

بررسی ارتباط بین خشونت‌های خانوادگی و تبعات روانی آن با اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل
 سید سعید پورنقاش تهرانی^۱، زهرا قلندرزاده^۲

The relationship between domestic violence and its psychological consequences with borderline personality disorder and alcohol abuse

Saeed Pournaghash Tehrani¹, Zahra Ghalandarzadeh²

چکیده

زمینه: تجربه خشونت خانوادگی در کودکی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل در بزرگسالی تأثیر دارد. **هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان خشونت‌های جسمانی و روانی با سوء مصرف الکل و اختلال شخصیت مرزی و بررسی اثرات نوع تجربه خشونت در دوران کودکی بر سلامت روان است. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. آزمودنی‌ها شامل ۲۲۰ نفر از زنان و مردان (۱۱۰ مرد و ۱۱۰ زن) خشونت دیده استان تهران بودند. سلامت روان آنها توسط پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) (1972) و تجربه خشونت با استفاده از پرسشنامه خشونت خانوادگی پورنقاش تهرانی (۱۳۸۳) سنجیده شد. همچنین از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (MSI-BPD) (2003) و پرسشنامه اختلال سوء مصرف الکل (AUDIT) (1989) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار (SPSS-20) و از طریق روش مقایسه میانگین‌ها، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد تجربه خشونت در کودکی باعث افزایش مؤلفه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و کاهش سلامت روان با سطح معناداری $P < 0.01$ می‌شود. نتایج حاکی از ارتباط معنادار در سطح $P < 0.05$ میان اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل با انواع خشونت بود **نتیجه‌گیری:** به این معنا که تجربه خشونت خانوادگی بیشتر با کاهش سلامت روان و همچنین اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل ارتباط دارد. **واژه کلیدها:** تجربه خشونت در دوران کودکی، خشونت جسمانی، خشونت روانی، سلامت روان، اختلال شخصیت مرزی، اختلال سوء مصرف الکل

Background: Experiencing domestic violence in childhood affects the mental health and social function, alcohol abuse and borderline personality disorder in adulthood. **Aims:** Objective of the current study is to investigate the relationship between physical and psychological violence with alcohol abuse, borderline personality disorders and also the effect of experiencing violence in childhood on mental health in adulthood. **Method:** The current study is a descriptive correlative research. To do this, mental health and experiencing domestic violence were assessed using GHQ28 (1972) and Pournaghash Tehrani domestic violence questionnaires (2005), respectively. Subjects included 220 men and women (110 men and 110 women) from Tehran province and were administered the aforementioned questionnaires. Moreover, Mclean Screening Instrument (MSI-BPD) (2003) for Borderline personality disorder and alcohol abuse disorder questionnaire (AUDIT)(1989) were utilized. Collected data was analyzed using SPSS software. **Results** were presented based on comparison of averages, independent t-test and one way analysis of variance (ANOVA). **Results:** Results showed that experiences of violence in childhood increase anxiety and social dysfunction based on the type of experienced violence with significance of $P < 0.01$. In addition, results showed a significant correlation between borderline personality and alcohol abuse disorders with different types of violence at $P < 0.05$ level. **Conclusions:** This means that higher level of experience of domestic violence is related to the reduction of mental health, as well as borderline personality disorder and alcohol abuse. **Key words:** Experience of violence in childhood, physical violence, psychological violence, mental health, borderline personality disorder, alcohol abuse disorder

Corresponding Author: spnaghash@ut.ac.ir

۱. دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

¹ Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

² M A in Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران (طرح شماره ۵۱۰۶۰۱۶/۱/۱۵) انجام شده است.

پذیرش نهایی: ۹۷/۰۲/۲۹

دریافت: ۹۶/۱۱/۲۰

مقدمه

خشونت خانوادگی^۱ عرصه تحقیقی نسبتاً جدیدی در علوم اجتماعی به شمار می‌رود. بیش از ۴ دهه نمی‌گذرد که خشونت خانوادگی به مثابه یک معضل اجتماعی شناسایی شده است. در سراسر دنیا خشونت خانوادگی به اندازه سرطان یک عامل مهم مرگ و ناتوانی میان زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله بوده است (بانک جهانی^۲، ۱۹۹۳). اصطلاح خشونت از جانب شریکان صمیمی^۳ اغلب به طور مترادف با بد رفتاری یا خشونت خانوادگی به کار می‌رود. اما این اصطلاح معمولاً به بد رفتاری‌ای اشاره دارد که میان یک زوج (ازدواج یا هم خانگی) رخ می‌دهد (شانون، ۲۰۰۹). سازمان بهداشت جهانی^۴، خشونت توسط شریک صمیمی را اینگونه تعریف می‌کند: «خشونت میان شریکان صمیمی به هرگونه رفتاری در خلال یک رابطه صمیمی اشاره دارد که موجب زیان فیزیکی، روان‌شناختی یا جنسی به افرادی که در رابطه هستند می‌شود.» بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، خشونت توسط شریک صمیمی شامل این موارد می‌شود: خشونت جسمی، خشونت فیزیکی، بد رفتاری هیجانی (روان‌شناختی) و رفتارهای کنترل‌گرانه. انواع بد رفتاری در خشونت خانوادگی معمولاً به شیوه زیر مقوله‌بندی می‌شود (فلری و همکاران ۲۰۱۰).

خشونت فیزیکی به این صورت تعریف می‌شود: «هر رفتاری که در آن بدن فرد مرتکب شونده به طور عمدی بدن فرد دیگری را تحت تأثیر قرار دهد، به نحوی که برای آن فرد دیگر خطر آسیب جسمی مطرح شود، حتی اگر در عمل هیچ جراحتی رخ ندهد.» مثال‌های خشونت جسمی عبارت‌اند از: لگد زدن، گاز گرفتن، تهدید با چاقو یا سلاح‌های دیگر.

خشونت جنسی را می‌توان به مثابه زیرگروهی از خشونت فیزیکی تلقی کرد. از نقطه نظر بالینی خشونت جنسی به هرگونه فعالیت جنسی ناخواسته اشاره دارد.

اثرات خشونت‌شاهدان آن را نیز در بر می‌گیرد. کودکان شاهد خشونت، قربانیان خاموش یا نامرئی خشونت هستند. بد رفتاری با کودکان با شماری از نشانه‌های جسمانی در دوران بزرگسالی مرتبط است (گودوین و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین ارتباط بد رفتاری‌های دوران کودکی با برخی تشخیص‌های روان‌پزشکی نظیر افسردگی

(وایز و همکاران، ۲۰۰۱) اختلالات اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه (لوندوسکی و همکاران، ۲۰۰۲) مشخص شده است. شایع‌ترین اختلالات روانی مرتبط با خشونت خانوادگی عبارت‌اند از: افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه^۵ (گلدینگ، ۱۹۹۹). همچنین خشونت خانوادگی ارتباط قدرتمندی با رفتارهای مرتبط با خودکشی، اختلالات خواب و خوردن و ناکارآمدی اجتماعی (آلشن و همکاران ۲۰۰۷)، وخیم شدن علائم روان‌پریشی (هوارد و همکاران، ۲۰۱۰) و سوء مصرف الکل و مواد (جونز و همکاران ۲۰۰۱) دارد. شواهدی وجود دارد دال بر اینکه سوء مصرف الکل و مواد برای برخی از زنان به طور مستقیم به بد رفتاری خانوادگی قابل اسناد است (کمپبل، ۲۰۰۷). سوء مصرف مواد و الکل در زنانی که در حال تجربه خشونت خانوادگی هستند تا ۶ برابر محتمل‌تر است (گلدینگ، ۱۹۹۹). بنابراین، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه از یک سو اختلالات روان‌پزشکی می‌توانند یک زن را نسبت به خشونت خانوادگی آسیب‌پذیرتر سازند و از سوی دیگر خشونت خانوادگی می‌تواند به سلامت روان آسیب رساند (هوارد، ترویلیون و اگنیو-دیویس، ۲۰۱۰).

هرچند تحقیقات، ارتباط میان شخصیت مرزی و خشونت توسط شریک صمیمی را تأیید می‌کنند (هاینس، ۲۰۰۸)، مطالعات کمی به بررسی این امر پرداخته‌اند که چگونه صفات شخصیتی هر شریک ممکن است بر رفتار شریک دیگر تأثیر گذارد (هاینس، ۲۰۰۸). مینا و همکاران (۲۰۱۳) با اندازه‌گیری ابعادی سازمان شخصیت مرزی^۶ در هر دو شریک و گنجاندن آن در یک مدل دوجانبه، به بررسی ارتباط سازمان شخصیت مرزی با خشونت توسط شریک صمیمی پرداختند. در یک نمونه ۱۰۹ زوجی، از یک مدل وابستگی متقابل بازیگر-شریک برای بررسی ارتباط بین سازمان شخصیت مرزی در هر شریک و ارتکاب یا قربانی خشونت توسط شریک صمیمی شدن استفاده شد. سطح صفات سازمان شخصیت مرزی در مردان هم با ارتکاب بالاتر خشونت توسط آنها و هم با قربانی شدن بیشتر توسط شریک مرتبط بود. در حالیکه سطح صفات سازمان شخصیت مرزی در زنان تنها با قربانی شدن بیشتر ارتباط داشت. زنانی و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی میزان تجربه‌های خشونت جنسی، فیزیکی، هیجانی

4. World Health Organization

5. Post Traumatic Stress Disorder

6. Borderline Personality Organization

1. Domestic Violence | Domestic Violence

2. World Bank

3. Intimate Partner Violence

روش

جامعه و نمونه تحقیق: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل زنان و مردان خشونت دیده استان تهران در سال ۱۳۹۶ بوده است که از بین این افراد حدود ۲۲۰ نفر (۱۱۰ مرد و ۱۱۰ زن) با بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال مراجعه کننده به کلینیک های روان پزشکی با شیوه نمونه گیری هدفمند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش تجربه خشونت خانوادگی و دارا بودن سن ۱۸ تا ۶۰ سال و معیار خروج شامل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود. سپس پرسشنامه های مربوطه بین آنها توزیع گردید و پس از جمع آوری، از روش تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) برای بررسی معناداری تفاوت نمرات گروه های مختلف دارای تجربه انواع خشونت ها (فیزیکی، روانی و یا هر دو) در مؤلفه های سلامت روان استفاده شد. همچنین در این تحقیق برای بررسی تأثیر خشونت خانوادگی بر سلامت روان آزمودنی ها از روش مقایسه میانگین ها و برای بررسی معناداری تفاوت ها از روش آزمون t مستقل استفاده شده است.

ابزار

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی که توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ساخته شده است، مبتنی بر روش خود گزارش دهی است و در مجموعه های بالینی برای ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد. فرم کوتاه این پرسشنامه که دارای ۲۸ سؤال می باشد از چهار زیر مقیاس تشکیل شده است: ۱- نشانه های بدنی، ۲- اضطراب، ۳- اختلال در عملکرد اجتماعی و ۴- افسردگی وخیم. بهترین و مناسب ترین روش نمره گذاری این پرسشنامه، استفاده از روش ساده لیکرت با نمره های ۰، ۱، ۲ و ۳ برای گزینه های هر سؤال است. همسانی درونی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است (فیلد و همکاران ۲۰۰۰). در ایران نیز تقوی (۱۳۸۰) قابلیت اعتماد این آزمون را به روش همسانی درونی، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده آزمون ها به همان ترتیب بالا، ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ گزارش نموده است.

پرسشنامه خشونت خانوادگی: این پرسشنامه ۴۰ آیتمی توسط

و کلامی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۱ در بزرگسالی، در مقایسه با بیمارانی که از اختلالات دیگر محور II رنج می بردند، در خلال ۶ سال پیگیری آینده نگر پرداخته اند. ۲۹۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی و ۷۲ بیمار مبتلا به یکی از اختلالات محور II تحت مصاحبه ای نیمه ساختاریافته قرار گرفتند و این مصاحبه تا شش سال، هر دو سال یک بار تکرار شد. میزان تمام اشکال چهارگانه خشونت در تمام بیماران در طول زمان کاهش معناداری پیدا کرد. با این وجود، هر یک از اشکال بدرفتاری، به طور معناداری توسط درصد بالاتری از بیماران اختلال شخصیت مرزی نسبت به گروه کنترل گزارش شد. وقتی وجود این اشکال بدرفتاری برای پیش بینی زمان لازم برای بهبودی مورد استفاده قرار گرفت، به غیر از بدرفتاری جنسی، تمام انواع بدرفتاری به نحو قدرتمندی با ناکامی در بهبودی یافتن از علائم اختلال شخصیت مرزی مرتبط بودند. با توجه به مطالبی که ذکر شد و ارتباط تنگاتنگی که میان خشونت های خانوادگی و بیماری های روانی و مصرف الکل وجود دارد قربانیان خشونت خانوادگی می توانند به منظور مقابله با آثار ناخوشایند خشونت روی به سمت مصرف الکل آورند تا آلام خود را موقتاً تسکین بخشند. این موضوع به نوبه خود باعث ایجاد برخی اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی می شود (مورگسترن و همکاران ۱۹۹۷). لذا در مطالعه کنونی ارتباط بین خشونت های خانوادگی و تبعات روانی آن با اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل بررسی شده است.

فرضیه ها

- ۱- میانگین نمرات مؤلفه های سلامت روانی در دو گروه "با تجربه خشونت در دوران کودکی" و "بدون تجربه خشونت در دوران کودکی" متفاوت می باشد.
- ۲- وضعیت سلامت روانی افراد بر اساس نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی (روانی، فیزیکی و یا هر دو) با هم متفاوت می باشد.
- ۳- میان خشونت خانوادگی و پاره ای از اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد.
- ۴- میان سوء مصرف الکل و خشونت خانوادگی و اختلال شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد.

^۱. Borderline Personality Disorder

داده‌ها و یافته‌ها

در این تحقیق برای بررسی تأثیر قراردادن یا نداشتن در معرض خشونت خانوادگی بر سلامت روان شرکت‌کنندگان از روش مقایسه میانگین‌ها و برای بررسی معناداری تفاوت‌ها از روش آزمون t مستقل استفاده شده است. همچنین از روش تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) برای بررسی معناداری تفاوت نمرات گروه‌های مختلف دارای تجربه انواع خشونت‌ها در دوران کودکی (فیزیکی، روانی، هردو، هیچکدام) در مؤلفه‌های سلامت‌روان استفاده شد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین گروهی که تجربه خشونت را در دوران کودکی داشته‌اند در مؤلفه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و نمره کلی آزمون به صورت معناداری بالاتر از گروهی است که تجربه خشونت را در دوران کودکی نداشته‌اند. این به معنای آن است که افراد با تجربه خشونت زیاد در کودکی در مقایسه با افرادی که تجربه چنین خشونت‌هایی را نداشته و یا به میزان کمتری آن را تجربه کرده‌اند به لحاظ سلامت‌روانی در وضعیت نامناسب تری قرار دارند. جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده (۴/۸۹) به لحاظ آماری معنادار است. این به معنی آن است که افراد براساس نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی، از نظر وضعیت کلی سلامت‌روانی نیز به صورت معناداری متفاوت می‌باشند. مقایسه میانگین‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میانگین نمرات کلی اختلالات روانی در افرادی که تجربه خشونت فیزیکی را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند در مقایسه با سایر گروه‌ها به صورت معناداری بالاتر بوده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده ۱/۲۵ می‌باشد که در سطح $P < 0/01$ و $P < 0/05$ معنادار نمی‌باشد. بنابراین نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی (فیزیکی، روانی، هردو و هیچکدام) تفاوت معناداری را در نمرات مقیاس نشانه‌های جسمانی پرسشنامه سلامت‌روان (GHQ) ایجاد نکرده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده (۶/۲۸) به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. این به معنای آن است که بین نمرات اضطراب شرکت‌کنندگان بر اساس نوع خشونت تجربه شده تفاوت وجود دارد و این تفاوت معنادار می‌باشد.

پورنقاش تهرانی (۱۳۸۳) ساخته شده است. ۱۳ آیتم از این پرسشنامه خشونت‌های روانی، ۲۴ آیتم آن خشونت‌های فیزیکی بین زوجین و ۳ آیتم قربانی و یا شاهد خشونت بودن در خانواده را را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. طیف پاسخ به این پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه-ای لیکرت از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" می‌باشد این پرسشنامه با "مقیاس تاکتیک‌های 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. این یافته نشان‌دهنده درستی همگرایی پرسشنامه خشونت خانوادگی است. قابلیت اعتماد این پرسشنامه نیز براساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۷ به دست آمده است (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه غربالگری اختلال شخصیت مرزی: پرسشنامه غربالگری اختلال شخصیت مرزی مک لین جهت سنجش اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفت که شامل ۱۰ سؤال خود گزارشی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی می‌باشد. هر یک از پاسخ‌ها یک نمره دریافت می‌کند و به شکل دو گزینه‌ای بله یا خیر نمره‌گذاری می‌شود. در صورت پاسخ بلی به سؤال، نمره ۱ و پاسخ خیر، نمره ۰ ثبت می‌گردد که جمع نهایی نمرات حداکثر ۱۰ می‌تواند باشد. همسانی درونی و بازآزمایی این ابزار به ترتیب $\alpha = 0/74$ و $\rho = 0/79$ گزارش شده است (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد که در سطح مطلوب می‌باشد.

پرسشنامه اختلال سوء مصرف الکل^۱ (AUDIT): یک ابزار غربالگری ۱۰ سؤالی برای غربالگری اختلالات مصرف الکل است. آزمون شناسایی اختلالات مصرف الکل در ۱۹۸۹ توسط سازمان بهداشت جهانی و با هدف غربالگری مصرف بیش از حد الکل ساخته شده است (باپر و همکاران ۲۰۰۱). این ابزار برای غربالگری مصرف مخاطره آمیز، مصرف زیانبار و وابستگی در جمعیت عمومی و سایر جمعیت‌های خاص درستی سنجی شده است (باپر و همکاران ۲۰۰۱، نور بخش و همکاران ۲۰۱۸). نور بخش و همکاران ۲۰۱۸ همسانی درونی این پرسشنامه را $\alpha = 0/96$ گزارش کرده‌اند. همسانی درونی این ابزار در مطالعه حاضر ($\alpha = 0/80$) به دست آمد.

1. Alcohol Use Disorder Identification Test

جدول ۱. آزمون t مستقل برای مقایسه سلامت روانی در دو گروه با تجربه و بدون تجربه خشونت در دوران کودکی							
سطح معناداری	درجه آزادی	t	انحراف استاندارد		میانگین		عامل‌ها
			خیر	بلی	بدون تجربه	با تجربه	
۰/۴۱	۹۶	۰/۶۹	۱۹/۱۰	۱۳/۹۰	۹/۹۰	۱۱/۸۹	نشانه‌های جسمانی
۰/۰۰۰۱	۹۶	۴/۰۵	۴/۴۰	۵/۳۰	۷/۱۲	۱۱/۳۲	اضطراب
۰/۰۰۰۱	۹۶	۴/۰۶	۲/۹۸	۳/۵۰	۸/۰۱	۱۰/۳۰	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۹۷	۳/۹۳	۶/۰۱	۱۴/۰۲	۶/۰۲	۱۳/۱۰	افسردگی
۰/۰۰۳	۹۶	۳/۱۵	۳۲/۴۹	۲۷/۸۹	۳۱/۰۵	۴۶/۶۱	کل

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده (۵/۹۰) به لحاظ آماری معنادار می‌باشد که این به معنی آن است که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در مؤلفه "اختلال در عملکرد اجتماعی" با توجه به خشونت تجربه شده در دوران کودکی با یکدیگر متفاوت می‌باشد و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است. مقایسه دو به دو میانگین‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میزان اختلال در عملکرد اجتماعی شرکت‌کنندگانی که خشونت‌هایی از نوع روانی را تجربه کرده‌اند ($M=11/38$) به صورت معناداری بالاتر از گروهی از شرکت‌کنندگانی بوده است که هیچ نوع خشونت‌هایی را تجربه نکرده‌اند ($M=7/98$). بین میانگین گروه‌هایی که هر دو نوع خشونت را تجربه کرده‌اند ($M=10/37$) یا فقط تجربه خشونت از نوع فیزیکی را داشته‌اند ($M=11/20$) تفاوت معناداری وجود نداشت. جدول ۶ حاکی از ارتباط معنادار میان اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل با خشونت‌های روانی، فیزیکی است. همین‌طور رابطه میان این اختلال و سوء مصرف الکل معنادار می‌باشد. البته لازم به ذکر است شاهد خشونت بودن با سوء مصرف الکل و اختلال شخصیت مرزی معنادار نبود.

جدول ۵. اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی از مقیاس سلامت روان (GHQ)					
سطح معناداری	F	مجدور میانگین	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع
		۱۲/۴۰	۹۱	۱۰۷۳/۳۰	درون گروهی
			۹۴	۱۲۹۵/۴۰	کل

جدول ۲. اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر نمره کلی مقیاس سلامت روان (GHQ)					
سطح معناداری	F	مجدور میانگین	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع
		۶۷۱/۶۹	۹۱	۶۱۱۲۴/۲۶	درون گروهی
			۹۴	۷۰۹۸۹/۳۰	کل

مقایسه میانگین‌ها به صورت دو به دو با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میزان اضطراب در گروه‌هایی که تجربه هر دو نوع خشونت ($M=11/5$) و خشونت فیزیکی ($M=10/10$) را داشته‌اند به صورت معناداری بالاتر از گروه‌هایی است که تقریباً تجربه خشونت نداشته‌اند ($M=6/90$) و یا تجربه خشونت از نوع روانی را داشته‌اند ($M=9/61$).

جدول ۳. اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه نشانه‌های جسمانی از مقیاس سلامت روان (GHQ)					
سطح معناداری	F	مجدور میانگین	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع
		۳۱۰/۳۲	۹۱	۲۸۲۳۵/۳۲	درون گروهی
			۹۴	۲۹۲۷۴/۷۲	کل

جدول ۴. اثر نوع خشونت تجربه شده در دوران کودکی بر مؤلفه اضطراب از مقیاس سلامت روان (GHQ)					
سطح معناداری	F	مجدور میانگین	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع
		۱۷/۰۷	۹۱	۱۵۵۳/۶۸	درون گروهی
			۹۴	۱۷۷۵/۶۸	کل

۲۰۰۷)، و خیم شدن علائم روان‌پریشی (هوارد و همکاران، ۲۰۱۰) و سوء مصرف الکل و مواد (جونز و همکاران ۲۰۰۱) دارد که نتایج مطالعه حاضر نیز همسو با این یافته‌ها از بعد عملکرد اجتماعی می‌باشد.

از سوی دیگر، شواهدی وجود دارد دال بر اینکه سوء مصرف الکل و مواد به طور مستقیم با بدرفتاری خانوادگی مرتبط می‌باشد. در همین راستا، در یک مطالعه ملی انجام شده در نروژ بر روی بیش از ۲۰۰۰ نفر، نتایج نشان داد که مواجهه با خشونت شریک با علائم افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه به علاوه طیفی از مشکلات جسمی مرتبط بود (نروآین و شی، ۲۰۰۸). یک زمینه‌یابی توصیفی-مقطعی در استرالیا از ۱۲۵۷ بیمار زن که مراجعات مکرری به پزشکان عمومی داشتند، نشان داد که زنان افسرده نسبت به زنان غیر افسرده به نحوه معناداری محتمل‌تر است که بدرفتاری جنسی، هیجانی و فیزیکی را تجربه کرده باشند (هگارتی و همکاران ۲۰۰۴). به عبارت دیگر، داشتن تجربه خشونت می‌تواند به عنوان یک عامل خطرزا به شمار رود. همانگونه که ذکر شد، ارتباط تنگاتنگی میان خشونت‌های خانوادگی و بیماری‌های روانی و مصرف الکل وجود دارد. قربانیان خشونت خانوادگی می‌توانند به منظور مقابله با آثار ناخوشایند خشونت روی به سمت مصرف الکل آورند تا آرام خود را موقتاً تسکین بخشند. از سوی دیگر، پاره‌ای از مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط نزدیکی میان سوء مصرف الکل و برخی اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی وجود دارد (مورگنسترن و همکاران ۱۹۹۷). در نتیجه می‌توان این‌گونه استنتاج کرد که احتمال ارتکاب خشونت در افراد بیمار اختلال شخصیت مرزی نیز می‌تواند بسیار بالا باشد. این احتمال در مطالعه کنونی ثابت شد و نتایج حاصله حاکی از ارتباط میان خشونت خانوادگی و اختلال شخصیت مرزی بود. بالاخص، نتایج مطالعه حاضر نشان داد میان خشونت روانی و فیزیکی و نیز شاهد خشونت بودن با اختلال شخصیت مرزی ارتباط وجود دارد.

یکی از دلایلی که بر اساس آن می‌توان این یافته را تبیین کرد آن است که چون افراد دارای اختلال شخصیت مرزی عمدتاً از بی‌ثباتی ارتباطی رنج می‌برند، این ناتوانی می‌تواند باعث بروز مشاجره و جر و بحث با همسر و موجب عدم اطمینان نسبت به وی گردد و با ایجاد نیروی رانش قوی بین زوجین، باعث متوسل شدن به خشونت (عمدتاً فیزیکی) شود. علاوه بر این، ناراحتی و ضعف این دسته از افراد که

و سوء مصرف الکل					MSI-BPD	AUDIT
شاهد خشونت	خشونت روانی	خشونت فیزیکی	ت بودن	شاهد خشونت بودن		
*۰/۴۱	*۰/۴۵	*۰/۳۷	*۰/۶۳	-	MSI-BPD	
*۰/۱۴	*۰/۳۳	*۰/۲۷	-	*۰/۴۱	AUDIT	
**۰/۵۸	-	*۰/۴۴	*۰/۲۵	*۰/۳۸	خشونت روانی	
*۰/۶۵	*۰/۲۸	-	**۰/۳۹	*۰/۲۳	خشونت فیزیکی	
-	*۰/۳۹	*۰/۴۴	۰/۱۲	۰/۱۳	شاهد خشونت بودن	

$P < 0.01$ سطح معناداری ** $P < 0.05$ سطح معناداری *

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات صورت گرفته در حوزه خشونت خانوادگی حاکی از آن بوده است که تجربه خشونت، اعم از شاهد یا قربانی خشونت بودن، با برخی نشانه‌های بدنی، اضطراب، افسردگی و مشکلات سازگاری اجتماعی همراه است. همچنین در صورتی که تجربه خشونت بیشتر باشد یعنی هم شامل شاهد و هم شامل قربانی خشونت بودن باشد میزان آسیب‌های دوران بزرگسالی بیشتر خواهد بود.

نتایج مطالعه کنونی حاکی از آن است که گروهی که تجربه خشونت را در دوران کودکی داشته‌اند در مؤلفه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی، نمره کلی آزمون آنها به صورت معناداری بالاتر از گروهی است که تجربه خشونت را در دوران کودکی نداشته‌اند. در واقع، افرادی که در کودکی خشونت را تجربه کرده‌اند در مقایسه با افرادی که تجربه چنین خشونت‌هایی را نداشته و یا به میزان کمتری آن را تجربه کرده‌اند به لحاظ سلامت-روانی در وضعیت نامناسب‌تری قرار دارند. به عبارت دیگر آن دسته از افرادی که یا خشونت نسبت به آنها اعمال شده و یا شاهد آن بوده‌اند از لحاظ روانی دچار مشکلاتی از جمله اضطراب، افسردگی (گلدینگ، ۱۹۹۹) و مشکلات جسمانی می‌شوند. به همین منوال در یک تحقیق دیگر، زنانی که خشونت خانوادگی را تجربه کرده بودند با زنانی که قربانی انواع دیگری از حوادث آسیب‌زا بودند مقایسه شدند. نتایج نشان داد ۵۲٪ از زنان قربانی خشونت خانوادگی در مقایسه با آنهایی که خشونت خانوادگی را گزارش نکرده بودند، به نحوی معنادار سطوح بالاتری از علائم اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات روان‌پزشکی دیگر از خود نشان دادند (شرح‌جانی-ارضی و همکاران ۲۰۰۳). همچنین خشونت خانوادگی ارتباط تنگاتنگی با اختلالات خواب و خوردن و ناکارآمدی اجتماعی (آلشن و همکاران

- Howard, L. M., Trevillion, K., & Agnew-Davies, R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 525-534.
- Howard, L. M., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Agnew-Davies, R., & Feder, G. (2010). Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 40(06), 881-893.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence A Review of the Research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(2), 99-119.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A & Shapiro, D. L., (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence, *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 150-164.
- Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2013). Two to tango: A dyadic analysis of links between borderline personality traits and intimate partner violence. *Journal of personality disorders*, 27(2), 233-243.
- Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, & Miller KJ. "The Comorbidity of Alcoholism and Personality Disorders in a Clinical Population: Prevalence Rates and Relation to Alcohol Typology Variables." *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 74-84, 1997.
- Neroien, A. I., & Schei, B. (2008). Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 161-168.
- Noorbakhsh, S. S., Shams, J., Faghihimohamadi, M, Zahiroddin, H., Hallgren, M., and Kallmen, H. (2018). Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. Doi: 10.1186/s13011-018-0141-x
- Olshen, E., McVeigh, K. H., Wunsch-Hitzig, R. A., & Rickert, V. I. (2007). Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(6), 539-545.
- Shannon, J. B. (Ed.). (2009). *Domestic violence sourcebook*. Omnigraphics Inc.
- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., Kotler, M., & Liran, R. (2003). The toll of domestic violence PTSD among battered women in an Israeli sample. *Journal of interpersonal violence*, 18(11), 1335-1346.
- Wise, L. A., Zierler, S, Krieger, N & Harlow, B. L, (2001). Depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study, *Lancet*, 385 (9285), 881-7.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse ناشی از درک آنها از "بی‌ثباتی ارتباطیشان" می‌باشد، می‌تواند منجر به بروز پاسخ‌های تکانشی، واکنشی و خشن گردد.
- همچنین، سوء مصرف الکل نه تنها با اختلال شخصیت مرزی بلکه ارتباط نزدیکی با خشونت فیزیکی و روانی نیز داشت. این یافته را شاید بتوان این‌گونه تبیین کرد که اختلال شخصیت مرزی می‌تواند منجر به خود تجویزی دارویی و سوء مصرف الکل شود. به دلیل آن که الکل باعث رفع منع و نیز افزایش تکانشگری می‌شود، این امر به نوبه خود موجب بروز رفتارهای خشن و در نهایت مناقشه‌های زوجین می‌گردد.

منابع

- پورنقاش تهرانی، سید سعید (۱۳۸۴). بررسی خشونت خانوادگی در خانواده‌های تهرانی، دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور رفتار، ۱۳، ۳۶-۲۳
- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی درستی آزمایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) مجله روان شناسی، ۲۰، ۳۸۱-۳۹۸.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro MG. (2001). *The alcohol Use disorders identification test. Guidelines for use in primary care*. 2nd.
- Campbell, J. C. (Ed.). (2007). *Assessing dangerousness: Violence by batterers and child abusers*. Springer Publishing Company.
- Failde, L, Ramos, L, and Fernandez-Palacin, F. (2000). Comparison between the GHQ-28 and SF-36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic heart disease. *European Journal of Epidemiology*, 16, 311-6.
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rossler, A. (2010). *Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences*. *Swiss Med Wkly*, 140, w13099.
- Goodwin, R. D, Hoven, C. W, Murison. R & Hotopf, M, (2005). Association between childhood physical abuse and gastroin-testinal disorders and migraine in adulthood, *American Journal of Public Health*, 93, 1065-1067.
- Goldberg, D. P, (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Maudsley Monograph No. 21, London: Oxford University Press.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*, 14(2), 99-132.
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P., & Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal*, 328(7440), 621-624.
- Hines, D. A. (2008). Borderline personality traits and intimate partner aggression: an international multisite, cross-gender analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 32(3), 290-302.

reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(6), 412-416.

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 568-573. Doi: 10.1521/ pedi.17.6. 568.25355.

