مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶: ۱۴۵-۱۵۲

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۴

تعیین سلامت روان قربانیان زن تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان در سال ۱۳۹۳

چکیده

زمینه: بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهند در قربانیان تجاوز جنسی اختلالات روانی به وجود می‌آید که ممکن است به صورت همیشگی با قربانی همراه باشد. قربانیان تجاوزات جنسی با عوارض متعدد جسمی و روانی روبه‌رو هستند که نیاز شدیدی به کمک‌های مراقبتی چه از لحاظ جسمی و چه از نظر روانی دارند. تشخیص و درمان به موقع این عوارض کمک شایانی به قربانیان خواهد کرد. هدف این مطالعه بررسی اختلالات روانی در قربانیان تجاوز جنسی در شهر اصفهان بود.

روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. نمونه‌های مورد پژوهش ۹۳ نفر از قربانیان تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده بودند. برای بررسی سلامت روان از پرسشنامه سلامت روان SCL-۹۰ استفاده شد که در این پرسشنامه جنبه‌های مختلف سلامت روان از جمله افسردگی، اضطراب، خود بیمار انگاری، وسواس، حساسیت بین فردی، پرخاشگری، پارانویا، فوبیا و روانپریشی مورد بررسی قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میانگین ± انحراف معیار سن افراد قربانی ۳/۳۴ ± ۲۳/۳۵ بود و این مقدار در افراد متجاوز ۳/۷۵ ± ۲۶/۶۳ بود. بیشتر قربانیان در بازه سنی ۲۳ تا ۲۷ ساله قرار داشتند که این مقدار ۴۷ نفر معادل ۴۸/۹ درصد بود. همچنین ۵۰ نفر (۵۶/۸ درصد) افراد متجاوز نیز در بازه سنی ۲۳ تا ۲۷ سال قرار داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۳۲/۳ درصد قربانیان دارای اختلالات روانی خفیف و ۶۴/۵ درصد دارای اختلالات روانی متوسط و ۱/۱ درصد دارای اختلال روانی شدید هستند همچنین بیشترین اختلال روانی دیده شده در این افراد افسردگی و پرخاشگری بود.

نتیجه‌گیری: از آن جایی که تجاوز جنسی سلامت روان افراد را به خطر انداخته و پیامدهای روانی زیادی بر جای می‌گذارد بهتر است برای پیشگیری از آن مداخلات آموزشی و پیشگیرانه را در جامعه گسترش دهیم و شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی را تقویت کنیم و با تشخیص زودرس و درمان قربانیانی که دچار آسیب روانی شده‌اند از عوارض وخیم این حادثه بکاهیم.

واژگان کلیدی: تجاوز جنسی، SCL-۹۰، اختلالات روانی، افسردگی، پرخاشگری

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۱۵ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۶/۱۲/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۳۰

خادمی نسیم ۱
دکتر ناهیدی فاطمه ۲*
نافع مهدیس ۳
دکتر اریسیان محمد ۴

۱- کارشناس ارشد گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد
۲- استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- کارشناس ارشد گروه مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اراک
۴- متخصص پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی، اصفهان

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، بزرگراه نیایش، دانشگاه علوم شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامائی

تلفن: ۰۲۱۸۸۲۰۲۵۱۲

نشانی الکترونیکی:
f.nahidi87@gmail.com
nahidi@sbmu.ac.ir

مقدمه

تجاوز جنسی یک دخول جنسی (واژینال، دهانی یا مقعدی) تعریف می‌شود [۱] که با آلت تناسلی، انگشت یا هر شی‌ای انجام شده باشد [۲] تجاوز زمانی اتفاق می‌افتد که رضایت قربانی به خاطر ترس از مرگ و یا صدمه دیدن باشد [۳] و یا اینکه این عمل از طریق خوراندن دارو صورت گیرد [۴]. تجاوز جنسی یک مسئله شایع و مهم در حوزه بهداشت عمومی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. همچنین این پدیده عواقب جدی برای زنان از لحاظ جسمی و روانی دارد [۵]. تجاوز جنسی یک مشکل پیچیده است که مشکلات پس از آن دارای جنبه‌های مختلفی مثل جنبه‌های پزشکی، روانشناختی و قانونی است. شیوع این مسئله از ۱۳ تا ۳۹ درصد در زنان متغیر است و این میزان در مردان ۳ درصد است [۶]. بیشترین آمار تجاوزات جنسی ۲ در کشور کنگو اعلام شده است. در ایران به ترتیب استان‌های تهران (سالانه یک‌هزار ششصدوپنجاه جرم جنسی) و قم سالانه (یک‌هزار و پانصدوپنجاه و شش جرم جنسی) بالاترین میزان تجاوزات جنسی اعلام شده است [۷]. اثرات جانبی پس از تجاوز جنسی بسیار زیاد است که این اثرات می‌توانند به دو دسته جسمی و روانی تقسیم‌بندی شوند که برخی از این عوارض شامل این موارد می‌شوند: اختلال استرس پس از ضربه، گرایش به مصرف مواد مخدر و الکل، آسیب زدن شخص به خود، سندرم استکهلم، افسردگی، عفونت‌های مقاربتی (ایدز، هپاتیت، سفلیس، سوزاک، کلامیدیا، هرپس تناسلی، پاپیلوما ویروس)، حاملگی، اختلالات شخصیت مرزی، اختلالات خواب، اختلالات تغذیه‌ای، اختلالات حافظه و خودکشی [۸]. از نظر علت شناسی سه نظریه راجع به تجاوز جنسی مطرح است که شامل ۱- نظریه تک عاملی ۲- نظریه چند عاملی ۳- خرد نظریه‌ها [۴]. نظریه تک عاملی: این نظریه علت پرخاشگری و تجاوزجنسی را یک عامل منحصر به فرد می‌داند. نظریه چند عاملی: این نظریه ترکیبی از تعدادی از نظریه‌های تک عاملی است که به توضیح روابط علی و معلولی برای ایجاد یک محیط مساعد برای تجاوز جنسی می‌پردازد. خرد نظریه‌ها: این نظریه به تجزیه و تحلیل رفتار مجرمان پرداخته و آن‌ها را از نظر، رفتاری، عاطفی و عوامل زمینه‌ای بررسی می‌کند و با توجه به نتایج این تحلیل‌ها به ارائه برنامه‌های پیشگیری‌کننده برای جلوگیری از تجاوزات جنسی می‌پردازد [۹و۱۰]. این افراد در مقایسه با زنانی که تحت تجاوز جنسی قرار نگرفته‌اند، با احتمال بیشتری دچار افسردگی، تلاش برای خودکشی، اضطراب مزمن، عصبانیت، مشکلات مربوط به سوء استفاده از مواد، خستگی، اعتماد به نفس پایین، احساس گناه و سرزنش خود و اختلال خواب می‌شوند [۳]. وجود فشارهای عاطفی گوناگون خطر از هم پاشیدگی روان را افزایش داده و به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود در نتیجه فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ نماید [۱۱]. قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه، منطقی و مناسب را سلامت روان گویند. افراد سالم از نظر روانی دارای این ویژگی‌ها هستند: نسبت به خود آرامش دارند و احساس امنیت می‌کنند. توانایی‌های خود را در حد واقعی ارزیابی می‌کنند، نه بیشتر و نه کمتر. به خود احترام می‌گذارند و کمبودهای خود را می‌پذیرند. به حقوق دیگران احترام می‌گذارند. می‌توانند به دیگران علاقمند شوند و آن‌ها را دوست بدارند. می‌توانند احترام و دوستی دیگران را جلب کنند. می‌توانند نیازهای خود را برآورده سازند و برای دشواری‌هایی که در زندگی آن‌ها پیش می‌آید راه حلی پیدا کنند. قادرند مسئولیت روزمره خود را با برگزیدن اهداف معقول پیش ببرند. تحت تأثیر عواطف، ترس، خشم، عشق یا گناه طوری قرار نمی‌گیرند که زندگیشان پریشان شود [۱۲]. مطالعه قریشی و همکاران در سال ۱۳۸۶ با عنوان «نیم رخ روانی دخترانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند» نشان داد که قربانیان احساس سلامتی نمی‌کردند، متزلزل بودند و در مجموع قربانیان بدبین، بدخلق و پرخاشگر شده بودند، احساس حقارت و ناامنی می‌کردند و این یافته‌ها با آنچه سندرم ضربه بعد از تجاوز نامیده می‌شد هماهنگ بود [۱۳]. مطالعه هبرت۱ و همکاران در سال ۲۰۱۴ با عنوان بررسی اثرات حمایت‌های اجتماعی بر استرس ناشی از تجاوز جنسی در قربانیان نوجوان نشان داد که دختران نوجوان سطوح بالینی بیشتری از علائم اختلال استرس پس از سانحه را نسبت به پسران دارند و همچنین مشخص شد پشتیبانی اعضای خانواده باعث کاهش این علائم می‌شود [۱۴]. مطالعه چن۲ و همکاران در سال ۲۰۱۰ با عنوان ارتباط بین تجاوز

جنسی و اختلالات روانی پس از آن نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین تجاوز جنسی و اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، اختلالات خواب و اقدام به خودکشی وجود دارد [۱۵]. مطالعه نیکرسون۳ و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان داد افسردگی و اضطراب در قربانیان افزایش چشمگیری داشته است [۱۶]. مطالعه میرزایی در سال ۱۳۸۵ با عنوان تأثیر تجاوز جنسی در بروز اختلال استرس پس از ضربه نشان داد که تجاوز جنسی در زنان سبب‌ساز آثار کوتاه‌مدت و درازمدت روانشناختی و روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، افزایش خطر خودکشی و اختلال استرس پس از ضربه می‌شود. پیامدهای روانشناختی مانند اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی و اضطراب ۳۰ درصد به دست آمد [۱۷]. با توجه به عوارض و خیم ناشی از تجاوز و افزایش روز افزون تجاوز بر آن شدیم تا پژوهشی با هدف تعیین وضعیت سلامت روان قربانیان زن تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان در سال ۱۳۹۳ انجام دهیم تا با انجام این تحقیق قربانیانی که دچار آسیب روانی شده‌اند شناسایی و به مراکز مربوطه ارجاع داده شوند تا از عوارض و پیامدهای وخیم این حادثه کاسته شود.

روش کار

این پژوهش به روش توصیفی در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه قربانیان تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی تشکیل می‌دهد که از میان آن‌ها ۹۳ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند به این صورت که از قربانیان تجاوز جنسی که به پزشکی قانونی مراجعه کردند شرح حال کامل اخذ نموده و در صورتی که تجربه قبلی از تجاوز جنسی، سابقه اختلال روانی نداشتند، همچنین مایل به همکاری در مطالعه بودند، ماهیت و اهداف تحقیق و آزادانه بودن شرکت در مطالعه توضیح داده شد از آنان رضایت نامه کتبی گرفته شد و سپس پرسشنامه سلامت روان SCL-۹۰ متشکل از ۹ بعد (۱- شکایات جسمی ۲- بعد وسواس اجبار ۳- بعد حساسیت در روابط بین فردی ۴- بعد افسردگی ۵- بعد اضطراب ۶- افکار پرخاشگری ۷- بعد ترس مرضی ۸- افکار پارانوییدی ۹- بعد روان پریشی) توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. اعتبار پرسشنامه در سال ۷۶ توسط رضاپور ۷۲٪ و پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد شد. برای امتیازبندی از مقیاس لیکرت ۵ بخشی (هیچ- کمی- تاحدی- زیاد- خیلی زیاد) استفاده شده است. هیچ امتیاز صفر و خیلی زیاد امتیاز ۴ را به خود اختصاص می‌دهد. کسب میانگین بالای فرد در هر اختلال (۳ یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، بررسی داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها

میانگین ± انحراف معیار سن افراد قربانی ۳/۳۴ ± ۲۳/۳۵ بود و این مقدار در افراد متجاوز ۳/۷۵ ± ۲۶/۶۳ بود. بیشتر قربانیان در بازه سنی ۲۳ تا ۲۷ ساله قرار داشتند که این مقدار ۴۷ نفر معادل ۴۸/۹ درصد بود. همچنین ۵۰ نفر (۵۶/۸ درصد) افراد متجاوز نیز در بازه سنی ۲۳ تا ۲۷ سال قرار داشتند. از لحاظ سطح تحصیلات ۴۲ نفر (۴۷/۷ درصد) از قربانیان دارای مدرک کاردانی بودند که نسبت به سایر سطح تحصیلات از فراوانی بیشتری برخوردار بود (جدول ۱). ۷۹ نفر (۸۹/۸ درصد) از قربانیان مجرد و ۸۷ نفر (۹۸/۹ درصد) از این افراد دارای سابقه اختلال روانی بودند. نتایج اطلاعات مربوط به خانواده قربانی نشان داد ۳۷ نفر (۳۹/۸ درصد از پدران افراد قربانی دارای مدرک دیپلم و ۵۶ نفر (۶۳/۶ درصد) از مادران افراد قربانی دارای مدرک زیر دیپلم بودند. ۳۹ نفر (۴۴/۳) از پدران افراد قربانی نه کارگر و نه کارمند بودند و از نظر مقیاس طبقه‌بندی شغل جزء سایر موارد تقسیم‌بندی می‌شدند. بیشتر مادران افراد قربانی خانه‌دار بودند (۵۶ نفر، ۶۳/۶ درصد). از لحاظ میزان جمعیت خانواده ۴۵ نفر (۵۱/۱ درصد) در خانواده‌هایی با جمعیت متوسط زندگی می‌کردند. سطح درآمد ۶۸ نفر (۷۷/۳ درصد) از قربانیان زیر ۵۰۰ هزار تومان بود و ۲۰ نفر (۲۲/۷ درصد) نیز درآمد بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان داشتند. از نظر مکان تجاوز، بیشتر تجاوزها در منزل خالی فرد متجاوز رخ داده بود که این میزان ۸۴/۱ درصد موارد (۷۴ نفر) را شامل می‌شد. ۴۶/۶ درصد (۴۱ نفر) از تجاوزات از نوع رمانتیک بوده که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده بود. از نظر فردی یا گروهی بودن تجاوز نیز ۹۴/۳ درصد (۸۳ نفر) موارد را تجاوز فردی تشکیل می‌داد (جدول ۱).

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی قربانیان تجاوز جنسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳			
	مقیاس	فراوانی	درصد
سن قربانی	۱۸-۲۲	۳۸	۴۳/۲
	۲۳-۲۷	۴۳	۴۸/۹
	۲۸-۳۲	۴	۴/۵
	۳۳-۳۸	۳	۳/۴
	مجموع	۸۸	۱۰۰
تحصیلات قربانی	زیردیپلم	۲	۲/۳
	دیپلم	۳۲	۳۶/۴
	کاردانی	۴۲	۴۷/۷
	کارشناسی و بالاتر	۱۲	۱۳/۶
	مجموع	۸۸	۱۰۰
شغل قربانی	خانه‌دار	۵	۵/۷
	کارگر	۸	۹/۱
	کارمند	۱۲	۱۳/۶
	سایر موارد	۶۳	۷۱/۶
	مجموع	۸۸	۱۰۰
وضعیت تاهل قربانی	مجرد	۷۹	۸۹/۸
	متاهل	۴	۴/۵
	مطلقه	۵	۵/۷
	مجموع	۸۸	۱۰۰
سابقه اختلال روانی قربانی	دارد	۸۷	۹۸/۹
	ندارد	۱	۱/۱
	مجموع	۸۸	۱۰۰
درآمد قربانی	زیر ۵۰۰۰۰۰	۶۸	۷۷/۳
	۵۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۲/۷
	مجموع	۸۸	۱۰۰

نتایج این مطالعه نشـان داد که از ۱۴ شـاخص افسـردگی ۷۷/۴ درصد افراد در حد خیلی زیاد احساس غمگینی داشتند. ۵۹/۱ درصد قربانیان تجاوز جنسـی دچار احساس بی‌علاقگی خیلی زیاد بودند. همچنین از مشـکلات شـایع دیگر این افراد دل نگرانی، احساس تنهایی و دیـر به خواب رفتن بود که در بیش از ۵۰ درصد آنان به میزان خیلی زیاد وجود داشت (جدول۲).

از ۹ شـاخص مربوط به اضطراب ۵۱/۶ درصـد واحدهای مورد پژوهش تجربه احسـاس ترس همیشـگی را در حـد خیلی زیاد داشـتند. ۴۹/۵ درصد از افراد قربانی نیز دچار احساس تپش قلب به میزان خیلی زیاد بودند (جدول۲). از ۱۰ زیر شـاخص وسواس انجام کند کارها، تکرارکارها و مشـکل در تصمیم‌گیری در بیش از ۴۰ درصد افراد قربانی در حد خیلی زیاد دیده می‌شـد. از ۹ زیر

جدول ۲- فروانی میزان شاخص افسردگی در قربانیان تجاوز جنسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳											
	هیچگاه		کمی		تاحدی		زیاد		خیلی زیاد		مجموع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کاهش علاقه به فعالیت جنسی	۱۴	۱۵/۱	۱۳	۱۴	۲۲	۲۳/۷	۲۹	۳۱/۲	۱۵	۱۶/۱	۹۳	۱۰۰
کم قوه و کند بودن	۴۰	۴۳	۳۲	۳۴/۴	۱۵	۱۶/۱	۵	۵/۴	۱	۱/۱	۹۳	۱۰۰
فکر خاتمه زندگی	۲۲	۲۳/۷	۱۶	۱۷/۲	۲۹	۳۱/۲	۱۴	۱۵/۱	۱۲	۱۲/۹	۹۳	۱۰۰
بیاشتهایی	۲۲	۲۳/۷	۳۰	۳۲/۳	۱۶	۱۷/۲	۴	۴/۳	۲۱	۲۲/۶	۹۳	۱۰۰
زود گریه کردن	۶	۶/۵	۱۵	۱۶/۱	۳۰	۳۲/۳	۲۲	۲۳/۷	۲۰	۲۱/۵	۹۳	۱۰۰
سردرگمی	۶	۶/۵	۱۵	۱۶/۱	۳۰	۳۲/۳	۲۲	۲۳/۷	۲۰	۲۱/۵	۹۳	۱۰۰
سرزنش خود	۱۹	۲۰/۴	۲۳	۲۴/۷	۲۳	۲۴/۷	۱۲	۱۲/۹	۱۶	۱۷/۲	۹۳	۱۰۰
احساس تنهایی	۵	۵/۴	۵	۵/۴	۱۲	۱۲/۹	۲۳	۲۴/۷	۴۸	۵۱/۶	۹۳	۱۰۰
احساس غمگینی	۱	۱/۱	۴	¾	۴	۴/۳	۱۲	۱۲/۹	۷۲	۷۷/۴	۹۳	۱۰۰
دل نگرانی	۳	۳/۲	۳	۳/۲	۱۱	۱۱/۸	۲۲	۲۳/۷	۵۴	۵۸/۱	۹۳	۱۰۰
بی علاقگی	۳	۳/۲	۴	¾	۱۰	۱۰/۸	۲۱	۲۲/۶	۵۵	۵۹/۱	۹۳	۱۰۰
دیر خواب رفتن	۷	۷/۵	۵	۵/۴	۱۴	۱۵/۱	۲۰	۲۱/۵	۴۷	۵۰/۵	۹۳	۱۰۰
ناامیدی به آینده	۴	۴/۳	۱۱	۱۱/۸	۲۶	۲۸	۳۳	۳۵/۵	۱۹	۲۰/۴	۹۳	۱۰۰
فکر مرگ و مردن	۱۱	۱۱/۸	۱۱	۱۱/۸	۲۲	۲۳/۷	۳۰	۳۲/۳	۱۹	۲۰/۴	۹۳	۱۰۰

شـاخص موجود در شاخص حساسـیت بین فردی، شاخص‌های حسـاس بودن، احسـاس عدم همدردی دیگران و احساس رفتار غیردوسـتانه مردم در بیـش از ۵۰ درصد موارد در حد خیلی زیاد مشـاهده می‌شـد که از بین این ۳ زیر شـاخص احساس رفتار غیردوسـتانه ۵۴/۸ درصد بیشـترین میزان را به خود اختصاص داده بود. از ۶ زیر شاخص موجود در شاخص پرخاشگری، شاخص از کوره در رفتن در۴۵/۲ درصد موارد در حد خیلی زیاد مشـاهده می‌شد (جدول۳).

جدول ۳- فروانی میزان شاخص پرخاشگری در قربانیان تجاوز جنسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳											
	هیچگاه		کمی		تاحدی		زیاد		خیلی زیاد		مجموع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عصبانیت	۹	۹/۷	۱۱	۱۱/۸	۱۹	۲۰/۴	۳۲	۳۴/۴	۲۲	۲۳/۷	۹۳	۱۰۰
از کوره در رفتن	۷	۷/۵	۹	۹/۷	۱۵	۱۶/۱	۲۰	۲۱/۵	۴۲	۴۵/۲	۹۳	۱۰۰
میل به کتک زدن دیگران	۱۸	۱۹/۴	۸	۸/۶	۱۹	۲۰/۴	۳۲	۳۴/۴	۱۶	۱۷/۲	۹۳	۱۰۰
میل به پرت کردن اشیا	۱۵	۱۶/۱	۹	۹/۷	۲۰	۲۱/۵	۳۰	۳۲/۳	۱۹	۲۰/۴	۹۳	۱۰۰
جر و بحث و درگیری	۱۰	۱۰/۸	۱۱	۱۱/۸	۱۹	۲۰/۴	۲۹	۳۱/۲	۲۴	۲۵/۸	۹۳	۱۰۰
داد و فریاد	۱۵	۱۶/۱	۱۱	۱۱/۸	۱۸	۱۹/۴	۳۳	۳۵/۵	۱۶	۱۷/۲	۹۳	۱۰۰

مهم‌ترین زیر شاخصی که در شاخص پارانویا نسبت به سایر علائم بیشـتر مشاهده شد، زیر شاخص احسـاس زیر نظر بودن می‌باشد کـه در ۴۷/۳ درصد از افراد در حد خیلی زیاد دیده می‌شـد. از ۷ زیر شـاخص فوبیا ترس از مسـافرت و ترس بی‌دلیل در بیش از ۵۰ درصد موارد در حد خیلی زیاد دیده می‌شـد. از ۱۱ زیر شاخص روان پریشـی ترس از آگاهـی دیگران از افـکار در ۴۴/۱ درصد

افراد مشـاهده می‌شد. از ۹ شـاخص اصلی سلامت روان شاخص افسـردگی دارای بیشترین مقدار و روانپریشی دارای کمترین مقدار بود همچنین بعد از افسـردگی پرخاشـگری و فوبیـا در رده‌های بعدی قرار داشتند. ۶۴/۵ درصد واحدهای مورد با کسب امتیاز بین ۲۴۸- ۱۶۶ در گروه اختلال روانی مترسـط قرار گرفتند. همچنین ۶۰ نفر (۶۴/۵ درصد) بـود. همچنین ۳۰ نفر (۳۲/۳ درصد) دارای اختلال روانی خفیف، ۲ نفر (۲/۲ درصد) فاقد اختلال روانی و ۱ نفر (۱/۱ درصد) دارای اختلال روانی شدید بودند.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار علایم روانی در قربانیان تجاوز جنسی شهر اصفهان سال ۱۳۹۳

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
افسردگی	۳۴/۷۳	۹/۱۳	۱۱	۵۲	۸۸
اضطراب	۲۰/۴۴	۶/۵۳	۶	۳۴	۸۸
خود بیمار انگاری	۲۰/۶۰	۵/۸۴	۸	۳۸	۸۸
وسواس	۱۵/۹۰	۶/۲۰	۴	۲۹	۸۸
حساسیت فردی	۱۷/۳۸	۵/۷۰	۴	۲۸	۸۸
پرخاشگری	۱۴/۵۷	۶/۱۸	۰	۲۴	۸۸
پارانویا	۹/۹۸	۳/۱۴	۴	۱۷	۸۸
فوبیا	۱۵/۹۰	۵/۵۳	۱	۳۲	۸۸
روان پریشی	۱۵/۵۲	۵/۶۵	۲	۳۵	۸۸

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه میانگین سـنی در افـراد قربانی ۲۷ تا ۳۲ بود که با مطالعات قریشـی و همکاران در سال ۱۳۸۶ و خرامین و همکاران در سـال ۱۳۹۱ همسو بود و در مطالعه هوچگینس و دوتن در سال ۱۹۹۷، ۳۴ سال بوده که نسبت به مطالعه‌ی ما بالاتر است. همانطور که می‌بینیم میانگین سـنی در افرادی که تحت تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند نسـبت به گذشته پایین‌تر آمده و دلیل آن می‌تواند ازادی بیشتر این افراد از سوی والدینشان نسبت به گذشتگان باشد [۱۸]. از نظر سـطح تحصیلات در مطالعه ما بیشـتر افراد دارای مدرک کاردانی بودند که با نتایج مطالعات قریشـی و همکاران در سـال ۱۳۸۶ و خرامین و همکاران در سـال ۱۳۹۱ و هوچگینس و دوتن در سـال ۱۹۹۷ که تحصیلات بیشتر افراد زیر دیپلم بود همخوانی نداشت. از دلایل آن می‌تواند این باشد که تعداد افراد تحصیل کرده در جامعه نسبت به گذشـته بیشتر شده است و این افراد نسبت به بقیه دارای اطمینان بیشتری هستند از این نظر که در معرض خطر قرار نمی‌گیرند و شـاید همین اطمینان بیش از مشکل آفرین باشد [۱۸و۱۹]. همچنین نتایج این پژوهش نشـان داد که ۶۴/۵ درصد واحدهای مورد پژوهش با کسـب نمره ۲۴۸-۱۶۶ در گروه اختلال روانی متوسـط قرار گرفتند، همچنیـن ۳۲/۳ درصد دارای اختلال روانـی خفیف، ۲/۲ درصد فاقد اختـلال روانی و ۱/۱ درصد دارای اختلال روانی شدید بودند. مطالعه هوچگین و دوتن در همین زمینه نشان داد کسـانی که تحت سوء استفاده جنسـی قرار داشتند در خلق‌وخـو دچار اختلال بودند و میزان اضطـراب در این افراد زیاد است. بیشـترین میزان علائم روانی در شاخص شکایات جسمانی بود و پرخاشـگری و افکار پارانوئیا در رتبه‌های بعدی قرار داشتند ولی در مطالعه حاضر بیشـترین میزان میانگین در شـاخص‌های ۹ گانه، مربوط به شاخص افسردگی بود [۱۹]. مطالعه حاضر نشان می‌دهد، میزان اختلالات روانی در افراد قربانی بیشتر از حد معمول اسـت و فرد قربانی بعـد از تجاوز دارای چندیـن اختلال روانی می‌باشـد که با نتایج مطالعه خرامین و همکاران در سـال ۱۳۹۱ همخوانی دارد [۱۸]. نتایج مطالعه حاضر نشـان داد که شـاخص افسـردگی در قربانیان بیشتر از بقیه شـاخص‌ها وجود دارد که با نتایج مطالعه پرتی و همکاران در سال ۲۰۰۶ همخوانی دارد [۲۱]. در کل نتایج پژوهش ما نشـان می‌دهد اکثریت قربانیان حداقل در یکی از زیر شـاخص‌ها داری اختلال روانی زیـاد و یا خیلی زیاد هسـتن و به طور کلی باید به پدیده تجاوز جنسـی از دیدگاه‌های روانی، اجتماعی، زیسـتی و فرهنگی نگریسـت چرا که پیامدهای روانشـناختی آن سـلامت روان افراد جامعه را بـه خطر انداخته، همچنین برای پیشـگیری از این پدیده باید مداخلات آموزشـی و

پیشگیرانه را در سطح اجتماع گسترش داد و شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی را تقویت کرد. بنابراین توصیه می‌شود با توجه به عوارض وخیم ناشی از تجاوز جنسی قربانیانی که دچار آسیب روانی شده‌اند شناسایی و درمان شوند تا از عوارض وخیم این حادثه کاسته شود.

محدویت پژوهش: بسنده نمودن به گفته قربانی تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی مبنی بر نداشتن سابقه اختلال روانی

سپاسگذاری: این مقاله حاصل پایان نامه می باشد. نهایت تشکر و قدر دانی را از پرسنل محترم مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان که زحمات فراوان کشیدند دارم.

مراجع

1- Gheshlaghi F. The history, ethics, rules in midwifery and forensic medicine: medical university of esfahan; 1384.[Full text in persian].

2- Knight B. Simpson's Forensic Medicine Arnold. London; 1997.

3- Novak E, Berek JS. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

4- Sarkar J. Mental health assessment of rape offenders: Indian J Psychiatry. 2013 Jul; 55(3): 235-243.

5- Islam MN, See KL, Ting LC, Khan J. Pattern ofSexual Offences Attended at Accident and Emergency Department of HUSM from Year 2000 to 2003: A Retrospective Study. Malays J Med Sci 2006 Jan;13(1): 30-6.

6- Cybulska B. Sexual assault: key issues. J R Soc Med 2007 Jul; 100(7): 321-4.

7- Available at:www.imanlive.com/forum/forum-f95/topic-737.html- Accessed: 20 july 2014.

8- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

9- Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. Elsevier; 2006. p. 44-63.

10- Hall GCN, Hirschman R. Toward a theory of sexual aggression: a quadripartite model. American Psychological Association; 1991. p. 662.

11- Giovagnoli AR, Meneses RF, Silva AMd. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2006;9(1):133-9.

12- The word health organization. Mentalhealth available at: http://www.who.int.Access 20 july 2014.

13- giti-ghoraysi A. mental profile of girls experiencingsexual abuse. applied psycology. 1386;1(4).[Full text in persian].

14- Hebert M, Lavoie F, Blais M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. Cien Saude Colet 2014 Mar;19(3):685-9

15- Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc 2010 Jul;85(7):618-29 doi: 104065/mcp20090583 Epub 2010 May 10.

16- Nickerson A, Steenkamp M, Aerka IM, Salters-Pedneault K, Carper TL, Barnes JB, et al. Prospective investigation of mental health following sexual assault. Depress Anxiety.2013 May;30(5):444-50. doi (2012 Nov 16):10.1002/da.22023.

17- MIRZAI, J.impact on the incidence of sexual violence PTSD: journal of rehabilitation research scientific; 1386. [Full text in Persian].

18- KHARAMIN, S. A., GORJI, R., ZADE, S. G. & AMINI, K. 1391. The Prevalence Rate of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the Rape Victims of Kohgiloyeh and Boyairahmad Province

during (2011-2012). Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran, 18, 99-106.[Full text in Persian].

19- HUTCHING, P. S. & DUTTON, M. A. 1997. Symptom severity and diagnoses related to sexual assault history. Journal of Anxiety Disorders,11, 607-618.

20- ELKLIT, A. & CHRISTIANSEN, D. M. Risk factors for posttraumatic stress disorder in female help-seeking victims of sexual assault. Springer Publishing Company.

21- PRETI, A., INCANI, E., CAMBONI, M. V., PETRETTO, D. R. & MASALA, C. 2006. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction Comprehensive Psychiatr.