

Psychological Factors Underlying and Perpetuating Violence in Abused Women; a Qualitative Study

Khajavi Segonbad C.¹ MSc, Soleimanian A.A.*¹ PhD, Heydarnia A.¹ PhD

¹ Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran

Aims: Domestic violence against women is a public health problem and a clear example of human rights abuses in all societies, races, ethnicities and religions, with approximately 35% of women worldwide experiencing it at least once in their lifetime. The aim of this study was to identify the psychological characteristics of abused women through their lived experiences.

Instrument & Methods: This research was done by qualitative research method and phenomenological design. Participants included 12 abused women who had referred to the Forensic Medicine Center of Bojnourd in the winter of 2018 to complain about their husbands being beaten and injured. These individuals were selected by purposive sampling method and after completing the questionnaire of violence and assuring that violence had taken place, in-depth semi-structured interviews were conducted with them. Data analysis was performed based on the steps of Dickelman analysis method.

Findings: In total, 5 main categories, 17 concepts and 173 basic codes were obtained. Woman Surrender Syndrome, Fear of Social Stigma, Sexual Problems and Conflicts, Low Self-Esteem and Learned Helplessness were extracted as the main categories of this study.

Conclusion: From the women's point of view, the presence of some psychological characteristics in them can be a predictor and perpetuator of the phenomenon of domestic violence against them. Surrender woman syndrome, fear of social stigma, sexual problems and conflicts, low self-esteem and learned helplessness can explain the violence and its persistence in these women.

Keywords

Domestic Violence [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68017579>]

Psychological Factors [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68011584>]

Abused Women [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68018585>]

*Corresponding Author

Tel: +98 (915) 5844357

Fax: +98 (58) 32284602

Postal Address: Bojnord University, Bojnord, North Khorasan, Iran

Postal code: 945315511

soliemanian@gmail.com

Received: November 23, 2020

Accepted: February 21, 2021

ePublished: February 27, 2021

عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز و تداوم‌بخش خشونت‌پذیری در زنان خشونت‌دیده؛ مطالعه کیفی

کبری خواجوی سه‌گنبد MSc

گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

علی‌اکبر سلیمانیان* PhD

گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

احمد حیدرنیا PhD

گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

اهداف: خشونت خانگی علیه زنان به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی و نمونه‌ای آشکار از نقض حقوق بشر در تمام جوامع، نژادها، اقوام و مذاهب مختلف وجود دارد، به‌طوری که تقریباً ۳۵٪ از زنان دنیا، حداقل برای یک‌بار در زندگی، آن را تجربه کرده‌اند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی ویژگی‌های روان‌شناختی زنان خشونت‌دیده از طریق تجارب زیسته آنان انجام شد.

مشارکت‌کنندگان و روش‌ها: این پژوهش، با روش تحقیق کیفی و طرح پدیدارشناسی صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۲ نفر از زنان خشونت‌دیده‌ای می‌شدند که در زمستان سال ۱۳۹۷ برای شکایت از همسر به دلیل ضرب‌وجرح به مرکز پزشکی قانونی شهرستان بجنورد مراجعه نموده بودند. این افراد با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و پس از تکمیل پرسش‌نامه خشونت و اطمینان از مورد خشونت واقع شدن، مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با آنان انجام شد. بررسی داده‌ها بر اساس مراحل روش تجزیه و تحلیل دی‌کلمن صورت گرفت.

یافته‌ها: به‌طور کلی تعداد ۵ مقوله اصلی، ۱۷ مفهوم و ۱۷۳ کد اولیه به‌دست آمد. سندروم زن تسلیم، ترس از استیگمای اجتماعی، مشکلات و تعارضات جنسی، عزت نفس پایین و درماندگی آموخته‌شده به‌عنوان مقولات اصلی حاصل از این تحقیق استخراج شدند.

نتیجه‌گیری: از دیدگاه زنان، وجود برخی ویژگی‌های روان‌شناختی در آنان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده و تداوم‌بخش پدیده خشونت خانگی علیه آنان باشد. سندروم زن تسلیم، ترس از استیگمای اجتماعی، مشکلات و تعارضات جنسی، عزت نفس پایین و درماندگی آموخته‌شده می‌تواند تبیین‌کننده خشونت‌پذیری و تداوم آن در این زنان باشد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، عوامل روان‌شناختی، زنان خشونت‌دیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۳

*نویسنده مسئول: soliemanian@gmail.com

مقدمه

خشونت خانگی علیه زنان به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی و نمونه‌ای آشکار از نقض حقوق بشر در تمام جوامع، نژادها، اقوام و مذاهب مختلف وجود دارد، به‌طوری که تقریباً ۳۵٪ از زنان دنیا، حداقل برای یک‌بار در زندگی، آن را تجربه کرده‌اند^[1]. با توجه به شیوع بالای پدیده خشونت خانگی و لزوم توجه به این موضوع، در چند دهه اخیر، سازمان‌ها و مجامع بین‌المللی تلاش‌هایی را در راستای شناسایی، حذف یا کاهش این پدیده انجام داده‌اند؛ از

جمله در مطالعه‌ای که سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یکی از تحقیقات جامع در ۱۰ کشور مختلف روی نمونه‌ای ۲۴۰۰۰ نفری انجام داد، نتایج حاکی از این بود که خشونت خانگی علیه زنان در تمام این کشورها با درجات مختلفی به وقوع می‌پیوندد؛ چنان که در ژاپن کمترین میزان خشونت (۱۵٪) را نشان می‌داد و در ایتالیایی بیشترین مقدار خشونت (۷۱٪) را شامل می‌شد^[2]. میزان شیوع این مساله در قاره آمریکا با وجود تلاش‌های صورت‌گرفته در برخی کشورها، کاهش یافته است ولی در سایر کشورها تغییر چندانی نکرده و در برخی نقاط افزایش نیز یافته است^[3]. در ایران نیز با مطالعه‌ای که روی ۶۳ مقاله انجام شد، شیوع کلی خشونت را ۱۷/۵ تا ۹۳/۶٪ تخمین زدند^[4] و این در حالی است که در بسیاری از کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه هنوز هم اطلاعات مناسب در مورد خشونت علیه زنان وجود ندارد^[5].

خشونت خانگی توسط همسر نسبت به زن به انواع مختلف اعم از خشونت جسمی، جنسی، اقتصادی و روانی اعمال می‌شود و بر اساس تحقیقات انجام‌گرفته، عواملی از قبیل: اختلال شخصیت مرزی، دسترسی کمتر زنان به مشاغل، داشتن شرکای متعدد جنسی مردان^[6]، سطح سواد پایین زوجین^[7,8]، تجربه خشونت در کودکی^[9,10]، مصرف الکل و مواد مخدر در مردان^[11,12] و هنجارها و نگرش‌های جنسیتی^[13] بر خشونت علیه زنان تأثیر می‌گذارد. خشونت خانگی، آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر پیکره خانواده و جامعه وارد می‌آورد. از جمله تبعات خشونت خانگی بر زنان قربانی خشونت، افسردگی^[14, 15]، اضطراب، سطح پایین عزت نفس و سلامت اجتماعی^[16]، مشکلات تنفسی و دستگاه گوارش^[17]، استرس، اختلال عملکرد اجتماعی و مشکلات روانی^[18]، اختلال استرس پس از آسیب، حاملگی ناخواسته، مشکلات خواب، و اختلالات خوردن^[19] و خودکشی است^[20]. علاوه بر این، خشونت خانگی بر سلامت روان کودکان، خانواده و اجتماع نیز تأثیرات منفی خواهد داشت^[21]؛ به‌طوری که کودکان این خانواده‌ها در معرض اختلالات عاطفی و رفتاری قرار گرفته و محتمل است که در زندگی آینده خود خشونت را تجربه کنند^[19].

اکثر تحقیقات به بررسی عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی به‌عنوان زمینه‌های بروز خشونت خانگی علیه زنان پرداخته‌اند و بررسی نقش خود زنان و ویژگی‌های روان‌شناختی آنان به‌عنوان قربانیان اصلی این پدیده مورد توجه اندکی قرار گرفته است. پژوهش حاضر با استفاده از روش تحقیق کیفی و تامل در تجارب زیسته، به بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی زنان خشونت‌دیده پرداخت با این هدف که ویژگی‌های روان‌شناختی این زنان که منجر به خشونت‌پذیری آنان و تداوم آن می‌شود را کشف کند.

مشارکت‌کنندگان و روش‌ها

این پژوهش با استفاده از روش تحقیق کیفی، طرح پدیدارشناسی تفسیری و روش تجزیه و تحلیل دی‌کلمن در زمستان سال ۱۳۹۷

یافته‌ها

حداقل سن شرکت‌کنندگان ۲۴ سال و حداکثر ۳۹ سال بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شد.

جدول ۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

تعداد فرزندان	مدت ازدواج	شغل	تحصیلات	سن	شرکت‌کننده
۳	۲۴	آزاد	دیپلم	۳۷	۱
۱	۱۰	خانه‌دار	سیکل	۲۴	۲
۲	۲۰	خانه‌دار	دیپلم	۳۹	۳
۲	۱۷	خانه‌دار	لیسانس	۳۷	۴
۱	۶	خانه‌دار	دیپلم	۲۵	۵
-	۳	معلم	فوق لیسانس	۳۲	۶
۲	۱۵	خانه‌دار	سیکل	۳۵	۷
۲	۱۰	خانه‌دار	دیپلم	۳۶	۸
۲	۶	خانه‌دار	لیسانس	۳۵	۹
۲	۱۶	خانه‌دار	دیپلم	۳۱	۱۰
۱	۳	خانه‌دار	فوق دیپلم	۳۵	۱۱
۱	۴	خانه‌دار	فوق دیپلم	۲۴	۱۲

بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان، مقولات روان‌شناختی مختلفی استخراج شد که شامل ۵ مقوله اصلی، ۱۷ مفهوم و ۱۷۳ کد اولیه بود (جدول ۲). سندروم زن تسلیم، ترس از استیگمای اجتماعی، مشکلات و تعارضات جنسی، عزت نفس پایین و در نهایت درماندگی آموخته‌شده، مقولات اصلی استخراج‌شده حاصل از این پژوهش بودند.

سندروم زن تسلیم

صحبت‌های شرکت‌کنندگان نشان داد که آنان با پذیرفتن نقش‌های جنسیتی در جامعه در بسیاری از مواقع در مقابل خشونت سکوت کردند؛ زیرا به اعتقاد آنها زن باید مطیع شوهر و صبور بر انواع مشکلات و سختی‌ها، حتی در شرایط آسیب‌زا باشد. شرکت‌کننده شماره ۷ در این مورد چنین گفت: "حتی وقتی اینهمه زد و منو از خونه انداخت بیرون، دلم راضی نبود بیام پزشک قانونی از شکایت کنم؛ دلم میخواد زندگی کنم ولی به خواهرم زنگ زده که بیاین اینو ببرید من نمیخوامش". شرکت‌کننده شماره ۶ نیز بیان کرد: "در محله ما زن باید ساکت و نجیب باشه حتی اگه کتک خورد حرفی نزنه و همه مشکلات رو تحمل کنه".

ترس از استیگمای اجتماعی

زنان مورد مصاحبه، بارها در صحبت‌هایشان اذعان داشتند که برای حفظ آبروی خود و خانواده و شرایط سخت اجتماعی پس از طلاق مجبور به تحمل زندگی شده‌اند و همین امر موجب شده که مردان خشونت‌گر در این خانواده‌ها با علم به این باورهای اجتماعی و اینکه همسرشان چاره‌ای جز تحمل ندارد، به رفتار خشونت‌آمیز خود ادامه دهند. شرکت‌کننده شماره ۳ گفت: "من از همون زمان

صورت گرفت و شامل کلیه زنان متاهل خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهرستان بجنورد بود. پس از کسب رضایت برای شرکت در پژوهش، تعداد ۱۲ نفر تا اشیاع کامل داده‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از تکمیل پرسش‌نامه حاج یحیی^[22] و کسب اطمینان از اینکه کلیه این افراد سه سال از بروز خشونتشان گذشته باشد، با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌گیری تا اشیاع کامل داده‌ها ادامه یافت به طوری که پس از انجام ۱۰ مصاحبه اشیاع نظری حاصل شد ولی برای اطمینان بیشتر، ۲ مصاحبه دیگر نیز انجام شد.

ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه به شکلی همدلانه (چرا که هدف محقق در این نوع پژوهش رسیدن به تجربه مشارکت‌کنندگان و رسیدن به آن چیزی است که آنها می‌بینند و محقق در این فرآیند به‌عنوان یک عنصر تسهیل‌کننده قلمداد می‌شود) و پرسش‌نامه خشونت خانگی حاج یحیی^[22] بود. پرسش‌نامه خشونت خانگی حاج یحیی به‌عنوان معیار ورود به پژوهش استفاده شد. این پرسش‌نامه حاوی ۳۲ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس است، خرده‌مقیاس اول شامل سئوالات ۱ تا ۱۶، خشونت روانی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس دوم سئوالات ۱۷ تا ۲۱ را شامل می‌شود و برای سنجش خشونت فیزیکی است. خرده‌مقیاس سوم که شامل سئوالات ۲۸ تا ۳۰ است، خشونت جنسی را می‌سنجد و خرده‌مقیاس چهارم که سئوالات ۳۱ و ۳۲ را شامل می‌شود به بررسی خشونت اقتصادی می‌پردازد. ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ برای این ۴ عامل به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ به‌دست آمد.

پژوهش با تایید و مجوز دانشگاه بجنورد و با رعایت حقوق و رضایت افراد، انجام شد. سئوالات مصاحبه بنا بر موقعیتی که پیش آمد مطرح شد اما چندین هسته اصلی در سئوالات وجود داشت؛ از قبیل: (۱) توضیح در مورد ویژگی‌های روان‌شناختی فرد مصاحبه‌شونده؟ (۲) به‌نظر شما از میان ویژگی‌هایی که ذکر کردید، کدام عامل منجر به خشونت همسران و تداوم آن علیه شما می‌شود؟ هنگام مصاحبه با توجه به سطح سواد و دانش فرد مصاحبه‌شونده، سئوالات ساده‌سازی شد. مصاحبه‌ها به‌طور متوسط بین ۳۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید که پس از کسب رضایت از مشارکت‌کنندگان و ذکر محرمانه‌بودن این امر، مصاحبه‌ها ثبت و ضبط شد و در اولین فرصت روی کاغذ آورده شد. همچنین برای اطمینان از صحت یافته‌ها و تعیین پایایی و روایی نتایج تحقیق از روش ارزیابی لیکن و گویا^[23] استفاده شد که شامل اعتبار (باورپذیری)، انتقال‌پذیری، کفایت و تاییدپذیری است. ضمن صرف زمان کافی و دقت در مراحل انجام تحقیق، تحلیل‌های حاصل از پژوهش در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و با تایید آنها بر صحت نتایج، اعتبار پژوهش حاصل شد و تمام مراحل کار و کدگذاری یافته‌ها با استفاده از تیم پژوهشی که شامل ۳ نفر از متخصصان این حوزه بود، انجام شد.

غیر این صورت، بقیه فکر میکنند من زن خوبی نیستم که شوهرم باهام بدرفتاری میکنه، آخه برای شوهرم که کاری نداره میره و یه زن دیگه میگیره، این منم که مجبور میشم یا طلاق بگیرم و انگشت‌نمای مردم بشم و یا اینکه با بدبختی کنار یه زن دیگه زندگی کنم، الان هم دلم نمی‌خواست بیام شکایت کنم؛ خیلی می‌ترسیدم به زور خانوادم اومدم."

عقدمون فهمیدم شوهرم بد دله و دست بزن داره، ولی ساکت شدم و تحمل کردم، ترسیدم و به کسی حرفی نزد. از طلاق می‌ترسیدم، از اینکه انگشت‌نمای فامیل و در و همسایه بشم وحشت داشتم". همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۰ در توضیح این مطلب بیان کرد: "به‌نظرم خودم باید به‌تنهایی از پس مشکلاتم بر بیام و زندگی رو حفظ کنم. برا همین به کسی چیزی نمی‌گم. در

جدول ۲) مقولات، مفاهیم و کدهای اولیه ویژگی‌های روان‌شناختی زنان خشونت‌دیده

مقولات اصلی	مفاهیم	کدهای اولیه (اعداد داخل پرانتز، نشان‌دهنده تعداد پاسخ‌های مشترکی است که افراد مختلف به آن اشاره داشتند)
سندروم زن تسلیم	باورهای نادرست اجتماعی	تشویق زنان به زندگی با همسر حتی در شرایط آسیب‌زا (۲)؛ اعتقادات نادرست فرهنگی مبنی بر تحمل بد اخلاقی شوهر (۳)؛ اعتقاد به صبرکردن بر رفتار پرخاشگرانه همسر برای اصلاح آن (۶).
	مظلوم‌نوازی اجتماعی	تاییدات اجتماعی مبتنی بر سکوت و سر به‌زیری زنان در زندگی خانوادگی (۵)؛ تحسین افراد مظلوم و بی‌آزار در جامعه (۴).
ترس از استیغمای اجتماعی	خودکم‌بینی جنسیتی	پافشاری در ادامه زندگی با وجود طردشدن از جانب شوهر (۴)؛ باور به محق بودن شوهر در رفتارهای پرخاشگرانه (۲)؛ اهمیت‌ندادن به حقوق خود به‌عنوان یک زن (۲)؛ علاقه به ادامه زندگی با وجود شرایط خشونت‌آمیز (۳).
	تابوهای فرهنگی-اجتماعی	نگاه منفی جامعه به زن مطلقه به‌عنوان جنس دست دوم (۳)؛ نگاه ابزاری داشتن به زن مطلقه در جامعه (۳)؛ باور اجتماعی مبنی بر لزوم حفظ آبروی خانودگی با سکوت در مقابل خشونت (۶).
مشکلات و تعارضات جنسی	ترس‌های قضاوتی	ترس از عدم پذیرش از طرف خانواده پس از جدایی از همسر (۲)؛ نگرانی از نداشتن امنیت اجتماعی پس از طلاق (۲)؛ ترس از سرزنش‌های خانوادگی و اجتماعی پس از طلاق (۲)؛ گذشتن از خود به‌دلیل ترس از تنهایی پس از طلاق (۲).
	ناآگاهی جنسی	نداشتن آگاهی جنسی (۳)؛ نداشتن مهارت‌های جنسی و زناشویی (۳)؛ احساس شرم و گناه به‌دلیل نیاز جنسی (۲)؛ تصورات نادرست از نیازهای جنسی مرد (۳)؛ رابطه جنسی یکنواخت (۲).
	انتقام و بی‌توجهی جنسی	انتقام زن از رفتارهای مرد در هنگام رابطه جنسی با بی‌توجهی به خواسته‌های وی (۵)؛ عدم رضایت‌مندی از رابطه زناشویی و انفعال در رابطه جنسی (۵).
	نداشتن احساس جذابیت جنسی	نداشتن حس خوب به ظاهر و اندام خود (۳)؛ احساس نیاز به تغییر ظاهر و بدن خود (۲)؛ اقدام برای تغییر ظاهر خود (۳).
عزت نفس پایین	سرکوبگری جنسی	بیزاری و بی‌میلی جنسی به‌دلیل اخلاق نامناسب همسر (۸)؛ احساس نیاز جنسی وعدم مطرح‌کردن آن با همسر (۲).
	احساس عدم ارزشمندی	تحقیر خود با دادن القاب نامناسب به خود (۲)؛ نداشتن رضایت از خود و توانمندی‌های خود (۴)؛ عدم توجه به نیازهای خود (۴).
	انتقاد از خود	مقصر دانستن خود برای مورد خشونت واقع‌شدن (۳)؛ سرزنش خود به‌دلیل ازدواج نامناسب (۲)؛ انتقاد شدید از خود به‌دلیل نداشتن جسارت در برخورد با همسر (۴).
درماندگی آموخته‌شده	تاییدجویی و توجه‌خواهی افراطی	با خدمت‌رسانی زیادی به‌دنبال تایید دیگران بودن (۲)؛ تایید خواسته‌ها و انتظارات غیرمنطقی همسر (۲)؛ اهمیت‌ندادن به خود در مقابل رضایت دیگران (۳)؛ قربانی‌کردن خود برای برآورده‌کردن خواسته‌های دیگران (۲)؛ توجه افراطی به نظرات دیگران در مورد خود (۵).
	توقع کامل بودن خود	توقع از خود فراتر از حد توانایی (۲)؛ باورداشتن به کامل‌نبودن خود نسبت به سایر افراد (۴).
	انفعال و عدم قاطعیت	عدم برخورد مناسب و منطقی با خشونت‌گری همسر (۷)؛ کوتاه‌آمدن بیش از اندازه در مقابل بدرفتاری همسر (۷)؛ عدم استفاده از منابع حمایتی برای جلوگیری از رفتارهای همسر (۴).
	استیصال و ناچاری	تحمل خشونت و حفظ زندگی زناشویی به‌خاطر فرزندان (۴)؛ تحمل خشونت به‌دلیل وابستگی مالی و اقتصادی به همسر (۳).
	احساس شکست و ناامیدی	بی‌انگیزه‌شدن و ناامیدی از اصلاح امور (۵)؛ ناامیدی از بهبود رفتار شوهر (۳)؛ بی‌تفاوتی و عادی‌شدن نسبت به تحقیر و خشونت (۲)؛ سکوت پس از ناامیدی (۲).
	خودناتوان‌انگاری	احساس ناتوانی در اعاده حقوق (۱)؛ احساس ناتوانی در اداره شرایط در صورت طلاق (۲)؛ عدم توانایی دفاع از خود (۲).

مورد چنین گفت: "دیگه تحمل ندارم هر کار کردم درست نشد، فایده نداره این آدم زندگی نیست، ای کاش می‌مردم و راحت می‌شدم". شرکت‌کننده شماره ۷ نیز اینگونه پاسخ داد: "دیگه هیچی برام مهم نیست. هیچ انگیزی‌ای ندارم، این مرد درست بشو نیست. منم می‌سوزم و می‌سازم".

بحث

سندروم زن تسلیم یکی از مقولات اصلی حاصل از این پژوهش بود، با توجه به اینکه فرهنگ به‌عنوان مهم‌ترین عامل در بروز و ظهور پدیده خشونت مطرح شده است و خشونت ریشه در نیروهای فرهنگی و تکاملی دارد؛ به‌طوری که ممکن است که هنجارهای اجتماعی جلوه‌های خشونت را تشویق و تحریک کنند^[24] و این هنجارها و نگرش‌های جنسیتی از علل خشونت خانگی علیه زنان محسوب می‌شود^[13]، از زنان انتظار می‌رود که در مقابل پرخاشگری و خشونت مردان سکوت کرده و با پذیرش سرنوشت خود در مقابل انواع بدرفتاری همسر تسلیم شوند. مردان نیز با اطلاع از این موضوع از این رفتار منفعلانه همسر سوءاستفاده کرده و به رفتار خشونت‌آمیز خود ادامه می‌دهند و چرخه خشونت خانگی علیه زنان تکرار می‌شود.

با توجه به اینکه تجربه انگ و یا استیغمای اجتماعی در زنان بیشتر از مردان وجود دارد^[25]، همچنین این مساله در جوامع آسیایی بیش از جوامع توسعه‌یافته غربی مشاهده می‌شود^[26] و ترس از دیدگاهی که جامعه نسبت به زنان تنها یا طلاق‌گرفته دارد، بسیاری از این زنان را مجبور می‌کند به دلیل حفظ آبرو، تن به زندگی در شرایط خشونت‌بار دهند، هر چند این مساله در اکثر جوامع وجود دارد ولیکن بافت سنتی جامعه ایران، شرایط آزردهنده‌ای ایجاد می‌کند که زنان خشونت‌دیده، ترجیح می‌دهند تا رفتارهای خشونت‌آمیز را تحمل کنند تا مجبور نباشند انگ و برچسب زن مطلقه را به دوش بکشند و به دلیل ننگ طلاق که نگرش‌های جنسیتی بر آن صحنه می‌گذارد^[27]، اکثراً ترجیح می‌دهند تا در مقابل خشونت همسر، سکوت کرده و زندگی زناشویی خود را حفظ کنند تا فرزندانشان بدون پدر نباشند^[28]. همین مساله، یکی از عواملی است که زمینه خشونت‌پذیری زنان قربانی را فراهم می‌آورد؛ چرا که مردان خشونت‌گر در این خانواده‌ها با علم به این باورهای اجتماعی و اینکه همسرشان چاره‌ایی جز تحمل ندارد، به رفتار خشونت‌آمیز خود ادامه می‌دهند. نتایج پژوهش^[29] نیز همسو با این نتیجه است.

در مورد اینکه مشکلات و اختلالات جنسی چگونه می‌تواند بر خشونت علیه زنان مؤثر باشد، می‌توان چنین استدلال کرد که از آنجا که میل جنسی زنان بیشتر تحت تاثیر فرآیندهای ارتباطی است^[30]، نارضایتی از روابط، عملکرد جنسی زنان را تضعیف می‌کند^[31]. جنبه صمیمیت و نزدیکی در رابطه جنسی از اولویت‌های زنان است و مشکلات تعارضات زناشویی و کیفیت پایین روابط نزدیک در زندگی، علتی می‌شود بر سردمزاجی و

مشکلات و تعارضات جنسی

شرکت‌کنندگان در پژوهش تجارب مختلفی را از مسائل جنسی و روابط زناشویی خود بیان می‌کردند که نشان از عدم آگاهی آنها از مسائل جنسی، بی‌زاری از رابطه به دلیل رفتار نامناسب همسر و مطابقت‌نداشتن نیازها و خواسته‌های آنان در رابطه جنسی بود. شرکت‌کننده شماره ۱ در این مورد گفت: "من حتی نمی‌فهمیدم که یک زن هم حق داره نیاز جنسی داشته باشه و احساس گناه می‌کردم که همچین حس‌هایی دارم". شرکت‌کننده شماره ۹ اضافه کرد: "بیشتر وقتا عصبیم چون نیاز جنسیم برطرف نمیشه. حال خوبی ندارم، یه چند باری که تونستیم رابطه خوبی داشته باشیم، روز بعد حالم خیلی خوب بوده و آروم بودم". همچنین شرکت‌کننده شماره ۴ در این مورد توضیح داد: "هیچ رغبتی به شوهرم ندارم، همیشه سرم داد میزنه و تحقیرم میکنه از بدنم ایراد می‌گیره، هر وقت رابطه داریم احساس می‌کنم بهم تجاوز میکنه چون من دلم نمیخواد، اونم کارش رو به زور انجام میده". بنابراین مشکلات جنسی به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز خشونت خانگی محسوب شد.

عزت نفس پایین

از اظهارات شرکت‌کنندگان چنین بر آمد که آنها دچار احساس خودکم‌بینی، عدم احترام و ناراضی‌بودن از خود بودند. شرکت‌کننده شماره ۱ گفت: "من چندین ساله با این مشکل زندگی می‌کنم و نخواستم جدا بشم، چون فکر می‌کنم حق با اونه، آگه من اون آدمی بودم که اون می‌خواست، همه چی حل می‌شد، پس باید بتونم طبق نظر شوهرم بشم، تا حالا خیلی سعی کردم مثلاً تونستم خودمو ۱۵کیلو لاغر کنم یا اینکه یکم روی صدام تمرین کنم که ظریف‌تر بشه، ولی خانوادمو نمیتونم عوض کنم، خوب اونا از نظر اقتصادی خیلی پایینن، بارها به شوهرم گفتم دست من نیست که خانوادم اینجورین، حتی ازش معذرت خواستم، ولی فایده‌ای نداره". شرکت‌کننده شماره ۹ نیز گفت: "وقتی عصبانی میشه دعوا می‌کنیم، بعدش چقدر خودم را سرزنش می‌کنم که کاش به حرفش گوش می‌دادم و این اتفاق‌ها نمی‌افتاد". شماره ۱۰ گفت: "اینقدر از من ایراد گرفته که باور کردم به درد نمی‌خورم، دقیقاً هر چی اون میگه در مورد من قبول دارم. انگار بهم تلقین کرده حرفاش رو".

درماندگی آموخته‌شده

درماندگی آموخته‌شده به‌عنوان یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی زنان خشونت‌دیده در این پژوهش مطرح بود، زنان مورد مصاحبه اذعان داشتند که دیگر آمیدی به بهبودی رفتار همسر خود ندارند و تمام روش‌ها را برای تغییر رفتار پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز همسر آزموده‌اند و در نهایت به این نتیجه رسیده‌اند که دیگر کاری نمی‌توان کرد و چاره‌ایی جز تحمل همسر ندارند. این امر محصول زندگی در شرایط خشونت‌بار است؛ در واقع این عامل روان‌شناختی در اثر تعامل با همسر و جزو عوامل ثانویه به‌عنوان عاملی برای خشونت‌پذیری و تداوم آن است. شرکت‌کننده شماره ۲ در این

بر اساس نتایج، عوامل سندروم زن تسلیم، ترس از استیگمای اجتماعی، مشکلات و تعارضات جنسی، عزت نفس پایین و درماندگی آموخته‌شده، می‌توانند از علل روان‌شناختی به‌وجودآورنده و تداوم‌بخش خشونت‌پذیری زنان خشونت‌دیده محسوب شود.

تشکر و قدردانی: از کلیه زنانی که در این طرح شرکت کردند و کارکنان مرکز پزشکی قانونی شهرستان بجنورد که همکاری لازم را در فرآیند اجرای مصاحبه‌ها داشتند، کمال تشکر به عمل می‌آید.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش با تأیید دانشگاه بجنورد انجام شد.

تعارض منافع: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد است.

سهم نویسندگان: کبری خواجوی سه‌گنبد (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۳۵٪)؛ علی‌اکبر سلیمانیان (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۳۵٪)؛ احمد حیدرنیا (نویسنده سوم)، روش‌شناس/تحلیلگر آماری (۳۰٪).

منابع مالی: پژوهش فاقد حامی مالی است.

منابع

- 1- World health organization. Violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [Cited 2017 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- 2- World health organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [Unknown Cited]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>.
- 3- Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: A systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:26.
- 4- Vameghi M, Khodai Ardakani M, Sajadi S. Domestic violence in Iran: Review of 2001-2008 literature. *Soc Welf Q*. 2013;13(50):37-70. [Persian]
- 5- Shuib R, Endut N, Ali SH, Osman I, Abdullah S, Oon SW, et al. Domestic violence and women's well-being in Malaysia: Issues and challenges conducting a national study using the WHO multi-country questionnaire on women's health and domestic violence against women. *Proced Soc Behav Sci*. 2013;91:475-88.
- 6- World health organization. Violence against women, key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [Cited 2017 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- 7- Yarinassab F, Amini K. Prevalence and types of violence against women seeking divorce referred to the Forensic Medicine Organization; A case study of Boyer-Ahmad County. *Sci J Forensic Med*. 2020;26(1):39-44. [Persian]
- 8- Yitbarek K, Woldie M, Abraham G. Time for action: Intimate partner violence troubles one third of Ethiopian women. *PLoS One*. 2019;14(5):0216962.
- 9- Gautam S, Jeong HS. Intimate partner violence in relation to husband characteristics and women empowerment: Evidence from Nepal. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5):709.

بی‌میلی جنسی آنان و از آنجا که بین همسرآزاری و اختلالات عملکرد جنسی، رابطه مستقیم وجود دارد^[32] و بیشترین میزان اختلالات جنسی در زنان تحریک جنسی است که این امر به‌دنبال رفتار خشونت‌آمیز همسر ایجاد شده^[33] و به نوعی معلول خشونت است، عاملی می‌شود برای ناراضایتی مرد و اعمال خشونت بیشتر. نتایج چندین مطالعه همسو با این مقوله از تحقیق نیز نشان می‌دهد که میان همسر آزاری و اختلالات جنسی رابطه وجود دارد^[32, 33].

یکی دیگر از ویژگی‌های زنان خشونت‌دیده عزت نفس پایین بود. از آنجایی که عزت نفس، ارزشیابی فرد از خود را نشان می‌دهد^[34]، زنان دارای عزت نفس پایین به‌دلیل ارزیابی نامطلوبی که از خود دارند و عموماً دچار احساس منفی از خود و نقش‌های خانوادگی و اجتماعی خود هستند، بیشتر سعی می‌کنند در روابط خشونت‌آمیز باقی بمانند و به زندگی با همسر خشونت‌گر خود ادامه دهند و به‌دنبال راه حل‌های سازنده‌تری نباشند^[35]؛ بنابراین، عزت نفس پایین یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی زنان خشونت‌دیده است، این عامل می‌تواند یکی از پیامدهای خشونت باشد که در یک چرخه معیوب علت ثانویه خشونت‌گری بیشتر مرد نسبت به همسرش محسوب می‌شود. نتایج پژوهش‌ها^[35-39] با این مقوله مطابقت دارند.

بسیاری از زنانی که در زندگی زناشویی مورد آزار همسر قرار می‌گیرند، با وجود تلاش‌هایی که برای کنترل این مساله انجام داده و به نتیجه‌ای نمی‌رسند، از بهبود رفتار همسر ناامید می‌شوند. دستیابی به چنین نتیجه‌ای از جانب زنان خشونت‌دیده، آنان را به‌صورت منفعل، وابسته، آسیب‌پذیر، درمانده و مستأصل نشان می‌دهد^[39] که برای تغییر شرایط هیچ تلاشی نمی‌کنند و در رابطه خشونت‌آمیز باقی می‌مانند، همین عامل و آگاهی مردان از این مورد که زنان تسلیم شرایط خشونت‌بار شده‌اند، باعث می‌شود رفتار خشونت‌آمیز خود را ادامه دهند. با توجه به توضیحات، این پژوهش درماندگی آموخته‌شده در زنان خشونت‌دیده را یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی آنان برای اعمال خشونت بیشتر از جانب همسر می‌داند. همسو با این نتیجه، تحقیق *والکر*^[40] که در مورد سندرم زنان کتک‌خورده بود، نشان داد که چنین زنانی دچار درماندگی آموخته‌شده هستند.

این پژوهش روی نمونه کوچکی از زنان خشونت‌دیده انجام شده است و نیاز به بررسی در ابعاد وسیع‌تری دارد؛ از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که مطالعه در مورد عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز خشونت خانگی با ترکیب روش‌های کمی و کیفی و مصاحبه با هر دو زوج در فرهنگ‌های مختلف صورت گیرد. همچنین پروتکل آموزشی مبتنی بر نتایج این پژوهش برای تقویت روان‌شناختی زنان خشونت‌دیده تهیه شود.

نتیجه‌گیری

- 25- Al-Krenawi A, Graham JR, Kandah J. Gendered utilization differences of mental health services in Jordan. *Community Ment Health J*. 2000;36(5):501-11.
- 26- Lauber C, Rossler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):157-78.
- 27- Rai A, Choi YJ. Socio-cultural risk factors impacting domestic violence among south Asian immigrant women: A scoping review. *Aggress Violent Behav*. 2018;38:76-85.
- 28- Duran S, Eraslan ST. Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. *J Pak Med Assoc*. 2019;69(1):53-7.
- 29- Baloushah S, Mohammadi N, Taghizadeh Z, Taha A, Farnam F. Learn to live with it: Lived experience of Palestinian women suffering from intimate partner violence. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(7):2332-6.
- 30- Both S, Everaerd WTAM, Laan E. Desire emerges from excitement: A psychophysiological perspective on sexual motivation. *Psychophysiol Sex*. 2007 Jan:327-39.
- 31- McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women Health*. 2018;18(1):108.
- 32- Allen CT, Swan SC, Raghavan C. Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2009;24(11):1816-34.
- 33- Shayan A, Masoumi SZ, Kaviani M. Evaluation of sexual dysfunctions and its related factors in women experiencing domestic violence had been referred to forensic medicine center of Shiraz. *J Educ Community Health*. 2014;1(4):51-7. [Persian]
- 34- Leary MR, Baumeister RF. The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Adv Exp Soc Psychol*. 2000;32:1-62.
- 35- Zust BL. Effect of cognitive therapy on depression in rural, battered women. *Arch Psychiatr Nurs*. 2000;14(2):51-63.
- 36- Matheson FI, Daoud N, Hamilton-Wright S, Borenstein H, Pedersen C, O'Campo P. Where did she go? the transformation of self-esteem, self-identity, and mental well-being among women who have experienced intimate partner violence. *Women Health Issue*. 2015;25(5):561-9.
- 37- Papadakaki M, Tzamalouka GS, Chatzifotiou S, Chliaoutakis J. Seeking for risk factors of intimate partner violence (IPV) in a Greek national sample: The role of self-esteem. *J Interpers Violence*. 2009;24(5):732-50.
- 38- Eyo UE. Violence against women. *Health Care Women Int*. 2006;27(3):199-203.
- 39- Teaster FJ. Positive self-talk statements as a self-esteem building technique among female survivors of abuse [dissertation]. Toronto: School of Graduate Studies; 2004.
- 40- Walker LE. Battered woman. New York: HarperCollins; 2009.
- 10- Chiang L, Howard A, Gleckel J, Ogoti C, Karlsson J, Hynes M, et al. Cycle of violence among young Kenyan women: The link between childhood violence and adult physical intimate partner violence in a population-based survey. *Child Abuse Negl*. 2018;84:45-52.
- 11- Yohannes K, Abebe L, Kisi T, Demeke W, Yimer S, Feyiso M, et al. The prevalence and predictors of domestic violence among pregnant women in Southeast Oromia, Ethiopia. *Reprod Health*. 2019;16(1):37.
- 12- Nadda A, Malik JS, Bhardwaj AA, Khan ZA, Arora V, Gupta S, et al. Reciprocate and nonreciprocate spousal violence: A cross-sectional study in Haryana, India. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(1):120-4.
- 13- Thobejane TD. Effects of gender-based violence towards young females: The case of Vhufuli village in Thohoyandou, Limpopo province South Africa. *J Rev Glob Econ*. 2019;8:53-62.
- 14- Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 2018;8(7):1-20.
- 15- Esie P, Osypuk TL, Schuler SR, Bates LM. Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM Popul Health*. 2019;7:100368.
- 16- Kamimura A, Ganta V, Myers K, Thomas T. Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gujarat, India. *BMC Women Health*. 2014;14:127.
- 17- Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1286.
- 18- Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: Implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med*. 2011;5(5):428-39.
- 19- World health organization. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [Unknown Cited]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>.
- 20- Kako DA, Gardi AH. Risk of suicide among women survived domestic violence in Erbil governorate. *Erbil J Nurs Midwifery*. 2019;2(1):34-43.
- 21- Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: A global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*. 2016;9:31516.
- 22- Haj-Yahia MM. Implications of wife abuse and battering for self-esteem, depression, and anxiety as revealed by the second Palestinian national survey on violence against women. *J Fam Issues*. 2000;21(4):435-63.
- 23- Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Thousand Oaks: SAGE; 1985.
- 24- Chester DS, DeWall CN. The roots of intimate partner violence. *Curr Opin Psychol*. 2018;19:55-9.