

مقاله پژوهشی

واکاوی پدیدارشناسانه تجارب زیسته زنان قربانی تعرض جنسی شهر تهران

لیلا اکبری^۱آتوسا کلانتر هرمزی^۲کیومرث فرحبخش^۳

چکیده

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی با هدف بررسی پدیدارشناسانه تجارب زیسته زنان قربانی تعرض جنسی است. جامعه پژوهش حاضر را بانوانی تشکیل می‌دهند که مورد آزار و اذیت و تجاوز به عنف قرار گرفته بودند و پژوهشگر در روند درمان آن‌ها هیچگونه مداخله‌ای نداشته است. مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی تا حد اشباع (۱۲ نفر مشارکت‌کننده) انتخاب گردیدند. با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته اطلاعات مرتبط با افراد نمونه جمع‌آوری شد و با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی و به روش کلایزی یافته‌ها تحلیل شد. پس از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها و کدگذاری آن‌ها، یافته‌ها شامل ۸ مقوله اصلی (خلق پایین، استرس پس از سانحه، خشونت، خلأ اعتماد به خود، مکانیزم‌های جبرانی ناکارآمد،

^۱ نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبایی leilaakbari19@gmail.com

^۲ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی

At.kalantar@yahoo.com

^۳ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی

kiiumars@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱

دریافت واکنش‌های آزار دهنده از جانب دیگران، پیامدهای منفی و بازدارنده در زندگی روزمره، جبران سازنده) و ۳۷ مقوله فرعی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد زنانی که مورد تعرض جنسی قرار گرفته‌اند همچنان با گذشت سال‌ها از وقوع حادثه، نتوانسته‌اند با اختلال‌های پس از اضطراب آن کنار آمده و یا آن را فراموش کنند و این امر در آنان به صورت طرحواره درآمده است. همچنین بیشترین علامت دیده شده در آن‌ها افسردگی و پرخاشگری بود و عوامل اجتماعی و فرهنگی در درمان نشدنشان موثر بوده است.

واژگان کلیدی

پدیدارشناسی، تجربه زیسته زنان، تعرض جنسی

مقدمه و بیان مسئله

تعرض جنسی یک تجربه نسبتاً رایج در زندگی زنان در سراسر جهان است که از طرف سازمان ملل به عنوان یک مشکل حقوق بشری شناخته شده است. این خشونت خشونت جسمی، عاطفی و جنسی را شامل می‌شود (هرمان^۱، ۲۰۰۱). تخمین زده می‌شود از هر سه زن در سطح جهان یک نفر در طول عمر خود مورد تعرض و سوء استفاده جنسی (نظیر اجبار، حمله و ...) قرار می‌گیرد (تاوارا، ۲۰۰۶). عواقب منفی و اثرات مضر تعرض جنسی شناخته شده و به خوبی ثبت گشته و سال‌ها پس از حمله ادامه می‌یابد (الزبرگ و هیزه^۲، ۲۰۰۵). خشونت جنسی مبتنی بر عدم تعادل قدرت بین مردان و زنان است که در همه جوامع به میزان بیشتر یا کمتر وجود دارد (تاوارا^۳، ۲۰۰۶). تجاوز و تعرض جنسی بر افراد، گروه‌ها و جوامع در مقیاس جهانی تأثیرگذار است. بسیاری از افراد با آگاهی از خطر اتفاق افتادن آن زندگی می‌کنند و روزانه تعداد بی‌شماری از افراد قربانی تعرض جنسی می‌شوند (لیندن^۴، ۲۰۱۱).

¹ Herman

² Ellsberg & Heise

³ Tavera

⁴ Linden



آلن باک^۱ (۲۰۰۴) بیان می‌کند چیزی خشونت است که دارای عنصر نیرومندی باشد و نیرو "چیزی است که قادر به تولید یا تغییر در حرکت، شکل یا کیفیت در تمامی جنبه‌ها" باشد. به طور مفهومی ارتباط برقرار کردن بین نیرو و خشونت باعث تعرض (تجاوز^۲) می‌شود که نوعی نیرومندی به ویژه کنش نیرومند عمدی^۳ است.

خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن به دلیل جنسیت خود، مورد اعمال زور و تضييع حق از سوی جنس دیگر قرار می‌گیرد. خشونت در همه جوامع، حتی در غرب، با اشکال مختلف وجود دارد و آمارهای سازمان‌های رسمی بیانگر افزایش این پدیده است. اگرچه تعریف و مصادیق خشونت علیه زنان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و عقب مانده با توجه به تمایزات فرهنگ‌ها و قوانین متفاوت است، اما ماهیت و نفس رفتار خشونت آمیز با زنان و آسیب پذیری جامعه تا حد زیادی در همه جوامع مشابه است. اگرچه ممکن است که هم زن و هم مرد مرتکب اعمال خشونت آمیز در خانواده گردند ولی تحقیقات نشان می‌دهد که زنان به میزان بیشتری مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند و این آزار و خشونت با هدف به کنترل درآوردن و تسلط، انجام می‌پذیرد. در اکثر جوامع امروزی، زنان در معرض خشونت مردان قرار دارند (سهراب زاده و منصوریان، ۱۳۹۶).

قربانیان تعرض جنسی ممکن است طیف گسترده‌ای از اثرات فیزیکی شامل موارد زیر را تجربه کنند: آسیب‌های فیزیکی، سلامت روانی ضعیف، رفتارهای زیان آور برای سلامتی (نظیر مصرف الکل و مواد مخدر و رفتارهای پرخطر جنسی و ...)، شکایت‌های بدنی^۴، حاملگی ناخواسته، عفونت‌های منتقل شده از راه جنسی^۵ (STI)، ایدز و اختلالات جنسی زنانه^۶ (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). سلامت روانی این زنان نیز تحت تاثیر تجربه منفی آن‌ها بوده و ممکن است

¹ Alan Bäck

² Aggression

³ Intentional Forceful Action

⁴ Somatic Complaints

⁵ Sexually Transmitted Infections

⁶ Gynaecological Disorders

شامل اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، افسردگی، اضطراب، اختلالات وحشت/نفرت، اختلالات اشتها، اختلالات عملکرد جنسی، عزت نفس پایین و اختلالات سوء مصرف مواد شود (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۴). یک سری نتایج مستقیم و غیرمستقیم در مورد مرگ و میر در قالب خودکشی و مرگ و میر ناشی از ایدز نیز وجود دارد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹).

تعرض جنسی یکی از اشکال خشونت است که در جوامع مختلف به شکل‌های گوناگون دیده می‌شود. تعرض جنسی به هر گونه رفتار غیر اجتماعی اطلاق می‌شود که از لمس کردن تا تجاوز را در بر می‌گیرد. در اینجا باید توجه کرد که تعرض جنسی عملی است که بدون رضایت فرد بر روی بدن وی انجام می‌شود. با این همه دلایل مهمی وجود دارند که فرد مورد تعرض واقع شده نمی‌تواند درباره این موضوع حرفی به میان آورد و در بیشتر مواقع افرادی که مورد تعرض واقع می‌شوند سکوت اختیار کرده و شکایت نمی‌کنند. عوامل مختلفی چون دلایل فرهنگی، قانونی و اجتماعی در این امر نقش دارند (کار، ۱۳۸۷).

در تعرضات جنسی متداول اغلب سواستفاده جنسی و نفوذ به حریم خصوصی فرد، منجر به آسیب زدن به سیستم روانی فرد و هویت فردی‌اش می‌شود. تجربه مورد تعرض جنسی واقع شدن، تجربه‌ای است که می‌تواند ضربات شدید روانی بر فرد وارد کند زیرا در لحظه فاجعه، تمام مکانیسم‌های دفاعی روانی فرد مختل و حتی فلج می‌شوند. این واقعه وحشتناک باعث می‌شود که شخص دنیای اطراف خود را به صورت "دنیایی ناامن" حس کند. بسیاری از بزه‌دیدگان این نوع تعرض جنسی، اظهار می‌دارند که نگاهشان به جهان پیرامون تغییر کرده است. به همین دلیل است که مثلاً ممکن است با صدایی جزئی از جا بپرند؛ تا مدت‌ها خواب‌های پریشان ببینند و در رویاهایشان فضایی انتقام‌آلود وجود داشته باشد. از عوارض دیگر می‌توان نداشتن توانایی لازم برای انجام کارهای روزمره، احساس آلوده بودن، احساس گناه، گریز از اجتماع و به طور کلی اختلال در زندگی روزمره را نام برد. در این حالت به هویت جنسی دختران مورد تعرض واقع شده و تصویری که از خود به عنوان یک جنس، یک زن یا دختر دارند صدمه‌ای شدید وارد می‌شود. تقریباً همه آن‌ها فاصله‌ای خاص با بدن خود حس می‌کنند؛ یا اینکه درباره بدن خودشان برچسب دختر بودن و دختر نبودن را برای قبل و بعد از تعرض به کار

می‌برند. این مسئله که نتوانسته‌اند از خودشان در برابر حادثه تعرض دفاع کنند نیز می‌تواند در آن‌ها احساس خشم و تنفر شدید را ایجاد کند. افراد بزه دیده تعرض، شکل‌های مختلفی از رفتار عاطفه و عملکرد را در برخورد با این احساس خشم نشان می‌دهند؛ شکل‌های مختلفی از رفتار همچون انتقام متقابل از مردان، رها کردن خود به عنوان موجودی فاقد هویت خانوادگی و حتی فرار کردن و تن دادن به روسپیگری. ممکن است فرد، زندگی اجتماعی را رها کرده و به شدت منزوی شود؛ دست به خودکشی بزند یا فرار کرده و به زندگی در جمع روسپیان روی بیاورد. بنابراین با عنایت به موضوعات مطرح‌شده، در این پژوهش، پژوهشگر بر آن است که به بررسی تجارب زیسته زنان قربانی خشونت بپردازد؛ چراکه به گفته پریست^۱ کسانی که به صورت واقعی در حال بسر بردن زندگی خویش در همجواری با پدیده مورد مطالعه هستند، تنها منبع مشروع داده‌هایی اند که پژوهشگر می‌تواند با اتکا به آن به حقیقت پدیده دست یابد. در این پژوهش نیز پژوهشگر بر آن است تا این مسئله را از نگاه خود زنان قربانی تعرض جنسی بررسی نماید تا مشخص شود آن‌ها چه ادراکی از وضعیت خود دارند، تجارب پس از خشونت آن‌ها چه بوده و چه اتفاقی برایشان افتاده است (بودلایی و آهوپای، ۱۳۹۷).

اهداف پژوهش

از آنجاکه درک ساختار اصلی پدیده‌های تجربه شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توصیفات شرکت‌کنندگان و معنابخشی و مفهوم‌سازی در ارتباط با تجربیات زیستی مورد نظر است، از این رو در این پژوهش به بررسی پدیده‌های تجربه شده زنان قربانی تعرض جنسی و واکاوی این تجارب پرداخته می‌شود چراکه زنان قربانی تعرض جنسی غالباً دچار آسیب‌ها و فشارهای روانی می‌شوند که احتمالاً تداوم مسیر زندگی آن‌ها را دشوار می‌سازد. بنابراین هدف اصلی در این پژوهش واکاوی این آسیب‌ها و فشارهای روانی و بررسی تجربه زیسته این زنان قربانی تعرض جنسی و بررسی آثار این تجربه بر زندگی شخصی آن‌هاست.

^۱ Prist

پیشینه پژوهش

اسمیت و کلی در مصاحبه عمیق با ۷ زن قربانی خشونت جنسی نشان دادند که خشونت جنسی احساس استقلال، کنترل و تسلط بر بدن را مختل می‌کند. مرزهای بدن نقض می‌شوند، روزنه‌ها^۱ تحریک می‌شوند، نمی‌توان از محرک‌های حسی آزاردهنده‌های رهایی پیدا کرد، عملکردهای زبانی و حرکتی توسط مهاجم کنترل می‌شود و اغلب سیستم عصبی بدن پاسخ‌هایی نظیر تهوع، استفراغ، دفع ادرار و مدفوع و بیهوشی می‌دهد (اسمیت و کلی^۲، ۲۰۰۱).

با استفاده از یک مطالعه کیفی مبتنی بر مصاحبه‌های آزاد بر روی ۹۲ قربانی خشونت جنسی کمپل و همکاران نشان دادند که تاثیر تعرض جنسی بیشتر بر روی زنانی است که خود آن را تجربه کرده‌اند. همچنین این مسئله بر اطرافیان فرد و در نتیجه روابط با آنها نیز تاثیر می‌گذارد. خانواده‌های زنانی که تعرض جنسی را تجربه کرده‌اند افزایش سطح استرس را در خود گزارش کرده‌اند، این مسئله توسط دیگران برجسته‌تر شده و پس از آن اتفاق، دوستی‌ها محکم‌تر شده یا به کل از بین رفته است (کمپل و همکاران، ۲۰۱۰).

در مطالعه پدیدارشناسانه کالماکیس^۳ با استفاده از مصاحبه بر روی ۸ زن قربانی خشونت جنسی مشاهده شد زنانی که در معرض تعرض جنسی قرار گرفته بودند در زمانی که سختی‌ها و مشکلات مدیریت احساسات خود و همچنین خیانت توسط کسانی که فکر می‌کردند از آنها پشتیبانی می‌کنند را شرح می‌دادند، خود را مقصر دانسته و در شگفتی بودند که آیا می‌توانستند مانع از آنچه اتفاق افتاده بشوند یا خیر. آنها از این ترس داشتند که تجارب تجاوز جنسی در آنها چگونه بر زندگی‌شان در آینده در سطح احساسی و سطح عملی نظیر شغل یا نگهداری کودکانشان تاثیر می‌گذارد. زنان همچنین به سختی در مورد زمان قبل از قربانی شدن خود و احساساتی که در این رابطه از دست داده‌اند و همچنین احساسشان نسبت به خود توضیح می‌دادند. این کشمکش، قضاوت و خودسرزنشگری درونی، به وسیله عواملی ایجاد می‌شود که

¹ Orifices

² Smith & Kelly

³ Kalmakis



زنان را ترغیب به افشا نکردن تجربه خود از تجاوز جنسی می‌کند (کالماکیس، ۲۰۱۰). همچنین هیت^۱ و همکاران با استفاده از مصاحبه با ۷۴ زن زندانی قربانی خشونت جنسی بیان کردند که حکایت زنانی که سکوت می‌کنند معمولاً شامل تنوعی از افسانه‌های تجاوز است که خودسرزنشگری را تشدید می‌کنند. افسانه‌های تعرض، نگرش‌ها و باورهایی هستند که به طور کلی غلط بوده اما به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرند و در خدمت انکار تجاوز به عنف و وسیله بی اهمیت دانستن آن هستند. بعضی از نمونه‌های این افسانه‌ها عبارت‌اند از: ظاهر فیزیکی زنان باعث تجاوز جنسی شده است؛ شریک آن‌ها نمی‌تواند مرتکب تجاوز شده باشد؛ زن نه نگفته است یا از نظر فیزیکی مقاومت نکرده است (هیت و همکاران، ۲۰۱۱).

هولمستروم و برگر^۲ (۱۹۷۵) بیان کردند که بلافاصله پس از تجاوز، زنان یک فاز از هم‌گسیخته در برابر استرس را تجربه کرده که باعث از هم‌گسیختگی تفکر در آن‌ها می‌شود که ممکن است روی آن‌ها هیچ تأثیری نداشته یا باعث تجربه خشم، عصبانیت یا شرم شدید در میان واکنش‌های دیگر آن‌ها گردد. در ادامه این افراد وارد فاز بازسازی شده که در آن زنان می‌خواهند هر آنچه مربوط به خشونت جنسی است را نادیده بگیرند زیرا احساس می‌کنند که از نظر ذهنی، احساسی و فیزیکی خسته شده و تحلیل رفته‌اند. آن‌ها برای این کار بر روی شغل خود تمرکز کرده یا سعی می‌کنند به خانواده خود نزدیک شوند یا به موادمخدر و الکل پناه برده تا از تجربه خود فاصله بگیرند. در نهایت آن‌ها به مرحله ادغام رسیده که در آن زنان شروع به فرایند بهبود طولانی مدت به وسیله ترکیب کردن تجاوز یا خشونت جنسی خود در داستان زندگی‌شان می‌کنند. طبق گفته هرمان این مرحله شامل تجربه علائم مزاحم^۳، توصیف تجربه خود و اتصال مجدد به احساسات جدید فرد است (فلو آرکاس، ۲۰۱۸، به نقل از هرمان، ۲۰۱۵). مک میلان و توماس^۵ (۲۰۰۹) عنوان کرده‌اند که تجاوز به عنف می‌تواند تأثیرات

¹ Heath

² Holmström & Berger

³ Intrusive Symptoms

⁴ Herman

⁵ McMillan and Thomas

ویران‌کننده‌ای بر تمام جنبه‌های زندگی قربانیان داشته و آن‌ها را در برابر حوادث بعدی آزار و اذیت جنسی آسیب پذیر نماید. همچنین مک ناتون نیکولس^۱ و همکاران در پژوهش سال ۲۰۱۲ خود پس از مصاحبه عمیق با ۸۲ نفر از قربانیان تجاوز جنسی بیان کردند که قربانی تجاوز جنسی می‌تواند در معرض اثرات فیزیکی و روانی گسترده‌ای باشد که شامل اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، درماندگی خوابیدن و اثراتی نظیر معلولیت فیزیکی و همچنین آثار ثانویه‌ای نیز نظیر کاهش قابلیت قربانیان در کار یا تحصیل، مشکلات ایجاد روابط جدید یا حفظ روابط مثبت با خانواده و دوستان و همچنین مشکلاتی در توانایی آن‌ها برای مراقبت از دیگران برای مثال فرزندانشان ایجاد می‌گردد (هستر و لیلی، ۲۰۱۸).

حمله جنسی یک تجربه ضربه‌ای^۳ است که می‌تواند اثرات فیزیکی و روانی بلند مدتی را نظیر تشدید یا رهاسازی وخیم سلامت روان و مسائل مربوط به مصرف مواد را شامل گردد. تقریباً دو سوم قربانیان تعرض جنسی تجربه مشکلات روانی و عاطفی را گزارش نموده و همچنین ده درصد از قربانیان مبادرت به خودکشی کرده‌اند. کریمر^۴ و همکاران (۲۰۰۱) پس از پژوهش بر روی ۱۰۶۴۱ شرکت‌کننده با استفاده از تست DSM-IV بیان نمودند که اختلال استرس پس از سانحه شایع‌ترین آسیب روانی است و حدوداً ۵۰ درصد افرادی که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند در طول عمر خود به اختلال استرس پس از سانحه دچار گشته‌اند. کلیپاتریک^۵ و همکاران در سال ۱۹۹۷ پس از یک مطالعه طولی ۲ ساله بر روی ۴۰۰۹ زن و دختر در مورد تاثیرات درازمدت تعرض جنسی گزارش کردند که مشکلات روانی دیگری چون: افسردگی، خودکشی (۱۳ برابر حالت عادی) و مشکلات مربوط به مصرف مواد (۲۶ برابر حالت عادی) و سایر مشکلات روانی شامل مشکلات ارتباطی، عزت نفس پایین، مسائل جنسی، خودسرزنشگری

^۱ McNaughton Nicholls

^۲ Hester and Lilley

^۳ Traumatic

^۴ Creamer

^۵ Kilpatrick



و مشکلات احساسی نظیر اضطراب، گناه و شرم ایجاد می‌شود (هیوج^۱ و همکاران ۲۰۱۹). افراد حرفه‌ای نظیر مشاوران و روانشناسان که با کسانی که مورد تعرض جنسی واقع شده‌اند کار می‌کنند نیز می‌توانند از این مسئله ضربه خورده و آسیب نیابتی^۲ (تغییرات بلند مدت در طرحواره شناختی^۳ که بر احساسات، روابط و زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد) را تجربه کنند (مک کان و پیرلمن^۴، ۱۹۹۰). به علاوه شوبن و فریزر در پژوهش خود که با استفاده از پرسشگری از ۲۲۰ نفر انجام شد نشان دادند این روانشناسان در ارتباط با مراجعه کنندگانی که تعرض جنسی را تجربه کرده‌اند بیشترین علائم مرتبط با PTSD و اعتقادات از بین رفته در ارتباط با خوبی به دیگران، صرف نظر از تجربیات خودشان را گزارش نموده‌اند (شوبن و فریزر^۵، ۱۹۹۵).

همچنین پژوهش‌های کمی در کشور وجود دارد که به بحث‌های مرتبط روانشناختی در حوزه خشونت و تجاوز جنسی پرداخته‌اند و بیشتر پژوهش‌های حاضر نیز در حوزه قانونی و مسائل حقوقی انجام شده‌اند.

حقیقت منش و همکاران در پژوهش خود با نام " طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره تجاوزگران جنسی " به این نتیجه رسیدند که پررنگ‌تر بودن طرحواره‌های ناسازگار اولیه به ویژه در دو حوزه بریدگی / طرد و خودگردانی / عملکرد مختل می‌تواند در گرایش افراد به سوی ارتکاب رفتارهای تعرض گرانه جنسی نقش داشته باشد (حقیقت منش و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین نتایج پژوهش خرامین و همکاران با نام " بررسی میزان شیوع اختلال پس از ضربه (PTSD) در قربانیان تجاوز به عنف مراجعه کننده به پزشکی قانونی در استان کهگیلویه و بویر احمد در ۱۳۹۰-۱۳۹۱ " نشان دهنده این مسئله بود که با توجه به وضعیت اجتماعی - فرهنگی استان و با توجه به نگرش منفی و ننگ آور بودن پدیده تجاوز به عنف میزان PTSD در قربانیان تجاوز به عنف استان کهگیلویه و بویر احمد نسبت به سایر مناطق بالاتر است. (خرامین

¹ Hughes

² Vicarious Trauma

³ Cognitive Schemas

⁴ McCann & Pearlman

⁵ Shauben & Fraizer

و همکاران، ۱۳۹۱)

شاه علی و همکاران در پژوهش خود با عنوان "تجربه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از مواجهه با قربانیان خشونت جنسی: یک مطالعه کیفی." نشان دادند که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بالینی به زنان قربانی خشونت جنسی بدون توجه به نیازهای مراقبتی ایشان سعی می‌کنند تنها براساس دستورالعمل‌های اداری و فرم‌های روتین عمل نمایند. لذا کارکنان تیم بهداشتی درمانی لازم است به نیازهای مراقبتی و خدماتی که قربانیان خشونت جنسی دارند توجه نموده و خدمات خود را بر مبنای این نیازها ارائه نمایند (شاه علی و همکاران، ۱۳۹۳). واثق رحیم پرور و همکاران در پژوهش خود با عنوان "وضعیت مطالعه اختلال استرس پس از تروما در بین زنان شاکی از تجاوز به عنف مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۲" به این نتیجه رسیدند که در بین افرادی که مورد تجاوز به عنف قرار گرفته‌اند میزان بالایی از PTSD شیوع دارد و در کشور حمایت کافی و غربالگری از این افراد به عمل نمی‌آید (واثق رحیم پرور و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این نتایج پژوهش ناهیدی و همکاران با نام "فراوانی اضطراب در قربانیان تجاوز جنسی" نشان داد که خشونت جنسی با اضطراب ارتباط دارد و اکثر قربانیان بعد از تعرض جنسی دارای اختلالات روانی از جمله اضطراب می‌شوند. با توجه به افزایش روزافزون تجاوزات جنسی در زنان و شناخت تجاوز جنسی به عنوان عامل مختل کننده سلامت روان، باید راهکارها و منابعی برای جلوگیری از خشونت جنسی علیه زنان و پیامدهای ناگوار آن از جمله اضطراب و تشخیص و درمان زودرس این عارضه و سایر عوارض اختصاصی یابد (ناهدی و همکاران، ۱۳۹۴).

ناهدی و خادمی در پژوهش خود با عنوان "تعیین همبستگی بین خصوصیات دموگرافیک و سلامت روان قربانیان تجاوز جنسی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان در سال ۱۳۹۳" به این یافته دست پیدا کردند که اکثریت قربانیان تجاوز جنسی حداقل در یکی از شاخص‌های دموگرافیک دارای اختلال روانی زیاد و خیلی زیاد بودند. بیشترین علامت دیده شده در آن‌ها افسردگی و پرخاشگری بود. برای پیشگیری از پیامد روان‌شناختی تجاوز باید شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی را تقویت نمود و قربانیانی که دچار آسیب روانی شده‌اند شناسایی و درمان



کرد(ناهدی و خادمی، ۱۳۹۵).

در زمینه خشونت‌های جنسی علیه زنان در کشور ایران مطالعات و تحقیقات گسترده‌ای چه از منظر اقتصادی چه اجتماعی و چه از منظر روانی صورت گرفته است لیکن آمار و اطلاعات دقیقی در ارتباط با این زنان به دلیل انگ بدنامی و تمایل نداشتن آن‌ها به افشای خود وجود ندارد. همچنین بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه به صورت کمی (پرسش‌نامه) و در ارتباط با اختلالات استرس پس از ضربه روانی (PTSD) بوده است اما در حوزه کیفی و پدیدارشناسانه، پژوهشگر به پژوهشی دست پیدا نکرده است. به نظر می‌آید این مطالعه تجارب زیستی زنان قربانی خشونت جنسی به روش پژوهش کیفی، دنیای پدیداری آنان را رمزگشایی کرده و از این طریق می‌توان به آن‌ها کمک نمود تا به جریان عادی زندگی برگشته و یا در جهت رفع یا کاهش فشارهای روانی ناشی از تجربه خشونت به آنان یاری رساند.

چهارچوب مفهومی

پدیده تجاوز به عنف می‌تواند عوارض جسمی، روانی و اجتماعی بسیار شدید و در مواردی حتی جبران‌ناپذیر به دنبال داشته باشد. علی‌رغم این عوارض شدید متأسفانه تا دو دهه پیش (دهه ۹۰) هیچگونه توجه جدی به عوارض روان‌شناختی تجاوز به عنف نشده بود. تا سال ۱۹۷۰ میلادی کمتر به عوارض روان‌شناختی تعرض جنسی پرداخته می‌شد و بیشتر عوارض جسمی مورد توجه قرار می‌گرفت (خرامین و دیگران، ۱۳۹۱).

تأثیرات منفی خشونت جنسی نیازهای قربانی را نمایان کرده و می‌تواند برای نشان دادن نوع مراقبت و خدمات مورد نیاز قربانیان مفید باشد. ادبیات موضوع نشان می‌دهد که "هم عدم وجود خدمات مفید و هم قربانیان ثانویه"، با اضطراب روان‌شناختی، سلامت فیزیکی، رفتارهای پر ریسک جنسی، ملامت خود، جرم، افسردگی و بی‌میلی کمک به قربانیان تعرض جنسی در ارتباط است" و پیامدهای آن نه تنها به قربانیان جنسی بلکه به جامعه نیز از نظر سلامت احساسی، فیزیکی و مالی آسیب می‌رساند. از این روی، می‌توانیم فرض کنیم که نیاز به خدمات وجود دارد و این خدمات باید به نیازهای قربانیان کمک کند. این نشان دهنده آن است که "مداخلات

حمایتی غیرمجرمانه که بلافاصله پس از تجاوز جنسی صورت می‌گیرد ممکن است به جلوگیری از مبارزه‌های پیچیده و درازمدت درمان و سلامت روان در میان قربانیان و بازماندگان کمک کند^۱ (گزارش ملی قربانیان نهایی جنسی، ۲۰۱۱).

بی توجهی به نیازهای روانی، درمانی و بهداشتی قربانیان تجاوز جنسی می‌تواند عواقب جبران ناپذیری را برای آن‌ها به همراه داشته باشد که از آن جمله می‌توان به قربانی شدن ثانویه^۱ بازماندگان خشونت جنسی اشاره نمود که این امر سبب مشکلات روانی و حتی جسمی در درازمدت گشته و ممکن است بازماندگان را از دنبال نمودن هرگونه کمک یا درمان بیشتر منصرف نماید. بنابراین مطالعه حاضر به منظور شناخت ادراک و تجارب زیسته زنان قربانی تجاوز جنسی و تأثیرات آن بر زندگی روزمره این افراد و بررسی نیازهای روحی و روانی آن‌ها صورت گرفته است که با توجه به شیوع بالای اختلال پس از سانحه در قربانیان تجاوز به عنف در دنیا و نبود اطلاعات پژوهشی در این زمینه در کشور ایران، تحقیق حاضر تلاش می‌کند با شناسایی PTSD در تجارب زیسته این افراد و با معطوف نمودن توجه مسئولان مربوطه به شناسایی هر چه سریع‌تر قربانیان در معرض خطر ابتلا به PTSD با ارجاع، پیگیری و مداخله به موقع توانبخشی روانی و جلوگیری از عوارض ضربه پس از سانحه گامی برای بهبود حال روحی و روانی و کاهش هزینه‌های دولت در این زمینه بردارد.

روش تحقیق

بعضی از سؤالات در پژوهش تنها به وسیله روش کیفی پاسخ داده می‌شوند مانند این که تجربه زیسته افراد از یک پدیده چگونه است. از دیدگاه روش‌شناسان کیفی عصاره پدیدارشناسی مطالعه تجربه زیسته افراد از پدیده‌هاست و پدیدارشناسی تجربه افراد را در بافت زندگی روزمره آن‌ها مطالعه می‌کند (پاتون، ۲۰۰۲). گیورگی و گیورگی هدف رویکرد پدیدارشناسی توصیفی روان‌شناسانه را بررسی تجربه زیسته افراد از پدیده‌ها با کاربرد مصاحبه عمیق و سؤال‌های باز پاسخ می‌داند (گیورگی و گیورگی، ۲۰۰۳). پژوهش کیفی حاضر بر اساس روش پدیدارشناسی

¹ Secondary victimization



توصیفی بود که داده‌های آن در سال ۱۳۹۸ به منظور پاسخ به این سوال پژوهش که «تجربه خشونت جنسی بر زندگی روزمره زنان تجربه‌گر چه نقشی داشته است؟» جمع آوری شده است. مشارکت‌کنندگان پژوهش از بین زنان و دخترانی که در خارج از خانه توسط افرادی غیر از محارم درجه یک خود مورد تعرض جنسی قرار گرفته‌اند و حداقل ۶ ماه از این اتفاق گذشته است براساس نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند و کار تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافته است. برای شروع کار در چند گروه در فضای مجازی فراخوان داده شد و با شروع مصاحبه به روش گلوله برفی ادامه پیدا کرد. بر این اساس در پژوهش حاضر، با ۱۲ نفر مصاحبه نیمه ساختاریافته به شیوه گفتگوی دو طرفه حضوری در یک مکان عمومی و همچنین مصاحبه آنلاین برای به دست آوردن داده‌های پژوهش انجام گرفته است. مدت مصاحبه با هر نفر بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. انتخاب شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش مبنی بر ۳ ملاک بود: (۱) مورد تعرض واقع شدن از طرف افراد غیرمحرم، (۲) گذشت حداقل ۶ ماه از زمان تعرض (۳) آگاهی و رضایت جهت شرکت در پژوهش. لازم به ذکر است پژوهشگر جهت غنای داده‌های دریافتی سعی نموده از زنانی با وضعیت اقتصادی، اجتماعی متفاوت در پژوهش خود استفاده نماید. در پژوهش حاضر به منظور رعایت اخلاق، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت:

(۱) به شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیحات کلی در مورد اهداف پژوهش داده شد. (۲) به افراد توضیح داده شد هیچ اجباری برای شرکت در پژوهش حاضر نداشته و در صورت نارضایتی از انجام مصاحبه، هر زمان که تمایل به ادامه صحبت نداشتند می‌توانند اعلام کرده و از پژوهش خارج شوند. (۳) در مورد حفظ اطلاعات حریم خصوصی و حفاظت از اطلاعات مصاحبه شونده‌ها به آنها اطمینان خاطر داده شد. (۴) در تحلیل مصاحبه‌ها از نام مستعار برای شرکت‌کنندگان در پژوهش استفاده شد. (۵) ضبط مصاحبه‌ها با رضایت و آگاهی کامل شرکت‌کنندگان انجام شده و در صورت نداشتن رضایت ضبط از جواب‌ها یادداشت برداری شده است.

به طور معمول، ابزار مورد استفاده در پژوهش‌های پدیدارشناسی، مصاحبه است. به عقیده ون منن^۱ مصاحبه بهترین روش برای وارد شدن به دنیای تجربیات انسان‌هاست و هنر محقق در این نوع تحقیقات، باز نگه داشتن سوال‌های مربوط به معنی پدیده است. از آنجاکه مصاحبه پژوهشگر را قادر می‌سازد تا به بررسی، آشکار سازی و کاوش عمیق توصیفات مشارکت‌کننده بپردازد، این شیوه به عنوان شیوه اصلی گردآوری داده در مطالعات پدیدارشناسی در نظر گرفته می‌شود (ون منن، ۲۰۱۷). ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش نیز مصاحبه نیمه ساختار یافته بوده است که در آن سعی شده از طریق مصاحبه تجربه زیسته زنان و دختران مورد تعرض جنسی پس از تعرض بررسی شود. ابتدا چند سوال اصلی و محوری مطرح و سپس برای پی بردن به تجربه عمیق‌تر شرکت‌کنندگان، سوالات بیشتری پرسیده شد. بدیهی است ترتیب سوالات برای شرکت‌کنندگان متفاوت بود و به فرایند مصاحبه و پاسخ‌های هر فرد بستگی داشت. به عبارتی برای فهم عمیق‌تر تجارب آزمودنی‌ها و بر اساس روش سقراطی، پاسخ‌ها مبنای سوالاتی دیگر قرار می‌گرفت. با موافقت آزمودنی‌ها، مصاحبه‌های حضوری به صورت صوتی ضبط شد و پس از تهیه متن نوشتاری مصاحبه، کدگذاری صورت گرفت. بعضی مصاحبه‌ها نیز به خاطر شرایط و وضعیت شیوع ویروس کرونا، به صورت آنلاین و با استفاده از نرم افزارهایی نظیر واتساپ انجام شد. پیش از آغاز هر مصاحبه تلاش شد رضایت مصاحبه شونده‌ها برای مصاحبه جلب شود. ابتدا اطلاعات و توضیحات لازم در مورد پژوهش، محرمانه ماندن مباحث مطرح شده، اهداف مصاحبه و نیز حفاظت از فایل صوتی به افراد داده شد و بیان گردید که اطلاعات فقط در راستای اهداف مطالعه است و بدون ذکر مشخصات هویتی استفاده خواهد شد. افزون بر این شرکت‌کنندگان مختار بودند در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری انصراف دهند. در ادامه به منظور دستیابی به تجارب زیسته این زنان و دختران سوالاتی نظیر “در مورد زندگی خود از زمانی که مورد تعرض قرار گرفته‌ای تا الان بگو.” و “به عنوان یک فرد بازمانده چه احساسی در شما وجود دارد؟” پرسیده شد. در صورت بیان ناقص

¹ Van Mannen



یا جواب کوتاه، پژوهشگر با استفاده از سوالات بیشتری سعی نمود بیان شرکت‌کنندگان در مورد سوال واضح و کامل گردد.

فایل صوتی مصاحبه بارها شنیده شده و متن آن کلمه به کلمه مکتوب گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش کلایزی استفاده شد. لازم به ذکر است که در معترسازی نهایی از ملاک‌های قابل قبول بودن و قابلیت اطمینان استفاده شد. برای بررسی اعتبار، اطلاعات هر مصاحبه پس از تجزیه و تحلیل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و براساس نظرات آن‌ها اصلاحات لازم انجام پذیرفت. برای قابلیت اطمینان، یافته‌ها شامل مقوله‌های اصلی و مقوله‌های فرعی پژوهش، از طریق نظرات اعضای هیئت علمی گروه مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی مورد بررسی، مشورت و اصلاح قرار گرفت. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نمونه پژوهش

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	شغل	تعداد فرزندان خانواده	ترتیب تولد	وضعیت تاهل	تعداد فرزند	شغل پدر	شغل مادر
۱	۳۳	کارشناسی	خانه دار	۲	اول	متاهل	-	آزاد	خانه دار
۲	۳۰	کارشناسی	خانه دار	۲	دوم	متاهل	۱	کارمند	خانه دار
۳	۳۸	کارشناسی ارشد	کارمند	۵	سوم	متاهل	۱	بازنشسته	خانه دار
۴	۲۶	دیپلم	فروشنده	۶	ششم	مطلقه	۱	بیکار	خیاط
۵	۲۹	کارشناسی	خانه دار	۴	اول	متاهل	-	کارگر	خانه دار
۶	۲۸	کارشناسی	کارمند	۴	دوم	مطلقه	-	آزاد	خانه دار
۷	۴۲	کارشناسی	معلم	۳	اول	متاهل (ازدواج دوم)	۲	فرهنگی بازنشسته	فرهنگی بازنشسته
۸	۳۱	کارشناسی	کتابدار	۲	اول	متاهل	۱	کارمند	خانه دار
۹	۲۸	دیپلم	خانه دار	۳	اول	مجرد	-	آزاد	خانه دار
۱۰	۳۳	دیپلم	مربی مهدکودک	۳	دوم	مجرد	-	آزاد	فروشنده
۱۱	۲۱	دیپلم	خانه دار	۲	دوم	مجرد	-	آزاد	خانه دار
۱۲	۱۹	سیکل	خانه دار	۲	اول	مجرد	-	آزاد	خانه دار

از آنجایی که ملاک انتخاب پژوهشگر برای انتخاب نمونه، سن این افراد نبود، مصاحبه‌شوندگان به صورت ناهمگون در بازه سنی ۱۹ تا ۴۲ سال انتخاب شدند. از نظر میزان تحصیلات، ۷ نفر از این افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و ۵ نفر دیپلم و یک نفر زیردیپلم بودند. از نظر تعداد فرزندان ناهمگونی ملاحظه‌شدنی‌ای وجود نداشته و از لحاظ ترتیب تولد ۶ نفر، فرزند اول خانواده، ۴ نفر فرزند دوم، ۱ نفر فرزند سوم و ۱ نفر فرزند ششم خانواده بودند. از نظر وضعیت اقتصادی نیز، با توجه به شغل والدین و گزارش افراد نمونه، ناهمگونی چشمگیری بین افراد دیده نشد.

یافته‌ها

در این مرحله ابتدا داده‌های حاصل از مصاحبه با زنان و دختران و تجارب زیسته دست اول آن‌ها از طریق کدگذاری مقوله‌های اصلی و فرعی آن مشخص گردید. هدف از کدگذاری خلاصه کردن اظهارات زنان و دختران و سامان دادن یافته‌ها، تلخیص و طبقه‌بندی آن‌ها بود.

خلق پایین و افسردگی

اولین مقوله اصلی با عنوان خلق پایین و افسردگی، شامل هشت مقوله فرعی با عناوین احساس غمگینی زیاد، بی‌انگیزگی در زندگی، انجام‌کنند کارها، بی‌قراری هنگام خواب، خودآسبایی فکری، خودآزاری جسمانی، کمرختی جسمانی و بداشتهایی روانی است. یافته‌های پژوهش حاضر در برگیرنده این مطلب است که تجربه زیسته زنان قربانی تعرض جنسی، دارای خلق پایین به‌صورت تجربه احساس غمگینی زیاد بوده‌است که در این پژوهش ۱۰ نفر با مضامینی نظیر «حس همیشگی من غمگین بودن منه، هر کاری بکنم بازم تهش شاد نیستم» یا «اون اتفاق همیشه سر دلم سنگینی می‌کنه فکر می‌کنم غم سنگینی رو دلمه.» به آن اشاره داشتند؛ بی‌انگیزگی در زندگی را ۹ نفر با مضامینی همچون «بعد از اتفاقی که برام افتاد دیگه هیچ چیزی برام مهم نبود دانشگاهم رو رها کردم با اینکه وسط امتحانات ترم بود انگیزه‌ای برای درس و زندگی نداشتم» و «آخه خودم رو برای چی این زندگی خسته کنم حتی هدفی هم برای خودم ندارم هیچ علاقه‌ای



هم ندارم ببینم می خواد چطور بشه، من حس می‌کنم از بین رفتم دیگه. چیزی درست نمی‌شه» بیان کردند؛ انجام کند کارها با این مضمون «تو کارهام خیلی کند عمل می‌کنم و این تاثیر بدی رو زندگی من گذاشته» یا این مضمون: «من خیلی کندم تا یه لیوان بشورم و یه چایی درست کنم خیلی طول می‌کشه» را ۳ نفر عنوان کردند؛ بی‌قراری هنگام خواب همچون «خوابم نمی‌بره وقتی هم می‌خوابم همش کابوس می‌بینم تو یک دریای بزرگ دارم غرق می‌شم» یا «من به زور قرص می‌خوابم و گرنه شبها اصلا خوابم نمی‌بره» از مضامین استخراج شده از مصاحبه با ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان به دست آمد؛ خود آسویی فکری با مضامین «۷۰ درصد به مرگ فکر می‌کنم ولی اعتقاد مذهبی‌ام اجازه نمی‌دهد خودکشی کنم» و «به کشتن خودم فکر می‌کنم اما جرئت آن را ندارم» در ۳ نفر از مشارکت‌کنندگان مشاهده شد؛ همچنین مضامین خود آزاری جسمانی «من سابقه خود زنی هم دارم و سعی کردم خودم را جلوی ماشین بیندازم ولی تلاشم ناکام ماند» و «برای مدتی ماری جووانا و الکل مصرف کردم و حالا هم سیگاری ام.» و «مدتی معتاد بودم و مواد مصرف می‌کردم ولی ترک کردم و حالا دوره‌های NA رو می‌گذرونم» و نظایر این مضامین در ۹ نفر از مصاحبه‌کنندگان به چشم می‌خورد؛ ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان، کرختی جسمانی را با مضامینی نظیر «حالت درماندگی و ناتوانی دارم انگار تکه تکه شدم. بدنم نا‌نداره اصلا.» یا «مشکلات جسمی پیدا کردم بدنم بی‌حاله، حوصله ندارم و حتی برای انجام کارهای شخصی خودم چون ندارم.» شرح داده و در نهایت ۵ نفر از بداشتهایی روانی با مضامینی نظیر «تا مدت‌ها هر چی می‌خوردم بالا می‌آوردم و دائم مشوش بودم و در عرض دو ماه خیلی لاغر شده بودم» و «شش ماه افسردگی شدید داشتم و خیلی کم غذا شده بودم.» شکایت می‌کردند.

دریافت واکنش‌های آزاردهنده از سوی دیگران

مقوله اصلی دریافت واکنش‌های آزار دهنده از جانب دیگران، شامل دو مقوله فرعی طرد جامعه به‌دلیل نبود همدلی با مضمون «من با معلم جریان رو در میون گذاشتم ولی اون هیچ کاری نکرد و حتی رفتارش با من فرق کرد» را ۱ نفر از مشارکت‌کنندگان بیان کرد و دریافت انگ از

دیگران با مضامینی نظیر « مادرم به من گفت حتما خودت کاری کردی و ایراد از تو بوده که مرد همسایه با تو اون کار رو کرده» و « وقتی فامیلامون خبردار شدند دیگه اجازه ندادن بچه هاشون با من رفت و آمد بکنند و می گفتند من دختر سالمی نیستم.» که تجربه ۴ نفر از مشارکت کنندگان را شامل شد.

خشونت و پرخاشگری

مقوله خشونت در برگزیده این چهار مقوله فرعی است: خشم درونی بارز که ۹ نفر از مشارکت کنندگان مطرح کردند و با مضامینی نظیر «مثل یک مخزن باروت هستم زود منفجر می شم» یا «وقتی عصبانی می شم هر چی دم دستم بیاد رو می شکنم. دو بار شیشه ها رو پایین آوردم.» شرح داده شد؛ همچنین مقوله فرعی معطوف کردن خشم به دیگران که ۲ نفر از مشارکت کنندگان با مضمون «وقتی یکی متلک بارم کنه دوست دارم بزنمش. یکبار هم زدم تو صورت پسری که مزه پرونی کرد» عنوان گردید؛ مضمون جابجایی خشم به صورت غلبه در رابطه جنسی با مضمون «دوست داشتم در رابطه جنسی، حالت غالب داشته باشم اینجوری حس برتری بهم دست می داد و حرصم رو ازشون درمی آوردم» و در نهایت مقوله معطوف کردن خشم به خود که ۵ نفر بیان کردند و با مضامینی نظیر «من بشدت خودارضایی می کردم. می خواستم با آسیب زدن به خودم، خشمم رو خالی کنم» و «من خودم رو سرزنش می کنم اگه حواسم رو بیشتر جمع می کردم و تا دیر وقت بیرون نبودم اون لعنتی منو گیر نمی آورد، از دست خودم عصبانی ام.» مشخص گردید.

استرس پس از سانحه

چهارمین مقوله اصلی، در افراد مورد مصاحبه، استرس پس از سانحه است که مقوله های فرعی آن شامل ترس و اضطراب ناشی از ناپیمنی را ۶ نفر با مضامینی نظیر «وقتی تو خیابون راه میرم یا تو کوچه خلوت، حس ناامنی دارم تا یه مردی نزدیک من می شه مضطرب می شم ترس برم می داره می ترسم بهم دست درازی کنه» یا «من سالهاست که شبا راحت نمی خوابم و همیشه از



ترسم پتو رو لای پاهام می پیچم.» بیان کردند؛ ترس از مورد تعقیب قرار گرفتن که تجربه زیسته ۴ نفر بود و با مضامینی نظیر: «برای مدت‌ها بعد از اون اتفاق، وقتی بیرون از خونه بودم همش فکر می‌کردم یکی مثل سایه پشت سرمه و می‌خواد منو بدزده، ترس برم می‌داشت» عنوان شد؛ پنهان کردن موضوع به دلیل ترس از واکنش‌های سوء دیگران که با تجربه ۴ نفر با مضمونی نظیر «از عکس‌های عمل‌هاشون می‌ترسیدم به‌خصوص از اینکه مادرم کتکم بزنه می‌ترسیدم. ممکن بود دیگران فکرای بد در مورد من بکنن و دیگه دوست نداشته باشن با من رفت و آمد بکنن» به دست آمد و مقوله فرعی بروز جسمانی اضطراب به صورت تپش قلب (بعد از اون اتفاق، من تپش قلب گرفتم و خیلی نفس نفس می‌زدم) و در آخر مضمون تداوم حضور حادثه در ذهن با مضامینی نظیر «هر کاری بکنم باز هم نمی‌تونم از ذهنم پاکش کنم اسیرش شدم. استرسی که دارم در امور عادی زندگیم خلل وارد کرده» و «خاطره بد گذشته منو رها نمی‌کنه و همش آزارم می‌ده.» و نظایر اینها که تمام مشارکت‌کنندگان به آن اذعان داشتند.

پیامدهای منفی و بازدارنده در زندگی روزمره

مفاهیم طبقه بندی شده ذیل مقوله اصلی پیامدهای منفی و بازدارنده در زندگی روزمره به این صورت است: ناامیدی نسبت به آینده با مضامین «آینده من نامعلومه و هر روز اوضاع سخت‌تر می‌شه. در کل به آینده امید چندانی ندارم» و «هیچ امیدی به آینده ندارم تو مترو دستفروشی می‌کنم و اصلاً حال و روز خوبی ندارم.» که ۴ نفر از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند؛ برقرار نکردن ارتباط با دیگران به دلیل نداشتن اعتماد که ۴ نفر با مضامین «نتونستم دوست صمیمی داشته باشم که بهش اعتماد کنم و بخوام حرفهام رو باهاش بزنم، زیاد صمیمی نمی‌شم با کسی و تنها هستم» و «نمی‌تونم با جان و دل با کسی ارتباط بگیرم نمی‌شه تو این دوره و زمونه به کسی اعتماد کرد.» بیان کردند؛ روابط ناکارآمد در ارتباط با همسر و خانواده «رابطه جنسی خوبی نداریم در حین برقراری رابطه، یاد تجاوزی که به من شد می‌افتم و حس خیلی بدی بهم دست می‌ده و نمی‌تونم ادامه بدم و همین موضوع باعث ایجاد دلخوری شده و رابطه‌مون رو تحت تاثیر قرار داده» یا «بابام رابطه خوبی با من نداره و کاری می‌کرد که مادرم منو کتک بزنه، دائماً در حال دعوا هستیم»

و تو دعوا هر چی دلش میخواد بهم میگه.» که ۸ نفر از مشارکت کنندگان مطرح کردند؛ مشکل در تصمیم‌گیری که ۶ نفر با مضامینی نظیر «وقتی باید راجع به چیزی تصمیم بگیرم انگار بی‌حس می‌شم و مغزم کند می‌شه» و «من در تصمیم‌گیری‌هام دچار دودلی می‌شم تصمیم می‌گیرم ولی بعدش پشیمون می‌شم.» شرح دادند؛ واگویه فکری «دارای فکرهای بسیار بد و وحشتناک هستم. بارها فکر می‌کنم که چاقو بخوره به چشمم، یا اتفاق بدی برای بچم بیفته» و «همش فکر می‌کنم که عزیزانم رو از دست میدم و اونا بیمار می‌شن.» که تجربه زیسته ۳ نفر از مشارکت کنندگان را شامل می‌شد؛ وسواس عملی استخراج شده از تجربه زیسته ۵ نفر با مضامینی نظیر «من وسواس شستن دارم. دستام رو هر نیم ساعت می‌گیرم زیر شیر آب، دستگیره در رو با پا باز می‌کنم، میز کارم رو خودم تمیز می‌کنم و چایی که آبدارچی میاره رو نمی‌خورم» و «معمولاً یک ساعت و نیم طول می‌کشه حمام کنم.»؛ تأثیر منفی در روند تحصیل با عناوینی مثل «من رشته جامعه‌شناسی از دانشگاه تهران رو قبول شده بودم ولی خیلی به هم ریخته بودم و علی‌رغم مخالفت شدید خانواده‌ام انصراف دادم» و «علاقه به تحصیل در من خیلی کم شده بود و من اصلاً نمی‌تونستم برای درس خوندن تمرکز کنم.» که ۵ نفر به آن اشاره داشتند و مقوله فرعی از دست دادن اعتقاد مذهبی که ۳ نفر با مضامینی نظیر «قبل از تعرض، دختر مذهبی و چادری بودم ولی بعد از اون قضیه، دیگه اعتقاداتم رو از دست دادم چون عدالتی در این دنیا ندیدم» بیان کردند.

جبران سازنده

مقوله اصلی با عنوان جبران سازنده که شامل مقوله‌های فرعی حصول آرامش با معنویت که ۹ نفر به آن اشاره کردند نظیر «اهل نماز و راز و نیاز هستم و اعتقادات مذهبی خودم رو همیشه دارم چون بهم آرامش میده» و «همیشه قبل از خواب، با خدا راز و نیاز می‌کنم و اعتقاد مذهبی دارم. تو کم کردن استرس و ناراحتی واقعا کمکم می‌کنه.»؛ و مقوله فرعی کسب موفقیت در کار و تحصیل با مضامین نظیر «در کار و تحصیلاتم آدم موفق‌تری هستم و از این جهت حس خوبی دارم که باعث شده آسیب کمتری از تجربه‌ای که داشتم ببینم» و «من در یکی از پنج دانشگاه برتر تحصیل کردم و دانشجوی موفق‌تری بودم و واقعا کمک کننده بود.» که ۵ نفر عنوان کردند.



مکانیزم‌های جبرانی ناکارآمد

از مقوله‌های اصلی دیگر مشکلات روانی، اخلاقی و عاطفی به واسطه تعرض جنسی مکانیزم‌های جبرانی ناکارآمد است که مقوله‌های فرعی آن عبارت اند از: داشتن شریک‌هایی با تفاوت سنی زیاد با مضامینی که ۴ نفر بیان کردند نظیر «با استاد مرد در دبیرستان رابطه برقرار کردم و چون علائم جسمی ندیدم از اون به بعد با مردهایی که همسن بابام بودن رابطه می‌گرفتم» و «دوست دارم با مردهای سن بالا باشم و با اونا دوست می‌شم»؛ برقراری ارتباط‌های متعدد با جملاتی نظیر «تا حالا با آدمای زیادی بودم. همش هم میگم این دیگه آخریشه و عذاب وجدان می‌گیرم ولی یه مدت که می‌گذره دوباره میرم و با یکی دیگه دوست می‌شم» و «سابق ارتباط‌های زیادی برقرار کردم، با یکی هنوز به هم نزده، میرفتم سراغ یه کیس دیگه. به یه نفر قانع نبودم» که ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان مطرح کردند و ترجیح جنس مخالف بودن که ۲ نفر بیان کردند «من از جنس خودم بدم میاد. کاش مرد بودم تا از من سوء استفاده نمی‌شد» و در انتها حس تلافی‌جویانه که در تمام مشارکت‌کنندگان مشترک بود با مضامینی نظیر «من آرزوی مرگش رو دارم اینجور آدم‌ها رو باید از بین برد تا جزای عملشون رو ببینند. فکر می‌کنم در این صورت کاری که کرده جبران می‌شه» و «ای کاش دست پلیس می‌افتادند و مجازات می‌شدن».

خلاً اعتماد به خود

مقوله اصلی خلاً اعتماد به خود، شامل مقوله‌های فرعی زیر است: کمبود اعتماد به نفس «خوب من می‌تونستم خیلی آدم موفق باشم ولی کمبود اعتماد به نفس باعث شد نتونم تو جامعه خوب ظاهر بشم. من دوست داشتم بازیگر باشم ولی جرئت نکردم دنبالش برم» و «خودم رو دست پایین می‌گیرم و فکر می‌کنم کمتر از بقیه هستم» که در ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان مشاهده شد؛ احساس تنهایی به واسطه ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران که ۲ نفر از مصاحبه‌شوندگان با مضمون «در برقرار کردن دوستی و ارتباط با دیگران دلم می‌لرزه و برام سخته. خیلی وقت‌ها تنهام» مطرح کردند. مقوله فرعی سرزنش خود با مضامین «تقصیر خودم بود اون روز که داشتم از سر کار برمی‌گشتم نباید سوار ماشین شخصی می‌شدم اونا منو دزدیدن بردنم بیابون و بهم

تعرض کردن» و «همش خودم رو سرزنش می‌کنم به خاطر کارهایی که می‌تونستم انجام بدم ولی ندادم و اجازه دادم آسیب بیشتری بهم وارد بشه.» که ۹ نفر در مصاحبه‌ها بیان کردند و در نهایت مقوله فرعی احساس بد و کثیف داشتن که ۲ نفر از بازماندگان با جملاتی نظیر «من کثیف شدم. آنقدر از خودم بدم اومده بود که نمی‌خواستم جلوی آئینه بایستم» و «من آدم کثیفی هستم» در مصاحبه‌ها اظهار کردند.

نتیجه کدگذاری براساس مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۲ نفر از زنان و دخترانی که مورد تعرض جنسی قرار گرفته بودند در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتیجه کدگذاری براساس مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته

فراوانی	مقوله اصلی	مقوله فرعی
۱۰	خلق پایین و افسردگی	احساس غمگینی زیاد
۹		بی‌انگیزگی در زندگی
۳		انجام کند کارها
۴		بی‌قراری هنگام خواب
۳		خود آسیبی فکری
۹		خودآزاری جسمانی نظیر خودکشی
۴		کریختی جسمانی
۵		بد اشتهاهی روانی
۱	دریافت واکنش‌های آزاردهنده	طرد جامعه به دلیل نبود همدلی
۴	از سوی دیگران	دریافت انگ از دیگران
۹	خشونت و پرخاشگری	خشم درونی بارز
۲		معطوف کردن خشم به دیگران
۲		جابجایی خشم به صورت غلبه در رابطه جنسی
۵		معطوف کردن خشم به خود
۴	پیامدهای منفی و بازدارنده در	ناامیدی نسبت به آینده
۴	زندگی روزمره	نداشتن اعتماد به دیگران
۸		روابط ناکارآمد در ارتباط با خانواده و یا همسر



۶	مشکل در تصمیم‌گیری	
۳	واگویه فکری	
۵	وسواس عملی	
۵	تأثیر منفی در روند تحصیل	
۳	از دست دادن اعتقاد مذهبی	
۹	حصول آرامش با معنویت	جبران سازنده
۷	کسب موفقیت در کار و تحصیل	
۴	داشتن شریک‌هایی با تفاوت سنی زیاد	مکانیزم‌های جبرانی ناکارآمد
۷	برقراری ارتباط‌های متعدد	
۱۲	حس تلافی جویانه	
۲	ترجیح به جنس مخالف بودن	
۶	ترس و اضطراب ناشی از ناایمنی	استرس پس از سانحه
۴	ترس از مورد تعقیب قرارگرفتن	
۴	پنهان کردن موضوع به دلیل ترس از واکنش‌های سوء دیگران	
۳	بروز جسمانی اضطراب به صورت تپش قلب	
۱۲	تداوم حضور حادثه در ذهن	
۹	کمبود اعتماد به نفس	خلأ اعتماد به خود
۲	احساس تنهایی به واسطه عدم توانایی در برقراری ارتباط با همسالان	
۹	خود سرزنشی	
۵	احساس بد و کتیف بودن	

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های بیان شده می‌توان این گونه تبیین کرد که از نظر کریم‌ر و همکاران (۲۰۰۱) شایع‌ترین عواقب سلامت روانی اختلال استرس پس از سانحه است و حدوداً ۵۰ درصد افرادی که تعرض را تجربه نموده‌اند در طول عمر خود به اختلال استرس پس از سانحه دچار گشته‌اند. واکنش‌های پس از حمله زنان به طور ذاتی پیچیده و بسیار فردی است، با گستره وسیعی از مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روانپزشکی همراه بوده و ممکن است در طول سالیان گسترش یابد. یافته‌های این مقوله با یافته‌های هرمن (۱۹۹۲) که بیان می‌کرد واکنش‌های اولیه به اضطراب شدید ناشی از تعرض جنسی شامل شوک، ترس، اضطراب و گوشه‌گیری اجتماعی^۱ است در یک راستا قرار دارد. کلهر (۲۰۰۹) در پژوهش خود اعلام کرد در کسانی که دارای PTSD هستند یکی از موارد افسردگی، هراس از مکان‌های باز و فویبای اجتماعی است. در پژوهش حاضر نیز نمونه‌ای از این هراس‌ها بیان شده است (کلهر، ۲۰۰۹ به نقل از بوردراکس و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین واثق رحیم پرور و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان "وضعیت مطالعه اختلال استرس پس از تروما در بین زنان شاکی از تجاوز به عنف مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۲" به این نتیجه رسیدند که در بین افرادی که مورد تجاوز به عنف قرار گرفته‌اند میزان بالایی از PTSD شیوع دارد. گاه این آسیب، افسردگی در خود فرو رفته است که فرد آن تحرک و انرژی لازم را ندارد و یا یک خشم فروخورده را شامل می‌گردد. این افراد ممکن است در چنین حالتی به خودشان و دیگران آسیب وارد کنند و حتی ممکن است دست به خودکشی بزنند. بعضی اوقات هم این افراد اختلال شخصیت پرخاشگر دارند و نسبت به محیط و اطرافیان‌شان دید جنگجویانه دارند و احساس رضایت نمی‌کنند و همین باعث می‌شود دائم با محیط خودشان درگیر باشند که این درگیری ممکن است به صورت مشخص یا به صورت پنهانی باشد. امکان دارد گاهی اوقات دست به تخریب بزنند

^۱ Social Withdrawal



و گاه ممکن است دیگران را مورد سوءاستفاده جنسی قرار دهند. در مجموع احتمال دارد خشمشان را به شکل‌های مختلفی در جامعه بروز بدهند.

افسردگی که در این پژوهش با عنوان خلق پایین بیان شده است، یک واکنش عاطفی شدید است که در بین قربانیان تعرض جنسی شیوع دارد. احساس افسرده و غمگین بودن واکنش طبیعی بدن است به مشکلات زندگی و از دست‌دادن چیزها و کسانی که به آن‌ها علاقه داریم. این مقوله یکی از مهم‌ترین معناها در بررسی تجارب زیسته زنان قربانی تعرض جنسی بود. افسردگی سازه‌ای چند وجهی است و دارای عوامل ایجاد کننده و همبسته متعددی است و یکی از علائم آزار جنسی در افراد است که می‌تواند در کوتاه و یا بلند مدت بروز کند و متأسفانه آثار ناشی از خشونت و آزارهای جنسی ممکن است تا سال‌ها در افراد باقی بماند و تحقیق حاضر نشان داده که افراد مورد آزار جنسی به دلیل عوارض روانی و خلق پایین به مراکز روان‌پزشکی مراجعه کرده‌اند. این یافته پژوهش با یافته پژوهش سازمان رین (۲۰۰۹) که بیان می‌داشت این افراد مبتلا به یک یا چند دوره افسردگی خفیف، متوسط، یا شدید شده‌اند و افسردگی آن‌ها ناشی از اختلالات فیزیولوژیکی نبوده همسو است. همچنین رین^۱ در پژوهش خود بیان نمود به طور خاص بازماندگان تعرض جنسی نسبت به افرادی که مورد تعرض واقع نشده‌اند ۳ برابر بیشتر از افسردگی و ۶ برابر بیشتر از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند. در پژوهش حاضر، افراد نمونه احساس تنهایی به واسطه ناتوانایی در برقراری ارتباط با همسالان را نیز بیان کرده‌اند؛ این افراد، همچنین کمبود اعتماد به نفس را در شرح حال خود نقل کردند. این یافته، با یافته‌های میلر و همکاران (۲۰۱۰) و یانوف بولمن^۲ (۱۹۷۹) که بیان می‌دارد که خلأ اعتماد به خود و خود سرزنشگری رخدادی رایج پس از تعرض جنسی بوده و باعث تشدید اضطراب، افسردگی، مقابله اجتناب و اختلال استرس پس از سانحه می‌شود همسوست. همچنین طبق یافته‌های هلمن، خودسرزنشگری به دو دسته تقسیم می‌شود: رفتاری

^۱ Rainn

^۲ Janoff-Bulman

و منش‌شناسانه^۱ و این مسئله ناشی از تلاش قربانیان برای درک این است که چرا این هتک حرمت اتفاق افتاده است. خودسرزنشگری رفتاری بر رفتار قربانی متمرکز است که چه رفتارهایی از قربانیان ممکن است بر تحریکات جنسی نقش داشته باشد در حالی که خودسرزنشگری منش‌شناسانه خصوصیات قربانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. خودسرزنشگری رفتاری کنترل محور بوده و با باورهای بعدی در زمینه توانایی در اجتناب از اتفاقات منفی همبسته است (هلمن، ۲۰۱۶). یانوف بولمن (۱۹۷۹) در پژوهش خود نشان داد که خودسرزنشگری رفتاری یک واکنش رایج در قربانیان تعرض جنسی است. همان‌گونه که پژوهش مارتینز و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد اختلالات خواب نظیر بی‌خوابی، تغییر الگوهای خواب و کابوس‌های مکرر اغلب در قربانیان تعرض جنسی رخ می‌دهد و با PTSD دارای همبستگی بوده و علاوه بر این اختلالات خواب موجب افزایش شدت افسردگی و تمایل به خودکشی می‌گردد در این پژوهش نیز زنان قربانی تعرض جنسی به این اختلال‌های رایج شامل بی‌قراری‌های شبانه و اختلال‌های خواب اشاره کردند.

خودآسیبی فکری که در این پژوهش دربرگیرنده افکار خودکشی و از بین رفتن است یکی از معنای مهم در بررسی تجربه زیسته زنان قربانی تعرض جنسی است و این مقوله رابطه نزدیکی با خودآزاری جسمانی و اعتیاد دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش اولمن (۲۰۰۴) که عنوان می‌کند شدیدترین واکنش به تعرض جنسی اقدام به خودکشی و خودآزاری جسمی است و تعرض جنسی به بزرگسالان با افزایش خطر اقدام به خودکشی همراه است و همچنین با نتایج پژوهش اولمن و نجدوسکی (۲۰۰۹) که در یک مطالعه کیفی روی ۹۶۹ زن دریافتند تفکر خودکشی در میان بازماندگان تعرض جنسی شایع بوده و قربانیانی که احساس کنترل بیشتری بر روند بهبود خود گزارش کرده‌اند دارای افکار و اقدام به خودکشی کمتر و قربانیان دارای سابقه آسیب روحی و مصرف الکل یا مواد مخدر تعداد دفعات بیشتری تلاش برای خودکشی داشتند همسوست. داشتن حس تلافی جویانه نیز به عنوان یک مکانیزم جبران

^۱ Characterological



ناکارآمد، در بیانات زنانی که مورد تعرض جنسی قرار گرفته بودند چشمگیر بود. تعرض جنسی نقشی جدی بر روی زنان آسیب دیده از لحاظ تعاملات اجتماعی دارد و تاثیر منفی در ارتباط‌های اجتماعی آنان می‌گذارد؛ چنانچه ملاحظه می‌شود عدم اعتماد یک عامل اساسی در انزوای اجتماعی و محدود کردن روابط اجتماعی زنان قربانی تعرض جنسی است. واکنش منفی دیگران خصوصا خانواده به عنوان جامعه اول و مدرسه به عنوان جامعه دوم در انزوای اجتماعی زنانی که مورد تعرض جنسی قرار گرفته‌اند نقش پررنگی دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش لیتلتون و بریتکوف (۲۰۰۶) که بیان داشتند تجربه تعرض جنسی ممکن است عواقب اجتماعی جدی برای قربانیان داشته باشد به طوری که واکنش‌های احساسی منفی آن‌ها ممکن است در تعاملات شخصی و اجتماعی آن‌ها نفوذ کند هم‌راستا بوده و یافته‌های پژوهش آنان تایید می‌شود. این مسئله می‌تواند به نوبه خود اثرات غیرمستقیمی داشته باشد نظیر بی‌کاری و کاهش حمایت اجتماعی که عامل مهمی در بهبود موفقیت‌آمیز این نوع از قربانیان است. از دیگر یافته‌های پژوهش اخیر این است که زنانی که دارای تجربه تعرض جنسی بودند در حمایت از خود، به منظور کاهش تاثیرات آسیب، از مکانیزم‌های جبرانی استفاده کرده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها داشتن اعتقاد مذهبی و معنوی است. اعتقادات معنوی و رسوم مذهبی می‌تواند سطح افسردگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نلسون و همکاران (۲۰۰۲) که دریافتند رفاه معنوی می‌تواند جنبه‌های سودمندی در سطح افسردگی داشته باشد و همچنین با یافته‌های پژوهش آهرنس و همکاران (۲۰۱۰) در ارتباط با رابطه مقابله مثبت مذهبی با افزایش سطح رفاه و کاهش افسردگی و همچنین نظر لانگمن و چانگ (۲۰۱۳) در ارتباط با کاهش اختلال PTSD با مقابله معنوی همسو است. از دیگر مکانیزم‌های جبرانی زنان مورد مطالعه در پژوهش حاضر اشتغال به امر تحصیل و کار و حصول موفقیت در آن بود. یافته‌های پژوهش گیبسون و پارکر (۲۰۰۳) نیز این مکانیزم را تایید می‌کند. آنان منابع داخلی را به عنوان جنبه‌های درونی فرد تعریف می‌کنند که برای مقابله با عوامل استرس‌زا به طور موثر مورد استفاده قرار گرفته، سلامت و تندرستی را ارتقاء می‌دهد، یک آگاهی شخصی از درون فرد فراهم آورده و احساس ارتباط با ابعاد معنوی عمیق‌تر را در فرد ایجاد می‌کند. با توجه به یافته‌های اخیر می‌توان این‌گونه

نتیجه‌گیری کرد: زنانی که مورد تعرض جنسی قرار گرفته‌اند همچنان با گذشت سال‌ها از وقوع حادثه، نتوانسته‌اند با اختلال‌های پس از اضطراب آن کنار آمده و یا آن را فراموش کنند و این امر در آن‌ها به صورت طرحواره درآمده‌است. به باور یانگ (۱۳۸۴) طرحواره‌ها هسته خودپنداره را شکل داده و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیری گذارند. زنانی که در این پژوهش شرکت داشتند طرحواره خود را در پاسخ به این پرسش که "تعرض جنسی چه تاثیری بر دیدگاه و حس شما نسبت به جهان پیرامونتان داشته است؟" چنین بیان کردند: "حس از بین رفتن و خراب شدن دنیا جای خوبی برای ما نبود". بیشترین علامت دیده شده در آن‌ها افسردگی و پرخاشگری بود و دو نمونه از این زنان به اختلال دوقطبی خود بنابر تشخیص پزشک اشاره کردند. تجارب کودکی برخی از آن‌ها در قالب تعرض جنسی به نوعی مورد بی‌توجهی والدین قرار گرفته است و یا اینکه این افراد آموزش و کمک‌های لازم، در این زمینه را دریافت نکرده‌اند و این عامل در آن‌ها موجب تعارض روانی به خصوص در قالب خشم و خلق پایین شده‌است. عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز در شدت اختلال‌های پس از حادثه این افراد دخیل بوده به خصوص ترس از آگاهی دیگران و دریافت انگ بر پرده پوشی و شکایت نکردن قانونی‌شان موثر بوده‌است. از مشکلات بازدارنده دیگر در زنانی که مورد تعرض جنسی قرار گرفته بودند صحبت نکردن راجع به تجربه زیسته خود با دیگران بود و این بازدارندگی، از بازدارندگی اجتماعی ناشی می‌شد. فرد به دلیل نگرش منفی و بازتاب‌های نادرست از سوی جامعه صحبت کردن درباره این تجربه را امری بد و غیراخلاقی می‌دانست. اگر پای درددل فردی که قربانی تعرض یا آزار جنسی شده بنشینید، او این اتفاق را دردناک‌ترین تجربه زندگی خود می‌داند طوری که انگار قرار نیست هیچ وقت آن را فراموش کند و همیشه با آن درگیر است. بخشی از این احساس دردناک مربوط به حسی است که این فرد از جامعه و حتی خانواده می‌گیرد و بخشی از آن خشونت است علیه زنانگی فرد صورت گرفته‌است؛ به عبارتی فرد فاقد کنترل بیرونی است. تجاوز به عنف معمولاً دو نوع عارضه در پی دارد: عارضه زودهنگام و عارضه دیرهنگام. از مهم‌ترین عوارض زودهنگام تعرض جنسی می‌توان اشاره کرد به حالت شوکی که در فرد ایجاد می‌شود و احساس ناتوانی و نداشتن کنترل از عوارض دیر هنگام

است. تعرضات جنسی در صورتی آسیب‌زاتر هستند که توسط فرد مورد اعتماد رخ دهند و تنها یک بار نباشد. هنگامی که تجاوز بارها و بارها تکرار شود، فرد شدیداً آسیب می‌بیند و در دراز مدت احساس ناتوانی و عدم کنترل خواهد داشت. این مسئله آسیب‌پذیری در برابر انواع اختلالات شدید و حتی خودکشی را بالا برده و فرد را فاقد کنترل درونی می‌کند. اگر قربانی تجاوز بعد از تعرض سکوت کند و مراتب قانونی را پیگیری نکند، ممکن است احتمال تکرار و به تبع آن آسیب را بالا ببرد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

- پیشنهاد اول آن است که در پژوهش‌های آتی، افراد از همان ابتدا که تجاوز جنسی شناسایی می‌شود تحت نظر خدمات مشاوره توانبخشی روانی و مددکاری اجتماعی قرار بگیرند.
- پژوهش‌های مستقل بیشتر بر روی اعمال کنندگان تجاوز جنسی انجام شود تا علل و انگیزه‌های رفتار متجاوزان مشخص گردد.
- از آنجایی که جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر زنانی بودند که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران موضوع تجربه زیسته را در مورد مردان و همچنین کودکانی که تجربه تعرض جنسی دارند نیز مورد بررسی قرار دهند.

پیشنهاد‌های کاربردی

- تدوین الگویی براساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش برای آموزش به والدین قربانیان تعرض جنسی برای رویارویی مناسب با مشکلات فرزندانشان و ارائه خدمات مددکاری اجتماعی
- تدوین الگویی به منظور درمان کودکان دارای تجربه تعرض جنسی و پیشگیری از ملال جنسیتی و اختلالات پس از حادثه در بزرگسالی.

- تجدید نظر در قوانین موجب می‌شود که زنان با اعتماد به نفس و آرامش بیشتری مشکل خود را با مراجع قضایی در میان بگذارند و تعرضگران جنسی آگاه باشند که قانون از کنار مسئله خشونت به سادگی عبور نخواهد کرد.
- نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تعدادی از زنان مورد تجاوز، علت را اشتباهات خود می‌دانستند و یا به طور کلی خشونت را امری عادی تلقی می‌کردند؛ بنابراین بهتر است به آنها کمک شود تا بتوانند از عزت نفس خود محافظت کنند و بدانند که تجاوز به عنف امری نابهنجار و مخالف قوانین کشور است.
- تشکیل گروه‌های حمایتی در سازمان بهزیستی و سرای محله‌ها که در آن زنان بتوانند تجربه‌هایشان را با یکدیگر به اشتراک بگذارند.



منابع

- بودلایی، حسن و آهوپی، مریم. (۱۳۹۷). *نگاهی پدیدارشناختی به کارآفرینی در ایران*. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- حقیقت منش، الهه؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی و مهram، بهروز. (۱۳۸۹). *طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره تجاوزگران جنسی*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶(۲)، ۱۴۵-۱۵۳.
- خرامین، شیرعلی؛ گرجی، راضیه؛ غلامزاده، سعید و امینی، کامروز. (۱۳۹۱). *بررسی میزان شیوع اختلال پس از ضربه (PTSD) در قربانیان تجاوز به عنف مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی در استان کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۹۱ - ۱۳۹۰*. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۱۸(۲) و ۹۹-۱۰۶.
- سهراب زاده، مهران و منصوریان راوندی، فاطمه. (۱۳۹۶). *تجربه زیسته زنان از خشونت کلامی در خانواده - مطالعه موردی زنان کاشان*. *مجله زن در فرهنگ و هنر*، ۹(۲)، ۲۴۵-۲۶۴.
- شاه علی، شاداب؛ محمدی، عیسی؛ لمیعان، می نور؛ کاشانیان، مریم و اسلامی، محمد. (۱۳۹۳). *تجربه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از مواجهه با قربانیان خشونت جنسی: یک مطالعه کیفی*. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۳(۱)، ۳۷-۵۰.
- کار، مهر انگیز. (۱۳۸۷). *پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران*. چاپ چهارم. تهران: انتشارات روشنگران.
- ناهیدی، فاطمه؛ خادمی، نسیم؛ اریسیان، محمد و پورحسینقلی، اسما. (۱۳۹۴). *فراوانی اضطراب در قربانیان تجاوز جنسی*. *نشریه سلامت و مراقبت*، ۱۷(۴)، ۳۱۱-۳۱۸.
- ناهیدی، فاطمه و خادمی، نسیم. (۱۳۹۵). *تعیین همبستگی بین خصوصیات دموگرافیک و سلامت روان قربانیان تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان در سال ۱۳۹۳*. *نشریه علمی و پژوهشی پرستاری و مامایی*. شماره ۹۴، ۱۹-۲۷.

واتق رحیم پرور، سیده فاطمه؛ متقی، بهاره؛ دانش پرور، حمیدرضا و جعفری، آسیه. (۱۳۹۴). وضعیت مطالعه اختلال استرس پس از تروما در بین زنان شاکی از تجاوز به عنف مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۲. *مجله علمی پزشکی قانونی*. ۲۱(۱)، ۴۷-۵۳.

یانگ، جفری. (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت*. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور. تهران: انتشارات آگاه.

- Ahrens, C. E., Abeling, S., Ahmad, S., & Hinman, J. (2010). Spirituality and well-being: The relationship between religious coping and recovery from sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1242-1263.
- Bäck, A. (2004). Thinking clearly about violence. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition, 117*(1/2), 219-230.
- Boudlaei, H., & Ahoupay, M. (2018). *A Phenomenological Perspective on Iranian Entrepreneurship*. Tehran: Sociologists Publications. [Text in Persian]
- Flo Arcas, A. (2018). *Life after sexual assault: exploring women's experiences of inner resources: a phenomenological approach* (Doctoral dissertation, City, University of London).
- Campbell, R., Adams, A. E., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., & Sefl, T. (2010). "What has it been like for you to talk with me today?": The impact of participating in interview research on rape survivors. *Violence against women, 16*(1), 60-83.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine, 31*(7), 1237-1247.
- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. (2004). *Abnormal Psychology*. 9th Edition. US: Wiley & Sons.
- Ellsberg, M., Heise, L., & World Health Organization. (2005). *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*.
- Gibson, L, M., Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological wellbeing in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer, culture and literacy supplement. Cancer Central. 10*(5), 52-71.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology, vol. 43*, 3-12.
- Haghighatmanesh, E., Agha Mohammadian Sherbaf, H. R., Ghanbari Hashemabadi, B. A., & Mahram, B. (2010). Early maladaptive Schemas and Schema Domains

- in Rapists. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2(61), 145-153. [Text in Persian]
- Heath, N. M., Lynch, S. M., Fritch, A. M., McArthur, L. N., & Smith, S. L. (2011). Silent survivors: Rape myth acceptance in incarcerated women's narratives of disclosure and reporting of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 35(4), 596-610.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population reports*, 27(4), 1-1.
- Hellman, A. N. (2016). A hermeneutic phenomenological study of the lived experience of adult female sexual assault survivors.
- Herman, J. L. (2001). *Trauma and Recovery: From Domestic Abuse to Political Terror*. 1992. London: Pandora.
- Hester, M., & Lilley, S. J. (2018). More than support to court: Rape victims and specialist sexual violence services. *International review of victimology*, 24(3), 313-328.
- Hughes, E., Lucock, M., & Brooker, C. (2019). Sexual violence and mental health services: a call to action. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(6), 594-597.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of personality and social psychology*, 37(10), 1798.
- Kalmakis, K. A. (2011). Struggling to survive: The experiences of women sexually assaulted while intoxicated. *Journal of forensic nursing*, 7(2), 60-67.
- Kar, M. (2008). *A Research About Violence Against Women in Iran*. Tehran: Roshangaran Publication. 4th edition. [Text in Persian]
- Kelleher, C. (2009). *The 'hidden' costs of sexual violence: A multi-dimensional approach to the impact and experience of trauma* (Doctoral dissertation, National University of Ireland Maynooth).
- Kharamin, S. A., Gorji, R., Gholam Zade, S., & Amini, K. (2012). The Prevalence Rate of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the Rape Victims of Kohgiluyeh and Boyairahmad Province during (2011-2012). *Iranian Journal of Forensic Medicine*, 18(2 and 3), 99-106. [Text in Persian]
- Langman, L., & Chung, M. C. (2013). The relationship between forgiveness, spirituality, traumatic guilt and posttraumatic stress disorder (PTSD) among people with addiction. *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 11-26.
- Linden, J.A. (2011). Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *The New England Journal of Medicine*, 365: 834-841.
- Littleton, H., & Breitkopf, C.R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30(1), 106-116.

- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- Martínez, M. P., Miró, E., & Arriaza, R. (2005). Evaluation of the distress and effects caused by nightmares: A study of the psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire and the Nightmare Effects Survey. *Sleep and Hypnosis*, 7(1), 29.
- Miller, A. K., Handley, I. M., Markman, K. D., & Miller, J. H. (2010). Deconstructing self-blame following sexual assault: The critical roles of cognitive content and process. *Violence Against Women*, 16(10), 1120-1137.
- Nahidi, F., Khademi, N., Erisian, M., & PurHosseinGholi A. (2015). Prevalence of Anxiety among Rape Victims. *JHC*, 17 (4), 311-318. [Text in Persian]
- Nahidi, F., Khademi, N., Erisian, M., & PurHosseinGholi, A. (2016). Prevalence of Anxiety among Rape Victims. *Journal of Health and Care*, 17(4), 311-318. [Text in Persian]
- The National Alliance to End Sexual Violence (NAESV). (2011). *The Costs and Consequences of Sexual Violence and Cost-Effective Solutions*. *Violence Against Women*, Volume 12 Number 1 January 2006. 30-45.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Patton, M. Q. (2002). Designing Qualitative Studies. *Qualitative Research And Evaluation Methods*, 3, 230-246.
- RAINN (2009). *Effects of rape*. Retrieved from <https://www.rainn.org/getinformation/statistics/sexual-assault-victims>.
- Shahali, Sh., Mohammadi, E., Lamyian, M., Kashanian, M., & Eslami, M. (2014). Experience of Healthcare Providers to Deal with Victims of Sexual Assault: A Qualitative Research. *Journal of qualitative research in health sciences*. 3(1), 37-50. [Text in Persian]
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of women quarterly*, 19(1), 49-64.
- Smith, M. E., & Kelly, L. M. (2001). The journey of recovery after a rape experience. *Issues in mental health nursing*, 22(4), 337-352.
- Sohrabzadeh, M., & Mansoriyan Ravandi, F. (2017). Women's Lived Experience of Verbal Violence in the Family (Case Study: Women in Kashan). *Journal of Women in Culture and Arts*, 9(2), 245-264. [Text in Persian]
- Tavara, L. (2006). Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 20(3), 395-408.



- Ullman, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 9(4), 331-351.
- Ullman, S., & Najdowski, C. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 47-57.
- Van Mannen, M. (2017). *Researching Lived Experience*. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Ontario. Canada.
- Vasegh Rahimparvar, S. F., Mottaghi, B., Daneshparvar, H., & Jafari, A. (2015). The Study of Post-Traumatic Stress Disorder in Women Complaining of Rape Referred to Legal Medicine Center in Tehran in 2013. *Sci J Forensic Med*, 21(1), 47-52. [Text in Persian]
- Young, Jeffrey. E. (2003). *Cognitive Therapy for Personality Disorder*. Translated by Ali Sahebi and Hasan Hamidianpour, Tehran: Agah Publishing. (Original work Published 2003). [Text in Persian]



نویسندگان

leilaakbari19@yahoo.com

لیلا اکبری

ایشان دانش‌آموخته کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی از دانشگاه علامه طباطبایی تهران هستند.

At.kalantar@yahoo.com

دکتر آتوسا کلانتر هرمزی

ایشان دانشیار گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی هستند.

kiiumars@yahoo.com

دکتر کیومرث فرحبخش

ایشان دانشیار گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی هستند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



Original Research

Phenomenological Analysis of the Lived Experiences of Female Victims of Sexual Harassment in Tehran city

Leila Akbari¹

Atousa Kalantar Hormozi²

Kiuoomars Farahbakhsh³

Abstract

The present study is a qualitative study to phenomenologically examine lived experiences of women victims of sexual assault. The subjects of the study population were women who had been harassed and raped, and the researcher did not interfere in their treatment. Among this population, sampling was done snowball sampling (12 people). Using semi-structured interviews, information related to the sample was collected, and the findings were analyzed by the descriptive phenomenological approach and Colaizzi's method. After analyzing the content of the interviews and coding them, the findings include 8 main categories (low mood, post-traumatic stress, violence, lack of self-confidence, dysfunctional compensatory mechanisms, receiving annoying reactions from others, negative and deterrent consequences in daily life, constructive compensation) and 37 sub-categories. Findings showed that women who have been sexually assaulted still years after the accident, have not been able to cope with post-anxiety disorders or forget about it, and this has become a schema in them. Also, the most common symptoms were depression and aggression, and social and cultural factors were found to be effective in not treating them.

¹ . Ms. in Rehabilitation Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Allameh Tabataba`I University, Tehran, Iran .Corresponding Author: leilaakbari19@yahoo.com

² . Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Science, Allameh Tabataba`I University, Tehran, Iran. At.kalantar@yahoo.com

³ . Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Science, Allameh Tabataba`I University, Tehran, Iran. kiuomars@yahoo.com

Submit Date:22/10/2020

Accept Date: 30/11/2020

DOI: 10.22051/JWSPS.2021.34123.2335



Keywords

Phenomenology, Women's lived experience, Sexual assault.

Introduction

Sexual harassment is a relatively common experience in the lives of women worldwide and has been recognized by the United Nations as a human rights issue. This violence includes physical, emotional, and sexual violence (Herman,2001). It is estimated that at least one in three women has been sexually assaulted, coerced, or abused in her lifetime (Tavara,2006). The negative consequences and harmful effects of sexual violence are well documented and have been known to persist for many years after the assault (Ellsberg & Heise, 2005). In sexual assault, invasion of a person's privacy often leads to damage to the mental system and identity. The experience of being sexually assaulted can inflict severe psychological blows on a person since, at the time, all of the person's psychological defense mechanisms are disrupted and even paralyzed. This horrible event causes a person to feel the world around him no longer as it was in the past, but as an "insecure world." Therefore, given the issues raised in this study, the researcher intends to examine the lived experiences of women who are victims of violence.

Research Objectives

This study examines the phenomena experienced by women who are victims of sexual assault and analyzes these experiences as these women often suffer from traumas and psychological distress that can call into question the continuation of their lives. Therefore, this study aims to investigate these traumas and psychological distress and to examine the lived experience of these women who have been sexually abused, and examine the effects of this experience on their personal lives.

Methodology

The current qualitative research was based on a descriptive phenomenological method for which data were collected from 2019 to 2020. The study aims to answer the question "How sexual harassment experience affect the daily life of assaulted women?". Study participants were selected from women and girls who had been sexually assaulted outside the home by persons other than close incest, and at least 6 months had elapsed since the survey. Participants were asked to take part in several groups in cyberspace and continue with the snowball method by initiating an interview. Accordingly, in this study, a semi-structured interview was conducted with 12 people with face-to-face conversation in public via online interviews. Data were analyzed using the Colaizzi method. In the final validation, the criteria of acceptability and reliability were used. To confirm the validity, each participant was provided with the information on each interview after analysis, and necessary corrections were made based on their opinions. For reliability, the findings, including the main categories and sub-categories, were reviewed, consulted, and revised based on the opinions of the faculty members of the Counseling Department of the Faculty of Psychology and Educational Sciences of Allameh Tabatabai University.

Results

The findings include 8 main categories (low mood, post-traumatic stress, violence, lack of self-confidence, dysfunctional compensatory mechanisms, annoying reactions from others, negative and deterrent consequences in daily life, constructive compensation) and 37 sub-categories. Findings suggest that even after many years, victims are not still able to cope with post-anxiety disorders or forget about the event, and this has become a schema in their minds. Also, the most common symptoms were depression and aggression, and social and cultural factors failed to treat them.

Discussion

Depression, defined as low mood, is the most intense emotional response commonly found in sexual assault victims. It is among the most important meanings in the study of the lived experiences of

women exposed to sexual harassment. Depression is a multidimensional construct with many causes, among them is sexual violence, which can be short or long term. Type of depression caused by sexual harassment may last for years for those who have been sexually harassed. Feeling of loneliness, due to the inability to communicate with peers, as well as lack of self-confidence was also expressed by respondents. In this study, victims of sexual assault also mentioned common disorders, including night restlessness and sleep disorders.

Intellectual self-harm, which in this study includes suicidal ideation and termination, is one of the important meanings in examining the lived experience of victims, and it's closely related to physical self-harm and addiction. In the statement of respondents, retaliation is also obvious as an ineffective compensation mechanism. Sexual assault seriously affects the social interactions of assaulted women also. Distrust is a major factor in isolating interactions of victims, and negative reactions, especially from family members and school peers as the first and second supporting societies, play a significant role in this isolation. Another finding is that women who have this experience support each other. To have religious and spiritual beliefs is their compensatory mechanism to reduce the harm as well. Another compensatory system was achievements in employment, education, and work.

As stated before, sexually assaulted women after years have not been able to cope with post-anxiety disorders or forget about it, and this has become a schema in their minds. The women in the study shared their schema in response to the question, "How has sexual assault affected your outlook and feelings about the world around you?", they replied so "This world was not meant to be mine."

Common symptoms include depression and aggression, and two women reported bipolar disorder as diagnosed by a physician. Some of their childhood experiences of sexual assault have been neglected by their parents or they have not received the necessary training in this regard and this causes psychological conflict like anger and constant low mood. Social and cultural factors have also been involved in the severity of subsequent disorders, especially the fear of others'

awareness, and accepting the stigma has been effective on their veiling and not legally suing the rapist. Another preventive problem for these women is not talking about their lived experiences with others which is due to social unacceptance, negative attitudes, and misconceptions existing in the society and the person's own belief that talking about their experience is considered a bad and immoral thing and thus hid it in the treasury of their hearts.

Rape usually contains early and late consequences. One of its most important early consequences is the state of shock. Delayed side effects include helplessness and lack of control. Sexual assault is even more damaging when forced by a trusted person and repeatedly. When recurring over and over, the victim is severely damaged and would permanently feel helpless and out of control, increasing the vulnerability to a variety of severe disorders including suicide, and leaving the person without inner control. If the victim remains silent after the attack and no legal action is taken, the likelihood of relapse and therefore consequent harms increases.

References

- Ahrens, C. E., Abeling, S., Ahmad, S., & Hinman, J. (2010). Spirituality and well-being: The relationship between religious coping and recovery from sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1242-1263.
- Bäck, A. (2004). Thinking clearly about violence. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition, 117*(1/2), 219-230.
- Boudlaei, H., & Ahoupay, M. (2018). *A Phenomenological Perspective on Iranian Entrepreneurship*. Tehran: Sociologists Publications. [Text in Persian]
- Flo Arcas, A. (2018). *Life after sexual assault: exploring women's experiences of inner resources: a phenomenological approach* (Doctoral dissertation, City, University of London).
- Campbell, R., Adams, A. E., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., & Sefl, T. (2010). "What has it been like for you to talk with me today?": The impact of participating in interview research on rape survivors. *Violence against women, 16*(1), 60-83.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine, 31*(7), 1237-1247.



- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. (2004). *Abnormal Psychology*. 9th Edition. US: Wiley & Sons.
- Ellsberg, M., Heise, L., & World Health Organization. (2005). Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists.
- Gibson, L. M., Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological wellbeing in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer, culture and literacy supplement. Cancer Central*. 10(5), 52-71.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, vol. 43,3-12.
- Haghighatmanesh, E., Agha Mohammadian Sherbaf, H. R., Ghanbari Hashemabadi, B. A., & Mahram, B. (2010). Early maladaptive Schemas and Schema Domains in Rapists. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2(61), 145-153. [Text in Persian]
- Heath, N. M., Lynch, S. M., Fritch, A. M., McArthur, L. N., & Smith, S. L. (2011). Silent survivors: Rape myth acceptance in incarcerated women's narratives of disclosure and reporting of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 35(4), 596-610.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population reports*, 27(4), 1-1.
- Hellman, A. N. (2016). A hermeneutic phenomenological study of the lived experience of adult female sexual assault survivors.
- Herman, J. L. (2001). *Trauma and Recovery: From Domestic Abuse to Political Terror*. 1992. London: Pandora.
- Hester, M., & Lilley, S. J. (2018). More than support to court: Rape victims and specialist sexual violence services. *International review of victimology*, 24(3), 313-328.
- Hughes, E., Lucock, M., & Brooker, C. (2019). Sexual violence and mental health services: a call to action. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(6), 594-597.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of personality and social psychology*, 37(10), 1798.
- Kalmakis, K. A. (2011). Struggling to survive: The experiences of women sexually assaulted while intoxicated. *Journal of forensic nursing*, 7(2), 60-67.
- Kar, M. (2008). *A Research About Violence Against Women in Iran*. Tehran: Roshangaran Publication. 4th edition. [Text in Persian]
- Kelleher, C. (2009). *The 'hidden' costs of sexual violence: A multi-dimensional approach to the impact and experience of trauma*" (Doctoral dissertation, National University of Ireland Maynooth).
- Kharamin, S. A., Gorji, R., Gholam Zade, S., & Amini, K. (2012). The Prevalence Rate of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the Rape Victims of

- Kohgiluyeh and Boyairahmad Province during (2011-2012). *Iranian Journal of Forensic Medicine*, 18(2 and 3), 99-106. [Text in Persian]
- Langman, L., & Chung, M. C. (2013). The relationship between forgiveness, spirituality, traumatic guilt and posttraumatic stress disorder (PTSD) among people with addiction. *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 11-26.
- Linden, J.A. (2011). Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *The New England Journal of Medicine*, 365: 834-841.
- Littleton, H., & Breitkopf, C.R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30(1), 106-116.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- Martínez, M. P., Miró, E., & Arriaza, R. (2005). Evaluation of the distress and effects caused by nightmares: A study of the psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire and the Nightmare Effects Survey. *Sleep and Hypnosis*, 7(1), 29.
- Miller, A. K., Handley, I. M., Markman, K. D., & Miller, J. H. (2010). Deconstructing self-blame following sexual assault: The critical roles of cognitive content and process. *Violence Against Women*, 16(10), 1120-1137.
- Nahidi, F., Khademi, N., Erisian, M., & PurHosseinGholi A. (2015). Prevalence of Anxiety among Rape Victims. *JHC*, 17 (4), 311-318. [Text in Persian]
- Nahidi, F., Khademi, N., Erisian, M., & PurHosseinGholi, A. (2016). Prevalence of Anxiety among Rape Victims. *Journal of Health and Care*, 17(4), 311-318. [Text in Persian]
- The National Alliance to End Sexual Violence (NAESV). (2011). *The Costs and Consequences of Sexual Violence and Cost-Effective Solutions. Violence Against Women*, Volume 12 Number 1 January 2006. 30-45.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Patton, M. Q. (2002). Designing Qualitative Studies. *Qualitative Research And Evaluation Methods*, 3, 230-246.
- RAINN (2009). *Effects of rape*. Retrieved from <https://www.rainn.org/getinformation/statistics/sexual-assault-victims>.
- Shahali, Sh., Mohammadi, E., Lamyian, M. Kashanian, M., & Eslami, M. (2014). Experience of Healthcare Providers to Deal with Victims of Sexual Assault: A Qualitative Research. *Journal of qualitative research in health sciences*. 3(1), 37-50. [Text in Persian]
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of women quarterly*, 19(1), 49-64.

- Smith, M. E., & Kelly, L. M. (2001). The journey of recovery after a rape experience. *Issues in mental health nursing*, 22(4), 337-352.
- Sohrabzadeh, M., & Mansoriyan Ravandi, F. (2017). Women's Lived Experience of Verbal Violence in the Family (Case Study: Women in Kashan). *Journal of Women in Culture and Arts*, 9(2), 245-264. [Text in Persian]
- Tavara, L. (2006). Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 20(3), 395-408.
- Ullman, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 9(4), 331-351.
- Ullman, S., & Najdowski, C. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 47-57.
- Van Mannen, M. (2017). *Researching Lived Experience*. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Ontario. Canada.
- Vasegh Rahimparvar, S. F., Mottaghi, B., Daneshparvar, H., & Jafari, A. (2015). The Study of Post-Traumatic Stress Disorder in Women Complaining of Rape Referred to Legal Medicine Center in Tehran in 2013. *Sci J Forensic Med*, 21(1), 47-52. [Text in Persian]
- Young, Jeffrey. E. (2003). *Cognitive Therapy for Personality Disorder*. Translated by Ali Sahebi and Hasan Hamidianpour, Tehran: Agah Publishing. (Original work Published 2003). [Text in Persian]