

پیامدهای روانی خشونت علیه زنان و دختران

زهرا زارع^۱، کاظم خرم‌دل^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه  شیراز، شیراز، ایران.

Zahrazare.psy@gmail.com

۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی موسسه آموزش عالی فاطمیه  شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول).

K.khorramdel@fatemiyehshiraz.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۱/۱/۲۷]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۰/۹/۲۸]

چکیده

خشونت علیه زنان و دختران در تمامی جوامع بشری علی‌رغم تفاوت در میان مذهب و دیگر تفاوت‌های فکری، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی وجود داشته و پدیده‌ای است جهانی، فراتاریخی و فرافرهنگی که عمری به قدمت تاریخ بشریت دارد. این پیامد از مشارکت کامل زنان در جامعه جلوگیری می‌کند و تهدیدی جدی برای حقوق انسانی و سلامت به شمار می‌رود. خشونت تأثیرات قابل‌توجهی بر سلامت جسمی و روانی زنان دارد. علی‌رغم تحقیقات فراوان در مورد پیامدهای خشونت بر سلامت روانی زنان، میزان خشونت در دوران قرنطینه بیماری کرونا افزایش پیدا کرده است که این تحقیق به بررسی میزان خشونت علیه زنان و دختران و پیامدهای روانی آن در دوران قرنطینه می‌پردازد. این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه جمعیت شناختی، پرسش‌نامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان و فهرست نشانه‌ای هاپکینز (HSCL) است. در نهایت داده‌های حاصل از پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS 26 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفته است. ($P < 0/01$). بر اساس همبستگی پیرسون مشخص شد، بین تمامی ابعاد سلامت روان و خشونت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و قرار گرفتن در معرض انواع خشونت منجر به کاهش سطح سلامت روان در ابعاد مختلف می‌شود. خشونت پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت روان در ابعاد مختلف است و با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و تأثیر سلامت آنان بر سطح سلامت خانواده و جامعه، لازم است اقداماتی به منظور کاهش میزان خشونت و ارتقا سطح سلامت روان زنان به عمل آید.

کلمات کلیدی: خشونت علیه زنان، خشونت جنسیتی، زنان، پیامد روانی، سلامت روان.

۱- مقدمه

گذر از جامعه سنتی به جامعه مدرن به معنای تغییر الگوهای رفتاری و گفتمان حاکم بر جامعه است. به تعبیری، ورود به جامعه مدرن به معنای تغییر شکل رفتارهاست. یکی از این الگوهای رفتاری، برخورد خشونت‌آمیز در حوزه عمومی (در عرصه‌هایی نظیر آداب و رسوم، فرهنگ شفاهی و کتبی، تفاسیر سنتی از دین و مؤسسات اجتماعی) و خصوصی (در خانه پدر و شوهر) با زنان جامعه است (علی‌وردی-نیا، رضی و آیینی، ۱۳۹۲؛ بنی‌فاطمه، عباس‌زاده، علیزاده‌اقدم و محمدپور، ۱۳۹۷). خشونت علیه زنان شامل هرگونه اعمال خشونت مبتنی بر جنسیت است که منجر به آسیب‌های جسمی، جنسی یا عاطفی به زنان می‌گردد (محمدخانی و عباسی دولت‌آبادی، ۱۳۹۸). زنان در طول تاریخ و در بسیاری از نقاط جهان به دلیل درک نادرست از حقوق انسانی و دلایل دیگر، همواره مورد اجحاف قرار گرفته‌اند و یکی از راه‌های مرسوم برای سرکوب کردنشان، اعمال خشونت بوده‌است. امروزه با وجود پیشرفت‌های صنعتی جوامع، رشد تمدن و فرهنگ آن‌ها و توسعه علم و تکنولوژی، هنوز پدیده خشونت علیه زنان یک معضل جهانی به شمار می‌آید و از گذشته تاکنون فقط اشکال و صور خشونت علیه زنان متفاوت شده، ولی ماهیت آن هنوز پابرجا است (محمدزاده اسماعیلی، قنبری‌پناه و تجلی، ۱۳۹۸). بنابراین خشونت علیه زنان ساختاری اجتماعی است که بر اساس اجماع جامعه در مورد نقش‌ها و حقوق زنان و مردان ساخته شده‌است (Krahé, 2016).

هرچند در یک جامعه زنان و مردان با یکدیگر زندگی می‌کنند اما شرایط زنان با مردان با توجه به خطراتی که در حوزه عمومی و خصوصی برای آنان وجود دارد پرمخاطره‌تر از مردان است. باوجوداینکه مردان نیز تحت شرایط ناامن جامعه قرار دارند اما با توجه به خشونت علیه زنان، مردان نه تنها از این نوع خطر به دور هستند بلکه برعکس عاملین خشونت در نظر گرفته می‌شوند. در هر جامعه‌ای شکل‌های خشونت با ساختار قانونی، دینی و سیاسی همان جامعه متناسب است (دادور و ارجمند، ۱۳۹۲). گرچه در بسیاری از کشورهای جهان خشونت علیه زنان منع گردیده و افراد از ارتکاب به آن منع می‌شوند ولی واقعیت آن است که خشونت علیه زنان در پس شعائر، آداب فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و اعتقادات پناه می‌گیرد و پنهان می‌شود (آقاخانی، افتخاری، زارعی خیرآباد و موسوی، ۱۳۹۲). خشونت‌های بسیاری وجود دارد که زنان در معرض آن قرار می‌گیرند. خشونت توسط شوهر یا شریک صمیمی زندگی (جسمی، جنسی یا روانی) گسترده‌ترین نوع خشونت علیه زنان در سطح جهانی است. خشونت جنسی توسط مجرمین (غیر از شوهر یا شریک زندگی فعلی یا سابق) - از جمله اقوام مرد، دوستان یا غریبه‌ها - که به‌عنوان خشونت جنسی و تجاوز نامیده می‌شود، یکی دیگر از انواع رایج خشونت علیه زنان است. این دو شکل نشان‌دهنده بخش عمده‌ای از خشونت در سطح جهانی است که زنان (تقریباً از هر ۳ زن ۱ نفر) حداقل یک‌بار در طول زندگی خود یکی از این دو نوع خشونت را تجربه کرده‌اند (Krahé, 2016; World Health Organization, 2020). خشونت از هر نوع پیامدهای نامطلوب بلندمدت برای بازماندگان آن به‌جا می‌گذارد که حتی پس از اتمام دوره خشونت نیز ادامه می‌یابد و باعث می‌شود که قربانی از ارزش و اعتبار انسانی خالی شود (طاهرخانی، میرمحمدعلی، کاظم نژاد، اربابی، عامل ولی‌زاده، ۱۳۸۸؛ هزارجریبی، میرزائی، ۱۳۹۷)؛ بنابراین خشونت علیه زنان، تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق انسانی به شمار می‌رود و به‌واسطه پیامدهای اساسی که بر بهداشت باروری، سلامت جسمی و روانی زنان دارد، یکی از مشکلات اساسی بهداشت همگانی و حقوق بشر در جهان امروزی است (دولت‌یان، حسامی، ظهیرالدین، ولایی و علوی مجد، ۱۳۹۰؛ رزاقی، پرویزی، رضائی و طباطبایی نژاد، ۱۳۹۲).

سلامت روان زنان به دلیل ایفای نقش متعدد آنان در جامعه نیازمند توجه است و تأمین امنیت جسمی، عاطفی و روانی زنان در خانواده از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده محسوب می‌گردد (دولت‌یان و همکاران، ۱۳۹۰)؛ اما با توجه به شواهد میزان خشونت علیه زنان در دوران بیماری همه‌گیر کرونا افزایش یافته‌است؛ و این مسئله در ایران و در شهر شیراز به‌صورت جزئی مورد

بررسی قرار نگرفته‌است. به همین دلیل ما در این پژوهش بر آن هستیم که تأثیر بیماری همه‌گیر کرونا بر میزان خشونت علیه زنان و پیامدهای روانی آن در زنان را مورد بررسی قرار دهیم.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

در سال ۲۰۲۰، بیماری همه‌گیر ویروس کرونا^۱ توجه جدیدی را به اهمیت رسیدگی به خشونت علیه زنان به‌عنوان یک اولویت بهداشت عمومی جلب کرد (World Health Organization, 2020). خشونت علیه زنان در دوران قرنطینه به علت بیماری کرونا، از ۴۴٪ به ۱۴۸٪ افزایش یافته است. خشونت روانی بیشترین میزان را داشته‌است. در واقع، تقریباً همه کسانی که مورد آزار و اذیت قرار گرفتند (۹۶٪) خشونت روانی (عاطفی) را تجربه کردند و به دنبال آن خشونت اقتصادی (۴۱٪) و سپس خشونت فیزیکی (۱۰٪) به آن‌ها تحمیل شده‌است. خشونت در قرنطینه با نمرات بالاتر افسردگی، اضطراب و استرس همراه بوده‌است (Sediri, Zgueb, Ouane, 2020). همچنین نتایج تحقیقات شایان، معصومی و کاویانی (۱۳۹۴) حاکی از آن است که بیش از ۵۰ درصد زنان مورد خشونت واقع می‌شوند و از اختلال سلامت عمومی روان در تمامی ابعاد رنج می‌برند. در همین راستا، خواجهی سه‌گنبد، سلیمانان و حیدرnia (۱۳۹۹) بر اساس پژوهش‌هایشان بیان کردند؛ اختلالاتی مانند سندروم زن تسلیم، ترس از استیگمای اجتماعی، مشکلات و تعارضات جنسی، عزت‌نفس پایین و درماندگی آموخته شده می‌تواند تبیین‌کننده خشونت پذیری و تداوم آن در زنان باشد.

۳- روش‌شناسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی هست که به‌منظور بررسی میزان خشونت علیه زنان و پیامدهای روانی خشونت بر آنان در طی فروردین و اردیبهشت‌ماه سال ۱۴۰۰ صورت گرفته‌است. ۱۰۰ نفر از زنان متأهل در رده سنی ۲۰-۶۰، به‌عنوان نمونه در دسترس به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداختند و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه جمعیت شناختی، پرسش‌نامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان و فهرست نشانه‌ای هاپکینز (HSCL) بود.

الف) پرسش‌نامه استاندارد سنجش خشونت نسبت به زنان شامل ۳۲ سؤال و ۴ زیر مقیاس است. مقیاس اول که شامل ماده‌های ۱ تا ۱۶ هست خشونت روانی را می‌سنجد، مقیاس دوم که شامل ماده‌های ۱۷ تا ۲۷ هست خشونت فیزیکی را می‌سنجد، مقیاس سوم که شامل ماده‌های ۲۸ تا ۳۰ هست خشونت جنسی و مقیاس چهارم که شامل ماده‌های ۳۱ و ۳۲ هست خشونت اقتصادی را می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است: هرگز=۱، یک‌بار=۲، دو بار یا بیشتر=۳؛ بنابراین دامنه تغییرات زیر مقیاس‌ها به این صورت خواهد بود: خشونت روانی بین ۱۴ تا ۴۸، خشونت فیزیکی بین ۱۱ تا ۲۳، خشونت جنسی، ۳ تا ۹ و خشونت اقتصادی ۲ تا ۶ است. پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای چهار زیر مقیاس خشونت جسمی، روانی، جنسی و اقتصادی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳، ۰/۹۲ است. آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۹۷ است (ساداتی، ۲۰۱۰).

ب) پرسش‌نامه و فهرست نشانه‌ای هاپکینز (HSCL)، یک مقیاس ارزیابی نشانه‌ای مبتنی بر خود گزارش دهی است، این پرسش‌نامه دارای ۵ زیرمقیاس (جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی، حساسیت در روابط میان فردی، وسواس بی‌اختیاری) و ۵۸ گویه است. این پرسش‌نامه، بر اساس درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده‌است و دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۵۸ تا ۲۹۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر نشانه‌های بیماری خواهد بود و بالعکس (Lr, 1974). این پرسش‌نامه از اعتبار ۰/۷۷-۰/۹۹ برخوردار است (موسوی و قربانی، ۱۳۸۶).

پس از جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، کلیه اطلاعات حاصل وارد نرم‌افزار SPSS26 گردید و سپس برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد و توسط آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معناداری $P < 0.01$ در نظر گرفته شد.

۴- یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار کلی
سن	جوان (۲۰-۴۰)	۶۳ (۷۱/۶)	۳۰/۷۱ ± ۵/۸۵
	میان سال (۴۱-۶۰)	۲۰ (۲۲/۷)	۴۶/۰۵ ± ۵/۳۳
سال ازدواج	۱۳۵۹-۱۳۷۳	۹ (۱۰/۲)	۱۳۶۷/۸۸ ± ۴/۸۸
	۱۳۷۴-۱۳۸۷	۲۵ (۲۸/۴)	۱۳۸۲/۸۴ ± ۳/۶۳
	۱۳۸۸-۱۴۰۰	۴۴ (۵۰)	۱۳۹۴/۲۵ ± ۳/۵۱
تعداد فرزندان	۰	۲۴ (۲۷/۳)	۰/۰ ± ۰/۰
	۱ و ۲	۴۵ (۵۱/۱)	۱/۵۱ ± ۰/۵۰
	۳ و ۴	۱۴ (۱۵/۹)	۳/۱۴ ± ۰/۳۶
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۵/۷)	۱/۰ ± ۰/۰
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۳ (۲۶/۲)	۲/۳۰ ± ۰/۴۷
	لیسانس و فوق لیسانس	۴۰ (۵۶/۸)	۴/۲۴ ± ۰/۴۳
	دکتری	۲ (۲/۳)	۶/۰ ± ۰/۰

به‌طور کلی تعداد ۸۸ نفر از افراد مورد بررسی پرسش‌نامه‌ها را به‌طور صحیح تکمیل کردند که میانگین رده سنی آنان ۳۴/۴ سال بود و به‌طور تقریبی ۱۵ سال تجربه زندگی مشترک داشتند. بیشتر افراد مورد مطالعه دارای ۱ یا ۲ فرزند (۵۱/۱) و تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس (۵۶/۸) بودند.

جدول ۲. میزان تجربه خشونت توسط افراد مورد مطالعه

میزان خشونت	شیوع خشونت	میانگین و انحراف معیار
خفیف	۶۵ (۷۳/۹)	۴۰/۰۱ ± ۶/۴۵
متوسط	۱۴ (۱۵/۹)	۶۱/۷۱ ± ۷/۱۶
شدید	۸ (۹/۱)	۸۳/۱۲ ± ۴/۳۲

شاخص خشونت نشان داد که ۷۳/۹ درصد افراد تحت خشونت خفیف، ۱۵/۹ درصد تحت خشونت متوسط قرار داشتند و ۹/۱ درصد افراد خشونت شدید را تجربه کرده بودند.

جدول ۳. میزان تجربه ابعاد مختلف خشونت توسط افراد مورد مطالعه

نوع خشونت	میزان خشونت	شیوع خشونت	میانگین و انحراف معیار
روانی	خفیف	۵۵ (۶۲/۵)	$20/38 \pm 3/39$
	متوسط	۲۲ (۲۵/۰)	$31/27 \pm 3/28$
	شدید	۱۱ (۱۲/۵)	$43/81 \pm 2/99$
فیزیکی	خفیف	۷۰ (۷۹/۵)	$11/73 \pm 1/47$
	متوسط	۱۱ (۱۲/۵)	$20/54 \pm 1/36$
	شدید	۷ (۸/۰)	$28/57 \pm 2/57$
جنسی	خفیف	۶۶ (۷۵/۰)	$3/42 \pm 0/70$
	متوسط	۱۲ (۱۳/۶)	$6/75 \pm 0/45$
	شدید	۱۰ (۱۱/۴)	$8/80 \pm 0/42$
اقتصادی	خفیف	۷۱ (۸۰/۷)	$2/14 \pm 0/35$
	متوسط	۷ (۸/۰)	$4/0 \pm 0/0$
	شدید	۱۰ (۱۱/۴)	$5/80 \pm 0/42$

نتایج بررسی ابعاد مختلف خشونت، نشان داد که ۳۷/۵ درصد افراد خشونت روانی، ۲۰/۵ درصد افراد خشونت فیزیکی، ۲۵ درصد افراد خشونت جنسی و ۱۹/۴ درصد افراد نیز خشونت اقتصادی را تجربه کرده بودند و نمره کلی شاخص خشونت توسط افراد مورد مطالعه $15/28 \pm 47/47$ محاسبه شد.

جدول ۴. وضعیت کلی سلامت روان افراد مورد مطالعه برحسب میزان تجربه خشونت

وضعیت خشونت	خفیف	متوسط	شدید	جمع کل
وضعیت سلامت روان	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم	۱۴	۱۶/۱	۱	۱/۱
نسبتاً سالم	۲۷	۳۱/۰	۱	۱/۱
متوسط	۲۰	۲۳/۰	۴	۴/۶
نسبتاً بهنجار	۴	۴/۶	۳	۳/۴
نابهنجار	۰	۰/۰	۵	۵/۷
شدید	۰	۰/۰	۰	۰/۰
جمع کل	۶۵	۴۷/۷	۱۴	۱۶/۱

سطح سلامت روان برحسب تجربه میزان خشونت است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۴۷/۷ افرادی که خشونت کمتری را تجربه کرده بودند و در رده خفیف قرار داشتند از سطح سلامت روان بالاتری برخوردار بودند و به‌طورکلی در رده‌های سالم، نسبتاً سالم و متوسط قرار می‌گیرند. ۲۵/۳ افرادی که با خشونت‌های بیشتری مواجه شده‌بودند از سطح سلامت روان کمتری برخوردار بودند و در رده‌های نابهنجار و شدید قرار می‌گیرند.

جدول ۵. سطح سلامت روان افراد مورد مطالعه در ابعاد مختلف پرسشنامه هاپکینز بر حسب میزان تجربه خشونت

خشونت		خفیف		متوسط		شدید		جمع کل	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جسمانی سازی		۲۳	۲۶/۴	۲	۲/۳	۰	۰/۰	۲۵	۲۸/۷
		۱۹	۲۱/۸	۱	۱/۱	۰	۰/۰	۲۰	۲۳/۰
		۱۴	۱۶/۱	۵	۵/۷	۲	۲/۳	۲۱	۲۴/۱
		۷	۸/۰	۵	۵/۷	۳	۳/۴	۱۵	۱۷/۲
		۲	۲/۳	۰	۰/۰	۳	۳/۴	۵	۵/۷
		۰	۰/۰	۱	۱/۱	۰	۰/۰	۱	۱/۱
جمع کل		۶۵	۷۴/۴	۱۴	۱۶/۱	۸	۹/۲	۸۷	۱۰۰
اضطراب		۲۲	۲۹/۳	۲	۲/۷	۰	۰/۰	۲۴	۳۲/۰
		۲۶	۳۴/۷	۱	۱/۳	۰	۰/۰	۲۷	۳۶/۰
		۳	۴/۰	۳	۴/۰	۲	۲/۷	۸	۱۰/۷
		۳	۴/۰	۱	۱/۳	۰	۰/۰	۴	۵/۳
		۱	۱/۳	۴	۵/۳	۳	۴/۰	۸	۱۰/۷
		۰	۰/۰	۲	۲/۷	۲	۲/۷	۴	۵/۳
جمع کل		۵۵	۷۳/۳	۱۳	۱۷/۳	۷	۹/۳	۷۵	۱۰۰
افسردگی		۱۴	۱۶/۱	۱	۱/۱	۰	۰/۰	۱۵	۱۷/۲
		۲۳	۲۶/۴	۲	۲/۳	۰	۰/۰	۲۵	۲۸/۷
		۱۸	۲۰/۷	۲	۲/۳	۱	۱/۱	۲۱	۲۴/۱
		۱۰	۱۱/۵	۴	۴/۶	۲	۲/۳	۱۶	۱۸/۴
		۰	۰/۰	۳	۳/۴	۴	۴/۶	۴	۴/۶
		۰	۰/۰	۲	۲/۳	۸	۴/۶	۶	۶/۹
جمع کل		۶۵	۷۴/۷	۱۴	۱۶/۱	۸	۹/۲	۸۷	۱۰۰
حساسیت در روابط متقابل		۱۴	۱۹/۴	۱	۱/۴	۰	۰/۰	۱۵	۲۰/۸
		۱۲	۱۶/۷	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱۲	۱۶/۷
		۱۴	۱۹/۴	۲	۲/۸	۱	۱/۴	۱۷	۲۳/۶
		۱۰	۱۳/۹	۵	۶/۹	۲	۲/۸	۱۷	۲۳/۶
		۰	۰/۰	۴	۵/۶	۱	۱/۴	۵	۶/۹
		۱	۱/۴	۱	۱/۴	۴	۵/۶	۶	۸/۳
جمع کل		۵۱	۷۰/۸	۱۳	۱۸/۱	۸	۱۱/۱	۷۲	۱۰۰
وسواس		۱۷	۲۱/۵	۱	۱/۳	۰	۰/۰	۱۸	۲۲/۸
		۲۲	۲۷/۸	۱	۱/۳	۰	۰/۰	۲۳	۲۹/۱
		۱۳	۱۶/۵	۳	۳/۸	۲	۲/۵	۱۸	۲۲/۸
		۷	۸/۹	۲	۲/۵	۰	۰/۰	۹	۱۱/۴
		۰	۰/۰	۴	۵/۱	۴	۵/۱	۸	۱۰/۱
		۰	۰/۰	۱	۱/۳	۲	۲/۵	۳	۳/۸
شدید		۰	۰/۰	۱	۱/۳	۲	۲/۵	۳	۳/۸

۱۰۰	۷۹	۱۰/۱	۸	۱۵/۲	۱۲	۷۴/۷	۵۹	جمع کل
-----	----	------	---	------	----	------	----	--------

با توجه به بررسی ابعاد مختلف شاخص سلامت روان بر اساس میزان تجربه خشونت توسط افراد مورد مطالعه مشخص شد؛ ۴۷/۷ افراد که خشونت کمتری در ابعاد مختلف، تجربه کرده بودند، در بعدهای جسمانی سازی و اضطراب از بیشترین سطح سلامت روان برخوردار بودند و در ابعاد افسردگی، حساسیت در روابط متقابل و وسواس، سلامت کمتری را گزارش دادند. ۲۵/۳ درصد افراد که خشونت شدیدی را تجربه کرده بودند، در تمامی ابعاد شاخص سلامت روان در سطح پایینی از سلامت روان قرار داشتند و ۲۳/۱ درصد آنان مشکوک به اختلالات روانی بودند.

جدول ۶. بررسی ارتباط بین نمره شاخص سلامت روان و خشونت و ابعاد مختلف پرسشنامه هاپکینز

ابعاد	سلامت روان	خشونت	جسمانی سازی	اضطراب	افسردگی	حساسیت در روابط متقابل	وسواس
سلامت روان	۱	۰/۶۵۳	۰/۸۳۰	۰/۸۹۳	۰/۸۸۶	۰/۹۰۵	۰/۸۸۸
خشونت	۰/۶۵۳	۱	۰/۴۹۶	۰/۶۷۸	۰/۶۲۴	۰/۶۰۸	۰/۶۴۵
جسمانی سازی	۰/۸۳۰	۰/۴۹۶	۱	۰/۷۷۹	۰/۶۹۱	۰/۷۶۳	۰/۷۶۵
اضطراب	۰/۸۹۳	۰/۶۷۸	۰/۷۷۹	۱	۰/۸۲۶	۰/۸۰۲	۰/۸۰۰
افسردگی	۰/۸۸۶	۰/۶۲۴	۰/۶۹۱	۰/۸۲۶	۱	۰/۸۲۷	۰/۸۱۵
حساسیت در روابط متقابل	۰/۹۰۵	۰/۶۰۸	۰/۷۶۳	۰/۸۰۲	۰/۸۲۷	۱	۰/۸۵۰
وسواس	۰/۸۸۸	۰/۶۴۵	۰/۷۸۵	۰/۸۰۰	۰/۸۱۵	۰/۸۵۰	۱

در بررسی ارتباط بین نمره بررسی ارتباط بین نمره شاخص سلامت روان و خشونت و ابعاد مختلف پرسشنامه هاپکینز، تمامی ابعاد پرسشنامه هاپکینز با شاخص سلامت روان و شاخص خشونت، شاخص سلامت روان با شاخص خشونت و تمامی ابعاد پرسشنامه هاپکینز، شاخص خشونت با شاخص سلامت روان و تمامی ابعاد پرسشنامه هاپکینز، رابطه مثبت و معنی‌داری داشت ($p < 0.01$).

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری، پیش‌بینی سلامت روان و ابعاد مختلف پرسشنامه هاپکینز بر اساس شاخص خشونت

مدل	SS	Df	ms	F	P
رگرسیون	۱۶/۳۷۰	۶	۲/۷۲۸	۱۱/۷۸۵	۰/۰
باقیمانده	۱۱/۳۴۴	۴۹	۰/۲۳۲	-	-
کل	۲۷/۷۱۴	۵۵	-	-	-
متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	ARS	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد
	۰/۷۶۹	۰/۵۹۱	۰/۵۴۱	B	SE
عدد ثابت	-	-	-	۰/۴۹۸	۰/۱۵۰
جسمانی سازی	-	-	-	-۰/۱۰۲	۰/۱۰۰
اضطراب	-	-	-	۰/۱۵۴	۰/۰۹۴
افسردگی	-	-	-	۰/۰۴۴	۰/۱۲۰
حساسیت در روابط	-	-	-	۰/۰۱۷	۰/۱۱۰
				۰/۰۳۷	۰/۱۵۳
				۰/۳۶۲	۰/۷۱۹
				۰/۳۶۱	۰/۱۰۸
				-۰/۱۹۸	۰/۳۱۲
				۳/۳۳۳	۰/۰۰۲

متقابل							
۰/۳۳۶	۰/۹۷۲	۰/۲۳۸	۰/۱۱۰	۰/۱۰۷	-	-	وسواس
۰/۵۶۰	۰/۵۸۷	۰/۲۴۷	۰/۲۰۳	۰/۱۱۹	-	-	شاخص سلامت روان

میزان F مشاهده شده معنادار است و استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است ($F=11/785$). نتایج نشان می‌دهد مدل رگرسیون در کل ۰/۵۹ درصد از سلامت و ابعاد آن را تبیین می‌کند. با توجه به ضرایب استاندارد و غیراستاندارد عامل خشونت، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده حساسیت در روابط متقابل ($Beta=0/879$) و افسردگی ($Beta=0/719$) می‌باشد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر ابعاد مختلف خشونت بر سلامت روان زنان بود، خشونتی که جنسیت زنان، تنها دلیل اصلی آن محسوب می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد، ۲۵ درصد زنان در شهر شیراز، مورد انواع خشونت قرار می‌گیرند. شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان به ترتیب خشونت روانی، خشونت جنسی، فیزیکی و اقتصادی است. درنهایت مشخص شد، قرار گرفتن در معرض انواع خشونت منجر به کاهش سطح سلامت روان زنان در ابعاد مختلف می‌شود.

نتایج این پژوهش با مطالعات صدری و همکاران (۲۰۲۰) همخوان است. صدری در این پژوهش بیان کرد خشونت علیه زنان در دوران قرنطینه به علت بیماری کرونا، از ۴/۴٪ به ۱۴/۸٪ افزایش یافته است. خشونت روانی بیشترین نوع را داشته باشد. درواقع، تقریباً در بین همه کسانی که مورد آزار و اذیت قرار گرفتند ۹۶ درصد خشونت روانی (عاطفی) را تجربه کرده‌اند. همچنین خشونت در قرنطینه با نمرات بالاتر افسردگی، اضطراب و استرس همراه بوده است.

همچنین با نتایج تحقیقات شایان و همکاران (۱۳۹۳) همخوان است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بیش از ۵۰ درصد زنان مورد خشونت واقع می‌شوند و از اختلال سلامت عمومی روان در تمامی ابعاد رنج می‌برند. لیو و همکاران در سال ۲۰۲۱ تحقیقی با هدف بررسی نتایج کوتاه‌مدت خشونت علیه زنان بر سلامت روان افراد انجام دادند؛ که نتایج نشان داد سلامت روان افراد تحت تأثیر خشونت قرار دارد که با نتایج این پژوهش همسو است. همچنین ایبالا، استف و استارک^۱ (۲۰۲۱) بیان کردند خشونت، منجر به افزایش علائم افسردگی، خطرات بیشتر خودکشی و کاهش رضایت از زندگی می‌شود. همچنین بیان داشتند مواجهه با خشونت با افزایش علائم پریشانی روانی و افزایش افکار خودکشی همراه است.

با توجه به این نتایج می‌توان این‌گونه تبیین کرد؛ عوامل مختلفی در تفاوت آمار گزارش شده از میزان خشونت علیه زنان، تأثیرگذار است. ازجمله عوامل اجتماعی، فرهنگی، مذهبی، اقتصادی و خانوادگی که در هر جامعه‌ای متفاوت است؛ اما در هر جامعه‌ای، خشونت علیه زنان همواره سلامت روان آنان را در ابعاد مختلف خدشه‌دار کرده و در معرض آسیب قرار داده است. در جوامع سنتی و مردسالار، زنان خشونت‌های زیاد و شدیدتری را تجربه می‌کنند درحالی‌که آمار گزارش شده از وقوع خشونت‌های خانگی علیه زنان با واقعیت همخوانی ندارد؛ زیرا شیوه‌های فرهنگی عینیت‌شناختی، زنان و دختران را طوری تربیت می‌کند تا نسبت به خشونت سکوت کنند و تمام شواهد مربوط به خشونت را با اسم آبرو، پنهان نگه دارند و پیرامون آن صحبت نکنند. همچنین زنان گاهی به دلیل ترس از دست دادن تکیه‌گاه و حامی در برابر خشونت سکوت می‌کنند.

اما در پی بیماری همه‌گیر کرونا این آمار به دلیل بار مضاعف استرسی آن بر روی افراد و قرنطینه‌های طولانی در خانه و قطع روابط اجتماعی و احساس تنهایی، بیکاری زوجین، مشکلات اقتصادی و ... افزایش پیدا کرده است؛ بنابراین باید در جهت کاهش خشونت و

عدم سکوت در مقابل آن از رسانه‌های جمعی و افراد تأثیرگذار جامعه، کمک گرفته‌شود تا به آگاهی افراد جامعه نسبت به اعمال خشونت‌آمیز و حقوق بشری خود و فرهنگ‌سازی بپردازند. همچنین قوانین حقوقی در جهت رسیدگی به خشونت‌های خانگی باید اصلاح شوند تا منجر به کاهش آمار خشونت و افزایش سطح سلامت روان زنان و دختران جامعه گردد.

۶- منابع

- ۱- آقاخانی، نادر؛ افتخاری، علی؛ زارعی خیرآباد، عباس؛ و موسوی، احسان (۱۳۹۱). بررسی انواع خشونت شوهران علیه زنان و تأثیر عوامل مختلف در میزان بروز آن‌ها در زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۹۰-۹۱. پزشکی قانونی ایران، ۱۸ (۲ و ۳)، ۶۹-۷۸.
- ۲- بنی‌فاطمه، حسین؛ عباس‌زاده، محمد؛ عزیززاده‌اقدم، محمداقبر؛ و محمدپور، نیر (۱۳۹۷). استرس و خشونت فیزیکی مردان علیه زنان: یک تحقیق کیفی. زن در توسعه و سیاست، ۱۶ (۴)، ۵۸۱-۶۰۲.
- ۳- خواجه‌ی سه‌گنبد، کبری؛ سلیمانیان، علی‌اکبر؛ و حیدرینیا، احمد (۱۳۹۹). عوامل روان‌شناختی زمینه‌ساز و تداوم‌بخش خشونت‌پذیری در زنان خشونت‌دیده؛ مطالعه کیفی. مجله پزشکی قانونی ایران، ۲۶ (۳)، ۲۳۹-۲۴۵.
- ۴- دادور، رحمت‌الله؛ و ارجمند، بهاره (۱۳۹۲). بررسی پیامدهای روانی اجتماعی مرتبط با خشونت علیه زنان خانه در شهر مشهد در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹. مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۱۰ (۳۶)، ۸۱-۱۰۰.
- ۵- دولتیان، ماهرخ؛ حسامی، کژال؛ ظهیرالدین، علیرضا؛ ولایی، ناصر؛ و علوی مجد، حمید (۱۳۹۰). بررسی شیوع خشونت خانگی و نقش آن بر حیطه‌های سلامت روان. پژوهنده، ۱۶ (۶)، ۲۷۷-۲۸۳.
- ۶- رزاقی، نغمه؛ پرویزی، سرور؛ رضایی، منیر؛ و طباطبایی‌نژاد، سید محمد (۱۳۹۲). پیامدهای خشونت علیه زنان در خانواده: یک مطالعه کیفی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۶ (۴۴)، ۱۱-۲۰. doi:10.22038/IJOGI.2013.652
- ۷- شایان، آرزو؛ معصومی، سیده زهرا؛ و کاویانی، معصومه (۱۳۹۳). بررسی رابطه همسرآزاری و سلامت روانی در زنان دچار خشونت خانگی ارجاع شده به پزشکی قانونی شهر شیراز. آموزش و سلامت جامعه، ۱ (۴)، ۵۱-۵۷.
- ۸- طاهرخانی، سکینه؛ میرمحمدعلی، یی ماندانا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ اربابی، محمد؛ و عامل ولی‌زاده، مهنوش (۱۳۸۸). بررسی میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۵ (۲)، ۱۲۳-۱۲۹.
- ۹- علیوردی‌نیا، اکبر؛ رضی، داوود؛ و آیینی، صدیقه (۱۳۹۲). تبیین جامعه‌شناختی خشونت علیه زنان: آزمون تجربی نظریه‌های منابع در دسترس زنان و فمینیسم رادیکال. رفاه اجتماعی، ۱۳ (۴۹)، ۳۲۳-۳۵۸.
- ۱۰- محمدخانی، میترا؛ و عباسی دولت‌آبادی، زهرا (۱۳۹۸). پیامدهای روانی خشونت عاطفی بر زنان. هشتمین کنفرانس بین‌المللی سلامت زنان، تهران.
- ۱۱- محمدزاده اسماعیلی، رعنا؛ قنبری‌پناه، افسانه؛ و تجلی، پرینا (۱۳۹۸). رابطه تنظیم هیجانی و عواطف مثبت و منفی مردان متأهل، با نگرش نسبت به خشونت علیه زنان (مورد مطالعه: شهر تهران). دوفصلنامه علمی مطالعات پلیس زن، ۱۳ (۳۰)، ۵-۱۳.
- ۱۲- موسوی، اشرف‌السادات؛ و قربانی، نیما (۱۳۸۶). روایی تفکیکی فهرست فارسی نشانه مرضی هاپکینز در نمونه‌های بالینی و بهنجار. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۴ (۱۳)، ۶۹-۷۹.
- ۱۳- هزارجریبی، جعفر؛ و میرزایی، رحمت (۱۳۹۶). خشونت و جنسیت (تجربه زیسته زنان و مردان شهرستان پناه). توسعه اجتماعی، ۱۲ (۲)، ۸۳-۱۰۸. doi:10.22055/QJSD.2018.13509

14- World Health Organization. (2020). Department of Sexual and Reproductive Health and Research World Health Organization Avenue Appia 20CH-1211, Geneva 27Switzerland. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-workforce/hwfequity/sexual-and-reproductive-health-and-research>

- 15- Ibala, R. M., Seff, I., & Stark, L. (2021). Attitudinal acceptance of intimate partner violence and mental health outcomes for female survivors in Sub-Saharan Africa. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5099. doi:10.3390/ijerph18105099
- 16- Krahé, B. (2016). Violence against women. *Aggression and Violence*, 251-268.
- 17- Lr, D. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*, 19, 1-15.
- 18- Saadati, M. (2010). Domestic violence, mental health threat. *Social Security Studies*, 8(24), 61-90.
- 19- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouane, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of women's mental health*, 23, 749-756. doi:10.1007/s00737-020-01082-4



Psychological Consequences of Violence Against Women and Girls

Zahra Zare¹, Kazem Khorramdel^{2*}

1- M.A Student in psychology, Department of Psychology, Fatemiyeh Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

Zahrazare.psy@gmail.com

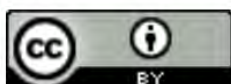
2- Ph.D. in psychology, Assistant professor, Department of Psychology, Fatemiyeh Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

K.khorramdel@fatemiyehshiraz.ac.ir

Abstract

Violence against women and girls persists across all human societies despite differences in religions and other intellectual, cultural, economic, and social factors. It is a global, transhistorical and transcultural phenomenon with roots in the history of humanity. This consequence prevents the full participation of women in society and poses a serious threat to human rights and health. Violence has significant effects on women's physical and mental health. Despite extensive research on the consequences of violence on women's mental health, the prevalence of violence has increased during the COVID-19 quarantine period. This study examines the extent of violence against women and girls and its psychological consequences during quarantine. This is a descriptive-analytical cross-sectional study. The instruments used in this study include a Demographic Questionnaire, Standard Violence Against Women Questionnaire and the Hopkins Index (HSCL). Data analysis was conducted by SPSS 26 software. ($P < 0.01$). Pearson correlation analysis revealed a positive and significant relationship between all dimensions of mental health and violence. Exposure to various types of violence leads to a decline in mental health across different dimensions. Violence emerges as a robust predictor of mental health in various dimensions. Considering the important role of women in the family and the impact of their health on family and community well-being, it is imperative to take measures to reduce violence and enhance women's mental health.

Keywords: Violence against women, Gender-based violence, Women, Psychological consequences, Mental health.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)