

پیامدهای خشونت علیه زنان در خانواده: یک مطالعه کیفی

نغمه رزاقی^{۱*}، دکتر سرور پرویزی^۳، منیر رضانی^۴،

دکتر سید محمد طباطبایی نژاد^۵

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. پزشک عمومی، سازمان پزشکی قانونی شهر مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۵

خلاصه

مقدمه: خشونت علیه زنان، تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق انسانی به شمار می رود. خشونت علیه زنان به واسطه پیامدهای اساسی که بر بهداشت باروری، سلامت جسمی و روانی زنان دارد، به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تجارب زنان مورد خشونت قرار گرفته از پیامدهای خشونت در خانواده انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا است. فرآیند گردآوری داده ها، مشتمل بر ۲۴ مصاحبه نیمه ساختار یافته با زنان مورد خشونت بود. نمونه گیری به صورت هدفمند در سال ۱۳۸۸ آغاز و تا اشباع داده ها ادامه یافت. تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها و به روش آنالیز محتوای کیفی انجام شد.

یافته ها: تحلیل داده ها منجر به استخراج ۳ درونمایه شد که بیانگر تجارب مشارکت کنندگان از پیامدهای خشونت علیه زنان بود و شامل: کاهش سلامت زنان، سیستم خانواده، زنجیره های از هم گسسته و ناکامی در نقش همسری بود. **نتیجه گیری:** تأثیرات سوء خشونت علیه زن در خانواده، فقط دامنگیر زنان نبوده بلکه صدمات جدی بر کل سیستم خانواده و حتی پیکره اجتماع وارد می کند.

کلمات کلیدی: پیامد، تحقیق کیفی، خشونت

* نویسنده مسئول مکاتبات: نغمه رزاقی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۳۸۳۳۰۹۰؛ پست الکترونیک:

razaghin@mums.ac.ir

مقدمه

خشونت علیه زنان، تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق انسانی به شمار می رود (۱). خشونت علیه زنان در خانواده، رایج ترین شکل خشونت است که غالباً از سوی شوهر به وقوع می پیوندد (۲). در برنامه مردم سالم (۲۰۱۰)، خشونت خانگی به عنوان یک اپیدمی جهانی شناخته شده و روش های سازماندهی ای برای غربالگری، درمان و پیشگیری از آن پیشنهاد شده است (۳).

مطالعات متعددی که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه انجام شده است، بر شیوع بالای خشونت نسبت به زن از طرف همسر اشاره کرده اند (۴، ۵). حداکثر یک سوم زنان در کل دنیا، مورد خشونت قرار گرفته اند و هر ساله به میزان شیوع و مرگ و میر ناشی از آن افزوده می شود. مطالعات بین المللی اخیر، شیوع آن را بین ۲۴-۴۳ درصد ذکر کرده اند (۶). در بیانیه شماره ۲۳۹ سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان خشونت علیه زنان در سال ۲۰۰۸ آمده است: خشونت های خانگی در کشورهای صنعتی تا ۲۰ درصد و در کشورهای جهان سوم و آمریکای لاتین تا ۷۰ درصد وجود دارد (۷). مطالعات انجام شده در ایران نیز، وجود این پدیده و عوارض ناشی از آن را تأیید می کنند. نتایج طرح ملی نشان می دهد که ۶۶ درصد از زنان ایرانی از ابتدای زندگی مشترکشان تا زمان انجام پژوهش حداقل یک بار مورد خشونت قرار گرفته اند و بیشترین نوع خشونت، از نوع روانی و کلامی (۵۲/۷٪) بوده است (۸). شیوع قابل توجه خشونت خانگی در سراسر جهان (۶، ۹) باعث شده محققین به بررسی پیامدهای زیانبار آن بپردازند (۱۰، ۱۱).

پیامدهای خشونت نیز قابل توجه می باشند. خشونت علیه زنان به واسطه پیامدهای اساسی که بر بهداشت باروری، سلامت جسمی و روانی زنان دارد، به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است (۱۲) که تأثیر منفی بر اولویت های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده و بهداشت روان دارد (۱۳). مطالعات به وضوح نشان داده اند که خشونت علیه زنان در خانواده، با ناخوشی زنان و میزان مرگ و میر ارتباط

معنی داری دارد (۶). مطالعات متعددی ارتباط بین خشونت توسط همسر با مشکلات جسمی به صورت حاد و مزمن را نشان داده اند. آسیب، ترس و استرس ناشی از خشونت خانگی، می تواند منجر به بروز عوارضی مانند جراحات، نشانه های عصبی عود کننده مانند میگرن و سردرد، سندرم های درد (به خصوص گردن و کمر)، درد شکمی، آرتريت، بیماری های قلبی - عروقی، زخم معده و دیگر اختلالات گوارشی شود (۴، ۶، ۱۴). بر اساس نتایج مطالعات، زانی که مورد آزار فیزیکی یا جنسی از سوی همسرانشان قرار داشتند، ۶۰ درصد بیشتر از سایر زانی که مورد خشونت نبودند، دچار بیماری های فیزیکی شدند (۶) و اکثر آنان ممکن است به خدمات مراقبتی، اورژانسی و بیمارستانی بیشتری جهت درمان بیماری ها و پیامدهای ناشی از خشونت نیاز داشته باشند (۱۵).

طیف گسترده ای از مشکلات ژنیکولوژی مانند بیماری های التهابی لگن، مقاربت دردناک، کاهش میل جنسی، ایدز، آزدگی جنسی، خونریزی واژینال غیر قابل توضیح، درد لگن و عفونت دستگاه ادراری از دیگر آثار ناخوشایند خشونت خانگی می باشند (۳). این مسأله، همچنین عواقب جدی بر بهداشت باروری دارد که شامل: عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، بارداری های ناخواسته و افزایش عفونت های منتقله از راه جنسی می باشد (۱، ۱۶). خشونت در دوران بارداری نیز اتفاق می افتد که گاه منجر به سقط جنین مکرر، شروع دیر هنگام مراقبت های دوران بارداری، تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس و حتی مرگ نوزاد می شود (۴).

پیامدهای روانی، یکی دیگر از پیامدهای منفی خشونت در قربانیان همسرآزار است (۶). در مطالعه کومار و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی زنان مناطق شهری و روستایی هند انجام شد، دلیل اختلال در سلامت روان ۴۰ درصد از زنان، همسر آزاری بود و این افراد نیاز به مداخله درمانی داشتند (۱۷). در مطالعه تانگ (۲۰۰۳)، به سندرم زنان کتک خورده اشاره شده که مجموعه نشانه های این سندرم شامل اختلالات افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی و عزت نفس پایین

انسان را در متن محیط و با تمام پیچیدگی هایش مورد توجه قرار می دهند و بر جنبه های دینامیک، همه جانبه و فردی تجارب انسان تأکید می کنند و می کوشند تا این ابعاد را از دیدگاه افرادی که آن را تجربه کرده اند یا در حال کسب تجربه هستند، در نظر بگیرند (۲۳).

درک پیامدهای خشونت نیز، نیازمند توجه به تجارب افرادی است که مورد خشونت قرار گرفته اند، و برای دریافت این تجربیات، جوی مبتنی بر ارتباط متقابل و برابر و در نظر گرفتن زمینه ای که فرد در آن زندگی می کند، بسیار مهم است. استفاده از مطالعات عمیق و بالینی در حوزه خشونت علیه زنان می تواند به روشن شدن درون مایه ها و مضامین اصلی موجود در تجارب افرادی که مورد بدرفتاری قرار گرفته اند، مخصوصاً زنان کتک خورده، کمک کند (۲۴). بدین ترتیب، تجارب افراد در مورد خشونت خانوادگی باعث به دست آوردن فهم ذهنی، چشم اندازهای مختلف و دانش عمیق شخصی از موارد خاص از جمله پیامدهای این پدیده می شود (۲۵). از آنجایی که مطالعه کیفی، آن چه را که در پس تجربیات زنان تحت خشونت قرار دارد، بررسی می کند (۲۶) و با توجه به این که در ایران، مطالعه کیفی که به بررسی ابعاد مختلف پیامدهای خشونت پرداخته شود، انجام نشده است؛ مطالعه حاضر با هدف بررسی تجارب زنان مورد خشونت قرار گرفته از پیامدهای خشونت علیه زنان در خانواده می باشد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا است که به بررسی عمیق پیامدهای خشونت از دیدگاه زنان خشونت دیده و مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر مشهد در سال ۱۳۸۹-۱۳۸۸ پرداخت. نمونه ها شامل ۲۴ زن ۱۶ تا ۴۳ ساله بودند که به دلیل خشونت جسمی، به این مرکز مراجعه کرده بودند. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف بود. بدین منظور با زنانی که به شرکت در مطالعه تمایل داشته و خشونت را تجربه کرده بودند به صورت فردی مصاحبه انجام شد و تا زمان اشباع داده ها و عدم دستیابی به داده های جدید ادامه یافت.

می باشد. (۱۸). فیکری و همکار (۱۹۹۹) با بررسی خشونت جسمی در زنان پاکستانی، بین تجربه خشونت جسمی و حالت اضطراب و افسردگی ارتباط معنی داری یافتند ($p < 0.001$)، به گونه ای که ۷۲٪ از زنان خشونت دیده جسمی در گروه افسرده و مضطرب قرار داشتند (۱۹). پیکو - آلفونسو و همکاران (۲۰۰۶) نیز با مطالعه ۳ گروه زنان خشونت ندیده، خشونت دیده جسمی - عاطفی و خشونت دیده عاطفی دریافتند که بین شدت علائم افسردگی و خشونت در طول عمر ارتباط معنی داری وجود دارد ($p = 0.001$) (۲۰). کاهش اعتماد به نفس (۴)، اختلال استرس پس از آسیب، احساس بی ارزشی و اقدام به خودکشی به عنوان سایر پیامدهای شایع بد رفتاری نسبت به زنان مطرح شده اند (۲۱). در زنان تحت خشونت، رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن و اعتیاد افزایش می یابد (۴).

مطالعات نشان داده اند که تأثیرات سوء خشونت خانگی، فقط دامن گیر زنان نبوده؛ بلکه کودکانی که در چنین خانواده هایی رشد می کنند، به احتمال بیشتری احساس درماندگی، خشم، شرم و گناه دارند و آنها به احتمال زیاد، قربانی سوء استفاده می شوند و یا خودشان متجاوز می شوند. در حقیقت جامعه هزینه زیادی برای این مسأله پرداخت خواهد کرد (۱۶).

علی رغم وجود مطالعات متعدد در مورد پیامدهای خشونت علیه زنان، هنوز جنبه های ناشناخته زیادی وجود دارد (۲۲). بسیاری از مطالعات انجام شده در ایران، به پیامدهای خشونت علیه زنان در دوران بارداری پرداخته اند و مطالعات اندکی در رابطه با عواقب خشونت وجود دارد که این مطالعات نیز، بیشتر بر پیامدهای جسمی و روانی خشونت علیه زنان متمرکز شده اند. این در حالی است که این پیامدها، به مسائل جسمی و روانی محدود نبوده و ابعاد گسترده تری را شامل می شود که با انجام مطالعه کیفی، می توان به صورت عمیق تری به بررسی وجوه مختلف این مسأله پرداخت.

روش های کیفی، روش هایی هستند که می توانند بدون محدودیت های تحقیقات کمی، به درک جامع پدیده ها در شرایط و بافت خود کمک کنند؛ به عبارت دیگر،

قبل از مصاحبه، با زنان در مورد اهداف مطالعه صحبت شد و از آنان رضایت کتبی و آگاهانه جهت شرکت در مطالعه گرفته شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌های نیمه ساختارمند مطرح شده توسط پژوهشگر انجام شد. صحبت‌های افراد بر روی فایل صوتی ضبط و سپس بر روی کاغذ پیاده شد. جهت تجزیه و تحلیل این مطالعه از تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل داده‌ها از زمان همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل همزمان). بدین صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شدند تا درک کلی از متن به دست آید و سپس متن، خط به خط خوانده می‌شد. ابتدا کدگذاری سطح اول انجام می‌شد، به این صورت که جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح شده در مصاحبه بودند مشخص می‌شد. سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک مضمون داده می‌شد. با مقایسه مضامین با یکدیگر، فهرستی از مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها به دست آمد. در کدگذاری سطح دوم، مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها بازخوانی می‌شد و سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی می‌شدند و طبقات تشکیل می‌شد. کدبندی و تعیین طبقات توسط محققین انجام شد و سپس مضامین تعیین شده توسط محققین با یکدیگر مقایسه شد. جهت اعتباربخشی به نتایج، مصاحبه‌ها مکرر خوانده می‌شد و از نظرات همکاران به طور مرتب استفاده می‌شد. همچنین جهت افزایش پایایی آن از

نظارت خارجی استفاده شد. بدین صورت که بخشی از داده‌ها به محقق‌هایی که ارتباطی با مطالعه نداشت و به منزله ناظر خارجی بود، داده‌ها در اختیار او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد یا خیر. محیط مصاحبه، مراکز پزشکی قانونی شهر مشهد بود. مصاحبه‌ها در اتاقی خلوت، به طوری که حریم افراد رعایت می‌شد، صورت گرفت. طول هر مصاحبه بسته به شرایط شرکت‌کنندگان از ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه، اخذ معرفی‌نامه از پزشکی قانونی، گرفتن رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از زنان جهت شرکت در مطالعه، دادن اطمینان خاطر به زنان در مورد محرمانه ماندن صحبت‌های آنان و حذف فایل‌های صوتی پس از پیاده شدن روی کاغذ بود.

یافته‌ها

۹ نفر (۳۷/۵٪) از زنان شرکت‌کننده در مطالعه محدود سنی ۳۰-۴۰ سال و ۲۵ درصد محدود سنی ۴۰-۳۰ سال داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۲ نفر (۵۸/۳٪) از افراد بی‌سواد، ۸ نفر (۳۳/۳٪) دیپلم و تنها ۲ نفر (۸/۴٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱). از تجزیه و تحلیل متن دست‌نوشته‌ها پیرامون پیامدهای خشونت علیه زنان توسط همسر، سه مضمون استخراج شد (جدول ۲).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مشارکت‌کننده

متغیر	تعداد	درصد
سن	۱۷-۲۰ سال	۵ / ۲۱/۰۰
	۲۱-۲۹ سال	۹ / ۳۷/۵۰
	۳۰-۳۹ سال	۶ / ۲۵/۰۰
	۴۰-۴۴ سال	۴ / ۱۶/۵۰
تحصیلات	بی‌سواد	۲ / ۸/۴۰
	ابتدایی و راهنمایی	۱۲ / ۵۰/۰۰
	دیپلم	۸ / ۳۳/۲۰
	دانشگاهی	۲ / ۸/۴۰
اشتغال	خانه‌دار	۱۸ / ۷۵/۰۰
	شاغل	۶ / ۲۵/۰۰
جمع	۲۴	۱۰۰/۰۰

جدول ۲- مضمون های استخراج شده از بیانات مشارکت کنندگان

مضمون	
سلامت جسمی در معرض خطر	کاهش سلامت زنان
چالش جدی در سلامت روانی	
اختلال در سلامت جنسی	سیستم خانواده: زنجیره های از هم گسسته
سرنوشت نامعلوم یا غم انگیز فرزندان	
طلاق: راه حل یا تشدید مشکل	ناکامی در نقش همسری

۱) کاهش سلامت زنان

الف) سلامت جسمی در معرض خطر

از آنجایی که ماهیت خشونت، آزار دهنده است، گاه جسم را تحت تأثیر خود قرار داده و این احساس ناخوشایند از خشونت با صدمات جسمی نیز همراه است. عوارض این صدمات گاه تا سال ها همراه این زنان بوده و خواهد بود.

"یکبار (شوهرم) همچین زد که پام به شدت زخمی شد، بعد زخمش عفونی شده بود، دیگه نزدیک بود پام رو قطع کنند ولی خدا رو شکر با دارو و درمان خوب شد البته چند ماهی درگیرش بودم، گرچه جاش هنوز مونده". (مشارکت کننده شماره ۱۹).

مشارکت کننده ۲۷ ساله دیگری عوارض جسمی خشونت را این گونه به تصویر می کشد: "از بس زده توی سرم، حرفی که میخوام بزنم، یادم میره" (مشارکت کننده شماره ۱۴).

ب) چالش های جدی در سلامت روانی

ترس، وحشت و اضطراب، واکنش مشخص زنان خشونت دیده بود. تنش، همیشه در آنان وجود داشت. تنش روابط همسری از جنبه های مهم پیامد خشونت بوده و بارها به جنبه های مختلف آن پرداخته شده است. در همین رابطه خانمی ۳۵ ساله گفت "اینقدر اعصاب خورده که قرص اعصاب میخورم تا کمی آرام شم وگرنه یکسره گریه می کردم. فکر می کنم از من بدبخت تر کسی نیست" (مشارکت کننده شماره ۱۲).

آن ها در پریشانی و اندوه ناشی از سوء رفتار که از چند ماه تا چند سال متفاوت بود، مدام از خود می پرسیدند "چرا" و آینده ای مبهم را در برابر دیدگان خود به تصویر می کشیدند. "نمی دونم چرا این بلا سرم اومده. نمیدونم

آخر و عاقبتم با این زندگی و یک بچه چی میشه" (مشارکت کننده شماره ۶).

زنان مورد خشونت، حتی از صدای شوهرشان نیز می ترسیدند چرا که آن را یک نوع تهدید و یادآور خاطرات تلخ گذشته تلقی می کردند "کسی رو صدا میکنه، ته دلم می لرزه، احساس ترس می کنم. هر کاری می کنم تا این ترس رو دور بیاندازم نمیشه. حتی اگه با لحن خوب بگه برای من چایی بیار، صداش که بلند میشه می ترسم" (مشارکت کننده شماره ۲).

خشونت در تمام اشکال آن، یکی از مهمترین دغدغه های زندگی زنان خشونت دیده است و زندگی لحظه به لحظه توأم با ترس و ناامنی را برای آنان به ارمغان می آورد؛ به گونه ای که گاه حتی لذت یک خواب آرام را از آن ها می گیرد. مشارکت کننده ۲۱ ساله از وحشت و احساس عدم امنیت خود در خواب سخن می گوید "علناً گفته که من خفه ات میکنم. هیچی هم برام مطرح نیست. آن وقت احساس میکنی اگه بمیری چی میشه؟ همه اش در وحشت و نگرانی زندگی می کنم" (مشارکت کننده شماره ۳).

تنش های زندگی و تمرکز شدید بر خشونت باعث می شد تا لذت های زندگی را از دست بدهند، ناامیدی به سراغشان بیاید و خود را در مبارزه اجباری با خشونت ناتوان ببینند: "به بدبختی، زندگی خودم رو جلو می برم، چه جووری بگم، نصف روز مرده ام و نصف روز زنده. از این گرفتاری ها و مشکلاتی که دارم" (مشارکت کننده شماره ۱۷).

افکار خودکشی نیز نشان دهنده نهایت درماندگی و اوج کاهش سلامت روان آنان است "یک روز که خونه پدر شوهرم بودم، از بس احساس حقارت و بدبختی کردم، از

آنجا فرار کردم. گفتم خودم رو زیر ریل های قطار می کنم که دیگه هیچ نشونی ازم نباشه" (مشارکت کننده شماره ۲۳).

گویی امید از زندگی برخی زنان رخت بسته بود و انتظار مرگ را می کشیدند. "از خدا میخواهم زودتر مرگ من رو برسونه، خسته شدم" (مشارکت کننده شماره ۲۲).

ج) اختلال در سلامت جنسی

یکی دیگر از عواقب ناخوشایند ذکر شده توسط شرکت کنندگان در مطالعه، عوارض سوء خشونت بر بهداشت باروری بود. "اینقدر من از دست شوهرم کتک خوردم که یک بچه سقط کردم. به اندازه موهای سرم کتک خوردم" (مشارکت کننده شماره ۱۳).

۲) سیستم خانواده: زنجیره های از هم گسسته

الف) سرنوشت نامعلوم یا غم انگیز فرزندان

فرزندان، قربانیان معصوم اختلافات خانوادگی هستند که مشکلات زیادی را در روند این تنش ها تجربه می کنند و تاوان مضاعف پیامدهای این اختلافات را نیز می پردازند:

"بچه رو از اول کتک میزد، حالا مشکل روانی پیدا کرده، یکبار طوری زدش که فرداش مجبور شدم نگذارم بره مدرسه. تمام صورتش کبود شده بود. گفتم جلو دوستانش خورد میشه. همه اش می ترسم از مدرسه فرار کنه" (مشارکت کننده ۱۱).

به دنبال خشونت، گاهی کودکان از حقوق اولیه و طبیعی مانند تحصیل، رفاه نسبی و.. نیز محروم می شوند. ممانعت از تحصیل فرزندان از دیگر دغدغه های مادران خانواده بود. "دخترم شاگرد ممتاز ناحیه بود. گفت حق نداری درس بخونی و ادامه بدی. هر سالی که می رفتم اسم بچه هام رو مدرسه می نوشتم کتک مفصل می خوردم از این آقا که برای چی رفتی اسم بچه ها رو نوشتی؟ دختر باید خونه بمونه" (مشارکت کننده ۱۸).

احساس از هم گسستگی خانواده و فرزندان، بر ترس و پریشانی زنان دامن می زد؛ تا آن جایی که گمان می کردند آنقدر این خشونت ها پیش می رود تا تأثیر سوء خود را بر سرنوشت فرزندشان بگذارند. یکی از مشارکت کنندگان حس غم انگیز مادری خود را این گونه به تصویر می کشد: "دخترم ازدواج کرده با پسر عمه اش. اون هم درگیره. شوهرش کتکش میزنه. آنقدر سرکوفتش

می زند، میگن پدر و مادرت هم زندگیشون همینطوری بوده" (مشارکت کننده ۴).

کودکان مادران مورد خشونت، به سختی بر درس و یادگیری تمرکز می کنند و تجربه مشکلات یادگیری و افت تحصیلی را ذکر کردند. "بهش گفتم دخترم مثلاً میخواد ریاضی حل کنه بهش کمک کن. بچه آمد نشست کنار پدرش، تا پدرش دید بچه نمیتونه مسأله رو سریع حل کنه، کوبید تو سرش که چرا نمیتونی سریع حل کنی؟" (مشارکت کننده شماره ۱۷).

ب) طلاق: راه حل یا تشدید مشکل

ترس از گسستن خانواده، تنها به سرنوشت فرزندان محدود نمی شد. داده ها حاکی از آن بود که زنان مورد خشونت همواره در ترس و هراس از طلاق، بی پناهی و مشکلات مالی بعد از طلاق هستند. "آخه من بخواهم طلاق بگیرم با این ۳ تا بچه چه کارکنم" (مشارکت کننده شماره ۴).

خانم ۲۴ ساله دیگری گفت: "بابام گفته اگر یک روزی بخواهی طلاق بگیری، من نیستم، مامانم هم همینطور. یعنی یک وقت رو حمایت ما حساب نکنی" (مشارکت کننده ۲۱).

طلاق، گاه به عنوان هراس بدون حق و حقوق و فقط برای زنده ماندن عنوان شد. "آنقدر موهاشو کشیده که کنده شده. الان قباله اش رو گذاشتیم اجرا. دست آخر هم مجبورت می کنند بدون اینکه حق و حقوق رو بدهند، طلاق بگیری" (مشارکت کننده شماره ۴).

۳) ناکامی در نقش همسری

دشواری های نقش همسری که تغییر همیشگی سبک زندگی را طلب می کند، بر تنش، اضطراب و احساس از دست دادن کنترل زندگی شدت می بخشد. آنان می خواستند همانند سایر زنان، احساس خوشبختی داشته باشند. صفا و صمیمیت در زندگیشان حاکم باشد، مورد تکریم و احترام واقع شوند. اما از بین رفتن حریم ها، احساس بدبختی به جای خوشبختی، جایگزینی احساس نفرت از همسر به جای صفا و صمیمیت و بی احترامی های مکرر به شخصیت زن از جمله این دشواری هاست.

اعتماد به نفس او می شود. همچنین بیش از یک چهارم زنانی که سعی در خودکشی دارند، قربانیان خشونت خانوادگی هستند (۲۹). در مطالعه کونلوپانا و همکاران (۲۰۰۸) در مکزیک، در ۴۷ درصد از زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند، خشونت در طول بارداری نیز افزایش یافته بود (۳۰).

در مطالعه حاضر، مشارکت کنندگان از احساس تنش مداوم، ترس، پریشانی، اندوه، کاهش اعتماد به نفس و حس غریب بی پناهی سخن می گفتند که آینده ای مبهم را در برابر دیدگانشان به تصویر می کشید و در مطالعات دیگر نیز به این نکته اشاره شده است (۱۶-۳۱). در حقیقت پیامدهای روانی خشونت، منجر به افسردگی و اضطراب در زنان شده و سلامت روان آنان را به صورت جدی تهدید کرده و نیاز به مداخله درمانی را در آن ها افزایش می دهد (۶، ۱۷، ۳۲). پژوهشگران معتقدند که این احساسات ناخوشایند، ریشه در نارضایتی زناشویی دارد.

در مطالعه امین الاسلامی (۲۰۰۲) که در زمینه خشونت خانگی در زنان و قربانیان خشونت مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده انجام شد، ۸۵ درصد زنان بر این باور بودند که بدترین و وحشتناک ترین جنبه کتک خوردن از مرد، تنها خشونت فیزیکی نیست، بلکه خشونت روانی، حالت ترس و احساس سرخوردگی است که آنان در حین خوردن کتک تجربه کرده اند (۳۳). این پیامدها در حالی است که سلامت روان زنان، به دلیل ایفای نقش های متعدد آنان در جامعه نیازمند توجه است و تأمین امنیت جسمی، عاطفی و روانی زنان در خانواده از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه محسوب می شود (۳۴).

خانواده، یکی از مستحکمترین نهادهای اجتماعی است و در صورتی که این نهاد ضربه ببیند، آسیب های جدی به جامعه وارد می شود. بر اساس نظریه سیستمی خانواده، اعضاء خانواده از هم اثر می پذیرند و بر هم اثر می گذارند. لذا، وجود هرگونه مسأله برای یک عضو، باعث بروز چالش و تغییر در نظام خانوادگی می شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که یکی از پیامدهای مهم خشونت، از هم گسیختگی خانواده و آسیب جدی به

"احساس میکنی دیگه هیچ حریمی نمونده. تمام قبح ها ریخته. دیگه برات چیزی نمونده" (مشارکت کننده شماره ۴).

"دیگه مهر و محبت ها همه از بین میره. شما خودتون فکر کنید، با این همه دعوا و بی احترامی جایی برای مهر و محبت تو زندگیت باقی می مونه؟ اصلاً نمی تونه باقی بمونه" (مشارکت کننده شماره ۱۰).

"ازدواج کردیم که به آرامش برسیم ولی (گریه)..."
(مشارکت کننده شماره ۳).

حقوق ساده ای نظیر تفریح یا گفتگو با همسر، تبدیل به آرزو برای زنان شده بود: "۸ سال زنش هستم. یک بار نگفته بیا دست تو و ۲ تا بچه ات رو بگیرم، ببرم تا همین پارک سر کوچه" (مشارکت کننده شماره ۲۱).

"هیچ وقت مثل بقیه زن و شوهر ها نیستیم. هیچ وقت نشده با هم بنشینیم و صحبت کنیم، درد دلی کنیم. من باید درد دلم رو بیرون بگم. اون هم همینطور" (مشارکت کننده شماره ۱۹، خانم ۳۱ ساله).

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند، از کاهش سلامت جسمی و روانی شکایت داشتند، همچنین بهداشت باروری آنان نیز تحت تأثیر قرار گرفته بود. پیامدها و عواقب طبی و سلامتی خشونت خانوادگی علیه زنان، بس شگرف و ناتوان کننده است. مطالعه مالکو و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا نشان داد که سالیانه بیش از نیم میلیون مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان ها و یک میلیون ویزیت سرپایی به دنبال همسرآزاری در آن کشور اتفاق می افتد و در مطالعات متعدد، ارتباط بین خشونت خانگی و پیامدهای سلامت جسمی و روانی آن مانند ناتوانی های جسمی مزمن، اضطراب، افسردگی، خودکشی و اختلال اضطراب به دنبال صدمه به زنان به اثبات رسیده است (۲۷). بر اساس گزارش بانک جهانی، خشونت خانگی بیشتر از بیماری هایی نظیر سرطان پستان و رحم و تصادفات، باعث از بین رفتن سلامت زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله می شود (۲۸). بدرفتاری روانی مانند تهدید، فحاشی و تحقیر زن، در نهایت منجر به ترس، عجز، ناتوانی و از دست دادن

فرزندان است. به طوری که برخی کودکان، تحت خشونت پدر واقع شده بودند، برخی دیگر دچار مشکلات روانی شده و گاهی تأثیر آن حتی بعد از ازدواج، دامنگیر آنان بود. خشونت خانگی علاوه بر تنگ کردن عرصه زندگی برای زن و شوهر، تأثیرات گوناگون و قابل توجهی بر کودکان و نوجوانان شاهد این خشونت دارد که نه تنها زندگی حال و آینده آنها، بلکه جامعه را نیز به مخاطره می‌اندازد. جرمی (۲۰۰۳) می‌نویسد: نوع مشکلات عاطفی نوجوانان با تجربه عاطفی آنان از کش مکش‌های زناشویی والدین ارتباط دارد (۳۵). مطالعه وانگ و همکار (۲۰۰۳) نشان داد که بین میزان افسردگی نوجوانان و رضایت زناشویی والدین آنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$) (۳۶). والدینی که دچار مشکلات و اختلافات عاطفی و شخصیتی هستند، با مشاجرات خود باعث آسیب و ضربه روانی به کودک می‌شوند. از آنجایی که یکی از حقوق کودک، داشتن محیطی امن و آرام در خانه است، مشاجره والدین با یکدیگر به نوعی کودک آزاری ناآگاهانه محسوب می‌شود. پدر و مادر کودک، همانگونه که حق تنبیه بدنی او را ندارند، نباید او را به لحاظ روحی و روانی مورد آزار قرار دهند (۳۷). پژوهشگران با مطالعه بر روی تأثیر رابطه خشونت‌آمیز میان پدر و مادر بر سلامت روانی کودکان، به این نتیجه رسیدند که رفتارهای پرتنش و خشونت‌آمیز والدین باعث می‌شود تا این کودکان در بزرگسالی با مشکلات روانی جدی رو به رو شوند (۳۸).

هنگامی که از نهاد خانواده صحبت می‌شود، بلافاصله در ذهن، صمیمیت، عشق و علاقه تداعی می‌شود. وجود ثبات، استحکام و برقراری نظم در این نهاد، منوط به داشتن روابط گرم اعضاء خانواده با یکدیگر است. ولی تضاد، کشمکش و درگیری باعث از بین بردن این فضا شده و تصویر آرام خانه و امنیت آن را در هم می‌شکند. مطالعات نشان داده‌اند که عوامل تنش‌زا در روابط همسری، باعث احساس درماندگی و در نهایت بحران‌های زناشویی می‌شود. شکر کن در این رابطه اظهار می‌دارد که زوجین با سبک دلبستگی ایمن، از وابستگی، اعتماد، تعهد و رضایت زناشویی بیشتری برخوردارند. زوجینی که دارای سبک دلبستگی مخالف هم هستند

(ایمن و نایمن)، کمتر به یکدیگر اعتماد دارند، کمتر به ارضاء نیازهای اساسی یکدیگر از جمله آرامش، مراقبت و کامرواسازی جنسی توجه دارند، وسواس و مشغولیت ذهنی بیشتری در مورد شریک خود دارند، خصمانه‌ترند و کمتر به صحبت با یکدیگر می‌پردازند و در نتیجه احساس تعهد کمتری نسبت به یکدیگر دارند. بنابراین احتمال اینکه در جهت قطع این پیوند و در نهایت طلاق گام بردارند، بیشتر است (۳۹). مطالعه استیلز (۲۰۰۴) نیز نشان داد که ناسازگاری زوجین پیش‌بینی‌کننده روابط صمیمی‌تر در همسران بوده و باعث ناخشنودی در روابط زناشویی می‌شود. از این رو احتمال از هم پاشیدگی و جدایی آنها بسیار زیاد است. این فرد در روابط زناشویی احساس می‌کند انسانی بی‌ارزش و ناقص است و از نظر همسرش، فردی منفور و ناخواستنی به شمار می‌رود و احساس می‌کند که نیاز او به حمایت عاطفی از سوی همسرش، به اندازه کافی برآورده نمی‌شود. در این افراد سه‌گونه محرومیت از نظر محبت، همدلی و حمایت مشاهده می‌شود (۴۰).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، قابل‌تعمیم نبودن و وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط (به ویژه مکان) بود، که این خود می‌تواند از دیدگاهی دیگر با لحاظ کردن متغیرهای شرایط محیطی و فرهنگی در مطالعه، توانمندی و یا دست‌کم یک ویژگی محسوب شود. با در نظر گرفتن این حقیقت که خشونت علیه زنان، تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق انسانی محسوب می‌شود و با نظر به این که نیمی از جمعیت هر جامعه ای را زنان تشکیل می‌دهند و در عین حال، پرورش‌دهنده همه افراد جامعه هستند، داشتن نگاهی جامع، گسترده و دید باز برای درک و حل مسائل زنان در زمینه خشونت لازم است (۴۱). داشتن قوانین کارا، همراه با برنامه‌ها و راهکارهای مفید، می‌تواند نقش مهمی را در جهت کاهش انواع خشونت‌های خانوادگی بازی کند. در این زمینه نقش روشنفکران، علمای دینی، رسانه‌ها و نهادهای مدنی، برای تأثیرگذاری بر قوانین و نظارت بر تطبیق آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از نکات مهم برای رفع خشونت، احترام به موازین حقوق بشر و تعمیم فرهنگ حقوق بشر است، اما باید به خاطر

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاران محترم مراکز پزشکی قانونی مشهد و تمام شرکت کنندگانی که صبورانه به بازگویی تجارب خویش پرداختند، تشکر و قدردانی می شود.

داشتن فرهنگ حقوق بشر، بدون پشتوانه های اجتماعی و حمایت های اقتصادی و حقوقی به صورت یکسان برای تمام افراد جامعه، بدون تبعیض جنسیتی، نژادی و زبانی، غیر ممکن به نظر می رسد.

نتیجه گیری

تأثیرات سوء خشونت علیه زن در خانواده، فقط دامنگیر زنان نبوده بلکه صدمات جدی بر کل سیستم خانواده و حتی پیکره اجتماع وارد می کند.

منابع

1. Salam A, Alim A, Noguchi T. Spousal abuse against women and its consequences on reproductive health: a study in the urban slums in Bangladesh. *Matern Child Health J* 2006 Jan;10(1):83-94.
2. Junson B, Junson C. The domestic violence: women's health care handbook. 2nd ed.;2000:92-101.
3. Schuiling KD, Likis FE. Women's gynecologic health. Sudbury:Joes and Bartlett;2006:295-8.
4. Kiss L, Schraiber LB, Heise L, Zimmerman C, Gouveia N, Watts C. Gender-based violence and socioeconomic inequalities: does living in more deprived neighbourhoods increase women's risk of intimate partner violence? *Soc Sci Med* 2012 Apr;74(8):1172-9.
5. Ahmed AM, Elmardi AE. A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan. *East Mediterr Health J* 2005 Jan-Mar;11(1-2):164-74.
6. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Del Rio-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health* 2007 Oct;17(5):437-43.
7. Violence against women. Fact sheet No. 239. Geneva:WHO;2008. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/print.html>, Accessed: 2009 Feb 5.
8. Ghazi Tabatabaei M, et al.[National plan phenomenon of domestic violence against women(person)]. Library of Research Center Ministry of Interior 2001;20.
9. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006 Jun;30(6):447-57.
10. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues* 2004 Jan-Feb;14(1):19-29.
11. Plazaola-Castano J, Ruiz Perez I. [Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences] [Article in Spanish]. *Med Clin (Barc)*. 2004 Apr 3;122(12):461-7. Review.
12. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health* 2009 May 9;9:129.
13. Saberian M, Atashnafs E, Behnam B, Hagigat Sh. [A survey on affecting factors on domestic violence and encounter methods with it in women who came to health care centers in Semnan, 2003] [Article in Persian]. *J Forensic Med* 2004;33:30-4.
14. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011 Jul 6;11:49.
15. Chowdhary N, Patel V. The effect of spousal violence on women's health: findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. *J Postgraduate Med* 2008 Oct-Dec;54(4):306-12.
16. Diop-Sidibe N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in Egypt--wife beating and health outcomes. *Soc Sci Med* 2006 Mar;62(5):1260-77.
17. Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *Br J Psychiatry* 2005 Jul;187:62-7.
18. Tang KL. Battered woman syndrome testimony in Canada: its development and lingering issues. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003 Dec;47(6):618-29.

19. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *Int J Gynecol Obstet* 1999 May;65(2):195-201.
20. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt)* 2006 Jun;15(5):599-611.
21. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Pub Health* 2011 Mar;33(1):15-21.
22. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. [Prevalence of domestic violence and its relationship on mental health] [Article in Persian]. *Pejouhandeh* 2012;16(6):277-83.
23. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 5th ed. St. Louis:Saunders;2005.
24. Murphey, Christopher M., O'Leary KD. Research paradigms, values, and spouse abuse. *J Interpers Violence* 1994;9(2):207-23.
25. Hemati R. [Quantitative and qualitative approaches in measuring violence against women in family context] [Article in Persian]. *Women Stud* 2007;5(2):7-32.
26. Beck GT. *Grounded theory research*. In: Fain JA. *Reading, understanding and applying nursing research: a text and workbook*. 2nd ed. Philadelphia:F.A. Davis Co.;2004.
27. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Med* 2004 May 24;2:20.
28. American Psychological Association of Graduate Students (APAGS). *Wife abuse as an emerging healthcare issue*. New York:Golf Press;1999:36-7.
29. Videbeck S. *Psychiatric mental health nursing*. 2ND ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2004:211.
30. Quelopana AM, Champion JD, Salazar BC. Health behavior in Mexican pregnant women with a history of violence. *West J Nurs Res* 2008 Dec;30(8):1005-18.
31. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly* 2010 Sep 2;140:w13099.
32. Bogat GA, Leahy K, von Eye A, Maxwell C, Levendosky AA, Davidson WS, et al. The influence of community violence on the functioning of women experiencing domestic violence. *Am J Community Psychol* 2005 Sep;36(1-2):123-32.
33. Amin-Al-Eslami F. [Violence against women in Kordestan. Opinion and perspective of feministic] [Article in Persian]. *Journal of women* 2002, Fall 2.
34. Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri Yazdi A, Shojaei-Zadeh D. [Effects of domestic violence on mental health of married women in Tehran] [Article in Persian]. *J Health Res Inst* 2006;4(2):35-44.
35. Jeremy D, Jewel Ph, Keven D, Stark Ph. Comparing the family environments of adolescent with conduct or depression. *J Child Fam* 2003;12(1):77-89.
36. Wang L, Crane R. The relationship between marital satisfaction, marital stability, nuclear family triangulation, and childhood depression. *Am J Fam Ther* 2003;29:337-347.
37. Phiroozi G. [Domestic violence and violent behavior against children] [Article in Persian]. *Pegah Howzeh* 2008;266:31-3.
38. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med* 2003;25(1):38-44.
39. Shekarkon H, Khojasteh Mehr GR, Atari Y, Shahani YM. [Study of personality specification, social skills, attachment styles and demographic characteristics as predictors success and failure of marital relationship in couples demandant divorce in Ahvaz] [Article in Persian]. *J Psychol Edu Sci* 2005;13:1-30.
40. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi SA, Fatehizadah MA. [Comparing early aladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce] [Article in Persian]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010;16(1):21-33.
41. Gelles RJ. Public policy for violence against women 30 years of successes and remaining challenges. *Am J Prev Med* 2000 Nov;19(4):298-301.