

بررسی و تحلیل فرهنگی زنان قربانی همسر آزاری با رویکرد سلامت روان

کلانشهر تهران

دکتر ملیحه بنانی

حقوقدان و پژوهشگر مسایل زنان

Rajaie.mohammadali@gmail.com

تهران، شهرک غرب، خیابان زرافشان شمالی، کوچه بنفشه، پلاک ۱۱

چکیده

با وجود دگرگونی در ساختار فرهنگی و عملکردهای خانواده، بی‌تردید خانواده هم‌چنان یکی از ارکان و نهادهای اصلی جامعه به شمار می‌رود. اهمیت خانواده از این رو است که نه تنها محیط مناسبی برای همسران به شمار می‌آید، بلکه وظیفه جامعه‌پذیری و تعلیم و تربیت نسل‌های آتی را نیز بر عهده دارد. اهمیت والای خانواده زمانی بهتر درک می‌گردد که به کارکردهای اساسی و بنیادین آن توجه نمائیم. یکی از این کارکردهای اصلی، تکوین و شکل‌دهی شخصیت‌های افراد به ویژه از نظر ابعاد فرهنگی و اجتماعی است. ایفای بهینه این کارکردها نه تنها برای بقای خانواده ضروری است بلکه برای تداوم جامعه و انسجام فرهنگی - اجتماعی نیز ضروری می‌باشد. ولی با این وجود، در حال حاضر خانواده دچار آسیب‌هایی نظیر: طلاق، اختلافات زناشویی، خودکشی، کودکان فراری و خشونت خانوادگی شده است. در این بین خشونت خانوادگی پدیده‌ای است که روابط سالم خانوادگی را که برای بقا و تحکیم خانواده لازم و ضروری است، متزلزل و به عنوان یک فرهنگ ناهنجار در جامعه نهادینه می‌کند. یکی از پدیده‌هایی که مطالعه آن به سه حوزه جامعه‌شناسی، روانشناسی و فرهنگ بسیار مربوط است، خشونت و رفتارهای خشونت‌آمیز می‌باشد. خشونت نسبت به همسر یکی از معضلات بزرگ بسیاری از کشورها از جمله ایران می‌باشد که پیامدهای منفی فرهنگی، جسمانی و روانی زیادی را برای قربانیان به بار می‌آورد. نگاه یک فرهنگ به خانواده، زن و خشونت، ساختار اجتماعی و قوانین حاکم بر یک جامعه، وضعیت اقتصادی و عقاید و باورهای عمومی مردم، از اموری است که در سطح کلان می‌تواند به تبیین خشونت خانگی در هر جامعه‌ای کمک کند. نوع روابط در خانواده بر اساس رفتارهای اجتماعی و ضد اجتماعی در یک فرهنگ شکل می‌گیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت سلامت روان زنان قربانی همسر آزاری در کلانشهر تهران می‌پردازد. روش این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت و نحوه انجام توصیفی - تحلیلی است. در این تحقیق ۱۱۸۶ زن به صورت تصادفی سیستماتیک از زنانی از فرهنگ خاص شهر تهران انتخاب شدند و پرسشنامه مربوط به همسر اذیت همسر و سلامت عمومی GHQ-۲۸ را تکمیل نمودند که اطلاعات به دست آمده از طریق نرم افزار آماری SPSS و با آزمون t و تحلیل رگرسیون چند گانه تجزیه و تحلیل شدند. مهمترین یافته این مطالعه به این نتیجه می‌رسد که (۸۵/۴ درصد) بدرفتاری عاطفی، و (۳۱/۵ درصد) بدرفتاری جسمی و (۳۰ درصد) بدرفتاری جنسی و (۱۷/۴ درصد) هر سه نوع بدرفتاری را تجربه کردند. زنان قربانی خشونت از همسر آزاری، از وضعیت بدتر سلامت عمومی رنج می‌برند. به علاوه رابطه انواع همسر آزاری به عنوان متغیر پیش بین با هریک از ابعاد سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک (Y) که با استفاده از تحلیل رگرسیون چند گانه انجام شد، نشان داد که بین این متغیرها رابطه مثبت وجود دارد. یعنی تجربه بدرفتاری دیدن از هر نوع، پیش بینی کننده بروز اختلال در سلامت عمومی فرد است. در نتیجه به عبارتی بین بدرفتاری دیدن و مشکلات روان شناختی رابطه وجود دارد و در این بین قربانیان بد رفتاری جنسی و جسمی در مقایسه با قربانیان بد رفتاری عاطفی مشکلات بیشتری را تجربه کردند. در مجموع، بافت فرهنگی و اجتماعی در جامعه شهری زنان تهرانی، در نهادینه کردن فرهنگ خشونت. مجوزهای فرهنگی جدیدی را به وجود می‌آورد که در کاهش سلامت روانی زنان تاثیر دارد.

واژگان کلیدی: فرهنگ، همسر آزاری، سلامت روانی، بدرفتاری جسمی، بدرفتاری جنسی، تهران

Review and cultural analysis of women who are victims of spouse abuse with mental health approach in Tehran

Maliheh Banani

Abstract

Despite cultural changes in the structure and functions of the family, undoubtedly the family is still one of the pillars and institutions of the society. Hence the family is considered not only a suitable environment for spouses, but also performs the task of socialization and education of future generations. The importance of family is better understood when we consider the fundamental roles it plays. One of its main functions consists of developing and shaping the characters of people, especially in terms of social and cultural dimensions. These functions are essential not only for the survival of families but also for the continuation of community and sociocultural solidarity. However, the concept of family is recently traumatized by divorce, marital discord, suicide, domestic violence and runaway children. In the meantime, domestic violence is a phenomenon that shaken healthy family relationships necessary for survival and strengthening families, and is being institutionalized as a culture in the society. The study of violence and aggressive behaviors are related to three areas of sociology, psychology and culture. Violence against wives is one of the greatest problems of many countries, including Iran, which brings negative cultural, physical and mental consequences for victims. The vision of the society towards family, woman and violence, social structures and rules of the society, economic conditions and public opinions and beliefs, could help explain domestic violence in every society at the macro level. Family relations are formed on the basis of social and anti-social behaviors of a culture. This study investigates the status of mental health of women who are victims of domestic violence in the metropolis of Tehran. This study benefits an applied method and is a descriptive-analytical one. In this study, 1186 women were randomly selected with a systematic sampling from the population of women of a particular culture in Tehran were selected and filled questionnaires related to public health of wife and wife teasing and 28 GHQ. The collected data were analyzed through SPSS software and t-test and multiple regression analysis. The most important findings of this study concluded that (4/85 percent) experienced emotional abuse, and (5/31%) have experienced physical abuse, (30%) sexual abuse and (4/17 percent) experienced all three types of abuse. Women, who are victims of violence, suffer from worse health situation. In addition, the relationship of domestic violence as predictor variables with every aspect of public health as dependent variable (y) using multiple regression analysis was conducted and shows a positive relationship between these variables so there is a relationship between the experience of abuse of any kind and general health disorders. The victims of physical and sexual abuse have experienced worse situation in compare with those others. In general, social and cultural context of urban society of women in Tehran, plays an important role in the institutionalization of a culture of violence. There are new cultural permits to reduce the impact of women's mental health.

Keywords: culture, domestic violence, mental health, physical abuse, sexual abuse, Tehran

یکی از این مسائل اجتماعی که مبتلا به همه ی جوامع و مخصوصاً جوامع سنتی و در حال گذار است ، مسئله ی خشونت خانگی علیه زنان است که بازتاب نبود سرمایه های فرهنگی و اجتماعی است. بنا به تعریف سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت خانگی عبارت است از هر رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی ، جنسی یا روانی یا رنج زنان شود و چنین رفتاری می تواند با تهدید ، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی صورت گرفته و در جمع یا خفا رخ دهد (سازمان جهانی بهداشت ، ۱۳۸۰ : ۳۰) . خشونت خانگی به انواع چهارگانه ی خشونت عاطفی و روانی ، خشونت اجتماعی و اقتصادی، خشونت فیزیکی غیر مستقیم و خشونت فیزیکی مستقیم تقسیم می شود.

همسرآزاری یکی از انواع خشونت خانگی است و به هرگونه بدرفتاری عمدی نسبت به زن توسط همسر یا شریک جنسی اطلاق میشود و میتواند انواع گوناگونی از بد رفتاری های جسمانی ، عاطفی و جنسی را در برگیرد (والکر، ۱۹۹۵) خشونت و بد رفتاری نسبت به همسر پدیده ای شایع در بسیاری از ممالک جهان است و مطالعات زیادی بر شیوع بالای خشونت نسبت به زن توسط شوهر در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه اشاره دارد. در دهه ۱۹۷۰ تعدادی از محققان به موضوع زنان کتک خورده علاقه مند شدند و به دنبال آن سخنرانی ها و مباحث مختلفی مطرح گردید. پس از انجام بررسی های متعدد مشخص شد که در دهه های اخیر خشونت خانگی علیه زنان به عنوان یکی از مشکلات فراگیر و وحشتناک نمود پیدا کرده است و گرچه این خشونت از نظر شکل و دامنه متنوع است اما به طور قطع همگانی است و معمولاً پیامدهای آن نیز با آسیب جسمی شدید و حتی مرگ قربانیان همراه می باشد. در بیانیه سازمان ملل متحد در مورد حذف خشونت علیه زنان این گونه آمده است : خشونت علیه زنان هر نوع عمل خشونت آمیز وابسته به جنس می باشد که پیامد آن آسیب جسمی، جنسی و روانی است و در نهایت منجر به انواع تهدیدها و سلب آزادی زنان هم در زندگی خصوصی و هم در زندگی اجتماعی شود.

خشونت علیه زنان معمولاً دربرگیرنده یک ترکیب متغیر از تهدید، خشونت عاطفی، تجاوز جنسی و حملات جسمی است. که پیامدهای آن برای زنان می تواند به صورت دردهای جسمی و روانی، از شکل افتادگی، ناتوانی های موقتی و دایمی، سقط جنین، نقص عضو و حتی مرگ باشد. از دیگر پیامدهای منفی خشونت در قربانی ان همسرآزاری اختلالات روانپزشکی است (اسمیت ، ۱۹۹۴) و مطالعات در این راستا، به سندرم زنان کتک خورده اشاره کرده است که اختلالات افسردگی، اضطراب، علایم جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، جسمانی کردن و عزت نفس پایین را در بر میگیرد (اسکلر ، ۲۰۰۲). اختلالات اضطرابی و افسردگی، اختلال استرس پس از آسیب، احساس بی ارزشی و اقدام به خودکشی به عنوان پیامدهای شایع بد رفتاری نسبت به همسر مطرح شده اند (اسکت : ۱۹۹۹). با توجه به پیامدهای منفی خشونت و بد رفتاری، این مطالعه به منظور بررسی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری در کلان شهر تهران از نقطه نظر فرهنگی انجام شد .

ادبیات تحقیق

در سال ۱۹۷۹ والکر نتایج مطالعه خود را که از طریق مصاحبه با ۱۲۰ زن کتک خورده (به صورت غیرتصادفی) انجام داده بود منتشر کرد. وی سپس در سال ۱۹۸۴ بعد از مطالعات بسیار کتابی با عنوان «زن کتک خورده» را چاپ نمود. والکر علاوه بر سندروم زن کتک خورده دو تئوری دیگر نیز در خصوص زنان کتک خورده مورد بحث قرار داد که عبارتند از «تئوری سیکل خشونت» و «درماندگی آموخته شده». به زعم والکر در مورد زنان کتک خورده با درماندگی آموخته شده باید گفت آنها همیشه درماندگی کامل یا رفتار انفعالی محض از خود نشان نمی دهند بلکه آنان در انتخاب رفتارهای مناسب در محدودیت هستند. به خصوص رفتارهایی که قابلیت بالایی در ایجاد پیامدهای موفقیت آمیز دارند.

سلیگمن معتقد است زنان کتک خورده ای که با فرد بد رفتار باقی می ماند رفتارهای انفعالی بی انطباقی از خود نشان می دهند اما همیشه دلیل روشنی وجود ندارد که این ناشی از درماندگی آموخته شده باشد . البته محققان الگوهای دیگری از خشونت را در روابط خشونت آمیز تشخیص داده اند . مطالعات نشان می دهد که حدود ۵۰ درصد زنان کتک خورده در

خانواده‌های خشن و با سطح فرهنگی پایین بار آمده‌اند و شایع‌ترین صفت آنها وابستگی است. در مطالعه‌ای دیگر تخمین زده شده است که ۲۵ تا ۳۰ درصد تمامی زنان آمریکا حداقل یک بار در طول زندگی خود از شوهرانشان کتک خورده‌اند. اعمال خشونت علیه زنان در سیاه‌پوستان بیش از سفیدپوستان و در مناطق کم درآمد و فقیرنشین بیش‌تر از مناطق دیگر است. هامر و همکارانش در ۱۹۹۸ معتقدند، وابستگی عامل مهمی در به مخاطره‌انداختن تندرستی افراد به ویژه زنان است و اغلب باعث سوء استفاده و آسیب رساندن به آنها می‌شود و پنج عامل خودآزاری، خودکم بینی، خودپنهانی، مشکلات پزشکی و اصالت فرهنگی و خانوادگی را در ایجاد وابستگی مؤثر می‌دانند. بر اساس گزارش گیلدر و همکاران در ۲۰۰۹ جمعیت بزرگی از زنان از افزایش اعمال خشونت نسبت به خود ابا دارند چون افشا و کتمان آن را در هر دو صورت به ضرر خود می‌دانند زیرا اگر زنی خشونت همسرش را به مراجع قضایی گزارش کند، ادامه زندگی خانوادگی از وی سلب می‌شود. لذا اغلب زنان مورد خشونت قرار گرفته، علیه مردان خود شکایت نمی‌کنند. از طرفی با کتمان خشونت، فشارهای وارده بر او افزایش می‌یابد. علت این امر را می‌توان ناشی از نبود سیستم‌های حمایتی لازم دانست. ساختار جنسی و خانوادگی در جامعه همراه با وابستگی اقتصادی زنان و بی‌کفایتی سیستم دادگستری موانع اولیه‌ای هستند که باعث می‌شوند زنان نتوانند همسر بدرفتار را ترک کنند. البته دلایل اقتصادی، اجتماعی و روانی دیگری نیز وجود دارند که توضیح می‌دهد چرا زنان کتک خورده فرد بدرفتار را ترک می‌کنند. زنانی که کم‌تر از ۱۰ سال با فردی بدرفتار زندگی کرده‌اند، امیدوارند که کتک زنده رفتارش را تغییر دهد و این امیدواری مانع از ترک کردن فرد بدرفتار توسط زن می‌شود و زنانی که بیش‌تر از ۱۰ سال سابقه زندگی با فرد خشن را دارند امیدوارند که فرد خشن، بدرفتاری خود را کم کند. اما زنانی که این امیدواری‌ها را ندارند، احتمال دارد که فرد بدرفتار را ترک کنند.

السبرگ و هایس در ۲۰۱۰ پژوهش خود با موضوع بررسی واکنش زنان در مواجهه با خشونت همسر، نتیجه گرفتند که ۴۰ درصد زنان در مورد خشونت همسر خود با کسی صحبت نمی‌کنند و ۷۵ درصد نیز در این مورد طلب کمک نمی‌کنند و ۷۵ درصد نیز در این موارد طلب کمک نمی‌کنند در مقابل ۳۰ درصد، آن را با دوستان خود مطرح کرده و ۲۱ درصد به پلیس گزارش داده‌اند. بلکنپ در ۲۰۱۲ در تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که زنان در مواجهه با خشونت همسر سه نوع تصمیم از خود نشان می‌دهند: ۱- تصمیم به ترک همسر بدرفتار ۲- تصمیم به تهدید کردن همسر بدرفتار ۳- تصمیم به مقاومت در برابر خشونت همسر آن چه که بیش‌تر مطالعات به آن دست یافته‌اند این است که اکثر زنان مورد خشونت قرار گرفته توسط همسر خود در هنگام بروز خشونت هیچ کاری نمی‌کنند و از هیچ منبعی کمک نمی‌گیرند. بنابراین برای بیش‌تر محققین مربوطه این سؤال مطرح بوده است که چه عواملی ممکن است باعث شود زنان در هنگام بروز خشونت، نقش انفعالی داشته و یا به طور غیرمستقیم با بدرفتاری شوهر خود سازگار شوند.

در ایران مطالعات و پژوهش‌های اندکی در رابطه با پدیده همسرآزاری و خشونت علیه زنان صورت گرفته است. یک بررسی که در پزشکی قانونی اصفهان صورت گرفته نشان داد که ۵۰ درصد زنانی که مورد آزار و اذیت واقع شده بودند در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشته و ۵۱ درصد دارای تحصیلات زیردیپلم بوده‌اند. نتایج پژوهش دیگری که در شهر تهران انجام شد، نمایان کرد که شدت آزار توسط شوهر در زنان زیر دیپلم و خانه دار بیش‌تر بوده و اختلاف سنی زوجین با شدت آزار ارتباط داشته است. هم چنین معاشرت با همسایگان، اقوام و دوستان با شدت آزار تأثیر معکوس دارد.

در بررسی اعظمی و همکاران نیز مشخص گردید که ۵۶ درصد زنان بین ۲۰ تا ۳۰ سال سن داشته و ۸۴ درصد خانه دار بوده‌اند. از لحاظ دفعات مورد آزار جسمی قرار گرفتن ۱۶/۷ درصد از زنان ۲ تا ۳ بار در ماه مورد خشونت جسمی قرار گرفته‌اند و واکنش ۵۰ درصد از آنان نسبت به خشونت شوهر، گذشت و بخشش محض بوده است. امیرمرادی در تحقیقی به بررسی مشکلات جسمی و روانی زنان پرداخته است که به دست همسرانشان با خشونت روبرو شده‌اند. او نشان داد که شایع‌ترین مشکلات جسمی زنان در خشونت‌های خانوادگی کیبودی و گوفتگی بوده است (۹۹ درصد). همچنین، از نظر روانی ۳۵ درصد از زنان افسردگی شدید داشته و ۶۶ درصد از آنان فاقد عزت نفس بالا بوده‌اند (مرادی، ۱۳۷۵). بیات در پژوهشی درباره‌ی زنان آزار دیده‌ی جسمی مراجعه کننده به پنج واحد پزشکی قانونی شهر تهران در سال، ۱۳۷۸ به این نتیجه دست یافت که سابقه‌ی اعتیاد، زندانی شدن و ارتکاب جرایم گوناگون مرد ارتباط مستقیمی با زن آزاری دارد (بیات، ۱۳۷۸). زنگنه در پژوهشی نشان داد که متغیرهای سن زن و شوهر، سن ازدواج زن و شوهر، طول مدت ازدواج زوجین، تعداد فرزندان، میزان

پایبندی زوجین به اعتقادات دینی، میزان فرهنگ و میزان آزادی زوجین در انتخاب همسر، میزان تحصیلات زن و درآمد شوهر دارای رابطه معکوسی و معناداری با خشونت علیه زنان است (زنگنه، ۱۳۸۰). اعزازی با مطالعه‌ی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی بهزیستی شهر تهران نشان می‌دهد که نیمی از زنان در هفته اول زندگی مشترک با خشونت فیزیکی آشنا شده‌اند (اعزازی، ۱۳۸۰).

بگریزی در تحقیق خود در شهرستان ایلام به این موضوع پرداخته است نتایج کلی این تحقیق نشان داده که اکثر زنان جامعه آماری از طرف همسرانشان با خشونت روبرو شده‌اند و شایع‌ترین خشونت در بین آنها خشونت روحی- روانی بوده است (بگریزی، ۱۳۸۲). شپین بیلاق پس از بررسی رابطه برخی عوامل جمعیت شناختی با خشونت مردان نسبت به همسران خود در شهرستان اهواز، دریافت که هر چه میزان تحصیلات مردان و زنان بالاتر باشد و همچنین زنان از زندگی زناشویی رضایت بیشتر داشته باشند، خشونت ورزی مردان علیه همسرانشان کمتر است (کلانتری و حمیدیان، ۱۳۸۷: ۵۴). عارفی (۱۳۸۲) با بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه نشان داد که زنان ۱۷ تا ۳۲ ساله بیشترین خشونت را تجربه کرده‌اند. همچنین، ۵۰ تا ۶۰ درصد زنانی که مورد خشونت همسران خود قرار می‌گیرند، تحصیلات ابتدایی دارند و ۲۵ درصد آنها بی‌سوادند. همچنین، ۵۰ درصد از زنان مورد خشونت فیزیکی و جسمی، ۷/۲۵ درصد مورد خشونت روانی و ۲/۲۳ درصد مورد خشونت مالی قرار گرفته‌اند (عارفی، ۱۳۸۲).

مبانی نظری و تئوریک

پدیده‌ی خشونت علیه زنان دارای هستی چند بعدی است و باید آن را به مدد نظریه‌های گوناگونی که هرکدام در قالب رویکرد متفاوتی قابل بحث اند بررسی کرد. هم نظریه‌های سطح کلان و نظریه‌های سطح میانه و خرد قابل توجه است. تبیین‌های نخستین خشونت علیه زنان، متأثر از رویکردهای آسیب شناختی است و از این دیدگاه، رفتارهای ناپهناجر، نشانگر نوعی بیماری یا اختلال است که نیاز به درمان و روان درمانی دارد (گلز ۱۹۸۵). تئوریهای زیستی روان‌شناختی، تحلیل‌هایی مثبت و کارآمد از چگونگی و علت خشونت ارائه می‌کنند، اما در سطح تحلیل خشونت خانگی ناکام می‌مانند و نمی‌توانند توضیح دهند که چرا این ویژگی زیستی، روان‌شناختی، فردی، و غریزی، عمدتاً در مردان منجر به خشونت می‌شود.

تئوری‌های سطح میانه، که عمدتاً از چشم‌انداز روان‌شناسی اجتماعی و فرهنگی به پدیده‌ی خشونت نگاه می‌کنند، تعامل افراد با محیط اجتماعی را منبع خشونت می‌دانند. بخش عمده‌ی از پژوهش‌های مرتبط با حوزه‌ی خشونت خانگی در بن‌نگره‌ی روان‌شناسی اجتماعی، بر پایه‌ی فرضیه‌هایی است که از نظریه‌ی یادگیری یا انتقال میان نسلی خشونت دفاع می‌کنند (بارنت، میلر- پرین، و پرین ۱۹۹۷). نظریه‌ی یادگیری اجتماعی مروهون پژوهش‌های باندورا (۱۳۷۲) است که پرخاشگری و خشونت رفتار را واکنش اجتماعی تولید، بازتولید، و فرا گرفته شده از طریق فرایندهای اجتماعی می‌داند (سیف ربیعی، رمضانی تهرانی، و حتمی ۱۳۸۱). نظریه یادگیری اجتماعی به فرزندان از طریق والدین خود خشن بودن را می‌آموزند. مشاهده و تجربه‌ی بد رفتاری از ناحیه‌ی والدین در دوران کودکی منجر به یادگیری رفتار سلطه‌آمیز توسط مرد و آموختن تحمل زن می‌شود (فورارد، ۱۳۷۷: ۱۷۷). این نظریه، اگرچه می‌تواند شدت و نوع خشونت علیه زنان را تبیین کند، قادر نیست گستره‌ی نگاه خود را در علت‌یابی ریشه‌ی خشونت خانگی افزایش دهد و بگوید که چرا فرایند یادگیری و جامعه‌پذیری افراد، با الگوهای رفتاری، هنجاری، و فرهنگی خاصی همراه است که در آن فرودستی زنان به عنوان اصل پذیرفته شده است.

بر اساس نظریه آثار تعامل، شرایط گفتگوی دو طرفه زمانی شکل می‌گیرد که کنش ارتباطی در مفهوم هابرماسی آن حضور داشته باشد که کنشگران در فضایی به دور از تنش نظرات خویش را تبادل کنند. براساس نظریه جامعه‌پذیری جنسیتی، فرایند جامعه‌پذیری گرایش‌ها و هویت جنسیتی را در خانواده درونی می‌کند و آن را به فرزندان انتقال می‌دهد و باعث دائمی شدن سلطه‌ی مرد و مطیع بودن زن می‌شود، زیرا معمولاً از زنان تصویر آرام، مطیع، منفعل، عاطفی و وابسته و از مردان تصویری مستقل، استوار، شایسته، توانا و مصمم ترسیم می‌کند. درچنین شرایطی زنان نقش جنسیتی سنتی مطیع بودن و در مقابل، مردان نقش سلطه‌گری مردانه را می‌پذیرند (شفر، ۱۹۹۲: ۹۸ و ۳۲۷).

براساس نظریه‌ی خرده فرهنگ خشونت، می‌توان برای تبیین خشونت شوهران بر ضد زنان در خانواده متغیرهایی مانند تعهد به اعتقادات دینی، شیوه‌ی همسرگزینی و مداخله‌ی خویشاوندان را بررسی کرد (زنگنه، ۱۳۸۰). در این نظریه

هر فرهنگی و به تبع آن هر خرده فرهنگی دارای عناصر خاصی است شامل ارزش‌ها، هنجارها، نگرش‌ها و اعتقادات که ممکن است خشونت شوهران بر ضد زنان خانواده را تایید و تقویت کند یا مانع آن شود. در نتیجه تعهد به این عناصر فرهنگی است که خشونت شوهران بر ضد زنان را در خانواده افزایش یا کاهش می‌دهد. براساس رویکرد فمینیستی، روابط دو جنس اساساً رابطه‌ی قدرت است؛ رابطه‌ی ای که در آن، مرد از همسر خود سوء استفاده‌ی فیزیکی، کلامی یا روان‌شناختی کرده و با به کارگیری خشونت، قدرت و سلطه‌ی خود را تداوم می‌بخشد. بدین ترتیب، خاتمه دادن به همسرآزاری مستلزم تجدید ساختار رابطه‌ی قدرت بین زن و مرد در جامعه است (شمس اسفند آباد و امامی پور، ۱۳۸۲: ۶۴). بنابراین فمینیست‌ها نیز معتقدند که چگونگی توزیع منابع مالی در خانواده بستگی به روابط قدرت میان زن و شوهر دارد و روابط قدرت به این امر بر می‌گردد که چه کسی حق تصمیم‌گیری دارد که پول خانواده چگونه و کجا صرف شود (آبوت و والاس، ۱۳۷۶: ۱۵۷ و ۱۵۸).

سنت‌گرایان رادیکال نیز معتقدند که زنان خود باعث و بانی خشونت‌اند، زیرا در زمینه‌ی خشونت جنسی، زنان خود متجاوز را وسوسه می‌کنند و مسبب چنین خشونت‌هایی می‌شوند. در غرب، این طرز تفکر به این صورت تجلی می‌کند که مرد اجازه دارد همسرش را بزند، مشروط بر این که چوب از انگشت شستش ضخیم‌تر نباشد (آبوت و والاس، ۱۳۸۰: ۲۲۳). بر پایه‌ی نظریه منابع، نظام خانواده مانند هر نظام یا واحد اجتماعی دیگر دارای نظامی اقتداری است و هرکس به منابع مهم خانواده (شغل، تحصیلات، درآمد، مهارت و اطلاعات) بیشتر از دیگران دسترسی داشته باشد، می‌تواند سایر اعضا را به فعالیت در مسیر امیال خود وادار کند و تصمیم‌گیری‌های مهم با اوست (اعزازی، ۱۳۸۰: ۸۱). بر اساس این ایده، پژوهش‌های تجربی در ایران نشان داده‌اند که افزایش منابع قدرت مهم‌ترین عامل مقابله با خشونت مردان در خانواده است (درویش پور، ۱۳۷۸: ۵۴). نظریه‌ی منابع ویلیام گود (گود، ۱۹۸۹؛ درویش پور، ۱۳۷۸: ۵۴) و پژوهش‌های آدام زولوتور و دسموند کی رانیان (۲۰۰۶) و لیزا یانگ لارنس و ماریان لین پورتر (۲۰۰۴) در این حوزه قرار می‌گیرند. به ویژه مطالعات تایید کرده است که میزان خشونت در خانواده‌های گسسته، به ویژه خانواده‌های از هم گسسته شده بر اثر جدایی یا طلاق، بالاتر از خانواده‌های سالم است (گود، ۱۹۸۹: ۱۶۶ و ۱۶۷).

بات نیز در نظریه‌ی شبکه روابط خانوادگی به روابط متقابل بین همسران در خانواده اشاره و دو الگوی متفاوت از روابط خانوادگی یاد می‌کند. الگوی اول روابط و وظایف زن و شوهر و الگوی دوم مناسبات نقش‌های مشترک بر مبنای همفکری و همکاری سنتی و مشارکتی می‌باشد. براین و گلس نظریه‌ی منابع گود را تعدیل و بر اساس آن نظریه‌ی ناسازگاری پایگاهی را تدوین کردند. بر اساس این نظریه، اگر شوهران مهارت‌ها و منابع کمتری نسبت به همسرانشان داشته باشند، به طوری که همسرانشان پایگاه انتسابی آنها را تهدید کنند، از خشونت همچون ابزاری برای حفظ پایگاه انتسابی خود استفاده می‌کنند.

کارکردگرایان، خانواده را گروهی در نظر می‌گیرند که سلسله مراتب در آن، نه بر اساس تخصص یا شایستگی، بلکه بر اساس جنسیت، سن، و قدرت اقتصادی صورت می‌گیرد؛ بنابراین وجود علائق متفاوت در این گروه ناهمگون، سبب به وجود آمدن تضادهای آشکار یا پنهان می‌شود و تنها خشونت است که می‌تواند باعث طبیعی شدن جریان زندگی روزمره و بازگشت خانواده به کارکردهای اساسی خود شود (اعزازی، ۱۳۸۰). نظریه‌ی کارکردگرایی، از آن که به جای حل خشونت به توجیه آن می‌پردازد، با نقدهای بسیاری روبه‌رو است.

روش

این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. از تمام مناطق شهر تهران به صورت تصادفی سیستماتیک ۱۱۸۶ نمونه انتخاب شد. افراد واجد شرایط کلیه زنان شوهردار بالای ۱۵ سال بودند. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه همسر آزاری و پرسشنامه GHQ-۲۸ بود که همه افراد مورد مطالعه آنها را تکمیل کردند.

الف) پرسشنامه همسر آزاری

این پرسشنامه به وسیله پژوهشگر براساس معیارهای تشخیصی همسر آزاری موجود در ادبیات روان پزشکی و روانشناسی تدوین شده است و انواع بد رفتاری جنسی، جسمی و عاطفی را می‌سنجد. بد رفتاری جنسی اعمال

هرگونه رابطه جنسی غیرمعمول و آزارگرایانه، بدرفتاری عاطفی اعمال هرگونه بدرفتاری و تحقیر نسبت به همسر و بدرفتاری جسمانی مواردی نظیر کتک زدن یا صدمه رساندن به همسر را شامل می‌شود. این پرسشنامه به روش لیکرت (هرگز، گاهی، اغلب و همیشه) نمره گذاری می‌شود. بدرفتاری عاطفی از ۲۰ ماده، جسمی از ۱۰ ماده و بدرفتاری جنسی از ۱۴ ماده تشکیل شده است که نمره برش آنها به ترتیب ۲۰، ۱۰ و ۱۴ می‌باشد.

روایی صوری پرسشنامه به تایید اساتید روان پزشکی و روانشناسی انستیتوروان پزشکی تهران رسید. تعیین روایی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که در حد ۰/۹۲ بود که ضریب قابل قبولی می‌باشد. به منظور تعیین ضریب پایایی به ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۹ سال که به مدت ۱ تا ۲۴ سال از مدت ازدواج آنان می‌گذشت، این پرسشنامه داده شد و ضریب پایایی به روش آزمون - آزمون مجدد برابر با ۰/۹۸ با $P < 0.01$ بود (قهاری و همکاران، ۱۳۸۴: ۹۸).

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸)

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) که توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) معرفی شده است پرسشنامه استاندارد روان پزشکی است که برای غربالگری سلامت روانی به کار می‌رود. در مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده، حساسیت این آزمون بین ۸۳ تا ۸۸ درصد، ویژگی بین ۶۹ تا ۹۳/۸ درصد، کارایی ۷۶ درصد، ضریب پایایی و آلفای کرونباخ ۸۸ تا ۹۲ درصد گزارش شده است (پالانگ و همکاران، ۱۳۹۰). این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی، نشانگان جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. از سوال ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، سوال ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و بی‌خوابی، سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد. مبنای تشخیص موارد مثبت در این پرسش نامه، طبق راهنمای GHQ-۲۸ نقطه برش ۲۳/۲۴ می‌باشد. کسانی که نمره آنان بیشتر از ۲۴ بود، در گروه مبتلا به مشکلات روانی قرار می‌گرفتند (الیاسی، ۱۳۸۱: ۱۴۳). استخراج نتایج و مقایسه آماری با استفاده از آزمون t و تحلیل رگرسیون چندگانه با نرم افزار SPSS-11 انجام شد. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد بود. ($\alpha = 0.05$)

یافته‌ها

مطابق با جدول شماره در این مطالعه ۱۱۸۶ زن متأهل از نظر همسر آزاری مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی آنان $11/5 \pm 39/5$ سال بود. فراوانی همسر آزاری به تنهایی و به صورت هم زمان عبارتند از: همسر آزاری عاطفی ۱۰۱۳ مورد (۸۵/۴ درصد)، همسر آزاری جسمی ۳۷۴ مورد (۳۱/۵ درصد)، همسر آزاری جنسی، ۳۶۰ مورد (۳۰/۴ درصد)، وقوع هم زمان هر سه نوع ۲۰۶ مورد (۱۷/۴ درصد)، جسمی و جنسی ۲۰۶ مورد (۱۷/۴ درصد)، عاطفی و جنسی ۳۵۱ (۲۹/۶ درصد) و جسمی و عاطفی ۳۶۸ مورد (۳۱ درصد).

جدول شماره ۱: فراوانی خصوصیات جمعیت شناختی زنان

فراوانی (درصد)	خصوصیات جمعیت شناختی	تحصیلات زن
۱۳۰ (۱۰/۹۶)	بیسواد	تحصیلات زن
۲۷۱ (۲۲/۸۴)	ابتدایی	
۲۵۲ (۲۱/۲۴)	سیکل	
۳۹۵ (۳۳/۳۳)	دیپلم	
۱۳۸ (۱۱/۶۳)	دانشگاهی	
۱۰۸ (۹/۱)	شاغل	شغل زنان
۱۰۷۸ (۹۰/۹)	خانه‌دار	
۹۳۶ (۷۸/۹۲)	شاغل	شغل همسر
۴۷ (۳/۹۶)	بیکار	
۲۰۳ (۱۷/۱۲)	بازنشسته	
۸۹ (۷/۵)	بیسواد	تحصیلات همسر
۲۳۹ (۲۰/۱۵)	ابتدایی	
۵۶ (۴/۷۲)	سیکل	
۳۵۸ (۳۰/۳)	دیپلم	
۲۴۰ (۲۰/۲۳)	دانشگاهی	
۲۰۴ (۱۷/۲)	بدون پاسخ	

ماخذ: مطالعات محقق، ۱۳۹۵

مطابق با جدول شماره ۲ سوال پژوهش این است که آیا میزان سلامت روان در زنان قربانی خشونت با سایر زنان متفاوت است؟ برای پاسخ به این سوال از آزمون t استفاده شد. زنانی که هر کدام از انواع همسر آزاری را تجربه می‌کردند (۱۰۱۳ نفر با ۸۵/۴ درصد)، دارای نمرات سلامت عمومی بیشتری نسبت به زنان (۱۷۳ نفر با ۱۴/۵ درصد) فاقد این تجربه بودند. به عبارت دیگر زنان قربانی همسر آزاری از وضعیت بدتر سلامت عمومی رنج می‌برند و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($P < 0.05$).

جدول شماره ۲: میانگین نمرات سلامت عمومی بر حسب وجود انواع همسر آزاری

ارزش P	Df	t	انحراف معیار \pm میانگین	نوع همسر آزاری	
<0/05	۱۱۸۴	۹/۵۷	$26/36 \pm 14/16$ $20/81 \pm 12/41$	بلی	جسمانی
				خیر	
<0/05	۱۱۸۴	۶/۸۶	$24/25 \pm 13/23$ $17 \pm 10/30$	بلی	عاطفی
				خیر	
<0/05	۱۱۸۴	۱۰/۷۹	$29/13 \pm 14/09$ $20/61 \pm 11/74$	بلی	جنسی
				خیر	

ماخذ: مطالعات محقق، ۱۳۹۵

مطابق با جدول شماره ۳ پرسشنامه GHQ-۲۸ دارای چهار بعد افسردگی، اضطراب، کارکرد فرهنگی و اجتماعی و علائم جسمانی است. ما برای پاسخ به این سوال که هر یک از انواع همسر آزاری تا چه حد در تبیین هر کدام از این ابعاد در زنان مورد مطالعه نقش داشت، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده کردیم. در هر آزمون یکی از ابعاد GHQ-۲۸ به عنوان متغیر ملاک (Y) و ابعاد مختلف همسر آزاری (جسمی، جنسی و عاطفی) به عنوان متغیر پیش بینی وارد مطالعه شدند.

جدول شماره ۳: رابطه مثبت انواع همسر آزاری با خرده مقیاس‌های سلامت روان با استفاده از آزمون‌های

رگرسیون چندگانه

مجذور R	سطح معنی داری	β	مقادیر b	متغیرهای پیش بین		متغیر وابسته
				همسر آزاری	جسمی	
۰/۰۷	<۰/۰۵	۰/۱۴	۲۱/۴۲	همسر	جسمی	خرده مقیاس جسمانی سازی
	<۰/۰۵	۰/۱۶	۱/۶۳۳	آزاری	جنسی	
	<۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۸۴		عاطفی	
۰/۰۹	<۰/۰۵	۰/۱۱	۱/۱۷	همسر	جسمی	خرده مقیاس اضطراب
	<۰/۰۵	۰/۱۸	۱/۹۱	آزاری	جنسی	
	<۰/۰۵	۰/۱۱	۱/۵۳		عاطفی	
۰/۰۴	طبیعی	۰/۰۵	۰/۳۶	همسر	جسمی	خرده مقیاس عملکرد فرهنگی و اجتماعی
	<۰/۰۵	۰/۱۵	۱/۰۳	آزاری	جنسی	
	طبیعی	۰/۰۶	۰/۵۶		عاطفی	
۰/۱۱	<۰/۰۵	۰/۱۹	۱/۶۲	همسر	جسمی	خرده مقیاس افسردگی
	<۰/۰۵	۰/۱۸	۱/۵۶	آزاری	جنسی	
	<۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۹۹		عاطفی	

ماخذ: مطالعات محقق، ۱۳۹۵

در جدول شماره ۳، توجه به علامت مقدار b نشان دهنده رابطه مثبت انواع همسر آزاری با خرده مقیاس‌های سلامت روان است. به عبارتی تجربه هر سه نوع همسر آزاری سلامت روانی فرد را به خطر می‌اندازد. توجه به مقادیر β نشان می‌دهد آنچه که بیش از همه در تبیین سلامت روان نقش دارد، همسر آزاری است. تنها استثنا در این مورد خرده مقیاس افسردگی است که در آن همسر آزاری جسمی دارای وزن بیشتری است، هر چند که اینجا نیز همسر آزاری جنسی با تفاوت بسیار کمی در رتبه بعدی قرار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع قابل توجه خشونت خانگی در سراسر جهان، محققان را به بررسی پیامدهای زبانبار آن واداشته است. این مطالعه نیز به بررسی سلامت روانی زنان قربانی خشونت همسر اختصاص پرداخت و نتایج حاکی از آن است که همسر آزاری از هر نوعی که باشد اعم از جسمانی، جنسی و جسمی آثار بهداشتی مخربی را برای سلامت زنان به دنبال دارد. چنانچه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ-۲۸ زنان قربانی خشونت در مقایسه با زنانی که خشونت را تجربه نمی‌کنند، بالاتر باشد، زنان قربانی خشونت از وضعیت سلامت روانی بدتری رنج می‌برند و این یافته با نتایج مطالعات دیگر پژوهشگران در این راستا مطابقت دارد. همچنین این یافته با نتایج مطالعات دیگری در راستای شیوع بالای مشکلات روان شناختی از جمله اضطراب و افسردگی در زنان قربانی خشونت، همسو و هماهنگ می‌باشد. بررسی نقش انواع بدرفتاری‌ها به عنوان متغیر پیش‌بینی در بروز اختلال در سلامتی نشان داده است که زنان تجربه کننده بدرفتاری جنسی در مقایسه با دیگر انواع بدرفتاری‌ها در تمام ابعاد پرسشنامه GHQ-۲۸ دارای نمره بیشتری هستند.

به عبارتی تجربه بدرفتاری جنسی با تجربه مشکلات روان شناختی بیشتری در زنان قربانی همسر آزاری رابطه دارد. مطالعه حاضر نشان داد که قربانیان انواع بدرفتاری همسر از مشکلات روان شناختی رنج می‌برند و مورد بدرفتاری واقع شدن از نظر جنسی، جسمی و عاطفی به ترتیب خطر بیشتری برای سلامت روانی فرد به دنبال داشته و مشکلات روان شناختی بیشتری برای قربانیان به بار می‌آورند. بدرفتاری جسمانی شدن سبب می‌شود، فرد در تمام ابعاد پرسشنامه سلامت عمومی به ویژه بعد افسردگی نمره بالایی کسب کند. این یافته با مطالعاتی در راستای شیوع بالای مشکلات روان شناختی به ویژه افسردگی در زنان قربانی همسر آزاری منطبق است. تجربه بدرفتاری عاطفی و بی فرهنگی نیز پیش‌بینی کننده مشکلات روان شناختی و سلامت عمومی، ولی با شدتی کمتر از بدرفتاری جسمی و جنسی در زنان قربانی خشونت همسر است. اما یافته بررسی حاضر با مطالعات مشابه انجام شده در خارج از کشور مطابقت نداشت. توجیه مطرح در

این رابطه می‌تواند عدم آشنایی زنان با معیارهای بادر رفتاری عاطفی و داشتن تلقی متفاوت نسبت به آن باشد. به عبارتی بادر نظر گرفتن این که اکثریت نمونه ها، خانه دار و از سطح تحصیلات نسبتاً پایین (زیر دیپلم) برخوردار و از نظر فرهنگی متوسط به پایین بودند، میتوان این گونه نتیجه گرفت که بادر رفتاری جسمانی و جنسی از دیدگاه آنان مهمتر تلقی میشود و تاثیر بیشتری روی آنان میگذارد.

از محدودیت های مطالعه فقدان گروه کنترل همتا، متجانس نبودن نمونه ها از نظر سطح تحصیلات و شغل و فرهنگ بود. به علاوه نمونه هایی که با توجه به پرسشنامه سلامت عمومی بیمار تشخیص داده شدند، برای تایید تشخیص به روان پزشک ارجاع نشدند. بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آینده این موارد لحاظ شود و متغیرهای جمعیتی شناختی بیشتری از قربانیان و همسران آنان مورد بررسی قرار گیرد.

ضمناً انجام بررسی های کیفی در این گونه مطالعات از الویت بیشتری برخوردار خواهد بود قربانیان همسرآزاری از مشکلات سلامت عمومی بیشتری رنج می برند. به عبارتی بین مورد بادر رفتاری واقع شدن و مشکلات روان شناختی رابطه وجود دارد. قربانیانی که مورد بادر رفتاری جنسی و جسمی واقع شدند، در مقایسه با قربانیان بادر رفتاری عاطفی، مشکلات بیشتری را تجربه می کنند. نقطه مشترک این موضوع مرتبط با فرهنگ افراد و خانواده است.

منابع

- آبوت، پاملا و والاس، کلا (۱۳۸۰) جامعه شناسی زنان، ترجمه ی منیژه نجم عراقی نشرنی
- اعزازی، شهلا (۱۳۸۰) خشونت خانوادگی؛ زنان کتک خورده، نشر سالی
- امیر مردادی، فرشته (۱۳۷۵) بررسی مشکلات جسمی و روانی زنان مضروب تحت خشونت همسران مراجعه به پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۷۵، پایان نامه ی کارشناسی ارشد دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- درویش پور، مهرداد (۱۳۸۷) چرا مردان به اعمال خشونت علیه زنان ترغیب می شوند، زنان، شماره ی ۵۶
- روی، ماریا (۱۳۷۷) زنان کتک خورده: روانشناسی خشونت در خانواده، ترجمه ی مهدی قراچه داغی، نشر علمی
- رئیسی سرتیشنیزی، امراله (۱۳۸۱) خشونت علیه زنان و عوامل موثر بر آن (مطالعه موردی شهرستان شهرکرد) در فصلنامه ی پژوهش زنان، شماره ی ۲، دوره ی ۱
- زنگنه، محمد (۱۳۸۰) "بررسی جامعه شناختی عوامل موثر بر خشونت شوهران علیه زنان در خانواده، مطالعه موردی شهر بوشهر" پایان نامه ی کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه شیراز
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰) خشونت علیه زنان، ترجمه ی دکتر شهرام رفیعی و مهندس سعید پارسی نیا، انجمن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت خانواده، نشر تندیس
- عارفی، مرضیه (۱۳۸۲) "بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه" در مطالعات زنان، سال اول، شماره ی ۲
- فورواد، سوزان (۱۳۷۷) مردان زن ستیز، ترجمه ی شیمیا نعمت الهی، انتشارات خجسته
- فوکویاما، فرانسیس (۱۳۸۵) پایان نظم و بررسی سرمایه ی اجتماعی و حفظ آن، غلام عباس توسلی، جامعه ی ایرانیان
- فیلد، جان (۱۳۸۸) سرمایه ی اجتماعی، ترجمه ی غلامرضا غفاری و حسین رضانی، کویر
- کلانتری، صمد و حمیدیان، اکرم (۱۳۸۷) بررسی عوامل موثر بر خشونت خانگی با تاکید خشونت خانگی در شهر اصفهان، فصلنامه توسعه انسانی، دوره دوم، شماره چهارم.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷) بنیادهای نظریه ی اجتماعی، ترجمه ی منوچهر صبوری، نشر نی
- هابرماس، یورگن، (۱۳۷۷) کنش ارتباطی: بدیل خشونت ترجمه ی ابراهیم سلطانی، در کیان، شماره ی ۴۵
- قهاری، ش. عاطف، و محمد، ک. یوسفی، ح. (۱۳۸۴) بررسی میزان فراوانی همسر آزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. سال پانزدهم. شماره ۵۰ صفحات ۸۳ تا ۸۹.
- پالاهنگ، ح. نصر اصفهانی، م. براهنی، م. ت. شاه محمدی، د. بررسی همه گیر شناسی. اختلال های روانی در شهر کاشان فصلنامه اندیشه و رفتار سال دوم شماره ۴ صفحات ۱۹ تا ۲۷.
- خزایی، م. (۱۳۷۶) بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی مهر و بهمن دانشگاه علوم پزشکی. موضوع پژوهش واحد مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- الیاسی، ف. (۱۳۸۱)، بررسی شیوع، تشخیص، درمان و ارجاع اختلالات روان پزشکی در مراجعین به پزشک مراکز بهداشت شهر ساری. پایان نامه پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. صفحه ۱۴۳

- Walker LE. *Psychology and domestic violence around the world*. Journal of American Psychologist. 1999; 54(1): 21-28.
- Clark DW. *Domestic violence screening, policies, and procedures in Indian health service facilities*. J Am Board Fam Pract. 2001;14(4):252-8.
- McAllister M. *Domestic violence: a life-span approach to assessment and intervention*. Lippincotts Prim Care Pract. 2000; 4(2):174-89.
- Ahmed AM, Elmardi AE. *A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan*. East Mediterr Health J. 2005;11(1-2):164-74.
- Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. *Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care*. BMJ. 2002; 324(7332):274.
- Buken NO, Sahinoglu S. *Violence against women in Turkey and the role of women physicians*. Nurs Ethics. 2006; 13(2):197-205
- Kozu J. *Domestic violence in Japan*. Am Psychol. 1999;54(1):50-4.
- Yang MS, Yang MJ, Chou FH, Yang HM, Wei SL, Lin JR. *Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: prevalence and risk factors*. Int J Nurs Stud. 2006 Jan;43(1):21-7.
- Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. *Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics*. Womens Health Issues. 2004; 14(1):19-29.
- Plazaola-Castano J, Ruiz Perez I. *Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences*. Med Clin (Barc). 2004;122(12):461-7.
- Reijnders UJ, van der Leden ME, de Bruin KH. *Injuries due to domestic violence against women: sites on the body, types of injury and the methods of infliction*. Ned Tijdschr Geneesk. 2006; 150(8):429-35.
- Smith PH, Gittelman DK. *Psychological consequences of battering. Implications for women's health and medical practice*. N C Med J. 1994;55(9):434-9.
- Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. *The long-term effects of battering on women's health*. Womens Health. 1998;4(1):41-70.
- Schuller RA, Rzepa S. *Expert testimony pertaining to battered woman syndrome: its impact on jurors' decisions*. Law Hum Behav. 2002;26(6):655-73.
- Tang KL. *Battered woman syndrome testimony in Canada: its development and lingering issues*. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2003;47(6):618-29.
- Walker LE. *Battered woman syndrome and self-defense. Symposium on Woman and the Law, Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy*. 1992; 6(2), 321-334.
- Sackett LA, Saunders DG. *The impact of different forms of psychological abuse on battered women*. Violence Vict. 1999; 14(1):105-17.
- Lipsky S, Field CA, Caetano R, Larkin GL. *Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care*. Violence Vict. 2005;20(6):645-59.
- Bradley R, Schwartz AC, Kaslow NJ. *Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping*. J Trauma Stress. 2005; 18(6): 685-96.
- Odujinrin O. *Wife battering in Nigeria*. Int J Gynaecol Obstet. 1993; 41(2):159-64.
- McWhirter PT. *La violencia privada: domestic violence in Chile*. Journal of American Psychologist. 1999;1(54):37-40.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. *The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices*. Ann Intern Med. 1995;123(10):737-46.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. *Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women*. Am J Prev Med. 2002; 23(4):260-8.
- Mechanic MB. *Beyond PTSD: mental health consequences of violence against women: a response to Briere and Jordan*. J Interpers Violence. 2004;19(11):1283-9.
- Kim S, Kim S, Nam KA, Park JH, Lee HH. *Characteristics and mental health of battered women in shelters*. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2003;33(7):981-9.
- Temple JR, Weston R, Marshall LL. *Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships*. Violence Vict. 2005;20(3):335-59.
- Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. *History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting*. Violence Vict. 1998;13(1):3-9.
- Nixon RD, Resick PA, Nishith P. *An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder*. J Affect Disord. 2004;82(2):315-20.
- Houry D, Kaslow NJ, Thompson MP. *Depressive symptoms in women experiencing intimate partner violence*. J Interpers Violence. 2005;20(11):1467-77.