

بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران

میترا خاقانی فرد

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه دولتی ارمستان

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران انجام شد. بر این اساس ۱۸۴ زن مورد خشونت قرار گرفته که به صورت نمونه در دسترس به مجتمع قضایی خانواده، پزشکی قانونی و مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند و ۲۲۸ زن مورد خشونت قرار گرفته‌ای انتخاب شدند که به دلایلی به مراکز فوق مراجعه نکرده بودند و از نظر سن و مدت زمان ازدواج با گروه نخست هم‌تا شدند. پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بوده است. یافته‌ها نشان داد زنانی که دسترسی بیشتری به سرمایه‌های اجتماعی و خانوادگی دارند از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. هر چه پیروی از الگوهای رایج جامعه‌پذیری جنسیتی و اعمال خشونت علیه زنان کمتر باشد، زنان از سلامت روان بالاتری برخوردارند. و سلامت روان زنان گروه کنترل از سلامت روان زنان گروه نمونه پایین‌تر است. نتایج رگرسیون نشان داد که جامعه‌پذیری، حمایت‌ها و سرمایه‌های اجتماعی سهم تعیین‌کننده‌ای را در پیش‌بینی سطح سلامت روان زنان دارد.

واژگان کلیدی

خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی، سرمایه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، سلامت روان

مقدمه

یکی از موضوع‌های مورد توجه در زمینه سلامت روان زنان، اثرات روان شناختی و جامعه شناختی خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی زنان است.

دسترسی زنان به حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، داشتن شغل و سطوح تحصیلات بالا، پیروی کردن از ارزش‌ها و الگوهای متفاوت از الگوهای رایج جامعه‌پذیری جنسیتی موجب افزایش شناخت زنان نسبت به خود، افزایش مشارکت در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی، کاهش اضطراب و افسردگی، و حفظ و ارتقاء سلامت روان زنان و کاهش خشونت علیه زنان می‌شود. خشونت علیه زنان در سراسر جهان سلامت جسم و روان زنان را به مخاطره انداخته و حقوق انسانی آن‌ها را مورد تجاوز قرار داده است. با این حال به همسر آزاری که به عنوان یک عامل خطرآفرین است و آسیب‌های روانی و جدی به همراه خود دارد، تنها در سال‌های اخیر توجه شده است (سوان^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد احساس خود کم بینی و حقارت برآمده از خشونت در زنان به افسردگی شدید، تشویش، ترس و هراس، مشکلات روحی و سرانجام به خودکشی آن‌ها می‌انجامد (سولی وان^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

البته، شایان ذکر است که اعمال خشونت علیه زنان و پذیرش آن از سوی زنان، نشأت گرفته از الگوهای جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی است که از گذشته تا به امروز استحکام بخش تبعیض جنسیتی در جوامع بوده است. طبق این الگو، "مرد گونگی"^۳ ارزش محسوب می‌شود و زنان موجوداتی تابع و مطیع در ساختار مرد سالار هستند و این نگرش‌های جنسیتی در شکل‌گیری شخصیت و رفتار زنان اثرات منفی بر جای گذاشته است. مجموعه این تفاوت‌ها بین دو جنس که در نتیجه نحوه جامعه‌پذیری و شرطی‌سازی نقش‌های جنسیتی است، سلامت روان زنان را شدیداً تهدید می‌کند. این نحوه جامعه‌پذیری و تبعیضات و مشکلات حاصل از این نوع نگرش همراه با تأثیرات منفی آن بر سلامت روان زنان به نسل بعدی هم انتقال می‌یابد و فقدان دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی را به دنبال خواهد داشت. فقدان دسترسی به سطوح تحصیلاتی بالا، نداشتن شغل، و محروم بودن از حمایت‌های

-
1. Swan
 2. Sullivan
 3. masculinity



اجتماعی خانوادگی آسیب‌پذیری زنان در جامعه و خانواده را باعث می‌شود، زیرا پژوهش‌های اخیر نشان داده است که حمایت‌های اجتماعی خانوادگی، داشتن شغل و سطوح تحصیلاتی بالا به عنوان یک منبع خارجی می‌تواند اثرات ناشی از استرس را کاهش دهد و در مقابله مؤثر با استرس و افزایش سلامت روان به افراد کمک کند (تایواری^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

در حمایت‌های اجتماعی عاطفی که در طی آن فردی به فرد دیگر کمک می‌رساند (لی^۲، ۱۹۹۸) در هنگام مواجهه با دشواری‌ها کاهش اثر فشار روانی را موجب شده و آسیب‌پذیری زنان در جامعه و خانواده را کاهش داده و سلامت روان آن‌ها را ارتقا می‌بخشد (ساراسون^۳ و همکاران، ۱۹۹۰).

همچنین بر طبق نظریه منابع در دسترس گود^۴، (۱۹۸۹) و نظریه جامعه‌پذیری جنسیتی فایرستون^۵ و همکاران، (۲۰۰۳)، هر چه میزان دسترسی زنان به منابع اقتصادی، تحصیلاتی و حمایت‌های خانوادگی بیشتر باشد کمتر مورد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسران خود قرار می‌گیرند. زیرا هر قدر میزان دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی افزایش پیدا کند، به همان نسبت توانایی برخورد با آسیب‌های اجتماعی در آنها بیشتر خواهد شد. همچنین هر چه زنان دارای الگوهای جامعه‌پذیری متفاوتی از الگوهای جامعه‌پذیری سنتی باشند کمتر مورد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسران خود قرار خواهند گرفت، زیرا اعمال خشونت علیه زنان بستگی زیادی به نقش‌های جنسیتی پذیرفته شده آن جامعه دارد. زنانی که به کرات مورد خشونت همسران خود قرار می‌گیرند، به مرور عزت نفس آن‌ها کاهش می‌یابد و به تدریج احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنند. بر طبق نظریه یادگیری اجتماعی، تجربه خشونت در خانواده موجب می‌شود که اعضای خانواده یاد بگیرند که در برخی موقعیت‌ها اعمال خشونت امری طبیعی است، به این ترتیب مردان می‌آموزند که خشونت به خرج دهند و زنان یاد می‌گیرند که خشونت و رفتار پرخاشگرانه را تحمل کنند.

طبق نظر وایت^۶ (۲۰۰۱) افراد دارای سلامت روان چندین ویژگی دارند که شامل پذیرش

1. Tiwari
2. Lee
3. Sarason
4. Good
5. Fireston
6. With

و دوست داشتن خویش است که این دو مفهوم همراه با هم تکمیل کننده اولین بخش از سلامت روانی هستند، برقراری روابط با دیگران هنگامی میسر است که فرد خود پنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد، مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش‌های زندگی بخش از سلامت روانی است و بروز مناسب هیجان‌ها که افراد باید قادر باشند هیجان‌ها خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به‌طور مناسب بروز دهند.

از رایج‌ترین نوع خشونت، خشونت خانوادگی است که در آن خشونت، رفتار خشن یکی از اعضای خانواده (معمولاً مردان) نسبت به اعضای دیگر خانواده (همسر، کودک و سالمندان خانواده) است (سوآن و سولی وان، ۲۰۰۹)

سرمایه‌های اجتماعی از طریق حمایت‌های اجتماعی خانوادگی واقعی ادراک شده، میزان تحصیلات، اشتغال زنان و شبکه ارتباطات سنجیده می‌شود.

در این پژوهش براساس نظریه‌های (۱) منابع در دسترس^۲، (۲) یادگیری اجتماعی^۳ و (۳) نظریه جامعه‌پذیری جنسیت، می‌توان همبستگی منابع در دسترس، خشونت خانوادگی و جامعه‌پذیری را با سلامت روان زنان تحلیل کرد.

ردمن^۴ (۲۰۰۰) به نقل از لی و بیٹی^۵ (۲۰۰۲) معتقد بود که تقسیم قدرت در خانواده و پایگاه قدرت هر یک از همسران، از منابع در دسترس هر یک از آن‌ها و انتظارات هنجاری - ارزشی از زن و شوهر متأثر است، بر این اساس، ردمن چهار نوع جامعه را تصویر می‌کند که در آن فشارهای هنجاری - ارزشی جامعه و نیز دسترسی هر یک از دو طرف مبادله قدرت به منابع، تعیین کننده پایگاه فرد در مسائل خانوادگی قلمداد می‌شود. در این نظریه توانایی هر یک از همسران در برآورده کردن نیازهای طرف مقابل به عنوان منبع قدرت فرد تلقی می‌شود (لی و بیٹی، ۲۰۰۲). به این دلیل در جوامعی که وظیفه تأمین زن بر عهده مرد است و مرد تنها منبع برآوردن نیازهای خانواده است، طبعاً همسر مرد اجازه اعمال قدرت یک سویه را به شوهر می‌دهد. گود (۱۹۸۹) معتقد بود که نظام خانواده مانند هر نظام یا واحد اجتماعی دیگر نظامی

-
1. Swan & Sullivan
 2. Available sources
 3. Social learning
 4. Radman
 5. Lee & Beatty



اقتداری دارد و هر کس به منابع مهم خانواده (مانند شغل، تحصیلات، درآمد و مهارت اطلاعات و حمایت‌های خانوادگی) بیشتر از دیگران دسترسی داشته باشد، می‌تواند سایر اعضای خانواده را به فعالیت در جهت امیال خود وادار کند و تصمیم‌گیری‌های مهم با اوست. براساس این نظریه پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان داده است، زنانی که قدرت اقتصادی، شغلی و تحصیلی دارند و به منابع حمایتی خانوادگی در زمینه‌های فکری، عاطفی و اقتصادی و منابع حمایت‌های اجتماعی دسترسی دارند، با مسائل و مشکلات زندگی به شیوه منطقی‌تری مواجه می‌شوند، از قدرت تصمیم‌گیری بیشتری در مسائل خانوادگی برخوردارند، در مقابل اعمال و ادامه خشونت همسرانشان علیه آن‌ها مقاومت می‌کنند، دارای جامعه‌پذیری جنسیتی متفاوتی از سایر زنانی هستند که به این منابع دسترسی دارند و در واقع این مجموع عوامل به حفظ و ارتقاء سلامت روان زنان کمک بسزایی می‌کند (خسروی و همکاران، ۲۰۰۸). براساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، خشونت با مشاهده و تقلید از اعضای خانواده و یا از راه تجربه‌های مستقیم فرا گرفته می‌شود. بنابراین، نظریه گام‌های یادگیری خشونت چنین است: (بندورا^۱ به نقل از اشتروس، ۱۹۸۰)

۱- فرد می‌آموزد منع اخلاقی برای خشونت با افراد خانواده وجود ندارد.
 ۲- فرد می‌آموزد کسانی که همدیگر را دوست دارند نیز می‌توانند با هم رفتار خشن داشته باشند.

۳- اگر نتوان راهی برای حل مشکل یافت، خشونت ورزیدن مجاز است.
 براساس نظریه جامعه‌پذیری جنسیت، فرآیند جامعه‌پذیری گرایش‌ها و هویت جنسیتی را در خانواده درونی کرده و آن را به فرزندان انتقال می‌دهد و دائمی شدن سلطه مرد و مطیع بودن زن را باعث می‌شود. چرا که معمولاً از زنان تصویر آرام، مطیع، منفصل، عاطفی و وابسته و از مردان تصویری مستقل، استوار، شایسته و توانا و مصمم ترسیم می‌کند و در چنین شرایطی زنان نقش جنسیتی سنتی مطیع بودن و در مقابل مردان نقش سلطه‌گری مردانه را می‌پذیرند. (برت^۲ و هلن، ۲۰۰۲)

بنابراین، فرد در فرآیند جامعه‌پذیری در خانواده و تحت تأثیر روابط خانوادگی و شرایط

1. Bandora, Straus
 2. Barrett & Hellen

حاکم اجتماعی از نقش‌های جنسیتی^۱ خودآگاهی پیدا می‌کند. آگاهی داشتن از نقش‌های جنسیتی در خانواده و جامعه یکی از عوامل تعیین کننده میزان سلامت روان زنان است و شواهد نشان می‌دهد در خانواده‌هایی که مردان آموخته‌اند باید صرفاً اعمال قدرت کنند و زنان اطاعت کنند، همسران آن‌ها از سطح سلامت روان پایین‌تری برخوردارند.

طبق پژوهش‌های آلن^۲ و همکاران (۲۰۰۸) از عمده‌ترین آسیب‌های روانی وابسته به خشونت علیه زنان، می‌توان به احساس درماندگی، اعتماد به نفس نداشتن، تشویش و افسردگی اشاره کرد. بر پایه پژوهش‌های جدیدتر، خشونت علیه زنان می‌تواند پی‌آمدهایی جدی‌تر، هم چون خودکشی، آسیب زدن جدی به ایجاد کننده خشونت (حتی به قتل رساندن او) داشته باشد.

خاقانی فرد (۱۳۸۲) در پژوهش خود با بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر در زنان شهر تهران نشان داد که از بین خشونت‌ها، خشونت روانی بیش‌ترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر دارد. اختلالات شایع بین قربانیان خشونت عبارتند از: اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، وسواس‌های فکری و عملی، سوء استفاده از مواد، اختلال خوردن، همچنین در میان اختلالات شایع ۹۶/۶ درصد از زنان از افسردگی شدید رنج می‌برند و از داروهای ضد افسردگی و آرام بخش‌های قوی استفاده می‌کردند.

زو^۳ و بیان (۲۰۰۵) و خسروی (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند، که دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی به صورت مستقیم نقش آن‌ها را در فرآیندهای زندگی خانوادگی تغییر داده است و از سوی دیگر به صورت غیر مستقیم با تعدیل نگرش‌های نقش جنسیتی و ایدئولوژی جدایی طلبی جنسیتی، موقعیت آن‌ها را در زندگی خانوادگی شان بهبود بخشیده است، بدین ترتیب دسترسی به منابع اجتماعی مانند (اشتغال و تحصیلات) و کم رنگ شدن ایدئولوژی جنسیت گرا، احساس فقدان کنترل بر تصمیم‌گیری‌های خانوادگی، در حاشیه قرار گرفتن زنان و اعمال انواع خشونت‌های مردان علیه همسران خود راکاهش می‌دهد که در نهایت این مجموع موارد و اثرات نشأت گرفته از آن‌ها در حفظ و ارتقاء سلامت روان زنان

1 Sexual roles
2. Allen
3. Zuo & Bian



نقش بسزایی دارد.

دونالی^۱ و همکاران (۲۰۰۴) و کوکر^۲ (۲۰۰۲) عقیده دارند حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، حمایت‌های شغلی و سطوح تحصیلاتی بالا رابطه‌ای منفی با اضطراب و افسردگی دارند و کاهش این حمایت‌ها نیز در ناسازگاری‌های روان‌شناختی مؤثر است. بنابراین، می‌توان گفت سرمایه‌های اجتماعی از عواملی هستند که می‌توانند بر سلامت روان زنان مؤثر باشند و موجب بر خورداری زنان از عزت نفس بالا و نگرش‌های آزاد‌منشانه شوند.

هانگ^۳ (۲۰۰۵) نشان داد اشتغال زنان علاوه بر استقلال اقتصادی، احساس کفایت، اعتماد به نفس، فضایی حمایتی و ارتباطات اجتماعی را فراهم می‌آورد که می‌تواند تأثیر بسیاری از استرس‌ها و مشکلات زندگی خانوادگی زنان را کاهش دهد. در واقع دادن و گرفتن حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، از عمده‌ترین روش‌های مقابله و جلوگیری از اعمال خشونت مردان علیه همسرانشان است. و همچنین به عنوان مهمترین عوامل حفظ و ارتقای سلامت روان زنان است.

جافی^۴ و همکاران (۲۰۰۶) نتیجه پژوهش‌های خود را به این صورت گزارش کرده‌اند که ارزش‌ها و هنجارهایی که زن در فرآیند جامعه‌پذیری درونی کرده است. شیوه عملکرد او را در فرآیند قدرت پیش‌بینی می‌کند. بنابراین، می‌توان گفت زنانی که از الگوهای رایج جنسیتی حاکم بر جامعه و خانواده کمتر پیروی می‌کنند، دسترسی بیشتری به سرمایه‌های اجتماعی دارند و در مقابل اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسران خود مقاومت نشان می‌دهند. بنابراین، مجموعه عوامل خانوادگی و اجتماعی در حفظ و ارتقاء سلامت روان زنان بسیار مؤثر است.

با توجه به نظریات جامعه‌پذیری جنسیتی، سرمایه‌های اجتماعی و یادگیری اجتماعی مطرح شده در پژوهش حاضر به نقش مهمی که جامعه‌پذیری جنسیتی، سرمایه‌های اجتماعی و خشونت خانگی در میزان سلامت روان زنان دارد، رابطه متغیرهای یاد شده با سلامت روان و سهم پیش‌بینی‌کنندگی هر یک از آنها در مورد سلامت روان بررسی شد، به علاوه در پژوهش حاضر زنانی که به خاطر مورد خشونت قرار گرفتن به دادگاه مراجعه کرده‌اند با زنان گروه

-
1. Donnelly
 2. Kocer
 3. Huang
 4. Jaffe

کنترل، با توجه به نقش قابل توجه عوامل ذکر شده در حفظ و ارتقاء سلامت روان آنها، مقایسه شدند. به عبارت دیگر هدف بررسی این مسأله است که آیا زنانی که خشونت همسرانشان علیه خود را کمتر پذیرفته‌اند و به لحاظ جامعه‌پذیری از الگوهای رایج جامعه‌پذیری جنسیتی پیروی نمی‌کنند و از سرمایه‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند بیشتر به دادگاه‌ها مراجعه می‌کنند و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند یا اینکه آنها در مقایسه با گروه کنترل از سلامت روان پایین‌تری برخوردار هستند.

زیرا به نظر می‌رسد که هر چه زنان کمتر اعمال خشونت همسران خود را بپذیرند و در مقابل آن مقاومت نشان دهند، از الگوها و ارزش‌های رایج جامعه‌پذیری جنسیتی حاکم بر ساختار جامعه و خانواده کمتر پیروی کنند و دسترسی بیشتری به سرمایه‌های اجتماعی که شامل داشتن شغل، سطوح تحصیلاتی بالاتر و حمایت‌های اجتماعی خانوادگی داشته باشند، از اعتماد به نفس و خودکنترلی و سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. برخورداری از سرمایه‌های اجتماعی و پیروی از ارزش‌ها و الگوهای جامعه‌پذیری جنسیتی متفاوت از جامعه‌پذیری و ارزش‌های موجود نه تنها باعث حفظ و ارتقاء سلامت روان زنان می‌شود، بلکه پذیرش اعمال انواع خشونت‌ها از سوی مردان علیه زنان را کاهش می‌دهد، زیرا خشونت خانگی از مهمترین عوامل تهدید کننده سلامت روانی زنان در محیط خانواده است.

با نگرش به مبنای نظری ارائه شده، پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج، فرضیه‌های زیر تدوین شد: شایان ذکر است که در داخل و خارج کم‌تر به نقش جامعه‌پذیری جنسیتی، سرمایه‌های اجتماعی، خشونت خانگی و سلامت روان زنان اهمیت داده‌اند. در پژوهش کنونی به طور اساسی بر همین نکته و بررسی آن تمرکز شده است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین سلامت روان و جامعه‌پذیری جنسیتی زنان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سلامت روان و سرمایه‌های اجتماعی زنان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین سلامت روان و خشونت علیه زنان رابطه وجود دارد.
- ۴- خشونت علیه زنان، سرمایه‌های اجتماعی و جامعه‌پذیری جنسیتی سهم تعیین کننده‌ای را در پیش‌بینی سلامت روان زنان دارند.



۵- میزان سلامت روان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه متفاوت از زنان گروه کنترل است.

۶- زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند، بیش از زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند، مورد خشونت قرار گرفته‌اند.

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که در درجه اول به مقایسه گروه‌ها و سپس با هدف بررسی رابطه‌ای عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان زنان در شهر تهران انجام شده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه در دسترس بود که با مراجعه به مجتمع قضایی خانواده، پزشکی قانونی و مراکز مشاوره شهر تهران از میان زنانی که به دلیل اختلافات خانوادگی مراجعه کرده بودند زنانی انتخاب شدند که مورد انواع خشونت‌ها از سوی همسرانشان قرار گرفته بودند و تعداد آزمودنی‌ها ۱۸۴ زن بود. همچنین با توجه به ۵ منطقه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) شهر تهران به طور تصادفی از هر منطقه تعدادی بیمارستان، دانشگاه، مدرسه، اداره و منزل انتخاب شدند و ۲۲۸ نفر از کارمندان بیمارستان، دانشگاه، مدرسه، ادارات و زنان شاغل و خانه‌داری که مورد خشونت از سوی همسرانشان بودند، همچنین از نظر سن و مدت زمان ازدواج با گروه نخست هم‌تا بودند و بنا به دلایلی به مراکز ذکر شده مراجعه نکرده بودند، نیز جهت تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب شدند.

ابزارهای سنجش

الف: پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان (حاج یحیی، ۲۰۰۲)

پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان دارای ۳۲ ماده و ۴ عامل است. عامل نخست (ماده‌های ۱ تا ۱۶) برای سنجش خشونت روانی، عامل دوم (ماده‌های ۱۷ تا ۸) برای سنجش فیزیکی، عامل سوم (ماده‌های ۲۸ تا ۳۰) برای سنجش خشونت جنسی و عامل چهارم (ماده‌های ۳۱ و ۳۲) برای سنجش خشونت اقتصادی است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای چهار عامل آزمون حاج یحیی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳، ۰/۹۲ است. اعتبار این پرسشنامه توسط چند تن از اساتید تأیید شد و ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) آن با استفاده از

نمونه ۳۰ نفری ۰/۹۵ می باشد.

ب: پرسشنامه جامعه پذیری

این آزمون از ۱۲ پرسش با پاسخ‌های ۵ گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، بی نظرم، مخالفم، کاملاً مخالفم) تشکیل شده است و میزان جامعه‌پذیری را می‌سنجد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ با استفاده از نمونه ۳۰ نفری برای پرسشنامه جامعه‌پذیری ۰/۷۱ است (خسروی و خاقانی فرد، ۱۳۸۰).

ج: پرسشنامه سرمایه اجتماعی:

این پرسشنامه شامل دو بخش است

۱: پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده

این پرسشنامه محقق ساخته ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش بود که برای سنجش میزان حمایت اجتماعی واقعی ادراک شده زنان بر پایه پیشینه پژوهشی، نگرها و یافته‌های پژوهش در زمینه سلامت روان با زنان فراهم آمد. این آزمون ۴ پرسش با پاسخ‌های ۵ گزینه کاملاً موافقم، موافقم، بی نظرم، مخالفم، کاملاً مخالفم است. این آزمون میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از بیرون از خانواده کنونی (از سوی خانواده پدری و کلاً حمایت از سوی همه فامیل و بستگان) و در واقع میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌ای را می‌سنجد که فرد بیرون از خانواده کنونی اش انتظار دارد. همچنین ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از نفری ۰/۸۲ است (خسروی و خاقانی فرد، ۱۳۸۳).

۲: پرسشنامه شبکه ارتباطات

این پرسشنامه پژوهش‌گر ساخته است. این پرسشنامه شامل ۴ پرسش مربوط به عضویت فرد در شبکه ارتباطی اجتماعی است و همانند پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده نمره‌گذاری می‌شود ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده در مطالعه حاضر برای این پرسشنامه ۰/۷۴ است. به‌علاوه اطلاعات جمعیت شناختی همچون میزان تحصیلات و اشتغال هم در این بخش گردآوری شد.

ه: پرسشنامه سلامت روان

در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت روان استفاده شد که در ۰/۸۱ سال



۱۹۷۹، گلدبرگ آن را تهیه کرده است. پرسشنامه دارای چهار زیر مجموعه علائم جسمانی، اضطراب، کنش اجتماعی و افسردگی است و هر زیر مجموعه هفت سؤال دارد نمره‌گذاری به شکل طیف لیکرت است و کم‌ترین نمره برای هر سؤال صفر و بالاترین سه است. از این پرسشنامه به عنوان یک ابزار غربال‌گری در پژوهش‌های متعدد استفاده شده است و هدف استفاده از این پرسشنامه، دست‌یابی به طبقه تشخیصی خاصی در سلسله مراتب اختلالات روانی نیست، بلکه هدف اصلی آن تمایز بین بیماری و سلامت است (استورا، ۱۳۷۷). شایان ذکر است هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد، فرد از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار است. در مطالعات خارجی، پرسشنامه دارای اعتبار و روایی لازم است. در ایران نیز هومن (۱۳۷۶) با مطالعه در میان نمونه ایرانی، انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ گزارش کرد. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه سلامت روان ۰/۸۱ است.

یافته‌های پژوهش

زنان مورد خشونت قرار گرفته (گروه نمونه) از نظر تحصیلات ۹/۲ درصد زیر دیپلم، ۵۲/۲ درصد دیپلم، ۳۸/۶ درصد بالای دیپلم و زنان مورد خشونت قرار گرفته‌ای که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند (گروه کنترل) ۱۶/۲ درصد زیر دیپلم، ۴۲/۲ درصد دیپلم و ۵۱/۸ درصد بالای دیپلم و همچنین ۶۷/۴ درصد از زنان گروه نمونه خانه دار و ۳۰/۴ درصد شاغل و از ۵۲/۶ درصد از زنان گروه کنترل خانه‌دار و ۴۶/۱ درصد شاغل بودند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی انواع خشونت، سلامت روان، جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی در زنان دادگاه رفته و دادگاه نرفته

میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل		
۳۸/۹۵	۶/۹۳	۱۶	۶۳	دادگاه رفته	خشونت روانی
۲۴/۲۱	۷/۹۵	۱۶	۴۸	دادگاه نرفته	
۲۲/۶۳	۶/۶۵	۱۱	۳۳	دادگاه رفته	خشونت فیزیکی
۱۳	۴/۵۴	۱۱	۲۲	دادگاه نرفته	
۶/۰۹	۲/۳۵	۳	۹	دادگاه رفته	خشونت جنسی
۴/۰۵	۱/۷۰	۳	۵	دادگاه نرفته	
۴/۸۴	۱/۴۶	۲	۶	دادگاه رفته	خشونت اقتصادی
۲/۷۸	۱/۴۳	۲	۴	دادگاه نرفته	
۳۹/۴۷	۱۷/۷۱	۶	۷۸	دادگاه رفته	سلامت روان
۲۸/۴۱	۱۳/۷۲	۶	۷۵	دادگاه نرفته	
۳۴/۰۴	۵/۶۱	۱۸	۴۸	دادگاه رفته	جامعه‌پذیری
۳۳/۵۵	۶/۵۰	۱۲	۷۹	دادگاه نرفته	
۹	۴/۰۶	۴	۲۰	دادگاه رفته	سرمایه‌های اجتماعی
۷/۵۸	۳/۵۹	۴	۱۷	دادگاه نرفته	

در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار انواع خشونت‌های اعمال شده از سوی مردان علیه همسرانشان، سلامت روان، جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی برآورد شده است.

جدول ۲: همبستگی محاسبه شده بین سلامت روان با سرمایه‌های اجتماعی، جامعه‌پذیری و حمایت‌های ادراک شده و خشونت

سلامت روان	افسردگی	اضطراب	علائم جسمانی	کارکرد اجتماعی	
۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۹	شغل
۰/۱۸	-۰/۱۹	-۰/۱۴	-۰/۱۶	۰/۱۳	تحصیلات
۰/۱۲	-	-	-	-	جامعه‌پذیری
۰/۱۰	-	-	-	-	حمایت‌های ادراک شده
-۰/۳۹	۰/۳۳	۰/۴۳	۰/۲۹	۰/۲۷	خشونت



برای بررسی ارتباط بین سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن با سرمایه‌های اجتماعی، جامعه‌پذیری و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده از همبستگی استفاده شد. همان گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود مقدار همبستگی محاسبه شده بین سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن با شغل به ترتیب برابر با (۰/۲۰)، (۰/۲۲)، (۰/۱۴)، (۰/۱۲)، (۰/۱۹) است که همه این مقادارها از نظر آماری در سطح ۵٪ معنادار هستند، یعنی بین اشتغال و سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن رابطه مثبت وجود دارد.

همچنین، مقدار همبستگی محاسبه شده بین سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن با تحصیلات به ترتیب برابر با (۰/۱۸)، (۰/۱۹)، (۰/۱۴)، (۰/۱۶)، و (۰/۱۳-) است که همه این مقادارها از نظر آماری در سطح ۵٪ معنادار هستند هر چه میزان تحصیلات بالاتر باشد، سلامت روان و کارکرد اجتماعی نیز بیشتر و افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی کمتر است. در نهایت، بین سلامت روان با جامعه‌پذیری و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده رابطه مثبت وجود دارد، اما بین خرده مقیاس‌های سلامت روان با دو متغیر یاد شده هیچگونه رابطه معناداری یافت نشد. در نهایت مقدار همبستگی محاسبه شده میان سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن با خشونت به ترتیب برابر با (۰/۳۹-)، (۰/۳۳)، (۰/۴۳)، (۰/۲۹) و (۰/۲۷) است که همه این مقادارها از نظر آماری در سطح معناداری ۱٪ هستند، هر چه خشونت کمتر باشد، سلامت روان بیشتر و کارکرد اجتماعی، افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی نیز کمتر است.

جدول ۳: تی محاسبه شده برای مقایسه انواع خشونت در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به دادگاه و زنان خشونت دیده مراجعه نکرده به دادگاه

سطح معناداری	تی	درجه آزادی	میانگین	تعداد	گروه	
۰/۰۰۱	۱۹/۷۹	۴۱۰	۳۸/۹۵	۱۸۴	زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند	خشونت روانی
			۲۴/۲۱	۲۲۸	زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند	
۰/۰۰۱	۱۷/۳۹	۴۱۰	۲۲/۶۳	۱۸۴	زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند	خشونت فیزیکی
			۱۳	۲۲۸	زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند	
۰/۰۰۱	۱۰/۱۶	۴۱۰	۶/۰۹	۱۸۴	زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند	خشونت جنسی
			۴/۰۵	۲۲۸	زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند	
۰/۰۰۱	۱۴/۳۶	۴۱۰	۴/۸۴	۱۸۴	زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند	خشونت اقتصادی
			۲/۷۸	۲۲۸	زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند	

($P < 0/01$)

برای مقایسه انواع خشونت در زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه کرده‌اند و زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند از آزمون تی برای گروه‌های مستقل استفاده شد. همان گونه که ملاحظه می‌شود مقدار تی محاسبه شده در خشونت روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی به ترتیب برابر با (۱۹/۷۹)، (۱۷/۳۹)، (۱۰/۱۶)، (۱۴/۳۶) است که این مقادارها از نظر آماری در سطح ۱٪ معنادار هستند، به این معنا که میزان خشونت روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی در زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه کرده‌اند، بیشتر از زنان خشونت دیده‌ای است که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند.



جدول ۴: تی محاسبه شده برای مقایسه سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به دادگاه و زنان خشونت دیده مراجعه نکرده به دادگاه

گروه	تعداد	میانگین	درجه آزادی	تی	سطح معناداری
سلامت روان	۱۸۴	۳۹/۴۷	۴۱۰	۷/۱۴	۱/۰۰۰
	۲۲۸	۲۸/۴۱			
علائم جسمانی	۱۸۴	۹/۹۳	۴۱۰	۴/۷۵	۱/۰۰۰
	۲۲۸	۷/۵۸			
اضطراب و اختلال خواب	۱۸۴	۱۱/۶۹	۴۱۰	۷/۹۳	۱/۰۰۰
	۲۲۸	۷/۵۶			
کارکرد اجتماعی	۱۸۴	۸/۷۷	۴۱۰	۵/۲۷	۱/۰۰۰
	۲۲۸	۶/۶۳			
افسردگی	۱۸۴	۹/۰۷	۴۱۰	۵/۶۵	۱/۰۰۰
	۲۲۸	۶/۶۳			

($P < 0/01$)

برای مقایسه سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه کرده‌اند و زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند از آزمون تی برای گروه‌های مستقل استفاده شد همان گونه که ملاحظه می‌شود، مقدار تی محاسبه شده برای سلامت روان، علائم جسمانی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی به ترتیب برابر با (۷/۱۴)، (۴/۷۵)، (۷/۹۳)، (۵/۲۷)، (۵/۶۵) است که این مقادارها از نظر آماری در سطح معناداری ۰/۱ معنادار هستند. به این معنا که سلامت روان در زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه کرده‌اند کمتر از زنان خشونت دیده‌ای است که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند و علائم جسمانی، اضطراب، اختلال خواب و افسردگی در آنها بیشتر مشاهده می‌شود.

جدول ۵: تی محاسبه شده برای مقایسه جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به دادگاه و زنان خشونت دیده مراجعه نکرده به دادگاه مراجعه

سطح معناداری	درجه تی	درجه آزادی	میانگین	تعداد	گروه
۰/۴۱	۰/۸	۴۱۰	۳۴/۰۴	۱۸۴	زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند
			۳۳/۵۵	۲۲۸	زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند
۰/۰۰۰	۳/۷۵	۴۱۰	۹	۱۸۴	زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند
			۷/۵۸	۲۲۸	زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند

($P < ۰/۰۱$)

برای مقایسه جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی در زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه کرده‌اند و زنان خشونت دیده‌ای که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند از آزمون تی برای گروه‌های مستقل استفاده شد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مقدار تی محاسبه شده برای جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی به ترتیب برابر با (۰/۸۰)، و (۳/۷۵) است که این مقدار اول از نظر آماری در سطح ۱٪ معنادار نیست. به این معنا که میزان جامعه‌پذیری در دو گروه از زنان خشونت دیده که به دادگاه مراجعه کرده‌اند و زنان خشونت دیده مراجعه نکرده به دادگاه تفاوت ندارد، اما میان دو گروه از نظر سرمایه‌های اجتماعی در سطح ۰/۱ تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که میزان سرمایه‌های اجتماعی در زنان خشونت دیده که به دادگاه مراجعه کرده‌اند بیشتر از زنان خشونت دیده‌ای است که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند.

جدول ۶: رگرسیون چندگانه میان انواع خشونت، جامعه‌پذیری، سرمایه‌های اجتماعی و سلامت روان

سطح معناداری	ضرایب استاندارد	میزان تغییر متغیر وابسته (Beta)	معادله رگرسیون	رگرسیون	R ^۲
۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۳۹	خشونت
۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۴۲	۰/۳۷	۰/۴۲	خشونت و
۰/۰۰۰۱	۴/۴۴	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۳	سرمایه‌های اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۱۸	۰/۳۷	۰/۴۳	خشونت
۰/۰۰۰۱	۴/۲۵	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۳	سرمایه‌های اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۵	جامعه‌پذیری



همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، پس از محاسبه رگرسیون گام به گام بین خشونت، جامعه‌پذیری و سرمایه‌های اجتماعی و سلامت روان، خشونت به تنهایی ۰/۱۵ از واریانس متغیر وابسته یعنی سلامت روان و در گام دوم، خشونت، شغل و تحصیلات با هم ۰/۱۷ و جامعه‌پذیری به همراه خشونت شغل و تحصیلات ۰/۱۸، سلامت روان را پیش‌بینی کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در فرضیه ۱ پیش‌بینی شده بود بین سلامت روان و جامعه‌پذیری جنسیتی زنان رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش در جدول ۱ نشان داد که بین سلامت روان و جامعه‌پذیری رابطه مثبت وجود دارد. هر چه میزان پیروی زنان از ارزش‌ها و الگوهای رایج جامعه‌پذیری جنسیتی حاکم بر ساختار جامعه و خانواده کمتر باشد، سلامت روان زنان بالاتر است، زیرا پیروی از ارزش‌ها و الگوهای جنسیتی موجود از زنان موجوداتی تابع، مطیع و فرمانبردار ترسیم کرده است. جامعه و افراد مذکر خانواده از زنان انتظار دارند به خواسته‌ها و هنجارهای جنسیتی حاکم بر جامعه پاسخ مثبت دهند و همچنان پای بندی به کلیشه‌های زنانگی را رعایت کنند که بر ارزش‌هایی نظیر مادری و همسری، عفت و پاکدامنی، ایثار و گذشت، رسیدگی به کارهای خانه، اطاعت از پدر، برادر و همسر مبتنی است (برت و هلن، ۲۰۰۲). بنابراین، پیروی از ارزش‌ها و کلیشه‌های رایج جامعه‌پذیری جنسیتی بر سلامت روان زنان اثرات نامطلوبی بر جا خواهد گذاشت و هر چه پیروی از الگوهای رایج جامعه‌پذیری جنسیتی در زنان کمتر باشد از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند بود.

در فرضیه ۲ پیش‌بینی شده بود بین سلامت روان و سرمایه‌های اجتماعی زنان رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش جدول ۲ نشان داد که بین سلامت روان و سرمایه‌های اجتماعی زنان رابطه مثبت وجود دارد. هر چه دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی که شامل (حمایت‌های خانوادگی، اجتماعی، داشتن شغل و سطوح تحصیلاتی بالا بیشتر باشد از سلامت روان بالاتری برخوردارند. زیرا سرمایه‌های اجتماعی افزایش اعتماد به نفس، خود کنترلی بالا، تصمیم‌گیری صحیح و به موقع زنان در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی خانوادگی و شخصی آن‌ها

می‌شود. همچنین این یافته با یافته‌های راقاوان^۱ و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ است. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که سرمایه‌های اجتماعی به عنوان مهمترین عامل تعیین کننده، حفظ کننده و ارتقاء بخش سلامت روان زنان است.

در فرضیه ۳ پیش‌بینی شده بود بین سلامت روان و خشونت علیه زنان رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش جدول ۳ نشان داد که بین سلامت روان و خشونت علیه زنان رابطه‌ای مثبت وجود دارد. هر چه اعمال انواع خشونت‌ها از سوی مردان علیه همسرانشان بیشتر باشد، سلامت روان زنان پایین‌تر است. پژوهش‌های انجام شده در ایران و سایر کشورهای جهان نشان داده است که ۹۰/۹ درصد زنانی که مورد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسران خود هستند، از نظر روانی و روحی دچار آسیب و عارضه شده‌اند و نوع آسیب، تشویش، وسواس، افسردگی شدید، ترس، احساس سرخوردگی و حتی خودکشی بوده است (موی، ۲۰۰۷).

در فرضیه ۴ پیش‌بینی شده بود که خشونت علیه زنان، سرمایه‌های اجتماعی و جامعه‌پذیری سهم تعیین کننده‌ای را در پیش‌بینی سلامت روان زنان مراجعه کننده به دادگاه دارند.

خشونت علیه زنان به عنوان یکی از آسیب‌های جدی و خطرناکی در نظر گرفته می‌شود که سلامت جسمانی و روانی زنان را تهدید می‌کند. یافته‌های پژوهش آزاده و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد اثرات جبران ناپذیری که خشونت خانگی بر زنان قربانی می‌گذارد عبارتند از انواع افسردگی‌ها، از کار افتادگی ادراکی، از بین رفتن اعتماد به نفس، فقدان کفایت زن در مدیریت خانواده، گریز از مشارکت در امور اجتماعی، بازسازی رفتار خشونت‌آمیز در بچه‌ها. همچنین دسترسی به سرمایه‌های اجتماعی که به شکل گیری خود پنداره مثبت‌تری در فرد منجر می‌شود. داشتن اعتماد به نفس و قدرت تصمیم‌گیری و توانایی اندیشیدن را به زنان می‌دهد و شرایطی فراهم می‌آورد که آن‌ها در برخورد و حل مسائل و مشکلات اجتماعی و خانوادگی پیش آمده کمتر دچار اضطراب استرس و تشویش شوند و از راه حل‌های مناسب برای حل مسائل استفاده می‌کنند، به طبع داشتن چنین توانایی‌هایی به حفظ ارتقاء سلامت روان آن‌ها هم کمک می‌کند.

1. Raghavan

2. Moe



پیروی از ارزش‌ها و کلیشه‌های رایج جنسیتی زنان را دچار فرسودگی و درماندگی آموخته شده می‌کند و مطابق با تعریف جامعه‌پذیری و بیان شرایط و ویژگی‌هایی که برای زنان و مردان ترسیم کرده‌اند زنان نه تنها در زندگی اجتماعی خانوادگی مورد خشونت قرار می‌گیرند و امکان دسترسی به سرمایه‌های اجتماعی را از دست می‌دهند، بلکه در زندگی خانوادگی خود هم از هیچ قدرتی در تصمیم‌گیری درباره امور منزل و فرزندان برخوردار نیستند و همچنان در حاشیه باقی می‌مانند.

در فرضیه ۵ پیش‌بینی شده بود که میزان سلامت روان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی زنان مراجعه کننده به دادگاه متفاوت از زنان گروه کنترل است. یافته‌های جدول ۴ پژوهش نشان داد که سلامت روان زنان گروه نمونه کمتر از سلامت روان زنان گروه کنترل است. زیرا زنان گروه نمونه، بیشتر تحت اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسرانشان قرار داشتند. و دسترسی آن‌ها به سرمایه‌های اجتماعی کمتر بوده است. در چنین شرایطی میزان اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی در آن‌ها بیشتر مشاهده می‌شود. همچنین آن‌ها از کارکرد اجتماعی و سطح سلامت روان پایین‌تری برخوردار هستند. اعمال انواع خشونت‌ها از سوی مردان علیه همسرانشان اثرات جبران ناپذیری بر سلامت روانی زنان قربانی بر جا می‌گذارد و به عنوان مهمترین عامل تهدید کننده و آسیب زای سلامت روانی زنان به شمار می‌رود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین هر دو گروه نمونه و کنترل در میزان جامعه‌پذیری آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش جدول ۵ علت مراجعه زنان گروه نمونه به دادگاه‌ها نسبت به زنان گروه کنترل اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسرانشان علیه آن‌ها بوده است. طبق اصول جامعه‌پذیری زنان باید آرام، مطیع، عاطفی، فداکار، وابسته به مردان، پذیرش برتری عقلانی و اجتماعی مردان نسبت به خود باشند و اصول جامعه‌پذیری برای مردان دقیقاً نقطه مقابل ویژگی‌ها و نقش‌هایی را بیان می‌کند که برای زنان تعیین می‌کنند؛ به گونه‌ای که مردان را در موقعیتی فرادست و زنان را در موقعیتی فرودست قرار می‌دهد. این نحوه جامعه‌پذیری که ریشه در ساختار اجتماعی فرهنگی جوامع دارد، فقدان دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی، اعمال خشونت خانگی و پایین بودن میزان سلامت روانی زنان را به همراه خواهد داشت (فورتون و اینگر، ۲۰۰۵).

همچنین یافته‌های پژوهش مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که دسترسی گروه نمونه به سرمایه‌های اجتماعی بیش از گروه کنترل است. دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی که اعم از داشتن شغل، سطوح تحصیلاتی بالا، و داشتن حمایت‌های اجتماعی خانوادگی به عنوان عوامل حمایت کننده در برخورد و حل مسائل اجتماعی و خانوادگی است این امکان را برای زنان گروه نمونه فراهم آورده است که برای کاهش یا پایان دادن به شرایط دشوار زندگی خانوادگی به دادگاه‌ها مراجعه داشته باشند، در حالیکه زنان گروه کنترل به علت عدم امکان دسترسی به سرمایه‌های اجتماعی با وجود داشتن شرایط زندگی تقریباً مشابه با زنان گروه نمونه به مراکز ذکر شده مراجعه‌ای نداشته‌اند.

در فرضیه ۶ پیش‌بینی شده بود زنانی که به دادگاه مراجعه کرده‌اند بیش از زنانی که به دادگاه مراجعه نکرده‌اند مورد خشونت قرار گرفته‌اند. یافته‌های پژوهش نشان داد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی مردان علیه همسرانشان در گروه نمونه بیشتر از گروه کنترل است. همه آزمودنی‌ها در هر دو گروه نمونه و کنترل گزارش داده‌اند که مورد ضرب و شتم حتی ضرب و شتم شدید از سوی همسران خود هستند و خشونت فیزیکی به نوبه خود موجب آسیب و ناراحتی‌های جدی در زنان مورد خشونت قرار گرفته می‌شود، اما شایان ذکر است که اعمال خشونت روانی مردان علیه همسرانشان در هر دو گروه بیش از اعمال انواع خشونت‌ها از سوی مردان علیه همسرانشان است و اثرگذاری خشونت روانی بر زنان بیش از اثرگذاری خشونت‌های دیگران است. بران^۱ (۲۰۰۴) و هان سون و والاس کپ رتا^۲ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند پراکندگی خشونت روانی با زنان بسیار بالا است. به گونه‌ای که گاه تا ۹۰ درصد می‌رسد.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که هر چه میزان دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی اعم از (تحصیلات، درآمد، شغل و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی) بیشتر باشد و دارای الگوی جامعه‌پذیری جنسیتی متفاوت از الگوهای جامعه‌پذیری رایج باشد، نسبت به زنانی که به سرمایه‌های اجتماعی دسترسی ندارند و مطابق الگوهای جامعه‌پذیری رایج عمل می‌کنند بیشتر به دادگاه‌ها، مراکز مشاوره و پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند و همچنین کمتر مورد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسرانشان قرار می‌گیرند و دارای سطح سلامت روان

1. Brown

2. Hanson & Suzanne Wallace- Capretta



بالا تری هستند.

دسترسی به سرمایه‌های اجتماعی، داشتن الگوهای جامعه‌پذیری جنسیتی متفاوت از الگوهای رایج جامعه‌پذیری، عدم اعمال انواع خشونت‌ها از سوی مردان علیه همسرانشان و امکان مراجعه آن‌ها به دادگاه‌ها، مراکز مشاوره و پزشکی قانونی در مجموع در حفظ و ارتقای سلامت روان زنان نقش بسزایی دارد.

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های این پژوهش که در تهران انجام شده، ضروری است در پژوهش‌هایی رابطه متغیرهای دیگر، که در این پژوهش مجال پرداختن به آن‌ها نبود، با سلامت روان زنان سنجیده شود. همچنین اجرای چنین پژوهشی در فرهنگ‌ها و شهرهای گوناگون و برای نمونه‌های بزرگ تر توصیه می‌شود.

منابع

- استورا، جین بنجامین، (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس برگردان پریخ دادستان، تهران: رشد.
- آزاده، اعظم و راضیه دهقان پور، (۱۳۸۵). خشونت علیه زنان در تهران، نقش جامعه‌پذیری جنسیتی، منابع در دسترس زنان و روابط خانوادگی، فصلنامه علمی پژوهش زنان دانشگاه تهران، دوره ۴ شماره ۱ و ۲.
- خسروی، زهره، مریم رفعتی، سیده نورا فروزش، (۱۳۸۵). مبانی روانشناختی جنسیتی. تهران: موسسه قصیده سرا.
- خاقانی فرد، میترا، (۱۳۸۲). بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر در زنان شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان دانشگاه الزهرا (س)
- هومن، عباس، (۱۳۷۶). بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.
- Allen, C. T, Swan, S. C & Raghavan, C, (2008). a gender symmetry sexim and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal violence*, on line First, published on october 22, 2008. Retrieved December 23, 2008 from <http://jiv.sagepub.com/pap.dtl> .
- Brown, G, (2004). Gender as a factor in the response of the law-system to violence against partners. *Sexuality and culture*. 8, 1-87.
- Barrett, Annee. F& Hellene Raskin with, (2002). Trajectory of Gender role orientation in Adolescence and Early Adulthood; A Prospective study of the mental Health Effects of masculinity and Femininity, *Journal of Health and social Behavior*. vol 43. No 4-451-468 .
- Brannon, Linda, (1999). gender: Psychological perspectives, 2nd Edition Boston, MA, VSA, Aly and Bacon .
- Coker, A. Z. Daris, K. E. , Arias, I. , Desai, S. , Sanderson, M. Brande f, H. M& et al, (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of preventive medicine*, 23. 260-268 .



- Donnelly. D, A. Cook. J & wilson, L. A,(2004). Provision and exclusion: the dual face of services to battered women in three deep south states, *violence against women*, 10. 1015-1035 .
- Fireston, M. Harris. J, Vega. A, (2003). The impact of gender role ideology, male expectancies, and acculturation on wife abuse. *international journal of law and psychiatry*(26).
- Fortune, M. M& C. J. Enger. ,(2005). Violence Against Women and the Role of Religion. Retrieved jenduary 7, 2007, from,([http://WWW. Vawnet.org/Domestic Violence/Research/ VAWnet Docs/AR_VAW Religion. PhP.](http://WWW.Vawnet.org/Domestic%20Violence/Research/VAWnet%20Docs/AR_VAW%20Religion.Php))
- Good william. J. ,(1989). *The family, second edition, Newdeih, Prentice hall of India* .
- Galambos. N2. petersen. Ac, Richards M & Gitelson. IB, (1985). The Attitus Towards scale for Adolescents (AWSA): a study of reliability and ralidity, *Sex Roles*, 13 (5/6): 343-350 .
- Ganter. B & Wober. M, (1982). Television Viewing and perceptions of womenroles on television and in reallife. *Currenct psychological Research* 1982. 2(4). 277-287 .
- Hanson. R. kari & suzanne wallace- capretta,(2004). Predict- or s or criominal Recidivism among make Batteres Psychology, *crim and low* 10(4) .
- Haj. Yahia. M. M. ,(2002). *Belifes of jordanian women about wife* .
- Huang. w. J. ,(2005). An Asian Perspective on Relationship and Marriage Education. *Family processes*, 44 (2). PP .
- Jaffe, D. H. , Eisenbach, Z. Neumark, Y. D& Manor, O,(2006). Effects of Husbands and wives Education on each others Mortality. *Social Science and medicine*, 62 (8. PP).
- Khosravi, Zohre. Khaghanifard, Mitra, khachatryan, Artak, (2008). A Sociological Study on womens Cultural, Social and Economic Capitals with domestic violence. *Annual sociology department Yerevan State University* .
- Lee, C,(1998). *Women Health, lond on, sage publication* .
- Lee, christinak. C& sharone Beatty,(2002). Family structure and Inf luece in family Decision Making, *Journal of consumer marketing*. 19 (1): 24-41 .

- laree, Yo av& Ruth katz,(2002). Division of labor, Deveired fairness, and maritalauality: the effect of aender Idology, *Journal of marriage and the family* 64(1): 27-39 .
- Moe. Angelam,(2007). Slienced vices and structured sarvival Batteded women's Help. *Journal violence against women.* 13-2-25
- Maziak. W& Asfar. T,(2003). phisical abuse in low-income women in Aleppo, syri. *Health care for women inter* 3. 326 .
- Raghavan, C. Swan. S. C, snow, P. L & Mazure. C. M,(2005). The mediational role of relationship efficacy and resource utilization in the link between physical and psycological a base and relationship termination, *journal violence against women, No. 11.* 65. 88
- Straus, M. A,(1980). Stress and child Abuse In The Battered chidledited by H. kemp, and R. E. Helferchicagozl. *University of chicago press* .
- Sarason, Barbara R. Irvina. *Savason & G regory R. Pierce,(1990).* Social support. An International view. New York, NY, USA: John Wiley and sons.
- Swan, S. C. & Sullivan. T. P,(2009). The resource utiloization of women whouse violence inintimate relationship. *Journal of Interpersonal violence,,(24).* 940-958 .
- Swan, S. C, Gambone, I. J. Caldwell. J. E. Sullivan T. P& Snow, D. L,(2008). A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence and victims,,(23)-* 301- 314 .
- sullivan, T. P. Titus. J. A, Holt. L. J. swan, S. C, Fisher, B. S & snow, D. L,(2009). Does the inclusion criterion of women's aggressionas opposed to their victimezation result in samples that differ on key dimensions of intimate partner violence? *Violence against woman* .
- Tiwari, A. , Fong, D. Y. T. , Chan, K. L. ,Leung, W. C& Parker, B. , Ho,P. C. ,(2007) Identifying Intimate Partner Violence: Comparing the Chinese Abuse Assessment Screen With the Chinese Revised Conflict Tactics Skills. An *International Journal of Obstetrics and Gynecology, 114(9), PP* .
- Tiwari, A Fong. D. Y. T, Yuen. K. H, Yuk,H, Pang. P, H umphreys. J& B ullock, L,(2010). Effect of an Advocacy intervention on Mental Health in



- Chinees Women Survivors of Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American medical Association* .
- Varco, C. & Irwin. L. G,(2004). If I killed you. I'd get the kids. Women's survival and protection work with child custody and access in the context of women abuse. *Auazitative sociology*,(27)- 77-99.
- White. J,(2001). Mental health concepts and still. *Skonline , salemkeizer public schools* .
- Zuo, jiping, & I anjie Bian,(2005). Beyond Resources and patriarchy: Marital construction of family Decision Mating power inpost- Maourban china. *Journal of comparative family studies*,36(4): 601- 622 .

khaghanimitra@yahoo.com

میترا خاقانی فرد

دانشجوی دکتری جامعه شناسی با گرایش مددکاری اجتماعی دانشگاه دولتی یروان استیت، ارمنستان.

نگارش چند مقاله در زمینه آسیب‌های روانی واجتماعی زنان

تألیف کتاب روانشناسی جنایی با همکاری دو تن از اساتید.

نگارش چندین مقاله در زمینه آسیب‌های روانی واجتماعی با تأکید بر مسائل زنان.

همچنین در پژوهش‌های در زمینه مسائل روانی، اجتماعی و خانوادگی زنان، ارزش‌های اخلاقی، دانش آموزان و..... همکاری داشته‌اند.

کسب مدرک کارشناسی مطالعات زنان از دانشگاه الزهراء (س) در سال (۱۳۸۲).

مقاله بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان شاغل (در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی مراکز غیر دولتی شهر تهران)، در مجله علمی پژوهشی مطالعات زنان دانشگاه الزهراء (س)، شماره ۱ (۱۳۸۶)

مقاله بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران. در مجله علمی پژوهشی مطالعات زنان دانشگاه الزهراء (س) شماره ۶ (۱۳۸۳).

هر دو مقاله مذکور با همکاری سرکار خانم دکتر زهره خسروی نوشته شده است.