

## بررسی میزان شیوع اختلال پس از ضربه (PTSD) در قربانیان تجاوز به عنف مراجعه کننده به پزشکی قانونی در استان کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰

دکتر شیرعلی خرامین\* - راضیه گرجی\*\* - دکتر سعید غلامزاده\*\*\* - دکتر کامروز امینی\*\*\*

\* دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

\*\*\* پزشک عمومی، کارشناس پزشکی قانونی

### چکیده

**سابقه و اهداف:** یکی از پیامدهای جدی تجاوز به عنف اختلال استرس پس از ضربه می‌باشد. عوامل اجتماعی فرهنگی متعدد می‌توانند اثر این تجاوز را تعدیل یا تشدید نمایند. این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در قربانیان مراجعه کننده به پزشکی قانونی در استان کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع اپیدمیولوژی می‌باشد که بر روی ۷۰ نفر از قربانیان تجاوز به عنف مراجعه کننده به پزشکی قانونی استان کهگیلویه و بویر احمد در کل شهرستان‌های استان انجام شده است. در این پژوهش از چک لیست (PTSD) و مصاحبه بالینی DSM-IV به عنوان ابزار تحقیق استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان می‌دهد که میزان PTSD در قربانیان تجاوز به عنف استان کهگیلویه و بویر احمد نسبت به سایر مناطق بالاتر است. این میزان در گروه نمونه مورد مطالعه ۹۱/۲٪ می‌باشد. از طرف دیگر نمره ۶۸ نفر از ۷۰ نفر مورد مطالعه از نقطه برش پرسشنامه بالاتر بوده (با میانگین ۱۷،۵۳±۶۹،۷۱) که حاکی از شدت علائم این اختلال در بازماندگان مورد مطالعه می‌باشد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که بالاترین و کمترین میانگین در زیر مقیاس‌ها به ترتیب مربوط به تحریک‌پذیری بیش از اندازه (۱،۱۰±۴،۳۹) و تکرار خاطرات (۱،۳۵±۳،۸۲) می‌باشد.

**استنتاج:** با توجه به وضعیت اجتماعی - فرهنگی استان و با توجه به نگرش منفی و ننگ آور بودن پدیده تجاوز به عنف، میزان شیوع PTSD در قربانیان مورد مطالعه نسبت به تمام موارد گزارش شده در پژوهش‌های قبلی به صورت معنی داری بالاتر بوده است.

**کلید واژه‌ها:** تجاوز به عنف، خشونت جنسی، اختلال استرس پس از ضربه

تأیید مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۲

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۷

نویسنده پاسخگو: یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، Sapootang@yahoo.com

### مقدمه

او را تا حد وسیله و ابزاری بی‌ارزش فرو می‌کاهد و نشان انسانی او را نادیده می‌گیرد و او را تحقیر می‌کند (۱).

امروزه تجاوز به عنف و خشونت‌های جنسی تبدیل به یک مشکل عمده در جامعه جهانی گردیده است. بر اساس مطالعات سازمان ملل درصد زنان گزارش شده به عنوان قربانی تجاوز جنسی از محدوده کمتر از ۲٪ در جاهایی مثل: مانند لاپاز (بولیوی) (۱/۴٪)، گابورون (بوتسوانا) (۰/۸٪)، پکن (چین) (۱/۶٪) و مانیل (فیلیپین) (۰/۳٪)، تا ۵٪ یا بیشتر در تیرانا (آلبانی) (۶/۰٪)، بوینس آیرس (آرژانتین) (۵/۸٪)، ریودوژانیرو (برزیل) (۸/۰٪) و بوگوتا (کلمبیا) (۵/۰٪) بوده است (۳، ۲).

واژه‌نامه حقوقی تجاوز جنسی را با تاکید بر دو عنصر تعریف کرده‌اند. یکی روابط جنسی کاملاً نامشروع و دیگری سلب اراده قربانی جنسی از طریق اعمال زور (۱).

بنابراین همواره در تجاوز جنسی دو عنصر اساسی وجود دارد: نامشروع بودن رابطه و دیگری اکراه و زور. مهم‌ترین عنصر تجاوز جنسی، همان اکراه و زور است که اراده طرف مقابل را سلب می‌کند و از او به جای شریک جنسی یک قربانی می‌سازد و با سلب اراده قربانی

هفته‌های اول پس از تجاوز تقریباً همه علائم و نشانه‌های PTSD را دارا می‌باشند که در هفته‌های بعدی خود به خود این علائم بسته به محیط اطراف قربانی کمتر می‌شود. دخترانی که مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرند پرخاشگری شدید و احساساتی نظیر ترس و خشم، گناه، شرم و اختلال در خوردن و خوابیدن، رفتار نامناسب جنسی و فرار از مدرسه را به طور شایعی دارند (۷).

وگل و مارشال (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان آزار و اذیت همسران و نشانه‌های PTSD در بین زنان دریافتند، ۶۳٪ زنانی که مورد تجاوز به عنف قرار گرفته بودند دارای PTSD بودند (۱۲).

روتبام<sup>۲</sup> و همکاران در آمریکا (سال ۱۹۹۲) تحقیقی با عنوان تجاوز جنسی و PTSD در بین زنان و دختران انجام دادند. در این مطالعه طی یک بررسی آینده‌نگر و یک ماه پس از حادثه، با ۶۴ زنی که مورد تجاوز قرار گرفته بودند یا در آستانه تجاوز نجات یافته بودند، مصاحبه کردند. نتیجه این مطالعه نشان داد، گرچه میزان شیوع PTSD پس از دوازده هفته کاهش یافت ولی در مصاحبه اول ۹۴٪ آنان داری معیارهای تشخیصی PTSD بودند. در ارزیابی هفته چهارم هنگامی که ملاک تداوم یک ماهه مندرج در DSM-III-R لحاظ شد، میزان شیوع PTSD، ۶۵٪ بود و در ارزیابی هفته دوازدهم این میزان به ۴۷٪ کاهش یافت (۱۳).

ولف<sup>۳</sup> و همکاران در سال (۱۹۹۴) در کانادا تحقیقی با عنوان سوء استفاده جنسی در کودکان انجام دادند که در این مطالعه ۹۰ کودک کانادایی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند، به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۹٪ درصد از این کودکان واجد ملاک های PTSD می‌باشند (۴).

در تحقیقی دیگر ویتانزا و همکاران در آمریکا (سال ۱۹۹۴) به بررسی اضطراب عاطفی و بروز PTSD در میان قربانیان تجاوز جنسی پرداختند. در این مطالعه ۹۳ نفر از زنانی که قربانی تجاوز بودند به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. نتیجه این مطالعه بر اساس معیار ۹۰ SCL نشان داد که حدود ۵۶٪ از زنان علائم و نشانه‌های PTSD را نشان دادند (۱۴).

در تحقیقی دیگر بارکان<sup>۴</sup> و فیرفلی<sup>۵</sup> در آمریکا (سال ۱۹۹۸) با عنوان تجاوز و بروز PTSD انجام دادند. در این مطالعه ۱۳۰ نفر از زنانی که در سان فرانسیسکو مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. نتیجه این مطالعه نشان داد ۵۷٪ از آن‌ها گزارش کردند که در زمان کودکی مورد حمله جنسی قرار گرفته‌اند. در این میان ۶۸٪ معیارهای DSM را برای تشخیص PTSD دارا بودند (۱۵).

در نهایت فیرفلی و همکاران در سال (۱۹۹۷) تحقیقی با عنوان فاحشگی و حقوق انسانی انجام دادند. در این مطالعه ۴۷۵ نفر (شامل زنان، مردان و تغییر جنسیت دادگان) که به عنوان فاحشه در ۵ کشور

در ایالات متحده ۶ طرح تحقیقاتی دقیق نشان می‌دهد که بین یک پنجم الی یک هفتم زنان آمریکایی قربانی تجاوز بوده‌اند. همین‌طور رقم بزرگی از این تجاوز علیه دختران ۱۵ ساله و کمتر واقع شده است (۳۶ تا ۵۸٪) (۴). این آمارها در کنار گمنام ماندن بسیاری از موارد تجاوز می‌باشد. بسیاری از این تجاوزات بنا به دلایل فرهنگی، اجتماعی و قانونی متأسفانه هرگز گزارش نمی‌گردد (۵).

پژوهش حاج یحیی و تامیش (۲۰۰۱)، بر روی ۶۵۲ نفر از دانشجویان فلسطینی نشان داد که ۵۷٪ از دانشجویان، قبل از ۱۲ سالگی یک بار توسط فردی از اعضای خانواده خود مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند (۶). در زمینه آمار تجاوز در کشور ایران متأسفانه گزارش مستندی تاکنون منتشر نشده است.

پدیده تجاوز به عنف می‌تواند عوارض جسمی، روانی و اجتماعی بسیار شدید و در مواردی حتی غیر قابل جبران به دنبال داشته باشد. علی‌رغم این عوارض شدید متأسفانه تا دو دهه پیش (دهه ۹۰) هیچ گونه توجه جدی به عوارض روان‌شناختی تجاوز به عنف نشده بود. تا سال ۱۹۷۰ میلادی کمتر به عوارض روان‌شناختی تعرض جنسی پرداخته می‌شد و بیشتر عوارض جسمی مورد توجه قرار می‌گرفت و بیشتر از همه اگر توجهی بود در رابطه با زنان بود. در سال ۱۹۷۹ میلادی این عوارض روانی به طور جدی مورد توجه قرار گرفت هر چند که این مطالعات، از پشتوانه علمی قابل قبولی برخوردار نبودند (۷).

شناخته شده‌ترین مطالعات انجام گرفته در این زمینه به وسیله بگز و هولمسترون<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۴ انجام گرفت که از اصطلاح واکنش تراماتیک حاد استفاده گردید. این اصطلاح در مورد قربانیانی که کار برده می‌شد که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته و به بیمارستان روانی مراجعه می‌کردند. آن‌ها هسته مرکزی این اختلال را اضطراب و ترس شدید از کشته شدن می‌دانستند. مفهوم اختلال استرس پس از ضربه در سال ۱۹۹۵ تا حدود زیادی جای سندروم تراماتیک تجاوز به عنف را گرفت (۸).

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) عبارت است از نوعی سندرم با مجموعه‌ای از علائم که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود؛ فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دایماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (۹).

این اختلال مانند سایر اختلال‌های DSM با مجموعه‌ای از علائم تعریف می‌شود اما برخلاف اختلال‌های دیگر مواجهه با نوع خاصی از سانحه آسیب‌زا ملاکی برای تشخیص آن است. شخص باید سانحه‌ای را تجربه کرده یا دیده باشد که شامل مرگ واقعی یا محتمل، آسیب جدی یا تهدیدی برای تمامیت جسمی خود یا دیگران بوده باشد (۱۱)، (۱۰).

در بین زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بیشترین عامل ایجاد کننده بیماری تجاوز به عنف می‌باشد. اغلب قربانیان تجاوز

1 - burgess and holmstrom

درباره محرمانه باقی ماندن کامل اطلاعات فردی آنان تعهد اخلاقی شفاهی می‌دادند.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS\_ ۱۹ ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون مربع کای و آزمون معنادار بودن تفاوت دونسبت مستقل استفاده گردید (۲۰).

### یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۷۰ نفر از قربانیان تجاوز به عنف در استان کهگیلویه و بویر احمد مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس جدول شماره ۱ از این تعداد ۶۵ مورد زن و ۵ مورد مرد بوده است. میانگین سن در این گروه  $20/13 \pm 5/60$  با کمترین سن ۷ و بالاترین ۹ بوده است. اطلاعات مربوط به شغل و سواد گروه نمونه نیز در جدول ۱ آورده شده است. بر اساس این داده‌ها بیشترین میزان قربانیان بیکار (۵۰٪) و دانشجوی و دانش‌آموز (۴۸٪) و اکثر آنان بی‌سواد و زیر دیپلم (مجموعاً ۸۱٪) بوده است.

نتایج پرسشنامه‌ای گروه نمونه در جدول شماره ۲ حاکی از میانگین بالای این گروه (۱۷,۵۳±۶۹,۷۱) بوده است. بالاترین نمره در این نتایج مربوط به زیر گروه برانگیختگی بیش از اندازه (با میانگین  $1,10 \pm 4,39$ ) و کمترین مربوط به زیر مقیاس تجربه مجدد (۱,۳۵±۳,۸۲) بوده که هر دو از نقطه برش پرسشنامه بالاتر بوده‌اند. در ضمن بالاترین میانگین مربوط به ماده ۱۴ (با میانگین  $1,06 \pm 4,66$ )

جدول ۱ - اطلاعات دموگرافیک گروه مورد مطالعه پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۷
	زن	۶۵
	بیکار	۳۵
شغل	دانشجو و دانش‌آموز	۴۸
	کارمند	۲
میزان سواد	بی‌سواد	۲
	زیر دیپلم	۷۸
	دیپلم و بالاتر	۱۳
سن	۷-۱۸ سال	۴۵
	۱۹-۲۹ سال	۳۵
	۳۰-۴۰ سال	۵

آفریقای جنوبی، تایلند، ترکیه، آمریکا و زامبیا کار می‌کردند را مورد مطالعه قرار دادند. نتیجه این مطالعه نشان داد که ۷۳٪ از این افراد در موقع فاحشگی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. در این میان ۶۷٪ از این افراد معیارها و نشانه‌های PTSD را گزارش کردند (۱۶). در این زمینه متأسفانه تاکنون مطالعه گزارش شده‌ای در کشور ما انجام نگرفته است. پژوهش حاضر به منظور پرکردن این خلاء و پاسخگویی به این سوال که «میزان شیوع این اختلال در قربانیان تجاوز به عنف چقدر می‌باشد؟» انجام گرفته است.

### روش کار

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع اپیدمیولوژی است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۷۰ نفر از قربانیان تجاوز به عنف مراجعه کننده به پزشکی قانونی استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ می‌باشد که به صورت تمام شماری وارد نمونه پژوهش شده‌اند. در ضمن تمام موارد به اقرار خود افراد، تجاوز ناخواسته بوده و تمام موارد با استفاده از روش‌های معاینه و آزمایش در پزشکی قانونی مورد تایید قرار گرفته بودند. به جز پنج مورد مرد، تمام موارد تجاوز واژینالی بوده‌اند. برای انتخاب نمونه پژوهش کلیه قربانیانی که حداقل شش ماه از بروز تجاوز به عنف در آنان گذشته بود در پزشکی قانونی شناسایی شده سپس با آن‌ها تماس تلفنی برقرار می‌شد و از آن‌ها دعوت به عمل آمد تا به پزشکی قانونی استان مراجعه کنند. قربانی تجاوز به عنف بودن، نداشتن سابقه اختلال شناخته شده روان‌شناختی قبل از تجاوز و گذشت حداقل شش ماه از اتفاق، از ملاک‌های انتخاب افراد برای پر کردن پرسشنامه و انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته بوده است.

در این پژوهش از دو ابزار روان‌سنجی چک لیست PTSD برای غیر نظامیان و مصاحبه بالینی DSM-IV استفاده گردید.

چک لیست PTSD یک پرسشنامه ۱۷ سوالی خوداجرایی است که تمام ابعاد این بیماری را بر اساس علائم مطرح شده در DSM پوشش می‌دهد. در این پرسشنامه سه دسته علائم تجربه مجدد (۵ ماده)، علائم اجتنابی (۷ ماده) و علائم برانگیختگی شدید (۵ ماده) از بیمار پرسیده می‌شود. در پژوهش‌های مختلف اعتبار و پایایی این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته است. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت از یک تا پنج بوده و نمره کل ماده‌ها (۱۷-۸۵) به عنوان نمره فرد محسوب می‌گردد. نمره ۳۵ به عنوان نقطه برش در بیشتر پژوهش‌ها در نظر گرفته شده است (۱۸، ۱۷). روایی و پایایی این آزمون در ایران مورد تایید قرار گرفته است (۱۹).

برای هر آزمودن چک لیست مورد نظر اجرا و در صورت بالاتر بودن از نقطه برش مصاحبه ساختار یافته به عمل می‌آمد. برای تشخیص نهایی ملاک مصاحبه ساختار یافته بوده است. در ضمن از همه آزمودنی‌های شرکت کننده رضایت آگاهانه دریافت و پژوهشگران

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد گروه نمونه در مواد چک لیست PTSD

شماره ماده	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
۱	۴/۱۶	۱/۵۳	۰	۵
۲	۳/۱۶	۱/۹۳	۰	۵
۳	۳/۴۳	۱/۹۴	۰	۵
۴	۴/۴۷	۱/۲۶	۰	۵
۵	۳/۸۷	۱/۶۸	۰	۵
۶	۴/۳۴	۱/۳۷	۰	۵
۷	۴/۴۴	۱/۳۶	۰	۵
۸	۲/۷۷	۱/۹۷	۰	۵
۹	۴/۴۱	۱/۳۷	۰	۵
۱۰	۴/۲۹	۱/۵۱	۰	۵
۱۱	۴/۱۴	۱/۶۱	۰	۵
۱۲	۴/۲۷	۱/۴۷	۰	۵
۱۳	۴/۳۷	۱/۳۶	۰	۵
۱۴	۴/۶۶	۱/۰۶	۰	۵
۱۵	۴/۵۴	۱/۲۲	۰	۵
۱۶	۴/۱۹	۱/۵۲	۰	۵
۱۷	۴/۲۰	۱/۵۳	۰	۵
تجربه مجدد	۳/۸۱	۱/۳۵	۰	۵
اجتناب و کرختی	۴/۰۹	۰/۹۹	۰	۵
برانگیختگی	۴/۳۹	۱/۱۰	۰	۵
کل	۴/۱۰	۱/۰۳	۰	۵

جدول ۳- فراوانی و درصد افراد مبتلا به PTSD بر اساس مصاحبه ساختار یافته

متغیر	فراوانی	درصد
مثبت	۶۴	۹۱/۲۴
منفی	۶	۸/۶
کل	۷۰	۱۰۰

عمل آمده ۶۴ نفر (یعنی ۴۲،۹۱ کل افراد نمونه) دارای علائم PTSD و تعداد ۴ نفر (با احتساب ۲ نفر فاقد معیار در پرسشنامه ۸/۸٪) فاقد بیماری فوق تشخیص داده شدند.

با مقایسه درصد فوق با نمونه‌های به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده در سطح کشورهای مختلف (جدول ۴) درصد به دست آمده از نمونه حاضر به صورت معنی‌داری از دیگر کشورها بالاتر است. به عبارتی عدد Z مشاهده شده در مقایسه نسبت‌ها در تمام موارد بالاتر از ۱/۹۴ بوده است. در این میان درصد حاضر بیشترین تفاوت را با پژوهش ولف و همکاران (۱۹۹۴) در کانادا با ۴۹٪ و کمترین تفاوت را با پژوهش فیروی و همکاران در کشورهای مختلف با ۶۷٪ دارد. در ضمن هر دو نفر فاقد علائم بیماری زنانه بوده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات مختلف حاکی از شیوع بالای PTSD در بازماندگان و قربانیان تجاوز به عنف می‌باشد (۳-۴). پژوهش حاضر به منظور بررسی شیوع این اختلال در بازماندگان و قربانیان در استان کهگیلویه و بویر احمد انجام گرفته است.

نتایج پژوهش نشانگر بالا بودن شدت این علائم به ویژه در چک لیست PTSD در گروه مورد مطالعه می‌باشد (جدول ۲) علی‌رغم گذشت حداقل شش ماه از پدیده تجاوز به عنف در افراد مورد مطالعه از ۷۰ فرد مورد مطالعه ۶۸ نفر نمره‌ای بالاتر از نقطه برش داشته‌اند. این پدیده نشانگر اثرات روان‌شناختی گزارش شده قبلی در تمام پژوهش‌های انجام شده قبلی (۷-۵) حتی با شدت بیشتری است. گرچه بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از فروکش کردن علائم بعد از مدت کوتاهی در این قربانیان به ویژه تا سه ماه اول را دارند (۱۳-۱۶).

نتایج همچنین نشانگر بالا بودن میانگین ماده‌های مربوط به برانگیختگی (بالاتر از ۳) بیش از اندازه در بین این گروه از قربانیان بوده است. به طوری که این زیر مقیاس در بین موارد سه گانه زیر مقیاس‌ها بالاترین میانگین را داشته است و بر عکس تجربه مجدد تراما علی‌رغم بالاتر از میانگین بودن، نسبت به بقیه زیر مقیاس‌ها پایین‌ترین میانگین را داشته است.

یعنی تحریک‌پذیری و خشم و کمترین میانگین مربوط به ماده ۸ (۲،۷۷±) یعنی مشکل در به یاد آوردن قسمت‌های مهم حادثه بوده است. لازم به یادآوری است با توجه به بالای نقطه برش بودن ۶۸ نفر از پرکنندگان پرسشنامه از کل افراد نمونه به جز دو نفر زیر نقطه برش، مصاحبه بالینی به عمل آمد.

نتایج به دست آمده براساس مصاحبه ساختار یافته نیز به شرح زیر می‌باشند. بر اساس نتایج جدول شماره ۳ از ۶۸ نفر مصاحبه به

جدول ۴- مقایسه نسبت مطالعات گزارش شده در کشورهای دیگر با مطالعه حاضر

نام محقق و کشور	تعداد آزمودنی‌ها	درصد شیوع	فراوانی	Z در مقایسه با مطالعه حاضر
روتبام (۱۹۹۲) آمریکا	۶۴	٪۴۷	۳۰	۵/۵۷
ولف و همکاران کانادا (۱۹۹۴)	۹۰	٪۴۹	۴۴	۷
ویتانزا و همکاران (۱۹۹۴) آمریکا	۹۳	٪۵۶	۵۲	۴/۹۲
بارکان و همکاران (۱۹۹۷) آمریکا	۱۳۰	٪۵۷	۷۴	۵/۰۶
فیرلی و همکاران ( ۵ کشور آفریقای جنوبی- تایلند- ترکیه - آمریکا- زامبیا)	۴۷۱	٪۶۷	۳۱۸	۳/۸۷
کهگیلویه و بویراحمد	۷۰	۹۱/۲	۶۴	

بالا بودن میزان اختلال در قربانیان مورد مطالعه باشد. لازم به یادآوری است که نگرش نسبت به این پدیده در استان بسیار منفی است و بروز این اتفاق را در خانواده مایه ننگ خود می‌دانند و عوارضی چون طرد اجتماعی برای خانواده و تحقیر و سرزنش و حتی انزوا و طرد برای فرد قربانی به همراه دارد.

به نظر می‌رسد نقش عوامل متعدد دیگر از جمله رابطه قربانی با متجاوز، شدت حمله و عوارض جسمانی در تعیین شدت اختلال چشمگیر بوده که لازم است در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار بگیرد. در کل نتایج پژوهش نشان می‌دهد که شیوع اختلال استرس پس از ضربه در جمعیت مورد مطالعه با توجه به عوامل اجتماعی و فرهنگی استان از تمام پژوهش‌های انجام گرفته قبلی به ویژه در خارج از کشور به طور معنی‌داری بالاتر بوده است به طوری که نزدیک به ۹۲٪ قربانیان دچار این اختلال بوده‌اند.

توجه به متغیرهای محل تجاوز، زمان تجاوز، جنسیت و نسبت متجاوز به قربانی در این پژوهش، به علت کمی تعداد نمونه، میسر نبود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد.

#### سیاسگذاری

این پژوهش با حمایت مالی سازمان نظام پزشکی استان انجام گرفته است که لازم می‌دانیم مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسوولان این سازمان اعلام نماییم.

براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته ۹۱/۴۲٪ از نمونه مورد مطالعه این پژوهش، دارای بیماری اختلال استرس پس از ضربه تشخیص داده شدند. به عبارتی ۶۴ مورد از هفتاد نفر مورد مطالعه دچار این اختلال بوده‌اند. نتایج این پژوهش با تمام پژوهش‌های انجام شده (۱۲ تا ۱۶) قبلی تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. به عبارتی میزان شیوع این اختلال در بازماندگان قربانی تجاوز به عنف مورد مطالعه حاضر بیشتر از سایر موارد گزارش شده در پژوهش‌های سایر کشورها بوده است.

ابراز روحی روانی ناشی از تجاوز و سایر اشکال خشونت جنسی با توجه به بستر فرهنگی هر جامعه مهم است و می‌تواند در هر فرهنگی متفاوت باشد (۲۱). از طرف دیگر عوامل متعدد اجتماعی و اقتصادی از جمله وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و حمایت اجتماعی از عواملی است که می‌تواند تعیین کننده شدت واکنش افراد قربانی به تعرض انجام گرفته باشد (۲۴-۲۲). در این پژوهش اکثریت قربانیان دارای سطح تحصیلات پایین و فاقد شغل بوده‌اند که می‌تواند در تعیین شدت اختلال گزارش شده موثر باشد.

نقش نگرش اجتماعی به پدیده تجاوز به عنف از موارد بسیار موثر در تعیین شدت واکنش‌های روان‌شناختی قربانیان به جا مانده از این حادثه استرس‌زا می‌باشد (۲۵). وجود حساسیت بسیار بالای فرهنگی اجتماعی در استان و نگرش منفی و ننگ‌آمیز نسبت به این پدیده می‌تواند از مهم‌ترین علل بالا بودن نمره فرد در پرسشنامه و همین‌طور

## References

- 1- Eslami. H. Ethical approaches to abortion. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2005; 4: 321-42.
- 2- WHO. The international crime victim survey in countries in transition: national reports. Rome: United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute; 1998.
- 3- WHO. Victims of crime in the developing world. Rome: United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute; 1998 .
- 4- Mirzayee. J., Khodayee. M., and Mohamadkhani, P. The effects of sexual voilences on prevalence of PTSD. *Journal of Rehabilitation*. 2004; 4: 65-72
- 5- Hazelwood, R. and Burgess A, W. *Practical Aspects of Rape Investigation. A Multidisciplinary Approach*. London: CRC Press LLC, 2001.
- 6- Haj- Yahia. M, Tamish, S. The Rates of child sexual Abuse and it,s psychological consequence. *Journal of child Abuse and Neglect*. 2001; 13, 1330-97.
- 7- Barts J. P. and the London NHS Trust .THE TRAUMA OF SEXUAL ASSAULT Treatment, Prevention and Practice. New Zealand: John Wiley & Sons Ltd., 2002.
- 8- Burgess, A. Rape Trauma Syndrome. In P. Searles and R. Berger (eds) *Rape and society: Readings on the problem of sexual assault*. Boulder CO: Westview Press, 1995.
- 9- Hedi, S; Resnick, Ron; Acierno, Ananda; B. Amstadter and Shannon. self – Brown An acute pest- sexual assault ntervention to prevent drug abuse. updated Findings. (2007), 42: 2032-45.
- 10-Mirzayee, J., and Karami, G. *Textbook of PTSD*. Tehran: Bonyad medical research center, 2007.
- 11-Kaplan BJ, Kaplan VA. Kaplan and Sadock’s *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 906.
- 12-Marshall, L. L; Vogel, L. C. PTSD symptoms and partner abuse: Low income women at risk, *Journal Trauma stress*. 2001; 3: 84-569.
- 13- Rothbaum B.O., Foa, E.B., Riggs, D., Murdock, T., & Walsh, W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992; 5: 455–75.
- 14-Vitanza. S; Vogel, L. C; Marshall, L. L, Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused woman. *Voilence Vict*. 1995; 10: 23-34.
- 15- Farelly M., Barkan H. Women Health, prostitution violenceAgainst women and posttraumatic stress Disorden. *Women and Health*. 1998; 3: 37-49.
- 16- Farley M; Baral L, Kiremire M and sezgin U. prostitution in five countries: Violence and Post-Traumatic stress Disorden (south Africa, Thailand Turkey, USA, Zambia). *Feminism & Psychology*, 1998; 8: 405-29.
- 17- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 1996; 34: 669–673.
- 18- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. Psychometric properties of the PTSD checklistcivilian version. *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16: 495–502.
- 19- Guodarzi M. A, Validity and Reability of Micicipi posttraumatic Stress disorder Scales. *Journal of 62 sychology*. 2003; 2: 8-12.
- 20- Delavar A. *statistic in psychology and education*. Tehran: Rosd publisher; 2007.
- 21- .Motamedimehr M. protecting the women against violence: englang criminal politic. Tehran: Zatoon; 1379.
- 22- Atkeson. B. M, Calhoun. K. S, Resick. P. A. & Ellis, E. M. Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 1982; 50: 96-102.
- 23- Burgess. A. W.. &I Holstrom. L. L. Recovery from rape and prior life stress. *Research in Nursing & Health*. 1978; 1: 165- 74.
- 24- Kilpatrick. D. G., Best. C. L.. & Veronen, L. J. Mental health consequences of criminal victimization: A random community survey. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada; 1984.
- 25- Ullman S E and Filipas H H. Predictors of PTSD Symptom Severity and Social Reactions in Sexual Assault Victims. *Journal of Traumatic Stres*. 2001; 14, (2): 369-89.