آزمون فرضیه‌ها انتخاب شد. عدم یکسان

بودن وضعیت شغلی در دو گروه، از دیگر محدودیت‌های

پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده

به‌منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش در نمونه

وسیعتر صورت گیرد. این پژوهش، محدود به زنان قربانی

خشونت بود. مناسب است متغیرهای مورد نظر در پژوهش

حاضر در نمونه‌های مردان قربانی خشونت نیز بررسی و

مقایسه شود. از آنجاکه بررسی‌های اندکی در مورد وضعیت

روان‌شناختی و برنامه‌ریزی مداخله‌های درمانی مناسب

انجام شده‌اند، به‌منظور کسب دانش بیشتر در مورد این

پدیده و کاهش شدت این معضل اجتماعی، پژوهش‌های

بیشتری در حیطه مداخله‌های روان‌شناختی ضروری به

نظر می‌رسد.

## منابع

احمدی، ب.، محمدیان، ع.، گلستان، م.، باقری، ب.، یزدی،

ع. و شجاعی زاده، د. (۱۳۸۵). تأثیر خشونتهای خانگی بر

سلامت روان زنان متأهل در تهران. مجله دانشکده بهداشت و

انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (۲)، ۴۴-۳۵.

افتخار، ح.، کاکویی، ح.، ستاره فروزان، آ. و برادران

افتخاری، م. (۱۳۸۳). ویژگیهای فردی قربانیان همسر آزاری

در مراجعین به مراکز سازمان پزشکی قانونی. رفاه اجتماعی، ۳

(۱۲)، ۲۷۰-۲۵۷.

باقری یزدی، ع.، بوالهروی، ج. و پیروی، ح. (۱۳۷۴). بررسی



- Crowell, N. A., & Burgess, A. W. (1996).** *Understanding violence against women*. Washington DC: National Academy Press.
- Dempsey, M. (2002).** Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 102-109.
- Dobash, R. E., & Dobash, R. (1998).** *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Foleno, A., & Frye, V. (2001).** Social support among women in methadone treatment who experience partner violence: Isolation and male controlling behavior. *Violence Against Women*, 7, 246-274.
- Ellesberg, M. (1999).** Domestic violence and Emotional Distress among Nicaraguan women. *Journal of American psychologist*, 54 (1), 30-35.
- Endler, N. D., & Parker, J. D. A. (1990).** Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.
- Fogarty, C. T., Fredman, L., Heeren, T. C., & Liebschutz, J. (2008).** Synergistic effects of child abuse and intimate partner violence on depressive symptoms in women. *Preventive Medicine*, 46 (5), 463-469.
- Goldberg, D. (1972).** *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gondolf, E. W., & Fisher, E. R. (1988).** *Battered women as survivors: An alternative to treating learned helplessness*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N., & Weinfurt, K. (2005).** Women's resources and use of strategies as protective factors for reabuse over time. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (1), 22-32.
- Arias, I., & Pape, K. T. (1999).** Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 14, 55-67.
- Berg, A. O. (2004).** Screening for family and intimate-partner violence: Recommendation statement. *Annals of Family Medicine*, 2, 156-160.
- Busch, A. L., & Rosenberg, M. S. (2004).** Comparing women and men arrested for domestic Violence: A preliminary report. *Journal of Family Violence*, 19 (1), 49-57.
- Cassidy T., & Long, C. (1996).** Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 265-277.
- Cassidy. T. (2000).** Stress, healthiness and health behaviours: An exploration of the role of life events, daily hassles, cognitive appraisal and the coping process. *Journal of Counseling Psychology Quarterly*, 13 (3), 293-311.
- Clark, D. W. (2001).** Domestic violence screening, policies, and procedures in Indian health services facilities. *Journal of American Board family Practice*, 14 (4), 252-8.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Beathea, L., & Davis, K. E. (2002).** Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women Health Gender Based Medicine*, 11 (5), 465-476.

*havior, 31*, 103–122.

- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008).** Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women, 14* (6), 634-654.
- Mitchell, M. D., Hargrove, G. L., Collins, M. H., Thompson, M. P., Reddick, T. L., & Kaslow, N. J. (2006).** Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, African-American women. *Journal of Clinical Psychology, 62* (12), 1503–1520.
- Mitchell, R. E., & Hodson, C. A. (1983).** Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology, 11*, 629-653.
- Mitchell, R. E., & Hodson, C. A. (1986).** Coping and social support among battered women: An ecological perspective. In S. E. Hobfoll, (ed.), *Stress, social support, and women: The series in clinical and community psychology* (pp. 153–169), New York: Hemisphere.
- Moos, R. H., & Swindle, R. W., Jr. (1990).** Person–environment transactions and the stressor–appraisal–coping process. *Psychological Inquiry, 1*, 30–32.
- Nurius, P. S., Furrey, J., & Berliner, L. (1992).** Coping capacity among women with abusive partners. *Violence and Victims, 7*, 229–243.
- Petretic-Jackson, P., & Jackson, T. (1996).** Mental health interventions with battered women. In A. Roberts (Ed.), *Helping battered women* (pp.188-221). New York: Oxford University Press.
- Roberts, A. R. (1996).** Epidemiology and definition. *Violence Against Women, 11* (3), 311-336.
- Heidi D. N., Nygren, P., McInerney, Y., & Klein, J. (2004).** Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the US. preventive services ya-ks force. *Journal of Clinical Guidelines, 140* (5), 387-396.
- Huang, C. J., & Gunn, T. (2001).** An examination of domestic violence in an African American community in North Carolina: Causes and consequences. *Journal of Black Studies, 31*, 790–811.
- Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C., & Rawlings, E. I. (1995).** Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 43–55.
- Kocot, T., & Goodman, L. (2003).** The roles of coping and social support in battered women’s mental health. *Violence Against Women, 9*, 323–346.
- Krause, E. D., & Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008).** Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Trauma Stress, 21* (1), 83-90.
- Lee, J., Pomeroy, E. C., & Bohman, T. M. (2007).** Intimate partner violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence, 22*, 709–720.
- Lee, R. K., Sanders Thompson, V. L., & Mechanic, M. B. (2002).** Intimate partner violence and women of color: A call for innovations. *American Journal of Public Health, 92*, 530-534.
- Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, R. C. (1990).** Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health Social Be-*

- Terry, D. J. (1994).** Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-916.
- Waldrop, A. E., & Resick, P. A. (2004).** Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19 (5), 291-302.
- Walker, L. E. (1999).** Psychology and domestic violence around the world. *Journal of American Psychologists*, 54 (1), 21-28.
- Wenzel, S. L., Tucker, J. S., Elliott, M.N., Marshall, G. N., & Williamson, S. L. (2004).** Physical violence against impoverished women: A longitudinal analysis of risk and protective factors. *Women's Health Issues*, 14 (5), 144-154.
- Yoshihama, M. (2002).** Battered women's coping strategies and psychological distress: Differences by immigration status. *American Journal of Community Psychology*, 30 (3), 429-452.
- tions of acute crisis in American society. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis management and brief treatment: Theory, technique and applications* (pp. 16-33). Chicago: Nelson-Hall.
- Ruiz-Perez J., & Plazaola-Castano, J. (2005).** Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67 (5), 791 - 797.
- Salazar, L. F., Wingood, G. M., Diclemente, R. J., Lang, D. L., & Harrington, K. (2004).** The role of social support in the psychological well-being of African-American girls who experience dating violence victimization. *Violence and Victims*, 19 (2), 171-187.
- Smith, P. H., & Gittelman, D. K. (1994).** Psychological consequences of battering: Implications for women's health and medical practice. *NC Medical Journal*, 55 (9), 434-439.