

خشونت علیه زنان و همسر آزاری؛ علل و پیامدها

فاطمه سمیعی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

دکتر سیداحمد احمدی

دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

دکتر ایران باغبان

استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

مقدمه

خشونت علیه زنان و همسر آزاری پدیده‌ای تاریخی و جهان شمول است. خشونت، رفتاری است که با قصد و نیت آشکار برای وارد کردن آسیب به فرد دیگر انجام می‌شود. خشونت و آزار به سه شکل آزار فیزیکی، آزار روانی و آزار جنسی خود را نشان می‌دهد. این سه نوع آزار پیامدهای کوتاه مدت و دراز مدتی را برای فرد تحت خشونت در پی دارد. پژوهش‌های متعدد نشان داده است که ۵۰ درصد زنان تحت خشونت مشکلات جسمی مانند میگرن، سردردهای مکرر، سوءهاضمه، انقباضات روده‌ای، مشکلات قاعدگی شدید، عفونت‌های ادراری، دردهای لگنی، مشکلات قلبی و عفونت‌های انتقالی را تجربه نموده‌اند.

همچنین این افراد از نظر روانی واجد عزت نفس پایین، ترس شدید، افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن، خودکشی و سوء مصرف مواد بوده‌اند. تأثیرات جسمی و روانی خشونت باعث ترک شغل و تحصیل، فحشا، فرار و گرایش به مصرف مواد می‌گردد. علل خشونت و همسر آزاری می‌تواند در دامنه‌ی وسیعی از مسایل فرهنگی، اقتصادی، حقوقی، حکومتی و روانشناختی قرار گیرد.

خشونت علیه زنان^۱ و به خصوص همسر آزاری^۲ پدیده‌ای است که از آن بعنوان یک معضل بهداشتی یاد می‌شود. در بیانیه‌ی حذف خشونت علیه زنان که در سال ۱۹۹۳ در مجمع عمومی سازمان ملل به تصویب رسید، خشونت با زنان، نوعی خشونت نسبت به بشر و نوعی جنایت تلقی شده است. کوفی عنان دبیر کل

سازمان ملل در سخنان خود اشاره می کند که خشونت نسبت به زنان شرم آورترین نوع خشونت و ناقض حقوق بشر است که مرزهای جغرافیایی، فرهنگی یا مادی نمی شناسد و تا زمانی که ادامه دارد ما نمی توانیم به برابری، توسعه و صلح واقعی دست یابیم. خشونت نسبت به زنان عملی است که مداوم و مستمر صورت می گیرد و آثار مخربی بر زن خشونت دیده و شاهدان این خشونت بر جای می گذارد (پیروزبخت، ۱۳۸۳).

نقش زنان در حفظ نظام خانواده و تربیت فرزندان و بطور کلی رشد و امنیت روانی هر نسل انکارناپذیر است. شرایط ناخوشایند محیطی و خانوادگی از جمله آزار و اذیت فیزیکی و غیرفیزیکی از طرف همسر یا شخصی که زن او را بعنوان یک تکیه گاه انتخاب کرده است می تواند با پیامدهای ناخوشایند روانی، اجتماعی و خانوادگی همراه باشد. این مقاله ابتدا به تعریف خشونت و همسرآزاری، انواع و شیوع آن می پردازد، سپس مراحل اتفاق خشونت، علل و پیامدهایی را که بر روی فرد، خانواده و اجتماع دارد مورد بررسی قرار می دهد.

تعریف خشونت و همسر آزاری

از نظر گلز^۲ و استراوس^۴ (۱۹۷۹) خشونت رفتاری با قصد و نیت آشکار برای وارد کردن آسیب فیزیکی به فرد دیگر است. یلو^۵ (۱۹۸۳) خشونت را رفتاری آگاهانه می داند که نتایج احتمالی آن ایجاد آسیب فیزیکی یا درد در فرد دیگر است. مگارژی^۶ (۱۹۸۲) خشونت را رفتاری پرخاشگرانه تلقی می کند که باعث آسیب های مشخصی به قربانی می گردد. تعریفی که سازمان ملل متحد از خشونت ارایه داده کامل تر است. از نظر این سازمان عملی خشونت است که صدمات روانی، جنسی یا فیزیکی به دنبال داشته باشد و افراد از آن رنج ببرند. رفتارهایی مانند مجبور کردن^۷ یا محرومیت عمدی از آزادی^۸ که در انظار عمومی یا زندگی خصوصی رخ دهد (پت،^۹ ۲۰۰۲) بطور کلی می توان نظر گالتونک^{۱۰} (۱۹۷۵) را در این مورد پذیرفت که می گوید زمانی می توان از خشونت نام برد که افراد تحت تاثیر آن گمان برند که قابلیت های جسمانی و روانی موجودشان کمتر از قابلیت های بالقوه و واقعی آن هاست. هر گاه این رفتارهای خشونت بار از جانب همسر فرد به او وارد شود "همسرآزاری" نام می گیرد.

انواع خشونت و همسر آزاری

خشونت و همسرآزاری انواع مختلف دارد و شامل موارد زیر است:

۱. خشونت فیزیکی^{۱۱} مانند کتک زدن، مشت و

لگزدن، سیلی زدن، کشیدن مو، هل دادن، پرت کردن از پله، پرتاب اشیاء به سمت فرد، زدن با وسایل تیز و برنده مانند چاقو.

۲. خشونت روانی^{۱۲} مانند دشنام دادن، ناسزاگفتن به فرد و اقوام او، تحقیر کردن، مسخره کردن، منع از معاشرت با دیگران و از نظر مالی در مضیقه قرار دادن.

۳. خشونت جنسی^{۱۳} مانند برقراری رابطه ی جنسی به اجبار، وادار کردن فرد به باردار شدن، برقراری رابطه ی جنسی از راه های غیر متعارف.

شیوع خشونت و همسر آزاری

علی رغم این که تعریف خشونت در فرهنگ ها و ملل مختلف متفاوت است و اندازه گیری دقیق آن به خاطر پنهان بودن موارد زیادی از خشونت امکان پذیر نیست، ولی بر اساس آخرین آمار منتشر شده در هشتم مارس ۲۰۰۴ سازمان عفو بین الملل، یک میلیون از زنان در معرض خشونت خانگی و همسرآزاری قرار داشته اند (پیروزبخت، ۱۳۸۳). طبق گزارش تدبیر سلامت دانشگاه یوتا^{۱۴} در سال ۲۰۰۱، هر ساله خشونت خانگی باعث ۱۰۰ هزار روز بستری شدن، ۳۰ هزار معاینه ی اورژانسی و تقریباً ۴۵ هزار معاینه توسط پزشک می شود.

بطور کلی ۱۰ تا ۵۰ درصد زنان دنیا توسط یک مرد به شکل فیزیکی در طول زندگی خود مورد آزار قرار گرفته اند (هیس^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۹). بر اساس گزارشی که یونیسف در سال ۱۹۹۷ منتشر ساخته و بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش های سازمان بهداشت جهانی (به نقل از گارسیا^{۱۶}، ۲۰۰۲)، نیمی از زنان دنیا خشونت خانگی را تجربه کرده اند و ۲۰ تا ۵۰ درصد زنان خشونت از طرف همسر را تحمل می کنند (پت، ۱۹۹۹). همچنین بر اساس گزارش دادگستری ایالات متحده آمریکا^{۱۷} در سال ۱۹۹۸ سالانه نزدیک به یک میلیون حادثه ی خشونت بار از طرف همسر گزارش شده و سالانه ۳/۹ میلیون زن از طرف همسرشان مورد خشونت و تجاوز قرار گرفته اند (مؤسسات ملی عدالت^{۱۸}، ۱۹۹۳).

مراحل خشونت و همسر آزاری

معمولاً خشونت علیه زن طی سه مرحله اتفاق می افتد (حاج یحیی^{۱۹}، ۲۰۰۰):

• مرحله ی اول ایجاد تنش: اتفاقاتی کوچک مانند نیاز زن به پول و درخواست آن و یا امتناع از انجام کارهای روزمره و یا پختن غذایی بر خلاف میل همسر باعث ایجاد درگیری می شود و خشم

خشونت رفتاری است که

با قصد و نیت آشکار برای

وارد کردن آسیب به فرد دیگر

انجام می شود.

خشونت و آزار

به سه شکل آزار فیزیکی،

آزار روانی و آزار جنسی

خود را نشان می دهد

زنان مبتلا به ایدز نزدیک ۳ برابر بیشتر از زنان غیر مبتلا خشونت توسط همسر را تجربه کرده بودند و بطور کلی خشونت و رفتارهای خشونت آمیز فاکتور مهمی در افزایش خطر آلودگی به ویروس ایدز در زنان است

صدمات سر و صورت جزء پیامدهای خشونت برشمرده می شود. پژوهشی والکر^{۴۱} (۱۹۹۳) انقباضات روده ای، پت (۱۹۹۹) خونریزی رحمی و درد مزمن لگن، اسچی^{۴۲} و بکتیج^{۴۳} (۱۹۸۹) درد مزمن لگن را تایید می نمایند. بر اساس نظر باردالی^{۴۴} در سال ۱۹۹۰ اکثریت افراد تحت خشونت شکستگی عضو داشته اند و زنان خشونت دیده سه بار بیشتر از زنان عادی مبتلا به بیماری های زنانگی می گردند (چشم انداز^{۴۵}، ۲۰۰۲).

مهمترین عارضه ای که ناشی از خشونت و به خصوص نوع جنسی آن است عفونت های بسیار خطرناکی است که از راه تماس جنسی منتقل می شوند و زندگی فرد خشونت دیده را به خطر می اندازد، تحقیقات کوکر و دیگران، (۲۰۰۰)؛ جانسون^{۴۶} و هلرستد^{۴۷}، (۲۰۰۲) و کمپبل، (۲۰۰۲) دلالت بر این امر دارند.

سطح صدمات ناشی از خشونت در بعضی موارد آن قدر شدید است که فرد به درمان های دارویی و بستری شدن

احتیاج پیدا می کند (بروسی^{۴۸} و گرادی^{۴۹}، ۱۹۹۱). علاوه بر موارد فوق خشونت علیه زن در دوران بارداری او مشکلات عدیده ای را برایش به وجود می آورد. پژوهش سه ساله بر روی ۱۲۰۳ زن باردار توسط پارکر^{۵۰} و همکاران در سال ۱۹۹۴ بیانگر این مطلب است که آزار و اذیت زن در هنگام بارداری عامل معنی داری برای سقط خود به خودی جنین، خونریزی زیاد و وزن کم نوزاد هنگام تولد است. همچنین پذیرش خشونت در این دوران باعث مسمومیت حاملگی و تولد پیش از موعد نوزاد می گردد. اگر چه یافتن رابطه ی علی برای همسر آزاری و علائم فوق الذکر مشکل است اما به نظر مورفی^{۵۱} و همکاران (۲۰۰۱) و گازماراین^{۵۲} و دیگران (۲۰۰۰) تاکنون چندین پژوهش توانسته اند رابطه ی معنی داری بین این متغیرها به دست آورند. از آنجا که آسیب پذیری زنان در این دوران افزایش می یابد اغلب مشکلات طبی خاصی پیدا می کنند. پژوهش لمون^{۵۳} (۲۰۰۳) و هورون^{۵۴} و چنگ^{۵۵} (۲۰۰۱) نشان داد که ریشه اکثر بارداری های منجر به مرگ نوعی خشونت خانگی بوده است. زیرا زنان تحت خشونت سابقه ی بیماری های مختلف عفونی و خونی دارند و نیز در مراقبت های حین بارداری تعلل می ورزند. بر اساس مطالعه ی مارتین^{۵۶} و دیگران (۲۰۰۱) تنها ۲۳ درصد از زنان تحت خشونت در دوره ی بارداری خود در پی درمان بوده اند. سوء آزار همسر در این دوران عامل خطر زای معنی داری برای اتمام بارداری محسوب می شود (گازماراین، ۱۹۹۶). علاوه بر این همسر آزاری در طول دوران بارداری یا تأخیر در کسب مراقبت های حین بارداری، افزایش گرایش به سیگار کشیدن، سوء مصرف مواد و وزن کم نوزاد هنگام تولد و افسردگی همراه است (کمپبل، ۲۰۰۲). زنان باردار تحت خشونت طیف متفاوتی از افسردگی، سوء مصرف دخانیات و تلاش برای خودکشی را نشان داده اند (مک فارلن^{۵۷} و دیگران، ۱۹۹۶). خشونت علیه زنان منجر به بارداری ناخواسته از طریق تجاوز کردن به زن و یا اجازه ندادن به او که از وسایل جلوگیری از بارداری استفاده کند می شود. زیرا بسیاری از آنان از مطرح کردن مسأله ی جلوگیری از بارداری به خاطر احتمال طرد شدن از جانب همسر خود هراس دارند (پت، ۱۹۹۹ و گارسیا، ۲۰۰۲) خشونت علیه زنان و همسر آزاری با ایدز نیز رابطه ی مثبت دارد. مطالعه ای که در آمریکا توسط کلین^{۵۸} و چائو^{۵۹} در سال ۱۹۹۵ صورت گرفته است این نتیجه را در پی داشت که سوء آزار جنسی با مسایل بعدی در رفتارهای جنسی رابطه دارد و زنان را در معرض ابتلا به ایدز قرار می دهد. در پژوهش مولینا و باسینایت اسمیت



دکتر

طبق گزارش یونیسف (۲۰۰۰)
نزدیک ۱۴ میلیون زن
در دنیا مبتلا به ایدز هستند و
خطرناک‌ترین
نوع آلودگی به ایدز
برای بسیاری از آنان
از جانب همسرشان
صورت گرفته است



خوردن و خوابیدن می‌شوند و برای تسکین آلام خود به الکل و مواد مخدر روی می‌آورند. زنان آسیب‌دیده و تحت خشونت ۶ برابر زنان عادی استرس‌های روانی را گزارش داده‌اند (الزبرگ، ۱۹۹۶).

در پژوهش مکیون^{۶۶} و همکاران (۲۰۰۴) اکثر زنان آزاردیده سابقه‌ای از مصرف مواد را نشان دادند و از نظر آن‌ها سوء مصرف مواد یک راه برای مقابله با مسایل هیجانی پیرامون سوء آزار به آن‌ها بوده است. همچنین در این تحقیق پیامد خشونت و همسرآزاری توقف حافظه، تلاش برای خودکشی و آزار به خود بوده است. از نظر مک فارلن و همکاران (۱۹۹۶) نتایج روانی حاصل از خشونت و همسرآزاری طیف گسترده‌ای از افسردگی، خودکشی، سوء مصرف مواد، الکل و سیگار می‌باشد و زنان مورد سوء آزار با احتمال بالاتری در معرض رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مشروب نوشیدن، سوء مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر هستند (پت، ۱۹۹۹).

در گزارشی که در سال ۱۹۹۵ صندوق جلوگیری از خشونت خانگی^{۶۷} (به نقل از گارسیا، ۲۰۰۲) منتشر نموده است ۲۹ درصد همه زنانی که اقدام به خودکشی نموده‌اند کتک خورده بودند. یونیسف (۲۰۰۰) گزارش می‌کند که خودکشی در زنان خشونت‌دیده ۱۲ بار بیش از زنان خشونت‌ندیده اتفاق می‌افتد. پژوهش سازمان بهداشت جهانی در برخی از کشورها نشان می‌دهد که زنان آزاردیده بیش از دو برابر زنان عادی اقدام به خودکشی می‌نمایند (گارسیا، ۲۰۰۲). همچنین تحقیقات بین‌المللی نشان می‌دهد که رابطه‌ی معنی‌داری بین خودکشی زنان تحت آزار با مشکلات سلامت روان آن‌ها حتی پس از پایان آزار در مقایسه با زنان آزار ندیده وجود دارد (کمپبل و همکاران، ۲۰۰۲).

بطور کلی زنان تحت آزار از یک ترس و استرسی در رنج هستند که ممکن است در درازمدت بر روی سلامتی آن‌ها تاثیر گذارد و مقاومتشان را در برابر بیماری‌ها کاهش دهد (کوکر و دیگران، ۲۰۰۰؛ کمپبل و دیگران، ۲۰۰۲؛ سوترلند^{۶۸} و دیگران، ۲۰۰۲).

خشونت خانگی و همسرآزاری علاوه بر این که بر روی زنان تحت خشونت تاثیر سوء دارد کودکان شاهد این آزار هم از اثرات آن در امان نیستند. این کودکان ممکن است مشکلات هیجانی و روانی مانند اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین، انزوای اجتماعی و پرخاشگری پیدا کنند. (الزبرگ، ۱۹۹۶؛ ایسکویت^{۶۹} و دیگران، ۱۹۹۸ و الزبرگ، ۲۰۰۰) و یا در عملکرد شناختی آن‌ها مانند مهارت‌های کلامی و عددی و

(۱۹۹۸) بر روی ۴۰ زن که در حمایتگاه زنان کتک خورده بودند رابطه‌ی معنی‌داری بین بیماری ایدز و سطوح گسترده‌ای از همسرآزاری به خصوص نوع روانی آن به دست آمده است. همچنین بررسی کوکر و همکاران (۲۰۰۴) در خصوص ایدز و خشونت خانگی نشان داد که زنان مبتلا به ایدز نزدیک ۳ برابر بیشتر از زنان غیرمبتلا خشونت توسط همسر را تجربه کرده بودند و بطور کلی خشونت و رفتارهای خشونت‌آمیز فاکتور مهمی در افزایش خطر آلودگی به ویروس ایدز در زنان است (مامان و دیگر، ۲۰۰۲). در پژوهشی که مامان و دیگران در سال ۲۰۰۲ بر روی ۲۴۵ زن مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی ایدز انجام دادند، این نتایج به دست آمد: ۴۱ درصد آنان حداقل یکبار یک موقعیت را که در آن خشونت مرد وجود داشت تجربه کرده بودند، ۱۶/۸ درصد ترس از آلودگی به ایدز را در جهت امتناع از برقراری رابطه با همسر کافی ندانستند، ۴۵/۷ درصد خشونت کلامی و ۳۷/۶ درصد خشونت جنسی را تجربه کرده بودند، بیش از ۲۵ درصد آنان با این جمله موافق بودند که خشونت مشکل اصلی زندگی من است و بطور کلی طبق گزارش یونیسف (۲۰۰۰) نزدیک ۱۴ میلیون زن در دنیا مبتلا به ایدز هستند و خطرناک‌ترین نوع آلودگی به ایدز برای بسیاری از آنان از جانب همسرشان صورت گرفته است.

۲. پیامدهای روانی: خشونت و همسرآزاری
پیامدهای روانی شدیدی به همراه دارد و چه بسا آثار آن بعد از اتمام خشونت نیز باقی می‌ماند (کمپبل، ۲۰۰۲) تاثیرات روانی خشونت زمانی که از شدت آن کاسته شود همچنان برجسته می‌ماند (مک کول و دیگران، ۱۹۹۸). اثرات روانی خشونت، ترس، عزت نفس پایین، اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از ضربه و خودکشی است. زنان خشونت‌دیده نسبت به زنان خشونت‌ندیده بیشتر سیگار می‌کشند (کاس^{۶۰} و دیگران، ۱۹۹۱) و زنان تحت خشونت فشار بدنی و هیجانی را تحمل می‌کنند که این فشار آن‌ها را به سمت خودکشی می‌راند (استارک^{۶۱} و فیلترکرافت^{۶۲} ۱۹۹۱) تا جایی که این زنان ۵ برابر زنان عادی مرتکب خودکشی می‌گردند. (الزبرگ^{۶۳}، ۱۹۹۶؛ کمپبل، ۲۰۰۰)

پژوهش‌های متعدد حاکی از این است که زنانی که رنج روانی حاصل از خشونت را تحمل می‌کنند به شدت افسرده یا مضطرب می‌شوند. (الزبرگ، ۱۹۹۶؛ گلز^{۶۴} و هاروپ^{۶۵}، ۱۹۸۹؛ کمپبل، ۲۰۰۰) و برخی علایم استرس پس از ضربه را نشان می‌دهند (الزبرگ، ۱۹۹۶ و کمپبل، ۲۰۰۰) همچنین دچار اختلالات

معیوب باشد. زمانی که مادران تحت خشونت باشند استرس عمومی آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. اگر چه این استرس بطور مستقیم بر روی بچه‌ها تأثیر ندارد ولی بر استرس والدینی پدر و مادر موثر است که این عامل در تربیت بچه‌ها دخیل است. همچنین پژوهشی که بر روی مادران و فرزندان آن‌ها صورت گرفته نشان داد که مادرانی که از نظر هیجانی غیر قابل پیش‌بینی‌اند، از تنبیه‌های بدنی بیش از تنبیه‌های غیر بدنی استفاده می‌کنند (سالوان^{۲۶} و دیگران، ۲۰۰۰) و نیز تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که مادران تحت خشونت از جانب همسر، به سمت استفاده از تنبیه بدنی با سوء‌آزار هیجانی پیش می‌روند (بورک^{۸۰} و جانیوی^{۸۱}، ۲۰۰۱). به نقل از کوکر و همکاران (۲۰۰۴).

بحث و نتیجه‌گیری

خشونت علیه زنان و همسرآزاری واقعیتی است که باید با آن به صورت جدی برخورد شود. امروزه میلیون‌ها زن و دختر از خشونت و پیامدهای آن به خاطر جنسیت خود و وضعیت نابرابر اجتماعی‌شان رنج می‌برند. زمانی که زنان خشونت بدنی، جنسی و روانی را تجربه می‌کنند، اغلب یک سری مشکلات بهداشتی، بدنی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند و چه بسا پیامدهای خشونت و مسایل ناشی از آن تا آخر عمر با فرد باقی می‌ماند و سرنوشت او را به شکل دیگری رقم می‌زند.

بر اساس نظر واتز و زیمرمن در سال ۲۰۰۲ به نقل از کمپبل (۲۰۰۲) خشونت علیه زنان از قبل از تولد آن‌ها با انتخاب جنسیت نوزاد شروع می‌شود. در دوره‌ی نوزادی با غفلت از بهداشت، مراقبت و تغذیه نوزادان دختر، در دوره‌ی کودکی با سوء‌آزار کودکی و سوء تغذیه، در دوره‌ی نوجوانی با ازدواج اجباری و زود هنگام، آزار روانی، سوداگری و فحش‌ای اجباری، در میانسالی با آزار جنسی، قتل، فحشا، سوداگری، عدم احترام به او، از بین بردن حقوق و در دوران پیری با آزار بیوگی و پیری ادامه می‌یابد و هر کدام می‌تواند نتایج چند بعدی و گسترده‌ای مانند مرگ و میر دوران نوزادی و کودکی، وزن کم هنگام تولد، استرس، افسردگی، اضطراب، ایدز، سوء مصرف مواد، خودکشی، بارداری ناخواسته و سقط جنین را به دنبال داشته باشد.

در بررسی زندگی زنان خشونت دیده رد پای یک نوع خشونت دیده نمی‌شود، زیرا انواع خشونت با یکدیگر همپوشی دارند و فرد تحت آزار چند نوع آن را با هم

نگرش آن‌ها اختلال ایجاد شود و یا دچار مشکلات بدنی مانند تاخیر در مهارت‌های حرکتی، سخن گفتن و مسایل بهداشتی می‌گردند (ایسکوویت و دیگران، ۱۹۹۸؛ و کلبو^{۷۰}، ۱۹۹۶). این کودکان در بزرگسالی ممکن است مبتلا به بیماری‌های قلبی، کم‌خونی، سرطان، بیماری‌های مزمن ریه، دیابت، هیپاتیت و بیماری‌های کبدی شوند (فلیتی^{۷۱} و همکاران، ۱۹۹۸). بچه‌هایی که شاهد صحنه‌های خشونت بار هستند مشکلات بدنی و روانی مانند افسردگی، اضطراب، تمایل به خشونت و نیز اقدام برای خودکشی، سوء مصرف مواد و الکل، فرار از خانه، گرایش به فحشا، تجاوز جنسی و تبهکاری را از خود نشان داده‌اند (ولف^{۷۳} و دیگران، ۱۹۹۵) و این کودکان به احتمال بسیار زیادی در آینده خود یک آزار رسان می‌گردند (هیس، ۱۹۹۵؛ چالک^{۷۲} و کینگ^{۷۴}، ۱۹۹۸ و الزبرگ، ۱۹۹۶) همچنین بچه‌هایی که شاهد آزار مادران خود هستند بیشتر دچار مرگ و میر دوران کودکی می‌گردند (آسلینگ^{۷۵}، ۲۰۰۰).

۳. پیامدهای اجتماعی: آثار اجتماعی خشونت و همسرآزاری را می‌توان ترک شغل، ترک تحصیل، عدم مشارکت اجتماعی، فحشا، فرار و مهاجرت دانست. در پژوهش نیکولایدیس^{۷۶} و همکاران (۲۰۰۴) زنانی که خشونت را تجربه کرده بودند در فعالیت‌های اجتماعی سهم کمی داشتند و علت آن را تهدید همسر و ممانعت او می‌دانستند. همچنین ۳۰ درصد از زنان تحت خشونت فعالیت‌های اجتماعی خود را کاهش داده و ۵۰ درصد آن‌ها بیمار شده و در پی آن کار خود را ترک نموده‌اند (دی^{۷۷}، ۱۹۹۵). در پروژه‌ی پیشرفته‌ای که عده‌ای از زنان در هند به شکل داوطلبانه در آن شرکت نموده بودند، محققان با افت آزمودنی مواجه شدند و اکثریت آن‌ها ممانعت همسر و افزایش خشونت از جانب او را دلیل اصلی ترک پروژه برشمردند (کاریلو^{۷۸}، ۱۹۹۲).

زنان تحت خشونت تعداد فرزندان بیشتری دارند زیرا توانایی کنترل زمان رابطه‌ی جنسی و نیز استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری را ندارند و بطور کلی فقدان استقلال جنسی زنان آزار دیده احتمال بچه‌دار شدن آن‌ها را به دو برابر افزایش می‌دهد (الزبرگ، ۲۰۰۰).

اغلب زنان تحت خشونت و جوانان شاهد خشونت خانه را رها کرده و فرار می‌نمایند. زنان درگیر مسأله‌ی فحشا می‌شوند و در برخی موارد مهاجرت می‌کنند (مکیبون و همکاران، ۲۰۰۴).

خشونت خانگی و تاثیر بر روی نقش تربیتی مادر، زنان آزار دیده را از نظر هیجانی غیر قابل پیش‌بینی می‌کند و لذا ایفای نقش تربیتی آن‌ها ممکن است

**در بررسی زندگی
زنان خشونت دیده
رد پای یک نوع خشونت
دیده نمی شود،
زیرا انواع خشونت با یکدیگر
همپوشی دارند و
فرد تحت آزار چند نوع
آن را باهم تجربه می کند**

تجربه می کند (نیکولایدیس و همکاران، ۲۰۰۴) و این خود دلیلی برای بروز مشکلات چندجانبه است. پژوهشی که تنها بر روی یک نوع خشونت متمرکز باشد ممکن است نتواند پیچیدگی تبعات و تجربه های تلخ زنان را تخمین بزند.

خشونت، متغیری بسیار پیچیده است و برای شکل گیری آن عوامل مستعدکننده و آشکار ساز دست به دست هم می دهند، بنابراین برای مبارزه با آن باید اقدامات چندجانبه در همه ی سطوح صورت گیرد. از نظر نیکولایدیس و همکاران (۲۰۰۴) اولین عاملی که باعث می گردد نتوان خشونت را بررسی و مطالعه نمود، پنهان بودن و عدم فاش سازی است. بسیاری از زنان و دختران ما به علت احساس ترس، شرم، احساس گناه، ترس از فاش سازی، ترس از طرد شدن و خشونت مجدد و نیز شرم از ریختن آبروی خود و همسر و احساس مقصر بودن خود در برابر خشونت ساکت می مانند. وابستگی اقتصادی به مرد، فقدان حمایت های اجتماعی و قانونی لازم در این زمینه، همچنین این باور که طلاق زشت است و زنان تحت هر شرایطی به خصوص به خاطر فرزندان شان باید تاهل خود را حفظ نمایند منجر به پنهان نگه داشتن خشونت می گردد.

حمایت اجتماعی و قانونی فاکتور بسیار مهمی در تخفیف و تسکین اثرات منفی تجربه خشونت است (ساویلی اسمیت^{۸۳}، ۲۰۰۰). پژوهش اسپچتر^{۸۴} (۱۹۹۴) و کالروس^{۸۵} (۱۹۹۹) نشان داده است که ۸۰ درصد زنان تحت خشونت بعد از دریافت برنامه های حمایتی دیگر خشونت را تجربه نکرده اند.

در راستای کاهش خشونت در جامعه و به خصوص خشونت علیه زنان لازم است در چهار بعد فردی، اجتماعی، حقوقی و اقتصادی فعالیت های صورت گیرد. اولین و مهم ترین قدم تغییر باورهای افراد نسبت به جنسیت و نقش های جنسیتی است. باید جهت پیاده کردن برنامه هایی که هنجارهای منفی درباره ی زنان را از بین می برد و نگرش های مثبت نسبت به آنان را ایجاد می نماید تلاش نمود. دومین قدم آموزش است. تدارک کارگاه های آموزشی برای مردان و زنان در جهت آگاهی بخشیدن و شناخت بیشتر زنان استعداد آن ها و مسایل مربوط به آن ها، تغییر نگرش های حاکم بر جامعه در مورد زنان، آموزش راه های مقابله با خشونت برای زنان و نیز ترویج احساس مسؤولیت اخلاقی زن و مرد نسبت به سلامتی

همسر خود از عوامل مهم در کم شدن خشونت است. در قسمت اجتماعی کاهش خشونت از برنامه های تلویزیونی و فیلم ها، بازبینی برنامه های بهداشتی زنان، آشنایی پزشکان با علایم خشونت و همسرآزاری و ارجاع مراجعه کنندگان به مراکز و مراجع ذی صلاح، گزارش خشونت و همسرآزاری توسط متخصصان سلامتی و بهداشتی به مراکز حمایت کننده و مشاوره فردی و خانوادگی می تواند موثر باشد. فرایند مشاوره با این زنان شامل برقراری ارتباط دوجانبه، تاکید بر شأن و ارزش زنان، ارزیابی میزان خشونت وارده، شناخت توانایی های زنان تحت خشونت، کمک به سازگاری و مواجهه آنان با مشکلات ناشی از خشونت، آموزش مهارت های مواجهه با افسردگی، توانبخشی شخصیتی، اجتماعی و حرفه ای می باشد.

با توجه به پژوهش های صورت گرفته چنانچه به زن ها در جهت رسیدن به حقوق برابر با مردان از نظر اکتساب شغل و درآمد کمک گردد و نیز در جهت رسیدن آن ها به یک استقلال نسبی از نظر اقتصادی و مالی تلاش شود خشونت علیه زنان کاهش می یابد. کوشش برای وضع و تصویب قوانین مربوط به زنان، تشویق و ترغیب آن ها به عضویت در تشکل های غیر دولتی و انجمن ها که فاکتوری مهم در کاهش خشونت نسبت به آن ها و افزایش توانایی آنان می گردد (بونیسف ۲۰۰۰). همچنین تشویق زنان برای رسیدن به پست های کلیدی حساس و سرنوشت ساز منجر به کاهش خشونت در این قشر می شود.

در یک بررسی کلی و مروری می توان نتیجه گرفت که خشونت علیه زنان وجود دارد و نمی توان آن را انکار نمود. تحقیقات متعدد در جوامع مختلف نشان داده اند که پیامدهای خشونت بر علیه زنان و همسرآزاری تنها متوجه زن نیست بلکه به خانواده، فرزندان و حتی خود مرد آزاردهنده آسیب جدی وارد می سازد. در خانواده ای که زن از سلامت بدنی و روانی کامل و کافی برخوردار نباشد و نتواند استعداد و توانایی های خود را برای شکوفایی خانواده به کار برد، مرد آن خانه نیز متضرر گشته و نه تنها نمی تواند شایستگی های خود را بروز دهد بلکه سلامت بدنی و روانی او نیز به خطر می افتد. بنابراین برداشتن محدودیت های زیاد از حد و غیرمعقول از زندگی زنان و فراهم ساختن عرصه های رشد و شکوفایی برای آن ها، زندگی بهتر سازنده را در آینده نوید می دهد.

16. Danielson, K. & Maffit, T. & Caspi, A. & Silva, P. (1998). Comorbidity Between Abuse and DSM III-R Mental Disorders. Evidence from an Epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 155(1), PP: 1230-1234.

17. Day, T. (1995). *The Health Related costs of violence Against women in Canada: The Tip of Iceberg*. London: Ontario, Centre of Research on violence Against women and children, 1995.

18. Eiskovits, Z. Winstok, Z. & Enosh, G. (1998). Children's Experience of Intereparental violence: A Heuristic Model. *Children & Youth services Review*. 20(6), PP: 547-568.

19. Ellsberg, M. (1996). *Confites enel Infiermo: Prevalencia y Caracteristicas de la violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Asociacion de Mujeres profesio cales por la Democracia en el Desarrollo, Managua, 1996.

20. Ellsberg, M. (2000). *Candies in Hell: Women's Experiences of violence in Nicaragua*. *Social science & Medicine*. 51, pp: 1595-1610.

21. Fanslow, J.L. & Norton, R.N & Spinola, C.G. (1998). Indicators of Assault-Related injuries among women presenting to the emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 32, PP: 341-348.

22. Felliti, V. & Anda, R. & Norden berg, D. (1998). Relationship of childhood abuse and Household Dysfunction to many of the leading causes of death in Adults. *American Journal preventive medicine*. 14(4), PP: 245-258.

23. Fry, V. (2001). Examining Homicides Contribution to pregnancy -Associated Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 285(11).

24. Galtung, J. (1975). *Struktuelk Gewalt. Beitrage zur Friends-und Koniflikt Forschung*. Reinbeck: Rowohlt.

25. Garcia- Moreno, C. (2002). Preliminary Results from the WHO multi -country study on women's Health and Domestic violence. Presentation at the world conference on Injury. Montreal, Canada.

26. Gazmararian, J.A. & Petersen, R. & Spitz, A.M. & Good win, M.M. & Saltzman, L.E. & Marks, J.S. (2000). Current knowledge and future Research Direction. *Matern Child Health Journal*. 4(2), PP: 79-84.

27. Gazmararian, J.A. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *The journal of the American Medical Association (JAMA)*. 275(24), PP: 1915-1950.

28. Gelb, L. (2004). *Plan Talk about wife abuse*. New York, 2004. Gelles, R.J. & Straus, M.A. (1979). *Determinants of Violence in the Family; Toward a Theoretical integration in W.R.Burr, R.Hill, F.I.Nye & I.L.Reiss (Ed). Contemporary Theories about the family*. New York: Free Press. PP581

پی نوشت

۱. احمدی، سید احمد. (۱۳۸۲). مشاوره بزه دیدگان. مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان صص ۳۸۷-۳۸۱.
۲. پیروزیخت، معصومه. (۱۳۸۳) زنان در جهان خشن، مجله زنان، سال سیزدهم، شماره ۱۰۹، صص ۲۲-۱۸.

3. Asling- Monemi, K. (2000). Violence Against women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A Case- Referent Study in Nicaragua. *Bulletin of the world Health organization*.

4. Bardley, C. (1990). Why Male violence against women is a Development Issue: Reflections from papua New Guinea. Occasional paper. United Nations Fund for women. (UNIFEM)

5. Berios, D.C. & Grady, D. (1991). Domestic Violence: Risk Factors and out come. *The Journal of Medicine*. 155(2), PP: 23-30.

6. Campbell, J. & Jones, A.S. & Dienemann, J & Kub, J. & Schollenberger, J. & O'Campo, P. & Gielen, A.C. & Wynne, c. (2002). Intimate partner violence and physical Health consequence's. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), PP: 1157-1163.

7. Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359, PP: 1331-1336.

8. Caralis, P. & Musialowski, R. (1997). Women's experiences with Domestic violence and expectations Regarding Medical care of Abuse victims. *South Medical Journal*. 24, P: 1080.

9. Carillo, R. (1992). *Battered Dreams: Violence Against women as an obstacle to Development*. New york: United Nations Fund for women (UNIFEM),

10. Chalk, R. & King, P. (1998). *Violence In Families*. Washington: National Academy press.

11. Coker, A.L. & Smith, P. & Bethea, L. & king, M. & Mckeown, R. (2000). Physical Health consequence physical and psychological Intimate artner violence. *Archives of Family Medicin*. May 2000.

12. Coker, A.L. & Davis, K.E. & Arias, I. & Desai, S. & Sanderson, M. & Brandt, H.M. & Smith, P.H. (2004). Physical and Mental Health Consequences of Intimate partner violence in Men and women *American journal of Public Health*. 88(9), PP: 1268-1270.

13. Coker, A.L. & Sanderson, M. & fafddfn, M.K. & Piri, L. (2000). Intimate partner violence and cervical Neoplasia. *Journal of Women's Health gO Gender-Based Medicine*. 9(9), pp: 1015-1023.

14. Coker, Al. Davis, K.E. Arias, L. (2002). Physical and Mental -Health Effects of Intimate Parther violence for men and women. *American Journal prevent Medicine*. 23, PP: 260-268.

15. Culross, P. (1999). Health Care system Responses to children exposed to Domestic violence. *Domestic Violence & Children*. 9(3), PP:

44. Mccauley, J. & Yurk, R. & Jenckes, M. & Ford, D. (1998). Inside pandora's Box: Abused women experiences with clinicians and Health services. Archives of internal Medicine. 13, pp: 70-75.
45. Mcfarlane, J. & Parker, B. & Soeken, K. (1996). Physical Abuse, smoking and sababuse during pregnancy: Prevalence, Interrelationship and effects on Birth weight. Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing. 25, PP: 393-320.
46. Mckeown, I. & Reid, S. & Turner, S. & Orr, P. (2004). Sexual violence and Dislocation as social risk factors involved in the acquisition of HIV Among women in Manitoba. Policy - oriented Research projects women - violence and Abuse. Candida: Prairie women's Health centre of Excellence (PWHCE).
47. Megargee, E.I. (1982). Psychological Determinants and Correlates of Criminal Violence In M. Wolfgang & N. Weiner (Ed). Criminal Violence. Beverly Hills, CA: Sage. pp: 81-170.
48. Molina, L.D. & Basinait-smith, C. (1998). Revisiting the intersection between Domestic Abuse and Hiv Risk. American Journal of public Health. 88(8), PP: 1267-1268.
49. Murphy, c.c. Shei, B. & Myhr, I.L. & Dumont, J. (2004). A Risk Factor for low bright weight. Asystematic Review and Meta- Analysis. Canada Medical Association Journal (CMAJ). 164(11), PP: 1567-1572.
50. Nelson, E. & Zimmerman, C. (1996). Household survey on Domestic violence in Cambodia. Ministry of women's Affairs. Project Against Domestic Violence. Combodia 1996.
51. Nicolaidis, C. & Curly, M.A. & McFarland, B. & Gerrity, M. (2004). Violence, Mental Health and physical symptoms in An Academic Internal Medicine practice. Journal of General Internal Medicine. 19(8), P: 879.
52. Outlook. (2002). Violence Against women, Effects on Reproductive Health. 20(1).
53. Parker, B. & McFarland, J. & Soeken, K. (1994). Abuse During pregnancy: Effects on Maternal Complications and Brith weight In Adult and Teenage Women Obstetrics and Gynecology. 84(3), PP: 323-328.
54. Path (program for Appropriate Technology in Health). (2002). Violence against women. (Poputred.) population Reports serie sl. 27(4).
55. Path (program for Appropriate Technology in Health). (1999). Gender Inequities and women's Health. Outlook. 16(4), pp: 1-8.
56. Physical violence self Rated Health and Morbidity: Is Gender significant for victimisation. Journal Epidemiology community Health. 58, PP: 65-70.
57. Saville-Smith, K. (2000). Familial caregivers, Physical Abuse and Neglect of Children: A Literature Review. Wellington: Children, Young persons & Families Act Research.
29. Gelles, R.J. & Harrop, J.W. (1989). Violence, Battering and psychological distress women. Journal of International violence. 4(1), PP: 40-46.
30. Haj-Yahia, Muhammad, M. (2000). Wife abuse and Battering in the sociocultural context of Arab society. Family process. 39. PP: 237- 255.
31. Heise, L. & Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. (PoputRepI). Population Reports Seriesl. 27(4).
32. Heise, L. (1999). Ending violence against women. Population Reports. 11.
33. Horon, I. & Cheng, D. (2001). Enhanced Surveillance for Pregnancy. The Journal of the American Medical Association (JAMA). 282(11), P. 1455.
34. Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. The lancet. 359, pp: 1423-1429.
35. Johnson, P.J. & Hellerstedt, W.L. (2002). Current or past physical or sexual Abuse As a Risk Marker for sexually transmitted Disease in pregnant women. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 34 (2), PP: 62-67.
36. Kalichmans, Sc, & Williams, EA. & Cherry, c. & Belcher, L. & Nachimson, D. (1998). Sexual coercion, Domestic violence and Negotiating condom use Among low-income African - American women. Journal of Women's Health. 7(3), PP: 371-378.
37. Klein, H. & Chao, B. (1995). Sexual Abuse During childhood and Adolescence as predictors of Hiv-Related sexual Risk During Adulthood among female sexual partners of Injection Drug users. Violence against women. 1(1), PP: 55-76.
38. Kolbo, J. (1996). Risk and Resilience Among children Exposed to family violence. Violence and victims. 11(2), PP: 113-128.
39. Koss, M. & Koss, P. & Woodruff, J. (1997). Deterious Effects of criminal victimization on women's Health and Medical Utilization. Archives of Internal Medicine. 151, PP: 342-347.
40. Lemon, N. (2003). Health watch, Domestic Violence Report. 8(5), P: 69.
41. Maman, s. & Mbwambo, J.K. & Hogan, N.M. & Kilonzo, G.P. & Campbell, J.C. & Weiss, E. & Sweat, M.D. (2002). HIV Positive women Report More Lifetime partner violence: Finding from a voluntary counseling and Testing clinic. in Daressalamm, Tanzania. American journal of Public Health. 92(8). PP: 1331-1337.
42. Martin, s. & Mackie, L. & Kupper, L. & Buescher, P. & Moracco, K. (2001). Physical women Befor During and after pregnancy. The journal of the American Medical Association (JAMA). 282(12), P: 1562.
43. Mccauley, J. & Kem, D.E. & Kolodner, K. (1998). Relation of low-sererity violence to women's health. Journal General International Medicine. 13, PP: 687-691.

centers for Disease control and prevent National Violence Against women(NVAW) Survey. The common Wealth Fund. Fir comprehensive National Health Survey of American women. (1993).

66. Unicef. (2000). Domestic violence Against women and Girls. Innocent Research centre Florence, Italy. No: 6.

67. University of utah Health plans Newsletter. (2001). Domestic violence. University of Utah Health plan & Healthy Medicaid provider Newsletter %2(1).

68. Vanderstraten, A. 90King, R. & Grinstead, O. & Vitinghoff, E. & Serufilira, A. & Allen,s. (1998). Sexual Coercion, Physical violence and HIV Infection among women in steady Relationships in kigali, Rwanda. AIDS Behavior. 2, PP: 61-73.

69. Walker, E.A. (1993). Histories of Sexual victimization in patients with Irritable Bowel syndrom or Inflammatory Bowel Disease. American Journal. 150, PP: 1502-1506.

70. Wolf, D.A. & Wekerle, C. & Reitzel, D. & Gough,R. (1995). Strategis to Address violence lives of High Risk Youth. Community Resposues to children of Battered women. New York: San publications.

71. World Health Organisation. (2002). World Report on violence and Health. Geneva: World Health organisation.

72. Yello,k. (1983). Sexual Equality and Violence against wives in American States. Journal of Comparative Family Studies. 14(1),pp:67-86.

58. Schechter,s. (1994). Model Intitiatives linking omestic violence and child welfare. Paper prepared for the conference Do Mestic violence and Child Welfare. WisGns in U.S.A.

59. Schei, B. & Bakketeig,L. (1989). Gyecological Impact of sexual and physical Abuse by spouse; Study of Random sample of Norwegian women. British Journal of obstetrics and Gynaecology. 96, PP: 1379-1383.

60. Sharp, P.W. & Campbell, J. (1999). Health Consequences for Victims of Violence in Intimate Relationships. Thousand oaks: Sage.

61. Stark, E. & Flitcraft, A. (1991). Spouse Abuse. In Rosenburg M, FenleyM,eds. Violence in America: A public health approach. New York: Oxford university press.

62. Sullivan, C. & Nguyen, H. & Allen, N. (2000). Beyond Searching for Deficits: Evidene that physically and Emotiovally Abused women are Nurturing parents. Journal ofEmotional Abuse. 2(1), PP: 51-71.

63. Sundram, V. & Helweg- Larsen, k. & Laursen, B. & Bjcrregard, P.(2004) Physical violence self Rated Health and Morbidity: Is Gender Significant for victimization? Journal Epidemiology Community Health. 58, pp: 65-70.

64. Sutherland, C.A. & Bybee, D.I. & Sullivan, C.M. (2002). Beyond Bruises and Broken Bones: The Joint Effects of stress and Injuries on Battered women's Health. American Journal of Community Psychology. 30 (5), PP: 609-63.

65. The National Institute of justice and the

- | | | | |
|--|------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| 1. Violence | 19. Hag- Yahia,M.M. | 41. Walrer,E.A. | 64. Gell,M. |
| 2. Wife Abuse | 20. Common Wealth Fund | 42. Schei,B. | 65. Harrop,J.W. |
| 3. Gelles, R.J. | 21. Cara lis,P. | 43. Bakketeig,L | 66. Mc Kcown,I. |
| 4. Straus, M.A. | 22. Musia lowski,R. | 44. Bardley,C. | 67. Family Violence Prevention Fund. |
| 5. Yello,K. | 23. Mccauley,Y | 45. Out look | 68. Sutherland, C.A. |
| 6. Megargee, E.I. | 24. Sundram,V | 46. Johnson, P.J | 69. Eiskovis,Z. |
| 7. Coercion | 25. Gelb,L. | 47. Hellerstedt,W.L | 70. Kolbo,J. |
| 8. Arbitrary | 26. Vanderstraten,A. | 48. Berios, D.C. | 71. Felliti,V. |
| 9. Path (Program for Appropriate Technology in Health) | 27. Kalichman,SC. | 49. Grady,D. | 72. Wolf,D.A. |
| 10. Galtung,J. | 28. Molina,L.D. | 50. Parder,B. | 73. Chalk,R. |
| 11. Phisyed Violence | 29. Basinait Smith,C. | 51. Murphy,C.C | 74. King,P. |
| 12. Mental Violence | 30. Jewkes,R. | 52. Gazmararian,J.A. | 75. Asling-Monemi,K. |
| 13. Sexual Violence | 31. Pitanguy. | 53. Lemon,N. | 76. Nicolaidis,C. |
| 14. University of Utah Health Plans | 32. Nicolaidis,C | 54. Horon,I. | 77. Day,T. |
| 15. Heise, L. | 33. Maman,S. | 55. Cheng, D | 78. Carillo,R. |
| 16. Garcia, M.C. | 34. Nelson,E. | 56. Martin,S. | 79. Sullivan,C. |
| 17. U.S Department of justice | 35. Zimmerman,C. | 57. Mc Farlane,J. | 80. Burde, C. |
| 18. The Natinal Institute of Justice | 36. Fry,V. | 58. Klein,H. | 81. Janniwi,P. |
| | 37. Sharp,P.W. | 59. Chao,B | 82. Watts,C. |
| | 38. Campbell,J. | 60. Koss,M. | 83. Saville-Smith. |
| | 39. Fanslow,J.L. | 61. Stark,E. | 84. Schechter.S. |
| | 40. Coker,A.L | 62. Flitcraft,A. | 85. Culross,P. |
| | | 63. Ellsberg,M. | |

پیوست