

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۲۰

## مقایسه اختلالات شخصیت در زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی استان بوشهر

علی پاکیزه\*

چکیده

زندگی در خانواده پرتنش، موجب گسستگی پیوندهای میان فرد و خانواده شده و ممکن است باعث جستجوی نا آگاهانه فرد جهت رفع نیازهای روانی و مادی خود در بیرون از خانواده شود که این خود زمینه ساز آسیب های جدی روانی و اجتماعی است. تمرکز تحقیق حاضر بر بررسی مقایسه ای اختلالات شخصیت در زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی می باشد. به همین منظور، تعداد ۹۲ نفر از زنان آسیب دیده اجتماعی و ۱۵۴ نفر از زنان عادی بوشهری انتخاب شده به عنوان نمونه، آزمون بالینی چند محوری میلون ۳ (ام. سی. ام. آی) را تکمیل نمودند. یافته های تحقیق حاضر نشان داد که زنان آسیب دیده اجتماعی در مقایسه با زنان عادی در ۱۱ اختلال از ۱۴ اختلال شخصیت و در همه ۱۰ نشانگان بالینی شخصیت به طور معناداری اختلال بیشتری نشان داده ولی در سه اختلال شخصیت نمایشی، خودشیفته، و اجباری (وسواسی)، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. نتایج، همچنین نشان داد که زنان آسیب دیده بیسواد یا دارای تحصیلات پایین در مقایسه با زنان آسیب دیده دارای تحصیلات بالاتر، در ۸ اختلال شخصیت و ۴ نشانگان بالینی اختلالات شدیدتری دارند. آموزش سبکهای فرزند پروری مناسب به والدین، آموزش مهارتهای زندگی به فرزندان، توجه به نیازهای مادی و عاطفی زنان در معرض آسیب، و ارائه خدمات مالی و روانشناختی به زنان آسیب دیده اجتماعی، موجب کاهش این معضل اجتماعی خواهد شد.

واژه های کلیدی: شخصیت، زنان، خانواده، آسیب اجتماعی

مقدمه

افزایش ناموزون جمعیت و توزیع نامتعادل آن، حاشیه‌نشینی در کلان شهرها، فقر و بیکاری، بحران‌های اقتصادی و اجتماعی، دگرگونی در قوانین و الگوهای اجتماعی، و بر هم خوردن تعادل در نظم

اجتماعی، از جمله مسائلی هستند که توجه بسیاری از صاحب نظران مسائل اجتماعی جهان را جلب کرده‌اند. آسیب های اجتماعی که در پی مسائل و مشکلات اجتماعی دیگر پدید می‌آید، زندگی زنان را بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار می دهد. زیرا، یکی از عوامل زمینه ساز مربوط به آسیب پذیری در مقابل فشارهای روانی اجتماعی، داشتن جنسیت مؤنث است. به این معنا که زنان بیشتر از مردان در موقعیتهای فاجعه آمیز، فشار روانی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی را تجربه می کنند. مردان و زنان از نظر نوع آسیب هایی که بعد از اختلال فشار روانی آسیبزا به آن دچار می شوند و نیز از نظر آسیب پذیری برای ابتلا به استرس و کاهش سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند (اسمیت<sup>۱</sup>، گمبل<sup>۲</sup>، کورت<sup>۳</sup>، وارد<sup>۴</sup>، کانول<sup>۵</sup>، و تالبوت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). خشونت ورزی با زنان در بسیاری از کشورها (کیمونا<sup>۷</sup> و دی جامبا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸)، حتی در کشورهای پیشرفته ای که در آنها قوانینی محکم برای پیش گیری از خشونت علیه خانواده وجود دارد، نیز دیده می شود. نلسو<sup>۹</sup>، پگی<sup>۱۰</sup>، و جانانان<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۴) گزارش کرده اند که هر سال، ۲ تا ۴ میلیون زن در آمریکا با خشونت روبه رو می شوند. در ایران نیز، در سالهای اخیر نه تنها آسیبهای اجتماعی که الگوی زنانه داشته اند (مثل روسپیگری)، روند فزاینده ای را نشان می دهند، بلکه دسته ای از آسیب های اجتماعی که عموماً<sup>۱۱</sup> در ایران الگوی مردانه داشته اند (مثل اعتیاد و قتل) به تدریج سهمی را به زنان اختصاص داده اند که این سهم طی سالهای اخیر افزایش یافته است (محمد خانی و آزاد مهر، ۱۳۸۷).

هر چند که خشونت های منجر به آسیب های روانی و اجتماعی علیه زنان به شیوه های گوناگون اعمال می شود، اما اشکال مختلف آن را می توان به دو صورت دسته بندی کرد: یکی بر اساس عامل خشونت که در دو دسته خشونت خانگی (توسط اعضای خانواده) و خشونت بیرون از خانه (توسط غریبه ها) قرار می گیرند؛ و دیگری بر اساس نوع خشونت، که در چهار دسته روانی (هر گونه رفتار و گفتار خشنی که سلامت روانی دیگری را با خطر روبرو سازد)، جسمانی (هر گونه خشونتی است که

<sup>1</sup> Smith

<sup>2</sup> Gamble

<sup>3</sup> Cort

<sup>4</sup> Ward

<sup>5</sup> Conwell

<sup>6</sup> Talbot

<sup>7</sup> kimuna

<sup>8</sup> Djamba

<sup>9</sup> Nelso

<sup>10</sup> Peggy

<sup>11</sup> Jonathan

برای آسیب زدن و آزار بدنی به کار رود)، جنسی (هر گونه رفتار خشونت آمیزی که به سوء استفاده جنسی و آسیب جنسی بیانجامد)، و مالی (هر گونه رفتار خشونت آمیزی است که برای تحت فشار گذاشتن، آزار و تبعیض مالی دیگری انجام شود؛ مانند برآورده نکردن نیازهای مالی خانواده، و فروش وسایل خانه) قرار می‌گیرند. یافته‌های مربوط به عامل خانگی و بیرونی خشونت بیانگر این است که در بعضی از کشور های افریقایی، دو سوم از زنان مورد مطالعه چندین بار با ضربه‌ها و آسیب‌هایی در بیرون از خانه روبه‌رو شده بودند (کیمونا و دی جامبا، ۲۰۰۸). همچنین نتایج پژوهش داود<sup>۱</sup>، آرکویا<sup>۲</sup>، اوکمپو<sup>۳</sup>، جانسن<sup>۴</sup>، اسمیلی<sup>۵</sup>، و تیسن<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) نشان داد که حدود ۱۶ درصد از زنان کانادا آزار و اذیت جسمانی را گزارش کرده‌اند، که در این بین ۶ درصد زنان تجربه آزار قبل از حاملگی، ۱.۴ درصد در زمان حاملگی، ۱ درصد بعد از زایمان، و ۲.۵ درصد آزار دائمی را گزارش کرده‌اند. همچنین اندوور<sup>۷</sup>، زلاتنیک<sup>۸</sup>، و میلر<sup>۹</sup> (۲۰۰۷) گزارش می‌نمایند که ۲۱ درصد زنان کم درآمد، ۳۵ درصد مادران تنها، و ۳۰ درصد مادران بومی کانادا در معرض آسیب‌های اجتماعی هستند.

تحقیقات انجام شده پیرامون عوامل موثر در اعمال خشونت علیه زنان منتج به شناسایی عوامل متعددی شده‌اند که بعضی از عوامل مربوط به خود قربانیان (زنان) بوده و بعضی از عوامل نیز مرتبط با عامل پرخاشگری یا فرد متجاوز می‌باشد. از جمله عوامل مربوط به زنان، می‌توان به مصرف الکل، سوء مصرف مواد توسط زنان، تحصیلات پایین، شاغل نبودن یا شغل پایین داشتن، شرایط اقتصادی نامناسب (تستا<sup>۱۰</sup>، لوینگستون<sup>۱۱</sup>، و لئونارد<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳؛ فاستر<sup>۱۳</sup> و ساندل<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۱) اشاره نمود. ناتوانی های جسمانی و روانی زنان نیز به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز خشونت علیه آنها شناسایی شده

<sup>1</sup> Daoud

<sup>2</sup> Urquia

<sup>3</sup> O'Campo

<sup>4</sup> Janssen

<sup>5</sup> Smylie

<sup>6</sup> Thiessen

<sup>7</sup> Andover

<sup>8</sup> Zlotnick

<sup>9</sup> Miller

<sup>10</sup> Testa

<sup>11</sup> loingston

<sup>12</sup> leonard

<sup>13</sup> foster

<sup>14</sup> sundel

است. به عنوان نمونه، جوینر<sup>۱</sup>، اریکسون<sup>۲</sup>، وینگیت<sup>۳</sup>، براون<sup>۴</sup>، آنستیس<sup>۵</sup>، و سلبی<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی در کانادا گزارش کرده اند که از ۲۴۵ زن دارای ناتوانی، ۴۰ درصد آن ها سوءاستفاده های مختلف را تجربه کرده و ۱۲ درصد با ضربه هایی تند و شدید روبه رو شده بودند. از سویی ۳۷ درصد از عاملان این ضربه ها و سوء استفاده ها آشنایانی مانند شوهران، ۲۸ درصد ناشناسان، ۱۵ درصد والدین، و ۱۰ درصد مستخدمان بوده اند.

تحقیقات، همچنین موارد متعددی را به عنوان عوامل مربوط به عامل پرخاشگری یا فرد متجاوز شناسایی نموده اند. مشکلات شخصیتی و روان پزشکی مردان از جمله مهمترین این عوامل هستند. به عنوان نمونه، جوینر و همکاران (۲۰۰۷)، دریافتند که نیمی از زنانی که از خشونت های شوهرانشان در رنج می باشند، بر اثر مشکلات روان پزشکی شوهران شان با رفتارهای خشونت آمیز آن ها روبه رو شده اند. هالر<sup>۷</sup> و میلز<sup>۸</sup> (۲۰۰۳) نیز اختلالات شخصیت مرزی و استرس پس از ضربه را از مهم ترین روان پریشی های مردان می دانند که به خشونت ورزی با همسرانشان می انجامد. یافته ها همچنین بیانگر این است که کسانی که نسبت به اعضای خانواده خشونت می ورزند دچار ضعف در مهارت های اساسی زندگی و هم چنین توان مندی های اجتماعی می باشند (مک کلاسی<sup>۹</sup> و لیچتر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). پایین بودن عزت نفس و ناتوانی در به کار گیری راهبردهای درست کنار آمدن و سازگاری، از دیگر عوامل مهمی است که افراد را آماده ی پرخاشگری می کند. نابسندگی و ناکارآمدی، داشتن منبع کنترل بیرونی و ناتوانی در حل مسئله نیز عواملی مهم در رفتارهای پرخطر، ضد اجتماعی و ناکارآمد و از ریشه های خشونت ورزی با دیگران شمره شده اند (مک هاگ<sup>۱۱</sup> و گرین فیلد<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). در برخی از پژوهش ها در زمینه ی خشونت ورزی با زنان، نقش مصرف الکل نیز در بروز رفتارهای خشونت آمیز

<sup>1</sup> Joiner

<sup>2</sup> Ericsson

<sup>3</sup> Wingate

<sup>4</sup> Brown

<sup>5</sup> Anestis

<sup>6</sup> Selby

<sup>7</sup> Haller

<sup>8</sup> Miles

<sup>9</sup> McCloskey

<sup>10</sup> Lichter

<sup>11</sup> McHugh

<sup>12</sup> Greenfield

شناسایی شده است (اریکسون، بتینا<sup>۱</sup>، تایستو<sup>۲</sup>، و کایجا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). به ویژه در چند سال گذشته، نشان داده شد که بیش تر رفتارهای خشونت آمیز و پرخاشگرانه با زنان ریشه در رفتارهای کنترل نشده ای دارد که برآمده از مصرف الکل است. از این رو، در برخی از برنامه های مداخله ای که در آن ها افراد برای مدتی (مثلاً سه ماه) مصرف الکل را قطع کرده اند، کاهش معنادار در خشونت آن ها با همسران شان دیده شده است (بوناگلی<sup>۴</sup>، براکلی<sup>۵</sup>، ویلیامز<sup>۶</sup>، و لسر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). سوء مصرف مواد و اعتیاد از دیگر عوامل مهمی است که خشونت ورزی با زنان را تشدید می کند (استورات<sup>۸</sup>، تود<sup>۹</sup>، موری<sup>۱۰</sup>، و سوزان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳).

در ایرن نیز تحقیقات متعدد صورت پذیرفته در خصوص پیشایندهای خشونت علیه زنان، منتج به شناسایی عواملی گردیده اند. به عنوان نمونه، علیایی زند (۱۳۸۱) در تحقیقی نشان داد که از جمله عوامل زمینه ساز تن دادن زنان به روسپیگری عبارتند از: تنگناهای اقتصادی، الگوهای سرپرستی مخرب، تحریک جنسی زودرس، سوء استفاده جنسی در دوران نوجوانی و آغاز جوانی، فقدان مهارت های لازم جهت کسب درآمد کافی و تعامل اجتماعی سازنده، فروپاشی نهاد خانواده، فضای نامن و غیرعاطفی خانواده و در نتیجه احساس کمبود مهر و محبت در دوران کودکی و نوجوانی، فرار از خانه، ازدواج های مصلحتی. همچنین نتایج تحقیق جمشیدی (۱۳۷۸) هم نشان داد که زنان و دختران آسیب دیده اکثراً از خانواده های طبقات پایین جامعه، با تحصیلات پایین و خانواده های از هم گسیخته و با روابط نامناسب و ناپایدار بوده و از دیدگاه و نگرش مناسب و اعتقاد عمیق به دین برخوردار نبوده اند. نتایج تحقیق شهنی ییلاق (۱۳۷۶)، نیز نشان داد که هر چه میزان تحصیلات مردان و زنان بالاتر باشد و هم چنین زنان از زندگی زناشویی رضایت بیش تری داشته باشند، خشونت ورزی مردان علیه همسران شان کم تر است. یافته های عارفی (۱۳۸۲) نشان داد که زنان ۱۷ تا ۳۲ ساله بیش ترین خشونت را تجربه کرده اند، همچنین ۵۰ تا ۶۰ درصد زنانی که مورد خشونت همسران خود

<sup>1</sup> Bettina

<sup>2</sup> Taisto

<sup>3</sup> Kaija

<sup>4</sup> Bonugli

<sup>5</sup> Brackley

<sup>6</sup> Williams

<sup>7</sup> Lesser

<sup>8</sup> Stuart

<sup>9</sup> Todd

<sup>10</sup> Moore

<sup>11</sup> Susan

قرار می گیرند دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۵ درصد آن ها بی سواد بوده اند. یافته های وی، همچنین نشان داد که ۵۰ درصد زنان، مورد خشونت فیزیکی و جسمی، ۲۵/۷ درصد مورد خشونت روانی، و ۳۲/۲ درصد مورد خشونت مالی قرار گرفته اند.

اعتیاد پدر نیز نقش حمایتی وی را در خانواده کاهش می دهد و افت کارکرد خانواده و کاهش پیوندهای خانوادگی را به دنبال دارد، که این خود یک عامل آسیب رسان قوی برای اعضای خانواده می باشد. به عنوان نمونه، یافته های گلپر و مولوی (۱۳۸۰) نیز بیانگر این است که آشفتگی های رفتاری در همسران معتادان از همسران افراد غیر معتاد بیشتر است. پژوهش های انجام شده در این باره نشان می دهد که معتادان، در مقایسه با افراد غیر معتاد، شیوه ی مقابله ای هیجان مدار و تکانشی را به کار می گیرند، سوگیری خردمندانه و کارآمدی نسبت به مشکلات و مسائل ندارند و بیش تر در برخورد با مشکلات و افراد شیوه هایی ناکارآمد و پرخاشگرانه به کار می برند، که این خود نقش موثری در آسیب رساندن به اعضای خانواده دارد (جوادیان، ۱۳۸۲).

همچنین، نتایج بررسیهای زمانی (۱۳۸۴) در خصوص مسائل و مشکلات زنان آسیب دیده اجتماعی نشان می دهد که بیش از نیمی از زنان بزهکار و مجرم، از نظر اقتصادی غیرفعال بوده و یا در مشاغل به کار اشتغال دارند که درآمد و ثبات کافی ندارند؛ اکثر آنها ناچار به ترک تحصیل شده بودند که نیمی از آنها ترک تحصیل خود را ناشی از اجبار خانواده، ۲۰/۸ درصد ناشی از ازدواج زودرس، و ۸/۳ درصد ناشی از رفتارهای نابهنجار خود در مدرسه می دانستند. همچنین، یافته های وی نشان می دهد که والدین ۴۰ درصد پاسخگویان بی سواد بوده، و اکثریت پاسخگویان در خانوادههایی بزرگ شده اند که حداقل یکی از والدین و در مواردی هر دوی آنها را در سنین کودکی و نوجوانی از دست داده اند. براساس پژوهش سازمان بهزیستی در بررسی وضعیت زنان آسیب دیده اجتماعی پذیرش شده در مراکز بازپروری، ۷۴ درصد از آنها به هیچ کاری اشتغال نداشته و بیکار بوده اند و بیکاری یکی از دلایل موثر در آسیب پذیری آنها بوده است. در این پژوهش داده های ۲۱ استان جمع آوری و مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفته اند. نتایج بیانگر این است که در سال ۸۵، هفتاد و چهار درصد مراجعان به مراکز بازپروری، بیکار بوده اند. از طرف دیگر، بیشتر افراد مراجعه کننده به این مراکز، افراد کم درآمد یا فاقد هرگونه درآمدی بوده اند. به طوری که ۳۴ درصد آنها هیچ درآمدی نداشته اند و مشغول به کار نبوده اند، ۳۰ درصد آنها هم درآمدی تا ۱۰۰ هزار تومان داشته اند (روزنامه سرمایه، مهر ۱۳۸۷).

تحقیقات زیادی نیز تمرکز خود را بر آسیب های روانی اجتماعی زنان آسیب دیده اجتماعی قرار داده و پیامد های مخرب روانی اجتماعی را برای اینگونه زنان شناسایی نموده اند. به عنوان مثال، مک

کلاسیکی و لیچتر (۲۰۰۳) نشان دادند که هر چه میزان آزارهای جسمی و روانی در زنان افزایش می‌یابد، احتمال خودکشی در آنان نیز افزایش می‌یابد. نتایج تحقیقات آنها بیانگر این است که خشونت‌های فیزیکی و روانی اعمال شده از سوی همسر، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های خودکشی در زنان است. همچنین، بنابر یافته‌های پژوهش هاوولز<sup>۱</sup> و رزنباوم<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) خشونت علیه زنان یکی از عوامل عمده‌ی خطر آفرینی در آنان است و زنان مورد خشونت قرار گرفته میزان بیشتری از خودکشی، افسردگی، اختلال تنش‌پس از سانحه، تشویش، و اعتیاد به الکل و مواد مخدر نشان دادند. گلاستون<sup>۳</sup>، پارکر<sup>۴</sup>، میچل<sup>۵</sup>، مالهی<sup>۶</sup>، ویلهلم<sup>۷</sup>، و آوستین<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) در تحقیق خود نشان دادند که قربانیان خشونت‌های خانگی از افکار خودکشی رنج می‌برند. مایر<sup>۹</sup>، اسپرینگر<sup>۱۰</sup>، و آلتیس<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۱) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که علائم ایدز و اختلالان روانی در زنان آسیب‌دیده اجتماعی بیشتر از هم‌تایان عادی آنها می‌باشد.

اسمیت، مارکوویک<sup>۱۲</sup>، دانیلسون<sup>۱۳</sup>، ماتیسوس<sup>۱۴</sup>، یوک<sup>۱۵</sup>، تالبوت، لارکبی<sup>۱۶</sup>، و هاگس<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۲) دریافتند که افسردگی و اقدام به خودکشی در زنان قربانی خشونت ۴ برابر بیش‌تر از زنان غیرقربانی است و اختلال استرس‌پس از ضربه که واکنش معمول به ضربه روانی و ترس زیاد است، در زنان کتک‌خورده به صورت ترکیبی از علائم تحریک‌پذیری، کناره‌گیری، خاطرات مزاحم، از دست دادن حافظه و سردرگمی شناختی جلوه‌گر می‌شود. مطالعات مارینا<sup>۱۸</sup> و فریتز<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۵) نشان داد که زنان کتک

- 
- 1 Howells
  - 2 Rosenbaum
  - 3 Gladstone
  - 4 Parker
  - 5 Mitchell
  - 6 Malhi
  - 7 Wilhelm
  - 8 Austin
  - 9 Meyer
  - 10 Springer
  - 11 Altice
  - 12 Markovic
  - 13 Danielson
  - 14 Matthews
  - 15 Youk
  - 16 Larkby
  - 17 Hughes
  - 18 Marina
  - 19 Frits

خورده طیف وسیعی از علائم آسیب شناسی روانی و مشکلات جسمی درازمدت را تجربه می کنند که افسردگی، اختلال استرس پس از ضربه، سوء مصرف مواد، احساس بی کفایتی و فقدان عزت نفس، خشونت خصمانه، ترس و انزوا، نگرش منفی نسبت به ازدواج و روابط صمیمی از آن جمله هستند. بعضی از مطالعات صورت پذیرفته در ایران نیز، عمده ترین پیامدهای خشونت نسبت به زنان در ایران را آسیب ارگان های داخلی، حاملگی ناخواسته، بیماری های مقاربتی، سقط جنین غیر عمدی، بیماری های التهابی لگن، دردهای مزمن لگن، سردرد، نشانگان روده تحریک پذیر، استعمال دخانیات، اعتیاد و الکلیسم، خودکشی، افسردگی، ترس، اضطراب، مشکلات تغذیه ای، اختلالات جنسی و وسواس و اختلال استرس پس از سانحه ذکر نموده اند (محمد خانی و آزاد مهر، ۱۳۸۷؛ موحدی و احدی، ۱۳۸۵). رسول زاده طباطبایی (۱۳۸۱) در تحقیقی به بررسی ویژگیهای روانشناختی (هیجان طلبی، هوش، عزت نفس و هویت) زنان ویژه (روسپی) و مقایسه آنها با زنان عادی پرداخت. نتایج وی نشان داد که زنان ویژه در مقایسه با زنان عادی، در مقیاس هیجان خواهی و خرده عاملهای آن یعنی تجربه طلبی، بازداری زدایی و ملال پذیری به صورت معنی داری نمرات بالاتری به دست آورند. همچنین، زنان ویژه در مقایسه با زنان عادی به صورت معناداری در آزمونهای هوش و عزت نفس نمرات پایین تری آورند. امین الاسلامی (۱۳۸۱) در تحقیق خود تحت عنوان خشونت علیه زنان در کردستان، دریافت که نود درصد زنان مورد خشونت واقع شده از نظر روانی و روحی دچار آسیب و عارضه گردیده اند. هم چنین ۷۱ درصد زنان مذکور دچار عوارض جسمانی ناشی از خشونت شوهران هم چون سردردهای مزمن و میگرن، سقط عمدی جنین، شکستگی، کوفتگی و سوزاندن اعضای بدن هستند. همچنین، نتایج تحقیق امام هادی، جلیلودن، و هادیان (۱۳۸۸) نیز نشان داد که زنان قربانی خشونت در مقایسه با زنان عادی از هوش هیجانی و همه مولفه های هوش بین فردی و درون فردی، و نیز از قدرت سازگاری و تحمل استرس کمتری برخوردار بودند. با توجه به اینکه معضل آسیب های اجتماعی مربوط به زنان، از جمله همسر آزاری، سوء استفاده های جنسی، پدیده زنان خیابانی رو به گسترش می باشد، این آسیب ها به نوبه خود می توانند زمینه ساز ناهنجاریهای متعدد دیگری بوده و موجبات آسیب های بیشتری را به جامعه فراهم آورند، این سیکل معیوب و سیر فقهقراپی می تواند ادامه داشته باشد مگر اینکه در جهت توقف و اصلاح آن تدبیری اندیشیده شود. با عنایت به آثار زیانبار و به دشواری قابل جبران آسیب های اجتماعی، خصوصاً در ارتباط با زنان، بررسی و شناسایی عوامل افزایش روز افزون زنان آسیب دیده اجتماعی، ویژگیهای روانشناختی این زنان، انواع اختلالات



روانی مبتلا به، و نیز چگونگی مواجهه با این زنان و درمان اختلالات روانشناختی آنها ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین، تمرکز تحقیق حاضر بر بررسی مقایسه‌ای انواع اختلالات شخصیتی در زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی در استان بوشهر می‌باشد. منظور از زنان آسیب دیده اجتماعی در این تحقیق، زنانی هستند که بنا به دلایلی همچون خشونت‌های فیزیکی همسر یا سایر اطرافیان، و یا سوءاستفاده‌های جنسی خیابانی از شرایط عادی زندگی خارج شده (بر گرفته از آیین نامه اجرایی سازمان بهزیستی و بازپروری، ۱۳۷۵) و به صورت خود معرف به بهزیستی استان بوشهر مراجعه کرده و یا اینکه توسط نهادهای مسئول به بهزیستی تحویل داده شده‌اند.

### روش

جامعه آماری در این تحقیق شامل دو جامعه مشخص و مجزای زنان آسیب دیده اجتماعی خود معرف به سازمان بهزیستی استان بوشهر یا دستگیر شده توسط نیروی انتظامی استان بوشهر (۹۲ نفر) در سال ۱۳۸۹ و نیز هم‌تایان عادی آنها در شهر بوشهر می‌باشند. با توجه به محدود بودن تعداد زنان آسیب دیده اجتماعی خود معرف یا دستگیر شده، تمامی آنها مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد نمونه آماری مربوط به زنان عادی نیز شامل ۱۵۴ از هم‌تایان عادی زنان آسیب دیده اجتماعی می‌باشند که ابتدا با استفاده از روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای، نقاطی از شهر بوشهر انتخاب و سپس از هر کدام از نقاط مشخص شده، تعداد بیست نفر بصورت تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزاری که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت، آزمون بالینی چند محوری میلون ۳ (ام. سی. ام. آی) می‌باشد که یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است و ۱۴ مقیاس آن به سنجش اختلالات شخصیت (الگوی بالینی شخصیت) بر اساس محور دو اختصاص یافته و ۱۰ مقیاس آن نیز نشانگان بالینی را بر اساس محور یک ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) به شرح ذیل، می‌سنجد: شخصیت اسکیزوئید، شخصیت اجتنابی، شخصیت افسرده، شخصیت وابسته، شخصیت نمایشی، شخصیت خودشیفته، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت آزارگر، شخصیت اجباری (وسواسی)، شخصیت منفی‌گرا، شخصیت خودناکام‌ساز، شخصیت اسکیزوتایپی، شخصیت مرزی، شخصیت پارانویید، اختلال اضطراب، اختلال شبه جسمی، اختلال دو قطبی، اختلال افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال تفکر، افسردگی اساسی، اختلال هذیان. در مطالعه شریفی (۱۳۸۵) روایی تمامی مقیاسهای ام. سی. ام. آی-۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل (توان پیش بینی مثبت، توان پیش بینی منفی و

توان پیش بینی کل)، بسیار خوب بر آورده شده است. به عنوان مثال توان پیش بینی مثبت مقیاسها از دامنه ۰/۵۸ (اختلال شخصیت نمایشی) تا ۰/۸۳ (اختلال هذیانی) و توان پیش بینی منفی مقیاسها از ۰/۹۳ (اختلال شخصیت منفی گرا) تا ۰/۹۹ (اختلال اضطراب) گزارش شده است. وی، همچنین همبستگی نمرات خام اولین اجرا و باز آزمایی را از ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش نموده است. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاسها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) بدست آمده است. روش جمع آوری اطلاعات در زنان آسیب دیده اجتماعی به این صورت بود که کارشناس آسیب های اجتماعی سازمان بهزیستی استان بوشهر، پس از ایجاد اطمینان در زنان آسیب دیده اجتماعی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و تذکر در خصوص عدم ضرورت نوشتن نام و نام خانوادگی، از فرد درخواست می نمود تا نسبت به تکمیل آزمون بالینی چند محوری میلیون ۳ اقدام نماید. روش جمع آوری اطلاعات در زنان عادی نیز به اینصورت بود که پرسشگرهای آموزش دیده شده توسط محقق، به اعضای نمونه مراجعه و ضمن معرفی خود و ارائه یک توضیح کلی غیر جهت دهنده در خصوص موضوع و هدف تحقیق، و پس از ایجاد اطمینان در آنها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و تذکر در خصوص عدم ضرورت نوشتن نام و نام خانوادگی، از افراد درخواست می نمودند تا نسبت به تکمیل پرسشنامه های مذکور اقدام نمایند.

### نتایج

به منظور بررسی مقایسه ای اختلالات شخصیتی زنان آسیب دیده اجتماعی با همتایان عادی آنها، نمرات دو گروه مذکور در ۱۴ شاخص مربوط به الگوهای بالینی شخصیت با استفاده از آزمون تی برای گروههای مستقل محاسبه گردید. نتایج در جدول شماره ۱ ارائه شده است. همانگونه که جدول شماره یک نشان می دهد، زنان آسیب دیده اجتماعی در مقایسه با زنان عادی در ۱۱ اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، آزارگر، منفی گرا، خودناکام ساز، اسکیزوتایپی، مرزی، و پارانوئید به طور معناداری اختلال بیشتری نشان داده ولی در سه اختلال شخصیت نمایشی، خودشیفته، و اجباری (وسواسی)، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

جدول ۱. مقایسه الگوهای بالینی اختلالات شخصیت در زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی

P	T	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه ها	الگو های بالینی
۰.۰۰۱	۱۰.۹۹	۳.۳۷	۱۴.۱۲	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت
		۴.۶۰	۸.۰۳	۱۵۴	زنان عادی	اسکیزوئید
۰.۰۰۱	۷.۹۸	۴.۷۱	۱۱.۵۶	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت اجتنابی
		۴.۹۳	۶.۴۴	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۰.۶۰	۵.۵۹	۱۵.۰۲	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت افسرده
		۵.۵۴	۷.۲۳	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۵.۱۲	۳.۸۹	۱۳.۷۹	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت وابسته
		۴.۱۷	۹.۲۵	۱۵۴	زنان عادی	
N.S	۱.۴۹	۴.۳۲	۱۲.۸۱	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت نمایشی
		۴.۵۴	۱۳.۷۹	۱۵۴	زنان عادی	
N.S	۱.۴۱	۳.۶۳	۱۳.۲۷	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت خودشیفته
		۴.۸۷	۱۴.۱۱	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۹.۱۶	۳.۸۳	۱۱.۳۶	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت ضداجتماعی
		۴.۴۷	۷.۰۱	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۶.۶۵	۳.۱۷	۱۳.۵۸	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت آزارگر
		۳.۹۸	۹.۷۷	۱۵۴	زنان عادی	
N.S	۱.۴۲	۳.۱۸	۱۳.۸۷	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت اجباری (وسواسی)
		۳.۱۱	۱۴.۳۶	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۱.۹۵	۵.۴۳	۱۶.۴۳	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت منفی گرا
		۴.۵۵	۸.۶۹	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۰.۸۰	۴.۲۹	۱۳.۰۲	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت خودناکام ساز
		۴.۵۹	۶.۶۱	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۰.۸۳	۵.۵۹	۱۲.۹۵	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت اسکیزوتایپی
		۵.۵۱	۵.۷۴	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۹.۷۲	۵.۲۵	۱۳.۶۲	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت مرزی
		۴.۸۷	۷.۷۶	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۸.۰۳	۴.۹۸	۱۳.۸۰	۹۲	زنان آسیب دیده	شخصیت پارانوئید
		۴.۷۵	۸.۶۶	۱۵۴	زنان عادی	

به منظور بررسی مقایسه ای نشانگان بالینی زنان آسیب دیده اجتماعی با هم‌تایان عادی آنها، نمرات دو گروه مذکور در ۱۰ شاخص مربوط به نشانگان بالینی با استفاده از آزمون تی برای گروه‌های مستقل محاسبه گردید. نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

مقایسه اختلالات شخصیت در زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی استان بوشهر

جدول ۲. مقایسه نشانگان بالینی شخصیت در زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی

P	T	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه ها	نشانگان بالینی
۰.۰۰۱	۹.۱۱	۵.۴۰	۱۱.۹۵	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال اضطراب
		۴.۸۳	۶.۱۶	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۱.۸۷	۴.۰۶	۱۰.۶۹	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال شبه جسمی
		۳.۹۳	۴.۴۵	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۷.۵۱	۳.۸۷	۱۰.۱۳	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال دو قطبی
		۳.۷۶	۶.۳۵	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۶.۹۷	۲.۹۵	۷.۲۷	۹۲	زنان آسیب دیده	وابستگی به الکل
		۳.۱۰	۴.۵۴	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۴.۹۱	۳.۴۹	۶.۰۳	۹۲	زنان آسیب دیده	وابستگی دارویی
		۳.۱۴	۳.۹۰	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۷.۷۲	۵.۴۷	۱۰.۸۵	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال استرس پس از ضربه
		۵.۳۲	۵.۳۲	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۲.۱۸	۴.۹۱	۱۲.۹۵	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال تفکر
		۵.۰۸	۵.۷۴	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۱.۳۷	۴.۶۱	۱۳.۲۷	۹۲	زنان آسیب دیده	افسردگی اساسی
		۵.۲۸	۵.۶۸	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۷.۹۸	۴.۰۴	۷.۶۶	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال هذیان
		۳.۱۴	۳.۹۶	۱۵۴	زنان عادی	
۰.۰۰۱	۱۲.۴۹	۴.۱۱	۱۲.۳۶	۹۲	زنان آسیب دیده	اختلال افسرده خویی
		۴.۷۱	۴.۹۲	۱۵۴	زنان عادی	

همچنین به منظور بررسی رابطه بین تحصیلات و اختلالات روانی زنان آسیب دیده اجتماعی، از تحلیل واریانس یکراه استفاده گردید. نتایج مقایسه هایی که از نظر آماری معنادار بودند در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

نتایج نشان داد که زنان آسیب دیده بیسواد یا دارای تحصیلات پایین در مقایسه با زنان آسیب دیده دارای تحصیلات بالاتر در الگوهای اختلال شخصیت افسرده، ضداجتماعی، آزارگر، منفی گرا، خودناکام ساز، اسکیزوتایپی، مرزی، پارانوئید و نشانگان بالینی اختلال شبه جسمی، اختلال دو قطبی، اختلال تفکر، و اختلال هذیان، اختلالات شدیدتری را نشان می دهند.

جدول ۳. مقایسه الگوها و نشانگان بالینی شخصیت در زنان آسیب دیده اجتماعی براساس سطح تحصیلات

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	الگوها و نشانگان بالینی
۰.۰۵	۲.۸۶	۸۴	۳	۲۵۲	بین گروهها	شخصیت افسرده
		۲۹	۸۵	۲۵۰۰	درون گروه ها	
۰.۰۱	۴.۰۷	۵۴	۳	۱۶۳	بین گروهها	شخصیت ضداجتماعی
		۱۳	۸۵	۱۱۳۷	درون گروه ها	
۰.۰۰۵	۵.۲۷	۱۰۸	۳	۳۲۶	بین گروهها	شخصیت آزارگر
		۲۰	۸۵	۱۱۳۷	درون گروه ها	
۰.۰۱	۴.۰۶	۱۰۹	۳	۳۲۹	بین گروهها	شخصیت منفی گرا
		۲۷	۸۵	۲۲۹۵	درون گروه ها	
۰.۰۵	۳.۲۸	۵۶	۳	۱۷۰	بین گروهها	شخصیت خودناکام ساز
		۱۷	۸۵	۱۴۷۳	درون گروه ها	
۰.۰۱	۳.۹۷	۱۱۴	۳	۳۴۲	بین گروهها	شخصیت اسکیزوتایپی
		۲۸	۸۵	۲۴۴۵	درون گروه ها	
۰.۰۵	۲.۹۵	۷۰	۳	۲۱۲	بین گروهها	شخصیت مرزی
		۲۶	۸۵	۲۲۵۶	درون گروه ها	
۰.۰۰۱	۵.۴۹	۱۱۹	۳	۳۵۹	بین گروهها	شخصیت پارانوید
		۲۱	۸۵	۱۸۵۴	درون گروه ها	
۰.۰۱	۳.۷۷	۵۷	۳	۱۷۲	بین گروهها	اختلال شبه جسمی
		۱۵	۸۵	۱۲۹۳	درون گروه ها	
۰.۰۵	۳.۳۴	۴۷	۳	۱۴۲	بین گروهها	اختلال دو قطبی
		۱۴	۸۵	۱۲۰۶	درون گروه ها	
۰.۰۱	۳.۵۵	۸۰	۳	۲۴۰	بین گروهها	اختلال تفکر
		۲۲	۸۵	۱۹۱۵	درون گروه ها	
۰.۰۵	۳.۴۹	۵۳	۳	۱۶۱	بین گروهها	اختلال هذیان
		۱۵	۸۵	۱۳۰۶	درون گروه ها	

### بحث و نتیجه گیری

یافته های تحقیق حاضر نشان داد که زنان آسیب دیده اجتماعی در مقایسه با زنان عادی، در بسیاری از اختلالات شخصیتی و تمامی نشانگان بالینی، علائم بالینی شدیدتری را نشان می دهند. یافته های این تحقیق موید تحقیقات پیشینی است که بیانگر بعضی از اختلالات روانی در زنان آسیب دیده اجتماعی،

خصوصاً زنان روسپی هستند (گلاستون و همکاران، ۲۰۰۴؛ مایر و اسپرینگر، ۲۰۱۱). همانطور که یافته های تحقیق حاضر نشان می دهد، بیشترین تفاوت بین زنان آسیب دیده اجتماعی با زنان عادی، در اختلال شخصیت ضد اجتماعی می باشد. این یافته تحقیق حاضر همسو با تحقیقاتی است که عنوان می نمایند.

مهمترین اختلال روانی مبتلا به زنان روسپی به طور خاص و یا بزهدکار به طور عام، اختلال شخصیت ضد اجتماعی است. از جمله ویژگیهای شاخص افراد مبتلا به چنین اختلالی این است که نمی توانند مقررات اجتماعی را بپذیرند. نقض مقررات زندگی خانوادگی و اجتماعی، ماجراجویی، لذت جویی، دروغگویی، رفتارهای جنسی زود هنگام، اعتیاد به مواد مخدر و الکل، نداشتن برنامه برای آینده، تحریک پذیری، بی توجهی به امنیت خود و دیگران، بی مسئولیتی و فقدان پشیمانی نسبت به اعمال خلاف خویش و سوابق دستگیری به علت نقض قانون از جمله نشانه های اختلال شخصیت ضد اجتماعی است که در بخش عمده ای از روسپیان ملاحظه می شود.

یکی دیگر از یافته های تحقیق حاضر، رابطه بین سطح تحصیلات و میزان اختلالات روانی می باشد. به عبارت دیگر، یافته های این تحقیق نشان داد که زنان آسیب دیده دارای تحصیلات پایین، در مقایسه با زنان آسیب دیده دارای تحصیلات دیپلم به بالا در اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، شخصیت آزارگر، شخصیت منفی گرا، شخصیت خودناکام ساز، شخصیت اسکیزوتایپال، شخصیت مرزی، شخصیت پارانوئید، اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب، اختلال شبه جسمی، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده خوبی، اختلال هذیانی، و اختلال وابستگی به الکل، علائم بالینی شدیدتری را نشان دادند.

این یافته ها نیز همسو و موید نتایج تحقیقاتی هستند که بر عوامل اجتماعی و فرهنگی به عنوان عوامل مرتبط با آسیب های اجتماعی تاکید می نمایند. مثلاً یافته های تحقیقات پیشین نشان می دهند که اکثر زنان آسیب دیده اجتماعی، فاقد تحصیلات و مهارتهایی هستند که بتواند موفقیت آنها را در دستیابی به شغل مناسب تضمین کند. بیشتر این زنان کسانی هستند که یا بکلی بی سوادند و یا تحصیلات بسیار اندکی دارند. مهارت کم، تحصیلات اندک، نداشتن حامی که آنها را از حیث اقتصادی و امنیتی محافظت نماید و همچنین امکانات محدود برای اشتغال، اثر منفی روی زنان جوان دارد و وجود همین شرایط منفی احتمال سوق یافتن آنها را به سمت انحرافی از قبیل فحشا و مصرف مواد افزایش می دهد. پژوهش ها، همچنین نشان می دهند که افزایش میزان تحصیلات می تواند از انتظارات مربوط به ایفای نقش های سنگین خانوادگی توسط زنان کاسته و موجب کاهش سخت گیری و رفتار سوء

نسبت به زنان شود (امیکو<sup>۱</sup> و تاجیما<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). برخی از زنان نیز به خاطر محدودیتهای مالی و اقتصادی ممکن است به نشانه مقاومت و یا پاسخ به فقر، به فحشا روی آورند. به عبارت دیگر، گاهی فحشا یک استراتژی فعال در مواجهه با فقر است. چرا که در دنیایی که مردان از حقوق و شرایط برتری نسبت به زنان برخوردارند، فحشا شاید تنها راهی باشد که بیشتر زنان فاقد شوهر، پدر یا برادری که آنها را حمایت کند، را قادر به ادامه حیات می سازد (کانکایا<sup>۳</sup>، تالبوت، وارد<sup>۴</sup>، و دابرسین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲).

همچنین، این واقعیت که حدود ۸۵ درصد از زنان آسیب دیده اجتماعی شرکت کننده در تحقیق حاضر، به طور رسمی از همسر خود طلاق گرفته بودند و عموماً علت طلاق خود را ازدواج نا آگاهانه، زود هنگام، و اجباری ذکر کردند، با یافته هایی همسو هستند که نشان می دهند بعضی از دخترانی که در خانواده های آشفته زندگی می کنند برای رهایی از شرایط دشوار خود دست به ازدواج های ناآگاهانه می زنند و چنین ازدواج هایی نیز معمولاً سرانجامی جز جدایی و غلطیدن در دام آسیب های اجتماعی ندارند. زیرا این گونه ازدواج ها، که معمولاً سرسری و بی توجه به تناسب زوج از نظر سن، میزان تحصیلات، موقعیت خانوادگی و جهات دیگر صورت می گیرد، غالباً بی دوام و ناپایدار است و منجر به جدایی می گردد. این جدایی علاوه بر آثار و عواقب روانی برای هریک از زن و شوهر، در شرایطی که زن از نظر اجتماعی و اقتصادی پایگاه محکم و استواری نداشته باشد، زمینه مساعد را برای کجروی فراهم می سازد (زمانی، ۱۳۸۴).

یک زن آسیب دیده از سوء استفاده های جنسی و آزارهای فیزیکی دیگران، یک انسان است. انسانی که حق دارد تا در میان خانواده به زندگی اش ادامه دهد، اما به دلیل اینکه خانواده زنان آسیب دیده اغلب دارای شرایط نامناسبی هستند، بنابر این باید ضمن اینکه به چنین زنانی کمک نمود تا شرایط زندگی خود را تا حدی که امکانپذیر است عادی نمایند، مهارتها، توانمندیها و سبکهای مقابله ای لازم جهت زندگی در شرایط دشوار را نیز به آنها آموزش داد تا بتوانند مثل یک شهروند سالم در جامعه زندگی کنند. با توجه به اهمیت موضوع پیشگیری از مشکلات زنان آسیب دیده که به نوبه خود

<sup>1</sup> Emiko

<sup>2</sup> Tajima

<sup>3</sup> Cankaya

<sup>4</sup> Ward

<sup>5</sup> Duberstein

می‌تواند به بروز مشکلات روان شناختی منجر شود، به نظر می‌رسد با تدوین برنامه های پیشگیرانه و مداخله ای توسط مسئولان بهداشت کشور میتوان در چند جهت گام برداشت، از جمله؛ آموزش سبکهای فرزند پروری مناسب به والدین، آموزش مهارتهای زندگی به فرزندان، توجه به نیازهای مادی و عاطفی زنان در معرض آسیب، و ارائه خدمات روانشناختی به زنان آسیب دیده اجتماعی، حمایت اقتصادی و کمک به استقلال اقتصادی آنها، افزایش حمایت اجتماعی رسمی، آموزش جستجو و دریافت منابع حمایتی رسمی و غیر رسمی به آنها، آموزش مهارتهای زندگی و سبک های مقابله ای سالم و موثر به آنها.

با توجه به محدودیتهای تحقیق حاضر، از جمله محدودیت نمونه و گستره متغیرهای مورد مطالعه، پیشنهاد می شود که تحقیقات گسترده تری در خصوص شرایط زندگی و خانوادگی زنان آسیب دیده اجتماعی، ویژگیهای روانشناختی، و میزان برخورداری آنها از مهارتهای مورد نیاز جهت یک زندگی هدفمند و سالم صورت پذیرفته و سعی شود الگوی بومی شرایط و ویژگیهای زنان آسیب دیده اجتماعی مورد شناسایی قرار گرفته و راه حل هایی متناسب با شرایط خاص زنان آسیب دیده اجتماعی بومی ارائه گردد.

### منابع

#### فارسی

امام هادی، محمد علی؛ جلیلوند، مریم؛ و هادیان، مینا. (۱۳۸۸). مقایسه وضعیت هوش هیجانی در زنان قربانی خشونت خانگی با گروه شاهد. مجله علمی پزشکی قانونی. شماره ۱۵، صص، ۲۰-۱۴.

امین الاسلامی، فرهاد. (۱۳۸۱). خشونت علیه زنان در کردستان، مجموعه آرای دیدگاه های فمینیستی، جلد ۲. گردآوری نوین احمدی خراسانی. تهران: نشر توسعه.

جمشیدی، س. (۱۳۷۸). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر انحراف زنان و دختران آسیب دیده و در معرض آسیب مراکز بازپروری بهزیستی (استان تهران). پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه کرمان.

جوادیان، رضا. (۱۳۸۲). بررسی پدیده ی خشونت در خانواده های دارای پدر معتاد. مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان. خوراسگان: دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۸۱). بررسی مقایسه ای خصوصیات روانشناختی زنان ویژه با زنان عادی. فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۵، صص ۱۷۶-۱۶۱.



روزنامه سرمایه، شماره ۸۴۲، شنبه، ۶ مهر، ۱۳۸۷. برگرفته در تاریخ ۱۷ دیماه ۱۳۸۹ از سایت:

<http://www.sarmayeh.net/Archive.php?1387-7-6>

زمانی، فریبا. (۱۳۸۴). زمینه‌های بزهکاری زنان. *روزنامه همشهری*. برگرفته در تاریخ ۲۰ دیماه ۱۳۸۹

از سایت: <http://www.hamshahrionline.ir/News/?id=26435>

شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۵). ام. سی. ام. آی (میلون-۳). ویراسته ابوالفضل کرمی، تهران، انتشارات روانسنجی

شهینی بیلاق، منیجه. (۱۳۷۶). رابطه‌ی برخی عوامل جمعیت‌شناختی با خشونت مردان نسبت به همسران خود در شهرستان اهواز. *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دوره ۳، شماره ۴، صص ۱-۲.

عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲). بررسی توصیفی خشونت علیه زنان در شهر ارومیه. *مطالعات زنان*، دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۰۱-۱۲۰.

علیایی زند، شهین. (۱۳۸۱). عوامل زمینه ساز تن دادن زنان به روسپیگری. *اولین همایش آسیب‌های اجتماعی در ایران*، برگرفته در تاریخ ۱۲ بهمن ۱۳۸۹ از سایت:

<http://spdb.uswr.ac.ir/ViewMqlh.aspx?Cd=450>

گلپرور، محسن؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۰). مقایسه‌ی ویژه‌گی‌های روانی و روابط زناشویی معتادان و غیر معتادان با همسران آن‌ها. *دانش و پژوهش*، دوره ۲، شماره ۷، صص ۱-۲۰.

محمد خانی، پروانه؛ و آزاد مهر، پروانه. (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی و مشکلات روانی ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی، *مجله رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۷، صص ۳۷-۴۹.

موحدی، علی فخر؛ واحدی، فاطمه. (۱۳۸۵). قربانیان خاموش، خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشکده مامایی اراک.

#### لاتین

Andover, M. S., Zlotnick, C., & Miller, I. W. (2007). Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 467-474.

Bonugli, R., Brackley, M. H., Williams, G. B., & Lesser, J. (2010). Sexual Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Adult Women with Severe Mental Illness: A Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 456-460.

Cankaya, B., Talbot, N. L., Ward, E. A., & Duberstein, P. R. (2012). Parental Sexual Abuse and Suicidal Behaviour Among Women With Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 45-51.

- Dauod, N., Urquia, M. L., O'Campo, P., Janssen, P. A., Smylie, J., & Thiessen, K. (2012). Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health*, 102, 1893-901.
- Emiko A. Tajima, E. T. (2004). Correlates of the Co- occurrence of wife abuse and child abuse among a representative sample. *Journal of Family Violence*, 19, 399-410.
- Eriksson, C. J; Bettina, v; Taisto, S; & Kaija, S. (2003). Oestradiol and Human Male Alcohol-Related Aggression. *Alcohol and Alcoholism*, 38,589-596.
- Haller, D. L., and Miles, R. M. (2003). Victimization and Perpetration among Perinatal Substance Abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 760-780.
- Foster, K., & Sandel, M. (2010). Abuse of Women with Disabilities: Toward an Empowerment Perspective. *Sex Disability*, 28, 177-186.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417-1425.
- Howells, N. L., & Rosenbaum. A. (2008). Effects of Perpetrator and Victim Gender on Negative Outcomes of Family Violence. *Journal of Family Violence*, 23, 203- 209.
- Joiner, T. E., Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behavior Research and Therapy*, 45, 539-547.
- Kimuna, S. R., & Djamba, Y. K. (2008). Gender Based Violence: Correlates of Physical and Sexual Wife Abuse in Kenya. *Journal of Family Violence*, 23, 333- 342.
- Kinsworthy, S., & Garza, y. (2010). Filial Therapy with Victims of Family Violence: a Phenomenological Study. *Journal of Family Violence*, 25, 423- 429.
- Marina, C., & Frits, A. G. (2005). Aggression, social cognitions, anger and sadness in bullies and victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 186-197.
- McCloskey, L. A., & Lichter, E. L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 390-412.

- McHugh, R. K., & Greenfield, S. F. (2010). Psychiatric Symptom Improvement in Women Following Group Substance Abuse Treatment: Results From the Women's Recovery Group Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 26-36.
- Meyer, J. P., Springer, S. A., Altice, F. L. (2011). Substance Abuse, Violence, and HIV in Women: A Literature Review of the Syndemic. *Journal of Women's Health*, 20, 991-1006.
- Nelso, H. D., Peggy, N; & Jonathan, K. (2004). Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Clinical Guidelines*, 140,387-396.
- Smith, P. N., Gamble, S. A., Cort, N. A., Ward, E. A., Conwell, Y., Talbot, N. L. (2012). The Relationships of Attachment Style and Social Maladjustment to Death Ideation in Depressed Women With a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal Of Clinical Psychology*, 68, 78-87.
- Smith, H. A., Markovic, N., Danielson, m. E., Matthews, A., Youk, A., Talbott, E. O., Larkby, C., & Hughes, T. (2010). Sexual Abuse, Sexual Orientation, and Obesity in Women. *Journal of Women's Health*, 19, 1525-1532.
- Stuart, G. L; Todd, M; Moore, C; & Susan, E. R. (2003). Substance Abuse and Relationship Violence among Men Court-Referred to Batterers' Intervention Program. *Substance Abuse*, 24,107-122
- Testa, M; Loingston, J. A., & Kenneth, E. L. (2003). Women's Substance Use and Experiences of Intimate Partner Violence: A Longitudinal Investigation among a Community Sample. *Addictive Behaviors*, 28, 1649-1664.