

رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با خشونت خانگی

سید علیرضا افشانی*، لیلی بنیاد**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۲

چکیده

خشونت از مباحث جهانی بوده که همواره مورد توجه اندیشمندان قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با خشونت خانگی است. در این پیمایش از پرسشنامه پور رحیمیان (۱۳۹۳) و از پرسشنامه سبک زندگی لعلی، عابدی و کجباف (۱۳۹۱) برای سنجش متغیر سبک زندگی سلامت‌محور استفاده شده است. بدین منظور و جهت پی بردن به رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با خشونت خانگی بر اساس فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر از زنان متأهل شهر یزد را به روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با ابزار پرسشنامه مورد پیمایش قرار گرفتند. نتایج نشان داد بین سبک زندگی سلامت‌محور و خشونت خانگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین تمامی ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روانی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) با خشونت خانگی علیه زنان رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. مدل معادله ساختاری نیز حکایت از تأثیر معکوس سبک زندگی سلامت‌محور بر خشونت خانگی داشت و شاخص‌های برازش مدل نیز بیانگر مطلوبیت حمایت داده‌ها از مدل بود. نتایج پژوهش نشانگر اهمیت دو بعد از ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور است: یکی کنترل وزن و تغذیه و دیگری ورزش و تندرستی. اساساً زنانی که ورزش می‌کنند حتی اگر مورد خشونت هم واقع شوند بهتر می‌توانند روحیه خود را حفظ کرده و همچنان برای جلوگیری از اعمال خشونت به دنبال راه‌حل‌های جدید باشند.

واژه‌های کلیدی: خشونت، سبک زندگی، سلامت، زنان، یزد

بیان مسئله

خانواده یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی در طول تاریخ جوامع بشری بوده است. پدیده‌های رایج در جامعه امروزی، سوء رفتار با افراد به‌خصوص افراد آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد. در این مورد خشونت خانگی علیه زنان یک پدیده جهانی است و به زیرساخت‌های مادی و معنوی هر جامعه در زمان‌ها و مکان‌های متفاوت متکی است. از دهه ۱۹۷۰ به بعد خشونت علیه زنان به‌عنوان یک بحران جهانی مورد تعمق و تحقیق روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و آسیب‌شناسان اجتماعی در محافل پژوهشی جهان قرار گرفته است. این پدیده در ابعاد جهانی از مهم‌ترین عوامل بروز بسیاری از نابهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی تشخیص داده شده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۶۸). این خشونت در محیط خصوصی رخ می‌دهد و معمولاً زنان و دختران قربانیان طراز اول آن به‌شمار می‌روند (حسن و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۸). در سال‌های اخیر، خشونت خانگی با گونه‌های متفاوت آن از جمله همسر آزاری، کودک‌آزاری و سالمند آزاری از گسترش روزافزونی برخوردار بوده است (بابایی فرد و حیدریان، ۱۳۹۳: ۳۶). چنانچه بخواهیم این دو واژه (خشونت خانگی) را به‌صورت مجزا تعریف کنیم می‌توان گفت خشونت به معنی خشونت، تخریب و درد می‌باشد درحالی‌که خانواده نشان‌دهنده کیفیت مراقبت، عشق و شادی می‌باشد (Payne & wermeling, 2009: 1). در اکثر جوامع مدرن زنان نه‌تنها در معرض خشونت و قربانی خشونت مردان‌اند بلکه ترس از مواجهه با این خشونت زندگی آنان را تحت‌الشعاع قرار داده است (مهدی زادگان و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۶). اما باوجود آمار و ارقام درباره وضعیت خشونت در جهان، متأسفانه در ایران، گزارش رسمی دقیقی وجود ندارد. به این دلیل که یکی از ویژگی‌های خشونت علیه زنان در ایران، پنهان بودن آن هم از نظر خانواده‌ها و هم از نظر مراجع رسمی است. زنان تا آنجا که امکان دارد سکوت می‌کنند و اعتراضی نمی‌کنند. پنهان نگاه‌داشتن اعمال خشونت علیه زنان و پرهیز از واکنش فعال به آن یکی از مشخصات خشونت علیه زنان در همه جوامع است. به نظر می‌رسد چنین نگرشی به خشونت در هر جامعه، دلایل

خاص خود را دارد و با شرایط و زندگی فردی زنان در هر جامعه‌ای متناسب است (سهراب زاده و منصوریان راوندی، ۱۳۹۶: ۲۴۶). از دیدگاه صاحب نظران سبک زندگی سلامت محور یکی از عوامل تأثیرگذار بر خشونت خانگی در میان زنان می‌باشد. امروزه سبک زندگی به عنوان یک مفهوم عام و سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک مفهوم خاص به موضوع مهم در میان اصحاب سلامت تعریف شده است. سبک زندگی سلامت محور به معنای بررسی الگوهای جمعی رفتارهایی است که سلامت افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد (خوشنویس، ۱۳۹۲ و الماسی، ۱۳۹۷: ۷۶). اصطلاح سبک زندگی به روش زندگی مردم و بازتابی کامل از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها اشاره دارد. همچنین ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی (فعالیت بدنی، تغذیه، اعتیاد به الکل و دخانیات و...) است که در پی فرایند جامعه‌پذیری به وجود آمده است. اتخاذ سبک زندگی سلامت محور این امکان را برای مردم فراهم می‌آورد که به عنوان یک اقدام پیشگیرانه، قدری کنترل شخصی بر سلامت خود داشته باشند. برای بیشتر مردم، سبک‌های زندگی سلامت محور متضمن تصمیمات ریزودرشت درباره غذا، ورزش، غلبه بر فشار روحی، سیگار کشیدن، دارو، خطر تصادفات (استفاده از کمربند) و وضع ظاهری بدن است. به عبارت دیگر در شرایط کنونی اوضاع به گونه‌ای پیش می‌رود که سبک‌های زندگی سلامت محور می‌توانند به عنوان شیوه‌هایی از زیستن مفهوم‌پردازی شوند بنابراین انتخاب‌هایی که عموماً افراد سالم سعی می‌کنند از طریق آنها سلامتشان را حفظ کنند یا بهبود بخشند و از بیماری و صدمه بپرهیزند مهم و باارزش تلقی می‌شود (مهدی زاده و خاشعی، ۱۳۹۷: ۵۲). بنابراین می‌توان گفت سبک زندگی به همراه ابعاد آن یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر خشونت خانگی است. بخشی از نظریات مربوط به خشونت شوهران بر ضد زنان در خانواده که آن را در گروه «نظریه‌های کلان» جای می‌دهند به دنبال الگوها و عوامل ساختاری‌اند که خانواده را مستعد خشونت می‌سازد. نظریه‌های سطح میانه و خرد شامل نظریاتی هستند که به خرده‌فرهنگ‌های خشونت و نظریات فمینیستی می‌پردازند که این

نظریات رفتارها و کنش متقابل میان اعضای خانواده را تبیین می‌کنند مانند نظریات منابع و یادگیری اجتماعی. با توجه به این‌که خشونت خانگی یک مفهوم چندبعدی است، نمی‌توان نظریه واحدی یافت که تأثیر سبک زندگی سلامت‌محور بر خشونت خانگی را به‌طور کامل مورد بررسی قرار دهد. در جامعه ما باورهای مردسالار حاکم بر جامعه، این خشونت‌ها را طبیعت مرد می‌داند و سعی در توجیه آن دارد و گاهی رنگ و سیاق اخلاقی و ناموسی به آن می‌دهد. این باورها، چنان در ذهن مرد و زن ایرانی از کودکی ریشه دوانده که اگر زن یا دختری در مقابل این خشونت‌ها مقاومت کند با برچسب‌ها و احکامی سخت‌تر روبه‌رو خواهد شد که اطرافیان و هم‌جنسان خود به او می‌دهند. نگرش‌های فرهنگی خانواده‌های ایرانی بر اساس تحمل و تبعیت زنان و فرزندان از درخواست‌های شوهر - پدر شکل گرفته است و خشونت‌های روزمره و محدود، تربیت در نظر گرفته می‌شوند؛ در نتیجه، بسیاری اوقات، فرد تحت خشونت، درکی از ستم وارد بر خود ندارد؛ اما عجیب آنکه زنان این موضوع را بیشتر از مردان توجیه می‌کنند (شریتیان و همکاران، ۱۳۹۶: ۴۹). شهر یزد به‌عنوان یکی از شهرهایی که کمتر در معرض مدرن شدن بوده و به نسبت شهرهای دیگر تا حدود زیادی توانسته ویژگی‌ها و سنت‌ها را در خود حفظ کند شناخته می‌شود. باین‌حال آمار خشونت خانگی، روندی افزایشی داشته است. پژوهش‌های مرتبط با خشونت خانگی در یزد نشان‌دهنده تأثیر عواملی چون: زنان قربانی خشونت همسران و سندرم زن کتک‌خورده (نوشیروانی شریف‌آباد و همکاران، ۱۳۹۹)، تأثیر سرمایه فرهنگی بر کاهش خشونت (افشانی و پور رحیمیان، ۱۳۹۶)، رابطه دینداری همسر و کاهش خشونت خانگی زنان در مهریز (افشانی و پور رحیمیان، ۱۳۹۴) و تأکید بر نقش پررنگ تربیتی - فرهنگی در کاهش بروز پدیده همسر آزاری (محسنی تبریزی و همکاران، ۱۳۹۱) می‌باشد. پژوهش‌های انجام‌شده پیرامون مسئله خشونت خانگی در یزد (محسنی تبریزی و همکاران، ۱۳۹۱؛ نوشیروانی شریف‌آباد و همکاران، ۱۳۹۹؛ زارع شاه‌آبادی و ندرپور، ۱۳۹۳). حاکی از ظهور یک مسئله اجتماعی در یک شهر سنتی است که به‌تازگی، شکل‌هایی از مدرنیته را

به خود دیده است. این شکاف بین سنتی بودن در گذشته و ورود به دوره جدیدی از زندگی برای زنان به همراه ریشه‌های تاریخی پدرسالاری و عدم تبعیت بی‌چون‌وچرای زن از خانواده و کاربرد گسترده از رسانه‌ها و تعاملات اجتماعی با سایر زنان، شرایط جدیدی را برای زنان به وجود آورده که گاهی ممکن است همسو با دیدگاه‌های شوهر نباشد. مجموعه‌ای از این عوامل باعث می‌شود در بعضی امور مانند مسئله اشتغال زنان بیرون از خانه، تعاملات زن با دوستان یا حتی بعضاً خانواده خود و همچنین ادامه تحصیل زنان، روابط زن و شوهر را دچار تضادهای اساسی می‌کند که در برخی مواقع منجر به اختلافات زناشویی و خشونت شوهر علیه زن (خشونت خانگی) می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال انجام شده است که چه رابطه‌ای بین سبک زندگی سلامت‌محور و خشونت خانگی علیه زنان وجود دارد؟

پیشینه پژوهش

در ارتباط با پژوهش حاضر می‌توان گفت مقاله‌ای که به‌طور دقیق به بررسی رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته باشد مشاهده نشد لیکن برخی مقالات به رابطه برخی متغیرهای سبک زندگی و خشونت خانگی پرداخته‌اند مانند پژوهش شایان و همکاران (۱۳۹۸) که به بررسی رابطه همسر آزاری و سلامت روانی در زنان دچار خشونت خانگی ارجاع شده به پزشکی قانونی شهر شیراز پرداخته است و با پژوهش زارع شاه‌آبادی و خالویی (۱۳۹۴) که به بررسی مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور در بین گروه‌های مختلف زنان شهر یزد (با تأکید بر زنان شاغل و غیر شاغل) پرداخته است و یا مقاله حسینی فهرجی (۱۳۹۵) که به بررسی تعیین رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور با خودانتقادگری، روان رنجورخویی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان یزد پرداخته است. بنابراین می‌توان به متغیرهای سلامت روان، شاغل یا غیرشاغل بودن زنان و خودانتقادگری، روان رنجورخویی در دانش‌آموزان دختر به‌عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور اشاره داشت.

میرزایا و فیروزی (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان «کووید ۱۹ زمینه‌سازی برای افزایش خشونت خانگی علیه زنان: مطالعه مروری نظام‌مند» به این نتیجه رسیدند قرنطینه طولانی‌مدت، مشکلات اقتصادی، مصرف الکل و مواد مخدر و اختلالات روانی از دلایل افزایش خشونت خانگی هم‌زمان با شیوع کووید ۱۹ به شمار می‌رود. همچنین با توجه به پیامدهای منفی خشونت خانگی برای سلامت روانی و جسمانی قربانیان، هماهنگی و همکاری نهادهای مختلف در جهت طراحی و اجرای راهبردهای مداخله‌ای و حمایتی مؤثر به‌منظور جلوگیری از بروز خشونت خانگی و کاهش تأثیرات منفی ناشی از آن، توصیه شده است.

نوشیروانی شریف‌آباد و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان «سندرم زن کتک‌خورده پیامد خشونت خانگی علیه زنان در شهر یزد: مطالعه کیفی» انجام داده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد خشونت خانگی علیه زنان، پیامدها و مشکلات زیادی را به وجود می‌آورد. این مشکلات مانند حلقه‌های زنجیر، به‌هم‌پیوسته و باعث تقویت همدیگر می‌شود. زنان قربانی خشونت همسران، این پیامدها را به‌صورت سندرم زن کتک‌خورده تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش زمانی مقدم و حسنوندی (۱۳۹۸) نشان داد که مسائل شوهر، موجب خشونت‌ورزی علیه زنان می‌شوند. باوجود این وضعیت نامناسب اجتماعی این زنان و هم‌چنین فرهنگ مردسالار حاکم بر این محله، زنان مورد مطالعه را در برابر خشونت شوهران، بی‌دفاع می‌کنند. خشونت‌ورزی علیه زنان، پیامدهای اجتماعی و روان‌شناسی مخربی برای این زنان به دنبال دارد. زنان در چنین وضعیتی چاره‌ای جز ساختن و سوختن ندارند.

امیری (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی علیه زنان» به‌صورت پیمایشی به مطالعه زنان در شهر کرمانشاه پرداخت. حجم نمونه در این پژوهش برابر با ۱۰۰ نفر و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. نتایج پژوهش حاکی از

آن بود که خشونت علیه زنان، سلامت و اعتماد به نفس او را از بین می برد و امید به زندگی را در او کاهش می دهد.

افشانی و پور رحیمیان (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «الگوسازی معادلات ساختاری تأثیر سرمایه فرهنگی بر خشونت خانگی علیه زنان» که با استفاده از روش تحقیق پیمایشی و نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، بر روی ۳۰۹ نفر از زنان متأهل ۱۵ تا ۶۰ ساله شهر مهریز انجام گرفته، نشان دادند که بین سرمایه فرهنگی و ابعاد آن (تجسم یافته، عینیت یافته و نهادینه شده) با خشونت خانگی علیه زنان رابطه معنی داری وجود دارد، بنابراین ارتقای سطح سرمایه فرهنگی به منزله یکی از منابع در دسترس خانواده ها می تواند احتمال بروز خشونت خانگی را کاهش دهد.

نتایج پژوهش زارع شاه آبادی و ندرپور (۱۳۹۳) نشان داد که از بین ابعاد خشونت، میزان خشونت روانی با میانگین ۲۹/۲۸ بیش ترین و خشونت جنسی با میانگین ۱۳/۲۲ کم ترین میزان خشونت را به خود اختصاص دادند و تجربه خشونت در دوران کودکی مرد با میانگین ۴۵/۳۱، همبستگی مثبت و معناداری با خشونت علیه زنان دارد. همچنین متغیرهای وضعیت اشتغال و درآمد رابطه معناداری با خشونت خانگی علیه زنان نداشتند. در نتیجه اینکه هرچه فرد در دوران کودکی شاهد خشونت والدین نسبت به همدیگر یا نسبت به خود باشد او نیز در آینده دست به خشونت نسبت به همسر و فرزندان خود می زند.

سونگ و همکاران در پژوهش خود با عنوان «فرهنگی یا نهادی؟ تأثیرات متنی بر خشونت خانگی علیه زنان در روستاهای چین» که با استفاده از داده های حاصل از نظرسنجی وضعیت اجتماعی زنان در چین (CWSS) برای شناسایی عوامل مهم زمینه ای و اثرات متقابل آنها بر خشونت خانگی، از مدل سازی چند سطحی استفاده شده بود نشان دادند هر دو عامل فرهنگی و نهادی در یک جامعه با خطر خشونت خانگی علیه زنان ارتباط دارند. علاوه بر این، اقدامات نهادی به طور قابل توجهی به خطر خشونت خانگی مربوط می شود که در آن هنجارهای فرهنگی مردسالار غالب است. یافته ها اهمیت تغییر

هنجارهای مردسالاری و ارتقا برابری جنسیتی را در مبارزه با خشونت خانگی در روستاهای چین نشان داد (Song & Zhang, 2021).

در پژوهش هایز و همکاران، داده‌های نظرسنجی از ۴۰۴ دانش‌آموز پلیس که در کالج پلیس جیانگ درهانگزو چین حضور داشتند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اکثر دانش‌آموزان (۶۴/۱۰ درصد) بدرفتاری با کودک را تجربه کردند. نزدیک به هر پنج دانش‌آموز (۱۹/۱۰ درصد) شاهد خشونت خانگی در خانه خود بودند. از نظر بدرفتاری با کودک یا مشاهده خشونت در خانواده، تفاوت معناداری بین دانش‌آموزان پسر و دانش‌آموزان دختر وجود نداشت. نگرش‌های حمایتی دانش‌آموزان و دانشجویان نسبت به خشونت‌های خانوادگی بیشتر از زنان است. بدرفتاری با کودک و شاهد خشونت خانگی با نگرش نسبت به خشونت خانگی ارتباط نداشت. پشتیبانی از انتقال نسلی خشونت در میان این نمونه از دانش‌آموزان پلیس چین یافت نشد. پیامدهای آموزش و تحقیقات آینده مورد بحث قرار گرفته است (Hayes et al, 2020).

همچنین کافکا و همکاران، پژوهشی با عنوان «قضاوت خشونت خانگی از طرف دادگاه: یک تحلیل روایت از داستان‌های قضایی در مورد پرونده‌های حفاظت از خشونت خانگی داخلی» انجام دادند. حجم نمونه از ۲۰ قاضی مصاحبه شده، ۱۴ قاضی مرد و شش قاضی زن، مصاحبه‌شوندگان بین ۴ ماه تا ۱۹ سال به‌عنوان قاضی دادگاه منطقه کارولینای شمالی خدمت کرده بودند (متوسط = ۱۱ سال) پژوهشگران در نهایت به این نتیجه رسیدند که زنان خشونت دیده در داستان‌هایی که به اشتراک گذاشته‌اند، قضات اغلب از کلیشه‌های جنسیتی استفاده می‌کنند تا تصویری از طرف دادخواهان را نشان دهند و بسیاری از قضات معتقدند که DVPOs (دستور محافظت در برابر خشونت خانگی) در پیشگیری از خشونت، کارایی محدودی دارند. البته ما استدلال می‌کنیم که بینش‌های شناختی مهم توسط اعضای مصاحبه‌کننده در طی عمل به‌صورت داستان‌نویسی بیان می‌شود. در مورد قضات، تعصبات آنها می‌تواند منجر به انحلال DVPOs در شرایطی شود که وجود آنها برای محافظت از زنان ضروری است (Kafka et al, 2019).

نتایج مطالعه زنان حداقل یک بار ازدواج کرده و بالای ۱۸ سال در منطقه کوتاهیای مرکزی ترکیه نشان داد که ۴۱/۳ درصد از زنان خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند و اکثریت (۸۹/۲ درصد) از سوی همسرانشان مورد خشونت قرار گرفته‌اند. بین میانگین نمره SDVAW (داده‌های جمعیت شناختی و مقیاس خشونت خانگی علیه زنان) و وضعیت تحصیلی، وضعیت درآمدی، سن همسر، سطح تحصیلات همسر، سن ازدواج، نوع خانواده و سوءاستفاده از خشونت رابطه معنی‌داری وجود داشت (Basar & Demirci, 2018).

نتایج پژوهشی نشان داد آموزش سختگیرانه، رفتار خشونت‌آمیز در دوران کودکی و وضعیت ناباروری زنان، رابطه مثبتی با خشونت خانگی داشتند، درحالی‌که مجازات شدید در دوران کودکی و تأکید بر سلطه مردانه، رابطه منفی با خشونت خانگی داشتند. وضعیت ناباروری زنان، قوی‌ترین و مجازات شدید در دوران کودکی، ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت خانگی داشتند (Laeheem & Boonprakarn, 2017).

در یک مطالعه مروری با عنوان «اشتغال و خشونت خانگی زنان: مروری بر ادبیات»، به روش ترکیبی به مطالعه ۲۰ پژوهش انجام شده در مورد تجربیات زنان دریافت‌کننده خدمات بهداشتی، زنانی که در محیط پناهگاه زندگی می‌کنند یا دچار خشونت خانگی شده‌اند، زنان باردار و زنانی که از اواخر سال ۱۹۸۸ تا ۲۰۱۴ از سو استفاده قانونی محافظت می‌کنند، پرداخت. این بررسی بر روی بررسی‌های کمی متمرکز بود تا اندازه نمونه‌های بزرگ‌تر را که می‌تواند به تعداد بیشتری از زنان تعمیم داده شود را مورد بحث قرار دهد. نشان داد که مطالعات انتخاب‌شده، اختلالات در محل کار را در میان زنان مبتلا به خشونت خانگی تشخیص می‌دهد. آزار و اذیت در محل کار در چهار مطالعه بررسی شده نشان داد که کاهش معنی‌داری در میزان بهره‌وری و عملکرد وجود دارد. از دست دادن مدت‌زمان کار نیز دلیل جدی برای بی‌ثباتی اشتغال است. در هفت مطالعه مورد بررسی، از دست دادن شغل یا بیکاری در نتیجه خشونت خانگی اتفاق افتاده است. برای جلوگیری از بی‌ثباتی کاری، کارفرمایان می‌توانند سیاست‌ها و روش‌ها

و برنامه‌های کمک‌های کارکنان (EAP) را دوباره تنظیم کنند و سیاست‌گذاران نیز می‌توانند حمایت‌های بیشتر و گسترده‌تری را برای افرادی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند، ارائه دهند (Showalter, 2016).

در مجموع و با توجه به پژوهش‌های بررسی شده می‌توان گفت تحقیقات متنوعی هم در داخل و هم خارج از کشور پیرامون موضوع خشونت خانگی انجام شده و هرکدام به بررسی تأثیر متغیرهایی خاص بر خشونت خانگی پرداخته‌اند مانند تأثیر خشونت خانگی بر سرمایه فرهنگی، کارکرد خانواده، سلامت روان، نیمرخ روانی زنان متأهل، رابطه خشونت با تعارض در زندگی زناشویی، تأثیر رفتار خشونت‌آمیز در دوران کودکی و وضعیت ناباروری زنان و خشونت خانگی در جمعیت روستایی. بنابراین با این تفاسیر به نظر می‌رسد یکی از موضوعاتی که کمتر بدان پرداخته شده؛ بحث تأثیر سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی؛ کنترل وزن و تغذیه؛ پیشگیری از بیماری؛ سلامت روانی؛ سلامت معنوی؛ سلامت اجتماعی؛ اجتناب از دارو؛ پیشگیری از حوادث؛ سلامت محیطی) بر خشونت خانگی است که در پژوهش حاضر تلاش بر آن بوده که رابطه این دو متغیر مورد بررسی قرار گیرد.

مبانی نظری

نظریه منابع

شاید بیشترین استناد به نظریه استفاده از تئوری منابع باشد. گود خشونت را به‌عنوان منبعی شبیه منابع مادی تصور می‌کند. از خشونت یا تهدید به خشونت می‌توان برای به دست آوردن اطاعت و پیروی در غیاب منابع مادی استفاده کرد. وی استدلال می‌کند که شوهرها در خانواده‌ها نسبت به سایر اعضا، نیروی بیشتری اعمال می‌کنند و شوهران با بیشترین منابع مادی، احتمالاً از خشونت استفاده می‌کنند زیرا منابع مادی اطاعت و پیروی از آنها را تضمین می‌کند. خشونت، یا تهدید به خشونت، به‌عنوان جایگزینی

برای منابع مادی به عنوان پایگاه قدرت عمل می کند. بنابراین، این نظریه منجر به این پیش بینی می شود که شوهرهایی که از طبقه اجتماعی پایین تری برخوردارند، بیشتر از همسران دارای پایگاه طبقاتی بالاتر، از خشونت استفاده می کنند. تئوری منابع توسط بسیاری از مطالعات که نشان می دهد مردان با سطح درآمد، اعتبار و تحصیلات پایین تر، احتمال سوءاستفاده از همسران خود را دارند پشتیبانی می شود (Atkinson et al, 2005:1138). اگرچه تئوری منابع بر سطح مطلق منابع مردان تأکید دارد، اما دیگران با تأکید بر منابع نسبی همسران به عنوان پیش بینی کننده سو استفاده از همسر، نظریه منابع را اصلاح می کنند این تئوری نسبی منابع استدلال می کند که کمبود منابع در مردان نیست که سوءاستفاده از همسر را پیش بینی می کند بلکه کمبود منابع نسبت به همسران آنها است. دانشمندی که از این دیدگاه استفاده می کنند از معیارهای ناسازگاری وضعیت استفاده می کنند و استدلال می کنند که وقتی مردان نسبت به همسرانشان از موقعیت بالاتری برخوردار نیستند، برای به دست آوردن قدرت از خشونت استفاده می کنند. این مطالعات فرض می کنند شوهران می خواهند منابع بیشتری نسبت به همسرانشان داشته باشند. به این معنی که آنها تصور می کنند همسرانشان دارای ایدئولوژی های کلیشه ای جنسیتی هستند از خشونت استفاده می کنند. تئوری منابع توسط بسیاری از مطالعات که نشان می دهد مردان با سطح درآمد، اعتبار و تحصیلات پایین تر، احتمال سوءاستفاده از همسران خود را دارند پشتیبانی می شود (همان: ۱۱۳۸).

نظریه همسان همسری

یکی از نظریاتی که می تواند به نوعی تبیین کننده پدیده خشونت علیه زنان باشد نظریه همسان همسری^۱ است. این نظریه، استحکام خانواده را ناشی از وجود ویژگی های همسان میان زن و شوهر می داند. همسانی میان دو فرد، نه تنها آنها را میان دو فرد جذب

می‌کند بلکه پیوند و وصلت ایشان را استوار می‌سازد. به عقیده هیل^۱؛ افراد مایل‌اند همسری برگزینند که بیشتر همسانشان باشد تا ناهمسانشان و چنانچه این قاعده به دلایلی رعایت نگردد احتمالاً زوجین دچار ناسازگاری و در نهایت جدایی می‌شوند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۱۸-۱۱۷). همسان‌همسری، گرایش به انتخاب فردی مشابه با خود به‌عنوان همسر بوده و بر مبنای ویژگی‌های متعددی از جمله جایگاه اجتماعی-اقتصادی، زمینه قومی، نگرش‌های اجتماعی، جذابیت، عوامل شخصیتی، تحصیلات و هوش می‌باشد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۷۷).

و بر

از دیدگاه وبر^۲، سبک زندگی در قالب پایگاه، گروه منزلتی معنی می‌یابد، به‌این‌ترتیب یک سبک زندگی معین در مورد همه اعضای یک گروه منطبق است و نه فقط بر یک فرد. به گفته هندی و دیگران از نظر وبر، دلیل اصلی برای نوع خاص از زندگی به نیاز گروه از جامعه برای تأیید اعتبار از موجودیت خویشتن برای خود و دیگران بازمی‌گردد، زیرا سبک‌های زندگی مشخص، تقسیمات موجود در نظم اجتماعی مشروعیت می‌بخشد (حضرتی و سلمانی، ۱۳۹۵: ۱۳). سبک زندگی با رفتارها و تعاملات در حوزه خصوصی و عمومی بی‌ارتباط نیست. محتمل است افراد تحت تأثیر شرایط، موقعیت‌ها و محیط‌های متنوع رفتارهای مختلفی از خود نشان دهند. به‌عبارت‌دیگر، سرشت روابط میان فردی و روابط در گروه اجتماعی و رفتار در سطح اجتماعات چنین حکم می‌کند هرچند در این موارد انسان انتخاب‌گر است و بر اساس باورها، نگرش‌ها و تمایلات خود می‌تواند به‌گونه‌ای دیگر رفتار نماید. انسان‌ها با رعایت ملاحظاتی می‌توانند با سبک و شیوه‌های رفتاری خود به شرایط و موقعیت‌ها، معنای دیگری ببخشند (ابراهیم‌آبادی، ۱۳۹۲: ۳۶). انتخاب عقلانی، با الهام از عقلانیت

1. Hill
2. Weber

ابزاری ماکس وبر و در چارچوب فردگرایی روش‌شناختی، کار فاعلانی را عاقلانه می‌داند که در چارچوب اعتقاداتشان، نسبت به شقوق ممکنه با توجه به عواقبشان، شقی را برگزینند که برای رسیدن به غایاتشان بهترین راه باشد (جوادی یگانه، ۱۳۸۷: ۳۳). گلسر در کتاب انتخاب عقلانی بیان می‌کند که رفتارهای ما دو بعد بیرونی و درونی دارند. از این رو برای مدیریت این رفتارها دو روش کنترل بیرونی و درونی داریم. او بر این باور است که درمان با کنترل درونی بسیار مؤثرتر از کنترل بیرونی است: «ممکن است پدر، مادر یا معلمی باشید که می‌خواهد کودک را وادار کند بهتر درس بخواند. شاید هم رئیسی باشید که زیر دست خود را مجبور می‌کند کاری را انجام بدهد که از نظر او بی‌ارزش است. تا وقتی که معتقدیم می‌توانیم دیگران را کنترل کنیم یا دیگران ما را کنترل کنند، احساس بدبختی خاموش نخواهد شد. وی معتقد است که انسان به واسطه اینکه موجودی اجتماعی است، روابط عاطفی و نیازهای عاطفی‌اش ارضا نشوند، بیمار می‌شود (گلسر، ۱۳۹۰).

کاکرهام

کاکرهام^۱ را می‌توان به‌عنوان واردکننده بحث سبک زندگی سلامت‌محور در حوزه جامعه‌شناسی دانست. نوع تجارب و فرایند اجتماعی شدن که خود حاصل متغیرهای مختلف عوامل ساختاری است، شرایطی را فراهم می‌کند که در نتیجه آن افراد مسیر عملشان را انتخاب و ظرفیت‌هایی را برای «انتخاب‌های زندگی»^۲ ارزیابی می‌کنند و در نتیجه به افراد این قابلیت را می‌دهد تا شرایطشان را تفسیر کنند، دست به انتخاب‌های عمدی بزنند و بر اساس معانی ذهنی خود، اعمالشان را تنظیم کنند. از نظر کاکرهام، سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، بر اساس انتخاب‌هایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصت‌های

1. Cockerham
2. Life Choices

زندگی آنها مطابقت دارد. بر اساس الگوی نظری کاکرهام، متغیرهای مختلف عوامل ساختاری، از سویی «فرصت‌های زندگی» را می‌سازند و از سوی دیگر، زمینه «اجتماعی شدن» و «تجارب» مختلف را برای افراد ایجاد می‌کنند. مدلی که کاکرهام ترسیم کرده است، نشان می‌دهد که کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی، تمایلات افراد را به عمل، تولید می‌کند. این تمایلات خود منجر به ایجاد عادت‌واره‌ها می‌شوند. به این ترتیب عادت‌واره‌هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته‌اند، عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که در مجموع منجر به سبک‌های زندگی سلامت‌محور می‌شوند (ذکایی و همکاران، ۱۳۹۵: ۵۰). رویکرد سرزنش‌کننده قربانی در بهداشت عمومی وجود داشته است که در آن محققان، رفتارهای خطرناک را از نظر مسئولیت فردی مشاهده کرده‌اند یعنی، به جای در نظر گرفتن چنین رفتارهایی در یک زمینه اجتماعی گسترده که شامل موقعیت‌های زندگی است و باعث ارتقاء رفتار می‌شود، سبک زندگی ضعیف در سلامتی بیشتر به انتخاب‌های افراد نسبت داده می‌شود (Cockerham, 2007: 327). مطالعه کاملی از سبک زندگی سلامت در روسیه و اروپای شرقی انجام شده است. این بررسی با استفاده از چارچوب نظریه‌ای بورديو نشان می‌دهد سبک‌های زندگی منفی، به عنوان اجبارهای اجتماعی اولیه، در اواخر قرن بیستم در روسیه و اروپای شرقی باعث کاهش امید زندگی شده است. یافته‌های این تحقیق نشان داد گروهی که بیشتر در معرض کاهش طول عمر بودند، افراد میانسال و مردان طبقه کارگر بودند. اوضاع زندگی این مردان و موقعیت نسبتاً پایین و ضعیف آن‌ها در ساخت اجتماعی عادت‌ها را پرورش می‌داد که مبتنی بر انجام اعمال غیربهداشتی بود از جمله مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش. این نوع سبک زندگی باعث بالا رفتن بیماری‌های قلبی، تصادفات و دیگر مشکلات بهداشتی می‌شد که نهایتاً منجر به کوتاه شدن طول عمر می‌گردید (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۳۷).

مرتن

آنومی اصطلاحی است که توسط دورکیم^۱ بنیانگذاری شد و به واسطه مرتن^۲ بسط و گسترش داده شد. مفهوم کلی سنت آنومی این است که هر زمان قدرت هدایت هنجارهای متعارف ضعیف شود، می‌توان انتظار نرخ بالای رفتار انحرافی را داشت. چندین فرضیه خاص در مورد علت ایجاد تمایلات ناهنجاری (به‌عنوان مثال، کاهش کنترل‌های اجتماعی)، اینکه چه نیروهای اجتماعی الگوهای رفتار انحرافی را شکل می‌دهند، چه عواملی بر انتخاب‌های فردی یا جمعی تحت شرایط فشار تأثیر می‌گذارد، و اینکه چگونه چنین گزینه‌هایی به‌نوبه خود شکل می‌دهند، وجود دارد. یک محدودیت مهم این است که «تحمل تجربه دیگران - فشارهای آنها، انطباق و انحراف آنها، موفقیت و شکست آنها - بر فشارهای نفسانی و سازگاری‌های ناشی از آن، به‌طور نسبی نادیده گرفته می‌شود» (Cohen, 1965: 6). دورکیم در دو کتاب تقسیم‌کار^۳ و خودکشی^۴ درباره آنومی سخن گفته است در بخش کار، مشاهده کردیم که دورکیم «با آنومی به‌عنوان نتیجه تحولات اقتصادی رفتار می‌کند، مردم نمی‌دانند چه قوانینی در چرخه کسب‌وکار رونق اقتصادی» وجود دارد. اما در خودکشی، این مفهوم بسیار فلسفی‌تر می‌شود. در اینجا، دورکیم استدلال خود را در با یک ادعای هستی‌شناختی درباره ماهیت انسان مطرح می‌کند (Colman, 2014: 13). نظریه آنومی مرتون در سال ۱۹۳۸ منتشر شد، اما به دلیل بیدار نشدن علاقه اجتماعی این تئوری به اصطلاح «خواب» مانده بود. مرتون با توصیف قوانین گمشده اجتماعی که منجر به آنومی می‌شود و پیوند دادن آنها با جنبه اختلاف ارزش متوسط، اظهارات دورکیم را اصلاح می‌کند. شرایط ناهنجاری دیگر در شکاف بین نیازها و رضایت مشاهده نمی‌شود، بلکه در اختلاف بین اهداف و ابزارها جرم از واگرایی بین اهداف اجتماعی شناخته‌شده و دسترسی محدود به وسایل لازم

-
1. Durkheim
 2. Merton
 3. The Division of Labor
 4. Suicide

برای دستیابی به این اهداف ناشی می‌شود. این اختلاف بین اهداف و ابزارها در کلاس‌های مختلف متفاوت است، اما در همه اقشار امکان‌پذیر است. این اختلاف منجر به گمراهی فرد می‌شود و باعث استرس روانی و همچنین درگیری‌های اجتماعی می‌شود. کانون توجه وی انحراف افراد نیست (سطح خرد)، بلکه جستجوی توضیح میزان انحراف مختلف جوامع و گروه‌های مختلف (سطح کلان) است (Wickert, 2019).

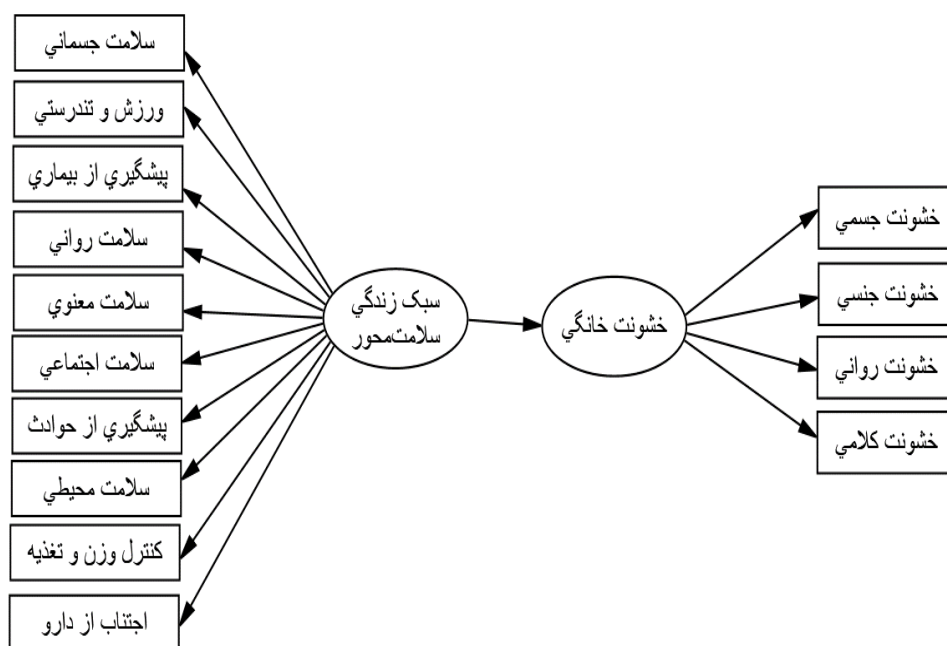
چارچوب نظری

با توجه به بررسی‌های پژوهشگران، اگرچه می‌توان گفت که نظریاتی که به‌طور دقیق بتوانند رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و خشونت خانگی را تبیین کنند مشاهده نشد لیکن با توجه به مباحث مطرح شده می‌توان نظریه وبر، نظریه منافع، نظریه کارهام و نظریه همسان‌همسری را به‌عنوان چارچوب نظری پژوهش حاضر انتخاب کرد. در آثار وبر، انتخاب‌های زندگی نماینده عاملیت و فرصت‌های زندگی، قالب‌هایی ساختاری هستند. در واقع هرچند سلامت و دیگر انتخاب‌های سبک زندگی، امور ارادی هستند، فرصت‌های زندگی (که در درجه اول جایگاه طبقاتی افراد را نشان می‌دهند) یا انتخاب‌ها را گسترش می‌دهند یا آن‌ها را محدود می‌کنند؛ همان‌گونه که انتخاب‌ها و فرصت‌ها برای تعیین خروجی‌های رفتاری با هم رقابت می‌کنند (کارهام، ۱۳۹۶: ۲۶). مقوله سلامت موضوع مهمی است و اهمیت آن زمانی بیشتر درک می‌شود که آن را در ارتباط با بخش مهمی از جامعه که زنان هستند قرار دهیم. کوچمن (۱۹۹۷) معتقد است رفتارهای مثبت مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور با رفتارهای خطرناک ناسازگارند برای مثال تغذیه خوب با تغذیه بد همخوانی ندارد. سرشت دوگانه رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور به این معناست که خروجی تعامل انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی دارای تأثیراتی مثبت یا منفی بر سلامت هستند. همچنین کوچمن دریافته است که سبک‌های زندگی سلامت‌محور درصدد آن هستند که به‌طور کلی از خطر دوری کنند

و در مجموع جهت گیری آنها به سوی سلامت و تناسب اندام باشد (کاکرهام، ۱۳۹۶: ۲۶). کاکرهام معتقد است برنامه های مرتبط با سبک زندگی سلامت محور بایستی در ارتباط با جمع مورد بررسی قرار گیرد به عبارت دیگر علت یابی نبایستی در سطح فردی متوقف بماند. بلکه شناسایی ریشه های سبک زندگی سلامت محور تأثیر مهمی در برنامه های تبلیغاتی بهداشتی می تواند داشته باشد (Cockerham, 2005: 1313 و Cockerham, 2000: 51). کاکرهام معتقد است که سبک زندگی سلامت محور، مجموعه انتخاب هایی هستند که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمیگزیند و این انتخاب ها برآمده از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی هستند. در حقیقت فرصت های زندگی یک شخص به وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگی های گروه های منزلتی ویژه تعیین می شود از دیدگاه وی در انتخاب سبک های زندگی چه مثبت و چه منفی، مردمی که در بالای جامعه قرار دارند انتخاب هایی بیشتر و سالم تر و منابع بیشتری در حمایت از تصمیم گیری خود دارند اما برعکس مردمی که در پایین قرار دارند فشارهای اقتصادی- اجتماعی بیشتری بر روی انتخاب هایشان وجود دارد و حتی انتخاب های قابل دسترسی کمتری نسبت به طبقات بالا دارند (موسی زاده و علیزاده اقدام، ۱۳۹۵: ۸۳). مطابق با نظریه منابع هرچه منابع در دسترس افراد بیشتر باشد کمتر به اعمال قدرت به شیوه خشونت جسمانی دست می زنند. زیرا منابع متعدد دیگری دارند که از طریق آنها قادر به اعمال قدرت هستند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۶: ۴۳). همچنین مطابق با نظریه همسان همسری هر چه همگونی و همسانی میان زوجین بیشتر باشد احتمال جدایی آنها کمتر خواهد بود تقریباً تمامی نظام های همسرگزینی به ازدواج همسان تمایل دارند که این خود می تواند نتیجه تمایل به معامله گری و مبادله ارزش های معنوی و دارایی های مادی باشد. به گونه معمول، با توجه به انواع مشخصات، افراد همسان با یکدیگر ازدواج می کنند (گود، ۱۳۵۲). در نهایت می توان گفت که معتقدان به نظریه های فشار مدعی اند جرم تابعی از تضاد بین اهداف و ابزارهایی است که مردم می توانند به شیوه مشروع برای رسیدن به آن اهداف از آنها استفاده کنند. دورکیم از پیشگامان نظریه فشار، نظریه

آنومی را برای تبیین جرم و کجروی فرمول‌بندی کرد از نظر او آنومی زمینه‌ساز نابهنجاری‌های اجتماعی مختلف است (محمدی و میرزایی، ۱۳۹۱: ۹). از نظر مرتون جوامع صنعتی جدید بر توفیقات مادی و تحصیلی در زندگی تأکید دارند اما دستیابی به این اهداف مقبول اجتماعی نیاز به ابزارهای مقبولی هم دارد که البته از دسترس جمعی از افراد خارج است یعنی جامعه طوری ساخت‌یافته که طبقات فرودست فرصت‌های کمتری برای تحقق آرزوهای خود دارند. در نتیجه چون این اهداف به آرمان‌های اصلی زندگی همه افراد (فقیر و غنی) تبدیل شده آن‌کس هم که دسترسی به ابزار مشروع ندارند، تحت فشار جامعه برای جامعه برای دستیابی به آنها از ابزار نامشروع استفاده می‌کنند (علائی و آزاد، ۱۳۹۱: ۷۴). مبتنی بر نظریات فوق، مدل و فرضیات تحقیق صورت‌بندی شد.

مدل نظری پژوهش حاضر را می‌توان به صورت زیر رسم نمود:



نمودار ۱- مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

در مجموع با تکیه بر چارچوب نظری، مدل مفهومی و پیشینه تحقیق، فرضیه‌های

پژوهش عبارت‌اند از:

فرضیه اصلی:

بین سبک زندگی سلامت‌محور و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

فرضیات فرعی:

بین سلامت جسمانی و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین ورزش و تندرستی و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین پیشگیری از بیماری و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین سلامت روانی و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین سلامت معنوی و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین سلامت اجتماعی و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین پیشگیری از حوادث و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین سلامت محیطی و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین کنترل وزن و تغذیه و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

بین اجتناب از دارو و مواد مخدر و خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با روش پیمایش و استفاده از ابزار پرسشنامه انجام شد. برای سنجش

خشونت خانگی از پرسشنامه پور رحیمیان (۱۳۹۳) و برای سنجش متغیر سبک زندگی

سلامت‌محور از پرسشنامه لعلی، عابدی و کجباف (۱۳۹۱) استفاده شد. سؤالات

پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است:

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخگویان؛ نظیر سن، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، میزان تحصیلات، سن همسر، تحصیلات همسر و...
۲- سبک زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک، عادات رفتاری و تغذیه و... که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود آمده است. برای سنجش سبک زندگی سلامت‌محور؛ از پرسشنامه ۷۰ سؤالی لعلی، عابدی و کجباف (۱۳۹۱) استفاده شده است که دارای ابعاد سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روانی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی می‌باشد. این سؤالات در قالب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای با گزینه‌های همیشه، معمولاً، گاهی اوقات و هرگز سنجش شده است. برخی از گویه‌های این مقیاس عبارت‌اند از: (مراقب سلامتی‌ام هستم. زندگی فعالی دارم. از مصرف خودسرانه و بی‌رویه دارو پرهیز می‌کنم. برای معاینات پزشکی به‌صورت منظم به پزشک مراجعه می‌کنم. قادر به بیان احساساتم می‌باشم. به چیزی عظیم‌تر از خود احساس وابستگی و تعلق دارم. میوه و سبزی را قبل از مصرف می‌شویم. واکسیناسیون‌هایم را به‌موقع انجام می‌دهم. روزانه ۵ بار یا بیشتر از میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده می‌کنم. توانایی ابراز عشق و دوستی نسبت به دیگران را دارم. هدف و جهت زندگی‌ام مشخص است. زندگی‌ام معنا دارد. از کیفیت و سالم بودن آبی که مصرف می‌کنم آگاه هستم. از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنم. هنگام رانندگی از تلفن همراه استفاده نمی‌کنم. احساسات دیگران برای من قابل احترام می‌باشد. از پرداختن به رابطه جنسی نامشروع و خطرساز اجتناب می‌کنم. قادر به گسترش روابط خوش‌بینانه با دیگران هستم).

۳- خشونت خانگی: عبارت است از الگوی رفتار تهاجمی و سرکوبگرانه شامل حملات جسمی، جنسی، روانی و همچنین فشارهای اقتصادی است که افراد بزرگسال یا نوجوان علیه شریک عاطفی یا جنسی خود به کار می‌برند (وامقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۹).

برای سنجش خشونت خانگی از پرسشنامه پور رحیمیان (۱۳۹۳) استفاده شد و دارای چهار بعد خشونت جسمی، خشونت جنسی، خشونت کلامی و خشونت روانی است. خشونت جسمی: خشونت جسمی علیه زن به صور گوناگون اعمال می‌شود و به هر نوع رفتار خشن از کتک زدن تا تجاوز جنسی که جسم زن را مورد آزار قرار می‌دهد اطلاق می‌شود (علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰۸-۱۰۹). برای سنجش این بعد، گویه‌هایی نظیر پرتاب اشیاء به سمت شما، سیلی زدن به شما، هل دادن شما، کتک زدن شما با دست یا وسایل دیگر (مانند سیلی، مشت...) و پیچاندن مو یا مچ دست شما در پرسشنامه گنجانده شد. خشونت جنسی: هرگونه رفتار غیراجتماعی که از لمس کردن تا تجاوز را در برمی‌گیرد (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۴: ۴). گویه‌های نظیر: نسبت به شما بدبین است؟ نسبت به احساسات جنسی شما بی‌توجه است؟ بهداشت باروری را رعایت نکرده است؟ بدون رضایت شما رابطه جنسی را قطع کرده است؟ سعی کرده بدون اینکه تمایل داشته باشید با شما رابطه جنسی برقرار کند؟ در صورت اجتناب از رابطه جنسی، شما را به اعمال خشونت تهدید کرده است؟ برای سنجش این متغیر از پاسخگو پرسیده شد. خشونت کلامی: به هر رفتاری دلالت دارد که بتواند موجب وهن حیثیت کسی در نظر افراد جامعه شود، از این رو این عمل نه تنها از نظر حقوقی، بلکه از نظر اخلاقی و مذهبی نیز مذموم و ناپسند شمرده می‌شود (کریمی، ۱۳۹۰: ۸۶). از جمله سؤالات این بعد عبارت‌اند از: از کلمات ناراحت‌کننده و رکیک استفاده کرده است؟ راجع به برخی مسائل زندگی به شما دروغ گفته است؟ شدیداً شما را امرونهی کرده است؟ شما را با اصطلاحات و القاب ناشایست صدا زده است؟ سعی کرده با شوخی‌های دور از نزاکت، شما را ناراحت کند؟ به شما، خانواده و دوستانان توهین کرده است؟ خشونت عاطفی و روانی: خشونت عاطفی یا بدرفتاری روانی به‌عنوان لفظی که در آن یک فرد بزرگسال به خودپنداره شایستگی‌های اجتماعی کودک حمله می‌کند، تعریف شده است، که در الفاظی مانند اهانت، تهدید یا تحقیر کردن به‌کاربرده می‌شود (علمی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۶۴). سؤالاتی نظیر با فحش و ناسزا شما را مورد

اهانت قرار داده است؟ سعی کرده شما را وادار کند که مطابق خواسته‌های او عمل کنید؟ طرز لباس پوشیدن، اندام و ظاهر شما را تحقیر کرده است؟ با شما قهر، اخم یا ترشرویی کرده است؟ افکار، عقاید و علایق شما را تحقیر کرده است؟ خانواده، فامیل، یا دوستان شما را با انتقاد و سرزنش تحقیر نموده است؟ برای سنجش این بعد استفاده شد.

جامعه آماری این پیمایش نیز شامل کلیه زنان متأهل شهر یزد در سال ۱۳۹۷ بودند که مطابق سرشماری سال ۹۵ تعدادشان ۱۷۹۰۴۶ نفر بوده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر تعیین گردید. نمونه‌ها به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. پرسش‌نامه این پژوهش در ابتدا در اختیار ۳۰ نفر قرار گرفت پس از انجام پیش‌آزمون و گرفتن آلفای کرونباخ، نسخه نهایی پرسشنامه در میان زنان متأهل شهر یزد توزیع شدند و در نهایت ۳۸۴ پرسش‌نامه مورد بهره‌برداری نهایی قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز رعایت گردید و به پاسخگویان اطمینان کافی برای محرمانه بودن اطلاعات آنها، عدم پرسش از هویت فردی آنها و همچنین وارد نشدن به مرزهای خصوصی آنها داده شد، ضمن اینکه معرفی‌نامه دانشگاهی به آنها نشان داده می‌شد. جهت تأمین اعتبار طیف‌های به‌کاررفته در سنجش متغیرها از اعتبار محتوایی استفاده شده است. بدین‌صورت که هر متغیر با استفاده از تعاریف نظری موجود و سازه‌های نظری به‌صورت یک سازه عملیاتی مفهوم بندی شده است (اعتبار محتوایی) و همچنین از نظرات اساتید برای سنجش اعتبار بهره گرفتیم (اعتبار صوری). به‌منظور دستیابی به پایایی نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب برای سازه‌های مختلف در جدول ۱ گزارش شده است. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و بهره‌گیری از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تبیین ارتباط بین دو متغیر به کمک نرم‌افزار AMOS و استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد.

جدول ۱- ضرایب آلفای کرونباخ برای پایایی متغیرهای پرسشنامه

متغیر	آلفای کرونباخ	متغیر	آلفای کرونباخ
خشونت جسمی	۰/۸۵	پیشگیری از بیماری	۰/۷۰
خشونت روانی	۰/۷۸	سلامت روانی	۰/۷۵
خشونت کلامی	۰/۸۵	سلامت معنوی	۰/۶۹
خشونت جنسی	۰/۷۴	سلامت اجتماعی	۰/۶۷
خشونت کل	۰/۸۲	اجتناب از داروها و مواد مخدر	۰/۷۶
سلامت جسمانی	۰/۷۱	پیشگیری از حوادث	۰/۶۹
ورزش و تندرستی	۰/۷۵	سلامت محیطی	۰/۷۱
کنترل وزن و تغذیه	۰/۶۹	سبک زندگی کل	۰/۸۲

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش قابل‌ارائه است: بخش توصیفی که به معرفی سیمای پاسخگویان می‌پردازد و بخش استنباطی که به آزمون فرضیات تحقیق اختصاص دارد. یافته‌های توصیفی پژوهش حاکی از آن است که میانگین سنی پاسخگویان ۳۳ سال، میانگین سنی همسر پاسخگویان ۳۷ سال و میانگین سن پاسخگویان در زمان ازدواج، ۲۱ سال بوده است. محل سکونت اکثریت پاسخگویان (۹۸/۱) شهر بوده است. آماره‌های جدول ۲ نشان‌دهنده این است که خشونت روانی با میانگین ۲/۵۹ دارای بالاترین میزان در میان انواع خشونت است پس از آن خشونت کلامی با میانگین ۲/۳۹، خشونت جسمی ۲/۰۲ و خشونت جنسی دارای میانگین ۱/۶۶ است.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیر وابسته و ابعاد آن

انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	ابعاد خشونت
۰/۹۵	۲/۰۲	۴/۵۳	۱/۶۷	جسمی
۱/۰۹	۲/۵۹	۴/۷۷	۱/۶۷	روانی
۰/۹۰	۲/۳۹	۴/۶۰	۲/۰۰	کلامی
۰/۵۱	۱/۶۶	۳/۳۶	۱/۱۲	جنسی
۰/۶۹	۲/۱۷	۴/۷۵	۱/۷۱	خشونت کل

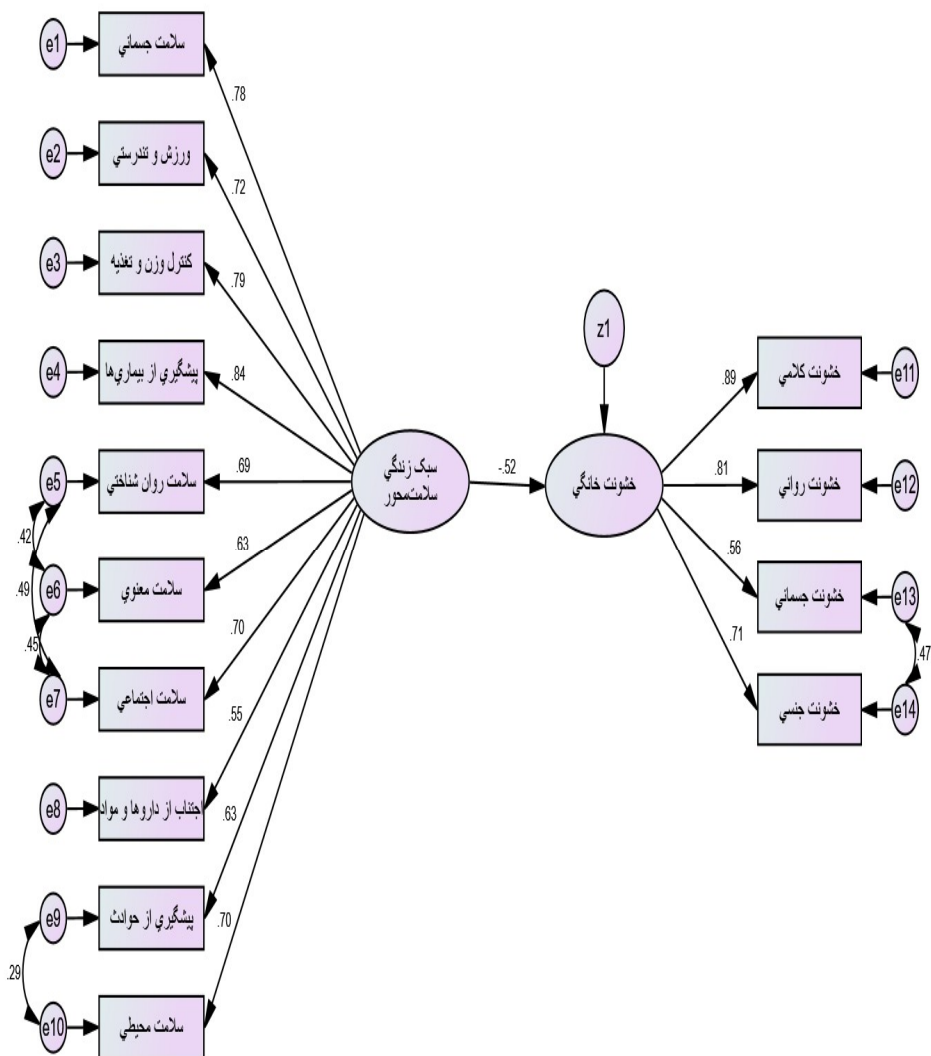
با توجه به یافته‌های جدول ۳ حاکی از آن است که بین اجتناب از داروها و مواد با ابعاد خشونت کلامی، جنسی و جسمی رابطه معنی‌داری وجود ندارد ولی رابطه سایر ابعاد سبک زندگی با خشونت خانگی و ابعاد آن منفی و معنی‌دار است. در میان ابعاد سبک زندگی؛ ورزش و تندرستی قوی‌ترین و اجتناب از داروها و مواد ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت کلامی دارند. کنترل وزن و تغذیه، قوی‌ترین و اجتناب از داروها و مواد ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت جسمانی دارند. ورزش و تندرستی، قوی‌ترین و اجتناب از داروها و مواد ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت جنسی دارد. کنترل وزن و تغذیه، قوی‌ترین و اجتناب از داروها و مواد ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت روانی دارند. و نهایتاً اینکه ابعاد کنترل وزن و تغذیه و ورزش و تندرستی، قوی‌ترین و اجتناب از داروها و مواد ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت خانگی دارند.

جدول ۳- رابطه ابعاد سبک زندگی سلامت محور با خشونت خانگی و ابعاد آن

ابعاد سبک زندگی	خشونت کلامی	خشونت جسمانی	خشونت جنسی	خشونت روانی	خشونت خانگی
سلامت جسمانی	-۰/۲۸۰**	-۰/۲۷۵**	-۰/۱۷۷**	-۰/۴۴۳**	-۰/۳۷۴**
ورزش و تندرستی	-۰/۳۸۲**	-۰/۳۵۳**	-۰/۲۳۵**	-۰/۴۸۷**	-۰/۴۵۸**
کنترل وزن و تغذیه	-۰/۳۶۳**	-۰/۳۵۹**	-۰/۲۰۹**	-۰/۴۹۵**	-۰/۴۵۸**
پیشگیری از بیماری‌ها	-۰/۳۰۰**	-۰/۳۱۱**	-۰/۱۷۸**	-۰/۴۴۹**	-۰/۴۰۰**
سلامت روانی	-۰/۲۰۸**	-۰/۲۱۹**	-۰/۱۰۶*	-۰/۳۹۱**	-۰/۳۰۳**
سلامت معنوی	-۰/۲۰۴**	-۰/۲۱۰**	-۰/۱۰۵*	-۰/۳۴۰**	-۰/۲۸۰**
سلامت اجتماعی	-۰/۲۶۱**	-۰/۲۳۳**	-۰/۱۵۳**	-۰/۴۱۸**	-۰/۳۳۵**
اجتناب از داروها و مواد	-۰/۰۶۴	-۰/۰۵۹	۰/۰۱۷	-۰/۱۷۶**	-۰/۱۰۰*
پیشگیری از حوادث	-۰/۲۸۳**	-۰/۲۵۹**	-۰/۱۴۰**	-۰/۴۴۸**	-۰/۳۶۲**
سلامت محیطی	-۰/۳۵۲**	-۰/۲۸۴**	-۰/۲۱۲**	-۰/۴۷۷**	-۰/۴۰۸**

** معنی دار در سطح ۰/۰۱ * معنی دار در سطح ۰/۰۵

در ادامه، مدل معادله ساختاری پژوهش حاضر ترسیم شده است. مدل با استفاده از نرم افزار Amos رسم گردیده و ملاحظه می شود که متغیر وابسته یعنی خشونت خانگی از چهار بُعد خشونت جسمی، خشونت جنسی، خشونت روانی و خشونت کلامی تشکیل شده است. خشونت کلامی و خشونت روانی مهم ترین مؤلفه های خشونت خانگی هستند. همچنین پیشگیری از بیماری ها و کنترل وزن و تغذیه مهم ترین مؤلفه های سبک زندگی سلامت محور هستند. نهایتاً اینکه تأثیر سبک زندگی سلامت محور بر خشونت خانگی معکوس و معنی دار است. بار عاملی نشان دهنده همبستگی متغیرهای آشکار با پنهان است و بارهای عاملی واقع در دامنه ۰/۵ تا ۰/۹ مطلوب ارزیابی می شوند. همان طور که اطلاعات نمودار ۲ نشان می دهد تقریباً همه بارهای عاملی در دامنه مزبور قرار دارند. همچنین ضریب تأثیر سلامت محور بر خشونت خانگی در حد متوسط (۰/۵۲-) است.



نمودار ۲- مدل معادله ساختاری رابطه سبک زندگی سلامت‌محور و خشونت خانگی

جدول ۴- برآورد مقادیر مربوط به مدل‌های عاملی مدل معادله ساختاری

متغیر	خرده مقیاس	بار عاملی	مقدار بحرانی ^۱	سطح معناداری
خشونت خانگی	خشونت کلامی	۰/۸۹۱	--	--
	خشونت جسمانی	۰/۵۶۰	۱۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
	خشونت جنسی	۰/۷۰۸	۱۴/۶۸۲	۰/۰۰۱
	خشونت روانی	۰/۸۰۷	۱۶/۷۸۸	۰/۰۰۱
سبک زندگی سلامت محور	سلامت جسمانی	۰/۷۸۱	۱۲/۵۵۵	۰/۰۰۱
	ورزش و تندرستی	۰/۷۱۸	۱۱/۷۸۸	۰/۰۰۱
	کنترل وزن و تغذیه	۰/۷۸۶	۱۲/۶۱۴	۰/۰۰۱
	پیشگیری از بیماری‌ها	۰/۸۴۴	۱۳/۲۵۴	۰/۰۰۱
	سلامت روانی	۰/۶۸۷	۱۱/۳۷۸	۰/۰۰۱
	سلامت معنوی	۰/۶۳۳	۱۰/۶۴۰	۰/۰۰۱
	سلامت اجتماعی	۰/۶۹۸	۱۱/۵۱۶	۰/۰۰۱
	اجتناب از داروها و مواد	۰/۵۵۴	۹/۵۴۰	۰/۰۰۱
	پیشگیری از حوادث	۰/۶۳۱	--	--
	سلامت محیطی	۰/۶۹۷	۱۳/۶۳۷	۰/۰۰۱

اطلاعات جدول ۴، معنی‌دار بودن بارهای عاملی را بر اساس مقدار بحرانی نشان می‌دهد. اگر مقدار بحرانی بزرگ‌تر از ۱/۹۶ باشد رابطه بین متغیر آشکار و پنهان با ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار است، با توجه به مقدار بحرانی گزارش شده در جدول، رابطه بین دو متغیر با ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار است. برای چک کردن معنی‌دار بودن روابط می‌توان به جای مقدار بحرانی از سطح معناداری نیز استفاده کرد که با توجه به کوچک‌تر

1. T Value

از ۰/۰۵ بودن سطح معنی‌داری متغیرها می‌توان بیان داشت که رابطه بین دو متغیر معنی‌دار است به عبارت دیگر بارهای عاملی مربوط به همه خرده مقیاس‌های متغیر «سبک زندگی سلامت‌محور» و همچنین متغیر «خشونت خانگی» در وضعیت مطلوبی قرار دارند؛ در نتیجه ابزار سنجش این متغیرها از اعتبار عاملی برخوردار است. در جدول ۵، تعدادی از مهم‌ترین معیارهای برازش و تفسیر آن‌ها و مقدار مربوطه در مدل مفروض آمده است. به‌طورکلی می‌توان گفت که شاخص‌های برازش مدل، در وضعیت قابل قبول هستند. بنابراین داده‌ها از مدل، حمایت می‌کنند.

جدول ۵- برآورد مقادیر شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	GFI	NFI	IFI	TLI	CFI	PCFI	RMSEA
مقدار	۰/۹۰۳	۰/۹۱۲	۰/۹۳۲	۰/۹۱۳	۰/۹۳۲	۰/۷۲۷	۰/۰۶

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری بعد از همبسته کردن خطای اندازه‌گیری برخی از مؤلفه‌ها، با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند. به عبارت دیگر، برازش داده‌ها به مدل برقرار است و همگی شاخص‌ها دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند. نتایج نشان داد که شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازش هنجار نشده (TLI) بالاتر از مقدار قابل‌پذیرش یعنی ۰/۹۰ قرار داشتند. علاوه بر این ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) و PCFI نیز در سطح قابل قبولی قرار دارد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به‌منظور بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با خشونت خانگی زنان متأهل شهر یزد انجام گرفت و در آن ۳۸۴ نفر از این افراد به روش پیمایش مورد

بررسی قرار گرفتند. فرضیه اصلی پژوهش این‌گونه مطرح شد که اساساً زنانی که تجربه خشونت خانگی را دارند در همه ابعاد (روانی، کلامی، جسمی و جنسی) به نسبت سایر زنان از سبک زندگی سلامت‌محور ضعیف‌تر (پایین‌تری) در زندگی برخوردارند. علیرغم اینکه جامعه رو به صنعتی شدن پیش می‌رود و انتظار می‌رود که رویه‌های پدرسالارانه در خانواده رنگ و بوی کم‌رنگ‌تری پیدا کرده است باز هم هنوز برخی از زنان از مرسوم‌ترین حقوق خود که شامل رفت‌وآمد با دوستان، همسایگان، خویشاوندان و حتی ادامه تحصیل محروم می‌شوند. همین عوامل گاهی باعث مشاجره‌ها و بحث‌های جدی در میان زن و شوهر می‌شود که ممکن است پیامد آن برای زنان، خشونت خانگی و طلاق باشد. بر مبنای اطلاعات جدول ۳، ابعاد مختلف سبک زندگی به‌جز رابطه اجتناب از دارو و مواد سایر ابعاد با خشونت خانگی رابطه معنادار دارند. یعنی با افزایش سطح هر یک از ابعاد میزان سبک زندگی سلامت‌محور، خشونت خانگی در بین زنان کاهش می‌یابد. در بین ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور، بعد کنترل وزن و تغذیه (۰/۴۵۸-) و ورزش و تندرستی (۰/۴۵۸-) قوی‌ترین و بعد اجتناب از دارو و مواد مخدر (۰/۱۰۰-) ضعیف‌ترین رابطه را با خشونت خانگی دارند. مدل معادله ساختاری نیز حکایت از تأثیر معکوس سبک زندگی سلامت‌محور بر خشونت خانگی داشته است و شاخص‌های برازش مدل نیز بیانگر مطلوبیت حمایت از داده‌ها از مدل بود. کاکرهام که خود از متخصصان جامعه‌شناسی پزشکی است معتقد است کسانی که سبک زندگی منفی را انتخاب می‌کنند طول عمر کمتری دارند مثل مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش. بنابراین کنترل وزن و تغذیه؛ توجه به رژیم غذایی و ورزش نقش مثبتی در سلامت روانی افراد داشته و مانعی در برابر رفتارهای منفی چون خشونت می‌گردد. حال می‌توان به پرسش اولیه تحقیق خود بازگردیم و بیان کنیم که زنان متأهل جهت برخورداری از یک سبک زندگی سلامت‌محور نیاز به یک درک متقابل از زندگی مشترک دارند. یکی از عوامل تأثیرگذار در این مسئله بحث تحصیلات زنان و همسران آنها است. در واقع می‌توان گفت

تحصیلات زوجین درک و شناخت افراد را از زندگی افزایش داده و همانند نوعی سپر بلا برای محافظت از زنان در مقابل خشونت‌های خانگی همسران عمل می‌کند. باوجود تمامی مشکلاتی که در راه دستیابی زنان به حقوقشان وجود دارد نتایج این پژوهش نشان داد که همچنان تحصیلات زنان و همسرانشان نقش مهمی در کاهش خشونت و روی آوردن به گفتگو و تعاملات متقابل در میان زنان و شوهران داشته است. پس وظیفه همه متولیان و مجریان دولتی است که همچنان شرایط را برای تحصیلات دختران به‌خصوص در شهرهایی که همچنان رگه‌های سنت و ریشه‌های پدرسالارانه در آنها نقش مهمی دارد فراهم آورند چرا که این کار یک تیر و دوشان زدن است هم‌سطح تحصیلات زنان در جامعه ارتقاء می‌یابد و هم شرایط را برای پختگی و بلوغ بیشتر برای ورود به یک زندگی سالم فراهم می‌آورد. در پایان باید به نقش پررنگ دو بعد از ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور اشاره کرد. یکی کنترل وزن و تغذیه و دیگری ورزش و تندرستی. اساساً زنانی که ورزش می‌کنند حتی اگر مورد خشونت هم واقع شوند بهتر می‌توانند روحیه خود را حفظ کرده و همچنان برای جلوگیری از اعمال خشونت به دنبال راه‌حل‌های جدید باشند. تغذیه نیز از عوامل مؤثر در میان ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور بود. خانواده در جامعه ما نهاد مقدسی تلقی می‌شود و زنان به‌مراتب نقش پررنگ‌تری در این نهاد ایفا می‌کنند هر چه سبک زندگی خانواده‌های ایرانی از یک سبک زندگی سالم‌تر پیروی کند بهتر می‌تواند از بروز بسیاری از ناتوانی‌ها و بیماری‌ها جلوگیری کند چرا در برخی مواقع بروز خشونت علیه زنان از جانب شوهران به دلیل بروز بیماری‌های روانی در مردان مانند تندخویی، سوءظن و... می‌باشد به همین دلیل داشتن تغذیه مناسب و سبک زندگی سالم خود می‌تواند عامل مهمی در پیشگیری از اعمال خشونت مردان علیه زنان تلقی شود.

پیشنهادها

کاهش خشونت مستلزم حرکت فرهنگی و طولانی مدت است که مبدأ آغازین آن در خانواده و توسط زنان قابل اجرا است. توانمندسازی زنان و دختران استراتژی کلیدی برای حذف خشونت است، زیرا تا زمانی که زنان وابستگی های مختلفی به مردان داشته و ارزش های اجتماعی شان را منحصراً از مردان کسب کنند، هرگز نمی توانند از خشونت، رهایی یابند. بنابراین توانمندسازی زنان به ویژه در حوزه اقتصادی و روانی ضروری است. به نظر می رسد یکی از راه های توانمندسازی زنان در حوزه اقتصادی تشویق آنان به کارآفرینی و ایجاد بنگاه های کوچک اقتصادی است که شرایط را برای رفع نیازهای معیشتی فراهم آورد. تشویق به کارآفرینی زنان و فراهم کردن شرایط به منظور توانمندسازی آنان هم باعث مشارکت در سطح اجتماع و افزایش اعتماد به نفس آنان و پذیرش مسئولیت های اجتماعی می شود و هم خود نوعی همکاری در اقتصاد خانواده است. در کشور ما به ویژه در سال های اخیر نمونه های از کشت های گلخانه ای، کارگاه های خیاطی، تهیه انواع ترشبیجات، کارگاه های کوچک تولید نخ نمونه هایی از شکل گیری بنگاه های کوچک اقتصادی است.

نتایج نشان داد بالاترین میانگین در بین ابعاد خشونت به خشونت کلامی اختصاص دارد. یکی از مهارت های ضروری برای زوجین و بویژه زوجین جوان، ارتقای فرهنگ گفتگو است که لازم است در همه گروه های سنی و بویژه از سنین پایین آموزش داده شود. مطابق پژوهش هایی که محققان انجام داده اند یکی از عوامل نداشتن تفاهم بین زوجین، تفاوت فضای فکری و ذهنی است و گفتگو به ویژه گفتگوی فراروی (روبه جلو) که با تأکید بر نقاط اشتراک بین زن و شوهر است می تواند همسران را در موقعیتی قرار دهد که در یک فضای فکری آرام و بدون خشونت، شرایط را برای گفتگوی دوجانبه فراهم آورند و بدین ترتیب از انواع خشونت کلامی، توهین، فحاشی و تهمت به یکدیگر جلوگیری کنند. برگزاری دوره های آموزشی مهارت گفتگو و

مهارت ارتباط مؤثر توسط سازمان‌های و نهادهای مختلف، نقش مؤثری در این زمینه دارد.

ورزش و تندرستی یکی از مؤلفه‌های مهم سبک زندگی سلامت‌محور است که قوی‌ترین رابطه را با خشونت خانگی دارد و متأسفانه مقوله ورزش بویژه از سوی زنان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. پیشنهاد می‌شود ضمن تلاش برای زمینه‌سازی حضور زنان در امکان ورزشی، نهادهای مرتبط تلاش و برنامه‌ریزی کنند آموزش‌های کاربردی در زمینه نقش ورزش در کاهش خشونت را به خانواده‌ها در اولویت قرار دهند.

متغیر خشونت خانگی تحت تأثیر عوامل متعددی است که یکی از این عوامل در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است، ولی ضرورت دارد متغیرهای دیگری نظیر دخالت‌های خانوادگی، سابقه خانوادگی تجربه خشونت در مردان و زنان، خاستگاه خانوادگی، ماهیت روابط خانوادگی (به‌خصوص نقش خانواده شوهر در همسر آزاری)، مصرف مواد مخدر، پذیرش خشونت از سوی زن و... نیازمند مطالعه است. در ضمن آگاهی از نگرش و دیدگاه شوهران نیز درباره مسئله خشونت و همسر آزاری از اهمیت خاصی برخوردار است، که انجام آن در پژوهش‌های دیگر پیشنهاد می‌شود.

منابع

- ابراهیم آبادی، حسین. (۱۳۹۲)، «رویکردی میان رشته‌ای به سبک زندگی؛ با نگاهی به جامعه ایران»، **فصلنامه مطالعات میان رشته‌ای در علوم انسانی**، دوره پنجم، شماره ۴: ۳۳-۵۳.
- افشانی، سید علیرضا و پور رحیمیان، الهه. (۱۳۹۶)، «الگوسازی معادلات ساختاری تأثیر سرمایه فرهنگی بر خشونت خانگی علیه زنان»، **فصلنامه پژوهش‌های مشاوره**، شماره: ۲۷-۴۸.
- افشانی، سید علیرضا و پور رحیمیان، الهه. (۱۳۹۴)، «رابطه دینداری همسر و کاهش خشونت خانگی زنان در مهریز»، **سومین کنفرانس ملی جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی**، تهران.
- الماسی، مسعود. (۱۳۹۷)، «تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت محور در سالمندان شهر ایلام»، **نشریه پرستاری ایران**، شماره ۱۱: ۷۵-۸۵.
- امیری، سحر. (۱۳۹۷)، «بررسی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی علیه زنان»، **فصلنامه الکترونیکی پژوهش‌های حقوقی قانون یار**، دوره اول، شماره ۲: ۱۱-۳۴.
- بابایی، اسدالله و حیدریان، امین. (۱۳۹۳)، «بررسی برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت خانوادگی»، **مجله زن و جامعه (جامعه‌شناسی زنان)**، دوره پنجم، شماره ۴: ۳۵-۵۲.
- پور رحیمیان، الهه. (۱۳۹۳)، بررسی رابطه سرمایه فرهنگی و خشونت خانگی علیه زنان متأهل شهر مهریز، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی**، دانشگاه یزد.
- جوادی یگانه، محمدرضا. (۱۳۸۷)، «رویکرد جامعه‌شناسانه نظریه انتخاب عقلانی مقدمه‌ای بر تغییرات فرهنگی و اجتماعی برنامه‌ریزی شده»، **فصلنامه راهبرد فرهنگ**، دوره یک، شماره ۳: ۳۳-۶۴.
- حسن، معصومه؛ کاشانیان، مریم؛ روحی، مریم؛ ویژه، مریم و حسن، مریم. (۱۳۸۹)، «خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط»، **فصلنامه زن و جامعه**، سال اول، شماره ۴: ۷۷-۹۴.
- حسینی فهرجی، مرضیه السادات. (۱۳۹۵)، «تعیین رابطه بین سبک زندگی سلامت محور با خودانتقادی، روان رنجورخویی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان یزد»، **سومین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی**، تهران.
- حضرتی، مرتضی و سلمانی، گودرز. (۱۳۹۵)، نظریه‌های سبک زندگی در حوزه جامعه‌شناسی (وبر، بوردیو، گیدنز، و زیمل)، **رشت: اولین کنفرانس بین المللی مطالعات اجتماعی - فرهنگی و پژوهش دینی - غدیر**

- خانجانی، زینب؛ ساعدی، سحر و بهادری خسروشاهی، جعفر. (۱۳۸۸)، «عوامل مرتبط با شدت خشونت خانگی علیه زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی تبریز (تحلیلی بر نقش عوامل بیماری‌شناختی و جمعیت‌شناختی)»، *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، سال دوم، شماره ۶: ۶۷-۸۴.
- خوشنویس، ناهید. (۱۳۹۲)، «رسانه و اهمیت سبک زندگی»، *ماهنامه رادیو*، شماره ۷۰.
- ذکایی، محمد سعید. و دادهیر، ابوعلی و خاشعی، سعید. (۱۳۹۵)، «عوامل مؤثر بر انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان شهر تهران با تأکید بر مصرف رسانه‌ای»، *مجله جهانی رسانه*، دوره یازدهم، شماره ۱: ۴۷-۶۵.
- رجبی، غلامرضا. بخشی پور، باب‌الله و عباسی، قدرت‌الله. (۱۳۹۳)، «بررسی و مقایسه نظریه همسان‌همسری بر اساس ویژگی‌های شخصیتی». *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال چهارم، شماره ۴: ۶۷۳-۶۸۹.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علیوردی‌نیا، اکبر و بهرامی کاکاوند، سیاوش. (۱۳۸۶)، «تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق مطالعه موردی شهرستان کرمانشاه»، *فصلنامه پژوهش زنان*، دوره پنجم، شماره ۳: ۱۰۹-۱۴۰.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر و ندرپور، یاسر. (۱۳۹۳)، «رابطه بین تجربه خشونت در دوران کودکی و خشونت علیه زنان در شهر کوههدشت»، *فصلنامه مطالعات اجتماعی-روانشناختی زنان*، دوره دوازدهم، شماره ۴: ۹۳-۱۱۸.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر و خالویی، زهرا. (۱۳۹۴)، «بررسی مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور در بین گروه‌های مختلف زنان شهر یزد (با تأکید بر زنان شاغل و غیر شاغل)»، *فصلنامه زن و جامعه*، دوره ششم، شماره ۲۴: ۱-۱۸.
- زمانی مقدم، مسعود و حسونندی، صبا. (۱۳۹۸)، «مطالعه کیفی خشونت خانگی علیه زنان خانه‌دار در شهر خرم‌آباد»، *مجله زن و جامعه*، سال دهم، شماره ۳: ۱۴۵-۱۷۰.
- سهراب زاده، مهرا و منصوریان راوندی، فاطمه. (۱۳۹۶)، «تجربه زیسته زنان از خشونت کلامی در خانواده (مطالعه موردی: زنان شهر کاشان)»، *فصلنامه زن در فرهنگ و هنر*، دوره ۲، شماره ۲: ۲۴۵-۲۶۴.

۸۱ رابطه سبک زندگی سلامت محور با خشونت خانگی

- شایان، آرزو؛ معصومی، سیده زهرا و کاویانی، معصومه. (۱۳۹۳)، «بررسی رابطه همسر آزاری و سلامت روانی در زنان دچار خشونت خانگی ارجاع شده به پزشکی قانونی شهر شیراز»، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، دوره یک، شماره ۴: ۵۱-۵۷.
- شربتیان، محمدحسن؛ دانش، پروانه و طوافی، پویا. (۱۳۹۶)، «تحلیل جامعه‌شناختی خشونت خانگی علیه زنان و رابطه آن با احساس امنیت در خانه (مطالعه موردی زنان ۱۸-۵۴ سال شهر میانه)». *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، شماره ۱: ۴۷-۷۲.
- صادقی، رسول؛ ویژه، مریم و زنجری، نسیم. (۱۳۹۶)، «عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان در تهران»، *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۱۴: ۳۷-۶۶.
- علائی، محسن و آزاد، رسول. (۱۳۹۱)، «بررسی ناهنجاری‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن». *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، شماره ۳۵: ۶۷-۸۷.
- علمی، محمود؛ تیغ‌زن، خدیجه و باقری، ربابه. (۱۳۹۱)، «تعیین میزان شیوع خشونت و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه شهر عجب‌شیر)»، *برگزیده مجموعه مقالات دومین همایش جامعه ایمن شهر*، تهران: ۱۶۳-۱۷۴.
- علی‌وردی نیا، اکبر؛ ریاحی، محمد اسماعیل و اسفندیاری، فاطمه. (۱۳۸۸)، «تبیین نگرش دانشجویان دختر نسبت به خشونت علیه زنان: آزمون تجربی دیدگاه یادگیری اجتماعی»، *فصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، دوره ۱، شماره ۷: ۱۰۳-۱۳۱.
- کاکرهم، ویلیام‌سی. (۱۳۹۶)، «نظریه سبک زندگی سلامت محور و همگرایی عاملیت و ساختار»، ترجمه: محمدرضا آتشین صدف، *طعم زندگی*، سال دوم، شماره ۶: ۲۷-۶۰.
- کریمی، فاطمه. (۱۳۹۰)، «بررسی انواع خشونت کلامی و عوامل پدیدآورنده آن از نظر دانش‌آموزان و معلمان»، *پژوهش‌نامه حقوقی*، سال دوم، شماره ۲: ۸۵-۱۰۲.
- کیوان آرا، محمود. (۱۳۸۶)، *اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی*، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، چاپ اول.
- گلسر، ویلیام. (۱۳۹۰)، *نظریه انتخاب عقلانی*، ترجمه: علی صاحبی، تهران: انتشارات سایه سخن، چاپ دوازدهم.
- گود، ویلیام. (۱۳۵۲)، *خانواده و جامعه*، ترجمه: ویدا ناصحی، تهران: انتشارات بنگاه ترجمه و نشر کتاب.

- گودرزی، طیبه؛ رستمی، تورج و مرادیان، علی. (۱۳۹۴)، «تأثیر اعتیاد مردان در خشونت خانوادگی (با تأکید بر خشونت علیه زنان)»، *فصلنامه دانش انتظامی کرمانشاه*، سال ششم، شماره ۲۰: ۱-۱۱.
- لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۱)، «ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره پانزدهم، شماره ۱: ۶۴-۸۰.
- محسنی تبریزی، علیرضا؛ کلدی، علیرضا و جوادیان زاده، مهدیه. (۱۳۹۱)، «بررسی وضعیت خشونت خانگی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی و بهزیستی شهرستان یزد در سال ۱۳۸۹»، *نشریه طلوع بهداشت*، دوره ۱۱، شماره ۳: ۱۱-۲۴.
- محمدی، فائزه و میرزایی، رحمت. (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان (مطالعه شهرستان روانسر)»، *مطالعات اجتماعی ایرانیان*، سال پنجم، شماره ۴: ۱-۲۹.
- مهدی زاده، سید محمد و خاشعی، رضا. (۱۳۹۷)، «نقش رسانه‌ها در انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور (با تأکید بر مصرف رسانه‌ای شهروندان شهر تهران)»، *فصلنامه پژوهش‌های ارتباطی*، سال بیست و پنجم، شماره ۲: ۵۱-۷۸.
- مهدی زادگان، ایران؛ حق‌شناس، محمدرضا و آتش‌پور، سید حمید. (۱۳۹۲)، «رابطه بین خشونت خانوادگی با کارکرد خانواده در زنان»، *فصلنامه زن و فرهنگ*، سال پنجم، شماره ۱۷: ۶۵-۷۳.
- موسی زاده، سمیه و علیزاده اقدم، محمدباقر. (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال هشتم، شماره ۳۰: ۸۱-۹۳.
- میرزانی، امیر و فیروزی، منیژه. (۱۳۹۹)، «کووید ۱۹ زمینه‌سازی برای افزایش خشونت خانگی علیه زنان: مطالعه مروری نظام‌مند» *فصلنامه رویش روانشناسی*، سال نهم، شماره ۹: ۲۰۵-۲۱۴.
- نوشیروانی شریف‌آباد، منیژه؛ فلاح، محمدحسین؛ سدرپوشان، نجمه و وزیری، سعید. (۱۳۹۹)، «سندرم زن کتک‌خورده، پیامد خشونت خانگی علیه زنان در شهر یزد مطالعه کیفی»، *مجله مطالعات ناتوانی*، سال دهم، شماره ۱: ۱-۱۰.
- وامقی، مروّنه؛ خدائی اردکانی، محمدرضا و سجادی، حمیرا. (۱۳۹۲)، «خشونت خانگی در ایران: مرور مطالعات ۱۳۸۰-۱۳۸۷»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال سیزدهم، شماره ۵۰: ۳۷-۷۰.

- Atkinson, Maxive.P, (2005). "For Women, Breadwinning Can Be Dangerous: Gendered Resource Theory and Wife Abuse", *Journal of Marriage and Family*, 67 (5), 1137-1148.
- Basar, Fatma and demirci, Nurdan. (2018). "Domestic violence against women in Turkey", *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34 (3), 660–665.
- Cockerham, William .C (2000). "Health lifestyles in Russia", *Journal of social Science Medition*, 51 (9), 1313-1324.
- Cockerham, William .C. (2005). "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure". *Journal Health Social Behavior*, 46 (1), 51-67.
- Cockerham, William. C. (2007). "New directions in health lifestyle research". *International Journal of Public Health*, 52 (6), 327–328.
- Cohen, Albert K. (1965). "The Sociology of the Deviant Act: Anomie Theory and Beyond", *Journal of American Sociological Review*, 30 (1), 5-14.
- Coleman, Max. (2014). Anomie: Concept, Theory, Research Promise, *A thesis for the degree Senior Honors, Department of Sociology*, Oberlin Collegiate Institute, April 2014.
- Hayes, Brittany E., Connolly, Eric J., Wang, Xinting, Ingham, Camille, Mason, Makayla (2020). "Prevalence of Child Maltreatment and the Effects of the Intergenerational Transmission of Violence on Attitudes towards Domestic Violence in Chinese Police Cadets", *Journal of Family Violence*, 35 (5), 1-10
- Kafka, Julie. M. (2019). "Judging Domestic Violence from the Bench: A Narrative Analysis of Judicial Anecdotes about Domestic Violence Protective Order Cases", *Journal of Qualitative Health Research*, (Qual Health Res), 29 (8), 1132-1144.
- Laeheem, Kasetchai and Boonprakarn, Kettawa. (2017). "Factors predicting Domestic violence among Thai Muslim married couples in Pattani province", *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 38 (3), 352-358.
- Payne, Darrell and Wermeling, Linda. (2009). "Domestic Violence and the Female Victim: The Real Reason Women Stay", *Journal of Multicultural, Gender and Minority Studies*, 3 (1), 1-6.
- Showalter, Kathryn. (2016). "Women's employment and domestic violence: A review of the literature", *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 31: 37-47.
- Song, Yueping and Zhang, Jingwen. (2021). "Cultural or Institutional? Contextual Effects on Domestic Violence against Women in Rural China", *Journal of Family Violence*, 36 (2), 1-13.
- Wickert, Christian. (2019). Anomie theory (Merton), <https://soztheo.de/theories-of-crime/anomie-strain-theories/anomie-theory-merton/?lang=en>.

