

Original Article



Explaining the Perception of Violence in Women with Pelvic Floor Disorders: A Qualitative Study

Zahra Hadizadeh-Talasaz¹ , Talat khadivzadeh^{2*} , Hossein Ebrahimipour³ , Nayereh Khadem Ghaebi⁴ 

1. Nursing and Midwifery Care Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Departement of Health Economics and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Article history:

Received: 25 December 2024

Revised: 27 March 2025

Accepted: 19 April 2025

ePublished: 19 June 2025

*Corresponding author:

Talaat khadivzadeh, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: khadivzadeht@mums.ac.ir



Abstract

Background and Objective: Suffering from pelvic floor disorders is one of the problems that expose women to more domestic violence and social stigma. Therefore, the present study aimed to explain the perception of violence in women suffering from pelvic floor disorders.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted on 24 women with pelvic floor disorders referring to women's clinics of Imam Reza and Ghaem hospitals in Mashhad from 2019-2020. The participants were selected with maximum diversity via the purposive sampling method. Data were collected through semi-structured in-depth interviews until data saturation was achieved. The interviews were digitally recorded and then coded using MAXQDA 10 software. Thereafter, the data were analyzed and coded using Graneheim and Lundman's conventional content analysis.

Results: A total of 166 primary codes, nine subcategories, and three main categories emerged. The main category of multidimensional experience of violence consisted of subcategories of sexual harassment, abusive language, emotional violence, and financial hardship. The main category of women's experiences after violence included subcategories of feeling unsafe in marital relationships, damaged self-esteem, destructive thoughts, and psychological distress. Violence coping strategies were categorized into active and passive strategies.

Conclusion: The findings of this study indicated that violence adversely affects various psychological and emotional dimensions of women, leading to feelings of danger and diminished self-esteem. There is a clear need for effective strategies to address these issues, as well as comprehensive social support and intervention programs to empower women in this regard.

Keywords: Domestic violence, Intimate partner violence, Pelvic floor disorders, Qualitative research, Women



Extended Abstract

Background and Objective

Family violence or domestic violence refers to acts of violence that happen within a private sphere. It occurs across all social classes, family structures, or communities; nonetheless, the nature and severity of violence can vary depending on the family situation. Domestic violence is a cultural issue that needs to be addressed in different societies and across diverse populations. One demographic that is especially at risk for violence is the ill. Pelvic floor disorders are one of the diseases that expose women to domestic violence and social stigma. These women have a constant fear of marital failure, isolation, shame, and lack of emotional support. They often endure this disease in silence and without treatment, unconsciously suffering from its psychological and social consequences.

Due to its high prevalence among women, pelvic floor disorders represent a significant issue that has been largely overlooked, leading some studies to refer to it as a silent epidemic. Therefore, it is necessary that health personnel assess individuals with pelvic floor disorders for violence and, when required, refer them to a counselor. High-risk groups for violence should be identified to ensure that screening is conducted with increased sensitivity and focus. As a midwife, the researcher has consistently encountered the difficulties and issues experienced by women with pelvic floor disorders and has attentively listened to the concerns of these women. For this reason, the present study aimed to explain violence in women with pelvic floor disorders.

Materials and Methods

This qualitative study was conducted on 24 women with pelvic floor disorders in Mashhad from 2018-2019. Participants were selected via the purposive sampling method with maximum diversity from those referring to the women's clinics of Imam Reza and Qaem hospitals, considering the inclusion criteria. The last two participants were included in the study to ensure data saturation. The inclusion criteria entailed being diagnosed with any pelvic floor disorder, including pelvic organ prolapse and bladder and bowel disorders, as reported by the individual and then confirmed by examination, being able to recall and express their experiences, being married, Muslim, and Iranian, and providing written informed consent to participate in the study. On the other hand, the exclusion criteria included an age range of less than 18 years, pregnant women, being in the postpartum period,

and having Alzheimer's disease. Data were collected through semi-structured in-depth interviews until data saturation was achieved.

The interview questions were about domestic violence: "How does pelvic organ prolapse or urinary incontinence expose you to Spousal violence? What steps do you take to confront the violence?" The interviews were digitally recorded and then coded in MaxQuida software (version 10). Data analysis and coding were performed simultaneously with sampling using Graneheim and Lundman content analysis method. Throughout the study, Lincoln and Guba's (1985) four criteria for determining rigor were used. These criteria include four principles: credibility, transferability, dependability, and confirmability.

Results

This study was conducted on 24 clients aged 28-65 years, with a mean age of 45.38 ± 10.12 years. Their educational level ranged from junior high school to Bachelor's degree. The most common type of delivery was vaginal delivery. The mean duration of prolapse was 6.1 ± 3.44 years. A total of 166 primary codes and nine subcategories were extracted, leading to the development of three main themes (main categories): multidimensional experience of domestic violence, women's experiences after violence, and violence coping strategies. The multidimensional experience of domestic violence consisted of subcategories of sexual harassment, abusive language, emotional violence, and financial hardship. Women's experiences after violence included subcategories of feeling unsafe in marital relationships, damaged self-esteem, and psychological distress. Violence coping strategies encompassed the subcategories of active and passive strategies.

Conclusion

This study assessed the experiences of women with pelvic floor disorders and demonstrated that these women commonly encounter various types of domestic violence, which significantly impacts their lives in multiple ways. Encountering violence results in diminished self-esteem and creates uncertainties regarding the self-perception of these women, which fosters feelings of shame and inadequacy, adversely impacting their marital relationships. Feeling unsafe in marital relationships and psychological distress have also been identified as major consequences of violence. To maintain their social image and manage negative emotions, women often resort to various strategies, including concealment and reduced social interactions.

Please cite this article as follows: Hadizadeh-Talasaz Z, khadivzadeh T, Ebrahimipour H, Khadem Ghaebi N. Explaining the Perception of Violence in Women with Pelvic Floor Disorders: A Qualitative Study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025; 33(2): 158-172. DOI: 10.32592/ajnm.33.2.158

تبیین درک خشونت در زنان مبتلابه اختلالات کف لگن: یک مطالعه کیفی

زهرا هادی زاده طلاسا^۱ ID، طلعت خدیوزاده^{۲*} ID، حسین ابراهیمی پور^۳ ID، نیره خادم^۴ ID

^۱ بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ گروه اقتصاد و مدیریت سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴ گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: ابتلا به اختلالات کف لگن یکی از مشکلاتی است که زنان را در معرض خشونت خانگی و ننگ اجتماعی قرار می‌دهد. به همین منظور، این پژوهش با هدف تبیین و درک خشونت در زنان مبتلابه اختلالات کف لگن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی روی ۲۴ زن مبتلابه اختلالات کف لگن در سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در درمانگاه‌های زنان بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد انجام شد. مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع در معیارهای ورود انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و در نرم‌افزار مکس کیودا نسخه ۱۰ تایپ شدند. سپس تجزیه و تحلیل و کدگذاری اطلاعات به روش تحلیل محتوای مرسوم گرانهایم و لاندمن انجام شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۶۶ کد اولیه، نه زیرطبقه و سه طبقه اصلی پدیدار شد. طبقه اصلی تجربه چندبعدی خشونت، دارای زیرطبقات آزارهای جنسی، گفتار ناپسند، خشونت عاطفی و مضیقه مالی بود. طبقه اصلی تجارب زنان پس از خشونت، شامل زیرطبقات احساس خطر در روابط زناشویی، آسیب دیدن عزت نفس، افکار مخرب و آشفتگی روانی بود. طبقه استراتژی‌های مقابله‌ای در مدیریت خشونت، شامل زیرطبقات استراتژی‌های فعالانه و استراتژی‌های منفعلانه بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که خشونت به ابعاد مختلف روانی و عاطفی زنان آسیب می‌زند، موجب احساس خطر و کاهش عزت نفس می‌شود و نیازمند استراتژی‌های مؤثر برای مقابله است. ضرورت حمایت جامع اجتماعی و برنامه‌های مداخله‌ای برای توانمندسازی زنان در این باره کاملاً محسوس است.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، خشونت شریک صمیمی، زنان، اختلالات کف لگن، مطالعه کیفی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۳۰

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: طلعت خدیوزاده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ایمیل: khadivzadeht@mums.ac.ir

استناد: هادی زاده طلاسا، زهرا؛ خدیوزاده، طلعت؛ ابراهیمی پور، حسین؛ خادم، نیره. تبیین درک خشونت در زنان مبتلابه اختلالات کف لگن: یک مطالعه کیفی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، بهار ۱۴۰۴؛ ۳۳(۲): ۱۷۲-۱۵۸

مقدمه

می‌تواند در هر نوع خانواده‌ای نمود یابد؛ اما نوع خشونت و شدت یا ضعف آن با توجه به موقعیت خانواده‌ها متفاوت است و از این رو می‌توان گفت بعضی از گروه‌ها نسبت به دیگران بیشتر در معرض خطر این نوع خشونت‌ها هستند [۲، ۳].

مسائل جنسی اهمیت بسیاری در زندگی زناشویی دارد و ناتوانی زنان در ارضای نیازهای همسر، زندگی زناشویی را دچار تنزل

خشونت در خانواده یا خشونت خانگی خشونت است که در محیط خصوصی به وقوع می‌پیوندد و عموماً در میان افرادی رخ می‌دهد که به سبب صمیمیت یا ارتباط خونی یا قانونی به یکدیگر پیوند خورده‌اند و بیشترین میزان آن علیه زنان و کودکان اعمال می‌شود [۱]. قطعاً خشونت‌های خانگی اختصاص به طبقات اجتماعی، موقعیت‌های خانوادگی یا قشرهای خاصی ندارد و

بتوان برنامه‌ریزی دقیقی برای آن ارائه داد. لازم است پرسنل بهداشتی افراد مبتلا به اختلالات کف لگن را حتماً از نظر خشونت بررسی کنند و در مواقع ضرورت به مشاور ارجاع دهند. باید گروه‌های پرخطر از نظر خشونت شناسایی شوند تا غربالگری برای آن‌ها با حساسیت و تأکید بیشتر صورت گیرد [۹]. یکی از این گروه‌های پرخطر می‌تواند زنان مبتلا به اختلالات کف لگن باشند؛ زیرا این افراد همیشه از شکست در پیوند زناشویی، انزوا، شرم و عدم حمایت عاطفی می‌ترسند و این زنان اغلب در سکوت و بدون درمان این بیماری را تحمل می‌کنند و ناخودآگاه از پیامدهای روانی و اجتماعی آن رنج می‌برند [۵].

در فرهنگ ایرانی، خانواده به‌عنوان نهاد اصلی اجتماعی شناخته می‌شود. اهمیت زندگی خانوادگی گاه به پنهان‌کاری درباره مشکلات داخلی، از جمله خشونت خانگی، منجر می‌شود. همچنین در بسیاری از خانواده‌ها دیدگاه جنسیتی و مردسالاری همچنان وجود دارد. غالباً مردان به‌عنوان سرپرستان خانواده معرفی می‌شوند و این باور ممکن است به توجیه رفتارهای خشونت‌آمیز با زنان منجر شود. بی‌توجهی به آموزش‌های فرهنگی و اجتماعی درباره حقوق زنان و روش‌های مقابله با خشونت، به ادامه این پدیده دامن می‌زند [۱۳، ۱۴]. به همین دلیل، برای کنکاش درباره نگرش و احساسات زنان در برابر خشونت تجربه‌شده و اینکه آن‌ها تجربه خشونتشان را چگونه درک، تفسیر و معنا می‌کنند، تحقیقات کیفی می‌تواند مناسب باشد. پژوهشگر به‌عنوان یک ماما همواره با چالش‌ها و مشکلاتی که زنان مبتلا به اختلالات کف لگن با آن مواجه‌اند، در ارتباط بوده است. تجربه کار در محیط‌های درمانی و تدریس در بخش‌های آموزشی، فرصتی فراهم کرده است تا با جان و دل به داستان‌ها و دغدغه‌های این زنان گوش فرادهد. تعامل نزدیک با آن‌ها، پژوهشگر را به سمت مطالعه کیفی و بررسی عمیق‌تر مشکلات زنان مبتلا به اختلالات کف لگن، خصوصاً مشکلات مربوط به خشونت سوق داد، تا با شناخت چالش‌های این زنان، به یافتن راه‌حلی برای بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کنیم. لازم است تیم بهداشتی‌درمانی اعم از پزشکان، ماماها و پرستاران از علائم سوءاستفاده‌های همسران و خشونت‌های آنان در برابر این زنان آگاه باشند تا با مشاوره و عملکرد صحیح از تبعات سوء آن بکاهند. بسیاری از زنان علاقه‌مند به پیگیری موارد خشونت، از کادر مراقبتی درمانی هستند، اما متأسفانه تیم بهداشت و درمان پرسشی در این باره مطرح نمی‌کنند.

در راستای تحقق آرمان‌های قانون اساسی کشور برای حفظ کرامت و منزلت زنان، حمایت از زنان در برابر اقسام مختلف رفتارهای خشونت‌آمیز و توانمندسازی‌های لازم برای حمایت از زنان در برابر خشونت، پرداختن به شرایطی که زمینه‌ساز ایجاد خشونت است، اهمیت دارد [۱۵]. به همین منظور، این پژوهش با هدف تبیین و درک خشونت در زنان مبتلا به اختلالات کف لگن انجام شد.

و زمینه را برای انواع خشونت فراهم می‌کند. یکی از گروه‌های در معرض خشونت بیماران هستند. اختلالات کف لگن یکی از مشکلاتی است که زنان را به دلیل کاهش بهره‌وری و انعطاف‌پذیری جنسی، در معرض خشونت خانگی و ننگ اجتماعی قرار می‌دهد [۴، ۵]. اختلالات کف لگن (PFDs) (Pelvic Floor Disorders) اصطلاحی گسترده است که دامنه‌ای از مشکلات بالینی با نشانه‌های متنوع و درجات مختلف را دربرمی‌گیرد [۶]. اختلالات کف لگن اغلب با علائمی در دفع ادرار، نظیر بی‌اختیاری استرسی ادرار، جریان ضعیف ادرار، ادرار کردن با تأخیر یا با زور، تخلیه ناکامل مثانه و عفونت ادراری راجعه همراه است. همچنین سایر علائم آن شامل احساس درد و ناراحتی در لگن، مشکلات دفعی، درد پشت و پهلوها، مشکل در راه رفتن و نشستن، احساس خروج چیزی از واژن، احساس سوزش و خارش، ترشحات بدبو، زخم و خون‌ریزی و درد در هنگام مقاربت است [۶، ۷]. اختلالات کف لگن با توجه به شیوع بالای آن در بین زنان مسئله‌ای جدی و مهم است که به آن و مشکلات حاصل از آن کم‌توجهی شده؛ تاجایی که از آن در مطالعات به‌عنوان اپیدمی خاموش یاد شده است [۸].

مطالعات کمی با موضوع ارتباط اختلالات کف لگن و انواع خشونت نیز بیان کرده‌اند که خشونت در بین مبتلایان به اختلالات کف لگن با شیوع متفاوت در کشورهای مختلف وجود دارد. مطالعه‌ای در غرب اوگاندا نشان داد ۳۴ درصد از زنان مبتلا به اختلالات کف لگن، که یکی از آن‌ها بی‌اختیاری در ادرار است، خشونت خانگی را تجربه می‌کنند [۹]. در بخش سرپایی بیمارستانی در تانزانیا، با غربالگری خشونت شریک صمیمی با استفاده از ابزار ارزیابی سوءاستفاده اصلاح‌شده مشخص شد که ۷۸ درصد از زنان، خشونت عاطفی، فیزیکی یا جنسی را تجربه کرده‌اند. شیوع خشونت در مبتلایان به اختلالات کف لگن در سال ۲۰۱۶ در هنگ‌کنگ ۷/۶ درصد [۲]، در سال ۲۰۱۳ در مکزیک هفده درصد [۱۰] و در ۲۰۱۲ در کالیفرنیا دوازده درصد گزارش شد [۱۱]. در جست‌وجوهای انجام‌شده در ایران گزارشی از شیوع خشونت در این گروه یافت نشد، اما به‌طور کلی در مطالعه‌ای (۱۴۰۱) روی ۵۰۲۷ نفر، خشونت خانگی بین زوجین ایرانی ۸۱ درصد گزارش شد که خشونت روانی با شیوع ۷۵ درصد بیشترین نوع خشونت بود. همچنین شیوع خشونت کلامی ۴۰ درصد و خشونت فیزیکی ۳۶ درصد خشونت اقتصادی ۴۶ درصد و خشونت جنسی ۳۴ درصد گزارش شد [۱۲]. مطالعه‌ای سیستماتیک (۲۰۱۶) بیان کرد شیوع کلی خشونت در ایران ۶۶ درصد است و بسته به شهر و منطقه جغرافیایی این شیوع متفاوت است. این خشونت، هفتاد درصد در شرق کشور، هفتاد درصد در جنوب، ۷۵ درصد در غرب، ۶۲ درصد در شرق و ۵۹ درصد در مرکز کشور بوده است [۱۳].

خشونت خانگی موضوعی وابسته به فرهنگ است که لازم است در جوامع مختلف بررسی شود. پرداختن به مشکلات ناشی از این اختلال می‌تواند اهمیت آن و مشکلات آن را بیشتر نشان دهد تا

روش کار

این مطالعه کیفی روی ۲۴ نفر از زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در مشهد انجام شد. این مطالعه بر اساس دستورالعمل COREG نگارش و استاندارد بودن آن بررسی شد. مشارکت کنندگان با رعایت حداکثر تنوع به صورت هدفمند و با در نظر گرفتن معیارهای ورود از افراد مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان امام رضا (ع) و قائم (عج) انتخاب شدند. دو مشارکت کننده آخر برای اطمینان از اشباع داده ها وارد مطالعه شدند. معیارهای واجدان شرایط شرکت در مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به هر نوع از اختلالات کف لگن شامل افتادگی اعضای لگن و اختلالات مثانه و روده طبق اظهارات خود فرد و سپس تأیید با معاینه، توانایی در به یاد آوردن و بیان شفاف تجربیات، متأهل، مسلمان و ایرانی بودن و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه. معیارهای خروج شامل سن کمتر از هجده سال، زنان باردار، قرار داشتن در دوره پست پارتوم و ابتلا به آلزایمر بود.

محیط پژوهش و مصاحبه، اتاق اختصاصی برای مصاحبه کنار اتاق درمانگاه در بیمارستان و محیط درمانگاه در ساعات انتظار قبل از مراجعه به متخصص، نمازخانه، فضای باز بیمارستان و سالن ورزشی بود. جمع آوری داده ها با مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته پژوهشگر اول تا زمان دستیابی به یک تفسیر غنی و عدم استخراج داده های جدید ادامه یافت. سؤال های مصاحبه، درباره خشونت بود. تعدادی سؤال باز و کلی، راهنمای محقق در جمع آوری اطلاعات قرار گرفت؛ سؤالاتی مانند: «لطفاً تجارب خود را درباره خشونت همسران به علت مشکلات کف لگن بیان کنید»، «افتادگی اعضای لگن یا بی اختیاری ادرار چگونه شما را در معرض خشونت همسران قرار می دهد؟» و «چه اقداماتی برای مقابله با خشونت انجام می دهید؟» و همچنین سؤالات کاوشی از قبیل «می توانید در این باره مثالی مطرح کنید؟» «می توانید منظورتان از این حرف را شفاف تر بیان کنید؟» و «آیا این صحیح است که احساس می کنید...؟» برای عمیق تر شدن درک پژوهشگر از این موضوع مطرح شدند. در انتها مشارکت کنندگان پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کردند. مدت مصاحبه ها با توجه به شرایط و حوصله مشارکت کنندگان، از بیست تا ۶۵ دقیقه متفاوت بود. با دو مشارکت کننده به علت نیاز به اطلاعات بیشتر، دو مرتبه مصاحبه شد. به منظور تکمیل گسست موجود در طبقات، توصیف رویدادهای واقعی و داشتن گزارشی از تعاملات، از یادداشت های مشاهدهای به عنوان مکمل روش اصلی استفاده شد. به عنوان مثال، مشارکت کننده شماره یک فردی عادی و بدون لکنت بود، اما هنگامی که خاطرات تلخ و ناراحت کننده گذشته اش را تعریف می کرد، دچار اضطراب، لرزش صدا و لکنت زبان می شد و حالتی استرسی پیدا می کرد و خودش را تکان می داد و وسایلش را جابه جا می کرد. این لرزش صدا نشان از ترس و اضطرابی بود که همچنان

بعد از گذشت سال ها در فرد به جا مانده بود.

مصاحبه ها به صورت دیجیتالی ضبط، و سپس در نرم افزار مکس کیودا نسخه ۱۰ تایپ شدند. تجزیه و تحلیل و کدبندی اطلاعات هم زمان با نمونه گیری، به شیوه آنالیز محتوای مرسوم گرانهیم و لاندمن (Graneheim, Lundman) انجام شد. در این روش، کدها و طبقات به صورت استقرایی از داده های خام استخراج شد. بلافاصله بعد از هر مصاحبه، مطالب کلمه به کلمه پیاده و تایپ می شد. برای تشخیص واحدهای معنایی، هر مصاحبه را چندین بار مطالعه و مرور کردیم. سپس براساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه بندی شدند. طبقات و زیرطبقات باهم مقایسه، و از تحلیل و تفسیر این داده ها طبقات انتزاعی تر استخراج شد. جمع آوری داده ها با مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته تا زمان دستیابی به یک تفسیر غنی و عدم استخراج داده های جدید ادامه یافت.

در طول مطالعه، از معیارهای دقت علمی که لینکولن و گوبا (Lincoln and Guba) (۱۹۸۵) ارائه کرده اند، استفاده شد. این معیارها شامل چهار اصل هستند: اعتبار (Credibility)، قابلیت انتقال (Transferability)، قابلیت تأیید (Dependability) و قابلیت تأیید مجدد (Confirmability). برای تأیید صحت و استحکام داده های کیفی از روش های متنوعی استفاده شد. با درگیری مداوم با داده های پژوهش، کدبندی هم زمان با گردآوری داده ها و تأیید مشارکت کنندگان، استفاده از نظرهای اصلاحی پنج نفر از استادان مقبولیت داده ها تأیید شد. برای تأیید داده ها، از دیدگاه های شش نفر از اعضای هیئت علمی، که خارج از مراحل این مطالعه بودند، استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه، ۲۴ مددجو در طیف سنی ۲۸ تا ۶۵ سال با میانگین سنی $45/38 \pm 10/12$ مشارکت کردند. سطح تحصیلات آنان از سیکل تا لیسانس متغیر بود. بیشترین نوع زایمان به روش واژینال انجام شده بود. میانگین مدت ابتلا به افتادگی لگن $3/44 \pm 6/1$ سال بود (جدول ۱).

تعداد ۱۶۶ کد اولیه و نه زیرطبقه استخراج شد که با ادغام آن ها سه درون مایه اصلی (طبقه اصلی) با عنوان تجربه چندبعدی خشونت خانگی، تجارب زنان پس از خشونت و استراتژی های مقابله ای در مدیریت خشونت پدیدار شد. تجربه چندبعدی خشونت خانگی زیرطبقات آزارهای جنسی، گفتار ناپسند، خشونت عاطفی و مضیقه مالی را دارد. تجارب زنان پس از خشونت شامل زیرطبقات احساس خطر در روابط زناشویی، آسیب دیدن عزت نفس و آشفتنگی روانی است. استراتژی های مقابله ای در مدیریت خشونت شامل زیرطبقات استراتژی های فعالانه و استراتژی های منفعلانه بود (جدول ۲).

جدول ۱. مشخصات زمینه‌ای زنان مشارکت‌کننده در مطالعه

ردیف	سن (سال)	تحصیلات	شغل	سابقه بارداری	نوع زایمان	مدت ابتلا (سال)
۱	۴۹	اول دبیرستان	قالی‌باف	G4 L4	۳ واژینال، ۱ سزارین	۱۴
۲	۶۵	اول راهنمایی	خانه‌دار	G4L3ab1	واژینال	۷-۸
۳	۳۵	اول راهنمایی	خانه‌دار	G4L3ab1	۲ واژینال، ۱ سزارین	۹
۴	۲۸	اول راهنمایی	کارهای روستا و قالی‌بافی	G2 L2	واژینال	۵
۵	۴۳	اول راهنمایی	خانه‌دار	G4L4	واژینال	۹
۶	۵۴	دیپلم	مربی ورزش	G4L3ab1	سزارین	۱۵
۷	۳۶	دیپلم	خانه‌دار	G4 L4	واژینال	۲
۸	۵۸	سیکل	نانوا و قالی‌باف	G6 L6	واژینال	۵-۶
۹	۴۹	لیسانس	آرایشگر	G3L2ab1	واژینال	۷
۱۰	۳۵	دیپلم	منشی	G2L2	واژینال	۳
۱۱	۳۸	ابتدایی	خانه‌دار	G6 L6	واژینال	۷
۱۲	۴۳	ابتدایی	کشاورز	G5L4D1	۴ واژینال، ۱ سزارین	۴
۱۳	۴۵	راهنمایی	خانه‌دار	G1L1	سزارین	۴
۱۴	۳۲	دیپلم	معلم	G3L3	۳ واژینال	۳
۱۵	۴۸	ابتدایی	خانه‌دار	G5L4ab1	۴ واژینال	۱
۱۶	۶۱	راهنمایی	خانه‌دار	G7L6ab1	۵ واژینال، ۱ سزارین	۷
۱۷	۵۰	راهنمایی	کارگر مسافرخانه	G4 L4	واژینال	۷
۱۸	۵۵	دبیرستان	آشپز	G2L2	واژینال	۲
۱۹	۳۸	ابتدایی	کارگر منازل	G3L2D1	۲ واژینال، ۱ سزارین	۵
۲۰	۳۰	فوق دیپلم	خانه‌دار	G2L2	واژینال	۵
۲۱	۴۱	دبیرستان	خانه‌دار	G3L2ab1	۱ واژینال، ۱ سزارین	۶
۲۲	۵۸	ابتدایی	کارهای روستا	-	-	۸-۹
۲۳	۵۰	ابتدایی	کارهای روستا	G4L3ab1	واژینال	۷-۸
۲۴	۴۸	دبیرستان	خانه‌دار	G5L5	واژینال	۳

جدول ۲. طبقات اصلی، زیرطبقات و کدهای اولیه استخراج‌شده

طبقات اصلی	زیرطبقات	کدهای اولیه
تجربه چندبعدی خشونت	آزارهای جنسی	- عدم توجه به وضعیت جسمی و روحی زن در برقراری رابطه جنسی - برقراری رابطه جنسی اجباری به علت وابستگی‌های اقتصادی - اجبار به ارتباط جنسی نامطلوب با وجود خون‌ریزی - عدم وجود احساس صمیمیت در رابطه جنسی - تنبیه بدنی حین برقراری رابطه جنسی - اجبار به ارتباط جنسی نامتعارف (رابطه جنسی مقعدی و دهانی) - توهین و فحش دادن - مشاجره به علت عدم تمایل زن به رابطه جنسی
		- کلام نیش‌دار / زخم زبان - کنایه‌های جنسی در گفتار حین رابطه جنسی - گفتارهای آمرانه و تحکم‌آمیز
		- خرجی ندادن به علت عدم همکاری در نزدیکی - تأمین نکردن هزینه درمان - کم‌اهمیت‌انگاری بیماری زن
		- قهر کردن‌های مکرر - بی‌توجهی به زن در محیط خانه - گله و شکایت‌های مبنی بر نارضایتی
خشونت عاطفی	مضيقه مالی	

– بیان شوخی‌هایی درباره ازدواج مجدد – تهدید به روابط خارج از خانواده – تحقیر و بی‌آبرو کردن زن در مقابل دیگران	
– چک کردن دائمی تلفن همسر – احساس خطر خیانت به علت تهدیدها و حرف‌ها – ترس از ازدواج مجدد همسر به علت ابراز عدم رضایت از رابطه جنسی – ترس از خیانت همسر به علت عدم تمایل به برقراری رابطه جنسی – ترس از خیانت همسر به علت ناتوانی در برقراری رابطه جنسی رضایت‌بخش – شک به روابط خارج از خانواده	احساس خطر در روابط زناشویی
– تصویر تناسلی منفی – احساس شرم موقعیتی – خودمقایسه‌گری منفی – عدم احساس زنانگی – تحقیر شدن مداوم – احساس بی‌ارزشی – افکار مخرب – نگرانی از وضعیت حال و آینده همراه با بیماری – از دست رفتن رضایت از زندگی – پرخاشگری درون‌زاد – تنهایی و انزوا	تجارب پس از خشونت آسیب دیدن عزت‌نفس آشفته‌گی روانی
– تلاش برای حل تعارضات زناشویی – تلاش برای اختفای بیماری از همسر – جست‌وجوی حمایت – تلاش برای کنترل هیجانات منفی – در پیش گرفتن سیاست‌های ناسازگارانه – کاهش تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی – از خودگذشتگی و مدارا – سکوت – نفرین و گله‌گذاری	استراتژی فعالانه استراتژی‌های مقابله‌ای در مدیریت خشونت استراتژی منفعلانه

از چنین رابطه‌ای متنفرند، ولی به دلیل اصرار شوهرانشان به‌ناچار وارد این نوع رابطه جنسی شده‌اند. در چنین مواقعی، زنان خود را ناچار به پذیرش می‌دانند: «می‌گویند موقع نزدیکی اصلاً چیزی حس نمی‌کنم. بعد هم می‌گویند چون زیادی گشاد شده، باید از مقعد رابطه برقرار کنم. مرد است کاری نمی‌شود کرد» (مشارکت‌کننده شماره ۵۵ ساله).

برخی مردان ناراضی خود را به‌صورت مستقیم و واضح بیان می‌کردند و برخی مستقیماً ابراز نمی‌داشتند و زنان از روی رفتار و صحبت‌های غیرمستقیم همسرشان پی به ناراضی آن‌ها می‌بردند: «به من نمی‌گویند باز یا شل شده است. من گمان می‌کنم لذت نمی‌برد. این‌ها را خود زن می‌فهمد دیگر» (مشارکت‌کننده شماره بیست، سی‌ساله).

شماری از زنان، اجبار به رابطه جنسی عاری از لذت و سراسر درد را تجربه کرده بودند. در این باره یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه از تجربه خود می‌گوید: «یک بیرون‌زدگی دارم که باعث می‌شود موقع نزدیکی درد داشته باشم. این نوع رابطه که با درد

تجربه چندبعدی خشونت

هریک از زنان مورد مطالعه، بسته به وضعیتی که داشته‌اند، یک یا چند نوع از انواع خشونت خانگی را تجربه و به آن اشاره کرده‌اند. زنان مبتلا به اختلالات کف لگن آزارهای جنسی، گفتار ناپسند، خشونت عاطفی و مضیقه مالی را تجربه کرده بودند.

آزارهای جنسی

بسیاری از مشارکت‌کنندگان، آزارهای جنسی را در تجربیات خود ذکر کردند. این طبقه در نتیجه کدهای اولیه برقراری رابطه جنسی اجباری، اجبار به ارتباط جنسی نامطلوب با وجود درد و خون‌ریزی، عدم وجود احساس صمیمیت در رابطه جنسی، خشونت فیزیکی حین برقراری رابطه جنسی و اجبار به ارتباط جنسی نامتعارف (رابطه جنسی مقعدی) پدیدار شد. در این باره برخی مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که به علت شلی و باز بودن واژن، همسرانشان از رابطه جنسی معمول ناراضی بودند و رابطه جنسی نامتعارف را درخواست می‌کردند. این گروه از زنان بیان کردند که

مشارکت‌کننده یا اشتغال در سطوح پایین شغلی، در مضیقه مالی قرار داشتند؛ به‌طوری‌که موجب مراجعه دیر هنگام برای درمان یا مراجعه نکردن برای تشخیص و پیگیری بیماری می‌شد. بسیاری از زنان خانه‌دار اظهار داشتند که برای تأمین هزینه‌های خود به همسرانشان وابسته‌اند و این وابستگی، اغلب آن‌ها را برای تأمین هزینه‌های خود دچار مشکل می‌کند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند: «مدام می‌گویند هر وقت پولدار شدم برو عمل کن. الان که ندارم. هیچ خرجی به من نمی‌دهد. من هم که از خودم درآمدی ندارم» (مشارکت‌کننده شماره هشت، ۵۸ ساله)؛

«من هیچ‌وقت به فکر سلامت خودم نبوده‌ام؛ چون هر بار که نیاز به درمان دارم، باید به همسرم بگویم. این مسئله باعث می‌شود که به‌سختی برای درمان اقدام کنم، و گاهی فکرش هم اذیت می‌کند؛ چون همیشه به‌سختی پول می‌دهد. اگر بگویم برای درمان می‌خواهم، می‌گویند تو هم که همیشه مریضی، و من ندارم خرج‌های بی‌خودی بدهم» (مشارکت‌کننده شماره هجده، ۵۵ ساله).

در تنگنا قرار دادن زنان از نظر اقتصادی نیز در تجربه برخی مشارکت‌کنندگان دیده شد. در این باره یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «اگر در رابطه با او همکاری نکنم، به من خرجی نمی‌دهد. من هم که از خودم درآمدی ندارم. اصلاً از اول نمی‌گذاشت من کار کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۲۱، ۴۱ ساله).

خشونت‌های عاطفی

خشونت عاطفی به سبب ظرافت خاص آن، کمتر بررسی می‌شود و مانند خشونت فیزیکی که آثاری مشهود دارد نیست و به همین دلیل کم‌اهمیت‌تر به شمار می‌آید؛ اما نمونه‌های آن نیز بسیار دردناک است و روح و روان زن را نشانه می‌گیرد. مفاهیم تحقیر، اهمیت ندادن و بی‌توجهی، اعمال کنترل، قهر مرد، تهدید و خیانت که از میان کدهای اولیه استخراج شد، همگی گویای زیرطبقه خشونت‌های عاطفی بود.

تهدید به ازدواج مجدد نوعی خشونت است که موجب خدشه‌دار شدن وضعیت روحی افراد و افزایش نگرانی از وضعیت حال و آینده خود می‌شود. این موضوع در داستان برخی از مشارکت‌کنندگان دیده شد که باعث ایجاد نگرانی برای آن‌ها شده بود: «می‌گویند اوضاع بدنت خراب شده. دیگر باید به فکر کس دیگری باشم. این حرف عذاب می‌دهد. آدم خرد می‌شود و احساس بی‌ارزشی و حقارت می‌کند. همیشه نگرانم. با روح و روانم بازی می‌کند این حرف‌ها» (مشارکت‌کننده شماره هجده، ۵۵ ساله).

برخی افراد احساس نیاز به دفع ادرار حین رابطه را گزارش کردند و این ایجاد وقفه در رابطه جنسی، یکی از دلایل نارضایتی همسران از نزدیکی بود. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «بعضی وقت‌ها وسط رابطه می‌گفتم بگذار بروم دست‌شویی و دوباره برمی‌گردم. این موضوع هم گاهی عصبانی‌اش می‌کرد. بعد که برمی‌گشتم، قهر می‌کرد و اغلب تا دو هفته حرف نمی‌زد»

همراه است، مرا عذاب می‌دهد به جای اینکه از آن لذت ببرم؛ اما در کل مجبورم تحمل کنم تا بتوانم نزدیکی کنم. چندین بار به او گفتم، اما توجهی ندارد و بیماری و ناراحتی‌ام برایش مهم نیست» (مشارکت‌کننده شماره دوازده، ۴۳ ساله).

یکی از مشارکت‌کنندگان، اجبار به رابطه جنسی را همراه با متوسل شدن همسرش به زور و کتک توصیف کرد: «به او گفتم دکتر گفته فعلاً نزدیکی نداشته باش تا خوب شوی. گفت قبول ندارم، باید بیایم ببینم دکتر چه می‌گوید. دکترم به او گفت تا چند وقت بعد از عمل نباید نزدیکی کند. اصلاً گوشش بدهکار نیست. شده به‌زور و با دعوا کار خودش را می‌کند» (مشارکت‌کننده شماره پانزده، ۴۸ ساله).

عدم وجود احساس صمیمیت در رابطه جنسی نیز نوعی تجربه خشونت جنسی بود که در این باره مشارکت‌کننده شماره یازده و پانزده بیان کردند:

«در نزدیکی‌هایمان هیچ احساساتی وجود ندارد. شبیه دو تا مجسمه‌ایم. برایم بیشتر عذاب است. تمام حواسم به این است که زودتر تمام شود» (مشارکت‌کننده شماره یازده، ۳۸ ساله)؛ «با من مثل یک وسیله عمل می‌کند. او می‌خواهد خواسته‌هایش را برآورده کند و برایش مهم نیست که من چه احساسی دارم. این باعث می‌شود که تمایل به نزدیکی به‌کلی از بین برود» (مشارکت‌کننده شماره پانزده، ۴۸ ساله).

گفتار ناپسند

این خشونت با به کار بردن الفاظ نامناسب، بی‌احترامی و بی‌آبرو کردن زن در مقابل دیگران صورت می‌گیرد که سبب جریحه‌دار شدن روان زنان می‌شود و مانند نمکی است که بر زخم زده می‌شود و موجب برانگیختن حس حقارت در زنان، مشغولیت مداوم ذهنی و نگرانی‌های مختلف می‌شود. در این باره یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «من خودم از اینکه ادرارم می‌ریزد کم ناراحتم که شوهرم هم مدام بدترش می‌کند؛ بعضی وقت‌ها در بحث‌ها به من می‌گویند همان‌طور که بدنت مثل بچه‌ها شده، اخلاقت هم مثل بچه‌ها شده» (مشارکت‌کننده شماره دوازده، ۴۳ ساله).

در تجربه برخی مشارکت‌کنندگان، توهین، کنایه و فحاشی از طرف همسر دیده شد. به‌عنوان مثال، یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «می‌گویند برو دکتر خم ببین چه مشکلی داری. زیاد توهین می‌کند. مواقعی که با او راه نمی‌آیم فحش می‌دهد» (مشارکت‌کننده شماره دوازده، ۴۳ ساله).

مضیقه مالی

این زیرطبقه، از کدهای اولیه خرجی ندادن به علت عدم همکاری در نزدیکی و تأمین نکردن هزینه درمان است. زنان مشارکت‌کننده در زندگی خصوصی‌شان مشکلات اقتصادی بسیاری داشتند و به سبب ساختار اقتصادی موجود و عدم اشتغال اکثر زنان

(مشارکت‌کننده شماره یک، ۴۹ساله).

برخی مشارکت‌کنندگان گفتند که پس از ابتلا به بیماری، دیگر رفتارهای توأم با احترام را از جانب همسرشان دریافت نمی‌کنند. مشارکت‌کننده‌ای که همسرش تحقیرش کرده بود بیان داشت: «همیشه می‌گویند تو از کارافتاده شدی؛ فایده ندارد. گفتم از کار سنگین و این‌همه سختی که کشیده‌ام افتادگی لگن گرفتم. به او می‌گویم خوب خوارم می‌کنی و مزد این‌همه سال تلاشم را می‌دهی» (مشارکت‌کننده شماره هجده، ۵۵ساله).

عدم همکاری زنان و بی‌میلی آنان به برقراری رابطه جنسی به علت درد و خون‌ریزی، موجب ایجاد نارضایتی برای بسیاری از مردان شده بود. برخی مردان با بهانه‌گیری و گله و شکایت‌های مداوم نارضایتی‌شان را از رابطه جنسی به صورت مستقیم نشان می‌دادند و گاهی این نارضایتی با شکایت نزد آشنایان همراه بود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره بیان کرد: «الان هم زیاد باهم دعوا می‌کنیم. می‌رود به بچه‌هایم می‌گوید. می‌گوید مامانان بی‌عاطفه است. دیگر باید به فکر کس دیگری باشم» (مشارکت‌کننده شماره هفده، پنجاه‌ساله).

تجارب پس از خشونت

این طبقه را زیرطبقات احساس خطر در روابط زناشویی، آسیب دیدن عزت‌نفس و آشفته‌گی روانی شکل داده‌اند.

احساس خطر در روابط زناشویی

در میان تجربیات زنان خشونت‌دیده، احساس خطر در روابط زناشویی به‌ویژه به دلیل وجود علائم بیماری، به دغدغه‌ای جدی تبدیل شده بود. زنان به دنبال وقوع مشکلاتی نظیر خروج توده، کاهش میل جنسی، ناتوانی در برآوردن نیازهای جنسی همسر و عدم تمایل به برقراری رابطه جنسی، دچار این نگرانی می‌شدند که قادر به برقراری رابطه جنسی رضایت‌بخش نیستند و همسر آن‌ها ممکن است برای تأمین نیازهای جنسی خود به روابط خارج از چهارچوب خانواده روی آورند. برخی زنان از کاستی در روابط زناشویی احساس خطر می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «مدام تلفن همراهش را چک می‌کنم. می‌ترسم که برود دنبال زن‌های دیگر؛ چون من مثل قبل نمی‌توانم رابطه جنسی رضایت‌بخشی داشته باشم» (مشارکت‌کننده شماره یازده، ۳۸ساله). ناتوانی و کم‌کاری در انجام دادن وظایف زنانه یکی از وجوه خطر در زندگی زناشویی بود. اظهارات بسیاری از مشارکت‌کنندگان نشان می‌داد که ناتوانی در برقراری رابطه جنسی مطلوب و عدم توانایی در برآوردن نیازهای جنسی همسر سبب القای کاستی در انجام دادن وظایف زنانه شده بود، نگرانی زنان درباره روابط خارج از خانواده را افزایش می‌داد و آن‌ها مشکلات ناشی از بیماری‌شان را زنگ خطری برای روابط زناشویی می‌دانستند. افراد مشارکت‌کننده بیان داشتند به علت اینکه نمی‌توانند نیازهای همسرشان را آن‌گونه که

باید برآورده کنند و همچنین به علت احساس نقص در بدن و نداشتن اعتمادبه‌نفس، نگران خیانت همسر می‌شوند: «مدام ذهنم درگیر این است که چه کار کنم همسرم لذت ببرد و مشکلاتم را نفهمد. نمی‌خواهم کمبود یا مشکلی احساس کند. الان جامعه خراب شده» (مشارکت‌کننده شماره بیست، سی‌ساله).

حتی برخی مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که همسرشان این موضوع را به صورت جدی یا شوخی مطرح، و به مشکل پیش‌آمده اشاره می‌کند که موجب ایجاد احساس خطر در زن می‌شد. آن‌ها با ابراز نارضایتی‌شان از شرایط پیش‌آمده برای خانم، تمایل خود را برای رابطه جنسی با فردی دیگر بیان می‌کنند: «شوهرم زیاد بهانه‌گیری می‌کند. مشکلات خودم را می‌توانم تحمل کنم، اما غر زدن‌های او و اینکه می‌گوید اوضاع بدنت خراب شده، دیگر باید به فکر کس دیگری باشم، عذابم می‌دهد» (مشارکت‌کننده شماره هجده، ۵۵ساله).

فرد دیگری بیان شوخی ازدواج مجدد همسرش را نیز جدی می‌دانست و حتی شوخی‌های همسرش در این باره او را نگران می‌کرد. مشارکت‌کننده احساسات خود را این‌گونه بیان کرد: «به تازگی به شوخی می‌گویند اگر خوب نشوی می‌روم زن می‌گیرم. حالا نمی‌دانم شوخی است یا جدی. من هم ترسیدم. همیشه فکرم مشغول است. می‌گویم زودتر عمل کنم. اینکه نمی‌توانم رابطه جنسی خوبی با شوهرم برقرار کنم مرا نگران می‌کند. بالاخره مرد است دیگر» (مشارکت‌کننده شماره یازده، ۳۸ساله).

آسیب دیدن عزت‌نفس

این زیرطبقه از کدهای اولیه خودمقایسه‌گری منفی، تصویر منفی از اندام تناسلی، عدم احساس زنانگی، احساس بی‌ارزشی و احساس شرم موقعیتی تشکیل شده است. زنان از داشتن حس بد به جنسیت خود به دلیل خیانت شوهر، احساس بی‌ارزش بودن، باور به بی‌لیاقتی، از دست دادن اعتمادبه‌نفس و خجالت از نگاه در آینه به دلیل تحقیر مداوم شوهر یاد می‌کردند. مردان با تحقیر ظاهر و لیاقت و توانایی‌های زنان، مسبب این احساسات بودند. اکثر بیماران اظهار داشتند که ماهیت شرم‌آور بیماری باعث شده است شرم و خجالت را در موقعیت‌های مختلف احساس کنند و این احساس شرم، زمینه‌ای برای آسیب دیدن عزت‌نفس بود.

اغلب مشارکت‌کنندگان از جلب توجه همسرشان به بیماری و آشکار شدن علائم نزد وی شرم داشتند. یکی از آن‌ها گفت: «خجالت می‌کشیدم، خصوصاً اگر شوهرم مرا با پوشک می‌دید. موقع نزدیکی با شوهرم خجالت می‌کشیدم. ادرارم می‌ریخت و تشکم خیس می‌شد. مجبور می‌شدم دو سه بار تشکم را بشویم» (مشارکت‌کننده شماره یک، ۴۹ساله).

خودمقایسه‌گری منفی تقریباً به نوعی در صحبت‌های همه مشارکت‌کنندگان وجود داشت. این موضوع موجب به هم ریختگی انسجام روانی و نگرانی از وضعیت حال و آینده همراه با تحمل

است و دائم از من انتقاد کرد، باعث شد که به بدنم حس بدی داشته باشم. احساس می‌کنم تمام جذابیت‌م را از دست داده‌ام. دیگر فقط زشتی‌هایم را می‌بینم» (مشارکت‌کننده شماره سه، ۳۵ساله).

ناتوانی در برقراری رابطه جنسی مطلوب و ناتوانی در برآوردن نیازهای جنسی همسر سبب القای کاستی در انجام دادن وظایف زنانه و عدم احساس زنانگی شده بود: «از روی رفتارم می‌فهمم که اصلاً لذت نبرده‌ام. یک جورهایی هم برایش ناراحت‌م و هم دلم می‌سوزد. بالاخره مرد است و رابطه خوب می‌خواهد. احساس می‌کنم نمی‌توانم حس خوبی را به او بدهم» (مشارکت‌کننده شماره چهارده، ۳۲ساله).

آشفته‌گی روانی

مواجهه با خشونت ازجمله مواردی بود که موجب درد و رنج مداوم برای تمام مشارکت‌کنندگان می‌شد. این موضوع موجب رنج هنگام انجام دادن وظایف روزمره فردی، خانوادگی، شغلی، تفریحی و روابط جنسی می‌شد و راحتی و آسایش زندگی روزانه را از آن‌ها سلب کرده بود. مشارکت‌کننده جوانی احساس می‌کرد زندگی عادی گذشته را ندارد و همین امر از رضایتمندی او کاسته بود. او بیان کرد مشکلات ناشی از بیماری، محدودیت‌های زیادی برایش در زندگی روزمره به وجود آورده است.

اکثر مشارکت‌کنندگان بیان کردند که زندگی با وجود خشونت‌های همسر لذت و رضایت را از آن‌ها گرفته است: «با خودم فکر می‌کنم که چرا باید به این وضعیت تن دهم. ناراحت‌کننده است که احساس کنم در زندگی شخصی‌ام به‌شدت شکست خورده‌ام» (مشارکت‌کننده شماره ۲۱، ۴۱ساله)؛ «همیشه نگران آینده‌ام. نمی‌دانم چه کارهایی می‌توانم در پیش بگیرم یا چطور باید با این وضعیت کنار بیایم» (مشارکت‌کننده شماره دوازده، ۴۳ساله).

استراتژی‌های مقابله‌ای در مدیریت خشونت

اکثر مشارکت‌کنندگان گفتند که آسیب‌های روانی و جسمی ناشی از خشونت را تجربه کرده‌اند، اما برخی از آن‌ها تلاش می‌کردند این آسیب‌ها را کنترل کنند و آن‌ها را به حداقل ممکن برسانند یا برخی هیچ اقدامی نمی‌کردند. هر فرد با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود، برای مقابله با خشونت، رفتارهای فعالانه یا منفعلانه در پیش می‌گرفت.

استراتژی‌های فعالانه

زیرطبقه استراتژی‌های فعالانه را کدهای اولیه تلاش برای حل تعارضات ناشویی، سعی در اختفای بیماری از همسر، جست‌وجوی حمایت، اهتمام به کنترل هیجانات منفی و در پیش گرفتن سیاست‌های ناسازگارانه شکل داد. تمرکز بر تغییر افکار منفی به مثبت یا دور کردن افکار منفی

بیماری شده بود. آن‌ها از شرایط کنونی رضایت نداشتند و وقتی مشکلات خود را با قبل مقایسه می‌کردند، به این نتیجه می‌رسیدند که زیبایی بدنشان و توانایی و عملکردشان نسبت به قبل به‌صورت منفی تغییر کرده است. آن‌ها دیگر بدنشان را زیبا نمی‌دیدند و احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی می‌کردند. همچنین آن‌ها خودشان را با دیگر هم‌سن‌وسالان‌شان مقایسه می‌کردند و با دیدن نقاط منفی خود، عزت‌نفسشان را از دست می‌دادند. یکی از مشارکت‌کنندگان جوان و فعال به صورت‌های مختلف مدام خود را با دیگران و با قبل خود مقایسه می‌کرد. صحبت‌های همسرش نیز بر این مقایسه‌گری‌ها بیشتر دامن می‌زد و عزت‌نفس وی را بیش‌ازپیش کاهش می‌داد. او بیان کرد: «می‌بینم شوهرم حق دارد که همیشه غر می‌زند و مسخره می‌کند. بعد از زایمان‌هایم، این قدر زشت شده که خودم از آن بدم می‌آید. اصلاً زیبایی زنانه ندارد. با قیلم که مقایسه می‌کنم، می‌بینم الان از شکل افتاده» (مشارکت‌کننده شماره چهارده، ۳۲ساله).

مشارکت‌کننده دیگری احساس تحقیر را چنین بازگو کرد: «می‌گویند اوضاع بدنت خراب شده. دیگر باید به فکر کس دیگری باشم. این حرف عذاب می‌دهد. آدم خرد می‌شود و احساس بی‌ارزشی و حقارت می‌کند» (مشارکت‌کننده شماره هجده، ۵۵ساله).

بسیاری از مشارکت‌کنندگان، به‌ویژه جوان‌ترها، به‌دلیل آزارها و رفتارهای نامناسب همسرشان احساس ناخوشایندی به اندام تناسلی خود داشتند و احساس می‌کردند که جذابیت‌های زنانه‌شان را از دست داده‌اند. آن‌ها اندام تناسلی‌شان را با کلماتی مانند «زشت»، «بدبو»، «غیرطبیعی»، «کشیف» و «شل» توصیف کردند، که این موضوع موجب کاهش اعتمادبه‌نفس و کاهش احساس زنانگی آن‌ها می‌شد. این احساسات ناخوشایند، به‌وضوح با کرامت زنان در ارتباط است و نشان می‌دهد که چگونه عوامل بیرونی می‌توانند بر احساس احترام به خود و ارزش‌گذاری افراد تأثیر بگذارند. مشارکت‌کنندگان این احساس را دلیلی بر افزایش رنج بیماری در زندگی، رضایت از دست‌رفته به علت بیماری، کاهش میل و لذت جنسی، نگرانی و ترس مداوم ناشی از آشکار شدن علائم نزد دیگران و نگرانی از خیانت همسر معرفی کردند. به‌عنوان مثال، مشارکت‌کننده شماره چهار خانمی ۲۸ساله بود که داشتن تصویر منفی از اندام تناسلی را زمینه‌ای برای افزایش ترس از آشکار شدن علائم حتی در مقابل تیم بهداشت و درمان می‌پنداشت. او این‌طور گفت: «احساس می‌کنم زشت شده. در معاینه دیدید که چقدر زشت است. خودم رویم نمی‌شد بیایم دکتر. وقتی زیاد کار می‌کنم، می‌آید بیرون. آن‌قدر زشت می‌شود! خودم در آینه دیده‌ام».

همین مشارکت‌کننده در جایی دیگر این موضوع را دلیلی بر سلب رابطه جنسی عادی بیان کرد: «موقع نزدیکی چراغ‌ها را خاموش می‌کنم. دوست ندارم شوهرم ببیند. خجالت می‌کشم».

مشارکت‌کننده دیگری می‌گوید: «همیشه حس خوبی به خودم داشتم، اما بعد از اینکه همسرم به من گفت که اندام تناسلی‌ام زشت

از راهبردهایی بود که مشارکت‌کنندگان برای تعدیل وضعیت روانی و کنترل هیجانات منفی خود به کار می‌بستند: «مدتی ذهنم پر شده بود از افکار آشفته و منفی. یک کانال تلگرامی بود که مثبت‌اندیشی یاد می‌داد. من هم گفتم امتحان کنم. خوب بود. سعی کردم فکر پیری، ترس از خیانت همسر و فکرهای مسموم دیگر را از خودم دور کنم. حتی شب‌ها راحت‌تر خوابم می‌برد» (مشارکت‌کننده شماره بیست، سی‌ساله).

اغلب مشارکت‌کنندگان بیان کرده بودند که همسرشان از بیماری و مشکلاتشان باخبر است، اما تعداد کمی نیز گفتند که این موضوع را از همسرشان پنهان کرده‌اند. خانمی که بیماری خود را از همسرش پنهان کرده بود، گفت: «با همسرم راجع به این موضوع صحبت نکرده‌ام؛ چون گمان می‌کنم ممکن است جذابیتم برایش از بین برود. همین الان هم به دلیل کارم که همیشه ایستاده‌ام، کمی سردرد، کمردرد و پادرد می‌گیرم، او به من غر می‌زند که همیشه مریضی. دیگر آن‌ها را هم به او نمی‌گویم، چه برسد به مشکلات دیگر. درباره ناحیه تناسلی که هم خجالت می‌کشم بگویم، هم ممکن است اگر بگویم مسخره‌ام کند. این‌جوری اعتماد به نفسم می‌آید پایین. بعد هم آقایان درک که نمی‌کنند؛ فقط انگ مریضی هم می‌زنند» (مشارکت‌کننده شماره نه، ۴۹ساله).

یکی از مشارکت‌کنندگان برای رسیدن به رضایت از زندگی، که به علت خشونت، کاهش روابط و فعالیت‌های اجتماعی از دست رفته بود، به انجام دادن کارهای هنری در خانه روی آورده بود. او در این باره بیان کرد: «برای اینکه زیاد بیرون نمی‌رفتم و افسرده شده بودم، سعی کردم خودم را با کاری در خانه سرگرم کنم. بافتنی و قلاب‌بافی از دخترخاله‌ام یاد گرفتم و در خانه سرم را گرم می‌کردم» (مشارکت‌کننده شماره سه، ۳۵ساله).

برخی افراد ترجیح می‌دهند احساسات خود را بیرون بریزند و آن‌ها را سرکوب نکنند و به دنبال حمایت‌های افراد قابل اعتماد و حمایتگر بودند. آنان به هر شکلی که می‌توانستند با افراد معتمدشان صحبت می‌کردند: «با این و آن صحبت می‌کنم تا شاید یکی راه چاره خوبی جلوی پایم قرار دهد. اگر آدم همیشه دردش را بریزد در خودش، مشککش سنگین‌تر می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۲۱، ۴۱ساله).

تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان با دعا کردن امید به بهبودی موقعیتشان داشتند. مشارکت‌کنندگان مذهبی به شفای الهی و کمک خداوند به حل شدن خشونت‌های زندگی امیدوار بودند. آن‌ها از نماز، نذر و دعا کمک می‌گرفتند. اعتقادات مذهبی به‌خصوص متوسل شدن به نذر و نیاز از جمله اقدامات خودمدریتی بود:

«همیشه دعا می‌کردم. می‌گفتم خدایا اگر خودت صلاح می‌دانی خوبم کن تا عمل نکنم. همیشه هم دعا می‌کنم خدایا همسرم را برایم حفظ کن و نگذار مریضی‌ام زندگی‌ام را از هم بپاشاند. می‌گفتم خدایا محبت همسرم را بیشتر کن تا مرا کمتر آزار بدهد» (مشارکت‌کننده شماره بیست، سی‌ساله)؛

«بعضی وقت‌ها دعا می‌کنم و می‌گویم کاش به خودش بیاید و مهربان‌تر شود» (مشارکت‌کننده شماره دوازده، ۴۳ساله).

سیاست‌های ناسازگارانه در میان زنانی روی می‌داد که به دنبال انجام دادن رفتاری شبیه مقابله به مثل در برابر خشونت همسر بودند. برای مثال، در مقابل ناسزاگویی شوهر، زن هم ناسزا می‌گوید و در برابر دیگر آزارهای او، با همسر لجبازی می‌کند یا کارهای درخواستی او را انجام نمی‌دهد. در نهایت، هنگامی که موقعیت خشونت‌بار برای زن تحمل‌ناپذیر می‌شود، وی با قهر منزل را ترک می‌کند: «وقتی می‌بینم برایش مهم نیست که بگویم درد دارم، مریضم یا توانم کم شده، من هم دعوا درست می‌کنم و قهر می‌کنم تا رابطه نداشته باشم. این‌جوری خودم را خالی می‌کنم» (مشارکت‌کننده شماره دوازده، ۴۳ساله).

استراتژی‌های منفعلانه

این زیرطبقه از کدهای اولیه کاهش تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی، از خودگذشتگی و مدارا، سکوت، نفرین و گله‌گذاری تشکیل شده است. در استراتژی‌های منفعلانه، از آن‌رو که زن طاقت رویارویی و مقابله با مرد را ندارد، نمی‌تواند مقابل خشونت او بایستد و کاری انجام دهد. وی فقط به صورت منفعلانه به دفاع از خود و تحمل وضعیت خشونت‌بار یا مدارا، گله و نفرین می‌پردازد.

مشارکت‌کننده شماره یک، یکی از دلایل از خودگذشتگی و مدارا با خشونت را فرزندان عنوان کرد و گفت: «از این آدم‌هایی نیست که بگویند زنم امروز مریض است، پس باید مراعاتش را بکنم. نه، هیچ کار نداشت. من هم سعی کردم کنار بیايم. قبولش کردم. نمی‌شود که بچه‌هایم را ول کنم.»

تعدادی از مشارکت‌کننده‌ها سکوت در مقابل رفتارهای ناپه‌ن‌جار همسر را در پیش می‌گرفتند: «زمانی که کسی به من آسیب می‌زند یا مجبورم کاری خلاف میلم انجام بدهم، گاهی فقط سکوت می‌کنم و دور می‌شوم. احساس می‌کنم که نمی‌توانم هیچ کاری برای جلوگیری از این خشونت انجام دهم.»

برخی زنان در مقابل فحاشی، بی‌احترامی و رفتارهای نامناسب همسرشان سکوت پیشه می‌کردند تا از این طریق به آتش خشم همسرشان دامن نزنند: «وقت‌هایی که نزدیکی نمی‌کنم و می‌گویم حالم خوب نیست، هرچه از دهانش دربیاید می‌گوید. اوایل جوابش را می‌دادم. دیدم این‌جوری بدتر می‌شود. الان دیگر جوابش را نمی‌دهم. او هم کمی دادوبیداد می‌کند و بعد ساکت می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۲۱، ۴۱ساله).

برخی زنان نیز به اجبار و از روی از خودگذشتگی و برای حفظ بنیاد خانواده، تن به زورگویی‌ها و خواسته‌های هرچند نابجای مردان می‌دادند. خانمی ۵۵ساله که به ناچار درخواست‌های گستاخانه همسرش را می‌پذیرفت چنین گفت: «مجبورم قبول کنم. رابطه مقعدی را دوست ندارم، اما مجبورم قبول کنم تا نرود دنبال زن دیگری» (مشارکت‌کننده شماره هجده، ۵۵ساله).

برخی افراد که از رفتارهای همسرشان خسته و بی‌تاب شده بودند به نفرین و گله‌گذاری به خدا روی آورده بودند. مشارکت‌کننده‌ای که به علت بی‌توجهی همسرش نشانه‌های افسردگی در او مشهود بود، بیان داشت: «به او گفتم دکتر گفته فعلاً نزدیکی نداشته باش تا خوب شوی. گفت قبول ندارم. الان هم می‌گویند برای درمانت نمی‌آیم و دیگر با تو کاری ندارم. او برای خودش زندگی می‌کند و من هم برای خودم. خدا ان شاءالله جوابش را بدهد. من که یک‌سره می‌گویم ان شاءالله خدا جوری مریضش کند که نتواند از جایش بلند شود و درد بکشد و هیچ‌کس به دادش نرسد. مرا عذاب داده» (مشارکت‌کننده شماره پانزده، ۴۸ساله).

بحث

هدف از این مطالعه، تبیین و درک خشونت در زنان مبتلا به اختلالات کف لگن بود. در این مطالعه، اکثر مشارکت‌کنندگان به‌نوعی به وجود خشونت اذعان داشتند. مطالعات دیگر نیز تأیید کردند که زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در معرض خشونت و نارضایتی همسر قرار دارند. ازجمله مطالعه شریستا Shrestha و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد پنجاه درصد مبتلایان به افتادگی از صحبت درباره خشونت خانگی امتناع می‌کردند و از بین افرادی که به سؤالات مربوط به خشونت پاسخ دادند، سی درصد خشونت خانگی را به علت ابتلا به افتادگی اعضای لگن تجربه کرده بودند [۱۶].

هریک از زنان مورد مطالعه در این پژوهش، یک یا چند نوع از انواع خشونت خانگی را تجربه کرده بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها و صحبت‌های مشارکت‌کنندگان نشان داد که زنان مورد مطالعه عموماً با توجه به نوع خشونتی که بر آن‌ها اعمال شده است، به تعریف خشونت می‌پردازند. در این راستا، تجربه چندبعدی خشونت شامل زیرطبقات آزارهای جنسی، گفتار ناپسند، مضیقه مالی و خشونت عاطفی بود. در مطالعه‌ای کیفی در سال ۲۰۱۴ مشارکت‌کنندگان نپالی بیان داشتند که بعد از افشای ابتلا به پرولاپس اعضای لگن به همسرشان، در معرض انواع خشونت خانگی قرار گرفتند. Domestic violence after disclosure of UP به همسرشان، محول کردن کار سنگین، تهدید به ازدواج مجدد، کاهش مقادیر غذایی و تعرض و سوءاستفاده جسمی ازجمله انواع خشونتی بود که مشارکت‌کنندگان تجربه کرده بودند [۱۶]. در مطالعه ما، مشارکت‌کنندگان فراوانی برچسب‌گذاری نامناسب و تحقیر ازسوی همسر را بیان کردند. لونا دولزال (۲۰۲۲) دریافت افرادی که مبتلا به بیماری مزمن هستند، بیشتر در معرض انگ، برچسب خوردن و تحقیرند [۱۷]. اگرچه اندازه‌گیری درست خشونت‌های خانگی بسیار مشکل است، محققان معتقدند که این مسئله در میان همه طبقات و نژادها شایع است. شریستا و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای روی زنان مبتلا به افتادگی رحم بیان داشتند در مواردی که افراد مشکلمان را با دیگران در میان گذاشته بودند، خشونت‌های کلامی و فیزیکی را تجربه کرده بودند. به همین دلیل،

آن‌ها ترجیح می‌دادند مشکلمان را از دیگران مخفی نگه دارند و پنهانی از خود مراقبت کنند [۱۶]. برای حمایت از این زنان و کاهش عوارض ناشی از چنین خشونت‌هایی، لازم است اقدامات جامعی انجام شود. اولین گام، افزایش آگاهی جامعه به‌ویژه کادر درمانی درباره اختلالات کف لگن و تبعات آن است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌تواند به توانمندسازی افراد و کاهش انگ اجتماعی کمک کند. همچنین تشکیل گروه‌های حمایتی برای زنان مبتلا، فضایی امن برای تبادل تجربیات و حمایت عاطفی ایجاد می‌کند و احساس تنهایی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، ارائه مشاوره روان‌شناختی به این زنان برای کمک به مدیریت عواطف منفی و بحران‌های روحی ضروری است. خدمات مشاوره حقوقی نیز می‌تواند به آن‌ها در رسیدن به حق و حقوقشان هنگام مواجهه با خشونت‌های خانگی کمک کند. تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مناسب، نه تنها به بهبود وضعیت جسمی آن‌ها کمک می‌کند، بلکه احساس حمایت و امنیت را نیز افزایش می‌دهد. تجارب پس از خشونت مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نشان‌دهنده عزت‌نفس تقلیل‌یافته بود. زنان پس از تحمل دوره‌ای خشونت در زندگی، درباره تصویر درونی خود تردید پیدا می‌کردند و معمولاً این تردیدشان را با احساس بد درباره جنسیت خود بیان می‌کردند [۱۸]. بسیاری از افرادی که برچسب خورده‌اند، احساس می‌کنند آن‌ها در حال تبدیل شدن از یک انسان کامل به فردی پست هستند. آن‌ها احساس متفاوت و بی‌ارزش بودن می‌کنند.

احساس شرم، تحقیر و کاهش عزت‌نفس ازجمله مفاهیمی است که در اکثر مقالات از آن صحبت شده است [۱۹، ۲۰]. بیگی‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) بیان کردند که تجربه خشونت موجب کاهش عزت‌نفس در زنان می‌شود و بین این دو متغیر، ارتباط معنادار وجود دارد [۲۱]. گولر و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که عدم خودتأییدی و مقایسات منفی را می‌توان با ارزیابی زنان درباره تصویر کلی از خود، که به‌طور منفی تحت تأثیر خشونت خانگی قرار می‌گیرد، اندازه‌گیری کرد [۲۲]. مطالعه کیفی لودر و همکاران (۲۰۱۱) بیان کرد که افراد مبتلا به افتادگی اعضای لگن احساس زنانگی کمتری دارند. آن‌ها مدام خود را با قبل و دیگران و توانایی‌های شریک جنسی خود مقایسه می‌کنند و سپس احساس جذاب نبودن و زشتی می‌کنند. به همین دلیل، آن‌ها نگرانی‌های زیادی دارند و مدام در تلاش هستند کسی متوجه افتادگی آن‌ها نشود [۲۳].

یکی دیگر از زیرطبقات تجارب پس از خشونت، احساس خطر در روابط زناشویی بود. در تأیید این یافته باید گفت در مطالعات دیگر نیز ترس از دست دادن همسر وجود داشت. مطالعه‌ای کمی در سال ۲۰۱۹ در ویتنام، شیوع اختلال عملکرد جنسی در مبتلایان را ۷۶/۴ درصد و اختلال روابط زناشویی را ۸۹/۵ درصد ذکر کرده است [۲۴]. مطالعه کوین و همکاران (۲۰۰۷) با رویکرد کیفی، تأثیر اختلالات را بر روابط جنسی نشان داد. در مطالعه آن‌ها نیز ساب

کتگوری با عنوان «ترس از طرد شدن توسط شریک» (Fear of partner by rejection) وجود داشت که نشان‌دهنده ترس مبتلایان درباره از دست دادن شریک جنسی بود [۲۵]. علیخانی و اسکندری (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای کیفی با عنوان فرایند مقابله با اختلالات جنسی آسیب‌زای منجر به اختلافات زناشویی، طبقه احساس تهدید را استخراج کردند که بیانگر احساس خطر در روابط زناشویی به علت مشکلات جنسی است [۲۶]. یکی دیگر از نگرانی‌های زنان، نگرانی از بروز علائم بیماری حین رابطه جنسی بود، که با مطالعات بسیاری تأیید شد [۲۵، ۲۷-۳۰]. درحقیقت به علت کاستی در روابط زناشویی، ابراز نارضایتی همسر از رابطه جنسی، ناتوانی در برآوردن نیازهای همسر و نداشتن رابطه جنسی رضایت‌بخش، همیشه ترسی در درون این بیماران وجود دارد. مقایسه این مطالعات نشان می‌دهد که احساس خطر و ترس در روابط زناشویی، که ناشی از اختلالات کف لگن است، به‌عنوان پدیده‌ای چندبعدی قابل بررسی است و نیاز به توجه ویژه پژوهشگران و مشاوران دارد.

آشفته‌گی روانی یکی از زیرطبقات، مفهوم اصلی تجارب بعد از خشونت بود که با ویژگی‌هایی مانند افکار مخرب، نگرانی از وضعیت حال و آینده همراه با تحمل بیماری، نارضایتی از زندگی، پرخاشگری درون‌زاد و تنهایی و انزوا ظهور یافت. آشفته‌گی روانی در مطالعات دیگر نیز مشخص شد؛ به این صورت که در اکثر مطالعات کیفی مرتبط، تمی با عنوان مسائل روانی وجود دارد [۴، ۵، ۱۸]. در همین راستا، مندس و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای متاسنتز تمی با عنوان «احساس اختلال» (Sense of impairment)، که شامل ناامیدی، انزوا، افسردگی، اضطراب و عدم جذابیت بود، استخراج کردند [۲۹].

زنان برای حفظ چهره بیرونی خود تلاش می‌کنند احساساتشان را با استراتژی‌های فعالانه یا منفعلانه مدیریت کنند؛ مدیریتی که در مواردی با تصمیم به پنهان کردن خشونت اعمال‌شده، کوتاه آمدن، توسل به تقدیر و تحمل کردن به‌صورت منفعلانه و در مواردی به شکل اهتمام به کنترل هیجانات منفی، تلاش برای حل تعارضات زناشویی، سعی در اختفای بیماری از همسر و در پیش گرفتن سیاست‌های ناسازگارانه (انجام ندادن خواسته‌های مرد، قهر و مقابله به‌مثل) به‌صورت فعالانه اتخاذ شده است. تلاش برای کنترل احساسات منفی از استراتژی‌های فعالانه در این مطالعه بود؛ زیرا این احساسات بار منفی زیادی بر زندگی فردی، جنسی و اجتماعی داشت. در مواجهه با خشونت، بیماران با احساسات و هیجانات منفی مختلفی روبه‌رو می‌شدند که تلاش می‌کردند با راهبردهایی آن‌ها را مدیریت کنند.

مرور مطالعات دیگر نشان داد آن‌ها نیز برای کنترل احساسات منفی از راهکارهای مشابهی استفاده کرده‌اند؛ مانند بی‌توجهی، کوچک‌انگاری و اجتناب از قرار گرفتن در موقعیت‌های استرس‌زا [۳۱، ۳۲]. از دیگر استراتژی‌های فعالانه زنان بعد از تجربه خشونت، تلاش

برای پنهان کردن مشکلات و بیماری خود از همسر بود. مطالعه ایوری (۲۰۱۳) نشان داد افراد جوان‌تر بیشتر تمایل به مخفی کردن شرایطشان دارند و تلاش می‌کنند به هر قیمتی شده همسرشان از مشکلشان مطلع نشود [۳۳]. بیشتر مبتلایان، به‌ویژه جوان‌ترها، علنی کردن بیماری‌شان را عاملی برای شکست عزت‌نفسشان و تحقیر می‌دانند و اغلب این موضوع را پنهان می‌کنند [۳۴].

گروهی دیگر از زنان، به کاهش تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی، از خودگذشتگی و مدارا، سکوت و نفرین و گله‌گذاری اذعان داشتند که از ویژگی‌های زیرطبقه استراتژی‌های منفعلانه بود. کاظمی خوبان و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان «تجارب زیستی بعد از تروما در زنان قربانی خشونت خانگی» مفهوم رفتارهای منفعلانه شامل سکوت و قطع رابطه را استخراج کردند که هم‌راستا با مطالعه ما بود [۲۵]. فروغ‌زاده و همکاران (۱۴۰۳) نیز بیان داشتند که برخی زنان در مقابل خشونت رفتارهای منفعلانه در پیش می‌گیرند؛ زیرا تصور آنان این است که با در پیش گرفتن این شیوه نرم، پنهان و انفعالی به‌تدریج موازنه قدرت در خانه ایجاد می‌شود [۱۸]. دونیوان و همکاران پژوهششان روی زنان مبتلا به افتادگی اعضای لگن در لس‌آنجلس را «یک بیماری، شرم و سکوت» نامیده‌اند و از احساس نازیبایی، نبود زنانگی، غیرطبیعی بودن و احساس حقارت، که موجب سکوت می‌شود، با اهمیت بیشتری یاد کرده‌اند [۳۶].

به‌طور کلی این مطالعه نشان داد زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در معرض انواع خشونت قرار دارند و در نتیجه پیامدهایی را متحمل می‌شوند. مطالعات دیگر نیز تأیید کردند که زنان مبتلا به این اختلالات در معرض خشونت و نارضایتی همسر قرار دارند. با توجه به اینکه زنان مبتلا به اختلالات کف لگن در معرض خشونت هستند، باید پرسنل بهداشتی با ابزارها و پرسش‌نامه‌های غربالگری این زنان را شناسایی کنند و برای دریافت مشاوره ارجاع دهند. کراوس و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند که لازم است افراد مبتلا به اختلالات کف لگن با پرسش‌نامه‌هایی نظیر Hurt, Insult, Threaten and Scream (HITS) و Screening Tool (WAST) از نظر خشونت خانگی غربالگری شوند [۴]. یکی از محدودیت‌های این مطالعه که در ذات تحقیقات کیفی نهفته، تعمیم‌پذیری جزئی این دست مطالعات است. به همین منظور، پژوهشگر تلاش کرد با رعایت بیشترین تنوع در نمونه‌گیری هدفمند تا حدی به رفع این محدودیت همت گمارد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وابستگی فرهنگی موضوعاتی مانند اختلالات کف لگن و خشونت اشاره کرد؛ زیرا افراد به‌راحتی درباره این مسائل صحبت نمی‌کنند؛ به‌ویژه اگر با ضبط صدا همراه باشد. اما در ابتدای هر مصاحبه تلاش شد با توضیح کامل هدف پژوهش و بیان محرمانه بودن اطلاعات و مصاحبه‌ها، اعتماد مشارکت‌کنندگان جلب شود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی تجربیات زنان مبتلا به اختلالات کف لگن پرداخته است و نشان می‌دهد که این زنان به‌طور معمول با انواع مختلفی از خشونت مواجه شده‌اند و تجربیات آن‌ها تأثیرات عمیق و چندبعدی بر زندگی‌شان دارد. تجزیه و تحلیل‌ها نشان می‌دهد که زنان به شکل‌های متفاوتی خشونت را تعریف می‌کنند و این تعریف‌ها تحت تأثیر نوع خشونت است که تجربه کرده‌اند. تجربه خشونت منجر به کاهش عزت‌نفس، تردید در تصویر درونی این زنان و احساس شرم و بی‌ارزشی می‌شود و بر روابط زناشویی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین احساس خطر در روابط و آشفتگی روانی به‌عنوان پیامدهای عمده خشونت شناسایی شده است. زنان به‌منظور حفظ چهره اجتماعی خود و مدیریت احساسات منفی، به استراتژی‌های مختلفی نظیر پنهان‌کاری و کاهش تعاملات اجتماعی متوسل می‌شوند. این مطالعه کیفی نشان داد با توجه به اینکه مبتلایان به اختلالات کف لگن در معرض انواع خشونت قرار دارند و این موضوع می‌تواند کرامت انسانی آن‌ها را خدشه‌دار کند، باید توجه به این بیماری بیش‌ازپیش صورت گیرد و لازم است مبتلایان سیاست‌ها و استراتژی‌های مؤثر برای کاهش خشونت را آموزش ببینند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به‌دلیل همکاری‌های لازم، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کسانی که ما را در انجام دادن این طرح یاری کردند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

بنا بر گفته نویسندگان، این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی، اجرا، تحلیل، جمع‌بندی و همچنین نگارش مقاله همکاری داشته‌اند.

حمایت مالی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد منابع مالی این پژوهش با کد طرح 961108 را تامین کرده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه نتیجه پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی بهداشت باروری است که کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.REC.1396.365) آن را تصویب کرده است.

REFERENCES

- Rakovec-Felser Z. Domestic Violence and Abuse in Intimate Relationship from Public Health Perspective. *Health psychology research*. 2014;2(3):1821. PMID: 26973948 DOI: 10.4081/hpr.2014.1821
- Ma WS, Pun TC. Prevalence of domestic violence in Hong Kong Chinese women presenting with urinary symptoms. *PloS one*. 2016;11(7):e0159367. PMID: 27428060 DOI: 10.1371/journal.pone.0159367
- Mazza M, Marano G, Del Castillo AG, Chieffo D, Albano G, Biondi-Zoccai G, et al. Interpersonal violence: Serious sequelae for heart disease in women. *World journal of cardiology*. 2021;13(9):438-45. PMID: 34621488 DOI: 10.4330/wjc.v13.i9.438
- Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev*. 2019 Oct;7(4):559-564. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.007. Epub 2019 Jul 24. PMID: 31351916
- Adhikari D. A qualitative study on uterine prolapse and quality of life. *Presented for the Bachelor's degree in Public Health Nepal Maharajgunj Medical Campus: Institute of Medicine Tribhuvan University*. 2011. Link
- Grimes W, Stratton M. Pelvic floor dysfunction. 2020. PMID: 32644672
- Quaghebeur J, Petros P, Wyndaele JJ, De Wachter S. Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021;265:143-9. PMID: 34492609 DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.08.026
- Frawley HC, Neumann P, Delany C. An argument for competency-based training in pelvic floor physiotherapy practice. *Physiotherapy theory and practice*. 2019;35(12):1117-30. PMID: 29746185 DOI: 10.1080/09593985.2018.1470706
- Krause H, Ng SK, Singasi I, Kabugho E, Natukunda H, Goh J. Incidence of intimate partner violence among Ugandan women with pelvic floor dysfunction. *International journal of gynaecology and obstetrics*. 2019;144(3):309-13.
- Cichowski SB, Dunivan GC, Komesu YM, Rogers RG. Sexual abuse history and pelvic floor disorders in women. *Southern medical journal*. 2013;106(12):675. PMID: 24305526 DOI: 10.1097/SMJ.0000000000000029
- Imhoff LR, Liwanag L, Varma M. Exacerbation of Symptom Severity of Pelvic Floor Disorders in Women Who Report a History of Sexual Abuse. *Archives of Surgery*. 2012;147(12):1123-9. PMID: 23248015 DOI: 10.1001/archsurg.2012.1144
- Sohanian HM, Faizi I. Description of Domestic Violence in the Iranian Family. *Research of deviance and social problems*. 2023; 2(6): 1-31. Link
- Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic Violence Among Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(6):e34971. PMID: 27621936 DOI: 10.5812/ircmj.34971
- Dabaghi N, Amini-Rarani M, Nosratabadi M. Investigating the relationship between socioeconomic status and domestic violence against women in Isfahan, Iran in 2021: A cross-sectional study. *Health science reports*. 2023;6(5):e1277. PMID: 37216055 DOI: 10.1002/hsr.2.1277
- Afshar A, Nafar Z. The Bill Protection, Dignity, and Security of Women against Violence (2019) Approach To Marital Rape. *Journal of Woman and Family Studies*. 2023;11(2):29-49. DOI: 10.22051/jwfs.2023.40778.2878
- Shrestha B, Onta S, Choulagai B, Poudyal A, Pahari DP, Uprety A, et al. Women's experiences and health care-seeking practices in relation to uterine prolapse in a hill district of Nepal. *BMC women's health*. 2014;14(1):1-9. PMID: 24490616 DOI: 10.1186/1472-6874-14-20
- Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. *Journal of evaluation in clinical practice*.

- 2022;28(5):854-60. PMID: [35903848](#) DOI: [10.1111/jeip.13744](#)
18. Foroughzadeh S, Shariati Mazinani S, Akabri K. A phenomenological study of women's experience of domestic violence in the informal settlements of Mashhad. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2024;22(1):32-66. DOI: [10.22051/jwsps.2022.40179.2620](#)
 19. Toye F, Barker KL. A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: 'is it just part and parcel of life?'. *BMC urology*. 2020;20(1):1-25. PMID: [31941470](#) DOI: [10.1186/s12894-019-0555-4](#)
 20. Basu M, Wise B, Duckett J. A qualitative study of women's preferences for treatment of pelvic floor disorders. *BJOG : An international journal of obstetrics and gynaecology*. 2011;118(3):338-44. PMID: [21134102](#) DOI: [10.1111/j.1471-0528.2010.02786.x](#)
 21. Bigzadeh S, Sharifi N, Javadpour S, Poornowrooz N, Jahromy FH, Jamali S. Attitude toward violence and its relationship with self-esteem and self-efficacy among Iranian women. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2021;59(4):31-7. PMID: [33301045](#) DOI: [10.3928/02793695-20201203-06](#)
 22. Güler A, Bankston K, Smith CR. Self-esteem in the context of intimate partner violence: A concept analysis. *Nursing forum*. 2022;57(6):1484-90. PMID: [36098265](#) DOI: [10.1111/nuf.12798](#)
 23. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;204(5):441.e1-5. PMID: [21292234](#) DOI: [10.1016/j.ajog.2010.12.024](#)
 24. Trang HN, Cuong PH, Tuyet HT. Prevalence of Female Sexual Dysfunction among Women with Pelvic Organ Prolapse Diagnosed by PISQ-12 and Related Factors in Hung Vuong Hospital, Vietnam. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;9(7):1005-18. DOI: [10.4236/ojog.2019.97098](#)
 25. Coyne KS, Margolis MK, Brewster-Jordan J, Sutherland SE, Bavendam T, Rogers RG. Evaluating the impact of overactive bladder on sexual health in women: What is relevant?. *The journal of sexual medicine*. 2007;4(1):124-36. PMID: [17034411](#) DOI: [10.1111/j.1743-6109.2006.00315.x](#)
 26. Alikhani M, Eskandari H. Theorizing the Process of Coping with Sexual Disorders Leading to Marital Conflicts based on Grounded Theory Approach. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2014;4(1):1-12. [Link](#)
 27. Higa R, Lopes MHBdM, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2008;16(4):779-86. PMID: [18833463](#) DOI: [10.1590/s0104-11692008000400020](#)
 28. Akyuz A, Kok G, Kilic A, Guvenc G. In Her Own Words: Living with Urinary Incontinence in Sexual Life. *Sexuality and Disability*. 2014;32:23-33. [Link](#)
 29. Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2017;15(5):1350-408. PMID: [28498174](#) DOI: [10.1112/JBISRIR-2017-003389](#)
 30. Hadizadeh-Talasaz Z, Khadivzadeh T, Khadem ghaebi N, Ebrahimipour H. Exploration of sexual experience among women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*. 2022;37(2):238-52. DOI: [10.1080/14681994.2019.1701187](#)
 31. Ashworth PD, Hagan MT. The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. *Journal of advanced nursing*. 1993;18(9):1415-23. PMID: [8258600](#) DOI: [10.1046/j.1365-2648.1993.18091415.x](#)
 32. Hadizadeh-Talasaz Z, Khadivzadeh T, Ebrahimipour H, Ghaebi NK. The experiences of women who live with pelvic floor disorders: a qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2021;9(2):159. PMID: [33875968](#) DOI: [10.30476/ijcbnm.2021.87275.1422](#)
 33. Avery JC, Braunack-Mayer AJ, Stocks NP, Taylor A, Duggan P. Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *University of Wollongong*. 2013. [Link](#)
 34. Dowd TT. Discovering older women's experience of urinary incontinence. *Research in nursing & health*. 1991;14(3):179-86. PMID: [1887098](#) DOI: [10.1002/nur.4770140304](#)
 35. Kazemi Khooban SZ, Poursharifi H, Kakavand A, Jian Bagheri M. Post-traumatic life experiences in women victims of domestic violence. *Armaghane Danesh*. 2021;26(4):664-83. DOI: [10.52547/armaghani.26.4.1.664](#)
 36. Dunivan GC, Anger JT, Alas A, Wieslander C, Sevilla C, Chu S, et al. Pelvic organ prolapse: a disease of silence and shame. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*. 2014;20(6):322-7. PMID: [25185629](#) DOI: [10.1097/SPV.0000000000000077](#)