

بررسی رابطه کیفیت زندگی با عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی

حمزه همتی فرد^۱، رضا ولیزاده^۲

^۱ کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار رشته اعصاب و روان دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین کیفیت زندگی با عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. پژوهش توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای خشونت خانگی بود که تعداد آنان ۵۰ نفر بود. نمونه این پژوهش بخاطر کم بودن تعداد جامعه آماری به صورت تمام شماری بود. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶)، پرسشنامه عملکرد جنسی (روزن و همکاران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه امیدواری (اشنایدر، ۲۰۰۰) و پرسشنامه خشونت هانگی علیه زنان (حاج یحیی، ۲۰۰۲) استفاده شد. داده های گردآوری شده با روش های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. نتایج نشان داد که به ترتیب بین نمره کل کیفیت زندگی با عملکرد جنسی ($r=0/61$ و $P<0/010$) و امیدواری ($r=0/64$ و $P<0/004$) در افراد شرکت کننده در پژوهش همبستگی مثبت و معناداری برقرار است. همچنین، همبستگی میان هر یک از ابعاد سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی با عملکرد جنسی و امیدواری در افراد نمونه مثبت و معنادار بود. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که کیفیت زندگی توان تبیین ۳۸ درصد واریانس نمرات عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی را داشته است.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، عملکرد جنسی، امیدواری، زنان

۱. مقدمه

حدود نیمی از جمعیت کره زمین را زنان تشکیل می‌دهند که متأسفانه در طول تاریخ مورد بی‌مهری فراوان قرار گرفته‌اند و معمولاً از خشونت همسرانشان در امان نبوده‌اند. (سفیری، ۱۳۷۹: به نقل از ندر پور، ۱۳۹۲). پدیده خشونت دارای ابعاد ملی است، زیرا خشونت علیه زنان نه تنها سلامت جسمی و روانی آنان را مورد تعرض قرار می‌دهد بلکه بر توانایی زنان برای مشارکت در مسائل محلی، ملی و بین‌المللی راهبردی توسعه، تاثیر می‌گذارد (رحیمی، ۱۳۹۹). شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان می‌باشد (صدرزاده، موسوی، رضوانی و رحمانی، ۱۳۹۹). خشونت می‌تواند به صورت فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده عاطفی، کنترل کردن، ارباب، تعقیب کردن، محرومیت‌های اقتصادی باشد. تمامی اشکال سوءاستفاده خانگی دارای یک هدف است و آن هم کنترل قربانی، حفظ و تداوم این کنترل است (اکتا، راکش و کومر، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه هم زنان و هم مردان قربانی خشونت خانگی هستند اما شواهد حاکی از شیوع نامتناسب این پدیده در بین زنان است. خشونت شریک صمیمی یکی از شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان در سراسر جهان است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). آمار سازمان بهداشت جهانی بیانگر آن است که ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می‌شوند و ۲۸٪ زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی را گزارش کرده‌اند (آموکوهن، ۲۰۰۴؛ به نقل از خالق خواه، زارع، قمری گیوی و ولیزاده، ۱۳۹۴). تحقیقات صورت گرفته در ایران نشان می‌دهد که دو عامل مهم تأثیر گذار بر خشونت خانگی، سطح تحصیلات و اعتیاد در خانواده می‌باشد (درخشان‌پور، محبوبی و کشاورزی، ۱۳۹۳). نتایج تحقیقات نشان داد که خشونت در میان همه خانواده‌ها و با هر سطح اقتصادی، اجتماعی و روانی وجود دارد و معمولاً قربانیان خشونت در خانواده را بیشتر زنان و کودکان تشکیل می‌دهند (ریسی، ۱۳۹۱). خشونت علیه زنان، به هرگونه رفتار خشن وابسته به جنسیت گفته می‌شود که موجب آسیب جسمی، جنسی، روانی یا رنج زنان می‌گردد. چنین رفتاری با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی صورت می‌گیرد. این رفتار آزار دهنده توسط شوهر علیه زن در محیط خلوت خانواده و به دور از چشمان افراد جامعه و اغلب به صورت پنهانی به وقوع می‌پیوندد که با به جای گذاردن عوارض جسمی و روانی در فرد آزار دیده، باعث بروز تبعات جبران‌ناپذیر اجتماعی نیز می‌گردد. خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهانی است که در حوزه‌های خصوصی و عمومی زندگی تجربه می‌شود. خشونت خانگی علیه زنان اختصاص به یک منطقه خاص جغرافیایی و یا سطح معینی از اقتصاد و رفاه ندارد و در همه جوامع و تمامی اجتماعی قابل ردیابی می‌باشد و ارتباط تنگاتنگی با متغیرهای اجتماعی- فرهنگی دارد (حسان و همکاران، ۲۰۱۱؛ نیکبخت، حسین و مهرداد، ۲۰۱۴). نتایج یک مطالعه ملی در ایران گزارش می‌کند که ۶۶ درصد زنان، حداقل یک بار از ابتدای زندگی مشترک خشونت را تجربه کرده‌اند. همچنین، پزشکی قانونی اعلام کرده است از دو میلیون زن مراجعه‌کننده به این سازمان، نیم میلیون زن قربانی خشونت خانگی بوده‌اند (قاضی طباطبائی، محسنی و مرجائی، ۲۰۰؛ صابریان، آتش نفس و بهنام، ۲۰۰۳). خشونت علیه زنان و دختران یک تهدید جدی برای سلامتی و حقوق انسانی محسوب می‌شود، همچنین مشکلی جهانی است که به وسعت مرزهای کشورها، طبقات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نژادی و قومی گسترده مسئله این شده است اغلب ناشناخته باقیمانده و به بخشی از امور عنوان عادی تلقی می‌شود (قهبر، ۲۰۱۸).

^۱Violence

خشونت پیامدهای نامطلوب بلندمدت برای بازماندگان آن به جا می‌گذارد که حتی پس از اتمام دوره خشونت نیز ادامه می‌یابد من جمله؛ وضعیت نامطلوب سلامت، کیفیت پایین زندگی و استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی- مراقبتی از عوارض خشونت می‌باشد. خشونت علاوه بر آسیب مستقیم ناشی از ضربه‌های جسمی به بهداشت روان و اعتماد به نفس زنان نیز لطمه می‌زند. علاوه بر این سلامت جسمی-روانی و قدرت سازگاری آنان را کاهش می‌دهد، روابط خانوادگی و اجتماعی آنان را از حال عادی خارج می‌نماید و گستره بسیار وسیعی از هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را باعث می‌شود (طاهرخانی، میرمحمدعلی، کاظمی‌نژاد، اربابی و عامل ولی‌زاده، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش قاسمی و رجبی (۱۳۹۲) حاکی از آن است که کیفیت زندگی زنان روستایی با خشونت‌های خانگی ارتباط معنی‌داری دارد.

زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش های لازم دارد. کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی مبتنی بر ارزش ها و تمایلات در ارتباط با میزان رضایتمندی از زندگی می باشد. این سازه تحت آموزش می تواند فرد را نسبت به خود و جامعه به آرامش درونی برساند (تیلور، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی به عنوان تعادلی در تامین و ارضای نیازهای زیست شناختی و انسانی و یکپارچه سازی افراد در عرصه ها و موقعیت های فردی و اجتماعی در نظر گرفته می شود (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). از این رو کیفیت زندگی برای این قشر از زنان آسیب دیده مهم تلقی می شود.

در واقع خشونت به عنوان یک عمل پویایی است که توسط زن و شوهر شکل می‌گیرد و هردوی آنها در شکل‌گیری این عملکرد زناشویی تأثیرگذار هستند (فلک و کمیرو، ۲۰۱۱). همسر آزاری به عنوان یکی از جلوه های خشونت خانگی می تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تأثیر قرار دهد، از جمله می تواند موجب کاهش اعتماد به نفس زنان و در نتیجه اختلال در روابط بین فردی، عزت نفس پایین، اضطراب زیاده اختلال تغذیه اختلال استرس پس از آسیب اختلالات جنسی شود و بین همسر آزاری و اختلال عملکرد جنسی رابطه متقابل وجود دارد (آلن و همکاران، ۲۰۰۹). عدم ارضای نیازهای جنسی عامل بزرگی برای اختلافات زن و شوهر است به گونه ای که اختلالات جنسی زنان می تواند بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و ... اثربگذارد و از طرفی رضایت در رابطه جنسی تحت تاثیر استرس های شغلی، سطح تحصیلات زوجین کشمکش های خانواده و خشونت خانگی، مشکلات و بیماری های جسمی و روانی قرار دارد (پاستور، ۲۰۱۱).

قربانیان خشونت توسط همسر فشار روانی بیشتری را نسبت به کسانی که مورد خشونت واقع نمی شوند تحمل می‌کنند. مشکلات بهداشتی، روانی وابستگی زیاد با خشونت دارد که شامل افسردگی، ترس، اضطراب، عزت نفس پایین، خودکشی، ضربه روانی و سوء مصرف مواد است (آکوز، یوان، سانیر و کلیک، ۲۰۱۲) و این عوامل منجر به استرس و تنیدگی در زنان قربانی خشونت می‌گردد که میتواند امیدواری را در این جامعه تحت تأثیر قرار دهد. برگ (۲۰۰۴) معتقد است زنان کتک خورده طیف وسیعی از علایم آسیب‌شناسی روانی و مشکلات جسمی درازمدت را تجربه میکنند که افسردگی، احساس بی کفایتی، فقدان عزت نفس، ترس و انزوا، نگرش منفی نسبت به ازدواج و روابط صمیمی از آن جمله است. امید حالتی روانی است که محرک و برانگیزاننده انسان برای کار و فعالیت بوده و در واقع عامل مستقیم تلاش‌ها و رفتارهای انسانی است (درودی، ۱۳۸۹). به تعریف اشنایدر (۲۰۰۰) امیدواری اندیشه‌ای هدفمند و حالتی انگیزشی است که در بر دارنده دو زیرسازه به هم وابسته یعنی اندیشه رهیاب (ارزیابی فرد درباره مسیر حرکت به سوی آماج) و اندیشه عامل یا پایورانه ارزیابی فرد از تواناییش برای آغاز و نگهداشت

حرکت در مسیر آماج می باشد (بهراری، ۱۳۹۰). طی مطالعاتی که انجام گرفته است، مشخص شده است که این گروه از زنان دیدگاه منفی نسبت به زندگی دارند و از کیفیت زندگی آیینی برخوردارند (آدامز و بیبل، ۲۰۱۹) که این امر می تواند تمام ابعاد زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد و بر روی مسائل زناشویی و عملکرد جنسی و سطح رضایت مندی آنان اثرگذار باشد (سیرا، آركوس-رومرو، آوارز-مورس و کارویلا، ۲۰۲۱). همچنین تجربه خشونت خانگی می تواند با سطوح مختلف افسردگی، اضطراب و استرس همراه باشد و در نتیجه بر میزان امیدواری افراد تأثیرگذار باشد و باعث احساساتی توأم با یأس و ناامیدی در فرد خشونت دیده گردد (آرای، شاو، فدور، هاوارس، مک میلان و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به آنچه که در بالا ذکر شد، در پژوهش پیش رو به این پرسش پاسخ خواهیم گفت که آیا بین کیفیت زندگی با عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه وجود دارد؟

۲. اهمیت و ضرورت

خشونت علیه زنان باعث درد و رنج قربانیان و خانواده هایشان می شود و در سراسر جهان بارسنگینی بر جوامع می گذارد که اغلب در روابط صمیمی یا بین افراد شناخته شده با یکدیگر اتفاق می افتد (برکیک، ۲۰۱۷). خشونت علیه زنان سابقه ای به پهنای تاریخ دارد؛ اگرچه شکل و درجه خشونت در فرهنگ های مختلف تفاوت هایی دارد. تاریخ گواه ستم همیشگی بر زنان است حقیقت تلخی که در ابعاد جسمی، روانی، جنسی و مالی با در نوردیدن حصارهای فرهنگی، مذهبی و ملی زندگی میلیارد ها زن در جهان را تحت تأثیر قرار داده است (رنجبران و دبیرزاده، ۱۳۹۰: به نقل از ندرپور ۱۳۹۲). دبیر کل سابق سازمان ملل متحد کوفی عنان، خشونت بر زنان را شرم آورترین شکل نقض حقوق بشر می داند که هیچ مرز جغرافیای و فرهنگی را نمی شناسد و تا زمانی که این شکل خشونت وجود دارد هرگز نمی توان ادعای پیشرفت واقعی در راستای برابری توسعه و صلح را داشت (برنامه عمران سازمان ملل، ۱۳۷۹). خشونت علیه زنان پدیده جدیدی نبوده و از پیشینه تاریخی برخوردار است اما می توان گفت توجه به آن به عنوان مسئله ای اجتماعی مقوله جدیدی است به طوری که طی دهه های اخیر در کشورهای در حال توسعه از سطح مساله ای کم اهمیت به مساله ای قابل توجه برای بسیاری از محققین، برنامه ریزان و سیاست گذاران و سازمان های حامی سلامت بهداشت و توانمندسازی زنان تبدیل شده است. این مسئله از آن جهت حائز اهمیت است که می تواند زمینه ساز بسیاری از آسیب های اجتماعی گشته و کانون خانواده را به عنوان مهم ترین نهاد اجتماعی به مخاطره اندازد. خشونت علیه زنان قبل از اینکه یک مسئله خانگی، محلی، کشوری و منطقه ای باشد یک مسئله جهانی است و به هیچ وجه به جوامع خاصی اختصاص ندارد به عبارت بهتر در پیشرفته ترین

^۱ Quality of Life

^۲ Adams & Beeble

^۳ Sexual function

^۴ Sierra, Arcos-Romero, Álvarez-Muelas & Cervilla

^۵ Hope

^۶ Arai, Shaw, Feder, Howarth & MacMillan

کشورهای جهان نیز زنان و کودکان از تبعات و عواقب ناشی از خشونت به خصوص در زندگی خانوادگی بی بهره نیستند (ندریور، ۱۳۹۲).

رواج زیاد خشونت و رشد شواهد پیامدهای سوء استفاده روانی، جسمی، یک خطر اجتماعی، پزشکی و بهداشتی-روانی جدی ایجاد می کند. خشونت پدیده ای است بسیار پیچیده که می تواند در زمینه خانواده اشکال مختلفی را به خود بگیرد از قبیل خشونت علیه کودک، مرد، زن و افراد مسن. اما یکی از انواع متداول خشونت خانگی، خشونت بین همسران به ویژه خشونت علیه زنان می باشد. خشونت همسر شامل: حمله فیزیکی، سوء استفاده روانشناختی و ارباب است (هولمز و همکاران، ۲۰۰۷). آمار سازمان بهداشت جهانی بیانگر آن است که ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می شوند و ۲۸٪ زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی را گزارش کرده اند (خالقخواه و همکاران، ۱۳۹۴). تحقیقات صورت گرفته در ایران نشان می دهد که دو عامل مهم تأثیرگذار بر خشونت خانگی، سطح تحصیلات و اعتیاد در خانواده می باشد (درخشان پور و همکاران، ۱۳۹۳). قربانیان خشونت توسط همسر فشار روانی بیشتری را نسبت به کسانی که مورد خشونت واقع نمی شوند تحمل می کنند. مشکلات بهداشتی، روانی وابستگی زیاد با خشونت دارد که شامل افسردگی، ترس، اضطراب، عزت نفس پایین، خودکشی، ضربه روانی و سوء مصرف مواد است (آکوز، یوان، سانیر و کلیک، ۲۰۱۲).

خانواده، مهم ترین مکان پرورش جسم و روح افراد می باشد. در این میان روابط زوجین، اصلی ترین و عمده ترین نقش را بر عهده دارد. در حقیقت، زمانی که در بین زن و مرد درکی بهینه نسبت به یکدیگر وجود داشته باشد، خانواده از استحکام و دوامی بیشتر برخوردار خواهد بود. از جمله عواملی که می تواند در استحکام خانواده اثربخش باشد، کیفیت زندگی می باشد. امروزه مفهوم کیفیت زندگی به یکی از مهم ترین مفاهیم رشته های علوم اجتماعی و انسانی تبدیل شده است و در مباحث مربوط به توسعه اجتماعی فرهنگی بویژه توسعه پایدار بسیار مورد توجه قرار گرفته است. گسترش بی رویه شهرنشینی و ایجاد مشکلاتی مانند شلوغی و ازدحام، صنعت گرایی بسیاری از کشورها و به وجود آمدن مسایلی مانند تحلیل رفتن یا حتی تخریب منابع طبیعی و همچنین، تشدید مسایل زیست محیطی، بسیاری از دولت های کشورهای جهان در حال توسعه را بر آن داشته که توجهی بیشتر به مسئله کیفیت زندگی شهروندان خود داشته باشند. در این میان، کیفیت زندگی زناشویی، یکی از مهم ترین مسایل خانوادگی به شمار می آید، چرا که موفقیت و نشاط زندگی زناشویی و دستیابی به اهداف متعالی در پرتو کیفیت مناسب زندگی زناشویی می باشد. به بیان دیگر، دست یافتن به یک زندگی رضایت بخش و موفق بدون توجه به موضوع کیفیت زندگی زناشویی و تلاش در راستای بهبود و ارتقای آن، امکان پذیر نخواهد شد (حیدری، ۱۳۹۶). زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش های لازم دارد. کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی مبتنی بر ارزش ها و تمایلات در ارتباط با میزان رضایتمندی از زندگی می باشد. این سازه تحت آموزش می تواند فرد را نسبت به خود و جامعه به آرامش درونی برساند (تیلور، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی به عنوان تعادلی در تامین و ارضای نیازهای زیست شناختی و انسانی و یکپارچه سازی افراد در عرصه ها و موقعیت های فردی و اجتماعی در نظر گرفته می شود (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸) از این رو کیفیت زندگی برای این قشر از زنان آسیب دیده مهم تلقی می شود.

با توجه به آنچه در بالا گفته شد ضرورت و اهمیت این معضل اجتماعی (خشونت علیه زنان) مشهور می باشد و باید برای شناخت همه جانبه آن کوشید تا در نهایت این معضلی که به جان خانواده افتاده است را از بین برد. و این ریشه کن کردن جز با شناخت همه جانبه ابعاد آن میسر نخواهد بود/ این تحقیق در تلاش خواهد بود که بخش کوچکی از این معضل اجتماعی را بررسی کرده تا پرده از اسرار آن بردارد. در نتیجه این تحقیق به بررسی رابطه کیفیت زندگی با عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی خواهد پرداخت. همچنین بررسی مولفه های تاثیرگذار بر کیفیت زندگی زناشویی، همچنین، راه های بهبود این کیفیت، هدف اصلی این پژوهش بشمار می رود. اساساً آن چه در این پژوهش پژوهشگر در پی رسیدن به آن است، راهکارهای بهبود کیفیت زندگی زناشویی و مسیری است که بتواند زنان متاهل را در زندگی به موفقیت و شادکامی برساند.

۳. مبانی نظری

۳-۱) نظریه های مرتبط با خشونت

نظریه تقلید رفتار خشونت طلبی بندورا^۸

نظریه یادگیری-اجتماعی^۹ بندورا نقش یادگیری مشاهده ای را در رفتار پرخاشگرانه مطرح کرده است (تنگ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ به طوری که ما انسان ها با مشاهده خشونت دیگران، تمایل داریم در برابر موقعیت های مشابه از خود نیز خشونت نشان دهیم (روبیو-گارا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین بر اساس نظریه یادگیری-اجتماعی بندورا، در مورد رفتارهای خشونت بر فرایند سرمشق گیری تاکید کرده است (بهزادی و محمودی، ۱۳۹۷). بندورا معتقد است که رفتارهای پرخاشگرانه از طریق سرمشق گیری آموخته می شوند و مکانسیم پاداش-تنبیه در مورد اینگونه رفتارها تاثیر زیادی در یادگیری دیگران برای بروز خشونت دارد. به این صورت وقتی یک رفتار پرخاشگرانه از دیگران مشاهده کنیم، اگر از سوی دیگران با پاداش یا تنبیه مواجه شود، در بروز یا عدم بروز آن رفتار پرخاشگرانه از سوی فرد مشاهده کننده نقش اساسی دارد (کارستا و فرومکه^{۱۱}، ۲۰۱۹). بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا گفت که مشاهده رفتارهای خشونت دیگران موجب تقویت رفتار خشونت در فرد مشاهده کننده می شود (وینز و همکاران، ۲۰۱۷).

^۸ Bandura

^۹ learning-social theory

^{۱۰} Teng

^{۱۱} Rubio-Garay

^{۱۲} Carcea & Froenke

^{۱۳} Weyns

نظریه پردازش اطلاعات اجتماعی^۴ کریک و داج^{۱۵}

در نظریه پردازش اطلاعات اجتماعی، علت اصلی ایجاد رفتارهای پرخاشگرانه نقص در یک یا چند مرحله از فرآیند پردازش اطلاعات اجتماعی است (زیو و الیزارو،^{۱۶} ۲۰۱۹؛ داویس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). نظریه پردازش اطلاعات اجتماعی چارچوبی را برای مجموعه مراحل ذهنی فراهم می کند که افراد هنگام مواجهه با موقعیت اجتماعی از آن استفاده می کنند. این پنج مرحله شامل رمزگردانی محرک ها، تفسیر محرک ها، هدف های انتخاب شده، تولید راهبردها و ارزیابی پاسخ ها می باشد. نقص در هر یک از این مراحل نظام پردازش اطلاعات اجتماعی-شناختی می تواند به بروز رفتارهای پرخاشگرانه بینجامد (داج و کریک، ۱۹۹۴؛ به نقل از زاجاک^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس این نظریه، رفتار یک فرد در موقعیت اجتماعی خاص به عنوان یک بازتاب مستقیم از نحوه پردازش ذهنی او از این موقعیت است (یوشیزاوا^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه فوق افراد پرخاشگر معمولاً نسبت به افراد غیر پرخاشگر، اطلاعات گرفته شده از محیط اجتماعی خود را به صورت متفاوتی پردازش می کنند که این باعث رفتار پرخاشگرانه آنها می شود (داج و شوارتز،^{۲۰} ۱۹۹۷؛ به نقل از علامه و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین بر اساس نظریه پردازش اطلاعات اجتماعی، نگرش های خصمانه اساسی و پاسخ های پرخاشجویانه افراد نشانه ای از فرایندهای پردازش اطلاعات معیوب است که موجب خشونت افراد در موقعیت های مختلف می شود (اسمیرز^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس پژوهش ها افرادی که فرایندهای پردازش اطلاعات معیوب بیشتری دارند در تعاملات اجتماعی و تعامل با والدین و اطرافیان خود رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت ورزانه بیشتری را از خود نشان می دهند (گالان^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۷).

۲-۳) نظریه های مرتبط با کیفیت زندگی

رویکرد روان شناختی مفهوم کیفیت زندگی

روان شناسان که فرد را واحد مطالعات خود می پندارند درجه مطلوبیت کیفیت زندگی را ناشی از رشد کامل شخصیت فرد می دانند و بر آن شدند تا میان کیفیت زندگی و ویژگی های شخصیتی انسان رابطه برقرار کنند. به زعم آنان، برخی از

^{۱۵} Social information processing (SIP) theory^{۱۶} Crick & Dodge^{۱۷} Ziv & Elizarov^{۱۸} Davies^{۱۹} Zajac^{۲۰} Yoshizawa^{۲۱} Schwartz^{۲۲} Smeijers^{۲۳} Galán

تیپ‌های شخصیتی کیفیت زندگی خود را مطلوب و برخی دیگر آن را نامطلوب تلقی می‌کنند. در این مشرب فکری کیفیت زندگی به‌عنوان یک نوع رفتاری تلقی شده که ناشی از خصوصیات و ویژگی‌های فردی می‌باشد. تبیین‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارد (هی^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۹).

رویکرد مکتب تضاد

مکتب تضاد، کیفیت زندگی را حاصل ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه طبقاتی می‌داند. صاحب‌نظران اصلی این مکتب تضاد را در جامعه پذیرفته و معتقدند هنجارها و ارزش‌های موجود توسط زور و قدرت بر افراد جامعه تحمیل شده است. رویکرد تضاد، هر چند به‌وضوح به کیفیت زندگی نمی‌پردازد اما کیفیت زندگی را معلول ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جوامع طبقاتی می‌داند. به‌طوری که در جوامع طبقاتی گروه‌های متنفع و ذی نفوذ به‌طور آمرانه منافع، اراده و عقاید خود را بر گروه‌های فرودست تحمیل میکنند که این خود نه تنها جامعه را به دو گروه بالادست و فرودست تقسیم می‌کند، بلکه جامعه را در معرض ستیز طبقاتی و نارضایتی و بروز نوع خاصی از کیفیت زندگی مطلوب و نامطلوب قرار می‌دهد (علی آبادی، داشی پور، جعفر دخت و دهباشی، ۱۳۹۶).

نظریه سلیگمن

بر اساس نظریه روانشناسی مثبت‌نگر سلیگمن، یکی از جنبه‌های مثبت انسان که نقش مهمی در کارکردهای زندگی افراد دارد، رضایت از زندگی است (نی، تیان و هوبنر، ۲۰۱۹^{۲۴}). مثبت‌نگری مطرح شده در روانشناسی اغلب به راهکارهایی مانند خوش بین بودن، احساس کنترل بر محیط، تغییر نگرش از منفی به مثبت، بازبینی وقایع منفی، بازسازمان دهی افکار و موضوعاتی از این قبیل اشاره دارد. این راهکارها افراد را قادر می‌سازد که به جای منفعل بودن در برابر حوادث زندگی، دیدگاهی مثبت و به دور از قضاوت‌های منفی داشته باشند (آقاجانی، حسین‌خانزاده، اکبری و میراض‌گر، ۱۳۹۶). بر اساس نظریه روانشناسی مثبت‌گرای سلیگمن جهت‌گیری مثبت به زندگی و داشتن تفکر مثبت در افراد باعث می‌شود که آنها کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بالاتری را تجربه کنند (کیم، فورلونگ و دودی، ۲۰۱۹^{۲۵}).

^{۲۳}He

^{۲۴}Nie, Tian & Huebner

^{۲۵}Kim, Furlong & Dowdy

۳-۳) نظریه های مربوط به امیدواری

نظریه سلیگمن

نظریه امید به زندگی زمینه روان شناسی مثبت نگر را شکل داده و دو دهه گذشته گواه روشنی است بر تأثیر بسیار عظیمی که گسترش الگوی نظری امید به زندگی بر پژوهشگران در زمینه روان شناسی مثبت نگر گذاشته است (محمدی، دانش و تقی لو، ۱۳۹۵). روان شناسی مثبت نگر به دنبال آن است که تصویری از زندگی خوب را به روشی بیان کند و برای اینکه مشخص کند چه چیزی زندگی را برای زیستن و زندگی با ارزش می کند، از روش های تجربی روان شناسی استفاده می کند (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۳ به نقل از پورفرج و رضازاده، ۱۳۹۷). براساس نظریه سلیگمن مثبت نگر، موجب تشویق افراد می شود تا تجربه های مثبت و خوب خود را بازشناسند و نقش آن ها را در افزایش و ارتقای احترام به خود، عزت نفس، امید به زندگی و کاهش اضطراب بازشناسی کنند و در عین حال توانایی شناخت جنبه های مثبت دیگران را نیز کسب نمایند. بر این اساس روان شناسی مثبت نگر سعی دارد توجه خود را صرفاً به مشکلات روانی معطوف نسازد و بیشتر بر جنبه های مثبت زندگی تأکید کند. همزمان با گسترش جنبش روانی مثبت نگر در دهه های اخیر روی آوردن به تجربه های مثبت و نیرومندی های سازش یافته انسانی مانند امید به زندگی، خوش بینی، شادکامی و شوخ طبعی و ... به طور فزاینده ای در حال گسترش است (طباطبایی، احدی، بهرامی و خامسان، ۱۳۹۷).

نظریه اشنایدر

مفهوم امید برای اولین توسط اشنایدر مطرح شده است. امید را مجموعه ای ذهنی می داند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه ریزی برای رسیدن به هدف است. به عقیده اشنایدر (۱۹۹۴) امید به زندگی نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عاملی (اراده های هدفمند) و تفکر راهبردی یا مسیرها (طرح های هدفمند) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید به زندگی ضروری و موج سازگاری و سلامت جسمی و روانی است (افروز، دلیر و صادقی، ۱۳۹۶). بر طبق نظریه امید اشنایدر (۲۰۰۲) امید و چشم انداز زمان و آینده نگری را مجموعه ای شناختی می داند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است. بنابراین، امید، از دو مؤلفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. مسیرهای تفکر انعکاس دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر هم عبارت اند از افکاری که افراد درباره توانایی ها و قابلیت هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده اند تا به اهدافشان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می توان به اهداف رسید (اشنایدر و لوپز، ۲۰۱۰). براساس این نظریه، تفکر راهبردی یا مسیرها به معنی ظرفیت پیدا کردن مسیرها به سمت هدف و تفکر عاملی یعنی انگیزه برای پیمودن آن مسیرها است. تفکر عاملی و راهبردی، هم افزایی و عملکرد متقابل دارند، اما مترادف هم نیستند و نمی توانند امید به زندگی را به عنوان مؤلفه ای واحد تعریف کنند و اگر هر کدام از این دو مؤلفه وجود نداشته باشند، دستیابی به هدف غیرممکن می شود. یافتن راه های متفاوت، به ویژه موقع بروز موانع بر سر راه اهداف، اهمیت می یابد؛ و تفکر عاملی (اراده)، برای پیمودن هر مسیری و رسیدن به هر هدفی، به ویژه برای غلبه بر موانع لازم است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

^۲Lopez

نظریه زیمنباردو و بوید

براساس نظریه زیمنباردو و بوید^{۲۷} تمایل به یکی از چارچوب های زمانی خاص، یا عدم توجه به یک چارچوب زمانی، باعث انطباق عملکرد فرد با آن چارچوب زمانی می شود. چشم انداز زمان باعث شکل دادن به اهداف مان می شود و این اهداف به نوبه خود، رفتار ما را تعیین می کند و نقش مهمی در شکل دادن به رفتار فعلی ما بازی می کند (گلستانه، افشین و دهقانی، ۱۳۹۵). زیمنباردو نتیجه گرفت که نگرش ما نسبت به زمان، بر صفات کلیدی شخصیتی، از قبیل اجتماعی بودن و یا خوش-بینی تأثیر می گذارد. چشم انداز زمان بسیاری از قضاوت ها، تصمیم ها و رفتارهای ما را تحت تأثیر قرار می دهد. چشم انداز زمان چارچوب هایی ایجاد می کند که به انسان اجازه می دهد به وقایع در ابعاد زمانی می دهد. این ابعاد زمانی شامل گذشته، حال و آینده است. همچنین، چشم انداز زمان یک دید کلی مطرح می کند که افراد از طریق آن بتوانند به انتخاب و دنبال کردن اهداف خود بپردازند (گلستانه و نوروزی، ۱۳۹۷). کسی که نمرات بالا و متعادل در هر دو بُعد آینده و حال لذت گرا دارد، برای آینده برنامه ریزی می کند، اما در آینده زندگی نمی کند؛ در واقع می تواند در عین حال که به عواقب رفتارهای خود می اندیشد و سنجیده عمل می کند، در لحظه حال حضور داشته باشد و با بهره مندی از لذت های سالم و بی خطر، شرایطی پر از شور و انرژی برای خود فراهم کند. آینده نگری، زندگی در حال، سنجیده عمل کردن و بررسی کردن همه جانبه موقعیت ها باعث دیدن ابعاد مختلف یک مسأله می شود و راه غلبه بر مشکل ها و چالش ها را پیش روی فرد باز می کند و فردی که پرشور و انرژی است با انگیزه، راه رسیدن به خواسته هایش را طی می کند؛ که این ها همان دو بُعد راهیابی و اراده هستند که متغیر امید به زندگی را می سنجند. گذشته منفی به معنی دیدگاه آزارنده و منفی نسبت به گذشته و احساس پشیمانی است؛ در این حالت فرد خاطره های ناخوشایند را بزرگ نمایی و اغلب مرور می کند و گذشته را مملو از اشتباه های فردی، فقدان ها، حسرت ها، اتفاق های بد و رفتارهای بد دیگران می بیند و هم نسبت به خود و هم نسبت به دنیا و انسان ها و موقعیت ها نگاهی منفی دارد که باعث می شود نگرش بدبینانه ای نسبت به زندگی حال و آینده نیز داشته باشد و این حالت باعث ترس و ناامیدی وی می شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

۴. روش شناسی

این پژوهش از نظر هدف تحقیق، آینده نگر و بنیادی و از نظر نحوه گردآوری داده ها، توصیفی-مقطعی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای خشونت خانگی بود که تعداد آنان ۵۰ نفر می باشد. نمونه این پژوهش بخاطر کم بودن تعداد جامعه آماری به صورت تمام شماری بود. در این پژوهش برای گردآوری داده ها از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، عملکرد جنسی (SFQ) روزن^{۲۸} و همکاران (۲۰۰۰)، امیدواری شنایدر (SHS) و خشونت خانگی علیه زنان (VAWI) حاج یحیی (۲۰۰۲) استفاده شد، که به شرح ذل می باشند:

^{۲۷}. Zimbardo & Boyd

^{۲۸}. Rosen

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)^{۲۹}

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) حاوی ۲۶ سؤال بوده و چهار حیطه سلامت جسمانی (با سؤالات ۱، ۲، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، سلامت روانی (با سؤالات ۴، ۶، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۴)، سلامت اجتماعی (با سؤالات ۱۸، ۲۰، ۲۱) و سلامت محیطی (با سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۲۲، ۲۳) را با ۲۴ آیتم مورد سنجش قرار می‌دهد، دو سؤال آن، به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد بدین صورت که به گزینه خیلی کم ۱ نمره، کم ۲ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و خیلی زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه کلی نمرات پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۲۰ نمره است و نمره بالا در این آزمون، بالا بودن کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. همچنین، در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در خارج از کشور برای پایایی خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس دامنه نمره ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ گزارش شد (لیمکوهلر^{۳۰} و همکاران، ۲۰۲۰). در داخل کشور نیز ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۴ بدست آمد (اولیازاده و رئیس، ۱۳۹۷).

ب) پرسشنامه عملکرد جنسی (SFQ)^{۳۱}

این پرسشنامه توسط روزن^{۳۲} و همکاران (۲۰۰۰) برای سنجش عملکرد جنسی طراحی و تدوین شد. پرسشنامه مذکور شامل ۱۹ گویه می‌باشد و ۶ حوزه مستقل (میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی جنسی، درد) را مورد سنجش قرار می‌دهد. طریقه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای می‌باشد. حداقل نمره کسب شده توسط آزمودنی ۲ و حداکثر نمره ۳۶ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر آزمودنی است و از افراد خواسته می‌شود تا بهترین گزینه که نشان‌دهنده وضعیت آنان طی ۴ هفته اخیر بوده است را انتخاب کنند. روزن و همکاران روایی کل پرسشنامه را با مقیاس رضایت زناشویی مناسب ارزیابی کردند و پایایی کل ابزار را ۰/۸۸ و زیرمقیاس‌ها را در دامنه‌ایی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعه داخل کشور نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۱ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (موسوی خرمی، دوکانه‌ای فرد و خاکپور، ۱۴۰۰).

^{۲۹}World Health Organization Quality of Life Questionnaire- WHOQOL-BREF^{۳۰}Leimkühler^{۳۱}Sexual Function Questionnaire^{۳۲}Rosen

پ) پرسشنامه امیدواری اشنایدر (SHS)^{۳۲}

این پرسشنامه به منظور سنجش سطح امیدواری افراد بالاتر از ۱۵ سال توسط اشنایدر (۲۰۰۰) طراحی و تدوین شده است و شامل ۱۲ گویه (عبارت) است و دو زیرمقیاس تفکر عامل (سئوالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و مسیرها (سئوالات ۱، ۴، ۷، ۸) را در برمی گیرد. نحوه پاسخدهی به سئوالات پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد. بدین صورت که به گزینه کاملاً مخالفم = صفر، نمره، مخالفم = ۲، نمره، نظری ندارم = ۳، نمره، موافقم = ۴، نمره و کاملاً موافقم = ۵ نمره اختصاص داده می شود. این پرسشنامه نیز به مانند بسیاری از ابزارهای خودگزارشی دارای نمره گذاری معکوس می باشد. در این پرسشنامه سئوالات ۳، ۵، ۶ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. یعنی به گزینه کاملاً مخالفم = ۵ نمره و به گزینه کاملاً موافقم = ۱ نمره تعلق می گیرد. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ خواهد بود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سئوالات با هم محاسبه می شوند. امتیازات بالاتر بیانگر امیدواری بیشتر در فرد می باشد. همسانی درونی کل پرسشنامه ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ می باشد و پایایی آزمونی-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است. به علاوه داده های زیادی در مورد پایایی همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می تواند پیش بینی کند وجود دارد. همچنین پایایی زیرمقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و زیرمقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش شده است (اشنایدر، ۲۰۰۰). در مطالعه داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد (قربانی عشین، شه پناه و قاسم زاده، ۱۴۰۰).

ت) پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان (VAWI)^{۳۴}

در این مطالعه جهت سنجش خشونت خانگی علیه زنان از پرسشنامه حاج یحیی (۲۰۰۲) استفاده شده است. این پرسشنامه از چند ابزار دیگر از جمله مقیاس تاکتیک تعارض اشتروس، پرسشنامه خشونت روانشناختی زنان تولمن، سنجش همسر آزاری رادنبرگ و فانتوزو اقتباس شده است. پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان شامل ۳۲ سئوال و ۴ زیرمقیاس خشونت روانی (سئوالات ۱ الی ۱۶)، خشونت فیزیکی (سئوالات ۱۷ الی ۲۷)، خشونت جنسی (سئوالات ۲۸ الی ۳۰) و خشونت اقتصادی (سئوالات ۳۱ و ۳۲) می باشد. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۳ درجه ای می باشد که به گزینه هرگز = ۱ نمره، یکبار = ۲ نمره و دوبار یا بیشتر = ۳ نمره تعلق می گیرد. نمرات بالا در هر یک از زیرمقیاس ها نشان دهنده خشونت بیشتر در آن زمینه می باشد و نمره بالا در پرسشنامه نشان دهنده خشونت خانگی بالا در آزمودنی است. اعتبار پرسشنامه توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته و ضریب همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است (حاجی یحیی، ۲۰۰۲). در پژوهش داخل کشور نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمده است (بشرپور و عبادی، ۱۴۰۰).

تحلیل داده های پژوهش در چند بخش: ۱- بخش اطلاعات دموگرافیک (جمعیت شناختی) با استفاده از فراوانی و درصد؛ ۲- بخش داده های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف

^{۳۲}Violence against women Questionnaire^{۳۴}Snyder's Hope Scale

استاندارد؛ ۳-بخش پیش فرض های آماری شامل آزمون کولموگروف-اسمیرنف، آزمون شاپیرو-ویلکز، آزمون لوین، آزمون ام باکس و شیب خط رگرسیون؛ و ۴-بخش تحلیل فرضیات با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و جهت تحلیل داده ها نیز از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

۵. تجزیه و تحلیل داده ها و یافته ها

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در افراد نمونه

متغیر پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۵۰ نفر	۱۹/۳۸	۳/۰۷
سلامت روانی	۵۰ نفر	۲۳/۵۶	۴/۱۴
سلامت اجتماعی	۵۰ نفر	۲۰/۸۳	۱/۵۶
سلامت محیطی	۵۰ نفر	۲۱/۶۵	۳/۱۸
کیفیت زندگی	۵۰ نفر	۸۵/۴۲	۱۱/۹۵

همان طور که نتایج جدول شماره (۱) نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی در افراد نمونه برابر با (۸۵/۴۲) و (۱۱/۹۵) می باشد.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار امیدواری در افراد نمونه

متغیر پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تفکر عاملی	۵۰ نفر	۳۶/۶۹	۳/۵۱
مسیرها	۵۰ نفر	۴۷/۰۰	۵/۲۷
امیدواری	۵۰ نفر	۸۳/۶۹	۸/۷۸

همان طور که نتایج جدول شماره (۲) نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کل امیدواری در افراد نمونه برابر با (۸۳/۶۹) و (۸/۷۸) می باشد.

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار عملکرد جنسی در افراد نمونه

متغیر پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
میل جنسی	۵۰ نفر	۹/۲۳	۰/۹۳
تحریک روانی	۵۰ نفر	۱۱/۶۷	۱/۱۵

۰/۶۷	۷/۸۳	۵۰ نفر	رطوبت
۱/۱۸	۱۰/۴۵	۵۰ نفر	ارگاسم
۰/۸۴	۹/۳۳	۵۰ نفر	رضایت مندی جنسی
۰/۷۹	۸/۲۴	۵۰ نفر	درد
۵/۵۶	۵۶/۷۵	۵۰ نفر	عملکرد جنسی

همان طور که نتایج جدول شماره (۳) نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کل عملکرد جنسی در افراد نمونه برابر با (۵۶/۷۵) و (۵/۵۶) می باشد.

۵-۱) آزمون نرمال بودن داده ها

جدول (۴): آزمون کلموگراف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات		
متغیر پژوهش	آماره KS	سطح معناداری
سلامت جسمی	۱/۴۹۵	۰/۳۹۹
سلامت روانی	۱/۲۸۳	۰/۲۳۴
سلامت اجتماعی	۰/۶۷۰	۰/۴۰۱
سلامت محیطی	۰/۵۱۷	۰/۲۲۲
کیفیت زندگی	۱/۷۲۳	۰/۶۷۵
تفکر عاملی	۰/۸۹۴	۰/۱۹۸
مسیرها	۰/۶۶۹	۰/۵۴۰
امیدواری	۱/۸۵۳	۰/۶۷۸
میل جنسی	۰/۲۱۶	۰/۲۸۱
تحریک روانی	۰/۵۴۹	۰/۵۰۹
رطوبت	۰/۳۸۲	۰/۴۷۶

ارگاسم	۱/۵۱۲	۰/۲۴۳
رضایت مندی جنسی	۱/۰۹۸	۰/۵۱۸
درد	۰/۳۴۲	۰/۲۵۶
عملکرد جنسی	۱/۵۹۷	۰/۳۶۱

نتایج جدول شماره (۴) آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای را نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آن جایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند ($P > ۰/۰۵$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال است، بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

– مفروضه استقلال خطاها

جدول (۵): آزمون دوربین-واتسون برای بررسی استقلال خطاها	
مدل های پژوهش	دوربین-واتسون (خودهمبستگی)
عملکرد جنسی ** کیفیت زندگی	۱/۸۶۵
عملکرد جنسی ** امیدواری	۱/۶۹۳

بر اساس جدول شماره (۵) می‌توان گفت که اگر مقدار آماره‌ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشته باشد، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره را دنبال کرد. مفهوم مستقل بودن به این معنی است که نتیجه یک مشاهده تأثیری بر نتیجه مشاهدات دیگر نداشته باشد. در رگرسیون، بیشتر در مواقعی که رفتار متغیر وابسته در یک بازه زمانی مورد مطالعه قرار می‌گیرد ممکن است با مشکل مستقل نبودن خطاها برخورد کنیم به این نوع ارتباط در داده‌ها خودهمبستگی می‌گویند. در صورت وجود خودهمبستگی در خطاها نمی‌توان از رگرسیون خطی استفاده کرد. از آنجایی که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است و نشان دهنده‌ی آن است که همبستگی بین خطاها رد می‌شود یعنی خطاها دارای همبستگی نیستند. لذا می‌توان از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده کرده و نتایج حاصل از این آزمون‌های آماری قابل اطمینان است.

– مفروضه عدم همخطی چندگانه

جدول (۶): ضرایب تحمل و تورم واریانس برای بررسی عدم همخطی چندگانه		
متغیر پژوهش	ضریب تحمل	تورم واریانس
سلامت جسمی	۰/۱۲۳	۱/۶۲۴
سلامت روانی	۱/۳۱۳	۱/۴۵۶

۱/۲۰۹	۰/۵۷۲	سلامت اجتماعی
۲/۰۷۷	۰/۳۳۴	سلامت محیطی
۲/۳۶۲	۱/۶۴۹	کیفیت زندگی
۳/۵۶۸	۰/۳۲۰	تفکر عاملی
۱/۴۵۵	۰/۱۷۷	مسیرها
۶/۳۸۹	۰/۶۶۷	امیدواری
۷/۵۸۹	۱/۳۶۶	میل جنسی
۱/۵۱۳	۰/۶۸۰	تحریک روانی
۲/۳۳۴	۰/۷۸۷	رطوبت
۲/۰۳۴	۱/۳۴۱	ارگاسم
۱/۸۵۶	۱/۹۴۵	رضایت مندی جنسی
۱/۴۵۰	۰/۲۶۵	درد
۴/۳۳۸	۱/۶۶۵	عملکرد جنسی

براساس نتایج جدول شماره (۶) ضریب تحمل^۶ و تورم واریانس^۷ به منظور بررسی عدم همخطی چندگانه محاسبه شده است. وقتی تولرانس (ضریب تحمل) به صفر نزدیک می شود، همخطی چندگانه بزرگی وجود دارد و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون بزرگ خواهد شد. مقادیر تولرانس (ضریب تحمل) در ستون مربوط در جدول بالا نشان می دهد هیچ یک از ضریب تحمل ها نزدیک به صفر نیستند و در نتیجه مشکلی در تحلیل رگرسیون ایجاد نمی گردد. عامل تورم واریانس نیز معکوس ضریب تحمل بوده و هر چه قدر افزایش یابد (بزرگ تر از ۱۰) باعث می شود ضرایب رگرسیون افزایش یافته و رگرسیون را برای پیش بینی نامناسب می سازد. مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس نشان می دهد که هیچ کدام از شاخص ها بسیار بزرگ تر از ۱۰ نیستند و نزدیک به آن می باشند در نتیجه مشکلی در استفاده از رگرسیون خطی وجود ندارد. لذا از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است.

۵-۲) آزمون فرضیات

فرضیه اصلی پژوهش

- کیفیت زندگی با عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه معناداری دارد.

^۶Tolerance

^۷Variance inflation factor

جدول (۷): جدول ضرایب (شاخص ها) رگرسیون چندمتغیره بین متغیرهای پژوهش

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	مقدار بتای استاندارد	مقدار ثابت	مجدور R^2	مقدار t	P
کیفیت زندگی	عملکرد جنسی	۰/۲۱	۵۵/۱۶	۰/۳۸	۶/۵۴	۰/۰۱۲
	امیدواری	۰/۲۷			۵/۱۲	۰/۰۰۳

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش با روش رگرسیون چندمتغیره ورود همزمان که نتایج آن در جدول شماره (۷) ارائه شده است، نشان می دهد که متغیر پیش بین (کیفیت زندگی) توان تبیین نمرات متغیرهای ملاک (عملکرد جنسی- امیدواری) را در افراد نمونه داشته است. مقدار بتا برای متغیر عملکرد جنسی برابر با ۰/۲۱، و متغیر امیدواری برابر با ۰/۲۷ و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین، نتایج جدول شماره (۷) نشان می دهد که متغیر پیش بین توان تبیین ۳۸ درصد از تغییرات مربوط به متغیرهای ملاک در پژوهش را داشته است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش حاضر تأیید می شود.

- فرضیه جزئی اول: کیفیت زندگی و ابعاد آن با عملکرد جنسی در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه معناداری دارد.

جدول (۸): ضریب همبستگی پیرسون کیفیت زندگی و عملکرد جنسی

متغیر ملاک: عملکرد جنسی		متغیر پیش بین
r (ضریب همبستگی)	P (سطح معناداری)	
۰/۱۳۲**	۰/۰۱۳	سلامت جسمی
۰/۳۹۰**	۰/۰۰۵	سلامت روانی
۰/۲۰۶**	۰/۰۲۱	سلامت اجتماعی
۰/۱۹۸**	۰/۰۱۷	سلامت محیطی
۰/۶۱۴**	۰/۰۱۰	کیفیت زندگی
$P < ۰/۰۵$ **		

براساس نتایج جدول شماره (۸) بین نمره کل کیفیت زندگی با عملکرد جنسی در افراد شرکت کننده در پژوهش همبستگی مثبت و معناداری برقرار است ($r = ۰/۶۱$ و $P < ۰/۰۱۰$). همچنین، نتایج جدول حاکی از آن است که بین ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی با عملکرد جنسی در افراد نمونه همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد.

جدول (۹): خلاصه‌ی مدل رگرسیون عملکرد جنسی و کیفیت زندگی

مدل	همبستگی چندگانه (MR)	مجدور R (ضریب تعیین)	مجدور R تعدیل شده
۱	۰/۵۶۹	۰/۳۲۳	۰/۳۲۱

همان گونه که در جدول (۹) مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه بین کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در افراد نمونه برابر با ۰/۵۶۹ است. همچنین، براساس مقدار ضریب تعیین ۳۲ درصد از تغییرات مربوط به عملکرد جنسی در افراد نمونه براساس کیفیت زندگی تبیین می‌شود.

جدول (۱۰): ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون عملکرد جنسی بر مبنای کیفیت زندگی

متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		سطح معناداری
			ضرایب استاندارد	ضرایب بتا	
t			(β)		
ثابت (Constant)	۶۵/۸۱۹	۰/۳۹۲	-	۴۰/۳۰۴	۰/۰۲۱
سلامت جسمی	۰/۶۴۴	۰/۱۶۱	۰/۲۰۸	۳/۴۳۹	۰/۰۱۳
سلامت روانی	۱/۸۳۱	۰/۳۱۲	۰/۳۲۱	۷/۵۷۸	۰/۰۰۶
سلامت اجتماعی	۱/۶۶۶	۰/۵۱۳	۰/۱۳۷	۵/۸۷۷	۰/۰۲۷
سلامت محیطی	۰/۵۲۶	۰/۱۶۹	۰/۱۶۳	۴/۸۰۵	۰/۰۲۱

$$R^2 = ۰/۵۶۹ ; F = ۷۴/۱۸۹ ; R^2 = ۰/۳۲۳ \text{ تعدیل شده} ; R = ۰/۳۲۱$$

براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۳۲ درصد از واریانس عملکرد جنسی در افراد نمونه براساس کیفیت زندگی تبیین شد. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر با ۷۴/۱۸۹ است که در سطح آلفای کوچک تر از ۰/۰۵ معنادار بوده و نشان می‌دهد که ابعاد کیفیت زندگی می‌توانند تغییرات مربوط به عملکرد جنسی در افراد نمونه را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. در نهایت جدول شماره ۴-۹ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان نشان داد سلامت جسمانی ($\beta = ۰/۲۰۸$ و $P < ۰/۰۵$)، سلامت روانی ($\beta = ۰/۳۲۱$ و $P < ۰/۰۵$)، سلامت اجتماعی ($\beta = ۰/۱۳۷$ و $P < ۰/۰۵$) و سلامت محیطی ($\beta = ۰/۱۶۳$ و $P < ۰/۰۵$) می‌توانند عملکرد جنسی در افراد نمونه را پیش‌بینی کنند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. در نهایت، با توجه به این

توضیحات و ضریب به دست آمده می توان معادله رگرسیون را بر اساس ضرایب رگرسیون استاندارد شده به صورت زیر تدوین کرد:

$$Y=a+bx$$

کیفیت زندگی = $۶۵/۸۱۹ +$ سلامت جسمانی ($\beta=۰/۲۰۸$)، سلامت روانی ($\beta=۰/۳۲۱$)، سلامت اجتماعی ($\beta=۰/۱۳۷$) و سلامت محیطی ($\beta=۰/۱۶۳$)

- فرضیه جزئی دوم: - کیفیت زندگی و ابعاد آن با امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه معناداری دارد.

جدول (۱۱): ضریب همبستگی پیرسون کیفیت زندگی و امیدواری

متغیر پیش بین		متغیر ملاک: امیدواری
۲ (ضریب همبستگی)	P (سطح معناداری)	
سلامت جسمی	۰/۲۴۳**	۰/۰۱۶
سلامت روانی	۰/۴۱۲**	۰/۰۰۸
سلامت اجتماعی	۰/۳۱۶**	۰/۰۱۲
سلامت محیطی	۰/۳۳۳**	۰/۰۱۳
کیفیت زندگی	۰/۶۴۷**	۰/۰۰۴
		$P<۰/۰۵**$

براساس نتایج جدول شماره (۱۱) بین نمره کل کیفیت زندگی با امیدواری در افراد شرکت کننده در پژوهش همبستگی مثبت و معناداری برقرار است ($r=۰/۶۴$ و $P<۰/۰۰۴$). همچنین، نتایج این جدول (شماره ۴-۱۰) حاکی از آن است که بین ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی با امیدواری در افراد نمونه همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد.

جدول (۱۲): خلاصه ی مدل رگرسیون امیدواری و کیفیت زندگی

مدل	همبستگی چندگانه (MR)	مجذور R (ضریب تعیین)	مجذور R تعدیل شده
۱	۰/۴۹۱	۰/۲۴۱	۰/۲۳۹

همان گونه که در جدول شماره (۱۲) مشاهده می شود، ضریب همبستگی چندگانه بین کیفیت زندگی و امیدواری در افراد نمونه برابر با ۰/۴۹۱ است. همچنین، براساس مقدار ضریب تعیین ۲۴ درصد از تغییرات مربوط به امیدواری در افراد نمونه براساس کیفیت زندگی تبیین می شود.

جدول (۱۳): ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون امیدواری بر مبنای کیفیت زندگی

متغیر پیش بین	B	خطای استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		سطح معناداری
			ضرایب استاندارد	ضرایب بتا (β)	
ثابت (Constant)	۵۳/۲۷۲	۰/۲۶۸	-	۲۳/۵۶۰	۰/۰۲۷
سلامت جسمی	۱/۵۵۳	۱/۱۳۲	۰/۰۹۹	۶/۸۸۴	۰/۰۲۳
سلامت روانی	۱/۶۹۸	۰/۴۱۷	۰/۲۱۳	۱۱/۰۷۶	۰/۰۱۱
سلامت اجتماعی	۰/۸۴۴	۰/۶۰۱	۰/۱۰۲	۷/۴۳۲	۰/۰۱۸
سلامت محیطی	۱/۳۷۶	۱/۰۸۷	۰/۰۸۷	۹/۵۵۳	۰/۰۲۲

$R^2 = ۰/۴۹۱$ ؛ $F = ۶۷/۰۲۳$ ؛ R^2 تعدیل شده ؛ $R^2 = ۰/۲۴۱$ $R = ۰/۲۳۹$

براساس ضریب تعیین تعدیل شده ۲۴ درصد از واریانس امیدواری در افراد نمونه براساس کیفیت زندگی تبیین شد. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر با ۱۳۴/۵۸۱ است که در سطح آلفای کوچک تر از ۰/۰۵ معنادار بوده و نشان می دهد که ابعاد کیفیت زندگی می توانند تغییرات مربوط به امیدواری در افراد نمونه را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. در نهایت جدول شماره ۴-۱۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان نشان داد سلامت جسمانی ($\beta = ۰/۰۹۹$ و $P < ۰/۰۵$)، سلامت روانی ($\beta = ۰/۲۱۳$ و $P < ۰/۰۵$)، سلامت اجتماعی ($\beta = ۰/۱۰۲$ و $P < ۰/۰۵$) و سلامت محیطی ($\beta = ۰/۰۸۷$ و $P < ۰/۰۵$) می توانند امیدواری در افراد نمونه را پیش بینی کنند. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می شود. در نهایت، با توجه به این توضیحات و ضریب به دست آمده می توان معادله رگرسیون را بر اساس ضرایب رگرسیون استاندارد شده به صورت زیر تدوین کرد:

$$Y = a + bx$$

کیفیت زندگی = $۵۳/۲۷۲ +$ سلامت جسمانی ($\beta = ۰/۰۹۹$ و $P < ۰/۰۵$)، سلامت روانی ($\beta = ۰/۲۱۳$ و $P < ۰/۰۵$)، سلامت اجتماعی ($\beta = ۰/۱۰۲$ و $P < ۰/۰۵$) و سلامت محیطی ($\beta = ۰/۰۸۷$ و $P < ۰/۰۵$)

۶. نتیجه گیری

هدف اصلی این تحقیق بررسی رابطه کیفیت زندگی با عملکرد جنسی و امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی بود و تاکنون مطالعه همزمانی در مورد تأثیر آن انجام نشده است. اکنون به بررسی نتایج آزمون فرضیه های پژوهش و مقایسه با تحقیقات دیگران پرداخته می شود.

فرضیه اول پژوهش: کیفیت زندگی و ابعاد آن با عملکرد جنسی در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه

معناداری دارد. نتایج پژوهش با کمک ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل کیفیت زندگی با عملکرد جنسی در افراد شرکت کننده در پژوهش همبستگی مثبت و معناداری برقرار است. همچنین، ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان نشان داد ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی می توانند عملکرد جنسی در افراد نمونه را پیش بینی کنند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می شود. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج برخی از محققان قبلی مانند کریمی (۱۴۰۰)، خراسانی (۱۳۹۸)، سراج، پویامنش و تقی لو (۱۳۹۷)، لیاقت و سادات نیری (۱۳۹۷)، علیرضایی، پیربلوطی و شریفی (۱۳۹۳)، کامپوس، دناردی، لیمبرگر و کالداس^{۳۸} (۲۰۲۲)، مالیک، مونیر، غنی و احمد^{۳۹} (۲۰۲۱) و هو، لی، جئونگ، هو، لام و همکاران (۲۰۲۱) همسو می باشد. یافته پژوهش پاکاریس، اورکیس، میلوستیک-سرب، تورک، فارسیس و همکاران (۲۰۲۱) که در مطالعه ای دریافتند بین عملکرد جنسی با کیفیت زندگی در زنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، همسو با یافته حاضر است. شیوه و رفاهی (۱۳۹۵) نیز در این زمینه و همسو با یافته حاضر دریافتند که بین کیفیت زندگی و تمام ابعاد عملکرد جنسی به جز درد رابطه معنی داری وجود دارد و از بین ابعاد عملکرد جنسی تحریک روانی و رضایت مندی به ترتیب بیشترین و کمترین رابطه را با کیفیت زندگی دارا هستند. در متغیر عملکرد جنسی تنها بعد تحریک روانی قادر به پیش بینی کیفیت زندگی می باشد. در تبیین این یافته از مطالعه باید گفت که کیفیت زندگی یکی از مؤلفه های روان شناسی مثبت نگر است و شامل ادراک، شناخت ها، علایق، انتظارات و عواطف مثبت و منفی و ... می شود. از آن جا که این مؤلفه ها با رضایت از زندگی زناشویی از یکسو و از سوی دیگر و به طور خاص با روابط جنسی بین زوجین می تواند در ارتباط باشند، باید تبیین نمود که کیفیت زندگی با رضایت جنسی و زناشویی در ارتباط است. اگر بتوان کیفیت زندگی را به عنوان زیر شاخه ای از سلامت روانی مجموعه ای از رفاه جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد تعیین می شود در نظر گرفت افرادی که کیفیت زندگی بالاتری دارند طبعاً از رضایت جنسی و زناشویی بیشتری نیز برخوردار هستند و در نتیجه سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی بالاتری دارند. همچنین، می توان بیان نمود که ارتباطات زناشویی و رضایت زناشویی یکی از عناصر مهم در کیفیت زندگی می باشد و به عنوان یک عامل حمایتی در مقابل مشکلات مرتبط با سلامت در نظر گرفته می شود. به بیان دیگر وقتی فرد در زندگی از تعامل اجتماعی مناسبی برخوردار باشد و بتواند با دیگران و اعضای خانواده در سطح مطلوبی رابطه مثبت داشته باشد و نظرات و احساسات خود را با آن ها در میان بگذارد و مدیریت مناسبی در زمینه کیفیت خواب، تجارب استرس، افسردگی و اضطراب داشته باشد و در عین حال از نظر جسمانی کمتر دچار خستگی یا ضعف و

^{۳۸}Campos, De Nardi, Limberger & Caldas

^{۳۹}Malik, Munir, Ghani & Ahmad

^{۴۰}Ho, Li, Cheung, Ho & Lam

بیماری باشد این عوامل با هم می توانند بر افزایش توانایی و همدلی در زندگی زناشویی و برقراری مناسب تر رابطه و صمیمیت بین زوجین نقش داشته باشند. همین ارتباط که بدنبال سلامت روانی بهبود می یابد با خود می تواند بر رابطه جنسی و عوامل پیرامون آن تعیین کننده باشد. بنا بر نظریه شناختی-رفتاری وقتی فرد از نظر روانی در سطح پایین عمل نماید یعنی دچار اضطراب و افسردگی و خطاهای متعدد شناختی و رفتاری باشد چون در مدیریت هیجانات و احساسات خود ناتوان است در روابط زناشویی نیز این احتمال که از راهبردهای غیرسازنده و تنش زا بیشتر استفاده کند بالا می رود و همین تنش و پرخاشگری در تعامل زناشویی می تواند با تغییراتی در برانگیختگی جسمانی و کاهش تعامل مطلوب بین زوجین و به دنبال آن کاهش در تعداد روابط جنسی و اختلال در کارکرد جنسی را به همراه آورد. از دیگر سو، مطابق با نظریات روانکاوی می توان بیان نمود زنانی که به دلیل آزار و اذیت بدنی و دیگر اشکال خشونت از جانب خانواده دچار سرکوب هیجانات و عواطف شده اند به دلیل برخورداری از هیجانات تخلیه نشده و جابجایی در احساسات و عواطف ناکام ساز ممکن است به جای زبان و رفتار کلامی با بدن و حالات مرتبط با آن خشم و ناراحتی خود را بخواهند به شکلی غیرهشیار به عرصه ابراز درآورند و به همین دلیل یعنی بروز برخی علائم روان-تنی در قالب کارکرد جنسی مختل ناراحتی خود را نمایش دهند.

فرضیه دوم پژوهش: کیفیت زندگی و ابعاد آن با امیدواری در زنان قربانی خشونت خانگی رابطه معناداری

دارد. یافته دیگر مطالعه با کمک ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل کیفیت زندگی با امیدواری در افراد شرکت کننده در پژوهش همبستگی مثبت و معناداری برقرار است. همچنین، ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان نشان داد ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی می توانند امیدواری در افراد نمونه را پیش بینی کنند. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می شود. امید به عنوان یک عامل پیچیده و بالقوه نیرومند در بهبودی و سازگاری مؤثر افراد با آسیب های متعدد رفتاری و عاطفی تعریف شده است. امید از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به افراد کمک می کند تا بحران ناشی از آسیب یا بیماری را تحمل کنند. ناامیدی در واقع تحمل شرایطی است که در آن دست یابی به هیچ هدفی مورد انتظار نباشد. از جمله ابعاد کیفیت زندگی که در مطالعات متعدد نقش مثبت آن بر امید به زندگی مبتلایان به آسیب های جسمانی و روانی تأیید شده است، متغیر سلامت روانی می باشد. سلامت روانی مانند بیماری های روانی دارای نشانه هایی است که با عملکرد هیجانی، روان شناختی و اجتماعی همراه بوده ولی متفاوت از هم تعریف و در نظر گرفته می شوند. سلامت روانی شامل ارزیابی و درک افراد از کیفیت زندگی در حوزه های مختلف شامل بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی است. بهزیستی هیجانی رضایت از زندگی و تعادل بین عاطفه مثبت و عاطفه منفی است. بهزیستی روانی ملاک شخصی و خصوصی هر فرد برای ارزیابی از عملکرد روانی خودش است که مهمترین ابعاد آن پذیرش خود، رشد روانی و داشتن هدف و تسلط در زندگی است. بنا به نتایج بسیاری از مطالعات پیشین و همسو با یافته حاضر مانند آدامز و بیبل^۱ (۲۰۱۹)، استیونز، گوئررو، گرین و جاسون^۲ (۲۰۱۸)، داسیلو و باربوسا^۳ (۲۰۱۸) و اصل و وکیلی (۱۳۹۶) سلامت روانی و امیدواری دارای رابطه تنگاتنگی با هم هستند. در تبیینی دیگر می توان به نظریه

^۱ Adams & Beeble

^۲ Stevens Guerrero, Green & Jason

^۳ Da Silva & Barbosa

زیمباردو و بوید اشاره کرد. مطالعات پیشین نشان داده اند که سلامت روانی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی در افرادی که درگیر تجارب استرس زا و ناکام کننده هستند از جمله اضطراب و افسردگی رخ می دهد و سلامت روانی می تواند کاهش یابد. در فرد افسرده یا مضطرب و درگیر با تجارب پر استرس احتمال اینکه فرد از نظر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز به دلیل برانگیختگی بالاتر دچار تحریفات شناختی و نشخوار فکری نسبت به خاطرات گذشته و تمرکز بیش از حد بر گذشته گردد و کمتر به زمان اکنون و آینده توجه شود بالا می رود. در این زمینه زیمباردو نتیجه گرفت که نگرش ما نسبت به زمان، بر صفات کلیدی شخصیتی، از قبیل اجتماعی بودن و یا خوش بینی تأثیر می گذارد. چشم انداز زمان بسیاری از قضاوت ها، تصمیم ها و رفتارهای ما را تحت تأثیر قرار می دهد. چشم انداز زمان چارچوب هایی ایجاد می کند که به انسان اجازه ی معنابخشی به وقایع در ابعاد زمانی می دهد. این ابعاد زمانی شامل گذشته، حال و آینده است. همچنین، چشم انداز زمان یک دید کلی مطرح می کند که افراد از طریق آن بتوانند به انتخاب و دنبال کردن اهداف خود بپردازند (گلستانه و نوروزی، ۱۳۹۷). بنابراین فرد درگیر خشم، اضطراب و افسردگی از نظر پردازش اطلاعات و تمرکز بر زمان حال با مشکل مواجه است و این شخص مطابق با نظر زیمباردو نمی تواند به دلیل تمرکز بر زمان حادثه و گذشته در تعاملات زمان حال به شکل مناسبی وارد شود و امیدواری وی نیز به دنبال سایر صفات برخاسته از نگرش وی تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش می یابد. همچنین، می توان گفت بر طبق نظریه امید اشنایدر (۲۰۰۲) امید و چشم انداز زمان و آینده نگری را مجموعه ای شناختی می داند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است. بنابراین، امید، از دو مؤلفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. مسیرهای تفکر انعکاس دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر هم عبارت اند از افکاری که افراد درباره توانایی ها و قابلیت هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده اند تا به اهداف شان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می توان به اهداف رسید (اشنایدر و لویز، ۲۰۱۰). براین اساس چون مسیرهای تفکر در فرد دارای تجارب خشونت خانگی با مشکل و ناکارآمدی روبه رو می شود منابع تفکر نیز تحت تأثیر قرار گرفته و فرد نسبت به توانایی های خود و ظرفیت های زندگی پیش رو غفلت نموده یا به درستی نمی تواند آن ها را مورد توجه و تحلیل قرار بدهد و در نتیجه اهداف زندگی وی مختل یا کنار گذاشته شده و به این ترتیب امیدواری وی از کیفیت زندگی و به ویژه سلامت روانی وی متاثر می گردد.

در پژوهش حاضر همچون پژوهش های دیگر محدودیتهایی وجود داشت. بنابراین، با توجه به اینکه این مطالعه در مورد زنان دارای تجربه خشونت خانگی در یک شهرستان انجام شده است بنابراین با محدودیتهایی از لحاظ تعمیم یافته ها مواجه است. جهت گردآوری داده ها از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است و این امر می تواند با تحریف در پاسخ دهی و سوگیری هایی از جانب آزمودنی ها همراه بوده و دقت پاسخ را تحت تأثیر قرار داده باشد. به دلیل کمبود وقت و نبود امکانات مالی امکان انجام مطالعات مداخله ای و آموزش کیفیت زندگی و بررسی نقش آن بر سازه های وابسته امید و عملکرد جنسی زنان قربانی خشونت خانگی وجود نداشت لذا از یک مطالعه توصیفی استفاده شد. در این نوع مطالعه نتایج کسب شده تنها به توصیف رابطه بین متغیرها می پردازد و لازم است از هر گونه نتیجه گیری به شکل علت و معلولی خودداری گردد. نمونه گیری با روش در دسترس نیز می تواند توان تعمیم نتایج به دیگر جمعیت های دارای تجارب استرس زا را با محدودیت همراه سازد. محدودیت دیگر این مطالعه به تعداد جامعه مطالعه و حجم نمونه برمی گردد. با توجه به کم بودن قربانیان خشونت خانگی لذا حجم جامعه و نمونه در مطالعه حاضر برابر انتخاب شد و همین امر می تواند بر نتیجه کسب شده و میزان تعمیم نتایج به دیگر گروه های دارای تجارب خشونت زای خانگی محدودیت ایجاد نماید. همچنین در

رابطه با پیشنهادهای کاربردی می توان چنین بیان کرد که چون، نتایج مطالعه حاضر حاکی از نقش مثبت کیفیت زندگی بر عملکرد جنسی افراد نمونه بود. با توجه به این یافته مسئولین بهداشت و درمان جامعه می توانند در مراکز ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و نیز نهادهایی مانند شهرداری ها، سازمان های بهداشتی و ... و حتی مراکز مشاوره با افزایش آگاهی افراد نسبت به کیفیت زندگی و مهارت های مرتبط با آن با توجه به نظریاتی که در این زمینه وجود دارد مثلاً نظریه و کیفیت زندگی فشر دانش افراد را افزایش داده و به این ترتیب بر عملکرد جنسی افراد اعمال نفوذ نمایند. همچنین با توجه به نقش مثبت کیفیت زندگی و ابعاد آن بر امیدواری افراد نمونه به مسئولین پیشنهاد می شود در سطوح مختلف جامعه از مدارس و دانش آموزان گرفته تا مراکز ازدواج و خانواده با آموزش کیفیت زندگی بر امید افراد جامعه اعمال نفوذ نمایند و به این ترتیب افراد جامعه به ویژه افراد دارای تجارب خشونت آمیز را از پیامدهای روانی اجتماعی متعدد بعدی تا حدی مصون نگه دارند. در پایان پیشنهاد می گردد محققان و مولفان دست اندرکار در حوزه بهداشت روان و خانواده با تدوین کتابچه ها و بروشورهایی در این زمینه به ویژه کتابها و نوارهای صوتی-تصویری خودیاری در خصوص خشونت خانگی به افزایش آگاهی مردم جامعه اقدام نمایند.

منابع

- ۱) اخلاقی پور، منصور (۱۳۸۹). آسیب شناسی سازمان ها مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد در استان هرمزگان مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی، تهران، نشر نادیس.
- ۲) ابراهیم پور، رحمت و علمی، محمود (۱۳۹۴). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با احساس امنیت اجتماعی شهروندان شهر سردشت. مطالعات جامعه شناسی، ۷ (۲۶): ۷۱-۵۳.
- ۳) بالویی جامخانه، عزت الله و دیگران. (۱۳۹۰). مطالعه میزان توانمندی سازمان های مردم نهاد (NGOs) فعال در حوزه بهداشتی استان مازندران. فصلنامه فراسوی مدیریت، (۱۸).
- ۴) بهاری، فرشاد. (۱۳۹۰). مبانی امید و امید درمانی: راهنمای امید آفرینی. تهران: انتشارات دانژه، چاپ اول.
- ۵) پناهی، محمدحسین و یزدان پناه، لیلا. (۱۳۸۳). اثر ویژگی های فردی بر مشارکت اجتماعی. تهران: فصلنامه علوم اجتماعی، (۲۶).
- ۶) درودی، حمید. (۱۳۸۹). اثر بخشی زوج درمانی گروهی امید محور بر افزایش رضایت زناشویی زوج ها با شوهر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- ۷) درخشان پور، فیروزه؛ محبوبی، حمیدرضا و کشاورزی، ساحل. (۱۳۹۳). شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۶ (۱)، ۲۱۶-۱۳۱.
- ۸) رضوانی، محمدرضا (۱۳۸۳). مقدمه ای بر برنامه ریزی توسعه روستایی در ایران. تهران: نشر قومس.
- ۹) رحیمی؛ فاطمه. (۱۳۹۹). خشونت علیه زنان، هشتمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- ۱۰) سعیدی، محمدرضا. (۱۳۸۲). درآمدی بر مشارکت سیاسی و سازمان های غیر دولتی. تهران: انتشارات سمت.

- ۱۱) سراجزاده، حسین و توکلی (۱۳۸۰). بررسی عملیاتی دینداری در پژوهش های اجتماعی. فصلنامه پژوهش وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۵ (۲۰ و ۲۱).
- ۱۲) سالکی، حسین (۱۳۶۹). مشارکت. ناشر: مؤلف، دوره چاپ ۱.
- ۱۳) شاه بهرامی، فرخ الله و دیگران. (۱۳۸۹). تأثیر فعالیت های سازمان های مردم نهاد بر پیشگیری از ارتکاب جرم زنان سرپرست خانوار. فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی، ۵ (۳).
- ۱۴) صدرزاده؛ سید مجید؛ موسوی، سید محمد؛ رضوانی کاخکی، بهرنگ و رحمانی؛ شقایق. (۱۳۹۹). بررسی علل خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به اورژانس مصدومین مشهد، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران ۲۳ (۳).
- ۱۵) طاهرخانی، سکینه؛ میرمحمدعلی؛ ماندانا؛ کاظم نژاد، انوشیروان؛ اربابی، محمد و عامل ولی زاده، مهنوش. (۱۳۸۸). بررسی میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۵ (۲)، ۱۲۳-۱۲۹.
- ۱۶) علی الحسابی، مهران. (۱۳۹۰). نقش سازمان های مردم نهاد و رهبران محلی در توسعه روستایی نمونه موردی: بندر لافت. فصلنامه مسکن و محیط روستا، (۱۳۴).
- ۱۷) غفاری، غلامرضا و امید، رضا. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و شاخص توسعه اجتماعی. تهران: انتشارات شیرازه.
- ۱۸) خالق خواه، علی؛ زارع، رقیه؛ قمریگیوی، حسین و ولیزاده، بهزاد. (۱۳۹۴). مقایسه هوش عاطفی و اجتماعی در زنان قربانی خشونت خانگی و زنان بهنجار. پزشکی قانونی ایران، ۲۱ (۲)، ۸۹-۸۳.
- ۱۹) کوئن، بروس. (۱۳۹۰). مبانی جامعه شناسی. ترجمه: غلامعباس توسلی و رضا فاضل، تهران: انتشارات سمت.
- ۲۰) محمدی ازنی، اسماعیل، سیده هاجر، حسینی، و شریفه، غمگسار (۱۳۸۷). نیازسنجی تعداد مراکز غیردولتی مورد نیاز سازمان بهزیستی مازندران. پروژه جهاد دانشگاهی استان مازندران. تهران: نشر مرکز آموزش مدیریت دولتی.
- ۲۱) محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۷۵). بیگانگی، مانعی برای مشارکت و توسعه ملی. نامه پژوهش، ۱ (۱).
- ۲۲) مرتضوی، مهدی. (۱۳۸۲). طراحی الگوی تحول اداری با رویکرد توسعه و تقویت سازمانهای غیردولتی. [رساله دکتری مدیریت]، دانشگاه تربیت مدرس، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران.
- ۲۳) وحید، فریدون و نیازی، محسن. (۱۳۸۳). تأملی در مورد رابطه بین ساختار و مشارکت اجتماعی در شهر کاشان. فصلنامه علوم اجتماعی، (۳۲).
- ۲۴) یزدان پناه و قزلسفلو، رقیه (۱۳۹۸). واکاوی نقش سازمان های غیر دولتی جهت دستیابی به توسعه پایدار روستایی (مطالعه موردی: استان گلستان). مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی، ۸ (۳): ۱-۱۲.
- ۲۵) ندرپور، یاسر (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر خشونت خانگی علیه زنان در شهر کوهدهشت. [پایان نامه کارشناسی ارشد]، رشته جامعه شناسی. دانشگاه یزد.
- ۲۶) Akyuz, A; yavan, T; sahiner, G; & kilic, A; (2012). Domesti violence and women's reproductive health; a review of the literature. Aggression and violent behavior, 17, ۵۱۷-۵۳۰.
- ۲۷) Allen CT, Swan SC, Raghavan C. Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. Journal of interpersonal violence 2009; 24(11): 34- 1816.

- ۲۸) Adams, A. E; & Beeble, M. L. (2019). Intimate partner violence and psychological well-being: Examining the effect of economic abuse on women's quality of life. *Psychology of Violence*, 9(5), 517.
- ۲۹) Arai, L; Shaw, A; Feder, G; Howarth, E; MacMillan, H; Moore, T. H; ... & Gregory, A. (2021). Hope, agency, and the lived experience of violence: A qualitative systematic review of children's perspectives on domestic violence and abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 427-438.
- ۳۰) Falcke, D., & Féres-Carneiro, T. (2011). Reflexões sobre a violência conjugal: Diferentes contextos, múltiplas expressões. *Desafios psicossociais da família contemporânea*, 72-87.
- ۳۱) Ghazi, Tabatabai; M, Mohseni; Tabrizi, AR,. Marjai, SH; (2004). Studies on domestic violence against women. Tehran, Iran: Office of Social Affairs, Ministry of Interior; ۲۰۰۴. [□□ □□□□□□□□].
- ۳۲) Hassan, M; Kashanian, M; Roohi, M; Vizheh, M; Hassan, M; (2011)0. Domestic violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Sociology of Women* 2011; 1(4): 77-95. [In Persian].
- ۳۳) Nikbakht, NA; Hossein, AN; Mehrdad, N; (2014). The prevalence of violence against Iranian women and its related factors. *Glob J Health Sci* 2014; 7(3): 37-45.
- ۳۴) Pastor Z. (2011). Female sexual desire disorders prevalence, classification and treatment possibilities. *CeskaGynekol*; 76(1): 59-64.
- ۳۵) Saberian, M; Atash, Nafas, E; Behnam, B; (2003). Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan (2003). *Koomesh* 2005; 6(2): ۱۱۵-۲۲. [□□ □□□□□□□□].
- ۳۶) Taylor S. E. (2011). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science*, 18, PP 800-839.
- ۳۷) World Health Organization. (2013). Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions' [- News release]. Geneva: World Health Organization.