

## نقش خشونت ساختاری در کاهش سلامت روان زنان شهر زاهدان

محمد گنجی\* ، سمیه میری\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

### چکیده

خشونت ساختاری، یکی از انواع خشونت‌ها در سراسر جهان می‌باشد که به تبعیض‌ها، محرومیت‌های نظام‌مند و ممنوعیت‌های نهادینه شده در جامعه اشاره دارد. برخلاف خشونت فیزیکی، خشونت ساختاری در ساختارهای یک جامعه نهفته است و در توزیع نابرابر قدرت، مالکیت منابع و فرصت‌ها نمایان می‌شود به طوری که؛ زاینده برخی پیامدهای اجتماعی و روانی در سطح جامعه و به ویژه زنان و دختران است. هدف از پژوهش حاضر، با توجه به اهمیت موضوع بررسی رابطه بین نقش خشونت ساختاری در کاهش سلامت روان زنان شهر زاهدان است. داده‌ها به صورت پیمایشی جمع‌آوری شده است، جامعه آماری کلیه زنان بالای ۲۰ سال شهر زاهدان، می‌باشد، با استفاده از فرمول کوکران، نمونه آماری تحقیق ۳۸۴ نفر به دست آمده است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی که با استفاده از نرم‌افزار *Pls* به دست آمده حاکی از معنادار بودن رابطه بین نقش خشونت ساختاری بر کاهش سلامت روان زنان است، مقدار به دست آمده، در این آزمون برابر با ۰.۵۷۸ می‌باشد که مقداری مثبت است. بر این اساس فرضیه صفر پژوهش رد و فرض مقابل تأیید می‌شود. همچنین تمام ابعاد خشونت ساختاری (نابرابری جنسیتی، نظام مردسالار، کمبود امکانات اجتماعی، عدم حمایت قانونی و عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر) در کاهش سلامت روانی زنان مؤثر و هر یک سهم مشخصی دارند.

**واژه‌های کلیدی:** خشونت، خشونت ساختاری، کاهش سلامت روانی زنان، شهر زاهدان.

m.ganji@kashanu.ac.ir

\* دانشیار علوم اجتماعی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

\*\* دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران. دانشگاه کاشان، ایران. (نویسنده مسئول).

tirdad1320@gmail.com

## مقدمه و بیان مسئله

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۳۰ درصد زنان از سوی شریک زندگی‌شان، خشونت را تجربه کرده‌اند (Krahe, 2018: 6). خشونت علیه زنان، پدیده‌ای است که با وجود پیشرفت‌های فرهنگی و فکری، در اغلب کشورها، حتی کشورهای توسعه‌یافته دیده می‌شود (یزدخواستی و شیری، ۱۳۸۷: ۵۶). به‌گونه‌ای که در بسیاری از جوامع از آن به‌عنوان امری عادی یاد می‌شود.

خشونت به‌طور کل از نظر گالتونگ، به سه دسته فردی یا مستقیم، ساختاری و فرهنگی تقسیم می‌شود به‌طوری‌که از نظر وی مطالعه این سه سطح، معیاری برای تعیین و درک خشونت علیه زنان در یک کشور است (Ruangnapakul et al, 2018: 2). خشونت فردی یا مستقیم علیه زنان، مخصوصاً همسر آزاری شامل چهار نوع خشونت: جسمی، جنسی، روانی و مالی است که پدیده جدیدی نیست که به‌تازگی در دوران مدرن به وجود آمده باشد بلکه از همان زمان تشکیل خانواده در جوامع سنتی به نحو بارزی وجود داشته است (طالب‌پور، ۱۳۹۶: ۲۸). این نوع خشونت، دربرگیرنده رفتارهای جسمانی، عاطفی و جنسی می‌باشد که به‌منظور اعمال سلطه، اقتدار و تحکیم قدرت خود، نسبت به زن و دیگر اعضای خانواده به کار می‌رود (Anderson, 2010: 475).

در مقایسه با خشونت مستقیم، نوع دیگری از خشونت، به نام خشونت ساختاری وجود دارد که آرام‌تر اعمال می‌شود، ولی به ادعای برخی جان افراد بسیاری را می‌گیرد. بنا به تعریف گالتونگ «خشونت ساختاری» نوعی خشونت غیرمستقیم است که از سوی ساختارها و یا نهادهای اجتماعی بر مردم تحمیل می‌شود و مانع دسترسی آن‌ها به نیازهای اساسی‌شان می‌گردد (Kathleen, 2007: 106). این نوع خشونت می‌تواند مقدمه، مکمل یا نتیجه خشونت مستقیم (به‌کارگیری مستقیم قدرت فیزیکی و زور) باشد و بنا به عقیده گالتونگ، با وجود آسیب‌های فراوانی که خشونت ساختاری به

نیازهای اساسی بشری وارد می‌آورد، اما غیرقابل اجتناب است. اگرچه خشونت ساختاری قرابت نزدیکی با بی‌عدالتی اجتماعی دارد، ولی محدوده آن وسیع‌تر و کلی‌تر است، و «هر چیز قابل اجتنابی که مانع خودشکوفایی انسان شود» را در برمی‌گیرد (همان منبع: ۲۷۲). بنابراین، در خشونت ساختاری، قوانین یا فرهنگ یک جامعه به گونه‌ای است که موجب آسیب‌های روانی و بدنی برای افراد جامعه می‌شود. مثلاً هنجارهای فرهنگی و قوانین تبعیض‌آمیز موجب نوعی خشونت آشکار یا پنهان با گروه‌های اقلیت و به‌ویژه برای زنان در یک جامعه می‌شود (بنی فاطمه و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۲).

خشونت علیه زنان دارای سابقه‌ای به وسعت تاریخ بوده، که در دهه‌های اخیر به شکل خشونت مدرن همانند: خشونت ساختاری، اشکال نوینی به خود یافته است؛ که ریشه در علل و اسباب بی‌شمار اخلاقی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی دارد (مشهدی و کریم، ۱۳۹۹: ۷۴۰)، به گونه‌ای که می‌توان گفت یکی از علل مهم و تاریخی خشونت ساختاری علیه زنان نیز به ساختار قدرت بر پایه پدرسالاری<sup>۱</sup> یا مردسالاری برمی‌گردد (یزد خواستی، ۱۳۸۷: ۶). زیرا، این مرد بوده که به خاطر دسترسی بیشتر به منابع ارزشمند، قدرت بیشتری داشته است. صورت غالب تقسیم‌کار جنسیتی نیز در جوامع سنتی، اختصاص دادن کارهای درون خانه به زنان و فعالیت‌های بیرون از خانه به مردان بوده است. خروج زن از عرصه عمومی و عدم قدرت تصمیم‌گیری او در عرصه خانگی، زن و مرد را در موقعیت‌هایی به شدت نابرابر قرار می‌دهد که در آن بخش عظیمی از فرصت‌های پیشرفت از دسترس زنان خارج و عملاً در انحصار مردان قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر خشونت علیه زنان بازتاب قدرت مردان علیه زنان در جامعه به صورت کلی است (اعزازی، ۱۳۸۳: ۴۹) که در قانون نانوشته عرف وجود دارد و عدم وجود حمایت مدنی و قانونی از زنان از عوامل ماندگاری این نوع خشونت است (محمد اوغلی، ۱۳۹۴: ۱۵۱). نوع دیگر خشونت ساختاری علیه زنان،

تبعیض علیه آن‌ها می‌باشد. با اینکه اعلامیه رفع تبعیض علیه زن در سال ۱۹۶۷ به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد رسیده، که اغلب از آن به‌عنوان «منشور بین‌المللی حقوق زنان» یاد می‌شود، و با توجه به روند رو به رشد این اسناد، گزارش‌های نقض بی‌رویه حقوق زنان در جهان تکان‌دهنده است، که در نهایت سبب کاهش سلامت و حقوق انسانی زنان و دختران شده است، زیرا زنان بیشتر از مردان مبتلا به برخی اختلالات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی می‌گردند و آثار سوء خشونت بالطبع در آنان شدیدتر نمایان می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۶).

از طرفی به نظر می‌رسد هر چه جوامع فقیرتر، سنتی‌تر و از نظر شناختی در سطحی پایین‌تر باشند، فراوانی و شدت خشونت علیه زنان بیشتر و پیامدهای آن نیز افزون‌تر می‌شود، از این‌روی در قومیت‌ها با توجه به فرهنگ و باور مالکیت مرد بر زن، پایین‌تر بودن سطح سواد، ازدواج در سنین کم، تعدد زوجات، ازدواج زودهنگام و فامیلی، قبح جدایی و طلاق و ... به نظر می‌رسد خشونت علیه زنان فراوان‌تر و شایع‌تر است.

این پژوهش نیز با توجه به اهمیت خشونت ساختاری به بررسی این موضوع در شهرستان زاهدان پرداخته است، این شهرستان در وهله اول به دلیل وجود بافت اجتماعی سنتی غالب در شهر، زن از استقلال اندکی نسبتاً نسبت به دیگر شهرستان‌های کشور برخوردار است. همچنین به جهت ساختار اجتماعی مردسالارانه حاکم بر آن به‌خصوص در مناطق فقیرنشین، خشونت در محیط خانواده و اجتماع رواجی نگران‌کننده دارد. در وهله دوم نیز، علی‌رغم بهبود نسبی وضعیت در سال‌های اخیر از نظر سواد و موقعیت اجتماعی، زنان در این شهرستان هنوز مشارکت واقعی در جامعه خود ندارند. و نرخ مشارکت اقتصادی و اجتماعی زنان در این شهرستان بسیار کمتر از شهرستان‌های دیگر است (کریم زاده و همکاران، ۱۳۹۵: ۶۱).

در واقع آنچه باعث، ایجاد خشونت ساختاری در این شهرستان شده تنها سنت نیست، زیرا سنت در مواجهه با شرایط جدید به تدریج منعطف شده و کنارآمده است؛

اما آنچه تاکنون به‌مثابه مانع جدی نه‌تنها برای پیشرفت و مشارکت زنان، بلکه پیشرفت و توسعه منطقه به‌طورکلی عمل کرده، فقر در همه ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آن است. که متعاقب باعث خشونت ساختاری شده که این عامل باعث شده سلامت زنان این شهرستان در معرض خطر قرار بگیرد. زیرا، 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 (خاقانی فرد، ۱۳۹۰: ۵۵).

از این‌روی مقاله حاضر در نظر دارد تا با توجه به گستردگی معنایی و اهمیت موضوع به تحلیل جامعه‌شناختی پدیده خشونت ساختاری علیه زنان و ارتباط آن با کاهش سلامت روانی آنان بپردازد و به این سؤال پاسخ دهد که هر یک از ابعاد خشونت ساختاری چه ارتباطی با وضعیت سلامت روانی زنان در شهر زاهدان دارد؟

### پیشینه تجربی

با کمی جستجو در سایت‌های علمی متوجه خواهیم شد که اکثر پژوهش‌های انجام شده در ایران بر خشونت مستقیم و خانگی متمرکز شده‌اند، و نیز در تحقیقات خارجی مرتبط با خشونت ساختاری به موضوع زنان کمتر پرداخته شده است و اغلب موضوعات کلان‌تری را در بر گرفته‌اند. بنابراین، با توجه به فقدان اطلاعات در مورد جنبه‌های مهم خشونت ساختاری علیه زنان، استفاده از تعاریف گسترده خشونت علیه زنان ضروری است. با این حال تحقیقات قبلی نشان می‌دهند که در راستای خشونت ساختاری علیه زنان تحقیقات متعددی صورت نگرفته و در رابطه با خشونت علیه زنان، اغلب محققان بیشتر تعاریف خشونت جنسی و خشونت شریک جنسی را برای شناسایی خشونت علیه زنان انجام داده‌اند (Ruangnapakul, 2018: 2). در ذیل به برخی تحقیقات در رابطه با خشونت ساختاری اشاره می‌شود:

محمدی و همکارانش (۱۳۹۸)، در تحقیقی با عنوان تبیین وضعیت خشونت ساختاری در شهر سنندج و پیامدهای آن به این نتیجه رسیده‌اند که، از شاخص‌های اقتصادی خشونت ساختاری، شهر سنندج رتبه دوم را در میان مراکز استان‌ها از نظر بیکاری دارد، که این امر باعث شده جزء فقیرترین شهرهای کشور باشد. از لحاظ شاخص‌های اجتماعی خشونت ساختاری نیز این شهر از نظر توسعه‌یافتگی در شاخص‌های بهداشت و درمان در جایگاه بیست و پنجم و از نظر کیفیت زندگی در جایگاه متوسط رو به پایین قرار دارد.

یتبارک<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۱۹) در تحلیل داده‌های مربوط به خشونت علیه زنان اتیوپی بر نابرابری و تبعیض اجتماعی و اقتصادی تأکید می‌کنند و در نهایت پیشنهاد می‌کنند برای توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی زنان، موانع اقتصادی در بین زنان باید به حداقل برسد و زنان به منابع اقتصادی با استقلال نسبی دسترسی داشته باشند. میسون جونز و نیکلیون<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) در تحقیقی با عنوان، خشونت ساختاری و حاشیه‌نشینی، بیان کرده‌اند که خشونت ساختاری و حاشیه‌نشینی موضوعات تحلیلی و کلیدی هستند که امروزه ظهور کرده و شامل آسیب‌پذیری جوانان در برابر خشونت مالی، اقتصادی و جنسی هستند. تجربه خشونت می‌تواند بر سلامتی کلی جوانان تأثیر بگذارد و آن‌ها را در معرض آسیب‌های جسمی- روانی همانند: از دست دادن بنیان‌های اجتماعی و خانوادگی، ضعف فیزیکی، حاملگی ناخواسته و علائم افسردگی و مشکلات روانی- اجتماعی قرار دهد. ادیمو<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، به بررسی خشونت‌های ساختاری و تأثیر آن بر مصرف‌کنندگان مواد مخدر پرداخته است، از نظر وی سرکوب‌هایی که توسط پلیس اعمال می‌شود، یک شکل از خشونت ساختاری را در زندگی روزمره مصرف‌کنندگان حشیش نشان می‌دهد که باعث تأثیرات منفی بر سلامت اجتماعی و اقتصادی و نقض حقوق بشر شده است.

- 
1. Yitbarek
  2. A.J. Mason-Jones, P. Nicholson
  3. Ediomu-Ubong Nelson

ترویزی<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) به بررسی تأثیر روانی خشونت شریک زنان ایتالیایی پرداخت. وی بیان می‌کند که خشونت مکرر منجر به مشکلات روانی مانند اختلال، استرس و در نهایت منجر به آسیب‌های روانی<sup>۲</sup> می‌شود. روان<sup>۳</sup> و همکارانش (۲۰۱۸) مطرح کردند که خشونت علیه زنان توسط همسران خود یک موضوع جهانی است اما همه این زنان به دلایل فرهنگی به دنبال یافتن کمک نیستند. آن‌ها خشونت علیه زنان متأهل در هند و موانع گسترده درخواست کمک را مورد بررسی قرار دادند. کلیشه‌های فرهنگی و هنجارهایی که کنترل مرد بر زن را تعیین می‌کنند عامل توجیه مرد و تحمل زن در این سوء رفتار هستند. آن‌ها نتیجه گرفتند توانمندسازی زنان در درخواست کمک آن‌ها مؤثر خواهد بود. سن و بولسوی<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) با مطالعه ۱۷۶۰ زن در ترکیه دریافتند که نرخ خشونت خانگی علیه زنان بالا بوده و به دلیل عدم حمایت اجتماعی و قالب‌های فرهنگی، بیشتر زنان، رفتار همسران خود را خشونت تلقی نمی‌کنند. مانسانتی<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) مطرح می‌کند خشونت ساختاری از آن‌جا که در بستر سیستم‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی دنیای ما قرار دارد و افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد به عنوان ساختاری در نظر گرفته می‌شود. خشونت ساختاری با دسترسی نابرابر به عوامل تعیین‌کننده سلامت مانند: مسکن، مراقبت درمانی خوب، بیکاری و آموزش مشخص می‌شود که منجر به خشونت بین فردی شده و خشونت بر اساس جنسیت را شکل می‌دهد.

در موضوعی عام‌تر، کنتی<sup>۶</sup> (۲۰۱۴) به بررسی، خشونت ساختاری و نابرابری درمان برای کانادایی‌های سیاه‌پوست انجام داده است، با توجه به تأثیرات خشونت ساختاری، پلیس و میزان بالای زندان باعث افزایش خشونت سیستماتیک علیه سیاهان شده است

- 
1. Troisi
  2. PTSD
  3. Rowan
  4. Sen and Bolsoy
  5. Montesanti
  6. Akwatu Khenti

(Khentia, 2014: 190). هریتاوارون<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) می‌نویسد که محیط ساختاری به‌طور مستقیم بر زندگی زنان تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را در معرض خطر خشونت قرار می‌دهد و باعث رنجش آن‌ها می‌شود. روجاس لوریا<sup>۲</sup> و همکارانش (۲۰۱۴) به بررسی طرح‌ها و سیاست‌های سلامت در کاستاریکا و کاتالونیا از ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۱ پرداختند و ابعادی مانند: اصول، استراتژی‌ها، مفاهیم مربوط به خشونت علیه زنان و ارزیابی‌های درمانی را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها ریشه خشونت علیه زنان را در نابرابری جنسیتی دیدند. خشونت به‌عنوان عامل ریسک و عامل تعیین‌کننده اجتماعی در مرگ‌های نابهنگام کاستاریکا در نظر گرفته می‌شود. بانرجی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان خشونت ساختاری در مراقبت‌های طولانی‌مدت و مراقبت در خانه برای افراد مسن بیان کرده است که پرستارهایی که از سالمندان در کانادا مراقبت می‌کنند شش برابر بیشتر مورد خشونت ساختاری و خشونت فیزیکی روزانه از هم‌تایان اسکاندیناوی خود هستند.

### چارچوب نظری تحقیق

موضوع خشونت علیه زنان به‌ویژه از نگاه ساختاری در نظریه‌های گوناگونی نیز بیان شده است، که در زیر به برخی از آن‌ها پرداخته می‌شود.

اگرچه خشونت از نظر یوهان گالتونگ<sup>۴</sup> (۱۹۶۹)، دارای ویژگی کشتن یا صدمه زدن است، اما این ویژگی در خشونت‌های ساختاری کمتر ملموس است و چیزهایی مانند: نابرابری جنسیتی را در توزیع قدرت نشان می‌دهد، همچنین خشونت فرهنگی ممکن است شامل مذهب، ایدئولوژی، هنر و زبان باشد که خشونت مستقیم و ساختاری

- 
1. Niphattra Haritavorn
  2. Rojas Loría
  3. Banerjee et al
  4. Johan Galtung



را به‌عنوان حق یا عدالت توجیه می‌کند (Galtung, 1969: 168). گالتونگ از خشونت فرهنگی یا هویتی، به‌مثابه نوعی خشونت ساختاری بر ضد هویت انسان و نیازهای غیرمادی وی برای همبستگی و رابطه با دیگران یاد می‌کند (گریفیتس<sup>۱</sup>، ۱۳۸۸). گالتونگ می‌گوید ما از مفهوم خشونت ساختاری استفاده می‌کنیم تا سؤالاتی را درباره نقش‌های سیستماتیک در جامعه مطرح کنیم و سازمان‌هایی که در تنظیم زمینه برای این نوع خشونت نقش دارند را شناسایی کنیم. خشونت ساختاری اشاره به عوامل غیرمستقیم دارد و اشکالی از خشونت است که در ساختارهای اجتماعی ساخته شده و مانع از رسیدن مردم به آن‌ها می‌شود که نیازها و توانایی‌های آن‌ها را برآورده کند، این شرایط نیز ممکن است به خشونت فیزیکی کمک کند، گالتونگ بین اشکال خشونت متمایز می‌شود، خشونت شخصی، مانند: سوءاستفاده فیزیکی و خشونت ساختاری، مانند: حاشیه‌نشینی و استثمار. بنابراین، هنگامی که یک نفر ضربه می‌زند- مثلاً به همسرش- یک مورد روشن از خشونت شخصی وجود دارد، اما هنگامی که یک میلیون نفر از شوهران، یک میلیون زن را (مثلاً در قوانین خانوادگی) در جهل و بی‌اطلاعی قرار می‌دهند و ساختار قانونی و اجرایی جامعه هم به آن کمک می‌کند، یک خشونت ساختاری است. خشونت ساختاری خشن است که در درون یک نظام اجتماعی، بنیاد نهاد شده است (مانند: بی‌عدالتی) و بدون وجود یک بازیگر مشهود و بدون آن‌که قربانیان آن از خشونتی که به آنان اعمال می‌شود آگاه باشند، در مناسبات نابرابر قدرت فرصت‌های زندگی (نمود می‌یابد) همت‌پور و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۱۱).

پل فارمر (۱۹۹۷) درباره خشونت ساختاری رویکرد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی را موردتوجه قرار داده است که در آن فقر و بی‌ثباتی وجود دارد، وی می‌گوید، خشونت ساختاری امکانات انسانی را محدود می‌کند و فرصت‌های نابرابر را تقویت می‌کند. علاوه بر این، فارمر معتقد است خشونت ساختاری، علاقه‌مند به انواع شیوه‌های فقر و

نابرابری است که به طور مشخص مسائلی مانند: انتظارات جنسی، اقتصادی، سیاسی، فقر و همراهی با نیروهای اجتماعی دیگر، که در زندگی روزمره قربانیان خود اثر دارد را مورد بررسی قرار می‌دهد. این آسیب‌های ساختاری به رنج‌های اجتماعی و شرایط نامساعد بر روی افراد نیز تأثیر می‌گذارد. وی، مفهوم خشونت ساختاری را برای بررسی گسترش اچ آی وی در زنان هائیتی و شرایط اجتماعی آنها به‌کاربرده و بر سنت‌ها و الگوهای اجتماعی نهادینه شده و نابرابری جنسیتی، عدم دسترسی به منابع مادی مانند: زمین و ملک، زمینه‌های شیوع بیماری‌های جنسی، کمبود دسترسی به امکانات درمان در میان فقرا، عدم مداخلات بهداشت عمومی، نبود سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و کاهش دسترسی به خدمات، به‌ویژه در میان فقر تأکید می‌کند (Farmer, 1997: 261-271). بورگوس (۲۰۰۳) نیز در این رابطه می‌نویسد؛ عناصری در خشونت ساختاری وجود دارد همانند: فقر و تبعیض اجتماعی، عدم دسترسی به خدمات بهداشتی، بیماری، کلیشه‌های منفی اجتماعی، ساخت جنسیتی اشتغال و افسردگی که زمینه‌ساز سرکوب و تخریب است (Bourgeois, 2003: 31).

نظریه یادگیری اجتماعی- شناختی باندورا (۱۹۶۵-۱۹۶۹)، در الگوسازی پرخاشگری به سه موقعیت اجتماعی تأکید دارد: ۱- محیط خانواده: پرخاشگری در محیط خانواده، طیفی از شکل‌ها و گونه‌های متفاوت به خود می‌پذیرد. بنابراین، خشونت یک انحراف اجتماعی که بذر آن در خانواده کاشته می‌شود. ۲- خرده‌فرهنگ‌ها: بالاترین میزان رفتار پرخاشگرانه در محیط‌هایی دیده می‌شود که الگوی پرخاشگری در آن فراوان است. ۳- الگوی نمادین: الگوی نمادین را باندورا به رسانه‌های جمعی نسبت می‌دهد. به اعتقاد او فرزندان از طریق والدین خود خشن بودن را می‌آموزند. مشاهده و تجربه بدرفتاری از ناحیه والدین در دوران کودکی منجر به یادگیری رفتار سلطه‌آمیز توسط مرد و آموختن تحمل زن می‌شود (طالب‌پور، ۱۳۹۶: ۳۵)، زیرا معمولاً از زنان تصویر آرام، مطیع، منفعل، عاطفی، وابسته و از مردان تصویری مستقل، استوار، شایسته، توانا و مصمم ترسیم می‌کند. در چنین شرایطی زنان نقش

جنسیتی سنتی مطیع بودن و در مقابل، مردان نقش سلطه‌گری مردانه را می‌پذیرند (Mirrless, 1999: 327).

در نظریهٔ محرومیت نیز، بروکویتز<sup>۱</sup> معتقد است اعمال منتهی به ایجاد محدودیت همچون محرکی برای بروز رفتارهای تهاجمی عمل می‌نماید و انگیزه افراد را برای توسل به خشونت و اقدام به تهاجم بالا می‌برد. به عبارت دیگر اگر فردی در نیل به هدف خود با شکست مواجه شود، ناکامی حاصل شده، احتمال پاسخ پرخاشگرانه او را افزایش می‌دهد. در این نظریه افراد به واسطه نیروهای محرومیت‌ساز بیرونی برای توسل به خشونت و اقدام به هجوم، تهییج می‌شوند (محبی، ۱۳۸۰: ۱۲). بنابراین، محرومیت از حق قانونی هر انسانی سبب می‌شود که آن‌ها هم از عملکرد آشکار و هم از عملکرد مکنون حق‌شان، بی‌بهره بمانند و نتیجهٔ همه نابرابری‌ها در نهایت باعث کاهش سلامت روان افراد می‌باشد. از نظر بارتلی، مردان و زنان در نقش و مسئولیت‌هایی که جامعه برای آن‌ها و موقعیت‌شان در خانواده و اجتماع طراحی می‌کند، متفاوت و نابرابر هستند و این نابرابری جنسیتی، نوعی خشونت ساختاری است که به توزیع نابرابر استرس‌های روان‌شناختی طولانی‌مدت منجر می‌شود و بسته به منابع ضربه‌گیر موجود، از جمله حمایت اجتماعی و سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت فرد اثر می‌گذارد (Bartley, 2004: 297). در این راستا دوبوآر<sup>۲</sup> نیز معتقد است نابرابری جنسیتی، یک ساخت اجتماعی و دستاورد فرهنگ مردسالار است (معیدفر، ۱۳۸۳: ۱۸۲-۱۸۴). همچنین بوردیو نشان می‌دهد که چگونگی طبقه‌بندی جنسیتی، کاربرد خشونت نمادین و زبان جنسیتی که پدیده‌های کاملاً اجتماعی هستند به نابرابری جنسیتی شکل می‌دهند. آلپورت<sup>۳</sup> نیز نابرابری جنسی و تبعیض اجتماعی زن در جامعه مردسالار را تحت تأثیر عوامل فرهنگی و خانوادگی می‌بیند، زیرا فرد را کاملاً محصول شرایط اجتماعی می‌داند. نابرابری جنسیتی می‌تواند

---

1. Berkowit  
2. Beuvior, Simone de  
3. Allport

در سطوح زیادی مانند: آموزش، استخدام، سیاست و حقوقی اعمال شود و در نهایت از دیدگاه بلومبرگ<sup>۱</sup>، هم زنان بدون قدرت اقتصادی، از منزلت اندکی برخوردارند و کنترل کمی بر مسائلی از قبیل: روابط پیش و پس از ازدواج، فعالیت خانگی، سطح و نوع تحصیلات، آزادی در تحرک و تعقیب خواسته‌ها و علایقشان و دستیابی به فرصت‌ها دارند؛ بنابراین، قدرت اقتصادی بر توانایی‌های زنان در امور مختلف تأثیر زیادی دارد (پورطاهری و پوروردی نجات، ۱۳۸۸: ۱۲۵-۱۲۴). طبق نظر وایت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، افراد دارای سلامت روان چندین ویژگی دارند که شامل پذیرش و دوست داشتن خویش است، این دو مفهوم همراه باهم تکمیل‌کننده اولین بخش از سلامت روانی هستند، برقراری روابط با دیگران هنگامی میسر است که فرد خودپنداره و عزت‌نفس مثبتی داشته باشد، مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش‌های زندگی بخشی از سلامت روانی است و بروز مناسب هیجانات که افراد باید قادر باشند هیجانانگیز خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به‌طور مناسب بروز دهند (خاقانی فرد، ۱۳۹۰: ۵۶). بر طبق فرضیه علیت اجتماعی، فقر و نابرابری درآمد خطر ابتلا به بیماری‌های روانی را افزایش می‌دهد (فشارهای مالی، محرومیت اجتماعی و سوءتغذیه). بااین حال فرضیه انتخاب اجتماعی معتقد است، افراد مبتلا به اختلالات روانی با خطر فقر شدید مواجه هستند. زیرا هزینه‌های درمان و از دست دادن شغل افزایش و در نتیجه درآمد کاهش می‌یابد (مهرگان و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۲۲)، تحقیقات همچنین نشان داده است عدم اشتغال با مشکلات جسمی و روانی مثل افسردگی، اضطراب و نرخ بالای خودکشی مرتبط است (Mikkonen & Raphael, 2010).

با توجه به ابعاد و شاخص‌های خشونت ساختاری و مبتنی بر نظریات اندیشمندان در این زمینه می‌توان فرضیات پژوهش را چنین برشمرد:

| فرضیه‌ها | فرضیه‌های تحقیق | نظریه‌ها |
|----------|-----------------|----------|
|----------|-----------------|----------|

1. Bloomberg
2. With

|            |  |                                     |
|------------|--|-------------------------------------|
| فرضیه اصلی | بین خشونت ساختاری علیه زنان و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.           | نظریه گالتونگ                       |
| بعد ۱      | بین نابرابری جنسیتی زنان و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.              | نظریات گالتونگ، فارمر، آلپرت، بورگس |
| بعد ۲      | بین نظام مردسالاری و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.                    | نظریات استراوس، بورگس               |
| بعد ۳      | بین کمبود امکانات اجتماعی در جامعه و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.    | نظریات بورگس، فارمر                 |
| بعد ۴      | بین عدم حمایت قانونی از طرف قانون و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.     | نظریات گالتونگ، بورگس، آلپرت        |
| بعد ۵      | بین عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد. | نظریات فارمر و بلوم برگ، بورگس      |

### روش پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس هدف، کاربردی، از نظر زمانی مقطعی و به روش پیمایش انجام شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان بالای ۲۰ ساله شهرستان زاهدان می‌باشد که تعداد آن‌ها بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران<sup>۱</sup> در سال ۱۳۹۵، ۱۶۱۷۸۰ نفر گزارش شده است. در این پژوهش حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران با پیش‌بینی خطای برآورد و ریزش احتمالی ۳۸۴ نفر می‌باشد، که از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. با توجه به تعداد نمونه، افرادی برای جمعیت نمونه از محله‌های مختلف شهر به صورت تصادفی انتخاب شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه بوده که برای متغیر کاهش سلامت روانی زنان از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، (GHQ-28) استفاده شده است. که تعداد سؤالات در این بخش، ۲۸ عدد می‌باشد، بررسی‌های انجام شده اعتبار بالای این

1. <https://www.amar.org.ir/>

پرسشنامه را تأیید کرده‌اند. ویلیامز و گلدبرگ<sup>۱</sup> با فرا تحلیل بررسی‌های انجام شده نتیجه گرفتند که پایایی این پرسشنامه ۸۰.۰ است. که در پژوهش‌های شاکری و محمد پور (۱۳۸۹)، توکلی زاده و همکاران (۱۳۹۰)، هم اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است. اگرچه در پژوهش حاضر نیز حدنصاب روایی را کسب کرده است. همچنین برای متغیر خشونت ساختاری از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده که تعداد سؤالات در این بخش ۳۵ عدد می‌باشد که در هر پنج بعد (نابرابری جنسیتی، نظام مردسالاری، کمبود امکانات اجتماعی، عدم حمایت قانونی از طرف قانون و عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر) تعداد آن در جدول زیر مشخص شده است. در نهایت پاسخ به سؤالات این پرسشنامه‌ها با استفاده از طیف لیکرت سه و پنج‌درجه‌ای به‌عنوان مقیاس موردنظر، طراحی گردیده است. جهت بررسی روایی این پرسشنامه پس از تأیید استادان و متخصصان در نمونه کوچک‌تر از همان جمعیت (۳۰ نفر) توزیع شده و با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی مرکب و ضریب بالای ۰.۷۰٪ برای هر بعد و ۰/۷۹ برای مفهوم خشونت ساختاری میزان پایایی آن محاسبه گردید که نشان از پایایی مناسب پرسشنامه می‌باشد. همچنین، همان‌طور که در جدول زیر ملاحظه می‌شود، نتایج بررسی مقادیر واریانس استخراج شده متغیرهای پنهان پژوهش نشان داد که همه متغیرها مقادیری بیش از ۰/۵ به خود اختصاص دادند. بر این اساس روایی همگرایی ابزارهای اندازه‌گیری با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده، نیز تأیید شد.

جدول ۱- آلفای کرونباخ، پایایی مرکب و میانگین واریانس استخراج شده

| مقولات/ مفاهیم   | ابعاد                                | تعداد<br>سؤالات | آلفای<br>کرونباخ | پایایی<br>مرکب | (AVE)<br>میانگین واریانس<br>استخراج شده |
|------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|----------------|---|
| خشونت<br>ساختاری | نابرابری جنسیتی زنان                 | ۵               | ۰.۷۰۰            | ۰.۷۹۲          | ۰.۵۳۷                                   |
|                  | نظام مردسالاری                       | ۱۹              | ۰.۸۷۸            | ۰.۸۹۹          | ۰.۶۴۸                                   |
|                  | کمبود امکانات<br>اجتماعی در جامعه    | ۳               | ۰.۷۹۰            | ۰.۸۴۴          | ۰.۵۸۱                                   |
|                  | عدم حمایت قانونی از<br>طرف قانون     | ۴               | ۰.۷۶۳            | ۰.۸۳۳          | ۰.۵۴۱                                   |
|                  | عدم دسترسی به<br>فرصت‌های شغلی برابر | ۴               | ۰.۸۲۲            | ۰.۸۶۹          | ۰.۵۹۲                                   |
| کاهش سلامت روان  |                                      | ۲۸              | ۰.۹۲۰            | ۰.۹۲۷          | ۰.۵۲۳                                   |

همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار spss و lisrel استفاده شده است.

## یافته‌ها

### الف) اطلاعات جمعیت شناختی

با توجه به اطلاعات به دست آمده از پاسخ‌گویان، ۵۵.۴ درصد از زنان مورد مطالعه مجرد و ۴۴.۶ درصد از آنان متأهل بوده‌اند. ۴۷ درصد از پاسخ‌گویان بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵۰.۶ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ و سایر پاسخ‌گویان بین ۴۰ تا ۵۰ سال سن داشته‌اند. ۸.۴ درصد از پاسخ‌گویان دیپلم و زیر دیپلم، ۲۸.۹ درصد فوق‌دیپلم، ۱۳.۳ درصد لیسانس و ۴۹.۴ درصد از آن‌ها فوق‌لیسانس و بالاتر بوده‌اند. از نظر شغل ۸.۴ درصد از زنان شغل آزاد، ۴۹.۴ درصد از آن‌ها کارمند، ۲۲.۹ درصد خانه‌دار، ۱۹.۲ درصد محصل و یا دانشجو بوده‌اند و از نظر درآمد زنان شاغل، ۵۱.۸ درصد بین ۲ تا ۳ میلیون، ۲۶.۵ بین ۳ تا ۴ میلیون، ۱۴.۹ بین ۴ تا ۵ میلیون و ۳.۶ درصد بالای ۵ میلیون حقوق می‌گیرند.

ب) توزیع پاسخگویان برحسب متغیرهای اصلی پژوهش

جدول ۲- شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و توزیع عوامل

| شاخص      | کاهش سلامت روانی زنان |                       |
|-----------|-----------------------|-----------------------|
|           | خشونت ساختاری         | کاهش سلامت روانی زنان |
| مرکزی     | ۱۲۸.۵۶                | ۷۱.۸۸                 |
| پراکندگی  | ۰۳.۲۶                 | ۴۴.۱۸                 |
|           | ۹۵۶.۶۷۷               | ۳۰۶.۳۴۰               |
| شکل توزیع | -۰.۶۶۸                | -۸۱۲.۰                |
|           | ۰.۴۱۸                 | ۳۸۲.۰                 |

در جدول ۲، میانگین خشونت ساختاری برابر است با ۲۹۰.۴۶ و میانگین کاهش سلامت روانی زنان برابر با ۸۸.۷۷ در دامنه می‌باشد. مقدار چولگی مشاهده شده نیز برای متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲،-۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی متغیرها نیز در بازه (۲،-۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

ج) اطلاعات استنباطی

جدول ۳- آزمون ضریب همبستگی بین سن و تحصیلات با کاهش سلامت روانی زنان

| متغیر      | کاهش سلامت روانی زنان |              |
|------------|-----------------------|--------------|
|            | سطح معناداری          | ضریب همبستگی |
| سن         | ۰.۰۲۴                 | ۰.۲۷         |
|            | ۰.۰۰۲                 | -۰.۵۲        |
| تحصیلات زن |                       |              |

با توجه به نتایج بین سن و کاهش سلامت روانی و ضریب همبستگی به دست آمده، حاکی از رابطه معناداری بین دو متغیر و همبستگی ضعیف مثبت بین آنها می‌باشد. نتایج آزمون بین تحصیلات و کاهش سلامت روانی زنان نیز حاکی از رابطه معناداری بین دو متغیر و همبستگی متوسط رو به بالا و منفی بین دو متغیر است.



نقش خشونت ساختاری در کاهش سلامت روان ... ۲۳۱

جدول ۴- آنالیز واریانس یکطرفه برای بررسی ارتباط بین وضعیت اشتغال و کاهش سلامت

روانی زنان

| سطح معناداری | آزمون لوین | سطح معناداری | F     | میانگین مربعات | درجه آزادی | مجموع مربعات |           |
|--------------|------------|--------------|-------|----------------|------------|--------------|-----------|
|              |            |              | ۱.۰۱۴ | ۳۴۴.۹۷۸        | ۴          | ۱۲۷۹۸.۵۷۸    | بین گروه  |
| ۰.۰۱۶        | ۱.۷۸       | ۰.۴۰۵        |       | ۳۴۰.۰۶۶        | ۷۸         | ۵۳۹۷۸۴.۱۵۳   | درون گروه |
|              |            |              |       |                | ۸۲         | ۵۵۲۵۹۲.۷۳۱   | کل        |

نتایج حاصل از این آزمون، حاکی از آن است که بین وضعیت اشتغال و کاهش سلامت روانی زنان رابطه وجود ندارد. به این معنی که بین کسانی که گروه شغلی یکسان و نایکسانی داشته‌اند از جهت گرایش به کاهش سلامت روانی زنان تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵- مقادیر و معناداری بارهای عاملی (بیرونی) متغیرهای مشاهده‌پذیر

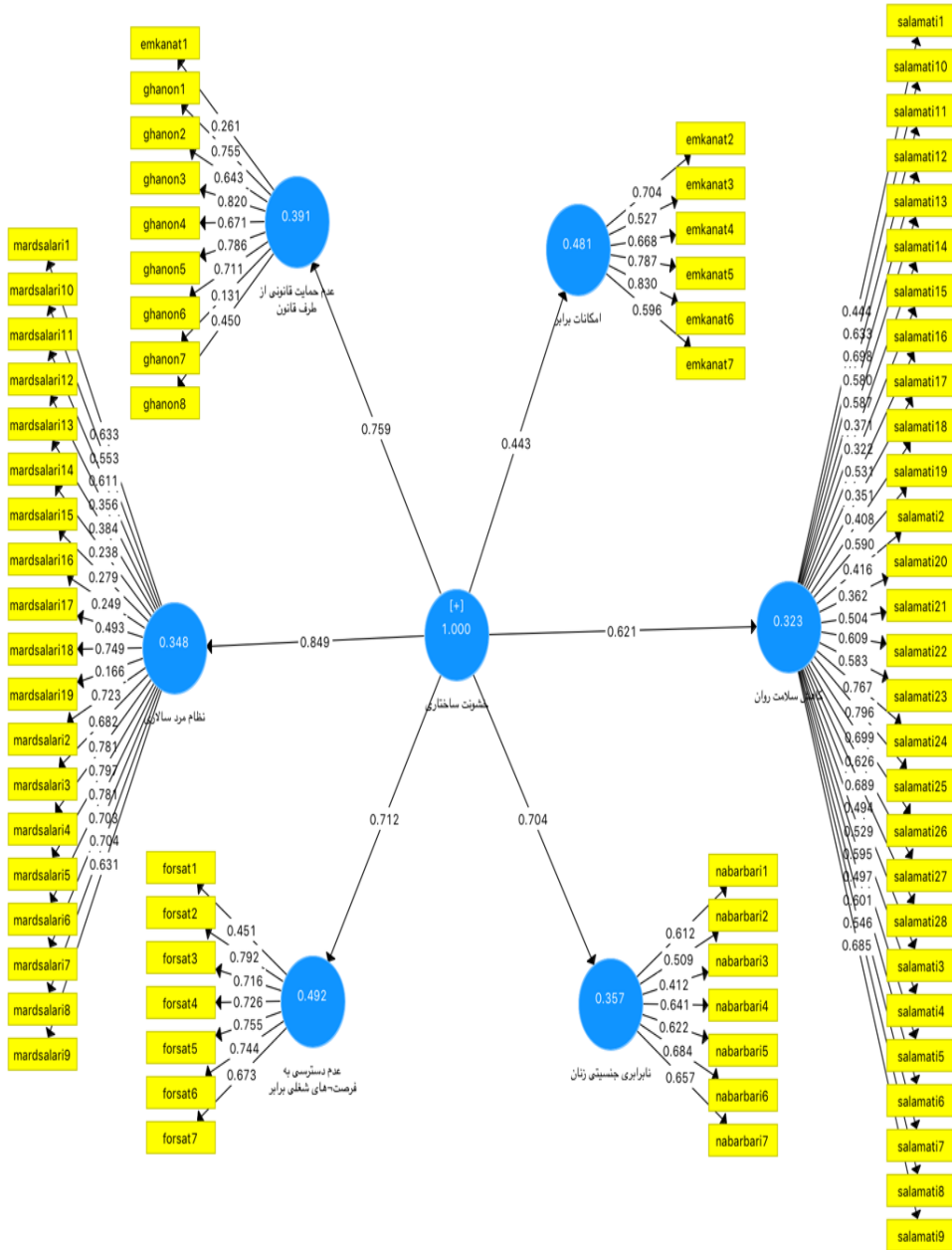
| P Values | آماره t | بار عاملی |  |
|----------|---------|-----------|--|
| ۰.۰۰.۰   | ۴.۳۳۶   | ۴۴۳.۰     | خشونت ساختاری -> کمبود امکانات اجتماعی در جامعه    |
| ۰.۰۰.۰   | ۸۹۴.۱۸  | ۷۵۹.۰     | خشونت ساختاری -> عدم حمایت قانونی از طرف قانون     |
| ۰.۰۰.۰   | ۴۶۸.۱۳  | ۷۱۲.۰     | خشونت ساختاری -> عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر |
| ۰.۰۰.۰   | ۱۳.۷۳۶  | ۷۰۴.۰     | خشونت ساختاری -> نابرابری جنسیتی زنان              |
| ۰.۰۰.۰   | ۸۵۳.۲۵  | ۸۴۹.۰     | خشونت ساختاری -> نظام مردسالاری                    |
| ۰.۰۰.۰   | ۱۹۵.۹   | ۶۲۱.۰     | خشونت ساختاری -> کاهش سلامت روان                   |

نتایج بررسی متغیرهای مشاهده‌پذیر در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، مقادیر بار عاملی تمام گویه‌ها بیشتر از ۰.۴ است و بنابراین می‌توان گفت: مدل اندازه‌گیری پژوهش، مدلی همگن است و مقادیر بار عاملی، مقادیر قابل قبولی هستند. نتایج بررسی معناداری مقادیر آماره t در این جدول، نشان داد که مقادیر آماره t برای همه گویه‌ها بیشتر از ۲.۵۸ گزارش شد. این بدان معناست که ارتباط بین گویه‌ها با متغیر مکنون مربوط به خود در سطح اطمینان ۹۹ درصد پذیرفته می‌شود.

جدول ۶- آزمون فورنل - لارکر برای متغیرهای تحقیق

| کاهش سلامت روان | نظام مردسالاری | نابرابری جنسیتی زنان | عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر | عدم حمایت قانونی | کمبود امکانات اجتماعی |                                   |
|-----------------|----------------|----------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|                 |                |                      |                                   |                  | ۰.۶۹۳                 | کمبود امکانات اجتماعی در جامعه    |
|                 |                |                      |                                   | ۰.۶۲۵            | ۰.۲۵۵                 | عدم حمایت قانونی از طرف قانون     |
|                 |                |                      | ۰.۷۰۲                             | ۰.۸۲۲            | ۰.۱۳۸                 | عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر |
|                 |                | ۰.۵۹۸                | ۰.۳۹۷                             | ۰.۳۵۴            | ۰.۲۳۱                 | نابرابری جنسیتی زنان              |
|                 | ۰.۵۹۰          | ۰.۵۷۱                | ۰.۴۰۷                             | ۰.۴۵۶            | ۰.۲۱۳                 | نظام مردسالاری                    |
| ۰.۵۶۸           | ۰.۵۹۴          | ۰.۳۵۰                | ۰.۳۷۰                             | ۰.۳۹۵            | ۰.۳۱۸                 | کاهش سلامت روان                   |

نتایج مدل معادله ساختاری

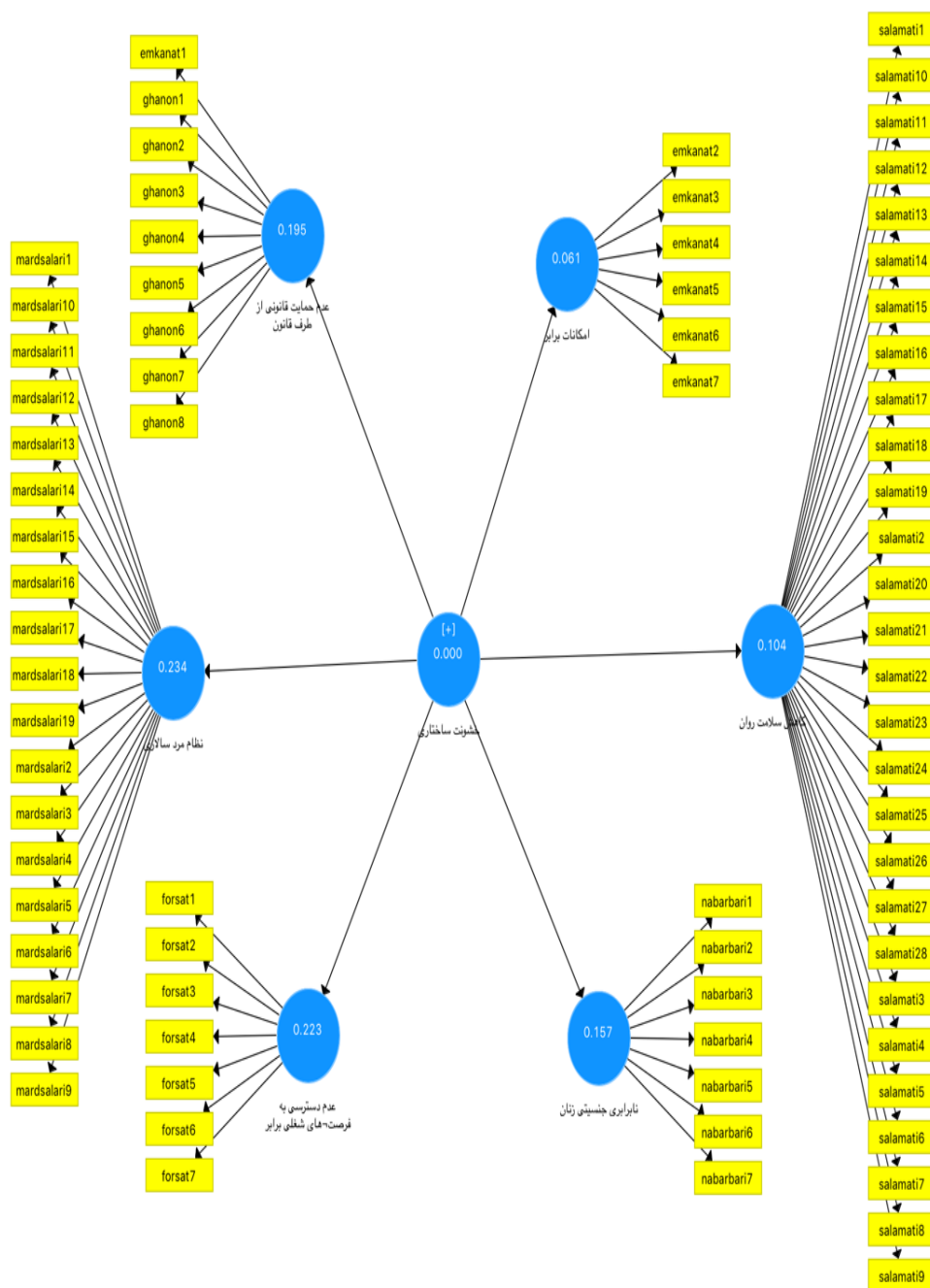


نمودار ۱- نمودار ضرایب مسیر

جدول ۷- ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل شده متغیر وابسته (کاهش سلامت روانی زنان)

| ضریب تعیین تعدیل شده | ضریب تعیین | همبستگی |
|----------------------|------------|---------|
| ۰.۴۰۱                | ۰.۳۶۳      | ۰.۶۳۳   |

داده‌های جدول نشان می‌دهد که ضریب همبستگی معادل ۰.۳۶۳ محاسبه شده است، که بیانگر این مطلب است که ۵ متغیر نابرابری جنسیتی، نظام مردسالاری، کمبود امکانات اجتماعی، عدم حمایت قانونی از طرف قانون و عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر به‌طور هم‌زمان تقریباً ۰.۳۶۳ با کاهش سلامت روانی زنان همبستگی دارند. در این بررسی ضریب تعیین تعدیل شده معادل ۰/۴۰۱ محاسبه شده است، یعنی حدود ۴۰ درصد کاهش سلامت روانی زنان توسط متغیرهای پنج‌گانه مورد بررسی توضیح داده می‌شود، و ۶۰ درصد باقیمانده ناشی از عواملی خارج از مشاهدات مورد بررسی ما می‌باشند.



نمودار ۲- اشتراک افزونگی

قدرتی پیش‌بینی مدل یا اشتراک افزونگی<sup>۱</sup> معیار دیگری برای بررسی مدل ساختاری است. هدف این شاخص بررسی توانایی مدل ساختاری در پیش‌بینی کردن به روش چشم‌پوشی<sup>۲</sup> می‌باشد. معروف‌ترین و شناخته شده‌ترین معیار اندازه‌گیری این توانایی، شاخص Q2 است که بر اساس این ملاک مدل باید نشان‌گرهای متغیر مکنون درون‌زای انعکاسی را پیش‌بینی کند. مقادیر به‌دست‌آمده از این آزمون مثبت است که نشان‌دهنده کیفیت مناسب مدل ساختاری است. در مورد قدرت پیش‌بینی مدل در مورد متغیرهای پنهان درون‌زا سه مقدار ۰.۰۲، ۰.۱۵ و ۰.۳۵ به ترتیب به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای این شاخص معرفی شده‌اند. نتایج قدرت پیش‌بینی مدل نشان داد که قدرت پیش‌بینی مدل در مورد متغیرها بالاتر از متوسط می‌باشد. این نتایج در نمودار شماره ۳ به تصویر کشیده شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون فرضیه‌های تحقیق

| ضریب مسیر | R2    | آماره t | P Values | نتیجه |   |
|-----------|-------|---------|----------|-------|---|
| ۰.۵۷۸     | ۰.۳۳۴ | ۵.۸۸۷   | ۰.۰۰۰    | تأیید | خشونت ساختاری علیه زنان - < کاهش سلامت روانی زنان           |
| ۰.۳۲۷     | ۰.۱۰۲ | ۲.۳۴۷   | ۰.۰۱۹    | تأیید | نابرابری جنسیتی - < کاهش سلامت روانی زنان                   |
| ۰.۵۷۶     | ۰.۳۳۲ | ۶.۶۰۲   | ۰.۰۰۰    | تأیید | نظام مردسالاری - < کاهش سلامت روانی زنان                    |
| ۰.۳۳۵     | ۰.۱۱۱ | ۲.۶۶۱   | ۰.۰۰۱    | تأیید | امکانات اجتماعی در جامعه - < کاهش سلامت روانی زنان          |
| ۰.۳۰۰     | ۰.۰۹۰ | ۲.۸۳۹   | ۰.۰۰۵    | تأیید | عدم حمایت قانونی از طرف قانون - < کاهش سلامت روانی زنان     |
| ۰.۳۰۱     | ۰.۰۹۱ | ۲.۷۰۴   | ۰.۰۰۷    | تأیید | عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر - < کاهش سلامت روانی زنان |

1. CV Red
2. Blindfolding

در بررسی نتایج آزمون فرضیه خشونت ساختاری علیه زنان بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۰.۵۷۸، نتایج آزمون فرضیه نابرابری جنسیتی زنان بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۰.۳۲۷، نتایج آزمون فرضیه نظام مردسالاری بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۰.۵۷۶، نتایج آزمون فرضیه امکانات اجتماعی در جامعه بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۰.۳۳۵، نتایج آزمون فرضیه عدم حمایت قانونی از طرف قانون بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۰.۳۰۰، نتایج آزمون فرضیه عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۰.۳۰۱ می‌باشد که نتیجه می‌گیریم مقادیر به دست آمده مثبت است، که در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار گزارش شده است. بر این اساس فرضیه صفر پژوهش رد و فرض مقابل تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

گذر از جامعه سنتی به مدرن، مستلزم تحولاتی در ساختارهای کهن جوامع است که عقاید و نگرش‌های متفاوتی را نسبت به گذشته ایجاد می‌کند. این امر به بازتعریف هویت انسانی و اجتماعی زنان و مردان منتهی می‌شود. از پیامدهای این فرایند، پرسش‌برانگیز شدن ساختارها و ارزش‌هایی است که تبعیض و نابرابری جنسیتی بین زنان و مردان را بدیهی می‌شمارد. نابرابری‌هایی که روزگاری ذاتی و طبیعی تلقی می‌شد که امروزه تا حدودی پایگاه خود را در ذهن و فکر زنان از دست داده است. هدف از مطالعه حاضر نیز بررسی نقش خشونت ساختاری در کاهش سلامت روان زنان شهر زاهدان است، بر اساس نتایج این مطالعه، ۵ متغیر نابرابری جنسیتی، نظام مردسالاری، کمبود امکانات اجتماعی، عدم حمایت قانونی از طرف قانون و عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر به‌طور هم‌زمان تقریباً ۰.۳۶۳ با کاهش سلامت روانی زنان همبستگی دارند. در بررسی نتایج فرضیه‌های تحقیق، خشونت ساختاری علیه زنان بر

کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۵۷۸.۰ می‌باشد، که این فرضیه تأیید می‌شود، که طبق نظر گالتونگ، خشونت ساختاری در درون یک نظام اجتماعی) مانند: بی‌عدالتی، فقر و دسترسی به فرصت‌های شغلی نابرابر) وجود دارد. بنابراین، فرضیه‌های تحقیق با نظریات گالتونگ، پل فارمر، بورگس، استراوس، الپرت، بلوم برگ منطبق می‌باشد. همچنین با پژوهش‌های یتبارک<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۱۹)، میسون جونز، نیکلیون<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، ادیمو<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، نیز همخوانی دارد.

همچنین نتایج آزمون فرضیه نابرابری جنسیتی زنان بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۳۲۷.۰ می‌باشد، که این فرضیه نیز مورد تأیید قرار گرفته است که با نتایج پژوهش خاوری و همکاران (۱۳۹۱)، مطابقت دارد. نابرابری در جامعه از خانواده و روابط قدرت در آن شروع می‌شود، قدرت مفهومی است که از راه رفتارهای عینی اعضاء قابل مشاهده است. روابطی که بر اساس سلطه یک جنس بر دیگری و اعمال قدرت از سوی یکی از زوجین بنا شده باشد، همراه با خشونت است. خشونت، به‌نوعی پرخاشگری اشاره دارد که در روابط بین زوجین رخ می‌دهد و تحت عنوان همسر آزاری، خشونت زناشویی و شریک آزاری توصیف شده است. ریشه این نوع خشونت تک علتی نیست و بیشتر ریشه فرهنگی و ساختاری دارد که نحوه جامعه‌پذیری و تربیت فرد از جمله آن است و در ابعاد روانی، جنسی، جسمی، مالی، اجتماعی و فرهنگی اتفاق می‌افتد. به‌گونه‌ای که این خشونت در ساختار جامعه مشاهده می‌شود. تفکیک نقش بر اساس جنسیت، مخصوص جامعه ایرانی نیست، در جوامع غربی نیز، تفکیک بین حوزه عمومی و خصوصی دیده می‌شود. هر جامعه‌ای بر اساس مقتضیات زمان و به‌مرور دچار تغییر در عناصر و ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی شده و این عناصر و ارزش‌ها در هیچ جامعه‌ای برای همیشه ثابت نمی‌ماند. اما به نظر می‌رسد در

- 
1. Yitbarek
  2. A.J. Mason-Jones, P. Nicholson
  3. Ediomio-Ubong Nelson



ایران معاصر، تغییر و به هم ریختگی نقش‌های جنسیتی، شکل خاصی به خود گرفته است و جنبه‌های آسیب شناسانه آن هر روزه بیشتر آشکار می‌شود.

نتایج آزمون فرضیه نظام مردسالاری بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۵۷۶.۰ می‌باشد، که این فرضیه نیز مورد تأیید قرار گرفته است که با نتایج پژوهش زارع شاه‌آبادی و ندرپور (۱۳۹۱)، مطابقت دارد. فرهنگ مردسالاری با تقسیم‌کار جنسیتی، تعریف و احراز نقش‌های جنسیتی را به تدریج به صورت یک نهاد ذهنی در آورده است که مطابق آن، الگوهای رفتاری متناسب با همان ارزش‌ها را به زنان و مردان ارائه می‌دهد؛ منزوی کردن زنان در خانه جهت خدمت‌گزاری به خانواده، نمونه‌ای از آن است که می‌تواند آسیب‌های دیگری را با خود بپروراند و گویی درصدد است تا نوعی «ساخت اجتماعی مؤنث ابدی» را به طرزی مداوم، مقاوم‌تر و پایاتر کند. نتایج آزمون فرضیه کمبود امکانات اجتماعی در جامعه بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۳۳۵.۰ می‌باشد، که این فرضیه نیز مورد تأیید قرار گرفته است که با نتایج پژوهش مانسانتی (۲۰۱۵)، مطابقت دارد. تحقیقات نشان داده است که نبود امکانات اجتماعی از قبیل (عدم اشتغال، فقر، نبود امکانات آموزشی مناسب و ...) باعث ظهور مشکلات جسمی و روانی فراوانی مانند: افسردگی، اضطراب و نرخ بالای خودکشی می‌شود (میکانن و رافیل، ۲۰۱۰).

نتایج آزمون فرضیه عدم حمایت قانونی از طرف قانون بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۳۰۰.۰، و نتایج آزمون فرضیه عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر بر کاهش سلامت روانی آنان، مقدار آن برابر با ۳۰۱.۰ می‌باشد، که این فرضیه‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفته است که با نتایج پژوهش یتبارک و همکارانش (۲۰۱۹)، میسون جونز و نیکلیون (۲۰۱۸) مطابقت دارد. در استان سیستان بلوچستان با توجه به بافت سنتی و نقش پررنگ مردان، خشونت ساختاری به صورت پررنگی در این استان نمایان می‌شود، وجود تبعیض‌های اقتصادی باعث ایجاد و تخصیص حقوق نابرابر به مشاغل برابر با بهره‌وری یکسان برای زنان و مردان شده است، از نظر آموزشی تبعیض میان دو جنس سبب عدم وجود شانس برابر برای دختران و پسران در استفاده از

امکانات یکسان آموزشی و پرورشی شده است. در حوزه بهداشت و سلامت به دلیل ازدواج‌های زودهنگام و نبود امکانات بهداشتی سبب افزایش نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و مادران به هنگام تولد، کاهش امید به زندگی زنان و افزایش نرخ باروری در سنین کم برای دختران شده است، در حوزه سیاست، کم‌رنگ و بی‌اهمیت بودن نقش زنان در عرصه تصمیم‌سازی سیاسی و کم بودن نرخ مشارکت زنان در پست‌های مدیریتی سیاستی بسیار آشکار است. به همین دلیل می‌توان گفت که سطح خشونت ساختاری در این استان بالاست و به دلایل مختلف، همانند: نبود امکانات اجتماعی و فرهنگی مناسب و یا عدم حمایت قانونی از این زنان، این استان شاهد افزایش روزافزون انواع خشونت‌های ونیز کاهش سلامت روان در بین زنان است.

### پیشنهاد‌های پژوهش

برای کاهش این مشکل و معضلات آن پیشنهادهایی ارائه می‌شود: یکی از این روش‌هایی که می‌توان در جهت کاهش این خشونت در جامعه استفاده کرد، آموزش‌های فردی و اجتماعی به شهروندان خصوصاً زنان جامعه برای آگاهی یافتن از جایگاه قانونی خود و آگاهی از حقوق شهروندی‌شان است. به کار بردن سیاست‌هایی که باعث شادی و نشاط در جامعه ایجاد شود. از طرفی، رسانه‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین ابزارهای اطلاعاتی می‌توانند با فرهنگ‌سازی به کاهش خشونت ساختاری نسبت زنان در جامعه کمک کنند، رسانه‌ها از یک‌طرف می‌توانند باعث اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مردم از اثرهای خشونت می‌شوند و از طرف دیگر نقش مهمی در مطالبه‌گری مردم به‌ویژه زنان در ارتباط با آسیب‌های اجتماعی دارند، زیرا باعث افزایش آگاهی مردم به‌خصوص زنان برای احیای حق خویش دارند. آن‌ها می‌توانند باعث ارتقای سواد جامعه شود و در نهایت با ارائه راهکارهای مناسب و عملیاتی به‌منظور کنترل و کاهش خشونت قدم بردارند. از طرفی و مهم‌ترین پیشنهاد را می‌توان، حمایت قانون در کاهش خشونت ساختاری دانست، زیرا عدم حمایت قانون از افراد جامعه به‌خصوص زنان باعث افزایش چشم‌گیر این نوع خشونت در جامعه خواهد بود.

## منابع

- احمدی، بتول؛ علی محمدیان، معصومه؛ گلستان، بنفشه؛ باقری یزدی، سید عباس؛ شجاعی زاده، داوود، (۱۳۸۵). تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران، *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، سال ۴، شماره ۲.
- اعزازی، شهلا، (۱۳۸۳). ساختار جامعه و خشونت علیه زنان، *فصلنامه رفاه اجتماعی*. شماره ۴.
- بنی فاطمه، حسین؛ عباس زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر؛ محمد پور، نیر. (۱۳۹۷). بازسازی معنایی سازه خشونت علیه زنان به‌عنوان عامل بازدارنده توسعه و بسترهای موجد آن، *فصلنامه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، سال ۸، شماره ۱.
- پورطاهری، مهدی؛ پوروردی نجات، مینو، (۱۳۸۸). سنجش نابرابری جنسیتی در بین زنان روستایی: مطالعه موردی استان گیلان، *فصلنامه جامعه‌شناسی تاریخی*، سال ۱.
- توکلی زاده، جهانشیر، (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر سلامت روانی دانش آموزان پسر سال دوم راهنمایی شهر مشهد. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، دوره ۱۳، شماره ۵۱.
- خاقانی فرد، میترا، (۱۳۹۰). بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران، *فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، دوره ۹، شماره ۲.
- خاوری، کبری؛ سجادی، حمیرا؛ حبیب پور گنابی، کرم؛ طالبی، مهدی، (۱۳۹۱). رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۱۳، شماره ۴۸.
- سمیه، محمد اوغلی، (۱۳۹۴). خشونت علیه زنان در خانواده (مطالعه موردی شهر اردبیل)، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. شماره ۴۲.
- شاکری نیا، ایرج؛ محمد پور، مهری، (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاشگری با عادات رانندگی در رانندگان پرخطر. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره ۱۸، شماره ۳.
- طالب‌پور، اکبر، (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی با تأکید بر همسر آزاری، *دو فصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*. سال ۶، شماره ۱۱.

- کریم زاده، مجید؛ فیاضی، مهرناز؛ میرکازهی ریگی، فائزه، (۱۳۹۵). موانع مشارکت زنان بلوچ در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی، *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، سال ۸، شماره ۳۰.
- گریفیتس، مارتین. ۱۳۸۸. *دانشنامه روابط بین‌الملل و سیاست جهان*، ترجمه علیرضا طیب، تهران: نشر نی.
- محبی، فاطمه، (۱۳۸۰). خشونت علیه زنان. *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان*. سال ۱۴.
- محمداوغلی، سمیه، (۱۳۹۴). خشونت علیه زنان در خانواده (مطالعه موردی شهر اردبیل)، *فصلنامه خانواده پژوهی*. سال ۱۱.
- محمدی، محمدصدیق؛ گنجی، محمد؛ احمدی، یعقوب، (۱۳۹۸). تبیین وضعیت خشونت ساختاری در شهر سنندج، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*. دوره ۱۳، شماره ۱.
- مشهدی، علی؛ کرمی، موسی، (۱۳۹۹). حمایت از زنان در برابر خشونت در پرتو کنوانسیون ۲۰۱۱ استانبول در خصوص پیشگیری و مبارزه با خشونت علیه زنان. *فصلنامه مطالعات حقوق عمومی*، دوره ۵۰، شماره ۲.
- معیدفر، سعید، (۱۳۸۳). تمایز جنسی روستاییان در کار، *فصلنامه جامعه‌شناسی ایران*. سال ۵.
- مهرگان، نادر؛ رشید، خسرو؛ قاسمی فرد، ثمنه؛ سهرابی وفا، حسین، (۱۳۹۵). بررسی عوامل سیاست‌های اقتصادی مؤثر بر شاخص سلامت روان. *مجله سیاست‌گذاری اقتصادی*، سال ۸، شماره ۱۵.
- یزدخواستی، بهجت، (۱۳۸۷). ارزش‌های پدرسالاری و خشونت علیه زنان، *فصلنامه مطالعات زنان*. سال ۶، شماره ۳.

- A. J. Mason-Jones, P. Nicholson. (2018). *Structural violence and marginalisation. The sexual and reproductive health experiences of separated young people on the move. A rapid review with relevance to the European humanitarian crisis*. Department of Health Sciences, University of York, Heslington, York, England YO10 5DD, United Kingdom. Public health
- Khentia, Akwatu. (2014). The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians, *International Journal of Drug Policy*. Volume 25, Issue 2
- Anderson ML, Leigh. IW. (2010), Internal consistency and factor structure of the revised conflict tactics scales in a sample of deaf female college students. *Journal of Family Violence*. 25(5).

- Banerjee, Albert., Daly, Tamara., Armstrong, Pat., Szebehely, Marta, Armstrong, Huge, Lafrance, Stirling, (2012). Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia. *Soc. Sci. Med. available in PMC*. 74 (3).
- Bourgois, Philippe, (2003). Crack and the political economy of social suffering. *Addiction Reseach and Theory*. Vol 11 (1).
- Ediom-Ubong, Nelson, (2018). Police crackdowns, structural violence and impact on the well-being of street cannabis users in a Nigerian city, *International Journal of Drug Policy*. Volume 54.
- Farmer, Paul, (1997). *On suffering and structural violence: A view from below*. In A. Kleinman, V. Das, & M. Lock (Eds.), Social suffering. London: University of California Press.
- Galtung, Johan (2007) A mini theory of peace, Oslo, International Peace Research Institute. Kathleen, Ho, (2007). Structural Violence as a Human Rights Violation. *Essex Human Rights Review*. Vol. 4 No. 2, September.
- Krahe, Barbara. (2018). Violence against women. *Current Opinion in Psychology*. Volume 11.
- Mikkonen, J., Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: the Canadian Facts*. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication.
- Mirrless, Catriona mirrlees-black. (1999). *Domestic violence: findings from a New British crime survey self- completion questionnaire*. London: Home Office research studies.
- Montesanti, Stephanie Rose. (2015). The role of structural and interpersonal violence in the lives of women: a conceptual shift in prevention of gender-based violence. *Montesanti BMC Women's Health*, Volume 15. DOI 10.1186/s12905-015-0247-5
- Napat Ruangnapakul, Norhafezah Yusof, Norsiah Abdul Hamid, (2018). Perspectives on violence against women in Thai film: The Eternity. *Kasetsart Journal of Social Sciences*. Volume 39, Issue 3.
- Rojas Loría, Kattia; Gutiérrez Rosado, Teresa; Cantera Espinosa, Leonor María; Marengo Marrochi, Leda María; Fernández Sánchez, Anna. (2014). Trends in public health policies addressing violence against women. *Rev Saude Publica*; 48(4):613-621. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004797.
- Rowan, Kathleen; Mumford, Elizabeth; Clark, Cari Jo; (2018). Is Women's Empowerment Associated With Help-Seeking for Spousal Violence in India? *Journal of Interpersonal Violence*. Volume 33(9). doi:10.1177/0886260515618945.

- Sen, Selma; Bolsoy, Nursen. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health*. 17:100. DOI 10.1186/s12905-017-0454-3.
- Troisi, Gina. (2018) Measuring Intimate Partner Violence and Traumatic Affect: Development of VITA, an Italian Scale. *Front. Psychol.* 9:1282. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01282
- Yitbarek K, Woldie M, Abraham G (2019). Time for action: Intimate partner violence troubles one third of Ethiopian women. *Plos one* 14(5): e0216962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216962>.