

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال ششم، شماره ۲۴، تابستان ۱۳۹۴

صفحات: ۶۶ - ۵۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۷/۶ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۷

بررسی توصیفی خشونت خانگی و رابطه آن با نیمرخ روانی زنان متأهل

سارا رشتی*
رضا پاشا**
فرح نادری***

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی توصیفی خشونت خانگی و رابطه ی آن با نیمرخ روانی زنان متأهل شهرستان دزفول بود. روش نمونه گیری تصادفی مرحله ای و تعداد نمونه ۴۰۴ نفر بودند. طرح پژوهش از نوع همبستگی است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ی خشونت خانگی و پرسشنامه MMPI بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین خشونت خانگی و هشت مقیاس بالینی نیمرخ روانی رابطه معنی داری وجود دارد. به علاوه یافته های پژوهش نشان داد ۷۵ درصد زنان تحت خشونت خفیف، ۱۵/۵ درصد خشونت متوسط و ۷ درصد تحت خشونت شدید قرار داشتند. همچنین مشخص شد با افزایش میزان تحصیلات زنان و افزایش درآمد خانوار از میزان و شدت خشونت کاسته می شود.

کلید واژگان: خشونت خانگی، نیمرخ روانی، زنان متأهل

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

** استادیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: g.rpasha@yahoo.com)

*** دانشیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سارا رشتی می باشد.

مقدمه

خشونت خانگی خشونتی است که در محیط خصوصی به وقوع می پیوندد و عموماً در میان افرادی رخ می دهد که به سبب صمیمیت، ارتباط خونی یا قانونی به یکدیگر پیوند خورده اند و بیشترین میزان آن علیه زنان و کودکان اعمال می شود (آبوت^۱ و والاس، ترجمه عراقی، ۱۳۸۰). این نوع خشونت شایع ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است که در بیشتر موارد غالباً توسط نزدیک ترین فرد خانواده (مانند شوهر) به وقوع می پیوندد (جانسون و جانسون^۲، ۲۰۰۰). پیامدهای غیرکشنده ی خشونت علیه زنان را می توان به صورت آسیب های جسمی، روانی، جنسی، بهداشتی، اجتماعی و ... در نظر گرفت.

خشونت جسمی علیه زنان به صور گوناگون اعمال می شود و به هر نوع رفتار خشن که جسم زن را مورد آزار قرار دهد اطلاق می گردد (کار، ۱۳۸۰) و اغلب آشکارترین شکل آزار می باشد. اثرات خشونت های جسمی می تواند شامل شکستگی ها، زخم ها، بریدگی ها، جراحات داخلی و سقط جنین باشد (عارفی، ۱۳۸۲).

بدرفتاری ها و شکنجه های روانی شکل دیگری از خشونت علیه زنان در خانواده است که گستردگی بسیاری دارد مثل: دروغ گفتن، چشم چرانی، تعدد زوجات، بی توجه بودن به زن و خواسته های او، خیانت به زن، ایجاد محدودیت در روابط، کنترل دائمی مخارج زن، وادار کردن زن به داشتن پوششی خاص، انتقاد و سرزنش کردن به طور مداوم، تهمت زدن، بدرفتاری کلامی و عاطفی مثل: تمسخر در جمع، تحقیر وضعیت جسمانی و ظاهری، دشنام و ناسزا گفتن، حرف های رکیک و غیره ... که در نهایت به ترس، عجز و ناتوانی روانی منجر می شود، که اراده، اعتماد به نفس و تصمیم گیری و توانمندی را از زن ساقط می کند و در موارد شدید باعث به هم خوردن تعادل روانی و پیدایش تصورات واهی و تمایل به خودکشی می شود (فال^۳، هوارد^۴ و فورد^۵، ترجمه مهدیزادگان و باقرزاده، ۱۳۸۱).

در ایران بر اساس چندین مطالعه شیوع بالایی از خشونت خانگی گزارش شده براساس تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه زنان در ۲۸ استان کشور، ۶۰ درصد زنان ایرانی در طول مدت زندگی مشترک خود حداقل یک بار خشونت خانگی را با مفهوم عام آن تجربه کرده اند (وامقی، فیض زاده، میراب زاده و فیض زاده، ۱۳۸۵). دریک بررسی که توسط جهانفرو همکاران (۱۳۸۲) انجام گرفت، ۶۰/۶ درصد از زنان تحت انواع خشونت خانگی قرار داشتند که به تفکیک، ۱۴/۶ درصد تحت خشونت جسمی، ۶۰/۵ درصد خشونت روانی و ۲۳/۵ درصد تحت خشونت جنسی قرار داشتند.

جراحات فیزیکی و ضربه های روانی حاصل از خشونت می تواند پیامدهای وسیعی برای زندگی قربانی

۱. Aboot&Valas

۲. Junson & Junson

۳. Fall

۴. Howard

۵. Foard

داشته باشد. از جمله تأثیری منفی بر اولویت های بهداشتی مهم نظیر سلامت روان مادران، تنظیم خانواده، پیشگیری از بیماری ها و بهداشت روان. بد رفتاری با زنان، افزون بر مشکلات جسمانی، می تواند موجب پیامد های روانشناختی پایدار مانند: افسردگی مزمن، اقدام به خودکشی، ترس، اضطراب، خود ضعیف بینی، مشکلات جنسی، غذایی و وسواس شود (رفیعی فرو پارسى نیا، ۱۳۸۰، میبیدی و حسنی، ۱۳۸۸).

شیوع مشکلات بهداشت روانی نیز در بین زنانی که مورد سوء استفاده رفتار قرار می گیرند به گونه هشدار دهنده بالا می باشد. در سه بررسی جامعه نگر ارتباط بین سوء رفتار همسر و مشکلات بهداشت روانی مورد مطالعه قرار گرفته است؛ این مطالعات نشان دادند که زنان دارای سوء رفتار همسر به طور قابل ملاحظه ای از درجات بالاتر معیار های آسیب شناختی بر خوردار بودند و به همین دلیل نسبت به زنانی که تحت خشونت نبوده اند اختلالات عمده روانی بیشتری در آنها مشاهده شده است؛ یک ارتباط مثبت بین فراوانی و شدت سوء رفتار و مشکلات روانی دیده می شود و این میزان در افرادی که تحت خشونت های خانگی قرار داشتند سه برابر بیشتر از افرادی است که تحت خشونت های دیگر بوده اند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶). با وجود پیامد های نامطلوب آن، هنوز این پدیده در اکثر کشور ها به عنوان یک معضل شناخته نمی شود و نه تنها تعریفی عملیاتی از سوء رفتار یا خشونت علیه زنان یا همسر وجود ندارد - که این امر غفلت و پنهان کاری از این پدیده مهم را افزایش می دهد - بلکه گاهی خشونت علیه زن به عنوان رفتاری هماهنگ با شرایط فرهنگی، امری پسندیده و شایسته تلقی می شود (معظمی، ۱۳۸۳).

در ایران بر اساس چندین مطالعه شیوع بالایی از خشونت خانگی گزارش شده براساس تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه زنان در ۲۸ استان کشور، ۶۰ درصد زنان ایرانی در طول مدت زندگی مشترک خود حداقل یک بار خشونت خانگی را با مفهوم عام آن تجربه کرده اند (وامقی، فیض زاده، میراب زاده و فیض زاده، ۱۳۸۵).

یک مطالعه پیگیری پیرامون بررسی اثرات دراز مدت خشونت های خانگی و کیفیت بهداشتی زندگی زنان خشونت دیده که یک سال پیش مورد خشونت همسر قرار گرفته بودند، و اینک در مرکز نگهداری زندگی می کردند، نشان داد که بهداشت روانی این زنان بسیار پایین و خشونت های خانگی به نحو معنی داری پیش بین مشکلات جسمانی، بهداشت روانی و مشکلات هیجانی در روابط اجتماعی این افراد می باشد (آلساکر^۱، موئن^۲ و کریستوفر سن^۳، ۲۰۰۷).

کارلسون^۴، مک نات^۵ و چویی^۶ (۲۰۰۷) نیز، در یک پژوهش پیرامون بهداشت روانی زنانی که مورد خشونت همسر قرار گرفته اند، نشان دادند که زنان خشونت دیده، افسردگی، اضطراب و مشکلات

۱. Alsaker
 ۲. Moen
 ۳. Kristoffersen
 ۴. Carlson
 ۵. Mc nutt
 ۶. Choi

روانی دیگری از قبیل: ناامنی، حقارت و واکنش های افراطی نشان می دهند. جانسون، زلوتنیک^۱ و پرز^۲ (۲۰۰۸) در یک بررسی دیگر، خشونت خانگی، مشکلات روانپزشکی و روان شناختی در ۱۷۷ نفر از زنان نگهداری شده در مراکز بحران را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش بیشترین همبندی های مرضی رایج در بین این اشخاص به ترتیب، اختلالات اضطرابی (۵۱/۴٪)، افسردگی اساسی (۴۹/۲٪)، اختلال وابستگی به مواد (۲۵/۴٪) و اختلال دو قطبی (۸/۵٪) تشخیص داده شد.

در یک پژوهش زمینه یابی که توسط والیلی^۳، نول^۴ و لی^۵ (۲۰۱۰) انجام گرفت، از مجموع ۴۷۲ زن که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، یک چهارم آنها تحت خشونت خانگی قرار داشتند. از میان این تعداد ۲۴٪ آنها افسرده تشخیص داده شدند و زنانی که خشونت جنسی و فیزیکی را توأمآ تجربه کرده بودند ریسک ابتلا به افسردگی، انزوا و شدت بیماری در آنها افزایش پیدا می کرد.

هلفریچ^۶، فوجیورا^۷ و روت کووسکی^۸ (۲۰۰۸)، نیز در مطالعه خود، تعدادی از زنان مورد خشونت ساکن پناه گاه ها را با تعدادی از شهروندان عادی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که نمونه ساکن در پناه گاه ها، به نحو معنی داری، میزان بالاتری از مشکلات روان شناختی از قبیل: بی قراری و رفتارهای تکانشی، آسیب های کار کردی و مشکل در موقعیت های اجتماعی را نشان می دهند.

در پژوهشی دیگر بر روی ۸۴۲ زن، میزان و انواع مختلف بهره کشی در میان این زنان و اثر آن در وضعیت بهداشت روانی و جسمانی آنها را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد زنانی که تحت خشونت خانگی قرار گرفته بودند به طور معنی داری بیش از آنهایی که چنین تجربه ایی نداشتند، از مشکلات روان شناختی رنج می بردند. همچنین مشخص شد که زنان مورد خشونت به طور معنی داری بیشتر از بقیه زنان، از مشکلات گوارشی، افسردگی یا اضطراب، دردهای مزمن، فشارخون بالا یا مشکلات قلبی شکایت دارند (فیشر^۹ و رکان^{۱۰}، ۲۰۰۶).

فرگوسن^{۱۱}، هاروود^{۱۲} و ریدر^{۱۳} (۲۰۰۵)، در پژوهشی پیرامون شیوع خشونت خانگی و پیامدهای آن بر سلامت روان زنان، نشان داد که مواجهه با خشونت خانگی به نحو معنی داری با افزایش خطرات ابتلا به افسردگی اساسی و افکار خود کشی رابطه دارد. در پژوهشی دیگر نیز که بر روی تعدادی از زنان

۱. Zlotnick

۲. Perez

۳. walili

۴. Nolle

۵. Lee

۶. Helfrich

۷. Fujura

۸. Rutkowski

۹. Fisher

۱۰. Reqan

۱۱. Fergsson

۱۲. Horwood

۱۳. Ridder

خشونت دیده و زنانی که مورد خشونت قرار نگرفته بودند، انجام گرفت، مشخص شد که مشکلات روان شناختی در گروه تجربه کننده خشونت به طور معنی داری از گروه بدون خشونت بالاتر می باشد. همچنین آنها دریافتند که خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به طور معنی داری با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد (هگارتی^۱، گان^۲، چاندروس^۳ و اسمال^۴، ۲۰۰۴).

در پژوهشی مشابه نیز باچوز^۵ و همکاران (۲۰۰۴)، در پژوهش خود پیرامون خشونت خانگی با وضعیت روانی پس از زایمان نشان دادند که امتیازات افسردگی پس از زایمان بالاتر، با خشونت خانگی ارتباط معنی داری دارد.

نوری (۱۳۸۷) نیز در بررسی خود از میزان خشونت های خانگی در شهرستان مریوان نتیجه گرفت، زنانی که در معرض خشونت قرار می گیرند افزون بر آسیب های شدید جسمانی، اثرات دیگری از جمله، نابسامانی های روان تنی، افسردگی های مزمن، اضطراب شدید و نابسامانی های شخصیتی را تجربه می کنند. او خاطر نشان می کند که پیامدهای منفی اثرات روانی خشونت، علیه زنان، تحقیر شخصیت و فلج ساختن زنان از نظر روانی در تصمیم گیری است. وضعیتی که اصطلاحاً سندرم آسیب نامیده می شود. این اختلال شامل ترس، تحمل هر موقعیت و افسردگی می باشد.

در پژوهشی دیگر، نوریس^۶ و مکی^۷ (۲۰۱۰)، نیمرخ های زیستی - روان شناختی ۴۴۸ نفر از زنانی که به دلیل خشونت در پناه گاه زندگی می کردند را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه نشان داد آسیب پذیری آنهایی که تحت خشونت همسر قرار گرفته بودند شامل: افسردگی، آسیب های جسمانی، شکایات جسمی مبهم و دیرپا و تأثیرات منفی در روابط فردی و اجتماعی می باشد.

لوکستون^۸، شفیلد^۹ و حسین^{۱۰} (۲۰۰۶) طی پژوهشی گسترده، همبسته های خشونت خانگی را با وضعیت سلامت روان در ۱۱۳۱۰ زن استرالیایی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بین خشونت خانگی و افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد. همچنین بین خشونت خانگی و احساس بهزیستی رابطه ای معکوس وجود دارد. یعنی با افزایش خشونت خانگی میزان احساس بهزیستی روان شناختی، در زنان استرالیایی کاهش یافته است.

۱. Hegarty
۲. Gunn
۳. Chondros
۴. Small
۵. Bacchus
۶. Nurius
۷. Macy
۸. Loxton
۹. Schofield
۱۰. Hussain

در پژوهش دیگر، استوارت^۱، مور^۲، گوردون^۳ و رمزی^۴، (۲۰۰۶) همبستگی آسیب شناختی زنانی که مورد خشونت همسران خود قرار داشتند را با آسیب های روانی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که میزان بالایی از این افراد از افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال سوء مصرف مواد رنج می برند. در نتیجه قربانیان خشونت به نحو معنی داری با علائم آسیب شناسی روانی مواجه بودند.

احمدی، ناصریان، محمدی و شمس (۱۳۸۵) نیز در مطالعه ای گسترده تأثیر خشونت های خانگی بر سلامت روان ۱۱۸۹ زن متأهل در تهران را مورد بررسی قرار دادند. از میان این افراد، ۳۴ درصد نمونه، مشکوک به داشتن اختلالات روانی بودند که این میزان در افرادی که تحت خشونت خانگی قرار داشتند، ۳/۵ برابر افرادی بود که تحت خشونت نبودند. پژوهشگران در این مطالعه به این نتیجه رسیدند که پیامدهای خشونت خانگی بر سلامت روان زنان متأهل شامل: افسردگی، اضطراب، استرس و رفتارهای خودکشی و آسیب به خود می باشد. در نتیجه خشونت خانگی می تواند تأثیر عمیقی بر بهداشت روان زنان خشونت دیده داشته باشد. البته به نظر می رسد زنانی که تحصیلات بالاتر دارند و آنهایی که در خانواده هایی زندگی می کنند که از لحاظ اقتصادی در وضعیت مناسبی قرار دارند همسر آزاری را کمتر گزارش می دهند. در تحقیق اینانلو (۱۳۷۸) مشخص گردید که زنان با تحصیلات بالاتر کمتر مورد آزار قرار گرفتن توسط همسر را گزارش کرده اند. همچنین پژوهش آقاخانی و همکاران (۱۳۸۱) موید این مطلب است که تحصیلات پایین هر یک از زوجین، بی کاری و مشکلات اقتصادی با درصد بالاتری از همسر آزاری همراه بوده است. به طور کلی وضعیت تاهل نقش مهمی در سلامت روان زنان دارد. زندگی موفق زناشویی با ایجاد حمایت های اجتماعی-اقتصادی و عاطفی مناسب برای زنان منجر به ارتقاء سلامت روان در زنان می شود. لذا پژوهش حاضر در صدد است ضمن بررسی توصیفی خشونت خانگی، رابطه آن با نیمرخ روانی زنان متأهل شهرستان دزفول را نیز مورد ارزیابی قرار دهد.

روش پژوهش

روش، جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری:

روش پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متأهل شهرستان دزفول بود. روش نمونه گیری مورد استفاده، روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای می باشد. بدین صورت که در ابتدا شهرستان دزفول از طریق نقشه جغرافیایی به پنج ناحیه ی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شده، سپس از بین هر ناحیه پنج خیابان اصلی و فرعی به صورت تصادفی انتخاب شده و بین زنان متأهلی که ساکنین این منازل بودند پرسشنامه ها توزیع گردید. با توجه به اینکه مطابق جدول کرجسی و مورگان^۵

۱. Stuart

۲. Moor

۳. Gordon

۴. Ramzey

۵. Krejcie&Morgan

تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان تعداد مکفی برای نمونه پژوهش تعیین شده است، تعداد ۴۰۴ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

ابزار های پژوهش

پرسشنامه ی خشونت خانگی: پرسشنامه خشونت خانگی در سال ۱۳۸۷ توسط رونما نوری تهیه شده است که شامل ۴۵ پرسش می باشد. ۱۸ گویه ی آن مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و منابع حمایتی، ۱۸ گویه ی آن مربوط به خشونت جسمانی-روانشناختی و ۷ گویه ی دیگر آن مربوط به خشونت جنسی و ۲ گویه ی پایانی آن پرسش های کلی مربوط به خشونت جسمانی-روانشناختی و خشونت جنسی است که جهت تعیین روایی کل پرسشنامه طراحی شده اند. این مقیاس در پنج درجه به شیوه لیکرت (خیلی زیاد = ۵، زیاد = ۴، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۲، هیچ وقت = ۱) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره ی خشونت خانگی کلی ۱۲۵ و حداقل نمره ۲۵، حداکثر نمره ی خشونت خانگی جسمانی-روانشناختی ۹۰ و حداقل نمره ۱۸، و حداکثر نمره ی خشونت خانگی جنسی ۳۵ و حداقل آن نمره ۷ می باشد. ضریب روایی بدست آمده با استفاده از نظر متخصصان در بخش خشونت خانگی جسمانی-روان شناختی ۰/۸۴۵ و برای خشونت جنسی ۰/۸۲ ارزیابی گردید و برای پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی استفاده شده که ضریب ۰/۸۵ بدست آمده است (نوری، ۱۳۸۷).

جهت تعیین روایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز از روش همبستگی نمره کل آزمون با پرسش کلی استفاده شد. بدین صورت که برای روایی بخش خشونت خانگی جسمانی-روانشناختی، همبستگی نمره این بخش با پرسش ۴۴ پرسشنامه، و برای تعیین روایی بخش خشونت خانگی جنسی، همبستگی نمره این بخش با پرسش ۴۵ پرسشنامه محاسبه گردید. ضریب روایی به دست آمده در بخش خشونت خانگی جسمانی-روانشناختی ۰/۹۳۵ و برای خشونت جنسی ۰/۹۲ به دست آمد که هر دو در سطح $P < 0/001$ معنی دار می باشد. جهت پایایی این آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ برای همسانی درونی استفاده شد که ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

- فرم کوتاه پرسشنامه مینه سوتا

فرم کوتاه پرسشنامه مینه سوتا متشکل از ۷۱ آیتم دو گزینه ای (بلی-خیر) می باشد که از فرم بلند MMPI که دارای ۵۰۴ سؤال است استخراج شده است. مک کینلی^۲ و هته وی^۳ در سال ۱۹۳۷ بر اساس راهبرد گروه-ملاک به ساختن فرم بلند آزمون اقدام کردند. آنان با استفاده از منابع مختلف از جمله شرح حال بیماران روانی، گزارش های روانشناسان و روانپزشکان در مورد بیماران، کتاب های روانشناسی و روانپزشکی، بیش از ۱۰۰۰ سؤال فراهم کردند. پس از بررسی مجدد سؤال ها، ۵۰۴ سؤال را که به نظرشان نسبتاً مستقل از یکدیگر بودند انتخاب کردند، پس از تنظیم مقیاس های مختلف آنها را در مورد گروه ملاک (بیماران

۱. MMPI

۲. Mckinley

۳. Hathaway

روانی بستری شده در بیمارستان دانشگاه مینه سوتا) و گروه گواه اجرا کردند و از بین سؤال‌های هر مقیاس، سؤال‌هایی که گروه ملاک را از گروه تفکیک می‌کرد انتخاب کردند (شریفی ۱۳۷۵).
 فرم کوتاه پرسشنامه مینه سوتا در سال ۱۹۶۷ توسط مینه کانن^۱ ساخته شد و در سال ۱۳۵۴ توسط اخوت و براهنی برای دانشجویان دختر و پسر و دانش‌آموزان دختر و پسر ایرانی هنجاریابی شد (سراج خرمی، ۱۳۷۴).

این پرسشنامه دارای سه مقیاس روایی (دروغ پردازی، ندرت وقوع، تدافعی) و ۸ مقیاس بالینی (خود بیمار انگاری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی-اجتماعی، مردانگی-زنانگی، بدبینی، ضعف روانی، اسکیزو فرنی، شیدایی

خفیف، درونگرایی اجتماعی) است. پژوهش‌های انجام شده در مورد پایایی MMIP نشان می‌دهند که از سطوح متوسط همسانی درونی برخوردار است. به عنوان نمونه، هانسلی^۲، هنسون^۳ و پارکر^۴ (۱۹۸۸) درباره مطالعات انجام شده در مورد MMPI بین ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ یک مطالعه فراتحلیلی انجام دادند و چنین نتیجه گرفتند که همه مقیاس‌های MMPI کاملاً پایا هستند، و دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ (مقیاس Ma) ۰/۸۴ (مقیاس Pt) است (مارنات^۵، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۷۹). در ایران نیز یاراحمدی و حقیقی (۱۳۷۵) پایایی فرم کوتاه آن را مطلوب گزارش داده و روایی آن را از طریق روش همزمان با استفاده از آزمون ملاک به دست آورده و مشخص شد که همبستگی بین حیطه‌های آنها در $P < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد (صادقیان و جلالی، ۱۳۸۷).

یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های توصیفی

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی خشونت جسمی - روانی و جنسی

نوع همسر آزاری	خشونت جسمی - روانی		خشونت جنسی		خشونت کلی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بدون خشونت	۱۰	۲/۵٪	۹۸	۲۴٪	۱۰	۲/۵٪
خشونت خفیف	۲۴۵	۶۰/۵٪	۲۳۷	۵۹٪	۳۰۳	۷۵٪
خشونت متوسط	۹۷	۲۴٪	۵۷	۱۴٪	۶۳	۱۵/۵٪
خشونت شدید	۳۳	۸٪	۱۱	۲/۷٪	۲۵	۶/۳٪
خشونت خیلی شدید	۱۹	۵٪	۱	۰/۳٪	۳	۰/۷٪
جمع	۴۰۴	۱۰۰٪	۴۰۴	۱۰۰٪	۴۰۴	۱۰۰٪

۱. Canon
۲. Hunsley
۳. Honson
۴. Parker
۵. Marnat

در میان نمونه مورد مطالعه ۲/۵ درصد هیچ گونه خشونت را گزارش ندادند. و از مجموع ۹۷/۵ درصد که تحت خشونت های جسمی - روانی و جنسی قرار داشتند، ۷۵ درصد خشونت خفیف، حدود ۱۵/۵ درصد خشونت متوسط و حدود ۷ درصد خشونت های شدید و خیلی شدید را گزارش دادند.

جدول ۲ شاخص های توصیفی خشونت جسمی-روانی و جنسی با توجه به سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	فوق دیپلم و لیسانس	فوق لیسانس و بالاتر
شدت همسر آزاری	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
بدون خشونت	۰	۰	۱	۹	۱
خشونت خفیف	۶۹٪	۳۵	۶۴٪	۱۳۴	۷۴٪
خشونت متوسط	۲۳٪	۱۲	۲۲٪	۳۱	۱۷٪
خشونت شدید	۸٪	۷	۱۳٪	۱۴	۸٪
خشونت خیلی شدید	۰	۱	۱٪	۰	۰
جمع	۱۳	۵۵	۱۰۰٪	۱۸۰	۱۴۹
	۱۰۰٪	۵۵	۱۰۰٪	۱۸۰	۱۴۹

در میان نمونه مورد مطالعه تمام زنانی که تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند تحت خشونت قرار داشتند. در سطح متوسطه، ۹۹/۵ درصد و در سطح فوق دیپلم و لیسانس ۹۴ درصد نیز درجات متفاوتی از خشونت را تجربه کرده بودند. ولی در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر ۸۶ درصد تحت خشونت قرار داشتند که همگی آنها فقط خشونت خفیف را گزارش داده بودند.

جدول ۳ شاخص های توصیفی خشونت جسمی-روانی و جنسی با توجه به درآمد ماهیانه خانوار

میزان درآمد ماهیانه خانوار	کمتر از ۳۰۰ هزار تومان	بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان
شدت همسر آزاری	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
بدون خشونت	۰	۳	۹
خشونت خفیف	۲۹	۶۰٪	۷۲٪
خشونت متوسط	۱۳	۲۷٪	۱۹٪
خشونت شدید	۶	۱۳٪	۶٪
خشونت خیلی شدید	۰	۰	۱٪
جمع	۴۸	۱۷۳	۱۸۳
	۴۸	۱۷۳	۱۸۳

در نمونه مورد مطالعه تمامی زنان متأهلی که درآمد خانوار آنها زیر ۳۰۰ هزار تومان قرار داشت نوعی از خشونت را تجربه کرده بودند که این میزان در خانوارهای دارای درآمد ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان به ۹۸ درصد و در خانوارهای دارای درآمد بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان به ۹۵ درصد کاهش می یابد.

جدول ۴ توزیع شاخص های آماری نیمرخ روانی در زنان متأهل

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص های آماری مقیاس
۴۰۴	۱۰	۰	۲/۱۲	۳/۸۹	خود بیمار انگاری
۴۰۴	۱۸	۱	۳/۶۸	۷/۷۸	افسردگی
۴۰۴	۱۹	۳	۲/۹۳	۱۰/۴۳	تبدیلی (هیستری)
۴۰۴	۱۶	۱	۲/۷۹	۷/۶۵	علایم سایکوپاتیک
۴۰۴	۱۲	۱	۲/۵۷	۵/۳۴	علایم پارانویا
۴۰۴	۱۵	۰	۳/۵۶	۷/۳۱	علایم اضطراب
۴۰۴	۲۱	۰	۳/۶۴	۷/۷۵	علایم اسکیزوفرنی
۴۰۴	۱۰	۱	۲/۱۳	۵/۴۵	هیپومانیا (شیدایی خفیف)

همانطور که در جدول (۴) نشان داده شده است به ترتیب میانگین علایم تبدیلی (۱۰/۴۳)، افسردگی (۷/۷۸) و علایم اسکیزوفرنی (۷/۷۵) بالاترین میزان مقیاس MMPI را به خود اختصاص داده است و بیانگر شیوع نسبی بالاتر این علایم در نمونه پژوهش می باشد.

جدول ۵ توزیع شاخص های آماری خشونت خانگی زنان متأهل

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص های آماری مقیاس
۴۰۴	۱۰۶	۲۵	۱۷/۵۷	۴۵/۱۱	خشونت خانگی کلی
۴۰۴	۷۹	۱۸	۱۳/۴۵	۳۲/۱۱	خشونت خانگی جسمی - روانی
۴۰۴	۳۵	۷	۶/۳۵	۱۳/۱	خشونت خانگی جنسی

در جدول ۵ به ترتیب میانگین، انحراف استاندارد، حداقل نمره، حداکثر نمره و تعداد آزمودنی های سه مقیاس خشونت خانگی ذکر شده است.

ب) یافته های استنباطی

فرضیه پژوهش: بین خشونت خانگی و نیمرخ روانی زنان متأهل رابطه وجود دارد:

جدول ۶ رابطه بین خشونت خانگی و نیمرخ روانی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد آزمودنی
خشونت خانگی	خودبیمارانگاری	۰/۴۹۸	۰/۰۰۱	۴۰۴
	افسردگی	۰/۴۲۳	۰/۰۰۱	۴۰۴
	تبدیلی	۰/۴۵۷	۰/۰۰۱	۴۰۴
	سایکوپاتیک	۰/۴۱۳	۰/۰۰۱	۴۰۴
	پارانویا	۰/۴۴۲	۰/۰۰۱	۴۰۴
	اضطراب	۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۴۰۴
	اسکیزوفرنی	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	۴۰۴
	هیپومانیا	۰/۵۴۴	۰/۰۰۱	۴۰۴

با توجه به یافته های جدول (۶) با ۹۹ درصد اطمینان می توان نتیجه گرفت که بین خشونت خانگی و نیمرخ روانی (علایم خودبیمارانگاری، افسردگی، تبدیلی، سایکوپاتیک، پارانویا، اضطراب، اسکیزوفرنی و هیپومانیا) رابطه مستقیم (مثبت) و معنی داری وجود دارد. از اینرو می توان گفت که افزایش میزان خشونت خانگی با سیر افزایش در علایم مرضی مذکور همراه می باشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان می دهند در میان نمونه مورد مطالعه تنها ۲/۵ درصد از زنان متأهل هیچ گونه خشونت را گزارش ندادند و به تفکیک حدود ۹۷/۵ درصد خشونت جسمی - روانی و حدود ۷۶ درصد خشونت جنسی را گزارش دادند. از میان ۹۷/۵ که تحت خشونت های جسمی - روانی و جنسی قرار داشتند، ۷۵ درصد خشونت خفیف، حدود ۱۵/۵ درصد خشونت متوسط و حدود ۷ درصد خشونت های شدید و خیلی شدید را گزارش دادند.

همچنین نتایج نشان می دهند با افزایش میزان تحصیلات زنان خشونت خانگی کاسته می شود. بدین صورت که تمامی زنانی که دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند نوعی از خشونت را تجربه کرده بودند، در سطح تحصیلات متوسطه بیشتر تحت خشونت خفیف قرار داشتند تا اشکال شدید تر آن، در سطح فوق دیپلم و لیسانس به ۹۴ درصد و در سطح فوق لیسانس و بالاتر به ۸۶ درصد می رسد که این تعداد نیز فقط تحت خشونت خفیف قرار داشتند. به نظر می رسد پایین بودن سطح تحصیلات به عدم اشتغال آنها در جامعه، خانه دار ماندن، عدم استقلال مالی و عدم آگاهی از حقوق خویش در خانواده خواهد شد. اما زنان با تحصیلات بالاتر به دلیل آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیشتر مشارکت در فعالیت های اجتماعی، همچنین توانمندی بیشتر آنها در به کارگیری مهارت های

زندگی مانند حل مساله، کنترل خشم، همسر داری، فرزند پروری و مواردی از این دست در کاهش نرخ خشونت خانگی موفق ترند.

همچنین نتایج پژوهش نشان می دهد که بروز خشونت در خانواده های کم درآمد بالاتر است. عدم امنیت شغلی در مردانی که به حرفه هایی با درآمد پایین مشغول اند می تواند پیامدهای نامطلوبی در زندگی خانوادگی و ارتباط با همسران شان ایجاد نماید که خشونت، نمونه ای از آن است. پژوهش های جامعه شناسان از جمله روی^۱ (ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۷) مویید این نظر است که درآمد پایین می تواند منجر به استرس های اجتماعی در مرد شود و در روابط خانوادگی اختلال ایجاد نماید همین استرس های حل نشده می تواند میزان بروز خشونت در خانواده را افزایش دهد. از نظر روی، اعتبار رهبری شوهر در خانواده این است که بتواند شغل و درآمد مناسبی داشته باشد و هنگامی که وی نتواند به اندازه ی کافی درآمد نماید، برای از دست ندادن وجهه ی خود، اقدام به خشونت می نماید. از این رو عدم ثبات اقتصادی و فقر می تواند منجر به بروز خشونت در خانواده شود. این نتایج با یافته های قهاری و همکاران (۱۳۸۴)، عارفی (۱۳۸۲)، بختیاری و امید بخش (۱۳۸۲)، اینانلو (۱۳۷۸) و آقاخانی و همکاران (۱۳۸۱) هماهنگ می باشد.

با توجه به آزمون فرضیه پژوهش و مطابق با جدول (۶) بین خشونت خانگی با کلیه مقیاس های نیمرخ روانی MMPI شامل خودبیمارانگاری، افسردگی، علایم تبدیلی (هیستری)، رفتار سایکوپاتیک (انحراف ضد اجتماعی)، پارانویا، اضطراب و ضعف روانی، اسکیزوفرنی و شیدایی خفیف، رابطه معنی داری وجود دارد. در نتیجه می توان گفت فرضیه مورد بررسی با ۹۹ درصد اطمینان ($P = 0/001$) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این پژوهش با یافته های والیلی، نول و لی (۲۰۱۰)، هلفریچ، فوجیورا و روت کودسکی (۲۰۰۸)، آلساکر، موئن و کریستوفر سن (۲۰۰۷)، کارلسون، مک نات و چویی (۲۰۰۷)، لوکستن، شفیلد و حسین (۲۰۰۶)، فیشر و رکان^۲ (۲۰۰۶)، فرگوسن، هوارد و ریدر (۲۰۰۵)، هگارتی و همکاران (۲۰۰۴)، باچوز و همکاران (۲۰۰۴) همسو می باشد.

آنچه که از یافته های پژوهش حاضر و مطالعات انجام شده دیگر می توان نتیجه گرفت آن است که قربانیان خشونت خانگی میزان خطر بالایی را برای ابتلا به انواع اختلالات روانی نشان می دهند. با توجه به معنی دار بودن خشونت خانگی با تمام مقیاس های بالینی MMPI نکته قابل توجه این است که بیشترین همبندی های مرضی روانپزشکی در بین قربانیان خشونت خانگی، ضعف روانی (pt)، افسردگی (D) و آشفتگی های فکری، ادراکی (SC) بودند. از این رو با افزایش خشونت های خانگی، میزان احساس بهزیستی روانشناختی زنان کاهش و ریسک ابتلا به اختلالات روانی افزایش می یابد. احساس امنیت یکی از اساسی ترین نیازهای انسان است.

همانطور که مزلو^۳ پس از نیازهای فیزیولوژیک، مهمترین نیاز انسان را نیاز به امنیت بر می شمرد و آن را

۱. Revy

۲. Fisher & Reqan

۳. Maslow

پایه ای برای ارضاء نیازهای مراحل بالاتر، همچون نیاز به تعلق، عزت نفس و خودشکوفایی می داند و مخدوش شدن آن را زمینه ای برای ضعف اختلال در اقناع نیازهای بعدی می داند، زنان خشونت دیده به واسطه ی آسیبی که می بینند، دچار احساس عدم امنیت شده و مستعد بروز علایم نابهنجار بالینی می گردند. فقدان امنیت می تواند مقدمه ی ظهور اضطراب، کاهش عزت نفس، کاهش خلق و عاطفه و علائم اسکیزوفرنی همچون درون گرایی، رفتار آشفته، واقعیت گریزی و آشفتگی های هیجانی گردد. وجود همسر آزاری در خانواده، پایه های بنیادی ترین نهاد جامعه را سست کرده و روابط سازنده را تبدیل به تعارضات دائمی همراه با هیجانات منفی دیگر همچون تنفر، ناکامی، حقارت، خشم نهان شده حالت خصومت و عدم انعطاف پذیری خواهد کرد و این ها خود می تواند زمینه ساز مشکلات روانشناختی همچون سوء ظن و بد بینی و ضعف روانی گردد. همینطور مطالعات متعدد نشان داده اند، زنانی که مورد خشونت قرار می گیرند، سطح بالاتری از استرس را تجربه می کنند. از آنجایی که استرس باعث تولید هورمون های محرک می شود، لذا مورد خشونت قرار گرفتن و متعاقب آن استرس بر روی سیستم ایمنی تاثیر منفی گذاشته و ادامه این استرس ها، منجر به ایجاد مشکلات روان-تنی از قبیل اختلال تبدیلی (هیستری) و خود بیمار انگاری می شود که ایجاد این علائم می تواند پاسخی به خشونت خانگی و یک ندای غیر مستقیم برای کمک باشند. از نظر عارفی (۱۳۸۲) مسئله خشونت علیه زنان در جامعه محصول بنیاد اندیشه مرد سالاری است. در در جامعه ای که تفکر، قدرت مترادف کنترل، حاکم است، در حقیقت ساختار جامعه به تبعیت از این تفکر شکل می گیرد. به علاوه ضرب و جرح زنان در بسیاری از ارزش های صورتی مورد تایید است و بستگی زیاد به نقش های جنسیتی پذیرفته شده ی آن جامعه دارد. زنی که به کرات مورد خشم و آزار مرد خود قرار می گیرد، به مرور عزت نفس اش کاهش می یابد و این امر را بدیهی می شمارد و به تدریج احساس پوچی و بی ارزشی می کند. همچنین امروزه متخصصان بالینی به تأثیرات اجتماعی و میان فردی بر اختلال های خلقی و اضطرابی توجه زیادی می نمایند. دیدگاه های میان فردی بر نحوه ای که تعارض با افراد صمیمی، مخصوصاً اعضای خانواده، با شروع و روند افسردگی ارتباط پیدا می کنند، تأکید دارند. خشونت به عنوان یک ضایعه ی اجتماعی و میان فردی باعث ناخشنودی از زندگی، کاهش روابط صمیمانه با همسر و رشد هیجانات منفی، کاهش میل به زندگی و ناخشنودی های تعمیم یافته به خانواده، اطرافیان و دنیای پیرامون و حتی خود فرد (جسم و روان) می گردد. از اینرو یافته های بدست آمده در این پژوهش با منطبق زیستی، روانشناختی و اجتماعی بودن اختلالات روانی سازگار و هم سو می باشد. البته از آنجایی که شیوع خشونت خانگی در پس تعاریف محدود و نابسند از سوپی و اکراه و بی میلی زنان برای فاش کردن آن از سوپی دیگر پنهان شده است، اندازه و مقدار هزینه های واقعی آن مشخص نیست. با توجه به اینکه مسئله خشونت خانوادگی پدیده ای نو ظهور نبوده تا بتوان آن را با برخی از برنامه های انسجام نیافته و ضربتی از بین برد، بلکه شدیداً نیازمند کارهای وسیع سیاسی، فرهنگی و اجتماعی است. کارهایی از قبیل: آموزش مهارت های زندگی به زوجین، شناخت باورهای غلط در زمینه روابط زن و مرد، کاهش تبعیض های جنسیتی، تصویب و اجرای قوانین حمایت از زنان، ایجاد مکان های امن و حمایتی مناسب

برای قربانیان، شناخت افراد پر خطر و ارجاع نظام مند زنان آسیب دیده خشونت در نظام ارائه خدمات سلامت، تا حدی می تواند از این معضل رو به رشد اجتماعی پیشگیری نماید.

منابع

- آبوت، پاملا؛ والاس، کلر (۱۳۸۰). جامعه شناسی زنان (ترجمه منیژه عراقی). انتشارات: نی.
- آقاخانی، کامران، آقابیکوئی، عباس، چهره ای، علی (۱۳۸۱). بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، شماره ۳۱، ۴۸۵-۴۸۹.
- احمدی، بتول؛ ناصری، سیمین؛ علی محمدیان، معصومه؛ شمس، محسن؛ رنجبر، زینب؛ شریعت، مامک؛ ابراهیم پور، عزیزه؛ پوررضا، ابوالقاسم؛ محمودی، محمود؛ یونسیان؛ مسعود (۱۳۸۶). دیدگاه زنان و مردان تهرانی و صاحب نظران درباره خشونت خانگی علیه زنان در ایران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۶، شماره ۲، ۸۶-۸۴.
- اینانلو، مهرنوش (۱۳۷۸). بررسی مشخصات زوجین و ارتباط آن با نوع و شدت همسر آزاری در زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- بختیاری، افسانه؛ امیدبخش، نادیا (۱۳۸۲). بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل. مجله پزشکی قانونی، شماره ۳۱، ۳۰-۱.
- جهانفر، شایسته، ملک زادگان، اقدس، جمشیدی، روح انگیز (۱۳۸۲). بررسی شیوع خشونت خانگی بین زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران. فصلنامه پرستاری ایران، ۳۲-۳۳.
- رفیعی فر، شهرام؛ پارسی نیا، سعید (۱۳۸۰). خشونت علیه زنان. سازمان بهداشت جهانی، انجمن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت خانواده.
- روی، ماریا. زنان کتک خورده، ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۷۷). انتشارات علمی.
- سراج خرمی، ناصر (۱۳۷۴). بررسی نیمرخ روانی و الگوی رفتاری A و B در زندانیان مرد معتاد به مواد مخدر زندان شهید کچویی کرج. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- شریفی، حسن پاشا (۱۳۷۵). نظریه و کاربرد آزمون های هوش و شخصیت. انتشارات: سخن
- صادقیان، منیر؛ جلالی، احمد (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای ویژگی های شخصیتی خلبانان، پزشکان و معلمان. فصلنامه اجتماعی، شماره ۱۰
- عارفی، مرضیه (۱۳۸۲). بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه. مطالعات زنان، شماره ۲، ۱۱۹-۱۰۱
- فال، کوین. ای؛ هوارد، شارین؛ فورد، جان. ای. (۱۳۸۱). راه‌حلهایی برای خشونت‌های خانوادگی (ترجمه ایران مهدیزادگان و رحمت... باقرپور). تهران: انتشارات جنگل.

- قهاری، شهربانو؛ پناهی، لیلی؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ زارعی دوست، الهام؛ محمدی، علیرضا (۱۳۸۴). سلامت روان زنان قربانی همسر آزاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال ششم، شماره ۴، ۶۳-۵۸

- کار، مهرانگیز (۱۳۸۰). پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران. تهران: انتشارات مطالعات زنان - مارنات، گری گران (۱۳۷۹). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضایکخو). تهران: انتشارات رشد

- معظمی، شهلا (۱۳۸۳). جرم شناسی خشونت خانگی و همسر کشی در سیستان و بلوچستان. مجله پژوهشی زنان، دوره ۲، ۴۴-۴۱.

- میبدی، فاطمه؛ حسنی، مهدی (۱۳۸۸). مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال پانزدهم، شماره ۳، ۳۰۷-۳۰۰.

- نوری، رونما (۱۳۸۷). بررسی وضعیت خشونت علیه زنان در شهرستان مریوان. قابل دسترس در:

<http://renesans news.wordpress.com>

- وامقی، مروئه؛ فیض زاده، علی؛ میراب زاده، آرش؛ فیض زاده، گلناز (۱۳۸۵). مواجهه با خشونت خانگی در دانش آموزان دبیرستان شهر تهران. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۴.

-Alsaker,k.E., Moen, B.E.&kristoffersen, k.(2007). Health – Related Quality of Life Among A abused women one Year After Leaving Aviolent partner . Available At: Springer Science.

-Bacchus, L.,Mezey. G. B.(2004).Domestic violence Prevalence In Pregnant women And Association with physicaland Psychological health. European Journal of obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology , 113,6-11.

Bonomi,A.E.,Thompson,R.S.,Anderson,M.,Reid,R.J.,Carrell,D.,Dimer,J,etal.(2006).

-Carlson,B.E.,McNute,L.,Choi,D.Y.,Rose,I.M.(2007).Intimate partner Abuse and Mental Health the Role of Social Support and other protective Factors. Journal of Interpers Violence,638-657.

-Fergusson,D.M.,Horwood,L.J.,Ridder, E.M.(2005).Partner Violence and Mental Health outcomes in a New Zealand Birth Cohort,67,1103-1119. Available At: www. Eric

-Fisher,B.S.,Regan,S,L.(2006). The Extent and Frequency of abuse in the Lives of older Their Relationship with Health outcomes. Available At: www. Eric

-Hegarty,k.,Gunn,J.,Chondros,P.,Small,R.(2004). Association between attending general practice:descriptive Cross Sectional Survey. British Meddical Journal,328,621-624.

-Helfrich,Ch.A.,Fujiura,G.T.,Rutkowski,V.(2008).Mental Health Disorders and Functioning of women in Domestic Violence Shelters . Journal of Interpers Violence, 437-453.

-Johnson,D.M.,Zlothic,C.,Perez,S.(2008).The Relative contribution of Abuse Severity an PTSD Severity on the psychiatric and Social Morbidity of battered Women in Shelters. Behavior Therapy, 39,232-241.Available At: www. Science direct. Com.

-Junson,B.,& Junson,C.(2000). The domestic Violen. In: Jmurry & B.Apgar (Eds), women's health care handbook,2,92-101.

-Loxton,D.,Schofield,M., Hussain,R.(2006).psychological Health in Midlife Among women who Have Ever Lived with A Violent Partner or Spouse. Journal of Interpersonal Violence,21,1092-1107.

- Nurius,paula.S.,Macy,Rebecca,I.(2010). person oriented Methods in parther Violence Research: Distinct Biopsychosocial profiles Among Battered women. Journal of Interpers Violence, 25, 1064-1093.
- Stuart,G.L., Moore,T., Gordon,K., Ramsey, S., kahler, C. (2006). psychopathology In women Ar-
rested for Domestic Violence. Journal of Interpersonal Violence, 21(3),376-389.
- Walili,A.,Nolle,K.,Lee,W.,Shadley,M.,& Yang,W.(2010).Intimate partner violence and depres-
sion in a population – based sample of women: call social support. Help? Journal of Interpers
violence, 2258-2278.
- Walsh,Marybeth., weiss,Roger.D.,NaJavits,Lisa.M.2004).Domestic violence in women with
PTSD And Substance Abuse. Addectiv Behaviors,29,207-215.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی

A Descriptive Study On Domestic Violence and Its Relationship With The Married Women's Mental Profile

* S. Rashti
** R. Pasha
*** F. Naderi

Abstract

The aim of this research was to describe the domestic violence and its relationship with the married women's mental profile in Dezful. Data collection was conducted through random sampling. The research sample was comprised of 404 subjects. The data collecting instruments included a questionnaire on domestic violence and a seventy one items MMPI inventory. To analyze the data, the Pearson correlation coefficient was employed. The results showed that there was a significant correlation between the domestic violence and the eight scales of mental profiles at p-level of 0.01. Moreover, it was recognized the domestic violence had an indirect relationship with women's educational trends and family income. The finding also revealed that 75% of women underwent mild violence, 15% moderate violence and 7% experienced sever type of domestic violence.

Keywords: domestic violence, mental profile, married women

*M.A. Graduated in Psychology, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.

**Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran. (Corresponding Author, Email: g.rpasha@yahoo.com).

***Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.