

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی مقایسه‌ای خشم و اضطراب در زنان عادی و قربانی همسر آزاری مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی خراسان جنوبی

*اعظم زغبی‌زاده

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

قاسم آهی

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

فاطمه شهبابی‌زاده

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

خلاصه

مقدمه: در دهه‌های اخیر از خشونت علیه زنان به عنوان جدی‌ترین مشکل اجتماعی ورای مرزهای فرهنگی، اجتماعی و منطقه‌ای یاد شده است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه خشم و اضطراب در زنان عادی و قربانی همسر آزاری مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی خراسان جنوبی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش، توصیفی علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دو گروه آزار دیده و عادی بود. گروه آزار دیده کلیه زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی خراسان جنوبی بودند که طبق نظر پزشکان قانونی و پس از معاینات فیزیکی و جسمی به عنوان آزار دیده مشخص شدند که در بازه زمانی ۲ ماهه ۶۰ نفر جمع‌آوری شدند. گروه عادی از بین زنان عادی مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی که به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی، شبیه نمونه‌ی آزار دیده بودند، انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کنترل عواطف (سوالات بعد اضطراب و خشم) استفاده شد. برای بررسی داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری به کار رفت.

یافته‌ها: بین میزان خشم و اضطراب زنان عادی و آزار دیده تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره‌های زنان آزار دیده در مقایسه با زنان عادی در مؤلفه‌های خشم و اضطراب بیشتر است.

نتیجه‌گیری: خشونت خانوادگی باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی بسیاری در فرد می‌گردد لذا توجه به این معضل اجتماعی نیازمند تلاش‌های فراوان و توجه مسئولین می‌باشد و این بررسی می‌تواند دستاورد مهمی برای دست اندرکاران بهداشت روان کشور در راستای تدوین برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه از همسر آزاری و نیز راهگشای سیاست‌گذاران در تدوین قوانین به منظور کاهش خشونت خانگی باشد.

واژه‌های کلیدی: آزار دیده، اضطراب، خشم

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

بیرجند، بیرجند، ایران

aazam_zegheibi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۲

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

محققان دیگر شیوع نروسیسم بالا، خوش مشربی پایین، فقدان انعطاف پذیری (۱۲)، نمره پایین در بازبودن به تجربه و برون گرایی و نمره بالاتر در وجدان گرایی (۱۳)، شیوع بالای افکار خودکشی (۵)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال شخصیت وسواس جبری (۱۴) حتی همراه با خیال پردازی های پارانوئیدی (۱۵) را در زنان قربانی خشونت همسر گزارش کردند.

زنان تحت خشونت خانگی احتمالاً بیشتر دچار اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و پرخاشگری هستند (۱۶). لذا هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای میزان خشم و اضطراب در زنان عادی و قربانی همسر آزاری مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی خراسان جنوبی می باشد.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل دو گروه، گروه آزار دیده که شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی خراسان جنوبی که مورد آزار و اذیت همسر خود قرار گرفته بودند و پس از معاینات فیزیکی و جسمی صدمات وارده تائید شده بودند بر اساس نظر متخصصان تعداد این افراد در یک بازه زمانی دو ماهه، حدود ۶۰ نفر می‌باشد که به علت کوچک بودن جامعه کلیه افرادی که مایل به شرکت در تحقیق بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند و گروه افراد عادی شامل کلیه زنان عادی مراجعه کننده به پزشکی قانونی که به لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی از قبیل سن و تحصیلات، شبیه نمونه آزار دیده بودند و به تعداد نمونه افراد آزار دیده انتخاب شدند. ملاکهای ورود به تحقیق شامل نداشتن اختلالات روان شناختی خاص بود.

ابزار پژوهش

الف- مقیاس کنترل عواطف ویلیامز، چامبلز و آهرنس^۶: ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود است. این مقیاس شامل ۴۲ سوال با ۴ زیرمقیاس فرعی با عناوین خشم (۳۹-۳۴-۳۰-۲۸-۱۶-۱۱-۸-۱)، خلق افسرده (۳۷-۲۹-۲۷-۲۵-۱۹-۱۳-۴-۳)، اضطراب (۴۰-۳۸-۳۵-۳۳-۲۶-۲۴-۲۱-۲۰-۱۷-۱۵-۹-۷-۵) و عاطفه مثبت (۴۲-۴۱-۳۶-۳۲-۳۱-۲۳-۲۲-) است. مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می باشد که فرد در هر پرسش میزان موفقیت خود را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای اعلام می‌دارد و سوالات ۳۸-۴-۹-۱۲-۱۶-۱۷-۱۸-۲۱-۲۲-۲۷-۳۰-۳۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. ویلیامز و همکاران روایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در مقیاس خشم ۰/۷۲، خلق افسرده ۰/۹۱، اضطراب ۰/۸۹ و عاطفه ۰/۸۴ و ضریب

در دهه های اخیر از خشونت علیه زنان به عنوان جدی ترین مشکل اجتماعی ورای مرزهای فرهنگی، اجتماعی و منطقه‌ای یاد شده است (۱). طبق تعریف بیانیه حذف خشونت علیه زنان سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی در زنان شود و یا احتمال بروز آن زیاد باشد، برای زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی منجر گردد (۲).

خشونت خانگی علیه زنان بر حسب فرهنگها و جوامع متفاوت می باشد، اما وجود آن یک واقعیت اجتماعی است و در تمامی فرهنگها، طبقات اجتماعی، مذاهبها و موقعیت‌های جغرافیایی اتفاق می‌افتد (۳). وودهوس و دمپسی (۴) در بررسی خشونت خانگی در انگلستان گزارش کردند که حدود ۵/۴ میلیون زن، قربانی خشونت هستند. دیوریس^۲ و همکاران (۵) بر اساس گزارش های بدست آمده از ۸۱ کشور این میزان را ۳۰ درصد گزارش کردند. زمینه یابی موسسه آمار بورئو استرالیا^۳ (۶) نشان داد که ۳۷ درصد از زنان استرالیایی تجربه خشونت قبل از ۱۸ سالگی را داشته‌اند. در گزارش سازمان بهداشت جهانی^۴ در مطالعه ۲۴۰۰۰ زن در ۱۰ کشور دنیا شیوع ۱۳ تا ۶۱ درصد زنان خشونت جسمانی، ۶ تا ۵۹ درصد خشونت جنسی و ۲۰ تا ۷۵ درصد خشونت روانشناختی را گزارش کردند. در ایران نیز مطالعاتی در این مورد صورت گرفته است. رضایی و همکاران (۷) شیوع ۴/۸۴ درصد درصد خشونت جسمی، ۲/۸۱ درصد خشونت روانشناختی و ۳/۲۵ درصد خشونت جنسی را گزارش کردند. قهاری و همکاران (۸) شیوع ۶/۸۲ درصد و ۹/۶۸ درصد خشونت جسمی و عاطفی و ۵/۷۰ درصد خشونت جنسی و عاطفی را گزارش کردند.

زنان قربانی خشونت خانگی اغلب از جراحات فیزیکی و بسیاری از مشکلات مزمن سلامت رنج می برند. (۹) خشونت خانگی می تواند منجر به افزایش ۵۰ تا ۷۰ درصدی مشکلات سیستم عصبی مرکزی، اختلال در درصدی مشکلات سیستم عصبی مرکزی، اختلال در شخصیت ضد اجتماعی در زنان شود (۱۰).

پیکوآلفانو^۵ و همکاران (۱۱) گزارش کردند زنان قربانی خشونت همسر در مقایسه با زنان گروه کنترل از نظر امتیاز (شخصیت گوشه گیر، طفره رو، محکوم به شکست و همچنین در سه امتیاز شخصیت آسیب شناسی گوشه گیری، مرزی، و پارانوئید) امتیاز بالاتری داشتند.

¹Woodhouse and Dempsey

²Devries, Mak and Garcia-Moreno

³Australian Bureau of Statistics

⁴World Health Organization

⁵Pico-Alfonso, Echeburua and Martinez

⁶Williams, Chambless and Ahrens

ماتریس کوارینانس باقی مانده با یک متغیر ناهمسان تناسب دارد آزمون می کند (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج آزمون کرویت بارتلت جهت تعیین همبستگی

متغیرهای وابسته

ارزش	
۷۷/۲۶۷	خی دو
۹	درجه آزادی
۰/۰۰۰۰۱	سطح معنی دار

ارزیابی ویژگی‌های داده‌ها از جمله نرمال بودن نشان داد که مفروضه های اصلی برقرار است و لذا می‌توان تحلیل را انجام داد. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای وابسته ارایه شده است. آزمون اثر پیلائی نشان می‌دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار است و حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین گروه زنان عادی و آزار دیده تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیر

های وابسته

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	معنی‌داری
اثر پیلائی	۰/۳۳	۱۵/۹۶	۴	۰/۰۰۰۱

چون آزمون چند متغیری از نظر آماری معنی دار است می‌توان به ارزیابی هر یک از متغیرهای وابسته ادامه داد. جدول ۵ آزمون لوین برای یکسانی خطای واریانس‌ها را گزارش می‌کند. آن گونه که در جدول مشخص است آماره لوین برای تمامی متغیرها به استثنای اضطراب برابری واریانس خطا در سطوح عضویت گروهی است.

جدول ۵- آزمون لوین برای یکسانی خطای واریانس‌ها

متغیر	F	معنی‌داری
خشم	۰/۱۳	۰/۷۲
اضطراب	۷/۳۱	۰/۰۰۸

جدول ۶- نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به

مقایسه میانگین‌ها در متغیرهای وابسته گروه‌های عادی و آزار دیده

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
خشم گروه	۳۷۶/۷۳	۱	۳۷۶/۷۳	۶/۴۶	۰/۰۱۲
خطا گروه	۷۵۸/۵۶	۱۳۰	۵۸/۳۱		
اضطراب گروه	۳۸۷۲/۹۱	۱	۳۸۷۲/۹۱	۲۲/۸۴	۰/۰۰۰
خطا	۲۲۰۴۳/۸۳	۱۳۰	۱۶۹/۵۶		

کل ۰/۹۴ گزارش کردند و در مرحله باز آزمایی خشم ۰/۷۳، خلق افسرده ۰/۷۶، اضطراب ۰/۷۷، عاطفه مثبت ۰/۶۶ و ضریب کل ۰/۷۸ به دست آوردند. این آزمون در ایران توسط طهماسبیان، خزایی، عارفی، سعیدی‌پور و حسینی هنجاریابی شد که همسانی‌درونی و پایایی مقیاس های پرسشنامه کنترل عواطف با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، در مورد گروه دانش‌آموزان ۰/۷۸۲، دانشجویان ۰/۸۱۸، معلمان ۰/۸۸۹، استاد ۰/۹۳۵ و پرستاران ۰/۹۰۹ بیشتر از ۰/۷۵ بوده است. پایایی آزمون با استفاده از همبستگی نشان داد که بین خرده‌مقیاس‌های آزمون کنترل عواطف یک ارتباط نسبی وجود دارد. بنابراین پرسشنامه در بین تمام گروهها از پایایی خوبی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس خشم با خلق افسرده ۰/۴۵، اضطراب ۰/۵۷۵، عاطفه مثبت ۰/۵۵۸، خلق افسرده با اضطراب ۰/۵۳۰ و عاطفه مثبت ۰/۴۸۴ معنادار به دست آمده است (۱۷، ۱۸).

نتایج

دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۲۷/۲۹ ± ۴۸/۷۰ برای زنان آزار دیده و ۱۵/۳۰ ± ۴۷/۶۰ برای گروه عادی، بدون تفاوت معنی دار بین گروه‌ها بود ($P > 0.05$).

جدول ۱- آماره های توصیفی شامل میانگین و و انحراف استاندارد

برای متغیرهای وابسته

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
خشم	آزار دیده	۳۰/۳۱	۷۱/۷۰
	عادی	۹۲/۲۷	۵۵/۷۰
اضطراب	آزار دیده	۶۶/۵۲	۷۴/۱۴
	عادی	۸۳/۴۱	۳۰/۱۱

نتایج آزمون باکس برای تعیین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوارینانس ارایه شده است. آنگونه که در جدول مشخص است مقدار F و سطح معنی داری که کوچکتر از ۰/۰۱ است نشان دهنده عدم برقراری فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوارینانس برای سطوح متغیر مستقل عضویت گروهی است.

جدول ۲- نتایج آزمون باکس برای تعیین فرض همگنی ماتریس

های واریانس - کوارینانس

ارزش	
۳۷/۵۵	آزمون باکس
۳۵/۵۰	مقدار F
۰/۰۰۰۱	سطح معنی دار

نتایج آزمون کرویت بارتلت معنی داری آماری همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. این شاخص فرضیه صفر را که

پیامدهای منفی می‌شود (۲۱). اضطراب و افسردگی ناشی از خشونت، فرد و محیط را تحت تأثیر قرار می‌دهد، زیرا سوء رفتار اثرات زیان آوری نظیر اضطراب، شرم و گناه به دنبال دارد (۲۲). محیط‌های استرس‌زای مرتبط با سوء رفتار از طرف همسر یا شخص نزدیک، رسیدن به آرامش و برگشتن به خط پایه‌های هیجانی شخصی را برای زنان مشکل‌تر و وقت‌گیرتر می‌کند و این منجر به سطوح بالاتر عواطف منفی مزمن نظیر غمگینی، ترس، اضطراب، شرم و... می‌شود. این مشکلات ممکن است به ورای روابط سوء رفتار تعمیم یابد و حتی پس از اتمام یک رابطه آزاردهنده، دوام پیدا کند. این می‌تواند منجر به بروز افسردگی، اضطراب، درماندگی، مشکلات در تصمیم‌گیری، شرم و خودسرزنی و مشکلات بین فردی شود. به علاوه زمانی که هیجان‌ات مداومی مانند غمگینی یا شرم احساس شود، زنان مورد بدرفتاری واقع شده خود را از دیگران جدا کرده و زودرنجی را تجربه می‌کنند که این فرصت را برای حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد و در ادامه اختلالات اضطرابی، خشم و افسردگی را تشدید می‌کند. به عبارتی زنان مورد بدرفتاری واقع شده ممکن است مشکلات مداوم و معنی‌داری مرتبط با تنظیم هیجان‌اتشان را گسترش دهند. چنین مشکلاتی ممکن است در موقعیت‌های خاص اتفاق بیفتد (۲۳).

نتیجه‌گیری

در این تحقیق به مقایسه میزان خشم و اضطراب در بین زنان عادی و آزار دیده پرداخته شد که نتایج، حاکی از تفاوت بین این دو گروه بود لذا ارائه راهکارهای درمانی برای بهبود مهارت‌های ارتباطی بین زوجین و همچنین شناسایی مولفه‌های تأثیرگذار بر روابط بین فردی در زوجین یکی از الزامات است.

آماره های ANOVA تک متغیری در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه اجرا شد تا منبع معناداری آماری چند متغیری تعیین شود. در جدول ۶ نتایج حاصل ارایه شده است. جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که عضویت گروهی عادی-آزار دیده به صورت معنی‌داری روی اضطراب ($P < 0/01$) و خشم ($P < 0/01$) تأثیر دارد. میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای وابسته نشان داد میانگین نمره‌های زنان آزار دیده در مقایسه با زنان عادی در مؤلفه‌های خشم و اضطراب بیشتر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه خشم و اضطراب در زنان عادی و قربانی همسر آزاری مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی خراسان جنوبی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد بین میزان خشم و اضطراب زنان عادی و آزار دیده تفاوت آماری معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره‌های زنان آزار دیده در مقایسه با زنان عادی در مؤلفه‌های خشم و اضطراب بیشتر است. خشونت علیه زنان در سراسر جهان یکی از اولویت‌های بهداشت همگانی است و خشونت خانگی بر سلامت روان زنان تأثیر منفی می‌گذارد و منجر به ایجاد اختلال‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، استرس و رفتارهای خودکشی در این گروه افراد می‌گردد (۱۶). زنان قربانی خشونت خانگی اغلب از جراحات فیزیکی و بسیاری از مشکلات مزمن سلامت رنج می‌برند (۹). قربانیان خشونت خانگی ممکن است احساس ناتوانی کنند، در استفاده از رفتارهای حل مسئله دلسرد باشند و پیامدهای منفی را به ویژگی‌های ثابت و درونی شان نسبت می‌دهند (۱۹) که این امر منجر به افکار ناکارآمد می‌شود (۲۰). به علاوه چنین افرادی از عزت نفس پایین رنج می‌برند و این منجر به بیش تعمیم‌دهی

References

1. Wahed T, Bhuiya A. Battered bodies and shattered minds: Violence against women in Bangladesh. *Indian J Med Res* 2007; 126: 341-54.
2. Nojomi M, Agaee S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Arch Iran Med* 2007; 3: 309-15.
3. Da Fonseca RM, Egry EY, Guedes RN, Gutierrez AR, Tezzei FP. Violence against women: a study of the reports to police in the city of Itapevi, Sao Paulo, Brazil. *Midwifery* 2011; 27(4): 469-73.
4. Woodhouse J, Dempsey N. Domestic violence in England and Wales. [cited 2016]. Available from: www.parliament.uk/commons-library | intranet.parliament.uk/commons-library
5. Devries K, Watts CH, Yoshihama M. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med* 2011; 73: 79-86.
6. Australian Bureau of Statistics. Personal Safety Survey Expanded CURF, RADL. Findings based on use of ABS CURF data; 2012: 55.
7. Ramezani S, Keramat A, Motaghi Z. The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *Int J Pediatr* 2015; 3(5): 951-8.

8. Ghahari SH, Bolhari J, Atef Vahid MK. [Prevalence of spouse abuse, and evaluation of mental health status in female victims of spousal violence in Tehran]. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences* 2009; 3(1): 49-56. (Persian)
9. Othman S, Adenan NAM. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pac Fam Med* 2008; 2: 1-8.
10. Wathen CN, McMillan HL. Interventions for violence against women: Scientific review. *JAMA* 2003; 5: 589-600.
11. Pico-Alfonso MA, Echeburua E, Martinez M. Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *J Fam Viol* 2008; 23: 577-88.
12. Zebardast Yusefabad M, Mahmoud Alilou M. Comparison of attachment styles and personality Sides between women who are victim of domestic violence and ordinary women. *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 84: 1005-9.
13. Camelia D, Ioana B. The involvement of coping mechanisms and personality structure in counseling women victims of domestic abuse. *Procedia Soc Behav Sci* 2015; 203: 297-302.
14. Gleason WJ. Mental disorders in battered women: an empirical study. *Viol Victim* 1993; 8: 53-68.
15. Riggs DS, Kilpatrick DG, Resnick HS. Long-term psychological distress associated with marital rape and aggravated assault. A comparison to other crime victims. *J Fam* 1992; 7: 249-59.
16. Ahmadi B, Ali Mohamadian M, Golestan B, Bagheri Yazdi A, Shojaei Zadeh D. [The impact of domestic violence on the mental health of married women in Tehran]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006; 4(2): 35-44. (Persian)
17. Williams KE, Chambless DL, Ahrens AH. Are emotion frightening? An extension of the fear concept. *Behav Res Ther* 1997; 35(4): 239-45.
18. Tahmasebian H, Khazaei H, Arefi M, Saeidi Pour M, Hoseini A. [Normalization of emotional control scale test]. *Journal of Kermanshah University of Medical Science* 2015; 18(6): 349-54. (Persian)
19. Andrews B. Shame and childhood abuse. New York: Oxford University; 1998: 176-90.
20. Atlas GD, Peterson C. Explanatory style and gambling: How pessimists respond to losing wagers. *Behav Res Ther* 1990; 28: 523-9.
21. Kernis MH. The roles of stability and level of self-esteem in psychological functioning. In: R. F. Baumeister (editor). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum; 1993: 167-79.
22. Fritz PT, O'Leary KD. Physical and psychological partner aggression across a decade: A growth curve analysis. *Viol Victim* 2007; 19: 3-16.
23. Becker CB, Zayfert C. Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cogn Behav Pract* 2001; 8: 107-22.