

تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی

سیده زهرا کاظمی خوبان^۱، حمید پورشریفی^۲، علیرضا کاکاوند^۳، معصومه ژیان باقری^۴

^۱گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، ^۲گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، ^۳گروه روانشناسی، دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران، ^۴گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به تأثیرات ناگوار خشونت خانگی و ترومایی بر سلامت جسمی و روانشناختی زنان، هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی بود. هدف از این پژوهش تعیین و تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی بود.

روش بررسی: در این پژوهش کیفی که با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۹ انجام شد، داده‌ها از طریق تحلیل ثانویه داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۵۰ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی به روش تحلیل تماتیک، مورد بررسی قرار گرفت. روش نظریه مبنایی با استفاده از نمونه برداری نظری و در هر مرحله با توجه به تحلیل داده‌های پیشین از بین زنانی که تمایل به انجام مصاحبه داشتند، داده‌ها در این مطالعه با روش Corbin و Strauss تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۳ مقوله تبیینی و ۲۰ مقوله تفسیری و ۶۴ مقوله توصیفی گردید که عبارتند از: ۱. رفتارهای تجربه شده بعد از تروما (رفتارهای تقابلی، رفتارهای انتقام جویانه، روی آوردن به مشروبات و سیگار، تأثیر بر پاسخ‌های فیزیولوژی، اقدام به خودکشی و رفتارهای منفعلانه)، ۲. هیجان‌های تجربه شده بعد از تروما (عزت نفس پایین، ترس، خشم، نفرت و فقدان لذت در زندگی) و ۳. افکارهای تجربه شده بعد از تروما (ترس همیشگی، احساس بی‌پناهی و بدبختی، آرزوی مردن، نفرت از زن بودن، مقایسه خود با دیگران، نفرت از خود، اندیشیدن به طلاق، آرزوی کشتن همسر، عدم عشق به فرزندان، میل به خیانت، اندیشیدن به خودکشی، بی‌تفاوتی، ندامت از ازدواج، در فکر انتقام و نفرت از جنس مرد).

نتیجه‌گیری: بر مبنای این نتایج، زنان در معرض خشونت خانگی دچار مشکلات عدیده‌ای در حوزه رفتار تجربه شده، هیجان‌های تجربه شده و افکار تجربه شده بعد از تجارب ترومایی قرار دارند. این یافته‌ها می‌تواند در ارزیابی خطر، تعیین مسیرهای درمانی و مدیریت خشونت خانگی در زنان قربانی مفید واقع گردد.

واژه‌های کلیدی: تجارب زیستی، تروما، خشونت خانگی، زنان قربانی

*نویسنده مسئول: حمید پورشریفی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی سلامت

Email: poursharifih@gmail.com

۳۱ درصد، ۲۴/۸ درصد و ۶/۸ درصد در رتبه‌های بعدی قرار داشتند.

خشونت همسر (خشونت خانگی) به یک عمل یا سوء استفاده فیزیکی، جنسی یا روانشناختی به وسیله شریک زندگی مرد خود گفته می‌شود که ممکن است ده‌ها سال نیز ادامه داشته باشد (۸). خشونت خانگی به شکل‌های مختلف؛ فیزیکی، جسمی، جنسی، عاطفی، خشونت اقتصادی، معنوی (۹)، ترساندن، آسیب رساندن به اموال زن، آزار و اذیت، تهدید به ترک، حبس در خانه، زیر نظر گرفتن، تخریب اشیاء، انزوا، پرخاشگری کلامی و تحقیر (۱۰) در درون روابط شخصی زوجین رخ می‌دهد (۱۱).

خشونت خانگی یکی از برجسته‌ترین دلایل آسیب‌هایی روانی ترومایی در زنان است. حوادث آسیب‌زا (تروما) اغلب به طور ناگهانی و غیر منتظره اتفاق می‌افتد و خارج از کنترل فرد گسترش یافته و قادر به تغییر وضعیت نیستند و این امر سبب می‌شود که فرد احساس ناتوانی کند. بنابراین، افراد مبتلا ممکن است احساس انفعال، ضعف و فشار شدید می‌کنند که این امر قدرت تعبیر و تفسیر واقعی وقایع را برای آنان غیرممکن می‌سازد (۱۲). حتی بعد از پایان رابطه با همسر مرتکب خشونت خانگی، تروما (استرس پس از حادثه) با کاهش رضایت از رابطه و مشکلات صمیمیت در روابط بعدی بدون خشونت و همچنین همراه با افزایش مشکلات والدینی، کاهش رضایت از رابطه و مشکل در روابط بدون خشونت بعدی مرتبط شده است (۱۳ و ۱۴).

خشونت علیه زنان به عنوان اصلی‌ترین مشکل بهداشت عمومی و یکی از عوامل مهم سلامت اجتماعی (۱) در اکثر کشورهای جهان محسوب می‌شود و می‌تواند پیامدهای جدی بر سلامتی زنان (۲) از جمله پیامدهای جسمی، روانی و سلامت جنسی به دنبال خواهد داشت (۳). در میان عوامل خطر اصلی مرگ و میر، خشونت میان زوجین در رده‌های بالاتر از سرطان، تصادف‌های وسایل نقلیه موتوری، جنگ و مالاریا قرار می‌گیرد و حدود ۹-۱۵ درصد از سال‌های زندگی زنان ۱۵-۴۴ ساله به دلیل خشونت از دست می‌رود (۴). همچنین در بین اشکال مختلف خشونت علیه زنان، خشونت خانگی، خشونت است که در همه کشورها از همه بیشتر برجسته شده است و اسناد و شواهد موجود نشان می‌دهد که ابعاد پنهان این خشونت بسیار گسترده‌تر از تصور انسان است. به عنوان نمونه در مناطق مختلف جهان، بین ۱۶ تا ۵۲ درصد زنان به وسیله شریک جنسی خود قربانی خشونت جسمی می‌شوند (۵). در کانادا، با توجه به مجموعه‌ای از گزارش‌های پلیس، از هر پنج زن، چهار نفر در سال ۲۰۱۵ به وسیله شریک جنسی خود، خشونت خانگی را تجربه کرده بودند (۶). در یک بررسی در ایران به وسیله درخشان پور و همکاران (۷) نیز نشان داده شد که شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت روانی (۵۴ درصد) بود و خشونت کلامی، فیزیکی و جنسی به ترتیب با مقادیر

کیسا، زینوالگلای و سرگک (۱۵) دریافتند که نیمی از زنان، ناامیدی متوسط و شدید را تجربه کرده‌اند و مشخص شد که سطح بالاتری از ناامیدی با سطح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی در زنان خشونت دیده همراه بوده و این قربانیان خشونت خانگی از عدم توان در تصمیم‌گیری، تمرکز روی کار و ناراحتی و افسردگی در رنج بودند، زیرا قربانیان خشونت خانگی میزان استرس پس از حادثه و افسردگی بالایی را تجربه می‌کردند (۱۶). در یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیلی شواهدی از خطر ابتلا به مصرف الکل و افسردگی (۱۷) را در زنان قربانی خشونت خانگی نشان داده است، هم‌چنین پژوهش‌های کوهورت طولی و مقطعی نتایج منفی در سلامتی هر دو جنس از جمله، افزایش احتمال مصرف الکل و افسردگی و ناامیدی را نشان داده‌اند (۱۸ و ۱۹).

پژوهش‌ها در ارتباط با مقایسه زنان در معرض خشونت خانگی با زنان فاقد تجربیات خشونت خانگی نشان داد که زنان دارای تجربیات خشونت خانگی با عواقب روانی چون، افسردگی، اختلال پس از سانحه، اضطراب، رفتار خودکشی، اختلالات خواب و خوردن، عزت‌نفس پایین، اختلالات خوردن، افزایش احتمال مصرف سوء مواد و اختلال در عملکرد اجتماعی (۲۰ و ۲۱) سردرد، کابوس از دست دادن اشتها، درد کمر، درد لگن، درد عضلانی و معده، فشارخون بالا، آسم و دیابت (۲۲ و ۲۳) مواجه هستند، اما علی‌رغم این یافته‌ها بلاسکو-راس، هیربرت و مارتینز (۲۴) در یک بررسی با عنوان بررسی نیم‌رخ

روانی و فیزیکی زنان قربانی خشونت خانگی دریافتند که تجارب زنان قربانی خشونت خانگی تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی است، بنابراین، در حالی که برخی از زنان هیچ علایمی از خود نشان نمی‌دهند، عده‌ای افسردگی شدید و عده‌ای دیگر افسردگی خفیف را نشان داده‌اند. علی‌رغم یافته‌های متناقض و متعدد در این زمینه، آنچه به عنوان یک امر مبرهن در تمامی پژوهش‌های پذیرفته شده است، این است که قرار گرفتن زنان در چرخه خشونت می‌تواند آثار مخربی از جمله ناتوانی در ایفای نقش آنان در خانواده و تنظیم عملکردهای شخصی و اجتماعی آنها داشته باشد. این تأثیرات به نوبه خود می‌تواند برای جامعه تبعات فراوانی به دنبال داشته باشد. درک چگونگی تأثیر خشونت دیدگی در عملکردهایی که در نهایت به نوعی ناتوانی رفتار شخصی و اجتماعی در زنان قربانی خشونت (از جمله خشونت خانگی) می‌شوند، حایز اهمیت زیادی است. درک دقیق این موضوع هم در فرآیندهای درمانی و بهسازی عملکردی زنان خشونت دیده از یک سو و کاهش آثار خانگی و اجتماعی این آسیب از سوی دیگر می‌تواند کاربرد عملی داشته باشد. با توجه به اهمیت مسأله، لازم است بررسی‌ها و پژوهش‌های تجربی و میدانی گسترده‌ای در سطح جهانی، ملی و منطقه‌ای در زمینه خشونت علیه زنان صورت پذیرد تا ابعاد تجربی قضیه را آشکار سازد و بدین ترتیب، راه‌حل‌های متناسب برای حل این مشکل و آسیب اجتماعی شناسایی و ارائه گردد. در این راستا، پژوهش‌های کیفی می‌توانند مفید

کرج در سال ۱۳۹۸-۹۹ بود. در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است، به همین دلیل نمونه (شرکت کننده‌ها) مشتمل بر ۵۰ مصاحبه فردی بر اساس مقیاس حاج یحیی خشونت خانگی علیه زنان (۲۸) و پرونده‌های موجود در دادگاه، خانه سلامت بهزیستی و گرم‌خانه شهرداری بود. مصاحبه تا زمانی که اطلاعات به اشباع نظری رسید ادامه یافت. معیار رسیدن به اشباع داده‌ها، عدم دستیابی به اطلاعات بیشتر و غیرتکراری در مصاحبه‌های بعدی بود. از آنجایی که بعد از ۵۰ مصاحبه، در مصاحبه‌ها به جز موارد تکراری، موضوع جدیدی استخراج نگردید، مصاحبه‌ها متوقف شد. شیوه گردآوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه عمیق بود و مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختار یافته انجام گرفت. داده‌ها از افرادی گردآوری شد که تجربه‌هایی در خصوص پدیده مورد نظر، یعنی تجارب خشونت خانگی به صورت ترومایی داشتند.

موازن اخلاقی مورد توجه در این مطالعه همچون گمنام بودن، محرمانه بودن، اخذ اجازه از شرکت‌کنندگان برای ضبط مصاحبه‌ها و حق کناره‌گیری در زمان دلخواه از جمله مواردی بودند که رعایت شد. شرکت افراد در تحقیق داوطلبانه بود و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مندرج در پرسشنامه محرمانه باقی خواهد ماند و رضایت آگاهانه از افراد شرکت کننده در مطالعه اخذ شد.

ملاک ورود به پژوهش شامل؛ شرط سنی بین ۲۴ تا ۴۵، اجرای مقیاس سنجش خشونت نسبت به

باشند (۲۵)، در نتیجه از آن جایی که تاکنون مطالعه‌ای که به صورت کیفی به بررسی تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی انجام نشده است، لذا هدف از این پژوهش تعیین و تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی بود.

روش بررسی

در این پژوهش کیفی که با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۹ انجام شد، به دلیل اندک بودن پیشینه مطالعه و متمرکز بودن موضوع بر تجارب زیستی زنان بعد از تروما، زنان قربانی خشونت خانگی، روش کیفی برگزیده شده است. منظور از روش کیفی هر نوع مطالعه‌ای است که یافته‌هایی تولید کند که با توسل به داده‌های آماری یا سایر روش‌های شمارشی حاصل نیامده باشد (۲۶). در میان روش‌های کیفی موجود، از روش نظریه زمینه‌ای با رویکرد کوربین و استراوس (۲۷) به علت اراییه ساختار نظام‌مند و مشخص، برای پیشبرد روند مطالعه انتخاب شد. روش‌های تحقیق کیفی، بر بنیان‌های فکری مشترکی بنا شده است و این روش‌ها با نگاه از درون، بر فهم شیوه‌ای که انسان‌ها جهان اطراف خود را درک می‌کنند، متمرکز شده‌اند و به دنبال فهم واقعیت اجتماعی، احساسات، رفتارها و تجارب از نگاه کنشگران، فرهنگ‌ها و گروه‌ها هستند.

جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به دادگاه، خانه سلامت بهزیستی و گرم‌خانه شهرداری در استان البرز، شهر

زنان در راستای تأیید و نوع خشونت بود و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از ابتلا به اختلالات روانپزشکی، عدم تمایل به شرکت در مصاحبه.

این مطالعه به واکاوی تجربه زیستی زنان قربانی خشونت خانگی پرداخته است. ابزار این پژوهش با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و گروه متمرکز با مشارکت‌کنندگان وارد گفتمان هدفمند شده تا تصویری واضح و ناب از پارادایم تجربه مورد نظر ترسیم گردید. سئوالات مصاحبه طی فرآیند مصاحبه تعیین شد، اما چارچوب اصلی سئوالات به کار گرفته شامل سئوالاتی پیرامون تجربه زنان از خشونت خانگی و احساسات و عواطف آنان از این پدیده بود.

از مشارکت‌کنندگان دو سؤال گسترده و عمومی پرسیده شد؛ چه تجربه‌ای در زمینه خشونت خانگی دارید؟ چه نوع تجارب هیجانی و احساسی در شما ایجاد شد و آن را تجربه کردید؟ سئوالات دیگری نیز پرسیده شد، اما این دو سؤال، به طور ویژه بر گردآوری داده‌هایی متمرکز است که به توصیف محتوایی و توصیفی ساختاری از تجارب منجر می‌شود و در نهایت درکی از تجارب مشترک مشارکت‌کنندگان فراهم می‌کند.

فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی گرینهایم و لاندمن و بر اساس زیر طبقات و طبقات اصلی صورت گرفت. پس از چندبار روخوانی مصاحبه‌ها، کدهای اولیه استخراج گردید و سپس کدها بر اساس شباهت‌ها طبقه‌بندی گردید و در نهایت

زیرمفهوم و محتوای نهفته در داده‌ها استخراج گردید. به منظور اطمینان از قابلیت داده‌ها، محقق درگیری طولانی مدت با داده‌ها، افزایش وسعت اطلاعات را امکان پذیر نمود. همچنین از روش بازنگری ناظرین استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها هم زمان با جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کیفی به روش Strauss و Corbin استفاده گردید. بدین ترتیب که بعد از انجام مصاحبه، در صورت امکان هرچه سریع‌تر سخنان مشارکت‌کنندگان دست‌نویس و سپس برای درک محتوای مصاحبه‌های نوشته شده در راستای سؤال پژوهش، متن چندین بار خوانده شد و واحدهای معنی استخراج گردید. سپس کدها خلاصه و بر اساس شباهت آنان طبقه‌بندی شدند. کدها به زیرموضوعات تقسیم شدند و سپس با بررسی ارتباط زیر موضوعات، موضوعات اساسی و معانی اصلی استخراج گردید.

یافته‌ها

۵ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۰ نفر ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۵ نفر ۳۰ تا ۳۵ سال، ۱۱ نفر ۳۵ تا ۴۰ سال و ۹ نفر نیز ۴۰ تا ۴۵ سال سن داشتند. همچنین ۳ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش زیر دیپلم، ۲۱ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم، ۱۷ نفر لیسانس، ۴ نفر فوق‌لیسانس و ۲ نفر مدرک دکتری را دارا بودند. ۲ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش زیر ۱ سال، ۱۸ نفر ۱ تا ۵ سال، ۱۲ نفر ۵ تا ۱۰ سال، ۸ نفر

میان بگذارد و نتواند به طریقی همدلانه از او حمایت کند، ممکن نیست. مردی که زنش را مورد آزار و اذیت جسمی و روانی قرار می‌دهد و همسرش را مورد آزار و اذیت جسمانی و روانی مکرر قرار می‌دهد، در اصل دارد پیمانی را که با همسرش بسته است نقض می‌کند. این سبب ایجاد احساس ناخرسندی در زن گشته و تحقیر و ضرب و شتم زن از طرف مرد مقدمه‌ای برای وقوع تروما در زندگی زناشویی خواهد بود. یکی از پاسخ‌گویان می‌گوید: «من از بعد جریان دعوای مکرر کارم فقط گریه کردن و قهرهای طولانی بوده که حالا کاملاً طلاق عاطفی رو تجربه می‌کنیم، و من وقتی او شروع به دعوا می‌کنه فقط سکوت می‌کنم و بعدش در جایی تنها با خودارضایی خودم رو آرام می‌کنم و عملاً کاری به کارش ندارم و طلاق عاطفی بینمون اتفاق افتاده فقط زیر یه سقف زندگی می‌کنیم» (مصاحبه شونده شماره ۲).

مصاحبه شونده دیگر این گونه از گرفتن انتقام می‌گوید: «من از آن روز به بعد فقط به خودم فکر می‌کنم و پول پس انداز می‌کنم» (مصاحبه شماره ۱۷).

مصاحبه شونده شماره ۱۵ می‌گوید: «از بعد آن جریان من به همسرم خیانت کردم و به مدت زمان طولانی با او قهر می‌کنم».

مقوله تفسیری دیگری که از مصاحبه‌ها استخراج شد، رفتارهای تقابلی است. متخصصان امر روان‌شناسی تربیتی یکی از آثار و عواقب مخرب تنبیه را مسری بودن آن دانند (اسکینر، ۱۹۷۰). آنها معتقدند تنبیه سبب می‌شود که فرد تنبیه شونده، نیز همان

۱۰ تا ۱۵ سال، ۵ نفر ۱۵ تا ۲۰ سال و ۵ نفر ۲۰ سال و بالاتر از زندگی مشترکشان (سن ازدواج) می‌گذرد.

از خلال مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش مفاهیم مؤثر در زمینه‌های تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی، ۳ کد تبیینی به شرح ذیل حاصل شد؛ رفتارهای تجربه شده بعد از تروما، هیجان‌های تجربه شده بعد از تروما و افکارهای تجربه شده بعد از تروما. در ادامه، هریک از کدهای تفسیری بررسی می‌شوند.

رفتارهای تجربه شده بعد از تروما در محیط خانه و فضای خصوصی سطوح مختلفی را در برمی‌گیرد که در جدول ۱ به آن اشاره شده؛ از رفتارهای منفعلانه شروع و تا اشکال رفتارهای انتقام جویانه، مصرف الکل و مواد و اقدام به خودکشی منتهی می‌شود. با توجه به مصاحبه‌های انجام شده، گونه‌هایی از رفتارهای تجربه شده بعد از تروما در قالب رفتارهای انتقام جویانه شناسایی شد که در کمتر پژوهشی از آن عنوان شده است که در ادامه به توضیح برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. همچنین، جدول ۱ مقوله‌های توصیفی و تفسیری این کد را نشان می‌دهد. در این زمینه خود ارضایی، خیانت، پول قایم کردن، طلاق عاطفی، نگاه کردن به فیلم‌های پورنو، پس انداز کردن، پول گرفتن با زور و نقشه، خرج بیشتر، به منزله ابعاد تجربه شده رفتارهای بعد از تروما شناسایی شده است.

برقراری روابط صمیمانه زمانی که یکی از دو طرف مایل نباشد احساسات خود را با دیگری در

رفتار را با طرف مقابل و حتی دیگران داشته و آن را باز تولید کند.

مصاحبه شونده شماره ۱۵ گوید: «زمانی که او من را زد من هم فحاشی کردم و تا توانستم جیغ کشیدم و وسایل خانه را شکستم».

پاسخگوی شماره ۲۱ می گوید: «وقتی من را می زد من هم او را هول می دهم و جیغ می کشم و فحش می دهم».

روی آوردن به مشروبات و سیگار و اقدام به خودکشی مقوله های تفسیری دیگری هستند که از بطن مصاحبه ها استخراج گشت. روی آوردن به مشروبات الکلی می توان به عنوان یک مکانیسم دفاعی تحت عنوان «جایجایی» دانست که واکنش ناخودآگاه خود (من) فرد به عنوان قسمتی از شخصیت به منظور کاهش اضطراب از طریق تغییر در ادراک واقعیت است. مصرف مشروبات الکلی و سیگار، تغییر مسیر حرکت (معمولاً پرخاش) به سوی یک هدف جایگزین ضعیف است. همسران آزار دیده که توان احقاق حقوق خود را ندارند به منظور حفاظت از عزت نفس لگد مال شده خود با روی آوردن به مسکرات و مخدرها آرام خود را تسکین می دهند.

پاسخگوی شماره ۴۴ می گوید: «بعد از دعوا و کتک کاری های همسرم، من بعد از رفتن او از منزل سیگار و قلیان می کشم».

پاسخگوی شماره ۲۴ می گوید: «بعد از آن روز من الکل مصرف می کنم و به مسکرات روی آورده ام».

تأثیر بر پاسخ های فیزیولوژی و رفتارهای منفعلانه مقوله های تفسیری استنباط شده از مصاحبه ها است. مصاحبه شونده شماره ۳ می گوید: «در زمان دعوا و کتک های همسرم من بهت زده می شوم و دست و پام یخ می زند»

بر طبق نظر هالچین و ویتبورن (۲۹) افراد بعد از یک تجربه ترومایی مانند تحت خشونت قرار گرفتن، یک رشته پاسخ های شاخص را در دو مرحله نشان می دهند. مرحله اول، مرحله اعتراض است که طی آن فرد با حالت هشدار و هیجانی نیرومند مانند ترس یا غم شدید واکنش نشان می دهد. (مثلاً: فرد در این مرحله در مقابل خشونت جیغ بکشد) در مرحله دوم، فرد بین حالتی از وانمود کردن به این که اتفاقی نیفتاده و تجربه افکار و احساسات مربوط به تجربه دردناک خشونت، در نوسان است. این علایم می توانند پاسخ هایی از قبیل: کاهش محسوس علاقه به فعالیت هایی که قبلاً برای فرد جذاب بوده اند، کابوس ها، افکار ناخواسته مربوط به تجربه خشونت، همراه با نشانه های جسمانی مانند: تپش قلب یا تعریق، مشکلات تمرکز، تحریک پذیری زیاد و تجدید خاطره مورد خشونت قرار گرفتن ایجاد نماید.

مصاحبه شونده شماره ۱۱ می گوید: «همیشه بعد از دعوای و زدن های همسرم گریه می کنم و بعداً ساکت می شوم و کاری نمی کنم».

بنابر نظر محققانی نظیر پاتریشیا ایونز (۳۰)، این گونه از خشونت ها به از دست رفتن وجهه زنانه و عزت نفس زن منجر می شود و قدرت و فرصت

مصاحبه شونده شماره ۳۶ می گوید: «از آن روز به بعد و روزهای بعد از دعوایها و کتک کاریها من احساس خرد شدگی می‌کنم و خیلی احساس حقارت دارم».

زمانی که سلطه و هژمونی مردان در تمامی سطوح زندگی زنان نمود می‌یابد و در بدترین شکل خود با زد و خورد و مجازات‌های بدنی تحکیم می‌شود و زنان توان هیچ گونه دفاعی در خود نمی‌یابند، دچار در ماندگی آموخته شده می‌شوند. در نتیجه از خود به دلیل عدم توان دفاع نفرت پیدا کرده و عزت نفسشان تنزل می‌یابد.

مصاحبه شونده شماره ۲۴ می‌گوید: «من دیگر علاقه به فعالیت‌های لذت بخش قبلی ندارم، از کارهای و چیزها و اموری که قبلاً لذت می‌بردم دیگر آن احساس قبلی را ندارم».

زنانی که در مدت زمانی طولانی مورد خشونت همسر قرار می‌گیرند یا خشونت را تجربه می‌کنند که تهدیدی برای زندگی آنها قلمداد می‌شود، معمولاً احساس جدا ماندگی یا غریبه بودن نسبت به دنیای پیرامون خود پیدا می‌کنند.

ایجاد ترس، خشم و تنفر از دیگر مقوله‌های اکتساب شده از مصاحبه‌ها بود.

مصاحبه شونده شماره ۱۷ می‌گوید: «از آن روز به بعد من همیشه احساس عدم امنیت دارم و می‌ترسم و بدنم می‌لرزد».

مصاحبه شونده شماره ۳۱ می‌گوید: «من نسبت به همسرم تنها احساسی که دارم تنفر و حس انتقام است و به همین دلیل یکی از راه‌هایی که برای

توانمندشدن و شکوفاشدن استعدادها را از زنان می‌گیرد. در این زمینه، می‌توان به بی‌کفایتی زن در مدیریت خانه، گریز از مشارکت در امور اجتماعی، بازسازی رفتار خشونت‌آمیز در فرزندان، ناکامی کودکان در تحصیل، پناه بردن به مواد مخدر و از دست دادن اعتبار اجتماعی و خانوادگی نزد قربانیان این پدیده اشاره کرد.

هیجان‌های تجربه شده بعد از تروما، با توجه به این که خشونت خانگی علیه همسران در محدوده و فضای خانه به وقوع می‌پیوندد، اما پیامدهای آن به محیط اجتماعی نیز انتقال می‌یابد، به طوری که بسیاری از زنان مصاحبه شونده دارای ترس و اضطراب‌هایی هستند که مانع فعالیت و پویایی آنان در اجتماع می‌گردد. در واقع اثرات خشونت و تروما محدود به فضای خانه نیست و در محیط اجتماعی نیز خود را نمایان می‌سازد. همانگونه که در جدول شماره ۲ اشاره شده است؛ پایین آمدن عزت نفس، ایجاد ترس و خشم، تنفر و فقدان لذت در زندگی گزاره‌هایی هستند که از مصاحبه‌ها استخراج شده است که در ادامه به نقل قول‌هایی در این ارتباط پرداخته می‌شود.

پایین آمدن عزت نفس در زندگی و فقدان لذت از مقوله‌های تفسیری در حوزه هیجانهای تجربه شده بعد از تروما است.

مصاحبه شونده شماره ۵ می‌گوید: «من دیگر از همه دوری می‌کنم، دوست ندارم جایی بروم و همیشه غمیگین هستم و غصه می‌خورم و اعتماد به نفسم پایین آمده است».

انتقام گرفتن از همسر من انتخاب کرده‌ام، خیانت است. با خیانت کردن به همسر من خشمم را تسکین می‌دهم».

افکارهای تجربه شده بعد از تروما، روایت زنان شاغل از تجربیات خود می‌تواند ما را به این فرضیه برساند که افکار بعد از تروما در زنان مقوله‌هایی چون ترس همیشگی، احساس بی‌پناهی و بدبختی، آرزوی مردن، نفرت از زن بودن، مقایسه خود با دیگران، نفرت از خود، اندیشیدن به طلاق، آرزوی کشتن همسر، عدم عشق به فرزندان، میل به خیانت، اندیشیدن به خودکشی، بی‌تفاوتی، ندامت از ازدواج، در فکر انتقام و نفرت از جنس مرد است. با بررسی کدهای تبیینی و طبقه‌بندی آن‌ها در جدول ۳ آمده است نفرت از زن بودن، نفرت از جنس مرد و نفرت از خود، آشکار شد.

مصاحبه شونده شماره ۲ می‌گوید: «همه مردها از دم نامردند».

دو مصاحبه شونده دیگر، تجربه خود را این چنین بیان می‌کنند: «از خودم بدم می‌آید، از خودم متنفرم، همیشه تصویرش جلوی چشمانم است. خیلی حس بدی نسبت به خودم دارم». (مصاحبه شونده شماره ۱). «دلم می‌خواهد بمیرم، آبروی من را برد، ای کاش زن نبودم، ای کاش همه چی تمام شود و من استراحت کنم این زندگی هرگز درست نمی‌شود» (مصاحبه شونده شماره ۸).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، وجود تروما در زندگی زنان سبب می‌شود که نفرت از جنس زن

بودن خود و نفرت از مرد هسته تفکری زنان تحت خشونت خانگی را تحت‌الشعاع قرار دهد.

به نظرویلیام گلاسر 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 تأیید کنند. عدم احترام در زندگی زناشویی سبب می‌شود که احساس ارزشمندی از بین رفته و احساس نفرت در سه جهت خود، دیگری و جنسیت سوق یابد.

ترس همیشگی، احساس بی‌پناهی و بدبختی و اندیشیدن به طلاق از دیگر مقوله‌های تفسیری افکار بعد از تروما است.

مصاحبه شونده شماره ۷ می‌گوید: «همیشه احساس ترس دارم و خیلی به ترس فکر می‌کنم، مدام این فکر در ذهنم مرور می‌شه نکته یه بار دیگه این اتفاق تکرار بشه»

مصاحبه شونده شماره ۹ می‌گوید: «همیشه به حقارت خودم فکر می‌کنم، خیلی حقیر و بدبختم».

آرزوی کشتن همسر و میل به خیانت دو مفهوم دیگر استخراج شده از افکار زنان دارای تجارب ترومایی است.

مصاحبه شونده شماره ۳۴ و ۳۰ می‌گوید: «همیشه به این مسأله فکر می‌کنم که یه روز با ماشین از روش رد شم».

«تنها چیزی که می‌تونه شادم کنه و از ناراحتی‌هام کم کنه خبر مرگه همسرمه». (مصاحبه شونده شماره ۳۰).

زنان قربانی خشونت خانگی درمقایسه با زنانی که تحت سوءاستفاده قرار نگرفته‌اند، دارای ابعاد احساسی منفی شدیدتری هستند. تقویت احساسات منفی و محرومیت و پرخاشگری می‌تواند عامل خطر ابتلا به اختلالات سلامت روان و قربانی دوباره خشونت خانگی باشد.

مقایسه خود با دیگران، عدم عشق به فرزندان و ندامت از ازدواج از آخرین مفاهیم تفسیری استخراج شده از مصاحبه‌های کیفی است.

مصاحبه شونده شماره ۳۸ می‌گوید: «دوست دارم همسر رو بکشم، حتی بچه‌هام رو هم دوست ندارم».

مصاحبه شونده شماره ۶ می‌گوید: «از ازدواج با همسرم خیلی پشیمانم، من نباید باهاش ازدواج می‌کردم».

همان‌طور که در این مدل ملاحظه می‌فرمایید، تجارب زیستی زنان در ۳ مقوله تبیینی، ۲۰ مقوله تفسیری و ۶۴ مقوله توصیفی به روش تحلیل تماتیک مورد بررسی قرار گرفت. این داده‌ها که از ۴۰ مصاحبه به دست آمد، نشان می‌دهد که اگر چه واکنش زنان نسبت به ترومای خشونت خانگی متفاوت بوده، اما نکته قابل تأمل، در همه‌گیر بودن خشونت علیه زنان در تمامی پایگاه‌های اقتصادی و اجتماعی است که از یافته‌های مورد تأمل در این بررسی می‌باشد، با توجه به مقوله‌ها و نوع آن‌ها مدل پژوهش به شرح زیر ترسیم می‌شود (شکل ۱).

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که خشونت علیه زنان مشکلات زیادی برای زنان از جمله؛ گریز از مشارکت در امور اجتماعی، از کار افتادگی، انواع افسردگی، عدم کفایت زن در مدیریت خانواده، از بین رفتن اعتماد به نفس، عدم موفقیت کودکان در حال تحصیل، از دست رفتن استعدادهای بالقوه زن، از دست دادن اعتبار اجتماعی و خانوادگی و دست زدن به خودکشی را به دنبال خواهد داشت (۳۱، ۳۲، ۳۳).

آرزوی مردن، اندیشیدن به خودکشی، بی‌تفاوتی و در فکر انتقام از دیگر مفاهیمی بود که از مصاحبه‌ها استخراج گشت.

مصاحبه شونده شماره ۸ تجربه خود را اینگونه بیان می‌کند.

«همسرم آبروی من را برد، دلم می‌خواهد بمیرم، همه چیز تمام شده، هیچ چیز، هیچ وقت درست نمی‌شود».

مصاحبه شونده شماره ۹ می‌گوید: «روزی آخرش خودم را می‌کشم، همیشه به فکر خودکشی هستم چون خیلی احساس بدبختی می‌کنم»

مصاحبه شونده شماره ۲۴ می‌گوید: «دیگه برام مهم نیست بی‌تفاوت شدم و بی‌خیال واقعا خسته شدم».

تسیریگوتیس و لاکزاک (۳۴) در یافته‌های خود گزارش کردند تاب‌آوری زنانی که از خشونت خانگی رنج می‌برند، کمتر از تاب‌آوری جمعیت عمومی است. اودیگویک و سینساویک (۳۵) به این نتایج رسیدند که

جدول ۱: استخراج کدهای توصیفی، تفسیری و تبیینی اول

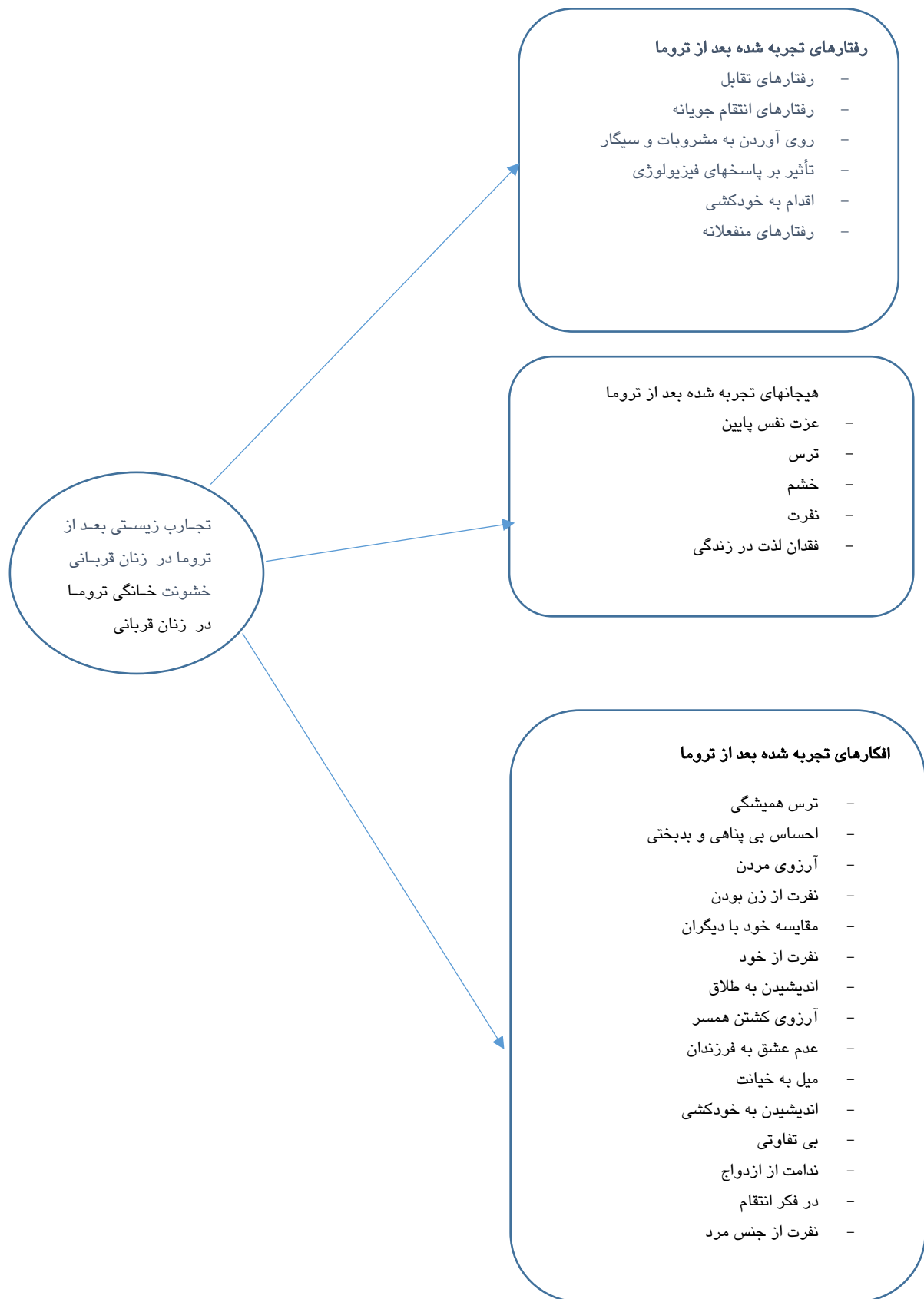
مقوله تبیینی	مقوله تفسیری	مقوله توصیفی
رفتارهای تجربه شده بعد از تروما	رفتارهای تقابلی	هل دادن، فحاشی، جیغ و داد زدن، قهر کردن، شکستن وسیله،
	رفتارهای انتقام جویانه	خود ارضایی، خیانت، پول قایم کردن، طلاق عاطفی، نگاه کردن به فیلم های پورنو، پس انداز کردن، پول گرفتن با زور و نقشه، خرج بیشتر
	روی آوردن به مشروبات و سیگار	مصرف الکل، کشیدن سیگار
	تأثیر بر پاسخهای فیزیولوژی	لرزش بدن، عرق کردن، سردردهای میگرنی، یخ کردن دست و پا، معده درد، دل پیچه، احساس خفگی، پرخوری عصبی، تپش قلب، پرخوری عصبی
	اقدام به خودکشی	تنفر از خود،
	رفتارهای منفعلانه	سکوت، گریه، بهت زدگی، خوابیدن، فراموشی شدید، قطع رابطه با همه، تحمل کردن، حبس در اتاق، ترک اتاق با گریه

جدول ۲: استخراج کدهای توصیفی، تفسیری و تبیینی دوم

مقوله تبیینی	مقوله تفسیری	مقوله توصیفی
همچنانچه تجربه شده بعد از تروما	عزت نفس پایین	احساس گناه احساس بدبختی، احساس ضعف، احساس تنهایی
	ترس	بی قراری، عدم امنیت، ترس شدید، تشویش
	خشم	انفجار خشم
	نفرت	متنفر بودن، احساسات منفی، فقدان هر گونه عشق، بیزاری
	فقدان لذت در زندگی	فقدان لذت از علاقه مندیهای قبلی، احساس پوچی، بی تفاوتی، غمگین بودن،

جدول ۳: استخراج کدهای توصیفی، تفسیری و تبیینی سوم

مقوله تبیینی	مقوله تفسیری	مقوله توصیفی
افکارهای تجربه شده بعد از تروما	ترس همیشگی	می ترسم دوباره اتفاق بیفتد، مرور ذهنی همیشگی ترما، مرور کتکاری در ذهن، ترس شدید، ترس از کتکاری، یکی تو گوشم میگو آماده باش
	احساس بی پناهی و بدبختی	خدا رها کرده من را، فقدان پناهگاه، فقدان احساس و عشق به دیگران، احساس بدبختی، فقدان دلخوشی به همسر، احساس تنهایی، دنیا وحشتناکه
	آرزوی مردن	آرزوی مرگ
	نفرت از زن بودن	چرا زن هستم، نفرت از زن بودن، ای کاش مرد بودم، کاش زن نبودم
	مقایسه خود با دیگران	حقمه خانواده ناراضی بودن، خیلی آشغال، از خودم بدم می آید، احساس حقارت، احساس بی کفایتی، نمی توانم کاری بکنم، احساس گناه
	ندیشیدن به طلاق	حتما جدا می شوم
	آرزوی کشتن همسر	آرزوی مرگ همسر، تنها را شادی من مرگ همسر، دوست دارم با ماشین از روش رد شوم، می خواهم زجرکشش کنم، یا اون بمیره یا من، ای کاش خبر رگش بیاد، حتما روزی می کشمش
	عدم عشق به فرزندان	فرزنداتم را دوست ندارم
	میل به خیانت	در فرصت خیانت، در آرزوی خیانت،
	اندیشیدن به خودکشی	دوست دارم خودکشی کنم نمی توانم،
بی تفاوتی	کاری به کارشش ندارم، چیزی برای از دست دادن ندارم، تقدیرم اینه، این زندگی درست نمی شه، بسومزم و بسازم	
ندامت از ازدواج	بدون مرد زندگی ممکنه، چرا ازدواج کردم	
در فکر انتقام	انتقام می گیرم	
نفرت از جنس مرد	مردها گرگ هستند، مردها نامردند، همه مردها مثل هم هستند	



شکل ۱: مدل نظری تحقیق همه گیر بودن خشونت علیه زنان در تمامی پایگاه های اقتصادی و اجتماعی

بحث

مشکلات و پیامدها را همزمان تجربه می‌کنند که با

عنوان سندرم زن کتک خورده تبیین شده است.

سندرم زن کتک خورده در باب آسیب‌پذیری

سلامت زنان، آسیب‌پذیری رفتاری و آسیب‌پذیری

ارزش‌های مذهبی و اخلاقی زنان، دلزدگی عاطفی و

روانی و جنسی، فقدان انگیزه ادامه زندگی، تعهد

نداشتن به همسر، آسیب‌پذیری خانواده پدری و

خانواده همسر و فرزندان، افزایش آسیب‌های اجتماعی

و ناامنی اقتصادی، زندگی زنان را در حوزه‌های

فردی، زوجی، خانوادگی و اجتماعی به شدت تحت

تأثیر قرار داده است، به گونه‌ای که در بیشتر مواقع

این زنان، همزمان مجموعه‌ای از مشکلات و پیامدها را

تجربه کردند. نتایج این بررسی با نتایج پژوهش‌های

اوزکافاسی و ارن (۱۲)، کیسا، زینوالگلای و

سرگک (۱۵)، دوفورت و همکاران (۱۸)، اسپیلا و

همکاران (۱۹)، باسو و همکاران (۸)، زولوتنیک و

همکاران (۲۱)، دی سوسا و همکاران (۲۲)، واتکینز و

همکاران (۲۳) همسو بود.

در تبیین رفتارهای تجربه شده بعد از تروما

می‌توان گفت که طیف واکنش‌های زنان در این پژوهش

از دامنه رفتارهای منفعلانه تا بدترین و خشن‌ترین نوع

واکنش یعنی خودکشی و خیانت جنسی بود.

آنچه که از این یافته‌ها برمی‌تابد در این است

که راهبردهای مقابله‌ای در هیچ موردی به کارگیری

راهبری مثبت نبوده و تمامی راهبرد مقابله‌ای

هیجان‌مدار و یا راهبرد مقابله‌ای خود مدار بوده است

خشونت خانگی علیه زنان امری جهانی است.

طبق آمار منتشر شده به وسیله سازمان بهداشت

جهانی از هر سه زن یک زن در طول زندگی خود

مورد خشونت خانگی واقع می‌شود. صرف نظر از

توجهات جهانی به مسأله خشونت نسبت به زنان در

خانواده، آنچه که برای جامعه ایرانی حساسیت

وافر می‌باشد این است که خشونت به هر طریقی که

در خانواده تحقق یابد، باعث تزلزل و سستی خانواده

می‌شود. با توجه به این که، هسته اصلی و اساسی

جامعه ایرانی را خانواده تشکیل می‌دهد، پدیده‌ای مانند

خشونت نسبت به زنان در خانواده به عنوان یک

آسیب اجتماعی جدی در نظر گرفته می‌شود، چرا که

خشونت می‌تواند مهم‌ترین عامل از هم گسیختگی

ساختاری بنیادی‌ترین بخش جامعه، یعنی خانواده

باشد و پیدایی آن بسیاری از کارکردهای خانواده

سالم را از بین ببرد (۳۱)، لذا هدف از این پژوهش

تعیین و تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی

خشونت خانگی بود.

پیامدهای شناسایی شده در سه حوزه

رفتارهای تجربه شده بعد از تروما، هیجان‌های تجربه

شده بعد از تروما و افکارهای تجربه شده بعد از

تروما تنظیم شدند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان

کرد که پیامدهای خشونت خانگی علیه زنان در تعامل

و دارای روابط حلقوی و چرخشی هستند، هم‌چنین

زنان قربانی خشونت همسران، زنجیره‌هایی از

بعد از مدتی به خواست همسر دوباره به زندگی زناشویی برمی‌گردد، اما باز می‌بیند که خشونت علیه وی همچنان ادامه دارد و این امر سبب ایجاد رفتارهای منفعلانه و راهبرهای مقابله‌ای منفی در وی می‌گردد. زنان مورد بررسی در این پژوهش نیز ممکن است به دلیل روبرو شدن با چنین وضعی دچار چنین واکنش‌هایی شده باشند.

در تبیین هیجان‌های تجربه شده بعد از تروما نیز این گونه می‌توان اظهار نظر کرد که خشونت‌های مکرری که همسران در محیط‌های خصوصی بر زنان اعمال می‌کنند، شخصیت و هویت را از آنان گرفته و فقدان کنترل زنان بر این خشونت‌های مکرر عزت نفس آنان را پایین آورده و خود را موجودات ضعیفی قلمداد می‌کنند که مرد هر گونه بخواهد با آنان رفتار می‌کند. مطابق با نظریات کارکرد گرای، فقدان قدرت مالی و توزیع ناعادلانه قدرت، اعمال خشونت را توجیه کرده و آن را توجیهی برای حفظ انقیاد مردان بر زنان می‌داند که نتیجه این امر نیز چیزی جز عزت نفس پایین، ترس، خشم، نفرت و فقدان لذت در زندگی می‌باشد.^۱

مکتب رفتارگرایی^(۱) از جمله بی‌افاسکینر^(۲) معتقد است سلامت روانی افراد تحت تأثیر روابط متقابل فرد و محیطی که (اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی) فرد در آن زندگی می‌کند قرار می‌گیرد.

که در هیچ کدام نمی‌توان راهبردی مقابله‌ای منطقی مشاهده کرد. دلیل این امر شاید در بساخت مرد سالارانه جامعه ایرانی و یا درماندگی آموخته شده زنان باشد. فقدان حمایت‌های قانونی و مدنی، عدم وجود سازمان‌های حمایتی و دولتی، عدم استقلال مالی زنان، توان اتخاذ واکنش‌های منطقی را از زنان گرفته و وجود فرهنگ مردسالارانه مانعی محکم در برابر خشونت‌های مردان علیه زنان است.

زنان در چنین جامعه‌ای به دلیل فرهنگ مردسالار و نبود حقوق و قوانین کافی برای دفاع از زنان در مقابل خشونت مردان در خانواده، دچار مشکلات روانی و اجتماعی بسیاری می‌شوند. این مسأله ممکن است به ایجاد مشکلات اجتماعی و روانی دیگری در جامعه نیز بیانجامد. چنین زنانی دچار اضطراب وجودی و ناامنی هستی شناختی هستند. به عبارتی دیگر، آنها همواره نسبت به زندگی خود نگران هستند و ناامنی و تنهایی را عمیقاً تجربه می‌کنند. خلاصه این که، زنان مورد مطالعه در این تحقیق در برابر خشونت شوهران خود بی‌دفاع می‌مانند و در نتیجه، چاره‌ای جز ساختن و سوختن ندارند و مجبور به اتخاذ استراتژی «حفظ وضعیت موجود» هستند.

وجود رفتارهای منفعلانه، روی آوردن به مشروبات الکلی و وجو پاسخ‌های فیزیولوژی منفی در زنان قربانی خشونت را می‌توان طبق نظریه درماندگی آموخته شده تبیین نمود. برطبق این نظریه زن پس از خشونت همسر خود را ترک می‌کند، اما

1-Behaviorism Perspective
2-B.F.Skinner

در نتیجه وقتی محیط زندگی فرد به گونه‌ای باشد که ناسازگار یا مشکل آفرین برای افراد باشد، بالطبع سلامت روانی آنها را به خطر خواهد انداخت. همچنین آبراهام مازلو در خصوص سلامت روان انسان، محرک‌های بیرونی را بسیار تأثیرگذار ارزیابی می‌کند و اعتقاد دارد که ارضاء نیازهای فیزیولوژیک، امنیت، عشق و خودشکوفایی باعث ایجاد احساس کاهش استرس و تأمین احساس آرامش شده و برای پرورش سلامت و تن و روان لازم است (۳۶).

در کل می‌توان گفت که بروز خشونت در افراد سبب مشکلات زیادی از جمله تغییر در حالات خلقی آنها می‌شود. بروز افسردگی، اضطراب و تروما در این گروه از افراد بسیار زیاد است. تغییرات خلق و خو همچون؛ خستگی، سردرگمی، تنش، کاهش رضایت و شادکامی از عواقب بروز خشونت علیه زنان است که هزینه‌های هنگفتی برای اشخاص و جامعه به بار می‌آورد. تجربه خشونت همسر در زنان باعث ترس و درد می‌شود و بین سردرگمی (گیجی) و خشونت همسر رابطه معنی‌داری وجود دارد، هم‌سو با نتایج این بررسی محمد خانی و آزاد مهر (۳۷) نیز نشان دادند که قربانیان خشونت خانگی آسیب‌های روانی چون نشانگان خشم، نشانگان شخصیت مرزی، سابقه بزهکاری، نشانگان افسردگی، سابقه خشونت جنسی، اسنادهای منفی، تعهد ارتباطی، آشفتگی ارتباطی، یکپارچگی ارتباطی، یکپارچگی اجتماعی و بالاخره مصرف سوء مواد را از خود نشان داده‌اند.

سهراب‌زاده و منصوریان راوندی (۳۸) دریافتند خشونت خانگی علیه زنان پیامدهایی نظیر؛ گوشه‌گیری، از دست دادن اعتماد و عزت نفس، ترس، انواع افسردگی‌ها، از دست دادن قدرت و فرصت توانمند شدن و شکوفایی استعدادها و خطر بروز بیماری‌های شدید روانی به پیامدهای اجتماعی نظیر؛ افزایش تمایل به خودکشی، عدم کفایت زن در مدیریت خانه، گریز از مشارکت در امور اجتماعی، بازسازی رفتار خشونت‌آمیز در فرزندان، ناکامی کودکان در تحصیل، پناه بردن به مواد مخدر و از دست دادن اعتبار اجتماعی و خانوادگی نزد قربانیان این پدیده منجر خواهد شد.

ایلک کاراجان (۳۹) معتقد است خشونت کلامی، تهدید، تمسخر و ایجاد بی‌زاری از اشکال متداول این نوع خشونت است. خشونت لفظی قبل از هر چیز نوعی از تهاجم محسوب می‌شود که نابودکردن اعتماد به نفس همسر را هدف قرار می‌دهد و این توهین و تحقیرها بعضاً با نسبت دادن لقی حقارت بار به زن و تمسخر بدن و ظاهر او یا آنچه برای او مهم است، همراه است.

روایت زنان شاغل از تجربیات افکارهای تجربه شده بعد از ترومای خود می‌تواند ما را به این فرضیه برساند که در هیچ کدام از واکنش‌های زنان قربانی خشونت، رفتارهای حمایتی و قانونی مشاهده نشد. در بعد وسیعی از افکار نفرت از خود، نفرت از زن بودن، عدم عشق به فرزند، آرزوی مردن و افکار

مصاحبه کننده و امکان تورش یادآوری و عدم افشای خشونت را به همراه دارد از اعتبار یافته‌های پژوهش تاحدودی می‌کاهد.

از آنجا که پیشگیری در هر زمینه، بهترین راه درمان به شمار می‌رود، لذا در این راستا اتخاذ پاره‌ای از تدابیر می‌توانند بسیار مؤثر باشند. به عنوان مثال، در زمینه آموزشی و فرهنگی می‌توان با افزایش حساسیت‌ها و آگاهی‌های لازم در مورد خشونت خانوادگی نسبت به زنان و نیز تغییر نگرش مردان نسبت به زنان، توانمندسازی مردان در کنترل خشم خود و اطلاع رسانی مؤثر به زنان در خصوص حقوق آنها، سعی در کاهش این پدیده کرد. گسترش مراکز حمایتی و سازمان‌های اجتماعی حمایت از زنان به صورت دولتی و یا در غالب سازمان‌های مردم نهاد و نیز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای قربانیان و غربالگری خشونت خانگی در این مراکز از دیگر پیشنهادها این پژوهش است.

نتیجه‌گیری

با توجه به فرآیند تحلیل داده‌ها، فرضیه ویژگی عمومی و فراگیر بودن خشونت در خانواده‌ها بین همه پایگاه‌های اقتصادی-اجتماعی (حتی در زنان مقاطع دکتری) شکل گرفت. در رابطه با تجارب ادراک شده زنان قربانی خشونت، معانی مشترکی در گروه وجود داشت. هر زن در مورد موضوع خشونت، رفتار، افکار و هیجان‌های خاص خودش را داد. این

مشابهی استخراج شد که همگی حول محور فقدان عشق و محبت به خانواده در جریان بودند. همچنین وجود افکاری چون بی‌تفاوتی، نفرت از خود، احساس بی‌پناهی و آرزوی مردن، مفهوم درماندگی آموخته را تداعی می‌ساخت. مارتین سلیگمن معتقد بود فقدان کنترل انسان بر پیامدهای زندگی خود، افسردگی و انفعال را ایجاد می‌کند. تروماهای متعدد با سلطه و خشونت مردان، چیزی جز فرادستی سلطه بی‌پایان مردان بر زنان نیست و نتیجه چنین تروماهایی ایجاد طیف متعدد تفکرات مخربی است که همگی بر حسرت، نفرت، مرگ و خودکشی دلالت دارد. زنانی که در مدت زمانی طولانی مورد خشونت همسر قرار می‌گیرند یا خشونتی را تجربه می‌کنند که تهدیدی برای زندگی آنها قلمداد می‌شود، معمولاً احساس جدامانندگی یا غریبه بودن نسبت به دنیای پیرامون خود پیدا می‌کنند. در این زنان خاطره بد و رنج‌آور خشونت گاه و بیگاه به ذهنشان هجوم آورده و همان احساس‌های ناخوشایند آن زمان برایشان تکرار می‌شود. حتی خواب شبانه هم ممکن است پر از اشاره‌ها و علامت‌هایی باشد که خشونت اعمال شده را یادآوری می‌کند.

این پژوهش به دلیل استفاده از رویکرد کیفی و روش نمونه‌برداری غیرتصادفی و نبود شانس برابر برای همه افراد جامعه از خطا مبرا نیست. نحوه جمع‌آوری اطلاعات در قالب مصاحبه اکتشافی نیمه ساختاریافته به دلیل امکان دخالت نظر شخصی فرد

نشانگر معنی منحصر به فردی است که هر زن به جنبه تجربه خشونت نسبت می‌دهد. اگر چه هر زن به طور جداگانه پاسخ می‌داد، ولی همه آن‌ها با هم معنی مشترکی در مورد خشونت دارند. این معانی مشترک پایه ارتباط و تعامل بین افراد را فراهم می‌کند. اگر چه زنان گروه‌های مختلف سنی مربوط به نسل‌های متفاوت به طور جداگانه پاسخ می‌دادند، اما همه آن‌ها مفاهیم مشترکی چون افکار، هیجان و رفتارهای بسیار منفی در ارتباط با خشونت در خانواده دارند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، با توجه به فرضیه فراگیربودن خشونت در خانواده بین همه پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی، توجه جدی به کنترل خشونت در خانواده ضروری می‌رسد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.015 می‌باشد، که زیر نظر دانشگاه انجام شد. بنابراین نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از تمام کسانی که ما را در تهیه این مقاله یاری نمودند ابراز می‌دارند.

REFERENCES

1. Oram SBN, Howard LM. Mental health and violence: opportunities for change. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 558–9.
2. Petroula MM, Apostolidoub M, Stavros K. Parlarisca school. Risk factors for the prevalence of domestic violence against women in Cyprus. *Soc Sci J* 2014; 51: 295-301.
3. Raifman S, Puri M, Arcara J. Is there an association between fertility and domestic violence in Nepal? *Journal Pre-proof. AJOG Global Reports* 2021; 1(2): 100011.
4. WHO: World Health Organization. *Violence Against Women*[Online] 2017; 29.
5. Boughima FA, Razine R, Benyaich H, Mrabet M. The profile of women victims of domestic violence in Morocco. *La Revue de Médecine Légale* 2018; 9: 69-102.
6. Ozturk B, Li Q, Albright DL. Coping strategies among immigrant women who have experienced intimate partner violence in North America: a narrative review. *Aggression and Violent Behavior* 2019; 48: 17-23.
7. Derakhshanpour F MH, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. *J Gorgan Univ Med Sci.* 2015; 16 (1) :126-131.
8. Basu ALA, Lonstein JS. Trauma sequelae and cortisol levels in women exposed to intimate partner violence. *Psychodyn Psychiatry* 2013; 41(2): 247-275.
9. Doran F, Hutchinson, M., 2016. Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. *J. Clin. Nurs.* 26 (15/16), 2286–2296.
10. Douglas R, Sefton BC, Zimmermann A. Enhancing family and domestic violence laws, final report of project. *Law Reform Commission of Western Australia, Australia* 2014; 8: 79-98.
11. Maldonado RWL, DiIillo D. The interplay of trait anger, childhood physical abuse, and alcohol consumption in predicting intimate partner aggression. *Journal of Interpersonal Violence* 2014; 30(7): 1-16.
12. Özkafacı AA, Eren N. Effect of art psychotherapy using marbling art on depression, anxiety, and hopelessness in female survivors of domestic violence with PTSD. *The Arts in Psychotherapy* 2020; 71: 101703.
13. Birkley EL, Eckhardt CI, Dykstra RE. Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence, and relationship functioning: A meta-analytic review. *Journal of Traumatic Stress* 2016; 29(5): 397–405.
14. Fedynich AL, Birkley EL, Chard KM. Cognitive-Behavioral conjoint therapy for PTSD: a case study of a transgender male co-parenting with former spouse and perpetrator of domestic violence. *Cognitive and behavioral practice* 2021; 28(3): 435-43
15. Kisa S, Zeyneloğlu S, Sergek Verim E. The level of hopelessness and psychological distress among abused women in a women's shelter in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing* 2019; 33(1): 30-6.
16. Spencer C, Mallory AB, Cafferky BM, Kimmes JG, Beck AR, Smith SM. Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence* 2019; 9(1): 1–17.
17. Devries K, Child J, Bacchus L, Falder G, Pezold M, Astbury J, Watts C. Intimate partner violence and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2014; 109: 379–91.
18. Dufort M, Stenbacka M, Gumpert C. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *European Journal of Public Health* 2015; 25(3): 413–8.
19. Sipilä M, Hakulinena T, Helminen M, Seppänen J, Paavilainen CE, Koponen P. Alcohol abuse, psychological distress, and suicidal thoughts are associated with intimate partner violence among parents' with children. *Mental Health & Prevention* 2018; 12: 76-81.
20. Blasco-Ros C, Herbert J, Martinez M. Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease* 2014; 3(4): 303–13.
21. Zlotnick CJD, Kohn R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American Women. *J Interpers Violence* 2006; 21(2): 262-275.
22. de Sousa J BW, Fanslow J. Intimate partner violence and women's reproductive health. *Obstet, Gynaecol Reprod Med* 2014; 24(7): 195-203.

23. Watkins LEJA, Hoffman L, Gratz KL, Messman-Moore TL, DiLillo D. The longitudinal impact of intimate partner aggression and relationship status on women's physical health and depression symptoms. *J Fam Psychol* 2014; 28(5): 655-65
24. Blasco-Ros C, Herbert J, Martinez M. Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease* 2014; 3(4): 303-313.
25. Hayati EN. Domestic violence against women in rural Indonesia: Searching for multilevel prevention [Doctoral Thesis]. Umea, Sweden: Umea University; 2013.
26. Creswell JW, Hanson WE, Clark Plano VL, Morales A. Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. *The Counseling Psychologist*. 2007;35(2):236-64.
27. Corbin JM, Strauss A. Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*. 1990;13(1):3-21.
28. Haj-Yahia M. Attitudes of arab women to different pattern coping to wife abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 2001; 17: 221.
29. Halgin Richard P, Whitburn S. Psychopathology (translated by Yahya Seyed Mohammadi). Tehran: Ravan Publishing; 2015 ; 45.
30. Evans P. Verbal harassment or tongue sores, translated by Marjan Faraji, Tehran: Roshd ; 2013; 47.
31. Faramarzi MES, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005; 11(5-6): 870-8.
32. Vameghi MFA, Mirabzadeh A, Feizzadeh G. Exposure to domestic violence between parents: a perspective from Tehran, Iran. *Journal of Interpersonal Violence* 2009; 17(3): 21-52.
33. Mousavi S EAWai E. Islamic republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005; 11(5): 860-9.
34. Tsirigotis K, Łuczak J. Resilience in Women who Experience Domestic Violence. *Psychiatr Q*. 2018;89(1): 201-11.
35. Avdibegovic EBM, Sinanovic O. Emotional profile of women victims of domestic violence. *Mater Sociomed* 2017; 29(2): 109-13.
36. Abbaszadeh M, Saadati M, Business H. Domestic violence, a threat to mental health Sociological study of married women in Tabriz. *Social Security Studies Quarterly* 2011:: 61-94.
37. Mohammad khani P, Azadmehr H. Psychopathology and personal-relationship problems of female victims of family violence. *Refahj* 2008; 7(27): 9-28.
38. Sohrabzadeh M, Mansoorian Ravandi F. Women's living experience of verbal violence in the family (case study: women in Kashan). *Woman in Culture and Art* 2017; 9(2): 245-64.
39. İlkkaracan P. Aile içi şiddet ve cinsel teciz. 1996. İstanbul

Post-traumatic Life Experiences in Women Victims of Domestic Violence

Kazemi Khooban SZ¹, Poursharifi H^{2*}, Kakavand A³, Jian Bagheri M¹

¹Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran, ²Department of Health Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran, ³Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran, ⁴Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Received: 25 Apr 2021 Accepted: 31 Aug 2021

Abstract:

Background & aim: Due to the adverse effects of domestic violence and trauma on women's physical and psychological health, the aim of this study was to investigate post-traumatic biological experiences in women victims of domestic violence. The aim of the present study was to determine and post-traumatic biological experiences in women victims of domestic violence.

Methods: In the present qualitative study conducted with the content analysis approach in 2021, the data were analyzed through secondary data analysis, semi-structured interviews with 50 women victims of domestic violence by thematic analysis. The basic theory method was collected using theoretical sampling at each stage according to the analysis of previous data from women who wished to do the interview. Data in this study were analyzed by Corbin and Strauss methods.

Results: Data analysis led to the extraction of 3 explanatory categories, 20 interpretive categories and 64 descriptive categories, which were: 1. Post-traumatic behaviors experienced (coping behaviors, vengeful behaviors, turning to alcohol and smoking, affecting physiological responses, suicide attempts, and passive behaviors), 2. Post-traumatic emotions experienced (low self-esteem), Fear, anger, hatred and lack of pleasure in life) and 3. Thoughts experienced after trauma (constant fear, feeling of helplessness and misery, wishing to die, hating being a woman, comparing oneself with others, hating oneself, thinking about divorce, the desire to kill a wife, lack of love for children, desire for betrayal, contemplating suicide, indifference, remorse for marriage, thinking of revenge and hatred of men).

Conclusion: Based on these results, women exposed to domestic violence have many problems in the area of experienced behavior, experienced emotions and thoughts experienced after traumatic experiences. These findings can be useful in assessing the risk, determining treatment pathways, and managing domestic violence in women victims.

Keywords: Biological experiences, Trauma, Domestic violence, Women victims

***Corresponding Author:** Poursharifi H, Department of Health Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
Email: poursharifih@gmail.com

Please cite this article as follows:

Kazemi Khooban SZ, Poursharifi H, Kakavand A, Jian Bagheri M. Post-traumatic Life Experiences in Women Victims of Domestic Violence. *Armaghane-danesh* 2021; 26(4(1)): 664-683.