

رابطه بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی همسر آزاری: نقش واسطه‌ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی

*سید سعید پورنقاشی تهرانی: (نویسنده مسئول)، دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

spournaghash@yahoo.com

زهرا قلندرزاده: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

حجت الله فراهانی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

سید مهدی صابری: دانشیار، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

معصومه پاشایی بهرام: دکترای پزشکی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۲

چکیده

بی‌توجهی به سلامت زنان و اعمال خشونت خانگی علیه آنان می‌تواند سبب پیدایش انواع بیماری‌های روانی و حتی جسمانی گردد که این امر تهدیدی برای سلامت اعضای خانواده است. زنان نسبت به اعضای دیگر خانواده بیش‌تر در معرض خشونت، به خصوص خشونت مردان هستند. مهم‌ترین آسیبی که خشونت خانگی به همراه دارد ایجاد اختلال در عملکرد شناختی زنان قربانی خشونت است. خشونت خانگی به عنوان یک عامل استرس‌زای محیطی می‌تواند عملکردهای شناختی را تحت تأثیر قرار دهد، بنابراین بررسی عملکردهای شناختی در زنان آسیب‌دیده از خشونت‌های خانگی دارای اهمیت است. تأثیر خشونت بر عملکردهای شناختی از طریق سایر متغیرهای روانشناختی ممکن است رخ دهد. راهی از موقعت خشونت‌پذیری برای زنان قربانی خشونت خانگی به کیفیت عملکرد شناختی آنها وابسته است. از این رو در پژوهش حاضر، نقش واسطه‌ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین تجربه خشونت خانگی و عملکردهای شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش در یک نمونه از زنان قربانی خشونت خانگی، روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود که رابطه بین متغیرها بر حسب اهداف پژوهش تحلیل گردیدند. جامعه تحقیق شامل زنان قربانی خشونت مراجعه‌کننده به واحدهای مختلف پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان زن به این مراکز بوده اند که به شیوه هدفمند با توجه به معیارهای ورود و خروج و پس از اخذ رضایت از آن‌ها انتخاب شده اند. مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش با انجام تحلیل‌های مختلف آماری مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهند که خشونت خانگی بر عملکردهای شناختی توسط متغیرهای واسطه‌ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی تأثیرگذار است. با توجه به مقادیر شاخص‌های برازش از قبیل RMR، RMSEA، GFI و ... مدل مفهومی پیشنهادی برازش یافت. پژوهش پیش رو بیانگر آن است که تجربه خشونت‌های خانگی در زنان به واسطه کاهش توانایی خود تنظیمی، و ایجاد پریشانی روانشناختی باعث کاهش عملکردهای شناختی در آنها می‌گردد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان با توجه دادن خانواده‌ها و همچنین سازمان‌ها و مراکز مرتبط با نگهداری و کمک به زنان قربانی خشونت به اهمیت نقش کاهش توانایی‌های شناختی و عوامل واسطه‌ای موثر بر آنها بر ادامه خشونت‌پذیری، با مداخلات آموزشی و درمانی، از وقوع مجدد این گونه خشونت‌ها پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، همسر آزاری، خود تنظیمی، پریشانی روانشناختی، عملکرد شناختی.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 6, No. 3, Autumn 2018

Relationship between Domestic Violence and Cognitive Functions in Women Victim of Spouse Abuse: Mediating Role of the Self-Regulation and Psychological Distress

*Pournaghash Tehrani, SS. (Corresponding author) Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

spournaghash@yahoo.com

Ghalandarzadeh, Z. MA in Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Farahani, H. Assistant Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Saberi S, M. Associate Professor of Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

Pashaei Bahram, M. M.D., Forensic Medicine Organization, Tehran, Iran.

Abstract

Domestic violence could cause different types of physical and mental consequences for women. This may threaten safety of the family. Women are more prone to be the victims of violence particularly partners' one. One of the important consequences of violence is cognitive dysfunctioning. Domestic violence could be considered as an environmental stressor factor which in turn could affect cognitive functions. Surviving from the influence of a domestic violence is in direct relation with the cognitive capabilities of abused women. Therefore, investigation on the effect of domestic violence on cognitive functioning of women suffering from domestic violence is an important issue. The effect of violence on cognitive functions may occur throughout other psychological variables. That is why in the current study, the mediating role of self-regulation and psychological Distress relating domestic violence and cognitive functions is investigated. The current study is a fundamental research. Considering that, the study of the relationship between the interested variables has been conducted on a limited number of abused women, it is a descriptive-correlative type of research. The relationship between the parameters is analyzed based on the research objectives. The subject community is abused women referred to different branches of Tehran Forensic Medicine Center in 2017-2018. 200 abused women are asked to participate in this study. They are selected on a purposive sampling method based on entry-exit criteria and after seeking their acceptances. Results are analyzed by means of SPSS and LISREL software. The conceptual model connecting domestic violence to the cognitive functioning throughout the above mentioned mediating parameters are examined. The outcomes supported a suitable fitness for the proposed model, since the statistical indicators such as RMSEA, GFI, MFI, and AGFI ... showed satisfactory values. Present study shows that the experience of domestic violence creates significant cognitive dysfunctioning through the mediating factors such as loss of self-regulation capability and Psychological Distress. By means of these findings, families and social organizations such and women's shelter and support centers can offer suitable educational programs and treatment to prevent the continuation of the violence.

Keywords: Domestic violence, Spouse abuse, Self-regulation, Psychological distress, Cognitive functions.

مقدمه

شناخت^۱ به تمام فعالیت‌های ذهنی که موثر در ثبت، پردازش، ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات هستند گفته می‌شود. عملکردهای شناختی^۲ شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها از قبیل توجه و یادگیری، حافظه، توانایی‌های زبانی، مهارت‌های دیداری-ادراکی، تفکر منطقی و حل مسئله می‌شود (ایراکسینن^۳، ۲۰۰۶). عملکردهای اجرایی شامل توانایی‌هایی از قبیل تنظیم کردن اهداف، برنامه ریزی، شروع و انجام تکالیف و خود پایشی رفتارها برای رسیدن به اهداف مطلوب می‌باشد (لزاک^۴، ۱۹۹۵). توانایی‌های کلامی از قبیل توانایی زبانی، روانی در صحبت کردن، خواندن و نوشتن به طور معمول در نیمکره چپ مغز بازنمایی می‌شوند (کلب و ویشاوه^۵، ۱۹۹۶). حافظه به عنوان یکی دیگر از توانایی‌های شناختی معرفی شده است. حافظه یک فرایند یا سیستم واحد نیست بلکه یک اصطلاح جامع برای تعریف خانواده‌ای از سیستم‌های عصبی شناختی به حساب می‌آید که این سیستم‌ها روش‌های مختلفی را در ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات برای رسیدن به یک رفتار و هوشیاری اعمال می‌کنند (بدلی^۶، ۱۹۹۲). عملکردهای شناختی توسط تعدادی از فاکتورهای جمعیتی و وابسته به سلامت همانند سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت روانی و فیزیکی تحت تاثیر قرار می‌گیرند. نقص شناختی عموماً با جراحات‌های تروماتیک مغزی^۷ و اختلالات نورودژنراتیو^۸ ارتباط دارد. درباره تاثیر نقش شرایط روانشناختی روی عملکردهای شناختی کمتر مطالعه شده است ولی با این حال عوامل روانشناختی نیز می‌توانند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهند. یکی از این عوامل روانشناختی، تجربه خشونت است. خشونت خانگی به عنوان یک عامل استرس زای محیطی می‌تواند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهد، بنابراین بررسی عملکردهای شناختی در زنان آسیب دیده از خشونت‌های خانگی دارای اهمیت است. پژوهش در خصوص موضوع خشونت خانگی^۹ پیشینه‌ای کمتر از چهار دهه دارد. بر اساس گزارش بانک جهانی

(۱۹۹۳)، خشونت خانگی مرگ و میری به اندازه سرطان در بین زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله به همراه داشته است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی^{۱۰} ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد از زنان در کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی و خشونت را تجربه کرده‌اند (فلین و گراهام، ۲۰۱۰). در ایران نیز بررسی‌های گوناگون شیوع همسرآزاری ۲۷-۳۸ درصد گزارش شده است و خشونت علیه زنان ایرانی شامل انواع خشونت‌های فیزیکی، روانی، جنسی و اقتصادی بوده است (حسین زاده و همکاران، ۲۰۱۰). پور نقاش تهرانی و قلندرزاده (۲۰۱۸) به نقل از محققین مختلف خشونت خانگی را به شرح زیر معرفی کرده‌اند: "طبق تعاریف سنتی خشونت خانگی بیشتر با خشونت فیزیکی تداعی می‌شود. به طور مثال دیکشنری وبستر خشونت خانگی را این چنین تعریف می‌کند: "اقدام به وارد آوردن جراحت فیزیکی توسط یک عضو خانواده بر عضو دیگر." امروزه خشونت خانگی به نحو وسیع‌تری تعریف می‌شود تا تمام اشکال فیزیکی جنسی، روان شناختی یا اقتصادی خشونت را دربرگیرد. این اشکال خشونت ممکن است توسط شخصی که عضو خانواده است رخ دهد یا شخصی که یک شریک صمیمی با همسر است، صرف نظر از اینکه آنها با هم زندگی می‌کنند یا نه (شورای اروپا، ۲۰۱۱).

تعریف مورد قبول عام برای خشونت روانشناختی یا هیجانی بر اساس تعریف سازمان عفو بین‌الملل هرگونه زجر دادن روانی را در بر می‌گیرد و همچنین شامل هرگونه محبوس کردن، قربانی و ایجاد ناتوانی بر اثر فرسودن، ضعیف ساختن، از بین بردن ظرفیت‌ها، تحقیر و بی حرمت ساختن و غیره می‌شود. برخی مولفان دیگر، خشونت اجتماعی و خشونت اقتصادی را نیز به انواع بالا اضافه می‌کنند که می‌توان آن را از اقسام خشونت روانشناختی به حساب آورد. خشونت خانگی یکی از رایج‌ترین علت مصدومیت زنان شناخته می‌شود و قربانیان اغلب مشکلات سلامتی حاد و مزمن را تجربه می‌کنند شامل شکستگی استخوان‌ها، تروما‌های عصبی شناختی، ترومای صورت، حالات قلبی عروقی و معدی روده‌ای (والبی و آلن^{۱۱}، ۲۰۰۴). "مطالعات نشان داده‌اند که تجربه خشونت خانگی می‌تواند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهد. تاملی^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به

1. Cognition

2. Cognitive Functions

3. Airaksinen, E.

4. Lezak, M., D.

5. Kolb, B. Wishaw, I., Q.

6. Baddeley, A.

7. Traumatic Brain Injury

8. Neurodegenerative

9. Domestic Violence(DV)

10. World Health Organization

11. Walby, S., and Allen, J.

12. Twamley, E. and et al.

و هیجانی می‌شوند و در اثر این عوامل کنترل خود را برای سیگار کشیدن، گرفتن رژیم غذایی و مصرف الکل و مواد مخدر زمانی که تحت استرس هستند از دست می‌دهند (بامیستر و هیسرتون^۶، ۱۹۹۶). مطالعات همچنین رابطه بین توانایی خودتنظیمی و عملکرد شناختی را نشان داده‌اند. آشمیکل و همکاران^۷، ۲۰۰۳، به این نتیجه رسیدند که تخلیه منابع خود تنظیمی می‌تواند اختلال عملکرد در موضوعاتی را ایجاد کنند که به سطح بالایی از کنترل شناختی در آنها نیاز است. فرضیه اصلی در این است که تخلیه ذخایر خود تنظیمی می‌تواند برخی از فعالیت‌های شناختی را مختل کند. با این که عملکردهای شناختی و عقلانی انسان مورد مطالعه وسیعی قرار گرفته است، اما محققین کمی تاثیر "خود" را بر عملکرد های شناختی و ذهنی بررسی کرده‌اند. "خود" نیاز دارد تا کنترل‌هایی مثل استدلال کردن^۸، حل مسئله^۹ و سایر عملکردهای اجرایی را انجام دهد. زمانی که ذخایر "خود" تخلیه می‌شوند، این عملکردهای ذهنی نیز ضعیف تر می‌گردند (اشمیکل و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۳). آن چه که تخلیه می‌شود گنجایش یا توانایی خود تنظیمی است، لذا تکالیف شناختی که به کنترل عملکرد اجرایی وابسته‌اند، مختل خواهند شد. بنابر مطالب گفته شده انتظار می‌رود خود تنظیمی در رابطه بین تجربه خشونت‌های خانگی و عملکرد های شناختی نقش واسطه‌ای بازی کند. علاوه بر سازه خودتنظیمی سازه‌های دیگر مورد بررسی به عنوان واسطه بین تجربه خشونت‌های خانگی و عملکرد شناختی پریشانی‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند. اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی جوامع مدرن محسوب می‌شوند. اختلالات اضطرابی با میزان شیوع طول عمر ۳۰.۵ درصد برای زنان و ۱۹.۲ درصد برای مردان، و افسردگی نیز با شیوع ۱۰ تا ۲۵ درصد در زنان و ۵ تا ۱۵ درصد در مردان (سادوک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵) در میان بیماری‌های روانی جایگاه نخست را از نظر سهم ابتلای افراد جامعه دارند. پریشانی‌ها و عواقب حاصل از این دو اختلال، همواره در صدی از افراد جامعه را به شدت درگیر می‌سازد، تا حدی که افراد روال زندگی روزمره خود را از دست می‌دهند و در عملکرد خود دچار نقص و نارسایی می‌شوند. تاثیر خشونت‌های خانگی به موازات آسیب‌های فیزیکی، شامل

بررسی عملکردهای شناختی زنانی که خشونت توسط شریک صمیمی^۱ (IPV) را تجربه کرده بودند پرداختند، نتایج این مطالعه نشان داد زنان قربانی IPV در آزمایش‌های عملکرد های شناختی شامل توجه، حافظه کوتاه مدت و عملکردهای اجرایی نسبت به زنانی که قربانی این خشونت‌ها نبوده‌اند، عملکرد پایین‌تری داشتند. دپرینس^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، هم در مطالعه خود نشان دادند که بین ترومای ناشی از خشونت بین شخصی و نقص در عملکردهای اجرایی رابطه وجود دارد. بر این اساس یکی از مسائل مورد مطالعه در این پژوهش بررسی رابطه بین تجربه انواع خشونت‌های خانگی با عملکردهای شناختی است. اما آیا این رابطه یک رابطه مستقیم و ساده است، یا ممکن است متغیرهای روانشناختی دیگری این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا کنند؟ از این رو مسئله دیگر پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین تجربه انواع خشونت‌های خانگی و عملکردهای شناختی می‌باشد. تجربه خشونت‌های خانگی همچنین می‌تواند روی توانایی خود تنظیمی افراد خشونت دیده تاثیر بگذارد. خود تنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش کرده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد درباره رفتار خود قضاوت کرده و در نتیجه رفتار خود را تنظیم می‌کند (جراس^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). عوامل متعددی می‌توانند روی خودتنظیمی تاثیر گذاشته و آن را با شکست مواجه کنند، یکی از این عوامل استرس است. خشونت خانگی یک منبع استرس زای بین فردی است که باعث از بین رفتن یکپارچگی در خانواده می‌شود (موراد^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین خشونت خانگی به عنوان یک عامل استرس زای محیطی می‌تواند توانایی خود تنظیمی را با مشکل مواجه کند. زنان آسیب دیده از خشونت به دلیل تجربه استرس ناشی از مواجهه با خشونت، در وظایفی که نیاز به خودتنظیمی دارد دارای اختلال هستند. خودتنظیمی به مثابه یک توانمندی شناختی شناخته می‌شود و می‌تواند دچار تقلیل و کاهش گردد (هیسرتون و واگنر^۵، ۲۰۱۱). استرس ناشی از رویدادهای استرس‌زا می‌تواند باعث تخلیه ذخایر خود تنظیمی گردد. به این دلیل که استرس ظرفیت خود تنظیمی افراد را تخلیه می‌کند، افراد در شرایط استرس بسیار حساس

6. Baumeister, R., F. and Heatherton, T., F.

7. Schmeichel, B., J.

8. Reasoning

9. Problem Solving

10. Sadock, B., J.

1. Intimate Partner Violence

2. Deprince, A., P.

3. Jerath, R.

4. Mourad, M., R.

5. Heatherton, T., F. and Wagner, D., D.

این تأثیرات به نوبه خود می تواند برای جامعه هزینه های زیادی در بر داشته باشد. درک چگونگی تأثیر خشونت دیدگی در عملکردهایی که نهایتاً به نوعی ناتوانی رفتار شخصی و اجتماعی در زنان قربانی خشونت (از جمله خشونت خانگی) می شوند حائز اهمیت زیادی است. درک دقیق این موضوع هم در فرایندهای درمانی و بهسازی عملکردی زنان خشونت دیده از یک سو و کاهش آثار خانگی و اجتماعی این آسیب از سوی دیگر می تواند کاربرد عملی داشته باشد. به نظر می رسد مهم ترین آسیبی که خشونت خانگی به همراه دارد ایجاد اختلال در عملکرد های شناختی زنان قربانی خشونت باشد. تحقیقات پیشین نقش خشونت در ایجاد ناتوانیهای از قبیل اختلالات روانپزشکی و نیز عدم توانایی در تنظیم هیجان و خود تنظیمی را نشان داده اند. اینگونه اختلالات به نوبه خود مولفه های مختلف عملکرد شناختی را هدف گیری کرده و موجب آسیب به آنها می شود. از آنجایی که نقص در عملکردهای شناختی نیز نقش مهمی در رشد مشکلات هیجانی و رفتاری پس از رویارویی با رویدادهای استرس زا همچون خشونت همسر ایفا می کند، توانایی زنان در کنترل و بهبود شرایط به منظور کاهش خشونت کاملاً تقویت پیدا می کند. به عبارت دیگر زنان قربانی خشونت در تکرار شدن متوالی آن نه تنها قادر به کنترل شرایط نمی شوند بلکه بدلیل نقصان در تواناییهای شناختی و خود کنترلی به تکرار خشونت دیدگی تن در می دهند. پری فرونتال مسؤل قضاوت و تصمیم گیری، حل مسئله، استدلال، تصمیم گیری بوده و نقص این مولفه های عملکرد شناختی می تواند باعث تداوم مسائل و مشکلات و عدم توانایی خروج از مسائل آسیب زا شود. این یک سیکل معیوب است، زنان قربانی خشونت بدنبال حل مسئله و خروج از موقعیت آسیب زا هستند، در حالیکه تواناییهای شناختی آنها آسیب دیده است.

روش

طرح پژوهش

با توجه به بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش در یک نمونه از زنان قربانی خشونت خانگی، طرح پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی به شمار می رود که رابطه بین متغیرها بر حسب اهداف پژوهش تحلیل شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه تحقیق شامل زنان قربانی همسرآزاری مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ می باشند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از مراجعه کنندگان به این مراکز بودند که به

آسیب های روانشناختی هم می شود (دوتن^۱، ۱۹۹۲). زنانی که در معرض خشونت قرار گرفته اند، دارای علائم شدید افسردگی و اضطراب و همچنین اختلال فشار پس سانحه^۲ و افکار خودکشی در مقایسه با زنانی که در معرض خشونت نبوده اند، هستند. یافته ها نشان می دهند که زنانی که دو بار یا بیش از یک بار در معرض خشونت قرار گرفته اند، ریسک ابتلا به بیماری های روانی را بیشتر دارند (رومیتو^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین یک ارتباط خیلی قوی بین اختلالات اضطرابی و تجربه خشونت توسط شریک صمیمی، خصوصاً اختلال پنیک و اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (شوری^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). شواهد زیادی نیز نشان می دهند که افسردگی ریسک نقص شناختی و ناتوانی در عملکرد های شناختی را افزایش می دهد. چارنی^۵ و همکاران (۲۰۰۳). مطالعات جدید در خصوص افسردگی و عملکردهای شناختی نشان دهنده ارتباط افسردگی با حافظه کوتاه مدت، توجه و نقص در عملکرد اجرایی و سرعت پردازش می باشد (دوماس^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه ایراکسین (۲۰۰۶)، نشان داده است که افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی نقص قابل توجهی در حافظه اپیزودیک از خود نشان می دهند. بنابراین به نظر می رسد که پریشانی روانشناختی نیز در رابطه بین خشونت های خانگی و عملکردهای شناختی نقش واسطه ای ایفا می کنند. بدین ترتیب با توجه به آنچه که گفته شد هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه ای خود تنظیمی و پریشانی روانشناختی، در رابطه بین تجربه انواع خشونت های خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی خشونت است. بی توجهی به سلامت زنان و اعمال خشونت خانگی علیه آنان می تواند سبب پیدایش انواع بیماری های روانی و حتی جسمانی گردد که این امر تهدیدی علیه سلامت اعضای خانواده است. در واقع اختلال در روند زندگی زنان و مادران نتایج زیانبار و هزینه سازی بر جامعه نیز خواهد گذاشت. زنان نسبت به اعضای دیگر خانواده بیش تر در معرض خشونت، به خصوص خشونت مردان هستند. قرار گرفتن زنان در چرخه خشونت می تواند آثار زیانباری از جمله ناتوانی در ایفای نقش ایشان در خانواده و تنظیم عملکردهای شخصی و اجتماعی آنها داشته باشد.

1. Dutton, M., A.

2. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

3. Romito, P.

4. Shorey, R.

5. Charney, D., S.

6. Doumas, M.

زوجین و ۳ آیتم آن قربانی و یا شاهد خشونت بودن در خانواده را مورد ارزیابی قرار می دهد. طیف پاسخ به این پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" می باشد. محورهای این پرسشنامه بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای و جستجوی کامپیوتری مشخص گردیده است. این پرسشنامه با مقیاس تاکتیک های 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. نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه خشونت خانگی است. روایی این پرسشنامه نیز بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمده است (پورنقاش تهرانی (۲۰۰۵). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس های خشونت روانی و خشونت فیزیکی به ترتیب ۰/۷۲۶ و ۰/۹۲۹ و آلفای کرونباخ کل برابر ۰/۹۱۵ بدست آمده است. این مقادیر تطابق خوبی با مقادیر گزارش شده در فوق دارند.

مقیاس ارزیابی شناختی مونترال^۳ (۲۰۰۵)
(MOCA): این مقیاس توسط نصرالدین و همکاران (۲۰۰۵) ساخته شده است. یک ابزار غربالگری شناختی جدید می باشد و دامنه گسترده تری از حوزه های شناختی را نسبت به مقیاس معاینه مختصر وضعیت روانی می سنجد. این مقیاس از تکالیف بیشتر و سخت تری برای سنجش عملکرد اجرایی، توانایی های زبانی سطح بالاتر، حافظه و پردازش دیداری فضایی پیچیده استفاده می کند. این مقیاس دارای پایایی آزمون باز آزمون و ثبات درونی خوبی است و نمرات آن با نمرات سایر مقیاس های نورو پسیکولوژیک همبستگی بالایی دارد. نصرالدین و همکاران (۲۰۰۵)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ همبستگی بین آزمون مونترال و آزمون کوتاه وضعیت ذهنی^۴ را ۰/۸۷، حساسیت این مقیاس را برای تعیین افراد با اختلال شناختی خفیف ۰/۹۰ و ویژگی این مقیاس را نیز ۰/۸۷ گزارش کرده اند (دادفر و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران در مطالعه ای که به منظور بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس ارزیابی شناختی مونترال در بیماران پارکینسونی شهر اصفهان انجام شد، نتایج نشان دهنده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی همزمان ۰/۷۹ حساسیت ۰/۸۵ و ویژگی ۰/۹۰ بود (امساک و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی

شیوه هدفمند با توجه به معیارهای ورود و خروج و پس از اخذ رضایت از آن ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: سن ۲۰ تا ۶۰ سال و قربانی یکی از انواع خشونت های خانگی توسط همسر به تشخیص پزشکی قانونی، معیار خروج نیز شامل عدم تمایل افراد برای شرکت در پژوهش بوده است.

ابزار های پژوهش

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس^۱-DASS (21): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند^۲ تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است، فرم اصلی آن دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از سازه های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۱۴۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم کوتاه شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از ۷ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط بشارت (۲۰۰۵)، برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. بشارت (۲۰۰۵)، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمونه هایی از جمعیت عمومی (N= ۲۷۸) ۰/۸۷ برای افسردگی ۰/۸۵، برای اضطراب ۰/۸۹ برای استرس و کل ۰/۹۱ گزارش کرده است. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داده که بین نمره آزمودنی ها در مقیاس های افسردگی اضطراب استرس با نمره های افسردگی بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ($P < ۰/۰۱$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تایید می کنند.

در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۹۲ و ۰/۸۰۴ و ۰/۸۱۰ و همچنین آلفای کرونباخ کل برابر ۰/۹۱۱ بدست آمده است. این مقادیر تطابق خوبی با مقادیر گزارش شده دارند.

پرسشنامه خشونت خانگی پورنقاش تهرانی (۱۳۸۳): این پرسشنامه ۴۰ آیتمی توسط پورنقاش تهرانی (۲۰۰۵) ساخته شده است. ۱۳ آیتم از این پرسشنامه خشونت های روانی، ۲۴ آیتم آن خشونت های فیزیکی بین

3. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

4. Mini-Mental State Exam (MMSE)

1. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)

2. Lovibond, P., F. and Lovibond, S., H.

شناخت مونترال برابر ۰/۷۰۵ بدست آمده است که با مطالعات گزارش شده فوق الذکر تطابق خوبی دارد.

فرم کوتاه پرسشنامه خود تنظیمی^۱ میلر و براون (۱۹۹۹) (SSRQ): پرسشنامه فرم کوتاه خودتنظیمی SSRQ (کری^۲ و همکاران ۲۰۰۴)، یک پرسشنامه ۳۱ آیتمی بر مبنای پرسشنامه خودتنظیمی SRQ^۳ است (براون^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). این پرسشنامه برای ارزیابی ظرفیت خودتنظیمی است که بر اساس هفت فرآیند مدل نظری خودتنظیمی میلر و براون طراحی شده است (میلر و براون، ۱۹۹۲).

کری و همکاران ۲۰۰۴ نشان دادند که SSRQ یک پرسشنامه تک عاملی است که ظرفیت کلی خودتنظیمی را نشان می دهد. آیتمها بر اساس یک مقیاس پنج امتیازی لیکرت (۱=کاملاً مخالفم و ۵=کاملاً موافقم) امتیاز دهی می شوند و امتیاز کل پرسشنامه از جمع امتیازات آیتم ها بدست می آید. همسانی درونی SSRQ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است و همبستگی بین SRQ و SSRQ برابر ۰/۹۶ بدست آمده است (کری و همکاران ۲۰۰۴).

در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه فرم کوتاه خودتنظیمی میلر و براون، تحلیل عاملی اکتشافی با داده های این پژوهش صورت گرفت و مدل چهار عاملی با چرخش واریماکس برآزش یافت و با حذف ۱۰ سوال، پرسشنامه از چهار عامل برنامه ریزی و پیگیری اهداف، تصمیم گیری و تغییر، ارزیابی و توجه، توانایی تغییر، تشکیل شد. یافته های پژوهش حاضر در زمینه همسانی درونی خرده مقیاس های پرسشنامه SSRQ، از همسانی بالای این خرده مقیاس ها حکایت دارد. بطوری که ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۹۶ و همچنین برای هر یک از خرده مقیاس های برنامه ریزی و پیگیری اهداف، تصمیم گیری و تغییر، ارزیابی و توجه، توانایی تغییر، به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به دست آمده است.

روش اجرای پژوهش

در این پژوهش پس از ارزیابی معیارهای ورود و خروج پژوهش، نمونه موردنظر که شامل زنان قربانی همسرآزاری مراجعه کننده به پزشکی قانونی بودند انتخاب و پرسشنامه های پژوهش به آنها تحویل داده شد و پس از

تکمیل گردآوری گردید. همچنین مقیاس ارزیابی شناختی مونترال توسط پژوهشگر بر روی شرکت کنندگان در پژوهش اجرا گردید. شرکت کنندگان در پژوهش آزاد بودند که در هر مرحله از پژوهش در صورت تمایل نداشتن به مشارکت، به همکاری خود پایان دهند.

برای انجام پژوهش و برای امکان پذیری تکمیل پرسشنامه ها توسط زنان خشونت دیده، موافقت و همکاری پزشکی قانونی شهر تهران با انجام مکاتبات رسمی از طرف دانشگاه تهران اخذ شده است. شرکت کنندگان در این پژوهش بطور داوطلبانه و با رضایت کامل پرسشنامه ها را تکمیل کردند. برای جلب رضایت شرکت کنندگان، اهداف پژوهش و نحوه انجام آن بطور کامل توضیح داده شد و همه شرکت کنندگان با آگاهی کامل از اینکه اطلاعات شان بطور محرمانه محفوظ خواهد بود، برای مشارکت در این پژوهش توجیه شدند. لازم به توضیح است که اطلاعات بدون درج نام و نام خانگی افراد جمع آوری شده اند و لذا ارتباط پرسشنامه ها با هویت واقعی افراد معلوم نیست.

روش تحلیل داده ها

در تحلیل آماری داده ها شاخص ها و روش های تحلیل توصیفی و استنباطی به شرح زیر استفاده شده است: تحلیل توصیفی شامل اطلاعات دموگرافیک و نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه ها، شامل حداقل و حداکثر نمرات، فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد است. برای بررسی فرضیه ها از روش همبستگی پیرسون و همچنین برای بررسی برازندگی مدل از روش تحلیل مسیر استفاده شده است. برای این منظور از نرم افزارهای SPSS-25 و LISREL-8.8 استفاده شده است.

یافته ها

۶۷/۷ درصد از زنان قربانی خشونت شرکت کننده در پژوهش خانه دار و ۳۲/۳ درصد ایشان شاغل بوده اند. همچنین بیشترین درصد مدرک تحصیلی این زنان مربوط به مدرک دیپلم با ۳۳٪ فراوانی کل و کمترین درصد فراوانی با مقدار ۱۱٪ مربوط به دارندگان مدرک فوق لیسانس بوده است. میانگین و انحراف استاندارد سن برای زنان خشونت دیده به ترتیب ۳۱/۵۳ و ۹/۱۴ بود. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد خشونت های خانگی شامل خشونت فیزیکی و روانی و همچنین متغیر های خود تنظیمی، پریشانی روانشناختی و عملکرد های شناختی در جدول ۱ آمده است. ضرایب همبستگی پیرسون بین خشونت های خانگی، خود تنظیمی،

1. Short Self-Regulation Questionnaire (SSRQ)

2. Carey, K., B.

3. Self-Regulation Questionnaire (SRQ)

4. Brown, J. M. et al.

5. Miller, W., R. and Brown, J. M.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر حداکثر و حداقل برای متغیرهای پژوهش

عملکرد شناختی	پیشانی روانشناختی	خودتنظیمی	خشونت خانگی		تعداد داده
			روانی	فیزیکی	
۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	داده حاصل نشده
۰	۰	۰	۰	۰	میانگین
۲۴/۴۵	۳۹/۵۳	۶۲/۷۲	۵۷/۳۶	۳۵/۶۱	انحراف معیار
۳/۵۸	۱۲/۷۴	۱۳/۴۱	۱۴/۳۶	۵/۷۸	حداقل
۱۱/۰۰	۷/۰۰	۳۸/۰۰	۰/۰۰۳۲	۱۹/۰۰	حداکثر
۳۰/۰۰	۶۲/۰۰	۹۶/۰۰	۸۴,۰۰	۴۶/۰۰	

جدول ۲- ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

عملکرد شناختی	پیشانی روانشناختی	اضطراب	افسردگی	خشونت فیزیکی و روانی	
				خود تنظیمی	روانی
				۱	خشونت فیزیکی و روانی
				۱	خود تنظیمی
			۱	۰/۴۰۴**	افسردگی
		۱	۰/۶۸۵**	۰/۴۲۰**	اضطراب
	۱	۰/۹۲۱**	۰/۹۱۵**	۰/۴۴۹**	پیشانی روانشناختی
۱	۰/۴۱۴**	۰/۳۵۱**	۰/۴۱۰**	۰/۵۵۴**	عملکرد شناختی

** معناداری در سطح ۰/۰۱ و * معناداری در سطح ۰/۰۵

مطلوب دارد. نسبت خی دو به درجه آزادی (۱/۵۲)، کوچک تر از ۲ است. همین طور ریشه دوم واریانس خطای تقریب^۲ برای برازش مطلوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد، که در این مدل ۰/۰۳ به دست آمده است. شاخص برازندگی^۳ (۰/۹۸)، شاخص برازندگی تعدیل یافته^۴ (۰/۹۴)، شاخص برازندگی هنجار شده^۵ (۰/۹۸)، و شاخص برازندگی تطبیقی^۶ (۰/۹۶) نیز باید بیشتر از ۰/۹ باشد، که در مدل تحت بررسی همه این شاخص ها بیشتر از ۰/۹ است و برازش کامل مدل را نشان می دهد. هم چنین مقدار ریشه میانگین شده مجذورات باقی مانده^۷ نیز باید کوچک تر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل برابر با ۰/۰۴ است. میزان ارزش^۸ P در مدل مناسب نباید معنادار باشد. با توجه به مقدار ۰/۴۲ برای این شاخص، شرط مذکور برقرار است. در نتیجه فرض تطبیق اصلاحی پیشنهادی با مدل تجربی، هماهنگ است. یعنی در واقع فرض صفر تایید

پیشانی روانشناختی و عملکرد شناختی، در جدول ۲ آمده است. بر اساس این نتایج، بین خشونت های خانگی با پیشانی روانشناختی همبستگی مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ و بین خشونت های خانگی و خود تنظیمی در سطح ۰/۰۱ همبستگی منفی معنادار وجود دارد. از طرفی بین پیشانی روانشناختی با عملکرد های شناختی همبستگی منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ و بین خود تنظیمی و عملکردهای شناختی همبستگی مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

برای بررسی نقش واسطه ای پیشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی و نقش واسطه ای خود تنظیمی در رابطه بین خشونت های خانگی و عملکرد های شناختی، و همچنین برای آزمون مدل فرضی پژوهش، از تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار لیزرل استفاده شد. برای برازش بهتر مدل، به پیشنهاد نرم افزار لیزرل یک مسیر از پیشانی روانشناختی به خود تنظیمی اضافه شد و مدل از برازش مطلوبی برخوردار شد. با توجه به شاخص های برازش (بنتلر، ۱۹۹۰)، مدل فرضی پژوهش برازش کاملاً

۲. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

۳. Goodness of Fit Index (GFI)

۴. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

۵. Normed Fit Index (NFI)

۶. Comparative Fit Index (CFI)

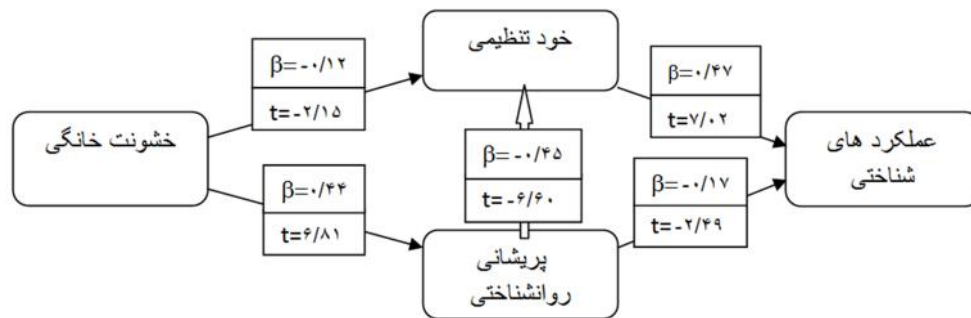
۷. Root Mean Square Residual (RMR)

۸. P-Value

۱. Bentler, P., M.

جدول ۳- شاخص های نیکویی برازش برای مدل فرضی پژوهش

شاخص های برازش	مدل پیشنهادی	مقادیر ملاک	نتیجه
RMSEA	۰/۰۳	< ۰/۱	برقرار است.
GFI	۰/۹۸	> ۰/۹۰	برقرار است.
CFI	۰/۹۶	> ۰/۹۰	برقرار است.
AGFI	۰/۹۴	> ۰/۹۰	برقرار است.
NFI	۰/۹۸	> ۰/۹۰	برقرار است.
IFI	۰/۹۹	> ۰/۹۰	برقرار است.
NNFI	۰/۹۷	> ۰/۹۰	برقرار است.
RMR	۰/۰۴	هر چقدر نزدیک به صفر باشد.	برقرار است.
df	۲	-	برقرار است.
χ^2	۳/۰۵	در حجم نمونه زیاد همیشه معنادار است	برقرار است.
χ^2 / df	۱/۵۲	کمتر از ۲	برقرار است.
P-value	۰/۴۲	معنادار نباشد	برقرار است.



شکل ۱- مقادیر ضرایب معناداری و استاندارد مدل پژوهش

می شود. جدول ۳ شاخص های نیکویی برازش برای مدل پژوهش را نشان می دهد. مسیرهای مختلف مدل پژوهش در شکل ۱ ارائه شده اند. مقادیر ضرایب معناداری t و استاندارد B مسیرهای مختلف مدل پژوهش در این شکل نشان شده اند.

در جدول ۴ ضرایب استاندارد، ضرایب غیر استاندارد و مقادیر ضرایب t مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه ای خودتنظیمی و پریشانی روانشناختی در رابطه بین خسونت های خانگی و عملکرد های شناختی در جدول ۵ نشان داده شده است. همان گونه که مشاهده می شود، تمامی مسیرهای غیر مستقیم معناداری قابل قبولی دارند.

نتایج آزمون Z سوبل^۱ برای اثرهای غیر مستقیم نشان می دهد که پریشانی های روانشناختی می توانند میان خسونت های خانگی و عملکرد های شناختی با سطح معناداری ۰/۰۵ نقش میانجی یا واسطه داشته باشند. خودتنظیمی می تواند میان خسونت های خانگی و عملکرد های شناختی با سطح

معنادار است. مسیر خود تنظیمی بر عملکرد شناختی با داشتن

معنادار هستند. مسیر خسونت خانگی به خودتنظیمی با داشتن $t = -2.15$ در سطح $(P < 0.05)$ معنادار است. مسیر خسونت خانگی به پریشانی روانشناختی با داشتن $t = 6.81$ در سطح $(P < 0.01)$ معنادار است. مسیر پریشانی روانشناختی بر عملکرد شناختی با داشتن $t = -2.49$ در سطح $(P < 0.05)$ معنادار است. مسیر خود تنظیمی بر عملکرد شناختی با داشتن

همان طور که مشاهده می شود، تمامی مسیرهای مستقیم معنادار هستند. مسیر خسونت خانگی به خودتنظیمی با داشتن $t = -2.15$ در سطح $(P < 0.05)$ معنادار است. مسیر خسونت خانگی به پریشانی روانشناختی با داشتن $t = 6.81$ در سطح $(P < 0.01)$ معنادار است. مسیر پریشانی روانشناختی بر عملکرد شناختی با داشتن $t = -2.49$ در سطح $(P < 0.05)$ معنادار است. مسیر خود تنظیمی بر عملکرد شناختی با داشتن

^۱. Sobel Z Test

جدول ۴- ضرایب مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی پژوهش

T	β	B	مسیر	
۶/۸۱**	۰/۴۴	۰/۲۷	اثر خشونت های خانگی بر پریشانی روانشناختی	۱
-۲/۱۵*	-۰/۱۲	-۰/۰۸	اثر خشونت های خانگی بر خودتنظیمی	۲
-۲/۴۹*	-۰/۱۷	-۰/۰۵	اثر پریشانی روانشناختی بر عملکرد شناختی	۳
۷/۰۳**	۰/۴۷	۰/۱۳	اثر خود تنظیمی بر عملکرد شناختی	۴
-۶/۶۰**	-۰/۴۵	-۰/۴۷	اثر پریشانی روانشناختی بر خودتنظیمی	۵

** معناداری در سطح ۰/۰۱ و * معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول ۵- ضرایب مسیرهای غیر مستقیم برای مدل فرضی پژوهش

ارزش P	آزمون سوبل	حاصل ضرب بتا های مستقیم	مسیر غیر مستقیم	
۰/۰۲*	۲/۳۴	-۰/۰۷۰	اثر خشونت های خانگی بر عملکرد شناختی با واسطه پریشانی روانشناختی	
۰/۰۳*	۲/۵۶	-۰/۰۵۱	اثر خشونت های خانگی بر عملکرد شناختی با واسطه خودتنظیمی	
۰/۰۰۰۲**	۴/۷۴	-۰/۱۹۸	اثر خشونت های خانگی بر خود تنظیمی با واسطه پریشانی روانشناختی	
۰/۰۰۰۲**	۴/۸۰	-۰/۲۱	اثر مشکلات روانشناختی بر عملکرد شناختی به واسطه خودتنظیمی	

** معناداری در سطح ۰/۰۱ و * معناداری در سطح ۰/۰۵

گلس و همکاران (۱۹۶۹) و کرسیونی (۲۰۱۲)، همسو است. در تبیین این یافته می توان به این موارد اشاره کرد؛ خودتنظیمی مکانیسم پیچیده‌ای است که ممکن است با روش‌های مختلفی مختل گردد. یکی از دلایل شکست در خود تنظیمی تجربه استرس و خلق منفی است همانطور که گفته شد استرس ناشی از رویدادهای استرس زا مانند تجربه خشونت می تواند باعث تخلیه ذخایر خود تنظیمی گردد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مشکلات روانشناختی از قبیل اضطراب و افسردگی نیز با خودتنظیمی رابطه منفی دارند، پژوهش‌ها نشان می دهند که مشکلات پریشانی‌های روانشناختی (افسردگی و اضطراب)، و مشکلات هیجانی و اجتماعی، به عنوان عوامل مختل کننده خودتنظیمی به شمار می‌روند. بودن در یک خلق منفی احتمال شکست در خود تنظیمی را افزایش می دهد (واگنر و هیسرتون، ۲۰۱۵).

چگونه استرس و خلق منفی می توانند باعث تخلیه ذخایر خود تنظیمی گردند؟ مدل توانایی خود تنظیمی پیشنهاد می کند که عملکرد اجرایی "خود" متکی به منابع محدود و تخلیه‌پذیری است (گالیوت و همکاران، ۲۰۰۷). این عملکرد اجرایی خود شامل فرآیندهایی همانند انتخاب، ابتکار فعال، اراده و خودتنظیمی می‌باشد (بامیستر، ۲۰۰۲). تحقیقات نشان می دهند که تعداد زیادی از تکالیفی که در عملکرد اجرایی "خود" لازم هستند، منابعی را مورد استفاده قرار می دهند که شامل تصمیم‌گیری و استدلال گری منطقی می باشند (اشمیکل و همکاران، ۲۰۰۳). در واقع برای اینکه عملکرد

معناداری ۰/۰۵ نقش میانجی یا واسطه داشته باشد، در نتیجه دو فرضیه آخر پژوهش تایید می شوند. همچنین پریشانی روانشناختی می توانند میان خشونت های خانگی و خود تنظیمی با سطح معناداری ۰/۰۱ نقش واسطه ای داشته باشند. خود تنظیمی نیز می تواند میان پریشانی روانشناختی با عملکرد های شناختی با سطح معناداری ۰/۰۱ نقش واسطه ای داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش که بر روی زنان خشونت دیده انجام گرفت معلوم گردید که بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی رابطه منفی وجود دارد. این موضوع با یافته های استین و همکاران (۲۰۰۲)، ویلیامز و مورفی (۲۰۱۷) و سایرین مطابقت دارد. به نظر می رسد همان گونه استین و همکاران (۲۰۰۲) دریافته اند، اختلال در مناطق پیشانی-زیرقشری^۱ که توسط تجربه خشونت ایجاد می شود نقش موثری در نقص عملکردهای شناختی شامل اختلال در حافظه بصری^۲، مشکلات عملکرد اجرایی و حافظه فعال^۳ دارد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تجربه خشونت های خانگی و خودتنظیمی رابطه منفی وجود دارد. در واقع خشونت به عنوان یک استرسور بیرونی منابع خود تنظیمی را در هم می شکند. این یافته با نتایج پژوهش های

1. Prefrontal Sub-cortical

2. Visual Memory

3. Working Memory

اجرایی "خود" به کار گرفته شود باید یک سری منابع مثل تصمیم‌گیری^۱ و استدلال منطقی را مورد استفاده قرار دهد. تخلیه یا اصطکاک منابع خود را می‌توان به تخلیه منابع گلوکز بدن به علت ورزش تشبیه کرد. همانطور که در بدن در اثر ورزش و تمرین منابع گلوکز تخلیه می‌شود، با عملکرد اجرایی خود نیز این منابع خود تخلیه و مستهلک می‌گردند. هرچند که تخلیه منابع با اجرای فعالیت‌های اجرایی "خود" صورت می‌گیرد، فرد می‌تواند زمانی که در آینده قرار است درگیر فعالیت‌های سختی باشد، این منابع را ذخیره سازی و محافظت کند. هر دو مورد تخلیه و محافظت از این منابع، مکانیسم بالقوه تاثیر استرس و خلق منفی بر روی خود تنظیمی هستند. استرس و خلق منفی به دو شکل باعث تخلیه ذخایر "خود" می‌شوند، به طور مستقیم و از طریق پاسخ‌های فیزیولوژیکی که استرس و خلق منفی ایجاد می‌کند و یا به طور غیر مستقیم و با وادار کردن فرد به رفتارهایی که موجب کاهش منابع خود تنظیمی می‌شوند. بنابراین با تجربه استرس، اضطراب و افسردگی می‌توان انتظار داشت که خود تنظیمی دچار اختلال گردد (کرسینونی، ۲۰۱۲). نتایج این پژوهش نشان داد که بین خود تنظیمی و عملکردهای شناختی رابطه مثبت وجود دارد، یعنی با افزایش توانایی خود تنظیمی، عملکردهای شناختی نیز ارتقا پیدا می‌کنند و از طرف دیگر در صورتی که توانایی خود تنظیمی با مشکل مواجه شود و به عبارتی ذخایر خود تنظیمی تخلیه گردند، عملکردهای شناختی نیز دچار نقص شده و کاهش می‌یابند. این یافته با پژوهش‌های اشمیکل و همکاران (۲۰۰۳) و ایگل‌سیاس (۲۰۱۵)، همسو است. اطلاعات در حال گسترش به دست آمده از ام آر آی^۲، در رابطه با خود تنظیمی بیان می‌کند که در حین فعالیت‌های خود تنظیمی و خودکنترلی^۳، سطوحی از کورتکس پری فرونتال^۴ فعال می‌شوند و این نشان دهنده ارتباط قوی بین رفتارهای خود تنظیمی و عملکردهای شناختی است (ایگل‌سیاس، ۲۰۱۵). خود تنظیمی شدیداً به فاکتورهای مختلف شناختی مانند برنامه‌ریزی^۵، تصمیم‌گیری و عملکردهای اجرایی وابسته است. برای انجام فعالیت‌های شناختی از قبیل برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و عملکردهای اجرایی، به ذخایر خود تنظیمی نیاز است. به عبارتی اثبات شده است که با انجام فعالیت‌های

شناختی، ذخایر خودتنظیمی کاهش می‌یابند. به این دلیل اگر فعالیت‌هایی غیر از فعالیت‌های شناختی مانند تکالیف خود تنظیمی دیگر ذخایر خود تنظیمی را کاهش دهند، عملکردهای شناختی نیز کاهش می‌یابند (ایگل‌سیاس، ۲۰۱۵). نتایج این پژوهش نشان داد که پریشانی‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب با عملکردهای شناختی رابطه منفی دارند، یعنی با افزایش افسردگی و اضطراب عملکردهای شناختی کاهش یافته و مختل می‌شوند. این یافته با ایراکسین (۲۰۰۶) و بسیاری دیگر از پژوهش‌ها همسو است. افسردگی چگونه می‌تواند عملکردهای شناختی را مختل کند؟ یک نظریه برای تبیین این موضوع این است که افسردگی با نشخوار فکری^۶ مرتبط است و این امر باعث می‌شود که بخش‌هایی از مغز که مسئولیت عملکردهای شناختی را دارند درگیر شوند و در واقع این درگیری‌ها ذخایر عصبی مغز را که می‌توانند در فعالیت‌های شناختی مورد استفاده قرار گیرند را مصرف می‌کند (هولمز و پیزاگالی، ۲۰۰۸). فرد افسرده بخشی از توانایی ذهنی خود را صرف حذف محرک‌های غیرمرتبط منفی از حافظه فعال خود می‌کند (گتلیب و جورمن، ۲۰۱۰). این امر باعث اختلال در نواحی دورسولترال پری فرونتال کورتکس^۷ می‌شود. فرد به هنگام انجام تکالیف شناختی دچار یک بیش‌فعالی در این نواحی مغز شده و عملکرد ضعیفی پیدا می‌کند (هولمز و پیزاگالی، ۲۰۰۸). همچنین مطالعات نشان دهنده این است که اضطراب باعث ایجاد اختلال در عملکردهای شناختی می‌شود. نتایج مطالعه ایراکسین (۲۰۰۶)، نشان داده است که افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی نقص قابل توجهی را در حافظه اپیزودیک^۸ از خود نشان می‌دهند. اضطراب چگونه عملکردهای شناختی را مختل می‌کند؟ چویی و همکاران (۲۰۱۲)، در یک مطالعه با انجام آزمایشی تعدادی داوطلب را در معرض اضطراب موقعیتی^۹ قرار دادند و علاوه بر آزمایش توانایی‌های شناختی این افراد و عملکرد مغزی آنها را نیز مورد مطالعه قرار دادند. آزمایش با ایجاد شوک‌های الکتریکی در سکانس‌های مختلف همراه بود نتایج نشان دادند که اضطراب موقعیتی با افزایش پاسخ‌ها در اینسولای چپ داخلی همراه می‌باشد. همچنین نتایج نشان دادند که افراد مضطرب در به کارگیری کورتکس پری

⁶. Rumination

⁷. Holmes, A., J. and Pizzagalli, D., A.

⁸. Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC)

⁹. Episodic Memory

¹⁰. Situational Anxiety

¹. Decision Making

². Magnetic Resonance Imaging (MRI)

³. Self-Control

⁴. Prefrontal Cortex

⁵. Planning

متغیرها با در نظر گرفتن عوامل موثر متعدد کمک می نماید. نتایج این تحقیق، همچنین پرسشهای جدیدی مبنی بر اینکه چه متغیرهای دیگری می توانند در رابطه بین خشونت و عملکردهای شناختی نقش واسطه ای یا تعدیل کننده ایفا نمایند را مطرح می نماید. با توجه به اهمیت زیاد مسئله خشونت خانگی در زنان قربانی خشونت، نتایج این تحقیق می تواند در کاهش عوارض ناشی از این پدیده به کار گرفته شود. ممکن است که متخصصان سلامت روان بتوانند با استفاده از مدل پیشنهادی، برنامه ای آموزشی و درمانی را طراحی کنند که بتواند عوارض ناشی از خشونت را کاهش دهند. این امر می تواند در کاهش عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی خشونت خانگی نقشی هر چند کوچک را ایفا نماید. برخی از محدودیت های این پژوهش ایجاب می کند که تعمیم نتایج، تفسیرها و اسناد های علت شناختی آن با احتیاط صورت گیرد. نخست اینکه روش پژوهش از نوع همبستگی است و باعث می شود برقراری اسناد های علی ناممکن شود و لزوم تکرار پژوهش های مداخله محور را برای تایید این روابط ضروری می کند. از دیگر محدودیت های این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد:

محیط مراکز مذکور بسیار استرس زا بود. ممکن است که زنان مشارکت کننده با توجه به اینکه در شرایط روانی سختی قرار داشتند در پاسخ به سوالات دچار کم دقتی شده باشند. با توجه به هدف مراجعه به این مراکز، ممکن است شرکت کنندگان در پاسخگویی به برخی از سوالات دچار بزرگنمایی شده باشند تا به نوعی شرایط سخت خود را بیشتر به گوش برسانند. به دلیل خستگی جسمی و روانی شرکت کنندگان، ممکن است سوالات با دقت کافی پاسخ داده نشده باشند. با توجه به تعداد زیاد پرسشنامه ها و سوالات؛ خستگی ناشی از پاسخگویی به سوالات زیاد ممکن است دقت پاسخگویی را کاهش داده باشد. شرکت کنندگان هیچ مشوقی از جمله معرفی به مراکز حمایتی یا همدلی عملی و مشابه آن، از انگیزه کافی برای پاسخگویی به سوالات برخوردار نبودند. برخی از شرکت کنندگان با توجه به شرایط روانی، عدم آگاهی و سطح پایین تحصیلات از بینش کافی برای درک و آگاهی از شرایط روانشناختی خود نبودند. در این دسته از پژوهش ها پیشنهاد می شود مطالعه مشابه با این پژوهش، بر روی یک جمعیت بالینی دارای مشکلات کلینیکال خاص مانند PTSD, OCD و فوبیا صورت بگیرد.

فرونتال در موقعیت های اضطرابی دچار مشکل هستند و عملکرد ضعیف کورتکس پری فرونتال میانی^۱ در موقعیت های اضطرابی، کنترل شناختی^۲ و عملکردهای شناختی را مختل می کند (جویی و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشونت های خانگی و عملکردهای شناختی نقش واسطه ای دارد. با توجه به شواهد و تبیین های ذکر شده، تجربه خشونت منجر به ایجاد پریشانی های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب در زنان قربانی خشونت می شود. از طرفی افسردگی و اضطراب عملکردهای شناختی را مختل می کند. نتایج این پژوهش نشان داد که خودتنظیمی در رابطه بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی نقش واسطه ای دارد. با توجه به تبیین هایی که در بالا توضیح داده شد، خشونت به عنوان یک عامل استرس زای بیرونی ذخایر خودتنظیمی را در هم شکسته و تخلیه می کند و از طرفی تخلیه ذخایر خودتنظیمی بر مولفه های مختلف عملکرد شناختی مثل حافظه فعال و عملکرد اجرایی تاثیر منفی می گذارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که خشونت خانگی به واسطه پریشانی های روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب، خودتنظیمی را تحت تاثیر قرار می دهد. یعنی تجربه خشونت منجر به ایجاد افسردگی و اضطراب می گردد. مشکلات روانشناختی و خلق منفی خودتنظیمی را مختل می کند. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که پریشانی روانشناختی به واسطه خودتنظیمی بر عملکردهای شناختی تاثیر می گذارند. به این ترتیب که با توجه به شواهد ذکر شده افسردگی و اضطراب، خودتنظیمی را مختل کرده و اختلال در خودتنظیمی نیز منجر به اختلال در عملکردهای شناختی می شود. پیامد ها و دستاورد های این پژوهش در دو سطح عملی و نظری بدین شرح است: در سطح نظری یافته های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل موثر در پیدایش و تداوم نقص شناختی زنان خشونت دیده فراهم می کند. نتیجه این پژوهش تاییدی بر این فرض است که عوامل روانشناختی به شکل ساده و خطی منجر به آسیب های روانشناختی نمی شود و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. یافته های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه های موجود در زمینه خودتنظیمی، عملکردهای شناختی و عوامل موثر بر آسیب شناسی این

تقدیر و تشکر

1. Medial Prefrontal Cortex
2. Cognitive Control

Doumas, M., Smolders, C., Brunfaut, E., Bouckaert, F., & Krampe, R. T. (2012). Dual task performance of working memory and postural control in major depressive disorder. *Neuropsychology*, 26(1), 110.

Dutton, M. A. (2000). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*: Springer Publishing Company.

Emsaki, G., Molavi, H., Chitsaz, A., Abtahi, M. M., & Asgari, K. (2011). Psychometric Properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Parkinson's Disease Patients in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School*, 29(158).

Europe, C. o. (2011). *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*. Council of Europe Treaty Series-No. 210.

Flynn, A., & Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression and violent behavior*, 15(3), 239-251.

Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., Glucose as a limited energy source: willpower is more than a metaphor. *Journal of personality and social psychology*, 92(2), 325.

Glass, D. C., Singer, J. E., & Friedman, L. N. (1969). Psychic cost of adaptation to an environmental stressor. *Journal of personality and social psychology*, 12(3), 200.

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285-312.

Heatheron, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in cognitive sciences*, 15(3), 132-139.

Holmes, A. J., & Pizzagalli, D. A. (2008). Spatiotemporal dynamics of error processing dysfunctions in major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 65(2), 179-188.

Hosseinzadeh, S., Noughjah, S., & Haghhighizadeh, M. H. (2010). Study on the prevalence of domestic violence and related factors among pregnant women at healthcare centers of Ahvaz city in 2010 (In Persian). *Jentashapir Journal of Health Research*, 2(3).

Iglesias, J. (2015). The Use of Cognitive Interventions in Reducing the Effects of Ego-Depletion. *The BYU Undergraduate Journal in Psychology*, 11(2).

Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 40(2), 107-115.

Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human neuropsychology*: Macmillan.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*: Oxford University Press, USA.

بدینوسیله از همکاری معاونت محترم آموزشی و پژوهشی پزشکی قانونی شهر تهران و خصوصاً سرکار خانم دکتر آرام و آقای دکتر علی محمدی و واحدهای شرق، جنوب و مرکز پزشکی قانونی شهر تهران صمیمانه تشکر و قدردانی می نماید.

منابع

Airaksinen, E. (2006). Cognitive functions in depression and anxiety disorders: findings from a population-based study: Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.

Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science*, 255(5044), 556-559.

Baumeister, R. F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of consumer Research*, 28(4), 670-676.

Baumeister, R. F., & Heatheron, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological inquiry*, 7(1), 1-15.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.

Besharat, M. (2005). Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in clinical and general population: Research Report. University of Tehran.(Persian).

Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The self-regulation questionnaire.

Carey, K. B., Neal, D. J., & Collins, S. E. (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addictive behaviors*, 29(2), 253-260.

Charney, D. S., Reynolds, C. F., Lewis, L., Lebowitz, B. D., Sunderland, T., Alexopoulos, G. S., Arean, P. A. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 664-672.

Choi, J. M., Padmala, S., & Pessoa, L. (2012). Impact of state anxiety on the interaction between threat monitoring and cognition. *Neuroimage*, 59(2), 1912-1923.

Crescioni, A. W. (2012). The frayed edges of willpower: Perceptions of stress impair self-regulatory performance: The Florida State University.

Dadfar, F., Dadfar, M., Ashayeri, H., Atefvahid, M., Kazemi, H., & Kolivand, P. (2014). Alzheimer dementia Biological and neuropsychological aspects (In Persian) Mirmah Publisher.

DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child abuse & neglect*, 33(6), 353-361.

Wagner, D. D., & Heatherton, T. F. (2015). Self-regulation and its failure: The seven deadly threats to self-regulation. *APA handbook of personality and social psychology*, 1, 805-842.

Walby, S., & Allen, J. (2004). Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey: Home Office.

Williams, M. R., Murphy, C. M., Dore, G. A., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2017). Intimate partner violence victimization and cognitive function in a mixed-sex epidemiological sample of urban adults. *Violence and victims*, 32(6), 1133-1148.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.

Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. *Self-control and the addictive behaviours*, 3-79.

Mourad, M. R., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & von Eye, A. (2008). Family psychopathology and perceived stress of both domestic violence and negative life events as predictors of women's mental health symptoms. *Journal of family violence*, 23(8), 661.

Mundial, B. (1993). *World development report 1993; investing in health*: Oxford University Press.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

Pournaghash Tehrani, S. (2005). Assessment of the causes of domestic violence in families in Tehran (In Persian). *Daneshvar Raftar*, 23-36.

Pournaghash Tehrani, S., & Ghalandarzadeh, Z. (2018). The relationship between domestic violence and its psychological consequences with borderline personality disorder and alcohol abuse (In Persian). *Journal of Psychological Science*.

Romito, P., Turan, J. M., & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social science & medicine*, 60(8), 1717-1727.

Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. J. K., & Kluwer, S. s. S. o. P. B. S. C. P. t. e. P. W. (2015). *Forensic Psychiatry and Ethics in Psychiatry*. 1381-1392.

Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2018). Intellectual performance and ego depletion: Role of the self in logical reasoning and other information processing *Self-Regulation and Self-Control* (pp. 318-347): Routledge.

Shorey, R. C., Febres, J., Brasfield, H., & Stuart, G. L. (2012). The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of family violence*, 27(8), 741-748.

Stein, M. B., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 52(11), 1079-1088.

Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., . . . Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 879-887.