

خشونت خانگی، تهدیدی علیه سلامت روانی  
(مطالعه جامعه شناختی زنان متأهل شهر تبریز)

دکتر محمد عباس زاده<sup>۱</sup>  
موسی سعادت<sup>۲</sup>  
حسین کسب و کار<sup>۳</sup>

۸۹/۷/۱۷

۸۹/۹/۳

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

چکیده

زنان مریبان انسان های سالم اند، بنابراین، بی توجهی به سلامت زنان و اعمال خشونت خانگی علیه آنان، می تواند سبب پیدایش انواع بیماری های روانی و حتی جسمانی گردد که این امر می تواند تهدیدی علیه سلامت اعضا خانواده، تلقی گردد. به همین خاطر، مقاله حاضر، با هدف بررسی برخی عوامل موثر بر خشونت خانگی و ارتباط آن با سلامت روانی زنان متأهل نگاشته شده است.

روش تحقیق مورد استفاده پیمایشی بوده و جامعه آماری مورد بررسی کلیه زنان متأهل شهر تبریز به تعداد ۳۷۸۴۶۰ می باشد، که در نهایت امر از این تعداد، ۳۸۴ نفر با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه گیری تصادفی مطابق انتخاب شده اند. ابزار مورد استفاده در تحقیق حاضر، پرسشنامه بوده و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارهای spss و lisrel استفاده شده است.

نتایج حاصل از آزمون همبستگی، حاکی از آن است که بین متغیرهای پدرسالاری، تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری زن، دخالت خویشاوندان شوهر و تحریک شوهر از سوی زن با متغیرهای خشونت خانگی علیه زنان و سلامت روانی زنان در سطح معنی داری ۰/۰۱، رابطه خطی معناداری وجود دارد؛ همچنین نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که متغیرهای مستقل مورد استفاده در تحقیق حاضر توانسته اند ۳۹ درصد از تغییرات متغیر خشونت خانگی علیه زنان و ۳۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته سلامت روانی را تبیین نمایند.

واژه های کلیدی:

خشونت خانگی، سلامت روانی، پدرسالاری، تجربه و مشاهده خونت، زنان متأهل

Email:m.abbaszadeh1@yahoo.com

Email:musa.saadati@yahoo.com

۱- استادیار جامعه شناسی دانشگاه تبریز

۲- کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی

۳- کارشناس اداره برآورد اجتماعی معاونت اجتماعی فرماندهی انتظامی آذربایجان شرقی

در بین تمامی نهادها، سازمانها و موسسات اجتماعی، خانواده نقش و اهمیت خاص و به سزایی دارد. تمامی افرادی که در باب جامعه اندیشیده اند و نیز همه مصلحین بر خانواده و اهمیت حیاتی آن برای جامعه تاکید ورزیده اند. به درستی هیچ جامعه ای نمی تواند ادعای سلامتی کند، چنانچه از خانواده های سالم برخوردار نباشد. باز بی هیچ شبهه هیچ یک از آسیب های اجتماعی نیست که فارغ از تاثیر خانواده پدید آمده باشد (ساروخانی، ۱۳۸۶: ۱۱).

کارکرد خانواده صرفا تامین احتیاجات جسمی، مادی و روانی و فراهم کننده فضای مملوء از گرمی و صمیمیت برای اعضا نیست، بلکه در کنار این عملکردهای سازنده و مفید، خانواده می تواند کارکردهای مخرب گسترده ای همچون خشونت را نیز داشته باشد. سال هاست که در برخی از خانواده ها، خشونت کانون زندگی آنان را به محیطی سرد و بی روح مبدل کرده است (ال همپتون و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۶). خشونت خانوادگی، موضوعی است که پشت درهای بسته نگه داشته شده است و در سال های اخیر بطور فزاینده ای مطالعات و تحقیقات درباره تجارب زنان کتک خورده و خشونت دیده انجام شده است (Segal, ۲۰۱۳: ۱۹۹۹).

طبق یافته های سال ۲۰۰۵ سازمان مذکور، زنانی که خشونت های جنسی و فیزیکی را تجربه کرده اند در مقایسه با زنانی که چنین تجربه ای را نداشتند، از لحاظ سلامتی، ضعیف یا خیلی ضعیف تر بودند. همچنین مشکلات عمده این زنان در راه رفتن و حرکت برای فعالیت های روزانه، درد و افت حافظه بود (Harne & Radford, ۲۰۰۸: ۳۸-۳۹). همچنین، طبق نتایج پیمایشی WTO در سال ۲۰۰۲، زنانی که خشونت های خانگی را تجربه کرده اند، احتمال اینکه دچار دردهای مزمن، بیمارهای معدوی، سندرم های شکمی، خسارات چشمی و عدم توانایی و کاهش فیزیکی لازم برای انجام امور شوند نسبت به زنان معمولی و خشونت ندیده بیشتر است (Dunham, ۱۹۹۷: ۲۶).

لذا، خشونت علیه زنان، یک مساله جدی اجتماعی بوده که دارای پیامدها و عواقب ناگواری برای زنان قربانی شده در تمامی فرهنگ ها و گروه های قومی است (Blanca et al, ۲۰۰۴: ۲۳۹). سازمان بهداشت جهانی خشونت علیه زنان را از علل اصلی اضطراب، افسردگی، فکرهای خودکشی و استرس در بین زنان می داند (Bernarda & Lilia, ۲۰۰۸: ۱۰۰۸).

از طرفی، سلامت هر جامعه در گرو سلامت خانواده، و سلامت خانواده در گرو مجموعه ای از روابط و تعاملاتی است که در بین افراد یک خانواده وجود دارد. خانواده عموماً به منزله مکانی که افراد آنجا را مامن و پناهگاه خود تلقی می کنند، در نظر گرفته می شود و جایی است که آرامش و سکون و هماهنگی باید بر آن حکم فرما باشد و به سبب وجود روابط صمیمی، محبت آمیز و توأم با عواطف، بهترین مکان برای زندگی بزرگسالان و بهترین مکان برای رشد و شکوفایی عاطفی و جسمانی کودکان است. اما، بعضاً همین مکان ممکن است به صورت بستری درآید که در آن انواع خشونت ها نسبت به زنان و کودکان اعمال شود (حضور، ۱۳۸۶: ۳۵). لذا، قلب جامعه در سینه خانواده می تپد و زن ضربان حیات خانواده است. در نتیجه می توان اذعان کرد که خشونت علیه زنان در خانواده، ضربان حیات آن خانواده را از کار می اندازد و به مرور، قلب جامعه نیز به تبع آن، آسیب های جدی به خود خواهد دید (مولوردی، ۱۳۸۵: ۹۳). وجود خانواده های سالم و مادران و زنان با سلامت روان بهتر، می تواند تاثیر بسزایی در سلامت روان<sup>۱</sup> موجود و ایجاد بهداشت روانی آن جامعه داشته باشد (اوتادی، ۱۳۸۰: ۳).

همسرآزاری<sup>۲</sup> یا خشونت خانوادگی نسبت به زنان در اشکال مختلف جسمی و روانی دارای عمری به قدمت تاریخ بشری است. واقعیتی تلخ و انکارناپذیر که زندگی و کرامت انسانی زنان را خدشه دار و صدمات غیر قابل جبرانی به آنان وارد می نماید (مولوردی، ۱۳۸۵: ۹۴-۹۳). خشونت خانوادگی دارای عواقب جسمانی غیرکشنده مثل جراحت (از بریدگی تا شکستگی و آسیب ارگانهای داخلی) و عواقب روانی مثل افسردگی، ترس، اضطراب، مشکلات تغذیه ای، اختلالات جنسی، وسواس و اختلال در عملکرد اجتماعی می باشد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۰).

اهمیت کاربردی انجام تحقیق حاضر در این است که نتایج آن می تواند سیاست گذاران و مجریان جامعه را از خشونت و بد رفتاری که علیه زنان در خانواده انجام می شود و عواقب این عمل نابهنجار اجتماعی آگاه سازد تا آنان سیاست هایی را جهت کاهش اعمال خشونت آمیز علیه زنان، اتخاذ نمایند و از این طریق به کاهش بروز خشونت در خانواده، بهبود و حفظ سلامت و استحکام خانواده کمک موثری بنمایند. از طرفی پژوهش حاضر می تواند بیانگر

1- Mental Health

2-Spouse Abuse

## Archive of SID

این نکته احتمالی باشد که اعمال خشونت علیه زنان می تواند در سلامت روانی زنان ایجاد خدشه نماید؛ همچنین تحقیق حاضر می تواند در بیدارسازی و آگاهی بخشی، به متولیان سازمانهای تربیتی از جمله وزارت آموزش و پرورش، دانشگاهها، رسانه ها، بهداشت و... مبنی بر اینکه اعمال خشونت علیه زنان می تواند ضمن تحمیل هزینه های گزاف بر سیستم درمانی و بهداشتی جامعه، دوام نظام اجتماعی را با بحران مواجه سازد، موثر واقع شود. حال زمانی می توان از قطعیت ها و پیشی بینی های صحیح در جهت کاهش خشونت علیه زنان سخن گفت که به لحاظ تجربی کاری در این خصوص صورت گیرد، بنابراین ضرورت انجام تحقیق حاضر بیش از پیش احساس می گردد. با توجه به توضیحات فوق، این سوالات مطرح است که:

- ۱- میزان خشونت علیه زنان در جامعه مورد بررسی در چه حدی است؟
- ۲- عواملی چون پدرسالاری، دخالت خویشاوندان، تحریک شوهر از سوی زن و تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهر چه تاثیری می تواند بر خشونت های خانگی علیه زنان داشته باشد؟
- ۳- خشونت خانگی چه تاثیری می تواند روی سلامت روانی زنان داشته باشد؟

## چارچوب نظری

در متون تخصصی خشونت، معادل واژه Violence بکار می رود که به معنای زور، عنف، شدت و سختی است. فرهنگ آکسفورد، این کلمه را به معنای تجاوز، زیان، آسیب، شدت، خشونت، تهدید، غضب، بی حرمتی و اعمال زور به کار برده است. آکادمی ملی علوم آمریکا، خشونت را رفتاری تعریف می کند که توسط فردی به قصد تهدید یا آزار بدنی دیگران بروز می کند (سالاری فر، ۱۳۸۹: ۹۶-۹۵). از دید گلز<sup>۱</sup> و استراوس<sup>۲</sup>، «خشونت رفتاری آگاهانه در نظر گرفته می شود که نتایج احتمالی آن، ایجاد آسیب فیزیکی یا درد در فرد دیگر است». خشونت را می توان عملی آسیب زا دانست که فرد برای پیشبرد مقاصد خویش انجام می دهد و صرفاً جنبه فیزیکی (بدنی) ندارد بلکه ممکن است ابعاد روانی (مانند فحاشی، تحقیر، منزوی کردن فرد، داد و فریاد، آزار و مزاحمت جنسی، تجاوز) و اقتصادی

1- Gelles

2- Straus

(مانند شکستن وسایل خانه و ...) را به خود می‌گیرد (اعظم زاده و دهقان فرد، ۱۳۸۵: ۱۶۶).  
کوکلی<sup>۱</sup> تعریفی نسبتاً جامع از خشونت را ارائه می‌دهد و معتقد است، خشونت ناظر به رفتاری است که با نیت تخریب اموال یا صدمه زدن به شخص دیگر انجام می‌شود و متضمن بی‌توجهی محض به سلامت دیگران و احتمالاً خود است (رحمتی، ۱۳۸۸: ۲۱-۲۰).

بطور کلی، می‌توان خشونت را از نظر مفهومی، کنش و عملی در نظر گرفت که فرد یا افرادی از روی اراده و آگاهی، به منظور آسیب‌رسانی فیزیکی یا روحی-روانی به دیگران انجام می‌دهند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۷: ۱۱۳). بخشنامه دفترخانه بین‌المللی، خشونت خانگی را چنین تعریف کرده است: هر نوع خشونت میان همسران فعلی و قبلی در روابط صمیمی، در هر زمان و مکانی که این عمل اتفاق بیفتد. این خشونت ممکن است شامل خشونت فیزیکی، جنسی، عاطفی، یا مالی باشد. قربانیان خشونت خانگی در امور مختلفی نظیر خانگی، سلامتی، آموزشی و ... دچار مشکل و رنج می‌شوند (Standley, ۲۰۰۶: ۱۱۴).  
بارنت<sup>۲</sup> نیز، خشونت خانگی را به عنوان الگویی از رفتارهای تهاجمی و اجباری شامل حملات فیزیکی، جنسی و روانی و همچنین فشار و تهدیدهای اقتصادی که افراد علیه جفت (شریک) صمیمی شان به کار می‌برند تعریف کرده است (اعزازی، ۱۳۸۳: ۵۰).

نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۳</sup> بر تاثیرات متقابل بین رفتار و محیط تاکید دارد، و بر الگوهایی از رفتار متمرکز می‌شود که فرد آنها را برای کنار آمدن با محیط در خود پرورش می‌دهد. الگوهایی که از راه تجربه مستقیم پاسخهای محیط فرد، یا مشاهده پاسخهای دیگران کسب می‌شود (سلیمی و داوری، ۱۳۸۶: ۴۰۳). این نظریه بیان می‌کند، شیوه رفتاری که ما به نمایش می‌گذاریم در دوره کودکی آموخته می‌شود، خشونت یادگرفته‌نی است. انسان ذاتاً پرخاشگر نیست و این شیوه رفتاری مخصوصاً در دوران کودکی از سوی والدین، برادر، خواهر، دوست پسر یا دوست دختر آموخته می‌شود. تعداد زیادی از مطالعات فرضیه چرخه خشونت<sup>۴</sup> را تایید کرده‌اند بدین معنی که تجاوز و خشونت بزرگسالان نتیجه رفتارهای خشونت‌آمیزی است که آنها در دوران کودکی قربانی یا شاهد آن بوده‌اند (Chibucos & Leite, ۲۰۰۵: ۹۸).  
در دهه ۱۹۹۰ نیز، آلبرت بندورا<sup>۵</sup> بیان کرد که غالب رفتارهای انسان از طریق مشاهده و در

1- Coakley

2- Barnett

3- Social Learning Theory

4- Cycle of violence hypothesis

5- Albert Bandura

بر طبق نظریه ماشه چکان<sup>۱</sup> فرد قربانی خشونت، زمینه ظهور، موجبات تحریک و اعمال خشونت را از سوی مرتکب خشونت فراهم می کند. در واقع خشونت علیه زنان اغلب با جمله «حق اش بود» توجیه می شود. زوج هایی که برای حل مسائل خود دست به مشاجره کلامی می زنند به احتمال زیاد کارشان به خشونت و درگیری می کشد و اغلب طرفی که از مهارت های کلامی ضعیف تر برخوردار است، کمبود آن را با خشونت جبران می کند (محبی، ۱۳۸۰: ۱۲). سولیز<sup>۲</sup> به تحلیل پرونده مردانی پرداخت که به خشونت یا قتل همسر یا معشوقه خود متهم بودند و به این نتیجه رسید که عامل عمده خشونت مردان علیه همسرانشان تحریک زن و انجام رفتارهایی بود که منجر به عصبانیت و خورد شدن اعصاب مردان می شد (آبوت و والاس، ۱۳۸۸: ۲۳۱).

دیدگاه فمینیستی<sup>۳</sup> نیز معتقد است خشونت علیه زنان به خصوص خشونت خانگی، ریشه در فرهنگ و ساختار سیاسی جامعه دارد که پدرسالاری را تشویق می کند و زنان در روابط صمیمی تحت سلطه مردان قرار می گیرند (Blanca et al, ۲۳۹: ۲۰۴-۲۴۰). دیدگاه فمینیستی تسلط مرد و اجتماعی شدن جهت استفاده از قدرت را منشاء خشونت می داند. این دیدگاه بیان می کند خشونت خانگی نتایج پدرسالاری و تسلط مرد و نابرابری جنسی است (Zavala, ۲۰۰۷: ۸).

همچنین، نظریه شبکه<sup>۴</sup> بر روابط زوجین و شبکه خویشاوندی تاکید دارد و بیان می کند که هرچه روابط بین شبکه کمتر و سست تر باشد، زوجین وظایف خود را بهتر انجام می دهند. پس اگر شبکه قوی باشد، زوجین خود نمی توانند تصمیمات لازم را اتخاذ کنند؛ چراکه باید براساس شرایط و روابط شبکه عمل کنند و دخالت دیگران را در زندگی خود قبول کنند. الیزابت بات<sup>۵</sup> این مساله را زمینه بروز اختلافات و همسر آزاری در خانواده می داند و معتقد است در نتیجه دخالت دیگران، خانواده دچار انحلال می شود (ریاحی، ۱۳۸۶: ۱۲۰).

سلامت روانی نیز، از مباحث اساسی در حیطه علوم اجتماعی و روانشناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی را به خود معطوف ساخته

- 1- Trigger Theory
- 2- Solis
- 3- Feminist Theory
- 4- Network Theory
- 5- Elyzabet Bat

است. واژه Haelth، از کلمه Holth یونانی برخاسته که بعدها در انگلیسی Wholness و Holestic نیز از همین واژه اتخاذ شده است، به معنی کمال و کامل و جامع، که نشان دهنده مقوله های تندرستی فرد کامل، تمامیت و صحت و آسایش اوست. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی نه فقط فقدان بیماری و نقص عضو است بلکه حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی را نیز در برمی گیرد. سلامت روان طبق این تعریف، مفهوم گسترده تر و فراتری از عدم بیماری دارد و نیز سلامتی موضوعی چند بعدی در نظر گرفته شده است که با سه بعد روانی، جسمانی و اجتماعی سر و کار دارد (بیابانگرد و جوادی ۱۳۸۳:۱۴۱).

سلامت روانی، در برگیرنده عناصر و عوامل موثر بر آن، هم درون شخص و هم بیرون از او در جامعه ای که در آن زندگی می کند قرار دارد. این عناصر و عوامل برهم اثر می گذارند و از این برهم کنش ممکن است سلامت ارتقاء یا کاهش یابد و از این رو سلامت کل جامعه را می توان نتیجه برهم کنش های بسیار دانست. گزارش لالنده<sup>۱</sup> (۱۹۷۴)، چهار حیطه تعیین کننده سلامت را چنین بیان می کند: فاکتورهای ژنتیک و بیولوژیک که می تواند تعیین کننده آمادگی فرد برای پذیرش یک بیمار باشد، فاکتورهای مربوط به شیوه زندگی و رفتارها، مانند سیگار کشیدن، روابط بین اعضای خانواده و ...، فاکتورهای زیست محیطی مانند مسکن، آلودگی هوا، و دامنه و گستردگی خدمات بهداشتی. وایتهد<sup>۲</sup> نیز، لایه های موثر بر سلامت را اینگونه بیان می کند: رفتارهای شخصی و شیوه زندگی؛ حمایت ها و تاثیرات جامعه که می تواند تداوم بخش یا مخرب سلامت باشد؛ وضع زندگی و کار و دسترسی به خدمات و تسهیلات؛ وضع اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی مانند استانداردهای زندگی، بازار کار و ... (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۲:۲۴۵).

چاهن<sup>۳</sup> سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روانشناختی تعبیر می کند که عبارت است از: حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده در تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می شود. محقق انگلیسی، بروکینگتون<sup>۴</sup>، سلامت روانی را احساس شادابی جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت براساس عملکرد

1-Lalonde  
2-Whitehead  
3-Chauhen  
4-Brokington

## Archive of SID

عادی بافت ها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی که موجب فراهم گردیدن وسائل زندگی سرشار از نشاط برای انجام خدمات و کارهای عادی می باشد، تعریف می کند (محسنی، ۱۳۷۶: ۴۴).

آلفرد آدلر<sup>۱</sup>، معتقد است فرد دارای سلامت روان، روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه های اجتماعی به درستی می شناسد. همچنین فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. به نظر ویلیام گلاسر<sup>۲</sup>، انسان سالم کسی است که عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت نماید. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تایید کنند. و اینکه مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند. پذیرش مسئولیت کاملترین نشانه سلامت روانی است. مکتب رفتارگرایی<sup>۳</sup> نیز از جمله بی اف اسکینر<sup>۴</sup>، معتقد است سلامت روانی افراد تحت تاثیر روابط متقابل فرد و محیطی که (اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی) فرد در آن زندگی می کند قرار می گیرد. در نتیجه وقتی محیط زندگی فرد به گونه ای باشد که ناسازگار یا مشکل آفرین برای افراد باشد، بالطبع سلامت روانی آنها را به خطر خواهد انداخت (صوفیانی، ۱۳۸۶: ۳۸). همچنین آبراهام مازلو<sup>۵</sup>، در خصوص سلامت روان انسان، محرک های بیرونی را بسیار تاثیر گذار ارزیابی می داند و اعتقاد دارد که ارضاء نیازهای فیزیولوژیک، امنیت، عشق و خودشکوفایی باعث ایجاد احساس کاهش استرس و تامین احساس آرامش شده و برای پرورش سلامت و تن و روان لازم است (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸: ۱۶۴).

نیل<sup>۶</sup> و همکاران نیز، در زمینه سلامت افراد با توجه به جنسیت آنان معتقدند که با وجود این که زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند، وضعیت سلامتی آنان در مقایسه با مردان، پایین تر است. زنان همچنان بیشتر احتمال دارد که اضطراب و افسردگی را تجربه نمایند. شاید بتوان گفت پایین بودن سلامتی زنان نسبت به مردان، به خاطر زیاد بودن طول عمر آنان می باشد. چرا که وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین با وضعیت سلامتی پایین ارتباط

- 
- 1- Alfred Adler
  - 2- William Glasser
  - 3- Behaviorism Perspective
  - 4- B.F.Skinner
  - 5- Abraham Maslow
  - 6- Neal



دارد و زنان نیز به احتمال بیشتری نسبت به مردان، دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین هستند. البته، عوامل محیطی مختلفی نیز از جمله: استرس در رابطه با وضعیت پایین اجتماعی- اقتصادی، تبعیض، دسترسی کمتر به مراقبت بهداشتی، وقایع ناگوار زندگی زناشویی و... در این امر دخیل هستند (صوفیانی، ۱۳۸۶: ۵۱).

### پیشینه تجربی تحقیق

قهاری و همکاران وی، تحقیقی تحت عنوان «بررسی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری در شهر تهران» در سال ۱۳۸۵، انجام داده اند. در این مطالعه ۱۱۸۶ زن به صورت تصادفی سیستماتیک از کلیه مناطق تهران انتخاب شدند و پرسشنامه همسرآزاری و سلامت عمومی GHQ-۲۸ را تکمیل نمودند. نتایج بدست آمده نشان داد که رابطه بین انواع همسرآزاری به عنوان متغیر پیش بین با هر یک از ابعاد سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک (Y) که با استفاده از تحلیل رگرسیون انجام شد، بین این متغیرها رابطه مثبت وجود دارد. یعنی تجربه بدرفتاری دیدن از هر نوع، پیش بینی کننده بروز اختلال در سلامت روانی فرد است. و اینکه تجربه بدرفتاری جنسی با تجربه مشکلات روانشناختی بیشتری در زنان قربانی همسرآزاری رابطه دارد (قهاری و همکاران، ۱۳۸۵: ۵۸).

تحقیقی تحت عنوان «همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان- استان چهارمحال و بختیاری» در سال ۱۳۸۵، توسط معزی و همکاران وی، به انجام رسیده است، این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی است که بر روی ۳۸۰ زن ارجاع شده به پزشکی قانونی استان به علت همسرآزاری به عنوان گروه مورد مطالعه و ۳۸ نفر از زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی استان به دلایل غیر از خشونت به عنوان گروه شاهد صورت گرفت. یافته های پژوهش حاکی از آن است که نمره آزمودنی های گروه مورد در ابعاد شکایات جسمانی، افسردگی و وسواس بیش از نقطه برش (۲) بوده و نیاز به درمان دارد. مقایسه بین گروه مورد مطالعه و گروه شاهد نشان داد که اختلاف معنی داری بین ۳ بعد شکایات جسمانی ( $P=0/01$ )، افسردگی ( $P=0/008$ ) و پرخاشگری ( $P=0/037$ ) وجود دارد (معزی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۰).

تحقیق دیگری توسط پناغی و همکاران وی، تحت عنوان «همسرآزاری و سلامت روانی: نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای» در شهر تهران و در سال ۱۳۸۷، انجام شد.

## Archive of SID

نتایج براساس تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که زنان آزار دیده در حمایت اجتماعی و سلامت روانی نمره های پایین و در راهبردهای مقابله ای نمره های بالاتری کسب کردند. در این مطالعه همچنین بین متغیرهای تجربه خشونت در خانواده اولیه و پدرسالاری با خشونت خانگی تفاوت معنی داری بدست آمد و نتایج نشان داد که سلامت روانی زنان آزار دیده به طور معنی داری کمتر از زنان گروه گواه می باشد (پناغی و همکاران، ۱۳۸۷: ۶۹).

بتول احمدی و همکاران وی نیز، تحقیقی را تحت عنوان «تاثیر خشونت های خانگی بر سلامت روان زنان متاهل تهران» با ۱۱۸۹ نفر نمونه زن متاهل ۱۵ سال به بالا طی سال ۱۳۸۵، انجام دادند. نتایج نشان داد که ۳۵/۷ درصد تحت انواع خشونت خانوادگی قرار داشتند که به تفکیک، ۳۰ درصد تحت خشونت جسمی، ۲۹ درصد تحت خشونت روانی و ۱۰ درصد تحت خشونت جنسی بودند. از لحاظ وضعیت سلامت روان، ۳۴/۱ درصد نمونه ها مشکوک به اختلال روانی (اضطراب و افسردگی) بوده اند. این میزان در افرادی که تحت خشونت خانگی قرار داشته اند ۳/۵ برابر افرادی بود که تحت خشونت خانگی نبودند. همچنین بین متغیرهای اعتیاد همسر، وضعیت اقتصادی پایین و تعداد فرزندان بیشتر در خانواده، دخالت خویشاوندان با همسر آزاری ارتباط معنی دار آماری حاصل شد ( $P < 0/0001$ ). (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۵).

تحقیق دیگری تحت عنوان «بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موثر بر خشونت علیه زنان در شهر نقده» توسط اللهوردیان عیدی در سال ۱۳۸۴ با روش پیمایش و از طریق ابزار پرسشنامه با ۳۲۰ نفر زن که به روش نمونه گیری طبقه ای متناسب انتخاب شده بودند، انجام شده است. میزان همسر آزاری ۳۲ درصد برآورد شد. برخی از نتایج نشان داد که بین متغیرهای سن ازدواج زن، بعد خانوار، تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدر شوهری، اعتقاد به پدرسالاری، با خشونت علیه زنان از لحاظ آماری رابطه معنی داری وجود دارد (عیدی، ۱۳۸۴: ۲).

امرالله رئیسی سرشنیزی تحقیقی را تحت عنوان «خشونت علیه زنان و عوامل موثر بر آن: مطالعه موردی شهر کرد» را در سال ۱۳۸۰ در بین ۱۶۲ زوج (مرد و زن) انجام داد. نتایج نشان داد که بین نوع شغل مرد پدرسالاری، بین دخالت اطرافیان، آشنایی قبل از ازدواج با متغیر خشونت علیه زنان رابطه معنی داری وجود دارد (رئیسی سرشنیزی، ۱۳۸۱: ۴۵).

تحقیقی دیگری تحت عنوان «وقوع خشونت خانوادگی و اثر آن بر روی سلامت روانی

زنان کره جنوبی» توسط جایوب کیم و همکاران، در سال ۲۰۰۹ انجام شده است و نتایج حاکی از آن است که میزان وقوع خشونت‌های روانی، فیزیکی و جنسی از جانب شوهر در بین زنان کره جنوبی به ترتیب ۲۶/۴ درصد، ۲۹/۵ درصد و ۳/۷ درصد می‌باشد. همچنین، رابطه معنی‌داری بین مشاهده و تجربه خشونت در خانواده پدری زن و خشونت خانوادگی علیه زنان به دست آمده است. همچنین زنانی که از سوی شوهرانشان مورد خشونت واقع می‌شدند نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای را نداشتند افسردگی، استرس، اختلال در عملکرد اجتماعی و عزت نفس پایین تری داشتند (Kim & et al, ۲۰۰۹: ۱۹۳).

تحقیق دیگری توسط جولیا اسکوماچر و همکاران تحت عنوان «عوامل موثر خشونت مرد علیه زن» طی سال ۲۰۰۱، انجام شد. نتایج حاکی از آن بود متغیرهای اقتدارطلبی مرد، مشاهده و تجربه خشونت در دوران کودکی، افسردگی ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر با متغیر خشونت علیه زنان رابطه معنی‌داری داشت (Schumacher et al, ۲۰۰۱: ۲۸۱).

مطالعه‌ای توسط کولن فیشر و همکاران وی، تحت عنوان «سلامتی مشکل اساسی: روابط متقابل بین خشونت خانوادگی، سلامت زنان و بخش سلامت: مطالعه موردی در استرالیا» با هدف بررسی رابطه بین سلامت و خشونت خانگی در بین زنان استرالیایی غربی در سال ۲۰۰۷، انجام شد. نتایج حاکی از آن که خشونت خانگی از هر نوع، بر سلامت روانی زنان تاثیر بسزایی دارد و باعث اختلال در اعصاب و روان، افسردگی، اغتشاشات ذهنی‌شان می‌شود. همچنین اکثر آنها عوامل موثر بر خشونت را اعتقاد به پدرسالاری از سوی مرد و دخالت خویشاوندان شوهر اعلام داشتند (Fisher et al, ۲۰۰۷: ۱۷۴۲).

تحقیقی دیگری نیز، تحت عنوان «همسرآزاری: یافته‌های پیمایش جنایی در انگلستان با پرسشنامه خود تکمیلی» توسط کاترینا میرلس طی سال ۱۹۹۹، انجام شد، نمونه آماری مورد بررسی را زنان و مردان متأهل ۵۹-۱۶ ساله تشکیل می‌دادند. نتایج حاصل نشان داد که بیشتر زنان قربانی خشونت از آسیب‌هایی نظیر سردردهای مزمن، افسردگی، اضطراب، ضعف در عملکردهای روزانه، اختلال در برقراری روابط، تمایل به خودکشی رنج می‌بردند. حدود ۴۰ درصد زنان مدعی بودند که خود نیز عامل خشونت بوده‌اند و اینکه بین انواع خشونت و سلامت روانی رابطه معنی‌دار منفی نشان داده شد و در این بین خشونت روانی بیشترین تاثیر را بر روی سلامت زنان داشته است (Mirrlees, ۱۹۹۹: ۳۲-۳۳).

## فرضیه های تحقیق

با توجه به مطالب و توضیحات ارائه شده در بخش تئوریک پژوهش در ارتباط با پدیده خشونت خانگی و سلامت روانی و همچنین پیشینه عملی مذکور، فرضیه های پژوهش حاضر به صورت زیر ارائه می گردد:

بین خشونت خانگی علیه زنان و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.  
 بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری و خشونت خانگی علیه زنان رابطه وجود دارد.  
 بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.

بین پدرسالاری و خشونت خانگی علیه زنان رابطه وجود دارد.  
 بین پدرسالاری و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.  
 بین دخالت خویشاوندان شوهر و خشونت خانگی علیه زنان رابطه وجود دارد.  
 بین دخالت خویشاوندان شوهر و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.  
 بین تحریک شوهر از سوی زن و خشونت خانگی علیه زنان رابطه وجود دارد.  
 بین تحریک شوهر از سوی زن و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.

## روش شناسی

روش تحقیق به کار رفته در این پژوهش، براساس هدف تحقیق، از نوع کاربردی و براساس نحوه گردآوری داده ها، پیمایشی است. همچنین از لحاظ میزان ژرفایی پهنانگر بوده و با در نظر گرفتن معیار زمان، مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه زنان متاهل شهر تبریز می باشد که براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۳۸۵، به تعداد ۳۷۸۴۶۰ نفر زن متاهل می باشد که از این میان، ۳۸۴ نفر به روش نمونه گیری تصادفی طبق به نسبت ۸ منطقه شهرداری و با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردیده است. جدول شماره (۱)، تعداد نمونه اختصاصی را به تفکیک مناطق نشان می دهد:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nd^2 + t^2 pq} \quad n = \frac{378460 \times (1.96)^2 \times .5 \times .5}{378460 \times (0/05)^2 + (1.96)^2 \times .5 \times .5} = 384$$

مناطق شهرداری	کل جمعیت زنان متأهل به تفکیک منطقه	تعداد نمونه اختصاصی
منطقه ۱	۸۳۳۵۰	۸۵
منطقه ۲	۷۷۵۹۳	۷۹
منطقه ۳	۹۱۵۶۳	۹۳
منطقه ۴	۸۲۰۴۴	۸۳
منطقه ۵	۱۸۳۶۷	۱۹
منطقه ۶	۷۰۰۸	۷
منطقه ۷	۱۳۳۷۸	۱۳
منطقه ۸	۵۱۸۴	۵
جمع کل	۳۷۸۴۶۰	۳۸۴

### وسیله اندازه گیری تحقیق

برای سنجش متغیر وابسته (سلامت روانی) در پژوهش حاضر از معرف های علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی استفاده گردید. به عبارتی، پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) دارای ۴ زیر مقیاس، هر کدام با ۷ گویه می باشد: خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹: ۳۱۰). همچنین جهت سنجش متغیر خشونت خانوادگی علیه زنان از پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان استفاده شده است. این پرسشنامه، شامل ۳۲ ماده و ۴ عامل است؛ عامل اول که شامل ماده های ۱۶-۱ است خشونت روانی را می سنجد، عامل دوم که شامل ماده های ۲۷-۱۷ می باشد، خشونت فیزیکی را می سنجد، عامل سوم که شامل ماده های ۳۰-۲۸ است، خشونت جنسی و عامل چهارم که شامل ماده های ۳۱ و ۳۲ می باشد، خشونت اقتصادی را می سنجد (رحیمی، ۱۳۸۷).

برای سنجش سایر متغیرهای مستقل تحقیق، از پرسشنامه محقق ساخته در قالب طیف لیکرت و در سطح سنجش رتبه ای استفاده شده است؛ که شامل متغیرهای پدرسالاری (به تعداد ۹ گویه) با معرف هایی چون میزان اقتدارطلبی مرد در امور زناشویی نظیر زمان بچه دار شدن، محل سکونت، دید و بازدید اقوام و همسایگان، ملاقات زن با دوستان؛ متغیر تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری زن (به تعداد ۸ گویه) با معرف هایی چون وجود بگو مگوهای لفظی، میزان محدود کردن رفت و آمدها، نگه داشتن احترام،

## Archive of SID

کنترل تماس های تلفنی در خانواده پدرشوهر؛ متغیر دخالت خویشاوندان شوهر (به تعداد ۶گویه) با معرفیهایی نظیر دخالت در اموری مانند نحوه هزینه های زندگی، نحوه و زمان مسافرت، برگزاری مراسم های خانوادگی؛ متغیر تحریک شوهر از سوی زن نیز (به تعداد ۱۱گویه) با معرف های چون ایرادگیری، لجبازی، چشم و هم چشمی، فامیل را به رخ شوهر کشیدن، کنترل رفتارهای جزئی شوهر می باشد.

برای ارزیابی اعتبار<sup>۱</sup> وسیله های اندازه گیری از اعتبار محتوایی<sup>۲</sup> استفاده گردید؛ بدین معنی که برای ارزیابی اعتبار ابزار اندازه گیری از نظر افراد صاحب فن برای بررسی فضای مفهومی استفاده گردید. همچنین برای ارزیابی پایایی<sup>۳</sup> پرسشنامه ها از ضریب آلفای کرونباخ<sup>۴</sup> استفاده گردید. مقدار ضرایب حاصله بالاتر از ۰/۷ بوده که این امر نشان می دهد پایداری درونی بین گویه ها در حد قابل قبولی بوده است. جدول شماره (۲)، ضریب آلفای بدست آمده برای هر یک از متغیرهای تحقیق را نشان می دهد:

جدول شماره ۲: ضریب پایایی متغیرهای تحقیق

ضریب پایایی	متغیرهای تحقیق
۰/۹۵۸	خشونت خانگی علیه زنان
۰/۹۴۸	سلامت روانی
۰/۸۹۷	پدرسالاری
۰/۸۷۶	تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری زن
۰/۷۱۳	دخالت خویشاوندان شوهر
۰/۷۷۴	تحریک شوهر از سوی زن

### تعاریف مفهومی متغیرهای تحقیق

خشونت خانگی علیه زنان: رفتاری که بوسیله مردان برای کنترل همسرانشان اعمال و باعث آسیب های روانی، فیزیکی و جنسی می شود و انزوای اجتماعی و یا محرومیت اقتصادی را در پی دارد، به گونه ای که زن در ترس و وحشت زندگی می کند (اعظم زاده و دهقان فرد، ۱۳۸۵: ۱۶۷). بارنت، همسرآزاری را به عنوان الگویی از رفتارهای تهاجمی و اجباری شامل حملات فیزیکی، جنسی و روانی و همچنین فشار و تهدیدهای اقتصادی که افراد علیه جفت (شریک) صمیمی شان به کار می برند، تعریف کرده است (اعزازی، ۱۳۸۳: ۵۰).

1- Validity

2- Content Validity

3- Reliability

4- Cronbachs Alpha

سلامت روانی: سلامت روانی عبارت است از استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و موثر کار کردن، انعطاف پذیر بودن در موقعیت های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود (لهسایی زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۷۰).

پدرسالاری: پدرسالاری عبارت از اعتقاد مرد به برتری جنس مذکر و سلطه او در همه ارکان حیات خانوادگی و اجتماعی است که در نتیجه نابرابری جنسی در جامعه بوجود آمده است، بدین طریق مرد اجازه می یابد از قدرت اش علیه زن استفاده نموده و او را تحت کنترل خود درآورد (Zavala, ۲۰۰۷: ۸).

دخالت خویشاوندان شوهر: عبارت از میزان تاثیرگذاری خویشاوندان شوهر در زندگی زناشویی زوجین می باشد؛ به نحوی که روند ثابت و سالم زندگی زوجین را دچار بحران نموده و احتمال اختلاف، خشونت، یا جدایی را در بین آنها افزایش می دهد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۲۳).

تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدر شوهری: هرگونه آزاری که در طی دوران کودکی از طرف والدین نسبت به فرد اعمال شده و یا شاهد کتک کاری و بی احترامی پدر نسبت به مادرش بوده است (عیدی، ۱۳۸۴: ۲۴).

تحریک مرد از سوی همسر: عبارت است از این که زن قربانی خشونت، خود زمینه ظهور، موجبات تحریک و اعمال خشونت را از سوی مرتکب خشونت یعنی شوهر اش فراهم می کند (مجبی، ۱۳۸۰: ۱۲).

## یافته های توصیفی تحقیق

### الف) متغیرهای زمینه ای

مطابق یافته های پژوهش، میانگین سن زنان مورد مطالعه، تقریباً ۳۴ سال بوده است؛ میانگین سن ازدواج زنان ۲۰/۷۱ سال می باشد؛ میانگین سن شوهران مورد مطالعه، تقریباً ۴۰ سال بوده است و میانگین سن ازدواج آنان ۲۶/۷۴ سال برآورد شده است؛ همچنین مطابق یافته ها، میانگین اختلاف سنی زوجین ۶/۱۱ سال می باشد؛ میانگین سالی هابی هم که از ازدواج زوجین می گذرد ۱۳/۳۶ سال برآورد گردیده است و میانگین متغیر تعداد اعضای خانواده نیز برابر با ۳/۶۱ می باشد.

همچنین نتایج حاکی از آن است که ۷۶/۸ درصد زنان مورد مطالعه با شوهرشان ارتباط

فامیلی ندارند، ۵۷/۶ درصد پاسخگویان با شوهرشان قبل از ازدواج آشنایی نداشتند، ۹۵/۸ درصد پاسخگویان و شوهر آنان برای اولین بار است که ازدواج کرده اند، ۹۹/۵ درصد شوهران نمونه مورد مطالعه یک زن داشتند، ۹۰/۶ درصد شوهران پاسخگویان از لحاظ جسمی و ۹۴ درصد آنها از لحاظ روحی سالم بودند، ۹۲/۷ مردان از الکل و ۹۶/۱ درصدشان از مواد مخدر استفاده نمی کردند، ۹۹ درصد پاسخگوها اذعان داشته اند که شوهرشان سابقه کیفری ندارد.

### ب) متغیر سلامت روانی

برای سنجش سازه سلامت روانی از پرسشنامه استاندارد مشتمل بر ۲۸ گویه در قالب چهار بعد علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی که به صورت طیف لیکرت تنظیم شده بود، استفاده گردید، هر کدام از این ابعاد حاوی ۷ گویه می باشند. نتایج نشان می دهد: میانگین بعد علائم جسمانی برابر با ۱۴/۱۱ می باشد، که با توجه به میزان حداکثر ۲۶ و حداقل ۷، میانگین مذکور در حد متوسط رو به پایین می باشد؛ میانگین بعد اضطراب و بی خوابی ۱۳/۹۱ برآورد شده، که از مقدار متوسط پایین تر است؛ میانگین بدست آمده برای بعد اختلال در عملکرد اجتماعی، ۱۳/۹۹ است، که پایین تر از مقدار متوسط قرار دارد؛ بعد افسردگی نیز با میانگین ۱۳/۱۷، با توجه به حداکثر ۲۵ و حداقل ۷ آن، پایین تر از مقدار متوسط می باشد. به طور کلی، می توان گفت که با توجه به میانگین های برآورد شده چهار بعد سلامت روانی، زنان متأهل، اختلالات روانی متوسط رو به پایینی را تجربه کرده اند؛ میانگین اختلال روانی کل نیز، در بین آزمودنی ها در حد متوسط رو به پایین قرار دارد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: آماره های توصیفی ابعاد متغیر سلامت روانی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	جولگی	ماکزیم	مینیم	دامنه تغییرات	مقدار متوسط
علائم جسمانی	۱۴/۱۱	۳/۴۹	۰/۵۷	۲۶	۷	۱۹	۱۶/۵
اضطراب و بی خوابی	۱۳/۹۱	۴/۹۲	۰/۶۸	۲۸	۷	۲۱	۱۷/۵
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۳/۹۹	۳/۴۵	۰/۶۴	۲۷	۷	۲۰	۱۷
افسردگی	۱۳/۱۷	۳/۶۶	۱/۲۷	۲۵	۷	۱۸	۱۶
سلامت روانی	۵۵/۱۲	۱۲/۵۹	۰/۸۰	۹۵	۳۴	۶۱	۶۴/۵



### ج) متغیر خشونت خانگی

برای سنجش سازه همسرآزاری از پرسشنامه استاندارد مشتمل بر ۲۸ گویه، که در قالب چهار بعد همسرآزاری روانی با ۱۳ گویه، همسرآزاری فیزیکی با ۱۰ گویه، همسرآزاری جنسی با ۳ گویه و همسرآزاری اقتصادی با ۲ گویه به صورت طیف لیکرت طراحی شده بود، استفاده گردید. نتایج حاکی از آن است که: میانگین همسرآزاری روانی ۲۱/۱۲ برآورد شده است که با در نظر گرفتن حداکثر ۵۲ و حداقل ۱۳، پایین تر از مقدار متوسط بوده و در حد ضعیفی است؛ میانگین همسرآزاری فیزیکی ۱۲/۲۸ حاصل آمده است که با توجه به حداکثر ۴۰ و حداقل ۱۰ این بعد از همسرآزاری، میانگین حاصله پایین تر از حد متوسط بوده و ضعیف می باشد؛ میانگین حاصله همسرآزاری جنسی به میزان ۴/۲۸، با توجه به حداکثر ۱۲ و حداقل ۳، پایین تر از مقدار متوسط بوده، و در حد ضعیفی می باشد؛ میانگین همسرآزاری اقتصادی ۲/۹۲ برآورد شده که با در نظر گرفتن ماکزیمم ۸ و مینیمم ۲، در حد ضعیفی قرار دارد و پایین تر از مقدار متوسط می باشد؛ میانگین همسرآزاری کل، در بین آزمودنی ها، ۴۰/۵۹ حاصل شده که با توجه به میزان حداکثر ۱۰۴ و حداقل ۲۸ این متغیر، میانگین حاصله پایین تر از مقدار متوسط بوده و در حد پایینی قرار دارد. بطور کلی می توان بیان کرد که میزان همسرآزاری اعمال شده از سوی شوهران در حد ضعیفی می باشد و در این میان بیشترین میزان خشونت اعمال شده علیه زنان از نوع خشونت روانی می باشد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: آماره های توصیفی ابعاد متغیر همسرآزاری

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	ماکزیمم	مینیمم	دامنه تغییرات
همسرآزاری روانی	۲۱/۱۲	۹/۴۹	۱/۲۶	۵۲	۱۳	۳۹
همسرآزاری فیزیکی	۱۲/۲۸	۵/۵۵	۳/۲۲	۴۰	۱۰	۳۰
همسرآزاری جنسی	۴/۲۸	۲/۲۸	۱/۷۸	۱۲	۳	۹
همسرآزاری اقتصادی	۲/۹۲	۱/۶۵	۱/۹۱	۸	۲	۶
همسرآزاری	۴۰/۵۹	۱۶/۰۳	۱/۶۵	۱۰۴	۲۸	۷۶

### د) متغیر های مستقل تحقیق

برای سنجش متغیر اعتقاد مرد به پدرسالاری، از ۸ گویه در قالب طیف لیکرت تنظیم شده بود استفاده گردید و نتایج نشان داد: متغیر پدرسالاری با میانگین ۱۷/۴۷، با توجه به حداکثر ۳۲ و حداقل ۸، پایین تر از مقدار متوسط می باشد، به عبارتی اعتقاد مرد به پدرسالاری

## Archive of SID

اندکی پایین تر از حد متوسط می باشد؛ همچنین، جهت سنجش متغیر تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدر شوهری، ۹ گویه در قالب طیف لیکرت طراحی شده بود که نتایج حاکی از آن است: که میانگین متغیر تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدر شوهری، ۱۶/۸۶ بوده، که این میانگین با در نظر گرفتن میزان حداکثر ۳۵ و حداقل ۹ تجربه خشونت در خانواده پدر شوهری، پایین تر از مقدار متوسط می باشد، بدین معنی که مشاهده و تجربه خشونت در خانواده پدر شوهری در حد متوسط رو به پایین قرار دارد؛ جهت سنجش متغیر دخالت خویشاوندان شوهر نیز، ۶ گویه به صورت طیف لیکرت طراحی شده بود که نتایج پژوهش نشان داد: میانگین متغیر دخالت خویشاوندان شوهر، ۱۲/۲۶ بوده، که با توجه به میزان حداکثر ۲۳ و مینیمم ۶ دخالت خویشاوندان شوهر در زندگی زن و مرد، میانگین حاصله از مقدار متوسط پایین تر می باشد، بنابراین میزان دخالت خویشاوندان شوهر در زندگی زوجین در حد پایینی است؛ برای سنجش سازه تحریک مرد از سوی همسر، ۱۱ گویه در قالب طیف لیکرت طراحی شده بود، که نتایج نشان داد: که میانگین متغیر تحریک مرد از سوی زن با در نظر گرفتن ماکزیمم ۳۸ و مینیمم ۱۱، تقریباً نزدیک به مقدار متوسط است و در واقع میزان آن در حد متوسط رو به پایین برآورد شده است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: آماره های توصیفی متغیر های مستقل تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	ماکزیمم	مینیمم	دامنه تغییرات	مقدار متوسط
اعتقاد مرد به پدرسالاری	۱۷/۴۷	۵/۷۷	۰/۲۹	۳۲	۸	۲۴	۲۰
تجربه و مشاهده خشونت	۱۶/۸۶	۵/۱۳	۰/۶۲	۳۵	۹	۲۶	۲۲
دخالت خویشاوندان شوهر	۱۲/۲۶	۳/۰۲	۰/۴۰	۲۳	۶	۱۷	۱۴/۵
تحریک مرد از سوی زن	۲۱/۳۸	۴/۹۶	۰/۱۳	۳۸	۱۱	۲۷	۲۴/۵

## یافته های استنباطی تحقیق

### آزمون همبستگی

با توجه به این که همه متغیرها در سطح سنجش فاصله ای مورد سنجش قرار گرفته اند لذا، جهت سنجش همبستگی بین متغیرهای تحقیق و متغیرهای همسرآزاری و سلامت روانی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج به شرح زیر می باشد:

رابطه خطی بین متغیرهای پدرسالاری، تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدر شوهری زن، دخالت خویشاوندان شوهر و تحریک شوهر از سوی زن با متغیرهای خشونت خانگی و سلامت روانی در سطح معنی داری ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی دار می باشد، همچنین



نوع رابطه بین متغیرهای مذکور مثبت و مستقیم می باشد؛ همبستگی بین متغیر سن ازدواج زن با متغیرهای خشونت علیه زنان و سلامت روانی با سطح اطمینان ۰/۰۱ معنی دار و معکوس تایید شد، بدین معنی که هرچه سن ازدواج زن در سن پایینی باشد به مراتب خشونت خانگی و اختلالات روانی در بین آنان بیشتر خواهد بود؛ رابطه خطی بین متغیر مدت زمان ازدواج با متغیر خشونت علیه زنان در سطح معنی داری ۰/۰۵ معنی دار بوده و رابطه خطی بین متغیر محل تولد زن با متغیر سلامت روانی نیز در سطح معنی داری ۰/۰۵، معنی دار بوده است؛ ولی همبستگی متغیر محل تولد شوهر با متغیرهای خشونت خانگی و سلامت روانی در سطح ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی دار بوده است؛ رابطه خطی بین متغیرهای تعداد اعضای خانواده، ازدواج قبلی زن و ازدواج قبلی شوهر با متغیرهای خشونت خانگی با اطمینان ۹۹ درصد به تایید رسید، ولی همبستگی این متغیرها با متغیر سلامت روانی معنی نبوده است. متغیر بیماری جسمی شوهر در سطح معنی داری ۰/۰۵ و متغیر بیماری روحی شوهر در سطح معنی داری ۰/۰۱ به ترتیب با متغیرهای سلامت روانی و خشونت خانگی علیه زنان همبستگی معنی داری داشته اند؛ متغیرهای استفاده شوهر از الکل، استفاده شوهر مواد مخدر، سابقه کیفری شوهر در سطح معنی داری ۰/۰۱ با متغیر خشونت خانگی همبستگی معنی داری داشته ولی متغیرهای مذکور، به جز متغیر استفاده شوهر از الکل با اطمینان ۹۹ درصد، با متغیر سلامت روانی زنان رابطه خطی معنی داری نداشته اند. همچنین همبستگی بین متغیر خشونت خانگی علیه زنان و سلامت روانی با اطمینان ۹۹ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۱ به تایید رسید بدین معنی که هرچه خشونت خانگی علیه زنان بیشتر باشد اختلالات روانی در بین آنان نیز بالاتر خواهد بود، در ضمن، نوع رابطه مثبت و شدت رابطه نیز متوسط برآورد گردید (جدول شماره ۹).

جدول شماره ۶: آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل تحقیق و متغیرهای خشونت علیه زنان و سلامت روانی

متغیرهای تحقیق	خشونت خانگی علیه زنان	سلامت روانی زنان
پدرسالاری	**/۴۳۷	**/۳۱۱
تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهر	**/۴۷۵	**/۴۳۶
دخالت خویشاوندان شوهر	**/۴۳۴	**/۳۸۸
تحریک شوهر از سوی زن	**/۲۵۷	**/۲۲۸
خشونت خانگی علیه زنان	-	**/۵۲۶

\*\* معنی داری در سطح ۰/۰۱ \* معنی داری در سطح ۰/۰۵ \*\*\* عدم معنی داری

تحلیل مسیر یک روش پیشرفته آماری است که به وسیله آن می توان علاوه بر، تاثیرات مستقیم، تاثیرات غیرمستقیم هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نیز شناسایی کرد. به همین خاطر در تحلیل مسیر، چندین معادله رگرسیونی وجود دارد. از طرفی در تحلیل مسیر می توان، میزان کاذب بودن روابط بین متغیرها را نیز نشان داد، بدین معنی که چقدر از این روابط ناشی از متغیر مستقل مورد نظر و چقدر ناشی از متغیرهای خارج از تحلیل می باشد (حبیب پور و صفری، ۱۳۸۸: ۵۱۴). در پژوهش حاضر جهت انجام آزمون تحلیل مسیر، از نرم افزار LISREL استفاده شده است. در تحلیل مسیر حاضر، تاثیرات مستقیم، غیرمستقیم متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد: بر اساس شاخصهای نیکویی برازش (خطا برابر با صفر، عدم معنی داری کای اسکویر، بالا بودن میزان نیکویی برازش اصلاح شده)، مدل آزمون شده، مورد تایید قرار گرفته است.

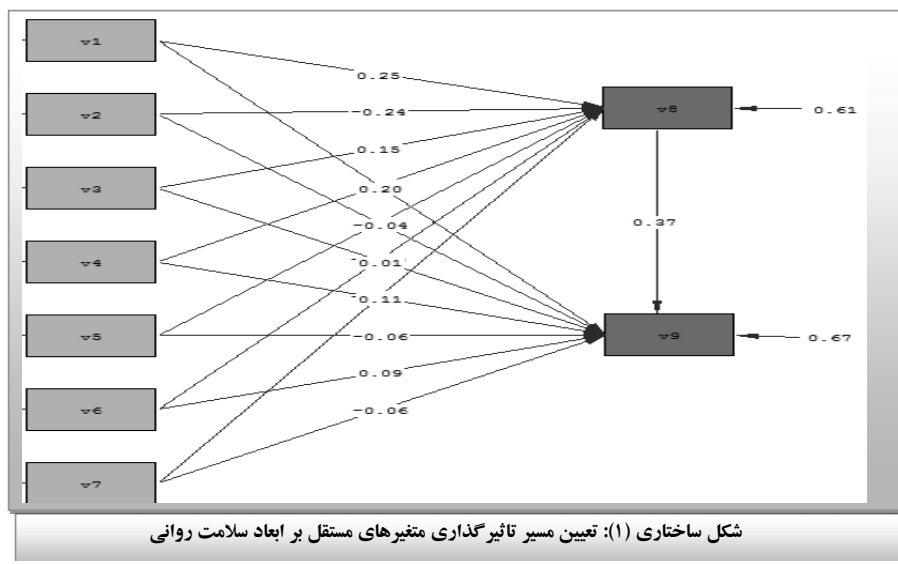
اثر مستقیم متغیر خشونت خانگی علیه زنان بر سلامت روانی  $0/37$  و معنی دار بوده است. اثر مستقیم متغیر تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری زن بر متغیر سلامت روانی،  $0/20$  بوده و متغیر مذکور از طریق متغیر خشونت علیه زنان  $0/09$  تاثیر معنی دار بر متغیر مذکور داشته است و در کل  $0/29$  تاثیر بر متغیر سلامت روانی داشته است. متغیر استفاده شوهر از الکل،  $0/04$ - اثر مستقیم و  $0/09$ - اثر غیر مستقیم یعنی از طریق متغیر خشونت خانگی علیه زنان بر متغیر سلامت روانی تاثیر داشته است و بطور کلی، تاثیر این متغیر بر متغیر وابسته،  $0/13$ - برآورد گردید. اثر مستقیم متغیر پدرسالاری نیز بر متغیر سلامت روانی  $0/01$  و تاثیر غیر مستقیم از طریق متغیر خشونت خانگی علیه زنان بر متغیر سلامت روانی  $0/05$  بوده و در مجموع  $0/06$  تاثیر بر متغیر مذکور داشته است. متغیر دخالت خویشاوندان شوهر  $0/11$  اثر مستقیم و  $0/06$  اثر غیر مستقیم و در مجموع  $0/17$  تاثیر بر متغیر وابسته سلامت روانی داشته است. اثر مستقیم متغیر تعداد اعضای خانواده نیز، بر متغیر سلامت روانی  $0/06$ - بوده است، متغیر مذکور، از طریق متغیر خشونت خانگی  $0/03$  تاثیر غیر مستقیم بر متغیر سلامت روانی داشته است. متغیر ازدواج قبلی شوهر،  $0/09$  اثر مستقیم و  $0/04$ - اثر مستقیم و در مجموع  $0/05$  تاثیر بر متغیر سلامت روانی زنان داشته است. بعلاوه، اثر مستقیم متغیر سن ازدواج زن بر سلامت روانی،  $0/06$ - و اثر غیر مستقیم آن بر متغیر وابسته مذکور از طریق

متغیر خشونت خانگی ۰/۰۳- بوده و در کل، ۰/۰۹- تاثیر بر متغیر سلامت روانی داشته است. در بین متغیرهای مذکور بیشترین تاثیر را متغیر خشونت خانگی بر متغیر سلامت روانی داشته است، همچنین متغیرهای تجربه و مشاهده خشونت، دخالت خویشاوندان شوهر و استفاده شوهر نیز به ترتیب تاثیر بیشتری بر متغیر وابسته سلامت روانی داشته اند. نکته برجسته اینکه، متغیرهای مستقل تحقیق توانسته اند ۰/۳۳ درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی و ۰/۳۹ درصد از تغییرات متغیر خشونت خانگی را تبیین نمایند (جدول شماره ۱۰ و شکل شماره ۱).

جدول شماره ۷: تحلیل مسیر میزان همسر آزاری بر اساس متغیرهای مستقل

اثرات تحلیل نشده	اثرات تحلیل شده	اثر کل	نوع اثر		متغیرهای مستقل
			اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	
۰/۷۱	۰/۳۹	۰/۳۷	-	**۰/۳۷	(V8) خشونت خانگی علیه زنان
۰/۶۷	۰/۳۳	۰/۲۹	**۰/۰۹	**۰/۲۰	(V1) تجربه و مشاهده خشونت
		-۰/۱۳	-۰/۰۹	-۰/۰۴	(V2) استفاده شوهر از الکل
		۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۱	(V3) پدرسالاری
		۰/۱۷	۰/۰۶	۰/۱۱	(V4) دخالت خویشاوندان شوهر
		-۰/۰۳	۰/۰۳	-۰/۰۶	(V5) تعداد اعضای خانواده
		۰/۰۵	-۰/۰۴	۰/۰۹	(V6) ازدواج قبلی شوهر
		-۰/۰۹	-۰/۰۳	-۰/۰۶	(V7) سن ازدواج زن
X <sup>2</sup> کمیت	درجه آزادی	سطح معنی داری	نیکویی برازش <sup>۲</sup>	نیکویی برازش <sup>۱</sup> اصلاح شده <sup>۱</sup>	خطا <sup>۱</sup>
۰/۳۵	۱	۰/۵	۱	۰/۹۹	۰

\*\* : معنی دار در سطح ۰/۰۵ \* : غیر معنی دار (V9) متغیر وابسته: سلامت روانی



- 1- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
- 2- Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
- 3- Goodness of Fit Index (GFI)

مقاله حاضر، با هدف بررسی تاثیر عوامل موثر بر خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با سلامت روانی زنان نگاهشده شده است. نتایج حاصله نشان داد که خشونت خانگی اعمال شده علیه زنان در حد ضعیفی قرار دارد و اختلالات روانی نیز در بین نمونه مورد مطالعه در حد متوسط رو به پایینی برآورد گردید. نتایج حاصله از آزمون همبستگی نیز نشان داد همبستگی بین متغیرهای پدرسالاری، تجربه و مشاهده خشونت، دخالت خویشاوندان و تحریک شوهر از سوی همسر با متغیرهای خشونت علیه زنان و سلامت روانی زنان با اطمینان ۹۹ درصد و در سطح معنی داری ۰/۰۱ معنی دار بوده است. همچنین نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر نیز حاکی از آن بود که ۳۳ درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی و ۳۷ درصد از تغییرات متغیر خشونت خانگی علیه زنان بوسیله متغیرهای به کار گرفته شده در پژوهش حاضر تبیین شده است و در ضمن، متغیرهای خشونت خانگی علیه زنان، تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری، دخالت خویشاوندان و استفاده شوهر از الکل بیشترین تاثیر را بر متغیر وابسته سلامت روانی داشته اند.

مطابق با نظریه یادگیری اجتماعی، رفتار شخص از طریق مشاهده و در طول جامعه پذیری و الگوسازی شکل می گیرد، به نظر بندورا، فرزندان با مشاهده رفتارهای خشن و نامطلوب در خانواده یاد می گیرند که خشونت چیست و چگونه باید آن را به انجام رسانید، سپس این رفتار را در زندگی شخصی خود، حتی در زندگی زناشویی به احتمال زیاد پیاده می کنند. همچنین نظریه پردازانی چون استراوس، پاترسن، اریک فروم و نوربرت الیاس هر یک به نقش مشاهده و یادگیری در شکل گیری رفتار تاکید عمده ای دارند؛ در تایید محتوای نظریات فوق، نتایج تحقیقات پناغی (۱۳۸۷)، عیدی (۱۳۸۴)، شمس اسفندآباد (۱۳۸۲)، محمدی (۱۳۸۴)، جایوب کیم و همکاران وی (۲۰۰۹)، استراوس (۱۹۸۰)، اسکوماچر (۲۰۰۱) و سگال (۱۹۹۹) نشان داد که بین دو متغیر همسرآزاری و تجربه و مشاهده خشونت رابطه معنی داری وجود دارد، پس می توان گفت که نتایج تحقیقات انجام یافته پیشین و نظریات مذکور، همخوان با نتیجه تحقیق حاضر بوده، پس قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه می باشد.

دیدگاه فمینیستی نیز، ریشه های خشونت علیه زنان را چه در سطح کلان و چه در سطح خرد مانند خانواده در ساختار نابرابر جامعه و به تبع آن پدرسالاری می داند، والبی و هارتمن نیز به عنوان دو نماینده دیدگاه فمینیستی معتقدند، پدرسالاری عامل عمده حاکمیت و ستم

مردان علیه زنان می باشد. در تایید محتوای این نظریه، نتایج تحقیقات عیدی (۱۳۸۴)، رئیسی سرتشنیزی (۱۳۸۰)، حق دوست اسکویی (۱۳۷۹)، صابریان (۱۳۸۲)، محمدی (۱۳۸۴)، فیشر و همکاران وی (۲۰۰۷)، اسکوماچر (۲۰۰۱)، سگال (۱۹۹۹) موید آن است که بین دو متغیر پدرسالاری و همسرآزاری رابطه معنی داری وجود دارد، بنابراین می توان ادعا کرد که نتایج تحقیقات انجام یافته و دیدگاه فمینیستی همسو با نتیجه پژوهش حاضر بوده، پس قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه است.

مطابق نظریه شبکه، الیزابت بات معتقد است هر چه دخالت خویشاوندان در زندگی زناشویی زوجین متراکم تر و بیشتر باشد، امکان بروز اختلافات خانوادگی نظیر میزان همسرآزاری نیز بیشتر خواهد بود. در تایید محتوای نظریه مذکور، نتایج تحقیقات صابریان (۱۳۸۲)، رئیسی سرتشنیزی (۱۳۸۰) و فیشر و همکاران (۲۰۰۷) وی حاکی از آن است که بین دو متغیر دخالت خویشاوندان شوهر و همسرآزاری رابطه معنی دار وجود دارد، پس می توان گفت که نتایج تحقیقات پیشین و محتوای نظریه فوق، همخوان با نتیجه پژوهش حاضر بوده و قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه می باشد. ولی نتیجه مذکور، منطبق با یافته تحقیق حق دوست اسکویی (۱۳۷۹) نبوده است.

بر طبق تئوری ماشه چکان نیز، خود زن زمینه را برای بروز خشونت فراهم می آورد، سولیز نیز معتقد است عواملی چون بی وفایی، جر و بحث بیش از اندازه و کوتاهی در انجام وظایف خانگی منجر به خورد شدن اعصاب شوهر شده و در نتیجه زمینه را برای بروز همسرآزاری فراهم می نماید. در تایید محتوای این نظریه، نتایج تحقیقات صابریان (۱۳۸۲) و میرلیس (۱۹۹۹) نشان داد که بین متغیرهای تحریک مرد از سوی همسر و همسرآزاری رابطه معنی داری وجود دارد، بنابراین می توان نتیجه گرفت که یافته های تحقیقات پیشین و محتوای نظریه ماشه چکان همسو و منطبق با نتیجه تحقیق حاضر بوده، پس قابل کاربرد در جامعه آماری مورد مطالعه است.

همان گونه که در بحث های نظری مطرح شد، همسرآزاری اثرات روانی نامطلوبی بر سلامت روانی زنان من الجمله افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه های جسمانی، استرس و ... دارد که این اثرات، به نوبه خود منجر به فلج شدن قدرت تصمیم گیری، پیروی از ترس، تحمیل شرایط، عدم توانایی حل مسائل و در پاره ای موارد خودکشی می گردد، ترس از خشونت نیز باعث می شود زنان نتوانند مشارکت کامل،

## Archive of SID

فراگیر و همه جانبه در زندگی اجتماعی و جامعه داشته باشند. در تایید مطالب مذکور، نتایج تحقیقات قهاری و همکاران (۱۳۸۵)، معزی و همکاران (۱۳۸۵)، پناغی و همکاران (۱۳۸۷)، احمدی و همکاران (۱۳۸۵)، کیم و همکاران (۲۰۰۹)، ساندرا و همکاران (۲۰۰۷)، رومیتو و همکاران (۲۰۰۵)، برناردا و همکاران (۲۰۰۸)، فیشرو و همکاران (۲۰۰۷)، دیوب و همکاران (۲۰۰۵)، استرایت و همکاران (۲۰۰۳)، توماس لو (۲۰۰۴)، لوکستون و همکاران (۲۰۰۶)، میچانیک و همکاران (۲۰۰۸)، میرلیس (۱۹۹۹)، رومیتو و گریسی (۲۰۰۷)، هدید و باسل (۲۰۰۷)، بوکر (۱۹۸۴)، نشان داد که بین همسرآزاری و اختلالات روانی در بین زنان رابطه معنی دار وجود دارد، پس می توان بیان کرد که نتایج تحقیقات فوق، همخوان و منطبق با نتیجه تحقیق حاضر بوده و قابل کاربرد در جامعه آماری مورد بررسی می باشد.

با توجه به نتایج حاصله از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر می توان پیشنهاداتی را در جهت کاهش و جلوگیری از دو پدیده خشونت خانگی علیه زنان و اختلالات روانی آنان ارائه نمود تا شاید پژوهش حاضر گامی هر چند کوچک در مسیر دستیابی به این مهم باشد: با توجه به تایید فرضیه رابطه بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدرشوهری، پیشنهاد می گردد که والدین باید سعی نمایند، حداقل در حضور بچه ها، از بگو مگوهای لفظی و مشاجره های شدید پرهیز کرده و به کودکان خود روش های منطقی و مسالمت آمیز حل مسائل را آموزش دهند؛ تا این که در زندگی زناشویی آینده خود کمتر به خشونت متوسل شوند. از آنجا که رابطه بین متغیر تحریک مرد از سوی زن با دو متغیر خشونت خانگی علیه زنان و اختلالات روانی به تایید رسید، لذا انتظار می رود، زنان برای داشتن یک زندگی صمیمی، موفق و بدون خشونت با همسرانشان، سعی نمایند زیاد بر روی جزئیات و مسائل ریز در زندگی زناشویی که زمینه را برای بروز مشکلات اساسی فراهم می کند، متمرکز نشوند. همچنین با در نظر گرفتن تاثیر متغیر دخالت خویشاوندان شوهر در بروز خشونت خانگی و اختلالات روانی در پژوهش حاضر، پیشنهاد می گردد زوجین تا آنجا که امکان دارد خود بسیاری از مسائل و اختلافاتشان را با همفکری و صمیمیت حل نمایند و اجازه دخالت خویشاوندان و سایر افراد را در زندگی زناشویی شان ندهند. بعلاوه، با تایید رابطه خطی بین متغیر پدرسالاری با دو متغیر وابسته خشونت خانگی علیه زنان و اختلالات روانی پیشنهاد می شود که در جامعه و همچنین در محیط خانواده، عقاید تبعیض آمیز بین زن و مرد و این که خشونت به عنوان ابزاری در جهت اعمال سلطه و اثبات برتری مرد علیه زن قلمداد می





شود، کم‌رنج‌تر گردد و نهایت امر اینکه با توجه به معنی داری رابطه بین خشونت خانگی و سلامت روانی از مقامات و مسئولین ذی ربط انتظار می‌رود که با ارائه برنامه‌ها و راهکارهای متناسب از بار مشکلات زنان خشونت دیده که زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات دیگر می‌تواند باشد، بکاهند.

- ۱- ال همپتون، رابرت و همکاران (۱۳۸۸). خشونت خانواده، پیشگیری و درمان. ترجمه داود کربلانی محمد میگوئی. تهران: نشر آفرینش.
- ۲- آبوت، پاملا و والاس، کلر (۱۳۸۸). جامعه شناسی زنان. ترجمه منیره نجم عراقی. تهران: نشر نی.
- ۳- احمدی، بتول و همکاران (۱۳۸۵). تاثیر خشونت های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۲، صص ۴۴-۳۵.
- ۴- اعزازی، شهلا (۱۳۸۳). ساختار جامعه و خشونت علیه زنان. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۸۲-۴۷.
- ۵- اعظم زاده، منصوره و دهقان فرد، راضیه. (۱۳۸۵). خشونت علیه زنان در تهران: نقش جامعه پذیری جنسیتی، منابع در دسترس زنان و روابط خانوادگی. فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۴، شماره ۱ و ۲، صص ۱۷۹-۱۵۹.
- ۶- اوتادی، مریم (۱۳۸۰). تاثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ۷- بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه (۱۳۸۳). سلامت روانشناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۱۵۵-۱۳۹.
- ۸- پناغی، لیلی و دیگران (۱۳۸۷). بررسی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری در شهر تهران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال پنجم، شماره ۱۷، صص ۷۹-۶۹.
- ۹- حبیب پور، کرم و صفری، رضا (۱۳۸۸). راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده های کمی). تهران: نشر لویه.
- ۱۰- حضوری، کلثوم (۱۳۸۶). بررسی وضعیت زنان خشونت دیده قبل و بعد از طرح شکایت در کلانتری. فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، سال سوم، شماره ۸ و ۹، صص ۹۴-۷۵.
- ۱۱- حق دوست اسکوئی، فاطمه و همکاران (۱۳۷۹). بررسی مشخصات زوجین و ارتباط آن با نوع و شدت همسرآزاری در زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر تهران. فصلنامه پرستار و جامعه، شماره ۱۶.
- ۱۲- رئیسی سرتشنیزی، امرالله (۱۳۸۱). خشونت علیه زنان و عوامل موثر بر آن مطالعه موردی شهرستان کرد. فصلنامه پژوهش زنان، شماره ۳، صص ۶۴-۴۵.
- ۱۳- رحمتی، محمد مهدی (۱۳۸۸). جامعه شناسی خشونت ورزشی. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.
- ۱۴- رحیمی، محمد (۱۳۸۷). نقش عوامل دموگرافیکی و شخصیتی در خشونت خانگی علیه زنان در استان کردستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ۱۵- ریاحی، محمد اسماعیل و همکاران (۱۳۸۶). تحلیل جامعه شناختی گرایش به طلاق (مطالعه موردی

- شهرستان کرمانشاه). فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۵، شماره ۳، صص ۱۴۰-۱۰۹.
- ۱۶- ساروخانی، باقر (۱۳۷۵). مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده. تهران: انتشارات سروش.
- ۱۷- سالاری فر، محمدرضا (۱۳۸۹). خشونت خانگی علیه زنان بررسی علل و درمان. تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان.
- ۱۸- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۲). شاخص های سلامت اجتماعی. مجله سیاسی- اقتصادی، شماره ۲۰۸، صص ۲۴۴-۲۵۳.
- ۱۹- سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۸۵). استان آذربایجانشرقی، شهر تبریز، تهران: مرکز آمار ایران.
- ۲۰- سلیمی، علی و داوری، محمد (۱۳۸۶). جامعه شناسی کجروی. تهران: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ۲۱- شمس اسفند آباد، حسن و همکاران (۱۳۸۲). بررسی میزان رواج همسرآزاری و عوامل موثر بر آن. فصلنامه مرکز مطالعات و تحقیقات زنان در دانشگاه تهران، دوره ۱، شماره ۵، صص ۸۲-۵۹.
- ۲۲- صابریان، معصومه و همکاران (۱۳۸۲). بررسی عوامل موثر در بروز خشونت خانگی و روش های مقابله با آن از دیدگاه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲. مجله پزشکی قانونی، سال ۷، شماره ۳، صص ۳۴-۳۰.
- ۲۳- صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۷). آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات اجتماعی). تهران: انتشارات سمت.
- ۲۴- صوفیانی، حکیمه (۱۳۸۶). بررسی رابطه ابعاد شخصیت و ابعاد کمال گرایی با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ۲۵- عیدی، اللهوردیان (۱۳۸۴). بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موثر بر خشونت علیه زنان در شهر نقده. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.
- ۲۶- فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۹). آزمون های روان شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: موسسه انتشارات بعثت.
- ۲۷- قهاری، شهربانو و همکاران (۱۳۸۵). بررسی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری در شهر تهران. مجله علمی علوم پزشکی گرگان، دوره ۸، شماره ۴، صص ۶۳-۵۸.
- ۲۸- محبی، فاطمه (۱۳۸۰). خشونت علیه زنان. فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان، شماره ۱۴، صص ۱۹-۶.
- ۲۹- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). جامعه شناسی پزشکی. تهران: انتشارات طهوری.
- ۳۰- محمدخانی، پروانه و همکاران (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی و مشکلات شخصی - ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۲۷.

۳۱- محمدی، فائزه (۱۳۸۴). بررسی همسرآزاری در شهر روانسر (کرمانشاه). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.

۳۲- معزی، معصومه و همکاران (۱۳۸۷). همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان استان چهار محال و بختیاری. مجله علمی دانشگاهی علوم پزشکی ایلام، دوره ۱۶، شماره ۱، صص ۲۵-۲۰.

۳۳- مولاووردی، شهیندخت (۱۳۸۵). کالبد شکافی خشونت علیه زنان. تهران: انتشارات دانش نگار.

۳۴- نجات، حمید و ایروانی، محمود (۱۳۷۸). مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال اول، شماره ۳. صص ۱۶۶-۱۶۰.

۳۵- لهسایی زاده، عبدالعلی و مرادی، گلمراد (۱۳۸۶). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۱۸۰-۱۶۱.

36- Bernarda,A.,& Lilia,B.(2008).Violence against women by their intimate partner and common mental disorders.Social Science & Medicine.66.1008-1018.

37- Blanca,M.,& et al.(2004).Lifetime abuse and mental health distress among English-speaking Latinas. Affilia Fall.19.239-256.

38- Braithwait,D.,& Baxter,L.(2006).Engaging theories in family communication. London: Sage Poblications.

39- Chibucos,T.,& Leite,R.(2005).Readings in family theory. London: Sage Poblications.

40- Diop,N.,& et al.(2005).Domestic violence against women in Egypt-wife beating and health outcoms .Social Science & Medicine.62.1260-1277.

41- Dunham,K.(1997).Social support for women who are abused in hetero sexual relationships.PhD. Dissertation. Department of Psychology.University of Windsor.Canada.

42- Fisher,C.,& et al.(2007).Health a difficult beast: The interrelations between domestic violence ,womens health and health sector an Australian case stady. Social Science & Medicine.65.1742-1750.

43- Hadeed,L.,.Bassel,N.(2007).Typologies of abuse among Afro-Trinidadian women. Journal Of Interpersonal violence.5.479-497.

44- Harne,L.,& Rad, f. J.(2008).Tackling domestic violence. New York: Open

45- Kim, J., et al.(2009). The Incidence and Impact of Family Violence on Mental Health among South Korean Women. *Korean Journal of Social Welfare*, 24.193-202

46- Loxton,D,& et al.(2006).Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *Journal Of Interpersonal violence* .8.1092-1107.

47- Mechanic,M,& et al.(2008).Mental health consequences of intimate partner abuse . *Violence Against women*.6.634-654.

48- Mirrless,C.(1999).Domestic violence : findings from a New British crime survey self-completion questionnaire. London: Home Office research studies.

49- Romito,P,& Grassi,M.(2007).Does domestic violence affect one gender more than the other ? The mental health impact of violence among male and female university students . *Journal Of Social Science & Medicine*.65.1222-1234.

50- Romito,P,Molzanturan,J,& Marchi,M.(2005).The impact of current and past interpersonal violence on womans mental health. *Social Science & Medicine*.60.1717-1727.

51- Sandera,L,& et al.(2007).Physical and sexual violence among north Carolina women association with physical health, mental health, functional impairment. *Women Health Issue*.18.130-140.

52- Schumacher,J,& et al.(2001).Risk Factors for male-to-fmale partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*.6.281-352.

53- Segal,U.(1999).Family violence: A focus on India. *Aggression and Violent Behavior*.2.213-231.

54- Standley,K.(2006).Family law. New York: Palgrare Macmillan.

55- Straight,E,& et al.(2003).The impact of partner psychological abuse on health behaviors and health status in college women. *Journal Of Interpersonal Violence* .18.1035-1054.

56- Tomasu, L. G.(2004).The relationship of abuse womens health status and healthhabit.M.A. Dissertation. College of Arts and Sciences.Ohio University.

57-Zavala,E.(2007).Non physical intimate partner violence emotional abuse and controlling behavior against women. M.A. Dissertation. Department of Sociology, Anthropology and Social Work.College of Art and Sciences.The University of Texas at E paso.

فصلنامه مطالعات اجتماعی



۹۰

فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی