



پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی بر اساس خشونت خانگی در زنان

سمانه سیاه‌خانی نوش‌آبادی^۱: کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

شیوا سعدی‌آرانی^۲: کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت‌گرا، دانشگاه پیام نور نطنز، ایران

فریبا نادریان^۳: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور یاسوج، ایران

علی بهادران^۴: کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور، یاسوج، ایران

فرهاد نامجو^{۵*}: دکترای مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها:
خشونت خانگی، تمایل به افکار
خودکشی، درماندگی روان‌شناختی،
زنان

*نویسنده مسئول
farhad.tyam71@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۳


زمینه و هدف: وضعیت تحصیلی و روان‌شناختی افراد تیزهوش در قابلیت ارزیابی زندگی نقش اساسی دارد؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه ابعاد خردمندی با سرزندگی تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر تیزهوش انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری تمام دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول مدارس تیزهوشان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود و نمونه پژوهش شامل ۸۵ نفر بود که به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه ابعاد خردمندی آردلت (۲۰۰۳)، پرسشنامه سرزندگی تحصیلی دهقانی‌زاده و حسین‌چاری (۱۳۹۱) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۵۵) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین ابعاد خردمندی با سرزندگی تحصیلی ($r=0/15$) و بهزیستی روان‌شناختی ($r=0/50$) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و فرضیه‌های پژوهش تأیید شد ($p<0/01$)؛ نتایج نشان داد خردمندی شناختی و تأملی پیش‌بینی‌کننده سرزندگی تحصیلی و خردمندی تأملی و عاطفی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی بودند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش خردمندی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ای قابل‌اعتماد برای سرزندگی تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش است و دانش‌آموزان خردمند از سرزندگی تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند.

شیوه استناد به این مقاله:


سیاه‌خانی نوش‌آبادی، س.، سعدی‌آرانی، ش.، نادریان، ف.، بهادران، ع.، و نامجو، ف. (۱۴۰۰). پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی بر اساس خشونت خانگی در زنان. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۳(۲ پیاپی ۸): ۶۰-۷۱.



Predicting Suicide Ideation and Psychological Helplessness based on Domestic Violence in Women

S. Seyakhane Nooshabadi : M.A of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

Sh. Saadi Arani : M.A of Positive Psychology, Payame Noor University, Natanz, Iran

F. Naderian : M.A student of educational psychology, Payame Noor University of Yasouj, Iran

A. Bahadoran : M.A of Educational Psychology, Payame Noor University, Yasouj, Iran

F. Namjoo * : PhD in Counseling, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

Abstract

Background and Aim: It seems that education and awareness of families about domestic violence and its consequences and ways to cope with it can increase mental health in the family and society. The present study aimed to determine the prediction of suicide ideation and psychological helplessness based on domestic violence in women. **Methods:** The present study was descriptive and correlational and its statistical population consisted of all female victims of domestic violence in Shiraz in 2020. Among the statistical population, we selected and studied 110 women who visited health-medical centers, social emergencies, and family courts using the convenience method. To collect data, we used the Depression, Anxiety and Stress Scale- 21 Items (DASS-21), Beck Scale for Suicide Ideation (1961), and Domestic Violence against Women Scale by Tabrizi et al. (2012). After collecting and extracting data, we analyzed the participants' scores using univariate and multivariate regression analysis. **Results:** The results indicated that there was a significant positive correlation between domestic violence and suicide ideation and psychological helplessness in women ($P= 0.01$). The results of multivariate regression indicated that domestic violence could predict suicide ideation and psychological helplessness in women ($P=0.01$). **Conclusion:** The present study indicated the psychological consequences of spousal abuse and violence against women and confirmed the damage to women's mental health due to violence. According to the results, providing supportive factors to reduce domestic violence could be effective in increasing women's mental health.

Keywords:

Domestic violence,
Suicide ideation,
Psychological helplessness, Women

* Corresponding author

farhad.tyam71@gmail.com

Received: 31.05.2021

Acceptance: 25.07.2021

Cite this article as:

Seyakhani Noshabadi, S. Saadi Arani, Sh. Naderian, F., Bahadoran, A., & Namjoo, F. (2021). Predicting Suicide Ideation and Psychological Helplessness based on Domestic Violence in Women. *JARCP*, 3(2): 60-71.

This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. اطلاع از وضعیت آنان در ابعاد مختلف و برنامه‌ریزی جهت اصلاح وضعیت آن‌ها در سلامت کل جامعه مؤثر خواهد بود. سلامت زنان بر سلامت خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد و به پیشبرد اهداف رشد و توسعه کشور کمک می‌کند. تحقیقات متعدد در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که جامعه زنان به دلایل متعدد بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائل روانی - اجتماعی قرار دارند. زنان، بار مسئولیت‌های مرتبط با نقش‌های همسری، مادری و مراقبت از دیگران را بر عهده‌دارند و بخش عمده نیروی کار و کسب درآمد در یک‌چهارم تا یک‌سوم خانوارها را تشکیل می‌دهند. خانواده اصلی‌ترین هسته در جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان دارد. خانواده، به‌عنوان یکی از نهادهای مهم در هر جامعه‌ای به‌خصوص در جامعه ایران، محسوب می‌شود. در صورتی که خانواده از عملکرد مناسبی برخوردار باشد، اعضای خانواده نیز از سلامت و بهزیستی مطلوبی برخوردار خواهند بود (روستیت، چایکس و چاوین^۱، ۲۰۰۷).

خودکشی، فرایند عمدی پایان دادن به زندگی خود هست. انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی هست (تاپار، کلیشاو، کاج و تاپار^۲، ۲۰۱۹). در خودکشی موفق، فرد با انجام عمل مخرب، مخرب، به خود آسیب می‌رساند که باعث مرگش می‌شود. در اقدام به خودکشی، فرد اقداماتی را برای نابودی خود انجام می‌دهد، اما منجر به مرگش نمی‌شود و در افکار خودکشی، فرد تفکرات یا خیال‌پردازی برای انجام خودکشی یا آسیب به خود دارد که به‌صورت کلامی یا نوشتاری بیان می‌گردد و فرد هنوز در این مورد اقدامی نکرده است (فورشیناش و هولودای واتر^۳، ۲۰۰۸). هر روز در سراسر جهان بیش از ۱۰۰۰ خودکشی و ۱۰ الی ۲۰ برابر آن اقدام به خودکشی رخ می‌دهد. همه‌ساله در ایالات‌متحده آمریکا، ۳۵۰۰۰ نفر جانشان را در اثر خودکشی از دست می‌دهند

(باسکارا^۴، ۲۰۱۱). بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ در ایالات‌متحده آمریکا، ۲۵۶۰۸۵ نفر در اثر خودکشی جان باختند. میزان خودکشی منجر به مرگ در جهان ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر یا یک مرگ در هر ۴۰ ثانیه است (شاه و چاندیا^۵، ۲۰۱۰). در ایالات‌متحده آمریکا ۱۱ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ است (یان چنگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بیشتر خودکشی‌ها در قاره آسیا رخ می‌دهد که بیش از ۶۰ درصد خودکشی‌ها است. در ارتباط با خودکشی چندین مدل مطرح شده است. یک مدل، مدل خط‌مشی^۷ است که رفتار خودکشی را یک اقدام جبرانی برای تسکین عصبانیت، اضطراب یا ناراحتی هیجانی می‌داند (هیرسچبرگر، اسریواستاوا، مارش، پاپ^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). در مدل دیگر مطرح شده که اکثر بیماران قبل از آسیب به خود یک احساس ناخوشایند تنش دارند و با آسیب‌رساندن به خود این احساس ناخوشایند را در خود کم می‌کنند (مک‌کی، کالچیسکی، دانیکو^۹، ۲۰۰۰). در بررسی علل تمایل به افکار خودکشی، عوامل فردی و روان‌شناختی از جمله درماندگی روان‌شناختی (افسردگی، استرس و اضطراب) از اهمیت ویژه برخوردارند (اصغری و صادقی، خاکدوست و انتظاری، ۱۳۹۴). گرایش به افکار خودکشی در زنان متأهل سلامت روان‌شناختی آنان را تهدید می‌کند. هامن^{۱۰} (۲۰۰۰) در بررسی حوادث زندگی پیش از اقدام به خودکشی، طلاق و جدایی، بحث‌های شدید خانوادگی، مشکلات مالی، مشکلات شغلی، خشونت خانگی و بیکاری را در گروه سنی جوان‌تر و بیماری‌های جسمی و بازنشستگی را در گروه سنی سالمندان به‌عنوان حوادث استرس‌زای عمده شناسایی کردند. درماندگی روان‌شناختی و ابعاد آن یعنی افسردگی^{۱۱}، اضطراب^{۱۲} و استرس^{۱۳} نقش مهمی در میزان تمایل به افکار خودکشی در زنان دارد؛ درماندگی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است؛ به‌عبارت‌دیگر، آن یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد بازندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی

8. Hirschberger, Srivastava, Marsh & Pape
9. Mc Kay, Kulchicky, Danyko
10. Hammen
11. depression
12. anxiety
13. stress

1. Roustit, Chaix, & Chauvin
2. Thapar, Collishaw, Pine & Thapar
3. Fortinash & Holoday Worret
4. Bhaskara
5. Shah & Chandia
6. Yan Cheng
7. Affect- Regulation

روان‌زنان در تمامی مناطق دنیا، مسئله خشونت در خانواده هست که از رایج‌ترین انواع آن خشونت علیه زنان توسط همسر یا شریک زندگی است (هاشمی، ۱۳۹۸). یک تعریف برای خشونت خانگی عبارت است از اعمال هرگونه زور و اجبار که موجب تهدید زندگی فرد یا جسم و شخصیت روانی وی و یا آزادی فردی او در خانواده گردد (استورات و رابینسون^۴، ۲۰۰۰).

معمولاً زنان و دختران نخستین قربانیان خشونت خانگی هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). با توجه به رواج خشونت خانگی در جوامع و تأثیرات سوء آن بر مادران و فرزندان، بازتاب آزار زنان در جامعه بین‌المللی بسیار گسترده بوده است. خشونت خانگی شامل بدرفتاری علیه طرف مقابل، در هر نوع رابطه‌ی نزدیک و صمیمی، خشونت در خانواده و خشونت علیه همسر است (کمپ^۵، ۲۰۱۲). خشونت خانگی می‌تواند اشکال گوناگون بدنی، کلامی، عاطفی، روانی، جنسی و اقتصادی داشته باشد. اگرچه زنان هدف عمده‌ی سوء رفتار هستند، اما خشونت همچنین می‌تواند علیه کودکان و دیگر اعضای خانواده نیز بکار برده شود. در روابط زناشویی سوء رفتار با همسر یک مشکل جدی است که خطوط قرمز فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را زیر پا می‌گذارد و می‌تواند تأثیر اساسی بر سلامت جسمی و روانی خانواده داشته باشد (نازرو^۶، ۲۰۰۹). همسر آزاری به مراتب از آنچه به نظر می‌آید، رایج‌تر است و در واقع خشونت خانگی علیه زنان امری جهانی است. بر اساس آمار منتشر شده به‌وسیله‌ی سازمان جهانی بهداشت از هر سه زن یک زن در طول زندگی خود مورد خشونت خانگی واقع می‌شود.

برخلاف بسیاری از مشکلات جوامع امروزی، خشونت علیه همسر و فرزندان فقط حاصل زندگی شهری مدرن نیست. همسر آزاری فراتر از مرزهای طبقاتی و نژادی است. بسیاری از پژوهش‌ها نشانگر آن بوده‌اند که عوامل بسیاری ممکن است با خشونت خانگی در رابطه باشند که وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر رایج‌تر است (فلمینگ^۷، ۱۹۹۷). بر اساس یافته‌های همه‌گیرشناسی شناسی، ۲۱ تا ۳۴ درصد کل زنان در سراسر دنیا به‌وسیله‌ی همسرانشان

روان‌شناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط‌زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روان‌شناختی هست (تیلور و بگی^۱، ۲۰۰۴). بیماری‌ها، اختلالات مزمن و طولانی مانند معلولیت و افکار خودکشی به‌تنهایی مدام در زندگی مبتلایان و اعضای دیگر خانواده بحران ایجاد می‌کند و ممکن است منجر به کاهش سلامتی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی گردد. متخصصان معتقدند آسیب‌های روانی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی نهایتاً منجر به درماندگی روان‌شناختی می‌شود (کانر و دیویدسون^۲، ۲۰۰۳).

تمایل به افکار خودکشی در زنان، معمولاً واکنش‌هایی از قبیل اضطراب، سردرگمی و نگرانی از آینده را به همراه دارد. این موضوع، مدت‌ها زنان را در حالت یأس، درماندگی و بلاتکلیفی قرار خواهد داد (تیلور و بگی^۲، ۲۰۰۴). پنج نشانه هشداردهنده درماندگی روان‌شناختی شامل موارد ذیل هست: ۱- کاهش تمرکز: این وضعیت اگر پراکنده و موقتی باشد امری کاملاً طبیعی است اما اگر افت تمرکز مداوم شود و فرد بیش از یک هفته قادر نباشد روی کار خاصی متمرکز شود این حالت نگران‌کننده است و باید به فکر حل این مشکل باشید ۲- تغییرات نابسامان وزنی: یکی دیگر از نشانه‌های بارز عدم تعادل روانی تغییرات وزنی غیرعادی از جمله کاهش یا افزایش شدید وزن است. همچنین شرایط آشفتگی روانی فرد ممکن است دچار افت شدید اشتها یا پرخوری شود و عادات تغذیه وی تغییر می‌کند. ۳- گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار از مشخصه‌های دیگر آشفتگی و پریشانی روانی است. ۴- تمایل به‌تنهایی و انزواطلبی نیز که معمولاً از پیامدهای افسردگی است، می‌تواند یک نشانه هشداردهنده و زنگ خطری برای پریشانی روانی باشد. ۵- آسیب رساندن به خود نیز از علائم بی‌ثباتی روانی است. زمانی که ناگهان دچار یک میل ناخودآگاه برای به خطر انداختن خود می‌شوید و یا حداقل به سلامت خود بی‌توجه هستید نشان علائم بی‌ثباتی روانی است (محمدی و میرزایی، ۱۳۹۱). مطالعات متعدد نشان می‌دهد یکی از عوامل عمده و مؤثر بر سلامت

4. Stewart & Robinson
5. Kemp
6. Nazroo,
7. Fleming

1. Taylor & Bagby
2. Connor & Davidson
3. Taylor & Bagby

دسترس (آسان) انتخاب شدند. در این پژوهش معیار ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال سن و معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از مصرف دارو و مخدوش بودن یا ناقص تکمیل شدن پرسشنامه بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افکار خودکشی بک: پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ ماده هست. سؤالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فروانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را موردسنجش قرار می‌دهد. در آزمون افکار خودکشی بک پنج سؤال وجود دارد که سؤالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. این مقیاس بر اساس سه درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره فرد از جمع نمرات مشخص می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. نمرات بالاتر نشانگر تمایل بیشتر به افکار خودکشی هست و برعکس. این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰.۸۷ تا ۰.۹۷ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون پایایی آزمون ۰.۵۴ به دست آمده است. انیسی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال اعتبار و روایی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰.۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش هاشمی (۱۳۹۸) برابر با ۰.۹۵ و از روش دونیمه ۰.۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان تبریزی و همکاران (۱۳۹۱): در پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان ابزار جمع‌آوری اطلاعات یک فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک هست که سؤالات ۱ تا ۱۰ پرسشنامه را تشکیل می‌دهد، به علاوه سؤالاتی در رابطه با سنجش انواع همسر آزاری، باورهای مردسالارانه، سنت‌ها و تربیت خانوادگی و یادگیری

مورد ضرب و جرح و خشونت فیزیکی واقع می‌شوند که البته، آمار واقعی بسیار بیش از این مقدار است. به دیگرگونه‌های خشونت کم‌تر توجه می‌شود و بسیاری از مواقع زنان به دلایل گوناگون حاضر به طرح مشکل خود نیستند (کاسلو، نادین، تامپسون، لسلی و لندی، ۱، ۱۹۹۸).

خشونت می‌تواند ناتوانی‌های جسمی، سردردهای مزمن، مصرف مواد مخدر، اقدام به خودکشی و اختلالات روانی را به دنبال داشته باشد (عثمان و عدنان، ۲، ۲۰۰۸). خشونت توسط همسر و خشونت فیزیکی غیر همسر و خانواده، طلاق و آزار جنسی از ریسک برگ خریدهای تلاش برای خودکشی می‌باشند و خشونت جنسی و فیزیکی همسر ارتباط متوسط رو به بالا با خودکشی در اکثر مناطق دارد (رضایی، خدادادی و میرمحمدی، ۱۳۹۳). عمده‌ترین آسیب‌های روانی وابسته به خشونت علیه همسر، می‌توان به احساس درماندگی، عدم اعتماد به نفس، تشویش و افسردگی اشاره کرد. بر پایه‌ی پژوهش‌های جدیدتر، خشونت علیه همسر می‌تواند پیامدهایی جدی‌تر، هم چون خودکشی داشته باشد (گلدینگ، ۳، ۲۰۱۵). همچنین، تهدیدهای روانی و فیزیکی، مهم‌ترین عامل تشکیل‌دهنده‌ی تصورات و طرح‌هایی برای کشتن و آسیب رساندن به شوهر می‌شود. بیشتر زنان کتک‌خورده‌ای که شوهرانشان را کشته‌اند، گفته‌اند که شرایطی خشونت‌بار داشته و کشتن همسر برای دفاع از خود بوده است (موتز، ۴، ۲۰۰۱). با توجه به این‌که در این زمینه مطالعات کافی در شهرهای مختلف و قومیت‌های مختلف ایران صورت نگرفته و همچنین اکثر مطالعات در این زمینه به صورت توصیفی بوده است لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال هست که آیا خشونت خانگی قادر به پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی در زنان هست؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان قربانی خشونت خانگی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش شامل ۱۱۰ نفر از زنان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی، اورژانس اجتماعی و دادگاه خانواده شهرستان شیراز بود که به روش نمونه‌گیری در

خشونت در این پرسشنامه گنجانده شده است. این سؤالات نیز ۶۰ سؤال را در برمی‌گیرد. در کل این پرسشنامه ۷۱ گویه دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از همیشه (۴) تا هیچ‌وقت (۰) انجام می‌شود. حداقل امتیاز ممکن ۶۰ و حداکثر ۳۰۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۶۰: خشونت خانگی علیه زنان کم است. نمره بین ۶۰ تا ۱۲۰: خشونت خانگی علیه زنان متوسط است. نمره بالاتر از ۱۲۰: خشونت خانگی علیه زنان زیاد است. در پژوهش تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) برای سنجش اعتبار صوری مقیاس، اولاً سعی شد گویه‌ها یا سؤالاتی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجد از گویه‌ها و سؤالات تحقیقات پیشین که زیر نظر افراد مجرب اجرا شده است به کار گرفته شود، همچنین از تحقیقات موجود نیز تعدادی از گویه‌ها و سؤالات مرتبط با بحث گرفته شده و مواردی نیز شخصاً اضافه گردیده است. آنگاه با مراجعه به اساتید و کارشناسان علوم اجتماعی و با استفاده از راهنمایی‌های آن‌ها برخی از گویه‌ها و سؤالات که صحت آن‌ها تأیید شد نهایتاً در تحقیق مورد استفاده قرار گرفت؛ پس از محاسبه، اندازه ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۱۸۳ به دست آمد که نشان می‌دهد پایایی سؤالات و گویه‌های پرسشنامه و مقیاس‌های مختلف آن در حد کافی هست.

پرسشنامه درماندگی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس): پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتمادبه‌نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در برمی‌گیرد. مؤلفه افسردگی شامل سؤالات ۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱؛ مؤلفه اضطراب شامل سؤالات ۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹؛ و مؤلفه استرس شامل سؤالات ۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸ می‌باشند. هر یک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر

سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجاکه این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش نائینیان و نیک آذین (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد و ضرایب باز آزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ به دست آمد که قابل‌قبول می‌باشند. پایایی پرسشنامه درماندگی روان‌شناختی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای زیر مقیاس‌های افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۸۳ و استرس ۰/۸۲ به دست آمد.

روش اجرا: به‌منظور تکمیل پرسشنامه‌ها، ابتدا برای کسب مجوز اقدامات لازم انجام شد. در پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۶۰ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه پژوهش و قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، توضیحاتی مقدماتی در مورد هدف پژوهش به زنان قربانی خشونت خانگی ارائه شد و این نکته بیان شد که اطلاعات مندرج در ابزارهای پژوهش کاملاً محفوظ است و تکمیل پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نشانی است و در هر زمان از پژوهش می‌توانند از همکاری خود انصراف دهند. سپس پژوهشگر با هماهنگی‌های لازم در زمانی از قبل تعیین‌شده در این مکان‌ها حضور یافت و به‌صورت هم‌زمان و در یک نشست به کارکنان به‌صورت فردی پرسشنامه‌ها را ارائه نمود و پس از پاسخ‌گویی نمونه‌ها، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. داده‌ها با آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمارهای استنباطی (ضرب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون) و با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۴ تحلیل شد.

جدول ۱. بافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس	شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	ضریب تحمل	ضریب تورم	دوربین واتسون
درماندگی روان‌شناختی	۴۶/۲۶	۱۰/۹۰	-۰/۲۷	-۰/۹۲	۰/۶۴	۱/۸۷	۱/۷۹	
استرس	۱۷/۹۶	۵/۰۰	۰/۲۴	-۱/۸۴	۰/۵۷	۱/۷۴		
اضطراب	۱۱/۴۸	۲/۶۵	۰/۵۹	-۱/۳۶	۰/۶۳	۱/۸۵	۱/۸۲	
افسردگی	۱۶/۸۲	۵/۶۹	۱/۰۳	-۰/۴۱	۰/۷۱	۱/۹۱		
خشونت خانگی	۱۲۲/۶۵	۱۲/۱۲	۱/۴۸	-۰/۵۲	-	-	-	-
افکار خودکشی	۱۲/۸۴	۴/۹۹	-۰/۵۵	-۰/۳۸	-	-	-	-

مفروضه عدم وجود همبستگی بین خطاها تأیید می‌شود و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس نیز نشان داد از نبود همپوشی بین متغیرهای پیش‌بین دارد. برای بررسی این فرضیه که به چه میزان خشونت خانگی قادر به پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی در زنان است و به چه میزان خشونت خانگی با تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی در زنان رابطه معنادار دارد از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد که نتایج در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۱. نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره کل سلامت عمومی ۴۶/۲۶ (۱۰/۹۰) است که بیشترین نمره مربوط به استرس با میانگین و انحراف استاندارد ۱۷/۹۶ (۵/۰۰) و کمترین نمره مربوط به اضطراب با میانگین و انحراف استاندارد ۱۱/۴۸ (۲/۶۵) گزارش شده است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد خشونت خانگی ۱۲۲/۶۵ (۱۲/۱۲) و افکار خودکشی ۱۲/۸۴ (۴/۹۹) گزارش شده است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که چولگی و کشیدگی بین $2 \pm$ قرار دارند؛ بنابراین توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش طبیعی است. مقدار دوربین واتسون در فاصله مجاز ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد؛ بنابراین

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین خشونت خانگی با تمایل افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. نمره کل درماندگی روان‌شناختی						
۲. مؤلفه استرس	۰/۶۴**					
۳. مؤلفه اضطراب	۰/۷۱**	۰/۵۹**				
۴. مؤلفه افسردگی	۰/۶۳*	۰/۶۶**	۰/۱۸۴*			
۵. افکار خودکشی	۰/۵۴**	۰/۵۳**	۰/۵۶**	۰/۴۴**		
۶. خشونت خانگی	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۳۱**	۰/۲۷**	۰/۵۰**	۱

*p<0/05 ** p<0/01

است. همچنین بین افکار خودکشی با نمره کل درماندگی روان‌شناختی و مؤلفه‌های استرس، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ برقرار است. با توجه به معنادار بودن ضریب همبستگی بین خشونت خانگی با

نتایج جدول ۲. نشان می‌دهد که بین نمره خشونت خانگی با نمره کل درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت و با خرده مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی و افکار خودکشی همبستگی مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ برقرار

می‌شود. با توجه به معنادار بودن ضریب همبستگی بین خشونت خانگی و افکار خودکشی در زنان، جهت بررسی میزان پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس خشونت خانگی زنان از رگرسیون استفاده می‌شود.

افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان، در تحلیل‌های بعدی به‌صورت جداگانه به بررسی میزان پیش‌بینی افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی بر اساس خشونت خانگی از رگرسیون استفاده

جدول ۳. نتایج رگرسیون چند متغیری پیش‌بینی افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن بر اساس خشونت خانگی در زنان

Sig	T	Beta	B	F	R ²	R	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۶/۱۴	۰/۵۰	۰/۲۱	۳۷/۷۲	۰/۲۵۹	۰/۵۰۹	افکار خودکشی	افکار خودکشی
۰/۰۰۱	۵/۹۸	۰/۴۹	۰/۴۴	۳۵/۷۷	۰/۲۴	۰/۴۹	درماندگی روان‌شناختی	خشونت خانگی
۰/۰۰۱	۳/۴۱	۰/۴۰	۰/۹۷				استرس	
۰/۰۴۴	۲/۰۴	۰/۱۷	۰/۷۸	۱۲/۹۲	۰/۳۳	۰/۵۷	اضطراب	
۰/۰۳۹	۲/۰۹	۰/۱۹	۱/۰۳				افسردگی	

بتای ۰/۱۷ و افسردگی را با ضریب بتای ۰/۱۹ در زنان پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف اصلی پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی بر اساس خشونت خانگی در زنان انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که خشونت خانگی قادر به پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی در زنان هست. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پژوهش و خسروی (۱۳۹۶)، رهنوردی (۱۳۹۳)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲)، عابدی و لعلی (۱۳۸۶)، خسروی و خاقانی فر (۱۳۸۳)، توسط ژانگ و همکاران (۲۰۱۷)، ماندلی و همکاران (۲۰۱۶)، اسواگر و همکاران (۲۰۱۱)، رومل و همکاران (۲۰۱۱) همخوان و هماهنگ هست. نتایج پژوهش رهنوردی (۱۳۹۳) نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین خشونت فیزیکی، خشونت روانی و افکار خودکشی وجود دارد. خسروی و خاقانی فر (۱۳۸۳)، نشان دادند که از بین خشونت‌ها، خشونت روانی بیش‌ترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر دارد. نتایج پژوهش کوچکی راوندی (۱۳۹۴) نشان داد که بین خشونت روانی، خشونت جسمانی، خشونت اقتصادی و خشونت جنسی با سلامت روان زنان متأهل

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود شاخص R² (ضریب تعیین چندگانه) مشخص می‌کند که چند درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شوند به‌عبارت‌دیگر متغیرهای پیش‌بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند؛ در این پژوهش مقدار R² برابر ۰/۲۵۹ شده است به این معنا که خشونت خانگی ۲۵ درصد توانایی پیش‌بینی افکار خودکشی را دارند و ۷۵ درصد باقیمانده مربوط به سایر عوامل است؛ همچنین مقدار R² برابر ۰/۲۴ شده است به این معنا که خشونت خانگی ۲۴ درصد توانایی پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی را دارند و ۷۶ درصد باقیمانده مربوط به سایر عوامل است. همچنین در این پژوهش مقدار R² مؤلفه‌های درماندگی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) برابر ۰/۳۳ شده است به این معنا که خشونت خانگی ۳۳ درصد توانایی پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) را دارند و ۷۷ درصد باقیمانده مربوط به سایر عوامل است. در ادامه نتایج جدول نشان می‌دهد خشونت خانگی با ضریب بتای ۰/۴۹ توانست درماندگی روان‌شناختی زنان را پیش‌بینی کند. همچنین خشونت خانگی توانست سه مؤلفه درماندگی روان‌شناختی یعنی مؤلفه استرس را با ضریب بتای ۰/۴۰، اضطراب با ضریب

به صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست، هدف‌ها و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه پدید می‌آیند و این سؤبرداشت، بر ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی تأثیر می‌گذارد؛ زیرا این طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم دارند و بر چگونگی روابط فرد با خود و دیگران تأثیر دارند و ممکن است افراد را به سمت رفتارهای مرتبط با خودکشی و خودزنی سوق دهد. عوامل خانوادگی در بروز یا پیشگیری از بروز رفتارهای مرتبط با خودزنی و خودکشی نقش اساسی دارند. به عبارتی کمبودها، آزار و اذیت‌ها، غفلت‌ها و خلأهای عاطفی زنان دچار خشونت خانگی در خانواده و میزان و نحوه ابراز محبت نسبت به آنان و همچنین عدم تأمین امنیت و آرامش کودکانشان در این محیط از مسائل مهم در بروز رفتار خودکشی در آنان می‌باشد. لذا به نظر زنان دچار خشونت خانگی از رفتارهای خانوادگی مؤثر نظیر کنترل و نظارت صحیح شوهر بر فعالیت‌ها، صحبت کردن با وی راجع به رفتارهای پرخطر و آسیب‌های ناشی از آن و داشتن ملایمت و گرمی شوهر که سبب پیشگیری از رفتارهایی نظیر مصرف الکل، مواد مخدر و خودکشی می‌شود و اثر حفاظتی دارد محروم بوده‌اند.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت غفلت و آزار دادن زنان یکی از عوامل اصلی احتمال بروز آسیب‌ها و مشکلات روانی مانند خودزنی است. دلیل شکل‌گیری رفتارهای خودزنی در زنان دچار خشونت خانگی این است که به دلیل تجربه خشم و رنجش ناشی از اجبار به انجام کاری زشت و غیراخلاقی (آزار جنسی) توسط مهاجم و آزارهای جسمانی با تداعی خاطرات مربوط و نشانه‌های فعال‌کننده ذهنیت عصبانی، حالاتی از قبیل تجربه خشم و رنجش و عصبانیت از عامل اذیت و آزار را به دنبال دارد و شخص علیرغم گذشت زمان بسیاری از وقع حادثه هنوز هم نسبت به شوهر خاطی و یا جنسیت او و یا هر عاملی که تداعی‌کننده خصوصیات ظاهری و روانی شوهرش باشد متنفر است و این می‌تواند عامل ایجاد رفتارهای توأم با عصبانیت، خودزنی، خودکشی و گوشه‌گیری نسبت به آن فرد و یا افراد مشابه گردد. به‌علاوه ذهنیت تکانشی در زنان دچار خشونت خانگی به دلیل باز تجربه هیجانت منفی ناشی از قرار گرفتن در موقعیت مشابه و تهدیدآمیز واقعی و خیالی احساس می‌گردد. با تداعی خاطره منفی آزار و اذیت جنسی یا جسمانی و یا غفلت، به صورت خیالی و یا با مشاهده واقعی شوهر خود و یا هر نشانه‌ای که به او مربوط هست، ممکن

رابطه مستقیم وجود دارد. ستایش و همکاری (۱۳۹۶) نشان دادند زنانی که سابقه خشونت خانگی داشتند، از سلامت جسمی و روانی کمتر و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بدون سابقه خشونت خانگی برخوردار بودند. این نتایج را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که قربانیان خشونت خانگی از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند و مورد بدرفتاری واقع‌شدن به ترتیب از نظر روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی خطر بیشتری برای سلامت روانی فرد به دنبال داشته و مشکلات روان‌شناختی بیشتری برای قربانیان، از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، استرس و ... دارد که این اثرات به‌نوبه خود منجر به مختل شدن قوه تصمیم‌گیری، پیروی از ترس، تحمل شرایط، عدم توانایی حل مسائل و در پاره‌ای از موارد خودکشی می‌گردد.

در تبیین رابطه خشونت خانگی علیه زنان و افکار خودکشی می‌توان گفت به دلیل احساس تنهایی و عدم وجود حمایت در زمان وقوع آزار این زنان سعی می‌کنند با اجتناب از مردم و با اعمالی نظیر سوءمصرف مواد و گوشه‌گیری از رنج فاصله بگیرند. به‌علاوه زنان دچار خشونت خانگی با گوشه‌گیری و افسردگی کمتر می‌توانند احساسات منفی و احساساتی را که سرکوب‌شده‌اند را بیرون بریزند و این مسئله باعث می‌شود آن‌ها نسبت به افرادی که عواطف خود را بیان می‌کنند، پریشانی عاطفی و رفتارهای مرتبط با خودزنی و خودکشی بیشتری داشته باشند. زنان دچار خشونت خانگی ممکن است به دلیل تجارب دردناک مربوط به خشونت همسر در برابر رویدادهای مهم و تنش‌زای زندگی شیوه‌های ناکارآمدی (مثل خودزنی) را به کار ببرند و در برخورد با تنش ناشی از وقایع زندگی ناموفق عمل می‌کنند که این خود موجب احساس ناامیدی و استرس و اضطراب و افکار مربوط به خودکشی در برخورد با وقایع آینده می‌شود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که با وقوع آزار جنسی علیه زنان آن‌ها به دلیل عدم توان مقابله با فرد متجاوز و به دلیل ترس از افشا شدن و تهدید احتمالی فرد خاطی، حمایتی را دریافت نمی‌کنند و درد هیجانی عمیق تجربه‌شده منجر به ایجاد حس مورد سوءاستفاده قرار گرفتن و آمادگی شناختی برای ایجاد افکار خودکشی و نگرش‌های طرحواره‌ای می‌شود. طرحواره‌های غفلت و طرد شدگی در زنان دچار خشونت خانگی، موجب سوگیری‌هایی در تفسیر رویدادها می‌شود. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی

است به سمت رفتارهای پرخطری مانند خودزنی و یا خودکشی گرایش پیدا کنند.

در تبیین نتایج باید گفت که یکی از اشکال خشونت خانگی علیه زنان خشونت‌های جسمانی هست. خشونت‌های جسمانی علیه زنان به شیوه‌های گوناگونی ممکن است صورت گیرد مانند کتک زدن شکنجه و قتل. این نوع خشونت به هرگونه رفتار غیراجتماعی که جسم زن را مورد آزار قرار دهد اطلاق می‌شود؛ پیامد خشونت جسمی می‌تواند شکستگی اعضا، پارگی زخم‌ها، بریدگی‌ها، کبودی‌ها، جراحات داخلی، ضربه‌مغزی، سقط‌جنین، بیماری‌های جنسی و ... باشد؛ که درمجموع این نوع از خشونت جسمانی باعث اختلال در مؤلفه‌های درماندگی روان‌شناختی و به‌خصوص اختلال در مؤلفه استرس و افسردگی می‌گردد. در تبیین رابطه مثبت بین خشونت خانگی و درماندگی روان‌شناختی باید گفت که خشونت خانوادگی علیه زنان اثرات روانی نامطلوبی بر سلامت روانی زنان از جمله افسردگی، اضطراب، استرس و ... دارد که این اثرات، به‌نوبه خود منجر به فلج شدن قدرت تصمیم‌گیری، پیروی از ترس، تحمیل شرایط، عدم توانایی حل مسائل و در پاره‌ای موارد خودکشی می‌گردد، ترس از خشونت نیز باعث می‌شود زنان نتوانند مشارکت کامل و فراگیر و همه‌جانبه در زندگی اجتماعی و جامعه داشته باشند و این ترس از خشونت باعث اختلال در سلامت روانی و به‌خصوص اختلال در کارکرد اجتماعی این زنان می‌شود. همچنین در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت با توجه به تأثیر مستقیم روان سالم بر جسم و همچنین قابل‌تحمل‌تر بودن خشونت‌های دیگر مثل جنسی و مالی و جسمی نسبت به خشونت روانی به خاطر فشار و بار روانی بر انسان و موجب از بین رفتن آرامش روحی، استرس دائم، اضطراب بالا و نشخوار فکری باعث خستگی ذهنی و فرسودگی و در نتیجه باعث افت عملکرد روزانه و کاهش عزت‌نفس و اختلال در تمرکز برای انجام وظایف و تربیت فرزندان می‌گردد.

یکی دیگر از اشکال خشونت خانگی خشونت روانی علیه زنان هست. خشونت روانی رفتاری خشونت‌آمیز است که شرافت، آبرو، اعتمادبه‌نفس و شخصیت زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به‌صورت انتقاد ناروا، بددهنی، توهین، تمسخر، فحاشی، متلک، تهدیدهای مداوم به طلاق دادن یا ازدواج مجدد کردن اعمال می‌شود که به‌سختی قابل‌بررسی و اندازه‌گیری است. این نوع خشونت باعث مشکلات زیادی

برای خانواده و به‌خصوص زنان می‌شود: مانند گریز از مشارکت در امور اجتماعی (اختلال در مؤلفه عملکرد اجتماعی) ازکارافتادگی ادراکی، انواع افسردگی‌ها (علائم اضطراب و افسردگی)، عدم کفایت زن در مدیریت خانواده، از بین رفتن اعتمادبه‌نفس، بازسازی رفتار خشونت‌آمیز در بچه‌ها، عدم موفقیت کودکان در تحصیل، عدم کار این زن در محیط کار، از دست رفتن استعدادها بالقوه زن، از دست دادن اعتبار اجتماعی و خانوادگی و دست زدن به خودکشی. درمجموع این آثار خشونت روانی علیه زنان موجب کاهش سلامت روان و افزایش افسردگی، اضطراب و استرس در آن‌ها می‌گردد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده و تأثیری که خشونت‌های خانگی برافزایش درماندگی روان‌شناختی دارند، می‌توان به تأثیرات نامطلوب خشونت جنسی برافزایش درماندگی روان‌شناختی زنان اشاره کرد. خشونت جنسی به هرگونه رفتار غیراجتماعی اطلاق می‌شود و از لمس کردن تا تجاوز را دربرمی‌گیرد. این نوع خشونت ممکن است در حیطه زندگی خصوصی زناشویی و خانوادگی اتفاق بیفتد و به‌صورت الزام به تمکین از شوهر یا رابطه محارم به یکدیگر در حلقه زناشویی و خانوادگی اتفاق بیفتد و به‌صورت الزام به تمکین از شوهر یا رابطه محارم به یکدیگر در حلقه خویشاوندی علیه زن اعمال گردد. در حیطه زندگی اجتماعی نیز از سوی فرد ناشناس تحقق می‌یابد. زنانی که مورد خشونت جنسی قرار می‌گیرند دچار صدمات روانی، عصبی و عاطفی می‌شوند که بر کل رفتارهای آنان نسبت به جنس مرد تأثیر می‌گذارد و سلامت روان آن‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد. گاهی زنان صدمه‌دیده در زندگی جنسی دچار سردی، اضطراب، اختلال در خواب و افسردگی شده و نفرت و ترس از جنس مرد را هرگز در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود از یاد نمی‌برند.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به‌دشواری در جمع‌آوری داده‌ها با توجه به همه‌گیری و شیوع کرونا و بیروس، روش نمونه‌گیری غیر تصادفی داوطلبانه و ابزارهای خود گزارشی اشاره کرد. با توجه به محدودیت‌ها در صورت امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، استفاده از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها به‌ویژه درباره خشونت خانگی و انجام پژوهش بر روی گروه هدف سایر شهرها توصیه می‌شود. تدوین برنامه‌ی مشاوره‌ای برای خانواده‌های در معرض خطر خشونت، برای

تبریزی، ع.ر.، کلدی، ع.ر.؛ و جوادیان، م. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت خشونت خانگی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی و بهزیستی شهرستان یزد در سال ۱۳۸۹. ۱۱(۳): ۱-۲۳.

خسروی، ص؛ و پژوهش، ز. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با تنظیم شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و مشاوره، اصفهان، دانشگاه هشت‌بهشت اصفهان.

خسروی، ز؛ و خاقانی فر، م. (۱۳۸۳). بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران. *فصلنامه مطالعات اجتماعی و روان‌شناختی زنان*. ۲(۶): ۹۹-۱۱۳.

رضایی، آ. خدادادی، ز. میر محمدی، ل. (۱۳۹۳). رابطه‌ی بین افکار ناکارآمد و تمایل به افکار خودکشی در همسران آزاردیده، *جامعه‌شناسی زنان دانشگاه آزاد واحد مرودشت*. ۲(۳): ۳۲-۴۶.

رهنوردی، م. (۱۳۹۳). *بررسی ارتباط خشونت‌های خانگی و افکار خودکشی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده علوم تربیتی.

ستایش، ن. ازوجی، خ. بخشی زاده، م؛ و نجومی، م. (۱۳۹۶). خشونت خانگی و وضعیت روانی و جسمی زنان. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۴(۱): ۲۰-۲۶.

عابدی، ا؛ و لعلی، م. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین سابقه انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی با افسردگی دوران بزرگسالی در بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا (س)*. ۴(۴): ۱۲-۲۴.

کوچکی راوندی، غ.ع. (۱۳۹۴). خشونت خانوادگی با سلامت روان زنان متأهل. *کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی*. ۲(۳): ۴۵-۵۸.

محمدی، ف. میرزایی، ر. (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان (مطالعه شهرستان روانسر). *مجله مطالعات اجتماعی ایران*. ۲(۱): ۵۶-۷۴.

نائینیان، م.ر؛ و نیک آذین، ا. (۱۳۹۱). رابطه صمیمیت و رضایت جنسی با سلامت عمومی و بهزیستی شخصی: بررسی تفاوت‌های جنسیتی و سنی. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۰(۷): ۷۳۵-۷۴۵.

اصلاح رابطه‌ی زن - شوهر ازجمله پیشنهادهایی هستند که می‌توانند در بهبود شرایط خانوادگی این قبیل خانواده‌ها مفید باشد. همچنین با توجه به اینکه در هر صورت پیشگیری بهتر از درمان است؛ پیشنهاد می‌شود با فعال‌تر کردن مراکز مشاوره و مراکز تربیتی و آشنا کردن خانواده‌ها با این مراکز از طریق شبکه‌ها و رسانه‌های جمعی، به منظور رفع اختلافات و دریافت آموزش‌های لازم از وقوع خشونت‌های خانگی پیش‌گیری شود.

موازن اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان رعایت شده است؛ همچنین به افراد درباره محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ابراهیمی، ح. دژکام، م؛ و ثقه السلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی، *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۹(۴): ۲۸۲-۲۷۵.

اصغری، ف. صادقی، ع. زارع خاکدوست، س؛ و انتظاری، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار با تعارض زناشویی بی‌ثباتی زناشویی در بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی. *مشاوره و غنی‌سازی خانواده*. ۱۱(۱): ۴۳-۶۷.

انیسی، ج. فتحی آشتیانی، ع. سلیمی، ح؛ و احمدی، ن. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. *مجله طب نظامی*. ۷(۱): ۳۳-۳۷.

پژوهش، ز؛ و خسروی، ص. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین ترومای دوران کودکی و سیستم مغزی رفتاری در بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی، *کنفرانس ملی روانشناسی تربیتی و برنامه‌ریزی و آموزش دبستان و پیش‌دبستان، شادگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادگان*.

- Nazroo, J. (2009). Uncovering Gender Differences in the Use of Material Violence the Effect of Methodology. IN *The Sociology of the Family*. Britain & Inc.
- Othman S, Adnan N. (2008). Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medicine*. 2008; (2): 1-8.
- Roemmele M, Messman-Moore TL (2011). Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in collage women. *J Child Sex Abus*. 2011; 20(3):264-83.
- Roustit, C. Chaix, B. & Chauvin, P. (2007). Family breakup and adolescents' psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics*, 120(4), 984-991.
- Shah A and Chandia M. (2010). The relationship between suicide and islam: a crossnational study. *J Inj violence Res*. 2010; 2(2):93-97.
- Stewart D.E. and Robinson G.E. (2000) A review of domestic violence and women's mental health. *Archives of women's mental health*. 1:83-89.
- Taylor, G. J. & Bagby, M. (2004). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Thapar P, Collishaw S, Pine DS and Thapar AK. (2019). Depression in adolescence *Lancet*. 2019; 379(9820): 1056-1067
- Yan Cheng JK, Fancher TL, Ratanasen M, Conner KR, Duberstein PR, Sue S, et al. (2017). Lifetime suicidal ideation and suicide attempt in asian american. *Asian am j psychol*. 2017; 1(1):18-30.
- Zhang, Jie & Wiczorek, F. William & Conwell, Yeates, Ming Tu, Xin (2011) "Psychological Strains and Youth Suicide in Rural China". *Social Science & Medicine*, Vol. 72, 2003-2010.
- هاشمی، ز. (۱۳۹۸). رابطه خشونت خانگی با سلامت روان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد یاسوج. دانشکده علوم انسانی.
- Conner, K. M, & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18: 76-82.
- Feleming, J. (1979). *Stopping wife abuse*. New York: Achorpress / Doubleday.
- Fortinash KM and Holoday Worret PA. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier. 2008, p.502
- Golding JM. (2015). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J Fam Violence*. 2015; 14(2):99-132.
- Hirschberger, G. Srivastava, S. Marsh, P. Pape Cowan, C. & Philip, A. (2009). Cowan/ Attachment, Marital Satisfaction, and Divorce during the First Fifteen Years of Parenthood. *Pers Relatsh*, 16(3), 401-420.
- Kaslow, J. Nadine, Martiep. Thompson, Brandon Gibb, Leslie Hollins. Lindi A. Meadows. Diana Jacobs, Susan Chance, Hallie Bronstein, and Akil Rashid. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African – American woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (3). 533 – 540.
- Kemp, H. C. (2012). "The battered child's syndrome. *Journal of America Association* 181(1): 17-24.
- Mandelli L, Carli V, Roy A, Serretti A, Sarchiapon M. (2016). The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: An investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatric Res*. 2016; 45:742-7.
- Mc Kay D, Kulchycky S, Danyko S. (2000). Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms. *J Personality Dis*. 2000; 14: 57-63.
- Motz, Anna. (2001). Battered women who kill. *Psychology of Family Violence*. Canal 8 Inc.