

## عوامل مرتبط با شیوع خشونت‌های خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان آبادان در سال ۱۳۹۴

لیلا فخارزاده<sup>۱</sup>، نوراله طاهری<sup>۲</sup>، مریم حیدری<sup>۱</sup>، نسیم هاتفی مؤدب<sup>۳</sup>، عاطفه زاهدی<sup>۱</sup>، سعیده الهامی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> مربی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

نویسنده رابط: سعیده الهامی، نشانی: آبادان، دانشکده علوم پزشکی، پست الکترونیک: s.elhami@abadanums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۱۱؛ پذیرش: ۹۶/۰۵/۱۱

**مقدمه و اهداف:** خشونت خانگی متداول‌ترین نوع خشونت علیه زنان است که اثر منفی بر سلامت روان مادران، کودکان، خانواده و اجتماع دارد و به‌طور مستقیم و غیر مستقیم بر نسل آینده تأثیر می‌گذارد. بنابراین مطالعه کنونی با هدف تعیین میزان خشونت‌های خانگی و برخی علت‌های مرتبط در زنان متأهل انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش توصیفی- مقطعی با مشارکت ۶۲۳ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان آبادان طی نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در سال ۱۳۹۴ در شهرستان آبادان انجام شده است. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک لیست مقیاس سوء رفتار با زنان انجام شد. آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون t-student، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و مربع کای و آزمون دقیق فیشر) برای آنالیز داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

**یافته‌ها:** شیوع کلی خشونت ۷۲/۳ درصد و انواع خشونت روان‌شناختی، فیزیکی، تهدیدکننده حیات و جنسی به ترتیب ۷۱/۷، ۱۷/۸، ۸/۳ و ۷/۱ درصد بود. به‌علاوه، ارتباط آماری معنی‌داری بین خشونت و سن، رضایت زناشویی، رفتار خانواده‌ها، تأمین مالی، مصرف سیگار، مصرف الکل، بیماری، نوع مسکن، شغل، محل تولد و سوابق کیفی وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** مواجهه با خشونت در شهرستان آبادان به‌ویژه در حیطه‌ی خشونت روان‌شناختی از شیوع بالایی برخوردار بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود با راه‌کارهایی هم‌چون آموزش مهارت‌های زندگی از سال‌های پیش از ازدواج مانند کنترل خشم، ارتباط مناسب و حل مسأله از خشونت خانگی علیه زنان پیشگیری نمود.

**واژگان کلیدی:** خشونت خانگی، زنان، آبادان

### مقدمه

شکل خشونت، همراه با بیش‌ترین احتمال تکرار، کم‌ترین گزارش به پلیس و بیش‌ترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است که در بیش‌تر موارد اغلب توسط نزدیک‌ترین فرد خانواده (مانند شوهر) به وقوع می‌پیوندد (۳، ۴) و شامل خشونت روانی- عاطفی، فیزیکی و جنسی است. خشونت روانی- عاطفی شامل تحقیر کردن، کنترل بر رفتارهای قربانی، ممانعت از آگاهی یافتن از مسایل روزمره، جداسازی فرد از اجتماع، ممنوعیت ارتباط با فامیل و ... است. خشونت فیزیکی استفاده از زور فیزیکی برای آسیب رساندن، ناتوان ساختن یا مرگ است و خشونت جنسی شامل استفاده از نیروهای فیزیکی برای انجام هر گونه عمل جنسی بر خلاف میل فرد یا سعی در برقراری رابطه‌ی جنسی با افراد ناتوان است (۵-۸).

خشونت علیه زنان به هر گونه رفتار خشن وابسته به جنس که موجب آسیب یا احتمال آسیب جسمی، جنسی یا روانی مضر، همراه با رنج زنان شود، اطلاق می‌گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی و به‌صورت آشکار و پنهانی و در هر دوره زمانی، به‌منظور تسلط، کنترل و تجاوز صورت گیرد. بر اساس مطالعه‌های انجام شده، هر ساله در ایالات متحده آمریکا ۲ میلیون زن از طرف شوهران خویش مورد تهاجم فیزیکی قرار می‌گیرند، که آسیب‌های وارد شده منجر به ۷۳۰۰۰ بستری و ۱۵۰۰ مرگ می‌شود (۱). در ایران یک بررسی گسترده که در ۲۸ مرکز استان کشور انجام شد، نشان داد در ۶۶ درصد خانواده‌های مورد بررسی، زنان دست کم یک‌بار از ابتدای زندگی مشترک، خشونت را تجربه کرده‌اند (۲). خشونت خانگی شایع‌ترین

در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر آبادان در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن همسر، محدوده سنی ۵۵-۱۵ سال بوده است. پس از انتخاب نمونه پژوهش بر اساس معیار ورود به مطالعه، توضیح درباره هدف‌های پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات گردآوری شده، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت و بر اساس مطالعه‌های قبلی (۳) به صورت اولیه ۳۵۰ نفر برآورد شد. با توجه به استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و به منظور اصلاح نمونه از اثر طرح<sup>۱</sup> برابر با ۱/۷۸ استفاده شد که حجم نمونه نهایی برابر با ۶۲۳ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری با روش تصادفی خوشه‌ای انجام شد، بدین صورت که هر مرکز بهداشتی- درمانی به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و از بین ۲۴ مرکز بهداشتی- درمانی شهری آبادان بطور تصادفی تعداد پنج مرکز انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت و نمونه‌گیری افراد درون خوشه‌ها بطور متوالی انجام شد بدین نحو که از زمان شروع مطالعه، کلیه زنان مراجعه کننده که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به عنوان نمونه انتخاب و این کار تا رسیدن به حجم نهایی نمونه ادامه یافت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک لیست مقیاس سوء رفتار با زنان بود:

الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل ویژگی‌های فردی زن (سن، میزان تحصیلات، شغل، سن ازدواج، طول مدت ازدواج، قومیت و محل تولد) و ویژگی‌های همسر (علاوه بر موارد یاد شده، رضایت از جنس فرزند، استعمال سیگار و الکل و اعتیاد به مواد مخدر، چند همسری، سوابق کیفری، وضع محل سکونت، ...)، در قالب ۳۲ گویه (۸ پرسش باز و ۲۴ پرسش بسته) بود.

ب) چک لیست بررسی خشونت مقیاس سوء رفتار با زنان که سه حیطه سوء رفتار فیزیکی، روانی و جنسی را بررسی می‌کند (شامل ۱۲ پرسش بسته در حیطه روانی و ۱۳ پرسش بسته در حیطه فیزیکی و ۳ پرسش بسته در حیطه جنسی بود). روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً در مطالعه ممتازپور در سال ۱۳۸۵ به دست آمده که پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸ بوده است (۱۲). در پایان، داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری از جمله آزمون آنالیز واریانس و مربع کای با ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد

خشونت اثرات منفی گسترده‌ای بر سلامت جسمی، جنسی، روانی و تولید مثل زنان بر جای می‌گذارد. احساس عدم کفایت در مدیریت خانواده، از کار افتادگی روحی و جسمی، عدم کارایی زن در محیط کاری، کاهش منزلت خانوادگی و اجتماعی زن، پناه آوردن به داروهای روان گردان، الکل، مواد مخدر و کاهش رضایت از زندگی و همچنین مشکلات جسمانی و بهداشتی مانند دردهای لگن، سندرم روده تحریک‌پذیر، سردرد، بی‌خوابی، شکستگی‌های مهم، جراحات‌های سنگین و خونریزی داخلی یا حتی مرگ از تأثیرات منفی این نوع خشونت‌ها است (۹). قربانیان خشونت خانگی نه تنها عوارض پزشکی و روانی- اجتماعی بیش‌تری را تجربه می‌کنند، بلکه اغلب آنان ممکن است به خدمات مراقبتی، اورژانسی و بیمارستانی بیش‌تر برای درمان بیماری‌ها و پیامدهای ناشی از خشونت نیاز داشته باشند (۱۰). برخی پژوهش‌ها بر پیامدهای مخرب ناشی از خشونت در خانواده تأکید دارند، از جمله مشخص شده است پسرانی که شاهد سوءرفتار با مادران خویش هستند، ۱۰ برابر افراد عادی در بزرگسالی، همسران خود را مورد آزار قرار می‌دهند (۸) و دخترانی که در این گونه خانواده‌ها پرورش می‌یابند در زندگی آینده، بیشتر پذیرای خشونت از جانب همسر خود هستند (۱۱).

با توجه به آمار اعلام شده از سوی پژوهشگران ایرانی و مقایسه آن با یافته‌های بررسی‌های سایر پژوهشگران در دنیا، گستردگی و وسعت مسأله، هم‌چنین اهمیت انتقال خشونت از نسلی به نسل دیگر و تأثیر آن بر کیفیت زندگی زنان به عنوان محور خانواده و نقش مؤثر زن در تربیت فرزندان، اختصاص هزینه‌های چشم‌گیر برای رفع عوارض ناشی از خشونت (۱۲) و هم‌چنین عدم وجود مطالعه‌های کافی در این زمینه در شهرستان آبادان، این مطالعه با هدف تعیین میزان خشونت‌های خانگی و برخی علت‌های مرتبط در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر آبادان در سال ۱۳۹۴ انجام شده است، تا یافته‌های حاصل از آن بتواند در زمینه‌های مختلف از جمله برنامه‌ریزی‌هایی برای آموزش و ارتقای سلامت خانواده، حمایت از زنان به عنوان قشر آسیب‌پذیر و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی به کار گرفته شود.

## روش کار

این پژوهش توصیفی- مقطعی پس از کسب مجوز از مسؤولان با هدف تعیین میزان خشونت‌های خانگی و برخی علت‌های مرتبط

<sup>۱</sup> Design Effect

تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۶۲۳ نفر از زنان ۱۵-۵۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان آبادان مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین  $\pm$  انحراف معیار سنی زنان شرکت کننده در مطالعه  $31/72 \pm 9/32$  و میانگین  $\pm$  انحراف معیار سنی شوهر (همسر) زنان شرکت کننده در مطالعه  $36/24 \pm 10/11$  بود. بر اساس جدول شماره ۱ بیش‌تر افراد شرکت کننده دارای تحصیلات دیپلم (۳۲/۱ درصد)، خانه‌دار (۸۵ درصد)، ساکن در شهر (۹۸/۶ درصد) و عرب (۵۹/۷ درصد) بودند. ۴۴/۸ درصد زنان در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال قرار داشتند.

بخش دیگری از یافته‌ها نشان داد شیوع کلی خشونت در زنان ۷۲/۳ درصد بود که ۷۱/۷ درصد خشونت در حیطه روان‌شناختی، ۱۷/۸ درصد در حیطه فیزیکی، ۸/۳ درصد خشونت تهدید کننده حیات و ۷/۱ درصد نیز خشونت جنسی را تجربه کرده بودند (جدول شماره ۲). به علاوه، تجربه خشونت با متغیرهایی چون سن زنان (بیش‌ترین درصد خشونت در زنان ۲۱-۳۰ سال بود)، سن ازدواج زنان (بیش‌ترین درصد افراد در معرض خشونت، زنانی بودند که سن ازدواج آنان زیر ۲۱ بود)، رضایت زناشویی، رفتار خانواده‌ها، تأمین مالی، مخالفت با اشتغال زنان، سن مردان

(بیش‌ترین افرادی که خشونت داشتند در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بودند)، مصرف الکل، مصرف سیگار، نوع مسکن، شغل مردان، محل تولد در مردان، وجود بیماری جسمی یا روانی در زنان و مردان، سوابق کیفی ارتباط آماری معنی‌داری داشت (جدول شماره ۱).

همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین خشونت و طول دوره ازدواج

( $P=0/06$ )، رضایت از جنسیت فرزند ( $P=0/09$ )، اعتیاد همسر ( $P=0/07$ )، قومیت ( $P>0/05$ )، سطح تحصیلات زن و شوهر ( $P>0/05$ )، شغل زنان ( $P=0/71$ )، محل سکونت زنان ( $P=0/71$ )، چند همسری ( $P=0/11$ )، نسبت فامیلی ( $P=0/08$ )، وضعیت مالی ( $P=0/32$ ) مشاهده نشد.

در این مطالعه افرادی که ۲-۳ فرزند داشتند، بیش‌تر در معرض خشونت قرار داشتند، اما این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $P=0/2$ ). همچنین با وجود ارتباط آماری معنی‌دار وجود بیماری در زنان و مردان، بین نوع بیماری در زنان و خشونت، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0/32$ ). در مردان نیز ۷۰ درصد افرادی که خشونت داشتند دارای بیماری جسمی، ۸/۸ درصد بیماری روانی و ۱۰ درصد هر دو نوع بیماری را داشتند، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $P=0/82$ ).

جدول شماره ۱- فراوانی خشونت در جمعیت مورد بررسی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	خشونت		df	X <sup>2</sup>	P	متغیر	خشونت		df	X <sup>2</sup>	P
	ندارد (درصد)	دارد (درصد)					ندارد (درصد)	دارد (درصد)			
سن زن			۳	۹/۷	۰/۰۲	رضایت			۳	۳۸/۷۷	۰/۰۰۰۱
زیر ۲۰	۳۸(۸/۴)	۱۱(۶/۴)				زناشویی زن					
۲۱-۳۰	۱۸۶(۴۱/۳)	۹۳(۵۴/۱)				اصلا	۱۷(۳/۸)	۳(۱/۷)			
۳۱-۴۰	۱۵۴(۳۴/۲)	۵۲(۳۰/۲)				تاحدودی	۵۱(۱۱/۳)	۸(۴/۷)			
بالای ۴۰	۷۲(۱۶)	۱۶(۹/۳)				متوسط	۱۷۲(۳۸/۲)	۳۳(۱۹/۲)			
						زیاد	۲۱۰(۴۶/۷)	۱۲۸(۷۴/۴)			
سن ازدواج			۲	۵/۸۹	۰/۰۵	تأثیر رفتار			۳	۲۴/۲۳	۰/۰۰۰۱
کمتر از ۲۰	۲۰۹(۴۶/۴)	۸۰(۴۶/۵)				خانواده‌ها		۳(۱/۷)			
۲۱-۳۰	۲۳۰(۵۱/۱)	۸۱(۴۷/۱)				خانواده خود		۱۳(۷/۶)			
بیشتر از ۳۰	۱۱(۲/۴)	۱۱(۶/۴)				خانواده همسر	۵۱(۱۱/۳)	۳۲(۱۸/۶)			
						هر دو	۴۹(۱۰/۹)	۱۲۴(۷۲/۱)			
						هیچ‌کدام	۱۱۱(۲۴/۷)				
							(۵۳/۱)۲۳۹				
بیماری زن			۱	۳/۸	۰/۰۴	تأمین نیاز			۲	۲۷/۵	۰/۰۰۰۱
	۶۳(۱۴)	۱۴(۸/۲)				مالی	۳۱۱(۶۹/۱)	۱۵۲(۸۸/۹)			

عوامل مرتبط با شیوع خشونت‌های خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان آبادان در سال ۱۳۹۴/۳۳۱

دارد	۳۸۶(۸۶)	۱۵۷(۹۱/۸)				۲۵(۵/۶)	۷(۴/۱)		
ندارد					بله	۱۱۴(۲۵/۳)	۱۲(۷)		
					خیر				
					تاحدودی				
<b>سن همسر</b>			۲	۷/۱۴	۰/۰۲	<b>مخالفت با اشتغال</b>	۲	۱۲/۶	۰/۰۰۲
	۱۴۷(۲۳/۶)	۶۴(۱۰/۳)				۱۸۳(۴۰/۷)	۴۷(۲۷/۳)		
کمتر از ۳۰	۱۸۷(۳۰/۱)	۸۱(۱۳)				۲۰۸(۴۶/۲)	۱۰۶(۶۱/۶)		
۳۱-۴۰	۱۱۶(۱۸/۶)	۲۷(۴/۳)				۵۹(۱۳/۱)	۱۹(۱۱)		
بیشتر از ۴۰									
<b>محل تولد همسر</b>			۱	۴/۸	۰/۰۲	<b>مصرف الکل</b>	۱	۴/۲	۰/۰۰۳
	۳۹۳(۸۷/۳)	۱۵۹(۹۳/۵)				۲۱(۴/۷)	۲(۱/۲)		
شهر	۵۷(۱۲/۷)	۱۱(۶/۵)				بله	۴۲۹(۹۵/۳)	۱۷۰(۹۸/۸)	
روستا						خیر			
<b>شغل همسر</b>			۴	۱۱/۹	۰/۰۱	<b>مصرف سیگار</b>	۱	۱۹/۶	۰/۰۰۰۱
	۴۱(۹/۱)	۱۳(۷/۶)				۱۳۲(۲۹/۳)	۲۱(۱۲/۲)		
بیکار	۲۱(۴/۷)	۴(۲/۳)				بله	۳۱۸(۷۰/۷)	۱۵۱(۸۷/۸)	
بازنشسته	۱۹۱(۴۲/۴)	۹۱(۵۳/۲)				خیر			
آزاد	۹۷(۲۱/۶)	۴۲(۲۴/۶)							
کارمند	۱۰۰(۲۲/۲)	۲۱(۱۲/۳)							
کارگر									
<b>وضعیت محل سکونت</b>			۲	۷/۳۹	۰/۰۲	<b>بیماری همسر</b>	۱	۱۳/۷	۰/۰۰۰۱
استیجاری						دارد	۷۱(۱۵/۸)	۸(۴/۷)	
شخصی	۱۷۲(۳۸/۳)	۴۶(۲۶/۷)				ندارد	۳۷۹(۸۴/۲)	۱۶۳(۹۵/۳)	
غیره	۲۳۴(۵۲/۱)	۱۰۵(۶۱)							
	۴۳(۹/۶)	۲۱(۱۲/۲)							
<b>سوابق کیفری</b>			۲	۷/۴	۰/۰۱				
دارد	۱۸(۲/۹)	۰(۰)							
ندارد	۴۳۱(۶۹/۳)	۱۷۲(۲۷/۷)							

جدول شماره ۲- شیوع انواع خشونت

شیوع انواع خشونت	
ندارد	دارد
تعداد (درصد)	
۱۷۶ (۲۸/۳)	۴۴۶ (۷۱/۶)
۵۱۲ (۸۲/۲)	۱۱۱ (۱۷/۸)
۵۷۱ (۹۱/۷)	۵۲ (۸/۳)
۵۷۹ (۹۲/۹)	۴۴ (۷/۱)
۱۷۲ (۲۷/۶)	۴۵۰ (۷۲/۲)

خشونت خانگی به‌عنوان یک اپیدمی جهانی در برنامه مردم سالم در سال ۲۰۱۰ میلادی شناخته شده و روش‌های

بحث

به دلیل آن باشد که مردان به جهت مسائل حقوقی و ناپسندی خشونت فیزیکی در جوامع کم‌تر تمایل دارند از این نوع خشونت استفاده کنند و تمایل بیش‌تر برای خشونت‌های پنهان‌تر می‌تواند دلیلی برای آن باشد.

استعمال سیگار توسط همسر با خشونت ارتباط آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ( $P=0/001$ )، اما سوء مصرف مواد مخدر با رخداد خشونت ارتباط آماری معنی‌داری ندارد ( $P=0/07$ ). این در حالی است که مطالعه سیف ربیعی و همکاران ارتباط آماری معنی‌داری بین خشونت روانی و اعتیاد گزارش کرده‌اند (۲۰) و در مطالعه صالحی و همکاران نیز (۲۱) با ۹/۹ درصد در تشدید خشونت به عنوان یک عامل، معرفی شده است یکی از دلایل احتمالی در تفاوت این یافته‌ها را می‌توان کم بودن تعداد افراد معتاد در این مطالعه دانست.

ارتباط آماری معنی‌داری بین قومیت زنان و مردان با شیوع خشونت را نشان نداد ( $P>0/05$ ). مطالعه‌های بسیار اندکی در زمینه‌ی ارتباط نژاد و قومیت با بروز خشونت انجام شده است (۲۲). بنا به اطلاعات نویسندگان، مطالعه‌های مشابهی نیز در ایران وجود ندارد که به مقایسه‌ی این پدیده در بین اقوام ایرانی پرداخته باشد. هم‌چنین این مطالعه در شهرستان آبادان انجام شده است که باورها و فرهنگ مشابهی میان قومیت‌های مختلف این شهر وجود داشته است به همین دلیل ارتباط واضحی میان این متغیر مشاهده نشده است، اما با این حال برخی مطالعه‌ها تأثیر نژاد و قومیت را بر تجربه خشونت مورد تأکید قرار داده‌اند (۲۲،۲۳).

در این مطالعه رابطه‌ای بین سطح تحصیلات و خشونت دیده نشد ( $P>0/05$ ). بونومی و همکاران (۲۴)، خسروی و همکاران (۲۵) و هوریا و همکاران (۲۶) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۴)، اما در مطالعه هاشمی‌نسب بین دو متغیر میزان تحصیلات همسران نمونه‌های مورد پژوهش و خشونت فیزیکی خانگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۲۷) و این معنی‌داری در پژوهش‌های دیگر نیز به چشم می‌خورد (۲۶،۲۸). در مطالعه ناود و همکاران (۲۹) در بنگلادش، سواد اندک شوهر و سطح اجتماعی پایین، همراه با خشونت بیش‌تر بود. صالحی و همکاران (۲۱) رابطه‌ای بین سطح تحصیلات شوهر و همسرآزاری نیافتند؛ در حالی که در مطالعه‌ی صابریان و همکاران (۳۰) تحصیلات پایین، بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر با خشونت مالی، کلامی و فیزیکی بیش‌تری همراه بود.

ارتباط آماری معنی‌داری بین سن ازدواج و تجربه خشونت

سازمان‌دهی شده برای غربالگری، درمان و پیش‌گیری از آن پیشنهاد شده است (۱۳). هر چند نمی‌توان سوء رفتار را به‌صورت مسلم و قطعی پیش‌بینی نمود، اما با شناسایی عوامل خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و ... می‌توان نخستین گام را برای مداخله‌ها همه‌جانبه برداشت؛ زیرا شناخت درباره علت‌ها و چگونگی وقوع خشونت بر اقداماتی که برای جلوگیری از آن صورت می‌گیرد، تأثیر می‌گذارد و بنابراین اقدام اساسی، شناخت عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بدرفتاری است (۱۴). چنان‌چه یافته‌ها نشان می‌دهد شایع‌ترین نوع خشونت، از نوع روان‌شناختی و سپس خشونت فیزیکی بوده است. در این زمینه مطالعه‌ها نشان داده‌اند که میزان خشونت روانی بیش از خشونت جسمی و جنسی است (۱۵،۱۶) در مطالعه نریمانی و آقامحمدیان در اردبیل خشونت روانی در ۵۵/۷ درصد از خانواده‌ها مشاهده شد و در درجه دوم خشونت اجتماعی (۳۲ درصد)، خشونت فیزیکی (۲۸/۵ درصد) و در آخر خشونت جنسی (۱۲/۵ درصد) گزارش شد (۱۵). در مطالعه قهاری و همکاران در تهران بدرفتاری جسمی ۳۱/۵ درصد و بدرفتاری جنسی ۳۰/۴ درصد گزارش شد (۱۷). در مطالعه ملک‌افضلی و همکاران در اصفهان در بین خشونت‌های اعلام شده بیش‌ترین فراوانی مربوط به خشونت‌های کلامی و روانی بود و خشونت جنسی در مراحل بعدی قرار داشت. هم‌چنین کم‌ترین فراوانی در مورد خشونت‌های فیزیکی گزارش شده بود (۱۶). آمارهای بالا را باید در کنار این حقیقت در نظر گرفت که به دلیل خصوصی بودن اطلاعات مربوط به خشونت خانگی آمار دقیقی از شیوع آن وجود ندارد. حتی در بسیاری موارد توسط پزشکان شاغل در اورژانس نیز شناسایی نمی‌شود (۱۸). همان‌گونه که مشاهده می‌شود شیوع سوء‌رفتار در برخی جوامع مورد مطالعه بیش‌تر و در برخی دیگر کم‌تر بود. این تفاوت می‌تواند به دلیل حجم نمونه و تفاوت‌های فرهنگی متفاوت در جوامع مختلف باشد. زنان سال‌ها چنین مشکلاتی را تحمل می‌کنند و درباره‌ی آن با کسی صحبت نمی‌کنند. بنابراین به نظر می‌رسد شیوع واقعی خشونت علیه زنان در بسیاری از موارد پنهان می‌ماند. عواملی مثل از دست دادن فرزند، ترس از آبرو و عدم آگاهی از شایع‌ترین دلایل عدم افشای خشونت است (۱۹). با توجه به شیوع بالای خشونت روان‌شناختی در این مطالعه می‌تواند ناشی از تغییر در سبک زندگی زوجها شده و باعث به هم خوردن توازن و آرامش برای زوجها و تغییر در الگوی ارتباطی قبلی آنان باشد. به نظر می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کم‌تر شده، اما خشونت روانی افزایش یافته است. این موضوع شاید

مشاهده شد ( $P=0/05$ ). بیشترین درصد افراد در معرض خشونت، زنانی بودند که سن ازدواج آنان زیر ۲۱ سال بود. یکی از دلایل احتمالی این یافته وجود مشکلات عدیده‌ی اقتصادی و مالی در ازدواج‌های زودرس است. از طرفی هر چه سن ازدواج پایین‌تر باشد، زن و شوهر از مهارت‌های زندگی و تجربه‌های کم‌تری برخوردارند در نتیجه هنگام مواجه با مشکلات مختلف، به جای استفاده از سبک حل مساله از خشونت استفاده می‌کنند. این یافته پژوهش، با یافته‌های پاپ (۳۱) هم‌سو است. بنابراین می‌توان گفت بالاترین میزان خشونت در سال‌های جوانی رخ می‌دهد؛ یعنی سال‌هایی که عدم درک صحیح از زندگی، نداشتن تجربه و توانایی کافی در حل مشکلات و اختلاف‌ها مطرح است.

به علاوه، یافته‌ها بیان‌گر آن است که مردان روستایی بیشترین مقدار سوء رفتار را مرتکب شده‌اند ( $P=0/02$ ). این یافته با نتیجه قاضی طباطبایی (۳۲) مطابقت دارد. احتمال دارد فرهنگ مردسالارانه حاکم بر روستاها شدت بالای خشونت علیه زنان را توجیه کند. در روستاها به اغلب پسران القا می‌شود که آنان برتر از زنان هستند و حق کنترل، ضرب و شتم و تنبیه زنان را دارند. در واقع این تفکر جزء تفکیک‌ناپذیر نقش سنتی مردان روستایی است. در فرهنگ سنتی و روستایی رفتاری غیر از این برخلاف مردانگی محسوب می‌شود و این تصور وجود دارد که در صورت ملایمت رفتاری، کنترل بر خانواده کاهش می‌یابد.

در این مطالعه رابطه‌ی بین مدت زمان گذشته از ازدواج، تعداد فرزندان و تعداد فرزندان دختر و پسر با خشونت دیده نشد. کاظمی‌نوائی نیز در مطالعه خود به یافته‌های مشابهی دست یافت (۳۳). بنابراین یافته‌های این مطالعه ذهنیت موجود در جامعه را که نداشتن فرزند پسر می‌تواند موجب افزایش خشونت خانگی شود را تأیید نکرد. همچنین در ارتباط با مدت زمان گذشته از ازدواج، این احتمال وجود دارد، که افراد در جوانی بیش‌تر تن به اختلافات دهند و با افزایش سن، زن و شوهر با ویژگی‌های شخصیتی و حساسیت‌های هم، آشنا شده و خو می‌گیرند.

در این پژوهش، وجود بیماری در طرفین با تجربه بیش‌تر خشونت همراه بود ( $P<0/05$ ). احتمال دارد بیماری جسمانی آستانه تحمل را کاهش داده و منجر به استفاده از سبک‌های هیجان‌مدارانه در حل مسائل و مشکلات زناشویی شود. از سوی دیگر مردانی که مبتلا به اختلال‌های روانی بودند نیز به دلیل گرایش‌های نوروژی (روان نژندی) در روابط بین فردی از حساسیت بالایی برخوردار بوده و از خود کنترلی پایین‌تر و پرخاشگری بیشتری برخوردارند که عدم مهار خود به دلیل وجود یک «من»

یا الگوی ضعیف و عدم ثبات روانی، در این مردان متداول است. همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین خشونت روانی با شغل همسر ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/01$ ). لهسایی‌زاده (۳۴) نیز به یافته‌های مشابهی در این زمینه دست یافته است. این احتمال مطرح است که بیکاری همواره مرد را در معرض تنش دائمی قرار دهد، تنش‌هایی ناشی از فقدان توانایی اداره‌ی مناسب زندگی، فشار مالی، احساس درماندگی و عدم کنترل بر زندگی، احساس غیر مفید بودن، احساس کاهش سطح خود ارزشمندی نزد همسر و فرزندان از جمله عواملی است که هر یک می‌توانند بستر خشونت خانگی را شعله‌ور ساخته و شدت خشونت علیه زن را افزایش دهد.

در این پژوهش، عدم رضایت از تأمین مالی در رخداد خشونت علیه زنان مؤثر بود. در دیگر مطالعه‌ها نیز مقدار درآمد پایین خانواده سبب افزایش خشونت در خانواده شده است (۳۵،۳۶). علت خشونت اقتصادی در جوامع رو به رشد هم‌چون ایران، وجود تبعیض‌های اقتصادی- اجتماعی بین زن و مرد، نگرش‌های نادرست جامعه در این زمینه و نادیده گرفتن حقوق زنان است که این عوامل مانع از اشتغال و توانمند شدن زنان در زمینه‌های اقتصادی شده، و وابستگی مالی آن‌ها را افزایش می‌دهد. مشکلات اقتصادی باعث افزایش تنش‌های ناشی از آن می‌شود. فشار مزمن در طولانی‌مدت باعث کاهش سطح تحمل و پرخاشگری در افراد می‌گردد (۳۵،۳۷). احتمالاً مردان کم درآمد درخواست مالی زن را فشاری بر خود می‌یابند و درصدد پاسخی فیزیکی به آن هستند تا خشم خود را فرو نشانند. از سوی دیگر همسران این مردان نیز به دلیل درآمد پایین همسر خویش زیر فشارهای اقتصادی هستند، که می‌تواند بر دامنه اعتراض‌ها و احساس ناایمنی اقتصادی آنان بیافزاید و بیش‌تر با مردان خود بر سر خواسته‌های مالی به جر و بحث بپردازند. این یافته‌ها، با پژوهش‌های موسوی و اسحاقیان (۳۸)، درویش‌پور (۳۹) و قاضی‌طباطبایی (۳۲) هم‌سو است.

یافته‌ها نشان می‌دهد که یکی دیگر از متغیرهای مؤثر بر تجربه خشونت سوابق کیفری همسر است ( $P=0/01$ )، که در این زمینه حسن‌زاده نیز به تأثیر این مورد در پژوهش خود اشاره کرده است (۴۰). از دیگر یافته‌های این پژوهش تأثیر رفتار خانواده‌ها با میزان تجربه خشونت بوده است. به نظر می‌رسد دخالت‌های این افراد زمینه‌ساز بروز انواع خشونت در میان همسران شود.

این مطالعه شامل محدودیت‌هایی نیز بود؛ از جمله آن که جامعه مورد مطالعه (زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی) ممکن است نماینده زنان جامعه نباشند. حجم بالای

تصویب گردد، می‌تواند تا حد زیادی از میزان این آسیب اجتماعی بکاهد. انجام فعالیت‌های فرهنگی برای تغییر نگرش مردسالارانه در جامعه از اقدامات دراز مدتی است که می‌تواند حداقل در نسل آینده از میزان و شدت خشونت علیه زنان بکاهد. اما برای پیش‌گیری ثانویه روان درمان‌شناختی شوهران همسر آزار ضروری است. در این درمان تفکرات و تصورات نادرست مردان از مردانگی و کنترل خانواده مورد چالش قرار می‌گیرد و در آن تغییرات اساسی ایجاد می‌شود. ایجاد و گسترش انجمن‌های مردمی و دولتی برای حمایت از زنانی که در معرض خشونت هستند؛ نیز می‌تواند زمینه کاهش آن را فراهم سازد. در نهایت تأکید می‌شود وجود ارتباط میان خشونت خانگی و برخی موارد در یک مطالعه مقطعی ضرورت بر رابطه‌ی علیتی دلالت نمی‌کند و اثبات علیت باید از طریق مطالعه‌های طولی انجام گیرد. از آنجا که ارتباطی بین سطح تحصیل و رخداد خشونت مشخص نشد، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ی مشابه دیگری در گروهی که تحصیلات بالا دارند، انجام شود و با این گروه مقایسه شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از طرح تحقیقاتی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی آبادان با کد 011-12 است. در خاتمه از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته‌اند، به‌ویژه از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آبادان و همچنین مسؤولان مراکز بهداشتی-درمانی و زنان شرکت کننده در این پژوهش، برای حمایت خویش سپاسگزاری می‌شود.

نمونه و این واقعیت که بسیاری از زنان برای دریافت خدمات مختلف به مراکز مراجعه می‌نمایند ممکن است به حل این مشکل کمک نموده باشد. تمامی یافته‌های این مطالعه بر اساس گزارش فرد هستند. بنابراین مشکلات ناشی از این نوع مطالعه‌ها را در بر دارد. همچنین از محدودیت‌های دیگر مطالعه می‌توان به عدم همکاری مناسب زنان به دلیل خجالت و ترس از افشای پرسشنامه تکمیل شده، اشاره نمود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مواجهه با خشونت در شهرستان آبادان به‌ویژه در حیطه‌ی خشونت روان‌شناختی از شیوع بالایی برخوردار است و عواملی هم‌چون سن، رضایت زناشویی، رفتار خانواده‌ها و وجود بیماری در زوجها، اشتغال زنان و همچنین تأمین مالی، مصرف الکل و سیگار، وجود سوابق کیفی و محل تولد همسر از مهم‌ترین عوامل اثرگذار در مواجهه با انواع خشونت هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود با راه‌کارهایی هم‌چون آموزش مهارت‌های زندگی از سال‌های پیش از ازدواج مانند کنترل خشم، ارتباط مناسب و حل مسأله از خشونت خانگی علیه زنان پیش‌گیری نمود. افزایش آگاهی اجتماعی در مورد انواع خشونت خانگی و اثرات آن بر سلامت خانواده و کودکان می‌تواند بر کاهش انواع دیگر خشونت اثرگذار باشد. اقدامات آموزشی در زمان مشاوره ازدواج در مراجعه‌ها به مراکز بهداشتی-درمانی از اقدامات مناسب دیگر در این زمینه است. به هر حال انجام اقدامات پیشگیرانه برای این پدیده‌ی منفی اجتماعی ضروری است. چنان‌چه قانون‌های حمایت‌گر برای مقابله با خشونت به‌طور کلی و خشونت علیه زنان

### منابع

- Behnam H, Moghadam Hoseini V, Soltani Far A. Severity And Frequency Of Domestic Violence During Pregnancy. *Ofogh Danesh*. 2008; 14: 70-6.
- Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence Of Violence Against Women By Their Partners In Kerman Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology 2009; 15: 300-7.
- Elahi N, Alhani F. Frequency Of Intimate Partner Abuse Referred To Ahvaz Health Center And Related Factors. *Jundishapur Sci Med J*. 2012; 11: 477-87.
- Plichta SB, Falik M. Prevalence Of Violence And Its Implications For Women's Health. *Women's Health Issues*. 2001; 11: 244-58.
- Fanslow J, Robinson E. Violence Against Women In Newzland: Prevalence And Health Consequences. *J New Zealand Med Assoc*. 2004; 117: 1173.
- Salaam A, Alim A, Noguchi T. Spousal Abuse Against Women And Its Consequences On Reproductive Health: A Study In The Urban Slums In Bangladesh. *Matern Child Health J*. 2006; 10: 83-94.
- Humphreys C. A Health Inequalities Perspective On Violence Against Women. *Health & Social Care In The Community* 2007. 15: 120-7.
- Simmons CA, Farrar M, Frazer K, Thompson MJ. From The Voices Of Women: Facilitating Survivor Access To IPV Services. *Violence Against Women*. 2011; 17: 1226-43.
- Mohseni Tabrizi AR, Kaldi AR, Javadianzadeh . The Study Of Domestic Violence In Married Women Admitted To Yazd Legal Medicine Organization And Welfare Organization. *Journal Of Yazd School Of Public Health*. 2012; 11: 11-24.
- Dolatian M, Hesami K, Zahirodin A, Valayi N, Alavi Majd H. The Prevalence Of Domestic Violence And Its Effect On Mental Health Domains. *Pajohandeh*. 2012; 16: 277-83.
- Cohen MM, Mclean H. The Association Between Length O Stay In Canada And Intimate Partner Violence Among Immigrant Women. *Am J Public Health*. 2006; 96: 654-9.
- Abbas Pour Z, Momtaz Pour M., Domestic Violence and Its Related Factors Based a Prevalence Study in Iran. *Global Journal of Health Science*; 2016; 8: 1-7

13. Schuiling KD, Ilikis FE. Women's gynecologic health. Sudbury: Joes and Bartlett Publishers; 2006. 298.
14. Inanlou M, Hagdost F, Mashayekhi F, Haggani H. couple's characteristics and relationship with type and severity wife battering in women. *Faslnameh Nursing of Iran*. 2000; 26: 57-65.
15. Narimani M, Aghamohammadian HR. A Study Of The Extent Of Men's Violence Against Women And Its Related Variables Among Families Inhabited In Ardabil City. *J Fundam Ment Health*. 2005- 2006; 9: 107-13.
16. Malekafzali H, Mehdizadeh M, Zamani AR, Farajzadegan Z. Surveying Domestic Violence Against Women In Isfahan In 2003. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2004; 14: 63- 67.
17. Ghahari Sh, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zareii-Doost E, Mohammadi A. Evaluating Mental Health Of Spouse Abused Women. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2007; 8: 58-63.
18. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A Global Overview Of Gender-Based Violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78: 5-14.
19. Khosravizadegan F, Azizi F, Khosravizadegan Z, Morvaridi M. Study The Demographic And Psychology Factors Of Domestic Aggression Against Women In Bushehr Province. *Teb-E-Jonoub* 2007; 10: 75-81.
20. Seif Rabiei MA, Rmezani Tehrani F, Hatmi N. Wife Abuse Prevalence and Predisposing Factors in Women. *Women Research* 2001; 4: 5-25 [In Persian].
21. Salehi SH, Mehr Alian HA. The Prevalence And Types Of Domestic Violence Against Pregnant Women Referred To Maternity Clinics In Shahrekord, 2003. *Shahrekord University Of Medical Sciences Journal*. 2006; 8: 72-77.
22. Lipsky S, Caetano R, Roy-Byrne P. Racial And Ethnic Disparities In Police-Reported Intimate Partner Violence And Risk Of Hospitalization Among Women. *Womens Health Issues*. 2009; 19: 109-18.
23. Jahanfar S, Kamarudin EB, Sarpin MA, Zakaria NB, Abdul Rahman RB, Samsuddin RD. The Prevalence Of Domestic Violence Against Pregnant Women In Perak, Malaysia. *Arch Iran Med*. 2007; 10: 376-78.
24. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate Partner Violence And Women'S Physical, Mental, And Social Functioning. *Am J Prev Med*. 2006; 30: 458-66.
25. Khosravi F, Hasheminasab L, Abdelahi M. Study Of The Incidence And Outcomes Of Domestic Violence Among Pregnant Women Referring To Childbirth Unit Of Sanandaj Hospitals. *The Journal Of Urmia University Of Medical Scinces Spring*. 2008; 19: 8-14.
26. Huria KA, Deepti D, Sunder SS. Domestic Violence In Peregancy In North Indian Women. *Ind J Med Science*. 2005; 59: 195-99.
27. Hasheminasab L. Assessment Of Prevalence, Outcome And Factors Related To Domestic Physical Violence In Pregnantwomen Referring To Delivery Departments Of Sanandaj Hospitals. *Practical Journal Of Kurdistan University*. Volume XI. Winter 2007; 23-41.
28. Angelin D, Kyriacou DN, Taliaferro E, Stone Tubb T, Judith A. Risk Factors For Injury To Women From Domestic Violence. *The New England J Med*. 1999; 341: 1892-98.
29. Naved T, Persson A. Factors Associated With Physical Spousal Abusedof Women During Pregnancy In Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*. 2008; 34: 71-8.
30. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. The Survey Of Domestic Violence Im Women Referred To Health Centers In Semnan. *Journal Af Semnan University Of Medical Sciences*. 2003; 6: 115-22.
31. Ghahari Sh, AtefVahid M, usefi h. Investigation of spouse abuse In Tonekabon Islamic Azad University. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. Tehran 1384; 15: 83-9.
32. Ghazi Tabatabayi. Investigate The Couse Of Domestic Violence. *Iran Mehr Populatin*. 1383; 96.
33. Kazemienavai F. A Survey On Prevalence, Causes And Outcomes Of Domestic Violence Against Pregnant Women In Hospitals Of Tehran Medical Universities (2004). [Dissertation]. Tehran: Faculty Of Nursing & Midwifery, Tehran University Of Medical Sciences; 2005.
34. Lahsayi Zadeh A, Madani Y. Tendency of Husbands Toward Violence against Wives. A Case Study: Shiraz, Woman and Society. 2011; 1: 1-24.
35. Ansari H, Noroozi M, Yadegari MA, Javaheri M, Ansari S. Physical, Mental And Sexual Abuse Among The Married Women In South Eastern Iran 2009. *Hormozgan Med J*. 2013; 16: 491-9.
36. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majid H. Evaluation Of Prevalence Of Domestic Violence And Its Role On Mental Health. *Pajoohandeh*. 2012; 16: 277-83.
37. Hemati R. Frequency Of Spouse Abuse And Its Contributory Factors In Islam Abad, Zanjan 2003. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2005; 12: 36-43.
38. Mosavi M, Eshaghian A. Investigation Violence In Married Women In Isfahan. *Journal Of Forensic Medicine*. 2004; 33: 10.
39. Khanjani Z, Saedi S, Bahadori Khosroshahi J. Factors Associated With The Severity Of Domestic Violence Against Women Referred To Tabriz Forensic. *Woman And Family Study* 2009; 2: 37-84.
40. Hasan Zadeh S, Noh Jah S, Haghghi Zadeh M. The Prevalence Of Domestic Violence And Related Factors In Pregnant Women Referred To Health Centers In Ahwaz In 2010. *Journal Of Jentashapir*. 2011; 2: 104-10.



**Original Article**

# Factors Associated with Prevalence of Domestic Violence in Women Referred to Abadan Health Centers in 1394

Fakharzadeh L<sup>1</sup>, Tahery N<sup>2</sup>, Heidari M<sup>3</sup>, Hatefi Moadab N<sup>4</sup>, Zahedi A<sup>5</sup>, Elhami S<sup>3</sup>

1- Instructor, Department of Pediatrics, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

2- PhD Student of Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

3- Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

4- PhD Student of Nursing, Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

5- Instructor, Department of Epidemiology, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

**Corresponding author:** Elhami S, elhami@yahoo.com

(Received 30 January 2017; Accepted 2 August 2017)

**Background and Objectives:** Domestic violence is the most common type of violence against women which leaves negative effects on the mental health of the mother, children, family, community, and the next generation directly and indirectly. Therefore, this study was conducted to assess the arte of domestic violence and some related factors in married women.

**Methods:** This cross-sectional descriptive research was carried out with participation of 623 married women attending health care centers of Abadan, Iran who were selected through random cluster sampling from in 2015. The data were collected by a demographic questionnaire and a women abuse scale checklist. Moreover, descriptive and analytical statistics (including T-Student Test, Pearson Correlation Coefficient, One-Way Variance Analysis, Chi-Square Test, and Fisher) were used for data analysis.

**Results:** The total prevalence of violence was 72.3%, and the porevalence of psychological, physical, life threatening, and sexual violence was 71.7%, 17.8%, 8.3%, and 7.1%, respectively. Moreover, a significant relationship was observed between violence and age, marital satisfaction, family behavior, financial situation, cigarette, alcohol, disease, domicile, occupation, place of birth, and criminal records.

**Conclusion:** Violence in the city of Abadan, eespecially psychological violence, is highly prevalent. Therefore, it is suggested that domestic violence against women be prevented using approaches such as life skills training starting before marriage such as anger management, proper communication, and problem solving.

**Keywords:** Domestic violence, Women, Abadan