

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۵/۲۵

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌سنجی

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۸/۲۹

دوره پنجم، شماره ۱۹، زمستان ۱۳۹۵

صفحات: ۸۹-۱۰۱

بررسی و مقایسه سلامت عمومی بزه‌دیدگان جرم با افراد عادی در سال ۱۳۹۴

Review and comparison of general health and normal people victims of crime in 1394

احمد سوری^۱ نصرالله انصاری نژاد^۲، طهمورث آقاجانی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و ابعاد آن در بزه‌دیدگان جرم و افراد عادی انجام پذیرفته است. جامعه اول آن شامل بزه‌دیدگان و جامعه دوم آن افراد عادی شهر تهران هستند که نمونه جامعه اول ۶۰ نفر به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس و نمونه جامعه دوم شامل ۷۰ نفر به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیده و سلامت عمومی آنان از طریق پرسشنامه GHQ مورد اندازه‌گیری و مقایسه قرار گرفت. بنابراین تحقیق حاضر از نظر ماهیت جزء تحقیقات پس‌رویدادی یا علی - مقایسه‌ای است.

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد: اولاً در بعد سلامت عمومی بزه‌دیدگان دارای میانگین (۲/۰۷) و افراد عادی دارای میانگین (۰/۷۷) بوده که نتایج آزمون T مستقل و سطح معناداری به دست آمده حاکی تفاوت معناداری

Abstract

The present study aimed to compare the public health dimensions of the victims of crime and normal group have been carried out. The first community including victims and society its second normal group in Tehran. Sample of 60 students and available for sampling in the second population sample consisted of 70 students was selected randomly. Through questionnaires about their general health GHQ was measured. This study of the nature of the post-event research or causal - comparative. Analysis of the data shows: First, the general health of victims after a mean (2/07) ordinary individuals have an average (0/77) has been that T-test showed no significant difference significant level of public health and the victims are normal group. We can say that victims have more problems in the

۲. دکترای روان‌شناسی اجتماعی و مدرس دانشگاه

۱. دانشیار دانشگاه علوم انتظامی

۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب

field of health. Second, the scale of health problems , anxiety, insomnia , social problems and depression victims also have a higher average than normal group, and this difference was significant. It can be said the victim mentioned in the four-scale problems are higher than normal group.

سلامت عمومی بزه دیدگان و افراد عادی می‌باشد. به طوری که می‌توان گفت بزه دیدگان دارای مشکلات بیشتری در زمینه سلامت هستند. ثانیاً در مقیاس‌های مشکلات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، مشکلات ارتباط اجتماعی و افسردگی بزه دیدگان نیز نسبت به افراد عادی میانگین بالاتری داشته و این تفاوت معنی‌دار است. به‌طوریکه می‌توان گفت افراد بزه دیده در چهار مقیاس یاد شده دارای مشکلات بالاتری نسبت به افراد عادی هستند.

واژه‌های کلیدی:

Keywords:
public health / health of victims /
victims of crime / Works crime /
psychological effects of crime

سلامت عمومی/سلامت بزه دیدگان/بزه
دیدگان جرم/آثار جرم/آثار روانی جرم

مقدمه

سلامت کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیر ممکن است. متخصصان تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند، اما تقریباً همه تعاریف موضوع مشترکی دارند و آن مسئولیت در قبال خود انتخاب سبک زندگی سالم است. از طرف دیگر باید گفت بزه دیده جنایت فردی است که به عنف مورد ظلم یا ستم و یا مورد ضرب و شتم ناخواسته قرار می‌گیرد که سبب شکایت وی به مراجع ذیصلاح می‌شود. البته در تعریف کلی بزه دیدگی می‌تواند یک فرد، یک سازمان یا یک سیستم قانونی دولتی باشد که مورد تهدید، آسیب یا نابودی و انهدام از طریق فعالیت جنایی قرار می‌گیرد (لینگرین و نیکولایک^۱، ۲۰۱۱). تأثیرگذاری جرایم بر قربانیان از طرق مختلف صورت می‌گیرد (سوری، ۱۳۹۴). گاهی برای برخی افراد جرم حادث شده اثرات و یا زیانهای مالی ناشی از دست دادن دارایی را به همراه دارد. گاهی ممکن است دارایی فرد بزه دیده بطور غیر مستقیم از دست

¹. lindgren and Nicolic

رود مثلاً فردی که درگیر جرم شده و مجبور به استفاده از خدمات درمانی شود. زمانی هم ممکن است قربانی جرم صدمات فیزیکی شدیدی را تجربه کند. علاوه بر تأثیرات مالی و جسمانی جرایم، بزه دیدگان ممکن است دچار مشکلات روانشناختی نظیر احساس ترس، اضطراب وجدایی از اجتماع شوند (فریمن و اسمیت^۱، ۲۰۱۴). لذا بزه دیده که در اثر جرم دچار آسیب‌ها و هزینه‌های مادی و معنوی زیادی می‌شود ابتدا به پلیس مراجعه می‌کند. پلیس نقش مهمی در کاهش آسیب‌های مذکور دارد، حمایت وی به صورت توجه به حقوق و کرامت انسانی بزه دیده، توجه به نگرانی‌ها و آلام بزه دیده ابراز همدردی و همدلی با وی و شناسایی مجرم می‌تواند در این راستا کار ساز باشد (قوام، ۱۳۸۹).

بیان مسئله

درباره سلامت روان بزه دیدگان جرم تحقیقاتی انجام شده است که در بسیاری از آن‌ها به آسیب پذیری بزه دیدگان اشاره دارند. جرایم همراه آزار و اذیت می‌توانند احساس ناتوانی، ناامنی، خشم و ترس را تا مدتها برجا بگذارند بطوری که گراور و دیگران (۲۰۰۷) نشان دادند ترس از تکرار جرم اغلب افراد به ویژه زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تا ۱۸ ماه پس از آن از بین نمی‌رود. اما به دلیل مداخله عوامل محیطی، پیشینه خانوادگی و اخلاقی، پیدا نمودن رابطه علت و معلولی این دو مسئله دشوار است. نوریس و کانجاستی (۱۹۹۴) یک تحقیقی درمورد قربانیان ایالت کنتاکی آمریکا انجام دادند و سطوح فشار روانی را پس از قربانی شدن را بررسی کردند. آن‌ها یافتند که قربانی‌ها به مقدار زیادی نشانه‌های افسردگی از خود نشان داده‌اند و قربانی‌های جرم خشونت بیشتر از قربانی‌های دارای چهار رنج می‌شدند و به همین ترتیب قربانی جرم دارای از غیر قربانی‌ها رنجورتر بودند. مهم‌تر از اینکه آن‌ها متوجه شدند تأثیر جرم بر سلامت روانی ارتباطی با شرایط قبل از قربانی شدن ندارد.

به همین اساس، دیگر تحقیقات طولی نتایج متناقضی را ارائه داده‌اند. در یک تحقیق طولی ملی در هلند دنکرز و ونکل^۲ به تأثیرات سلامت روانی در قربانی‌های جرم خشونت درمقایسه با قربانی‌های جرم دارای اشاره داشته‌اند. نتایج دیگر نشان داد که قربانی جرم دارای پس از یک ماه بهبود می‌یابد ولی قربانی جرم خشونت به دو ماه زمان نیاز دارد (به نقل از فریمن و اسمیت، ۲۰۱۴).

همچنین تأثیر متغیرهای اجتماعی، جمعیت شناختی در تحقیق فلچر^۳ (۲۰۱۰) نشان داده شده است. وی در تحقیق خود از ۸۸۵۱ نفر جوان نشان داد، با اضافه شدن متغیرهای کنترل شده تأثیر قربانی جرم بودن بر سلامت روانی به شدت کاهش می‌یابد. این تحقیق نشان می‌دهد که با وجود اینکه قربانی جرم بودن با سلامت روانی رابطه دارد، اما اگر متغیرهای مشترک با قربانی بودن در این تأثیر کنترل نشوند، در تأثیر قربانی بودن ممکن است تا ۶۰ درصد بزرگنمایی اتفاق بیافتد.

¹. Freeman and Smith

2. Denkers & Winkle

3. Fletcher

لذا در زمینه سلامت روان بزه دیدگان سؤالات مبهمی وجود دارد و نتایج تحقیقات در این زمینه دو پهلو است. از طرف دیگر در ایران تحقیقات کمی در این زمینه انجام گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به سؤال اساسی زیر است:

آیا بین سلامت عمومی بزه دیدگان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد؟

مبانی نظری

سلامت روان

منظور از سلامت روان سلامت ابعاد خاصی از انسان، مثل هوش، ذهن و فکر می‌باشد. می‌توان چنین نیز گفت که سلامت روانی دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند (محتشمی، ۱۳۸۱). بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر «خوب بودن» به جای «بد یا بیمار بودن» تأکید می‌کنند (ریف و سینگر، ۲۰۰۴^۱). سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان دهنده سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفا سازی قابلیت‌های خود است (رایان و دسی، ۲۰۰۱). در حقیقت می‌توان گفت که ظهور و اوج‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر^۲، که پیامد رویکرد فوق است، موجب شده که علاقه و توجه به ابعاد مثبت کارکرد روان‌شناختی به مثابه رویکردی نوین در پژوهش‌های سلامت روان‌شناختی افزایش چشم‌گیری پیدا کند (لیند فورس و همکاران، ۲۰۰۶).

از نظر کینز برگ^۴ بهداشت روانی عبارت است از «تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط ویژه در سه فضای مهم زندگی: عشق، کار، و تفریح» (میلانی فر، ۱۳۸۹). از طرف دیگر سلامت روان روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. پژوهش‌های اخیر ثابت کرده‌اند که یک سری اختلالات فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. با وجود اینکه سلامت روان مفهومی است که خیلی وسیع از آن استفاده می‌شود، اما هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از آن به دست نداده‌اند. هر فرد یا گروهی یک تصور خاص از سلامت روانی دارند در صورتی که در مورد سلامت فیزیکی و جسمی چنین وضعی وجود ندارد. بعضی از روان‌شناسان سلامت را به محیط فردی محدود کرده‌اند و عقیده دارند که تجربه سلامت در هر فرد منحصر به خود اوست. (میلانی فر، ۱۳۸۹).

1. Ryff & Singer 2. Ryan & Deci 3. Positive Psychology Perspective 4. Kinsberg

دانشمندان در تعریف سلامت سه الگو را برگزیده‌اند:

الگوی پزشکی^۱

الگوی زیستی پزشکی^۲ (یا الگوی زیستی پزشکی که به این نام معروف است) حاوی این دیدگاه کلی است که سلامت یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد مرگ بیماری و ناتوانی و نارضایتی. بنابراین اگر فرد بیمار یا اینکه در حال مرگ نباشد در هر حالتی که باشد سلامت است. این الگو به دلیل تأکید بر زیست‌شناسی محدودیت‌هایی دارد که با این محدودیت‌ها قادر به ایجاد سلامت کلی و همچنین سبک زندگی سالم نیست و نمی‌تواند در این راه موفق باشد.

الگوی محیطی^۳

این الگو درباره خطرات و صدماتی که محیط به سلامت انسان وارد می‌کند بحث می‌نماید. در این الگو سازگاری فرد با محیط به هنگام تغییرات مهم و مورد بحث است. این الگو برخلاف الگو زیستی به عوامل محیطی و تأثیرات وضعیت اقتصادی و اجتماعی و آموزش نیز توجه دارد و این عوامل را بر سلامت انسان تأثیرگذار می‌داند.

الگوی کلی‌نگری

این الگو بر اساس کلیت شخص نه بر اساس بیماری یا عدم بیماری، سلامت را می‌سنجد. می‌توان گفت مجموعه‌ای از هر دو الگو ذکر شده پیشین است، که هم جنبه‌های فیزیولوژیکی و زیستی و روانی و هیجانی و ... هم جنبه‌های اجتماعی و محیطی و ... را در بر دارد (نوری خیاوی، ۱۳۸۶).

بزه دیدگی و آثار آن

قربانیان یا بزه دیدگان جرایم افرادی هستند که ناخواسته و به دست دیگران دستخوش مرگ، فقدان و یا آسیب‌های فیزیکی جسمی و یا عاطفی می‌شوند و یا به وسیله اعمال مذکور مورد تهدید واقع شود. براساس اعلامیه سازمان ملل درباره حقوق اساسی قربانیان جنایت در سال ۱۹۸۵ قربانی اینگونه تعریف شده است "هر فردی که از نظر جسمی یا روانی، اقتصادی و یا حقوق اساسی خود آسیب دیده است و یا از نظر حمایت ملی / قضایی مورد بی‌مهری و غفلت قرار گرفته است یک قربانی جنایی می‌باشد" برخی تعاریف چنان جامع هستند که نه تنها شامل قربانیان مستقیم می‌شوند، بلکه خانواده‌ها و دیگر اعضای

¹. Medical Model

2. Biomedical model

3. Holistic

جامعه را نیز شامل می‌گردد. این تعریف جامع در برگیرنده قربانیان ثانوی نیز است از جمله شاهدان عینی جنایات، پلیس و دیگر افرادی که در صحنه جنایت حضور دارند. لذا تعریف قربانی می‌تواند به شکل محدود و یا جامع ارائه شود به عنوان مثال از نظر قانونی، قربانی به افرادی محدود می‌شود که در معرض اعمال جنایت قرار گرفته اند اطلاق می‌شود در صورتیکه یک تعریف اجتماعی می‌تواند زمینه‌های بیشتری را شامل گردد از قبیل جانوران، محیط زیست، جامعه، دولت‌ها، نیل کریستی به نقل از لینگرین و نیکولایک (۲۰۱۱) شش ویژگی را برای یک قربانی واقعی ذکر می‌کند که عبارتند از:

- (۱) قربانی بیمار است .
- (۲) قربانی اقدام به فعالیتی قابل تحسین می‌نماید.
- (۳) قربانی در مسیری قرار می‌گیرد که فراسوی رسوایی است.
- (۴) مجرم بر قربانی تسلط دارد.
- (۵) مجرم از نظر قربانی ناشناخته می‌باشد و هیچ رابطه‌ای با قربانی ندارد.
- (۶) قربانی تأثیر زیادی بردفاع یا اثبات قربانی شدن دارد

تئوری‌های آسیب‌پذیری بزه دیدگان

برخی از این تئوری‌ها در رابطه با جنایت و مهیا شدن زمینه جرم / جنایت می‌باشد که در طی سالیان متمادی منتشر شده است. اما برخی از آنها متمرکز بر عملکرد بزه دیده می‌باشند، و این در حالی است که تعداد دیگری از آنها بر مبنای خصوصیات اخلاقی افراد و سوابق فرد مجرم یا متجاوز بنا شده است (لینگرین و نیکولایک، ۲۰۱۱). اینک در زیر به سه تئوری مهم در این زمینه اشاره می‌شود (سوری، ۱۳۹۴):

(۱) تئوری تعامل بین بزه دیده و مجرم

نظریه‌های اولیه تلاش داشته‌اند تا علل اصلی ایجاد محیط و شرایط جنایت را بر مبنای خصوصیات اخلاقی افراد بزه دیده یا تعامل بین بزه دیده و مجرم بیابند. ون هنتینگ (۱۹۴۸) تصریح داشته که جنایات خشونت بار نتیجه یک واکنش یا تعامل عمیق بین مجرم و قربانی است. بنابر نظریه او؛ بزه دیده همیشه یک موضوع یا فرد منفعل نمی‌باشد. رفتار بزه دیده در این مورد در رابطه با مجرم می‌تواند موجب تسریع این عملکرد شود.

وافگان (۱۹۵۸) از عبارت " تسریع بخشی بزه دیده " استفاده نموده است و از آن برای اشاره به جنایات وموقعیت‌هایی که بزه دیده از طریق عملکرد خود سبب تسریع جنایت می‌شود و می‌تواند همین مولفه، دلیل اصلی جرم / جنایت باشد استفاده نموده است .

۲) تئوری سبک زندگی

از دیگر نظریه‌های موجود که تلاش شده تا ماهیت و گستره جنایت در آن توصیف گردد، سبک زندگی افراد می‌باشد. فرضیه اصلی این می‌باشد که سبک زندگی ای خاص می‌تواند سبب افزایش احتمال در معرض بودن شرایطی که جرم و جنایت در آن تشدید می‌یابد شود. از دیگر فرضیه‌ها عبارتست از اینکه سبک زندگی افراد، تحت تأثیر میزان و تعداد افراد جامعه و خصوصیات اجتماعی آنهاست. ریسک در خطر بودن با افراد، گروه اجتماعی (خصوصیاتی که تأثیری بسزا در انتخاب افراد از نظر فعالیت کاری و اوقات فراغت دارد).

۳) تئوری فعالیت عادی

این نظریه تقریباً با تئوری سبک زندگی همسان می‌باشد (کوهن و فلسون ۱۹۷۹). بنابر این نظریه، سه عامل اصلی را باید در ارتکاب جنایت در نظر بگیریم: بدین ترتیب که باید انگیزه‌ای برای فرد مرتکب جنایت وجود داشته باشد تا به این عملکرد اقدام نماید، سوژه یا فرد بزه دیده، عدم وجود فرد دیگری که بتواند از بروز جنایت پیشگیری نماید. کوهن و فلسون ابراز داشته‌اند که هر جنایتی که رخ می‌دهد، در واقع نتیجه این سه عملکرد می‌باشد که در زمان و مکان خاصی روی می‌دهد. برخی از افراد خود را در چنین موقعیتی از این سه عامل می‌یابند.

آثار روانشناختی جرم بر بزه دیده

بزه دیدگان و قربانیان جرایم رفتارهای خود را به شرایط و نیروهای خارجی نسبت خواهد داد. منبع کنترل قربانیان یا بزه دیدگان احتمالاً بیرونی و با ثبات است. جهت‌گیری منبع کنترل بیرونی به این معناست که فرد حوادث و رویدادها را خارج از کنترل خود احساس می‌کند. یعنی احساس می‌نماید که توان کنترل رویدادها را ندارد. علاوه بر آن بزه دیدگان اعتقاد به با ثبات بودن این منبع کنترل دارند یعنی حوادثی که خارج از کنترل درونی آنها است، با ثبات و بادوام می‌باشد به عبارت دیگر گذرا نیست (ریتین کینگ^۱، ۲۰۰۹).

علاوه بر آن اعتماد به نفس پایین، احساس شرم و گناه و درماندگی، ناامیدی و احساس بد بودن عناصر جدایی ناپذیر در رفتار و روان کسانی است که خود را به عنوان قربانی درک کرده‌اند (سوری، ۱۳۹۴). از آثار بارز بزه دیدگی ترس از جرم است، ترس یک حالت عاطفی پیچیده و نیرومندی است که در نتیجه احساس خطر در فرد شکل می‌گیرد. ترس در شکل بیمارگونه خود می‌تواند بطور چشمگیری

اعتماد به نفس فرد را مختل سازد. رابطه جرم با ترس را می‌توان در سه مقوله طبقه‌بندی کرد (پاک نهاد، ۱۳۹۲) که عبارت‌اند از:

(۱) در غالب جرایم هدف اصلی ایجاد ترس و ناامنی نیست، بلکه این احساس به صورت تبعی از رفتار مجرمانه ناشی می‌شود. مثل جیب‌بری که هدف اصلی جرم کسب مال است.

(۲) در گروه دوم از جرایم نیز هدف اصلی ایجاد ترس و ناامنی نیست، اما مجرم درحین جرم برای کاهش مقاومت بزه دیده ایجاد تهدید می‌نماید. مثلاً سارق با اسلحه بزه دیده را مرعوب می‌کند.

(۳) در برخی از جرایم هدف اصلی مرتکبان ایجاد ترس و احساس ناامنی در جامعه است مثلاً جرایم تروریستی.

ادبیات درباره رابطه بزه دیدگی به ویژه در حوزه سلامت روان زنان بزه دیده با سلامت روان بسیار است. محدوده مشکلات سلامت روانی نیز شامل افسردگی، استرس پس از سانحه، سوء مصرف مواد مخدر، اختلال در عملکرد روابط بین فردی و غیره است. با این حال رابطه بین بزه دیدگی با سلامت روان را می‌توان به شکل زیر دانست (فریمن و اسمیت، ۲۰۱۴)

(۱) در معرض خشونت قرار گرفتن، سلامت روان را کاهش می‌دهد.

(۲) کسانی که سلامت روانی ندارند، احتمالاً بیشتر خشونت را تجربه می‌کنند.

(۳) عوامل خطر مشترکی برای سلامت روانی پایین و بزه دیدگی خشونت وجود دارد.

تعداد کمی تحقیق طولی در زمینه فهم بزه دیدگی و سلامت روانی انجام شده است. در تحقیق چانگ و دیگران روی ۱۴۲۰ زن نتیجه گرفتند زنانی که مورد خشونت قرار می‌گیرند حتی اگر این خشونت ادامه پیدا نکند خطر نشانه‌های افسردگی را به همراه خواهند داشت، اما استفاده مثبت از راهبردهای کنار آمدن با مشکلات، خطر افسردگی در آینده را کاهش می‌دهد.

روش تحقیق

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که به بررسی و مقایسه سلامت روان بزه دیدگان و افراد عادی می‌پردازد. بنابراین از نظر ماهیت جز تحقیقات علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

جامعه آماری این مطالعه بزه‌دیدگان جرائم مختلف و افراد عادی می‌باشند که از گروه اول ۶۰ نفر از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و از گروه دوم ۷۰ نفر از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در سطح شهر تهران انتخاب شده‌اند.

ابزار پژوهش فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شده است. سؤال‌های آن بر اساس تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای اولیه استخراج

گردیده است. این پرسش نامه نیز همانند فرم اولیه مشتمل بر چهار مقیاس فرعی: مشکلات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی است. هریک از مقیاس ها دارای ۷ پرسش می باشد. پایایی و روایی پرسشنامه حاضر در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است.

یافته های پژوهش

فرضیه ۱: بین مشکلات جسمانی بزه دیدگان با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱: نتایج T-test برای مقایسه مشکلات جسمانی بزه دیدگان با افراد عادی

ردیف	طبقات	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
۱	بزه دیدگان	۶۰	۱/۹۹	۲۵	۱۲۸	۱۶/۳۲	۰/۰۰۰
۲	عادی	۷۰	۱/۱۳	۳۳			

اطلاعات مندرج در جدول بالا نشان می دهد بین میانگین مشکلات جسمانی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=16/32$) و سطح معنی داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می توان گفت این تفاوت معنی دار بوده بنابراین دو گروه در مشکلات جسمانی متفاوت بوده به طوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می باشد و فرضیه اول تأیید می گردد.

فرضیه ۲: بین میزان اضطراب و بی خوابی بزه دیدگان با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲: نتایج T-test برای مقایسه میزان اضطراب و بی خوابی بزه دیدگان با افراد عادی

ردیف	طبقات	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
۱	بزه دیدگان	۶۰	۲/۱۱	۰/۳۲	۱۲۸	۱۹/۷۹	۰/۰۰۰
۲	عادی	۷۰	۰/۵۸	۰/۵۲			

اطلاعات مندرج در جدول بالا نشان می دهد بین میانگین مقیاس اضطراب و بی خوابی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=19/79$) و سطح معنی داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می توان گفت این تفاوت معنی دار بوده بنابراین دو گروه در اضطراب و بی خوابی متفاوت بوده بطوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می باشد و فرضیه دوم تأیید می گردد.

فرضیه ۳: بین میزان نارسا کنش وری اجتماعی بزه دیدگان با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج T-test برای مقایسه میزان نارسا کنش وری اجتماعی بزه دیدگان با افراد عادی

ردیف	طبقات	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
۱	بزه دیدگان	۶۰	۲/۰۷	۱/۴۸	۱۲۸	۱۲/۵۲	۰/۰۰۰
۲	عادی	۷۰	۱/۰۳	۱/۴۶			

اطلاعات مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین مقیاس نارسا کنش وری اجتماعی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=12/52$) و سطح معنی‌داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می‌توان گفت این تفاوت معنی‌دار بوده بنابراین دو گروه در نارسا کنش وری اجتماعی متفاوت بوده بطوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می‌باشد و فرضیه سوم تأیید می‌گردد.

فرضیه ۴: بین میزان افسردگی بزه دیدگان با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج T-test برای مقایسه میزان افسردگی بزه دیدگان با افراد عادی

ردیف	طبقات	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
۱	بزه دیدگان	۶۰	۲/۰۹	۱/۲۷	۱۲۸	۳۰/۲۷	۰/۰۰۰
۲	عادی	۷۰	۱/۳۵	۱/۳۶			

اطلاعات مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین مقیاس افسردگی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=30/27$) و سطح معنی‌داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می‌توان گفت این تفاوت معنی‌دار بوده بنابراین دو گروه در مقیاس افسردگی متفاوت بوده به طوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می‌باشد و فرضیه چهارم تأیید می‌گردد.

فرضیه اصلی: بین سلامت عمومی بزه دیدگان با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج T-test برای مقایسه سلامت عمومی بزه دیدگان با افراد عادی

ردیف	طبقات	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
۱	بزه دیدگان	۶۰	۲/۰۷	۱/۱۹	۱۲۸	۳۶/۷۲	۰/۰۰۰
۲	عادی	۷۰	۱/۷۷	۱/۲۱			

اطلاعات مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین کلی سلامت عمومی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=36/72$) و سطح معنی‌داری به‌دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می‌توان گفت این تفاوت معنی‌دار بوده بنابراین دو گروه در سلامت عمومی متفاوت بوده به طوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می‌باشد و فرضیه اصلی تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اساسی مقایسه سلامت عمومی بزه دیدگان جرم و افراد عادی انجام گرفته است، تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش نشان می‌دهد که در زمینه مشکلات سلامت عمومی بین افراد بزه دیده با افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که میانگین محاسبه شده برای افراد عادی (۷۷) از میانگین به دست آمده برای بزه دیدگان جرم (۲/۰۷) پایین‌تر بوده و از نظر آماری معنادار است.

مطالعه حاضر با بسیاری از تحقیقات انجام شده همخوانی دارد. بعنوان مثال فریمن و اسمیت (۲۰۱۴) مطرح نمودند بزه دیدگان ممکن است دچار مشکلات روان شناختی نظیر احساس ترس، اضطراب و جدایی از اجتماع شوند. البته تاثیرپذیری از جرم وابسته به نوع و ماهیت جرایم است، به طوری که جرایم همراه آزار و اذیت می‌توانند احساس ناتوانی، ناامنی، خشم و ترس را تا مدت‌ها برجا بگذارند به طوری که گراور و دیگران (۲۰۰۷) نشان دادند ترس از تکرار جرم اغلب افراد به ویژه زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تا ۱۸ ماه پس از آن از بین نمی‌رود.

اما به دلیل مداخله عوامل محیطی، پیشینه خانوادگی و اخلاقی، پیدا نمودن رابطه علت و معلولی این دو مسئله دشوار است. به هر حال بسیاری از تحقیقات سطح مشکلات بزه دیدگان را در حد بالایی برآورد کرده‌اند که در تحقیق حاضر نیز چنین نتایجی بدست آمده است. لذا توجه به وضعیت قربانیان جرم که به هر دلیل جرم بر آنان واقع شده است حائز اهمیت است.

تجزیه و تحلیل فرضیات فرعی تحقیق نشان می‌دهد بین میانگین مشکلات جسمانی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=16/32$) و سطح معنی‌داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می‌توان گفت این تفاوت معنی‌دار بوده بنابراین دو گروه در مشکلات جسمانی متفاوت بوده به طوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می‌باشد.

علاوه بر آن بین میانگین مقیاس اضطراب و بی‌خوابی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=19/79$) و سطح معنی‌داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می‌توان گفت این تفاوت معنی‌دار بوده بنابراین دو گروه در اضطراب و بی‌خوابی متفاوت بوده به طوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می‌باشد.

همچنین میانگین مقیاس نارسا کنش وری اجتماعی بزه دیدگان و عادی دارای تفاوت معنی دار بوده بطوری که گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می باشد. و بالاخره اطلاعات نشان می دهد بین میانگین مقیاس افسردگی بزه دیدگان و عادی تفاوت است که با توجه به آزمون اجرا شده ($T=30/27$) و سطح معنی داری به دست آمده یعنی ($sig=0/000$) می توان گفت گروه بزه دیده دارای وضعیت بدتری می باشد لذا چهار فرضیه فرعی همگی تایید می گردد. هرچند که نتایج برخی تحقیقات در زمینه آثار جرم متناقض است. به عنوان مثال در یک تحقیق طولی ملی در هلند دنکرز و ونکل نشان دادند که قربانی جرم دارایی پس از یک ماه بهبود می یابند، ولی قربانی جرم خشونت به دو ماه زمان نیاز دارد (به نقل از فریمن و اسمیت، ۲۰۱۴).

ویافلچر (۲۰۱۰) نشان داد با اضافه شدن متغیرهای کنترل شده تاثیر قربانی جرم بودن بر سلامت روانی به شدت کاهش می یابد. اما باید گفت جرم می تواند پیامدهای منفی را به دنبال داشته باشد که یکی از این پیامدهای منفی آثار مخرب روانشناختی آن است که تحقیقات دیگر همسو با نتایج حاضر موید این مطلب هستند به طوری که نوریس و کانسجاستی (۱۹۹۴) یک تحقیقی در مورد قربانیان ایالت کنتاکی آمریکا انجام دادند و سطوح فشار روانی را پس از قربانی شدن را بررسی کردند. آن ها یافتند که قربانی ها به مقدار زیادی نشانه های افسردگی از خود نشان داده اند و قربانی های جرم خشونت بیشتر از قربانی های دارایی دچار رنج می شدند و به همین ترتیب قربانی جرم دارایی از غیر قربانی ها رنجورتر بودند. مهم تر از اینکه آن ها متوجه شدند تأثیر جرم بر سلامت روانی ارتباطی با شرایط قبل از قربانی شدن ندارد (فریمن و اسمیت، ۲۰۱۴).

پیشنهادها:

۱. در برنامه اصلاحی و تربیتی به آموزش و ارتقا سطح سلامت روان بزه دیدگان جرم توجه شود و برنامه های آموزش دراز مدتی بر حسب انواع و ماهیت جرایم در این زمینه طرح ریزی شود.
۲. لازم است در فرایند کشف جرم، نیروهای پلیس به مشکلات روانشناختی حادث شده برای قربانیان بزه دیدگان توجه و در صورت نیاز آنان را به مراکز درمانی معرفی نمایند.
۳. ابراز همدلی و ارتباط موثر و توجه به وضعیت بزه دیدگان می تواند تا حدی آثار جرم را کاهش دهد.
۴. لازم است به نیروهای پلیس آموزش کافی در زمینه پذیرش و همدلی با بزه دیدگان داده شود.
۵. پیشنهاد می گردد پژوهشگران از طریق تحقیقات شبه آزمایشی به بررسی تاثیر آموزش در کاهش آثار روانشناختی بزه دیدگان بپردازند.

۶. پیشنهاد می‌گردد در قوانین مربوط به بیمه درمانی موضوع درمان اختلالات روانشناختی حادث شده از طریق جرایم لحاظ شود تا بزه دیدگان بتوانند در این زمینه از خدمات درمانی بهره‌گیرند.
۷. دواير مشاوره و مددکاری برای ارتقای سطح سلامت روان بزه دیدگان فعالیت نمایند.

منابع

- پاک نهاد، امیر. (۱۳۹۲). احساس نا امنی و ترس از جرم، فصلنامه آموزه‌های حقوق کیفری، دانشگاه علوم اسلامی رضوی، ش ۵.
- سوری، احمد. (۱۳۹۴). آسیب شناسی و راه‌های پیشگیری از وقوع سرقت منزل در استان بوشهر. فرماندهی استان بوشهر: دفتر تحقیقات سوری، احمد (۱۳۹۴). روانشناسی جرم و شخصیت‌شناسی مجرم. تهران: دانشگاه علوم انتظامی امین: معاونت آموزش.
- قوام، میرعظیم (۱۳۸۹). حقوق بزه دیدگان و خواسته‌های آنان از پلیس، انتظام اجتماعی، سال ۲، شماره ۲.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۹). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.
- نوری خیابوی، لیلا. (۱۳۸۶). راهکارهایی برای آموزش و ارتقا بهداشت روان در دانشجویان و دانش آموزان، مجموعه مقالات همایش منطقه‌ای بهداشت روان و دانشجوی، واحد خمین، ص ۳۶۴.

References

- Fletcher, J.(2010).The effects of intimate partner violence on health in young adulthood in the united states. *social science and medicine*,70,130-135.
- Freeman , Karen and Smith Nadine. (2014). understanding the relationship between crime victimisation and mental health . *crime and justice bulletin . nsw Bureau of crime statistics and research*.
- Grover. V; Adder ley. R and Bramer. M .(2007). *Review of current crime prediction techniques university of Portsmouth*.
- Lindfors, P., Berntsson, I., & Lundberg, U. (2006).Factor structure of Ryyf's Psychological well-being scales in Swedish female and male white- collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40 (6), 1213 – 1222.
- Ryff, C. D., Singer, B, H., & Love, G. D. (2004). Poditive health Connecting well being with biology. *Philosophical Trans Action- Royal SOCIETY of LONDON SERIES B BIOLOGICAL SCIENCES*, 1383 – 1394.
- Ryan, R, M., & Deci, E. L., (2001). On Happiness and Human potentials: a Review of Research on Hedonic and Edaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 520 . 141 – 166.
- Rethinking .zur,o.(2009). Don't blance the victim: psychology of victimhood . *Journal of couple therapy* .4(3/4): 15-36.

